SAVONIA

Tarkistuslistan käyttö intraoperatiivisessa hoitotyössä – hoitohenkilökunnan kokemuksia Iisalmen sairaalan leikkausyksikössä

Senni Asikainen ja Sannamari Piippo

Opinnäytetyö

___. ___. _____ _____

Ammattikorkeakoulututkinto

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU **OPINNÄYTETYÖ**
Tiivistelmä

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijät Asikainen Senni ja Piippo Sannamari	
Työn nimi Tarkistuslistan käyttö intraoperatiivisessa hoitotyössä – hoitohenkilökunnan kokemuksia Iisalmen sairaalan leikkausyksikössä	
Päiväys 28.12.2013	Sivumäärä/Liitteet 48/7
Ohjaaja Jyrkinen Heli ja Jokelainen Merja	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani Ylä-Savon SOTE Ky/Seija Kauppinen	

Tiivistelmä

Perioperatiivisessa hoitotyössä tulee kiinnittää huomiota potilaan turvallisuuteen. Hoitohenkilökunnan apuvälineenä potilasturvallisuuden edistämisessä käytetään leikkaussalin tarkistuslistaa. Tarkistuslistaa käyttämällä voidaan varmentaa oikea leikkauskohde, leikkaustiimin työnjako ja mitä potilaasta tulee ottaa huomioon. Näillä asioilla voidaan parantaa potilaan turvallisuutta leikkauksen aikana ja sen jälkeen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kuinka leikkaussalin tarkistuslistan käyttö toteutuu Iisalmen sairaalan leikkausyksikössä ja millaisia kehitystarpeita henkilökunta koki tarkistuslistassa olevan. Opinnäytetyö tehtiin laadullisena tutkimuksena joten tarkistuslistan toimivuutta tarkasteltiin hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tavoitteena opinnäytetyössä oli kehittää tarkistuslistaa ja parantaa potilasturvallisuutta. Opinnäytetyön tutkimus tehtiin lokakuussa 2013 kyselytutkimuksena, joka kohdennettiin leikkausyksikön hoitohenkilökunnalle. Kyselyyn vastasi 13 sairaanhoitajaa ja kolme lääkäriä. Tutkimuksesta saadut vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tulosten perusteella Iisalmen sairaalan leikkausyksikön henkilökunnan mukaan tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. Yleensä tarkistuslistan käyttö leikkausyksikössä oli toimivaa ja osana hoitotyötä. Kyselyn vastauksista ilmeni, että tarkistuslistan rakenteessa ja sen käyttäjien toiminnassa olisi kehitettävää. Tarkistuslista olisi hyödyllisempi, jos sitä kehitettäisiin yksikkökohtaisemmaksi ja selkeämmäksi. Kyselyn perusteella hoitohenkilökunnan asenteet tarkistuslistan käyttöön olivat erilaisia. Jatkossa hoitohenkilökuntaa tulisi motivoida enemmän tarkistuslistan käyttöön.

Jatkotutkimuksella voitaisiin kehittää yksikkökohtaisempi tarkistuslista Iisalmen sairaalan leikkausyksikön hoitohenkilökunnan käyttöön. Tutkimustuloksista hyötyivät potilaat, koska potilasturvallisuus lisääntyi tarkistuslistan kehittämisen myötä. Tutkimus on merkittävä yhteiskunnalliselta ja taloudelliselta kannalta. Potilasvahinkojen vähentyessä myös hoitovirhekustannukset pienenevät.

Avainsanat
Laadullinen tutkimus, perioperatiivinen hoitotyö, potilasturvallisuus, tarkistuslista, tiimityö

SAVONIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES **THESIS**
Abstract

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Authors Asikainen Senni and Piippo Sannamari			
Title of Thesis Use of a checklist in intraoperative nursing - Experiences of the medical staff in the surgery unit of Iisalmi Hospital			
Date	28.12.2013	Pages/Appendices	48/7
Supervisor Jyrkinen Heli and Jokelainen Merja			
Client Organisation/Partner Ylä-Savo Social and Health Care Joint Municipal Authority/Seija Kauppinen			

Abstract

Operating room's checklist is a part of intraoperative nursing and it is important for to patient safety. Using checklist medical staff can be sure that cutting area is right, staff knows their own roles and speciality of patient's. This things makes patient safety better in periopertative nursing.

Meaning of the Thesis was to find out how the operating room's checklist works operating ward in Iisalmi's hospital and what kind needs of developments medical staff found in checklist. We review functionally of the checklist in perspective of medical staff. In our thesis the aim was make patient safety better and make checklist more practically, if it requires it. We used enquiry of data colled method in our thesus. For medical staff we made enquiry of open questions. Answers which we get from the enquiry we wrote open using analysis of the content.

Iisalmi's hospital operating ward's according to medical staff checklist enchance patient safety. Most of the time use of checklist in operating ward is fluent and part of nursing. Answers from enquiry appear also that in checklist and people who use it should develop. Checklist should be developing more individually and clearly that it could be more usefully in nursing. According to enquiry medical staff's stances are different from eatch other so that why medical staff should be motivated more to use checklist.

Operating ward's medical staff can use our Thesis in future if they develop checklist more individually. With result operating ward knows what kind of things medical staff keeps important in checklist. Development of checklist improves patient safety with result of enquiry. Professionals of healt care can also use our Thesis in their work. With result of enquiry can develop more usefully checklist which can also be a new subject of Thesis.

Keywords
qualitative research perioperative nursing, patient safety, checklist, teamwork

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO 7
2 POTILASTURVALLISUUS 10
3 PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ JA LEIKKAUSSALIN TOIMINTA 12
3.1 Perioperatiivinen hallinto ja hoitoprosessi 12
3.2 Preoperatiivinen vaihe 12
3.3 Intraoperatiivinen vaihe 12
3.4 Postoperatiivinen vaihe 14
4 TIIMITYÖ LEIKKAUSSALISSA 15
5 LEIKKAUSSALIN TARKISTUSLISTA 17
5.1 Aiemmat tutkimukset 17
5.2 Tarkistuslistan käyttötarkoitus 18
5.3 Iisalmen sairaalan leikkausosaston tarkistuslista 19
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT 21
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN 22
7.1 Aineistonkeruumenetelmä 22
7.2 Tutkimusmenetelmä 23
7.3 Aineiston analyysimenetelmä 24
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET 25
8.1 Tarkistuslistan toimivuus 26
8.2 Tarkistuslistan kehitystarpeet 27
9 POHDINTA 29
9.1 Tulosten tarkastelu 29
9.2 Ammatillinen kasvu 31
9.3 Tutkimuksen luotettavuus 33
9.4 Tutkimuksen eettisyys 35
9.5 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet 36
LÄHTEET 37

LIITTEET

Liite 1 WHO:n tarkistuslista
Liite 2 Iisalmen leikkausyksikön tarkistuslista
Liite 3 Kyselylomake
Liite 4 Saatekirje
Liite 5 Esimerkki sisällönanalyysistä
Liite 6 Tutkimuslupa-anomus
Liite 7 Tutkimuslupa

1 JOHDANTO

Vuosittain maailmassa tehdään yli 200 miljoonaa kirurgista toimenpidettä. Näissä toimenpiteissä vammautuu noin seitsemän miljoonaa ja kuolee noin miljoona potilasta. Arvion mukaan vammautumisista ja kuolemista noin puolet olisi estettävissä. Suomessa toimenpiteitä on puolestaan 400 000 vuodessa. (Ikonen & Pauniaho 2010.)

Vuonna 2009 Maailman terveysjärjestö (WHO) julkaisi ensimmäisen maailmanlaajuisen leikkaussalin tarkistuslistan (liite 1). Sen tarkoituksena oli koota yhteen tärkeimpiä leikkausturvallisuuteen liittyviä tutkimusasioita. Tiedon keräsi asiantuntijaryhmä vuosina 2007–2009 yhdessä lääkäreiden kanssa. Listan teoriatieto pohjautuu kirjallisuuteen sekä lääkäreiden kokemuksiin. Lopulta muodostui seuraavat neljä osa-aluetta, joiden avulla voidaan parantaa leikkausturvallisuutta: infektioiden ehkäiseminen, anestesian turvallisuus, leikkaustiimin turvallisuus ja leikkauspalveluiden mitoittaminen. (WHO 2013a.)

Potilasturvallisuuden kannalta tarkasteltuna tarkistuslista kiinnittää huomion kirurgisen toimenpiteen keskeisiin asioihin. Näihin asioihin kuuluvat anestesiariskit, hyvä kirurginen käytäntö, aseptiikka ja tiedonkulku. Tutkitusti tarkistuslistan käyttöönoton jälkeen komplikaatiot ovat vähentyneet, joka osoittaa, että tarkistuslista lisää potilaan fyysistä turvallisuutta. Erityisesti on huomattava, että kehitysmaiden kirurgisten toimenpiteiden kuolleisuus laski. (Kangasmäki 2010, 11–16.)

Kirurgisia toimenpiteitä tehdään suunnitellusti eli elektiivisenä tai päivystystoimenpiteenä. Elektiiviset potilaat tulevat toimenpiteeseen työterveyshuollosta, terveyskeskuksesta tai yksityiseltä sektorilta lähetteellä, jonka perusteella arvioidaan toimenpiteen kiireellisyys ja tarpeellisuus. Tämän jälkeen heidät asetetaan potilasjonoon. Tarvittaessa potilas voidaan kutsua poliklinikalle tarkempaan arviointiin. Elektiivisiä toimenpiteitä tehdään arkipäivisin hoitohenkilökunnan virka-aikana. Päivystystoimenpide toteutetaan puolestaan vuorokaudesta ja ajasta riippumatta. Päivystystoimenpide menee aina elektiivisen toimenpiteen edelle. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 40.)

Elektiivinen toimenpide voidaan toteuttaa päiväkirurgisena (PÄIKI) tai lyhytjälkihoitoisena (LYHKI) toimenpiteenä. Päiväkirurginen toimenpide tarkoittaa, että potilas saa

puu ja poistuu sairaalasta samana päivänä. Sairaalahoito päiväkirurgisella potilaalla kestää maksimissaan 12 tuntia. Lyhytjälkihoitoinen toimenpide tarkoittaa puolestaan, että potilas viipyy sairaalassa toimenpiteen jälkeen 1–3 hoitopäivää. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 514.) Potilailla on mahdollisuus saapua toimenpidettä edeltävänä päivänä osastolle, jossa heidät valmistellaan toimenpidettä varten. Toimenpiteeseen saapuessa voidaan hyödyntää myös Leiko-toimintaa, mikä tarkoittaa, että potilaat tulevat toimenpiteeseen suoraan kotoa. Leiko-potilaille on sairaalassa oma yksikkö, jonne he saapuvat toimenpidepäivänä. Toimenpiteen jälkeen potilaat siirtyvät heräämöstä vuodeosastolle jatkohoitoon. (Hammar 2011, 13.)

Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimi Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä. Yhteistyökumppaninamme oli Iisalmen sairaalan leikkausyksikkö. Yksikkö koostuu operatiivisesta, päiväkirurgisesta ja leikkausosastosta (Ylä-Savon Sote kuntayhtymä 2012). Iisalmen sairaalassa tehdään elektiivisiä eli suunniteltuja leikkaustoimenpiteitä. Päiväkirurgisia toimenpiteitä suunnitelluista leikkaustoimenpiteistä on yli puolet. Iisalmen sairaalan leikkausyksikkö halusi selvittää opinnäytetyöllämme, millaisia kokemuksia ja mielipiteitä tarkistuslista herättää sekä miten sitä voisi kehittää. Valitsimme leikkaussalin tarkistuslistan käytön intraoperatiivisessa hoitotyössä, koska se kiinnostaa meitä molempia. Koimme aiheen tarpeelliseksi ja ammattitaitoamme kehittäväksi. Opinnäytetyöllämme pyrimme selvittämään tarkistuslistan toimivuutta Iisalmen sairaalan leikkausyksikössä. Työssämme perehdyimme hoitohenkilökunnan kokemuksiin tarkistuslistasta ja sen vaikutuksesta potilasturvallisuuteen. Tuloksien avulla voitaisiin kehittää tarkistuslistaa Iisalmen sairaalan leikkausyksikköön soveltuvammaksi.

Tarkistuslista on osa intraoperatiivista hoitotyötä ja se on potilaan turvallisuuden kannalta tärkeä. Tarkistuslistalla voidaan varmentaa muun muassa, että leikkauskohde on oikea, leikkaustiimi tietää tehtäväjaon ja mitä erityistä potilaasta tulee ottaa huomioon. Näillä asioilla voidaan parantaa potilaan turvallisuutta leikkauksen aikana ja sen jälkeen. (Iisalmen sairaala s.a..) Työmme aihe kehitti ammattiosaamistamme ja auttoi meitä hahmottamaan potilaan kokonaisvaltaisen hoitotyön. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kehittää ammatillista kasvuamme sairaanhoitajana, sillä opimme huomioimaan leikkauspotilaan kokonaisvaltaisesti.

Yhteiskunnallisesti sekä taloudellisesti tarkistuslistan käyttö tuo säästöjä, koska leikkauskomplikaatioiden määrä vähenee. Työmme on hyödyllinen työelämän kannalta, koska sen avulla voimme tarkastella tarkistuslistan toimivuutta leikkausyksikössä sekä löytää mahdollisesti kehitettävissä olevia asioita. Tutkimustuloksien perusteella

tarkistuslistaa voidaan kehittää toimivammaksi Iisalmen sairaalan leikkausyksikössä. Mikäli listaa tulee kehittää, huomataan sen puutteet ja ne korjaamalla voidaan parantaa potilasturvallisuutta. Opinnäytetyöstämme hyötyvät myös leikkauspotilaat, koska tarkistuslista lisää heidän turvallisuuttaan. Lisäksi opinnäytetyömme edesauttaa muiden alan opiskelijoiden tiedon saantia tarkistuslistan käytöstä. Tarkoituksena oli myös toimia yhdessä työyhteisön kanssa ja etsiä ratkaisuja toimivampaan hoitotyöhön kehittämällä leikkaussalin tarkistuslistaa. Lisäksi pyrimme turvaamaan tutkimustuloksiemme avulla potilasturvallisuuden, selvittämällä tarkistuslistan kehitettävät osa-alueet.

