



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Piia Susanna Sillanpää

Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa hoitotyössä

Sosiaali- ja terveysala
2009

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	2
ABSTRACT	3
1 JOHDANTO.....	5
2 POTILASTURVALLISUUS.....	8
2.1 Potilasturvallisuuden määrittelyä.....	8
2.2 Potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä.....	10
2.1.1 Kommunikointi ja tiedonkulku.....	11
2.1.2 Koulutus ja perehdytys.....	13
2.1.3 Tekniset taidot.....	14
2.1.4 Tiimin toiminta.....	16
2.1.5 Työolosuhteet ja ympäristö.....	18
2.1.6 Organisaatio ja johto.....	19
2.1.7 Virheet.....	21
2.1.8 Virheiden hallinta.....	22
3 INTRAOPERATIIVINEN HOITOTYÖ.....	26
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	28
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	29
5.1 Tutkimuksellinen lähestymistapa.....	29
5.2 Aineiston keruu.....	29
5.3 Tutkimuksen kohdejoukko.....	30
5.4 Aineiston analyysi.....	30
6 TUTKIMUSTULOKSET.....	31
6.1 Taustatiedot.....	31
6.2 Potilasturvallisuutta edistävät tekijät leikkaussalissa.....	32
6.3 Potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä leikkaussalissa.....	37
6.4 Potilasturvallisuutta edistävien tekijöiden toteutuminen	41
6.5 Potilasturvallisuutta vaarantavien tekijöiden toteutuminen	48
7 POHDINTA.....	50
7.1 Tutkimustulosten tarkastelu.....	50
7.2 Tutkimuseettiset kysymykset ja luotettavuus.....	54
7.3 Johtopäätökset.....	55
7.4 Jatkotutkimusehdotukset.....	56
LÄHDELUETTELO.....	57
LITTEET.....	66

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Piia Sillanpää
Opinnäytetyön nimi	Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa hoitotyössä
Vuosi	2009
Kieli	suomi
Sivumäärä	66+4 liitettä
Ohjaajat	Hannele Laaksonen ja Hanna-Leena Melender

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä intraoperatiivisessa hoitotyössä. Tavoitteena oli tutkimuksen tuottaman tiedon avulla lisätä tietoisuutta potilasturvallisuutta vaarantavista ja edistäväistä tekijöistä intraoperatiivisessa hoitotyössä sairaanhoitajien näkökulmasta.

Potilasturvallisuuskysely toteutettiin leikkaussalihoitajille (n=34) keskussairaalan leikkausosastolla syksyllä 2009. Kyselylomakkeita oli jakopisteessä 60 kappaletta ja 34 vastasi kyselyyn. Aineisto analysoitiin SPSS-tilasto 17.0 –ohjelman avulla. Avoimet kysymykset analysoitiin käyttämällä sisällönanalyysimenetelmää.

Tutkimustulosten mukaan henkilökunta piti turvallisuutta edistävinä tekijöinä hyvää kommunikaatiota ja tiedonkulkua. Turvallisuutta vaarantavia keskeisimpiä tekijöitä olivat henkilökunnan mielestä ongelmat tiedonkulussa sekä epäselvät määräykset ja ohjeet. Potilasturvallisuutta edistäväistä tekijöistä parhaiten toteutuivat koulutus, omat osaamisalueet, avoimuus ja toisten arvostaminen sekä kyky tunnistamaan potilasturvallisuutta uhkaavia tekijöitä. Potilasturvallisuutta vaarantavista tekijöistä toteutuivat pelko, että virheistä rangaistaan sekä vastavalmistuneisiin hoitajiin liittyvät asiat. Vastaajista lähes kolmasosa ei ollut tehnyt ilmoituksia potilasturvallisuutta uhkaavista tilanteista. Avoimissa kysymyksissä keskeisemmiksi asioiksi nousivat tiedonkulun puutteet ja kiire. Hyvä tiimityö koostui avoimuudesta, kommunikaatiosta, yhteistyöstä, ammattitaidosta sekä toisten työn arvostamisesta.

Leikkaussalissa työskentelevät tiesivät paljon potilasturvallisuudesta ja siihen liittyvistä peruspilareista. Leikkausosastolla vallitsi avoin ilmapiiri. Tiedonkulun ongelmat ovat suuri uhka potilasturvallisuudelle. Tiedonkulkua ja virheiden käsittelyä tulisi edelleen kehittää. Aihetta tulisikin jatkossa tutkia useista eri näkökulmista.

ABSTRACT

Author	Piia Sillapää
Title	Patient Safety in the Intraoperative Nursing
Year	2009
Language	Finnish
Pages	66+4 Appendices
Names of Supervisors	Hannele Laaksonen and Hanna-Leena Melender

The aim of the bachelor`s thesis was to describe the factors that might endanger patient safety in the intraoperative nursing. The purpose of the study was to increase the awareness of patient safety in the intraoperative nursing from the perspective of nurses by recognizing factors endangering or promoting patient safety.

The patient safety inquiry was carried out among theatre nurses (n=34) in the central hospital in autumn 2009. Sixty (60) questionnaires were delivered and there were 34 respondents. The material was analysed with SPSS 17.0 – statistical program. Content analysis method was used for analysing the answers to open ended questions.

The results show that from the staff's point of view the factors that promote safety were good communication skills and good flow of information. The key factors that nurses felt endangered patient safety were problems in the flow of information and also unclear orders and commands and instructions.

The factors that promote patient safety and that also function well in the operating room were the level of education, expertise, being open, respecting one another and the ability to recognize factors that jeopardise patient safety. Factors that endanger patient safety were eg. the fear of being punished for mistakes and factors related to newly graduated nurses. Of the respondents almost one third had never reported on situations where the patient safety was compromised. There were problems in the flow of information and use of time, they felt that there was a hurry to do the work. The components of good teamwork are being open, having good communication, co-operation, being professional and respecting one another's work.

Operating room nurses knew a lot about patient safety and about the key factors related to patient safety. The working environment in the operating room was open. A big threat to the patient safety is problems in the flow of information. The flow of information and going through and dealing with mistakes should be developed further. The topic should be therefore studied further in the future from different perspectives.

Keywords Patient safety, Intraoperative, Nursing, Mistake

1 JOHDANTO

Maailmassa tehdään vuosittain yli 230 miljoonaa kirurgista toimenpidettä. Komplikaatioihin kuolee 30 päivän sisällä leikkauksesta joka vuosi noin miljoona ihmistä. (Ikonen, Aarnio, Kangasmäki, Karjalainen, Kontas, Kujala, Pauniaho, Saario, Savunen & Sivula 2009.) Ihmisiä kuolee enemmän hoitovirheisiin kuin auto-onnettomuuksiin (Kohn, Corrigan & Donaldson 1999, 2-5). Ulkomailla tehtyjen tutkimuksien tulokset ovat varsin yhdenmukaiset. Niiden perusteella noin kymmentä sairaalan hoitajaksoa kohden on löydettävissä yksi hoitoon liittyvä virhe, josta on haittaa potilaalle. Vakava virheen aiheuttama haitta, joka olisi ollut estettävissä, todetaan noin yhdellä sadasta sairaalaan otetusta potilaasta. Suomessa vastaavia tutkimuksia ei ole tehty. Samanlaisia tuloksia on kuitenkin saatu esimerkiksi Britanniassa, Tanskassa ja Uudessa Seelannissa, joiden terveydenhuolto muistuttaa suomalaista järjestelmää. Niiden perusteella on todennäköistä, etteivät suomalaiset sairaalat ole sen turvallisempia kuin tutkimuksen kohteena olleet, muiden maiden sairaalat. (Palonen, Nio & Mustajoki 2005, 377 - 378.)

Amerikassa kuoli 1980-luvun lopun ja 1990-luvun alun tutkimusten mukaan hoitovirheiden aiheuttamiin haittoihin 44 000 - 98 000 ihmistä (Kohn 2000). Tanskassa potilaita menehtyy hoidon haittoihin joka vuosi noin 1500–5000. Hoidosta aiheutuvia haittoja tapahtuu joka yhdeksännelle sairaalassa hoidetulle potilaalle eli noin 100 000 vuosittain. Näistä tapauksista vain 5000 tulee näkyviin valitusten, korvaushakemusten tai oikeudenkäyntien kautta. (Wallin & Hallman Keiskoski 2003.) Tanskassa tehtiin vuonna 2001 tutkimus, jossa tutkittiin 1097 potilasasiakirjaa. Tutkimus osoitti, että sairaalahoidossa olleista potilaista yhdeksälle prosentille sattui jokin haittatapahtuma. Näistä haittatapahtumista 40,4 % olisi ollut estettävissä. Haittatapahtuma aiheutti 30 tapauksessa pysyvän vamman tai kuoleman. (Scholer, Lipzak, Pedersen, Mogensen, Bech, Stockmarr, Svenning & Frolich 2001.)

Ruotsin sosiaali- ja terveysministeriön internetsivuilla raportoidaan esimerkiksi tapauksesta, jossa sydänsairas potilas on saanut kuusinkertaisen määrän

sydänlääkettä, koska henkilökunnalla ei ole ollut tarpeeksi lääkehoidollista koulutusta. (Socialstyrelsen 2005.) Toinen raportti koskee tapausta, jossa kaksi potilasta sai c-hepatiittitartunnan kertakäyttöampullista, jota oli aiemmin käytetty hoidettaessa tartunnan kantajaa (Socialstyrelsen 2006).

Suomessa potilasturvallisuutta on tutkittu vähän. Vahinkoilmoituksia kuitenkin tehdään potilasvakuutuskeskukseen noin 7000 vuodessa ja niistä korvataan potilasvahinkoina keskimäärin 1500. (Pelkonen 2003.) Korvattavia potilasvahinkoja oli vuonna 2005 yhteensä 2319. Leikkaus- ja anestesiatoiminnassa korvattavia potilasvahinkoja oli yhteensä 1235. (Ojala, Saario, Virtanen, Nylander, Vasenius, Lindberg, Luhtala, Mikkola, Niemi, Pelanteri, Rintanen & Välimäki 2007.) Vuosina 2003 - 2005 leikkaustoimenpiteistä korvattiin eniten lonkan tekonivelleikkauksia, polven tekonivelleikkauksia sekä selkäytimen ja hermojuurien vapautuksia rappeutuman yhteydessä (Heinonen 2007, 26). Korvauksia potilasvahingoista maksettiin 26 995 000 euroa vuonna 2006 (Peltomaa 2008).

Kaikista hoitoon liittyvistä haittatapahtumista jopa puolet olisi ennalta ehkäistävissä. Suomessa tämä merkitsisi 250 - 500 miljoonan vuosittaista säästöä. (Seppä 2008, 1211.) Virheet maksavat paljon terveydenhuollolle, mutta kaikkea ei voi mitata pelkästään rahassa. Virheiden vuoksi ihmiset menettävän uskonsa terveydenhuoltoon ja se vähentää sekä potilaiden että hoitajien tyytyväisyyttä. Virheiden takia potilaat voivat joutua viettämään enemmän aikaa sairaalassa, mikä vaikuttaa myös heidän fyysiseen ja henkiseen hyvinvointiinsa. Hoitotyöntekijät kokevat virheet moraalisen menetyksenä ja turhautumisena, koska he eivät pysty antamaan parasta mahdollista hoitoa. (Kohn 1999, 2-5). Sipola-Kaupin (2009) tutkimuksesta kävi ilmi, että ajatuskin mahdollisesta virheestä aiheutti pelkoa sairaanhoitajien keskuudessa. On tarpeen keskittyä enemmän seikkoihin, joiden vuoksi virheet syntyvät sekä siihen, miten ne olisivat ehkäistävissä, ei ainoastaan syyllisten löytämiseen (Kohn 1999, 2-5).

Sairaanhoitajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen (Sairaanhoitajaliitto ry 2009). Sairaanhoitajan täytyy myös hallita tiimityö, laadun parantaminen ja

riskienvälvonta, koska terveydenhuolto kuuluu korkean riskin organisaatioihin. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla potilasturvallisuutta intraoperatiivisessa hoitotyössä. Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja tärkeä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, mitkä seikat uhkaavat potilasturvallisuutta leikkaussalissa ja mikä asiat lisäävät potilasturvallisuutta.

Kirjallisuuskatsauksen aineisto on hankittu tietokannoista CINAHL, LINDA, ESBHO ja MEDIC hakusanoilla patient safety, CRM, errors, teamwork, virheet hoitotyössä, tiimityö, haittatapahtuma ja potilasturvallisuus. Lisäksi selattiin käsin lehtien Pinsetti, Spirium, Tutkiva Hoitotyö ja Sairaanhoidaja sisällysluettelot sekä potilasturvallisuutta ja tiimityötä käsitteleviä kirjoja, esimerkiksi Hoitotyön vuosikirjoja. Tietoa haettiin myös eri lähteistä internetistä, GOOGLE:sta tai GOOGLE SCHOLAR:sta hakusanoilla potilasturvallisuus ja patient safety, CRM, tiimityö ja patientsäkerhet. Myös Maailman terveysjärjestön (WHO), sosiaali- ja terveysministeriön (STM) ja Institute of Medicine (IOM) internetsivuja käytettiin. Lisäksi selattiin käsin pro gradu –tutkimus.

2 POTILASTURVALLISUUS

”Turvallisuus on särkyvä rakennelma” (Gratshev 2006).

2.1 Potilasturvallisuuden määrittelyä

Uusi asia potilasturvallisuus ei ole, se on vain otettu uudestaan esille. Hippokrates on sanonut lääkärien lupauksessa potilaille jo 400 vuotta ennen ajanlaskua, että sairaiden hyväksi on torjuttava ja vältettävä tahallista vahinkoa ja vääryyttä. (Patientsäkerhet 2008, 6.) Potilasturvallisuus vaikuttaa hoidon laatuun. Potilasturvallisuus sisältää terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Näitä asioita ovat lääkehoidon, laitteiden sekä hoidon turvallisuus. Potilaalle ei tulisi aiheutua hoidoista haittaa. (Stakes 2006.) Organisaatioiden tulisi laatia laadunhallinnasta ja potilasturvallisuudesta suunnitelma, koska turvallisuuden edistäminen on terveydenhuollon laadun ja riskien hallintaa. Sosiaali- ja terveysministeriö on tehnyt laista luonnoksen, jonka peruslain 19 § pykälä koskisi hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Lakiehdotuksessa todetaan, että hoidon ja tutkimusten tulee perustua näyttöön ja hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin. (Uusi terveydenhuoltolaki 2008.) Terveydenhuoltoon hakeutunut potilas antautuu ammattilaisen hoitoon luottaen siihen, että hän saa laadullisesti parasta mahdollista hoitoa. Hoidon tulisi olla tuloksiltaan hyvää, positiivisesti vaikuttavaa ja potilaalle turvallista. (Snellman 2009, 39.)

Potilasturvallisuuteen liittyvät vaaratapahtumat, läheltä piti -tilanteet, haittavaikutukset, poikkeamat sekä haittatapahtumat. Vaaratapahtuma on potilaan turvallisuuden vaarantava tapahtuma, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa haittaa potilaalle. (Stakes 2006.) Haitta voi aiheuttaa potilaalle tilapäisen tai pysyvän ei-toivotun vaikutuksen. Se voi olla fyysinen, psyykinen, emotionaalinen, sosiaalinen tai taloudellinen. Haitta voi olla potilaan kokemaa tai ammattihenkilöstön toteama. (Stakes 2006.) Chappyn (2006) anestesiatyötä

selvittävässä tutkimuksessa kaksi yleisintä syytä vaaratapahtumiin olivat lääkintävirheet ja laiteviat.

Läheltä piti -tilanne on tapahtuma, joka olisi voinut aiheuttaa haitan potilaalle. Haitalta vältyttiin joko sattumalta tai siksi, että poikkeama tai vaaratilanne havaittiin ja haitalliset seuraukset pystyttiin estämään ajoissa. Haittatapahtuma aiheuttaa haitan potilaalle. (Stakes 2006.) Leikkaussalissa tällainen tilanne voi olla esimerkiksi se, että taitos tai instrumentti on jäänyt leikkauksessa haavaan sisälle. Anestesiahoitossa haittatapahtumia ovat esimerkiksi hypotermia (vajaalämpöisyys), palovammat, sedaatio (lääketieteellinen rauhoittaminen) ilman kipulääkitystä, huomaamatta jäänyt hengityslama, riittämätön monitorointi, hypotensio (matala verenpaine), runsas verenvuoto sekä infektiot ja syvät laskimotromboosit. (Kinnunen 2009, 94 - 95.)

Haittavaikutus on hoitomenetelmän aiheuttama haitallinen ja tahaton vaikutus, joka esiintyy sairauden ehkäisyyn, taudin määritykseen tai hoitoon tavanomaisesti käytettyjen menetelmien yhteydessä. Se aiheuttaa normaalin hoitoon verrattuna objektiivista lääketieteellistä haittaa potilaalle, hoidon keston pidentymistä tai lisääntyneitä hoitokustannuksia. Joskus samaa tarkoittamaan on käytetty sanaa komplikaatio. (Stakes 2006.) Poikkeamalla tarkoitetaan mitä tahansa terveydenhuollon tuotteisiin, toimintatapoihin, -järjestelmiin ja ympäristöön liittyvää suunnitellusta tai sovitusta poikkeavaa tapahtumaa, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. Poikkeama voi johtua tekemisestä, tekemättä jättämisestä, suojausten pettämisestä tai se voi liittyä kirjaamiseen, seurantaan tai raportointiin. (Peltomaa 2008, 9.)

2.2 Potilasturvallisuuden vaikuttavia tekijöitä

Eurooppalaisissa selvityksissä leikkaussalissa työskentelevien työssä virheille altistavia seikkoja olivat seuraavat: puutteellinen kommunikaatio potilaan kanssa, epäselvät johtamissuhteet, henkilökemian häiriöt, uhkatilanteiden toimintasuunnitelmien puute, puutteellinen havainnointi ja puutteellinen yhteistyö tiimiin jäsenten välillä. (Jalonen 2004, 34.) Haittatapahtuman taustalla voi olla myös liiallinen työpaine tai liian pitkä työrupeama, niukka henkilökunnan määrä tai vaatimusten ja osaamisten ristiriita, nopea tai huonosti suunniteltu muutos organisaatiossa sekä monimutkaiset hoitoketjut ja katkokset yhteistyössä toimintayksiköiden välillä (Potilasturvallisuuden työkalut -työvaliokunta 2009, 187).

