

Kirsi Karvinen

Anestesiahoitajien perehdytysohjelma

Lohjan sairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto

Metropolia Ammattikorkeakoulu

YAMK

Sairaanhoitaja

Kliininen asiantuntija

Opinnäytetyö

15.5.2018

Tekijä(t) Otsikko	Kirsi Karvinen Anestesiahoitajien perehdytysohjelma
Sivumäärä Aika	44 sivua + 4 liitettä 15.5.2018
Tutkinto	Ylempi ammattikorkeakoulu
Koulutusohjelma	Kliininen asiantuntijuus sosiaali- ja terveysalalla
Suuntautumisvaihtoehto	Kliininen asiantuntija
Ohjaaja(t)	Lehtori Antti Niemi
<p>Terveydenhuollon uudistuvat rakenteet, muutokset palveluissa ja henkilöstön ikärakenteesta johtuva vähenevä työvoima asettavat haasteita tulevaisuuden terveydenhuollolle. Työnantajan täytyy panostaa työpaikan vetovoimaisuuteen uuden henkilöstön saamiseksi ja sitouttamiseksi työhön. Työntekijöiden systemaattisella perehdytyksellä voidaan lisätä osaamista, työhyvinvointia sekä potilasturvallisuutta. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää perehdytysohjelma Lohjan sairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston anestesiahoitajille. Tavoitteena oli mahdollistaa tasalaatuinen perehdytys uusille hoitajille ja tukea ammatillista kasvua.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kehittämisprosessina, mikä mahdollisti työyhteisön osallistumisen perehdytysohjelman kehittämiseen. Osaston anestesiahoitajien kokemuksia ja kehittämisehdotuksia perehdytykseen liittyen kartoitettiin avoimella kyselylomakkeella. Kysely jaettiin 30 anestesiahoitajalle ja 16 heistä vastasi kyselyyn. Kyselystä saatu aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysilla.</p> <p>Perehdytysohjelman laatimisessa hyödynnettiin anestesiahoitajien ammattipätevyysmallia (Tengvall 2010), Lapin keskussairaalan anestesiahoitajien perehdytysohjelmaa sekä anestesiahoitajille suunnatun avoimen kyselyn tuloksia. Perehdytysohjelma sisältää intraoperatiivisen vaiheen perehdytyksen ja sen tarkoituksena on kuvata anestesiahoitotyössä vaadittava osaaminen Lohjan sairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla.</p> <p>Perehdytysohjelman sisältöä käytiin läpi asiantuntijaryhmässä ja sitä muokattiin osastolla vaadittavan osaamisen mukaiseksi. Perehdytysohjelman arviointi tapahtui asiantuntijaryhmässä. Aikataulullisesti ei ollut mahdollista testata perehdytysohjelman soveltuvuutta käytäntöön opinnäytetyöprosessin aikana. Perehdytysohjelma otetaan käyttöön opinnäytetyön valmistuttua ja sitä kehitetään käytännön kokemusten perusteella.</p>	
Avainsanat	anestesia hoitotyö, perehdytys, osaaminen

Author(s) Title	Kirsi Karvinen The orientation program to the anesthesia nurses
Number of Pages Date	44 pages + 4 appendices 15 May 2018
Degree	Master of Health Care and Social Science
Degree Programme	Master's Degree Programme in Clinical Expertise
Specialisation option	Clinical Expertise in Social and Health Care
Instructor(s)	Antti Niemi, Lecturer
<p>Renewable healthcare structures, changes in services and the decreasing labor force resulting from the age structure of staff pose challenges for future health care. The employer must invest in the attractiveness of the job to get new employees and engage them in the job. Employee systematic introduction can increase competence, well-being at work and patient safety. The purpose of this thesis was to develop an introduction program for the anesthesia nurses of the Lohja Hospital Surgery and Anesthesia Department. The aim was to make the introduction equal in quality for the nurses and support for professional growth.</p> <p>The thesis was carried out as a development process that enabled the work community to participate in the development program. The experience and development suggestions of the department's anesthesia nurses were studied with an open questionnaire. The questionnaire was given to 30 anesthesia nurses and 16 of them answered the questionnaire. The data obtained from the survey was analyzed by inductive content analysis.</p> <p>In the preparation of the introduction program, the professional competence for anesthetist nurses (Tengvall 2010), the Lapland Central Hospital Anesthesia Instructor Program and the results of an open questionnaire for the anesthetists were utilized. The introduction program includes intraoperative phase introduction and its purpose is to describe the expertise required in anesthesia therapy at the Department of Surgery and Anesthesia at Lohja Hospital.</p> <p>The content of the introduction program was reviewed in the group of professionals and adapted to the competence required by the department. The assessment of the introduction program was carried out in the group of professionals. It was not possible to test the suitability of the introduction program in practice during the thesis process. The introduction program will be implemented after the thesis is completed and developed based on practical experience.</p>	
Keywords	anesthesia nursing, orientation, competence

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tutkimuksen käsitteelliset lähtökohdat	3
2.1	Perehdytys	3
2.2	Anestesiahoitotyö	4
2.3	Anestesiahoitajan osaaminen ja koulutus	6
2.4	Anestesiahoitajien ammattipätevyysmalli	9
3	Opinnäytetyön tavoitteet, tarkoitus ja kehittämistehtävät	12
4	Perehdytysohjelman kehittämisprosessi	12
4.1	Opinnäytetyön toimintaympäristön kuvaus	13
4.2	Tutkimuksellisen kehittämistyön eteneminen	14
5	Tulokset	19
5.1	Kokemukset omasta perehdytyksestä	20
5.2	Hyvän perehdytysohjelman sisältö	22
5.3	Perehdytykseen vaikuttavat tekijät	25
5.4	Kehittämistoiveet perehdytyksen kehittämiseksi	29
5.5	Perehdytysohjelman teko	32
6	Pohdinta	34
6.1	Työn tulosten pohdinta	34
6.2	Työn luotettavuus ja eettisyys	36
6.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	39
	Lähteet	41
	Liitteet	
	Liite 1. Kyselyn saatekirje	
	Liite 2. Avoin kysely anestesiahoitajille	
	Liite 3. Esimerkki sisällönanalyysistä	
	Liite 4. Perehdytysopas anestesiahoitajille (vain tilaajan käyttöön)	

1 Johdanto

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin strategiassa 2012-2016 oli visiona ”olla kansainvälisesti korkeatasoinen, uutta tietoa luova sairaalaorganisaatio, jossa potilaiden tutkimus ja hoito ovat laadukasta, oikea-aikaista, turvallista ja asiakaslähtöistä. HUS:n palvelutuotanto on kilpailukykyistä ja sen sairaalat ja yksiköt tarjoavat haluttuja työpaikkoja.” (HUS strategia 2012-2016: 3.)

HUS on maamme laajin sairaanhoitopiiri, jonka palveluksessa on suurin terveydenhuollon osaajien keskittymä. Tulevaisuuden haasteena on henkilökunnan nopea eläköityminen. Menestyksellä palvelutuotannon takaamiselle henkilöstön saatavuus on talouden lisäksi suurin yksittäinen uhkatekijä. Työntekijöiden rekrytoinnissa onnistuminen edellyttää, että HUS on vetovoimainen työnantaja. Tavoitteena on suunnitelmallinen osaamisen kehittäminen sekä eri oppilaitosten kanssa että HUS:n oman koulutustoiminnan myötä, mikä perustuu osaamiskartoitukseen ja sen mukaan määrittyvään koulutustarpeeseen. Pehdytystä ja työhön opastusta myös kehitetään ja parannetaan koulutusmäärärahojen nostamisella. (HUS strategia 2012-2016: 3, 7-8.)

Työntekijöiden rekrytoinnin, työhön sitoutumisen ja työhyvinvoinnin edistämisen kannalta on tärkeää panostaa henkilökunnan jaksamiseen, osaamiseen ja työssä kehittymiseen. Hyvin suunnitellulla ja toteutetulla pehdytysohjelmalla voidaan auttaa uusia sairaanhoitajia suoriutumaan tehtävistään, lisäämään itseluottamusta, kompetenssia ja tyytyväisyyttä työhön sekä lisäämään kollegiaalisuuden tunnetta kokeneempien hoitajien joukossa. (Lindfors – Juntila 2014: 3.)

Terveydenhuollon uudistuvat rakenteet, palveluiden kysyntä ja vähenevä työvoima asettavat haasteita tulevaisuuden terveydenhuollolle. Magneettisairaala ja vetovoimainen terveydenhuolto ovat merkittävässä roolissa hoitotyön vaikuttavuuden, laadun ja tuottavuuden kehittämisessä. Vetovoimainen organisaatio onnistuu rekrytoimaan ja sitouttamaan työntekijät työhyvinvoinnin, työilmapiiriin ja myönteisen työnantajan kuvan perusteella. (Vetovoimainen terveydenhuolto 2008: 9-12.) Systemaattisen pehdytysohjelman avulla on mahdollista myös nostaa työnantajan mainetta ja houkuttelevuutta uusien työntekijöiden silmissä. Hyvällä pehdytysohjelmalla voidaan nähdä myös kustannustehokkaita vaikutuksia, uusien

hoitajien pysyvyydellä ja hoitotyön laadun paranemisella esimerkiksi lääkehoidon vahinkojen vähenemisellä. (Lindfors ym. 2014: 3; Lahti: 8-9.)

Perehdytyksellä ja henkilöstön osaamisen varmistamisella voidaan pyrkiä potilasturvallisuuden ja henkilöstön työhyvinvoinnin lisääntymiseen. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä on käytössä sairaanhoitajien ammatillisen kehittymisen viisiportainen AURA- malli, aloittelijasta-asiantuntijaksi sekä NCS-ammattipätevyys mittari (Nursing competence scale). AURA- mallin tasot ovat perehtyvä, suoriutuva, pätevä, taitava ja asiantuntija. NCS-mittarin teoreettinen viitekehys perustuu Bennerin (1984) luomaan malliin ”noviisista asiantuntijaksi”. Mittari muodostuu seitsemästä hoitotyön osa-alueesta; auttaminen, opettaminen-ohjaaminen, tarkkailutehtävä, tilanteiden hallinta, hoitotoimien hallinta, laadunvarmistus ja työrooli.

Riitta Meretojan (2003) kehittämä NCS -mittari on sekä Suomessa että ulkomailla eniten käytetty sairaanhoitajien ammattipätevyysmittari. Sen avulla on tehty yli 11 000 sairaanhoitajien kompetenssimittausta. Mittari on käännetty 20 kielelle ja se on käytössä yli 30 maassa. Sitä on käytetty eniten sairaalaympäristössä sairaanhoitajien ammattipätevyyden arviointiin ja siihen vaikuttavien tekijöiden tunnistamiseen. (Flinkman - Leino-Kilpi – Numminen - Jeon – Kuokkanen - Meretoja 2016: 1035- 36.)

Perehdytysohjelma voi toimia apuvälineenä osaamisen mittaamisessa. Sen avulla voidaan seurata tasoa, jolla työntekijä on ja missä on vielä kehitettävää. Sairaanhoitajan työ vaatii jatkuvaa oman ammattitaidon reflektointia ja kehittämistä. Perehdytys on ensimmäinen taso osaamisen mittaamisessa. Sen avulla voidaan selventää työssä tarvittavia osaamisalueita ja auttaa sekä työntekijää että työnantajaa tunnistamaan kehittämistarpeet ja turvaamaan ammatissa kasvun. Kirjallista perehdytysohjelmaa voidaan hyödyntää HUS AURA-mallin mukaisessa ammatillisen kasvun seurannassa.

Osaamisen tasoa ja perehdytyksen suunnittelua ja seurantaa varten on oleellista tietää työssä vaadittava osaaminen. Erja Tengvallin (2010) tekemässä väitöskirjassa luotiin leikkaus- ja anestesiahoitajien ammattipätevyysmalli, jota hyödynnetään tässä opinnäytetyössä perehdytysohjelman laatimisessa. Anestesiahoitajien ammattipätevyysmalli koostuu kahdeksasta osa-alueesta, joissa osaaminen on luokiteltu kolmeen tasoon.

Tämän kehittämistyönä tehtävän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Lohjan sairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolle anestesiahoitajien systemaattinen perehdytysohjelma. Tällä pyritään turvaamaan ammatissa vaadittava osaaminen sekä tukemaan anestesiahoitajien perehtymistä ja kehitystä urallaan. Tavoitteena olisi mahdollistaa tasalaatuinen perehdytys ja osaaminen sekä potilasturvallisuuden lisääminen. Selkeän ja systemaattisen perehdytysmallin luominen auttaa sekä työntekijää että työnantajaa tunnistamaan työntekijän osaamistason ja kehittämistarpeet. Anestesiahoitajan työ vaatii jatkuvaa itsensä kehittämistä, uusimman tiedon hankkimista ja hyödyntämistä käytännön työssä sekä koko ammattiuran aikaista oppimista.

2 Tutkimuksen käsitteelliset lähtökohdat

2.1 Perehdytys

Työturvallisuuskeskuksen mukaan perehdytyksellä tarkoitetaan sellaisia toimenpiteitä, joiden avulla työpaikka, sen tavat, henkilöstö ja työnkuvaan liittyvät odotukset tulevat tutuiksi uudelle työntekijälle. Asiat, jotka liittyvät itse työn tekemiseen kuuluvat työnopastukseen; työnkuva kokonaisuudessaan ja sen osatekijät sekä mitä tietoa ja osaamista vaaditaan. (Työturvallisuuskeskus 2013.) Laki velvoittaa työnantajaa perehdyttämään työntekijän ennen uuden työn aloittamista tai työtehtävien muuttuessa. Työntekijän ammatillinen osaaminen ja kokemus huomioiden tulee antaa riittävän hyvä perehdytys työhön ja työpaikan olosuhteisiin, turvallisiin työtapoihin sekä työssä käytettävien laitteiden ja välineiden oikeaan käyttöön (Työturvallisuuslaki 2002/738 14§.)

Vastavalmistuneen ja uuden sairaanhoitajan osaamisen kehittämisessä keskeistä on systemaattinen perehdytys. Työelämän vaatimukset kasvavat ja muuttuvat kehityksen myötä. Hoitotyöhön tulevilta odotetaan työelämässä ammattitaidon ja sen ylläpitämisen lisäksi yhteistyö- ja viestintätaitoja, vuorovaikutustaitoja, suunnittelu- ja koordinoitaitaitoja, muutoksen hallintaa ja paineensietokykyä sekä kehittämisosaamista. (Tuomi 2008: 11.)

Flinkman (2014) selvitti väitöskirjassaan syitä nuorten sairaanhoitajien aikomuksiin lähteä ammatistaan. Tutkimuksessa keskityttiin erityisesti niihin, joilla lähtöaikomuksia

oli ennen 30-vuoden ikää. Tutkimuksen tuloksissa todettiin, että ammatista lähtöaikomuksiin vaikuttamassa oli monia syitä. Yhtenä syistä oli sairaanhoitajien kokemus riittämättömästä perehdytyksestä uuteen työhön. Hyvällä perehdytyksellä ja työyhteisön tuella katsottiin olevan positiivinen vaikutus nuorten sairaanhoitajien työssä viihtymisen. Erilaisia ja eri pituisia perehdytysohjelmia on kehitetty, mutta Suomessa tulisi viedä eteenpäin perehtyvän sairaanhoitajan ja hänen perehdyttäjänsä pitkäaikaista mentorointisuhdetta. (Flinkman 2014: 5, 90.) Perehdytys vie aikaa ja resursseja, siksi sen laatuun ja sen jälkeiseen aikaan tulisi kiinnittää huomioita. Mentorointivaihe alkaa perehdytyksen jälkeen. Se on kokeneemman ja uuden työntekijän välinen suhde, jossa uusi työntekijä voi reflektoida ammatillista osaamistaan ja työhyvinvointiaan. Laadukkaan mentorointiohjelman avulla voidaan tukea uuden työntekijän kompetenssien kasvua, työssä jaksamista ja työpaikassa pysymistä. (Saastamoinen 2014: 12-13; Nikki – Koivunen – Suominen 2010: 27.)