2 POTILASTURVALLISUUS

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan hoitoa koskevan turvallisuuden eli itse hoidon ja lääkehoidon sekä hoitolaitteistoa koskevaa turvallisuutta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Hoitoturvallisuus sisältää hoitomenetelmien ja hoitamisen turvallisuuden. Lääketurvallisuus sisältää puolestaan lääkkeiden haittavaikutuksien ennakoinnin ja arvioinnin sekä lääkemuutoksista aiheutuvien asioiden käsittelyn. Laiteturvallisuus koostuu laitteiden toimivuudesta ja niiden käyttöön liittyvästä turvallisuudesta ja hoitohenkilökunnan perehtymisestä laitteiden käyttöön. (Ahonen ym. 2012, 64.)

Puolestaan potilaan näkökulmasta tarkasteltuna potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että potilas saa tarvittavan hoidon, eikä siitä aiheudu suuria haittoja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Potilas voi itse osallistua hoidon turvallisuuden toteuttamiseen, esimerkiksi ylläpitämällä lääkelistaansa ajan tasalla. Potilasturvallisuuteen kuuluvat myös vaara- ja haittatapahtumat. Haittatapahtuma tarkoittaa, että potilaalle on aiheutunut hoidosta haittaa. Vaaratapahtuma puolestaan tarkoittaa, että potilaalla on ollut riski altistua hoidon aikana tapahtuneelle virheelle, mutta se on huomattu ja estetty tarpeeksi ajoissa. (Ahonen ym. 2012, 64–65.)

Potilasturvallisuus kokonaisuutena on tärkeä osa hoitotyötä. Jo vuonna 1999 Institute of Medicinen julkaisemassa raportissa kerrottiin, että Yhdysvalloissa kuolee vuosittain 44 000–88 000 potilasta hoitovirheiden aiheuttamiin komplikaatioihin. Raportti korosti organisaatiolähtöistä potilasturvallisuutta ja luopumista yksittäisen henkilön syyllistävästä tavasta. Turvallisuus tuleekin nähdä asioiden kokonaisuutena, eikä yksittäisinä tekijöinä. (Ahonen ym. 2012, 62–64.)

Vuonna 2011 toukokuussa on tullut voimaan terveydenhuoltolaki, jossa asetetaan määräyksiä terveydenhuollon sisällöstä. Määräysten tarkoituksena on varmistaa, että potilas saa turvallista hoitoa sairaalasta ja terveyskeskuksesta riippumatta. Sairaaloiden ja terveyskeskuksien on laadittava suunnitelma potilasturvallisuudesta sekä sen toteuttamisesta. (THL 2013b.) Laki velvoittaa seuraavasti:

§8 Laatu ja potilasturvallisuus

Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Kunnan perusterveydenhuollon on vastattava potilaan hoidon kokonaisuuden yhteensovittamisesta, jollei siitä muutoin erikseen sovita. Terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetään asioista, joista on suunnitelmassa sovittava. (Terveydenhuoltolaki 31.12.2010/1326.)

3 PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ JA LEIKKAUSSALIN TOIMINTA

3.1 Perioperatiivinen hallinto ja hoitoprosessi

Leikkaussalin hoitotyön toimintaa hallinnoi ylihoitaja tai osastonhoitaja ja lääketieteellistä johtoa hallinnoi ylilääkäri. Ylilääkäreitä voi olla useampia, kuten anestesian ylilääkäri ja kirurgian ylilääkäri, jolloin he vastaavat erikoisalansa toiminnasta. Leikkaussalit ja -osastot ovat voitu nimetä erikoisalan mukaan. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 45.)

Leikkaussalin toiminta sisältyy perioperatiiviseen hoitoprosessiin, jossa on kolme vaihetta. Ensimmäinen vaihe on preoperatiivinen vaihe eli ennen toimenpidettä tapahtuvaa hoitotyötä. Toinen vaihe on intraoperatiivinen vaihe eli leikkaussalissa tapahtuva hoitotyö ja itse toimenpide. Kolmas vaihe on postoperatiivinen vaihe eli toimenpiteen jälkeen tapahtuva hoitotyö. (Ahonen ym. 2012, 99–103.)

3.2 Preoperatiivinen vaihe

Preoperatiivinen vaihe alkaa, kun toimenpide päätös on tehty yhdessä potilaan, lääkärin ja sairaanhoitajan kanssa. Potilas voi valmistautua toimenpiteeseen kotona tai osastolla toimenpidettä edeltävänä päivänä. Preoperatiivisen hoitotyön tarkoituksena on edistää ja ylläpitää potilaan vointia, jotta se olisi mahdollisimman hyvä toimenpiteen aikana. Tämän avulla toimenpiteen jälkeinen toipuminen on nopeampaa ja toimenpidekomplikaatioiden riski pienenee. (Ahonen ym. 2012, 99–103.)

Potilaan kunnon arvioi anestesialääkäri ja määrittää potilaan ASA-luokituksen eli anestesiakelpoisuuden. Potilaan tullessa toimenpiteeseen sairaanhoitaja tekee tulohaastattelun, josta ilmenee muun muassa potilaan terveyden tila ja toimenpiteessä huomioitavat riskit. Ennen toimenpidettä potilaan kanssa käydään läpi ravinnottaolo, toimenpiteen jälkeinen liikkuminen ja uudet liikeradat. (Ahonen ym. 2012, 99–103.)

3.3 Intraoperatiivinen vaihe

Intraoperatiivinen vaihe alkaa, kun anestesiahoitaja ottaa potilaan vastaan leikkausosastolle. Osaston sairaanhoitaja antaa anestesiahoitajalle raportin potilaan tilasta ja toimenpiteessä huomioon otettavista asioista. Leikkaussalin henkilökunta vastaa potilaan perus- ja erityistarpeisiin, on potilaan henkisenä tukena ja huomioi potilasturvallisuuden, voinnin sekä elintoiminnot. (Ahonen ym. 2012, 103–104.)

Toimenpiteet ovat tiedossa etukäteen, joten tarvittavat välineet voidaan tilata ja näin varmistetaan toimenpiteen tekeminen. Toimenpideohjelma suunnitellaan viikon jokaiselle arkipäivälle niin, että toimenpiteitä on tasaisesti. Suunnitelmallisuus edistää potilaan hoidon onnistumista, henkilöstön ja välineistön riittävyyttä jokaisen toimenpiteeseen sekä leikkaussalien käytön jakaantumista tasaisesti. Suunnitelman pohjalta tiedetään potilaiden perustiedot ja aikataulu, jonka perusteella salin valmistelut voidaan aloittaa. Suunnitelmalla tavoitellaan toimenpideohjelman toteutumista, henkilökunnan työajan pitävyyttä, työn kuormittavuuden sopivuutta sekä työn hyvää tuottavuutta. Suunnitelmassa tulee ottaa huomioon henkilökunnan koulutukset ja osastojen sulkuajat. Vuorokautta ennen toimenpidettä osastolta tulevien potilaiden tiedot välitetään leikkausosastolle. Tiedoissa kerrotaan muun muassa potilaan nimi, henkilöturvatunnus, ikä, paino, pituus, perussairaudet, suunniteltu toimenpide ja anestesiamuoto. (Lukkari ym. 2007, 53–58.)

Leikkaussalien lukumäärä vaihtelee sairaalasta riippuen. Niiden määrään vaikuttaa kirurgisten toimenpiteiden lukumäärä, toimenpiteiden vaikeusaste, kirurgisten vuodeosastojen lukumäärä sekä kuormitus. Lisäksi hoidon keskimääräinen aika on tarpeen ottaa huomioon suunniteltaessa toimenpiteitä. Leikkaussalit tulisi sijoittaa sairaalassa niin, että toiminta on sujuvaa ja potilaille turvallista. Leikkausosastolta tulisi olla hyvät kulkuyhteydet vuodeosastoille, synnytysosastolle, päivystykseen, välinehuoltoon, teho-osastolle, röntgenosastolle sekä laboratorioon. Lisäksi tulee ottaa huomioon leikkausosastolla kulkeminen, potilassiirrot, tavaroiden kuljetus sekä puhtausluokat. Puhtausluokat ovat nimetty Putspe:n mukaan seuraavasti neljään luokkaan: Luokassa 4 – yleinen, odotustilat, pukukopit, potilaiden vastaanotto, toimistot, varastot, taukohuoneet sekä jätehuolto. Luokka 3 – puhdas tarkoittaa anestesiahuonetta, lääke-, liuos- ja verivarastoja sekä heräämöä. Luokka 2 – erittäin puhdas eli kirurgisiin toimenpiteisiin menevien pukeutumisalue, steriilit varastot sekä leikkaussalin varastot. Viimeinen eli luokka 1 – ekstra puhdas tarkoittaa leikkaustasoa sekä metrin etäisyyttä toimenpidehaavasta. (Lukkari ym. 2007, 61–68.)

Tärkeä osa potilasturvallisuutta ja kirurgisen toimenpiteen jälkeisten komplikaatioiden ehkäisyä on leikkaussalin ilmanvaihto. Ilmanvaihdolle on erityisvaatimuksia, jotka ovat seuraavia: Saastunutta ilmaa ei saa ottaa sisään leikkaussaliin ja ulkoa tuleva ilma tulee suodattaa perus- ja HEPA-suodattimin. Leikkaussalista tulee poistaa mahdolliset infektiota aiheuttavat tekijät mahdollisimman pian. Toimenpidehaavaa ei saa kontaminoida eli saastuttaa, jolloin ilmanvirtaus pidetään oikeana eli noin 0,5 m/s. Leikkaussaliin ei saa kertyä sähköstaattisia latauksia, tämä estetään ilmastoinnilla.

Lisäksi leikkaussalin lämpötilan tulee pysyä tasaisena. Ilmanvaihto tapahtuu leikkaussalissa niin, että ilma virtaa pois toimenpide alueelta. (Lukkari ym. 2007, 68, 79.)

Leikkaussalin tavalliseen kalustoon kuuluu anestesiapöytä, nesteensiirtoteline, leikkaustaso ja sen ohjauslaitteet, pöytä instrumenteille, apupöytä, lattiamaljoja, telineet likapyykki- ja roskapusseille, tuoleja, koroke sekä kaappitilaa. Tavallisimpaan välineistöön kuuluu anestesiakone, jossa on potilaan tarkkailuvälineistöä kuten EKG-monitori, pulssioksimetri ja hiilidioksidipitoisuuden (CO_2) mittauslaite. Lisäksi leikkaussalissa on muun muassa toimenpidevalaisin, diatermia, imuvälineistö, tietokone ja näyttöjä röntgenkuvia varten. (Lukkari ym. 2007, 73.)

3.4 Postoperatiivinen vaihe

Postoperatiivinen vaihe alkaa, kun potilas tuodaan leikkaussalista heräämöön. Siirron yhteydessä anestesiahoitaja antaa raportin toimenpiteen kulusta heräämön hoitajalle. Tällöin vastuu siirtyy raporttia vastaanottavalle hoitajalle. Heräämössä potilasta tarkkaillaan tiiviisti, yleensä noin tunnin ajan. Kun potilaan vointi on kohentunut ja elintoiminnot normalisoituneet, potilas voidaan siirtää osastolle jatkohoitoon. Siirron yhteydessä osaston sairaanhoitaja saa raportin heräämön hoitajalta toimenpiteestä ja tarkkailusta. (Ahonen ym. 2012, 104–106.)

Osastolle tullessa potilaasta mitataan verenpaine, pulssi ja happisaturaatio. Postoperatiivisen hoidon ajan toteutetaan anestesialääkärin määräämiä hoito-ohjeita, kuten hapetus ja kipulääkitys. Aluksi potilas tarkkaillaan osastolla tiiviimmin, mutta voinnin mukaan tarkkailuväliä voidaan pidentää. Postoperatiivinen tarkkailu perustuu potilaan voinnin huononemisen ennakointiin. Potilas kotiutuu osastolla, kun kotiutumiskriteerit täyttyvät. Tällöin potilas voi hyvin, eikä pahoinvointia esiinny, kykenee liikkumaan ja syömään omatoimisesti, suun kautta otettavat kipulääkkeet riittävät kivun hallintaa ja virtsaaminen onnistuu ongelmitta. (Ahonen ym. 2012, 104–106, 127.)

4 TIIMITYÖ LEIKKAUSSALISSA

Sairaanhoitaja voi toimia leikkaussalissa instrumentoivana, valvovana, leikkauksessa avustavana tai anestesiapuolen sairaanhoitajana. Hoitaja voi valita näistä yksittäisen tai kaikki osa-alueet. Osa-alueet jaetaan seuraavasti: Ensimmäisenä anestesia, joka sisältää anestesiaa, puudutuksia sekä heräämötyötä. Toinen osa-alue on instrumentoivan, leikkauksessa avustavan ja valvovan sairaanhoitajan työtä. Lääkärit voivat toimia anestesiassa, leikkauksessa vastaavana ja avustavana tai konsultoivana lääkärinä. Tämä tarkoittaa että leikkauksen voi osallistua useampia lääkäreitä. Moniammatillisena työympäristönä muuhun henkilökuntaan kuuluvat lähihoitajat, jotka ovat käyneet ensihoidon koulutusohjelman eli entiseltä ammattinimikkeeltä lääkintävahtimestarit. Lähihoitajien työtehtävin kuuluu avustaa potilassiirroissa ja -kuljetuksissa, laitteiden huolloissa, kipsauksissa sekä tarvittaessa läpivalaisuissa. Lisäksi asiakaspalvelun ja tietohallinnan koulutusohjelman käyneet, entiseltä ammattinimikkeeltä sihteerit, kuuluvat henkilökuntaan. Asiakaspalvelun ja tietohallinnan koulutusohjelman käyneet kirjaavat leikkausohjelmat, tilauslistat sekä avustavat osastonhoitajaa toimistotehtävissä. Näiden työntekijöiden lisäksi laitoshuoltajat pitävät huolen tilojen siisteydestä ja puhtaudesta. Neuvottelutilaisuuksissa sovitaan yhteiset pelisäännöt, jolloin moniammatillisuutta voidaan kehittää ja ylläpitää. (Lukkari ym. 2007, 45–47.)

