

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Sairaanhoitaja

2012

Haavisto Suvi

ANALYYSI UROLOGISTEN JA GASTROKIRURGISTEN OSASTOJEN PEREHDYTYS- MATERIAALEISTA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoidaja

Kevät 2012 | 55

Ohjaaja | Maika Kummel

Suvi Haavisto

ANALYYSI UROLOGISTEN JA GASTROKIRURGISTEN OSASTOJEN PEREHDYTYSMATERIAALEISTA

Tutkimuksen tarkoitus oli kartoittaa ja analysoida Turun yliopistollisen keskussairaalan urologisten ja gastrokirurgisten osastojen perehdytysmateriaaleja. Tutkimus on osa Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojektia 2009-2015. Projekti on yhteinen hanke VSSHP:n ja Turun ammattikorkeakoulun kanssa. Projekti on osa T-sairaalan T-Pro-hanketta, jonka tarkoitus on kehittää Turun yliopistollisen keskussairaalan toimialueisiin perustuvaa toimintaa ja koko organisaatiota.

Tutkimusongelmat olivat seuraavat: mitä yhtäläisyyksiä ja mitä eroja on urologisten ja gastrokirurgisten osastojen perehdytysmateriaaleilla. Tutkimus oli kvalitatiivinen ja aineistot koostuivat urologisten ja gastrokirurgisten osastojen yksittäisistä dokumenteista. Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä, jossa materiaali jaettiin kahteen pääluokkaan; Yleistä perehdytyksessä ja Hoitotyö. Pääluokkien jälkeen aineisto jaettiin vielä kuvaaviin alaluokkiin niiden sisältöjen perusteella.

Osastot olivat keskittyneet perehdytyksessä eri osa-alueisiin, joten yhteisiä asiasisältöjä perehdytysmateriaaleissa oli vähän. Materiaaleille yhteisiä asioita olivat organisaatio ja strategia, VSSHP:n ohjeet, osaston kuvaus, työnkuvan määritelmät, työterveys ja henkilökunta, tyypilliset osastokohtaiset toimenpiteet, osaston toimintatavat, lääkehoito sekä eristyspotilaan hoito.

ASIASANAT: Perehdytys, Urologia, Gastroenterologia, Gastrokirurgia

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing | Nursing

Spring 2012 | 55

Instructor Maika Kummel

Suvi Haavisto

ANALYSE OF UROLOGICAL AND GASTRO-SURGICAL DEPARTMENTS ORIENTATION MATERIALS

The purpose of this thesis is to survey and analyze the orientation material of urological and gastro-surgical departments of Turku University central Hospital. This study is part Hospital of future – nursing developing project 2009 - 2015. (Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojektiä 2009 – 2015). The project is cooperative programme with the Hospital District of Southwest Finland and Turku University of Applied Sciences. The project is part of the T-hospitals T-Pro project, which purpose is to develop the procedures and the whole organization of Turku University central Hospital.

The research problems were: What equalities and differences are in the urological and gastro-surgical departments orientation material. The study was qualitative and the material consisted urological and gastro-surgical departments individual documents. The study material was analyzed with using content analysis method. In this method the material was divided into two main category; General and Nursing. The main categories were divided forward into characteristic subcategories depending of the context.

The departments were focused in orientation to different categories, hence collective subject content were in orientation material short. Similar subjects to the material was organization and strategy, nursing district of Finland Proper guides, departments description, job descriptions, occupational health and personnel, typical department specific procedures, department policies, drug treatment and quarantine patient treatment.

KEYWORDS:

Orientation, urologic, gastroenterology, gastro-surgery

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 UROLOGIA	8
2.1 Urologiset sairaudet	8
2.2 Yleisimmät hyvänlaatuiset urologiset sairaudet	8
2.3 Yleisimmät pahanlaatuiset urologiset sairaudet	10
3 GASTROENTEROLOGIA	12
3.1 Gastrokirurgia	12
3.2 Yleisimmät gastroenterologiset sairaudet	13
3.3 Yleisimmät gastroenterologiset syöpäsairaudet	16
4 PEREHDYTYKS	18
4.1 Perehdytyksen lainsäädäntö	18
4.2 Perehdytys organisaatiossa	19
4.3 Perehdytyksen vastuu	20
4.4 Perehdyttäjän valinta	21
4.5 Perehdytyksen tavoite	21
4.6 Perehdytyksen sisältö	22
5 PEREHDYTYKSEEN LIITTYVÄÄ AIKAISEMPAA TUTKIMUSTIETOA	24
5.1 Aikaisempaa tutkimustietoa perehdytyksestä	24
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	31
7 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄ	32
7.1 Tutkimusaineisto	32
7.2 Aineistonkeruumentelmä ja sisällönanalyysi	32
8 TULOKSET	35
8.1 Perehdytysmateriaalien yhtäläisyydet	35
8.2 Perehdytysmateriaalien eroavaisuudet	36
9 POHDINTA	42
9.1 Luotettavuus	42
9.2 Eettisyys	44

9.3 Tulosten tarkastelu	45
10 JOHTOPÄÄTÖKSET	48
LÄHTEET	49

LIITTEET

Liite 1. Tiedonhaku­taulukko.

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoituksena on analysoida ja kartoittaa Turun yliopistollisen keskussairaalan urologisten ja gastrokirurgisten osastojen perehdytysmateriaaleja.

Opinnäytetyö toteutetaan osana Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojektia 2009–2015. Hoitotyön kehittämisprojekti on Varsinais-Suomen ja Turun ammattikorkeakoulun yhteinen hanke. (Kummel ym. 2011.) Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojekti 2009–2015 on osa laajempaa T-Projektia, joka on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin uutta T- sairaalaa koskeva kehittämissanke. T-projektin tarkoituksena on uudistaa organisaatiota ja luoda toimialueisiin perustuva hoitotyöntoiminta, sekä lisätä sairaanhoitopiirin veto-voimaisuutta ja syventää yhteistyötä Turun ammattikorkeakoulun kanssa. (TYKS 2010.)

T –Pro hankkeen keskeinen tavoite on suunnitella sairaalan palvelut toimialuekohtaisesti. Tarkoituksena on tuoda potilaan hoitopaikan läheisyyteen mahdollisimman paljon hänen hoitoonsa liittyviä palveluita. Toimialueiden myötä hoitoa pyritään kehittämään potilaslähtöiseen ja yksilön tarpeet huomioon ottavaan suuntaan. (TYKS 2010.)

Toimialueiden periaate on, että potilaat hoidetaan sairauden, oireiden ja hoidon tarpeen mukaan mahdollisimman nopeasti ja joustavasti sekä resursseja tehokkaasti hyödyntäen. Näin pyritään välttämään yksiköiden välillä tapahtuvat viivästykset ja informaatiokatkokset. Lyhyet ja nopeasti tapahtuvat potilassiirrot parantavat saadun hoidon laatua. Toimialueet koostuvat eri hoitoprosessien kokonaisuuksista, jotka kokoavat eri ammattiryhmien osaamisen ja tiedon saman yksikön sisälle. (TYKS 2010.)

Turun yliopistollinen keskussairaala toimii vielä yksikkökeskeisen toiminnan ja johtamismallin mukaan, mutta uuden sairaalan valmistuessa koko Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri siirtyy toimialuelähtöiseen malliin (TYKS 2011).

Tämän tutkimuksen tarkoitus on analysoida ja kartoittaa tällä hetkellä yksikkökeskeisen organisaation eri osastojen perehdytysmateriaaleja ja etsiä niistä yhtäläisyyksiä sekä eroja. Tutkimuksen tulokset tulevat helpottamaan osaltaan uuden yhteisen perehdytysmateriaalin luomista siirryttäessä toimialuelähtöiseen toimintaan.

2 UROLOGIA

Sana urologia tulee kreikkalaisesta sanasta οὔρον – oûron (urine) ja sanasta – λογία (-logia), jotka käännettyinä tarkoittavat oppia virtsaelimistä (Duodecim 2012 a). Urologia on tieteenala, jossa tutkitaan sekä naisten että miesten virtsatie-sairauksia ja miesten sukupuolielimiä. Urologia keskittyy hoitamaan munuais-ten, virtsarakon ja eturauhasen kasvaimia, sekä virtsateiden vammoja, arpiku-roumia ja virtsatiekiviä. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2010.)

2.1 Urologiset sairaudet

Urologiset sairaudet ovat naisten ja miesten virtsanerityselimistön sairauksia. Tyypillisiä urologisia sairauksia ovat virtsatiekivet, virtsarakontoimintahäiriöt, virtsateiden vammat, arpikudokset, munuais- ja kivessyövät, eturauhassyövät, eturauhasen hyvänlaatuinen liikakasvu ja virtsainkontinenssi. Urologiset sairau-det voidaan jakaa kahteen ryhmään, joita ovat hyvänlaatuiset sekä pahanlaatuiset urologiset löydökset. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2004d.)

2.2 Yleisimmät hyvänlaatuiset urologiset sairaudet

Hyvänlaatuisia urologisia löydöksiä ovat virtsatietulehdukset, eturauhasen liika-kasvu, virtsatiekivet ja virtsarakontoimintahäiriöt (Helsingin ja Uudenmaan sai-raanhoitopiiri 2004d).

Hengitystieinfektioiden jälkeen yleisin tulehdussairaus on **virtsatietulehdus**. Virtsatietulehdukset ovat yleisempiä naisilla kuin miehillä, koska naisten virtsa-putki on lyhyempi kuin miesten. Virtsatietulehduksen oireita ovat tiheävirtsaisuus, kirvely virtsatessa, säteilevä kipu selässä ja joskus verivirtsaisuus. Virtsatieinfektio diagnosoidaan oireiden ja virtsanäytteen analyysin perusteella, joka otetaan keskivirtsasta. Infektion hoitoon käytetään antibiootteja, lisäksi potilasta kehoitetaan nauttimaan runsaasti nesteitä. Hyvällä nesteytyksellä pyritään huuhtomaan virtsateitä, jolloin bakteerien määrä vähenee. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2004 a.)

Virtsatietulehdus on aina hoidettava, sillä hoitamattomana tulehdus voi levitä munuaisiin. Tällaista tilaa kutsutaan pyelonefriitiksi. Pyelonefriitti aiheuttaa usein voimakkaita oireita, joita ovat lämpöily, kylkikivut, vilunväristykset ja pahoinvointi. Huonokuntoisilla potilailla ja vanhuksilla se saattaa aiheuttaa myös nopean yleiskunnon laskun. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2004 a.)

Yli 60- vuotiaista miehistä noin 80 prosentilla todetaan olevan **eturauhasen hyvänlaatuista liikakasvua** eli prostatahyperplasiaa (Therapia Fennica 2007a). Eturauhanen sijaitsee virtsarakon alapuolella ja se on noin luumun kokoinen elin. Sen tärkein tehtävä on tuottaa spermaan eritettä, joka mahdollistaa hedelmöityskyvyn. Usein miesten eturauhanen alkaa kasvaa keski-ikässä, hormoni-toiminnon seurauksena. Miehillä virtsaputki kulkee eturauhasen läpi. Eturauhasen liikakasvu ahtauttaa virtsaputkea, mikä voi aiheuttaa ongelmia virtsaamiseen. Liikakasvu kuitenkin yleensä lakkaa muutamassa vuodessa, jolloin kyseessä on hyvänlaatuinen eturauhasen liikakasvu. (Therapia Fennica 2007a.)

Eturauhasen liikakasvusta aiheutuvia oireita ovat heikentynyt virtsasuihku, virtsaamisen aloittamisen vaikeus ja tihentynyt virtsaamisen tarve. Usein nämä oireet ovat hyvin kiusallisia, mutta vain harvoin vaarallisia. Eturauhasen liikakasvun oireita voidaan hoitaa lääkityksellä ja vaikeita tapauksia eturauhasen höyläyksellä. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2004 b.) Eturauhasen höyläyksessä poistetaan höylällä kudosta, jolloin virtsaputken ja eturauhasen välille syntyy ontelo, jonka kautta virtsa pääsee poistumaan esteettä ulos (Therapia Fennica 2007a).

Virtsakivitauti saattaa aiheuttaa äkillistä kovaa kipua yleensä toispuoleisesti kylkeen, nivustaipeeseen tai kivekseen. Virtsakivien muodostumisen syyksi on epäilty eurooppalaista ruokavaliota, joka sisältää runsaasti valkuaisaineita eli proteiineja. Virtsakivitautia sairastavilla voidaan usein todeta liiallista kalkin erittymistä virtsaan. Liiallisen kalkin erittymisen syyksi on epäilty liikkumattomuutta, liian vähäistä nesteiden nauttimista, kilpirauhasen liikatoimintaa, pahanlaatuisia kasvaimia ja D-vitamiinin liikasaantia. Diagnoosi saadaan veri- ja virtsakokeista sekä virtsateiden varjoainekuvauksista. Virtsakiven ollessa kooltaan pieni, se poistuu yleensä virtsateiden kautta ulos itsestään, jolloin hoitona käytetään pel-

kästään kipulääkitystä virtsakivikohtauksissa. Suuret tai juuttuneet virtsakivet hoidetaan yleensä tähystysleikkauksella tai kehonulkoisella murskaushoidolla. Murskaushoito tapahtuu antamalla sähkömagneettinen energia-aalto kiveen, joko röntgen- tai kaikuohjauksella, jolloin kivi murenee ja poistuu virtsan mukana ulos. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2004 c.)

Virtsainkontinenssi on sairaus, joka tarkoittaa virtsan tahatonta karkailua. Se on yleinen sairaus ja jopa 5-8 prosenttia suomalaisista kärsii siitä. Virtsankarkailu aiheuttaa usein lähinnä sosiaalisia ja hygieenisiä haittoja, eikä se ole vaarallinen sairaus. Sitä esiintyy yleisemmin naisilla kuin miehillä, koska naisilla virtsaputken sulkijalihas ei ole yhtä kehittynyt kuin miehillä. Naisilla tavallisemmin virtsan karkailua esiintyy ponnistus- tai nostotilanteissa sekä yskiessä. Virtsan karkailu saattaa aiheuttaa naisille virtsatietulehduksia ja kroonisen rakkosairauden, mikäli ongelmaa ei hoideta. Paras hoitokeino on lantionpohjan lihasten vahvistaminen, mikä ennalta ehkäisee ja monissa tapauksissa myös parantaa vaivan. Potilaan ollessa ylipainoinen on hänen syytä kokeilla painon pudottamista, ennen muiden hoitokeinojen käyttöön ottoa. Muita hoitomuotoja ovat leikkaushoito ja siihen yhdistetty lääkehoito. (Käypähoito 2011.)

Miehillä tavallisempi muoto inkontinenssista on jälkitiputtelu, jolloin virtsaa erittyy virtsarakon tyhjennyksen jälkeen. Oire on yleensä vaaraton ja se saattaa johtua eturauhasen suurentumisesta tai virtsaputken elastisuuden vähenemisestä. Hoitona on opettelu käydä rauhallisemmin wc:ssä, jotta virtsaputki ehtii tyhjäntyä kunnolla. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2004 d.)

