



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**RAZUMEVANJE KONTROLNEGA
KIRURŠKEGA VPRAŠALNIKA MED
ZAPOSLENIMI V OPERACIJSKEM BLOKU -
KVANTITATIVNA RAZISKAVA**

**UNDERSTANDING OF THE SURGICAL
CHECKLIST AMONG OPERATING ROOM
STAFF: A QUANTITATIVE STUDY**

Mentor: mag. Miran Rems, viš. pred.

Kandidatka: Hata Murić

Jesenice, junij, 2023

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorju, mag. Miranu Rems, viš. pred. za strokovno pomoč in nasvete pri izdelavi diplomskega dela. Zahvaljujem se tudi recenzentki doc. dr. Sadini Kalender Smajlović, za strokovni pregled diplomskega dela, Ani Žagar za lektoriranje diplomskega dela in Marjetki Kocijančič za tehnični pregled diplomskega dela.

Zahvalila bi se tudi vsem anketirancem, ki so pridno odgovarjali na zastavljena vprašanja v anketi. Še posebej bi se zahvalila družini in prijateljem, za vso spodbudo in podporo skozi celotni študij ter pisanje diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Kirurška obravnava je kompleksna in vključuje več postopkov, ki morajo biti usmerjeni k individualni obravnavi pacienta. Z namenom zmanjševanja nepotrebnih resnih komplikacij oziroma v izogib smrtnosti po operativnem posegu, kot posledice komplikacij mora tim, ki sodeluje pri operativnem posegu, upoštevati in delovati po smernicah za zagotavljanje varnosti.

Cilj: Cilji diplomskega dela so bili raziskati mnenje zaposlenih v operacijskem bloku glede pomembnosti kontrolnega kirurškega vprašalnika za varnost pacienta in preveriti, ali se njihovo mnenje razlikuje glede na demografske podatke in poklic.

Metoda: Uporabljena je bila deskriptivna metoda empiričnega kvantitativnega raziskovanja. Kot raziskovalni instrument smo uporabili vprašalnik, ki smo ga anketirancem poslali v pisni obliki. V nenaključnem namenskem vzorcu so bili zajeti vsi člani operativnega tima, ki so se razlikovali glede na spol, starost, delovno dobo in poklic. Prejeli smo izpolnjenih 41 vprašalnikov, kar predstavlja 77,4 % realizacijo vzorca. Za statistično obdelavo podatkov je bil uporabljen program IBM SPSS 28.0. Podatki so bili obdelani z opisno in inferenčno statistiko. Vrednost $p < 0,05$ je določala mejo statistične značilnosti.

Rezultati: Vsi anketirani ($n = 41$; 100 %) se strinjajo, da je kirurški varnostni vprašalnik koristen in da postavlja varnost pacienta na prvo mesto. 14 (34,1 %) anketiranih se glede kontrolnega kirurškega vprašalnika ni posebej izobraževalo. Glede na spol ali poklic anketiranih se niso pokazale statistično značilne razlike v razumevanju posameznih faz kirurškega varnostnega vprašalnika ($p > 0,05$). Povezava med delovno dobo in razumevanjem kirurškega varnostnega vprašalnika je pri vseh fazah vprašalnika nepomembna ($r < 0,20$), ki statistično ni značilna ($p > 0,05$).

Razprava: Rezultati naše raziskave so spodbudni, saj se vsi anketirani zavedajo pomena in imajo pozitiven odnos do kirurškega varnostnega seznama. Za uspešno izvajanje aktivnosti kirurškega varnostnega seznama v klinični praksi je pomembno usposabljanje, učinkovito vodenje med operativnim posegom in komunikacija med člani operacijskega tima.

Ključne besede: kontrolni kirurški seznam, varnost, pacient, kirurški tim

SUMMARY

Theoretical background: Surgical treatment is complex and includes several processes, which must be directed to the individual treatment of the patient. To reduce unnecessary serious complications or to prevent postoperative mortality as a result of complications, the surgical team must follow and act according to safety guidelines.

Goals: The goal of the thesis was to investigate the opinion of the members of the surgical team regarding the importance of the surgical checklist for patient safety and to check whether their opinion differs based on demographic data and profession.

Method: A quantitative, non-experimental research method was used in which a questionnaire developed for the study was sent to participants by mail. A non-random purposive sample was used, which included all surgical team members. Respondents differed in terms of gender, age, year of service and position. We received 41 completed questionnaires, representing a 77.4 % response rate. Descriptive and bivariate statistics methods were used to analyse data, which were analysed using IBM SPSS 28.0 software. The statistical significance level was set at $p < 0.05$.

Results: All respondents ($n = 41$; 100 %) agreed that the surgical safety checklist was useful and that it puts patient safety first. 14 (34.1%) respondents did not receive any special training regarding the surgical safety checklist. No statistically significant differences in the understanding of the individual stages of the surgical safety checklist were found based on respondents' gender or occupation ($p > 0.05$). The association between age and understanding of the surgical safety checklist was non-significant ($r < 0.20$) for all phases of the checklist and was not statistically significant ($p > 0.05$).

Discussion: The results of our survey are encouraging, as all respondents are aware of the importance of the surgical safety checklist and have a positive attitude towards it. Training, effective leadership during surgery and communication between members of the surgical team are important for the successful implementation of the surgical safety checklist in clinical practice.

Key words: surgical safety checklist, safety, patient, surgical team

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	MANAGEMENT KAKOVOSTI	3
2.2	KAKOVOST V ZDRAVSTVU	4
2.3	VARNOST V KIRURGIJI	5
2.3.1	Program Varna kirurgija rešuje življenja	6
2.3.2	Kirurški varnostni kontrolni seznam	7
2.4	ELEMENTI KIRURŠKEGA VARNOSTNEGA KONTROLNEGA SEZNAMA	9
3	EMPIRIČNI DEL	11
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	11
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	12
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	12
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	12
3.3.2	Opis vzorca	14
3.3.3	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	16
3.4	REZULTATI	17
3.5	RAZPRAVA	25
3.5.1	Omejitve raziskave	29
3.5.2	Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo	29
4	ZAKLJUČEK	31
5	LITERATURA	31
6	PRILOGE	
6.1	INSTRUMENT	

KAZALO SLIK

Slika 1: Kirurški varnostni kontrolni seznam.....	9
Slika 2: Starost anketiranih.....	15
Slika 3: Delovna doba anketiranih.....	16
Slika 4: Preverjanje identitete pacienta, privolitev na poseg in anestezijo, vrsto operativnega posega in mesto operativnega posega.....	19
Slika 5: Prisotnost občutka, da operater ni popolnoma seznanjen s stanjem pacienta ali operacijskim postopkom, ki naj bi ga izvedel.....	20

KAZALO TABEL

Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika.....	14
Tabela 2: Demografski podatki anketiranih.....	14
Tabela 3: Starost, delovna doba in tedensko število operacij.....	15
Tabela 4: Mnenje anketiranih glede kirurškega varnostnega vprašalnika.....	18
Tabela 5: Zadovoljstvo anketiranih s kirurškim varnostnim seznamom.....	19
Tabela 6: Mnenje anketiranih glede prve faze “sign in” pred uvodom v anestezijo.....	21
Tabela 7: Mnenje anketiranih glede potreb po fazi “time out”.....	21
Tabela 8: Mnenje anketiranih glede faze “time out” pred kirurškim rezom.....	21
Tabela 9: Mnenje anketiranih glede faze “sign out”.....	22
Tabela 10: Mnenje anketirancev glede kirurškega varnostnega vprašalnika glede na poklic.....	23
Tabela 11: Mnenje anketirancev o kirurškem varnostnem vprašalniku glede na spol.....	24
Tabela 12: Povezava med razumevanjem kirurškega varnostnega vprašalnika glede na starost in delovno dobo.....	24

SEZNAM KRAJŠAV

SSC	Surgical Safety Checklist
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija

1 UVOD

Projekt varna kirurgija rešuje življenja se je začel leta 2004 in je dal prednost kirurški oskrbi po vsem svetu. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je naredila razširjene raziskave, v katerih je sodelovalo 56 držav iz celega sveta. Ugotovili so, da je število komplikacij in posledično smrtnost pri pacientih, ki so imeli opravljen kirurški poseg, alarmantno visoko (Papaconstantinou, et al., 2013; Tintor, 2017). Obstajajo velike razlike med razvitimi državami in državami v razvoju, na primer v proračunih, namenjenih za zdravstveno varstvo, kar posledično odraža razlike v ukrepih, potrebnih za zagotavljanje kirurške varnosti. Umrljivost zaradi kirurških posegov je v državah v razvoju 10-krat višja kot v razvitih državah in smrti zaradi anestezije so 1000 krat pogostejše v državah v razvoju, kar jasno nakazuje na potrebo po izboljšanju varnosti v tem okolju (Vivekanantham, et al., 2014).

Hemingway, O Malley in Silvestri (2015) navajajo, da so bili v preteklosti podatki o številu napak, ki so se zgodile v procesu operacije, zelo skope, saj zdravstveni delavci niso prijavljali napak. Vzrok je bila predvsem bojazen pred sankcijami in stigmatizacijo. Dejstvo je, kot poudarjajo Hemingway, O Malley in Silvestri (2015), da je kar polovico zapletov, ki jih doživijo pacienti, možno preprečiti z upoštevanjem smernic in navodil. Na primer za preprečevanje okužbe kirurške rane je ključnega pomena smiselna in pravočasna uporaba antibiotikov, zapletom pri anesteziji se lahko izognemo s spremljanjem alergičnih reakcij na določena zdravila (Hemingway, et al., 2015).

Kirurška obravnava je kompleksna in vključuje več postopkov, ki morajo biti usmerjeni k individualni obravnavi pacienta. Z namenom zmanjševanja nepotrebnih resnih komplikacij oziroma v izogib smrtnosti po operativnem posegu kot posledice komplikacij mora tim, ki sodeluje pri operativnem posegu, upoštevati smernice in delovati po desetih ključnih načelih, ki ji predstavi Safe surgery save lifes (2009):

- poseg mora biti izveden na pravem pacientu;
- poseg mora biti izveden z uporabo varne in sodobne metode anestezije, istočasno mora biti poskrbljeno za protibolečinsko terapijo;

- prepoznati in biti pripravljen na možne zaplete v zvezi z izgubo dihalne poti in posledično dihalne odpovedi;
- pripraviti se in učinkovito odreagirati na večjo izgubo krvi med operativnim posegom;
- izogniti se alergičnim reakcijam na znane alergene;
- uporabiti metode, ki preprečujejo kontaminacijo kirurškega polja;
- preprečiti nenamerno zadrževanje in odlaganje instrumentov v kirurški rani ali njeni neposredni okolici;
- zagotavljanje ustreznega označevanja odvzetih vzorcev;
- zagotavljanje učinkovite komunikacije med člani tima in jasno izmenjavo podatkov, ki so pomembni za varen potek operativnega posega;
- zaznavanje, spremljanje in dokumentiranje varnostnih odklonov in zapletov (World health organization (WHO), 2008; WHO, 2009; Tintor, 2017).

Omenjene smernice SZO so bile razvite z namenom rutinskega preverjanja informacij v treh kritičnih fazah operacije. Uporaba smernic je bila povezana z manjšim številom napak pri operativnih posegih in z izboljšanimi zdravstvenimi izidi. Zlasti umrljivost bolnikov se je po uvedbi tega kontrolnega seznama zmanjšala. Pomembno je tudi dejstvo, da so bili ti podatki pridobljeni iz štirih držav z visokim dohodkom in štirih držav z nizkim ali srednjim dohodkom, kar dokazuje njihovo uporabnost po vsem svetu, tako v državah v razvoju kot razvitih državah. Po uvedbi kontrolnega seznama za varno kirurgijo je bilo največje zmanjšanje zapletov po operativnih posegih ravno v državah z nizkim ali srednjim dohodkom (Vivekanantham, et al., 2014). Uporaba kontrolnega seznama je pomagala k izboljševanju timskega dela operativnega tima in izboljšanju komunikacije (Russ, et al., 2013). Zdravstvena ustanova z uporabo kontrolnega vprašalnika spodbuja k zmanjšanju stroškov s povečanjem učinkovitosti, zmanjšanjem zamud, zmanjšanjem odpovedanih kirurških posegov in preprečevanjem kirurških zapletov (Cadman, 2016).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 MANAGEMENT KAKOVOSTI

Pojem "management" lahko definiramo na več načinov. Management pomeni učinkovito doseganje ciljev organizacije skozi temeljne funkcije managementa in zajema procese planiranja, organiziranja, vodenja in kontroliranja virov, ki so razpoložljivi znotraj določene organizacije (Dimovski, et al., 2014). Pri tem pomeni vodenje predvsem proces, ki se nanaša na ljudi, na zmožnost vpliva na zaposlene, jih usmerjati in motivirati, da bi naloge izpolnjevali čim boljše in s čim večjim osebnim zadovoljstvom. V zdravstveni negi pomeni vodenje racionalno razporejanje kadra, urejanje in usklajevanje delovanja podpornih služb (Maze, 2013). Prav tako "management" pomeni usklajevanje nalog in dejavnosti za doseganje postavljenih ciljev in se opredeljuje kot ustvarjalno razreševanje problemov, ki se pojavljajo na področju planiranja, organiziranja, vodenja in kontroliranja razpoložljivih virov pri doseganju poslanstva in vizije organizacije (Dimovski, et al., 2014). Standardi kakovosti lahko predstavljajo izhodišča za učinkovito vodenje organizacije (Kramar, 2022).

