



PERIOPERATIIVISTEN SAIRAANHOITAJIEN VISIO TULEVAISUUDESTA LEIKKAUSOSASTOLLA

Anne Liukkonen

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2015
Hoitotyön koulutusohjelma,
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

LIUKKONEN, ANNE

Perioperatiivisten sairaanhoitajien visio tulevaisuudesta leikkausosastolla

Opinnäytetyö 52 sivua, joista liitteitä 3 sivua
Maaliskuu 2015

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää perioperatiivisten sairaanhoitajien toiveita ja ajatuksia tulevaisuudesta sekä nostaa heidän kehittämis ehdotuksiaan esille leikkausosastolla. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda sairaanhoitajien ajatuksia ja ehdotuksia esille ja antaa heille niiden kautta mahdollisuus vaikuttaa tulevaisuuden leikkausosaston työskentelymalleihin. Tavoitteena oli myös edistää potilasturvallisuutta tuomalla tulevaisuuden muutoksia esille, jolloin sairaanhoitajat voivat pohtia oman ammattitaitonsa kehitystarpeita. Opinnäytetyön tehtäviksi asetettiin seuraavat kysymykset: miten Tampereen yliopistollisen sairaalan uudistamisohjelma 2020 ja Lean-ajattelumalli vaikuttavat leikkausosaston toimintaan tulevaisuudessa, millaisena perioperatiiviset sairaanhoitajat näkevät tulevaisuudessa leikkausosaston toiminnan ja oman työnkuvansa sekä millaisia kehittämis ehdotuksia sairaanhoitajilla on tulevaisuuden leikkaussalityöskentelyyn.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä. Tulosten analysointiin käytettiin sisällönanalyysimenetelmää. Aineisto kerättiin haastattelemalla erään leikkausosaston sairaanhoitajia Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Haastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna, johon osallistui seitsemän perioperatiivista sairaanhoitajaa.

Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että sairaanhoitajilla on sekä positiivisia että negatiivisia ajatuksia tulevaisuuden muutoksista. Sairaanhoitajan työnkuva tulee muuttumaan edelleen tulevaisuudessa. Työnkuva laajenee ja sairaanhoitajien on hallittava yhä useampia osaamisalueita. Sairaanhoitajat toivoivat, että muutoksista huolimatta työhyvinvointiin ja potilasturvallisuuteen panostettaisiin tulevaisuudessakin. Tuloksissa nousi myös esille, kuinka sairaanhoitajien työhön vaikuttaa myös yhteiskunnan ja potilaiden muuttuminen tulevaisuudessa. Työympäristön muutokset ovat myös tulevaisuudessa ajankohtaisia.

Johtopäätöksinä voidaan todeta, että sairaanhoitajan työnkuva muuttuu tulevaisuudessa ja siihen vaikuttaa laajasti monet yhteiskunnalliset tekijät. Muutoksen taustalla on lääketieteen, hoitotieteen ja teknologian kehittyminen, mutta myös yhteiskunnan taloudellinen epävarmuus ja potilaiden itsenäisyyden kasvu. Opinnäytetyön pohjalta jatkotutkimusaiheeksi nousi laajemman tutkimuksen tekeminen sairaanhoitajan työnkuvan tulevaisuuden muutoksista.

Asiasanat: perioperatiivinen hoito, sairaanhoitajat, tulevaisuus, visiot

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Nursing

LIUKKONEN, ANNE:
Perioperative Nurses' Vision of the Future in the Operating unit

Bachelor's thesis 52 pages, appendices 3 pages
March 2015

The purpose of this thesis was to find out about the perioperative nurses hopes and thoughts about the future, and to bring up their developmental suggestions in the operative unit. The objective of the thesis was to present nurses' ideas and suggestions and thus offer them an opportunity to affect the future practices in the unit. Another objective was to improve patient safety by bringing out the changes of the future, so that nurses could think about how to improve their professional skills.

Qualitative research method was applied in this thesis. The data were collected by interviewing perioperative nurses on a certain operation unit of the Tampere University Hospital. The interview was conducted as a group interview and it was participated by seven perioperative nurses working on the operation unit.

The results of this thesis reveal that the nurses have both positive and negative thoughts about the future. Their job description will change in the course of time. Nurses think that their duties will expand, and they will have to be able to handle more various jobs. Despite of the changes, nurses hope that both employee well-being and patient safety will remain good, and that they will also improve in the future. The results also show how both the change of society and the change within patients will have an effect in perioperative nursing. Working environment will change too, and that will have an influence on nurses work in the future.

Overall, this thesis suggests that nurses' work will change in future as an impact of the development of the society. In the background of this change there are the development of medicine, nursing science and technology. Also the unreliable economy and the increase of patients' autonomies will have an effect.

Key words: perioperative nursing, nurses, future, vision

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Perioperatiivinen sairaanhoitaja.....	8
3.1.1	Anestesiahoitajan työnkuva	9
3.1.2	Instrumentoivan sairaanhoitajan työnkuva	10
3.1.3	Valvovan sairaanhoitajan työnkuva	11
3.2	Kehittyvä perioperatiivinen hoitotyö	13
3.2.1	Sairaanhoitajan ammatin kehittyminen.....	13
3.2.2	Leikkaustekniikoiden kehittyminen	15
3.2.3	Leikkausteknologian kehittyminen	16
3.2.4	Väestörakenteen muutos	18
3.2.5	Terveystieteiden alan vetovoimaisuus.....	20
3.3	Lean-ajattelumalli	22
3.4	Tampereen yliopistollisen sairaalan uudistamisohjelma 2020	23
4	MENETELMÄN LÄHTÖKOHDAT.....	26
4.1	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	26
4.2	Aineistonkeruumenetelmä	27
4.3	Aineiston analyysi.....	28
5	TULOKSET	31
5.1	Sairaanhoitajan työn muuttuminen tulevaisuudessa	31
5.2	Yhteiskunnan ja potilaiden muuttuminen tulevaisuudessa	34
5.3	Tilojen muuttuminen tulevaisuudessa	37
5.4	Johtopäätökset tuloksista	40
6	POHDINTA.....	43
6.1	Eettisyyden tarkastelu	43
6.2	Luotettavuuden tarkastelu	44
6.3	Opinnäytetyöprosessin pohdinta.....	45
6.4	Jatkotutkimusehdotukset.....	46
	LÄHTEET	47
	LIITTEET	50
	Liite 1. Saatekirje	50
	Liite 2. Suostumus	51
	Liite 3. Teemahaastattelun runko	52

1 JOHDANTO

"Useat työyhteisöt ovat nykyisin jatkuvassa muutoksessa. Usein edellistä uudistusta ei ole edes ehditty viedä läpi, kun seuraava on jo tulossa. Jatkuva muutos saattaa vaikeuttaa työntekijöiden jaksamista, ja silloin hyvä johtaminen on erityisen tärkeässä roolissa." – Peruspalveluministeri Susanna Huovinen. (Lindeberg 2014.)

Sosiaali- ja terveysala on joutunut muuttumaan paljon lähivuosina ja paine muutokseen jatkuu edelleen. Vuoden 2014 alusta alkaen potilaalla on ollut mahdollisuus valita oma hoitopaikkansa kiireetöntä hoitoa vaativissa tapauksissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014). Tämä tietenkin luo tilanteen, jossa sairaanhoitopiirit voivat päätyä kilpailemaan keskenään siitä kenellä on laadukkain palvelu ja kenen asiantuntevaan hoitoon pääsee nopeimmin. Tämän lisäksi hallituspuolueet päätyivät 23.3.2014 parin vuoden valmistelujen ja kehittämistyön jälkeen sote-uudistuksen päätökseen, että sosiaali- ja terveyspalveluja tullaan keskittämään entistä enemmän ja tulevaisuudessa viisi vastuualueita järjestää koko Suomen sosiaali- ja terveyspalvelut. Sote-uudistuksen tavoitteena on yhdistää sosiaali- ja terveyspalvelut, mutta myös perus- ja erityistason palvelut. Uudistuksilla tähdätään yhdenvertaistamaan palveluiden saatavuutta koko maassa, peruspalveluiden vahvistamiseen ja kustannustehokkuuden lisäämiseen. (Huovinen 2014.)

Paine muutoksiin on lähtenyt väestöllisistä ja taloudellisista syistä. Väestörakenne muuttuu, ikääntyneitä on tulevaisuudessa enemmän verrattuna työikäisiin, minkä lisäksi taloudellinen tilanne painostaa säästöihin. Tulevaisuudessa potilaat myös vaativat hoidoltaan eri asioita kuin aikaisemmin. Kaikki tämä vaikuttaa sairaanhoitajan työhön ja työnkuvaan tulevaisuudessa. Tulevaisuudessa sairaanhoitajan työkuvaan osaamisvaatimukset nousevat ja laajenevat. Tietotekniikasta pitää ymmärtää entistä enemmän ja muutoksiin tulee sopeutua nopeastikin. Sairaanhoitajilla tulee yhteiskunnan teknologistumisesta huolimatta olemaan tulevaisuudessakin paljon töitä tarjolla. (Ryynänen, Kinnunen, Myllykangas, Lammintakanen & Kuusi 2004.)

Opinnäytetyön aihe, perioperatiivisten sairaanhoitajien visio tulevaisuudesta leikkausosastolla, on erittäin ajankohtainen, koska sairaanhoitopiirit ovat keskellä murrosvaihetta. Uusia toimintamalleja kehitetäänkin juuri nyt osastojen käyttöön, joten hoitajilla olisi

mahdollisuus vaikuttaa tulevaisuuden työskentelyyn tuomalla mielipiteensä esille. Opinnäytetyö on rajattu käsittelemään aihetta perioperatiivisten sairaanhoitajien näkökulmasta. Perioperatiivisuus käsitteellä tarkoitetaan ennen leikkausta, leikkauksen aikana ja leikkauksen jälkeen leikkausosastolla tapahtuvaa toimintaa. Opinnäytetyön aihe on valittu Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ilmaiseman tarpeen mukaan. Työn teoriaosuus on rajattu käsittelemään kehittyvää perioperatiivista hoitotyötä, Tampereen yliopistollisen sairaalan uudistamisohjelma 2020:tä, sekä Lean-ajattelumallia. Tampereen yliopistollisen sairaalan uudistamisohjelma 2020 käsittelee laajasti koko Tampereen yliopistollisen sairaalan muutoksia vuosien 2010–2020 aikana, mutta opinnäytetyössä on pyritty keskittymään muutoksiin, jotka koskevat erityisesti sairaalan leikkaussalitoimintaa. Lean-ajattelumallia on käytetty muun muassa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä osastojen toiminnan kehittämisen apuvälineenä menestyksekkäästi lähivuosina (HUS 2014). Lean-ajattelumalli toimii myös Tampereen yliopistollisen sairaalan uudistamisohjelma 2020 taustalla (Tampereen yliopistollinen sairaala 2010).

Opinnäytetyö on toteutettu kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Haastatteluaineisto on kerätty haastatteleamalla seitsemää leikkaussalissa työskentelevää sairaanhoitajaa. Haastattelumenetelmäksi valikoitui teemahaastattelu toteutettavaksi ryhmämuotoisena keskustelun hedelmöittämiseksi. Aineistoa on tarkasteltu sisällönanalyysimenetelmällä muodostaen näin opinnäytetyön tulokset osion.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää perioperatiivisten sairaanhoitajien toiveita ja ajatuksia tulevaisuudesta sekä nostaa heidän kehittämis ehdotuksiaan esille eräällä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosastolla.

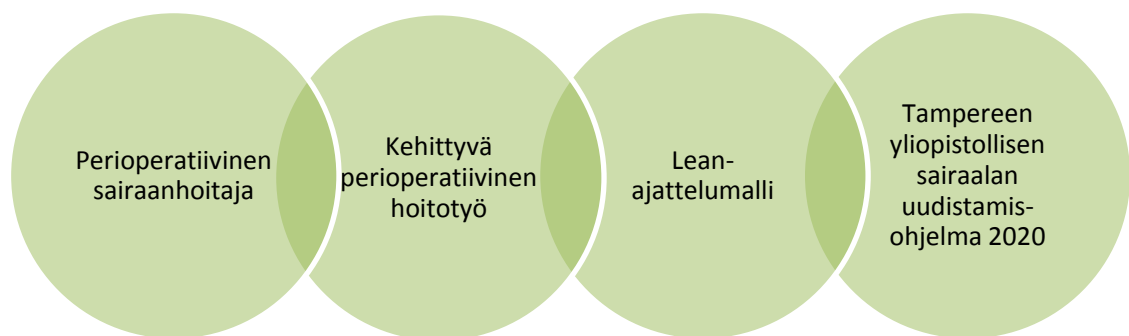
Opinnäytetyön tehtävinä on:

1. Miten Tampereen yliopistollisen sairaalan uudistamisohjelma 2020 ja Lean-ajattelumalli vaikuttavat leikkausosaston toimintaan tulevaisuudessa?
2. Millaisena perioperatiiviset sairaanhoitajat näkevät tulevaisuudessa leikkausosaston toiminnan ja oman työnkuvansa?
3. Millaisia kehittämis ehdotuksia perioperatiivisilla sairaanhoitajilla on tulevaisuuden leikkaussalio skentelyyn?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda perioperatiivisten sairaanhoitajien ajatuksia ja ehdotuksia esille ja antaa heille niiden kautta mahdollisuus vaikuttaa tulevaisuuden leikkausosaston työskentely malleihin. Potilaiden näkökulmasta työn tavoitteena on edistää potilasturvallisuutta tuomalla esille tulevaisuuden muutoksia, joiden kautta sairaanhoitajat voivat pohtia oman ammattitaitonsa kehitystarpeita. Opinnäytetyön tekijänä tavoitteeni on laajentaa ymmärrystäni perioperatiivisen hoitotyön kehityksestä ja miten tulevaisuudessa perioperatiivisen sairaanhoitajan työtehtävät tulevat muuttumaan.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyössä on nostettu keskeisiksi käsitteiksi perioperatiivinen sairaanhoitaja, kehittyvä perioperatiivinen hoitotyö ja Lean-ajattelumalli, sekä Tampereen yliopistollisen sairaalan uudistamisohjelma 2020. Näiden käsitteiden on ajateltu olevan keskeisessä roolissa pohdittaessa tulevaisuuden visiota sairaanhoitajien näkökulmasta (KUVIO 1.).



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat

3.1 Perioperatiivinen sairaanhoitaja

Perioperatiivisen sairaanhoitajan käsitteellä tarkoitetaan sairaanhoitajaa, joka toimii leikkaus- ja anestesiahoitotyössä toteuttaen perioperatiivista hoitotyötä. Sairaanhoitaja voi toimia leikkausosastolla instrumentoivana sairaanhoitajana, valvovana sairaanhoitajana tai anestesiahoitajana. (Tengvall 2010, 5-8; Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 11-14.) Perioperatiiviset sairaanhoitajat muodostavat leikkausosaston suurimman ammattiryhmän. Sairaanhoitajan työpisteenä leikkausosastolla on yleisimmin leikkaussali tai heräämö. (Lukkari ym. 2013, 11-14.)

Perioperatiivisen sairaanhoitajan työn päämääränä on varmistaa potilaan yksilöllinen hoito. Perioperatiivisen sairaanhoitajan tulee olla työssään vastuullinen, ammattitaitoi-

nen, oma-aloitteinen ja itsenäinen. Sairaanhoitajan voidaankin nähdä toimivan potilaan asianajajana. Perioperatiivisen sairaanhoitajan tulee osata tekniset kädentaidot, mutta olla myös sosiaalisesti taitava, koska hän on usein lääkäreitä enemmän tekemisissä potilaiden ja omaisten kanssa. Sairaanhoitajan tehtävänä onkin luoda potilaalle turvallisuuden tunne leikkaukseen tullessa. (Lukkari ym. 2013, 11-14.)

