

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

SOSIAALI- JA TERVEYSALA

”EI OLETETA, VAAN TIEDETÄÄN.”

Perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemuksia leikkaustiimin tarkistuslistan käytöstä
Länsi-Pohjan Keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla.

Opinnäytetyö

Juvonen, Sanna & Jääskeläinen, Johanna

Hoitotyön koulutusohjelma

KEMI 2012

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveystieteiden koulutusyksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

JUVONEN SANNA & JÄÄSKELÄINEN JOHANNA:

Perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemuksia leikkaustiimin tarkistuslistan käytöstä Länsi-Pohjan Keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla.

Opinnäytetyö 52 sivua ja 2 liitettä

Ohjaajat: Lämsä Aija & Sliden Marianne

17.4.2012

Asiasanat: tarkistuslista, potilasturvallisuus, tiimityö, perioperatiivinen hoitotyö

Maailmassa tehdään vuosittain noin 234 miljoonaa leikkausta. Leikkaus voi pelastaa raajan tai jopa hengen, mutta seurauksena voi olla myös komplikaatio tai jopa kuolema. Leikkauskomplikaatioiden vähentämiseksi kehitettyä leikkaustiimin tarkistuslistaa voidaan soveltaa missä tahansa leikkaussalissa, missä tahansa maailmalla. Leikkaustiimin tarkistuslistan tavoitteena on varmistaa, että tiimit noudattavat säännöllisesti tiettyjä turvallisuustoimia, jotka vähentävät yleisimpiä ja estettävissä olevia haittatapahtumia.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvailla perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemuksia leikkaustiimin tarkistuslistan käytöstä hoitotyön intraoperatiivisessa vaiheessa Länsi-Pohjan Keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla. Tämän tutkimuksen tehtävä on myös kartoittaa ja kuvailla niitä mekanismeja, miten leikkaustiimin tarkistuslistan käyttö vaikuttaa potilasturvallisuuteen. Tämän tutkimuksen tavoite on lisätä tietoisuutta potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista ja kehittää potilasturvallisuutta koko Länsi-Pohjan Keskussairaalamme. Tutkimus on kvalitatiivinen tutkimus, joka toteutettiin haastattelemalla perioperatiivisia sairaanhoitajia.

Tutkimuksen tulosten mukaan leikkaustiimin tarkistuslista on muun muassa lisännyt toiminnan huolellisuutta tehostamalla antibioottiprofylaksian oikea-aikaisuutta. Leikkaustiimin tarkistuslistan kerrotaan myös parantaneen tiedonkulkua esimerkiksi potilaan tunnistamisen osalta, sekä eri tiimien välillä. Työtä voidaan suunnitella ja työhön voidaan keskittyä paremmin muistinvaraisten asioiden vähentymisen myötä.

ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Social Services and Health Care

Degree Programme in Nursing

JUVONEN SANNA & JÄÄSKELÄINEN JOHANNA:

Perioperative nurses' experiences in using of the surgical team's checklist in central hospital of Länsi-Pohja's anaesthesia and surgery department.

Bachelor's Thesis, 52 pages and 2 appendices

Advisors: Lämsä Aija and Sliden Marianne

17.04.2012

Keywords: checklist, patient safety, teamwork, perioperative nursing

There are estimated 234 million operations performed globally each year. These operations are performed in all kinds of surgical environments and conditions, in wealthy and poor conditions, in rural and urban conditions, in every continent. Surgery may save a limb or even life, but it can also lead to complications or even death. Surgical team's checklist was developed to reduce surgical complications, and to be used everywhere in the world and in every kind of operating room. Surgical team's checklist is designed to ensure that surgical teams regularly follow certain safety measures, which reduces the most common and preventable adverse events and surgical errors.

The purpose of this Bachelor's Thesis is to describe perioperative nurses' experiences in the using of the surgical team's checklist in local hospital's anaesthesia and surgery department. The purpose is also to identify and describe the mechanisms of how the using of the surgical team's checklist affects patient safety. This study aims to raise awareness, and thereby improve patient safety in the whole hospital. The study is qualitative and was conducted by interviewing perioperative nurses in the central hospital of Länsi-Pohja's anaesthesia and surgery department.

The results indicate that the surgical team's checklist has increased the care of performing different activities during surgery. For example antibiotic prophylaxis is now given more timely. The surgical team's checklist also tells to have improved patient's identification and flow of information between surgical teams. Now that the amount of memorable things is reduced, perioperative nurses tell that they can plan their work more carefully, and focus on it completely.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 POTILASTURVALLISUUS PERIOPERATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ	7
2.1 Tiimityö perioperatiivisessa hoitotyössä	10
2.2 Potilasturvallisuus osana laadukasta hoitoa	12
2.3 Tarkistuslista potilasturvallisuuden kehittäjänä	14
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE	19
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	20
4.1 Tutkimusmenetelmä	20
4.2. Tutkimusaineiston keruu ja tutkimukseen osallistujat	20
4.3 Tutkimusaineiston analyysi	22
5 TUTKIMUSTULOKSET	28
5.1 Perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemuksia alkutarkistuksesta	28
5.2 Perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemuksia aikalisästä	32
5.3 Perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemuksia lopputarkistuksesta	34
6 POHDINTA	37
6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	37
6.2 Tutkimustulosten tarkastelua	42
6.3 Johtopäätökset	43
LÄHTEET	47
LIITTEET 1 -2	

1 JOHDANTO

Sairaanhoitajan työn yksi eettisistä periaatteista on antaa hyvää ja turvallista hoitoa. Jokaisella sairaanhoitajalla on vastuu potilasturvallisuuden varmistamisesta ja toteutumisesta. Potilasturvallisuudella tarkoitetaan muun muassa sitä, että potilas saa oikean hoidon, eikä siitä aiheudu hänelle ylimääräistä haittaa. (Hankela 1999.) Leikkaussaleissa työskentelevien sairaanhoitajien (perioperatiivisten sairaanhoitajien) työ on koko ajan muuttuvaa tiimityötä (Silén-Lipponen 2006). Yhteiskunnassa tapahtuvat muutokset vaikuttavat hoitotyön periaatteisiin ja arvoihin. Hoitoajat lyhentyvät ja uusia hoitomenetelmiä kehitetään jatkuvasti. Tengvallin (2010) tutkimus korostaa, että perioperatiivisten sairaanhoitajien tulee saada koko ajan uusinta tietoa ja koulutusta siitä, mikä on potilaan parasta. Perioperatiivinen sairaanhoitaja toimii ikään kuin potilaan asianajajana. Kvistin tutkimuksen (2004) mukaan hoitotyön kehittäminen on jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen työtä.

Maailmassa tehdään vuosittain noin 234 miljoonaa leikkausta kaikenlaisissa ympäristöissä: köyhissä ja rikkaissa maissa, maalla ja kaupungissa, kaikissa uskontokunnissa. Leikkaus voi pelastaa raajan tai jopa hengen, mutta seurauksena voi olla myös komplikaatio tai jopa kuolema. Maailman terveysjärjestö WHO käynnisti vuonna 2008 kampanjan leikkauskomplikaatioiden vähentämiseksi. Kampanjan tavoite oli puuttua tärkeisiin turvallisuuskysymyksiin kuten huonoon tiedonvälitykseen tiimien kesken, ehkäistävissä oleviin leikkausinfektioihin, turvalliseen anestesiaan sekä kirurgian tulosten seurantaan. (Haynes ym. 2009.)

Näiden tapahtumien vähentämiseksi koottiin lista tarkistuksia, joita voidaan soveltaa missä tahansa leikkaussalissa, missä tahansa päin maailmaa. Lista on monitieteellinen ja sen muokkausta varten on konsultoitu maailmanlaajuisesti kirurgeja, nukutuslääkäreitä eli anesthesiologeja, turvallisuusasiantuntijoita, hoitajia ja potilaita. Leikkaustiimin tarkistuslistan tavoitteena on varmistaa, että tiimit noudattavat säännöllisesti tiettyjä turvallisuustoimia, jotka vähentävät yleisimpiä ja estettävissä olevia komplikaatioita. Haynes ym. (2009) kehittivät WHO:lle tarkistuslistan leikkausturvallisuuden parantamiseksi.

Tulokset kertovat WHO:n leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöönoton vähentäneen haittatapahtumien ja komplikaatioiden määrää. Haynes ym. (2009) sekä de Vries ym.

(2010) perustelevat potilasturvallisuuden parantuneen usean eri osatekijän kautta. Potilasturvallisuus on parantunut sekä työmenetelmien että leikkaustiimien asenteiden muuttumisen myötä. Yksistään antibioottiprofylaksian tehostamisen on tutkittu vähentävän leikkausalueen infektioita merkittävästi. Tästä Haynes ym. (2009) päättelivät, että leikkaustiimin tarkistuslista voi parantaa leikkauspotilaiden turvallisuutta hyvinkin erilaisissa leikkausympäristöissä maailmanlaajuisesti.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvailla perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemuksia leikkaustiimin tarkistuslistan käytöstä hoitotyön intraoperatiivisessa vaiheessa Länsi-Pohjan Keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla. Tämän tutkimuksen tehtävä on myös kartoittaa ja kuvailla niitä mekanismeja, miten leikkaustiimin tarkistuslistan käyttö vaikuttaa potilasturvallisuuteen. Tämän tutkimuksen tavoite on lisätä tietoisuutta potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista ja kehittää potilasturvallisuutta koko Länsi Pohjan Keskussairaalassa.

Yksittäisiä potilasturvallisuustyökaluja kehitellään maailmalla. Pitää myös tiedostaa laajempi turvallisuuskulttuuri potilasturvallisuus -käsitteen ympärillä. Se tapahtumasarja, mikä pahimmillaan johtaa haittatapahtumaan tai läheltä – piti - tilanteeseen, yleensä käynnistyy jo aikaisemmassa vaiheessa hoitoprosessia. (Reason 2005, 56) Turvallisuusosaaminen ei myöskään ole vain teoriaa ja käsitteitä, vaan sitä tulee pystyä arvioimaan päivittäisessä työssä. (Okuyama 2011).

2 POTILASTURVALLISUUS PERIOPERATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ

Perioperatiivinen hoitoprosessi jakautuu ajallisesti ja toiminnallisesti preoperatiiviseen eli leikkausta edeltävään, intraoperatiiviseen eli leikkauksenaikaiseen ja postoperatiiviseen eli leikkauksenjälkeiseen hoitoon. Potilaan kokonaihoito sisältää leikkaukseen tulevan potilaan pre-, intra- ja postoperatiivisen hoitovaiheen. Prosessin jokaisessa vaiheessa hoitotyön asiantuntijuus ja moniammatillinen yhteistyö turvaavat hyvän hoitotuloksen. Perioperatiivinen hoitotyö pohjautuu kokonaisvaltaiseen, holistiseen, näkemykseen ihmisestä. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 460, Lukkari, Kinnunen & Korte 2010, 20–21, Tengvall 2010, 5.)

Intraoperatiivinen hoito on potilaan leikkaussalissa saamaa hoitoa. Intraoperatiivinen vaihe alkaa leikkauspotilaan vastaanottotilanteessa annetun raportin jälkeen ja päättyy potilaan siirtyessä jatkohoitoon. Kirurgisen hoidon tässä osassa korostuvat erityisesti turvallisuus, intymiteettisuoja ja rauhallisuus. Potilaskeskeinen intraoperatiivinen hoitotyö pohjautuu lakeihin sekä eettisiin ja moraalisiin ohjeisiin. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2010, 112, Tengvall 2010, 7.)

Leikkauksenaikaisen hoitotyön tehtävänä korostuu Hankelan (1999, 18) väitöskirjassa potilaiden selviytymisen tukeminen. Tengvall (2010, 7) kuvailee leikkaussalin olevan potilaalle usein outo ja pelottava paikka, missä pelkoja voivat aiheuttaa muun muassa tekninen ympäristö, anestesia, kipu ja turvattomuuden kokemisen tunne. Tällöin henkilökunnan käyttäytyminen ja ammatillinen toiminta korostuu. Potilaan hoidossa kirurgisen toiminnan perustana on potilaan jonkin terveydellisen haitan korjaaminen. Perioperatiivisen sairaanhoitajan toiminnan perustana puolestaan on potilaan hyvän olon edistäminen. Perioperatiivisessa hoitotyössä potilaan lääketieteellinen hoito ja hoitotyö kulkevat rinnakkain. (Tengvall 2010, 7.)

Perioperatiivisia sairaanhoitajia ovat anestesiahoitajat, valvovat sairaanhoitajat ja instrumentoivat sairaanhoitajat. Instrumentoivan sairaanhoitajan vastuualueeseen kuuluu muun muassa leikkaushoitovälineistön varaaminen leikkausta varten, välineiden toimintakunnon tarkistaminen ja niiden lukumäärien laskeminen, potilaan turvallisuuden varmistaminen esimerkiksi seisomalla leikkaustason vierellä, kirurgin työn helpottaminen leikkausalueen näkyvyyttä parantamalla ja yleinen avustaminen leikkauksen aikana. Steriilien olosuhteiden säilyttäminen koko intraoperatiivisen

hoitotyön ajan on erittäin tärkeä osa instrumentoivan sairaanhoitajan vastuualuetta. Anestesiahoitajan vastuualueeseen kuuluu muun muassa potilaan anestesian hoitovalmistelut, potilaan vitaalielintoimintojen tarkkailu, potilaan ohjaaminen, hoidon kirjaaminen ja raportointi hoitovastuun siirtyessä jatkohoitopaikkaan sekä anestesia- ja lääketieteellisten avustaminen anestesian aloituksessa, ylläpidossa ja lopetuksessa. Valvova sairaanhoitaja puolestaan edistää koko leikkaushoitoryhmän toimintaa, varaa hoitovälineistöä, laskee ja kirjaa käytetyt hoitovälineet, varmistaa potilaan turvallisuuden hoitotoiminnoissa yhdessä leikkaushoitoryhmän kanssa, valvoo steriilejä olosuhteita ja on mukana turvaamassa potilaan hoidon jatkuvuutta. (Lukkari ym. 2010, 305–309, 336–349, 350–351.)

Perioperatiivisen sairaanhoitajan työnkuvaan on vaikuttanut muun muassa hoitotieteeseen, lääketieteeseen, henkilöstöön ja teknologiaan liittyvät muutokset. Tutkimuksissa kuvailaan, että sairaanhoitajan työ on muuttunut vastuullisemmaksi, monipuolisemmaksi, haasteellisemmaksi, laaja-alaisemmaksi ja suunnitelmallisemmaksi. Perioperatiivinen sairaanhoitaja tarvitsee nykyistä parempaa osaamista hoitotyön suunnittelussa ja arvioinnissa. Tutkimuksissa myös yhteistyötaidot ovat nousseet tärkeiksi perioperatiivisen sairaanhoitajan työn monipuolistumisen vuoksi. Perioperatiivisen sairaanhoitajan työssä yhdistyvät ammattitaito ja teknologia hoidon apuvälineenä. Työhön tuo osaamishaasteita teknologian kehittymisen ohella uusien hoitomenetelmien käyttöönotto. (Silén-Lipponen 2006, Tengvall 2010.)

Tengvall (2010) on tutkinut väitöskirjassaan perioperatiivisen sairaanhoitajan ammatillista pätevyyttä, yhtenä osa-alueena turvallisuusosa-alueen hoitotyön toiminnot. Perioperatiivinen sairaanhoitaja työskentelee leikkausyksikössä potilaan intraoperatiivisen hoitotyön asiantuntijana. Yhteistyö- ja tiimitaidot, hoitotoimien hallinta ja teknologiaosaaminen korostuvat perioperatiivisen sairaanhoitajan osaamisessa. Toimenkuvat muuttuvat jatkuvasti, teknologia kehittyy nopeasti ja sitä käytetään paljon, potilaat tulevat yhä erilaisemmista kulttuuritaustoista ja tehtävänsiirtoja suunnitellaan lääkäreiltä hoitajille. Nämä asiat lisäävät paineita vaatimusten ja osaamisalueiden kartoittamiselle ja täsmentämiselle. (Tengvall 2010, 1-2.)