Management kakovosti v zdravstvu je skupek različnih skrbno načrtovanih, izvajanih in vrednotenih procesov, aktivnosti in ukrepov za doseganje potrebne kakovosti in varnosti v zdravstvu. Mesto managerja v zdravstveni negi in oskrbi zaseda diplomirana medicinska sestra, ki mora poleg izobrazbe imeti dodatna managerska znanja za smiselno obvladovanje in povezovanje različnih virov: človeških, tehnoloških, prostorskih, finančnih, informacijskih (Kadivec, et al., 2013). Zagotavljanje kakovosti in varnosti v zdravstvu mora biti prednostna naloga vseh deležnikov v okviru zdravstvenega varstva in tudi strateška odločitev vodstev posameznih izvajalcev zdravstvene dejavnosti (bolnišnice, zdravstveni domovi itd.). Celovita kakovost zdravstvene oskrbe mora temeljiti na podlagi celovite kakovosti sistema zdravstvenega varstva, zadovoljstvu pacientov z zdravstveno obravnavo in izidov zdravljenja (Robida, et al., 2020).

2.2 KAKOVOST V ZDRAVSTVU

Kakovost je pojem, ki ga je težko opredeliti, zato je pomembno razumeti dejavnike, ki vplivajo nanj. Slovenija se je z vstopom v Evropsko unijo zavezala k eni izmed prednostnih aktivnosti v zdravstvenem varstvu, in iscer nenehnemu zagotavljanju in izboljševanju kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe (Kramar, 2022). Kakovost v zdravstveni negi je lažje opredeliti s pomočjo načel oz. kriterijev, kot ga je Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije definiralo v Nacionalni strategiji kakovosti in varnosti v zdravstvu. V strategiji je zapisano, da si bomo prizadevali upoštevati mednarodno in evropsko sprejeta načela kakovosti in širše cilje, ki imajo večji vpliv na celotno družbo (Ministrstvo za zdravje, 2010). Omenjena načela kakovosti zajemajo (Robida, et al., 2020):

- uspešnost - doseganje zelenih izidov zdravljenja in izvajanja zdravstvene oskrbe temelječe na dognanjih;
- varnost - zmanjševanje napak med zdravstveno obravnavo, preventivo in krepitvijo zdravja;
- pravočasnost - pravočasna zdravstvena obravnava je primeren čas, ko je le-ta dosegljiva glede na pacientove potrebe;
- učinkovitost - razmerje med izidom zdravljenja in porabljenimi viri ter preprečevanje razsipnosti;
- enakopravnost - nediskriminatorska obravnava pacienta;
- osredotočenost na pacienta - zagotavljanje spoštovanja pacientovih vrednot, dostojanstva, upoštevanje izraženih potreb in možnosti izbire, zdravljenje bolečine, usklajevanje, povezovanje in nepretrganost zdravstvene obravnave, obveščenost, udobno okolje, stik z bližnjimi itd.

Kakovost v zdravstvu je dosledno zagotavljanje izidov zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami (Kramar, 2022). Številne zdravstvene organizacije spreminjajo in izboljšujejo svoje poglede na zagotavljanje kakovostnega zdravstvenega varstva, uvajajo inovacije in razvijajo vodstvo, potrebno za integracijo in koordinacijo oskrbe, tako da je oskrba osredotočena na bolnika. Zdravstveni delavci so odgovorni za aktivno sodelovanje pri izboljšanju oskrbe v svoji vsakodnevni praksi, od zagotavljanja

zdravstvene nege, upravljanja, izobraževanja ali izvajanja raziskav; v vseh vrstah zdravstvenih okolij in položajev (kot so medicinska sestra, vodja itd.) in pri oblikovanju politik zdravstvenega varstva na lokalni, državni in globalni ravni (Finkelman, 2022). Zdravstveni delavci morajo biti za izvajanje kakovostne in strokovne zdravstvene nege motivirani, čustveno stabilni in imeti dobre komunikacijske spretnosti (Kotnik, 2013). Poleg izvajalcev zdravstvene nege je pomembno tudi okolje, v katerem delajo, saj sta motivacija in zavzetost za delo rezultat ustreznega in kakovostnega delovnega okolja (Sohrabizadeh & Sayfour, 2014).

2.3 VARNOST V KIRURGIJI

Operacijska dvorana je kompleksno in specifično delovno mesto, kjer je delo kompleksno in zahtevno za vse člane tima. Kompleksnost se ne kaže samo v stanju pacienta in operaciji, ki jo je treba opraviti, temveč tudi v vseh ostalih značilnostih: visoki pretočnosti informacij, komunikaciji med člani tima, timski koordinaciji le-tega in zahtevnosti instrumentarija. Zaradi vsega tega je kirurška oskrba še posebej občutljiva na neželene dogodke, ki se lahko pojavijo v operacijski dvorani in ogrožajo pacienta. Kljub tej ranljivosti se v večini primerov izvaja spretno in varno, s poudarkom na odpornosti posameznikov in kirurških timov na morebitne nesreče v okolju. Za zaščito pacienta morajo zdravstveni delavci zaščititi sebe z ustrezno uporabo zaščitne opreme. Uporaba operacijskih oblačil in obutve, kap, zaščitnih mask in razkužil pomaga vzdrževati aseptične razmere v operacijski dvorani ter tako ščiti pacienta in njegovo varnost (Damani, 2015).

Uporaba naprednih tehnologij in dostopnost opreme so pomembne in pozitivne komponente razvoja kakovostne zdravstvene oskrbe pacientov, vendar kljub temu puščajo prostor za morebitne napake v operacijski dvorani. Operacijska dvorana je osrednji in najpomembnejši del kirurškega bloka. Glede na zahtevnost in specifičnost dela, ki se odvija v operacijski dvorani, mora biti le-ta prilagojena tako, da omogoča nemoten pretok zdravstvenih delavcev in opreme (Bailey, 2018).

2.3.1 Program Varna kirurgija rešuje življenje

V SZO-jevem programu Varna kirurgija rešuje življenje, je med oktobrom 2007 in septembrom 2008 sodelovalo osem bolnišnic iz razvitih držav in držav v razvoju: Toronto (Kanada), New Delhi (Indija), Amman (Jordanija), Auckland (Nova Zelandija), Manila (Filipini), Ifakara (Tanzanija), London (Združeno kraljestvo) in Seattle (Združene države Amerike). V prospektivni raziskavi so zbirali podatke o kliničnih procesih in zdravstvenih izidih pri pacientih, starih 16 let in več, ki so prestali različne kirurške posege pred in po uvedbi kirurškega varnostnega kontrolnega seznama. Ugotovili so, da uporaba varnostnega kontrolnega seznama za kirurške posege pomembno izboljša varnost pacientov in s tem izid samega kirurškega posega (WHO, 2009). Program je interdisciplinaren in vključuje različne poklicne skupine (od kirurgov, anesteziologov, operacijske medicinske sestre do medicinske sestre pri anesteziji), ki sodelujejo pri izvajanju operativnega posega (Beganović & Trotošek, 2013).

Za zagotavljanje varne oskrbe pacientov v operacijski dvorani je potrebno razviti protokole, ki bi standardizirali vse postopke, ki se izvajajo. Cilji programa SZO »Varna kirurgija rešuje življenje« so preprečiti okužbe v operacijski dvorani, izboljšati varnost med anestezijo in na splošno znotraj kirurškega tima ter izboljšati kirurško prakso. Da bi izboljšali kakovost delovnega procesa v operacijski dvorani in pomagali operacijskim timom pri zmanjševanju in preprečevanju neželenih dogodkov, so v programu SZO »Varna kirurgija rešuje življenje« v dogovoru s kirurgi, anesteziologi, medicinskimi sestrami in pacienti po vsem svetu opredelili deset bistvenih ciljev za kirurško varnost (WHO, 2009):

Cilj 1. Tim bo operiral pravega pacienta na pravem mestu.

Cilj 2. Tim bo uporabljal znane metode za preprečevanje škodljivih posledic anestezije in zaščitil bolnika pred bolečino.

Cilj 3. Tim bo prepoznal življenjsko nevarno izgubo respiratorne funkcije in se bo nanjo učinkovito pripravil.

Cilj 4. Tim bo prepoznal tveganje večje izgube krvi in se nanj učinkovito pripravil.

Cilj 5. Tim se bo izognil povzročanju alergičnih ali neželenih reakcij na zdravila, za katera je znano, da obstajajo pri bolniku tveganja.

Cilj 6. Tim bo dosledno uporabljal znane metode za zmanjšanje tveganja okužbe.

Cilj 7. Tim bo preprečil nenamerno zadrževanje instrumentov ali drugih materialov v kirurški rani.

Cilj 8. Tim bo zavaroval in natančno opredelil vse kirurške vzorce.

Cilj 9. Tim bo učinkovito komuniciral in delil kritične informacije za varno vodenje operacije.

Cilj 10. Bolnišnice in javni zdravstveni sistemi bodo vzpostavili redno spremljanje kirurških zmogljivosti, obsega dela in rezultatov.

2.3.2 Kirurški varnostni kontrolni seznam

Navdih za razvoj varnostnih kontrolnih seznamov izvira iz preučevanja protokolov iz različnih industrijskih panog, kjer je ohranjanje varnosti enako pomembno kot doseganje rezultatov. Slednje ponujajo ideje tudi za nadaljnji razvoj varnostnih kontrolnih seznamov za kirurgijo, na primer za izboljšanje učinkovitosti kontrolnih seznamov in predvsem prilagajanje uporabe teh smernic v državah v razvoju (Vivekanantham, et al., 2014). Namreč, čeprav so z uporabo smernic izboljšali varnost in zmanjšali smrtnost pri kirurških posegih, še vedno ostajajo nekatera vprašanja odprta kot na primer ali je kontrolni seznam sam po sebi dovolj za zaščito pacientove varnosti v operacijski sobi (Thomasson, et al., 2016).

Kot odgovor na poročilo Inštituta za medicino (1999) o zdravniških napakah in njihovem vplivu na zdravstvene izide pacientov si je zdravstvena skupnost prizadevala za izboljšanje varnosti pacientov. SZO je priporočila globalno izvajanje kontrolnega seznama kirurške varnosti (angl. Surgical Safety Checklist - SSC) več let nazaj, ki je bil razvit z namenom zmanjšanja napak pri oskrbi pacienta in posledičnih zapletov s standardizacijo določenih vidikov perioperativne oskrbe pacienta (Thomasson, et al., 2016). Dokument je v obliki kontrolnega seznama. S pomočjo tega seznama pri pacientu preverimo, ali je tveganje obvladano, da lahko opravimo operacijski poseg (Grbić, 2016).

Ljudje so zmotljivi in omenjeni kontrolni seznam izboljšuje doslednost pri delovanju kirurške ekipe v kritičnih trenutkih, spodbuja dobro komunikacijo, timsko delo in kulturo varnosti pacientov. Enostavnost kontrolnega seznama je bila navedena kot prednost, ki omogoča učinkovito in hitro (v 1 mesecu) izvajanje brez znatnih stroškov. Kontrolni seznam je požel veliko navdušenje po vsem svetu, programi so se izvajali v 26 državah in več kot 3000 bolnišnicah po vsem svetu v 3 letih od njegove uvedbe (Papaconstantinou, et al., 2013).

Kontrolni seznam kirurške varnosti je sestavljen iz treh faz oz. delov. Prvi del je potrebno opraviti, preden bolnik prejme kakršno koli anestezijo ali zdravila, ki bi spremenila bolnikovo zavest. Prvi del kontrolnega seznama vključuje potrditev pacientovega imena, lokacije operacije, pravilne strani za operacijo, morebitnih alergij in zagotovitev, da so bile izpolnjene potrebe po anesteziji. Drugi del kontrolnega seznama se opravi v operacijski sobi (z ali brez pacienta, ki spi v anesteziji). Ta del vključuje: potrditev pacientovega imena, ustrezne informacije o operaciji, priložnost za predstavitev kirurškega tima, dokumentacijo o dajanju antibiotikov in razpravo o kirurškem načrtu. Tretji del kontrolnega seznama se izvede ob zaključku operacije pred zapiranjem kože, prebujanjem pacienta in zapustitvijo operacijske sobe. V tej fazi ekipa operacijske sobe razpravlja o izzivih primera, zagotovi, da je vsa oprema in/ali gobice odstranjena iz pacienta, in identificira morebitne težave, ki bi jih bilo treba rešiti, ko se pacient prebudi iz anestezije (Thomasson, et al., 2016).

