



PEREHDYTYSKANSIO UUDELLE INSTRUMENTTISAIRAANHOITAJALLE

Jari Hukkanen

Anna Junnola

Opinnäytetyö
Syyskuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

HUKKANEN, JARI & JUNNOLA, ANNA:
Perehdytyskansio uudelle instrumenttisairaanhoidajalle

Opinnäytetyö 36 sivua, josta liitteitä 29 sivua
Syyskuu 2012

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa perehdytyskansio Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosastolle. Opinnäytetyötä varten tutkittiin mitä tietoa uusi työntekijä tarvitsee osaston toiminnasta ja toimintatavoista, sekä selvitettiin mitä kuuluu instrumenttisairaanhoidajan työhön kyseisellä leikkausosastolla.

Perehdytys on tärkeässä asemassa tässä työssä ja sitä on käsitelty runsaasti. Teoriassa käydään läpi hyvän perehdytyksen piirteitä, perehdytykseen valmistautumista sekä perehdytyksen tuloksia. Perehdytystä ja työnopastusta tarvitaan joka työpaikalla, työpaikan koosta tai alasta riippumatta. Etenkin vastavalmistuneet sairaanhoitajat, kokevat usein stressiä tullessaan uuteen työpaikkaan. Toimiva perehdytys auttaa stressin hallinnassa. Hyvällä perehdytyksellä instrumenttisairaanhoidaja saa valmiudet voidakseen taata potilaille laadukasta ja turvallista hoitotyötä.

Perehdytyskansiota sekä tarkistuslistaa voidaan käyttää perehdytyksen apuvälineenä. Opinnäytetyön tuotoksena on perehdytyskansio uusille instrumenttisairaanhoidajille Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosastolle. Perehdytyksessä huomioidaan aseptista ja turvallista työskentelyä, leikkauksissa avustamista ja moniammatillisen tiimin jäsenenä toimimista. Perehdytyskansion osana on perehdytettävän tarkistuslista. Listan avulla voidaan varmistaa ja tarvittaessa myös todistaa annettu perehdytys. Tarkistuslista toimii perehdyttäjän sekä perehdytettävän muistilistana, johon aina merkitään läpikäyty asia. Tarkistuslistan kohteina ovat työvuoroasiat, osaston tilat, lääkehoitoluvat, sekä yleiset asiat, kuten työvaatetus ja kulunvalvonta-asiat sekä lomat. Suurin osa tarkistuslistasta kuitenkin koostuu leikkauksista joita yleisimmin tehdään kyseisellä leikkausosastolla jonne perehdytyskansio sekä tarkistuslista tehtiin.

Opinnäytetyön tuotoksen tavoitteena on helpottaa uusien instrumenttisairaanhoidajien perehtymistä leikkausosastoon sekä auttaa heitä pääsemään moniammatilliseen tiimiin sisään, taata hoitotyölle korkea laatu sekä ensiluokkainen potilasturvallisuus. Kehittämisehdotuksena olisi mielenkiintoista tutkia tarkistuslistan käyttöä ja sen hyötyjä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosastolla.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
Option of Nursing

HUKKANEN, JARI & JUNNOLA, ANNA:
An Introduction Guide for New Scrub Nurses

Bachelor's thesis 36 pages, appendices 29 pages
September 2012

The purpose of this thesis was to make an introduction guide for new scrub nurses who are going to work on the Pirkanmaa hospital district's operating ward. Orientation has an important role in this thesis. In particular the newly graduated nurses often experience stress when entering a new job. An effective introduction helps in stress management. A good orientation to the job helps the scrub nurse to gain the skills needed in order to ensure high quality and safe patient care.

The introduction guide can be used as a part of the orientation, as well as a checklist. The guide includes an introduction to aseptic and safe working habits, assisting in surgery, and how to work in a multi-professional team. The checklist was made to ensure that new employees receive a proper induction. It can also act as an induction certificate. Most of the checklist consists of the operations which are most commonly carried out in the operation ward. The checklist also contains general issues, such as work clothing and access control, as well as holidays.

The guide was made in order to ease the introduction of new scrub nurses on the operating ward, to help them to become part of a multi-professional team, and to ensure a high quality of nursing, as well as first-class patient safety.

Key words: introduction, perioperative care, scrub nurse

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	8
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	9
3 PEREHDYTYKSEN PERUSTEET.....	10
3.1 Perehdytyksen perusteet.....	10
3.2 Valmistautuminen perehdyttämiseen	11
3.3 Hyvä perehdytys.....	12
3.4 Tarkistuslista	13
4 PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ.....	14
4.1 Perioperatiivisen hoitotyön perusteet.....	14
4.2 Instrumenttisairaanhoidaja	15
5 ASEPTIIKKA	17
5.1 Aseptiikan kulmakivet	17
5.2 Aseptiikka perioperatiivisessa hoitotyössä	18
5.3 Suojavaatteiden käyttö ja käsihygienia	19
5.4 Henkilökohtainen hygienia	19
5.5 Aseptiikka perehdytyksessä	20
6 POTILASTURVALLISUUS	21
6.1 Sisäinen ja ulkoinen turvallisuus.....	21
6.2 Potilasturvallisuus terveydenhuollossa	22
6.3 Hoitotyön laatu sosiaali- ja terveydenhuollossa.....	23
7 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ.....	25
7.1 Moniammatillisuus terveydenhuollossa.....	25
7.2 Yhteistyöllä yhteiseen tavoitteeseen	25
7.3 Moniammatillinen organisaatio	26
8 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ	27
8.1 Opinnäytetyön aiheen valinta.....	27
8.2 Opinnäytetyöprosessi	28
9 POHDINTA	30
9.1 Johtopäätökset.....	30

	5
9.2 Eettisyys	31
9.3 Luotettavuus	32
9.4 Työn hyöty ja kehittämishaasteet	32
LÄHTEET	34
LIITTEET	37

1 JOHDANTO

Perehdytys edellyttää perusteellista suunnittelua sekä huolellista käytännön toteutusta. Onnistunut perehdytys lyhentää työn oppimiseen tarvittavaa aikaa, lisää työntekijän sitoutumista työpaikkaan ja vähentää henkilöstön vaihtuvuutta. Hyvä perehdytys ennaltaehkäisee ja minimoi työyhteisössä tapahtuvien virheiden, tapaturmien ja onnettomuuksien määrää. Se myös antaa työntekijälle tunteen siitä, että häntä tarvitaan ja arvostetaan. Hyvässä perehdytysprosessissa seurataan myös perehdytyksen onnistumista. (Kuntatyönantajat 2011.)

Työturvallisuuslain 14 § velvoittaa työnantajan perehdyttämään työntekijän työhön, työpaikan olosuhteisiin, työvälineisiin sekä turvallisiin työtapoihin, etenkin ennen kuin uusi työ tai työtehtävä alkaa. Myös mikäli työtehtävissä käytettävät välineet muuttuvat, tulee työntekijä perehdyttää ennen niiden käyttöön ottoa. Työntekijää opetetaan ja ohjataan, jotta työn haitat ja vaarat voidaan välttää mahdollisimman tehokkaasti. Perehdytyksellä pystytään minimoimaan työntekijän terveyttä uhkaavat haitat sekä vaaratekijät. (Työturvallisuuslaki 2002.)

Tilastokeskuksen (2009) mukaan hyvä perehdytys sekä työntekijän aiempi kokemus auttavat ehkäisemään työtapaturmia. Kokeneet ja työkoneiden käsittelyyn tottuneet työntekijät pitävät työtapaturmariskin pienempänä. Tapaturmariskin minimoimiseksi, tulee työturvallisuusasiat ottaa huomioon perehdytyksessä (Tilastokeskus 2009). Työturvallisuusasioilla tarkoitetaan niin lakisääteisiä määräyksiä kuin työpaikkakohtaisia pelisääntöjäkin. Lahden (2007, 40) tutkimuksessa ilmeni, että alle puolelle perehdytetyistä oli kerrottu työpaikkademokratia- ja työsuojeluasiat. Nämä perusasiat tulisi ehdottomasti käydä läpi, jotta työntekijä tietää miten kyseinen työorganisaatio toimii. Useimmiten kun työntekijä aloittaa uudessa työpaikassa, ovat työpaikalla käytettävät välineet myös uusia hänelle, jolloin perehdytys on ensiarvoisen tärkeää. Tästä huolimatta Hintikan ja Saarelan (2006, 4) tekemässä raportissa, jopa viidennes nuorista työntekijöistä on saanut vain vähän tai ei ollenkaan opastusta työturvallisuudesta Nuoret ja työ – barometrin (2003) mukaan.

Perioperatiivinen hoitotyö on korkeatasoista, moniammatillista hoitotyötä. Sen keskeisinä käsitteinä ja lähtökohtina ovat muun muassa turvallisuus, moniammatillinen yhteis-

työ, korkeatasoinen aseptiikka, erikoiskoulutettu henkilökunta sekä pitkäkestoinen perehdytys (Lukkari, Kinnunen & Korte 2010, 11). Käsitlemme näitä työssämme, sillä nämä takaavat perioperatiivisen hoitotyön korkean laadun.

Opinnäytetyömme aihe on työelämälähtöinen ja se on tuotokseen painottuva. Tuotoksena tehtiin perehdytyskansio yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosaston henkilökunnan kanssa. Tuotos on laadittu leikkausosaston uusille instrumenttisairaanhoidajille perehtymisen välineeksi. Perehdytyskansion osana teimme perehdyttäjää varten tarkistuslistan perehdytyksessä käsiteltävistä asioista. Opinnäytetyömme aihe on mielestämme erittäin mielenkiintoinen, sillä erikoistumme itse leikkausosaston sairaanhoidajiksi ja työmme vahvistaa ammatillista osaamistamme työelämässä.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä perehdytyskansio Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosaston uusille instrumenttisairaanhoitajille.

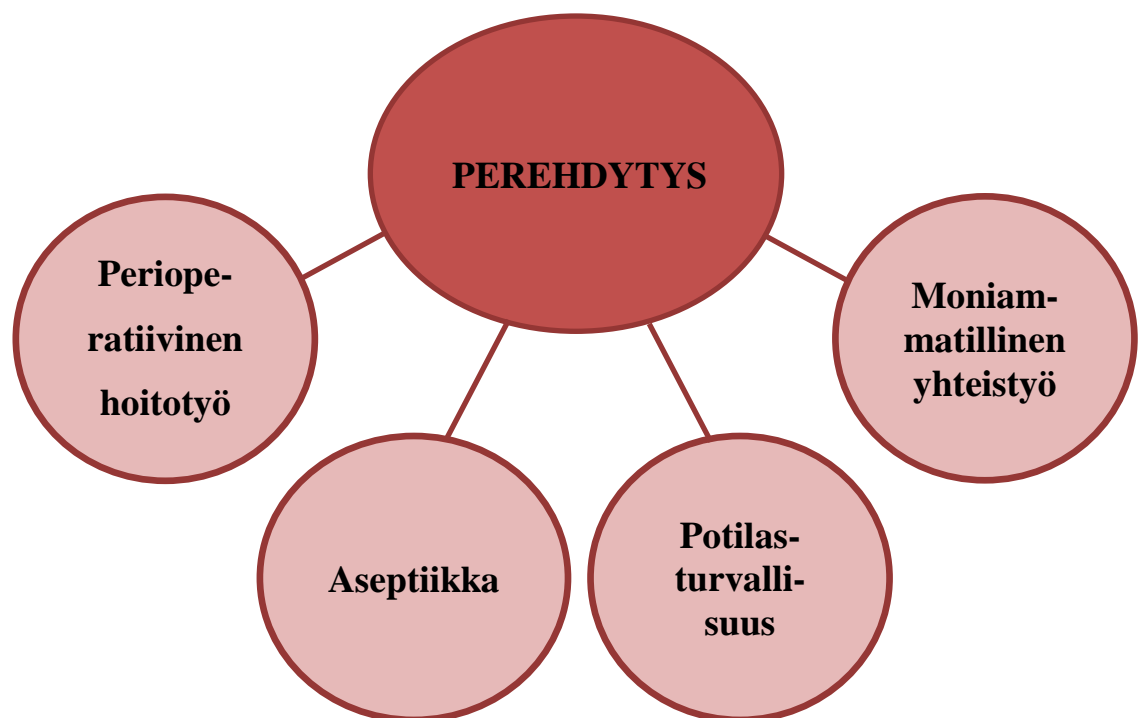
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Mitä tietoa leikkausosaston uusi työntekijä tarvitsee osaston toimintatavoista?
2. Mitä kuuluu instrumenttisairaanhoitajan toimenkuvaan leikkausosastolla?
3. Millaista on hyvä perehdytys?

