



**TARKISTUSLISTAN MERKITYS
POTILAAN
INTRAOPERATIIVISESSA
HOITOVAIHEESSA**

Piia Nykänen

Paula Rinneaho

Opinnäytetyö
Lokakuu 2013
Hoitotyönkoulutusohjelma
Hoitotyön
suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

NYKÄNEN, PIIA & RINNEAHO, PAULA:

Tarkistuslistan merkitys potilaan intraoperatiivisessa hoitovaiheessa

Opinnäytetyö 82 sivua, joista liitteitä 14 sivua
Lokakuu 2013

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää perioperatiivisten sairaanhoitajien näkemyksiä leikkaussalin tarkistuslistan käytöstä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkaussaleissa. Opinnäytetyön ongelmia olivat: Miten perioperatiiviset sairaanhoitajat ovat käyttäneet tarkistuslistaa? Mitä hyötyä tarkistuslistan käytöstä on? Miten perioperatiiviset sairaanhoitajat käsittävät tarkistuslistan osana potilasturvallisuutta?

Opinnäytetyön menetelmänä käytimme määrällistä eli kvantitatiivista menetelmää. Tutkielmamme tiedonkeruumenetelmänä käytimme strukturoitua sähköistä kyselylomaketta. Kyselylomakkeen loppuun lisäsimme yhden avoimen kysymyksen. Lähetimme kyselylomakkeen keväällä 2013 sähköisesti 175 sairaanhoitajalle. Vastauksia kyselyymme saimme 76. Vastausprosentti oli 43 %.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa sairaanhoitajien näkemyksiä tarkistuslistan käytöstä ja sen pohjalta lisätä tietoa tarkistuslistan hyödyistä ja haitoista. Tavoitteena oli myös lisätä esimiesten ja hoitohenkilökunnan tietoa tarkistuslistan käytöstä osana potilasturvallisuutta. Tätä tietoa voidaan hyödyntää potilasturvallisuutta ja sen laatua arvioitaessa. Lisäksi toivomme, että työstämme olisi hyötyä uusien sairaanhoitajien ja sairaanhoitajaopiskelijoiden perehdyttämisessä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan suurin osa kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista on sitä mieltä, että tarkistuslistan käyttäminen apuvälineenä on helppoa ja sujuvaa, eikä sen vaiheiden läpikäynti vie aikaa muulta työskentelyltä. Sairaanhoitajien mielestä tarkistuslistan avulla potilasturvallisuus paranee ja hoidon jatkuvuus voidaan turvata. Lisäksi sairaanhoitajat kokevat tarkistuslistan tuovan varmuutta omaan työskentelyyn ja lisäävän yhteistyötä leikkaustiimin välillä. Tulosten mukaan sairaanhoitajat kokevat työmotivaationsa ja ammatillisen pätevyytensä keskimäärin erittäin hyväksi sekä toiminnan työyksikössään laadukkaaksi.

Lopuksi voidaan todeta, että tarkistuslista on käytössä leikkaustoiminnassa melko aktiivisesti ja siitä koetaan olevan hyötyä niin sairaanhoitajien kuin potilaidenkin kannalta. Tarkistuslistan käyttöä kehitettäessä tulisi sopia yhdessä kuka vetää tarkistuslistan läpi sekä tarjota työntekijöille koulutusta aiheeseen liittyen.

Asiasanat: tarkistuslista, perioperatiivinen sairaanhoitaja, potilasturvallisuus, laatu

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

NYKÄNEN, PIIA & RINNEAHO, PAULA:

Significance of the Surgical Safety Checklist at the patient's intra operative care stage

Bachelor's thesis 82 pages, appendices 14 pages

October 2013

The purpose of this thesis was to determine the nurses' views on the use of the Surgical Safety Checklist in Pirkanmaa Hospital District and to add the information of the superiors and of the nursing staff as a part of the patient safety.

This study is quantitative. The data were collected in spring 2013 with a questionnaire from the employees. Altogether 175 questionnaires were sent and 76 were returned, thus the response rate was 43 %.

According to the results of this bachelor's thesis the majority of the nurses who answered the survey think that the usage of Surgical Safety Checklist is easy and fluent and going through its stage does not take time from other working. The nurses also think that the usage of the checklist brings certainty to their working and increases co-operation between the operating team.

Key words: surgical safety checklist, perioperative nurse, patient safety, quality

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Intraoperatiivinen hoitovaihe	8
3.2	Leikkaussalin tarkistuslista	10
3.3.	Perioperatiivinen sairaanhoitaja.....	14
3.4.	Sairaanhoitajien motivaatio ja asenteet.....	16
3.5.	Potilasturvallisuus	19
3.6	Hoitotyön laatu	23
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	26
4.1	Kvantitatiivinen tutkimus	26
4.2	Kyselylomake	27
4.3	Tutkimusaineiston käsittely	29
4.4	Tutkimustulosten esittäminen	30
5	OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYSTARKASTELU	32
5.1	Luotettavuus.....	32
5.2	Eettisyys	34
6	TUTKIMUSTULOKSET	37
6.1	Vastaajien taustatiedot	37
6.2	Tarkistuslistan vaiheet ja niiden suorittaminen	39
6.3	Hoidon jatkuvuuden turvaaminen.....	41
6.4	Tarkistuslista osana potilasturvallisuutta	43
6.5	Sairaanhoitajien kokema hyöty tarkistuslistasta	45
6.6	Sairaanhoitajien kokema työmotivaatio.....	48
6.7	Hoitotyön laatu	50
6.8	Sairaanhoitajien kokema ammatillinen pätevyys.....	52
6.9	Sairaanhoitajien mielipiteitä ja kommentteja tarkistuslistan käytöstä.....	54
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITYSEHDOTUKSET	58
8	POHDINTA.....	62
	LÄHTEET	62
	LIITTEET	69
	Liite 1. Taulukko aihetta käsittelevistä tutkimuksista	69
	Liite 2. Saatekirje	73
	Liite 3. Kyselylomakkeen kysymykset	74
	Liite 4. WHO:n tarkistuslista.....	81
	Liite 5. WHO:n tarkistuslista suomeksi	82

1 JOHDANTO

Leikkauksia suoritetaan jokaisessa yhteisössä, niin kaupungeissa kuin maaseudullakin. Vaikka leikkausten avulla voidaan pelastaa raaja tai ihmishenki, liittyy siihen huomattava komplikaatioiden riski. Maailmassa tehdään vuosittain 235 miljoonaa leikkausta, joissa vakavasti vammautuu vähintään seitsemän miljoonaa ja kuolee miljoona ihmistä. Tutkimustiedon perusteella voidaan sanoa, että jopa puolet leikkaussaleissa sattuneista komplikaatioista voitaisiin ehkäistä, koska ne johtuvat inhimillisistä tekijöistä. Tarkkaavaisuuden lisäksi leikkaustuloksen onnistumiseen liitetään usein myös tiimityöskentelyn laatu. (Haynes ym. 2009, 491; Ikonen 2010, 78.)

Erehtyminen ja unohtaminen on inhimillistä. Terveystieteiden tutkimuksissa tapahtuu jatkuvasti pieniä sekä suurempia unohduksia. Harmitonkin virhe tai unohdus esimerkiksi toimenpiteen valmisteluvaiheessa voi koitua potilaan kohtaloksi. Unohdusten välttämiseksi tarkistuslistojen käyttö on tarpeellista. Terveystieteiden tutkimuksissa on muistina tukena käytetty tarkistuslistoja jo kymmeniä vuosia, mutta monet listat ovat olleet vain yksittäisten työntekijöiden tai työyksiköiden käytössä. Tarve tarkistuslistojen käytön kehittämiseen on lähtenyt läheltä piti –tilanteiden sekä sattuneiden virheiden pohjalta. Erityisesti tarkistuslistoista on todettu olevan hyötyä työpisteissä, joissa vaaditaan tarkkaavaisuutta sekä monien asioiden yhtäaikaista hallitsemista nopeassa työtahdissa. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 274–276.)

Kirurgiseen leikkaustoimintaan suunnitellun tarkistuslistan on kehittänyt maailman terveysjärjestö WHO vuonna 2007 parantamaan potilasturvallisuutta. 19-kohtaisen tarkistuslistan avulla voidaan ehkäistä tapaturmien sattumista leikkauksissa. Mallia tarkistuslistaan on otettu ilmailualasta, jossa vastaavanlaiset tarkistuslistat ovat olleet käytössä jo vuosikymmeniä positiivisin tuloksin. (THL 2012; Ikonen & Pauniahho 2010, 108.) WHO:n tarkistuslistan pilottitutkimuksessa näkyi selvästi leikkauksien tarkistuslistan käyttöönoton jälkeiset vaikutukset: leikkauskomplikaatioiden ja kuolleisuuden vähentyminen yli kolmanneksella sekä haavainfektioiden määrä putosi lähes puolella ja uusinta-toimenpiteiden tarve väheni myös merkittävästi. (Ikonen 2010, 78.)

Leikkaustiimin tarkistuslistan käytöstä Suomessa on tehty tutkimus keväällä 2013. Kysely tarkistuslistan käytöstä lähetettiin 37:een julkisen terveydenhuollon leikkausyksik-

köön. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka laajasti tarkistuslista on käytössä Suomessa. Tutkimuksen mukaan leikkaustiimin tarkistuslistaa käyttää 32 julkisen terveydenhuollon leikkausyksikköä. Näistä leikkausyksiköistä 93 % käyttää tarkistuslistaa yli 50 %:ssa leikkaustoimenpiteistä ja 90 % leikkausyksiköistä kirjaa tarkistuslistan käytön. Ylivoimaisesti suurin osa leikkausyksiköistä kokee leikkaustiimin tarkistuslistan käytön hyödylliseksi. (Holmberg, Inkinen & Volmanen 2013.) WHO:n sivuilla on rekisteröity tammikuussa 2012 lähes 4000 sairaalaa yli 120 maasta tarkistuslistan käyttäjiksi. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 278.)

Opinnäytetyömme tehdään yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkaus- ja anestesiaosastojen kanssa. Työelämäpalaverissa saimme tavoitteeksemme selvittää, kuinka tarkistuslistan käyttöönotto on sujunut, mikä sen merkityksellisyys on ja mitkä ovat syyt, jos sitä ei työssä käytetä. Teemme teorian pohjalta kyselylomakkeen, jossa kartoitamme edellä mainittuja asioita. Valitsimme aiheen sen kiinnostavuuden perusteella. Lisäksi haluamme saada tarkistuslistasta lisätietoa, jotta ymmärrämme itse sen tarpeellisuuden ja konkreettisen hyödyn paremmin.

2 TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien näkemyksiä tarkistuslistan käytöstä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkaussaleissa.

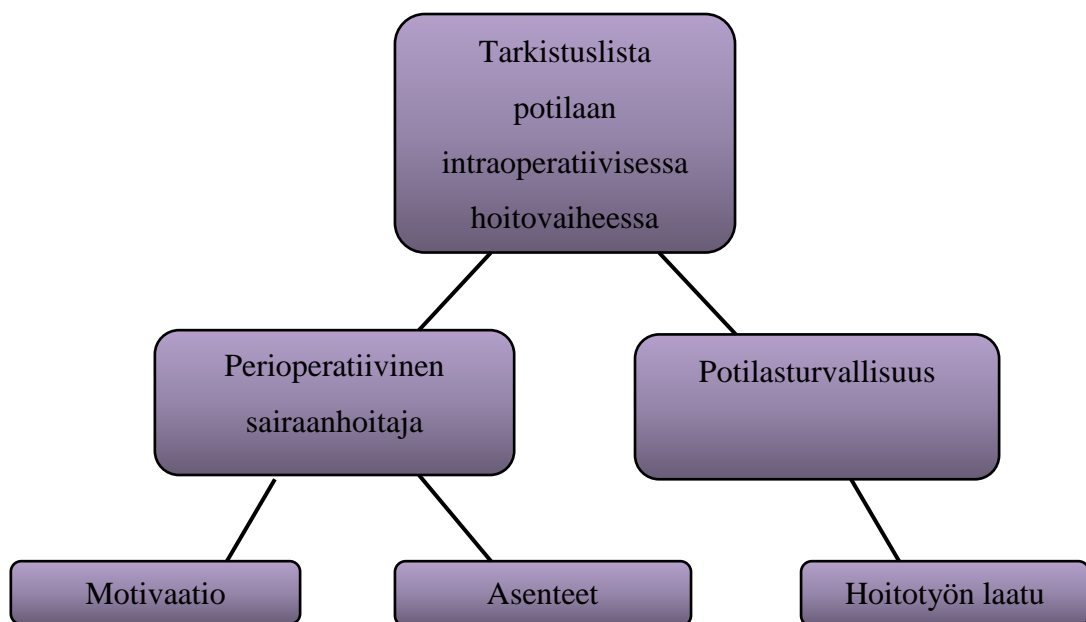
Opinnäytetyön ongelmat ovat:

1. Miten perioperatiiviset sairaanhoitajat ovat käyttäneet tarkistuslistaa?
2. Mitä hyötyä tarkistuslistan käytöstä on?
3. Miten perioperatiiviset sairaanhoitajat käsittävät tarkistuslistan osana potilasturvallisuutta?

Opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa sairaanhoitajien näkemyksiä tarkistuslistan käytöstä ja sen pohjalta lisätä tietoa tarkistuslistan hyödyistä ja haitoista. Tavoitteena on myös lisätä esimiesten ja hoitohenkilökunnan tietoa tarkistuslistan käytöstä osana potilasturvallisuutta. Tätä tietoa voidaan hyödyntää potilasturvallisuutta ja sen laatua arvioitaessa. Lisäksi toivomme, että työstämme olisi hyötyä uusien sairaanhoitajien ja sairaanhoitajaopiskelijoiden perehdyttämisessä. Uskomme, että opinnäytetyön kautta opimme myös itse tarkistuslistan käyttöä ja tätä kautta se kehittää omaa ammatillisuuttamme.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme aiheena on tarkistuslistan merkitys leikkaussalissa, joten tärkein käsite on tarkistuslista potilaan intraoperatiivisessa hoitovaiheessa. Koska tarkistuslistaa käytetään leikkausosastoilla, nousevat seuraaviksi tärkeiksi käsitteiksi perioperatiivinen sairaanhoitaja sekä hänen motivaationsa ja asenteensa tarkistuslistan käyttöä kohtaan. Lisäksi koemme, että laadukkaan hoitotyön kautta potilasturvallisuus nousee työssämme vahvasti esiin tarkistuslistan käytön yhteydessä. Opinnäytetyömme keskeiset käsitteet on esitetty tiivistetysti seuraavassa kuviossa (Kuvio 1).



KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

3.1 Intraoperatiivinen hoitovaihe

Intraoperatiivinen hoitovaihe alkaa potilaan tullessa leikkausosastolle ja päättyy, kun potilas siirretään heräämöhön (Korte, Rajamäki, Lukkari & Kallio 1996, 350). Intraoperatiiviselle hoitotyölle ominaista on intensiivinen ja systemaattinen moniammatillisen tiimin ryhmätyö, jonka tavoitteena on potilaan perus- ja erityistarpeiden tyydyttäminen. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 20.) Leikkausosastolla potilaan hoidosta vastaa tiimi, jonka jäsenet työskentelevät ammattiroolinsa ja vastualueidensa mukaisesti. (Panellius & Varisto 1995, 12.)

Intraoperatiivinen hoitovaihe sisältää potilaan voimien ja tajunnantason jatkuvan arvioinnin, anestesiaan ja leikkaukseen liittyvien hoitoteknologisten ja hoitomenetelmien hallinnan. Lisäksi siihen kuuluu potilaan henkinen tukeminen ja turvallisen leikkaus- asennon löytäminen sekä aseptisten olosuhteiden valmistelu ja ylläpito koko leikkauksen ajan. Lopuksi huolehditaan leikkauksen ja anestesiahoidon tarkasta kirjaamisesta ja raportoinnista. (Lukkari ym. 2007, 20.)

Potilaan siirtyessä leikkausosastolle antaa vuodeosaston sairaanhoitaja leikkausosaston sairaanhoitajalle raportin suullisesti sekä kirjallisesti hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Suullisesti raportoidaan olennaiset ja hoitoturvallisuuden kannalta tärkeät tiedot. Raportissa tulee käydä läpi potilaan henkilötiedot, diagnoosi sekä tehtävä toimenpide. Lisäksi kerrotaan, onko potilas saanut esilääkityksen, kuinka kauan on ollut ravinnotta, onko perussairauksia ja niihin lääkityksiä. Mainita tulee myös potilaan allergiat, mahdolliset tutkimustulokset ja verivaraukset. Lopuksi varmistetaan leikkausalue. (Panellius & Varisto 1995, 12; Lukkari ym. 2007, 237.) Potilaan vastaanottotilanteessa suositellaan olevan paikalla kaikkien kolmen perioperatiivisen sairaanhoitajan sekä mahdollisuuksien mukaan myös lääkintävahtimestari. Ensimmäinen tapaaminen hoitosuhteen luomisen perustana on tärkeää potilaan sekä sairaanhoitajan kannalta. Sairaanhoitajalta odotetaan aktiivista huomaavaisuutta potilasta kohtaan. (Lukkari ym. 2007, 235–236.)

Alkutarkistus suoritetaan ennen anestesian aloitusta. Siinä potilaalta varmistetaan vielä henkilöllisyys ja suoritettava leikkaus. Lisäksi anestesiologilta kysytään arviota verenvuodosta ja allergioista sekä varmistetaan, että anestesiapuoli on tehnyt tarvittavat turvatarkastukset ja on valmiina aloittamaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013; World Health Alliance 2008, 6–8.)

Ennen toimenpiteen aloitusta suoritetaan aikalisä jossa jokainen tiimin jäsen esittäytyy, jotta kaikki salissa olevat tuntevat toisensa nimeltä sekä tietävät toistensa toimenkuvan. Aikalisän aikana varmistetaan vielä kerran yhdessä, että leikkauspöydällä on oikea potilas kenelle ollaan tekemässä oikea toimenpide oikeaan leikkauskohteeseen. Lisäksi varmistetaan, että antibioottiprofylaksia on annettu 60 minuutin sisällä jos toimenpiteen vaatii. Ennen viiltoa leikkaustiimi käy myös yhdessä läpi toimenpiteen kulun ja kriittiset vaiheet tarkistuslistaa apuna käyttäen. Mahdolliset tutkimustulokset otetaan esille ennen toimenpiteen aloitusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013; World Health Alliance 2008, 6-8.)

Tarkistuslista edellyttää toimivaa yhteistyötä tiimin jäsenten välillä ja samalla se muokkaa toimintatapoja leikkaussalissa systemaattisempaan suuntaan. Tarkistuslista on suorassa vaikutuksessa leikkaussalikulttuuriin, koska yleensä tiimin jäsenet eivät esittäydy rutiininomaisesti jokapäiväisessä leikkaussalitoiminnassa. Tämä on kuitenkin oleellinen asia potilasturvallisuuden näkökulmasta, varsinkin toimipaikoissa, joissa työntekijät vaihtuvat usein ja opiskelijoita on mukana hoitoprosesseissa. (Väisänen 2011, 20–21.)

Viimeinen vaihe eli lopputarkistus käydään läpi heti kun leikkaushaava on saatu suljettua, tai viimeistään ennen kuin potilas siirretään tarkkailuun heräämöhön. Leikkaustiimi käy taas yhdessä läpi potilaan diagnoosin ja mikä toimenpide on tehty sekä varmistaa, että seuranta ja jatkohoito-ohjeet on kirjattu. Sairaanhoitajat laskevat ja vahvistavat yhdessä, että kaikki instrumentit ja muut leikkausvälineet ovat tallessa. Lisäksi huolehditaan leikkauksessa mahdollisesti otettujen näytteiden merkitsemisestä sekä epäkunnossa olevien leikkausvälineiden huoltoon lähettämisestä. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2013; World Health Alliance 2008, 6–8.)

Potilaan intraoperatiivisen hoitovaiheen onnistumisen kannalta on tärkeää, että nimetään yksi henkilö vastaamaan tarkistusprosessin jokaisen vaiheen toteutumisesta. Näin varmistetaan, ettei leikkaussalin monimutkaisessa ja kiireellisessä ympäristössä siirrytä leikkauksen vaiheesta seuraavaan ilman kaikkia potilasturvallisuutta ylläpitäviä tarkistuksia. Tarkistuslistan vaiheiden läpikäynti on leikkaustiimin yhteistyötä, vaikka yksi henkilö onkin vastuussa siitä. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2013.)

3.2 Leikkaussalin tarkistuslista

Kirurgisen tarkistuslistan tavoitteena on vähentää inhimillisistä unohduksista johtuvien virheiden riskiä. Tarkistuslistoja on olemassa kahdenlaisia: työlistoja ja varmistuslistoja. Työlistat toimivat muistin tukena ja ohjaavat työtä siten, että työntekijä etenee listan määräämässä järjestyksessä. Varmistuslistoja käytetään, jotta varmistutaan kaikkien oleellisten toimenpiteiden suorittamisesta ennen eteenpäin siirtymistä. Varmistuslistasta on hyötyä erityisesti tilanteissa, joissa valmistelutoimenpiteiden tarkistus on jätetty

muistin varaan. Käytettiinpä kumpaa listaa tahansa, on tarkistuslistan oltava ennen kaikkea helppokäyttöinen, tai sen rutiininomainen käyttö jää pois. (Helovuo 2009, 106.)

Kirurgisista tarkistuslistoista löytyy hyvin erilaisia esimerkkejä, joita käytetään joko sairaalakohtaisesti, maansisäisesti tai maailmanlaajuisesti. Yhdysvalloissa useat sairaalat ovat muodostaneet omat toimivat tarkistuslistansa, joko kirjainyhdistelmillä, jotka muodostuvat tarkistettavista asioista, tai erilaisin aikalisälapuin, jotka on sijoitettu instrumenttien sekaan. (McNamara 2011, 121–122.) Hollannissa puolestaan tarkistuslista on kehitetty koko hoitoprosessille. Lista on suunniteltu monitieteelliseksi ja se sisältää huomioitavia kohtia koko hoitopolulle. Joidenkin tarkistusten jättäminen vasta leikkauspöydällä suoritettavaksi voi johtaa leikkauksen siirtymiseen tai vaarantaa leikkaustuloksen. Moniin virheisiin voidaan puuttua jo ennen leikkaussalia. Listan hyötyjä käsittelevässä tutkimuksessa huomattiin, että varsinkin antibioottiprofylaksian antaminen potilaille parani huomattavasti listan käyttöönoton jälkeen. Kokonaisvaltaisen tarkistuslistan käytön Hollannissa on myös todettu vähentävän leikkauksiin liittyviä komplikaatioita ja parantavan hoidon tasoa. (de Vries ym. 2010,1, 6; de Vries ym. 2010, 1935–1936.)

Tunnetuin ja eniten keskustelluin kirurginen tarkistuslista on syntynyt WHO:n potilasturvallisuusliitto WAPS:in (World Alliance for Patient Safety) vuonna 2007 käynnistämän maailmanlaajuisen leikkaustoimenpiteisiin liittyvien haittojen vähentämishojelman tuloksena (Pauniahho & Ikonen 2010, 333). Tarkistuslista (liite 4) on luotu parantamaan leikkausturvallisuutta, tiimityötä sekä tiedonkulkua. Sen avulla voidaan varmistaa, että kaikki potilasta koskevat tiedot ja toimet on huomioitu sekä toteutettu aina ennen seuraava vaihetta. (THL – Potilasturvallisuutta taidolla 2012.) Tarkistuslista helpottaa sairaanhoitajien työtä, koska heidän ei tarvitse enää luottaa vain muistiinsa ja tarkkaavaisuuteensa (Helovuo, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 208).

Mallia WHO:n listalle haettiin ilmailussa jo vuosia käytössä olleesta tarkistuslistasta, jonka systemaattisesta toteuttamisesta on seurausta lentoturvallisuuden korkea nykytaso. Listaa työstettiin yhteistyössä kirurgien, anestesiologien, sairaanhoitajien, potilasturvallisuusasiantuntijoiden sekä potilaiden kanssa. Tuloksena saatiin yhdelle sivulle mah- tuva, kolme vaihetta käsittävä 19-kohtainen lista, jonka läpikäyminen vie 2-3 minuuttia. (Pauniahho & Ikonen 2010, 333; World Health Alliance 2008, 2.) Yksi henkilö huolehtii listan läpikäymisestä. Tämä henkilö on yleensä valvova sairaanhoitaja, mutta voi olla kuka tahansa muukin leikkaustiimin jäsen. (Ikonen & Pauniahho 2010, 108.) Tarkistus-

listan kohdat luetaan ääneen ja tarkistukset vahvistetaan sekä tehdään tarvittaessa korjaukset, jotta voidaan siirtyä seuraavaan vaiheeseen. Kunhan kaikki leikkaustiimin jäsenet oppivat tarkistuslistan käytön, voidaan varmistukset sanoa muun työn ohessa ilman, että listan vetäjän tarvitsee varsinaisesti keskeyttää työtä. (THL – Potilasturvallisuutta taidolla 2012; World Health Alliance 2008, 6.)