Ammattitaitoisen tiimityön jäsenellä tulee olla tietämystä, taitoa ja kyvykkyyttä tehdä yhteistyötä. Pätevillä tiimin jäsenillä on usein pitkä kokemus hoitotyöstä ja työyksiköstä. Perheenomaisessa tiimissä jäsenet ovat yksilöitä, jotka luottavat toisiinsa ja ymmärtävät toistensa tarpeita jo eleistä. Luottamus toisen ammattitaitoon mahdollistaa moniammatillisen ja joustavan yhteistyön. Tämä mahdollistaa, että tiimityöskentely on jokaiselle mielekästä. Onnistuvassa tiimityössä päästään äärimmäisenkin paineen alla korkealle asetettuihin tavoitteisiin. Täydellisyyteen pyrkiminen, tarkkuus ja virheettömyys edellyttävät sitä, että tiiminjäsenet tarkkailevat toistensa työskentelyä. (Silén-Lipponen 2005, 58.) Tuloksekkaalle ja korkeatasoiselle tiimityöskentelylle on ominaista hyvä kommunikaatio, myös työn vastuu tulee jakaa jokaisen tiimin jäsenen kesken. Tiimityöskentelyä parantaa jäsenten aktiivinen toiminta, joka edesauttaa potilasturvallisuutta ja aseptiikkaa. (Tengvall 2010, 119–121.)

Tarkistuslista korostaa moniammatillisuutta sen kaikissa kolmessa osiossa, joita ovat alkutarkistus, aikalisä ja lopputarkistus (Ikonen & Pauniaho 2010). Tarkistuslista tukee turvallisuuskäytäntöjä ja vahvistaa tiedonkulkua erikoisalojen välillä. Toimenpide

tiimi koostuu useasta hoitohenkilökunnan jäsenestä, heitä ovat kirurgi eli leikkaava lääkäri, anestesialääkäri, sairaanhoitajat, tekninen henkilöstö ja muu henkilökunta. Heistä jokainen vastaa omalla toiminnallaan toimenpiteen onnistumisesta. Tarkistuslista tukee tätä toimintaa, mikä johtaa yleisimpien ja estettävien hyvinvointia ja henkeä uhkaavien riskien vähentämiseen. Sairaanhoitajalehden artikkelissa sairaanhoitaja Merja Jutila tiivistääkin: ”Työskentely salissa tarkistuslistaa käyttäen on järjestelmällisempää kuin ilman listaa." (Kangasmäki 2010, 11–16.)

5 LEIKKAUSSALIN TARKISTUSLISTA

5.1 Aiemmat tutkimukset

Maailman terveysjärjestö (WHO) on vuonna 2009 luonut koko maailman laajuisen leikkaussalin tarkistuslistan. On tutkittu, että tarkistuslistalla voitiin pelastaa satoja tuhansia potilaita. Tämä tutkimustulos saatiin WHO:n tekemän pilottitutkimuksesta, joka tehtiin vuosina 2007–2008 kahdeksan kaupungin sairaaloissa ympäri maailmaa. Tutkimuksessa todettiin, että tarkistuslistan käyttö vähensi kirurgista sairastavuutta ja kuolleisuutta merkittävällä tavalla. (WHO 2013c.) Tutkimuksen mukaan vakavat komplikaatiot laskivat noin kolmanneksella ja sairaalakuolemat jopa 40 % (WHO 2013b).

Myös Suomessa on tehty tutkimuksia leikkaussalin tarkistuslistoista. Yksi tutkimus tehtiin Turun, Tampereen ja Vaasan sairaaloiden eri osastoilla. Näitä osastoja olivat Turun anestesiologian, tehohoidon, ensihoidon ja kivunhoidon klinikka, kirurgian klinikka, Tampereen lastenklinikka ja anestesiologian klinikka ja Vaasan päiväkirurgia. Tutkimuksessa kerättiin tietoa leikkaustiimin toiminnasta ennen ja jälkeen tarkistuslistan käytön. Tutkimustuloksista käy ilmi, että tarkistuslistan käyttö paransi huomattavasti potilasturvallisuutta edistäviä tekijöitä. Esimerkiksi potilaan henkilöllisyyden varmistaminen lisääntyi, potilaan allergiat ja perussairaudet tulivat leikkaustiimin tietoon paremmin ja leikkausriskeistä keskusteleminen kirurgin kanssa lisääntyi ennen alkavaa toimenpidettä. (Takala ym. 2009.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tutkimuksen mukaan 97 % kyselyyn osallistuneista 32 julkisen terveydenhuollon leikkausyksiköistä käyttää tarkistuslistaa. Hieman yli puolessa näistä yksiköistä sairaanhoitaja vastasi tarkistuslistan käytöstä. Kyselyyn vastanneita olivat muun muassa Seinäjoen keskussairaala, HUS/HYKS (Helsingin yliopistollinen sairaala/Helsingin yliopistollinen keskussairaala) Operatiivinen tulosyksikkö, Pohjois-Kymen sairaala, Kuopion yliopistollinen sairaala, Kainuun keskussairaala sekä Savonlinnan keskussairaala. Tutkimus on julkistettu keväällä 2013. (Holmberg, Inkinen & Volmanen 2013.)

Tarkistuslistan mallina on käytetty ilmailualalla kauan olleita tarkistuslistoja. Leikkaussalin tarkistuslistassa on kolme eri osiota, alkutarkistus, aikalisä ja lopputarkistus. Nämä kolme osiota koostuvat 19 kohdasta, jotka käydään läpi toimenpiteen aikana. Alkutarkistuksessa varmistetaan potilas, leikkausalue ja anestesiavalmisteluiden te-

ko. Tämän jälkeen käydään läpi aikalisä-osio, jossa leikkaustiimin jäsenet esittelevät itsensä. Tähän osioon kuuluu myös toimenpiteeseen liittyvien riskitekijöiden läpikäynti. Tarkistuksen jälkeen ollaan valmiita siirtymään seuraavaan vaiheeseen eli toimenpiteen alkamiseen. Jonka jälkeen tehdään lopputarkistus, jossa varmistetaan, että kaikki instrumentit ja välineet ovat tallessa. Lopputarkistuksen yhteydessä varmistetaan vielä potilaan diagnoosi ja toimenpiteen aikana otettujen näytteiden jatkokäsittely. (Ikonen & Pauniaho 2010.)

5.2 Tarkistuslistan käyttötarkoitus

Leikkaussalissa käytettävän tarkistuslistan tarkoituksena on auttaa hoitohenkilökuntaa välttämään kirurgisia hoitovirheitä. Samalla se toimii turvallisuuden ja työn laadun parantamisen apuvälineenä. Tarkistuslistaa käyttämällä voidaan päästä parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen ja parantaa potilasturvallisuutta, kun sitä käytetään rutiininomaisesti sekä joka kerta toimenpiteen yhteydessä. (Valvira 2013.) Listaa käyttämällä tiimityön laatu paranee, koska jokaisella hoitohenkilökuntaan kuuluvalla työntekijällä on tiedossa oma työtehtävä ja siihen kuuluvat osa-alueet. Tarkistuslista parantaa myös potilasturvallisuutta, koska sitä käyttämällä voidaan tarkistaa, että kaikki tarvittavat asiat potilaasta on huomioitu ennen toimenpidettä, toimenpiteen aikana ja sen jälkeen ennen heräämöön siirtymistä. (THL 2013a.)

HALO-ohjelman (Terveydenhuollon menetelmien hallittu käyttöönotto) neuvottelukunta on antanut suosituksen, että leikkaussalin tarkistuslistaa tulisi käyttää jokaisessa kirurgisessa toimenpiteessä. Neuvottelukunta antaa kuitenkin vapauden muokata virallista tarkistuslistaa omaan yksikköön ja toimintaan sopivaksi, täydentämällä eri osa-alueita. Listan käyttäminen ei siis ole pakollista kaikkialla, vaan se olisi suotavaa. Iso-Britanniassa tarkistuslistan käyttäminen on pakollista, toisin kuin Suomessa. Tarkistuslistaa käytetään useissa maissa ympäri maailman. Tarkistuslistan käyttö on levinnyt Euroopassakin useisiin maihin, kuten Ruotsiin, Ranskaan ja Espanjaan. (Ikonen & Pauniaho 2010.) Vuonna 2012 maaliskuun loppuun mennessä aktiivisia tarkistuslistaa käyttäviä sairaaloita oli WHO:n tilastojen mukaan 1 790. Puolestaan tarkistuslistaa käyttäviksi sairaaloiksi oli rekisteröitynyt yli 4 100 sairaalaa ympäri maailman. Suomessa tarkistuslistaa käyttäviksi sairaaloiksi oli rekisteröitynyt seitsemän sairaalaa. Suurin osa näistä sijaitsee Etelä-Suomessa. (WHO 2013d.)

5.3 Iisalmen sairaalan leikkausosaston tarkistuslista

Iisalmen sairaalan leikkaussalissa käytössä oleva tarkistuslista (liite 2) on otettu käyttöön vuoden 2013 alussa. Tarkistuslista koostuu kolmesta osa-alueesta, joista ensimmäinen on tarkoitettu käytäväksi läpi ennen anestesiaa. ”Ennen anestesian aloitusta” -kohdassa varmistetaan potilaan henkilöllisyys ja toimenpide, jotka potilas kertoo häntä vastaanotettaessa. Tämän jälkeen varmistetaan toimenpidealue ja sen toimenpidemerkinnät, jotka kirurgi on tehnyt, jonka jälkeen tarkistetaan anestesiavalmius. Anestesiavalmiuteen kuuluu anestesialääkärin määrittämä anestesiakelpoisuus eli ASA-luokitus. Lisäksi on tärkeä ottaa huomioon potilaan perussairaudet ja niihin oleva lääkitys, tromboosiprofylaksia ja vuotovaaraa aiheuttavat lääkkeet sekä tarvittavat laboratoriovastaukset. Hoitajan tulee valmistella ennen jokaista toimenpidettä käytössä oleva hengityskone, valvontalaitteet ja muu välineistö. Lisäksi ennen anestesiaa varmistetaan potilaan allergiat, aspiraatioriski, onko potilaalla vuotoriskiä, tahdistinta, metalliesineitä tai liikerajoituksia. Nämä tiedot käyvät ilmi anestesialomakkeesta, joka toimii raportin antamisen apuvälineenä. Kaikki anestesialomakkeen kohdat luetaan ääneen. (Iisalmen sairaala s.a..)

Seuraava osa-alue koostuu ennen toimenpiteen aloitusta tapahtuvasta valmistelusta. Toimenpidettä tekevällä tiimillä on tiedossa tiimin jäsenten nimet ja tehtävät. Potilasta tuova hoitaja pyytää potilasta kertomaan nimen, henkilöllisyystunnuksen ja toimenpiteen sekä toimenpidealueen toimenpidettä tekevälle tiimille. Tämän jälkeen tarkistetaan, onko tarvetta antibioottiprofylaksialle eli antibiootille, joka ennalta ehkäisee infektiot. Jos päädytään antamaan antibioottiprofylaksia, se tulee antaa 60 minuutin sisällä ennen toimenpiteen alkamista. Mahdolliset radiologiset kuvat tulevat olla esillä ja diatermialevyn paikallaan. Myös kaikki tarvittavat instrumentit, välineet ja lääkkeet ovat saatavilla. Viimeisenä tässä osiossa tarkistetaan, voidaanko kriittisiä tapahtumia ottaa ennalta huomioon, näitä ovat muun muassa leikkauksen aikaiset tapahtumat, poikkeuksellinen suunnitelma, arvioitu kesto sekä leikkausvuoto. Myös anestesiatiimi, anestesialääkäri ja -hoitaja, huomioivat potilaan erityispiirteet. (Iisalmen sairaala s.a..)

Kolmannessa osa-alueessa tarkistetaan ennen leikkaussalista poistumiseen liittyviä tietoja. Instrumentoiva hoitaja laskee instrumentit ja neulat, taitoksien laskemiseen osallistuu myös valvovahoitaja. Välineiden lukumäärän tulee täsmätä toimenpidettä aloitettaessa olleeseen määrään. Kirurgilta tarkistetaan diagnoosit, tehdyt toimenpiteet sekä niiden koodit, jotka merkitään anestesialomakkeelle sekä ORBIT-järjestelmään tietokoneelle. ORBIT-järjestelmä ohjaa leikkaussalin toimintaa. Lisäksi

tarkistetaan mahdolliset näytteet ja niiden merkinnät oikeellisiksi. Lopuksi tarkistetaan jatkohoito-ohjeet, joihin kuuluvat postoperatiivinen lääkitys, antibioottihoito, tromboosiprofylaksia, asennot ja liikerajoitukset. Leikkaustiimin on myös tärkeää huomioida mahdolliset dreenit eli laskuputket ja postoperatiivisten radiologisten kuvien tarve. (Iisalmen sairaala s.a..)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää, kuinka leikkaussalin tarkistuslista toimi Iisalmen sairaalan leikkausyksikössä. Tarkistuslistan toimivuutta tarkastelimme hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tavoitteena opinnäytetyössämme oli parantaa potilasturvallisuutta ja kehittää tarkistuslistaa, mikäli siihen oli tarvetta. Tutkimustehtävämme olivat:

1. Kuinka leikkaussalin tarkistuslista toimii Iisalmen sairaalan leikkausyksikössä?

2. Millaisia kehitystarpeita Iisalmen sairaalan leikkausyksikön henkilökunta kokee tarkistuslistassa olevan?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

7.1 Aineistonkeruumenetelmä

Tietoa aiheeseemme haimme erilaisista tietokannoista. Käsikirjat, kurssikirjat ja aiemmat tutkimukset olivat keskeisimpiä lähteitämme, joista etsimme tietoa. Tietoa keräsimme myös kansainvälisiltä Internet-sivustoilta, kuten WHO ja eri yhdistysten sekä järjestöjen tietokannoista. Käytimme tiedonhaun apuna Medic-tietokantaa, Nelliportaalia ja Cinahlia sekä seurasimme julkaistuja artikkeleita aiheesta. Artikkelit olivat peräisin muun muassa Sairaanhoitaja-, Tehy- ja Tutkiva Hoitotyö-lehdestä.

