

# **LEIKKAUSYKSIKÖSSÄ KÄYTETTÄVÄN TARKISTUSLISTAN TOIMIVUUS**

**Jani Etula  
Jari Korolainen  
Juho Lilja**

Opinnäytetyö

---



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Etula Jani, Korolainen Jari ja Lilja Juho	
Työn nimi Leikkausyksikössä käytettävän tarkistuslistan toimivuus	
Päiväys	27.3.2013
Sivumäärä/Liitteet	40/11
Ohjaaja(t) Tengvall Erja (TtT, lehtori)	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollinen sairaala, Leikkaus- ja anestesiayksikkö 4302	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tutkimuksen keskeisin tarkoitus oli kartoittaa tarkistuslistan käyttämättömyyden syitä Kuopion yliopistollisen sairaalan anestesia- ja leikkausyksikkö 4302:ssa. Tutkimuksen tavoitteena oli saadun tiedon avulla vaikuttaa osaltaan potilasturvallisuuden lisääntymiseen ja infektioiden vähentymiseen anestesia- ja leikkausyksikkö 4302:ssa.</p> <p>Tässä tutkimuksessa käytettiin pääasiassa kvantitatiivista, eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin itse tekemällämme kyselylomakkeella, mikä sisälsi myös muutaman avoimen kysymyksen. Kyselyn kohdejoukon muodostivat anestesia- ja leikkausyksikkö 4302:lla työskentelevät kirurgit, anestesia- ja leikkauslääkärit, leikkaushoitajat ja anestesiahoitajat (N=147), heistä kyselyyn vastasi yhteensä 60 henkilöä, kun vastausprosentiksi muodostui 41 %. Määrällisen tutkimuksen aineisto analysoitiin SPSS-19 for Windows –ohjelmalla. Avoimet kysymykset analysoitiin induktiivisesti aineistosta käsin.</p> <p>Tässä tutkimuksessa nousi esille, että vastaajien mielestä tarkistuslista on pääasiassa hyödyllinen, mutta sen käyttöönotto ei ole onnistunut täysin. Tuloksista havaittiin, että tarkistuslistan käyttöä lisäisi tarkistuslistan räätälöiminen erikoisaloittain sekä parempi esimiesten sitoutuminen ja käytön velvoittaminen alaisilta. Käyttämättömyyttä on myös lisännyt selvästi se, että tarkistuslistan vastuullista käyttäjää/täyttäjää ei ole selkeästi organisaatiossa määritetty.</p> <p>Jatkotutkimusaiheina voisi olla tämän tutkimuksen uusiminen myöhemmin, jolloin voitaisiin kartoittaa sen hetkistä tilannetta ja minkälaisia toimia tarkistuslistan käytön lisäämiseksi on tehty. Tarkistuslistan vaikutusta infektioiden ja leikkauskomplikaatioiden esiintyvyyteen voisi tutkia jatkossa.</p>	
Avainsanat Tarkistuslista, potilasturvallisuus, moniammatillinen toiminta, leikkaussali	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s) Etula Jani, Korolainen Jari and Lilja Juho			
Title of Thesis The feasibility of the checklist in the operating unit			
Date	27.3.2013	Pages/Appendices	40/11
Supervisor(s) Tengvall Erja (PhD, Senior Lecturer)			
Client Organisation/Partners Kuopio University Hospital, Anesthesia and surgical department 4302			
<p>Abstract</p> <p>The main purpose of this study was to survey the reasons why the checklist has not been used on the anesthesia and surgical department 4302 of Kuopio University Hospital. The aim of this study was to increase patient safety and decrease infections on the anesthesia and surgical department 4302 with the gathered information from the study.</p> <p>The quantitative method was used mainly in this study. The material was collected using a self-made questionnaire which contained also a few open-ended questions. The subject of the survey consisted of surgeons, anesthetists, surgery nurses and anesthetic nurses (N=147) who worked on the anesthesia and surgical department 4302. The questionnaire was answered by 60 persons and so the response rate was 41 %. The quantitative study data was analyzed by using the SPSS-19 for Windows software. The open questions were analyzed inductively from the gathered data.</p> <p>In this study it was observed the fact that the respondents felt that the checklist is mainly useful but its implementation has not been completely successful. The results showed signs that the modification of the checklist for every speciality would increase its usage. Better commitment and obligation for the checklist usage from the supervisors would also increase the usage. A single person has not been made responsible in the organization for performing the safety check on the list which has decreased the usage of the checklist.</p> <p>The topic of further study could be a renewal of this study to survey the situation again and find out what has been done to increase the usage of the checklist. The checklists effect on the occurrence of infections and surgical complication could be studied in the future.</p>			
<p>Keywords</p> <p>Checklist, patient safety, a multi-professional activity, operating room</p>			

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	6
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	7
2.1	Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa hoidossa.....	7
2.2	Leikkaustiimin tarkistuslista .....	8
2.3	Moniammatillinen toiminta leikkaussalissa.....	10
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	12
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	13
4.1	Tutkimusmenetelmä .....	13
4.2	Aineiston keruu ja kyselylomake .....	14
4.3	Aineiston analyysi .....	16
5	TUTKIMUS TULOKSET .....	17
5.1	Vastaajien taustatiedot.....	17
5.2	Tarkistuslistan käyttö .....	18
5.3	Organisaation tuki .....	19
5.4	Tarkistuslistan ohjeiden mukainen käyttö.....	21
5.5	Tarkistuslistan käytön hyödyt ja haitat .....	22
5.6	Käyttäjien mielipide kenelle kuuluu vastuu tarkistuslistan käyttämisestä .....	26
5.7	Kehitysideoita tarkistuslistan käyttöön .....	26
6	POHDINTA .....	28
6.1	Johtopäätökset ja tulosten tarkastelua.....	28
6.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	31
6.3	Jatkotutkimusaiheet ja kehittämissuhteet .....	32
6.4	Opinnäytetyöprosessin eteneminen ja oma ammatillinen kasvu .....	33
	LÄHTEET .....	36
	LIITTEET	
	Liite 1 Tarkistuslista	
	Liite 2 Kyselylomake	
	Liite 3 Tutkimuslupa	

## 1 JOHDANTO

Maailman Terveysjärjestö WHO käynnisti vuonna 2007 Safe Surgery Saves Lives –ohjelman potilasturvallisuuden lisäämiseksi ja leikkaushaittojen vähentämiseksi. Yksi ohjelman tavoite oli leikkaustiimin tarkistuslistan (liite 1) kehittäminen, testaaminen ja käyttöönotto maailmanlaajuisesti. WHO:n kehittämän tarkistuslistan käytöllä on potilasturvallisuutta lisäävä vaikutus ja sillä voidaan ennaltaehkäistä virheiden syntymistä leikkaussalissa. Tarkistuslistojen käyttämisen on todettu vähentävän leikkauskomplikaatioita ja -kuolemia, millä on suora vaikutus leikkausyksikön laadun ja potilasturvallisuuden kohoamiseen (Haynes ym. 2009).

Kuopion yliopistollisesta sairaalasta (KYS) esitettiin tutkittavaksi tarkistuslistan toimitusta ja käyttöä anestesia- ja leikkausyksikkö 4302:ssa. Tarkistuslista on otettu käyttöön KYS:ssa vuonna 2010, mutta sen käyttäminen on kuitenkin ollut vaihtelevaa (Purhonen 2012). Opinnäytetyöryhmämme koostui kolmesta sairaanhoitajaopiskelijasta. Valitsimme kyseisen aiheen opinnäytetyöksemme, koska aihe oli ajankohtainen sekä mielenkiintoinen ja olimme valinneet sairaanhoitajan syventyvinä opintoina perioperatiivisen hoitotyön. Tutkimus toteutettiin määrällisenä tutkimuksena ja aineisto kerättiin kyselylomakkeella (liite 2).

Tutkimuksen keskeisin tarkoitus oli kartoittaa tarkastuslistan käyttämättömyyden syitä KYS:an anestesia- ja leikkausyksikkö 4302:ssa. Tutkimuksen tavoitteena oli saadun tiedon avulla vaikuttaa potilasturvallisuuden lisääntymiseen ja infektioiden vähentymiseen anestesia- ja leikkausyksikkö 4302:ssa.

## 2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa hoidossa

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteita ja toimintatapoja, joiden tarkoitus on taata turvallinen hoito ja suojella potilasta. Potilas on saanut turvallista hoitoa, kun hän saa oikeanlaista hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla toteutettuna. Hoidosta kuuluu myös aiheutua mahdollisimman vähän haittaa potilaalle. (Stakes & lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 6; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos).

Sosiaali- ja terveysministeriön (2009) julkistama potilasturvallisuusstrategia vaatii potilasturvallisuuden nostamisen keskeiseksi tavoitteeksi osana terveydenhuoltoa. Strategian tavoitteina ovat muun muassa riskien ennakointi ja turvallisuuskulttuurin luominen työpaikoille. Leikkaustiimin tarkistuslista (checklist) pureutuu omalta osaltaan juuri näiden asioiden parantamiseen. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) valvoo Suomessa terveydenhuollon palvelujen laatua. Valvira saa vuosittain käsiteltäväksi useita leikkaussaleissa tapahtuneita virheitä ja on todennut, että joissakin tapauksissa tarkistuslistan käyttö olisi mahdollisesti estänyt virheellisen toiminnan. Suomessa korvattiin vuosina 2007–2008 yli 2400 leikkaus- ja anestesia-toimenpiteiden vahinkoa, joiden kokonaiskustannukset olivat lähes 60 miljoonaa euroa. Tarkistuslistan käytöllä olisi voitu välttyä osalta vahingonkorvauksista, ja tarkistuslistan käyttö mahdollistaa kustannustehokkaan leikkausyksikön toiminnan. (Pau-  
niaho & Ikonen, 2010, 335).

Potilasvakuutuskeskus korvasi vuonna 2011 yhteensä 2200 potilasvahinkoa. Korvatuista vahingoista 92 % oli hoitovahinkoja, 5 % infektiovahinkoja ja muita vahinkoja oli 3 %. Hoitovahingoista suurin osa oli tapahtunut lonkan, polven, nilkan tai jalkaterän leikkauksissa. Potilasvahinkojen korvausten määrä vuonna 2011 oli yhteensä 33 miljoonaa euroa. (Potilasvakuutuskeskus 2012.)

Potilasvakuutuskeskuksen antaman tiedotteen (27.11.2012) mukaan leikkaustiimin tarkistuslista on osa turvallista leikkaustoimintaa. Potilasvakuutuskeskus katsoo, että tarkistuslistan käyttö kuuluu potilasvahinkolaissa tarkoitettuun, kokeneen terveydenhuollon ammattihenkilön osaamistason vaatimuksiin. Tämän vuoksi potilasvakuutus-

keskus edellyttää, että tarkistuslistan tulee olla käytössä osana leikkaustoimintaa. Potilasvakuutuskeskus tulee tulevaisuudessa arvioimaan korvauksista päätettäessä, olisiko vahinko voitu välttää käyttämällä tarkistuslistaa. Tarkistuslistan käyttämättömyys saattaa vaikuttaa korvausten saantiin. (Potilasvakuutuskeskus 2012.)

Leikkaustiimin tarkistuslista sisältää anestesia- ja leikkausturvallisuuden kannalta tärkeimmät ja riskialttiimmat kohdat, kuten esimerkiksi huomion vaikeasta ilmatiestä tai suuresta verenvuodon riskistä. Tarkistuslista luetaan ääneen ennen leikkauksen aloittamista, jotta jokainen leikkaustiimin jäsen on tietoinen keskeisistä riskeistä. (Pauniahho ym. 2009.) Tarkistuslistan käyttö ei vaikuta leikkaustiimin ammattitaitoon, vaan sen tarkoitus olisi tukea koko leikkaustiimin toimintaa ja lisätä potilasturvallisuutta. Tarkistuslistan käyttö edellyttää kaikkien ammattiryhmien sitoutumista. Työilmapiirin tulee olla avoin ja työyhteisön sellainen, jossa leikkaustiimi työskentelee yhdessä tasavertaisina kaikkia ammattiryhmiä kunnioittaen. Valvira (2013) suosittelee tarkistuslistan käyttöä ja kehitystä kaikissa leikkauksissa Suomessa.

Potilasturvallisuuden parantuminen mahdollistaa kustannustehokkaan työskentelyn. Tarkistuslistojen käytön yleistyminen ja käytön laadullinen sekä määrällinen tarkastelu on työelämälähtöistä. Tarkistuslistan rutiininomainen käyttö luo turvallisuutta ja toimintavarmuutta kaikille kyseisissä leikkauksissa työskenteleville ammattilaisille oman toiminnan oikeellisuudesta ja tarkoituksenmukaisuudesta. Tarkistuslistan käytön on todettu vaikuttavan muun muassa leikkaustiimin yhteishenkeen. Lisäksi jokaiselle työntekijälle tulee arvostuksen tunne työssään ja omassa roolissaan leikkaussalissa. (Ikonen ym. 2009, 517.)