2.3 Yleisimmät pahanlaatuiset urologiset sairaudet

Toinen urologisten sairauksien ryhmä ovat syöpäsairaudet, joista yleisimpiä ovat eturauhassyöpä, virtsarakonsyöpä ja munuaissyöpä. Urologiset syövät käsittävät noin 42 prosenttia kaikista miesten syövästä Suomessa. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2004 g.)

Erityisen suuri haaste on **eturauhasen syöpä**, jonka vuosittainen ilmaantuvuus on jatkuvasti lisääntynyt. Suomessa diagnosoidaan noin 3800 eturauhassyöpätapausta vuodessa. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2004 e.) Taudin oireet ovat usein samankaltaiset kuin eturauhasen liikakasvussa. Näitä ovat tiheävirtsaisuus, virtsan heikko suihku ja virtsaamisen aloittamisen vaikeus. Lisäksi kipuja voi esiintyä selässä sekä alavatsalla. Eturauhasen syöpä todetaan yleensä peräsuolen kautta tapahtuvalla tunnustelulla ja ohutneulanäytteellä sekä potilaan laboratoriotutkimuksilla. Eturauhasen syöpähoitona käytetään leikkaushoitoa, hormonihoitoa, sädehoitoa tai sytostaattihoidoa. Leikkauksessa voidaan tehdä radikaali poisto, jolloin eturauhanen poistetaan kapseliseinän kanssa. Hormonihoidolla voidaan hidastaa taudin kulkua ja jossakin tapauksissa jopa pysäyttää se. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2004 e.)

Virtsarakon syöpä on neljänneksi yleisin syöpämuoto Suomessa. Sairastuneet ovat yleensä noin 60–70 vuotiaita miehiä, mutta naisten osuus on lisääntynyt viime aikoina. Tyypillisiä oireita virtsarakon syövässä ovat veri- ja tiheävirtsaisuus sekä kipu virtsatessa. Diagnoosi varmistetaan virtsateiden ultraääni- ja varjoainetutkimuksella sekä virtsarakon tähytyksellä, jolloin otetaan myös koepalat virtsarakon limakalvoilta. Virtsarakon syövän hoito riippuu paljon taudin levinnäisyydestä ja sen ennusteesta. Kasvaimen ollessa pinnallinen se voidaan poistaa virtsaputken kautta tehtävällä leikkauksella, mutta levinneessä syövässä voidaan harkita, jopa virtsarakon poistamista kokonaan tai osittain. Leikkaushoidon lisäksi voidaan käyttää myös rakkohuuhtelua, solunsalpaajaa lääkitystä ja sädehoitoa. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2002.)

Munuaissyövän syitä ei usein tiedetä, vain tupakoinnin on todettu lisäävän sen riskiä. Taudin oireina ovat yleensä verivirtsaisuus, laihtuminen, selittämätön kipu, kuumeilu ja väsymys. Joskus tauti voi olla myös täysin oireeton. Munuaissyöpä todetaan yleensä ultraäänitutkimuksen yhteydessä tai virtsateiden- ja munuaisten varjoainekuvauksessa. Munuaissyövän hoitona käytetään leikkaushoitoa, sillä muiden hoitomuotojen merkitys on vähäinen. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2004 f.)

3 GASTROENTEROLOGIA

Gastroenterologia tulee kolmesta Kreikan kielisestä sanasta gaster (vatsa), enteron (suoli) ja logos (syy). Gastroenterologia on vatsaelinsairauksiin ja niiden hoitoon keskittyvä sisätautien erikoisala. (Duodecim 2012b.) Tavallisia gastroenterologisia sairauksia ovat suolikanavan, ruokatorven, vatsalaukun, ohutsuolen, paksusuolen, maksan, haiman ja sappirakon toimintahäiriöt (Höckerstedt ym. 2000, 5).

3.1 Gastrokirurgia

Gastrokirurgia eli vatsaelinkirurgia on tieteenala, joka tutkii ja hoitaa vatsaelinsairauksia (TYKS 2011). Gastroenterologisessa kirurgiassa pääpainopiste on hoitaa ruansulatuselinten sairauksia ruokatorvesta peräsuoleen sekä lisäksi suorittaa maksan, sappiteiden ja haiman kirurgista hoitoa vaativia toimenpiteitä. Usein gastrokirurgiassa tehdään myös ruansulatuskanavan ulkopuolisten sairauksien kirurgisia toimenpiteitä kuten pernan, vatsanpeitetyrien tai vatsaontelon takaisten tilojen leikkauksia. (TYKS 2009.)

Usein gastrokirurgi tekee yhteistyötä yleiskirurgien ja muiden erikoisalojen kirurgien kanssa. Gastrokirurgian piiriin kuuluvat myös erilaiset syöpäsairaudet kuten maha-, haima- ja pakussuolensyövät. Gastrokirurgiassa hoidetaan myös haimatulehduksia, vaikkei varsinaisia leikkaustoimenpiteitä niissä aina tarvitaakaan. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2004 h.) Gastrokirurgiassa yleisimpiä toimenpiteitä ovat täyhystystoimenpiteet ja erilaiset tutkimukset, kuten radiologiset tutkimukset ja varjoainekuvaukset (TYKS 2011).

Yleisimpiä tutkimuksia ovat sappi- ja haimateiden varjoainekuvaukset. Sappiteiden varjoainekuvauksissa pyritään löytämään sappikivet ja sappirakon syövät. Haiman varjoainekuvauksilla voidaan löytää krooniset haimatulehdukset ja haiman alueen syövät. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2004 h.) Laihdutusleikkauksien määrä on lisääntynyt gastrokirurgiassa. Laihdutusleikkaus tarkoittaa leikkausta, jossa mahalaukkua muovataan tai se ohitetaan. (Vaasan keskussairaala 2010.)

Laparoskopian eli tähystysleikkauksen etuja avokirurgiseen leikkaukseen verrattuna ovat potilaan nopea toipuminen toimenpiteestä, tulehdusriskin väheneminen ja kustannustehokkuus. Usein potilas saapuu leikkaukseen leikkauspäivän aamuna ja kotiutuu muutaman päivän kuluttua leikkauksesta. Esteenä laparoskopialle toimenpiteelle voivat olla vatsanalueen tulehdukset, syöpäkasvaimen suuri koko tai aikaisemmista leikkauksista johtuvat kiinnikkeet. Tällöin joudutaan tekemään avoleikkaus eli laparotomia. (Vaasan keskussairaala 2010.)

Tähystystoimenpiteistä yleisimpiä ovat paksusuolen tähystysleikkaus ja mahalaukuntähystysleikkaus. Paksusuolentähystysleikkauksissa tehdään usein hyvänlaatuisten limakalvokasvaimien eli polyyppien poistoja sekä peräpukamien kumilenkkihoitoja. Mahalaukun tähystyksen yhteydessä yleisiä toimenpiteitä ovat myös polyyppien ja erilaiset ruokatorven laskimolaajentumien leikkaukset sekä mahahaavojen ruiskutukset eli skleroterapiat. (TYKS 2009.)

3.2 Yleisimmät gastroenterologiset sairaudet

Sappikivitauti on yleinen akuutin vatsakivun aiheuttaja ja tautia sairastaa yli 300 000 suomalaista, joista suurin osa on naisia. Maksan tehtävänä on erittää nestettä, jota kutsutaan sapeksi. Sappi varastoituu sappirakkoon, josta se kulkeutuu myöhemmin tiehyeitä pitkin pohjukaissuoleen. Sappen tehtävänä on mahdollistaa rasvojen ja rasvaliukoisten vitamiinien imeytyminen, sekä poistaa ruuansulatuskanavasta epätoivottuja yhdisteitä, kuten kolesterolia ja punasolujen hajoamisesta syntyvää bilirubiinia. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006.)

Sappikivitaudiksi kutsutaan sapesta muodostunutta kivimäistä muodostelmaa, joko sappirakossa tai sappitiehyissä. Usein kyseessä voi olla kolesterolin ja sappisuolojen muodostama kivi, jolloin sitä kutsutaan kolesterolikiveksi. Kun kivi kiillautuu sappirakon kaulaan tai sappirakon tiehyeeseen on kyseessä sappikivi-kohtaus eli sappikoliikki. Tällöin saattaa syntyä hyvin voimakasta kipua oikean kylkikaaren seudulle ja kipu voi säteillä selän ja lavan puolelle. Kohtauksen kesto saattaa vaihdella minuuteista tunteihin. Usein sappikivitauti on lähes oireeton,

mutta esimerkiksi rasvainen tai voimakkaasti maustettu ruoka saattavat laukaista kohtauksen. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006.)

Sappikivitaudin syntyyn vaikuttavat ylipaino, tietyt sairaudet ja lääkeaineet, sekä perinnöllisyys. Liikunnan ja terveellisen ruokavalion on todettu vähentävän sappikivien muodostumista. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006.)

Sappikivitauti diagnosoidaan yleensä ultraääni- ja laboratoriotutkimuksilla, joilla lähes kaikki tapaukset löydetään. Oireettoman sappikivitaudin hoidossa riittää yleensä seuranta ja ruokavalion muuttaminen, tarvittaessa voidaan myös käyttää kipulääkitystä sappikivikohtausten hoitoon. Vaikeammissa tapauksissa sappikiviä voidaan hoitaa liuotushoidolla tai ulkoisella murskaushoidolla. Liuotushoito tarkoittaa lääkehoitoa, jolla pyritään liuottamaan kolesteroli irti kivistä. Ulkoisessa murskaushoidossa sappikivet murskataan ultraäänitekniikalla. Ellei liuotuksella tai ultraäänitekniikalla saada haluttua hoitovastetta, turvaudutaan yleensä kirurgiseen hoitoon, jolloin usein sappirakko poistetaan. Sappirakon poisto ei vaikuta sapen kulkeutumiseen. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006.)

Rasvamaksa on yleisin maksatauti ja sen tavallisin aiheuttaja on liiallinen alkoholin käyttö. Muita syitä ovat metabolinen oireyhtymä, liikalihavuus, intoksikaatiot, krooniset infektiot, aliravitsemus, diabetes ja eräät lääkeaineet. Rasvamaksa on yleensä oireeton sairaus, jossa diagnoosi saadaan ultraäänitutkimuksella ja laboratoriotutkimusten perusteella. Lisäksi voidaan ottaa maksabiopsia eli koe-pala maksasta, josta taudin vaikeusastetta voidaan selvittää ja poissulkea muut maksasairaudet. (Duodecim 2010 b.)

Rasvamaksa jaetaan kahteen ryhmään, joko alkoholiperäiseen tai ei-alkoholiperäiseen rasvamaksaan. Alkoholiperäisessä rasvamaksassa tulehdus voi edetä ja johtaa maksakirroosiin. Ei-alkoholiperäisessä rasvamaksassa tulehdus harvoin etenee, eikä siihen toistaiseksi ole hoitokeinoja. Maksan ollessa rasvainen ja tulehtunut, sairautta kutsutaan steatohepatiitiksi. Sairautta kutsutaan steatohepatiitiksi. Diabeteksestä johtuvaan rasvamaksaan on todettu tehoavan insuliiniherkistäjien eli glitasonien. (Duodecim 2010 b.)

Akuutti hepatiitti tarkoittaa maksasolukon diffuusia tai paikallista tulehdusreaktiota. Tulehdukset johtuvat yleensä A-, B-, tai C-viruksesta, alkoholista ja lääkkeistä. Harvinaisempia ovat sienien, parasiittien tai joidenkin muiden virusten, kuten mononukleosin aiheuttamat tulehdusreaktiot. A- hepatiitti leviää yleensä ulosteiden mukana. B- ja C- hepatiitti leviävät yleensä veriteitse, suonten sisäisten huumeiden ja suojaamattoman seksin yhteydessä. (Duodecim 2009.)

Hepatiitti tartuntojen oireita ovat väsymys, ruokahaluttomuus ja epämääräiset ylävatsakivut, joskus esiintyy myös ohimenevää keltaisuutta. Tällöin saattaa esiintyä myös kuumetta ja vatsakipuja. Diagnoosi varmistuu yleensä potilaskertomuksen ja oireiden perusteella sekä laboratoriotutkimuksilla. (Duodecim 2009.) Virusperäinen hepatiitti paranee yleensä itsestään noin 1-3 kuukaudessa ja erityisiä hoitotoimenpiteitä ei tarvita. Alkoholista ja maksan toimintaa hidastavia lääkkeitä pyritään välttämään. Krooninen hepatiitti tarkoittaa hepatiittisairautta, joka on kestänyt yli 6 kuukautta. (Duodecim 2009.)

Runsas ja säännöllinen alkoholinkäyttö voi aiheuttaa **alkoholihepatiitin**. Sen tyypillisiä oireita ovat väsymys, huonovointisuus ja keltaisuus. Usein myös mustelmat, nenä- ja suolistoverenvuodot ovat tavallisia oireita. Diagnoosi selviää laboratoriotutkimusten avulla. Alkoholihepatiitti altistaa potilasta maksakoomalle, suolistoverenvuodolle, hepatorenaaliseen oireyhmään sekä infektioille, jotka saattavat johtaa jopa kuolemaan. Hoitona on ensisijaisesti alkoholinkäytön lopettaminen. Muuta hoitoa ovat neste- ja ravintotasapainon korjaus, vuodelepo, kortisoni, K-vitamiini ja jääplasma, jolla korjataan potilaan puutosta hyytymistekijöissä. (Duodecim 2009.)

Maksakirroosi on sairaus, jossa maksan perusrakenne muuttuu sidekudoslisän ja kyhmyjen vuoksi. Maksakirroosin syntyyn vaikuttavat monet tekijät kuten sairaudet, alkoholi, krooniset virushepatiitit, rasvamaksa, autoimmuunimaksasairaudet ja raudan imeytymishäiriö eli hermokromatoosi. (Therapia Fennica 2007b.)

Kirroosin yleisempiä oireita ovat heikotus, ruokahaluttomuus, väsymys ja laihtuminen. Maksa on palpoittaessa kova, kiinteä ja pitkälle edenneessä kirroosissa

pienentynyt. Tavallisesti diagnoosi varmistetaan laboratoriotesteillä ja potilaan taustatietojen perusteella, sekä maksasta otetulla koepalalla. (Duodecim 2010 a.)

Oireettomana maksakirroosi ei vaadi hoitoa, mutta syy kirroosin syntyyn pyritään löytämään ja hoitamaan, jotta taudin etenemistä saataisiin hidastettua. Alkoholin käyttö on ehdottomasti lopetettava alkoholipohjaisessa kirroosissa ja aktiivinen hepatiittisairaus on hoidettava. (Duodecim 2010 a.)