Knuuttilan, Ruuhilehdon ja Walleniuksen (2007) HaiPro-pilottitutkimushankeessa haittatapahtumien syntyyn vaikuttivat kommunikointi ja tiedonkulku (myös Runciman 1993; Beckmann, West, Groombridge, Baldwin, -Hart, Clayton, Webb & Runciman 1996; Croken 2003; Flin, Fletcher, McGeorge, Sutherland & Patey 2003; Lingard, Espin, Whyte, Regehr, Baker, Reznick, Bohnen, Orser, Doran & Grober 2005; Silèn- Lipponen, Tossavainen, Turunen & Smith 2005; Alfredsdottir & Bjornsdottir 2007; Kinnunen 2008; Suikkanen 2008; Peltomaa 2008), koulutus ja perehdytys (myös Koivunen, Kankkunen & Suominen 2007, Suikkanen 2008; Peltomaa 2008), laitteet ja tarvikkeet (myös Runciman 1993, Croken 2003; Flin 2003; Peltomaa 2008), lääkkeet (myös Flin 2003; Suikkanen 2007; Kinnunen 2008; Peltomaa 2008), potilas ja läheiset (myös Peltomaa 2008), toimintatavat (STM 2008, 18), tiimin toiminta (myös Silèn-Lipponen 2005), työolosuhteet ja -ympäristö (myös Runciman 1993; Silèn-Lipponen 2005; Alfredsdottir 2007; Suikkanen 2008; Peltomaa 2008) sekä organisaatio ja johto. Virheisiin voivat johtaa myös vähäinen - ja kokematon henkilökunta, kiire (Runciman 1993; Flin 2003; Silèn-Lipponen 2005; Alfredsdottir 2007; Koivunen 2007; Suikkonen 2008; Peltomaa 2008), kirjaaminen, potilastietojärjestelmä

(Suikkanen 2008; Peltomaa 2008) sekä huolimattomuus (Flin 2003; Alfredsdottir 2007; Suikkanen 2008.)

Seuraavassa tarkastellaan tutkimuskirjallisuuden tuottamaa tietoa potilasturvallisuuteen vaikuttavista tekijöistä. Potilasturvallisuuteen sisältyy hoidon, lääkehoidon ja laitteiden turvallisuus. Turvallisuuden osa-alueista rajattiin tämän tutkimuksen ulkopuolelle lääkehoidon turvallisuus. Myös potilas ja läheiset jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle. Näin pystyttiin tarkemmin perehtymään työyhteisön väliseen yhteistyöhön ja siihen liittyviin vaaratekijöihin.

2.1.1 Kommunikointi ja tiedonkulku

Virheiden hallinnassa kommunikaatio on tärkein työkalu (Helovuo 2009, 107). Organisaatiot ovat täynnä informaatiota. Erilaisia raportteja kulkee ristiin rastiin, palaverit täyttävät päivät, ja sähköpostilaatikko on täynnä tärkeitä ja vähemmän tärkeitä viestejä. Informaation kulku on arkinen rutiini. Haaste on, kuinka saada mahdollisesti epävarma viesti jonkin kriisin ensi merkeistä oikealla painoarvolla kommunikoitua oikealle ihmiselle ja vieläpä nopeasti. (Flink, Reiman, & Hiltunen 2007, 169.) Avoimen kommunikaation esteitä ovat monimutkaiset organisaation sisäiset kulttuurit, ammattiryhmien väliset suhteet ja hierarkia. Myös huono lähijohtaminen ehkäisee avoimen kommunikaation toteutumisen. (Kinnunen 2009, 86.)

Viestit eivät välttämättä kulje vastaanottajalle virheettömästi. Tämä vaarantaa potilasturvallisuutta, koska tiedonanto on tärkeää potilaan siirtyessä osastolta leikkaussaliin. Hoitajien täytyy luottaa täysin potilaiden papereihin merkittyihin tietoihin tai toisen hoitajan suulliseen raporttiin. Sekaannuksia tapahtuu suullisessa ja kirjallisessa kommunikaatiossa hoitotyöntekijöiden kesken. Hoitajat kokevat potilasturvallisuutta heikentäväksi sen, että he eivät välttämättä ole koskaan tavanneet potilasta tai haastatelleet häntä. Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että hoitajien mielestä potilasturvallisuutta parantaisi parempi preoperatiivinen (leikkausta edeltävä) tieto, jatkuvuus hoidossa ja parempi valmistautuminen leikkaukseen. (Sexton 2000, Alfredsdottir & Bjornsdottir 2007, Peltomaa 2008.) Sextonin (2000) tutkimuksessa 80 % hoitohenkilökunnasta uskoi preoperatiivisen

ja postoperatiivisen keskustelun olevan tärkeä osa turvallisuutta ja tiimityötä. Greenbergin, Capricen, Regenbogenin, Studdertin, Lipsitzin, Rogersin, Zinnerin, Gawanden & Atulin (2007) tutkimustuloksissa käy ilmi, että kommunikaatio katkoksia tapahtui preoperatiivisesti 38 %:ssa tapauksessa, intraoperatiivisesti 30%:ssa tapauksessa sekä postoperatiivisesti 32 %: ssa tapauksissa.

Leikkaussalitiimit tunnustavat, että kommunikaatiokatkokset ovat keskeinen syy, joka uhkaa turvallista ja tehokasta hoitoa. Tutkimukset ovat osoittaneet, että kommunikaatiokatkokset tiimityön tekijöiden kesken aiheuttavat virheitä ja läheltä piti -tilanteita. Yhdysvalloissa The Joint Commission raportoi vuosina 1995–2005 tapahtuneista läheltä piti –tilanteista, joista 70 % johtui kommunikaatio ongelmista. (WHO 2008, 123.) Viestin vastaanottaja voi myös tulkita viestin väärin häiriötekijöiden takia. Greenbergin (2007) tutkimuksessa kävi ilmi, että 60:n kirurgisen potilaan hoidossa tapahtui 81 kommunikaation liittyvää häiriötä. Suurin osa häiriöistä oli verbaalisia kommunikaatiohäiriöitä (92 %) Näistä tapauksista interventioiden avulla pystyttäisiin ehkäisemään 45 - 73 %.

Lingardin (2004) tutkimuksessa koulutetut tarkkailijat tekivät havaintoja 48 leikkauksesta leikkaussalissa. Havaintomateriaalia saatiin 90 tuntia. Kommunikaatiotapahtumia havaittiin 421, joista 129 luokiteltiin epäonnistuneeksi kommunikaatioksi. Virheet saivat aikaan näkymättömän vaikutuksen systeemin prosessissa sisältäen muun muassa tehottomuutta, jännittyneisyyttä tiiminjäsenten kesken, voimavarojen hukkaan heittämistä, kiertoteitä ja myöhästymistä.

Kommunikaatiohäiriöihin törmää työyhteisössä päivittäin. Hoitajat kokevat potilaan turvallisuuden vaarantuvan, kun annetaan suullisia määräyksiä tai määräyksiä annetaan puhelimitse. Kiireellisissä tilanteissa lääkäri saattaa olla toisessa salissa, mutta konsultoi puhelimen kautta hoitajaa, mikä monesti koetaan hyvin epävarmana ja riskialttiina väärinymmärrysten ja kuulemisen virheiden takia. (Peltomaa 2008.) Kommunikaatio vääristyy, jos asenne viestin välittäjään on negatiivinen ja häntä ei arvosteta. Tällöin kuunnellaan ja luetaan vain osa viesteistä. Viesti kääntyy päinvastaiseksi taustaolettamuksien perusteella. (Heikkilä & Heikkilä K 2005, 182.) Tietojen siirtäminen kommunikaation avulla

on vaikeaa. Tärkeää olisi muodostaa yhteinen mentaalinen malli potilaan tilasta viestin vastaanottajan kanssa, sillä ilman yhteistä mallia menetetään tilannetietoisuus. (Haig 2006.)

2.1.2 Koulutus ja perehdytys

Sairaanhoitaja on vastuussa tekemästään hoitotyöstään henkilökohtaisesti. Hän arvioi omansa ja muiden pätevyyden ottaessaan itselleen tehtäviä ja jakaessaan niitä muille. Ammatissa toimivan sairaanhoitajan velvollisuutena on jatkuvasti kehittää ammattitaitoaan. (Sairaanhoitajaliitto 2009.)

Ammattikorkeakoulututkinto antaa sairaanhoitajalle teoreettisen valmiuden työskennellä ammatissaan. Teoriatieto ei aina välttämättä riitä, sillä sairaanhoitaja on myös ihminen joka on tunteva, kokeva ja ajatteleva sekä yhteisön jäsenyydestä uusiutuva ammatti-ihminen. (Kartano 2008.) Ihminen tekee erilaisia virheitä sen mukaan, miten tietoisesti hän toimii ja miten tuttu tilanne on (Pelkonen 2003). Suikkasen (2008) tutkimuksessa kävi ilmi, että työuran alkuvaihe nähdään riskinä poikkeamien syntyyn, mutta virheiden tekijät eivät ole ainoastaan uusia ja kokemattomia työntekijöitä. Kokenut työntekijä voi tehdä yhtä hyvin virheen (Flin 2003, 7.) Virheiden tekeminen ei ole sattumanvaraista, vaan ne toistuvat saman kaavan mukaan (Pelkonen 2003). Opiskelijalla tai vasta työnsä aloittaneella (noviisilla) ei ole kuitenkaan sitä tietomäärää, joka kokeneella hoitajalla (ekspertillä) jo on. Kokenut työntekijä tekee lähes automaattisesti sellaiset tehtävät, joissa aloittelija joutuu hankkimaan paljon enemmän vihjeitä ympäristöstä ja tilanteista ratkaisunsa tueksi. Kokeneelle hoitajalle on kehittynyt kokemuksen myötä kyky kliiniseen päätöksentekoon ja poikkeavien tilanteiden hallintaan. (HaiPro 2007; Peltomaa 2008, 34)

Suomessa tehdyssä tutkimuksessa on käynyt ilmi, että erittäin suuri potilasturvallisuutta vaarantava tekijä on anestesiahoitotyön puuttuva peruskoulutus. Nykyinen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajakoulutuksen opetussuunnitelma on täysin riittämätön vastamaan käytännön tarpeita. Anestesiahoitotyössä oppimisen tarve on jatkuvaa, koska lääkehoito ja tekniikka kehittyvät koko ajan. Leikkaukset ovat muuttuneet vaikeammiksi ja tekniikaltaan

haastaviksi, mikä tarkoittaa, että tarvitaan lisää tietoa ja taitoa. Työn vaatima intensiivisyys ja raskaus vähentävät resursseja omaehtoiseen opiskeluun. Jatkuva kouluttautuminen on ehdoton edellytys turvalliselle anestesiahoitotyön toteutumiselle. (Peltomaa 2008.)

Henkilöstön pätevyys ja koulutus ovat osa turvallisuusrakenteita. Resurssit tulisi kohdentaa oikein esimerkiksi työntekijöiden koulutukseen ja osaamisen saavuttamiseen. Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että hoitohenkilökunta kokee, että työpaikalla ei ole riittävästi kokenutta työvoimaa ja että koulutusta ja perehdytystä ei saada tarpeeksi. (Ali-Melkkilä 2004). Riittämätön perehdyttäminen työhön johtaa virheisiin (Koivunen, Kankkunen & Suominen 2007; Suikkanen 2008). Peltomaan (2008) tutkimuksessa kävi ilmi, että yksilölliseen perehdytykseen ei ole riittävästi aikaa ja resursseja. Hoitajat joutuvat ottamaan vastuun potilaista vaillinaisilla tiedoilla ja taidoilla. Uusien ja tilapäisten työntekijöiden sekä opiskelijoiden perehdytyksen tulee olla riittävä ja vastata heille asetettuja vastuita (STM 2009a).

Vastavalmistuneen hoitajan uran alkuvaihe on riskialteinta aikaa (Suikkonen 2008, 46). Tiimien tulisi huomioida uudet työntekijät. Perehtymässä olevaa työntekijää ei saisi jättää liian aikaisin yksin, silloin myös muille tiiminjäsenille lisätään kohtuuttomasti työtaakkaa (Puranen 2006). Huoli potilaan turvallisuudesta kasvaa, kun tiiminjäsen kokee epävarmuutta toisen työntekijän työskentelytavoista tai taidoista (Silèn-Lipponen 2008, 142). Koulutuksella ja perehdytyksellä taataan, että henkilöstön osaaminen ja määrä vastaavat potilaiden sairauksien vaatimaa tasoa myös henkilöstön vaihtuessa ja työtehtävien muuttuessa. Toiminta tulee porrastaa oikein ja kriittistä osaamisia vaativa hoito keskittää siten, että vain riittävän koulutuksen saanut henkilöstö vastaa korkean riskin potilaiden hoidosta. (STM 2009a.)

2.1.3 Tekniset taidot

1990-luvulla tapahtui kuolemaan johtava onnettomuus, kun suonensisäisesti tarkoitettu lääke annettiin vahingossa potilaan selkäyttimeen. Tämä olisi voitu välttää varmistamalla,

että suonensisäisesti tarkoitetut lääkkeet sopivat vain ruiskuun, joka ei sovi selkäydininjektioneulaan. (Reiman & Oedewald 2009 48–49.)

Turvallisuusongelmia voi tuottaa ihmisten ja teknologian yhteen liittäminen. Onnettomuustutkinnoissa on havaittu, että työntekijöillä ei ole ollut ymmärrystä työnsä kohteesta tai teknisistä laitteista ja niihin liittyvistä vaaroista ja riskeistä. (Reiman & Oedewald 2008, 144.) Leikkaussalin henkilökunnasta jopa 50 % saattaa käyttää uutta laitetta lukematta sen käyttöohjetta. Puutteellista on myös hengityskoneen venttiilin toiminnan tarkistaminen, sillä Gratschevin (2006, 28) tutkimuksessa vain 56 % suoritti sen kontrollitestin jälkeen. Syitä tähän olivat muun muassa ajanpuute, huolimattomuus, sääntöjen rikkominen sekä tietämättömyys. Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (1505/94) velvoittaa ammattilaista toteuttamaan tarpeelliset toimenpiteet sen varmistamiseksi, että laitteiden ja tarvikkeiden kunto on lain edellyttämällä tasolla. Toimintayksiköllä tulee olla järjestelmällinen menettelytapaa terveydenhuollon laitteen ja tarvikkeen käytön yhteydessä syntyneiden vaaratilanteiden arvioimiseksi ja seuraamiseksi. (Finlex 2004.)

Intraoperatiivisessa hoitotyössä hoitoympäristö on tekninen ja vaatii runsaasti erityisosaamista (Peltomaa 2008, 43). Heikot teknologiataidot ja jopa niiden puuttuminen voivat aiheuttaa vaaratilanteita niin potilaille kuin käyttäjälle itselleen (Lukkari; Kinnunen & Korte 2007). Osaamattomuus vaikuttaa koko tiimin toimintaan hitautena ja epävarmuutena (Silén-Lipponen 2007, 18). Laitteiden käyttäjäystävällisyys on pääsääntöisesti valmistajien vastuulla, mutta myös terveydenhuollon ammattilaiset voivat vaikuttaa siihen. Anestesiassa käytetyt laitteet tulee tarkistaa aina ennen potilaaseen yhdistämistä. (Kinnunen 2009, 95.) Peltomaa (2008) tutkimuksessa useimmiten esille tulivat leikkaussalissa oleviin laitteisiin liittyvät ongelmat. Apua oli vaikea saada anestesiakoneen korjaamiseen, ruiskupumppujen ohjelmointi koettiin monimutkaisena ja lisäksi muissa työyksiköissä voi olla erilaisia ruiskupumppuja, jotka eroavat käytöltään toisistaan. Kaikkien laitteiden hyvä hallitseminen koettiin haastavaksi. Työvälineistö ja turvajärjestelmä ovat osa turvallisuutta edistävää

kulttuuria. Organisaation tulisi varautua siihen, että ihmiset tekevät virheitä. Tähän tarvitaan teknologiaa, joka estää aiheuttamasta haittaa ja edistää virheiden havaitsemisen ajoissa.

2.1.4 Tiimin toiminta

Tiimityö voidaan määritellä työksi, jota pieni, tiettyyn yhteisesti kunnioittamaansa päämäärään sitoutunut ryhmä ihmisiä tekee, ja joka jakaa tietonsa, taitonsa ja yhteisen näkemyksensä työstä ja on yhteisvastuussa tuloksista (Silèn-Lipponen 2006, 28.)

Tiimityöllä voi saavuttaa jotain, mitä ihminen ei voisi toivoa tekevänsä yksin, nopeammin, paremmin ja turvallisemmin (Stokowski 2004). Tutkijat ja hoitotyön työntekijät ovat yhtä mieltä siitä, että potilaan hoito ja turvallisuus parantuu monitieteellisestä tiimityöstä (Salas, Sims, Klein, Cameron & Burke 2003, Undre 2006). Tiimityö on sana, jota käytetään useassa työpaikassa, mutta todellisuudessa sitä esiintyy harvoin. Samaa tehtävää suorittavat ihmiset ovat ryhmä, mutta kyseessä ei ole välttämättä tiimi. Ero tiimityön ja ryhmän välillä on niiden jatkuvuudessa. Ryhmä hajoaa saatuaan työnsä valmiiksi. Kaikki tiimit ovat ryhmiä, mutta kaikki ryhmät eivät ole tiimejä. (Salas 2003, Stokowski 2004, Puranen 2006.) Tiimityö ei vaadi sitä, että pitää työtovereista tai on heidän kanssaan läheinen. Tiimin jäsenet ovat itsenäisiä, heidän roolinsa eroavat toisistaan. Tiimityö riippuu halusta työskennellä yhteisen tavoitteen puolesta (Silèn-Lipponen, Turunen, Tossavainen, 2004). Terveystieteellisessä ympäristössä tämä tavoite on potilasturvallisuus ja virheiden välttäminen (Stokowski 2004). Tiimien pysyvyys helpottaa työn suunnittelua, kasvattaa yhteistä vastuuta ja auttaa tunnistamaan vaaratekijöitä (Silèn-Lipponen 2005 & Flin 2003, 6).

Leikkaussalitiimit työskentelevät kompaktissa lääketieteellisessä ympäristössä. Tehokkaassa työskentelyssä on tärkeää muiden jäsenten työn tunteminen, arvostaminen, työntekijöiden luottamusta työntekoon ja avoimuus. (Salas 2003, Stokowski 2004; Eklund, Sundin 2006; Alfredsdottir 2007; Peltomaa 2008). Tiimin tasapainoinen toiminta edellyttää monipuolista osaamista, kokemusta sekä halua yhteistyöhön (Silèn-Lipponen 2005, 197). Tiimeissä huomiota ei kiinnitetä

tarpeeksi sosiaalsiin taitoihin ja niiden kehittämiseen kuten hoitajien ja lääkärin väliseen yhteistyötaitoihin. Leikkaustiimeissä lääkäreiden sallitaan purkaa tunteitaan vapaammin ja olla persoonallisempia. (Silèn-Lipponen 2004, 192-197.) Terveystieteissä on puhuttu, jopa ”kirurgisesta persoonallisuudesta”, millä viitataan kirurgien hallitsevaan ja ilmapiiriä voimakkaasti leimaavaan käyttäytymiseen leikkaussalissa. Monissa tutkimuksissa on käynyt ilmi, että terveystieteissä vallitsee yksilökeskeinen ja sankaruutta korostava kulttuuri, jossa hierarkiat ovat voimakkaita. (Reiman 2008, 384.)