Koordinator kirurškega varnostnega kontrolnega seznama je odgovorna oseba v operacijskem timu za preverjanje posameznih postopkov glede operativnega posega, s čimer zagotavlja doslednost izvajanja le-teh. Koordinator preveri izvedbo posameznih postopkov pri odgovornih članih tima in opravljene postopke potrdi na kontrolnem seznamu z oznako »X«. Če so v posameznih postopkih prisotni odkloni, koordinator ustavi nadaljnji potek dela. V tem primeru se skupaj s člani tima dogovori o nadaljnjih ukrepih, primernih za varno nadaljevanje operativnega posega. Na kirurškem varnostnem kontrolnem seznamu se pod opombe zabeležijo posamezni odkloni. Ob zaključku preverjanja postopkov se koordinator podpiše in zavede svoje ime ter priimek (Beganović & Trotovšek, 2013).

2.4 ELEMENTI KIRURŠKEGA VARNOSTNEGA KONTROLNEGA SEZNAMA

Kontrolni seznam je enostavno, poceni in zanesljivo orodje, ki se lahko uporablja za zmanjšanje napak in izboljšanje splošnih standardov oskrbe bolnikov, zlasti v razmerah, ko so lahko prizadeti spomin, budnost in kognitivne funkcije pacienta (Chhabra, et al., 2019). Kirurški varnostni kontrolni seznam je sestavljen iz treh ločenih delov: (i) pred uvodom v anestezijo, (ii) pred kirurškim rezom in (iii) preden pacient zapusti operacijsko dvorano. Primer kirurškega varnostnega kontrolnega seznama je prikazan v sliki 1 v nadaljevanju.

KIRURŠKI VARNOSTNI KONTROLNI SEZNAM		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>NATO MESTO PRILEPI VELIKO NALEPKO</p> </div> <div> <p>OP poseg: <input type="checkbox"/> načrtovan <input type="checkbox"/> nujen</p> </div> <div> <p>univerzitetni klinični center ljubljana</p> </div> </div> <p>datum:</p>		
PRED UVODOM V ANESTEZIJO	PRED KIRURŠKIM REZOM	PREDEK PACIENT ZAPUSTI OP. DVORANO
<input type="checkbox"/> PACIENT JE POTRDIL <ul style="list-style-type: none"> • IDENTITETO • PRIVOLITEV NA POSEG IN ANESTEZIJO • VRSTO OPERATIVNEGA POSEGA • STRAN OPERATIVNEGA PODROČJA <input type="checkbox"/> OPERATIVNO PODROČJE OZNAČENO <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NI POTREBNO <input type="checkbox"/> ANESTEZIJSKI APARAT IN ZDRAVILA SO PREVERJENI <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NI POTREBNO <input type="checkbox"/> NA RAZPOLAGO JE POSEBNA OPREMA <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NI POTREBNO ALI IMA PACIENT: ZNANO ALERGIJO? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA (IZVRŠENI USTREZNI UKREPI) TVEGANJE ZA TEŽKO INTUBACIJO? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA (IZVRŠENI USTREZNI UKREPI) TVEGANJE ZA ASPIRACIJO? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA (IZVRŠENI USTREZNI UKREPI) TVEGANJE ZA VELIKO IZGUBO KRVI? > 500 ML KRVI, > 7 ML/KG PRI OTROCIH <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA (IZVRŠENI USTREZNI UKREPI)	<input type="checkbox"/> NOVI ČLANI TIMA SE PREDSTAVIJO PO IMENU IN FUNKCIJI <input type="checkbox"/> KIRURG, ANESTEZIOLOŠKI TIM IN OPERACIJSKA MEDICINSKA SESTRA USTNO POTRDIJO: <ul style="list-style-type: none"> • PACIENTOVO IDENTITETO • VRSTO OPERATIVNEGA POSEGA • STRAN OPERATIVNEGA PODROČJA • VARNOST NAMESTITEV PACIENTA PRIČAKOVANI KRITIČNI DOGODKI: <input type="checkbox"/> KIRURG <ul style="list-style-type: none"> • NERUTINSKI POSTOPKI • TRAJANJE OPERACIJE • PRIČAKOVANA IZGUBA KRVI <input type="checkbox"/> ANESTEZIOLOG <ul style="list-style-type: none"> • PACIENTOV DEJAVNIKI TVEGANJA <input type="checkbox"/> OPERACIJSKA MEDICINSKA SESTRA <ul style="list-style-type: none"> • INDIKATORJI STERILNOSTI • PREVERJEN IN PREŠET INŠTRUMENTARIJ, MATERIAL IN OPREMA <input type="checkbox"/> ANTIBIOTIČNA PROFILAKSA DANA V ZADNJIH 60 MINUTAH? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NI POTREBNO <input type="checkbox"/> RTG. SLIKE IN IZVIDI SO NA RAZPOLAGO	TIM PREVERI IN USTNO POTRDI: <input type="checkbox"/> POSEG JE PRAVILNO ZAPISAN <input type="checkbox"/> ŠTETJE IN KONTROLA INSTRUMENTOV IN OPERATIVNEGA MATERIALA JE TOČNO <input type="checkbox"/> PRAVILNO OZNAČENI TKIVNI VZORCI <input type="checkbox"/> EVIDENCA IN PRAVILNI UKREPI V PRIMERU TEŽAV Z OPREMO <input type="checkbox"/> KIRURG IN ANESTEZIOLOG PODATA NAVODILA GLEDE POOPERATIVNE OSKRBE BOLNIKA <input type="checkbox"/> DOLOČENA IN OBVEŠČENA ENOTA NA KATERO BO BOLNIK Premeščen PO OPERACIJI OPOMBE: <hr/> <hr/> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>IME IN PRIMEK:</div> <div>PODPIS:</div> </div>

Slika 1: Kirurški varnostni kontrolni seznam

Vir: Univerzitetni Klinični Center Ljubljana, 2015.

Vsaka faza zajema več različnih postopkov. Faza pred uvodom v anestezijo je t. i. »sign in« faza, v kateri postopke preveri član anesteziološkega tima ali operacijska medicinska sestra (glede na mesto anesteziološke priprave pacienta). V tej fazi kirurškega varnostnega seznama je pomembno, da se preverijo naslednji postopki:

- identiteta pacienta, privolitev na anestezijske postopke in operativni poseg, ter vrsta in stran operativnega posega. V omenjeni fazi mora koordinator od

pacienta pridobiti njegove osnovne podatke, kot so priimek, ime in datum rojstva. Identiteto preveri tudi s preverjanjem podatkov na identifikacijski zapestnici. V primeru, da pacient ni zmožen navesti identifikacijskih podatkov, lahko to namesto njega storijo skrbniki ali starši v primeru, da gre za otroka. Prav tako koordinator preveri, ali se pacientove navedbe ujemajo s podatki v pacientovi dokumentaciji;

- preverjanje ustreznosti označevanja operativnega področja.

Na koncu faze mora koordinator dodatno preveriti pri anesteziološkem timu, ali so preverjena anestezijska zdravila in aparat; prisotnost morebitnih alergij pri pacientu; prisotnost dejavnikov tveganja za težko intubacijo ali aspiracijo ter tveganje za veliko izgubo krvi (Beganović & Trotošek, 2013).

Naslednja faza je pred kirurškim rezom, t. i. »time out« faza. V tej fazi kirurškega varnostnega kontrolnega seznama je koordinator operacijska medicinska sestra, ki pred začetkom operativnega posega zaprosi vse člane operacijskega tima, da se predstavijo po imenu in funkciji. Nato je njena naloga, da zagotovi ustne potrditve članov operacijskega tima, in sicer:

- od kirurga kratko predstavitev pacienta (opis poteka operativnega posega, posebnosti, čas trajanja operativnega posega, pričakovana izguba krvi) ter prisotnost izvidov in RTG slik, potrebnih za operativni poseg;
- od kirurga, anesteziološkega tima in operacijske medicinske sestre potrditev identitete pacienta, vrsto in stran operativnega področja, ter varno namestitev pacienta;
- od anesteziologa predstavitev posebnosti pacienta in dejavnikov tveganja;
- od operacijske medicinske sestre potrditev sterilnosti, preverjeno število kirurških inštrumentov, opreme in materialov;
- od anestezijske ekipe potrditev, da je pacient prejel antibiotično profilakso (v kolikor je to potrebno za izvedbo operativnega posega (Beganović & Trotošek, 2013).

Sledi faza, preden pacient zapusti operacijsko sobo, t. i. »sign out« faza, v kateri je operacijska medicinska sestra koordinator. Ta del kirurškega varnostnega kontrolnega

seznama mora biti izveden, preden se odpelje pacient iz operacijske sobe. Operacijska medicinska sestra oz. koordinator preveri naslednje:

- ustrezno beleženje operativnega posega (ali je opravljen predvideni operativni poseg in/ali se je le-ta spremenil med posegom). Dodatno se preveri, ali je operativni poseg pravilno zapisan v operacijske protokole;
- pravilno štetje in kontrola operativnega materiala ter inštrumentov. Končno število mora biti enako začetnemu;
- pravilno označevanje tkivnih vzorcev. Koordinator pri kirurgu preveri, ali so bili med operativnim posegom odvzeti tkivni vzorci in če so bili, glasno prebere pacientovo ime, opis vzorca in označbe vzorcev;
- evidentiranje in pravilno ukrepanje v primeru težav z opremo. Pri tem je pomembno, da se opredeli slabo delujoča oprema in/ali inštrumenti in da se v tem primeru ravna skladno s predpisi;

Na koncu faze kirurg in anesteziolog podata navodila glede pooperativne oskrbe pacienta ter določi se enota, na katero bo pacient premeščen po operativnem posegu. Omenjena enota se o tem obvesti (Beganović & Trotovšek, 2013).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je predstaviti kirurški varnostni kontrolni vprašalnik in preveriti razumevanje kontrolnega kirurškega vprašalnika pri zaposlenih v operacijskem bloku. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako dobro zdravstveni delavci, zaposleni v operacijskem bloku poznajo in razumejo vsebino kirurškega varnostnega vprašalnika.

Cilji diplomskega dela so:

- Ugotoviti, ali se zaposleni v operacijskem bloku zavedajo pomembnosti, da dosledno izpolnjujejo kontrolni kirurški vprašalnik zaradi zagotavljanja večje varnosti pacienta.
- Raziskati ali obstajajo razlike med poklicnimi skupinami glede razumevanja kirurškega varnostnega vprašalnika.
- Preveriti, ali se razumevanje kirurškega varnostnega vprašalnika razlikuje glede na demografske dejavnike anketiranih.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

V skladu z opredeljenimi cilji diplomskega dela smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja (RV):

RV1: Ali se zaposleni v operacijskem bloku zavedajo pomembnosti doslednega izpolnjevanja kontrolnega kirurškega vprašalnika zaradi zagotavljanja večje varnosti pacienta?

RV2: Ali obstajajo razlike med poklicnimi skupinami glede razumevanja kirurškega varnostnega vprašalnika?

RV3: Ali obstajajo razlike pri razumevanju kirurškega varnostnega vprašalnika glede na demografske dejavnike (spol, starost in delovno dobo)?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Diplomsko delo je temeljilo na pregledu obstoječe literature in kvantitativni raziskavi. Slednja je temeljila na neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja, pri čemer so se podatki zbirali s pomočjo strukturirane anonimne ankete.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Kvantitativne podatke smo pridobili z neeksperimentalno kvantitativno metodo zbiranja podatkov. Uporabili smo strukturirano anketo, s katero smo raziskali pomen kontrolnega kirurškega vprašalnika pri zaposlenih v operacijskem bloku.

3.3.2 Opis merskega inštrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili strukturiran vprašalnik, ki smo ga razdelili med zaposlene v operacijskem bloku izbrane zdravstvene ustanove. Anketa je vsebovala tako vprašanja zaprtega kot odprtega tipa. Anketo smo sestavili in oblikovali za namene in cilje diplomskega dela. Pripravljena je bila na osnovi pregleda strokovne in znanstvene literature in že narejenih raziskav s tega področja (Bergs, et al., 2015; Vohra, et al., 2015; Thomasson, et al., 2016; Kulduff, et al., 2017; Wæhle, et al., 2020; Gong, et al., 2021). Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno. Sodelujoči v raziskavi so bili seznanjeni, da je anketa anonimna, da bodo rezultati uporabljeni izključno za namen priprave diplomskega dela in tudi, da lahko odstopijo od raziskave v kateremkoli trenutku.

Anketa je bila sestavljena iz 4 sklopov, ki so pokrivali različne aspekte raziskave. V prvem delu je anketa vsebovala vprašanja o demografskih značilnostih (kot so spol, poklic, starost in delovna doba). Drugi del ankete je bil sestavljen iz treh različnih tematskih sklopov. Prvi sklop je zajemal trditve glede prve faze kirurškega varnostnega kontrolnega seznama – faza pred uvodom v anestezijo. Drugi sklop vprašalnika je vseboval trditve glede druge faze kirurškega varnostnega kontrolnega seznama, in sicer fazo pred kirurškim rezom. Tretji sklop vprašalnika je zajemal trditve glede tretje faze kirurškega varnostnega kontrolnega seznama, in sicer fazo, preden pacient zapusti operacijsko dvorano.

Vse trditve so bile merjene na 5-stopenjski Likertovi lestvici (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam). Pri analizi rezultatov smo vse trditve obravnavali v posameznih sklopih. Z izračunom koeficienta Cronbah alfa, smo preverili zanesljivost vprašalnika. Zanesljivost vprašalnika je boljša, ko je koeficient Cronbach alfa bliže vrednosti števila 1 (Cencič, 2009).