3.3 Yleisimmät gastroenterologiset syöpäsairaudet

Paksu- ja peräsuolisyövät ovat yleisiä gastroenterologisia syöpäsairauksia. Suurin osa sairastuneista on ikäkkäitä potilaita, sillä riski näihin sairauksiin lisääntyy iän myötä. Suomessa todetaan joka vuosi noin 2000 uutta paksu- tai peräsuolisyöpä tapausta. Paksu- ja peräsuolisyövät kehittyvät aina hyvänlaatuisista limakalvokasvaimista, jolloin varhainen toteaminen tähystyksellä on mahdollista. Muita syöväälle altistavia tunnettuja tekijöitä ovat pitkäaikaiset suoliston tulehdussairaudet, perinnöllisyys ja Crohnin tauti. (Syöpäjärjestöt 2010a.)

Paksu- ja peräsuolisyövän oireet ovat usein vatsantoimintahäiriöitä kuten kipua, vatsan turvotusta, kouristelua, ummetusta, ripulia ja ulostamisvaikeutta. Muita oireita ovat ulostamispakko ja limaiset sekä niukat ulosteet. Joskus syöpä aiheuttaa suolen tukkeutumista, jolloin potilas voi oksentaa, vatsa on erittäin kipeä eikä ulostetta tule. Tällöin leikkaushoito on välttämätöntä. Peräsuolen syövässä oireena voi olla veren ilmaantuminen ulosteeseen, jolloin anemia on yleinen peräsuolensyövän oire. Diagnoosi saadaan yleensä tunnustelemalla peräsuolta, tähystyksen tai varjoainekuvauksen avulla, jolloin potilaan yleiskunnon tila vaikuttaa hoidon valintaan ja antaa suuntaa paranemismahdollisuudesta. (Syöpäjärjestöt 2010a.)

Mahasyöpä on yleinen syöpäsairaus Suomessa, joka vuosi todetaan noin 1000 uutta syöpätapausta. Mahalaukku sijaitsee vatsaontelon yläosassa ja sen tärkein tehtävä on aloittaa ruuansulatus sekä ruuan imeytyminen energiaksi. Mahasyöpä syntyy, kun terveet ja hyvänlaatuiset solut alkavat muuttua pahanlaa-

tuisiksi soluiksi. Mahasyöpä voidaan jakaa hyvänlaatuisiin ja pahanlaatuisiin syöpiin, jolloin niiden ennusteet myös vaihtelevat. Hyvänlaatuisen mahalaukun syövän oireet voivat olla erilaisia ruuansulatushäiriöitä, lieviä vatsakipuja, turvotusta ruokailun jälkeen, pahoinvointia ja ruokahaluttomuutta. Samat oireet voivat olla myös merkki hyvänlaatuisesta mahalaukun sairaudesta, kuten mahakatarista tai mahahaavasta. Pidemmälle edenneissä mahasyövässä oireet voivat olla vakavampia, kuten väsymys, ruokahaluttomuus, laihtuminen, ylävatsakivut, nielemisvaikeudet ja jopa verioksennukset. (Syöpäjärjestöt 2010b.)

Mahasyöväälle tunnettuja riskitekijöitä ovat korkea ikä, vitamiinien puute, suolaiset- ja savustetut ruuat. Lisäksi myös eräiden sairauksien ja polyyppien muodostumisen tiedetään lisäävän riskiä mahasyöpään. (Syöpäjärjestöt 2010b.) Diagnoosi saadaan mahalaukuntähystyksellä eli gastroskopiolla, röntgenvarjoainekuvauksella ja laboratiokokeilla. Tähystyksen yhteydessä otetaan poikkeavasta kudoksesta koepala, josta selvitetään onko kyseessä syöpämuutos. Mahalaukun syövän levinneisyys pyritään kartoittamaan ultraäänitutkimuksella ja vatsan alueen tietokonetomografiolla eli kerroskuvauksella. Mahalaukun syöpä on yleensä ikävä tauti, sillä se leviää hyvin usein ympäröiviin kudoksiin kuten haimaan, palleaan, maksan alapintaan, vatsanpeitteisiin tai imusolmukkeisiin. Joskus se saattaa levitä myös verenkierron mukana maksaan, keuhkoihin ja luustoon. Laajalle levinneen mahasyövän ennuste on huono. (Syöpäjärjestöt 2010b.)

Haimasyöpä on hyvin vakava sairaus ja Suomessa todetaan vuosittain noin 700 uutta tapausta. Haimasyöpää esiintyy eniten yli 70- vuotiailla ihmisillä, mutta myös nuoremmat saattavat siihen sairastua. Haimasyöpä syntyy, kun haimakudoksen terveet solut alkavat muuttua pahanlaatuisiksi. Haima sijaitsee mahalaukun takana ja on kooltaan noin 15 cm:ä. Haimaa ympäröivät mahalaukku, ohutsuoli, sappitiehyet, sappirakko, maksa ja perna. Siksi syövän havaitseminen on usein vaikeaa, eikä sitä löydetä taudin varhaisessa vaiheessa. (Syöpäjärjestöt 2010c.)

Haiman tärkeimmät tehtävät ovat tuottaa ruuansulatukseen entsyymeitä ja hormoneita, kuten insuliinia. Hormonien tehtävänä on säädellä elimistön ravintoai-

neiden käyttöä ja varastointia. Haimasyövän oireita ovat laihtuminen, ylävatsakivut, selkäkivut ja ihon kellastuminen. Joskus saattaa myös esiintyä suolentoinnin muutoksia kuten ripulia, pahoinvointia ja oksentelua. (Syöpäjärjestöt 2010c.)

Diagnoosi saadaan useilla eri tutkimuksilla, joita ovat esimerkiksi laboraatiokokeet, ultraäänitutkimus, röntgentutkimus ja tietokonetomografia eli kerroskuvaus. Usein nämä tutkimukset paljastavat taudin levinneisyyden, mutta joskus tarvitaan kirurginen leikkaus ennen kuin syöpätauti löytyy. Kirurgisessa toimenpiteessä lääkäri tutkii haiman ja sen ympärivät kudokset, josta saadan selville taudin levinneisyys ja tämän perusteella myös ennuste. (Syöpäjärjestöt 2010c.)

4 PEREHDYTYS

4.1 Perehdytyksen lainsäädäntö

Työpaikalla on erilaisia työturvallisuutta ja perehdytystä koskevia lakeja, niiden tarkoituksena on taata, että uusi työntekijä saa riittävästi tietoa ja ohjausta uudessa työpaikassaan. Tällaisia lakeja ovat Työturvallisuuslaki, Pelastustoimiasetus ja asetus työsuojelun valvonnasta. (Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.)

Työturvallisuuslain mukaan työnantajalla on velvollisuus järjestää perehdyttämiskoulutusta. Perehdytyksessä tulee antaa riittävästi tietoa työhön liittyvistä asioista, kuten työolosuhteista sekä työpaikan haitta- ja vaaratekijöistä. Työntekijä tulee myös perehdyttää käytössä oleviin työvälineisiin ja niiden oikeaan käyttötapaan, sekä turvallisiin työskentelytapoihin. Työturvallisuuslain päätavoite on, ettei yhtään työtaturmaa sattuisi työpaikoilla. (Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.)

Pelastustoimiasetuksessa sanotaan, että jokaisella työpaikalla on oltava turvallisuussuunnitelma, jossa kerrotaan vaaratekijöistä ja kuinka toimitaan onnettomuus- tai vahinkotilanteissa. Turvallisuussuunnitelmasta tulee myös selvittää kuinka

vahinko tilanteita ennaltaehkäistään ja kuinka niihin varaudutaan työpaikalla sekä organisaatiossa. Henkilökunnan on myös saatava riittävästi koulutusta ja perehdytystä, jotta he voivat toimia kyseisissä tilanteissa ja arvioida erilaisia riskitekijöitä, kuten työväkivallan uhkaa. (Pelastustoimiasetus 27.8.1999/857.) Johdon ja henkilöstön on myös sitouduttava oppimaan vaaratilanteista, kehitettävä turvallisuustyötä ja seurantaa, sekä pohdittava yhteisiä asenteita työturvallisuutta kohtaan (Harjanne & Penttinen 2003, 48-49).

Laki työsuojelun valvonnasta velvoittaa työpaikkaa tai organisaatiota järjestämään työsuojelupäällikön tai työsuojelutoimikunnan. Näiden tehtävänä on vastata ja edistää työturvallisuutta, järjestää koulutusta ja työopastusta, sekä ohjata myös perehdytyksessä. (Asetus työsuojelun valvonnasta 21.12.1973/954.)

4.2 Perehdytys organisaatiossa

Organisaation menestymiseen tarvitaan aina osaavat työntekijät ja työntekijöiden hyvä perehdyttäminen takaa palveluiden laadun säilymisen. Työntekijälle ensivaikutelma on tärkeä, koska sen pohjalta hän luo mielikuvan uudesta työpaikastaan ja organisaatiosta. (Laaksonen ym. 2005, 136–137.)

Uusien työntekijöiden rekrytointi on organisaatioille kallista ja siksi heidän kannaltaan on parasta, että uusi työntekijä viihtyy hyvin työyhteisössä ja vaihtuvuus on pientä. Tämä on myös taloudellisesti kannattavampi ratkaisu, kuin jatkuva uusien työntekijöiden koulutus, joten perehdyttämiseen kannattaa panostaa. Erillisiä kuluja uudesta työntekijästä koituu organisaatiolle muun muassa perehdyttäjän ajasta ja koulutuksista sekä siitä, että työntekijä on ”ylimääräisenä” työvuorossa. Uudella työntekijällä on yleensä noin neljän kuukauden koeaika, ja perehdytys aloitetaan tavallisesti heti työn alettua. Perehdytyksen taustalla on luoda uudelle työntekijälle selvä kuva organisaation visioista, strategioista ja tavoitteista. (Surakka ym. 2008, 82–83.)

Organisaation kannalta on edullisinta, jos työntekijä saadaan perehdytyksen avulla siirtymään ja sopeutumaan uuteen työtehtäväänsä mahdollisimman nopeasti esimerkiksi saman organisaation sisällä tai täysin uudessa organisaati-

ossa. Mitä tehokkaammin työntekijä on perehdytetty, sitä nopeammin hän pystyy antamaan työpanoksensa työyhteisölle ja vaikuttamaan tuloksentekoon. Hyvä tulos on saavutettu silloin, kun työntekijä voi hyvin ja hallitsee työtehtävänsä sekä oppii uutta ja pääsee näyttämään taitonsa organisaatiossa. (Surakka ym. 2008, 81–82.)

4.3 Perehdytyksen vastuu

Terveysthuollon organisaatiossa on yleensä virallinen perehdytysohjelma, jonka lisäksi osastonhoitaja on vastuussa siitä, että työyksikössä on oma kirjallinen perehdytysohjelma eli perehdytysuunnitelma. Perehdytysuunnitelmassa tulisi olla määriteltynä perehdytyksestä vastaavien henkilöiden nimet, muut perehdyttäjät ja myös aikataulu suunnitelman etenemisestä. (Laaksonen ym. 2005, 138.)

Ennen varsinaista perehdytyksen aloitusta on hyvä kartoittaa uuden työntekijän osaaminen ja lähtötaso, jonka pohjalta suunnitellaan henkilökohtainen perehdytysuunnitelma. Parasta olisi, jos esimies pystyisi osallistumaan perehdyttämiseen mahdollisimman paljon alkuvaiheessa, koska näin hän oppisi tuntemaan uuden työntekijän nopeasti ja pystyisi rakentamaan hyvän pohjan yhteishengelle ja -työlle. Osallistuessaan perehdyttämiseen esimies myös oppii tuntemaan uuden tulokkaan kyvyt ja taidot, jonka avulla hän voi valtuuttaa työntekijän juuri hänelle sopivaan työhön. (Laaksonen ym. 2005, 137–138.)

Perehdytyksen toteuttaminen ei ole kuitenkaan vain pelkästään esimiehen tehtävänä ja perehdyttäjän vastuulla, vaan jokaisen uuden työntekijän on oltava myös itse aktiivinen perehtyjä. Perehdytystä tarvitsevat uusien työntekijöiden lisäksi myös kesätyöntekijät, harjoittelijat, sijaiset ja muu henkilökunta, jos työssä tapahtuu muutoksia, joihin liittyy uusien työvälineiden hallinta tai uusien työtehtävien hoitaminen. (Surakka ym. 2008, 82–83.)

4.4 Perehdyttäjän valinta

Vastuussa oleva henkilö suunnittelee koko perehdytyksen toteutuksen ja valitsee sopivan perehdyttäjän tehtävään. Perehdyttäjän valinta on tärkeä koko prosessin onnistumisen kannalta ja perehdyttäjäksi aikovia tulisikin kouluttaa tehtäväänsä. (Laaksonen ym. 2005, 137-138.)

Hyvin valittu perehdyttäjä sitoutuu työhönsä, jakaa tietojaan ja taitojaan perehdytettävälle, sekä siirtää niin sanottua hiljaista tietoa. Tämä hiljainen tieto on ammatillisuutta, tietoa, taitoa ja kykyjä selviytyä erilaisista tilanteista, jotka on opittu tilanteiden ja kokemusten kautta. Nämä ovat uudelle työntekijälle korvaamattoman tärkeitä ja auttavat sopeutumaan työyhteisöön. Perehdyttäjän apuvälineinä on yleensä työyksikössä käytetyt perehdytysohjeet ja perehdytyskansiot, joten perehdyttäjän vastuulla onkin, että kaikki kirjallinen materiaali käydään läpi uuden työntekijän kanssa. Joskus se voi olla hankalaa, jos materiaalia on laajasti tarjolla ja saatavilla useista eri lähteistä. (Surakka ym. 2008, 82-83.)

4.5 Perehdytyksen tavoite

Jokaisella uudella työntekijällä on myös tietynlaisia odotuksia ja toiveita perehdytyksen suhteen. Ne voivat olla esimerkiksi aikaisempia kokemuksia perehdytyksestä, yksilöllisiä tarpeita tai henkilökohtaisia odotuksia. Hyvällä perehdytyksellä tuetaan työntekijöiden kollegiaalisuutta, tulokkaan työhyvinvointia ja sitoutumista työhönsä sekä organisaatioon. (Surakka ym. 2008, 81.)

Perehdytyksen on koettu myös nopeuttavan oppimista ja lyhentävän oppimisaikaa, sekä vähentävän turvallisuusriskejä, poissaoloja ja vaihtuvuutta. Perehdytyksessä saatu malli oikeasta toiminnasta, vähentää myös työntekijän virheiden määrä ja niiden korjaamiseen käytettyä aikaa, sekä poistaa epävarmuutta ja jännitystä. (Laaksonen ym. 2005, 137-138.)

Hyvällä perehdytyksellä työntekijä pystyy nopeammin itsenäiseen työskenteelyyn, eikä tarvitse muiden jatkuvaa neuvontaa ja työryhmän toiminta alkaa sujua luontevasti. Tämän jälkeen myös työntekijän oma ammattitaito alkaa kehittyä ja työssä eteneminen helpottuu sekä nopeutuu. Tämä vaikuttaa kaikkien työntekijöiden työhyvin vointiin, mielialaan, motivaatioon ja jaksamiseen. (Laaksonen ym. 2005, 137.)