Leikkaussalissa tiimin tasapainoinen toiminta tarvitsee monipuolista osaamista, kokemusta sekä halua yhteistyöhön (Silèn-Lipponen 2004, 197 ja 2006, 28). Kirurgin ammattitaito voi olla huippulaatua, mutta jos instrumentoivana sairaanhoitajana toimii henkilö, joka ei hallitse omaa osuuttaan leikkauksen kulkusta, leikkaus pitkittyy ja esimerkiksi potilaan infektiokuva lisääntyy. Vastaavasti taitava instrumentoiva sairaanhoitaja ei voi omalla osaamisellaan edistää potilaan leikkauksen kulkua, jos kirurgi ei ole tehtäviensä tasalla. (Lukkari 2008, 48.) Kirurgisen tiimin toisistaan riippuva luonne vaatii yhteisymmärrystä jäsenten kesken jokaiselle kuuluvista rooleista, työtehtävistä ja objektiivisuutta liittyen kirurgisen prosessiin. Tärkeää on tunnistaa toimintatavoissa ja tiimin dynamiikassa ongelmat, jotka vaikuttaa tiimin suoritukseen. (Undre 2006, Silèn-Lipponen 2004.) Yhden ”vaikean tyyppin” läsnäolo vaikeuttaa koko tiimin työtä ja vähentää sen tehokkuutta (Silèn-Lipponen 2006, 27).

Tiimin sisällä jopa leikkaussalin lämpötila voi aiheuttaa eripuraa. Anestesiatiimi on huolissaan potilaan jäähtymisestä, kun taas leikkaustakeissa leikkaustiimi kokee leikkaussalin lämpötilan liian korkeaksi. Hyvän tiimityöskentelyn omaava tiimi selviytyy paremmin vaativista tilanteista kuin sisäisistä ristiriidoista kärsivä tiimi. (Niemi-Murola 2005, 306.) Tiimit, jotka pystyvät toimimaan tehokkaasti, eivät koe vähemmän kriisejä kuin muutkaan, mutta he osaavat hoitaa kriisit ja tilanteet heti, kun niitä ilmenee (Salas 2003; Stokowski 2004). Ihmissuhteisiin kuuluvia ristiriitoja ei voida välttää, sillä ne heijastuvat ihmisten erilaisia arvoja ja uskomuksia. Ristiriitojen avoin käsittely voi syventää tiimin jäsenten yhteisymmärrystä ja arvostusta. (Pritchard & Pritchard 1999, 79.)

Vastuualueiden määrittelyllä ja työjärjestelyiden avulla voidaan ehkäistä tiimin jäsenten välistä kilpailua ja edistää työviihtyvyyttä. (Silèn-Lipponen 2004, 2008) Leikkaussalissa työskentelevät olisivat valmiita tekemään muutoksia nykyisiin tiimin rakenteisiin (Undre 2006). Undren (2006) tutkimuksessa käy ilmi, että yhteistä struktuuria ei välttämättä ole, koska hoitajat ja lääkärit näkevät tiimit eri tavoin. Hoitajat kokevat tiimit yhtenäisinä. Kirurgit ja anestesiaalääkärit kuvailevat tiimin koostuvan monesta alatiimistä.

Yhtenäinen ryhmä voi toimia yksilölle sosiaalisena tukena sekä tarjota tärkeää palautetta oman työsuorituksen laadukkuudesta (Reiman 2008,109, Grönberg 2008, 15). Tärkeää on kokoontua ja keskustella yhteisön toimintatavoista (Puranen 2006, Peltomaa 2008; Suikkanen 2008). Palavereiden tulisi olla sellaisia, että kaikilla olisi mahdollisuus osallistua keskusteluun (Puranen 2006; Marjamaa 2007, 61; Peltomaa 2008). Työnilmapiirillä on potilasturvallisuutta edistävä vaikutus. Kun ilmapiiri on avoin, virheistä voi keskustella helpommin työtovereiden kanssa ja näin samalla mahdollistuu tiedon lisääntyminen sekä virheistä oppiminen. (Koivunen 2007; Peltomaa 2008.)

2.1.5 Työolosuhteet ja ympäristö

Leikkaussalitiimeissä on vaikeaa sietää hitautta, epävarmuutta ja väsyneisyyttä. (Silèn-Lipponen 2008, 142). Hoitajat kuvaavat työtään leikkaussalihoitajana monimutkaisena ja vaativana. Työhön täytyy keskittyä, sillä potilaan kokonaisvaltainen valvonta on vaikeaa (Alfredsdottir 2007). Hoitajien keskittymistä saattaa vaikeuttaa salissa oleva melu sekä potilaan hoitoon kuulumattomien asioiden hoitaminen, esimerkiksi lääkäreiden puheluihin vastaaminen. (Suikkanen 2008; Peltomaa 2008.) Hoitajat kokevat, että työtä ei pystyisi väsyneenä tekemään, koska se vaatii kaiken huomion. (Alfredsdottir 2007; Silèn-Lipponen 2006.) Signaalien perusteella ihminen voi päätellä vaaroja ja riskitekijöitä. Väsymys ja kiire haittaavat tarkkaavaisuutta ja näin ollen riskin merkit voivat jäädä tiedostamatta. (Silèn-Lipponen 2005, 25.) Myös ylityöt rasittavat työntekijöitä ja heidän keskittymistään työhönsä (Silèn-Lipponen 2005, 25; Suikkanen 2008). Ilmailussa ja teollisuudessa on koettu vuorotyön tai pitkien

työvuorojen vaikuttavan toiminnan turvallisuuteen. Pitkien vuorojen ja yötöiden on todettu aiheuttavan hetkellisen nukahtamisen riskin ja lisäksi univaje voi olla riskinottoaiheuttamusta lisäävä ja ideoiden määrää vähentävä. (Reiman 2009, 48.) Yhdysvalloissa, Israelissa, Saksassa, Sveitsissä ja Italiassa työskentelevistä leikkaus- ja tehohoito-osastojen työntekijöistä 60 % uskoi pystyvänsä tehokkaaseen työskentelyyn väsyneenäkin, kun taas lentotyöntekijöistä ainoastaan 26 % oli samaa mieltä. Hoitohenkilökunta kielsi stressin ja väsymyksen vaikuttavan siihen, että virheitä tapahtuu. (Sexton 2000.)

Hoitajien mielestä yksi virheisiin johtava syy on kiire (Alfredsdotteir 2007 Koivunen 2007, Suikkanen 2008). Hoitajat kokevat potilasturvallisuutta uhkaaviksi tekijöiksi vaatimukset työn tehokkuudesta ja tuloksellisuudesta. Hoitajilta odotetaan enemmän tuloksia, mutta aikaa tähän on entistä vähemmän. Työ on ajoitettu ja kirurgista työtä ei voi nopeuttaa. Hoitajat kokevat paineita työstä ja siitä, että asiat täytyisi tehdä nopeammin. Leikkaukset ovat muuttuneet vaikeammiksi ja tekniikaltaan haastaviksi, mikä tarkoittaa, että tarvitaan lisää tietoa ja taitoa. Vaikka työn vaativuus on kasvanut, koulutettujen työntekijöiden määrä ei ole suhteessa sama, mikä tekee työstä haavoittuvan. (Alfredsdotteir 2007.)

2.1.6 Organisaatio ja johto

Organisaatio sisältää yleensä tarkkaan määritellyt toimintatavat, prosessit ja henkilöiden väliset suhteet. Se on monimutkainen sosiaalinen järjestelmä, jossa on myös epävirallisia rakenteita ja suhteita, jotka ovat usein yhtä tärkeitä toiminnan kannalta kuin viralliset järjestelmät. Organisaatio rakentuu yleensä sellaisten peruspilarien varaan kuin valta ja status (asema). Rakenteita on vaikea muuttaa, sillä toimintatavat ovat kehitysprosessien tulosta. (Kinnunen 2008.) Kokonaisvastuussa potilasturvallisuudesta on organisaationjohto ja turvallisuusnäkökohdat on otettava huomioon kaikessa toiminnassa (STM 2009b).

Yksinkertaista turvallisuuden takaaminen ei ole. Ainoastaan tekniikkaan ei voida luottaa, vaan tarvittaisiin lisää ymmärrystä ihmisten ja kokonaisten organisaatioiden toimintaan liittyvistä vaaroista. (Reiman 2008, 35.) Ihmisten

toimintaa on vaikeaa ennustaa, sillä käyttäytyminen määräytyy tilanteiden ja yksilöllisten ominaisuuksien, taitojen sekä persoonallisten piirteiden vuorovaikutuksesta. Tästä syystä inhimillisten tekijöiden mahdollisuus kasvaa, koska ihminen ja hänen toimintansa on osana organisaatiota ja työyhteisöä. Jokaisella organisaatiossa töissä olevalla yksilöllä on omat tapansa toimia ja käyttäytyä. Nämä erilaiset yksilöt muodostavat ryhmän tai tiimin, jossa syntyy erilaisia normeja ja rutiineja ja tottumuksia, jotka vaikuttavat yksilöiden toimintaan ja koko organisaation merkitykseen. (Flink 2007,13.)

Keskittymällä ainoastaan yhden ihmisen toimintaan unohdetaan täysin järjestelmän virheet. Huomio tulisi kiinnittää organisaatioon ja työyhteisön toimintatapaan. (Ali-Melkkilä 2004.) STM:n (2008) tutkimuksessa kävi ilmi, että potilasturvallisuus sisältyi usein organisaatioiden yleiseen turvallisuussuunnitteluun, mutta oli harvemmin osa laadunhallintajärjestelmää. Nimenomaan potilasturvallisuuden edistämiseksi sovitut vastuut ja rakenteet olivat vielä harvinaisia, sillä esimerkiksi potilasturvallisuuden vastuuryhmiä ei ollut nimitetty, eikä toimintaohjelmia tehty. Kaikki alkaa strategian suunnittelusta, jossa on tärkeää kehittämistarpeiden tunnistaminen (Schultz & Melson 1990) Potilasturvallisuus rakentuu oikeasta toiminnasta, asenteista ja kulttuurista. Kulttuuriin kuuluu, että vastuun ottaa johto ja se on sitoutunut potilasturvallisuuden edistämiseen. (STM 2008; STM 2009b & Suikkanen 2008). Tämä näkyy tavoitteissa ja toiminnan kehittämisessä. Potilasturvallisuuden toteuttamiseen tarvitaan aikaa. Haittatapahtumia täytyy seurata järjestelmällisesti ja tarvitaan konkreettisia työkaluja ja tietoa siitä, miten haittatapahtumia käsitellään. (STM 2008, 18.) Organisaation on tärkeää rohkaista työntekijöitä osastolla, koska siellä tulee vallita avoin ja luottava ilmapiiri. Kaikkien työntekijöiden tulisi olla tietoinen yhteisistä säännöistä. Johdon tulisi huolehtia siitä, että työntekijöiden osaaminen ja määrä vastaavat tehtävien vaatimaa tasoa. Taloudelliset tekijät eivät saa olla ratkaisevassa osassa silloin, kun on kyse turvallisuudesta. (STM 2009a & Suikkanen 2008.) STM:n (2008) tutkimuksessa korostettiin, että kaikilla työntekijöillä on vastuu myös potilasturvallisuudesta.

Sairaanhoitajan kokemus potilaan hoidosta ja siihen liittyvistä riskitekijöistä on resurssi. Yhdysvalloissa sairaalanjohto kiertää osastoilla säännöllisesti hoitajien kanssa keskustelemassa jokapäiväisestä työstä ja siinä kohdattavista riskeistä ja vaaratilanteista. Tulokset ovat olleet hyviä, kun sairaalan organisaatio on tehnyt muutoksen kohti avoimempaa ja vähemmän hierarkkista järjestelmää. (Kinnunen 2009, 89). Työntekijän subjektiiviset käsitykset ja kokemukset omasta työstään ovat merkityksellisiä myös siinä mielessä, että muutos yksilöntason työmotivaatiossa tai hyvinvoinnissa heijastuu ennen pitkää laajemmin työyhteisöön ja sen normeihin ja arvoihin (Reiman 2008, 177).

2.1.7 Virheet

”Se ei ole hölmö, joka kerran erehtyy, mutta se on, joka ei siitä viisastu”
(Suomalainen kansanviisaus).

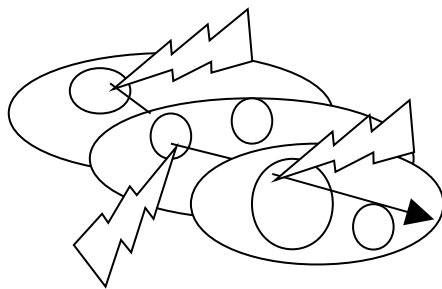
Flinin (2003) anestesiayksikössä tekemässä kyselyssä vastaajista 84 % myönsi tehneensä virheitä. Virheitä joita voi leikkaussalissa tapahtua ovat esimerkiksi väärän puolen kirurgia, väärin merkityt patologiset näytteet, lääkevirheet ja infuusiotiputukset. Ihmiset ovat haavoittuvimmallaan juuri leikkaussalissa (Stokowski 2007). Yhdysvalloissa vuosina 1994–2004 tuli esille 257 tapausta, joissa leikkaussalitiimi oli epähuomioissa leikannut väärän puoleisen raajan tai elimen, suorittanut väärän leikkauksen tai leikannut kokonaan väärän potilaan (Reiman 2008, 385).

Suomen potilasvakuutuskeskuksessa on haettu korvauksia puutuneista alaraajoista ja yläraajoista sekä päänsärystä (Peltomaa 2008). Fritzlen, Kremer ja Biddle (2003) tutkivat 44 potilasvahinkotapausta, jotka liittyivät anestesian aiheuttamiin hermovaurioihin. Yleisimmät hermovahingot oli plexus brachialis (hartiapunos) vaurio (34 %), nervus ulnaris (kyynärhermo) vaurio (16 %), nervus radialis (värttinähermo) vaurio (11%), paraplegia (halvaantuminen) (9 %) ja plexus lumbosacralis (lanne-ristipunos) alueen vaurio (7 %). Hermovaurioihin johtavia riskejä ovat potilaan huono asento, anestesiategniikka, potilaan monet sairaudet, puutteellinen pehmusteiden huomioiminen, verenpainemittarin käyttö ja epänormaali kehon ja raajojen asettelu. (Fritzlen 2003.)

2.1.8 Virheiden hallinta

Virheen sattuessa etsitään yleensä syyllisiä, ja kun syyllinen löytyy, häntä yleensä tavalla tai toisella rangaistaan tapahtuneesta. Tällainen menettely johtaa siihen, että rangaistuksen pelossa työntekijät pyrkivät salamaan virheet niin pitkälle kuin mahdollista. Kun virheet eivät tule ilmi, ei niistä pystytä myöskään oppimaan. Sairaaloissa tehdyissä selvityksissä on todettu, etteivät työntekijät hoitoon liittyviä virheitä, koska pelkäävät ”kasvojen menettämistä” kritiikkiä, syytteitä tai muita kurinpitotoimia tai työpaikkansa menettämistä. Hoitovirheiden ehkäiseminen edellyttää työyhteisöltä avointa ja syyllistämätöntä ilmapiiriä. (Palonen 2005: 382–383.) Flinin (2003) tutkimuksessa kävi ilmi, että ainoastaan 39 % vastaajista oli sitä mieltä, että virheet hoidettiin asiallisesti heidän sairaalassaan.

Teknologia yrittää estää virheitä erilaisilla puolustuskerroksilla, kuten hälytyksillä tai automaattisilla sulkijoilla. Jotkut taas luottavat ihmisiin, joiden tehtävänä on suojella potilaita mahdollisilta uhilta. Hoitohenkilökunta tekee tämän tehokkaasti, mutta aina löytyy heikkouksia. Täydellisessä maailmassa puolustusviipaleet olisivat ehjiä, mutta todellisuudessa viipaleet ovat kuin reikäjuusto (kuvio 1). Näiden viipaleiden reiät avautuvat, sulkeutuvat ja vaihtavat paikkaa. Yhdessä kerroksessa oleva reikä ei aiheuta virhettä. Kuviossa 1 kaikki juustoviipaleiden reikä osuu samalle kohdalle ja virhe tapahtuu (Reason 2000, 769).



Kuvio 1 Virheiden pääsy suojakerrosten läpi (mukaellen Reason 2000, 769)

Flinin (2003) tutkimuksessa kävi ilmi, että strategioita, joiden uskotaan vähentävän virheitä ovat muun muassa virheistä raportointi, yhteiset kokoukset, joissa käsitellään virheitä, koulutus sekä protokollat kuten tarkistuslistat. Ilmailussa kehitetty Crew Resource Management (CRM) tuli lääketieteeseen anestesiastimulaatioiden kautta. Huomattiin, että leikkaussaleissa ryhmädynamiikka ja ongelmat olivat samanlaisia kuin lentokoneen ohjaamossa. (Nyström 2009.) CRM tarjoaa keinoja inhimillisten virheiden hallintaan, mutta ei sulje niitä pois. Turvallisuus perustuu riskien hallintaan ja inhimillisten tekijöiden huomioimiseen kaikilla organisaation tasolla. Käytännössä nämä näkyvät yhdenmukaisena toimintana ja sekä ulkoisten ja sisäisten resurssien hallintana. (Helovu 2009, 114.)

Lentokoneen ohjaamon työskentely perustuu tarkistuslistoihin. Tarkistuslistan avulla varmistetaan, että tärkeimmät tilanteeseen liittyvät työtehtävät tulevat tehdyksi. (Helovu 2009, 106.) Maailman terveysjärjestö (WHO) on laatinut leikkaussaliin tarkistuslistan, jonka tarkoituksena on estää haittatapahtumien syntyminen. WHO:n tavoite on, että jo kuluvan vuoden aikana tarkistuslista olisi rutiinia 2 500 sairaalassa. (Ikonen 2009.) The Joint Commission (Yhdysvaltalainen organisaatio, joka auttaa hoitotyöntekijöitä auttamaan potilaita) teki maailmanlaajuiset säännöt tarkistuslistan käytöstä ennen leikkausta heinäkuussa 2004. Säännöissä toteutettiin tarkistusprosessia, jossa merkitään potilaan leikattava puoli ja ennen leikkausta aloittamista otetaan ”aikalisä”. Tarkistuslistan avulla keskustelu kestää noin 1-6 minuuttia. Tämä tapahtuu yleensä leikkaussalissa ennen potilaan saapumista. Sääntöjen käyttöönoton jälkeen ilmoitettujen vaaratapauksien määrä nousi kuukaudessa kahdeksaan, kun se oli ollut ennen viisi. Tämän uskotaan johtuvan ihmisten valpastumisesta raportoimaan tapauksista. Tutkimuksissa on saatu positiivista näyttöä siitä, että tarkistuslista vähentää väärän puolen kirurgiaa ja useita kommunikaatiovirheitä sekä parantaa yhteistyötä leikkaussalin työntekijöiden kesken (Lingard, Espin, Rubin, Whyte, Colmenares, Baker, Doran, Grober, Orser, Bohnen & Reznick 2005; Kwaan, Studdert, Zinner & Gawande 2006; Runy 2007; Makary, Mukherjee, Sexton, Syin, Goodrich, Hartmann, Rowen, Behrens, Marohn &

Pronovost 2007; Lingard, Regehr, Orser, Reznick, Baker, Doran, Espin, Bohnen & Whyte 2008).

