

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyö

Niina Pekkanen

Perioperatiivisen sairaanhoitajan asiantuntijuus intraoperatiivisessa vaiheessa

Opinnäytetyö 2012

Tiivistelmä

Niina Pekkanen

Perioperatiivisen sairaanhoitajan asiantuntijuus intraoperatiivisessa vaiheessa, 40 sivua, 1 liite

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyö

Opinnäytetyö 2012

Ohjaajat: yliopettaja Päivi Löfman, Saimaan ammattikorkeakoulu, anestesia-
sairaanhoitaja Susanna Rantanen, Eksote

Tämän opinnäytetyön aiheena oli perioperatiivisen sairaanhoitajan asiantuntijuus intraoperatiivisessa vaiheessa. Tarkoituksena oli selvittää, minkälaista asiantuntijuutta perioperatiiviselta sairaanhoitajalta vaaditaan intraoperatiivisessa vaiheessa ja miten perioperatiivinen sairaanhoitaja voi kehittyä intraoperatiivisen vaiheen asiantuntijaksi.

Opinnäytetyö toteutettiin teoreettisena työnä kirjallisuuskatsausta hyödyntäen. Aineistona käytettiin perioperatiivisen sairaanhoitajan asiantuntijuutta tai ammatillista osaamista käsittelevää kirjallisuutta. Aineisto kerättiin sähköisistä tietokannoista, joita olivat Aleksis, Linda, Ovid, EBSCO ja Science Direct. Lisäksi tietoa etsittiin manuaalisesti Hoitotiede-, Tutkiva hoitotyö-, Pinsetti- ja Spirium-lehdistä. Aineistonkeruu tuotti 14 työhön sopivaa aineistoa, joihin sisältyi yksi suomalainen väitöskirja ja neljä suomalaista pro gradu-työtä sekä neljä suomenkielistä ja viisi englanninkielistä artikkelia. Aineiston analysoinnissa käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä.

Tulosten mukaan perioperatiivisilta sairaanhoitajilta intraoperatiivisessa vaiheessa vaadittavaan asiantuntijuuteen sisältyvät kliininen osaaminen, tiimityö ja kommunikointi, potilasturvallisuus, tilannehallinta ja tietojen yhdistäminen sekä päätöksenteko. Perioperatiivisen sairaanhoitajan asiantuntijaksi kehittymiseen taas liittyvät perehdytys, työssä oppiminen ja tiimissä kehittyminen, itsenäinen oppiminen sekä asiantuntijuuden ylläpitäminen. Aineistossa korostuivat etenkin toimivan tiimityön ja tehokkaan perehdytyksen merkitys.

Tässä opinnäytetyössä saatuja tuloksia voivat hyödyntää hoitotyön opiskelijat ja hoitohenkilökunta. Tuloksia voidaan hyödyntää myös perioperatiivista koulutusta suunniteltaessa ja perioperatiivisten yksiköiden perehdytysohjelmia kehitettäessä.

Asiasanat: perioperatiivinen sairaanhoitaja, perioperatiivinen hoitotyö, intraoperatiivinen vaihe, asiantuntijuus

Abstract

Niina Pekkanen

The expertise of a perioperative nurse in intraoperative nursing, 40 Pages, 1 Appendix

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services, Lappeenranta

Degree Programme in Nursing

Nursing

Bachelor's Thesis 2012

Instructors: Principal Lecturer Dr. Päivi Löfman, Anesthetic Nurse Susanna Rantanen (South Karelia Social and Health Care District)

The aim of the thesis is the expertise of a perioperative nurse in intraoperative nursing. The purpose of the thesis was to find out what kind of expertise a perioperative nurse needs in intraoperative nursing and how a perioperative nurse can become the expert of intraoperative nursing.

This thesis is a literature review. The information was collected from databases such as Aleksi, Linda, Ovid, EBSCO and Science Direct. In addition information was gathered from journals like *Hoitotiede*, *Tutkiva hoitotyö*, *Pinsetti* and *Spirium*. The material of the thesis contained 14 studies. It consisted of one Finnish doctoral thesis, four Finnish Master's theses and four Finnish research articles and also five English research articles. The material was analyzed by using content analysis.

The results of the thesis show that the expertise of a perioperative nurse included clinical skills, teamwork and communication, patient safety, situational knowledge and connecting information and decision making. Furthermore, in order to become an expert mentoring, learning by doing and development within a team, individual learning and maintaining the expertise were considered important as well. Particularly functional teamwork and effective mentoring were highlighted.

Students and personnel of nursing can make good use of the results. The results can also be used when planning perioperative education and developing mentoring programs.

Keywords: perioperative nurse, perioperative nursing/care, intraoperative nursing/care, expertise

Sisältö

1 Johdanto	5
2 Perioperatiivinen hoitotyö ja haasteet sairaanhoitajille.....	6
2.1 Perioperatiivinen hoitotyö ja perioperatiivinen sairaanhoitaja	6
2.2 Perioperatiivisen sairaanhoitajan asiantuntijuus.....	8
2.3 Sairaanhoitajatutkinnon antamat valmiudet.....	10
2.4 Perehdytyksen merkitys asiantuntijuuden kehittymiseen.....	11
3 Opinnäytetyön tarkoitus	12
4 Opinnäytetyön toteutus	13
4.1 Kirjallisuuskatsaus toteutustapana	13
4.2 Aineistonkeruu.....	14
4.3 Aineiston analysointi.....	16
5 Tutkimustulokset.....	18
5.1 Perioperatiivisen sairaanhoitajan asiantuntijuus intraoperatiivisessa vaiheessa.....	18
5.1.1 Kliininen osaaminen.....	18
5.1.2 Tiimityö ja kommunikointi.....	19
5.1.3 Potilasturvallisuus	20
5.1.4 Tilannehallinta ja tietojen yhdistäminen	21
5.1.5 Päätöksenteko	22
5.2 Intraoperatiivisen vaiheen asiantuntijaksi kehittyminen	23
5.2.1 Perehdytys.....	23
5.2.2 Työssä oppiminen ja tiimissä kehittyminen	24
5.2.3 Itsenäisen oppiminen.....	25
5.2.4 Asiantuntijuuden ylläpitäminen	25
6 Pohdinta.....	26
6.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	26
6.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	30
6.3 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet.....	32
Lähteet.....	33
Liitteet	
Liite 1 Perioperatiivisen sairaanhoitajan asiantuntijuus	

1 Johdanto

Perioperatiivinen hoitotyö eli leikkausosastolla toteutettava hoitotyö muuttuu ja kehittyy jatkuvasti, mikä vaatii sairaanhoitajalta monipuolista ja vahvaa ammatillista osaamista. Leikkausosastolla työskentelevällä sairaanhoitajalla tulee olla kliinisen hoitotyön osaamisen lisäksi opetus- ja ohjaustaitoja, yhteistyöosaamista sekä päätöksentekokykyä. Lisäksi muutokset, kuten lääketieteen hoitomenetelmien uudistuminen, vaativat leikkausosaston sairaanhoitajalta jatkuvaa osaamisen ja asiantuntijuuden kehittämistä. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2010, 27 - 31.)

Lisäksi toimenpiteellisten hoitajaksojen määrä on nousussa ja niitä tilastoitiin 572 000 vuonna 2009 (Stakes 2009). Leikkaustoimenpiteiden määrän kasvuun vaikuttavat väestön ikääntyminen sekä tieteen ja teknologian kehittyminen. Hoito leikkausosastolla on kirurgisen hoitajakson vaativin vaihe. Tarvittava hoitohenkilökunnan määrä on suuri samoin kuin potilaan komplikaatioalttius. (Nivalainen, Junttila, Kiviniemi & Leinonen 2009, 305.) Tulevaisuudessa siis tarvitaan yhä enemmän perioperatiivisen hoitotyön asiantuntijoita. Tämän vuoksi perioperatiivisen hoitotyön tutkimuksen lisääminen olisi tärkeää. Suomessa sitä on ennestään tutkittu vähän (Nivalainen, Junttila, Kiviniemi & Leinonen 2009, 304).

Perioperatiivinen hoitotyö on sairaanhoitajan kannalta vaativaa, mikä näkyy myös koulutuksessa ja perehtymisessä. Valmistuttuaan hoitotyön koulutusohjelmasta sairaanhoitajaa, joka aloittaa työskentelyn leikkaus- ja anestesiaosastolla, perehdytetään pitkään, esimerkiksi puolesta vuodesta vuoteen. Saatuaan työkokemusta vähintään vuoden verran leikkaus- ja anestesiahoitotyöstä sairaanhoitaja voi hakeutua perioperatiivisen hoitotyön erikoistumisopintoihin syventääkseen ammatillista osaamistaan. (Vaasan ammattikorkeakoulu.) Perehdytystä pidetäänkin hyvin oleellisena osana asiantuntijuuden kehittymistä (Taurus 2006b, 5).

Tämä opinnäytetyö on teoreettinen työ, jonka tarkoituksena on kuvata leikkausosastolla työskentelevän sairaanhoitajan asiantuntijuutta ja asiantuntijaksi kehittymistä leikkauksenaikaisessa hoitotyössä. Opinnäytetyössä esitellään, millaista

asiantuntijuutta työskentely leikkauksen aikana vaatii sairaanhoitajalta sekä miten sairaanhoitaja voi kehittyä intraoperatiivisen vaiheen asiantuntijaksi. Opinnäytetyöllä pyritään nostamaan esille leikkauksenaikaiseen hoitotyöhön liittyvät haasteet ja työn vaativuus sairaanhoitajalle.

Opinnäytetyön tavoitteena on muodostaa tiivis ja kattava katsaus aiheesta aikaisempien tutkimustulosten pohjalta. Ajatuksena on, että työtä voivat hyödyntää hoitotyön opiskelijat ja hoitotyöntekijät. Katsauksen tekeminen myös edistää tekijän ammatillisen osaamisen kehittymistä. Tekijä aikoo suunnata opintonsa perioperatiiviseen hoitotyöhön, jolloin työ johdattaa perehtymään aiheeseen ja muodostaa jo olemassa olevasta tiedosta hyvän kokonaiskuvan.

2 Perioperatiivinen hoitotyö ja haasteet sairaanhoitajille

Seuraavassa luvussa avataan opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä, joita ovat perioperatiivinen hoitotyö ja perioperatiivinen sairaanhoitaja sekä esitellään perioperatiivisen sairaanhoitajan työnkuvaa lyhyesti. Asiantuntijuutta käsitteenä myös selvitetään. Lisäksi pohditaan perehdytyksen merkitystä perioperatiivisessa hoitotyössä ja kuvaillaan sairaanhoitaja-tutkinnon antamia valmiuksia.

2.1 Perioperatiivinen hoitotyö ja perioperatiivinen sairaanhoitaja

Perioperatiivisella hoitotyöllä tarkoitetaan leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitajien toteuttamaa hoitotyötä. Perioperatiivinen hoitotyö koostuu kolmesta vaiheesta, jotka ovat pre-, intra- ja postoperatiivinen toiminta. Preoperatiivinen toiminta käsittää leikkausta edeltävän hoitotyön, intraoperatiivinen taas leikkauksen aikaisen ja postoperatiivinen leikkauksen jälkeisen hoitotyön. (Lukkari ym. 2010, 11, 23.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään intraoperatiiviseen toimintaan eli leikkauksen aikana tapahtuvaan hoitotyöhön.

Perioperatiiviset sairaanhoitajat vastaavat anestesia- ja leikkaushoitotyöstä. Leikkauksen aikana työskentelevät sairaanhoitajat jaetaan anestesia-sairaanhoitajiin, instrumentoihin ja leikkauksessa avustaviin sairaanhoitajiin sekä valvoviin sairaanhoitajiin. (Lukkari ym. 2010, 46.) Tässä opinnäytetyössä perioperatiivisilla sairaanhoitajilla tarkoitetaan sekä anestesia-sairaanhoitajia että instrumentoi-

via ja valvovia sairaanhoitajia. Heidän työtehtäviään esitellään intraoperatiiviseen toimintaan keskittyen.

