

Tartu Ülikool
Meditsiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduse õppetool

Elis Kusma

**OPERATSIOONITOA MEESKONNALIHKMETE KOGEMUSED KIRURGILISE
OHUTUSE KONTROLLKAARDI KASUTAMISEGA: KVALITATIIVNE UURIMUS
TARTU ÜLIKOOLI KLIINIKUMIS**

Magistritöö

Tartu 2020

Põhijuhendaja: Ere Uibu, MSc (õendusteadus)

Kaasjuhendajad: Ulla Raid, MNSc (terviseteadus)

Jana Trolla, MSc (õendusteadus)

Retsensent: Jekaterina Demidenko, PhD (terviseteadus)

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendajate otsusega 7.05.2020. Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

Lihtlitsents magistritöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Elis Kusma

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose

OPERATSIOONITOA MEESKONNALIHKMETE KOGEMUSED KIRURGILISE OHUTUSE KONTROLLKAARTI KASUTAMISEGA: KVALITATIIVNE UURIMUS TARTU ÜLIKOOLI KLIINIKUMIS

mille juhendajad on, Ere Uibu, MSc, Ulla Raid, MNSc, Jana Trolla, MSc

reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks üks aasta pärast magistritöö kaitsmist Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Elis Kusma

Tartu, 14.05.2020

KOKKUVÕTE

Operatsioonitoa meeskonnaliikmete kogemused kirurgilise ohutuse kontrollkaardi kasutamisega: kvalitatiivne uurimus Tartu Ülikooli Kliinikumis

Kirurgilise ohutuse kontrollkaart on patsiendiohutuse ja ohutu kirurgia tagamiseks loodud töövahend, mis on maailmas kasutuses olnud üle kümne aasta. Uurimistööd kinnitavad, et kirurgilise ohutuse kontrollkaardi rakendamine kirurgias on ebaühtlane, mis tähendab, et seda ei ole kõikjal kasutusele võetud. Eesti tervishoius on kirurgilise ohutuse kontrollkaart uudne, kuna operatsioonitubades on seda kasutatud kuus aastat, mis on siiski piisav, et kasutamiskogemust uurida. Uurimistöö eesmärk oli kirjeldada Tartu Ülikooli Kliinikumi operatsioonitoa meeskonnaliikmete kogemusi kirurgilise ohutuse kontrollkaardi kasutamisega.

Käesolev töö on kvalitatiivne, empiiriline ja kirjeldav. Andmed koguti poolstruktureeritud intervjuudega, ajavahemikul september 2019 kuni veebruar 2020. Uuritavateks olid 17 Tartu Ülikooli Kliinikumi operatsioonitoa meeskonnaliiget. Andmeid koguti seni, kuni kolme viimase intervjuuga enam uut teavet ei lisandunud. Kõik intervjuud lindistati, saadud materjal transkribeeriti ning analüüsiti induktiivse sisuanalüüsi meetodil.

Uurimistöö tulemustest selgus, et operatsioonitoa meeskonnaliikmete kogemused saab jagada kolme kategooriasse: kirurgilise ohutuse kontrollkaardi rakendamist mõjutavad aspektid, kontrollkaardi rakendusjuhise eiramine ja kirurgilise ohutuse kontrollkaardi arendusvajadus. Operatsioonitoa meeskonnaliikmete kogemusi kirurgilise ohutuse kontrollkaardi rakendamisel mõjutavad kirurgilise ohutuse kontrollkaardi kasutamist soodustavad tegurid ja takistavad tegurid. Kirurgilise ohutuse kontrollkaardi rakendusjuhise eiramine on mõjutatud ravijuhendi eiramisest ja ravijuhendi rakendamise puudustest. Kirurgilise ohutuse kontrollkaardi arendusvajadus on mõjutatud võimalikest puudustest kirurgilise ohutuse kontrollkaardis ja kirurgilise ohutuse kontrollkaardiga seotud ebaselgustest.

Tulemustest saab järeldada, et operatsioonitoa meeskonnaliikmete kogemused sarnanevad mujal maailmas kirjeldatud kogemustele, rakendamise raskused on ühine nimetaja, mis sarnaseid kogemusi tekitab.

Märksõnad: patsiendiohutus, kirurgilise ohutuse kontrollkaart, kasutamise kogemus

SUMMARY

The experience of the members of the operating theatre team in the use of the surgical safety checklist: a qualitative study carried out in Tartu University Hospital

The Surgical Safety Checklist is a tool created in order to ensure patient safety and guarantee safe surgery and has been used in the world for more than ten years. Research confirm that the implementation of the Surgical Safety Checklist in surgery is inconsistent, which means that no common Surgical Safety Checklist has been implemented. The Surgical Safety Checklist is new in Estonian health care and it has been used in operating theatres for about six years, which, however, is adequate for carrying out a study concerning the experience of its use. The aim of the study is to describe the experience of the members of the operating theatre team of Tartu University Hospital in the use of the Surgical Safety Checklist.

The study is a qualitative, empirical and descriptive. The data is collected by semi-structured interviews carried out during the period from September 2019 until February 2020. The interviewees were 17 members of the operating theatre team of Tartu University Hospital. The data was collected until no new information was obtained within the last three interviews. All interviews are recorded, the material is transcribed and analysed on the basis of the inductive content analysis method.

The results of the study demonstrate that the experience of the members of the operating theatre team can be divided into three categories: the implementation of the Surgical Safety Checklist, the impact on the implementation of the Surgical Safety Checklist and the necessity for the development of the Surgical Safety Checklist. The experience of the members of the operating theatre team upon the implementation of the Surgical Safety Checklist has been influenced by the factors, which enhance and hinder the implementation of the Surgical Safety Checklist.

The impact on the implementation of the surgical safety checklist has influenced the consent subject to impact factors and the deficiencies of the implementation of the treatment guidelines. The necessity for the development of the Surgical Safety Checklist is influenced by possible deficiencies of the Surgical Safety Checklist and the obscure situation with the Surgical Safety Checklist.

Based on the results it may be deducted that the experience of the members of the operating theatre team is similar with the experience described in the rest of the world and the difficulties connected with the implementation have the same denominator, which creates such experience.

Keywords: patient safety, surgical safety checklist, experience of use

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

1. SISSEJUHATUS.....	5
2. KIRURGILISE OHUTUSE KONTROLLKAARDI OLEMUS JA SISU	7
3. KIRURGILISE OHUTUSE KONTROLLKAARDI KASUTAMISE KOGEMUSED VARASEMATES UURIMISTÖÖDES.....	9
3.1. Kirurgilise ohutuse kontrollkaart suhtlemise tõhustajana	9
3.2. Kirurgilise ohutuse kontrollkaart koostöö edendajana	10
3.3. Kirurgilise ohutuse kontrollkaardi täitmise soostumus ja korrektsus.....	11
3.4. Kirurgilise ohutuse kontrollkaarti praktikasse rakendamine ja koolitustegevus	12
4. METOODIKA.....	14
4.1. Metoodilised lähtekohad	14
4.2. Uuritavad	14
4.3. Andmete kogumine.....	15
4.4. Andmete analüüs	17
5. TULEMUSED.....	18
5.1. Kontrollkaarti kasutamiskogemused	18
5.2. Kontrollkaardi rakendamist mõjutavad aspektid.....	18
5.3. Kontrollkaardi rakendusjuhise eiramine.....	23
5.4. Kontrollkaardi arendusvajadus	24
6. ARUTELU	27
6.1. Olulisemad tulemused	27
6.2. Uurimistöö eetilised aspektid	31
6.3. Uurimistöö usaldusvärsus ja kitsaskohad	31
6.4. Uurimistulemuste rakendatavus ja ettepanekud edaspidisteks uurimistöödeks	32
7. JÄRELDUSED.....	34
KASUTATUD KIRJANDUS	36
Lisa 1. Poolstruktureeritud intervjuude kava	41
Lisa 2. Tartu Ülikooli inimuuringu eetika komitee koostöölaskus	43
Lisa 3. Üleskutse uuringus osalemiseks	45
Lisa 4. Uuritava informeerimise ja nõusoleku vorm.....	46

1. SISSEJUHATUS

Maailmas tehakse igal aastal rohkem kui 234 miljonit operatsiooni (Safe Surgery Save ...), Eestis ligikaudu 100 000 (Kirurgilise ohutuse kontrollkaardi ... 2015). Umbes 40% kahjujuhtumitest (*adverse event*), millest pooled oleks välditavad, toimub operatsioonitubades (Weiser jt 2008). Arenenud riikides läbi viidud uuringud näitavad, et tüsistusi esineb 3–16% kõikidest statsionaarsetest kirurgilistest protseduuridest. Arengumaades võib see olla kümme korda suurem (Safe Surgery Save ...).

Patsiendiohutuse kõige olulisem väljakutse on vältida kahju tegemist ravi ja hoolduse ajal. Selles protsessis võib aga tekkida olukordi, kus esineb tõrkeid, mis ilmnevad ebasobiva hooldusmeetodi valikul või sobiva hooldusmeetodi halval kasutamisel (Kim jt 2015). Patsiendiohutuse ja ohutu kirurgia tagamiseks on loodud erinevaid töövahendeid, üheks selliseks on kirurgilise ohutuse kontrollkaart (edaspidi tekstis: kontrollkaart). Kontrollkaart koosneb kontrollküsimustest, mis on suunatud operatsioonitoa meeskonnaliikmetele ning iga osa täitmise eest erineval ajahetkel vastutab kindel meeskonnaliige (Karjagin ja Raid 2015). Kontrollküsimuste põhimõtte on suurendada kirurgilise meeskonna töö järjepidevust, soodustada suhtluse, meeskonnatöö ja patsiendiohutuse kultuuri parendamist (Papaconstantinou jt 2013). Ravijuhendi formaadis kontrollkaart, mille eesmärk on anda tõenduspõhiseid soovitusi patsiendi tervist ja ravi kvaliteeti mõjutavate tegevuste kohta ning mis võimaldab analüüsida kontrollkaardi kasutamise tõenduspõhisust, on heaks kiidetud 2015. aastal (Karjagin ja Raid 2015, Kirurgilise ohutuse kontrollkaardi ... 2015).

Maailmas on kontrollkaarti kasutatud üle kümne aasta (Gillespie ja Marshall 2015) ning on teada, et kontrollkaardi kasutamine mõjub soodsalt meeskonnatööle, parandab suhtlemist ning seeläbi tekib patsientidel vähem tüsistusi ja väheneb haiglaajärgne suremus (Haynes jt 2009). Vaatamata tõenditele, mis toetavad kontrollkaardi kasutamise vajadust, on selle rakendamine haiglates ebaühtlane (Gillespie jt 2016, Jain jt 2018). Fourcade jt (2011) kirjeldavad oma uurimistöös mitmeid rakendamist takistavaid tõkkeid, mis on seotud soostumisega kontrollkaarti kasutada ja kontrollkaardi sisulise poole puudujääkidega. Uurimistöö autorid selgitavad, et tuvastatud tõkkeid võib selgitada kahe peamise põhjusega. Esimene puudutab töökorraldust. Kontrollkaardi rakendamise algusperioodil on vaja organisatoorseid korralduslikke muudatusi, selleks et kontrollkaardi rakendamine oleks edukas. Teine põhjus on seotud omavaheliste suhete ja kultuuriliste harjumustega kliinilises praktikas. Tervishoiutöötajate omavaheline suhtlus peab olema võrdväärne taotlema, et kontrollkaardi kasutamine oleks tõhus, kuid viidatud uurimistöö

järeldused osutavad sellele, et pigem on need hierarhilised. Lisaks mainivad Gillespie ja Marshall oma 2015. aasta uuringus, et kontrollkaardi tutvustamine kirurgias on toimunud ilma kontekstiprobleemide sünteesita ja rakendusliku teaduse raamistikuta.

Kontrollkaarti on Eesti operatsioonitubades kasutatud alla kümne aasta ning selle kasutamiskogemust on põhjust uurida, kuna kasutamiskogemuse teave aitab välja selgitada erinevad kasutamise asjaolud, et toetada kontrollkaardi rakendamist praktikas. Töö autorile teadaolevalt ei ole Eestis kontrollkaardi kasutamiskogemust põhjalikult uuritud ega ole teada operatsioonitoa meeskonnaliikmete kontrollkaardi kasutamiskogemus. Kasutamiskogemuse uurimine ühes piirkondlikus haiglas annab teavet sellest, kuidas on kontrollkaardi kasutamine kulgenud. Kogutud teave võimaldab teha ettepanekuid kontrollkaardi kasutamise soodustamiseks vajaliku koolituse kohta. Lisaks saab magistritöö tulemuste põhjal tõhustada kontrollkaardi rakendustegevusi ja täiendada koolitusmaterjale.

Eelnevast lähtudes oli uurimistöo eesmärk kirjeldada operatsioonitoa meeskonnaliikmete kogemusi kontrollkaardi kasutamisega Tartu Ülikooli Kliinikumis (edaspidi tekstis: TÜK). Uurimistöo eesmärgist ja valitud meetodist lähtuvalt kasutati andmete kogumisel poolstruktureeritud intervjuude kava, mille teemad puudutasid suhtlust, koostööd, soostumust ja rakendamist. Uuriija töötles andmeid induktiivselt ning lähenes kogutud materjalile avatult.