Turvallisuuden luominen tiimissä on myös kykyä antaa ohjeita muille, kykyä tehdä turvallisuustarkastuksia ja kieltäytyä tekemästä kaikkia tehtäviä, joita määrätään. (Silèn-Lipponen, 2005, 26.) Hoitajien täytyy huomioida, että heillä on iso rooli potilasturvallisuudessa (STM 2008; Beyea 2007). Virheiden huomioiminen ajoissa, niin muiden kuin myös omien, on tärkeää. Kaiken epänormaalin huomaaminen, nopeasti toimiminen, ehkäisee olemassa olevia virheitä ja virheiden syntyä. (Silèn-Lipponen, 2005, 26; Alfredsdottir 2007). Suikkasen (2008) tutkimuksessa käy ilmi, että hoitajat toivoisivat työkavereiden huomauttavan heille itselleen heidän mahdollisesti tekemistään virheistä.

Potilasturvallisuuden kehittämisen kulmakivenä voidaan pitää aktiivista tiedonantoa vaaratapahtumista (Kinnunen 2009,117). Sosiaali- ja terveydenhuollossa on otettu käyttöön HaiPro-raportointimenetelmä. Virheiden kääntämistä positiiviseksi asiaksi voidaan tukea raportointijärjestelmän avulla. Tämän työkalun avulla työntekijät voivat tehdä ilmoituksia epäkohdista, joita huomaavat työpaikalla. Raportointi perustuu vapaaehtoiseen, luottamukselliseen ja syyttelemättömään ilmoittamiseen ja käsittelyyn. (Knuutila 2007.) Järjestelmästä voidaan käyttää nimitystä oppimisjärjestelmä. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä on organisaatiolle apuväline virheistä oppimiseen. Henkilökunnalla on tärkeä asema, koska heidän aktiivinen tiedonantonsa vaaratapahtumista kehittää potilasturvallisuutta. Raportoinnin avulla saadaan apua vaaratilanteiden tunnistamiseen ja tietoa organisaation heikoista kohdista. (Chappy 2006; Kinnunen 2009, 117-130.)

Vaasan keskussairaalassa otettiin käyttöön HaiPro-raportointijärjestelmä 61 yksikössä toukokuussa 2007. Sähköiseen järjestelmään tuli 1212 vaaratapahtumailmoitusta 12 kuukauden käytön aikana. Vuoden 2008 ensimmäisten neljän kuukauden aikana uusia ilmoituksia oli tehty keskimäärin 123 kuukaudessa. Ilmoituksista 51,2 prosenttia koski läheltä piti -tilanteita ja haittatapahtumia sattui 48,8 prosentissa. Lääke- ja nestehoitoon liittyen tehtiin eniten (34,2 %)

ilmoituksia. Toiseksi yleisin liittyi tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan. (20,4 %) (Keistinen, Kinnunen & Holm 2008.)

HaiPro on tärkeä työkalu ja apuväline. Keskeistä on, miten organisaatio osaa käyttää ja hyödyntää sitä potilasturvallisuustyössä, oppimisessa ja toiminnan parantamisessa. Potilasturvallisuuskulttuurin pitkäjänteinen luominen ja kehittäminen tulisi olla näkyvä osa organisaation toimintaprosesseja, tiimien toimintaa ja terveydenhuollon yksittäisen työntekijöiden sisäistettyä toimintatapaa. (Turunen & Partanen 2008, 292.) Potilasturvallisuuskulttuuri on systemaattinen toimintatapa, joka edistää potilaiden turvallista hoitoa. Tätä tukee johtaminen, arvot ja asenteet sekä se sisältää riskien arvioinnin, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuva kehittäminen. (STM 2009b.)

3 INTRAOPERATIIVINEN HOITOTYÖ

”Perioperatiivinen hoitotyö ei toivon mukaan luovuta luonnontieteelle yhä suurempaa valtaa ihmisruumiiseen ja tyydy yhä pienempään vanhanaikaistuvan hoitamistarpeen jäänteeseen. Soisi sen ammattilaisten pitävän meteliä ihmisen haavoittuvuudesta ja suurenmoisuudesta aina ja erityisesti siellä, missä yhä mykistävämät teknologiat käyvät iholle ja tunkeutuvat lihaan.”

(Virsiheimo 2006, 27.)

Sairaanhoitajalla on laaja osaamisalue, josta on mahdollisuus erikoistua tiettyyn tai jopa useampaankin erikoisalaan. Yksi tällaisista erikoisosaamisalueista on leikkaussalihoito eli perioperatiivinen hoitotyö. (Eklund 2006, 2.) Perioperatiivinen hoitoprosessi sisältää kolme vaihetta: preoperatiivinen eli leikkausta edeltävä, intraoperatiivinen eli leikkauksen aikainen ja postoperatiivinen eli leikkauksen jälkeinen vaihe. (Peltomaa 2008.) Intraoperatiivinen hoitotyö alkaa, kun potilas vastaanotetaan leikkaussaliin, jossa aloitetaan anestesiavalmistelut. Tämän jälkeen alkaa valmistelu toimenpiteeseen. Kun nukuttaminen tai puuduttaminen on onnistunut, voi toimenpiteen aloittaa. Leikkauksen jälkeen anestesia päätetään ja potilas siirretään heräämöhön tai teho-osastolle. (Iivanainen 2006, 476; Lukkari 2008, 20.) Perioperatiiviselta sairaanhoitajalta vaaditaan kykyä hallita leikkaukseen liittyvä hoitoteknologia ja hoitomenetelmät, aseptisten olosuhteiden luominen ja säilyttäminen koko toimenpiteen ajan sekä hoidon tarkka kirjaaminen. (Jalonen 2004.)

Leikkaussalissa jokaisen työntekijän panos on tärkeä, koska toiminta on turvallisuutta uhkaavaa, nopeatempoista ja teknologiaa sisältävää (Reiman 2008, 384). Luonteenomaista intraoperatiiviselle hoitotyölle on intensiivinen ja systemaattinen moniammatillinen tiimityö, joka kohdistuu potilaan perus- ja erityistarpeiden tyydyttämiseen. Olennaista on myös potilaan henkinen tukeminen, turvallinen siirtyminen leikkauspöydälle ja leikkausasennon löytäminen. Potilaan vointia tarkkaillaan ja tajunnantaso arvioidaan koko

leikkauksen ajan. (Lukkari 2007.) Nukutettu potilas on kykenemätön hallitsemaan kehoaan ja kertomaan sen muutoksista. Potilasta on jatkuvasti tarkkailtava, koska leikkaus on riskitekijä potilaalle. (Peltomaa 2008, 11.)

Leikkaussalissa työskentelevät ovat kuin orkesterin jäsenet, jotka pyrkivät hoitamaan herkät ja stressaavat tehtävänsä. Heidän erilaiset tarpeensa ja rajoituksensa voivat aiheuttaa konflikteja, sillä jokainen näkee tilanteet ja tulokset eri tavalla. (Stokowski 2007.) Tiimin leikkaussalissa muodostavat yleensä kirurgi, anestesia lääkäri, anestesiahoitaja, instrumentoiva hoitaja ja valvova sairaanhoitaja. Anestesiahoitajan työparina työskentelee anestesia lääkäri, kun taas instrumentoivan ja valvovan sairaanhoitajan parina on kirurgi. (Lukkari 2007.) Välillisesti leikkaussalitiimityöhön osallistuvat myös välinehuolto, siivous- ja huoltotyö sekä hoitotyön johto. Intraoperatiivinen työympäristö on teknistynyt vuosien varrella, sillä leikkaussaliin on tullut erilaisia monitoreja, ruiskupumppuja ja anestesiatyöasema. Tärkein tapa monitoroida potilasta on kuitenkin keskustella hänen kanssaan, arvioida hänen tilaansa silmämääräisesti ja kosketella häntä. (Kinnunen 2009, 95.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla potilasturvallisuutta intraoperatiivisessa hoitotyössä. Tavoitteena on hoitajien näkökulmasta tuotetun tiedon avulla kehittää intraoperatiivista hoitotyötä ja lisätä tietoisuutta potilasturvallisuutta vaarantavista sekä edistävistä tekijöistä.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Mitkä tekijät sairaanhoitajien mielestä edistävät potilasturvallisuutta leikkaussalissa?
2. Mitkä tekijät sairaanhoitajien mielestä vaarantavat potilasturvallisuuden leikkaussalissa?
3. Miten potilasturvallisuutta edistävät tekijät toteutuvat leikkaussalissa?
4. Miten potilasturvallisuutta vaarantava tekijät toteutuvat leikkaussalissa?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimuksellinen lähestymistapa

Tutkimusongelmaa lähestyttiin kvantitatiivisella tutkimusotteella. Kvantitatiivinen tutkimus on määrällinen menetelmä, joka antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä suhteista ja eroista. Se vastaa kysymykseen kuinka paljon tai miten usein. Mittaamalla tutkija ryhmittelee, järjestää, tai luokittelee tutkittavan muuttujan. (Vilka 2007, 13-16.) Kyselyssä kysymysten muoto on standardoitu eli vakioitu. Tämä tarkoittaa sitä, että kaikilta kyselyyn osallistuneilta kysyttiin samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. (Vilka 2007, 28.)

5.2 Aineiston keruu

Tutkimusta varten laadittiin kyselylomake (Liitteet 1 ja 2), joka sisälsi pääosin monivalintakysymyksiä, joissa vastausvaihtoehdot oli jo ennalta määrätty. Lomakkeessa oli myös avoimia kysymyksiä, jotka tuottivat laadullista tietoa aiheesta. Avoimiin kysymyksiin vastaajaa pyydettiin kirjoittamaan sanallisen vastauksensa vapaasti (Vilka 2007, 62). Kyselylomake perustui aikaisempaan tutkimustietoon. Tarkoituksena oli saada aikaan selkeä ja helposti vastattava kyselylomake. Alkuperäistä kyselylomaketta rajattiin hieman suppeammaksi potilasturvallisuuden asiantuntijan palautteen perusteella. Kyselylomakkeen osiot käsittivät tutkittavien taustamuuttujat, ”kommunikaation ja tiedonkulun”, ”koulutuksen ja perehdytyksen”, ”tiimin toiminta” sekä ”virheet”. Vastausvaihtoehdot kyselylomakkeen väittämiin olivat viisiportaisia Likert-asteikon mukaisesti (1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä.) Kyselylomakkeen kysymykset 1-4 kartoittivat vastaajien taustatietoja, kysymykset 5-8 vastasivat tutkimusongelmaan 1, kysymykset 9 ja 21 vastasivat tutkimusongelmaan 2, kysymykset 10-18 ja 25-32 vastasivat tutkimusongelmaan 3 ja kysymykset 19-20 ja 22-24 vastasivat tutkimusongelmaan 4.

Kyselylomakkeiden esitettiin päiväkirurgian osastolla, jossa kaksi sairaanhoitajaa täytti lomakkeen ja antoi siitä palautteen. Kyselylomaketta muokattiin palautteen perusteella. Aineiston keruu toteutettiin syyskuussa 2009. Osastonhoitaja tiedotti kyselystä osaston työntekijöille osaston palaverissa ja kannusti työntekijöitä vastaamaan kyselyyn. Kyselylomake sisälsi saatekirjeen (Liitteet 3 ja 4) kyselyyn vastaajille, jossa tutkittaville kerrottiin tutkimuksesta.

5.3 Tutkimuksen kohdejoukko

Tutkimus on toteutettu yhdessä keskussairaalassa. Kohdejoukko koostui leikkaussalisairanhoitajista. Kyselylomakkeita jätettiin jakopisteeseen 60 kappaletta, 30 suomenkielistä ja 30 ruotsinkielistä. Lomakkeita palautettiin täytettynä 34 kappaletta. Vastaajilla oli kaksi viikkoa aikaa vastata työaikana kyselyyn. Kyselylomakkeet ja palautuslaatikko sijaitsivat työntekijöiden taukotilassa. Vastaajat saivat vastata kyselyyn vapaaehtoisesti ja anonyymisti

5.4 Aineiston analyysi

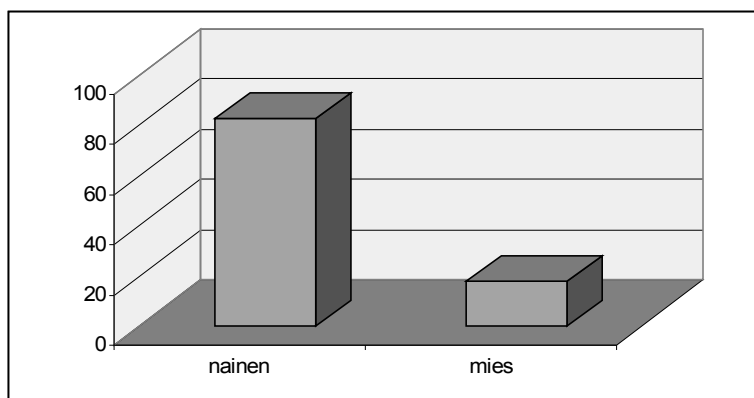
Kvantitatiivinen aineisto analysoitiin käyttäen SPSS 17.0 -tilasto-ohjelmaa. Aineisto analysoitiin väittämittäin. Aineistosta tarkasteltiin frekvenssijakaumia ja niiden prosenttiosuuksia. Tuloksia esitetään graafisesti taulukoissa ja pylväsdiagrammeina.

Avoimet kysymykset analysoitiin käyttämällä sisällönanalyysimenetelmää. Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimusmenetelmän metodi, jossa etsitään merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia (Vilkka 2005,140). Avoimien kysymysten vastaukset litteroitiin sanasta sanaan. Sisällönanalyysissä aineisto aluksi hajotettiin osiin ja pelkistettiin. Pelkistämisessä tutkimusaineistosta karsitaan tutkimusongelman kannalta epäolennainen informaatio, hävittämättä kuitenkaan tärkeää informaatiota. (Vilkka 2005, 140.) Pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin teemoja. Apuna käytettiin numerointia eli samanlaiset pelkistetyt ilmaukset koodattiin samalla numerolla (Aaltola 2001, 158). Tuotettujen teemojen esittämisessä käytetään suoria lainauksia vastaajien kirjoituksista havainnollistamaan tuloksia.

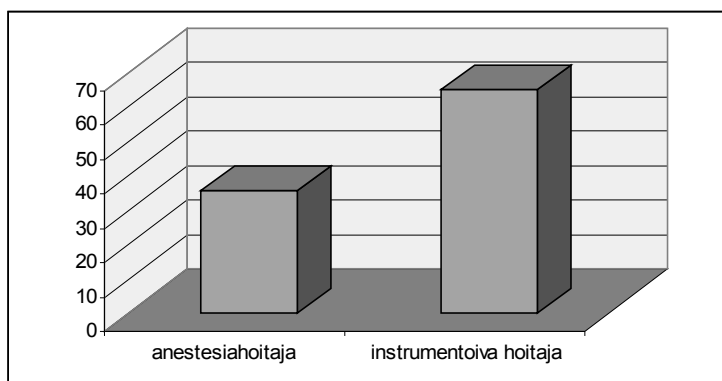
6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Taustatiedot

Kyselylomakkeen neljä ensimmäistä kysymystä koskivat vastaajien taustatietoja. Vastanneista 82,4 % (f = 28) oli naisia ja 17,6 % (f = 6) miehiä. (Kuvio 2) Heistä 35,3 % (f = 12) työskenteli leikkaussalissa anestesiahoitajana ja 64,7 % (f = 22) instrumentoituvana hoitajana. (Kuvio 3) Vastaajat olivat työskennelleet leikkaussalissa keskimäärin 9,5 vuotta. Vastaajien työvuodet vaihtelivat alle vuoden ja 34 vuoden välillä. Hoitajista 70,6 %:lla oli työkokemusta muualtakin kuin leikkaussalista.



Kuvio 2 Vastaajien sukupuoli (%)



Kuvio 3 Vastaajien työtehtävä (%)

6.2 Potilasturvallisuutta edistävät tekijät leikkaussalissa

Sairaanhoitajien näkemyksiä potilasturvallisuutta edistävästä tekijöistä kysyttiin neljällä strukturoidulla kysymyksellä. Vastaajista suurin osa (97,1 %) oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa, että hyvä kommunikointi tiimijäsenten kesken on tärkeää potilasturvallisuuden kannalta. Jokseenkin samaa mieltä oli 2,9 % vastanneista. (Taulukko 1)

Taulukko 1 Vastaajien näkemykset tiimijäsenten keskinäisen kommunikoinnin tärkeydestä

Vastausvaihtoehdot	f	%
täysin eri mieltä	0	0
jokseenkin eri mieltä	0	0
en osaa sanoa	0	0
jokseenkin samaa mieltä	1	2,9
täysin samaa mieltä	33	97,1
Yhteensä	34	100

Hyvän preoperatiivisen tiedon potilasturvallisuutta parantavasta vaikutuksesta täysin samaa mieltä oli 38,2 % vastaajista. Jokseenkin samaa mieltä oli 38,2 % vastaajista. 17,6 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä väittämän kanssa. Jokseenkin eri mieltä 5,9 % vastaajista. (Taulukko 2)

Taulukko 2 Vastaajien näkemykset preoperatiivisen tiedon tärkeydestä

Vastausvaihtoehdot	f	%
täysin eri mieltä	0	0
jokseenkin eri mieltä	0	5,9
en osaa sanoa	0	17,6
jokseenkin samaa mieltä	9	38,2
täysin samaa mieltä	25	38,2
Yhteensä	34	100

Säännölliset palaverit tiimijäsenten kesken koki tärkeäksi 38,2 % vastaajista. Jokseenkin samaa mieltä asiasta oli 38,2 % vastaajista. Vastaajista 17,6 % ei osannut sanoa olivatko palaverit tärkeitä vai eivät. Jokseenkin eri mieltä oli 5,9 % vastaajista. (Taulukko 3)

Taulukko 3 Vastaajien näkemykset säännöllisten palaverien tärkeydestä

Vastausvaihtoehdot	f	%
täysin eri mieltä	0	0
jokseenkin eri mieltä	2	5,9
en osaa sanoa	6	17,6
jokseenkin samaa mieltä	13	38,2
täysin samaa mieltä	13	38,2
Yhteensä	34	100

Vastanneista suurin osa (79,4 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että selkeät ohjeet estävät uhkatilanteiden synnyn tiimityössä. Jokseenkin samaa mieltä oli 17,6 %. Jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa oli 2,9 %. (Taulukko 4)

Taulukko 4 Vastaajien näkemykset ohjeiden tärkeydestä

Vastausvaihtoehdot	f	%
täysin eri mieltä	0	0
jokseenkin eri mieltä	1	2,9
en osaa sanoa	0	0
jokseenkin samaa mieltä	6	17,6
täysin samaa mieltä	27	79,4
Yhteensä	34	100

Vastaajien näkemyksiä potilasturvallisuutta parantavista asioista kysyttiin yhdellä avoimella kysymyksellä, jossa vastaajilla oli mahdollisuus kuvata omin sanoin seikkoja, jotka parantaisivat hoitajien mielestä potilasturvallisuutta. Kuvauksista muodostettiin sisällönanalyysin avulla kahdeksan teemaa. Kuhunkin teemaan kuuluvien pelkistettyjen ilmausten määrät laskettiin. (Taulukko 5) Eniten kuvattiin tiedonkulkua, kiireettömyyttä sekä koulutusta ja perehdytystä. Seuraavassa esitetään esimerkkejä joihinkin teemoihin kuuluvista alkuperäisilmauksista:

Parempi tiedonkulku:

”Lääkäri-hoitaja välistä kommunikaatiota parannettava.”