3.1.1 Anestesiahoitajan työnkuva

Anestesiahoitajan tulee perehtyä leikkauksen tulevaan potilaaseen erityisen tarkasti, koska hänen tärkeimpiin työtehtäviin kuuluu potilaan vitaalielintoimintojen tarkkailu. Anestesiahoitajalla tulee olla ennen leikkauksen aloitusta tiedossa potilaan perussairaudet, jotta hän osaa valmistautua leikkaukseen potilaskohtaisesti. Anestesiahoitaja varaa anestesiaan käytettävät lääkeaineet valmiiksi, mutta myös varmistaa että hätätilanteissa käytettävät lääkeaineet ovat nopeasti saatavilla. Hän myös tarkistaa anestesiakoneen siten että se on käyttövalmis potilaan tullessa, sekä varaa hengityksen apuvälineet valmiiksi saataville. (Lukkari ym. 2013, 136-179.)

Potilaan saapuessa saliin anestesiahoitaja ottaa potilasta tuovalta hoitajalta raportin vastaan ja varmistaa potilaalta muun muassa henkilötunnuksen ja toimenpiteen, myös leikkauksen alueen ihonkunto tarkastetaan ennen leikkauksen alkua. Anestesiahoitaja kiinnittää potilaalle tämän ollessa leikkaustasolla happisaturaatiomittarin, verenpainemansetin ja ekg-elektrodit, sekä tarvittaessa unenseuranta- ja lihasrelaksaatiomittarit. Ensimmäiset mittaukset otetaan ennen potilaan nukuttamista tai puuduttamista. Tämän jälkeen anestesiahoitaja avustaa anestesia lääkäriä nukutuksessa tai puudutuksessa, sekä mikäli potilas intuboidaan niin intuboinnissa. Potilaan nukahdettua, hänet laitetaan leikkausasentoon. Anestesiahoitaja varmistaa potilaan turvallisuuden leikkausasennossa, sekä huolehtii anestesialetkujen ja –putkien asennoista. (Silvast 2011; Lukkari ym. 2013, 241-248.)

Leikkauksen aikana anestesiahoitaja tarkkailee potilaan elintoimintoja, lääkitsee potilasta ja huolehtii potilaan turvallisuudesta. Anestesia lääkäri on leikkaussalissa yleensä vain tarvittaessa. Potilaan riittävä lääkitseminen on tärkeää, mutta anestesiahoitajan on tiedettävä tarkoituksenmukaiset ja turvalliset lääkemäärät osatakseen lääkitä potilasta oi-

kein. Puudutetun potilaan kanssa voi anestesiahoitaja keskustella kivusta ja tuntemuksista, mutta nukutetun potilaan kohdalla anestesiahoitajan tulee osata lukea potilaan vointia elintoimintojen muutoksista. Anestesiahoitaja myös kirjaa anestesia raportin esimerkiksi potilaan saamat lääkkeet ja potilaan elintoiminnot. (Lukkari ym. 2013, 305-309, 322-323.)

Leikkauksen loppupuolella anestesiahoitaja valmistelee nukutetun potilaan herättämistä ja potilaan siirtoa heräämään. Leikkauksen loputtua nukutettu potilas herätetään ja ekstuboidaan anestesia lääkärin kanssa. Potilas siirretään yhdessä anestesia lääkärin ja valvovan sairaanhoitajan kanssa leikkaustasolta potilasvuoteeseen ja siirretään heräämään. Heräämössä anestesiahoitaja antaa heräämöhoitajalle raportin leikkauksen ja anestesian kulusta. Anestesiahoitaja huolehtii vielä lääkkeiden oikeasta hävittämisestä ja säilytykseen laittamisesta. (Lukkari ym. 2013, 353-354.)

3.1.2 Instrumentoivan sairaanhoitajan työnkuva

Leikkausta valmisteltaessa instrumentoivan sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu kerätä valmiiksi leikkauksessa käytettävät instrumentit ja välineet. Instrumentoivan sairaanhoitajan tulee ymmärtää leikkauksen kulkua, jotta hän osaa varata kaikki tarvittavat instrumentit tarjolle. Instrumentoiva sairaanhoitaja voi yhdessä valvovan sairaanhoitajan kanssa suunnitella leikkaussalin järjestystä, mutta myös käydä läpi leikkauksen kulkua, jotta osaa varata instrumentit ja tarvikkeet. Potilaan saavuttua leikkaussaliin voi instrumentoiva sairaanhoitaja olla anestesiapuolen apuna, mikäli häntä siinä tarvitaan. Instrumentoiva sairaanhoitaja tekee kirurgisen käsisidesinfektion ohjeiden mukaisesti ja pukeutuu steriiliin leikkaustakkiin ja -käsineisiin. Hän järjestee instrumenttipöydät leikkauksen varten ja rajaa leikkausalueen steriilisti. (Lukkari ym. 2013, 180-217, 296-302.)

Leikkauksen aikana instrumentoiva sairaanhoitaja on pukeutunut steriilisti ja huolehtii steriiliteetin ja aseptiikan toteutumisesta koko leikkauksen ajan. Instrumentoivan sairaanhoitajan tulee tarkkailla koko leikkauksen ajan kaikkien leikkausalueella toimivien henkilöiden, sekä lisäksi leikkausinstrumenttien liikkeitä, jotta steriiliteetti säilyy. Instrumentoivan sairaanhoitajan toimenkuvaan leikkauksen aikana kuuluu keskeisesti myös instrumentointi. Kirurgille ja mahdolliselle assistentille ohjennetaan leikkausväli-

neet, huolehditaan niiden toimivuudesta ja puhtaudesta. Instrumentoivan sairaanhoitajan on osattava seurata toimenpiteen kulkua, jotta tarvittaessa hän osaa pyytää lisää välineitä tarjolle. (Fairchild 1996, 23-38; Lukkari ym. 2013, 336-349.) Kirurgin avustaminen on myös instrumentoivan sairaanhoitajan tehtävä, mikäli kirurgilta puuttuu assistentti tai muuten tarvitaan lisäkäsiä. Avustaessaan kirurgia instrumentoivan sairaanhoitajan on pidettävä näkyvyys leikkausalueelle mahdollisimman hyvänä haavanlevittimien, imun ja taitoksien avustuksella. Näiden lisäksi instrumentoivan sairaanhoitajan tehtäviin leikkauksen aikana kuuluu potilaan turvallisuudesta huolehtiminen, muun leikkausryhmän informointi esimerkiksi leikkauksen kulusta, sekä välineiden huolto. Instrumentoiva sairaanhoitaja laskee yhdessä valvovan sairaanhoitajan kanssa leikkauksessa käytetyt neulat, taitokset ja muut tarvittavat materiaalit ennen viiltoa, ennen haavan sulkuvaihetta ja kun haava on kiinni. (Lukkari ym. 2013, 336-349.)

Leikkauksen päätyttyä instrumentoiva sairaanhoitaja peittää haavan steriilisti, sekä siistii ihon haavan ympäriltä. Instrumentoiva sairaanhoitaja myös purkaa steriilin alueen valvovan sairaanhoitajan avustuksella. Hänen työtehtäviin kuuluu myös instrumenttien valmistelu välinehuoltoa varten. (Silvast 2011; Lukkari ym. 2013, 353, 392.)

3.1.3 Valvovan sairaanhoitajan työnkuva

Valvovana sairaanhoitajana leikkaussalissa toimii usein kokenein perioperatiivinen sairaanhoitaja, koska valvovan sairaanhoitajan tulee osata toimia nopeasti ja joustavasti nopeastikin muuttuvissa tilanteissa. Ennen leikkausta valvova sairaanhoitaja varaa saliin tarvittavan laitteiston (esimerkiksi leikkausimun, diatermian ja mikroskoopin) ja varmistaa niiden toimivuuden. Valvovan sairaanhoitajan työtehtäviin kuuluu myös salin yleisilmeestä huolehtiminen. Hänen tulee myös huomioida laitteiden ja leikkaustason asettelu leikkaussaliin siten, että leikkaus pystytään toteuttamaan optimaalisesti. Potilaan tullessa saliin valvova sairaanhoitaja voi ottaa potilaan vastaan ja avustaa hänet leikkaustasolle. Valvovan sairaanhoitajan tulee tietää potilaan rajoitteista, jotta osaa suunnitella leikkausasentoa. Leikkausasentoa voidaan kokeilla vielä potilaan hereillä ollessa, jotta varmistutaan turvallisesta ja mukavasta asennosta potilaalle. Valvova sairaanhoitaja avustaa sekä anestesia että instrumenttipuolta anestesian aloituksessa, mutta huolehtii kokoajan myös potilaan turvallisuudesta ja turvallisuuden tunteesta. Potilaan

nukahdettua valvova sairaanhoitaja auttaa potilaan leikkausasentoon laittamisessa. Valvova sairaanhoitaja auttaa myös instrumentoivaa sairaanhoitajaa instrumenttipöytien tekemisessä aseptiikan ja steriiliyden huomioiden. Valvova sairaanhoitaja pesee leikkausalueen ja kiinnittää diatermian neutraalielektroodin potilaaseen. Valvova hoitaja auttaa myös potilaan peittelyssä steriilisti ja laitteiston johtojen kytkennöissä. (Lukkari ym. 2013, 180-217, 293-295.)

Valvovan sairaanhoitajan työnkuvaan leikkauksen aikana kuuluu toimia salin yleismiehenä. Tähän kuuluu tavaroiden hakeminen niin anestesiahoitajalle kuin instrumentoivalle sairaanhoitajalle, sekä näiden sairaanhoitajien avustaminen ja opastaminen tarvittaessa. Leikkaussalin laitteiden toimivuudesta ja säädöistä vastaaminen leikkauksen aikana on valvovan sairaanhoitajan tehtävä. Myös erilaisten korokkeiden ja tuolien hakeminen ja paikalleen laittaminen on valvovan sairaanhoitajan työtehtävä. Lisäksi leikkauksen aikaiset kirjaukset, kuten myös otetuista näytteistä ja niiden läheteistä huolehtiminen ovat valvovan sairaanhoitajan tehtävänä. Potilaan turvallisuudesta huolehtiminen ja aseptiikan seuranta ovat osa valvovan sairaanhoitajan työnkuvaa leikkauksen aikana. Valvova sairaanhoitaja myös laskee instrumentoivan sairaanhoitajan kanssa leikkauksessa käytetyt neulat, taitokset ja muut tarvittavat materiaalit ennen viiltoa, ennen haavan sulkuvaihetta ja kun haava on kiinni. (Silvast 2011; Lukkari ym. 2013, 335-336, 350-352.)

Leikkauksen jälkeen valvova sairaanhoitaja poistaa diatermian neutraalielektroodin ja tarkastaa potilaan ihon kunnon, sekä kirjaa mahdolliset muutokset. Nukutetun potilaan herätysvaiheessa valvova hoitaja on koko herätyksen ajan potilaan vierellä turvaten, ettei potilas pääse putoamaan leikkaustasolta. Valvova sairaanhoitaja voi myös auttaa anestesiapuolta herätyksessä. Potilaan hengittäessä itse, avustaa valvova hoitaja potilaan siirrossa potilasvuoteeseen. Valvova sairaanhoitaja auttaa tarvittaessa potilaan siirrossa heräämään. Näiden lisäksi laitteiden leikkauksen jälkeinen tarkastus ja huolto kuuluvat valvovan sairaanhoitajan työtehtäviin. (Lukkari ym. 2013, 353-358.)

3.2 Kehittyvä perioperatiivinen hoitotyö

Perioperatiivisella hoitotyöllä käsitetään yleisesti perioperatiivisen sairaanhoitajan toteuttamaa kirurgisen potilaan hoitotyötä leikkausta edeltävästi, leikkauksenaikaisesti ja leikkauksen jälkeen. Perioperatiivinen hoitotyö on näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Perioperatiivisen hoitotyön tieto on vahvasti lääketieteen kanssa päällekkäistä ja toisiaan tukevaa. Hoitotyön keskeisinä periaatteina voidaan nähdä turvallisuuden toteuttaminen, terveyskeskeisyyden huomioiminen ja hoidon jatkuvuudesta huolehtiminen. Yksilövastuullinen hoitotyö ja perhehoitotyö ovat perioperatiivisessa hoitotyössä myös vahvasti läsnä. (Lukkari ym. 2013, 413-419.)

Tieteen kehittyessä on leikkaushoitokin kehittynyt. 1700-luvulla ei kivunlievityskeinoja ollut käytössä, vaan kaikki toimenpiteet tehtiin ilman puudutuksia. 1800-luvulla puudutuskeinot alkoivat kehittyä. Tuolloin puudutuksessa ja anestesiassa käytössä olleiden oopiumin, morfiinin, kokaiinin ja eetterin annostelu oli arvailujen varassa, joten sivuvaikutuksetkin olivat arvaamattomia. Ennen 1900-lukua yli puolet leikkauspotilaista kuoli verenvuotoihin ja tulehduksiin. Tällöin alettiin ymmärtää myös anestesiaa paremmin ja käsitettiin mikrobien yhteys tulehduksiin. Leikkausvälineiden sterilisointi alkoi kehittyä. Kuitenkin vasta 1940-luvun jälkeen leikkauskuolemat vähenivät merkittävästi, kun verestä löydettiin rh-tekijä. Rh-tekijän löydyttyä verensiirroista tuli turvallisempia. (Romain 2005.)

3.2.1 Sairaanhoitajan ammatin kehittyminen

Lääketieteen kehittyessä myös hoitotyö ja hoitotiede kehittyivät. 1900-luvun alusta 1950-luvulle saakka sairaanhoitajan ammatti oli hyvin arvostettu kutsumustyö. Tuolloin sairaanhoitajakoulutukseen pääsyvaatimuksena oli omakohtainen kristillinen vakaumus. Sairaanhoitajakoulutukseen pyrkivät testattiin ja koulutukseen otettiin hiljaisia, alistuvia ja työteliäitä ihmisiä, joilla oli sopusuhtainen vartalo, auttavat kädet ja auttavainen mieli. Kelvolliseksi sairaanhoitajaksi sopi naimaton nuori nainen. Sairaanhoitajan työ oli tuolloin täysin palvelutyötä, sairaanhoitajan omat tarpeet olivat toissijaisia. Jos sairaanhoitajalla oli omia vaatimuksia, nähtiin ne vakaumuksellisena heikkoutena. Hoitotyö

perustui kokemuksen kautta löydettyyn tietoon, taitoon ja kristilliseen uskoon. (Paasivaara 2005.)

1950-luvulta alkaen sairaanhoitajan työssä on alettu arvostamaan enemmän koulutuksen kautta saatua kuin kokemuspohjaista tietoa. Kristillisen perustan sijaan työtä alettiin pohjaamaan lääketieteeseen. Oppilastyövoiman sijaan alettiin kouluttaa aputyövoimaa ja sairaanhoitajien työhön alkoi kuulua erikoisosaamista. Tuolloin myös sairaanhoitajille avautui mahdollisuus asua sairaalan ulkopuolella ja pitää lomia, työoloihinkin puututtiin. 1980-luvulta saakka hoitotyötä on pyritty muuttamaan kokonaisvaltaiseksi ja omahoitajuutta korostamaan. 1990-luvulta lähtien hoitotyön pohjalle on kehitetty hoitotiedettä ohjaamaan hoitajien toimintaa. (Paasivaara 2005.)

Leikkaussalisairaanhoitajan työnkuva on kehittynyt samaan tahtiin kuin sairaanhoitajan työnkuva muillakin hoitotyön alueilla, palvelijasta lääkärin avustajaksi ja siitä potilaan kokonaisvaltaisen hoidon huolehtijaksi. Sairaanhoitajan työn keskeisimpänä ja aikaa vievimpänä toimena on pitkään ollut aseptiikasta ja puhtaudesta huolehtiminen. 1900-luvun alkupuoliskolta saakka leikkauksiin on osallistunut useampi hoitaja. Sairaanhoitaja tai kokenut sairaanhoitajaopiskelija toimi usein instrumentoivana hoitajana, valvovana sairaanhoitajana oli yleensä kokenein hoitaja. Leikkaussalihoitajien ja hoitajaopiskelijoiden tehtävänä oli huolehtia potilaan kylvettäminen, jokaisen yksityiskohdan valmisteleminen, leikkaussalin siivoaminen, huoneenlämmön ja tuuletuksen oikein asettaminen, instrumenttien puhdistaminen leikkauksen jälkeen ja kirurgien lepohuoneen järjestyksen pitäminen. 1950-luvulla leikkauksiin alkoi osallistua myös anestesiahoitaja. Tuolloin myös heräämishuoneita alettiin käyttää sairaaloissa. (Tuusvuori 2006.)