Opinnäytetyön tavoitteena on helpottaa uusien instrumenttisairaanhoitajien perehtymistä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosaston toimintatapoihin, sopeuttaa paremmin työyhteisöön sekä parantaa hoitotyön laatua ja potilasturvallisuutta. Tavoitteena on myös kehittää omaa osaamista tulevana perioperatiivisina sairaanhoitajina.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Teemme opinnäytetyönä perehdytyskansion uusille instrumenttisairaanhoitajille Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosastolle ja perehdytys onkin ensimmäisenä teoreettisena lähtökohtana. Teoreettiset lähtökohdat ovat saaneet alkunsa instrumenttisairaanhoitajan tarvitsemista taidoista sekä omasta halustamme tutkia niitä lähemmin. Periooperatiivinen hoitotyö sisältää kokonaisvaltaisesti leikkaushoitotyön ja siten myös pitää sisällään instrumenttisairaanhoitajan työn. Aseptinen työskentely sekä moniammatillinen yhteistyö ovat leikkaushoitotyön perusta ja niitä käsitellään teoreettisina lähtökohtina. Olemme myös yhdessä työelämäyhteyshenkilöiden kanssa pohtineet aiheellemme keskeisiä teoreettisia lähtökohtia ja heidän toiveenansa oli että käsittelemme teoriassa hoitotyön laatua ja potilasturvallisuutta. (Kuvio 1.)



KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys

3 PEREHDYTYS

Perehdytystä ja työnopastusta tarvitaan joka työpaikalla, työpaikan koosta tai alasta riippumatta (Penttinen & Mäntynen 2006, 3). Tutkimusten mukaan uudet etenkin vasta valmistuneet sairaanhoitajat kokevat usein stressiä tullessa uuteen työpaikkaan. Tutkimuksessa selvisi myös, että toimiva perehdytys auttoi stressin hallinnassa. (Lahti 2007, 37.) Perehdytys on prosessi, joka alkaa uuden työntekijän ensimmäisestä kontaktista organisaatioon (Välimäki 1998, 153; Kjelin & Kuusisto 2003, 14). Perehdytyskansiota voidaan käyttää perehdytyksen apuvälineenä.

3.1 Perehdytyksen perusteet

Leikkausosasto, jonne teemme perehdytyskansion, perehdyttää uusia instrumenttisairaanhoitajiaan heidän ammatillisen osaamistasonsa mukaan. Perehdytyksellä tarkoitetaan kaikkia niitä asioita, joiden avulla uusi työntekijä oppii tuntemaan työpaikan, sen tavat, työtoverit ja työnsä sekä siihen liittyvät odotukset (Penttinen & Mäntynen 2006, 3). Se on monivaiheinen oppimistapahtuma, jonka aikana omat velvollisuudet ja vastuut selkiytyvät (Lepistö 2004, 56). Työnopastuksella taas tarkoitetaan järjestelmällistä toimintaa, jolla tähdätään työtehtävien omaksumiseen ja hallintaan (Juuti & Vuorela 2004, 48). Osastonhoitaja on aina päävastuussa perehdytyksen toteutumisesta sekä arvioinnista (Välimäki 1998, 153; Guhde 2005).

Työhön perehdyttäminen voidaan aloittaa jo leikkausosaston uuden työntekijän työhönottovaiheessa. Työhaastatteluissa työnhakijalle kerrotaan työhön liittyvistä asioista, organisaatiosta, talon tavoista sekä työsuhteasioista. (Kangas & Hämäläinen 2007, 9.) Bumgarnerin ja Biggerstaffin (2000) tutkimuksen mukaan perehdytyksellä on suora vaikutus työtyytyväisyyteen, tuotteliaisuuteen sekä laadulliseen potilastyöhön. Uuden instrumenttisairaanhoitajan aloittaessa, positiivisen ensivaikutelman antaminen on ensiarvoisen tärkeää. Kun tulokas huomaa työpaikassa vallitsevan myönteisen ilmapiirin, uskaltaa hän helpommin tarttua asioihin, kysellä, sekä keskustella. Hän tuntee itsensä tervetulleeksi. Myönteinen ensivaikutelma syntyy kanssatyöntekijöiden vuorovaikutuksesta. Etenkin puheet, äänensävyt, ilmeet, eleet sekä katsekontaktit kertovat uudelle työntekijälle paljon työpaikan ilmapiiristä. Negatiivinen ensivaikutelma vaikuttaa työn-

tekijään kielteisesti. Työntekijöiden välillä olevat jännitteet ja kitkat vain kasvavat ja niitä voi olla jopa mahdoton poistaa ajan myötä. (Kangas & Hämäläinen 2007, 9.)

Leikkausosaston lämmin ja vastaanottava ilmapiiri uuden työntekijän aloittaessa, saa hänet sitoutumaan työpaikkaan jo alusta alkaen. Hyvä ilmapiiri takaa myös hyvän aloituksen moniammatilliseen yhteistyöhön leikkaushoitotyössä.

3.2 Valmistautuminen perehdyttämiseen

Hyvä valmistautuminen uuden instrumenttisairaanhoitajan tuloon säästää aikaa itse perehdytysvaiheessa. Valmistautumiseen kuuluu tulokkaasta ilmoittaminen etukäteen leikkausosastolla, jotta jokainen työyhteisön jäsen tietää, kuka tulee, milloin ja mihin tehtävään. On myös sovittava etukäteen, kuka ottaa uuden työntekijän vastaan ja kuka toimii hänen perehdyttäjänään. Tarvittaessa sovitaan mahdollinen myöhempi perehdyttäjä myös (Kangas & Hämäläinen 2007, 9, 15; Välimäki 1998, 153-154.) Lahden (2007, 54-55) tutkimuksessa selvisi, että ne joille oli nimetty yksi tai useampia perehdyttäjiä, kokivat perehdytyksen onnistuneemmaksi, kuin ne joille ei ollut nimetty varsinaista perehdyttäjää.

Kun perehdyttäjä on päätetty, hän varaa itselleen aikaa, suunnittelee etukäteen ainakin ensimmäisen päivän ohjelman, varaa tarvittavat aineistot sekä avaimet ja työvaatteet. Perehdyttäjää valittaessa tulisi huomioida hänen työvuoronsa siten, että hän on mahdollisimman paljon perehtyjän kanssa samassa työvuorossa ja työvuoron vahvuus on riittävä perehdytettävän läsnäololle (Lahti 2007, 54). Perehdyttäjän kannattaa myös sopia siitä, kuka toimii vastaanottajana, mikäli hän itse ei voi olla paikalla, kun uusi työntekijä aloittaa työt. (Kangas & Hämäläinen 2007, 9.) Perehtyjälle voidaan myös työpäivän aluksi antaa perehdytyskansio luettavaksi, jotta hän sitä kautta saa käsityksen uudesta työpaikastaan.

3.3 Hyvä perehdytys

Perehdyttäminen on tärkeä osa työpaikan henkilöstön kehittämistä. Leikkausosaston hyvä perehdytys voidaan pitkällä tähtäimellä nähdä investointina, jolla lisätään henkilöstön osaamista, parannetaan hoitotyön laatua, tuetaan työssä jaksamista ja vähennetään työtapaturmia ja sairauspoissaoloja. Se on jatkuva prosessi, jota kehitetään henkilöstön ja työpaikan tarpeiden mukaan. (Penttinen & Mäntynen 2006, 3.)

Hyvä perehdyttäjä on yleensä kokenut sairaanhoitaja, mutta perehdyttäjäksi ei mielellään valita sellaista henkilöä, joka on jo unohtanut miltä tuntuu aloittaa uudessa työpaikassa. Hyviä perehdyttäjiä varmasti löytyisi useampiakin, mutta perehdyttäminen kannattaa nimetä vain muutamien työntekijöiden tehtäväksi. Vaikka perehdyttäminen vaatiikin ammattitaitoa, suurin etu saavutetaan kun koko työyhteisö osallistuu perehdyttämiseen, sillä perehdyttäminen ja ohessa vielä potilaasta huolehtiminen, on erittäin stressaavaa (Young 2009). Kuitenkin kaikilla ketkä osallistuvat perehdyttämiseen, tulee olla kiinnostus toisen auttamiseen ja opastamiseen. (Kjelin & Kuusisto 2003, 196.) Hyvässä perehdytyksessä työpaikalla on laadittu perehdytysuunnitelma, jota muokataan uuden työntekijän kanssa yhdessä hänen tarpeitaan vastaavaksi (Fahje, McMyler & Mateo 2001; Lahti 2007, 37-38). Hyvä perehdytysuunnitelma vaikuttaa uuden sairaanhoitajan työssä pysymiseen ja vanhempien sairaanhoitajien työtyytyväisyyteen (Guhde 2005).

Perehdytyksessä luodaan ensin kokonaiskuva leikkausosastosta ja kerrotaan uudelle instrumenttisairaanhoitajalle mitä on suunniteltu, mitä käydään läpi ja miten. Perehdyttämisen jaksottaminen on myös olennaista. Uusi työntekijä saa apua ja opastusta sitä mukaan mitä tarvitsee, eikä ole jatkuvassa informaatiovyöryssä. Perehdyttäjän ei tule kuitenkaan odottaa, että se mikä on sanottu, on myös kuultu ja ymmärretty. Tulokkaan tulee myös kyetä itse kertomaan, mikäli ei jotain asioita ymmärrä. On ihan normaalia, että muun muassa ammattislangin oppiminen kestää oman aikansa. Pikkuhiljaa uusi instrumenttisairaanhoitaja kehittyy osaksi työyhteisöä ja perehdyttäjän on hyvä aistia, milloin perehdyttäminen on loppumassa. (Kjelin & Kuusisto 2003, 196-197.)

Potilashoidon laadun ydin löytyy potilaan ja hoitajan välisestä suhteesta (Janhonen & Koivusalo 2004, 13). Hyvin perehdytetty instrumenttisairaanhoitaja pystyy omalla ammattitaidollaan tarjoamaan potilaille laadukasta hoitotyötä. Lukkarin (2010, 14) mukaan leikkaushoitotyön laatua arvioidaan eri osa-alueilla: fyysinen hoito, informaatio, oma-

toimisuuden tukeminen, kunnioitus, hoitohenkilökunnan ominaisuudet, hoidon eteneminen sekä ilmapiiri. Fyysinen hoito sekä hoitohenkilökunnan ominaisuudet todetaan useimmiten laadukkaiksi, mutta tiedonsaannin ongelmat ovat yleisiä ja laskevat hoito-
yön laatua. Tiedonsaannin ongelmat saattavat myös johtua siitä, etteivät potilaat ymmärrä saamaansa tietoa. (Lukkari ym. 2010, 14.)

