

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyö (Sairaanhoitaja)
2011

Tuikke Aaltonen, Linda Halme & Janina Laamanen

ANALYYSI TULES-YKSIKÖIDEN PEREHDYTYS- MATERIAALEISTA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

Turun ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma | Hoitotyö (Sairaanhoitaja)

Kevät 2011 | 60 sivua

Ohjaaja Maika Kummel

Tuuke Aaltonen, Linda Halme & Janina Laamanen

ANALYYSI TULES-YKSIKÖIDEN PEREHDYTYSMATERIAALEISTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida eri tuki- ja liikuntaelinsairauksia hoitavien yksiköiden perehdytysmateriaalien yhtäläisyydet ja eroavaisuudet. Tutkimus on osa Turun ammattikorkeakoulun ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Tulevaisuuden sairaala – hoitotyön kehittämissuorityöprojektia 2009–2015. Projekti puolestaan on osa T-Pro hanketta. Projektin tavoitteena on järjestää sairaalan palvelut asiakaslähtöisesti potilaan yksilölliset tarpeet huomioon ottaen perinteisen toimintayksikkökeskeisen organisaation sijaan. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010.) Uudessa T-sairaalassa kaikki potilaan hoitoon osallistuvat asiantuntijat kootaan tiiviimmin yhteistyöhön. Toiminnan perustana ovat toimialueet, jotka muodostuvat potilaan oireiden ja hoidon tarpeiden perusteella. Periaatteena on järjestää kaikki potilaan hoidossa tarvittavat resurssit ja osaaminen potilaan ympärille siten, että potilas ohjautuu suoraan tarvittaviin tutkimuksiin ja oikeaan toimialueeseen. (Jääskeläinen 2011.)

Analysoitavat perehdytysmateriaalit olivat seuraavilta yksiköiltä: traumatologian osasto 214, ortopedian poliklinikka 225, ortopedian- ja traumatologianpoliklinikka 228, ortopedian vuodeosasto 232, ortopedian vuodeosasto 234 ja ortopedian vuodeosasto 235.

Analyysimenetelmänä tutkimuksessa oli käytössä sisällönanalyysi, joka toi esille sisältöjen väliset yhtäläisyydet ja eroavaisuudet. Kaikki perehdytysmateriaalit sisälsivät yhteisenä perehdytysaineistona henkilökunnan sekä työvuorot. Kaikilla yksiköillä oli perehdytysaineistoissa eroavaisuuksia toisiinsa nähden. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää Tulevaisuuden sairaala kehittämishankkeessa 2009–2015 luodessa tules-toimialueelle yhtenäistä perehdytystä.

ASIASANAT: perehdytys, tules

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Nursing Degree programme | Nursing (Nurse)

Spring 2011 | 60 pages

Instructor Maika Kummel

Tuuke Aaltonen, Linda Halme & Janina Laamanen

ANALYSIS OF THE ORIENTATION MATERIALS OF MUSCULOSKELETAL DISORDER UNITS

The aim of this research is to analyze the similarities and differences between the orientations materials of different units treating musculoskeletal disorders. Research is a part of the Hospital of the Future nursing development project 2009-2015 of Turku University of Applied Sciences and Turku University Central Hospital. The development project is a part of the T-Pro project. The aim of the project is to arrange the hospital services in a patient-oriented way taking into account the patient's individual needs instead of the traditional operating unit oriented organization. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010.) In the new T-hospital all the experts taking part in the patient's treatment are gathered for better co-operation. As the basis of the operating are the operating ranges that are formed as the result of the patient's symptoms and need for treatment. The principle is to arrange all the necessary resources and skills around the patient so that the patient is directed into necessary tests and appropriate operating range. (Jääskeläinen 2011.)

The units being analyzed were: traumatology ward 214, polyclinic of orthopedics 225, polyclinic of orthopedics and traumatology 228, orthopedic ward 232, orthopedic ward 234 and orthopedic ward 235.

The method of analysis used in the research was content analysis, which revealed the similarities and differences in the contents. All the orientation materials included the staff and work shifts. All units had differences in their orientation materials. The results of the research can be used in the T-Pro project when creating a unified orientation for the musculoskeletal disorder operating ranges.

KEYWORDS: orientation, musculoskeletal disorder

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET	6
1 JOHDANTO	7
2 TUKI- JA LIIKUNTAELINSAIRAUDET	9
2.1 Tuki- ja liikuntaelimistö	11
2.2 Tuki- ja liikuntaelinsairauksien oireet	11
2.3 Tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoito	14
2.3.1 Lääkehoito	14
2.3.2 Lämpöhoito	14
2.3.3 Kylmähoito	15
2.3.4 Manipulaatiohoito	15
2.3.5 Stimulaatiohoito	16
2.3.6 Fysio- ja toimintaterapia	16
2.3.7 Leikkaushoito	16
2.4 Tuki- ja liikuntaelin terveyttä edistävät ohjelmat	17
3 PEREHDYTTÄMINEN	19
3.1 Perehdytyksen ensiaskeleet	19
3.2 Perehdyttämisen toteutus työyksikössä	20
3.3 Perehdytyksen työvälineet ja huomioitavat asiat	22
3.4 Perehdytyksen onnistuminen ja tarkastelu	23
3.5 Työnantaja	24
3.6 Perehdyttäjä	25
3.7 Perehdytettävä	28
4 AIKAISEMMAT PEREHDYTYSTÄ KOSKEVAT TUTKIMUKSET	31
4.1 Kansalliset perehdytystä koskevat tutkimukset	31
4.2 Kansainväliset perehdyttämistä koskevat tutkimukset	33
4.3 Kansainväliset perehdytystyökaluja kehittävät tutkimukset	37
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	42
6 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS	43
6.1 Aineisto	43
6.2 Tutkimusmenetelmä	43
6.3 Aineiston analyysi	44

7 TUTKIMUSTULOKSET	45
7.1 Yhtäläisyydet	45
7.2 Eroavaisuudet	46
8 POHDINTA	50
8.1 Eettisyys	51
8.2 Luotettavuus	52
8.3 Tutkimuksen tulosten tarkastelua	54
9 JOHTOPÄÄTÖKSET	56
LÄHTEET	57

KUVAT

Kuva 1. Tules-kipupisteet. (Suomen reumaliitto 2011).	10
---	----

KUVIOT

Kuvio 1. Tiivistelmä perehdytykseen vaikuttavista tekijöistä.	30
Kuvio 2. Perehdytysmateriaalien yhtäläisyydet.	49
Kuvio 3. Perehdytysmateriaalien eroavaisuudet.	50

KÄYTETYT LYHENTEET

EDFP	Emergency Department Fellowship Program
KKI	Valtakunnallinen Kunnossa kaiken ikää –ohjelma
LIKES	Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö
LPCH	Lucile Packard Lastensairaala
Tules	Lyhennys tuki- ja liikuntaelinsairauksista, mikä on peräisin vuodelta 1977 Mini-Suomi-tutkimuksesta (Heliövaara 2007)
TYKS	Turun yliopistollinen keskussairaala
VSSH	Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri
WHO	World Health Organization

1 JOHDANTO

Tutkimuksen tarkoituksena on analysoida eri tules-yksiköiden perehdytysmateriaalien yhtäläisyydet ja eroavaisuudet. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää T-Pro projektissa luodessa tules-toimialueelle yhtenäistä perehdytysmateriaalia. Analyysin tekeminen tuki- ja liikuntaelinsairauksia (tules) hoitavien yksiköiden perehdytysmateriaaleista on tärkeää hoitotyön kannalta, koska kirjallisuushakujen perusteella aiheesta ei ole tehty aikaisempia tutkimuksia.

Tutkimus on osa Turun ammattikorkeakoulun ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Tulevaisuuden sairaala – hoitotyön kehittämisprojektia 2009–2015, joka on osa T-Pro projektia. T-Pro projekti on Turun yliopistollisen keskussairaalan T-sairaalan toimialueisiin perustuvan toiminnan ja organisaation mittava kehittämishanke. Tavoitteena on järjestää sairaalan palvelut asiakaslähtöisesti potilaan yksilölliset tarpeet huomioon ottaen perinteisen toimintayksikkökeskeisen organisaation sijaan. Potilasryhmän hoito tulee käsittämään toiminnallisen ja hallinnollisen kokonaisuuden, johon kuuluvat myös tukipalvelut. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010.)

Uudessa T-sairaalassa kaikki potilaan hoitoon osallistuvat asiantuntijat kootaan tiiviimmin yhteistyöhön. Organisaatorakenne sekä johtamis- ja tietojärjestelmät tukevat tätä yhteistyötä, jolloin uskotaan potilaan saavan terveyshyödyn. Lisäksi uskotaan laadukkaamman hoidon, toimintojen kustannustehokkuuden ja työntekijöiden työtyytyväisyyden lisääntyvän. (Suhonen 2010, 2.)

Suomessa tule-sairaudet ovat merkittävä kansanterveydellinen ja -taloudellinen ongelma. Suomalaisista yli miljoonalla on oireita tuki- ja liikuntaelimissä. (Suomen Reumaliitto 2009.) Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ovat tulevaisuudessaakin yleisiä, koska potilasmäärää lisää väestön vanheneminen ja iäkkäiden sairauksien hoitomahdollisuuksien paraneminen. Kuntoutus ja laadukas hoito parantavat huomattavasti potilaiden toimintakykyä, ja nämä palvelut pyritään järjestämään kaikkien saataville. Parhain tapa torjua tule-sairauksista johtuvia haittoja on ennaltaehkäisy. Mahdollisia vaaratekijöitä, jotka ovat muutettavissa, ovat

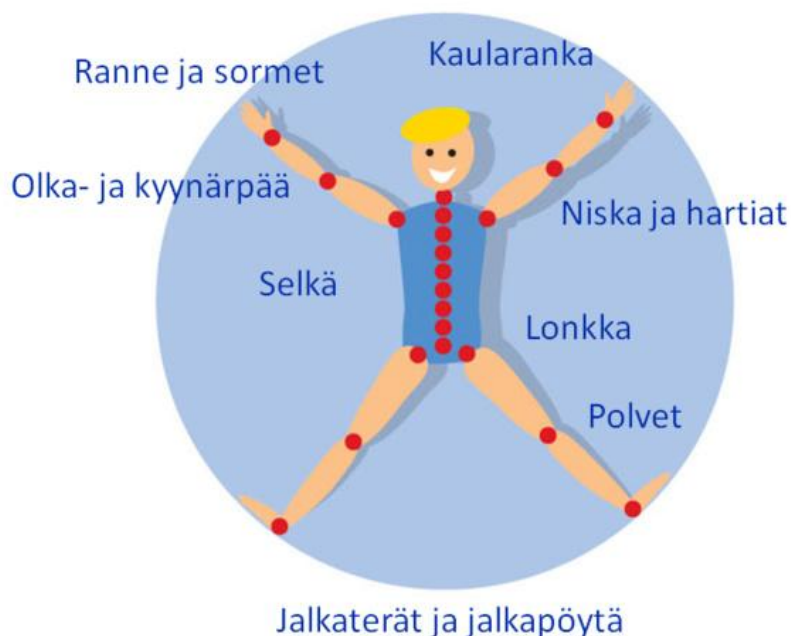
raskas ruumiillinen työ ja toistuva kuormitus, tapaturmat, liikapaino, tupakointi ja autolla ajo. Työhön ja elintapoihin liittyvien haittatekijöiden vähentäminen on välttämätöntä sairauksien ehkäisemiseksi. Hoidon ja kuntoutuksen yhteydessä tarvitaan laaja-alaisempia terveyttä edistäviä toimia, jotka koskevat ihmisten elintapoja, työtä, työelämää ja työympäristöä. (Heliövaara & Riihimäki 2005, 170–171.)

2 TUKI- JA LIIKUNTAELINSAIRAUDET

Tules on lyhenne tuki- ja liikuntaelinsairauksista, joka on peräisin vuodelta 1977 Mini-suomi-tutkimuksesta. Lyhennettä on sittemmin käytetty laajasti, ja nykyään se on jo niin vakiintunut, että se voidaan kirjoittaa pienin kirjaimin. (Heliövaara 2007.) Esimerkiksi lääketieteellisissä julkaisuissa, suositaan usein isoilla kirjoitettua TULES muotoa. Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen mukaan molemmat kirjoitusasut on hyväksyttäviä. Vuonna 2000 julkaistiin tutkimus, jossa selvitettiin kansalaisten tietämystä tule-sairauksista. Sen mukaan vain kymmenen prosenttia väestöstä tiesi tules lyhenteen. Lähes joka kolmannes ei osannut sanoa yhtään tule-sairautta, vaikka jokainen suomalainen sairastaa elämänsä aikana jotakin tule-vaivaa. (Tules vuosikymmen 2007.)

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet tunnetaan myös tule-sairaudet nimellä (Suomen tuki- ja liikuntaelinliitto 2007,14), joihin kuuluu yli 150 eri sairautta tai oireyhtymää (Iivanainen ym. 2010, 626). Tule-sairaudet jaetaan viiteen pääryhmään: 1) nivelsairaudet, 2) osteoporoosi, 3) selkäsairaudet, 4) niska- ja hartiaseudun vaivat sekä 5) murtumat (Suomen Reumaliitto 2011). Yleisimpiä tuki- ja liikuntaelinsairauksia ovat nivelreuma, nivelrikko, lanneselän kiputilat ja iskiasoireyhtymä sekä niska-hartiaseudun kiputilat ja oireyhtymät (Heliövaara & Riihimäki 2005, 164). Erityisryhminä ovat lasten ja nuorten synnynnäiset sairaudet ja kasvuhäiriöt, työikäisten selkä- ja nivelongelmat sekä rasitusvammat ja tapaturmat sekä iäkkään väestön luukadosta ja kudosten heikkenemisestä johtuvat liikkumis- ja toimintakyvyn alenemat (kuva 1). (Suomen tuki- ja liikuntaelinliitto 2007,14.)

Keskeisiä tule-pisteitä



Kuva 1. Tules-kipupisteet. (Suomen Reumaliitto 2011).

Osa tule-sairauksista on epäyhtenäisiä sairausryhmiä, ja niiden diagnostiikka perustuu ensisijaisesti oireisiin, jotka vaihtelevat ajan mukaan. Tule-oireita ja toiminnanrajoituksia aiheuttavat lisäksi tapaturmien seurauksina syntyvät vammat. Vielä ei tunneta riittävän hyvin tule-sairauksien syitä, mikä vaikeuttaa niiden torjuntaa. (Heliövaara & Riihimäki 2005, 164.)

Tapaturmat aiheuttavat erityisesti tuki- ja liikuntaelinten kudonvaurioita. Tavallisia kudonvaurioita ovat luunmurtumat, nivelten sijoiltaan menot sekä lihasten, jänteiden, nivelsiteiden repeämät ja haavat. Tapaturmat voidaan jaotella vammamekanismin mukaan liikenne-, työ- ja kotitapaturmiin. Seuraamukseltaan liikennetapaturmat ovat keskimäärin vakavampia. Koti- ja työtapaturmat ovat muodostaneet erityisryhmän, koska niiden määrät ovat viime vuosikymmenten aikana kasvaneet. (Suomen tuki- ja liikuntaelinliitto 2007, 15.)

2.1 Tuki- ja liikuntaelimistö

Tuki- ja liikuntaelimistö käsittää luuston, nivelet ja lihakset, joilla on suuri vaikutus muiden elinjärjestelmien toimintoihin. Niiden tehtävänä on vastata elimistön tukemisesta, asennosta, suojaamisesta ulkoiselta kuormitukselta, liikkuvuudesta ja liikkumisesta. Kyseiset toiminnat ovat keskeisiä fyysisten toimintojen ja sitä kautta toimintakyvyn, työkyvyn, sosiaalisen osallistumisen ja hyvän elämänlaadun edellytyksiä. World Health Organization:in (WHO) mukaan tuki- ja liikuntaelimistön toimintakyky liittyy myös ihmisen suoriin ja osallistumiseen yhteisön toiminnassa. (Suomen tuki- ja liikuntaelinliitto 2007, 2.)

2.2 Tuki- ja liikuntaelinsairauksien oireet

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet aiheuttavat huomattavaa kipua, haittaa ja toimintakyvyn vajausta. Yli 400 miljoonaa ihmistä maailmanlaajuisesti kärsii erilaisista tule-ongelmista. (Suomen reumaliitto 2009.) Noin puolet tule-oireista aiheutuu selkävaivoista ja neljännes nivelrikoista. Loput ovat lähinnä erilaisia lihasten, nivelsiteiden ja pehmytkudosten särkyjä ja tulehduksia. (Pohjolainen 2005, 12). Lihaskudokseen paikallistuva kipu on yleinen oire varsinaisissa tuki- ja liikuntaelimistön sairauksissa, mutta se voi olla merkki myös neurologisesta ongelmasta tai yleissairaudesta (Soinila 2005, 21). Tule-oireisiin lukeutuu myös monia vaivoja, joita ovat muun muassa: akillesjänteen repeäminen, hiirikäsi, kieroselkäisyys, iskias, jäykkäniskaisuus, notkoselkä, noidannuoli, tennis-kyynärpää, nikamalukko, nivelsiteiden repeäminen, vaivaisenluu (Suomen reumaliitto 2011). Tyypillistä tule-ongelmille on, että vaiva yhdellä alueella voi aiheuttaa oireilua myös toisella alueella, esimerkiksi polven nivelrikko johtaa hyvin usein alaselän vaivaan (Iivanainen ym. 2005, 597).