Perioperatiivisilta sairaanhoitajilta edellytetään korkeaa ammattipätevyyttä. Heidän on jaksettava pitää yllä asiantuntijuuttaan ja ammattitaitoaan vaatimusten lisääntyessä. Se

edellyttää jatkuvaa tietojen ja taitojen päivittämistä esimerkiksi tutustumiskäynneillä muihin anestesiayksiköihin, koulutuksella sekä kirjallisuuden kautta. Perioperatiivisilla sairaanhoitajilla tulee olla rohkeutta ja sosiaalisia taitoja. Ammattitaitoa ja osaamista edistäviä tekijöitä ovat esimiehen kannustava johtamistapa, myönteinen työilmapiiri ja yhteiset tavoitteet. Tengvallin (2010, 3) mukaan ammatillinen pätevyys tarkoittaa tietojen, taitojen ja asenteiden osaamisen kokonaisuutta sekä hoitotyön toimintojen hallintaa ja ammatillista käyttäytymistä. Perioperatiivisessa hoitotyössä eri ammattiryhmät yhdistävät tietonsa ja taitonsa asiakas- ja työlähtöisesti pyrkien mahdollisimman tasa-arvoiseen päätöksentekoon. Perioperatiivisen hoitotyön onnistunut tulos vaatiikin hyvää moniammatillista yhteistyötä eri henkilöstöryhmien välillä. (Lukkari ym. 2010, 30, Tengvall 2010, 3.)

Tengvall (2010, 40) on luetellut väitöskirjassaan anestesia- ja leikkaushoitajalle kuuluvia hoitotyön toimintoja. Leikkaushoitajalle kuuluvia, turvallisuusosa-alueen, aseptiikan ja kommunikointiosa-alueen, hoitotyön toimintoja oli yhteensä 25 kappaletta. Anestesiahoitajalla näitä samoja edellä mainittuja hoitotyön toimintoja oli eritelty yhteensä 18 kappaletta. Kyseiset hoitotyön toiminnot ovat esimerkiksi käsien kirurginen desinfektio, instrumenttien varaaminen ennen toimenpidettä, leikkausasennosta johtuvien komplikaatioiden ehkäisy ja leikkausyksikössä käytössä olevien sterilointimenetelmien hallinta. Näitä hoitotyön toimintoja tarkasteltiin osaamisen asteen perusteella: osa näistä hoitotyön toiminnoista kuului sairaanhoitajan ehdottomasti hallittaviin, ja osa hallittaviin hoitotyön toimintoihin.

Terveysthuollon laatu koostuu muun muassa potilastuloksista, hoitoympäristöstä ja -asenteista, ammatillisesta pätevydestä ja ammatillisista vuorovaikutussuhteista. Kvistin (2004) tutkimus hoitotyön laadusta osoitti henkilökohtaisten vuorovaikutussuhteiden (arvostaminen, käyttäytyminen, ryhmätyö, asenteet ja moraalit), järjestelmän tehokkuuden (riittävät aika- ja henkilöstöresurssit sekä esteettinen ympäristö) ja pätevyyden (tekniset taidot, diagnoosin ja hoidon onnistuneisuus, hoidon standardit ja jatkuva koulutus) vaikuttaneen potilaan saamaan hoidon laatuun.

2.1 Tiimityö perioperatiivisessa hoitotyössä

Leikkaussaleissa työskentelee useiden eri ammattiryhmän edustajia, ja jokaisen panos vaikuttaa hoidon lopputulokseen. Tiimin jäsenillä on toisiaan täydentäviä taitoja, he ovat sitoutuneet yhteiseen päämäärään, yhteisiin suoritustavoitteisiin ja yhteiseen toimintamalliin ja he pitävät itseään yhteisvastuussa suorituksestaan. Leikkausryhmää sitoo siis yhteen päämäärätietoinen toiminta, jolloin jokaisella on oma etukäteen määritelty roolinsa. Lääketieteellisen tiedon ja taidon lisäksi leikkaussaleissa tarvitaan ryhmätyötaitoja. (Kopakkala 2008, 39, Kvist 2004, 42, Lukkari ym. 2010, 48, Niemi-Murola 2005, 305, Tengvall 2010, 5.)

Artikkelissaan Niemi-Murola (2005, 305) viittaa Lingardin, Reznickin, de Viton & Espinin (2002) tutkimukseen kirjoittaessaan leikkaussalin eri ammattikuntien tiimityöstä. Sen mukaan sekä kirurgit että sairaanhoitajat ovat määrittäneet työnsä joukkuepelaamiseksi ja moniosaamiseksi, mutta ammattikuntien näkökannat toistensa rooleista ei välttämättä käy yhteen. Esimerkiksi kirurgit saattavat odottaa sairaanhoitajien työn olevan oman työnsä jatkumo, sairaanhoitajat puolestaan haluaisivat käyttää osaamistaan suoraan potilaan hoitamiseen. Anestesia lääkärit katsoivat tehneensä hyvää yhteistyötä hoitajien kanssa, mutta puolueeton tarkkailija arvioi anestesiatiimin tekemästä yhteistyöstä hyväksi tai tyydyttäväksi vain noin 60 %.

Samaisessa tutkimuksessa eri ammattiryhmät, kuten kirurgit, perioperatiiviset sairaanhoitajat ja anestesiologit ovat samaa mieltä teknisistä asioista: kirurgi leikkaa, sairaanhoitajat valmistelevat potilaan ja hakevat instrumentit ja anestesiologi vastaa anestesiasta. Kaikki ammattiryhmät katsovat kuitenkin olevansa potilaan puolestapuhujia. Hyvin toimivan tiimin mahdollisuudet selvittää tiukoista tilanteista ovat aina paremmat kuin sellaisen, jolla on sisäisiä ristiriitoja työssään. (Niemi-Murola 2005, 305–306.)

Samana päivänä aikana tiiminmuodostus voi vaihdella leikkauksesta toiseen, mutta tehtävän päämäärä ja tavoitteet ovat selkeät kunkin potilaan hoidossa. Perioperatiivinen hoito on monimuotoista ja haastavaa. Inhimilliset osaamisvaatimukset ovat jokaisella ammattiryhmällä hyvin korkeat. Tiimityöskentelyllä katsotaan olevan selkeitä etuja hoidon laadun näkökulmasta, mutta myös turvallisen hoitoympäristön luomisen kannalta. Koko tiimin välinen kommunikointi on avainasemassa potilaan

hoitotilanteessa. (Lukkari ym. 2010, 134–135.) Halén (2010, 14–15) kirjoittaa sekä lääketieteen että sairaanhoitajaopiskelijoiden koulutuksen perinteisesti keskittyneen teknisiin valmiuksiin, eikä opetus ole huomionnut riittävästi kommunikointitaitoja hoitotiimin jäsenten välillä.

Leikkauksenaikaiseen tiimityöhön liittyy asenteita, tunteita ja käyttäytymistä sääteleviä tekijöitä. Tiimityötä luonnehtivat tekijät on jaettu neljään tyyppiin: tiimityön ammatillisuuteen, organisointiin, fyysiseen ympäristöön ja sitä häiritseviin tekijöihin. Silén-Lipposen (2005) väitöskirja tutkii tiimien yhteistyötä, luottamusta, yhteistyötaitoja ja voimavaroja. (Silén-Lipponen 2005, Silén-Lipponen 2006, 3994–3995.)

Ammattitaitoiset tiimit ovat halukkaita ja kyvykkäitä tiimityöhön. Tiimit ovat tehokkaita, niissä työnjako on joustavaa, hoito turvallista ja tiimeissä luottamuksen perustana oli tutuus. Ammattitaitoisessa tiimissä hitaus, tunteellisuus ja epävarmuus sekä puutteellinen osaaminen koettiin vaikeasti siedettäväksi piirteiksi. Koska ammattitaitoisen tiimin jäsenet täydentävät toisiaan, heidän ei tarvitse osata kaikkea vaan tiimin jäsenet täydentävät toisiaan. Tällaisessa tiimissä turvallisuutta ylläpidetään erilaisien varmistuksien ja sääntöjen avulla, jolloin huomio voikin siirtyä itse tavoitteesta kontrolloivaan toimintaan, tuottaen valheellisen tunteen turvallisuudesta. (Silén-Lipponen 2006, 3994–3995.)

Tiimityön organisointi edellyttää yhteistä päätöksentekoa. Silén-Lipposen tutkimuksessa hyvä organisointi näkyy muun muassa sujuvina aikatauluina ja optimaalisena leikkausjärjestyksenä. Organisoinnin pulmana ovat mm. pitkät leikkauslistat, jolloin esimerkiksi yliajalle menevät leikkaukset ja henkilöstön riittämättömyys hankaloittavat leikkaustiimityötä. (Silén-Lipponen 2006, 3994–3995.)

Tiimityön fyysisellä ympäristöllä on merkitystä muun muassa tiimityön tehokkuuteen. Tutkimuksessa kuvattiin pienet yksiköt joustavasti toimiviksi, kun taas suurissa yksiköissä suuri henkilökuntamäärä, pitkät etäisyydet ja byrokratia hidastivat päätöksentekoa. Tiimityötä häiritseviksi tekijöiksi Silén-Lipponen listaa haasteelliset potilastilanteet, tiimien kokoonpanojen toistuvat muutokset sekä työskentelyn tuntemattomalla erikoisalalla. Tunne tiimiin kuulumattomuudesta aiheutti myös epävarmuutta. Kollegiaalisuuden puute ja haluttomuus kommunikointiin johti pahimmillaan tunteenpurkauksiin, joihin perioperatiiviset sairaanhoitajat altistuivat

toimiessaan tiedonvälittäjinä. Suljettujen ovien takana tapahtuvaa tiimityötä haittaavaa ja negatiivista käyttäytymistä, kuten mitätöivää käytöstä ja huutamista, löytyi tästä tutkimuksesta. Täydellisyyden tavoittelu voi johtaa virheiden etsimiseen tai peittelyyn, jopa muiden tiimin jäsenten haukkumiseen estäen avointa ja toimivaa tiimityötä. (Silén-Lipponen 2006, 3994–3995.)

Silén-Lipponen turvaisi hyvän tiimityön edellytykset muun muassa takaamalla riittävästi henkilöstöä, muokkaamalla leikkaussalien ympäristöä myönteisemmäksi ja oppimista tukevaksi. Monialaisen päivystystoiminnan yksiköissä tiimin jäsenet ja toimenpiteet vaihtuvat usein. Elektiivisissä yksiköissä tiimien vakiinnuttaminen parantaa ammattitaidon ylläpitämistä. Pienten yksiköiden organisointi ja ylitöiden mielekäs järjestäminen on tärkeää. Eräs tulevaisuuden haaste on Silén-Lipponen mielestä saada riittävästi motivoitunutta ja kyvykästä henkilöstöä. (Silén-Lipponen 2006, 3994–3995.)

2.2 Potilasturvallisuus osana laadukasta hoitoa

Perioperatiivisen hoitotyön turvallisuus tarkoittaa useita eri asioita ja käsitteitä hoitotyössä. Potilaan leikkauksenaikaiseen turvallisuuteen kuuluu Hankelan mukaan (1999, 68) muun muassa fyysinen hoitoympäristö erilaisine laitteineen ja välineineen. Myös ilmapiiri, ihmiset, äänet sekä leikkauksen kesto vaikuttavat myös potilaan kokemaan turvallisuuteen. Potilaan turvallisuudentunne muodostuu sisäisistä, ulkoisista ja ihmisten välisistä tekijöistä, kuten luottamus, itsemääräämisoikeus ja hoitajan rauhoittava käyttäytyminen. (Hankela 1999, 59, 69–74.)

Potilasturvallisuus on korkealaatuisen hoidon yksi osatekijä. Se on terveyden- ja sairaanhoidon perusta. Potilasturvallisuudella tarkoitetaan sitä, että potilas saa oikean hoidon, eikä siitä aiheudu hänelle ylimääräistä haittaa. Potilaan turvallisuutta lisää hoitohenkilökunnan toiminta ja ihmisläheinen suhtautuminen häneen. (Iivanainen ym. 2006, 473, Leino-Kilpi 2009, 175–177, Lukkari ym. 2010, 17.)

Hoitotyön laatua ja potilasturvallisuutta vaarantavat useat eri tekijät. Virheitä ja läheltäpiti -tilanteita syntyy niin leikkaussaleissa kuin koko perioperatiivisen hoitoprosessin aikana. Näiden syntyyn vaikuttavat muun muassa suuri tiedonmäärä, potilassiirrot

(tiedon jatkuvuus) ja monimuotoinen leikkaussalitekniikka. (de Vries 2009, 121.) Tutkimuksessaan leikkaussaliturvallisuudesta Reason (2005, 57) on pohtinut inhimillisiä erehdyksiä ja organisatorisia epäonnistumisia. Erehdyksiä voidaan luokitella niiden syntymekanismien (lapsus tai epäonnistuminen), luonteen (virhe tai rike) tai näkyvyyden (ilmeinen tai piilevä) mukaan. Anestesiatyössä tapahtuvista virheistä suurin osa on piileviä organisatorisia virheitä (Reason 2005, 58). Niillä tarkoitetaan jo jonkin aikaa sitten tehtyjä päätöksiä ja toimintoja, jotka ovat lopulta vaikuttamassa itse virheen syntyyn.

Tapahtumasarja voi alkaa jo esimerkiksi työn suunnittelusta, aikataulutamisesta, säädöksiä noudattamisesta tai kommunikoinnista (organisatoriset uhat). Nämä tässä vaiheessa syntyneet, vielä piilevät uhat, siirtyvät sitten leikkaussaliin (paikalliset uhat), missä muun muassa alimiehitys, tekniset ongelmat, uupumus, tehoton tiimityö ja kokemattomuus ovat edistämässä virheiden syntymistä. Inhimillinen virhe voi olla lopulta se, mikä aiheuttaa vahingon tai läheltä - piti -tilanteen. (Reason 2005, 59.)

Potilaan kanssa tekemisissä oleville ammattiryhmille kertyy koko tapahtumasarjan aikaiset uhat ja virheet. Potilasta hoitavaa henkilökuntaa on helppo syyttää virheistä, koska se on ketjun viimeinen lenkki. Virheet on myös aina helpompi osoittaa jälkikäteen. Paljon vaikeammin virheet ovat ennustettavissa. Kukaan ei valitse tehdä virheitä, vaan niitä tapahtuu. Ne ovat osa ihmisyyttä. (Reason 2005, 59.)

Turvallisuus on yksi hoitotyön periaatteista. Turvallisuudella Lukkari ym. (2010, 17) tarkoittavat potilaan fyysisen ja psyykkisen turvallisuuden huomioimista. Ihmisten välistä turvallisuutta on hoitajan humaani ja tekninen toimintatapa sekä leikkauksenaikaisen hoitotyön huolehtimis- sekä tehtäväkeskeiset toiminnot. Lääkehoidon turvallisuus, teknologiaosaaminen, ammattitaidon ylläpitäminen ja moniammatillinen yhteistyö kuuluvat myös kaikki hoitotyön turvallisuuteen.

Monimutkaisten laitteiden käyttäjillä on oltava riittävä tieto niiden käyttöön liittyvistä riskeistä ja riskien ennaltaehkäisystä. Jokaisen täytyy osata käyttää varajärjestelmiä, sillä laitteet voivat joskus vikaantua ja vikatilanne sattua omalle kohdalle. Potilasturvallisuusstrategia ohjaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa Suomessa. (Iivanainen ym. 2006, 473, Leino-Kilpi 2009, 175–177, Lukkari ym. 2010, 17, Mäntyranta & Niemi-Murola 2011, 21–23, Antikainen, Sora Laisalmi & Vierula 2002, 11.)

Tutkimuksessaan (2011, 991) Okuyama, Martowinoro ja Bijnen pohtivat turvallisuusosaamista ja sen arvioimisen vaikeutta. Osaaminen voidaan määritellä ja pilkkoa eri toiminnoiksi ja työtehtäviksi (Tengvall 2010, 40) mutta on hyvin vaikeaa arvioida tai mitata sen toteutumista tai tasoa.