2. KIRURGILISE OHUTUSE KONTROLLKAARDI OLEMUS JA SISU

Kontrollkaart on universaalne tööriist (McGinlay jt 2015, Mafra ja Rodrigues 2018), mis on mõeldud patsiendiohutuse ja meeskonnatöö parandamiseks kirurgilise sekkumise ajal (Willassen jt 2018). See sisaldab olulist informatsiooni või tegevusi, mis muidu võivad ununeda, ning tagab operatsioonitoa meeskonnaliikmete õigeaegse ja järjepideva suhtlemise (Gillespie ja Marshall 2015). Kontrollkaardi, kui patsiendiohutus tööriista vajalikkus, avaldub selles, et eksimusjuhtumi vältimiseks on ülioluline tagada õige patsient, operatsioonikoht ja protseduur. Kontrollkaart suunab operatsioonitoa meeskonnaliikmed neid fakte kontrollima. (Haugen jt 2013.) Nimelt väheneb kontrollkaardi õigel kasutamisel võimalus eksimuste tekkeks, kuna patsiendi isiku ja plaanis oleva operatsiooni korduva kontrollimise tulemusena väheneb võimalus vale patsiendi opereerimiseks või valeks operatsiooniks (Kirurgilise ohutuse kontrollkaardi ... 2015). Kontrollkaardi vajalikkust ja väärtust näitab ka kirurgiliste tulemuste märgatav paranemine. Perioperatiivse suremuse tase, samuti tüsistuste esinemissagedus on vähenenud nii arenenud kui ka arengumaades kuni 35%. Samuti on paranenud antibiootikumprofülaktika nõuetelevastavus, mis omakorda vähendab haavainfektsioonide esinemissagedust. (Haynes jt 2009, McGinlay jt 2015.)

Kontrollkaart on operatsioonitoas kasutatav töövahend ning mõeldud operatsioonitoa meeskonnaliikmetele, kelleks on ravijuhendist lähtuvalt anesthesioloog, kirurg, operatsiooniõde ja anesteesiaõde. Kontrollkaart jaguneb kolmeks osaks, koosnedes 19 väitest ja küsimustest. Esimene osa täidetakse enne anesteesia induktsiooni ning täitmise eest vastutab anesthesioloog (Karjagin ja Raid 2015), selle peamine ülesanne on veenduda, et õige patsiendiga tehakse õige protseduur (Gillespie jt 2016). Teine osa täidetakse enne nahalõiget ja täitmise eest vastutab opereeriv kirurg (Karjagin ja Raid 2015) ning seda osa kontrollkaardist peetakse lõplikuks ohutuskontrolli etapiks, mille eesmärgiks on kinnitada eelneva etapi õigsust, enne kui tehakse nahalõige (Gillespie jt 2016). Kolmas osa täidetakse enne patsiendi lahkumist operatsioonitoast ning selle osa täitmise eest vastutab samuti opereeriv kirurg (Karjagin ja Raid 2015) ja selle põhieesmärk on kinnitada loendustulemuste õigsust, analüüside võtmist ning nende õiget märgistust (Gillespie jt 2016).

Operatsioonitoa meeskonnad koosnevad mitme ameti esindajast. Kontrollkaardi korrektne täitmine näeb ette, et igal eelnevalt mainitud kolmel etapil on kindel vastutaja ning enne protseduuri algust loetakse kontrollkaart kuuldavalt ette ja sel ajal katkestavad kõik meeskonnaliikmed tegevuse (Karjagin ja Raid 2015). Need meeskonnaliikmed, kes viibivad

operatsioonitoas, aga keda kontrollkaardi täitmise protsess otseselt ei puuduta, peaksid toimima samamoodi (Gillespie jt 2016, Jain jt 2018). Kuid alati seda ei tehta, põhjuseks on käimasoleva suhtluse ebaolulisus nende silmis, keda toiming otseselt ei puuduta ja isikliku hoiaku või meeskondliku hoiaku järgimine (Mafra ja Rodrigues 2018, Willassen jt 2018).

Kontrollkaart ühendab kõigis kolmes etapis nii tehnilisi tegevusi (pulssoksümeetri kasutamine, antibiootikumprofülaktika) kui ka mittetehnilisi tegevusi (operatsioonimeeskonna omavaheline tutvumine, protseduuri kinnitamine), mille peamine eesmärk on edendada meeskonnatöö, suhtluse ja situatsiooniteadlikkuse aspekte. Kontrollkaardi täitmist peetakse ka mittetehniliseks sekkumiseks, kuna selle täitmine viiakse läbi suuliselt ning selle eesmärk on luua operatsioonimeeskonna ühine teadmine, et patsiendiohutus protsessid viiakse lõpuni kõigis kolmes etapis. (Aveling jt 2013.) Ettenähtud viisil tegutsemine võimaldab kontrollkaardil täita oma põhieesmärgi ehk anda operatsioonitoa meeskonnale lihtne ja tõhus prioriteetsete kontrollide kogum patsiendiohutuse, tõhusa meeskonnatöö ning vaba suhtluse tagamiseks (Anwer jt 2016), mistõttu nimetatakse kontrollkaarti muuhulgas ka kvaliteedi- ja patsiendiohutus tööriistaks (Mayer jt 2016).

3. KIRURGILISE OHUTUSE KONTROLLKAARDI KASUTAMISE KOGEMUSED VARASEMATES UURIMISTÖÖDES

3.1. Kirurgilise ohutuse kontrollkaart suhtlemise tõhustajana

Suhtlemine meeskonnaliikmetega on patsiendiohutuse osa, mis on sageli tähelepanuta jäetud ning vead suhtlemisel on tervishoius enim levinud patsiendi ohustav käitumine. Näiteks võib ebapiisav suhtlus või info mittejõudmine õige inimeseni muuta operatsioonitoas olukorra kriitiliseks (Walker jt 2012). Mortazavinasiri jt (2019) väidavad, et kõige kasinamalt suheldakse anesteesia induktsiooni ja operatsiooni lõppemise perioodil, samas kui see etapp nõuab kõrgeimat ohutust ja vajab kõige täpsemat ja selgemat teavet. Kontrollkaardi kui patsiendiohutus tööriista põhimõtte on luua operatsioonitoa meeskonnaliikmete omavahelist suhtlemist edendav dialoog. Oluline on, et kõik meeskonnaliikmed suhtleks omavahel efektiivselt, selleks et ennetada välditavaid patsiendiohutusjuhtumeid nagu vale piirkonna kirurgia või sobimatu antibiootikumi manustamine või manustamata jätmine. (Walker jt 2012.) Kui vale piirkonna kirurgia on harvem juhtum, siis suhtlusvead on sagedased, neid tuleb ette iga 7–8 minuti tagant ja need mõjutavad kuni 30% sekkumistest operatsioonitubades. Samas on tõestatud, et kontrollkaardi kasutamine võib vähendada suhtlusest tulenevaid probleeme kuni poole võrra, kuna selle kasutamine julgustab meeskonnaliikmeid suhtlema ja teatama võimalikest probleemidest. (Pugel jt 2015, Willassen jt 2018.) On tõestatud, et meeskonnaliikmed, kes on omavahel tutvunud ning teavad üksteise nime ja ametit, on teadlikumad sellest, mida üksteiselt oodata seoses oskuste, vastutuse ja toimetulemisega kirurgiliste protseduuride ajal. Vabas keskkonnas on lihtsam suhelda, märgatud probleemidest teada anda, küsimusi esitada ning oma vigu tunnistada. Selline õhkkond edendab meeskonnas avatust ja usaldust. (Willassen jt 2018.)

Operatsioonitubades valitsev hierarhiline süsteem võib takistada vaba suhtlemist. Süsteemimuutus hierarhilises aspektis väljendub autoriteetsuse kaotamise tundes. Vastates kontrollkaardi täitmisel küsimustele, tunnetatakse seda justkui juhtpositsiooni kaotamisena (Jain jt 2018). Kui varem on kirurg pidanud ennast tähtsaimaks, siis arusaama muutus võib puudutada tema ego ja tekitada valehäbi või piinliku situatsiooni (Fudickar jt 2012). On esinenud suhtlemise ja käitumise episoodide, mida iseloomustab ükskõiksus ja ohutuskaardi naeruvääristamine selle täitmise ajal (Willassen jt 2018). Selgitades veel hierarhilisest vaatepunktist tekkivaid probleeme, siis mõned kirurgid ei ole valmis meeskonnatööks ning leiavad kontrollkaardi mittekasutamiseks vabanduse näiteks ajaraiskamises, kuigi kontrollkaardi kasutamist harjutanud meeskonnaliikmete puhul on see võimalik ära täita vähem kui kahe

minutiga (Fudickar jt 2012). Willassen jt (2018) selgitavad, et mõned kirurgid pole isegi teadlikud, et kontrollkaardi täitmine on osa operatsioonitoa rutiinist, nad kulutavad väärtuslikku aega selle vastu protesteerimisele ning täitmise järel kinnitavad, et see oli aeganõudev protsess ja olulisem on alustada operatsiooniga.

Ebaõige suhtumine tingib poolikult täidetud kontrollkaardi või mõne liikme puudumisel kaardi täitmise tema eest. Kontrollkaarti ei täideta üksi, teisi kaasamata ja kollegiaalseks aruteluks või infovahetuseks võimalust andmata. (Fudickar jt 2012.) Kontrollkaardi kasutamine annab võimaluse tõhusaks suhtlemiseks, võimaldades meeskonnaliikmetel jagada ootusi ning saada selget ja täpset teavet, vähendades sellega ohte ja tüsistusi (Mafra ja Rodrigues 2018). Vastutuse delegerimine patsiendiohutuse eest üksikvastutajalt kogu operatsioonitoa meeskonnale parandab tööalast rahulolu ja lisaks aitab määrata iga liikme rolli. Sellised kultuurilised muutused parendavad omavahelist suhtlust ning kuna koostöö on kriitiline faktor patsiendiohutuse ja teenusekvaliteedi seisukohalt, võib see kirurgias ära hoida surmaga lõppevaid juhtumeid ja tüsistusi. (Borchard jt 2012, Gillespie ja Marshall 2015, Sendlhofer jt 2015.)

3.2. Kirurgilise ohutuse kontrollkaart koostöö edendajana

Hea omavaheline suhtlus on sujuva koostöö aluseks. On teada, et operatsioonitoa meeskonnaliikmete koostöö on patsiendiohutuse tagamisel ja kvaliteetse teenuse osutamisel väga tähtis. Operatsioonitoas on patsient sõltuv sealse meeskonna liikmetest, mistõttu on oluline omavaheline suhtlus ja koostöö. Samas võib minimaalne suhtlus peegeldada suurepärasest koostööst, kus vahetatakse ainult paar sõna, mõistes üksteist täielikult. Sarnane käitumine võib suurendada riski operatsioonitoas, kuna oluline info võib kaduma minna (Fudickar jt 2012).

Willassen jt (2018) kirjeldavad, et on esinenud olukordi, kus koostöövalmidus sõltub isikust, lisades veel, et on situatsioone, kus kontrollkaart täidetakse monoloogi pidades või koostööd eirab terve meeskond. Selleks et koostöö oleks edukas, on meeskonnaliikmetel vaja tunda enda kuuluvust meeskonda. Kuuluvustunnet aitab suurendada hierarhilise kultuuri muutmine. Kvaliteetse ja ohutu tegevuse tagamiseks on vaja avatud suhtluskultuuri, mis kaotab hierarhilised piirid ja võimaldab meeskonnaliikmetel võrdselt osaleda.

Kontrollkaardi kasutamisel peaks meeskonnaliikmete vahel tekkima vaba jätkuv dialoog, kus iga liige saab ennast vabalt väljendada, olles sellega teistele eeskujuks. Kontrollkaart toob töö keskmesse koostöö kirurgias ja võib muuta operatsioonitoa meeskonnaliikmete

väärtushinnanguid. (Weiser ja Haynes 2018.) Anwer jt (2016) on oma auditis leidnud, et lühikesed infotunnid operatsioonitoas parandavad meeskonna koostööd, motivatsiooni, distsipliini ja vähendavad võimalikke eksimusi. Kontrollkaardi kasutamisel tekib infovahetuse hetk, mis omakorda suunab operatsioonitoa meeskonnaliikmeid koostööle ning pöörab tähelepanu patsiendiohutusele.

Willassen jt (2018) toovad oma uurimistöös välja, et operatsioonitoa meeskonnaliikmetel on arusaam, et kontrollkaarti täitmine on mõeldud meeskonda ühendavaks protseduuriks, seega meeskonnaliikmed tegelevad kontrollkaardi täitmisel teadlikult omavahelise suhtluse ja koostöö edendamisega. Lisades veel, et kui kontrollkaart on täidetud poolikult või jäetakse täitmata, siis nõrgestab see patsiendiohutust ja koostööl põhinevat meeskonnatööd.

3.3. Kirurgilise ohutuse kontrollkaardi täitmise soostumus ja korrektsus

Anwer jt (2016) on hinnanud kontrollkaardi täitmise soostumust auditeerides selle täitmist. Leides, et kontrollkaardi täitmise soostumus on madal, juhul kui esineb puudujääke kontrollkaardi täitmise täpsuses, ebajärjekindlas kasutamises ja väheses pühendumises. Puudujäägid väljenduvad muuhulgas selles, et kontrollkaardi väidete kastid on täidetud, kuid realselt pole kollegiaalset suhtlust toimunud või operatsioonitoa meeskonnaliikmete tutvustust ei viidud läbi, kuigi vastavasse kasti oli mäрге tehtud. Auditeerimiseks kasutatud andmeid koguti nelja aasta jooksul ning tulemused kirjeldavad, et kontrollkaardi täitmise soostumus tõusis iga aastaga, operatsioonipiirkonna infektsioonide tase langes igal aastal, samuti langes laparoskopiliselt tehtud koletsüstektomia operatsiooni piirkonna infektsioonide tase. Operatsioonipiirkonna ja poole markeerimises, suremuse tasemes ning kopsupõletike juhtumites nelja aasta vältel muutusi ei olnud. Audit selgitab, et kontrollkaart on tõhus patsiendiohutus töövahend tüsistuste vähendamisel ning selle tõhususe mõistmine parandaks kontrollkaardi täitmise soostumust.

Operatsioonitoa meeskonnaliikmed on tihti samaaegselt hõivatud muude tegevustega ega pööra tähelepanu kontrollkaardi täitmisele või puudub mõni liige sel ajal operatsioonisaalist üldse. On olukordi, kus teabe saamisele ei pöörata tähelepanu ja kontrollkaardi erinevaid osi täidetakse mistahes aegadel. Näiteks on täidetud kontrollkaardi viimane osa siis, kui operatsioon ei ole veel lõppenud, ja ka vastupidi, kontrollkaart täidetakse tagantjärele. (Anwer jt 2016.)

