Innhold

1 Formål 1
2 Målgruppe 1
3 Definisjoner 1
4 Bruk av sjekklister 2
4.1 Individuell sjekkliste 3
4.2 Team sjekkliste 3
5 Forbedringsmodellen som rammeverk 3
6 Ansvar 4
7 Krav til sjekklister – form og innhold 4
8 Implementering 4
9 Opplæring 5
10 Dokumentasjon og oppfølging av sjekklistebruk 5
11 Revisjon og forbedring av sjekklister 5
12 Tiltak når avvik og uønsket hendelse avdekkes ved sjekklistebruk 6
13 Referanser 6
14 Endringer siden forrige versjon 7

1 Formål

Forskning og risikovurderinger har avdekket at pasientsikkerheten kan styrkes gjennom sjekklistebruk.[1, 2] Denne retningslinjen gir overordnete føringer for utvikling, implementering og bruk av sjekklister tilknyttet pasientbehandling i Helse Bergen.

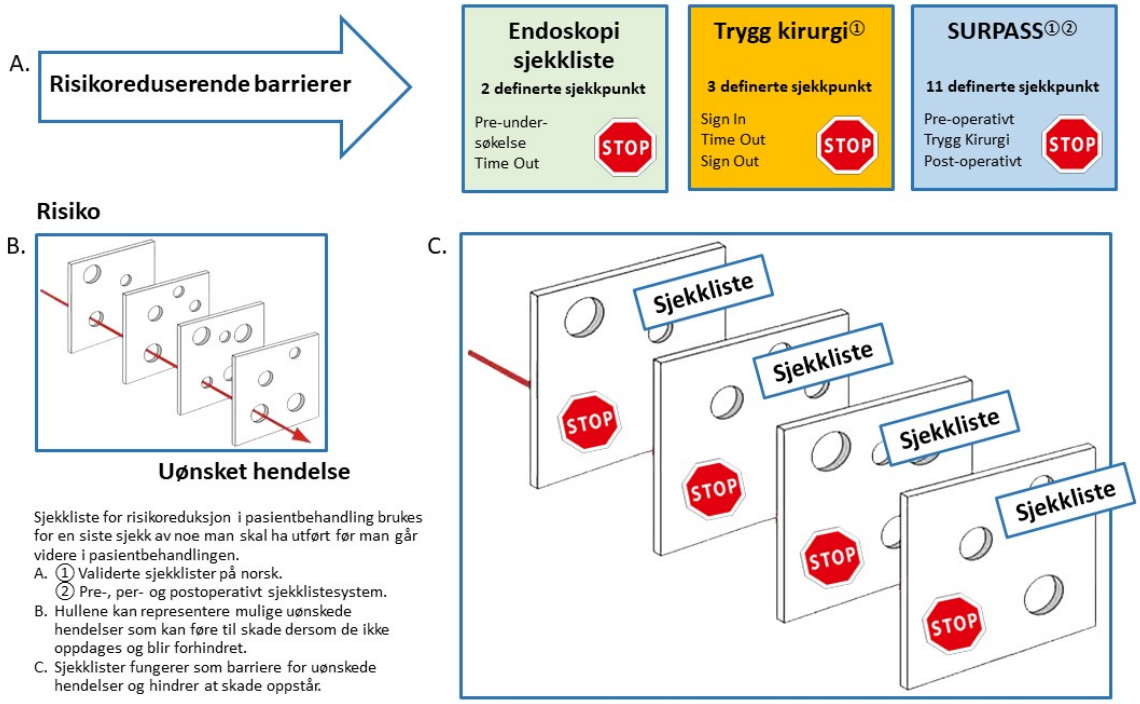
2 Målgruppe

Alle medarbeidere i Helse Bergen som utarbeider, reviderer og/eller bruker sjekklister til medisinsk bruk, samt deres ledere.

3 Definisjoner

Sjekkliste i pasientbehandling: En sjekkliste er designet som et risikoreduserende verktøy. Risiko reduseres gjennom å kontrollere og kommunisere at gjeldende rutiner, prosedyrer og retningslinjer er fulgt, før, under eller etter den aktuelle pasientbehandlingen for den aktuelle pasientbehandlingen[3,4]. Det finnes ulike typer sjekklister som brukes for å redusere sannsynligheten for feil, mangler og uønskede hendelser i pasientbehandling (Figur 1).