Myös Suomessa tule-sairaudet ovat merkittävä kansanterveydellinen ja -taloudellinen ongelma. Suomalaisista yli miljoonalla on oireita tuki- ja liikuntaelimissä. Suomessa tule-sairaudet ovat yleisin syy lääkärissä käyntiin ja toiseksi yleisin syy työkyvyttömyyseläkkeisiin. Tule-sairauksien aiheuttamat suorat kus-

tannukset vuosittain ovat liki 600 miljoonaa euroa. Tiettyjä suomalaisten tule-vaivoja ovat vähentäneet tapaturmien ja työn fyysisen kuormituksen vähentyminen sekä ruokavalion monipuolistuminen. Työelämän ja yhteiskunnan muuttamisella on myös toinen puoli: vähäinen liikkuminen, muuttumaton työ, tupakointi ja ylipaino lisäävät tuki- ja liikuntaelinten oireita. (Suomen Reumaliitto 2009.)

Ihmisen suuret nivelet toimivat normaalisti kivutta. Jos nivelissä tapahtuu muutos, kipu on ensimmäinen tästä muutoksesta varoittava tuntemus. Kivunhoidon edellytyksenä on diagnostiikka, jonka avulla selvitetään kivun syy. Tämän jälkeen täsmähoito on mahdollista. Suurten nivelten kohdalla kivun syy on tapaturman seurauksena syntynyt kudosaivario, virheasento, kuluma, tulehduksellinen sairaus, infektio tai kasvain. Lähtökohta hyvään kivunhoitoon on potilaan huolellinen kliininen tutkimus sekä mahdollisesti tarvittavat radiologiset selvitykset. Potilaan yksilöllinen kivun tuntemus on diagnoosin tärkeä osa. Kivun voimakkuuden, laadun ja kivun aiheuttamien toimintarajoitteiden kirjaaminen on sopiva vertailukohta hoitovasteen arvioinnissa. (Björkenheim 2010.)

Kumpusalo-Vauhkonen ym. (2000) selvittivät, miten kroonisista tuki- ja liikuntaelin kivuista kärsivät potilaat kokivat ja kuvailivat kipunsa sekä särkynsä. Nivel- ja raajasäryissä oli kivun tuntemisessa yhteneviä piirteitä sen mukaan, mitä kipu oli potilaan mielestä aiheuttanut. Rasituksesta johtuvat nivel- ja raajasäryt sekä reumaperäinen nivelsärky tuntuivat yleensä jatkuvana jomotuksena tai pakotuksena. Tutkimuksessa nousi esille, että nivelkulumissa nivelet saattoivat olla turvoksissa, mutta ne eivät kuumottaneet, kun taas nivelreumassa turvotukseen liittyi usein kuumotus. Rasituksessa kivun koettiin muuttuvan teräväksi, repiväksi, pistäväksi, tuskalliseksi tai kovaksi. Jalka- ja käsikipu tuntui tule-potilaiden mielestä paleltavana tai polttavana tunteena, lisäksi käsikipuun liittyi tunnottomuutta.

Tapaturmasta johtuvat nivel- ja raajasäryt tuntuivat tule-potilaista vihlovana, sieämättömänä, kivuliaana tai terävänä kipuna. Niska-, hartia- ja olkapääkipuja tule-potilaat kuvasivat puutumisen lisäksi kivuliaana, pistävänä tai jopa järkyttä-

vänä kipuna. Selkäsäryt koettiin kovaksi, vihlovaksi, hirveäksi, halvaannuttavaksi tai kiristytäväksi. (Kumpusalo-Vauhkonen ym. 2000.)

Ilta- ja yöajat olivat kivulle otollista aikaa. Reumaperäisistä kivuista kärsivät kovat aamut hankalimpina. Säiden vaihteluilla ja tiettyntyyppisillä säillä oli vaikutusta potilaiden kipuaistimuksiin. Kipu ennakoi kylmien ja sateisten säiden tuloa. Kosteat ja vetoiset paikat altistivat kivuille tai pahensivat niitä. Fyysisesti raskas työ ja muuttumattomat työasennot aiheuttivat tai pahensivat tule-särkyjä. Stressi, masennus ja yksinäisyys saattoivat alentaa kipukynnystä ja näin ollen pahentaa kipua ja särkyä. Monesti kivun alkaminen tai sen paheneminen yhdistettiin läheisen menetykseen tai johonkin muuhun raskaaseen elämänvaiheeseen. (Kumpusalo-Vauhkonen ym. 2000.)

Tule-oireiden aiheuttajana voi olla myös lääkkeet, jolloin tule-oireet voivat olla seurausta lääkevaikutuksesta tai liittyä lääkkeen aiheuttamaan sairauteen. Tule-kipuoireet lisääntyvät iän myötä, kuten lääkkeiden käyttökin. Lääkkeiden aiheuttamat oireet voivat vaihdella paikallisista oireista laaja-alaisiin kipuihin. Yleensä laboratoriotutkimustulokset ovat normaaleja. Kliininen diagnostiikka ja syy-seuraussuhteen arviointi tapahtuu usein käytännössä nopeimmin jättämällä lääkitys pois pariaksi viikoksi. Samalla seurataan helpottavatko potilaan tule-oireet. Mikäli oireet eivät selviä lääketauolla, voidaan lääkitys tarvittaessa aloittaa uudelleen ja seurata, pahenevatko oireet. Harvoin potilaan terveydentila vaarantuu lyhyen lääkitystauon vuoksi, ja jos lääke paljastuu oireiden syyksi, tulee harkita lääkkeen käyttöä uudelleen; jättäminen pois kokonaan, vaihtamalla se tai ottamalla muut menetelmät käyttöön. (Pikkarainen & Ylinen 2009.)

Lääkehaittojen järjestelmällinen seuraaminen on tärkeää tule-oireiden yhteydessä. Potilaalta on muistettava kysyä aina kokonaislääkityksestä. Usein potilaat ymmärtävät tämän koskevan vain reseptilääkkeitä ja sen vuoksi käsikauppalääkkeiden, lisäravinteiden ja luontaistuotteiden käyttö tulisi kartoittaa erikseen. (Pikkarainen & Ylinen 2009.)

2.3 Tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoito

Tässä tutkimuksessa tules-hoito on jaettu eri hoitomuotoihin. Näitä hoitomuotoja ovat lääke-, lämpö-, kylmä-, manipulaatio- sekä stimulaatiohoito. Lisäksi tutkimukseen on otettu mukaan fysio- ja toimintaterapia ja leikkaushoito.

2.3.1 Lääkehoito

Tule-kipujen lääkehoidossa suositaan parasetamolia sekä paikallisesti käytettäviä tulehduskipulääkkeitä että kuuriluontoisesti suun kautta otettavia perinteisiä tulehduskipulääkkeitä, esimerkiksi ibuprofeenia. Parasetamolia voidaan käyttää ensisijaisena lääkkeenä lievemmissä akuuteissa tule-kivuissa sekä nivelrikossa. Paikallisilla tulehduskipulääkkeillä on todettu olevan lyhytaikaista tehoa myös kroonisissa tule-kivuissa. Tulehduksellisessa reumataudissa, vamman aiheuttamassa kivussa tai akuutissa selkävaivassa tulehduskipulääke on useimmiten järkevin lääkitys, mutta esimerkiksi nivelrikon aiheuttamissa oireissa parasetamoli tai opiaattiryhmän kipulääke voi olla tehokkaampi ja turvallisempi vaihtoehto. Tulehduskipulääkkeet ovat tehokkaita akuuteissa tule-kivuissa. (Mäntyselkä 2010.)

Lihasselaksantit saattavat auttaa alaselkävun hoidossa, mutta sivuvaikutukset, esimerkiksi huimaus ja uneliaisuus, rajoittavat niiden käyttöä. Heikkoja opioideja, esimerkiksi kodeiini ja tramadoli voidaan kokeilla pitkittyneessä alaselkävun ja nivelrikossa. Vahvoja opioideja käytetään vain erityistilanteissa. Kortisoni-injektioista on apua kiertäjäkalvosimen jännetulehduksen hoidossa sekä tenniskyynärpääkivussa. Pehmytosakivuissa voidaan myös käyttää kortisoni-injektioita. Kortisoni-injektioista on vain lyhytkestoista apua polven nivelrikkoon liittyvissä kivuissa. Nivelensisäisiä injektioita tulisi antaa vain, jos nivelessä on kivun lisäksi tulehdus, turvotusta tai nesteen kertymistä. (Mäntyselkä 2010.)

2.3.2 Lämpöhoito

Lämpöhoitokäsittely aiheuttaa kudoksissa verenkierron vilkastumista, pintakapillaarien aukenemista, kudosten venyvyyden lisääntymistä ja lihasjännityksen lau-

keamista (Arponen & Airaksinen 2001, 179) sekä kudoksen aineenvaihdunnan lisääntymistä (Pohjalainen 2009, 237). Lämpöhoitoa käytetään varsinkin pehmytkudosten kiputilojen hoidossa (Suomen Reumaliitto ry, 4). Lämpöhoito vähentää lyhytkestoisesti kipua ja lisää toimintakykyä. Lämpöhoitojen vaikuttavuutta ei ole juurikaan tutkittu. (Pohjalainen 2009, 237.)

2.3.3 Kylmähoito

Kylmähoito on yksi yleisimmistä fysikaalisista hoidoista ja itsehoitokeinoista. Sitä käytetään vähentämään vammojen tai sairauksien aiheuttamaa kipua sekä tulehdusta ja turvotusta. Tieteellistä näyttöä kylmähoitojen vaikuttavuudesta on kuitenkin vähän. Oppikirjoissa annettavat ohjeet ovat vaihtelevia ja puutteellisia. Kylmähoidon yhtenä päämääränä on kivun lievitys. Ihon lämpötilan laskiessa alle +20 asteeseen, asetyylikoliinin tuotanto vähenee ja hermojen johtumisnopeus pienenee. (Mikkelsen & Leppäluoto 2005.) Tämä johtuu siitä, että vahingoittuneista soluista vapautuu muun muassa asetyylikoliinia, joka aiheuttaa kipua (Nienstedt ym. 2009, 483). Kolmen tunnin välein uusittava paikallinen kylmähoito lievittää kipua ja turvotusta ja saattaa vähentää niveltulehduksen haitallisia vaikutuksia (Mikkelsen & Leppäluoto 2005).

2.3.4 Manipulaatiohoito

Manipulaatiohoidon tavoitteena on lisätä nivelen liikkuvuutta ja laukaista sen avulla kiputiloja sekä parantaa potilaan toimintakykyä. Manipulaatio tarkoittaa ulkoisen voiman kohdistamista, joko hyvin rajoittuneelle tai laajemmalle kehon alueelle. Toimenpiteen yhteydessä nivel viedään passiivisesti ääriasentoon. Tämän jälkeen siihen kohdistetaan suora tai vipuvarren välityksellä epäsuora voimaimpulssi, jolloin nivelen liikelaajuus ylittää hetkellisesti fysiologisen liikelaajuuden. Tutkimuksia manipulaatiohoitojen vaikuttavuudesta on julkaistu varsin runsaasti. (Airaksinen 2005.) Manipulaatiohoidon vaikuttavuudesta akuutin niskakivun hoidossa ei ole käytettävissä korkeatasoisia tutkimuksia. Hoitoa harvittaessa on syytä muistaa manipulaation harvinaiset, mutta vakavat sivuvaikutukset. (Pohjalainen & Karjalainen 2008, 439.)

2.3.5 Stimulaatiohoito

Erilaisia stimulaatiohoitoja käytetään runsaasti pitkäaikaisen eli kroonisen kivun hoidossa (Tuki- ja liikuntaelinammattilaiset 2004). Sähköisillä kivunhoitomenetelmillä ja akupunktiolla yritetään estää kipuärsyksen pääsy aivoihin (Suomen Reumaliitto ry, 4). Kipupisteisiin annettu hoito vähentää lihasten arkuutta ja rentouttaa lihaksia. Stimulaatiohoitojen vaste on yleensä paras hoidon alkuvaiheessa, hoidon pitkään jatkuessa teho yleensä heikkenee. Stimulaatiohoitojen vaikutus kipuun on varsin hyvä. Yksittäisen hoidon vaste on kuitenkin lyhytaikainen; tunteja tai muutama päivä. Tieteellinen näyttö hoidon tehosta on varsin vähäinen hermoperäisessä kivunhoidossa. (Tuki- ja liikuntaelinammattilaiset 2004.)

2.3.6 Fysio- ja toimintaterapia

Fysio- ja toimintaterapia kuuluu osana tule-sairauksien hoitoon. Niiden tarkoituksena on lieventää kipuja, säilyttää nivelten liikkuvuus, ohjata lihaskunnan ylläpitoon, rentoutukseen ja vahvistamiseen liittyvissä asioissa sekä opettaa apu- ja tukivälineiden käyttöä. Fysio- ja toimintaterapiaan kuuluu myös oikeiden työtapojen ja -menetelmien opettaminen sekä ohjaus ja neuvonta. Lisäksi heille kuuluu myös leikkausta edeltävä ja jälkeinen kuntoutus. (Iivanainen ym. 2005, 598.)

2.3.7 Leikkaushoito

Tuki- ja liikuntaelinsairauksien kirurgiseen hoitoon kuuluvat luiden- ja niveltenkorjausleikkaukset sekä erilaisten hermopinnetiloista johtuvien kiputilojen korjaukset (Iivanainen ym. 2005, 598). Kirurgisia toimenpiteitä harkitaan, jos kipu ja toimintakyvyn vajaus eivät ole hallittavissa muuten. Tuolloin myös konservatiiviset hoitomenetelmät täydentävät kirurgisia toimenpiteitä (Käypä hoito 2007).

2.4 Tuki- ja liikuntaelin terveyttä edistävät ohjelmat

Tule-tutkimuksessa Suomi on ollut maan väkilukuun suhteutettuna maailman kärkimaa. Kansalaisten myönteinen suhtautuminen on auttanut väestötutkimusaineistojen keruuta ja kontrolloitujen hoitotutkimusten toteuttamista. Tutkijaryhmät ovat verkostoituneet ja pystyneet hyvään yhteistyöhön. Tule-tutkijat ovat perustaneet lukuisia tieteellisiä seuroja, jotka ovat auttaneet tätä edistystä. (Heliövaara 2007.)

Vuonna 2007 julkaistiin Kansallinen TULE-ohjelma, joka on politiikka- ja toimenpideohjelma vuosille 2008–2015. Ohjelman päämääränä on väestön parempi tule-terveys ja väestöryhmien välisten erojen pieneneminen. Tämä edellyttää, että tuki- ja liikuntaelinten terveyden ja toimintakyvyn edistämistä, tule-sairauksien ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta tullaan huomioimaan suunnittelun, päätöksenteon ja toiminnan kaikilla tasoilla. Ohjelma on asettanut seitsemän päätavoitetta: 1) Väestön parempi tule-terveys, 2) väestön parempi tule-tietoisuus, 3) tule-sairauksia ja vammoja ilmaantuu harvemmille suomalaisille, 4) tule-sairauden hoito tehostuu, 5) tule-sairaiden kuntoutus tehostuu ja laajenee, 6) toiminta- ja työkyky paranevat tai niiden heikkeneminen hidastuu ja työkyvyttömyyden kustannukset vähenevät sekä 7) tule-sairaiden elämänlaatu paranee. (Suomen tuki – ja liikuntaelinliitto 2007, 6.)

Valtakunnallinen Kunnossa kaiken ikää - ohjelma (KKI) on jo vuodesta 1995 auttanut yli 40-vuotiaita aloittamaan liikkuvan ja liikunnallisen elämäntavan. Ohjelman tavoitteena on lisätä työikäisten ja ikääntyneiden terveyttä ja hyvinvointia, ja näin ollen ennalta ehkäistä tule-oireita. KKI - ohjelma on opetus- ja kulttuuriministeriön sekä sosiaali- ja terveysministeriön rahoittama toimintaohjelma. Ohjelmassa on mukana myös liikenne- ja viestintäministeriö, ympäristöministeriö sekä Metsähallitus. KKI - ohjelman toteuttamisesta vastaa, Liikunnan ja kansanterveyden edistämissätiö (LIKES). KKI - ohjelma antaa taloudellista tukea paikallisille toimijoille, jotka järjestävät vasta-alkajille sopivaa liikuntaa sekä kehittävät keinoja houkutellessa terveytensä kannalta liian vähän liikkuvia yli 40-vuotiaita säännöllisen liikuntaharrastuksen pariin. Ohjelma julkaisee monipuoli-

sesti materiaaleja sekä itse liikkujille että ohjaajille, joissa on muun muassa valmiita kunto-ohjelmia sekä painonhallintaoppaita. (Kunnossa kaiken ikää - ohjelma 2008.)