Na podlagi vrednosti Cronbach alfa koeficienta sklepamo, da je zanesljivost našega vprašalnika dobra. Sullivan (2011) navaja, da je zanesljivost vprašalnika slaba, če

vrednost ne preseže 0,60 in vprašalnik je zmerno zanesljiv, če je vrednost med 0,60 in 0,80 in zelo zanesljiv, če je vrednost koeficienta 0,80 ali več. Na podlagi vrednosti Cronbach alfa koeficienta sklepamo, da je naš vprašalnik zelo zanesljiv, saj je pri vseh sklopih trditev vrednost Cronbach alfa koeficienta večja kot 0,80 (tabela 1).

Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika

Lestvica iz posameznega sklopa	Število trditev	Cronbach Alfa
Zadovoljstvo s kirurškim varnostnim seznamom.	4	0,816
Trditve glede prve faze »Sign in« pred uvodom v anestezijo.	8	0,867
Trditve glede druge faze »Time out« pred kirurškim rezom.	7	0,876
Trditve glede tretje faze »Sign out« preden pacient zapusti operacijsko dvorano.	6	0,879

3.3.3 Opis vzorca

V kvantitativnem delu raziskave smo uporabili neslučajnostni namenski vzorec, kamor smo vključili vse člane operativnega tima, od specialista kirurga do anesteziologa in zaposlenih v zdravstveni negi na izbrani zdravstveni ustanovi. V raziskavo smo vključili le popolnoma izpolnjene vprašalnike. Zbrali smo skupno 41 izpolnjenih vprašalnikov, ki smo jih vključili v nadaljnjo analizo. Realizacija vzorca je bila 77,4 %.

Tabela 2 prikazuje demografske podatke anketiranih. V raziskavi je sodelovalo 24 (58,5 %) ženskin 17 (41,5 %) moških. Vsi anketirani so bili del operativnega tima. Največji delež anketiranih so bile operacijske medicinske sestre oz. zdravstveni tehniki (n = 18; 43,9 %), nekoliko manj je bilo specialistov kirurgov (n = 11; 26,8 %) in anestezioloških medicinskih sester (n = 7; 17,1 %). Med anketiranimi je bilo najmanj anesteziologov (n = 4; 9,8 %). Nobeden anketirani ni bila oddelčna medicinska sestra (tabela 2).

Tabela 2: Demografski podatki anketiranih

	n = 41	%
Spol		
Ženski	24	58,5
Moški	17	41,5
Poklic / področje dela		
Operacijska medicinska sestra oz. zdravstveni tehnik	18	43,9
Anesteziolog	4	9,8
Anesteziološka medicinska sestra	7	17,1
Specialist kirurg	11	26,8
Oddelčna medicinska sestra	0	0,0

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

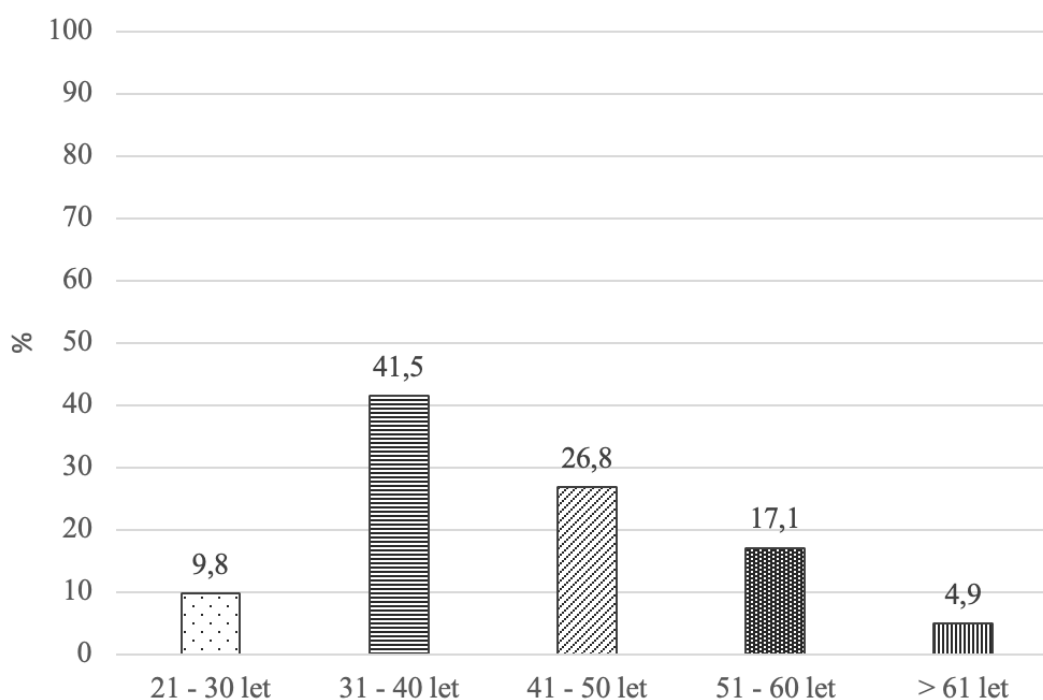
V tabeli 3 so prikazani starost in delovna doba anketiranih. Starost anketiranih je bila v razponu od najmlajšega starega 25 let do najstarejšega starega 66 let (PV = 42,46; SO = 10,46). Povprečna delovna doba anketiranih je bila v razponu od najmanj 1 leta do največ 40 let (PV = 18,88; SO = 10,46 let). Število operacij, pri katerih so anketirani sodelovali, je variiralo od najmanj 5 do največ 30 (PV = 17,75; SO = 7,14).

Tabela 3: Starost, delovna doba in tedensko število operacij

	n	Min	Maks	PV	SO
Starost (leta)	41	25	66	42,46	10,44
Delovna doba (leta)	41	1	40	18,88	10,46
Število operacij (teden)	41	5	30	17,75	7,14

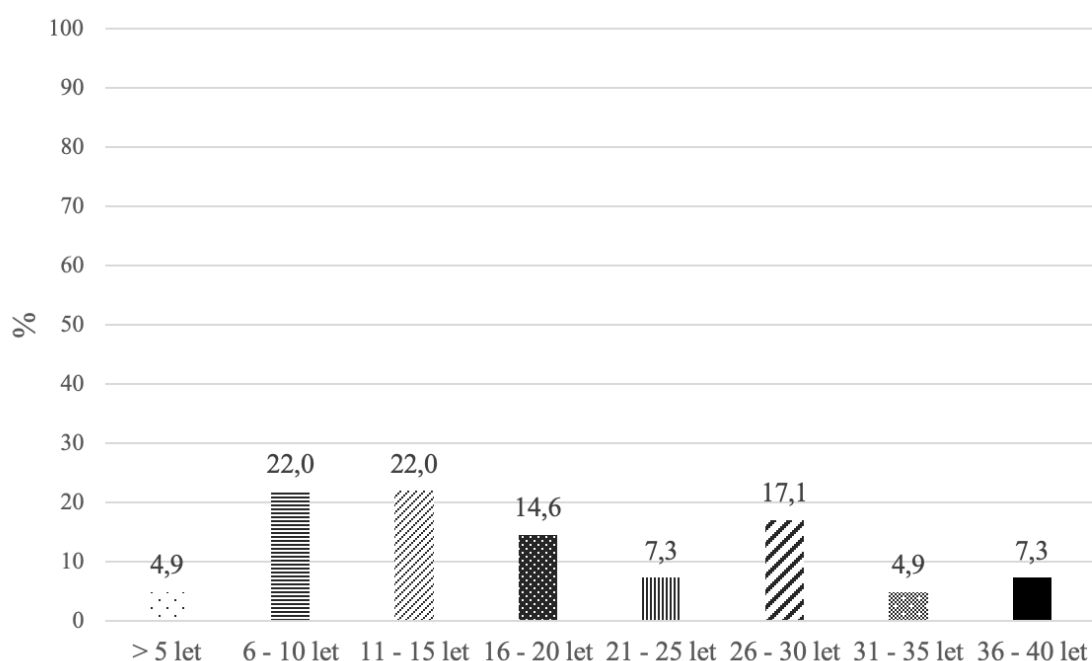
Legenda: n = število odgovorov; Min = minimum, Maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Starost anketirancev smo prikazali tudi po kategorijah v sliki 2. Iz slike je razvidno, da je bilo največ anketiranih v starostni skupini 31 – 40 let (n = 17; 41,5 %), nekoliko manj jih je bilo v višji starostni skupini 41 do 50 let (n = 11; 26,8 %). Najmanj anketiranih je bilo v najstarejši starostni skupini 61 let in več (n = 2; 4,9 %).



Slika 2: Starost anketiranih

V nadaljevanju smo delovno dobo anketiranih prikazali po kategorijah in predstavili v sliki 3. Največji delež anketiranih je imel delovne dobe med 6 in 10 let ter 11 in 15 let (oboje $n = 9$; 22,8 %), nekoliko manj ($n = 7$; 17,1 %) jih je bilo zaposlenih med 26 in 30 let in manj med 16 do 20 let ($n = 6$; 14,6 %). Najmanj anketiranih je imelo manj kot 5 let delovne dobe ($n = 2$; 4,9 %) in 31 do 35 let ($n = 2$; 4,9 %). Po tri anketiranca (7,3 %) sta imela delovne dobe med 21 in 25 let ter med 36 do 40 let (slika 3).



Slika 3: Delovna doba anketiranih

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred začetkom anketiranja smo pridobili soglasje Komisije za znanstveno-raziskovalno in razvojno dejavnost na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Po potrditvi soglasja smo kontaktirali glavno medicinsko sestro z informacijo, da je sodelovanje prostovoljno, da se bodo podatki prikazali in obdelali anonimno, poslali anketo v pisni obliki s prošnjo, da jo posreduje članom operativnih timov v zdravstveni ustanovi. Raziskava je potekala od meseca decembra 2022 do meseca februarja 2023.

Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, udeležencem smo zagotovili anonimnost prejetih odgovorov, njihova obdelava je bila v skladu z GDPR (angl. *General Data Protection Regulation*) oz. varovanjem osebnih podatkov. Izvajalci zdravstvene nege so bili seznanjeni z vsebino in namenom raziskave. V sprejemnem dopisu smo opredelili namen in izpostavili prostovoljnost sodelovanja. Za vse sodelujoče, ki so vrnili vprašalnik, smo sklepali, da se strinjajo s sodelovanjem v raziskavi. Prav tako smo upoštevali načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi (2014) in načela Helsinške deklaracije (World Medical Association, 2013). Pri izvajanju raziskave smo upoštevali tudi načela Oviedske konvencije (Council of Europe, 1997).

Podatke, ki smo jih pridobili z anketiranjem, smo uredili s pomočjo programa Microsoft Office Excel 2013 in jih statistično analizirali z računalniškim programom IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0 (IBM Corp., NY).

Za odgovarjanje na zastavljena raziskovalna vprašanja smo uporabili statistično metodo opisne ali deskriptivne statistike in prikazali: frekvence in pripadajoče odstotke, povprečne vrednosti (PV), minimum (min) in maksimum (maks), standardne odklone (SO) odgovorov. Rezultate smo podali v obliki tabel in slik. Za primerjavo povprečne vrednosti odgovorov na trditve glede na spol smo uporabili t-test za dva neodvisna vzorca. Za primerjavo povprečij odgovorov na trditve glede na poklic smo uporabili test analize varianc (ANOVA). Povezanost smo iskali s korelacijsko analizo. Upoštevali smo stopnjo značilnosti pri vrednosti $p = 0,05$. Upoštevali smo le veljavne odgovore na zastavljena vprašanja, neveljavne in manjkajoče odgovore smo izločili iz statističnih analiz in obdelave podatkov.

3.4 REZULTATI

Najprej smo preverili mnenje anketiranih glede kirurškega varnostnega vprašalnika. Rezultate smo prikazali v tabeli 4. Iz tabele 4 je razvidno, da se 27 (65,9 %) anketiranih izobraževalo glede kirurškega varnostnega vprašalnika, medtem ko se 14 (34,1 %) anketiranih ni posebej izobraževalo. Vsi anketirani menijo, da je kirurški varnostni vprašalnik koristen in da postavi varnost pacienta na prvo mesto ($n = 41$; 100,0 %).

Večina anketiranih (n = 38; 92,7 %) meni, da kirurški varnostni vprašalnik preprečuje napake, medtem ko trije (7,3 %) anketirani menijo nasprotno, in sicer da ne preprečuje napak. Večinoma (n = 40; 97,6 %) se strinjajo, da zaradi kirurškega varnostnega vprašalnika ne prihaja do zamud. Le en (2,4 %) anketiranec meni, da zaradi kirurškega varnostnega vprašalnika prihaja do zamud. Večina anketirancev (n = 40; 97,6 %) meni, da je po njihovih izkušnjah kirurški varnostni vprašalnik že preprečil težavo, zaplet ali napako. Le en (2,4 %) anketirani se s tem ne strinja. Nadalje, 31 (75,6 %) anketiranih meni, da kirurški varnostni vprašalnik spodbuja boljšo komunikacijo med posameznimi poklicnimi skupinami, medtem ko njih 10 (24,4 %) meni, da kirurški varnostni vprašalnik pri tem ne pomaga (tabela 4).