Anestesia- ja sairaanhoitaja työskentelee leikkauksen aikana yhteistyössä anestesialääkärin kanssa ja vastaa potilaan tarkkailusta ja hoidosta anestesian tai puudutuksen aikana. Anestesia- ja sairaanhoitaja ei aina ole läsnä koko leikkausaikaa, vaan vastaa anestesian vaativimmista vaiheista (nukutuksen aloitus ja lopetus sekä puudutukset) ja tarkistaa tietyin väliajoin anestesian sujumisen. Lisäksi hänen tulee olla tavoitettavissa, mikäli anestesia- ja sairaanhoitaja tarvitsee konsultaatiota. Anestesia- ja sairaanhoitajan työssä korostuvatkin itsenäinen päätöksenteko ja toiminta sekä vahva ammattiosaaminen ja perehtyneisyys anestesiahoitotyöhön. Lisäksi on tärkeää tunnistaa tilanteet, jotka vaativat informoimaan anestesialääkärinä ja leikkaustiimiä. Anestesia- ja sairaanhoitaja ei koskaan lähde potilaan luota, ellei joku tule toimimaan hänen sijaisenaan. (Lukkari ym. 2010, 305 - 308.)

Instrumentoivan sairaanhoitajan työssä korostuvat ennen kaikkea potilasturvallisuudesta ja aseptiikasta huolehtiminen. Potilasturvallisuus leikkauksen aikana käsittää leikkausasennon, hoitotoimenpiteiden ja hoitovälineiden turvallisuuden. Aseptiikan toteutuminen edellyttää ammattitaitoa, vastuunottoa, päätöksentekokykyä ja potilasturvallisuuden huomioimista. Huolellinen aseptinen toiminta suojaa potilasta, henkilökuntaa ja hoitoympäristöä sekä ehkäisee infektioiden ja tartuntojen syntymistä. Instrumentoivan sairaanhoitajan työtehtäviin kuuluvat myös instrumentointi eli oikeiden välineiden saatavuudesta huolehtiminen ja leikkauksessa avustaminen. Instrumentoiva sairaanhoitaja toimii jatkuvasti yhteistyössä valvovan ja anestesiapuolen sairaanhoitajan kanssa tiedottaen hoitoon liittyvistä asioista. (Lukkari ym. 2010, 336 - 340.)

Valvova sairaanhoitaja vastaa osaltaan myös potilasturvallisuudesta ja aseptiikan toteutumisesta sekä avustaa tarvittaessa anestesia- ja leikkauspuolta. Hänen tehtäviinsä kuuluvat myös kirjaaminen, tiedottaminen ja lisävälineiden hakeminen. Valvova sairaanhoitaja huolehtii hoitoympäristön turvallisuudesta esimerkiksi valvomalla, ettei leikkaussalissa ole liikaa ihmisiä. Valvovana sairaanhoitajana toimiminen edellyttää kokeneisuutta sekä varmaa ja nopeaa toimintaa hätätilanteissa. (Lukkari ym. 2010, 350 - 351.)

2.2 Perioperatiivisen sairaanhoitajan asiantuntijuus

Perioperatiivisen sairaanhoitajan asiantuntijuus tässä työssä tarkoittaa sairaanhoitajan ammatillista osaamista, jota häneltä edellytetään intraoperatiivisessa eli leikkauksenaikaisessa hoitotyössä. Perioperatiiviselta sairaanhoitajalta vaaditaan vastuullisuutta, ammattitaitoisuutta, oma-aloitteisuutta ja itsenäistä työskenteleyä. Perioperatiivisen sairaanhoitajan tulee olla jämäkkä, joustava, organisointikykyinen ja teknisesti osaava, mutta myös empatiakykyinen ja välittävä. Perioperatiivisen sairaanhoitajan vastuuta pidetään suurena. (Lukkari ym. 2010, 27.)

Opinnäytetyössä käsitellään myös perioperatiivisen sairaanhoitajan asiantuntijuuden kehittymistä. Työssä kuvataan asiantuntijuuden kehittymistä edistäviä tekijöitä, jotka mahdollistavat perioperatiivisen sairaanhoitajan ammatillisen kasvun intraoperatiivisessa vaiheessa. Hoitotyön osaamisen ja asiantuntijuuden voidaan ajatella kehittyvän kokemusten myötä. Kokenut hoitaja pystyy hahmottamaan tilanteen kokonaisvaltaisemmin kuin aloitteleva hoitaja ja käyttämään aikaisempia kokemuksiaan hyödyksi eri tilanteista selviytymisessä. (Benner 1991, 20.)

Bennerin (1991, 28) kuvaileman mallin mukaan opiskelijan kehittyminen asiantuntijaksi etenee viidessä vaiheessa, jotka ovat noviisi, edistynyt aloittelija, pätevä, taitava ja asiantuntija. Noviisin toiminta on vielä rajoittunutta ja joustamattomaa, ja sitä ohjaavat erilaiset säännöt. Myös teorian yhdistäminen käytäntöön on tässä vaiheessa vähäistä. (Benner 1991, 33-34.) Edistynyt aloittelija pystyy vasta vähimmäisvaatimukset täyttäviin suorituksiin. Hänellä on kuitenkin jo kokemusta, jonka avulla hän kykenee tunnistamaan eri tilanteissa toistuvat merkitykselliset osatekijät. (Benner 1991, 34.) Pätevä hoitajan kykenee jo hahmottamaan toimintaansa tietoisien ja pitkäaikaisten tavoitteiden kautta (Benner 1991, 37). Taitava hoitaja puolestaan osaa tarkastella tilannetta kokonaisuutena ja näkee sen merkityksen pitkäaikaisten tavoitteiden kannalta (Benner 1991, 38). Asiantuntijalla taas on runsaasti kokemuksia ja hän pystyykin toimimaan intuitiivisesti ohjailmana sääntöjä tai tavoitteita erikseen pohtimatta. Asiantuntija pys-

tyy myös heti erottamaan olennaiset seikat kussakin tilanteessa ja tarttumaan niihin. (Benner 1991, 41.)

Perioperatiivisen sairaanhoitajan voidaan ajatella olevan vähintään pätevä silloin, kun hän pystyy työskentelemään ammatillisesti ja osaavasti leikkauksen aikana sekä suoriutumaan vastuualueestaan ja työtehtävistään itsenäisesti. Taitavuus ja etenkin asiantuntijuus vaativat edellä mainitun Dreyfusin-mallin perusteella huomattavasti pitempää kokemusta työelämässä. Leppänen ja Puupponen (2009, 40 - 41) ovat pyrkineet tutkimuksessaan määrittelemään hoitotyön asiantuntija- käsitettä. Tulosten perusteella hoitotyön asiantuntijan työssä korostuvat itsenäinen toiminta, korkeat kliiniset taidot, joustavuus, potilaan puolesta puhuminen ja kehittyneet vuorovaikutustaidot. Leppänen ym. (2009, 42) tunnustivat myös työkokemuksen merkityksen hoitotyön asiantuntijaksi kasvamisessa. Lisäksi selkeästi rajatun erikoisalnan todettiin lisäävän tietopohjan kehittymistä ja kliinistä asiantuntijuutta.

Jaakkola (2012, 29) toteaa, että kliiniseen asiantuntijuuteen sisältyy tiettyjä ominaisuuksia, taitoja ja koulutusta. Ominaisuuksiksi Jaakkola (2012, 29) luettelee pätevän, muutosmyönteisen, empaattisen ja tukea-antavan, yhteistyökykyisen, luovan ja eteenpäin suuntautuneen sekä innostuneen ja sitoutuneen. Asiantuntijalta vaadittuja erilaisia taitoja ovat muun muassa vuorovaikutustaidot, johtamistaidot, strategisen ajattelun taidot, tiedon etsimisen ja kriittisen arvioinnin taidot sekä tutkimus- ja julkaisutaidot. Koulutuksen todettiin vaihtelevan osittain maasta ja koulutusasteen mukaan (Jaakkola 2012, 31 - 32).

Sekä Leppänen ja Puupponen. (2009, 43) että Jaakkola (2012, 24) päätyivät siihen tulokseen, että hoitotyön asiantuntijoilla on erilaisia rooleja. Tulosten mukaan terveydenhuollon kliinisen asiantuntijan rooleja ovat kliinisen hoitotyön tekijä, hoitotyön käytäntöjen ja palveluiden kehittäjä, kouluttaja, ohjaaja ja mentori/perehdyttäjä, konsultoiija, johtaja sekä tutkija. Leppänen ym. (2009, 43) mainitsee myös muutosagentin roolin ja Jaakkola (2012, 24) yhteistyöntekijän roolin. Leppäsen ym. (2009) ja Jaakkolan (2012) tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että asiantuntija-käsite on hyvin moninainen ja se voi sisältää lukuisia erilaisia tehtäviä ja toimenkuvia.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa (2009:18) esitellään asiantuntija-toimintamalli, joka erottelee myös asiantuntijuuden tyypit. Hoitotyössä näitä ovat kliinisessä hoitotyössä toimivat hoitajat, kliinisesti erikoistuneet hoitajat, kliinisen hoitotyön asiantuntijat ja kliinisen hoitotieteen asiantuntijat. Hoitotyön perustehävää toteuttavat kliinisen hoitotyön hoitajat, joiden vahva osaaminen on näyttöön perustuvaa. Kliinisesti erikoistuneet hoitajat puolestaan ovat käyneet erikoistumisopinnot ja heidän tulisi myös tukea tutkitun tiedon käyttöä käytännön työssä. Kliinisen hoitotyön asiantuntijalla on lisäksi tutkimus- ja kehittämisosaamista sekä palvelujärjestelmän ja johtamisen tuntemusta. Kliinisen hoitotieteen asiantuntijalla taas tulee olla vahvaa tutkimus-, kehittämis- ja johtamisosaamista ja sekä kansallisten että kansainvälisten palvelujärjestelmien tuntemusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009:18, 59 - 60.) Tässä työssä käsiteltävä perioperatiivisen sairaanhoitajan asiantuntijan rooli on lähimpänä kliinisessä hoitotyössä toimivaa hoitajaa ja kliinisesti erikoistunutta hoitajaa.

2.3 Sairaanhoitajatutkinnon antamat valmiudet

Sairaanhoitajan tutkinnon laajuus ammattikorkeulussa on kokonaisuudessaan 210 opintopistettä. Niistä 120 opintopistettä on perus- ja ammattiopintoja (vapaaasti valittavia 3 opintopistettä), 75 ohjattua harjoittelua ja 15 opinnäytetyötä. Hoitotyön koulutusohjelma pyrkii valmistamaan asiakaslähtöisesti työskenteleviä, laajat perustiedot ja -taidot sekä niiden teoreettiset perusteet hallitsevia hoitotyön asiantuntijoita. (SoleOPS, Saimaan ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma.)

Ammattikorkeakoulujen yleiset kompetenssit eli pätevyysvaatimukset antavat pohjan erityisesti työelämälle sekä yhteistyölle ja asiantuntijuuden kehittymiselle. Pätevyysvaatimukseen sisältyvät itsensä kehittämisosaaminen, eettinen osaaminen, viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen, kehittämistoiminnan osaaminen, organisaatio- ja yhteiskuntaosaaminen sekä kansainvälisyysosaaminen. (ARENE 2007, 30.) Yleiset pätevyysvaatimukset ovat lähtöisin työelämästä eli ne kertovat, mitä yksilöltä odotetaan työssä.