Fig. 1 - Eksempler på sjekklister som kan redusere risiko i pasientbehandling



Sjekkliste for risikoreduksjon i pasientbehandling brukes for en siste sjekk av noe man skal ha utført før man går videre i pasientbehandlingen.
A. ① Validerte sjekklister på norsk.
② Pre-, per- og postoperativt sjekklistesystem.
B. Hullene kan representere mulige uønskede hendelser som kan føre til skade dersom de ikke oppdages og blir forhindret.
C. Sjekklister fungerer som barriere for uønskede hendelser og hindrer at skade oppstår.

Med tillatelse til justering fra BMJ. Opprinnelig publikasjon: Reason, J: Human errors: models and management. BMJ 2000; 320: 768-770.

Fagansvarlig: Medarbeider med fagansvar i sin rolle (pasientbehandling, undervisning, veiledning, kvalitetsarbeid, tilrettelegging for studenter, oppdatering og tilgjengeliggjøring av faglitteratur og Kompetanseportal).

Implementering: Innføring av noe som ikke har vært en del av rutinen tidligere.[5]

Revisjon: Regelmessig intern gjennomgang av rutiner, sjekkliste-innhold og -etterlevelse.[6]

Mini-audit: Mini-revisjon, der en bruker forenklet revisjonsmetodikk og revisjonsområdet er tydelig avgrenset. Gjennomføres med observasjon av praksis og intervjuer av medarbeidere, enkeltvis eller i grupper. Kan også innebære uttrekk av data.[7]

4 Bruk av sjekklister

I sykehuset oppstår risiko i samspill mellom menneske, teknologi og organisasjon. Sjekklister bør derfor særlig brukes i pasientbehandling som innebærer overføring av informasjon, tverrfaglig involvering og/eller høy grad av kompleksitet.

Dersom det er ulik hastegrad knyttet til behandlingen må det spesifiseres hvilke punkter som evt. skal prioriteres i akutte situasjoner. Beskriv hvordan pasient, sjekklistebruker, eller pårørende/ledsager kan/bør involveres der det er aktuelt.

Sjekklistegjennomgang bør foregå så tidsnært opp mot neste trinn i behandlingen som mulig, men med mulighet for å gjennomføre korrigerende tiltak ved behov.

Sjekklister brukes som en siste kontroll for at rutiner, prosedyrer og retningslinjer er fulgt.[8]

Det er viktig å ha fullt fokus ved sjekklistegjennomgang og unngå forstyrrelser/avbrytelser.

4.1 Individuell sjekkliste

Sjekklister som brukes av en enkelt medarbeider må ha tydelig beskrivelse av ansvar for gjennomføring, tidspunkt for gjennomføring og dokumentasjon av bruk.

4.2 Team sjekkliste

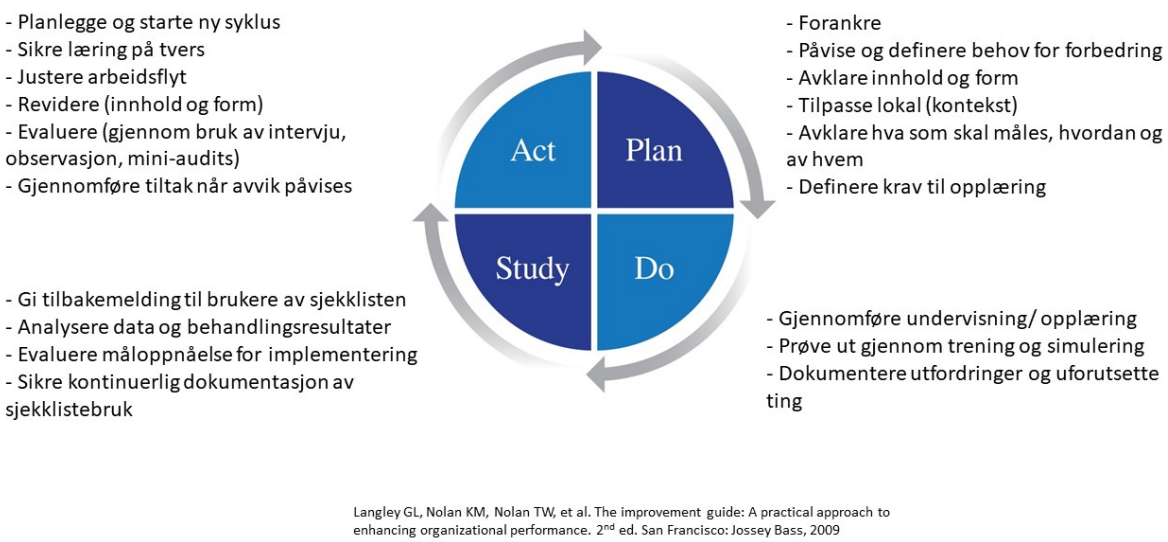
Sjekklister som brukes i team må ha klart definerte roller for hvem som er ansvarlig for å gjennomføre de ulike sjekkpunktene. Det er viktig med tydelig kommunikasjon og felles rolle- og ansvarsforståelse ved bruk sjekklister i team. Der det er gjennomførbart bør én person lese opp sjekkpunktet og den andre personen bekrefte/respondere.