Tabela 4: Mnenje anketiranih glede kirurškega varnostnega vprašalnika

Vprašanje	Odgovor	n = 41	%
Izobraževanje glede kirurškega varnostnega vprašalnika	Da	27	65,9
	Ne	14	34,1
Menite, da je kirurški varnostni vprašalnik koristen?	Da	41	100,0
	Ne	0	0,0
Menite, da kirurški varnostni vprašalnik preprečuje napake?	Da	38	92,7
	Ne	3	7,3
Menite, da kirurški varnostni vprašalnik postavlja varnost pacienta na prvo mesto?	Da	41	100,0
	Ne	0	0,0
Zaradi kirurškega varnostnega vprašalnika prihaja do zamud?	Da	1	2,4
	Ne	40	97,6
Ali je po vaših izkušnjah kirurški varnostni vprašalnik že kdaj preprečil kakšno težavo, zaplet ali napako?	Da	40	97,6
	Ne	1	2,4
Menite, da kirurški varnostni vprašalnik spodbuja boljšo komunikacijo med posameznimi poklicnimi skupinami?	Da	31	75,6
	Ne	10	24,4

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

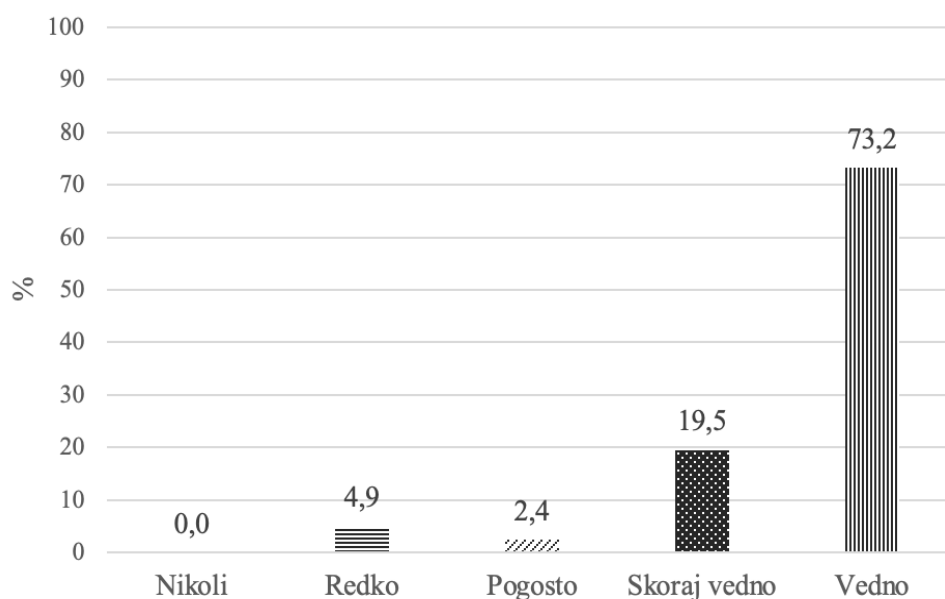
Preverili smo tudi zadovoljstvo anketiranih s kirurškim varnostnim seznamom. Pri tem sklopu trditve so bile ocene od najslabše 1 – sploh nisem zadovoljen, do ocene 5 – zelo sem zadovoljen. Rezultate smo prikazali v tabeli 5. Vse trditve iz tega sklopa so bile pod oceno 4 – zadovoljen sem. Anketirani so se najbolj strinjali s trditvijo »Zadovoljstvo s izvajanjem kirurškega varnostnega seznama na splošno« (PV = 3,92; SO = 0,81). Nekoliko manj so se strinjali s trditvijo »Zadovoljstvo z izvedbo »time out« faze pred kirurškim rezom« (PV = 3,73; SO = 1,04) in trditvijo »Zadovoljstvo z izvedbo »sign in« faze pred uvodom v anestezijo« (PV = 3,50; SO = 0,91). Najmanj so se strinjali s trditvijo »Zadovoljstvo s izvedbo »sign out« faze, preden pacient zapusti operacijsko dvorano« (PV = 3,30; SO = 1,02) (tabela 5).

Tabela 5: Zadovoljstvo anketiranih s kirurškim varnostnim seznamom

Trditev	n	min	maks	PV	SO
Zadovoljstvo z izvajanjem kirurškega varnostnega seznama na splošno.	41	1	5	3,92	0,81
Zadovoljstvo z izvedbo »sign in« faze pred uvodom v anestezijo.	40	2	5	3,50	0,91
Zadovoljstvo z izvedbo »time out« faze pred kirurškim rezom.	41	1	5	3,73	1,04
Zadovoljstvo z izvedbo »sign out« faze, preden pacient zapusti operacijsko dvorano.	41	1	5	3,30	1,02

Legenda: n = število odgovorov, min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

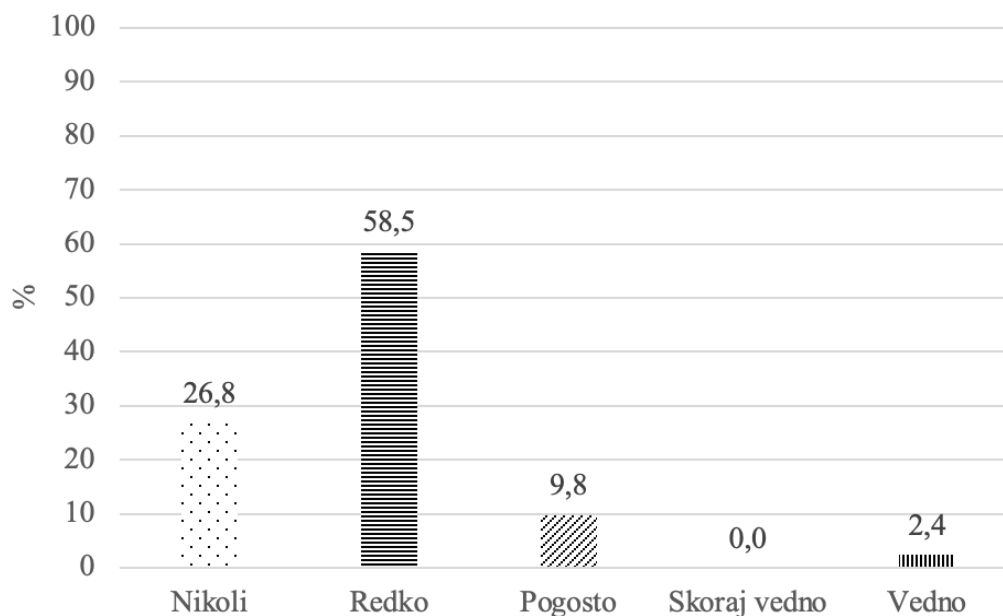
V sliki 4 smo prikazali, kako pogosto anketirani preverijo identiteto pacienta, ali je pacient privolil v poseg in anestezijo, vrsto operativnega posega in mesto operativnega posega. Iz slike 4 je razvidno, da vsi anketirani preverijo identiteto pacienta, ali je privolil v poseg in anestezijo, vrsto in mesto operativnega posega. Večina anketiranih (n = 30; 73,2 %) omenjene podatke vedno preveri. Nekoliko manj anketiranih (n = 8; 19,5 %) te podatke preveri skoraj vedno, eden (2,4 %) anketirani podatke pogosto preveri. Dva anketirana redko preverita omenjene podatke (2,4 %) (slika 4).



Slika 4: Preverjanje identitete pacienta, privolitev na poseg in anestezijo, vrsto operativnega posega in mesto operativnega posega

V sliki 5 smo prikazali, kako pogosto imajo anketirani občutek, da operater ni popolnoma seznanjen s stanjem pacienta ali operacijskim postopkom, ki naj bi ga izvedel. Nikoli nima takšnega občutka 11 (26,8 %) anketiranih. Največ anketiranih ima

takšen občutek redko ($n = 24$; 58,5 %). Najmanj anketiranih ($n = 1$; 2,4 %) je navedlo, da občutek, da operater ni popolnoma seznanjen s stanjem pacienta ali operacijskim postopkom, ki naj bi ga izvedel (slika 5).



Slika 5: Prisotnost občutka, da operater ni popolnoma seznanjen s stanjem pacienta ali operacijskim postopkom, ki naj bi ga izvedel

V nadaljevanju smo preverili mnenje anketiranih glede prve faze “sign in” pred uvodom v anestezijo. Ocene so pri tem sklopu razvrščene od 1 do 5, kjer pomeni ocena 1 – sploh ni pomembno, 2 – ni pomembno, 3 – niti ni pomembno niti je pomembno, 4 – je pomembno in ocena 5 – zelo je pomembno. Rezultate smo prikazali v tabeli 6 v nadaljevanju. Iz tabele je razvidno, da so anketirani vse trditve ocenili z visoko povprečno oceno $PV > 4,00$. Najbolj so se strinjali, da je pomembno preverjanje identitete pacienta, privolitev na poseg in anestezijo, vrsto in mesto operativnega posega ($PV = 4,92$; $SO = 0,41$). Najmanj so se strinjali s trditvijo, da je operativno polje označeno ($PV = 4,64$; $SO = 0,62$).

Tabela 6: Mnenje anketiranih glede prve faze “sign in” pred uvodom v anestezijo

Trditev	n	Min	Maks	PV	SO
Preverjanje identitete pacienta, privolitev na poseg in anestezijo, vrsto operativnega posega in mesto operativnega posega.	41	4	5	4,92	0,41

Trditev	n	Min	Maks	PV	SO
Operativno področje je označeno.	41	3	5	4,64	0,62
Anestezijski aparat in zdravila so preverjeni.	41	4	5	4,82	0,41
Na razpolago je posebna oprema.	40	3	5	4,61	0,60
Pacient ima alergijo.	40	4	5	4,81	0,42
Tveganje za težko intubacijo.	40	3	5	4,71	0,51
Tveganje za aspiracijo.	40	3	5	4,72	0,51
Tveganje za veliko izgubo krvi.	40	3	5	4,80	0,52

Legenda: n = število odgovorov, Min = minimum, Maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Preverili smo, ali anketirani menijo, da je faza »time out« potrebna v vseh primerih. Iz tabele 7 je razvidno, da večina anketiranih (n = 35; 85,0 %) meni, da je faza »time out« potrebna, medtem ko 6 (15,0 %) anketiranih meni, da omenjena faza ni potrebna.

Tabela 7: Mnenje anketiranih glede potreb po fazi »time out«

Vprašanje	Odgovor	n = 41	%
Ali menite, da je faza "time out" potrebna v vseh primerih?	Da	35	85,0
	Ne	6	15,0

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

Prav tako smo preverili mnenje anketiranih glede »time out« faze pred kirurškim rezom. Pri tem sklopu trditev je najslabša ocena 1 pomenila – sploh ni pomembno, najvišja ocena 5 pa je pomenila zelo je pomembno. Pri sklopu trditev glede faze »time out« so se anketirani najbolj strinjali glede pomembnosti »Pričakovani kritični dogodki – kirurg«, saj so omenjeno trditev ocenili z visoko PV = 4,73 (SO = 0,50), "Pričakovani kritični dogodki – anesteziolog" (PV = 4,73; SO = 0,61) in "Antibiotična profilaksa" (PV = 4,70; SO = 0,62). Najmanj pomembna za anketirance je trditev "Predstavitev vseh članov tima" (PV = 3,53; SO = 1,01) (tabela 8).

Tabela 8: Mnenje anketiranih glede faze »time out« pred kirurškim rezom

Trditev	n	Min	Maks	PV	SO
Predstavitev vseh članov tima.	40	1	5	3,53	1,01
Ponovno preverjanje identitete pacienta, vrste operativnega posega, področja in varne namestitve pacienta.	40	2	5	4,62	0,71
Pričakovani kritični dogodki - kirurg.	40	3	5	4,73	0,50
Pričakovani kritični dogodki - anesteziolog.	40	2	5	4,73	0,61
Pričakovani kritični dogodki – operacijska medicinska sestra.	40	2	5	4,51	0,80
Antibiotična profilaksa.	40	2	5	4,70	0,62
Razpoložljivost RTG, slik in izvidov.	40	3	5	4,32	0,71

Legenda: n = število odgovorov, Min = minimum, Maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Preverili smo tudi mnenje anketiranih glede »sign out« faze, preden pacient zapusti operacijsko dvorano. Pri tem sklopu trditev je najslabša ocena 1 pomenila – sploh ni pomembno, najvišja ocena 5 pa je pomenila – zelo je pomembno. Iz tabele 9 je razvidno, da anketirani menijo, da je najbolj pomembno preverjanje in ustna potrditev pravilne označbe tkivnih vzorcev (PV = 4,71; SO = 0,62) in nekoliko manj pomembno preverjanje in ustna potrditev ustreznega števila instrumentov in operativnih materialov (PV = 4,64; SO = 0,72) ter podajanje navodil kirurga in anesteziologa glede pooperativne oskrbe bolnika (PV = 4,64; SO = 0,63). Pri tem sklopu trditev so se anketirani najmanj strinjali glede pomembnosti preverjanja in ustne potrditve pravilnega zapisa posega (PV = 4,33; SO = 0,82).