Leikkaus- ja anestesiaosastolle töihin tuleva sairaanhoitaja on oikeutettu saamaan perehdytyksen, jonka työtehtävien hallinta vaatii. Osaamisen kehittämisen ensimmäinen vaihe on perehdyttäminen. Sillä tarkoitetaan kaikkia niitä toimia, joiden avulla työntekijä oppii tuntemaan työnsä ja sen tavoitteet. Hyvään perehdytys suunnitelmaan kuuluu työyksikön yleisperehdytys ja konkreettisten työtehtävien perehdytys. Oikea-aikainen ja hyvin suunniteltu perehdytys tukee sairaanhoitajan osaamisen kehittymistä. Onnistuneella perehdytyksellä voidaan vaikuttaa positiivisesti työntekijään ja hänen sitoutumiseensa työyksikköön. (Karppinen 2013: 19.)

Tengvallin (2010) mukaan vaatimustaso, jota edellytetään leikkaus- ja anestesiahoitajilta vastaa erittäin korkeaa ammatillista pätevyyttä. Työyksiköissä tulisi järjestää perehdytystä, joka rakentuu ammatillisen pätevyyden osa-alueista ja niihin liittyvistä hoitotyön toiminnoista. Erikoisalakohdaiset vaatimukset tulee huomioida perehdytyksessä. Hyvällä, yhteistyössä toteutetulla perehdytyksellä sitoutetaan leikkaus- ja anestesiahoitaja työyksikköön ja yhteisöön.

2.2 Anestesiahoitotyö

Anestesia sana on alkujaan kreikasta ja tarkoittaa ”ilman tuntoa”. Sillä tarkoitetaan tilaa, jossa varmistetaan potilaan riittävä tiedottomuus ja kivuttomuus toimenpiteessä. Anestesia -käsitettä on yritetty määritellä eri tavoin. Se on moniulotteinen ja hankalasti määriteltävä kokonaisuus. Sen kuvaaminen perustuu käytössä olevien lääkkeiden

vaikutuksiin tai määrittelemällä sitä jonkin uuden mitattavan ilmiön keinoin. (Rosenberg 2014: 350.)

Perioperatiivinen hoitotyö voidaan jakaa pre-, intra- ja postoperatiiviseen vaiheeseen. Preoperatiiviseen vaiheeseen kuuluu leikkausta edeltävä vaihe, intraoperatiivinen vaihe käsittää leikkauksen aikaisen hoidon ja postoperatiivinen vaihe leikkauksen jälkeisen hoidon. Perioperatiivinen hoitokäsité on peräisin Yhdysvalloista, jossa se otettiin käyttöön vuonna 1978. Perioperatiivinen hoitotyö kuvastaa anestesia- tai leikkaushoitajan työtä kirurgisen potilaan hoidon eri vaiheissa. Anestesiahoitotyö on hoitotyön erikoisala, joka on osa perioperatiivista hoitotyötä. Anestesiahoitotyö sisältää potilaan anestesian aikaisen ja anestesian jälkeisen hoidon suunnittelun ja toteutuksen. Anestesiahoitotyötä voidaan toteuttaa myös eri toimintaympäristöissä operatiivisen toimintaympäristön lisäksi. Anestesiahoitotyön asiantuntijuutta voidaan hyödyntää eri hoitotyön aloilla, kuten synnytystoiminnassa, kivun hoidossa, tehohoitotyössä ja ensihoidossa. (Lukkari – Kinnunen – Korte 2007:11, 20, 304; Jeon – Lakanmaa – Meretoja – Leino-Kilpi 2016:542.)

Perioperatiivisen hoitotyön periaatteisiin kuuluvat turvallisuus, yksilövastuinen hoitotyö, terveyskeskeisyys ja hoidon jatkuvuus. Perioperatiivista hoitotyötä ohjaavia arvoja ovat humanistiset arvot, hoitotyön ihmiskäsitys, potilaan itsemääräämisoikeus, yksilöllisyys, yksityisyys ja ihmisarvon kunnioitus. Lisäksi perioperatiivisen hoitotyön lähtökohtiin kuuluvat perioperatiivinen hoitoprosessi, perioperatiivisen hoitajan asiantuntijuus sekä potilaan ohjaus. (Lukkari ym. 2007:10; International Federation of Nurse Anesthetist 2016:5.)

Anestesiahoitaja ja anestesia lääkäri muodostavat työparin. He vastaavat yhdessä potilaan anestesian toteuttamisesta ja ylläpidosta. Anestesia lääkäri on anestesiologian erikoislääkäri tai erikoistuva lääkäri, jolla on riittävä kyky suoriutua tehtävästä. Anestesia lääkäri vastaa lääketieteellisestä hoidosta ja sen määräämisestä, kun taas anestesiahoitaja toteuttaa, ylläpitää ja valvoo anestesia lääkäriin suunnittelemaa hoitoa. Turvallisen anestesiahoitotyön toteuttamisessa anestesiahoitajan tehtäviin kuuluu eri anestesia muotojen hallinta, moniammatillinen yhteistyö, potilaan vitaalielintoimintojen tarkkailu ja niiden turvaaminen. (Lukkari – Kinnunen – Korte 2007: 303; Suomen anestesiahoitajat ry 2014.)

2.3 Anestesiahoitajan osaaminen ja koulutus

Suomalaisten sanakirjojen mukaan osaaminen -käsite on taitotietoa, tietotaitoa, ammattitaitoa ja ammatillista osaamista (Kielitoimiston sanakirja 2017; Yleinen suomalainen asiasanasto). Iira Lankisen (2013:16) väitöskirjassa osaaminen määritellään taitotiedoksi, asiantuntemukseksi, ammattitaidoksi ja perehtyneisyydeksi. Opetusministeriö (2009:18) määrittelee osaamisen tietojen, taitojen ja pätevyysyden yhdistelmäksi, joka muodostaa laaja-alaisen kyvyn tietojen, taitojen ja pätevyysyden hyödyntämiseen työelämässä sekä yhteiskunnan jäsenenä. Englanninkielestä tuleva termi know-how kuvastaa myös osaamista ja sen suomenkieliset käännökset ovat tietotaito, tietämys, asiantuntemus ja osaaminen (Sneck 2016: 23).

Aikaisemmissa tutkimuksissa sairaanhoitajien osaamista on tutkittu eri näkökulmista. Tutkimusten perusteella on kuvattu sairaanhoitajalta vaadittavaa osaamista ja luotu ammatillisen osaamisen malleja. (Tuomi 2008: 124; Tengvall 2010: 125) Koulutuksen tuottaman osaamisen näkökulmasta on tarkasteltu valmistumisvaiheen sairaanhoitajaopiskelijoiden osaamista. Iira Lankisen (2013) väitöskirjassa määriteltiin päivystyshoitotyössä vaadittava osaaminen ja tutkittiin valmistumisvaiheen sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksia päivystyshoitotyössä. (Lankinen 2013:76.) Lakanmaan (2012) väitöskirjassa määriteltiin tehohoitotyössä vaadittava osaaminen, joka voidaan jakaa kliiniseen osaamiseen ja yleiseen ammatilliseen osaamiseen. Molemmissa tutkimuksissa ilmeni vajavaisuutta valmistumisvaiheen opiskelijoiden osaamistasossa. Tutkimuksissa ehdotettiin osaamisen varmentamista koulutuksen kehittämisellä ja jatkotutkimusta koulutusten opetusmenetelmiin ja sisältöjen arvioitiin. (Lakanmaa 2012:5; Lankinen 2013:80.) Sairaanhoitajien lääkehoidon osaamista ja suhtautumista osaamisen varmistamiseen selvitettiin Sneckin (2016) väitöskirjassa. Tutkimukseen osallistuneiden sairaanhoitajien itsearviointi lääkehoidon osaamisestaan ja tutkimuksessa suoritettujen tenttien tulokset vastasivat sosiaali- ja terveysministeriön suosituksia. Osaamisen varmistamisella koettiin olevan hyötyä lääkehoidon turvallisessa toteuttamisessa ja se hyväksyttiin osaksi sairaanhoitajan ammattia. (Sneck 2016:105-106.) Yhteenvetona edellä mainituissa tutkimuksissa sairaanhoitajan osaaminen muodostuu erityisalakohtaisesta kliinisestä osaamisesta, yhteistyö- ja vuorovaikutusosaamisesta, moniammatillisesta yhteistyöstä ja eettisestä osaamisesta.

Sairaanhoitajilta vaadittuun osaamiseen vaikuttavat väestön palveluntarpeissa ja lainsäädännössä tapahtuvat muutokset, palvelurakenteiden kehittäminen, sosiaali- ja

terveyspolitiiset ohjelmat sekä uusi tutkimustieto (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012: 5). Sairaanhoidajan koulutus Suomessa järjestetään ammattikorkeakouluissa. Koulutuksen laajuus on 210 opintopistettä ja kesto 3,5 vuotta. Opinnot sisältävät ammattipätevyysdirektiivin (2013/55/EU) mukaiset yleissairaanhoidon ammatillisen osaamisen vähimmäisvaatimukset, jotka ovat 180 opintopisteen laajuiset ja kestoltaan kolme vuotta. Hoitotyön osaamista syventävät opinnot ovat laajuudeltaan 30 opintopistettä ja niiden tarjonta vaihtelee eri ammattikorkeakouluissa. Opinnot sisältävät ammattitaitoa edistävää kliinistä harjoittelua 90 opintopistettä, jotka suoritetaan ohjatusti eri perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimintaympäristöissä. Harjoittelusta 15 opintopistettä tehdään opinnäytetyönä, jossa opiskelija hyödyntää ammatillisten opintojen osaamistaan sekä tutkimus- ja kehittämistaitojaan. (Opetusministeriö 2006:70.) Sairaanhoidajien tulevaisuus -hankkeessa 2015 määriteltiin sairaanhoidajien ammatillisen osaamisen vähimmäisvaatimukset yleissairaanhoidossa vastaten EU-direktiivin edellyttämää tasoa. Yleissairaanhoidon ammatillisessa osaamisessa vähimmäisvaatimus on 180 opintopistettä. Suomessa sairaanhoidajan opintoihin kuuluu lisäksi 30 opintopisteen syventävät opinnot, joiden avulla laajennetaan hoitotyön osaamista. Hankkeen avulla pyrittiin varmistamaan sairaanhoidajakoulutuksesta valmistuvien osaaminen ja koulutuksen tasalaatuisuus valtakunnallisesti. (Eriksson – Korhonen – Merasto – Moisio 2012: 3.)

Anestesiahoitaja on hoitotyön asiantuntija, joka tarvitsee sairaanhoidajalle määriteltyä osaamista toteuttaessaan työtänsä; eettistä päätöksen tekoa, terveyden edistämistä, hoitotyön päätöksentekoa, ohjaus- ja opetustaitoja, yhteistyötaitoja, tutkimus- ja kehittämistyön osaamista sekä johtamisen taitoja. Hoitotyö on monitieteistä ja sen osaaminen edellyttää ajantasaiseen tutkimustietoon perustuvaa teoreettista osaamista hoitotieteen, lääketieteen, farmakologian sekä yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden saralta. (Opetusministeriö 2006: 63.)

Anestesiahoitotyössä korostuu laaja ja moniulotteinen osaaminen informaatio- ja terveysteknologiassa. Käytössä on useita erilaisia tietojärjestelmiä, lääkintä- ja terveydenhuollon laitteita, joiden avulla anestesiahoitotyötä voidaan toteuttaa potilaan parhaaksi. (Lukkari – Kinnunen – Korte 2007: 165.) Pehdytys ja ammattiin kasvu tapahtuu työelämään siirryttäessä. Ammattikorkeakouluopintojen tavoitteena on antaa valmiudet toimia alan asiantuntijatehtävissä laaja-alaisten käytännön perustietojen ja taitojen ja niiden teoreettisten perusteiden avulla (Opetusministeriö 2009: 26).

Suomessa ei ole tutkintoon johtavaa anestesiahoitotyön koulutusta eikä suojattua ammattinimikettä. Perioperatiivisen hoitotyön opiskelu sisältyy sairaanhoitajan syventäviin opintoihin, ammattikorkeakoulun opintotarjonnasta riippuen. Useissa maissa anestesiahoitotyön tutkintoon johtavaan erikoistumiskoulutukseen pääsy edellyttää kahden vuoden työkokemuksen. Pohjoismaisessa vertailussa Suomi on ainut maa, jossa ei ole tutkintoon johtavaa anestesiahoitajan koulutusta. Suomessa on tehty paljon kehittämistyötä oman koulutuksen saamiseksi. Joissakin ammattikorkeakouluissa järjestetään nyt anestesiahoitajan erikoistumisopintoja, jotka eivät kuitenkaan vielä vastaa muiden maiden koulutusta. Potilasturvallisuuden näkökulmasta katsottuna olisi tärkeää saada Suomeen kansainvälisesti vertailukelpoinen tutkintoon johtava koulutus (Ahonen 2012:52.)

Tanskassa, Norjassa ja Islannissa on laajin anestesiahoitotyön koulutus ja näihin pääsyyn vaaditaan kahden vuoden työkokemus. Tanskassa jatkokoulutus kestää kaksi vuotta, joista kuusi kuukautta on perehdytystä ja 18 kk opinnoista sisältää laajat teoriaosuudet sekä systemaattisesti ohjatut kliiniset harjoittelut anestesiaosastolla. Norjan jatkokoulutus on 90 opintopisteen laajuinen ja Islannissa vastaavasti koulutus on 88 opintopistettä. Molemmissa maissa on myös mahdollista suorittaa master -tason koulutus, joka on laajuudeltaan 120 opintopistettä. Muissa pohjoismaissa anestesiahoitajien työnkuva on laajempi kuin Suomessa. Anestesiahoitajat voivat hoitaa itsenäisesti perusterveen potilaan yleisanestesian. (Maksimainen:10-11; Rosenberg 2003:21-23.; Jeon – Lahtinen – Meretoja – Leino -Kilpi 2015: 680-688.)

Suomen Anestesiahoitajat ry:n 2006 laatimat anestesiahoitajan osaamisvaatimukset on tehty IFNA:n (International Federation of Nurse Anesthetist) osaamisvaatimusten pohjalta. Osaamisvaatimukset päivitettiin vuonna 2013. Suomessa toimiville anestesiahoitajille laadittujen osaamisvaatimusten tavoitteena on toimia ammatillisuuden ja uralla kehittymisen tukena sekä ohjata näyttöön perustuvien toimintatapojen käytössä. Osaamisvaatimukset kuvaavat anestesiahoitajien keskeisiä tehtäviä ja työnkuvaa. Osaamisvaatimukset voidaan jakaa yleisiin ja klinisiin toimintoihin. Yleiset osaamisvaatimukset sisältävät eettisyyden ja lainopillisuuden, potilasturvallisuuden, taloudellisuuden, tehokkuuden ja ekologisuuden sekä tietojärjestelmien ja kirjaamisen osa-alueet. Kliiniset osaamisvaatimukset jakautuvat kuuteen osa-alueeseen; aseptiikka, hätätilanteet, kivun hoito, pre- intra- ja postoperatiivinen hoito. (Anestesiahoitajien osaamisvaatimukset 2013.)