Tengvall (2010, 39) luetteli tutkimuksessaan hoitotyön turvallisuusosa-alueeseen kuuluvia hoitotyön toimintoja olevan kaikkiaan 25 kappaletta. Näitä ovat muun muassa käsien kirurginen desinfektio, steriili pukeutuminen leikkausvaatteisiin, steriilien käsineiden pukeminen, potilaan toimenpidealueen steriili peittäminen ja potilaan toimenpidealueen varmistaminen. Näistä hoitotyön toiminnoista aina tai usein erittäin hyvin toteutui vain hieman yli puolet. Tämä tarkoittaa sitä, että perioperatiivisten sairaanhoitajien osaamisvaatimukset eivät toteutuneet odotetulla tavalla. Tutkimusta tehtiin viidessä eri organisaatiossa Suomessa. Tämä oli yksittäinen tutkimus näiden viiden organisaation leikkaus- ja anestesiahoitajien turvallisuusosaamisesta kyseisenä hetkenä. Okuyama, Martowinoro ja Bijnen (2011, 991) pohtivatkin, miten voitaisiin paremmin arvioida yksilöiden turvallisuusosaamista.

2.3 Tarkistuslista potilasturvallisuuden kehittäjänä

Maailmalla tehdään noin 234 miljoonaa leikkausta vuodessa. Leikkauksenjälkeiset komplikaatiot ovat yleisiä, ja usein estettävissä olevia. Perioperatiivisen hoidon yhtenäistäminen ja kommunikaation parantaminen komplikaatioiden ehkäisemiseksi herätti alun perin ajatuksen kehittää tarkistuslista leikkaustiimin käyttöön. (Haynes ym. 2009, 491). Maailman terveysjärjestön WHO:n Safe Surgery Saves Lives –kampanja leikkaukskomplikaatioiden ehkäisemiseksi käynnistyi vuonna 2008. Maailman terveysjärjestö julkaisi suuntaviivat toimintaohjeille, joilla parannettaisiin potilasturvallisuutta. Näiden suuntaviivojen pohjalta Haynes ym. alkoivat kehittää sarjaa tarkistuksia, joita voitaisiin käyttää ja soveltaa maailmanlaajuisesti. (Haynes ym. 2009, 491.)

Kahdeksan hyvin erilaista sairaalaa kahdeksasta hyvin erilaisesta kaupungista ympäri maailman osallistui Haynes:n ym. (2009) tutkimukseen, jossa kerättiin tietoa leikkauspotilaiden komplikaatioiden esiintyvyydestä. Komplikaatioiksi luettiin muun muassa akuutti munuaisten vajaatoiminta, vähintään 4 punasoluyksikön tiputtamista

vaativa verenvuoto, vähintään 24 tunnin mittainen kooma, syvä laskimotukos, sydänlihaksen infarkti, suunnittelematon intubaatio, vähintään 48 tunnin mittainen ventilaattorin käyttö, keuhkokuume, keuhkoembolia, halvaus, leikkaushaavan repeytyminen, leikkausalueen infektio, sepsis, septinen sokki, suunnittelematon paluu leikkaussaliin ja kuolema. (Haynes ym. 2009, 491–494.)

Listasta muodostui ensimmäisen alkuperäinen 19 – kohtaa sisältävä lista, joka koostuu sarjasta suullisia varmistuksista liittyen turvalliseen anestesiaan, infektioprofylaksiaan, tehokkaaseen tiimityöskentelyyn sekä muihin oleellisiin leikkaustyöhön liittyviin toimenpiteisiin. Sitä käytetään kolmessa leikkaushoitotyön ratkaisevassa vaiheessa: ennen anestesian aloitusta, juuri ennen viiltoa sekä ennen kuin potilas siirretään leikkaussalista jatkohoitoyksikköön. (Haynes ym. 2009, 493.)

Ennen anestesian aloitusta Haynes ym. päättivät ottaa seuraavat toiminnot tarkistettaviksi ja suoritettaviksi: potilaan ilmäteiden arviointi, pulssioksimetrin asettaminen veren happikyllästeisyyden mittaamiseksi, vähintään kahden perifeerisen kanyylin valmistelu (tai keskuslaskimokatetri jos odotettavissa oleva verenvuoto on yli 500ml) ja tarvittaessa antibioottiprofylaksian aloittaminen 60 minuuttia ennen viiltoa. Juuri ennen viiltoa tehtäviksi varmistuksiksi valittiin suullinen potilaan henkilöllisyyden varmistaminen, sekä leikattavan puolen ja suunnitellun toimenpiteen varmistaminen. Toimenpiteen lopuksi suoritetaan sidetarvikelaskut. (Haynes ym. 2009, 494–495.)

Tämän WHO:n leikkaustiimin tarkistuslistan käytöstä tehdyn tutkimuksen perusteella tulokset ovat selvät. Ne kertovat leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöönoton vähentäneen edellä mainittujen komplikaatioiden määrää. Yksistään antibioottiprofylaksian tehostamisen on tutkittu vähentävän leikkausalueen infektiota merkittävästi. Tästä Haynes ym. päättelivät, että leikkaustiimin tarkistuslista voi parantaa leikkauspotilaiden turvallisuutta myös taloudellisesti ja kliinisesti hyvin erilaisissa leikkausympäristöissä. Vaikka todisteet tästä ovat merkittäviä, se mekanismi miten tämä tapahtuu, on vähemmän selvää ja sisältää useita eri tekijöitä. Tarkistuslistan käyttäminen muutti sekä toimintatapoja että käyttäytymistä yksittäisten leikkaustiimien keskuudessa. (Haynes ym. 2009, 496–497.)

Pesonen (2011, 18) kritisoi artikkelissaan muun muassa tarkistuslistalla olevia ”itsestäänselvyyksiä”, kuten pulssioksimetrin laittamista ja sen toimintavalmiuden

tarkistamista. Hänen mielestään Suomen kaltaisessa edistyksellisessä maassa kyseisiä asioita ei unohdella. Lisäksi hän pitää tarpeettomana kahden perifeerisen laskimokanyylin tarvetta. Leikkauslupaakaan hänen mielestään ei tarvitse tässä vaiheessa enää kysyä, saattaahan potilas olla tulovaiheessa esilääkitty.

de Vries, Hollmann, Smorenurg, Gouma & Boermeester (2009, 122) kuitenkin osoittivat juuri kyseisten varmistusten ja tarkistusten olevan erittäin tärkeitä, sillä pelkästään preoperatiivisen vaiheen (alkutarkistus) poikkeamat korreloivat 98 - prosenttisesti heidän kehittämän tarkistuslistan sisältämien asioiden kanssa. Suurin osa näistä alkutarkistukseen liittyvistä poikkeamista liittyi lupa-asioihin ja lääkehoitoon. Leikkauksenaikaiset poikkeamat korreloivat 44 – prosenttisesti tarkistuslistan sisältämiin asioihin liittyen lääkehoitoon, tiedonkulkuun ja instrumenttien sekä materiaalien saatavilla oloon. Lopputarkistuksen poikkeavuudet liittyivät riittämättömiin jatkohoitotietoihin tai tiedon puuttumiseen ja korreloivat tarkistuslistan kanssa 93 -prosenttisesti. Henkilöstöä ja logistiikkaa koskevat poikkeamat ovat sopimattomia tarkistuslistalle niiden odottamattomuuden vuoksi. On esimerkiksi mahdotonta tarkastaa etukäteen ettei kukaan leikkaustiimin jäsenistä myöhästy odottamatta. (de Vries, Hollmann, Smorenurg, Gouma & Boermeester 2009, 122–124.)

Number Needed to Treat (NNT) on mitta, joka kuvastaa sitä kuinka monta potilasta tarvitsee hoitoa jotta vältettäisiin jokin tapahtuma, esim. leikkaukseen liittyvä komplikaatio. NNT -lukuina esitettyinä tarkistuslistan käyttäminen 31 kertaa estäisi yhden komplikaation, ja 333 kertaa käytettynä se estäisi yhden kuoleman. Listan käyttö tuhannen potilaan leikkauksissa estää siis kolme kuolemaa. (Pauniaho, Lepojärvi, Peltomaa, Saario, Isojärvi, Malmivaara & Ikonen 2010, 4249.)

de Vriesin ym. (2009, 123.) arvioidessa leikkaustiimin tarkistuslistaa suurin osa haastatelluista oli pääsääntöisesti tyytyväisiä. Suurin syy tarkistuslistan täyttämättä jättämiseen oli seuraamusten puuttuminen (ei pakollista), ja se ettei leikkaustiimin tarkistuslistaa ollut integroitu osaksi sairaalan tietojärjestelmää. Ajanpuutetta ja unohtelua esiintyi myös jonkin verran. (de Vries ym. 2009, 123.)

Leikkaustiimin tarkistuslista on levinnyt ympäri maailman. Se on käytössä muun muassa Espanjassa, Ruotsissa, Kanadassa ja Ranskassa. Sen käyttöä edistetään ja ohjataan monessa muussakin maassa. Iso-Britanniassa sen käyttö on jopa pakollista.

Saksassa osa vakuutusyhtiöistä on ottanut linjan korvata vain ne toimenpiteet, joissa leikkaustiimin tarkistuslistaa on käytetty. (Ikonen & Pauniahho 2010, 110.)

Leikkaustiimin tarkistuslista otettiin Suomessa koekäyttöön muutamassa eri erikoisaloja edustavassa leikkaussalissa keväällä 2009. Ensimmäisenä se otettiin käyttöön Turun yliopistollisen keskussairaalan TYKS:n neurokirurgian, endokrinologian ja plastiikkakirurgian leikkausryhmissä. Tampereen yliopistollisen keskussairaalan TAYS:n osastoista lastenkirurgia, plastiikkakirurgia ja gynekologia lähtivät myös mukaan kokeiluun ensimmäisten joukossa. Vaasan keskussairaalan päiväkirurginen yksikkö lähti myös ensimmäisten mukana kokeiluun. (Kangasmäki 2010, 12–14.)

Leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöä ja sen vaikutuksia on selvitetty TYKS:n, TAYS:n ja Vaasan keskussairaalan leikkausryhmien jäsenille tehdyllä kyselytutkimuksella. Tulosten mukaan leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöönotto lisäsi muun muassa potilaan henkilöllisyyden varmistamista, riskikeskustelua käytiin useammin ennen viiltoa ja tiimin jäsenten välinen kommunikaatio parani. Johtopäätöksenä oli, että tarkistuslistan käyttö paransi potilasturvallisuutta ja tarkistuslistaa suositellaan käytettäväksi kaikkiin kirurgisiin leikkaustoimenpiteisiin. (Kangasmäki 2010, 12–14.)

The Surgical Patient Safety System Checklist:n – SURPASS on puolestaan koko hoitopolun kattava, leikkausluvan saannista kotiutukseen saakka kestävä, validoitu tarkistuslista. de Vries ym. kehittivät leikkauspotilaille tällaisen koko hoitopolun kattavan tarkistuslistan, sillä jopa puolet kirurgisen potilaan hoitoon liittyvistä virheistä tapahtuu pre- tai postoperatiivisesti leikkaussalin ulkopuolella. SURPASS on ensimmäinen laatuaan. Se perustuu leikkaustoiminnasta ja inhimillisistä erehdyksistä saatavilla olevaan kirjallisuuteen. Listan sisältämät tarkistukset valittiin teorian pohjalta, ja sen käytettävyyttä arvioitiin käytännön työssä. (de Vries ym. 2009, 121.)

Tämä monitieteellinen tarkistuslista kulkee potilaan mukana koko hoitopolun ajan ja sitä täydentää hoitotiimin eri jäsenet. Tarkistuslista on jaettu eri vaiheisiin: preoperatiivinen osasto, leikkaussali, heräämö tai teho-osasto ja postoperatiivinen vuodeosasto, keskittyen niiden siirtymävaiheisiin (myös tulohaastattelu ja kotiutus). Lista on monitieteellinen: osaston lääkärit, kirurgit, anestesiologit ja sairaanhoitajat ovat kaikki osaltaan vastuussa listan täyttämisestä ja käyttämisestä. (de Vries ym. 2009, 122.)

Tulokset SURPASS:n hyödyistä ovat erittäin hyviä. Haittatapahtumien väheneminen ja potilasturvallisuuden paraneminen voidaan perustella usealla eri mekanismilla. Tarkistuslista tarjoaa kattavan viitekehyksen koko perioperatiiviseen hoitoprosessiin. Se muun muassa minimoi tiedon häviämistä matkan varrella, edistää monitieteistä viestintää, tehostaa hoitotyön prosesseja, sekä parantaa tiimityötä ja asenteita laatua ja turvallisuutta kohtaan. (de Vries, Prins, Crolla, den Outer, van Andel, van Helden, Schlack, van Putten, Gouma, Dijkgraaf, Smorenburg & Boermeester 2010, 1933.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Tutkimuksella on aina jokin tehtävä tai tarkoitus. Tutkimus voi olla kuvaileva, kartoittava tai selittävä. Kartoittavalla tutkimuksella katsotaan mitä tapahtuu, etsitään näkökulmia ja löydetään ilmiöitä. Selittävä tutkimus etsii vastausta ongelmaan tai tilanteeseen. Kuvaileva tutkimus esittää kuvauksia henkilöistä tai tilanteista ja dokumentoi näistä ilmiöistä kiinnostavat ja keskeiset piirteet. Tutkimukseen voi sisältyä useampi kuin yksi tarkoitus. Se voi myös muuttua tutkimuksen edetessä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 129–130, 138.)

Tämän tutkimuksen tarkoitus on kuvailla perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemuksia leikkaustiimin tarkistuslistan käytöstä hoitotyön intraoperatiivisessa vaiheessa Länsi-Pohjan Keskussairaalan leikkaus- ja anestesiasastolla. Tämän tutkimuksen tehtävä on myös kartoittaa ja kuvailla niitä mekanismeja, miten leikkaustiimin tarkistuslistan käyttö vaikuttaa potilasturvallisuuteen.

Tämän tutkimuksen tavoite on lisätä tietoisuutta potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista ja kehittää potilasturvallisuutta koko Länsi-Pohjan Keskussairaalassa.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tehtävä ohjaavat tutkimusmenetelmän valintaa. Tässä tutkimuksessa käytetään laadullista eli kvalitatiivista lähestymistapaa, sillä tässä tutkimuksessa etsitään vastauksia kysymyksiin joita ei voi määrällisesti mitata. Tässä tutkimuksessa käytetyt leikkaustiimin tarkistuslistan käytöstä tuotetut tutkimukset, (muun muassa Haynes ym. 2009, de Vries 2009, de Vries 2010) ovat määrällisiä eli kvantitatiivisia tutkimuksia. Edellä mainituilla tutkimuksilla on todettu asioiden nykyinen tila. Tämän tutkimuksen tutkimusaineiston avulla pyritään löytämään uusia näkökulmia haastateltavien omiin kokemuksiin perustuen.

Laadullista eli kvalitatiivista tutkimusta kutsutaan ymmärtäväksi tutkimukseksi. Tutkittavaa ilmiötä pyritään joko ymmärtämään tai selittämään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 28.) Se kattaa laajan kirjon erilaisia lähestymistapoja tutkittavaan ilmiöön. Laadullista lähestymistapaa käyttävä tutkija pyrkii muun muassa kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkin jollekin ilmiölle. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85). Tutkija pyrkii myös löytämään keräämästään aineistosta yleisiä yhtäläisyyksiä, luo alustavia ehdotuksia käsitteistä ja päätyy käsitteiden määrittelyyn. (Janhonen & Nikkonen 2001, 11–15.) Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus puolestaan kohdentuu muuttujien mittaamiseen, tilastollisten menetelmien käyttöön ja muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41.)

4.2. Tutkimusaineiston keruu ja tutkimukseen osallistujat

Kankkunen ym. (2009, 86) mukaan tutkimuksen havaintoaineisto koostuu sekä primaari- että sekundaariaineistosta. Tämän tutkimuksen primaariaineisto muodostuu tutkimushaastatteluista, jotka tehtiin Länsi-Pohjan Keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla hankkeistamissopimuksen tekemisen jälkeen (liite 1.) keväällä 2011. Sekundaariaineisto on muiden keräämää tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Kankkunen ym. 2009, 86). Sen hankkiminen jatkui koko tutkimus-, analysointi- ja kirjoitusprosessin ajan.

Haastatteluun osallistuneet henkilöt valittiin tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti: kaikki olivat perioperatiivisia sairaanhoitajia. Muut ammattiryhmien edustajat rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle. Haastatteluihin osallistui viisi (5) perioperatiivista sairaanhoitajaa. Valinnan suoritti leikkaus- ja anestesiaosaston osastonhoitaja sekä listanvetäjä. Listanvetäjällä on henkilö, joka vastaa työvuoronsa aikana leikkauslistan läpiviennistä, sen järjestyksestä ja siihen tulevista muutoksista.

