



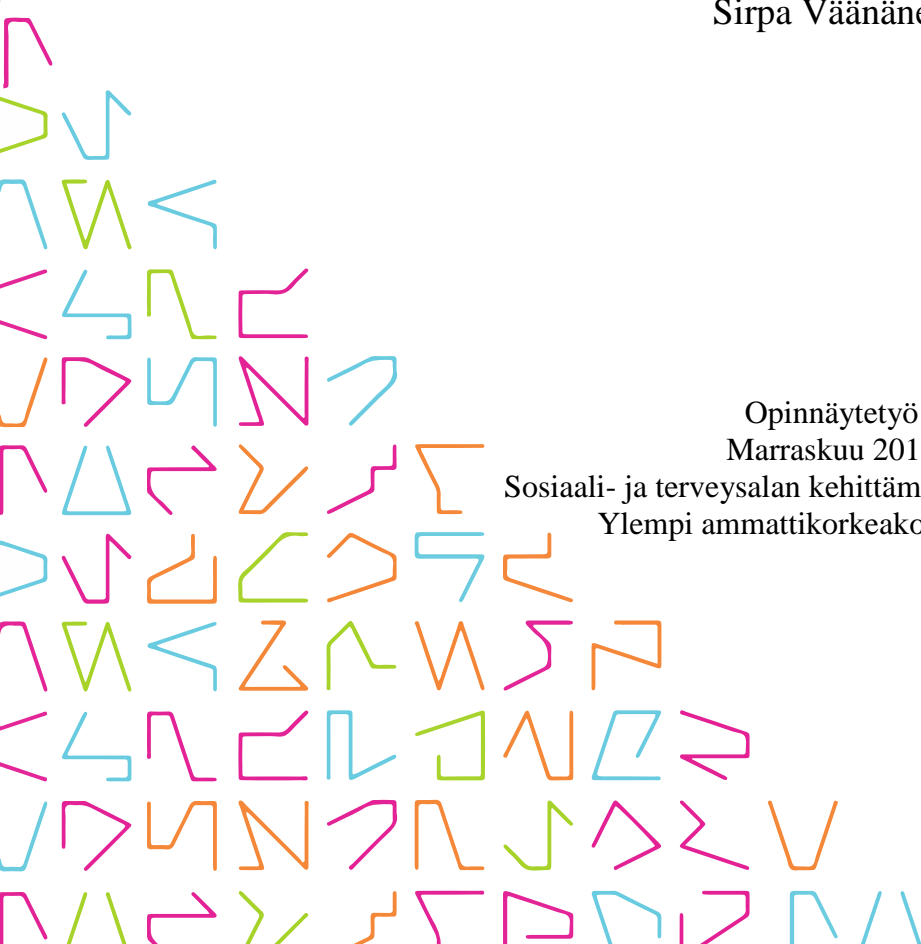
TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

**LEIKKAUSHOITAJAN
VASTUUALUETOIMINNAN
KARTOITTAMINEN JA KEHITTÄMINEN
KIRURGIAN LEIKKAUSOSASTOLLA
TAMPEREEN YLIOPISTOLLISESSA
SAIRAALASSA**

Sirpa Väänänen

Opinnäytetyö
Marraskuu 2015

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

VÄÄNÄNEN, SIRPA:

Leikkaushoitajan vastuualue toiminnan kartoittaminen ja kehittäminen kirurgian leikkausosastolla Tampereen yliopistollisessa sairaalassa

Opinnäytetyö 55 sivua, joista liitteitä 5 sivua
Marraskuu 2015

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM 2009, 18) on linjannut työnantajan vastuun siitä, että se huolehtii työntekijän perehdytyksestä työtehtäviinsä. Jokaisella terveydenhoitoalan työntekijällä on vastuu osaamisestaan ja osaamisensa ylläpidosta. Tampereen yliopistollisen sairaalan leikkaus- ja anestesiatoiminnan toimialueen ylihoitajan ja kirurgian leikkausosaston henkilökunnan kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta syntyi kiinnostus ja tarve saada kattavaa ajantasaista tietoa vastuualue toiminnasta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa, mitä leikkaushoitajan vastuualue toimintaan sisältyy tällä hetkellä ja miten vastuualue toimintaa voidaan kehittää tulevaisuudessa. Tavoitteena oli leikkaushoitajien ammatillisen osaamisen vahvistaminen. Opinnäytetyössä etsittiin vastauksia kysymyksiin: mitä vahvuuksia ja mitä kehitettävää on nykyisessä leikkaushoitajan vastuualue toiminnassa?

Opinnäytetyö oli laadullinen tutkimus joka toteutettiin teemahaastatteluin. Haastateltavia oli yhteensä yhdeksän (9) ja heidät valittiin työyhteisöstä pitkän työkokemuksen ja vastuualue toimintaan liittyvän vahvan osaamisen perusteella. Aineiston analyysi tehtiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Vahvuudet nykyisessä vastuualue toiminnassa olivat asiantuntijuuden korostuminen ja yhteistyön sujuvuus. Asiantuntijuus rakentui pitkän työkokemuksen, korkean motivaation ja oman ammatillisen kehittymisen myötä. Yhteistyötaidot ja hyvä kommunikaatio olivat vastuualue toiminnan sujumisen kulmakiviä.

Tulosten perusteella tärkeimpinä kehittämisehdotuksina esitettiin työn organisoinnin kehittämistä ja tiedonkulun tehostamista. Tällä hetkellä leikkaushoitajat kokivat, että vastuualueen töiden hoitamiseen oli liian vähän suunniteltua työaika. Tiedottamiseen liittyviin käytänteisiin pitäisi etsiä ratkaisua kehittämällä nykyisiä menetelmiä, jotta ne vastaisivat paremmin tämän päivän tiedottamisen haasteisiin. Ohjauksen, opetuksen ja perehdyttämisen kehittäminen sekä ns. hiljaisen tiedon siirtäminen koettiin tärkeiksi kehittämiskohteiksi.

Jatkokehittämissuhteiksi esitetään leikkausosastolla työskentelevien anestesiahoitajien ja lääkintävahtimestareiden vastuualue toiminnan kartoittamista seuraavissa tutkimushankkeissa.

Asiasanat: perioperatiivinen hoito, vastuuhoidtaja, leikkaushoitaja, tiimityö.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master`s Degree Programme in Development and Management
of Health Care and Social Services

VÄÄNÄNEN, SIRPA:

Surveying and Developing Perioperative Nurses' Knowledge of Primary Nursing in the Surgery Unit of Tampere University Hospital

Master`s thesis 55 pages, appendices 5 pages
November 2015

Background of this research is based on discussions held in Tampere University Hospital surgery unit and especially after discussions with the director of nursing. It became evident that there was a need to describe the current state of functions in primary nursing in the surgery unit. Also there was interest to study how primary nursing could be improved in the future.

The aim of this study was to study current strengths and current weaknesses in the primary nurse functions in the surgery unit. The objective was to gain knowledge about the functions of primary nursing and to find ways and methods to develop them.

The study was made as a qualitative research and the data were collected through thematic interviews. The data were content analyzed. The respondents were chosen based on long work experience as a scrub nurse and also as a primary nurse. There were overall nine respondents who voluntarily participated in this study.

Based on the results of the study two strengths and two weaknesses in primary nursing were found. The respondents pointed out as a strength high multi professional collaboration skills and as a strength they saw professional competence. These were seen clearly as strengths and these areas should be preserved like this in the future or to be improved if possible. The most important areas for improvement were scheduling and practical problems with information. Respondents brought out hope to have more sufficiently organized time for primary nurse obligations.

As a conclusion there were found need to improve scheduling, time planning and work reorganization. The study also brought out the need to improve communication methods, so that all personnel could receive information effectively and on time.

Key words: perioperative nursing, primary nurse, teamwork

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS.....	8
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	10
4	OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN TAUSTA.....	11
	4.1 Perioperatiivinen hoitotyö.....	11
	4.2 Perioperatiivisen hoitotyön ryhmätyömalli	12
	4.3 Vastuuhoitajatoiminta	13
	4.4 Kirjallisuuskatsaus	14
	4.4.1 Kirjallisuuskatsauksen toteutus.....	15
	4.4.2 Kirjallisuuskatsauksen keskeiset tulokset	16
5	OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	18
	5.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä	18
	5.2 Tiedonkeruu	19
	5.2.1 Teemahaastattelu.....	19
	5.2.2 Ryhmähaastattelu	21
	5.3 Sisällön analyysimenetelmä.....	22
6	TOTEUTUS	24
	6.1 Tiedonantajien kuvaus	24
	6.2 Aineiston keruu.....	25
	6.3 Sisällön analyysin toteutus.....	26
7	TULOKSET	29
	7.1 Asiantuntijuus	29
	7.1.1 Vastuualue toiminta perustuu asiantuntijuuteen	29
	7.1.2 Uusimman tiedon hankkiminen	30
	7.1.3 Palautteen merkitys	30
	7.1.4 Motivaatio	31
	7.2 Yhteistyö.....	31
	7.2.1 Saumaton yhteistyö	31
	7.2.2 Työn arvostus	32
	7.3 Työn organisointi	33
	7.3.1 Työaika suunnittelu	33
	7.3.2 Työnjaollinen suunnittelu.....	34
	7.4 Tiedon kulku	35
	7.4.1 Tiedottamisen tehostaminen.....	36
	7.4.2 Ohjauksen, opetuksen ja perehdytyksen kehittäminen	36
	7.4.3 Tilausjärjestelmän kehittäminen	37

7.5 Yhteenveto tuloksista.....	39
8 POHDINTA.....	40
8.1 Tutkimuksen eettiset kysymykset.....	40
8.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	41
8.3 Tulosten tarkastelu.....	44
8.4 Jatkotutkimus- ja jatkokehittämissuositukset.....	47
LÄHTEET.....	49
LIITTEET.....	51
Liite 1. Alkuperäistutkimusten laadun arviointimittari.....	51
Liite 2. Taulukko aiemmista tutkimuksista.....	52
Liite 3. Tiedote opinnäytetyöhön osallistuville.....	54
Liite 4. Kirjallinen suostumus.....	55

1 JOHDANTO

Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Lisäksi toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Leikkaushoitotyössä kaiken keskipisteenä on potilas ja hänen kokemuksensa hoidon turvallisuudesta korostuu erityisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009:5, 18). Potilasturvallisen leikkaushoitotyön takaamiseksi leikkaussalityötä tekevien terveydenhuoltoalan ammattilaisten pitää omata laajat teoreettiset ja kliiniset hoitotyön taidot. Kuten Tengvall (2010) väitöskirjatutkimuksessaan tuo ilmi, leikkaus- ja anestesiahoitajilta edellytetään korkeaa ammattipätevyyttä ja pätevyyden takaamiseksi tarvitaan säännöllistä tietojen ja taitojen päivittämistä (Tengvall 2010, 130).

Turvallisen hoidon keskeinen edellytys on hoitohenkilökunnan korkealaatuinen ammatillinen osaaminen. Sairaanhoidtajaliitto (2013) on määritellyt eettisissä ohjeissaan, että jokaisella terveydenhuollon työntekijällä on vastuu osaamisestaan ja osaamisensa ylläpidosta. Kansainvälisesti saman sisältöiset eettiset tavoitteet terveydenhuollon henkilökunnan osaamisesta on määritellyt International Council of Nurses v. 2012.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin *Palveluja elämän tähden* -strategia linjaa kaudelle 2012-2016 keskeiset tehtävät, tavoitteet ja eettiset periaatteet. Niissä korostuvat potilaan ja asiakkaan hyvä palvelukokemus sekä turvallinen ja laadukas hoito. Strategia sisältää palvelulupauksen johon sairaanhoitopiirin henkilökunta sitoutuu, tämä ohjaa jokaisen työntekijän päivittäistä työtä.

Eettisissä periaatteissa korostuu hyvä hoito, ihmisen kunnioittaminen, osaamisen arvostaminen ja yhteiskuntavastuullisuus. Osaamisen arvostaminen tarkoittaa yksilön ja organisaation innovatiivisuutta, osaamisen kehittämistä ja hiljaisen tiedon hyödyntämistä. Strategian mukaisesti työntekijöitä rohkaistaan toimimaan potilaan hoidon parhaaksi kehittämällä omaa työtään ja työyhteisöään. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2011, *Palveluja elämän tähden* -strategia vuosille 2012- 2016, 3.)

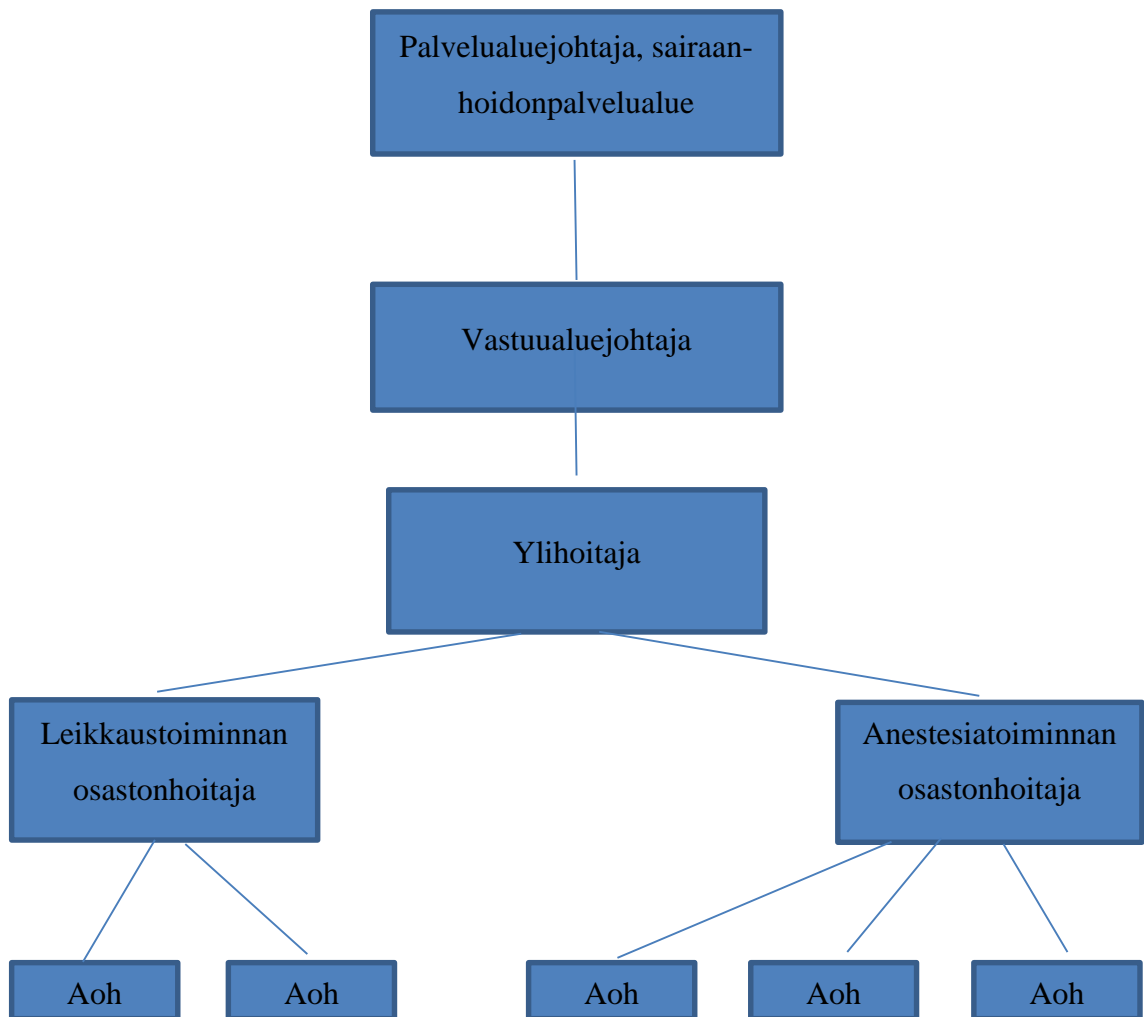
Alati muuttuvassa työelämässä tarvitaan työntekijöitä, joilla on jatkuvasti halua, kykyä ja tahtoa oppia uusia asioita (Saartenkorpi 2013, 7). Tampereen yliopistollisen sairaalan

(Tays) Kirurgian leikkausosastolla (LEKI) on tiedostettu kiristynvä kilpailu työvoimamarkkinoilla ja osaston vetovoimaisuus haluttuna työpaikkana halutaan turvata.