3 PEREHDYTTÄMINEN

Perehdyttäminen on toimenpiteitä, joilla edistetään uuden työntekijän työnhallintaa sekä sopeutumista työhön ja työyhteisöön. Perehdytyksen tulisi koskea kaikkia rekrytoituja henkilöitä. Uuden työntekijän perehdyttämisessä on keskeistä organisaatioon tutustuttaminen, kun taas tehtävistä toisiin siirtyvän kohdalla korostuu uusien työtehtävien vaatima ohjaus. (Suomen Kuntaliitto 2002, 25.) Tärkeintä on kuitenkin opastaa uudelle työntekijälle hänen tulevat työtehtävänsä, miten yksikössä työskennellään ja mitä tietoja tarvitaan kyseisen yksikön hoitotyössä (Surakka 2009, 75). Tarkoituksena on, että työntekijä tutustuu kokonaisvaltaisesti työoloihin ja työympäristöön sekä oman työyhteisönsä tavoitteisiin, toimintaan ja tapoihin (Suomen Kuntaliitto 2002, 25).

3.1 Perehdytyksen ensiaskeleet

Perehdyttäminen alkaa, kun uusi työntekijä tekee työsopimuksen työnantajan kanssa (Hokkanen ym. 2008, 64). Työtehtäviin perehdytys aloitetaan heti ensimmäisenä työpäivänä (Surakka 2009, 74). Uuden työntekijän pitäisi tuntea olonsa turvalliseksi heti ensimmäisestä työpäivästä lähtien. Työntekijän ei myöskään tulisi työskennellä yksin ensimmäisten työvuorojen aikana (Surakka 2009,72.)

Hyvä perehdytys tukee työntekijän työhön ja työpaikkaan sisälle pääsemistä sekä tukee niin työntekijöiden hyvinvointia kuin työn tuloksellisuutta. Työntekijällä tulee olla yksi tai useampi perehdyttäjä, että työntekijä ei jää yksin vastuuseen perehdytyksestään. (Parkkinen 2010a.)

Sitoutumisen ajatellaan vaikuttavan työntekijän työsuoritukseen, käyttäytymiseen, osallistumiseen työyhteisössä ja organisaatiossa pysymiseen. Kun uusi työntekijä on saatu organisaatioon, tulee huolehtia monista tekijöistä, jotta hänet saadaan pysymään siellä. Vastuullinen työnantaja huolehtii lupauksista työntekijälle, jotka on annettu rekrytointivaiheessa. Jos on luvattu kunnollinen perehdytys, niin sellainen täytyy pystyä järjestämään ja, jos näin ei tapahdu, on tällöin

poislähtemisen ensimmäiset tekijät kylvetty. (Surakka 2009, 63.) Hyvin hoidettu perehdyttäminen tuo mukanaan monia etuuksia. Perehdytettävän oppiminen tehostuu ja oppimisaika lyhenee. Sen seurauksena perehdytettävän myönteinen suhtautuminen työhön ja työyhteisöön lisäävät työhön sitoutumista. Tällöin myös poissaolot ja vaihtuvuus vähenevät. Nämä kaikki huomioon ottaen kustannuksia syntyy vähemmän. (Penttinen & Mäntynen 2009, 3-4.)

Perehdyttämisellä turvataan laatua ja tuottavuutta sekä lisätään henkilöstön pysyvyyttä, myönteistä asennetta ja työturvallisuutta (Suomen Kuntaliitto 2002, 26). Perehdyttäminen ja työnopastus ovat merkittävä osa henkilöstön kehittämistä (Penttinen & Mäntynen 2009, 2).

3.2 Perehdyttämisen toteutus työyksikössä

Perehdytyksen tarkoituksena on edistää työn ja työtehtävien oppimista täydentämällä työntekijän tietoja ja taitoja. Lisäksi yhtenä tehtävänä on myös varmistaa, että henkilö viihtyy työssään, on motivoitunut, tasokas ja toimintakykyinen. Kyseisessä tavoitteessa yhtyvät yksilön oppiminen, työ ja työyhteisön sosiaalistuminen. (Suomen Kuntaliitto 2002, 27.) Työskentelyllä on oltava oppimiseen liittyviä tavoitteita, jotta perehdyttäminen olisi laadukasta oppimista. (Suomen Kuntaliitto 2002, 27.)

Hyvän perehdytyksen ansiosta voidaan edistää uuden työntekijän paineensietokykyä ja ehkäistä työtehtävissä mahdollisesti syntyviä virheitä. Perehdyttäminen mahdollistaa ammatillisen kasvun ja työssä menestymisen sekä edistää myönteisten asenteiden kehittymistä. Tavoitteena on myös, että uusi työntekijä motivoituu aktiiviseksi työyhteisön jäseneksi, sillä motivoitunut ja hyvin perehdytetty työntekijä voi vaikuttaa omalta osaltaan myönteisesti työpaikan ilmapiiriin. (Surakka 2009, 77.)

Hyvä perehdyttäminen edellyttää suunnitelmallisuutta, dokumentointia, jatkuvuutta ja huolellista valmentautumista. Seuranta ja arviointi kuuluvat myös

suunnitelmaan. (Penttinen & Mäntynen 2009, 2.) Perehtymisen edistymistä voidaan myöhemmin tarkastella kehityskeskusteluissa (Surakka 2009, 76).

Työyksikön perehdyttämishjelman pitäisi sisältää työyksikön ohjeet, arvot, työyksikön toimintamallin ja periaatteet sekä yksityiskohtaiset kuvaukset työtehtävistä, joihin uusi työntekijä tulee perehdyttää. Jokaiselle uudelle työntekijälle tulisi laatia yksilöllinen ja kirjallinen perehdytysuunnitelma, joka tehdään yhteistyössä perehtyjän ja ohjaajan kesken. Uuden työntekijän osaamista ja lähtöta-soa arvioitaessa tulee huomioida eri oppilaitosten opetussuunnitelmat, aiempi työkokemus ja vastavalmistuneen osalta myös käytännön harjoittelupaikat sekä niissä hankittu kokemus. (Surakka 2009,73.)

Vastavalmistuneiden hoitajien perehdytystä käsittelevässä artikkelissa pohdittiin, voidaanko vastavalmistunut hoitaja palkata töihin erityisyksikköön. Aikaisemmin on vaadittu aikaisempaa työkokemusta ja laajaa tietopohjaa. Nykyään monessa paikassa on kova työvoimapula ja nämä asiat ovat ajankohtaisia. Koulutusohjelmat eivät ole samanlaisia kuin aiemmin, joten tulisi miettiä, millainen perehdytys tulisi olla. (Clifford 2010, 261.)

Ammattiuramallin mukaisesti porrastettu perehdyttämishjelma helpottaa opettamisen jaksottamista ja tällöin myös työntekijälle muodostuu parempi käsitys, mitä häneltä odotetaan missäkin vaiheessa. (Surakka 2009, 73.) Ammattiuramalli on luotu erityisesti vahvistamaan kliinisessä hoitotyössä työskentelevien sairaanhoitajien urakehitysmahdollisuuksia. Sairaanhoitaja saa palautetta esimieheltään ja työtovereiltaan erilaisten arviointimenetelmien avulla. Ammatillinen kehittyminen etenee portaikolla perehtyvä - suoriutuva - pätevä - taitava - asiantuntija. Käytännön työssä ammattiuramallia hyödynnetään myös uuden työntekijän perehdytyksessä ja opiskelijoiden ohjauksessa. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2008.)

Uusien työntekijöiden vastaanottaminen ja perehdyttäminen koetaan monesti raskaana ja aikaavievänä. On tärkeää, että laaditaan sellaiset olosuhteet ja toimintamalli, joissa kaikissa perehdytys toimii. Perehdytys on hyvä toteuttaa kirjallisen perehdytysohjelman mukaisesti, joka myös annetaan uudelle työnteki-

jälle. Tällöin perehdytettävä voi seurata omaa osaamistaan; mitä on käyty läpi ja mitä on vielä edessä. Perehdyttäjä sekä osaston muut työntekijät voivat myös seurata perehdytyksen etenemistä. Perehdytysuunnitelmaan tulee yhdistää aikataulu, jonka mukaan edetään. Työyksiköstä riippuen perehdytysvaihe kestää muutamasta viikosta kuukausiin. Tämän jälkeen työntekijän perehtyminen jatkuu syventämällä tietoa ja osaamista omatoimisesti työssä oppien sekä lisäksi täydennyskoulutusten avulla. Tämä vaihe kestää yksiköstä ja hoitotyön vaativuuden asteesta riippuen puolesta vuodesta jopa kolmeen vuoteen. (Surakka 2009, 64,74,76.)

3.3 Perehdytyksen työvälineet ja huomioitavat asiat

Perehdyttämisen työvälineitä ovat henkilökohtaisen ohjauksen ja keskustelujen lisäksi kirjalliset perehdyttämisoppaat, työpaikkailmoitukset, internet ja muut sähköiset oppaat. Sisäisessä intranetissä voi puolestaan olla esimerkiksi yksikön perehdyttämisuunnitelma, hoito-ohjeita ja suositeltavaa kirjallisuutta ja linkkejä. (Surakka 2009, 73.)

Perehdyttämällä helpotetaan uuden työntekijän tai työtä vaihtavan mukautumista ja oppimista. Perehdyttämässä on tärkeää korostaa alusta saakka ajattelutapaa, että työntekijän tulee kehittää itseään, kantaa vastuuta oppimisestaan ja osaamisestaan kysymällä, kertaamalla, tarkistamalla ja ottamalla selvää, jos on epävarma jostakin asiasta. Ammattitaitoinen ja työhönsä paneutunut henkilö työskentelee tavoitteellisesti. (Penttinen & Mäntynen 2009, 3.)

Opastus on myös tärkeää pitkän työstä poissaolon jälkeen, jolloin tuttujakin asioita voi olla syytä kerrata (Penttinen & Mäntynen 2009, 4). Eri syistä pidempään töistä poissaolleiden henkilöiden perehdytystä ei kannata laiminlyödä, sillä jo puolessa vuodessa monet asiat muuttuvat ja unohtuvat sekä rutiinit katoavat (Lahden ammattikorkeakoulu 2007, 14).

Hyvässä perehdytyksessä otetaan huomioon myös uuden työntekijän tuomat uudet ideat ja näkemykset organisaation toiminnasta ja sen kehittämisestä. Hä-

nellä voi olla myös tuoreiden opintojen pohjalta merkittäviä tietoja alan uusimmasta kehityksestä. (Hokkanen ym. 2008, 63.)

Perehdytys on tarpeellista hiljaisen tiedon siirtämiseksi seuraavalle sukupolvelle. Vanhemmilla ja kokeneilla työntekijöillä on paljon sellaista tietoa, mitä ei voi opiskella mistään. Hiljainen tieto on aavistavaa, ennakoivaa, intuitiivista ja sitä on vaikea kuvailla sanallisessa muodossa. (Surakka 2009, 79.)

Monikulttuurisissa työpaikoissa tulisi varmistaa, että perehdytysmateriaali on muista maista ja kulttuureista tulleille sopiva (Parkkinen 2010a). Kielitaidottomuus, epätasa-arvoisuus, huono kohtelu ja perehdytyksen puute estävät ulkomaalaisten sopeutumista suomalaiseen hoitoalan työpaikan kulttuuriin (Surakka 2009, 61). Ulkomaalaistaustaisille olisi hyvä sisällyttää perehdyttämiseen osio, jossa käydään läpi perusasioita suomalaisesta työelämästä (Lahden ammattikorkeakoulu 2007, 18).

Perehdyttämijärjestelmää tulee ylläpitää vaikka varsinaisen henkilöstön vaihtuvuus olisi vähäistä. Sijaisten, vuokratyöntekijöiden ja ulkoisten palveluiden toimittajien käyttö työpaikoilla lisääntyy jatkuvasti, samoin erilaisten muutosten määrä ja nopeus. Ne aiheuttavat työpaikkojen perehdyttämisen ja opastusjärjestelmille uusia vaatimuksia. Perehdyttämisvastuussa olevat tarvitsevat koulutusta ja valmennusta tehtävänsä. Tärkeimpiä asioita ovat opettamisen ja oppimisprosessin ymmärtäminen, kyky innostaa, motivoida ja rohkaista sekä ohjata perehdytettävä tai opastettava omatoimisuuteen ja vastuunottoon. (Penttinen & Mäntynen 2009, 7.)

3.4 Perehdytyksen onnistuminen ja tarkastelu

Perehdytyksen onnistuminen ei ole pelkästään perehdyttäjän ja esimiehen vastuulla, vaan jokaisella työntekijällä on itsellään vastuu olla aktiivinen perehtyjä ja uuden tiedon etsijä (Surakka 2009, 77). Perehdyttäminen on onnistunut, kun työntekijä on omaksunut opittavan asian kokonaisuutena, tuntee asioiden väliset yhteydet (Penttinen & Mäntynen 2009, 3) ja tietää mistä saa kulloinkin tarvittavan tiedon (Surakka 2009, 74). Lisäksi työntekijän tulee omata valmiudet so-

veltaa tietoa myös muuttuvissa tilanteissa. Työntekijän tulee olla oppinut työhön ja työyhteisön toimintaan liittyvät yleisperiaatteet. (Penttinen & Mäntynen 2009, 3.)

Perehdyttämisen tarkastelu moniulotteisena tapahtumasarjana asettaa perehdyttämiselle sekä lyhyen että pitkän aikavälin tavoitteita. Lyhyen tähtäimen tavoitteena on antaa uudelle työntekijälle perusvalmiudet työn suorittamiseen. Tätä päämäärää lähestytään uudentamalla organisaation työkäytäntöjä. Uudentaminen on tärkeää, jotta toiminnan jatkuvuutta ja tasaista laatua tuotettaisiin. Tavoitteena on yhtenäinen toimintakäytäntö. Tulokkaiden kohdalla tämä tarkoittaa helposti ymmärrettävien toimintamallien tarjoamista ja opetusta työvälineiden käyttöön. Pitkällä tähtäimellä perehdyttämisellä tulisi pyrkiä tukemaan organisaation sisäistä uudistumiskykyä. (Suomen Kuntaliitto 2002, 28.)

3.5 Työnantaja

Työnantaja on velvollinen perehdyttämään työntekijän asiaankuuluvasti työhön, työpaikan työolosuhteisiin ja työssä käytettäviin työvälineisiin. Työntekijälle annetaan perehdytyksessä opetusta ja ohjausta työn haittojen ja vaarojen estämiseksi sekä poikkeustilanteiden varalle. (Työturvallisuuslaki 2002.)

Etukäteen on suunniteltava, kuka ottaa vastaan uuden työntekijän, kuka esittelee työtoverit ja tilat sekä kenen vastuulla on työntekijän perehdyttäminen. Esimiehellä tulee aina olla varasuunnitelma, jos suunniteltu perehdyttäjä ei pystykään perehdyttämään. (Surakka 2009, 64.)

Perehdyttämisen järjestäminen edellyttää muun muassa vastuuhenkilöiden nimeämistä ja perehdyttäjien koulutusta tehtävään. Suunnitelman laatiminen ja työyhteisön koulutus siten, että kaikki tietävät oman osuutensa perehdyttämisprosessissa, ovat myös olennaisessa osassa. Avointa keskustelua tulisi toteuttaa työyhteisössä; suunnitelmia tulisi myös jatkuvasti kehittää ja tarkistaa. (Penttinen & Mäntynen 2009, 3.) Uudelle työntekijälle tulee osoittaa henkilö, joka on perehdyttämisvastuussa siitä huolimatta, että kaikkien työntekijöiden velvollisuus on opastaa uutta työntekijää. Varsinaisia perehdyttäjiä olisi tarpeen

olla vain muutama työyksikössä. (Surakka 2009, 72–73.) Yksi perehdyttämisen tavoitteista on tapaturmien ja työstä johtuvan sairastumisen vaaran välttäminen. Työnantajien tehtävänä on varmistaa, että kaikki työntekijät saavat tarpeelliset tiedot työhön liittyvistä työpaikan vaara- ja haittatekijöistä riippumatta siitä, käytävätkö he itse niitä työvälineitä. (Lahden ammattikorkeakoulu 2007,9.)

Perehdytysaika määritellään perehdytys suunnitelmassa ja sitä sovelletaan ottaen huomioon uuden työntekijän aiempi työkokemus ja osaaminen. Työpaikka kohtaisesti määritellään, milloin työntekijä lasketaan työvoimavahvuuteen. Uudelle työntekijälle laitetaan yhteisiä työvuoroja perehdyttäjän kanssa mahdollisuuksien mukaan puolen vuoden ajan. (Surakka 2009, 75.)