Opiskelijan ammatillisen asiantuntijuuden kehittymiselle tueksi on määritelty myös koulutusohjelmakohtaiset pätevyysvaatimukset (ARENE 2007, 30). Hoitotyön koulutusohjelman (suuntautumisvaihtoehto hoitotyö) kompetensseiksi on lueteltu hoitotyön asiakkuusosaaminen, terveyden edistämisen osaaminen, kliininen osaaminen, päätöksenteko-osaaminen sekä opetus- ja ohjausosaaminen. Hoitotyön asiakkuusosaamisella tarkoitetaan kokonaisvaltaista ihmisen hoitamista ja erilaisten toimintavajauksien tunnistamista. Terveyden edistämiseen taas kuuluvat potilaan hoitoketjun ja erilaisten hoitoprosessien tunteminen, terveysongelmien ennakointi, voimavaralähtöinen, kuntouttava ja kestävä kehityksen periaatteita noudattava työtapo. Kliiniseen osaamiseen sisältyvät muun muassa potilasturvallisuuden huomiointi, peruselintoimintojen turvaaminen, erilaisten seuranta- ja hoitotoimenpiteiden hallinta, lääkärin hoito-ohjeiden toteuttaminen, lääkehoidon osaaminen sekä potilaan ja läheisten tukeminen. Päätöksenteko-osaamiseen puolestaan kuuluvat asiakaslähtöisyys, hoidon tarpeen määrittely sekä hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi sekä dokumentointi. Ohjaus- ja opetusosaamisella tarkoitetaan potilaan ohjausta ja tukemista lääke- ja itsehoidollisissa toimenpiteissä, opiskelijoiden ja henkilöstön ohjausta sekä tarvittavan ohjausmateriaalin käyttöä. (ARENE 2007, liite 5/3.) Pätevyysvaatimusten avulla opiskelija oppii hahmottamaan, minkälaista osaamista häneltä vaaditaan ja miten arvioida omaa osaamistaan. Osaaminen pitäisi nähdä kokonaisuutena, joka rakentuu eri kompetensseista, eikä keskittyä liikaa yksittäisiin osa-alueisiin. (ARENE 2007, 31.)

Sairaanhoitajatutkinnon tavoitteena on siis tuottaa mahdollisimman osaavia hoitotyön asiantuntijoita. Yleiset ja koulutusohjelmakohtaiset pätevyysvaatimukset sisältävät runsaasti erilaisia osaamistavoitteita. Olennaista on kuitenkin huomioida, että valmistuvien sairaanhoitajien oppiminen jatkuu työelämässä ja asiantuntijaksi kehittyminen edellyttää vahvaa käytännön kokemusta (Benner 1991, 20).

2.4 Perehdytyksen merkitys asiantuntijuuden kehittymiseen

Perehdytys eli mentorointi on olennainen tekijä hoitotyötä kehitettäessä (Nikki, Koivunen & Suominen 2010, 26). Perehdytyksellä voidaan tukea ja kehittää hoitokulttuuria, osaamista, ongelmienratkaisutaitoja ja tiimityöskentelytaitoja (Nikki

ym. 2010, 25). Perehdytyksellä voidaan tutkimusten mukaan kehittää ja lisätä hoitohenkilökunnan ammatillista osaamista ja asiantuntijuutta (Salonen 2004, 66; Nikki ym. 2010, 25). Perehdytyksen tulisi kuitenkin olla riittävän pitkäkestois- ta ja laadukasta, ja perehdyttäjät tulisi olla nimetty jo perehdytysjakson alussa (Salonen 2004, 60, 66). Hyvän perehdytyksen avulla perehdytettävä kehittyi kokonaisvaltaisessa hoitamisessa ja yksilöllisen hoidon arvioinnissa sekä saa lisää itsetuottamusta, motivaatiota ja kykyä reflektoida. Tällöin myös työsuoritus paranee merkittävästi (Nikki ym. 2010, 25). Lisäksi perehdytys helpottaa sosiaa- listumista työpaikkaan sekä lisää yhteistyökykyä ja hyvän työyhteisön muodos- tumista. Nämä tekijät taas vaikuttavat myönteisesti yksilön haluun sitoutua työ- paikkaan. (Nikki ym. 2010, 25 - 26.)

Vaikka perehdytyksen tasoon oltaisiin pääasiassa tyyväisiä, perehdytyksen kes- to saatetaan usein kokea riittämättömäksi (Salonen 2004, 65). Perehdytyksen kehitysalueiksi mainitaan palautteen antaminen, perehdytyksen keston suunnit- telu työyksikön vaatimusten mukaan ja perehdytyksen yksilöllinen suunnittelu (Salonen 2004, 60, 67). Tärkeää on siis tiedostaa perehdytyksen merkitys sai- raanhoitajien asiantuntijuuden kehittymiseen.

3 Opinnäytetyön tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena on esitellä perioperatiivisten sairaanhoitajien eli anestesia- ja sairaanhoitajien sekä instrumentaivien ja valvovien sairaanhoitajien työn edellyttämää asiantuntijuutta ja asiantuntijaksi kehittymistä aikaisempaa tutkimustietoa hyödyntäen. Opinnäytetyö keskittyy kuvaamaan perioperatiivisen sairaanhoitajan asiantuntijuutta leikkauksen aikana eli intraoperatiivisessa vai- heessa. Aihetta käsitellään perioperatiivisen sairaanhoitajan näkökulmasta. Työssä haetaan vastausta kahteen tutkimuskysymykseen:

1. Minkälaista asiantuntijuutta perioperatiiviselta sairaanhoitajalta vaaditaan in- traoperatiivisessa vaiheessa?
2. Miten perioperatiivinen sairaanhoitaja voi kehittyä intraoperatiivisen vaiheen asiantuntijaksi?

4 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyön toteutustavaksi valittiin kirjallisuuskatsaus. Aineistonkeruu toteutettiin sekä sähköisenä että manuaalisena tiedonhakuna. Aineiston analysoiminen tapahtui induktiivisella sisällönanalyysillä.

4.1 Kirjallisuuskatsaus toteutustapana

Opinnäytetyö toteutettiin teoreettisena työnä kirjallisuuskatsausta hyödyntäen. Toteutustavaksi valittiin teoreettinen työ, koska perioperatiivisen sairaanhoitajan asiantuntijuudesta haluttiin muodostaa mahdollisimman kattava kokonaiskuva. Kirjallisuuskatsauksen tehtävä on koota tietoa tietystä aihealueesta, joka on etukäteen rajattu. Katsauksella pyritään useimmiten vastaamaan johonkin tutkimuskysymykseen. Sen tekeminen edellyttää, että aiheesta löytyy riittävästi tutkittua tietoa. (Johansson 2007, 2 - 3.) Kirjallisuuskatsaus kuvaa, mistä näkökulmista ja miten aihetta on aikaisemmin tutkittu. Lähdeviitteet merkitään katsaukseen tarkasti, mikä antaa lukijalle mahdollisuuden arvioida tiedon käyttöä ja uuden tiedon rakentamista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 121.)

Tämä opinnäytetyö mukailee perinteistä kirjallisuuskatsausta, jonka avulla voidaan tehokkaasti kuvailla jonkin ongelmatilanteen taustaa tai kehitystä. Perinteinen kirjallisuuskatsaus ei vaadi yhtä tarkkaa aineiston rajausta kuin systemaattinen kirjallisuuskatsaus. (Johansson 2007, 4.) Se taas oli eduksi tämän opinnäytetyön toteuttamisessa, koska perioperatiivisen sairaanhoitajan asiantuntijuutta käsittelevää tutkittua tietoa on vähän. Tietoa arvioitiin alustavien hakujen perusteella olevan kuitenkin riittävästi kirjallisuuskatsauksen tekemiseen. Aihealueen ja tiedonhaussa käytettävien hakutermien tiukka rajaus olisi supistanut tutkitun tiedon määrää liikaa eikä aineistoa olisi löytynyt tarpeeksi. Tässä työssä käytettiinkin laaja-alaisempia hakutermejä, kuten perioperatiivinen hoitotyö tai perioperatiivinen sairaanhoitaja. Tällöin on tekijän harkinnan varassa valita työn aineistoksi soveltuvat tutkimukset. Tärkeää on valita asianmukaista tietoa, joka vastaa tekijän asettamiin tutkimuskysymyksiin (Hirsjärvi ym. 2009, 259).

Kirjallisuuskatsauksen tekeminen vaatii huolellista perehtymistä aihe-alueeseen ja opettaa myös samalla paljon kyseisestä aiheesta. Katsauksen tavoitteena on esitellä tietoa aiheesta tiivistetysti omin sanoin ilmaistuna. Katsaus syntyy tekijän valintojen ja pohdinnan tuloksena. (Hirsjärvi ym. 2009, 259.) Kirjallisuuskatsaus antaa siis tekijälleen runsaasti tietoa aiheesta ja mahdollisuuden hyödyntää tietämystään tulevaisuudessa muun muassa työelämässä. Katsauksen tekemisen myötä tekijälle muodostuu aiheesta kokonaiskuva, jonka pohjalta hän voi myöhemmin aihetta tarkastella.

4.2 Aineistonkeruu

Tässä työssä käytettiin aineistona perioperatiivisen sairaanhoitajan asiantuntijuutta tai ammatillista osaamista käsittelevää kirjallisuutta. Aineistonkeruu tapahtui hakemalla tietoa sähköisistä tietokannoista sekä etsimällä tietoa manuaalisesti kirjaston kokoelmista. Käytettyjä sähköisiä tietokantoja olivat Aleks, Linda, Ovid, EBSCO ja Science Direct. Manuaalisesti tietoa etsittiin Hoitotiede-, Tutkiva hoitotyö-, Pinsetti- ja Spirium-lehdestä. Sähköisessä tiedonhaussa käytettäviä hakutermejä olivat perioperatiivinen hoito, intraoperatiivinen hoito ja leikkaushoito, jotka määriteltiin YSA:n avulla. Lisäksi käytettiin termejä perioperatiivinen sairaanhoitaja, anestesiahoitaja, leikkaushoitaja ja asiantuntijuus. Englanninkielisiä hakutermejä olivat perioperative nursing/care ja intraoperative nursing/care, joiden määrittelyssä käytettiin MeSH-sanakirjaa. Lisäksi haussa käytettiin termejä perioperative nurse, operating room nurse, operating room nursing ja theatre nursing sekä scrub nurse, circulating nurse, anesthesia nurse ja anesthesia care provider. Hakutermejä yhdisteltiin Boolean operaattorien avulla ja katkaistiin mahdollisimman kattavan hakutuloksen takaamiseksi. Opinnäytetyössä käytettävän aineiston valintakriteerinä oli aihetta käsittelevä tieto, joka perustuu tutkimuksella osoitettuihin tuloksiin. Tiedon tuli myös olla viimeisen kymmenen vuoden ajalta (2002 - 2012) ja aineiston kielen suomi tai englanti.

Aineistonkeruu tuotti 14 työhön sopivaa aineistoa (lähdeluettelossa *-merkityt). Aineistoon sisältyi yksi suomalainen väitöskirja ja neljä suomalaista pro gradu työtä sekä neljä suomenkielistä ja viisi englanninkielistä artikkelia. Yksi englanninkielisistä artikkeleista ei täyttänyt aineiston julkaisuaikaan liittyviä vaatimuk-

sia (julkaistu 2000), mutta se valittiin aineistoon sopivan sisällön takia, ja koska tiedon ei katsottu olleen vanhentunutta.

Kaikista käytetyistä tietokannoista ei löytynyt kriteerit täyttävää tietoa. Tutkiva hoitotyö- ja Hoitotiede-lehdistä löytyneet lähteet hylättiin, koska ne eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin, eivät täyttäneet aikakriteerejä tai niitä ei ollut kirjastossa saatavilla. Suomenkieliset artikkelit poimittiinkin Pinsetti- ja Spirium-lehdistä. Niiden varmistettiin perustuvan tutkittuun tietoon lukemalla artikkelin tiivistelmä. Aleksista löytyneet aihetta käsittelevät artikkelit taas hylättiin, koska ne eivät täyttäneet aikakriteerejä tai eivät perustuneet tutkimukseen. Seuraavassa taulukossa on havainnollistettu aineistonkeruuta (Taulukko 1).

Suomenkieliset tietokannat:	Käytetyt hakutermit:	Valittu aineisto:
Aleksi Linda	perioperatiivinen hoito (YSA) intraoperatiivinen hoito (YSA) leikkaushoito (YSA) perioperatiivinen sairaanhoitaja leikkaushoitaja anestesiahoitaja asiantuntijuus	1 väitöskirja 4 pro gradua
Englanninkieliset tietokannat:	Käytetyt hakutermit:	Valittu aineisto:
Ovid EBSCO Science Direct	perioperative nursing/care (MeSH) intraoperative nursing/care (MeSH) perioperative nurse operating room nurse operating room nursing theatre nursing scrub nurse circulating nurse anesthesia nurse anesthesia care provider	5 artikkelia
Manuaalinen haku:		Valittu aineisto:
Hoitotiede Tutkiva hoitotyö Pinsetti Spirium		4 artikkelia

Taulukko 1. Aineistonkeruussa käytetyt tiedonlähteet, hakutermit ja valittu aineisto.