”Ordentlig rapport.”

”Parempi tiedonkulku salit, järjestelijä, heräämö.”

” Selkeä ja kattava raportointi.”

”Fråga upp saker när man får rapporter, inse eget ansvar för att pat. skall få en bra vård.”

Selkeämmät ohjeet:

”Ohjeet ja kirjalliset määräykset tulisi olla selkeämmät.”

Koulutus ja perehdytys:

”Tehokas opastus ja ohjaus. ”Kertaus on opintojen äiti”.”

”Jatkuva koulutus uusista asioista ja vanhojen tärkeiden asioiden kertominen.”

”Annetaan aikaa.”

”Bra introduktion för nyanställda. Vara medveten om allt vad som kan inträffa under en operation och kunna handla därefter. Detta kommer efter lang arbetserfarenhet.”

Kiireettömyys:

”Kanske i stället för att försöka få så många patienter igenom som möjligt så tag ner på takten lite, mindre stress, mindre misstag.”

”Vähentää hosumista. Olisi aika pitää lakisääteiset tauot.”

”Tillräckliga uppgifter.”

”Liiallinen hosuminen pois, tehdään yksi asia kerrallaan.”

Avoin ilmapiiri potilasturvallisuutta kohtaan:

”Kiinnitetään huomiota seikkoihin, jotka vaarantavat turvallisuutta ja raportoidaan viipymättä mahdollisista virheistä ja uhka tilanteista.”

”Asiasta(potilasturvallisuus) puhutaan usein, ehkä pitäisi puhua vielä useammin.”

”Avoin keskustelu, prosessin kehittäminen.”

Potilaaseen keskittyminen:

”Keskitytään potilaaseen. Muu toiminta voi odottaa.”

Taulukko 5 Vastaajien näkemys potilasturvallisuutta parantavista tekijöistä

Sisällönanalyyssissa muodostettu teemat	Ilmauksien määrä
Parempi tiedonkulku	10
Kiireettömyys	10
Koulutus ja perehdytys	9
Selkeämmät ohjeet	4
Avoin ilmapiiri	
potilasturvallisuutta kohtaan	3
Tarkkaavaisuus	3
Potilaaseen keskittyminen	2
Motivointi	1

Kysymys 34 oli avoin kysymys, johon vastaajilla oli mahdollisuus omin sanoin kuvata, mistä asioista koostuu hyvä tiimityö. Vastauksista muodostettiin sisällönanalyysin avulla 10 teemaa. Taulukossa esitetään nämä teemat sekä kuhunkin teemaan kertyneiden pelkistettyjen ilmausten määrät. Vastaajien mielestä tärkeimmäksi muodostuivat avoimuus - ja kommunikaatiotaidot. Tärkeää vastaajien mielestä oli, että ilmapiiri on avoin, reilu ja keskusteleva. Leikkaussalihoitajat kuvasivat vastauksissaan ulospäinsuuntautuneisuuden yhdeksi hyvän tiimityöntekijän piirteeksi. Tiimissä työskentelevän täytyy pystyä avoimesti keskustelemaan erilaisten ihmisten kanssa. (Taulukko 6) Seuraavat lainaukset kuvaavat joitakin teemoja:

Avoimuus ja kommunikaatio:

”Öpenhet, man säger till när man inte vet eller saken som skall göras.”

”Kommunikationen fungerar, såväl mellan sköterkona i salen, som mellan skötare-läkare. Samt mellan läkare och läkare (kirurg & anestesialäkare).”

”Öppen diskussion mellan alla skötare, skötare-läkare.”

Saumaton yhteistyö:

”Veta vilka uppgifter var och en har i teamet hjälpa till där det behövs.”

”Kaikki tietävät tehtävänsä. Näkevät tilanteen kokonaisuutena, eivät vain toteuta omia tehtäviään orjallisesti.”

”Yhteistyösaumatonta, keneenkään ei tarvitse jännittää, ketään ei jätetä yksin, kaikki hoidetaan yhdessä, vastuu otetaan yhdessä.”

”Kun kaikki puhaltavat yhteen, sujuu yhteistyö.”

”Kunna jobba utan att bli överkörd av andra. Andan är VI inte JAG.”

”Alla kan sin sak och vet vad som hör till var och en att göra.”

”Yhteiset pelisäännöt, joihin koko tiimi sitoutuu.”

Luottamus ja toisten työn arvostaminen:

”Kaikki arvostavat toistensa työtä, autetaan tarpeen tullen.”

”Kuunnellaan ja arvostetaan muita tiimin jäseniä, hyvä, jäsenet tasa-arvoisia.”

Arvot

”Oikea asenne = potilas tärkein.”

”Tehdään työmme mahdollisimman hyvin potilaan hyväksi.”

Ammattitaito:

”Jätetään henkilökohtaiset asiat toissijaiseksi, keskitytään työhön.”

”Hyvä ammatti-identiteetti eli olet kiinnostunut työstäsi joka päivä.”

”Med ett bra och kunnigt team ökar också patientsäkerheten.”

Taulukko 6 Hyvä tiimityö

Sisällönanalysissa muodostetut teemat	Pelkistettyjen ilmausten määrä
Avoimuus ja kommunikaatio	22
Saumaton yhteistyö	19
Ammattitaito	10
Toisten arvostaminen	9
Luottamus	8
Avuliaisuus	6
Toisten huomioiminen	6
Arvot	5
Huumori	4
Motivaatio työhön	3

6.3 Potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä leikkaussalissa

Toisessa tutkimusongelmassa etsittiin vastauksia kysymykseen mitkä tekijät sairaanhoitajien mielestä vaarantavat potilasturvallisuuden leikkaussalissa. Tutkimusongelmaan vastasi kaksi kyselylomakkeen strukturoitua kysymystä. Tärkein syy siihen miksi leikkausosastolla tapahtuu virheitä, olivat 55,9 %:n mielestä ongelmat tiedonkulussa. Epäselvät määräykset ja ohjeet olivat 29,4 %:n mielestä syy virheisiin. Muita syitä olivat virheet lääkeannostelussa (5,9 %), henkilökunnan motivaation puute (2,9 %) sekä vaihtuvat tiimit (2,9 %). (Taulukko 7)

Taulukko 7 Vastaajien näkemykset eniten virheitä aiheuttavista syistä

Vastausvaihtoehdot	f
1. Virheet lääkannostelussa	2
2. Epäselvät määräykset/ ohjeet	10
3. Potilaan hoitohistoria	0
4. Ongelmat ihmissuhteissa	0
5. Henkilökunnan uupuminen	0
6. Henkilökunnan motivaation puute	1
7. Melu	0
8. Uusien työntekijöiden puutteellinen	0
9. Henkilökunnan sairauspoissaolot/ loma-ajat	0
10. Potilaan käyttäytyminen	0
11. Huono ilmapiiri	0
12. Johto/ Organisaatio	0
13. Henkilökunta epäpätevää	0
14. Ongelmia tiedonkulussa	19
15. Ongelmat tietojärjestelmässä	0
16. Uudet työntekijät	0
17. Työympäristö	0
18. Työvuorosunnittelu	0
19. Toimimattomat laitteet	0
20. Vaihtuvat tiimit	1
21. Toiminta-ohjeiden puuttuminen	0
22. Epäselvät ohjeet	0
23. Harvoin yhteisiä palavereita	0
Yhteensä	33

Vastaajilta kysyttiin uskoivatko he tiimien kokoonpanon uhkaavan potilasturvallisuutta. Vastaajista jokseenkin samaa mieltä oli 20,6 % ja täysin samaa mieltä oli 5,9 %. Vastaajista 38,2 % oli jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa. Täysin eri mieltä vastaajista oli 5,9 %. Vastaajista 29,4 ei osannut sanoa vaikuttaako tiimien kokoonpanon muuttuminen. (Taulukko 8)

Taulukko 8 Vastaajien näkemykset kokoonpanon muuttumisen uhkan mahdollisuudesta potilasturvallisuudelle

Vastausvaihtoehdot	f	%
Täysin eri mieltä	2	5,9
jokseenkin eri mieltä	13	38,2
en osaa sanoa	10	29,4
jokseenkin samaa mieltä	7	20,6
täysin samaa mieltä	2	5,9

Yhteensä	34	100
-----------------	-----------	------------

Avoimella kysymyksellä pyydettiin vastaajaa kuvailemaan omin sanoin, mitkä asiat heidän mielestään ovat uhka potilasturvallisuudelle. Sisällönanalyysissa muodostettiin vastauksista 13 teemaa. Taulukossa 9 esitetään nämä teemat sekä kuhunkin luokkaan kertyneiden pelkistettyjen ilmausten määrät. Seuraavat suorat lainaukset kuvaavat joitain teemoja:

Huono tiedonkulku:

”Tiedonkulku osaston ja leikkurin välillä. Katkokset tiedonkulussa, tieto kulkee useiden ihmisten kanssa.”

”Informaation puute.”

”Dålig information/ bristfällig/ fel information mellan skötare.”

”Dåliga rapporter om patienten när de kommer från avdelningen.”

Kiire:

”Kiire. Koko ajan pyrkimys lyhyempiin vaihtoaikoihin Pyrkimys aloittaa leikkaukset yhä varhaisemmin aamulla (ei jää yhtään aikaa valmistella anestesiaa riittävästi).”

”Bråsdka, dålig rapport om pat. och du hinner ej läsa i Esko om pat.”

Epäselvät ohjeet:

”Joskus esko ja potilaan paperiversio ristiriitaisia (esim. allergiat vain papereissa).”

”Lesun täyttö. Joskus on vääriä toimenpiteitä merkattu lesulle.”

”otillräckliga uppgifter vad gäller pat. och tillbehör för operationen.”

”Otydliga ordinationer.”

Potilaan unohtaminen:

”Leikkausasennossa voi tulla hermovaurioita, vaikka on pehmusteet, tuet ym. Leikkaustason liikuttelu leikkauksen aikana muuttaa painetta eri kohdista potilasta esim. kädet, hartiat.”

”Tärkein asia on se, että unohdetaan, että potilas on tärkein. Kaikki toiminta lähtee ja keskittyy potilaaseen.”

Henkilökunnan osaamisen puutteet:

”Om operatören inte kan utföra en operation korrekt (ny assistent läkare.)”

”Osäkra kirurger (nya får för tidigt stor ansvar).”

Taulukko 9 Vastaajien näkemykset potilasturvallisuutta uhkaavista tekijöistä

Sisällönanalysissä muodostetut teemat	Ilmausten määrä
Huono tiedonkulku	14
Kiiire	12
Epäselvät ohjeet	9
Potilaan unohtaminen	5
Huono laitteiden hallinta	4
Henkilökunnan osaamisen puutteet	4
Stressi	4
Välinpitämättömyys	2
Väsymys	2
Hierarkia	1
Perehdytys	1
Liian vähän henkilökuntaa	1
Huolimattomuus	1

6.4 Potilasturvallisuutta edistävien tekijöiden toteutuminen

Potilasturvallisuutta edistävien tekijöiden toteutumista leikkaussalissa kysyttiin 17 strukturoidulla kysymyksellä. Tarpeeksi työpaikkakoulutusta oli saanut 32,4 %. Jokseenkin samaa mieltä koulutuksen riittävydestä oli 52,9 % vastaajista. 8,8 % vastaajista ei osannut sanoa kantaansa. Jokseenkin eri mieltä saadun koulutuksen riittävydestä oli 2,9 % vastaajista ja täysin eri mieltä 2,9 %. (Taulukko 10)

Taulukko 10 Vastaajien näkemykset saamansa työpaikkakoulutuksen riittävydestä

Vastausvaihtoehdot	f	%
täysin eri mieltä	1	2,9
jokseenkin eri mieltä	1	2,9
en osaa sanoa	3	8,8
jokseenkin samaa mieltä	18	52,9
täysin samaa mieltä	11	32,4
Yhteensä	34	100

Taulukossa 11 esitetään vastaajien näkemyksiä perehdytyksessä. Vastaajista puolet (50 %) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että heidät oli perehdytetty huolellisesti työhön. Täysin samaa mieltä oli 38,2 % vastaajista. Jokseenkin eri mieltä oli 11,8 % vastaajista. (Taulukko 11)

Taulukko 11 Vastaajien näkemykset saamansa perehdytyksen riittävydestä

Vastausvaihtoehdot	f	%
täysin eri mieltä	0	0
jokseenkin eri mieltä	4	11,8
en osaa sanoa	0	0
jokseenkin samaa mieltä	17	50
täysin samaa mieltä	13	38,2
Yhteensä	34	100

Väittämän ” Koen meillä kaikkien olevan päteviä työhönsä” kanssa oli vastaajista 17,6 % täysin samaa mieltä. Jokseenkin samaa mieltä oli yli puolet (55,9 %) vastaajista. Väittämästä ei samaa eikä eri mieltä oli 20,6 %. Jokseenkin eri mieltä oli 5,9 %. (Taulukko 12)

Taulukko 12 Vastaajien näkemykset työtovereiden pätevyydestä työhönsä

Vastausvaihtoehdot	f	%
täysin eri mieltä	0	0
jokseenkin eri mieltä	2	5,9
en osaa sanoa	7	20,6
jokseenkin samaa mieltä	19	55,9
täysin samaa mieltä	6	17,6
Yhteensä	34	100

Vastaajista 47,1 % koki olevansa hyvä tiimityöntekijä. Jokseenkin samaa mieltä oli 52,9 % vastaajista. (Taulukko 13)

Taulukko 13 Vastaajien näkemykset kokemuksestaan hyvänä tiimityöntekijänä

Vastausvaihtoehdot	f	%
täysin eri mieltä	0	0
jokseenkin eri mieltä	0	0
en osaa sanoa	0	0
jokseenkin samaa mieltä	18	52,9
täysin samaa mieltä	16	47,1
Yhteensä	34	100

Kysymykseen onko tiimeissä on muodostuneet omat osaamisalueet 52,9 % vastaajista vastasi ”täysin samaa mieltä”. Jokseenkin samaa mieltä oli 41,2 % vastaajista. Vastaajista 2,9 % ei osannut sanoa ja 2,9 % vastaajista oli jokseenkin eri mieltä. (Taulukko 14)

Taulukko 14 Vastaajien näkemykset osaamisalueiden muodostumisesta tiimeissä

Vastausvaihtoehdot	f	%
täysin eri mieltä	0	0
jokseenkin eri mieltä	1	2,9
en osaa sanoa	1	2,9
jokseenkin samaa mieltä	14	41,2
täysin samaa mieltä	18	52,9
Yhteensä	34	100

Tehtävien jako tiimeissä perustui täysin todelliseen osaamisen 41,2 %:n mielestä. Jokseenkin samaa mieltä oli 44,1 % vastaajista. Vastaajista 8,8 % ei osannut sanoa ja 5,9 % vastaajista oli jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa. (Taulukko 15)

Taulukko 15 Vastaajien näkemykset tehtävien jaosta tiimeissä

Vastausvaihtoehdot	f	%
täysin eri mieltä	0	0
jokseenkin eri mieltä	2	5,9
en osaa sanoa	3	8,8
jokseenkin samaa mieltä	15	44,1
täysin samaa mieltä	14	41,2
Yhteensä	34	100

Tiimeissä valitsi täysin avoimuus 38,2 % vastaajan mielestä. Jokseenkin samaa mieltä oli 50 % vastaajista. Vastaajista 5,9 % ei osaa sanoa. Jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa on vastaajista 2,9 % ja täysin eri mieltä oli 2,9 %. (Taulukko 16)

Taulukko 16 Vastaajien näkemykset tiimityössä valitsevasta avoimuudesta

Vastausvaihtoehdot	f	%
täysin eri mieltä	1	2,9
jokseenkin eri mieltä	1	2,9
en osaa sanoa	2	5,9
jokseenkin samaa mieltä	17	50
täysin samaa mieltä	13	38,2
Yhteensä	34	100

Kysymykseen arvostavatko työntekijät toistensa työtä oli vastaajista 47,1 % täysin samaa mieltä. Jokseenkin samaa mieltä oli 41,2 % vastaajista. Vastaajista 5,9 % ei osannut sanoa mielipidettä. Jokseenkin eri mieltä oli 2,9 % vastaajista ja täysin eri mieltä oli 2,9 % vastaajista. (Taulukko 17)

Taulukko 17 Vastaajien näkemykset toisten työn arvostamisesta

Vastausvaihtoehdot	f	%
täysin eri mieltä	1	2,9
jokseenkin eri mieltä	1	2,9
en osaa sanoa	2	5,9
jokseenkin samaa mieltä	14	41,2
täysin samaa mieltä	16	47,1
Yhteensä	34	100

Vastaajista suurin osa (67,6 %) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että lääkärit ja hoitajat työskentelevät osastolla kuin hyvin koordinoitu tiimi. Täysin samaa mieltä oli vastaajista 11,8 %. Väittämään ei osannut vastata 14,7 % vastaajista. 5,9 % oli jokseenkin eri mieltä. (Taulukko 18)

Taulukko 18 Vastaajien näkemykset lääkärin ja hoitajan välisestä työskentelyn koordinoituneisuudesta

Vastausvaihtoehdot	f	%
täysin eri mieltä	0	0
jokseenkin eri mieltä	2	5,9
en osaa sanoa	5	14,7
jokseenkin samaa mieltä	23	67,6
täysin samaa mieltä	4	11,8
Yhteensä	34	100

Puolet (50 %) vastaajista oli täysin samaa mieltä väittämästä, että pystyy tunnistamaan seikkoja, jotka uhkaavat potilasturvallisuutta. Jokseenkin samaa mieltä oli 50 % vastaajista. (Taulukko 19)

Taulukko 19 Vastaajien näkemykset kyvystään tunnistaa potilasturvallisuutta uhkaavia seikkoja

Vastausvaihtoehdot	f	%
täysin eri mieltä	0	0
jokseenkin eri mieltä	0	0
en osaa sanoa	0	0
jokseenkin samaa mieltä	17	50
täysin samaa mieltä	17	50
Yhteensä	34	100

Puolet (50 %) vastaajista pystyi kertomaan täysin avoimesti virheistä, joita ovat tehneet. Jokseenkin samaa mieltä oli 32,4 % vastaajista. 11,8 % vastaajista ei osannut sanoa. Jokseenkin eri mieltä oli 5,9 % vastaajista. (Taulukko 20)