## 2.2 Leikkaustiimin tarkistuslista

Maailman Terveysjärjestö WHO käynnisti vuonna 2007 Safe Surgery Saves Lives -ohjelman leikkaushaittojen vähentämiseksi. Yksi tavoite oli leikkaustiimin tarkistuslistan kehittäminen, testaaminen ja käyttöönotto maailmanlaajuisesti. (WHO 2009.) WHO (2008) otti mallia ilmailusta, missä on ymmärretty, että parhaimmillekin piloteille sattuu inhimillisiä virheitä, joita ei aina voida estää, mutta niiden riskejä voidaan vähentää oleellisesti. On arvioitu, että 70–90% vaaratilanteista johtuu inhimillisistä virheistä. (Helovuori 2009.)



Tarkistuslistaa testattiin ennen käyttöönottoa kahdeksassa sairaalassa ympäri maailmaa. Mukana oli korkean teknologian ja matalan tulotason maita (Ikonen 2010, 78). Tulokset raportoitiin *New England Journal & Medicine* -lehdessä vuonna 2009. Tutkimustulokset olivat selkeät; leikkauskomplikaatiot ja kuolleisuus vähenivät yli kolmanneksella, komplikaatiot vähenivät 10,3 %:sta 7,1 %:iin ja haavainfektiot vähenivät tarkistuslistaa käytettäessä 6,2 %:sta 3,4 %:iin, eli miltei puoleen. Silloin kun tarkistuslistaa käytettiin 31 kertaa, estettiin yksi komplikaatio, ja kun sitä käytettiin 333 kertaa, estettiin yksi kuolema. (Haynes ym. 2009, 491–499).

Weiser ym. (2010, 976–980) tutkimuksessa tutkittiin tarkistuslistan vaikutuksia päivystysleikkauksissa, tutkimustuloksena leikkauskomplikaatiot vähenivät 36 %, 18,4 %:sta 11,7 %:iin ja leikkauskuolleisuus väheni 62 %, 3,7 %:sta 1,4 %:iin. Hollantilaisessa sairaalassa tehty tutkimus osoitti, että leikkauskuolleisuus väheni, jos tarkistuslista käytiin läpi täydellisesti (van Klei ym. 2012, 44–49).

Tarkistuslista on jaettu kolmeen eri vaiheeseen. Jako perustuu toimenpiteen kulkuun. Ensin tulee Alkutarkistus (Sign in), joka tehdään ennen anestesiaa. Seuraavana tulee Aikalisä (Time out), joka suoritetaan ennen toimenpiteen alkua. Lopuksi on Lopputarkistus (Sign out), ennen kuin potilas siirretään heräämään. Tarkistuslistan läpikäyminen vie aikaa vain muutaman minuutin. (Ikonen 2010, 79.)

Alkutarkistus (Sign in) tehdään ennen potilaan anestesian aloittamista. Se sisältää potilaan henkilöllisyyden, leikkausalueen ja toimenpiteen varmistamisen. Potilaan tulee olla hereillä, jotta häneltä itseltään voidaan kysyä kyseiset asiat. Lisäksi tarkistetaan anestesiavalmistelut, johon sisältyy muun muassa potilaan lääkitys, laboratorio-vastaukset, perussairaudet, allergiat, vaikea ilmatie ja aspiraation vaara. Viimeisenä kohtana on verenvuotoriskin arviointi ja siihen valmistautuminen. (Ikonen & Pauniahho 2010, 109.)

Aikalisä (Time out) suoritetaan potilaan anestesian alettua ennen toimenpiteen alkua. Viimeistään siinä tiimin jäsenet esittäytyvät toisilleen ja kirurgi, anestesia lääkäri ja leikkaushoitaja varmistavat suullisesti potilaan, leikkauskohteen ja toimenpiteen. Tämän jälkeen kirurgi käy läpi oman toimintansa mahdolliset kriittiset vaiheet, leikkauksen keston, ja arvion verenvuodosta. Anestesiatiimi käy läpi omat mahdolliset potilaan anestesiaan liittyvät riskitekijät. Leikkaus- ja anestesiahoitajat ilmoittavat steriili-teetistä ja välineiden ja lääkkeiden saatavuudesta. Yhdessä käydään lopuksi läpi

antibioottiprofylaksian saanti ja radiologisten kuvien esillä olo. (Ikonen & Pauniahon 2010, 109.)

Lopputarkistus (Sign out) suoritetaan potilaan vielä ollessa leikkaussalissa, kun itse leikkaus on jo suoritettu. Siinä leikkaushoitaja varmistaa suullisesti diagnoosin, toimenpiteen nimen kirjauksen, instrumenttien ja taitosten lukumäärän täsmäämisen, näytteiden merkitsemisen sekä havaitut välineongelmat. Lopuksi kirurgi ja anestesiatimi käyvät läpi potilaan toipumiseen ja jatkohoitoon liittyvät määräykset sekä riskit. (Ikonen & Pauniahon 2010, 109.)

Tarkistuslista otettiin maailmanlaajuisesti käyttöön 2009. Suomesta mukaan lähtivät heti Helsingin yliopistollinen sairaala, Turun yliopistollinen keskussairaala ja Tampereen yliopistollinen sairaala. Näissä sairaaloissa myös tutkittiin tarkistuslistan vaikutuksia. Tutkimus suoritettiin kyselytutkimuksena kuuden viikon ajanjaksolta ennen ja jälkeen tarkistuslistan käyttöönoton. Tulokset osoittivat, että tarkistuslista lisäsi potilaan henkilöllisyyden varmistamista ja leikkausriskeistä keskustelua ennen leikkausta. Lisäksi todettiin tarkistuslistan lisänneen potilastietojen tuntemusta ja tiedonkulkua leikkaustiimin jäsenten välillä. (Takala ym, 2009, 363; Kotkansalo ym, 2009, 206–207.)

Vaasan keskussairaala otti tarkistuslistan käyttöön kaikissa leikkauksissa keväällä 2010. Sairaala on muokannut tarkistuslistaa vastaamaan paremmin heidän omia tarpeitaan. Vaasan keskussairaalan muokkaamassa tarkistuslistassa on selvästi nimetty vastuualueet kunkin tarkastettavan kohdan yhteyteen. Lisäksi ohjeistus on tehty erittäin selkeäksi. (Vaasan keskussairaala 2011.)

### 2.3 Moniammatillinen toiminta leikkaussalissa

Ikonen ja Pauniahon (2010, 109) mukaan tarkistuslistan käyttöönotto aloitetaan koamalla moniammatillinen tiimi, jossa ovat edustettuina kirurgit, anestesialääkärit ja leikkaus- ja anestesiahoitajat. Tämän tiimin tulee perehtyä valmiin listan sisältöön tarkasti ja koota siitä omaan käyttöön sopiva lista. Samalla laaditaan suunnitelma käyttöönotosta ja henkilöstön kouluttamisesta listan käyttöön. Suuri vaikutus listan käyttöönottamiselle on johdon sitoutuminen siihen. Pesosen (2011, 18) mukaan: ”Tarkistuslistan läpikäyntiin ottavat osaa sekä leikkaus- ja anestesiahoitajat, anes-

tesialääkäri että kirurgi. Tämä on omiaan vahvistamaan eri ammattiryhmien välistä kommunikaatiota ja tiimityöskentelyä.”

Leikkaussalissa toimittaessa tarvitaan lääketieteellisen tiedon ja taidon lisäksi myös ryhmätyöskentelytaitoja. Tärkein hyvän tiimityön edellytys on toisten kunnioittaminen (Niemi-Murola 2005, 305). Fin ym. (2003) ja Sexton ym. (2000) ovat tutkineet leikkaussalien ryhmä- ja yhteistyötä. Näissä tutkimuksissa vastaus vaihtuu sen mukaan, keneltä mitäkin asiaa kysytään. Sekä kirurgit että sairaanhoitajat ovat määritelleet roolinsa työyhteisössä joukkuepelaajaksi. Näiden ammattikuntien näkökannat joukkuepelaamisen paikoista eivät kuitenkaan käyneet yhteen. Toimivalla yhteistyöllä ja hyvällä kommunikaatiolla on todettu olevan vaikutusta leikkauksen tekniseen sujuvuuteen ja hoidon lopputulokseen (Mitchell 2008, 378–379; McCulloch, Mishra & Handa 2009, 109–115).

Tengvallin (2010, 106) mukaan ammattikunnilla on eroja ja yhtäläisyyksiä kommunikaatio- ja tiimityöskentelytaidoissa. Ne molemmat osa-alueet ovat yhteisiä ammatillisia pätevyysalueita, vaikkakin niissä painottuvat eri näkökulmat riippuen työskenteleekö anestesia- vai leikkaushoitajana. Näihin osaamisalueisiin liittyy viestintä, ohjaaminen ja palautteen antaminen. Jokaisen leikkaustiimin jäsenen on kyettävä yhteistyöhön ja siihen liittyvään vastuuseen omalta osaltaan.

Niemi-Murolan (2005, 306) mukaan suurimmat ongelmat ovat leikkaussalissa tapahtuvassa kommunikaatiossa ja viestinnässä. Isoin vaikuttaja tähän on työntekijän persoonallisuus, mutta myös ammattikunnilla on omia erityisiä tapoja kommunikoida. Sairaanhoitajien yleisin kommunikointimalli on toteamusten esittäminen. Kirurgit taas lisäävät toteamustensa väliin kysymyksiä. Sairaanhoitajilla on taito jännitteiden vähentämiseen keskusteluista asiallisilla ja vaihtoehtoja tarjoavilla toteamuksilla. Myös leikin laskeminen on tapa vähentää keskusteluiden kireää ilmapiriä. Leikin laskemisessa on kuitenkin vaara joutua väärinymmärretyksi, kuten myös nonverbaalisessa viestinnässä.

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa tarkastuslistan käyttämättömyyden syitä. Tutkimuksen tavoitteena oli saadun tiedon avulla vaikuttaa potilasturvallisuuden lisääntymiseen anestesia- ja leikkausyksikkö 4302:ssa.

Tutkimus toteutettiin määrällisenä tutkimuksena ja tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella. Kyselyn kohdejoukkona oli anestesia- ja leikkausyksikkö 4302:n anestesiahoitajat, leikkaushoitajat, kirurgit ja anestesia- ja leikkauksilääkärit. Kysely toteutettiin vastaajien yhteisessä palaverissa, jotta mahdollisimman moni saatiin osallistumaan kyselyyn. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää tarkistuslistan toimivuutta ja sen käytön yleisyyttä KYS:än anestesia- ja leikkausyksikkö 4302:ssa. Tarkistuslista on otettu käyttöön KYS:ssa vuonna 2010, mutta sen käyttäminen on kuitenkin ollut vaihtelevaa (Purhonen 2012).

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Mitkä ovat vastaajien asenteet/valmiudet tarkistuslistan käyttöön?
2. Miten tarkistuslistaa käytetään ja tuetaan organisaatiossa?
3. Käytetäänkö tarkistuslistaa ohjeiden mukaisesti?
4. Millaista hyötyä/haittaa tarkistuslistan käytöstä on?

## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksen tekeminen alkoi marraskuussa 2011, jolloin päädyttiin tekemään opin-  
näytetyö ryhmänä ja valittiin aihe työellemme. Aihekuvausten ja työsuunnitelman te-  
keminen aloitettiin joulukuussa 2011. Työsuunnitelma, kyselylomake ja tutkimusluvan  
(liite 3) hakeminen saatiin valmiiksi syksyllä 2012. Tutkimusluvan saatuaamme suori-  
tettiin kysely loka- ja marraskuussa. Tämän jälkeen aloitettiin aineiston käsittely, ana-  
lyysi ja lopullisen raportin kirjoittaminen.

### 4.1 Tutkimusmenetelmä

Tässä tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivista, eli määrällistä tutkimusmenetelmää.  
Määrällinen tutkimusmenetelmä valittiin, koska kyselyn kohdejoukkona oli koko anes-  
tesia- ja leikkausyksikkö 4302:n henkilökunta. Määrällisellä tutkimusmenetelmällä  
voitiin tutkia eri ammattiryhmiä samalla kyselylomakkeella. Tämä helpotti oleellisesti  
aineiston analyysia. Kysely sisälsi muutaman avoimen kysymyksen, koska avoimet  
kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden tuoda oman mielipiteen vapaammin  
esille, kuin monivalintakysymyksissä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 201).

Kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käytetään silloin, kun halutaan tutkia suuria jouk-  
koja. Se antaa tietoa muuttujien välisistä suhteista ja eroista. Muuttujia ovat esimer-  
kiksi ammattiryhmä, työkokemus ja ikä. Kvantitatiivinen tutkimus vastaa kysymykseen  
kuinka paljon, kuinka moni ja miten usein. Sillä saadaan selvitettyä vastaajien mieli-  
piteitä ja asenteita tutkittavaa asiaa kohtaan. Tutkijoiden on oltava puolueettomia koko  
tutkimuksen ajan. Tutkimustulos on objektiivinen silloin, kun tutkijat eivät ole vaikutta-  
neet omalla toiminnallaan tutkimustuloksiin. (Vehkalahti 2008, 11; Vilka 2007, 13–  
16.) Tässä tutkimuksessa objektiivisuus säilytettiin niin, etteivät tutkijat tuoneet omia  
mielipiteitään esille kysymyksiä luodessa eikä tuloksia tarkastellessa.

## 4.2 Aineiston keruu ja kyselylomake

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää panostaa kyselylomakkeen laatimiseen, sillä tutkimuksen onnistumiseen vaikuttaa oleellisesti kyselylomakkeen toimivuus. Epäonnistunutta kyselylomaketta ei voi enää analysointivaiheessa korjata. Kyselylomake on välttämätöntä testata ennen varsinaisen kyselyn suorittamista. Testaus on hyvä suorittaa samankaltaisilla henkilöillä, jotka ovat vastaamassa myös itse kyselyyn. Näin saadaan parhaiten varmistettua kyselylomakkeen toimivuus juuri kyseiseen tutkimukseen. (Vehkalahti 2008, 20–49.) Tässä tutkimuksessa ei varsinaisia testaaajia käytetty, vaan kyselylomake oli arvioitavana ja kommentoitavana tutkimuksen tilanneessa anestesia- ja leikkausyksikössä 4302:ssa kahdesti. Siellä kyselylomakkeeseen perehtyi viisi henkilöä, joiden antamien ohjeiden ja ehdotusten mukaan kyselylomaketta muokattiin käyttötarkoitusta paremmin tukevaksi. Kyselylomakkeeseen perehtyneiltä henkilöiltä saatiin parannusehdotuksia kysymysten järjestystä ja lomakkeen ulkoasua koskien. Heiltä saatiin myös ehdotuksia poistaa tai lisätä joitain kysymyksiä, näiden ehdotuksien pohjalta tehtiin mielestämme tarpeelliset muutokset lopulliseen kyselylomakkeeseen.

Toimivan kyselylomakkeen ominaisuuksia ovat mm. selkeät ja yksiselitteiset kysymykset. Kyselylomakkeessa tulee kysyä asioita, joita tutkimussuunnitelmassa määriteltiin tutkimuskysymyksillä. Turhia asioita ei tule kysyä. Kyselyn tulee edetä jouhevasti ja ohjeistuksen kyselyn tekemiseen pitää olla yksinkertainen ja selkeä. Kyselylomakkeessa tulee olla vain tutkimuksen kannalta oleellisia kysymyksiä, jotta vastaajat jaksavat keskittyä koko kyselyyn, eikä sen pituus heikennä vastaamishalua. (Vilka 2007, 63.) Näitä periaatteita noudattaen kyselylomake saatiin käyttövalmiiksi ja tutkimusta tukevaksi. Kyselylomake vastasi käyttötarkoitustaan hyvin. Tässä tutkimuksessa kyselylomake saatiin sopivan pituiseksi sisällyttämällä vain oleellisia kysymyksiä ja muokkaamalla lomaketta parannusehdotuksien pohjalta selkeäksi ja loogisesti eteneväksi.

Yksi kyselylomakkeen tärkeimmistä osista on saatekirje. Saatekirjeellä motivoidaan kyselyyn osallistuja vastaamaan kyselyyn. Kyselyyn osallistuja lukee ensimmäisenä saatekirjeen, minkä jälkeen päättää osallistuuko kyselyyn. Hyvin tehty saatekirje voi myös lisätä vastausten luotettavuutta. Saatekirjeen ulkoasun tulee olla asiallinen josta selviää tutkimuksen perustiedot, mitä tutkitaan, kuka tutkii ja miten/mihin tutkimustuloksia käytetään. (Vehkalahti 2008, 47–48; Vilka 2007, 65.) Tässä tutkimuksessa

kyselylomakkeen ensimmäinen sivu oli saatekirje ja ohjeistus vastaajalle. Saatekirjeestä vastaajille kävi ilmi kyselyn tarkoitus sekä tavoite. Saatekirjeessä vastaajille informoitiin myös kuinka tutkimusaineisto käsitellään niin, että vastaajien anonymiteetti säilyy eikä saatuja vastauksia käytetä muihin tarkoituksiin.

Tutkimuksessa käytetty kyselylomake laadittiin itse aikaisemman tutkimustiedon ja omien tutkimuskysymystemme pohjalta, pohtien millä kysymyksillä saisimme luotettavia vastauksia tutkimuskysymyksiin. Väittämiä ja kysymyksiä laatiessa käytimme niissä Likertin asteikon neliportaista järjestelmää. Likertin asteikko on yleisesti käytetty järjestysasteikko, jota käytetään yleensä 4–7 -portaisena järjestelmänä. Perusideana on, että liikuttaessa vaihtoehdosta viereiseen samanmielisyys tai erimielisyys kasvaa tai vähenee saman verran jokaisen portaan välillä. Yleensä keskimäinen vaihtoehto on neutraali, jolloin vastaajalle annetaan mahdollisuus olla ottamatta kantaa. (Vehkalahti 2008, 34–36; Vilka 2007, 46.) Tässä tutkimuksessa päätettiin kuitenkin jättää kyselylomakkeesta neutraali vaihtoehto pois, koska haluttiin vastaajien ottavan selkeästi kantaa tarkistuslistan käyttöön.

Aineisto kerättiin kyselylomakkeella, jossa kysymysten muoto on vakioitu. Tällä tarkoitetaan sitä, että kaikilta kyselyyn osallistujilta kysytään samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla (Vilka 2007, 27–28). Tässä tutkimuksessa kysely toteutettiin eri ammattiryhmille eri tavalla. Anestesia- ja leikkaushoitajille kysely toteutettiin hoitajien aamupalaverin yhteydessä, jolloin oltiin itse paikalla kertomassa kyselystä. Anestesia- ja leikkaushoitajille kyselylomakkeet jokaisen henkilökohtaiseen postilokeroon. Kirurgeille kyselylomakkeet lähetettiin kirjekuoressa KYS:n sisäisen postin kautta, koska kirurgeilla ei ollut henkilökohtaisia postilokeroita anestesia- ja leikkausyksikössä.

Aineistoa kerätessä on päämääränä saada mahdollisimman monipuolinen näyte aiheesta, jolloin aineisto voi käsittää varsin erilaisia keräystapoja. Aineistoa voi kerätä määrällisessäkin tutkimuksessa myös avoimilla kysymyksillä. (Aira & Seppä 2010. 805-810.) Tässä tutkimuksessa on pääasiallisesti käytetty määrällistä tutkimusta, josta saatua tietoa on täydennetty kyselylomakkeessa olleilla avoimilla kysymyksillä. Avoimia kysymyksiä on analysoitu induktiivisesti aineistosta käsin. Avoimissa kysymyksissä vastaajat ovat saaneet tarkentaa omia mielipiteitään suhteessa tarkistuslistan käyttämiseen sekä tuoda julki omia ehdotuksiaan tarkistuslistan käyttämisen tehostamiseksi. Tämä on myös turvallinen väylä saada mielipiteensä ilmaistua ano-

nyymisti, koska suoran palautteen ja omien näkemysten tietoon tuomiselle on saattanut uskallus olla esteenä. Aineistoa analysoidessa kaikki avoimien kysymyksien vastaukset huomioitiin, mutta esille nostettiin vain osa niistä. Näin pyrittiin tukemaan laadullisesti sitä tietoa, jota määrällinen osio kyselylomakkeessa tutkimukseen toi. (Hirsjärvi ym. 2009, 135–165.)

### 4.3 Aineiston analyysi

Tutkimustulosten analysoinnissa käytettiin SPSS-19 for Windows -ohjelmaa. Ohjelma valittiin, koska sillä pystyttiin nopeasti ja luotettavasti analysoimaan tutkimusaineisto. Lisäksi ohjelma oli koulullamme käytettävissä ilmaiseksi. Kyselyn päätyttyä numeroimme kyselylomakkeet, mikä mahdollisti kyselylomakkeiden jäljitettävyyden virheiden varalta. Kyselylomakkeiden vastaukset syötettiin käsin SPSS -ohjelmaan. Virheiden välttämiseksi tiedot syötettiin ohjelmaan pareittain. Kyselylomakkeen vastaukset kuvasimme numeraalisesti sekä prosentteina. Ristiintaulukointia teimme tuloksille, jolloin muuttujana oli ammattiryhmä. Ristiintaulukoinnilla saimme siis eriteltyä eri ammattiryhmien vastaukset ja syvyyttä aineiston analyysiimme. Teimme tutkimuksen tuloksista taulukoita havainnollistamaan tuloksia ja lisäämään luettavuutta.

Tässä tutkimuksessa pyrimme saamaan avoimilla kysymyksillä selville vastaajien mielipiteet siitä, miksi he kokevat tarkistuslistan käytön hyödylliseksi tai hyödyttömäksi. Avoimilla kysymyksillä tiedusteltiin myös kuinka vastaajien mielestä tarkistuslistan käyttö vaikuttaa leikkausyksikön tiimihenkeen, tulokseen, maineeseen ja potilasturvallisuuteen. Yhdellä avoimella kysymyksellä kartoitettiin vastaajien kehitysehdotuksia tarkistuslistaa ja sen käyttöä kohtaan. Saadut vastaukset analysoitiin induktiivisesti aineistosta käsin. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21–24.) Avointen kysymyksien vastaukset kirjoitettiin Microsoft Office Excel 2010 -ohjelmaan. Ryhmitelimme samankaltaiset vastaukset, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin, ja esittelimme ne tutkimustuloksina. Osa avoimista kysymyksistä saaduista vastauksista tukivat monivalintakysymyksien tuloksia ja vastasivat tutkimuskysymyksiin.



## 5 TUTKIMUS TULOKSET

### 5.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimus osoitettiin 147 työntekijälle (N=147), joista kyselyyn vastasi 60 työntekijää (n=60). Tutkimuksen kokonaisvastausprosentiksi muodostui 41 %. Vastaajista 62 % oli sairaanhoitajia, 23 % anestesia-*l*ääkäreitä ja 15 % kirurgeja. Vastaajista miehiä oli 43 % ja naisia 57 %. Vastaajia oli työkokemukseltaan aloittelijoista (0–5 vuotta) kauan (yli 16 vuotta) työssä olleisiin. Puolet (50 %) vastaajista oli ollut töissä yli 16 vuotta (taulukko 1). Vastaajia oli tasaisesti kaikilta erikoisaloilta.