Esimiehen ja muiden vastuuhenkilöiden tehtäviin kuuluu tulokkaan toimintakentän muodostaminen sellaiseksi, että samanaikaisesti sekä huomioidaan tulokkaan yksilöllisyys että rakennetaan yhteisöllisyyttä. Esimiehen tehtävä on tuottaa tulokkaan ympäristöön riittävästi selkeyttä sitoutumisen kasvamiseksi ja huolehtia samanaikaisesti siitä, että ohjaus säilyy sopivan löyhänä ja aktivoivana sekä jättää tilaa innovatiiviselle toiminnalle. (Suomen Kuntaliitto 2002, 28.)

Esimiehen velvollisuutena on varmistaa perehdyttämisen riittävyys ja pitää uuden työntekijän kanssa seurantakeskusteluja (Parkkinen 2010b) sekä osallistua säännöllisin väliajoin arviointikeskusteluihin (Surakka 2009, 76). Käytännössä lähin esimies vastaa perehdyttämisen ja opastuksen suunnittelusta, sekä toteuttamisesta ja valvonnasta. Esimies voi delegoida erilaisia perehdyttämiseen ja opastukseen liittyviä tehtäviä koulutetulle työnopastajalle, mutta vastuu säilyy aina esimiehellä. (Penttinen & Mäntynen 2009, 2.)

3.6 Perehdyttäjä

Perehdyttäjä eli työhönopastaja on uuteen työpaikkaan tai muuhun sellaiseen perehdyttävä henkilö (Kotimaisten kielten tutkimuskeskus & Kielikone Oy 2010). Mentori on ohjaus- ja työelämätiimin mukaan pyytämä työelämän toimija. Hän on työelämässä vaativassa asemassa oleva henkilö, joka antaa aikaansa ja

viisautensa oman perehdytettävän käyttöön. (Juusela ym. 2000, 208.) Tutkimuksessa käytetään perehdyttäjä termiä kerrottaessa mentorista tai työhönohjaajasta, koska näillä kolmella käsitteellä ei ole paljoakaan eroavaisuuksia. Kansainvälisesti näitä termejä käytetään rinnakkain, esimerkiksi tutkimuksissa.

Perehdyttäjän tulee olla kokenut työntekijä, jolla on motivaatiota ja kiinnostusta perehdyttämiseen, perusymmärrystä aikuisen oppimisesta sekä kykyä hyvään vuorovaikutukseen uusien työtovereiden kanssa (Surakka 2009,73). Lisäksi perehdyttäjällä tulisi olla hyvät ohjausvalmiudet (Jokinen ym. 2010, 60). Hyvän perehdyttäjän piirteitä ovat hyvät kuuntelu- ja kommunikaatiotaidot, ystävällisyys, organisaation ja alan tuntemus sekä kyky ymmärtää ja lukea toista ihmistä. Perehdyttäjä on henkilö, joka sitoutuu tukemaan ja auttamaan perehdytettävän ammatillista tai persoonallista kehittymistä tai molempia sekä lisäämään kehittymistä entistä vaativampiin tehtäviin. (Nikki ym. 2010, 23,25.) Perehdyttäjän asiantuntijuus muodostuu kokonaisuudesta sekä vahvasta käytännön ammattitaidosta, ajantasaisesta ammatillisesta osaamisesta ja taitavuudesta kliinisessä hoitotyössä. Perehdytysuhde on kumppanuussuhde, jossa perehdyttäjä vahvistaa perehdytettävää emotionaalisesti ja herättelee kriittiseen ajatteluun (Jokinen ym. 2010, 56,58.)

Nimetty perehdyttäjä vapautetaan omista tehtävistään muutamaksi päiväksi, jotta hän voi ottaa uuden työntekijän vastaan ja aloittaa perehdytyksen. Perehdyttäjä toimii organisaation vision, arvojen ja strategian välittäjänä. Perehdyttäjän tehtävänä on saada uusi työntekijä omaksumaan monet menettelytavat, joita tarvitaan työyhteisön toiminnassa. (Surakka 2009, 74–75.)

Perehdyttäjän tehtävä on antaa selkeitä ohjeita työtehtävistä ja ohjata käyttämään oikeita ja turvallisia työmenetelmiä. Lisäksi perehdyttäjän tulee kannustaa perehdytettävää itsenäiseen tiedonhankintaan ja ongelmanratkaisuun. Myös rakentavaa palautetta tulee antaa. Hyvä perehdyttäjä on ammattitaitoinen, erityisen motivoitunut koulutustehtävään ja ehkä itse hakeutunut ohjaajaksi. (Lahden ammattikorkeakoulu 2007, 12–13.)

Perehdytyksen toteutusta helpottavat ennalta laadittu perehdytysuunnitelma, perehdyttämisen toteutusvastuista sopiminen ja perehdyttämistä tukevien materiaalien laadinta sekä perehdytyksen muistilista (Parkkinen 2010b). Yleisen perehdyttämisen- tai opastussuunnitelman lisäksi jokaisen perehdyttäjän tulee tehdä oma suunnitelmansa käytännön toteutuksesta. Hän aloittaa sen selvittämällä itselleen ketä, miksi, mitä ja miten hän perehdyttää ja opastaa sekä kokoaa tarvittavan aineiston perehdytettävälle. (Penttinen & Mäntynen 2009, 3.)

Perehdytystilanteessa on tärkeää muistaa kertoa perehdytettävälle toimintaohjeista poikkeustilanteissa. Lisäksi tulee myös käydä läpi, kuinka nopeasti ja kelle kuuluu ilmoittaa sairastumisesta, milloin ja kuinka pitkältä poissaolosta vaaditaan ilmoitus. Muun ohella tulisi kertoa, kenen kanssa ja miten hoidetaan palkanmaksut, jos niissä on epäselvyyksiä. Luottamusta, luottamuksellisia tietoja ja mahdollisia salassapitovelvollisuuksia kannattaa myös korostaa perehdytettävälle riittävän usein. (Lahden ammattikorkeakoulu 2007, 21.)

Perehdyttäjän on hallittava hyvin turvallisuuteen liittyvät käytännön asiat. Työnopastusvaiheessa on tärkeää ennaltaehkäistä rasitusvammoja. Perehdytyksessä tulee antaa tietoa ergonomisesti oikeista työmenetelmistä, -liikkeistä ja -asennoista. Perehdytykseen kuuluu myös sopimattoman henkisen kuormittumisen torjunta sekä työpaikan pelisäännöistä keskustelu, esimerkiksi häirinnän torjumiseksi tai väkivallan uhkan vähentämiseksi. Työpaikan oman työsuojeluhenkilöstön asiantuntemuksen hyödyntäminen on tärkeää, jotta työsuojeluasiat liittyisivät osaksi työnopastusta. (Penttinen & Mäntynen 2009, 5.)

Perehdyttäjää seuraa uuden työntekijän oppimista ja antaa palautetta työntekijän edistymisestä arviointikeskusteluissa (Surakka 2009, 76). Lisäksi perehdyttäjällä tulee olla taito antaa rakentavaa palautetta (Jokinen ym. 2010, 60).

3.7 Perehdytettävä

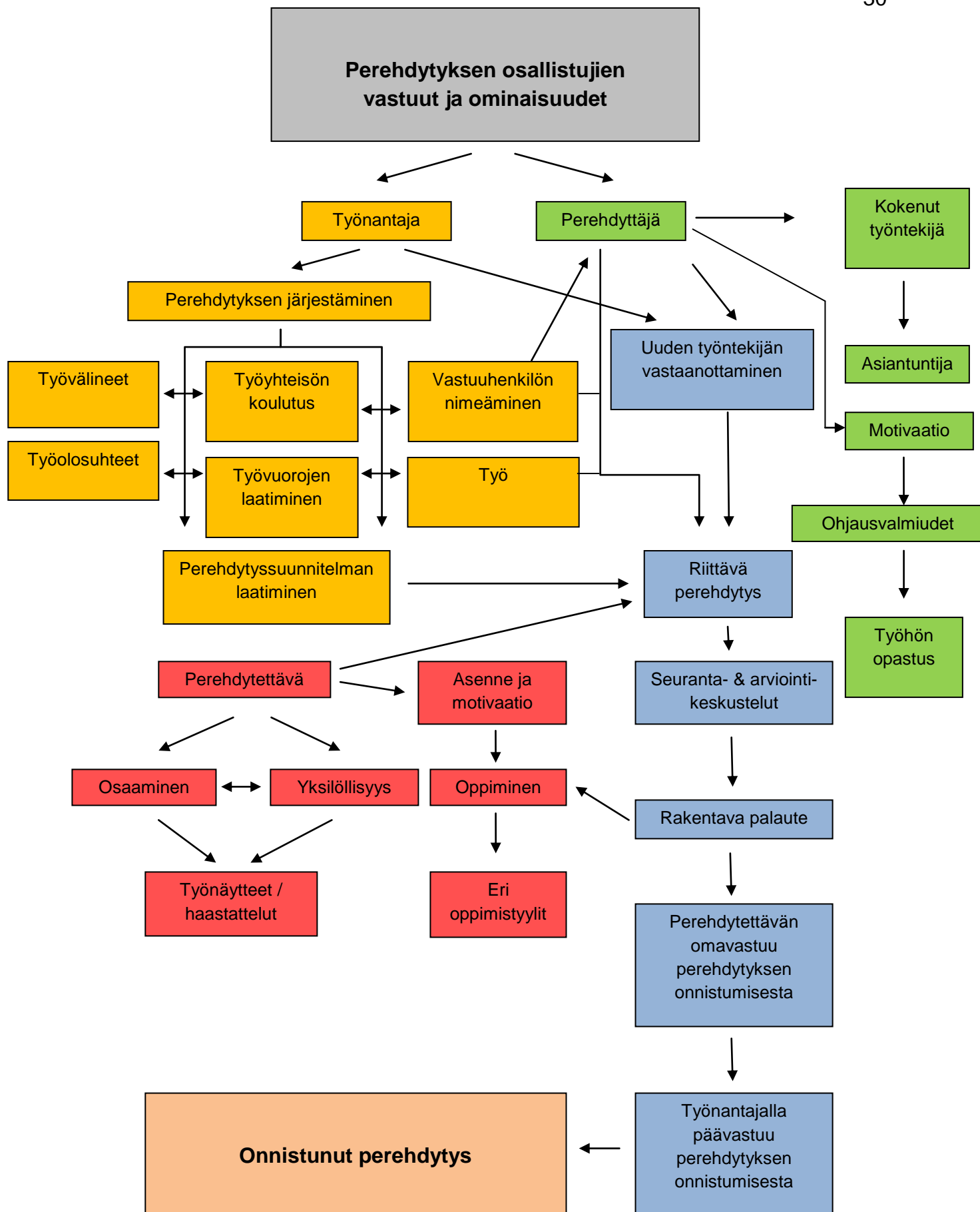
Perehdytettävät ovat erilaisia fyysisiltä ja psyykkisiltä ominaisuuksiltaan. Yksi oivaltaa nopeasti ja toinen taas on käsistään kätevämpi. Perehdytettävien tiedot ja taidot ovat erilaisia. Toisella voi olla teoreettinen koulutus, kun taas toisella puolestaan työ- ja elämäkokemusta, sekä tämän mukanaan tuomaa niin sanottua hiljaista tieto-taitoa tutkintotodistuksen sijaan. Papereista ei näe kaikkea osaamista, vaan ne on selvitettävä, esimerkiksi työnäytteiden ja haastatteluiden avulla. (Kangas 2003, 13.)

Perehdytettävän asenne ja motivaatio vaikuttavat oppimiseen ja opastukseen paljon. Jos perehdytettävällä on hyvä motivaatio, mutta hän ei luota oppimismahdollisuuksiinsa, perehdyttäjä joutuu tavallista enemmän rohkaisemaan ja kannustamaan häntä. Hankalin tilanne on silloin, kun perehdytettävän motivaatio on erittäin heikko ja asenteetkin negatiiviset. (Kangas 2003, 13.)

Oppimistyyli tarkoittaa oppimistavoissa esiintyviä yksilöllisiä eroja. Yksi oppii kuulemalla ja toinen näkemällä ja kolmas tekemällä. Neljäs taas oppii parhaiten silloin, kun hän voi tehdä havaintoja, mutta viidennen on itse saatava kokeilla eri vaihtoehtoja. Perehdytettävänä voi olla myös henkilö, joka tarvitsee paljon opetusta ja rohkaisua tai opettelee mieluiten omin päin. Oppiminen tehostuu, kun oppimistyyleissä olevat erot tunnistetaan ja huomioidaan perehdytyksessä. (Kangas 2003, 13.)

Vastuu perehdyttämisen onnistumisesta on myös uuteen tilanteeseen tulevalla työntekijällä itsellään. Tällöin oma aktiivisuus on avainasemassa. Perehdytettävän kannattaa muistaa, että pelko ja jännitys vaikeuttavat oppimista ja väärin omaksuttu ajattelu- tai työtapa saattaa jopa estää uuden oppimisen. Keskustelu muiden työntekijöiden kanssa auttaa ymmärtämään monia käsitteitä ja uusia asioita. Lisäksi on tärkeää selvittää, että mitä minulta odotetaan juuri tässä työssä. (Lahden ammattikorkeakoulu 2007, 13.)

Seuraavassa kuviossa esitetään tiivistelmä perehdytyksestä. Siinä käsitellään työnantajan, perehdyttäjän ja perehdytettävän rooleja perehdytyksessä (Kuvio 1).



Kuvio 1. Tiivistelmä perehdytykseen vaikuttavista tekijöistä.

4 AIKAISEMMAT PEREHDYTYSTÄ KOSKEVAT TUTKIMUKSET

Tiedonhaussa käytettiin kotimaista Medic-tietokantaa sekä kansainvälisiä tietokantoja PubMed ja Cinahl. Hakusanoina suomalaisessa Medic-tietokannassa käytettiin asiasanoja perehdyttäminen, tuki- ja liikuntaelinsairaus ja sairaanhoitaja. Kansainvälisissä tietokannoissa käytettiin nurse, orientation, familiarization, musculoskeletal disorders ja material. Hakusanoilla nurse ja orientation löytyi parhaiten tutkimuksia, jotka liittyivät sairaanhoitajan perehdyttämiseen. Kotimaaisesta tietokannasta löytyi muutamia sairaanhoitajan perehdytykseen liittyviä tutkimuksia sekä paljon lääkäreille suunnattua perehdytysmateriaalia. Kansainvälisistä tietokannoista löytyi paljon sairaanhoitajan perehdytykseen liittyviä tutkimuksia. Täysin vastaavaa tutkimusta tules-yksiköiden perehdytysmateriaaleista ei löytynyt useiden hakujen jälkeen. Tiedonhaussa käytettiin apuna myös informaation asiantuntemusta.

4.1 Kansalliset perehdytystä koskevat tutkimukset

Wilkoszin ja Sillanpään (2010) opinnäytetyössä analysoitiin sydänhoitolinjaan muuttavien yksiköiden perehdytysmateriaaleja. Tarkoituksena oli analysoida perehdytysmateriaalien yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Tutkimustulosten mukaan yhtenäisiä perehdytysmateriaaleja yksiköillä olivat: tilojen esittely, henkilöstö, hoitohenkilökunnan tehtävät, yleisimmät sydänsairaudet, elvytys, perehdytysrunko, lääkehoito, yleisimmät tutkimukset/toimenpiteet ja osaston toiminta. Eroavaisuuksia sydänyksiköiden perehdytysmateriaalien välillä oli huomattavasti. Niitä olivat muun muassa tulokas-opas, yhteistyö eri osastojen kanssa, perehdytyksen arviointi ja seuranta sekä erillinen kansio sepelvaltimotautipotilaan ohjauksesta.

Lahden (2007) pro gradun-tutkielman tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien (n= 66) kokemuksia vuodeosastoilla järjestetystä perehdytyksestä. Tutkimuksen tavoitteena oli myös saada tietoa, millainen yhteys perehdyttämällä on sairaanhoitajien haluun sitoutua organisaatioon. Esille nousivat erot määräämisen

ja vakituisen työntekijän tyytyväisyydestä perehdytykseen. Vakituiset kokivat saaneensa parempaa perehdytystä kuin määräaikaiset. Sairaanhoitajat kaipaivat etukäteen nimettyä perehdyttäjää. Perehdytyksen alkaessa uudelle työntekijälle tulee tehdä lähtötilanteen arviointi ja sen pohjalta tehdä perehdytys suunnitelma. Vastaajat olivat tyytymättömiä perehdytysajan riittämättömyyteen ja perehdytyksen sisältöön. Puolet sairaanhoitajista koki, että heille ei riittävästi esiteltä organisaatiota, strategiaa, työpaikkademokratia- ja työsuojeluasioita. Kolmannes ei saanut perehdytyksessä tietoa työhön liittyvistä laeista ja asetuksista. Esimiehen kanssa yhteistyö sujui sairaanhoitajien mukaan hyvin, mutta vain puolet sairaanhoitajista oli saanut palautetta esimieheltään ja perehdytyksen loppuarviointi oli pidetty. Varsinkin vakituiset työntekijät kaipaivat palautetta esimieheltä siitä, miten he olivat kehittyneet ammatillisesti.