1978-vuonna otettiin käyttöön käsite perioperatiivinen hoitotyö, jonka myötä leikkaushoitajasta muotoutui ammattilainen, joka suorittaa kirurgisen potilaan hoitoa pre-, intra- ja postoperatiivisessa vaiheessa eli leikkausta edeltävästi, sen aikana ja sen jälkeen. Se on käsitteenä ensimmäisiä kirurgisia termejä, joka nojaa täysin hoitotieteeseen lääketieteen sijaan. Lisäksi perioperatiivinen hoitotyö ohjaa käsitteenä kirurgisen potilaan hoitoa jatkumona. (Tuusvuori 2006.)

2000-luvulla sairaanhoitajan työnkuvaa on pyritty laajentamaan ja yhteistyötä lääkärin kanssa korostamaan. Moniammatillinen yhteistyö on nostettu keskiöön potilaan hoidos-

sa. Sairaanhoitajien oikeuksia laajennettaessa pyritään antamaan sairaanhoitajille enemmän välineitä potilaan kokonaisvaltaiseen hoitamiseen. Toisaalta pelätään myös, että hoitotyö muuttuu tehtäväkeskeiseksi ja vain lääkärin avustamiseksi saavutetun kokonaisvaltaisen ajattelun sijaan. (Paasivaara 2005.)

Tulevaisuudessa sairaanhoitajan ammatti jatkaa kehitystään. Tulevaisuudessa sairaanhoitajan työnkuvan osaamis- ja vaatimustaso nousee entisestään, sekä yksilöllisyys ja vastuu työssä kasvavat. Hoitajien ja lääkärin työnjako on yksi keskeisin kehityksen alla oleva osa-alue myös tulevaisuudessa. Sairaanhoitajille annetaan enemmän vastuuta lääkäreiltä esimerkiksi sairauksien diagnoimisessa ja toteamisessa, sekä lääkkeiden määräämisessä. Työparityöskentely ja hoitaja-lääkäri-tiimit potilaan hoidossa ovat jo osittain saaneet tilaa terveydenhuollossa, mutta tulevaisuudessa näiden yleistyminen edelleen on erittäin todennäköistä. Tällä on vaikutusta työnjakoon. Työnjaon muuttuessa sairaanhoitajien on kehitettävä omia ammattitaitojaan, jotta osaavat toimia oikein ja vastuullisesti. Sairaanhoitajan työ voi jossain määrin muuttua tulevaisuudessa myös enemmän niin sanotusti keikkahoitajan työksi, jolloin sairaanhoitaja tekee töitä osittain kunnallisella puolella, mutta myös osittain yksityiselle terveydenhuollon organisaatiolle. (Ryynänen ym. 2004.)

3.2.2 Leikkaustekniikoiden kehittyminen

Lyhytjälkihoitoitoisten ja päiväkirurgisten toimenpiteiden määrä on kasvanut huomattavasti. Vuonna 2012 jopa noin 50 % elektiivisistä eli suunnitelluista toimenpiteistä tehtiin jo päiväkirurgisesti. Kasvuun syynä on vuodeosastopaikkojen vähentämisestä koituvat säästöt ja tehokas hoitoprosessi. Yleisesti päiväkirurgiassa hoidetut potilaat ovat myös tyytyväisiä hoitoonsa. Samalla, kun päiväkirurgian toimenpiteiden määrä ja erityisalat ovat lisääntyneet, on päiväkirurgiasta siirretty pienempiä toimenpiteitä poliklinikoille. Lyhytjälkihoitoista kirurgiaa tullaankin suosimaan myös jatkossa. (Mattila & Hynynen 2012, 1423-1424.) Sen lisääntyminen tarkoittaa leikkauksissa käytettävien tekniikoiden kehittymistä, jolloin perioperatiivisten sairaanhoitajienkin on kehitettävä ammattitaitoaan.

Leikkaustekniikat ovat kehittyneet huomattavasti erityisesti 1990-luvun ja 2000-luvun aikana. Suurten avoleikkauksien sijaan suositetaan mahdollisimman vähän kajoavia tekniikoita. Erityisesti vatsaelinkirurgiassa tähystyksessä tehtävät leikkaukset ovat saaneet sijaa. Nykyään laparoskopiaa suositellaankin ensisijaisesti käytettäväksi esimerkiksi sappikivitaudissa. Tähystysleikkauksien haittapuolina on kuitenkin leikkaukskustannusten nousu ja pidentyneet leikkausajat. Mini-invasiivisen leikkaustekniikan hyödyt koetaan kuitenkin suurempina, minkä vuoksi tähystysleikkauksien kehittämistä pyritään edistämään. Tähystysleikkauksien on todettu nopeuttavan potilaan kotiutumista ja töihin paluuta, mikä tuo itsessään jo säästöjä. Avoleikkaukseen verrattuna laparoskopisesti toteutettu toimenpide aiheuttaa yleensä vähemmän komplikaatioita kuten haavatyriä ja kiinnikkeiden muodostumista. Pienemmän kajoavuuden takia tähystysleikkauksen hyötyjä potilaalle ovat myös vähempi leikkauksen jälkeinen kipu, suolen toiminnan käynnistymisen helpottuminen, hengityksen komplikaatioiden väheneminen ja leikkauksen aiheuttaman stressireaktion pieneneminen. Tähystysleikkaus on potilaalle myös kosmeettisesti avoleikkausta parempi vaihtoehto, koska yhden ison viillon sijaan potilaalle tulee muutama pienempi viilto. (Kellokumpu 2011, 24-34.)

Tulevaisuudessa viilloilta iholla saatetaan välttyä kokonaan, kun leikkaustekniikat kehittyvät edelleen. Jo nykyään vatsan alueen leikkauksia voidaan suorittaa vain yhdestä viillosta, joka tehdään navan kohdalle, eikä näin jää huomattavan näkyviin. Kehityksen alla on myös tekniikka, missä vatsaonteloon mennään joko emättimen tai mahalaukun kautta tähystyksellä. Tämä NOTES-tekniikka on jo joissakin toimenpiteissä kokeilukäytössä, mutta pehmeän tähystimen tuomat haasteet ja sopivien instrumenttien puute on estänyt sen laajenemista yleisesti käytettäväksi. (Kellokumpu 2011, 24-34.)

3.2.3 Leikkausteknologian kehittyminen

Elinkeinoelämän tutkimuslaitos Etna on julkaissut raportin, jonka mukaan joka kolmas ammatti on vaarassa poistua teknologian kehityksen myötä. Erityisessä riskissä on toimitustyötä tekevät, joita korvataan tietotekniikalla. Terveystieteiden alalla tarvitaan kuitenkin tulevaisuudessakin ihmisiä, vaikka myös hoitoala teknistyy. Leikkausrobotit ovat jo nykypäivää. Leikkausrobottien kehittäminen on lähtenyt liikkeelle Yhdysvaltojen armeijan, sekä Yhdysvaltojen ilmailu- ja avaruushallinto NASA:n ajatuksesta, että leik-

kauksia voisi tehdä etäyhteydellä. Tällä hetkellä etäyhteydellä leikkaaminen onnistuisi, mutta sen vaatima tiedonsiirtoyhteys on liian kallis, jotta leikkaus olisi kannattavaa. Leikkausrobotteja on kuitenkin Suomessakin käytössä viisi, Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiirissä kaksi, sekä Tampereella, Turussa ja Oulussa kussakin omansa. Tämän hetkinen leikkausrobotti on nimeltään Da Vinci-robotti, joka on niin sanottu isäntä-orja-malli. Da Vinci-robottia tulee ohjata konsolilla, se ei tee itsenäisiä liikkeitä. Robotissa on myös monia turvajärjestelmiä, jotta vahinkoliikkeiltä välttyään. (Lehtinen 2014a, 13-19.)

Leikkausrobotti on sairaanhoitopiirille suuri investointi, koska itse robotti maksaa 1,5-1,8 miljoonaa euroa ja sen ylläpito maksaa vuodessa 135 000 euroa. Lisäksi robottinstrumentit ovat kalliita, yhden operaation instrumentit maksavat lähes tuhat euroa. Robottileikkaus itsessään on 1 000 – 2 000 euroa kalliimpi kuin avoleikkaus, mutta keskittämällä leikkauksia kustannukset pienenevät. Lisäksi säästöä syntyy, kun potilaan hoito sairaalassa lyhenee. Robottileikkauksissa potilas pääsee usein seuraavana päivänä kotiin, kun avoleikkauksissa yleensä sairaalassa joutuu olemaan 3-6 vuorokautta leikkauksen jälkeen. (Lehtinen 2014a, 13-19.)

Robottileikkauksia käytetään tällä hetkellä yleisimmin eturauhasen syövän hoitamiseen, mutta robottia käytetään myös laajasti muiden elinten ja sairauksien leikkauksiin. Avoleikkaus on usein yhtä tehokas hoitomuoto kuin robottileikkaus, tosin usein hitaampi. Robottileikkaus tehdään kuitenkin tähystyksellisesti viiden reiän kautta, joten potilaan toipuminen leikkauksesta on yleensä nopeampaa. Potilas myös menettää robottileikkauksessa vähemmän verta, jolloin verensiirtoja leikkauksen takia harvoin tarvitaan. (Lehtinen 2014a, 13-19.)

Robottiaivusteisien leikkauksien sanotaan olevan nuorille pelikonsoleihin tottuneille lääkäreille sopivia, mutta myös vanhemmat lääkärit saavat niistä apua, koska konsolin kautta leikatessa työskentelyasento on usein parempi. Hoitajille robottiaivusteiset leikkaukset näyttäytyvät siinä, että hoitajan työ painottuu leikkauksen valmisteluun ja lopestustöihin. Leikkauksen aikana hoitajilla voi olla vähemmän töitä. Leikkauksen onnistuminen tarvitsee kuitenkin edelleen osaavat hoitajat, jotka huomioivat leikkaussalissa robotin käytön. (Lehtinen 2014a, 13-19.)

Robotti-teknologian lisäksi esimerkiksi kuvantamisen mahdollisuudet kehittyvät teknologian kehityksen myötä. Meilahden tornisairaalaan on esimerkiksi rakennettu uusi hybridisali, jossa voidaan kirurgisten avoleikkausten lisäksi tehdä suonensisäisiä leikkauksia angiografi-avusteisesti. Hybridisalissa yhdistyy kuvantamisen mahdollisuudet ja leikkaussali. Hybridisali onkin tehokkaimmin avuksi päivystyksellisissä tilanteissa, kun ei ole aikaa kiidättää potilasta leikkaukseen röntgenin kautta, vaan leikkaus täytyy tehdä saman tien. Tällöin kuvaus voi tapahtua hybridisalissa. Hybridisali mahdollistaa myös monien toimenpiteiden tapahtumisen yhdellä kertaa. Tämän vuoksi hybridisalissa toimii usein yhtä aikaakin monen eri erikoisalalan lääkäreitä ja hoitajia. (Lehtinen 2014b, 21-24.)

3.2.4 Väestörakenteen muutos

Hoitotyön muutoksien taustalla on hoitotieteen, lääketieteen ja teknologian kehittyminen, mutta myös potilaisiin ja henkilöstöön liittyvät muutokset. Potilasmäärät ovat lisääntyneet. Osittain tämä johtuu siitä, että nykyään pystytään hoitamaan yhä huonokuntoisempia ja iäkkäämpiä potilaita. Potilaiden itsemääräämisoikeutta korostetaan myös entistä enemmän, jolloin potilaiden halu saada enemmän tietoa vaihtoehtoista lisääntyy. Potilaiden monikulttuurisuus on myös lisääntynyt ja lisääntyy edelleen tulevaisuudessakin. Tämä tuo uudenlaisia haasteita myös leikkaushoitotyöhön. Henkilöstön muutokseen vaikuttaa henkilökunnan ikääntyminen ja eläköityminen. Tälläkin hetkellä, mutta yhä enemmän tulevaisuudessa, tarvitaan uusia osaajia, joten perehdytyksen tarve kasvaa. (Lukkari ym. 2013, 413-419.)

Väestörakenteen muutos lähivuosina tuo haastetta hoitotyön järjestämiseen ja toteuttamiseen kehittyvässä yhteiskunnassa. Työikäinen väestö vähenee samalla, kun yli 60-vuotiaiden osuus väestöstä kasvaa. On odotettavissa, että suurimmat muutokset ikärakenteessa kohdistuvat vuosiin 2015-2035, kun suuret ikäluokat tulevat eläkeikään Suomessa. Sosiaali- ja terveysalalle tämä luo tilanteen, missä potilaiden määrät kasvavat, mutta työvoima vähenee. Väestörakenteen muutos painostaa muutoksiin ja työn tehostamiseen. (Mikkonen & Väistö 2012.)

Suurten ikäluokkien ikääntyessä hoidon ja kuntoutuksen tarve lisääntyy yleisesti. Iäkäden toimintakyky tulee kuitenkin olemaan todennäköisesti parempi kuin aikaisemmin, joten apua tarvitaan myöhemmässä vaiheessa kuin nykyään. Tulevaisuudessa elinajan odote jatkaa nousuaan vielä noin kymmenellä vuodella tuoden myös terveitä elinvuosia lisää. Väestön ikääntyminen nostaa kuitenkin joidenkin sairauksien yleisyyttä ja tämän takia näiden sairauksien hoitoon tulisi varata enemmän resursseja. Syöpäsairaiden hoito tulee yleistymään tulevaisuudessa ikääntyvän väestön ja taudin varhaisen toteamisen myötä. Syöpäkuolleisuus todennäköisesti kuitenkin vähenee hoitojen kehittymisen ansiosta. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet painottuvat tulevaisuudessa enemmän niska- ja hartiasseudun sairauksiin, mutta kokonaisuudessa näistä kärsivien potilaiden määrä vähenee. Mielenterveyssairauden aiheuttavat edelleen tulevaisuudessakin paljon työkyvyttömyyttä, jopa ehkä enemmän kuin nyt. Yhtenä syynä niiden yleistymiseen jatkossa voi olla töiden psyykkinen kuormittavuus ja sosiaalisen median vaikutukset. Mielenterveyssairauksien havaitsemisen odotetaan paranevan tulevaisuudessa. Muistisairaudet tulevat yleistymään jatkossa ikääntyneiden määrän kasvun myötä. Diagnostiikka kuitenkin todennäköisesti paranee, joten muistisairaita voidaan hoitaa entistä paremmin. (Soininen 2012, 1977-1978.)

Tulevaisuuden potilas on tyypillisimmin vapaa-ajallaan aktiivisesti liikkuva ja terveellisesti syövä iäkäs, jonka arjen työt ovat kuitenkin kevyitä. Ristiriita hyötyliikunnan puutteen ja vapaa-ajan liikunnan välillä on suuri, joten lihavuus voi kuitenkin tulevaisuudessa jopa yleistyä. Potilaiden päihdeongelmat ovat yhä yleisempiä, vaikka tupakointi tulee vähenemään. Monikulttuurisuus lisääntyy huomattavasti, joten kulttuurien huomiointi potilaan hoidossa korostuu entistä enemmän. Potilaat voivat myös tulevaisuudessa matkustaa tiettyyn hoitoon erikoistuneeseen maahan saadakseen haluamaansa hoitoa, joten etähoitokin yleistyy. Potilaan ja lääkärin ei enää tarvitse kohdata koskaan kasvotusten, vaan suomalainen lääkäri voi hoitaa potilasta jopa toisesta maasta. Tämä myös helpottaa lääkäreiden konsultointia maailmanlaajuisesti. Tulevaisuudessa potilaiden tietopohja paranee ja potilas saattaa tietää sairaudesta enemmän kuin lääkäri. Lääkäristä tulee potilaalle ennemminkin konsultti muiden erikoisosaajien joukossa. Yksilöllinen hoito vaatii lääkäreiltä enemmän, koska potilaat jakautuvat enemmän eri hoitojen mukaan. Potilaiden itsehoito paranee tätä myötä, ja potilaat seuraavatkin yhä useammin kehonsa toimintaa erilaisilla mittareilla. Potilaiden toiveikkuus myös lisääntyy hoitojen kehittymisen myötä. (Soininen 2012, 1977-1978.)

