
Tauotus leikkausosastolla

- Kyselytutkimus työn tauotuksesta Kanta- Hämeen keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla



Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma
Kriisi- ja katastrofityö

Visamäki syksy 2013

Oma Allekirjoituksesi

Anniina Bäckman



VISAMÄKI

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

Tekijä	Anniina Bäckman	Vuosi 2013
Työn nimi	Tauotus leikkausosastolla - Kyselytutkimus työn tauotuksesta Kanta-Hämeen keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön aihe lähti Kanta- Hämeen keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston henkilökunnan työn kuormittavuuden ja tauottomuuden kokemisesta keväällä 2012 riskien kartoituksen yhteydessä. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää sairaanhoitajien mielipiteitä tauotusta kohtaan; sitä kuinka elpymistauot ja työn tauotus koetaan, sekä luoda toimintamalli tauotuksen kehittämiseksi.

Leikkaussalihoitajista on tehty ylipäätään vain vähän tutkimuksia, eikä tauotuksesta ollut käytettävissä yhtäkään. Koska tauotuksesta ei ole tehty leikkaussaliolosuhteisiin yleistettäviä tutkimuksia, opinnäytetyön teoreettinen viitekehys rakennettiin tauotuksen ympärille kietoutuvien käsitteiden kautta. Opinnäytetyössä tauotusta käsitellään etenkin työhyvinvoinnin näkökulmasta.

Tutkimusaineisto kerättiin helmikuussa 2013 Kanta- Hämeen keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla kyselytutkimuksena. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin sekä käyttäen sisällönanalyysia työn laadullisen puolen osalta tauotusmallin luomiseen.

Tutkimuksen tulokset osoittivat sen, etteivät leikkausosaston sairaanhoitajat koe työssä olevien taukojen määrää tai tauotusta riittäväksi. Tauotusta ei koeta riittäväksi myöskään työssä jaksamisen kannalta. Opinnäytetyön laadullisen osan tulosten perusteella, yhdessä kirjallisuuden kanssa, tuotettiin toimintamalli tauotuksen kehittämiseksi.

Tutkimuksen tulosten perusteella tauotuksen puutteellinen nykytila tulisi tunnustaa ja huomioida organisaatiossa sekä tauotusta kehittää työntekijöiden jaksamista tukevaksi. Tulosten ja kirjallisuuden perusteella luotua tauotusmallia olisi hyvä kokeilla käytännössä, jonka jälkeen tulisi arvioida sen käytännöllisyys.

Avainsanat Tauotus, työhyvinvointi, leikkausosasto

Sivut 59 s. + liitteet 3 s.

VISAMÄKI

Degree Programme in Social and Health Care Development and Management

Author

Anniina Bäckman

Year 2013**Subject of Master's thesis**Good pause organisation at operation theatre – Survey about work-related pause organisation at the operation theatre in Kanta- Häme central hospital

ABSTRACT

The topic of this thesis was created based on a risk analysis held on spring 2012 which shows that the Kanta- Häme central hospital operation theatre nurses were undergoing overload and lack of pauses. The aim of this thesis was to find out the opinions of operation theatre nurses towards pause organisation and what are they feeling about the pauses. Also the leading aim was to create a model to improve pause organisation.

There is only small amount of studies about the operation theatre nurses and about pause organisation there were found none. Because of the lack of studies found about pause organisation, theoretical framework was formed by issues which were associated closely to that. Pause organisation is considered especially in the light of well-being at work.

The data was collected in February 2013 in Kanta- Häme central hospital and it was made by survey. The data was analyzed with statistical methods and with data-driven content analysis by the thesis qualitative part, aiming to create a model to good pause organisation.

The results showed that the operation theatre nurses don't feel that there is enough pauses in the work and that the pause organisation is not good enough. Pause organisation is not enough either of thinking about managing at work. By the results of this study and literature there were made a model for good pause organisation.

Based on the results of the study, there should be acknowledged at the organisational level that the pause organisation is inadequate and it must improve to support manage of the employees. The model for good pause organisation created by the results and literature should be tested in practice and then make decisions of its usable.

Keywords Pause organisation, well-being at work, operation theatre**Pages** 59 p. + appendices 3 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	LEIKKAUS- JA ANESTESIAOSASTO TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ.....	2
2.1	Leikkaussalin toiminnanohjaus.....	3
2.2	Leikkausosaston toiminnan tehokkuus	4
2.3	Tauotus leikkausosastolla	7
2.4	Taukojen merkitys	8
2.4.1	Staattinen työ ja mikrotautot	10
2.4.2	Tauottomuus ja kuormitus.....	11
2.4.3	Sairauspoissaolot ja niiden merkitys työyhteisölle	13
3	TYÖHYVINVOINNIN MERKITYS	15
3.1	Työyhteisön hyvinvointi ja työkyky	16
3.2	Työttyytyväisyys ja työssä jaksaminen.....	19
3.3	Työhyvinvoinnin johtaminen.....	21
4	LÄHTÖTILANNE K-HKS LEIKKAUS- JA ANESTESIAOSASTOLLA.....	24
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	25
6	AINEISTON KUVAUS JA ANALYYSI.....	26
7	TUTKIMUSMENETELMÄT.....	27
7.1	Kyselytutkimus	28
7.1.1	Skaalakysymykset Likert- asteikolla.....	28
7.1.2	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi.....	29
8	TUTKIMUSTULOKSET	30
8.1	Strukturoitujen kysymysten tulokset	30
8.2	Avoimen kysymyksen tulokset.....	45
8.3	Tauotusmalli	46
8.4	Tulosten luotettavuus.....	48
9	POHDINTA	49
10	JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET.....	53
	LÄHTEET.....	55
	LIITTEET	
Liite 1	Sisällönanalyysin taulukko	
Liite 2	Kyselyn saatekirje	
Liite 3	Kysely	

1 JOHDANTO

Tauotus leikkausosastolla on huomionarvoista monesta eri syystä. Työn tauottaminen ja henkilökunnan elpymistauot ovat tärkeitä ensiksikin työssä jaksamisen ja työhyvinvoinnin kannalta. Kun työssä on taukoja, pysyy työntekijä virkeänä ja valppaana työssään sekä työn laatu säilyy hyvänä. Toiseksi, kun kyse on prosessinomaisesta toiminnasta, jollaista työ leikkausosastolla on, vaikuttaa onnistunut työn tauottaminen prosessin läpimenoaikojen lyhentymiseen ja kustannustehokkuuteen.

Työn tauotusta käsitellessä on tärkeää sijoittaa se oikeaan kontekstiin ja pohtia mitä se merkitsee ja sisältää kyseisessä ympäristössä. Leikkaus- ja anestesiaosastolla taukojen pitäminen on välillä erittäin hankalaa. Henkilökuntaresurssit ovat pienet, leikkauksia paljon ja työnkuva sellaista, ettei työpisteestä ole mahdollista poistua ilman tauottajaa potilasturvallisuutta vaarantamatta, vaan henkilökuntaa tauottamaan tarvitaan aina toinen osaava työntekijä tilalle. Tauotuksen onnistunut järjestäminen on haastavaa ja jokapäiväinen ongelma. Sairauspoissaoloilla on leikkaussalityössä ja tauottomuudessa suuri merkitys. Leikkaussalissa työskentelevän sairaanhoitajan työnkuva on pitkälle erikoistunutta sairaanhoitajan peruskoulutuksesta, eikä lyhyitä, ennakoimattomia sairauspoissaoloja paikkaamaan ole juurikaan mahdollista saada osaavaa henkilökuntaa.

Leikkaussalityön ergonomia on usein huonoa. Staattinen työ ja pahimmillaan tauottomuus työn luonteesta johtuen aiheuttavat kuormitusta työntekijän fyysiselle jaksamiselle. Työpisteestä ei voi poistua, edes fysiologisille perustarpeilleen, ellei saa tauottajaa itselleen. Henkilökuntaresurssien vuoksi tauottajaa ei ole aina saatavilla. Taukojen välit saattavat venyä välillä hyvinkin pitkiksi, ja saattaa olla jopa niitä päiviä, kun hoitaja ei pääse koko päivänä ollenkaan tauolle. Tällainen on toki harvinaisempaa ja usein hoitajan oma valinta pitkissä leikkauksissa.

Tässä työssä tauotusta käsitellään työhyvinvoinnin näkökulmasta. Leikkausosaston hoitajien tauotuksesta ei löytynyt aikaisempia tutkimuksia. Työhyvinvoinnin näkökulma tauotuksen tutkimiseen valittiin keväällä 2012 tehdyssä riskienkartoituksessa esiin tulleen sairaanhoitajien voimakkaan kuormituksen kokemisen vuoksi. Työhyvinvointi on käsitteenä laaja, joka pitää sisällään monta asiaa. Työhyvinvointi edistää henkilökunnan työssä jaksamista ja kun työssä voidaan hyvin, työntekijät ovat työhön motivoituneita ja sitoutuneita. Työpahoinvointi johtaa monenlaisiin ongelmiin, kuten varhaisvaiheessa väsymykseen ja uupumukseen, myöhemmässä vaiheessa jopa työkyvyttömyyteen. Kun työntekijöistä ja heidän jaksamisestaan huolehditaan jo hyvissä ajoin, estetään väsyminen, vireyden ja motivaation lasku ja saadaan työntekijät tuntemaan iloa työstään sekä sitoutumaan siihen paremmin. Työhyvinvointi ja työssä jaksaminen

kulkevat käsi kädessä. Kun työssä voidaan hyvin, auttaa se jaksamaan sekä töissä että vapaa-ajalla. Työntekijä on työhönsä sitoutuneempi ja tekee parempaa tulosta. Henkilöstön hyvinvoinnista onkin tullut monelle organisaatiolle strateginen menestystekijä (Seuri & Suominen 2010, 176). Hyvinvoivan työntekijän työn laatu on parempaa ja innovatiivisempaa sekä sairauspoissaoloja on vähemmän. Kun työssä voidaan huonosti, se johtaa moniin ongelmiin ja tulee kalliiksi sekä työntekijälle ja työnantajalle että yhteiskunnalle (Seuri & Suominen 2010, 176).

Tauottamisen onnistuminen leikkausosastolla on ongelma, jota oli tarkoitus selvittää Kanta- Hämeen keskussairaalan leikkausosaston sairaanhoitajille tehdyn kyselyn avulla sekä kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimuksiin liittyvällä selvitystyöllä. Taudituksen toteutumisesta leikkausosastolla ei ole tehty tutkimuksia, joten vertailukohtina käytetään pääsääntöisesti kirjallisuudesta nousseita teemoja. Tutkimuksen merkitystä voidaan tarkastella monesta näkökulmasta. Hoitohenkilökunnalle taudituksen paraneminen tarkoittaa parempaa työssäjaksamista ja työhyvinvointia, leikkausosastolle ja sairaalalle mahdollista tuloshyötyä vähenevistä sairauspoissaoloista, joita työpahoinvointi tai ammattitaudit väistämättä aiheuttavat. Päivän leikkausohjelmalle onnistunut tauotus tarkoittaa lyhyempiä viiveaikoja ja kustannushyötyä. Potilaalle onnistunut tauotus ja jaksavat leikkaussalihoitajat saattavat merkitä työn laadun ja potilasturvallisuuden paranemista. Onnistuneesta taudituksen järjestämisestä on suoraa hyötyä kaikille osapuolille.

2 LEIKKAUS- JA ANESTESIAOSASTO TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ

Leikkaus- ja anestesiaosasto on paikka, jossa suoritetaan sekä kirurgista että anesthesiologista toimintaa. Omia potilaita leikkausosastolla ei ole vaan osasto tuottaa palveluja sairaalan muille yksiköille (Laitila 2006, 10). Leikkausosasto on moniammatillinen tiivis työyhteisö, jossa tiimityöllä on suuri merkitys. Leikkausosastolla on töissä sairaanhoitajia erityistehtävineen joko instrumentti- tai anestesiahoitajina sekä osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitajat. Lisäksi lääkärikuntaa edustavat anestesia- ja leikkauksilääkärit ja eri erikoisalojen kirurgit. Työyhteisöön kuuluu myös lääkintävahtimestarit, välinehuoltajat, laitoshuoltajat ja osastonsihteerit.

Leikkaussali työ on jatkuvan valvonnan sekä virheettömyyden ja nopeaan tiimityöhön pyrkivän luonteensa vuoksi kuluttavaa. Työ on sekä pikkutarkkaa käsityötä että kokonaisuudet huomioonottavaa. Leikkaussalihoitajat ovat hoitotyön moniosaajia, joiden täytyy osata myös lukea välillä hyvin niukkasanaissakin ympäristössä sekä potilaan että työtoverien ilmeitä ja eleitä ollakseen perillä kokonaistilanteesta. (Tuusvuori 2006, 33, 38, 217.) Työskentelyolosuhteet eivät ole työn luonteen vuoksi optimaalisia. Pitkät, tauottomat, keskittymistä vaativat leikkaukset ovat

työntekijää kuluttavia ja kuormittavia. Päivystysleikkauksiin ja leikkauksen aikana mahdollisesti tapahtuviin hätätilanteisiin varautuminen vaatii epävarmuuden tunteen sietämistä sekä hyvää stressinsietokykyä ja joustavuutta. Leikkaussalissa työskentelevän (sekä instrumentti- että anestesiahoitajan) työ on lisäksi ergonomialtaan huonoa. (Tengvall 2010, 8.)

Leikkausosasto on paikka, johon ulkopuolisilla ei ole pääsyä. Työ tehdään erittäin puhtaassa ympäristössä, jossa työntekijöiltä vaaditaan suurta huolellisuutta. Kuten edellisessä kappaleessa mainittiin, täytyy leikkaussalin sairaanhoitajien omata erinomaiset, täydellisyyteen pyrkivät taidot aseptisyydessä, tekniikan hallinnassa, itse hoitotyön tekemisessä ja potilaan kohtaamisessa haavoittuvimmillaan sekä ihmissuhdetaidoissa. (Silén-Lipponen 2005, 22- 24.)

Leikkausosaston toiminta on hyvin suoritekeskeistä ja siihen kuuluu monia eri vaiheita, jotka toistuvat prosessille tyypilliseen tapaan toinen toisensa jälkeen suunnitellusti ja sujuvasti (Torkki 2012, 3). Leikkausosastoilla on käytössä sähköiset toiminnanohjausjärjestelmät, joihin kirjataan vaiheajoja seuranta ja dokumentointia varten. Kuten missä tahansa muussakin prosessinohjauksessa seuranta on tärkeää laadun valvonnan takia. (Marjamaa 2007, 16.) Leikkausosaston päivittäistä toimintaa johtaa leikkaussalikoordinaattori (Laitila 2006, 28) joko yksin tai työparina toisen ammattiryhmän edustajan kanssa. Leikkaussalikoordinaattori päättää päivittäisen toiminnan muutoksista. Lisäksi hoitohenkilökunnan lähiesimies ohjaa hoitajien päivittäistä toimintaa (hoitoryhmien muodostaminen, tauotuksen järjestäminen, ylityöntekijöiden hankkiminen). Leikkaussalin hoitoryhmän (salin tiimin) toimintaa koordinoi salivalvoja, joka on samalla tiimin jäsen. (Laitila 2006, 28- 29.)

2.1 Leikkaussalin toiminnanohjaus

Leikkausosasto tuottaa leikkaus- ja anestesiapalveluja sairaalan muille yksiköille, joiden suorana asiakkaana potilaat ovat. Palvelu pitää sisällään kaiken, mitä potilaan hoitoon tarvitaan leikkausyksikössä: fyysiset tilat, henkilöstön, lääkkeet, materiaalit, koneet, laitteet, tarvikkeet, välineet ja tavaralogistiikan. (Laitila 2006, 10.)

Leikkausosastolla toimitaan päivittäin leikkausohjelman mukaan, jota käytetään leikkaustoiminnan läpiviemiseksi. Leikkausohjelma määrittelee sen kuinka paljon henkilöstöresursseja tulisi olla, mitä välineistöä ja laitteita tarvitaan sekä salin optimaalisen kuormituksen määrän. Leikkausohjelmasta voidaan nähdä leikkaussalikapasiteetin tila kyseisenä päivänä. Leikkausosastolla leikkausohjelma tarkennetaan työohjelmaksi, joka sisältää myös henkilöstön tauotussuunnitelman, kirjattuna tai ei. Leikkausohjelmaa monitoroidaan, jotta voidaan seurata leikkaustoiminnan etenemistä sekä

seurataan, jotta voidaan arvioida resurssien käyttöä, tehokkuutta ja muita tunnuslukuja. (Laitila 2006, 11- 15.)

Leikkaus- ja anestesiaprosessissa on useita eri vaiheita. Laitila (2006, 12-13) esittelee kriittisen polun vaihemallin, johon kuuluvat seuraavat prosessin vaiheet: Leikkaussalin valmisteluvaihe (leikkaussali varustetaan ja välineet järjestetään leikkausta varten), anestesian aloitusvaihe (vaihe sisältää tarvittavien mittaus- ja seurantalaitteiden kiinnityksen sekä varsinaisen induktion), kirurgisten valmistelujen vaihe (potilas valmistellaan leikkausta varten, asento, pesu, steriilit peitteet), kirurgisen toimenpiteen vaihe (vaihe alkaa leikkausviihlosta ja päättyy leikkaushaavan sulkuun), potilaan herättelyvaihe (vaihe sisältää potilaan herättelyn (nukutus) ja siirron pois leikkaussalista), leikkaussalin purkuvaihe ja leikkaussalin valmisteluvaihe (seuraava potilas). Näistä vaihtovaiheen muodostavat purkuvaihe ja valmisteluvaihe, joissa potilas siirretään jatkohoitoyksikköön, leikkaussali siivotaan, ylimääräinen varustus puretaan ja seuraava leikkaus valmistellaan.

Jos miehitetyssä leikkaussaliajassa on vaihe, jonka aikana ei tapahdu mitään prosessia edistäviä toimintoja, kutsutaan sitä viiveeksi tai viivevaiheeksi. Viivevaiheita ovat käytännössä kaikki kriittisen polun vaihemallin ulkopuolelle jäävistä jaksoista, joista merkityksellisimpiä ovat hoitohenkilökunnan tauot, leikkaussalien suunnittelemattomat sulut esimerkiksi henkilöstöresurssien puutteessa ja leikkaussalissa päiväkohtaisen leikkauslistan vajaatäyttö. Vaihtovaiheen kestoon vaikuttaa merkittävästi se, onko hoitohenkilökunnalla tauko toimenpiteiden välissä. Leikkaustiimin (ilman tauottajia) pitämisen tauon merkitys vaihtovaiheen kestoon on suuri. Laitila (2006, 13, 25)

2.2 Leikkausosaston toiminnan tehokkuus

Resurssien pienentyessä ja säästöpainneiden alla olevien organisaatioiden on oltava jatkuvasti yhä tehokkaampia. Tehokkuudella leikkaussaliympäristössä tarkoitetaan mahdollisimman optimaalista salien käyttöastetta. Leikkaussalien ei tulisi olla ali- eikä ylikäytössä. ”Hukka-aikaa” eli aikaa, jolloin leikkaussali ei tuota mitään tulisi olla mahdollisimman vähän. Leikkausosasto on usein sekä sairaalan kallein että tuottavin yksikkö. Yhden leikkaustunnin suorittaminen voi vaatia jopa 20 henkilötyötuntia, joten ei ole sama miten toimintaa johdetaan. Leikkaussalien toiminnan johtamista järjestelmällisesti on kuitenkin tutkittu maailmanlaajuisestikin vain vähän. (Marjamaa 2007, 13, 17- 18.)

Leikkaussalien toiminnan tehokkuudelle ei ole yhtä selkeää mittaria. Tehokkuutta voidaan mitata kuitenkin epäsuorasti ajankäytöllä. Miehitetty leikkaussaliaika on leikkaustoiminnan kannalta keskeisin resurssi. Sen tehokas käyttö edellyttää leikkaus- ja anestesiaprosessin kaikkien vaiheiden

mahdollisimman pientä läpimenoaikaa sekä leikkausosaston kaikkien salien optimaalista käyttöä koko suunnitellun ajan. Leikkaus- ja anestesiaprosessi on monivaiheinen, vaihtuvaisältöinen tapahtuma, jossa potilas on prosessin keskiössä. Prosessi sisältää eri vaiheita, joista kokonaisuus rakentuu. Leikkauspalveluiden tuotannon tehokkuus muodostuu monen eri mittarin kokonaisuudesta. (Laitila 2006, 11.) Mitä tahansa prosessimittaria käytetäänkin, niiden lukuarvojen oikea tulkinta on tärkeää. Normaalit vaihtelut on tärkeä erottaa niistä, jotka ovat tehokkuuden kannalta epäedullisia. (Marjamaa 2007, 20.)

Tärkeä tehokkuuteen vaikuttava tekijä on leikkausten aikataulutus, eli leikkauslistojen laadinta oikein. Lista tehdään yhteistyössä leikkaavan lääkärin kanssa ja sen tulisi olla optimaalinen salin käyttöajan kannalta. Saliakaa ei tulisi yli- tai alimitoittaa. (Marjamaa 2007, 21.) Leikkausten kokonaispituuden merkittävin tekijä on leikkaavan lääkärin nopeus. Erikoislääkärit tekevät työn nopeammin kuin erikoistuvat, joiden osallistuminen leikkaukseen hidastaa työtä ja lisää kustannuksia. Leikkaavasta lääkäristä johtuva viive pidentää potilaan saliaikaa enemmän kuin mikään muu yksittäinen syy. On tärkeää huomioida leikkaussalihenkilökunnan ja kirurgin välisen kommunikaation merkitys ja puuttua mahdolliseen myöhästelyyn. Jos kirurgi ei ole varannut koko työpäivää leikkausosaston käyttöön, vaan tekee muuta työtä vaihtoaikoina, saattaa se rikkoa koko salin leikkauslistan ja teettää henkilökunnalla ylityötä. Toiminnan tehokkuuden kannalta olisi tärkeä huomioida myös kirurgin koulutuksessa taloudelliset seikat ja huolehtia siitä, etteivät aloittelevien kirurgien leikkaukset venyisi ylipitkiksi. Anestesiaalääkäreistä tai anestesiaosta johtuvat syyt ei ole tilastollisesti merkittäviä. ASA- luokan ollessa suurempi, myös anestesiavalmisteluihin käytetty aika kasvaa. (Marjamaa 2007, 26- 27, 70.)

Useissa leikkaussalien tehokkuutta koskevissa tutkimuksissa on tutkittu viiveaikojen lyhentämistä moniammatillisin keinoin. Moniammatillisissa työryhmissä pohdittiin mitkä tekijät aiheuttavat tehottomuutta. Kukin ammattiryhmä huolehti omasta saapumisestaan ajallaan paikalle ja viiveajat lyhenivät huomattavasti. Toimintaa tehostettiin myös limittämällä toimintoja, työnkuvia ja toimintamalleja muokkaamalla sekä suorittamalla toimintoja yhtä aikaa. Kaikissa tutkimuksissa saatiin huomattava parannus viiveaikoihin ja leikkaussaliajan tehokkaaseen käyttöön. Myös seurannassa parannus pysyi. Olennaista kaikissa tutkimuksissa oli se, että muutoksille asetettiin selkeät tavoitteet, niitä mitattiin systemaattisesti sekä informoitiin työntekijöitä eri tiedostuskanavien kautta. Tutkimukset osoittavat, että parhaiten myönteisiä muutoksia prosesseihin saatiin sitouttamalla kaikki ammattiryhmät ideointiin ja muutosprosessiin. (Marjamaa 2007, 28- 29, 63.)