WHO:n tarkistuslistan vaikutusta testattiin vuosina 2007- 2008 kahdeksassa sairaalassa eri puolilla maailmaa (liite 1, taulukko aihetta käsittelevistä tutkimuksista). Mukaan valittiin tarkoituksellisesti eri puolilta maailmaa olevia maita, jotta ne edustaisivat kattavasti eri sosioekonomisia elinoloja. Kokeeseen hyväksyttiin kaikki yli 16-vuotiaat kirurgiset potilaat, poissulkien sydänleikkausta tarvitsevat potilaat. Lista käännettiin kunkin maan äidinkielelle ja esiteltiin leikkaustiimeille. Opetusmetodeina käytettiin luentoja, kirjoitettuja materiaaleja sekä käytännönohjausta. Tulosten keräämisestä vakioiduille lomakkeille huolehti paikallinen tutkimusaineiston kerääjä. Nämä kerääjät tarkkailivat jokaista leikkauspotilasta kotiutukseen tai 30:teen postoperatiiviseen päivään asti ja kirjasivat ylös mahdolliset komplikaatiot tai kuoleman. Tulokset olivat loistavat: komplikaatiot putosivat 11 %:sta seitsemään prosenttiin ja kuolemien määrä 1,5 %:sta 0,8 %:iin. Näiden lukujen putoaminen todisti, että tarkistuslistan avulla potilasturvallisuutta voidaan parantaa eritasoisissa terveydenhuollon ympäristöissä. Tarkistuslistan käyttöönotto ja näiden tulosten saaminen edellytti muutoksia sekä järjestelmässä että yksittäisissä tiimin jäsenissä. (Haynes ym. 2009, 493–497.) Salmenperä ja Hynynen (2013, 110) mainitsevat artikkelissaan, että edellä mainittu ryhmä on toteuttanut menetelmällisesti samanlaisen tutkimuksen, jonka kohteena olivat päivystyspotilaat. Komplikaatioiden määrä putosi 18,4 %:sta 11,7 %:iin ja kuolemantapausten määrä 3,7 %:sta 1,4 %:iin. Tutkimuksen tulokset todistivat, että tarkistuslistan käyttöönotolla voidaan vähentää leikkauskuolleisuutta ja -komplikaatioita myös tässä potilasryhmässä. (Salmenperä & Hynynen 2013, 110; Weiser, Haynes, Dziekan, Berry, Lipsitz, Gawande 2010.)

WHO:n tarkistuslistan asema maailmalla on sittemmin vakiintunut. Esimerkiksi Englannissa viranomaiset ovat vuodesta 2010 asti edellyttäneet sen käyttöä kaikilla kirurgista hoitoa tarvitsevilla potilailla (Pesonen 2011, 20). Suomessa useat tarkistuslistan kohdat ovat olleet käytössä jo vuosia, mutta niiden käyttö ei ole ollut systemaattista. WHO:n työstämä tarkistuslista on käännetty suomeksi (liite 5) ja sitä kannustetaan muokkaamaan olosuhteisiin sopivaksi. (Pauniahho & Ikonen 2010, 333.) Suomessa yleis-

sessä käytössä olevasta listasta on poistettu joitain tänne turhia kohtia ja vastaavasti taas lisätty mm. anestesiaan liittyviä seikkoja. Suomessa voidaan automaattisesti lähtökohtana pitää anestesiakoneiden olevan toimintakunnossa tai potilaalla olevan pulssioksimetri aivan pienissäkin toimenpiteissä. WHO:n tarkistuslistaa testattiin TYKS:n, TAYS:n, HYKS:n ja Vaasan keskussairaalassa erikseen valituilla erityisaloilla. Testauksen jälkeen lääkäreille ja valvoville sairaanhoitajille tehtiin strukturoitu kyselytutkimus, jossa selvisi, että tarkistuslistan käyttö vaikutti positiivisesti tiedon kulkuun sekä yleiseen huolellisuuteen. Koko tiimin tieto allergioista, perussairauksista ja lääkkeistä lisääntyi, toimenpide tunnettiin paremmin, kriittisistä vaiheista puhuttiin useammin ja postoperatiivisten määräysten kirjauksien tekeminen parani. (Pesonen 2011, 18, 20; Ikonen & Pauniahho 2010, 108–110.)

Vuoden 2012 lopussa Potilasvakuutuskeskus linjasi, että tarkistuslistan tulisi olla käytössä osana leikkaushoitoprosessia kaikissa Suomen sairaaloissa, joissa leikkauksia suoritetaan. Tarkistuslistan voidaan myös katsoa kuuluvaksi potilasvahinkolakiin (25.7.1986/585), jossa määritellään kokeneen terveydenhuollon ammattilaisen osaamistason vaatimukset. (Potilasvakuutuskeskus 2012.) Listan käytöstä tehtiin kysely ajalla 14.12.2012–15.2.2013 julkisen terveydenhuollon leikkausyksiköille, koska haluttiin selvittää tarkistuslistan käytön laajuus Suomessa. 37 yksiköstä 32 vastasi kyselyyn ja näistä yksiköistä 97 %:ssa käytetään tarkistuslistaa aktiivisesti. Virallinen päätös käytöstä on 90 %:ssa näistä yksiköistä ja valtaosassa tarkistuslista onkin käytössä yli puolessa leikkauksista. Listan käyttö kirjataan potilasasiakirjoihin yli 90 %:ssa leikkausyksiköistä. Näiden lukujen perusteella voidaan sanoa, että listan käyttö yleistyy maassamme koko ajan. (Holmberg ym. 2013.) Vaikka tutkimustulokset ovat olleet näinkin hyvät, on listan käyttöönotto kuitenkin ollut paikoitellen hidasta ja kohdannut myös vastarintaa. Osa listan asioista voidaan kokea itsestäänselvyyksinä tai normaaliin työhön kuuluvina. Käyttöönottoa voidaan parantaa paremmalla perustelulla ja kouluttamisella. (Salmenperä & Hynynen 2013, 110.)

Kirurginen tarkistuslista on halpa ja nopeakäyttöinen apuväline. Systemaattisesti käytettynä tarkistuslistan avulla voidaan pienentää leikkauksista johtuvien komplikaatioiden määrää ja vähentää niistä johtuvia kustannuksia. Lisäksi tarkistuslistan käytön on huomattu vähentävän postoperatiivisia leikkauksesta johtuvia infektioita. (Ikonen 2010, 81.) WHO markkinoi tarkistuslistaa erityisesti potilasturvallisuutta lisäävänä apuvälineenä, mutta sen hyötyä voidaan mitata myös rahassa. Vuosina 2007–2008 potilasvakuutus-

keskus joutui korvaamaan yli 2400 potilasvahinkoa, jotka olivat aiheutuneet joko leikkaus- tai anestesiatoimenpiteistä. Korvaussumma lähenteli 60 miljoonaa euroa ja suurin osa näistä vahingoista johtui puutteellisesta teknisestä toteutuksesta. Tarkistuslistan käytöllä näitä virheitä voidaan ehkäistä. Sen tarkoituksena on tukea leikkaustiimin toimintaa, joka takaa mahdollisimman hyvän lopputuloksen. Sen käyttö ei kohdistu kirurgien tai sairaanhoitajien ammattitaitoon tai toiminnan sisältöön. Tarkistuslistan käytön ja ylläpidon edellytyksenä on hyvä yhteistyö leikkaustiimin kesken. (Pauniahho & Ikonen 2010, 335; Valvira - Sosiaali- ja terveystalalan lupa- ja valvontavirasto 2011.)

3.3. Perioperatiivinen sairaanhoitaja

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 564/1994 määrittää oikeuden sairaanhoitajille harjoittaa ammattiaan. Potilasturvallisuuden ja terveydenhuollon palvelujen laadun edistäminen on lain tarkoitus. Sairaanhoitajien velvollisuus on lain ja eettisten ohjeiden mukaan edistää ja ylläpitää terveyttä, ehkäistä sairauksia sekä parantaa sairaita ja lievittää kärsimyksiä. Lisäksi sairaanhoitajien velvollisuus on ylläpitää ja parantaa omaa ammattitaitoa. Ammatillista toimintaa ohjaavat säädökset ja määräykset sekä erityisesti potilaan oikeuksia koskevat säädökset tulee olla sairaanhoitajalla tiedossa. Sairaanhoitajia myös sitoo elinikäinen vaitiolovelvollisuus potilaiden henkilökohtaisista tiedoista. (Puttonen 2012.)

Työssään perioperatiivisen sairaanhoitaja tulee olla ammattitaitoinen, oma-aloitteinen, itsenäinen sekä vastuullinen. Hänen tulee olla tietoinen omista tehtävistään ja niiden tuomasta vastuusta ammattitaitonsa edellyttämällä tavalla. Perioperatiivisen sairaanhoitajan tulee myös tiedostaa, mitkä tehtävät ovat toisten ammattiryhmien vastuulla ja osata sovittaa oma työskentelynsä niin, että työtehtävistä muodostuu kokonaisuus, joka pitää sisällään laadullisesti hyvän hoidon. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 27–29.)

Instrumentoivan sairaanhoitajan vastuu alkaa steriilien olosuhteiden luomisella, joita hän ylläpitää koko toimenpiteen ajan. Hänen vastuullaan on tarvittavien leikkaushoitovälineiden varaaminen saliin sekä niiden tarkistaminen ja laskeminen. Toimenpiteen aikana instrumentoivan sairaanhoitajan vastuulla on potilaan turvallisuudesta huolehtiminen sekä kirurgin työn helpottaminen ja avustaminen. (Korte ym. 1996, 20.)

Anestesiahoitaja aloittaa oman vastualueensa valmistelun varaamalla kaikki tarvittavat välineet anestesiaa varten valmiiksi. Hänen vastuullaan on potilaan tarkkailu ja hoito leikkauksen aikana sekä ohjaaminen jos potilas on hereillä. Anestesiahoitaja kirjaa tarkasti anestesiaalomakkeelle koko toimenpiteen ajan sen aikana tapahtuneet asiat. Hänen vastuullaan on myös raportointi hoitovastuun siirtyessä heräämään. Anestesiahoitaja avustaa anestesia lääkäriä potilaan anestesian aloituksessa, ylläpidossa ja lopetuksessa. (Korte ym. 1996, 20.)

Valvovan sairaanhoitajan vastuualueeseen kuuluu isona osana koko leikkaustiimin toiminnan edistäminen ja hän toimiikin yhteistyössä koko leikkaustiimin kanssa. Hänen tehtävänsä on toimia instrumentoivan sairaanhoitajan apuna hoitovälineistön varaamisessa ja laskemisessa sekä lisäksi kirjata leikkauksessa tarvittavat välineet ylös. Valvovan sairaanhoitajan vastuulla on myös potilaan turvallisuutta varmistavat hoitotoimet kuten leikkausalueen valmistelussa avustaminen ja leikkausalueen ihodesinfektio. (Korte ym. 1996, 20.)

Sairaanhoitajilta, jotka työskentelevät perioperatiivisessa työympäristössä edellytetään kehittyneitä ammattitaitoja niin eettisissä kuin luotettavissakin päätöksentekotilanteissa, joita ovat esimerkiksi potilaan henkeä uhkaavan tilanteen varhainen tunnistaminen ja hallinta sekä potilaan tilan kokonaisvaltainen arviointi. (Silvennoinen, Salanterä, Meretoja & Junttila 2012, 23.) Silvennoinen ym. ovat tehneet tutkimuksen sairaanhoitajien ammatillisesta pätevyydestä perioperatiivisessa työympäristössä. Ammatillisen pätevyyden on kuvailtu tutkimuksessa tarkoittavan toiminnallista kyvykkyyttä soveltaa tietoa, taitoa, arvoja ja asenteita käytännön tilanteisiin. Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata sairaanhoitajien itsearvioitua ammatillista pätevyyttä. Tutkimusaineisto on kerätty erään yliopistollisen sairaanhoitopiirin leikkausosastojen sairaanhoitajilta. (Silvennoinen ym. 2012, 22–23.)

Sairaanhoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä keskimäärin hyväksi. Eettinen päätöksenteko, joustava toiminta, potilaan monipuolinen tarkkailu sekä potilaan yksilöllinen ohjaus arvioitiin kuitenkin erittäin hyväksi. Myös omasta ammattitaidosta huolehtiminen arvioitiin erittäin hyväksi. Juuri näillä kaikilla alueilla sairaanhoitajien ammatillisen pätevyyden odotetaan olevan erittäin hyvää. Tutkimuksessa ammatillinen pätevyys oli yhteydessä sairaanhoitajan ikään ja koulutustaustaan sekä alan kirjallisuuden säännölliseen seuraamiseen. Iäkkäämmät ja kokeneemmat sairaanhoitajat kokevat ammatil-

lisen pätevyytensä paremmaksi kuin nuoremmat vastavalmistuneet. Sairaanhoidajan kasvu vasta-alkajasta päteväksi asiantuntijaksi jatkuu läpi työuran. (Silvennoinen ym. 2012, 29–30.)

3.4. Sairaanhoidajien motivaatio ja asenteet

Sairaanhoidajien viihtyvyyttä työssään on tutkittu paljonkin, mutta työmotivaatio ei ole saanut yhtä paljon huomiota, koska se on usein yhdistetty työtyytyväisyyteen sekä työhön sitoutumiseen. Huttusen, Kvistin ja Partasen (2009, 21–23.) sairaanhoidajille tekemän tutkimuksen mukaan työmotivaation perustana on tehtävän työn tarkoituksen ja tarpeellisuuden tiedostaminen. Tutkimuksessa tarkoitus oli kuvata sairaanhoidajien työmotivaatiota edistäviä ja heikentäviä tekijöitä. Motivoitumisen tunnetta kuvailtiin siten, että töihin lähtee mielellään eikä siellä ollessaan koe olevansa tympääntynyt tai väsynyt. Vastavuoroisesti töihinsä kyllästyneet sairaanhoidajat kokivat omaavansa huonon työmotivaation. (Huttunen ym. 2009, 21- 23.)

Sairaanhoidajat kuvailivat työmotivaatiota edistäviksi tekijöiksi mahdollisuuden osallistua työpaikallaan asioiden suunnitteluun, hyvän työilmapiirin, toimivat työtilat, työkaaverit, jotka antavat palautetta sekä inhimillinen ja mahdollistava esimies. Vastaavasti työmotivaatiota heikentäviä tekijöitä olivat työpaikalla vallitseva kiire ja muutokset, pieni palkka, huonosti toimiva työympäristö, puutteet työvälineissä, kireä ilmapiiri työkaavereiden välillä sekä epäammattillinen esimies, joka ei arvosta työntekijöitään. Lisäksi työmotivaatioon yhteydessä oli sairaanhoidajaan itseensä liittyvät tekijät kuten ongelmat yksityiselämässä. Työmotivaatio koettiin tärkeäksi työyhteisön voimavaraksi. Työmotivaation luomiseen ja ylläpitoon tulisi olla sitoutuneena koko työyhteisö. (Huttunen ym. 2009, 21.)

Hoitotyön merkitys motivoi sairaanhoidajia. Tehtävänjakojen uudistuminen eri ammattiryhmien välillä ei saisi vaikuttaa sairaanhoidajien tehtävänkuvan mielekkyyteen. Hoitotyön esimiehillä on tärkeä rooli hoitohenkilöstön työmotivaation edistämässä sekä heikentämisessä. Esimiesten tehtävä on arvioida ja kehittää hoitotyön toimintaympäristöä, jotta se mahdollistaisi sairaanhoidajien laadukkaan hoitotyön. Esimiehen on myös tarjottava sairaanhoidajille mahdollisuus osallistua hoitotyön kehittämistä koskevaan päätöksentekoon. Hyvän työilmapiirin luominen ja ylläpitäminen työyhteisössä on sekä esimiesten että hoitohenkilöstön yhteinen haaste. Lisäksi jokainen sairaanhoidaja on

vastuussa omasta henkilökohtaisesta työmotivaatiostaan ja sen ylläpitämisestä. Edellytykset hyvälle työmotivaatiolle ovat myönteinen asennoituminen työhön ja elämään. (Huttunen ym. 2009, 26.)

Työmotivaatioon voidaan lukea kuuluviksi sekä sisäiset, että ulkoiset tekijät. Sisäisiin tekijöihin sisältyvät työn kiinnostavuus ja sen sisältö, päätöksenteko sekä oman osaamisensa hyödyntäminen. Sisäinen motivaatio on yhteydessä siihen, kuinka hyvin ihminen kokee voivansa kehittyä ja toteuttaa itseään työssä. Ulkoinen työmotivaatio tarkoittaa työstä saatuja palkkioita. (Nummelin 2008, 37.) Työssä tulisikin olla saavutettavissa olevat realistiset tavoitteet, joissa olisi myös haastetta. Sekä työn tulisi vastata työntekijän asettamia odotuksia, koska työ on muutakin kuin toimeentuloa. Työ, jossa voi toteuttaa tavoitteita, motivoi sekä sitouttaa työntekijää. (Hakanen, Ahola, Härmä, Kukkonen & Sallinen 2009, 20.) Kun työntekijällä motivaation ja ilon lähteenä on itse työ, hyötyvät työn ilosta kaikki. Keskeiset ilon aiheet hoitotyössä liittyvät potilaan hyvinvointiin, paranemiseen sekä onnistuneisiin hoitosuhteisiin. Potilas nauttii terveydenhuollossa työn ilon seurauksista ensimmäisenä ja siksi onnistuminen työssä tarkoittaa hyvää hoitoa potilaalle. Tästä syystä työn ilo onkin eettinen kysymys. Hoitotyössä koettun ilon edellytys on sairaanhoitajan näkökulmasta tahto asettautua hoitamiseen. Vuorovaikutus hoitotyössä perustuu sairaanhoitajan tahtoon ja motivaatioon tehdä työtä, jonka kokee merkitykselliseksi. (Haho 2010, 40–41.)

Jotta työntekijä voisi suorittaa työnsä sekä hyvin että voimia säästäen, edellyttää se häneltä ammatillista valmiutta ja osaamista vastata työn vaatimuksiin. Siksi ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen on tärkeää. Hoitotyön jatkuvien muutosten keskellä monitaitoinen tietoja ajan tasalla pitävä työntekijä on vahvoilla. Työntekijän kehittymiseen tulisikin panostaa, jotta osaaminen säilyisi uuden tekniikan ja uusien työmuotojen muuttuessa työn vaatimusten tasolla. Työntekijöiden osallistuminen koulutuksiin on pitkällä tähtäimellä tehokas tapa jaksaa työssä paremmin. Kun työntekijä osaa työnsä hyvin, sujuu työnteko ripeästi sekä olennaiset asiat huomioiden. (Hakanen ym. 2009, 29.)

Työhyvinvointi ei tarkoita stressin ja uupumuksen puuttumista vaan parhaimmillaan se voi olla hyvän mielen tunnetta ennen työpäivän alkua. Työntekijän tulisi olla ylpeä jos kokee työntöön inspiroivana ja haasteellisena. Kun ihminen voi työssään hyvin, voi hän myös työn ulkopuolella hyvin. (Hakanen ym. 2009, 86.) Työuupumuksen ja stressin takana voi olla useita eri syitä, kuten työpaikan sisäiset ristiriidat, ylikuormittava työ,

työn tavoitteiden epäselvyys sekä työntekijän vähäinen vaikutus kehittymismahdollisuuksiin. Organisaatiotasolla tulisi panostaa työhyvinvoinnista huolehtimiseen, jolloin vaikutukset ulottuisivat koko työyhteisöön. (Hakanen ym. 2009, 88–89.)

Huuskonen (2011, 40) mainitsee artikkelissaan hyvän motivaation, luottamuksen ja yhteishengen olevan seurausta siitä, että työpaikalla perusasiat ovat kunnossa. Perusasioilla tarkoitetaan, että tiimissä toiminnan tarkoitus on kaikille selvä. Tiimissä tulee rakentaa keskustellen yhteinen näkemys työn tekemisen ja aikaansaamisen tavoitteista, työn eri rooleista ja niiden vastuusta tiimissä sekä yhteisistä pelisäännöistä ja toimintamalleista. Työyhteisön sosiaalinen toimivuus ja hyvinvointi paranevat, kun perusasiat ovat kunnossa. (Huuskonen 2011, 40.)

Esimiehen johtamistapa on suorassa vaikutuksessa työntekijöiden työhyvinvointiin. Hänen sosiaalisella tuellaan ja palautteellaan on myönteinen vaikutus työntekijöihin. Esimiehen sosiaalinen tuki antaa työntekijälle kokemuksen hyväksynnästä ja arvostuksesta, joka lisää työtyytyväisyyttä. Esimiehen työstä tekee haastavan työntekijöiden erilaiset odotukset esimiestä kohtaan. Hyvä esimies osaa, haluaa ja jaksaa säädellä omia tyylejään johtaa jokaisen työntekijän kohdalla erikseen. Myönteiseksi on havaittu työhyvinvoinnin kannalta esimiehen ja työntekijän väliset keskustelut keskinäisistä odotuksista. Työntekijöiden odotusten kuuleminen on monien esimiesten mielestä auttanut heitä johtamistyössä. (Syvänen 2010, 11.)

Sosiaali- ja terveydenhuoltoala on voimakkaasti naisvaltainen (88 % naisia). Useista tutkimuksista nähdään, että terveysalalla työ koetaan fyysisesti ja psyykkisesti raskaaksi. Tämän vuoksi alalla esiintyy uupumusta, kokemusta kiireestä, vähäisiä vaikutusmahdollisuuksia sekä työpaikkakiusaamista. Näistä asioista huolimatta sairaanhoitajat kokevat työnsä suurimmaksi osaksi positiivisesti, koska työilmapiiri koetaan hyväksi ja sairaanhoitajat ovat sitoutuneita työhönsä. (Utriainen, Ala-Mursula & Virokannas 2011, 29–30.)

Ei ole olemassa yhtä ainoaa määritelmää joka kattaisi työhyvinvoinnin. Utriaisien, Ala-Mursulan ja Virokannaksen (2011, 30) artikkelissa kuvattiin työhyvinvoinnin tarkoittavan ammattitaitoisten työntekijöiden tekemää turvallista, terveellistä ja tuottavaa työtä hyvin johdetussa työyhteisössä. Työhyvinvointi on määritelty sairaanhoitajien näkökulmasta heidän kokemustensa ja tunteidensa kautta. Työhyvinvointi nähdään yhteisöl-

lisyytenä sekä yhteistoimintana sairaanhoitajien välillä, ja työn toteutus tapahtuu työntekijää tukevassa ja arvostavassa työyhteisössä. Olennainen työhyvinvointia tukeva kokemus sairaanhoitajille on korkeatasoisen potilashoidon onnistuminen. (Utriainen ym. 2011, 30.)

3.5. Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuutta voidaan tarkastella eri näkökulmista. Sosiaali- ja terveysministeriön näkökulmasta potilasturvallisuus pitää sisällään terveydenhuollossa työskentelevien ammattihenkilöiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoitus on turvata potilaan hoito ja suojata potilas vahingoilta. Sosiaali- ja terveysministeriön näkökulma painottaa erityisesti hoidon turvallisuuden varmistamista. Potilasturvallisuus potilaan näkökulmasta taas tarkoittaa, että hoidosta ei aiheudu mitään haittaa. Varmistamalla hoidon turvallisuus tulee toiminnan sisältää menettelytapoja, joiden tavoitteena on saavuttaa tavoiteltu hoitotulos. Tällaisia menettelytapoja ovat erimerkiksi erilaiset tarkistusmenettelyt, joiden tavoitteena on varmistaa, ettei mitään ole unohtunut ja kaikki asiat on toteutettu oikein. (Helovuola ym. 2011, 13.)

Suomen Potilasturvallisuusstrategia on julkaistu vuonna 2009. Potilasturvallisuusstrategian on laatinut potilasturvallisuushankkeen ohjausryhmä. Strategiassa tarkoitus on saada suomalaiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon yhtenäinen potilasturvallisuuskulttuuri ja ohjata sen toteutumista. Strategia tukee Suomen valtioneuvostoa potilasturvallisuus asioista päätettäessä ja niitä säädettäessä. Sekä myös palvelee sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja niiden potilaita turvallisen ja vaikuttavan hoidon toteuttamisessa. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 35.)

Potilasturvallisuusosaaminen käsitteenä nousee esiin Suomen potilasturvallisuusstrategiassa. Tämän käsitteen tarkoituksena on vahvistaa, että potilasturvallisuusosaamisen hallinta edellyttää kliinisten taitojen lisäksi paljon muutakin. Hoitoprosessissa vaaditaan turvallisuuden varmistamisen taitoa sekä inhimillisten virheiden hallintaa. Potilasturvallisuusstrategiassa on suositeltu, että terveydenhuollon tulisi ottaa mallia muilta turvallisuuskriittisiltä aloilta kuten ilmailualalta. (Helovuola 2011, 19.)

Potilasturvallisuusstrategiassa toiminnan ajatuksena on yhdessä edistää potilasturvallisuutta. Tulevaisuuden näkymänä on potilasturvallisuuden juurruttaminen sosiaali- ja

terveydenhuollon toiminnan rakenteisiin sekä toimintatapoihin. Potilasturvallisuusstrategian tavoitteena on potilaan osallistuminen potilasturvallisuuden parantamiseen, potilasturvallisuuden hallinta ennakoivasti, vaaratapahtumien raportointi ja niistä oppiminen, potilasturvallisuuden edistäminen suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin sekä potilasturvallisuuden huomioiminen terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 35.)

Intraoperatiivinen hoito sisältää paljon monimutkaisia hoitoprosesseja ja erehtyminen on mahdollista. Potilasturvallisuutta parannettaessa tulisi huomio suunnata yksittäisen työntekijän toiminnan sijasta koko organisaatioon. Turvallisen hoitoprosessin perustan antaa potilasturvallisuutta arvostava organisaatiokulttuuri sekä turvallinen työilmapiiri. Hoitoprosessien toteutukseen terveydenhuollossa osallistuessa monien eri ammattiryhmien työntekijöitä, tulee tiedonkulun sekä kommunikoinnin olla sujuvaa ja ongelmaton. Työntekijöiden välinen kunnioitus organisaation kaikilla tasoilla on tärkeää. (Suikkanen, Kankkunen & Suominen 2009.)