4.3 Aineiston analysointi

Aineiston analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysiä voidaan käyttää erilaisten aineistojen analysointiin ja kuvaamiseen. Sisällönanalyysillä pyritään luomaan aiheesta kattava ja tiivis kuvaus sekä muodostamaan käsitte- luokituksia, käsitejärjestelmiä, malleja tai käsitekarttoja. Sisällönanalyysi on joko induktiivinen eli aineistolähtöinen tai deduktiivinen eli teorialähtöinen. Tässä työssä hyödynnettiin sisällönanalyysin induktiivista muotoa. Induktiivisen sisällönanalyysin tavoitteena on muodostaa tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus luokittelemalla sanoja kategorioihin. Luokittelussa tulee koko ajan huomioida asetetut tutkimuskysymykset. Analyysi sisältää aineistoon tutustumista, aineiston pelkistämistä, ryhmittelyä ja abstrahointia. Analyysiyksikkönä toimii esimerkiksi sana tai lause. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133 - 135) Induktiivinen analysointitapa soveltuu käytettäväksi etenkin silloin kun aiheesta on niukasti tutkittua tietoa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 220; Kankkunen ym. 2009, 135.)

Aineisto jaettiin aluksi kahteen ryhmään sen perusteella, kumpaan tutkimuskysymykseen ne vastaavat. Joistakin lähteistä löytyi vastaus molempiin tutkimuskysymyksiin. Seuraavaksi aineisto käytiin huolellisesti läpi useaan kertaan. Analyysiyksiköksi valittiin lauseenosa, esimerkiksi moniammatillisuus tiimityössä. Aineistosta saatua tietoa pelkistettiin muun muassa yhdistämällä samaa tarkoittavia käsitteitä, kuten mentorointi ja perehdytys. Pelkistämisen avulla aineistosta saatiin esiin tutkimuksen kannalta tärkein tieto. Seuraavaksi saatu tieto ryhmiteltiin aiheen mukaan. Eri lähteistä poimittu samaa aihetta käsittelevä tieto koottiin samaan ryhmään, esimerkiksi perehdytyksen merkitystä ammatilliseen kasvuun käsiteltiin useammassa lähteessä. Muodostetut ryhmät sisälsivät aineistosta selvästi esiin nousseita alakategorioita, jotka liittyivät perioperatiivisen sairaanhoitajan asiantuntijuuteen tai asiantuntijaksi kehittymiseen. Alakategoriat nimettiin niiden sisällön mukaan ja yhdistettiin niitä kuvaaviksi yläkategorioiksi.

Myös yläkategorioille annettiin niiden sisältöä kuvaava nimi. Seuraavassa taulukossa on kuvattu esimerkit kategorioiden muodostamisesta (Taulukko 2).

Alakategoria: Hyvä ammattitaito, kyky priorosoida tehtävät ja halu yhteistyöhön Vastuunotto, epävarmuuden sietäminen, virheiden havaitseminen ja nopea reagointi Teknologisen osaamisen merkitys tiimityössä Kirurgin mieltymysten huomiointi, hyvän ilmapiirin säilyttäminen Tiedon jakaminen tiimissä Hyvät vuorovaikutustaidot ja yhteistoiminnallinen päätöksenteko Kommunikaatiotaidot Kyky tulkita ja ilmaista monimutkaista kliinistä tietoa Kirjaaminen Ei-verbaalinen kommunikointi	Yläkategoria: Tiimityö ja kommunikointi
Alakategoria: Työhön perehtyminen eli mentorointi Perehdytyksen riittävyys ja laatu Perehdytyksen tehokkuus ja pitkäjänteisyys Kokemustiedon siirtyminen Henkilöstön vaihtuvuuden väheneminen Kokonaisvaltainen käsitys perioperatiivisesta hoitotyöstä Ammatillisen osaamisen ja asiantuntijuuden kasvu	Yläkategoria: Perehdytys

Taulukko 2. Esimerkki kategorioiden muodostamisesta.

Aineiston pohjalta muodostetut yläkategoriat on kuvattu seuraavassa taulukossa (Taulukko 3).

1. Minkälaista asiantuntijuutta perioperatiiviselta sairaanhoitajalta vaaditaan intraoperatiivisessa vaiheessa?	2. Miten perioperatiivinen sairaanhoitaja voi kehittyä intraoperatiivisen vaiheen asiantuntijaksi?
<ul style="list-style-type: none"> •Kliininen osaaminen •Tiimityö ja kommunikointi •Potilasturvallisuus •Tilannehallinta ja tietojen yhdistäminen •Päätöksenteko 	<ul style="list-style-type: none"> •Perehdytys •Työssä oppiminen ja tiimissä kehittyminen •Itsenäinen oppiminen •Asiantuntijuuden ylläpitäminen

Taulukko 3. Aineiston pohjalta muodostetut yläkategoriat.

5 Tutkimustulokset

Tutkimustulokset esitellään tutkimuskysymys kerrallaan yläkategorioihin jaoteltuna. Useimmissa aineistoissa puhuttiin anestesiahoitajista ja leikkaushoitajista eikä eroteltu enää instrumentoivia tai valvovia hoitajia erikseen. Instrumentoivista ja valvovista sairaanhoitajista käytetään siksi tässäkin yhteisnimitystä leikkaussairaanhoitaja. Käsite asiantuntijuus voidaan rinnastaa tässä ammatilliseen pätevyYTEEN.

5.1 Perioperatiivisen sairaanhoitajan asiantuntijuus intraoperatiivisessa vaiheessa

Perioperatiiviselta sairaanhoitajalta intraoperatiivisessa hoitotyössä vaadittava asiantuntijuus sisältää aineiston perusteella kliinistä osaamista, tiimityötä ja kommunikointia, potilasturvallisuutta, tilannehallintaa ja tietojen yhdistämistä sekä päätöksentekoa.

5.1.1 Kliininen osaaminen

Perioperatiivisilta sairaanhoitajilta edellytetään erittäin korkeatasoista ammatillista pätevyyttä (Tengvall 2010, 115). Tengvallin väitöskirjassa esitellään leikkaus- ja anestesiahoitajan ammattipätevyysmalli, joka sisältää leikkaus- ja anestesiahoitajien ammatillisen pätevyyden tasot ja osa-alueet. Ammatillisen pätevyyden tasoja ovat ehdottomasti hallittavat, hallittavat ja osattavat hoitotyön toiminnot. Leikkaushoitajien hoitotyön toiminnoista reilu kolmannes (37%) ja anestesiahoitajien toiminnoista noin kolmannes (32%) kuuluu ehdottomasti hallittavien ryhmään, mikä kertoo korkeasta pätevyyden tasosta. Leikkaushoitajien ammattipätevyyden kolme tärkeintä osa-alueetta ovat väitöskirjan mukaan aseptiikka ja turvallisuus, dokumentointi ja kommunikointi sekä leikkaushoidon tekniikka. Anestesiahoitajan tärkeimmät osa-alueet puolestaan ovat anestesia- ja lääkehoito, kommunikointi- ja turvallisuus sekä hoitovalmistelut (Tengvall 2010, 105, 37, 70). Perioperatiivisen sairaanhoitajan ammatillisen pätevyyden voidaan ajatella muodostuvan sekä kliinisistä että ei-kliinisistä tiedoista ja taidoista.

Perioperatiivisten sairaanhoitajien kliininen osaaminen intraoperatiivisessa vaiheessa käsittää Tengvallin väitöskirjassakin mainittuja ammatillisen pätevyyden

osa-alueita. Leikkaushoitajan kliinisen osaamisen tärkeimmät osa-alueet ovat aseptiikka (steriili toiminta, desinfektio, aseptiikan hallinta), leikkaushoidon tekniikka (instrumentointi, laitteet, välineet, tarvikkeet) sekä lääke- ja anestesiahoito (anestesiamuoto, potilastarkkailu). (Tengvall 2010, 37 - 38, 40, 55, 57.) Anestesiahoitajalla vastaavia taas ovat anestesia- ja lääkehoito (anestesiamuotojen ja -lääkkeiden tunteminen, anestesian ylläpito, neste- ja lääkehoito, verivalmisteet, elintoimintojen ylläpito), hoitovalmistelut (anestesiaan varautuminen) ja anestesiahoiton aloitus (välineiden valmius). (Tengvall 2010, 70 - 71, 74, 79.)

5.1.2 Tiimityö ja kommunikointi

Korkeatasoisen leikkaushoidon perusta on kliinisen osaamisen hallinnassa, mutta varmasti yhtä tärkeitä ovat ns. ei-kliiniset taidot, joita Tengvallin väitöskirjassakin painotetaan. Näitä ei-kliinisiä taitoja ovat esimerkiksi tiimityö, kommunikointi sekä potilasturvallisuuden ylläpitäminen leikkauksen aikana. Tiimityössä on yhteinen tavoite, johon tiimin jäsenet ovat halukkaita sitoutumaan (Silén-Lipponen 2006, 29). Leikkaustiimissä eri alojen ammtilaiset työskentelevät yhdessä pyrkien onnistuneeseen anestesiaan ja leikkaustulokseen (Mitchell & Flin 2008, 20).

Leikkaustiimin jäsenenä toimiminen edellyttää perioperatiivisilta sairaanhoitajilta hyvää ammattitaitoa, kykyä priorisoida tehtävät sekä halua yhteistyöhön. Olenaista on myös pystyä ottamaan vastuuta, sietämään epävarmuutta, havaitsemaan virheet ja reagoimaan tarvittaessa nopeasti muuttuvissa tilanteissa. (Silén-Lipponen 2006, 26 - 27.) Lisäksi teknologinen osaaminen tuli esille tehokkaan tiimityön vaatimuksena (Silén-Lipponen 2006, 27). Mitchell ym. (2008, 22) tuovat myös esille instrumentoitavien sairaanhoitajien tarpeen pystyä mukautumaan kirurgien mieltymyksiin ja yksilöllisiin vaatimuksiin sekä muuttamaan omaa toimintaansa muiden käyttäytymisen mukaan hyvän työilmapiirin säilyttämiseksi. Myös tiedon jakamisen todettiin olevan tärkeä tekijä tiimityön edistämiseksi (Mitchell ym. 2008, 20).

Perioperatiivisilta sairaanhoitajilta edellytetään myös hyviä kommunikaatiotaitoja, jotka ovat keskeisiä leikkauksenaikaisessa tiimityössä (Silén-Lipponen 2006, 27; Mitchell ym. 2008, 19; Gillespie, Chaboyer, Wallis, Chang & Werder

2009, 1019; Tengvall 2010, 37, 70, 118). Hyvät vuorovaikutustaidot ja yhteis-toiminnallinen päätöksenteko edistävät tiimityön toimivuutta (Silén-Lipponen 2006, 27). Gilliespien ym. (2009, 1019) mukaan perioperatiivisten sairaanhoitaji-en pätevyysvaatimuksiin sisältyvät korkeatasoiset kommunikaatiotaidot erilai-sissa tilanteissa ja erilaisten ihmisten kanssa. Heidän tulee pystyä myös tulkit-semaan ja ilmaisemaan monimutkaista kliinistä tietoa eri ammattilaisten kesken (Gillespie ym. 2009, 1023).

Anestesia-sairaanhoitajan kommunikaatiotaidoissa korostuvat tarkka kirjaaminen ja raportointi (Tengvall 2010, 84) sekä yhteistyö anestesia-lääkärin ja leikkaus-tiimin kanssa (Tengvall 2010, 96). Leikkaussairaanhoitajista etenkin instrumen-toivien sairaanhoitajien työskentelyssä taas korostuu verbaalisen kommunikaat-ion niukkuus. Pyrkimys infektioiden ehkäisyyn, suojavaatteiden käyttö ja huolel-linen keskittyminen pakottavat toisinaan vähentämään kommunikointia leikka-uksen aikana. Tällöin ei-verbaalinen viestintä, kuten katsekontaktit ja äänettö-mät vihjeet, korostuvat. (Mitchell ym. 2008, 19.) Epäselvät asiat on kuitenkin aina selvitettävä sanallisesti (Mitchell ym. 2008, 22).