4.6 Perehdytyksen sisältö

Perehdytyksen sisällössä tulisi huomioida se, että työntekijä saa selvän kuvan käytettävissä olevista työmenetelmistä, ajoista, tiloista, välineistä, materiaaleista, viestintäkanavista ja työturvallisuudesta (Kanerva 2008, 16-17). Työ sujuu alusta lähtien sujuvasti, kun työntekijä perehdytetään järjestelmällisesti (Laaksonen ym. 2005, 137).

Työpaikalla on hyvä tehdä perehdytykselle tietynlainen runko tai systemaattinen kaavio, jonka avulla perehdytys voidaan jakaa erillisiin pienimpiin osiin, koska ihminen pystyy omaksumaan vain rajallisen määrän tietoa kerrallaan. Oman työn ymmärtäminen vaatii aikaa ja tutustumista toimintaympäristöön sekä organisaatioon. Keskeinen asia perehdytyksessä on organisaatio: millaisessa yrityksessä toimitaan ja millaisia ovat sen asiakkaat. Henkilöstöön tutustuminen vaatii aikaa ja resursseja, mutta on työhyvin voinnin kannalta palkitsevaa. (Laaksonen ym. 2005, 138–139.)

Työyksikössä perehdytys voi alkaa perusperehdytyksellä, joka kestää noin 2-3 kuukautta. Tämän jälkeen olisi hyvä jatkaa perehdytystä syventämällä tietoja ja osaamista, sekä omatoimisesti työssä oppien, että lisä- ja täydennyskoulutuksen avulla. Tämä jakso voi kestää noin puolesta vuodesta kahteen vuoteen. (Surakka ym. 2008, 83.)

Suullisen perehdytyksen lisäksi tarvitaan yleensä myös kirjallista materiaalia ja nykyisin on käytössä yhä useammin sähköisiä perehdytysoppaita. Sähköisten perehdytysoppaiden käyttö on perinteisiä kansioita helpompaa, koska niiden selaaminen on nopeaa ja kaikki tiedot löytyvät samasta kansioista. Tällöin myös

kansioiden sisällöt ovat ajantasaisempia ja uuden työntekijän on mahdollista etsiä nopeasti tarvitsemaansa tietoa. Tärkeä apuväline perehdyttämisessä on myös työntekijän oma perehdytyslista, johon hän voi merkitä päivämäärän, jolloin on saanut asiasta perehdytyksen. (Laaksonen ym. 2005, 137-138.)

Ei siis riitä, että perehdytys on suunniteltu hyvin, jollei sen toteutumista seurata lainkaan (Surakka ym. 2008, 83). Siksi onkin tärkeää, että lopuksi arvioidaan toteutunutta perehdytystä, jotta sitä voidaan kehittää jatkossa. Uusi työntekijä voi antaa palautetta perehdytyksen toteuttamisesta ja ehdottaa myös kehitettäviä seikkoja perehdytyksen sisällöstä sekä sen etenemisestä. (Laaksonen ym. 2005, 138–139.)

5 PEREHDYTYKSEEN LIITTYVÄÄ AIKAISEMPAA TUTKIMUSTIETOA

Tutkimuksia urologian tai gastrokirurgian perehdytyksestä ei varsinaisesti löytynyt tiedon hakemisesta huolimatta. Sen sijaan perehdytystä ja sen kehittämistä koskevaa tutkimusmateriaalia löytyi paljon. Hakusanat, tietokannat ja rajaukset löytyvät tiedonhakutaulukosta työn lopussa olevasta liitteestä (Liite 1).

Seuraavassa osiossa käsitellään kahta kansainvälistä tutkimusta perehdyttämisen kehittämisestä ja sen laadusta. Lisäksi käsitellään kolmea perehdytystä koskevaa opinnäytetyötä.

5.1 Aikaisempaa tutkimustietoa perehdytyksestä

Squires & McGinnis:in kirjoittaman artikkelin tarkoitus oli osoittaa, kuinka sairaalat voivat kehittää perehdytysohjelmia resursseja tehokkaasti hyödyntäen ja kuinka perehdytysohjelma suunnitellaan erityishoitoa vaativaan tehohoitotyöhön. Artikkelissa sairaalat tunsivat resurssinsa puuttellisiksi useilla eri osa-alueilla ja niissä koettiin hoitotyön henkilökunnan koulutuksen olevan ensimmäinen asia, mistä leikattiin taloudellisesti heikompina aikoina. Henkilöstön kehittäminen ja pätevyyden arviointi jäi usein osaston johtajien vastuulle. (Squires & McGinnis 2001,40.)

Johtajat tunsivat turhautumista, koska heidän tehtäväkseen jäi hallita kaikkia asiakirjoja, pakollisia käsiteltäviä asioita, koulutus mandaatteja uusille työntekijöille ja työtehtävien roolijakoa. Heidän oli myös lähes mahdotonta arvioida uuden työntekijänsä pätevyyttä perehdyttämisen jälkeen, koska mitään pätevää tai selvää arviointikaavaa ei ollut olemassa. Ilman kouluttajan koordinoitua prosessista oli tullut hajanaista ja uusi henkilökunta tunsu itsensä usein ylikuormitetuksi. Perehdyttäjän ohjelmaa ei sairaalassa ollut tarjottu 5 vuoteen, joten vanhoista tavoista oli jäänyt vain muutamia koulutus- ja arviointitapoja uuden työntekijän perehdytykseen. Tarve uudistukselle koettiin välttämättömäksi rakennemu-

toksen takia. Rakennemuutoksen yhtydessä eri osastojen henkilökuntaa uudelleen sijoitettiin eri työtehtäviin ja uusien työntekijöiden palkkaus tuli ajankohtaiseksi. (Squires & McGinnis 2001,41-42.)

Avainasemassa oli kehittää uusi perehdyttämisen käsikirja tehohoidosta, joka auttaisi uusia työntekijöitä aktiivisesti. Myös vanhat työntekijät voisivat perehtyä aiheeseen käsikirjan avulla. Perehdyttämisen käsikirja päätettiin rakentaa sen pohjalta, mitä tarpeita ja tietoja juuri kyseisellä osastolla tarvittiin. Käsikirjan pohjana käytettiin jo olemassa olevia perehdytysmateriaaleja tehohoidon työntekijöille. Näiden materiaalien sisältöjä kuitenkin päivitettiin ja niihin lisättiin uutta tietoa perehdytyksen tavoitteista ja suunnittelusta. Uutena tietona mukaan otettiin myös materiaalia kliinisistä tutkimuksista ja tarkempaa tietoa erikoishoitoa vaativista sydän- ja keuhkosairauksien hoidoista sekä erilaisista hoitotekniikoista. Tämän jälkeen osa materiaalista muutettiin sähköiseen muotoon ja koottiin tietokoneohjelmaksi, joka sisälsi myös lisämateriaalin itseopiskeluun ja demonstraatioharjoitteluun. Samalla uudistettiin myös kriittisen hoidon tarkistuslistaa ja siitä tehtiin luurankomalli hoidon suunnittelulle, jossa huomioitiin entistä paremmin potilaan ikä ja havainnointi. (Squires & McGinnis 2001,42-43.)

Tutkimuksen toinen keskeinen asia oli perehdyttämisyksikön pituuden ja laadun arviointi resursseja säästäen. Tutkimuksessa todettiin, että kesäaikaan pätevien työntekijöiden palkkaus oli usein haasteellista ja tällöin monissa yksiköissä oli paljon sijaisia. Sijaisten suuri määrä ja tarve heidän perehdyttämislle koettiin haasteelliseksi ja resursseja vieväksi. Tästä syystä osastot laativat aikataulusuunnitelman uusien työntekijöiden palkkaamiseksi, jotta he saisivat kokonaisen perehdytysjakson, joka kestäisi vähintään 2-3 viikkoa. Uusien työntekijöiden samanaikainen palkkaaminen mahdollisti sen, että perehdytettävillä oli sama perehdyttäjä. Tämä säästi resursseja ja muiden työntekijöiden aikaa. (Squires & McGinnis 2001,42-43.)

Tutkimuksessa osastonhoitaja valitsi perehdyttäjän uudelle työntekijälleen ja teki perehdytyksestä aikataulusuunnitelman. Perehdyttäjän valinnassa pyrittiin siihen, että valittu perehdyttäjä oli käynyt kaikki kouluttajalle tarkoitetut ohjelmat, ennen kuin hänet hyväksyttiin perehdyttäjäksi. Tällaisen perehdyttäjän löytyes-

sä hänen työvuoronsa järjestettiin niin, että hän olisi mahdollisimman lähellä uutta työntekijää seuraavien 2-3 viikon aikana. Samana pysyvän perehdyttäjän koettiin vähentävän myös uuden työntekijän ahdistusta ja nopeuttavan sosiaalista prosessia päästä osaksi tiimiä. (Squires & McGinnis 2001,43-44.)

Tehohoitoalan työntekijät ja osaston hoitaja tulivat siihen tulokseen, että työtehtävän haasteellisuuden mukaan tarvittiin eripituisia perehdytysjaksoja. He kokivat, että tehohoitoon perehdytettävä henkilökunta tarvitsi vähintään 4 viikon perehdytysjakson, joka koski myös muista työtehtävistä siirtyneitä hoitajia. Tutkimuksessa tehohoito oli jaettu kahteen osioon, jotka olivat vaativa ja haasteellinen teho-hoito. Vaativalla tehohoidolla tarkoitettiin perus valvontaa ja osaamista tehohoidossa, mutta haasteellinen teho-hoito piti sisällään erityisosaamista esimerkiksi vaikeiden sydänpotilaiden monitoroinnista ja seurannasta. Haastellisessa teho-hoidossa koettiin, että 4 viikon perehdytyksen lisäksi, tarvittiin vielä toinen 4 viikon lisäperehdytysjakso. Vastavalmistuneiden hoitajien kohdalla todettiin, että he tarvitsevat vähintään noin 8-10 viikon perehdytysjakso aloittaessaan tehohoitotyön. (Squires & McGinnis 2001,43-44.)

Tutkimuksen lopputuloksena oli, että parhaan perehdytyksen aikaan saamiseksi tarvittiin useita eri työkaluja ja perehdytys suunnitelmaa. Erittäin onnistuneeksi yhdistelmäksi havaittiin koulutettu ohjaaja, atk- koulutus ja tarkoitukseen suunniteltu käsikirja, jota voitiin käyttää opettamisen työkaluna ja itse oppimiseen. Lisäksi tutkimuksessa todettiin, että tällainen opettaminen oli kustannustehokasta ja se lisäsi työnteikkojoiden intoa osallistua kouluttamiseen. Uusi perehdyttämismalli sai paljon kiitosta uusilta työntekijöiltä, sen monipuolisuuden takia. Uuden perehdytyksen saaneet hoitajat pärjäsivät aikaisempaa paremmin toimies- san itsenäisesti ja he kykenivät laadukkaaseen hoitotyöhön heti alusta alkaen. (Squires & McGinnis 2001,45.)

Charleston:in ym. (2007) tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia ja kuvailla vasta- valmistuneen hoitajan erikoistumista psykiatriseen hoitoon Australian Victorias- sa. Tutkimusaineisto koostui teemahaastatteluista, joita oli kerätty yksittäisistä sekä ryhmähaastatteluista. Haastatteluun osallistui 21:n alueen mielenterveys- palveluasemaa. Tutkimusryhmät koostuivat eri ammattiryhmistä, joita olivat vas-

tavalmistuneet hoitajat, hoitajat jotka saivat lisäkoulutusta, osastohoitajat, klinikahoitajat, asiakasneuvojat sekä mielenterveyshoitajien koulutusryhmät. PGNP:llä tarkoitettiin tutkimuksessa psykiatrisen sairaanhoitajan koulutusohjelmaa, joka oli 12 kuukautta kestävä jatkokoulutusohjelma vasta valmistuneille hoitajille. Tutkimuksen tarkoituksena oli lisäksi tarkastella PGNP:n nykyisiä käytäntöjä sekä tunnistaa ja tehdä parannusehdotuksia. (Charleston ym. 2007, 25.)

Tutkimuksen useat aihealueet liittyivät PGNP:n käyttöön ja sisältöön, mutta päätarkoitus oli aikaansaada keskustelua perehdyttämisen merkityksestä. Tietoa kerättiin erityisesti liittyen perehdyttämisharjoituksiin, jotka olivat osa PGNP:ta. Tutkimuksessa saatiin näyttöä, joka tuki perehdyttämisen tarvetta. (Charleston ym. 2007, 25.)

Perehdytyksen tulee tutkimuksen mukaan olla rakenteeltaan muodollista, jäsenneltyä ja tuettava perehdytettävää. Tehokas perehdyttäminen tunnistettiin kriittisimmäksi tekijäksi vastavalmistuneen hoitajan itseluottamuksen ja oppimisen sisäistämiseen. (Charleston ym. 2007, 25.)

Tutkimuksen mukaan perehdytyksen tarkoituksena on syventää uuden työntekijän tietoja ja taitoja sekä auttaa vastavalmistunutta hoitajaa siirtymään opintojen jälkeen työelämään. Tutkimuksessa tuotiin esiin eri lähestymistapoja oppimiseen, kuten osaamiseen perustuvia ohjelmia ja itseohjautuvia moduuleita, joilla helpotettaisiin teorian ja käytännön yhdistämistä. (Charleston ym. 2007, 25-26.)

Valmistuvalle hoitajalle on tärkeää riittävän pitkään annettu tuki ja lisäkoulutusmahdollisuus. Vastavalmistunut tarvitsee myös enemmän aikaa sopeutuakseen uuteen tilanteeseen, työtehtävien suorittamiseen, työn määrään, jaksamiseen ja potilaiden hoitoon. Uusi työntekijä tarvitsee myös positiivista ja kannustavaa palautetta tekemästään työstä. Tärkeää on, että työntekijä otettiin nopeasti osaksi tiimiä ja hänen taitojaan sekä tietojaan arvostettiin työyhteisössä. Hyvällä perehdytyksellä tuetaan myös työntekijän itseluottamusta, ennaltaehkäistään työuupumusta ja pidennetään työuraa. (Charleston ym. 2007, 27–28.)

Tässä tutkimuksessa todettiin myös, että perehdytyksen tulisi olla johdonmukaista, jotta välttyttäisiin ristiriitatilanteilta. Tällaisia tilanteita aiheuttivat esimer-

kiksi henkilökunnan roolijaot. Roolijakojen puute johti usein sekaannuksiin ja epäjohdonmukaisuuteen hoitohenkilökunnan välillä. Tämä vaikutti uuden työntekijän perehdyttämiseen niin, ettei perehdytettävä saanut selkeää kuvaa omasta roolistaan ja vastuualueistaan. (Charleston ym. 2007, 27–28.)