Intraoperatiivisessa hoitoympäristössä tiimityöskentely on tyypillisesti tiivistä ja tehokasta, jossa on mukana useat eri ammattiryhmät. Tiimityöskentelyn osaamisella on suuri merkitys potilaan turvallisessa hoidossa, jolloin turvallisen lopputuloksen kannalta vuorovaikutus tiimin jäsenten välillä on tärkeää. Ominaista työssä on nopea ja intensiivinen vuorovaikutus tiimin jäsenten välillä sekä käytännön toimien toteuttamisen ohella tulee olla taito hallita useita kokonaisuuksia yhtä aikaa. Intraoperatiivinen hoitotyö korostaa hoitoteknisten taitojen ohella potilaskeskeisiä toimintatapoja, jotka ovat laadukkaan ja turvallisen hoidon toteutuksessa tärkeitä. Anestesia ja leikkaus vaikuttavat potilaan elintoimintoihin voimakkaasti ja tämän vuoksi potilas tarvitsee jatkuvaa tarkkailua ja huolenpitoa leikkauksympäristössä ollessaan. Tiimityöskentelyn toimivuus ja tehokkuus eivät tule olla riippuvaisia yhden työntekijän ominaisuuksista, vaan sen tulee olla tasalaatuista toimintaa kuten muunkin terveydenhuollon toiminnan. Turvallisessa leikkauksialueympäristössä oikein suoritettu toiminta on suuri voimavara. (Peltomaa 2011, 6; Väisänen 2011, 20–21.)

Potilasturvallisuus osana hoidon laatua kattaa organisaation sekä yksilön kohdalla toimenpiteet ja toimintaperiaatteet, joilla varmistetaan vaikuttava turvallinen hoito. Hoitotyön ammattilaisten tulee raportoida potilaiden hoidossa havaitsemistaan poikkeamista, jotta niistä on mahdollisuus oppia ja vaaratapahtumien uusiutuminen on mahdollista

ehkäistä. Potilasturvallisuutta edistettäessä edellytyksenä on riskien ja vaaratapahtumien tunnistaminen sekä raportointi. Tämän lisäksi vaaratapahtumista tulisi myös oppia. Kun käsitellään vaaratapahtumia, tulee ne jäsenellä siten, että voidaan ymmärtää tapahtuman syntyyn vaikuttavat tekijät. Yksittäisen ammattihenkilön välinpitämättömyys tai ammattitaidon puute on harvoin vaaratapahtuman syntyyn liittyvä vaikuttava tekijä. Vaaratapahtuman taustalta tuleekin etsiä koko organisaation toimintaan liittyviä tekijöitä, jotka ovat saattaneet vaikuttaa kyseisen tilanteen turvalliseen toimintaan. On tärkeää, että työyksikössä käsitellään säännöllisesti yhdessä haittatapahtumat sekä läheltä – piti tilanteet, jotta niistä tilanteista voidaan oppia sekä toimintaa voidaan jatkossa kehittää. (Peltomaa 2011, 6.)

Terveydenhuolto on monimutkainen ja riskialtis ympäristö, jonka sisällä siirtyy suuri määrä potilaita koskevaa tietoa yksiköstä toiseen. Potilaan turvallisuutta saattaa vaarantaa epäselvä tai puutteellinen raportointi. Ennen perioperatiivista prosessia sekä sen aikana potilaan tietoja raportoidaan useaan otteeseen. Hoitovastuu siirtyy yksiköltä, tiimiltä ja ammattilaisesta toiselle. Potilaalle tehtävän turvallisen leikkaushoidon kannalta on tärkeää, että hänen mukanaan siirtyy aina kaikki oleellinen tieto. Kommunikaatio ongelmat ovat terveydenhuollossa yleisiä. Potilaalle tehtävä turvallinen ja laadukas hoito edellyttää hoitohenkilökunnan välillä aukotonta tiedonkulkua hoidon kaikissa vaiheissa. Tiedonkulkuun tulisi panostaa erityisesti kiireellisissä tilanteissa. Hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että potilaaseen liittyvät ongelmat, haasteet tai epäselvyydet huomioidaan. Raportointitilanteessa tulee tuoda selväksi, että mitä potilaalle tulee tapahtumaan ja koska sekä kuka on toiminnasta vastuussa. (Peltomaa 2011, 20.)

Perioperatiivisessa työympäristössä potilasturvallisuus on periaatteita ja toimintoja, joilla pyritään varmistaman hoidon turvallisuus sekä suojataan potilas vahingoilta. Perioperatiivinen hoitoympäristö on monimutkaisuuden ja aikarajoitteisuuden takia turvallisuuskriittinen ja siksi siellä on lähes mahdotonta toimia turvallisesti ilman vakioituja menetelmiä sekä sujuvaa tiimityötä. (Silén-Lipponen & Mikkonen 2011, 28.) Potilaan suojaaminen vahingoilta on sairaanhoitajan tärkeä tehtävä. Erityisiä uhkia potilasturvallisuudelle ovat lääkevirheet, laiteviat ja niiden käyttöongelmat sekä haitalliset hoitomenetelmät. (Kinnunen & Helovuori 2012.)

Tavoitteena sosiaali- ja terveydenhuollossa on potilaan terveyden edistäminen ja ylläpitäminen sekä sairauksien ehkäiseminen ja hoitaminen. Tutkitun tiedon perusteella tavoitteista huolimatta noin joka kymmenes potilas kokee jonkinlaisen haittatapahtuman

hoitonsa aikana kehittyneiden länsimaiden alueella. Potilaista noin prosentilla esiintyy vakava haittaa eli pysyvä vamma tai kuolema. (Helovuori ym. 2011, 18.) Vuonna 2009 potilasvahinkokeskus raportoi eniten korvausta vaativia hoitovahinkoja leikkaus- ja anestesiatoimenpiteiden yhteydessä. Ongelmaan onkin lähdetty hakemaan ratkaisua WHO:n tarkistuslistan avulla. (Niemi-Murola & Mäntyranta 2011, 21.) Tarkistuslista on yksi pieni osa edistävää potilasturvallisuuskulttuuria, mutta se ei yksinään riitä. Työntekijöiden tulee huomioida työssään toimintaympäristönsä sekä puuttua havaitsemiinsa turvattomiin toimintoihin, jonka avulla riskitekijät voidaan huomata ja korjata ajoissa. (Väisänen 2011, 20.)

”Primum est non nocere – tärkeintä on olla vahingoittamatta” (Aaltonen & Rosenberg 2013, 8). Vaikka kirurgisten toimenpiteiden tavoitteena on parantaa potilaan elämänlaatua, ei ole olemassa riskitöntä kirurgiaa. Sen sijaan on osattava hallita kirurgiaan liittyviä riskejä, mikä tarkoittaa kirurgisen toiminnan vaaratilanteiden tiedostamista, tunnistamista ja eliminoimista. Komplikaatioiden mahdollisuus liittyy selvästi kirurgiaan ja on aina ei-toivottu, tahaton tapahtuma, joka saattaa vaikeuttaa potilaan hoitoa ja toipumista. Vastuullisen kirurgisen toiminnan keskeinen osa potilasturvallisuutta parannettaessa edellyttää kirurgiselta tiimiltä komplikaatioiden käsittelyä yhdessä. Tavoitteena on luoda turvallisuuskeskeistä ajattelua muokkaamalla asenteita ja kannustamalla vastuulliseen toimintaan työyhteisössä. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 37- 39.)

Käypä hoito –suositus on julkaissut vuonna 2008 suosituksen leikkauksekelpoisuuden arvioinnista. Preoperatiivisesti on tärkeää arvioida potilaan fyysinen kunto, valita potilaalle sopiva anestesia- ja hoito-asetus, arvioida mahdolliset leikkauksikomplikaatiot ja niitä lisäävät tekijät kuten potilaan perussairaudet, jotka voivat heikentää leikkauksekelpoisuutta. Leikkauksen jälkeistä toipumista edistää potilaan asianmukainen informointi ennen leikkausta. Suositus on tehty koskemaan aikuispotilaiden arviointia ennen elektiiivisiä leikkauksia. Tavoitteena tällä suosituksella on aikuispotilaiden leikkausta edeltävän arvioinnin yhtenäistäminen jotta hänelle voidaan antaa anestesia sekä suorittaa toimenpide mahdollisimman vähin riskein oikeaan aikaan oikeassa paikassa. Suositus on tehty avuksi terveydenhuollon ammattilaisille leikkausta edeltävään potilaiden arviointiin ja leikkaushoidon ohjaukseen. Elektiiivisiä leikkauksia tehtiinkin 292 323 vuonna 2007 julkisen terveydenhuollon sairaaloissa. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 40; Käypä hoito 2008.)

Potilasturvallisuuden liittyvät ongelmat, jotka aiheuttavat paljon haittaa, kärsimystä ja lisäkustannuksia yhteiskunnalle sekä terveydenhuollolle. Tämän seurauksena keskeiseksi kehittämiskohteeksi on noussut potilasturvallisuus niin kansainvälisellä tasolla kuin kotimaassakin. THL on käynnistänyt vuonna 2011 Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelman jonka tavoitteena on hoitoon liittyvien haittatapahtumien sekä kuolemien puuttuminen vuoteen 2020 mennessä. Yksi keskeinen ja tärkeä tavoite ohjelmassa on, että terveydenhuollon työntekijät tietävät potilasturvallisuudesta ja ymmärtävät sen yhteyden työhönsä. Toisena tärkeänä tavoitteena on potilasturvallisuuskulttuurin kehittyminen terveydenhuollon työntekijöiden keskuudessa ja sitä kautta potilasturvallisuuden paraneminen. Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma ajoittuu vuosien 2011–2015 välille. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 149; THL 2013.)

3.6 Hoitotyön laatu

Suomen terveydenhuollossa on kautta aikojen kiinnitetty huomiota hoitotyön laatuun. (Korte ym. 1996, 474.) Terveydenhuollon laadun perustana on potilasturvallisuus. Muita laadun tärkeitä alueita ovat mm. potilaskeskeisyys, oikea-aikaisuus, osaaminen, sujuvuus ja hoidon vaikuttavuus. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 10.) Laadulla terveydenhuollossa tarkoitetaan resurssien käyttöä parhaalla mahdollisella tavalla. Mikä tarkoittaakin niiden turvallista ja korkeatasoista käyttöä eniten hoitoa tarvitsevien toimenpiteisiin. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 32.)

Terveydenhuollossa laadun kehittäminen on järjestelmällistä toimintaa, jolla etsitään työyksikön mahdollisia laadun heikkouksia ja pyritään ratkaisemaan ne. (Korte ym. 1996, 475.) Terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326) velvoittaaakin siis kaikkia terveydenhuollon toimintayksiköitä laatimaan suunnitelman laadunhallinnasta sekä potilasturvallisuuden täytäntöön panemisesta. Suunnitelmasta ja toimeenpanosta on vastuu yksikön johdolla. Suunnitelma vaatii yksiköltä potilasturvallisuuden huomiointia ja riskiarviota osana muuta päätöksentekoa. Itse tarkoituksena ei ole potilasturvallisuussuunnitelma vaan sen käyttö apuvälineenä vähentämään hoidosta johtuvia haittoja ja hoitovirheitä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 10.)

Terveydenhuoltolain tarkoituksena on edistää väestön terveyttä ja hyvinvointia. Laki edellyttää näyttöön perustuvaa terveydenhuollon toimintaa sekä hyviä hoito- ja toimin-

takäytäntöjä. Toiminta terveydenhuollon piirissä tulee olla laadukasta ja turvallista. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista sanotaan, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä määrittelyssä laissa edellytetään hoitotoiminnoilta hyvää laatua. Terveydenhuollon ammattihenkilön on toimittava yleisesti hyväksytyjen ja kokemusperäisesti perusteltujen menettelytapoja mukaisesti. (Koivuranta-Vaara 2011, 7.)

Näyttöön perustuva hoitotyö tarkoittaa parhaan ja ajantasaisen saatavilla olevan tiedon arviointia sekä käyttöä potilaan hoidossa. Yhdeksi kokonaisuudeksi näyttöön perustuvassa hoitotyössä yhdistyy tieteellisen tiedon, hoitotyön asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedon, toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuvan tiedon sekä potilaan omaan kokemukseen perustuvan tiedon käyttö. Sairaanhoitaja valitsee näyttöön perustuvista toimintakäytännöistä ja tavoista sellaiset, joista on hyötyä potilaan hoidossa. Näyttöön perustuva toiminta ja tieto ovat julkista, totuudenmukaista sekä yleistettävää, jonka avulla voidaan perustella hoitotyössä tehtäviä päätöksiä. Sairaanhoitaja pyrkii näyttöön perustuvalla toiminnallaan parantamaan hoidon laatua sekä hyviä hoitokäytäntöitä. (Sarajärvi, Wilén & Siira 2011, 6.) Laadukas osaaminen voidaan jakaa kahteen osaan: tekninen ja ei-tekninen osaaminen. Tekninen osaaminen pitää sisällään lääketieteellisen ja hoidollisen osaamisen kuten lääkkeet, laitteet ja hoitaminen, kun taas ei-tekninen osaaminen sisältää inhimillisen toiminnan. (Väisänen 2011, 20.)

Hyvä hoito pohjautuu leikkaussalin henkilökunnan saumattomaan yhteistyöhön ja tiedonkulkuun. Hoidon toteutus tulee perustua näyttöön sekä hyviin ja toimiviin hoitokäytäntöihin. Hoitotyön toteutus on sujuva ja turvallinen prosessi, joka tapahtuu yhteisymmärryksessä potilaan tarpeet ja toiveet huomioiden. (Koivuranta-Vaara 2011, 8.) Hoito on potilaan näkökulmasta hyvää, kun hän saa vaivaansa hoidon jolloin tauti tulee ehkäistyksi tai kokonaan oireettomaksi. Perioperatiivisessa hoitotyössä keskeistä on potilaan fysiologisten toimintojen ja oireiden tunnistaminen ja havainnoiminen. Potilaat osaavat arvostaa hyvin suoritettua hoitoa ja kivuttomuutta sekä itse vaivan korjaantumista leikkaushoidolla. Leikkausosastolla potilaille tärkeintä on tunne turvallisuudesta ja huolenpidosta. (Korte ym. 1996, 476.)

Terveydenhuollossa tapahtuu tutkittuun tietoon perustuvia muutoksia nopeassa tahdissa, jotka asettavat haasteita sairaanhoitajien osaamistarpeille työelämässä. Sairaanhoitajien osaamisen perusteella voidaan työyhteisössä kehittää näyttöön perustuvaa hoitotyötä

koulutuksia suunnittelemalla. Työelämän jatkuvien muutosten keskellä vaaditaan sairaanhoitajilta monipuolisempaa osaamista sekä valmiuksia sopeutua muutoksiin. Työyksikössä voitaisiin nostaa entistä enemmän esille näyttöön perustuvan hoitotyön hyötyjä ja sitä kautta kehittää myönteisyyttä tieteellisen tiedon käyttöä kohtaan. Työyksiköt voisivat tarjota sairaanhoitajille mahdollisuuden työaikana perehtyä tieteellisiin tutkimuksiin. Esimiesten tulisi tukea sairaanhoitajien osallistumista näyttöön perustuviin koulutuksiin, joiden avulla mahdollistetaan tieteellisen tiedon käyttö työssä. Hoitotyössä näyttöön perustuvaa toimintaa käytettäessä yhdenmukaistuu potilaiden saama hoito sekä hoitotyön käytänteet, jotka ohjaavat päätöksentekoa. Tämä taas lisää työyhteisössä henkilökunnan yhteishenkeä edistäen toiminnan tavoitteiden saavuttamista. (Sarajärvi ym. 2011, 8.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Kvantitatiivinen eli määrällinen tai tilastollinen tutkimusmenetelmä vastaa lukumääriä ja prosentiosuuksia selvittäviin kysymyksiin (Heikkilä 2008, 16). Se nojaa deduktiiviseen prosessiin, joka tarkoittaa etenemisestä yleisestä yksityiskohtaiseen. Yleistetyt luokat on valittu ennen tutkimuksen varsinaista aloittamista ja niiden avulla halutaan ymmärtää vallitsevia syysuhteita. Syysuhteiden etsimiselle ja selittämislle on olemassa oma terminsä, kausaalisuus. Oletusarvona on, että jokin taustatekijä aiheuttaa tietynlaiset seuraukset. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 25; Vilka 2007, 23.)

Asioita ja ominaisuuksia halutaan kyetä selittämään, kuvaamaan, kartoittamaan, vertailemaan tai ennustamaan. Kvantitatiiviset tutkimustulokset vastaavat kysymykseen ”kuinka moni”. Tietoa saadaan numeerisessa muodossa ja tuloksia voidaan havainnollistaa erilaisin taulukoin ja kuvioin. (Heikkilä 2008, 16; Vilka 2007, 14, 19.) Kvantitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tarkkoja ja luotettavia tutkimustuloksia. Sillä ei niinkään testata olemassa olevia hypoteeseja vaan luodaan kuvailevaa tietoa ja uusia teorioita. Tavoitteet voidaan saavuttaa laboratorionkokein, hallitsemalla ja vaikuttamalla muuttujia sekä käyttämällä virallisia työkaluja. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 25.)

Kvantitatiivinen menetelmä on yleisesti käytetty paljon sosiaali- ja yhteiskuntatieteissä, vaikka sen juuret ovatkin luonnontieteissä. Ihmisten ja luonnonilmiöiden tutkiminen määrällisesti onnistuu siten, että tutkittavat asiat operationalisoidaan ja strukturoidaan. Operationalisointi tarkoittaa tiedon esittämistä sellaisessa muodossa, että tutkittava ymmärtää asian arkiymmärryksellään. Strukturointi tarkoittaa kysymysten esittämistä niin, että kaikki ymmärtävät sen samalla tavalla. Kvantitatiivisen menetelmän taustalla vallitsee ajatus siitä, että todellisuus koostuu objektiivisesti havaittavista tosiasioista. Objektiivisuus tarkoittaa sitä, että tutkijan ja tutkittavan välillä säilyy tietty etäisyys, eikä tutkittavan persoona vaikuta saatuihin tutkimustuloksiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 130; Vilka 2007, 14–16.)

Kvantitatiivinen lähtökohta sopii opinnäytetyöhömme sen aiheen vuoksi. Tarkoituksena oli saada kattavasti tietoa tarkistuslistan käytöstä sekä sairaanhoitajien motivaatiosta ja

asenteiden vaikutuksista sen käyttöön. Kohderyhmänä olivat usean eri leikkaus- ja anestesiasastojen sairaanhoitajat, joten otoskoko oli sopiva toteutettavaksi kvantitatiivisella menetelmällä.

4.2 Kyselylomake

Aineiston keruu kvantitatiivisessa tutkimuksessa tapahtuu kyselyllä, haastattelulla tai systemaattisella havainnoinnilla (Vilka 2007, 28). Yleisimmin käytössä on kyselylomake, josta voidaan käyttää toteutustavasta riippuen myös nimitystä postikysely, informoitu kysely tai joukkokysely (gallup) (Vilka 2007, 73). Etuna kyselylomakkeessa on, että vastaajaa ei voida tunnistaa. Informoidulla kyselyllä tarkoitetaan tilannetta, jossa haastattelija itse vie ja noutaa kyselylomakkeet, jolloin häneltä voi tarvittaessa kysyä tarkentavia lisäkysymyksiä. Edellä mainittujen kyselytapojen lisäksi internetin käytön yleistyttyä ovat yleistyneet myös www-kyselyt. Kuhunkin tiedonkeruumenetelmään liittyy niille ominaiset hyvät ja huonot puolet, jotka täytyy ottaa huomioon toteutustapaa valittaessa. (Heikkilä 2008, 18–19.)

Kysely tunnetaan myös survey-tutkimuksen keskeisimpänä toteutustapana. Termi survey tulee englannin kielestä ja tarkoittaa aineiston keräämistä standardoidusti. (Hirsjärvi ym. 2005, 182.) Standardointi eli vakiointi tarkoittaa sitä, että kaikilta kyselyyn vastaavilta henkilöiltä kysytään samat asiat täsmälleen samalla tavalla (Vilka 2007, 28). Kyselylomakkeen kysymykset on muodostettu aikaisemmin kirjoitetun teoriaosuuden pohjalta. Kaikkiin kyselylomakkeessa esitettyihin kysymyksiin täytyy löytyä teoriayhteys tekstistä, jotta saadut tulokset olisivat luotettavia. (Vilka 2007, 63.)

Kyselylomake tulee testata etukäteen, jotta siinä esiintyvät mahdolliset virheet voidaan korjata ennen lomakkeen virallista käyttämistä. Parhaat testaajat kuuluvat kohderyhmään jolloin heiltä saadaan totuudenmukainen palaute ohjeiden selkeydestä, kysymysten ymmärrettävyydestä sekä siitä, onko kyselyssä turhia kysymyksiä. Testiryhmän ei tarvitse olla suuri, vaan jo muutama riittää osoittamaan isoimmat ongelmakohdat. (Vehkalahti 2008, 48; Vilka 2007, 63.) Oman kyselylomakkeemme testasimme opiskelijaryhmällämme, joilla oli aiheesta perustiedot. Keräsimme heiltä palautteen ja teimme siihen tarvittavat muutokset.

Hyvän kyselylomakkeen tuntomerkkejä ovat selkeä ja siisti ulkonäkö, selkeät vastausohjeet, kysymysten looginen etenevyys sekä kysymysten luokittelu kokonaisuuksiksi eri otsikoiden alle. Alkuun kannattaa sijoittaa helppoja kysymyksiä, jotta vastaajan mielenkiinto tutkimusta kohtaan heräisi. Vastaamisen tulisi muutenkin olla mahdollisimman helppoa, koska harva vastaaja jaksaa paneutua pitkiin lomakkeisiin vastaamiseen. Kysymysten tulee kysyä vain yhtä asiaa kerralla, ja jokaisen kysymyksen tarpeellisuutta tulee harkita erikseen, jotta välttyään liian pitkältä kyselyltä. Lisäksi hyvä kyselylomake on helppo viedä tilasto-ohjelmaan käsittelyä varten. (Heikkilä 2008, 48–49; Vehkalahti 2008, 48.)

Kyselytutkimuksen mukaan liitetään aina saatekirje, josta käy ilmi tutkimuksen perustiedot, kuten mitä tutkitaan, kuka tutkii sekä mihin tuloksia käytetään. Sen tehtävä on motivoida lukijansa vastaamaan kyselyyn, eikä sen merkitystä siksi tule aliarvioida. Saatekirje ei saa olla epämääräinen, vaan kirjoitusasu tulee olla kohtelias ja pituus enintään sivun verran. Hyvin laadittu saatekirje vaikuttaa myös tutkimuksen luotettavuuteen, koska motivoituneet vastaajat vastaavat totuudenmukaisemmin kuin vastaajat, joita aihe ei puhuttele. (Heikkilä 2008, 61; Vehkalahti 2008, 47–48.)

Aineistonkeruumenetelmänä käytimme sähköistä kyselylomaketta. Sähköinen kyselylomake sopi opintojemme vaiheeseen parhaiten, koska emme päässeet viemään emmekä noutamaan paperisia kyselylomakkeita osastoilta. Vehkalahti (2008) huomauttaa sähköisiin lomakkeisiin liittyvästä tutkimuskohteiden tavoitettavuusongelmasta. Sähköinen lomake ei tavoita ihmisiä, joilla ei ole käytettävissään tietokonetta ja verkkoyhteyttä. (Vehkalahti 2008, 48.) Kyseistä ongelmaa ei tähän opinnäytetyöhön liity, koska jokaisella sairaanhoitajalla oli käytössä työpaikan oma sähköpostiosoite. Saatekirje (liite 2) ja kyselylomakkeen (liite 3) www-osoite lähetettiin työelämän yhteyshenkilöllemme, joka puolestaan välitti kyselyn eteenpäin eri leikkausosastojen sairaanhoitajille. Kyselylomake saatekirjeineen välitettiin työntekijöille vielä toisenkin kerran ennen vastausajan umpeutumista, jotta varmistettiin mahdollisimman monen osallistuminen kyselyymme.

Kyselylomake sisälsi 50 kysymystä, joista yksi kysymys oli avoin ja loput suljettuja. Kaikki kysymykset muodostettiin teoriaosuudesta nousseiden käsitteiden pohjalta. Ensimmäisillä viidellä kysymyksellä kartoitettiin vastaajien taustatietoja, koska niillä saattaa olla vaikutusta tarkistuslistaan käyttöön sekä työmotivaatioon. Kysymyksillä 6-12 haluttiin saada tietoa tarkistuslistan vaiheiden läpikäymisestä. Hoidon jatkuvuuden tur-

vaamista käsittelevät kysymykset 13–16. Kysymyksillä 17–19 kartoitettiin sairaanhoitajien näkemyksiä tarkistuslistan käytöstä osana potilasturvallisuutta. Sairaanhoitajien tarkistuslistasta kokemaa hyötyä henkilökohtaisella tasolla mittasivat kysymykset 20–30. Kysymykset 31–37 käsittelevät sairaanhoitajien kokemaa motivaatiota työhön liittyen. Kysymykset 38–44 liittyivät taas hoitotyön laatuun ja sen eri osa-alueisiin. Sairaanhoitajien kokemaa ammatillista pätevyyttä kartoitettiin kysymyksillä 45–49. Viimeisellä avoimella kysymyksellä halusimme antaa sairaanhoitajille mahdollisuuden kirjoittaa tarkemmin mielipiteitään tarkistuslistan käytöstä.

Kyselylomaketta muokkasimme ohjaavalta opettajalta ja työelämäyhteydeltämme saadun palautteen perusteella. Valmiin kyselylomakkeen lähetimme työelämäyhteydeltämme, joka puolestaan välitti sen eteenpäin 175 sairaanhoitajalle. Sairaanhoitajilla oli kaksi kuukautta aikaa vastata kyselyyn. Vastauksia saatiin 76 kappaletta (N=76). Vastausprosentti oli 43 %.

4.3 Tutkimusaineiston käsittely

Aineiston käsittelyllä tarkoitetaan saatujen vastausten tarkistamista ja tallentamista tietokoneelle muotoon, josta sitä on helppo tutkia numeraalisesti tilasto-ohjelmia apuna käyttäen. Tutkija voi alkaa käymään vastauksia läpi sitä mukaa kun niitä ilmaantuu, tai odottaa, että kaikki vastaukset palautuvat. Jos palautuneiden lomakkeiden joukossa on asiattomasti täytettyjä lomakkeita, ne poistetaan joukosta. Jos joukosta joudutaan poistamaan useita vastauslomakkeita, on syytä pohtia, onko kysely ollut kuitenkin onnistunut. (Vilka 2007, 106.)