Haastateltavien valinnassa kriteerinä oli asiantuntijuus. Heidän tuli olla alansa vahvoja asiantuntijoita, jotta he osaisivat työkokemuksensa perusteella kuvailla tarkistuslistan tuomista vaikutuksista potilasturvallisuuteen. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että henkilöt joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai heillä on kokemusta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71). Tavoitteena oli saada sekä leikkaus- että anestesiatiimin edustajien kokemuksia kuulluiksi.

Tässä tutkimuksessa käytettiin teemahaastattelua. Strukturoitu (standardoitu) lomakehaastattelu muodostaa kokonaan oman luokkansa, kaikki muut haastattelun lajit oman luokkansa. Näitä ovat esimerkiksi strukturoimaton haastattelu, puolistrukturoitu haastattelu, teemahaastattelu, syvähaastattelu sekä kvalitatiivinen haastattelu. Lomakehaastattelujen ulkopuolelle jäävät haastattelut voidaan luokitella puolistrukturoituihin ja strukturoimattomiin haastatteluihin. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 43–44.) Haastattelujen runkona toimi Länsi-Pohjan Keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla käytössä oleva leikkaustiimin tarkistuslista (liite 2).

Leikkaustiimin tarkistuslista on jaettu kolmeen eri osioon: toimenpiteisiin ennen anestesian aloitusta (alkutarkistus), toimenpiteisiin ennen viiltoa (aikalisä) ja toimenpiteisiin ennen leikkaussalista poistumista (lopputarkistus). Haastatteluissa edettiin näiden teemojen ja tarkentavien kysymysten varassa. Teemahaastatteluissa korostuu ihmisten tulkinnat asioista; eri merkitykset, joita he ovat eri asioille antaneet. Teemahaastatteluissa pyrittiin löytämään tutkimustehtävän mukaisiin kysymyksiin vastauksia: Minkälaisia kokemuksia perioperatiivisilla hoitajilla on tarkistuslistan käytöstä? Minkälaisia vaikutuksia leikkaustiimin tarkistuslistalla on potilasturvallisuuteen? (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77–78, Hirsjärvi & Hurme 2001, 46).

Haastattelut toteutettiin kahden työpäivän aikana, parihaastatteluina. Parihaastattelu on yksi ryhmähaastattelun muoto. (Hirsjärvi ym. 2001, 210.) Parihaastatteluihin päädyttiin,

koska parista on apua muistinvaraisten asioiden tai väärinymmärrysten kanssa. Esihaastattelu suoritettiin ennen varsinaisiin haastatteluihin ryhtymistä. Täytyi varmistaa ettei käytetä johdattelevaa puhetta, vaan mahdollisimman avoimia kysymyksiä. Tutkimuksen varsinaisina haastatteluympäristöinä toimi sekä leikkaus- ja anestesiaosaston ”takakanslia”, että osastonhoitajan työhuone. Ympäristö oli kohtuullisen rauhallinen pientä taustahälyä lukuun ottamatta.

Haastattelut tallennettiin digitaaliselle nauhurille. Välineet haastattelua varten lainattiin koululta. Haastatteluiden kesto vaihteli 15 – 48 minuutin välillä. Tallenteista otettiin heti varmuuskopiot ja alkuperäiset tallenteet poistettiin nauhurista välittömästi.

4.3 Tutkimusaineiston analyysi

Aineiston analysoinnissa käytettiin laadulliseen tutkimukseen kuuluvaa sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysillä voidaan Janhosen ja Nikkosen (2001, 21) mukaan tarkastella asioiden merkityksiä, yhteyksiä ja seurauksia. Sillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta alkuperäisaineiston sisältämää informaatiota.

Sisällönanalyysillä etsitään aineistosta samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia ja tuotetaan yksinkertaistettuja kuvauksia siitä. Aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla yksiselitteisiä ja toisensa poissulkevia. Sanoille ja fraaseille annetaan merkityksiä ja luokitellaan ne sitten omiin luokkiinsa. Sisällönanalyysin tavoitteena on Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2009, 134) mukaan ilmiön laaja mutta tiivis esittäminen, jonka tuloksena syntyy käsiteluokituksia, käsitejärjestelmiä, malleja tai käsitekarttoja. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21–24, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133–134, Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2009, 135) mukaan kahdella tavalla: aineisto- tai teorialähtöisesti. Aineistolähtöisessä analyysissä tutkimusaineiston sanat luokitellaan niiden merkitysten perusteella. Teorialähtöinen sisällönanalyysi testaa olemassa olevia teorioita ja kehittää niitä edelleen. Aineiston käsittely perustuu molemmissa analyysimuodoissa loogiseen päättelyyn ja tulkintaan.

Yksittäisistä ilmiöistä voidaan luoda yleisiä ilmiöitä, jolloin päättelyn logiikkaa kutsutaan induktiiviseksi logiikaksi. Tätä tapaa käytetään esimerkiksi silloin, kun tutkittavasta ilmiöstä on vain vähän aikaisempaa tutkimustietoa. Tällaisessa induktiivisessa päättelytavassa tutkimusongelmat ohjaavat kategorioiden muodostamista. Deduktiiviseksi päättelyn logiikaksi kutsutaan tapaa, jossa teoreettisten käsitteiden ilmenemistä tarkastellaan käytännössä. Analyysin ollessa teorialähtöinen päättelyn avulla aineiston yleisistä ilmiöistä muodostetaan yksittäisiä ilmiöitä. Aineistoa ja teoreettisia malleja myös yhdistellään. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135, Tuomi & Sarajärvi 2009, 99, 108, 113.)

Tässä tutkimuksessa käytetään teoriasidonnaista deduktiivista analyysiä, jossa tutkimusaineisto jaettiin pohjautuen olemassa olevaan viitekehukseen. Tutkimuksen teoriaosuudessa käsitellään tutkimuksia liittyen hoitotyön laatuun (Kvist 2004), leikkaus- ja anestesiahoitajien ammattipätevyyteen (Tengvall 2010), tiimityöskentelyyn (Silén-Lipponen 2005) ja potilasturvallisuuteen (Hankela 1999). Tutkimustuloksia pohditaan myös WHO:n tarkistuslistasta ja terveydenhuollon potilasturvallisuusosaamista tehtyjen tutkimusten pohjalta (Haynes ym. 2009, de Vries 2009, Okuyama 2011) inhimilliset tekijät huomioiden (Reason 2005). Tutkimuksen teoreettinen osa sisältää myös artikkeleja sekä suomen- että englanninkielisistä terveydenhuollon ammattilehdistä ja oppikirjoista.

Tutkimusaineisto suhteutettiin analyysirunkona käytettyyn leikkaustiimin tarkistuslistaan. Vaikka tutkimuksen alussa on määritelty ne käsitteet joista tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita, tämän tutkimuksen tarkoituksena on tuoda mahdollisimman monipuolisesti esiin perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemuksia tarkistuslistan vaikutusmekanismeista potilasturvallisuuteen.

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 136) mukaan tutkimuksen tekemiseen liittyy aina valmisteluvaihe. Hirsjärvi ym. (2009, 221) kutsuvat tätä vaihetta esityövaiheeksi. Tähän vaiheeseen kuuluu aineiston kuunteleminen, litterointi ja analyysiyksikön valinta. Analyysiprosessin eteneminen voidaan jakaa aineiston ryhmittelyyn, pelkistämiseen, abstrahointiin sekä tulkintaan ja luotettavuuden arviointiin. (Janhonen & Nikkonen 2001, 24–32.)

Aineiston kuunteleminen ja litterointi, esityövaihe, tehtiin kahdessa vaiheessa tutkijoiden erilaisten aikataulujen mukaan. Toinen tutkija kuunteli ja litteroi haastattelut heti niiden suorittamisen jälkeen, toinen syksyllä. Litterointi voidaan Hirsjärven ym. (2009, 222) mukaan tehdä eri tavoin. Se voidaan tehdä koko aineistosta, tai valikoiden teema-alueiden mukaan. Tässä työssä litteroitiin koko aineisto. Koko aineiston litterointi on Hirsjärven ym. (2009, 222) mukaan tavallisempaa kuin päätelmien tekeminen suoraan nauhoista.

Osa haastateltavista kertoi asioista hyvin monisanaisesti ja pitkästi, toiset puolestaan niukemmin ja lyhyemmin. Tämän vuoksi analyysiyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuus, joka sisältää yhden tai useamman lauseen. Aineiston käsittely ja tulkinta määräytyy alkuvaiheessa tehtyjen valintojen mukaan. Valittiin tarkkaan rajattu, kapea ilmiö, mistä oltiin kiinnostuneita: leikkaustiimin tarkistuslistan vaikutustavat ja haastateltujen omat kokemukset sen käytöstä. Aineistolta kysyttiin tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä: minkälaisia kokemuksia perioperatiivisilla hoitajilla on leikkaussalin tarkistuslistan käytöstä? Minkälaisia vaikutuksia leikkaustiimin tarkistuslistalla on potilasturvallisuuteen?

Kaikki muu tutkimukseen sisältöön kuulumaton karsittiin aineistoista pois. Toinen tutkija pelkisti tekstiä käyttäen alleviivaustekniikkaa kirjoittaen pelkistyksiä tulostettujen papereiden laitaan. Toinen korosti tekstiä lihavoiden Microsoft Word – tekstinkäsittelyohjelmalla. Aineiston pelkistäminen eteni myös ajallisesti kahdessa eri vaiheessa: toinen tutkija pelkisti litteroimansa aineiston kesällä, toinen syksyllä.

Sisällönanalyysissä voidaan käyttää Kyngäksen ja Vanhasen (1999, 7) mukaan valmista viitekehystä, johon etsitään aineistosta sisällöllisesti sopivia asioita, ja jonka avulla aineisto analysoidaan. Valmista analyysirunkoa käytettäessä analyysistä voidaan poimia myös niitä asioita, jotka eivät ole rungon mukaisia, jolloin niistä voidaan muodostaa oma luokka induktiivisen sisällön analyysin periaatteita noudattaen. (Tässä tutkimuksessa analyysirunkona, mihin etsittiin sisällöllisesti sopivia asioita, toimi leikkaustiimin tarkistuslista. Kyngäs & Vanhanen 1999, 7-9).

Aineistosta esiin nousseet pelkistetyt ilmaukset kirjoitettiin alkuperäisilmaisuihin erilliselle Microsoft Word – dokumentille, jakaen ne analyysirungon mukaisesti kolmeen pääluokkaan: alkutarkistus, aikaisä ja lopputarkistus. Pelkistettyjä ilmauksia

muodostui alkutarkistus – luokkaan 44, aikalisä – luokkaan 18 ja lopputarkistus – luokkaan 12 kappaletta.

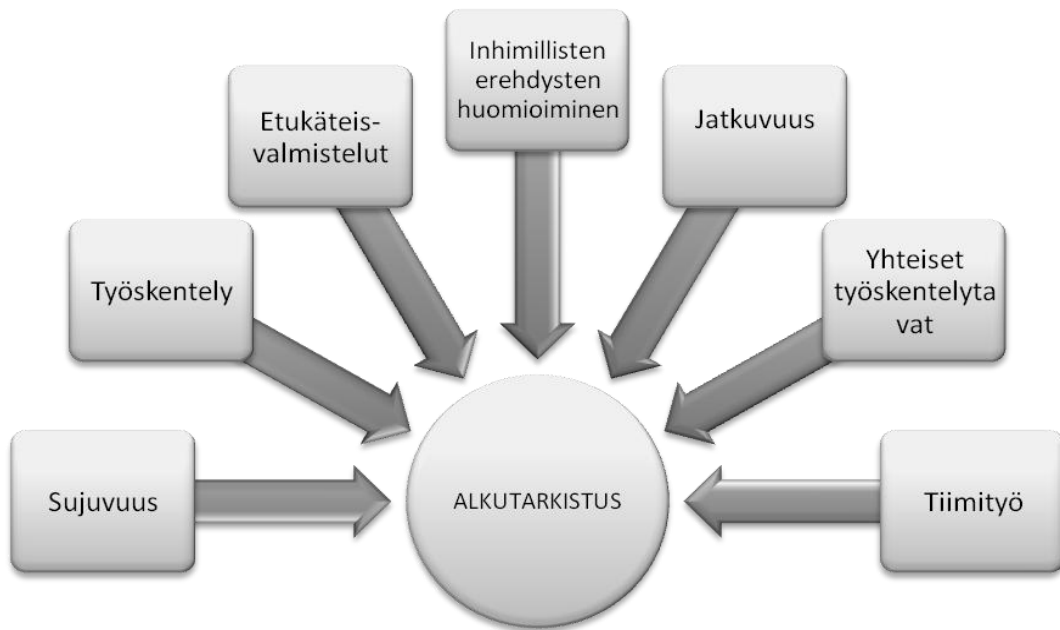
Alkuperäisilmauksista pelkistetyiksi ilmauksiksi päädyttiin esimerkiksi alkutarkistuksen osalta seuraavasti:

”Ja jos me vaikka tiedetään että on tulossa potilas jolla on reuma, niin on syytä ja osataan varautua niska- ja kaularangan vaikeuksiin. Jos me tiedetään että meille on tulossa todella obeesi potilas, niin tiedetään mitä se vaatii.”

”Me saatetaan tulla aamulla töihin niin, että siellä on käyty yön aikana. Me tarkistamme, että kaikki on toimintavalmiina.”

Näistä kahdesta alkuperäisilmauksesta kirjattiin ylös kaksi pelkistettyä ilmausta: toimenpiteen etukäteen suunnitteleminen ja yksilöllisyyden huomioiminen, sekä välineiden tarkistaminen ja toimintavalmiuden varmistaminen. Seuraavana vaiheena oli etsiä näistä alkutarkistukset – pääluokan pelkistetyistä ilmauksista samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia.

Tämän pelkistettyjen ilmausten ryhmittely suoritettiin eri tahoilla ”leikkaa ja liimaa systeemillä”. Tässä vaiheessa alkuperäisilmauksia luettiin vielä tarkasti, sillä ajatuskokonaisuus saattoi kaivata vielä pilkkomista. Teemat muodostettiin siten, että kaikki ne pelkistetyt ilmaukset, jotka liittyivät samaan teemaan, muodostivat yhden yhteisen teeman. Näitä teemoja muodostui alkutarkistus – luokkaan 7 (kuvio 1), aikalisä – luokkaan 5 ja lopputarkistus – luokkaan 3 kappaletta.



KUVIO 1. Alkutarkistus teemoittain

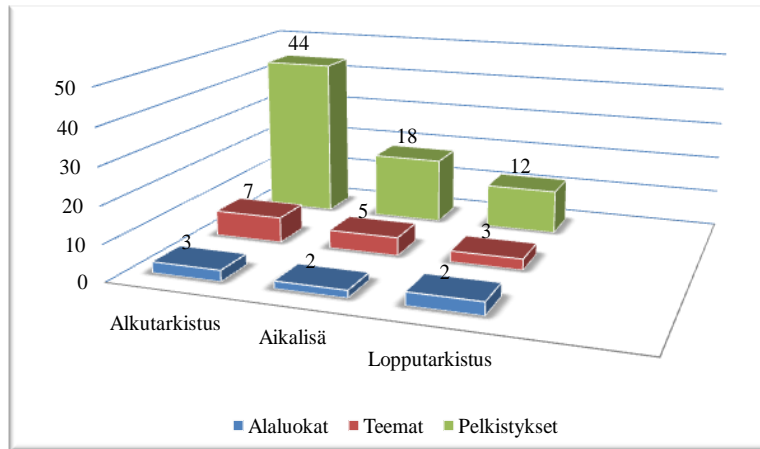
Esimerkiksi aihepiirit ”toimenpiteen etukäteen suunnitteleminen” ja ”yksilöllisyyden huomioiminen toiminnan suunnittelussa”, ”välineiden tarkistaminen”, ”välineiden toimintavalmiuden varmistaminen” muodostivat yhdessä teeman etukäteisvalmistelut.