Kehityksen myötä muutokset jakavat väestöä todennäköisesti yhä enemmän eriarvoisiin asemiin. Terveystieteille tämä luokittelee haasteita huomioida aktiivisten, itsestään huolta pitävien ja hoitoon hakeutuvien potilaiden lisäksi passiiviset ja syrjäytyneet potilaat, jotka eivät halua tai osaa hakeutua avun piiriin. Tiedon määrässä sairauksista ja terveydestä saattaa tulevaisuudessa olla suuremmat erot potilaiden välillä. Valinnan vapauden lisääntyessä toiset voivat valita erakoitumisen, mutta tuoko tulevaisuus myös lisää keinoja auttaa syrjäytyneitä ja heikommassa asemassa olevia. (Soininen 2012, 1977-1978.)

3.2.5 Terveystieteiden alan vetovoimaisuus

Tulevaisuudessa suurten ikäluokkien vanhetessa ja työikäisten osuuden väestöstä pienentyessä verrattuna nykyiseen palvelun tarve muuttuu. Palveluita tarvitaan lisää samalla, kun työvoima vähenee. Erityisesti terveystieteen alalla tämä näkyy laajalti. (Meretoja & Koponen 2008, 9-20; Mikkonen & Väistö 2012.) Koko terveystieteen ala tarvitseekin siis vetovoimaisuutta, jotta alalle koulutetaan uusia työntekijöitä. Terveystieteiden palvelujen tarjoajien kesken vetovoimaisuudella on merkitystä. Vetovoimaisimmat työpaikat houkuttelevat työntekijöitä enemmän. Vetovoimaisessa organisaatiossa henkilöstön tyytyväisyyden ja työhön sitoutumisen on todettu olevan myös parempaa, kuin tavallisessa organisaatiossa. Työntekijöiden sitoutuminen työhönsä parantaa täten koko organisaation tuottavuutta ja helpottaa toiminnan kehittämistä, joten tähän tulisi tulevaisuudessa panostaa yhä enemmän. (Meretoja & Koponen 2008, 9-20.)

Yhdysvalloissa on kehitetty magneettisairaala-malli edistämään työpaikan vetovoimaisuutta. Magneettisairaala-mallin tarkoituksena on houkutella sairaalaan uusia työntekijöitä ja tukea nykyisten työntekijöiden tyytyväisyyttä työssään. Magneettisairaalan ideologiaa on tuotu lähivuosina Suomeenkin. Tunnetuin magneettisairaalan aatteita käyttävä suomalainen sairaala on Kuopion yliopistollinen sairaala. Magneettisairaala-mallissa tuetaan hoitajien koulutautumista, eri henkilöstöryhmien tasa-arvoista tiimityötä sekä tutkimusnäyttöön perustuvaa hoitotyön kehittämistä 14:sta eri periaatteen mukaisesti. Magneettisairaalan periaatteet keskittyvät johtamistyyliin, korkeatasoiseen hoitoon, kilpailevaan palkkaukseen ja työsuhte-etuihin, kehittymiseen, yhteisöllisyyteen ja hoitaji-

en vaikuttavuuden tukemiseen. Magneettisairaalassa hoitajat nähdään yksilönä yhteisössä, jossa heillä on mahdollisuus vaikuttaa omaan urakehitykseensä ja työnkuvaansa. Toiminnan arviointi, mittaaminen ja kehittäminen ovat keskeisessä roolissa magneettisairaaloiden toiminnassa. (Pakkanen 2013.)

Terveystenhoitoalan organisaatioiden henkilöstörakenne on myös muutoksen edessä tulevaisuudessa. Jo nykyään esimiehiä ja johdon henkilökuntaa on vähennetty aikaisemmasta, osittain eläköitymisen kautta. Tulevaisuudessa johtoporrasta pienennetään entisestään, kun taas hoitotyöntekijöiden määrä pysyy samana tai mahdollisesti vielä kasvaa. Tämä tarkoittaa, että tulevaisuudessa tarvitaan yhä enemmän hoitajatason koulutuksen saaneita työntekijöitä. Onkin pohdittava, millä keinoin uusia työntekijöitä saada houkuteltua terveystenhoitoalalle. Tässä on huomioitava myös aikuiskoulutuksen tukeminen ja vahvistaminen. (Vallimies-Patomäki 2008, 35-49.) Yhteiskunnalliset panostukset terveystenhoitoalan vetovoimaisuuden kasvattamiseksi ovat siis tulevaisuudessa tärkeässä asemassa hoidon laadun ja toiminnan kehittämisen takaamiseksi. Terveystenhoitoalan keskeisiksi kehittämiskohteiksi tulevaisuudessa alan vetovoimaisuutta ajatellen on nostettu työsuhteiden kesto, työntekijöiden palkkataso ja työolosuhteet. (Meretoja & Koponen 2008, 9-20.)

Tulevaisuudessa tuleekin pohtia koulutustason ja työn vaativuuden kohtaamista, jotta sosiaali- ja terveystalalle saadaan tarpeeksi työntekijöitä koulutettua. Työn mielekkyyden kokemiseen on myös panostettava, jotta alalle kouluttautuvat työntekijät jaksavat tehdä raskasta työtä, eivätkä jää pois työn mielekkyyden kärsiessä kiireestä. (Mikkonen & Väistö 2012.) Erityisesti uusien ja ikääntyvien hoitajien huomioiminen työyhteisössä on tärkeää. Työn nopeatempoisuus ja äkisti vaihtuvat tilanteet, sekä kolmivuorotyön kuormittavuus koetaan erityisen raskaina. Hoitotyöstä jäädäänkin erityisen herkästi työkyvyttömyyseläkkeelle työn kuluttavuuden takia. Palkkataso koetaan myös usein työn vaativuuden takia alhaiseksi, joka syö usein hoitajien työmotivaatiota. (Poikkeus, Meriö & Hupli 2010.)

3.3 Lean-ajattelumalli

Tulevaisuudessa on sairaaloissa hoidettava yhä enemmän potilaita nykyisillä resursseilla. Lean-ajattelumallin tuominen sairaaloiden kehittämiseen on lähtenyt ymmärryksestä, ettei sairaalan tehokkuutta voida enää parantaa sanomisilla vaan on muutettava toimintamalleja. (Graban 2012.)

Lean-ajattelumalli on tullut tunnetuksi Toyotan tehtailta, joissa sen kautta parannettiin tehokkuutta ja tuottavuutta vuodesta 1945 alkaen Japanissa. Sieltä Lean-ajattelumalli on levinnyt maailmanlaajuisesti käytettäväksi toiminnan kehittämisen apuvälineeksi. Lean-mallia on sovellettu onnistuneesti myös terveydenhuoltoalan organisaatioiden toiminnan kehittämisessä. (Graban 2012.) Lean-ajattelumallia on käytetty terveydenhuollon kehittämisen apuvälineenä 1990-luvulta lähtien, mutta viime vuosina sen käyttö on yleistynyt huomattavasti myös Suomessa (Mäkijärvi 2013, 9-11). Lean-ajattelumallin ytimenä toimii ajatus tarjota asiakkaalle hänen tarvitsemansa yhä vähemmällä. Sairaalan toimintaa kehittäessä tämä voidaan nähdä hoidon laadun ja potilasturvallisuuden parantumisena vähemmällä rahalla ja lyhemmillä odotusajoilla. (Graban 2012.)

Lean-ajattelumallin toteuttamisessa ensimmäisenä määritellään tarve. Sairaalassa yleisinä tarpeina voidaan pitää esimerkiksi laatua, potilasturvallisuutta, rahaa, odotusaikoja ja henkilökunnan moraalia. Tarpeiden määrittelyn jälkeen seurataan prosessia, eli potilaan hoitopolkua ja henkilökunnan toimintaa. Seurattaessa potilaan hoitopolkua ja henkilökunnan toimintaa voidaan löytää niin sanottu hukka. Lean-ajattelumallissa hukka edustaa työtä, joka on tarpeetonta toimintaa päämäärään tähdättäessä. Lean-ajattelumallin mukaisessa toiminnan kehittämisessä keskiössä onkin hukan pienentäminen. Tällaista hukkaa voi sairaalassa olla keskeytykset, kommunikaatiokatkokset, turha liikkuminen ja ongelmien kiertämiset. Hukka vähentää potilastyötä aiheuttaen hoitajille ylimääräistä, tarpeetonta ja aikaa vievää tekemistä, josta ei ole potilaalle eikä organisaatiolle hyötyä. Hukan määrittelyn jälkeen voidaan etsiä ratkaisuja, joilla hoitajien niin sanottua tyhjää työtä voidaan vähentää ja tähän käytetty aika osoittaa potilastyöhön. (Graban 2012.)

Lean-ajattelumallissa ratkaisuja etsitään ensisijaisesti kehittämällä ihmisten toimintaa ja prosesseja. Vasta tämän jälkeen pohditaan teknologian lisäämisen mahdollisuutta. Työntekijät ovatkin Lean-ajattelumallin keskiössä. Tämä vaatii toimivuutta johdon ja

työntekijöiden välillä. Lean-ajattelumalli nostaa tärkeänä asiana esiin koko organisaation sisäisen tiimityöskentelyn. Jokaisen työntekijän tulee ymmärtää, että työn laatu on organisaation kaikkien jäsenten etu ja velvollisuus. Lean-ajattelumalli vaatii jatkuvaa arviointia ja parempaan tähtäämistä. Näiden avulla pyritään nostamaan toiminnan ongelmakohdat esille ja ratkaisemaan ne. Tämä voi kuitenkin olla haastavaa erityisesti työntekijöille, koska jatkuva itsensä arviointi ja kehittäminen työn ohessa vaatii motivaatiota. Työntekijöiden ohjaaminen, motivointi ja sitouttaminen muutoksiin tuokin johdolle haastetta Lean-ajattelumallissa. Lean-ajattelumalli antaa kuitenkin apukeinoja haasteesta selviämiseen, esimerkiksi tiimin ryhmäytymisen tukeminen, työntekijän itsenäisyyden ja vastuun tukeminen, sekä etenemisen mittaaminen ja palkkioiden antaminen ovat tällaisia. (Liker 2010.)

Lean-ajattelumallia on terveydenhuollossa käytetty laajalti Yhdysvalloissa ja Iso-Britanniassa, josta se on levinnyt myös vähitellen ympäri Eurooppaa käytettäväksi (Mäkijärvi 2013, 33-34). Suomessakin Lean-ajattelumallin käyttö on yleistynyt lähivuosina reilusti, esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri käyttää aktiivisesti Lean-mallia monissa eri hankkeissa eri osastoilla ja sairaaloissa (HUS 2014). Pohjois-Kymen sairaala kehittää myös toimintaansa Lean-mallin avulla säästääkseen kustannuksissa (Karjalainen 2014). Näiden lisäksi myös esimerkiksi Pirkanmaan sairaanhoitopiiri käyttää Lean-ajattelumallia uudistamisohjelma 2020 taustalla (Tampereen yliopistollinen sairaala 2010). Lean-ajattelumallin avulla sairaalat ovat parantaneet tehokkuuttaan, lyhentäneet läpimenoaikoja ja hallinneet kustannuksia huomattavasti aikaisempaa paremmin. HUS:n sairaalat ovat raportoineet vuosittaisia kustannussäästöjä tulleen toiminnanmuutoksista Lean-ajattelumallin ansiosta yhteensä noin kaksi miljoonaa euroa. (Mäkijärvi 2013, 36-50.)

3.4 Tampereen yliopistollisen sairaalan uudistamisohjelma 2020

Tampereen yliopistollinen sairaala on huomannut tarpeen kehittyä ja kehittää toimintaansa, jotta myös tulevaisuudessa resurssit laadukkaaseen hoidon toteuttamiseen sairaalasta löytyvät. Tampereen yliopistollinen sairaala onkin kehittänyt uudistamisohjelman ohjaamaan uudistuksia, koska monesta suunnasta on ilmaistu tälle tarve niin nykyhetken kuin tulevaisuuden takia. Uudistamistarpeet ovat nousseet esille Tampereen teknillisen

yliopiston tekemissä selvityksissä. Suurimmat uudistamistarpeeseen vaikuttavat tekijät ovat alueen väestön kehitys, tautien esiintyvyys, tietotaidon kehitys uusista palvelumahdollisuuksista, prosessien kehittäminen tuottavuuden lisäämiseksi sekä oman sairaanhoitopiirin ulkopuolelta hoitoon ohjautuvien potilasasiakkaiden määrän muutos. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2010.)

Kansallisten ennusteiden mukaan Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella väestönkasvu on tulevaisuudessa keskimääräistä suurempaa erityisesti paljon hoitoa tarvitsevilla ikäluokissa eli lasten ja yli 65-vuotiaiden kansalaisten keskuudessa. Monet suuret tautiryhmät jatkavat kasvuaan, koska väestön elintapojen korjaaminen on hidasta ja pitkäjänteistä toimintaa. Suuriin tautiryhmiin voidaan lukea kuuluviksi 2-tyypin diabetes, syöpätaudit, verisuonisairaudet sekä tuki- ja liikuntaelämistön sairaudet ja vammat. Lasten ja nuorten psyykkinen pahoinvointi on lisääntynyt huomattavasti ja myös tällä alueella hoitoja tarvitaan tulevaisuudessakin yhä enemmän. Lisääntyvä väestön lihavuus tuo myös uusia haasteita terveydenhuoltoon. Lihavuuden liitännäissairaudet, mutta myös lihavuusleikkaukset, lisäävät terveydenhuollon palvelujen tarvetta. Lisäksi alati nouseva elinikä ja hoitojen kehittyminen lisäävät terveydenhuollon palvelujen käyttöä elinkaaren loppupäässä. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2010.)

Lisääntyneestä hoidontarpeesta huolimatta on Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä pystytty vähentämään somaattisten sairauksien vuodepaikkoja osastoilla. Syynä sairaalasijojen vähentämiseen on kansallinen tavoite vähentää laitoshoidon ja siirtää yhä enemmän hoitoa ja potilaita avopuolelle esimerkiksi kotihoitoon. Tampereen yliopistollisessa sairaalassa tavoitetta on edistetty kehittämällä organisaation sisällä potilaiden hoitopolkuja, mutta kehittämällä näitä myös yhdessä perusterveydenhuollon kanssa. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2010.)

Tampereen yliopistollisen sairaalan uudistamisohjelma 2020 tavoitteeksi on laadittu korkeatasoinen hoidon laatu, jota pyritään tukemaan keskittämällä hoitoa osaamiskeskuksiin. Osaamiskeskuksilla tarkoitetaan Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sisälle muodostettavia yksiköitä, joissa potilas saa keskitetysti hoitoa sairauteensa. Tällä hetkellä tällaisia osaamiskeskuksia Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on muun muassa Coxa, Sydänsairaala ja Silmänsairaala. Hoidon laadun tavoitteen lisäksi uudistamisohjelmassa on määriteltä ohjelman periaate. Hankkeen keskeiseksi periaatteeksi on määriteltä tuottavuuden

lisääntyminen, joka tarkoittaa tulojen kasvua menoihin nähden. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2010.)