Kõige sagedamini jäetakse täitmata kontrollkaardi viimane osa, kuna protseduuri lõpp on kiire aeg kogu operatsioonitoa meeskonnale, toimub patsiendi äratamine, ajaline faktor pingestab ning tihti on vastutav kirurg juba operatsioonitoast lahkunud (Jain jt 2018). Veel enam, kontrollkaardi üldisest mõttest on vähe aru saadud. Enamik tervishoiutöötajaid ei näe kontrollkaarti meeskonna töövahendina patsiendiohutuse tagamiseks ja hõlbustamiseks, pigem näevad nad seda kui vastavusdokumenti, mille eest üksikisikud või meeskonnad vastutavad. Selgub veel, et vaatamata kontrollkaardi laialdasele kasutamisele, tunnevad mõned operatsioonitoa meeskonnaliikmed, et nad ise ning ka kaastöötajad hakkavad kontrollkaarti pilkama ja „linnukesi märkima“, selle asemel et aktiivselt kontrollkaardi täitmises osaleda. (Jain jt 2018, Wangoo jt 2018.)

Weiser ja Haynes (2018) väidavad, et kontrollkaardi kontseptsioon võib julgustada „kastikeste märkimist“ ilma tõelise tähelepanuta, suhtluseta ja protsessi üldistele aspektidele mõtlemata. Seetõttu esineb näiteid, kus kirurgilised tulemused oluliselt ei paranenud. Patsiendiohutuse ja operatsioonitoa meeskonnaliikmete vahelise tõhusa suhtlemise tagamiseks muudab kontrollkaart tervishoiutöötajate käitumisharjumusi. Uuringus leiti, et kontrollkaardi kasutajad peavad tagama, et seda kasutatakse eesmärgipäraselt, mitte lihtsalt mehhaanilisest harjumusest.

3.4. Kirurgilise ohutuse kontrollkaarti praktikasse rakendamine ja koolitustegevus

Operatsioonitoa meeskonnaliikmed vajavad kontrollkaardi kasutamiseks ja motivatsiooni säilimiseks pidevat koolitamist, treenimist ning kättesaadavate kirjalike juhendite ja õppevideote olemasolu (Fudickar jt 2012). On tõestatud, et ühekordsest kontrollkaardi tutvustamisest on vähe kasu. See nõuab korduvat ülevaatamist ning eduka rakendamise võtmesõnadeks on aktiivne juhtkond, institutsionaalne toetus ning pühendunud meeskond. (Mulroy 2012, Jain jt 2018.) Kõigi operatsioonitoa meeskonnaliikmete toetuse korral on tõenäoline, et kontrollkaardi kasutamine toob kaasa muudatusi patsiendiohutuses. Halb näide rakendamisel ja üks rakendumist takistavatest teguritest on juhtpositsioonidel olevad isikud ja kirurgid, kes ei võta ohutustööriista tõsiselt, väljendavad sellega teistele meeskonnaliikmetele üleolevat suhtumist ega paranda sellega omavahelist suhtlust. (Fourcade jt 2011, Fudickar jt 2012, Pugel jt 2015.)

Fourcade jt (2011) selgitavad oma uurimistöös, et kontrollkaardi rakendamine on vähene, kuna selle töösse lisamine võib olla raskendatud ja takistuseks võivad olla mitmed tegurid. Näiteks leiti, et ei tajuta kontrollkaardist tulenevat täiendavat kasu. Põhjenduseks on toodud kontrollkaardi täitmise ajakulu ja suur töökoormus, kuigi harjutanud meeskonna puhul on ohutuskart võimalik ära täita vähem kui kahe minutiga (Fudickar jt 2012). Lisaks võib kontroll-

kaardi täitmine põhjustada viivitusi, konflikte või ärevust patsientides, kuna nende identifitseerimine toimub mitmes erinevas etapis (Jain jt 2018).

Borchard jt (2012) ja Jain jt (2018) täheldasid, et kontrollkaardi paremaks rakendamiseks on vaja teha organisatoorseid muutusi, moodustada eestvedav ja juhendav meeskond, kes selgitab kontrollkaardi õiget kasutamist. Anwer jt (2016) ja Willassen jt (2018) mainivad sarnaselt, et kontrollkaardi kasutamise õpetamise, praktilise kasutamise ja õige juhtimisega saab ületada rakendustõkked. Weiser ja Haynes (2018) märgivad, et kui kontrollkaarti rakendatakse läbi-mõeldult ning konteksti mõistetakse, on kasutamise tulemused positiivsed, samas kui vigane rakendamine võib soodustada ohtlikku valeturvatunnet ja seeläbi muuta kontrollkaardi kasutamisest tuleneva positiivse efekti vastupidiseks (Anwer jt 2016).

4. METOODIKA

4.1. Metoodilised lähtekohad

Käesolev uurimistöö on kvalitatiivne, empiiriline ja kirjeldav. Kvalitatiivset meetodit kasutatakse inimeste uskumuste, käitumise (Savenye ja Robinson 2001), kogemuste, hoiakute ja koostoimimise uurimiseks (Pathak jt 2013) või kui uuritava nähtuse kohta on vähe teavet või puudub see üldse. Sellisel uurimismeetodil on võimalik koguda detailseid kirjeldusi uuritavatelt (Savenye ja Robinson 2001). Üks levinuim andmekogumise meetod on intervjuu, kus andmebaasi moodustavad sõnad, sõnaühendid või mõttetervikud, mis iseloomustavad uuritavat nähtust. (Savenye ja Robinson 2001, Elo ja Kyngäs 2008.)

Poolstruktureeritud intervjuus kasutatakse isiklike kogemuste kirjeldamiseks avatud vastustega küsimusi. Uuriija ning uuritava suhted on vähemformaalsed, sest andmete kogumine toimub vestluse vormis. See intervjuu tüüp võimaldab uurijal naasta mõne küsimuse juurde või esitada täiendavaid küsimusi. Sisuanalüüsil saadud kuvand uuritavast nähtusest on konkreetselt seotud kontekstiga, mistõttu on uurimistulemuste üldistamine piiratud. (White ja Marsh 2006.)

Kvalitatiivses uurimistöös, kus kasutatakse intervjuudest saadud andmeid, toimub enamasti andmete kogumine ja nende analüüs paralleelselt. Andmete analüüsiga alustatakse võimalikult vara, et säilitada tähelepanekuid, mida kasutada järgmistes intervjuudes. Uuritavate hulk loetakse piisavaks, kui tekib küllastumise efekt ehk andmebaasi ei lisandu enam uut teavet. (White ja Marsh 2006.) Teadaolevalt ei ole varem Eestis kontrollkaardi kasutamise kogemusi põhjalikult uuritud ning kuna töö autor soovis kirjeldada intervjuudega kogutud materjali, siis oli teabe kogumiseks sobivaim variant kvalitatiivne meetod. Töö autor kasutas uurimistöö läbiviimiseks poolstruktureeritud intervjuud, tuginedes intervjuu kava koostamisel varem tehtud uurimistöodele.

4.2. Uuritavad

Uuritavateks oli 17 SA Tartu Ülikooli Kliinikumi (TÜK) operatsioonitoa meeskonnaliiget. Esindatud olid kirurgid (4), anesthesioloogid (4), anesteesiaõed (4) ning operasiooniõed (5). Uuritavateks valiti need uuritavad, kuna TÜK operatsioonitoa meeskonnaliikmetel on mitmeaastane kogemus kontrollkaardi kasutamisel mida saab kirjeldada kvalitatiivsest

metoodikast lähtudes ning uurimiskeskonnas oli piisav arv potentsiaalseid võimalikke uuritavaid.

Uuritavate värbamiseks seati järgmised valikukriteeriumid: suutlikkus jagada oma kogemusi eesti keeles, kontrollkaardi kasutamise kogemus igapäevatoos ning nõusolek individuaalintervjuus osalemiseks. Selleks, et teada anda uuringus osalemise soovist, tuli uuritavatel kontakteeruda uurimistöö autoriga. Kõik kokkulepped tehti e-posti teel ning edasiselt kohtuti kokkulepitud ajal ja kohas.

4.3. Andmete kogumine

Uurimistöö andmed koguti poolstruktureeritud individuaalintervjuu meetodiga septembrist 2019 kuni veebruarini 2020. Kokku tehti 17 intervjuud. Ühe intervjuu läbiviimiseks kulus 10–25 minutit, keskmiselt 11 minutit. Pikim intervjuu kestis 25 minutit ja lühim kümme minutit. Tavaliselt peetakse poolstruktureeritud individuaalintervjuu kestuseks 30 minutit kuni tund aega (DiCicco-Bloom ja Crabtree 2006). Poolstruktureeritud intervjuu valiti seetõttu, et varem on mujal maailmas sarnase teema korral kasutatud sama metoodikat ning uurimistöö autori vähese intervjuueerimiskogemuse tõttu aitas poolstruktureeritud intervjuul kasutatav ettevalmistatud kava püsida plaanitud teema raames.

Intervjuukava struktuuri loomise aluseks oli kirjandusest saadud teave, millised teemad seondvalt kontrollkaardi kasutamisega enim esinevad. Nendeks on omavaheline suhtlus, koostöö, kontrollkaardi kasutamise soostumus ja selle rakendamine (Anwer jt 2016, Pancieri jt 2013, Fourcade jt 2011). Vastavalt poolstruktureeritud intervjuu kava ettevalmistamise metoodikale (Hofisi jt 2014, Tartu Ülikool Sotsiaalse ... 2015) koostati teemaplokid, mille alusel koostas uurimistöö autor intervjuukava (vt lisa 1) ning intervjuude läbiviimisel sõltusid küsimuste järjekord ja sõnastus intervjuueeritava teemaarendusest (DiCicco-Bloom ja Crabtree 2006, Turner 2010).

Enne andmete kogumist taotleti luba uurimistöö läbiviimiseks Tartu Ülikooli Kliinikumilt ja selle vastavatelt üksustelt ning uuring kooskõlastati Tartu Ülikooli inimuuringu eetika komitees (vt lisa 2). Pärast uurimisloa ja kooskõlastuse saamist pöördus uurimistöö autor üksuste poole palvega levitada uuritavate värbamiseks koostatud üleskutset nii paberandjal kui ka elektrooniliselt (vt lisa 3). Selleks saatis uurimistöö autor käimasolevast uuringust arstlikele juhtidele ning ülem- ja vanemõdedele meeldetuletuskirju kogu andmete kogumise perioodi

jooksul. Meeldetuletuskirju saadeti iga nädal kaks korda. Uurimiskeskondadele, millega oli kontakt loodud, üleskutset enam ei saadetud. Lisaks käis töö autor kolmel korral uurimistööd, selle eesmärgi ja andmete kogumist tutvustamas. Selleks, et kõigil potentsiaalsetel uuritavatel oleks võimalus uurimistöö autoriga soovi korral kontakteeruda ja oma osalemise soovist teada anda, jagas uurimistöö autor oma kontaktandmeid nii vahetutel kohtumistel kui ka uurimistöö üleskutse dokumendis.

Intervjuud viidi läbi tööruumidest eraldatud privaatses õppeklassis, mille uurija broneeris spetsiaalselt intervjuude jaoks. Intervjuude kellaeg ja kuupäev lepiti kokku e-kirja teel. Intervjuud lindistati diktofoniga ning vahetult enne intervjuu algust täpsustas uurimistöö autor veel üle, kas on tekkinud uurimistööga või selle korraldusega seonduvaid küsimusi. Seejärel allkirjastati uuritava informeerimise ning nõusoleku vorm (vt lisa 4) kahes eksemplaris.

Uurimistöö autor kogus andmeid isikustamata kujul. Mõistes, et uuritav võib olla kaudselt tuvastatav, siis selle võimaluse minimeerimiseks küsis meeskonnaliikmete ametinimetust vaid taustaandmeteks. Elo ja Kyngäs (2008) mainivad, et kvalitatiivses uurimistöös on keskmiselt uuritavate hulk 10–15 intervjuueeritavat. Arvulist piirangut intervjuudele ei olnud, kuid uurimistöö autor planeeris esmaseks uuritavate arvuks 20, kus erinevate erialade esindajad oleks planeeritud võrdselt ehk iga eriala esindaks vähemalt viis töötajat. Töö autor arvestas asjaoluga, et realselt ei pruugi võrdset tulemust saavutada. Intervjuueeritud operatsioonitoa meeskonnaliikmed jaotusid järgnevalt: kirurgid neli esindajat, anestezioloogid neli esindajat, anesteesiaõed neli esindajat ning operatsiooniõed viis esindajat. Esimene toimunud intervjuu loeti prooviintervjuuks ja kaasati valimisse. Prooviintervjuusse värbamine ja selle läbiviimine toimus samadel põhimõtetel kui põhiuurimusse kaasamine. Küllastumise efekt ilmnis 14 intervjuu järel. Töö autoril oli kokku lepitud lisaks veel kolm intervjuud, nende käigus uusi andmeid ei lisandunud, mistõttu lõpetati täiendavate andmete kogumine. Kogutud andmeid hoidis uurimistöö autor turvatud serveris tööarvutis. Arvutisse sisenemiseks kasutas töö autor ainult talle teadaolevat unikaalset parooli.

Kõik toimunud intervjuud transkribeeriti ning kogu transkriptsioon salvestati turvatud serveris tööarvutis, kuhu kõrvalistel isikutel ligipääs puudus. Andmed transkribeeriti toimunud intervjuuga samal päeval. Transkriptsiooniga paralleelselt toimus andmete analüüs. Helisalvestisi hoidis magistriltöö autor alles kuni analüüsi valmimiseni.

4.4. Andmete analüüs

Andmete analüüsiga alustati kohe pärast esimese intervjuu toimumist. Analüüsitava materjali oli kokku 61 A4 lehekülge, reavahega 1,5 ja tähesuurusega 12. Andmed analüüsiti induktiivse sisuanalüüsi meetodil. Elo ja Kyngäs (2008) kirjeldavad, et induktiivset sisuanalüüsi kasutatakse, kui nähtusele lähenemine on andmepõhine ehk puudub eelnev teooria või mudel või kui uuritava nähtuse kohta on eelnevalt vähe teadmisi või olemasolevad teadmised on killustunud. Induktiivne sisuanalüüs võimaldab väljakoornud mõtteid kategoriseerida ja kirjeldada sisu kõiki aspekte ning järeldused tehakse üksikult üldisele liikudes.