Tabela 9: Mnenje anketiranih glede faze »sign out«

Trditev	n	Min	Maks	PV	SO
Preverjanje in ustna potrditev pravilnega zapisa posega.	40	2	5	4,33	0,82
Preverjanje in ustna potrditev ustreznega števila instrumentov in operativnih materialov.	40	2	5	4,64	0,72
Preverjanje in ustna potrditev pravilne označbe tkivnih vzorcev.	40	3	5	4,71	0,62
Preverjanje in ustna potrditev evidence in pravilnih ukrepov v primeru težav z opremo.	40	3	5	4,43	0,60
Podajanje navodil kirurga in anesteziologa glede pooperativne oskrbe bolnika.	40	3	5	4,64	0,63
Določitev in obveščevanje enote, na katero bo bolnik premeščen po operaciji.	40	3	5	4,54	0,61

Legenda: n = število odgovorov, Min = minimum, Maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

V nadaljevanju smo podali odgovore na postavljena raziskovalna vprašanja.

Raziskovalno vprašanje 1: Ali se zaposleni v operacijskem bloku zavedajo pomembnosti doslednega izpolnjevanja kontrolnega kirurškega vprašalnika zaradi zagotavljanja večje varnosti pacienta?

Glede na odgovore v tabeli 4 lahko sklepamo, da se anketirani zavedajo pomembnosti doslednega izpolnjevanja kontrolnega kirurškega vprašalnika zaradi zagotavljanja večje varnosti pacienta. Anketirani menijo, da so vse faze kontrolnega kirurškega vprašalnika pomembne, saj je bila povprečna vrednost odgovorov nad povprečno oceno 4,50 (tabela 4 in 8) z izjemo trditve "Predstavitev vseh članov tima" (PV = 3,53; SO = 1,01). Vsi

anketirani se strinjajo, da je kirurški varnostni vprašalnik koristen in da postavlja varnost pacienta na prvo mesto.

Raziskovalno vprašanje 2: Ali obstajajo razlike med poklicnimi skupinami glede razumevanja kirurškega varnostnega vprašalnika?

Pri raziskovalnem vprašanju 2 smo naredili tri izpeljane spremenljivke tako, da smo za vsakega anketiranca izračunali povprečno mnenje za vsak sklop (fazo "sign in", fazo "time out" in fazo "sign out"). Iz tabele 10 je razvidno, da ni statistično značilnih razlik v razumevanju prve faze kirurškega varnostnega vprašalnika glede na poklic anketiranih ($F = 0,681$; $p = 0,569$).

Prav tako ni statistično značilnih razlik v razumevanju druge faze kirurškega varnostnega vprašalnika glede na poklic anketiranih ($F = 0,455$; $p = 0,715$) in prav tako ne glede na tretjo fazo kirurškega varnostnega vprašalnika ($F = 1,121$, $p = 0,354$).

Tabela 10: Mnenje anketirancev glede kirurškega varnostnega vprašalnika glede na poklic

	Poklic	n = 41	Min	Maks	PV	SO	F	p
Prva faza »sign in«	Operacijska medicinska sestra oz. zdravstveni tehnik	18	4,0	5,0	4,72	0,38	0,681	0,569
	Anesteziolog	4	4,6	5,0	4,87	0,17		
	Anesteziološka medicinska sestra	7	4,0	5,0	4,80	0,37		
	Specialist kirurg	11	3,8	5,0	4,61	0,37		
Druga faza »time out«	Operacijska medicinska sestra oz. zdravstveni tehnik	18	2,7	5,0	4,42	0,2	0,455	0,715
	Anesteziolog	4	4,1	4,7	4,46	0,24		
	Anesteziološka medicinska sestra	7	4,0	5,0	4,57	0,40		
	Specialist kirurg	11	3,4	4,9	4,26	0,54		
Tretja faza »sign out«	Operacijska medicinska sestra oz. zdravstveni tehnik	18	3,5	5,0	4,62	0,51	1,121	0,354
	Anesteziolog	4	4,0	5,0	4,54	0,42		
	Anesteziološka medicinska sestra	7	4,0	5,0	4,62	0,43		
	Specialist kirurg	11	2,8	4,7	4,27	0,52		

Legenda: n = število odgovorov, Min = minimalna vrednost, Maks = maksimalna vrednost, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, F = Enofaktorska analiza varianc; p = statistična značilnost v višini 0,05

Raziskovalno vprašanje 3: Ali obstajajo razlike pri razumevanju kirurškega varnostnega vprašalnika glede na demografske dejavnike (spol, starost, delovno dobo)?

Tudi pri raziskovalnem vprašanju 3 smo naredili tri izpeljane spremenljivke tako, da smo za vsakega anketiranca izračunali povprečno mnenje za vsak sklop (fazo "sign in", fazo "time out" in fazo "sign out"). Iz tabele 11 je razvidno, da se razumevanje kirurškega varnostnega vprašalnika ni statistično značilno razlikovalo glede na spol ($p > 0,05$).

Tabela 11: Mnenje anketirancev o kirurškem varnostnem vprašalniku glede na spol

	Spol	n = 41	PV	SO	t	p
Prva faza »sign in«	Moški	17	4,71	0,36	0,230	0,410
	Ženski	24	4,74	0,59		
Druga faza »time out«	Moški	17	4,38	0,54	0,343	0,365
	Ženski	24	4,44	0,58		
Tretja faza »sign out«	Moški	17	4,44	0,61	0,867	0,211
	Ženski	24	4,58	0,45		

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = t test za neodvisne vzorce, p = statistična značilnost v višini 0,05

Povezavo med razumevanjem kirurškega varnostnega vprašalnika in starostjo ter delovno dobo smo preverili s Spearmanovim korelacijskim koeficientom. Povezava med starostjo in razumevanjem prve faze, druge faze in tretje faze kirurškega varnostnega vprašalnika je nepomembna ($r < 0,20$) in/ali nizka korelacija ($0,20 \leq r < 0,40$). Korelacijski koeficient poteka v negativni smeri, kar pomeni, da je višja starost povezana z manjšim upoštevanjem kirurškega varnostnega vprašalnika. Povezave niso statistično značilne ($p > 0,05$). Povezava med delovno dobo in razumevanjem kirurškega varnostnega vprašalnika je pri vseh fazah vprašalnika nepomembna ($r < 0,20$) in statistično ni značilna ($p > 0,05$) (tabela 12).

Tabela 12: Povezava med razumevanjem kirurškega varnostnega vprašalnika, starostjo in delovno dobo

		Prva faza »sign in«	Druga faza »time out«	Tretja faza »sign out«
Starost	r	-0,222	-0,162	-0,112
	p	0,889	0,317	0,492
Delovna doba	r	0,027	-0,161	-0,072
	p	0,867	0,320	0,661

Legenda: r = Spearmanov korelacijski koeficient, p = statistična značilnost v višini 0,05

3.5 RAZPRAVA

Vsak kirurški poseg je povezan s tveganjem za obolevnost in smrtnost. Na izid operacije vpliva več kompleksnih dejavnikov, kjer so ključni tako tehnični kot netehnični dejavniki (Ramsay, et al., 2019). Že nekaj desetletij je glavna značilnost kakovosti in varnosti kirurške oskrbe uporaba kontrolnih seznamov za preprečevanje napak (npr. operacija na napačnem mestu) in zagotavljanje, da so bile ali bodo opravljene ključne naloge. Svetovno najpogosteje uporabljen pristop je varnostni kontrolni seznam oz. vprašalnik, ki ga priporoča WHO (Weinger, 2021). Programu varne kirurgije so se pridružile številne bolnišnice iz vsega sveta, vendar implementacija kontrolnega kirurškega vprašalnika v klinično prakso močno variira med državami po vsem svetu (Pugel, et al., 2015; White, et al., 2021). Tudi Slovenija, (Kirurška klinika UKC Ljubljana) se je pomladi leta 2010 pridružila programu SZO »Varna kirurgija rešuje življenje« in kot pozitivne rezultate uporabe kontrolnega kirurškega vprašalnika izpostavila pridobivanje pristankov pacientov na operativni poseg in anestezijo, pravočasno prejemanje antibiotične profilakse pred operativnim posegom, odpravljanje težav z opremo in izboljšanje komunikacije v operacijski dvorani (Beganović & Trotošek, 2013).

Uvedba kirurškega varnostnega kontrolnega seznama predstavlja enostavno in učinkovito orodje, s katerim se preverijo vsi ključni dejavniki in postopki, ki bi lahko vplivali na kirurško in anesteziološko oskrbo pacienta v posameznih fazah: pred uvedbo pacienta v anestezijo, pred začetkom in ob koncu operativnega posega ter preden pacient zapusti operacijsko sobo (Beganović & Trotošek, 2013). Glede na pomen kontrolnega kirurškega vprašalnika smo v diplomskem delu želeli preveriti razumevanje le-tega pri zaposlenih v operacijskem bloku. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako dobro zdravstveni delavci zaposleni v operacijskem bloku poznajo in razumejo vsebino kirurškega varnostnega vprašalnika.

V raziskavi smo zajeli vse člane operativnega tima, od specialista kirurga do anesteziologa in zaposlenih v zdravstveni negi na izbrani zdravstveni ustanovi. Nekoliko več kot polovico vzorca so predstavljale ženske, največji delež so

predstavljale operacijske medicinske sestre oz. zdravstveni tehniki, po številčnosti so sledili specialisti kirurgi in anesteziološke medicinske sestre. Najmanj med anketiranimi je bilo anesteziologov. Vsi anketirani so bili člani operacijskega tima.

V prvem raziskovalnem vprašanju smo se spraševali, ali se zaposleni v operacijskem bloku zavedajo pomembnosti doslednega izpolnjevanja kontrolnega kirurškega vprašalnika zaradi zagotavljanja večje varnosti pacienta. Glede na odgovore anketiranih lahko sklepamo, da se anketirani zavedajo pomembnosti doslednega izpolnjevanja kontrolnega kirurškega vprašalnika zaradi zagotavljanja večje varnosti pacienta. Vsi anketirani se strinjajo, da je kirurški varnostni vprašalnik koristen in da postavlja varnost pacienta na prvo mesto. Naše ugotovitve so v skladu z raziskavo Gurlek Kisacik & Cigerci (2019), v kateri so anketirane operacijske medicinske sestre iz Turčije menile, da uporaba kontrolnega kirurškega vprašalnika pozitivno vpliva na varnost pacienta med kirurškim posegom. Podobnega mnenja so bili v raziskavi Pugel, et al. (2015), v kateri kot razlog za večjo varnost pacienta med kirurškim posegom izpostavljajo boljše komunikacijo zaradi uporabe kontrolnega kirurškega vprašalnika. Pozitiven odnos do uporabe kontrolnega kirurškega vprašalnika med člani operacijskega tima navajajo tudi v veliki raziskavi Tan, et al. (2021), ki je potekala na Kitajskem in je vključila 846 članov operacijskega tima iz 138 bolnišnic.

Nadalje, v naši raziskavi večina anketiranih meni, da kirurški varnostni vprašalnik preprečuje napake in jim izpolnjevanje vprašalnika ne predstavlja breme, saj se strinjajo, da zaradi kirurškega varnostnega vprašalnika ne prihaja do zamud. Dobro sprejetje kontrolnega kirurškega vprašalnika med zaposlenimi v operacijskem bloku so ugotovili tudi v raziskavi Tostes & Galvão (2019). Slednje je spodbudno glede na dejstvo, da kljub številnim koristim, ki jih prinaša uporaba kontrolnih seznamov, obstajajo tudi marsikateri ovire za njegovo izvajanje. Namreč, različni poklici in izobrazba ter socialni dejavniki, kot sta dvoumnost in zmeda glede namena kontrolnega seznama ter negativen odnos do sprejemanja kontrolnega seznama med nekaterimi člani kirurškega tima, lahko prispevajo k slabši implementaciji kontrolnega seznama (Harrison, 2019).

V drugem raziskovalnem vprašanju smo preverili, ali obstajajo razlike med poklicnimi skupinami glede razumevanja kirurškega varnostnega vprašalnika. Ugotovili smo, da se razumevanje prve, druge ali tretje faze kontrolnega kirurškega vprašalnika med zaposlenimi v kirurškem timu ni statistično značilno razlikovalo glede na poklic anketiranih. Nekoliko boljše razumevanje oz. višje povprečne ocene pri razumevanju posameznih faz so navedle anesteziološke medicinske sestre, čeprav ni prišlo do statistično značilnih razlik med poklicnimi skupinami. Podobno kot v naši raziskavi, so ugotovili tudi v drugih raziskavah, v katerih so izpostavili, da so anesteziološke medicinske sestre tisti člani kirurškega tima, ki so se dobro zavedale pomena in koristi kontrolnega kirurškega vprašalnika, ki so prevzele odgovornost in so bile bolj občutljive v primerjavi s specialistom kirurgom ali anesteziologom glede dejavnikov, ki preprečujejo timsko delo v operacijskih sobah (Abbasoglu, et al., 2016; Candas & Gursoy, 2016; Ugur, et al., 2016; Gong, et al., 2021). Nasprotno so ugotovili v raziskavi Wangoo, et al. (2016). V slednji raziskavi so ugotovili, da so bili anesteziologi člani operacijskega tima, ki so bili najmanj pozitivno naklonjeni uporabi kontrolnega kirurškega vprašalnika v primerjavi s kirurgi ali medicinskimi sestrami. Menili so namreč, da so njihovi obstoječi varnostni protokoli in postopki zadostni, kot je na primer ocena tveganja za bolnika pred anestezijo (Wangoo, et al., 2016). Po drugi strani so v raziskavi Munthali, et al. (2022) bili kirurgi tisti, ki so menili, da je kontrolni kirurški vprašalnik nepotreben in so želeli čim prej nadaljevati z operacijo. Tudi v raziskavi Gong, et al. (2021) so ugotovili, da so se kirurgi najmanj zavedali pomena kontrolnega kirurškega vprašalnika predvsem v tretji fazi "time-out" vprašalnika.