5.1.3 Potilasturvallisuus

Sekä Silén-Lipposen (2006, 26) että Mitchellin ym. (2008, 20) mukaan tiimityös-sä korostuu potilasturvallisuuden ylläpitäminen. Myös McGarveyn, Chambersin ja Booren (2000, 1097) mukaan perioperatiivisten sairaanhoitajien keskeisenä tehtävänä on turvallisuuden ja potilaan omanarvontunnon ylläpitäminen ratkai-sevalla hetkellä (leikkauksen aikana). Lisäksi heidän tulee vastata potilaan in-formoinnista ja rauhoittelusta (McGarvey ym. 2000, 1097) sekä hyvinvoinnista ja mukavuudesta (McGarvey ym. 2000, 1097; Alfredsdottir & Bjornsdottir 2007, 33).

Potilasturvallisuuden ylläpitäminen näkyy mahdollisten riskien ennakoitina ja turvallisten toimintatapojen käyttämisenä (Silén-Lipponen 2006, 26) sekä virhei-den välttämisenä (Mitchell ym. 2008, 20). Alfredsdottir ym. (2007, 33) painotta-vat virheiden ennaltaehkäisyä ennakoivan ajattelun avulla sekä noudattamalla suosituksia ja käyttämällä tarkistuslistoja. Lisäksi potilaan taustatietojen ja eri-tyisten heikkouksien tunteminen on tärkeää (Alfredsdottir ym. 2007, 33).

Tengvall (2010, 86) tuo esille anestesiahoitajien tehtävän huolehtia potilaan psyykkisestä turvallisuudesta. Siihen voidaan ajatella kuuluvan lämpimän ja kunnoittavan ympäristön sekä rauhallisen ja ystävällisen ilmapiirin luomista (Alfredsdottir ym. 2007, 33). Anestesiahoitaja vastaa myös potilaan fyysisen tilan monitoroinnista ja siten fyysisen turvallisuuden varmistamisesta (McGarvey ym. 2000, 1097). Leikkaussairaanhoitajien taas tulee tietää potilaalle tehtävä toimenpide ja sen kulku sekä tarvittavat instrumentit, välineet ja laitteet (Tengvall 2010, 45). McGarvey ym. (2000, 1097) sekä Silén-Lipponen, Tossavainen, Turunen ja Smith (2005, 29) tuovat myös esille kirurgisten välineiden turvallisuuden varmistamisen, steriilin tilan valvomisen sekä käytettyjen instrumenttien ja taitosten tarkistuslakennat.

Alfredsdottir ym. (2007, 34) sekä Silén-Lipponen ym. (2005, 29) korostavat perioperatiivisten sairaanhoitajien välisen tuttavallisuuden ja ammattipätevyiden myönteisiä vaikutuksia turvallisen tiimityön toteutumiseen. Tiimin jäsenten välinen tuttavallisuus ja tiimien pysyvyys mahdollistavat tiimiläisten taitojen sujuvan yhdistämisen. Jaettu vastuu työssä lisäksi parantaa riskien tunnistamista ja virheiden ehkäisyä. (Silén-Lipponen ym. 2005, 29.) Alfredsdottirin ym. (2007, 33) mukaan perioperatiivisten sairaanhoitajien tietämys eri leikkauksista ja toimenpiteistä kehittyy, kun työ on jaettu tiimeihin. Silén-Lipponen ym. (2005, 30) taas painottavat pätevyiden ja tietämyksen edistävän virheiden ehkäisyä leikkauksen aikana.

Toimiva tiimityö siis vahvistaa potilasturvallisuutta (Alfredsdottir ym. 2007, 33). Perioperatiivisten sairaanhoitajien sekä muiden leikkaustiimin jäsenten tulee myös tuntea toistensa työtehtävät, luottaa toistensa ammattitaitoon ja arvostaa toistensa osaamista. Nämä tekijät ovat tehokkaan ja turvallisen tiimityön kulmakiviä. (Silén-Lipponen 2006, 29; Puranen 2006, 20.)

5.1.4 Tilannehallinta ja tietojen yhdistäminen

Perioperatiivisilla sairaanhoitajilla tulee lisäksi olla kykyä tilannehallintaan (Mitchell ym. 2008, 21) ja tietojen yhdistämiseen (Gillespie ym. 2009, 1019) sekä päätöksentekoon (Sarajärvi, Wilén & Siira 2011, 7) leikkauksen aikana. Tilannehallinnalla ja tilannekohtaisen tiedon käytöllä tarkoitetaan kykyä arvioida ja

ennakoida tilanteita (Mitchell ym. 2008, 22; Gillespie ym. 2009, 1022). Lisäksi täytyy hallita erilaisia tietokokonaisuuksia ja pystyä yhdistelemään niitä käytännön työssä (Gillespie ym. 2009, 1019; Sarajärvi ym. 2011, 7-8).

Mitchellin ym. (2008, 21) mukaan leikkaussairaanhoitajien aistinvaraiset taidot ja kyky ennakoida tapahtumia kertovat asiantuntemuksesta. Heidän tulee arvioida leikkauksen etenemistä ja osata valita asiaankuuluvat instrumentit valmiiksi. (Mitchell ym. 2008, 21.) Tilanteiden arviointi vaatii kokemustiedon käyttöä ja kykyä omaksua yksityiskohtia. Tällöin leikkaussairaanhoitajan on mahdollista huomata vihjeitä leikkausympäristöstä sekä siten ennakoida kirurgien toiveita ja vaatimuksia. (Mitchell ym. 2008, 22.) Myös anestesiasairaanhoitajalta edellytetään kokemukseen perustuvan tiedon eli käytännön toiminnan kautta saadun asiantuntijuustiedon käyttöä. Anestesiasairaanhoitajan kokemustietoon sisältyy erikoisosaamista kriisitilanteissa, kuten kykyä tunnistaa muutokset ja reagoida niihin nopeasti, teknisten laitteiden hallintaa ja potilaan kokemustiedon hyödyntämistä. (Sarajärvi ym. 2011, 7.)

Perioperatiivisten sairaanhoitajien pätevyyteen liittyy myös taito yhdistää tilannekohtaista tietoa teoreettiseen, käytännölliseen ja esteettiseen tietoon (Gillespie ym. 2009, 1019). Teoreettisella tiedolla tarkoitetaan teknistä ja proseduaalista tietoa. Siihen sisältyy laajojen ja monimutkaisten laitekokonaisuuksien hallintaa ja uusimpien teknologisten ”trendien” tuntemista. Käytännön tietoon liittyy tiettyjen säännösten ja standardien tietäminen, mikä osaltaan vaikuttaa potilasturvallisuuteen. (Gillespie ym. 2009, 1022) Esteettinen tieto tarkoittaa kykyä eläytyä potilaan tilanteeseen. Perioperatiivisen sairaanhoitajan tulee varmistaa potilaan tarpeiden tyydyttyminen sekä hoitaa potilasta turvallisesti ja asianmukaisesti hänen psykologiset, kulttuuriset ja henkiset tarpeensa huomioiden. Perioperatiivisen sairaanhoitajan täytyy tavallaan tasapainoilla teknisen osaajan sekä välittäjän ja huolehtijan roolien välillä. (Gillespie ym. 2009, 1023.)

5.1.5 Päätöksenteko

Anestesiasairaanhoitaja joutuu haasteellisiin päätöksentekotilanteisiin leikkauksen aikana, jolloin hänen tulee käyttää käytäntöön ja näyttöön perustuvia tietoja päätöksentekonsa pohjana. Päätöksenteossa tulee pystyä yhdistämään

tieteellistä, kokemukseen perustuvaa sekä asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin perustuvaa tietoa. Anestesiahoitajan täytyy jatkuvasti kyseenalaistaa toimintakäytänteitään ja etsiä uutta tieteellistä tietoa toimintansa tueksi. Käytännöstä saadun kokemustiedon lisäksi on oleellista hyödyntää asiakkaalta saatuja tietoja. Anestesiahoitajan tulee huomioida potilaan yksilölliset tarpeet ja varmistaa potilasturvallisuus. Hän toimii siis potilaan ”asianajajana” vastaten potilaan eduista ja puolesta puhumisesta intraoperatiivisessa vaiheessa. (Sara-järvi ym. 2011, 7 - 8.)

5.2 Intraoperatiivisen vaiheen asiantuntijaksi kehittyminen

Perioperatiivisen sairaanhoitajan intraoperatiivisen vaiheen asiantuntijaksi kehittymiseen liittyvät perehdytys, työssä oppiminen ja tiimissä kehittyminen, itsenäisen oppiminen sekä asiantuntijuuden ylläpitäminen.

5.2.1 Perehdytys

Perioperatiivisten sairaanhoitajien asiantuntijuuden kehittymisen voidaan ajatella alkavan perehdytyksestä. Työhön perehtymisestä käytetään myös termiä mentorointi. Perehdytyksen ja mentoroinnin myötä perioperatiivisen sairaanhoitajan asiantuntijuus kasvaa (Jurkkala 2010, 54; Silén-Lipponen 2011, 24). Jurkkalan (2010, 52 - 53) mukaan perehdytyksen tulee olla riittävää ja laadultaan hyvää. Tauruksen (2006a, 71) mukaan tehokas perehdytys nopeuttaa asiantuntijaksi kehittymistä. Silén-Lipponen (2011, 24) taas painottaa, että mentoroinnilla voidaan perehdyttämisen lisäksi varmistaa kokemustiedon siirtyminen perehdyttäjältä perehdytettävälle. Tällöin tiedon jääminen työpaikalle mahdollistuu, vaikka työntekijöitä jää eläkkeelle (Silén-Lipponen 2011, 24).

Lisäksi mentorointi tekee työhön perehtymisestä pitkäjänteistä, jolloin henkilöstön vaihtuvuus vähenee (Silén-Lipponen 2011, 24). Silén-Lipponen (2011, 24) toteaa mentoroinnin antavan perehtyjille kokonaisvaltaisen käsityksen perioperatiivisesta hoitotyöstä ja työyhteisöstä: He tutustustuivat kollegoihinsa sekä oppivat moniammatillisen ja nopeatempoisen työyhteisön toimintatapoja. Mentorointi myös lisää perehtyjien ammatillista osaamista. Tämä näkyy luottamuksen kasvuna omiin kykyihin, työnhallinnan tunteen voimistumisena ja omatoimisuuden lisääntymisenä (Silén-Lipponen 2011, 24-25). Myös Taurus (2006, 71)

huomauttaa, että hyvä perehdytys lisää uusien työntekijöiden varmuutta ja työmotivaatiota.

5.2.2 Työssä oppiminen ja tiimissä kehittyminen

Perehdytysjakson jälkeen alkaa varsinainen ammatillisen osaamisen kehittäminen. Jurkkala (2010, 52) painottaa, että asiantuntijuus kehittyy työtä tehdessä eivätkä tutkinnon antamat valmiudet perioperatiivisesta hoitotyöstä riitä. Työssä saadut merkitykselliset oppimiskokemukset edistävät asiantuntijuuden kehittymistä. Niihin liittyy usein jonkin asian tekeminen, joku henkilö tai jokin tunnetila. (Jurkkala 2010, 52). Rokka (2004, 40) korostaa leikkaussairaanhoidajia koskevassa tutkimuksessaan, että oleellista on kokea työssä kehittyminen tärkeäksi. Sekä Rokka (2004, 40) että Jurkkala (2010, 53) toteavat, että yksilön oma motivaatio vaikuttaa asiantunjaksi kehittymiseen. Kun kokee oppimisen olevan merkityksellistä ja parantavan omaa työskentelyä, asiantuntijuuden kehittyminen lisääntyy (Jurkkala 2010, 53).