Leikkausprosessin vaiheajat kertovat tehokkuudesta, vaikka nekään eivät yksittäisenä mittarina anna siitä suoraa kuvaa. Laitilan (2006, 11) mukaan leikkaussalien tehokkuus edellyttää ainakin leikkaus- ja anestesiaprosessin kaikkien vaiheiden mahdollisimman pientä läpimenoaikaa sekä leikkausosaston kaikkien leikkaussalien hyödyntämistä koko käytettävissä

olevan ajan. Tehokkuuden kannalta on erittäin tärkeää keskittyä arvoa tuottamattomien vaiheiden minimoimiseen tai toimintojen limittämiseen. Useissa tutkimuksissa on havaittu, että limittäinen anestesian induktio ja muut valmistelut vaikuttavat nopeuttavasti prosessin kulkuun ja tuottavuuteen. Torkin (2012) väitöstutkimuksessa oli selkeä ero niiden sairaaloiden välillä, jotka käyttivät limittäistä anestesian tai valmisteluiden aloitusta ja joilla oli varattu siihen henkilökuntaa. Limittäisellä valmistelulla voidaan saavuttaa noin 20- 30 minuutin aikasäästöt vaihtoajoissa. Tutkimuksessa parhaiten vertailussa menestyneissä sairaaloissa käytettiin lisäksi tauotus- ja valmistelutiimiä, jonka työaika alkoi kello 9 ja päättyi virka-ajan jälkeen, jolloin nämä olivat apuna myös pitkään venyneissä leikkauksissa. Lisäksi kannustava palkkaus oli apuna tehokkuuden lisäämisessä. Sairaalassa, jossa kannustava palkkaus oli käytössä, oli myös suurin tehokkuus. (Torkki 2012, 33, 65, 81.)

Oikein toteutettu limittäinen anestesian tai valmisteluiden aloitus (seuraavan potilaan anestesia aloitetaan limittäin salin edellisen potilaan kanssa siihen varatussa erillisessä tilassa) on tehokkuuden kannalta varteenotettava vaihtoehto. Eri maissa on tehty tutkimuksia rinnakkaisinduktion merkityksestä tehokkuudelle. Kun potilaan anestesia aloitetaan sille tarkoitettussa induktiotilassa, voidaan tutkimusten mukaan saada ainakin puudutetuilla potilailla ajallista säästöä aikaan. Pitkissä leikkauksissa ajallinen säästö on kuitenkin pieni. (Marjamaa 2007, 23.)

Marjamaan (2007, 39- 40) väitöstutkimuksessa tutkittiin seuraavia toimintamalleja:

Perinteinen malli: Yksi anestesiahoitaja, yksi instrumenttihoitaja, yksi salivalvoja, yksi anestesia lääkäri, yksi kirurgi/ sali hoitavat leikkauksen alusta loppuun

Erilliset induktiosalit: Marjamaan tutkimuksessa testattu malli, jossa yksi kirurgi, 1,25 anestesia lääkäriä, kaksi anestesiahoitajaa, kaksi instrumenttihoitajaa ja yksi salivalvoja hoitavat kunkin salin leikkauspotilaat käyttäen apuna erillistä induktiotilaa, anestesian aloittava tiimi jatkaa leikkauksen loppuun ja vapautuva ryhmä pitää tauon ja ottaa uuden potilaan induktiosaliin.

Kiertävän anestesian aloitustiimi ”induktiotiimi”: Yksi anestesia lääkäri, yksi anestesiahoitaja, yksi instrumentti- tai anestesiahoitaja hoitavat useamman salin aloitukset, mutta varsinaisen leikkauksen hoitaa salin kiinteä perinteisen mallin tiimi. Aloituksen jälkeen induktiotiimi siirtyy seuraavaksi aloittavaan saliin.

Keskitetty induktiotila: Leikkaussalien yhteydessä on yksi yhteinen induktiotila, jossa on oma tiimensä: yksi anestesia lääkäri, kaksi anestesiahoitajaa ja yksi instrumenttihoitaja. (Henkilökuntamitoituksessa sovellettu Suomen anestesia lääkäriyhdistyksen valvontasuosituksia)

Vaihtosalimalli: Leikkaussaleja henkilökuntineen (tiimeineen) on yksi enemmän kuin aikataulutettuja saleja, ensimmäisenä vapautuvan kirurgin seuraava potilas otetaan vapaana olevaan vaihtosaliin

Induktiosalimallia testatessa, todettiin, että sen käyttäminen vähensi ei-operatiivista aikaa (edellisen leikkauksen päättymisestä seuraavan leikkauksen aloitusviiltoon) noin 46 %. (Marjamaa 2007, 55). Henkilöstökustannukset olivat pienimpiä keskitetyssä induktiomallissa, ja kaikki induktiomallit olivat kustannustehokkaampia perinteiseen malliin verrattuna. Eniten ylitöitä syntyi kiertävän induktiotiimin mallissa. Eniten säästöjä syntyi vaihtosalimallissa. (Marjamaa 2007, 56, 59). Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että vaihtosalia käyttämällä saadaan leikkaussalin tuottavuuden näkökulmasta hyviä tuloksia (Torkki 2012, 89).

Myös Laitila (2006) esittää tehokkuuden lisäämiseksi tauotusmallien kehittämistä, jotta saadaan leikkaus- ja anestesiaprosessin viiveaikoja lyhennettyä. Laitila ehdottaa tutkimuksensa perusteella instrumenttihoitajien porrastettua tauotusta (instrumenttihoitaja/ salivalvoja lähtee tauolle potilaan herätysvaiheessa) ja anestesiahoitajien tauokseen niin sanottua kiertävän anestesiahoitaja- järjestelmää, jossa anestesiahoitajia on yksi enemmän kuin leikkaussaleja.

Tehokkuuteen ja kustannussäästöihin ei tulisi pyrkiä tekemällä töitä kovemmin vaan karsimalla prosessista turhia toimintoja tai resursseja. Sekä Marjamaan (2007), Torkin (2012) että useissa muissa Eurooppalaisissa tutkimuksissa osoitettiin selkeä näyttö limittäisen työskentelyn kustannustehokkuudesta verrattuna perinteiseen leikkaussalin toimintamalliin. Marjamaan tutkimuksessa pystyttiin osoittamaan, että eri induktiomalleja käyttämällä useampia päivystysleikkauksia saatiin tehtyä virka-aikana. Päivystysajalla tehtävät leikkaukset ovat kustannuksiltaan kalliita ja työaika henkilöstölle epämukavampaa. Lisäksi toiminnan johtaminen havaittiin tärkeäksi. Leikkaustoiminnan ymmärtäminen prosessina ja sen systemaattinen, turhia toimintoja pois karsiva johtaminen lisää tehokkuuden lisäksi myös laatua ja työviihtyvyyttä. Leikkauspotilaiden limittäinen valmistelu ei ole Suomessa yleistä ja siihen tulisikin kiinnittää huomiota leikkaussalien tuottavuuden ja tehokkuuden kannalta. Valtaosassa sairaaloista ei ole erillistä induktiotilaa. Jälkivalvontayksikköä käyttämällä saadaan tutkimuksen mukaan sama kustannushyöty kuin erillistä induktiotilaa käyttämällä. (Marjamaa 2007, 67- 68.)

2.3 Tauotus leikkausosastolla

Henkilökunnan elpymistauot ovat tärkeitä henkilökunnan jaksamisen ja hyvinvoinnin kannalta. Leikkausosastolla onnistuneesti järjestetty henkilökunnan tauotus on sen lisäksi kustannustehokasta. Yksinomaan tauotuksesta ei ole tehty juurikaan leikkaussalityöhön yleistettäviä

tutkimuksia. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (Laitila 2006) on tehnyt Tampereen yliopistollisen sairaalan kirurgian leikkausosastolla LEKI:llä selvityksen osaston toiminnan arvioinnista, jossa sivutaan myös tauotusta.

Leikkaussalitoiminnassa on useita eri vaiheita, jotka pyritään tekemään mahdollisimman nopeasti ja pitämään leikkaussali ”tyhjänä” niin lyhyen aikaa kuin on mahdollista. Leikkaustoiminnassa potilaiden välistä vaihetta kutsutaan vaihtovaiheeksi tai vaihtoväliksi ja se sisältää potilaan siirron jatkohoitoon, leikkaussalin siivouksen ja seuraavan potilaan leikkausvalmistelut. Jos koko leikkaustiimi lähtee yhtä aikaa tauolle, (ei ole tauottajia) aiheuttaa se pitkän viiveen leikkaustoiminnalle. Tampereen yliopistollisessa sairaalassa tehdyn tutkimuksen mukaan tavallinen vaihtoaika oli keskimäärin 25 minuuttia, ja jos leikkaustiimi piti tauon ilman tauottajia, oli vaihtoaika 60 minuuttia. Kun koko leikkaustiimi piti tauon leikkausten välillä yhtä aikaa, (ei ollut tauottajia) aiheutti se 35 minuutin viiveen leikkaus- ja anestesiaprosessiin. (Laitila 2006, 19- 25.) On hyvä huomioda, että leikkaussaliaika on kallista, yksi leikkaussaliminuutti maksaa eri sairaaloissa 13- 17 euroa (Meretoja 2010, 425).

Leikkaussalitoiminnassa miehitetty leikkaussaliaika on tärkein tehokkuutta määrittävä tekijä. Tämän vuoksi on muiden tehokkuutta lisäävien asioiden lisäksi panostettava henkilökunnan tauotukseen, jotta viiveajat lyhenevät ja tehokkuus kasvaa. (Laitila 2006, 33.) Samalla kun henkilökunnan tauotuksesta huolehditaan tehokkuuden kannalta, on se hyödyllistä ja arvokasta myös hyvinvoinnin ja työssäjaksamisen näkökulman kautta yksilön kannalta. Laitilan (2006, 44) mukaan leikkaussalitoiminnan työnkuva varsinkin päivystävissä leikkausyksiköissä on luonteeltaan sellaista, että hoitohenkilökunnalta vaaditaan toisinaan joustoa työaikojen suhteen. Koska leikkausohjelmaan resursoidut leikkaukset eivät aina toteudu suunnitellussa ajassa tai kiireellinen päivystysleikkaus aiheuttaa toimintaan muutoksia, ovat henkilökunnan joustot tarpeellisia. Sekä Torkin (2012), Marjamaan (2007) että Laitilan (2006) mukaan kannustava palkkaus olisi suositeltavaa henkilökunnan työajan joustoille. Kohtuullinen korvaus tehdystä ylityöstä vähentää tyytymättömyyttä joustoja kohtaan sekä lisää työmotivaatiota (Laitila 2006, 44).

2.4 Taukojen merkitys

Työssä tarvitaan taukoja fyysiseen ja psyykkiseen elpymiseen, työn kuormituksesta palautumiseen. Niillä on merkitystä myös työntekijän sosiaaliselle hyvinvoinnille ja työssä viihtymiselle. Jotta työtä jaksaa tehdä koko työpäivän ajan, on työntekijälle tarjottava mahdollisuus taukoihin. Taukojen optimaalinen määrä olisi hyvä suhteuttaa työn kuormitukseen ja tauotuksen rytmittämiseen kiinnitettävä huomiota. Yleensä useampi lyhyt tauko on kuormituksesta palautumisen kannalta tehokkaampaa kuin

pidemmät tauot. Erityisen tärkeää työn tauotus on henkisesti tai fyysisesti raskaissa tehtävissä. (Hakanen ym. 2009, 58; Ahokas ym. 2011, 17.)

Tauotuksen lisäksi on tärkeää kiinnittää huomiota myös siihen mitä tauon aikana tehdään. Tauon aikana tehdyt asiat tulisi olla vastakkaisia työtehtäviin verrattuna. Staattinen työ vaatii liikunnallisia suoritteita tauon aikana, jotta tuki- ja liikuntaelimestö elpyisi. Tauotuksen suunnittelussa on hyvä huomioida työtehtävän vaatimukset, työolot ja työntekijän yksilölliset ominaisuudet. Tauotus on tärkeää kun työtehtävä on fyysisesti tai henkisesti väsyttävää ja tauon tulisi alkaa ennen voimakasta väsymystä. Tauoilla pyritään pitämään työntekijä hyvässä työvireessä koko työpäivän ajan. (Hakanen ym. 2009, 59- 60.) Hyvä tauko vapauttaa stressistä. (Luukkala 2011, 65, 68.)

Vireystilan optimaalisen säilymisen vuoksi tauko tulisi siis järjestää jo ennen voimakkaan väsymyksen alkamista. Vireyden tasoon vaikuttaa työn sisältö ja jos työ on kovin yksitoikkoista, tulisi työn ohessa tehdä muuta virikkeellistä toimintaa, kuitenkin itse työtehtävää häiritsemättä tai vaarantamatta. Alkuiltpäivällä pidetty tauko on tärkeä, sillä silloin ihmisen vireystila laskee hetkeksi, eikä työnteko ole sujuvimmillaan. Sekä päivä- että yötyössä nokoset ovat hyvä tapa nostaa vireystilaa. Päivätyössä kahvitauon sijaan järjestetty 10 minuutin nokostauko tai yövuoron pidempi puolen tunnin- yhden tunnin tauko nostaa vireystilaa selvästi ja parantaa erityisesti näköaistiin perustuvaa tiedonkäsittelyä (monitorointityö) yövuorossa. On hyvä huomioida, että nokosten jälkeinen tokkuraisuus häviää noin 10- 15 minuutissa. (Härmä ym. 2000a, 98- 99; Hakanen ym. 2009, 60- 61.)

Vuorotyössä joudutaan tekemään töitä ihmisen biologiselle rytmille epäedulliseen aikaan. Varsinkin yötyö on tutkitusti elimistöä kuormittavaa ja altistaa ainakin sepelvaltimotaudille sekä rintasyövälle, lisäksi sillä on vaikutuksia ruuansulatusvaivoihin ja lisääntymiserveytyeen. (Härmä ym. 2000b, 13.) Yöllä ihmisen elintoiminnot ovat hitaimmillaan, mikä vaikuttaa merkittävästi vireystilaan ja uneliaisuuteen (Härmä ym. 2000b, 16). Väsymys on suurinta aamuyön tunteina ja on tutkittu, että yöllä kolmen aikaan kognitiivisista tehtävistä suoriutuminen on samalla tasolla kuin suoriutuminen lähes yhden promillen humalassa. Väsymys vaikuttaa enemmän myös ikääntyneisiin työntekijöihin, jotka raportoivat väsymyksen vaikuttavan työstä suoriutumiseen. (Hublin & Härmä 2010, 127.) Turvallisuuskriittisissä tehtävissä, joihin leikkaussaliohjelmatyöskentelykin kuuluu, on kuitenkin tärkeää pystyä nopeaan ja oikeaan päätöksentekoon vuorokaudenajasta riippumatta (Nurmi 2006, 82).

Leikkaussaliolosuhteissa vireystilaan vaikuttavat myös kemialliset altisteet, kuten anestesiakaasut. Työterveyslaitos on tutkinut yhdessä Kuopion yliopistollisen sairaalan, Kuopion yliopiston sekä Keski- Suomen ja Pohjois-Karjalan keskussairaaloiden kanssa anestesiakaasujen vaikutusta työntekijöihin ja heidän vireystilaansa työpäivän aikana. Tutkittujen anestesiakaasujen (sevofluraani ja typpioksiduuli) todettiin aiheuttavan

työntekijöissä väsymystä ja valppauden vähenemistä sekä lipsahduksia silmäkäsikoordinaatiotestissä. (Suomen lääkirilehti 36/2008)

Työehtosopimuksissa määritellyt lakisääteiset tauot ohjaavat taukojen määrää työpäivän aikana. Kahvitauko määritellään KVTES:ssa jaksotyön osalta siten, että työvuoron aikana työntekijä on oikeutettu pitämään kerran 10 minuutin pituisen kahvitauon, joka ei saa sijoittua päivän alkuun tai loppuun. Sen lisäksi työntekijä voi pitää yhden joutuisan ruokailutauon, joka saa kestää 15- 20 minuuttia ja se ei aiheuta työlle tai potilasturvallisuudelle haittaa. (KVTES 2012- 2013, 27§ 2. mom. - 28 §.) Lakisääteisten (makro) taukojen lisäksi pienemmät mikrotauot (tauko staattisessa työssä, venyttellen tai liikkuen) ovat tarpeellisia.

2.4.1 Staattinen työ ja mikrotauot

Staattinen työ on kuormittavaa työtä sen lihaksistoon kohdistuvan epäedullisen verenkiertovaikutuksen vuoksi. Staattisessa lihastyössä verenkierto käytettävässä lihaksessa hidastuu tai pysähtyy kun supistuneet lihassyöt puristavat verisuonia tukkoon. Lihaks ei saa riittävästi happea ja syntyy maitohappoja. Staattinen työ aiheuttaa lihaksessa kipua, eikä se voi jatkua pitkään. Staattinen työ kuormittaa myös koko elimistöä, sillä lihasten pH:n laskiessa, myös verenpaine ja pulssi nousevat enemmän kuin esimerkiksi dynaamisessa työssä. Staattisessa lihastyössä maksimaalinen suoritus voi kestää vain muutaman sekunnin, 50 %:n tasolla minuutin ja alle 15 %:n tasolla niin kauan kuin motivaatiota riittää. Pitkään jatkunut vain 2- 5 %:n supistustaso aiheuttaa jo vaivoja työntekijälle. (Hänninen ym. 2005, 49- 53, 64.)

Huonon työergonomian aiheuttamia ammattitautteja ovat erilaiset tuki- ja liikuntaelinsairaudet, joista kertyy työnantajille mittavat kustannukset erilaisina sairauspoissaolokustannuksina. On laskettu, että valtakunnan kaikkien työikäisten tasolla kustannukset nousevat jopa 7- 17 miljardin euron vuotuisen tappioon. (Hänninen ym. 2005, 14, 17.) Kyseessä ei siis ole vähäpätöinen asia. Leikkaussalien työntekijöiden työergonomia on usein varsin huonoa johtuen huonoista, vartalolle kiertoa aiheuttavista, työasennoista, pitkistä staattisista instrumenttien pidoista, kuumista leikkaussalitakeista (kirurgit, instrumenttihoitajat) tai viileästä huoneilmasta (anestesiahoitajat), lisäksi anestesiahoitajien monitorointi- ja näyttöpäätetyö aiheuttaa ergonomisia ongelmia niska- hartiaseudulle (Hänninen 2005, 117- 118). Työntekijöiden hyvän työergonomian onnistunut toteuttaminen helpottaa kaikkien työtä ja lisää tuottavuutta. Perinteisesti on käytetty työmenetelmien ja – välineiden parantamista, työnjaon ja työjärjestelyjen muokkausta, sekä työmäärän ja tauotuksen optimoimista. (Takala 2010, 97.)

Taukojen pitäminen on tärkeää lihas- ja nivelvaivojen ehkäisyssä. Esimerkiksi työterveyslaitos on julkaissut hyviä ohjeita tuki- ja

liikuntaelimestön kuormituksen keventämiseksi tauon aikana. (Työterveyslaitos, tauota työtäsi 2013.) Tuki- ja liikuntaelimestöä kuormittava työ koetaan eri työntekijöillä eri tavalla. Ruumiin koko ja rakenne, lihassmassa ja ikä vaikuttavat kuormituksen kokemiseen. Myös yksilölliset taidot ja opitut motoriset mallit kuormittavien liikkeiden suorituksessa ja lihasten rentouttaminen työsuoritteiden välissä vaikuttavat kuormituksen määrään. (Takala 2010, 89; Hänninen ym. 2005, 64.) Päivittäinen 15 minuutin rentoutumishetki vähentää työstressiä ja oma kehon tuntemus ohjaa huomaamaan milloin on tarvetta tauoille (Hakanen ym. 2009, 61- 62).

Työ on tärkeää voida keskeyttää hetkeksi ja pitää muutaman sekunnin kestävä mikrotauko, jolloin olisi hyvä esimerkiksi venyttellä lihaksia tai nostaa katse näytöltä ja lepuuttaa silmiä. Mikrotauot auttavat hyvän työvireen säilymisessä, mutta ne eivät korjaa varsinaisia taukoja. (Hakanen ym. 2009, 59.) Mikrotauoilla tarkoitetaan pieniä sekunneista pariin minuuttiin kestäviä pieniä taukoja työn lomassa, jolloin esimerkiksi nostetaan katse monitorilta, liikutaan tai venytellään.

2.4.2 Tauottomuus ja kuormitus

Iltan taukoja ihminen väsy joko fyysisesti, henkisesti tai molempia. Väsyneenä päätöksenteko hankaloituu, keskittymiskyky vähenee, sanojen löytäminen hidastuu, muistaminen vaikeutuu ja tavoitteellisuus herpaantuu. (Luukkala 2011, 55.) Toistotyö ja pitkät staattiset pidot aiheuttavat terveydelle ja toimintakyvylle riskin. Työturvallisuuslain (24 §, 1 momentti, kohta 4) mukaan toistotyöstä aiheutuvat haitat tulee välttää tai ainakin lieventää erilaisin työjärjestelyin. Työn järjestäminen työntekijää vähemmän kuormittavaksi on työnantajan vastuulla ja työnantajan tulee tunnistaa työssä esiintyvät haitta- ja vaaratekijät. (Työsuojeluhallinto, verkkojulkaisu 2013, työturvallisuuslaki).

Työn ja terveyden tutkimukset ovat osoittaneet, että psykososiaalisen kuormittavuuden lisäksi myös työn fyysinen kuormittavuus etenkin terveysalalla on lisääntynyt. Työn fyysiseen kuormittavuuteen luetaan raskaiden nostojen lisäksi myös toistuvat liikkeet (staattinen työ) ja huonot työasennot. (Rahkonen ym. 2011, 27.) On tutkittu, että erityisesti työntekijäasemassa olevien työntekijöiden työkyky säilyy pidempään työn fyysisiä vaatimuksia ja altisteita vähentämällä (Leinonen ym. 2011, 42). Työn fyysinen kuormittavuus lisää etenkin tuki- ja liikuntaelinsairauksia. Mitä rasittavampaa työ on fyysisesti, sitä heikompana sekä terveys että mielenterveys koetaan. (Rahkonen ym. 2011, 25.)

Sopiva määrä kuormittumista kuuluu työhön, eikä ole terveydelle haitallista, työn haastavuus on motivoivaa ja palkitsevaa. (Paasivaara 2009, 17). Työtaakan kasautuessa ja kuormituksen lisääntyessä voidaan alkaa tinkimään työajan jälkeisestä elämästä, vapaa-ajasta. Jos negatiivinen

kuormitus jatkuu pitkään, työntekijä väsyy ja kyynistyy. Tällainen työntekijä ei ole enää tehokas, oppiva tai innovatiivinen. Toisin sanoen työntekijä ei ole enää tuottava organisaatiolle. Suorituskyky ei romahda kerralla vaan yleensä hiljalleen. Jos haitallinen kuormitus jatkuu voi työntekijä uupua ja jäädä pitkälle sairauslomalle. Uupunut työntekijä ei ole pelkästään yksilön ongelma vaan myös koko työyhteisön. Usein juurikin työyhteisöstä ja työoloista löytyvät uupumukseen johtaneet syyt ja yksilön hoitamisen lisäksi olisi hoidettava myös ongelmat työpaikalla. (Seuri & Suominen 2010, 180-183.)

Vaativaa ja kuormittavaa työtä jaksaa kuitenkin tehdä hetkellisesti reippaasti yli omien voimavarojen, jos työssä on myös helpompia vaiheita. Helpompien vaiheiden jälkeen työntekijä jaksaa taas tehdä kuormittavampaakin työtä. (Luukkala 2011, 60.) Hyvä työn hallinta suojaa kuormittumiselta ja hyvin toimivassa organisaatiossa syntyy turvallinen ilmapiiri. Kuormitus jakaantuu tasaisesti ja ihmiset sitoutuvat työhönsä. Hyvä työn hallinta tarkoittaa työn kuormittavuutta suhteessa työntekijän vaikutusmahdollisuuksiin. Näiden tulisikin olla tasapainossa keskenään. Robert A. Karasek on luonut työn vaatimusten ja työn hallinnan mallin. Tutkimukset kertovat, ettei työn kuormitus ole haitallista jos työntekijällä on mahdollisuus vaikuttaa esimerkiksi työn aikatauluun ja – menetelmiin. Kun työn kuormitus ja vaikutusmahdollisuudet ovat tasapainossa johtaa se parempaan oppimiseen ja työn hallinnan tunteeseen. Jos tasapaino ei ole kunnossa ja työ on sekä kuormittavaa että pakkotahtista kertautuvat kuormituksen vaikutukset jotka voivat osaltaan johtaa työntekijän sairastuvuuteen (Elovainio & Heponiemi 2011, 101- 102.)