2.4 Anestesiahoitajien ammattipätevyysmalli

Perioperatiivisen osaamiseen arviointiin suunniteltuja mittareita ja osaamisen arviointimenetelmiä on alettu tutkia ja kehittää enenevästi 2010 -luvun jälkeen. Jeon ym. (2016) tekemän tutkimuksen mukaan osaamista oli mitattu itsearviointiin, havainnointiin ja kirjallisten kokeiden perusteella. Eniten käytetty metodi oli itsearviointi. Kahdessa tutkimuksessa oli käytetty hoitajien itsearviointiin lisäksi opettajien ja johtajien arvioivaa havainnointia. (Jeon ym. 2016: 542-549.) Australiassa 2011-2012 kehitetty perioperatiivisen osaamisen itsearviointi mittari (PPCS-R) on ensimmäinen perioperatiiviseen ympäristöön spesifisesti ja psykometrisesti validoitu työkalu. Alkuperäisessä tutkimuksessa oli 96 itsearvioimisen kohtaa. Jatkotutkimuksessa arviointimittaria kehitettiin ja itsearviointikohtia muodostui 40. PPCS-R -mittaria on kokeiltu Australian lisäksi muun muassa Kanadassa ja Sveitsissä. Mittarin testaamista eri maiden leikkaussaliympäristöissä suositeltiin, jotta voitaisiin vertailla kulttuurien välisiä eroja leikkausalityössä. (Gillespie – Polit – Hamlin – Chaboyer 2012: 90.) Ruotsi on ensimmäinen pohjoismaa, jossa on testattu PPCS-R -mittarin toimivuutta. Se käännettiin ruotsinkielelle ja asiantuntijaryhmä poisti muutaman väittämän, jotka eivät soveltuneet ruotsalaiseen leikkaustoimintaan. Ruotsi on myös ainoa maa, jossa PPCS-R -mittarilla tutkittiin instrumentoitujen hoitajien lisäksi anestesiahoitajien osaamista. Tutkimuksessa todettiin, että mittari on käyttökelpoinen ruotsalaisten leikkaus- ja anestesiahoitajien itsearvioinnissa. Sen avulla on mahdollista reflektoida ammatillista osaamista ja tunnistaa kehittämistarpeet ja kohdentaa koulutusta niihin. (Jaensson – Falk-Brynhildsen – Gillespie – Wallentin – Nilsson 2017:12.) Ulkomailta kehitettyjen perioperatiivista osaamista mittaavien mittareiden soveltuvuus esimerkiksi Suomen olosuhteisiin ei välttämättä ole mahdollista, johtuen leikkaus- ja anestesiahoitajien erilaisesta koulutustausta. Perioperatiivisen osaamisen arvioinnissa käytettävät menetelmät vaihtelevat sisällön, tarkoituksen ja mitattavan aineiston mukaan, siksi tarvitaan edelleen jatkotutkimuksia pätevien ja luotettavien osaamisen arviointimenetelmien kehittämiseksi (Jeon ym. 2016: 549).

Erja Tengvall (2010) tutki väitöskirjassaan leikkaus- ja anestesiahoitajien ammatillista osaamista. Tengvallin 2010 luoma ammattipätevyysmalli on ensimmäinen ja ainoa Suomen leikkaus- ja anestesiahoitajien osaamisen kuvaamiseen kehitetty malli, siksi se valikoitui tämän työn viitekehikseksi. Tutkimustulosten perusteella luotiin leikkaus- ja anestesiahoitajien ammattipätevyysmalli intraoperatiivisessa työssä. Mallissa kuvataan keskeiset anestesiahoitajan ammatillisen pätevyyden vaatimustasot, osa-alueet ja niihin

sisältyvät hoitotyön toiminnot sekä ammatilliseen pätevyyteen yhteydessä olevat tekijät. Anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys muodostuu kahdeksasta osa-alueesta: anestesia- ja lääkehoito, kommunikointi ja turvallisuus, hoitovalmistelut, anestesiahoiton aloitus, yhteistehtävät, tiimi- ja ohjaustaidot, yhteisvastuutaidot ja erityistoiminnot. Nämä osa-alueet sisältävät 89 hoitotyön toimintoa, jotka ovat jaettu kolmeen eri vaatimustasoon: ehdottomasti hallittavat, hallittavat ja osattavat hoitotyön toiminnot. (Tengvall 2010: 125- 6.)

Tässä opinnäytetyössä käytetään seitsemää kategoriosta. Erityistoiminnot osa-alue jätetään pois, koska sen toiminnot ei toteudu työyksikössä, johon perehdytysohjelma tehdään.

Anestesia- ja lääkehoito

Anestesia- ja lääkehoidon osa-alueeseen kuuluu 31 hoitotyön toimintoa, jotka sisältävät anestesia- ja lääkehoitoon, nestehoidon, verivalmisteet, lääkkeiden antomuodon sekä elintoimintojen ylläpidon (Tengvall 2010: 70). Anestesiahoitajan työssä on tärkeää suunnitelmallisuus ja tilanteiden ennakointi. Häätötilanteiden hallinta kuuluu anestesiahoitajan ehdottomasti osattaviin toimintoihin. Lääkehoidon osaamiseen ja osaamisen varmistamiseen hyödynnetään leikkausosaston lääkehoitosuunnitelmaa (2017). Se kuvaa lääkehoidon toteuttamista, lupakäytänteitä, vastuita ja velvollisuuksia.

Kommunikointi ja turvallisuus

Kommunikointi ja turvallisuus osa-alueen toiminnoista kaksi on ehdottomasti osattavia, 11 hallittavia ja kolme osattavia toimintoja. Kirjaaminen ja hoidon dokumentointi kuuluvat sekä ehdottomasti osattaviin toimintoihin että hallittaviin toimintoihin. (Tengvall 2010: 83-85.) Useampi toiminto kuvaa kirjaamisen eri muotoja ja sen tärkeyttä potilasturvallisessa työssä. Tarkan ja täsmällisen kirjaamisen avulla voidaan todentaa potilaan voinnissa tapahtuneita muutoksia ja miten niihin on reagoitu.

Hoitovalmistelut

Hoitovalmisteluihin kuuluu kahdeksan toimintoa, joista kolme on hallittavia ja viisi osattavia toimintoja. (Tengvall 2010: 88-89). Potilaan tietoihin tutustuminen etukäteen on tärkeää. Mahdolliset allergiat, komplikaatiot aikaisemmissa toimenpiteissä sekä

perussairaudet ja niiden mahdollinen vaikutus anestesiaan ovat tärkeä huomioida ennen potilaan toimenpiteen aloittamista.

Anestesiahoiton aloitus

Anestesiahoiton aloitus osa-alueeseen kuuluu yhdeksän hoitotyön toimintoa. Näistä neljä on ehdottomasti hallittavia, neljä hallittavia ja yksi osattava toiminto. (Tengvall 2010: 91-92.) Turvallisen anestesian toteuttaminen vaatii anestesiavälineistön käytön osaamisen sekä niiden toiminnan varmistamisen ennen potilaan tuloa leikkaussaliin. Potilaan vastaanottaminen on tärkeä vaihe ja jokainen potilas tulisi huomioida yksilöllisesti hänen tarpeitaan kuunnellen.

Yhteistehtävät

Toimenpiteessä tarvittavien varusteiden käytön hallitseminen on tärkeä osa potilasturvallista työskentelyä. Tiimityöskentely korostuu yhteistehtävien toteuttamisessa. Leikkaussalissa työskentelyn ehdoton edellytys on saumaton ryhmätyöskentely tiimissä. Yhteistehtävät osa-alueeseen sisältyy kuusi hoitotyön toimintoa, joista kolme on hallittavia ja kolme osattavia toimintoja. (Tengvall 2010: 94-95.)

Tiimi- ja ohjeistustaidot

Kommunikaatiotaitojen merkitys korostuu leikkaussalityössä. Tiimi rakentuu moniammatillisista jäsenistä ja turvallinen ja eettinen toiminta edellyttää jokaisen aktiivista osallistumista yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Jokaisen tulee tietää toimenpiteen kulku ja lainsäädäntö sekä ohjeistukset, jotka ohjaavat toimintaa. Tiimi- ja ohjeistustaidot osa-alueeseen kuuluu kuusi hoitotyön toimintoa, joista yksi on ehdottomasti hallittava ja viisi hallittava toimintoa. (Tengvall 2010: 95.)

Yhteisvastuutaidot

Leikkaustoiminnan onnistumisen ehdoton edellytys on aseptinen toiminta. Tiimin jäsenten tehtävänä on seurata aseptisen toiminnan toteutumista ja huomioida mahdolliset virheet toiminnassa ja puuttua niihin. Potilaan oikeuksiin kuuluu saada hyvää

ja laadukasta hoitoa ja tämän toteutuminen edellyttää tiimin yhteistoiminnan hallintaa. Yhteisvastuutaitoihin kuuluu neljä hallittavaa hoitotyön toimintoa. (Tengvall 2010: 98.)

3 Opinnäytetyön tavoitteet, tarkoitus ja kehittämistehtävät

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyönä tehtävän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää perehdytysohjelma anestesiahoitajille Lohjan sairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla. Työssä selvitetään nykyisen perehdytyksen tilaa ja nostetaan esille kehittämiskohteet. Tavoitteena oli mahdollistaa ja turvata tasalaatuinen perehdytys uusille hoitajille ja tukea ammatillisen kasvun prosessia sekä potilasturvallisuuden lisääminen.

Opinnäytetyön kehittämistehtävät

1. Selvittää anestesiahoitajien kokemuksia nykyisestä perehdytyksestä ja kerätä näkemyksiä perehdytysohjelman kehittämistä varten.
2. Kehittää anestesiahoitajien intraoperatiivinen perehdytysohjelma leikkausosastolle.

4 Perehdytysohjelman kehittämisprosessi

Kehittämistoiminnan lähtökohtana on perustelu, miksi kehittämistä tarvitaan. Nykytilanteen ongelma tai tulevaisuuden visio voivat toimia lähtökohtina. (Toikko – Rantanen 2009: 57.) Tämän opinnäytetyön aihe nousi työyksikön tarpeesta kehittää yhdenmukainen perehdytysohjelma, jonka avulla voidaan pyrkiä takaamaan tasalaatuinen perehdytys ja osaaminen sekä potilasturvallisuuden lisääminen. Hyvällä perehdytyksellä voidaan myös lisätä henkilökunnan työhön sitoutuneisuutta ja työssä viihtymistä sekä kustannustehokkuutta.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kehittämisprosessina. Prosessimaisessa työskentelyssä oli mahdollista hyödyntää työyhteisön kokemusta ja osaamista, sekä tuottaa juuri tähän työyksikköön sopiva perehdytysohjelma. Prosessi muodostui eri vaiheista ja siinä

hyödynnettiin tutkittua tietoa ja asiantuntijoiden osaamista. Kehittämisen etenemistä voidaan tarkastella tutkimuksellisen kehittämistoiminnan näkökulmasta, jossa prosessi muodostuu erilaisista tehtäväkokonaisuuksista; perustelu, organisointi, toteutus, levittäminen ja arviointi. (Toikko- Rantanen 2009:56.)

Perehdytysohjelman sisällön tuottamiseen käytettiin anestesiahoitajien ammatillisen pätevyyden mallia (Tengvall 2010), Lapin keskussairaalaan anestesiahoitajien perehdytysohjelmaa sekä osaston anestesiahoitajille suunnatun kyselyn tuloksia. Anestesiahoitajan ammatillisen pätevyyden kahdeksan osa-alueita ovat anestesia- ja lääkehoito, kommunikointi ja turvallisuus, hoitovalmistelut, anestesiahoito aloitus, yhteistehtävät, tiimi- ja ohjeistustaidot, yhteisvastuutaidot sekä erityistoiminnot.

4.1 Opinnäytetyön toimintaympäristön kuvaus

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) kuuluvan Lohjan sairaalan sairaanhoitoalue kattaa Karkkilan, Lohjan, Siuntion ja Vihdin alueet. Lohjan sairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla tehdään vuosittain noin 5100 toimenpidettä, joista noin 17 prosenttia on päivystystoimenpiteitä ja loput suunniteltuja eli elektiivisiä toimenpiteitä. Päiväkirurgisten potilaiden osuus on noin 46 prosenttia. Osastolla tehdään suunniteltuja leikkauksia arkisin virka-aikana. Virka-ajan ulkopuolella toimii ympärivuorokautinen päivystysvalmius. (BM-OR toimintaraportti.)

Leikkaus- ja anestesiaosastolla hoidetaan sekä päiväkirurgisia, LEIKO (leikkaukseen kotoa tulevia) että päivystyspotilaita. Osastolla hoidetaan yhdeksän eri erikoisalain potilaita, lapsista aikuisiin. Osastolla on 10 leikkaussalia, kaksi heräämöhö (4-paikkainen ja 9-paikkainen heräämöhö) sekä välinehuolto- ja varastotiloja. Lisäksi synnytysosastolla sijaitsee yksi leikkaussali keisarinleikkauksia varten.

Osastolla työskentelee osastonhoitaja, kaksi apulaisosastonhoitajaa, anestesiahoitajia, instrumenttihoitajia, kirurgeja, anestesiahoitajia, erikoistuvia lääkäreitä, kaksi osastonsihtööriä, välinehuoltajia sekä laitoshuoltajia.

Leikkausosaston toimintaa ohjaavat HUS:n arvot; potilaslähtöisyys, ihmisten yhdenvertaisuus, korkea laatu ja tehokkuus, avoimuus, luottamus ja keskinäinen arvostus (Työhyvinvointiohjelma 2014- 2017: 3).

4.2 Tutkimuksellisen kehittämistyön eteneminen

Tutkimuksellisen kehittämistyön ensimmäisessä vaiheessa tunnistettiin kehittämistarve ja suunniteltiin toiminnan organisointi, joka perustui tavoitteen asetteluun hyväksymiseen ja virallistamiseen. (Kuvio 1.) Kehittämistoiminnassa organisoinnilla tarkoitetaan käytännön toteutuksen suunnittelua. Oleellista on, että toiminnassa ovat mukana kaikki ne, joita kehittäminen koskettaa tavalla tai toisella. (Toikko – Rantanen 2009: 58.) Tässä työssä organisoinnissa edettiin tutkimussuunnitelman tekemisellä ja hyväksyttämällä Lohjan sairaalan operatiivisen yksikön ylihoitajalla. Erja Tengvallilta pyydettiin ja saatiin lupa käyttää leikkaus- ja anestesiahoitajien ammattipätevyyksimallia opinnäytetyössä. Kaija Kaikkoselta (Lapin keskussairaala) pyydettiin ja saatiin lupa käyttää ja modifioida hänen 2013 tekemää anestesiahoitajien perehdytysohjelmaa. Kehittämisideat kerättiin avoimella kyselyllä ja vastaukset analysoitiin laadullisen tutkimuksen sisällön analyysin keinoin. Vastauksia hyödynnettiin perehdytysohjelman kehittämisessä.

Kaikille osaston anestesiahoitajille suunnatun avoimen kyselylomakkeen avulla pyrittiin selvittämään perehdytyksen nykytilaa sekä kehittämideoita uutta perehdytysohjelmaa varten. Toimijoiden määrittely on keskeinen osa organisointia ja tämän kehittämistyön prosessiin mahdollistettiin kaikkien anestesiahoitajien osallistuminen perehdytystä koskevaan kyselylomakkeeseen vastaamalla. (Toikko – Rantanen 2009: 58). Kysely suoritettiin marraskuussa 2017 ja vastaukset analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

Aineiston keruu ja analysointi

Aineiston keruu suoritettiin 2017 vuoden aikana. Opinnäytetyön teoriaosuuteen haettiin tietoa anestesiahoitotyöstä, perehdytyksestä sekä osaamisesta. Haut suoritettiin keväällä ja syksyllä 2017. Tiedonhaussa hyödynnettiin Cinahl-, Medic- ja PubMed tietokantoja sekä ResearchGate -palvelua. Osaston anestesiahoitajille suoritettiin kysely koskien heidän kokemuksiaan omasta perehdytyksestään sekä kehittämisehdotuksia uutta perehdytysohjelmaa varten.

Kysely suoritettiin marraskuussa 2017. Kyselylomake sisälsi neljä kysymystä. Tutkimuksessa käytettiin avointa kyselylomaketta, jossa esitetyn kysymyksen jälkeen on tyhjää tilaa vastata vapaasti kysymykseen omin sanoin. Avointen kysymysten avulla on mahdollista saada tietoa vastaajien asenteista, mielipiteistä ja käsityksistä kysyttävistä

asioista. (Hirsjärvi ym.2009:197,201.) Kyselylomakkeen laatiminen vaatii tutkijalta perehtyneisyyttä tutkittavaan asiaan. Huolellisesti laadittu kyselylomake on hyvä testata ennen käyttöönottoa. Testauksen avulla voidaan selventää tarvittaessa kysymysten muotoa ja tarkistaa, ettei kysymyksillä ole esimerkiksi kaksoismerkitystä. Kyselylomakkeen esitestaus suoritettiin syksyllä 2017 opinnäytetyöryhmään kuuluvilla opiskelijoilla. Kysymyksiin tehtiin parannuksia ennen varsinaista kyselyn suorittamista. (Ronkainen – Pehkonen – Lindblom-Yläne – Paavilainen 2013:114; Hirsjärvi ym.2009:202-204.)