Seuraavassa vaiheessa luotiin alaluokat yhdistelemällä teemoja niiden aihepiirin mukaan. Nyt ”etukäteisvalmistelut” ja ”inhimillisten erehdysten huomioiminen” muodostivat yhdessä luokan, jolle annettiin nimi ”ennakointi”. Luokitusten yhdistämistä jatkettiin niin kauan kuin se oli aineiston sisällön näkökulmasta mahdollista. Näin syntyneitä alaluokkia muodostui alkutarkistus – pääluokkaan 3, aikalisä – pääluokkaan 2 ja lopputarkistus – pääluokkaan 2 kappaletta.

Analyysivaiheessa tutkijalle selviää, minkälaisia vastauksia hän ongelmiinsa saa. Siinä vaiheessa voi myös vasta selvittää, miten ongelmat olisi pitänyt asettaa. Analyysin tuloksena merkitykset tiivistyvät ja niistä tehdään tulkinta. Haastattelujen sisällön erittely tarkistuslistan kolmeen eri luokkaan tuotti mielenkiintoisia ja hyödyllisiä kuvailuja analyysiä varten. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 137, Hirsjärvi ym. 2009, 221.)

Yhdistävä luokka (tarkistuslista) ja pääluokat (alkutarkistus, aikalisä, lopputarkistus) sovittiin etukäteen. Sisällönanalyysin avulla etsittiin pääluokkiin sopivia pelkistettyjä ilmaisuja, jotka luokiteltiin ja abstrahoiitiin kuvaamaan perioperatiivisten

sairaanhoidajien kokemuksia leikkaustiimin tarkistuslistan käytöstä ja sen vaikutusmekanismeista potilasturvallisuuteen (kuvio 2).



KUVIO 2. Sisällönanalyysin eteneminen pelkistyksistä alaluokiksi

Lopputuloksen kannalta Tuomen ja Sarajärven (2009, 117) mukaan on keskeistä poimiiko tutkija alkuperäisestä aineistosta asioita tietyn teorian mukaan, vai lähestykö hän aineistoa sen omilla ehdoilla. Tässä opinnäytetyössä teoria toimi apuna analyysin etenemisessä. Teemat, joita käsitellään tämän opinnäytetyön teoreettisessa osassa, saivat haastatteluita kuunnellessa konkreettisen merkityksen. Aineiston analyysia tapahtui jo haastatteluita kuunnellessa. Analyysirunkona leikkaustiimin tarkistuslista antoi mahdollisuuden tuottaa myös uutta tietoa potilasturvallisuuden parantamiseksi, sillä viimeisenä kohtana listalla ovat avoimet kysymykset: mitä opittiin ja mitä voidaan tehdä paremmin seuraavalla kerralla.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemuksia alkutarkistuksesta

Ennen anestesian aloitusta tehtäviin toimenpiteisiin – alkutarkistukseen - kuuluu monta eri varmistusta ja tarkistusta. Alussa potilaalta varmistetaan henkilöllisyyden lisäksi leikkausalue – ja onko sitä merkitty. Potilasta pyydetään kuvailemaan omin sanoin hänelle tehtävä toimenpide ja kyseiseen toimenpiteeseen suostuminen. Häneltä varmistetaan onko hän ollut ravinnotta ja kysytään tarvittaessa luupankkilupa. Hoidon yhteydessä poistettujen kudosten talteen ottamiseen (esim. reisiluun pää lonkkamurtuman hoidon yhteydessä), varastointiin ja käyttämiseen tulee pyytää potilaan oma, tietoon perustuva suostumus. (Laki ihmisen elimien ja kudoksien lääketieteellisestä käytöstä 2001.)

Alkutarkistus – osiossa seuraavana ovat anestesiavalmistelut. Tähän kuuluu välineistön tarkistaminen, leikkaukseen tulevan potilaan sairastavuuden (ASA – luokan, American Society of Anesthesiologists) varmistaminen, preoperatiivisen lääkityksen tarkistaminen, antibioottiprofylaksian tarpeen arviointi, vuotovaaraa aiheuttavien lääkkeiden huomioiminen, peruslääkityksen huomioiminen, laboratoriovastausten huomioiminen ja potilaan perussairauksien huomioiminen. Tässä vaiheessa potilaalle laitetaan myös sydämen ja verenkierron toiminnan tarkkailua varten seurantalaitteet (pulssioksimetri, ekg, verenpaine). Potilaan verenpaine mitataan, ja myöhempää vertailua varten ekg:stä otetaan niin sanottu käyränäyte.

Perioperatiiviset sairaanhoitajat kertovat näiden toimenpiteiden tuoneen ryhtiä, suunnitelmallisuutta, ja jo aikaisemmassa vaiheessa keskittymistä siihen millainen potilas on tulossa leikkaussaliin ja miksi. Henkilöllisyyden ja leikkausalueen varmistamista kuvataan muun muassa seuraavasti:

”Meillä kaikilla on yksi sappirakko, meillä kaikilla on yksi umpilisäke, mutta meillä on paljon eri potilaita. Ei ole kysymys siitä, että on vain yksi, vaan onko se tällä potilaalla. On siis tärkeää että leikataan sen sairaan ihmisen umpilisäke, eikä kenenkään terveeseen. Näitäkin tapahtuu maailmalla”.

Kertomuksista nousee esille henkilöllisyyden varmistamisen liittyvän myös muuhunkin kuin siihen, että saliin tuodaan juuri oikea henkilö. Henkilöllisyyden varmistamisella taataan myös, että saliin tuodaan oikeaa toimenpidettä varten oikea henkilö. Päivän mittaan saattaa olla useita samanlaisia toimenpiteitä, jolloin tulee varmistua juuri oikeasta potilaasta. Leikkauslistoihin tulee myös monesti muutoksia päivän mittaan, jolloin henkilöllisyyden ja leikkausalueen varmistaminen korostuu. Oikean potilaan ja oikean toimenpiteen lisäksi varmistetaan lisäksi potilasasiakirjojen oikeellisuus.

Hoidon jatkuvuus on tärkeä hoitotyön periaate, mikä kattaa koko perioperatiivisen prosessin. Hoidon jatkuvuus tulee turvata hoitotyön kaikissa vaiheissa. Potilasta leikkaussaliin tuovat hoitajat antavat potilaasta raportin. Yhteiset toimintatavat edistävät potilasturvallisuutta, koskien myös raportointia. Perioperatiiviset sairaanhoitajat toivovat myös leikkaustiimin tarkistuslistan täyttämisen alkavan jo hoitoprosessin aikaisemmassa vaiheessa.

”Osastoilla tulisi miettiä minkälaisen raportin he sieltä antavat. Heillähän on tiedossa, mitä tästä potilaasta tulisi katsoa. Mutta jos he tekisivät siellä jonkinlaisen systeemin itselleen, niin varmistettaisiin että kaikki antaisi samansuuntaisen (raportin), kaikki tekisi suunnilleen samanlaisesti.”

”Se poistaa sitä että – sanoit sitä mutta – antoi tällaisen raportin. Tämähän luo sitä struktuuria antaa varmistusta että kaikki tekisivät asiat suunnilleen samalla tavalla.”

” – poimitaan pois niitä inhimillisen erehdyksen mahdollisuuksia, jotta se ketju tulisi mahdollisimman varmaksi –.”

Perioperatiivisten sairaanhoitajien kertomuksissa toistuu monta kertaa leikkausalueen merkitseminen. Leikkausalueen merkintä helpottaa perioperatiivisten sairaanhoitajien työn suunnittelua. Kun tiedetään mihin kohtaan, ja kummalle puolelle leikkausviilto tulee, voidaan suunnitella leikkausasentoa, leikkausasennon järjestämiseen tarvittavia välineitä sekä leikkausalueen pesemistä ja peittelyä. Kun leikkausalue on merkitty, voidaan paremmin etukäteen suunnitella myös muita mahdollisesti toimenpiteessä tarvittavia välineitä, joita ovat muun muassa kuvastamis- ja näytteenottovälineet.

Leikkausalueen merkintä on perioperatiivisten sairaanhoitajien mielestä myös tärkeä kontakti potilaan ja kirurgin välillä. Se kertoo että kirurgi on käynyt katsomassa potilasta, ja että he ovat keskustelleet tulevasta toimenpiteestä ja siihen liittyvistä mahdollisista riskeistä ja komplikaatioista. Kirurgin ja potilaan keskustelu kertoo potilaan näkökulmasta turvallisuudentunteen vahvistamisesta, perioperatiivisen sairaanhoitajan näkökulmasta siitä, että jokainen tekee oman työnsä vastuualueensa puitteissa. Tällöin jokaisen henkilökohtaiset vastuut ja velvollisuudet korostuvat ja täsmentyvät.

” – ja siellä on käynyt joku katsomassa potilasta, että heilläkin on mahdollisuus kysyä (leikkauksesta). Sillä, että kirurgi käy katsomassa potilasta ja merkkää leikkausalueen, saavutetaan paljon. Se on tärkeä kontakti heidän välillään.”

”Leikkausalue pitää olla merkitty. Jos sitä ei ole merkitty, niin silloin menen aina riskillä siihen leikkaukseen. Jos operatööri on käynyt –, he tekevät sen keskustelun potilaan kanssa siitä leikkauksesta – ja hän vastaa siitä.”

Perioperatiiviset sairaanhoitajat kertovat välineistön toimintakunnon varmistamisen kuuluvan heidän ammattitaitoonsa. Leikkaussaliin mennään usein toisen leikkaustiimin, ainakin osittain vaihtuneen kokoonpanon, jälkeen. Kyseistä salia on myös voitu käyttää yön aikana, eivätkä välineet välttämättä ole kuten ne jätettiin.

Potilaan yksilölliset erot voivat vaikuttaa toimenpiteeseen tai muuttaa toimenpiteen kulkua missä tahansa vaiheessa. Toimenpiteeseen valmistautuessa ja työtä suunniteltaessa jokainen voi nähdä potilaassa tiettyjä, omaan toimenkuvaan liittyviä asioita, mitkä voivat vaikuttaa potilaan hoitoon. Esimerkiksi anestesiahoitaja arvioi potilaan leukojen ja kaularangan rakennetta miettiessään hengityksen tukemista, siinä missä instrumentoiva hoitaja pohtii instrumenttien riittävää kokoa obeesin potilaan kohdalla.

”Ja jos me vaikka tiedetään että tulossa on potilas jolla on reuma, niin on syytä ja osataan varautua niska- ja kaularangan vaikeuksiin. Jos me tiedetään että meille tulee tosi obeesi potilas niin mitä se vaatii.”

Täytyy myös olla aina varautunut, että kaikki ei menekään suunnitellusti. Erilaisiin tilanteisiin etukäteen varautumisella on valtava merkitys tilanteen sujumisen ja etenemisen kannalta. Leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöönoton myötä työn suunnitteluun käytetään paremmin aikaa. Ennakkovalmisteluilla on merkitystä niin muutosten kohdatessa, kuin työn edetessä normaalistikin:

”Nämä alkutarkastukset, eli kaikki menee hyvin ennen kuin edes mitään anestesiaa aloitellaan, eli mitä kaikkia sillä potilaalla on mahdollisesti vaikuttavia tekijöitä siihen anestesiaan.”

”Tämä on ennen kaikkea ennakointia, ennenkö lähetään itse toimintaan. Että me otetaan nämä asiat huomioon että meillä sitten ei tule ongelmaa. Tällähän varmistetaan että se tulee toimimaan turvallisesti ja hyvin sujumaan sitten se ensimmäinen työvaihe siinä elikkä anestesian aloitus.”

”Kirurgeilla tulee nyt tarkemmin käytyä – läpi, mieltä mihin haava tulee ja miltä puolen leikataan”.

Haastatteluista kävi selvästi ilmi, että tiedonkulun ja kommunikaation merkitys tiedostetaan. Näyttää myös siltä, että sitä osataan myös vaatia moniammatillisissa tiimeissä:

”Ei riitä että yksi hoitaja tietää, vaan varmistetaan ääneen puhumalla että kaikki muutkin ovat tietoisia. Että jokainen pystyy huomioimaan – omassa työssään.”

”Se pitää tehdä yhdessä, sitä ei aloiteta yksin missään välikössä. Tällä me kytketään yhteen tiimin toimintaa”.

Perioperatiiviset sairaanhoitajat kuvailevat alkutarkistuksen olevan tärkeä linkki, millä kytketään yhteen koko tiimin toimintaa. Yksi tiimin ja tiimityön määritelmä on, että tiimin jäsenillä on toisiaan täydentäviä taitoja, he ovat sitoutuneet yhteiseen päämäärään, yhteisiin suoritustavoitteisiin ja yhteiseen toimintamalliin ja he pitävät

itseään yhteisvastuussa suorituksestaan. Leikkausryhmää sitoo siis yhteen päämäärätietoinen toiminta, jolloin jokaisella on oma etukäteen määritelty roolinsa.

Toisinaan potilaat hämmästyvät alkutarkistus- vaiheen kysymyksistä, koska heiltä on saatettu jo kysyä samoja asioita, kuten henkilötunnusta tai allergioita. Perioperatiiviset sairaanhoitajat perustelevat tämän potilaille kertomalla kuulevansa nämä asiat vasta ensimmäistä kertaa. Potilaille kerrotaan myös avoimesti tarkistuslistan olemassaolosta ja sen tarkoituksesta. Se lisää potilaiden turvallisuudentunnetta.

5.2 Perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemuksia aikalisästä

Aikalisällä tarkoitetaan vaihetta ennen viiltoa. Tiimin jäsenet esittäytyvät toisilleen. Potilaalta itseltään varmistetaan vielä - jos mahdollista - henkilöllisyys, leikattava alue ja toimenpide. Tässä osiossa käydään suullisesti läpi koko leikkaustiimiä koskevat mahdolliset huolenaiheet ja kriittiset tekijät. Näitä ovat esimerkiksi leikkauksen kriittiset vaiheet, rutiinista poikkeavat suunnitelmat, leikkauksen oletettu kesto ja arvioitu verenvuoto, erityiset potilaskohtaiset huolenaiheet sekä steriliteetti ja välineistö.

Tässä kohtaa leikkaustiimin tarkistuslistaa kommunikaation merkitys korostuu erityisesti. Ennen aikalisä -vaihetta tiimin jäsenet keskittyvät omaan tekemiseensä, tässä kohtaa kaikki tehty vedetään yhteen. Aikalisä -vaiheessa varmistetaan vielä tietyt kriittiset asiat ennen viiltoa, kuten henkilöllisyys ja toimenpide. Kommunikaation ja tiimityön merkitys korostuu, sillä jokaisen panos vaikuttaa lopputulokseen. Keskustelu tiimin kaikkien jäsenten välillä koettiin tärkeäksi, kuten seuraavissa lainauksissa kerrotaan:

”Minusta se on parantunut, tulee sitä kommunikointia. Siinä keskustellaan myös kirurgin kanssa ennen viiltoa, sanotaan ääneen mitä tähän asti on tehty. Tulee semmoinen aikalisä.”

”Anestesia- ja instrumenttipuoli kommunikoivat entistä enemmän.”

Perioperatiiviset sairaanhoitajat kertoivat työssään ennakkoinnin ja suunnitelmallisuuden olevan tärkeää. Toimenpiteen sujuvan etenemisen ja turvallisen leikkaustoiminnan

varmistamiseksi käytettiin aikaa. Leikkausvälineiden ja -asennon valinta tuli puheeksi useassa eri haastattelussa.

”Sen takia nämä asiat tulee aina katsoa –, että se sujuu sitten se leikkaus ettei tarvi pysähtyä ja alkaa muuttamaan mitään – ennen kuin aloitetaan, että koko leikkaustoiminta menee sujuvasti eteenpäin ettei siinä tule pysähdyksiä.”

”Välineistön pitää olla saatavilla, ei sitten tarvitse kesken leikkauksen lähteä niitä etsimään”

Antibioottiprofylaksian kerrottiin unohtuneen helpommin ennen tarkistuslistan käyttöönottoa. Antojankohdalla on merkitystä – se täytyy antaa tietyssä ajassa ennen viiltoa. Toimenpiteen erityispiirteet, kuten verityhjiö, vaikuttavat siihen, annetaanko antibioottiprofylaksiaa vai ei. Antibioottiprofylaksian tarve halutaan määrittää jo aikaisemmassa vaiheessa, kuin aikalisä -vaiheessa. Tällöin perioperatiiviset sairaanhoitajat ehtivät paremmin varmistua sen antamisesta. Tarkistuslistan myötä antibioottiprofylaksian antamiseen on tullut tarkkuutta. Tämä ei ole mikä tahansa pieni yksittäinen asia, sillä tutkimuksessa (Haynes ym. 2009, 497) kerrotaan pelkästään oikea-aikaisen antibioottiprofylaksian vähentäneen leikkausinfektioiden määrää merkittävästi.