Tiedonhauissa käytimme apuna erilaisia hakusanoja, joilla löysimme aiheeseemme sopivaa teoriatietoa. Kotimaisissa lähteissä käytimme hakusanoina muun muassa leikkaussalin tarkistuslistaa, potilasturvallisuutta ja potilasturvallisuuden edistämistä. Kansainvälisissä lähteissä puolestaan käytimme hakusanoina muun muassa sanoja surgery, checklist ja patient safety.

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa aineistoa voidaan kerätä haastattelua, kyselyä, havainnointia tai aiempia tutkimustuloksia käyttäen. Näitä voidaan käyttää joko yhdessä tai erikseen riippuen tutkimuskohteessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71.) Käytimme opinnäytetyössämme aineistonkeruumenetelmänä kyselyä. Kysely oli avoin kysely, joka tehtiin kyselylomakkeella (liite 3) ja kohdennettiin leikkausyksikön hoitohenkilökunnalle. Valitsimme avoimen kyselyn sen vuoksi, että saamme selville hoitohenkilökunnan todelliset mielipiteet leikkaussalin tarkistuslistan toimivuudesta. Henkilökuntaa tiedotimme kyselystä saatekirjeellä (liite 4). Mielestämme kyselylomake oli myös työyhteisölle parempi tutkimusvaihtoehto, koska silloin henkilökunta pystyi vastaamaan kyselyyn heille sopivana ajankohtana. Kysely on hyvä tapa selvittää asiaa silloin, kun halutaan tietää mitä ihmiset ajattelee. Kysely on aineistonkeruumenetelmältään haastavampi kuin esimerkiksi haastattelu, koska kysely ei mahdollista kysymyksien tarkentamista tai selventämistä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72–73.)

Kyselylomakkeen esitestasimme kolmella sairaanhoitajaopiskelijalla, jotka olivat suorittaneet harjoittelujakson leikkaussalissa opintojensa aikana. Teimme varsinaisen kyselyn leikkausyksikön hoitohenkilökunnalle, johon he vastasivat nimettömänä. Vastaukset olivat muotoiltu niin, ettei vastaajan henkilöllisyys tule ilmi missään tutkimuksen vaiheessa. Kysely oli paperinen ja se palautettiin suljettuun laatikkoon työyksi-

kössä. Se mahdollisti hoitohenkilökunnan nimettömyyden säilymisen. Opinnäytetyömme valmistuttua kyselylomakkeet hävitettiin silppurilla.

Kohdejoukkona tutkimuksessa oli Iisalmen sairaalan leikkausyksikön henkilökunta. Hoitohenkilökunta koostuu 19 sairaanhoitajasta ja noin kymmenestä lääkäristä. Lääkäri määrä osastolla vaihtelee, koska siellä käy ”keikkalääkäreitä” ja erikoislääkäreitä, jotka suorittavat heidän erityisosaamistaan vaativia leikkauksia. (Piiroinen 6.2.2013.) Henkilökuntaa ohjaavat yhteiset arvot, joita ovat turvallisuus, yksilöllisyys, hoidon jatkuvuus ja moniammatillisuus (Ylä-Savon Sote kuntayhtymä 2012). Kohderyhmämme oli siis tarkka ja tutkimus oli suunnattu koko leikkausyksikön henkilökunnalle.

Veimme kyselylomakkeet Iisalmen sairaalan leikkausyksikköön lokakuun 2013 alussa. Silloin kerroimme tutkimuksestamme leikkausyksikön henkilökunnalle. Tämä antoi meille myös mahdollisuuden motivoida henkilökuntaa vastaamaan kyselyymme. Käyntimme leikkausyksikössä mahdollisti vastaamisen hoitohenkilökunnan kysymyksiin tutkimuksesta. Kyselymme oli työyksikössä kahden viikon ajan. Tuona aikana henkilökunnalla oli riittävästi aikaa perehtyä ja vastata kysymyksiin. Mikäli emme olisi saaneet riittävästi vastauksia tutkimukseen, olisimme jatkaneet vastausaikaa.

7.2 Tutkimusmenetelmä

Kvalitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä, että aineisto ei ole suuri vaan se voi sisältää esimerkiksi vain yhden ihmisen haastattelun aiheesta. Tutkimuksen tavoitteena on, että tutkija ymmärtää tutkittavaa kohdetta mahdollisimman hyvin. Siinä tutkija perehtyy tutkimusympäristöön, josta tutkimus tehdään. Tutkimusaineisto määräytyy tutkittavan kohteen mukaan. Tämä määrittelee myös tutkittavan aineiston koon. Tutkimusaineisto on riittävä silloin, kun samat asiat ilmenevät useasti tutkimuksen aikana, tätä kutsutaan saturaatioksi. Saturoituneet aiheet ovat merkittävimpiä tuloksia tutkimusaineistossa. Aineiston pohjalta tehdään päätelmät vain tutkimusympäristöön liittyen, ei yleistetä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 176–177.)

Laadullisen tutkimuksen yksi tärkeimmistä työvälineistä on kohderyhmästä saatava tieto ja heidän kokemuksiensa esille tuonti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160). Tutkimuksella pyrimme selvittämään mahdollisesti kehitettävissä olevia asioita. Ennen tutkimusta emme asettaneet mitään ennakko odotuksia, miten hoitohenkilökunta koki leikkaussalin tarkistuslistan. Laadulliselle tutkimukselle on myös tyypillistä, ettei

tutkimuksen kohderyhmä ole satunnaisesti valittu vaan se on tarkoin määritelty (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160). Tämä tuli toteutumaan myös meidän opinnäytetyössämme. Opinnäytetyömme toteutimme laadullisena tutkimuksena, koska kohderyhmä ei ollut suuri. Keräsimme opinnäytetyöhömme tietoa siitä, kuinka leikkausyksikön hoitohenkilökunta koki leikkaussalin tarkistuslistan toimivuuden. Laadullinen tutkimus oli hyvä menetelmä kuvaamaan kokemusperäistä tietoa, koska sen lähtökohtana on kuvata todellista elämää (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160).

7.3 Aineiston analyysimenetelmä

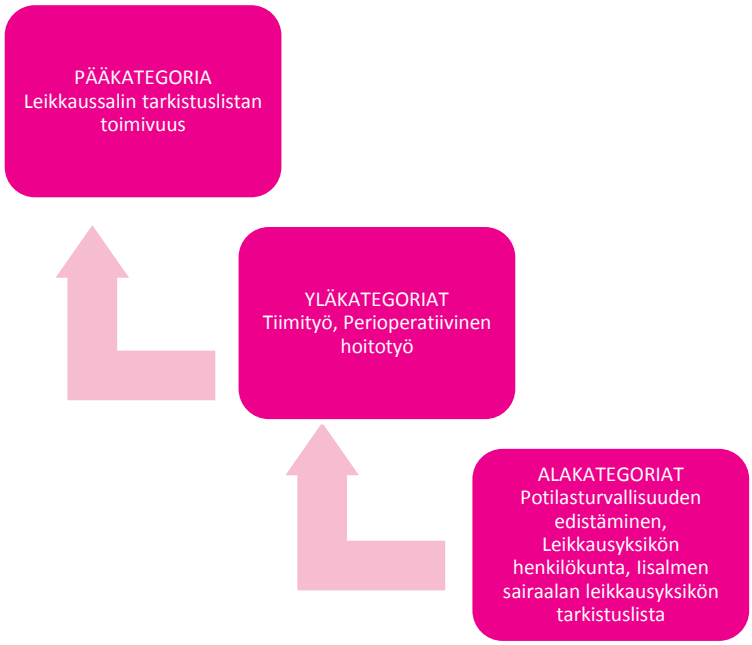
Aineiston keräämisen jälkeen tarkistimme kyselylomakkeiden tiedot. Jos kysymyksiin oli vastattu puutteellisesti tai vastaus puuttui kokonaan, oli meidän harkittava hylkäämmekö koko lomakkeen. Tarvittaessa, jos kyselyyn ei olisi saatu riittävästi vastauksia, olisimme jatkaneet kyselyn vastausaikaa riittävän tiedon saannin turvaamiseksi. Ennen aineiston analyysin tekoa, meidän tuli järjestää kerätty tieto yhteen aihealueiden mukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 216–217.) Tutkimuksemme aihealueet määräytyivät tutkimustehtävien mukaisesti.

Aineiston analysoimme käyttämällä aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Tällä saimme kuvatuksi hoitohenkilökunnan kokemukset ja järjesteltyä ne aihealueiden mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103.) Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on kolme vaihetta, joita ovat tutkimustuloksien pelkistäminen, klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden muodostaminen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–113). Tulosten tarkastelun aloitimme klusteroinnilla. Klusteroinnissa pelkistimme kyselystä saatuja vastauksia selkeiksi lauseiksi, mitkä kuvasivat alkuperäistä ilmaisua. Tämän jälkeen kokosimme pelkistetyt lauseet ryhmiksi, joita yhdisti samankaltaisuus. Pelkistetyistä ryhmistä muodostimme alakategorioita, jotka yhdistimme myöhemmin yläkategorioiksi aiheiden ja tekijöiden mukaisesti. Yläkategoriat muodostuivat opinnäytetyömme teorian pohjalta. Lopulta yhdistimme yläluokat tutkimustehtäviä vastaaviksi pääkategorioiksi.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka leikkaussalin tarkistuslista toimii Iisalmen sairaalan leikkausyksikössä. Leikkausyksikön henkilökuntaan kuului 19 sairaanhoitajaa ja noin 10 lääkäriä. Kysely oli leikkausyksikössä kahden viikon ajan, jonka aikana saimme riittävästi vastauksia tutkimukseemme. Näin ollen kyselyyn tarkoitettua vastausaikaa ei tarvinnut pidentää luotettavuuden varmistamiseksi. Kyselyyn vastasi lopulta 13 sairaanhoitajaa ja kolme lääkäriä.

Tuloksien tarkastelussa jaoimme kyselystä saadut vastaukset tutkimustehtävien mukaisesti. Alakategorioihin kuuluvat potilasturvallisuuden edistäminen, leikkausyksikön henkilökunta ja Iisalmen leikkausyksikön tarkistuslista. Yläkategorioiksi muodostuivat tiimityö ja perioperatiivinen hoitotyö. Yhdeksi pääkategoriaksi muodostui leikkaussalin tarkistuslistan toimivuus. Edellä mainitut ovat esimerkkejä tarkistuslistan toimivuuteen saaduista vastauksista ja sisällönanalyysistä (liite 5). Kuviossa 1 käy esille leikkaussalin tarkistuslistan toimivuuden luokittelu.



KUVIO 1. Leikkaussalin tarkistuslistan toimivuuden vastaustulosten luokittelu

8.1 Tarkistuslistan toimivuus

Leikkausyksikössä tarkistuslista koettiin käytännöllisenä apuvälineenä ja se sisälsi pääpiirteissään tarvittavat tiedot. Leikkausyksikössä tarkistuslistan käytön koettiin toteutuvan hyvin. Hoitajat käyttivät tarkistuslistaa hyvin ja osana hoitotyötä. Käytettäessä tarkistuslistan toimivuus oli parantunut koko ajan. Tarkistuslista käytiin läpi intraoperatiivisessa vaiheessa, jolloin oli havaittu, ettei henkilökunta välttämättä kuunnellut tarkistuslistan läpi käymistä. Tämä vuoksi tuli usein päällekkäisiä kysymyksiä toimenpiteestä ja potilaasta. Hoitohenkilökunnan mielestä tarkistuslistan käyttö oli perustelua ja oikein käytettynä siitä oli hyötyä hoitotyössä. Leikkaussalin tarkistuslistan toimivuuden sisällönanalyysia kuvataan taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Leikkaussalin tarkistuslistan toimivuus potilasturvallisuuden näkökulmasta

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Ala-kategoria	Ylä-kategoria	Pää-kategoria
”Lisää turvallisuutta ja parantaa käytänteitä parhaimmillaan.”	Potilasturvallisuuden lisääntyminen	Potilas-turvallisuuden edistäminen	Tiimityö	Leikkaussalin tarkistuslistan toimivuus
”Merkittävä työväline potilasturvallisuudelle.”	Potilasturvallisuuden työväline			
”Todella tärkeä linkki auttaa sh/lääkäreitä ehkäisemään potilasvahinkoja.”	Potilasvahinkojen ehkäisemisen työväline			

Koko hoitohenkilökunta oli sitä mieltä, että leikkaussalin tarkistuslista vaikutti potilasturvallisuuteen. Vastauksissa pohdittiin, miten aiemmin tultiinkaan toimeen ilman tarkistuslistaa. Tarkistuslista koettiin merkityksellisenä työvälineenä potilasturvallisuuden parantamisessa. Siihen vaikutti, että tarkistuslistaa käyttämällä tuli useammin varmistettua muun muassa potilaan henkilöllisyys, allergiat, toimenpidealue ja tarkistettua postoperatiiviset hoito-ohjeet. Tämä korostui varsinkin silloin, kun toimenpide tehtiin iltapäivällä, eikä toimenpidelääkäri ehtinyt ”sanella” potilaan tietoihin postoperatiivisia hoito-ohjeita. Leikkaussalin tarkistuslistan läpikäyminen toi esille myös mahdolliset toimenpiteessä huomioitavat esteet. Näitä olivat muun muassa esteet diatermialle ja anestesiamuodoille. Lisäksi huomioitiin mahdolliset vuotoriskit ja niihin liittyvät lääkitykset. Leikkaussalin tarkistuslista paransi myös toimenpide- ja diagnoosikoodien

oikeellisuutta. Osa hoitohenkilökunnasta koki tämän hetkisen tarkistuslistan hyväksi, mutta muutamia kehitysideoita tuli esille kyselyn myötä.