Kokemusten karttumisen ja ammatillisen kehittymisen myötä vanhojen toimintatapojen kyseenalaistaminen ja uusien löytäminen mahdollistuu (Rokka 2004, 40; Jurkkala 2010, 54). Rokan (2004, 41) mukaan työssä kehittymisen myötä saa riittäviä tietoja sekä oppii omiin työtehtäviin liittyviä taitoja ja teknistä osaamista. Epävarmuus vähenee ja luottamus omiin kykyihin lisääntyy riittävän osaamisen myötä (Rokka 2004, 41).

Perioperatiivisessa hoitotyössä työssä oppimiseen liittyy läheisesti tiimityö. Tiimityö mahdollistaa tietojen ja kokemusten jakamisen, mikä puolestaan edistää asiantuntijuuden kehittymistä (Rokka 2004, 37; Gillespie ym. 2009, 1023; Jurkkala 2010, 55; Sarajärvi ym. 2011, 7). Tiedonvaihto työtovereiden kesken (Sarajärvi ym. 2011, 7) ja mahdollisuuksien antaminen oppimiseen ja taitojen kehittämiseen (Gillespie ym. 2009, 1023) edistävät ammatillista kasvua. Rokka (2004, 37) esittää, että tietoa voi saada työtovereiden lisäksi lääke-edustajilta ja lääkäreiltä.

Sekä Jurkkala (2010, 49) että Rokka (2004, 38) painottavat myös työympäristön merkitystä asiantuntijuuden kehittämisessä. Oleellisia ovat fyysisen miellyttävyyden lisäksi hyvät ihmissuhteet työpaikalla (Rokka 2004, 38) sekä työtovere-

reiden suhtautumistavat yksilöön (Jurkkala 2010, 49). Perioperatiiviset sairaanhoitajat oppivat usein erikoistumisen ja työkokemuksen myötä tuntemaan toistensa tavat ja tietämään mitä toiselta odottaa (Alfredsdottir ym. 2007, 34).

5.2.3 Itsenäinen oppiminen

Muilta työntekijöiltä voi oppia paljon, mutta tärkeää on myös itsenäinen oppiminen. Jurkkala (2010, 51) sekä Rokka (2004, 39) tuovat esille oman työn ja kokemusten reflektoinnin asiantuntijaksi kehittämisessä. Oman työn arviointi ja osaamisen kyseenalaistaminen lisäävät ammatillista kasvua (Jurkkala 2010, 52; Sarajärvi ym. 2011, 7).

Rokka (2004, 39) käyttää termiä sisäinen ammattitaito, joka rakentuu pohjatiedosta eli koulutuksen myötä saadusta tiedosta sekä käytännön- ja kokemustiedosta eli työssä oppimisen kautta tulleesta tiedosta. Myös Jurkkala (2010, 53) erottaa teoreettisen ja käytännöllisen tiedon ja painottaa kykyä osata yhdistää ne toisiinsa hoitotyössä. Kokemustietoa käytetään usein rutiinitoiminnoissa ja nopeasti vaihtuvissa tilanteissa. Uusien asioiden sisäistäminen taas alkaa teoriaopiskelulla. (Rokka 2004, 40.) Oman osaamisen arvioinnin lisäksi on tärkeää saada palautetta muilta työntekijöiltä (Puranen 2006, 21; Jurkkala 2010, 51). Palautteen avulla voi saada tukea toiminnalle tai ajatuksia siitä, mitä ja miten voisi tehdä toisin. (Jurkkala 2010, 51 - 52).

5.2.4 Asiantuntijuuden ylläpitäminen

Asiantuntijaksi kehittymiseen liittyy myös asiantuntijuuden ylläpitäminen. Perioperatiivisten sairaanhoitajien tulisi jatkuvasti päivittää tietämystään ja etsiä uutta näyttöön perustuvaa tietoa toimintansa tueksi (Rokka 2004, 38; Silvennoinen 2007, 52; Gillespie ym. 2009, 1022; Jurkkala 2010, 51; Sarajärvi ym. 2011, 7). Viimeisimmän tiedon hallinta kertoo ammatillisesta pätevyydestä, asiantuntijudesta, ja auttaa selviytymään leikkausosastotyön kasvavista vaatimuksista (Gillespie ym. 2009, 1022). Tiedon etsimisen lähteitä ovat ammattilehdet, erityisalan lehdet, muu kirjallisuus ja internet (Rokka 2004, 38). Alan uusimman tutkimustiedon lukemisella tähdätään ammatillisen osaamisen lisääntymiseen (Rokka 2004, 39). Sarajärven ym. (2011, 8) mukaan hoitohenkilökunnalla tulisi olla mahdollisuus perehtyä hoitotieteellisiin julkaisuihin myös työaikana. Lisäksi

täydennyskoulutusta pidetään tärkeänä näyttöön perustuvaa hoitotyötä kehitetäessä (Sarajärvi ym. 2011, 8).

Hyvää tietojen hallintaa ja halua kehittyä pidetään edellytyksinä ammatissa toimimiselle (Rokka 2004, 39 ja Sarajärvi ym. 2011, 7). On myös huomattava, että perioperatiivisten sairaanhoitajien ammattipätevyyden kehittäminen parantaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta (Silvennoinen 2007, 52).

6 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, minkälaista asiantuntijuutta perioperatiiviselta sairaanhoitajalta vaaditaan intraoperatiivisessa vaiheessa. Lisäksi pyrittiin löytämään asiantuntijaksi kehittymiseen vaikuttavia tekijöitä.

6.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Perioperatiiviselta sairaanhoitajalta vaadittava asiantuntijuus on erittäin korkeatasoista (Tengvall 2010, 37). Asiantuntijuus sisältää kliinistä osaamista, tiimityö- ja kommunikointitaitoja, potilasturvallisuudesta huolehtimista, tilanteiden hallintaa ja kykyä yhdistellä tietoja sekä päätöksentekotaitoja. Asiantuntijaksi voi puolestaan kehittyä perehdytyksen, työssä oppimisen ja tiimissä kehittymisen, itsenäisen oppimisen sekä asiantuntijuuden ylläpitämisen avulla.

Kliininen osaamiseen leikkaussairaanhoitajilla kuuluvat esimerkiksi aseptiikka ja leikkaushoidon tekniikka (Tengvall 2010, 37) ja anestesia- ja lääkehoito sekä hoitovalmistelut (Tengvall 2010, 70). Tutkimusaineisto sisälsi niukasti perioperatiivisten sairaanhoitajien kliinisestä osaamisesta kertovaa tietoa. Sen sijaan enemmän painottuivat etenkin tiimityö ja potilasturvallisuus. Tiimityö tarkoittaa, että eri alojen ammattilaiset pystyvät työskentelemään yhdessä pyrkien samaan tavoitteeseen eli tässä tapauksessa onnistuneeseen leikkaukseen (Mitchell ym. 2008, 20). Toimiva tiimityö edellyttää tiiminjäseniltä lisäksi hyviä kommunikaatitaitoja (Silén-Lipponen 2006, 27; Gillespie ym. 2009, 1019). Tiimityö ja potilasturvallisuus liittyvät olennaisesti toisiinsa, sillä tiimin yksi tärkeimmistä tehtävistä on potilasturvallisuuden ylläpitäminen (McGarvey ym. 2000, 1097; Silén-Lipponen 2006, 26; Mitchell ym. 2008, 20). Tii-

missä vastuu jakautuu, mikä parantaa riskien tunnistamista ja virheiden ehkäisyä (Silén-Lipponen ym. 2005, 29). Onnistuessaan tiimityö siis parantaa potilasturvallisuutta (Alfredsdottir ym. 2007, 33).

Tiimityö on tärkeä tekijä myös perioperatiivisen sairaanhoitajan asiantuntijuuden kehittymisessä. Tiiminjäsenten välisen tietojen ja kokemusten jakamisen on todettu edistävän asiantuntijuuden kehittymistä (Rokka 2004, 37; Gillespie ym. 2009, 1023; Jurkkala 2010, 55; Sarajärvi ym. 2011, 7). Asiantuntijuus kehittyy työkokemuksen lisääntyessä (Jurkkala 2010, 52) ja siihen vaikuttaa paitsi oma motivaatio (Rokka 2004, 40; Jurkkala 2010, 53) myös työympäristö (Rokka 2004, 38; Jurkkala 2010, 49). Työympäristössä tulisikin antaa mahdollisuus oppimiseen ja oman asiantuntijuuden kehittämiseen (Gillespie ym. 2009, 1023).

Tiimityö on siis merkittävä tekijä intraoperatiivisessa vaiheessa sekä potilasturvallisuutta edistettäessä että perioperatiivisen sairaanhoitajan asiantuntijuuden kehittymisen kannalta. Lisäksi tiimiyötä tehdessä oppii tuntemaan toisten työtehtävät ja arvostamaan heidän ammattitaitoaan (Silén-Lipponen 2006, 29; Puranen 2006, 20). Tiimityö- ja kommunikaatiotaitojen hallintaan pitäisikin kiinnittää enemmän huomiota. Puranen (2006, 21) esimerkiksi ehdottaa, että alan koulutusta järjestävissä oppilaitoksissa tulisi panostaa yhteistyötaitojen opettamiseen tuleville leikkausosaston työntekijöille. Lisäksi ryhmä- ja tiimityön periaatteista voisi järjestää koulutuksia leikkausosastojen henkilökunnalle (Puranen 2006, 21).

Tiimityön ja työssä oppimisen ohella perioperatiivisen sairaanhoitajan asiantuntijuuden kehittämiseen vaikuttaa olennaisesti perehdytys (Jurkkala 2010, 54). Perehdytys kasvattaa ammatillista osaamista lisäämällä luottamusta omaan kykyihin sekä voimistamalla työnhallinnan tunnetta ja omatoimisuutta (Silén-Lipponen 2011, 24 - 25). Hyvin hoidettu perehdytys on etu myös työorganisaatiolle. Perehdytys mahdollistaa esimerkiksi kokemustiedon siirtymisen ja jäämisen työpaikalle (Silén-Lipponen 2011, 24). Lisäksi perehdytys lisää varmuutta ja työmotivaatiota (Taurus 2006a, 71). Sillä voidaankin vaikuttaa olennaisti henkilöstön vaihtuvuuteen (Silén-Lipponen 2011, 24).

Toisin sanoen laadukas perehdytys on kannattavaa sekä työntekijän että työyhteisön kannalta ja siihen tulisi siksi panostaa. Tauruksen (2006b, 4) mukaan perioperatiiviseen hoitotyöhön perehdyttämiseen vaikuttavat hoitotyön lähtökohdat osastolla, osaston ilmapiiri, osastonhoitajan johtamistapa, osaston pedagogiset lähtökohdat ja ohjaussuhde. Taurus (2006b, 4) korostaa etenkin myönteisen sekä avoimen ja auttavan ilmapiirin vaikutusta oppimiseen. Osaston ilmapiiriin taas vaikuttaa olennaisesti osastonhoitajan johtamistapa, jonka tulisi olla demokraattinen ja potilasorientoitunut. Perehdyttäjällä puolestaan pitäisi olla tarpeeksi työkokemusta, perehdytyskoulutus ja kiinnostusta perehdyttämiseen. Lisäksi perehdytettävän tulisi saada jatkuvasti palautetta kehittääkseen osaamistaan. (Tarus 2006b, 5.) Myös Puranen (2006, 21) ja Jurkkala (2010, 51) tuovat esille palautteen saannin tärkeyden asiantuntijuuden kehittymisessä.