3.4 Tarkistuslista

Teemme perehdytyskansion osaksi tarkistuslistan, jonka avulla perehdytys varmistetaan. Leikkausosastolla perehdytyksessä tulee kuitenkin huomioida, mitkä taidot tulokas jo osaa ja missä tarvitsee perehdytystä. Perehdytyskansion tarkistuslistaa voidaan käyttää perehdytyksen laadun takeena (Koivukoski & Palomäki 2009, 57). Tarkistuslista toimii myös samalla perehdyttäjän sekä perehdytettävän muistilistana, johon aina merkitään päivämäärällä läpikäyty asia ja perehdyttäjä vielä kuittaa sen omalla allekirjoituksellaan. Kun kaikki sovitut ja tarpeelliset asiat on käyty uuden instrumenttisairaanhoitajan kanssa läpi sekä kuitattu tarkistuslistaan, voidaan listan avulla varmistaa ja myös tarvittaessa todistaa annettu perehdytys. (Kangas & Hämäläinen 2007, 17.)

Kun kaikki perehdytyksen tarkistuslistan asiat on käyty läpi, voivat perehdyttäjä sekä esimies vielä keskustella uuden instrumenttisairaanhoitajan kanssa ovatko kaikki asiat selviä vai toivooko hän vielä joissain asioissa perehdytystä. Tulevaisuutta silmällä pitäen olisi hyvä jos työnantajalla olisi muistilista myös niistä asioista, joita tulee ottaa huomioon ennen kuin uusi työntekijä tulee ensimmäisenä työpäivänään töihin (Edwards 1999). Tutkimuksen mukaan uudet työntekijät olivat kaivanneet perehdytyksen loputtua loppuarviointia esimiehen ja perehdyttäjän kanssa jossa voisi arvioida omaa kehitystä perehdytyksen aikana. (Guhde 2005; Lahti 2007, 42-43).

Perehdytyskansiomme liitteenä olevassa perehdytyksen tarkistuslistaan on koottu perehdytettävät asiat. Tarkistuslistan kohteina ovat työvuoroasiat, osaston tilat, lääkehoitoluvat, sekä yleiset asiat, kuten työvaatetus ja kulunvalvonta-asiat sekä lomat. Suurin osa tarkistuslistasta kuitenkin koostuu leikkauksista, joita yleisimmin tehdään kyseisellä leikkausosastolla, jonne perehdytyskansion sekä tarkistuslistan teemme. (ks. Liite 2.)

4 PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ

Opinnäytetyömme perehdytyskansio on suunnattu uusille perioperatiivisille instrumenttisairaanhoitajille, jotka työskentelevät Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosastolle. Perioperatiivinen hoitotyö sisältää leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitajan tekemää leikkaus- tai toimenpidepotilaan kokonaisvaltaista hoitotyötä (Lukkari ym. 2010, 11). Kun opiskelija valmistuu sairaanhoitajaksi ja menee työskentelemään leikkausosastolle, tulee hänen hallita instrumenttisairaanhoitajan, valvovan sairaanhoitajan sekä anestesia-sairaanhoitajan toimenkuvat pääpiirteittäin. Nykyään useilla leikkausosastoilla on vaihteleva työnkierto, joten perioperatiivisen sairaanhoitajan odotetaan kykenevän toimimaan kaikissa kolmessa roolissa.

4.1 Perioperatiivisen hoitotyön perusteet

Käsite perioperatiivinen hoito otettiin käyttöön vuonna 1978 Yhdysvalloissa. Perioperatiivinen hoitotyö sisältää kokonaisvaltaisesti leikkauspotilaan hoitotyön. Se kuvastaa leikkausta edeltävän, leikkauksen aikaisen sekä leikkauksen jälkeisen hoitotyön. Perioperatiivisessa hoitotyössä ja hoidossa korostuvat potilaskeskeisyys, erikoiskoulutettu henkilökunta, vahva teoreettinen tieto sekä kädentaidot. (Lukkari ym. 2010, 11, 22.) Perioperatiivinen hoitotyö on näyttöön perustuvaa hoitotyötä, joka pohjautuu tieteellisesti havaittuun tutkimusnäyttöön, hyväksi havaittuun toimintanäyttöön sekä kokemukseen perustuvaan näyttöön (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 7).

Perioperatiivisessa hoitotyössä sovelletaan erittäin paljon myös muita tieteenaloja hoitotieteen lisäksi. Perioperatiivinen hoitotyö vaatii hyvää ihmisen anatomia, fysiologian, mikrobiologian, aseptiikan ja sairaalanhygienian, psykologian, sosiologian, kasvatustieteen, lääketieteestä erityisesti anestesiologian ja kirurgian, farmakologian, matematiikan ja teknologian hallintaa (Lukkari ym. 2010, 419). Siksi nykyaikaisen perioperatiivisen sairaanhoitajan tulee päivittää tietojaan ja taitojaan jatkuvasti.

4.2 Instrumenttisairaanhoitaja

Perehdytyskansionamme on suunnattu Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosaston uusille instrumenttisairaanhoitajille. Instrumenttisairaanhoitajan kompetenssi, eli kyky suoriutua tehtävistä hyvin, koostuu ydinpätevydestä, erikoispätevydestä sekä potilaan hoitoon liittyvästä pätevydestä. Ydinpätevyys saadaan sairaanhoitajan tutkintoon johtavassa koulutuksessa, erikoispätevyys saadaan kun hoidetaan leikkauspotilaita ja yleispätevyydellä tarkoitetaan kahden edellä mainitun yhdistämistä. Leikkaus- ja anestesiaosastoilla sairaanhoitajat muodostavat suurimman työntekijäryhmän. Osastolla työskentelevän perioperatiivisen sairaanhoitajan nimike määräytyy hänen vastualueen mukaan, anestesia-, instrumentti- tai valvovaan sairaanhoitajaan. (Lukkari ym. 2010, 28, 45.)

Instrumenttisairaanhoitajan toimenkuvaan kuuluu välineiden varaaminen leikkaussaliin toimenpidettä varten, leikkaussalin valmistelu ja käyttökuntoon saattaminen ennen potilaan tuloa. Tämä tehdään yleensä yhdessä valvovan sairaanhoitajan kanssa. Leikkauksen aikana instrumenttisairaanhoitaja ylläpitää ja tarkkailee leikkausalueen sekä sen ympäristön pysymistä steriilinä. Mikäli kontaminaatio (mikrobien joutuminen paikkaan johon niitä ei toivota) tapahtuu, hän palauttaa steriilin alueen. Instrumenttisairaanhoitaja tekee kirurgisen käsidesinfektion ennen leikkausta, pukeutuu steriiliksi. Kun valvova sairaanhoitaja on pessyt leikkausalueen, steriiliksi pukeutunut instrumenttisairaanhoitaja rajaa steriiliin leikkausalueen leikkausliinoilla. Hän avustaa kirurgia leikkauksessa mm. ylläpitämällä näkyvyyttä erilaisilla apuvälineillä ja ojentamalla kirurgille leikkauksessa tarvittavia instrumentteja. Instrumenttisairaanhoitajan työhön kuuluu myös välineiden huolto leikkauksen jälkeen, sekä jätteiden käsittely. (Lukkari ym. 2010, 181, 336.) Instrumenttisairaanhoitajan työ leikkausosastolla jonne perehdytyskansion teemme on edellä kirjoitetun teorian mukaista. Tarkemmin instrumenttisairaanhoitajan tehtävistä löytyy liitteestä 2. (ks. Liite 2.)

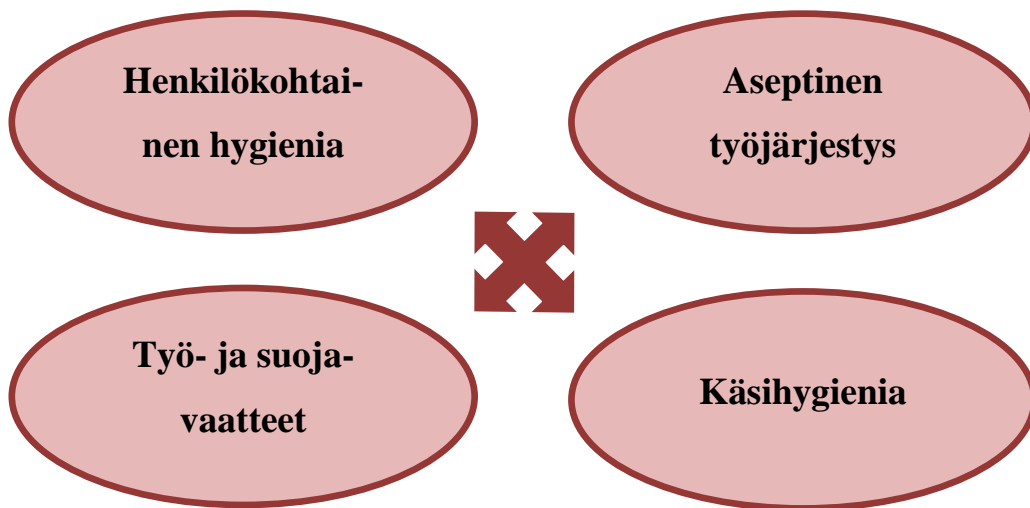
Kun instrumenttisairaanhoitaja on toiminut työssään tarpeeksi kauan ja kokemus on karttunut, voi hän toimia valvovan sairaanhoitajan tehtävässä leikkaussalissa. Valvova sairaanhoitaja on useimmiten leikkaussalin kokenein sairaanhoitaja. Hän vastaa yhdessä instrumenttisairaanhoitajan kanssa aseptiikasta ja turvallisen hoitoympäristön luomisesta, sekä tarvittaessa avustaa sekä leikkaus- että anestesiapuolta esimerkiksi hakemalla tarvittavia lisävälineitä. Valvovan sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu kirjaaminen ja tiedotus, sekä tarpeen mukaan kuvantamisessa avustaminen, näytteiden otto ja lähetys, mah-

dollisesti myös seuraavan potilaan esilääkitys ja välineiden keräys leikkausta varten (Lukkari ym. 2010, 350). Valvova sairaanhoitaja on siis niin sanotusti leikkaussalin yleismies. Valvovan sairaanhoitajan tehtävät Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosastolla löytyvät liitteestä 2. (ks. Liite 2.)

5 ASEPTIIKKA

5.1 Aseptiikan kulmakivet

Aseptiikka on yksi tärkeimmistä leikkaushoitotyön kulmakivistä ja koska opinnäytetyömme perehdytyskansio on suunnattu instrumenttisairaanhoitajille, on aseptiikka olennainen osa sitä. Aseptiikka leikkaushoitotyössä koostuu työntekijöiden henkilökoh-
taisesta hygieniasta, aseptisen työjärjestyksen noudattamisesta, työ- ja suojavaatteiden käytöstä sekä hyvästä käsihygieniasta. Nämä ovat tärkeimmät keinot millä leikkaussali-
henkilökunta pystyy työssään ehkäisemään infektioiden syntymistä. (Kuvio 2.)



KUVIO 2. Leikkausosaston aseptiikan peruspilarit

Lukkarin, Kinnusen & Korten (2010, 79) mukaan aseptiikalla tarkoitetaan työskentelytapaa, jolla pyritään estämään kudosten sekä steriilien materiaalien kontaminaatio mikrobeilta. Ratia, Vuento & Grönroos (2005, 139) taas toteavat, että aseptiikalla tarkoitetaan pieneliöiden vähentämistä antiseptisillä aineilla ja sen tarkoituksena on tuhota mikrobeja. Kuitenkin leikkaushoitotyössä aseptiikan huomioiminen on ensiarvoisen tärkeää, sillä on arvioitu, että viidennes sairaalainfektioista on saanut alkunsa leikkausalueelta. Suomessa tehdyn prelevanssitutkimuksen mukaan jopa joka kolmas infektio on peräisin leikkausalueelta. (Rantala 2010, 204.) Liljebladin (2003, 139-143) tutkimuksessa havaittiin aseptisten toimintatapojen laiminlyöntiä muutamissa toiminnoissa, jotka olisi voitu välttää toimintatapaa muuttamalla. Aseptisen toimintaympäristön valvominen on instrumenttisairaanhoitajan sekä valvovan sairaanhoitajan vastuulla.