Taulukko 20 Vastaajien kokemukset kyvystä kertoa avoimesti tekemistään virheistä

Vastausvaihtoehdot	f	%
täysin eri mieltä	0	0
jokseenkin eri mieltä	2	5,9
en osaa sanoa	4	11,8
jokseenkin samaa mieltä	11	32,4
täysin samaa mieltä	17	50
Yhteensä	34	100

Yli puolet (76,5 %) vastaajista oli täysin tietoisia potilasturvallisuuden työkalusta HaiPro. Jokseenkin samaa mieltä oli 20,6 % vastaajista. 2,9 % vastaajista ei osannut sanoa. (Taulukko 21)

Taulukko 21 Vastaajien näkemykset tietoisuudestaan potilasturvallisuuden työkalusta HaiPro

Vastausvaihtoehdot	f	%
täysin eri mieltä	0	0
jokseenkin eri mieltä	0	0
en osaa sanoa	1	2,9
jokseenkin samaa mieltä	7	20,6
täysin samaa mieltä	26	76,5
Yhteensä	34	100

Vastaajista yli puolet (61,8 %) oli mielestään saanut opastusta miten HaiPro käytännössä toimii. Jokseenkin samaa mieltä asiasta oli 17,6 % vastaajista. Jokseenkin eri mieltä oli 8,8 % vastaajista. Täysin eri mieltä oli 11,8 % vastaajista. (Taulukko 22)

Taulukko 22 Vastaajien kokemukset saadustaan opastuksen saamisesta HaiPro:n käytössä

Vastausvaihtoehdot	f	%
täysin eri mieltä	4	11,8
jokseenkin eri mieltä	3	8,8
en osaa sanoa	0	0
jokseenkin samaa mieltä	6	17,6
täysin samaa mieltä	21	61,8
Yhteensä	34	100

Potilasturvallisuutta uhkaavista tilanteista oli tehnyt ilmoituksia 44,1 % vastaajista. Jokseenkin samaa mieltä ilmoittamisestaan oli 14,7 % vastaajista. Jokseenkin eri mieltä oli 8,8 % vastaajista. 32,1 % vastaajista ei ole tehnyt ilmoituksia. (Taulukko 23)

Taulukko 23 Vastaajien kokemukset ilmoitusten tekemisestä uhkaavista tilanteista

Vastausvaihtoehdot	f	%
täysin eri mieltä	11	32,4
jokseenkin eri mieltä	3	8,8
en osaa sanoa	0	0
jokseenkin samaa mieltä	5	14,7
täysin samaa mieltä	15	44,1
Yhteensä	34	100

Väittämän ”työyhteisömme ei rankaise virheistä” kanssa oli vastaajista 29,4 % täysin samaa mieltä. Jokseenkin samaa mieltä oli 11,8 % vastaajista. Vastaajista 23,5 % oli jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä oli 11,8 % vastaajista. (Taulukko 24)

Taulukko 24 Vastaajien näkemykset virheisiin suhtautumiset työyhteisössä

Vastausvaihtoehdot	f	%
täysin eri mieltä	4	11,8
jokseenkin eri mieltä	8	23,5
en osaa sanoa	8	23,5
jokseenkin samaa mieltä	4	11,8
täysin samaa mieltä	10	29,4
Yhteensä	34	100

Vastaajista 38,2 % koki, että työyhteisö kannusti ilmoittamaan virheistä ja läheltä piti-tilanteista. Jokseenkin samaa mieltä oli 47,1 % vastaajista. Vastaajista 8,8 % ei osannut sanoa. Jokseenkin eri mieltä oli 5,9 % vastaajista. (Taulukko 25)

Taulukko 25 Vastaajien näkemykset työyhteisön kannustuksesta ilmoittamaan virheistä ja läheltä piti - tilanteista

Vastausvaihtoehdot	f	%
täysin eri mieltä	0	0
jokseenkin eri mieltä	2	5,9
en osaa sanoa	3	8,8
jokseenkin samaa mieltä	16	47,1
täysin samaa mieltä	13	38,2

Väittämän ”työyhteisössä käsitellään virheet asiallisesti” kanssa vastaajista 35,3 % oli täysin samaa mieltä. Jokseenkin samaa mieltä 32,4 % vastaajista. Väittämään ei osannut sanoa mielipidettään 23,5 % vastaajista. Jokseenkin eri mieltä oli 8,8 % vastaajista. (Taulukko 26)

Taulukko 26 Vastaajien näkemykset asiallisesta virheiden käsittelystä työyhteisössä

Vastausvaihtoehdot	f	%
täysin eri mieltä	0	0
jokseenkin eri mieltä	3	8,8
en osaa sanoa	8	23,5
jokseenkin samaa mieltä	11	32,4
täysin samaa mieltä	12	35,3
Yhteensä	34	100

6.5 Potilasturvallisuutta vaarantavien tekijöiden toteutuminen

Potilasturvallisuutta vaarantava tekijöitä tutkittiin viidellä strukturoidulla kysymyksellä. Vastaajista 8,8 % oli täysin samaa mieltä siitä, että uudet ja tuntemattomat työntekijät uhkaavat potilasturvallisuutta leikkaussalin tiimityössä. Jokseenkin samaa mieltä oli 23,5 % vastaajista. Väittämästä ei samaa eikä eri mieltä oli 26,4 % vastaajista. Jokseenkin eri mieltä oli 32,4 % vastaajista ja täysin eri mieltä oli 8,8 % vastaajista. (Taulukko 27)

Taulukko 27 Vastaajien näkemykset uusien ja tuntemattomien työntekijöiden aiheuttamasta uhkasta

Vastausvaihtoehdot	f	%
täysin eri mieltä	3	8,8
jokseenkin eri mieltä	11	32,4
en osaa sanoa	9	26,5
jokseenkin samaa mieltä	8	23,5
täysin samaa mieltä	3	8,8
Yhteensä	34	100

Väitteestä, että vastavalmistuneella on valmiuksia työskennellä tasavertaisen tiiminjäsenenä oli jokseenkin samaa mieltä 23,5 % vastaajista. Vastaajista ainoastaan 5,9% oli täysin samaa mieltä. 8,8 % ei ollut samaa eikä eri mieltä. Jokseenkin eri mieltä oli 47,1 % vastaajista ja täysin eri mieltä 14,7 % vastaajista. (Taulukko 28)

Taulukko 28 Vastaajien näkemykset vastavalmistuneen tasavertaisista valmiuksista työskennellä tiimissä

Vastausvaihtoehdot	f	%
täysin eri mieltä	5	14,7
jokseenkin eri mieltä	16	47,1
en osaa sanoa	3	8,8
jokseenkin samaa mieltä	8	23,5
täysin samaa mieltä	2	5,9
Yhteensä	34	100

Vastaajista 34,4 % ilmoitti tehneensä virheitä. Puolet (50 %) vastaajista oli väittämän kanssa jokseenkin samaa mieltä asiasta. Vastaajista 5,9 % ei osannut

sanoa. Jokseenkin eri mieltä oli 8,8 % vastaajista ja 2,9 % vastaajista ei ollut tehnyt virheitä lainkaan. (Taulukko 29)

Taulukko 29 Vastaajien näkemykset omien virheiden tekemisestä

Vastausvaihtoehdot	f	%
täysin eri mieltä	1	2,9
jokseenkin eri mieltä	3	8,8
en osaa sanoa	2	5,9
jokseenkin samaa mieltä	17	50
täysin samaa mieltä	11	32,4
Yhteensä	34	100

Vastaajista 32,4 % oli huomannut muiden tekevän virheitä ja jokseenkin samaa mieltä oli asiasta puolet (52,9 %) vastaajista. Vastaajista 8,8 % ei osannut vastata väittämään. Jokseenkin eri mieltä oli 5,9 % vastaajista. (Taulukko 30)

Taulukko 30 Vastaajien näkemykset muiden työyhteisön jäsenten virheitä tekemisestä

Vastausvaihtoehdot	f	%
täysin eri mieltä	0	0
jokseenkin eri mieltä	2	5,9
en osaa sanoa	3	8,8
jokseenkin samaa mieltä	18	52,9
täysin samaa mieltä	11	32,4
Yhteensä	34	100

Vastaajista 20,6 % pelkäsi virheitä ja jokseenkin samaa mieltä virheiden pelosta oli 32,4 % vastaajista. 17,6 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä. Jokseenkin eri mieltä oli 17,6 % vastaajista ja täysin eri mieltä 11,8 % vastaajista. (Taulukko 31)

Taulukko 31 Vastaajien kokema omien virheiden pelko

Vastausvaihtoehdot	f	%
täysin eri mieltä	4	11,8
jokseenkin eri mieltä	6	17,6
en osaa sanoa	6	17,6
jokseenkin samaa mieltä	11	32,4
täysin samaa mieltä	7	20,6
Yhteensä	34	100

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Potilasturvallisuutta edistäväksi tekijäksi vastaajat kokivat hyvän kommunikaation ja tiedonkulun sekä selkeät ohjeet. Tämä tukee aikaisempia tutkimustuloksia (Runciman 1993; Beckmann 1996; Sexton 2000; Croken 2003; Flin 2003; Lingard 2005; Silèn- Lipponen 2005; Greenberg 2007; Alfredsdottir 2007; Kinnunen 2008; Suikkanen 2008; Peltomaa 2008). Nämä näkemykset tulivat ilmi sekä strukturoiduissa kysymyksissä että avoimissa kysymyksissä. Preoperatiivisen tiedon koettiin parantavan potilasturvallisuutta, mikä käy myös ilmi Lindgardin (2005) ja Peltomaan (2008) tutkimuksissa.

Monen vastaajan mielestä säännölliset palaverit edistäisivät potilasturvallisuutta. Tulos tukee Partasen (2006), Peltomaan (2008) sekä Suikkasen (2008) tutkimuksia. Hoitohenkilöstö arvioi, että potilasturvallisuutta parantaisi kiireettömyys, koulutus sekä perehdytys. Myös Silèn-Lipponen (2005), Alfredsdottirin (2007) Koivusen (2007) sekä Peltomaan (2008) tutkimukset tukevat tätä tulosta. Peltomaan (2008) tutkimuksessa käy ilmi, että kiireen takia vaikeutui anestesiaan valmistautuminen ja keskittyminen. Vastaajat kokivat, että potilasturvallisuutta edistäisi avoimempi ilmapiiri. Tämä tukee Silèn-Lipponen (2005) tutkimusta.

Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että potilasturvallisuutta vaarantavia asioita olivat ongelmat tiedonkulussa sekä vajaan kolmasosan mielestä epäselvät määräykset ja ohjeet. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin aiemmin saadut tutkimustulokset Suomessa sekä ulkomailla (Runciman 1993; Beckmann 1996; Croken 2003; Flin 2003; Lingard 2005; Silèn- Lipponen 2005; Alfredsdottir 2007; Kinnunen 2008; Suikkanen 2008; Peltomaa 2008). Työyhteisössä tulisikin olla, yhteisesti sovitut käytännöt tiedon jakamisesta hoitoketjussa toimivien kesken. Määräykset ja hoito-ohjeet tulisi varmistaa toistamalla, kirjata selkeästi ja välittömästi sekä varmistaa allekirjoituksella. (STM 2009a.)

Työn organisointiin liittyvinä tekijöinä mainittiin kiire, stressi ja välinpitämättömyys. Vastaajat kokivat nopean työtahdin uhkaavan

potilasturvallisuutta. Tämä tukee ulkomailla ja Suomessa saatuja tutkimustuloksia (Silèn-Lipponen 2005; Alfredsdotter 2007; Koivunen 2007; Suikkanen 2008). Silèn-Lipponen (2005) tutkimuksessa käy ilmi, että leikkauslistalle on laitettu liian paljon potilaita, mistä johtuvat ylityöt, hoitajien lyhyet ruokatunnit ja painostus tekemään työtä nopeammin.

Vastaajat mainitsivat uudet laitteet ja niiden hallinnan uhaksi potilasturvallisuudelle. Tämä tukee myös aikaisempaa tutkimus tietoa siitä, että laitteiden monimutkaisuus ja puutteellinen käyttökoulutus ovat riski potilasturvallisuudelle. Laitteiden tulisi olla mahdollisimman samanlaisia kaikissa anestesiahoitajien työpisteissä. (Peltomaa 2008, 65)

Aikaisemman tutkimustuloksen mukaan tiimien pysyvyys sekä kokoonpanojen vakiintuneisuus helpottivat työnsuunnittelua ja auttoivat tunnistamaan vaaratekijöitä (Silèn-Lipponen 2005). Tämän tutkimuksen tulokset olivat vastakkaiset, sillä vastaajat eivät pitäneet tiiminvaihtuvuutta vaaratekijänä.

Potilasturvallisuutta edistävät tekijät toteutuvat leikkausosastolla hyvin. Vastaajat kokivat saneensa riittävästi työpaikkakoulutusta ja työhön perehdytykseen vastaajat olivat tyytyväisiä. Aikaisemmissa tutkimuksissa koulutukseen ja perehdytykseen liittyvillä tekijöillä on ollut vaikutusta potilasturvallisuuteen (Koivunen 2007, Suikkanen 2008, Peltomaa 2008). Potilaille tulee osata antaa oikea hoito oikeaan aikaan ja turvallisesti. Koulutuksella ja perehdytyksellä on tarkoituksena, että hoitajien osaaminen ja määrä vastaavat potilaiden sairauksien vaatimaa tasoa. (STM 2009b.) Hoitohenkilöstö arvioi olevansa hyviä tiimityöntekijöitä. He kokivat, että tiimeissä oli muodostunut omat osaamisalueet, jotka perustuivat todelliseen osaamiseen. Tutkimus tulos tukee Purasen (2006) tutkimusta. Silèn-Lipponen (2005) ja Undren (2006) ovat tutkimuksissa korostaneet tiiminjäsenten selkeää ja joustavaa työnjakoa, joka edistää potilasturvallisuutta. Flinin (2003) tutkimus käy ilmi positiivinen asenne tiimityötä kohtaan, sillä 90 % oli sitä mieltä, että he tykkäävät työskennellä tiimissä.

Tiimissä olisi tärkeää, että jäsenten roolit ja tehtävät tulisi olla jaettu siten, että turvallisuudesta kriittisten tehtävien osalta ei ole millään hetkellä epäselvyyttä. (Helovuori 2009, 104) Vastaajien mielestä lääkärit ja hoitajat toimivat yhdessä jokseenkin hyvin. Tämä ei tue Undren (2006) tutkimusta.

Vastaajat kokivat kaikkien olevan päteviä. Ilmapiiri leikkaussalissa oli vastaajien mielestä avoin ja he arvostivat toistensa työtä. Potilasturvallisuutta edistää avoin ilmapiiri ja virheistä keskustelu (Salas 2003; Stokowski 2004; Alfredsdottir 2007; Koivunen 2007; Peltomaa 2008).

Vastaajat kokivat pystyvänsä kertomaan tekemistään virheistä. Suomessa tehdyt tutkimukset tukevat tätä tutkimustulosta. (Koivunen 2007; Peltomaa 2008). Koivusen (2007) tutkimuksessa yli puolet vastaajista koki voivansa puhua virheistä avoimesti. Vastaajat kokivat, että virheet käsitellään asiallisesti. Silti osa vastaajista koki, että työyhteisö rankaisee virheistä. Flinin (2003) tutkimuksessa vain 39 % koki, että virheet hoidettiin asiallisesti.

Suurin osa vastaajista oli tietoisia potilasturvallisuuden työkalusta HaiPro:sta ja oli saanut opastusta sen käytöstä. Vastaajat kokivat myös, että työyhteisö kannustaa ilmoittamaan virheistä tai läheltä piti –tilanteista. Silti tutkimuksessa kävi ilmi, että osa vastaajista ei ollut tehnyt ilmoituksia uhkaavista tilanteista. Hoitajien olisi tärkeää lisätä raportointia haittatapahtumista, sillä sattuneista vahingoista voidaan oppia ainoastaan, kun kertyneitä tietoja analysoidaan ja hyödynnetään (STM 2009b). Näin saadaan tietoa organisaation heikoista kohdista (Keistinen 2008). Hoitotyötä voisi kehittää jatkossa vielä siten, että potilasturvallisuuskulttuurin avoimuutta lisättäisiin ja HaiPro:n käyttöön kannustettaisiin. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että pystyi tunnistamaan seikkoja, jotka uhkaavat potilasturvallisuutta

Aikaisempien tutkimusten perusteella vastavalmistunut tai tuntematon hoitaja on uhka potilasturvallisuudelle (Silén-Lipponen 2005; Suikkanen 2008; Peltomaa 2008). Tässä tutkimuksessa yli puolet vastaajista arvioi, että vastavalmistuneella ei ole valmiuksia työskennellä tasavertaisena tiiminjäsenenä. Uutta ja tuntematonta työntekijää ei koettu niin uhkaavaksi kuin kokematon hoitaja

koettiin. Aikaisemmissa tutkimus tulokset tukevat tätä tulosta (Peltomaa 2008). Kysymyksiin ei tullut kuitenkaan selvää vastausta, sillä näkemykset olivat jakautuneet.

Meistä jokainen tekee virheitä, mutta suhtautuminen niihin on kaikilla erilainen. Vastaajista kolmasosa myönsi tehneensä virheen ja oli huomannut muidenkin tekevän. Flinin (2003) tutkimuksessa jopa 84 % myönsi tehneensä virheitä. Tässä tutkimuksessa virheet aiheuttivat vastaajissa jossain määrin pelkoa. Tämä tukee aikaisemmin saatua tutkimustietoa (Flin 2003; Silèn- Lipponen 2005; Sipola-Kauppi 2009). Potilasturvallisuutta vaarantavien tekijöiden toteutumisessa leikkaussalissa kysymykset herättivät eniten eriäviä mielipiteitä. Virheiden käsittelyä tulisikin hoitotyössä kehittää.

Tiimityöskentely vaatii hoitajilta tehokasta työskentelyä moniammatillisessa ympäristössä, jossa täytyy osata yhdistää kyvyt ja voimavarat. (Silèn-Lipponen 2005) Tässä tutkimuksessa asenne tiimityöhön oli positiivinen. Vastaajat tiedostivat olevansa tiimityöntekijöitä sekä kuvailivat hyvin tiimityöntekijältä vaadittavia piirteitä. Vastaajien mielestä hyvä tiimityö on saumatonta yhteistyötä. Tämä tukee Silèn-Lipposen (2005) tutkimusta. Hyvä tiimi koostuu yksilöistä, jotka arvostavat toistensa työtä. Tiimissä valitsee avoimuus, sosiaalisuus, vuorovaikutus ja keskusteleva ilmapiiri. Tutkimus tukee aiempia tutkimuksia (Salas 2003, Stokowski 2004; Eklund 2006; Alfredsdottir 2007; Peltomaa 2008). Silèn-Lipposen (2005a) tutkimuksessa käy myös ilmi, että moniammatillisessa tiimityössä on tärkeintä aktiivinen ja avoin kommunikaatio, joustavuus, itsevarmuus sekä positiivisuus. Tiiminjäsenet informoivat toisiaan siitä mitä he tekevät. Tiimityöntekijä näkee työnsä kokonaisuutena. Hän tietää tehtävänsä ja huolehtii, että ne tulee tehdyksi, mutta on myös aina valmis auttamaan muita. Silèn-Lipposen (2004) tutkimuksessa todetaan, että leikkaustiimi työskentelee sujuvasti yhdessä, mutta tiimin jäsenet tekevät myös yksilöllisesti nopeita ja asianmukaisia ratkaisuja auttaakseen toisiaan. Hyvä tiimi koostuu ihmisistä, jotka pitävät työstään ja luottavat toinen toisiinsa Heillä on aikaa kuunnella ja he antavat toisillensa aikaa suoriutua tehtävistään. Tiimijäsenet ovat ammattilaisia, jotka jättävät henkilökohtaiset asiat työn ulkopuolelle. Silèn-Lipposen (2005)

tutkimuksessa ilmeni myös, että leikkaustiimin jäsenyys edellytti hyvää ammattitaitoa (myös Undre 2006), kykyä priorisoida tehtävät ja halua yhteistyön.