8.2 Tarkistuslistan kehitystarpeet

Hoitohenkilökunnan mielestä kehitettäviä osa-alueita oli niin henkilöstössä kuin itse tarkistuslistassakin. Lääkärien asenne tarkistuslistaa kohtaan oli koettu erilaisena kuin hoitajien. Sairaanhoitajat kokivat osan lääkäreistä motivoituneempina käyttämään tarkistuslistaa. Tämä tuli esille, kun lääkärille kerrottiin potilastietoja ennen toimenpidettä; osa ilmoitti kuulleensa tiedot ja osa ei. Hoitajat pitivät listaa käytännöllisenä ja osana työtään, mutta heidänkin työskentelytavoissaan oli eroja. Joiltakin hoitajilta saattoi unohtua tarkistuslistan käyttö toimenpiteen yhteydessä. Hoitohenkilökunnan tulisi vastauksien perusteella olla motivoituneempia käyttämään tarkistuslistaa erilaisissa toimenpiteissä. Vastauksista kävi myös ilmi, että hoitohenkilökunnassa epäselvyyttä tuotti kenen vastuulla tarkistuslistan eri osa-alueet olivat. Anestesiahoitajan koettiin tarkistavan anestesiaan kuuluvat osa-alueet hyvin, mutta muiden osa-alueiden tarkistus jäi huonommaksi. Muiden tarkistuslistan osa-alueiden tarkistus riippui leikkaussalissa toimivasta tiimistä. Hoitohenkilökunta ei pitänyt tarpeellisena työyksikössä tarkistuslistan kohtaa, jossa leikkaustiimi esittäytyi toisilleen, työyksikön pienuuden vuoksi. Taulukossa 2 on havainnollistettu leikkaussalin tarkistuslistan toimivuutta leikkausyksikön henkilökunnan näkökulmasta.

TAULUKKO 2. Leikkaussalin tarkistuslistan toimivuus henkilökunnan näkökulmasta

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Ala-kategoria	Ylä-kategoria	Pää-kategoria
”Lista on hyvä, sitä pitäisi vain käyttää aktiivisemmin eli kehitettävää olisi käyttäjissä.”	Henkilökunnan kehityttävä	Leikkausyksikön henkilökunta	Tiimityö	Leikkaussalin tarkistuslistan toimivuus
”Hoitajien välillä voi olla pientä erovaisuutta kuinka tarkasti kukin käy listan läpi.”	Henkilökunnan erilaiset työtavat			

Vastauksien perusteella tarkistuslistan tulisi olla yksikkökohtaisempi ja lyhyempi. Osa hoitohenkilökunnasta koki, että tarkistuslistaa olisi hyvä soveltaa erikoisaloihin sopivammaksi. Tällä tavoin vältettäisiin turhat toistot ja tarkistuslista olisi käytännöllisempi, lyhyempi sekä näin ollen myös selkeämpi läpikäytäessä. Hoitohenkilökunta toivoisi tarkistuslistaan tehtävän muutoksia potilaan jatkohoito-ohjeiden, tahdistimen, metalliesineiden, implanttien ja kriittisten tilanteiden ennakoinnin osalta. Kriittiset tilanteet olisi hyvä käydä läpi ennen jokaista toimenpidettä. Tämä ei kuitenkaan aina ollut mahdollista, koska sairaanhoitajat kokivat aiheuttavansa negatiivisia tunteita lääkäreissä. Vastauksista tuli myös esille ajatus, että voisiko tarkistuslista olla kokonaan sähköisessä muodossa. Hoitohenkilökunta koki, että tarkistuslistan käytön varmistukseen tulisi olla jokin muukin keino kuin ORBIT-järjestelmä tietokoneella. Sairaanhoitajat toivoisivat yhteisiä koulutuksia ja käytänteiden muokkaamista yhtenäisemmiksi tarkistuslistan käyttöön liittyen. Kuviossa 2 on kuvattu leikkaussalin tarkistuslistan kehitystarpeiden luokittelua.

KUVIO 2. Leikkaussalin tarkistuslistan kehitystarpeen vastaustulosten luokittelu

9 POHDINTA

9.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyössä selvitimme Iisalmen sairaalan leikkausyksikön hoitohenkilökunnan kokemuksia leikkaussalin tarkistuslistasta. Tutkimukseen osallistui N=19 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa sairaanhoitajaa ja lääkäriä. Opinnäytetyössämme tutkimme tarkistuslistan toimivuutta ja siinä ilmeneviä kehitystarpeita. Tuloksista keskeisimmiksi käsitteiksi nousivat potilasturvallisuus, henkilökunnan työskentelytavat ja leikkaussalin tarkistuslistassa olevat kehitystarpeet.

Leikkaussalin tarkistuslistan käytön toteutuminen leikkausyksikössä oli pääasiassa hoitajien kannalta toimivaa. Tarkistuslistan käyttö paranee koko ajan, mutta työskentelytavoissa oli huomattavissa erovaisuuksia. Erityisesti lääkäreiden asenteisiin toivottiin parannusta. Lääkärit ovat tavallisesti suhtautuneet listaan kielteisesti, koska listat vaikuttavat yksinkertaisilta ja näin ollen lääkärit pitävät sen käyttöä loukkaavana ammattitaitoaan kohtaan (Blomgren & Pauniaho 2013, 286). Osa hoitajista käytti tarkistuslistaa osana hoitotyötään, mutta joidenkin hoitajien työskentelytapaan tämä ei vielä sisältynyt. Hoitohenkilökunnan on ymmärrettävä, että tarkistuslista on työväline, joka parantaa potilasturvallisuutta. Sen käyttö ei hidasta hoitotyötä vaan se auttaa toteuttamaan sitä virheettömästi. Käyttöä tukee esimiehen hyväksyntä ja hoitohenkilökunnan motivaatio. (Blomgren & Pauniaho 2013, 288.) Useissa vastauksissa anestesiahoitajan kerrottiin ottavan vastuuta tarkistuslistan käytöstä. Tarkistuslistan käytön vastuu oli osalle hoitohenkilökunnasta epäselvää, he toivat vastauksissa esille, etteivät tienneet kenelle vastuu kuului. Jokaisessa toimenpiteessä ei kaikkia tarkistuslistan kohtia käyty läpi, vaan sitä sovellettiin toimenpidekohtaisesti.

Iisalmen sairaalan leikkausyksikön tarkistuslista oli koettu toimivaksi ja sen käyttö oli perusteltua. Osa henkilökunnasta piti nykyistä tarkistuslistaa hyvänä eikä nähnyt siinä kehitettävää. Joidenkin mielestä tarkistuslistassa olisi kehitettävää osioissa. Tarkistuslistassa koettiin olevan turhia kohtia, joita ilmankin tarkistuslista olisi ollut toimiva, tästä esimerkkinä leikkaustiimin esittely työyksikön pienuuden vuoksi. Kehitettävää tarkistuslistassa olisi myös, että ne olisivat sali- ja erikoisalakohtaisempia. Tämä mahdollistaisi tarkistuslistojen lyhentämisen olennaisiin osa-alueisiin ja joidenkin yksityiskohtien lisäämisen. Käytettävyyden kannalta lyhyt ja ymmärrettävä tarkistuslista on tarkoituksenmukaisin. Tämä mahdollistaa, että listan läpikäyminen on sujuvaa ja

muodostuu osaksi hoitotyötä. (Blomgren & Pauniaho 2013, 288.) Henkilökunta koki, että tarkistuslista voisi olla myös sähköisessä muodossa, jolloin ylimääräisiltä papereilta vältyttäisiin. Paperillinen tarkistuslista on käyttövarmempi sähköiseen tarkistuslistaan verrattuna. Sähköisessä muodossa oleva tarkistuslista on helpompi päivittää ja muokata eri leikkaussaleihin sopivaksi. Sähköinen tarkistuslista varmistaa hälytyksen avulla, että jokainen tarkistuslistan kohta on tullut huomioitua. (Blomgren & Pauniaho 2013, 287.) Tarkistuslistan läpikäymisestä tulisi olla hoitohenkilökunnan mielestä joku muukin merkintä kuin rasti ORBIT-järjestelmään tietokoneelle. Henkilökunnan tulisi kehittyä tarkistuslistan käytössä kuuntelevaisuuden, motivoituneisuuden ja tarkkaavaisuuden osalta.

Koko hoitohenkilökunta koki tarkistuslistan lisänneen potilasturvallisuutta. Sitä käyttämällä potilaan henkilöllisyyden tunnistaminen oli parantunut. Myös muiden potilaan kannalta tärkeiden tietojen tarkistaminen oli lisääntynyt, näitä olivat muun muassa allergiat, lääkitys ja toimenpidealue. Tarkistuslistassa oli koettu olevan listattuna tärkeimmät kohdat, jolloin uhkaavilta vahingoilta oli vältytty. Sitä käyttämällä on pystytty myös minimoimaan hoitovirheitä. Tarkistuslistan avulla on saatu vähennettyä hoitokustannuksia, jotka johtuvat hoitohenkilökunnan tekemistä hoitovirheistä (Haapiainen 2013, 43–44). Osa henkilökunnasta pohti, miten ennen oli tultu toimeen ilman tarkistuslistaa. Tarkistuslistaa käytettäessä oli myös kiinnitetty huomiota postoperatiivisien hoito-ohjeiden kirjaamiseen, joilla oli merkittävä vaikutus potilasturvallisuuteen.

Perehtyessämme aineistoon pohdimme muutamia kysymyksiä liittyen tutkimustehtäviin. Tutkimustulosten mukaan osa hoitohenkilökunnasta koki tarkistuslistan olleen toimiva ja osa koki siinä olevan puolestaan kehitettävää. Ensimmäiseksi pohdimme kuinka suuri osa tarkistuslistan toimivaksi kokeneista käyttää sitä työssään päivittäin ja kuinka moni on ollut oikeasti motivoitunut vastaamaan kyselyymme. Motivoituneisuutta pohdimme, koska osa hoitohenkilökunnasta oli vastannut kyselyyn lyhyesti ja osa laajasti. Toisaalta mietimme myös sitä, ovatko kehitysideoita antavat hoitajat aktiivisempia käyttämään tarkistuslistaa työssään ja näin ollen näkevät siinä olevan kehitettävää. Pohdimme myös sitä, että työskentelevätkö nämä sairaanhoitajat enemmän eri saleissa kuin ne, jotka kokivat tarkistuslistan olevan hyvä. Tuloksista ilmeni, että hoitohenkilökunta kokee tarkistuslistan käytön olevan anestesiahoitajan vastuulla. Tämän vuoksi pohdimme kokevatko erityisesti nämä sairaanhoitajat kehitystarpeita tarkistuslistan sisällössä, rakenteessa ja käytävissä asioissa. Mielestämme huolestuttavaa oli myös se, että tarkistuslistan käytössä ilmeni eroavaisuuksia hoitohenkilökunnan välillä. Osana omia opintoja kävimme tarkistuslistaa ja sen merki-

tystä läpi, joten hieman hämmästytti sairaanhoitajat, jotka eivät käytä tarkistuslistaa apuna työssään. Pohdimme oliko sairaanhoitajakoulutuksen ajankohdalla merkitystä? Oliko työnantaja motivoitunut kouluttamaan vanhempia sairaanhoitajia tarkistuslistan käyttöön? Ja mikä oli hoitohenkilökunnan motivoituneisuus kouluttautua?

Erittäin tyytyväisiä olimme siihen, että hoitohenkilökunta oli kokenut tarkistuslistan lisäävän potilasturvallisuutta. Hoitajien kokemus tarkistuslistan tärkeydestä potilasturvallisuuden edistäjänä tuki myös meidän ammatillista kasvuamme ja aiemmin opittua toimintatapaa. Positiivisesti yllätyimme myös siitä, että hoitohenkilökunta oli selkeästi motivoitunut vastaamaan kyselyymme. Kehittämisideoita tuli paljon ja ne olivat selkeästi jo aiemmin havaittuja. Oletimme tähän vaikuttaneen sen, että he saivat tutkimuksen tietoonsa jo keväällä 2013 ja osasivat kiinnittää huomiota kehitettäviin osa-alueisiin.

9.2 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekeminen oli oppimiskokemuksena meitä haastava ja kasvattava. Ajattelimme, että vuosi olisi hyvä aika tehdä ja toteuttaa opinnäytetyötämme. Työparin valikoituminen tuli meille yllättäen, pääasiassa siihen vaikutti kiinnostuksen kohde. Entuudestaan jo tiesimme, että molemmat olimme motivoituneita ja kiinnostuneita samasta aiheesta. Aihe valikoitui siis nopeasti niin kuin sen työstämisen aloituskin. Koimme, että opinnäytetyöprosessin aikana tuimme toinen toistamme jaksamaan ja motivoitumaan työhön. Pidimme välillä taukoa kirjoittamisesta, jotta saimme ajatukset jälleen oikeaan suuntaan, menettämättä niin sanottua punaista lankaa. Ongelmatilanteita tuli muun muassa aikataulujen vuoksi, pystyimme yhdessä pohtimaan ja pääsimme hyviin ratkaisuihin.

Opinnäytetyöprosessin aikana huomasimme, ettei työn valmistuminen ole pääasia. Opinnäytetyömme aikana kasvoimme ammatillisesti, opimme paljon uutta ja kehityimme kokonaisuuksien hahmottamisessa. Suurimmaksi osaksi yhteinen opiskeluaikataulu ja motivoituneisuus auttoivat meidät opinnäytetyömme alkuun. Pohdimme jo keväällä 2013 opinnäytetyömme haasteita ja mahdollisia ongelmakohtia. Näistä asioista esimerkkinä oli se, kuinka leikkausyksikön sulkuaika vaikuttaa työmme etenemiseen ja kaikkien yhteistyötahojen aikataulujen yhteen sovittamiseen. Ongelmia ei kuitenkaan tullut ja saimme hoidettua tarvittavat yhteydenotot yksikköön työsulun päätyttyä sekä yhteiset palaverit järjestyivät ongelmitta. Syksyllä 2013 aikataulujen yhteensovittaminen hankaloitui harjoittelujen vuoksi ja vastuu työn etenemisestä ja-

kautui. Vaikka vastuuta ajoittain tulikin toiselle enemmän, koemme sen pääasiassa jakautuneen tasaisesti. Hyödynsimme molempien vahvuuksia ja kehitimme toinen toisemme kehittämisalueita. Alusta asti olimme mielestämme optimistisia aikataulun suhteen. Vuoden varrella täytyi kumminkin vakuutella toisillemme, että aikataulu tulee pitämään. Opimme, että aina voi tulla yllättäviä muutoksia ja niitä opittiin ratkaisemaan yhdessä. Lisäksi harjaannuimme suunnitelmallisuudessa, jossa piti huomioida yhteiset aikataulut, lupa-asiakirjojen anominen ja niissä kuluva aika sekä mahdollinen kyselyajan pidentyminen työyksikössä.