Esmalt kirjutati intervjuud diktofonilt ümber ning andmete analüüsi protsessis loeti materjal tekstiga tutvumiseks korduvalt läbi. Saadud andmestikku lihtsustati, määraes esmased analüüsiüksused. Selleks eraldati allajoonimise teel tekst, mis oli uurimistöö eesmärgiga kooskõlas. Seejärel alustati materjali organiseerimisega. Lihtsustatud väljendid ehk lausekatkendid koondati ühise nimetaja alla, mis nimetati substantiivseks koodiks. Järgnevalt andmestik rühmitati, lähedase tähendusega väljendid ühendati samasse kategooriasse ning sellele anti sisu kõige paremini kirjeldav nimetus. Selles etapis algas üldiste mõistete moodustamine ehk materjali sisu üldistati üksikjuhtumite põhjal. Andmete analüüsi jätkati samasisulisi alakategooriaid omavahel ühendades, kuni see oli sisu seisukohalt võimalik. Peale andmete kategoriseerimist loeti veel kord kogu andmestik läbi veendumaks, et kõik nähtust iseloomustavad väljendid oleks alakategooriates kirjas.

Tabel 1. Näide alakategooria moodustumise protsessist

Lihtsustatud väljend	Substantiivsed koodid	Alakategooria
„Osaliselt. Tähendab, kontrollkaarti täidetakse suures opiplokis, päevakirurgias ja ülejäänud kohad ei täida.“	Puudub ühtne kontrollkaardi kasutamine kõikides operatsioonitubades	Kontrollkaardi kasutamist takistavad tegurid

5. TULEMUSED

5.1. Kontrollkaarti kasutamiskogemused

Moodustus koos alakategooriat, mis koondusid kolmeks ülakategooriaks: 1) kontrollkaarti rakendamist mõjutavad aspektid, 2) kontrollkaardi rakendusjuhise eiramine, 3) kontrollkaardi arendusvajadus (vt tabel 2) ja moodustasid peakategooria operatsioonitoa meeskonnaliikmete kogemused kirurgilise ohutuse kontrollkaardi kasutamisega operatsioonitoas. Kontrollkaardi rakendamine tähendab kontrollkaardi kasutuselevõtmist ning sellega seonduvat koolitust. Kontrollkaart on suunatud operatsioonitoas töötavale meeskonnale ning on kasutusele võetud patsiendiohutuse edendamiseks. Kontrollkaardi rakendusjuhise eiramine väljendab ravijuhendi eiramist ja ravijuhendi rakendamise puuduseid. Kontrollkaarti arendusvajadus väljendab võimalikke puuduseid kontrollkaardis ning kontrollkaardiga seotud ebaselgusi.

Tabel 2. Operatsioonitoa meeskonnaliikmete kogemused kontrollkaardi kasutamisega

Alakategooria	Ülakategooria	Peakategooria
Kontrollkaardi kasutamist soodustavad tegurid	Kontrollkaarti rakendamist mõjutavad aspektid	Operatsioonitoa meeskonnaliikmete kogemused kirurgilise ohutuse kontrollkaardi kasutamisega operatsioonitoas
Kontrollkaardi kasutamist takistavad tegurid		
Ravijuhendi eiramine	Kontrollkaardi rakendusjuhise eiramine	
Ravijuhendi rakendamise puudused		
Võimalikud puudused kontrollkaardis	Kontrollkaardi arendusvajadus	
Kontrollkaardiga seotud ebaselgus		

5.2. Kontrollkaardi rakendamist mõjutavad aspektid

Kontrollkaarti rakendamist mõjutavaid aspekte iseloomustav ülakategooria moodustus kahest alakategooriast: 1) kontrollkaardi kasutamist soodustavad tegurid, 2) kontrollkaardi kasutamist takistavad tegurid (vt tabel 3).

Tabel 3. Kontrollkaardi rakendamist mõjutavaid aspekte kirjeldavad substantiivsed koodid ja alakategoriad

Substantiivne kood	Alakategooria	Ülakategooria
Oma initsiatiivi olemasolu	Kontrollkaardi kasutamist soodustavad tegurid	Kontrollkaarti rakendamist mõjutavad aspektid
Veendumus, et kontrollkaart edendab omavahelist suhtlemist		
Veendumus, koostöö muutuses positiivses suunas erinevate ametirühmade vahel		
Veendumus, et kontrollkaart on toetav infovahetuse töövahend		
Arusaam, et kontrollkaart sisaldab küsimusi, mida tavapäraselt patsiendilt ei küsi (nõusolek kirurgiaga)		
Veendumus, et kontrollkaart loob turvatunde, pakkudes mitmeetapilist kontrolli vigade vältimiseks		
Arusaam, et meeskonnaliikmed aktsepteerivad kontrollkaarti		
Arusaam, et esineb noorema põlvkonna huvi kontrollkaardi vastu		
Veendumus, et kontrollkaardi reeglipärane täitmine on patsiendiohutuseks vajalik		
Arusaam, et kontrollkaart on mõistetav, selle küsimused/väited on lihtsad ja õigustatud		
Veendumus, et kontrollkaart on oma ülesande täitnud		
Veendumus, et kontrollkaart on toimiv töövahend patsiendiohutuseks, selle kasutamise süsteem töötab		
Veendumus, et kontrollkaardi täitmine ei ole ajakulu		
Arusaam, et kontrollkaardi täitmine ei ole omavahelist suhtlust oluliselt mõjutanud	Kontrollkaardi kasutamist takistavad tegurid	
Veendumus, et kontrollkaart ei arenda dialoogi tekkimist		
Arusaam, et koostöö osas ei lisa kontrollkaart väärtust		
Veendumus, et kontrollkaart ei aita probleeme ennetada või avastada		
Veendumus, et kontrollkaardi täitmine on ajakulukas		
Arusaam, et kontrollkaardi täitmine on naeruvääriv, piinlikkust valmistav ja häbistav tegevus		
Veendumus, et esineb üleolevus kontrollkaardi suhtes (kommentaariid, sisu üle naljatlemine)		
Veendumus, et esinevad iroonilised ja mõnitavad väljendid kontrollkaardi täitmise ajal		
Puudub tahtmine kontrollkaarti täita		
Arvamus, et kontrollkaarti ei ole vaja täita		
Arusaam, et puudub ühtne kontrollkaardi kasutamine kõikides operatsioonitubades		

Alakategooria *kontrollkaardi kasutamist soodustavad tegurid* moodustus 13 substantiivsest koodist: 1) oma initsiatiivi olemasolu, 2) veendumus, et kontrollkaart edendab omavahelist

suhtlemist, 3) veendumus koostöö muutuses positiivses suunas, 4) veendumus, et kontrollkaart on toetav infovahetuse töövahend, 5) arusaam, et kontrollkaart sisaldab küsimusi, mida tavapärastelt patsiendilt ei küsi, 6) veendumus, et kontrollkaart loob turvatunde, pakkudes mitmeetapilist kontrolli vigade vältimiseks, 7) arusaam, et meeskonnaliikmed aktsepteerivad kontrollkaarti, 8) arusaam, et esineb noorema põlvkonna huvi kontrollkaardi vastu, 9) veendumus, et kontrollkaardi reeglipärane täitmine on patsiendiohutuseks vajalik, 10) kontrollkaart on mõistetav, selle küsimused/väited on lihtsad ja õigustatud, 11) veendumus, et kontrollkaart on oma ülesande täitnud, 12) veendumus, et kontrollkaarti on toimiv töövahend patsiendiohutuseks, selle kasutamise süsteem toimib, 13) veendumus, et kontrollkaardi täitmine ei ole ajakulu.

Operatsioonitoa meeskonnaliikmed on kogunud kontrollkaardi kasutamist soodustavaid tegureid. Meeskonnaliikmed leiavad, et oma initsiatiivi olemasolul edendab kontrollkaardi kasutamine omavahelist suhtlemist, mis mõjub koostööle positiivselt. Meeskonnaliikmed on veendunud, et kontrollkaart on toetav infovahetuse töövahend ning see sisaldab küsimusi, mida tavapärastelt patsiendilt ei küsitaks. Lisaks on meeskonnaliikmed veendunud, et kontrollkaart pakub mitmeetapilist kontrolli vigade vältimiseks ja loob sellega turvatunde.

„... ma just rõhutaks seda suhtlemise poolt, et kuna meil on nii suur töökollektiiv, siis meil on tihti probleemi üksteise nimedega ././ pluss veel, kui võis juhtuda niimoodi, et opitoas anesteesiapersonal ja opiõdede brigaad ei vahetanudki omavahel eriti sõnu, siis nüüd me suhtleme. Et see tegelikult on sellele meeskonnatööle kaasa aidanud“ (15)

„... Näiteks üks juhtum, patsiendi kontrollis tuli välja kumb jalg. Paberite järgi on üks jalg ja patsient väidab teist jalga, siis ma pöördun opiõdede poole, kes läheb ja uurib kirurgi käest. No selline nagu side on ja tuleb ka tagasiside, et kas on patsiendil õigus või meil. Ja oligi paberi peal vale.“ (8)

„... aga need küsimused, mis on kontrollkaardi peal, need ma esitan ja jah...selles mõttes ja, on võib-olla sellised küsimused, mida ma muidu ei küsiks. Näiteks see esimene küsimus, nõusolek kirurgiaga.“ (12)

„... See on üks lisapaber aga see paber liigub meil operatsioonitoas alguses anesteesia poole, pärast operatsiooni poole ja siis tuleb meile tagasi. Kuidas see meid ühendab, mitmeetapiline kontroll. Et ei oleks viga.“ (8)

„... Et see tekitab pigem praeguses olukorras siukse hea alguse, et kõik on kindel, kõik on positiivne, et me teame kes me oleme, kes meil laua peal on, et see tekitab turvatunnet, et siuke asi olemas on.“ (13)

Samuti on meeskonnaliikmetel arusaam, et ka teised meeskonnaliikmed aktsepteerivad kontrollkaarti, selle täitmist võtavad tõsisemalt nooremad operatsioonitoas töötavad meeskonnaliikmed. Meeskonnaliikmed on veendunud, et oluline on reeglipärane täitmine.

„... Mina arvan küll, mina ei ole kogenud, et keegi oleks öelnud, et ahh ei ole vaja täita. Iga kord on roheline kaart olnud ja kunagi ei ole mingisugust probleemi olnud, et keegi oleks öelnud, et ei ole vajadust seda täita, ... kõik aktsepteerivad seda.“ (13)

„... Tõsiselt võtab noorem põlvkond aga muidu kõik ...“ (16)

„... Kõigepealt alustamegi.. arst tuleb tuppa ././tutvustame algul siis milline on personal ././. Siis küsin, kas arst teab milline patsient on laua peal, ././kas anesteesia poolel on tehtud antibiootikumravi ././ ja kas operatsiooniõel on kõik instrumendid korras, instrumendid loetud ././ ja kui see on korras, siis ütlen, et kõik on korras, võime alustada.“ (13)

Meeskonnaliikmed on arusaamal, et kontrollkaart on mõistetav, selle küsimused on lihtsad ja õigustatud, seetõttu on meeskonnaliikmetel veendumus, et kontrollkaart oma ülesande täitnud. Lisaks on uuritavad veendunud, et kontrollkaart on toimiv töövahend, mille kasutamise süsteem töötab. Lisades veel, et kontrollkaarti täitmine ei ole ajakulu.

„... See kaart on üsna lihtne, selged küsimused, selged vastused././ ma arvan, et need küsimused on kõik õigustatud.“ (13)

„... Et see kontrollkaart on minu silmis oma ülesande täitnud. Nii nagu ta on, nii ta töötab ja sellest kontrollkaardist ei saagi midagi rohkemat välja pigistada.“ (15)

„... Toimiv töövahend. Praegu see süsteem nii hästi toimib.“ (9)

“... Tegelt ta ei ole ajakulu.. Et selles mõttes mingisugust ajakulu ta endast küll ei kujuta.“ (15)

Alakategooria **kontrollkaardi kasutamist takistavad tegurid** moodustus 11 substantiivsest koodist: 1) arusaam, et kontrollkaardi täitmine ei ole omavahelist suhtlust oluliselt mõjutanud, 2) veendumus, et kontrollkaart ei arenda dialoogi tekkimist, 3) arusaam, et koostöö osas ei lisa kontrollkaart väärtust, 4) veendumus, et kontrollkaart ei aita probleeme ennetada või avastada, 5) veendumus, et kontrollkaardi täitmine on ajakulukas, 6) arusaam, et kontrollkaardi täitmine on naeruväärne, piinlikust valmistav ja häbi tegev tegevus, 7) veendumus, et esineb üleolevus kontrollkaardi suhtes, 8) veendumus, et esinevad iroonilised ja mõnitavad väljendid kontrollkaardi täitmise ajal, 9) puudub tahtmine kontrollkaarti täita, 10) arvamus, et kontrollkaarti ei ole vaja täita, 11) puudub ühtne kontrollkaardi kasutamine kõikides operatsioonitubades.

Meeskonnaliikmed on arusaamal, et kontrollkaardi täitmine ei ole omavahelist suhtlust oluliselt mõjutanud ning esineb veendumus, et kontrollkaart ei arenda dialoogi tekkimist. Lisaks on operatsioonitoas töötavad meeskonnaliikmed arusaamal, et koostöö osas ei lisa kontrollkaart väärtust ning kontrollkaart ei ole aidanud probleeme ennetada või avastada. Samuti on meeskonnaliikmed veendunud, et kontrollkaarti täitmine on ajakulukas ning on arusaam, et kontrollkaardi täitmine on naeruväärne tegevus ning selle täitmine valmistab piinlikkust ja häbi.