Laiminlyödyllä aseptiikalla aiheutetaan huomattavia kustannuksia yhteiskunnalle sekä turhaa kärsimystä potilaalle yksilönä. Kun leikkausalueelle tai elimeen syntyy infektio leikkauksen myötä, ovat seuraukset usein erittäin vakavia sekä kalliita. (Rantala 2010, 204, Anttila 2011). Kuolemariski kasvaa, hoitopäivät sairaalassa lisääntyvät 10-14 vuorokautta, puhumattakaan uusintaleikkauksista tai kalliista lääkityksestä (Rantala 2010, 205).

5.2 Aseptiikka perioperatiivisessa hoitotyössä

Perioperatiivisessa hoitotyössä on ehdottoman tärkeää noudattaa aseptista työjärjestystä. Tutkimuksessa leikkausosaston henkilökunta arvioi aseptiikan hallinnan ehdottomasti hallittaviin toimintoihin ja että henkilökunnan tulisi hallita viimeisimmät ohjeet aseptisesta toiminnasta (Tengvall 2010, 40-41). Kun uusi instrumenttisairaanhoidaja aloittaa työnsä, tulee perehdyttäjän seurata tulokkaan aseptista toimintaa varmistuakseen työjärjestyksen olevan hallinnassa. Tengvallin (2010, 43) tutkimuksessa selvisi, että lyhyen työhistorian omaavista leikkaushoitajista korjasi virheellisen aseptisen menettelyn huomattavasti harvemmin kuin pitkän työhistorian omaava. Aseptisella työjärjestyksellä tarkoitetaan, että työssä edetään puhtaimmasta kohteesta likaiseen, esimerkiksi ensin hoidetaan puhtaat haavat ja sitten infektoituneet haavat (Rantala, Wiik, Jacobsson & Teirilä 2005, 260). Leikkaushoitotyössä leikkauslistat on suunniteltu niin, että ensin tehdään niin sanotut puhtaat leikkaukset, esimerkiksi tekonivelleikkaukset, ja päivän lopuksi tehdään likaiset leikkaukset, kuten umpilisäkkeen poisto.

Yleisimmät infektiot kirurgiassa ovat leikkausalueen infektiot, pneumonia eli keuhko-kuume, sepsis eli vaikea yleisinfektio jonka aiheuttava mikrobi kasvaa veressä, verisuonikatetri-infektio sekä virtsatieinfektio. Suurin riski saada infektio, on vatsan ja suoliston alueen kirurgiassa. Amerikkalainen Center of Disease Control, eli CDC, on julkaissut vuonna 1992 haavainfektioiden riskiluokat. Ne ovat jaettu kolmeen luokkaan, joista ensimmäinen on pinnallinen haavainfektio joka on ihossa tai ulottuu ihonalaistaudokseen. Toinen on syvä haavainfektio joka ulottuu lihaksen peitinkalvoon eli fasciaan tai itse lihakseen. Kolmas on leikkausalue- tai elininfektio joka ulottuu lihaksen ja fascian alle. (Lukkari ym. 2010, 79-81.) Välttämällä leikkaussalin ovien avaamista voitaisiin vähentää mikrobien määrää leikkausalueella. Leikkaussalin ovia saatetaan avata keski-

määräisesti 20 kertaa leikkausta kohti, mutta myös lähemmäs sata oven avausta leikkauksen aikana on havainnoitu (Similä & Teirilä 2010).

5.3 Suojavaatteiden käyttö ja käsihygienia

Vuonna 1846 tohtori Semmelweis todisti, että käsien pesemisellä voidaan vaikuttaa infektioiden leviämiseen. Kirurgisen käsidesinfektion tarkoituksena on poistaa mikrobit käsistä, kynsistä sekä käsivarsista. (Adler & Carlton 2012, 209, 221.) Suojavaatteiden käytöllä pyritään taas suojaamaan leikkausaluetta, leikkausvälineitä ja leikkauksen tekijöitä erilaisilta mikrobeilta. Suojainten valintaan vaikuttavat toimenpide, toimenpiteen kesto sekä potilaan terveydentila ja tartuttavuus. Työvaatteiden lisäksi leikkausosaston henkilökunta käyttää suojamyssyä. (Rantala, Huotari, Hämäläinen & Teirilä 2010, 224.) Tutkimuksessa selvisi jos hiuksia jää suojamyssyn ulkopuolelle niin se nosti partikkelien määrää leikkausalueella (Liljeblad. 2003, 140). Leikkauksiin osallistuvat suorittavat ennen saliin menoa kirurgisen käsidesinfektion. Ennen käsidesinfektiota laitetaan kasvoille suu-nenäsuojus. Käsihuuhdetta käytetään sairaaloissa paljon, mutta käsihuhteen oikeanlainen käyttö hoitotoimenpiteeseen nähden ei aina toteudu (Similä & Teirilä 2010). Pääasiassa kuitenkin kaikki leikkauksiin osallistuvat tekevät edes jonkinlaisen kirurgisen käsidesinfektion. Käsidesinfektion jälkeen pukeudutaan lisäksi vähintään steriiliin leikkaustakkiin sekä käsiin laitetaan steriilit leikkauskäsineet (Rantala, Huotari, Hämäläinen & Teirilä 2010, 224). Joissakin tilanteissa käytetään myös suojalaseja.

5.4 Henkilökohtainen hygienia

Henkilökohtainen hygienia on aseptisen toiminnan perusta. Ratian ja Routamaan (2010, 152) mukaan ihmisen iholla on sekä pysyviä että väliaikaisia mikrobeja jotka voivat aiheuttaa potilaalle infektion. Mikrobit lisääntyvät väliaikaisesti peseytymisen jälkeen, joten leikkaussalissa toimivan sairaanhoitajan tulisi välttää suihkussa käyntiä ennen leikkausta. Kynsien tulee olla niin lyhyet, että kynnen päät eivät näy sormenpäiden yli, sillä kynsien alle mahtuu huomattava määrä mikrobeja. Myös parta ja viikset tulee pitää siistinä, sillä mikrobit helposti kolonisoituvat (mikrobit asettuvat lisääntymään normaalliflooraan aiheuttamatta tautia) näille alueille. (Ratia & Routamaa 2010, 152-154.) Toimimalla aseptisen omantunnon ja aseptisten työtapojen mukaan, instrumenttisairaanhoi-

tajat pystyvät parhaiten intraoperatiivisessa vaiheessa vaikuttamaan siihen, ettei potilaan haava infektoidu. Henkilökohtaista hygieniää pidetään yllä peseytymällä päivittäin, myös omasta terveydestä huolehtiminen kuuluu henkilökohtaiseen hygieniaan. (Lukkari ym. 2010, 87-88, 336).

5.5 Aseptiikka perehdytyksessä

Sairaanhoitajan koulutuksessa panostetaan huomattavasti aseptiikan opettamiseen ja aseptisen työskentelyn hallintaan. Perehdytyksessä tarkkaillaan uuden instrumenttisairaanhoitajan aseptista työskentelyä sekä aseptista omaatuntoa. Mikäli uusi työntekijä on ollut aikaisemmin leikkausosastotyössä, tarkkaillee perehdyttäjä millaiset aseptiset taidot sekä aseptinen omatunto uudella työntekijällä on. Perehdytyksessä kiinnitetään myös huomiota erilaisten apuvälineiden käyttöön aseptisen ympäristön luomisessa ja ylläpidossa. Liljebladin (2003, 149) mukaan käytännön aseptinen tekniikka opitaan usein edelleen mallioppimisen kautta, jolloin perehdyttäjän oma ammattitaito ja – tietämys on oltava erinomainen. Aseptisen käyttäytymisen ja tekniikan hallitseminen on instrumenttoivan sairaanhoitajan keskeisimpiä laadukkaan perioperatiivisen hoitotyön edellytyksistä (Liljeblad 2003, 148).

6 POTILASTURVALLISUUS

Potilasturvallisuus on keskeinen osa hoidon laatua. Etenkin leikkaushoitotyö vaatii erittäin korkeatasoista potilasturvallisuutta. Opinnäytetyönämme on perehdytyskansio instrumenttisairaanhoitajalle ja perehdytyksessä tulee korostaa potilasturvallisuuden tärkeyttä. Turvallinen hoito on vaikuttavaa, jos se toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan. Potilasturvallisuudesta ja laadunhallinnasta säädetään Sosiaali- ja terveysministeriön säätämässä asetuksessa (2011) joka perustuu Terveysturvallisuuslakiin (2010). (Terveysturvallisuuden ja hyvinvoinnin laitos 2011.) Kun perioperatiivisen sairaanhoitajan ammattiosaaminen on korkeatasoista, vältetään monilta turvallisuusriskeiltä leikkaushoitotyössä.

6.1 Sisäinen ja ulkoinen turvallisuus

Potilasturvallisuudella on monia ulottuvuuksia. On sisäisen turvallisuuden tarve ja ulkoisen turvallisuuden tarve. Sisäiseen turvallisuuteen liittyy luottamus itseensä ja muihin ihmisiin. (Hyypä ym. 1997, 85.) Hankelan (1999, 69) mukaan leikkaushoitotyössä potilaat käyttivät selviytymiskeinona luottamustaan hoitohenkilökuntaa kohtaan.

Ulkoiseen turvallisuuteen vaikuttaa materiaaliset tekijät sekä tunne, että hallitsee ja tuntee tilanteen ja kykenee säätämään sitä. Turvallisuus ei ole pelkästään fyysisin keinoin tyydytetty tarve, vaan turvallisuus on kokonaisuus joka pitää sisällään sosiaaliset ja tajuunalliset tekijät. (Hyypä ym. 1997, 85.) Fyysisenä ympäristönä leikkausosasto koettiin positiivisena. Ilmapiiiri voi parantaa potilaan kokemaa turvallisuutta rauhallisuudella, huumorilla, lämmihenkisyydellä sekä estottomuudella. Mikäli potilas kokee ympäristön rauhattomaksi ja kiireiseksi, voi ympäristö saada aikaan turvattomuuden tunteen. (Hankela 1999, 59.)

Uusi instrumenttisairaanhoitaja tarvitsee perehdytystä turvallisuuden tunteen luomisessa. Kun instrumenttisairaanhoitaja on teknisesti ja humanisesti pätevä, hänen toimenpiteen aikainen käyttäytyminen viestittää luotettavaa ammattitaitoa, joka osaltaan lisää turvallisuuden tunnetta (Hankela 1999, 61).

6.2 Potilasturvallisuus terveydenhuollossa

Potilasturvallisuus on terveydenhuollon piirissä toimivien yksilöiden ja yhteisöjen periaate ja toiminto, jonka tarkoituksena on varmistaa potilaan saaman hoidon turvallisuus. Jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen tulisi tiedostaa ja myöntää osaamattomuutensa työtehtävissä, joita hän ei hallitse. Työnantajalla on vastuu perehdyttää tai antaa koulutus työntekijälle tehtäviinsä. Ammatillinen osaaminen on turvallisen hoidon perusta. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2009, 18.)