Aihekuvausta tehdessämme saimme aiheestamme kokonaisvaltaisen kuvan. Silloin perehdyimme myös erilaisiin tutkimusmenetelmiin ja valitsimme parhaan mahdollisen tutkimusmenetelmän vastataksemme työyksikön tarpeisiin. Työsuunnitelmaa tehdessämme viitekehys hahmottui selkeämmin ja rajatummin. Tietoa löysimme alusta alkaen kohtalaisen hyvin itse tarkistuslistasta, sen käytöstä ja siihen liittyvistä asioista, tiimityöstä ja potilasturvallisuudesta. Tiedonhankinta opetti meille lähdekriittisyyttä, luotettavuuden arviointia ja reflektointia. Lisäksi opimme käyttämään erilaisia tiedonhaun apuvälineitä kuten Nelli-portaalia ja Chinal-tietokantaa. Lähteitä tutkimalla opimme kirjoittamista, tuloksien esittämistä ja tuloksien esilletuontia ymmärrettävässä muodossa sekä opimme löytämään olennaista tietoa suurista kokonaisuuksista. Erityisesti väitöskirjat kehittivät näitä taitoja. Käytimme opinnäytetyössämme tutkittua tietoa, jonka tulkinta oli ajoittain haasteellista, myös tämä taito harjaantui.

Suunnitteluseminaarissa koimme, että työmme sai paljon rakentavaa palautetta. Yhdessä tekemällä pääsimme kuitenkin hyvään lopputulokseen. Yhteistyö opponenttien kanssa oli vähäistä, mutta antoisaa. Saimme heiltä hyviä näkökulmia opinnäytetyöhömme. Yhteistyö työyksikön kanssa tuki opinnäytetyöprosessia. Yhteyshenkilö vastasi esittämiimme kysymyksiin nopeasti ja kattavasti. Olisimme toivoneet, että työyksikkö olisi ilmoittanut yhteyshenkilön vaihdoksesta leikkausyksikössä syksyn aikana. Työyksikkö oli onnistuneesti mukana opinnäytetyömme toteutuksessa vastaamalla kattavasti kyselyymme. Koimme, että ohjaustilanteita oli riittävästi, tähän osaksi vaikutti aiheemme selkeä rajaus. Ohjausta saimme myös ohjaavalta opettajalta. Tosin enimmäkseen toimimme itseohjautuvasti. Tämä näkyi erityisesti työn palautusvaiheissa, niin suunnitelman kuin valmiin opinnäytetyönkin. Ajattelimme, että olisimme voineet kääntyä ohjaavan opettajan puoleen useammin.

Opinnäytetyöprosessi oli vuoden mittainen oppimiskokemus. Sen myötä opimme ottamaan vastuuta, huolehtimaan aikataulussa pysymisestä ja tutkimuksen liittyvistä

järjestelyistä. Hankimme kattavasti tietoa opinnäytetyömme aiheesta erilaisista lähteistä. Tutkimusta tehdessä opimme myös moniammatillista yhteistyötä Iisalmen sairaalan leikkausyksikön henkilökunnan ja Savonia - ammattikorkeakoulun opettajien kanssa. Lähtökohtaan verraten tietomme leikkaussalin tarkistuslistasta kasvoi opinnäytetyötämme tehdessä. Lisäksi opimme huomaamaan tarkistuslistan vaikuttavuutta potilasturvallisuuteen, hoitoyksikköön ja sen henkilökuntaan. Opimme myös katsomaan asiaa laajemmin yhteiskunnallisesta ja taloudellisesta näkökulmasta.

Tutkimustulosten analysointivaiheessa opimme sisällönanalyysin tekoa ja siihen kuuluvia työvaiheita. Aluksi analysointi tuntui haastavalta ja oppikirjoissa esimerkkinä esiteltyä aineistoa ei ollut helppo soveltaa aiheeseemme. Kirjallisuutta tutkiessamme oivalsimme kuitenkin analysointitavan ja pääsimme analysoimaan omaa aihettamme. Analysoidessamme aineistoa opimme yhtäläisyyksien etsimistä ja niiden tulkintaa. Tutkimustulokset kehittivät ammatillista osaamistamme ja potilaan kokonaisvaltaisen hoitotyön hahmottamista. Tuloksien myötä ymmärrämme muun muassa potilasturvallisuuden merkityksen perioperatiivisen hoitotyön jokaisessa vaiheessa. Kokonaisuudessaan opinnäytetyömme tekoprosessi oli antoisa ja ammattitaitoa lisäävä kokemus. Aiomme myös mennä opinnäytetyömme valmistuttua esittelemään tutkimuksen tuloksia Iisalmen sairaalan leikkausyksikköön. Tässä yhteydessä pyydämme palautetta opinnäytetyöstämme. Odotamme palautetta opinnäytetyömme esittelystä, sen toteutuksesta, kyselylomakkeesta, tuloksista ja niiden esityksestä. Palaute auttaa meitä kasvamaan ammattiimme ja katsomaan kriittisesti omaa työtämme. Tämä kuvaa myös sitä, ettei oppiminen pääty yhteen tehtävään, vaan oppimisalueita tulee uusia. Palautetta saimme myös opponenteiltamme ja ohjaavilta opettajiltamme.

9.3 Tutkimuksen luotettavuus

Valitsimme kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän, koska opinnäytetyömme tarkoituksena oli tutkia Iisalmen sairaalan hoitohenkilökunnan kokemuksia tarkistuslistan käytettävyydestä. Koko opinnäytetyöprosessin ajan koimme kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän olevan työhön oikea tarkastelunäkökulma. Ajoittain pohdimme tulisiko joitain asioita ilmoittaa lukuina, kuten tutkimuksen vastausprosenttia. Päädyimme kuitenkin noudattamaan kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän ohjeistusta. Tämä tarkoitti opinnäytetyössämme hoitohenkilökunnan kokemuksia tarkistuslistan käytettävyydestä.

Tutkimuksessa tulee arvioida sen luotettavuutta, jotta vältytään tutkimusvirheiltä. Laadullisen tutkimuksen keskeisimmät luotettavuuden aihealueet ovat totuus ja ob-

jektiivinen eli puolueeton tieto. Objektiivinen tieto tulee esille tutkimustulosten analysointivaiheessa, jolloin tutkijan tulee eritellä minuutensa tutkittavasta kohteesta. Tämän vuoksi tutkimuksessa ei saa tulla ilmi tutkijan omat mielipiteet, arvot ja käsitykset tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi, 2009 134–136.) Esitestattuamme kyselylomakkeen totesimme, että opiskelijat ymmärsivät kysymykset. Tämän pystyimme toteamaan, koska jokainen heistä oli vastannut kysymykseen samantyyppisesti ja vastaukset vastasivat tutkimustehtäviimme. Tutkimuksesta emme tehneet mitään ennakkokäsityksiä tai odotuksia, joten tutkimme saatuja vastauksia puolueettomasti. Luotettavuutta lisäsi myös tutkimustuloksista tekemämme taulukko, josta lukija pystyi näkemään tutkimustulosten analysointitavan. Ennen kyselyn viemistä leikkausyksikköön haimme tutkimuslupaa (liite 6) Ylä-Savon SOTE kuntayhtymältä. Saimme tutkimusluvan (liite 7) syyskuussa 2013.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan validiteetin eli pätevyyden ja reliabiliteetin eli toistettavuuden avulla. Pätevyydellä tarkoitetaan, että tutkimustulokset vastaavat asetettuihin tutkimustehtäviin. Toistettavuudella tarkoitetaan, että tutkimuksesta saadut vastaukset toistuvat useaan kertaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136.) Tutkimustulokset eivät siis riipu tutkijoista. Jo esitestauksessa huomasimme, että kysymyksemme olivat hyvin aseteltuja ja niihin oli helppo vastata. Tutkimuksemme tuloksien tullessa ja niitä tarkastellessa huomasimme, että näin kävi myös vastauksissa ja ne todella vastasivat tutkimustehtäviimme (tarkistuslistan toimivuuden ja mahdollisen kehitystarpeiden selvittäminen) ja vastaukset toistuivat. Erityisesti tarkistuslistan vaikuttavuus potilasturvallisuuteen korostui. Pidämme myös luotettavuutta lisäävänä tekijänä sitä, että kyselyyn vastasi enemmistö hoitohenkilökunnasta. Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi myös se, että kaikki tulokset käsiteltiin ja yksittäinenkin vastaus huomioitiin, eikä totuutta muuteltu.

Tutkimuksen luotettavuutta tuli arvioida koko tutkimusprosessin ajan. Meidän tuli perustella, minkä vuoksi käytämme eri menetelmiä ja kuinka niistä oli saatu pääteltyä lopulliset tutkimustulokset. (Vilkka 2009, 159.) Esitestasimme kyselylomakkeemme kolmella sairaanhoitajaopiskelijalla ennen kuin tutkimuksen todellinen kohderyhmä osallistui kyselyyn. Valintaperustana näille opiskelijoille oli, että he olivat suorittaneet seitsemän viikon mittaisen kirurgisen hoitotyön harjoittelun leikkausyksikössä. Osallistuminen esitestaukseen oli vapaaehtoista ja he saivat saman ohjeistuksen kuin hoitohenkilökunta Iisalmen sairaalan leikkausyksikössä. Esitestauksen myötä pystyimme tekemään sana- ja lauserakennemuutoksia kyselylomakkeeseemme. Tämä

mahdollisti väärinymmärrysten minimoinnin ja kyselylomakkeen kysymysten selkeyttämisen, mikä paransi tutkimustulosten luotettavuutta.

9.4 Tutkimuksen eettisyys

Jokaisessa tutkimuksessa on muistettava tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden ihmisarvon kunnioitus. Tutkimukseen osallistumisen pitää olla vapaaehtoista ja näin ollen myös anonymiteetin säilyttävää. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 25.) Tekemäämme kyselyyn vastattiin nimettömästi ja vastaaminen oli vapaaehtoista. Vastannut henkilö palautti kyselyn itse leikkausyksikössä olevaan suljettuun palautuslaatikkoon. Näin ollen meillä ei ole tietoa, kuka kyselyyn vastasi. Jokaisella hoitohenkilökunnan jäsenellä oli samanlainen mahdollisuus osallistua tutkimukseen, mikä oli tärkeä asia tutkittaessa hoitohenkilökunnan kokemuksia. Hoitohenkilökunta pystyi myös avoimesti kertomaan mielipiteensä. Tämä puolestaan edisti kattavaa ja luotettavaa tulosta tutkimuksesta. Tutkimukseen osallistuvalle hoitohenkilökunnalle kerrottiin, että kyselyn vastaustuloksia käytetään ainoastaan opinnäytetyöhömme liittyvään tutkimukseen ja ne hävitetään kun opinnäytetyömme on valmis ja hyväksytty.

Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden on oltava tietoisia siitä, mitä tutkimus käsittelee ja kuinka tutkimus tulee etenemään. Heille on myös kerrottava, millaisia haittoja heille mahdollisesti koituu tutkimuksen myötä. Tieto tutkimuksesta tulee antaa niin, että osallistuva henkilö ei voi sitä ymmärtää väärin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 25.) Opinnäytetyömme aihe saatiin tutkimukseen osallistuvalta työyksiköltä, joten tutkimuksemme aihe oli heille jo ennestään tuttu.

Tutkimuksen eettinen näkökulma korostui kyselyn yhteydessä. Ennen kyselyyn vastaamista hoitohenkilökunnalla oli mahdollisuus lukea tutkimuksestamme saatekirjeestä. Siinä kerroimme tutkimuksen tekijät, toimeksiantajan, kohteen, tarkoituksen, aikataulun, valmiin opinnäytetyömme julkaisupaikan ja omat yhteystietomme. Näin ollen tutkimukseen osallistuvalla henkilöllä oli mahdollisuus ottaa meihin tarvittaessa yhteyttä, jos hän halusi kysyä jotain tutkimuksestamme.

Tutkimukseen suostuneiden henkilöiden tulee olla kaikin puolin päteviä ja kykeneviä arvioimaan sekä vastaamaan tutkimuksessa esitettäviin kysymyksiin (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 25). Iisalmen leikkaussalin osastonhoitaja tiedotti leikkausyksikön henkilökuntaa tulevasta tutkimuksesta keväällä 2013, joten he osasivat kiinnittää erityisesti huomiota leikkaussalin tarkistuslistan toimivuuteen. Tutkimukseen osal-

listujat olivat alansa ammattilaisia ja tarkistuslista oli osa heidän päivittäistä työrutiinia. Tällä turvasimme, että kyselyyn vastanneilla oli tarpeeksi tietoa ja kokemusta aiheesta. Työyksikkö oli sitoutunut tutkimukseen, koska sen tarve tuli leikkausyksiköstä, joten saimme hyvän, kattavan ja luotettavan tutkimustuloksen.