Tutkimuksen tiedonkeruumenetelmänä käytettiin informoitua kyselyä, jossa tutkija itse jakoi kyselylomakkeet vastaajille osastotunnilla 16.11.2017. Samalla kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja informoitiin kyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Kyselyihin vastattiin omalla ajalla ja vastaajat palauttivat kyselyt sovittuun paikkaan määräaikaan mennessä. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 196-197.) Tutkimuksen tiedonkeruumenetelmänä käytettävän kyselyn etuna voidaan pitää sen mahdollisuutta lähettää se usealle tutkittavalle samanaikaisesti, jolloin säästyy aikaa. Kyselyihin liittyy myös heikkouksia, joita voivat olla esimerkiksi vastaajien kato sekä ovatko vastaajat ymmärtäneet kysymykset oikein ja pyrkineet vastaamaan huolellisesti ja rehellisesti kysymyksiin. (Hirsjärvi ym.2009:195.)

Leikkaussalityön luonteen vuoksi valittiin tutkimusmenetelmäksi kysely, koska suorat haastattelut olisivat olleet vaikea järjestää ja kaikilla ei välttämättä olisi ollut mahdollista osallistua niihin. Kyselylomakkeen avulla pyrittiin saamaan parempi vastausprosentti. Kyselylomake toteutettiin kirjallisena, koska sähköisellä lomakkeella tehdyn kyselyn vastausprosentti olisi saattanut jäädä pienemmäksi. Leikkaussalityön luonteen vuoksi tietokoneelle pääsy työaikana saattaa olla välillä haastavaa ja se olisi todennäköisesti vähentänyt tutkimukseen osallistuvien määrää. Vastausaikaa annettiin 1.12.2017 asti. Kyselylomakkeita jaettiin 30 anestesiahoitajalle. Vastauksia saatiin 11 kappaletta määräaikaan mennessä. Vastausaikaa pidennettiin kahdella viikolla ja lopullisten vastausten määrä oli 16 kappaletta. Vastaukset luettiin huolella läpi useaan kertaan ja luokiteltiin alustavasti. Aineiston katsottiin olevan riittävä analyysin tekemiseen. Aineiston kylläntymisestä eli saturaatiosta puhutaan, kun aineiston määrää arvioidaan ja aineisto alkaa toistaa itseään. Vastaajat eivät tuota enää uutta tietoa ja saadun aineiston perusteella voidaan luoda teoreettinen malli. (Tuomi ym. 2013: 87.) Vastausten määrään katsottiin riittävän analyysin tekemiseen, eikä vastausaikaa enää pidennetty. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena ei ole vastauksista saadun tiedon yleistettävyyden,

vaan pyrkimyksenä on kuvata jotakin ilmiötä, kokemuksia tai luoda teoreettinen näkemys jollekin ilmiölle. (Vilkkä 2015:150; Tuomi – Sarajärvi 2013: 85.) Tutkimusaineiston analysoinnissa merkityksellisempänä pidetään aineiston laatua eikä niinkään aineiston määrää. (Vilkkä 2015: 150-151.)

Sisällönanalyysi

Kyselystä saadut vastaukset analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin keinoin, jota käytetään yhtenä laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmänä. Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla voidaan tehdä havaintoja kerätystä aineistosta ja dokumenteista ja systemaattisesti tiivistää ja analysoida niitä. Sitä käytetään, kun halutaan analysoida aineistoa systemaattisesti ja objektiivisesti. (Tuomi ym. 2013:103; Janhonen – Nikkonen 2003:23). Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa deduktiivisesti eli teorialähtöisesti tai induktiivisesti eli sisältölähtöisesti. Deduktiivisessa analyysissä päättelyä ohjaa teoria ja se toimii viitekehyksenä analyysille (Vilkkä 2015: 171-172). Induktiivisella eli aineistolähtöisellä analyysillä pyritään taas muodostamaan aineistosta nouseva teoreettinen kokonaisuus (Tuomi ym. 2013:95). Induktiivisessa sisällön analyysissä edettiin aineiston ehdoilla. Aineistosta muodostettiin käsitteitä ja kategorioita, joiden avulla pyrittiin kuvailemaan tutkittavaa asiaa. (Kyngäs – Elo – Pölkki – Kääriäinen – Kanste 2011: 139.)

Sisällönanalyysi eteni vaiheittain. Sen tarkoituksena oli muodostaa aineistosta tiivis sanallinen kuvaus. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto luettiin useaan kertaan läpi ja muodostettiin sen sisällöstä yleiskäsitys sekä määritettiin analyysiyksikkö, jonka avulla aineistoa tutkittiin. Analyysiyksikkönä voi olla sana, lause tai ajatuskokonaisuus. Tässä opinnäytetyössä analyysiyksikkönä käytettiin ajatuskokonaisuutta. Analyysiyksikön määrittämisen jälkeen aineisto redusoiitiin eli pelkistettiin. Aineiston pelkistämistä ohjasivat tutkimuskysymykset ja valittu analyysiyksikkö, joihin peilattiin aineistosta nousevia alkuperäisilmauksia. Näistä ilmauksista muodostettiin pelkistetyt ilmaukset. (Tuomi ym.2013:109-110; Janhonen ym.2003:25-28; Kananen 2008:94.)

Pelkistämisen jälkeen aineisto klusteroitiin eli ryhmiteltiin. Pelkistetyistä ilmauksista etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Sisällöltään samanlaiset ilmaukset yhdistettiin alaluokiksi ja nimettiin luokkaa kuvaavalla käsitteellä, jolloin aineisto tiivistyi. Tätä vaihetta seurasi abstrahointi eli käsitteellistäminen, jossa saman sisältöisiä alaluokkia yhdistettiin edelleen yläluokiksi. Luokkien yhdistämistä jatkettiin niin kauan

kuin se oli mielekästä aineiston kannalta. Tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset sisällönanalyysin avulla muodostetuista yläluokista. Koko sisällönanalyysin prosessin ajan käytiin ”keskustelua” alkuperäisaineiston kanssa ja muodostettiin yleiskäsitteiden/luokkien avulla kuvaus tutkimuskohteesta. Tuloksissa kuvataan luokittelujen pohjalta muodostuneet luokat ja johtopäätösten tekemisessä tutkija pyrki luomaan kuvaa tutkittavien käsityksestä tutkittavasta asiasta. (Janhonen ym.2003:29-30; Tuomi ym.2013:110-113.)

Kehittämistoiminnan toinen vaihe sisältää konkreettista tekemistä ja se perustuu vaiheistamiseen. Siinä uutta toimintatapaa kokeillaan käytännössä ja kerätään palautetta, jonka avulla toiminnan toteutusta muutetaan ja kehitetään ja uudelleen testataan. (Toikko – Rantanen 2009: 60-61.)

Tutkija teki alustavan rungon perehdytysohjelmalle mukaillen Tengvallin (2010) anestesiahoitajien ammattipätevyysmallia ja Lapin keskussairaalan anestesiahoitajien perehdytysohjelmaa sekä hyödynsi anestesiahoitajille suunnatun kyselyn vastauksia. Perehdytysohjelma lähetettiin asiantuntijaryhmän jäsenille luettavaksi ennen ensimmäistä tapaamista. Ryhmä kokoontui tammikuussa 2018. Pienemmässä asiantuntijaryhmässä, joka voidaan nähdä kehittämistoiminnan ohjausryhmänä, käytiin läpi perehdytysohjelman runkoa ja asiasisältöä. Asiantuntijaryhmä muodostui opinnäytetyön tekijästä, kolmesta anestesiahoitajasta, osastonhoitajasta ja anestesia lääkäristä. (Toikko – Rantanen 2009: 58-59.)

Perehdytysohjelman runko esiteltiin vielä kokouksen alussa. Perehdytysohjelma käytiin läpi vaihe vaiheelta ja muutoksia tehtiin kokouksen aikana. Työryhmän jäsenet saivat perehdytysohjelman mukaansa kokouksen jälkeen ja lisäkorjauksille annettiin aikaa kaksi viikkoa. Arviointivaiheen tehtävänä on suunnata kehittämistoiminnan prosessia ja tavoitteena on tuottaa tietoa kehittämisprosessin ohjaamiseen. Arviointiprosessissa peilataan perustelua, organisointia ja toteutusta kehittämistoiminnan tavoitteisiin ja onko niissä onnistuttu. Arviointi ja toteutus suoritettiin asiantuntijaryhmän keskuudessa. Asiantuntijaryhmässä arvioitiin vastaako perehdytysohjelma tavoitteisiin. Asiantuntijaryhmässä toteutui toimijoiden osallistaminen, jossa tehtävänä on tuoda esiin ryhmän jäsenten kehittämiseen kohdistuvia odotuksia ja hyödyntää niitä dialogisesti prosessin aikana. (Toikko – Rantanen 2009: 61.) Ryhmässä oli kokeneita anestesiahoitajia sekä uudempi anestesiahoitaja, joten asiasisältöön saatiin erilaisia näkökantoja. Anestesia lääkäri varmisti vielä asiasisällön oikeellisuuden. Tapaamisen

jälkeen tutkija teki sovitut muutokset perehdytysohjelmaan. Tässä opinnäytetyössä ei ollut aikataullisesti mahdollista ottaa testikäyttöön uutta perehdytysohjelmaa, vaan toteutus, kehittäminen ja arviointi tapahtuivat asiantuntijaryhmässä.

Kehittämisen prosessin kolmannessa vaiheessa kehittämistoiminnan tuotos pyritään juurruttamaan työyhteisöön. Se vaatii useimmiten oman prosessinsa eikä välttämättä sulaudu kehittämisen prosessin sisälle. Uusien käytäntöjen ja levittämisen ja ylläpidon katsotaan olevan erityinen sosiaalinen prosessi. Arkityössä saatetaan herkästi luopua uudesta toimintamallista ja palata vanhaan käytäntöön. Kehittämistoiminnan tulosten levittämisessä voidaan hyödyntää koulutuksia ja käyttäjiltä voidaan kerätä tietoa sen toimivuudesta. Tällä tavoin käyttäjät osallistuvat jatkokehittämiseen ja voidaankin katsoa, että levittäminen on yhtä osallistava prosessi kuin kehittäminen. (Toikko – Rantanen 2009: 62-63.)

Tämän kehittämistyön juurruttaminen tapahtuu opinnäytetyöprosessin loputtua. Valmis työ esitellään työyhteisölle ja käytännön testaaminen aloitetaan heti uusien työntekijöiden tullessa osastolle. Perehdytysohjelmaa voidaan muokata myöhemmin, kun siitä on tarpeeksi käyttökokemusta perehtyjien osalta. Palautteiden pohjalta voidaan kehittää ohjelmaa eteenpäin. Tulevaisuudessa olisi järkevää kehittää sähköinen perehdytysmateriaali, jonka päivittäminen olisi helpompaa.

Valmiin kehittämistyön tulokset ja perehdyttämishjelma raportoidaan opinnäytetyön muodossa keväällä 2018.



Kuvio 1. Perehdytysohjelman kehittäminen

5 Tulokset

Avoimen kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa vastaajien kokemuksia omasta perehdytyksestään sekä nostaa esille kehittämisideoita tulevaa perehdytysohjelmaa varten. Kysely sisälsi neljä kysymystä ja tulokset analysoitiin sisällönanalyysin keinoin. Kyselyn vastauksista muodostui yläkategoriat, jotka vastasivat asetettuihin kysymyksiin. Tulosten esittelyssä kuvataan luokkien muodostaminen ja analyysin eteneminen (liite3).

5.1 Kokemukset omasta perehdytyksestä

Anestesiahoitajille suunnatussa kyselyssä ensimmäisenä pyydettiin kuvailemaan kokemuksia omasta perehdytyksestä. Vastausten analyysissä muodostui kaksi yläluokkaa; tyytyväisyys perehdytykseen ja tyytymättömyys perehdytykseen. Tyytyväisyys yläluokasta muodostui kolme alaluokkaa; nimetyt perehdyttäjät, monipuolinen perehdytys ja hyvä perehdyttäjä (KUVIO 2). Tyytymättömyys yläluokasta muodostui kaksi alaluokkaa; kiirehtiminen ja perehdytyksen laatu (KUVIO 3).

Tyytyväisyys perehdytykseen

Vastaajista neljä kokivat, että perehdytyksestä vastaavat nimetyt perehdyttäjät edesauttoivat perehdytyksen etenemistä. Vastaajat kokivat, että oli helppo työskennellä, kun perehdyttäjät tiesivät perehtyjän osaamistason ja mitä asioita ollaan jo käyty läpi. Lisäksi mainittiin, että työskenneltäessä useamman nimetyn perehdyttäjän kanssa oli mahdollista oppia erilaisia työskentelytapoja.

”Alussa oli yksi sairaanhoitaja, joka vastasi perehdytyksestä. Koin sen hyväksi. Kumpikin tiesi mitkä asiat oli jo käyty läpi ja mitä ei vielä oltu käsitelty.”

”Perehdyttäjää oli kolme, mikä oli hyvä juttu. Näki samantien monta eri tapaa hoitaa asioita.”

Vastaajista puolet kokivat oman perehdytyksensä olleen hyvä tai erittäin hyvä. Perehdytysjakson koettiin olleen riittävän pitkä ja kattava. Henkilökohtaiset valmiudet huomioitiin ja perehdytys oli yksilöllisistä suhteutettuna uuden työntekijän aikaisempaan osaamiseen. Itsenäiseen työskentelyyn siirtyminen tapahtui asteittain perehtyjän valmiuksia huomioiden. Kaksi vastaajista mainitsi saaneensa monipuolisesti ja laaja-alaisesti tietoa perehdytyksen aikana.

”Mielestäni perehdytys oli oikein hyvää ja sain laajasti tietoa.”

”Oma perehdytys oli pitkä ja kaiken kattava, jossa edettiin oman ”tunteen” mukaan ja portaittain eli sai taka-alalle hyväksi aikaa anestesiahoitajan salivalvojaksi.”

Perehdyttäjän ominaisuuksilla koettiin olevan vaikutusta. Tyytyväisyyttä perehdytykseen lisäsi hyvä perehdyttäjä. Hyvän perehdyttäjän ominaisuuksiksi nimettiin motivaatio

omaan työhönsä sekä perehdyttämiseen. Perehdyttäjä oli ammattitaitoinen ja perehdytyksen aikana koettiin, että tietoa saatiin hyvin tarkasti. Perehdyttäjä tuki siirtymävaiheessa itsenäiseen työskentelyyn.

”Perehdyttäjät olivat motivoituneita työhönsä ja perehdyttämiseen.”

”Perehdyttäjäni oli hyvin perinpohjainen.”



Kuvio 2. Tyytyväisyys perehdytykseen

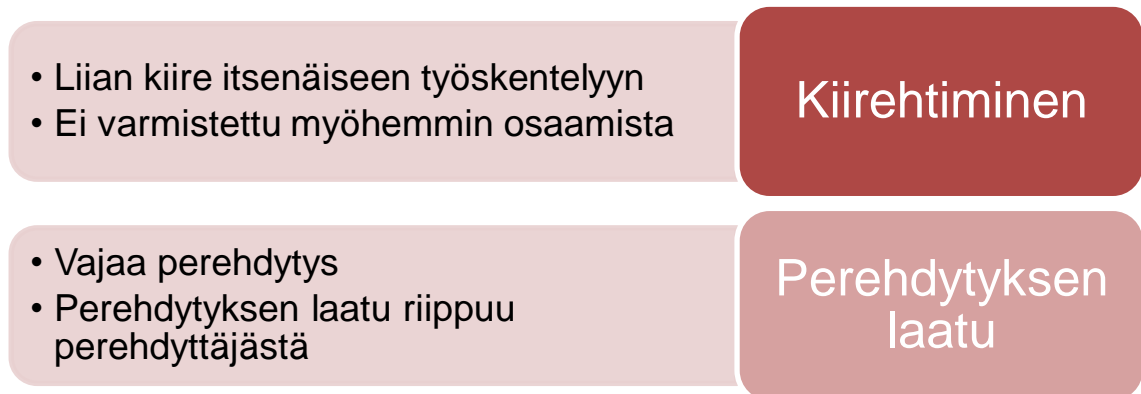
Tyytymättömyys perehdytykseen

Tyytymättömyyttä perehdytykseen koki yksi neljäsosa vastaajista. Tyytymättömyyttä aiheutti liiallinen kiirehtiminen itsenäiseen työskentelyyn. Perehdytyksen loputtua olisi kaivattu osaamisen seuranta ja oman osaamisen arviointi koettiin jäävän perehtyjälle itselleen. Perehdytyksen tasoon oltiin tyytymättömiä. Perehdytys koettiin vajaaksi ja siinä ei käyty asioita läpi tarpeeksi hyvin. Perehdyttäjällä koettiin olevan vaikutusta siihen, kuinka laajasti perehdytyksen aikana sai tietoa.