Potilaan kannalta potilasturvallisuus on sitä, ettei hänen saamastaan hoidosta koidu haittaa. Potilasturvallisuuden on terveydenhuollon henkilökunnan, potilaan ja tämän omaisten yhteinen päämäärä. Siihen liittyy hoidon, lääkehoidon ja laitteiden turvallisuus. Perinteisesti potilasturvallisuudessa on korostettu yksilökeskeisyyttä ja yksittäisen terveydenhuollon ammattilaisen tekemiä virheitä. Viime vuosina on kuitenkin pyritty analysoimaan järjestelmätasoa ja laajemmin erilaisia laatuerojen syitä ja oppimaan virheistä sekä löytämään ratkaisuja. (Stakes & lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 6.) Laadun- ja riskienhallinnan avulla pystytään parantamaan potilasturvallisuutta. Vaaratapahtumia voidaan ennaltaehkäistä ennakoimalla ja puuttamalla niihin ennen kuin haittoja syntyy (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2009, 16.)

Terveydenhuoltolaissa määrätään useista terveydenhoidon toimintaan liittyvistä asioista. Lain tavoitteena on asiakkaan aseman, palveluiden ja hoidon parantaminen. Terveydenhuoltolaki (2010) määrää, että terveydenhuollon on oltava näyttöön perustuvaa. Sen tulee perustua hyväksi todettuihin hoito- ja toimintakäytäntöihin ja toiminnan tulee olla laadukasta, turvallista sekä sitä tulee toteuttaa asianmukaisesti (Terveydenhuoltolaki 2010).

Yksi tärkeimmistä asioista laissa on potilasturvallisuus. Lain 79 pykälästä yhdeksän koskee suoraan potilasturvallisuutta, joista tärkein on 8 §, jossa määrätään yksiselitteisesti terveydenhuollon toimintayksiköt suunnittelemaan potilasturvallisuustyönsä nykykäsityksen mukaiseksi. Terveydenhuollon potilasturvallisuutta ja laadunhallintaa varten on jokaisen terveydenhuollon toimintayksikön laadittava suunnitelma. Suunnitelmallista ja järjestelmällistä potilasturvallisuutta halutaan näin edistää lain voimalla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Potilasturvallisuus on kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien ammattihenkilöiden ja potilaiden yhteinen asia. Ammatillisuuteen kuuluu keskeisesti jokaisen työntekijän ja kunkin ammattiryhmän vastuu potilasturvallisuudesta sekä sitoutuminen sen edistämiseen arvioimalla ja kehittämällä omaa työtään, osaamistaan ja toimintaansa turvallisemmaksi.

6.3 Hoitotyön laatu sosiaali- ja terveydenhuollossa

Laatu ja sen kehittäminen liittyivät alun perin teolliseen tuotantoon. Päämääränä oli lisätä laadun tasaisuutta ja tarjota asiakkaille virheettömiä tuotteita. Myöhemmin laadun määritelmät koskivat myös asiakkaan kokemuksia saamastaan palvelusta. (Leinonen 2002, 15.) Sosiaali- ja terveydenhuollossa laatua on vaikea yksiselitteisesti määritellä, jokainen organisaatio voi itse määritellä omat laadun kriteerit. Kriteereinä voivat olla kyky täyttää asiakkaiden toiveet ja odotukset, edullinen palvelun tuottaminen lakien ja asetusten mukaan, ammattitaitoisen henkilöstön määrä, sekä laitoshoitopäivien pituus. (Idänpää-Heikkilä ym. 2000, 11-12.) Terveysturvalaki edellyttää (8 §), että terveydenhuollon toiminta perustuu näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveysturvalaki edellyttää, että terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.

Laatukriteerit ovat apuna laadun sisällön mittaamisessa. Tarkkailemalla laatukriteerien täyttymistä voidaan arvioida, onko toiminta asetettujen tavoitteiden mukaista ja kustannustehokasta. Laatukriteerit voivat toimia myös suunnittelun apuna. Laatu koostuu osin näkyvistä, mitattavista ominaisuuksista, mutta siihen liittyy myös asiakkaan kokemia tuntemuksia hoidon laadusta ja odotuksista. Laatu on myös alan ammattilaisten määritelmää ammatillista ja tieteellistä laatua. (Idänpää-Heikkilä ym. 2000, 16-18.)

Nykyään terveydenhuollossa tärkein laadun mittari on terveydenhuollon palveluita käyttävä asiakas. Perinteisesti hoidon laatua on arvioitu palveluiden tuottajien näkökulmasta ja laatukriteerit muodostettiin sen mukaan mitä tuottajat pitivät tärkeänä. Kun potilaat muuttuivat passiivisista hoidon vastaanottajista aktiivisiksi kuluttajiksi, tulivat potilaan näkökulmat ajankohtaiseksi suunniteltaessa palveluita ja toimintoja. Asiakaslähtöisesti toimittaessa asiakkaan ja ammattilaisen välillä syntyy tasa-arvoista kahdensuuntaista vuorovaikutusta ja keskustelua. Toiminta vastaa ennen kaikkea ihmisten, asiakkaiden, potilaiden tarpeisiin. Toimintaa ei tule suunnitella yksinomaan ammattilaisten tai orga-

nisaation tarpeita ajatellen. (Outinen & Lindqvist 1999, 11-14.) Laatu terveydenhuollossa on potilaan luottamus siihen, että hän saa apua terveysongelmiinsa hyvin koulutetulta ja perehdytetyltä hoitohenkilökunnalta, joka auttaa häntä ajantasaisen ja tutkitun tiedon mukaisesti (Koivuranta -Vaara 2011, 11.)

Laadunhallinta edellyttää jatkuvaa ja toimivaa asiakaspalautejärjestelmää. Tietoa on kerättävä jatkuvasti ja hyödynnettävä kehitettäessä ja paranneltaessa toimintoja. Hyvä laatu on jokaisen työntekijän, mutta erityisesti organisaation johdon vastuulla. (Outinen & Lindqvist 1999, 14.) Laadun ylläpitäminen kuuluu osaksi jokapäiväistä toimintaa.

7 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

Moniammatillinen yhteistyö on leikkaushoitotyön perusta ja kuten kaikki muutkin leikkausosaston työntekijät, myös uusi instrumenttisairaanhoitaja aloittaa työnsä tiimissä. Potilaan hoidon suunnittelu alkaa moniammatillisena yhteistyönä siten, että yleensä anestesia lääkäri ja osastonhoitaja yhdessä suunnittelevat seuraavan päivän leikkaussaliin ohjelman (Lukkari ym. 2010, 134).

7.1 Moniammatillisuus terveydenhuollossa

Terveydenhuollon organisaatiossa työskentelee useiden asiantuntijoiden muodostamia työyhteisöjä, jotka koostuvat eri ammattiryhmistä. Sairaalan leikkausosastolla työskentelee toiminnan luonteen mukaan muun muassa kirurgeja, anestesia lääkäreitä, sairaanhoitajia, röntgenhoitajia, lähihoitajia, lääkintävahtimestareita ja laitoshuoltajia. Lisäksi näidenkin ammattiryhmien edustajat ovat vielä voineet erikoistua tiettyihin erikoistehtäviin. Perinteisesti jokainen työntekijä suorittaa vain jotakin tiettyä tehtävää toimenpiteen aikana. Tämänkaltaisen erottelu tekee sairaaloista hyvinkin hierarkkisen asiantuntijaorganisaation. (Isoherranen ym. 2008, 13-14.) Kuivamäen ja Patterin (2003, 48-50) tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat moniammatillisen yhteistyön parhaiten toteutuvan kun eri ammattiryhmien asiantuntevuutta hyödynnettiin työyhteisössä tasapuolisesti.

7.2 Yhteistyöllä yhteiseen tavoitteeseen

Moniammatillisessa työyhteisössä asiantuntijoilla on yhteinen työ tai tehtävä suoritettavana, ongelma ratkaistavana tai päätös tehtävänä. He yhdistävät tietonsa ja osaamisensa, jotta he pääsisivät yhteiseen tavoitteeseensa. Yhteistyötä tehdään monella eri tasolla: mitä monimutkaisempia asioita käsitellään, sitä merkittävämmäksi tulevat yhteinen kieli, käsitteet ja vuorovaikutukseen liittyvät säännöt. (Isoherranen ym. 2008, 33.) Tutkimuksessa selvisi, että eri ammattiryhmien edustajat olivat suurimmaksi osin sitoutuneet yhteiseen päämäärään ja tavoitteisiin. (Kuivamäki & Patteri 2003, 76-77).

Yhteistyössä tarvitaan monenlaista osaamista. Asiakas ja hänen läheisensä ovat asiakkaan elämän parhaita asiantuntijoita. Tutkimuksen mukaan suurin osa sairaanhoitajista kokivat kannustaneensa potilasta ja hänen omaistaan osallistumaan hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon (Kuivamäki & Patteri 2003, 79). Ammattihenkilöt usein tarkastelevat asiakkaan tilannetta oman erikoisosaamisensa kautta, jolloin kokonaisuus saattaa jäädä näkemättä. Moniammatillisissa ryhmissä avoin kommunikaatio ja oman näemyksen esilletuominen tilanteesta ovat yhteistyön edellytyksiä. Moniammatillisen yhteistyön kautta saadaan yhdistettyä erilaisia taitoja, jaetaan tietoa ja vastuuta sekä saadaan hoitoon jatkuvuutta. Moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa voimavarojen suunnittelun ja jakamisen ammattilaisille niin, että asiakkaat saisivat palveluista mahdollisimman paljon hyötyä. (Isoherranen ym. 2008, 16, 33.) Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat jotka kokivat, että heidän mielipidettä kuunneltiin sekä tietoa ja taitoja oli käytetty hyväksi potilaan hoidossa, pitivät moniammatillisen yhteistyön toimivana ja luotettavana. (Kuivamäki & Patteri 2003, 75-77).

7.3 Moniammatillinen organisaatio

Moniammatillisille organisaatioille tunnusomaista on, että niissä arvostetaan työntekijän osallistumista ja tasa-arvoa. Eri ammattien väliset statuserot on havaittu merkittäviksi yhteistyön esteiksi. Asiantuntijat tekevät monesti töitä rinnakkain mutta hyvinkin erilaisin tavoittein. Tärkeää olisikin että työryhmällä olisi sama päämäärä ja tavoite. (Isoherranen ym. 2008, 14, 33.) Onnistuakseen moniammatillinen yhteistyö vaatii tekijöiltä yhteisen kielen ja käsitteiden ymmärtämistä. Yhteisistä säännöistä pitää olla sovittu. Moniammatillisessa työyhteisössä vaaditaan hyvää sosiaalista osaamista. (Isoherranen 2008, 34.)

Uuden instrumenttisairaanhoitajan aloittaessa työnsä leikkausosastolla, menee hän työskentelemään moniammatillisen tiimin jäseneksi. Perehdytyksen aikana uusi työntekijä oppii tuntemaan työtovereidensa sekä työyhteisön tapoja sitä myöden tutustuu leikkausosastolla toimiviin tiimeihin. Täten myös kynnys osallistua tiimin toimintaan täysvaltaisena tiimin jäsenenä pienenee. Tutkimuksen mukaan hyvällä perehdytyksellä työntekijä saadaan myös sitoutumaan organisaation hyvin, myös perehdytysajan pituudella on merkitystä, sillä pidempi perehdytysaika parantaa sitoutumista. (Lahti. 2007, 49).

8 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

Tuotokseen painottuva opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle ammattikorkeakoulussa. Tuotokseen painottuvassa menetelmässä lopputuloksena on aina jokin konkreettinen tuotos. Kohderyhmästä riippuen se voi olla esimerkiksi kirja, ohjeistus, tietopaketti tai cd-rom. Visuaalinen ja viestinnällinen kokonaisilme, josta voi tunnistaa tavoitellut päämäärät, on tärkeä piirre tuotoksessa. Työn tulee myös palvella kohderyhmää. (Vilkka & Airaksinen 2004, 51.)