Perinteisin muoto, johon kyselytutkimuksen aineisto saatetaan, on havaintomatriisitaulukko. Havaintomatriisi itsessään tarkoittaa tutkimusaineistoa. Taulukkomuodossa se sisältää vaaka- ja pystysarakkeet. Vaakarivillä on yhden vastaajan kaikki tiedot eli muuttujat, kun taas pystyrivillä on kysymyksen tiedot kaikilta vastaajilta, muuttujan havainnot. Havaintomatriisista saa parhaiten tiedon irti, kun sitä tarkastelee sekä havaintojen että muuttujien suunnasta. Tällainen selailu voi paljastaa joidenkin tietojen puuttumisen tai yksittäisten vastausten outouden. (Vehkalahti 2008, 51–52, Vilka 2007, 111.)

Aineiston käsittelyvaiheen työläisyys riippuu siitä, miten paljon tutkija on lomakettaan strukturoinut ja standardoinut etukäteen. Mitä enemmän kyselylomakkeessa on vapaata tekstiä, sitä enemmän hänen tulee muuntaa tietoa sellaiseen muotoon, että sitä voidaan tilasto-ohjelmilla käsitellä. Sähköisissä kyselyissä on se etu, että tiedot kirjautuvat suoraan tietokantaan, jolloin tiedot saadaan nopeasti ja vaivattomasti siirrettyä käytettävään tilasto-ohjelmaan. (Vilka 2007, 112.)

Opinnäytetyömme aineiston käsittely aloitettiin, kun vastausaika umpeutui ja kaikki halukkaat sairaanhoitajat olivat vastanneet kyselyymme. Kyselylomakkeen suunnittelu- vaiheessa jätetimme ”en osaa sanoa” -vaihtoehto kokonaan pois kyselylomakkeesta, koska jokaisella sairaanhoitajalla, joka käyttää tarkistuslistaa täytyy olla siitä myös mielipide ja heidät haluttiin pakottaa ilmaisemaan se. Vilkan (2007, 109) mukaan ”en osaa sanoa” voi tutkimuksessa merkitä montaa eri asiaa. Vastaajalla ei välttämättä ole asiaa koskevaa tietoa, hän ei osaa tai ei halua ilmaista asiasta omaa mielipidettään, hän ei viitsi vastaustilanteessa pohtia kysymystä tai hän ei ole ymmärtänyt kysymystä. Analysointivaiheessa on vaikea tulkita, mistä näistä syistä vastaaja on jättänyt vastaamatta kysymykseen. (Vilka 2007, 109.)

4.4 Tutkimustulosten esittäminen

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkijan täytyy varmistaa, etteivät tulokset jäisi vain numeerisiksi, joten ne esitetään erilaisin taulukoin ja kuvioin sekä avataan tekstimuodossa. Hänen tulee tehdä niistä johtopäätöksiä tutkimusongelmansa pohjalta. Tutkija ei saa vaikuttaa esittämiensä tulosten objektiivisuuteen, eli hän ei saa tietoisesti ilmaista tuloksiaan muodossa, josta niistä saa väärän tai painottuneen kuvan. Kuvat ja taulukot havainnollistavat tekstiä ja saavat sen helpommin ymmärrettävään muotoon sekä toisinpäin. Kaikkia tuloksia ei kannata esittää kuvallisessa muodossa, vaan ainoastaan keskeisimmät. Tekstillä tutkija voi auttaa lukijaa suuntaamaan huomionsa tiettyihin taulukon tai kuvion kohtiin. Kuviossa ja tekstissä olevan informaation tulee tukea toisiaan, ei toistaa samaa asiaa. Tekstin tarkoitus on siis avata ja tulkita kuvan esittämää tietoa. (Vilka 2007, 135, 138, 147.)

Opinnäytetyössämme on käytetty tutkimustulosten esittämiseen pääasiassa pylväsdiagrammeja, joilla kuvataan vastauksissa useimmiten esiintyvää arvoa eli moodia. Pyl-

vään voi esittää joko pystyssä tai maakaavana. Esitystavasta riippumatta kuvion pylväiden tulee olla riittävän kaukana toisistaan, jotta sen tulkinta olisi selvempää. (Vilka 2007, 139.) Käsittelemme tutkimustulokset opinnäytetyön ongelmien kautta. Tutkimustulokset on jaettu eri osioihin kyselylomakkeen eri aihealueiden mukaan. Viimeiseksi esittelemme sairaanhoitajien mielipiteitä tarkistuslistan käytöstä, kuten he ovat ne esittäneet vastatessaan avoimeen kysymykseen.

5 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYSTARKASTELU

5.1 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta määrittävät reliabiliteetti ja validiteetti. Reliabiliteetin ymmärretään tarkoittavan luotettavuutta ja validiteetin pätevyyttä. Tutkimuksen luotettavuus on käsitteenä paljon laajempi, kuin mitä reliabiliteetilla yksinään tarkoitetaan. (Vehkalahti 2008, 40.) Reliabiliteettia voidaan kuvata myös sanalla toistettavuus. Jos sama tutkimus toteutetaan uudestaan eri tutkijalla ja tulokseksi saadaan sama tulos, on tulos silloin reliaabeli. Pääasiassa reliabiliteetissa käsitellään mittauksen tarkkuutta tutkimuksen teossa ja varmistetaan, ettei siihen liity satunnaisvirheitä. Satunnaisvirheellä tarkoitetaan sellaista virhettä, joka johtuu otannan satunnaisuudesta. Pienemmillä otoksilla saadaan sattumanvaraisempia tuloksia. Reliabiliteettia tarkastellessa täytyy siis kiinnittää huomiota otoskoon riittävyteen, vastausprosenttiin sekä siihen, minkälaisia lomakkeen kysymykset olivat ja kyettiinkö niillä mittaamaan tutkittavaa asiaa kattavasti. (Heikkilä 2008, 186; Vilka 2007, 150.)

Validiteetti eli pätevyys, kuvaa tutkimuksen kykyä mitata asiaa, jota oli tarkoituskin mitata. Käytännössä tämä tarkoittaa tutkijan onnistumista muodostaa teorian käsitteistä kysymyksiä, jotka tukevat alkuperäistä ajatuskokonaisuutta. Arvioitavia kohteita ovat myös käytetyn asteikon toimivuus sekä siihen liittyvien epätarkkuuksien havainnointi. Paunonen ja Vehviläinen-Julkunen (1998) kirjoittavat teoksessaan, että tutkimus on tuloksineen juuri niin luotettava kuin siinä käytetty mittarikin on. Tärkeää on saada tutkimustietoa aiemmin määritellystä tutkimusongelmasta. Tutkimusta voidaan pitää validina silloin, kun käsitteet on esitetty oikein ja niistä johtuvat systemaattiset virheet puuttuvat. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 206–207; Vilka 2007, 150.)

Systemaattiset virheet ovat satunnaisvirheisiin verrattuna paljon vaarallisempia tutkimuksen onnistumisen kannalta. Toisin kuin satunnaisvirhe, sen suuruutta on vaikea arvioida, koska sen vaikutus ei vähene otantakoon kasvaessa. Systemaattinen virhe vaikuttaa koko aineiston laatuun ja syntyy jostakin aineiston keruuseen liittyvästä tekijästä. Yksi mahdollinen aiheuttaja on virheellisen vastauksen antaminen joko muistivirheestä johtuen tai suoraan valehtelemalla. Valehtelulla voidaan ymmärtää myös asioiden kunnistelemine ja vähätteleminen. (Heikkilä 2008, 186.)

Kokonaisuutettavuus muodostuu kun arvioidaan sekä validius että reliabiliteettiä. Kokonaisuutettavuus koetaan hyväksi kun otos edustaa kattavasti perusjoukkoa eikä siinä ole satunnaisvirheitä. Kokonaisuutettavuutta voi parantaa tutkimuksen aikana pyytämällä palautetta kollegoilta tai ohjaajilta ja puuttamalla heidän ilmaisemiinsa kohtiin. (Vilkkä 2007, 152–153.)

Opinnäytetyön tutkielmamenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä aiheen ja opinnäytetyön ongelmien muodon vuoksi. Kattava kyselylomake takaa laajimmat tulokset. Kyselyyn vastanneita oli yhteensä 76, jonka arvioimme olevan riittävä tutkielman kooksi rajallisen ajan ja resurssien vuoksi. Olisimme voineet lähettää vielä kerran pyynnön vastata kyselyyn, jolloin olisimme voineet saada vielä hieman enemmän vastaajia.

Tulosten reliabiliteetin todistaminen voi olla hankalaa, koska ajallisesti ei ole mahdollista suorittaa uusintamittauksia. Tämän vuoksi emme voi tarkistaa olisiko kyselylomakkeella mahdollista saada uudelleen samat tulokset. Toisaalta taas kyselylomake on melko laaja ja mittaa tiettyjä asioita useasta eri näkökulmasta, joten asioita on mitattu kattavasti. Todeta voidaan myös, että työ on yhteneväinen kyselylomakkeen kaikkien osaluokkien kanssa. Kysymyksiä muokattiin palautteen pohjalta, jota on antanut ohjaava opettaja, testaava opiskelijaryhmä sekä työelämäyhteys ja anestesia- ja lääketieteiden erikoislääkäri.

Työn edetessä tutkittava aihe on pysynyt samana. Tutkielman lopulliseksi kohderyhmäksi muodostui suuremmasta kohderyhmästä rajaamalla sairaanhoitajat, koska juuri he konkreettisesti käyttävät tarkistuslistaa. Saatujen tutkimustulosten luotettavuutta lisää se, että vastanneet sairaanhoitajat ovat asiantuntijoita tarkistuslistan käytössä. Vaikka kysymyksiä pyrittiin muokkaamaan niin, että ne ovat helposti ymmärrettävissä, olivat jotkut kysymykset olleet epäselviä vastanneille sairaanhoitajille. Tähän olisimme voineet vaikuttaa, jos olisimme päässeet henkilökohtaisesti esittelemään kyselylomakkeemme.

Saadut vastaukset siirrettiin tilastoitavaksi SPSS-ohjelmaan ja kaikki vastaukset käytiin yksitellen läpi. Muutama yksittäinen kysymys oli jäänyt joiltakin vastaajilta tyhjäksi, mutta tämän arveltiin johtuvan siitä, että vastaaja ei ollut joko huomannut kysymystä tai ei ollut osannut sanoa mielipidettään siihen. Näitä lomakkeita ei kuitenkaan tarvinnut poistaa, koska tällaisia vastauslomakkeita oli niin vähän eivätkä ne toistuneet minkään

tietyn kysymyksen kohdalla. Lisäksi kokonaisvastausprosentti ei ollut niin korkea, että sitä olisi voinut laskea entisestään vaarantamatta työn pätevyyttä. Tyhjien kohtien jäämiseen lomakkeissa on saattanut vaikuttaa se, että vastaajille ei annettu vaihtoehtoa ”en osaa sanoa”. Kyselyyn vastanneiden epäsuhtaisesti jakautuneiden ikä- ja sukupuolijakaumien vuoksi emme voineet toteuttaa ristiintaulukointia näiden muuttujien sekä tarkistuslistan käytön välillä kuten olisimme halunneet emmekä voineet vetää johtopäätöksiä asioiden mahdollisesta yhteydestä.

Myöskään vastaajien rehellisyydestä ei voida olla varmoja. Olettamuksemme kuitenkin on, että sairaanhoitajat ovat vastanneet rehellisesti eikä vastauksia ole mietitty yhdessä. Tällöin vastaajien henkilökohtaiset mielipiteet ovat voineet muuttua, jolloin opinnäytetyön luotettavuus kärsii. Oletamme myös, että sairaanhoitajat eivät ole vastanneet asenteella, ettei tarkistuslistalla ole merkitystä potilasturvallisuuteen. Todennäköisesti sairaanhoitajat ovat kuitenkin vastanneet kysymyksiin rehellisesti, koska kysely mittasi heidän jokapäiväisessä työssään käyttämäänsä apuvälinettä eikä siihen voi vaikuttaa vastaamalla epärehellisesti.

Opinnäytetyömme luotettavuutta laittaa epäilemään se, että tämä on ensimmäinen työ jonka teemme. Näin ollen emme ole harjaantuneet kyselylomakkeiden tekemisessä tai tieteellisen tekstin kirjoittamisessa. Toisaalta opinnäytetyömme tulokset ovat yhtenevät muun tutkitun tiedon kanssa.

5.2 Eettisyys

Tutkimukseen liittyvät eettiset ongelmat voidaan jakaa kahteen ryhmään. Ensimmäiseen kuuluvat tiedonhankintaan ja tutkittavien suojaan liittyvät kysymykset. Toiseen ryhmään luokitellaan tutkijan vastuu tulosten soveltamisesta. Eettisten ongelmien tunnistaminen on erityisen tärkeää aloilla, joilla tutkitaan inhimillistä toimintaa, kuten hoitotai lääketieteissä. Tutkimus ei saa aiheuttaa minkäänlaista vahinkoa tutkittavalle. Myöskään tutkimuksen hyöty-haitta-suhde ei saa olla vääristynyt, vaan siitä on seurattava enemmän hyötyä kuin haittaa. Tutkimuksen tulee myös olla tutkittavalle vapaaehtoinen ja hänellä täytyy olla mahdollisuus keskeyttää tutkimus halutessaan. Tärkeää on myös saada lupa tutkimuksen tekemiselle. Suomessa lupakäytäntö vaihtelee organisaatioittain

ja on tutkijan omalla vastuulla selvittää kyseisen organisaation käytäntö luvan hakemiseksi. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 26–28.)

Tieteellinen käytäntö painottaa tutkittavien oikeutta pysyä tuntemattomina. Määrälliseen tutkimukseen ei kuulu kirjata tuloksia ylös yksilöittäin, jotta vältetään tunnistamisen riskiltä. Eettisesti merkittävimmäksi huomioksi on noussut kirjoitustapa. Tutkijan tulee kiinnittää huomiota ilmaisutapaansa, jotta ei esitä tuloksiaan epäkunnioittavasti, yksipuolisesti tai halventavasti. Tutkijan tulee pitää mielessään, ettei hän tutkimuksellaan edusta pelkästään itseään, vaan myös oppiainettaan ja sen takana olevaa tiedeyhteisöä. (Vilka 2007, 164–165.)

Tutkimusetiikka pitää sisällään myös toisen työn kunnioittamisen, eli käytettyjä lähteitä tulee käyttää asianmukaisesti. Lähteet ja lähdeviitteet tulee merkitä tarkasti, olipa sitten käytetty painettuja julkaisuja tai verkkolähteitä. Toisen työn tulokset kuuluu selittää vääristelemällä tietoa. Saaduista tuloksista voi keskustella ja niitä vastaan voi esittää argumentteja, mutta tuloksia ei saa halventaa eikä tutkijaa loukata. (Vilka 2007, 165–166.)

Kyselylomakkeen mukaan tehty saatekirje oli vastaajia motivoiva. Kirjeessä kerrotaan, että juuri Heidän näkemyksensä on työn kannalta tärkeä, jonka toivottiin motivoivan sairaanhoitajia vastaamaan. Lisäksi heille luvattiin, että vastaukset käsitellään luottamuksellisesti sekä nimettöminä, jotta tunnistamisen pelko ei vaikuttaisi vastaamiseen. Lopuksi kerrottiin milloin työn oli määrä valmistua ja, että heillä oli mahdollisuus kuulua tutkimustulokset. Kirjeessä painotettiin vastaamisen vapaaehtoisuutta, mutta myös sen tärkeyttä. Vastausprosenttia saattaa vähentää se, että työtä ei esitelty osastolla sairaanhoitajille, eivätkä he voineet esittää siihen liittyviä tarkentavia kysymyksiä. Jos kysymykset koettiin vaikeina tai aiheen tärkeys ei vakuuttanut, saatettiin kyselyyn jättää vastaamatta.

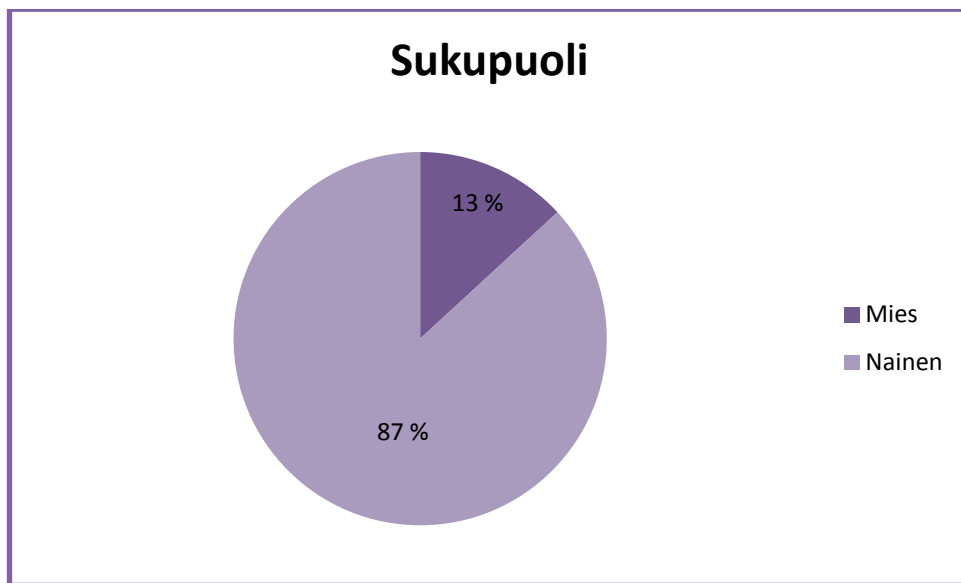
Opinnäytetyölle hankittiin tutkimuslupa ennen kyselylomakkeiden lähettämistä työelämäyhteyshenkilölle. Tutkimuslupa anottiin opinnäytetyön kohteena olevalta sairaalalta ja lupa-anomukseen liitettiin kaikki tarvittavat tiedot opinnäytetyöstä. Opinnäytetyössä on käytetty luotettavia lähteitä. Alkuperäislähteeseen palattiin aina kun mahdollista ja työssä on käytetty myös kansainvälisiä lähteitä. Työssä viitattiin asianmukaisesti käytet-

tyihin lähteisiin. Opinnäytetyön teoria kirjoitettiin tuoreita ja monipuolisia lähteitä käyttäen.

6 TUTKIMUSTULOKSET

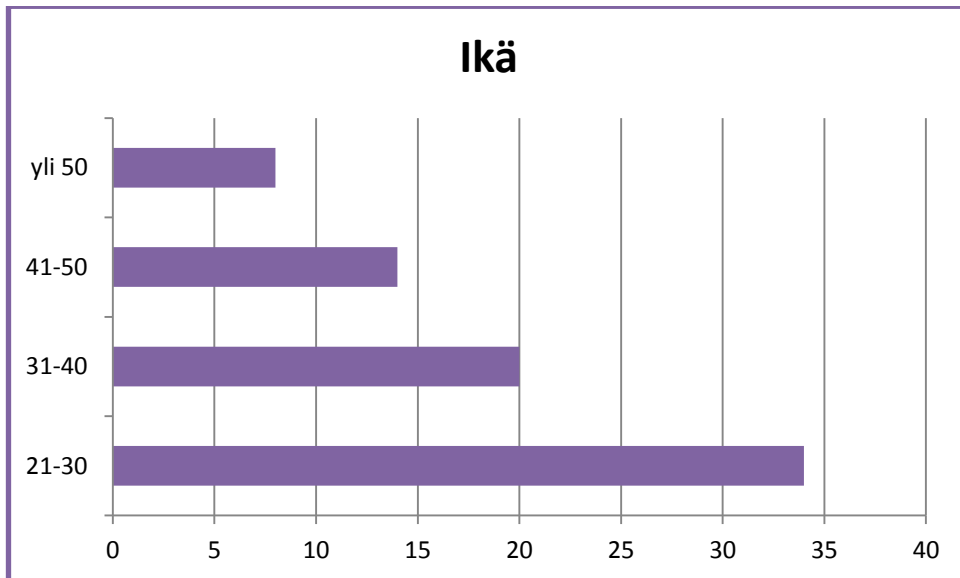
6.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimukseen osallistui 76 perioperatiivista sairaanhoitajaa (N=76). Vastaajista 87 % (n=66) oli naisia ja 13 % (n=10) miehiä. Vastaajien sukupuolijakauma on esitetty graafisesti alla olevassa kuviossa (kuvio 2).



KUVIO 2. Vastaajien sukupuolijakauma

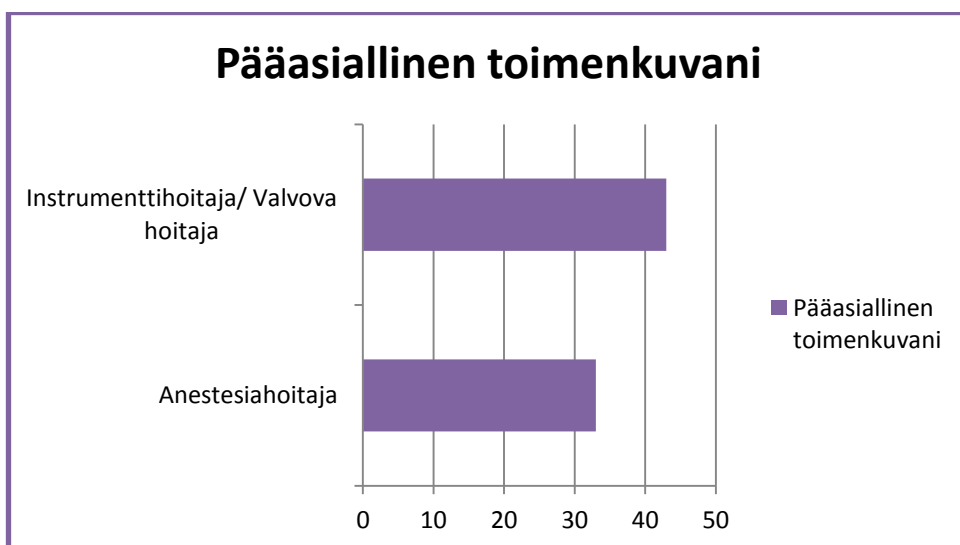
Vastaajista 45 % (n=34) oli iältään 21–30 –vuotiaita, 26 % (n=20) 31–40 –vuotiaita, 19 % (n=14) 41–50 –vuotiaita ja 11 % (n=8) yli 50-vuotiaita.



KUVIO 3. Vastaajien ikäjakauma

Kolmas kysymys kartoitti vastaajien koulutustaustaa. Vastaajista 39 % (n=30) kertoi olevansa ammattikorkeakoulupohjainen sairaanhoitaja, jolla on vaihtoehtoiset ammattipinnot perioperatiivisen hoitotyön alueelta. 29 % (n=22) oli muita ammattikorkeakoulupohjaisia sairaanhoitajia. Sairaanhoitajan koulutus muualta kuin ammattikorkeakoulusta oli 22 %:lla (n=17) vastaajista ja erikoissairaanhoitajan nimikkeellä työskenteleviä 9 % (n=7).

Vastaajista suurin osa, 57 % (n=43) työskenteli joko instrumentoivana tai valvovana hoitajana. Anestesiahoitajia vastaajista oli 43 % (n=33). (Kuvio 4.)

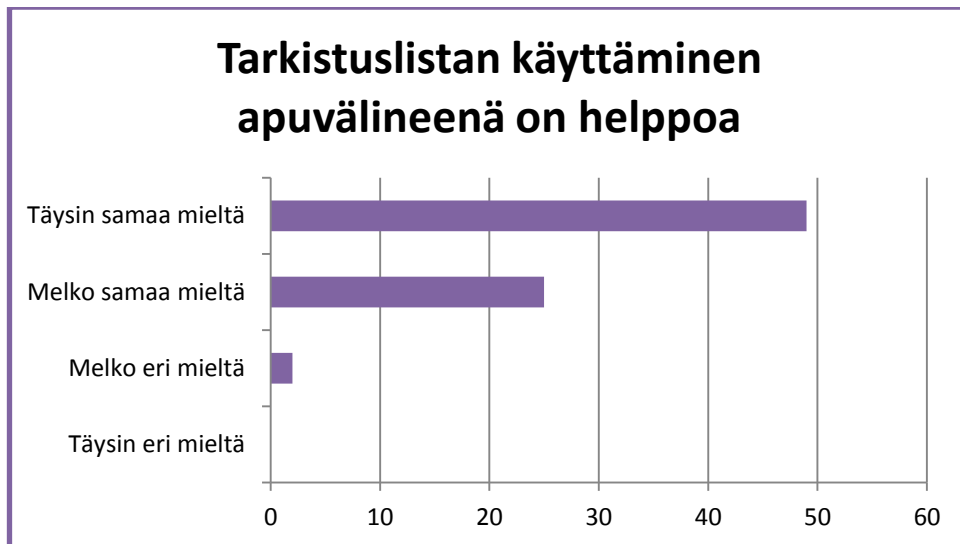


KUVIO 4. Vastaajien pääasiallinen toimenkuva

Viimeinen taustatietoja kartoittava kysymys käsitteli työuraa perioperatiivisena sairaanhoitajana. 46 % (n=35) vastaajista oli työskennellyt leikkausosastolla alle viisi vuotta ja 22 % (n=17) 11–20 vuotta. 5-10 vuotta perioperatiivisena sairaanhoitajana työskennelleitä oli 18 % (n=14). 7 % (n=5) oli ollut työssään 21–30 tai yli 30 vuotta.

6.2 Tarkistuslistan vaiheet ja niiden suorittaminen

Suurin osa vastaajista, 64 % (n=64) oli täysin samaa mieltä, että tarkistuslistan käyttäminen apuvälineenä on helppoa. 33 % (n=25) vastaajista oli melko samaa mieltä. Vastaajista 3 % (n=2) oli melko eri mieltä ja täysin eri mieltä ei ollut vastaajista kukaan. (Kuvio 5.)