TAULUKKO 1. Vastaajien taustatiedot (n=60)

Sukupuoli	n	%
Mies	26	43
Nainen	34	57
Yhteensä	60	100

Ammatti	n	%
Anestesiahoitaja	16	27
Leikkaushoitaja	21	35
Anestesia- <i>l</i> ääkäri	14	23
Kirurgi	9	15
Yhteensä	60	100

Työkokemus	n	%
0-5 vuotta	18	30
6-10 vuotta	7	12
11–15 vuotta	5	8
yli 16 vuotta	30	50
Yhteensä	60	100

Työsuhde	n	%
Vakinainen	40	67
Määräaikainen	20	33
Yhteensä	60	100

## 5.2 Tarkistuslistan käyttö

Suurin osa vastaajista (78 %) oli sitä mieltä, että tarkistuslistaa pitäisi käyttää jokaisessa leikkauksessa. Viidennes vastaajista (20 %) koki tarkistuslistan käytön turhaksi, ja 22 % vastaajista koki sen käytön negatiivisena (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Vastaajien mielipide tarkistuslistan käytöstä (n=60)

	Aina		Usein		Harvoin		Ei koskaan		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mielestäni tarkistuslistaa pitää käyttää jokaisessa leikkauksessa	33	55	14	24	11	18	2	3	60	100
Tarkistuslistan käyttö on turhaa	1	2	11	18	18	30	30	50	60	100
Koen tarkistuslistan käytön negatiivisena (n=59)	3	5	10	17	21	36	25	42	59	100

Tarkasteltaessa vastaajien kokemuksia muiden ammattiryhmien negatiivisista asenteista tarkistuslistaa kohtaan havaittiin, että suurimman joukon muodostavat kirurgit (24 %). Toisaalta negatiivisten asenteiden usein esiintymistä havaittiin kaikkien ammattiryhmien välillä varsin tasaisesti 36–50 % (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Vastaajien kokemukset muiden ammattiryhmien asenteista tarkistuslistaa kohtaan (n=58)

Negatiiviset asenteet	Aina		Usein		Harvoin		Ei koskaan		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Leikkaushoitajilla	4	7	24	41	26	45	4	7	58	100
Anestesiahoitajilla	3	5	21	36	30	52	4	7	58	100
Kirurgeilla	14	24	29	50	14	24	1	2	58	100
Anestesia- lääkäreillä	3	5	22	38	30	52	3	5	58	100

Yksikään vastaajista ei ollut sitä mieltä, että tarkistuslistan käyttöön ei voisi tottua. Yli puolet (82 %) vastaajista oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että he kokevat tarkistuslistan käyttötarkoituksen selkeäksi. Neljännes vastaajista (27 %) oli osittain tai täysin eri mieltä, että he olisivat saaneet riittävästi koulutusta tarkistuslistan käyttöön (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Vastaajien asenteet ja valmiudet tarkistuslistan käyttämiseen (n=60)

	Täysin samaa mieltä		Osittain samaa mieltä		Osittain eri mieltä		Täysin eri mieltä		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Käyttötarkoitus on selkeä	34	57	15	25	10	17	1	2	60	100
Tarkistuslistan käyttöön voi tottua	39	65	21	35	0	0	0	0	60	100
Olen saanut riittävästi koulutusta käyttöön	25	42	19	32	11	18	5	8	60	100
Leikkaustiimit tarvitsevat ryhmätyöskentelytaitojen koulutusta	13	22	24	40	11	18	12	20	60	100
Olen halukas osallistumaan ryhmätyöskentelytaitojen koulutukseen (n=59)	16	27	19	32	13	22	11	19	59	100

### 5.3 Organisaation tuki

Vastaajista yli puolet (77 %) oli osittain tai täysin eri mieltä siitä, että tarkistuslistaa käytetään jokaisessa leikkauksessa. Yhdeksän kirurgia ja yli puolet (57 %) anestesialääkäreistä oli täysin tai osittain samaa mieltä, että he käyttävät tarkistuslistaa jokaisessa leikkauksessa (taulukko 5).

TAULUKKO 5. Tarkistuslistan käyttö jokaisessa leikkauksessa (n=60)

	Täysin samaa mieltä		Osittain samaa mieltä		Osittain eri mieltä		Täysin eri mieltä		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Käytän tarkistuslistaa jokaisessa leikkauksessa	4	7	10	17	25	42	21	35	60	100
Anestesiahoitaja (n=16)	0	0	1	6	9	56	6	38	16	100
Leikkaushoitaja (n=21)	0	0	2	10	9	43	10	48	21	100
Anestesia lääkäri (n=14)	2	14	6	43	5	36	1	7	14	100
Kirurgi (n=9)	2	22	1	11	2	22	4	45	9	100

Yli puolet (65 %) vastaajista oli täysin tai osittain erimieltä siitä, että heidän esimies velvoittaa heitä käyttämään tarkistuslistaa leikkauksissa. Ammattiryhmistä anestesiahoitajien esimies velvoittaa vähiten käyttämään tarkistuslistaa (19 %). (taulukko 6.)

TAULUKKO 6. Esimiehen velvoitus tarkistuslistan käyttöön

	Täysin samaa mieltä		Osittain samaa mieltä		Osittain eri mieltä		Täysin eri mieltä		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Esimieheni velvoittaa käyttämään tarkistuslistaa	8	13	13	22	18	30	21	35	60	100
Anestesiahoitaja (n=16)	1	6	2	13	6	38	7	44	16	100
Leikkaushoitaja (n=21)	1	5	7	33	7	33	6	29	21	100
Anestesia lääkäri (n=14)	5	36	3	21	3	21	3	21	14	100
Kirurgi (n=9)	1	11	1	11	2	22	5	56	9	100

Vastaajista yli puolet (66 %) oli osittain tai täysin eri mieltä siitä, että tarkistuslistan käyttäjä on määritelty organisaatiossa. Esimiesten (52 %) ja klinisten tukipalveluiden johdon (50 %) sitoutumisesta tarkistuslistan käyttöön oli täysin tai osittain samaa mieltä noin puolet vastaajista. Vastaajista 67 % oli osittain tai täysin sitä mieltä, ettei tarkistuslistaa ei käytetä oikea-aikaisesti (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Johdon sitoutuminen tarkistuslistan käyttöön (n=58)

	Täysin samaa mieltä		Osittain samaa mieltä		Osittain eri mieltä		Täysin eri mieltä		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Esimieheni on sitoutunut tarkistuslistan käyttöön	11	19	19	33	17	29	11	18	58	100
Klinisten tukipalveluiden johto on sitoutunut tarkistuslistan käyttöön (n=54)	11	20	16	30	14	26	13	24	54	100
Tarkistuslistan käyttäjä on määritelty organisaatiossa	9	16	11	19	12	21	26	45	58	100
Tarkistuslistaa käytetään oikea-aikaisesti toimenpiteen eri vaiheissa (n=60)	2	3	18	30	17	28	23	38	60	100

#### 5.4 Tarkistuslistan ohjeiden mukainen käyttö

Perehdyttäessä opiskelijoita ja/tai kollegoita 22 % vastaajista vaatii aina tai usein tarkistuslistan käyttämistä. Viidennes (21 %) vastasi tarkistuslistaa käytettävän leikkausyksikössä aina tai usein. Vastaajista viidennes (19 %) vastasi tarkistuslistaa täytettävän jälkikäteen aina tai usein (taulukko 8).

TAULUKKO 8. Tarkistuslistan käyttö

	Aina		Usein		Harvoin		Ei koskaan		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tarkistuslistaa käytetään muissa leikkausyksiköissä oikein (n=45)	4	9	22	49	15	33	4	9	45	100
Ohjatessani opiskelevia ja/tai perehdytyksessä olevia kollegoita vaadin, että he käyttävät tarkistuslistaa (n=59)	3	5	10	17	19	32	27	46	59	100
Tarkistuslistaa käytetään leikkausyksikösämme (n=58)	5	9	7	12	34	59	12	21	58	100
Tarkistuslista täytetään jälkikäteen (n=58)	2	3	9	16	24	41	23	40	58	100

### 5.5 Tarkistuslistan käytön hyödyt ja haitat

Selkeä enemmistö vastaajista (98 %) olivat täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että tarkistuslistan käyttö lisää potilasturvallisuutta. Vastaajista suurin osa (88 %) oli myös täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että tarkistuslistan käyttö lisää kommunikaatiota leikkaussalissa. Yli puolet (78 %) kyselyyn vastanneista olivat täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että tarkistuslistan käyttö parantaa antibioottiprofylaksian saamista oikea-aikaisesti (taulukko 9).

TAULUKKO 9. Tarkistuslistan hyödyt (n=60)

	Täysin samaa mieltä		Osittain samaa mieltä		Osittain eri mieltä		Täysin eri mieltä		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Lisää kommunikaatiota leikkaussalissa	27	45	26	43	4	7	3	5	60	100
Käyttö lisää potilasturvallisuutta	43	72	16	27	0	0	1	2	60	100
Käyttö yhtenäistää hoitokäytäntöjä	20	33	22	37	12	20	6	10	60	100
Parantaa antibiootti- profylaksian oikea- aikaisuutta	20	33	27	45	7	12	6	10	60	100
Käyttö parantaa tavaroiden järjestystä leikkaussalissa (n=58)	3	5	7	12	22	38	26	45	58	100

Suurin osa vastaajista oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että oikein käytettynä tarkistuslista parantaa kommunikaatiota (93 %) ja yhteistyötä (92 %) leikkaussalissa. Yli puolet (70 %) vastaajista oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että tarkistuslistan käyttö voisi parantaa leikkaustiimin tiimihenkeä (taulukko 10).

TAULUKKO 10. Tarkistuslistan mahdollinen vaikutus leikkaustiimin toimintaan (n=60)

	Täysin samaa mieltä		Osittain samaa mieltä		Osittain eri mieltä		Täysin eri mieltä		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tarkistuslistan käyttö voi parantaa leikkaustiimin										
Kommunikaatiota	29	48	27	45	2	3	2	3	60	100
Yhteistyötä	23	38	32	53	3	5	2	3	60	100
Sisäistä työnjakoa	14	23	24	40	18	30	4	7	60	100
Tiimihenkeä	16	27	26	43	14	23	4	7	60	100

Kyselylomakkeessa kysyttiin avoimilla kysymyksillä tarkistuslistan käytön hyödyistä ja vaikutuksista leikkausyksikköön. Vastauksissa potilasturvallisuuden paraneminen tuli useimmin esille tarkistuslistan käyttämisen hyötynä:

*”Kaikki ovat tietoisia siitä mitä tapahtuu. Potilasturvallisuus paranee kun tärkeät asiat käydään läpi, inhimilliset unohdukset jäisivät pois.”*

Tämä toteutuu vastaajien mielestä sillä, että leikkaustiimi on tietoinen mitä tapahtuu ja mitkä ovat odotettavissa olevia vaikeuksia. Inhimillisten erehdysten oletetaan myös jäävän pois, kun tärkeät asiat käydään läpi tarkistuslistassa.

*”Olemme idiootteja ja tarvitsemme tällaista jotta itsestään selvät asiat suoritetaan eikä niitä unohdeta.”*

Vastaajien mielipiteitä tarkistuslistan käytön vaikutuksista leikkausyksikköön kysyttiin tiimihengen, tuloksen, maineen ja potilasturvallisuuden kannalta. Tarkistuslistan käytön positiivisina vaikutuksina koettiin tiimihengen ja leikkaustiimin sisäisen kommunikaation paraneminen, yksikön toiminnallisen tuloksen paraneminen leikkausvirheiden vähentyessä sekä yksikön maineen paraneminen.

*”Lisää kommunikaatiota ammattiryhmien välillä ja tiimin sisällä, tunnustetaan tiimin jäsenet, mitä ei aina nykyisin tapahdu.”*

*”Parantaa ilman muuta imagoa.”*

*”Potilasturvallisuutta ei voi koskaan olla liikaa.”*

Vastaajista alle puolet (40 %) oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että tarkistuslistan käyttäminen vie liikaa aikaa. Yli puolen (64 %) mielestä tarkistuslistassa on turhia kohtia täytettävänä. Täysin tai osittain samaa mieltä listasta puuttuvista kohdista oli yhteensä 35 % vastaajista. Kyselyyn vastanneista neljännes (27 %) oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että tarkistuslistan käyttö voi herättää potilaassa pelkoa. Vastaajista 45 % oli täysin tai osittain samaa mieltä, että potilas voi ymmärtää tarkistuslistan käytön valmistautumattomuutena tai epävarmuutena (taulukko 11).



TAULUKKO 11. Tarkistuslistan haitat (n=60)

	Täysin samaa mieltä		Osittain samaa mieltä		Osittain eri mieltä		Täysin eri mieltä		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Käyttö haittaa leikkaustoimintaa (n=59)	1	2	5	9	23	39	30	51	59	100
Käyttö vie liikaa aikaa	6	10	18	30	12	20	24	40	60	100
Käyttäminen on vaikeaa	4	7	11	18	18	30	27	45	60	100
Käyttö voi syyllistää virheen tehneitä (n=59)	5	9	6	10	16	27	32	54	59	100
Täytettävänä on turhia kohtia (n=59)	18	31	20	34	12	20	9	15	59	100
Listasta puuttuu oleellisia asioita (n=58)	7	12	13	22	24	41	14	24	58	100
Käyttö herättää potilaassa pelkoa	4	7	12	20	13	22	31	52	60	100
Käyttö heikentää potilaan huomioimista	5	8	8	13	15	25	32	53	60	100
Potilas voi ymmärtää tarkistuslistan käytön valmistautumattomuutena tai epävarmuutena	5	8	22	37	13	22	20	33	60	100

Avoimissa kysymyksissä tarkistuslistan käyttöä haittaavista tekijöistä nousi esille etenkin kirurgien negatiiviset asenteet tarkistuslistaa kohtaan.

*”Kirurgit pitävät listaa naurettavana ja listan läpikäyminen loppuu lyhyeen. Listan esittäjä lyödään lyttyyn ja nolataan.”*

Kokonaisvaltaisesti leikkausyksikössä vastaajat ovat havainneet asenteellisia ongelmia, joiden vaikutus hankaloittaa tarkistuslistan käyttöä.

*”Siihen ei olla sitouduttu vaan sitä pidetään meillä naurettavana lapsellisenä pilana.”*

Tarkistuslistan käyttö koettiin myös hyödyttömäksi, koska se ei vastaa vastaajien mielestä potilaiden tarpeita.