Se Retningslinje for bruk av sjekkliste for Trygg Kirurgi.

5 Forbedringsmodellen som rammeverk

I Helse Bergen brukes forbedringsmodellen som fundament for systematisk forbedringsarbeid.[9]

Forbedringsmodellen er også rammeverk for utvikling, implementering, og bruk av sjekklister for tryggere pasientbehandling. Figur 2 oppsummerer hvordan man kan benytte forbedringsmodellen i dette.



Figur 2. Forbedringsmodell med utgangspunkt i Demings PDSA sirkel: Implementering, bruk, dokumentering og revisjon av sjekklister.

6 Ansvar

Nivå 2-leder har ansvar for at enheten utarbeider og følger opp sjekklistebruk og at enhetens sjekklister er dokumentert i EK.

Nivå 3-leder har ansvar for at sjekklistene er godkjente, revideres regelmessig, og at bruken av sjekklister følges opp i enheten. Nivå 3-leder har også ansvar for å legge til rette for at medarbeidere får opplæring om sjekklistebruk og at opplæringen dokumenteres.

Medarbeidere har ansvar for å tilegne seg kunnskap om sjekklister og å bruke sjekklister i henhold til foretakets retningslinjer og enhetens rutiner.

Studenter har ansvar for å tilegne seg kunnskap om sjekklister og å bruke sjekklister i henhold til foretakets retningslinjer og enhetens rutiner. Studentveileder fra Helse Bergen har ansvar for å legge til rette for dette.

7 Krav til sjekklister – form og innhold

Sjekklister skal ha tekst som er lett leselig, med enkel visuell fremstilling, logisk oppdelte informasjonsblokker og en naturlig rekkefølge i en etablert arbeidsflyt.

Gjør nøye vurdering av skrifttype (gjerne Calibri), oppsett, tekst og språk, og samle innhold om ett tema i én informasjonsblokk.

Mal for hvordan gjennomføre risikovurdering i Helse Bergen
Tips og råd for utforming av sjekklister
Se mal for felles fagprosedyrer: punkt 3.2
Se prinsipper for dokumentstyring
Eksempler på sjekklister i bruk i Helse Bergen

8 Implementering

En sjekkliste og de ulike sjekkpunktene i listen bør være forankret i, eller tilknyttet etablerte metoder, prosedyrer, retningslinjer og/eller rutiner.

Implementering av sjekklister må være forankret i ledelsen, blant medarbeidere og i aktuelle pasientgrupper.

Vellykket implementering forutsetter risikovurdering og forståelse, grundig utprøving, involvering av medarbeiderne samt justering av innhold etter tilbakemeldinger.

Faktorer som fremmer implementering av sjekklister inkluderer å: [10-18]

a. Gi synlig lederstøtte
b. Involvere medarbeidere og sikre tverrfaglig involvering der det er hensiktsmessig
c. Etablere gode prosedyrer og retningslinjer for klinisk praksis
d. Definere klare og relevante sjekkpunkter for praksis

e. Sikre at sjekklistebruk følger etablert arbeidsflyt
f. Lage plan for implementering
g. Sikre opplæring av hvorfor man skal ta i bruk sjekklister og trening i praktisk bruk
h. Utforme korte og langsiktige mål om hvor høy sjekklistebruk man vil oppnå
i. Overvåke bruk av sjekklister, særlig i implementeringsfasen
j. Sikre tilbakemelding av sjekklistebruk til leder og medarbeidere
k. Ansvarlig-gjøre medarbeidere og ledere for etterlevelse
l. Diskutere etterlevelse av sjekklistebruk ved hjelp av Det Grønne korset, Tavlemøte eller uønskede hendelser
m. Modifisere og tilpasse sjekklisten lokalt etter risikovurdering, evidens og i samsvar med nasjonale og internasjonale føringer (Pasientsikkerhetsprogrammet og WHO)

9 Opplæring

Opplæring skal sikre at medarbeidere får kunnskap om hvorfor sjekklister skal brukes, hvordan de skal brukes og hvordan bruk skal dokumenteres. All opplæring foregår på enhetsnivå.