8.1 Opinnäytetyön aiheen valinta

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosaston kanssa. Tuotoksena tehtiin perehdytyskansio uudelle instrumenttisairaanhoitajalle. Tuotos on tehty työelämän toiveiden mukaan. Tuotokseen painottuva menetelmä on valittu, koska työelämäyhteyden toive on saada toimiva perehdytyskansio uudelle instrumenttisairaanhoitajalle kyseiselle osastolle. Tärkeänä pidettiin, että opinnäytetyöstä jää työelämäyhteydelle konkreettinen tuotos. Vilkkan ja Airaksisen (2004, 16-17) mukaan on tärkeää, että työlle löytyy toimeksiantaja, jolta saadaan valmis aihe. Valmiina saatu aihe lisää opiskelijoiden vastuuntuntoa, täsmällistä projektinhallintaa, ammatinkasvua ja tiimityöskentelyä sekä suhteiden luomista työelämään ja mahdollista työllistymistä. (Vilkka & Airaksinen 2004, 16-17.)

Teoriatiedon tulee perustua aina ajantasaiseen ja tutkittuun tietoon, jotta ammattikorkeakoulun opinnäytetyön laatuvaatimukset täyttyisivät. Opiskelijan kyky yhdistää ammatillista teoriatietoa ammatilliseen käytäntöön tulisi näkyä tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä. Sisällöllisten ratkaisujen ja niiden perustelujen taustalla tulisi olla jokin alan teoria tai käsitteiden joukko, joka toimii näkökulmana koko työlle sekä ohjaa työn etenemistä alusta loppuun. (Vilkka & Airaksinen 2004, 10, 42-43.)

8.2 Opinnäytetyöprosessi

Saimme opinnäytetyöaiheemme syyskuussa 2011 jolloin koko opinnäytetyöprosessi alkoi. Opinnäytetyömme aihe nousi työelämän tarpeesta instrumenttisairaanhoidajan perehdytyskansioon. Aihe oli meille erittäin luontainen, sillä suuntaudumme perioperatiiviseen hoitotyöhön. Työn tekeminen oli alkuvaiheessa erittäin haastavaa sillä me emme aiemmin olleet tehneet opinnäytetyötä saati sitten perehdytyskansiota. Haimme opinnäytetyölupaa syksyllä 2011 ja saimme allekirjoitetun opinnäytetyöluvan helmikuussa 2012.

Kävimme työelämäpalaverissa syyskuussa 2011 opinnäytetyön ohjaajamme kanssa. Paikalla olivat työelämäyhteyden opiskelijavastaava, apulaisosastonhoitaja sekä tulevat yhteyshenkilömme. Olimme pitäneet ideaseminaarin koululla ennen työelämäpalaveria. Palaverissa esittelimme suunnitelmamme ja ideamme opinnäytetyötä varten. Keskustelimme keskeisistä teoreettisista lähtökohdista ja muokkasimme niitä työelämän toiveiden mukaan. Myös tarkoitus, tehtävät ja tavoitteet muokattiin opinnäytetyön aihetta vastaaviksi. Palaverissa sovimme myös yhteydenpidon pelisäännöistä. Tämän jälkeen aloimme kirjoittamaan opinnäytetyön teoriaosaa. Jaoimme teoreettiset lähtökohdat keskenämme ja valmiit tekstit muokkasimme yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. Pidimme opinnäytetyöpäiväkirjaa koko opinnäytetyöprosessin ajan, josta pystyimme seuraamaan opinnäytetyön etenemistä ja saimme myös hyvää materiaalia opinnäytetyön prosessista kirjoittamiseen.

Teorian kirjoittaminen sujui hyvin, sillä molemmat pidimme opinnäytetyön aiheestamme ja teoreettiset lähtökohdat ovat mielestämme erittäin mielenkiintoisia. Teoriaa kirjoitimme tammikuuhun 2012 asti, jonka jälkeen aloimme kirjoittamaan perehdytyskansiota. Perehdytyskansion tekeminen oli alkuun todella työlästä, sillä emme tienneet mitä perehdytyskansion tulisi sisältää tai mitä työelämäyhteys siihen toivoisi. Kuitenkin haras perehdytykseen liittyvien lähteiden selailu kantoi hedelmää ja saimme perehdytyskansion aluilleen. Alkuun päästyämme kansion tekeminen sujui kuin itsestään ja työelämän yhteyshenkilömmekin aktivoituivat kansion tekoon kun kävimme palaverissa. Työelämäyhteys antoi meille vapaat kädet perehdytyskansion sekä tarkistuslistan teossa; ainoastaan perehdytyskansion asiavirheet korjattiin sekä käytiin läpi eri erikoisalojen leikkaukset jotka laitettiin perehdytyksen tarkistuslistaan. Perehdytyskansiomme on melko tiukkaan rajattu, sillä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosastolla on jo kan-

siot koskien muun muassa työturvallisuusasioita, anestesia-sairaanhoidajan työtä, eri erikoisalojen leikkauksia.

Kävimme kuvaamassa materiaalia perehdytyskansiota varten toukokuussa 2012. Tätä varten haimme kuvausluvan Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä, jolla on myös oikeudet kuvien käyttöön. Saimme myös työelämäyhteyshenkilöiltä valokuvia Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosastolta käytettäväksi opinnäytetyössä.

Työssämme on käsitelty teoriassa asiat joista perehdytyskansio on koottu. Perehdytyskansio on selkeä ja käytännöllinen. Käytimme kuvia tekemään perehdytyskansiosta visuaalisesti mieltämyksellistä, sekä havainnollistamaan tekstiä. Perehdytyskansion ylätunnisteessa on sininen Pirkanmaan sairaanhoitopiirin logo sekä teksti ”Elämän tähden”. Perehdytyskansiossa on myös mainittu Pirkanmaan sairaanhoitopiirin visio ja eettiset periaatteet. Perehdytyskansio luovutetaan sähköisenä ja kirjallisena Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosastolle. Tuotososaa ei julkaista lainkaan sairaanhoitopiirin toiveiden mukaan.

9 POHDINTA

9.1 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä perehdytyskansio, jonka teimme Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosaston uusille instrumenttisairaanhoitajille. Perehdytyskansioon keräsimme tiedot jotka uusi työntekijä tarvitsee leikkausosaston toimintatavoista, mitä kuuluu instrumenttisairaanhoitajan toimenkuvaan leikkausosastolla sekä tutkimme millaista on hyvä perehdytys.

Hyvä perehdytys on aina hyvissä ajoin aloitettu; uudelle työntekijälle on jo työhaastatteluvaiheessa kerrottu organisaation toiminnasta ja mahdollisesti esitelty tulevaa työympäristöä. Perehdytys on suunniteltua ja jaksotettua uuden tulokkaan tasoa vastaavaksi. Perehdyttäjäksi on valittu kokenut sairaanhoitaja, joka kuitenkin muistaa millaista on aloittaa uudessa työpaikassa. Perehdyttäjä valmistelee ainakin ensimmäisen päivän ohjelman, varaa kaiken tarvittavan ja huolehtii, että hän on samoissa työvuoroissa uuden työntekijän kanssa. Hyvä perehdytys vähentää tutkitusti stressiä ja sitouttaa uuteen työpaikkaan. Annettu perehdytys voidaan nähdä investointina jolla muun muassa parannetaan työtyytyväisyyttä, lisätään henkilöstön osaamista ja parannetaan hoitotyön laatua. Tyytyväiset ja ammattitaitoiset työntekijät luovat uudelle tulokkaalle lämpimän ja vastaanottavan ilmapiirin, josta on mukava aloittaa matka rautaiseksi ammattilaiseksi.

Perehdytyskansio voidaan antaa uudelle työntekijälle luettavaksi hänen ensimmäisenä työpäivään. Perehdytyskansiossa kerrotaan millaiseen paikkaan hän on tullut töihin, miten ja miksi häntä perehdytetään, sekä kuka hänen perehdytyksestään on vastuussa. Perehdytyskansiossa on myös käyty läpi mitä kuuluu instrumenttisairaanhoitajan sekä valvovan sairaanhoitajan toimenkuvaan perioperatiivisessa prosessissa. Kansiosta löytyvät kaikki tiedot, joita uusi työntekijä tarvitsee aloittaessaan työnsä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosastolla.

9.2 Eettisyys

Eettiset kysymykset opinnäytetyötä tehdessä ajoittuvat heti alkuun aihetta valittaessa. Ensimmäiseksi eettiseksi kysymykseksi nousee aiheen valinta. Valitseeko työksi helpon toteuttaa mutta ei ole sisällöltään mitenkään käyttökelpoista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 24-25.) Eettisyyden näkökulmasta opinnäytetyön tulisi olla hyödyllinen, kehittämiseen ja jatkotutkimusmahdollisuuksiin pyrkivä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.) Opinnäytetyömme on työelämälähtöinen ja aihe on tullut Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin leikkausosastolta, jossa tarve saada perehdyttämiskansio uusille leikkaussalisairaanhoitajille on konkreettinen. Opinnäytetyöstämme on hyötyä leikkaussalin uusille työntekijöille ja uusien työntekijöiden ohjaajille. Perehdytyskansiota voivat sekä uusi työntekijä että perehdyttäjä molemmat käyttää ohjauksen ja perehdyttämisen runkona sekä tarkistuslistaa muistilistana. Opinnäytetyötä varten olemme hankkineet opinnäytetyöluvan, sekä kuvatallenteiden ottoa ja käyttöä varten suostumuksen Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä.

Epärehellisyttä tulee välttää kaikessa toiminnassa opinnäytetyötä tehdessä. Erityisesti plagiointi, eli tutkimustulosten ja tekstien esittäminen omana, on kiellettyä. Tekstiä lainattaessa on tärkeätä merkitä lainaus asianmukaisin lähdemerkinnöin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 25-26.) Olemme käyttäneet runsaasti lähteitä opinnäytetyössämme ja noudattaneet Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisia ohjeita lähdemerkinnöissä. Olemme merkinneet lähteet asianmukaisesti ja tarkasti sekä tekstiin, että lähdeluetteloon, joten lähdemerkinnät ovat myös helposti tarkastettavissa.

Toiminnallisen opinnäytetyön eettisiä ohjeita ei suoraan ole saatavilla, mutta niin kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen eettiset ohjeet koskevat yhtäläillä myös toiminnallisessa opinnäytetyössä. Koska varsinaista tutkimusta ei tehdä, niin eettiset arvot kohdistuvat enemmänkin sisältöön, lähteisiin ja työelämän toiveisiin. Opinnäytetyössämme emme ole maininneet spesifiä osastoa jonne opinnäytetyömme teimme, vaan työelämäyhteytenä on mainittu Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin leikkausosasto. Anonymiteetistä on huolehdittu myös työelämäyhteyshenkilöiden kannalta. Opinnäytetyön teoriaosa julkaistaan Theseuksessa, mutta perehdytyskansio sekä tarkistuslista jäävät ainoastaan Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin leikkausosaston käyttöön.

9.3 Luotettavuus

Opinnäytetyötä tehtäessä lähteitä valittaessa olisi hyvä käyttää mahdollisimman tuoreita tutkimuksia ja kirjallisuutta, koska tieto saattaa muuttua hyvinkin nopeasti. Myös kirjoittajan ja julkaisijan tunnettavuuteen ja arvostukseen tulisi kiinnittää huomiota (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 113-114.)