Vastuualuetoiminta on tärkeä osa leikkaushoitajien työtehtävien kokonaisuudessa. Se nähdään tärkeänä työntekijän motivaation ja työssäjaksamisen kannalta. On palkitsevaa olla mukana kehittämässä oman erikoisalan leikkaustoimintaa. Sairaanhoidopiirin linjaamaa strategiaa mukaillen tämä opinnäytetyö on hoitotyöntekijöiden oman työn kehittämistä sekä samalla koko työyhteisön kehittämistä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa leikkaushoitajan vastuualuetoimintaa ja kehittää vastuualuetoimintaa vastaamaan tulevaisuuden leikkaustoiminnan tarpeisiin.

2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Tampereen yliopistollisen sairaalan (Tays) kaikista potilaista valtaosa hoidetaan Keskussairaalassa. Tays vastaa yli miljoonan suomalaisen vaativasta erikoissairaanhoidosta ja se tarjoaa asiantuntemustaan lähes kaikilla lääketieteen erikoisaloilla. Sairaanhoidon palvelualueetta johtaa palvelualuejohtaja, jonka alaisuudessa on leikkaus- ja anestesiatoiminnan vastuualue. Vastuualueen tärkeitä toimintamuotoja ovat myös anestesiologian ja hoitotieteen tieteellinen toiminta ja opetus sekä leikkaustoiminnan kehittäminen. (Eija Korhonen 2015.) Lähitulevaisuudessa organisaation rakenteeseen on tulossa isoja muutoksia, tässä kuvataan tämän hetkistä tilannetta (kuvio 1).



KUVIO 1. Sairaanhoidon palvelualueen organisaatiokaavio 2015

Kirurgian leikkausosastolla suoritetaan vuosittain n. 10 000 toimenpidettä, joista noin puolet on elektiivisiä leikkauksia ja noin puolet tehdään päivystysleikkauksina. Leikkausosasto vastaa seuraavien erikoisalojen leikkauspalveluiden tuottamisesta: ortopedia, käsikirurgia, plastiikkakirurgia, suolistokirurgia, verisuonikirurgia, virtsaelinkirurgia, lastenkirurgia, umpierityselinkirurgia sekä yleiskirurgia. Päivystysleikkauksia tehdään vuorokauden ympäri. Osastolla on 11 leikkaussalia, toimenpideheräämö, lasten heräämö, potilaiden valmistelutila ja ympäri vuorokauden toimiva heräämö.

Henkilökunta koostuu yli kahdestasadasta terveydenhuollon ammattilaisesta. Jotka ovat kirurgeja, anestesia- ja lääkäriä, anestesiahoitajia, leikkaushoitajia, lääkintävahtimestareita, välinehuoltajia, sairaalahuoltajia ja osastonsihteereitä. Lisäksi osastoa palvelee opetushoitaja sekä korjauksista ja huolloista vastaava erikoisammattimies. (Korhonen 2015).

Hoitohenkilökunnan erikoisosaaminen on pyritty takaamaan jakamalla erikoisalat kahteen ryhmään. **Tulestiimi** vastaa tuki- ja liikuntaelinkirurgiasta, käsikirurgiasta, plastiikkakirurgiasta sekä lasten selkärankakirurgiasta. **Pehmyttiimi** vastaa lasten kirurgiasta, suolistokirurgiasta, virtsaelinkirurgiasta, umpierityselinkirurgiasta, verisuonikirurgiasta sekä yleiskirurgiasta. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri: Tietoa meistä: Leikkaus- ja anestesiaosaston vastuualue 2013.)

Kirurgian leikkausosastolla on laadittu vastuualuetoiminnasta vastuuhoidajien työnkuvaukset, joissa selvitetään vastuualuetyöhön liittyvät tehtävät ja velvoitteet. Vastuualueille nimetyt sairaanhoitajat ja erityisosaajat on kerrottu leikkausosaston sisäisillä sivuilla (Intranet), joten näitä tietoja pääsee tarkastelemaan vain PSHP:n henkilökunta. Vastuualuetoiminnalla on pitkät perinteet, mutta varsinaista vastuualuetoiminnan kartoittamista ei ole aikaisemmin tehty. Vastuualuetoiminta perustuu lähinnä hoitajien omiin kiinnostuksen kohteisiin, niitä kartoitetaan vuosittain pidettävillä kehityskeskusteluilla. Tavoitteena olisi jokaisen työntekijän sitouttaminen oman erikoisalan kehittämiseen nimellä jokaiselle työntekijälle oma vastuualue. Tällä hetkellä näin ei ole, mutta tulevaisuuden suunnitelmissa tähän pyritään. Työn näkyväksi tekeminen ja osaamisen arvos-taminen ovat asioita, joihin vastuualuetoiminnan kartoittamisella pyritään vaikuttamaan.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa, mitä vahvuuksia leikkaushoitajan vastuualuetoiminnassa on tällä hetkellä ja miten vastuualuetoimintaa voidaan kehittää tulevaisuudessa Tampereen yliopistollisen sairaalan kirurgian leikkausosastolla.

Tutkimuksessa etsitään vastausta seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä vahvuuksia leikkaushoitajan vastuualuetoiminnassa on tällä hetkellä?
2. Mitä kehitettävää on nykyisessä leikkaushoitajan vastuualuetoiminnassa?

Tutkimuksen tavoitteena on leikkaushoitajien ammatillisen osaamisen vahvistaminen vastuualuetoiminnan kartoittamisen ja uusien kehittämistapojen löytämisen kautta. Leikkaushoitajien ammatillisen osaamisen kehittäminen mahdollistaa leikkauspotilaiden turvallisen ja laadukkaan hoitotyön nyt ja tulevaisuudessa. Vastuualuetoiminnan kehittäminen tuottaa työnantajalle taloudellista hyötyä entistä paremman kustannustietoisuuden ja tehokkaamman toiminnan myötä.

4 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN TAUSTA

Tässä luvussa kartoitetaan vastuualuetoiminnan taustaa. Tutkimuksen keskeisiksi käsitteiksi nousivat perioperatiivinen hoitotyö, perioperatiivisen hoitotyön ryhmätyömalli ja vastuuhoidajatoiminta. Luvun lopussa selvitetään kirjallisuuskatsauksen toteutus ja tulokset.

4.1 Perioperatiivinen hoitotyö

Perioperatiivinen hoitotyö jaotellaan kolmeen eri vaiheeseen. Leikkausta edeltävä vaihe on preoperatiivinen vaihe. Leikkauksen aikaista vaihetta kutsutaan intraoperatiiviseksi vaiheeksi ja kolmas vaihe eli leikkauksen jälkeinen vaihe on postoperatiivinen vaihe. Näiden kolmen, ajallisesti ja toiminnallisesti jakautuneiden vaiheiden, kokonaisuuden kattaa termi perioperatiivinen hoitotyö. (Korte, Rajamäki, Lukkari & Kallio 2000, 20.) Perioperatiivista hoitotyötä käsittelevät tutkimukset ovat kohdistuneet etenkin potilaiden kokemuksiin leikkaushoidosta. Tutkimuksia yksittäisiin kirurgisiin toimenpiteisiin liittyen on saatavilla yleisimmin.

Suomessa leikkausyksiköissä työskenteleviä sairaanhoitajia nimitetään leikkausosaston sairaanhoitajiksi, anestesiahoitajiksi, anestesiahoitajiksi, leikkaushoitajiksi, leikkaussalisairanhoitajiksi, instrumentoiviksi hoitajiksi ja valvoviksi hoitajiksi, riippuen siitä missä tehtävissä he toimivat. Intraoperatiivisessa vaiheessa leikkaushoitajat toimivat yhteistyössä kirurgin kanssa joko valvovan hoitajan tai instrumentoivan hoitajan tehtävissä. Anestesiahoitaja toimii intraoperatiivisessa vaiheessa omassa tehtävässään anesteziologin työparina. (Virtanen 2005, 8; Tengvall 2010,6; Tuusvuori 2006,11.)

Leikkaus- ja anestesiahoitajien ammatillista osaamista ja pätevyyttä on tutkittu varsin vähän, etenkin intraoperatiivisen vaiheen osalta. Tengvallin (2010) väitöskirjassa keskitytään nimenomaan intraoperatiiviseen hoitotyöhön. Leikkausyksikön intraoperatiivisen hoitotyön sisältöön vaikuttaa voimakkaasti se, onko kyseessä yhden tai useamman vaativan erikoisalan toimenpideyksikkö. Päivystystoiminta nostaa myös hoitohenkilöstön ja hoitotyön toimintojen vaatimustasoa. Tengvallin (2010) tutkimuksen tuloksissa ilmeni,

että leikkaus- ja anestesiahoitajilta edellytetty ammatillinen pätevyys oli vaatimustasoltaan erittäin korkeaa. Se sisälsi vahvat, yhteiset sekä eriytyneet spesifit ammatillisen pätevyyden osa-alueet. Tutkimuksen tuotoksena laadittiin leikkaus- ja anestesiahoitajien ammattipätevyysmalli. (Tengvall 2010, 6, 104, 130.)

Leikkaushoitajien ammatillisen pätevyyden vaatimustasoa kuvaa sekin, että työtehtäviä vaihdetaan työvuoron aikana. Tehtävän valintaan vaikuttavat potilaalle tehtävä toimenpide, erikoisala, potilaan anamneesi, hoitajan oma kokemus ja ammattitaito. Lisäksi työtehtäviin vaikuttavat työvuorosuunnittelu ja muut organisatoriset tekijät, jotka vaihtelevat päivittäin. (Tengvall 2010, 10; Tuusvuori 2006, 14.)

4.2 Perioperatiivisen hoitotyön ryhmätyömalli

Perioperatiivisessa hoitotyössä korostuu ryhmä- ja tiimityöskentelytaidot. Purasen (2005, 70) leikkausosaston työnjakomallia selvittävässä tutkimuksessa nähdään keskeisenä ryhmätyömalli, jossa lähiesimiesten määräyksestä muodostetaan työryhmiä suorittamaan yhteisvastuullisesti annettua spesifiä tehtävää.

Hoitohenkilöstön mielestä, ryhmätyömallia paremmin toimiva työskentelytapa, on tiimityö, joka edellyttää, että tiimin jäsenet tietävät työnsä tavoitteet ja ovat sitoutuneita niiden saavuttamiseen. Perioperatiivisessa hoitotyössä hyvin toimiva tiimityö parantaa potilaiden hoidon turvallisuutta, selkiyttää työnjakoa, edesauttaa joustavaa toimintaa, tehostaa leikkaussaliajan käyttöä sekä edistää henkilökunnan työssä viihtymistä ja parantaa työssä jaksamista. (Saartenkorpi 2013, 12.)

Tibbs (2014) oli tutkinut tiimityöskentelyä ison amerikkalaisen armeijasairaalan leikkausosastolla. Tutkimuksessa käytettiin Amerikassa v. 2010 kehitettyä ns. teamSTEPPS® protokollaa. TeamSTEPPS tulee sanoista team Strategies & Tools to Enhance Performance and Patient Safety. Vapaasti suomennettuna tämä tarkoittaa ryhmätyön toimintasuunnitelmaa ja välineitä suorituskyvyn ja potilasturvallisuuden parantamiseksi. Tutkimuksen taustalla oli aikaisempien tutkimusten tuottama tieto siitä, että leikkaussaleissa tapahtuvat inhimilliset virheet johtuvat pääasiassa heikosta kommunikaati-

osta ja ryhmätyötaitojen puutteesta. Näiden aikaisempien tutkimusten perusteella oli virheiden vähentämiseksi laadittu suosituksia koulutuksen lisäämisestä, tarkistuslistojen käytöstä ja erilaisten standardoitujen protokollien noudattamisesta.

Tämän Tibbs:n (2014) tutkimuksessaan käyttämän mallin kehittäminen oli aloitettu jo vuonna 2010, tässä samassa tutkimuskohteena olevassa sairaalassa. Protokolla oli osa koko organisaation kehittämiseen liittyvää isoa uudistusta. TeamSTEPPS on näyttöön perustuva ryhmätyömalli. Tämän mallin tarkoituksena on tuottaa potilaille parasta mahdollista kliinistä tulosta optimoimalla olemassa oleva tieto, työvoima ja resurssit hoitotyötä tekevän tiimin käyttöön. Tuloksissa havaittiin positiivista kehitystä henkilökunnan ryhmätyötaitoissa, mikä näkyi kommunikaation lisääntymisenä ja henkilökunnan työtyytyväisyyden parantumisena. Lisäksi tuloksissa havaittiin leikkaustiimien johtamisen kehittyneen parempaan suuntaan, tämä ilmeni toiminnan tehostumisena leikkaussalien käyttöasteen parantuessa. (Tibbs 2014, 477-488.)

4.3 Vastuuhoitajatoiminta

Aikaisemmissa tutkimuksissa vastuuhoitaja käsitettä käytetään kuvaamaan leikkaus- ja anestesiahoitajien erityisosaamista jollakin kirurgian erikoisalalla. Vastuuhoitajuudella on muitakin merkityksiä terveydenhoitoalan eri yksiköissä, kuten esim. työvuorossa oleva nimetty vastuuhoitaja. Tässä opinnäytetyössä erotellaan vastuualuetoimintaan liittyvä vastuuhoitajuus käyttämällä termiä leikkaushoitajan vastuualuetoiminta, jotta vältetään sekaannuksilta muihin vastuuhoitaja töihin ja tehtäviin.

Aikaisemmissa tutkimuksissa Lipponen, Peltonen ja Yli-Panula (2005) määrittelevät vastuuhoitajan oman erikoisalansa hoitotyön asiantuntijaksi, jolla on kokonaisvaltainen näkemys omasta erikoisalastaan. Vastuuhoitaja hallitsee vastualueensa tiedot ja taidot. Hän hankkii itseohjautuvasti uutta tietoa, jota sitten välittää työyhteisössään. Vastuuhoitaja toimii hoitotyön kehittäjänä leikkaus- ja anestesiaosastolla. (Lipponen ym. 2005, 16-17.)

Vastuuhoitajatoimintaa selvittävässä tutkimuksessaan Enontekiö (2009, 64) tuli siihen johtopäätökseen, että hoitohenkilöstö kokee vastuuhoitajatoiminnan lisäävän moniamma-

tillista yhteistyötä. Samansuuntaisia tuloksia havaittiin myös Saartenkorven (2013) tutkimuksessa, siinä nähtiin tarvetta moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä myös tulevaisuudessa.

Saartenkorpi (2013) havaitsi tutkimuksessaan vastuuhoidajuuden lisäävän hoitohenkilöstön vaikuttamismahdollisuuksia omaan työhön, mikä parantaa työn mielekkyyttä ja lisää motivaatiota. Lisäämällä päätöksentekovaltaa, autonomiaa ja yhteisiä tavoitteita vahvistetaan yhteistyötä. Tässä tutkimuksessa liitettiin vastuuhoidajuuden kehittämiseen myös koulutus ja suunnitelmallinen perehdytys. Omaehtoisen opiskelun- ja jatkokoulututtamisen mahdollisuudet nähtiin myös tärkeinä ammatillisen kehittymisen ja työhön sitoutumisen edistäjinä.