Kuormitusta koskevissa tutkimuksissa on osoitettu, että runsas sijaisten käyttö kuormittaa vakinaista henkilökuntaa jatkuvan perehdyttämisen takia. Vakituinen henkilökunta joutuu tekemään oman työnsä lisäksi töitä, joita sijaiset eivät pysty ja he joutuvat neuvomaan ja opastamaan uusia työntekijöitä. Organisaation henkilökuntaa kuormittaa myös epävarmuuden kokemus, joka saattaa johtua esimerkiksi tiheään vaihtuvasta henkilökunnasta. Epävarmuutta koettaessa työntekijät ovat heikosti sitoutuneita organisaatioon. Työntekijöiden sitoutumiseen voidaan kuitenkin vaikuttaa. Oikeudenmukainen johtaminen ja päätöksenteko ovat suoraan yhteydessä työntekijöiden hyvinvointiin. On tutkittu, että johdon oikeudenmukaisuus suojaa riittämättömän henkilöstömitoituksen aiheuttamalta vähäiseltä sitoutumiselta (Elovainio & Heponiemi 2011, 97-98, 100- 101.)

Myös epäsäännöllinen työ ja etenkin vuorotyö kuormittaa työntekijää. Ihmisen elintoiminnot noudattavat säännöllistä vuorokausirytmää, jossa eri toiminnot ovat tarkoin määriteltyjä suhteessa toisiinsa. Vuorotyö ja etenkin yövuorojen tekeminen vaikuttavat erityisen kuormittavasti ihmisen elimistöön. Vuorotyöt voivatkin aiheuttaa unihäiriöitä. Unenpuute on haitallista terveydelle ja toimintakyvylle ja siihen tulisi aina suhtautua vakavasti. Kun ihminen valvoo pitkiä aikoja yhtäjaksoisesti, aivoihin kertyy niin sanottua unipainetta. Työvuoron aikana otetuilla nokosilla unipainetta

voidaan purkaa ja vähentää vuorotöistä kertyvää univelkaa. Hyvin nukkuvalla henkilökunnalla on vähemmän sairauspoissaoloja ja se tekee työtä tehokkaammin. (Härmä ym. 2011, 79, 81- 83, 91).

2.4.3 Sairauspoissaolot ja niiden merkitys työyhteisölle

Sairaudet ja sairauspoissaolot sekä niiden liitännäisilmiöt (tuotannon häiriöt, alentunut tuottavuus, toisten työntekijöiden lisääntynyt kuormitus sekä terveyspalveluiden käyttö) aiheuttavat huomattavat taloudelliset menetykset, mikä on sekä organisaation että kansantalouden kannalta huolestuttavaa. Tämän vuoksi sairauspoissaoloja tulisikin seurata ja niihin puuttua jo varhaisessa vaiheessa. Yksilötasolla sairauslomat ovat yksi työhyvinvoinnin mittareista. (Seuri & Suominen 2010, 50, 129.) Sairauspoissaolot aiheuttavat Suomessa työnantajalle noin 1500 euron menetyksen vuodessa työntekijää kohden (Kess & Seppänen 2011, 1).

Lyhyet sairauspoissaolot ovat lisääntyneet. Osa varsinkin lyhyemmistä sairauspoissaoloista johtuu huonoista työoloista ja siihen on syytä kiinnittää huomiota (Kess & Seppänen 2011, 1). Kaikki sairauspoissaolot eivät johdu työhyvinvoinnin ongelmista, mutta jos työyhteisö ei voi hyvin, lisääntyvät etenkin lyhyet sairauspoissaolot, jotka eivät välttämättä johdu sairauden tai vamman aiheuttamasta työkyvyttömyydestä. Joskus tällaiset poissaolot voivat huonosti voivassa työyhteisössä levitä tavaksi, johon on vaikeaa puuttua. Työhyvinvointiin on syytä panostaa myös sairauspoissaolojen näkökulmasta, sillä työhyvinvoinnilla onkin keskeinen rooli sairauspoissaolojen ehkäisemisessä. (Kess & Seppänen 2011, 66- 70.)

Tilastokeskuksen työolotutkimuksissa (2003 ja 2008) on osoitettu, että työolosuhteilla on merkitystä sairauspoissaoloihin. Jos esimiehen johtamistapaan, työn merkityksellisyyteen, työn organisointiin tai työpaikan ilmapiiriin oltiin tyytymättömiä, oli sairauspoissaalojakin yli 2 kertaa enemmän sekä miehillä että naisilla. Edellä mainittujen psykososiaalisten tekijöiden lisäksi myös työn fyysinen rasittavuus ja työntekijän monet yksilölliset tekijät (ikä, sukupuoli, terveydentila, terveystietäytyminen) ovat yhteydessä poissaoloihin. Myös kodin ja perheen ongelmat vaikuttavat sairauspoissaaloja lisäävästi. (Seuri & Suominen 2010, 34, 50- 51.)

Sairauspoissaolot ovat siis monitahoinen ilmiö ja jotta sitä pystytään hallitsemaan, on työpaikoilla ja esimiehillä oltava siitä tietämystä. Tutkimustietoa on paljon, mutta oleellista on osata hyödyntää sairauspoissaoloja työhyvinvoinnin uhkien tunnistamisessa. (Seuri & Suominen 2010, 18). Sairauspoissaolojen ehkäisyssä tarvitaan esimiehiltä ja työterveyshuollolta monialaista osaamista. Lainsäädäntö antaa esimiehille juridisen perustan, jonka mukaan toimia. Koska työnantajan ja työntekijän välisten oikeuksien ja velvollisuuksien kokonaisuus muodostuu useasta eri laista, on se työnantajalle haasteellista. Työnantajaan kohdistuvat laajat

lakisääteiset velvollisuudet perustuvat siihen, että johtamisella on niin suuri merkitys työn järjestämisen ja työhyvinvoinnin sekä sairauspoissaolojen ehkäisyyn ja hallinnan kannalta. (Kess & Seppänen 2011, 69- 72.)

Keskeisintä sairauspoissaolojen hallinnassa ja ehkäisemisessä on ennakointi ja varhainen puuttuminen. Työnantajan ennakkoinnin välttämättömyys on säädetty laissa työnantajan velvollisuudeksi ja ennakoivaa otetta sairauspoissaolojen ehkäisyyn ja hallintaan toteutetaan yhdessä työterveyshuollon kanssa erilaisten varhaisen tuen ja puuttumisen mallien avulla. On tärkeää tunnistaa myös työhyvinvointiin liittyvät riskitekijät ja arvioida niitä ja työhyvinvointia työyhteisössä. (Kess & Seppänen 2011, 88-89.) Varhaisen tuen malli ei ole työyhteisön jäsenten tarkkailua leimaamistarkoituksessa tai negatiivisessa mielessä vaan inhimillistä välittämistä. Varhaisen tuen antaminen alkuvaiheessa, kun mahdolliset ongelmat ovat vielä lieviä, on yleensä tehokasta. (Luukkala 2011, 216, 219.) Sairauspoissaolojen hallinnalla voidaan edistää työntekijöiden toimintakykyä, sillä sen avulla on mahdollista tunnistaa työyhteisössä ja -ympäristössä olevia työkykyä heikentäviä epäkohtia. Sairauspoissaolojen hallintajärjestelmä voi parhaimmillaan kasvaa työhyvinvoinnin lisääjäksi, toiminnan perustuessa työntekijän kunnioitukseen. (Seuri & Suominen 2010, 126.)

Työterveyslaitos on tutkinut sairauspoissaoloja ja todennut vuosina 2006-2012 yleisimpien pitkien sairauslomien (yli 3kk) koostuvan 38,9 prosenttisesti tuki- ja liikuntaelinsairauksista (Oksanen ym. 2012, 37). Myös Kelan tilastojen mukaan sairauspäivärahaa maksetaan yleisimmin tuki- ja liikuntaelinsairauksien aiheuttaman työkyvyttömyyden vuoksi. Erityisesti ikääntyvillä fyysinen suorituskyky laskee ja koska ikääntyvien määrä työelämässä tulee lisääntymään, on tuki- ja liikuntaelinsairauksienkin määrän kasvu merkityksellistä. Ikääntyvien fyysisen toimintakyvyn ylläpito on tärkeää työssä jaksamisen ja pidemmän työuran kannalta. Vaikka ikääntyvillä saattaa olla enemmän tuki- ja liikuntaelinsairauksia tai muita fyysisiä vaivoja, kuuluvat he ikäryhmänä siihen, jolla on pääsääntöisesti tutkimusten mukaan vähiten lyhyitä sairauspoissaoloja. Tämä selittynee sillä, että ikääntyvät pystyvät sovittamaan käyttäytymistään muiden mukaan sekä omaavat taitoja kuten parempi sietokyky, itsensä tunteminen ja ihmistuntemus. (Seuri & Suominen 2010, 36, 291- 292.)

Leikkausosastolla sairauspoissaolot vaikuttavat merkittävästi tauottomuuteen ja koko leikkausosaston toimintaan. Leikkaussalien toiminta on haavoittuvaista sen prosessinomaisuuden vuoksi. Jos prosessin yksikin osa puuttuu, se ei voi toimia. Leikkaussalin hoitoryhmän jokaista jäsentä tarvitaan, sillä jokaisella on oma tehtävänsä prosessissa. Hoitoryhmän yhdenkin jäsenen poissaolo siis vaikuttaa toimintaan. Täten sairauspoissaolot aiheuttavat vaikeuksia leikkaussalin tehokkaalle toiminnalle. Kajamaan (2011) väitöskirjassa saatiin merkittäviä tuloksia leikkausosastolla muun muassa sairauspoissaolojen vähentymisessä (- 30 prosenttia) leikkausosaston prosesseja ja yhteistyötä kehittämällä ja parantamalla.

3 TYÖHYVINVOINNIN MERKITYS

Sosiaali- ja terveysala ovat suurten muutosten edessä. Väestön ikääntyessä ja eläköityessä huoltosuhte (kuinka monta ei-työssäolevaa on työssäolevia kohti) muuttuu palvelujen kannalta kestävämmäksi, jonka vuoksi on tehtävä suuriakin palvelu- ja rakennemuutoksia. Työvoiman saatavuus ja sen riittävyys ovat sosiaali- ja terveysalalla jatkuva ongelma. Ikääntyvä henkilöstö siirtyy eläkkeelle, eivätkä nuorisoi-kuokat riitä paikkaamaan syntyvää vajetta. Vuoteen 2025 mennessä koko poistuvan työvoiman määrästä 18 prosenttia poistuu sosiaali- ja terveydenhuollosta. Osaava ja riittävä henkilöstö ovat välttämättömiä perustarpeita, joten rekrytointiin on syytä suunnata voimavaroja. Sen lisäksi palvelujen järjestäminen ja rahoittaminen ovat vaikeutuneet huoltosuhteen muuttuessa epäedulliseksi. Toimintoja on välttämättömästi tehostaa ja se tehdään muun muassa ulkoistamalla tai ottamalla uutta teknologiaa ja etätoimintoja käyttöön. Tulevaisuudessa voidaan joutua miettimään jopa palvelujen karsimista. Rakenteellisten muutosten, toiminnan tehostamisen, rekrytoimisen ja kehittyvän teknologian lisäksi ratkaisua voidaan hakea työhyvinvoinnista ja sen kehittämisestä työpaikoilla. (Oksanen 2012, 12- 14).

Työhyvinvointi on kompleksinen kokonaisuus, joka syntyy työn ja vapaa-ajan sovittamisesta keskenään, niiden välillä vallitsevasta harmoniasta (Paasivaara & Nikkilä 2010, 8). Työhyvinvointi ei ole vain käsite tai muoti-ilmiö. Se ei ole toimenpide, jonka työnantaja tai esimies tekee ja kaikki voivat hyvin. Työhyvinvointi lähtee jokaisesta työntekijästä itsestään ja työnantajalla on velvollisuus tai oikeammin mahdollisuus järjestää työhyvinvoinnille parhaat mahdolliset puitteet. (Hyppänen 2011, 309- 311.) Työeläkevakuutusyhtiö Ilmarisen johtajan Timo Aron mukaan työhyvinvointi ei ole niin sanottu ”pehmeä arvo” vaan sillä on merkittävä yhteys organisaation kustannuksiin ja tuloksentekeytykseen. (Kesti 2010, 170.)

Luukkala (2011) määrittelee työhyvinvoinnin ihmisen ja työn yhteensopivuudella. Työn tulee olla itselle sopivan mielekäästä ja vaativaa sekä ulkoisten olosuhteiden on oltava kunnossa. Työhyvinvointiin kuuluu olennaisena osana myös työstä saatu palkkio, joka on rahallisen korvauksen lisäksi myös hyvää mieltä, mielekkyyttä ja iloa tehdystä työstä. (Luukkala 2011, 19.) Kunta- ja sairaalahenkilöstöihin kohdistuneissa tutkimuksissa on osoitettu, että työn hallinnan, monipuolisen työnkuvan, työn vaikutusmahdollisuuksien ja omaa työtä koskevaan päätöksentekoon osallistumisen lisäksi työhyvinvointia edistää työelämän joustot, taukojen pitäminen, yksityisasioiden hoitaminen työpäivän aikana, työvuorojärjestelyt sekä lomien ja virkavapaiden ajankohtaan vaikuttaminen. Työelämän joustavuus lisää etenkin naisten työhyvinvointia, sillä nainen on yleensä perheen ensisijainen vastuunkantaja arjen asioista ja sujuvuudesta. (Vahtera ym. 2002, 29, 33.)

Työhyvinvointi on olennainen osa työssäjaksamista. Esimiehen tulisi luoda työyksikköön optimaaliset työolosuhteet, sekä fyysiset että psyykkiset työhyvinvoinnin edistämiseksi. Toisilla työpaikoilla ongelmana voivat olla fyysiset kun taas toisilla psyykkiset työolosuhteet. Osassa työyksiköissä ongelmia voi esiintyä molemmilla alueilla. Esimerkkejä fyysisistä ongelmista työpaikalla ovat huono työergonomia ja työturvallisuus, psyykkisistä voisi mainita kiireen ja työn henkisen kuormittamisen. Työhyvinvoinnilla pyritään työntekijöiden työssäjaksamiseen, mikä johtaa osaltaan siihen, että työntekijä on motivoitunut ja sitoutunut työyksikköönsä. Puutteet työhyvinvoinnissa johtavat väistämättä erilaisiin ongelmiin, esimerkiksi toistuviin sairauspoissaoloihin ja työn tehokkuuden alenemiseen. (Virtanen & Stenvall 2010, 104- 105). Hyvät työolot lisäävät tuottavuutta ja terveellisyttä (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011, 13).

Yksilön hyvinvoinnin lisäksi työhyvinvointiin kannattaa panostaa myös taloudellisista syistä. Erilaisissa työhyvinvointihankkeissa on pystytty näyttämään työhyvinvointiin käytetyn panostuksen tuoma taloudellinen hyöty kun työntekijät ovat fyysisesti, henkisesti ja sosiaalisesti työkykyisempiä ja tehokkaampia työssään. (Seuri & Suominen 2010, 195-197.)

Kun halutaan saada paras hyöty henkilöstöstä, on panostettava työhyvinvointiin, mikä on yhä useammin organisaation menestystekijä. Ihmisiin liittyvässä toiminnassa keskeistä on huolehtia inhimillisten voimavarojen riittävydestä, käytettävyydestä sekä työolojen suostumisen mahdollisuuksista sekä tällä hetkellä että tulevaisuudessa. Henkilöstövoimavarakäsite ajattelun perustana tuo esiin sen, kuinka henkilöstövoimavarat muodostuvat kolmen tekijän yhteisvaikutuksesta:

Henkilöstövahvuus x Yksilöominaisuudet x Työolojen suomat onnistumisen mahdollisuudet = Organisaation käytössä olevat inhimilliset voimavarat

Kun henkilöstön määrä ja laatu sekä fyysiset, henkiset ja sosiaaliset työolot ovat optimaaliset, on käytössä mahdollisimman suuri henkilöstövoimavara organisaation käyttöön. Jos esimerkiksi sairauspoissaolot ovat hallitsemattomia, ne näkyvät resursointiongelmina (henkilöstövahvuus), yksilön puutteellisena työkykenä (yksilöominaisuudet) tai heijastusvaikutuksina koko työyhteisön toimivuuteen (työolot). (Seuri & Suominen 2010, 177- 178.)

3.1 Työyhteisön hyvinvointi ja työkyky

Työyhteisöön kuuluminen on merkittävä asia. Yhteisö antaa yksilölle voimaa ja yhteisössä yksilö on vahva ja pystyy toimimaan mielekkäästi. Jokainen työntekijä on sosiaalisesti riippuvainen työyhteisöstä ja sen muista

jäsenistä ja tarvitsee hyväksyntää ja arvostavaa suhtautumista. (Paasivaara & Nikkilä 2010, 21, 144.) Hyvinvoivan työyhteisön perustana on terve ja tasa-arvoinen työyhteisö, jossa toimitaan oikeudenmukaisesti ja syrjimättömästi. Työyhteisön jäseniä kohdellaan iästä tai sukupuolesta riippumatta tasa-arvoisesti sekä työn ulkopuolinen elämä pyritään sovittamaan mahdollisimman hyvin yhteen työn kanssa. Kun työyhteisössä voidaan hyvin, lisää se luonnollisesti työntekijöiden motivaatiota, työhön sitoutumista ja luottamuksen syntymistä. Terveysten ja stressinhallinnan sekä työtyytyväisyyden on todettu kasvavan. (Suonsivu 2011, 58- 59). Hyvinvoivassa työyhteisössä tiedetään, mitkä tekijät edistävät työntekijän henkistä hyvinvointia ja on ymmärretty työntekijään panostamisen hyöty. (Hakanen ym. 2009, 17)

Suonsivu (2011) kuvaa työyhteisön hyvinvointia toiminnan sujumisella ja työryhmän me-henkisyydellä. Tiedonkulku ja vuorovaikutus ovat avointa ja sujuvaa ja ongelmista uskalletaan puhua. Työyhteisöä johdetaan osallistavasti ja selkeästi. Vuorovaikutus esimiehen ja alaisen välillä on oikeudenmukaista ja palautteen annossa dialogi rakentavaa. Kun työyhteisö voi hyvin, sen jäsenet ovat vahvasti sitoutuneita organisaatioon, sen työtyytyväisyys on suurta sekä työntekijöiden vaihtuvuus ja sairauspoissaolojen määrä vähäistä.

Hyvä vuorovaikutus työntekijöiden välillä on tärkeä osa työhyvinvoinnin edistämistä ja työyhteisön voimavarojen lisäämistä. Hyvä vuorovaikutus on rakentavaa ja arvostavaa ja jopa kriittinenkin keskustelu asetettujen työtavoitteiden saavuttamiseksi antaa mielekkyyden ja jaksamisen kokemuksia. On huomionarvoista osata kohdata toinen ihminen, työtoveri, koska sillä on merkittäviä vaikutuksia työhyvinvointiin sekä hyvässä että pahassa. Hyväksyvä, yhteistoiminnallinen työyhteisö voimaannuttaa yksittäisen työntekijän kun taas negatiivinen ja nujertava työyhteisö vie pohjan työmoraalilta ja työn ilolta sekä vaikeuttaa varsinaista työn tekemistä. (Hakanen ym. 2009 voiman lähteet, 99- 100.) Työyhteisön voidessa huonosti, sisäiset kitkat kuluttavat voimavaroja eikä työyhteisö pysty ulkoiseen tehokkuuteen (Paasivaara & Nikkilä 2010, 138).

Vaikka työyhteisön hyvinvointi heijastaakin kaikkien sen jäsenien hyvinvointia, voi joissakin tapauksissa yksilön työhyvinvointi poiketa hyvinkin paljon muista työntekijöistä. Sen lisäksi, että työyksikön työhyvinvointia ja työntekijöiden työkykyä tuetaan, on otettava huomioon myös yksilö, joka ei ehkä jaksaa samalla tavalla kuin toiset. Keskeisessä asemassa on työntekijä itse sekä lähiesimies ja työterveyshuolto. Yhdessä on keksittävä mahdollisia järjestelyjä yksilön työssä ja tehdä tarvittavia muutoksia tukemaan työssäjaksamista. (Suonsivu 2011, 63.)

Työkyky merkitsee sitä, kuinka hyvin ja tehokkaasti ihminen pystyy työtään tekemään. Työkyky muodostuu hyvästä terveydestä ja toimintakyvystä sekä ammatillisesta osaamisesta. Siihen vaikuttavat koulutus, työn hallinta ja organisointi, johtaminen, fyysinen ja psyykinen työympäristö, perheen tilanne, ympäröivä yhteiskunta ja sen arvot ja vaatimukset sekä monet

yksilölliset tekijät. Yksilöiden väliset erot työkyvyssä voivat siis johtua hyvinkin monesta eri asiasta. (Seuri & Suominen 2010, 64.) Jokainen voi omalla kohdallaan vaikuttaa terveillä elämäntavoilla omaan terveyteensä ja toimintakykyynsä.

Työkykyyn merkittävästi vaikuttavaa ammatillista osaamista täytyy päivittää jatkuvasti, jotta työssäjaksaminen ei kärsisi. Tietoa tulee koko ajan lisää ja jos oma osaaminen ei ole riittävällä tasolla, työntekijä väsy. (Luukkala 2011, 43.) Työntekijän kehittäminen koulutuksilla saattaa tuntua lisäävän lyhyellä aikavälillä työtaakkaa, mutta pitkällä tähtäimellä se on tehokas tapa edistää työssäjaksamista. (Hakanen ym. 2009, 29.) Organisaation kannalta henkilöstön osaaminen on investointi, joka parantaa pätevyyttä ja tuottavuutta. (Kesti 2010, 151.) Myös uuden työntekijän perehdytykseen kannattaa panostaa, sillä se saattaa vaikuttaa koko hänen työuraansa joko vahvistaen tai heikentäen pitkällä aikavälillä kyseisessä työpaikassa. (Luukkala 2011, 64.) Perehdyttäminen on uusien työntekijöiden lisäksi tärkeää myös vanhoille työntekijöille työtehtävien muuttuessa tai jos palataan töihin pitkän poissaolon jälkeen. Osaamisen kehittämistä ja työntekijöiden kehittymistä tukeva ilmapiiri on tärkeää ja erityisesti muutostilanteissa työntekijöiden jaksamista auttava asia. (Leivo 2007, 5.)

Hyvinvoiva työyhteisö tekee laadukkaampaa työtä, sillä se jaksaa paremmin. Tällainen työyhteisö on organisaatioon sitoutunut ja innokas kehittämään sen toimintaa. Vaikka työn laatu mielletäänkin laajemmaksi käsitteeksi, on se vahvasti yhteydessä työhyvinvointiin. (Hyppänen 2011, 250- 252.) Henkilöstön jaksaminen, riittävät resurssit ja hyvinvointi ovat tekijöitä, joista yhdessä syntyy organisaatiolle laatua. (Hakanen ym. 2009, 90.) Työelämän laatu näkyy sairauspoissaoloissa ja työntekijöiden vaihtuvuudessa (Kesti 2010, 10). Kestin (2010) mukaan henkilöstön kokemus työelämän laadusta korreloi tuottavuuden kanssa. Jos henkilöstö kokee työyhteisössä olevan runsaasti kehittämistarpeita, tarkoittaa se mahdollisuuksia parantaa tuottavuutta. Turha työ ja kaikki muuhun kuin tehokkaaseen työhön käytetty aika aiheuttaa laatuksittamuksia ja vähentää organisaation kapasiteettia. Tehokkaassa työajan käytössä työn suunnittelu ja ennakoivat toimenpiteet ovat tärkeitä elementtejä työn sujuvuuden ja paremman laadun kannalta.