*”Siitä puuttuu oleellisia asioita. Sen pitäisi olla muokattu potilasryhmittäin.”*

Kysyttäessä avoimella kysymyksellä, kuinka tarkistuslistan käyttö vaikuttaa leikkausyksikön tiimihenkeen, tulokseen, maineeseen ja potilasturvallisuuteen, esiin ei nousut negatiivisia vaikutuksia näihin asioihin.

#### 5.6 Käyttäjien mielipide kenelle kuuluu vastuu tarkistuslistan käyttämisestä

Kyselylomakkeessa kysyttiin vastaajien mielipidettä, millä ammattiryhmällä on ensisijainen vastuu tarkistuslistan käytöstä. Vastaajista 55 % oli sitä mieltä, että ensisijainen vastuu tarkistuslistan käyttämisestä kuuluu kirurgeille. Toiseksi eniten (25 %) vastaajat olivat sitä mieltä, että ensisijainen vastuu tarkistuslistan käytöstä kuuluu anestesia- ja lääkäreille. Vastaajista 21 % koki valvovan hoitajan olevan ensisijaisesti vastuussa tarkistuslistan käytöstä. Toissijainen vastuu tarkistuslistan käytöstä vastaajien mielestä on anestesia- ja lääkäreillä (39 %) ja kirurgeilla (21 %).

#### 5.7 Kehitysideoita tarkistuslistan käyttöön

Yhdellä avoimella kysymyksellä kartoitettiin kehitysehdotuksia tarkistuslistan saamiseksi osaksi jokaista leikkausta/toimenpidettä. Huomattavassa osassa vastauksia nousi esille tarkistuslistan muokkaaminen paremmin kunkin erikoisalalan tarpeita vastaavaksi.

*”Tarkistuslista pitäisi olla jokaiselle erikoisalalle räätälöity, jolloin se palvelisi tarkoitusta paremmin.”*

Vastaajien mielestä leikkaustiimin jäsenten pitäisi olla motivoituneita sekä sitoutuneita käyttämään tarkistuslistaa. Työntekijöillä pitäisi olla selkeästi tiedossa, kuka aloittaa tarkistuslistan täyttämisen ja kuka on sen täyttämistä lopulta vastuussa.

*"Kirurgien ja lääkäreiden motivointi. Täällä tullaan aina ensimmäisenä syyllistämään hoitajia täyttämättömyyden jättämisestä ja yritetään vyöryttää koko homma hoitajille. Tämä "ketuttaa". Hoitaja voi kirjata, mutta lääkäreiden pitäisi aloittaa tarkistuslistan käyttö omatoimisesti, ettei hoitajan tarvitse asiasta aina jankuttaa."*

*"Olisi selvitettävä, kuka yksiköstä huolehtii, että listaa käytetään. Se ei saa olla yhden ainoan henkilön tehtävä."*

Kehitysehdotuksena esitettiin myös tarkistuslistan pakollista täyttämistä, jolloin kirurgi ei voisi merkitä diagnoosi- ja toimenpidekoodia, ennen kuin merkintä tarkistuslistan käyttämisestä on tehty.

*"Määräämällä käyttö pakolliseksi"*

*"Pakollinen. Kirurgi ei voisi kuitata ennen kuin lista täytetty. Kuten DG ja TP ovat pakollisia."*

Vastauksissa ilmeni myös halu ja tarve tarkistuslistan käyttökoulutukseen, mikä voitaisiin toteuttaa moniammatillisena koulutuksena.

*" tarvittaessa järjestää tarkistuslistan käyttökoulutus."*

*"...-koulutusta ja simulaatiota harvinaisista hätätilanteista lisää. Moniammatillista koulutusta."*

## 6 POHDINTA

### 6.1 Johtopäätökset ja tulosten tarkastelua

Tutkimukseen vastasi 60 henkilöä, joista suurin osa oli sairaanhoitajia. Sairaanhoitajia työskentelee määrällisesti eniten leikkausyksikössä. Tutkimuksen otos oli 147 henkilöä, jolloin vastausprosentiksi muodostui 41 %. Pienin vastaajaryhmä oli kirurgit (9 kpl), kun kysely lähetettiin 36 kirurgille, ja heidän vastausprosentikseen tuli 25 %. Kirurgien vastausten määrän vähäisyyteen on voinut vaikuttaa kyselyn toteutus sisäisen postin välityksellä. Sairaanhoitajat täyttivät kyselyn omassa palaverissaan, jolloin siihen oli varattu erillistä aikaa. Anestesia- ja anestesiahoitajat (14 kpl) saivat ja palauttivat kyselylomakkeet omassa taukokuoneessaan. Anestesiahoitajien vastausprosentiksi muodostui 49 % ja leikkaushoitajien 47 %.

Tuloksissa ilmeni tarve räätälöidä tarkistuslista erikoisalan tarpeita paremmin vastaavaksi. Tulos on samansuuntainen WHO:n tekemien tutkimusten kanssa. WHO kannustaa muokkaamaan tarkistuslistaa, jolloin sen käytöstä saadaan tarvittava hyöty. Räätälöinti tulisi tehdä huolella niin, että muokkaamiseen osallistuisivat kaikki tarkistuslistaa käyttävät ammattiryhmät, jolloin jokaisen ammattiryhmän mielipide tulisi esille. Käyttöönottoa helpottaa ja pysyvää muutosta tukee kaikkien ammattiryhmien tarkistuslistaan tuomat näkökulmat. (WHO 2009.) Liian perusteellisen tai tilanteeseen sopimattoman tarkistuslistan käyttötapa voi aiheuttaa tarkistuslistan käyttöön kyllästymistä, mikä voi puolestaan heikentää uuden ja paremmin räätälöidyn tarkistuslistan käyttöönottoa (Thomassen, Brattebo, Heltne, Softeland & Espeland 2010).

WHO ohjaa määrittelemään selkeästi sen, kuka huolehtii leikkaussalissa tarkistuslistan käyttämisestä. Aikaa myöten verbaalinen viestintä voidaan saada sellaiselle tasolle, jolloin tarkistuslistan käytössä ei tarvita kysymyksiä, vaan jokainen ammattiryhmä luettelee oman osa-alueensa tarkistuslistaan liittyvät tiedot automaattisesti toimintansa yhteydessä. (WHO 2009.) Thomassen ym. (2010) tutkimuksessa yleinen kokemus oli se, että työnkulku meni sujuvammin sen jälkeen, kun leikkaukseen osallistuvat työntekijät olivat pystyneet päättämään, kuinka tarkistuslista tulee käydä läpi ja kenen toimesta.

Kyselyyn vastanneista 74 % oli kokenut kirurgeilta negatiivisia asenteita tarkistuslistaa kohtaan. Erityisesti 95 % leikkaushoitajista oli kokenut negatiivisia asenteita kirurgeilta tarkistuslistan käyttöä kohtaan. Yhdeksästä kyselyyn vastanneesta kirurgista kuusi oli kokenut usein negatiivisia asenteita toisilla kirurgeilla tarkistuslistaa kohtaan. Usein negatiivisia asenteita tarkistuslistaa kohtaan oli havaittu kuitenkin myös kaikissa muissakin ammattiryhmissä (36–50 %). Verratessa kokemuksia ammattiryhmittäin tuli ilmi myös se, etteivät kyselyyn vastanneet olleet ruvenneet syyttämään vain toisia ammattiryhmiä ja havainneet negatiivisia asenteita vain muissa ammattiryhmissä. Esimerkiksi leikkaushoitajista 57 % oli kokenut negatiivisia asenteita tarkistuslistaa kohtaan muilla leikkaushoitajilla, kuin myös anestesiahoitajilla negatiivisia asenteita tarkistuslistaa kohtaan eniten olivat havainneet toiset anestesiahoitajat (47 %). Tämä lisää mielestämme tutkimuksen luotettavuutta.

Kartoittaessamme vastaajien asenteita ja valmiuksia tarkistuslistan käyttöön ilmeni, että 82 % vastaajista piti tarkistuslistan käyttötarkoitusta selkeänä ja 100 % oli sitä mieltä, että sen käyttöön voi tottua. Syy tarkistuslistan käyttämättömyydelle leikkauksyksikössä ei siis pitäisi olla ainakaan sen tarkoituksen ymmärtämättömyys tai se ettei sen käyttöön voisi tottua. Vastaajista 26 % koki, etteivät he ole saaneet tarpeeksi koulutusta tarkistuslistan käyttämiseen, voiko se olla yksi syy tarkistuslistan käyttämättömyyteen? Vastaajista 59 % olisivat valmiita osallistumaan ryhmätyöskentelytaitojen kehittämiseen. Käyttämättömyyden syiden mahdollisesti liittyessä ryhmätyöskentelytaitojen puutteeseen, yli puolet vastaajista olisi siis ainakin suostuvaisia ryhmätyöskentelyn koulutukseen. Huomattavaa oli, että kyselyyn vastanneista kirurgeista viisi koki tarvetta ryhmätyöskentelytaitojen kehittämiseksi, mutta vain yksi kirurgi oli valmis osallistumaan koulutukseen. Toimivan ja avoimen ryhmätyöskentelyn on todettu parantavan leikkausten lopputulosta, joten ryhmätyöskentelytaitojen koulutusta ei pidä väheksyä, kun harkitaan kuinka päästä eroon tarkistuslistan käyttämättömyydestä (McCulloch ym. 2009; Haynes ym. 2009).

Kysyessämme tarkistuslistan käytön yleisyydestä vastaajista 77 % vastasi, ettei tarkistuslistaa käytetä kaikissa leikkauksissa. Ristiriitaista tietoa ilmeni kuitenkin lääkäreiden ja sairaanhoitajien vastausten välillä tarkistuslistan käytön yleisyydestä. Anestesia- ja kirurgilaisista 57 % ja kirurgeista 33 % oli täysin tai osittain samaa mieltä, että he käyttävät tarkistuslistaa kaikissa leikkauksissa. Sairaanhoitajista vastaavasti vain pieni osa oli osittain samaa mieltä siitä, että he itse käyttävät tarkistuslistaa kaikissa leikkauksissa, anestesiahoitajista 6 % ja leikkaushoitajista 10 %. Ristiriitaiseksi tämän

tekee vastauksien poikkeavuus hoitajien ja lääkärien välillä, koska tarkistuslistan käyttäminen on koko leikkaustiimin yhteistä toimintaa.

Vastaajista 65 % vastasi, että heidän esimiehensä ei velvoita heitä käyttämään tarkistuslistaa. Esimiehien sitoutumisesta kysyttäessä vastaajista 53 % oli samaa mieltä siitä, että heidän esimiehensä on sitoutunut tarkistuslistan käyttöön. Huomiota herättävää oli se, että anestesiahoitajista 81 % oli sitä mieltä, että heidän esimies ei velvoita käyttämään tarkistuslistaa, mutta 56 % heistä oli sitä mieltä että heidän esimiehensä on kuitenkin sitoutunut käyttämään tarkistuslistaa. Esimiesten sitoutuminen ja velvoittaminen tarkistuslistan käyttöön eivät siis kohtaa käytännössä.

WHO:n tarkistuslistan käyttöönotto-oppaassa todetaan, että onnistunut tarkistuslistan käyttöönotto vaatii täydellistä sitoutumista sairaalan johdolta ja eri ammattiryhmien esimiehiltä (WHO 2009). Thomassen ym. (2010) tutkimukseen osallistujat olivat sitä mieltä, että johtavan ylilääkärin tuki oli avain menestykseen tarkistuslistan käyttöönotossa. Tutkimukseen osallistujat painottivat myös, että käyttöönotto olisi ollut erittäin vaikeaa, jos heidän esimiehillään olisi ollut negatiivinen asenne sitä kohtaan (Thomassen ym. 2010). Vastaajista 35 % oli osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että tarkistuslistan käyttäjä on määritelty organisaatiossa. WHO (2009) tarkistuslistan käyttöönotto-oppaassa ohjeistetaan, että yksi henkilö pitää asettaa vastuulliseksi tarkistuslistan käytöstä ja täyttämisestä. WHO:n mukaan tämä tarkistuslistan koordinaattori on monesti valvova hoitaja, mutta se voi olla kuka tahansa toimenpiteeseen osallistuva henkilö (WHO 2009). Vastaajien kokemus siitä, etteivät KYS:ssä kaikki esimiehet ja johto vaadi tarkistuslistan käyttöä ehdottomasti eikä käyttäjää ole määritelty selvästi, voidaankin ajatella että, se on yksi syy tarkistuslistan käyttämättömyydelle.