Nasprotno so ugotovili v raziskavi Gurlek Kisacik & Cigerci (2019), v kateri so anketirane medicinske sestre nakazale na potrebo po kulturi, ki zagotavlja, da vsi člani kirurškega tima, in ne samo operacijske medicinske sestre, bolje razumejo pomen kontrolnega kirurškega vprašalnika. Tudi v Sloveniji imajo operacijske medicinske sestre pomembno vlogo pri izpolnjevanju kontrolnega kirurškega vprašalnika, saj je dogovorjeno, da prvi del kirurškega varnostnega kontrolnega seznama izvaja medicinska sestra pri anesteziji, preostali del pa operacijska medicinska sestra. Naloga obojih je, da se s svojim imenom in priimkom navedeta ter podpišeta na kirurški varnostni kontrolni seznam (Beganović & Trotošek, 2013). Ko smo preverjali mnenje anketiranih glede faze »time out« pred kirurškim rezom, smo ugotovili, da so anketirani

menili, da je najmanj pomembna trditev v tem sklopu »Predstavitev vseh članov tima«. Slednje ni tako presenetljivo, saj gre za zelo specifično okolje, kjer se zaposleni med seboj poznajo in posledično ni potrebe, da bi se pred vsako operacijo predstavljali. Nasprotno so pokazali v raziskavi Wæhle, et al. (2020), ki je potekala na Norveškem v večjem kliničnem centru. Člani operativnega tima so omenjeno trditev opisali kot pomembno. Nekateri kirurgi so predstavljanje vseh članov tima »Time-Out faze« kirurškega varnostnega kontrolnega seznama opisali tudi kot poenotenje ekipe, da so se osredotočili pred rezom. Ugotovili so, da je slednje bilo še posebej uporabno za nove in/ali neizkušene člane kirurškega tima. V isti raziskavi operacijska medicinska sestra navaja, da nekateri kirurgi, ki so bolj zadržani od drugih, začnejo mrmrati skozi kirurški varnostni kontrolni seznam takoj, ko vstopijo v operacijsko sobo, nato razglasijo, da so opravili "time-out" fazo. Od operacijske medicinske sestre se zahteva, da je odločna in od kirurga zahteva, da ponovi vse postavke na takšen način, da ga slišijo vsi člani kirurškega tima (Wæhle, et al., 2020).

V tretjem raziskovalnem vprašanju smo preverili, ali obstajajo razlike pri razumevanju kirurškega varnostnega vprašalnika glede na demografske dejavnike (spol, starost in delovno dobo). Rezultati so pokazali, da se razumevanje kirurškega varnostnega vprašalnika ni statistično značilno razlikovalo glede na spol. Povezava med starostjo in razumevanjem kirurškega varnostnega vprašalnika je bila nepomembna ali nizka in negativno usmerjena, kar pomeni, da je višja starost povezana z manjšim upoštevanjem kirurškega varnostnega vprašalnika. Podobno je bilo pri povezavi med delovno dobo in razumevanjem kirurškega varnostnega vprašalnika, kjer je bila povezava nepomembna in statistično neznačilna. Pri drugi in tretji fazi kirurškega vprašalnika je usmerjenost koeficienta bila negativna, kar pomeni, da je višja starost povezana z manjšim upoštevanjem vprašalnika. V nasprotju z našimi rezultati so ugotovitve raziskave Munthali, et al. (2022), v kateri so predvsem kirurgi med ostalimi člani operacijskega tima menili, da upoštevanje kontrolnega kirurškega vprašalnika ni tako pomembno. Dodatno so v isti raziskavi ugotovili, da so anketirani starejši kirurgi podpirali uporabo kontrolnega kirurškega vprašalnika in se zavedali njegove pomembnosti, medtem ko so potrdili nasproten odnos do vprašalnika med mlajšimi kirurgi. Navedli so tudi, da je imel ta zaničujoč odnos negativne posledice za dinamiko celotnega operacijskega tima

in je na koncu privedel do porušanja timskega pristopa in slabšega pridrževanja kontrolnega kirurškega vprašalnika (Munthali, et al., 2022).

3.5.1 Omejitve raziskave

Naša raziskava ni bila brez omejitev, zato jih moramo na tem mestu izpostaviti. Prva omejitev naše raziskave je uporabljeni vzorec. V raziskavi so sodelovali člani multidisciplinarnega operacijskega tima (od specialista kirurga, operacijske medicinske sestre oz. zdravstvenega tehnika, anesteziološke medicinske sestre do anesteziologa), ki so bili zaposleni v izbrani zdravstveni ustanovi. Zaradi tega ugotovitev ne moremo posplošiti na vse operacijske time. Velikost vzorca zadošča le za približno oceno stanja. Za bolj konkretne zaključke bi bilo potrebno povečati vzorec in na ta način pridobiti bolj reprezentativen vzorec. Naslednja omejitev je uporabljeni vprašalnik, s katerim smo preverjali mnenje anketiranih glede pomembnosti izvajanja aktivnosti oz. uporabnosti kontrolnega kirurškega vprašalnika. V naši raziskavi nismo preverjali, v kolikšni meri so se člani operacijskega tima dejansko pridrževali kontrolnega kirurškega vprašalnika v klinični praksi.

3.5.2 Doprinos za prakso in priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

V kolikšni meri člani operacijskega tima dojemajo kontrolni kirurški vprašalnik kot intervencijo za zmanjšanje tveganja in boljšo varnost pacienta, v veliki meri vpliva na pridrževanje kontrolnega kirurškega vprašalnika in obveščanje o tveganju okoli posameznih postavk oz. aktivnosti. Rezultati naše raziskave so pokazali, da vsi člani operacijskega tima prepoznavajo vrednost in pomen kontrolnega kirurškega vprašalnika za varno operativno dejavnost. Prav tako poudarjajo pomen usposabljanja in izobraževanja zdravstvenih delavcev glede vprašalnika, saj se v naši raziskavi tretjina anketiranih ni posebej izobraževala na tem področju. Izobraževanje ob delu bi morala biti obvezna aktivna strategija izboljšanja stanja na področju varnosti pacienta v kirurški oskrbi, in sicer v obliki predavanj, seminarjev, tiskanih materialov in rednega preverjanja znanja, da bi se izboljšalo njihovo znanje in ozaveščenost na tem področju. Zanimivo bi bilo v prihodnosti ponoviti raziskavo z istimi člani operacijskega tima po

predhodnem izobraževanju glede pomembnosti doslednega izvajanja aktivnosti kontrolnega kirurškega vprašalnika. Prav tako bi bilo smiselno v prihodnosti narediti raziskavo z večjim številom anketiranih, vključiti tudi več zdravstvenih zavodov in tako pridobiti podatke na nivoju celotne Slovenije. Prihodnje raziskave bi morale uporabiti kombinacijo metodologije samoocenjevanja z vprašalnikom in preverjanja izvajanja postopkov iz kontrolnega kirurškega vprašalnika v klinični praksi.

4 ZAKLJUČEK

Operativni poseg je kompleksna timska naloga, ki vključuje celoten operacijski tim. Kontrolni kirurški vprašalnik je sistematičen seznam elementov, ki uporabniku omogoča beleženje dokončanja posameznih aktivnosti v perioperativni oskrbi. Z uvedbo kontrolnega kirurškega vprašalnika je v kirurgiji mogoče zmanjšati tveganje za neželene dogodke in tako izboljšati varnost pacientov. V zdravstvenih zavodih je uvedba kontrolnega kirurškega vprašalnika zahteven proces, saj od članov operacijskega tima zahteva spremembo vedenja in učenje novih navad. Da bi dosegli boljšo skladnost, mora klinično usposabljanje postati sestavni del vsakega operacijskega tima in se mora izvajati neprekinjeno.

Vsi člani operacijskega tima se zavedajo svoje odgovornosti za varnost pacienta med operativnim posegom in se strinjajo, da je kontrolni kirurški vprašalnik pomemben za doslednost med operacijo in da postavlja v ospredje pacienta. V naši raziskavi obstaja visoko sprejemanje in ustrezna zavest o kontrolnem kirurškem vprašalniku in se ne razlikuje glede na poklic, spol, starost ali delovno dobo. Glede na dejstvo, da se tretjina anketiranih ni nikoli posebej izobraževala o kontrolnem kirurškem vprašalniku, bi bila potrebna strategija ponavljajočega se usposabljanja na tem področju in ocenjevanje zdravstvenih delavcev v klinični praksi za nadaljnje izboljšanje varnosti bolnikov med operacijo.

5 LITERATURA

Abbasoglu, A., Ugurlu, Z., Isik, S.A., Karahan, A., Unlu, H. & Elbas, N.O., 2016. The status of use of surgical safety check list and opinions of nurses. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*, 18(1), pp. 53-62.

Bailey, M., 2018. *Operating room cleaning procedures*. [online] Available at: <https://www.hfmmagazine.com/articles/3249-operating-room-cleaning-procedures> [Accessed 7 March 2023].

Beganović, A. & Trotošek, T., 2013. *Uporaba kirurškega varnostnega kontrolnega seznama pri operativnem program: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji*, pp. 4-9.

Bergs, J., Lambrechts, F., Simons, P., Vlayen, A., Marneffe, W., Hellings, J., Cleemput, I. & Vandijck., 2015. Barriers and facilitators related to the implementation of surgical safety checklists: a systematic review of the qualitative evidence. *BMJ Quality & Safety*, 1, pp. 1-11. 10.1136/bmjqs-2015-004021.

Cadman, V., 2016. The impact of surgical safety checklists on theatre departments: a critical review of the literature. *Journal of Perioperative Practice*, 26(4), pp. 62-71. 10.1177/175045891602600402.

Candas, B. & Gursoy, A., 2016. Patient safety in operating room: Thoughts of surgery team members on implementing the Safe Surgery Checklist (An example from Turkey). *Perioperative Care and Operating Room Management*, 5, pp. 1-6. 10.1016/j.pcorm.2016.08.001.

Chhabra, A., Singh, A., Singh Kuka, P., Kaur, H., Singh Kuka, A. & Chahal, H., 2019. Role of Perioperative Surgical Safety Checklist in Reducing Morbidity and Mortality among Patients: An Observational Study. *Nigerian Journal of Surgery*, 25, pp. 192-197. 10.4103/njs.NJS_45_18.

Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. 1st ed. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.

Council of Europe, 1997. *Convention of the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine*. Oviedo: Council of Europe.

Damani, N., 2015. *Poslijeoperacijske infekcije*. In: N. Damani, ed. *Priručnik o prevenciji i kontroli infekcija*. Zagreb: Medicinska naklada, pp. 260-279.

Dimovski, V., Penger, S., Peterlin, J., Grah, B., Turk, D., Šalamon, K. & Grošelj, M., 2014. *Temelji managementa in organizacije*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

Finkelmann, A., 2022. *Quality Improvement. A Guide for Integration in Nursing*. Burlington: Jones & Bartlett Learning, p. 16.

Gong, J., Ma, Y., An, Y., Yuan, Q., Li, Y. & Hu, J., 2021. The surgical safety checklist: a quantitative study on attitudes and barriers among gynecological surgery teams. *BMC Health Services Research*, 21, p. 1106. 10.1186/s12913-021-07130-8.

Grbić, S., 2016. *Preprečevanje varnostnih incidentov v operacijskem bloku splošne bolnice Slovenj Gradec*. In: T. Požarnik, ed. *Varnostna kultura – zapleti in odkloni, ki nam pretijo*. Zbornik XXXV. Bled: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, pp. 17-28.

Gurlek Kisacik, O. & Cigerci, Y., 2019. Use of the surgical safety checklist in the operating room: Operating room nurses' perspectives. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 35(3), pp. 614-619. 10.12669/pjms.35.3.29.

Harrison, E.M., 2019. Pooled analysis of WHO Surgical Safety Checklist use and mortality after emergency laparotomy. *British Journal of Surgery*, 106, pp. 103-112. 10.1002/bjs.11051.

Hemingway, M., Malley, O. & Silvestri, S., 2015. A program to prevent surgical errors. *AORN Journal*, 101(4), pp. 404-415.

Kadivec, S., Skela Savič, B., Kramar, Z., Zavrl Džananović, D. & Bregar, B., 2013. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 – 2020: povzetek. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp. 97-112.

Kiauta, M., Poldrugovac, M., Rems, M., Robida, A. & Simčič B., 2010. *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015)*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Kodeks etika v zdravstveni negi in oskrbi. Uradni list RS, št. 71/14.