Miettinen ym. (2006) tutkivat perehdyttämistä osana hoitotyön johtamista. Tarkoituksena oli myös kehittää osastonhoitajan roolia hoitotyöntekijän perehdyttämisessä.

Osastonhoitajien arviot (n= 37) roolistaan perehdyttämisessä olivat melko yhdenmukaiset. Vastaajat olivat lähes samaa mieltä siitä, että osastonhoitajan on kannettava vastuu perehdyttämisestä, vahvistettava uuden työntekijän sitoutumista, luotava myönteinen oppimisilmapiiri ja edistettävä työnantajakuvaa. Yli puolet vastaajista oli yhtä mieltä siitä, että osastonhoitaja vastaa suunnitelmallisen perehdyttämisen toteutuksesta, joka perustuu osaamisen kartoitukseen. Osastonhoitajien mielestä oli tärkeää, että uusi työntekijä tuntee itsensä tervetulleeksi työryhmän jäseneksi. Heidän mielestä perehdyttämisen aikana sekä perehtyjä että työyhteisö oppivat. Perehdyttämisen arvioitiin parantavan hoitotyön laatua. Esille tulivat kolme osastonhoitajan pääkategoriaa, jotka olivat 1) mahdollisuuksien luoja, 2) perehdyttämiseen osallistuja sekä 3) arvioinnin ja palautteen kokoaja. Mahdollisuuksien luoja osastonhoitajan tulisi ottaa perehdyttäminen mukaan työvuorosuunnitelmissa. Tärkeänä tehtävänä osastonhoitajalla on nimetä perehdyttäjä. Osallistumalla perehdytykseen osastonhoitaja edistää henkilöstön ja perehtyjän sitoutumista perehdyttämiseen. Arviointimenetelmiksi kuvattiin ohjaavat arviointikeskustelut ja perehdytyksen väliarviointi yh-

dessä perehdytettävän ja perehdyttäjän kanssa. Samalla arvioitiin myös perehdyttämisen laatua ja vaikuttavuutta. (Miettinen ym. 2006.)

Salonen (2004) selvitti pro gradu-tutkielmassaan, miten sairaanhoitajat (n= 147) kokivat mentorointisuhteensa sekä ammatillisen pätevyytensä. Samalla selvitettiin taustamuuttujien yhteyttä näihin asioihin. Tavoitteena oli saada tietoa perehdytyksen nykytilasta ja kehittää perehdyttämistä. Perehdytysuhde ja perehdytyksen kokonaisuus vastasi sairaanhoitajien arvion mukaan tyydyttävää tasoa. Samoin he kokivat perehdytyksen keston olevan tyydyttävää tasoa. Verrattaessa perehdytystä osastojen kesken sairaanhoitajat kokivat saavansa parempaa perehdytystä teho-osastolla kuin päivystyspoliklinikalla. Valmiiksi nimetty perehdyttäjä paransi perehdytystyytyväisyyttä, mutta sairaanhoitajat kokivat, että perehdytysuhdesta tuli vain harvoin pidempiaikainen tukisuhde. Sairaanhoitajien omat arviot ammattipätevyydestään vastasivat hyvää tasoa. Tähän vaikuttavia tekijöitä olivat ikä, nykyisen työkokemuksen kesto ja kädentaitojen käytön tiheys. Perehdytyksellä vaikutti olevan yhteys ammattipätevyyden kehitystason arvioihin. Esille nousi työnantajan rooli hyvän perehdytyksen mahdollistajana ja ammattipätevyyden kehittämisen tukijana. Kehittämiskohteiksi muodostuivat perehdyttäjän nimeäminen etukäteen, palautteen antaminen sekä perehdytyksen keston suunnittelu työyksikön tarpeita vastaavaksi.

4.2 Kansainväliset perehdyttämistä koskevat tutkimukset

Baxterin (2010) tuottamassa kirjallisuuskatsauksessa on koottu tiivistelmä hoitotyön perehdytyksestä ja lisäksi siinä arvioidaan useita perehdytyksessä käytettyjä kehyksiä ja työkaluja. Kirjallisuuskatsauksen alussa perehdyttiin siihen, miksi vastavalmistuneet ovat poissa työvoimasta ensimmäisen vuoden aikana. Syyksi määriteltiin muun muassa vastavalmistuneiden riittämätön koulutus, tuen puute ja sijoittaminen liian vaativille osastoille. Perehdytysajaksi suositellaan kahdeksasta viikosta 18 kuukauteen. Useimmat tutkijat kuvaavat 12 viikon perehdytyksen perehdyttäjän kanssa vaativilla osastoilla.

Kirjallisuuskatsauksessa on kuvattu monia perehdyttämisen malleja, josta seuraavaksi kuvataan yksi malli. Proulx ja Bourcier (2008) kehittivät 12 viikkoa kes-

tävän kolmiportaisen perehdytysohjelman. Ensimmäisessä vaiheessa vastavalmistunut hoitaja sijoitettiin toisen vastavalmistuneen hoitajan työpariksi ja yhdessä he hoitivat kahden viikon ajan muutamia potilaita. Vastavalmistuneiden hoitajien työstä vastasi kuitenkin aina kouluttaja. Toisessa vaiheessa vastavalmistunut sai hoidettavaksi potilaan yhdessä perehdyttäjän tai kouluttajan kanssa, jotka tarjosivat valvontaa ja edistivät vastavalmistunutta hoitajaa kohti itsenäisyyttä. Kolmannessa vaiheessa vastavalmistunut hoitaja sai kaksi potilasta, joita valvoi perehdyttäjä ja yhdeksästä viikosta lähtien vastavalmistunut hoitaja sai säännöllisiä potilastehtäviä, mutta sai tukea edelleen perehdyttäjältä. (Baxter 2010.)

Perehdyttäjän tulisi olla kliinisesti pätevä, kannustava ja hänellä tulisi olla halu opettaa. Lisäksi heidän tulisi antaa välttämättömiä työkaluja perehdytettävälle sekä opettaa uusia taitoja että kuvata hoitohenkilökunnan vastuita. (Baxter 2010.)

Organisaatio oli avainroolissa varmistamassa riittävää ja asianmukaista perehdytystä. Organisaation lopullinen tavoite on varmistaa, että vastavalmistuneet hoitajat tekevät turvallista hoitotyötä yhdessä kollegoiden kanssa. Erään tutkijaryhmän mukaan on olemassa viisi elementtiä, jotka helpottavat organisaatioon tulemistä: 1) uudet työntekijät tulisi toivottaa tervetulleiksi, 2) järjestää tukea perehdyttäjän avulla, 3) harjoituksilla, 4) ohjata työkalujen käytössä sekä 5) opastaa kliinisen pätevyyden saavuttamiseen ja 6) perehdytysohjelman arviointiin. (Baxter 2010.)

Henkilökunnan kouluttajien tulee varmistaa, että vastavalmistuneet hoitajat saavat tehokkaan perehdytyksen. Heidän tulisi harkita perehdytys kehyksen käyttämistä tai polkuja, jotka ohjaavat kehitystä, toteutusta ja perehdytyksen arviointia. Lisäksi henkilökunnan kouluttajien täytyy huomioida, mitä uuden sukupolven hoitajat vaativat työnantajilta ja työympäristöltä. (Baxter 2010.)

Baxterin päätelmien mukaan hoitotyön johtajien täytyisi harkita, että he vähentäisivät perehdyttäjän työmäärää perehdytyksen aikana. Heidän pitäisi myös tarjota kursseja perehdyttäjille. Siellä tulisi opettaa heille, että millaista vastuuta

perehdyttäjän rooli tuo. Lisäksi tulisi käydä läpi opettamisen periaatteita, arvioin-
tistrategioita ja kuinka antaa sekä positiivista että rakentavaa palautetta. Myös
ajankäytön hallinnasta ja sukupolvien välisistä eroista tulisi keskustella. (Baxter
2010.)

Patterson ym. (2010) tutkimuksen tarkoituksena oli saada käsitys siitä, miten
uudet vastavalmistuneet sairaanhoitajat kokevat perehdytysohjelman ensiavus-
sa perehdytyksen alussa kolmen ja kuuden kuukauden kuluttua. Ensiapuosasto
oli tutkimukseen osallistuvien sairaanhoitajien ensimmäinen työpaikka valmis-
tumisen jälkeen. Sairaanhoitajat osallistuivat Emergency Department Fel-
lowship Program (EDFP) -perehdytysohjelmaan, jonka tarkoituksena on valmis-
tella sairaanhoitajat toimimaan työntekijöinä. Tutkimusosanottajat käsittivät 15
naista ja kolme miestä (n=18).

Suurin osa ohjelman sairaanhoitajista koki perehdytysohjelman koulutuksen
olevan arvokas ja hyvä oppimismahdollisuus. Kolmen kuukauden kuluttua pe-
rehdytyksen alusta sairaanhoitajat kokivat saaneensa paljon uutta tietoa työpäi-
vän jälkeisillä asiantuntijaluennoilla, jossa keskityttiin esimerkiksi sydänpotilaan
hoitotyöhön. He halusivat tarjota potilaille mahdollisimman hyvää hoitoa, mutta
olivat epävarmoja omista tiedoistaan ja taidoistaan. Kuuden kuukauden kuluttua
perehdytyksen alusta sairaanhoitajat kokivat itsensä paljon itsevarmemmiksi
tehdessään potilashoitotyötä. He kokivat, että oma osaaminen oli kasvanut,
mutta osa oli vielä hieman epävarmoja omista taidoistaan. Sairaanhoitajat ker-
toivat saaneensa perehdytyksen avulla lisää työkaluja tiedon hankkimiseen.
Monet olivat sitä mieltä, että kuusi kuukautta oli riittävä tämän tyyppiselle oppi-
miskokemukselle ja heidän aikansa ohjelmassa meni todella nopeasti. (Patter-
son ym. 2010.)

Moni ohjelmaan osallistuneista sairaanhoitajista kertoi luentopäivien olleen pit-
kiä, intensiivisiä ja energiaa vieviä. He kokivat tästä huolimatta, että luennot ja
oppitunnit olivat hyödyllisiä ja he saivat niistä paljon tietoa käytännön työtä var-
ten. Sairaanhoitajat arvostivat oppimismateriaaleja ja case-tehtäviä. Kotitehtä-
vät auttoivat, mutta osan mielestä ne olivat aikaa vieviä muun työn ohella ja vei-
vät aikaa perheeltä. (Patterson ym. 2010.)

Negatiivisena asiana sairaanhoitajat kokivat, että heitä tarkkailtiin koko perehdytyksen ajan. Aina joku vakituinen työntekijä valvoi heidän työtään ensiapupoliklinikalla. Toisaalta heille tuli tunne, että vakituiset työntekijät kokivat heidät uhkana, että he veisivät heidän työpaikkansa. Kehittämishaastattelussa tuli ilmi, että luennot pitäisi jakaa tasaisesti koko kuuden kuukauden ajaksi eikä ensimmäiseen kolmeen kuukauteen. Silloin oli muutenkin paljon uutta opittavaa itse ensiapupoliklinikan tavoissa ja työn tekemisessä. Sairaanhoitajat olisivat kovanneet enemmän henkistä tukea ja aikaa keskustella ja pohtia kokemuksiaan ensiapupoliklinikalla. (Patterson ym. 2010.)

Wayman:in (2009) tutkimuksessa kehitettiin perehdytysohjelma, koska vastavalmistuneet hoitajat kokivat, että perehdytys oli riittämätöntä ja epä johdonmukaista. He eivät myöskään kokeneet itseään tervetulleiksi. Lisäksi perehdyttävät sairaanhoitajat eivät olleet aina halukkaita perehdyttämään tai oli liian monta eri perehdyttäjää, jotka vaativat hieman eri asioita. Perehdytettävät sairaanhoitajat kokivat myös, että heitä ei ohjattu tarpeeksi ja riittävästi havainnollistaen. Nämä kaikki asiat johtivat työtytymättömyyteen ja saivat vastavalmistuneet hoitajat vaihtamaan useasti työpaikkaa.

Moniportainen perehdytys helpotti siirtymistä aloittelevasta hoitajasta päteväksi hoitajaksi. Perehdytys alkoi palkkaamisesta ja jatkui aina yhdestä vuodesta puoleentoista vuoteen asti. Perehdytysohjelma oli kolmiportainen. Päämääränä oli tarjota hoitajille tukea, arvioida heidän taitojaan sekä ammatillisen roolin kehittymistä, kunnes he olivat täysin päteviä. Hoitajat pääsivät perehdytysohjelmassa aina uudelle tasolle, kun olivat saavuttaneet aiemman tason pätevyden. (Wayman 2009.)

Ensimmäisessä perehdytysportaassa hoitaja työskenteli perehdyttäjän kanssa ja valvotussa ympäristössä. Tässä portaassa harjoiteltiin taitojen kehittymistä ja kriittistä ajattelua. Sekä perehdyttäjä että kliininen kouluttaja kysyivät kysymyksiä ja antoivat potilastapauksia, joihin perehdytettävän hoitajan tulisi vastata perusteellisesti, kuinka toimisi. Perehdytettävää hoitajaa myös kehoitettiin esittämään kysymyksiä ja osallistumaan keskusteluihin. Joka viikko perehdyttäjä piti arvioinnin, joka tehtiin ennalta sovitun kaavakkeen mukaan. Arviointi käsitti

taidot, dokumentoinnin ja lääkehoidon hallinnan. Lisäksi tapaamisissa määritettiin tavoitteet seuraavaksi viikoksi. (Wayman 2009.)

Toisessa perehdytysportaassa perehdytys pohjautui yksikköpohjaiseen perehdytykseen. Tarkistuslistat ja työkalut liittyivät yksikköön, joissa hoitaja työskenteli. Perehdyttäjä oli tässä portaassa enemmän toiminnan antaja kuin opastaja. Muuten perehdytys toteutettiin yksösportaan mukaisesti. (Wayman 2009.)

Kolmannessa eli viimeisessä perehdytysportaassa hoitaja ei työskennellyt enää perehdyttäjän kanssa. Hänellä oli omia potilastehtäviä, mutta ei kuitenkaan vielä niin paljon kuin pätevällä hoitajalla. Hän kävi keskustelemassa kuukausittaisesta kehityksestä ja sai neuvoja sekä tukea kohdatessaan vaikeita tilanteita. Kun potilashoidosta vastaava (patient care manager) oli katsonut, että perehdytysohjelma oli suoritettu, hän antoi hoitajalle luvan toimia täysivaltaisena tiimin jäsenenä. (Wayman 2009.)

Tutkimustuloksia kyseisestä perehdytysohjelmasta ei ole saatu, mutta palaute uusien hoitajien ja perehdyttäjien kesken on ollut positiivista. He kokivat ohjelman todella hyödylliseksi. Ainoa negatiivinen asia oli ollut valtava määrä paperityötä, joka syntyi uuden perehdytettävän perehdytyspaperien täyttämisestä. (Wayman 2009.)

4.3 Kansainväliset perehdytystyökaluja kehittävät tutkimukset

Steffan ja Goodin (2010) kuvailevan tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ohjaajien käsityksiä uusista arviointityökaluista, joita olivat ohjattavan työnsuorituksen arvioinnit ja oheisoppaan käyttö. Ohjaajien oli tarkoitus käyttää ainakin kerran ohjattavan työnsuorituksen arviointia perehdyttämisen aikana, joka oli ensisijainen arviointityökalu perehdytyksessä.

Ohjaajien toimintaa tarkasteltiin oheisoppaan sekä yhteenvedon eri näkökulmista; esimerkiksi määräyksien selkeys ja objektiivisuus suorituksen arvioimisessa. Lisäksi tarkasteltiin työkalujen helppokäyttöisyyttä. Ohjaajien oli mahdollisuus antaa nimetön verbaalinen ja kirjallinen palaute arviointityökaluista. Tämä oli

ensimmäinen askel ohjaajia helpottavien työkalujen hyväksymiseen. (Steffan & Goodin 2010.)

Tutkimus suoritettiin kolmessa keskeisessä Ohion sairaalassa yhden sairaanhoitopiirin sisällä. Ohjaajat (n=81) osallistuivat työpajaan toukokuusta 2006 helmikuuhun 2007. Päättökysymys oli, kuinka hyödylliseksi ja helpottavaksi ohjaajat kokivat ohjattavan työnsuorituksen arvioinnin ja oheisoppaan. (Steffan & Goodin 2010.)

Arviointityökalut arvioivat kliinistä suorittamista. Arviointityökalun pitäisi antaa sairaanhoitajien esimiehille ja kouluttajille selkeä kuva uusista perehdytettävien vahvuuksista ja heikkouksista, joita voitaisiin käyttää luomaan kehittämissuunnitelmaa perehdytystä varten. Arviointityökalun pitäisi olla tehokas ja toteutettavissa oleva. Työkalun suositellaan myös olevan yhdenmukainen organisaation filosofian kanssa. (Steffan & Goodin 2010.)