Vastaajista vain 22 % vaativat opiskelijoita tai perehdytettäviä käyttämään tarkistuslistaa, mikä on linjassa myös sen kanssa, kuinka usein he itse käyttävät tarkistuslistaa. Kyseinen seikka voi olla yksi syy käyttämättömyydelle, koska tarkistuslistan käyttö ei näin tule ”perintönä” uusille työntekijöille. Vastaajista 19 % vastasi, että tarkistuslista täytetään jälkikäteen. Tämä seikka kertoo mielestämme siitä, että jälkepäin täyttöä tehdään vastuun pakoilemiseksi. Se taas kertoo, että tarkistuslistan tarkoitus on ymmärretty väärin, koska tarkistuslistan tarkoituksena ei ole etsiä syyllisiä tai kuka on tehnyt oikein ja kuka väärin (Thomassen ym. 2010).

Vastaajista 40 % oli sitä mieltä, että tarkistuslistan käyttäminen vie liikaa aikaa ja 64 % mielestä siinä on myös turhia kohtia täytettävänä. Vastaajista 35 % koki myös, että listasta puuttuu oleellisia kohtia. Kaikkiin näihin ongelmiin ratkaisuna voisi olla tarkistuslistan räätälöinti erikoisaloittain, millä siitä saataisiin mielekkäämpi käyttäjille. Tarkistuslistaa on suotavaa muokata tarpeisiin paremmin soveltuvaksi, jotta sen käyttö ja hyödyllisyys paranee (WHO 2009; Thomassen ym. 2010).

Vastaajista 27 % oli sitä mieltä, että tarkistuslistan käyttö voi herättää potilaassa pelkoa ja 45 % mielestä potilas voi ymmärtää tarkistuslistan käytön valmistautumattomuutena tai epävarmuutena. Thomassen ym. (2010) tutkimuksessa todettiin, että negatiiviset potilaan reaktiot tulee välttää selittämällä potilaalle mitä tehdään ja miksi sekä jämäkällä listan läpikäymisellä, mikä luo kuvan tilanteen hallitsevista ammattilaisista.

## 6.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusta suoritettaessa on otettava huomioon monia eettisiä kysymyksiä, jotka vaikuttavat tutkimuksen toteuttamiseen ja valmiin tutkimuksen tuloksiin. Tiedon hankkimiseen ja sen julkaisemiseen liittyvät tutkimuseettiset periaatteet ovat hyväksytyjä yleisesti, mutta niiden mukaan toimiminen ja niiden noudattaminen on jokaisen yksittäisen tutkijan omalla vastuulla. Hyvän tutkimuksen eettiseen lopputuloksen saavuttamiseen liittyy hyvien tieteellisten käytäntöjen noudattaminen, ihmisarvon kunnioittaminen ja sen mukainen tutkimusaineiston kerääminen sekä analysointi. Tutkimusta tehdessä on tärkeää, että eettiset näkökohdat huomioidaan riittävän hyvin koko tutkimusprosessin ajan. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–27.)

Tässä tutkimuksessa eettisyys on huomioitu koko tutkimusprosessin ajan. Teoriatietoa kerätessämme kunnioitimme muiden tutkijoiden töitä tekemällä vaadittavat lähdemerkinnät. Kyselyssä vastaajat pysyivät anonyymeinä. Vastaajilla oli mahdollisuus valita, osallistuivatko he kyselyyn, koska siihen osallistuminen oli vapaaehtoista. Saatekirjeessä korostettiin kyselyn luottamuksellisuutta ja sitä, ettei aineistoa käytetä muuhun tarkoitukseen. Saatekirjeessä vastaajille kerrottiin myös tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa kiinnitetään huomiota tutkimuksen validiteettiin eli pätevyyteen, kuin myös reliabiliteettiin eli toistettavuuteen. Reliabiliteetti tarkoittaa saatujen tulosten pysyvyyttä, jolloin toistettaessa kysely saataisiin samantyyppiset tulokset. Validiteetti kertoo tutkimusmenetelmän tai kyselylomakkeen toimivuutta mitata sitä mitä pitikin ja antaa vastaukset tutkimuskysymyksiin. (Kananen 2011, 118–120; Hirsjärvi ym. 2009, 231; Vehkalahti 2008, 40–42.)

Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeen validius varmistettiin, lähettämällä kyselylomake arvioitavaksi, ja tekemällä sen jälkeen mielestämme pätevät muutokset ehdotuksien perusteella. Tämän tutkimuksen validiteettia lisäsi myös se, että saadut tutkimustulokset vastasivat tutkimuskysymyksiimme. Tässä tutkimuksessa reliabiliteettia laskee alhainen vastausprosentti (41 %), mutta toisaalta vastauksia saatiin kaikista ammattiryhmistä joille kysely osoitettiin, mikä lisää vastausten toistettavuutta. Syötimme kyselylomakkeiden tulokset pareittain SPSS-19 for Windows –ohjelmaan, millä voitiin vähentää satunnaisten virheiden määrää. Tämän tutkimuksen tulokset olivat osittain linjassa aikaisempien tutkimusten tulosten kanssa, minkä katsomme lisäävän tutkimuksen kokonaisluotettavuutta. Kyselylomakkeesta pyrittiin tekemään yksiselitteinen, mutta osasta vastauksista kuitenkin kävi ilmi, ettei kaikille vastaajille ollut organisaation omat termit ja nimikkeet tuttuja. Esimerkiksi kliinisten tukipalveluiden johon oli luultavasti joillekin vaikea hahmottaa, koska muutamat olivat jättäneet vastauksensa kyseiseen kohtaan.

### 6.3 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämisehdotukset

Tässä tutkimuksessa ilmeni, että vastaajien mielestä tarkistuslista on pääasiassa hyödyllinen, mutta sen käyttöönotto ei ole onnistunut täysin. Tuloksista ilmeni, että tarkistuslistan käyttöä lisäisi tarkistuslistan räätälöiminen erikoisaloittain sekä parempi esimiesten sitoutuminen ja käytön velvoittaminen alaisilta. Käyttämättömyyttä on myös lisännyt selvästi se, että tarkistuslistan vastuullista käyttäjää/täyttäjää ei ole selkeästi organisaatiossa määritelty.

Jatkotutkimusaiheina voisi olla tämän tutkimuksen uusiminen myöhemmin, jolloin voitaisiin kartoittaa sen hetkistä tilannetta ja minkälaisia toimia tarkistuslistan käytön lisäämiseksi on tehty. Tarkistuslistan vaikutusta infektioiden ja leikkauskomplikaatioiden esiintyvyyteen voisi tutkia jatkossa.



#### 6.4 Opinnäytetyöprosessin eteneminen ja oma ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessi voidaan jakaa useaan vaiheeseen kuten orientoituminen, suunnittelu, toteutus sekä viimeistely ja julkistaminen. Opinnäytetyöprosessissa opiskelija itse vastaa työn tekemisestä ja etenemisestä. Opiskelijan työskentelyä tukee opinnäytetyön ohjaaja, menetelmätyöpajat ja yhteistyökumppani, joka antaa työlle työelämälähtöisyyden. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2011.)

Orientoituminen alkaa, kun opiskelija on suorittanut aikaisemmat opinnäytetyölle vaadittavat opinnot. Näihin opintoihin kuuluu tutkimusmenetelmät, ammattiviestintä ja tiedonhankinta. Tämän jälkeen osallistutaan opinnäytetyö opintojaksolle, missä kerrotaan opinnäytetyön toteuttamisesta ja vaatimuksista sekä esitellään valmiita aiheita opinnäytetöiksi. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2011.) Kiinnostuimme tämän tutkimuksen aiheesta välittömästi, koska koimme aiheen todella ajankohtaisena ja työelämälähtöisenä. Olimme myös valinneet syventäviksi opinnoiksi perioperatiivisen hoitotyön, joten tuntui luontevalta valinnalta tehdä opinnäytetyö anestesia- ja leikkausyksikkö 4302:lle.

Suunnitteluvaiheessa esitellään opinnäytetyön aihe, työelämälähtöisyys sekä tehdään aihekuvaus ja työsuunnitelma. Suunnitteluvaiheessa käydään myös ensimmäisessä menetelmätyöpajassa, kuin myös tehdään sopimukset ja haetaan tutkimuslupa. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2011.) Opinnäytetyön toimeksiantajaan yhteyden otto tapahtui talvella 2012, jolloin kyseltiin lisää kyseisestä aiheesta. Tämän jälkeen valmisteltiin aihekuvaus, mikä esiteltiin ja hyväksyttiin. Aihekuvauksen oltua hyväksytty saimme opinnäytetyölle ohjaajan. Häneen otettiin yhteyttä, minkä jälkeen aloitettiin tekemään työsuunnitelmaa. Siinä vaiheessa tehtiin opinnäytetyösopimus anestesia- ja leikkausyksikkö 4302:n kanssa. Työsuunnitelman tekeminen oli haastava tehtävä, jonka aikana käytiin kuuntelemassa muiden opiskelijoiden työsuunnitelmaseminaareja, osallistuttiin menetelmätyöpajaan ja opponoitiin yksi työsuunnitelma. Suunnitteluvaiheessa havaittiin ryhmänä tulevat haasteet opinnäytetyön tekemiselle. Suurimpana haasteena koettiin yhteisen ajan löytäminen työn tekemiselle ryhmän jäsenten asuessa eri paikkakunnilla. Haasteita tuotti myös kaikkien ryhmän jäsenten mieliteiden sovittaminen yhteen ja kompromissien tekeminen. Työsuunnitelman valmistuttua haettiin tutkimuslupaa kyselyn suorittamiseksi. Työsuunnitelman tekemisen aikana pidettiin monia palavereja opinnäytetyön ohjaajan ja toimeksiantajan kanssa.

Heiltä saatiin ohjausta ja vinkkejä työn tekemiseen ja näin opinnäytetyö pidettiin työ-elämälähtöisenä.

Toteutusvaiheessa työskennellään tehdyn työsuunnitelman mukaisesti ja pidetään huoli työn edistymisestä sekä aikataulusta. Tässä vaiheessa osallistutaan toiseen menetelmätyöpajaan, missä saadaan ohjausta aineiston analyysiin. Toteutusvaiheessa kirjoitetaan opinnäytetyön raportti. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2011.) Tutkimusluvan saatuamme aloitettiin välittömästi aineiston kerääminen antamalla kyselylomakkeet anestesia- ja leikkausyksikkö 4302:n kirurgeille, anestesia-lääkäreille, leikkaus- sekä anestesiahoitajille täytettäväksi. Kyselylomakkeet vietiin tutkittavaan yksikköön ja samalla kerrottiin tutkimuksesta. Kyselyn loputtua aloitettiin aineiston analyysi ja osallistuttiin toiseen menetelmätyöpajaan, missä saatiin opastusta SPSS-tilastolaskentaohjelman käytössä. Tutkimuksen tulokset käytiin esittelemässä koko anestesia- ja leikkausyksikkö 4302:n lääkäreille ja hoitajille KYS:n auditorioissa. Esitys kuvattiin ja näytettiin suorana Tarinan sairaalan leikkausyksikön aamupalaverissa. Toteutusvaiheessa pidettiin useaan kertaan palavereja opinnäytetyöhön liittyen toimeksiantajan ja ohjaajan kanssa. Toimeksiantajan kanssa sovittiin käytännön järjestelyt.

Tutkimuksen tekijöiden ammatillista kasvua voidaan tarkastella sairaanhoitajan osaamisen vaatimuksien mukaan sairaanhoitajan opetussuunnitelmasta. Sairaanhoitajan eettistä toimintaa ohjaavat ihmisoikeudet, sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö ja hoitotyön eettiset ohjeet. Tämä tarkoittaa sitä, että sairaanhoitaja toimii eettisesti oikein kunnioittaen ihmisoikeuksia, kehittää itseään ja tuntee vastuun hoitotyön kehittäjänä. Sairaanhoitajan tulee tunnistaa tutkimus- ja kehittämistarpeita ja kehittää hoitotyötä tutkimusnäyttöön perustuen. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2010, 5-8.) Tässä tutkimuksessa toimitettiin tutkimusetiikan mukaan ja käytettiin opittuja tiedonhankintataitoja sekä tutkimusmenetelmiä. Tietoa haettiin useista eri lähteistä, niin kotimaisista kuin kansainvälisistäkin, jolloin saatiin monipuolinen teoriapohja opinnäytetyön tekemiselle. Tutkimuksen lähdeaineistoa tarkasteltiin kriittisesti pohtien niiden luotettavuutta.

Sairaanhoitajan toiminnan tulee perustua terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä ylläpitämiseen. Yhteistyössä toimiminen kollegoiden ja moniammatillisten tiimien kanssa kuuluu sairaanhoitajan työhön. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2010, 5-8.)

Tutkimusta tehdessä opittiin tiimityöskentely- ja vuorovaikutustaitoja eri ammattiryhmien kanssa tehdyn yhteistyön johdosta, kuin myös ryhmän sisäisen työskentelyn kautta. Tulevaisuudessa ryhmätyöskentelytaidot ja tiimityöskentely on tärkeässä roolissa työelämässä. Tämä tutkimus edisti tekijöiden vuorovaikutustaitoja, joita tarvitaan kohdatessa erilaisia potilaita ja työyhteisön jäseniä.