Leikkaushoitotyössä korostuu yhä enenevässä määrin kirurgisten toimenpiteiden teknistyminen ja yhä vaativammat leikkausmenetelmät. Isoissa leikkausyksiköissä on täysin mahdotonta olettaa kaikkien leikkaushoitajien hallitsevan jokaisen erikoisalan leikkaustoimenpiteet yhtä hyvin. Pysyäkseen mukana nykyisessä kehitysvauhdissa, perioperatiiviselta sairaanhoitajalta edellytetään paitsi yleistä laajaa osaamista myös keskittymistä omaan nimettyyn vastuualueeseen jollakin spesifillä erikoisalalla. Vastuualuetoiminnalla turvataan uuden tiedon ja uusien menetelmien oppiminen ja tiedon jakaminen koko työyhteisöön. Vastuualuetoiminta motivoi leikkaussairaanhoitajaa kehittämään oman vastuualueensa hoitotyötä ja sitä kautta parantaa potilaan saamaa leikkaushoitoa. Vastuualuetoiminnan kulmakiviä ovat hyvät yhteistyötaidot ja hyvä kommunikaatio organisaation kaikkien toimijoiden kesken. (Saartenkorpi 2013,15; Enontekiö 2009,64.)

4.4 Kirjallisuuskatsaus

Tätä opinnäytetyötä varten tekemäni kirjallisuuskatsaus toteutettiin kuvailevana yleiskatsauksena. Salmisen (2011) mukaan kirjallisuuskatsauksella rakennetaan kokonaiskuvaa tietystä asiakokonaisuudesta. Kokonaiskuvan rakentumisen edellytyksenä on, että tutkija perehtyy laajasti saatavilla olevaan aikaisempaan tutkimusaineistoon. (Salminen 2011, 9-11.) Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kartoittaa, miten aihetta on aiemmin tutkittu ja miten tekeillä oleva tutkimus liittyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 121). Tavoitteena oli saada kokonaiskuvaa vastuuhoidaja toimintaan

liittyvästä aikaisemmasta tutkimuksesta. Kirjallisuuskatsaus oli osa **Näyttöön perustuva toiminta** -opintojakson suoritusta.

4.4.1 Kirjallisuuskatsauksen toteutus

Aikaisemmat aiheeseen liittyvät tutkimukset etsittiin elektronisista tietokannoista hakusanoja käyttäen. Tietokannat, joista hakua tehtiin, olivat Arto, Cinahl, JBI, Melinda, OMA-kirjastotietokanta, Medic ja Google Scholar. Hakusanat katkaistiin jokaisen tietokannan omalla katkaisumerkillä ja yhdistämistä ja rajaamista tehtiin Boolean operaattoreiden avulla. Suomenkieliset hakusanat olivat perioperatiivinen hoitotyö, leikkaushoitaja, osaamisen johtaminen, ammatillinen pätevyys ja vastuuhoitaja. Englanninkieliset hakutermit olivat perioperative nursing, professional competence, operating room nurse ja operating room. Hakusanat tarkistettiin YSA ja MeSH ohjelmista. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit selvitetään oheisessa taulukossa (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

SISÄÄNOTTOKRITEERIT	POISSULKUKRITEERIT
<ul style="list-style-type: none"> tutkimus on julkaistu vuosien 1999-2014 aikana 	<ul style="list-style-type: none"> tutkimukset jotka ovat julkaistu ennen v.1999
<ul style="list-style-type: none"> mahdollisuus saada koko teksti käyttöön 	<ul style="list-style-type: none"> julkaisun koko teksti ei ole saatavilla
<ul style="list-style-type: none"> tutkimuksessa on hoitajanäkökulma 	<ul style="list-style-type: none"> tutkimuksen julkaisukieli on joku muu kuin suomi tai englanti
<ul style="list-style-type: none"> tutkimuksen kieli on joko suomi tai englanti 	<ul style="list-style-type: none"> tutkimus saa laadunarviointipisteitä vähemmän kuin 13/20
<ul style="list-style-type: none"> mukaan otettiin erilaisin metodein tehdyt tutkimukset, joka saa vähintään 13 laadunarviointipistettä (max 20) 	<ul style="list-style-type: none"> potilaisiin kohdistuvat tutkimukset
<ul style="list-style-type: none"> hyväksytään väitöskirjat, pro gradu-tutkielmat, YAMK-opinnäytetyöt ja tieteellisten julkaisujen artikkelit 	

Mukaan otettujen tutkimusten näytön aste arvioitiin STM 2009 laatiman luokituksen mukaan, joka koostuu neljästä luokasta (A-D), jossa A on vahvin näytön asteen luokka. Laadun arvioinnissa käytettiin Palomäen & Piirtolan (2012, 73) opinnäytetyössä tehdyn synteesin pohjalta laadittua mittaria (Liite 1). Laadun arvioinnissa maksimi pistemäärä oli 20. Sisäänottokriteerit täyttäneitä alkuperäistutkimuksia löytyi tähän kirjallisuuskatsaukseen viisi alkuperäistutkimusta, joista laadittiin yhteenvetotaulukko (Liite 2).

4.4.2 Kirjallisuuskatsauksen keskeiset tulokset

Tätä tutkimusta varten tehdyn kirjallisuuskatsauksen pohjalta voitiin todeta, että perioperatiivista hoitotyötä on tutkittu Suomessa viime vuosina enenevässä määrin. Kiinnostus on kohdistunut etenkin leikkauspotilaan subjektiiviseen kokemukseen leikkaushoidosta. Leikkaushoitajien näkökulmasta tehtyjä tutkimuksia oli saatavilla niukasti. Edellisessä luvussa kuvatut kriteerit täyttäviä tutkimuksia otettiin mukaan tähän opinnäytetyöhön viisi. Ulkomaisia perioperatiivista hoitotyötä koskevia tutkimuksia (tiivistelmän perusteella arvioituna) löytyi hyvin, mutta opinnäytetyön tiukan aikataulun takia vieraskielisiä tutkimuksia ei voitu ottaa enempää mukaan, koska käännöstyöhön olisi kulunut liikaa aikaa.

Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneiden tutkimusten pohjalta leikkaussalin työnjakomallista voitiin todeta, että tiimityömalli toimii leikkaussalityön työnjakomallina paremmin kuin perinteinen ryhmätyömalli (Puranen 2005, 68-70). Mukaan valitun amerikkalaistutkimuksen keskeisenä tutkimustuloksena todettiin, että perioperatiivisen leikkaustiimin työnjaolla ja etenkin hyvällä lähijohtamisella oli suuri merkitys leikkaussalien käyttöasteen tehostamisessa. Tibbs:n (2014) tutkimuksessaan käyttämä ns.teamSTEPPS-protokolla selkiytti leikkaustiimin johtamista, mikä tuotti selvää parannusta mm. leikkaussalin vaihtoaikoihin. (Tibbs 2014, 479.)

Myös leikkaus- ja anestesiahoitajien ammatillista osaamista ja vastuuhoidajatoimintaa kartoittavia tutkimuksia löytyi. Tengvallin (2010) tekemän väitöskirjatutkimuksen mukaan perioperatiiviselta sairaanhoitajalta odotetaan tulevaisuudessa entistä korkeampaa ammatillista osaamista ja pätevyysvaatimukset tulevat kiristymään entisestään (Tengvall 2010, 6). Pätevyysvaatimusten kiristyessä perioperatiivisen sairaanhoitajan tulee keskit-

tyä entistä spesifimpään erikoisalaosaamiseen. Tästä syystä vastuuhoidajatoiminnan kehittäminen on jatkossa entistä tärkeämpää. Perioperatiivisten sairaanhoitajien vastuuhoidajatoimintaa kuvattiin Enontekiön (2009) ja Saartenkorven (2013) ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetöissä. (Enontekiö 2009, 64; Saartenkorpi 2013, 8.)

5 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Tässä luvussa käsitellään kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat. Ensin selvitetään laadullisen tutkimuksen teoreettista taustaa ja sen jälkeen kuvataan tämän laadullisen tutkimuksen toteutus. Luvussa määritellään laadullinen tutkimus tutkimusmetodina, kuvataan tiedonkeruu prosessi, luodaan katsaus sisällön analyysin teoriaan ja selvitetään sisällönanalyysi sekä sisällön analyysin vaiheet.

5.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Tutkimuksen menetelmällisten lähtökohtien pohdinta on keskeinen osa tutkimustyötä ja tutkijan pitää ymmärtää, mistä tutkimuksessa on kysymys. Tutkittava ilmiö määrittää valitut menetelmät. Käyttipä tutkija mitä menetelmää (kvalitatiivista, kvantitatiivista tai näiden yhdistelmää) tahansa, hänen on osattava perustella valintansa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 15.) Kirjallisuuden mukaan laadullisesta tutkimuksesta löytyy ilmaisuja, laadullinen, kvalitatiivinen, ihmistieteellinen, pehmeä, ymmärtävä ja tulkinnallinen tutkimus (Tuomi & Sarajarvi 2009, 11).

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa on lähtökohtana todellisen elämän kuvaaminen, siinä pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on pikemminkin löytää tai paljastaa tosiasioita, kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi ym.2009, 161.) Kuten tutkija Jari Metsämuuronen (2006, 81) kirjassaan painottaa, totuuden etsimisessä ei olekaan oleellista se, tehdäänkö tutkimusta kvalitatiivisella vai kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä, vaan keskeisintä on pyrkimys päästä niin lähelle totuutta, kuin mahdollista.

Laadullinen tutkimusprosessi perustuu tutkijan omaan intuitioon ja tulkintaan, samasta aineistosta on monta tapaa tehdä päätelmiä. Tutkimuksen tekijän olisi hallittava yleisesti hyväksytyt tavat tehdä laadullista tutkimusta, jotta voitaisiin olettaa, että toinenkin tutkija voisi tehdä samasta aineistosta samanlaisia johtopäätöksiä. (Metsämuuronen 2006, 82.)

5.2 Tiedonkeruu

Yleisimmät aineistonkeruumenetelmät laadullisessa tutkimuksessa ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Järkevintä on kysyä asiaa suoraan ja saada näin tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72). Kun halutaan kerätä tutkimusaineisto, joka pohjautuu ihmisten kokemukseen puheen muodossa, käytetään tiedonkeruun menetelmänä haastattelua (Vilka 2005, 100). Haastattelu on monimuotoista, sitä voidaan toteuttaa kasvokkain vuorovaikutteisena keskusteluna, lomakehaastatteluina tai puhelimitse tehtynä kyselynä (Metsämuuronen 2006, 111). Haastattelun idea on yksinkertaisesti se, että joku esittää kysymyksiä henkilölle, koskien henkilön ajatuksia tai mielipiteitä. Kysymykset muodostuvat tutkimuskysymyksistä, joilla pyritään ratkaisemaan varsinainen tutkimusongelma. (Kananen 2008,73.)

Haastattelun etuna on joustavuus, haastattelijan on mahdollista toistaa kysymys, hän voi oikaista väärinkäsityksiä, hän voi myös selventää ilmausten sanomaa ja ennen kaikkea käydä keskustelua tiedonantajien kanssa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Haastattelujen puutteina tiedonkeruun menetelmänä voidaan todeta, että ne ovat suhteellisen aikaa vieviä, kalliita ja niihin sisältyy pienten aineistojen takia tiettyjä luotettavuusongelmia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 126.) Tutkimusaineiston laadun määrittämistä ja perustelemista tukee harkinnan varainen otos. Harkinnan varainen otos tarkoittaa tiedon etsimistä sieltä mistä sitä parhaiten oletetaan löytyvän. (Vilka 2005, 127.)

5.2.1 Teemahaastattelu

Tässä opinnäytetyössä käytettiin teemahaastattelua tiedon keruun menetelmänä. Teemahaastattelu käsitteen loivat Hirsjärvi & Hurme kirjassaan Teemahaastattelu (1979) kuvaamaan puolistrukturoitua haastattelua. Teemahaastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin, jotka käydään haastattelutilanteessa keskustellen läpi. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 48.)

Teemahaastattelut etenevät ennalta määriteltujen teema-alueiden mukaan. Kysymyksillä ei ole tarkkaa muotoa eikä järjestystä, vaikka tavoitteena onkin, että tiedonantajat voivat antaa kaikista teema-alueista omat kuvauksensa. (Eskola & Suoranta 2005, 85; Vilka 2005, 102.)

Teemahaastattelu on lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun välimuoto, aihepiirit ja teemat ovat tiedossa, mutta kysymyksillä ei ole tarkkaa muotoa eikä esittämisjärjestystä. Tutkija laatii valmiit teemat ja rajaa keskustelun aihepiirit. Toteutus sinällään ei ole määritetty, vaan tilanteen mukaan täsmennetään ja muotoillaan kysymyksiä. Tässä haastattelutyypissä ihmisten asioille antamat tulkinnat ja merkitykset ovat keskiössä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 125; Vilka 2005, 101.)

Teemahaastattelu on suosittu haastattelutyyppi, tämän arvellaan johtuvan siitä, että teemahaastattelu on muodoltaan avoin ja voidaan ajatella, että näin kerätyssä aineistossa puhuvat vastaajat itse. Toinen teemahaastattelun hyvä puoli on se, että käytetyt teemat takaavat sen, että kaikkien tiedonantajien kanssa on puhuttu samoista asioista. Lisäksi teemat antavat aineiston analyysin alkuvaiheessa kehikon, jonka avulla voi lähteä käsittelemään litteroitua aineistoa. (Eskola & Suoranta 2005, 87.) Avoimuudesta huolimatta ei aikomuksena ollut kysyä mitä tahansa, vaan teemahaastatteluilla pyrittiin löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymysten mukaisesti. Aihealueet eli teemat käydään haastateltavan kanssa läpi ennakkoon, näin varmistetaan koko ilmiön osa-alueiden mukaantulo. (Kananen 2008, 73; Metsämuuronen 2006, 115.)

Vilka (2005, 112) painottaa tutkimushaastatteluun valmistautumisen tärkeyttä. Harjoittelu vähentää haastattelijan haastattelutilanteeseen liittyvää jännitystä. Haastattelutilanteen ilmapiirin luominen avoimeksi on tärkeää haastattelun onnistumisen kannalta. Haastateltavat on onnistuttava motivoimaan omien käsitystensä ja kokemustensa jakamiseen.

Haastattelun toteuttamiseen varattu tila on myös huomioitava haastattelun suunnittelussa. Etukäteen on varmistettava, että tila on häiriötön ja mahdolliset hälyäänet saadaan poistettua. Ennakointi mahdollistaa myös tarvittaessa haastattelutilan vaihtamisen. Kuten Hirsjärvi & Hurme (2010, 74) toteavat, sellainen haastattelupaikka on paras, missä kommunikointi on mahdollisimman häiriötöntä.

Haastattelut tallennetaan ääninauhana tai videotallenteena, käytettävän tekniikan hallinta on syytä opetella hyvissä ajoin ennen haastattelutilanteiden toteutusta. Laadullisessa tutkimusmenetelmässä korostetaan tutkimuksen aika -,paikka- ja tilannesidonnaisuutta. (Vilka 2005, 109-112.)

5.2.2 Ryhmähaastattelu

Tässä leikkaushoitajien vastuualuetoiminnan kartoittamista ja kehittämistä selvittävässä opinnäytetyössä teemahaastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluina. Ryhmähaastattelujen etuna yksilöhaastatteluun verrattuna on ryhmän dynamiikka, keskustelijat kontrolloivat toisiaan ja auttavat muistamaan yksityiskohtia. Ryhmässä hiljaisempikin osallistuja voi kokea olonsa turvalliseksi ja näin syntyy tietoa tuottavaa keskustelua. Kuten Vilka (2005, 102) toteaa yhteisen kielen, käsitteiden, toimintatapojen ja keskustelun luomiseksi on mielekästä käyttää ryhmähaastattelua tiedonkeruun keinona.

Ryhmädynamiikka voi kääntyä myös negatiiviseksi seikaksi, jos haastateltavat miettivät ovatko vastaukset ryhmässä sosiaalisesti hyväksyttäviä. Ryhmähaastattelun ilmapiiriin tulisi olla avoin ja vapaa. Onkin tärkeää, että haastattelijaa auttaa keskustelun alkuun, mutta sen jälkeen olisi mahdollisimman hiljaa ja antaisi näin haastateltaville tilaisuuden tulla kuulluiksi. Keskustelun tulee pysyä valituissa teemoissa ja haastattelijan tulee huolehtia, että kaikilla on mahdollisuus osallistua. (Eskola & Suoranta 2005, 96; Hirsjärvi & Hurme 2010, 61.)