Jokaisessa tutkimuksessa tulee noudattaa hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Näihin käytänteisiin kuuluu koko tutkimuksen aikana noudatettava rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. Nämä korostuvat varsinkin tutkimustulosten tulkinnassa ja arvioinnissa. Tutkimuksen eettisyyttä tukee sen tarkka suunnittelu, toteutus ja raportointi, joka on mahdollisimman yksityiskohtaista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23–26.) Opinnäytetyössämme rehellisyys tuli ilmi tutkimustulosten analysoinnissa. Tulokset olivat yksikkökohtaisia, emmekä yleistäneet niitä muihin työyksiköihin soveltuviksi. Rehellisyyttä tuki myös avoimuus, jota toimme esille sisällönanalyysin esimerkissä. Tästä jokainen voi tulkita, että tutkimuksemme tulokset olivat analysoitu johdonmukaisesti ja vääristelemättä totuutta. Huolellisuutta ja tarkkuutta korosti suunnitelmallisuus ja huolellisuus vastauksien läpikäynnissä ja pelkistämisessä.

9.5 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimustuloksista hyötyvät meidän lisäksemme myös työelämä ja potilaat. Työelämään tutkimustulokset vaikuttivat kehittävästi, koska niillä voitiin parantaa intraoperatiivisen hoitotyön toimivuutta, joten näin myös potilasturvallisuus paranee. Tutkimustuloksilla pystyimme selvittämään tarkistuslistan käytettävyyden sekä kuinka tarkistuslistan eri osioita voitaisiin kehittää. Tuloksien pohjalta Iisalmen sairaalan leikkausyksikön on mahdollista muokata tarkistuslistaa käytännöllisemmäksi ja potilasturvallisemmaksi. Näin ollen kehitettävät osa-alueet mahdollistavat uuden opinnäytetyön aiheen, esimerkiksi yksikkökohtaisen tarkistuslistan luomisen.

Opinnäytetyöstämme hyötyvät myös muut terveysalan opiskelijat. He voivat käyttää työtämme opinnoissaan ja ammatillisuuden kehittämisessä. Tutkimuksemme on merkittävä yhteiskunnalliselta ja taloudelliselta kannalta. Potilasvahinkojen vähentyessä myös hoitovirhekustannukset pienenevät.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. *Kliininen hoitotyö*. Helsinki: SanomaPro.

Blomgren, K. & Pauniaho, S.-L. 2013. Terveydenhuollon tarkistuslistat. Teoksessa Aaltonen, L.-M. & Rosenberg, P. (toim.). *Potilasturvallisuuden perusteet.* Tampere: Duodecim, 274–292.

Haapiainen, R. 2013. Kirurgiaan liittyvät riskit. Teoksessa Aaltonen, L.-M. & Rosenberg, P. (toim.). *Potilasturvallisuuden perusteet*. Tampere: Duodecim, 37–47.

Hammar, A.-M. 2011. *Kirurgian perusteet*. Helsinki: WSOY.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita.* 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Holmberg, M., Inkinen, R. & Volmanen, P. 2013. *Kyselytutkimus leikkaustiimin tarkistuslistan käytöstä Suomessa, tilanne keväällä* [verkkojulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 14.6.2013]. Saatavissa: http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/9c09c967-69cd-444d-9615-b43b3e2cd2e4

Iisalmen Sairaala. s.a. Leikkausosasto. Leikkaussalin tarkistuslista. Moniste.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, B. 2010. *Sairauksien hoitaminen*. Helsinki: Tammi.

Ikonen, T. & Pauniaho, S.-L. 2010. *Leikkaustiimin tarkistuslista* [verkkoartikkeli]. Finnanest [viitattu 13.5.2013]. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/ikonen_-leikkaustiimin.pdf

Kangasmäki, E. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. *Sairaanhoitaja* 2010 nro 10, 11–16.

Kinnunen, M. 2012. Mikä on teidän nimenne ja syntymäaikanne? *Sairaanhoitaja* 2012 nro2, 51–53.

Lukkari, L., Kinnunen,T. & Korte, R. 2007. *Perioperatiivinen hoitotyö*. Helsinki: WSOY.

Piiroinen, Päivi. 2013. Osastonhoitaja. Iisalmi 6.2.2013. Haastattelu.

Silén-Lipponen, M. 2005. *Teamwork in Operating Room Nursing*. Kuopio: Kuopion yliopisto, hoitotiede. Väitöskirja.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. *Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä – Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013*. 2. korjattu painos. Helsinki: Yliopistopaino.

Takala, R., Katila, A., Porkkala, T., Aaltonen, R., Pauniaho, S.-L., Kotkansalo, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Ikonen, T. 2009. *Leikkaussalin tarkistuslistasta hyötyä anestesiologin työssä* [verkkoartikkeli]. Finnanest [viitattu 13.5.2013]. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/takala_leikkaussalin.pdf

Tengvall, E. 2010. *Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys – kyselytutkimus leikkaus- ja anestesia hoitajille, anestesiologeille ja kirurgeille*. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Terveydenhuoltolaki 31.12.2010/1326 [verkkojulkaisu]. Finlex [viitattu 12.6.2013]. Saatavissa: http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P8

THL. 2013a. *Leikkaustiimin tarkistuslista* [verkkojulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 13.5.2013]. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/leikkaustiimin-tarkistuslista

THL. 2013b. *Terveydenhuoltolaki ja potilasturvallisuus* [verkkojulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 13.6.2013]. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/-web/potilasturvallisuus-fi/terveydenhuoltolaki-ja-potilasturvallisuus

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

Valvira. 2013*. Leikkaussalin tarkistuslista* [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto [viitattu 13.5.2013]. Saatavissa: http://www.valvira.fi/-ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/leikkaussalin_tarkistuslista

Vilkka, H. 2009. *Tutki ja kehitä*. Helsinki: Tammi.

WHO. 2013a. *Background to safe surgery saves lives* [verkkojulkaisu]. World Health Organization [viitattu 13.5.2013]. Saatavissa: http://www.who.int/patientsafety/-safesurgery/issue/en/index.html

WHO. 2013b. *Pilot evaluation of the "WHO Surgical Safety Checklist"* [verkkojulkaisu]. World Health Organization [viitattu 13.5.2013]. Saatavissa: http://www.who.int/-patientsafety/safesurgery/pilot_sites/en/index.html

WHO. 2013c. *Safe surgery saves lives* [verkkojulkaisu]. World Health Organization [viitattu 13.5.2013]. Saatavissa: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/

WHO. 2013d. *Surgical safety web map* [verkkokartta]. World Health Organization [viitattu 13.5.2013]. Saatavissa: http://maps.cga.harvard.edu:8080/Hospital/

Ylä-Savon Sote kuntayhtymä. 2012. *Leikkausosasto* [verkkosivu]. Ylä-Savon Sote kuntayhtymä [viitattu 3.9.2013]. Saatavissa: http://www.ylasavonsote.fi/index.asp

Leikkaustiimin tarkistuslista – KOHDAT LUETAAN ÄÄNEEN

Ennen anestesian aloitusta >>>>>>>>>>>>>>

Alkutarkistus

Henkilö ja toimenpide varmistettu

- anestesiologi varmistaa ääneen, että potilaan nimi ja henkilötunnus on tarkastettu, toimenpide vahvistettu ja potilaalta/omaiselta saatu suostumus toimenpiteeseen

Leikkausalue / -puoli varmistettu
Ei tarvetta

- valvova hoitaja ilmoittaa leikkausalueen ja onko merkitty

Anestesiavalmius vahvistettu

- anestesiologi vahvistaa "tarkistettu", mikäli seuraavat asiat on huomioitu / suoritettu:

- ASA -luokka
- Perussairaudet ja peruslääkkeet
- Leikkausta edeltävä lääkitys
- Tromboosi- ja antibioottiprofylaksia
- Vuotovaaraa aiheuttavat lääkkeet
- Proteesit ja implantit
- Laboratoriovastaukset huomioitu
- Anestesiavälineistö tarkistettu

Pulssioksimetri asennettu ja toimii

- anestesiahoitaja vahvistaa lukemalla happisaturaation

Allergiat tiedossa

- anestesiologi sanoo potilaan allergiat tai että niitä ei ole

Vaikea hengitystie / aspiraation vaara
Ei ole
On ja välineet saatavilla

- anestesiologi vahvistaa että vaikea ilmatie tai aspiraatiovaara on huomioitu ja tarvittavat välineet saatavilla

Verenvuotoriski yli 500 ml (lapsilla 7ml/kg)
Ei ole
Yli 500 ml, huomioitu

- anestesiologi vahvistaa suoniyhteyden riittävyyden ja että vuodon korvaus on suunniteltu, mikäli korkea vuotoriski

Ennen viiltoa >>>>>>>>>>>>>>>>>>>>

Aikalisä

Nimet ja tehtävät tiedossa

- jokainen varmistaa ääneen että kaikki leikkaussalissa tuntevat toisensa tai ovat esittäytyneet toisilleen (nimi ja tehtävä)

Potilas, leikkauskohde ja toimenpide

- leikkaava lääkäri vahvistaa suullisesti potilaan, leikkauskohteen ja toimenpiteen

Kriittiset tekijät huomioitu ja kerrottu

- leikkaava lääkäri, anestesiologi ja hoitajat vahvistavat, että leikkauksen kriittiset asiat on huomioitu ja käyty läpi muun leikkaustiimin kanssa

- Leikkaava lääkäri: Leikkauksen kriittiset vaiheet, rutiinista poikkeavat suunnitelmat, leikkauksen oletettu kesto, arvioitu verenvuoto
- Anestesiologi /anestesiahoitaja: Erityiset potilaskohtaiset huolenaiheet
- Leikkaushoitajat: Steriliteetti varmistettu. Välineistö, instrumentit ja lääkeaineet saatavilla. Diatermialevyn paikka huomioitu.

Antibioottiprofylaksia
Annettu 60 min sisällä
Ei tarvita

- anestesiahoitaja mainitsee kellonajan, milloin ab-profylaksia on annettu, tai että sitä ei tarvita

Radiologiset kuvat
Esillä
Ei tarvita

- valvova hoitaja vahvistaa, että tarvittavat radiologiset kuvat ovat esillä, mikäli niitä tarvitaan

Ennen leikkaussalista poistumista >>>>>

Lopputarkistus

Instrumentit laskettu ja täsmäävät

-leikkaushoitajat vahvistavat ääneen, että instrumenttien, taitosten ja neulojen lukumäärä on laskettu ja täsmää

Diagnoosi, toimenpiteen nimi ja **koodit** kirjattu

- valvova hoitaja vahvistaa leikkaavalta lääkäriltä että diagnoosi, toimenpiteen nimi ja koodi on kirjattu oikein

Näytteet merkitty

- valvova hoitaja varmistaa, miten näytteet on merkitty, että niissä on potilaan tiedot ja ne ovat valmiina lähetettäväksi

Välineistöongelmat kirjattu

- valvova hoitaja vahvistaa, että on kirjattu mahdolliset välineistöä koskevat ongelmat, jotka on korjattava

Jatkohoito-ohjeet annettu

- leikkaava lääkäri, anestesiatiimi ja leikkaushoitajat vahvistavat, että ovat käyneet läpi potilaan toipumiseen liittyvät riskit ja jatkohoitomääräykset

Poikkeamat kirjattu

- valvova hoitaja vahvistaa, että mahdolliset poikkeamat hoidossa on kirjattu

HYKS Operatiivinen tulosyksikkö 8/2010

LIITE 2: IISALMEN LEIKKAUSYKSIKÖN TARKISTUSLISTA

LEIKKAUSSALIN TARKISTUSLISTA, IISALMEN SAIRAALA, LEIKKAUSOSASTO

Ennen anestesian aloitusta	Ennen toimenpiteen aloitusta	Ennen leikkaussalista poistumista
☐ **Henkilöllisyys ja toimenpide** varmistettu ☐ **Leikkausalue /- puoli merkitty** ○ ei tarvetta ☐ **Anestesiavalmius varmistettu** ○ ASA-luokka ○ perussairaudet ja lääkitys tiedossa ○ tromboosiprofylaksia ja vuotovaaraa aiheuttavat lääkkeet ○ laboratoriovastaukset tiedossa ○ hengityskone, valvontalaitteet ja muu välineistö valmiina **Seuraavat asiat huomioitu:** ☐ **Pulssioksimetri** asennettu ja toimii ☐ **Allergiat** ☐ **Aspiraatioriski / vaikea ilmatie** ○ kyllä ja välineet saatavilla ○ ei ole ☐ **Vuotoriski** yli 500 ml (lapsi 7 ml / kg) ○ ei ole ☐ **Tahdistimet ja metalliesineet** ☐ **Liikerajoitukset**	☐ **Leikkaustiimin nimet ja tehtävät tiedossa** ☐ Kirurgi vahvistanut yhdessä muun tiimin kanssa ○ **potilaan henkilöllisyyden** ○ **leikkauskohteen ja suunnitelun toimenpiteen** ☐ **Antibioottiprofylaksia** annettu 60 min sisällä ○ ei tarpeen ☐ **Radiologiset kuvat** ○ esillä ○ ei tarvita ☐ **Leikkaushoitajat** ○ diatermialevyn paikka, välineistön, instrumenttien, lääkeaineiden saatavuus **Mahdollisten kriittisten tapahtumien ennakointi** ☐ **Leikkaava lääkäri** ○ leikkauksen kriittiset vaiheet, poikkeavat suunnitelmat, arvioitu kesto ja leikkausvuoto ☐ **Anestesiatiimi** ○ erityistä huomioitavaa potilaan hoidossa	☐ **Instrumenttien, neulojen ja taitosten määrä** täsmää ☐ Leikkaava lääkäri vastaa, että **diagnoosit, toimenpiteet ja koodit** ovat merkitty oikein ☐ **Näytteet** merkitty ja valmiita lähetettäväksi ○ ei näytteitä ☐ **Jatkohoito-ohjeet** ○ postoperatiivinen lääkitys ○ antibioottihoito ○ tromboosiprofylaksia ○ asennot, liikerajoitukset ○ dreenit ○ postoperatiivinen rtg

LIITE 3: KYSELYLOMAKE

Tarkistuslistan käyttö intraoperatiivisessa hoitotyössä –
hoitohenkilökunnan kokemuksia Iisalmen sairaalan leikkausyksikössä

Ole hyvä ja vastaa kysymyksiin vastauksille varatuille riveille.