„... Ma ei usu üldse, et see kuidagi suhtlemist mõjutab, see kontrollkaardi kasutamine.“(2)

„... minu puhul on see üldiselt ikkagi niimoodi, et see on suuresti monoloog. Loen ette, täpselt patsiendi nimi, mis on meil lõikusel plaanis teha, kui kaua see aega võtab, ütlen, et ootamatuid etappe ei oota, verekaotust ei eelda.“(1)

„... aga koostöö võõraste kirurgidega on näiteks tõesti ebameeldiv selles osas /../ hakkas küsima ja täitma või mis ma pean tegema ja siis ollakse nõmedad. Siis pole küll see koostöö mitte eriti normaalne.“(16)

„... Ja ikkagi neid asju juhtub, on see kaart või ei ole. Otseselt ma ei näe selle kasutegurit, kui paberi raiskamine ja inimeste emotsioonide raiskamine ja ajaraiskamine.“(16)

„... Päris paljud ei soovi seda teha, nad ütlevad, et see on mõttetu asi ja nad ei taha selle jaoks aega raisata.“(17)

„...see tundus nagu naeruväärne ja seda häbeneti teha ja on erialad, kus seda sisuliselt ei tehta praegugi /../ ja kõigil oli kuidagi häbi seda teha, nii piinlik oli, eriti mõnel isiksusel“(11)

Lisaks on meeskonnaliikmed veendunud, et esineb üleolevust kontrollkaardi suhtes, mis väljendub irooniliste ja mõnitavate väljendite kasutamist kontrollkaardi täitmise ajal. Selline käitumine on tekitanud olukorra, kus puudub tahtmine kontrollkaarti täita või kujunenud arvamuse, et kontrollkaarti ei ole vaja täita. Samuti on meeskonnaliikmed arusaamal, et puudub ühtne kontrollkaardi kasutamine kõikides operatsioonitubades.

„... Varieeruvus on ikka väga suur, on kolleege, kes suhtuvad sellesse nõ väga üleolevalt.“(4)

„... et eriti see, kas meeskond on omavahel tutvunud. Siis oli ka niimoodi, kes sina oled? Mina olen Potsataja ja mina olen Karupoeg Puhh ja kes on kes.“(9)

„... No mis veel .. täna kaks checklisti täitsin ja mõlemal korral kirurg ütleb, et need on nii nõmedad küsimused /../ Ebameeldiv, kui on minu kohustus läbi viia, siis ma pole huvitatud, et keegi hakkab seal nõmetsema.“(16)

„... Ma teeks ettepaneku, et seda lehte pole vaja teha.“(17)

„Osaliselt. Tähendab, kontrollkaarti täidetakse suures opiplokis, päevakirurgias ja ülejäänud kohad ei täida. Ütleme, et ma ei tea palju see protsentuaalselt tuleb aga see pole 100% hõlmav.“(5)

5.3. Kontrollkaardi rakendusjuhise eiramine

Kontrollkaardi rakendusjuhise eiramist iseloomustav ülakategooria moodustus kahest alakategooriast: 1) ravijuhendi eiramine, 2) ravijuhendi rakendamise puudused (vt tabel 4).

Tabel 4. Kontrollkaardi rakendusjuhise eiramist kirjeldavad substantiivsed koodid ja alakategooriad

Substantiivne kood	Alakategooria	Ülakategooria
Kontrollkaardi ettetäitmine	Ravijuhendi eiramine	Kontrollkaardi rakendusjuhise eiramine
Kontrollkaardi täitmise korra rikkumine operatsioonitoas		
Toimub kontrollkaardi mehhaaniline ja rutiinist täitmine		
Puudub järjepidev kontrollkaardi kasutamissopeetus	Ravijuhendi rakendamise puudused	
Puudub järjepidev tulemuslikkuse analüüs		
Puudub tagasiside kontrollkaardile märgitud märkuste kohta		

Alakategooria *ravijuhendi eiramine* moodustus kolmest substantiivsest koodist: 1) kontrollkaardi ettetäitmine, 2) kontrollkaardi täitmise korra rikkumine operatsioonitoas, 3) toimub kontrollkaardi mehhaaniline ja rutiinist täitmine.

Operatsioonitoas töötavad meeskonnaliikmed kirjeldasid, et ravijuhendi eiramist kirjeldavad kontrollkaardi ettetäitmine ja täitmise korra rikkumine operatsioonitoas. Lisaks toimub kontrollkaardi mehhaaniline ja rutiinist täitmine.

„... Aga on anesteesia poolelt, kus kontrollkaart täidetakse juba ettevalmistusruumis ära, et põhimõtteliselt rikutakse mõnikord osade inimeste poolt reegleid.“(5)

„... et kõik rivistatakse üles ja enne lõiget ei toimu, kui enne on kogu meeskond kohal ja kõik koos vastavad seal küsimustele, et me sellist asja ei tee.“(15)

„... teed seda nagu robot.. Et sa täidad selle ära ja ta on nii käe sees, et tihti peale ei mõtlegi.“(14)

„... Mõnes mõttes ikka tekib rutiin. Ikka tekib ././ ma arvan, et need on üsna rutiinsed vastused.. Pigem ma arvan, et ta on kujunenud „must“, inimesed ütlevadki sinna oma rutiinsed vastused, kui palju päriselt mõeldakse, seda tegelikult ma ei oska öelda.“(3)

Alakategooria *ravijuhendi rakendamise puudused* moodustus kolmest substantiivsest koodist: 1) puudub järjepidev kontrollkaardi kasutamiseõpetus, 2) puudub järjepidev tulemuslikkuse analüüs, 3) puudub tagasiside kontrollkaardile märgitud märkuste osas.

Meeskonnaliikmed väljendasid, et pärast kontrollkaardi kasutusele võtmist, puudub järjepidev kontrollkaardi kasutamiseõpetus. Samuti puudub järjepidev kontrollkaardi kasutamise tulemuslikkuse analüüs ning puudub tagasiside kontrollkaardile märgitud märkuste osas.

„... *Kui see tuli jah, eriti keegi ei ole midagi rääkinud. Et lihtsalt paber, täitke, palju õnne.. lihtsalt ongi öeldud, et selline paber. Põhjalikult ei ole, lihtsalt näidati ja palun väga.*“ (6)

„... *Ma ei ole ausalt öeldes kursis, mis selle kaardiga, kas neid kontrollitakse praegu, kauaks need alles jäävad?*“ (16)

„... *No ja siis tuleb noortelt kirurgidelt tagasiside, kui näiteks elektrinuga ei andnud ühendust, siis ta palub selle sinna roheline lehte panna kirja. Teada on, et see tagasiside ei tööta.*“ (16)

5.4. Kontrollkaardi arendusvajadus

Ülakategooria kontrollkaardi arendusvajadus iseloomustav moodustus kahest alakategooriast: 1) võimalikud puudused kontrollkaardis, 2) kontrollkaardiga seotud ebaselgus (vt tabel 5).

Tabel 5. Kontrollkaardi arendusvajaduse substantiivsed koodid ja alakategooriad

Substantiivne kood	Alakategooria	Ülakategooria
Puudub eriala spetsiifilisus	Võimalikud puudused kontrollkaardis	Kontrollkaardi arendusvajadus
Puudub kuupäeva märkimise võimalus		
Puudub koht kuhu märkida relevantsete või volitatud isikute kohalolu		
Puudub võimalus kinnitamata kehapoole kinnitamine		
Puudub võimalus vastata ravimite kontrolli teostusele korrektselt		
Puudub võimalus vastata operatsioonil eeldatavate etappide kohta korrektselt		
Puudub võimalus vastata verekaotuse kohta õigesti		
Puudub võimalus vastata operatsiooni eeldatava kestvuse kohta õigesti		
Puudub võimalus vastata tehnika töökorras oleku kohta õigesti		
Ebaselge markeerimata patsiendi edasine käsitus	Kontrollkaardiga seotud ebaselgus	
Ebaselgus kontrollkaardi edasise kasutamise osas		
Ebaselgus allkirjastamise vajalikkuses kontrollkaardi igas etapis		

Substantiivne kood	Alakategooria	Ülakategooria
Ebaselgus antibiootikumprofülaktika küsimuses		

Alakategooria **võimalikud puudused kontrollkaardis** moodustus üheksast substantiivsest koodist: 1) puudub eriala spetsiifilisus, 2) puudub kuupäeva märkimise võimalus, 3) puudub koht, kuhu märkida relevantsete või volitatud isikute kohalolu, 4) puudub võimalus kinnitamata kehapool kinnitamine, 5) puudub võimalus vastata ravimite kontrolli teostusele korrektselt, 6) puudub võimalus vastata operatsioonil eeldavate etappide kohta korrektselt, 7) puudub võimalus vastata verekaotuse kohta õigesti, 8) puudub võimalus vastata operatsiooni eeldatava kestvuse kohta õigesti, 9) puudub võimalus vastata tehnika töökorras oleku kohta õigesti.

Meeskonnaliikmed leidsid, et kontrollkaardis esinevad võimalikud puudused. Mainides veel, et kontrollkaardil puudub eriala spetsiifilisus, lisaks puudub võimalus märkida kuupäeva ning puudub koht kuhu märkida relevantsete või volitatud isikute kohaolu. Samuti mainisid meeskonnaliikmed, et puudub võimalus kinnitamata kehapool kinnitamine ning võimalus vastata ravimite kontrolli teostusele korrektselt. Lisaks puudub võimalus vastata operatsioonil eeldavate etappide kohta korrektselt ning puudub võimalus vastata verekaotuse kohta õigesti. Lisaks leidsid meeskonnaliikmed, et puudub võimalus vastata operatsiooni eeldatava kestvuse ning tehnika töökorras oleku kohta õigesti.

„... Ta võiks olla rohkem eriala spetsiifilisem. /.../ Ja samas võiks meie eriala juures olla eraldi küsimus kunstliku vereringe aparaadi kohta, millel on küll oma checklist mida täidetakse aga see küsimus võikski näiteks olla, kas selle vereringe checklist on täidetud /.../ et see poole märkimine või operatsiooni piirkonna märkimine on selline asi, mis meie puhul on täiesti mõttetu seal.“(1)

„... Mind häirib see, et seal ei ole kuupäeva.“(17)

„... fikseerida selline punkt, kui seda täideti, et need relevantset isikud kirurg, anestezioloog, operatsiooniõde, anesteesiaõde, et olid selle täitmise juures kohal või olid nende poolt volitatud isikud kohal.“(4)

„... Kui siia panen ei, siis siin peaks olema kas kehapool on kinnitatud.“(11)

„... Nohh see ravimite kontroll on lõpetatud. Sellest ma päris hästi ka ei ole.. mida ma seal kontrollida saan? Ega ma ei saa kontrollida päris lõpuni, mis seal süstaldes on ja nii edasi. Ravim on valmis võetud ja..“(12)

„... Et me alati ütleme ei ei aga tegelikult me ei tea seda. Me ei tea seda, kas me planeerime etappe või ei planeeri ja tegelikult ei tea me ka seda, mis see eeldatav verekaotus on.“(3)

„... Ja sama on siis selle operatsiooni kestvusega, keegi ei oska ka seda minuti pealt ennustada. Et seal on küsimus, et kas tehnika töötab, et noh 100% ei teagi enne, kas elektrinuga töötab, kui ta pole taha ühendatud.“(2)

Alakategooria kontrollkaardiga seotud **ebaselgus** moodustus neljast substantiivsest koodist: 1) ebaselge markeerimata patsienti edasine käsitus, 2) ebaselgus kontrollkaardi edasise kasutamise osas, 3) ebaselgus allkirjastamise vajalikkuses kontrollkaardi igas etapis, 4) ebaselgus antibiootikumprofülaktika küsimuses.

Meeskonnaliikmed kirjeldasid, et kontrollkaardi kasutamisel jääb ebaselgeks asjaolu, kuidas markeerimata patsienti edasi käsitleda ning lisaks tekitab ebaselgust kontrollkaardi edasise kasutamise asjaolu. Veel põhjustab uuritavates ebaselgust allkirjastamise vajalikkus kontrollkaardi igas etapis ja antibiootikumprofülaktika küsimus.

„... Ee et kas opereeritav kehapool on selge ja markeeritud? Et siin ei ole vastuse kohta ei.. Siin on soovitus jätta see .. ristid panemata. Aga mis see siis.. see tähendab seda, et me ei saa patsienti enne edasi menetleda, kui tuleb kirurg või jah..kes siis märgistab ära selle.“(12)

„... Mis tast edasi saab ma ausalt öeldes ei tea.“(12)

„... Miks ma pean mitu korda kinnitama seda, et ma vastutan oma töö eest..Miks ma pean seal iga löigu eraldi vastutust võtma.“(16)

„... Jah, kas on antibiootikumprofülaktika viimase 60 minuti jooksul tehtud. Eks ole. Mida mõelda silmas profülaktika? Kas see mida opitoas tehakse see Cefazolin või siis et kui patsiendil on see juba ravina peal?“(5)

6. ARUTELU

6.1. Olulisemad tulemused

Käesolevas töös selgub, et kontrollkaardi rakendamine on mõjutatud kontrollkaardi kasutamist soodustavatest teguritest ja kontrollkaardi kasutamist takistavatest teguritest. Kontrollkaardi kasutamist soodustavaks teguriks on oma initsiatiivi olemasolu, mille tulemusel edeneb omavaheline suhtlemine ja koostöö muutub positiivses suunas erinevate ametirühmade vahel. Seda toetab ka varasem kirjandus. Meeskonnaliikmed, kes tunnevad üksteist, vahetavad infot meelsamini ja julgemalt, sest omavahel on tekkinud vastastikune austus ning sellisel pinnal on koostöö mugavam (Ayabe jt 2017, Willassen jt 2018). Meeskonnaliikmete sõnul on omavaheline suhtlemine kontrollkaardi kasutamisega paranenud. Varasemalt võis esineda olukorda, kus operatsioonitoas protseduuri ajal suhtlesid omavahel ainult kirurg ja operatsiooniõde, siis kontrollkaardi kasutusele võtmise ajast on see muutunud. Meeskonnaliikmed mainisid, et nüüd suhtleb terve meeskond omavahel ja toonitati eraldi, et instrumentide, tampoonide ja lisavahendite loendustulemusi öeldakse valjult nii, et kõik on sellest teadlikud. Varasemalt oli see ainult operatsiooniõdede teadmises.