Kotnik, N., 2013. Uvajanje rednih letnih razgovorov v socialnem varstvu v Celjski regiji. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Kotar, E., 2015. *Varnost in varnostni odklon v operacijskem bloku*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, pp. 15.

Kramar, Z., 2022. *Kakovost in varnost v zdravstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Kulduff, C.L.S., Leith, T.O., Drake, T.M. & Fitzgerald J.E.F., 2017. Surgical safety checklist training: a national study of undergraduate medical and nursing student teaching, understanding and influencing factors. *Postgraduate Medical Journal*, 2, pp. 1-8. 10.1136/postgradmedj-2016-134559.

- Maze, H., 2013. Organizacija dela v zdravstveni negi. Celje: Visoka zdravstvena šola Celje.
- Munthali, J., Pittalis, C., Bijlmakers, L., Kachimba, J., Cheelo, M. & Gajewski, J., 2022. Barriers and enablers to utilisation of the WHO surgical safety checklist at the university teaching hospital in Lusaka, Zambia: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 22, p. 894. 10.1186/s12913-022-08257-y.
- Papaconstantinou, Harry T., ChanHee Jo, Reznik, S. I., Smythe, Roy W. & Wehbe-Janek, H., 2013. Implementation of a Surgical Safety Checklist: Impact on Surgical Team Perspectives. *The Ochsner Journal*, 13, pp. 299-309.
- Pugel, A.E., Simianu, V.V., Flum, D.R. & Patchen Dellinger, E., 2015. Use of the surgical safety checklist to improve communication and reduce complications. *Journal of Infection and Public Health*, 8(2), pp. 219-225. 10.1016/j.jiph.2015.01.001.
- Ramsay, G., Haynes, A.B., Lipsitz, S.R., Solsky, I., Leitch, J. & Gawande, A.A., 2019. Reducing surgical mortality in Scotland by use of the WHO Surgical Safety Checklist. *British Journal of Surgery*, 106, pp. 1005-1011. 10.1002/bjs.11151.
- Robida, A., Grabar, D. & Simčič, B., 2020. Osnove kakovosti in varnosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Republika Slovenija.
- Russ, S., Rout, S., Sevdalis, N., Moorthy, K., Darzi, A. & Vincent, C., 2013. Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? a systematic review. *Annals of Surgery*, 258(6), pp. 856-871. 10.1097/SLA.0000000000000206.
- Sohrabizadeh, S. & Sayfour, N., 2014. Antecedents and Consequences of Work Engagement Among Nurses. *Iran Red Crescent Medical Journal*, 16(11), pp. 1-8. 10.5812/ircmj.16351.

Sullivan, G.M., 2011. A Primer on the Validity of Assessment Instruments. *Journal of Graduate Medical Education*, 3(2), pp. 119-120. 10.4300/JGME-D-11-00075.1.

Tan, J., Ngwayi, J.R.M., Ding, Z., Zhou, Z., Li, M. & Porter, D.E., 2021. Attitudes and compliance with the WHO surgical safety checklist: a survey among surgeons and operating room staff in 138 hospitals in China. *Patient Safety in Surgery*, 15, pp. 3. 10.1186/s13037-020-00276-0.

Tintor, B., 2017. *Kirurški varnostni kontrolni seznam: Razkorak med teorijo in prakso v zdravstveni negi – zbornik prispevkov*. Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov. Novo mesto, Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, pp. 48-53.

Thomasson, B.G., Fuller, D., Mansour, J., Marburger, R. & Pukenas, E., 2016. Efficacy of surgical safety checklist: Assessing orthopaedic surgical implant readiness. *Healthcare*, 4(4), pp. 307-311. 10.1016/j.hjdsi.2016.01.005.

Tostes, M.F.P. & Galvão, C.M., 2019. Surgical safety checklist: benefits, facilitators, and barriers in the nurses' perspective. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 40: e20180180. 10.1590/1983-1447.2019.20180180.

Ugur, E., Kara, S., Yildirim, S. & Akbal, A., 2016. Medical errors and patient safety in the operating room. *Journal Pakistan Medical Association*, 66(5), pp. 593-597.

Vivekanantham, S., Prashanth Ravindran, R., Shanmuharajah, K., Maruthappu, M. & Shalhoub, J., 2014. Surgical safety checklists in developing countries. *International Journal of Surgery*, 12(1), pp. 2-6. 10.1016/j.ijssu.2013.10.016.

Vohra, R.S., Cowley, J.B., Bhasin, N., Barakat, H. & Gough, M.J., 2015. Attitudes towards the surgical safety checklist and factors associated with its use: A global survey of frontline medical professionals. *Annals of Medical Surgery*, 4, pp. 119-123. 10.1016/j.amsu.2015.04.001.

Wangoo, L., Raz, R. & Ho, Y.-H., 2016. Compliance and surgical team perceptions of WHO Surgical Safety Checklist. *International Surgery*, 101(1-2), pp. 35-49. 10.9738/INTSURG-D-15-00105.1.

Wæhle, H.V., Haugen, A.S., Wiig, S., Søfteland, E., Sevdalis, N. & Harthug, S., 2020. How does the WHO Surgical Safety Checklist fit with existing perioperative risk management strategies? An ethnographic study across surgical specialties. *BMC Health Services Research*, 20, p. 111. 10.1186/s12913-020-4965-5.

Weinger, M.B., 2021. Time out! Rethinking surgical safety: more than just a checklist. *BMJ Quality & Safety*, 30, pp. 613-617. 10.1136/bmjqs-2020-012600.

White, M., Kimberly, P., Clancy, O., Okonkwo, I., Bakolis, I. & Russ, E., 2021. Implementation Strategies and the Uptake of the World Health Organization Surgical Safety Checklist in Low- and Middle-Income Countries. *Annals of Surgery*, 27(3), pp. 196-205. 10.1097/SLA.0000000000003944.

World Health Organisation. *Patient safety: WHO surgical safety checklist and implementation manual*. 2008. [online] Available at: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/ [Accessed 12 August 2022].

World Health Organisation. *WHO Guidelines for Safe Surgery 2009. Safe Surgery Saves Lives*, 2009. Geneva: World Health Organisation.

World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), pp. 2191-2194. 10.1001/jama.2013.281053.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Spoštovani!

Sem Hata Murić, študentka Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Ob koncu dodiplomskega izobraževanja pripravljam pod mentorstvom mag. Mirana Rems, viš. pred., diplomsko delo z naslovom *Razumevanje kontrolnega kirurškega vprašalnika med zaposlenimi v operacijskem bloku*.

Pred vami je anketa, s katero želim ugotoviti razumevanje kontrolnega kirurškega vprašalnika med člani operativnega tima. Anketa je anonimna, njeni rezultati pa bodo uporabljeni za analizo podatkov v diplomskem delu. Tam, kjer so odgovori na vprašanja že podani, obkrožite črko pred izbranim odgovorom, sicer odgovor napišite na črto.

Vljudno vas prosim za sodelovanje, za kar se vam iskreno zahvaljujem.

Hata Murić

Sklop 1) Demografski podatki

1) Spol

a) Moški

b) Ženski

2) Starost: _____ let.

3) Delovna doba: _____ let

4) Poklic:

- a) operacijska medicinska sestra oz. zdravstveni tehnik
- b) anesteziolog
- c) anesteziološka medicinska sestra
- d) specialist kirurg
- e) oddelčna medicinska sestra

5) Ali ste del operativnega tima?

- a) Da
- b) Ne

6) Pri koliko operacij sodelujete na tedenski osnovi (prosim dopišite): _____

7) Ali ste bili na izobraževanju glede kirurškega varnostnega vprašalnika?

- a) Da
- b) Ne

8) Menite, da je kirurški varnostni vprašalnik koristen?

- a) Da
- b) Ne

9) Menite, da kirurški varnostni vprašalnik preprečuje napake?

- a) Da
- b) Ne

10) Menite, da kirurški varnostni vprašalnik, postavlja varnost pacienta na prvo mesto?

- a) Da
- b) Ne

11) Zaradi kirurškega varnostnega vprašalnika prihaja do zamud?

a) Da

b) Ne

12) Ali je po vaših izkušnjah kirurški varnostni vprašalnik že kdaj preprečil kakšno težavo, zaplet ali napako?

a) Da

b) Ne

13) Menite, da kirurški varnostni vprašalnik spodbuja boljšo komunikacijo med posameznimi poklicnimi skupinami?

a) Da

b) Ne

Zadovoljstvo s kirurškim varnostnim seznamom

V tabeli so navedene faze kirurškega varnostnega seznama. Na petstopenjski lestvici označite v koliki meri se določene trditve nanašajo na vas. Višja kot je številka, večje je strinjanje s trditvijo.

Številke so razvrščene od 1 do 5, pri čemer pomeni ocena 1 – sploh nisem zadovoljen, 2 – nisem zadovoljen, 3 – niti nisem zadovoljen niti sem zadovoljen, 4 – zadovoljen sem in ocena 5 – zelo sem zadovoljen.

Trditev	1	2	3	4	5
Zadovoljstvo s izvajanjem kirurškega varnostnega seznama na splošno.					
Zadovoljstvo s izvedbo »sign in« faze pred uvodom v anestezijo.					
Zadovoljstvo s izvedbo »time out« faze pred kirurškim rezom.					
Zadovoljstvo s izvedbo »sign out« faze preden pacient zapusti operacijsko dvorano.					

FAZA "SIGN IN" PRED UVODOM V ANESTEZIJO

Kako pogosto preverite identiteto pacienta, ali je pacient privolil na poseg in anestezijo, vrsto operativnega posega in mesto operativnega posega:

- a) Nikoli
- b) Redko
- c) Pogosto
- d) Skoraj vedno
- e) Vedno

Kako pogosto imate občutek, da operater ni popolnoma seznanjen s stanjem pacienta ali operacijskim postopkom, ki naj bi ga izvedel?

- a) Nikoli
- b) Redko
- c) Pogosto
- d) Skoraj vedno
- e) Vedno

V tabeli so navedene trditve glede prve faze "sign in" pred uvodom v anestezijo. Na petstopenjski lestvici označite v koliki meri se z določenimi trditvami strinjate oz. so za vas pomembne. Višja kot je številka, večje je strinjanje s trditvijo.

Številke so razvrščene od 1 do 5, pri čemer pomeni ocena 1 – sploh ni pomembno, 2 – nipomembno, 3 – niti ni pomembno niti je pomembno, 4 – je pomembno in ocena 5 – zelo je pomembno.

Trditev	1	2	3	4	5
Preverjanje identitete pacienta, privolitev na poseg in anestezijo, vrsto operativnega posega in mesto operativnega posega.					
Operativno področje je označeno.					
Anestezijski aparat in zdravila so preverjeni.					
Na razpolago je posebna oprema.					
Pacient ima alergijo.					

Tveganje za težko intubacijo.					
Tveganje za aspiracijo.					
Tveganje za veliko izgubo krvi.					

FAZA "TIME OUT" PRED KIRURŠKIM REZOM

Ali menite, da je faza "time out" potrebna v vseh primerih?

- a) Da
- b) Ne

V tabeli so navedene trditve glede druge faze "time out" pred kirurškim rezom. Na petstopenjski lestvici označite v koliki meri se z določenimi trditvami strinjate oz. so vam pomembne. Višja kot je številka, večje je strinjanje s trditvijo.

Številke so razvrščene od 1 do 5, pri čemer pomeni ocena 1 – sploh ni pomembno, 2 – ni pomembno, 3 – niti ni pomembno niti je pomembno, 4 – je pomembno in ocena 5 – zelo je pomembno.

Trditev	1	2	3	4	5
Predstavitev vseh članov tima.					
Ponovno preverjanje identitete pacienta, vrste operativnega posega, področja in varne namestitve pacienta.					
Pričakovani kritični dogodki - kirurg.					
Pričakovani kritični dogodki - anesteziolog.					
Pričakovani kritični dogodki – operacijska medicinska sestra.					
Antibiotična profilaksa.					
Razpoložljivost RTG, slik in izvidov.					

FAZA "SIGN OUT" PREDEN PACIENT ZAPUSTI OPERACIJSKO DVORANO

V tabeli so navedene trditve glede tretje faze "sign out" preden pacient zapusti operacijsko dvorano. Na petstopenjski lestvici označite v koliki meri se z določenimi trditvami strinjate oz. so za vas pomembne. Višja kot je številka, večje je strinjanje s trditvijo.

Številke so razvrščene od 1 do 5, pri čemer pomeni ocena 1 – sploh ni pomembno, 2 – ni pomembno, 3 – niti ni pomembno niti je pomembno, 4 – je pomembno in ocena 5 – zelo je pomembno.

Trditev	1	2	3	4	5
Preverjanje in ustna potrditev pravilnega zapisa posega.					
Preverjanje in ustna potrditev ustreznega števila instrumentov in operativnih materialov.					
Preverjanje in ustna potrditev pravilne označbe tkivnih vzorcev.					
Preverjanje in ustna potrditev evidence in pravilnih ukrepov v primeru težav z opremo.					
Podajanje navodil kirurga in anesteziologa glede pooperativne oskrbe bolnika.					
Določitev in obveščevanje enote na katero bo bolnik premeščen po operaciji.					