Tuloksissa tuli ilmi, että ohjattavan työnsuorituksen arvioinnissa oli muutama vaikea kohta ymmärtää tai tulkita. Kymmenen suorituskohtaa olisi tarvinnut enemmän selvennystä. Suurin osa osallistujista oli samaa mieltä, että ohjattavan työnsuorituksen arviointi olisi hyödyllinen työkalu arvioitaessa perehdytettävää sairaanhoitajaa. Kaiken kaikkiaan 74 prosenttia osanottajista oli samaa mieltä, ja 18 prosenttia osanottajista vahvasti samaa mieltä, että sairaanhoitajan ohjattavan työnsuorituksen arviointi yhdessä oheisoppaan kanssa näyttäisi perehdytettävälle perehdyttämisen etenemisen läpi hoitotyön. (Steffan & Goodin 2010.)

Hargreavesin ym. (2010) tutkimuksen päätarkoituksena oli kehittämistyökalun avulla auttaa hoitajia tottumaan uusiin kliinisiin puitteisiin ja omaksumaan käytännön hoitotyön organisaation ammatilliset odotukset. Tavoitteena oli siirtyä pois osastoperehdytyksestä ja näin ollen parantaa oppimista yksilöllisesti ja turvata onnistuminen.

Kun kokeneet hoitajat siirtyivät uuteen sairaalaan tai terveystalouden puitteisiin, he olivat velvollisia suorittamaan yleisen hoitotyön perehdytyksen. Pääidea tässä perehdytyksessä oli auttaa sairaanhoitajia käyttämään uusia kliinisiä raa-

meja ja oppimaan ammatilliset odotukset organisaation sisällä. (Hargreaves ym. 2010.)

Useimmissa sairaaloissa, sairaala - perehdyttäminen usein kattoi seuraavat aiheet: 1) sosiaalietuudet ja vastuuvollisuuslain, 2) tietotekniikka-sovelluskoulutuksen, 3) pakollisen lainmukaisen koulutuksen sekä 4) koulutuksen, joissa käsitellään organisaatiolle ominaisia asioita. Perehdyttäminen saattoi myös sisältää käytännön harjoittelun. (Hargreaves ym. 2010.)

Ennen kirjallista perehdytyskortin kehittämistä, Lucile Packard Lasten sairaala (LPCH) muodosti ryhmän, johon kuului sairaanhoitajia, johtajia, kouluttajia ja kliinisen asiantuntijuuden omaavia sairaanhoitajia. Ryhmän tarkoituksena oli suunnitella uudelleen yleinen perehdytys hoitajille, jotka ovat juuri palkattuja kokeneita sairaanhoitajia. (Hargreaves ym. 2010.)

Ryhmästä muodostettu alakomitea järjesteli uudelleen yleisen hoitajien perehdytyksen ja yhdisti opettavia luentoja perehdytykseen. Uusi suunnittelu painotti, että sairaanhoitajan rooli käsittää kliinisen asiantuntijuuden, avustajan, koordinaattorin ja johtajan. Uudelleensuunniteltu perehdytys kokeneille sairaanhoitajille oli muuttunut opettavaisesta opetuksesta syventyneeksi käytännön oppimiseksi. (Hargreaves ym. 2010.)

Yleinen perehdytys laajeni 4 päivästä 3 viikkoon. Ensimmäinen viikko keskittyi viiteen alueeseen; 1) sairaalaperehdytys, 2) elektronisen hoitokirjaamisen toimivuus, 3) kotitehtävät ja terveys, 4) päivä hoitajana; luennot ja keskustelut sekä 5) potilas tapausten läpikäyminen. Toisella viikolla perehdytettävät suuntautuivat omiin yksiköihinsä perehtymään. Kolmannella viikolla jäljellä olevat viisi sisältöaluetta keskittyivät: 1) työskentelyyn osastolla, 2) kotitehtäviin, 3) tieteelliseen päivään, 4) päivään hoitajana; luennot ja keskustelut sekä 5) potilastapausten läpikäymiseen. (Hargreaves ym. 2010.)

Testattaessa uutta hoitotyön perehdytystä LPCH:n muodostamalle ryhmälle tuli selväksi, että kehittäessä perehdytyskorttia tuli ottaa huomioon perehdytettävien kliiniset taidot ja tiedot. Perehdytyskortti pohjautui kolmeen tarkoitukseen: perehdytettävien omaan itsearviointiin, ohjaajan arviointiin ja kilpailuun pätevyys-

destä perehdytettävien kesken. Perehdytyskorttia käytettiin muistilistana voimavarojen ja alueiden parannuksissa sekä keskusteltiin perehdytettävien kanssa perehdytyksen lopuksi näistä asioista. Perehdyttäjä selitti, että perehdytyskortti oli yksi työkalu ja perehdytyskortti ei ollut muodollinen arviointikriteeri. (Hargreaves ym. 2010.)

Perehdytyskortti sovitettiin osastoperehdyttämisessä yksilöllisiä tarpeita varten, jonka olisi pitänyt vähentää opetusaikaa ja nostaa yksilökohtaista opetusta. Ymmärrys siitä, mitkä alueet tarvitsivat parannusta helpottavat nopeaa etene mistä ja tiedon hankkimista, koska oli enemmän aikaa, voidaan keskittyä edellä mainittuihin asioihin. (Hargreaves ym. 2010.)

Yeagerin (2010) artikkelin tarkoituksena oli hahmottaa perehdyttämistä, toteutusta ja arviointistrategiaa, kun sairaanhoitaja siirtyy traumaosastolta vuodeosastolle töihin. Kyseisessä artikkelissa kehitettiin perehdyttämisen muistilistaa.

Perehdytettävä kävi perehdytyskursseilla, joissa sairaanhoitaja ja perehdyttäjä asettivat tavoitteet kyseiselle aiheelle; näin taattiin riittävä oppiminen. Perehdytettävän ja perehdyttäjän välille pitäisi muodostua suhde, joka takaisi perehdytettävän maksimaalisen oppimisen, kun hän pystyisi ristiriitatilanteissa tukeutumaan ohjaajaan, joka on alan asiantuntija. Tämä suhde myös mahdollistaisi epävirallisen koulutuksen, jossa sairaanhoitaja saisi niin sanottua ylimääräistä tietoa ohjaajan kokemuksista. Perehdytettävän tulisi antaa itselleen lupa keskittyä uuden roolin näkökohtien määrittämiseen. (Yeager 2010.)

Perehdytettävällä oli käytössään muistilista, johon merkittiin tarkka päivämäärä, jolloin perehdytettävä hallitsi asian täydellisesti. Näitä osa-alueita olivat; 1) käytäntö, 2) informatiikka, 3) työsuhteiden luominen, 4) kliiniset huomiot sekä 5) hoidolliset menettelytavat. Perehdytyskalenteria voitiin hyödyntää sen takaamiseen, että kaikki perehdyttämisen osat ja osa-alueet tarkistettiin muistilistasta. Näin sairaanhoitajan oli helppo pitää kirjaa perehdytyksestä, kun perehdytys oli jo valmiiksi aikataulutettu. Jopa sen jälkeen, kun virallinen perehdyttäminen oli ohi, niin perehdytystä tapahtui vielä 3-6 kuukauden ajan arvioinnin ja keskustelun pohjalta. (Yeager 2010.)

Perehdyttämistyökalut johtivat perehdytettäviä sairaanhoitajia eteenpäin prosessissa tulla työryhmän jäseneksi. Kliinisten resurssien, aktiivisen tiedon keräämisen ja muiden sairaanhoitajien tuki auttoivat uutta sairaanhoitajaa hankkimaan hyvät viestintätaidot. (Yeager 2010.)

Sairaanhoitajat kokivat joitakin esteitä, jotka vaikeuttivat perehdytystä. Näitä oli muun muassa roolien selvennys ja vastuualueiden kuvaus. Lisäksi sairaanhoitajat nostivat myös esille etuoikeuksien puutteen, korkeat potilasmäärät, hallinnollisen tuen puutteen sekä riittämättömän valmistautumisen tason potilaiden käsittelyssä. (Yeager 2010.)

Seuraavat asiat auttoivat uutta sairaanhoitajaa pääsemään uuteen rooliin traumaosastolla; ennakoivuus, osallistuminen, myönteinen asenne, kiittäminen uudesta tiedosta, kärsivällisyys ja sinnikkyys. Sairaanhoitajan tulee myös valmistautua hakemalla itse tietoa, käyttää perehdytysmateriaalia, kommunikoida muiden ammattihenkilöiden kanssa sekä olla joustava. (Yeager 2010.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli analysoida eri tuki- ja liikuntaelinsairauksia hoitavien yksiköiden perehdytysmateriaaleja.

Tutkimusongelmat olivat:

1. Mitä yhtäläisyyksiä on tuki- ja liikuntaelinsairauksia hoitavien yksiköiden perehdytysmateriaaleissa?
2. Mitä eroavaisuuksia on tuki- ja liikuntaelinsairauksia hoitavien yksiköiden perehdytysmateriaaleissa?

6 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

6.1 Aineisto

Aineisto kerättiin Turun yliopistollisen keskussairaalan kahdesta toimipisteestä; kirurgisesta- ja kantasairaalaista. Aineisto kerättiin yksiköissä paikan päällä; ai-noastaan yhdestä yksiköstä saatiin perehdytysmateriaali kopioituna mukaan. Tutkimusaineisto koostui kuuden eri yksikön perehdytysmateriaaleista neljä vuodeosastoa: traumatologian osasto 214 ja ortopedian vuodeosastot 232, 234 ja 235 sekä kaksi poliklinikkaa: ortopedian poliklinikka 225 ja ortopedian- ja traumatologianpoliklinikka 228. Yksiköissä oli perehdytysmateriaalit perehdytys-kansioissa, paitsi osastolla 232, jossa työstettiin uutta perehdytysmateriaalia. Kyseiseltä osastolta saatiin mukaan muutamat tulosteet osaston perehdytykseen liittyen. Yhden yksikön materiaali oli elektronisessa muodossa; siitä saatiin kuitenkin vain kirjallisen versio. Aineiston keruussa ei muuten käytetty elektroni-sia perehdytysmateriaaleja. Perehdytysmateriaaleista kaiken kaikkiaan poimittiin pääotsikot sekä niiden ensimmäiset alaotsikot.

6.2 Tutkimusmenetelmä

Valmiita aineistoja voidaan käyttää erilaisiin tarkoituksiin; sisällön kuvailuun ja selittämiseen (Hirsjärvi ym. 2009, 189). Tutkimusaineistona käytettävä kirjalli-nen materiaali voidaan jakaa kahteen luokkaan, yksityisiin dokumentteihin ja joukkotiedotuksen tuotoksiin (Pitkäranta 2010, 113). Tutkimukseen liittyvä ai-neisto voitiin luokitella yksityisiksi dokumenteiksi, koska perehdytysmateriaalit eivät ole kaikkien saatavilla. Tutkimuksessa käytettiin valmiita aineistoja eli tu-les-toimialaan muuttavien yksiköiden nykyisiä perehdytysmateriaaleja.

Laadullisen tutkimuksen eri lähestymistavoille on yhteistä se, että niiden tavoit-teena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, yhtäläisyyksiä tai eroja (Janhonen & Nikkonen 2001, 21). Laadullisen aineiston analysoinnin pyrkimyksenä on informaatioarvon lisääminen, koska hajanaisesta aineistosta pyritään

luomaan mielekästä, selkeää ja yhtenäistä informaatiota (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108).

6.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on tekstianalyysia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 104). Se on menetelmä, jonka avulla voidaan systemaattisesti tehdä havaintoja dokumenteista ja analysoida niitä (Janhonen & Nikkonen 2001, 21). Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91). Sisällönanalyysilla pyritään järjestämään kerätty tietoaineisto tiiviiksi niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille (Janhonen & Nikkonen 2001, 23).

Aineistolähtöisessä analyysissä pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus, jossa analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävän asettelun mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95). Sisällönanalyysi - prosessin etenemisestä voidaan erottaa seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi (Janhonen & Nikkonen 2001, 23–24). Aikaisemmilla havainnoilla, teorioilla tai tiedoilla tutkitavasta ilmiöstä ei tulisi olla mitään tekemistä analyysin toteuttamisen tai lopputuloksen kanssa, koska analyysin oletetaan olevan aineistolähtöistä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95).

7 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulokset on jaoteltu yhtäläisyyksiin ja eroavaisuuksiin. Kokonaisrajauksena oli, että perehdytysaineiston analysoinnista jätettiin pois yksiköiden omat oheismateriaalit, joita olivat esimerkiksi diaesitykset ja potilasryhmiin liittyvät lehtiartikkelit. Yhtäläisyydet on aluksi analysoitu kaikista tules-yksiköistä eli vuodeosastoilta sekä poliklinikoilta. Tämän jälkeen rajauksena yhtäläisyyksissä oli, että perehdytysasiaa käsiteltiin joko kaikilla vuodeosastoilla tai kolmella neljästä vuodeosastosta. Poliklinikat käsiteltiin omana kokonaisuutena. Eroavaisuudet käsiteltiin yksikkökohtaisesti ja rajauksena toimi, että perehdytysasia oli esiintynyt kerran tai kahdesti eri osastojen perehdytysaineistoissa. Vuodeosastojen ja poliklinikoiden eroavaisuudet perehdytysaineistosta analysoitiin erikseen.

7.1 Yhtäläisyydet

Kaikki perehdytysmateriaalit sisälsivät yhteisenä perehdytysaineistona **henkilökunnan** sekä **työvuorot** (Kuvio 2). Viidestä yksikössä (214, 228, 232, 234, 235) löytyi **perehdytysrunko** tai **tarkistuslista**.

Vuodeosastoilla 214, 232, 234, 235 oli yhtenäistä **osastojen päiväjärjestys** sekä **osaston tilojen esittely**. Lisäksi perehdytysaineistossa käsiteltiin **kulukulua**, **kuvakorttia** ja **pukukaappia**. Potilaan hoidosta yhtenäisiä perehdytysaineistoja olivat **potilaan tulo sairaalaan**, **potilaan vastaanottaminen ja haastattelu**, **valmistaminen leikkaukseen** sekä **postoperatiivinen tarkkailu ja seuranta**. Perehdytysaineistot sisälsivät **lääkehoidon** ja lisäksi siihen liittyviä aineistoja olivat **iv-lupa**, **nesteytys** sekä **lääkitys**. Vuodeosastoilla oli myös yhteisenä perehdytysaineistona **keskeisten potilasryhmien hoitopolut**.

Kolmella vuodeosastolla (214, 234, 235) oli yhtenäistä perehdytysaineistoissa käsitelty **toimintafilosofiaa** ja **hoitotyön strategiaa** sekä **tulokasopasta**. Henkilökuntaan liittyviä perehdytysaineistoja vuodeosastoilla (214, 232, 235) olivat henkilökunnan **ruokailu** ja **tauot**. Lisäksi vuodeosastoilla (214, 234, 235) olivat

yhteistä: **poissaolot, palkanmaksu, erilliskorvaukset ja suojavaatekäytäntö.** Yhtenäisenä perehdytysaineistona olivat **hoidon kirjaaminen** (214, 232, 235), **suullinen raportointi** (214, 234, 235) sekä **ATK** (214, 232, 235). Potilaaseen liittyvät perehdytysaineistot käsittelivät **puhelimen, potilaskutsujärjestelmän ja läsnäolovalon käyttöä** (214, 232, 235), **kuljettamista ja luovuttamista leikkausosastolle** (214, 234, 235), **hakemista leikkausosastolta** (214, 234, 235) sekä **omaisten ja läheisten huomiointia** (214, 234, 235). Lisäksi potilaan hoitoon liittyviä perehdytysaineistoja olivat **kivunhoito** (214, 234, 235), **haavanhoito** (214, 234, 235), **verensiirrot** (214, 234, 235) sekä **infektioiden seuranta** (214, 234, 235). Vuodeosastoilla (214, 234, 235) **aseptiikka ja eristyspotilas** olivat yhtenäisiä perehdytysaineistoja. Myös **lääketilaus** (214, 234, 235) ja **yhteistyökumppanit** (214, 232, 234) olivat perehdytysaineistoissa yhtenäisiä. Erikoistilanteisiin liittyvistä perehdytysaineistoista yhtenäisiä olivat osastoilla (214, 234, 235) **elvytys/ensiapuvalmius, paloturvallisuus, suuronnettomuus** sekä **vainajanhoito**.