Suomalainen terveystalvurjärjestelmä on arvioitu varsin laadukkaaksi ja kustannustehokkaaksi. Väestörakenteen muutos ja julkisen talouden kestävyysvaje ovat luoneet paineita palvelujen tehokkaalle järjestämiselle. Palvelujen kysyntä kasvaa ja jotta julkinen terveydenhuolto pystyy vastaamaan tarpeeseen, on toimintaa tehostettava. Toiminnan tehostaminen äärimmilleen aiheuttaa kuitenkin ylikuormitusta, joka johtaa sekä potilasturvallisuuden että työntekijöiden hyvinvoinnin kärsimiseen ja laadun huononemiseen. Ulkomaalaiset tutkimukset osoittavat, että sairaaloiden osastojen käyttöasteen ylikuormitustilanteet voivat johtaa etenkin akuuttihoiton yksiköissä lisääntyneeseen potilaskuolleisuuteen. Suomalaisissa sairaaloissa tehdyn Kunta10 tutkimuksen mukaan

henkilökunnan ylikuormitus aiheuttaa jopa kaksinkertaisen riskin sairastua masennukseen ja lähes kaksinkertaiset sairauspoissaolot. (Virtanen ym. 2012, 70- 73.)

3.2 Työtyytyväisyys ja työssä jaksaminen

Luukkala (2011, 20- 38) on tuonut esiin useita työtyytyväisyyteen sisältyviä asioita. Ensinnäkin työtyytyväisyys on työhyvinvointia lisäävä tekijä. Työtyytyväisyyttä lisääviä asioita ovat mielenkiintoinen työ, uuden oppiminen, itsensä toteuttaminen ja itsensä kokeminen hyödylliseksi. Lisäksi tärkeitä asioita ovat palkkaus, turvallisuus, työergonomia, joustavuus työajoissa, kannustava johtaminen ja mukavat työkaverit. Työn päämäärä lisää työtyytyväisyyttä ja luo turvallisuudentunnetta. Se antaa yhteenkuuluvuuden ja tarpeellisuuden tunteen. Toiseksi turvallinen työympäristö on työntekijän oikeus. Työntekijän tulee voida luottaa työoloista huolehdittavan niin, että työtä jaksetaan tehdä vuosia ilman pelkoa siitä, että työ kuormittaa elimistöä kohtuuttomasti tai että työntekijä asettuu jatkuvasti alttiiksi vaaratilanteille. Hyvä ergonomia ja työvälitteet ovat tässä suureksi avuksi. Kolmanneksi fyysisen turvallisuuden ja tarpeiden lisäksi työnantajan on hyvä ottaa huomioon myös sosiaaliset tarpeet. Työntekijälle on tärkeää kuulua johonkin, olla osa jotain ja tähän liittyy tarve olla yhteydessä työtovereihin, vaihtaa muutama sana käytävällä. Työn toimenkuva on rakennettava riittävän haastavaksi, jotta työ pysyy mielekkäänä ja työtä jaksetaan tehdä. Työntekijälle täytyy antaa mahdollisuus kehittyä ja kehittää itseään. Työn merkitys ihmiselle ei ole vain paikka, jossa olemalla saa rahaa. Se on toimeentulon lisäksi paljon muutakin, kuten ajankäytön jäsentäjä, elämän sisältö ja yhteisöön kuuluminen.

Kun työtyytyväisyys on suurta ja työntekijä nauttii työn tekemisestä, voidaan puhua työn imusta. Työn imun käsitteellä tarkoitetaan myönteistä tunne- ja motivaatiotäyttymyksen tilaa, jonka kolme merkkiä ovat tarmokkuus, omistautuneisuus ja uppoutuneisuus. (Luukkala 2011, 38.) ja (Hakanen ym. 2009, 86.) Kun ihminen tuntee itsensä energiseksi päivän aikana, hän on tarmokas ja voimavarat aktivoituvat. Kun ihminen on omistautunut työlleen, hän voi kuvitella olevansa vielä vuosien päästäkin saman työnantajan palveluksessa ja hän arvostaa työtään. Työhön uppoutumisesta voidaan puhua kun tuntuu, että päivät kuluvat nopeasti ja aika rientää. Työn imu ja sen myötä työn ilo ovat asioita, joita työssä kokiessaan työntekijä kestää enemmän kuormitusta ja työolosuhteiden epäkohtiakin. (Luukkala 2011, 38.)

Työn imun käsitteellä kuvataan parasta mahdollista työhyvinvoinnin tilaa. Työn imu ei tarkoita sitä, että töissä olisi aina kivaa. Työn imua koetaan myös työn haastavissa ja hankalissa hetkissä, joista on selvitty kunnialla ja joista voidaan olla ylpeitä. Samalla kun työn imu merkitsee työntekijälle

mielekkäiden työkokemuksien lisäksi parempaa työhyvinvointia, tuo se entistä parempaa tuottavuutta organisaatiolle. Yhdysvaltalaisessa laajassa työn imun tutkimuksessa oli työn imun kokemisella merkittävä yhteys tuottavuuteen, voittoon, asiakastyytyväisyyteen sekä työntekijöiden vaihtuvuuteen ja tapaturmiin. Suomessa vastaavaa tutkimusta ei ole vielä tehty, mutta voidaan olettaa että työn imulla on merkittävä vaikutus myös suomalaisissa työpaikoissa positiivisena ja tuottavana voimavarana. Työn imun kokeminen on useilla työpaikoilla uinuva voimavara, joka on tärkeä tunnistaa, sillä ulkoisia resursseja lisätään nykyään hyvin niukasti. (Hakanen 2011, 19, 39, 137- 138.)

Työntekijän tyytyväisyys työhönsä vaikuttaa olennaisesti työn kokemiseen myönteisenä asiana ja sen myötä parempaan työssäjaksamiseen. Työssä jaksaminen on kompleksinen tilanne johon vaikuttavia asioita ovat uni, liikunta, työolot sekä ihminen kokonaisuutena. Työssä jaksaminen on tärkeää sekä yksilön hyvinvoinnin että työn tuottavuuden kannalta (Hirvensalo ym. 2011, 69). Hyvällä johtamisella voidaan vaikuttaa merkittävästi työssäjaksamiseen ja työuupumuksen ehkäisyyn. Aktiivinen, työntekijöitä palkitseva ja innostava johtamistapa suojaa työuupumukselta, kun taas passiivinen työntekijöitä ja vastuuta välttävä johtaminen altistaa uupumiselle. (Suonsivu 2011, 164)

Työntekijän työssäjaksaminen on ensiarvoisen tärkeää kun puhutaan työssä jatkamisesta. Jos halutaan pidentää ihmisten työuria ja pidempään työssä jatkamista on panostettava työhyvinvointiin jo varhaisessa vaiheessa ja ehkäistävä työpahoinvointia. Kun jaksamista tuetaan erilaisilla menetelmillä, ihmiset jaksavat työelämässä pidempään. Työssä jatkamisajatuksiin yhteydessä olevat tekijät- tutkimuksessa saatujen tulosten perusteella on annettu erilaisia suosituksia työssä jatkamisen tukemiseksi. Sekä fyysiseen että psyykkiseen terveyteen kannattaa panostaa ja erilaisilla työaikajärjestelyillä sekä ammattitaitoisella ja arvostavalla esimiestyöllä tuetaan työssä jatkamista. Pyritään yhdessä työterveyshuollon kanssa torjumaan ammattitauteja sekä pitkäaikaissairauksia. On tärkeää yhteen sovittaa työ ja ihminen, työn ei kaikissa elämänvaiheissa tarvitse olla yhtä kuormittavaa ja työympäristöä, toimintatapoja ja – malleja kehittämällä voidaan saada aikaan toimivia ratkaisuja kaikille ikäryhmille. (Perkiö-Mäkelä & Kauppinen 2012, 192- 194).

Tilastoista on nähtävissä että vanhempien ikäluokkien keskuudessa on enemmän pitkiä sairauspoissaoloja kuin nuoremmassa ikäluokissa. Työnantajan velvollisuus on huolehtia myös ikääntyvän työssäjaksamisesta ja kehittää työoloja ja – tehtäviä työkykyä vastaaviksi. (Kess & Seppänen, 104- 105) Työurien pidentäminen ei yksin riitä, vaan niitä täytyy samalla myös parantaa (Luukkala 2011, 44). Työhyvinvointipolitiikalla pyritään siihen, että työntekijä jaksaa ja jatkaa työssään nykyistä pidempään. Tähän pyritään erilaisilla kestävästä kehitystä ja työntekijän hyvinvointia edistävillä toimenpiteillä. Sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena on pidentää elinikäistä työssäoloaika 3 vuodella vuoteen 2020 mennessä. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:13).

3.3 Työhyvinvoinnin johtaminen

Organisaatiotasolla tapahtuva työhyvinvoinnin johtaminen vaikuttaa koko työyhteisöön ja sen voimavaroihin sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä mitattuna. Työnantajan edustajana esimies on avainasemassa ajatellen niitä keinoja, joilla työhyvinvointia voidaan edistää. Päätöksenteon oikeudenmukaisuus koetaan usein tärkeämmäksi asiaksi kuin työstä saadut ylimääräiset palkkiot tai tunnustukset. Oikeudenmukaisuuden kokemiseen vaikuttavia tekijöitä ovat työntekijöiden mahdollisuus tulla kuulluksi ja tuoda omat näkemyksensä julki, päätöksenteon periaatteet ovat avoimia, julkisia ja läpinäkyviä, samoja periaatteita noudatetaan jokaisen työntekijän kohdalla ja mahdollisuus korjata jo tehtyjä päätöksiä. Esimies toimii myös esimerkkinä työntekijöille; omalla tavoitteellisella, innostavalla ja kannustavalla asenteellaan hän innostaa muutkin ja voi vaikuttaa työilmapiiriin merkittävästi. (Hakanen ym. 2009, 89, 93- 95; Kesti 2010, 79.)

Hyvän työhyvinvoinnin toteutuminen edellyttää, että työpaikoilla ja esimiehillä on oikeaa tietoa, taitoa ja tahtoa kehittää työhyvinvointia. Johtamisella on suuri merkitys kykyyn ja haluun tehdä työtä, sillä on myös tärkeä rooli kun työhyvinvointia ja työn tuottavuutta kehitetään. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:13.) Tärkeää on, että johto tunnistaa työhyvinvoinnin merkityksen ja toimii aktiivisesti edistääkseen ja kehittääkseen sitä. Syvälinen panostaminen työhyvinvoinnista oppimiseen auttaa mahdollistamaan optimaaliset työolosuhteet, vaikka tehtävä onkin haasteellinen. (Virtanen & Stenvall 2010, 107).

Työhyvinvoinnin kasvattamisessa johdon erinomaisena apuna ja maksimaalisen tehokkuuden kannalta välttämättömyytenä nähdään mittaaminen ja vertaileminen muihin. Kun ymmärretään mittaamisen merkitys organisaatiolle ja yksilön hyvinvoinnin lisäämiselle, voidaan saavuttaa parempaa tulosta. Tulosseurannan tulisi olla systemaattista ja tehokasta, ja siihen pitäisi kuulua myös arviointi, palkitseminen ja toiminnan kehittäminen. (Seuri & Suominen 2010, 188- 189.)

Johdon avuksi työhyvinvoinnin edistämiseen on kehitelty runsaasti menetelmiä. Näistä esimerkkeinä mentorointi, jossa senioriasemassa oleva työntekijä antaa tukea nuoremmalle kollegalle ja työnohjaustoiminta, jossa ulkopuolinen koulutettu henkilö auttaa työntekijää erilaisissa työhön liittyvissä kysymyksissä. (Suonsivu 2011, 90, 95). Erilaisilla menetelmillä pyritään edistämään työssäjaksamista ja työssä pysymistä. On tärkeää, että johto on hyvin perehtynyt saatavilla oleviin menetelmiin ja kehitysmalleihin sekä miettinyt mitkä sopisivat mahdollisesti omaan yksikköön käytettäviksi. Erilaisia toimintamalleja työhyvinvoinnin edistämiseen ovat myös työhyvinvointisuunnitelma, perehdytysuunnitelma sekä varhaisen puuttumisen ja tukemisen toimintamalli. Työterveys ja turvallisuusriskit on hyvä kartoittaa, sillä työympäristön on oltava turvallinen, jotta siellä voidaan tehdä töitä. Työterveyshuolto onkin vahvasti linkittynyt

työhyvinvointiin ja sen tarjoamia palveluja ja tietämystä tulisikin ahkerasti käyttää hyväksi. (Suonsivu 2011, 66- 67)

Erityisen tärkeää työyhteisön hyvinvoinnin kannalta ovat kehityskeskustelut, joilla saadaan tietoa työntekijän vahvuuksista ja osaamisesta sekä mahdollisesti ongelmista, joita voidaan kehittää tai auttaa työssäjaksamisessa. Kehityskeskustelut ovat käytössä lähes jokaisessa organisaatiossa ja ne ovatkin keskeinen johtamisen väline. Kehityskeskusteluissa syvennyttään työntekijän tuntemuksiin, mielipiteisiin ja asioihin mitä hän pitää tärkeänä, asioihin, joita esimies haluaa käydä läpi kyseisen työntekijän kanssa sekä yleisiin organisaation asioihin, jotka käydään läpi kaikkien työntekijöiden kanssa. Onnistunut kehityskeskustelu on aitoa vuorovaikutusta ja antaa mahdollisuuden molemmille osapuolille kehittyä tehtävissään. (Työterveyslaitos. Työyhteisö ja esimiestyö. 2010; Leivo 2007; Kesti 2010, 134.)

Taulukko 1 Kunnallinen työmarkkinalaitos on listannut työhyvinvoinnin johtamisen periaatteiksi 12 kohtaa, joissa tuodaan esille työnantajaan, työntekijään ja työympäristöön kohdistuvia odotuksia. (Leivo 2007)

TYÖHYVINVOINNIN JOHTAMISEN PERIAATTEITA (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2007)

- Työhyvinvointi on tavoitteellista henkilöstöjohtamiseen sisältyvää toimintaa
- Työhyvinvointia toteutetaan yhteistoiminnallisesti työnantajan ja henkilöstön kanssa
- Henkilöstön osaamisesta, pätevyydestä ja ammattitaidosta pidetään jatkuvasti hyvää huolta
- Jokainen työntekijä tietää yksikkönsä ja oman työnsä tavoitteet
- Työntekijöille on annettu selkeät vastuut ja he voivat suunnitella omaa työtään
- Työt vastaavat työntekijöiden osaamista ja ammattitaitoa ja toimintakykyä
- Töiden sisältö on monipuolinen ja mielekäs kokonaisuus
- Työntekijöitä kannustetaan ja tuetaan
- Työpaikan terveys- ja turvallisuusriskit on huolella arvioitu
- Työympäristö on toimiva, terveellinen ja turvallinen
- Työ on fyysisesti ja henkisesti tekijöilleen sopiva
- Työoloja ja henkilöstön hyvinvointia seurataan ja arvioidaan jatkuvasti

Organisaatio on asettanut strategiassaan vision, jota kohti se kulkee. Esimiehen tehtävänä on jalkauttaa strategia työntekijätasolle. Sen lisäksi henkilöstö tarvitsee asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi selkeän viestinnän. Viestintä ei ole pelkästään teknistä toimintaa vaan se pitää sisällään myös työntekijöiden kohtelun. Sama viesti voidaan ymmärtää työntekijätasolla kahdella tavalla, joko positiivisesti tai negatiivisesti riippuen siitä millä tavalla heitä kohdellaan. Vuorovaikutteinen johtaminen lisää työviihtyvyyttä ja työhyvinvointia, on tärkeää että esimies on työpaikalla riittävästi läsnä. (Kesti 2010, 125, 133).

Työntekijällä on kirjallisen työsopimuksen lisäksi kirjoittamaton psykologinen työsopimus, jolla tarkoitetaan kokemusta reiludesta, tasapuolisuudesta ja oikeudenmukaisuudesta. Täsmälleen työlaainsäädännön mukaan toimiminen ei sulje pois psykologisen työsopimuksen rikkomista ja siitä aiheutuvia ongelmia. Jos psykologista työsopimusta rikotaan jatkuvasti, heikentää se luottamusta työnantajaa kohtaan. Luottamus on psykologinen ydintarve ja sen puuttuminen johtaa uuvuttavaan pelon ilmapiiriin. Tyhjät lupaukset asioiden kuntoon saattamisesta saattavat lähinnä suututtaa ja turhauttaa. (Luukkala 2011, 48- 49).

Työn kehittämisen tulisi olla pitkäjänteistä toimintaa ja siihen tarvitaan pysyvää, sitoutunutta henkilökuntaa. Pahimmillaan työnantaja haluaa ottaa mahdollisimman paljon ja nopeasti irti työntekijästä mahdollisimman pienin kustannuksin. Tilanne johtaa täydelliseen epäluottamukseen työnantajan ja – tekijän välillä. (Elovainio & Heponiemi 2011, 105). Kun työntekijää kohdellaan reilusti, tämä sitoutuu, venyy ja uhrautuu organisaation hyväksi. Tämä korostuu etenkin vakinaisella henkilökunnalla, joka haluaa ja odottaa työsuhteeltaan enemmän kuin palkkaa. (Kinnunen ym. 2011, 112.)

Työntekijällä ja työnantajalla on keskenään sosiaalisen vastavuoroisuuden laki, jolloin molemmat antavat ja saavat toisiltaan yhtä paljon. Tämän vastavuoroisuuden tulee olla tasapainossa jaksamisen kannalta. Jos työntekijä kokee jatkuvasti antavansa työnantajalle enemmän kuin itse saa, muuttuu suhde epätasapainoiseksi ja heikentää työhyvinvointia ja työssäjaksamista sekä aiheuttaa psykosomaattista oireilua ja sairauspoissaoloja. (Luukkala 2011, 49- 50.) Jos johto ei välitä henkilöstön hyvinvoinnista, eivät työntekijätäkään ole kiinnostuneita organisaation menestyksestä kun taas välittävä johto saa henkilöstön sitoutumaan organisaatioon. (Kesti 2010, 132). Kun työnantaja huolehtii hyvistä työolosuhteista, ja työntekijä vastaa omasta osuudestaan, on suhde tasapainossa ja se on kaikkien etu. (Luukkala 2011, 51). Henkilöstön hyvinvointiin panostaminen maksaa itsensä moninkertaisesti takaisin parantuneen työ- ja toimintakyvyn ja vähentyneiden sairauspoissaolojen vuoksi (Hakanen 2011, 137- 138; Ahonen 2010, 40- 41).

4 LÄHTÖTILANNE K-HKS LEIKKAUS- JA ANESTESIAOSASTOLLA

Tutkimuksen kohteessa Kanta- Hämeen keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla on töissä 1 osastonhoitaja, 2 apulaisosastonhoitajaa (instrumentti- ja anestesia), 60 sairaanhoitajaa, 2 lääkintävahtimestaria sekä 1 osastonsihteeri. Lisäksi muita leikkausosastolla työskenteleviä ammattiryhmiä ovat anestesia- ja kirurgit, välinehuoltajat sekä laitoshuoltajat. Osastolla on 10 leikkaussalia, joista yksi toimii jatkuvassa hätäsektiovalmiudessa ja yhtä käytetään vaihtosalina. Lisäksi päiväkirurgian tiloissa toimii ulkosali, jossa tehdään leikkauksia. Anestesiaosasto antaa tarvittaessa ”ulkopisteanestesia”- palveluita röntgenosastolle ja kirurgian poliklinikalle. Tiloissa toimii myös 10- paikkainen heräämö.

Leikkausosasto on alkuperäisessä kunnossaan ja tilat ovat nykyaikaan ja lisääntyvään laitekantaan nähden ahtaat. Varsinaista induktiotilaa ei ole, mutta heräämö toimii paikkana, jossa voidaan esimerkiksi puuduttaa olkapääleikkaukseen tuleva potilas ja säästää näin saliaikaa. Heräämössä voidaan myös valmistella runsaasti invasiivisia mittareita tarvitseva huonokuntoinen potilas leikkaukseen ja säästää salissa siihen kuluva aikaa. Spinaalipuudutuksia ei heräämössä laiteta. Vaihtosali on otettu käyttöön vuonna 2013.

Leikkaus- ja anestesiaosaston toiminta on jatkuvaa kolmivuorotyötä, ja päivystysaikana paikalla on aina yksi leikkaustiimi, johon kuuluu hoitajista 1 anestesiahoitaja sekä 2 instrumenttihoitajaa. Heräämö toimii viikolla kahdessa vuorossa ja viikonloppuisin yhdessä. Päivystysaikana sairaalassa on yksi päivystävä anestesia- ja kirurgit sekä tarvittaessa takapäivystäjä ja kirurgeja omien erikoisalojensa mukaan yksi kutakin tarvittavine takapäivystäjineen.

Leikkaus- ja anestesiaosastolla tehtiin keväällä 2012 riskianalyysi hoitohenkilökuntaan kohdistuvista vaaroista. Yhtenä riskeistä esiin nousi työn kuormittavuus ja ongelma tauotuksesta ja henkilökunnan työssäjaksamisesta. POA – menetelmällä (potentiaalisten ongelmien analyysi) toteutetulla riskien kartoituksella saatiin työn kuormittavuuden riskiluvuksi korkein luku, 27, käyttäen kolmiportaista asteikkoa ja tauottomuus määriteltiin osaksi kuormittavuuteen vaikuttavia tekijöitä. (Bäckman 2012.)

Työhyvinvoinnin ja työtyytyväisyyden mittaamiseen käytetään yleensä henkilöstökyselyitä (Leivo 2007, 10). Kanta-Hämeen keskussairaalassa tehdyn työelämän laatu ja hyvinvointi 2012- tutkimuksesta käy ilmi, että työn kuormittavuus sai leikkaus- ja anestesiaosastolla arvon 4,09 asteikolla 1,0 – 5,0, kun koko sairaanhoitopiirissä arvo oli 3,38. Työtyytyväisyyttä käsiteltäessä leikkaus- ja anestesiaosaston työtyytyväisyys oli samaa luokkaa kuin muualla sairaanhoitopiirissä. (Salo 2012). Vaikka työ oli kuormittavampaa kuin sairaanhoitopiirissä keskimäärin, ei se silti vaikuttanut työtyytyväisyyteen negatiivisesti. Työyhteisössä täytyy siis olla muita työtyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä, jotka kompensoivat

tilannetta. (Luukkalan 2011) mukaan työtyytyväisyyttä lisääviä asioita ovat muun muassa mielenkiintoinen työ, uuden oppiminen, itsensä toteuttaminen ja kokeminen hyödylliseksi sekä palkkaus, turvallisuus, työergonomia, joustavuus työajoissa, kannustava johtaminen ja mukavat työkaverit.

Benchmarking tarkoittaa organisaation toiminnan vertaamista toisen organisaation toimintaan. Se on systemaattinen tapa verrata organisaation tuottavuutta, laatua sekä työprosesseja muiden yritysten vastaaviin toimintatapoihin. Benchmarkingissa keskitytään tiettyjen asioiden tarkasteluun ja haetaan vastauksia ennalta määritettyihin kysymyksiin. (Juuti & Luoma 2009, 290). Nordic Healthcare Groupin tekemästä kirurgian benchmarkingista voidaan tarkastella Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriin leikkaustoiminnan tuottavuutta ja tuloksellisuutta verrattuna Suomen muihin benchmarkingiin vuonna 2011 osallistuneisiin leikkausyksiköihin. Raportista käy ilmi, että Kanta- Hämeen sairaanhoitopiiri on tuottavin leikkausyksikkö kaikilla erikoisaloilla, sillä sen hoitajamitoitukset salia kohden ovat alhaisimpia. Raportissa ennustetaan myös, että leikkaukset tulevat lisääntymään Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä 17- 23 prosentilla, mikä on huomionarvoinen asia ajatellen hoitajamitoituksia ja edelleen työn kuormittavuutta ja työssäjaksamista. (Nordic Healthcare Group. 2012.)