Selgub, et meeskonnaliikmed aktsepteerivad kontrollkaarti ja esineb noorema põlvkonna huvi kontrollkaardi vastu. Meeskonnaliikmed selgitasid, et noortele kolleegidele tutvustavad nende juhendajad kontrollkaarti, kui patsiendiohutus töövahendit, millest tekib harjumus seda täita. Siinkohal on kontrollkaardi reeglipärane täitmine oluline, kuna see on õpetuseks noortele kolleegidele, kes kujundavad oma hoiaku kontrollkaardi suhtes vanemate kolleegide eeskujul. Samuti tuleb noortele kolleegidele tutvustada kontrollkaardi eesmärki, et nad mõistaks selle panust patsiendiohutusse.

Meeskonnaliikmed peavad kontrollkaarti toetavaks infovahetuse töövahendiks, mis loob turvatunde, pakkudes mitmeetapilist kontrolli vigade vältimiseks. Meeskonnaliikmetele on oluline, et kontrollkaart sisaldab küsimusi, mida tavapäraselt patsiendilt ei küsiks. Eraldi toodi välja patsiendi poolt kinnitatud protseduur ja sellega nõusolek. Kontrollkaardi põhimõte on tagada õigele patsiendile õige protseduur ning seda meeskonnaliikmed kontrollkaardi kasutamisega tunnevad. Meeskonnaliikmed mainisid seda veendumusena, et kontrollkaart on oma ülesande täitnud ning on toimiv töövahend patsiendiohutuseks, mille kasutamise süsteem töötab. Kontrollkaarti kasutamist soodustavaks teguriks pidasid meeskonnaliikmed veel teadmist, et kontrollkaardi täitmine ei ole ajakulu, sama tõendab allikas, mis väidab, et

kontrollkaart on kokku harjutanud meeskonnal võimalik ära täita vähese ajaga (Pugel jt 2015). Ajaline faktor märgiti ära ka kontrollkaardi kasutamist takistava tegurina.

Meeskonnaliikmed on kontrollkaardi kasutamist takistavaid tegureid kogenud, kuna kontrollkaardi täitmine ei ole omavahelist suhtlust oluliselt mõjutanud, see ei arenda dialoogi tekkimist ning koostöö osas ei lisa kontrollkaart väärtust. Varasema läbiviidud uuringu tulemused kinnitavad, et kontrollkaarti tuleb täita meeskonnana, kuhu on kaasatud kõik operatsioonitoa meeskonnaliikmed. Olukorrad, kus kontrollkaarti täitmise ajal toimetatakse samaaegselt millegi muuga, kontrollkaart täidetakse monoloogina või kui kontrollkaarti täitmisel osaleb ainult paar meeskonnaliiget, ei täida kontrollkaardi eesmärki. (Willassen jt 2018.) Meeskonnaliikmed on kogenud olukordi, kus kirurg siseneb operatsioonituppa, märku andmata või loogilise algusega alustab kontrollkaarti täitmist monoloogi pidamisega. Arutelu puuduse tõttu jääb omavaheline suhtlus, dialoog ning meeskondlik koostöö saavutamata. Sarnasele arvamusele tulid ka Mafra ja Rodrigues oma 2018. aasta uurimuses, kus leiti, et kvaliteetse hoolduse ja ohutuse tagamiseks on vaja avatud suhtluskultuuri, mis võimaldaks meeskondadel suhelda ja säilitaks kasutamise motivatsiooni.

Takistava tegurina on meeskonnaliikmed kogenud, et kontrollkaart ei aita probleeme ennetada või neid avastada. Meeskonnaliikmetel on kogemus, kus kontrollkaart on operatsioonitoas täidetud, kuid siiski on tehtud viga. Seetõttu ei tunne meeskonnaliikmed, et kontrollkaart on „imevahend“, mis aitab probleeme ennetada või neid avastada. Uurimistulemustes selgus ka, et osadele operatsioonitoa meeskonnaliikmetele on kontrollkaardi täitmise hetk ebameeldiv. Selle täitmine on naeruväärstav, piinlikust valmistav ja häbistav tegevus. Sarnaseid kogemusi kirjeldavad ka Willassen jt (2018) ja Wangoo jt (2018) oma uurimistulemustes, väites, et kui kontrollkaarti ei aktsepteerita või selle täitmine on ebameeldiv, siis on ka töökeskkond sellest häiritud.

Takistavaid tegureid on meeskonnaliikmed kogenud ka üleoleva suhtumisena kontrollkaardi suhtes, irooniliste ja mõnitavate väljenditena. Kirjandus toob aga välja, et tuleks vältida kergemeelset või üleolevat suhtumist kontrollkaardi sisse (Karjagin ja Raid 2015). Meeskonnaliikmed väljendasid ühiselt, et selline käitumine tekitab ärritust ja kulutab realselt operatsioonitoas aega. Ka varasema läbiviidud uuringu tulemused ei erine käesoleva uurimistöö meeskonnaliikmete kogemustest, kus leiti, et kontrollkaardi mitteaktsepteerimisel kulutatakse asjatult aega ja selline tegevus on ärritav (Willassen jt 2018).

Sama ühiselt kinnitasid meeskonnaliikmed, et kontrollkaarti ei kasutata kõikides kliinikutes, kus üldanesteesia teenust pakutakse. Ravijuhend on aga andnud suuna kasutada kontrollkaarti kõikides operatsioonitubades patsiendiohutuse tagamiseks (Kirurgilise ohutuse kontrollkaardi...2015). Operatsioonitoa meeskonnaliikmed näevad probleemi selles, kuna puudub soovitatud ühtne kord. Tostes ja Galvão (2019) uuringu tulemustes tõuseb selgelt esile, et kontrollkaardi edukas rakendamine saab toimuda siis, kui kogu meeskonnaliikmete huvi ja soov on olemas. Lisaks on tarvis innustavat juhtimist, selgeid juhiseid, koostööd meeskonna liikmete vahel ja institutsionaalset tuge.

Käesolevas töös selgub, et toimub kontrollkaardi rakendusjuhise eiramine, mis on seotud ravijuhendi eiramisega ja ravijuhendi rakendamise puudustega. Meeskonnaliikmed on kogenud, et toimub kontrollkaardi ettetäitmine ning kontrollkaardi täitmise korra rikkumine operatsioonitoas. Meeskonnaliikmed kirjeldasid, et mõningatel juhtudel täidetakse kontrollkaart patsienti kaasamata ning operatsioonitoas ei toimu kontrollkaardi reeglipärasest täitmist. Selline käitumine ei täida kontrollkaardi eesmärki, milleks on patsiendiohutuse tagamine ja kollegiaalse suhtluse tekkimine, mis on koostöö aluseks. Fudickar jt (2012) leiavad samuti uurimistöös, et kontrollkaarti ei täideta üksi, teisi kaasamata ja kollegiaalseks aruteluks või infovahetuseks võimalust andmata.

Ravijuhendi eiramist on operatsioonitoa meeskonnaliikmed kogenud veel, mehhaanilise ja rutiinse kontrollkaardi täitmise näol. Pugel jt (2015) leiavad oma uurimistöös, et tekkinud rutiin võib aga olla ohtlik, kuna puudub pühendumus kontrollkaardi täitmisel ning vastuseid öeldakse süvenemata. Rutiini tekkimine on paratamatu, kuid kontrollkaardi korrektne kasutamine peaks rutiinist tekkivaid vigu aitama ära hoida. Tegelikult näitab selline käitumine seda, et ravijuhendi järgi tegutsemine on meeskonnaliikmete poolt eiratud, mille põhjus võib olla puudulikus koolituses või väheses tagasisides.

Meeskonnaliikmed on kogenud, et puudub järjepidev kontrollkaardi kasutamiseõpetus ning tulemuslikkuse analüüs. Need on ravijuhendi rakendamise puudused. Siinkohal kerkib probleem, mida toetab ka kirjandus, kui puudub jätkuv ülevaade kontrollkaardi kasutamisest, siis katkeb areng. Kontrollkaardi täitmise protsessist saab pidev ühtne rütm. Kaob tõsidus ja emotsioon. (Bliss jt 2012.)

Uurimistöö tulemustes väljendus kontrollkaardi arendusvajadus, mis on seotud võimalike puudustega kontrollkaardis ja kontrollkaardiga seotud ebaselgustega. Käesolevas uurimistöös

rääkisid operatsioonitoa meeskonnaliikmed erinevatest võimalikest puudustest, mida kontrollkaarti kasutades kogetud on. Võimalikud puudused esinevad enamasti kontrollkaardi küsimustes või väidetes. Karjagin ja Raid (2015) märgivad oma uurimistöös, et iga raviastutus või eriala võib kontrollkaarti kohandada vastavalt oma tööprotsessidele. Kui kontrollkaardis esineb selliseid küsimusi või väiteid, mis antud eriala puhul on segavad või nendele vastamine on raskendatud, siis on lubatud kontrollkaarti kohandada vastavaks. Meeskonnaliikmed mainisid mitmel korral, et verekaotuse ja operatsiooni eeldatava kestvuse kohta on kõige raskem vastata, kuna tihti selgub tõde alles peale nahalõike tegemist. Verekaotust ei oska keegi ennustada ning hetkel tuleb see kontrollkaardis märkida ml täpsusega. Samuti valmistab raskusi operatsiooni eeldatava kestvuse kohta vastamine, mis tuleb kontrollkaardi märkida arvestades tunde ja minuteid. Kui erialale vastavaid muudatusi on lubatud teha, siis ehk võiks igal erialal olla sobilike küsimuste ja väidetega kontrollkaart.

Meeskonnaliikmed rõhutasid ka kontrollkaardiga seotud ebaselguseid. Meeskonnaliikmetele on ebaselge markeerimata patsiendi edasine käsitus, kontrollkaardi edasine kasutamine, allkirjastamise vajalikkus kontrollkaardi igas etapis ja antibiootikumbrofülaktika küsimus. Meeskonnaliikmed rääkisid käesolevas töös, et on ebaselge, kaua ja kus kontrollkaarti säilitatakse ja mis sellest edasi saab. Samuti tekitab ebaselgust markeerimata patsiendi edasine menetlemine. Meeskonnaliikmetele on ebaselge, kuidas toimida markeerimata patsiendi puhul. Ühe võimalusena pakkusid meeskonnaliikmed, et tuleb oodata, kuni toimub markeerimine ja patsiendile narkoosi seni mitte anda. Teise võimalusena nägid meeskonnaliikmed mõtet anda patsiendile narkoosi ja markeerimine lõpetada hiljem. Pakuti ka varianti, et kohaldamata kehapoole markeerimise korral lisada kontrollkaardi teise etappi täpsustav küsimus, markeerimise toimumise kohta.

6.2. Uurimistöö eetilised aspektid

Ametirühmade esindatuse kirjeldamiseks küsiti intervjuueeritavateelt nende ametinimetust. Intervjuud transkribeeriti sõna-sõnalt töö autori poolt, teksti muutmata. Uuritavatele selgitati nii suuliselt kui ka kirjalikult, et nende osalemine uuringus on vabatahtlik ning osalemise nõusolekut on soovi korral võimalik kuni intervjuu lõpuni tagasi võtta. Seda võimalust ei kasutanud mitte ükski uuringus osalenu. Enne informeerimise ja nõusoleku vormi allkirjastamist küsiti uuritavateelt, kas on tekkinud täpsustavaid küsimusi uuringu või selle korralduse osas, vajadusel anti selgitusi.

Töö autor säilitab allkirjastatud informeerimise ja nõusoleku vorme töö juures lukustatavas kapis. Intervjuude transkribeeritud tekstidele on kodeeritud juurdepääs ainult uurijal. Peale magistr töö edukat kaitsmist ja tulemuste avaldamist kogu originaaldigimaterjal kustutatakse ja paberimaterjal hävitatakse paberihundis. Uurimistulemused tehakse üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu, üks aasta pärast magistr töö kaitsmist.

6.3. Uurimistöö usaldusväärsus ja kitsaskohad

Uurimistöö ettevalmistamisel on kasutatud teaduslikke allikaid, mille põhjal sai kogemuste uurimiseks valitud sobiv meetod, mis võimaldab sügavuti ja ulatuslikult teemat kirjeldada. Võrreldes kvantitatiivse uuringuga, võimaldab uurimistöö kvalitatiivne olemus kogemusi süvitsi uurida (DiCicco-Bloom ja Crabtree 2006). Poolstruktureeritud intervjuu haarab rohkem teavet, kui formaalselt struktureeritud intervjuu või küsitlusmeetod seda võimaldaks.

Töö tugevus seisneb selles, et uurimistöö teema on konkreetne ja selge ning selle uurimiseks kaasati ühe organisatsiooni operatsioonitoa meeskonnaliikmed, kellel on kuue aasta pikkune kontrollkaardi kasutamise kogemus. Tekkinud andmebaasist kasutati tsitaate, millest olid eemaldatud kohad, mis oleksid võimaldanud isikuid identifitseerida või mis oleksid reetnud osakonna, millele intervjuueeritav tekstis viitas. Uurimistöösse valiti tsitaadid, mis peegeldavad kategooriates kirjeldatud kõige paremini.

Uurimistöö plussina võib veel välja tuua asjaolu, et poolstruktureeritud intervjuu kava sisaldas avatud küsimusi. See võimaldas uuritavatel vastata nii, et väljendusid nii positiivsed kui ka

negatiivsed kogemused, avades teema erinevatest külgedest. Uuringus osalejaid ei mõjutatud mingil moel ning neid ei koormatud asjatult. Uurimistöö kirjutamise käigus oli töö autori ja juhendajate vahel tihe koostöö. Selle tulemusel on uurimistöös tehtud mitmeid täiendusi ja parandusi, mis võimaldas uurimistööl kujuneda ning lõplikult valmida.