”Antibioottiprofylaksia saattaa itsellä joskus unohtua. Se on sellainen muistinvarainen asia ja on hyvä, että se on tässä listassa.”

Radiologisten kuvien katsominen on helpottunut kun leikkaussaliin on saatu tietokoneet ja kuvat katsotaan suoraan koneelta. Ennen tietokoneiden ja leikkaustiimin tarkistuslistan tuloa kuvat saattoivat helpommin unohtua, mikä hidasti ja viivästytti työskentelyä. Perioperatiiviset sairaanhoitajat kertovat kokemuksen myötä syntyneestä automaatiosta: asioihin ei välttämättä kiinnitä samalla tavalla huomiota kuin silloin, kun ne olivat uusia. Aikalisä -osiossa olevien tarkistusten myötä vaikuttaa siltä, että työhön orientoidutaan paremmin muistinvaraisten asioiden vähenemisen myötä.

”Tää on just siihen että otetaan niitä aikalisiä ennen, eikä kesken leikkauksen.”

”Kaikki nämä asennot ja steriiliydet niin nehan on meille tavallaan niin automaattista ja semmoista, kyllähän tämä tavallaan vielä entisestään jokaisen panee kiinnittämään huomiota.”

Perioperatiiviset sairaanhoitajat voivat antaa kaiken huomionsa ja energiansa kyseiseen leikkaukseen:

”Ja kun tullaan haavalle niin hyvä vielä pieni hetki pysähtyä ja miettiä onko leikkausasento hyvä, onko välineistö tsekattu. Siinä tulee semmonen että nyt laskeudutaan tähän, nyt alkaa tämä leikkaus.”

Voidaan todeta, että tarkistuslista on työväline, jolla kootaan yhteen toisiaan täydentäviä taitoja yhteisen päämäärän saavuttamiseksi.

5.3 Perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemuksia lopputarkistuksesta

Kun leikkaus on päättynyt, tehdään lopputarkistus -osion mukaiset toimenpiteet. Hoitaja varmistaa suullisesti, että diagnoosi ja tehty toimenpide on kirjattu. Instrumenttien, taitosten ja neulojen lukumäärien tulee täsmätä. Näytteiden tulee olla myös merkitty ja valmiina lähetettäviksi. Tässä kohdassa mahdolliset välineistöä koskevat ongelmat tulee kirjata ja huolehtia eteenpäin. Lopuksi kirurgi, anestesiatiimi ja hoitajat käyvät läpi potilaan toipumiseen ja jatkohoitoon liittyvät määräykset ja riskit.

Välineiden tarkistaminen ja laskeminen on tärkeää leikkauksen jälkeen. Neulat, langat ja sidetarvikkeet on laskettu jo ennen leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöönottoa, mutta nyt se on vielä entisestään tehostunut. Vaikuttaa, että niiden kanssa toimitaan myös järjestelmällisemmin jo leikkauksen aikana, jotta itse laskeminen sujuu mukavasti leikkauksen jälkeen.

”Neulat, instrumentit ja taitokset katsotaan tarkasti joka kerta, että niiden lukumäärä täsmää.”

Laiteturvallisuus korostuu lopputarkistuksessa. Välineistöä tai laitteistoa koskevat ongelmat kartoitetaan, ja niiden huollosta huolehditaan asianmukaisesti. Välineiden täytyy olla aina käyttökunnossa ja valmiina seuraavaa leikkausta varten.

”Jos joku ei toimi niin tehdään vikailmoitus. Laiteturvallisuus on tässä kohtaa tärkeä, että se tulee huolehditaksi suoraan salista.”

”Pitää ajatella, että jos jokin on rikki, niin sitä ei saa jättää siihen.”

Lopputarkistuksilla varmistetaan potilaan hoidon jatkuvuus jatkohoitoyksiköihin, sekä aina kotiutumisvaiheeseen asti. Potilaassa on monesti ompeleita, haavaimu tai laskuputki, virtsa- tai verisuonikatetri ja mahdollisesti muita hoitotyössä huomioitavia asioita. Perioperatiiviset sairaanhoitajat kokevat hoidon jatkuvuuden turvaamisessa tapahtuneen parannusta leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöönoton myötä: yksilöllisten jatkohoito-ohjeiden kirjaamiseen kiinnitetään enemmän huomiota jokaisen potilaan kohdalla.

”Kaikki, mitkä jää potilaaseen, kirjataan ja annetaan raportti osastolle”.

”Jatkohoito-ohjeet täytyy katsoa juuri tämän potilaan kohdalla, että onko ne normaalit jatkohoito-ohjeet, vai onko niissä poikkeamia.”

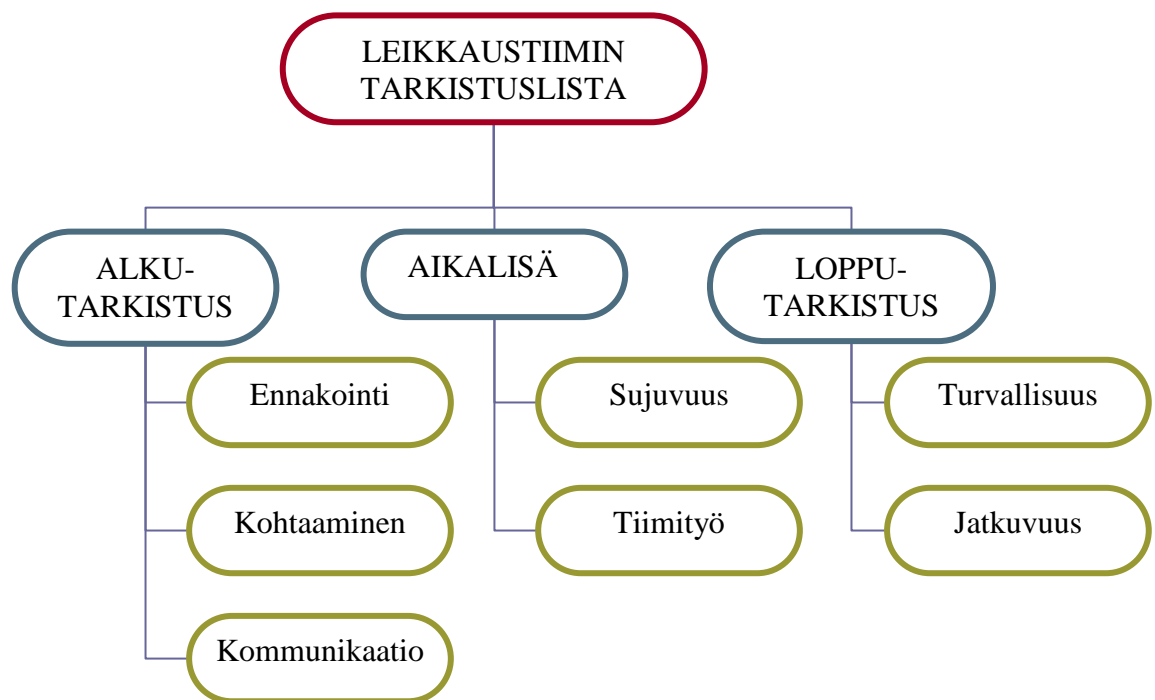
Leikkaustiimin tarkistuslistan lopussa on kohta: Mitä opittiin? Mitä voidaan tehdä paremmin seuraavalla kerralla? Nämä avoimet kysymykset ovat potilasturvallisuuden kehittämistä parhaimmillaan, sillä

”Jos tämän potilaan kohdalla on ollut jotain, mikä on vaikuttanut hoidon lopputulokseen, niin sehän on rehellisesti laitettava tähän.”

Haastatteluissa ei tullut kertaakaan esille, onko tämä kyseinen kohta ollut aktiivisessa käytössä.

Alkutarkistus – osio tuotti eniten kerrottavaa haastatteluissa. Perioperatiivisen sairaanhoitajat kertovat, että toimenpiteissä ennen anestesian aloitusta piilee paljon eri virhemahdollisuuksia, jotka liittyvät esimerkiksi leikkausvalmisteluihin, tiedonkulkuun,

potilaan tunnistamiseen, leikattavaan puoleen, tehtävään toimenpiteeseen ja potilaan yksilöllisiin ominaisuuksiin. Leikkaustiimin tarkistuslistan kerrotaan vähentävän inhimillisten erehdysten mahdollisuuksia. Ennen anestesian aloitusta tehtävät tarkistukset myös lisäävät tiimien välistä, sekä perioperatiivisen sairaanhoitajan ja potilaan välistä keskustelua. Aikalisä – osiossa tiimityö korostuu ja työn sujuvuus paranee. Tarkistuslistan ohjatessa työn suunnittelua itse työskentely on sujuvampaa. Se auttaa orientoitumaan ja keskittymään omaan tekemiseen muun muassa vähentämällä muistinvaraisia asioita. Potilassiirrot ja runsas tiedon määrä vaikuttavat potilasturvallisuuteen perioperatiivisessa hoitotyössä. Nyt myös leikkaussaleista jatkohoitoyksiköihin siirtyessä potilaiden hoidon jatkuvuuteen kiinnitetään huomiota yksilöllisimmillä jatkohoido-ohjeilla ja laadukkaalla suullisella raportoinnilla (kuvio 3).



KUVIO 3. Alaluokat. Perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemuksia tarkistuslistan vaikutusmekanismeista potilasturvallisuuteen.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Sairaanhoitajan työn eettiset periaatteet ohjaavat hoitotyötä. Näiden samojen periaatteiden tulisi ohjata myös hoitotieteen tutkimuksen tekoa. Näitä periaatteita ovat muun muassa totuudenmukaisuus, oikeudenmukaisuus, hyvän tekeminen ja luottamuksellisuus. Tutkimusta tehdessä tulee vastaan useita eettisiä valintoja. Tiedon hankkimiseen ja julkistamiseen liittyy tutkimuseettisiä periaatteita, jotka ovat yleisesti hyväksytyjä. Jokaisen tutkijan vastuulla on se, miten hyvin hän tuntee nämä periaatteet ja toimii niiden mukaan. Tutkimuksen eettiset ratkaisut kulkevat rinta rinnan tutkimuksen uskottavuuden kanssa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23, Moule & Goodman 2009, 57, Tuomi & Sarajärvi 2002, 129–130.)

Ensimmäinen eettinen valinta tehdään jo aihetta valittaessa. Aihevalintaa voi ohjata esimerkiksi aiheen suuri merkittävyys, tai että se on helposti toteutettavissa oleva. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 40) pohtivat aiheen valintaa ja sopivaa tutkimusmenetelmää miettimällä, onko ilmiötä ylipäätään aiheellista tutkia, ja miten. Tämän tutkimuksen aihe on ajankohtainen, vaativa ja yhteiskunnallisesti merkittävä, sillä leikkaustoimintaan liittyy suuria riskejä. Potilasturvallisuutta tulee hoitotyön eettisten periaatteidenkin mukaan kehittää. Tämä tutkimus kehittää potilasturvallisuutta lisäämällä tietoisuutta potilasturvallisuuteen vaikuttavista asioista.

Tiedonantajien vapaaehtoisuus on yksi tutkimuksen tärkeimmistä eettisistä periaatteista. Tutkijoiden tulee tehdä selväksi, että osallistuminen on täysin tutkimukseen osallistuvien päätettävissä. Yksilö voi silti kokea tulleen velvoitetuksi osallistumaan tutkimukseen. Erityisen herkkä tutkimukseen osallistuja on esimerkiksi silloin, jos hän on raskaana, hänellä on mielenterveysongelmia tai hän kokee olevansa jollakin tavalla paineen alla. Jotkut voivat kokea olevansa rajoittuneita päättämään tutkimukseen osallistumisestaan, tai että eivät aivan täysin ymmärrä mitä tutkimukseen osallistuminen tarkoittaa. Tutkimukseen osallistuvia tulee aina ja joka tapauksessa kohdella tällä tavalla herkkinä ja helposti haavoittuvina. (Janhonen & Nikkonen 2001, 39, Moule & Goodman 2009, 57, 58.)

Vain täysin omasta tahdostaan tutkimukseen osallistuvilta voi saada luotettavaa tietoa tutkimuksen kohteena olevista teemoista. On hyvin vaikea arvioida tiedonantajien haavoittuvuutta tässä tutkimuksessa. Haastatteluihin ei osallistuttu vapaaehtoisesti ilmoittautumalla, vaan osastonhoitaja ja listanvetäjä valitsivat haastatteluihin osallistuneet perioperatiiviset sairaanhoitajat.

Tutkimuksessa saatujen vastausten sisältöön voi vaikuttaa myös lupaus henkilöllisyyden täydellisestä suojaamisesta ja tiedon turvaamisesta. Osa tämän tutkimuksen haastatteluista tapahtui ”takakanliassa” pienen taustahälyn säestämänä, missä oli myös jonkin verran ohikulkijoita. Pelko henkilöllisyyden paljastumisesta saattoi vaikuttaa haastattelujen sisältöön. Tutkija ei myöskään saa ikinä julkaista yksilöä koskevaa tietoa, ellei siihen ole erityistä lupaa. Tutkijan tulee kertoa, kenellä on pääsy tietoihin ja kenelle hän tietoja jakaa. Tähän sisältyy myös vaatimus tiedon turvallisesta säilyttämisestä. Tämän tutkimuksen tietosuojakysymykset käytiin läpi ennen tutkimushaastattelujen aloittamista, ja niitä noudatettiin erittäin tarkkaan. (Moule & Goodman 2009, 59.)

Yksi hyvin tärkeä eettinen periaate hoitotieteellisen tutkimuksen tekemisessä on hyvän tekeminen. Hyvän tekemisellä autetaan muita saavuttamaan heidän etujaan – asioita, mitkä edistävät heidän hyvinvointiaan. Hyvän tekemiseen liittyy velvoite sekä yhteiskuntaa että tutkimukseen osallistuvia kohtaan: tutkimuksen tulee hyödyttää molempia. Yhteiskunnan näkökulmasta tämä tutkimus kehittää potilasturvallisuutta, perioperatiivisten sairaanhoitajien näkökulmasta hoitotyötä. (Fry & Johnstone 2012, 22, Moule & Goodman 2009, 57.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskysymykset liittyvät niin tutkijaan itseensä, aineiston laatuun, aineiston analyysiin kuin tulosten esittämiseen. Aineiston keruussa saatu tieto riippuu siitä, miten tutkija on ymmärtänyt tutkittavan ilmiön. Taitojen lisäksi myös tutkijan oivalliskyvyllä ja arvostuksilla on merkitystä aineistoa analysoitaessa. Myös se, miten luotettavasti pelkistetty aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä, tulee osoittaa luotettavasti. Tässä tutkimuksessa käytetään kuvioita havainnollistamaan tutkimuksen ja tutkimusanalyysin vaiheittaista etenemistä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 36.)

Paikkansapitävien päätelmien tekeminen edellyttää luokittelulta luotettavuutta. Tässä tutkimuksessa muodostuneeseen luokitteluun päädyttiin kahden tutkijan erillään tekemien sisällön analyysien samankaltaisuuksia vertaillen. Tulokset käytiin vielä läpi

yhdessä ja käytettävistä käsitteistä myös sovittiin yhdessä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 36.)

Tutkimuksessa käytetyt alkuperäislähteet sekä itse tutkimusmenetelmä edellyttävät perehtymistä. Tässä tutkimuksessa käytettiin useita englanninkielisiä lähteitä, joiden lukemiseen täytyi perehtyä huolella. Vieraiden kielten ilmaisujen tulkinnaassa tulee käyttää tarkkuutta. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 161) kirjoittavat metodologisesta sopivuudesta, eli tutkijan tietämystä tutkimuksensa metateorioista ja metodologisesta lähestymistavastaan. Tutkimuksen tekeminen vaatii kurinalaisuutta, uskottavuutta ja pätevyyttä. Tutkimustulosten luotettavuutta ja pätevyyttä pohtiessa tulee ymmärtää että ne vaihtelevat, koska jokainen tutkija luo itse tutkimusasetelman. Jokainen tutkija myös tulkitsee asetelmaansa itse. (Janhonen & Nikkonen 2001, 36, Moule & Goodman 2009, 183.)