Intensium benchmarkingissa K-HKS on jo kolmen vuoden ajan ollut Suomen sairaaloiden kärkitasoa aamun leikkaustoiminnan aloituksen suhteen. Työ on äärimmäisen tehokasta, eikä sitä ole enää mahdollista tehostaa. Ajankäytön vertailussa Kanta- Hämeen keskussairaalassa leikkausten keskimääräinen vaihtoaika on 37 minuuttia, mikä on muihin Suomen sairaaloihin verrattuna keskivertoa. Salien käyttöaste on 70 %, joka on vertailussa toiseksi paras. Kuitenkin yhä useammin elektiiviset leikkaukset venyvät ”yliajalle” ja suunta on nouseva. K-HKS:n tavoitteena onkin nyt nostaa käyttöastetta ja yksi keino siihen on yrittää lyhentää vaihtoajoja käyttämällä ”päästäjätiimiä”. Osastonylilääkäri Risto Puolakan esityksestä leikkausosaston moniammatillisessa yhteistyöpalaverissa 6.9.2013 leikkausaikaa yritetään saada lisättyä muun muassa induktio- ja valmistelutoiminnan lisäämisellä. (Puolakka 2013).

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tutkimuksen aihe nousi muun muassa keväällä 2012 tehdyn riskianalyysin osoittamasta henkilökunnan pahoinvoinnista tauottomuutta koskien sekä esimiehen toiveesta tutkia asiaa. Tavoitteena oli löytää toimintamalli taukojen parempaan hoitamiseen.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Kanta- Hämeen keskussairaalan leikkaus- ja anestesiosaston sairaanhoitajien mielipiteitä ja asenteita tauotuksen nykytilaa kohtaan; kuinka he kokevat taukojen toteutumisen ja tauotuksen toimivuuden.

Tutkimuksen tehtävänä oli tutkia leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitajien näkökulmasta:

1. Pääsevätkö sairaanhoitajat tauoille työpäivänsä aikana?
2. Onko taukoja riittävästi?
3. Onko tauotus onnistunutta?
4. Vaikuttavatko tauot työssäjaksamiseen?

Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa sairaanhoitajien mielipiteistä tauotusta kohtaan. Tavoitteena oli kuvata tauotuksen nykytilaa sairaanhoitajien näkökulmasta ja luoda esimiehille toimintamalli tauotuksen kehittämiseksi.

Koska tauotuksesta ei ole juurikaan tehty leikkaussaliolosuhteisiin yleistettäviä tutkimuksia, tutkimuksen teoreettista viitekehystä lähdettiin keräämään tauotuksen ympärille kietoutuvien käsitteiden, leikkausprosessit, tehokkuus ja työhyvinvointi, kautta. Tutkimuskysymykset nousivat täten sekä osaksi kirjallisuudesta että osaksi tutkimuksen tekijän ja tämän kollegojen sekä esimiehen ymmärryksestä leikkaussalissa tapahtuvaa tauotusta kohtaan.

6 AINEISTON KUVAUS JA ANALYYSI

Tutkimus tehtiin Kanta- Hämeen keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla, kohderyhmänä osaston kaikki sairaanhoitajat sekä instrumentti – että anestesiapuolelta, joita oli tutkimuksen tekovaiheessa yhteensä 63 henkilöä. Heistä kolme toimii osastolla johtotehtävissä, osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajien viroissa. Tutkimus tehtiin ”pääleikkausosaston” puolella, päiväkirurgian tai LEIKO:n henkilöstö rajattiin tutkimuksen kohderyhmästä. Ennen varsinaisen tutkimuksen tekemistä, järjestettiin marraskuussa 2012 osastotunti, jossa tutkimuksen tekijä esitteli osaston henkilökunnalle aiheen ja työn. Kyselytutkimus vietiin leikkausosastolle 1.2.2013 jokaiselle työntekijälle suljetussa kirjekuoressa työntekijän nimellä varustettuna. Itse kyselylomake täytettiin anonyymisti. Niille työntekijöille, jotka olivat paikalla osastotunnilla, jaettiin kyselyt henkilökohtaisesti. Palautusaikaa annettiin yksi viikko ja palautusta varten jätettiin erillinen suljettu palautuslaatikko. Kyselyn vastaukset haettiin viikon päästä 9.2.2013. Kysely oli saanut runsaasti vastauksia, 50 kappaletta (n=50) 63:sta, josta vastausprosentiksi voidaan laskea 79,36 %.

Kyselylomake testattiin etukäteen kolmella osaston sairaanhoitajalla, jotta mahdolliset ongelmat kyselylomakkeessa olisi saatu ennen kyselyä selville

ja jotta kyselyä olisi voitu puutteellisilta osin tarvittaessa vielä kehittää. Lisäksi oli hyvä saada selville myös vastaamiseen vaadittava aika ja kysymysten selkeys ja ymmärrettävyys. Kaikki kyselyn esitestaukseen osallistuneet sairaanhoitajat pitivät kyselyä selkeänä ja kattavana. Muutosehdotuksia ei tullut, joten kysely pysyi suunnitellussa muodossaan.

Kvantitatiivinen osuus analysoitiin antamalla likert- asteikon muuttujille numeraaliset arvot ja arvioimalla niitä tilastollisilla menetelmillä, käyttäen tuloksista prosentuaalisia osuuksia. Kvalitatiivinen avoin kysymys analysoitiin käyttäen aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

Kyselyllä pyrittiin saamaan tietoa sairaanhoitajien mielipiteistä tauotusta ja siihen liittyvää omaa työssäjaksamista koskien. Kysymyksiä oli yhteensä 14 kappaletta ja niiden lisäksi oli yksi avoin kysymys. Kysymyksiin vastattiin pääsääntöisesti jokaiseen, ainoastaan päivystysajan taukojen kysymyksessä 10 prosenttia jätti vastaamatta. Vastaamattomuus johtunee ainakin osittain siitä, etteivät kaikki esimerkiksi perehdytysvaiheesta riippuen tee päivystysvuoroja. Kysely tehtiin siten, ettei yksittäistä vastaajaa voida tunnistaa. Iän kysymisellä taustamuuttujana haettiin tietoa siitä, koetaanko tauotus eri tavalla eri ikäisillä sairaanhoitajilla ja vaikuttaako tauotus eri tavalla heidän työssä jaksamiseensa. Tutkimuksen tulokset on esitetty kuviomuodossa, käyttäen prosentuaalisia osuuksia vastauksista sekä avoimen kysymyksen osalta teemoittain.

7 TUTKIMUSMENETELMÄT

Tutkimus on pääasiallisesti kvantitatiivinen, mutta koska tutkimuksella pyritään saamaan numeerisen tiedon lisäksi myös uusi malli tauotuksen kehittämiseen, valittiin rinnalle kvalitatiivinen tutkimusote avoimen kysymyksen osalta. Vaikka laadullinen ja määrällinen tutkimus asetetaan perinteisesti vastakkain ja niitä verrataan kriittisesti keskenään, eivät ne silti poissulje toisiaan ja tutkimuksia voidaan yhdistää (Tuomi & Sarajärvi 2009, 65).

Kvantitatiivinen tutkimus perustuu teoriaohjattuun aineistonkeruuseen, joka analysoidaan tilastollisin menetelmin ja tulokset tuodaan esille numeerisina arvoina. Sen alkujuuret ovat luonnontieteissä ja kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostuvat yleispätevät syyt ja seurauksen lait. Tutkimuksen tavoitteena on mallin tai teorian muodostus tutkimuksen tuloksena ja tutkimuksen tekijän tärkein taito on pystyä muodostamaan teorioita sekä hyödyntämään niitä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2010, 137- 141). Kvalitatiivinen tutkimus on ymmärtävää tutkimusta joka pyrkii selittämään ilmiöitä. Ymmärtäminen tarkoittaa ilmiöiden merkityksen käsittämistä ja ymmärtäminen on tulkintaa. Se tavoitteena on käsitteellistää tutkittava ilmiö ja tehtävä tunnettu ilmiö tiedetyksi. (Tuomi & Sarajärvi 28, 35.) Aineiston

laadullinen käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan. Aineisto hajotetaan osiin ja käsitteellistämisen jälkeen kootaan yhteen uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi 2010, 108.)

7.1 Kyselytutkimus

Tutkimuksessa käytettiin aineiston keräämiseksi kyselytutkimusta. Kyselylomake on hyvin perinteinen tapa kerätä tutkimusaineistoa. Kysymysten laadinnassa täytyy olla huolellinen, koska onnistuneet kysymykset luovat perustan myös koko tutkimuksen onnistumiselle. Sanamuodot valitaan tarkasti, eivätkä kysymykset saa olla johdattelevia. Lomakkeen ei tulisi myöskään olla liian pitkä. Kyselylomake haluttiin pitää yksinkertaisena ja helppona vastaajalle. Leikkaussalityössä ei juuri ole aikaa muulle oheistoiminnalle, joten valittiin perinteinen paperina jaettava kyselylomake sähköisen sijaan. Usein kyselylomake aloitetaan kysymällä taustamuuttujia. Tässä tutkimuksessa taustamuuttujaksi valittiin ainoastaan vastaajan ikä. Sukupuolta ei ollut mielekästä kysyä, koska työyksikössä toimi sairaanhoitajina ainoastaan 2 miespuolista henkilöä. Vastaajien iän kysymisellä haluttiin tietää vaikuttiko ikä kuormituksen ja jaksamisen kokemisen tunteisiin. (Valli 2010, 103- 105.)

Tutkimusstrategiaa, jossa kerätään tietoa suurelta määrältä kysely- tai haastattelumenetelmillä, kutsutaan survey- tutkimukseksi. Survey- tutkimuksen tarkoituksena on antaa mahdollisimman kattava ja tarkka yleiskuva tutkittavasta ongelmasta. Tutkimusaineiston on vastattava tarkasti tutkittavaa aluetta. Survey- tutkimuksessa tutkitaan yleensä suuria ryhmiä, joista ei ole useinkaan mahdollista ottaa tutkimukseen kaikkia tutkimuskohteita. Ryhmästä otetaan siis otos, joka edustaa perusjoukkoa. Tässä tutkimuksessa tutkimukseen oli kuitenkin mahdollista ottaa koko tutkittava joukko. (Laaksovirta, 1988, 51.)

Kyselyn loppuun sisällytettiin yksi avoin kysymys tauotuksen parantamiseen liittyen toiveena saada käytännön tasolta innovatiivisia ehdotuksia tauotuksen kehittämiseen.

7.1.1 Skaalakysymykset Likert- asteikolla

Kyselylomakkeessa asioita voidaan kysyä monella tavalla. Tähän kyselyyn valittiin strukturoidut kysymykset tutkittavan asian intensiivisyyttä mittaavalla järjestysasteikolla (Likertin asteikko) sekä yksi avoin kysymys, jolla haluttiin soveltavaa tietoa tauotukseen liittyen. Likertin asteikko on yksi useimmin käytetyistä mittareista kun halutaan tutkia asenteita ja mielipiteitä. Likertin asteikossa portaita eli vastausvaihtoehtoja on yleensä

viisi, mutta niitä voi olla myös enemmän tai vähemmän. Yleensä käytetään asteikkoa, jossa vastausvaihtoehtoja on pariton määrä, koska vastaajalle annetaan mahdollisuus olla ottamatta kantaa. Toisaalta vastausvaihtoehtoa ”en osaa sanoa” ei myöskään tarvitse olla, sillä jos vastaaja ei halua vastata annettuihin vaihtoehtoihin, hän voi jättää vain vastaamatta. (Valli 2010, 117- 118.) On tutkittu, että jopa 12- 30 prosenttia vastaajista valitsee vaihtoehdon ”en osaa sanoa” tai ” ei mielipidettä” (Hirsjärvi ym. 2010, 203.) Tämän tutkimuksen kysely tehtiin 4- portaista Likert- asteikkoa käyttäen. Koska tulosten haluttiin antavan selkeitä linjoja tauotuksen nykytilasta, jätettiin neutraali vastausvaihtoehto pois. Neutraali vaihtoehto olisi saattanut houkuttaa vastaamatta jättämiseen, helppoon vaihtoehtoon, eikä sen tulkinta olisi ollut mielekästä. Vallin (2010, 119) mukaan tapaa voidaan käyttää edellä mainituista syistä, mutta samalla on muistettava, ettei kyselyn tuloksia voida suoraan verrata samantyyppisiin tutkimuksiin, joissa neutraalivaihtoehto on mukana.

7.1.2 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Tutkimuksen laadullisen kysymyksen osuus analysoitiin käyttämällä aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tutkija pyrkii muodostamaan tutkimusaineistosta teoreettisen kokonaisuuden. Analyysiyksiköt nousevat aineistosta, ne eivät ole etukäteen sovittuja tai harkittuja. Aineistosta esiin tulevat yksiköt löytyvät tutkijan oman ymmärryksen ja herkkyiden kautta. Analyysi on sitä enemmän induktiivista päättelyä, mitä vähemmän teoriaa otetaan päättelyyn mukaan tutkijaa ohjaamaan. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi sisältää kolme vaihetta, aineiston pelkistäminen (reduointi), aineiston ryhmittely (klusterointi) ja teoreettisten käsitteiden luominen (abstrahointi) (Tuomi & Sarajärvi 2010, 95, 100, 108.) Sisällönanalyysillä siis tiivistetään aineisto siten, että tutkittavia ilmiöitä voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistävästi sekä saada ilmiöiden väliset suhteet selkeinä esille. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23).

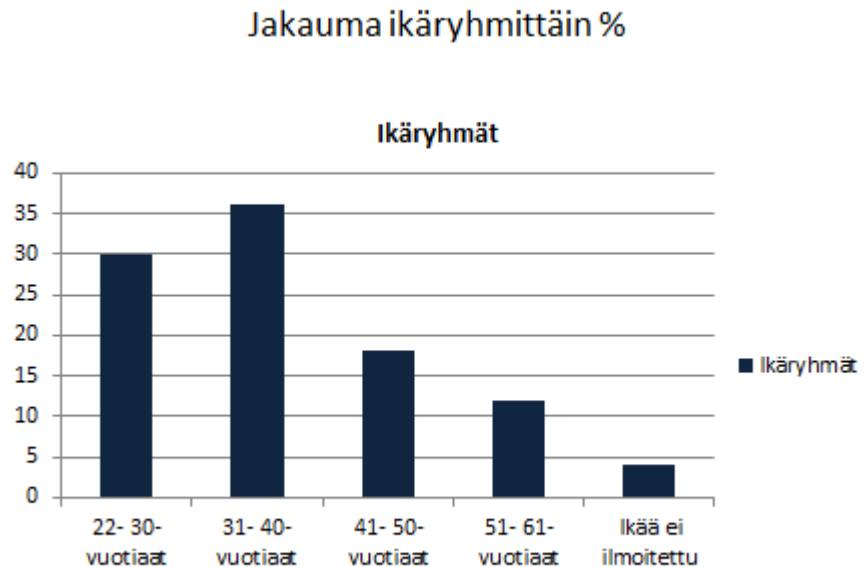
Aineiston analysointi aloitettiin pelkistämällä ensin alkuperäisilmaisut taulukoksi, jonka jälkeen samaa tarkoittavat ilmaisut ryhmiteltiin alaluokkiin ja annettiin asiakokonaisuudelle sitä kuvaava pelkistetty nimi. Tämän jälkeen alaluokat ryhmiteltiin vielä yläluokiksi. Luokkien muodostaminen on analyysin kriittinen vaihe, koska tutkija muodostaa luokat oman tulkintansa ja ymmärryksensä mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2010, 101.) Aineiston ryhmittelyä seuraa teoreettisten käsitteiden luominen ja sitä jatketaan yhdistelemällä luokituksia niin kauan kuin se on mahdollista aineiston sisällön näkökulmasta. (Tuomi & Sarajärvi 2010, 111). Koska sisällönanalyysillä analysoitava aineisto oli tässä tutkimuksessa pieni ja teoreettisia käsitteitä saatiin jo muodostamalla yläluokat, ei aineiston abstrahointia nähty enää tarpeelliseksi jatkaa. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tarkoituksena on käsitteitä yhdistelemällä saada vastaus

tutkimustehtävään. Abstrahoinnissa empiirinen aineisto yhdistetään teoreettisiin käsitteisiin ja tuloksissa esitetään aineistosta saatu malli tai muu vastaava tuotos. (Tuomi & sarajärvi 2010, 112.) Sisällönanalyysillä yhdessä kirjallisuuden ja tutkimuksien kanssa saatiin aikaan tutkimustehtävänä ollut tauotusmalli.

8 TUTKIMUSTULOKSET

8.1 Strukturoitujen kysymysten tulokset

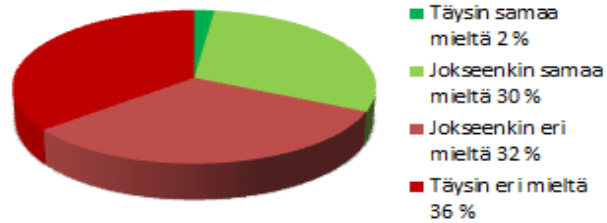
Kysely analysoitiin antamalla likert- asteikon muuttujille numeraaliset arvot ja laskemalla niistä prosentuaaliset osuudet. Tulokset esitetään sekä ympyrämalleina esittämään tietyn kysymyksen vastauksia kokonaisuudessaan että pylväsmalleina vertailtaessa eroja eri ikäluokkien vastauksissa. 2 vastaajista ei ilmoittanut ikäänsä, joten ikäjakaumassa ei ole huomioitu heidän vastauksiaan. Ikäryhmät on jaoteltu vuosikymmenten mukaan, nuorin vastaajista oli 22- vuotias ja vanhin 61- vuotias.



Kuvio 1 Jakauma ikäryhmittäin

22- 30- vuotiaita oli 30 % vastanneista (n=15), 31- 40- vuotiaita 36 % (n=18), 41- 50- vuotiaita 18 % (n=9) ja 51- 61- vuotiaita 12 % (n=6). 2 vastaajista ei ilmoittanut ikäänsä, heidän prosentuaalinen osuus on 4 % vastanneista.

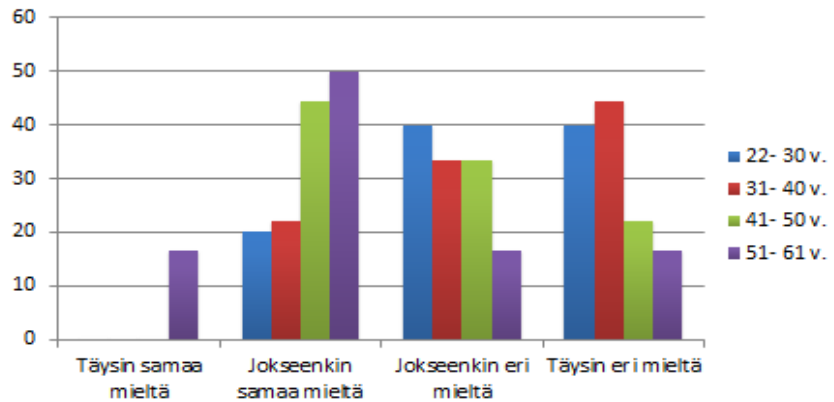
Tauotus leikkausosastolla on riittävää



Kuvio 2a Tauotus leikkausosastolla on riittävää

Leikkausosaston henkilökunnasta 32 % koki tauotuksen riittäväksi (jokseenkin tai täysin samaa mieltä) ja 68 % riittämättömäksi (jokseenkin tai täysin eri mieltä). Täysin samaa mieltä tauotuksen riittävydestä oli kuitenkin vain 2 % vastaajista eli 1 henkilö.

Tauotus leikkausosastolla on riittävää



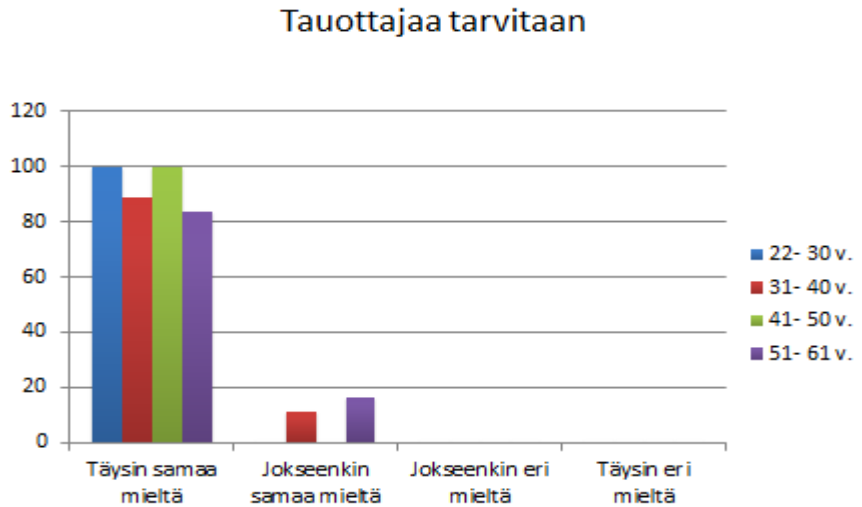
Kuvio 2b Tauotus leikkausosastolla on riittävää

Kun analysoitiin sama kysymys iän perusteella, voidaan todeta vanhimman ikäryhmän (51- 61- vuotiaat) olevan kaikkein tyytyväisin tauotuksen nykytilaan. Vastaajista 66,7 % oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä, että tauotus on riittävää. Muissa ikäryhmissä tauotuksen kokivat riittäväksi (jokseenkin tai täysin samaa mieltä) 22- 30 – vuotiaat: 20 %, 31- 40- vuotiaat: 22,2 % ja 41- 50- vuotiaat: 44,4 %.



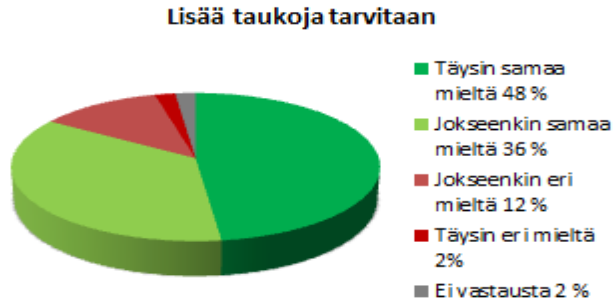
Kuvio 3a Tauottajaa tarvitaan

Tauottajan tarpeellisuudesta oltiin jokseenkin tai täysin samaa mieltä 100 %. Täysin samaa mieltä oli 94 % vastaajista ja 6 % oli jokseenkin samaa mieltä. Kukaan vastaajista ei ollut eri mieltä tauottajan tarpeellisuutta arvioitaessa.