Opinnäytetyössämme olemme käyttäneet laajasti erilaisia tutkimuksia ja kirjallisuutta jotka liittyvät aiheeseemme. Tutkimukset ja kirjallisuus joita valitsimme, ovat sellaisia joita on käytetty laajasti myös muissa tutkimuksissa ja julkaisuissa lähteinä. Olemme pyrkinneet valitsemaan lähteeksi mahdollisimman tuoreita julkaisuja jotka olisivat mielellään alle 10 vuotta vanhoja. Aina se ei ole ollut mahdollista aiheesta tehtyjen tutkimusten ja kirjallisuuden vähyden vuoksi. Vilkan ja Airaksisen (2004, 76) mukaan lähteiden lukumäärä ei ole toiminnallisessa opinnäytetyössä olennaista, vaan niiden laatu ja soveltuvuus aiheeseen. Ei ole syytä kerätä lähteitä vain pidentämään lähdeluetteloa (Vilka & Airaksinen 2004, 76). Opinnäytetyöhömmme olemme valinneet mielestämme luotettavaa ja tutkittua materiaalia. Myös työelämäyhteistyötahon antamat tiedot ja toiveet ovat ohjanneet opinnäytetyötämme. Lähdemerkinnät olemme tehneet tarkasti ohjeita noudattaen. Luotettavuutta lisää opinnäytetyömme jatkuva seuranta ja palaute korjausdotuksineen työelämäyhteyden, opponenttien ja ohjaavan opettajan toimesta.

Opinnäytetyö prosessista on hyötyä myös opinnäytetyön tekijöille, koska joudumme hakemaan aiheesta uusinta tietoa ja miettimään sitä sovellettavaksi työhömmme. Kiinnostus opinnäytetyöhön on säilynyt hyvänä koko prosessin ajan, aiheen koskettaessa meidän omaa tulevaa ammatinvalintaa leikkaussalisairaanhoitajina. Olemme joutuneet miettimään mikä meidän mielestä on tärkeitä tietää uuteen työpaikkaan mentäessä ja työelämäyhteistyötahon toiveet huomioiden.

9.4 Työn hyöty ja kehittämishaasteet

Opinnäytetyöstämme hyötyvät sekä uudet työntekijät Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosastolla sekä heidän perehdyttäjät. Perehdytyskansio on helposti saatavilla ja nopeasti luettavissa. Kansiota uusi työntekijä saa tietoa uudesta työpaikastaan, sen toimintatavoista sekä työtehtävistä. Perehdytyskansioista löytyy myös esimerkiksi turvalli-

suusvastaavan yhteystiedot ja mistä voi löytää turvallisuuskansion. Perehdytyksen tarkistuslistan voi kätevästi tulostaa ja kantaa mukana taskussa koko perehdytyksen keston ajan. Perehdytyksen tarkistuslistasta sekä perehtyjä että perehdytettävä voivat seurata perehdytyksen etenemistä ja huomioida puutteelliset osa-alueet. Kaikki perehdytetyt asiat kirjataan päivämäärällä tarkistuslistaan, jolloin työnantaja voi myös tarvittaessa todistaa annetun perehdytyksen.

Itse olemme myös hyötynneet opinnäytetyön teosta paljon. Nyt tiedämme uusina työntekijöinä, millaista on hyvä perehdytys ja miten uusia työntekijöitä tulisi perehdyttää. Tulevaisuutta silmällä pitäen osaamme ohjata opiskelijoita sekä mahdollisesti myös uusia työntekijöitä jotka meidän jälkeemme tulevat.

Kehittämisehdotuksena perehdytyksen tarkistuslistan käyttöä voisi seurata. Sitä myöden tarkistuslistaa voisi viedä eteenpäin, testata sen toimivuutta ja taas kehittää eteenpäin esimerkiksi aikatauluttamalla perehtymisjakson. Myös yksityiskohtaisen perehdytys-suunnitelman teko olisi varmasti mielenkiintoinen opinnäytetyön aihe.

LÄHTEET

- Adler, A. & Carlton, R. 2012. Introduction to radiologic sciences and patient care. 5th edition. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Anttila, V-J. 2011. Potilaiden infektio- ja turvallisuus osana yleistä potilasturvallisuutta. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Teemakatsaus 1. Päivitetty 2012. Luettu 12.9.2012. <http://www.thl.fi>
- Bumgarner, S., & Biggerstaff, G. 2000. A patient-centered approach to nurse orientation. *Journal for Nurses in Staff Development* 16 (6), 249-256. Luettu 25.8.2012. <http://ovidsp.tx.ovid.com.elib.tamk.fi/>
- Edwards, K. 1999. Developing an orientation program. *Radiol manage* 21 (1), 24-28. Luettu 24.11.2011. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.elib.tamk.fi/>
- Fahje, C., McMyler, E., & Mateo, M. 2001. When new employee orientation doesn't go as planned. *Journal for Nurses in Staff Development* 17(3), 137-143. Luettu 25.8.2012. <http://ovidsp.tx.ovid.com.elib.tamk.fi/>
- Guhde, J. 2005. When Orientation Ends ... Supporting the New Nurse Who is Struggling to Succeed. *Journal for Nurses in Staff Development (JNSD)* 21 (4), 150-151. Luettu 30.8.2012. <http://ovidsp.tx.ovid.com.elib.tamk.fi/>
- Hankela, S. 1999. Intraoperatiivinen hoitotyö. Empiiriseen aineistoon perustuvan teorian kehittäminen. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Hintikka, N. & Saarela, K. L. 2006. Nuorten työtapa- ja turmat. Turvallisuustekniikan laitos. Raportti 93. Tampereen teknillinen yliopisto.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.
- Hyypä, E., Latva-Mäenpää, S., Manninen, K., Myllymäki, L., Salo, H. & Vallejo Medina, A. 1997. Sisätauti-kirurgisen hoitotyön perusteet. Helsinki: WSOY.
- Idänpää-Heikkilä, U., Outinen M., Nordblad A., Päiväranta E. & Mäkelä M. 2000. Laatukriteerit. Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. 20/2000. Helsinki: Stakes julkaisuja.
- Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.
- Janhonen, M. & Koivusalo, A-M. 2004. Jorvin sairaalan leikkausosaston perioperatiivisen hoitotyön laatu potilaiden kokemana. HYKS, Jorvin sairaala.
- Juuti, P. & Vuorela, A. 2004. Johtaminen ja työyhteisön hyvinvointi. 2. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

- Kangas, P. & Hämäläinen, J. 2007. Perehdyttämisen suunnittelu ja toteutus. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.
- Koivukoski, S. & Palomäki, U. 2009. Hoitotyön tiimikirja. Helsinki: Sairaanhoidaja liitto ry.
- Koivuranta–Vaara, P. (toim.) 2011. Terveystieteiden laatuopas. Helsinki. Suomen kuntaliitto julkaisuja.
- Kuivamäki, M. & Patteri, E. 2003. Moniammatillinen yhteistyö erikoissairaanhoidossa sairaanhoidajan näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.
- Kuntatyönantajat. 2011. Hyvä perehdytys on kaikkien etu. Päivitetty: 22.9.2011. Luettu: 9.1.2012.
<http://www.kuntatyonantajat.fi>
- Lahti, T. 2007. Sairaanhoidajien työhön perehdyttäminen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Leino-Kilpi, H. & Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa Lauri, S. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY, 7-20.
- Leinonen, T. 2002. The quality of perioperative care. Developing a patient-oriented measurement tool. Turku: Turun yliopiston julkaisuja.
- Lepistö, I. 2004. Työpaikkakouluttajan käsikirja. 2. uudistettu painos. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.
- Liljeblad, T-K. 2003. Aseptisen ammattitaidon arviointikriteerien luominen käytännön toimintaa havainnoimalla.. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteellinen tiedekunta. Lissensiaattitutkimus.
- Lukkari, L. Kinnunen, T. & Korte, R. 2010. Perioperatiivinen hoitotyö. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.
- Outinen, M. & Lindqvist, T. (toim.) 1999. Sosiaali-ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Jyväskylä: Stakes julkaisuja.
- Penttinen, A. & Mäntynen, J. 2006. Työhön perehdyttäminen ja opastus. Ennakoivaa työsuojelua. Helsinki: Työturvallisuuskeskus. Päivitetty 2009. Luettu 5.1.2012.
<http://www.tyoturva.fi/>
- Rantala, A. 2010. Postoperatiivisten infektioiden merkitys. Teoksessa Hellstén, S. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 6. painos. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 204-205.

Rantala, A., Huotari, K., Hämäläinen M. & Teirilä I. 2010. Leikkausalueen infektioiden ehkäisytoimet. Teoksessa Hellstén, S. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 6. painos. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 219-225.

Rantala, A., Wiik, H., Jacobsson, A. & Teirilä, I. 2005. Hygieniä kirurgisessa toiminnassa. Teoksessa Hellstén, S. (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. 5. uudistettu painos. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 254-261.

Ratia, M. & Routamaa, M. 2010. Henkilöhygieniä. Teoksessa Anttila, V-J., Hellstén, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 6. painos. Helsinki: Kuntaliitto, 152-154.

Ratia, M., Vuento, R. & Grönroos, P. 2005. Puhdistuksen, desinfektion ja steriloinnin tavoitteet ja tarve. Teoksessa Hellstén, S. (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. 5. uudistettu painos. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 134-141.

Similä, E. & Teirilä, I. 2010. Hoitokäytäntöjen kartoitus leikkausosastoilla. Suomen sairaalahygienialehti 28 (2), 82-89.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä, Suomalainen potilasturvallisuus strategia 2009 –2013. julkaisuja 2009:3.Yliopistopaino, Helsinki

Stakes & lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Helsinki: Stakes.

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

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Terveysturvallisuuslaki ja potilasturvallisuus. Päivitetty 2011. Luettu 5.12.2011.
<http://www.thl.fi/>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Tilastokeskus. 2009. Kokemus ja hyvä perehdytys auttavat ehkäisemään tapaturmia. Päivitetty 14.12.2009. Luettu 15.1.2012.
<http://www.stat.fi/>

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.-2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Välimäki, R. 1998. Osastonhoitajan käsikirja. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Young, L. E. 2009. Mentoring new nurses in stressful times. Canadian Operating Room Nursing Journal 27(2): 6-7, 14-15, 28-30. Luettu 19.8.2012.
<http://web.ebscohost.com.elib.tamk.fi/>