Tutkimuksen tulos oli, että uuden työntekijän ja vastavalmistuneen hoitajan perehdytys on todella tärkeää työntekijän oppimisen ja itseluottamuksen kohottamiseksi. Koulutusvaiheessa olevien hoitajien oppimiseen tule kehittää uusia oppimismenetelmiä, joiden avulla työelämään siirtyminen helpottuisi. Perehdyttämisjakson tulee olla tarpeeksi pitkä ja johdonmukainen prosessi, jotta vastavalmistunut hoitaja saa riittävästi tukea ja aikaa sisäistääkseen kaiken oppimansa. Myös työntekijät jotka siirtyvät työtehtävistä toisiin tarvitsevat perehdyttämisjakson. (Charleston ym. 2007, 28.)

Perehdytystä koskevia opinnäytetöitä löytyi paljon Theseus-tietokannasta. Osassa opinnäytetöistä oli suunniteltu ja toteutettu perehdytyskansio, joko kirjalliseen tai sähköiseen muotoon. Kaikissa töissä yhteisiä piirteitä olivat perehdytyksen merkitys, sen tavoitteet ja seuranta. Jokaisessa työssä pohdittiin myös työnantajan ja perehdytettävän velvollisuuksia sekä vastuuta. Seuraavassa on otteita kolmesta opinnäytetyöstä, jotka valittiin tarkempaa tutkimista varten ja jotka käsitelivät perehdytysmateriaalien sisältöä.

Ensimmäisen opinnäytetyön tarkoituksena oli toteuttaa perehdytyskansio leikkaus- ja anestesiaosaston uusille työntekijöille. Opinnäytetyössä käsiteltiin perehdyttämistä ja sen merkitystä, sekä tavoitteita, keinoja, hyötyjä ja miten hyvä perehdytysmateriaali laaditaan. Lopuksi opinnäytetyöntekijät olivat laatineet uuden perehdyttämiskansion osaston tarpeisiin kirjalliseen muotoon. (Piirainen & Suoraniemi 2009, 3.)

Opinnäytetyössä arvioitiin millaista hyvän perehdytysmateriaalin tulisi olla, jotta se olisi sekä opettajan että opiskelijan edun mukaista. Opinnäytetyössä arvioitiin myös, että materiaalin tulisi olla taidokkaasti yhdisteltyä ja pelkistettyä, jottei sitä olisi liikaa. Tällöin kokonaisuus pysyy selkeänä ja sitä on uuden työntekijän helpompi seurata. (Piirainen & Suoraniemi 2009, 12-13.)

Opinnäytetyössä todettiin, että hyvä materiaali kannustaa myös hankkimaan itsenäisesti uutta tietoa ja arvioimaan sitä. Materiaalista tulee erottua selkeästi perusasiat, ja sen sisältö tulee olla virheetöntä sekä ajantasaista. Materiaalin täytyy myös olla looginen ja johdonmukainen kokonaisuus, jotta se olisi ymmärrettävää. Tärkeää on myös se, että materiaalia havainnollistetaan taulukoiden, kuvien ja esimerkkien avulla ja ulkonäön tulee herättää lukijan mielenkiinto. Opinnäytetyössä todettiin myös, että materiaali kaannattaa koota yhteen kansioon, jolloin ennaltaehkäistään yksittäisten irtolehtien katoaminen. Jos käytössä on kirjallista ja verkkomateriaalia, niiden sisältö tulisi olla sama. (Piirainen & Suoraniemi, 2009, 12-13.)

Toisessa opinnäytetyössä on tehty perehdytysmateriaali sairaanhoitajan vastaanotolle. Tällä kertaa tarkoituksena on ollut sähköisen perehdytysmateriaalin luominen. Lisäksi opinnäytetyössä on pohdittu perehdytyksen tarpeen lisääntymistä, koska työpisteistä siirtyminen toiseen on yleistä ja työn lyhytaikaisuus on lisännyt vaihtuvuutta. (Hiltunen ym. 2010, 5.)

Opinnäytetyössä oli pohdittu myös perehdyttämistä oppivassa organisaatiossa, jolla tarkoitetaan työn ja yrityksen tulevaisuuden tarkastelua osaamisen näkökulmasta. Taitotieto pyritään jakamaan kaikkialle yrityksen sisällä. Oppivan organisaation tavoitteena on oppia omista sekä muiden työntekijöiden ja asiakkaiden kokemuksista, sekä pitää toiminta innovatiivisena, menestyvänä ja uudistuskykyisenä. (Hiltunen ym. 2010, 10.)

Opinnäytetyössä pohdittiin myös perehdytyksen merkitystä ja sitä koskevia lajeja. Työssä myös todettiin, että perehdytys on parhaillaan järjestelmällinen ja ohjattu oppimisprosessi, jonka avulla luodaan sisäisiä malleja työntekijöille. Perehdytyksen todettiin nopeuttavan työn sisäistämistä ja oppimista, sekä parantavan työmotivaatiota ja-turvallisuutta. (Hiltunen ym. 2010, 7-11.)

Perehdytysmateriaali valittiin tehtäväksi sähköiseen muotoon, koska silloin sen päivittäminen tarpeen mukaan olisi helpompaa. Osastolta nimettiin henkilö, joka jatkossa vastasi materiaalin ylläpidosta ja päivityksistä. Perehdytysmateriaalin sisältöön otettiin huomioon myös henkilökunnan toiveita ja ideoita. Tällaisia asi-

oita olivat muun muassa helppolukuisuus, ohjeistus kirjaamiskäytäntöihin ja työtehtäviin. Materiaalin sisältö koostui henkilökunnan ja työryhmän yhteisestä päätöksestä, aikaisemmista kokemuksista ja käytössä olevista perehdytysohjelmista, kuten intranetistä. Perehdytysmateriaalin luominen henkilökohtaisiin tarpeisiin koettiin mielekkääksi ja siitä saatava hyöty paremmaksi. (Hiltunen ym. 2010,17-19.)

Kolmannessa opinnäytetyössä käsiteltiin myös perehdytyksen tärkeyttä ja perehdytysmateriaalien sisältöä. Senkin tarkoituksena oli tuottaa perehdytysmateriaali palvelukeskuksen uusille työntekijöille kirjallisena muotona ja muistitikulle. (Koivu 2010, 4.)

Uuden perehdytysmateriaalin pohjana käytettiin vanhan perehdytyskansion sisältöä, mutta siitä karsittiin turhat ja vanhentuneet asiat. Kansioon pyrittiin koamaan oleellinen tieto loogisesti ja lyhyesti, jotta sen luettavuus olisi helppoa ja nopeaa. Myös tässä opinnäytetyössä henkilökunta pääsi vaikuttamaan perehdytysmateriaalin sisältöön ja se koettiin mielekkääksi. (Koivu 2010, 14-16.)

Lisäksi opinnäytetyössä korostettiin perehdytettävän yksilöllisiä tarpeita ja niiden huomioon ottamista perehdytysuunnitelmaa laadittaessa. Myös perehdytyksen seuranta ja arviointia toivottiin koko prosessin ajalle. Erilaisilla keskusteluilla, kyselylomakkeilla ja havainnoilla toivottiin, että perehdytettävä pystyy myös itse seuraamaan kehittymistään ja havainnoimaan, jos perehdytyksessä on ollut puutteita. (Koivu 2010, 8-9.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida Turun yliopistollisen keskussairaalan urologisten ja gastrokirurgisten osastojen perehdytysmateriaaleja. Tutkimusongelmat olivat:

1. Minkälaisia yhtäläisyyksiä gastrokirurgisilla ja urologisilla osastoilla on perehdytysmateriaaleissa?
2. Mitä eroavaisuuksia gastrokirurgisilla ja urologisilla osastoilla on perehdytysmateriaaleissa?

7 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄ

7.1 Tutkimusaineisto

Tutkimusaineisto koostui Turun yliopistollisen keskussairaalan urologisten ja gastrologisten osastojen perehdytysmateriaaleista. Osastoja oli yhteensä viisi: Urologinen vuodeosasto 213, Kirurgian poliklinikka 221 (urologian osalta), Gastroenterologian poliklinikka 227, Kirurgian klinikka osasto 233 (gastroenterologia osalta) ja kirurgian osasto 216 (gastroenterologian osalta).

Kaikilla osastoilla oli käytössä kirjallinen perehdytyskansio. Lisäksi useilla osastoilla oli tarjolla oheismateriaalia uusille työntekijöille, kuten erilaisia laiteoppaita ja ohjeita tutustua TYKS:n intranetin käyttöön.

Tutkimusaineiston keräämiseen ja luokitteluun osallistui myös toinen sairaanhoitaja opiskelija Heli Ahola.

7.2 Aineistonkeruumentelmä ja sisällönanalyysi

Tutkimus oli laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Aineisto koostui yksittäisistä kirjallisista dokumenteista, joita perehdytyskansiot sisälsivät. Oheismateriaalit, jotka koskivat uuden työntekijän perehdytystä, otettiin mukaan sisällönanalyysiin.

Tutkimusaineistosta suljettiin pois TYKS intranet, joka kattoi lähes kaikki yleiset ja käytännön asiat eri osastojen toiminnoista sekä organisaatiosta. Myös erilaiset potilaille tarkoitetut esitteet ja ohjeet jätettiin tutkimusaineiston ulkopuolelle. Tällaisia olivat esimerkiksi vertaistukiryhmien esitteet ja erilaiset järjestöjen julkaisut.

Laadullinen tutkimus tarkoittaa tutkimusmenetelmää, jossa pyritään selittämään ja ymmärtämään kohteen laatua ja ominaisuuksia. Tyypillistä laadullisessa tutkimuksessa on, että siinä pyritään löytämään tutkimusaineistosta samankaltai-

suuksia ja eroavaisuuksia. (Jyväskylän yliopisto 2011.) Laadullinen tutkimus soveltuu hyvin sellaisille alueille, joista on vain vähän aikasempaa tutkimustietoa, koska sen avulla voidaan luoda uusia käsitteitä (Lauri & Kyngäs 2005, 61).

Laadullisen tutkimuksen lisäksi opinnäytetyössä käytettiin induktiivista lähestymistapaa. Induktiivista lähestymistapaa käytetään, kun halutaan muodostaa teoriaa aiheesta, josta on vain vähän tutkimustietoa, tieto on hajanaista tai asiasta halutaan saada uusia näkökulmia. Induktiivisen teorianmuodostuksen lähtökohtana ovat yksittäiset havainnot ja lähestymistavoissa on merkittävää se, että päätelmät tehdään yksittäisten havaintojen perusteella. Tutkittavaa aineistoa kerätään yleensä haastattelemalla, havainnoimalla ja analysoimalla päiväkirjoja tai kirjallisia dokumentteja. Kirjallisia dokumentteja ovat esimerkiksi artikkelit, puheet, keskustelut, raportit ja kirjalliseen muotoon saatetut materiaalit. (Lauri & Kyngäs 2005, 61-62.)

Sisällönanalyysi on tutkimusmenetelmä, jonka tavoitteena on kuvata ilmiötä laaja-alaisesti, mutta tiiviissä muodossa. Tuloksena on mahdollista saada käsitte- luokituksia, käsitekarttoja, malleja tai käsitejärjestelmiä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkkunen 2009,134.) Sisällönanalyysin avulla on mahdollista analysoida ja samanaikaisesti kuvata aineistoja, sekä saada esiin ilmiöiden välisiä suhteita (Kankkunen & Vehviläinen-Julkkunen 2009,133). Olennaista sisällönanalyysin kannalta on, että kerätystä aineistosta tuodaan esille tutkimuskysymyksen pohjalta oleellisia merkityksiä, jotka ryhmitellään aineiston samankaltaisuuksien ja erojen perusteella (Krause & Kiiikkala 1996, 117–118). Kerättyä aineistoa vertaillaan ja analysoidaan sellaisena kuin se on kerätty. Sisällönanalyysiä voidaan pilkkoa osiin vaihe vaiheelta. Näitä vaiheita ovat aineistoon perehtyminen, pelkistäminen, luokittelu, tulkinta ja luotettavuuden arviointi (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003).

Tässä tutkimuksessa aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä tutkimusongelmien mukaisesti, sekä pyrittiin kartoittamaan urologisten ja gastrokirurgisten osastojen perehdytysmateriaalien yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Aineisto jaettiin ensin suurempiin kokonaisuuksiin, jonka jälkeen se pelkistettiin, jotta materiaalia pystyttiin tulkitsemaan paremmin.

Aineiston pelkistäminen tapahtuu tutkimusongelmien näkökulmasta eli ”Mitä yhtäläisyyksiä osastojen perehdytysmateriaaleissa on?” ja ”Mitä eroavaisuuksia osastojen perehdytysmateriaaleissa on?”. Tämän jälkeen aineisto luokiteltiin kahteen ryhmään sen eroavaisuuksien ja yhtäläisyyksien perusteella. Tämä antoi tulokseksi kaksi ryhmää, jotka erotetaan toisistaan yläotsikoiden perusteella. Otsikot ovat yhtäläisyydet ja eroavaisuudet. Tämän jälkeen aineisto pilkottiin yläotsikoiden alle pienempiin osiin ja samankaltaisuudet yhdistettiin ja niille annettiin kuvaavat nimikkeet.

8 TULOKSET

Aineisto jaettiin ensin kahteen yläpääluokkaan: yhtäläisyyksiin ja eroavaisuuksiin. Tämän jälkeen yhtäläisyydet ja eroavaisuudet saivat pääluokan, joka kuvasi parhaiten niiden asiasisältöä: yleistä perehdytyksessä ja hoitotyö.

Tässä tutkimuksessa yleistä perehdytyksessä katsottin olevan organisaation toimintaan ja työsuhteeseen liittyvät asiat, työympäristö ja työntekijöitä koskevat asiat. Hoitotyöhön katsottiin kuuluvaksi kaikki hoitotoimenpiteitä vaativat tehtävät ja ohjeet, sekä hoitajaa ja potilaan hoitoa koskevat työtehtävät.

Aineistosta etsittiin tutkimusongelmien mukaisia yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia pääluokkien sisältä. Materiaali, joka löytyi kaikkien osastojen perehdytyskansiosta, luokiteltiin yhtäläisyydeksi. Jos kaikista osastojen perehdytyskansioista ei löytynyt samaa materiaalia, se luokiteltiin eroavaisuudeksi. Seuraavissa kappaleissa 8.1 ja 8.2 eritellään perehdytysmateriaalien yhtäläisyyksien ja eroavaisuuksien alaluokat. Lisäksi kappaleessa 8.2 on kuvio perehdytysmateriaalien yhtäläisyyksistä ja eroavaisuuksista (Kuvio 1).

8.1 Perehdytysmateriaalien yhtäläisyydet

Perehdytysmateriaaleille yhtäläisiä asioita olivat pääluokassa **yleistä perehdytyksessä** alaluokat **organisaatio ja strategia, VSSHP:n ohjeet, osaston kuvaus, työnkuvan määritelmät, työterveys ja henkilökunta**.