7.2 Tutkimuseettiset kysymykset ja luotettavuus

Lupa tutkimuksen tekemiseen haettiin organisaation tulosyksikön ylihoitajalta. Lupa myönnettiin kirjallisesti. Kyselylomakkeen saatekirjeessä (Liitteet 3-4) kerrottiin lyhyesti tutkimuksen tarkoituksesta. Vastaajille kerrottiin, että aineisto käsitellään niin, että heitä ei voi tunnistaa. Vastaajat antoivat tietoisensa suostumuksensa vastaamalla kyselyyn. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja nimetöntä (Vilka 2005, 34-61.)

Tutkimuksen luotettavuus (reliabiliteetti) tarkoittaa tulosten tarkkuutta eli mittauksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia ja mittaustulosten toistettavuutta. (Vilka 2005, 161) Tutkimuksen reliabiliteettia ei testattu tilastollisin menetelmin. Tutkimuksessa käytettiin sekä laadullista että määrällistä tutkimusmenetelmää. Kyselylomakkeen avoimet kysymykset tukivat strukturoituja kyselylomakkeen kysymyksiä.

Tutkimuksen pätevyys (validius) tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoituskin mitata. Tutkimuksen pätevyys ja luotettavuus muodostavat yhdessä mittarin kokonaisluotettavuuden. (Vilka 2005,161) Tutkimuksen validiteettia paransi se, että kyselylomake perustui kirjallisuuskatsaukseen sekä sisältöä arvioi potilasturvallisuuden asiantuntija.

Ennen lopullista kyselyä tutkimuslomake esitellään (Eriksson & Wiedersheim-Paul 2007, 105). Kyselylomake esiteltiin päiväkirurgian osastolla. Lupa esitellään pyydettiin apulaisosastonhoitajalta. Lupa myönnettiin puhelimitse. Esitellään pyydettiin antamaan palautetta kyselylomakkeen kysymyksistä ja kommentoimaan kysymyksien ymmärrettävyyttä. Esitellään jälkeen kyselylomaketta muokattiin hieman esitellään palautteen mukaan. Tavoitteena oli laatia selkeä ja ymmärrettävä kyselylomake, johon on helppo vastata.(Vilka 2005.)

7.3 Johtopäätökset

Potilasturvallisuutta edistäviä tekijöitä ovat hyvä kommunikaatio tiiminjäsenten kesken sekä säännölliset palaverit. Hyvä preoperatiivinen tieto ja selkeät ohjeet ovat tärkeitä potilasturvallisuuden kannalta. Potilasturvallisuutta parantaisi parempi tiedonkulku, kiireettömyys, selkeämmät ohjeet sekä koulutus ja perehdytys. Virheitä aiheuttavia syitä ovat epäselvät määräykset tai ohjeet, ongelmat tiedonkulussa sekä kiire.

Potilasturvallisuutta parantavista tekijöistä parhaiten toteutui käytännössä koulutus, perehdytys, tiimityö, työntekijöiden osaamisalueet sekä tehtävien jako osaamisen perusteella. Turvallisuuden rakenteista toteutui myös avoimuus, toisten työn arvostaminen, lääkärin-hoitajan välinen yhteistyö sekä kyky tunnistaa seikkoja, jotka uhkaavat potilasturvallisuutta.

Potilasturvallisuutta vaarantavista tekijöistä keskeisimmät olivat ongelmat tiedonkulussa, kiire sekä epäselvät ohjeet ja määräykset. Vastavalmistunut työntekijä koettiin potilasturvallisuutta vaarantavaksi tekijäksi. Teknologian nopea kehittyminen, leikkauksen edeltävän ja jälkeisen ajan lyhentymisen ja kiire johtavat siihen, että leikkaussalihoitajat toimivat paineen alla.

Hyvä tiimityö koostuu avoimuudesta, kommunikaatiosta, yhteistyöstä, ammattitaidosta sekä toisten työn arvostamisesta. Leikkaussalityö on vaativaa, jossa moniammatillinen henkilökunta hoitaa tehtäviään tiimissä potilaan hyväksi. Tämän tutkimuksen vastaajat olivat hyvin tietoisia rooleistaan työssään tiimityöntekijänä.

Tämän tutkimuksen aineiston perusteella voi tehdä johtopäätöksen, että virheistä ilmoittaminen ei toteudu käytännössä, vaikka työyhteisö siihen kannustaa. Tärkeää olisi, että työntekijät olisivat motivoituneita ilmoittamaan hoidossa tapahtuneista vaaratapahtumista. Tutkimuksessa ilmeni ristiriitoja kysymysten ”työyhteisö rankaisee virheistä” ja ”työyhteisö käsittelee virheet asiallisesti” vastauksien tuloksissa. Menettelytapoja virheiden käsittelyyn olisi hyvä pohtia, koska se on oleellinen lähtökohta potilasturvallisuuden edistämiseksi. Tiedonkulun jatkuva kehittäminen on keskeinen keino potilasturvallisuuden kannalta.

Tutkimuksessa tuloksista voi todeta, että organisaation hallinto voi vaikuttaa omilla päätöksillään potilasturvallisuuteen, sillä muun muassa hoitajien kokemaa kiire. koulutuksen tarve ovat tekijöitä jotka vaarantavat potilasturvallisuuden.

Potilasturvallisuus on ajankohtainen asia. Tämä tutkimus tuotti jonkin verran uutta tietoa potilasturvallisuutta vaarantavista ja edistävistä seikoista. Pääosin tutkimus vahvisti aiempaa tutkimustietoa. Tutkimuksen yleistettävyyttä rajoittaa sen pieni otoskoko. Tutkimuksesta on hyötyä jatkotutkimuksia ajatellen sekä käytännön työssä.

7.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksen perusteella esitetään seuraavat jatkotutkimus ehdotukset:

1. Vertaileva tutkimus kirurgisen osaston, leikkaussalin ja heräämön tiedonkulusta.
2. Hoitajien näkemyksiä potilasturvallisuuskulttuurista leikkaussalissa.
3. Potilasturvallisuuskulttuurin juurtumista hidastavat tekijät leikkaussalityössä
4. Hoitajien näkemyksiä erilaisten kommunikaation apukeinojen toimivuudesta käytännössä, esimerkiksi SBAR, Check list.
5. Leikkaussalissa tapahtuneiden vaaratapahtumien analysointi.
6. Instrumentoivan hoitajan ja anestesiahoitajan välinen kommunikaatio leikkaussalissa
7. Hoitajien kertomuksia tekemistään virheistä ja niiden käsittelystä

LÄHDELUETTELO

Aaltola, Juhani & Valli, Raine 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus.

Alfredsdottir, H & Bjornsdottir, K 2007. Nursing and patient safety in the operatingroom. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 61, 29-37. Blackwell Publishing Ltd.

Beckmann,U, - West, L.F- Groombridge, G. J - Baldwin, I - Hart, G.K - Clayton, D.G - Webb, R.K & Runciman, W.B 1996. The Australian Incident Monitoring Study in intensive care: AIMS-ICU. The development and evaluation of an incident reporting system in intensive care. *Anaesthesia and Intensive Care*. Vol 24, nro 3, 314-319. Julkaisija Australian Society of Anaesthetists

Beyea, Suzanne 2007. [online] The 2008 perioperative nurses`goals for safety.AORN Journal. [viitattu 17.03.2009] Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa.com). <URL: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_6_86/ai_n27482772>

Chappy, Sharon 2006. Perioperative patient safety: A multisite qualitative analysis. *AORN Journal*. Vol 83 nro 4, 871—897

Croke, Eileen M 2003. Nurses, Negligence and Malpractice. *American Journal of Nursing*. Vol 103 nro 9, 54-63

Eklund, A-K & Sundin, K 2006. En undersökning gjord av Vårdförbundet och Riksföreningen för Operationssjukvård: Att vara självklar– att tillhöra en profession i praktiken,att vara operationssjuksköterska. Tukholma.

Eriksson, L-T & Wiedersheim- Paul F 2007. Att uttreda forska och raportera. Liber AB. Malmö.

Finlex 2004. [online] Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 29.12.1994/1505. [Viitattu 10.08.2009.] Saatavilla www-muodossa. <URL:<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19941505#a1505-1994>>

Flin, R., Fletcher, G., McGeorge, P., Sutherland, A. & Patey, R. 2003. Anaesthetists' attitudes to teamwork and safety. *Anaesthesia*. Vol 58, 233–242. Blackwell Publishing Ltd

Flink, A-L., Reiman, T & Hiltunen, M 2007. Heikoin lenkki? Riskienhallinnan inhimilliset tekijät. Edita publishing Oy. Helsinki.

Fritzlen, T., Kremer, M. & Biddle, C. 2003. The AANA foundation closed malpractice claims study on nerve injuries during anesthesia care. *AANA Journal* Vol 71, nro 5, 347–352.

Gratshev, K 2006. Anestesiahoitajien 8.maailmankongressi. *Spirium*. Suomen anestesiahoitajat. Vol 41, nro 4

Greenberg, C - Regenbogen, Scott, E -Studdert, David, Lipsitz, M- Stuart R - Rogers, Selwyn O - Zinner, M – Gawande, J & Atul A 2007. Patterns of Communication Breakdowns Resulting in Injury to Surgical Patients. American College of Surgeons. Elsevier Inc.

Grönberg Annika 2008. Operationssjuksköterskors upplevda möjligheter till omvårdnadsutveckling, En intervjustudie. D- uppsats. Luleå tekniska universitet Institutionen för hälsovetenskap Avdelningen för omvårdnad.

Haig, Kathleen, Sutton, Staci & Whittington, John 2006. SBAR: A Shared Mental Model for Improving Communication Between Clinicians Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Vol 32 nro 3

HaiPro 2007. [online] Ohjeita toimenpiteiden valintaa. [viitattu 15.3.2009]
Saatavilla [www-muodossa.](http://www-muodossa)

<URL:http://haipro.vtt.fi/ohjeet/haipro_ohjeita_toimenpiteiden_valintaan.pdf>

Heikkilä, J & Heikkilä K 2005. Voimaantumisen työyhteisön haasteena. WSOY .
Helsinki.

Heinonen Anna 2007. Hyvän hoidon reuna-alueilla. Potilasvahinko
lääketieteellisen toiminnan valossa. Helsingin yliopisto. Pro gradu -tutkielma

Helovuori, Arto 2009. Hoitotyön vuosikirja 2009. Teoksessa Kinnunen, Marina &
Peltomaa, Karolina. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki

Ikonen, T, Aarnio, P, Kangasmäki, E, Karjalainen, K-Kontas, Tiina-Kujala, R-
Pauniahho, S-L-Saario, I- Savunen, T & Sivula, T 2009. Tarkistuslista vähentää
virheitä leikkaussaleissa. Suomen lääkäri-lehti. Nro 6, 516-517.

Jalonen, Jouko 2004. Anestesiariiskeistä ja niiden hallinnasta. Spirium. Vol 39,
Nro 2, 34-35.

Kartano Maj-Lis 2008. Saako sairaanhoitaja tuntee ja ajatella työssään?
Sairaanhoitajalehti . Nro 1, 10-12.

Kinnunen, Marina 2008. Potilasturvallisuus alkaa asenteista ja halusta.
Sairaanhoitajalehti. Vol 81, Nro 1, 10-13.

Kinnunen, Marina 2009. Hoitotyön vuosikirja 2009. Teoksessa Kinnunen, Marina
& Peltomaa, Karolina (toim.). Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki

Keistinen, T, Kinnunen, M & Holm, T 2008. Vaaratapahtumien raportointi-
järjestelmät kehittävät hoitoa turvallisemmaksi. Suomen lääkäri-lehti Vol 44,
3785-3789.

Knuuttila, J-Ruuhilehto, K & Wallenius, J 2007. Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointi. Yliopistopaino. Helsinki

Kohn, Linda- Corrigan, Janet & Donaldson, Molla 1999. To err is human. Building a Safer Health system. Institute of Medicine (U.S.) Committee on Quality of Health Care in America. National Academics Press

Koivunen, Eila- Kankkunen, Päivi & Suominen, Tarja 2007. Hoitohenkilöstön käsityksiä hoitovirheiden syistä ja niiden ilmoittamisesta. Tutkiva hoitotyö Vol. 3

Kwaan, M. R., Studdert, D. M., Zinner, M. J., & Gawande, A. 2006. Incidence, patterns, and prevention of wrong-site surgery. Archives of Surgical. Vol 141, 353- 358.

Lingard, L - Regehr, G - Orser, B - Reznick, R - Baker, GR - Doran, D - Espin, S - Bohnen, J & Whyte, S 2008. Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses, and anesthesiologists to reduce failures in communication. University of Toronto. Archives of Surgery. Vol 143 Nro1, 12-17

Lingard, L - Espin, S - Rubin, B- Whyte, S- Colmenares, M- Baker, GR - Doran, D - Grober, E - Orser, B – Bohnen, J & Reznick 2005. Getting teams to talk: Development and pilot implementation of a checklist to promote interprofessional communication in the OR .Quality and Safety in Health Care. University of Toronto. BMJ Publishing Group Ltd. Canada.

Lingard, L - Espin,S-Whyte, S- Regehr,G- Baker, G-R- Reznick,R- Bohnen, J- Orser, B - Doran,D-Grober,E 2004. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects Qual Saf Health Care.BMJ Publishing Group Ltd & Institute for Healthcare Improvement . University of Toronto. Canada

Lukkari, L – Kinnunen, T & Korte R 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. WSOY, oppimateriaalit Oy. Helsinki.

Makary, Sexton, Freischlag, Holzmueller, Millman, Rowen & Pronovost 2006 . Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of

the beholder. Journal of the American College of Surgeons. Vol 202, nro5, 746-752.

Makary, Mukherjee, Sexton, Syin, Goodrich, Hartmann, Rowen, Behrens, Marohn & Pronovost 2007. Operating Room Briefings and Wrong-Site Surgery Journal of the American College of Surgeons. Vol 204, nro 2, 236-243.

Marjamaa Riitta 2007. Kohti leikkaussalin tuloksellista toiminnanohjausta. Akateeminen väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Helsinki.

Mikkonen, Martti 2004. Potilasvahingot ja niiden ehkäisy. Spirium. Vol 39, Nro 2.

Niemi-Murola, Leila 2005. Ryhmästä tiimiksi – vuorovaikutusta leikkaussalissa. Suomen lääkirilehti. Vol. 60, nro 3, 305 - 308.

Nyström, Patric 2009. CRM parantaa potilasturvallisuutta. Systole:ensihoidon erikoislehti. Nro1, 34 - 35

Ojala, M, Saario, I, Virtanen, M, Nylander, O, Vasenius, J, Lindberg, O, Luhtala, R, Mikkola, P, Niemi, M, Pelanteri, S, Rintanen, H & Välimäki, M 2007. Lääketieteellisen hoidon haittavaikutusten kirjaamiskäytännön ja tilastoinnin kehittämisen asiantuntijaryhmän raportti. Stakes. Valopaino Oy. Helsinki.

Palonen, Reima - Nio, Asko & Mustajoki, Pertti 2005. Potilas – ja lääkevahingot: Korvaaminen ja ennaltaehkäisy. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Patientsäkerhet 2008. [online] Vårdskador 4. [Viitattu 24.03.2009] Saatavilla [www-muodossa< URL:www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet>](http://www.muodossa< URL:www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet>)

Pelkonen, Risto 2003. Viisas oppii virheistä. Duodecim. Vol 119, nro 4, 281-3

Peltomaa, Karolina 2008. Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa anestesiahoitotyössä. Pro Gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Potilasvakuutuskeskus 2005. [online] Potilasvakuutuskeskuksen julkaistut tilastot. [Viitattu 30.3.2009] Saatavilla www-muodossa Päivitetty 9.3.2009 08:05 <URL:

[http://www.potilasvakuutuskeskus.fi/asp/system/empty.asp?
P=512&VID=default&SID=913745616971784&S=1&A=closeall&C=29384](http://www.potilasvakuutuskeskus.fi/asp/system/empty.asp?P=512&VID=default&SID=913745616971784&S=1&A=closeall&C=29384)>

Pritchard, P- Pritchard, J 1999. Tiimistä toimeen terveydenhuollossa. Oy Edita Ab. Helsinki.

Reason, J 1995. [online] Understanding adverse events: human factors Quality and Safety in Health Care. [Viitattu 20.04.2009] The British Medical Journal Publishing Group Ltd. Saatavana [www-muodossa.<URL: http://qshc.bmj.com/cgi/content/abstract/4/2/80>](http://qshc.bmj.com/cgi/content/abstract/4/2/80)

Reason, J 2005. Safety in the operating theatre- Part 2: Human error and organisational failure. Quality and safety in Health care. Vol 14, 56-61

Reiman, T- Oedewald, P 2008. Turvallisuuskriittisen organisaatiot – onnettomuuden, kulttuuri ja johtaminen. Edita Prima Oy, Helsinki.

Reiman, T- Oedewald, P 2009. Terveydenhuollon organisaatiot turvallisuuskriittisinä organisaatioina. Hoitotyön vuosikirja 2009. Teoksessa Kinnunen, Marina & Peltomaa, Karolina (toim.). Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki.

Runciman, W.B - Webb, R.K - Lee, R - Holland, R 1993. System Failure: An analysis of 2000: Incident Reports. Anaesthe Intens Care.Vol 21, rro 5, 684-695

Salas, Eduardo – Sims, Dana - Klein, Cameron & Burke, Shanwn 2003. [online] Can Teamwork Enhance Patient Safety? Department of Psychology & Institute for Simulation and Training. Risk management foundation. [Viitattu 02.03.2009] Forum. University of Central Florida. Saatavilla [www- muodossa < URL: http://www.rm.f.harvard.edu/files/documents/Forum_V23N3_a3.pdf>](http://www.rm.f.harvard.edu/files/documents/Forum_V23N3_a3.pdf)

Sairaanhoitajaliitto ry 2009. [online] Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. [Viitattu 25.05.2009] Saatavan [www-muodossa < URL:](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi)

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_työ_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_työ/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/>

Schultz, M - K-Melson, L - M 1990. Teamwork leads to better operating room management. *Healthcare Financial Management*. Vol 44 nro 1, 32, 34, 36-7.