Ryhmähaastattelussa saadaan samalla tietoja usealta henkilöltä, joten se on tehokas tiedonkeruun muoto. Kielteisenä puolena voidaan mainita ryhmässä mahdollisesti olevat dominoivat henkilöt, jotka pyrkivät määräämään keskustelun suunnan. Nämä seikat tulee huomioida tuloksia tulkitessa ja johtopäätöksiä tehtäessä. (Hirsjärvi ym. 2009, 211; Kananen 2008, 75.)

Yksi ryhmähaastattelun haaste on saada kaikki tiedonantajat samana sovittuna aikana sovittuun paikkaan. Haastattelujen purkamisvaiheessa saattaa myös ilmetä ongelmia: jos haastattelujen litterointivaihe pitkittyy, se saattaa johtaa vaikeuksiin haastattelutilanteen rekonstruoinnissa. Haasteita voi aiheuttaa myös tilanteet, joissa nauhalla puhuu useampi henkilö samaan aikaan. Tällöin voi olla vaikeuksia tunnistaa kuka puhuu. (Eskola & Suoranta 2005, 98.)

5.3 Sisällön analyysimenetelmä

Laadullisten tutkimusten perusanalyysimenetelmä on sisällönanalyysi, sen avulla on mahdollista analysoida ja samalla kuvata erilaisia aineistoja. Sisällönanalyysin tavoitteena on tutkittavan ilmiön laaja, mutta tiivis esittäminen. Tähän menetelmään liittyviä vahvuuksia ovat muun muassa sisällöllinen sensitiivisyys ja tutkimusasetelman joustavuus. Parhaimmillaan sisällönanalyysi tuottaa aineistosta merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. Sen tavoitteena ei siis ole tuottaa yksinkertaistettuja aineistojen kuvauksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166.)

Laadullisessa analyysissä puhutaan teorialähtöisestä eli deduktiivisesta tai aineistolähtöisestä eli induktiivisesta sisällön analyysistä. Induktiivista päättelyä ohjaa tutkimuksen ongelmanasettelu. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167.) Aineistolähtöinen laadullinen analyysi etenee neljän vaiheen kautta.

Haastatteluaineiston keräämisen jälkeen aineisto pitää muuttaa muotoon jossa sitä voidaan tutkia. Haastattelunauhoitukset pitää tuottaa tekstimuotoon, jolloin puhutaan aineiston litteroinnista. Litterointi on työlästä, mutta samalla tutkija käy vuoropuhelua aineistonsa kanssa (Vilka 2005, 115.) Laadullisen tutkimuksen aineisto on tarkoituksenmukaista kirjoittaa puhtaaksi sanatarkasti (Hirsjärvi ym. 2009, 222). Aineisto luetaan läpi useampaan kertaan, tarkoituksena on huolellinen perehtyminen aineiston sisältöön (Kananen 2008,94).

Aineiston litteroinnin jälkeen tutkija määrittelee analyysiyksikön. Analyysiyksikkönä voi toimia sana, lause tai lauseista muodostunut kokonaisuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013,169; Kananen 2008, 96). Aineiston järjestäminen eli koodaus tuottaa kokonaiskuvaa mitä sanomiset tarkoittavat, tämä auttaa aineiston hahmottamisessa (Kananen 2008, 94).

Sisällön analyysi alkaa aineiston pelkistämällä eli redusoinnilla, siinä aineistosta koodataan ilmaisuja, tarkoituksena on karsia epäoleellinen informaatio pois tutkimusaineistosta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 169). Tutkimuskysymykset ohjaavat ai-

neiston pelkistämistä, tutkijan tehtävänä pelkistämisessä on löytää niitä kuvaavat ilmaisut. Pelkistettyjen ilmaisujen kirjaamisessa tulee säilyttää tarkasti niiden olennainen, alkuperäinen sisältö. (Kylmä, Rissanen, Laukkanen, Nikkonen, Juvakka & Isola 2008, 25.)

Seuraavana vaiheena sisällön analyysissä on ryhmittely, jossa erotetaan pelkistetyistä ilmauksista samankaltaisuudet ja eroavaisuudet näin saadaan kategorioita, joissa samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan luokkaan. Luokille annetaan sisältöä hyvin kuvaavat nimet. (Kylmä ym. 2008, 25.) Eskolan ja Suorannan (2005) mukaan tutkimustehävää valaisevia teemoja voi nostaa esiin aineistosta havainnoimalla niiden esiintymistä ja ilmenemistä (Eskola & Suoranta 2005, 174).

Kolmantena vaiheena aineistolähtöisessä analyysissä on käsitteellistäminen eli abstrahointi. Tässä vaiheessa edetään aineiston alkuperäisilmaisuista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111.) Alaluokkien ja yläluokkien yhdistämiseen sekä siitä nousevaan käsitteellistämiseen vaikuttavat aineisto sekä tutkijan tulkinta. Yleiskäsitteiden avulla muodostetaan kuvausta tutkimuskohteesta, parhaimmillaan saavutetaan synteesi, joka antaa vastauksia sekä tutkimuksen tarkoitukseen että tehtäviin. (Kylmä ym. 2008, 25.)

6 TOTEUTUS

Tässä luvussa selvitetään opinnäytetyön toteutuksen kulku. Ensiksi kuvaillaan kohde-ryhmä, sitten selvitetään aineiston keruun toteutus ja lopuksi käydään läpi sisällön analyysin toteutus tässä työssä.

6.1 Tiedonantajien kuvaus

Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, koska tällä menetelmällä uskottiin löytyvän kattavimmin ja laaja-alaisemmin vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Kvalitatiivinen menetelmä sopi tutkittavaan aiheeseen hyvin, koska tavoitteena oli luoda sanallinen, selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä ja edesauttaa käytäntöjen muuttamista tulevaisuudessa.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli leikkaushoitajien vastuualue toiminnan kartoittaminen ja kehittäminen, joten tiedonkeruun toteuttaminen asiantuntijoiden teemahaastatteluna, tuntui luotettavalta ja kattavalta menetelmältä. Haastateltavat eli tiedonantajat valittiin työkokemuksen ja vastuualueella kertyneen työkokemuksen perusteella. Käytettiin ns. harkinnanvaraista otantaa. Aineiston keruun toteutus alkoi muodostamalla kolme ryhmää, joissa kaikissa oli tiedonantajina kolme vastuualue toiminnasta pitkän työkokemuksen omaavaa leikkaushoitajaa.

Tiedonantajia oli yhteensä yhdeksän. Tiedonantajien hankkiminen aloitettiin lähestymällä heitä työpaikalla keskusteluin. Opinnäytetyön tekijälle tämä oli käytännössä helppoa ja luontevaa, koska kohdeyksikkö oli työn tekijän oma työpaikka. Tiedonantajat tätä opinnäytetyötä varten oli helppo saada. Hyvästä motivaatiosta kertoo sekin, että kaikki, joita kysyttiin, lähtivät mukaan tutkimukseen ja pysyivät siinä raportin valmistumiseen asti.

Kaikki osallistujat olivat perioperatiivisia sairaanhoitajia, jotka työskentelivät leikkaushoitajina. Tiedonantajilla oli leikkaushoitajan työkokemusta keskimäärin 23 vuotta, tästä vastuualueen työkokemusta oli kertynyt keskimäärin 14,5 vuotta jokaiselle. Hoidettavien

vastuualueiden määrä vaihteli 2-4 välillä, yleisimmin vastuualueita yhdellä leikkaushoitajalla oli 2. Tiedonantajia valittiin sekä ns.Tules-tiimistä että ns. Pehmeä-tiimistä (kts. luku 2). Opinnäytetyön tekijä valitsi tiedonantajat yhteistyössä kirurgian leikkausosaston osastonhoitajan kanssa. Harkinnanvaraisella otannalla haluttiin varmistaa, että tietoa haettiin sieltä mistä sitä parhaiten uskottiin löytyvän.

6.2 Aineiston keruu

Lupa opinnäytetyölle saatiin helmikuussa 2015. Aineiston keruu toteutettiin haastatteluilta, koska niiden nähtiin antavan parhaiten tietoa siitä mitä ihminen ajattelee ja miksi toimii niin kuin toimii. Tiedonantajille toimitettiin hyvissä ajoin etukäteen kirjallista informaatiota tutkimuksesta (Liite 3). Haastattelun teemakysymykset toimitettiin luettavaksi sähköpostilla. Sähköposti oli hyvä keino kaikkien tavoittamiseksi ja siitä oli helppo tarkistaa asioita myöhemminkin, kuten esim. haastatteluihin sovittuja aikoja.

Teemahaastattelun teemat olivat:

- Mitä tehtäviä vastuualue toimintaasi sisältyy tällä hetkellä?
- Mitä tarvitaan vastuualue toiminnan mahdollistamiseksi?
- Mitä vahvuuksia on nykyisessä vastuualue toiminnassa?
- Mitä kehitettävää on nykyisessä vastuualue toiminnassa?

Teemat nousivat aikaisempien tutkimusten pohjalta. Opinnäytetyön tekijä toivoi, että näillä teemoilla vastuualue toiminnan nykytila ja tulevaisuuden kehittämistarpeet tulisi käsitellä mahdollisimman laajasti ja kattavasti. Näillä teemoilla haluttiin varmistaa, että saataisiin mahdollisimman kattavasti vastauksia tutkimuskysymyksiin. Teemat ohjasivat myös haastattelutilannetta ja toimivat opinnäytetyön tekijän tukena haastattelujen systemaattisessa toteuttamisessa.

Haastattelutilanteen aluksi selvitettiin vielä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus, sekä se, että tutkimuksesta voi halutessaan irtaantua missä vaiheessa tahansa, syytä ilmoittamatta. Myös haastateltavien täydellistä anonymiteettiä korostettiin: tiedonantajia ei voi tunnistaa nyt eikä myöhemmin. Opinnäytetyön tekijä selvitti tiedonantajille myös saa-

dun aineiston hävittämisen vaiheet tutkimuksen valmistuttua. Kaikilta haastatteluun osallistuneilta tiedonantajilta saatiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Liite 4.

Ryhmähaastattelut toteutettiin tiedonantajien työajalla ja työpisteen välittömässä läheisyydessä. Haastatteluihin varattiin aikaa 1,5h. Se, että työnantaja mahdollisti haastattelujen toteuttamisen tiedonantajien työajalla, oli ensiarvoisen tärkeää. Tämä osoittaa, että työnantajalla oli tahtoa ja halua kehittää leikkaustoimintaa näyttöön perustuvan tutkimuksen avulla.

Haastattelut tallennettiin sekä ääninauhana että videotallenteena, millä pyrittiin takaamaan aineiston tallentuminen vaikka ilmenisi teknistä häiriötä tai laitevikaa kesken haastattelutilanteen. Tallentamiseen käytettiin IPAD-laitetta ja iPhone-puhelinta. Kahdella tavalla tallentaminen antoi haastattelijalle varmemman olon ja keskittyminen itse tilanteeseen oli kokonaisvaltaista.

Haastattelupaikka valittiin sellaisesta ympäristöstä missä ei ollut läpikulkua, eikä muitakaan oletettavia häiriötekijöitä. Haastattelut sujuivat ilman häiriöitä. Tunnelma ryhmähaastattelutilanteissa oli avoin ja vapaa. Tätä edesauttoi se seikka, että tiedonantajat ja haastattelijat olivat työkavereita ja tunsivat toisensa entuudestaan. Opinnäytetyön tekijä vähäisestä haastattelukokemuksestaan huolimatta, pystyi luomaan turvallisen ja sallivan ilmapiirin jossa keskustelijoilla oli mahdollisuus saada äänensä kuuluville. Vastuualue toimintaa pohdittiin keskusteluissa laajasti ja kattavasti, minkä ansiosta työtä varten kertyi hyvä aineisto.

6.3 Sisällön analyysin toteutus

Tässä opinnäytetyössä aineiston analysointi alkoi nauhoitetun haastatteluaineiston litteroinnilla. Litterointi tapahtui heti haastattelutilanteen jälkeisenä päivänä, joten ongelmaa tilanteen rekonstruoinnissa ei ilmennyt. Päällekkäistä puhetta ilmeni jonkin verran, mutta se ei haitannut puhujien tunnistamista. Litteroinnin teki opinnäytetyön tekijä ja aineistoa kertyi 26 sivua A4 arkkeja, rivivälillä 1.

Litteroinnin jälkeen saatu aineisto luettiin läpi moneen kertaan, tarkoituksena oli saada hyvä kokonaiskuva aineistosta. Lukemisen yhteydessä alleviivaamalla nostettiin esiin tutkimuskysymysten mukaisia analyysiyksiköitä. Aineiston järjestäminen koodaamalla selkiytti kokonais kuvan muodostamista. Analyysiyksikkönä poimittiin sanoja ja sanapareja. Aineiston analyysi alkoi pelkistämällä. Aineistosta nousseet suorat lainaukset tallennettiin sellaisenaan word-pohjaiseen tiedostoon, tarkoituksena oli säilyttää tarkasti niiden alkuperäinen sisältö. Esimerkki aineiston pelkistämisestä esitetään alla olevassa taulukossa (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Suora lainaus	Pelkistetty ilmaus
Toimenpideohjeiden pitäminen ajan tasalla on tärkeä osa vastuualuetoimintaa	Toimenpideohjeiden ajan tasalla pitäminen
Perehdyttämisen kehittäminen ja hiljaisen tiedon siirtäminen olisi tärkeää	Hiljaisen tiedon siirtäminen, perehdyttämisen kehittäminen
Ohjaus, opetus ja konsulttina toimiminen	Konsultointi, ohjaus, opetus

Aineiston pelkistämisen jälkeen aineiston analyysi jatkui ryhmittelyllä. Ryhmittelyvaiheessa jaoteltiin pelkistetyt ilmaisut haastatteluteemoittain. Tarkoituksena oli etsiä pelkistetyistä ilmauksista samankaltaisuuksia ja eroavuuksia. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin samaan luokkaan, näin saatiin muodostettua 11 alaluokkaa. Alaluokille pyrittiin antamaan sisältöä hyvin kuvaavat nimet. Alla olevassa taulukossa esitetään esimerkin avulla pelkistettyjen ilmausten ryhmittelyä ja alaluokan muodostumista (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Esimerkki pelkistettyjen ilmauksien ryhmittelystä ja alaluokan muodostumisesta

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Huolehtii toimenpideohjeista	Ohjauksen, opetuksen ja perehdyttämisen kehittäminen
Perehdyttäminen	
Ohjaus ja opetus	

Kolmantena vaiheena oli käsitteellistäminen, siinä pyrittiin alaluokkia yhdistämällä muodostamaan teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä aineistosta. Alaluokista etsittiin saman sisältöiset ja näitä yhdistelemällä saatiin muodostettua yläluokat. Yläluokille annettiin niiden sisältöä kuvaavat nimet, jotka kuvaavat myös niitä alaluokkia, joista yläluokat muodostettiin. Tässä opinnäytetyössä ryhmittelyn ja käsitteellistämisen tuloksena muodostui 12 alaluokkaa. Esimerkki yläluokan muodostumisesta esitetään alla olevassa taulukossa (taulukko 4). Yläluokiksi muodostuivat asiantuntijuus, työn organisointi, yhteistyö ja tiedonkulku.

TAULUKKO 4. Esimerkki yläluokan muodostamisesta

Alaluokat	Yläluokka
Tiedottamisen tehostaminen	Tiedonkulku
Ohjauksen, opetuksen ja perehdytyksen kehittäminen	
Tilausjärjestelmän kehittäminen	

7 TULOKSET

Tässä leikkaushoitajan vastuualuetoimintaa Tampereen Yliopistollisen sairaalan kirurgian leikkausosastolla kartoittavassa ja tulevaisuuden kehittämisajatuksia kuvaavassa opinnäytetyössä saatiin aineiston analyysin tuloksena esille nykyisen vastuualuetoiminnan vahvuuksina asiantuntijuus ja yhteistyö. Tulevaisuuden kehittämiskohteiksi nousivat työn organisointiin ja tiedon kulkuun liittyvät haasteet.