Henkilökunta käsitti rakenteen kuvausta, lukumääriä ja vastuuhenkilöitä kyseisillä osastoilla. **Osaston kuvaus** käsitti osaston tilojen kuvausta ja vastuualueiden tarkennuksen organisaatiossa. **Organisaatio ja strategia** kattoivat VSSHP:n organisaation kokonaisvaltaisen kuvauksen ja toimintastrategiat sekä vuosittaiset suunnitelmat. **Työnkuvan määritelmä** käsitti eri työryhmien toimintakuvauksia ja vastuualueita, kuten sairaanhoitajan tai lähihoitajan työtehtävät ja vastuu eri osastoilla tai työvuoroissa. **Työterveys** käsitti työterveydenhuoltoa

koskevia yhteystietoja ja toimintaohjeita esimerkiksi sairastumisien ilmoittamisesta. **VSSH:n ohjeet** käsittivät yleisiä sairaanhoitopiirin toimintaohjeita osastoille ja sen työntekijöille.

Toisessa pääluokassa **hoitotyö** materiaaleille yhteisiä asioita olivat alaluokat **tyypilliset osastokohtaiset sairaudet, osaston toimintatavat, lääkehoito sekä eristyspotilaan hoito.**

Eristyspotilaan hoitotyö käsitti hoidon toteuttamisohjeita ja neuvoja eristyspotilaiden hoitotyössä (esimerkiksi MRSA, VRE, tartuntavaara). **Lääkehoito** käsitti ohjeita lääkehoidon toteutuksesta ja suunnittelusta sekä haittilanteista. **Osaston toimintatavat** käsittivät osaston toiminta strategian ja yleiset toiminta ohjeet. **Tyypilliset osastokohtaiset sairaudet** käsittivät yleisimpien osastoilla hoidettavien sairauksien hoito-ohjeita ja taudin kuvauksia.

8.2 Perehdytysmateriaalien eroavaisuudet

Yleistä perehdytyksessä pääluokka sisälsi eroavaisuuksia perehdytysmateriaaleissa alaluokissa **ammattiosastot, ATK, HaiPro-haittailmoitus, henkilökortit/kulkuluvat, henkilöstön arviointilomake, hoitotyön kehittäminen, koulutus, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, osastokokoukset, paloturvallisuus, pelastussuunnitelma, perehdytyksen tarkistuslista, PIKO-ALART- hälytysjärjestelmä, poissaolot, potilasturvallisuus, sairaanhoitajan eettiset ohjeet, SAI- sairaalan antibiootti- ja infektion seurantajärjestelmä, sijaiset/opiskelijat, tilojen esittely, toiminta uhkatilanteissa, tulo- kasopas, työhyvinvointi, työsuhde, työsuojelu, työtapaturmat, työvuorot ja yhteystiedot.**

Ammattiosastot sisälsivät eri ammattijärjestöjen ja liittojen esitteitä, lomakkeita sekä tiedotteita. Osastojen 213, 221, 233 ja 216 perehdytysmateriaaleissa käsiteltiin näitä asioita.

ATK sisälsi yleisiä ohjeita sovellusten ja järjestelmien käytöstä työssä. Asiaa käsiteltiin osastojen 213, 221, 233 ja 227 perehdytysmateriaaleissa.

HaiPro-haittailmoitus sisälsi yleiset käyttöohjeet haittailmoitusten tekemiseen ja seurantaan. Tätä käsiteltiin osaston 227 perehdytysmateriaalissa.

Henkilökortit/kulkuluvat sisälsivät hakuohjeita henkilökorttien ja tunnuslukujen käyttöön ja saantiin. Näitä käsiteltiin osastojen 213, 221, 233 ja 227 materiaaleissa.

Henkilöstön arviointilomake sisälsi henkilöstölle suunnatun itsearviointilomakkeen, jota käytetään apuna kehityskeskusteluissa. Tätä käsiteltiin osaston 216 perehdytysmateriaalissa.

Hoitotyön kehittäminen sisälsi osastokohtaisia kehityssuunnitelmia. Näitä käsiteltiin osastojen 221 ja 227 perehdytysmateriaaleissa.

Koulutus sisälsi ohjeita ja tiedotteita lisäkoulutuksesta sekä tulevista koulutuksista. Tätä käsiteltiin osastojen 213, 221, 233 ja 216 perehdytysmateriaaleissa.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sisälsi tekstiä Suomen perustuslaista, jossa kerrotaan potilaan asemasta ja oikeuksista. Tätä käsiteltiin osaston 213 perehdytysmateriaalissa.

Osastokokoukset sisälsivät osastokokouksien pöytäasiakirjoja ja ajankohtia kokouksille. Osastokokouksia käsiteltiin osaston 216 perehdytysmateriaalissa.

Paloturvallisuus sisälsi ohjeita tulipalotilanteissa toimimiseen. Tätä käsiteltiin osastojen 216, 221 ja 227 perehdytysmateriaaleissa.

Pelastussuunnitelma sisälsi toimintaohjeita onnettomuus tapauksissa. Tätä käsiteltiin osastojen 213, 216, 221 ja 227 perehdytysmateriaaleissa.

Perehdytyksen tarkistuslista sisälsi listan, josta käy ilmi perehdytettävät asiat ja perehdytysajankohdat sekä perehdyttäjät. Tätä käsiteltiin osastojen 213, 233 ja 216 perehdytysmateriaaleissa.

PIKOALART- hälytysjärjestelmä sisälsi hälytysjärjestelmän käyttöohjeita henkilökunnalle. Tätä käsiteltiin osaston 227 perehdytysmateriaalissa.

Poissaolot sisälsivät poissaolojen selvityskäytäntöjä koskevat ohjeet henkilökunnalle. Asiaa käsiteltiin osastojen 221, 233, 227 ja 213 perehdytysmateriaaleissa.

Potilasturvallisuus sisälsi ohjeita potilasturvallisuudelle hoitotyössä ja vanhinkotilanteiden ilmoituskäytäntöjä. Tätä käsiteltiin osaston 213 perehdytysmateriaalissa.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet sisälsivät sairaanhoitajien eettiset toimintaohjeet hoitotyölle. Tätä käsiteltiin osastojen 213 ja 227 perehdytysmateriaaleissa.

SAI- sairaalan antibiootti- ja infektion seurantajärjestelmä sisälsi ohjeita seurantajärjestelmän käytöstä. Tätä käsiteltiin osaston 216 perehdytysmateriaalissa.

Sijaiset/Opiskelijat sisälsivät toimintaohjeita opiskelijoille ja sijaisille, jotka työskentelevät osastoilla. Näitä käsiteltiin osastojen 213, 233 ja 216 perehdytysmateriaaleissa.

Tilojen esittely sisälsi osaston tiloissa olevia hätäuloskäyntejä, sammuttimia ja välineistöä. Tätä käsiteltiin osastojen 213, 221, 233 ja 216 perehdytysmateriaalissa.

Toiminta uhkatilanteissa sisälsi toimintaohjeita erilaisissa uhkatilanteissa kuten pommiuhkauksessa. Tätä käsiteltiin osastojen 216, 227 ja 213 perehdytysmateriaaleissa.

Tulokasopas sisälsi oppaan, jossa tarkoituksena on antaa ohjeita uudelle työntekijälle organisaatiossa. Tämä käsiteltiin osastojen 213, 221, 233 ja 227 perehdytysmateriaaleissa.

Työhyvinvointi sisälsi erilaisia asioita koskien viriketoimintaa sekä fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia koskevaa materiaalia. Näitä asioita käsiteltiin osastojen 213, 227, 221 ja 233 perehdytysmateriaaleissa.

Työsuhde sisälsi asioita ja ohjeita koskien palkkausta, työsopimusta ja työsuhdetta. Näitä käsiteltiin osastojen 213, 221 ja 227 perehdytysmateriaalissa.

Työsuojelu sisälsi tietoja työsuojelupalveluista ja vastuuhenkilöistä. Tätä käsiteltiin osastojen 221, 233 ja 227 perehdytysmateriaaleissa.

Työtapaturmat sisälsivät erilaisten työtapaturmien ennaltaehkäisyn ja ilmoitusten ohjeita (esimerkiksi pistotapaturmat). Tätä käsiteltiin osastojen 221, 233, 227 ja 216 perehdytysmateriaaleissa.

Työvuorot sisälsivät henkilökunnan työvuorolistoja ja lomatoiveita. Näitä käsiteltiin osastojen 213, 233 ja 216 perehdytysmateriaaleissa.

Yhteystiedot sisälsivät osastoille tärkeitä puhelinnumeroita sekä yhteystietoja henkilökunnalle ja yhteistyökumppaneille. Näitä käsiteltiin osastojen 213 ja 221 perehdytysmateriaaleissa.

Hoitotyön eroavaisuudet alaluokissa olivat **aggressiivinen potilas, elvytys, haavanhoito, hoidonvaraus- lomake, hoitopolku, hygienia, IV-lupa, kaa- vakkeet/pohjat, kipu, kotihoito-ohjeet, kotiuttamisopas, laite-ohjeet, näyt-**

teidenotto-ohje, potilasohjaus, päihdepotilaanhoito, raportti, suojavaatteet, toimenpidevalmistelut ja verensiirrot.

Aggressiivinen potilas sisälsi ohjeita aggressiivisen potilaan kohtaamisesta ja hoidosta. Tätä käsiteltiin osastojen 221 ja 227 perehdytysmateriaaleissa.

Elvytys sisälsi ohjeita ja käytäntöjä elvytyksestä. Tätä käsiteltiin osastojen 221 ja 227 perehdytysmateriaaleissa.

Haavanhoito sisälsi ohjeita erilaisten haavojen hoitamiseen. Tätä käsiteltiin osaston 216 perehdytysmateriaalissa.

Hoidonvaraus- lomake sisälsi ohjeen potilaan hoidonvaraus-lomakkeen täytöstä ja kirjaamisesta. Tätä käsiteltiin osaston 233 perehdytysmateriaalissa.

Hoitopolku sisälsi ohjeet potilaan hoitopolun suunnitteluun ja kuvauksen sen käytöstä. Tätä käsiteltiin osastojen 233, 216 ja 213 perehdytysmateriaaleissa.

Hygienia sisälsi erilaisia hygienia-ohjeita ja käytäntöjä. Tätä käsiteltiin osastojen 233, 227 ja 216 perehdytysmateriaaleissa.

IV-lupa sisälsi IV-luvan hankinta ohjeita ja oikeuksia. Tätä käsiteltiin osastojen 227 ja 216 perehdytysmateriaaleissa.

Kaavakkeet/Pohjat sisälsivät erilaisia potilaiden lomakkeita, kuten sairaslomatodistus pohjia, korvaushakemus pohjia ja KELA- asiapapereita. Näitä käsiteltiin osaston 221 perehdytysmateriaalissa.

Kipu sisälsi erilaisia kivunhoito-ohjeita. Tätä käsiteltiin osaston 216 perehdytysmateriaaleissa.

Kotihoito-ohjeet sisälsivät ohjeita potilaan kotihoitoon liittyen ja potilaan ohjaukseen. Tätä käsiteltiin osastojen 213 ja 216 perehdytysmateriaaleissa.

Kotiuttamisopas sisälsi erilaisia neuvoja potilaan kotiuttamiseen. Tätä käsiteltiin osaston 216 perehdytysmateriaalissa.

Laite-ohjeet sisälsivät yleisimpien laitteiden toiminta- ja käyttöohjeita osastoilla. Tätä käsiteltiin osaston 213 perehdytysmateriaalissa.

Näytteidenotto-ohje sisälsi erilaisia neuvoja näytteiden ottamiseen ja säilyttämiseen. Tätä käsiteltiin osastojen 213 ja 216 perehdytysmateriaaleissa.

Potilasohjaus sisälsi ohjeita hoitajalle potilaan ohjaukseen ja neuvontaan. Tätä käsiteltiin osastojen 213, 227 ja 216 perehdytysmateriaaleissa.

Päihdepotilaan hoito sisälsi ohjeita päihdepotilaan kohtaamiseen ja hoitamiseen liittyvistä asioista. Tätä käsiteltiin osaston 216 perehdytysmateriaalissa.

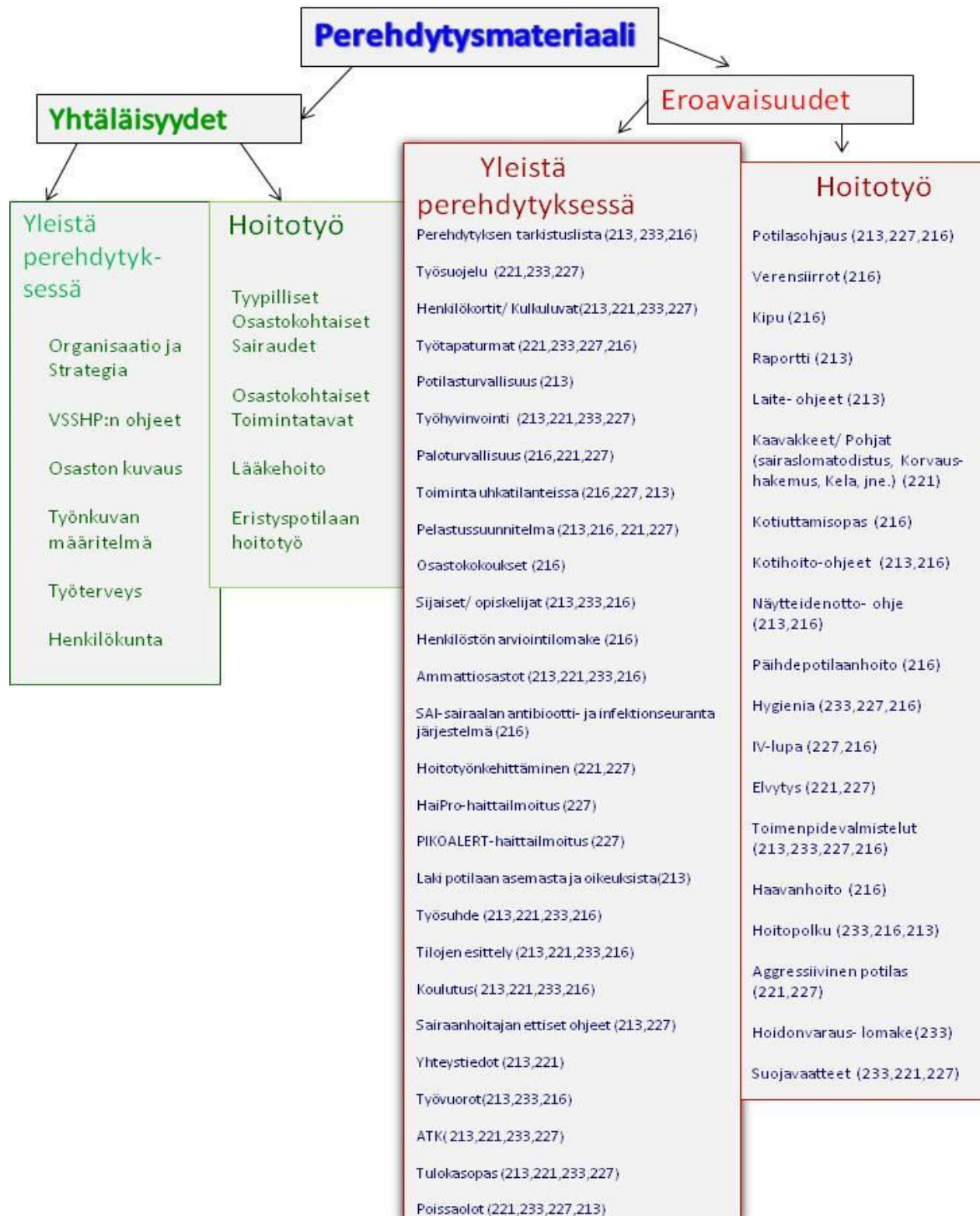
Raportti sisälsi ohjeita raportin antoon ja sen sisältöön. Tätä käsiteltiin osaston 213 perehdytysmateriaalissa.