Felles team-læring/simulering fremmer god bruk av sjekklister i team.

Ledere bør sette lokale kompetansekrav til bruk av sjekklister. Det bør være en plan for førstegangsopplæring, re-trening, teamtrening og å lese retningslinjer for sjekklistebruk i enheten.

Medarbeidere dokumenterer gjennomgått opplæring i Kompetanseportalen.

10 Dokumentasjon og oppfølging av sjekklistebruk

Den enkelte medarbeider skal følge rutiner for dokumentasjon av sjekklistebruk i aktuelt IKT-system, og den enkelte sjekklisten skal kun dokumenteres ett sted. Dette kan være: DIPS, Meona, Sectra, Orbit, ICCA, Natus o.l.

Manglende eller feil bruk av sjekklister meldes i avvikssystemet Synergi.

FoU-avdelinga har ansvar for å tilrettelegge for at bruken av sjekklister kan registreres og monitoreres på en hensiktsmessig måte.

I tillegg til rapporter på etterlevelse av sjekklistebruk fra IKT-systemene, bør sjekklistebruken også evalueres ved bruk av enten mini-audits gruppesamtaler eller spørreundersøkelser.

11 Revisjon og forbedring av sjekklister

Sjekklister skal dokumenteres i EK, i henhold til gjeldende prosedyrer for publisering og revisjon av styrende dokumentasjon i foretaket.

Om det avdekkes feil eller uklarheter i den aktuelle sjekklisten, skal det det meldes fra til den dokumentansvarlige for sjekklisten.

Det er viktig at alle sjekklistebrukere i enheten og samarbeidende enheter får informasjon når sjekklister revideres/forbedres.

12 Tiltak når avvik og uønsket hendelse avdekkes ved sjekklistebruk

Avvik og uønskede hendelser som avdekkes ved gjennomgang av sjekklisten i en pasientbehandlingssituasjon, må håndteres og korrigeres av involverte medarbeidere.

Enhetene skal utarbeide mål og plan for håndtering av avvik og uønskede hendelser som kan inntreffe ved manglende bruk av risikoreduserende rutine, prosedyre eller retningslinje.

Medarbeider er ansvarlig for å melde avvik og uønskede hendelser i Synergi, se Uønskede hendelser – melding, saksbehandling og læring.

Tiltak skal forankres i linjeledelsen, iverksettes på lavest mulig nivå, og involvere aktuelle parter, fagansvarlige og andre berørte. Riktige tiltak bestemmes ved risikoanalyse.

Læringsverdi på tvers må vurderes.

13 Referanser

[1] Storesund A, Haugen AS, Flaatten H, Nortvedt MW, Eide GE, Boermeester MA, Sevdalis N, Tveiten Ø, Mahesparan R, Hjallen BM, Fevang JM, Størksen CH, Thornhill HF, Sjøen GH, Kolseth SM, Haaverstad R, Sandli OK, Søfteland E. Clinical Efficacy of Combined Surgical Patient Safety System and the World Health Organization's Checklists in Surgery: A Nonrandomized Clinical Trial. JAMA Surg. 2020 Jul 1;155(7):562-570. doi: 10.1001/jamasurg.2020.0989. PMID: 32401293; PMCID: PMC7221852.
[2] Haugen AS, Søfteland E, Almeland SK, Sevdalis N, Vonen B, Eide GE, Nortvedt MW, Harthug S. Effect of the World Health Organization checklist on patient outcomes: a stepped wedge cluster randomized controlled trial. Ann Surg. 2015 May;261(5):821-8. doi: 10.1097/SLA.0000000000000716. PMID: 24824415.
[3] Hales BM, Pronovost PJ. The checklist – a tool for error management and performance improvement. J Crit Care 2006;21(3): 231-235.
[4] Thomassen O, Storesund A, Søfteland E, Brattebø G. The effects of safety checklists in medicine: a systematic review. Acta Anaesthesiol Scand 2014;58(1): 5-18.
[5] Helsedirektoratet. I Trygge Hender 24/7. Implementering. Nedlastet 20.08. 2021 fra https://www.itryggehender24-7.no/kvalitetsforbedring/implementering
[6] Det norske akademis ordbok. Nedlastet 20.08. 2021 fra https://naob.no/ordbok/revidere
[7] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Clinical audit. Glossary term. Nedlastet 20.08. 2021 fra https://www.nice.org.uk/search?q=clinical%20audit
[8] Storesund A, Haugen AS, Wæhle HV, Mahesparan R, Boermeester MA, Nortvedt MW, Søfteland E. Validation of a Norwegian version of SURgical PAtient Safety System (SURPASS) in combination with the World Health Organizations' Surgical Safety Checklist (WHO SSC). BMJ Open Qual. 2019 Jan 7;8(1):e000488. doi: 10.1136/bmjoq-2018-000488. PMID: 30687799; PMCID: PMC6327875.
[9] Forbedringsarbeid i Helse Bergen. Retningslinje i Elektronisk Kvalitetshåndbok https://handbok.helse-bergen.no/eknet/portal_search.aspx?rpmain=1&q=Kvalitetsforbedring&search_class=-99#rpShowDynamicModalDocument-67729
[10] Treadwell JR, Lucas S, Tsou AY. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. BMJ Qual Saf. 2014 Apr;23(4):299-318. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001797. Epub 2013 Aug 6. PMID: 23922403; PMCID: PMC3963558.