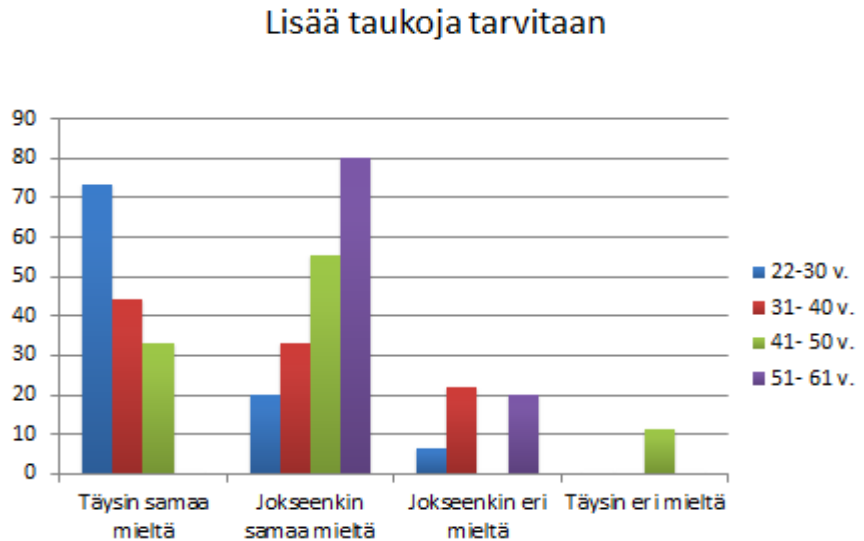
Kuvio 3b Tauottajaa tarvitaan

Tauottajan tarpeellisuudesta oltiin myös eri ikäryhmissä samaa mieltä. Suuria vaihteluita ei ollut. Vanhimasta ikäryhmästä 1 henkilö (2 %) ja 31-40- vuotiaista 2 henkilöä (4 %) oli jokseenkin samaa mieltä.



Kuvio 4a Lisää taukoja tarvitaan

Yhteensä 84 % vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä, siitä että leikkausosastolle tarvitaan lisää taukoja. 14 % oli jokseenkin tai täysin eri mieltä siitä että lisää taukoja tarvittaisiin. 1 henkilö (2 %) jätti vastaamatta kysymykseen.



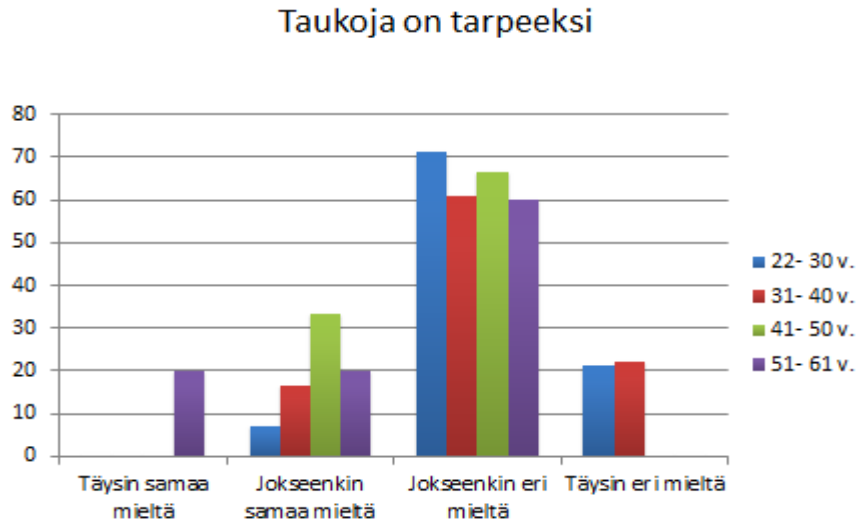
Kuvio 4b Lisää taukoja tarvitaan

Voimakkaimmin taukojen lisäämisen (jokseenkin tai täysin samaa mieltä) kannalla olivat nuorin ikäryhmä (22- 31- vuotiaat) 93,3 % vastaajista. Muiden ikäryhmien mielipiteet (jokseenkin tai täysin samaa mieltä) olivat 77,7 % (31- 40- vuotiaat), 88,9 % (41- 50- vuotiaat) ja 80 % (51- 61- vuotiaat).



Kuvio 5a Taukoja on tarpeeksi

Valtaosa vastaajista, yhteensä 76 %, oli jokseenkin tai täysin eri mieltä siitä, että taukoja olisi tarpeeksi. 20 %:n mielipide oli jokseenkin tai täysin myönteinen taukojen lukumäärän suhteen. 2 henkilöä (4 %) ei vastannut kysymykseen.



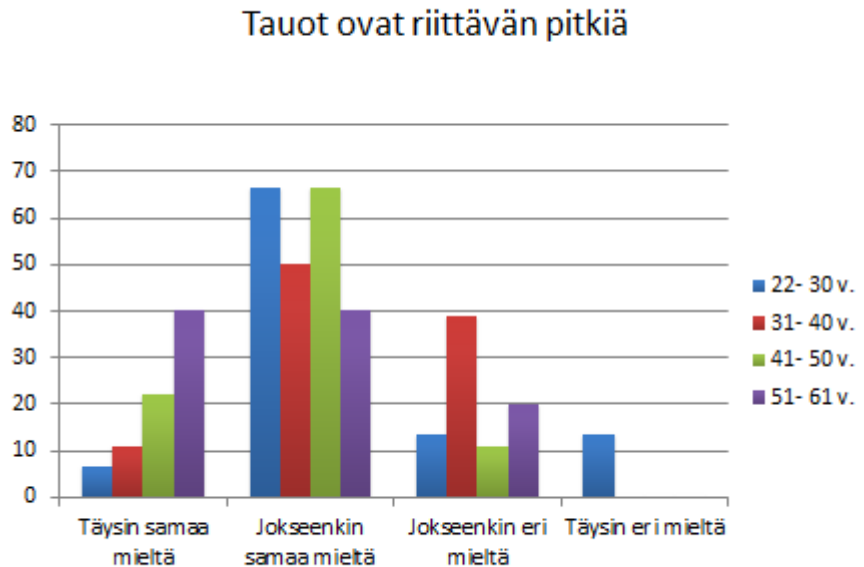
Kuvio 5b Taukoja on tarpeeksi

Taukoja oli tarpeeksi nuorimmassa ikäryhmässä (22- 30- vuotiaat) vain 7,14 %:n mielestä. 31- 40- vuotiaiden mielestä taukoja oli tarpeeksi 16,7 %:n mielestä. 41- 50- vuotiaiden mielestä 33,3 % ja vanhimman ikäryhmän (51- 61- vuotiaiden) 40 %:n. 2 henkilöä (4 %) ei vastannut kysymykseen.



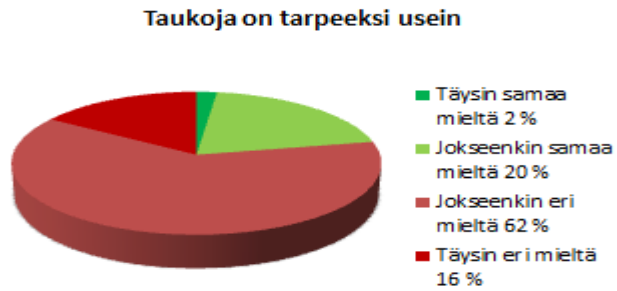
Kuvio 6a Tauot ovat riittävän pitkiä

Tauot olivat pääsääntöisesti vastaajien mielestä riittävän pitkiä (70 %). Täysin samaa mieltä oli 16 %, jokseenkin samaa mieltä 54 %, jokseenkin eri mieltä 24 % ja täysin eri mieltä oli 4 % vastanneista.



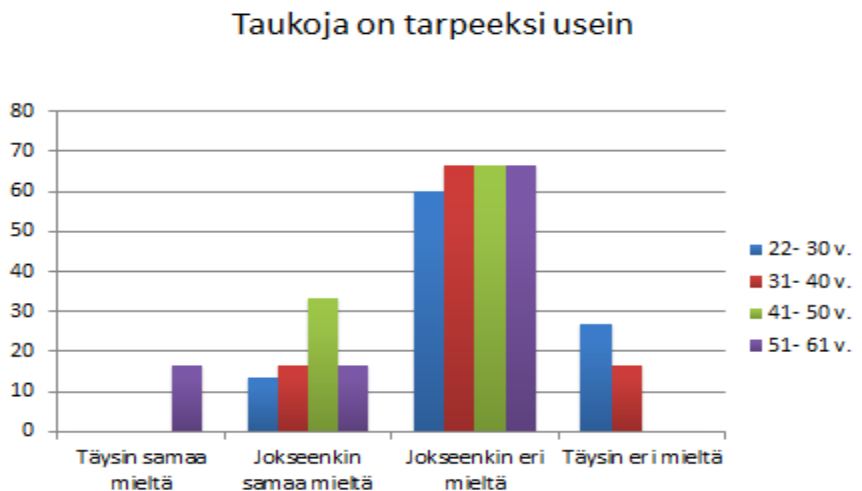
Kuvio 6b Tauot ovat riittävän pitkiä

Pääsääntöisesti vastaajat kokivat tauot riittävän pitkiksi. 22- 30- vuotiaista 73,4 % oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä, 31- 40- vuotiaista 61,1 % oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä, 41- 50- vuotiaista 88,9 % ja 51- 61- vuotiaista 80 %. Yksi henkilö (2 %) ei vastannut kysymykseen.



Kuvio 7a Taukoja on tarpeeksi usein

Taukoja koettiin olevan tarpeeksi usein 22 %:n mielestä. Vastanneista 2 % oli täysin samaa mieltä siitä, että taukoja on tarpeeksi usein. Jokseenkin samaa mieltä oli 20 %, jokseenkin eri mieltä oli 62 % ja täysin eri mieltä oli 16 %.



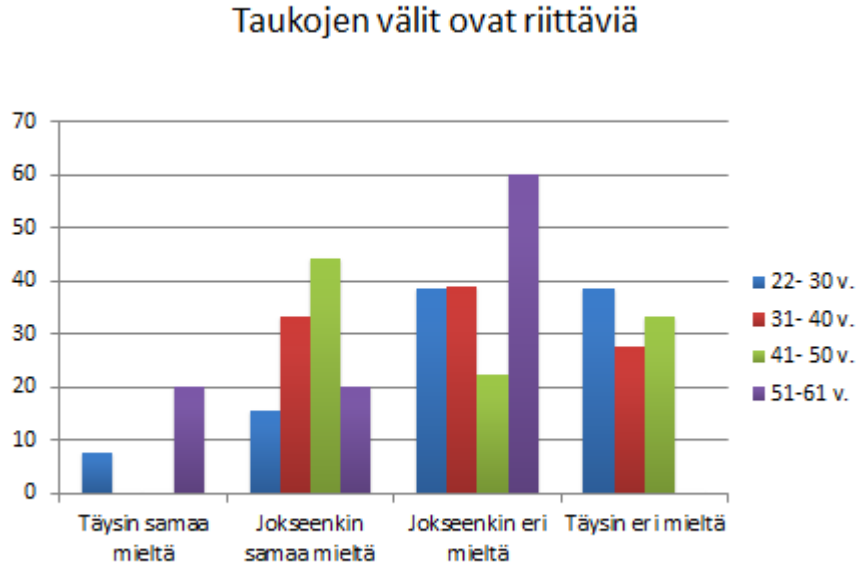
Kuvio 7b Taukoja on tarpeeksi usein

Kaikissa ikäryhmissä oltiin suurimmaksi osaksi sitä mieltä, ettei taukoja ole tarpeeksi usein. Vanhimmat ikäryhmät 41- 50 - vuotiaat ja 51- 61 -vuotiaat olivat tyytyväisempiä kuin nuoremmat. 41- 50- vuotiaat olivat jokseenkin samaa mieltä (33,3 %) ja 51- 61- vuotiaat täysin tai jokseenkin samaa mieltä (33,33 %) siitä, että taukoja on tarpeeksi usein. 22- 30- vuotiaat olivat vain 13,3 % sitä mieltä (jokseenkin samaa mieltä), että taukoja on tarpeeksi usein ja 31- 40- vuotiaat 16,7 % (jokseenkin samaa mieltä).



Kuvio 8a Taukojen välit ovat riittäviä

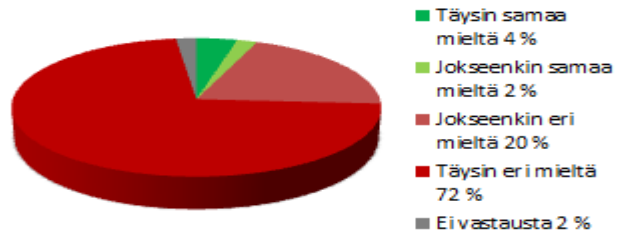
Taukojen välit olivat 32 % mielestä ainakin jokseenkin riittäviä ja 62 % piti välejä tauoissa vähintään jokseenkin riittämättöminä. 3 henkilöä (6 %) ei vastannut kysymykseen.



Kuvio 8b Taukojen välit ovat riittäviä

23 % 22- 30- vuotiaista koki taukojen välit riittäviksi (jokseenkin tai täysin samaa mieltä). 31- 40- vuotiaista taukojen välit koki riittäviksi 33,3 %, 41- 50- vuotiaista 44,4 % ja vanhimma ikäryhmästä, 51- 61- vuotiaista, 40 %.

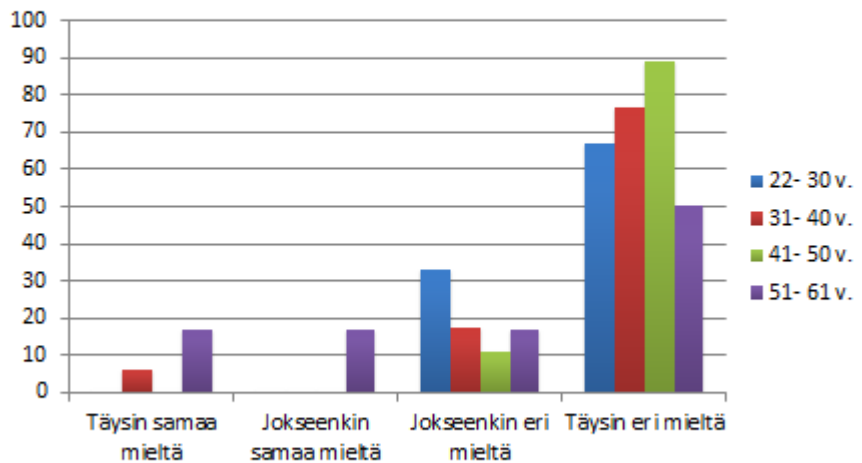
Tauotus onnistuu ilman tauottajaa



Kuvio 9a Tauotus onnistuu ilman tauottajaa

92 % vastaajista piti tauottajaa tärkeänä tauotuksen onnistumisen kannalta. 6 % mielestä tauotus voisi onnistua ilman tauottajaa. 1 henkilö ei vastannut kysymykseen (2 %).

Tauotus onnistuu ilman tauottajaa



Kuvio 9b Tauotus onnistuu ilman tauottajaa

22- 30 ja 41- 50- vuotiaista kukaan ei ollut sitä mieltä, että tauotus onnistuisi ilman tauottajaa. 31- 40- vuotiaista 5,9 % (1 henkilö) uskoi, että tauotus onnistuu ilman tauottajaa. Vanhimasta ikäryhmästä (51- 61- vuotiaat) 33,3 % oli sitä mieltä, että tauotus onnistuisi ilman tauottajaa.

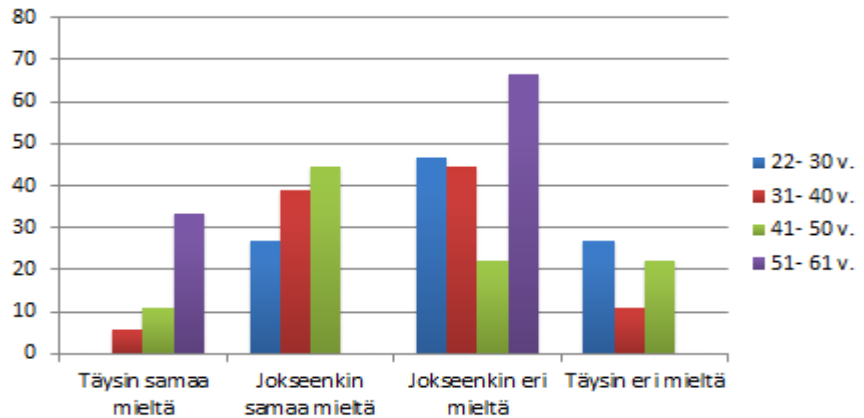
Lakisääteiset tauot ovat riittäviä



Kuvio 10a Lakisääteiset tauot ovat riittäviä

Enemmistö vastaajista, 60 %, koki lakisääteiset tauot riittämättöminä (jokseenkin tai täysin eri mieltä), ja 40 % vastaajista koki lakisääteiset tauot riittäviksi.

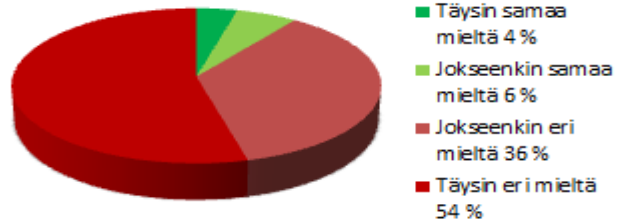
Lakisääteiset tauot ovat riittäviä



Kuvio 10b Lakisääteiset tauot ovat riittäviä

Nuorimmassa ikäryhmässä (22- 30- vuotiaat) lakisääteiset tauot koettiin riittämättömiksi 73,3 % vastauksista ja 31- 40- vuotiaissa 55,5 %. 41- 50- vuotiaissa lakisääteiset tauot koettiin riittämättömiksi 44,4 %:ssa vastauksista ja vanhimmissa ikäryhmässä 66,7 % piti lakisääteisiä taukoja riittämättöminä.

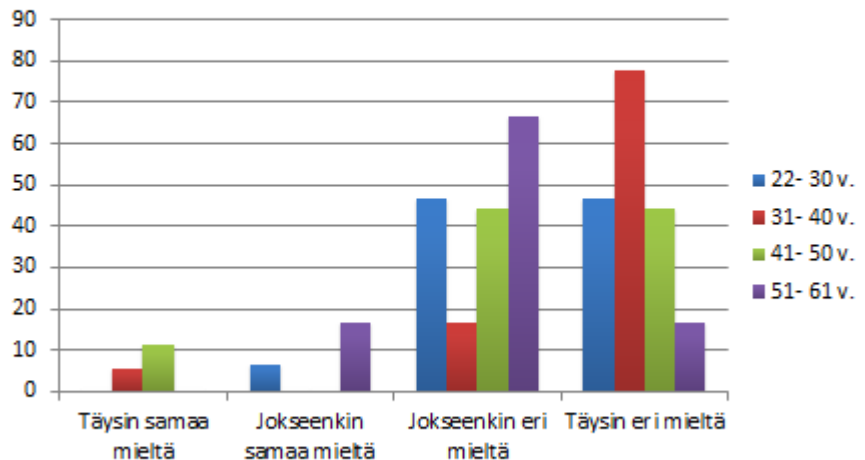
Tauottajia on tarpeeksi



Kuvio 11a Tauottajia on tarpeeksi

Tauottajia ei ole tarpeeksi noin 90 % mielestä. 10 % on jokseenkin tai täysin samaa mieltä, että tauottajia on riittävästi.

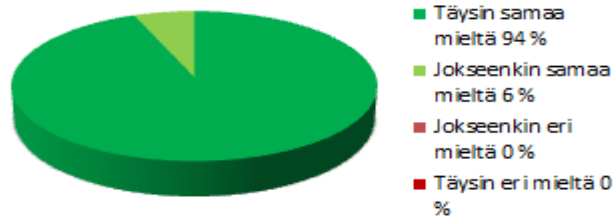
Tauottajia on tarpeeksi



Kuvio 11b Tauottajia on tarpeeksi

Kaikissa ikäryhmissä koettiin, ettei tauottajia ole tarpeeksi. 51- 61-vuotiaissa 83,3 %, 41- 50- vuotiaissa 88,9 %, 31- 40- vuotiaissa 94,5 % ja 22- 30- vuotiaissa 93,3 % oli eri mieltä (jokseenkin tai täysin eri mieltä) siitä, että tauottajia on tarpeeksi.

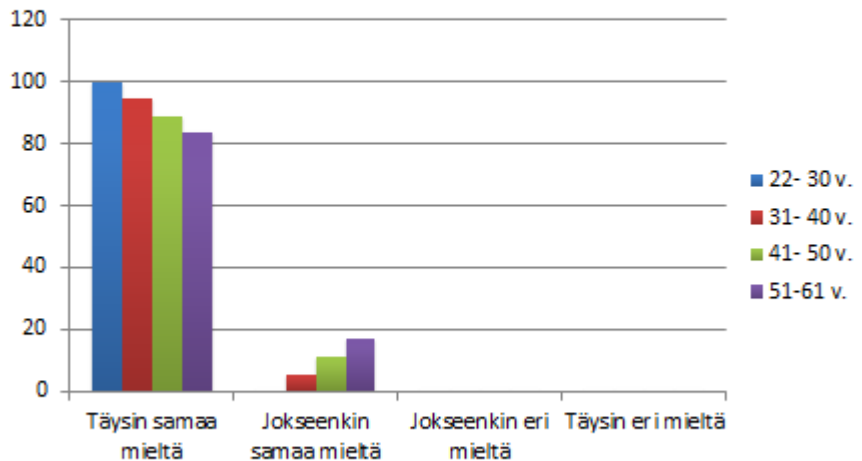
Tauot vaikuttavat työssäjaksamiseen



Kuvio 12a Tauot vaikuttavat työssäjaksamiseen

100 % vastaajista oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä taukojen vaikutuksesta työssä jaksamiseensa.

Tauot vaikuttavat työssäjaksamiseen



Kuvio 12b Tauot vaikuttavat työssäjaksamiseen

Kaikki vastanneet olivat ainakin jokseenkin samaa mieltä, että tauoilla on merkitystä työssäjaksamisen kannalta. Ikäryhmiä vertailtaessa jokainen nuorimmasta ikäryhmästä oli täysin samaa mieltä siitä, että tauot vaikuttavat

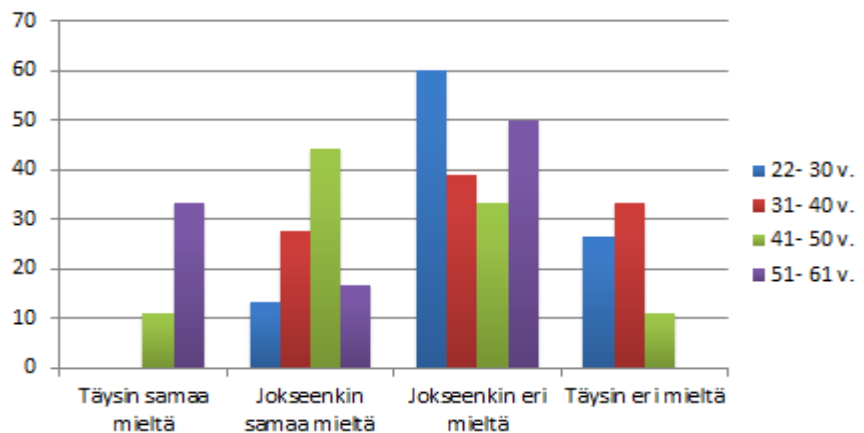
työssäjaksamiseen. Mitä vanhempi ikäryhmä, sitä vähemmän oli prosentuaalisesti täysin samaa mieltä olevia (jokaisesta ryhmästä 1 henkilö).



Kuvio 13a Nykyiset tauot ovat riittäviä oman työssäjaksamisen kannalta

Yhteensä 68 % vastaajista koki etteivät nykyiset tauot ole riittäviä oman työssäjaksamisen kannalta (jokseenkin tai täysin eri mieltä), 32 % piti nykyisiä taukoja riittävinä (jokseenkin tai täysin samaa mieltä).