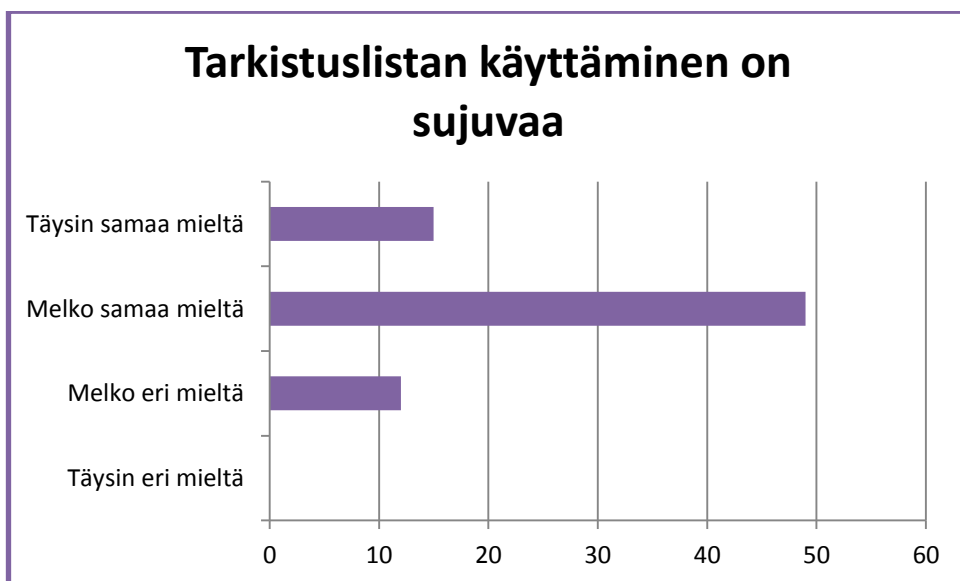
KUVIO 5. Tarkistuslistan käyttö apuvälineenä on helppoa

29 % (n=22) vastaajista oli täysin samaa mieltä, että tarkistuslistan vaiheiden läpikäyminen ei vie aikaa muulta työskentelyltä. Suurin osa 51 % (n=38) vastaajista oli melko samaa mieltä. 13 % (n=10) oli melko eri mieltä ja 7 % (n=5) oli täysin eri mieltä. (Kuvio 6.)



KUVIO 6. Tarkistuslistan vaiheiden läpikäyminen ei vie aikaa muulta työskentelyltä

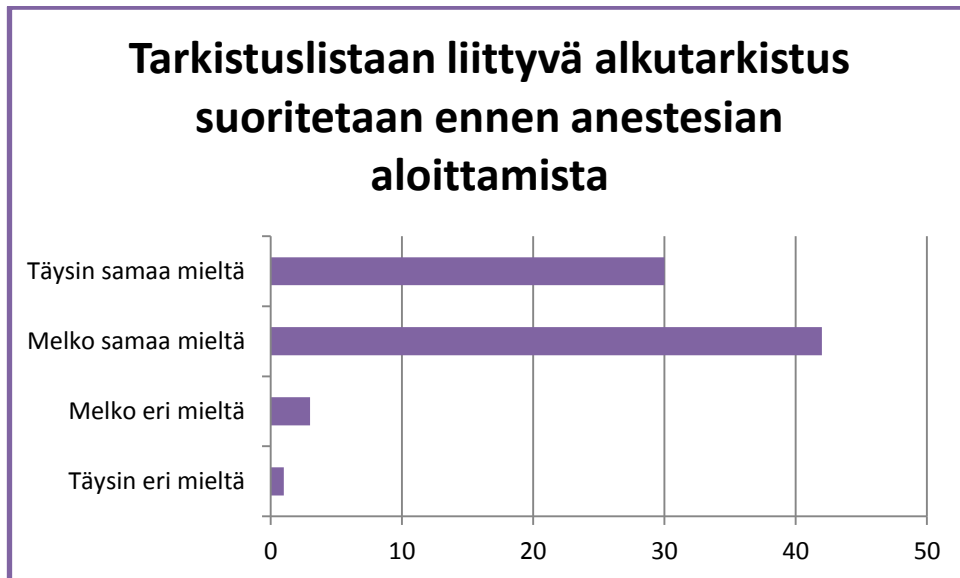
Vastaajista enemmistö 64 % (n=49) oli melko samaa mieltä siitä, että tarkistuslistan käyttäminen on sujuvaa. 20 % (n=15) oli täysin samaa mieltä ja 16 % (n=12) oli melko eri mieltä. Vastaajista kukaan ei ollut täysin eri mieltä. (Kuvio 7.)



KUVIO 7. Tarkistuslistan käyttäminen on sujuvaa

Suurin osa 53 % (n=40) vastaajista oli melko samaa mieltä, että tarkistuslistan käyttö tuo sujuvuutta potilaan vastaanottotilanteeseen. Täysin samaa mieltä oli 28 % (n=21). Vastaajista 15 % (n=11) oli melko eri mieltä ja täysin eri mieltä oli 4 % (n=3).

39 % (n=30) vastaajista oli täysin samaa mieltä, että tarkistuslistaan liittyvä alkutarkistus suoritetaan ennen anestesian aloittamista. 55 % (n=42) vastaajista oli melko samaa mieltä. 4 % (n=3) oli melko eri mieltä ja 1 % (n=1) oli täysin eri mieltä. (Kuvio 8.)



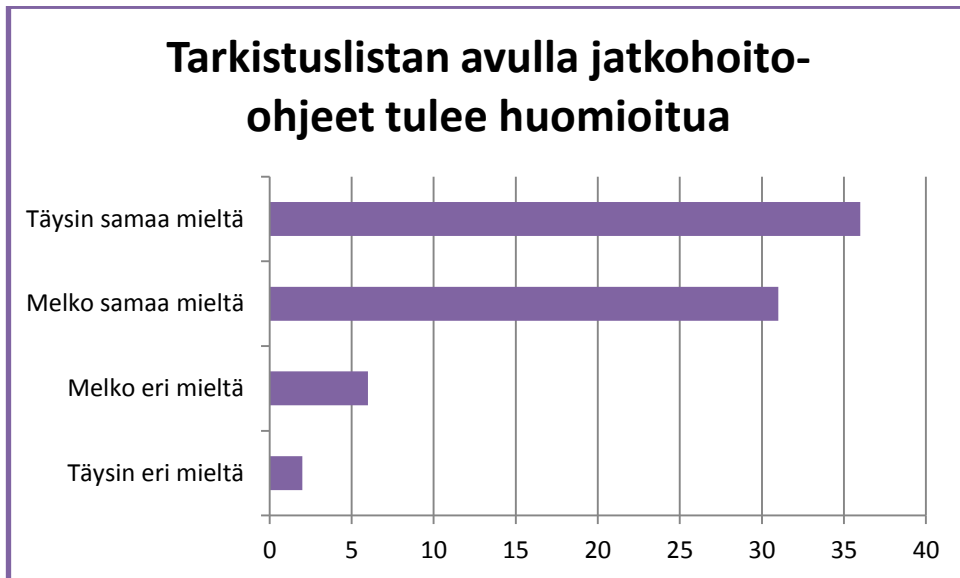
KUVIO 8. Tarkistuslistan alkutarkistus suoritetaan ennen anestesian aloittamista

18 % (n=13) vastaajista oli täysin samaa mieltä, että tarkistuslistaan liittyvä aikalisa suoritetaan ennen toimenpiteen aloitusta (ennen leikkausviiltoa). Suurin osa vastaajista 61 % (n=44) oli melko samaa mieltä. Vastaajista 19 % (n=14) oli melko eri mieltä ja 1 % (n=1) on täysin eri mieltä. Neljä sairaanhoitajaa jätti vastaamatta tähän kysymykseen.

Vastaajista 28 % (n=21) oli täysin samaa mieltä siitä, että tarkistuslistaan liittyvä loppu-tarkistus suoritetaan ennen kirurgin poistumista salista. 47 % (n=35) oli melko samaa mieltä. Vastaajista 24 % (n=18) oli melko eri mieltä ja täysin eri mieltä oli 1 % (n=1). Yhden henkilön vastaus puuttui tämän kysymyksen kohdalta.

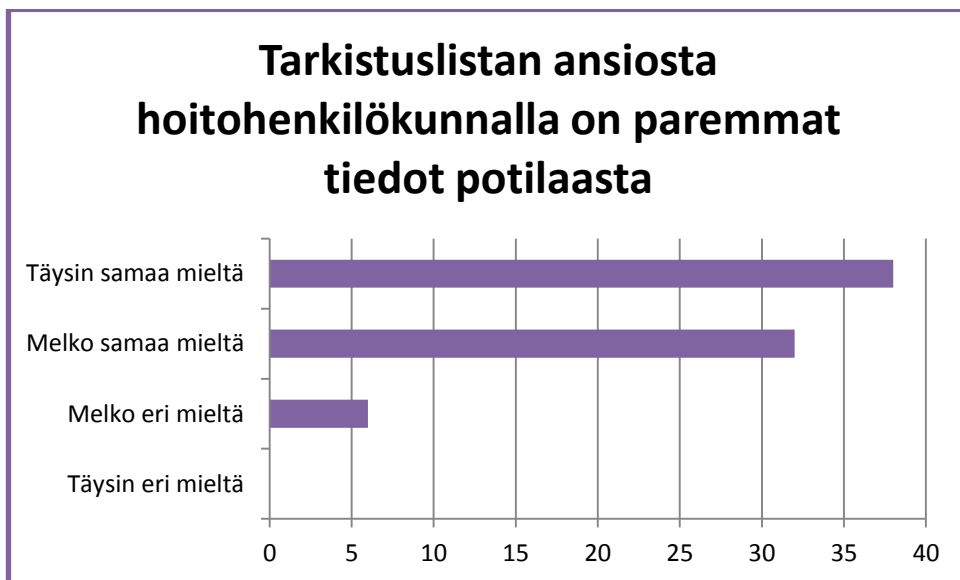
6.3 Hoidon jatkuvuuden turvaaminen

Suurin osa vastaajista 48 % (n=36) oli täysin samaa mieltä siitä, että tarkistuslistan avulla jatkohoito-ohjeet tulee huomioitua. 41 % (n=31) oli melko samaa mieltä. Vastaajista melko eri mieltä oli 8 % (n=6) ja täysin eri mieltä oli 3 % (n=2). Yksi sairaanhoitaja ei vastannut tähän kysymykseen. (Kuvio 9.)



KUVIO 9. Tarkistuslistan avulla jatkohoito-ohjeet tulee huomioitua

Enemmistö 50 % (n=38) vastanneista oli täysin samaa mieltä siitä, että tarkistuslistan ansiosta hoitohenkilökunnalla oli paremmat tiedot potilaasta. 42 % (n=32) oli melko samaa mieltä. 8 % (n=6) oli melko eri mieltä ja täysin eri mieltä ei ollut vastaajista kukaan. (Kuvio 10.)



KUVIO 10. Tarkistuslistan ansiosta hoitohenkilökunnalla on paremmat tiedot potilaasta

Vastaajista vain 12 % (n=9) oli täysin samaa mieltä siitä, että tarkistuslistan avulla varmistetaan kaikki potilaaseen liittyvän tiedon siirtyminen leikkaussalista heräämööseen. 52 % (n=39) oli kuitenkin melko samaa mieltä. 31 % (n=23) oli melko eri mieltä ja täysin

eri mieltä oli 5 % (n=4). Yhden henkilön vastaus puuttui tämän kysymyksen kohdalta. (Kuvio 11.)

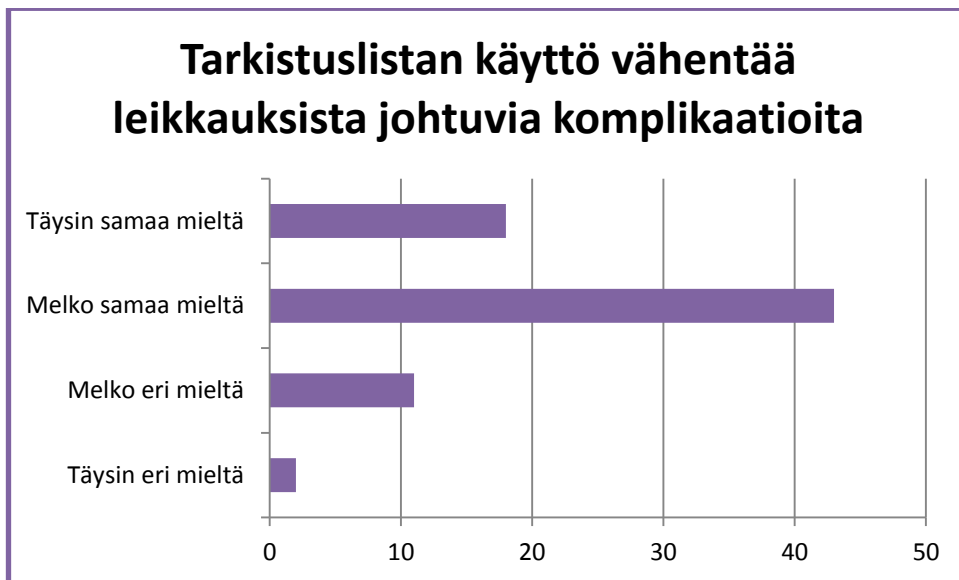


KUVIO 11. Tarkistuslistan avulla varmistetaan, että kaikki potilaaseen liittyvä tieto siirtyy leikkaussalista heräämöhön

7 % (n=5) oli täysin samaa mieltä siitä, että tarkistuslistan avulla varmistetaan kaikki potilaaseen liittyvän tiedon siirtyminen heräämöstä osastolle. Melko samaa mieltä sekä melko eri mieltä oli 41 % (n=30). Täysin eri mieltä oli vastaajista 12 % (n=9). Kaksi sairaanhoitajaa ei vastannut tähän kysymykseen.

6.4 Tarkistuslista osana potilasturvallisuutta

Kyselyyn vastanneista 14 % (n=18) oli täysin samaa mieltä siitä, että tarkistuslistan käyttö vähentää leikkauksista johtuvia komplikaatioita. Enemmistö 58 % (n=43) oli melko samaa mieltä. 15 % (n=11) oli melko eri mieltä ja 3 % (n=2) oli täysin eri mieltä. Kahden vastaajan vastaukset puuttuivat. (Kuvio 12.)



KUVIO 12. Tarkistuslistan käyttö vähentää leikkauksista johtuvia komplikaatioita

Vastanneista 37 % (n=28) oli täysin samaa mieltä siitä, että leikkauksista aiheutuvia komplikaatioita voidaan ehkäistä käyttämällä tarkistuslistaa. Melko samaa mieltä oli 48 % (n=36). 13 % (n=10) oli melko eri mieltä ja 1 % (n=1) oli täysin eri mieltä. Yksi vastaajista ei ollut vastannut tähän kysymykseen.

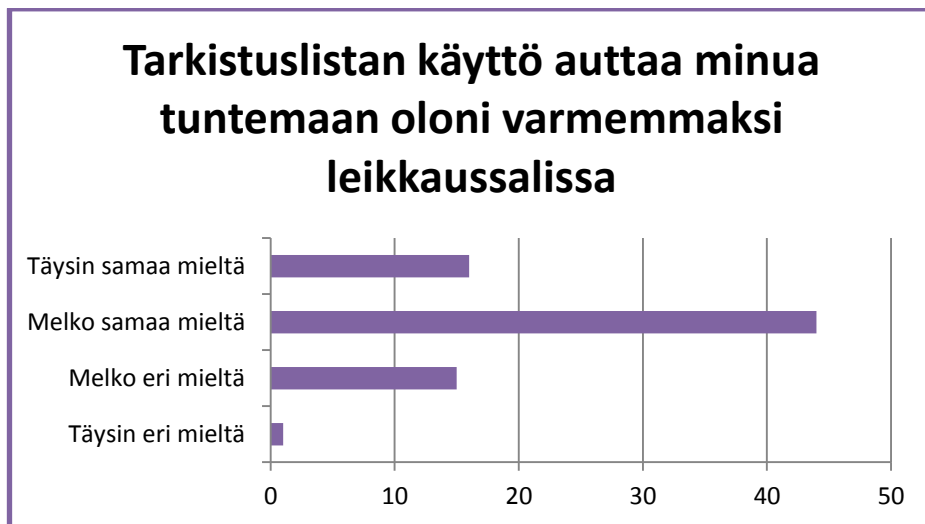
Enemmistö 61 % (n=46) oli täysin samaa mieltä siitä, että tarkistuslistan käyttö on parantanut leikkausturvallisuutta. 38 % (n=29) oli melko samaa mieltä. Vastaajista melko eri mieltä oli vain 1 % (n=1) ja kukaan ei ollut täysin eri mieltä. (Kuvio 13.)



KUVIO 13. Tarkistuslistan käyttö on parantanut leikkausturvallisuutta

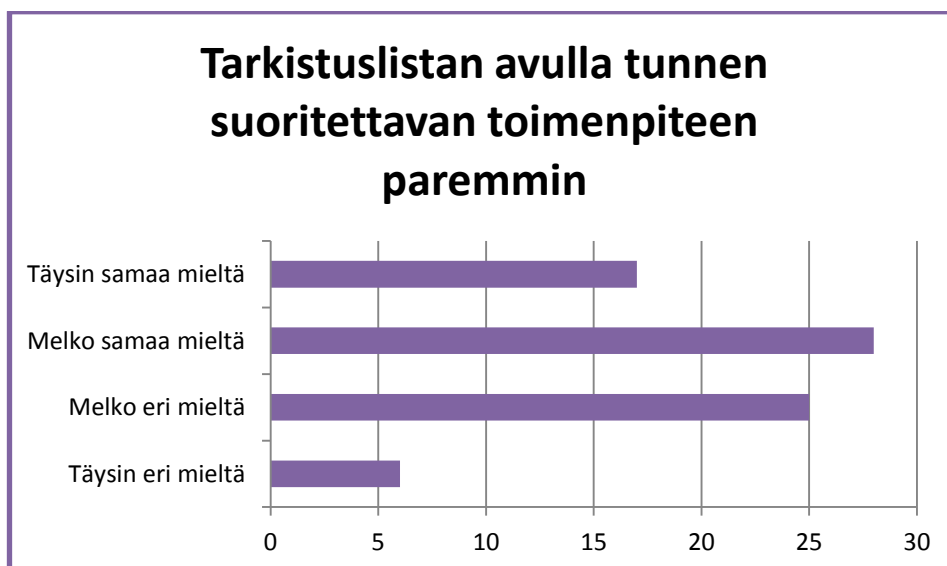
6.5 Sairaanhoidajien kokema hyöty tarkistuslistasta

21 % (n=16) vastanneista sairaanhoitajista oli täysin samaa mieltä, että tarkistuslistan käyttö auttaa tuntemaan olon varmemmaksi leikkaussalissa. Enemmistö 58 % (n=44) oli melko samaa mieltä. Vastaaajista 20 % (n=15) oli melko eri mieltä ja 1 % (n=1) oli täysin eri mieltä. (Kuvio 14.)



KUVIO 14. Tarkistuslistan käyttö auttaa tuntemaan olon varmemmaksi leikkaussalissa

Täysin samaa mieltä vastanneista siitä, että tarkistuslistan avulla tunnetaan suoritettava toimenpide paremmin, oli 22 % (n=17). Melko samaa mieltä oli 37 % (n=28). 33 % (n=25) oli melko eri mieltä ja 8 % (n=6) oli täysin eri mieltä. (Kuvio 15.)



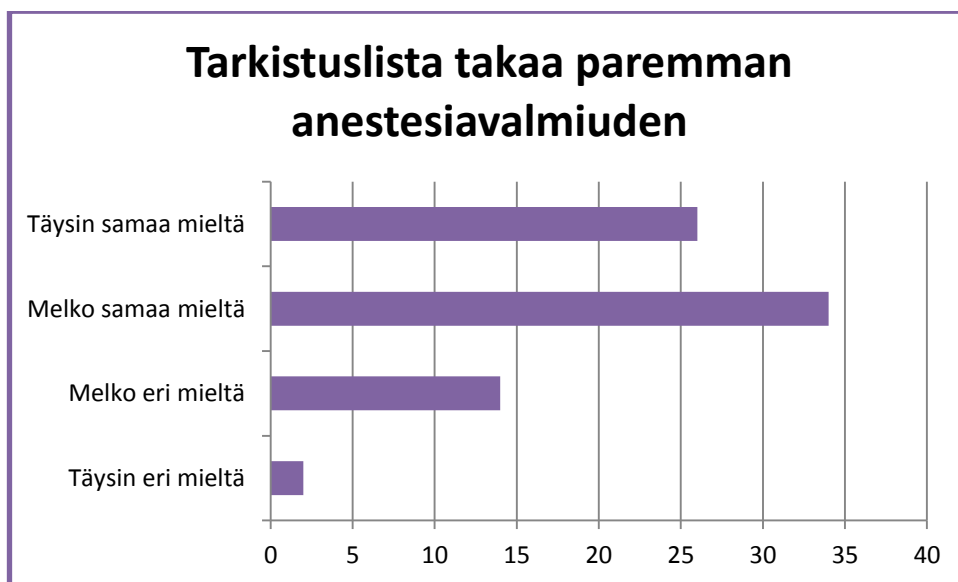
KUVIO 15. Tarkistuslistan avulla tuntee suoritettavan toimenpiteen paremmin

Sairaanhoitajista 37 % (n=29) oli täysin samaa mieltä siitä, että tarkistuslistan avulla tiedot potilaan allergioista lisäänty. 35 % (n=26) oli melko samaa mieltä. Melko eri mieltä oli 24 % (n=18) ja täysin eri mieltä oli 1 % (n=1). Kaksi sairaanhoitajaa oli jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen.

Sairaanhoitajista 32 % (n=24) oli täysin samaa mieltä siitä, että tarkistuslistan avulla tiedot potilaan perussairauksista lisäänty. 33 % (n=25) oli melko samaa mieltä. Melko eri mieltä oli 28 % (n=21) ja täysin eri mieltä oli 7 % (n=5). Yhden vastaajan mielipide puuttui.

Sairaanhoitajista 29 % (n=22) oli täysin samaa mieltä siitä, että tarkistuslistan avulla tiedot potilaan lääkityksestä lisäänty. 33 % (n=25) oli melko samaa mieltä. Melko eri mieltä oli 32 % (n=24) ja täysin eri mieltä oli 7 % (n=5).

Kyselyyn vastanneista 34 % (n=26) oli täysin samaa mieltä, että tarkistuslista takaa paremman anestesiavalmiuden. 45 % (n=34) oli melko samaa mieltä. Melko eri mieltä oli 18 % (n=14) ja täysin eri mieltä oli 3 % (n=2). (Kuvio 16.)



KUVIO 16. Tarkistuslista takaa paremman anestesiavalmiuden

Sairaanhoitajista 40 % (n=30) oli täysin samaa mieltä, että tarkistuslista on mahdollistanut toimenpiteiden kriittisistä vaiheista puhumisen. 39 % (n=29) oli melko samaa mieltä. Melko eri mieltä oli 21 % (n=16) ja täysin eri mieltä ei ollut vastaajista kukaan. Yksi sairaanhoitajista ei vastannut tähän kysymykseen.

Täysin samaa mieltä siitä, että tarkistuslista lisää yhteistyötä leikkaustiimin kaikkien osapuolten välillä oli 36 % (n=27) ja enemmistö 51 % (n=38) vastaajista oli melko samaa mieltä. Melko eri mieltä oli 11 % (n=8) ja täysin eri mieltä 3 % (n=2). Yhden vastaajan näkemys asiasta puuttui. (Kuvio 17.)

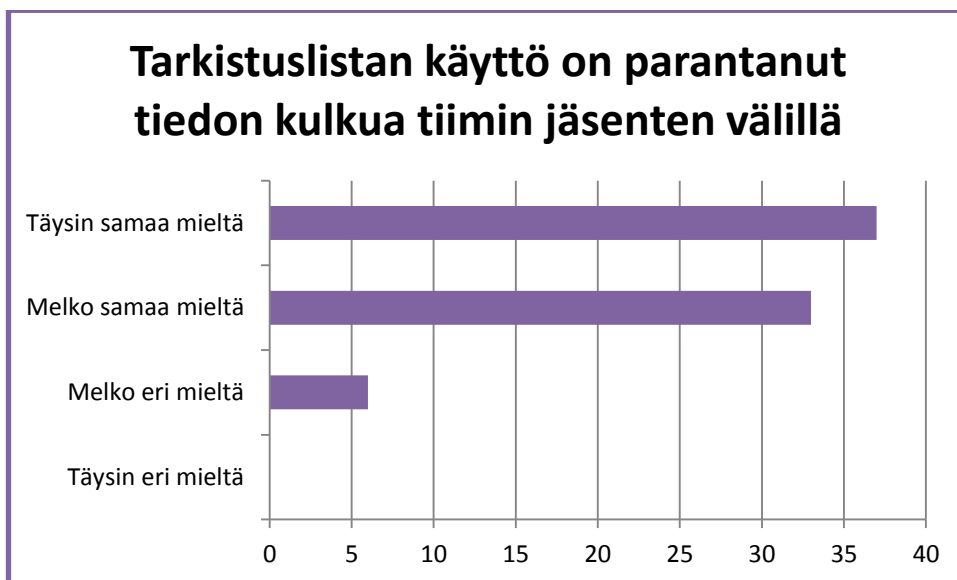


KUVIO 17. Tarkistuslista lisää yhteistyötä leikkaustiimin kaikkien osapuolten välillä

62 % (n= 47) vastaajista oli täysin samaa mieltä, että tarkistuslistan käyttö edellyttää hyvää yhteistyötä kaikkien jäsenten välillä ja 36 % (n=27) oli melko samaa mieltä. Vastaajista melko eri mieltä oli 3 % (n=2) ja täysin eri mieltä ei ollut vastaajista kukaan.

Enemmistö 78 % (n=59) vastanneista sairaanhoitajista oli täysin samaa mieltä siitä, että tarkistuslistan käytössä ei epäillä kenenkään ammattitaitoa. Melko samaa mieltä oli 21 % (n=16). Vastaajista melko eri mieltä oli 1 % (n=1) ja täysin ei mieltä ei ollut vastaajista kukaan.