Suojavaatteet sisälsivät ohjeita suojavaatteiden käytöstä ja hankkimisesta. Tätä käsiteltiin osastojen 233, 221 ja 227 perehdytysmateriaaleissa.

Toimenpidevalmistelut sisälsivät yleisimpiä osastojen toimenpidevalmistelujen ohjeita. Tätä käsiteltiin osastojen 213, 233, 227 ja 216 perehdytysmateriaaleissa.

Verensiirrot sisälsivät yleisiä ohjeita verivarausten teoista ja verivalmisteiden käytöstä. Tätä käsiteltiin osaston 216 perehdytysmateriaalissa.

Kuvio 1. Perehdytyksen yhtäläisyydet ja eroavaisuudet



9 POHDINTA

Opinnäytetyön alusta lähtien noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä, jotta tutkimuksen eettinen hyväksyttävyyden, luotettavuus ja uskottavuus säilyisivät läpi työn (ETENE 2006). Tutkimukseen kuului oleellisena osana työn luotettavuuden arviointi ja eettisyyspohdinta (Kylmä & Juvakka 2007, 69).

9.1 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta eli reliabiliteettiä arvioidaan sillä, kuinka tutkijat ovat tutkimusprosessia totuttaneet, vastasivatko heidän tutkimustuloksensa tutkimuskohdetta ja vastasivatko johtopäätökset tutkimusaiheeseen. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointiin ei ole yhtä selkeitä kriteereitä kuin määrällisen tutkimuksen arvioinnissa. (Krause & Kiikkala 1996,72.) Siksi laadullisen tutkimuksen painopiste on tutkimusaineiston keräämisessä, aineiston käsittelyssä ja tutkimuksen raportoinnissa. Laadullisen tutkimuksen pätevyyttä eli validiteettiä lisääviä tekijöitä ovat tutkimusaineiston monipuolinen keruu ja jatkuva vertailu aineistonanalyysin aikana. (Krause & Kiikkala 1996, 72.)

Tässä tutkimuksessa aikaisempia tutkimuksia pyrittiin keräämään laajasti ennen varsinaisen tutkimusmateriaalin hankintaa. Tällaisia olivat esimerkiksi aikaisemmat hoitotieteelliset tutkimukset, jotka koskivat urologiaa, gastrokirurgiaa tai perehdytystä. Artikkeleiden haku oli rajattu systemaattisesti, jotta tutkittu tieto olisi tuoretta, laadukasta ja luotettavaa (Kylmä & Juvakka 2007, 45). Esimerkiksi artikkeleiden rajauksissa huomioitiin se, että tutkimus oli tehty 10 vuoden sisällä ja se oli julkaistu hoitotieteellisessä lehdessä.

Seuraavaksi tehtiin tutkimusaineiston laajuuden määrittäminen, mikä on tärkeää tutkimuksen laadun kannalta. Otannan täytyy olla tarpeeksi suuri, jotta tutkimusaineistosta tulee riittävän kattava, muttei liian laaja, jotta aineistoa pystytään tutkimaan perusteellisesti ja aineistonanalyysi olisi luotettava. (Tuomiva-

ra 2005.) Tässä tutkimuksessa päädyttiin viiden osaston perehdytysmateriaalin tutkimiseen, jotta tutkimusmateriaalin määrä olisi kattava.

Vasta tutkimusluvan myöntämisen jälkeen otettiin yhteyttä osastoihin, jotta varsinainen tutkimusaineiston keruu voitiin aloittaa. Tutkimusaineisto oli ennalta määrätty kirjallinen perehdytysaineisto, johon tutkijat eivät voineet vaikuttaa. Materiaalia kerätessä ennakoasenteita ja odotuksia tutkimustuloksista pyrittiin välttämään koko prosessin ajan ja tutkijat pyrkivät avoimuuteen kaikissa työvaiheissa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 369.)

Tutkimusmateriaalin keräämisen jälkeen päästiin tutkimusprosessissa eteenpäin ja voitiin aloittaa sisällönanalyysi. Tässä vaiheessa laadun kannalta tutkijoiden tärkeimpänä tehtävänä oli vastata siitä, että kaikki kerätty materiaali asiaa koskien otettiin mukaan tutkimukseen. Tutkijat eivät muuttaneet tai valikoineet materiaalin sisältöä rajauksien jälkeen, vaan kaikki esitettiin sellaisenaan tutkimuksessa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 369.)

Sisällönanalyysin arviointi luotettavuudesta on usein haasteellista ja on huomioitava, että tekstuaalinen data on irrotettu sen kontekstista. Joten jo tekstuaalisen datan lukeminen on tulkinnanvaraista, jolloin tutkijoiden aineistonkäsittelytavat saattavat vaikuttaa sen litterointiin. (Burnard 1996, 278.) Aineistoa käsiteltäessä pelkistäminen voi olla haasteellista, jotta se kuvaisi luotettavasti tutkittavaa ilmiötä edelleen, siksi luokittelussa aineisto on pelkistetty kuvaavaan pääluokkaan. Tämän tarkoituksena on osoittaa aineiston ja luokkien välinen yhteys perusteltavasti. (Janhonen & Nikkonen 2003, 36.) Tulkinnanvaraisuuden takia sisällönanalyysin toistaminen voi olla haasteellista tai lähes mahdotonta toisessa kontekstissa (Burnard 1996, 278).

Tässä tutkimuksessa luotettavuutta alentavia tekijöitä ovat tutkijoiden kokemattomuus ja tutkijoiden tulkinnanvaraisuus aineiston käsittelyssä (Janhonen & Nikkonen 2003, 36). Luotettavuutta on pyritty lisäämään sillä, että tutkijat ovat hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti systemaattisesti kirjanneet käytetyt lähteet ja tekstiviitteet työnsä loppuun (Kylmä & Juvakka 2007, 69).

Myös tekstin rakenteellinen muotoilu sekä löydettyjen käsitteiden selkeä kuvaus ja niiden onnistunut nimeäminen lisäävät työn luotettavuutta (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 220).

9.2 Eettisyys

Tutkimukseen kuuluu oleellisena osana asian luotettavuus- ja eettisyyspohdinnat. Tutkimusetiikan kannalta on tärkeää, että mahdollisia eettisiä ongelmia pyritään ennaltaehkäsemään ja miettimään jo suunnitteluvaiheessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 69.)

Suomessa tutkimusetiikkaa ohjaavat lainsäädäntö, sairaanhoitopiirien eettiset toimikunnat ja tutkimuseettinen neuvottelukunta eli ETENE. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut hyvän tieteellisen tutkimuksen ohjeet. Se sisältää määritelmät hyvästä tieteellisestä tutkimuksesta sekä sen loukkauksista ja vilpistä. Hyviä tieteellisiä toimintatapoja tutkimuksessa ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. Tutkimuksessa tulee käyttää eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä. Tulosten julkaisussa tulee ottaa huomioon muiden tutkijoiden työ ja avoimuus. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkija on systemaattisesti kirjannut käytetyt lähteet, eikä esitä muiden tietoja omaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 368-369.)

Tutkimuseettiset ongelmat liittyvät yleensä henkilöiden informoimiseen, aineiston analyysiin, aineiston keräämiseen käytettyjen tapojen luotettavuuteen, salassapito- ja anonymiteettiongelmiin sekä tutkimustulosten esittämiseen. Nämä tutkimuseettiset haasteet kuitenkin pyrittiin minimoimaan sillä, että yhteistyöhenkilöitä informoitiin asiallisesti, aineisto kerättiin huolellisesti, aineiston analyysiin käytettiin kaikki kerätty materiaali ja salassapitovelvollisuutta noudatettiin läpi työn. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 369.)

Tutkimuseettisesti oli myös tärkeää, että kaikki tutkimusluvut oli hankittu asianmukaisesti sekä tutkimukseen liittyviä riskejä ja hyötyjä oli arvioitu tarkasti. Tässä työssä tutkimuslupa haettiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä ja osastoiden henkilökuntaan oltiin yhteydessä ennen tutkimuksen aloittamista. Tutki-

muksen mahdollisia riskejä arvioitiin, mutta ne todettiin pieniksi, koska kyseessä oli valmis kirjallinen materiaali. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 369.)

Tässä tutkimuksessa pyrittiin myös noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä ja tutkimuseettisiä periaatteita työn alusta asti. Eettiset vaatimukset edellyttävät aina tutkijalta eettistä vastuullisuutta. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkijat aineistoa hankkiessaan ja käsitellessään pyrkivät tutkimustulosten tarkkaan sekä rehelliseen kirjaamiseen. Tutkimuksesta on käytävä ilmi myös tutkimusaineistoa koskevat valinnat ja perustelut. Nämä kaikki asiat pyrittiin toteuttamaan tämän tutkimuksen aikana. (Krause & Kiikkala 1996, 64 - 67.)

9.3 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli analysoida ja kartoittaa Turun yliopistollisen sairaalan urologisten ja gastrokirurgisten osastojen perehdytysmateriaaleja. Tutkimusaineisto jaettiin kahteen pääluokkaan: yleistä perehdytyksessä ja hoitotyö. Pääluokat jaettiin vielä niitä kuvaaviin alaluokkiin.

Yhteisiä asioita osastojen perehdytysmateriaaleissa oli suhteellisen vähän, mikä kuvaa juuri sitä, että osastot keskittyvät perehdytyksessään eri osa-alueisiin. Osastojen toiminta oli erilaista, kuten erot toimintatavoissa vuodeosastoilla ja poliklinikoilla.

Kaikille osastoille perehdytysmateriaaleissa yhteisiä asioita olivat tyypilliset osastokohtaiset sairaudet, osaston toimintatavat, lääkehoito, eristyspotilaan hoito, organisaatio ja strategia, VSSHP:n ohjeet, osaston kuvaus, työnkuvan määritelmät, työterveys ja henkilökunta.

Perehdytysmateriaaleissa eroavaisuuksia olivat ammattiosastot, ATK, HaiPro-haittailmoitus, henkilökortit/kulkuluvat, henkilöstön arviointilomake, hoitotyönkehittäminen, koulutus, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, osastokokoukset, paloturvallisuus, pelastussuunnitelma, perehdytyksen tarkistuslista, PIKO-ALART- hälytysjärjestelmä, poissaolot, potilasturvallisuus, sairaanhoitajan eettiset ohjeet, SAI- sairaalan antibiootti- ja infektionseuranta järjestelmä, sijai-

set/opiskelijat, tilojen esittely, toiminta uhkatilanteissa, tulokasopas, työhyvinvointi, työsuhde, työsuojaus, työtapaturmat, työvuorot, yhteystiedot, aggressiivinen potilas, elvytys, haavanhoito, hoidonvaraus- lomake, hoitopolku, hygienia, IV-lupa, kaavakkeet/pohjat, kipu, kotihoito-ohjeet, kotiuttamisopas, laite-ohjeet, näytteidenotto-ohje, potilasohjaus, päihdepotilaanhoito, raportti, suojavaatteet, verensiirrot ja toimenpidevalmistelut.

Perehdytysmateriaaleissa kaikille osastoille näytti olevan varsin tärkeää organisaation ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin toiminta-ohjeet sekä osaston toiminnan kuvaus. Uudelle työntekijälle perehdytyksessä onkin tärkeää, että hän saa selkeän kuvan organisaation visioista, strategioista ja tavoitteista. Tämän avulla uusi työntekijä pystyy ymmärtämään, mitä häneltä uutena työntekijänä odotetaan ja millaisessa työympäristössä hän työskentelee. (Surakka ym. 2008, 82–83.)

Toinen tärkeä tekijä osastojen perehdytysmateriaaleissa oli henkilökunnan työnkuvan määrittäminen, henkilökunta ja työterveys. Työnkuvan määrittäminen on uudelle työntekijälle tärkeää, jotta hän saa selvän kuvan omasta asemastaan, velvollisuuksistaan ja vastuustaan kyseisessä työyksikössä. Työterveydellä ja henkilökunnalla on suuri vastuu työntekijän hyvinvoinnista niin henkisesti kuin fyysisestikin. Mitä paremmin työntekijä kokee itsensä vastaanotetuksi, sitä paremmin koko työyhteisö voi ja vaihtuvuus työpaikalla vähenee. (Surakka ym. 2008, 81–82.)

Kolmantena tärkeänä ryhmänä osastoiden perehdytysmateriaaleissa oli tyypilliset osastokohtaiset sairaudet, lääkehoito ja eristyspotilaan hoito. Uuden työntekijän perehdytyksessä on tärkeää, että hän tietää yleisimmät osastolla hoidettavat potilasryhmät ja pystyy näin perehtymään lisää tyypillisiin sairauksiin. Lääkehoidon toteuttaminen ja eristyspotilaan hoito ovat tärkeitä asioita perehdyttämisessä, koska näin voidaan ennaltaehkäistä työtapaturmia sekä ennakoida riski- ja haittatekijöitä. (Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.)

Useassa perehdytysmateriaalissa käsiteltiin työtapaturmien ennaltaehkäisyä, toimintaa uhkatilanteissa sekä pelastus- ja paloturvallisuutta. Tämä on uudelle

työntekijälle jo perehdytyksessä tärkeää, jotta hän osaa toimia hätätilanteiden sattuessa. Usein osastoilla hoitajat ovat vastuussa juuri ensisammutuksesta ja evakoinnin aloittamisesta, joten myös uuden työntekijän on tiedettävä vastuunsa hätätilanteiden aikana, kuten useimmissa perehdytyskansioissa henkilökuntaa ohjeistettiin.

Tulokasopas, työhyvinvointi, ammattiosastot, työsuhde, työsuojelu, koulutus ja poissaolot löytyivät lähes kaikista perehdytysmateriaaleista, sillä ne sisältävät tärkeitä perustietoja uudelle työntekijälle, kuten palkkaukseen ja sairaslomiin liittyviä käytäntöjä. Lähes kaikista perehdytysmateriaaleista löytyivät myös ATK:ta, henkilöstön kulkulupia ja kortteja käsitteleviä asioita, kuten niiden hankintaa ja käyttöä koskevia asioita.