Poliklinikat 225 ja 228 sisälsivät yhteisenä perehdytysaineistona **Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yleisesittelyn ja TYKS:n toiminta-ajatuksen ja hallintorakennemallin.** Lisäksi perehdytysaineistot sisälsivät **hoitajien toimenkuvan** esittelyn. **ATK** ja erilaiset **sähköiset kaavakkeet** olivat myös käsiteltynä poliklinikoiden perehdytysaineistoissa. Potilaan hoitoon liittyviä yhtenäisiä perehdytysaineistoja olivat **potilaan hoitajakson kulku prosesseittain, potilasohjaus, konsultaatiot ja yhteistyökumppanit, muut hoitoa tukevat palvelut** sekä **kuljetusten järjestäminen.** Poliklinikoiden perehdytysaineistoissa käsiteltiin myös **sairaalainfektioiden ehkäisyä ja seurantaa.** Yleiseen turvallisuuteen liittyviä perehdytysaineistoja olivat niin ikään **työtapaturma, työturvallisuus, hälytysjärjestelmä, paloturvallisuus, erityistilanteet** sekä **var-tija.**

7.2 Eroavaisuudet

Kaikilla yksiköillä oli perehdytysaineistoissa eroavaisuuksia toisiinsa nähden. Eroavaisuudet kuvataan yksikkökohtaisesti (Kuvio 3).

Osastolla 214 eroavaisuutena muihin vuodeosastoihin verrattaessa nousivat seuraavat sisällöt: **osastolla hoidettavat potilaat, osastotyöskentely ja lääkärinterrot**. Lisäksi osaston aineistosta nousivat esille **ohjaus ja opettaminen, kuntouttava työote** sekä **opetusvelvollisuus**. Pehdytettävistä asioista olivat myös **lomat, ruokatilaukset ja potilasruokailut** sekä **siirto toiseen hoitolaatokseen**.

Osastolla 232 eroavaisuutena nousi esille muihin vuodeosastoihin verrattaessa **opetusvelvollisuus ja työterveyshuolto**. Pehdytysaineistossa oli huomioitu myös **korjausilmoitukset**.

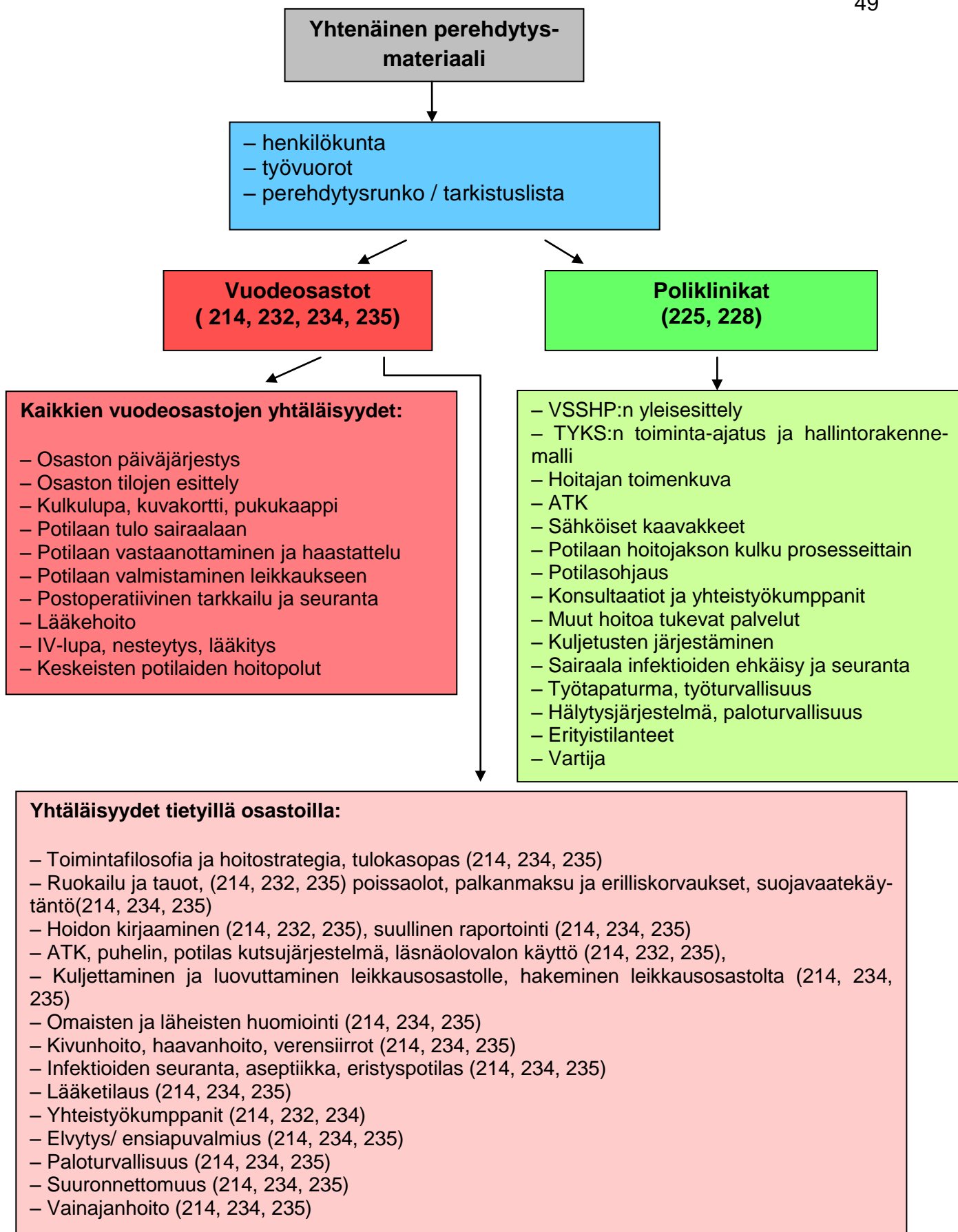
Osastolla 234 eroavaisuutena tuli esille vertailussa muihin vuodeosastoihin: **työsopimus, henkilöturvallisuusohjeet, fyysinen ja psyykinen kuormittavuus -ohje**. Muita eroavaisuuksia olivat **osaston välineet ja laitteet** sekä **INR-arvon mittaaminen ennen leikkaustoimenpidettä**. Lisäksi esille nousivat **lepositeiden käyttö osastolla** sekä **potilaan siirtyminen jatkohoitoon**.

Osastolla 235 eroavaisuutena muihin vuodeosastoihin verrattaessa nousivat **työsopimus, työterveyshuolto** sekä **työsuojeluorganisaatio ja luottamusmiehet**. Lisäksi **henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako** olivat erityistä pehdytysaineistoa.

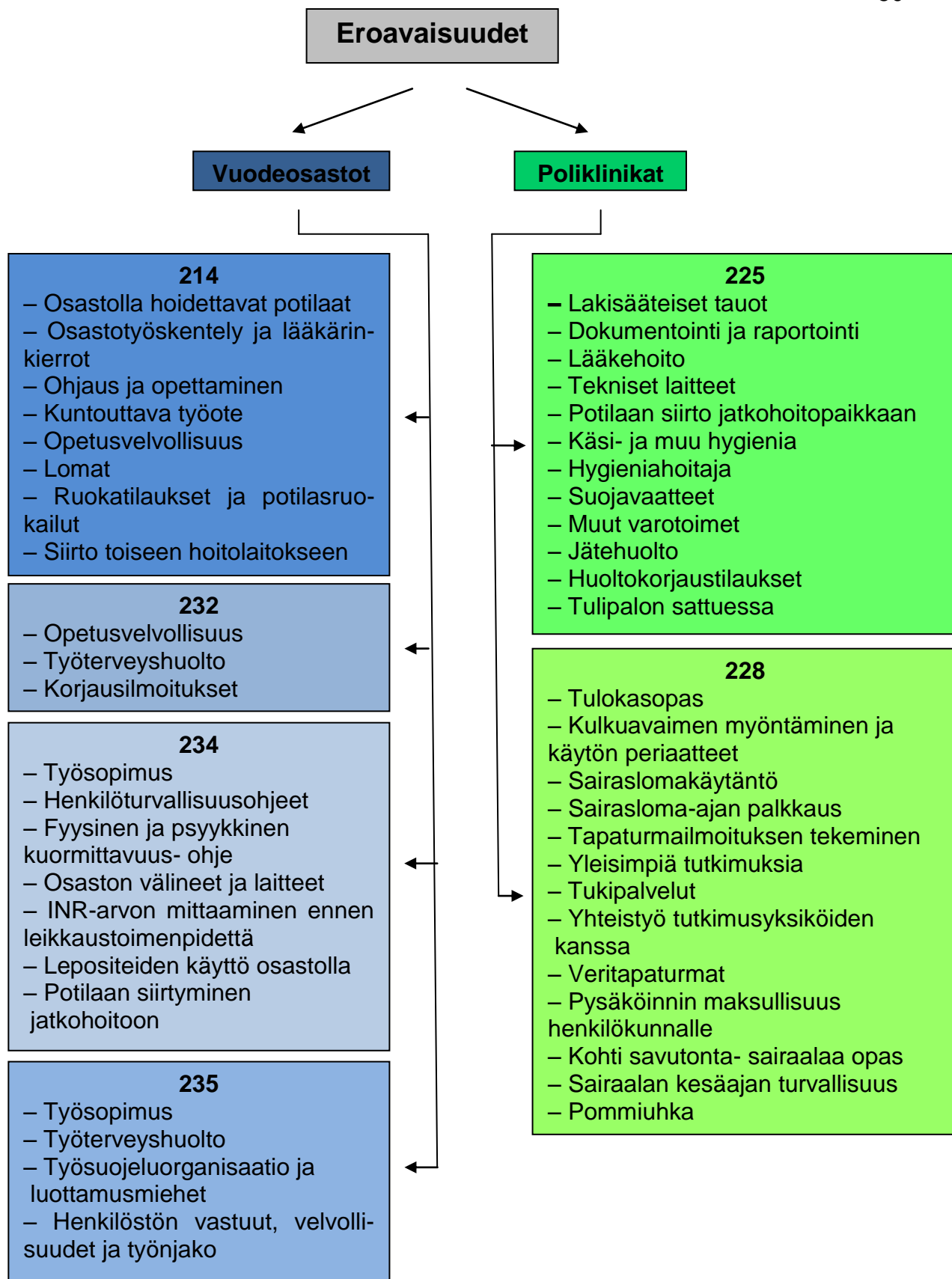
Poliklinikalla 225 eroavaisuuksiksi tulivat toiseen poliklinikkaan verrattaessa **lakisääteiset tauot, dokumentointi ja raportointi, lääkehoito, tekniset laitteet** sekä **potilaan siirto jatkohoitopaikkaan**. Näin ikään esille nousivat **käsi- ja muu hygienia, hygieniayhdyshenkilö, suojavaatteet** sekä **muut varotoimet**. Myös **jätehuolto, huoltokorjaustilaukset** sekä **tulipalon sattuessa** nousivat pehdytysaineistosta esille.

Poliklinikalla 228 eroavaisuutena poliklinikkaan 225 verrattuna esille nousivat: **tulokasopas, kulkuavaimen myöntäminen ja sen käytön periaatteet, sairaslomakäytäntö, sairasloman ajan palkkaus** sekä **tapaturmailmoituksen tekeminen**. Lisäksi esille tulivat **yleisimmät tutkimukset, tukipalvelut, yhteistyö tutkimusyksiköiden kanssa** sekä **veritapaturmat**. Lisäksi **pysäköinnin**

maksullisuus henkilökunnalle, kohti savutonta sairaalaa - opas, sairaalan kesäajan turvallisuus sekä pommiuhka tulivat esille.



Kuvio 2. Perehdytysmateriaalien yhtäläisyydet.



Kuvio 3. Perehdytysmateriaalien eroavaisuudet.

8 POHDINTA

8.1 Eettisyys

Eettisesti hyvä tutkimus vaatii, että tutkimuksen teossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä (Hirsjärvi ym. 2009, 23). Tutkimusta suunniteltaessa on välttämätöntä tutkimuksen etiikan varmistaminen. Tutkimusetiikka on laajempi käsite kuin tutkimusprosessin eettisesti moitteettomasti läpivieminen. Hoitotyön tutkimuksen etiikan tulee olla sopusoinnussa sekä yleisen tutkimusetiikan kanssa että hoitotyön ammattietiikan kanssa. (Krause & Kiikkala 1996, 64.)

Tutkimusetiikkaa pohtiessa voidaan kysymykset jakaa kahteen luokkaan: tiedonhankintaa ja tutkittavien suojaa koskeviin normeihin sekä tutkijan vastuuseen tulosten soveltamisessa (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 2006, 26). Eettiset ratkaisut liittyvät kuitenkin viime kädessä tutkijan sisäiseen moraaliin (Krause & Kiikkala 1996, 64). Tutkija perehtyy tiedonhankintaan koskeviin normeihin ja toimii sen mukaisesti. Aineistoa ei pakoteta ennalta määrättyyn kehkoon, vaan tutkijan tulee löytää realistiset tulokset aineistosta. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 2006, 219.)

Tutkimustuloksia raportoidessa tutkijan tulee esittää saadut tulokset rehellisesti ja avoimesti. Tutkijan ollessa rehellinen ja avoin, hänen pitää pyrkiä mahdollisimman suureen objektiivisuuteen. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 2006, 31.) Tutkimustulokset tulee raportoida siten, että julkinen kritiikki on mahdollista. Tutkija ei saa väärentää tuloksia, eikä jättää oleellista osaa niistä kertomatta. (Krause & Kiikkala 1996, 64.) Laadullisessa tutkimuksessa tutkija arvioi omaa käyttäytymistään ja reaktioitaan tutkimuksen tuloksista (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 2006, 31). Hoitotieteellisessä tutkimuksessa useammissa tapauksissa tulee hankkia tutkimusorganisaation johdolta tutkimuslupa tutkimusta varten (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 2006, 28).

Eettisyys tutkimuksessa on tutkijan omaa itsensä kehittämistä sekä tutkimustehävien ja -menetelmien oikeaa valintaa. Tilanteissa, joissa tutkija ei tiedä, kuinka toimia, tulee hänen hakeutua ohjaukseen ja ottaa vastaan neuvoja. Eettisyyt-

tä on myös oman alan jatkuva seuraaminen ja yhteistyö muiden tutkijoiden kanssa. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 2006, 32.)

Tutkimusongelmiin pyrittiin vastaamaan totuudenmukaisesti, eikä tulosten raportoinnissa huomioitu aiempaa teoreettista tietämystä, jotta saatiin realistiset tulokset aineistosta. Tärkeää oli olla objektiivinen analysoitaessa aineistoja. Yksi tutkimuksen tekijöistä oli suorittanut harjoittelun eräässä tutkimukseen osallistuvista osastoista. Aineistot anonymisoitiin ennen analyysin tekoa, jotta tutkijan aikaisemmasta tutustumisesta perehdytysaineistoon ei tullut eettistä ongelmaa tutkimukselle. Tutkimuksessa eettisyyden toteutumisesta huolehdittiin lisäksi hakemalla tutkimuslupa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä.

8.2 Luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan tutkimuksen sovellettavuutta, totuusarvoa, pysyvyyttä ja neutraaliutta (Janhonen & Nikkonen 2001, 36). Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole luotu yhtä selkeitä kriteereitä tai mittareita kuin kvantitatiivisen tutkimuksen ollessa kyseessä (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 2006, 215). Laadullisen tutkimuksen validiteetti kuvaa sitä, miten ammattitaitoista tai tarkoituksenmukaista tietoa tutkimuskohteesta on tuotettu. Reliabiliteetti sisältyy validiteettiin. Reliabiliteetin käsittelyssä arvioidaan sitä, miten hyvin tutkimustulos vastaa tutkimuskohdetta ja vastaavatko tehdyt johtopäätökset sitä, mitä on ollut tarkoitus tutkia. (Krause & Kiikala 1996, 72.)

Validiteettiongelmia saattaa tulla siitä, että tutkimusaineisto ei vastaa tutkimusongelmaan. Ongelmat voivat olla seurausta myös aineistonkeruun puutteista tai siitä, ettei tutkimusaineisto ole edustava. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 2006, 215). Analyysissä validiteettia lisää monipuolinen aineistonkeruu ja jatkuvan vertailun menetelmän käyttö (Krause & Kiikala 1996, 72).

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston ei tule välttämättä olla edustava otos perusjoukosta ja samassakin tutkimuksessa voidaan käyttää useita eri aineistoja. Tutkimuksessa tuotettu tulkinta on aina tutkijan persoonallinen näkemys,

jossa on mukana hänen tunteensa ja intuiotensa. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 2006, 215.)

Arviointi suuntautuu tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 2006, 216). Cuba (1981) ja Lincoln (1985) ovat muun muassa esittäneet yleisiä kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteereitä. Näitä käytetään edelleen kvalitatiivisissa tutkimusraporteissa arviointien perustana. Uskottavuus, riippuvuus, siirrettävyys ja vahvistettavuus ovat arvioitavat kriteerit. Lincolnin arvioinnin kriteereissä puhutaan muun muassa totuusarvosta, sovellettavuudesta ja neutraalisuudesta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tulee syventyä myös näihin kriteeristöihin. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 160.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta (Hirsjärvi ym. 2009, 232). Uskottavuus edellyttää sitä, että tulokset on selkeästi kuvattu. Lukijan tulee ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Siirrettävyyden varmistamiseksi edellytetään aina huolellista tutkimuskontekstin kuvausta, osallistujien valinnan ja taustojen selvittämistä sekä aineistojenkeruun ja analyysin tarkkaa kuvausta. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 160.) Tutkimusta oli tekemässä kolme tekijää, joten näkökulma oli laajempi.