”Perehdytys oli sen varassa kuinka hyvin perehdyttäjä jaksoi asioita kertoa. (Kateellisena joskus ollut toisille ns. ”parempien” perehdyttäjien osalta.)”

"Jälkikäteen ajateltuna olen huomannut, että silloin jäi paljonkin asioita läpikäymättä."

"Myöhemmin kun aloitin tehdä itsenäisesti töitä, perehdytys oli siinä. Ei ollut mitään tarkistamista tai jne. työnantajan taholta, että millä tasolla "oppiminen" oli, ainoastaan pohdittiin pärjäämistä sitten, kun työnantajalta tuli toive aloittamaan päivystäminen. Sekin pärjäämisen hallinta jäi oman tuntemusten ja itsearviointin varaan."



Kuvio 3. Tyytymättömyys perehdytykseen

5.2 Hyvän perehdytysohjelman sisältö

Kyselyn toisessa kysymyksessä kartoitettiin mielipiteitä hyvän perehdytysohjelman sisällöstä. Vastauksista muodostui kuusi yläluokkaa (KUVIO 4). Anestesiahoitotyön perehdytykseen katsottiin oleellisesti kuuluvan kokonaisvaltainen ymmärrys intraoperatiivisesta työstä. Hyvän perehdytysohjelman tulisi sisältää riittävät tiedot eri leikkauksista ja niiden vaiheista, koska se lisäisi ymmärrystä potilaan hoidosta ja auttaisi anestesiahoiton turvallisessa ja oikea-aikaisessa toteutuksessa. Useamman vastaajan mielestä perehdytyksen aikana olisi hyvä nähdä mahdollisimman monta erikoisalaa ja saada näistä tarvittavat perustiedot. Perehdytysohjelman tulisi sisältää riittävät tiedot lääkehoidosta ja sen toteuttamisesta sekä potilaan elintoimintojen tarkkailusta ja hoidosta. Eri anestesia-aiheisiin perehtyminen ja niissä vaadittava osaaminen pitäisi käsitellä perehdytyksen aikana.

"Perehtyminen eri erikoisalojen leikkauksiin. Perehtyminen eri anestesia-aiheisiin. Ja näiden vaatimukset."

"Olisi hyvä, jos meillä voisi perehtyä sekä anestesia- ja instrumenttipuolelle."

"Lääkitysosuuden: lääkkeet: vaikutukset, haittavaikutukset, yhteisvaikutukset, lääkelaimennokset."

Yhdentoista vastaajan mielestä perehdytysohjelman tulisi olla systemaattinen. Käytössä tulisi olla yhtenäiset kirjalliset perehdytysohjeet, joita kaikki noudattaisivat, jotta perehtymisen tasalaatuisuus toteutuisi. Perehdytysohjelmassa pitäisi selkeästi olla osat alueet, jotka tulee käydä läpi. Perehdytyksen todentamista varten ehdotettiin tarkistuslistaa perehdytyksen etenemisen seurannassa. Sen avulla olisi helpompi hahmottaa asiat, joihin ollaan jo perehdytty ja mitkä asiat ovat vielä läpikäymättä. Sekä varmistaa osaaminen ennen itsenäiseen työskentelyyn siirtymistä. Useamman vastaajan mielestä perehdytysprosessiin kuuluu säännölliset keskustelut perehdyttäjän ja esimiehen kanssa. Keskusteluja tulisi käydä perehdytyksen alussa, puolivälissä ja lopussa perehdytyksen edistymisen seuraamiseksi. Perehdytyksen tukena tulisi olla kirjallinen suunnitelma, joka käydään läpi perehdyttäjän kanssa perehdytyksen alussa ja väliarvioinneissa.

”Yhtenäiset hyvät perehdytysohjeet, joita kaikki noudattavat.”

”Tasalaatuisen perehtymisen takaamiseksi pitää olla tarkat skeemat, jotka tulee käydä läpi.”

”Jokin tarkistuslista oltava, josta voi tsekata, mitä osaa jne.”

”Yksilöllisen suunnitelman yhdessä ohjaajan + esimiehen kanssa + edistymisen seuranta perehtyjältä.”

Perehtymisjakson jakamista eri vaiheisiin esitettiin. Anestesiahoitotyö vaatii laaja-alaista osaamista ja perehtymisprosessin pitäisi jakautua selkeisiin kokonaisuuksiin. Vastaajien mielestä vaiheittain eteneminen perehtymisessä edesauttaa kokonaiskuvan muodostumista työstä. Työn edellyttämistä perusasioista siirryttäisiin vaativampiin ja syvällisempää ymmärrystä vaativiin asioihin. Osaaminen ja varmuus työhön syntyy riittävien toistojen kautta. Perehtymiseen esitettiin yhteen työpisteeseen tutustumista kerrallaan ja tarpeeksi paljon kertaamista.

”Yksityiskohtainen, ei laajoja kokonaisuuksia, mikäli paljon uusia asioita”

”Perusasiat ensin, ”erikoistuminen” vähitellen osaamisen karttuessa. Meillä esim. lapset.”

”Perehtyminen yhteen työpisteeseen kerrallaan, toistoilla tulokseen, aluksi.”

Erikoistilanteiden hallinta ja niihin perehtyminen kuului viiden vastaajan mielestä perehdytysohjelman sisältöön. Hätätilanteiden hallinta kuuluu anestesiahoitajan työnkuvaan. Hätä- ja erityistilanteista mainittiin esimerkiksi elvytys, massiivisen veren vuodon hoitoprotokallan hallinta, traumapotilaan hoito sekä toiminta

keisarinleikkauksessa. Perehdytysohjelman sisällössä toivottiin esimerkkejä mahdollisista ”sudenkuopista”.

”Erikoistilanteet: elvytys, massiivivuoto yms.”

”Sektio,- vanhus,- trauma,- vuotopotilas hoito.”

Anestesiahoitotyössä korostuu teknologian hallinta. Neljä vastaajista toivoi laitekohtaista perehdytystä. Laitteiden käyttövalmiiksi saattaminen, tarkistus, käyttö ja mahdollisten ongelmakohtien tunnistaminen mainittiin. Lisäksi muun hoitovälineistön hallitseminen kuului vastaajien mielestä perehdytykseen.

”Neuvotaan mahdollisimman tarkkaan eri laitteiden käyttö ja mahdolliset ongelmakohtat.”

Perehdytyksen keston toivottiin olevan riittävän pitkä. Perehtymisen tarvittava aika on yksilöllistä ja työn hallitsemisen opetteluun toivottiin rauhaa. Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että liiallista kiirehtimistä itsenäiseen työskentelyyn ja päivystysvalmiuteen tulisi välttää. Riittävästi aikaa toivottiin myös osaston tiloihin, kuten varastoihin tutustumiseen. Työn hallintaan kuuluu myös erilaisten ohjeiden ja ohjeistuksien käyttö ja näihin tutustumisen katsottiin myös kuuluvan perehdytysjaksoon.

”Aikaa ja rauhaa perehtymiseen päivittäisessä työssä!”

”Ei liikaa kiirehtimistä päivystysvalmiuteen.”



Kuvio 4. Hyvän perehdytysohjelman sisältö

5.3 Perehdytykseen vaikuttavat tekijät

Kyselyn kolmannessa kysymyksessä pyydettiin kertomaan perehdytyksen vaikuttavista tekijöistä sekä mitkä ovat perehdytystä edistäviä/estäviä tekijöitä osastollamme. Vastaukset luettiin useaan kertaan läpi ja jaoteltiin ensin kolmeen osioon, perehdytykseen vaikuttavat tekijät, perehdytystä edistävät tekijät ja perehdytystä estävät tekijät. Näiden osioiden sisällä aineisto ryhmiteltiin samaa tarkoittavien asioiden

perusteella. Perehdytykseen vaikuttavista tekijöistä muodostettiin neljä yläkategoriaa. Perehdytystä edistävistä ja estävistä tekijöistä, molemmista muodostettiin kolme yläkategoriaa.

Perehdytykseen vaikuttavat tekijät

Perehdytys vaatii perehdyttäjältä sekä perehtyjältä innostuneisuutta uusien asioiden oppimiseen ja opittujen asioiden kertaamiseen sekä jäsentämiseen. Perehtyjän sekä perehdyttäjän motivaatiolla katsottiin olevan vaikutusta perehdytykseen. Perehdyttäjä vastaa perehdytyksen toteutuksesta, mutta perehtyjällä itsellään on vastuu aktiivisessa tiedonhaussa ja oman ammattitaitonsa kehittämisessä. Perehdyttäjän ammattitaidolla ja valmiudella toimia perehdyttäjänä katsottiin olevan vaikutusta perehdytykseen.

”Uuden sh:n oma motivaatio.”

”Motivaatio perehdyttäjä/perehtyjä.”

”oma innostus, ammattitaito.”

Vastaajista seitsemän mielestä perehdytyksen kestolla on vaikutusta perehdytykseen. Yksilöllisesti huomioitu perehdytysaika suhteutettuna aikaisempaan kokemukseen oli yksi tekijöistä. Tarpeeksi paljon aikaa käydä läpi asioita perehdyttäjän kanssa sekä riittävä määrä samojen toimenpiteiden toistoa mainittiin merkityksellisiksi asioiksi.

”Ajanpuute on yksi asia mikä vaikuttaa siihen, miten hyvin voi perehdyttää.”

”Riittävästi aikaa perehtymiseen, on yksilöllistä huomioon ottaen aikaisemman kokemuksen.”

”Ohjaamiseen annettu aika.”

Viisi vastaajista koki, että ilmapiirillä on vaikutusta perehdytykseen. Osaston muun henkilökunnan kannustus ja perehdytettävän ystävällinen kohtelu koettiin merkitykselliseksi. Vastaajista neljä mainitsi osastolla työskentelevien kollegoiden ja tiimin jäsenten suhtautumisella olevan vaikutusta uuden työntekijän perehdytykseen.

”Tiimin käytös, tuetaanko uutta arvokasta kollegaamme!”

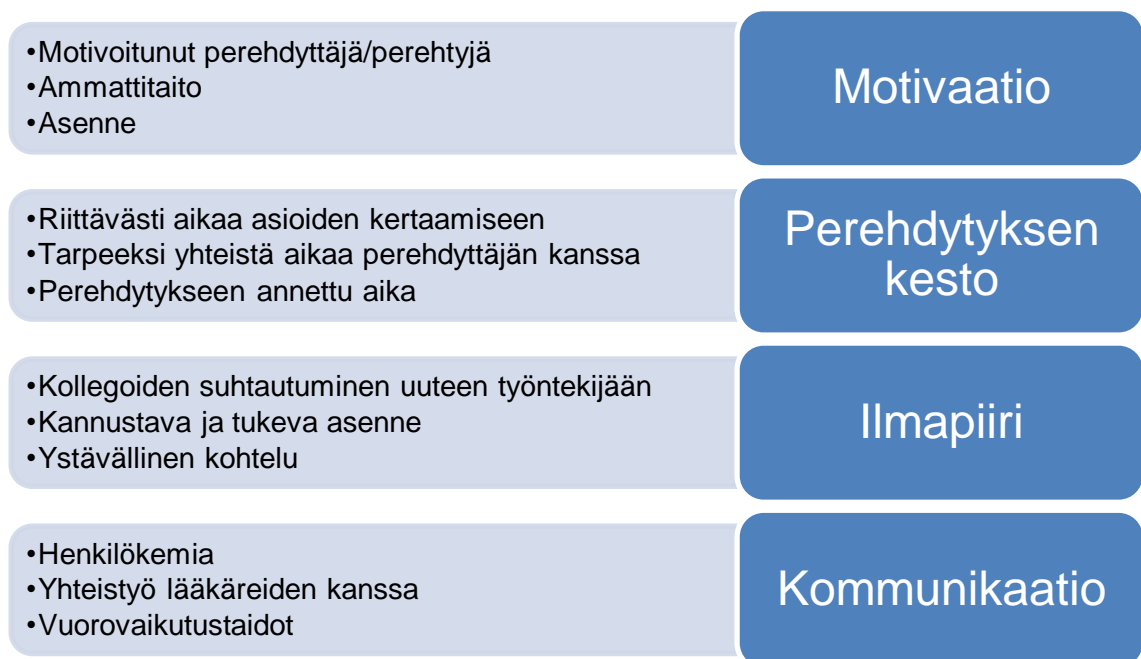
””Vanhojen” työntekijöiden suhtautuminen uusiin työntekijöihin vaikuttaa.”

”Pitäisi olla opiskelija/perehdytettävä ystävällinen ilmapiiri.”

Kommunikaatio muodostui neljänneksi yläkategoriaksi perehdytykseen vaikuttavista tekijöistä. Työskentely leikkaussalissa perustuu tiimityöskentelyyn ja kommunikaatio on ehdoton edellytys potilasturvalliselle työskentelylle. Vuorovaikutustaidoilla oli vastaajista yhden neljäsosan mielestä vaikutusta perehdytykseen. Perehdyttäjän ja perehtyjän välinen henkilökemia mainittiin ja että sen vaikutukset voivat olla sekä positiivisia että negatiivisia. Anestesia lääkäriin ja anestesiahoitajan välinen yhteistyö ja keskinäinen luottamus koettiin merkityksellisenä potilaan ammattitaitoisessa hoidossa.

”Vuorovaikutustaidot, sekä ohjaajan, että perehtyjän ovat tärkeitä.”

”Henkilökemiat vaikuttaa joko negatiivisesti tai positiivisesti.”



Kuvio 5. Perehdytykseen vaikuttavat tekijät

Perehdytystä edistävät tekijät

Perehdytystä edistävästä tekijöistä muodostui kolme yläluokkaa; ammattitaito ja kokemus, nimetyt perehdyttäjät sekä perehdytys suunnitelma.

Perehdyttäjän ammattitaidon ja kokemuksen koettiin olevan merkittäviä tekijöitä perehdytyksessä. Ammattitaito muodostuu oman erikoisalalan tieto- ja taito-osaamisesta.

Kokeneella työntekijällä on paljon hiljaista tietoa, joka on muodostunut vuosien varrella ja sen jakamisen vastaajat kokivat olevan osa ammattitaitoa. Ammattitaidon ja kokemuksen avulla on helpompi erottaa oleelliset ja epäoleelliset asiat toisistaan.

”Toisilla todella paljon tietotaitoa, jota väsymättä jakaa.”

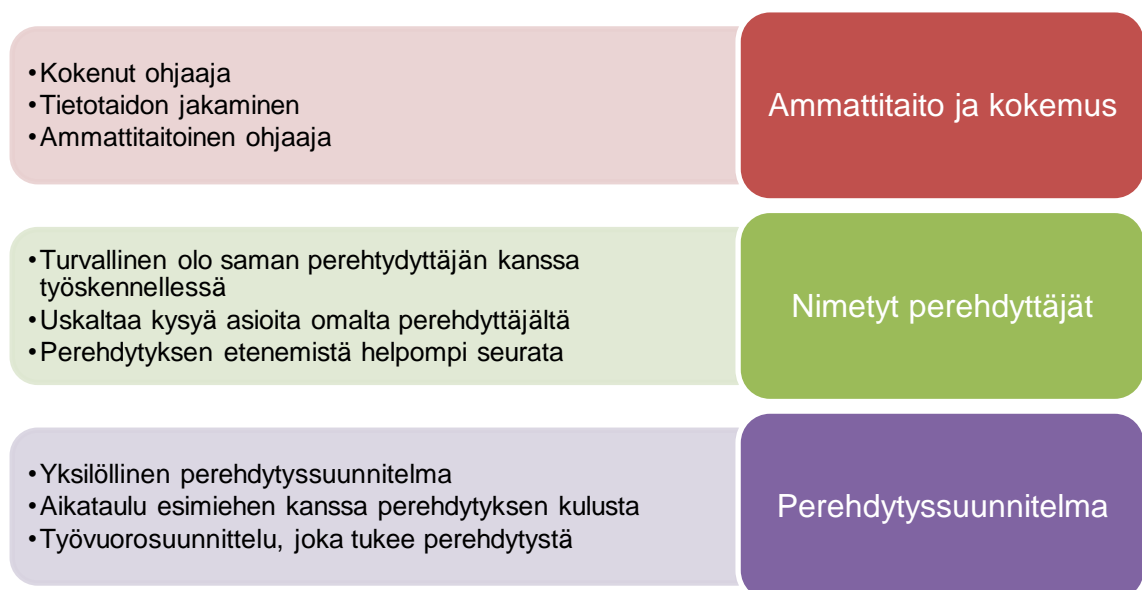
”Ammattitaito ja kokemus.”