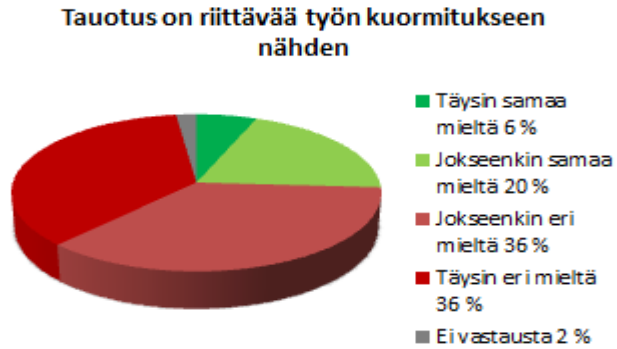
Nykyiset tauot ovat riittäviä oman työssäjaksamisen kannalta



Kuvio 13b Nykyiset tauot ovat riittäviä oman työssäjaksamisen kannalta

Nuorimmista ikäryhmistä samaa mieltä (jokseenkin tai täysin samaa mieltä) oltiin 13,3 % (22- 30- vuotiaat) ja 27,8 % (31- 40- vuotiaat) kun taas

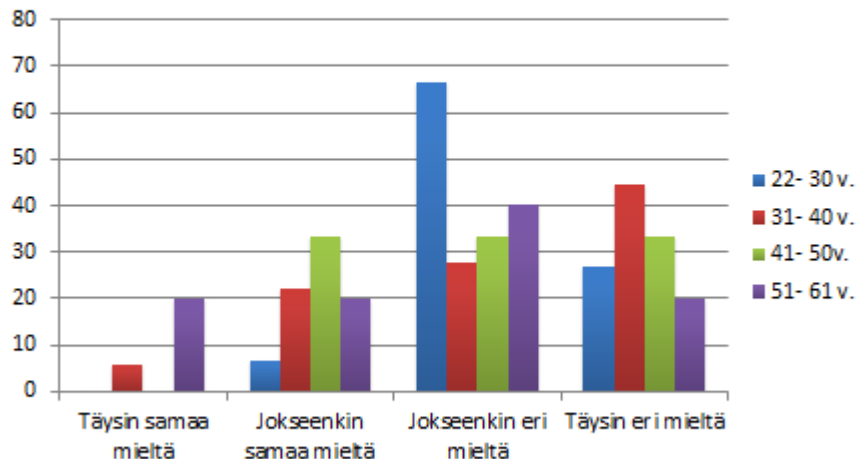
vanhemmat ikäryhmät pitivät nykyisiä taukoja 55,5 % (41- 50- vuotiaat) ja 50 % (51- 61- vuotiaat) riittävinä työssäjaksamisen kannalta.



Kuvio 14a Tauotus on riittävää työn kuormitukseen nähden

Tauotus koettiin riittämättömäksi (jokseenkin tai täysin eri mieltä) työn aiheuttamaan kuormitukseen nähden 72 %:ssa vastauksista ja riittävänä 26 % (jokseenkin tai täysin samaa mieltä), 1 henkilö (2 %) ei vastannut.

Tauotus on riittävää työn kuormitukseen nähden

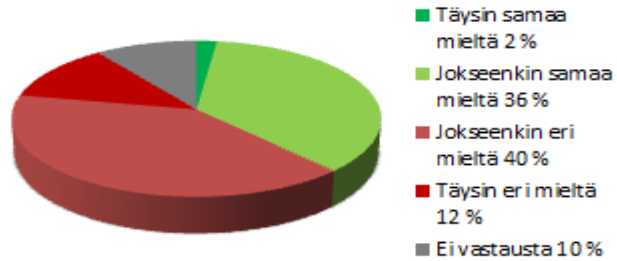


Kuvio 14b Tauotus on riittävää työn kuormitukseen nähden

Nuorimman ikäryhmän mielestä tauotus ei ole riittävää työn kuormitukseen nähden 93,3 % mielestä, kun taas vanhimman ikäryhmän mielestä 60 %

vastauksista. 31- 40- vuotiaat pitivät tauotusta 72,2 % riittämättömänä ja 41-50- vuotiaat 66,7 %.

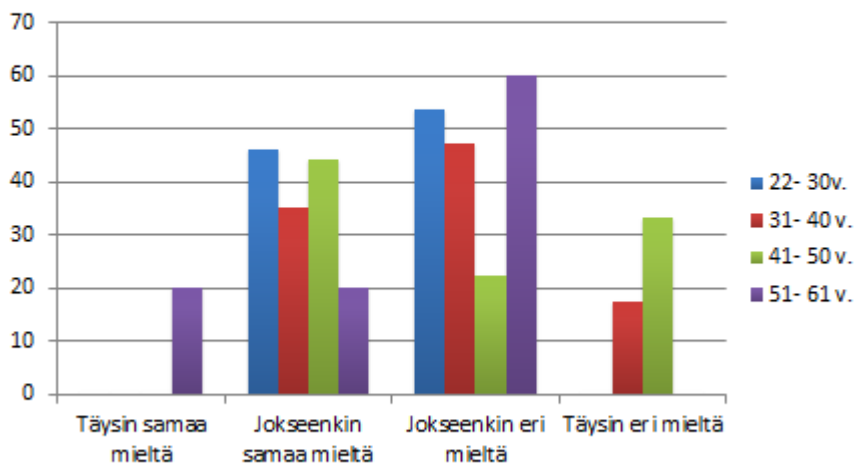
Päivystysaikana taukoja on riittävästi



Kuvio 15a Päivystysaikana taukoja on riittävästi

Päivystysajan tauot jakoivat ehkä eniten mielipiteitä. Ei- vastanneiden suurempi osuus (10 %) selittynee sillä, etteivät kaikki voi perehdytysvaiheesta riippuen vielä päivystää. 38 % mielestä päivystysajan tauot olivat vähintään jokseenkin riittäviä ja 52 % koki ne ainakin jokseenkin riittämättömiksi.

Päivystysaikana taukoja on riittävästi



Kuvio 15b Päivystysaikana taukoja on riittävästi

Päivystysajan tauoista mielipiteet jakoutuivat melko tasaisesti. 22- 30-vuotiaista 46,15 % oli sitä mieltä, että taukoja on riittävästi, 31- 40-vuotiaista 35,3 %, 41- 50-vuotiaista 44,5 % ja 51- 61-vuotiaista 40 %.

8.2 Avoimen kysymyksen tulokset

Kyselyssä pyydettiin lisäksi vastaajaa antamaan kertomaan mielipiteensä onnistuneen tauotuksen järjestämiseksi. Kysymys analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä pelkistämällä, ryhmittelemällä ja muodostamalla kokonaisuuksista käsitteitä.

Analyysin tuloksiksi saatiin neljä yläluokkaa, joiden teemat ovat optimaaliset henkilökuntaresurssit, selkeä johtaminen, limittäiset prosessit ja työyhteisön toimintakulttuuri. (Katso liite 1)

Optimaaliset henkilökuntaresurssit - teema pitää sisällään tauotustiimin ja henkilökuntaresurssit - alakäsitteet, jotka on muodostettu vastaajien pelkistetyistä ilmaisuista: tauotusryhmä, tauottaja, tauottajat myös iltapäiviin, tauottaja apukäsinä, lisää henkilökuntaa ja riittävästi henkilökuntaa.

Selkeän johtamisen - teema muodostui alakäsitteinä olevista päätöksenteosta, tauotuksen systemaattisuudesta ja johtamisesta. Nämä alaluokat saatiin pelkistetyistä ilmaisuista: tauottajaa ei sijoiteta muihin tehtäviin, toiminnan supistaminen jos sairauspoissaoloja, optimaaliset välit tauoille, lakisääteisten taukojen toteutuminen, tauotuksen säännöllisyys, tauotuksen suunnitelmallisuus, esimiesten rooli näkyvämmäksi ja listanvetäjä huolehtii tauoista.

Työyhteisön toimintakulttuurin yläluokka muodostettiin alaluokista henkilökohtaiset ominaisuudet ja yhteistyö, jotka muodostuivat vastaajien pelkistetyistä ilmaisuista oma- aloitteisuus, itseohjautuvuus, anestesia lääkäri tauottamaan ja kollegiaalisuus.

Limittäiset prosessit - yläluokka muodostettiin alaluokasta leikkaussalin ulkopuolinen toiminta, joka taas muodostui pelkistetyistä ilmaisuista vaihtosalien käyttö ja heräämön toiminnan laajentaminen. Limittäiset prosessit- käsite muodostettiin viitekehysten kirjallisuutta apuna käyttäen.

Analyysin tulokset ovat samansuuntaisia tutkimuksen viitekehyksessä käsitellyiden käsitteiden kanssa. Avoimen kysymyksen vastauksien ja viitekehyksessä käsitellyn kirjallisuuden perusteella laadittiin toimintamalli tauotuksen kehittämiseksi.

TAUOTUSMALLI

K-HKS Leikkaus- ja anestesiaosasto

JOHTAMINEN:

- Selkeä, systemaattinen johtaminen
 - Näkyvä tauotuksen johtaminen
 - Apulaisosastonhoitajat listarvetäjän tukena
 - Esimies vastuussa
- Laadittu tauotussuunnitelma
 - Yleinen
 - Kaikkien tiedossa ja näkyvillä
 - Tauotuksen yleiset "säännöt"
 - Luottamus taukoihin
 - Seuranta ja arviointi
 - Päiväkohtainen
 - Apulaisosastonhoitaja laatii päivän leikkaustoiminnan mukaan
 - Kirjallinen suunnitelma, jota noudatetaan
 - Taukojärjestys, limittäiset aloitukset ja valmistelut, joiden aikana salin oma hoitoryhmä käy tauolla

HENKILÖKUNTARESURSSIT:

- Tauotus/Induktioitiimi
 - Tauotukseen, aloitukseen, valmisteluihin
 - Tauotus
 - Limittäiset anestesian aloitukset- kokeilu?
 - Vaihtosalin käyttö, heräämön tilat
 - Induktioitiimi?
 - 1- 2 anestesiahoitajaa + 1 instrumenttihoitaja
- Tiimin systemaattinen, tarkoituksenmukainen käyttö
 - Seuranta ja arviointi

LIMITTÄISET PROSESSIT:

- Vaihtosalin (1. sali) systemaattinen käyttö
 - Induktiotilana
 - Limittäisen anestesian aloitus/ leikkausvalmistelut
 - Vaihtosalina
 - Vaihtosalin yleisen käyttöperiaatteen mukaisesti
- Heräämön tilojen käyttö
 - Myös induktiotilana
 - Limittäisen anestesian aloitus/ leikkausvalmistelut
 - Tauotus/ Induktiotiimi hoitaa

TOIMINTAKULTTUURI:

- Kollegiaalisuus eri ammattiryhmien välillä
 - Moniammatillinen sitoutuminen
 - Anestesia lääkäri- anestesiahoitaja- työpari
 - Myös tauotukseen
- Oma-aloitteisuus, itseohjautuvuus
 - Huolehditaan omasta osuudesta työyhteisön tehokkaana osana
 - Huolellinen perehdytys tehtäviin
 - Osaaminen

8.4 Tulosten luotettavuus

Kaikissa tutkimuksissa pyritään välttämään virheitä ja on tärkeä pystyä arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta (Tuomi & Sarajärvi 2010, 134). Luotettavuus eli validius tarkoittaa sitä, onko tutkimuksessa käytetty menetelmä tai mittari mitannut juuri sitä mitä on ollut tarkoitus. Luotettavuutta arvioidaan monesta eri näkökulmasta. (Hirsjärvi ym. 2010, 231.) Tässä tutkimuksessa validiteettia arvioidaan ensiksi tutkimuksen kvantitatiivisen osuuden eli kyselyn osalta. Kyselyn vastausprosentti oli korkea, joten tulosten yleistettävyys (ulkoinen validiteetti) koko työyhteisöä koskevaksi on hyvä. Kyselylomaketta laadittaessa suoritettiin kyselyn esitestaus, jossa vastaajat (kolme leikkaus- ja anestesiaosastolla työskentelevää sairaanhoitajaa) katsoivat kyselyn olevan sekä kysymyksiltään ymmärrettävä että pituudeltaan sopiva. Lisäksi kysymyksiin ei juurikaan jätetty vastaamatta, päivystysajan tauotusta lukuun ottamatta. Osa kysymyksistä kysyttiin myös negaation kautta, jolla pyrittiin varmistamaan, että kysymykset oli ymmärretty oikein. Vastaukset olivat näiltä osin samanlaisia, mikä lisää kysymysten ymmärrykseen liittyvää validiteettia. Kysymykset pyrittiin laatimaan niin, etteivät ne ole johdattelevia ja pysyvät neutraaleina.

Vastaajaryhmät olivat kooltaan hyvinkin erilaisia. Nuoremmat ikäryhmät käsittivät kaksi kolmasosaa koko aineistosta ja kaksi vanhinta ryhmää yhden kolmasosan. Lisäksi vanhimpaan ikäryhmään kuului ainoastaan 6 vastaajaa, joten tällöin yhden vastaajan antaman vastauksen saama prosentuaalinen arvo on suurempi kuin muissa ikäryhmissä. Tältä osin ikäryhmävertailun vanhimman ikäryhmän vastauksien vertailu nuorempiin ei ole validiteetiltään täysin aukoton.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa ja tilastollisia menetelmiä käytettäessä tiedonkeruu ja mittaaminen tuovat tutkimukseen suurimmat epävarmuustekijät, sillä kvantitatiivinen tutkimus perustuu nimenomaan mittaamiseen ja tutkimuksen johtopäätökset tukeutuvat vahvasti tilastolliseen analyysiin. (Vehkalahti 2008, 2.) Tämän tutkimuksen aineiston analyysivaiheessa saadut tulokset tarkistettiin kolmeen kertaan ja jokaisella kerralla saatiin samat tulokset, mikä vähentää tilastollisen mittausvirheen mahdollisuutta.

Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa tulosten toistettavuutta, sitä etteivät ne ole sattumanvaraisia. Jos tutkimus uusittaisiin samoissa olosuhteissa, tulisi mittaustulosten olla samankaltaisia. (Hiltunen 2009.) Tutkimuksen reliabiliteettia arvioitaessa voidaan todeta sen olevan toistettavissa kyseisessä leikkausyksikössä. Koska tauotuksesta ei ole tehty tutkimuksia, tätä tutkimusta ei voida verrata muiden tutkimusten tuloksiin ja sen reliabiliteettia voidaan arvioida vain tämän tutkimuksen osalta kyseisessä leikkausyksikössä.

Tutkimuksen kvalitatiivista osuutta arvioidaan tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen liittyvistä näkökulmista. Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan perehtyneisyys tutkittavaan ilmiöön ja etenkin analysointivaiheessa korostuvat tutkijan omat taidot ja oivalluskyky. (Latvala & Vanhanen- Nuutinen 2003, 36.) Laadullisessa tutkimuksessa totuutta, objektiivisuutta ja puolueettomuutta on tärkeä arvioida, sillä ne vaikuttavat luotettavuuden kokemiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135- 136). Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimustyön tarkka selostus ja tarkkuus koskevat tutkimuksen kaikkia vaiheita. Analyysivaiheessa luokittelujen tekemisessä on lukijalle kerrottava miten tutkija on tulkintoihinsa päätenyt ja mihin päätelmät perustuvat. (Hirsjärvi ym. 2010, 232.)

Tutkimuksen laadullinen osa (avoin kysymys) analysoitiin sisällönanalyysillä. Kyselyssä vastaajien esiin tuomien asioiden luokittelu tehtiin sen esiyymmärryksen valossa, joka tutkimuksen tekijällä oli aiheesta viitekehityksen kautta sekä oman ammatillisen osaamisen avulla. Tutkimuksen tekijä on työssä leikkaussalihoitajana tutkimuksen kohteena olevassa leikkausyksikössä. Analyysivaiheessa, luokitteluja tehdessä, tutkimuksen tekijä pyrki objektiivisuuteen ja puolueettomuuteen, samoin kuin tuloksia esitettäessä ja niitä pohdittaessa. Etenkin tuloksia pohdittaessa oli tärkeää muistaa pysyä ulkopuolisena ja puolueettomana tutkijana ja säilyttää oma objektiivinen asema. Toisaalta tutkijan ammatillinen osaaminen ja ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä olivat myös etu tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa. Tutkimuksen validiteettia on pyritty lisäämään kuvaamalla tutkimusprosessia ja – menetelmiä mahdollisimman tarkasti läpi koko tutkimuksen.

9 POHDINTA

Tutkimuksessa haettiin tietoa Kanta- Hämeen keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitajien mielipiteistä tauotusta kohtaan. Lisäksi tavoitteena oli luoda toimintamalli tauotuksen kehittämiseksi. Koska itsessään tauotuksesta ei löytynyt tutkimuksia, jouduttiin viitekehys rakentaman tauotukseen liittyvistä osa-alueista ja niistä tutkimuksista, jotka sivusivat tauotusta. Ylipäätään leikkaussalihoitajista on tehty hyvin vähän tutkimuksia. Tauot ja tauottomuus ovat työhyvinvoinnin ja jaksamisen kannalta merkittäviä asioita, joten tauotusta lähdettiin tutkimaan työhyvinvoinnin näkökulmasta. Tauotus liittyy vahvasti leikkaussalien toimintaan osana leikkaus- ja anestesiaprosessia, joten oli luontevaa lähteä kuvaamaan taukoja myös osana tehokasta prosessia. Kysely tehtiin työhyvinvoinnin näkökulmasta, koskien sairaanhoitajien omia mielipiteitä tauotusta ja jaksamista kohtaan, ei niinkään tauotusta osana leikkausprosessia. Kuitenkaan tauotusta ei voitu käsitellä erotettuna kontekstista, eli leikkaus- ja anestesiaprosessista.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, ettei sairaanhoitajilla omasta mielestään ole tarpeeksi taukoja työpäivänsä aikana. Taukoja koetaan olevan liian vähän ja liian harvoin. Vanhemmat sairaanhoitajat kokivat tilanteen kuitenkin huomattavasti paremmaksi kuin nuoremmat ja päivystysajan taukojen määrä koettiin riittävämmäksi kuin virka-aikaan. Sairaanhoitajien mielestä tauot tukevat työssäjaksamista, mutta nykyiset tauot eivät ole riittäviä sen kannalta. Työn kuormitukseen nähden tauotus koettiin myös riittämättömäksi. Toisaalta vanhemmat ikäryhmät kokivat taukojen määrän olevan riittävämpää omaa työssä jaksamista ja työn kuormitusta ajatellen kuin nuoremmat. Tauottajaa pidettiin jokaisen vastaajan mielestä tärkeänä eikä tauotuksen uskottu onnistuvan ilman erillistä tauottajaa. Tauottajia ei myöskään koettu olevan tarpeeksi.

Vanhempien ja nuorempien ikäryhmien vastaajat olivat tauotuksen riittävydestä hyvin eri mieltä. Syitä ryhmien väliselle suurelle mielipide-erolle voi aiheuttaa se, että vanhempien ikäryhmien vastaajamäärät olivat pienemmät ja täten yksittäinen vastaus saa suuremman arvon kuin suuremmassa ryhmässä. Toisaalta vanhemmat sairaanhoitajat ovat olleet työelämässä pidempään ja siten voivat olla tottuneempia nykyiseen tauotukseen osana leikkaussalitalityön luonnetta kuin vähemmän työelämässä olleet. Nuorempien sairaanhoitajien (26- 35- vuotiaat) tyytymättömyydestä työhönsä (verrattuna vanhempiin ikäryhmiin) tehtiin havainto myös sairaanhoitajaliiton selvityksessä työoloista ja – hyvinvoinnista. Havaintoa perusteltiin sillä, että Y-sukupolvi kyseenalaistaa asioita eikä pidä työelämän toimintamalleja itsestään selvyyksinä. (Hahtela 2012). Kirjallisuuden (Seuri & Suominen 2010) mukaan ikääntyvillä on usein myös parempi kokemuksen tuoma sietokyky asioita kohtaan.

Tauotuksen puutteellisuudesta etenkin kuormituksen ja työssäjaksamisen näkökulmista, voidaan päätellä, ettei K-HKS:n leikkausosastolla koeta työhyvinvointia ainakaan kokonaisvaltaisesti. Työntekijän hyvinvointi on olennainen osa työssä jaksamista ja sitä minkälaisen työpanoksen työntekijä antaa työlleen päivän aikana. Kun työssä voidaan hyvin, on työntekijä tuottava ja arvokas työntantajalleen. Puutteet työhyvinvoinnissa johtavat vähintäänkin työn tehokkuuden alenemiseen (Virtanen & Stenvall 2010). Työolosuhteet Kanta- Hämeen keskussairaalan leikkausosastolla eivät ole taukojen suhteen optimaaliset ja työntekijöillä onkin vaarana kokea ylikuormittumista, joka tutkimusten mukaan johtaa kaksinkertaiseen riskiin sairastua masennukseen ja lähes kaksinkertaisiin sairauspoissaoloihin (Virtanen ym. 2012). Tauoilla on tarkoitus pitää työntekijä virkeänä ja toimintakykyisenä koko päivän. Kuinka virkeitä ja toimintakykyisiä K-HKS:n leikkaus- ja anestesiaosaston hoitajat ovat kyselyn perusteella? Tauotuksella tulisi pyrkiä ainakin lakisääteisten taukojen toteutumiseen, mutta kuormittavassa työssä niitä pitäisi olla enemmän (Hakanen ym. 2009; Ahokas ym. 2011).

Tauottomuudella on monia epäedullisia vaikutuksia ihmisen toimintakyvylle. Työntekijä, joka ei pääse elpymistauolle on väsynyt henkisesti, fyysisesti tai molempia, muun muassa keskittymiskyky vähenee ja päätöksenteko hankaloituu (Luukkala 2011). Leikkaussalissa väsymystä lisäävät tutkimuksen (SLL 36/2008) mukaan vielä kemialliset altisteet (anestesiakaasut). Leikkaussalityössä, joka on äärimmäisen kontrolloitua, virheettömyyteen pyrkivää työtä ja jossa joudutaan varautumaan jatkuvasti myös hätätilanteisiin (Tengvall 2010) tauottomuus ja väsymys luovat selkeän riskin työntekijän kuormittumisen lisäksi myös potilasturvallisuudelle ja työn laadulle. Riski korostuu etenkin yöaikaan, jolloin esimerkiksi kognitiivisista tehtävistä suoriutuminen vastaa lähes yhden promillen humalatilaa. Muun muassa työterveyslaitos on tutkinut yötyön vaikutuksia työntekijöihin ja suosittelee yöaikaan otettavia nokosia vireystilan nostamiseksi. (Härmä 2000, Hakanen ym. 2009.) Tässä tutkimuksessa päivystysajan taukojen määrä ja tauotus koettiin prosentuaalisesti paremmaksi kuin virka-aikaan. Yöaikaan leikkauksista tehdään ainoastaan kiireelliset ja hätäleikkaukset, joten leikkaussalihoitajien työn luonteen (tarkkuus, virheettömyys, hyvä keskittymiskyky) vuoksi nokosten ottaminen hyvän vireystilan ylläpitämiseksi on erittäin tärkeää.

Leikkaussalihoitajien työergonomia on huonoa ja työ sisältää paljon staattista työtä. (Tengvall 2010, Hänninen 2005) Tämä tulisi huomioida tauotuksen järjestämisessä, sillä taukojen pitäminen on tärkeää lihas- ja nivelvaivojen ehkäisyssä (TTL 2013). Tämän tutkimuksen mukaan työn tauotus ja taukojen määrä eivät ole riittäviä työn kuormitukseen eivätkä työssä jaksamiseen nähden. Kun suurin osa henkilökunnasta kokee työnsä liian kuormittavana ergonomialtaan vaativassa ympäristössä, tulisi työoloihin puuttua. Kuten aiemmin on esitetty, staattinen työ kuormittaa tuki- ja liikuntaelimestöä ja tuki- ja liikuntaelinsairaudet aiheuttavat eniten sairauspoissaoloja. (Hänninen 2005, Oksanen ym. 2012, Seuri & Suominen 2010) Sairauspoissaolot ovat leikkausosaston toiminnan kannalta erityisen hankalia, koska poissaolevia ei juurikaan voida paikata ulkopuolisella lisätyövoimalla. Leikkaussalien sulkeminen tai leikkausten peruutukset ovat kustannuksiltaan kalliita ja aiheuttavat potilaille vähintään epämukavuutta. Työn tauotuksella saattaakin olla vaikutusta tuki- ja liikuntaelinsairauksien ehkäisyssä vähentyneen kuormituksen kautta.