Osa tutkimukseen osallistuneista osastoista oli uusimassa perehdytysmateriaaleja kuluvan vuoden aikana, joten tutkimustulokset eivät välttämättä ole yhdenmukaisia uusien perehdytysmateriaalien kanssa. Tutkimus tehtiin silloin käytössä olevista perehdytysmateriaaleista.

Tutkimusaineisto on kerätty ottamalla perehdytysmateriaaleista pääotsikot ja niiden ensimmäiset alaotsikot. Sisällöllistä tekstiä ei otettu huomioon aineiston keruussa. Lopullinen analysointi tapahtui laajempien perehdytysaineistojen mukaan, jolloin laajoja perehdytysaineistoja verrattiin keskenään, jotta saatiin analyysille alustava runko. Tämän jälkeen suppeampia perehdytysaineistoja verrattiin laajempiin aineistoihin, jolloin voitiin analysoida, mitä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia koko aineistosta löytyi.

8.3 Tutkimuksen tulosten tarkastelua

Tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida tules-toimialueeseen muuttavien yksiköiden nykyisiä perehdytysmateriaaleja. Tutkimuksessa analysoitiin kuuden eri tules-yksikön perehdytysmateriaaleja, jotka olivat kaikilla osittain erilaiset. Aineiston keruuvaiheessa nousi esille, että suurin osa yksiköistä oli uusimassa tai aikoi uusia perehdytysmateriaalinsa kuluvan vuoden aikana. Yksiköt voivat hyödyntää tutkimustuloksia uuden perehdytysmateriaalin luomisessa. Tutkimustulosten avulla voidaan myös kehittää tules-toimialueelle yhtenäiset perehdytysmateriaalit.

Tutkimukselle oli asetettu kaksi tutkimusongelmaa, mitä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia on tuki- ja liikuntaelinsairauksia hoitavien yksiköiden perehdytysmateriaaleissa. Tutkimustuloksilla saatiin vastaukset tutkimusongelmiin. Tuloksissa ilmeni sekä yhtäläisyyksiä että eroja yksiköiden välillä. Yhtäläisyyksiä löytyi vain kaksi; henkilökunta (Wilkosz & Sillanpää 2010) ja työvuorot, kun kaikkia yksiköitä tarkasteltiin. Tämän vuoksi analysoitiin vuodeosastot ja poliklinikat erikseen. Poliklinikoiden perehdytysmateriaalit olivat täysin erilaisia sisällöltään kuin vuodeosastojen. Vuodeosastoilla oli melko yhtenevät perehdytysmateriaalit keskenään paitsi yhdellä osastolla, josta ei ollut mahdollista saada aiemmin käytössä ollutta perehdytyskansiota.

Tules-toimialueeseen muuttavissa yksiköissä olisi hyvä olla perehdytysmateriaalit vasta-alkajalle ja kokeneelle sairaanhoitajalle erikseen, kuten yhdellä tules-yksiköllä oli. Juuri valmistunut sairaanhoitaja tarvitsee paljon perusteellisemmän perehdytyksen kuin kokenut sairaanhoitaja. Kokeneella sairaanhoitajalla on taustalla jo hyvä tieto- ja taitoperusta työelämästä. (Hargreaves ym. 2010)

Perehdytysmateriaalin tulisi olla tiivis ja laadukas perehdytyspaketti, johon on tehty yleisperehdytysosio. Osastolla hoidettavien potilasryhmien perehdytysmateriaali voisi olla erikseen, jotta kaikki työntekijät voisivat hyödyntää materiaalia hoitotyössä. Aineiston keruuvaiheessa huomattiin, että perehdytysmateriaaleissa on paljon syventävää tietoa, joka olisi hyödyllistä kaikille työntekijöille, jos se

olisi erikseen. Yhdessä tules-yksikössä oli huomioitu kyseinen asia ja se loi selkeyttä yleisperehdytykseen.

Perehdytysmateriaalien tulisi edetä sisällysluettelon mukaisesti, jotta perehdyttävä löytää hakemansa tiedon nopeasti ja vaivattomasti. Aineiston keruuvaiheessa oli työlästä analysoida perehdytysmateriaaleja, koska sisällysluettelon otsakkeet eivät aina vastanneet sisältöä. Perehdytysmateriaaleja luodessa voisi huomioida käytössä olevan perehdytysrunгон tai –tarkistuslistan (Hargreaves ym. 2010; Yeager 2010), jotta ne etenisivät rinnakkain. Näin kaikkien työntekijöiden olisi helpompi seurata uuden työntekijän perehdytyksen etenemistä. (Lahti 2007)

Perehdytysmateriaalien tulisi olla helppolukuisia ja selkeitä kokonaisuuksia, jossa on huomioitu yksilölliset oppimistyyli. Materiaaleja voisi myös havainnoida kuvien, kaavioiden ja videoiden avulla unohtamatta laadukasta sisältörikasta tekstiä. (Patterson ym. 2010) Perehdytysmateriaaleja tulisi päivittää säännöllisesti. Vanhentuneet perehdytysmateriaalit tulisi poistaa ja päivittää uusia niiden tilalle. Aineiston keruuvaiheessa huomattiin vanhentuneita materiaaleja. Perehdytysmateriaaleja analysoitaessa löytyi yhdeltä tules-osastolta muutama perehdytyskohta ruotsiksi. Tulevaisuudessa saattaa olla hyötyä monikielisistä perehdytysmateriaaleista.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

1. Tutkimuksen perusteella tules-yksiköille yhteistä perehdytysaineistoa olivat: henkilökunta ja työvuorot.
2. Kaikilla yksiköillä oli perehdytysaineistoissa eroavaisuuksia toisiinsa nähden. Jokaiselta yksiköltä löytyi syventävää tietoa oman yksikön potilasryhmästä.
3. Perehdytyksessä tulisi huomioida jokaisen yksilön henkilökohtaiset kyvyt, hänen tieto- ja taitoperustansa sekä elämäkokemuksensa.
4. Perehdytysmateriaalien tulisi olla päivitettyjä, helppolukuisia ja loogisia kokonaisuuksia, jossa on huomioitu perehdytettävän yksilölliset oppimistyylit. Materiaaleja voisi myös havainnoida kuvien, kaavioiden ja videoiden avulla sivuuttamatta laadukasta sisältörikasta tekstiä. Perehdytyksessä olisi hyvä olla mukana tarkistuslista.
5. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää Tulevaisuuden sairaala – hoitotyön kehittämisprojektissa 2009–2015 ja VSSHP:ssä, kun luodaan tules-toimialueelle yhtenäistä perehdytystä.

LÄHTEET

- Airaksinen, O. 2005. Onko manipulaatiohoito vaikuttavaa?. *Duodecim* 121(16)1707-1708. Viitattu 7.4.2011. Saatavissa myös http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo95153&p_haku=Onko%20manipulaatiohoito%20vaikuttavaa?
- Arponen, R. Airaksinen, O. 2001. *Hoitavahieronta*. Werner Söderström osakeyhtiö. 1.painos.
- Baxter, P. 2010. Providing Orientation Programs to New Graduate Nurses. *Journal of Nurses in Staff Development* Vol. 26 No.4, 12-17.
- Björkenheim, J-M. 2010. Kivun vaikutus suurten nivelten toimintaan. *Kipuviesti* 1/2010: 10-12.
- Clifford, T. 2010. Orientation of New Nurses. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. Vol 25. No 4.
- Hargreaves, L., Nichols, A., Shanks, S. & Halamak, L. 2010. A Handoff Report Card for General Nursing Orientation. *The Journal of Nursing Administration* Vol. 40 No. 10, 424-431.
- Heliövaara, M. & Riihimäki, H. 2005. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Teoksesta (toim.) Aromaa, A. Huttunen, J. Koskinen, S. & Teperi, J *Suomalaisten terveys*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Heliövaara, M. 2007. Kaikki yhdessä tule-terveyttä edistämään. *Kansanterveys*, Vol.9/2007. Viitattu 9.10.2010. Porvoo: Kirjapaino Uusimaa, 3. Saatavilla myös http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/pdf2007/kansanterveys907_6.pdf
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2008. AURA, sairaanhoitajan ammattiuromalli. Viitattu: 4.4.2011 <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2052,11786,14487,2053,5802,8043>
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15., uudistettu painos. Hämeenlinna: Tammi.
- Hokkanen, S. Mäkelä, T. & Taatila, V. 2008. *Alan johtajaksi*. 1.painos. Helsinki: WSOY
- Iivanainen, A. Jauhianinen, M. & Pikkarainen, P. 2005. *Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Iivanainen, A. Jauhianinen, M. & Syväoja, P. 2010. *Sairauksien hoitaminen*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Janhonen, S & Nikkonen, M. 2001. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Juva: WSOY.
- Jokinen, P. Mikkonen, I. Jokelainen, M. Turjamaa, R. Hietämäki, M. 2010. Mentori suomalaisessa hoitotyön kontekstissa – käsiteanalyysi hybridisellä mallilla. *Hoitotiede* 22 (1).
- Juusela, T, Lillia, T, & Rinne, J. 2000. *Mentoroinnin monet kasvot*. Helsinki Yrityskirjat Oy.
- Jääskeläinen, M. 2011. T-Pro projektit. Viitattu 10.4.2011 <http://www.tyks.fi/fi/t-pro/38156/>
- Kangas, P. 2003. *Perehdyttäminen palvelualoilla*. Työturvallisuuskeskus. 3. uudistettu painos.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. WSOYpro.

Kotimaisten kielten tutkimuskeskus & Kielikone Oy. 2010. MOT Kielitoimiston sanakirja 2.0 Viitattu 7.4.2011 <http://mot.kielikone.fi/mot/TURKUAMK/netmot.exe?motportal=80>

Krause, K. & Kiikala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Hygienia.

Kumpusalo-Vauhkonen, A. Ahonen, R. Kumpusalo, E. Mäntyselkä, P. & Takala, J. 2000. Tuki- ja liikuntaelinten kivut itäsuomalaisien potilaiden kokemina ja kuvaamina. Suomen Lääkärilehti vol. 55 no. 9: 1003-1006.

Kunnossa kaiken ikää –ohjelma. 2008. Viitattu 1.4.2011 <http://www.kki.likes.fi/>

Käypä hoito. 2007. Polvi- ja lonkkanivelrikon hoito. Viitattu 10.4.2011 http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=leikkaus

Lahden ammattikorkeakoulu 2007. Kumppanuudella tuloksiin pk -hanke – OR – BITS Hyvä perehdytys – opas. Viitattu 1.4.2011 <http://www.lpt.fi/lamk/julkaisu/perehdyttamisopas.pdf>.

Lahti, T. 2007. Sairaanhoidajien työhön perehdyttäminen. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu -tutkielma, 1-68.

Miettinen, M.; Peltokoski, J. & Åstedt-Kurki, P. 2006. Osastonhoitajan rooli perehdyttämisessä: Tutkiva hoitotyö, Vol. 4 No. 3, 23-29.

Mikkelsson, M & Leppäluoto, J. 2005. Tekeekö kylmä hyvää? Duodecim. Viitattu 7.4.2011 http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo94813&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero

Mäntyselkä, P. 2010. Duodecim. Tuki- ja liikuntaelinten kivut. Viitattu: http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01340&p_haku=Tuki-%20ja%20liikuntaelinten%20kivut

Nienstedt, W. Hänninen, O. Arstila, A. & Björkqvist, S-E. 2009. Ihmisen fysiologia ja anatomia. 18. Uusittu painos. Helsinki: WSOY

Nikki, L. Koivunen, M. Suominen, T. 2010. Uuden työntekijän mentorointi – katsaus empiiriseen tutkimukseen. Tutkiva Hoitotyö vol . 8 (3).

Parkkinen, P. 2010a. Perehdyttäminen. Viitattu 6.10.2010 http://www.ttl.fi/fi/muuttuva_tyolama/maahanmuuttajat_ja_tyointegroituinen_tyohon_ja_tyopaikalla/perehdytys/sivut/default.aspx

Parkkinen, P. 2010b. Rekrytointiprosessi. Viitattu 6.10.2010 http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ja_esimiestyo/johtaminen_ja_esimiestyo/rekrytointi/rekrytointiprosessi/sivut/default.aspx

Patterson, B.; Bayley, E.; Burnell, K. & Rhoads, J. 2010. Orientation to Emergency Nursing: Perceptions of New Graduate Nurses: Journal of emergency nursing, Vol 36 No.3, 203-211.

Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Penttinen, A. & Mäntynen, J. 2009. Työhön perehdyttäminen ja opastus – ennakoivaa työsuojelua. 2. painos. Työturvallisuuskeskus Viitattu 31.3.2011 http://www.tyoturva.fi/files/800/Tyohon_perehdyttaminen2009.pdf

Pikkarainen, E. & Ylinen, J. 2009. TULE-oireet voivat olla myös lääkkeen haittavaikutus. Suomen Lääkärilehti. vol. 64 no. 43 s. 3682-3686

Pitkäranta, A. 2010. Laadullisen tutkimuksen tekijälle. Satakunnan AMK. Viitattu 13.4.2011 http://www.samk.fi/download/13153_Laadullisen_tutkimuksen_tyokirja_APitkaranta.pdf

Pohjolainen, T. & Karjalainen, K. 2008. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet: niska ja selkä. Teoksesta Rissanen, P. Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Kustannusyhtiö Oy Duodecim.

Pohjolainen, T. 2005. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien yleisyys ja kustannukset. Teoksesta (toim) Lindgren, K-A TULES Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Pohjolainen, T. 2009. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksesta Kalso, E. Haanpää, M. & Vainio, A. (Toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.

Salonen, A. 2004. Mentorointi ja sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu –tutkielma, 1-100.

Soinila, S. 2005. Kivun biologiset mekanismit. Teoksesta (toim) Lindgren, K-A TULES Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Steffan, K. & Goodin, H. 2010. Preceptors' Perceptions of a New Evaluation Tool Used During Nursing Orientation: Journal for nurses in staff development, Vol 26 No.3, 116-122.

Suhonen, S. 2010. Organisaatiomuutosta ilmassa. Hospitaali 1/2010, 2. Saatavilla myös <http://www.vsshp.fi/fi/julkaisut/hospitaalilehdet/>

Suomen Kuntaliitto. 2002. Kunnallisen henkilöjohtamisen käsikirja. Helsinki. Kuntatalon paino

Suomen Reumaliitto ry. Kipu ja TULES. Viitattu 7.4.2011 www.tules-voosikymmen.org/Kipu_ja_tules.pdf

Suomen Reumaliitto. 2009. Tules – kivuliasta ja kallista. Viitattu 9.10.2010 <http://www.tules-voosikymmen.org/tules/tules.html>

Suomen reumaliitto. 2011. Tule-sairauksien esittely. Viitattu 8.4.2011 <http://www.tule-tietopankki.fi/mika-tule-s/tule-sairauksien-esittely/>

Suomen tuki – ja liikuntaelinliitto – Suomen Tule ry. 2007. Kansallinen TULE – ohjelma. Helsinki: Rakennuspaino Oy. Saatavilla myös <http://www.suomentule.fi/KTO.pdf>.

Surakka, T. 2009. Hyvä työpaikka hoitoalalla – näin haetaan ja sitoutetaan osaajia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Tuki- ja liikuntaelinammattilaiset. 2004. Kipu. Viitattu 7.4.2011 http://www.tule.fi/kivun_hoito.html

Tules vuosikymmen. 2007. Kumpi parempi: TULES vai tules? Tules10+ tiedote. 3/2007. Helsinki: Kansainvälinen tules-vuosikymmen / Suomen Reumaliitto ry. Saatavissa myös http://tule-tietopankki-fi-bin.directo.fi/@Bin/b2d812cfa248a8eadab9ec1fd0c25d12/1302258189/application/pdf/135962/0307_tules10_tiedote.pdf

Tuomi, J & Sarajarvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Latvia: Tammi.

Työturvallisuuslaki 738/2002. Viitattu 6.10.2010 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Turun yliopistollinen keskussairaala. 2010. T-Pro – toiminnan kehittäminen. Viitattu 6.10.2010 <http://www.tyks.fi/fi/t-pro>.

Wayman, L. 2009. Staff Development Story - Tiered orientation: easing the transition from being a novice to competent nurse. *Journal for Nurses in Staff Development* Vol. 25 No. 6, 304-314.

Wilkosz, N & Sillanpää, S. 2010. Analyysi sydänhoitoyksiköiden perehdytysmateriaaleista. *Opinnäytetyö*. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Yeager, S. 2010. Detraumatizing Nurse Practitioner Orientation. *Journal of Trauma Nursing*, Vol. 17 No. 2, 85-100.