Nimetyt perehdyttäjät koettiin turvallisiksi työtä opetellessa. Asioista kysyminen tutummalta ihmiseltä koettiin helpommaksi kuin aina uudelta kollegalta kysyminen. Perehtymisjakso on tiivis ja opeteltavia asioita on paljon. Saman perehdyttäjän kanssa työskentely koettiin helpottavan perehtymisprosessia, sillä perehdyttäjä tietää asiat, joita ollaan käsitelty ja joita pitää vielä harjoitella.

”2 ohjaajaa jne. (omat ohjaajat tietävät missä mennään ja on myös perehtyjän helpompi kysyä asioita tutummilta ihmisiltä.”

”Nimetty ohjaaja, joka on tuki ja turva! Uskaltaa kysyä asioita.”

Vastaajista kolmen mielestä henkilökohtaisesti suunniteltu perehdytys edistää perehtymistä. Esimiehen kanssa tehty suunnitelma perehdytyksen aikataulusta ja opeteltavista asioista osastollamme auttaa perehtymisessä. Perehdytyksen aikaiseen työvuorosuunnitteluun tulisi vastaajien mielestä panostaa. Perehdyttäjäksi tulisi valita henkilö, joka ei esimerkiksi ole lomalla perehdytysjakson aikana.



Kuvio 6. Perehdytystä edistävät tekijät

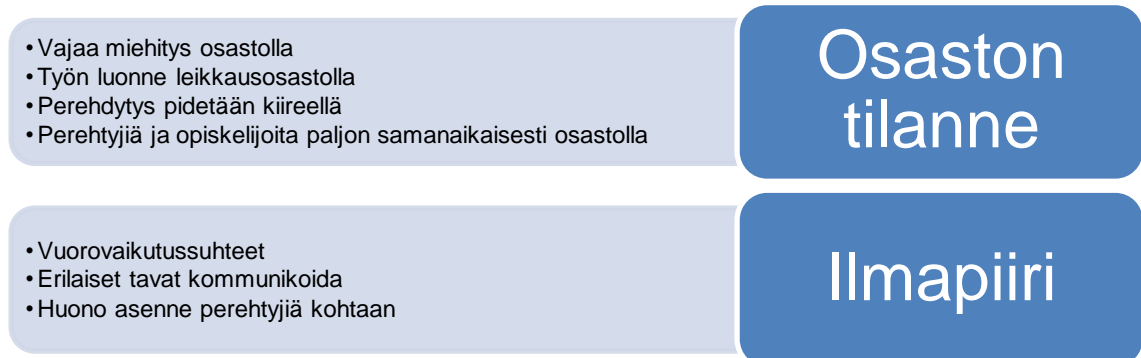
Perehdytystä estävät tekijät

Perehdytyksen estäviksi tekijöiksi mainittiin kiire, vajuus henkilökuntatilanteessa sekä useat samanaikaisesti osastolla olevat perehtyjät ja opiskelijat. Mielekkäitä perehdytyspisteitä ei välttämättä riitä kaikille, jos osastolla on useampi perehtyjä tai opiskelija samanaikaisesti. Perehdytys koetaan raskaaksi, kun aikataulut on tehty liian kiireelliseksi. Asiat joudutaan käymään liian nopeasti läpi ja tärkeitä asioita saattaa jäädä huomioimatta. Leikkausosaston vaihtuvat tilanteet koettiin myös estäviksi tekijöiksi. Äkilliset sairauslomat, leikkauslistan muutokset ja henkilökunnan vajuus olivat mainittuja tekijöitä. Kolme vastaajista mainitsi, että perehtyjä saattaa joutua liian nopeasti työskentelemään itsenäisesti, jos osastolla on henkilökuntavaje.

”Miinusta osastollamme, että perehdytys pidetään hirveen kiireellä ja hätiköiden.”

”Poissaolot, perehtyjä saattaa joutua liian nopeasti työhön, perehtymisen sijaan.”

”Useat samanaikaiset perehtyjät saattavat ”kilpailla” samasta perehdytyspisteistä (leikkauksista).”



Kuvio 7. Perehtymistä estävät tekijät

5.4 Kehittämistoiveet perehdytyksen kehittämiseksi

Perehdytyksen kehittämistä koskevan kysymyksen vastausten analyysissä muodostettiin vastauksista neljä yläluokkaa. Yhdeksän vastaajista toivoi perehdytyksen olevan tarpeeksi pitkä ja että siinä huomioitaisiin yksilöllinen perehtymisaika. Uusilla työntekijöillä voi olla hyvinkin erilainen työhistoria taustalla. Jotkut ovat työskennelleet leikkausosastolla aikaisemmin ja toiset saattavat olla juuri ammattiin valmistuneita. Perehdytyksen yksilöllinen suunnittelu korostuu perehtyjän aikaisemman kokemuksen ja

ammattitaidon arvioinnissa. Lisää aikaa toivottiin myös perehtyjän ja perehdyttäjän väliselle keskustelulle. Päivystysvalmiuteen ja itsenäiseen työskentelyyn kiirehtimistä haluttiin välttää. Uudelle työntekijälle voi olla stressaavaa opetella ja hallita kaikki uudet asiat, jos perehtyminen yritetään toteuttaa nopeasti. Vastaajien mielestä osaaminen pitäisi varmistaa ennen päivystystyön aloittamista ja itsenäiseen työhön siirtyminen pitäisi järjestää portaittain. Uuden työntekijän voi olla hankala itse arvioida omaa osaamistasoaan, siksi käyttöön ehdotettiin tarkistuslistaa osaamista vaadittavista asioista.

”Riittävän pitkä perehdytysaika ja rauha. Aikaa reflektoida toimintaa perehdyttäjän kanssa.”

”Huomioidaan yksilöllinen oppiminen, annetaan aikaa ja rauhaa -> tarpeeksi pitkä perehdytysjakso.”

”Aikaa tutustua paikkoihin, varastoihin ja mistä löytyy ohjeita.”

”Itsenäiseen työhön ja päivystämään kiirehtiminen on stressaavaa, eikä uudella työntekijällä välttämättä ole itsellä selkää käsitystä, onko kaikki esim. päivystämistä varten tarvittava tietotaito hallussa.”

”Ei liian nopeaan päivystämään, ”työpässi” kunnossa.”

Tasalaatuisen perehtymisen ja yhtenäisen osaamistason turvaamiseksi toivottiin kirjallista perehdytysohjelmaa. Yhtenäisen ohjelman avulla varmistettaisiin, että kaikki käyvät samat asiat läpi, eikä perehdytyksen sisältö ole perehdyttäjistä kiinni. Perehtymisohjelmaan ehdotettiin tarkistuslistaa, jonka avulla voidaan todentaa ja seurata perehdytyksen etenemistä. Tarkistuslistan avulla uuden työntekijän koettiin myös helpommin hahmottavan, minkälaista osaamista työssä vaaditaan. Jokainen terveydenhuollon ammattilainen on vastuussa oman osaamisensa päivittämisessä ja selkeät ohjeistukset työnkuvasta helpottavat itsenäistä tiedonhankintaa ammatillisen osaamisen kehittämiseksi.

”Kirjallinen perehdytysohjelma, jonka jokainen käy läpi. Silloin yhtenäinen osaamistaso, potilaan hoito toteutuu tasalaatuisena riippumatta siitä kuka on työvuorossa.”

”Kehittämisen kaikille yhtenäinen perehdytys. Ei saisi riippua perehdyttäjistä, mitan hyvin perehdytys tapahtuu. Tässäkin apuna voisi olla ”check”-lista.”

”Selkeät ”töpät” kohtiin, että on tsekattu esim. hengityskoneen toiminta eri anestesiaumuodoissa ja puudutuksissa käytettävät lääkkeet jne.”

Perehdytysohjelman sisältöön toivottiin myös tarvittavat tiedot toiminnasta poikkeustilanteissa. Vastauksista ilmeni, että vaaratilanteiden ehkäisy ja turvallinen toiminta poikkeustilanteissa kuuluvat potilas- ja työntekijäturvalliseen työskentelyyn. Palo- ja pelastusohjeet sekä muut turvallisessa työskentelyssä tarvittavat ohjeet tulisi käydä läpi perehdytyksen aikana. Haitta- ja vaaratapahtumien raportointimenetelmät ja käsittely ovat merkittävä asia potilasturvallisen työskentelyn ja työympäristön luomisessa.

"Haipro +riski-ilmoitukset."

"Turvallisuusohjeiden läpikäyminen."

"Palo- ja pelastusohjeen läpikäyminen."

Vastaajista kolme haluaisi perehdytysohjelman sisältävän enemmän yhteistyötä anestesialääkäreiden kanssa. Anestesia- ja elintarvikkeiden tarkkailussa vaadittaviin asioihin, kuten eri parametreihin, joita seurataan yleisanestesian aikana. Anestesiahoitotyössä käytettäviin laitteisiin toivottiin myös anestesialääkärin perehdytystä. Anestesiahoitotyö sisältää paljon teknologian hallintaa. Potilaan hoidossa käytetään paljon erilaisia lääkintälaitteita ja näiden turvallinen käyttö vaatii laitteiden käytön hallinnan sekä niiden tuottaman informaation ymmärtämisen.

"Anestesia- ja elintarvikkeiden tarkkailussa vaadittaviin asioihin, kuten eri parametreihin, joita seurataan yleisanestesian aikana. -> Huomiot esim. hengityskäyrissä ja mitä anestesialääkärin odottavat anehoitajilta."

"Anestesia- ja elintarvikkeiden tarkkailussa vaadittaviin asioihin, kuten eri parametreihin, joita seurataan yleisanestesian aikana. -> Huomiot esim. hengityskäyrissä ja mitä anestesialääkärin odottavat anehoitajilta."



Kuvio 8. Toiveet perehdytyksen kehittämiseksi

5.5 Perehdytysohjelman teko

Perehdytysohjelman suunnittelua ohjasi Erja Tengvallin (2010) tekemä anestesiahoitajien ammattipätevyysmalli. Tutkija perehtyi väitöskirjaan, jossa malli luotiin. Tutkimuksen teorian keruun vaiheessa tutkija perehtyi muissa sairaaloissa käytettäviin anestesiahoitajien perehdytysohjelmiin. Lapin keskussairaalaan käyttämä perehdytysohjelma sisälsi hyvin paljon samankaltaisuuksia suunnitteilla olevan perehdytysohjelman kanssa. Tutkija oli yhteydessä Lapin keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston osastonhoitaja Kaija Kaikkoseen ja pyysi lupaa käyttää ja muokata hänen 2013 vuonna opinnäytteenä tekemää anestesiahoitajien perehdytysohjelmaa.

Perehdytysohjelma muodostui viisiosaiseksi oppaaksi. Ensimmäisessä osiossa esitellään yleisesti leikkausosaston toimintaa ja anestesiahoitajan työnkuvaa. Toisessa osiossa kerrotaan perehdytyksen suunnittelusta ja oppaasta. Kolmas osio sisältää perehdytyksen vaiheet anestesiahoitajan ammattipätevyysmallin mukaisesti. Neljännessä osiossa käydään läpi intraoperatiivinen hoitoprosessi ja siinä tarvittava osaaminen. Viidentenä oppaassa on perehdytyksen tarkistuslista.

Perehdytysohjelman suunnittelussa käytiin läpi anestesiahoitajille tehdyn kyselyn sisällönanalyysin vastaukset. Perehdytyksen kehittämisehdotuksista muodostui neljä yläluokkaa; tarpeeksi pitkä ja yksilöllinen perehdytys, yhtenäinen perehdytys suunnitelma, turvallisuusohjeet ja yhteistyö anestesia lääkäreiden kanssa. Perehdytysohjelma on kaikille saman sisältöinen, mutta yksilöllisyyttä huomioidaan perehtyjän aikaisempaan osaamiseen verraten. Turvallisuusohjeista perehdytysohjelmaan sisällytettiin salityöskentelyssä tarvittavat turvallisuusasiat; potilasturvallisuus, sähkö- ja kaasuturvallisuus ja säteilyturvallisuus. Vaara- ja haittatapahtumien raportointikäytäntö lisättiin myös ohjelmaan. Yhteistyötä anestesia lääkäreiden kanssa toivottiin. Perehdytysohjelmassa se näkyy kommunikointi- ja vuorovaikutusosuudessa. Varsinaista koulutusta anestesia lääkäreiden puolesta ei voi luvata kirjallisessa perehdytysohjelmassa.

Kyselyssä kysyttiin hyvän perehdytysohjelman sisältöä. Yläluokkia muodostui kuusi. Ensimmäisenä oli kokonaisvaltainen perehdytys intraoperatiiviseen työhön. Tähän pyrittiin vastaamaan perehdytysoppaassa kuvailemalla intraoperatiivinen hoitoprosessi työvaiheineen. Toinen yläluokka oli systemaattinen perehdytys. Siinä toivottiin yhtenäistä ohjelmaa, tarkistuslistaa sekä säännöllisiä perehdytyksen seurantakeskusteluja. Perehdytysoppaaseen luotiin jokaisen perehdytysvaiheen alle perehdytyksessä käytettävät menetelmät, vastuuhenkilöt ja osaamisen arviointi. Lisäksi oppaaseen tehtiin erillinen perehdytyksen tarkistuslista. Laitekohtaisen perehdytyksen toiveeseen pyrittiin vastaamaan sisällyttämällä eri laitteiden käytön opastus ja näin varmistamaan, että kaikki perehtyjät tutustuvat välineistöön. Työhön perehtymiseen vaiheittain ja aikaa perehtymiseen yläluokkiin pyrittiin vastaamaan perehdytysohjelmassa jakamalla perehdytys vaiheisiin. Käytäntö sanelee kuitenkin paljon, minkälaisia tilanteita ja toimenpiteitä leikkausosastolla tulee vastaan perehdytysaikana. Viimeisenä yläluokkana oli erikoistilanteet. Näitä sisällytettiin perehdytyksen eri vaiheisiin; välineistöön ja ohjeistuksiin tutustumisen muodossa sekä elvytysharjoituksena.

Viimeisenä perehdytysoppaassa on perehdytyksen tarkistuslista. Useampi kyselyyn vastanneista anestesiahoitajista toivoi perehdytykseen ”check”-listaa tai tarkistuslistaa. Tarkistuslista muokattiin vastaamaan intraoperatiivisen hoidon vaiheita. Joitakin saliperehdytyksen ulkopuolisia asioita lisättiin listaan, kuten päivystysvalmiuteen liittyvät asiat.

6 Pohdinta

6.1 Työn tulosten pohdinta

Ajankohtaisia haasteita sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmälle luovat palvelujen kysynnän kasvu ja SOTE-uudistus, sairaanhoitajien ikärakenteesta johtuva eläköityminen lähivuosina sekä hoitajien työpaikasta lähtemisen harkinta. Ammatillisesti päteviin ja työhönsä sitoutuneihin sairaanhoitajiin kannattaa panostaa, sillä korkeasti koulutettujen hoitajien siirtyminen muualle on kallista sekä yhteiskunnalle että organisaatiolle. (Meretoja - Leino – Kilpi – Numminen - Kajander-Unkuri – Kuokkanen -Flinkman - Ruoppa 2015: 3.) Työntekijöiden osaamiseen ja sen kehittämiseen tulisi panostaa ja nähdä se potilasturvallisuutta ja työhyvinvointia edistävänä tekijänä. Sairaanhoitajien sitouttaminen työhönsä lähtee jo perehdytysvaiheesta. Työnantaja luo itsestään kuvan jo heti alkuvaiheessa uudelle työntekijälle ja siksi on tärkeää, että tulija kokee itsensä tervetulleeksi ja olonsa turvalliseksi. (Surakka 2009: 72.)