[11] Haugen AS, Bakke A, Løvøy T, Søfteland E. Preventing Complications: The Preflight Checklist. Eur Urol Focus. 2016 Apr;2(1):60-62. doi: 10.1016/j.euf.2016.01.014. Epub 2016 Feb 18. PMID: 28723450.
[12] Russ SJ, Sevdalis N, Moorthy K, Mayer EK, Rout S, Caris J, Mansell J, Davies R, Vincent C, Darzi A. A qualitative evaluation of the barriers and facilitators toward implementation of the WHO surgical safety checklist across hospitals in England: lessons from the "Surgical Checklist Implementation Project". Ann Surg. 2015 Jan;261(1):81-91. doi: 10.1097/SLA.0000000000000793. PMID: 25072435.
[13] Conley DM, Singer SJ, Edmondson L, Berry WR, Gawande AA. Effective surgical safety checklist implementation. J Am Coll Surg. 2011 May;212(5):873-9. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2011.01.052. Epub 2011 Mar 12. PMID: 21398154.
[14] Wæhle HV, Haugen AS, Wiig S, Søfteland E, Sevdalis N, Harthug S. How does the WHO Surgical Safety Checklist fit with existing perioperative risk management strategies? An ethnographic study across surgical specialties. BMC Health Serv Res. 2020 Feb 12;20(1):111. doi: 10.1186/s12913-020-4965-5. PMID: 32050960; PMCID: PMC7017532.
[15] Bergs J, Lambrechts F, Simons P, Vlayen A, Marneffe W, Hellings J, Cleemput I, Vandijck D. Barriers and facilitators related to the implementation of surgical safety checklists: a systematic review of the qualitative evidence. BMJ Qual Saf. 2015 Dec;24(12):776-86. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004021. Epub 2015 Jul 21. PMID: 26199428.
[16] Levy SM, Senter CE, Hawkins RB, Zhao JY, Doody K, Kao LS, Lally KP, Tsao K. Implementing a surgical checklist: more than checking a box. Surgery. 2012 Sep;152(3):331-6. doi: 10.1016/j.surg.2012.05.034. Epub 2012 Jul 6. PMID: 22770952.
[17] Wæhle HV, Haugen AS, Søfteland E, Hjälmhult E. Adjusting team involvement: a grounded theory study of challenges in utilizing a surgical safety checklist as experienced by nurses in the operating room. BMC Nurs. 2012 Sep 7;11:16. doi: 10.1186/1472-6955-11-16. PMID: 22958326; PMCID: PMC3499446.
[18] Dixon-Woods M, Bosk CL, Aveling EL, Goeschel CA, Pronovost PJ. Explaining Michigan: developing an ex post theory of a quality improvement program. Milbank Q. 2011 Jun;89(2):167-205. doi: 10.1111/j.1468-0009.2011.00625.x. PMID: 21676020; PMCID: PMC3142336.

Interne referanser

1.1.8.2-02	Prinsipper for dokumentstyring i Elektronisk kvalitetshåndbok
1.1.8.2.1.1-01	Praktisk veileder for EK - Del 1 - EK-classic - Opprett nytt dokument
1.1.8.3-02	Risikostyring og risikovurdering
1.1.8.4-11	Uønskede hendelser - melding, saksbehandling og læring
1.2.1.6.4-01	Retningslinje for bruk av sjekkliste for Trygg Kirurgi
1.2.1.7-02	Eksempel på sjekklister i bruk i Helse Bergen
10.2-01	Tips og råd for utforming av sjekklister

Eksterne referanser

14 Endringer siden forrige versjon

Forlenget gyldighet til 02.09.2025