Uudistamisohjelmassa on otettu huomioon myös potilasnäkökulma. Keskitettyjen palvelujen saaminen osaamiskeskuksista nähdään tukevan hoitohenkilökunnan asiantunte-
musta, jolloin potilasturvallisuus kasvaa. Palvelujen saatavuuden koetaan myös kasva-
van uudistuksen myötä. Tämän myötä myös hoidon ja palvelujen miellyttävyyden koe-
taan paranevan potilaiden näkökulmasta. Uudistus tuo mukanaan myös teknisen tehok-
kuuden kasvua tukemaan parannuksia potilaankin näkökulmasta. (Tampereen yliopis-
tollinen sairaala 2010.)

Leikkaustoiminnan näkökulmasta uudistus tuo kaivattua lisätilaa leikkaussaleihin, mutta
myös lukumäärällisesti uusia leikkaussaleja tulee kymmenen. Leikkaussaleja tulee niin
vanhaan päärakennukseen kuin myös uusiin rakennuksiin, mutta kaikkien tilat remon-
toidaan suunnitelman mukaisesti. Remontin yhteydessä joistakin saleista tehdään niin
sanottuja lamppusaleja. Lamppusaleihin asennetaan leikkauslamppuihin sisäiset kame-
rat, joiden avulla leikkausta voivat myös ulkopuoliset seurata lähes kirurgin näkökul-
masta erillisen näytön kautta. Tämä helpottaa niin opetustilanteita, mutta myös mahdol-
listaa leikkausten kuvamateriaalin dokumentoinnin. Leikkaussalit pyritään myös sijoit-
tamaan uudistuksen myötä siten, että niistä kulkeminen tarvittaville osastoille onnistuu
helposti. Huomioon on myös otettu välinehuollon merkitys. Nykyiset pienet välinehuol-
lon yksiköt keskitetään yhteen isoon välinehuoltoon, joka huolehtii koko sairaalan vä-
linehuollosta. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2010.)

Uudistuksella on myös riskinsä. Tampereen yliopistollisen sairaalan uudistamisohjelma
2020 riskeiksi on kirjattu toiminnalliset, tiloihin liittyvät ja taloudelliset riskit. Toimin-
nallisiksi riskeiksi voidaan lukea erityisesti hankkeen aikana asiakasmäärien vähenemi-
nen ja henkilöstön ylimitoitus, koska remontoinnin aikana eivät tilaresurssit välttämättä
riitä hoitamaan yhtä paljon potilaita, kuin aikaisemmin. Tiloihin liittyvä keskeisin on-
gelma on että remontoinnista huolimatta tilat ovat kuitenkin pienet, mutta suunnitelman
mukaan toimivammat. Talouden riskit liittyvät lainojen korkojen nousuun ja investoin-
tien tuottavuuden epävarmuuteen. Tuottavuuden näkökulmasta on tavoitteeksi riskien
hallinnan kannalta nostettu palvelujen myynti ulkopaikkakunnille. (Tampereen yliopis-
tollinen sairaala 2010.)

4 MENETELMÄN LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää käytetään laajalti terveystieteiden tutkimuksissa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tutkimusaihetta, ei selittämään sitä. Tutkimusmenetelmänä se suosii ihmistä tutkimusaiheena, koska tiedonkeruussa käytetään enemmän havainnointia kuin mitattuja suureita. Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän tavoitteena on myös pyrkimys sanoittamaan tehtäviä ja tuloksia, ennemmin kuin julkaisemaan niistä tilastoja tai kaavioita. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 17-22.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ymmärretään todellisuuden moninaisuus ja kohdetta pitääkin tutkia kokonaisvaltaisesti, jotta voidaan ymmärtää tutkittavaa asiaa (Hirsjärvi, Remes & Saravaara 2007, 156-157).

Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla pystytään tutkimaan tietoa, josta ei ole aikaisempaa tutkimustietoa. Kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käytetään myös, mikäli halutaan uutta näkökulmaa jo tutkittuun asiaan. Tutkimusmenetelmän tunnuspiirteenä voidaan nähdä induktiivisuus, eli asian ymmärtäminen ensin yksilötasolla ja sen jälkeen eteneminen yleiselle tasolle. Induktiivisuuden avulla voidaan kerätä yksilöiltä tietoa asiasta ja tämän jälkeen muodostaa laajempi ymmärrys tutkimusaiheesta. Tutkimusmenetelmän joustavuus mahdollistaa aineiston keruun useammista lähteistä ja antaa mahdollisuuden muuttaa tutkimuskysymyksiä tutkimuksen edistyessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55-74.)

Tämän opinnäytetyön pyrkimyksenä on ymmärtää sairaanhoitajien tulevaisuuden visiota, sekä uudistamisohjelman ja Lean-ajattelumallin vaikutuksia tulevaisuuteen, joten tutkimusmenetelmäksi valittiin kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Opinnäytetyössä sairaanhoitajat ihmisinä ovat tutkimuksen keskiössä, mikä myös tukee kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän valintaa.

4.2 Aineistonkeruumenetelmä

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erinäisistä dokumenteista kerättävä tieto. Kyselyssä tutkittava täyttää itse kyselylomakkeen, kun haastattelussa haastattelija esittää kysymykset suullisesti ja kirjaa vastaukset ylös. Haastattelu on aineistokeruumenetelmänä joustava, koska haastattelija voi tarkentaa kysymyksiä, mikäli haastateltava ei niitä ymmärrä oikein. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 72-80.)

Teemahaastattelu on yleisin aineistonkeruumenetelmä kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Teemahaastattelussa haastattelija on valmiiksi valinnut haastattelun aihepiirit eli teemat, mutta täsmällisiä kysymyksiä ja niiden järjestystä ei ole määritelty. Teemahaastattelussa haastattelijalla onkin enemmän tukisanalista ja käytävät aiheet listattuna. (Davies 2007; Aaltola & Valli 2010, 26-29.) Teemahaastattelussa on tärkeä huomioida haastattelijan vaikutus haastateltavaan. Tämän takia teemahaastattelua käytettäessä on tutkimukseen kirjattava olosuhteet ja sidokset haastateltaviin ja tutkimuskohteeseen, jotta tutkimuksen lukijalle selviää haastattelijan mahdolliset vaikutukset haastatteluun. (Davies 2007.)

Ryhmähaastattelun käyttö on aineistonkeruumenetelmänä yleistynyt vähitellen. Haasteena aineistonkeruumenetelmänä siinä on haastateltavien vaikutus toisiinsa. Tämä toisaalta sopii erittäin hyvin tutkimusaiheisiin, joissa ideoidaan uutta, kartoitetaan mielipiteitä tai tutkitaan kulttuurien kategorioita, sekä toimintatutkimuksissa. Ryhmähaastattelussa haastattelijan tehtävänä on luoda keskustelevalle ilmapiiri, ohjata keskustelua tutkimuksen aiheen mukaisesti ja rohkaista ja kannustaa keskusteluun. Haastattelija ei itse osallistu aktiivisesti keskusteluun. Haastattelijan tulee olla herkkä havainnoimaan ryhmän sisäistä kemiaa, jotta osaa huomioida kaikki osallistujat ja heidän mielipiteensä. Ryhmähaastattelussa voidaan käyttää myös kysymysten tai teemojen tukena erilaisia virikemateriaaleja, joista haastateltavat saavat keskustella ja tuottaa tietoa. (Valtonen 2005, 223-241.)

Tässä opinnäytetyössä on käytetty aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelua, joka toteutettiin ryhmähaastatteluna. Aineistonkeruumenetelmä valittiin, koska työn aiheen kannaltaideoiva keskustelu antaa enemmän tutkittavaa tietoa kuin haastateltavalle suorien kysymysten esittäminen. Teemahaastattelussa käytettiin haastattelun runkona oh-

jaavaa teemalistaa (Liite 3.), joka muodostettiin teoratiedon pohjalta kattamaan opinnäytetyön keskeisiä aiheita. Haastateltavaan ryhmään osallistui seitsemän leikkaussalissa työskentelevää sairaanhoitajaa. Sairaanhoitajat työskentelivät kaikki samalla leikkausosastolla, joten he tunsivat toisensa. Haastattelija ei tuntenut sairaanhoitajia ennestään. Haastateltavaan ryhmään osallistui sairaanhoitajia niin vanhemmista kuin nuoremista ikäryhmistä. Ryhmän keskustelua rikasti myös erilaiset kokemuspohjat työstä. Haastatteluun osallistuikin sairaanhoitajia työuransa alkupuolelta sekä jo kokeneempia hoitajia. Haastattelu kesti tunnin ajan ja se nauhoitettiin opinnäytetyön tekijän toimesta. Haastattelu järjestettiin viereisellä osastolla rauhallisessa huoneessa, jotta haastattelun ulkopuoliset henkilöt eivät kuulleet keskustelua.

4.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön aineisto on analysoitu sisällönanalyysi-menetelmää käyttäen. Sisällönanalyysi on laajalti käytetty analyysimenetelmä, koska sitä voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Sisällönanalyysissä pyritään ilmaisemaan asiat sanallisesti, ei tilastollisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 103-122.) Analyysin vaiheet voidaan jakaa karkeasti kahteen osuuteen, havaintojen pelkistämiseen ja tulosten tulkitsemiseen. Havaintoja pelkistettäessä on tutkijan huomioitava, ettei tuloksia ole tarkoitus yleistää tai niistä saada keskiarvoa, vaan yksinkertaistetaan ja luokitellaan havainnot käsiteltävämpiin muotoihin. Tulosten tulkitsemisen kannalta pelkistäminen on tärkeää, jotta tutkimusta asiasta saadaan kaikki näkökulmat esille oikeassa suhteessa. (Alasuutari 2011, 38-43.)

Sisällönanalyysille on yritetty muodostaa runko, mitä pitkin seuraamalla aineistoa voidaan analysoida. Tuomen ja Sarajärven (2011) mukaisesti ensimmäisenä sisällönanalyysissä päätetään mikä aineistossa kiinnostaa, mikä on tutkimuksen näkökulmasta olennaista tietoa. Tämän jälkeen käydään aineisto läpi ja erotellaan asiat, jotka sisältyvät kiinnostukseen. Kaikki muu aineisto jätetään tällöin pois. Kun kiinnostukseen sisältyvät asiat on nostettu esille, voidaan niitä alkaa luokittelemaan, teemoittelemaan ja tyypittelemään. Luokittelu, teemoittelu ja tyypittely kuvataan usein taulukon muodossa. Luokitteluun, teemoitteluun ja tyypittelyyn kuuluu aineistosta nostettujen asioiden pelkistäminen ja niiden jakaminen alaluokkiin. Alaluokat jaetaan edelleen yläluokkiin, josta muo-

dostetaan kokoava käsite, pääluokka. Tämän jälkeen voidaan kirjoittaa yhteenveto tai raportti sisällönanalyysistä. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 103-122.)

Tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysi aloitettiin litteroimalla haastatteluaineisto. Litteroitua materiaalia kertyi 23 sivua. Tämän jälkeen aineistosta nostettiin esille opinnäytetyön aiheeseen liittyvät ilmaisut. Näistä muodostui alkuperäisilmaisut. Alkuperäisilmaisuista muodostettiin edelleen pelkistettyjä ilmauksia ja ne koottiin taulukkoon (TAULUKKO 1.). Pelkistettyjä ilmauksia muodostui 139 kappaletta.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
” Mä luulen kanssa että jokaisen työpanos punnitaan aika tarkkaan, ja seurataan ehkä vähän jokaisen niinkun, jokaisen hoitajan-kin sitä työn työntekoa ja ollaan tarkkoja että miten se työ tehdään ja varmasti vaaditaan paljon”	Työpanoksen seuranta

TAULUKKO 1. Esimerkki alkuperäisilmauksen pelkistämisestä

Pelkistetyt ilmaukset jaettiin ryhmiin aiheiden samankaltaisuuksien mukaan. Näistä ryhmistä muodostui alaluokat (TAULUKKO 2.). Alaluokkia syntyi yhteensä 35 kappaletta.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Työpanoksen seuranta Tehostamisen vaatimukset Tehostamisen lisääminen	Tehokkuus

TAULUKKO 2. Esimerkki pelkistettyjen ilmauksien ryhmittelystä ja alaluokkien muodostuksesta

Alaluokkien muodostamisen jälkeen näistä muodostettiin yläluokat (10 kappaletta) (TAULUKKO 3.). Yläluokat ryhmiteltiin vielä pääluokkiin, joita tuli kolme kappaletta. Pääluokiksi muodostui sairaanhoitajan työn muuttuminen tulevaisuudessa, yhteiskunnan ja potilaiden muuttuminen tulevaisuudessa, sekä tilojen muuttuminen tulevaisuudessa.

Alaluokat	Yläluokat	Pääluokat
Työajat Ostopalvelut Teknistyminen Resurssit Muut erikoisalut Monen työpisteen omaksuminen	Työnkuvan muutos	Sairaanhoitajan työn muuttuminen tulevaisuudessa
Töissä vanhemmaksi Tehokkuus Joustavuus	Sairaanhoitajan työn vaatimukset	
Työrauha Yksilöllisyys (arvostus) Henkilökunnan huomiointi Yhteiset tapaamiset Vaikuttavuus/johtajuus Hyvä työyhteisö	Työhyvinvointi	
Potilasturvallisuus Koulutus Työkierto Perehdytys	Ammattitaidon ylläpito muutoksen keskellä	

TAULUKKO 3. Esimerkki alaluokkien, yläluokkien ja pääluokkien jaottelusta.

Sisällönanalyysillä saatiin koko haastattelumateriaalista nostettua esille oleelliset asiat opinnäytetyön kannalta. Opinnäytetyön tulokset osiossa käydään haastattelumateriaalia lävitse yksityiskohtaisemmin.

5 TULOKSET

5.1 Sairaanhoidajan työn muuttuminen tulevaisuudessa

Sairaanhoidajan työnkuva tulee todennäköisesti tulevaisuudessa laajenemaan, jolloin sairaanhoidajan vastuulle siirtyy lääkäriltä toimintoja. Tämä tulee muuttamaan sairaanhoidajan työnkuvaa tulevaisuudessa nostaen samalla sairaanhoidajan osaamisvaatimuksia. (Ryynänen ym. 2004).

Haastatellessani leikkausosaston sairaanhoidajia nousi heiltä paljon keskustelua sairaanhoidajan työnkuvan laajenemisesta tulevaisuudessa. Jo nyt koettiin, että viime vuosien aikana sairaanhoidajan työnkuva on laajentunut ja jatkossa laajenee edelleen. Työnkuvan laajeneminen nostaa työn vaatimuksia. Sairaanhoidajan täytyy hallita yhä useamman työpisteen työtehtävät niin omalla leikkausosastolla, kuin myös työkierron kautta koko organisaatiossa. Sairaanhoidajan on kehitettävä itseään monen eri erikoisalan työntekijänä, jotta osaa toimia vaaditulla tavalla. Tämä koettiin haastavana, mutta samalla mahdollisuutena kehittää itseään. Tulevaisuudessa töitä myös varmasti jaetaan erilaisilla eri toimijoille, mikä vaikuttaa sairaanhoidajan työnkuvaan. Resursseja tuskin tullaan tulevaisuudessa lisäämään, mutta töitä tulee enemmän. Haastateltavat nostivat esiin mahdollisuuden siitä, että tulevaisuudessa sairaanhoidajalta karsitaan niin sanotusti helpoimpia töitä pois ja annetaan nämä vähemmän koulutetulle halvemmalle työntekijälle. Raha tulee siis tulevaisuudessa vaikuttamaan suuresti myös sairaanhoidajan työnkuvan muotoutumiseen.