Scholer, T- Lipzak, H- Pedersen, B –L- Mogensen, TS- Bech, KB, Stockmarr A- Svenning AR, Frolich A 2001. [online] Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. [Viitattu 25.03.2009] Saatavana [www-muodossa](http://www.biomedexperts.com/Abstract.bme/11590953/Incidence_of_adverse_events_in_hospitals_A_retrospective_study_of_medical_records) <URL: http://www.biomedexperts.com/Abstract.bme/11590953/Incidence_of_adverse_events_in_hospitals_A_retrospective_study_of_medical_records>

Seppä, Minna 2008. Haittatapahtumiin puuttumalla satojen miljoonien säästöt. *Suomen lääkäri-lehti*. SSL12-13, 1208-1211.

Sexton, Bryan - Thomas, Eric J - Helmreich, Robert L 2000. [online] Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. [Viitattu 20.03.2009] Saatavana [www-muodossa](http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/320/7237/745) <URL: <http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/320/7237/745> >

Silén-Lipponen, M – Turunen, H- Tossavainen, K 2004. Käsiteanalyysi tiimistä – sovelluksena leikkaushoitotyön tiimi. *Hoitotiede*. Vol 16, nro 4.

Silén-Lipponen, M - Tossavainen, K- Turunen, H & Smith, A 2005. Potential errors and their prevention in operating room teamwork as experienced by Finnish, British and American nurses. *International Journal of Nursing Practice* 11, 21 - 32

Silén-Lipponen, Marja 2006. Terveystieteiden tutkimus: Tiimityö 2000-luvun leikkausosastoilla. *Suomen lääkäri-lehti*. Vol 39.

Silén-Lipponen, Marja 2008. Virheet leikkaustiimityössä–suomalaisten, amerikkalaisten ja englantilaisten hoitajien kokemuksia. Hoitotiede. Vol. 20, nro 3, 138 - 150.

Sipola- Kauppi Irene 2009. ”Apua, minäkö tein virheen?” Sairaanhoidtajien kokemuksia lääkityspoikkeamista. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu –tutkielma.

Snellman, Erno 2009. Hoitotyön vuosikirja 2009. Teoksessa Kinnunen, Marina & Peltomaa, Karolina. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki

Socialstyrelsen. 2006. [online] Fallstudie. Patient fick sex gången för hög dos av hjärtläkemedel. [Viitattu 12.5.2009] Tukholma. Socialstyrelsen. Sivu päivitetty 16 marraskuuta 2006 Saatavilla [www-muodossa <URL: Http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/patient_klientsakerhet/specnavigation/Erfaenheter/Fallstudier/fallstudie_006.htm>](http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/patient_klientsakerhet/specnavigation/Erfaenheter/Fallstudier/fallstudie_006.htm)

Socialstyrelsen 2005.[online] Fallstudie. Patienter fick hepatit C via flergångsampull. [Viitattu 12.5.2009] Tukholma Socialstyrelsen Saatavana [www-muodossa < URL: http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/patient_klientsakerhet/specnavigation/Erfaenheter/Fallstudier/fallstudie_001.htm >](http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/patient_klientsakerhet/specnavigation/Erfaenheter/Fallstudier/fallstudie_001.htm)Sivu päivitetty 6 lokakuuta 2005. Stakes 2006. Stakes ja lääkeshoidon kehittämiskeskus Rohto: Potilas– ja lääkeshoidon turvallisuussanasto. Stakes 28. Valopaino Oy. Helsinki.

STM 2008. [online] Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:4. Miten potilasturvallisuutta edistetään: Kysely terveydenhuollon toimintayksiköille ja vanhainkodeille. [Viitattu 9.8.2009] Yliopistopaino, kustannus. Saatavilla [www-muodossa. < URL: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3805.pdf&title=Miten_potilasturvallisuutta_edistetaan__fi.pdf>](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3805.pdf&title=Miten_potilasturvallisuutta_edistetaan__fi.pdf)

STM 2009a. [online] Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohtia. [Viitattu 12.02.2009] Saatavilla [www-muodossa. <URL:](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3805.pdf&title=Miten_potilasturvallisuutta_edistetaan__fi.pdf)

<http://stm2.teamwareplaza.com/Resource.phx/hankk/hankt/potilasturvallisuus/index.htx.i724.pdf>>

STM 2009 b. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. [online] Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013. [Viitattu 12.02.2009] Sosiaali – ja terveysministeriön julkaisuja. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa.fi). <URL:http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf>.

Stokowski, Laura 2004. [online] Teaming Up for Safety. [Viitattu 25.02.2009] Saatavilla [www.muodossa](http://www.muodossa.fi) <URL:<http://www.medscape.com/viewarticle/481221>>

Stokowski, L 2007. Perioperative Nurses: Dedicated to a Safe Operating Room. Medscape Nurses. Nursing Perspectives.

Suikkanen, Anne 2008. Keskussairaalan lääkityspoikkeamat ja niihin yhteydessä olevat tekijät. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laiton. Kuopion yliopisto

Turunen, H - Partanen, P 2008. Potilasturvallisuuden ylläpitäminen ja edistäminen – läheltä piti -tilanteista ja virheistä systemaattisesti oppimalla. Hoitotiede Vol 20. nro 5, 291-292

Undre, Shabnam-Sevdalis, Nick - Healey, Andrew - Sir Ara Darzi -Vincent, Charles A 2006. Teamwork in the operating theatre: cohesion or confusion? Journal of Evaluation in Clinical Practice. Vol 12 Nro 2, 182–189. Blackwell Publishing Ltd

Uusi terveydenhuoltolaki. [online] Terveydenhuoltoryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008: 28. [Viitattu 05.08.2009] Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa.fi): URL< http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9404.pdf>

Vilkkä Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Tammi. Keuruu.

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

Virsiheimo, Tuula 2006. Hyviin käsiin - leikkaushoitajan tie vanhasta uuteen perioperatiivisuuteen. Spirium. Suomen anestesiasairaanhoitajat. Vol 41, nro 4, 27.

Wallin, Aulikki – Hallman Keiskoski, M 2003. Suomen lääkirilehti - Potilasturvallisuus nyt. Kokousseloste. 48 VSK 58, 4960

World Health Organization 2008. World Alliance for Patient Safety: WHO Guidelines for Safe Surgery (First Edition)

OSIO II

9. Mikä on teidän mielestäsi tärkein syy, miksi osastollanne sattuu virheitä? (Ympyröi yksi tärkein)

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1. Virheet lääkeannostelussa | 13. Henkilökunta epäpätevää |
| 2. Epäselvät määräykset/ ohjeet | 14. Ongelmia tiedonkulussa |
| 3. Potilaan hoitohistoria | 15. Ongelmat tietojärjestelmässä |
| 4. Ongelmat ihmissuhteissa | 16. Uudet työntekijät |
| 5. Henkilökunnan uupuminen | 17. Työympäristö |
| 6. Henkilökunnan motivaation puute | 18. Työvuorosunnittelu |
| 7. Melu | 19. Toimimattomat laitteet |
| 8. Uusien työntekijöiden puutteellinen ohjaaminen /
perehdytys | 20. Vaihtuvat tiimit |
| 9. Henkilökunnan sairauspoissaolot/loma-ajat | 21. Toiminta-ohjeiden puuttuminen |
| 10. Potilaan käyttäytyminen | 22. Epäselvät ohjeet |
| 11. Huono ilmapiiri | 23. Harvoin yhteisiä palavereita |
| 12. Johto/ Organisaatio | |

OSIO III

Rengasta sopiva vaihtoehto

- 1 = Täysin eri mieltä
2 = Jokseenkin eri mieltä
3 = En osaa sanoa
4 = Jokseenkin samaa mieltä
5 = Täysin samaa mieltä

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 10. Olen saanut tarpeeksi työpaikkakoulutusta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Minut on perehdytetty työhöni huolellisesti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Koen meillä kaikkien olevan päteviä työhönsä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

OSIO IV**Rengasta sopiva vaihtoehto**

1 = Täysin eri mieltä
 2 = Jokseenkin eri mieltä
 3 = En osaa sanoa
 4 = Jokseenkin samaa mieltä
 5 = Täysin samaa mieltä

13. Koen olevani hyvä tiimityöntekijä	1	2	3	4	5
14. Meille on muodostunut tiimeissä omat osaamisalueet	1	2	3	4	5
15. Tehtävien jako tiimeissä perustuu meillä todelliseen osaamiseen	1	2	3	4	5
16. Meidän tiimeissämme valitsee avoimuus	1	2	3	4	5
17. Arvostamme toistemme työtä	1	2	3	4	5
18. Lääkärit ja hoitajat työskentelevät osastollamme kuin hyvin koordinoitu tiimi	1	2	3	4	5
19. Uudet ja tuntemattomat työntekijät uhkaavat potilasturvallisuutta tiimityössämme	1	2	3	4	5
20. Vastavalmistuneella on valmiuksia työskennellä tasavertaisena tiimijäsenenä	1	2	3	4	5
21. Tiimien kokoonpanon muuttuminen uhkaa potilasturvallisuutta	1	2	3	4	5

OSIO V**Rengasta sopiva vaihtoehto**

1 = Täysin eri mieltä
 2 = Jokseenkin eri mieltä
 3 = En osaa sanoa
 4 = Jokseenkin samaa mieltä
 5 = Täysin samaa mieltä

22. Olen tehnyt virheitä	1	2	3	4	5
23. Olen huomannut muiden tekevän virheitä	1	2	3	4	5
24. Pelkään virheitä	1	2	3	4	5
25. Pystyn tunnistamaan seikkoja, jotka uhkaavat potilasturvallisuutta	1	2	3	4	5
26. Pystyn kertomaan avoimesti tekemistäni virheistä	1	2	3	4	5
27. Olen tietoinen potilasturvallisuuden työkalusta HaiPro	1	2	3	4	5
28. Olen saanut opastusta miten HaiPro käytännössä toimii	1	2	3	4	5
29. Olen itse tehnyt ilmoituksia potilasturvallisuutta uhkaavista tilanteista	1	2	3	4	5
30. Työyhteisömme ei rankaise virheitä	1	2	3	4	5
31. Työyhteisössämme kannustetaan ilmoittamaan virheistä ja läheltä piti -tilanteista	1	2	3	4	5
32. Työyhteisössämme käsittelemme virheet asiallisesti	1	2	3	4	5

OSIO VI

Kirjoita vastaus annetuille riveille

33. Mitkä asiat ovat mielestäsi uhka potilasturvallisuudelle leikkaussalissa?

34. Miten potilasturvallisuutta voitaisiin parantaa yksikössäsi?

35. Mistä asioista koostuu hyvä tiimi?

KIITOS VASTAUKSESTANNE !

FÖRFRÅGAN TILL OPERATIONSSJUKSKÖTARE

Patientsäkerheten i den intraoperativa vården

ID-KODEN _____ (fylls i av forskaren)

1.Kön: 1 Kvinna 2 Man

2. Hur länge har Ni jobbat på operationsavdelningen? _____

3. Annan arbetsfarenhet som sjukskötare _____

4. Vilka är Era arbetsuppgifter? 1 Anestesisjukskötare 2 Instrumentskötare

DEL I**Välj det alternativ som passar bäst****Svarsalternativ**

- 1 = Stämmer inte alls
 2 = Stämmer mindre bra
 3 = Vet inte
 4 = Stämmer bra
 5 = Stämmer mycket bra

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5. Bra kommunikation mellan teamets medlemmar är viktig för patientsäkerheten | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Bra preoperativ kunskap skulle förbättra patientsäkerheten | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Regelbundna möten mellan teamets medlemmar är viktiga för patientsäkerheten | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Tydliga anvisningar (muntliga och skriftliga) förebygger hotande situationer i teamarbetet | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

DEL II

9. Vad tror Ni är den viktigaste orsaken till att det händer fel och misstag på Er avdelning? (Välj bara ett alternativ)

1. Misstag i läkemedeldoseringen
2. Otydliga ordinationer
3. Patientens vårdhistoria
4. Problemen i människoförhållanden
5. Burn-out bland personalen
6. Bristande motivation bland personalen
7. Buller
10. Brister i handledningen eller arbetsintroduktionen av en ny medarbetare
9. Personalens sjukskrivningar/semesteriden
10. Patientens beteende
11. Dålig atmosfär
12. Organisation/ ledningen
13. Personalen är inkompetent
14. Brister i den skriftliga eller muntliga kommunikationen
15. Problem med datasystemet
16. Nya anställda
17. Arbetsmiljön
18. Arbetschemaplaneringen
19. Maskiner som inte fungerar
20. Ändringar i teamets sammansättning
21. Att det fattas en tydlig handlingsplan
22. Otydliga instruktioner
23. För sällan gemensamma möten

DEL III

Välj det alternativ som passar bäst! **Svarsalternativ**

- 1 = Stämmer inte alls
2 = Stämmer mindre bra
3 = Vet inte
4 = Stämmer bra
5 = Stämmer mycket bra

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 10. Jag har fått tillräckligt med arbetsplatsutbildning | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Jag har fått arbetsintroduktion | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Jag tror att alla medarbetare är kompetenta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

DEL IV**Välj det alternativ som passar bäst****Svarsalternativ :**

- 1 = Stämmer inte alls
 2 = Stämmer mindre bra
 3 = Vet inte
 4 = Stämmer bra
 5 = Stämmer mycket bra

13. Jag känner mig som en bra teamarbetare	1	2	3	4	5
14. Vi har egna kunskapsområden i våra team	1	2	3	4	5
15. Fördelning av arbetsuppgifter i teamen baserar sig på verklig kompetens	1	2	3	4	5
16. Det finns en öppen atmosfär i vårt team	1	2	3	4	5
17. Vi uppskattar varandras arbete	1	2	3	4	5
18. Läkarna och sköterskorna jobbar som ett välkoordinerat team	1	2	3	4	5
19. Nya och obekanta medarbetare påverkar patientsäkerheten i vårt team	1	2	3	4	5
20. Nyutexaminerade skötare har förmåga att arbeta som jämställda gruppmedlemmar	1	2	3	4	5
21. Ändringar i teamets sammansättning äventyrar patientsäkerheten	1	2	3	4	5

DEL V**Välj det alternativ som passar bäst****Svarsalternativ :**

- 1 = Stämmer inte alls
 2 = Stämmer mindre bra
 3 = Vet inte
 4 = Stämmer bra
 5 = Stämmer mycket bra

22. Jag har begått fel	1	2	3	4	5
23. Jag har sett andra begå fel	1	2	3	4	5
24. Jag är rädd för fel och misstag	1	2	3	4	5
25. Jag kan indentifiera faktorer som äventyrar patientsäkerheten	1	2	3	4	5
26. Jag kan berätta öppet om fel jag har begått	1	2	3	4	5
27. Jag känner till redskapet för patientsäkerheten HaiPro	1	2	3	4	5
28. Jag har fått handledning i hur Hai Pro fungerar i praktiken	1	2	3	4	5
29. Jag har själv också gjort anmälan om situationer som har äventyrat patientsäkerheten	1	2	3	4	5
30. Man straffas för fel i vår arbetsgemenskap	1	2	3	4	5
31. I vår arbetsgemenskap uppmuntras man att anmäla fel och hotande, nära ögat-situationer	1	2	3	4	5
32. I vår arbetsgemenskap behandlar vi misstag sakligt och objektivt	1	2	3	4	5

DEL VI

Skriv på raderna nedan!

33. Vilka faktorer äventyrar patientsäkerheten i operationssalen ?

34. Hur skulle man kunna förbättra patientsäkerheten i Er enhet?

35. Vilka faktorer beskriver ett bra team ?

Tack för Er medverkan

Hyvä leikkaussalihoitaja!

Opiskelen Vaasan ammattikorkeakoulussa ja valmistun sairaanhoitajaksi joulukuussa 2009. Suuntautumisvaihtoehtoni on perioperatiivinen hoitotyö. Teen opinnäytetyötutkimuksen potilasturvallisuudesta intraoperatiivisessa hoitotyössä ja toivoisin teidän osallistuvan tutkimukseen. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa potilasturvallisuuteen vaikuttavista tekijöistä.

Osallistuminen tutkimukseen merkitsee Teille vastaamista kyselylomakkeeseen. Kyselylomakkeen osioihin I - V (kysymykset 5 - 32) on annettu vastausvaihtoehdot valmiiksi. Tarkoituksena on, että vastaatte jokaiseen kysymykseen ympäröimällä omaa näkemystänne parhaiten vastaavan vaihtoehdon. Kyselomakkeen osiossa VI (kysymykset 33 - 35) on kolme avointa kysymystä. Voitte kirjoittaa vastauksenne annetuille viivoille. Kysymyksiin ei ole olemassa oikeita tai vääriä vastauksia. Kyselyyn vastaaminen kestää noin 10 - 15 min.

Vastauksenne on tärkeä, jotta saadaan luotettavia tuloksia. Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti. Yksittäinen vastaaja ei paljastu tuloksista. Tutkimusaineisto kerätään ainoastaan tutkimukseen, johon tämä saatekirje liittyy. Tutkimuksen valmistumisen jälkeen vastauslomakkeet hävitetään. Ohjaajani toimii yliopettaja Hanna-Leena Melender (puh 0207 663 610, sähköpostiosoite: hanna-leena.melender@puv.fi)

Täytetyn lomakkeen voitte palauttaa kahvihuoneessa olevaan palautuslaatikkoon. Kysely toteutetaan 7-18.8. 2009 välisenä aikana leikkausosastolla.

Vaasan ammattikorkeakoulu

Sosiaali-ja terveystieteiden osasto

Sairaanhoitaja-opiskelijat

Piia Sillanpää

e0600502@puv.fi

Ärade operationssjukskötare

Jag studerar till sjuksköterska vid Vasa yrkeshögskola och jag ska avlägga sjuksköterskeexamen i december 2009. Mitt inriktingsalternativ är perioperativ vård. Mitt slutarbete handlar om patientsäkerheten i den intraoperativa vården. Syftet med slutarbetet är att skaffa information som kan hjälpa till med att utveckla patientsäkerheten.

Ni kan delta i undersökningen genom att svara på frågorna i frågeformuläret. I delar I-V(5-32) finns det färdiga svarsalternativ. Meningen är att Ni väljer det alternativ som passar bäst. Del VI har tre öppna frågor (33-35).

Era svar är viktiga för att man ska få jämförbara och pålitliga resultat. Svaren behandlas konfidentiellt och Ni förblir anonym i undersökningen. Materialet som samlas in, används bara i den här undersökningen och kommer att förstöras sedan. Det tar ca 10- 15 minuter att svara på frågor. Min handledare är överlärare Hanna-Leena Melender (tel. 0207 663 610, e-postadress hanna-leena.melender@puv.fi)

Vasa yrkeshögskola

Hälsovård och det sociala området

Sjukskötarestudierande

Piia Sillanpää