49 % (n=37) vastaajista oli täysin samaa mieltä, että tarkistuslistan käyttö on parantanut tiedon kulkua tiimin jäsenten välillä ja 43 % (n=33) oli melko samaa mieltä. 8 % (n=6) oli melko eri mieltä ja täysin eri mieltä ei ollut vastaajista kukaan. (Kuvio 18.)



KUVIO 18. Tarkistuslistan käyttö on parantanut tiedon kulkua tiimin jäsenten välillä

6.6 Sairaanhoidajien kokema työmotivaatio

Pyydettyäessä sairaanhoitajia arvioimaan asteikolla 1-10 (jossa 1 = täysin eri mieltä ja 10 = täysin samaa mieltä) kuinka kiinnostaa heidän työnsä mielestään on, tuli tulokseksi luku 8,6. Suurin osa sairaanhoitajista, 46 % (n=35) oli valinnut tason 9. Tason 8 oli valinnut 24 % (n=18) ja tason 10 valitsi 20 % (n=15) vastaajista. Työnsä kiinnostavuuden tasolle 6 tai 7 arvioi 4 % (n=3) työntekijöistä ja tasolle 1 ja 5 sen arvioi 1 % (n=1) vastaajista.

Sairaanhoidajien arvioidessa, kuinka hyvin he voivat hyödyntää omaa osaamistaan työssään, tuli vastauksien luvuksi 9,0. Tason 9 valitsi 38 % (n=29) ja tason 10 valitsi 37 % (n=28) vastanneista sairaanhoitajista. Osaamisensa hyödyntämisen tasolle 8 arvioi 18 % (n=14). Tasot 5 ja 7 saivat 3 % (n=2) valinnoista ja taso 6 1 % (n=1).

Kysyttäessä kuinka hyvin sairaanhoitajat kokevat voivansa kehittyä työssään saatiin tulokseksi luku 8,9. Enemmistö, 38 % (n=29) arvioi kehittymismahdollisuutensa tasolle 9 ja 33 % (n=25) tasolle 10. 20 % (n=15) arvioi mahdollisuutensa tasolle 8 ja tasolle 7 sen arvioi 5 % (n=4). Tasolle 5 sen arvioi 3 % (n=2) ja tasolle 6 1 % (n=1) vastanneista.

Sairaanhoidajien arvioidessa kuinka hyvin he kokevat voivansa toteuttaa itseään työssään, tuli vastaukseksi luku 8,7. Suurin osa, 42 % (n=32) arvioi voivansa toteuttaa itseään tasolla 9. 25 % (n=19) heistä arvioi sen tasolle 10 ja 21 % (n=16) tasolle 8. Sai-

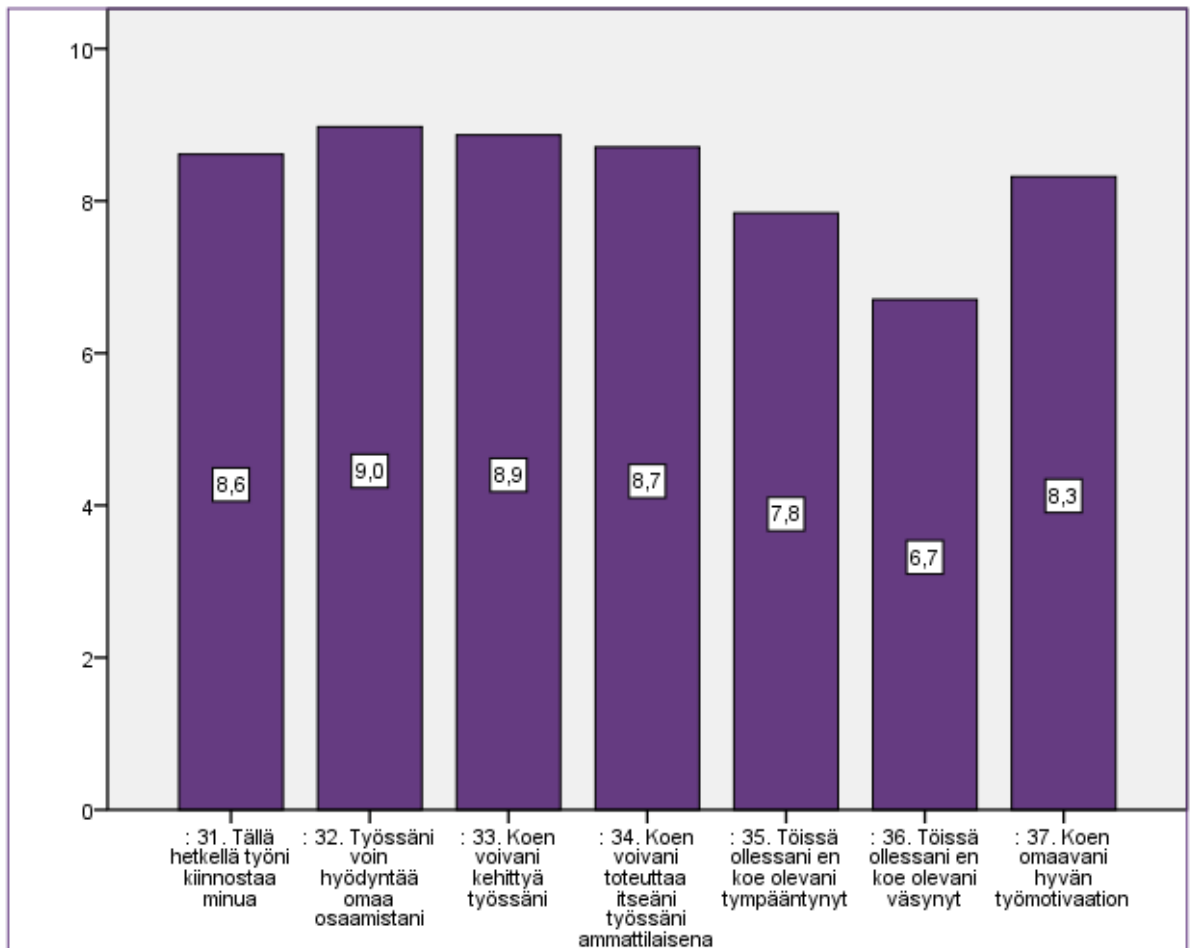
raanhoitajista 7 % (n=5) koki voivansa toteuttaa itseään tasolla 7 ja 3 % (n=2) tasoilla 6 tai 5.

Esitettäessä väite ”töissä ollessani en koe olevani tympääntynyt” vastaukseksi tuli luku 7,8. Valtaosa sairaanhoitajista, 32 % (n=24) arvioi väittämän paikkansapitävyyden tasolle 8. 29 % (n=22) puolestaan tasolle 9 ja 13 % (n=10) tasolle 7. Tasolle 10 väittämän paikkansapitävyyden arvioi 12 % (n=9) vastaajista. 5 % (n=4) vastaajista valitsi tason 3 ja 4 % tason 5. 1 % (n=1) valitsi tasot 1, 4 tai 6. Yksi sairaanhoitaja ei ollut vastannut tähän kysymykseen.

Esitettäessä väite ”töissä ollessani en koe olevani väsynyt” vastaukseksi tuli luku 6,7. Enemmistö eli 25 % (n=19) valitsi tason 7 tai 8. 15 % (n=11) vastaajista valitsi tason 9. Tason 5 valitsi 9 % (n=7) vastaajista ja tason 6 valitsi 8 % (n=6) vastanneista. 7 % (n=5) vastaajista koki väittämän todeksi vain tasolla 4 ja 5 % (n=4) tasolla 3. Sairaanhoitajista 3 % (n=2) valitsi tason 1 tai 10 esittämään väsymystään ja 1 % (n=1) tason 2.

Hyvää työmotivaatiota arvioitaessa saatiin vastaukseksi luku 8,3. Valtaosa sairaanhoitajista, 38 % (n=29) arvioi työmotivaationsa tasolle 9 ja 28 % (n=21) tasolle 8. Tason 10 valitsi 16 % (n=12) sairaanhoitajaa ja 11 % (n=8) valitsi tason 7. Vastaajista 3 % (n=2) valitsi tason 5 tai 6 ja tason 1 tai 4 valitsi 1 % (n=1) sairaanhoitajista.

Kaikki tässä kappaleessa kuvatut tulokset on esitetty graafisesti alla olevassa kuviossa (kuvio 19).



KUVIO 19. Sairaanhoidajien kokema työmotivaatio

6.7 Hoitotyön laatu

Kysyttäessä, kuinka laadukkaaksi sairaanhoitajat kokevat toiminnan työyksikössään, saatiin tulokseksi luku 7,7. Enemmistö eli 29 % (n=22) arvioi toiminnan laadun tasolle 9 ja 26 % (n=20) tasolle 8. Vastaajista 17 % (n=13) arvioi laadun tasoksi 7. Tason 6 valitsi vastaajista 9 % (n=7) ja tason 5 valitsi 8 % (n=6). Korkeimman tason eli 10 valitsi 7 % (n=5) vastaajista. 1 % (n=1) arvioi laadun tasolle 3 tai 4. Sairaanhoidajista yksi ei vastannut kysymykseen.

Yksikön toiminnan turvallisuuden tulokseksi tuli luku 7,8. Vastaajista 33 % (n=25) arvioi sen tasolle 9 ja tasolle 8 sen arvioi 25 % (n=19) sairaanhoitajaa. 18 % (n=14) sairaanhoitajista arvioi toiminnan turvallisuuden tasolle 7. Tasolle 5 ja 10 sen arvioi 7 % (n=5) sairaanhoitajista ja tasolle 6 vastaavasti 5 % (n=4) vastanneista. 3 % (n=2) valitsi tason 4 ja 1 % (n=1) tason 1. Yhden vastaajan mielipide puuttui.

Arvioitaessa tulevatko sairaanhoitajat toimeen kaikkien tiimin jäsenten kanssa, tuli vastaukseksi luku 8,7. Enemmistö, 32 % (n=24) valitsi tason 9 tai 10. Tason 8 valitsi 24 % (n=18) vastaajista. 5 % (n=4) arvioi tulevansa kaikkien kanssa toimeen tasolla 7. Tason 4 tai 5 valitsi sairaanhoitajista 3 % (n=2) ja tason 6 valitsi 1 % (n=1) vastaajista. Vastaajista yksi ei valinnut mitään vaihtoehtoista.

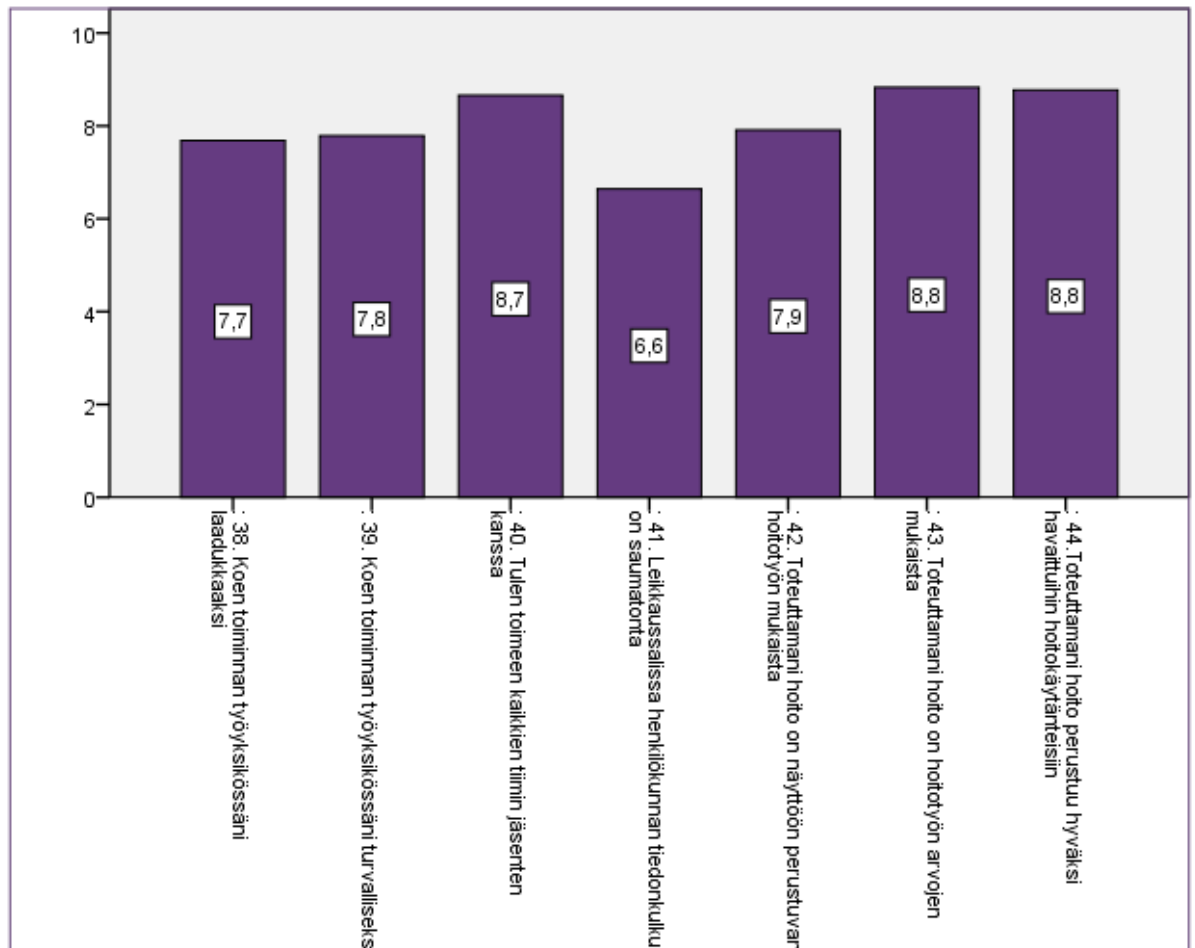
Arvioitaessa onko leikkaussalin henkilökunnan tiedonkulku saumatonta, tuli tulokseksi luku 6,6. Sairaanhoitajista 22 % (n=17) arvioi tiedonkulun tasolle 6 tai 8 ja 21 % (n=16) tasolle 7. Tason 9 valitsi 12 % (n=9) sairaanhoitajista ja 8 % (n=6) tason 5. Tiedonkulun saumattomaksi tasolla 3 tai 4 arvioi 5 % (n=4) sairaanhoitajista ja tasolle 2 tai 10 sen arvioi 1 % (n=1) sairaanhoitajista. Yksi sairaanhoitaja ei vastannut kysymykseen.

Pyydettyessä sairaanhoitajia arvioimaan onko heidän toteuttamansa hoito näyttöön perustuvan hoitotyön mukaista, saatiin vastaukseksi luku 7,9. Vastaajista 29 % (n=22) arvioi näin olevan tasolla, 28 % (n=21) tasolla 8 ja 22 % (n=17) tasolla 7. Vaihtoehdon 10 valitsi 5 % (n=4) sairaanhoitajista. Tason 5 tai 6 valitsi 4 % (n=3) sairaanhoitajista ja tason 3 valitsi 1 % (n=1). Viisi sairaanhoitajaa ei vastannut kysymykseen.

Kysyttäessä onko heidän toteuttamansa hoito hoitotyön arvojen mukaista tuli vastaukseksi luku 8,8. Enemmistö, 47 % (n=36) arvioi näin olevan tasolla 9. Tason 10 valitsi 24 % (n=18) sairaanhoitajista ja tason 8 valitsi 17 % (n=13) sairaanhoitajista. 7 % (n=5) vastanneista valitsi tason 7 ja 1 % (n=1) valitsi tason 4 tai 6. Vastaajista kahden vastaukset puuttuivat.

Pyydettyessä sairaanhoitajia arvioimaan perustuuko heidän toteuttamansa hoito hyväksi havaittuihin hoitokäytänteisiin, saatiin vastaukseksi luku 8,8. Valtaosa, 43 % (n=33) arvioi näin olevan tasolla 9. Vastaajista 22 % (n=17) valitsi tason 10 ja 21 % (n=16) vaihtoehdon 8. Tason 7 valitsi 9 % (n=7) vastanneista sairaanhoitajista ja 3 % (n=2) valitsi tason 6. Yksi vastaaja oli jättänyt tämän kysymyksen välistä.

Kaikki tässä kappaleessa kuvatut tulokset on esitetty graafisesti alla olevassa kuviossa (kuvio 20).



KUVIO 20. Hoitotyön laatu

6.8 Sairaanhoitajien kokema ammatillinen pätevyys

Pyydettyäessä sairaanhoitajia arvioimaan kokemansa valmiudet toimia eettistä päätöksykä vaativissa tilanteissa tuli vastaukseksi luku 8,6. Enemmistö vastaajista, 34 % (n=26) arvioi valmiutensa tasolle 9. Tasolle 8 valmiudet arvioi 26 % (n=20) vastaajista ja tasolle 10 ne arvioi 25 % (n=19) sairaanhoitajista. 11 % (n=8) sairaanhoitajista koki valmiuksien olevan tasolla 7. Vastaajista 3 % (n=2) arvioi niiden olevan tasolla 6 ja 1 % (n=1) tasolla 5.

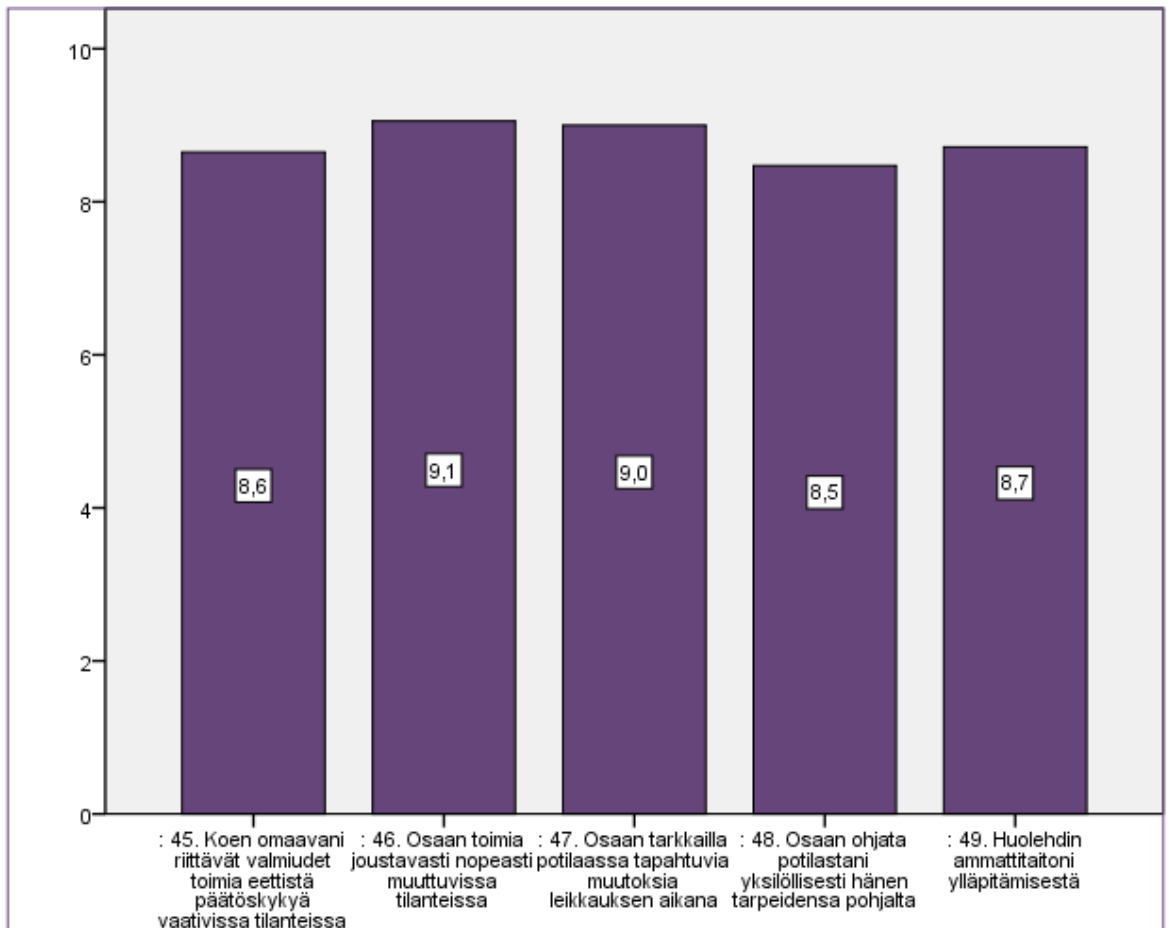
Kysyttäessä sairaanhoitajien osaamista toimia joustavasti nopeasti muuttuvissa tilanteissa saatiin vastaukseksi luku 9,1. Valtaosa eli 42 % (n=32) arvioi näin olevan tasolla 9. Tason 10 valitsi 36 % (n=27) vastanneista ja 17 % (n=13) valitsi tason 8. Tason 7 valitsi 4 % (n=3) vastaajista ja tason 6 valitsi 1 % (n=1).

Väittämän ”osaan tarkkailla potilaassa tapahtuvia muutoksia leikkauksen aikana” vastaukseksi tuli luku 9,0. Enemmistö, 47 % (n=36) valitsi tason 9 ja 33 % (n=25) tason 10. Tason 8 valitsi 11 % (n=8) sairaanhoitajista ja tason 7 valitsi 8 % (n=6). Taso 6 sai 1 %:n (n=1) valinnoista.

Sairaanhoitajien vastausten väittämään ”osaan ohjata potilastani yksilöllisesti hänen tarpeidensa pohjalta” oli vastaus luku 8,5. Vastaajista 37 % (n=28) valitsi tason 9, tason 8 valitsi 22 % (n=17) sairaanhoitajista ja tason 10 valitsi 21 % (n=16) sairaanhoitajista. 11 % (n=8) vastanneista sairaanhoitajista valitsi tason 7 ja 5 % (n=4) tason 6. Tason 4 tai 5 valitsi vastaajista 1 % (n=1). Yksi vastaaja jätti kysymyksen välistä.

Ammattitaitonsa ylläpitämistä mittaavan kysymyksen tulokseksi tuli luku 8,7. 49 % (n=37) arvioi näin olevan tasolla 9 ja 21 % (n=16) tasolla 8. Sairaanhoitajista 17 % (n=13) vastasi tason 10. Tason 7 valitsi 12 % (n=9) vastanneista sairaanhoitajista. Sairaanhoitajista yksi ei ollut vastannut kysymykseen.

Kaikki tässä kappaleessa kuvatut tulokset on esitetty graafisesti alla (kuvio 21).



KUVIO 21. Sairaanhoitajien kokema ammatillinen pätevyys

6.9 Sairaanhoitajien mielipiteitä ja kommentteja tarkistuslistan käytöstä

Avoimeen kysymykseen, jossa pyydettiin sairaanhoitajia kirjoittamaan omin sanoin kommentteja tarkistuslistan käyttöön liittyen, vastasi 25 % (n=19) sairaanhoitajista. Vastauksista erotimme kaksi pääryhmää: tarkistuslistaan positiivisesti suhtautuvat sekä heidät, joilla on siihen jotain huomautettavaa.

Tarkistuslista koettiin välttämättömäksi ja hyväksi keinoksi parantaa potilasturvallisuutta. Vaikka se ei anestesiahoitajien tietoa potilaasta lisännytkään, niin jaettua tietoa koko tiimin välillä se lisäsi. Vastavalmistuneille anestesiahoitajille listasta koettiin olevan hyötyä. Tarkistuslista toimii parhaiten silloin, kun kaikki työntekijät ovat sitoutuneet sen käyttöön. Myös tiimin välinen kommunikointi lisääntyi. Tulokset on esitetty alla olevassa kuviossa (kuvio 22.)

”Välttämätön.”

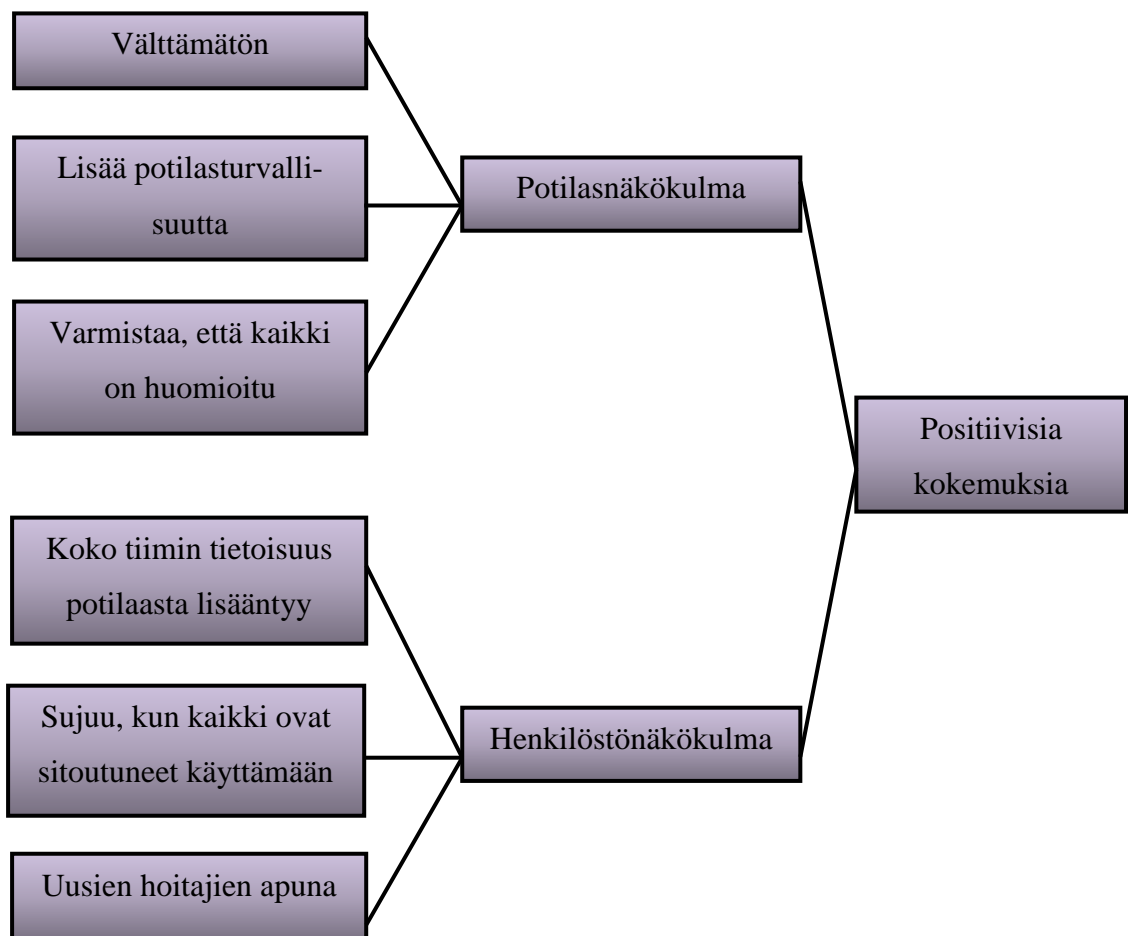
”Tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta – – ”

” – – Varmistaa, että asiat on huomioitu.”