” Minimi miehityksellä yritetään viedä se työ sitten läpi ”

” Ja varmaan justiin tätä, että sitten kun on erilaisia tehtäviä sairaalassa, että sitten yritetään siirtää niitä tavallaan aina sitten että joku joka tekee vähän halvemmalla niin voi tehdä jonkun jutun. Että sitten profiloidutaan vaan niinku tietynlaisiin tehtäviin, että on monen palkkatason ihmisiä sitten ”

Sairaanhoidajan työnkuvaan vaikuttaa tulevaisuudessa paljon teknologian kehittyminen ja teknistyminen. Haastateltavat nostivat esiin kuinka tärkeänä pitävät potilaan kohtaa-

misen yksilönä ja ihmisenä, mutta pelkäävät tämän vähentyvän tulevaisuudessa. Potilaskontaktin uskotaan vähentyvän tulevaisuudessa huomattavasti ja potilaan kohtaamisesta muovautuu lähinnä tekninen suoritus, jossa yksilöiden huomioiminen ja keskustelu vähenevät. Jo nyt sairaanhoitajat ovat huomanneet hoitotilanteesta jäävän ajoittain itselle tunne, että on hoitanut enemmän koneita kuin itse potilasta. Tulevaisuutta visioitaessa nousi keskusteluun myös työvoiman siirtäminen ulkomaille ja hoitotyössä tämän mahdollisuus. Teknologian kehitys voikin joskus saavuttaa tilanteen, jossa sairaanhoitajan töitä voidaan siirtää jopa ulkomaille. Internetin välityksellä voidaan leikkaussalista lähettää kuvaa ja mittaukset suoraan ulkomaille halvemman työn perässä. Ulkomailta sairaanhoitaja sitten lisää tai vähentää lääkkeitä laskurien kautta ja hoitaa näin potilasta. Haastateltavat toivoivat, ettei näin kävisi vaan sairaanhoitajan läsnäolo olisi kuitenkin edelleen tärkeää.

”Potilaskontakti jää paljon lyhyemmäksi”

”Ostetaan kuulkaa ne palvelut, samat käyrät kun näkyy thaimaassa niin ne thaimaalaiset hoitajat hoitaa sieltä kotoa käsin meidän potilaat”

Sairaanhoitajan työn vaatimukset tulevat kasvamaan tulevaisuudessa, mutta sairaanhoitajilta odotetaan myös yhä enemmän joustavuutta haastateltujen mielestä. Nykyäänkin jo sairaanhoitajilta vaaditaan enemmän ja enemmän joustavuutta, tulevaisuudessa joustavuutta tarvitaan varmasti sairaanhoitajan työssä vielä huomattavasti enemmän. Vaatimusten lisäksi työajat tulevat lisäämään joustavuuden tarvetta. Haastateltavat nostivat esille, kuinka jatkossa tullaan varmasti yleistämään myös pienemmissä leikkaussaleissa ilta-aikaan tehtäviä leikkauksia. Aika, jonka leikkaussali on tyhjillään, voidaan tulevaisuudessa nähdä tilaresurssien hukkana, joten sitä pyritään lyhentämään. Leikkauksien lisääminen ilta-aikaan vaatii sairaanhoitajilta työvuoromuutoksia, mutta ehkä myös harrastustoiminnan ylläpitoa yön ylitse.

Tulevaisuudessa myös työn tehokkuuteen on sairaanhoitajien panostettava yhä enemmän. Haastateltavat toivat esiin, että tulevaisuudessa jokaisen työpanos punnitaan tarkasti ja painostetaan tekemään asiat nopeammin ja tehokkaammin. Tehostamisessa hyvänä puolena koettiin kuitenkin, että jokainen haastatelluista sairaanhoitajista haluaa tehdä töitä töihin tullessa ja on myös motivoitunut tekemään niitä. Tehostaminen tulee

toteutua kuitenkin siten, ettei se aiheuta työuupumusta ja vie kaikkia voimia hoitajilta. Tulevaisuudessa sairaanhoitajien eläkeikä varmasti myös vielä nousee entisestään. Naurun säestämänä haastateltavat olivat yhtä mieltä, että leikkausosastolla on 50 vuoden päästä töissä paljon vanhempia sairaanhoitajia kuin nykyään.

Haastattelussa nousi myös esille sairaanhoitajien huoli potilasturvallisuuden säilymisestä kaikkien muutoksien keskellä. Tulevaisuudessa toivottiin hyvää perehdytystä niin oman toimipisteen töihin, kuin myös muiden toimipisteiden töihin, mikäli ne pitää hallita. Perehdytyksen järjestäminen siten, että siihen on aina aikaa ja resursseja nähtiin tärkeänä potilasturvallisuuden säilymisen kannalta. Ammattitaidon ylläpitämiseksi kehityvässä työyhteisössä ja -ympäristössä toivottiin myös erilaisia koulutuksia, jotta jokainen hoitaja pysyy ajan tasalla muutoksista.

”Niin kun sehän siinä onkin jos sä käyt siellä, sut perehdytetään joku pieni perehdytys ja sä oot siellä vähän aikaa tutustumassa. Niin ei voi olettaa että sä osaat ne asiat sitten taas vuoden päästä, tai joskun kun sua tarvitaan siellä”

”Pitää pystyä tosiaan toimiin monessa paikassa ja monessa vuorossa ja joustoo siis et sitä vaaditaan ihan älyttömästi”

Sairaanhoitajan työnkuvan muuttumiseen haastattelijat liittivät tärkeänä osa-alueena työhyvinvoinnista huolehtimisen. Työn vaativuuden lisääntyessä koettiin tärkeänä, että saa tehdä töitä hyvässä työyhteisössä. Toivottiinkin, että tähän riittäisi kiireen keskellä myös tulevaisuudessa aikaa panostaa. Henkilökunnan yhteisten tapaamisten mahdollistaminen osastolla, esimerkiksi osastotuntien merkeissä, koettiin yhtenä keinona nostaa työyhteisön yhteenkuuluvuuden tunnetta ja näin parantaa työhyvinvointia. Yhteiset koulutukset ja virkistyspäivät nähtiin myös mahdollisuutena työhyvinvoinnin parantamiseen yhdessä. Sairaanhoitajien mahdollisuutta vaikuttaa muutoksiin, toivottiin lisäävän. Erityisesti mielipiteiden kysymistä muutoksista ja niiden eteenpäin vieminen johdon tasolle koettiin työhyvinvointia lisäävänä. Henkilökunnan huomiointia niin työyhteisönä kuin yksilöinäkin haastateltavat korostivat. Toivottiin, ettei tulevaisuudessa jokaisen osaston ja jokaisen hoitajan tarvitse sopia samaan muottiin. Osastot saisivat tiettyjen kriteerien pohjalta kehittää toimintaansa omalle osastolleen ja erikoisalaansa sopi-

vaksi. Yksilötasolla työrauhan antaminen jokaiselle koettiin tärkeänä työhyvinvoinnin edistämisen keinona.

” Enemmän kysyttäis meiltä mitä me halutaan. Ja sitten nimenomaan meidän toive että se menis perille. Että kuulisivat siellä ylhäällä että mitä me tarkoitetaan, mitä me halutaan. Eikä omista päistä päättäis.”

”Niinkun itellä arvostaa sitä että aina se oma työyksikkö kohdattais myös niinkun yksilönä”

5.2 Yhteiskunnan ja potilaiden muuttuminen tulevaisuudessa

Yhteiskunta on muuttunut paljon aikojen saatossa, jonka myötä myös terveydenhuollon tarve on muuttunut. Tämän lisäksi sairauksien yleisyys ja itse sairaudetkin ovat yleistyneet vuosien aikana. Tulevaisuudessakin muutosta tulee tapahtumaan. Yhtenä suurista muutoksen aiheuttajista on Suomen ikärakenteen muutos, joka myös painostaa kehittämään työskentelyä. (Teperi & Vuorenkoski 2005.)

Opinnäytetyön haastattelussa sairaanhoitajat nostivat selkeästi esiin, kuinka yhteiskunnassa on tapahtunut heidänkin työuriensa aikana paljon muutosta, joka on vaikuttanut terveydenhuoltoon. Aikaisemmin työt olivat enemmän hoivaavia ja sairaanhoitajalta odotettiin paljon keskustelua ja ohjausta. Nykyään on yhä enemmän totuttu siihen, ehkä myös osittain ainaisen kiireen vaikutuksesta, että sairaanhoitajalta ei odotetakaan niin paljon keskustelua vaan enemmän ammatillista osaamista. Leikkaussalissa tämän näkyy esimerkiksi siinä että puudutetut nuoremmat potilaat mieluiten vain kuuntelevat musiikkia omista kuulokkeista, kun vanhemmat potilaat tykkäävät keskustella hoitajien kanssa.

Haastateltavat keskustelivat paljon siitä kuinka muutokset ihmisten tavoissa ja vaatimuksissa johtunee siitä, että käytännöt muuttuvat, jonka seurauksena ihmisetkin lopulta muuttuvat. Tästä nousikin keskustelua siitä, kuinka tulevaisuudessa teknologia lisääntyy ja ihmiskontakti hoitajan ja potilaan välillä todennäköisesti vähenee edelleen. Tämä tuntui sairaanhoitajista asialta, jota ei tulevaisuudelta toivota. Keskustelussa heräsi kuitenkin ajatus ihmisten muuttumisesta tulevaisuudessa. Ihmisten tottumusten muutosten

myötä onkin mahdollista, ettei potilaskontaktin vähyyttä ehkä enää silloin koeta niin epäinhimillisenä tai vieraana toimintana. Tulevaisuudessa potilaat ja tavat ovat muuttuneet siten, ettemme enää edes kaipaa sairaanhoitajilta niin paljon ihmiskontaktia.

” Että siinä missä niinkun käytännöt muuttuu niin ihmisetkin muuttuu.”

Sairaanhoitajat nostivat keskustelussaan yhteiskunnan muuttumisesta myös esille eriarvoisuuden ja sen lisääntymisen. Suurin osa hoitajista koki, että tulevaisuudessa eriarvoisuus potilaiden kesken tulee lisääntymään. Suomessa varmasti riittäisi tietoa ja taitoa hoitaa yhä vanhempia ja yhä huonompikuntoisia potilaita tulevaisuudessa, kuin mitä vielä nyt pystytään hoitamaan. Tulevaisuudessa ei kuitenkaan tähän todennäköisesti resursseja riitä. Tästä voikin syntyä tilanne, jossa yhteiskunta kustantaa terveydenhoidon tiettyyn ikään saakka, tämän jälkeen on potilaan omalla halukkuudella ja varallisuudella väliä hoitaako hän terveyttään kuolemaansa saakka. Tämä synnyttää tilanteen, jossa varakas iäkäs pystyy huolehtimaan itselleen yksityiseltä sektorilta hyvää hoitoa, kun köyhempi jää ilman hoitoa.

” Nyt enemmän ja enemmän pystytään hoitaa aina vaan vanhempia ja aina vaan sairampia ihmisiä, mut kääntyyks se jossain kohtaa niinpäin että ne jotka on eläkkeellä, niin niistä ei oo yhteiskunnalle hyötyä, niin niitä ei – hoidetaan vähemmän, kun niitä jotka on työelämässä”

Haastateltavat sairaanhoitajat toivat myös esille internetin ja sieltä saatavan tiedon vaikutuksen hoitoon. Nykyään on jo yleistynyt, että potilas on hakenut ennakkoon tietoa leikkauksesta ja hoidosta internetistä ja kyselee näistä tiedoista hoitajalta. Tämä koettiin usein haastavana, koska toisinaan potilas ei osaa itse punnita hyötyjä ja haittoja tai ajattelee asiaa vain yhdeltä kannalta. Potilas saattaa tällöin alkaa vaatimaan tiettyä lääkettä vaivaansa, vaikka lääkäri on antanut hoitajalle ohjeistuksen toisen lääkkeen käytöstä. Hoitajan tuleekin tällöin osata perustella lääkärin päätös lääkkeiden käytöstä potilaalle.

” Tasan tarkkaan tietää mitä hän haluaa, mitä ei halua. Hän haluaa sitä kipulääkkeeksi, tätä ja tota. Ja kyllä mä uskon, että kun saa tietoo, netin kautta tulee sitä valtavasti...”

Potilaan tiedon lisääntyminen erilaisista hoidosta lisää varmasti tulevaisuudessa potilaan itsemääräämisoikeuden käyttöä. Potilaat osaavat vaatia tietynlaista hoitoa ja lääkitystä vaivoihinsa. Haastateltavat toivat myös esiin, kuinka tulevaisuudessa potilaan toiveita tullaankin kuuntelemaan monipuolisemmin hoidossa. Voi olla, että tulevaisuudessa potilas pääsee myös itse vaikuttamaan enemmän esimerkiksi leikkauksensa ajankohtaan, ennemmin kuin että se yksioikoisesti sairaalasta ilmoitetaan potilaalle.

” Ja enemmän ja enemmän potilaat pystyy vaikuttamaan siihen omaan hoitoon ja leikkauksiin ”

Tulevaisuudessa myös potilaiden vastuu hoidostaan lisääntyy. Voi syntyä tilanne, jossa sairaala olettaa potilaan tietävän asioita, koska ne lukee internetissä, eikä niitä enää sairaalassa käydä ainakaan yhtä laajalti läpi. Potilaan pitää myös todennäköisesti pitää enemmän huoli omasta hoidostaan, järjestää esimerkiksi itse jatkohoitopaikkansa tai varata itse hoitoajat internetin välityksellä. Ihminen ihmiselle ohjaus ja asioiden hoito varmasti vähenee entisestään.

Yhteiskunnan muuttumisen vaikutus hoitoon tulee olemaan suuri tulevaisuudessa. Haastateltavien keskustelussa nousi esiin päiväkirurgian lisääntyminen tulevaisuudessa sekä säättösyistä, että siitä etteivät potilaat enää edes halua viettää sairaalassa yhtä kauaa aikaa leikkauksien jälkeen kuin aikaisemmin. Sairaanhoitajat nostivat esiin kuinka tulevaisuudessa päiväkirurgia lisääntyy, mutta samalla varmasti myös kotihoito kirurgisten potilaiden kohdalla lisääntyy. Tulevaisuudessa päiväkirurgisille potilaille voi olla internetsivusto, jonne heidän pitää esimerkiksi ilmoittautua tietyssä vaiheessa, jotta sairaanhoitaja tietää heillä kaiken olevan hyvin. Toisaalta tämän kautta voidaan esimerkiksi esittää kysymyksiä sairaanhoitajalle tai näyttää kameran avustuksella leikkaushaavaa.

” Pitää järjestää kaikki asiat itse ”

” siel on netin kautta joku hoitaja johon voi ottaa yhteyttä jos tulee jotain ongelmaa ”

Sairaudet tulevat myös muuttumaan tulevaisuudessa. Yhden yleisen sairauden hoito ja ehkäisy muuttuu harvinaiseksi ja toisesta tulee yleinen ongelma. Sairaanhoitajat nostivat lihavuuden tuovan tulevaisuudessa ehkä uusia vaivoja tai sairauksia, joiden hoito yleis-

tyy myös leikkauksin. Toisaalta hoitajat toivoivat, että tulevaisuudessa olisi enemmän aikaa ja rahaa keskittyä sairauksien ehkäisyyn sekä aikaiseen toteamiseen ja hoitoon, jotta graaveilta tapauksilta välttyttäisi. Esimerkiksi elintapasairauksien kohdalla ennalta-ehkäisy ohjauksella ja neuvonnalla voisi vähentää sairauksien aiheuttamaa hoidontarvetta.

” kun nytte on jo koululaiset ja tarhaikäset on ylipainosia ja niiden mukana tulee sen mukana sairauksia, siiten taas ”

Haastateltavat nostivat monessa keskustelun vaiheessa rahan esille tulevaisuudesta puhuttaessa. Heillä oli tästä myös yhteinen ajatus selkeänä. Kaikki haastatellut sairaanhoitajat toivoivat, ettei tulevaisuudessa Suomi ryhtyisi niin sanottuun Amerikan-malliin, jossa vakuutusyhtiöt ja raha määrittäisi hoitoon pääsyn. Kaikille potilaille taattaisi aina laadukas ja turvallinen hoito.