Tässä tutkimuksessa käytettyä tutkimusmenetelmää – sisällönanalyysiä - voidaan soveltaa monella eri tavalla. Tässä tutkimuksessa päädyttiin teorialähtöiseen sisällönanalyysiin, sillä Haynes:n ym. (2009) WHO:lle kehittämää leikkaustiimin tarkistuslistaa käytetään maailmanlaajuisesti, ja kyseistä tutkimusta on käytetty lähteenä miltei kaikissa potilasturvallisuuteen liittyvissä julkaisuissa vuoden 2009 jälkeen. Ennen analyysiä määriteltiin ne teemat – teoriaosuudessa käsitellyt - joille aineistosta haettiin näyttöä. Se, että tiedettiin tarkkaan mitä aineistosta etsittiin, auttoi analyysin etenemisessä.

Kokemusperäinen tieto on objektiivista. Objektiivista tietoa kuvailtaessa voidaan erottaa käsitteet luotettavuus ja puolueettomuus. Tutkija voi joko ymmärtää tiedonantajaa itsenään, tai antaa muun muassa iän, sukupuolen, uskonnon tai virka-aseman vaikuttaa siihen, mitä hän havainnoi. Jokaisen haastateltavan kertomukset kuunneltiin ja analysoitiin yhtä puolueettomasti, sillä haastattelut koostuivat henkilökohtaisista kokemuksista ja käsityksistä. Kenenkään erillinen mielipide ei ole toista parempi. (Janhonen & Nikkonen 2001, 39.)

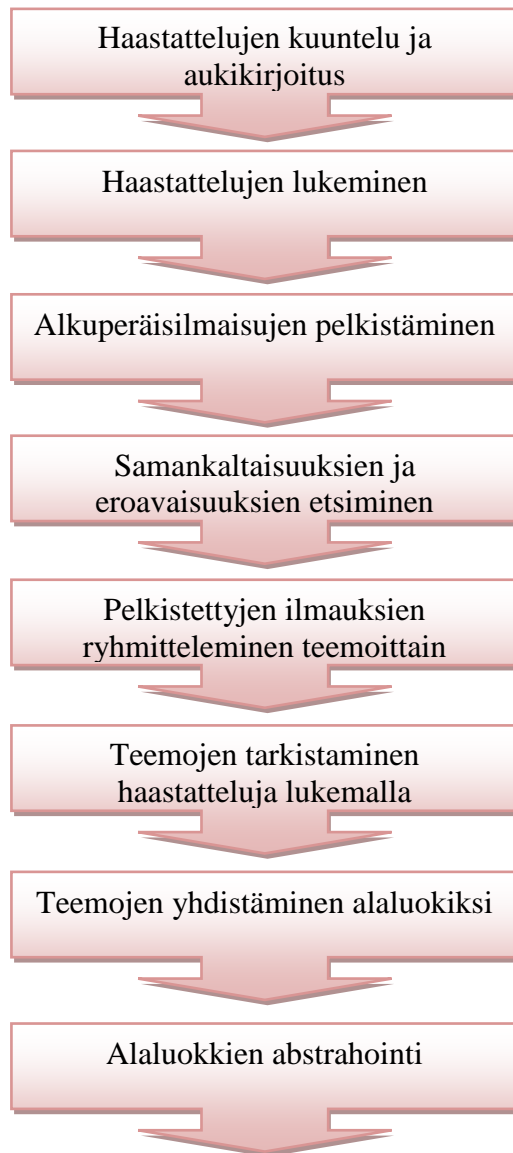
On mahdotonta arvioida, kuinka rehellisesti tutkittavat vastasivat ja kuinka vakavasti he suhtautuivat tutkimukseen. Tutkittavien tiedot tutkimusilmiöstä voivat vaihdella, mikä voi vaikuttaa heidän vastauksiinsa. Haastateltavien tulisi ymmärtää käsitteet samalla tavalla ja kyetä pilkkomaankin ne myös samalla tavalla. Joskus otantaa tehdessä

valinnan kriteereinä käytetään myös itsensä ilmaisemisen taitoa, puhekykyä ja orientaatiota. Ei riitä että on tietoa, vaan se täytyy saada myös ilmaistuksi. Kokemukset ovat aina myös henkilökohtaisia, ja jollakulla toisella ei ole samat käsitykset asioista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 83, Tuomi & Sarajärvi 2009, 77, 86.)

Tutkijoiden tulee osata tarkastella työtään teoreettisten käsitteiden kautta. Teoreettisella herkkyydellä tarkoitetaan tutkijan herkkyyttä havaita, mistä ilmiössä on lopulta kysymys, nähdä aineistosta keskeiset asiat ja tulkita niitä oikein. Tämän tutkimuksen teoriaosuudessa käytettiin ajankohtaisia tutkimustuloksia ja tieteellisiä artikkeleita. Tutkimusaineistoa analysoitiin teoriaosuudessa kuvaillut käsitteet mielessä pitäen. Tuloksia tarkasteltiin myös suhteessa näihin käsitteisiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 163, Tuomi & Sarajärvi 2009, 134–136, Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2009, 231.)

Tutkija saattaa tulla sokeaksi omalle tutkimukselleen. Tutkija voi olla vakuuttunut johtopäätöksiensä oikeellisuudesta, vaikka näin ei ole. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159). Näin voi käydä varsinkin yksin työskennellessä. Tämän tutkimuksen tekemiseen osallistui kaksi henkilöä, osittain omilla tahoillaan ja omien aikataulujen mukaan. Se auttoi näkemään asiat myös toisen näkökulmasta.

Tutkimusaineisto jaettiin tutkijoiden kesken, tallenteet kuunneltiin, litteroitiin, alkuperäisilmaukset pelkistettiin ja pelkistykset luokiteltiin niiden samankaltaisuuden tai eroavaisuuksien mukaan. Nämä vaiheet tehtiin kahden tutkijan osalta kumpikin erikseen, mikä lisää tutkimustulosten luotettavuutta. Tulokset olivat huomattavan samankaltaiset. Pelkistykset käytiin läpi vielä kertaalleen tutkijoiden käsitejärjestelmien yhtenäistämiseksi. Luokkien abstrahointi suoritettiin yhdessä (kuvio 4).



KUVIO 4. Analyysiprosessi

Hirsjärven ym. (2009, 229) mukaan tutkimus ei ole valmis vielä silloin kun tulokset on analysoitu. Tutkimustulokset tulee selittää ja tulkita lukijalle. Tutkimustulosten tulee antaa kaikille selkeät vastaukset asetettuihin ongelmiin. Tämän tutkimuksen tutkimustulokset ja johtopäätökset kirjoitettiin yhdessä. Käytettiin suoria lainauksia, sillä haluttiin varmistaa tutkimuksen luotettavuus ja antaa lukijoille mahdollisuuden pohtia aineiston keruuta. Suorat lainaukset myös elävöittävät tutkimuksen lukemista. Lainauksia muokattiin sen verran, ettei tutkimukseen osallistuja ole tunnistettavissa esimerkiksi murteen perusteella. (Hirsjärvi ym. 2009, 229–230.)

Tutkimusprosessin alussa teoreettisen viitekehyksen materiaalit jaettiin tutkijoiden kesken työstettäväksi. Tutkimuksen tekemisen aikana, muuttuneiden elämäntilanteiden

myötä, katsottiin parhaaksi suhteuttaa työnjakoa uudelleen. Yhteistyössä sovittiin uusi malli työnjaolle, jotta tutkimuksen valmistuminen ei lykkääntyisi eikä tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus vaarantuisi.

Tutkijoiden haasteena on varmistaa, että tutkimustieto on tuotettu eettisesti hyvää tieteellistä käytäntöä noudattamalla. Tutkimuksen uskottavuus perustuu tutkijoiden hyvän tieteellisen käytännön noudattamiseen. Hyvä tieteellinen käytäntö on muun muassa tiedeyhteisön tunnustamien toimintatapojen noudattamista, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä ja tulosten esittämisessä. (Moule & Goodman 2009, 58, Tuomi & Sarajärvi 2002, 130.)

6.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Alkutarkistus – osiosta saatiin eniten pelkistyksiä (44 kappaletta) liittyen leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöön. Perioperatiivisen sairaanhoitajat kertoivat eniten toimenpiteistä ennen anestesia aloitusta. Tutkimuksessa haettiin vastauksia leikkaustiimin tarkistuslistan vaikutusmekanismeista potilasturvallisuuteen. Leikkaustiimin tarkistuslistan kerrotaan vähentävän inhimillisten erehdysten mahdollisuuksia, sillä erityisesti alkutarkistus – osiossa on paljon eri virhe- ja inhimillisten erehdysten mahdollisuuksia liittyen esimerkiksi potilaan tunnistamiseen, leikattavaan puoleen, tehtävään toimenpiteeseen ja potilaan yksilöllisiin ominaisuuksiin. Alkutarkistusta ei haluta aloittaa yksin, tai ”etuajassa”, vaan siinä esiin tulevien asioiden koetaan koskevan kaikkia leikkaukseen osallistuvia. Esimerkiksi potilaan lateksiiallergia on asia, mikä vaikuttaa anestesiatiimin lisäksi myös leikkaustiimin leikkausvalmisteluihin.

Tulosten mukaan ennen anestesian aloitusta tehtävät tarkistukset lisäävät tiimien välistä, sekä perioperatiivisen sairaanhoitajan ja potilaan välistä keskustelua. Lisääntynyt kommunikointi auttaa leikkaukseen valmistautumisessa. Leikkaustiimin tarkistuslistan suullisten tarkistusten edetessä jokainen poimii kuulemastaan tiedosta omassa työssään tärkeiksi kokemansa asiat. Perioperatiiviset sairaanhoitajat kertovat ennen anestesian aloitusta tapahtuvissa asioissa olevan potilasturvallisuuden kannalta parantamisen varaa. Muutosta toivotaan osastoilla tehtävien leikkausvalmisteluiden ja tulovaiheen raportoinnin suhteen.

Aikalisä – osion keskeisimmät leikkaustiimin tarkistuslistan vaikutustavat koskevat tiimityötä ja sen tehostumista sekä työn sujuvuuden paranemista. Tiimityön tehostumiseen johtaa niin lisääntynyt ääneen puhuminen, kuin työn parempi etukäteen suunnitteleminenkin. Leikkaussalityöskentely on haastavaa, se vaatii monen asian hallintaa ja muistamista. Leikkaustiimin tarkistuslistan koetaan auttavan työhön orientoitumista, hetkeen pysähtymistä ja omaan tekemiseen keskittymistä. Aikalisä - osiossa leikkaustiimin tarkistuslistan koetaan ohjaavan ja strukturoivan tiimin eri jäsenten työskentelyä. Perioperatiivisten sairaanhoitajien mielestä leikkaustiimin tarkistuslista auttaa myös uusien työntekijöiden perehdyttämisessä.

Perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemukset leikkaustiimin tarkistuslistan lopputarkistus -osiesta liittyvät potilaan jatkohoitoyksikköön siirtymiseen ja siihen liittyvään tiedonsiirtoon, sekä laiteturvallisuuteen. Edellytyksiä hoidon jatkuvuudelle ovat hyvät kirjalliset ja suulliset jatkohoido-ohjeet sekä raportointi jatkohoitoyksikköön. Perioperatiiviset sairaanhoitajat kertovat kirurgien ja anestesia-ääkärien panostaneen leikkaustiimin tarkistuslistan myötä yksilöllisiin jatko-hoido-ohjeisiin.

Leikkauksen lopuksi tehdään välineistön ja sidetarvikkeiden laskutoimenpiteet ja tarpeelliset huomautukset. Laskutoimenpiteiden kerrotaan vaikuttaneen instrumentoitvien sairaanhoitajien työhön niin, että he pitävät jo leikkauksen aikana käytettävät tarvikkeet paremmassa järjestyksessä.

Leikkaustiimin tarkistuslistalla lopuksi olevat avoimet kysymykset: ”Mitä opittiin?” ja ”Mitä voidaan tehdä paremmin seuraavalla kerralla?” eivät tuottaneet tässä tutkimuksessa kokemuksellista tietoa. Haastateltavat kertovat kyllä, että tähän kohtaan pitäisi kirjoittaa rehellisesti, jos toimenpiteen aikana on tapahtunut jotakin potilaan hoitoon vaikuttavaa.

6.3 Johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön päätarkoitus on kuvailla perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemuksia leikkaustiimin tarkistuslistan käyttämisestä. Tämän tutkimuksen tehtävä on myös kartoittaa ja kuvailla niitä mekanismeja, miten leikkaustiimin tarkistuslistan käyttö vaikuttaa potilasturvallisuuteen. Tutkimustietoa tarkistuslistan vaikutuksista

komplikaatioiden ehkäisyssä on olemassa. Aikaisempien tutkimuksien pohjalta tiedetään, että odottamattomien uusintaleikkausten määrä on pienentynyt ja leikkausalueen infektiot ovat vähentyneet. Kaiken kaikkiaan komplikaatiot ovat vähentyneet yhdestätoista (11) prosentista seitsemään (7) prosenttiin ja kuolemantapaukset puolestatoista (1,5) prosentista kahdeksaan kymmenesosa prosenttiin (0,8). Tulokset leikkaustiimin tarkistuslistan vaikutuksista ovat kiistattomat. Mutta se, miten pala paperia siihen pystyy, on moniselitteisempää.

Leikkaustiimin tarkistuslistan myötä toimenkuvat ovat täsmentyneet ja jokainen tietää mitä juuri häneltä odotetaan. Leikkaustiimin tarkistuslista tuo selkeyttä ja varmuutta työhön muun muassa lisäämällä kommunikaatiota kaikkien tiimin jäsenten välillä. Perioperatiiviset sairaanhoitajat tietävät, että kommunikoinnin ei tule olla pelkästään mekaanista, tiettyä runkoa noudattavaa keskustelua. Leikkaustiimin tarkistuslistan teho on siinä, että se lisää avointa keskustelua tiettyjen aihepiirien ympärillä. Leikkaustiimin tarkistuslistan tarkoitus on, että puhutaan ääneen, keskustellaan avoimesti tiimin jäsenten kesken ja vielä kerran kysytään potilaalta - ei oleteta, vaan tiedetään.

Leikkaussaliturvallisuuteen liittyy isona asiana inhimillisyys. Inhimilliset erehdykset ja piilevät virheet - jo jonkin aikaa sitten tehdyt päätökset tai toiminnot - voivat olla edesauttamassa lopulta virheen syntyä. Leikkaustiimin tarkistuslista on koko perioperatiivisen hoitoprosessin lyhyen intraoperatiivisen vaiheen yksi puolustautumisväline virheitä ja erehdyksiä vastaan: leikkaustiimin tarkistuslista kiinnittää huomion potilasturvallisuuden kannalta kriittisiin asioihin ja omaan tekemiseen. Leikkaustiimin tarkistuslistaa ei koeta vain yhtenä ylimääräisenä lappuna, vaan sen tarkoitus ja olemus ymmärretään. Potilasturvallisuus nähdään kehittämisen arvoisena asiana. Perioperatiiviset sairaanhoitajat ovat valmiita kehittämään potilasturvallisuutta.

Useat eri tekijät voivat vaikuttaa haittatapahtumien syntyyn leikkaussaleissa: suuri tiedonmäärä, potilassiirrot ja monimuotoinen leikkaussalitekniologia. Yhtenä jatkotutkimushaasteena esitämmekin tutkia, mitä nämä yleisimmät haittatapahtumat ovat.

Tätä tutkimusta voidaan hyödyntää potilasturvallisuuden kehittämisessä. Yksi perioperatiivisten sairaanhoitajien mielestä erityinen asia mikä nousee esiin

haastattelussa, liittyi antibioottiprofylaksiaan ja sen oikea-aikaisuuteen. Antibioottiprofylaksiaan kiinnitetään nyt tarkistuslistan myötä paremmin huomiota. Perioperatiiviset sairaanhoitajat haluavat saada varmistuksen antibioottiprofylaksian tarpeelle jo alkutarkistus – osiossa. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan siis vaikuttaa jo olemassa olevan leikkaustiimin tarkistuslistan muotoon.