7.1 Asiantuntijuus

Aineiston analyysin pohjalta leikkaushoitajan vastuualuetoiminnan vahvuudeksi tällä hetkellä koettiin asiantuntijuus. Asiantuntijuuden alaluokiksi muodostuivat seuraavat luokat. Vastuualuetoiminta perustuu asiantuntijuuteen, uusimman tiedon hankkiminen, palautteen merkitys ja motivaatio.

7.1.1 Vastuualuetoiminta perustuu asiantuntijuuteen

Asiantuntijuus omalla erikoisalalla oli edellytys vastuualuetoiminnan menestykselliseen hoitamiseen. Vastuualueen sairaanhoitajalta odotettiin laaja-alaista kokemusta ja näkemystä omalta erikoisalalta. Rohkeus ilmaista mielipiteensä ja kyky tuoda ajatuksensa julki olivat tärkeitä ominaisuuksia. Työyhteisö olettaa vastuualueen sairaanhoitajilla olevan omasta erikoisalastaan viimeisin tietämys ja heidän puoleensa käännyttiin ongelmatilanteissa.

tarvitaan pitkä kokemus ja näkemys erikoisalalta. Sitä asiantuntijuutta juuri tarvitaan. Ja sitten tarvitaan rohkeutta olla jotain mieltä ja tuoda se julki, silloin kun se on ajankohtaista.

ja moni kysyy neuvoa johonkin, ja on pakko auttaa. Ja autan todella mielelläkin.

konsultointi apua annetaan aina sitä tarvitseville.

7.1.2 Uusimman tiedon hankkiminen

Vastuualuetoiminnan menestyksellinen hoitaminen edellytti leikkaushoitajalta halua kehittää osaamistaan jatkuvasti. Tämä tapahtui olemalla riittävän usein oman erikoisalan leikkauksissa ja osallistumalla erikoisalakohertaisiin koulutuksiin. Koulutusmahdollisuudet olivatkin olleet viime vuosina varsin hyvät, mikä koettiin yleisesti yhdeksi vastuualuetoiminnan vahvuudeksi tällä hetkellä. Omaa aktiivisuutta ja osastonhoitajan tukea vaadittiin koulutuksiin pääsemiseksi. Tietoa hankittiin ja saatiin myös päivittäin kirurgeilta heidän kanssaan yhdessä työtä tehdessä.

ja musta sekin on hyvä asia, että vastuuhoidajat ensisijaisesti pääsevät niihin vastuualueensa koulutuksiin.

mutta, kyllä oikeastaan viime aikoina on hyvin päässyt haluamiinsa koulutuksiin.

kyllä koulutuksiin pääsee hyvin, siinä vaan tarvii semmosta omaa aktiivisuutta. Mun mielestä osastonhoitaja aika hyvin tukee, niinku jos sä meet esittää halukkuutes johonkin koulutukseen, ei mulle ainakaan oo ikinä sanottu että ei käy.

7.1.3 Palautteen merkitys

Palautteen merkitys nousi esiin keskeisenä positiivisena seikkana. Etenkin joillakin erikoisaloilla palautetta saatiin ja annettiin molemmin puolin. Palautteella oli paljon merkitystä toiminnan kehittämisen ja työssäjaksamisen kannalta. Vastuualuetoiminnan palkitsevuus näkyi positiivisena palautteena hyvin tehdystä työstä. Kirurgeilta arvostus ja palaute saatiin yleensä luontevasti työn lomassa. Esimiehiltä odotetun palautteen suhteen oli vielä kehittämisen varaa.

me saadaan meidän vastuualueella palautetta helposti, kirurgeilta ja puolin ja toisin keskustellaan.

meillä on todella positiivinen ja innovatiivinen meininki omalla erikoisalalla, ja siitä syystä luulenkin että me saamme sitä hyvää palautetta.

mutta tosiaan jos ajattelen ihan johto johtoa niin en mä kyllä saa sieltä mitään positiivista palautetta.

7.1.4 Motivaatio

Motivaatio nousi aineistosta esiin vastuualuetoiminnan keskeisenä vahvuutena. Vastuualuetoimintaan suhtauduttiin vastuullisesti ja kunnianhimoisesti, mikä kuvasi hyvin työntekijöiden motivaatiota vastuualuetyötä kohtaan. Motivaatio olikin tärkein yksittäinen tekijä, mikä auttoi leikkaushoitajaa jaksamaan jatkuvassa kiireessä ja vähäisillä työaikaresursseilla. Vastuualuetoiminta oli kiistatta välttämätöntä leikkauspotilaan laadukkaan ja turvallisen leikkaushoidon turvaamiseksi.

Se on palkitsevaa ja motivoivaa.

kun oon ollut tässä työssä kuitenkin hirveen kauan, niin mä saan siitä hirveen paljon siitä vastuualueen hoidosta. Että se on niin kuin kantava voima, että mä jaksan tehdä tätä työtä. Ja siiks jaksan joka päivä tulla.

7.2 Yhteistyö

Leikkaussalityö oli tiimityötä, jossa moniammatillisen yhteistyön sujuvuus vaikutti monella tavalla leikkauspotilaan kokemukseen hoitoprosessin onnistumisesta. Yhteistyö nousi selkeästi tämän hetkisenä vahvuusalueena. Aineiston pohjalta vahvistui käsitys, että yhteistyön merkitystä ei voi koskaan korostaa liikaa. Yhteistyö muodostui kahdesta alaluokasta, jotka olivat: saumaton yhteistyö ja työn arvostus.

7.2.1 Saumaton yhteistyö

Yhteistyön sujuvuus nousi esiin vastuualuetyön edellytyksenä. Leikkaushoitajilta vaadittiin hyviä sosiaalisia vuorovaikutustaitoja ja halua toimia tiiviissä yhteydessä muiden toimijoiden kanssa. Yhteistyötä kuvasi hyvin avoimuus ja arvostus. Leikkausosastolla toimittiin yhteistyössä monien ammattiryhmien kanssa ja hyvät vuorovaikutustaidot nousivat tärkeinä ominaisuuksina vastuualuetyötä tekevillä leikkaushoitajilla.

tarvitaan suhdetoimintaosaamista, ihmistuntemusta ja kontakteja.

mun mielestä ainakin toimii yhteistyö kirurgien ja edustajien kanssa, yhteydenpito on sujuvaa ja tunnemme toisemme.

ja muutenkin semmoinen yhteistyö niiden välillä, sen pitää olla saumatonta, että ne noudattaa yhdessä sovittuja asioita. Vastuualueen työparien yhteistyön pitää sujua.

yhteistyötä kaikkien toimijoiden kesken lisätään varmasti tulevaisuudessa, nyt jo kun on suunniteltu näitä uusia fokus-toimintakeskuksia olemme päässeet mukaan. Kun aikaa on enemmän ja ollaan kuitenkin sillä porukalla joille kaikille se yksi ja sama asia on yhteistä.

7.2.2 Työn arvostus

Oman työn arvostuksen kokeminen oli merkittävää työssä jaksamisen ja ammatillisen kehittymisen kannalta. Vastuualuetoimintaan ei juuri muita kannustimia ollut, kuin työstä saatu arvostus. Arvostusta koettiin tulevan kirurgien ja kollegoiden suunnalta. Sitä vastoin, lähiesimiesten ja ylimmän johdon tietämys ja sitä kautta arvostus vastuualueella tehtävää työtä kohtaan koettiin heikoksi.

kyllä musta tuntuu, että sitä arvostustakin on pikku hiljaa tullut, kun on todettu että hoitaa asiansa hyvin, niin kyllä sitä arvostustakin saa.

meidän sanamme, arviomme ja mielipiteemme painavat ja ne otetaan huomioon. Ja nautin kirurgien arvostuksesta.

mun mielestä on ihana asia, että ihmiset kysyy. Se on juuri sitä arvostusta, ne uskoo siihen että sä tiedät

kehittävää olisi siinäkin, että nykyisin osastonhoitaja ei arvosta vastuualuetoimintaa, eikä tajua vastuuhuoltajuuden vaativuutta.

välillä tuntuu, että vastuuhuoltajalla on paljon asioita mistä vastaa ja välillä taas tuntuu, että vastuuhuoltajalla ei ole mitään sanomista, oman alansa kehittämiseen esimerkiksi. Vähän sillain ettei sitten kunnioiteta.

että ei täällä toi johto niinku, tietääkö se edes kuinka paljon täällä hoitajat tekee näitä juttuja?

7.3 Työn organisointi

Työn organisointiin liittyvät asiat nousivat tulevaisuuden kehittämishaasteiksi. Työn organisoinnin alaluokiksi muodostuivat työaika suunnittelu ja työnjaollinen suunnittelu. Vastuualuetoimintaan liittyvät työt tehtiin tällä hetkellä pääasiassa muiden töiden lomassa.

Toisena ongelmana suunnitelluissa ulkopuolella varsinaisen salihenkilökunnan (eli ns. U-päivinä) työvuoroissa oli, että se sisälsi aina muitakin velvollisuuksia. Vastuualueen töiden tekeminen keskeytyi muilla tehtävillä, kuten salityöllä. Suunniteltujen U-päivien muuttuminen salityöksi oli tavanomaista. Esimerkiksi sairauspoissaoloja korvattiin näillä henkilöillä. Koska varsinaista suunniteltua vastuualueen työtä sisältävää työaikaa ei pystytty nykyisellä työn organisoinnilla järjestämään riittävästi, vastuualueen työt pääsivät ruuhkautumaan. Tästä aiheutui stressiä ja huolta vastuualueen leikkaushoitajille.

7.3.1 Työaika suunnittelu

Työaika suunnittelulla tarkoitetaan tässä kohdassa vastuualuetoimintaa varten suunniteltuja ns. U-päiviä. Vastuualuetyötä varten suunniteltuja U-päiviä oli aivan liian harvoin tarpeeseen nähden.

se aika tässä on varmasti kaikkein tärkein. Sen huomaa tässä esimerkiksi siinä että toimenpideohjeet kulkee jäljessä. Ja että asiat ei tapahdu kun sitä aikaa ei ole. Tai sitä ei anneta. Ei kaikkea voi tehdä sillä tavalla että jää tänne työpäivän päätteeksi hoitamaan asioita.

näitä erikoisalan töitä joutuu hoitamaan muun työn ohessa, niin minäkin usein teen näitä kiireellisimpiä asioita esimerkiksi ruokatauolla, koska on pakko hoitaa akuutit asiat heti.

se aika pitäisi olla juuri silloin kun on sen tarve, jos olisi vaikka pari, kolme tuntia aikaa silloin tällöin, se toimisi paremmin.

Tutkimustulosten mukaan suunniteltuja U-päiviä ei ollut systemaattisesti, vaan niitä jaettiin ilmeisen satunnaisesti. Vastuualueen leikkaushoitajan omasta pyynnöstä saattoi saada tällaisen suunnitellun työvuoron, mutta sekään ei ollut U-päivän toteutumisen tae. Leik-

kaustoiminnan turvaaminen oli kaikkien mielestä ymmärrettävästi ensisijainen prioriteetti. Siitä huolimatta suunnitelmallisuus vastualueen töiden työaikataulukuksessa olisi yritettävä ratkaista tulevaisuudessa.

ja menee välillä pitkiä aikoja, ettei ole U-päiviä. Itselleen saa laittaa muistutuksia, että mitä asioita mun pitäis tehdä, mitkä asiat on hoitamatta.

U-päiviä ei ole mitenkään systemaattisesti. Se voi olla että sä saat sen päivän, mutta siitä ei voi käyttää kuin jonkun tunnin niihin vastualueen töihin. Koska siihen päivään sisältyy aina niitä muita velvollisuuksia, on syömään päästämistä, ja monenlaista muuta oheistoimintaa.

niin näitä U-päiviä täytyy mennä erikseen pyytämään esimiehiltä. Ei niitä todellakaan suunnitella työvuorolistoille. Eli yleensä ei tiedä milloin on U-päivä. Ja aamulla aina katsotaan että keitä on sairaana että peruuntuuko se U-päivä.

7.3.2 Työnjaollinen suunnittelu

Työnjaollinen suunnittelu nousi aineistosta esiin kahdella tavalla, ensinnäkin leikkaushoitajien salijaossa. Salijako määritteli, kuinka usein vastualueen sairaanhoitaja pääsi mukaan oman erikoisalansa leikkauksiin. Vastualueen asioiden hoitamisessa ja oman erikoisalalan kehityksessä mukana pysymisessä oleellista oli saada riittävästi tilaisuuksia olla mukana oman vastualueen leikkauksissa. Salijaossa voitaisiin myös nykyistä paremmin huomioida henkilökunnan liikuteltavuus salista toiseen niin, että parhain mahdollinen tietämys olisi hyödynnetty tehokkaasti.

niin se vastuuhoidajuus muuten vaatii että sä myös teet niitä hommia, niinku että sulla on mahdollisuus olla sen erikoisalalan salissa. Koska muuten tippuu kärryiltä jos ei ole.

niin että ehkä sellaista keskustelua vois käydä enemmän, että olisko mahdollista vaihtaa sinne saliin joku vastuuhoidaja, jos siellä on menossa esimerkiksi joku harvinaisempi vaativa leikkaus. Se olis kaikille kivaa, se olis potilaalle hyväksi, se olis kollegoille hyväksi ja se olis kirurgeille hyväksi. SE olis sujuvampaa, ehkä tää vois olla sellainen ajatusmalli että vastuuhoidaja olis liikuteltavissa, eikä aina oltais niin tiukasti siinä salijaossa kiinni.

Toiseksi työnjaollinen suunnittelu ilmeni vastualueiden työkuorman jakautumisessa koko henkilökunnan kesken. Nyt koettiin, että vastualueet kuormittivat samoja ihmisiä. Toivottiin, että etenkin nuoria ja vastavalmistuneita sairaanhoitajia aloitettaisiin varhaisemmassa vaiheessa perehdyttämään vastuualueille. Vastuuantaminen nähtiin mahdollisuutena lisätä työntekijän motivaatiota ja sitoutumista työhönsä. Siinä nähtiin myös kehittämistarpeita. Jatkossa toivottiin huomioitavan myös vastuuhoidtajien määrä ja sijoittelu, koskien etenkin tilanteita joissa vastuuhoidtaja lähti esim. uuteen työpaikkaan.

tavallaan nämä vastualueet kuormittaa niitä yksii ja samoja ihmisiä jatkuvasti. Että sitten kun tullaan multa kysymään että voisitko ottaa vielä sitä tai tätä hoidettavaksesi, niin ehdotan eikö olisi nuorempia joita voisi ajatella. Välillä on sellainen fiilis että nuoriin ei kauheesti luoteta näissä vastuualueasioissa. Harmittaa.

jos jollain erikoisalalla käy niin että ihmisiä lähtee muualle ja vastuuhoidajat vähenee, se on omasta aktiivisuudesta kiinni saadaanko siihen joku tilalle. Itse pitää olla aktiivinen, ettei joudu oleen yksin vastuualueellaan.

7.4 Tiedon kulku

Tiedon kulku ja siihen liittyvät ongelmakohdat nousivat tulevaisuuden kehittämishaasteiksi. Tiedon kulun alaluokat olivat tiedottamisen tehostaminen, ohjauksen, opetuksen ja perehdyttämisen kehittäminen sekä tilausjärjestelmän kehittäminen. Vastuualuetoiminta sisälsi paljon tiedon välittämistä ja tiedon hankkimista, joten tiedon kulun tehostamiseen tulisi panostaa tulevaisuudessa. Vastuualueen leikkaushoitajat toivat ilmi huolensa myös tulevaisuuden osajista. He toivoivat ohjauksen, opetuksen ja perehdytyksen kehittämistä tulevaisuudessa siten, että ns. hiljainen tieto saataisiin välitettyä seuraajille.