5.3 Tilojen muuttuminen tulevaisuudessa

Sairaalan tiloja pitäisi remontoida ja uudistaa 20 vuoden välein, jotta tilat pysyisivät käytännöllisinä ja ajan mukaisina. Tampereen yliopistollinen sairaala on kuitenkin jäänyt tästä tahdistä jälkeen, eivätkä tilat enää palvele toimintaa riittävän hyvin. Sairaalan alueelle on nyt suunniteltu laajat remontit ja uudisrakentamista, jotta tilaratkaisut saadaan käytännöllisiksi ja toiminnan vaatimalle tasolle. Lähivuosina sairaalan tiloihin tuleekin siis paljon muutoksia. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2010.)

Opinnäytetyön haastattelussa nousi keskustelussa esiin tilojen epäkäytännöllisyys ja viihtyvyyden puute. Sairaanhoitajat nostivat yhtenä suurimmista ongelmista tällä hetkellä varastotilan niukkuuden. Leikkausosastolla joudutaan säilyttämään tavaroita leikkaussaleissa tai käytävillä, mikä aiheuttaa esimerkiksi ylimääräistä liikettä leikkaussaleihin kesken leikkauksen. Tulevaisuudessa toivottiinkin järkevämpiä ja isompia varastotiloja, joihin kaikki tarvikkeet mahtuvat hyvään järjestykseen. Varastotilojen lisäksi, muutkin tilat sairaalassa koettiin ahtaina. Toivottiin, että remonttien myötä tulevaisuudessa koko leikkausosasto olisi väljempi. Myös kulkureitteihin osastolla toivottiin selkeyttä. Sairaanhoitajat toivoivat, ettei heidän tarvitsisi päivittäin kulkea joko potilaiden

tilojen tai roskakäytävän lävitse, vaan leikkausosastolla olisi kunnolliset läpikulkukäytävät helpottamassa liikkumista osastolla. Tilojen käytännöllisyys koettiin yleisesti yhtenä tärkeimmistä kriteereistä työympäristölle.

” No tiloista nyt tulee ensimmäisenä mieleen, että varastotilaa pitäis olla enemmän.”

” Ehkä pikkasen isompi leikkausosasto vois olla, saleiltaan isompia ja käytäviltään ja just sit se varastot.”

Sairaalan tiloista keskusteltaessa pohdittiin myös tilojen viihtyvyyttä. Sairaanhoitajat näkivät tilojen viihtyvyyden tärkeyden niin hoitajien työhyvinvoinnin kuin potilaidenkin mukavuuden kannalta. Nykyiset vanhat tilat koettiin haastaviksi henkilökunnan viihtyvyyden kannalta ahtautensa ja epäkäytännöllisyyksien takia. Yleisilmeeltä leikkausosastosta muutamalle sairaanhoitajalle nousi mieleen paikan vanhuus. Suurimpana ongelmana tiloissa henkilökunnan viihtyvyyden kannalta koettiin kuitenkin hoitajien tilojen ahtaus. Tällä hetkellä hoitajien kahvihuoneeseen eivät hoitajat mahdu viettämään ruokataukoaan yhtä aikaa, saatika osastopalavereja. Tulevaisuudessa toivottiinkin, että hoitajilla olisi tilaa istahtaa tauolla kahvihuoneessa rauhassa. Henkilökunnalle toivottiin myös enemmän toimivia vessoja tulevaisuudessa, jotta tauolla ei menisi aikaa vessaan jonottaessa muiden hoitajien kanssa. Tulevaisuutta visioitaessa nousi myös ajatus hoitajien yhteisestä työhuoneesta, jossa olisi mahdollista hoitaa leikkauslistan salliessa esimerkiksi oman vastualueen työtehtäviä rauhassa.

”Että kahvihuone on tosi ahdas. Meillä ei esimerkiksi niinku pystytä viemään siellä osastotuntia läpi, tai jos viiään niin kaikki istuu siellä sillitpurkissa.”

Potilaiden viihtyvyydestä keskusteltaessa nostivat hoitajat esille viimeisimmät uudistukset leikkausosastolla. Kyseisellä leikkausosastolla on lähiaikoina remontoitu potilaille erillinen leiko-tila, joka hoitajien mukaan on lisännyt potilaiden viihtyvyyttä. Sairaanhoitajat näkivät tärkeänä, että potilaat viihtyvät leikkausosastolla. Potilaiden viihtyvyyttä uskottiin myös parantavan, mikäli tulevaisuudessa heräämöönsä saadaan hiukan lisätilaa, jotta potilaiden ei tarvitse olla niin tiiviisti. Keskustelussa nousi kuitenkin esiin, että sairaanhoitajat kokivat organisaation panostavan uudistuksissa usein enemmän potilaiden viihtyvyyteen kuin hoitajien.

Tilojen uudistuksista puhuttaessa, nousi keskusteluun myös toimintojen keskittäminen ja teknologian lisääntyminen. Tulevaisuudesta keskusteltaessa nousi ajatus leikkaussalin toimintojen keskittämisestä. Tulevaisuudessa voi olla vain jonkinlainen anestesiaavalo, johon yhdelle tai kahdelle anestesiahoitajalle tulee monen salin monitoreista potilaiden tilasta kertovat käyrät ja valvomosta käsin hoitaja voi antaa potilaalle tarvittaessa lääkettä. Tällainen toiminnan keskittäminen vähentäisi huomattavasti anestesiahoitajien määrää leikkausosastolla.

”...kaukoohjauksella, joku hoitaja sillä on monta salia siinä monitorilla, ja sieltä se napilla painaa että annetaampas vähän fentanyyliä”

Teknologian kehittyminen vaikuttaa varmasti tulevaisuudessa tiloihin. Sairaanhoitajat nostivat esiin kuinka jo nykyäänkin on esimerkiksi ilmoittautumisesta tehty robotin kanssa toimimista. Potilaan tullessa sairaalaan voi hän jo ilmoittautua vain Kela-korttia näyttämällä viivakoodinlukijalle. Tulevaisuudessa ilmoittautuminen tapahtuu ehkä sormenjäljen tai silmän iiriksen avulla. Lääkehoitokin siirtyy tulevaisuudessa ehkä enemmän ja enemmän tunnistuksien taakse. Pitkäaikaishoitoksissa on jo otettu automaattinen lääkejako käyttöön. Tällöin lääkkeet tulee valmiiksi jaettuina pusseissa osastolle, eikä hoitaja enää itse lääkkeitä jaa. Tämän sairaanhoitajat uskoivat tulevaisuudessa yleistyvän entisestään. Pohdittiin myös mahdollisuutta, että lääkkeet tilataan osastolle tarpeen mukaan nappia painamalla ja sitten jonkinlaista liukuhihnaa pitkin varastosta lähtee tabletti osastolle, tai jopa suoraan potilaalle.

”Ja lääkekaapitkin on varmaan semmosia kun nää kauppojen tupakkajutut nää, nappia painamalla sieltä tipahtaa”

Robottiteknologiasta leikkauksissa sairaanhoitajat eivät osanneet sanoa mitä tulevaisuus tuo tullessaan. Toisaalta sairaanhoitajat pitivät nykyistä määrää robottivusteisista leikkauksista hyvänä, mutta toisaalta tulevaisuudessa kehityksen kautta niiden määrä saattaa lisääntyä paljonkin.

Sairaanhoitajat saivat käyttää tulevaisuuden visioinnissa myös mielikuvitustaan haaluamissaan määrin. Keskustelu ja pohdinta tuottivat myös ajatuksen tulevaisuuden sai-

raalasta, jossa potilas ilmoittautuu sormenjäljellä tai vastaavalla, saa robotilta esilääkkeet, jotka potilas ottaa itsenäisesti. Tämän jälkeen potilas käy vain jonkinlaiselle liukuhihnalle makaamaan, joka kuljettaa potilaan oikeaan leikkaussaliin, jossa leikkaus tehdään.

” Kohta meillä on liukuhihna, missä tulee potilaat tai liukuhihnaa myöten. Ne menee makaamaan tuolla ala-aulessa ja sit ne tulee...”

5.4 Johtopäätökset tuloksista

Terveystenhoitoalalla on koettu laajoja muutoksia aikaisemmin ja tälläkin hetkellä suuria muutoksia on tapahtumassa. Sairaanhoitajan tarvitsee työssään muutoksenhallintakykyä pärjätäkseen ammatissaan. (Vuorinen 2007, 15-17, 58-59.) Opinnäytetyön tulokset tukevat tätä ajatusta. Koko terveydenhuoltoala ja yhteiskunta kokevat tulevaisuudessa laajoja muutoksia, jotka vaikuttavat sairaanhoitajien työkuvaan. Tulevaisuuden muutosten taustalla on väestökehitys, taloudellinen epävarmuus, teknologian kehitys ja väestön ajatusmaailman muutokset. (Ryynänen ym. 2004; Lukkari ym. 2013, 413-419.) Väestörakenne muuttuu vaikuttaen koko yhteiskuntaan. Tämä tarkoittaa, että työikäisen väestön määrä vähenee samalla, kun yli 60-vuotiaiden osuus väestöstä kasvaa. Väestörakenteen muutos luo terveydenhuoltoalalle tilanteen, jossa potilaiden määrä kasvaa, mutta työikäisten määrä vähenee. (Mikkonen & Väistö 2012.)

Aikaisemmissa selvityksissä on tullut esille, kuinka sairaanhoitajan työ tulee muuttumaan yhteiskunnallisten muutosten myötä. Sairaanhoitajan työkuva laajenee tulevaisuudessa, jolloin sairaanhoitajien työn osaamisvaatimuksetkin kasvavat (Ryynänen ym. 2004; Lukkari ym. 2013, 413-419). Opinnäytetyön tuloksista nousee esiin kuinka sairaanhoitajat kokevat työkuvan laajenemisen sekä negatiivisena että positiivisena asiana. Työkuvan laajeneminen antaa sairaanhoitajille mahdollisuuden kehittää ammattitaitoaan, mutta haastaa myös sairaanhoitajat kehittämään itseään ja toimintatapojaan. Haastavana koettiin monen eri työtehtävän riittävä hallinta. Työkuvan laajeneminen nosti myös huolenaiheeksi sairaanhoitajien jaksamisen ja työhyvinvoinnin. Laajenemisen lisäksi tuloksista ilmenee kuinka sairaanhoitajat kokevat, että tulevaisuudessa keski-

tytään tehostamaan toimintoja ja työtehtäviä. Sairaanhoidajilta vaaditaankin joustavuutta yhä enemmän.

Potilaan asema on muuttumassa yhä enemmän passiivisen potilaan roolista aktiiviseksi oman terveyden asiantuntijaksi. Potilaat saavat paljon tietoa terveydestä ja sairauksista internetin kautta, sekä omasta kehostaan kotimittareiden avulla. (Katila ja Eskola 2005, 30-32.) Tiedon lisääntyessä potilaista muodostuu asiantuntijoita ja lääkäristä tulee potilaalle ennemminkin neuvonantaja. Potilaslähtöisen hoidon merkitys laajenee ja yksilöllisen hoitopolut ja hoitomenetelmät yleistyvät. (Soininen 2012, 1977-1978.) Aiempia selvityksiä myötäillen opinnäytetyön tulokset tukevat ajatusta potilaiden yksilöllisyyden kasvusta ja heidän tiedon määrän lisääntymisestä tulevaisuudessa. Potilaiden vaikutusvalta hoitoonsa kasvaa entisestään.

Teknologia yleistyy leikkausaleissa kehityksen myötä muuttaen tulevaisuudessa perioperatiivisten sairaanhoidajien työnkuvaa, joten sairaanhoidajien on osattava käyttää leikkaussalitekniologiaa yhä enemmän määrin (Catalanon & Fickenscherin 2007, 958-968). Teknologian kehittyminen on mahdollistanut leikkaustekniikoidenkin kehittymisen. Yhä enemmän määrissä käytetään mahdollisimman vähän kajoavia tekniikoita (Kellokumpu 2011, 24-34), samalla myös robottikirurgia on yleistynyt (Lehtinen 2014a, 13-19). Sairaanhoidajien tulee osata käyttää teknologiaa laadukkaan hoidon toteutumiseksi. Teknologian kehitys vaikuttaa myös tilasuunnitteluun, koska erilaiset laitteistot tarvitsevat tietyntylaiset tilaratkaisut. Opinnäytetyön tuloksista näkee myös, että tulevaisuutta visioidessa teknologian kehittymisellä voi olla suuriakin vaikutuksia hoitotyöhön. Erilaiset monivalvomot leikkaussaleihin ja etäkäytön yleistyminen voivat olla tulevaisuuden ratkaisuja.

Tuloksia tarkasteltaessa huomaa myös kuinka yhteiskunnan taloudellisella tilanteella on vaikutusta tulevaisuuden visioon. Terveystaloudella tämä näkyy selvästi. Taloudellinen tilanne voikin rajata potilaita eriarvoisiin asemiin. Ryynäsen ym. (2004) mukaan taloudellinen epävarmuus ja heikko tilanne ovat painostaneet myös osaltaan muutoksiin koko yhteiskunnassa. Säästötarpeiden takia palveluita on tehostettu ja keskitetty, ja tämä tulee tulevaisuudessakin olemaan suuntana.

Opinnäytetyön tuloksista nousee vahvana ajatuksena esiin, kuinka tulevaisuudessa hoitotyö ja terveydenhuoltoala muuttuvat tulevaisuudessa paljon, mutta muutosta on vaikea visioda ennakkoon. Hoitajat nostivat opinnäytetyön haastattelussa esiin kuinka paljon hoitotyö on muuttunut viimeisen kymmenen vuoden aikana, eivätkä he olisi osanneet kymmenen vuotta sitten edes aavistaa, mitä hoitotyö leikkaussalissa nykyään on.

6 POHDINTA

6.1 Eettisyyden tarkastelu

Tutkimusetiikkaa tarkastellessa on otettava monia asioita huomioon. Yksinkertaisesti ilmaistuna tutkimusetiikalla tarkoitetaan hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Tutkimusetiikan periaatteina ovat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus ja rehellisyys, luottamus, sekä kunnioitus. Keskeisinä kohtina tutkimusetiikassa onkin vapaaehtoinen suostumus tutkimuskohteelta, tutkimuksen keskeyttämisen mahdollisuus missä vaiheessa vain, sekä salassapitovelvollisuuden noudattaminen. Hyviin eettisiin tapoihin kuuluu myös tuloksia julkaistaessa avoimuus. Tutkittavan aiheen etiikkaa voidaan myös pohtia tässä osiossa. (Kylmä & Juvakka 2007, 137-155.)

Tässä opinnäytetyössä opinnäytetyön tekijä on pyrkinyt noudattamaan koko opinnäytetyöprosessin ajan hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Opinnäytetyötä tehdessä on pyritty huomioimaan lähdemateriaalin luotettavuus ja käyttämään vain luotettavista lähteistä kerättyä tietoa. Lähdemerkinnät on myös pyritty merkitsemään asianmukaisesti kirjallisia ohjeita noudattaen.

Opinnäytetyön eettisyyttä lisää haastattelussa huomiodut asiat. Haastateltavat tulivat haastatteluun vapaaehtoisesti tietäen osallistuvansa opinnäytetyön haastatteluosioon. Haastateltaville annettiin etukäteen informaatiota opinnäytetyöstä niin suullisesti osastotunnilla esittäytyen, kuin myös kirjallisesti saatekirjeessä (Liite 1.). Haastateltavat allekirjoittivat myös suostumuslomakkeen (Liite 2.), jossa he lupautuivat haastattelun nauhoitukseen ja sen materiaalin käyttöön opinnäytetyössä. Haastateltavat sairaanhoitajat oli myös informoitu asiasta, että he saavat keskeyttää haastattelun missä tahansa vaiheessa, mikäli näin haluavat.

Opinnäytetyön tekijä on tuonut tulokset esille työssä totuuden mukaisesti kerätyn aineiston pohjalta. Haastateltujen sairaanhoitajien anonymiteetti on kuitenkin pyritty säilyttämään opinnäytetyön raportissa. Haastattelumateriaalit opinnäytetyöntekijä on säilyttänyt siten, ettei materiaali päädy ulkopuolisten nähtäväksi. Opinnäytetyöntekijä on

myös huolehtinut haastattelumateriaalien tuhoamisesta asianmukaisesti sisällönanalyysin suoritettua.