TAULUKKO 1. Opinnäytetyöhön liittyvät tutkimukset

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Hintikka N. & Saarela K-L. (2006) Nuorten työtapa- turmat Tampereen teknil- lisen yliopiston Turvallisuustekni- ka laitoksen, Sosiaali – ja ter- veysministeriön ja tapaturmava- kuutuslaitosten liiton yhteistyössä tehty tutkimus Raportti	Tutkimuksen tarkoitus on selvittää nuorille sattuneita työtapatur- mia. Tutkimuksen tavoit- teet on selvittää: 1. työpaikkatapatur- mien ja työmatkatapa- turmien kokonaismää- rät eriteltyinä 2. työpaikkatapatur- mien seurausten vaka- vuuden kehityssuun- nat 3. ammattiluokkakoh- taisten painopistealu- eiden kokonaisluku- määrien kehittyminen 4. muita painopiste- alueita 5. yli kuukauden työs- tä poissaoloon johta- neiden 15–19 –vuotiaille sattunei- den työpaikkatapa- turmien tyypillisiä piirteitä 6. esimerkkejä tyypil- lisistä nuorille sattu- neista työtapaturmista	Tilastot Sisällön erittely Tutkimus on tehty hakemalla TVL:n tapaturmapankin tilastointipuolelta nuorten työtapa- turmien yleisiä suuntauksia ja pai- nopiste alueita.	-Työntekijöiden lukumäärään suh- teutettuna, nuorille työntekijöille sat- tuu työtapaturmia useammin kuin vanhemmille työn- tekijöille -2000-luvulla nuorten työpaikka- tapaturmien määrä on ollut laskussa - Työsuojelulainsää- däntö toimii hyvin nuorille työnteki- jöille säädetyn lain osalta -20-24 –vuotiaille työntekijöille sat- tuu enemmän työ- tapaturmia kuin alla 20 –vuotiaille -Erityisesti nuorille miehille sattuu enemmän työtapa- turmia kuin van- hemmille miehille ja nuorille naisille -1996-2004 välise- nä aikana nuorten

			työtapaturmien lukumäärä oli kasvanut huomattavasti mm. terveyden ja sairaanhoitotyössä
<p>Kuivamäki M. & Patteri E. (2003)</p> <p>Moniammatillinen yhteistyö erikoissairaanhoidossa sairaanhoitajan näkökulmasta.</p> <p>Pro gradu- tutkielma</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia erikoissairaanhoidon vuodeosastolla työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia moniammatillisesta yhteistyöstä.</p> <p>Tehtävinä oli tutkia sairaanhoitajan toiminnan organisatorisia ja ammatillisia edellytyksiä ja eri ammattiryhmien edustajien osuutta sekä sairaanhoitajien kokemuksia potilaan hoidosta moniammatillisessa yhteistyössä.</p>	<p>Tutkimuksessa käytettiin sekä määrällistä (kvantitatiivista), että laadullista (kvalitatiivista) tutkimusmenetelmää.</p> <p>Aineisto oli kerätty kahden keskussairaalan ja yhden aluesairaalan sairaanhoitajista, jotka työskentelivät sisätautien-, kirurgian- ja psykiatrian vuodeosastoilla.</p> <p>Tutkimuksen otos oli 177 sairaanhoitajaa (50 %)</p> <p>Tutkimusaineisto kerättiin tätä tutkimusta varten laaditulla pääasiassa strukturoidulla kyselylomakkeella.</p>	<p>-Organisaation johdon tiedottaminen heikkoa</p> <p>-Riittävien resurssien takaamisen puute</p> <p>-Lähiesimiehiltä toivottiin palautetta ja kykyä tulevaisuuden visiointiin</p> <p>-Potilaan hoitoon liittyviä ammatillisia taitoja pidettiin melko hyvinä</p> <p>-Yhteisten periaatteiden puuttuminen koettiin vaikeutena</p> <p>-Yhteistyön toteutumista arvioitiin harvoin ja palautetta annettiin vähän</p> <p>-Sairaanhoitajien kokemukset potilaan hoidosta moniammatillisessa yhteistyössä olivat pääosin positiivisia</p>

		Aineistojen analysoinnissa käytettiin määrällisen tutkimuksen osalta kuvailevan tilastotieteen menetelmiä ja laadullisen aineistojen osalta sisällön analyysiä.	
Lahti T (2007) Sairaanhoitajien työhön perehdyttäminen. Pro gradu -tutkielma	Tutkimuksen pääta- voite oli tuottaa sairaanhoitajien kokemuksellista tietoa vuodeosastoilla järjestetystä perehdyttämisestä, jotta. Tavoitteena oli myös saada tietoa, millainen yhteys perehdyttämisellä on sairaanhoitajan haluun sitoutua organisaatioon. Tutkimuskysymykset: 1. Miten sairaanhoitajien perehdyttäminen on suunniteltu vuodeosastoilla? 2. Miten sairaanhoitajille annetun perehdytyksen sisältö toteutuu? 3. Miten sairaanhoitajien perehdytyksen etenemistä seurataan	Kvantitatiivinen tutkimus Aineistoa on kerätty HUS:n Hyks-sairaanhoitoalueen Helsingin sairaaloiden kirurgisilla tai sisätautisilla vuodeosastoilla. n=66 (66%) sairaanhoitajaa joiden työssäoloaika oli 3 – 12 kk ja sairaanhoitajat työskentelivät HUS:ssa Hyks-sairaanhoitoalueen helsingin sairaaloiden kirurgisilla tai sisätautisilla vuodeosastoilla. kyselylomake	- Perehdytyksen suunnittelu oli puutteellista suurimalla osalla vastanneista - Vakituiset työntekijät tyytyväisempiä perehdytykseen kuin määräaikaiset -Perehdytysaika ei toteutunut suurimalla osalla työntekijöistä -Sairaanhoitajajoille oli nimetty perehdyttäjät olivat tyytyväisempiä perehdytykseen -Perehdytyksestä puuttui organisaation strategian esittely ja työsuojeluasiat -Yhteistyö esimiehen kanssa sujui

	<p>ja arvioidaan?</p> <p>4. Millainen yhteys perehdyttämisellä on sairaanhoitajan haluun sitoutua organisaatioon.</p>	Tilastollinen analysointi	<p>hyvin suurimalla osalla vastanneista</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sitoutuminen työyhteisöön oli vaki-naisilla parempaa kuin määräaika-silla sairaanhoitajilla -Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat, jotka olivat olleet harjoittelijoina aikaisemmin kyseisessä työyksikössä, olivat tyytyväisiä perehdytykseen
<p>Liljeblad (2003)</p> <p>Aseptisen ammattitaidon arviointikriteerien luominen käytännön toimintaa havainnoimalla</p> <p>Lisenssiaattitutkimus</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteina oli etsiä leikkaus- aikaisen aseptisen toiminnan arviointikriteereitä vastaamalla seuraaviin kysymyksiin:</p> <p>1. Mitkä lasten avosydänleikkausten aikaiset partikkelipitoisuuksia nostaneet tapahtumat osoittautuivat kriittisiksi aseptista ammattitaitoa kuvaaviksi tapahtumiksi?</p> <p>2. Mitkä lasten avosydänleikkausten</p>	<p>Evaluaatiivinen tutkimus</p> <p>Tutkimusaineisto koostui yli kahdeksantoista tunnin pituisesta, neljän lapsen avosydänleikkauksen aikana videoidusta materiaalista.</p>	<p>-</p> <p>Partikkelipitoisuuksia nostattavia tapahtumia leikkausalueella olivat: puuvillaisen leikkaustaitosten käsittely, potilaan ihon käsittely, steriilien leikkausliinojen liikuttelu ja kudosten käsittely diatermiällä</p> <ul style="list-style-type: none"> -Rauhallinen työskentely vähensi partikkelipitoisuuksia leikkausalueella -Leikkaussalissa

	<p>aikaiset sähköisiä koronaripurkauksia aiheuttaneet tapahtumat osoittautuivat kriittiseksi aseptista ammatitaitoa kuvaaviksi tapahtumiksi?</p> <p>3. Miten aseptisen tekniikan yleisesti hyväksytyt suositellavat käytännöt toteutuivat havainnoitujen lasten avosydänleikkausten aikana?</p> <p>4. Arvioitiin kriittisten tapahtumien tekniikan avulla muodostettujen kriteereitten yleistä hyväksyttävyyttä</p> <p>5. pyrittiin nostamaan kriittisten tapahtumien tekniikan avulla muodostettujen kriteereitten abstraktiotasoa aseptista toimintaa kuvaaviksi alakäsitteiksi</p>	<p>olevien henkilöiden lukumäärä vaikutti partikkelipitoisuuksien lukumäärään</p> <p>-Hyväksytyt tekniikoita käytettäessä aseptisesti petti selkeimmin instrumentoituvien sairanhoidajien leikkauksien takaosa ja päähine, joka jätti osan hiuksista paljaaksi</p> <p>-Ihon desinfektointi ei tee alueesta täysin steriiliä, joten ihon ylimääräinen käsittely lisää partikkelipitoisuuden nousua</p> <p>-Yleisesti suositellavat käytännöt aseptiikassa leikkauksialueella toteutui pääosin hyvin</p> <p>-Kriittisten tapahtumien määrittämisen avulla aseptisen toiminnan yksittäiset kriteerit vahvistivat ja joiltain osin lisäsivät aseptisen toimin-</p>
--	---	--

			nan tietoperustaa
Tengvall (2010)	Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillista pätevyyttä intraoperatiivisessa hoitotyössä.	Kvantitatiivinen tutkimus	- Leikkaus- ja anestesiahoitajien ammatillinen pätevyys on vaatimustasoltaan erittäin korkea
Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys.		Aineisto on kerätty viiden yliopistosairaalan (HYKS, KYS, OYS, TAYS ja TYKS) sydän- ja verisuonikirurgian, neurokirurgian, ortopedian ja traumatologian, gastroenterologian ja plastiikkakirurgian erikoisalojen leikkauksyksiköissä.	- Leikkaushoitajien ammatillisessa pätevyydessä tärkeimmäksi toiminnaksi nousi aseptiikka ja turvallisuus jotka leikkaushoitajan tulisi ehdottomasti hallita
Kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anestesiologeille ja kirurgeille.	Tutkimusongelmat: 1. Millaista ammatillista pätevyyttä edellytetään leikkaushoitajalta intraoperatiivisessa hoitotyössä ja miten se toteutuu eri ammattiryhmien arvioimana sekä tarkasteltuna sairaaloittain ja työkokemuksen mukaan? 2. Millaista ammatillista pätevyyttä edellytetään anestesiahoitajalta intraoperatiivisessa hoitotyössä ja miten se toteutuu eri ammattiryhmien arvioimana sekä tarkasteltuna sai sairaaloittain ja työkokemuksen mukaan? 3. Mitä tehtäviä vastaajat esittivät siirrettäväksi lääkäreiltä leikkaus- ja anestesia-	n= 590 256 on leikkaushoitajia, 184 anestesiahoitajia, 76 anestesiologeja ja 64 kirurgeja.	- Leikkaushoitajan ammatillinen pätevyys toteutui vastaajien mielestä hyvin aseptiikka- ja turvallisuusosalueissa. Sen sijaan elvytyksen ja hätätilanteiden hallinnassa oli parannettavaa
Väitöskirja		Kyselylomake	- Anestesiahoitajan ammatillisessa pätevyydessä tärkeimmäksi osalueeksi muodostui anestesia- ja lääkehoito jotka koettiin
		Tilastollinen analysointi	

	<p>hoitajille ja mitä nämä tehtävän siirrot edellyttävät?</p> <p>4. Millainen on leikkaus- ja anestesiahoitajan ammattipätevyysmalli?</p> <p>tutkimuksen tavoitteena on luoda tutkimuksen tulosten perusteella leikkaus- ja anestesiahoitajan ammattipätevyysmalli intraoperatiivisessa hoitotyössä.</p>	<p>ehdottomasti hallittaviksi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys toteutuu erittäin hyvin anestesiahoidon aloitustoiminnan ja dokumentoinnin osalta, mutta anestesia- ja lääkehoitoon liittyvissä hoitotyön toimintojen toteuttamisessa on puutteita - Lääkäreiltä anestesiahoitajille siirrettäväksi esitetyt tehtävät ovat pääosin puudutetun potilaan hoitoon liittyviä tehtäviä, kun taas lääkäriltä leikkaushoitajille ei esitetty tehtävänsiirtoja - Leikkaus- ja anestesiahoitajien ammattipätevyysmalli selkiyttää ja täsmentää leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatti sisältöä intraoperatiivisessa hoito-
--	--	---

			<p>työssä</p> <p>- tehtävänsiirtojen edellytyksenä ovat leikkaus- ja anestesiahoitajien valtakunnalliset kriteerit täyttävä ja sisällöltään riittävän täsmällinen koulutus sekä vastu- ja lupakäytänteiden selkeyttäminen ja työn vaatavuutta vastaava palkkaus.</p>
--	--	--	--

Perehdytyskansio instrumenttisairaanhoidajalle (16 sivua)

Perehdytyksen tarkistuslista (5 sivua)