Anestesiahoitajan työssä vaadittava ammatillinen pätevyys ja osaaminen ovat vaatimustasoltaan korkeat. Tietojen ja taitojen säännöllinen päivittäminen ovat edellytys pätevyuden ylläpitämiseksi. Systemaattinen ja tavoitteellinen perehdytys ovat lähtökohta pätevyuden saavuttamiselle. Perehdytyksen suunnittelussa voi käyttää apuna anestesiahoitajan ammatillisen pätevyuden osa-alueita. Ammatillisten osaamisprofiilien yhdistäminen järjestelmällisiin osaamisarviointeihin edistävät jatkuvaa ja ammattiuran aikaista oppimista. (Tengvall 2010:7; Meretoja – Koponen 2012: 414.) Työssä vaadittava osaaminen on tärkeää määritellä, jotta uusi työntekijä tietää mitä häneltä odotetaan. Perehdytysohjelma, joka on suunniteltu ammattiuramallin mukaisesti auttaa jaksottamaan perehtymistä. (Surakka 2009:73.) Tämän opinnäytetyön tuotoksena tehdyssä perehdytysohjelmassa perehdytys jaettiin neljään vaiheeseen. Jokainen vaihe sisältää anestesiahoitajan ammatillisen pätevyuden osa-alueita sekä työssä vaadittavia asioita. Tutkimuksen kyselyssä vastaajat toivoivat yksilöllistä perehtymisaikaa, siksi perehtyminen jaettiin vaiheisiin eikä sidottu aika tavoitteisiin. Uusilla työntekijöillä voi olla aikaisempaa kokemusta anestesiahoitajan työstä tai vastaavasti tulija saattaa olla juuri koulusta ammattiin valmistunut, jolloin aika perehtymiseen vie jokaisen kohdalla yksilöllisen ajan.

Anestesiahoitajien koulutus sisältyy vaihtelevasti eri ammattikorkeakoulujen syventävien opintojen perioperatiiviseen suuntautumiseen. Työhön oppiminen tapahtuu työelämään tullessa. Taustalla voi olla opintojen aikaisia harjoittelujaksoja leikkausosastolla, mutta syvempi oppiminen ja ammattiin kasvu alkaa työpaikalla. Sairaanhoitajan osaamista ja uralla kehittymistä voidaan seurata AURA -mallin mukaisesti, jossa kehitytään noviisista-asiantuntijaksi. Hyvä perehdytys on alku ammattiuralle ja sen järjestäminen on työnantajan vastuulla. (Työhyvinvointiohjelma 2014-2017:8.) Tämän tutkimuksen avoimessa kyselyssä nousi esille tarve yhtenäiselle perehdytysohjelmalle ja osaamisen systemaattiselle seurannalle. Vastajaat kokivat, että tasalaatuisen osaamisen varmistamiseksi perehtyjien tulisi käydä läpi saman sisältöinen perehtymisohjelma. Säännöllisiä perehtymisen seurantakeskusteluja kaivattiin sekä aikaa oman perehdyttäjän kanssa reflektoida oppimista. Mentorointikäytäntö olisi hyödyllinen perehdytyksen loputtua. Anestesiahoitajan työ on itsenäistä ja oman osaamisen reflektointi muiden kanssa jää vähemmälle. Omaa työskentelyä on vaikea peilata muiden anestesiahoitajien työskentelyyn, koska jokainen työskentelee eri leikkaussalissa.

Perehdytykseen vaikuttavista tekijöistä mainittiin kyselyissä motivaatio, osaston ilmapiiri, kommunikaatio ja perehdytyksen kesto. Sekä perehtyjän että perehdyttävän motivaatioilla katsottiin olevan merkitystä perehdytyksen etenemiseen. Hyvä perehdyttäjä on motivoitunut omaan työhönsä ja jakaa mielellään tietotaitoaan muille. Osaston yleisellä ilmapiirillä on paljon merkitystä siihen, kuinka uusi työntekijä kokee itsensä tervetulleeksi työyhteisöön. Uuteen työyhteisöön tutustuminen vaatii perehtyjältä paljon. Alku uudessa työpaikassa saattaa tuntua uuvuttavalta ja uusiin työtehtäviin ja työyhteisöön tutustuminen vievät aikaa. (Surakka 2009: 72.) Leikkausosastolla työskentely vaatii saumatonta tiimityötä. Kyselyssä nostettiin esiin osaston ilmapiirin vaikutus siihen, kuinka perehtyjä otetaan vastaan työyhteisöön ja tiimiin. Poissulkeva käytös ja vähättely pidentävät työyhteisön jäseneksi pääsemistä. Ystävällisen ja kannustavan ilmapiirin katsottiin tukevan perehtymistä. Työ leikkausosastolla on vaativaa. Uusia laitteita, toimenpiteitä ja käytäntöjä tulee koko ajan lisää teknologian kehittyessä. Työntekijöiden täytyy pystyä omaksumaan uusia asioita välillä melko nopealla tahdilla. Uusien työntekijöiden perehdyttäminen saattaa tuntua raskaalta, kun omasta osaamisestakin on pidettävä huolta. Esimiehellä on vastuu perehdytyksen toteutuksesta, kuten myös vanhojen työntekijöiden jaksamisesta. Perehdytys on kuitenkin parhaimmillaan kahden kauppa, jossa sekä perehtyjä että perehdyttäjä oppivat toisiltaan.

6.2 Työn luotettavuus ja eettisyys

Työn luotettavuus

Hyvään tutkimuskäytäntöön kuuluu tutkimuksen luotettavuuden arviointi. Tieteenharjoittamisessa laadukas tutkimus ja luotettavat tutkimustulokset ovat keskeisiä arvioitaessa tutkimuksen luotettavuutta. (Puusa – Juuti 2011: 153.) Tieteellisen tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys perustuvat siihen, että tutkimus on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. (Etene 2012:6).

Tässä tutkimuksessa pyrittiin noudattamaan hyviä tutkimuksen toimintatapoja; rehellisyyttä ja tarkkuutta tietojen keruussa, raportoinnissa ja lähteiden käytössä, kunnioittaen muiden tutkijoiden aikaisempia tutkimuksia. (Vilka 2015: 42, 45; Etene 2012:6). Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti ovat käsitteitä, joita yleensä käytetään arvioitaessa tutkimuksen luotettavuutta. Edellä mainitut käsitteet kuuluvat perinteisesti määrällisen tutkimuksen luonteeseen. Niiden avulla tarkastellaan, mitataanko tutkittavaa asiaa valitulla mittarilla luotettavasti ja tutkitaanko juuri sitä, mitä oli tarkoitus tutkia. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa ei voida suoranaisesti käyttää samoja perusteita kuin määrällisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan kuitenkin tarkastella sisäisen validiteetin näkökulmasta, jossa pyritään kuvaamaan tutkimuksen eteneminen ja päättelyketju mahdollisimman tarkasti. (Puusa ym. 2011: 153- 154.) Tässä tutkimuksessa eri vaiheet pyrittiin kuvaamaan tarkasti, jotta lukija saa käsityksen aiheesta ja pystyy seuraamaan tutkijan käyttämiä menetelmiä tutkimuksen tulosten analysoinnissa. Tulokset raportoitiin tarkasti, avoimesti ja rehellisesti.

Tämän opinnäytetyön kyselyssä käytettiin esitestattua kyselylomaketta ja perehdytysohjelman tekemisessä hyödynnettiin valmista anestesiahoitajien ammattipätevyysmallia ja Lapin keskussairaalan anestesiahoitajien perehdytysohjelmaa. Valmiin mittarin tai mallin käyttöön tarvitaan aina mittarin kehittäjän lupa, jolla on yksinoikeus kehittämäänsä malliin. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015: 227). Lupa anestesiahoitajien ammattipätevyysmallin käyttöön ja muokkaamiseen pyydettiin ja saatiin sähköpostitse Erja Tengvallilta 2016. Myös Kaija Kaikkoselta (Lapin keskussairaalan osastonhoitaja) pyydettiin ja saatiin lupa käyttää hänen tekemäänsä perehdytysohjelmaa. Opinnäytetyön tutkimusluvan haussa noudatettiin HUS:n ja Lohjan sairaanhoitoalueen ohjeistusta.

Opinnäytetyössä aineiston keruuseen käytetty kyselylomake esitettiin opinnäytetyöryhmän jäsenillä ennen varsinaisen kyselyn toteuttamista. Esitestauksen jälkeen tehtiin parannuksia kysymyksiin, jotta kyselomake vastaisi tutkimuskysymysten kannalta oleellisiin asioihin. Esitestaus lisäsi kyselyn luotettavuutta. Varsinainen kysely suoritettiin anestesiahoitajille, jotka työskentelevät intraoperatiivisessa ympäristössä

Kyselyn vastaukset analysoitiin sisällönanalyysin keinoin. Analysointi ja tulokset raportoitiin tarkasti, jotta lukija pystyy seuraamaan tutkijan tekemää analyysiä. Vastaukset luettiin useaan kertaan ja aineiston luokitteluvaiheessa palattiin useasti alkuperäiseen aineistoon, jolla pyrittiin varmistamaan luokittelun päättelyketju. Tutkimuksen aineiston käsitteli vain opinnäytetyön tekijä. Luotettavuutta laadullisessa tutkimuksessa voitaisiin lisätä siten, että kaksi erillistä arvioijaa päätyisivät samaan tulokseen aineiston analyysissä. (Puusa ym. 2011: 156.) Tutkimuksen aineisto oli vain tutkijan käytössä ja se hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Kyselytutkimuksen luotettavuuteen saattaa vaikuttaa vastaajien kato. Tämän opinnäytetyön kysely jaettiin 30 anestesiahoitajalle ja lopullinen vastaajien määrä oli 16. Laadullisessa tutkimuksessa vastausten määrä ei välttämättä ole niin tärkeä kuin vastauksista saatu tieto, sillä tutkimuksella ei pyritä yleistettävyyteen. Tässä tutkimuksessa saadut vastaukset luettiin huolella läpi useaan kertaan ja vastausten katsottiin riittävän analyysin tekemiseen.

Perehdytysohjelman tekemisessä luotettavuutta vahvistavia tekijöitä olivat valmiin ammattipätevyysmallin käyttö, kyselyn analyysissä muodostuneiden vastausten hyödyntäminen, asiantuntijaryhmän työskentely perehdytysohjelman arvioinnissa sekä tutkijan oma vahva substanssiosaaminen. Asiantuntijaryhmä muodostui kolmesta anestesiahoitajasta, osastonhoitajasta, anestesia-ääkäristä sekä opinnäytetyön tekijästä. Perehdytysohjelman sisältö ja sopivuus työyksikköön tarkistettiin ryhmässä. Tutkijan oma vahva anestesiahoitotyön osaaminen oli tukena koko prosessin ajan, teoriatiedon hakemisesta perehdytysohjelman tekemiseen. Toisaalta vahva osaaminen saattaa myös ohjata tutkijaa aikaisemman tiedon pohjalta ja näin olla haittaava tekijä uuden tiedon etsimisessä ja tuottamisessa.

Työn eettisyys

Tutkimustyön ydin perustuu tieteen etiikan noudattamiseen. Eettisyyttä käsittelee ja ohjaa useat eri toimijat. Vuonna 1991 perustetun tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) tehtävänä on edistää tutkimusetiikkaa ja pohtia tutkimuksiin liittyviä eettisiä kysymyksiä. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE), Euroopan Unioni sekä kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus ”Helsingin julistus 1964” määrittelevät ja käsittelevät tutkimuksiin liittyviä eettisiä kysymyksiä. (Kankkunen ym. 2015:211-217.)

Opinnäytetyön teoriaosuus pyrittiin toteuttamaan huolellisesti, rehellisesti ja avoimesti. Toisten tutkijoiden aikaisemmin tekemiä tutkimuksia kunnioitettiin ja lähteenä käytettyjen tutkimusten lähdemerkinnät kirjattiin huolellisesti.

Tässä tutkimuksessa noudatettiin eettisyyden ohjeistusta. Kyselyyn osallistuville anestesiahoitajille pidettiin informaatiotilaisuus osastotunnilla, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja menetelmistä. Kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista ja siitä kerrottiin tutkittaville. Tilaisuudessa tutkittaville annettiin kyselyn mukana saatekirje, jossa vielä kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, osallistumisen vapaaehtoisuudesta, anonymiteetin säilymisestä sekä annettiin tutkijan sekä ohjaavan opettajan yhteystiedot lisäkysymyksiä varten. Vastaajien anonymiteetti turvattiin siten, että aineisto oli vain tutkijan käytettävissä ja se hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen. Vastaukset palautettiin suljetussa kirjekuoressa lukittuun laatikkoon, johon vain tutkijalla oli pääsy. Kyselylomakkeessa ei kysytty taustatietoja, joten tulosten raportoinnissa ei tullut esiin taustamuuttujia, esimerkiksi sukupuolta. Vastaajia ei voitu tunnistaa tulosten raportoinnissa (Kankkunen – Vehviläinen - Julkunen 2015: 221.)

Opinnäytetyön tulosten raportointi pyrittiin toteuttamaan mahdollisimman huolellisesti, totuudenmukaisesti ja tarkasti. Työn tavoitteet, tarkoitus ja menetelmät esiteltiin ja kyselyn toteuttamisen ja analyysin vaiheet kuvattiin huolellisesti. Perehdytysohjelman tekemisen eri vaiheet pyrittiin kuvaamaan niin, että lukija pystyy ymmärtämään sen rakenteen. (Kananen Jorma 2008:134.) Työn toteuttamisessa hyödynnettiin opinnäytetyön ohjaajalta ja opinnäytetyöryhmältä sekä työelämän asiantuntijaryhmältä saatua palautetta ja kehitettiin työtä sen mukaan.

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää systemaattinen perehdytysohjelma Lohjan sairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston anestesiahoitajille. Perehdytys rajattiin koskemaan intraoperatiivisen hoidon vaihetta. Tutkimus toteutettiin kehittämisprosessina. Anestesiahoitajien kokemuksia ja kehittämissuhteita perehdytysohjelmaa varten kerättiin avoimella kyselyllä. Kyselystä saatuja vastauksia hyödynnettiin perehdytysohjelman sisällön kehittämisessä.

Kyselystä saatuja vastausten mukaan anestesiahoitajat kokivat, että perehdytyksen tulisi olla systemaattista. Perehdytyksen sisällön tulisi olla samanlainen kaikille uusille hoitajille, jotta voitaisiin turvata tasalaatuinen hoito potilaille. Kirjallista perehdytysohjelmaa toivottiin ja perehtymisen tarkistuslista mainittiin useammassa vastauksista.

Vuorovaikutuksella ja ilmapiirillä koettiin olevan vaikutusta perehdytyksen onnistumiseen. Kollegoiden kireä ja poissulkeva käytös vaikuttaa perehtyjän työyhteisön jäseneksi pääsemiseen. Ystävällinen ja avoin ilmapiiri puolestaan tukee uutta työntekijää perehtymisessä. Turvallisessa ja hyväksyvässä yhteisössä uusi työntekijä uskaltaa kysyä asioita ja tuoda myös omaa aikaisempaa kokemustaan uuteen työpaikkaan.

Työ leikkausosastolla on vaativaa ja hektistä. Uusia laitteita ja toimenpiteitä tulee kehityksen myötä säännöllisesti. Uusien työntekijöiden perehdyttäminen saatetaan kokea joskus raskaaksi, koska omaa osaamistakin on jatkuvasti kehitettävä ja pidettävä yllä. Työnantajan tulisi huolehtia myös kokeneempien työntekijöiden jaksamisesta työssä. Perehdytykselle tulisi antaa rauha, jotta sitä ei koettaisi liian raskaana.