6.2 Luotettavuuden tarkastelu

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellessa voidaan puhua luotettavuuskriteerien tarkastelusta. Tällaisia kriteerejä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimustulosten olevan sitä mitä aineisto on antanut. Uskottavuutta voidaan lisätä vertaamalla tuloksia muiden samaa aihetta tutkineiden tulosten kanssa. Vahvistettavuus näkyy läpi tutkimuksen. Tutkimuksen lukijan tulee pystyä seuraamaan prosessin kulkua pääpiirteittäin, tällöin tutkimus on vahvistettavissa. Reflektiivisyyttä tarkasteltaessa tutkimuksen lukijalle tulee selkeytyä tutkijan vaikutus tutkimukseen. Reflektiivisyys kertoo kuinka tutkija on vaikuttanut aineistoon ja tutkimusprosessiin. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimusten tulosten siirrettävyyttä vastaaviin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-134.)

Tässä opinnäytetyössä opinnäytetyöntekijä on pyrkinyt toimimaan koko opinnäytetyöprosessin ajan luotettavuuskriteerejä noudattaen. Uskottavuus tulee esille tuloksia tarkastellessa. Opinnäytetyöntekijä on kirjoittanut tuloksista siten kuin haastattelussa saatu materiaali on tietoa antanut. Uskottavuuden peilaaminen tieteellisiin tutkimuksiin on haastavaa, koska aihetta on tutkittu vähän, vaikkakin artikkeleja aiheesta löytyy paljon. Opinnäytetyöntekijä on kuitenkin pyrkinyt myös vertaamaan tuloksia tieteellisiin tutkimuksiin ja artikkeleihin. Vahvistettavuutta on pyritty tässä opinnäytetyössä lisäämään selkeillä tilanteiden kerrannoilla, sekä sisällönanalyysin avaamisella, jotta lukija pystyy seuraamaan prosessia. Nämä lisäävät myös opinnäytetyön siirrettävyyttä.

Opinnäytetyön reflektiivisyyttä heikentää tässä opinnäytetyössä vain yhden tekijän osallisuus. Opinnäytetyöntekijä on pyrkinyt katsomaan opinnäytetyönmateriaalia ja raporttia mahdollisimman monelta kannalta, jotta huomaisi kaikki viitteet. Kuitenkin vähintään kahden tekijän maailmankatsomus olisi voinut tuoda työlle uusia näkökulmia. Opinnäytetyöntekijän kokemattomuus haastattelutilanteista on voinut vaikuttaa haastattelumateriaaliin, koska haastatteliija nosti muutaman johdattelevan idean tulevaisuudesta

sairaanhoitajien keskusteluun haastattelussa. Opinnäytetyöntekijä on kuitenkin parhaansa mukaan toiminut vaikuttamatta työn tuloksiin.

6.3 Opinnäytetyöprosessin pohdinta

Opinnäytetyöprosessi on ollut pitkäkestoinen tiedonhaun, analysoinnin ja kirjoittamisen täyteinen prosessi. Aikataulusuunnitelmaa on pyritty noudattamaan koko työn teon ajan. Prosessi alkoi kevätlukukaudella 2014 aihevalintaseminaarilla, aiheen valinnalla ja opinnäytetyön suunnitelman teolla. Tällöin alkoi jo tiedonhaku opinnäytetyötä varten. Aiheen laajuus ja abstraktius tuntui aluksi hankalalta, mutta työelämäpalaverin jälkeen toukokuussa 2014 ymmärrys aiheesta ja aiheenrajauksesta selkeni. Prosessin edetessä aiheajaukset tarkentuivat ja muodostuivat opinnäytetyön tarkoituksen mukaisiksi.

Opinnäytetyön suunnitelma ja tutkimuslupahakemus toimitettiin työelämätaholle hyväksyttäväksi kesäkuussa 2014. Tutkimuslupa opinnäytetyölle myönnettiin elokuussa. Tähän mennessä oli tiedonhakua tehty jo paljon ja teoriaosuutta oli myös aloitettu kirjoittamaan. Tutkimusluvan saaminen kuitenkin toi lisää kannustusta työn tekoon. Tällöin alettiin jo pohtia työelämäyhteistyökumppanin kanssa haastatteluajataulua. Tulin yhdessä päätökseen, että aiheesta on hyvä pitää hoitajille informaatiopätkä osatunnilla, jotta haastattelua ennen hoitajat voivat jo visioda näkemyksiään. Elokuussa 2014 pidettiin informaatiohetki hoitajille opinnäytetyöstä ja alustettiin haastattelua. Haastattelu suoritettiin marraskuussa. Jälkikäteen katsoen aika alustuksen ja haastattelun välillä oli todella pitkä, joten visiot saattoivat olla muovautuneet useaan otteeseen tänä aikana. Lyhyempi väli olisi luonut ehkä erilaisen pohjan keskustelulle haastattelussa.

Haastattelun jälkeen aloitettiin heti aineiston analyysi ensin litteroimalla aineisto ja tämän jälkeen sisällönanalyysia tehden. Analyysin tekeminen osoittautui todella paljon aikaa vieväksi työn vaiheeksi, vaikkakin tässä opinnäytetyössä se onnistui sujuvasti. Sisällönanalyysin toteutuksen jälkeen alkoi tammikuussa 2015 kirjoittamisurakka menetelmän lähtökohtien ja tuloksien kanssa. Maaliskuussa 2015 opinnäytetyö valmistui aikataulun mukaisesti.

Opinnäytetyön teko on vaatinut pitkäjänteistä työskentelyä ja järjestelmällisyyttä. Työn on tekijän ensimmäinen korkeakoulutasoinen työ laadullisen tutkimuksen parissa, joten paljon uutta on opittu työtä tehdessä. Mielenkiinto aiheeseen on syventynyt työtä tehdessä, mikä on helpottanut työn kirjoittamista. Opinnäytetyöprosessin haastavimmaksi ja raskaimmaksi vaiheeksi muodostuikin tiedonhaku ja sen laajuus. Tulevaisuutta opinnäytetyön tekijä osaakin jatkossa katsoa huomattavasti laajemmin ja useammasta näkökulmasta kuin aikaisemmin. Opinnäytetyö onkin antanut myös työn tekijälle paljon ajatteleminen aihetta tulevaisuuden muutoksista ja niiden vaikutuksesta koko terveydenhuoltoon ja yhteiskuntaan.

Opinnäytetyön tekijä toivoo opinnäytetyöstä olevan hyötyä työelämäyhteistyökumppanille tulevaisuuden visioiden kartoituksessa ja sairaanhoitajien mielipiteiden esiintuomisessa. Toivottavasti myös opinnäytetyön lukijat saavat työstä kaipaamaansa tietoa tulevaisuuden visioista ja pääsevät pohtimaan tulevaisuuden vaikutuksia terveydenhuoltoon ja yhteiskuntaan.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyötä tehdessä opinnäytetyön tekijä sai huomata, että sairaanhoitajien visiota tulevaisuudesta yleisesti on tutkittu vain vähän tällä vuosituhanella. Perioperatiivisten sairaanhoitajien tulevaisuuden visiota ei myöskään ole tutkittu paljoa. Tiedonhakua tehdessä tulikin vastaan tulevaisuuden visioita yhteiskunnan ja terveydenhuollon tasolta katsoen, mutta työntekijöiden ja sairaanhoitajien kannalta katsoen vain vähän. Jatkotutkimusta voisikin tästä aiheesta tehdä esimerkiksi vuodeosaston sairaanhoitajien näkökulmasta tai toisen leikkaussalin hoitajien näkökulmasta. Aiheena tulevaisuuden visio osoittautui todella laajaksi, jonka takia tässä opinnäytetyössä ei pystytty syventymään teemoihin laajemmin. Jatkotutkimuksena voisikin rajata aiheen käsittelemään tarkemmin jotakin teemoista ja syventymään tähän laajemmin.

LÄHTEET

- Aaltola, J. & Valli, R. 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistokeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Juva. WS Bookwell Oy.
- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Riika. InPrint.
- Catalanon, K. & Fickenscherin, K. 2007. Emerging Technologies in the OR and Their Effect on Perioperative Professionals. AORN Journal. 2007;86 (6)
- Davies, M. 2007. Doing a Successful Research Project. New York. Palgrave Macmillan.
- Fairchild, S. 1996. Perioperative Nursing – Principles and Practice. Boston. Little, Brown & Co.
- Graban, M. 2012. Lean hospitals. Improving quality, patient safety and employee engagement. Boca Raton. CRC Press, Taylor & Francis Group.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Saravaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.
- HUS. 2014. HUS kehittää toimintaansa Lean-menetelmällä. Päivitetty 5.2.2014. Luettu 10.4.2014. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/uutishuone/Sivut/HUS-kehitt%C3%A4%C3%A4-toimintaansa-Lean-menetelm%C3%A4ll%C3%A4.aspx>
- Huovinen, S. 2014. Sote-uudistus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Päivitetty 22.4.2014. Luettu 29.5.2014. http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakennemuutos
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. Sanoma Pro.
- Karjalainen, P. 2014. Plussatulokset ei poista säästötarvetta. Kouvola sanomat. Päivitetty 22.3.2014. Luettu 8.9.2014. <http://www.kouvolasanomat.fi/Mielipide---P%C3%A4%C3%A4kirjoitukset/2014/03/22/Plussatulokset%20ei%20poista%20s%C3%A4%C3%A4st%C3%B6tarvetta/2014217141354/67>
- Katila, T. & Eskola, H. 2005. Lääketieteellisen tekniikan koulutuksen ja tutkimuksen selvitys. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2005:12. Yliopistopaino.
- Kellokumpu, I. 2011. Laparoskooppinen kirurgia tulevaisuudessa - missä rajat? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2011;127(1)
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Lehtinen, J. 2014a. Robotista tuli urologin apuri. Husari-lehti 1/2014.
- Lehtinen, J. 2014b. Hybridisali sai lisäkäsivarren. Husari-lehti 1/2014.

Liker, J. 2010. Toyotan tapaan. Jyväskylä. WS Bookwell Oy.

Lindeberg, L. 2014. Ministeri Huovinen: Hoitotyön ammattilaiset tarvitsevat hyvää muutosjohtamista. STM-tiedote 11/2014. Päivitetty 22.01.2014. Luettu 19.7.2014. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1873049>

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Mattila, K. & Hynynen, M. 2012. Päiväkirurgiaa voidaan lisätä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 128(14)

Mikkonen, I. & Väistö, R. 2012. Ikääntymisen haasteet Euroopassa. Pro terveys –lehti. Vol 40. 1/2012.

Meretoja, R. & Koponen, L. 2008. Vetovoimainen sairaala. Teoksessa Koponen, L. & Hopia, H. (toim.) Vetovoimainen terveydenhuolto. Suomen Graafiset palvelut Oy.

Mäkijärvi, M. 2013. Lean-menetelmä suomalaisessa terveydenhuollossa – kokemuksia ja haasteita HUS:ssa. Sosiaali- ja terveysjohtamisen MBA-tutkielma. Tampereen yliopisto. Tampereen teknillinen yliopisto.

Paasivaara, L. 2005. Sairaanhoitajan työ muutoksessa. Sairaanhoitaja-lehti. 8/2005.

Pakkanen, I. 2013. Vetää kuin magneetti. Tehy-lehti. 10/2013.

Poikkeus, T., Meriö A. & Hupli M. 2010. Ikäjohtaminen ja ikääntyvän tehohoitajan työssä jaksaminen. Pro terveys –lehti. Vol 38. 2/2010.

Romay, J. 2005. Kirurgian historiaa. Yle. Luettu 19.7.2014. <http://oppiminen.yle.fi/historia-maailma/kirurgian-historiaa>

Ryynänen, O-P., Kinnunen, J., Myllykangas, M., Lammintakanen, J. & Kuusi, O. 2004. Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet – Skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi. Eduskunnan kanslian julkaisu 8/2004.

Silvast, T. 2011. Maskin takaa – työpaikkana leikkaussali. IBD – Crohn ja Colitis Ry:n jäsenlehti. 4/2011.

Soininen, M. 2012. Tulevaisuuden potilas. Lääkärilehti. Vol 67. 25/2012.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Hoitopaikan valinta. Päivitetty 4.4.2014. Luettu 29.5.2014. http://www.stm.fi/hoitopaikan_valinta

Tampereen yliopistollinen sairaala. 2010. Tampereen yliopistollisen sairaalan uudistamisohjelma 2020. Hyväksytty 20.9.2010. Tampere.

Tengvall, E. 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anestesiologeille ja kirurgeille. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. Kopijyvä Oy.

Teperi, J., & Vuorenkoski, L. 2005. Terveys ja terveydenhuolto Suomessa toisen maailmansodan jälkeen. Suomalaisten terveys. Päivitetty 18.7.2015. Luettu 2.2.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00005

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa. Hansaprint Oy.

Tuusvuori, J. 2006. Hyviin käsiin – Leikkaushoitajan tie vanhasta uuteen perioperatiivisuuteen. Suomen leikkausosaston sairaanhoitajat ry. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki. Gummerus Oy.

Vallimies-Patomäki, M. 2008. Terveystuollon kasvavat henkilöstövoimavarat - seurannan ja ennakkoinnin tuloksia. Teoksessa Koponen, L. & Hopia, H. (toim.) Vetovoimainen terveydenhuolto. Suomen Graafiset palvelut Oy.

Valtonen, A. 2005. Ryhmäkeskustelut – Millainen metodi? Teoksessa Ruusuvuori, J & Tiittula, L. (toim.) Haastattelu – Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Vuorinen, S. 2007. Sairaanhoidajan työ – työn merkitys ja työn muutos sairaanhoitajien kokemana. Pro Gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta.

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje



TIEDOTE
28.08.2014

Hyvä sairaanhoitaja!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on selvittää perioperatiivisten sairaanhoitajien toiveita ja ajatuksia tulevaisuudesta, sekä nostaa teidän kehittämis ehdotuksia esille Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosastolla.

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

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla 6-8 leikkausosastolla työskentelevää sairaanhoitajaa. Haastattelu toteutetaan ryhmähaastatteluna. Haastattelussa ryhmälle annetaan teemoja, joiden pohjalta sairaanhoitajat saavat vapaasti tuottaa keskustelua aiheesta. Keskustelu äänitetään.

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

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

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

Opinnäytetyön tekijä

Anne Liukkonen
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
anne.liukkonen@health.tamk.fi

Liite 2. Suostumus



SUOSTUMUS

PERIOPERATIIVISTEN SAIRAANHOITAJIEN VISIO TULEVAISUUDESTA LEIKKAUSOSASTOLLA

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on selvittää perioperatiivisten sairaanhoitajien toiveita ja ajatuksia tulevaisuudesta, sekä nostaa heidän kehittämis ehdotuksiaan esille eräällä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosastolla, sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

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

Paikka ja aika:

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

Liite 3. Teemahaastattelun runko

Opinnäytetyön haastattelu 7.11.2014 klo 7:30-8:30

Ryhmähaastattelu 6-8 sairaanhoitajalle

Teemahaastattelu

Suostumukset

Esittelyt: Opinnäytetyön tekijä, haastateltavien esittäytyminen

Haastattelun alustus: Opinnäytetyön aihe, haastattelun kulku, kannustus vapaaseen keskusteluun

Teema 1: Työympäristö (uudet tilat – muutoksia – mikä nyt hyvin, missä parannettavaa)

- Tavaroiden sijoittelu – ergonomia
- Tilojen sijoittelu
- Sisustus, värit
- Viihtyisyys
- Yhteistyö muiden osastojen kanssa

Teema 2: Työnkuva

- hyvää/huonoa pehmytkirurgian kanssa yhteistyö
- yhteistyö muiden erikoisalojen kanssa – osastojen

Teema 3: Työajat

Teema 4: Työssäjaksaminen

- virkistystoiminta
- oman jaksamisen tukeminen
- työyhteisön linkittäytyminen

Kiitokset!