Leikkaustarvikkeiden tilausjärjestelmä sai leikkaushoitajilta paljon kritiikkiä, joten se nostettiin omaksi alaluokakseen tiedon kulkuun liittyvässä yläluokassa.

7.4.1 Tiedottamisen tehostaminen

Koko henkilöstöä oli vaikea tavoittaa fyysisesti samanaikaisesti, joten sähköpostiviestintä oli tärkein informaatioväylä. Ilmoitustauluja käytettiin tiedottamiskanavana myös jossain määrin. Tiedon kulun kannalta oli oleellista, että oikeaa tietoa saadaan välitettyä oikea aikaisesti kaikille, joita asia koskee. Kohdeorganisaatio oli iso organisaatio, mikä asetti haasteita tiedottamiseen. Työtä tehtiin kolmessa vuorossa, mikä sekini aiheutti omat haasteensa tiedon kulun onnistumiselle. Tiedottamisen kanavia olisi syytä pohtia tulevaisuudessa.

mut se sähköposti kun se tulva on aika iso, niin huomaa että siitä jää omaan mieleen ehkä 10%. Jollet sä heti törmää siihen asiaan minkä sä oot lukenu. Että olis vaikka semmonen yksi ilmoitustaulu missä olisi kaikki erikoisalot, jos sulle tulee jotain uutta.

niin koska se sähköpostikin on vähän semmonen ettet sä välttämättä lue sitä, sä oot pinseteissä, etkä välttämättä pitkään aikaan lue sähköpostejas.

Miten sä sen tiedon jaat muille? Koska toi sähköposti on mun mielestä toisaalta vähän huono, kaikki ne vähän niin kuin hukkuu sinne. Sitä tulee liikaa.

Aineiston pohjalta nousi esiin huoli nykyisestä informaatiotulvasta. Tämä aiheutti riittämättömyyden tunnetta, kun ei pystytty seuraamaan eikä omaksumaan kaikkea tietoa, mitä henkilökunnalle yritettiin välittää.

ei se oo niinkään etteikö asia kiinnostaisi, vaan yksinkertaisesti asia ei pysy päässä kun on niin valtava tietomäärä mikä pitää tietää omalla erikoisalalla. Se on pakko jotenkin priorisoida mitä tietoa pystyy aktiivisesti muistamaan ja mikä on pakko sivuuttaa, kun ei kertakaikkiaan pysty omaksumaan.

7.4.2 Ohjauksen, opetuksen ja perehdytyksen kehittäminen

Vastuualue toiminnan tärkeänä tehtävänä oli muun henkilökunnan kouluttaminen oman erikoisalalan uusiin toimintoihin. Ohjausta ja opastusta annettiin kaikille päivittäin esiin tulevilla ongelmatilanteilla. Tuloksissa nousi esiin tarve kehittää ohjaus- ja opetusmenetelmiä. Perehdyttäminen omalle erikoialalle oli keskeinen osa vastuualue työtä, siihen

toivottiin jatkossa lisää työaikaresursseja. Hiljaisen tiedon siirtämiseen toivottiin löytyvän menetelmiä tulevaisuudessa. Iso osa ohjauksesta ja opetuksesta tapahtui työn lomassa kisälli-oppipoika periaatteella.

se tiedonsiirtäminen seuraaville olisi todella tärkeää. Se on niin valtava tieto mikä kokeneella vastuuhuojitajalla on, että miten se saadaan siirrettyä seuraavalle?

mietin tässä sitä, että kyllä on ollut liian vähän aikaa perehdyttää omalle erikoisalalle uutta vastuuhuojitajaa.

se ei oo mitenkään rutiinia, että kun tulee uusi ihminen että se perehtyy aina vastuuhuojitajan kanssa.

Koko työyhteisölle tarkoitettuja ohjaustilanteita varten järjestyi hyvin aikaa ja tilaisuuksia, mutta näiden ongelmaksi nousi aineiston mukaan se, ettei niihin valmistautumiseen kuitenkaan järjestynyt aikaa. Valmistautumisen mahdollisuus oli keskeistä, sillä ohjaus- ja opetustilanteen suunnittelu ja valmistelu haluttaisiin tehdä huolella.

aina mieltii, että tästäkin vois jonkun ohjauksen pitää, niin sitten sitä mieltii etten mä kuitenkaan saa aikaa valmistella ja tehdä sitä esitystä.

jos sä tosiaan pidät jonkun esityksen ja ne asiat on uusia, eli sulla menee itsellisikin aikaa sisäistää se ja sitten luoda siitä se opetusmateriaali. Eli ei se ihan tosta noin vaan sinne tiedostoon siirry.

mun mielestä olisi kehittämisen arvoinen idea, että vastuuhuojitajat pitäisivät ulkopuolisia koulutuksia oman erikoisalansa asioista. Sillä saataisiin arvostusta, sillä osaamistahan täältä meiltä löytyy, sitä pitäisi vaan viedä oman yksikön ulkopuolellekin. Että jos siihen vaan saisi aikaa niin sitä minä haluaisin tehdä jatkossa enemmän.

7.4.3 Tilausjärjestelmän kehittäminen

Vastuualue toimintaan kuului oleellisena osa-alueena leikkauksissa tarvittavasta välineistöstä huolehtiminen, uusien instrumenttien tilausprosessiin osallistuminen ja hankintakesitysmenettelyissä lausuntojen antaminen. Nykyisessä tilausmenettelyssä vastuuhuojitajat

selvittivät tilauksiin tarvittavat tiedot (esimerkiksi instrumenttien toimittajan ja tilauskoodin), mutta varsinainen tilaaminen oli apulaisosastonhoitajien työtä.

joskus olis helppo jos pystyis itse tilaamaan joitain asioita. Välillä on tosi sekavasti että joku instrumentti on kadoksissa tai tavarat loppu hyllystä tai on jotain epäselvyyttä onko tilattu, eikö ole tilattu, kuka on tilannut? Tarvis olla joku kunnan systeemi, että jos siihen vois vaikuttaa itse enemmän.

tarvikkeiden ja instrumenttien tilaamisessa ja siinä käytännössä olisi paljonkin kehittämistä, siinä on paljon työtä ja turhaa vaivaa, huonosti toimiva systeemi.

Vastuualueen leikkaushoitajien tehtävänä oli huolehtia, että välineistöä ja tarvikkeita oli aina riittävästi. Rikkimenneiden ja hukkuneiden välineiden tilalle piti mahdollisimman nopeasti tilata uutta tavaraa, ettei toiminta kärsisi leikkauksissa tarvittavan välineistön puuttumisesta. Koska nykyinen järjestelmä sisälsi useita toimijoita, koettiin virheiden ja viiveiden riski suureksi. Saapuneiden tarvikkeiden logistiikan suhteen koettiin myös ongelmia. Tulosten pohjalta nousi tarve kehittää nykyistä tilaussysteemiä.

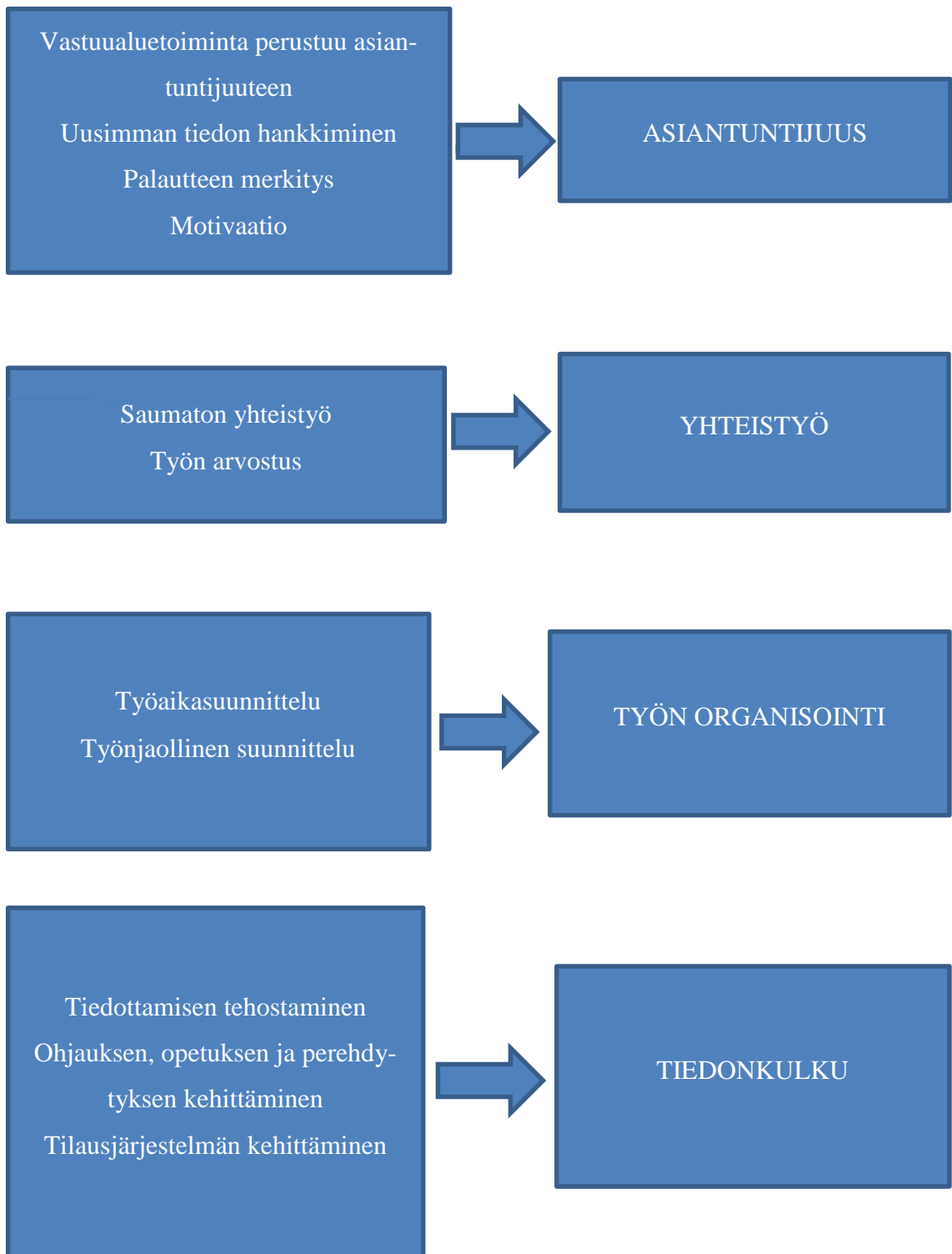
ja mikä työmäärä siitä aiheutuu kun ihmiset täällä sinkoilee ja etsii niitä tavaroitaan.

voi hyvinkin mennä kaksi kuukautta siitä tilauksesta kun joku tavara tulee, sä oot jo ehtinyt unohtaa mitä oot tilannut. Sitten ne löytyy jostain pöydältä ja joku apulaisosastonhoitaja sanoo: ne on ollu varmaan kuukauden siinä kun kukaan ei tiennyt kelle ne kuuluu.

Pitäis olla joku systeemi, helppo sanoa että pitäis ja pitäis, mutta se (siis tilaus- ja toimitus järjestelmä) on semmoinen asia johon täällä pitäisi oikeesti puuttua ja uhrata aikaa ja työryhmiä, että se saataisiin toimimaan.

7.5 Yhteenveto tuloksista

Tämän leikkaushoitajan vastuualueitoimintaa kartoittavan ja kehittävän opinnäytetyön tulosten yhteenveto esitetään alla olevassa kuviossa. Kuvio 2.



KUVIO 2. Yhteenveto tuloksista

8 POHDINTA

Tässä luvussa pohditaan tutkimuksen eettisyyteen ja luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä. Lisäksi tarkastellaan tuloksia suhteessa aikaisempien tutkimusten tuloksiin. Luvun lopussa käsitellään jatkotutkimus- ja jatkokehittämisehdotuksia.

8.1 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Tutkimuksen eettisyys on koko tieteellisen toiminnan lähtökohta. Kuulan (2006, 11) mukaan etiikka moraalisisina valintoina ja päätöksinä kattaa koko tutkimusprosessin aina aiheen valinnasta tutkimuksen tulosten raportointiin saakka. Tutkimusetiikka kuuluu normatiivisen etiikan piiriin, siinä pyritään vastaamaan säännöistä, joita tutkimuksessa on noudatettava (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211).

Eettisten pohdintojen tueksi on kehitetty kahdeksan vaatimuksen lista. Näitä eettisiä kysymyksiä pohtimalla tutkija voi peilata oman tutkimuksensa eettistä taustaa ja pohtia täytääkö tutkimus eettisten vaatimusten kriteerit. Karjalaisen, Launiksen, Pelkosen ja Pietarisen (2002, 58-69) mukaan ensimmäiseksi tutkijan on täytettävä älyllisen kiinnostuksen vaatimus, hänen on oltava aidosti kiinnostunut uuden informaation hankkimisesta. Tämän leikkaushoitajan vastuualuetoimintaa kartoittavan ja kehittävän opinnäytetyön tekijä oli aidosti kiinnostunut aiheestaan ja paneutui työn tekemiseen huolellisesti.

Toisena vaatimuksena on tunnollisuuden vaatimus. Tutkijan on paneuduttava alaansa tunnollisesti (Karjalainen ym. 2002, 58-69). Tämän opinnäytetyön tekijällä oli yli kymmenen vuoden työkokemus leikkaushoitajan työstä ja kokonaisuudessaan terveydenhuoltoalalta yli 20 vuoden työkokemus.

Kolmantena vaatimuksena on rehellisyyden vaatimus, tutkija ei saa syyllistyä vilpin harjoittamiseen. Neljäntenä vaatimuksena on vaaran eliminoiminen, sellaiseen tutkimukseen, mikä voi tuottaa kohtuutonta vahinkoa, ei pidä ryhtyä lainkaan. Ihmisarvon kunnioittamisen vaatimus on listalla viidentenä, siinä tarkoitetaan ihmisarvon ja moraalisen arvon loukkaamattomuutta.

Kuudes eettisen pohdinnan osa-alue sisältää sosiaalisen vastuun vaatimuksen, mikä tarkoittaa sitä että tutkija omalta osaltaan vaikuttaa siihen, että tieteellistä informaatiota käytetään eettisten vaatimusten mukaisesti. Seitsemäs vaatimus on ammatinharjoituksen edistäminen ja viimeisenä eettisenä osa-alueena tulee huomioida kollegiaalinen arvostus. (Karjalainen ym.2002, 58-69; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212.)

Opinnäytetyön tekijä on ollut rehellinen, muiden töitä ei ole plagioitu, lähdeviitteet ja merkinnät on kirjattu asian mukaisesti. Opinnäytetyön kaikki vaiheet on raportoitu tarkasti. Opinnäytetyö ei ole sinällään toistettavissa. Kaikkia eettisyyden pohdinnan osa-alueita ei sovellettu omaan työhön.

Tutkimustyössä huomioitavia keskeisiä eettisiä asioita ovat anonymiteetin takaaminen, tutkimusluvan hankkiminen, osallistumisen vapaaehtoisuuden korostaminen sekä osallistujien tietoisuuden suostumuksen osoittaminen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221-223). Kaikilta opinnäytetyöhön osallistuneilta tiedonantajilta saatiin tietoinen suostumus kirjallisena ennen haastatteluja. Osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja osallistujille korostettiin, että tutkimuksesta voi jäädä pois missä vaiheessa tahansa syytä ilmoittamatta. Näitä asioita painotettiin myös osallistujille annetussa tiedote-kirjeessä (Liite 3). Osallistujilta saatiin myös tietoinen suostumus kirjallisena (Liite 4). Tutkimuslupa tätä opinnäytetyötä varten saatiin helmikuussa 2015 Pirkanmaan sairaanhoitopiirin opetusylihoitajalta.