”Tarkistuslista ei niinkään tuo uutta tietoa anestesiahoitajalle – – Todella hyvä työkalu tuoda kaikille tiimin jäsenille tietoon potilaaseen liittyviä seikkoja – – ”

” – – Jaettu ymmärtäminen kuitenkin sen avulla voisi lisääntyä – – ”

”Tarkistuslistan käyttö on sujuvaa niinä päivinä kun salin tiimissä jokainen on sitoutunut käymään sen läpi, eikä koe sitä tarpeettomaksi, ja pullikoi vastaan. – – Varsinkin joidenkin uusien anestesiahoitajien kohdalla lista osoittautuu käteväksi – – ”



KUVIO 22. Myönteisiä kokemuksia tarkistuslistasta

Tarkistuslistan käyttöön ja siitä saatuun hyötyyn liittyi myös huomautettavia asioita. Toteutuksessa koettiin olevan paljon päällekkäisyyksiä muun työn kanssa. Kaikki eivät myöskään hiljene kuuntelemaan listan läpikäymistä ja etenkin leikkaavien kirurgien koetaan suhtautuvan listaan välinpitämättömästi. Lisäksi tarkistuslistan käyttöä helpotaisi jos olisi selvästi sovittuna, kenen tehtävä on hoitaa sen läpikäyminen. Kaikki eivät myöskään kokeneet listaa lainkaan hyödylliseksi. Tulokset on esitetty graafisesti alla olevassa kuviossa (kuvio 23.)

” – – Ei tarvetta.”

” – – Pitäisi olla sovittuna kuka ne kyselee ja missä vaiheessa loogisinta kysyä.”

” – – Siinä on paljon yhtäläisyyksiä aiemmin käyttämäni rutiininomaisen alkutarkastuksen kanssa (allergiat, syömättömyys, proteesit jne.)”

” – – Sujuvuus riippuu siitä kuinka toimintaa organisoidaan salissa. – – ”

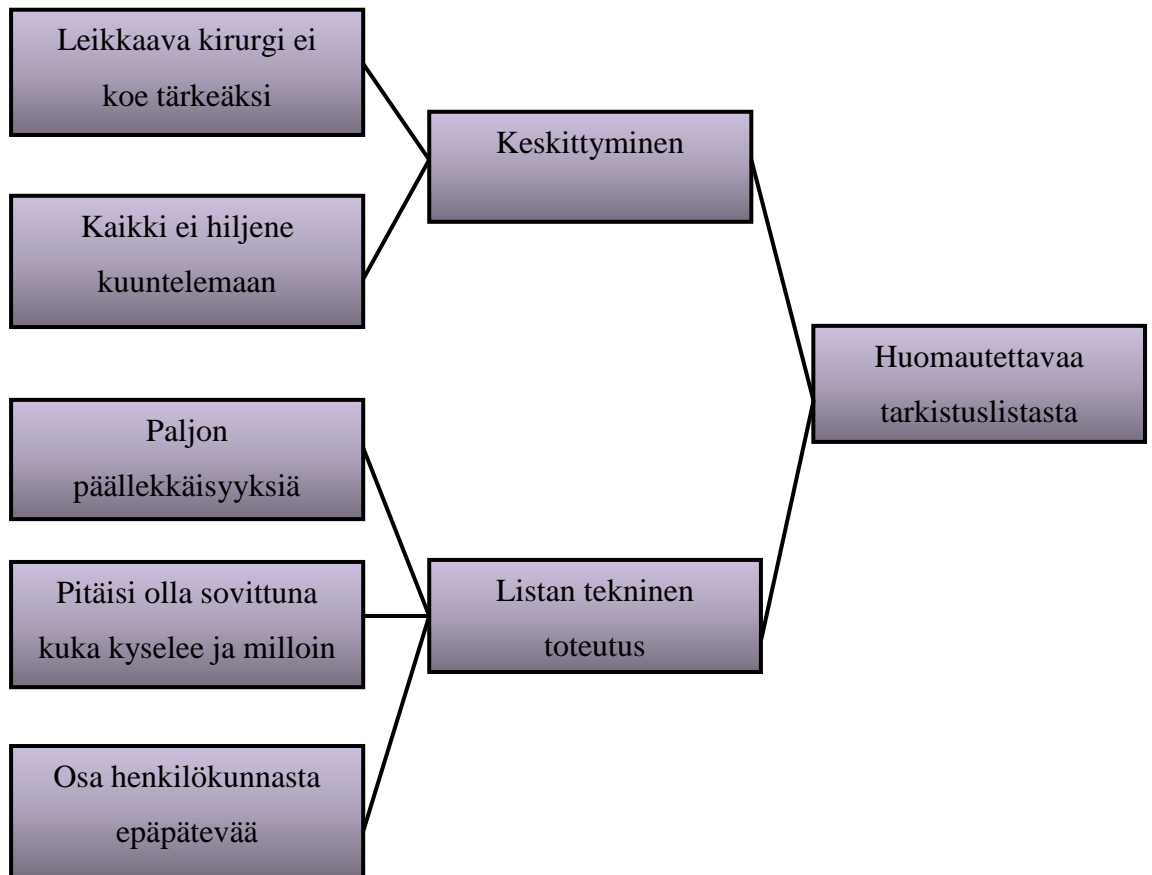
”Joskus sen läpikäyminen on pelkkä ”huitaisu” eli ”kunhan on pölötetty jotain”. Kukaan ei oikeasti kuuntele sen tuomia asioita. – – ”

” – – Listan käymisessä on paljon variaatioita riippuen henkilöistä. Eli, jotta lista toisi siitä tarkoitetun todellisen hyödyn, sen läpikäyminen pitäisi olla aina samanlainen ja kaikkien olisi ”hiljennyttävä” kuuntelemaan.”

” – – Tarkistuslistan ongelmaksi muodostuu usein se, ettei koko tiimi ole välttämättä kuulolla tai esim. leikkaava lääkäri ei pidä listaa tärkeänä, jolloin perusteellisia vastauksia on vaikea saada.”

” – – Eniten vastaan pullikointia olen kohdannut valvovana hoitajana leikkaavilta lääkäreiltä. Jotkut eivät vastaa kysyttäessä ollenkaan tai eivät vastaa asiallisesti siihen mitä kysytään. Esim. kun pyydetään varmentamaan potilas, leikkauskohde ja toimenpide, voi vastaukseksi saada ”Joo joo...” tai ”on oikea potilas ja leikkauskohde ja toimenpide”, mikä taas ei

mielestäni ole riittävän tarkka vastaus. Mielestäni siihen kuuluisi vastata sanomalla potilaan nimi ja kertomalla mitä aikoo tehdä hänelle.”



KUVIO 23. Kehittymisaiheita tarkistuslistan käytöstä

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITYSEHDOTUKSET

Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että tarkistuslistan käyttö koettiin helpoksi ja sujuvaksi eikä se juurikaan vie aikaa muulta työskentelyltä. Ikonen (2010) kirjoittaa artikkelissaan, että asia on todettu sekä Suomessa että ulkomailla tehdyissä tutkimuksissa. Myös Ikosen & Pauniahon (2010) julkaisemassa artikkelissa todetaan, että tarkistuslistan läpikäyminen vie aikaa enimmillään kolme minuuttia. Opinnäytetyöstämme ilmenee myös, että suurin osa kyselyymme vastanneista sairaanhoitajista kokee tarkistuslistan käytön tuovan sujuvuutta potilaan vastaanottotilanteeseen. Lukkari (2007) mainitsee, että potilaan vastaanottotilanteessa suositellaan olevan kaikkien kolmen perioperatiivisen sairaanhoitajan. Onkin tärkeää, että listaa käytettäisiin myös jatkossa aktiivisesti, jotta se vakiinnuttaisi asemansa hoitotyössä ja parantaisi potilasturvallisuutta. Myös potilaiden kokemaa turvallisuutta lisää tieto tarkistuslistan käytöstä.

Vastanneista sairaanhoitajista lähes kaikki olivat samaa mieltä siitä, että tarkistuslistaan liittyvä alkutarkistus suoritetaan ennen anestesian aloitusta, aikalisä ennen leikkausviiltoa ja lopputarkistus ennen kirurgin poistumista salista. Saamistamme kirjallisista kommentteista voi kuitenkin päätellä, että tarkistuslistan vaiheiden suorittaminen koetaan jokseenkin hankalaksi ja päällekkäisyyksiä muun työn kanssa sisältäväksi. Sairaanhoitajat haluaisivat, että yhteisesti olisi sovittu kuka tarkistuslistan vetää läpi ja missä vaiheissa asiat on loogisinta kysyä. Ikonen & Pauniahon (2010) linjaavat artikkelissaan, että tämä henkilö on yleensä valvova sairaanhoitaja, mutta voi olla kuka tahansa muukin leikkaustiimin jäsenistä. Sairaanhoitajien vastauksista myös ilmeni, että kaikki eivät myöskään hiljene kuuntelemaan tarkistuslistan läpikäymistä ja etenkin leikkaavien kirurgien asennoituminen tarkistuslistaa kohtaan voi olla negatiivinen. Tästä johtuen organisaatiotasolta tulisi järjestää lisää kaikkien ammattiryhmien yhteisiä koulutuksia, joissa tarkistuslistan hyödyt nostettaisiin esiin ja niistä keskusteltaisiin, jotta asenteita saataisiin muutettua. Kun yhteisesti sovitaan kenen vastuulla tarkistuslistan läpikäyminen on, helpottaa tämä koettua epävarmuutta. Myös Salmenperä ja Hynynen (2013) kirjoittavat artikkelissaan, että tarkistuslistan käyttöönottoa voidaan parantaa paremmalla perustelemisella ja koulutuksella.

Huomattava enemmistö vastaajista koki, että tarkistuslistan avulla sekä jatkohoito-ohjeet tulee huomioitua paremmin että henkilökunnalla on paremmat tiedot potilaasta.

Pesonen (2011) sekä Ikonen & Pauniahho (2010) ovat myös huomanneet, että tarkistuslista parantaa postoperatiivisten kirjausten tekoa ja lisää koko tiimin tietoa potilaasta. Sen sijaan tiedon siirtymistä leikkaussalista heräämään ja heräämöstä osastolle tarkistuslistan ei juuri koeta parantavan. Perusteluna tähän mainitaan, että välissä on liian monta muuttujaa, kuten se, että hoitava sairaanhoitaja vaihtuu hoitopolun aikana useaan kertaan.

Kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat olivat lähes yksimielisiä siitä, että tarkistuslistan käyttö vähentää leikkauksista johtuvia komplikaatioita ja että niitä voidaan ehkäistä tarkistuslistaa käyttämällä. Lisäksi he kokivat, että tarkistuslistan käyttö on parantanut leikkausturvallisuutta. Myös Haynesin (2009) ja Weiserin ym. (2010) tutkimuksissa on havaittu samanlaisia tuloksia. Nämä yhtenevät tulokset todistavat tarkistuslistan käytön hyödyllisyyden ja toivottavasti kannustavat leikkaussalihenkilökuntaa käyttämään tarkistuslistaa entistä ahkerammin.

Valtaosa sairaanhoitajista kokee, että tarkistuslistan käyttö auttaa heitä tuntemaan olonsa varmemmaksi leikkaussalissa. Helovuo ym. (2011) perustelevat tämän turvallisuudentunteen sillä, että sairaanhoitajien ei tarvitse enää luottaa pelkkään muistiinsa ja tarkkaavaisuuteensa. Enemmistö sairaanhoitajista kokee myös, että tarkistuslistan avulla he tuntevat suoritettavan toimenpiteen paremmin ja heidän tietonsa potilaan allergioista, perussairauksista ja lääkityksestä lisääntyy. Osa vastaajista tosin huomauttaa, ettei tarkistuslista tuo esimerkiksi anestesiahoitajille lisää tietoa potilaasta, koska heidän on täytynyt selvittää taustatiedot jo etukäteen, mutta leikkaavalle puolelle hyöty on selvempi. Opinnäytetyön kyselyyn osallistuneista enemmistö oli juuri leikkauspuolen sairaanhoitajia, joten on ilmeistä että näillä tuloksilla on yhteys. Ikonen & Pauniahon (2010) artikkelin mukaan on kuitenkin selvää, että koko tiimin tieto kyseisistä asioista lisääntyy tarkistuslistan käyttöönoton jälkeen. Tarkistuslistan on siis todistettu lisäävän koko tiimin yhteistä tietämystä potilaan tiedoista. Näin ollen onkin tärkeää, että nämä asiat käytäisiin läpi niin, että koko tiimi on kuulolla. Jos yhdessä sovittaisiin hetki, jolloin nämä tiedot käytäisiin läpi, olisi käytäntö yhtenäisempi ja helpompi noudattaa.

Suurin osa opinnäytetyön kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista on sitä mieltä, että tarkistuslista takaa paremman anestesiavalmiuden sekä mahdollistaa toimenpiteiden kriittisistä vaiheista puhumisen. Myös Ikonen ja Pauniahho (2010) ovat tutkimuksessaan

todenneet samanlaisia tuloksia. Vastuu jää listan vetäjälle, jonka täytyy varmistaa, että kaikki ovat kuulolla listan kohtia läpikäydessä, jotta nämä asiat toteutuvat.

Opinnäytetyön tulosten mukaan sairaanhoitajat olivat lähes yksimielisiä siitä, että tarkistuslistan käyttö sekä lisää että edellyttää hyvää yhteistyötä kaikkien leikkaustiimin jäsenten välillä. Myös Ikosen & Pauniahon (2010) artikkelissa on todettu sama asia. Lisäksi sairaanhoitajat uskoivat, että tarkistuslistan käytöllä ei ole tarkoitus epäillä kenenkään ammattitaitoa. Tarkistuslistan käytön on myös huomattu parantavan tiedon kulkua tiimin jäsenten välillä. Ikosen & Pauniahon (2010) samainen artikkeli osoittaa myös tästä asiasta samanlaisia tuloksia. Hyvää yhteistyötä ja kommunikointia kannattaa siis kehittää ja ylläpitää moniammatillisessa työyhteisössä ja tapaan välittää tietoa kannattaa kaikkien panostaa niin, että se on mahdollisimman informatiivista.

Perioperatiiviset sairaanhoitajat arvioivat kokemansa työmotivaation kokonaisuudessaan erittäin hyväksi. He kokivat sekä voivansa kehittyä työssään että hyödyntää omaa erityisosaamistaan. Myös Nummelin (2008) kirjoittaa kirjassaan näiden tekijöiden olevan vahvasti yhteydessä motivaation tuntemiseen. Näin ollen voidaan päätellä, että osastoilla vallitsee hyvä yhteishenki työntekijöiden välillä ja toisen työtä ja kokemusta pidetään arvokkaana. Osa sairaanhoitajista koki itsensä myös väsyneeksi ja tympääntyneeksi töissä ollessaan, mutta heitä oli selvästi vähemmän kuin heitä, jotka eivät kokee näin. Väsymykselle ja tympääntyneisyydelle voi löytyä selitys myös yksityiselämän puolelta.

Sairaanhoitajat arvioivat toteuttamansa hoidon laadun melko hyväksi. Tiedonkulun ei aina koettu olevan täysin saumatonta, kuten ei toimintaa työyksikössä koettu aina turvalliseksi tai näyttöön perustuvaksi. Sanallisissa kommentteissa mainittiin, että osa työntekijöistä koettiin epäpäteviksi eikä kaikille ollut tuttu käsite ”näyttöön perustuva hoitotyö”. Kuitenkin kaikkien kanssa arvioitiin tulevan hyvin toimeen ja hoidon perustuvan hyviin käytänteisiin ja olevan hoitotyön arvojen mukaista. Koivuranta-Vaara (2011) ja Sarajärvi ym. (2011) painottavat teoksissaan, että hoidon tulee aina tukeutua näyttöön perustuvaan hoitotyöhön, jonka avulla sairaanhoitajat perustelevat toimintansa. He myös kirjoittavat, että toteutetun hoidon on oltava hoitotyön arvojen mukaista. Kuten myös kommentteissa tuli esiin, eivät kaikki sairaanhoitajat välttämättä tiedä mitä käsite ”näyttöön perustuva hoitotyö” tarkoittaa, eivätkä näin ollen tunnista toteuttavansa sen mukaista hoitoa, vaikka näin olisikin. Esimiesten tulisi tarjota heille mahdollisuuksia

lukea tieteellisiä julkaisuja sekä osallistua näyttöön perustuvan hoitotyön koulutuksiin, kuten Sarajärvi ym. (2011) myös teoksessaan mainitsee.

Arvioidessaan ammatillista pätevyyttä perioperatiiviset sairaanhoitajat osoittivat jälleen erittäin hyviä tuloksia. Toimiminen nopeasti muuttuvissa tilanteissa oli erinomaista, samoin potilaassa tapahtuvien muutosten tarkkailu. He myös kokivat ylläpitävänsä ammattiosaamistaan. Myös Silvennoinen ym. (2012) on huomannut sairaanhoitajien arvioivan nämä kyvyt erittäin hyväksi. Jotta sairaanhoitajat jatkossakin kokisivat ammatillisen pätevyytensä erittäin hyväksi, on työnantajien mahdollistettava heille tilaisuuksia ylläpitää tieto-taitoaan. Oman työn reflektointi voisi toimia yhtenä ylläpitävänä osatekijänä.

Yhteenvetona voidaan sanoa, että sairaanhoitajat kaipaavat yhtenäistä linjausta siitä, kuka tarkistuslistan vaiheet vetää läpi sekä missä vaiheissa ne on järkevintä kysyä. Organisaatiotasolta tarkistuslistan käyttöön voidaan vaikuttaa järjestämällä vielä koulutuksia, joissa saadut hyödyt perustellaan. Työntekijöille tulisi myös tarjota tieteellisiä julkaisuja luettavaksi sekä mahdollistaa osallistuminen näyttöön perustuvan hoitotyön koulutukseen, jotta tämä asia konkretisoituu ja tulee tutummaksi sairaanhoitajille. Kehittämisehdotukset on esitetty alla olevassa kuviossa (kuvio 24.)



KUVIO 24. Kehittämisehdotukset

8 POHDINTA

Opinnäytetyön teko on kokonaisuudessaan ollut pitkä ja kivinen tie, mutta loppujen lopuksi myös todella palkitseva. Tarkoituksemme oli tehdä alusta asti työtämme aktiivisesti ilman isompia taukoja, jotta lopussa ei olisi tullut kiire ja työnteon jatkamiseen tauon jälkeen ei olisi kulunut ylimääräistä aikaa. Opinnäytetyön suunnitelman ja tutkielmaluvan saannin jälkeen lähdimme molemmat Intiaan vaihtoon kolmeksi kuukaudeksi ja tämän vuoksi opinnäytetyön tekemiseen tuli taukoa. Vaihdon jälkeen jouduimme tutustumaan siihenastiseen työhömmme uudestaan. Kirjoittaminen kuitenkin sujui paljon helpommin vaihdon jälkeen ja aihetta pääsi tarkastelemaan uusin silmin. Pian tauon jälkeen kuitenkin huomasimme, että aika meinasi käydä vähiin.

Meille molemmille opinnäytetyön tekoprosessi sekä kyselytutkimuksen teko on ollut uutta ja sen vuoksi myös haastavaa. Olemme oppineet paljon tutkimuksen teosta ja tulevaisuudessa olemmekin valmiimpia jos vastaavanlainen prosessi tulee eteemme. Olemme jakaneet työskentelyä ja kirjoittaneet teoriaa erikseen, jonka jälkeen olemme käyneet läpi toistemme tuotoksia ja tällä tavalla saaneet työstämme yhtenevän.

Kyselylomakkeemme kysymykset on muodostettu opinnäytetyömme tutkimusongelmiin vastaten teorian pohjalta. Näin varmistuimme, että kyselylomakkeemme tarkastelee juuri opinnäytetyömme aihetta. Kyselylomakkeemme on testattu omalla opiskelijaryhmällämme. Saimme ryhmältämme enimmäkseen hyvää palautetta kyselylomakkeestamme. Ainoastaan sen pituudesta tuli korjaavaa palautetta ja siihen emme kokeneet voivamme vaikuttaa, koska halusimme mitata tarkasteltavaa aihetta kattavasti. Kokosimme siihen mielestämme vain kaikki työmme kannalta oleelliset kysymykset opinnäytetyömme muuttujista. Kyselylomakkeemme ulkoasusta tuli selkeä ja siisti, koska teimme sen sähköisesti.

Jos saisimme nyt toteuttaa kyselymme uudelleen, haluaisimme testata kyselylomakkeemme jonkun toisen sairaalan leikkaussalien sairaanhoitajilla ennen varsinaista kyselyä saadaksemme palautetta tarkistuslistaa käyttäviltä ammattilaisilta. Lisäksi kävisimme itse osastoilla esittelemässä sekä itsemme että opinnäytetyömme ja kyselylomakkeemme, jolloin sairaanhoitajat voisivat halutessaan esittää meille kysymyksiä aiheesta. Tätä emme tällä kertaa voineet tehdä, vaan lähetimme kyselyn saatekirjeineen sähköisesti kohderyhmällemme. Paikan päällä olisimme pystyneet paremmin painottamaan

sairaanhoitajille vastaamisen tärkeyttä ja juuri Heidän mielipiteidensä merkitsevyyttä tulosten kannalta. Olisimme myös voineet muistuttaa heitä vastausten luottamuksellisesta käsittelemisestä ja toisaalta myös vastaamisen vapaaehtoisuudesta. Tämä olisi varmasti motivoinut sairaanhoitajia vastaamaan paremmin kyselyymme. Vastausprosenttiin olisimme voineet vaikuttaa lähettämällä kyselylomakkeen vielä kerran sairaanhoitajille muistutukseksi.

Toivomme, että opinnäytetyömme ansiosta Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sairaanhoitajat sekä heidän esimiehensä saavat lisää tietoa tarkistuslistan merkityksestä potilaan intraoperatiivisessa hoitovaiheessa. Opinnäytetyömme tuo toivottavasti myös esimiesten tarkasteltavaksi uutta tietoa. Olemme halunneet työssämme tuoda esille myös sairaanhoitajien työmotivaatioon liittyviä asioita, koska arvelimme yleisellä työmotivaatiolla olevan yhteyttä tarkistuslistan käyttöön. Tälle saimme tukea myös teoriastamme. Toivomme myös, että opinnäytetyömme kyselytutkimuksen avulla voitaisiin kehittää tarkistuslistan käyttöä leikkaussaleissa parempaan suuntaan puuttamalla esitettyihin epäkohtiin.

Toivomme, että opinnäytetyöstämme olisi todellista hyötyä työelämässä. Parhaassa tapauksessa opinnäytetyömme myötä leikkausosastoilla tarkistuslistan käyttöä alettaisiin huomioida enemmän ja sitä kautta kehittämään sen käyttöä. Kaikille kyselyymme vastanneille sairaanhoitajille kuuluu iso kiitos yhteistyöstä sekä varsinkin saamistamme avoimen kysymyksen palautteesta, jonka avulla saimme työhömmme lisää monipuolista ja mielenkiintoista sisältöä. Kyselylomakkeen vastauksia oli mielenkiintoinen käydä läpi tutkimustuloksia tehdessä.

Opinnäytetyön tekoprosessin lomassa olemme oppineet hahmottamaan kyselytutkimuksen tekoprosessia. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä on tullut meille tutuksi ja ymmärrämme sen keskeiset vaiheet. Opinnäytetyön loppuvaiheessa meille on hahmottunut paremmin mieliin teoriaosuuden tärkeys kyselylomakkeen taustalla. Tiedonhakutaitomme ovat kehittyneet opinnäytetyön teon aikana paljon, kuten myös lähdekriittisyys. Olemme myös kehittyneet asiatekstin kirjoittamisessa. Teoriaan tutustuessa ja teoriaosuutta kirjoittaessa oma asiantuntijuutemme aiheesta on lisääntynyt huomattavasti. Tarkistuslista ei ollut meille kummallekaan kovin tuttu ennen opinnäytetyön tekoa. Tarkistuslistasta tehtyihin aiempiin tutkimuksiin perehtymisen myötä meille molemmille

on konkretisoitunut tarkistuslistan käytön tärkeys potilaan intraoperatiivisessa hoitovaiheessa.

Jatkotutkimuksena voisi ajatella tehtävän myöhemmin tarkistuslistan käytöstä havainnointitutkimuksen, jotta nähtäisiin, että onko tarkistuslistan käytössä tapahtunut muutoksia parempaan suuntaan sekä mitata uudestaan mitä mieltä sairaanhoitajat ovat sen käytöstä. Lisäksi voi ajatella tutkittavan tarkemmin leikkaussalin henkilökunnan tiimityöskentelyä ja sen vaikutuksia leikkaussalin tarkistuslistan käyttöön.