Uurimistöö tugevusteks võib pidada ka selle praktilist vajadust kontrollkaardi kinnitatud ravijuhendi jaoks. Ravijuhendit on plaanis uuendada, kui on möödunud viis aastat selle kinnitamisest või kui ilmnevad uued asjakohased teadmised (Karjagin ja Raid 2015). Antud uurimistöö avaldamise ajaks on ravijuhendi uuendamise aeg käes ning vajadusel on võimalik uurimistöö tulemusi ravijuhendi uuendamisel kasutada.

Töö autor peab kitsaskohaks fakti, et uurimiskeskonnaks oli valitud vaid SA Tartu Ülikooli Kliinikum. See väljendub kitsaskohana, kuna uurimistulemustes kajastub vaid ühe organisatsiooni kogemus. Töö autoril ei olnud plaanis esitada uurimistulemusi võrdlusena, seetõttu piirdus vaid ühe piirkondliku haigla tervishoiutöötajate kogemustega.

Kitsaskohaks võib lugeda ka asjaolu, et uurimistöö autor töötab SA Tartu Ülikooli Kliinikumi Silmakliinikus ning puutub ühe osaga operatsioonitoa meeskonnaliikmetest kokku. Vaatamata sellele puuduvad sõprussuhted ning kohtutakse ainult tööruumides töö tegemise eesmärgil. Töö autor mõtles asjaolule, et ilma uurija taustaandmeid uurimata võib uuritav intervjuul kohtudes üllatuda ja ennast ebamugavalt tunda ning seetõttu mitte nii avatud olla intervjuud andes. Selle probleemi ennetamiseks tutvustas töö autor ennast uurimistööd tutvustaval koosolekul ning mainis fakti, et on kliinikumi töötaja.

6.4. Uurimistulemuste rakendatavus ja ettepanekud edaspidisteks uurimistöödeks

Käesolev uurimistöö keskendus operatsioonitoa meeskonnaliikmete kogemustele kontrollkaardi kasutamisega. Uurimistulemused näitavad, et uuritavatel on kõige rohkem kogemusi kontrollkaardi rakendamist mõjutavate aspektide, kontrollkaardi rakendusjuhise eiramise ja kontrollkaardi arendusvajaduse kohta. Uurimistulemustest saadud teave selgitab, et kontrollkaardi rakendamist mõjutavad soodustavad ja takistavad tegurid. Selgunud tulemuste põhjal on võimalus tõhustada kontrollkaardi rakendustegevusi ja täiendada selle alaseid koolitusmaterjale.

Uurimistulemustest selgus, et kontrollkaardi rakendusjuhise eiramine on seotud ravijuhendi eiramise ja ravijuhendi rakendamise puudustega. Tulemused selgitavad, et ravijuhendi järgi tegutsemine on meeskonnaliikmete poolt eiratud, lisaks esinevad ravijuhendi rakendamise puudused. Uurimistulemusi on võimalik rakendada, tähtsustades ja tuues esile ravijuhendist kinnipidamise olulisust ja parendades ravijuhendi rakendamise võtteid.

Uurimistulemused näitavad, et kontrollkaardi arendusvajadus on suunatud võimalikele puudustele kontrollkaardis ja kontrollkaardiga seotud ebaselgusele. Võimalikud puudused kontrollkaardis, kirjeldavad neid puuduseid, mida kontrollkaardi võimalikul arendamisel peab arvesse võtma. Uurimistulemusi saab rakendada kontrollkaardi võimalikul parendamise etapil.

Ettepanekud edaspidisteks uurimistöödeks:

- 1) Antud uurimistöös selgusid teemad, mis kogemustena enim esile tulid. Edaspidistes uurimistöodes võiksid uurijad keskenduda ühele konkreetsele teemavaldkonnale, et veelgi täpsemat teavet saada.
- 2) Teemat oleks kasulik uurida kõrvutades kontrollkaarti kasutajate suhtumist, soostumuse ja kontrollkaardi tulemustega seonduvalt.
- 3) Teemat oleks kasulik uurida ka kvantitatiivselt, rohkem uuritavaid kaasates ning erinevate erialade esindajate seisukohti kõrvutades.
- 4) Käesoleva töö tulemused kajastavad ühe piirkondliku haigla operatsioonitoas töötava meeskonnaliikmete kogemusi, edaspidistes uurimistöodes võiks uurijad kasutada ka teisi uurimiskeskondi.

7. JÄRELDUSED

Käesolev magistritöö pakub kvalitatiivset teavet operatsioonitoa meeskonnaliikmete kogemustest kontrollkaardi kasutamisega. Uurimistulemustes avaldus kokkulangevusi varasemalt teostatud töödega, kuid ilmnis ka uutset teavet, mida töö autor teema kohta olemaolevast teabest ei leidnud.

Sarnaselt varasematele uurimustele on ka käesoleva uurimistöö uuritavad kogenud kontrollkaarti rakendamise takistusi. Meeskonnaliikmete kogemustest ilmneb teatav veendumus, et kontrollkaardi täitmine on ajakulukas ning see on naeruvääriv, piinlikust valmistav ja häbistav tegevus. Lisaks esineb üleolevus kontrollkaardi suhtes, esinevad iroonilised ja mõnitavad väljendid kontrollkaardi täitmise ajal ja puudub tahtmine kontrollkaarti täita. Uudsenä selgus, et kontrollkaardi täitmine ei ole omavahelist suhtlust oluliselt mõjutanud, varasem teave mainib ainult suhtlusvigasid. Samuti esineb veendumus, et kontrollkaart ei arenda dialoogi tekkimist ning arusaam, et kontrollkaart ei lisa koostöö osas väärtust ja kontrollkaart ei aita probleeme ennetada või avastada. Võrreldes varasemate uurimustega on kogetud ka kontrollkaardi kasutamist soodustavaid tegureid. Meeskonnaliikmete kogemused kinnitavad varasemat teavet, et kontrollkaardi kasutamisel edeneb omavaheline suhtlemine, erinevate ametirühmade vahel esineb koostöö muutus positiivses suunas, kontrollkaart on toetav infovahetuse töövahend ja loob turvatunde. Uudsenä lisandus noorema põlvkonna huvi kontrollkaardi vastu, kontrollkaardi mõistetavus ning selle küsimuste lihtsus ja õigustatus.

Kontrollkaardi rakendusjuhise eiramine on seotud ravijuhendi eiramisega ja ravijuhendi rakendamise puudustega. Operatsioonitoa meeskonnaliikmete kogemustest selgus, et mõlemad alakategooriad näitavad puudusi, mis puudutavad ravijuhendi, kui soovitusi andva dokumendi eiramises. Uurimistulemused ühtivad varasema teabega, kus kinnitust leiavad meeskonnaliikmete kogemused, kontrollkaardi korrektse täitmise korra rikkumises. Samuti ühtisid varasemate uurimistulemustega meeskonnaliikmete kogemused ravijuhendi rakendamise puudustes. Kogemused selgitavad, et puudub järjepidev kontrollkaardi kasutamissooetus ja tulemuslikkuse analüüs. Võrreldes varasemate uurimistöödega sai kinnitust fakt, et kontrollkaardi kasutuselevõtmisele peab järgnema järjepidev kasutamissooetus ja tulemuslikkuse analüüs, vastasel juhul saadab kontrollkaardi rakendamist vähene edu.

Sarnaselt varasematele uurimistöödele leidis kinnitust kontrollkaardi arenduse vajalikkus. Meeskonnaliikmed nimetasid võimalike puudustena kontrollkaardis eriala spetsiifilisuse puuduse

ehk puuduvad täpsustused, tulenevalt konkreetsest operatsioonitoa eripärast. Nimetati veel erinevaid võimalikke puudusi, mis puudutavad kontrollkaardi väiteid, mis aga vajavad läbi arutamist ja veendumist, kas neid kõiki nimetatud puudusi on muudatustena vaja. Meeskonnaliikmete poolt väljatoodud kontrollkaardiga seotud ebaselgused said kinnitust varasemalt selgunud teabega. Meeskonnaliikmed kogevad ebaselgust mis on seotud kontrollkaardiga. Infopuudus on ka varasemates uurimistöo tulemustes esinenud ning sealjuures viidatakse vähesele selgitustööle.

Eelnimetatud kategooriad on kontrollkaarti kasutamise ja selle tegevuse jätkamise alustalad ning vajavad järjepidevat pühendunud tööd. Kõikide nimetatud ülakategooriate toimimiseks on vaja kontrollkaardiga ja sellega seonduvate tegevustega tegelevat meeskonda. Selleks, et kontrollkaardi rakendamine oleks edukas, mõju kontrollkaardi rakendamisele oleks positiivne, kus ravijuhendi järgimine ja selle rakendamine toimiks ning kontrollkaardi arendusvajadustega tegeletaks on vaja kontrollkaarti eestvedavat meeskonda.

KASUTATUD KIRJANDUS

Anwer, M., Manzoor, S., Muneer, N., Qureshi, S. (2016). Compliance and effectiveness of WHO Surgical Safety Check list: A JPMC Audit. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(4): 1-5.

Aveling, E. L., McCulloch, P., Dixon-Woods, M. (2013). A qualitative study comparing experiences of the surgical safety checklist in hospitals in high-income and low-income countries. *British Medical Journal Open*, 3: 1-10.

Ayabe, T., Shinpuku, G., Tomita, M., Nakamura, S., Yokoyama, E., Shimizu, S., Okumura, M., Itai, K., Tsuneyoshi, I., Takeshima, H., Nakamura, K. (2017). Changes in Safety Attitude and Improvement of Multidisciplinary Teamwork by Implementation of the WHO Surgical Safety Checklist in University Hospital. *Open Journal of Safety Science and Technology*, 7: 22-41.

Bliss, L. A., Ross-Richardson, B. C., Sanzari, L. J., Shapiro, D. S., Lukianoff, A. E., Bernstein, B. A., Ellner, S. J. (2012). Thirty-Day Outcomes Support Implementation of a Surgical Safety Checklist. *Journal of the American College of Surgeons*, 215: 766-776.

Borchard, A., Schwappach, D. L. B., Babir, A., Bezzol, P. (2012). A Systematic Review of the Effectiveness, Compliance, and Critical Factors for Implementation of safety Checklists in Surgery. *Annals of Surgery*, 256(6): 925-933.

Dhrampal, N., Cameron, C., Dixon, E., Ghali, W., Q, L.M. (2016). Attitudes and beliefs about the surgical safety checklist: Just another tick box? *Canadian Journal of Surgery*, 59(4): 268-275.

Dicicco-Bloom, B., Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40: 314-321.

Elo, S., Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 62(1): 107-115.

Fudickar, A., Hörle, K., Wiltfang, J., Bein, B. (2012). The Effect of the WHO Surgical Safety Checklist on Complication Rate and Communication. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(42): 695-701.

Fourcade, A., Blache, J-L., Grenier, C., Bourgain, J-L., Minvielle, E. (2011). Barriers to staff adoption of a safety checklist. *British Medical Journal Quality & Safety*, 21: 191-197.

Gillespie, B. M., Marshall, A. (2015). Implementation of safety checklist in surgery: a realist synthesis of evidence. *Implementation Science*, 10(137): 1-14.

Gillespie, B. M., Marshall, A.P., Gardiner, T., Lavine, J., Withers, T. (2016). Impact of workflow on the use of the Surgical Safety Checklist: a qualitative study. *The Australian and New Zealand Journal of Surgery*, 86: 864-867.

Gillespie, B.M., Withers, T. K., Lavin, J., Gardiner, T., Marshall, A. P. (2016). Factors that drive team participation in surgical safety checks: a prospective study. *Patient Safety in Surgery*, 10(3): 1-9.

Haugen, A. S., Murugesu, S., Haaverstad, R., Eide, G. E., SØfteland, E. (2013). A survey of surgical team members' perceptions of near misses and attitudes towards Time Out protocols. *BioMed Central Surgery*, 13(46): 1-7.

Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A-H. S., Patchen, D. E., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P. L., Lapitan, M. C. M., Merry, A. F., Moorhy, K., Reznick, R. K., Taylor, B., Gawande, A. A. (2009). A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *The New England Journal of Medicine*, 360(5): 491-499.

Hofisi, C., Hofisi, M., Mago, S. (2014). Critiquing Interviewing as a Data Collection Method. *Mediterranean Journal of Social Science*, 5(16): 60-64.

Jain, D., Sharma, R., Reddy, S. (2018). WHO safe surgery checklist: Barriers to universal acceptance. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*, 34: 7-10.

Karjagin, J., Raid, U. (2015). Kirurgilise ohutuse kontrollkaardi (KOK) kasutamine operatsioonitubades. *Eesti Arst*, 94: 498-500.

Kim, F.J., Silva, R. D., Gustafson, D., Nogueira, L., Harlin, T., Paul, D. L. (2015). Current issues in patient safety in surgery: a review. *BioMed Central Surgery*, 9(26): 1-9.

Kirurgilise ohutuse kontrollkaardi kasutamise operatsioonitubades, RJ-Z/5.1-2015. Ravijuhendite nõukoda. <https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/8/kirurgilise-ohutuse-kontrollkaardi-kasutamise-operatsioonitubades#toc8> (10.11.2018)

Mafra, C. R., Rodrigues, S. M. C. (2018). Surgical safety checklist: An integrative review of the benefits and importance. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 10(1): 268-275.

Mayer, E. K., Sevdalis, N., Rout, S., Caris, J., Russ, S., Mansell, J., Davies, R., Skapinakis, P., Vincent, C., Athanasiou, T., Moorthy, K., Darzi, A. (2016). Surgical Checklist Implementation Project: The Impact of Variable WHO Checklist Compliance on Risk-adjusted Clinical Outcomes After National Implementation. *Annals of Surgery*, 263(1): 58-63.

McGinlay, D., Moore, D., Mironescu, A. (2015). A prospective observational assessment of Surgical Safety Checklist use in Brasov Children's Hospital, barriers to implementation and methods to improve compliance. *Romanian Journal of Anaesthesia and Intensive Care*, 22: 111-121.