Potilasta koskevaa tietoa vaihdetaan niin tiimin jäsenten kesken, potilaan kanssa ja myös muiden sidosryhmien kanssa. Toinen tämän tutkimuksen hyödyntämismahdollisuus liittyy potilasturvallisuuden kannalta erityisen kriittiseen tiedonsiirtovaiheeseen, tuloraporttiin. Perioperatiiviset sairaanhoitajat toivovat potilasta tuovien osastojen luovan keskenään yhtenäiset toimintatavat, joilla saadaan varmistettua tämän siirtymävaiheen sujutus ja potilastietojen katkeamaton tiedonkulku. Perioperatiiviset sairaanhoitajat kertovat leikkausvalmistelujen ja tuloraportin vaikuttavan suuresti potilaan turvalliseen hoitoon ja leikkaussalitoiminnan sujumuuteen.

Leikkaustiimin tarkistuslistan lopussa olevaan avoimeen kohtaan tulisi kirjata rehellisesti, jos kyseisen leikkauksen aikana tapahtui jotakin potilaan hoitoon tai potilasturvallisuuteen vaikuttavaa. Tämän tutkimuksen haastattelujen jälkeen on tapahtunut muutos kyseiseen kohtaan. Tämä avoin kohta on siirretty toisaalle, pois leikkaustiimin tarkistuslistalta. Leikkaustiimin tarkistuslista kulkiessa muiden potilaspaperien mukana papereissa oleva tieto on suoraan potilaan ja häntä hoitavien ihmisten nähtävillä. Muutettu kirjaamistapa turvaa sen, että potilaan hoitamiseen vaikuttaneet tapahtumat tulee kirjataksi rehellisesti ja suoraan, ilman pelkoa että tieto leviää ympäristöön hallitsemattomasti.

Potilaan hoitoon vaikuttaneiden asioiden läpikäyminen on potilasturvallisuuden kehittämistä. Korkean turvallisuusriskien aloilla asioiden jälkipuinti (debriefing) on omaksuttu osaksi turvallisuuden kehittämistä. Jälkipuinti kannattaa järjestää etenkin silloin, jos jotain meni pieleen. Myös todella hyvin hoidetut tapaukset läpikäymällä voidaan näyttää hyvää esimerkkiä muillekin. Se, miten jälkipuinti on mielekkäintä järjestää – viikkopalaverin aiheena vai koulutuksen muodossa - on kunkin yksikön itse harkittava.

Yksittäisiä potilasturvallisuustyökaluja, kuten leikkaustiimin tarkistuslista ja HaiPro (potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely) kehitellään koko

ajan, mutta ne eivät yksistään riitä kattamaan koko perioperatiivisen hoitoprosessin aikaisia haittatapahtumia, läheltä-piti – tilanteita tai virheitä. Alimiehitykseen, teknisiin ongelmiin, uupumukseen, tehotomaan tiimityöhön ja kokemattomuuteen on haasteellista vastata. Runsaiden potilassiirtojen aiheuttamaan tiedon matkan varrella katoamiseen, sekä kriittisten asioiden muistamiseen voidaan kehittää koko perioperatiivisen hoitoprosessin kattava tarkistuslista, leikkausluvan saamisesta kotiuttamiseen saakka. Suomessa ei tiettävästi ole vielä käytössä tällaista tarkistuslistaa. Tämä voisi olla erittäin tehokas keino kehittää potilasturvallisuutta ja näin ollen koko hoitotyön laatua Länsi-Pohjan Keskussairaalassa. Toisena jatkotutkimusaiheena esitämme selvittää tällaisen tarkistuslistan kehittämismahdollisuuksia.

Tätä tutkimusta tehdessä opittiin myös lähdekriittisyyttä. Luotettavan ja tutkitun tiedon tavoittaminen vaatii aikaa. Tiedon vertaileminen ja etsiminen useasta lähteestä oli aikaa vievin osuus tässä tutkimuksessa. Myös kytkökset tiedon takaa tuli ottaa huomioon. Tietoa on saatavilla miltei rajattomasti. Tutkija itse tekee päätöksen, mitä tietoa hän tutkimuksessaan käyttää ja mitä rajaa sen ulkopuolelle. Tutkija itse päättää, mikä tieto on olennaista, sillä vain tutkija itse ymmärtää lukemaansa omalla tavallaan.

Tutkimusta tehdessä korostuu sairaanhoitajan eettinen velvoite tehdä yhteistyötä. Yhteistyöllä on suuri vaikutus tutkimuksen luotettavuuteen ja aikataulussa pysymiseen. Tämän tutkimuksessa tulosten luotettavuuden puolesta puhuu tutkimustulosten toistettavuus: molemmat tutkijat saivat samat tulokset omilla tahoillaan. Tutkijoiden asuessa etäällä toisistaan suurimmaksi haasteeksi ja oppimiskokemukseksi nousi työnjako ja aikataulussa pysyminen. Tutkimuksen valmistuminen viivästyi alkuperäisestä suunnitelmasta, mutta huolellinen tekeminen aikataulun kustannuksella takasi tutkimuksen luotettavuuden.

LÄHTEET

Antikainen, P., Sora, T., Laisalmi, M. & Vierula, S. 2002. Sairaanhoidon teknologia. Porvoo: WSOY.

Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E., 2010. Sairaanhoidon ja huolenpito. 8. – 10. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

de Vries, E., Prins, H., Crolla, R., den Outer, A., van Andel, G., van Helden, S., Schlack, W., van Putten, M., Gouma, D., Dijkgraaf, M., Smorenburg S. & Boermeester, M 2010. Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. The New England Journal of Medicine. 363(20), 1928-1937. Tulostettu 30.11.2011 osoitteesta URL: <http://www.nejm.com>

de Vries, E., Hollmann, M., Smorenburg, S., Gouma, D. & Boermeester M 2009. Development and validation of the SURgical PATient Safety System (SURPASS) checklist. Quality and Safety in Health Care 18, 121-126. Tulostettu 30.11.2011 osoitteesta URL: <http://www.qshc.bjm.com>

Fry, S. & Johnstone, M. 2012. Ethics in Nursing Practice. A Guide to Ethical Decision Making. 3. painos. Singapore: Blackwell Publishing.

Halén, L. 2010. Parempi potilasturvallisuus säästää ihmishenkiä ja julkisia varoja. Pinsetti 2, 14–15.

Hankela, S. 1999. Intraoperatiivinen hoitotyö. Tampereen Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat A. S., Dellinger, E. P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P., Lapitan, M., Carmela M., Merry, A. F., Moorthy, K., Reznick, R. K., Taylor, B. & Gawande, A. A. 2009. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. The New England Journal of Medicine. 360(5), 491–499. Tulostettu 30.11.2011 osoitteesta URL: <http://www.nejm.com>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu painos. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. 1.-2. painos. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Tammi: Keuruu.

Ikonen, T. S., Aarnio, P., Kangasmäki, E., Karjalainen, K., Kontsas, T., Kujala, R., Pauniahho, S., Saario, I., Savunen, T. & Sivula, H. 2009. Tarkistuslista vähentää virheitä leikkaussaleissa. Suomen Lääkärilehti. 64 (6), 516–517.

- Ikonen, T. & Pauniahho, S-L 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista. *Finnanest* 43, 108–111.
- Ikonen, T. & Pauniahho, S-L 2010. Kaikki kunnossa – valmiina viiltoon. *Duodecim* 126, 333–335.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.
- Kangasmäki, E. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. *Sairaanhoitaja*. 10, 11–16.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy,
- Kopakkala, A. 2008. Porukka, jengi, tiimi. Ryhmädynamiikka ja siihen vaikuttaminen. 2. painos. Helsinki: Edita.
- Korte, R., Rajamäki, A., Lukkari, L. & Kallio, A. 2000. Perioperatiivinen hoito. Porvoo: WSOY.
- Kvist, T. 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11(1): 3-12.
- Laki ihmisen elimien ja kudoksien lääketieteellisestä käytöstä 2001. 2.2.2001. 101/2001.
- Leino-Kilpi, H. 2009. Tieto edistää potilaan turvallisuutta. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön käsikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry., 173–180.
- Lingard, L., Reznick, R., De Vito, I. & Espin, S. 2002. Forming professional identities on the health care team: Discursive constructions of the ‘other’ on the operating room. *Medical education* 36, 728-734.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2010. Perioperatiivinen hoitotyö. 1.-2. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Moule, P. & Goodman, M. 2009. Nursing research – an introduction. London: SAGE Publications Ltd.
- Mäntyranta, T. & Niemi-Murola, L. 2011. Potilasturvallisuus on yhteinen asiamme. *Finnanest* 44, 21–23.
- Niemi-Murola, L. 2005. Ryhmästä tiimiksi – vuorovaikutusta leikkaussalissa. *Suomen Lääkärilehti*. 60(3), 305–308.
- Okuyama, A., Martowirono, K. & Bijnen, B 2011. Assessing the patient safety competencies of healthcare professionals: a systemic review. *Quality and Safety in*

Health Care 20, 991-1000. Tulostettu 27.02.2011 osoitteesta URL: <http://qualitysafety.bjm.com>

Paasivaara, L., Suhonen, M. & Nikkilä, J. 2008. Innostavat projektit. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.

Pauniaho, S., Lepojärvi, M., Peltomaa, K., Saario, I., Isojärvi, J., Malmivaara, A. & Ikonen, T. 2009. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. Suomen Lääkärilehti. 64(49), 4249–4254.

Pesonen, E. 2011. Tarkistuslistan vaikutus potilasturvallisuuteen. Finnanest. 44(1), 18–20.

Reason, J. 2005. Safety in the operating theatre – Part 2: Human error and organisational failure. Quality and Safety in Health Care 14, 56-61. Tulostettu 30.11.2011 osoitteesta URL: <http://qshc.com>

Sariola, S. 2010. Lentävä kirurgi toisi tarkistuslistat terveydenhuoltoon. Suomen Lääkärilehti. 65(12), 1138–1139.

Silén-Lipponen, M. 2005. Teamwork in operating room nursing. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Silén-Lipponen, M. 2006. Tiimityö 2000 -luvun leikkausosastoilla. Suomen Lääkärilehti. 62(39), 3994–3995.

Tengvall, E. 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

SOPIMUS

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun xx toimiala ja alla mainittu toimeksiantaja sopivat tällä sopimuksella opiskelijatyönä tehtävän opinnäytetyön tekemisestä alla mainituin ehdoin.

Toimeksiantajatiedot:

Toimeksiantajan nimi ja osoite: LÄNSI-POHJAN KESKUSSAIRAALA

Yhdyshenkilö/työelämäohjaaja: Sirkka Mäkimartti

Yhdyshenkilön/työelämäohjaajan yhteystiedot: LEIKK-OSASTO

Oppilaitostiedot:

Oppilaitoksen nimi ja osoite: KTAMK

Opinnäytetyön tekijä(t) ja yhteystiedot: JUUVONEN, SAINNA & JÄÄSKELÄINEN JOHANNA

Opinnäytetyön ohjaava(t) opettaja(t) ja yhteystiedot: LÄMSÄ, AIJA & SILÉN, MARIANNE

Opiskelijatyönä tehtävän opinnäytetyön tiedot:

Opinnäytetyön nimi/aihe: LEIKKAUSTILIN TÄKISTUSLISTAN VAKUUS POTILASTUOVALLIUS

Työn aikataulu: SYKSY 2011

Opinnäytetyöstä aiheutuvista kustannuksista vastaa:

Työn tulosten tekijänoikeuksista ja hyödyntämisestä sovitaan seuraavaa:

Tulosten salassapidosta sovitaan seuraavaa:

Työn ohjaajina toimivat:

Toimeksiantajan opinnäytetyöstä mahdollisesti maksama korvaus:

Korvaussumma:

Korvauksen saaja:

Korvauksen maksun ajankohta:

Jos tähän sopimukseen tulee muutoksia, on se jokaisen osapuolen uudelleen hyväksyttävä ja allekirjoitettava.

Tämä sopimus on tehty __ kappaleena, yksi jokaiselle sopijaosapuolelle.

Paikka: Kemi

Aika: 28.4.2011

Sija Lämke / Marianne Seiden

Juha Mäkimartti

AMK:n edustaja

Toimeksiantajan edustaja

Opiskelija

Sanna Juu

Opiskelija

Liite. Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma

Marianne Seiden

Opiskelija

Opiskelija

<i>Ennen anestesian aloitusta</i>	<i>Ennen viiltoa</i>	<i>Ennen leikkaussalista poistumista</i>
Alkutarkistus	Aikalisä	Lopputarkistus
Potilaalta on varmistettu <input type="checkbox"/> Henkilöllisyys <input type="checkbox"/> Leikkausalue <input type="checkbox"/> Toimenpide <input type="checkbox"/> Suostumus ja luupankkilupa <input type="checkbox"/> Ei tarvita <input type="checkbox"/> Ravinnotta	<input type="checkbox"/> Tiimin jäsenet ovat esittäytyneet toisilleen (nimi ja tehtävä)	Hoitaja varmistaa suullisesti: <input type="checkbox"/> Diagnoosi ja toimenpide on kirjattu <input type="checkbox"/> Instrumenttien, taitosten ja neulojen lukumäärä täsmää <input type="checkbox"/> Näytteet merkitty (potilaan tiedot) ja valmiina vietäväksi <input type="checkbox"/> Näytteitä ei tarvita <input type="checkbox"/> Mahdolliset välineistöä koskevat ongelmat, jotka on korjattava
<input type="checkbox"/> Leikkausalue (-puoli) merkitty <input type="checkbox"/> Ei sovellettavissa	<input type="checkbox"/> Kirurgi, anestesiologi ja hoitaja varmistavat suullisesti <ul style="list-style-type: none"> • Potilaan • Leikkauskohteen • Toimenpiteen 	<input type="checkbox"/> Kirurgi, anestesiatiimi ja hoitajat käyvät läpi potilaan toipumiseen ja jatkohoitoon liittyvät määräykset ja riskit
Onko anestesiavalmistelut tehty? <input type="checkbox"/> Anestesiavälineistö tarkistettu <input type="checkbox"/> Asa-luokka varmistettu <input type="checkbox"/> Preoperatiivinen lääkitys tarkistettu <input type="checkbox"/> Tromboosiprofylaksia <input type="checkbox"/> Ei tarvita <input type="checkbox"/> Mahdolliset vuotoaaraa aiheuttavat lääkkeet huomioitu <input type="checkbox"/> Omat peruslääkkeet huomioitu <input type="checkbox"/> Laboratoriovastaukset huomioitu <input type="checkbox"/> Perussairaudet tiedossa	Käydään suullisesti läpi mahdolliset rutiinista poikkeavat tekijät <input type="checkbox"/> Kirurgi, leikkauksen oletettu kesto, arvioitu verenvuoto? <input type="checkbox"/> Anestesiatiimi: Informoitu potilaskohtaiset huolenaiheet? <input type="checkbox"/> Hoitajat: Steriliteetti varmistettu <input type="checkbox"/> Välineistö saatavilla ja toimii <input type="checkbox"/> Instrumentit ja lääkeaineet saatavilla <input type="checkbox"/> Leikkausasento tarkistettu	
<input type="checkbox"/> Pulssioksimetri asennettu ja toimii <input type="checkbox"/> RR <input type="checkbox"/> EKG ja käyränäyte	<input type="checkbox"/> Onko antibioottiprofylaksia annettu edeltävän 60 min sisällä? <input type="checkbox"/> On <input type="checkbox"/> Ei tarvita	

<p>Onko potilaalla: Tiedossa oleva allergia? ___ Ei ___ Kyllä, mikä? Vaikea ilmatie? ___ Ei ___ Kyllä ja välineet saatavilla Aspiraation vaara? ___ Ei ___ Kyllä ja välineet saatavilla Riski > 500 ml verenvuotoon (lapsilla 7ml/kg)? ___ Ei ___ Kyllä, ja riittävä suonyhteys sekä vuodon korvaus suunniteltu ___ X – veri otettu ___ verivaraus tehty</p>	<p>Ovatko tarvittavat radiologiset kuvat esillä? ___ On ___ Ei tarvita</p>	<p>Mitä opittiin? Mitä voi tehdä paremmin seuraavalla kerralla?</p>
---	---	---