Tutkimusaineiston suhteen luottamuksellisuus tarkoittaa yksittäistä ihmistä koskevia tietoja ja näiden tietojen käytöstä annettuja lupauksia. Tutkittavan on tärkeää voida luottaa siihen, että tutkimusaineistoa käytetään, käsitellään ja säilytetään, kuten on sovittu. (Kuula 2006, 64.) Tämän opinnäytetyön aineisto oli ainoastaan tutkijan käytössä, nauhoitteet ja litteroidut aineistot hävitetään asianmukaisesti raportin valmistuttua.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kylmä ja Juvakka (2012) määrittelevät tieteellisen tutkimuksen päämääräksi tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa pyritään selvittämään, kuinka totuudenmukaista tietoa on tutkimuksella tuotettu.

Tämä on tärkeä osa tutkimustoimintaa ja tärkeää tutkimustiedon hyödyntämisen kannalta. (Kylmä & Juvakka 2012, 127.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen kirjo tarjoaa erilaisia vaihtoehtoja luotettavuuden tarkasteluun (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197). Laadulliseen tutkimukseen on kehitetty oma luotettavuuden arviointi-kriteeristö. Siinä laadullisen tutkimuksen luotettavuus arvioidaan seuraavilla neljällä kriteerillä: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2012, 127.) Tämän opinnäytetyön luotettavuutta pohditaan näiden neljän kriteerin avulla.

Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta. Tutkimuksen tekijän on varmistuttava siitä, että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden tiedonantajien käsitystä tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2012, 128.) Tämän opinnäytetyön tekijä on töissä kohde työyhteisössä ja tunsi tiedonantajat etukäteen. Tutkittavasta ilmiöstä tekijällä on myös pitkä käytännön työkokemus, yli kymmenen vuotta leikkaushoitajan työtä johon on koko ajan sisältynyt vastuualuetyötä. Nämä seikat lisäävät uskottavuutta. Samalla pitää kuitenkin pohtia omien mielipiteiden ja ennakkokäsitysten vaikutusta analyysin ja johtopäätösten tekemisessä. Laadullisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita nimenomaan tutkimukseen osallistuneen henkilön näkökulmasta (Kylmä & Juvakka 2012, 128). Uskottavuuden vahvistamiseksi olisi ilmiötä hyvä tarkastella eri näkökulmista (Kylmä & Juvakka 2012, 128). Tämän opinnäytetyön osalta haastateltavien kohderyhmää olisi voitu laajentaa kattamaan myös kohdeorganisaatiossa työskentelevät anestesiahoitajat sekä lääkintävahtimestarit. Tämä olisikin hyvä jatkotutkimusehdotus.

Toinen luotettavuuskriteeri on vahvistettavuus, siinä pohditaan koko tutkimusprosessia kirjaamisen kannalta. Raportin kirjaamisen tulee olla sillä tasolla, että lukija voi seurata prosessin etenemistä vaihe vaiheelta. Ongelmallista vahvistettavuuden kannalta on se, että toinen tutkija ei välttämättä päädy saman aineiston perusteella samaan tulkintaan tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisessa tutkimuksessa on hyväksyttävä, että on monia todellisuuksia. Tämän nähdään toisaalta nimenomaan lisäävän ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2012, 129.) Opinnäytetyön vaiheet on raportoitu johdonmukaisesti ja huolellisesti.

Aineiston ja tulosten kuvaus on tärkeää luotettavuuden kannalta, tutkijan on kuvattava analyysinsä mahdollisimman tarkasti. Analyysin etenemistä on hyvä kuvata vaihevaiheelta joko taulukoin tai liittein. Alkuperäistekstejä ja suoria haastattelulainauksia käytetään myös usein laadullisissa tutkimuksissa, näillä pyritään varmistamaan tutkimuksen luotettavuus. Samalla annetaan lukijalle mahdollisuus pohtia miten aineiston analyysi on toteutettu. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Tässä työssä kuvattiin analyysin eteneminen vaihe vaiheelta, joten myös lukija voi seurata tutkimuksen etenemistä ja samalla pohtia analyysin loogisuutta. Joka tapauksessa, laadullinen tutkimus on aina yhden ihmisen tulkinta kerätystä aineistosta. Pyrkimyksenä on tietysti ollut mahdollisimman objektiivinen lähestyminen tutkittavaan ilmiöön, mutta subjektiivista vaikutusta ei voida sulkea pois.

Kolmas luotettavuuden arviointikriteeri laadullisessa tutkimuksessa on refleksiivisyys. Sillä tarkoitetaan tutkijan tietoisuutta omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä, refleksiivisyyttä pohdittaessa tutkijan on mietittävä omaa vaikutustaan aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa. (Kylmä & Juvakka 2012, 129.) Laadukkuus ja pätevyys edellyttää tutkijalta jatkuvaa asioiden ja oman toiminnan tarkistamista (Lindblom-Yläne, Paavilainen, Pehkonen & Ronkainen 2014, 139).

Tässä opinnäytetyössä tekijällä ei ollut aikaisempaa kokemusta teemahaastatteluista eikä laadullisesta sisällönanalyysistä, tekijän kokemattomuutta voidaan pitää luotettavuutta heikentävänä tekijänä. Tekijä ja tiedonantajat tunsivat toisensa entuudestaan. Tämä teki haastattelutilanteiden ilmapiiristä luottamuksellisen ja avoimen. Haastatteluiden tunnelma oli rento ja kaikki saivat hyvin äänensä kuuluville. Opinnäytetyön tekijä tiedosti oman osuutensa haastatteluiden aiheiden johdattamisessa, tästä syystä teemahaastattelulle oli laadittu kysymysrunko, joka oli annettu etukäteen tiedonantajille ja nämä kysymykset käytiin läpi kaikkien ryhmien kanssa. Tekijä pyrki olemaan ryhmähaastatteluissa lähinnä tarkkailijana ja antaa tiedonantajille aikaa ja tilaa ilmaista omat näkemyksensä omin sanoin.

Neljäs luotettavuuskriteeri on tulosten siirrettävyys. Tällä tarkoitetaan saman tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkimukseen osallistujista ja tutkimusympäristöstä on annettava riittävä kuvaus, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2012, 129.) Tässä opinnäytetyössä tiedonantajien valinta

tapahtui harkinnanvaraisella otannalla. Opinnäytetyön tekijä valitsi itse kuusi tiedonantajaa ja kolme tiedonantajaa valittiin yhteistyössä kohdeorganisaation osastonhoitajan kanssa. Näin toimimalla varmistettiin kattavan tiedon saaminen ja mahdollisimman onnistunut tiedonantajien valinta.

Pyrkimyksenä oli saada vahvaa ammattitaitoa, kokemusta ja näkemystä omaavat tiedonantajat mukaan tutkimukseen. Kaikkien osallistujien oma motivaatio ja kiinnostus tutkittavaa asiaa kohtaan oli alusta alkaen korkea. Kaikki tutkimukseen mukaan kysytyt pysyivät mukana tutkimuksessa raportin valmistumiseen asti. Tutkimustulosten siirrettävyys suoraan toiseen kontekstiin ei ole mahdollista, mutta tuloksia voidaan hyödyntää vastuuhoitajatoiminnan kehittämisessä myös muissa leikkaushoitotyötä tekevissä yksiköissä.

8.3 Tulosten tarkastelu

Tämän hetkinen vahvuusalue on leikkaushoitajien asiantuntijuus. Tengvallin (2010) tekemän väitöskirjatutkimuksen mukaan perioperatiiviselta sairaanhoitajalta odotetaan tulevaisuudessa entistä korkeampaa ammatillista osaamista ja pätevyysvaatimusten oletetaan kiristyvän entisestään (Tengvall 2010, 6). Tulosten perusteella voidaan sanoa, että vastuualuetoiminta perustuu nimenomaan asiantuntijuuteen. Asiantuntijuus rakentuu pitkän työkokemuksen lisäksi leikkaushoitajien korkeasta motivaatiosta ja halusta jatkuvaan oman työn kehittämiseen kouluttautumisen kautta. Halu oppia uutta ja halu opettaa muita oman erikoisalan sisältöihin on kaikkia tutkimukseen osallistuneita tiedonantajia yhdistävä keskeinen piirre.

Toinen selkeä vahvuusalue on yhteistyön korostuminen. Kuten Enontekiö (2009) ja Saartenkorpi (2013) tutkimuksissaan korostavat, vastuualuetoiminnan kulmakiviä ovat hyvät yhteistyötaidot ja hyvä kommunikaatio organisaation kaikkien toimijoiden kesken (Enontekiö 2009, 15; Saartenkorpi 2013,15). Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että saumaton yhteistyö kaikkien leikkauspotilaan hoitotyöhön suoranaisesti tai välillisesti osallistuvien toimijoiden kesken on myös vastuualuetoiminnan onnistumisen edellytys. Tällä hetkellä yhteistyön koetaan tiedonantajien kokemusten perusteella olevan sujuvaa ja se halutaan turvata jatkossakin yhtä hyvänä ja toimivana.

Tulosten perusteella kehittämiskohteiksi nousi kaksi osa-alueetta: työn organisointiin liittyvät tekijät ja tiedonkulkuun liittyvät kehittämisaalueet. Kuten Enontekiön tutkimuksesta (2009) ilmeni, yksi vastuuhoidajatyön ongelmakohdista on ajan puute. Toisaalta hänen tutkimuksessaan vastauksista ilmeni myös, että vastuuhoidajatoiminnan kokonaisuuden hahmottaminen oli myös osittain vajavaista, mistä johtuen salityön ulkopuolista työaikaä käytettiin väärin tai tehottomasti. (Enontekiö 2009, 47- 50.) Samansuuntaisia tuloksia saatiin myös tässä opinnäytetyössä. Työn organisoinnissa kehittämistoimia vaatisi etenkin työaikaajaallinen suunnittelu, vastuualuetoimintaan kohdistettua työaikaä pitäisi olla suunnitellusti työvuorolistoilla nykyistä enemmän. Toisaalta myös suunniteltujen vastuualuetyöhön kohdennettujen työpäivien pitäisi olla nykyistä selkeämmin suunnattu pelkäästään vastuualuetoimien hoitamiseen. Tällä hetkellä näiden päivien suunniteltuihin sisältöihin kuuluu paljon muita velvollisuuksia, kuten leikkaussalityöskentelyä. Tämä koettiin hyvin hankalana ja keskittymistä vaikeuttavana, vastuualuetyötä varten suunniteltu aika tulisi saada käyttää pelkäästään vastuualueen toimien hoitamiseen.

Purasen (2005) tutkimustuloksissa esitettiin, että vastuuhoidajatoiminta leikkaus- ja anestesiasastolla täyttää sekä ryhmätyön että tiimityön määritelmän. Leikkaussalitiimi toimii lähiesimiehiltä saatujen ohjeiden mukaan. Kehittämiskohteiksi nousi henkilöstöpolitiikka, johtamisen ja tiimityön kehittäminen. (Puranen 2005, 20.) Johtamiseen liittyviä kehittämiskohteita nousi esiin myös tämän opinnäytetyön tuloksista. Työn organisointiin liittyy työnjaollinen suunnittelu, tulosten perusteella työnjaossa on jo jossain määrin otettu huomioon vastuualuehoitajien sijoittelu, mutta siihen toivottiin jatkossa entistä tehokkaampaa ja leikkauspotilaan hoitotyötä parhaiten edistävää sijoittelua. Tämä tapahtuisi siten, että erikoisalakohtaista asiantuntemusta omaavat leikkaushoitajat sijoitettaisiin jo salijaossa omien erikoisalojensa leikkauksiin, näin tulisi toimia etenkin harvinaisempien ja vaativimpien leikkaustoimenpiteiden kohdalla. Työnjaolla turvataan myös vastuualueen leikkaushoitajien pysyminen ajan tasalla oman erikoisalan kehityksessä. Haasteet työnjaollisessa suunnittelussa ja leikkaustiimin johtamisessa esiintyvät myös Tibbs:n (2014) tutkimuksessa, siinä testattiin ns. teamSTEPPS-protokollaa. Tämän protokollan noudattaminen tuotti merkittävää ajallista parannusta leikkaussalien käyttöasteeseen. Merkittävänä hyötynä havaittiin myös leikkaustiimin jäsenten kommunikaatio- ja yhteistyötaitojen kehittyminen. (Tibbs 2014, 477-488.)

Tiedonkulkuun liittyviä kehittämisaalueita oli useampia. Tiedottamista tulisi tehostaa, ohjauksen, opetuksen ja perehdytyksen kehittämiseen tulisi panostaa ja materiaalien sekä

tarvikkeiden tilausjärjestelmää pitäisi kehittää vastaamaan paremmin tämän päivän tarpeita. Tiedonkulkuun liittyvää ongelmatiikkaa on varmasti enemmän tai vähemmän jokaisessa organisaatiossa, tutkimuksen kohteena olevassa organisaatiossa on iso työyhteisö, jossa työskentelee monia eri ammattiryhmiä ja työaikamuoto on kolmivuorotyö. Nämä kaikki tuovat lisähaasteita tiedottamisen tehokkuuteen ja tiedottamisen oikeaan kohdentumiseen. Tiedottamisessa koettiin ongelmallisena sähköisen tiedonvälityksen ”tulva”, sähköpostia tulee päivittäin niin paljon, että sieltä on vaikeaa poimia itselle ja omalle työlleen keskeiset asiat. Sähköpostien postistuslistoihin ja sisältöihin toivottiin parannusta. Yleiset ilmoitustaulut koettiin hyvinä tulevaisuudessakin, niiden käytön tehostamista kuitenkin toivottiin. Tiedonkulkuun liittyen, tulosten mukaan, koettiin huolta myös siitä, että nykyisellä järjestelyllä toimenpideohjeiden jatkuva, ajantasainen päivittäminen on mahdotonta. Kehittämisehdotuksena toivottiin vastuualueen leikkaushoitajille atk-oikeuksia päivittää itse oman erikoisalalan toimenpideohjeet intranettiin, tämä mahdollistaisi tuoreimman tiedon löytymisen sieltä, mistä kaikki leikkaushoitajat tietoa etsivät eli intranetistä.

Ohjauksen, opetuksen ja perehdytyksen kehittäminen on tutkimuksen tulosten perusteella myös yksi tulevaisuuden kehittämishaaste. Leikkaushoitajien vastuualuetoiminta sisältää hyvin keskeisenä osa-alueena muiden kollegoiden ohjauksen, opetuksen ja perehdytyksen omalle erikoisalalle. Kaikki tiedonantajat kokevat tämän tehtävän erittäin motivoivana ja palkitsevana työnä, mutta siihen käytettävissä olevaa työaikaa ja resursseja on aivan liian vähän. Jatkossa toivottaisiin erikoisalakohtaisen perehdytyksen systemaattista organisointia, vastuualueen hoitajat perehdyttäisivät omalle alueelleen ja perehdytettävä kiertäisi tällä systeemillä kaikki erikoisalalat, ennalta suunnitellulla aikataululla. Perehdyttäminen ja hiljaisen tiedon siirtäminen koettiin tulosten perusteella kehittämiskohteiksi. Näiden kehittämisen tiedostaminen ja niihin panostaminen olisi huomioitava tulevaisuudessa.

Tiedonkulkuun liittyvänä osa-alueena nousi tässä tutkimuksessa esiin myös tilausjärjestelmän kehittäminen. Tulosten perusteella nykyinen leikkaustarvikkeiden ja –materiaalien tilaussysteemi on sekava ja kuluttaa paljon työaikaresursseja. Tilausjärjestelmä on monimutkainen ja sisältää useiden toimijoiden työpanosta, mikä omalta osaltaan tekee järjestelmästä raskaan ja turhauttavan. Tulosten perusteella tilausjärjestelmän kehittämisen toimivammaksi olisi oman työryhmänsä ja kehittämisprojektin arvoinen asia.

Voidaan todeta, että leikkaushoitajien vastuualuetoiminta Tampereen yliopistollisen sairaalan kirurgian leikkausosastolla on korkealla ammatillisella asiantuntijuustasolla, työtä tehdään motivoituneena niukoista työaikaresursseista huolimatta. Vastuualuetoimintaa viedään eteenpäin jatkuvasti muuttuvissa olosuhteissa, korkealaatuisesta leikkauspotilaan hoitotyöstä ja korkeasta työmoraalista tinkimättä. Haasteita työhön tuo jatkuvasti kiristyvä työtahti ja paine suoriutua entistä niukemmilla työaikaresursseilla oman vastuualueen töiden tekemisestä.