Perehdytysajan tulisi olla yksilöllisesti suunniteltu. Uusilla työntekijöillä voi olla hyvinkin erilainen tausta, toisilla on vuosien kokemus leikkaussalitalityöskentelystä ja vastaavasti tulija saattaa olla juuri koulusta valmistunut. Perehdytysajan tarkoituksena on antaa uudelle työntekijälle valmiudet toimia itsenäisesti osana moniammatillista leikkaussaliryhmää. Anestesiahoitaja toimii anestesiahoitajan työparina salissa. Anestesiahoitaja toimii salissa kuitenkin suurimman osan ajasta itsenäisesti, anestesiahoitaja on paikalla leikkauksen alussa ja lopussa sekä tarvittaessa muulloinkin. Kyselystä ilmeni haasteena perehdytyksen liiallinen kiirehtiminen ja itsenäiseen työhön siirtyminen. Perehdytyksen jälkeen anestesiahoitaja toimii salissa itsenäisesti, jolloin vertaistuki ja asioiden reflektointi toisen hoitajan kanssa jää vähemmälle.

Perehtymisajan jälkeiseen aikaan tulisi kiinnittää huomioita enemmän jatkossa, sillä työn oppiminen ja syventyminen tapahtuvat asteittain.

Tutkimuksesta nousseiden ajatusten perusteella ehdotetaan seuraavia kehittämissuhteita:

1. Perehtymisajan jälkeisen mentorointimallin kehittäminen.
2. Perehdytysohjelman vieminen sähköiseen muotoon, jolloin siihen olisi mahdollista linkittää opetusmateriaalia ja tiedon päivittäminen ajantasaiseksi olisi helpompaa.

Lähteet

Ahonen, Pia (toim.) 2012. Kliininen asiantuntija – Uutta osaamista ylemmästä ammattikorkeakoulututkinnosta. Turun ammattikorkeakoulu. Saatavilla sähköisesti. <<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162588.pdf>> Luettu 20.5.2017.

Anestesia- ja leikkauslaitosten osaamisvaatimukset 2014. Suomen Anestesia- ja leikkauslaitosten yhdistys ry. Verkkodokumentti. <<http://www.sash.fi/index.php/julkaisut/osaamisvaatimukset>> Luettu 30.5.2017.

BM-OR toimintaraportti 2017. Anestesia- ja leikkaustoiminnan vertaisarviointi. Tieto. Sähköpostiliite. Luettu 8.6.2017

Eriksson, Elina – Korhonen, Teija – Merasto, Merja – Moisio, Eeva-Liisa 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Ammattikorkeakoulujen ja terveystieteiden verkosto ja Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Porvoo. Bookwell Oy. <<http://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>> Luettu 27.9.2017

ETENE 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen 2012-ohje. Lausunnot ja kannanotot. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteiden neuvottelukunta. <<http://etene.fi/documents/1429646/1556032/Lausunto+TENKin+ohjeesta+hyvästä+tieteellisestä+käytännöstä+ja+sen+loukkausten+käsittelemisestä.pdf/23c1778a-4a34-4d68-bf06-7505373e123b>> Luettu 23.10.2017.

Finto. YSA- Yleinen suomalainen asiasanasto. <<https://finto.fi/ysa/fi/search?clang=fi&q=osaaminen&type=http%3A%2F%2Fwww.w3.org%2F2004%2F02%2Fskos%2Fcore%23Concept&group=&parent=&scheme=>>> Viitattu 26.9.2017.

Flinkman, Mervi -Leino-Kilpi, Helena - Numminen, Olivia - Jeon Yeon - Kuokkanen, Liisa - Meretoja, Riitta 2016. Nurse Competence Scale: a systematic and psychometric review. Journal of Advanced Nursing 73(5), 1035- 1050.

Gillespie, Brigid M. – Polit, Denise F. – Hamlin, Lois – Chaboyer, Wendy. Developing a model of the Perceived Perioperative Competence Scale-Revised. International Journal of Nursing Studies 49 (2012) 90-101.

Haapala, Maiju 2009. Anestesia- ja leikkauslaitosten ammatillisen pätevyyden avaintekijät päiväkirurgiassa. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Kariston kirjapaino Oy. Hämeenlinna. 15.uudistettu painos.

HUS strategia 2012-2016.Edelläkävijä - Vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi. Saatavilla sähköisesti. <<http://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteko/hallinto/strategia/Documents/HUS%20strategia%202012-2016.pdf>> Luettu 12.3.2017

International federation of nurse anesthetist 2016. IFNA standards of education, practice and monitoring 2016. <<http://ifna.site/download/ifna-standards-of-education-practice-and-monitoring-2016/>> Luettu 14.5.2017.

Jaensson, Maria – Falk-Brynhildsen, Karin – Gillespie, Brigid M. – Wallentin, Fan Y. – Nilsson, Ulrica 2017. Psychometric Validation of the Perceived Perioperative Competence Scale-Revised in the Swedish Context. Journal of Perianesthesia Nursing. Alkuperäisartikkeli. ResearchGate. Published online April 5 2017.

Jeon, Yunsuk - Lahtinen, Pia – Meretoja, Riitta – Leino – Kilpi, Helena. Anesthesia Nursing Education in the Nordic Countries: Literature reviews. Nurse education today. May 2015; 35(5): 680-688.

Jeon, Yunsuk – Lakanmaa, Riitta-Liisa – Meretoja, Riitta – Leino-Kilpi, Helena 2016. Competence Assessment Instrument in Perianesthesia Nursing Care: A Scoping Review of the Literature. Journal of PeriAnesthesia Nursing. March 2017 32(6) 542-556.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen Julkunen, Katri 2015. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro oy. Helsinki. 3.- 4. painos.

Karppinen, H. 2013. Sairaanhoidajan perehtymisen kehittäminen leikkaus- ja anestesiatoiminnan yksikössä. Opinnäytetyö. YAMK. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan yksikkö. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

Kotimaisten kielten keskus 2017. Kielitoimiston sanakirja. <<http://www.kielitoimistonsanakirja.fi/netmot.exe?ListWord=osaaminen&SearchWord=osaaminen&dic=1&page=results&UI=fi80&Opt=1>> Viitattu 26.9.2017.

Kyngäs, Helvi – Elo, Satu - Pölkki, Tarja - Kääriäinen, Maria – Kanste, Outi 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 2011, 23 (2) 138-148.

Lahti, Tuula. 2007. Sairaanhoidajien työhön perehdyttäminen. Pro-gradu. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta.

Lankinen, Iira 2013. Päivystyshoitotyön osaaminen valmistuvien sairaanhoidajaopiskelijoiden arvioimana. Väitöskirja. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopiston hoitotieteen ohjelma.

Lindfors, Kirsi - Junttila, Kristiina 2014. The effectiveness of orientation programs on professional competence and organizational commitment of newly graduated nurses in specialized health care: a systematic review protocol. JBI database of systematic review&Implementations Reports. 2014;12(5) 2 -14.

Lukkari, Liisa – Kinnunen, Timo – Korte, Ritva 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. 1. Painos. WSOY Oppimateriaalit oy.

Maksimainen, Ann-Nina (toim.). Anestesiahoitotyön kehittäminen, muutos tehdään yhdessä. Lahden ammattikorkeakoulun julkaisusarja, osa 19. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/110298/LAMK_2016_19.pdf?sequence=7> Luettu 20.5.2017.

Meretoja, Riitta – Leino -Kilpi, Helena – Numminen, Olivia – Kajander -Unkuri, Satu – Kuokkanen, Liisa – Flinkman, Mervi – Ruoppa, Eija 2015. Sairaanhoitajien ammattipätevyys ja siihen yhteydessä olevat työhyvinvointitekijät. Hanke, 113083, loppuraportti.

<<http://www.hus.fi/tutkijalle/tutkimushankkeet/koulutuksesta%20työelämään/julkaisut/Documents/Loppuraportti%20-%20sairaanhoitajien%20ammattipätevyys%20ja%20siihen%20yhteydessä%20olevat%20työhyvinvointitekijät.pdf>> Luettu 18.4.2018.

Meretoja, Riitta – Koponen, Leena 2012. A Systematic model to compare nurses' optimal and actual competencies in the clinical setting. *Journal of Advanced Nursing*, Feb 2012; 68(2): 414-422.

Nikki, Lotta – Koivunen, Marita – Suominen, Tarja 2010. Uuden työntekijän mentorointi – katsaus empiiriseen tutkimukseen. *Tutkiva hoitotyö*. Vol. 8(3).

Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.

<<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80112/tr24.pdf?sequence=1>> Luettu 27.9.2017

Opetusministeriö 2009. Tutkintojen ja muun osaamisen kansallinen viitekehys. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2009:24. Viitattu 24.9.2017.

<<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2009/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>>

Rosenberg, Per - Alahuhta, Seppo - Lindgren, Leena - Olkkola, Klaus - Ruokonen, Esko (toim.) 2014. *Anestesiologia ja tehohoito*. 3. Uudistettu painos. Duodecim.

Saastamoinen, Tiia 2014. Mentorointi uuden työntekijän osaamisen varmistamisen tukena. *Sprium* 2014;49 (2)

Sneck, Sami 2016. Sairaanhoitajien lääkehoidon osaaminen ja osaamisen varmistaminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Oulun yliopiston tutkijakoulu. Lääketieteellinen tiedekunta.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Koulutuksella osaamista asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:7.

Tengvall, Erja 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anestesiologeille ja kirurgeille. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta.

Toikko, Timo - Rantanen, Teemu. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen Yliopistopaino oy- Juvenes Print. 3. korjattu painos.

Tuomi, Sirpa 2008. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen lasten hoitotyössä. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 156.

Työhyvinvointiohjelma 2014- 2017. Yhdessä osaamme ja jaksamme. HUS. <<http://www.hus.fi/hus-tietoa/materiaalipankki/esitteet/henkilstesitteet/HUS-Työhyvinvointiohjelma.pdf>> Viitattu 20.9.2017.

Työturvallisuuskeskus 2013. Perehdyttäminen ja työnopastus – ennakoivaa työsuojelua. Koulutus ja kehittäminen. Digijulkaisut.
<https://ttk.fi/koulutus_ja_kehittaminen/julkaisut/digijulkaisut/perehdyttaminen_ja_tyonopastus_-_ennakoivaa_tyosuojelua> Luettu 30.5.2017

Työturvallisuuslaki 738/2002. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2002/20020738>> Luettu 24.8.2017

Vetovoimainen terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2008. Toimituskunta Koponen, Leena – Hopia, Hanna. Sairaanhoidajaliitto.

Vilka, Hanna 2015. Tutki ja kehitä. PS-kustannus. Jyväskylä. 4., uudistettu painos.

Vilka, Hanna - Airaksinen, Tiina. Toiminnallinen opinnäytetyö. 2014. Gummerus kirjapaino oy. Jyväskylä. 1.-2. Painos.

Yleinen suomalainen asiasanasto –YSA 2017. Finto.
<<https://finto.fi/ysa/fi/search?clang=fi&q=osaaminen>> Viitattu 20.5.2017.

Kyselyn saatekirje

Arvoisa anestesiahoitaja kollega,

Opiskelen ylemmän ammattikorkeakoulun tutkintoa, kliininen asiantuntijuus sosiaali- ja terveysalla (YAMK), Metropoliasa. Opintoihin kuuluu opinnäytetyö, joka tehdään osastollemme kehittämishankkeen muodossa.

Aiheena on Anestesiahoitajien perehdytysohjelma Lohjan sairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla.

Hyvällä ja tasalaatuisella perehdytyksellä voidaan lisätä työhyvinvointia ja osaamista. Hyvin suunnitellulla ja toteutetulla perehdytysohjelmalla voidaan pyrkiä näihin tavoitteisiin.

Tällä kyselyllä kartoitetaan mielipiteitänne tämän hetkisestä perehdytyksestä ja kerätään ideoita perehdytysohjelman kehittämiseen. Asia koskee kaikkia anestesiahoitajia, siksi olisi tärkeää yhdessä kehittää toimintaamme. Tietoa, joka saadaan kyselyistä, on tarkoitus hyödyntää perehdytysohjelmaa suunniteltaessa. Vastauksia käsitellään luottamuksellisesti ja ne ovat vain tutkijan käytössä. Vastaukset analysoidaan syksyllä 2017 ja ne hävitetään asianmukaisesti analysoinnin jälkeen.

Perehdytysohjelman on tarkoitus olla valmiina keväällä 2018. Vastaukset raportoidaan opinnäytetyössänne. Toivoisin mahdollisimman suurta osallistumista.

Palautathan täytetyn lomakkeen laukkukaappini lokeroon 1.12.2017 mennessä.

Lisätietoja kyselystä saatte minulta tai ohjaavalta opettajaltani, lehtori Antti Niemeltä, Metropolia AMK.

Yhteistyö terveisin,

Kirsi Karvinen

kirsi.karvinen@hus.fi

Avoin kysely anestesiahoitajille

Kysely perehdyttämisohjelman kehittämistä varten

Minkälaisena koit oman perehdytyksesi?

Mitä hyvä perehdytysohjelma mielestäsi sisältää?

Mitkä tekijät vaikuttavat perehdytykseen? Mitkä ovat perehdytystä edistäviä/estäviä tekijöitä osastollamme?

Miten kehittäisit perehdytystä osastollamme? Mitä toiveita sinulla on perehdytysohjelmaan?

Kiitos arvokkaasta osallistumisesta!

Esimerkki sisällönanalyysistä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Alussa oli yksi sairaanhoitaja, joka vastasi perehdytyksestä. Koin sen hyväksi. Kumpikin tiesi mitkä asiat oli jo käyty läpi ja mitä ei oltu vielä käsitelty.	Perehdyttäjät tietää mitä ollaan käsitelty	Nimetyt perehdyttäjät	Tyytyväisyys perehdytykseen
Perehdyttäjiä oli nimettynä kolme, mikä oli hyvä juttu. Näki samantien monta eri tapaa hoitaa asioita.	Näki erilaisia työtapoja		
Minulla oli kaksi perehdyttäjää, jotka olivat hyvin ammattitaitoisia sekä innokkaita.	Ammattitaitoiset perehdyttäjät		
Huomioitiin taustat, riittävä aika, ei kiirehditty esim. päivystämään tai työskentelemään yksin. Monipuolinen.	Huomioitiin henkilökohtaiset valmiudet	Monipuolinen perehdytys	
Oma perehdytys oli pitkä ja kaiken kattava, jossa edettiin oman "tunteen" mukaan ja portaittain eli sai taka-alalle hyväksi aikaa anestesiahoitajan salivalvojaksi.	Paljon tietoa ja edettiin asteittain		
Mielestäni perehdytykseni oli todella hyvä ja sain laajasti tietoa.	Paljon tietoa		
Riittävä aikaisempaan työkokemukseen nähden.	Riittävän pitkä perehdytys		
Henkilökohtainen perehdytykseni oli kohdallani oikein hyvää, ystävällistä ja hyvin asiallista.	Asiallinen kohtelu		
Hyvänä, tarpeeksi pitkä perehdytys.	Hyvä perehdytys	Hyvä perehdyttäjä	
Hyvä ohjaaja.	Hyvä ohjaaja.		
Perehdyttäjäni oli hyvin perinpohjainen.	Tarkka perehdyttäjä		
Perehdyttäjäni olivat motivoituneita työhönsä ja perehdyttämiseen.	Motivoitunut perehdyttäjä		
Hoitaja kulki rinnalla ja irtiotta tuli vähitellen osaamisen lisääntyessä.	Turvallinen perehdyttäjä	Kiirehtiminen	
Myöhemmin kun aloitin tehdä itsenäisesti töitä, perehdytys oli siinä. Ei ollut mitään tarkistamista työntäjän taholta, että millä tasolla "oppiminen" oli.	Ei varmistettu myöhemmin osaamista		
Esimiesten toimesta hyvin nopeasti pyrittiin saamaan itsenäiseen työhön. Uutena työntekijänä oli kurjaa joutua pitämään omia puoliaan, jotta sai rauhan perehdytykselle.	Liian kiire itsenäiseen työskentelyyn		
Jälkikäteen ajateltuna olen huomannut, että silloin jäi paljonkin asioita läpikäymättä.	Vajaa perehdytys	Perehdytyksen laatu	Tyytymättömyys perehdytykseen
Perehdytys oli sen varassa, kuinka hyvin perehdyttäjä jaksoi asioita kertoa.	Perehdytyksen laatu riippuu perehdyttäjästä		