Johtaminen on tärkeässä asemassa tauotuksen onnistumisessa. Tutkimuksessa kysyttiin mielipiteitä tauotuksen kehittämiseksi ja moni mainitsi juuri johtamisen olevan siihen keskeinen väline. Suunnitelmallinen, selkeä ja näkyvä tauotuksen johtaminen olivat asioita, joita tauotuksen kehittämässä toivottiin. Esimiehen täytyy ottaa aktiivinen rooli riittävien taukojen järjestämisessä ja tauotusta on toteutettava rohkeasti ja systemaattisesti. Aktiivinen, tavoitteellinen, innostava ja kannustava johtaminen tukee työntekijöiden hyvinvointia ja jaksamista (Hakanen ym. 2009). Johtamisen tulee pyrkiä työntekijöille toimivaan, turvalliseen ja terveelliseen työympäristöön sekä terveys- ja turvallisuusriskien huolelliseen kartoittamiseen. (Leivo 2007) Koska työn kehittämisen tulisi

olla pitkäjänteistä toimintaa, tarvitaan siihen pysyvää, sitoutunutta ja jaksavaa henkilökuntaa. (Elovainio & Heponiemi 2010) Kuormittunut henkilökunta ei jaksaa tai tuota samalla tavalla kuin hyvinvoinnissa ”kylpevä”. Lisäksi työhyvinvointiin panostaminen maksaa itsensä takaisin työkyvyn paranemisella ja sairauspoissaolojen vähentymisellä. (Seuri & Suominen 2010) Toisin sanoen, jos leikkausosasto saisi lisää henkilöstöä ja henkilöstöresurssit aiheuttaisivat luonnollisesti kustannuksia, tulisiko silti organisaatiolle edullisemmaksi palkata lisää henkilöstöä jos vaihtoehtona olisi salien tyhjänä seisominen tauon ajan, esimerkiksi tutkimuksissa (Torkki 2012, Laitila 2006) havaittujen aikojen tai ylikuormituksesta johtuvien mahdollisten sairauspoissaolojen? Tauotusryhmä mahdollistaisi myös edellä mainituissa tutkimuksissa kuvattujen limittäisten toimintojen suorittamisen ja olisi siten organisaatiolle tuottavuutta lisäävä tekijä.

Nykytilanne Kanta- Hämeen keskussairaalan leikkausosastolla on se, yhä enenevässä määrin toimenpiteet venyvät virka-ajan yli. Onko mahdollista saada tauotuksella ylipitkiä päiviä lyhyemmiksi? Aikaisemmat tutkimukset (Marjamaa 2007, Torkki 2012, Laitila 2006) osoittavat niin. Onnistuneella tauotuksella ja limittäisillä prosesseilla tutkimusten valossa voidaan tehostaa leikkausprosessia ja saada enemmän leikkauksia virka-ajalle tai ainakin loppumaan ne virka-aikaan. Koska terveydenhuolto on jo nyt ja tulee yhä enenevästi tulevaisuudessa olemaan niukkojen resurssien ja kasvavan vanhusväestön suhteen tiukassa tilanteessa on kehitettävä uusia tapoja ratkaista potilaiden onnistunut hoito. Työhyvinvointi ja sen kehittäminen tulee olemaan yksi hyvä keino ja sitä on uskallettava käyttää. (Oksanen 2012.)

Kanta- Hämeen keskussairaalan leikkaukset tulevat Nordic Healthcare Groupin (2011) ennusteiden mukaan lisääntymään 17- 23 prosentilla. Toimintaa tulisi saada tehostettua, jotta lisääntynyt potilasmäärä saadaan hoidettua. Myös kuormitus tulee todennäköisesti kasvamaan, joten toimivia käytäntöjä tulisi saada kehitettyä ennen sitä. Kun työyhteisö voi hyvin ja kokee jopa työn imua, kestävät työntekijät suurempaakin kuormitusta (Luukkala 2011, Hakanen 2011). Täten työhyvinvointiin panostaminen saattaaakin olla ratkaisu lisääntyvään työmäärään ja kuormitukseen.

Minkälaisiksi tauot sitten tulisi järjestää? Taukojen tulisi tukea työssäjaksamista ja työhyvinvointia vähentämällä työntekijän kuormitusta. Etenkin staattinen työ yhdistettynä huonoon työergonomiaan on suuri riski tuki- ja liikuntaelinsairauksille, jotka aiheuttavat runsaasti sairauspoissaoloja. Tässä tutkimuksessa luotiin tauotusmalli, jonka tarkoituksena on pyrkiä luomaan toimiva tauotusohjelma Kanta- Hämeen keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolle ja lisätä työhyvinvointia.

Tauotusmallin käsitteet kerättiin aineistosta ja sitä täydennettiin osittain teoretietoon ja aikaisempiin tutkimuksiin perustuvan tiedon avulla. Tauotusmalli on kehitetty leikkaussalihoitajien ammattitaidon ja tiedon perusteella, jonka osat käyvät yhteen aikaisempien tutkimuksien (leikkausosaston toiminnanohjaus ja työhyvinvointi) kanssa. Luotu

tauotusmalli sisältää rungon, jonka avulla tauotusta on mahdollista kehittää. Tauotusmalli pyrkii olemaan työkalu, ohjenuora, jota voidaan leikkaus- ja anestesiaosaston esimiehien avulla hienosäätää käytäntöön. Koska päivystävän leikkausyksikön jokainen työpäivä saattaa olla erilainen, ei tauotusmallista haluttu tehdä liian yksityiskohtaista täsmällisine kellonaikoineen.

Aikaisemmat tutkimukset (Marjamaa 2007, Torkki 2012, Laitila 2006) osoittavat myös selvästi, että limittäisillä prosesseilla saadaan toimintaa tehostettua. Tauotusta ei niissä tutkittu, mutta tauotus oli kuitenkin tutkimuksissa vahvasti esillä limittäisten prosessien luonnollisena seurauksena. Hoitoryhmä pääsee tauolle kun induktiotiimi ottaa seuraavan potilaan aloitukseen tai valmisteluihin. Kanta- Hämeen keskussairaalassa on toimittu osittain jo edellä mainitulla tavalla, mutta se ei ole ollut systemaattista, eikä siihen ole osoitettu päivittäin omaa tiimiä. Kun toiminta on suunniteltua ja siihen on sitouduttu, on sillä parempi mahdollisuus onnistua.

Tauotus voidaan nähdä erittäin tärkeänä erityisesti työhyvinvoinnin, tehokkuuden ja potilasturvallisuuden näkökulmista. Tauotuksen kehittämällä voidaan saada tuloksia sekä leikkaustoiminnan tuottavuuden (lyhyemmät viiveet, enemmän potilaita), työhyvinvoinnin (työtyytyväisyyden ja työssä jaksamisen paraneminen, kuormituksen ja sairauspoissaolojen väheneminen) että työn laadun kannalta.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Jos tauotus koetaan kaikilta osin pääsääntöisesti huonoksi, on siihen edellä mainittujen seikkojen perusteella tarpeellista puuttua. Työntekijöiden täytyy olla hyvinvoivia, sitoutuneita ja motivoituneita, jotta he jaksavat tehdä tuloksellista ja tuottavaa työtä. Heidän täytyy olla myös toimintakykyisiä, jotta potilasturvallisuus ja työn laatu pysyvät hyvinä. Leikkaussalin työn luonteen vuoksi on hyvä kuitenkin muistaa, että tauotuksessa ei kuitenkaan voida aina onnistua täydellisesti. Erityisesti tauotus on ongelma päivystävässä leikkausyksikössä, jossa kaikkea ei voida ennakoita. Tässä tutkimuksessa luodun tauotusmallin avulla pyritään saamaan aikaan onnistunut tauotus leikkausosastolla ja siten lisäämään työssä jaksamista ja työhyvinvointia.

Kuten aiemmin on todettu, leikkaussalihoitajista on tehty melko vähän tutkimuksia. Tässä opinnäytetyössä luodun tauotusmallin käytännön kokeilun jälkeen olisi tärkeää tehdä vertaileva tutkimus, ovatko asiat muuttuneet tauotusmallin myötä ja miten tauotus koetaan silloin. Lisäksi olisi tärkeää tutkia onko anestesia- ja instrumenttihoitajien tauotuksessa eroja ja kokeeko jompikumpi ryhmä tauotuksen puutteellisemmaksi. Lisäksi

tärkeää olisi selvittää, miksi tauotus ei toimi, miksi tauolle ei pääse, mikä on tauotuksen pullonkaula?

LÄHTEET

- Ahokas, P., Tiihonen, J., Neuvonen, J. & Suikki, M. 2011. Työntutkimuksen käsitteitä, menettelytapoja ja käyttökohteita. EK- SAK- tuottavuustyöryhmän julkaisu.
- Ahonen, G. 2010. Työkyvyn taloudellinen merkitys. Teoksessa Työstä terveyttä. Toimittanut Martimo, K-P., Antti- Poika, M. & Uitti, J. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Bäckman, A. 2012. POA- riskianalyysi Kanta- Hämeen keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla.
- Elovainio, M., & Heponiemi, T. 2011. Pätkätöistä päivystykseen- epätyypillinen työ terveydenhuollossa. Teoksessa Pietikäinen, P. (toim.) Työstä, jouta ja jaksaa, työn ja työhyvinvoinnin tulevaisuus. Gaudeamus Helsinki University Press. Tallinn raamatutrukikoda.
- Hahtela, N. 2012. Selvitys sairaanhoitajien työoloista, työhyvinvoinnista ja alan vetovoimaisuudesta. Sairaanhoitajaliiton julkaisu.
- Hakanen J., Ahola, K., Härmä, M., Kukkonen, R. & Sallinen, M. 2009. Voiman lähteet. Helsinki: Painotalo tt-urex.
- Hakanen J. 2011. Työn imu. Tampere: Tammerprint Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.- 16. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Hirvensalo, M., Yang, X. & Telama, R. 2011. Liikkeestä energiaa- työssä jaksaminen ja liikunta. Teoksessa Pietikäinen, P. (toim.)Työstä, jouta ja jaksaa, työn ja työhyvinvoinnin tulevaisuus. Gaudeamus Helsinki University Press. Tallinn raamatutrukikoda.
- Hublin, C. & Härmä, M. 2010. Työajat ja terveys. Teoksessa Martimo, K-P., Antti- Poika, M. & Uitti, J. (toim.) Työstä terveyttä. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Hänninen, O. Koskelo, R., Kankaanpää, M. & Airaksinen, O. 2005. Ergonomia terveydenhuollossa. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.
- Härmä, M., Hublin, C., Kukkonen-Harjula, K., Kronholm, E., Paunio, T., Puttonen, S. & Stenberg, T. 2011. Nukutko hyvin? Työperäiset unihäiriöt ovat yksilöllisiä. Teoksessa Pietikäinen, P. (toim.) Työstä, jouta ja jaksaa, työn ja työhyvinvoinnin tulevaisuus. Gaudeamus Helsinki University Press. Tallinn raamatutrukikoda.
- Härmä, M., Kandolin, I., Sallinen, M. & Laitinen, J. 2000a. Vuorotyöntekijöiden elämäntapaneuvonta. Teoksessa Härmä, M. (toim.) Toimivat ja terveet työajat. Helsinki: MIKTOR.

Härmä, M., Sallinen, M. & Kandolin, I. 2000b. Työajan yhteydet yksilön terveyteen, toimintakykyyn ja hyvinvointiin. Teoksessa Härmä, M. (toim.) Toimivat ja terveet työajat. Helsinki: MIKTOR.

Hyppänen, R. 2011. Työhyvinvointi johtaa tuloksiin. Parhaat käytännöt kymmenen vuoden ajalta. Vantaa: Hansaprint.

Intensium benchmarking 08/13??

Juuti, P. & Luoma M. 2009. Strateginen johtaminen. Miten vastata kompleksisen ja postmodernin ajan haasteisiin. Keuruu: Otava.

Kajamaa, A. 2011. Unraveling the helix of change: An activity- theoretical study of health care change efforts and their consequences. Helsinki.

Kesti, M. 2010. Strateginen henkilöstötuottavuuden johtaminen. Helsinki: Talentum.

Kess, K. & Seppänen E. 2011. Sairauspoissaolojen hallinta esimiehen keinoin. Porvoo: Edita Publishing Oy.

Kinnunen, U., Mauno, S., Mäkikangas, A. & Nätti, J. 2011. Ovatko määräaikaistetyöntekijät huono-osaisia? Teoksessa Pietikäinen, P. (toim.) Työstä, jouta ja jaksaa, työn ja työhyvinvoinnin tulevaisuus. Gaudeamus Helsinki University Press. Tallinn raamatutrukikoda

Laaksovirta, T. 1988. Tutkimuksen lukeminen ja tekeminen. Helsinki: Hakapaino Oy.

Laitila J. 2006. Kirurgian leikkausosaston toiminnan arviointi. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2/2006. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Latvala, E. & Vanhanen- Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Leinonen, T., Sirniö, O., Lahelma, E. & Martikainen, P. 2011. Eriarvoisesti työkyvyttömyyseläkkeelle? Teoksessa Pietikäinen, P. (toim.) Työstä, jouta ja jaksaa, työn ja työhyvinvoinnin tulevaisuus. Gaudeamus Helsinki University Press. Tallinn raamatutrukikoda.

Luukkala J. 2011. Jaksaa, jaksaa, jaksaa... -työhyvinvointitaitojen kirja. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino.

Marjamaa, R. 2007. Kohti leikkaussalin tuloksellista toiminnanohjausta. Akateeminen väitöskirja. Helsinki.

Meretoja O. 2010. Lihasselaksaatio ja sen kumoamismahdollisuudet. Finnanest 5/2010.

Nordic Healthcare Group. Kirurgian Benchmarking. Vertailuraportti. Kevät 2012.

Nurmi, L. 2006. Kriisi, pelko, pakokauhu. Helsinki: Edita Prima.

Oksanen, T. 2012. Suomi ikääntyy ja eläköityy. Teoksessa Oksanen, T. (toim.) Hyvinvointihavaintoja -> tutkimustietoa kunta-alalta. Työterveyslaitoksen julkaisu. Tampere: Tammerprint.

Oksanen, T., Pentti, J., Vahtera, J. & Kivimäki, M. 2012. Sairauspoissaolot kertovat työyhteisöstä. Teoksessa Oksanen, T. (toim.) Hyvinvointihavaintoja -> tutkimustietoa kunta-alalta. Työterveyslaitoksen julkaisu. Tampere: Tammerprint.

Paasivaara, L. & Nikkilä, J. 2010. Yhteisöllisyydestä työhyvinvointia. Helsinki: Kustannus- Osakeyhtiö Kotimaa/ Kirjapaja.

Paasivaara, L. 2009. Työnsä kokoinen ihminen. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Perkiö- Mäkelä M. & Kauppinen T. 2012. Työ, terveys ja työssä jatkamisajatukset. Työ ja ihminen. Työterveyslaitos, Tutkimusraportti 41. Tampere: Juvenes Print

Puolakka R. 2013. K-HKS- Osastokirurgia tehotontako? Moniammatillinen palaveri. Kanta- Hämeen keskussairaala. Leikkaus- ja anestesiaosasto. 6.9.2013. Hämeenlinna.

Rahkonen, O., Laaksonen, M., Lallukka, T. & Lahelma E. 2011. Työolot ja terveys- onko ruumiillisella työllä enää merkitystä? Teoksessa Pietikäinen, P. (toim.) Työstä, jouta ja jaksa, työn ja työhyvinvoinnin tulevaisuus. Gaudeamus Helsinki University Press. Tallinn raamatutrükikoda.

Salo, P. 2012. Sairaalahenkilöstön hyvinvointitutkimus 2012. Tulosten raportointi. Työterveyslaitos.

Seuri, M. & Suominen, R. 2010. Työpaikan sairauspoissaolojen hallinta. Tallinna: Tietosanoma Oy.

Silén- Lipponen, M. 2005. Teamwork in operating room nursing. Conceptual perspective and finnish, british, and american nurses' and nursing students' experiences. Doctoral dissertation. Kuopio

Suonsivu, K. 2011. Työhyvinvointi osana henkilöstöjohtamista. EU: Unipress.

Takala, E-P. 2010. Työ ja liikuntaelimityö. Teoksessa Martimo, K-P., Antti- Poika, M. & Uitti, J. (toim.) Työstä terveyttä. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Tengvall, E. 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anestesiologeille ja kirurgeille. Hoitotieteenlaitos. Terveystieteiden tiedekunta. Itä- Suomen yliopisto.

Torkki, P. 2012. Käypä prosessi- mikä selittää kirurgian tuottavuuseroja sairaaloiden välillä. Doctoral Dissertations 104/2012. Helsinki: Unigrafia Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Tuusvuori, J. 2006. Hyviin käsiin- leikkaushoitajan tie vanhasta uuteen perioperatiivisuuteen. Helsinki: Gummerus Oy.

Työympäristön ja työhyvinvoinnin linjaukset vuoteen 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:13. Tampere: Juvenes Print.

Vahtera, J., Kivimäki, M., Ala-Mursula, L. & Pentti, J. 2002. Työn hallinta ja työaikojen hallinta. Teoksessa Vahtera, J. Kivimäki, M. & Virtanen, P. (toim.) Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita. Helsinki: Työterveyslaitos

Vahtera, J., Kivimäki, M., Ala-Mursula, L., Virtanen, M., Virtanen, P., Linna, A. & Pentti, J. 2002. Sairauspoissaolot ja hyvinvointi. Teoksessa Vahtera, J. Kivimäki, M. & Virtanen, P. (toim.) Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita. Helsinki: Työterveyslaitos

Valli, R. 2010. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Juva: PS- kustannus.

Virtanen, P. & Stenvall, J. 2010. Julkinen johtaminen. Helsinki: Tietosanoma OY.

Virtanen, M., Ervasti, J., Kivimäki, M. & Vahtera, J. 2012. Voimavarat ja hyvinvointi. Teoksessa Oksanen, T. (toim.) Hyvinvointi-havaintoja -> tutkimustietoa kunta-alalta. Tampere: Tammerprint.

Hiltunen, L. 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. Graduryhmä 18.2.2.2009. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 20.10.2013.

http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ ja_reliabiliteetti.pdf

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Viitattu 20.10.2013.

<http://www.helsinki.fi/~kvehkala/mmm/moniste.pdf>

Kunnallinen työmarkkinalaitos. Leivo 22.5.2007. Työhyvinvoinnin toimintalinjat ja hyvät käytännöt- suositus kunta-alalle. KT:n yleiskirje 11/07. Viitattu 23.9.2012.

<http://www.kuntatyonantajat.fi/fi/sopimukset/tyoelaman-kehittaminen/tyohyvinvointi/Documents/tyohyvinvointisuositus.pdf>.

KVTES. Kunnallinen työ- ja virkaehtosopimus 2012- 2013. Luku III. Työaika. Lepoajat. Viitattu 17.10.2013. <http://flash.kuntatyonantajat.fi/kvtes-2012-2013/html/#/82/>

Suomen lääkirilehti 36/2008. Anestesiakaasut voivat heikentää leikkaussaleissa työskentelevien vireyttä. Viitattu 15.9.2013.

http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=6175/type=1.

Työterveyslaitos. Ergonomia. Työn fyysisiä kuormitustekijöitä. Toistotyö. Viitattu 15.9.2012

http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/tyon_fyysisia_kuormitustekijoita/toistotyto/rasitusvammat_ehk%C3%B6iseminen/tyojarjestelyt_tauotus/sivut/default.aspx. 2010. .

Työterveyslaitos. Ergonomia. Tautota työtäsi. 2013. Viitattu 7.9.2013.

http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/tautota_tyotasi/Sivut/default.aspx.

Työterveyslaitos. Työyhteisö ja esimiestyö. Johtaminen ja esimiestyö. Kehityskeskustelu. 2010. Viitattu 21.10.2012.

http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ja_esimiestyto/johtaminen_ja_esimiestyto/kehityskeskustelu/sivut/default.aspx

Työsuojeluhallinto. Työolot, vaara- ja häiritteijät. Ihmisen toiminta. Yötyö. Viitattu 16.5.2013. <http://www.tyosuojelu.fi/fi/yotyto>.

PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Tauotusryhmä	Tauotustiimi	Optimaaliset henkilökuntaresurssit
Tauottaja		
Tauottajat myös iltapäiviin		
Tauottaja apukäsinä		
Lisää henkilökuntaa	Henkilökuntaresurssit	
Riittävästi henkilökuntaa		
Tauottajaa ei sijoiteta muihin tehtäviin	Päätöksenteko	
Toiminnan supistaminen jos sairauspoissaoloja		
Optimaaliset välit tauoille	Tauotuksen systemaattisuus	Selkeä johtaminen
Lakisääteisten taukojen toteutuminen		
Tauotuksen säännöllisyys		
Tauotuksen suunnitelmallisuus		
Esimiesten rooli näkyvämmäksi	Johtaminen	
Listanvetäjä huolehtii tauoista		
Oma-aloitteisuus	Henkilökohtaiset ominaisuudet	Työyhteisön toimintakulttuuri
Itseohjautuvuus		
Anestesia lääkäri tauottamaan	Yhteistyö	
Kollegiaalisuus		
Vaihtosalien käyttö	Leikkaussalin ulkopuolinen toiminta	Limittäiset prosessit
Heräämön toiminnan laajentaminen		

Liite 2 Kyselyn saatekirje

Hei,

Tämä tutkimus on ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö. Tutkimus tehdään Kanta-Hämeen keskussairaalan leikkaus- ja anestesiasaston sairaanhoitajille.

Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa työn tauotuksesta osastolla sekä mahdollisesti uusi toimiva malli tauotuksen järjestämiseksi. Mahdollisen uuden tauotusmallin luomiseksi on tärkeää, että vastaatte myös avoimeen kysymykseen.

Kysely tehdään nimettömänä ja tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Kyselylomakkeiden vastauksia käsittelee ja analysoi allekirjoittanut tutkimuksen tekijä.

Vastausaikaa kyselylle on 1.2.- 8.2. Vastaukset analysoidaan kevään 2013 aikana ja tulokset esitetään myöhemmin keväällä osastotunnilla.

Lisätietoja voi tiedustella tutkimuksen tekijältä. Kiitos vastauksistanne!

Anniina Bäckman

Hämeen ammattikorkeakoulu, YAMK- tutkinto- opiskelija

anniina.backman@student.hamk.fi

KYSELY LEIKKAUSSALIHOITAJIEN TAUOTUKSESTA:**YMPYRÖI jokaisen väittämän kohdalla MIELESTÄSI SOPIVIN VAIHTOEHTO**

1= Täysin samaa mieltä 2= Jokseenkin samaa mieltä 3=Jokseenkin eri mieltä 4= Täysin eri mieltä

Ikäsi _____?

Tauotus leikkausosastolla on riittävää	1 2 3 4
Tauottajaa tarvitaan	1 2 3 4
Lisää taukoja tarvitaan	1 2 3 4
Taukoja on tarpeeksi	1 2 3 4
Tauot ovat riittävän pitkiä	1 2 3 4
Taukoja on tarpeeksi usein	1 2 3 4
Taukojen välit ovat riittäviä	1 2 3 4
Tauotus onnistuu ilman tauottajaa	1 2 3 4
Lakisääteiset tauot (KVTES: 1x 10 min ja 1x 15- 20 min) ovat riittäviä	1 2 3 4
Tauottajia on tarpeeksi	1 2 3 4
Tauot vaikuttavat työssäjaksamiseen	1 2 3 4
Nykyiset tauot ovat riittäviä oman työssäjaksamiseni kannalta	1 2 3 4
Tauotus on riittävää työn kuormitukseen nähden	1 2 3 4
Päivystysaikana taukoja on riittävästi	1 2 3 4

Oma ehdotuksesi onnistuneen tauotuksen järjestämiseksi?