Kliininen osaaminen kehittyi tarkistuslistan sisältöihin perehtyessä, joista oleellisia ovat potilaan elintoimintoihin ja infektioiden torjuntaan liittyvät asiat. Tätä tutkimusta tehdessä opittiin hyödyntämään tarkistuslistaa potilaan kokonaishoidon arvioimisessa. Tarkistuslistan kriittinen arvioiminen suhteessa kliiniseen työhön avasi näkökulmia myös sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen vaatimusten osalta.

Opinnäytetyöprosessi vahvisti tietoa pienten ja yksinkertaisten asioiden tärkeydestä potilasturvallisuuden edistämisessä. Opinnäytetyön tekijöiden ajattelu kehittyi potilaslähtöisemmäksi ja enemmän potilasturvallisuutta työssä huomioivaksi. Opinnäytetyön tulosten avulla edistettiin ja kehitettiin anestesia- ja leikkausyksikkö 4302:n potilasturvallisuutta ja hoitotyön laatua.

## LÄHTEET

Aira, M. & Seppä, K. 2010. Laadullinen ja määrällinen tutkimus lääketieteessä. *Suomen lääkärilehti*. 2010 nro 9, 805–810.

Fin, R., Fletcher, G., McGeorge, P., Sutherland, A. & Patey, R. 2003. Anesthetists attitudes to teamwork and safety. *Anaesthesia*. 2003 nro 58, 233–242.

Haynes, A.B., Weiser, T.G., Berry, W.R., Lipsitz, S.R., Breizar, A-H.S., Dellinger, E.P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P.L., Lapitan, M.C.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*. 2009 nro 5, 491–499.

Helovuo, A. 2009. Kohti syyllistämätöntä turvallisuuskulttuuria. *Sairaanhoitaja* 5,12–13.

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

Ikonen, T. 2010. Mikä on leikkauspotilaan tarkistuslista? *Suomen sairaalahygienialehti* 28, 78–81.

Ikonen, T. 2011. Kokemuksia leikkaustiimin tarkistuslistasta. *Erikoislääkäri* 2, 56–61.

Ikonen, T., Aarnio, P., Kangasmäki, E., Karjalainen, K., Kontsas, T., Kujala, R., Pauniahho, S-L., Saario, I., Savunen, T. & Sivula, H. 2009. Tarkistuslista vähentää virheitä leikkaussaleissa. *Suomen lääkärilehti* 6, 516–517.

Ikonen, T. & Pauniahho, S-L. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista. *Finnanest* 2, 108–111.

Kananen, J. 2011. *Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas*. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kotkansalo, A., Takala, R., Katila, A., Peltomaa, K., Aaltonen, R., Savunen, T., Kotilainen, E. & Ikonen, T. 2009. WHO:n tarkistuslistan käytöstä hyötyä neurokirurgian leikkauksissa. *Suomen Ortopedia ja Traumatologia* 3, 206–207.

Kylmänen, M. 2009. Turvallinen kirurgia säästää ihmishenkiä. *Spirium* 3, 4–5.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.). *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Juva: WS Bookwell Oy, 21–29.

*Leikkaussalin tarkistuslista* [verkkojulkaisu]. Valvira [viitattu 20.9.2012]. Saatavissa: [www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/).

Mitchell, L. 2008. The non-technical skills of theatre nurses. *Journal of Perioperative Practice* 18, 378-379.

McCulloch, P., Mishra, A. & Handa, A. 2009. The Effects of an Aviation -style Non-technical Skills Training on Technical Performance and Outcome in the Operating Theatre. *Quality Saf Health Care* 18, 109–115.

McCulloch, P., Mishra, A., Handa, A., Dale, T., Hirst, G. & Catchpole, K. 2009. *The effects of aviation-style non-technical skills training on technical performance and outcome in the operating theatre* [verkkoartikkeli]. US National Library of Medicine National Institutes of Health [viitattu 26.2.2013]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19342524>.

Niemi-Murola, L. 2005. Ryhmästä tiimiksi –vuorovaikutusta leikkaussalissa. *Suomen lääkärilehti* 3, 305–308.

Pauniahho, S-L. & Ikonen, T. 2010. Kaikki kunnossa –valmiina viiltoon. *Duodecim* 4, 333–335.

Pauniahho, S-L., Lepojärvi, M., Peltomaa, K., Saario, I., Isojärvi, J., Malmivaara, A. & Ikonen, T. 2009. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. *Suomen lääkärilehti* 49, 4249–4254.

Pesonen, E. 2011. Tarkistuslistan vaikutus potilasturvallisuuteen. *Finnanest* 1, 18–20.  
Potilasvakuutuskeskus 2012. *Potilasvakuutuskeskus edellyttää leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöä* [verkkajulkaisu]. [viitattu 17.12.2012]. Saatavissa <http://www.pvk.fi>.

Potilasvakuutuskeskus 2012. *Vuonna 2011 korvattiin 2200 potilasvahinkoa* [verkkajulkaisu]. [viitattu 17.12.2012]. Saatavissa <http://pvk.fi>.

Purhonen, S. Tarkistuslista-aineistoa [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja Jari Korolainen. Lähetetty 3.4.2012 [viitattu 23.5.2012].

Savonia-ammattikorkeakoulu 2010. Opetussuunnitelma kevät 2010 [verkkajulkaisu]. [viitattu 27.02.13]. saatavissa: <http://www.savonia.fi>.

Savonia-ammattikorkeakoulu 2011. *Opinnäytetyön prosessikuvaus* [verkkajulkaisu]. [viitattu 27.02.2013]. Saatavissa: <http://www.savonia.fi>.

Sexton, B., Thomas, E & Helmreich, R. 2000. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ* 320, 745–749.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009:3. *Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013* [verkkodokumentti]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 18.3.2013]. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf).

Stakes & Lääkehoidon Kehittämiskeskus Rohto 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Helsinki. Stakes. [viitattu 12.3.2012] Saatavissa: <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>.

Takala, R., Katila, A., Porkkala, T., Aaltonen, R., Pauniahho, S-L., Kotkansalo, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Ikonen, T. 2009. Leikkaussalin tarkistuslistasta hyötyä anestesiologin työssä. *Finnanest* 4, 363.

Tengvall, E. 2010. *Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys: kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anestesiologeille ja kirurgeille*. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. *Perustietoa potilasturvallisuudesta* [verkkosivu].  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 18.3.2013]. Saatavissa: <http://www.thl.fi>.

Thomassen, O., Brattebo, G., Heltne, J., Softeland, E. & Espeland, A. 2010. *Checklist in the operating room: Help or hurdle? A qualitative study on health workers' experiences* [verkkoartikkeli]. BMC Health Services Research [viitattu 18.2.2013]. Saatavissa: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/342>.

Vaasan keskussairaala 2011. *Kirurginen tarkistuslista* [verkkojulkaisu]. Vaasan keskussairaala [viitattu 17.12.2012]. Saatavissa: <http://www.vaasankeskussairaala.fi>.

Valvira. Terveydenhuolto. Leikkaussalin tarkistuslista [viitattu 18.3.2013]. Saatavissa: <http://www.valvira.fi/>.

van Klei, W.A., Hoff, R.G., van Aarnhem, E.E., Simmermacher, R.K., Regli, L.P., Kappen, T.H., van Wolfswinkel, L., Kalkman, C.J., Buhre, W.F. & Peelen, L.M. 2012. Effects of the introduction of the Who "surgical safety checklist" on in-hospital mortality. *Annals of surgery*. 2012 nro 1, 44–49.

Vehkalahti, K. 2008. *Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät*. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. 2007. *Tutki ja mittaa*. Helsinki: Tammi.

Virtuaaliammattikorkeakoulu. 2007. Kvantitatiivisen analyysin perusteet. [verkkojulkaisu. luettu 26.2.2013]. Saatavissa: <http://www.amk.fi>.

Weiser, T.G., Haynes, A.B., Dziekan, G., Berry, W.R., Lipsitz, S.R. & Gawande A.A. 2010. Effect of a 19-item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient population. *Annals of surgery*. 2010 nro 5, 976–980.

WHO 2008. *WHO Guidelines for Safe Surgery* [verkkodokumentti]. World Health Organization [viitattu 18.3.2013]. Saatavissa: [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge\\_base/WHO\\_Guidelines\\_Safe\\_Surgery\\_finalJun08.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/WHO_Guidelines_Safe_Surgery_finalJun08.pdf).

WHO 2009. *Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist 2009* [verkodokumentti]. World Health Organization [viitattu 26.2.2013]. Saatavissa: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598590\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598590_eng.pdf).





Savonia ammattikorkeakoulu

SAATE

Terveysala, Kuopio

Arvoisa kyselyyn vastaaja

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Savonia -ammattikorkeakoulusta ja teemme kyselyä sairaanhoitajan opintoihin liittyvää opinnäytetyötä varten. Tarkoituksenamme on kartoittaa tarkistuslistan käyttöä Kuopion yliopistollisen sairaalan anestesia- ja leikkausyksikkö 4302:ssa. Tutkimuksen tarkoituksena ei ole antaa valmiita toimintaohjeita tarkistuslistan käyttöä varten, vaan herättää ajatuksia sen käyttämiseen liittyvissä asioissa.

Pyydämme teitä vastaamaan kyselyyn rehellisesti ja täysin oman näkemyksenne mukaisesti. Kyselymme tulokset esittelemme opinnäytetyössämme. Valmis opinnäytetyö tullaan esittelemään ja toimittamaan yksikköönne. Näin voimme kaikki olla vielä enemmän omalta osaltamme kehittämässä KYS:an potilasturvallisuutta.

Kysely toteutetaan nimettömänä ja tutkimusaineisto käsitellään niin, ettei kyselyyn vastanneiden henkilöllisyys paljastu opinnäytetyön lukijoille, eikä aineistoa käytetä muihin tarkoituksiin.

Pyydämme teitä vastaamaan kyselyyn **28.10.2012** mennessä. Palauta täytetty kyselylomake leikkausyksikkö kahden taukuhuoneessa olevaan palautuslaatikkoon.

Kiitämme osallistumisestanne kyselyyn.

Ystävällisin terveisin

Sh-opiskelija

Sh-opiskelija

Jani Etula

Juho Lilja

+358445355025

+358405285982

jani.e.etula@edu.savonia.fi

juho.a.lilja@edu.savonia.fi

Sh-opiskelija

Jari Korolainen

+358400616138

jari.p.korolainen@edu.savonia.fi

Ohjaava opettaja/ TtT. lehtori

Erja Tengvall

+358447856430

erja.tengvall@savonia.fi

## KYSYMYSLOMAKE:

Ympyröi sopivin vaihtoehto.

Vastaajan taustatiedot:

1. Sukupuoli: 1. Mies      2. Nainen

2. Toimitte pääsääntöisesti:

- |                         |                      |   |
|-------------------------|----------------------|---|
| 1. Anestesiahoitajana   | 2. Leikkaushoitajana | 3. Sekä anestesia- että leikkaushoitajana |
| 4. Anestesia- lääkärimä | 5. Kirurgina         |   |

3. Työkokemuksenne vuosissa:

- |                 |                  |
|-----------------|------------------|
| 1. 0–5 vuotta   | 2. 6–10 vuotta   |
| 3. 11–15 vuotta | 4. yli 16 vuotta |

4. Työsuhteenne on:

- |               |                  |
|---------------|------------------|
| 1. Vakinainen | 2. Määräaikainen |
|---------------|------------------|

5. Minkä erikoisalan potilaita pääsääntöisesti hoidatte? Ympyröikää tarvittaessa useampi vaihtoehto.

- |                                |                      |
|--------------------------------|----------------------|
| 1. Ortopedia ja traumatologia  | 2. Verisuonikirurgia |
| 3. Sydän- ja rintaelinkirurgia | 4. Neurokirurgia     |
| 5. Päivystyspotilaat           | 6. Lastenkirurgia    |
| 7. Muu, mikä? _____            |                      |

Seuraavana on väittämiä, jotka liittyvät tarkistuslistan käyttämiseen. Ympyröikää mielipidettänne parhaiten vastaava vaihtoehto.