Tutkimustuloksia perehdytysmateriaalien yhtäläisyyksistä ja eroavaisuuksista voidaan jatkossa hyödyntää uuden perehdytysmateriaalin kokoamisessa. Yhtäläisyyksistä perehdytysmateriaaleissa voidaan havaita asiat, jotka koettiin tärkeiksi kaikkien osastojen perehdytyksessä. Eroavaisuuksista pystytään havaitsemaan asiat, joissa oli puutteita tai joita ei koettu tärkeiksi perehdytyksen kannalta. Uuden perehdytysmateriaalin suunnittelussa ja kokoamisessa voidaan hyödyntää tämän tutkimuksen tuloksia. Näin pystyttäisiin tuottamaan perehdytyskansio, joka palvelisi parhaiten sen käyttäjiä.

Jatkotutkimusta olisi hyvä tehdä perehdytysmateriaalien laadun selvittämiseksi ja sisällön tarkastamiseksi. Opinnäytetyön materiaalia kerätessä todettiin, ettei kaikkien perehdytyskansioiden sisältö ollut enää ajantasalla ja ne kaipasivat päivitystä sisältöönsä. Jatkotutkimusta voitaisiin tehdä myös henkilökunnan näkökulmasta, mitä he haluaisivat perehdytysmateriaalissa olevan, jotta se palvelisi parhaiten perehdytyskansion lukijoita.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET

1. Yhteistä urologisille ja gastrokirurgisille osastoille perehdytysmateriaaleissa olivat organisaation, VSSHP:n ja osastojen toiminnan kuvaus, jotta uusi työntekijä saisi selkeän kuvan organisaation visioista, strategioista ja tavoitteista. Lisäksi perehdytysmateriaaleissa käsiteltiin henkilökunnan työtehtäviä ja vastuualueita sekä hoitotoimenpiteitä, kuten esimerkiksi lääkehoitoa ja eristyspotilaan hoitoa.
2. Urologisten ja gastrokirurgisten osastojen perehdytysmateriaalit erosivat toisistaan useissa eri osa-alueissa, koska vuodeosastoilla ja poliklinikoilla perehdytykseen liittyivät eri asiat. Poliklinikoille tärkeitä perehdytyksessä olivat erilaiset lomakkeet ja ajanvarausohjeet, sekä erilaiset laite- ja näytteidenotto-ohjeet. Vuodeosastoilla perehdytykseen liittyivät tärkeinä asioina esimerkiksi ohjeet potilaan kotiuttamisesta ja seurannasta sekä haavanhoito-ohjeet.
3. Tutkimustuloksia perehdytysmateriaalien yhtäläisyyksistä ja eroavaisuuksista voidaan hyödyntää osaltaan uuden perehdytysmateriaalin kokoamisessa valmistuvassa T2- sairaalassa.
4. Jatkossa olisi hyödyllistä tutkia ja selvittää perehdytysmateriaalien laatua, ja sitä miten nykyisiä käytössä olevia perehdytysmateriaaleja voitaisiin hyödyntää uuden toimialueen perehdytysmateriaaliksi. Lisäksi jatkotutkimusta voitaisiin tehdä henkilökunnan näkökulmasta, mitä he haluaisivat perehdytysmateriaalin sisältävän, jotta se palvelisi parhaiten perehdytyskansion käyttäjiä.
5. Perehdytystä kehitettäessä tulisi huomoida aina perehdytettävän yksilölliset tarpeet ja antaa riittävästi aikaa perehtymiseen. Perehdytysmateriaalin sisällön tulee olla ajantasaista, laadukasta ja tiivis paketti, jota uusi työntekijä ja hoitohenkilökunta voivat tehokkaasti hyödyntää. Perehtyjä on myös itse vastuussa omasta perehdytyksestään ja sen toteutuksesta. Hyvällä perehdytyksellä tuetaan uuden työntekijän itsetuntoa ja sopeutumista työyhteisöön, mikä pienentää työntekijöiden vaihtuvuutta ja lisää työyhteisön työhyvinvointia.

LÄHTEET

Asetus työsuojelun valvonnasta 21.12.1973/954.

Burnard, P. 1996. Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today*, Vol.16 No.4/1996, 278-281,

Charleston, R., Hayman- White, K., Ryan, R. & Happel, B. 2007, Understanding the importance of effective orientation: what does this mean in psychiatric graduate nurse programs. *Australian journal of advanced nursing*. Vol.25, No.1/2007, 24–30.

Duodecim, Terveyskirjasto, 2010a, Mustajoki, P. Maksakirroosi. Viitattu 5.1.2012 www.terveyskirjasto.fi > Lääkärinkirja Duodecim> Maksakirroosi

Duodecim, Terveyskirjasto, 2010b, Mustajoki, P. Rasvamaksa. Viitattu 5.1.2012 www.terveyskirjasto.fi > Lääkärinkirja Duodecim> Rasvamaksa

Duodecim, Terveyskirjasto, 2009, Huovinen, P. Maksatulehdus. Viitattu 8.1.2012. www.terveyskirjasto.fi> Lääkärinkirja Duodecim> Maksatulehdus, hepatiitti

Duodecim, Terveyskirjasto, 2012b, Lääketieteen termit. Viitattu 13.2.2012 www.terveyskirjasto.fi > Lääketieteen termit > Gastroenterologia

Duodecim, Terveyskirjasto, 2012a, Lääketieteen termit. Viitattu 13.2.2012 www.terveyskirjasto.fi > Lääketieteen termit > Urologia

Etene 2006. Tutkimuksen eettinen arviointi Suomessa. Viitattu 13.11.2010. www.etene.fi > Aineistot > Julkaisut > Julkaisuarkisto > 2002 > Tutkimuksen eettinen arviointi Suomessa > Koko julkaisu (pdf)

Field, P. & Morse, M. 1985. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Suom. Sandborg, E. Helsinki : Kirjayhtymä

Harjanne, K. & Penttinen, A, 2003. työturvallisuuskeskus, Työsuojelulla hyvinvointia ja tulosta. Edita Prima

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2002. Virtсарakon syöpä. Viitattu 20.1.2012. www.hus.fi > Etusivu > Potilaat ja läheiset > Hoitopaikat > Erikoissalat > Kirurgia > Urologia > Urologisia sairauksia > Virtсарakon syöpä

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri,2004a. Viitattu 27.12.2011 www.hus.fi > Etusivu > Potilaat ja läheiset > Hoitopaikat > Erikoissalat > Kirurgia > Urologia > Urologisia sairauksia > Virtсарatietulehdus

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri,2004b. Viitattu 12.12.2011. www.hus.fi > Etusivu > Potilaat ja läheiset > Hoitopaikat > Erikoissalat > Kirurgia > Urologia > Urologisia sairauksia > Eturauhasen liikakasvu

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri,2004c. Viitattu 11.12.2011 www.hus.fi > Etusivu > Potilaat ja läheiset > Hoitopaikat > Erikoissalat > Kirurgia > Urologia > Urologisia sairauksia > Virtсарakivitauti

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2004d. Viitattu 13.12.2011. www.hus.fi > Etusivu > Potilaat ja läheiset > Hoitopaikat > Erikoissalat > Kirurgia > Urologia > Urologisia sairauksia > Virtсарan karkailu

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri,2004e. Viitattu 12.12.2011. www.hus.fi > Etusivu > Potilaat ja läheiset > Hoitopaikat > Erikoissalat > Kirurgia > Urologia > Urologisia Sairauksia > Eturauhassyöpä

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri,2004f. Viitattu 13.12.2011. www.hus.fi > Etusivu > Potilaat ja läheiset > Hoitopaikat > Erikoissalat > Kirurgia > Urologia > Urologisia sairauksia > Munuaissyöpä

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri,2004g. Viitattu 10.12.2011 www.hus.fi > Etusivu > Potilaat ja läheiset > Hoitopaikat > Erikoissalat > Urologia

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2004h. Viitattu 4.1.2012. www.hus.fi > Hus Internet > Etusivu > Potilaat ja läheiset > Hoitopaikat > Erikoisalat > Kirurgia > Gastroenterologinen ja yleiskirurgia

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2006. Viitattu 5.1.2012 www.hus.fi > Etusivu > Potilaat ja läheiset > Potilasopas > Sairaudet > Ruuansulatukseen liittyvät sairaudet > Sappikivitauti

Hiltunen, T., Holappa, M. & Riekkilä, V. 2010. ”Ken perehtyy se harvoinen erehtyy” perehdytyskansio sairaanhoitajan vastaanotolle. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Oulu: Oulun ammattikorkeakoulu.

Höckerstedt, K., Färkkilä, M., Kivilaakso, E. & Pikkarainen, P. (toim.) 2000. Gastroenterologia. 2. Painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Janhonen, S., Nikkonen, M., (toim.). 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.

Jyväskylän yliopisto 2011. Laadullinen tutkimus. Viitattu 28.11.2011 www.jyu.fi > Avoimet > Humanistinen tiedekunta > Menetelmäpolkuja humanisteille > Menetelmäpolku > Tutkimusstrategiat > Laadullinen tutkimus

Kanerva, J. 2008. Työ turvalliseksi. Työpaikan hyvät turvallisuuskäytännöt. Helsinki: Edita

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Koivu, S. 2010. Perehdytyskansio Pappilammen palvelukeskukseen. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Pori: Diakonia-ammattikorkeakoulu, Länsi, Porinyksikkö

Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Tampere: Kirjayhtymä Oy. Helsinki

Kummel, M. & projektiryhmä. 2011. Projektisuunnitelma Tulevaisuuden sairaala- Hoitotyön kehittämisprojekti 2009- 2015 (Hoi-Pro). 3. Turku: Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiri & Turun ammattikorkeakoulu.

Kylmä, T. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita publishing Oy.

Käypähoito 2011. Riikkola, T., Kiilholma, P. & Vuorela, P. 2011. Virtsankarkailu- naisten yleinen ja turhaan salattu vaiva. Viitattu 10.11.2011. www.kaypahoito.fi > Potilaalle > V > Virtsankarkailu- naisten yleinen ja turhaan salattu vaiva

Laakosonen, H.; Niskanen, J.; Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä, Helsinki: WSOY

Lauri, S. & Kyngäs, H. 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. Vantaa: WSOY

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5. Uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Paunonen, M., Vehviläinen- Julkkunen, K. & Söderström, W. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Pelastustoimiasetus 27.8.1999/857.

Piirainen, R. & Suoraniemi, A. 2009. Perehdyttäminen perioperatiivisessa hoitotyössä. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Vaasa: Vaasan ammattikorkeakoulu.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, 2010. Viitattu 11.12.2011 www.tays.fi > Etusivu > Potilaille & läheisille > Toimintayksiköt > Tays Keskussairaala > Poliklinikat > Kirurgia > Urologia

Surakka, T.; Kiikkala, I.; Lahti, T.; Lahtinen, H. & Rantala, T. 2008. Osastonhoitaja ja johtaminen. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Syöpäjärjestöt, 2010a. Syöpäjärjestöt. Viitattu 4.1.2012. www.cancer.fi > Tietoa syövästä > Syöpätauteja > Paksu- ja peräsuolen syöv...

Syöpäjärjestöt, 2010b. Syöpäjärjestöt. Viitattu 4.1.2012. www.cancer.fi > Tietoa syövästä > Syöpätauteja > Mahasyöpä

Syöpäjärjestöt, 2010c. Syöpäjärjestöt. Viitattu 4.1.2012. www.cancer.fi > Tietoa syövästä > Syöpätauteja > Haimasyöpä

Squires, A. & McGinnis, S. 2001. Critical care nursing orientation in the rural community hospital. Dimensions of Critical care nursing. Vol.20 No.4/2001, 40-45.

Therapia Fennica 2007a. Perettilä, I. Eturauhasen liikakasvu. Viitattu 1.10.2011 www.therapiafennica.fi > Urologia > Eturauhasen liikakasvu

Therapia Fennica 2007b. Färkkilä, M. Maksan ja sappiteiden sairaudet. Viitattu 1.10.2011 www.therapiafennica.fi > Ruuansulatuselinten sairaudet > Maksan ja sappiteiden sairaudet

Tuomivaara, T. 2005. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Viitattu 14.10.2011. www.jyu.fi > Avoimet > Humanistinen tiedekunta > Menetelmäpolkuja humanisteille > Menetelmäpolku > Tutkimusstrategiat > Laadullinen tutkimus > Tuomivaara, Timo, 2005. Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. (pdf)

Turun yliopistollinen keskussairaala 2009. Viitattu 11.1.2012 www.tyks.fi > Sairaanhoidopalvelut > | Kirurgia > 227 Gastroenterologinen poliklinikka > Gastrokirurgian osa-alue

Turun yliopistollinen keskussairaala 2010. Viitattu 20.7.2011 www.tyks.fi > T-sairaalan laajennus > T-Pro- toiminnan kehittäminen > projektit

Turun yliopistollinen keskussairaala 2011. Viitattu 10.5.2011 www.tyks.fi >
Opiskelu > Oppimisympäristöt > Sisätautien klinikka

Turun yliopistollinen keskussairaala 2011. Viitattu 28.2.2012 www.tyks.fi >
T-sairaalan laajennus > T-Pro- toiminnan kehittäminen > projektit

Vaasan keskussairaala, 2010. Viitattu 5.1.2012.
www.vaasankeskussairaala.fi > Suomeksi > Potilaat, asiakkaat & omaiset >
Osastot ja toimenpideyksiköt > Leikkaus- ja anestesiaosasto > Leikkaukset
> Gastroenterologia

Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osumat	Otsikon perusteella valittu	Abstraktin perusteella valittu	Kokotekstin perusteella valittu
Pubmed	initiation and nurse	title/abstract 10 vuotta nursing journal	63	3	3	0
Pubmed	familiarize and nurse	title/abstract 10 vuotta nursing journal	9	2	2	0
Pubmed	urology and nurse	title/abstract 10 vuotta nursing journal	23	2	2	0
Pubmed	gastroenterology and Orientation	title/abstract 10 vuotta nursing journal	2	2	2	0
Pubmed	Orientation and nurse	5vuotta title/abstract nursing journal Links to Full text Links to Abstract	141	3	3	2
Pubmed	”employee orientation” AND Nurs* AND material	10 vuotta Ihmiset Nursing Journals Links to Full text Links to Abstract	3	1	1	0
Cinahl (Ebsco)	Orientation and nurse and gastroenterology	10 vuotta abstract and title	1	1	1	0
Cinahl (Ebsco)	Orientation and nurse	5 vuotta, abstract and title	265	2	2	0
medic	perehdytysopas	5 vuotta abstract and title	1	1	1	0
theseus-tietokanta	perehdytyskansio	5 vuotta	127	11	10	3