Työnantajalle välittyy tämän opinnäytetyön pohjalta vahva viesti siitä, että työn organisointiin ja tiedonkulkuun pitäisi tulevaisuudessa panostaa. Näiden kehittäminen edesauttaisi pidemmällä aikavälillä työntekijöiden työssä jaksamista ja lisäksi myös työtyytyväisyyttä. Näihin seikkoihin paneutumalla turvattaisiin asiantuntevien ja osaavien leikkaushoitajien pysyminen jatkossakin saman työnantajan palveluksessa. Näillä asioilla on korvaamaton merkitys, kun ajatellaan leikkauspotilaan hoitotyötä kokonaisuutena, sillä haluamme tulevaisuudessakin tarjota parasta mahdollista leikkaushoitoa, joka toteutetaan kustannustehokkaasti tinkimättä missään vaiheessa potilaan turvallisuudesta ja hyvästä palvelukokemuksesta.

8.4 Jatkotutkimus- ja jatkokehittämisehdotukset

Leikkaushoitajien vastuualuetoimintaa on tutkittu Suomessa varsin vähän, jatkotutkimuksia vastuualuetoiminnan kartoittamisesta ja kehittämisestä olisi hyvä tehdä tulevaisuudessa myös muiden yliopistollisten sairaaloiden ja keskussairaaloiden leikkausosastoilla. Näin saataisiin kattavaa kuvaa koko maan tilanteesta ja samalla vahvistettaisiin kaikkien leikkausosastojen vastuualuetoiminnan osaamista. Tämä mahdollistaisi myös toisilta oppimisen, omaa työtä voisi kehittää yhteistyössä muiden kanssa.

Jatkotutkimuskohteena olisi mielenkiintoista kartoittaa tässä samassa työyhteisössä toimivien muiden ammattilaisten, eli anestesiahoitajien ja lääkintävahtimestarien vastuualuetoimintaa.

Jatkotutkimushaasteena voisi selvittää, miten nämä korkean ammatillisen osaamisen omaavat vastuualueiden leikkaushoitajat ratkaisisivat näitä esiin nousseita kehittämiskohteita. Näiden niukkojen ja yhä niukentuvien varojen aikana, olisi erittäin tärkeää selvittää,

mitä tehtäviä asiantuntijat priorisoisivat ja miten potilasturvallisuus ja korkealaatuinen hoitotyö voitaisiin taata niukemminkin resursseilla.

Kehittämissuunnitelmiin liittyen olisi mielenkiintoista nyt selvittää, miten leikkaushoitajien vastuualue toiminnasta kertynyttä osaamista ja kokemusta voitaisiin tulevaisuudessa hyödyntää parhaalla mahdollisella tavalla. Tampereen yliopistollisen sairaalan mittavat tulevaisuuden rakennus- ja kehittämissuunnitelmat tuovat isoja muutoksia myös leikkaustoiminnan tulevaisuuteen, kun siirrytään yhdestä isosta keskusleikkausosastosta erikoisalakohdaksi ns. fokussairaaloihin. Tässä kehittämissuunnitelmassa olisi hyvä huomioida jo suunnitteluvaiheessa leikkaushoitajien vastuualue toimintaan liittyvä asiantuntijuus.

LÄHTEET

- Enontekiö, K. 2009. Perioperatiivisen vastuuhoidajatoiminnan kehittäminen. Nykytilan kuvaus. Metropolia ammattikorkeakoulu. YAMK opinnäytetyö.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7.painos. Jyväskylä. Gummerus.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu; Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Gaudeamus Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna. Kariston Kirjapaino Oy.
- International Council of nurses. 2012. The ICN code of ethics for nurses. Luettu 9.3.2015. <http://www.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/>
- Kananen, J. 2008. KVALI. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä. Jyväskylän yliopistopaino.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro.
- Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. 2002. Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki. Gaudeamus.
- Korhonen, E. ylihoitaja. 2015. Haastattelu 16.3.2015. Haastattelija Väänänen, S. Valkeakoski.
- Korte, R., Rajamäki, A., Lukkari, L., & Kallio, A. 2000. Perioperatiivinen hoito. 2.painos. Porvoo. WSOY:n graafiset laitokset.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. 2. painos. Helsinki. Edita Publishing Oy.
- Kylmä, J., Rissanen, M-L., Laukkanen, E., Nikkonen, M., Juvakka, T., & Isola, A. 2008. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen. Tutkiva hoitotyö. 6 (2), 23-29.
- Lindblom-Ylänne, S., Paavilainen, E., Pehkonen, L., & Ronkainen, S. 2014. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki. Sanoma Pro.
- Lipponen, M., Peltonen, J. & Yli-Panula, A. 2005. Meilahden sairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto. Vastuusairaanhoitajamalli. Spirium 40 (4), 13-19.

- Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. 1. painos. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Palomäki, G. & Piirtola, H. 2012. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus terveydenhuollon hoitoketjuista ja niiden vaikuttavuudesta. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma. Tampereen ammattikorkeakoulu. YAMK Opinnäytetyö.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2012-2016. Luettu 10.1.2015. https://www.google.fi/?gws_rd=ssl#q=pirkanmaan+sairaanhoitopiirin+strategia
- Puranen, E. 2005. Leikkausosaston työnjakomalli. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Saartenkorpi, N. 2013. Vastuuhoitajatoiminnan nykytilan kuvaus Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön leikkaus- ja anestesiaosastolla. Hämeen ammattikorkeakoulu. Sosiaali -ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. YAMK opinnäytetyö.
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 64, julkisjohtaminen 4.
- Sairaanhoitajaliitto. 2013. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Luettu 10.1.2015. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/amatillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. STM. Luettu 9.9.2015. <https://www.julkari.fi>
- Tengvall, E. 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.
- Tibbs, S. 2014. Promoting teamwork and surgical optimization. AORN -journal. 100 (5), 477 -488.
- Tietoa meistä. Pirkanmaansairaanhoitopiiri. 2015. Luettu 19.1.2015. <http://www.pshp.fi/tietoa> meistä/anestesia- ja leikkausosasto
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Tuusvuori, J.S. 2006. Hyviin käsiin-leikkaushoitajan tie vanhasta uuteen perioperatiivisuuteen. Helsinki. Tammi.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.
- Virtanen, R. 2005. Sairaanhoitajat Suomen sota-ajan lääkintähuollon tehtävissä 1900-luvulla. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteet. Väitöskirja.

LIITTEET

Liite 1. Alkuperäistutkimusten laadun arviointimittari

ALKUPERÄISTUTKIMUSTEN LAADUN ARVIOINTI			
Tutkimus	Kyllä	Ei	Ei tietoa / Ei sovel- lu
Tutkimuksen tausta ja tarkoitus			
Tutkittava ilmiö on määritelty selkeästi.			
Tutkimuksen aihe on perusteltu kirjallisuuskatsauksen avulla sisällöllisesti, menetelmällisesti ja eettisesti.			
Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät on määritelty selkeästi.			
Aineisto ja menetelmät			
Aineistonkeruumenetelmät ja – konteksti on perusteltu ja kuvattu riittävän yksityiskohtaisesti.			
Aineiston keruumenetelmä soveltuu tutkittavaan ilmiöön.			
Aineiston keruu on kuvattu.			
Aineiston käsittelyn ja analyysin päävaiheet on kuvattu.			
Analyysimenetelmä soveltuu tutkittavaan ilmiöön.			
Tutkimus on luotettava ja eettisesti toteutettu.			
Tutkimuksen kohderyhmä on relevantti			
Tutkimuksen otos on riittävä ja sitä on arvioitu. (kvantitatiivinen tutkimus)			
Tutkimuksen sisällön riittävyyttä on arvioitu. (kvalitatiivinen tutkimus)			
Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys			
Tutkija on nimennyt kriteerit, ja niiden pohjalta arvioinut tutkimuksen luotettavuutta.			
Tutkija on pohtinut eettisiä kysymyksiä huolellisesti.			
Tulokset ja johtopäätökset			
Tulosten merkittävyyttä on arvioitu.			
Tutkimuksen tulokset ovat merkittäviä ja yhteneväisiä aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna.			
Tulokset on esitetty selkeästi ja niitä on verrattu aikaisempiin tutkimuksiin.			
Tutkimusten tulokset perustuvat tutkimuksiin ja ovat hyödynnettävissä.			
Kokonaisarvio			
Tutkimus muodostaa eheän, selkeän ja loogisen kokonaisuuden.			
Tutkimuksesta saadaan vastauksia tutkimuskysymyksiin.			
Tutkimus on sovellettavissa suomalaisen terveydenhuollon kenttään.			

Mittarin maksimipistemäärä 20 pistettä. Palomäen & Piirtolan (2012) tutkimuksen tuotoksena valmistunut synteesi tutkimusten laadunarvioinnista. Tekijöiltä on saatu lupa käyttää mittaria.

Liite 2. Taulukko aiemmista tutkimuksista

Tutkimuksen tekijät, vuosi ja tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset	Näytön aste/ läädun arviointi
Enontekiö Kaarina 2009 Perioperatiivisen vastuuhoidajatoiminnan kehittämisen. Nykytilanteen kuvaus. YAMK opinnäytetyö.	Kuvata vastuuhoidajatoiminnan nykytilaa Töölön sairaalan ortopedisellä ja traumatologisella leikkaus- ja anestesiaosastolla	Kvantitatiivinen kyselytutkimus Osallistujat: lähiesimiehet, anestesiaosastojen leikkaussalisairaanhoitajat ja lääkintävahtimestarit N=94 Vastausprosentti 53%	Vastuuhoidajatoiminnan jatkuva kehittäminen ja siihen panostaminen on keskeisimpiä ja tärkeimpiä kehittämiskohteita leikkaus- ja anestesiaosastolla	C 13/20
Puranen Ella 2005 Leikkausosaston työnjakomalli. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos	Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää leikkausosaston työntekijöiden näkemyksiä leikkausosaston työnjakomallista ja työnjakomallin toteutumisesta	Kvantitatiivinen kyselylomake Osallistujat: leikkaussalihenkilökunta N= 584 Vastausprosentti oli 30%	Leikkausosaston työnjakomallina on ryhmätyömalli, jossa lähiesimiesten määräyksestä muodostetaan työryhmiä suorittamaan annettua tehtävää, kehittämiskohteiksi nousi henkilöstöpolitiikka, johtamisen ja tiimityön kehittäminen	C 18/20
Saartenkorpi Niina 2013 Vastuuhoidajatoiminnan nykytilan kuvaus Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan leikkaus- ja anestesiaosastolla YAMK opinnäytetyö	Kuvata nykyhetken vastuuhoidajatoiminnan vahvuuksia ja kehittämiskohteita hoitohenkilökunnan näkökulmasta	Kvalitatiivinen kyselytutkimus, Webropol-kysely Osallistujat: anestesiaosastojen leikkaussalisairaanhoitajat N=63 Vastausprosentti 43% Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	Tärkeimpinä kehittämiskohteiksi esitettiin: vastuuhoidajien työnkuvauksen laatimista, vastuuhoidajajärjestelmän uudelleenorganisointia, vastuuhoidajien yhteisten palaverien ja moniammatillisen yhteistyön lisäämistä sekä vastualueiden kehittämissuunnitelman laadintaa	C 14/20

<p>Tengvall Erja 2010 Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.</p>	<p>Selvittää leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillista pätevyyttä intraoperatiivisessa hoitotyössä. Tutkimuksessa kuvattiin leikkaus- ja anestesiahoitajalta edellytettyä ammatillista pätevyyttä ja sen toteutumista. Lisäksi tarkasteltiin vastaajien näkemyksiä tehtäväsiiirroista lääkäreiltä leikkaus- ja anestesiahoitajille</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus, kyselylomakkeet, aineiston analysointi tilastollisin menetelmin Osallistujat: leikkaus- ja anestesiahoitajat, anestesiologit ja kirurgit N=718 vastausprosentti 82%</p>	<p>Leikkaus- ja anestesiahoitajilta edellytetty ammatillinen pätevyys oli vaatimustasoltaan erittäin korkea. Se sisälsi vahvat yhteiset sekä eriytyneet, spesifit ammatillisen pätevyyden osa-alueet. Leikkaushoitajalta edellytetyssä ammatillisessa pätevyydessä korostui aseptinen, turvallisuus, kommunikointi, dokumentointi- ja tekninen toiminta. Tutkimuksessa kehitettiin leikkaus- ja anestesiahoitajien ammattipätevyysmalli.</p>	<p>C 19/20</p>
<p>Tibbs Sheila 2014 Promoting teamwork and surgical optimization AORN, artikkeli, vol 100(5) 477-488</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää pre- ja postoperatiivisen vaiheen protokollaa yhdessä gynekologisessa leikkausyksikössä. Yksikössä oli otettu käyttöön ns. teamSTEPPS ohjeistus, jonka vaikutuksia leikkaustoiminnan tehottamiseen ja potilasturvallisuuden parantamiseen haluttiin tutkia</p>	<p>Kvantitatiivinen strukturoitu kyselylomake, jota kerättiin 300 päivän ajan Osallistujat: leikkaus- ja anestesiahoitajat, anestesiologit ja kirurgit Tilastolliset analyysimenetelmät: SPSS ja T-TPQ ennen n=88 jälkeen n=109</p>	<p>Tulosten perusteella havaittiin selvää parannusta teamSTEPPS-protokollaa käytettäessä: systemaattinen leikkaustiimin johdaminen tuottaa potilasturvallisempaa leikkaushoitoa, merkittävin parannus oli leikkaussalin vaihtoaikeiden suhteen, jotka parantivat keskimäärin 15min. Huomattavaa parannusta havaittiin myös leikkaustiimin kommunikaatio- ja yhteistyötaitojen kehittämisessä kun noudatettiin teamSTEPPS-protokollaa. TeamSTEPPS= Team strategies and tools to enhance performance and patient safety</p>	<p>C 17/20</p>

Liite 3. Tiedote opinnäytetyöhön osallistuville

TIEDOTE

1.4.2015

Hyvä sairaanhoitaja!

Pyydän teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on leikkaushoitajien vastuualueitoiminnan kartoittaminen ja sen kehittäminen kirurgian leikkausosastolla Tays:ssa.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan ryhmähaastatteluina, haastattelut rakentuvat tiettyjen teemojen ympärille, jotka ovat tässä ohessa luettavissa (Liite 1). Tiedonantajat (eli haastateltavat) valitaan työkokemuksen ja vastuualue työskentelystä olevan kokemuksen perusteella. Tarkoituksena on saada laajaa ja kattavaa tietoa vastuualueitoiminnasta. Aineistonkeruu menetelmänä on teemahaastattelut, jotka toteutetaan kolmena pienryhmä haastatteluna: kolme osallistujaa/kerta, yhteensä yhdeksän tiedonantajaa. Haastattelujen toteutus tapahtuu työaikana ja työpaikan välittömässä läheisyydessä. Haastattelut tallennetaan sekä äänittämällä että nauhoittamalla videolle. Aikaa kuhunkin ryhmähaastatteluun varataan kaksi tuntia. Haastattelutilanteissa opinnäytetyöntekijä käyttää tutkimuspäiväkirjaa, jonka tiedot jäävät vain tutkijan käyttöön.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijän käytössä. Aineisto säilytetään salasanalla suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus-tietokannassa.

Mikäli Teillä on jotain kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Opinnäytetyön tekijä
Sirpa Väänänen
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen/YAMK
Tampereen ammattikorkeakoulu
sirpa.vaananen@health.tamk.fi
p. 040-508 3312

Liite 4. Kirjallinen suostumus

SUOSTUMUS

Leikkaushoitajan vastuualue toiminnan kartoittaminen ja kehittäminen kirurgian leikkausosastolla Tampereen yliopistollisessa sairaalassa

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tästä opinnäytetyöstä sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön:

Suostumuksen vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus ja nimen selvennys Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus ja nimenselvennys