**1=AINA**  
**2=USEIN**  
**3=HARVOIN**  
**4=EI KOSKAAN**

6. Käytän tarkistuslistaa jokaisessa leikkauksessa.	1	2	3	4
7. Mielestäni tarkistuslistaa pitää käyttää jokaisessa leikkauksessa.	1	2	3	4
8. Tarkistuslistan käyttö on turhaa.	1	2	3	4
9. Koen tarkistuslistan käytön negatiivisena.	1	2	3	4
10. Tarkistuslistaa käytetään muissa leikkausyksiköissä oikein.	1	2	3	4
11. Ohjatessani opiskelevia ja/tai perehdytyksessä olevia kollegoja vaadin, että he käyttävät tarkistuslistaa.	1	2	3	4
12. Tarkistuslistan käyttö haittaa leikkaustoimintaa.	1	2	3	4
13. Tarkistuslistaa käytetään leikkausyksikössämme.	1	2	3	4
14. Tarkistuslista täytetään jälkikäteen.	1	2	3	4
Olen havainnut negatiivisia asenteita tarkistuslistan käyttöä kohtaan. (valitse alta kunkin kohdalta)				
15. Leikkaushoitajilla	1	2	3	4
16. Anestesiahoitajilla	1	2	3	4
17. Kirurgeilla	1	2	3	4
18. Anestesia lääkkäreillä	1	2	3	4

Ympyröikää mielipidettänne parhaiten vastaava vaihtoehto.

**1=TÄYSIN SAMAA MIELTÄ**  
**2=OSITTAIN SAMAA MIELTÄ**  
**3=OSITTAIN ERI MIELTÄ**  
**4=TÄYSIN ERI MIELTÄ**

19. Tarkistuslistan käyttötarkoitus on selkeä.	1	2	3	4
20. Tarkistuslistan käyttö vie liikaa aikaa.	1	2	3	4
21. Tarkistuslistan käyttäminen on vaikeaa.	1	2	3	4
22. Tarkistuslistan käyttöön voi tottua.	1	2	3	4
23. Esimieheni on sitoutunut tarkistuslistan käyttöön.	1	2	3	4
24. Kliinisten tukipalveluiden johto on sitoutunut tarkistuslistan käyttöön.	1	2	3	4
25. Esimieheni velvoittaa käyttämään tarkistuslistaa.	1	2	3	4
26. Tarkistuslistan käyttö voi syyllistää virheen tehneitä.	1	2	3	4
27. Tarkistuslistan käyttö lisää kommunikointia leikkaussalissa.	1	2	3	4
28. Tarkistuslistan käyttö lisää potilasturvallisuutta.	1	2	3	4
29. Tarkistuslistan käyttö yhtenäistää hoitokäytäntöjä.	1	2	3	4
30. Tarkistuslistan käyttö parantaa tavaroiden järjestystä leikkaussalissa.	1	2	3	4
31. Tarkistuslistan käyttö parantaa antibioottiprofylaksian oikea-aikaisuutta/muistamista.	1	2	3	4
32. Olen saanut riittävästi koulutusta tarkistuslistan käyttöön.	1	2	3	4
33. Tarkistuslistassa on täytettävänä turhia kohtia.	1	2	3	4

Ympyröikää mielipidettänne parhaiten vastaava vaihtoehto.

**1=TÄYSIN SAMAA MIELTÄ**  
**2=OSITTAIN SAMAA MIELTÄ**  
**3=OSITTAIN ERI MIELTÄ**  
**4=TÄYSIN ERI MIELTÄ**

34. Tarkistuslistasta puuttuu oleellisia asioita.	1	2	3	4
35. Tarkistuslistaa käytetään oikea-aikaisesti toimenpiteen eri vaiheissa.	1	2	3	4
36. Tarkistuslistan täyttäjä on määritelty organisaatiossa.	1	2	3	4
37. Tarkistuslistan käyttö herättää potilaassa pelkoa.	1	2	3	4
38. Tarkistuslistan käyttö heikentää potilaan huomioimista.	1	2	3	4
39. Potilas voi ymmärtää tarkistuslistan käytön valmistautumattomuutena tai epävarmuutena.	1	2	3	4
Tarkistuslistan käyttö voi parantaa leikkaustiimin (valitse alta kunkin kohdalta).				
40. Kommunikaatiota	1	2	3	4
41. Yhteistyötä	1	2	3	4
42. Sisäistä työnjakoa	1	2	3	4
43. Tiimihenkeä	1	2	3	4
44. Leikkaustiimit tarvitsevat ryhmätyöskentelytaitojen koulutusta.	1	2	3	4
45. Olen halukas osallistumaan ryhmätyöskentelytaitojen koulutukseen.	1	2	3	4

46. Tarkistuslistan käyttö on mielestänne

a) hyödyllistä, koska \_\_\_\_\_

---

---

---

b) hyödytöntä, koska \_\_\_\_\_

---

---

---

47. Miten tarkistuslistan käyttö vaikuttaa leikkausyksikkönne

a) tiimihenkeen \_\_\_\_\_

---

b) tulokseen \_\_\_\_\_

---

c) maineeseen \_\_\_\_\_

---

d) potilasturvallisuuteen \_\_\_\_\_

---

48. Kenelle mielestänne kuuluu vastuu tarkistuslistan käytöstä, numeroikaa tärkeysjärjestyksessä.

Numeroi: 1 = ensisijainen vastuu tarkistuslistan käytöstä ja 6 = viimeinen vastuullinen tarkistuslistan täyttäjä

Kirurgille \_\_\_\_\_

Anestesia lääkärielle \_\_\_\_\_

Anestesiahoitajalle \_\_\_\_\_

Instrumentoivalle hoitajalle \_\_\_\_\_

Valvovalle hoitajalle \_\_\_\_\_

Lääkintävahtimestarille \_\_\_\_\_

Kehitysehdotuksenne siitä, kuinka tarkistuslistan käyttö saataisiin osaksi jokaista leikkausta/toimenpidettä:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Opinnäytetyön tekijät kiittävät vastauksistanne. Tulemme myöhemmin esittelemään tutkimuksemme tulokset yksikköönne.





Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri  
KUOPION YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA

HOITOTIETEEN JA MUIDEN TERVEYS-  
TIETEIDEN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Nro 5/2012

Hakemuksen käsittely on kuvattu hallinnollisessa ohjeessa "Hoitotieteen ja muiden terveystieteiden tutkimuksen ohjeet Kuopion yliopistollisessa sairaalassa". Hakemukseen liitetään tutkimussuunnitelma aineiston keruulomakkeineen ja saatteineen, rahoitussuunnitelma.

#### HAKIJA

Vastuullinen tutkija

Etula, Jani

Jani.E.Etula@edu.savonia.fi puh.044-5355025

Nimi

Osoite, puh, s-posti

Muut tutkijat

Korolainen, Jari

Jari.P.Korolainen@edu.savonia.fi puh.0400-616138

Lilja, Juho

Juho.A.Lilja@edu.savonia.fi puh.040-5285982

Työ- tai opiskelupaikka

Savonia ammattikorkeakoulu, terveysala Kuopio

Virka/toimi (ei koske opiskelijoita)

Opiskelupaikka

AMK mikä

Savonia AMK

yliopisto mikä

muu mikä

Suoritettava tutkinto

Sairaanhoitaja amk

#### TUTKIMUS

Tutkimuksen nimi

Tarkistuslistan toimivuus

Tutkimuksen lyhyt kuvaus (mm. tutkimuksen tarkoitus, kohderyhmä ja tutkimusmenetelmät) sekä julkaisusuunnitelma (maksimissaan 300 sanaa)

Aikaisemmissa tutkimuksissa tarkistuslistan on todettu vähentävän leikkaukskomplikaatioita ja -kuolemia, millä on suora vaikutus potilasturvallisuuteen ja -tyytyväisyyteen. Tutkimuksen tarkoitus on selvittää tarkistuslistan käyttöä Kuopion yliopistollisen sairaalan leikkausyksikkö kahdessa. Tarkistuslista on otettu virallisesti käyttöön Kuopion yliopistollisessa sairaalassa vuonna 2010. Tarkistuslistan käyttö on kuitenkin varsin vaihtelevaa.

Opinnäytetyö toteutetaan kyselytutkimuksena ja aineisto kerätään nimettömänä ja tullaan käsittelemään luottamuksellisesti. Kyselyn kohdejoukkona on anestesia- ja leikkausyksikkö 4302:n anestesiahoitajat, leikkaushoitajat, kirurgit ja anestesiaälääkärit.

Valmis opinnäytetyö tullaan esittelemään leikkausyksikköön, jolloin se myös luovutetaan tilaajan käyttöön.

Tutkimus on

amk-tutkinto

ylempi amk-tutkinto

pro gradu

lisensiaattityö

väitöskirja

muu, mikä

Monikeskustutkimus

ei

kyllä

kansallinen

kansainvälinen

Tutkimuksen kokonaisaikataulu

1.11.2011 - 31.12.2012

Aikataulu KYSissä

1.10.2012 - 30.11.2012

Kustannukset

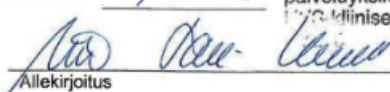
Arvio KYSille koituvista kustannuksista

€

Tarkempi kustannuserittely esitettävä erillisellä liitteellä.

Ei aiheuta kustannuksia KYSille

<b>Tutkimuseettisen toimikunnan lausunto</b>	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä <input type="checkbox"/> ei ole haettu	
Toimikunta _____	Lausunto nro _____ pvm _____
<b>Johtajayliääkärin lupa rekisteritutkimuksia varten</b>	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä <input type="checkbox"/> ei ole haettu	
<b>STM:n lupa rekisteritutkimuksia varten</b>	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä <input type="checkbox"/> ei ole haettu	
<b>Henkilöstöpäällikön lupa henkilökuntaa koskevia tutkimuksia varten</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä <input type="checkbox"/> ei ole haettu	
<b>Muu lupa (mikä)</b>	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä	
<b>Opinnäytetyön tuotoksen käyttöoikeus luovutetaan KYSille</b>	
<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
<b>ALLEKIRJOITUS JA SITOUMUS</b>	
Allekirjoittaneet tutkijat sitoutuvat noudattamaan tulosyksikön esimiesten antamia ohjeita, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä salassapito- ja vaihtolovelvollisuutta ja lähettämään tutkimusraportin yksikköön jossa tutkimus on tehty sekä luvan myöntäjälle.	
15.10.2012	
	
Tutkijan allekirjoitus	Tutkijan allekirjoitus
Jari Korhonen	JARI KORHONEN
Nimen selvennys	Nimen selvennys
	
Tutkijan allekirjoitus	Tutkijan allekirjoitus
Juhko Lindji	
Nimen selvennys	Nimen selvennys
<b>OPINNÄYTETYÖN OHJAAJAT</b>	
	
Ohjaajan allekirjoitus	Ohjaajan allekirjoitus
ERJA TENGVALL	
Nimen selvennys	Nimen selvennys
Osoite, puhelin, s-posti	Osoite, puhelin, s-posti
Technopolis, Mikrokatu 1.	
044-7856430	
erja.tengvall@savonia.fi	
<b>PUOLTO</b> Potilastutkimuksissa puolto tarvitaan joko tulosyksikön ylilääkäriltä (yksi tulosyksikkö), tulosaluejohtajalta (useita tulosyksiköitä) tai johtajayliääkäriltä (useita tulosalueita).	
<input checked="" type="checkbox"/> Puollan hakemusta	
<input type="checkbox"/> En puolla, perustelut	
15.10.2012	
	
Allekirjoitus	
R. PIETARINEN-KYTÖNEN, YLILÄÄKÄRI 71220	
Nimen selvennys, virka-asema	

PÄÄTÖS	
<input checked="" type="checkbox"/>	Myönnän tutkimusluvan
<input type="checkbox"/>	Myönnän tutkimusluvan, mutta ennen tutkimuksen aloittamista tutkimukselle tulee hakea tutkimuseettisen toimikunnan lausunto / johtajayliääkärin lupa rekisteritutkimuksia varten / STM:n lupa rekisteritutkimuksia varten / KYS:n henkilöstöpäällikön lupa henkilökuntaa koskevia tutkimuksia varten / muu lupa, mikä
<input type="checkbox"/>	Tulosyksikön / -alueen ylihoitajan / hallintoylihoitajan päätös nro <u>5/2012</u> <u>29.10.2012</u>
Minna Taam-Ukkonen ylihoitaja-opetus palveluyksikön johtaja Kliniset henkilöstöpalvelut	
 Allekirjoitus	
Nimen selvennys	
YHTEYSHENKILÖ KYSISSÄ (Tulosyksikön /-alueen ylihoitaja tai hallintoylihoitaja nimeää)	
<u>ARI. LAPPALAINEN</u>	<u>ANESTESIA - LEIKKAUSYKSIKÖ 4302</u>
Nimi	Työyksikkö
<u>ARI. LAPPALAINEN @ KUH.FI</u>	
S-posti	Puhelin

## LIITTEET

- |                          |                     |       |       |
|--------------------------|---------------------|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Tutkimussuunnitelma | _____ | sivua |
| <input type="checkbox"/> | Rahoitussuunnitelma | _____ | sivua |
| <input type="checkbox"/> | Muita liitteitä     | _____ | sivua |