Opinnäytetyön teko on ollut mielenkiintoista ja lopulta ihan mukavaa. Kamalinta oli lopussa tullut kiire saada työ valmiiksi ennen määräaikaa. Opinnäytetyömme kokonaisuuteen olemme kumpikin tyytyväisiä. Olemme ylpeitä itsestämme, että olemme saaneet aikaan jotain näin hienoa. Asiatekstiä meillä on riittävästi sekä lähteitä on paljon ja ne ovat monipuolisia.

LÄHTEET

Aaltonen, L-M. & Rosenberg Per. (toim.) 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

de Vries, E. N., Prins, H. A., Crolla, R. M. P. H., den Outer, A. J., van Anandel, G., van Helden, S. H., Schlack, W. S., van Putten, A., Gouma, D. J., Dijkgraaf, M. G. W., Smorenburg, S. M & Boermeester, M. A. 2010. Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. *The New England Journal of Medicine* 11, 1928-1937.

deVries, E. N., Dijkstra, L., Smorenburg, S. M., Meijer, R. P. & Boermeester, M. A. 2010. The Surgical Patient Safety System (SURPASS) checklist optimizes timing of antibiotic prophylaxis. *Patient Safety in Surgery* 4:6.

Haho, A. 2010. Työ ilon lähteenä. *Sairaanhoitaja* 9, 40–41.

Hakanen, J., Ahola, K., Härmä, M., Kukkonen, R. & Sallinen, M. 2009. Voiman lähteet. 6. uudistettu painos. Helsinki; Painotalo tt-urex.

Haynes, A. B., Weise, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A-H. S., Patchen Dellinger, E., 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* 1, 491-499.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Helovu, A. 2009. Inhimilliset tekijät, tiimityö ja turvallisuus – mitä voimme oppia ilmailusta? Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin – Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 99–116.

Helovu, A. 2011. Inhimilliset tekijät potilasturvallisuudessa. *Spirium* 3, 18–19.

Helovu, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Tallinna: Raamatutrükikoda.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. 11. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Holmberg, M., Inkinen, R. & Volmanen, P. 2013. Kyselytutkimus leikkaustiimin tarkistuslistan käytöstä Suomessa, tilannen keväällä 2013. Luettu 9.9.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/9c09c967-69cd-444d-9615-b43b3e2cd2e4>.

Huttunen, A., Kvist, T. & Partanen, P. 2009. Sairaanhoitajien työmotivaatio ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Tutkiva hoitotyö* 2, 21–27.

Huuskonen, V. 2011. Työhyvinvointi ja yhteiset pelisäännöt. *Spirium* 2, 40–41.

- Ikonen, T. 2010. Mikä on leikkauspotilaan tarkistuslista? Suomen sairaalahygienialehti 2, 78–81.
- Ikonen, T. S. & Pauniahho, S-L. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista. Finnanest 2, 108–111.
- Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) 2009. Potilasturvallisuus ensin – Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Kinnunen, M. & Helovuo, A. 2012. Potilasturvallisuus. Sairaanhoitajan käsikirja. Päivitetty 14.11.2012. Luettu 30.1.2013. <http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>
- Koivuranta-Vaara, P. (toim.) 2011. Terveydenhuollon laatuopas. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Korte, R., Rajamäki, A., Lukkari, L. & Kallio, A. 1996. Perioperatiivinen hoito. Porvoo: WSOY.
- Käypä hoito. 2008. Leikkausta edeltävä arviointi. Päivitetty 23.4.2008. Luettu 13.9.2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50066?hakusana=leikkauskelpoisuuden%20arviointi>
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. 1.-3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- McNamara, S. A. 2011. Preventive measures for wrong-site, wrong-person, and wrong-procedure error in the perioperative setting. Teoksessa Watson, D. S. (ed.) Perioperative Safety. United States of America: Mosby, Inc. an affiliate of Elsevier Inc. 121-122.
- Niemi-Murola, L. & Mäntyranta, T. 2011. Potilasturvallisuus on yhteinen asiamme. Finnanest 44, 21- 23.
- Nummelin, T. 2008. Stressi haastaa työkyvyn. Varhainen puuttuminen esimiehen työkaluna. Juva: WS Bookwell Oy.
- Panelius, M. & Varisto, H. 1995. Perioperatiivisen hoito-opin perusteet. 2.painos. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.
- Pauniahho, S-L. & Ikonen, T. S. 2010. Kaikki kunnossa – valmiina viiltoon. Duodecim 126, 333–335.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-2. painos. Juva: WSOY-kirjapaino.
- Peltomaa, K. 2011. Potilasturvallisuuden edistäminen anestesiahoitotyössä vaaratapah-tumia raportoimalla. Spirium 3, 6-7.

Peltomaa, K. 2011. SBAR –työkalu turvallisempaan suulliseen raportointiin. *Spirium* 2, 20–21.)

Pesonen, E. 2011. Tarkistuslistan vaikutus potilasturvallisuuteen. *Finnanest* 1, 18–20.

Potilasvakuutuskeskus. 2012. Potilasvakuutuskeskus edellyttää leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöä. Päivitetty 27.11.2012. Luettu 17.9.2013. <http://www.pvk.fi/fi/terveydenhuollolle/Potilasvakuutuskeskuksen-tiedotteet/Potilasvakuutuskeskus-edellyttaa-leikkaustiimin-tarkistuslistan-kayttoa/>

Puttonen, J. 2012. Sairaanhoidajan oikeudellinen asema. Sairaanhoidajan käsikirja. Päivitetty 11.10.2012. Luettu 30.1.2013. <http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>

Salmenperä, M. & Hynynen, M. 2013. Vähentääkö leikkaustiimin tarkistuslista leikkauskuolleisuutta? *Duodecim* 129, 110–112.

Sarajärvi, A., Wilén, M. & Siira, Janne. 2011. Anestesiahoitajan näyttöön perustuva hoitotyön päätöksenteko. *Spirium* 2, 6-8.

Silén-Lipponen, M. & Mikkonen, I. 2011 Perioperatiivisen hoitotyön turvallisuus – miten sitä kehitetään eurooppalaisena yhteisönä? *Pinsetti* 3, 28–29.

Silvennoinen, A-S., Salanterä, S., Meretoja, R. & Juntila, K. 2012. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys perioperatiivisessa toimintaympäristössä. *Tutkiva Hoitotyö* 10, 22–31.

Sosiaali ja terveysministeriö. 2013. Opas leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöön. Luettu 10.9.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/3f50e159-ab8e-44d8-9cd7-b03447e51dfe>

Suikkanen, A., Kankkunen, P. & Suominen, T. 2009. Estä virheet ennakolta. Sairaanhoidajalehti. Päivitetty 10.6.2009. Luettu 30.1.2013. <http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>

Syvänen, S. 2010. Sairaanhoidajan työhyvinvointi dementiatyössä. *Sairaanhoidaja* 9, 11–15.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

THL – Potilasturvallisuutta taidolla. 2012. Leikkaustiimin tarkistuslista. Luettu 19.11.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/leikkaustiimin-tarkistuslista

THL. 2013. Potilasturvallisuutta taidolla –ohjelma 2011-2015. Luettu 13.9.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/potilasturvallisuutta-aidolla-ohjelma.

Utriainen, K., Ala-Mursula, L. & Virokannas, H. 2011. Näkökulmia sairaanhoidajien työhyvinvointiin. *Tutkiva hoitotyö* 1, 29–36.

Valvira - Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2011. Valvira kannustaa käyttämään leikkaussalien tarkistuslistaa (check-list). Päivitetty 22.3.2011. Luettu

19.11.2012.

http://www.valvira.fi/tietopankki/kannanotot/valvira_kannustaa_kayttamaan_leikkaussalien_tarkistuslistaa_check-list

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

Vilka, H. 2007. Tutki ja kehitä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa – määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Väisänen, O. 2011. Tiimityöskentely operatiivisessa toiminnassa. *Spirium* 3, 20-21.

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. *International Journal for Quality in Health Care* 22 (5), 365-370. Luettu 19.9.2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20395848>

World Health Alliance. 2008. Implementation manual surgical safety checklist. 1. painos. United States of America.

LIITTEET

Liite 1. Taulukko aiheita käsittelevistä tutkimuksista

Tutkimus	Tarkoitus, tehtävät, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
deVriesym. (2012). Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes.	Suurin osa potilasturvallisuudesta on kirurgiassa keskitetty leikkaussaliin. Tarkoituksena on selvittää mitä vaikutuksia on, kun huomiota laajennetaan koko hoitopolkuun.	Kokonaisvaltaisen tarkistuslistan vaikutuksia tarkkailtiin kuudessa (N=6) korkeatasoisessa sairaalassa. Tietoa kerättiin myös viidestä (N=5) vertailusairaalasta. Kaikki hoidon aikana ilmaantuneet komplikaatiot dokumentoitiin ja jaoteltiin 12:een luokkaan. Tulokset arvioitiin Mann-Whitneyn U-testillä tai Pearsonin khii-neliö-testillä. Regressioanalyysi.	Vertailtaessa potilaita ennen ja jälkeen tarkistuslistan käyttöä huomattiin, että komplikaatioiden kokonaisluku putosi 27,3 %:sta 16,7 %:iin. Potilaiden, joilla esiintyi yksi tai useampi komplikaatio laski 15,4%:sta 10,6%:iin. Kuolleisuus sairaalassa oli 1,5% ennen ja 0,8% jälkeen tarkistuslistan. Tulokset eivät poikenneet vertailusairaaloissa.
deVriesym. (2010). The SURgicalPatient Safety System (SURPASS) checklist optimizes timing of antibiotic prophylaxis.	Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kokonaisvaltaisen tarkistuslistan käyttöönoton vaikutus potilaan saaman antibioottiprofylaksian ajankohtaan.	Potilaita valittiin tutkimukseen kahdesta ryhmästä: ennen tarkistuslistan käyttöönottoa leikkaukseen tulleita (N=369) sekä tarkistuslistan käyttöönoton jälkeen leikkauksen käyneitä (N=403). Aikaa antibioottiprofylaksian saamisesta leikkauksen aloittamiseen vertailtiin kahden ryhmän välillä. Retrospektiivinen analyysi.	leikkauksia. Antibioottiprofylaksian saamisaika nousi 23,9 minuutista 29,9 minuuttiin listan käytön ansiosta. Potilaiden määrä, jotka eivät saaneet antibioottiprofylaksiaa lainkaan laski merkittävästi, 12,1 %:sta 7,1 %:iin.
Haynes ym. (2009). A Surgical Safety Check-	Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää vähentääkö	Lokakuun 2007 ja syyskuun 2008 aikana kahdeksan	Kuolemantapausten osuus oli 1,5 % ennen tarkistuslistan käyt-

Tutkimus	Tarkoitus, tehtävät, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset.
<p>list to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population.</p>	<p>19-kohtaisen kirurgisen tarkistuslistan käyttö leikkauksiin liittyviä komplikaatioita ja kuolemia.</p>	<p>kaupunkia eri puolilta maailmaa (Toronto, Kanada; New Delhi, Intia; Amman, Jordania; Auckland, Uusi Seelanti; Manila, Filippiinit; Ifakara, Tansania; Lontoo, Englanti; Seattle, Washington) osallistui WHO:n Safe Surgery Saves Lives-ohjelmaan. Tietoa kerättiin kyselylomakkeilla kaikista yli 16-vuotiaista kirurgisilta potilailta, jotka eivät olleet menossa sydänleikkaukseen.</p> <p>N=3733 henkilöä</p> <p>Tarkistuslistan käytön jälkeen tietoa kerättiin uudestaan samalla menetelmällä.</p> <p>N=3955 henkilöä</p> <p>Tilastollinen analyysi.</p>	<p>töönottoa ja sen jälkeen 0,8 %. Infektioita esiintyi 11,0 %:lla potilaista ennen ja 7,0 %:lla jälkeen tarkistuslistan.</p> <p>Tarkistuslistan käytön otto vähensi leikkauksiin liittyviä komplikaatioita ja kuolemia.</p>
<p>Holmberg, Inkinen & Volmanen (2013). Kyselytutkimus leikkaustiimin tarkistuslistan käytöstä Suomessa, tilanne keväällä 2013.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää, kuinka paljon leikkaustiimin tarkistuslistaa käytetään Suomessa.</p>	<p>Kysely tarkistuslistan käytöstä tehtiin 14.12.2012–15.2.2013 välisenä aikana 37:lle julkisen terveydenhuollon yksikköön (N=32).</p> <p>Kysely oli osa THL:n Potilasturvallisuutta taidolla –ohjelmaa.</p>	<p>Vastanneista yksiköistä 97 %:ssa käytetään tarkistuslistaa. 90 %:ssa näistä yksiköistä päätös listan käytöstä on tullut viralliselta taholta. 93 %:ssa yksikössä listaa käytetään yli puolissa leikkauksista. Tarkistuslistan käyttö kirjataan 90 %:ssa yksiköistä.</p>

Tutkimus	Tarkoitus, tehtävät, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Huttunen, Kvist, & Partanen (2009) Sairaanhoidajan työmotivaatio ja siihen yhteydessä olevat tekijät.</p>	<p>Tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien käsityksiä työmotivaatiosta sekä sitä edistävästä ja laskevista tekijöistä.</p> <p>Tutkimustehtävät olivat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mitä työmotivaatiota on sairaanhoitajien kokemana? 2. Mitkä tekijät edistävät sairaanhoitajien työmotivaatiota? 3. Mitkä tekijät heikentävät sairaanhoitajien työmotivaatiota? 	<p>Kevään 2007 aikana haastateltiin yliopistosairaalassa työskenteleviä sairaanhoitajia (N=13).</p> <p>Haastattelun aiheet tulivat tutkimusongelmista.</p> <p>Induktiivinen sisällönanalyysi.</p>	<p>Työmotivaatiota lisävinä tekijöinä sairaanhoitajat kokivat työn haasteellisuuden, vaikuttamismahdollisuuden työvuoroihin sekä potilaskontaktit. Lisäksi työtoverit, sekä positiivinen palaute vaikuttivat työmotivaation kohottavasti. Tutkimuksessa nostettiin ylös myös ajanmukaiset välineistöt sekä hyvä johtaminen, joka mahdollisti työntekijän arvostuksen kokemisen. Työmotivaatiota laskevinä tekijöinä sairaanhoitajat mainitsivat työn arvostuksen puuttumisen, jatkuvan kiireen tunteen sekä työskentelyolosuhteet. Suurena huonontavana tekijänä mainittiin myös yhteishengen puuttuminen ja huono johtaminen. Henkilökohtaisia syitä olivat yksityiselämän ongelmat ja huono kunto, joka vaikutti jaksamiseen.</p>
<p>Silvennoinen, Salanterä, Meretoja & Junntila (2012) Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys perioperatiivisessa toimintaympäristössä</p>	<p>Tarkoituksena on kuvata perioperatiivisessa toimintaympäristössä työskentelevien sairaanhoitajien arvioita ammatillisesta pätevyydestään.</p> <p>Tutkimusongelmat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Millainen on leikkausosastolla työskentelevien 	<p>Kevään 2007 aikana haastateltiin yliopistollisen sairaanhoidopiiriin 16 eri leikkausosaston sairaanhoitajia (N=314).</p> <p>NCS-mittari (Nurse Competence Scale), sairaanhoitajien geneerinen ammatillinen pätevyysmittari.</p>	<p>Ammatillinen pätevyys arvioitiin parhaimmaksi auttamisen ja tilanohjauksen alueilla. Niihin liittyvää ammattipätevyyttä mittaavia toimintoja myös arvioitiin käytettävän työssä usein. Yleisimpien perioperatiivisen hoitotyön toimintojen kohdalla osaaminen arvioitiin erittäin hyväksi, ja</p>

Tutkimus	Tarkoitus, tehtävät, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
	<p>sairaanhoitajien itsearvioitu ammatillinen pätevyys?</p> <p>2. Mitä yhteyttä sairaanhoitajien taustamuuttujilla (ikä, koulutus, työkokemus, täydennyskoulutukseen osallistuminen, kiinnostus alan julkaisujen seuraamiseen ja ammatilliseen kehittymiseen) on heidän arviointiinsa ammatillisesta pätevyydestä?</p>		<p>toimintoja käytettiin työssä erittäin usein.</p>

Liite 2. Saatekirje



HYVÄ HOITOTYÖN AMMATTILAINEN!

Opiskelemme hoitotyötä Tampereen ammattikorkeakoulussa ja tulemme valmistumaan perioperatiivisiksi sairaanhoitajiksi keväällä 2014. Opintoihimme liittyy opinnäytetyö, joka käsittelee tarkistuslistaa ja Teidän näkemyksiänne sen käytöstä.

Opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa sairaanhoitajien näkemyksiä tarkistuslistan käytöstä ja sen pohjalta lisätä tietoa tarkistuslistan hyödyistä ja haitoista. Tarkistuslistan käyttö osana potilasturvallisuutta on tärkeää ja juuri Teidän näkemyksellä on merkitystä!

Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti sekä nimettömänä. Kysymykset on pyritty tekemään niin, että Teitä ei voida tunnistaa vastaajaksi. Aineiston käsittelyn jälkeen vastauslomakkeet hävitetään.

Opinnäytetyömme on määrä valmistua lokakuussa 2013. Tulemme esittelemään opinnäytetyömme sen valmistuttua osastollenne myöhemmin sovittuna ajankohtana.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Kyselyyn vastaaminen tapahtuu sähköisesti sähköpostinne tulevassa osoitteessa. Vastaathan viimeistään toukokuun 19. päivään mennessä. Toivottavasti löydätte aikaa kyselyyn vastaamiselle. On tärkeää opinnäytetyömme onnistumisen kannalta, että vastaatte kaikkiin kysymyksiin.

Vastaamme mielellämme opinnäytetyötä koskeviin kysymyksiinne.

Kiitos ajastanne!

Yhteistyöstä kiittäen,

Piia Nykänen

Paula Rinneaho

Liite 3. Kyselylomakkeen kysymykset

Mielipidekysely kirurgisen tarkistuslistan käytöstä

20.3.2013- 19.5.2013

TAUSTATIEDOT

1. Sukupuoli

- Mies
- Nainen

2. Ikä

- 21-30
- 31-40
- 41-50
- yli 50

3. Koulutustausta

- Sairaanhoitaja
- Sairaanhoitaja AMK
- Sairaanhoitaja AMK, erikoistumisopinnot perioperatiivisen hoitotyön alueelta
- Erikoissairaanhoitaja

4. Pääasiallinen toimenkuvani

- Anestesiahoitaja
- Instrumenttihoitaja/ Valvova hoitaja

5. Olen työskennellyt perioperatiivisena sairaanhoitajana

- Alle viisi vuotta
- 5-10 vuotta
- 11-20 vuotta
- 21-30 vuotta
- Yli 30 vuotta

TARKISTUSLISTAN VAIHEET JA NIIDEN SUORITTAMINEN

Kysymykset 6-12 käsittelevät tarkistuslistan eri vaiheita.

6. Tarkistuslistan käyttäminen apuvälineenä on helppoa

- Täysin eri mieltä
- Melko eri mieltä
- Melko samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

7. Tarkistuslistan vaiheiden läpikäyminen ei vie aikaa muulta työskentelyltä

- Täysin eri mieltä
- Melko eri mieltä
- Melko samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

8. Tarkistuslistan käyttäminen on sujuvaa

- Täysin eri mieltä
- Melko eri mieltä
- Melko samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

9. Tarkistuslistan käyttö tuo sujuvuutta potilaan vastaanottotilanteeseen

- Täysin eri mieltä
- Melko eri mieltä
- Melko samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

10. Tarkistuslistaan liittyvä alkutarkistus suoritetaan ennen anestesian aloittamista

- Täysin eri mieltä
- Melko eri mieltä
- Melko samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

11. Tarkistuslistaan liittyvä aikalisä suoritetaan ennen toimenpiteen aloitusta (ennen leikkausviiltoa)

- Täysin eri mieltä
- Melko eri mieltä
- Melko samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

12. Tarkistuslistaan liittyvä lopputarkistus suoritetaan ennen kirurgin poistumista salista

- Täysin eri mieltä
- Melko eri mieltä
- Melko samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

HOIDON JATKUVUUDEN TURVAAMINEN

Kysymykset 13-16 käsittelevät tarkistuslistaa osana hoidon jatkuvuuden turvaamista.

13. Tarkistuslistan avulla jatkohoito-ohjeet tulee huomioitua

- Täysin eri mieltä
- Melko eri mieltä
- Melko samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

14. Tarkistuslistan ansiosta hoitohenkilökunnalla on paremmat tiedot potilaasta

- Täysin eri mieltä
- Melko eri mieltä
- Melko samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

15. Tarkistuslistan avulla varmistetaan, että kaikki potilaaseen liittyvä tieto siirtyy leikkaussalista heräämöhön

- Täysin eri mieltä
- Melko eri mieltä
- Melko samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

16. Tarkistuslistan avulla varmistetaan, että kaikki potilaaseen liittyvä tieto siirtyy heräämöstä osastolle

- Täysin eri mieltä
- Melko eri mieltä
- Melko samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

TARKISTUSLISTA OSANA POTILASTURVALLISUUTTA

Kysymykset 17-19 mittaavat näkemyksiäsi tarkistuslistan käytöstä osana potilasturvallisuutta.

17. Tarkistuslistan käyttö vähentää leikkauksista aiheutuvia komplikaatioita

- Täysin eri mieltä
- Melko eri mieltä
- Melko samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

18. Leikkauksista aiheutuvia komplikaatioita voidaan ehkäistä käyttämällä tarkistuslistaa

- Täysin eri mieltä
- Melko eri mieltä
- Melko samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

19. Tarkistuslistan käyttö on parantanut leikkausturvallisuutta

- Täysin eri mieltä
- Melko eri mieltä
- Melko samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

KOKEMANI HYÖTY TARKISTUSLISTASTA

Kysymykset 20-30 mittaavat tarkistuslistasta kokemaasi hyötyä henkilökohtaisella tasolla.

20. Tarkistuslistan käyttö auttaa minua tuntemaan oloni varmemmaksi leikkaussalissa

- Täysin eri mieltä
- Melko eri mieltä
- Melko samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

21. Tarkistuslistan avulla tunnen suoritettavan toimenpiteen paremmin

- Täysin eri mieltä
- Melko eri mieltä
- Melko samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

22. Tarkistuslistan avulla tietoni potilaan allergioista lisääntyy

- Täysin eri mieltä
- Melko eri mieltä
- Melko samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

23. Tarkistuslistan avulla tietoni potilaan perussairauksista lisääntyy

- Täysin eri mieltä
- Melko eri mieltä
- Melko samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

24. Tarkistuslistan avulla tietoni potilaan lääkityksestä lisääntyy

- Täysin eri mieltä
- Melko eri mieltä
- Melko samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

25. Tarkistuslista takaa paremman anestesiavalmiuden

- Täysin eri mieltä
- Melko eri mieltä
- Melko samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

26. Tarkistuslista on mahdollistanut toimenpiteiden kriittisistä vaiheista puhumisen

- Täysin eri mieltä
- Melko eri mieltä
- Melko samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

27. Tarkistuslista lisää yhteistyötä leikkaustiimin kaikkien osapuolten välillä

- Täysin eri mieltä
- Melko eri mieltä
- Melko samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

28. Tarkistuslistan käyttö edellyttää hyvää yhteistyötä kaikkien jäsenten välillä

- Täysin eri mieltä
- Melko eri mieltä
- Melko samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

29. Tarkistuslistan käytössä ei epäillä kenenkään ammattitaitoa

- Täysin eri mieltä
- Melko eri mieltä
- Melko samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

30. Tarkistuslistan käyttö on parantanut tiedon kulkua tiimin jäsenten välillä

- Täysin eri mieltä
- Melko eri mieltä
- Melko samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

KOKEMANI TYÖMOTIVAATIO

Kysymykset 31-37 käsittelevät kokemaasi motivaatiota työhön liittyen. Vastaa asteikolla 1-10, jossa 1=täysin eri mieltä ja 10=täysin samaa mieltä.

31. Tällä hetkellä työni kiinnostaa minua
32. Työssäni voin hyödyntää omaa osaamistani
33. Koen voivani kehittyä työssäni
34. Koen voivani toteuttaa itseäni työssäni ammattilaisena
35. Työssä ollessani en koe olevani tympääntynyt
36. Työssä ollessani en koe olevani väsynyt
37. Koen omaavani hyvän työmotivaation

HOITOTYÖN LAATU

Kysymykset 38-44 liittyvät hoitotyön laatuun ja sen eri osa-alueisiin. Vastaa asteikolla 1-10, jossa 1=täysin eri mieltä ja 10=täysin samaa mieltä.

38. Koen toiminnan työyksikössäni on laadukkaaksi
39. Koen toiminnan työyksikössäni turvalliseksi
40. Tulen toimeen kaikkien tiimin jäsenten kanssa
41. Leikkaussalissa henkilökunnan tiedonkulku on saumatonta
42. Toteuttamani hoito on näyttöön perustuvan hoitotyön mukaista
43. Toteuttamani hoito on hoitotyön arvojen mukaista

44. Toteuttamani hoito perustuu hyväksi havaittuihin hoitokäytänteisiin

KOKEMANI AMMATILLINEN PÄTEVYYS

Kysymykset 45-49 käsittelevät kokemaasi omaa ammatillista pätevyyttäsi. Vastaa asteikolla 1-10, jossa 1=täysin eri mieltä ja 10=täysin samaa mieltä.

45. Koen omaavani riittävät kyvyt toimia eettistä päätöksenkyykyä vaativissa tilanteissa.

46. Osaan toimia joustavasti nopeasti muuttuvissa tilanteissa

47. Osaan tarkkailla potilaassa tapahtuvia muutoksia leikkauksen aikana

48. Osaan ohjata potilastani yksilöllisesti hänen tarpeidensa pohjalta

49. Huolehdin ammattitaitoni ylläpitämisestä

50. Kirjoitathan vieressä olevaan kenttään muita mielipiteitäsi ja ajatuksiasi tarkistuslistaan liittyen, kiitos!