Mikä on ammattinimikkeesi?_____

Miten leikkaussalin tarkistuslistan käyttö mielestäsi toteutuu työyksikössäsi?

_____
_____
_____
_____

Mitä mieltä olet leikkaussalin tarkistuslistan toimivuudesta?

_____
_____
_____
_____

Mitä kehitettäviä osa-alueita mielestäsi on leikkaussalin tarkistuslistassa?

_____
_____
_____
_____

Miten mielestäsi leikkaussalin tarkistuslista vaikuttaa potilasturvallisuuteen?

_____
_____
_____
_____

KIITOS VASTAUKSISTASI!

LIITE 4: SAATEKIRJE

SAVONIA

SAATEKIRJE
3.9.2013

Arvoisa vastaaja,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Savonia-ammattikorkeakoulusta Iisalmesta ja teemme opinnäytetyötä leikkaussalin tarkistuslistasta. Opinnäytetyömme aihe on saatu Ylä-Savon SOTE kuntayhtymältä. Tutkimuksen kohderyhmänä on Iisalmen sairaalan leikkausyksikön henkilökunta. Tutkimus on kohdistettu leikkausyksikössä työskenteleville sairaanhoitajille ja lääkäreille. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia leikkaussalin tarkistuslistan käytöstä.

Suoritamme työyksikössänne kyselyn avoimen kyselylomakkeen avulla, joka sisältää yhden taustakysymyksen ja neljä mielipidekysymystä. Näihin kysymyksiin voit vastata niille varatuille riveille. Kyselyyn on aikaa vastata _____ asti. Vastaaminen on vapaaehtoista, mutta toivomme runsasta osallistumista luotettavan tutkimustuloksen saamiseksi. Vastauksianne käytetään ainoastaan opinnäytetyöhömme, eikä tietoja luovuteta ulkopuolisille. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen kyselyn vastaukset hävitetään luottamuksellisesti, silppurilla. Kyselyyn voitte vastata nimettömänä, eikä vastauksista käy ilmi vastaajan henkilöllisyys missään vaiheessa. Vastaukset voitte palauttaa kahvihuoneessa olevaan palautuslaatikkoon. Jos teillä on kysyttävää opinnäytetyöstämme, voitte ottaa yhteyttä meihin puhelimitse.

Opinnäytetyömme on tarkoitus valmistua keväällä 2014. Valmis opinnäytetyö tullaan esittelemään Savonia-ammattikorkeakoululla ja Iisalmen sairaalan leikkausyksikössä erikseen sovittuna ajankohtana. Opinnäytetyömme ohjaajana toimii Heli Jyrkinen (puh. 044 785 6679).

Kiitos mielenkiinnostanne!

Ystävällisin terveisin

Senni Asikainen ja Sannamari Piippo
puh. 045 86 25192 puh. 044 307 0029
Sairaanhoitajaopiskelijat
Hoitotyön koulutusohjelma
Savonia-ammattikorkeakoulu, Iisalmen yksikkö

LIITE 5: LEIKKAUSSALIN TARKISTUSLISTAN TOIMIVUUDEN SISÄLLÖNANALYYSI

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
"Todella tärkeä linkki auttaa sh/lääkäreitä ehkäisemään potilasvahinkoja."	Potilasvahinkojen ehkäisemisen työväline	Potilasturvallisuuden edistäminen	Tiimityö	Leikkaussalin tarkistuslistan toimivuus
"Listan avulla on vältetty useita läheltäpiti tapahtumia, joten on erittäin hyvä asia!"	Potilasvahinkojen välttäminen			
"Lisää turvallisuutta ja parantaa käytänteitä parhaimmillaan."	Potilasturvallisuuden lisääntyminen			
"Merkittävä työväline potilasturvallisuudelle."	Potilasturvallisuuden työväline			
"Lisää potilasturvallisuutta, potilaan tunnistaminen on parantunut."	Potilaan tunnistamisen parantuminen			
"Lisää potilasturvallisuutta, vähentää virheiden/vahinkojen määrää."	Virheiden ja vahinkojen vähentyminen			

"Lista on hyvä, sitä pitäisi vain käyttää aktiivisemmin, eli kehitettävää olisi käyttäjissä."	Henkilökunnan kehityttävä			
"Ei vielä niin hyvin ja järjestelmällisesti kuin pitäisi, mutta koko ajan parempaan suuntaan ollaan menossa."	Tarkistuslistan käytön paraneminen	Leikkausyksikön henkilökunta		
"Hoitajien välillä voi olla pientä eroavaisuutta kuinka tarkasti kukin käy listan läpi."	Henkilökunnan erilaiset työtavat			
"Pääpiirteittäin siinä on tarvittavat asiat – toimenpidettä ja potilaan henkilöllisyyttä koskevat asiat."	Tarvittavat asiat löytyvät tarkistuslistasta			
"Tarkistuslistaan koottu olennaiset asiat ja sen kautta on syntynyt hyvä rutiini toimia salissa."	Tarkistuslista auttaa toimimaan leikkaussalissa	Iisalmen sairaalan leikkausyksikön tarkistuslista	Perioperatiivinen hoitotyö	
"Tarkistuslista on yleisesti toimiva."	Tarkistuslista toimiva			
"Tärkeimmät asiat ovat listattu."	Tärkeimmät asiat löytyvät			

LIITE 6: TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Ylä-Savon SOTE
KUNTAYHTYMÄ
Hallinto
PL 4, Meijerikatu 2, 74101 Iisalmi

TUTKIMUS- JA OPINNÄYTETYÖLUPA-ANOMUS

Mikä: Tutkimuslupa-anomus

Tutkimussuunnitelma aineiston keruulomakkeineen liitetään mukaan, samoin tutkimuseettisen toimikunnan lupa-anomus liitteineen.

Anoja	Nimi/nimet (tekstaten) ASIKAINEN	SENNI KAROLIINA
	PIIPPO	SANNAMARI
	Opiskelu- tai työpaikka	SAVONIA AMMATTIKORKEAKOULU, IISALMI
	Opiskeluaste ☐ Koulu ☐ Opisto **X** Ammattikorkeakoulu ☐ Yliopisto ☐ Muu	
	Opinnäytetyö **X**Päättötyö ☐ Pro gradu ☐ Lisensiaattityö ☐ Väitöskirja **Suoritettava tutkinto** HOITOTYÖ, SAIRAANHOITAJA	
	Virka/toimi (ei koske opiskelijoita)	
Tutkimus	**Tutkimuksen nimi ja lyhyt kuvaus tutkimuksen toteutuksesta kuntayhtymässä** (mm. tutkimuksen tarkoitus, kohderyhmä ja tutkimusmenetelmät) sekä julkaisusuunnitelma. OPINNÄYTETYÖN NIMI: Tarkistuslistan käyttö intraoperatiivisessa hoitotyössä - hoitohenkilökunnan kokemuksia Iisalmen sairaalan leikkausyksikössä. Opinnäytetyössä selvitämme, kuinka leikkaussalin tarkistuslista toimii Iisalmen sairaalan leikkausyksikössä. Selvitämme tarkistuslistan toimivuutta avoimen kyselyn avulla, joka kohdistuu hoitohenkilökunnalle. Henkilökunta koostuu 19 sairaanhoitajasta ja noin kymmenestä lääkäristä. Avoimen kyselyn teemme kyselylomakkeella. Kysely tullaan tekemään nimettömänä. Kyselyn avulla saamme selville hoitohenkilökunnan kokemuksia tarkistuslistan toimivuudesta ja sen käytöstä. Tutkimustuloksien avulla Iisalmen sairaalan leikkausyksikkö voi kehittää tarkistuslistaa, mikäli siihen on tarvetta. Valmis opinnäytetyömme julkaistaan Savonian julkaisutietokannassa, sekä käymme esittämässä valmiin opinnäytetyön Iisalmen sairaalan leikkausyksikössä. Tutkimustehtävämme ovat: 1. Kuinka leikkaussalin tarkistuslista toimii Iisalmen sairaalan leikkausyksikössä? 2. Millaisia kehitystarpeita Iisalmen sairaalan leikkausyksikön henkilökunta kokee tarkistuslistassa olevan?	
	Tutkimuksen kokonaisaikataulu 31.1.2013 - 10.2.2014	Aikataulu kuntayhtymässä 7.10.2013 - 20.10.2013
	Tutkimustyön ohjaajat ja yhteystiedot: Merja Jokelainen	Heli Jyrkinen

Ylä-Savon SOTE
KUNTAYHTYMÄ
Hallinto
PL 4, Meijerikatu 2, 74101 Iisalmi

TUTKIMUS- JA OPINNÄYTETYÖLUPA-ANOMUS

	Ohjaajan allekirjoitus ja nimen selvennys Osoite, puhelin, fax, e-mail 044 785 6696 merja.jokelainen@savonia.fi	Ohjaajan allekirjoitus ja nimen selvennys Heli Jyrkinen Osoite, puhelin, fax, e-mail 044 785 6679 heli.jyrkinen@savonia.fi
Allekirjoitus ja sitoumus	Allekirjoittaneet tutkijat sitoutuvat noudattamaan tulosyksikön esimiesten antamia ohjeita, kuntayhtymän yleisiä sääntöjä sekä vaitiolovelvollisuutta ja lähettämään tutkimusraportin luvan myöntäneelle johtavalle ylihoitajalle / johtavalle ylilääkärille. 06 / 09 2013 Tutkijan allekirjoitus Tutkijan allekirjoitus Tutkijan allekirjoitus Tutkijan allekirjoitus Tutkimuslupapäätös lähetetään	Tutkijan allekirjoitus Tutkijan allekirjoitus Tutkijan allekirjoitus
Puolto	☐ Puollan anomusta ☐ En puolla Huomautuksia: ____ / ____ 20____ Allekirjoitus ja nimen selvennys ☐ Puollan anomusta ☐ En puolla Huomautuksia: ____ / ____ 20 ____ Allekirjoitus ja nimen selvennys	☐ Puollan anomusta ☐ En puolla Huomautuksia: ____ / ____ 20____ Allekirjoitus ja nimen selvennys ☐ Puollan anomusta ☐ En puolla Huomautuksia: ____ / ____ 20 ____ Allekirjoitus ja nimen selvennys
TE TMK	Anomus mennyt tutkimuseettiseen toimikuntaan Tutkimuseettisen toimikunnan lupa myönnetty	☐ Kyllä ☐ Ei ____ / ____ 20 ____ ☐ Kyllä ☐ Ei ____ / ____ 20 ____
Yhdyshenkilö kuntayhtymässä	Nimi Osoite	Työyksikkö Puhelinyhteys

LIITE 7: TUTKIMUSLUPA

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä **Viranhaltijapäätös**

17.9.2013 114 § / 2013

623/13.00/2012

Tutkimuslupa / Asikainen Senni ja Piippo Sannamari

Selostus asiasta	Valmistelija ja yhteystiedot: hallintosihteeri Ulla Väisänen, p. 040 712 56736, ulla.vaisanen@ylasavonsote.fi. Savonia ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat Senni Asikainen ja Sannamari Piippo hakevat tutkimuslupaa päättötyölleen, jonka aiheena on Tarkistuslistan käyttö intraoperatiivisessa hoitotyössä – hoitohenkilökunnan kokemuksia Iisalmen sairaalan leikkausyksikössä. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, kuinka leikkaussalin tarkistuslista toimii Iisalmen sairaalan leikkausyksikössä. Opinnäytetyö toteutetaan laadullisena tutkimuksena. Aineistonkeruumenetelmänä on avoin kysely, joka kohdistuu hoitohenkilöstölle. Kyselyn avulla selvitetään hoitohenkilökunnan kokemuksia tarkistuslistan toimivuudesta ja sen käytöstä. Henkilökunta koostuu 19 sairaanhoitajasta ja noin kymmenestä lääkäristä. Kysely tullaan tekemää nimettömänä. Tavoitteena on parantaa potilasturvallisuutta ja tarvittaessa kehittää tarkistuslistaa. Aineisto analysoidaan käyttämällä aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Aineiston keruu kuntayhtymässä 7.10. – 20.10.2013. Tulokset julkaistaan Theseus-tietokannassa ja kirjallinen tuotos toimitetaan toimeksiantajalle.
Päätös	Myönnän tutkimusluvan Senni Asikaiselle ja Sannamari Piipolle Tarkistuslistan käyttö intraoperatiivisessa hoitotyössä - hoitohenkilökunnan kokemuksia Iisalmen sairaalan leikkausyksikössä liitteen mukaisesti. Yhdyshenkilönä toimii apulaisosastonhoitaja Seija Kauppinen.
Päätöksen perustelu	Opinnäytetyö tukee leikkaustoiminnan laatutyötä ja potilasturvallisuutta.
Peruste	Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän hallintosääntö § 48.
Otto-oikeus	Yhtymähallitus.
Nähtävilläolo	Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä, Kirjaamo 21.9.2013.
Muutoksenhaku ja toimielin	Oikaisuvaatimus, Yhtymähallitus

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä
PL 4 (Meijerikatu 2)
74101 Iisalmi

Laskutusosoite:
PL 17
74101 Iisalmi

Puhelinvaihde:
017 27 231

Kotisivu: www.ylasavonsote.fi
Sähköposti: kirjaamo@ylasavonsote.fi
etunimi.sukunimi@ylasavonsote.fi

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä **Viranhaltijapäätös**

17.9.2013 114 § / 2013

Anne Mikkonen
Johtava ylihoitaja
Tämä asiakirja on allekirjoitettu asianhallintajärjestelmän sähköisellä tunnuksella.

Jakelu

Saaja:
Senni Asikainen
Sannamari Piippo
Tiedoksi:
Seija Kauppinen
Sirpa Marjoniemi
Leila Pekkanen
Yhtymähallituksen puheenjohtaja

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä
PL 4 (Meijerikatu 2)
74101 Iisalmi

Laskutusosoite:
PL 17
74101 Iisalmi

Puhelinvaihde:
017 27 231

Kotisivu: www.ylasavonsote.fi
Sähköposti: kirjaamo@ylasavonsote.fi
etunimi.sukunimi@ylasavonsote.fi