Mortazavinasiri, M., Zarankesh, S. M., Fesharaki, M. (2019). Analyzing Communication Patterns of Surgical Team Members Based on the Surgical Safety Checklist in the Operation Room. *Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 8(1): 1-5.

Mulroy, M. (2012). Checklists, Briefings, and Operating Room Safety. *Advances in Anesthesia*, 30: 155-169.

Pancieri, A. P., Santos, B. P., Avila, M. A. G., Braga, E. M. (2013). Safe surgery checklist: analysis of the safety and communication of teams from a teaching hospital. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1): 71-78.

Papaconstantinou, H. T., Jo, C., Reznik, S. I., Smythe, W. R., Webhe-Janek, H. (2013). Implementation of a Surgical Safety Checklist: Impact on Surgical Team Perspectives. *The Ochsner Journal*, 13: 299-309.

Pathak, V., Jena, B., Kalra, S. (2013). Qualitative research. *Perspectives in Clinical Research*, 4(3): 1-4.

Pugel, A. E., Simianu, V. V., Flum, D. R., Patchen T. E. (2015). Use of the Surgical Safety Checklist to Improve Communication and Reduce Complications. *Journal of Infection and Public Health*, 8(3): 219-225.

Safe Surgery Save Lives. World Health Organization. United States of America. https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf (13.04.2020)

Savenye, W. C., Robinson, R. S. (2001). Qualitative research issues and methods: An introduction for educational technologists.(1045-1071)

Sendlhofer, G., Mosbacher, N., Karina, L., Kober, B., Jantscher, L., Berghold, A., Pregartner, G., Kamolz, L. P. (2015). Implementation of a Surgical Safety Checklist: Interventions to optimize the process and hints to increase compliance. *PLOS ONE*, 10(2): 1-14.

Tartu Ülikool Sotsiaalse analüüsi meetodite ja metodoloogia õpibaas. <http://samm.ut.ee/avaleht> (06.12.2018, 22.01.2020)

Turner, D. W. III. (2010). Qualitative Interview Design:A Practical Guide for Novice Investigators. *The Qualitative Report*. 15(3): 754-760.

Tostes, M. F. P., Galvão, C. M. (2019). Implementation process of the Surgical Safety Checklist: integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27(3104): 1-10.

Walker, I. A., Reshamwalla, S., Wilson, I. H. (2012). Surgical safety checklist: do they improve outcomes? *British Journal of Anaesthesia*, 109(1): 47-54.

Wangoo, L., Ray, R. A., Ho, Y-H. (2018). Staff Attitudes and Compliance Towards the Surgical Safety Checklist in North Queensland. *International Journal of Surgery*, 103: 270-279.

Weiser, T. G., Regenbogen, S. E., Thompson, K. D., Haynes, A. B., Lipsitz, S. R., Berry, W. R., Gawande, A. A. (2008). An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *The Lancet*, 372(9633): 139-144.

Weiser, T. G., Haynes, A. B. (2018). Ten years of the Surgical Safety Checklist. *British Journal of Surgery*, 105: 927-929.

White, M. D., Marsh, E. (2006). Content Analysis: A Flexible Methodology. *Library Trends*, 55(1): 22-45.

Willassen, E. T., Jacobsen, I. L. S., Tveiten, S. (2018). Safe Surgery Checklist, Patient Safety, Teamwork, and Responsibility-Coequal Demands? A Focus Group Study. *Global Qualitative Nursing Research*, 5: 1-11.

LISAD

Lisa 1. Poolstruktureeritud intervjuude kava

1. Sissejuhatus

Intervjueerija enesetutvustus. Intervjueeritavale antakse lühike ülevaade intervjuu struktuurist ja orienteeruvast ajakulust. Küsitakse, kas on intervjueeritaval täpsustavaid küsimusi intervjuu struktuuri või korralduse osas. Lisatakse veel, et intervjueeritaval on võimalus oma nõusolek vahetult pärast intervjuul osalemist tagasi võtta. Järgnevad sissejuhatavad küsimused, et mugavdada õhkkonda, lisaks nimetab intervjueeritav enda ametinimetuse.

2. Intervjuu teemad

2.1. Suhtlus

1. Palun kirjeldage, kuidas on kirurgilise ohutuse kontrollkaarti (edaspidi vestluses: kontrollkaart) kasutamine operatsioonibrigaadi liikmete vahel suhtlemist puudutanud/mõjutanud? Palun kirjeldage seda suhtlust.
2. Palun kirjeldage ajafaktorit, mida kontrollkaardi täitmine nõuab. Palun kirjeldage, kas kontrollkaart põhjustab viivitusi operatsioonis või pikendab selle aega.

2.2. Koostöö

1. Palun kirjeldage kontrollkaardi täitmisel tekkinud koostööd. Kuidas see väljendub?
2. Palun kirjeldage kontrollkaardi täitmisel tekkinud dialoogi.
3. Palun kirjeldage, kuidas tajute erinevate ametirühmade vahelist koostööd toimimas.

2.3. Soostumus

1. Palun kirjeldage kuidas toimub kontrollkaardi täitmine operatsioonitoas (kes märgistab kaste, kohalolek kontrollkaardi täitmise hetkel jne).
2. Palun kirjeldage missugune on Teie kogemus kontrollkaardi kasutamisest (liikmete hõivatus täitmisel, liikmete pühendumus).
3. Palun kirjeldage, kuidas väljendub kolleegide kontrollkaardi täitmise soostumus.

2.4. Rakendamine

1. Palun kirjeldage, kuidas toimus kontrollkaardi tutvustamine Teie töökohas.
2. Palun kirjeldage, kuidas toimus kontrollkaardi kasutamise õpetamine Teie töökohas.
3. Palun kirjeldage, mida teeksite Teie rakendamisel teisiti või missugused on ettepanekud kontrollkaardi juurutamise kohta?

Intervjueerija küsib, kas intervjueeritaval on teema kohta veel midagi lisada.

Lisana: tulenevalt intervjuu tüübist võib intervjueerija küsida täpsustavaid küsimusi või liikuda ühelt küsimuselt teisele mitte järjestikuses korras, kui intervjueeritav puudutab mõnda teemat enne, kui intervjueerija ise selleni jõuab.

3. Intervjuu lõpetamine

Intervjueerija tänab intervjueeritavat ning selgitab, et intervjuudel saadud materjalid hävitatakse eduka kaitsmise ning uurimistulemuste avaldamise järgselt. Lisaks selgitab, et materjalidele on ligipääs ainult intervjueerijal.

Lisa 2. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus

Protokolli number: 295/T-19 koosolek: 26.08.2019

Komitee koosseis:

Aseesimees

Kristi Lõuk Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, projektijuht / doktorant

Liikmed

Diva Eensoo Jaanika Jaanits

Katrin Kaarna

Annika Kask Kalle Kisand Malle Kuum

Liis Leitsalu Martin Mooses

Marje Oona

Margit Piirman Maire Peters

Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, analüütik

MTÜ Rakendusliku Antropoloogia Keskus, antropoloog / organisatsiooni- ja büroojuht

Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, kliiniliste teadusuuringute üksuse tegevjuht

Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, psühholoogia doktorant Tartu Ülikool,

meditsiiniteaduste valdkond, laborimeditsiini professor

Tartu Ülikool meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur

Tartu Ülikool, Eesti geenivaramu, genoomika ja geneetilise tagasiside teadur Tartu Ülikool,

meditsiiniteaduste valdkond, treeningu füsioloogia lektor / kehalise kasvatuse ja spordididaktika osakonna juhataja

Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini dotsent / kliinilise meditsiini instituudi täienduskeskuse juhataja

Riigikohus, tsiviilkolleegiumi nõunik

Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika vanemteadur Mare Remm Tartu Tervishoiu Kõrgkool, bioanalüütiku õppekava dotsent

Otsus: Kooskõlastada uurimistöö

Uurimistöö nimetus: Operatsioonibrigaadi liikmete kogemused kirurgilise ohutuse kontrollkaardi kasutamisega operatsioonitoas

Vastutav uurija (asutus): Ere Uibu (Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Ravila 19, 50411 Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

Uurimistö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikool inimuuringute eetika komiteelt, 09.09.2019

1. SA Tartu Ülikooli Kliinikum kooskõlastus uurimistö läbi viimiseks
2. Üleskutse uuringus osalemiseks
3. Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm, 09.09.2019
4. Intervjuu kava
5. Uurimistö läbiviijate CVd (E. Uibu, E. Kusma, J. Trolla, U. Raid)

Uurimistö lõpp: 30.06.2020

Komitee aseesimees: Kristi Lõuk */allkirjastatud digitaalselt/* **Komitee sekretär:** Kaire Kallak */allkirjastatud digitaalselt/* **Väljastatud:** */viimase digitaalallkirja kuupäev/*

Tartu Ülikool **tel 737 6215**

grandikeskus

e-post eeetikakomitee@ut.ee

Lossi 3

www.ut.ee/teadus/eeetikakomitee

51003 Tartu

Lisa 3. Üleskutse uuringus osalemiseks

Lugupeetud potentsiaalne uuringus osaleja!

Kutsun Teid osalema uurimistöös „Operatsioonibrigaadi liikmete kogemused kirurgilise ohutuse kontrollkaardi kasutamise operatsioonitoas“. Uurimistöo eesmärgiks on kirjeldada operatsioonibrigaadi liikmete kogemusi kirurgilise ohutuse kontrollkaardi kasutamise kogemustest. Kõikide intervjuude põhjal tehtud analüüs võimaldab parendada patsiendiohutust ja kirurgilise ohutuse kontrollkaardi kasutamist ning koostada õppematerjale.

Osalemise soovist teadaandmine: 09.-16.september 2019 a.

Olete oodatud uuringus osalema, kui:

- omate uuritava nähtuse kohta isiklikke kogemusi ehk olete kasutanud kirurgilise ohutuse kontrollkaarti oma töös
- suudate oma kogemusi jagada eesti keeles
- olete nõus osalema individuaal intervjuus, kestvusega orienteeruvalt üks tund

Uuringus osalemine on Teile vabatahtlik. Intervjuu on planeeritud läbi viia silmakliiniku õppeklassis, mis on silmakliiniku teistest osakondadest eraldatud. Juhul kui, Teile pakutud koht ei sobi, siis toimub intervjuu Teile sobivas kohas ning ajal. Kui Te tunnete, et sooviksite jagada oma kogemusi kirurgilise ohutuse kontrollkaardi kasutamise teemal ning olete huvitatud andma etteantud teemal intervjuud, siis palun Teil kontakteeruda allakirjutanud uurijaga telefoni või meili teel. Samuti on Teil võimalik saada lisainformatsiooni kogu uuringut puudutavate küsimuste osas.

Uurija andmed: Elis Kusma <tel:5153563>, email: kontrollkaart@mail.ee

Lisa 4. Uuritava informeerimise ja nõusoleku vorm

Lugupeetud potentsiaalne uuringus osaleja!

Olen Tartu Ülikooli õendusteaduse õppetooli II kursuse magistrant ning palun Teid osalema oma planeeritavas uurimistöös „Operatsioonibrigaadi liikmete kogemused kirurgilise ohutuse kontrollkaardi kasutamisega operatsioonitoas“.

Uurimistöö eesmärgiks on kirjeldada millised on kontrollkaardi kasutamise kogemused operatsioonibrigaadide liikmetel.

Kirurgilise ohutuse kontrollkaardi kasutamine on patsiendiohutuse tagamiseks loodud töövahend kogu operatsioonibrigaadi liikmetele. Varasematest uurimistöödest on teada kontrollkaardi kasutamise väärtus, kuid selle rakendamine ja täitmise soostumus on muutlik. Puudub Eesti spetsiifiline kirurgilise ohutuse kontrollkaardi kasutamise kogemuse teave, mistõttu on oluline teada saada Teie isiklike kogemusi, mida saab edaspidi rakendada patsiendiohutuse, kirurgilise ohutuse kontrollkaardi kasutamise ning õppematerjalide parandamiseks.

Uuringus osalemine on Teile vabatahtlik. Intervjuu on planeeritud läbi viia silmakliiniku õppeklassis, mis on silmakliiniku teistest osakondadest eraldatud. Juhul kui, Teile pakutud koht ei sobi, siis toimub intervjuu Teile sobivas kohas ning ajal. Osalejal on õigus oma nõusolek vahetult pärast intervjuul osalemist tagasi võtta. Intervjuu käigus kogutud andmetele on ligipääs ainult uurijal ning mitte mingil juhul ei edastata intervjuu vastuseid kolmandatele isikutele intervjuueeritavat tuvastada võimaldaval moel. Peale magistratöö edukat kaitsmist uurimistöö käigus kogutud andmed hävitatakse. Uuriija käest saab igal hetkel tagasisidet küsida uurimistöö protsessi kohta. Uuriija on alati valmis vastama uuringut puudutavatele küsimustele.

Kui Te olete tutvunud eelneva uuringut puudutava informatsiooniga ning olete nõus uuringus olema, siis palun kinnitage seda oma allkirjaga.

Uuringu käigus tekkinud küsimuste korras saate vajadusel informatsiooni uuringu läbiviijalt: Elis Kusma <tel:5153563> , email: kontrollkaart@mail.ee

Mina,, nõustun osalema uuringus „Operatsioonibrigaadi liikmete kogemused kirurgilise ohutuse kontrollkaardi kasutamisega operatsioonitoas“. Olen tutvunud käesoleva uuritava informeerimise ning nõusoleku vormiga. Annan nõusoleku intervjuu jooksul kogutud andmete kasutamiseks uurimistöös ning kinnitan seda oma allakirjaga.

Uuritava allkiri

Kuupäev:

Uuritavale informatsiooni andnud isik (ees- ja perekonnanimi) ning allkiri:

.....

Kuupäev:

Käesolev uuritava informeerimise ning nõusoleku vorm allkirjastatakse kahes eksemplaris, millest üks jääb uuringus osalejale ja teine uurijale.