Perioperatiivisten sairaanhoitajien odotetaan pystyvän hallitsemaan tilanteita eli ennakoimaan ja arvioimaan niitä sekä hyödyntämään tilanteesta saamaansa tietoa (Mitchell ym. 2008, 22; Gillespie ym. 2009, 1022). Lisäksi heidän tulisi osata yhdistellä esteettistä, teoreettista ja käytännöllistä tietoa tilannekohtaiseen tietoon (Gillespie ym. 2009, 1019). Aistinvaraisen tiedon (Mitchell ym. 2008, 21) ja kokemustiedon (Sarajärvi ym. 2011, 7) käyttö edellyttää jo tiettyä asiantuntijuutta. Erilaisten tietojen yhdisteleminen myös kehittää asiantuntijuutta. Sen lisäksi on kuitenkin osattava myös reflektoida omaa toimintaansa. (Rokka 2004, 39; Jurkkala 2010, 51, 53.) Toisin sanoen perioperatiivisella sairaanhoitajalla tulee olla vahva tietopohja, kykyä yhdistää tietoja toisiinsa sekä kykyä pohtia ja arvioida omaa toimintaansa. Kaiken tämän hallitseminen mahdollistuu todennäköisesti vasta riittävän kokemuksen myötä.

Asiantuntijuutta täytyisi myös olla valmis ylläpitämään ja kehittämään jatkuvasti. Käytäntöön perustuvan tiedon lisäksi päätöksenteon pohjana tulisi olla näyttöön perustuva tieto (Sarajärvi ym. 2011, 7-8). Omien tietojen ja taitojen päivittämisen tärkeys mainittiin useissa tutkimuksissa (Rokka 2004, 38; Silvennoinen 2007, 52; Gillespie ym. 2009, 1022; Jurkkala 2010, 51; Sarajärvi ym. 2011, 7). Halua kehittyä pidettiin jopa edellytyksenä toimia ammatissa (Rokka 2004, 39; Sarajärvi ym. 2011, 7). Asiantuntijuuden kehittäminen on hyvin merkittävää perioperatiivisessa hoitotyössä ja siihen tulisi kiinnittää enemmän huomiota työ-

paikoilla. Asiantuntijuuden kehittämisen on todettu myös parantavan hoidon laatua sekä potilasturvallisuutta (Silvennoinen 2007, 52). Nämä taas ovat olennaisia asioita pyrittäessä mahdollisimman hyvään hoitoon.

Tämän työn tavoitteena oli muodostaa aiheesta kattava, mutta tiivis kuvaus ja osoittaa perioperatiivisen sairaanhoitajan työn asettamat haasteet intraoperatiivisessa vaiheessa. Tulosten perusteella työskentely intraoperatiivisessa vaiheessa vaatii sairaanhoitajalta vahvaa osaamista ja asiantuntijuutta. Kliinisen osaamisen todettiin olevan perusta onnistuneelle hoidolle, mutta erittäin tärkeää on esimerkiksi osata työskennellä tiimissä. Toisaalta kliinisten ja ei-kliinisten taitojen erottelu on osittain hankalaa, koska esimerkiksi potilasturvallisesti toteutettu hoito edellyttää tiettyjen teknisten taitojen hallintaa. Voidaan siis ajatella, että asiantuntijuus sisältää erilaisia osa-alueita, jotka on osaltaan hallittava. Lisäksi nämä osa-alueet pitäisi osata hahmottaa kokonaisuutena, jossa kaikki vaikuttaa kaikkeen.

Tuloksista kävi myös ilmi, että perioperatiiviselta sairaanhoitajalta vaadittu vahva asiantuntijuus on mahdollista saavuttaa muun muassa perehdytyksen ja työkokemuksen karttumisen myötä. Esimerkiksi perehdytyksellä voidaan saada paljon aikaan, mutta se edellyttää yhtä lailla perehdyttävän kuin perehtyjän paneutumista asiaan. Kannustava ja avoin työilmapiiri edistävät osaltaan ammattitaidon kehittämistä. Lisäksi on olennaista, että perioperatiivinen sairaanhoitaja pitäisi työtään mielekkäänä, jolloin hän olisi myös kiinnostunut oppimaan ja kehittämään itseään. Asiantuntijuuden kehittäminen on kuitenkin suureksi osaksi itsestä ja omasta motivaatiosta kiinni.

Työn tavoitteena oli myös tekijän oman tietämyksen ja ammatillisuuden kehittyminen. Työn tekeminen opettikin paljon sekä itse aiheesta että tiedonhankinnasta, tutkimustiedon käsittelemisestä, lähdekriittisyydestä ja asiaankuuluvan raportin tekemisestä. Perioperatiivisen sairaanhoitajan työ ja sen asettamat haasteet hahmottuivat vähitellen opinnäytetyöprosessin aikana. Lisäksi asiantuntijuus käsitteeseen perehtyminen sai pohtimaan myös omaa oppimista ja halua kehittyä työelämässä.

6.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikka edellyttää, että tutkija noudattaa tieteellisiä toimintatapoja, kuten rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Käytettävien tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmien tulee olla tieteellisesti ja eettisesti kestäviä. Eettiset näkökohdat tulee huomioida kaikissa tutkimuksen vaiheissa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 364-365.) Työn eri vaiheiden kriittinen arviointi mahdollistaa tulosten luotettavuuden arvioinnin (Johansson ym. 2007, 53).

Tietyt eettiset arvot ohjaavat aiheenvalintaa ja aiheen rajaamista (Paunonen ym. 2006, 28). Aiheenvalinnassa tulisi ottaa huomioon aiheen mielekkyys ja perusteltavuus (Leino-Kilpi ym. 2008, 365). Tässä työssä aiheenvalinta perustui siihen, että perioperatiivista hoitotyötä on tutkittu vähän (Nivalainen ym. 2009, 304), mikä tekee työstä tieteellisesti mielekkään. Työllä haluttiin nostaa esiin perioperatiivisen hoitotyön haasteellisuus ja sairaanhoitajille asetetut vaatimukset. Lisäksi työn tekeminen edesauttaa tekijän oppimista ja ammatillista kehittymistä sekä tarjoaa tulevaisuudessa muille mahdollisuuden hyödyntää työtä etsiessään tietoa aiheesta.

Tutkimusongelman tulisi vaikuttaa aineistonkeruumenetelmän valintaan (Leino-Kilpi ym. 2008, 367). Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin tässä työssä kirjallisuuskatsaus, koska aiheesta haluttiin saada tietoa mahdollisimman kattavasti. Tietolähteiden valinta voi vaikuttaa tutkimustuloksiin ja valinnan tulisi perustua tutkimuskysymyksiin (Leino-Kilpi ym. 2008, 366). Teoreettisessa työssä huomio tulee kiinnittää aineistonkeruuseen. Kun haettiin tietoa perioperatiivisten sairaanhoitajien asiantuntijuudesta, tiedon vähyyks edellytti, ettei hakutermejä ollut määriteltä liian tarkasti. Haussa käytettiin useita eri termejä niitä yhdistellen. Tällöin valikoitunut aineisto ei aina soveltunut omaan työhön, jolloin tekijän vastuulla oli arvioida huolellisesti ja kriittisesti, mitkä tietolähteet vastaavat asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Hakutuloksia arvioitaessa on pohdittava, kuinka kattavasti aiheesta on saatu kerättyä tietoa (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53). Suomenkielisten hakutermin määrittelyssä oli käytetty apuna YSA:a ja englanninkielisten hakutermin määrittelyssä MeSH-sanakirjaa, mikä edisti tutkimuskysymyksiin vastaavan tiedon löytämistä. Lisäksi tietoa haettiin useista tieto-

kannoista ja sen lisäksi manuaalisesti hoitotieteellisistä lehdistä. Aineistoon valittiin myös englanninkielisiä lähteitä, mikä lisää tulosten edustavuutta.

Analyysivaiheessa on olennaista, että se tehdään huolellisesti ja luotettavasti koko aineistoa hyödyntäen (Leino-Kilpi ym. 2008, 369). Aineiston analysointi tapahtui sisällönanalyysia käyttäen, koska se mahdollistaa aiheen kattavan, mutta tiiviin kuvailun. Sisällönanalyysistä valittiin induktiivinen muoto, koska sen avulla voidaan muodostaa käsitejärjestelmiä aineiston pohjalta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134.) Analyysin avulla aineistosta nousi esiin molempien tutkimuskysymysten alle yläkategorioita, jotka kuvaavat perioperatiivisilta sairaanhoitajilta vaadittua asiantuntijuutta tai sen kehittymistä intraoperatiivisessa vaiheessa. Lisäksi sen avulla voidaan tuoda esille ilmiöiden välisiä suhteita (Kankkunen ym. 2009, 134). Tässä esimerkiksi havaittiin toimivalla tiimityöllä olevan yhteys potilasturvallisuuteen.

Tulosten raportoinnissa tärkeää on avoimuus ja rehellisyys (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 31; Leino-Kilpi ym. 2008, 364; Kankkunen ym. 2009, 141). Raportoinnin on oltava myös riittävän selkeää ja huolellista, jotta lukija voi seurata ja arvioida tutkimuksen kulkua (Paunonen ym. 2006, 220; Pudas-Tähkä ym. 2007, 54). Selkeys raportoinnissa edistää lisäksi tutkimuksen toistettavuutta (Paunonen ym. 2006, 220). Tutkimuksen vaiheet onkin pyritty kuvaamaan mahdollisimman selvästi ja havainnollisesti sekä perustelemaan, minkä takia on päädytty tiettyyn ratkaisuun. Esimerkiksi käytetyt hakusanat sekä tietokannat on lueteltu tarkasti, jolloin niitä voidaan tarvittaessa käyttää uudelleen etsittäessä tietoa aiheesta.

Tulosten raportoinnissa korostuu myös muiden tutkijoiden työn ja saavutusten kunnioittaminen (Leino-Kilpi ym. 2008, 364; Paunonen ym. 2009, 141). Aikaisempien tutkimuksien referoinnissa tulee olla rehellinen eikä vääristellä tai plagioida tuloksia (Paunonen ym. 2009, 31; Kankkunen ym. 2009, 142). Lisäksi lähdeviitteet on merkittävä huolellisesti eli työstä on käytävä ilmi, mikä on tekijän omaa päättelyä ja mikä muilta lainattua (Johansson ym. 2007, 53). Nämä seikat korostuvat etenkin teoreettisessa työssä, koska tällöin aineisto ei ole ”omaa” vaan muiden tuotoksista lainattua. Aineisto onkin pyritty esittelemään kokonaisuudessaan tuloksia vääristelemättä ja lähdeviitteet huolellisesti merkiten. Li-

säksi ohjaajien avulla on löydetty uusia erilaisia näkökulmia, mikä on höydyksi tavoiteltaessa objektiivisuutta. Ohjaajan hyödyntämisen onkin todettu vähentävän ennakoasenteista johtuvia vääristymiä (Leino-Kilpi ym. 2008, 370).

6.3 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Silvennoisen (2007, 42 - 43) mukaan perioperatiivisessa hoitotyössä työskentelevät sairaanhoitajat arvioivat ammattipätevyytensä keskimäärin hyväksi. Odotuslistojen kasvun aiheuttama jatkuva työtahdin kiihtyminen aiheuttaa kuitenkin haasteita. Leikkausten monimutkaisuus ja tekninen haastavuus edellyttävät yhä uusien tietojen ja taitojen hallintaa. (Alfredsdottir & Bjornsdottir 2007, 35.) Perioperatiivisilta sairaanhoitajilta vaaditaan korkeatasoista osaamista, minkä saavuttaminen ei kuitenkaan käy hetkessä. Tässä tutkimuksessa saatuja tuloksia voisikin hyödyntää tulevaisuudessa perioperatiivista koulutusta suunniteltaessa sekä perioperatiivisten yksiköiden perehdytysohjelmia kehitettäessä. Lisäksi työ tarjoaa hoitotyön opiskelijoille sekä hoitotyöntekijöille mahdollisuuden tutustua perioperatiivisen sairaanhoitajan työhön.

Tutkimustulosten perusteella päädyttiin seuraaviin jatkotutkimusaiheisiin:

1. Miten intraoperatiivisen vaiheen tiimityötä voitaisiin kehittää?
2. Miten perehtyminen perioperatiiviseen hoitotyöhön olisi entistä tehokkaampaa?

Lähteet

*Alfredsdottir, H. & Bjornsdottir, K. 2007. Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing* 61(1), 29 - 37.

ARENE. 2007. Ammattikorkeakoulut Bolognan tiellä- julkaisu. Helsinki: Arene ry.

Benner, P. 1991. Aloittelijasta asiantuntijaksi. 2. painos. Suom. Toivanen, K. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.

*Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Wallis, M., Chang, H-Y.A. & Werder, H. 2009. Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study. *Journal of Advanced Nursing* 65(5), 1019 - 1028.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. painos. Helsinki: Tammi.

Jaakkola, V. 2012. Hoitotyön kliininen asiantuntijuus terveydenhuollossa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Itä- Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset - Huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto. 3-7.

*Jurkkala, E-M. 2010. Sairaanhoidajan asiantuntijuuden kehittyminen perioperatiivisessa hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma.

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

Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus - Tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto. 2.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. 15. uud. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Leppänen, N. & Puupponen, A. 2009. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus: Hoitotyön asiantuntija – käsitteen määrittelyä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö, ylempi amk.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2010. Perioperatiivinen hoitotyö. 1. - 2. painos. Helsinki: WSOYpro.

*McGarvey, H.E., Chambers, M.G.A. & Boore, J.R.P. 2000. Development and definition of the role of the operating department nurse: a review. *Journal of Advanced Nursing* 32(5), 1092-1100.

*Mitchell, L. & Flin, R. 2008. Non-Technical skills of the operating theatre scrub nurse: literature review. 2008. *Journal of Advanced Nursing* 63(1), 15 - 24.

Nikki, L., Koivunen, M. & Suominen, T. 2010. Uuden työntekijän mentorointi – katsaus empiiriseen tutkimukseen. *Tutkiva hoitotyö* 8(3), 20 - 29.

Nivalainen, J., Junntila, K., Kiviniemi, K. & Leinonen, T. 2009. Katsaus perioperatiivista hoitotyötä koskeviin yliopistollisiin opinnäytetöihin Suomessa vuosina 1987 - 2007. *Hoitotiede* 21(4), 304 - 316.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. 1. - 4. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri R-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turku: Turun yliopisto. 46 - 56.

*Puranen, E. 2006. Leikkausosaston kannattaa panostaa tiimitaitojen kehittämiseen. *Pinsetti* 2, 20 - 21.

*Rokka, M. 2004. Leikkaushoitajan kokemuksia asiantuntijuuden kehittymisestä. Kuopion yliopisto. *Hoitotieteen laitos*. Pro gradu-tutkielma.

*Taurus, T. 2006a. Perioperatiivisten sairaanhoitajien kuvauksia perehdytyksestään. Kuopion yliopisto. *Hoitotieteen laitos*. Pro gradu-tutkielma.

Taurus, T. 2006b. Hyvin hoidettu perehdytys nopeuttaa noviisin tietä asiantuntijaksi. *Pinsetti* 4, 4-5.

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

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Toimenpiteelliset hoitajaksot 2009. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr05_11.pdf Luettu 6.10.2011.

Saimaan ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma. SoleOPS. http://ops.saimia.fi/opsnet/disp/fi/ops_KoulOhjSel/tab/tab/fet?ryhmtyp=1&amk_id=1111&lukuvuosi=&valkiel=fi&kouluhj_id=16076949&ryhma_id=16339729 Luettu 31.8.2012.

Salonen, A. 2004. Mentorointi ja sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys. Tampereen yliopisto. *Hoitotieteen laitos*. Pro gradu-tutkielma.

*Sarajärvi, A., Wilén, M. & Siira, J. 2011. Anestesiahoitajan näyttöön perustuva hoitotyön päätöksenteko. Spirium 46(2), 6-8.

*Silén-Lipponen, M. 2006. Tiimityö leikkaushoitotyössä. Spirium 41(1), 25-29.

*Silén-Lipponen, M. 2011. Mentorointi työhön perehdyttämisessä ja rekrytoinnissa perioperatiiviseen hoitotyöhön. Pinsetti 1, 24-25.

*Silén-Lipponen, M., Tossavainen, K., Turunen, H. & Smith, A. 2005. Potential errors and their prevention in operating room team work as experienced by Finnish, British and American nurses. International Journal of Nursing Practice 11, 21-32.

*Silvennoinen, A. 2007. Sairaanhoitajien ammattipätevyys perioperatiivisessa hoitoympäristössä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009:18. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf Luettu 28.8.2012.

Vaasan ammattikorkeakoulu. Perioperatiivisen hoitotyön erikoistumisopinnot (30op).

http://www.puv.fi/fi/alumni/erikoistumisopinnot/perioperatiivisen_hoitotyon_erikoistumisopinnot-30_op/ Luettu 2.12.2011.

Liite1 Perioperatiivisen sairaanhoitajan asiantuntijuus

Aineisto:	Päätulokset:
Alfredsdottir, H. & Bjornsdottir, K. 2007. Nursing and patient safety in the operating room. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 61(1), 29-37.	Potilaan turvallisuuden varmistaminen ja virheiden ehkäisy on keskeistä leikkausosaston hoitotyössä. Hoitajien mukaan ennalta ehkäisy ja suojelu on ratkaisevaa edistettäessä turvallisuutta. On myös tärkeää, että työ on jaettu erikostuneille tiimeille. Työtahdin kasvun ajatellaan olevan välttämätöntä, jotta voidaan parantaa tuottavuutta. Henkilöstön puutetta pidetään suurimpana uhkana turvallisuudelle.
Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Wallis, M., Chang, H-Y.A. & Werder, H. 2009. Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 65(5), 1019-1028.	Leikkausosaston sairaanhoitajien mukaan pätevyys koostuu kolmesta osa-alueesta, joita ovat teoreettisen, käytännöllisen, tilannekohtaisen ja esteettisen tietämyksen yhdistäminen teknisessä ympäristössä, korkeasti kehittyneiden kommunikaatiotaitojen tärkeys erilaisten tiiminjäsenien kesken sekä toiminnan johtaminen ja koordinointi.
Jurkkala, E-M. 2010. Sairaanhoitajan asiantuntijuuden kehittyminen perioperatiivisessa hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma.	Leikkaussalisairaanhoitajan asiantuntijuuden kehittymiseen vaikuttavat merkitykselliset oppimiskokemukset, joihin liittyy jonkin asian tekeminen, joku henkilö ja tunnetila. Tutkinto ei valmista tarpeeksi työelämää varten ja asiantuntijuus kehittyikin vasta organisaatiossa toimiessa. Vanhempien kollegoiden tuella ja opastuksella on suuri merkitys asiantuntijuuden kehittymiseen.
McGarvey, H.E., Chambers, M.G.A. & Boore, J.R.P. 2000. Development and definition of the role of the operating department nurse: a review. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 32(5), 1092-1100.	Kirjallisuuskatsaus kuvaa, kuinka leikkausosaston sairaanhoitajan rooli on kehittynyt kirurgian lääketieteellisten ja teknisten edistysten rinnalla. Se myös korostaa, että leikkausosaston sairaanhoitajien työ on saanut huomiota pohjois-amerikkalaisessa kirjallisuudessa, kun taas brittiläisessä kirjallisuudessa sitä on käsitelty vähän. Lisäksi katsaus esittelee nykyisen perioperatiivisen sairaanhoitajan roolin kehittymistä korostaen muutoksia ja haasteita, joita sairaanhoitajat työssään kohtaavat.
Mitchell, L. & Flin, R. 2008. Non-Technical skills of the operating theatre scrub nurse: literature review. 2008. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 63(1), 15-24.	Kirjallisuuskatsaukseen valitusta aineistosta (yht. 13 lähdettä) 10 käsitteli kommunikaatiota ja kahdeksassa niistä oli mainittu myös tiimityö. Yhteensä 11 lähtessä oli mainittu tiimityö ja yksi niistä keskittyi hoitajien tilanhallintaan, tiimityöhön ja kommunikointiin. Yksikään ei käsitellyt hoitajien johtajuutta tai päätöksentekoa.
Puranen, E. 2006. Leikkausosaston kannattaa panostaa tiimitaitojen kehittämiseen. <i>Pinsetti</i> 2, 20-21.	Kuntayhtymäsairaaloiden työryhmä koettiin tasarvoisimmaksi. Leikkausosastolla pidettiin päivittäisiä palavereja harvoin. Työnarviointi ja palautteen saaminen oli vähäistä. Ilmapiiriä työyhteisös-

	sä pidettiin kohtalaisen hyvänä. Parhaiten työryhmän ristiriitojen ratkaisu, päätöksenteko ja yhteistyö sekä hyvä ilmapiiri toteutuivat kuntayhtymäsairaaloissa. Työnjakomallina toimi ryhmätyömalli.
Rokka, M. 2004. Leikkaushoitajan kokemuksia asiantuntijuuden kehittymisestä. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.	Leikkaushoitajan asiantuntijuuden kehittymiseen liittyviä tekijöitä ovat asiantuntijuuden jakaminen, näyttöön perustuva hoitotyö, sisäinen ammattitaito ja työssä kehittymisen tärkeys.
Taurus, T. 2006. Perioperatiivisten sairaanhoitajien kuvauksia perehdytyksestään. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.	Perioperatiiviseen hoitotyöhön perehtymiseen vaikuttavat hoitotyön lähtökohdat osastolla, osaston ilmapiiri, osastonhoitajan johtamistapa, osaston pedagogiset lähtökohdat ja ohjaussuhde. Tehokkaasti toteutettu perehdytys nopeuttaa asiantuntijaksi kehittymistä.
Tengvall, E. 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anesthesiologeille ja kirurgeille. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.	Leikkaus- ja anestesiahoitajilta edellytetään erittäin korkeatasoista ammatillista pätevyyttä. Leikkaushoitajalta edellytetyssä pätevyydessä korostui aseptinen, turvallisuus-, kommunikointi-, dokumentointi- ja tekninen toiminta. Anestesiahoitajalta edellytetyssä pätevyydessä taas korostui anestesia- ja lääkehoidon, anestesiahoitajan aloitus-, kommunikointi- ja turvallisuustoiminta. Hoitotyön toimintojen totetumisessa ilmeni kehittämistarpeita. Kriittisimmin leikkaus- ja anestesiahoitajien ammatillista pätevyyttä arvioivat anesthesiologit ja 6 - 10 vuotta leikkausyksikössä työskennelleet. Lääkäreiltä hoitajille esitettyjen tehtäväsiirtojen edellytyksenä pidettiin valtakunnalliset kriteerit täyttävää ja sisällöltään spesifiä koulutusta sekä vastuu- ja lupakäytänteiden selkiyttämistä ja työn vaatuvuutta vastaavaa palkkausta. Tutkimuksessa kehitetty leikkaus- ja anestesiahoitajan ammattipätevyysmalli selkiytti kyseisten ammattien sisältöä intraoperatiivisessa vaiheessa.
Sarajärvi, A., Wilén, M. & Siira, J. 2011. Anestesiahoitajan näyttöön perustuva hoitotyön päätöksenteko. Spirium 46(2), 6-8.	Anestesiahoitajan hoitotyön päätöksenteko pohjautuu suurimmaksi osaksi asiantuntijan kokemukseen perustuvaan tietoon, osaksi tieteelliseen tietoon ja osaksi asiakkaan kokemustietoon sekä osaksi toimintaympäristön tarjoamiin mahdollisuuksiin. Päätöksentekotaidot kehittyvät käytännön ja teorian vuorovaikutuksessa. Lisäksi sairaanhoitajan oman toiminnan kriittisellä arvioinnilla ja kyseenalaistamisella on vaikutusta.
Silén-Lipponen, M. 2005. Tiimityö leikkaushoitotyössä. Spirium 40(4), 25-29.	Leikkaushoitajien tiimityön kokemuksista muodostettuja kategorioita olivat ammatillinen tiimityö, organisoitu tiimityö, tiimityön fyysinen ympäristö ja tiimityötä häiritsevät tekijät. Opiskelijoiden kokemuksista muodostetut kategoriat taas olivat tiimijäsenyyden saaminen ja tiimityön tekninen näkö-

	kulma.
Silén-Lipponen, M. 2011. Mentorointi työhön perehdyttämisessä ja rekrytoinnissa perioperatiiviseen hoitotyöhön. Pinsetti 1, 24-25.	Mentoroinnilla todettiin olevan useita myönteisiä vaikutuksia sekä mentoroijalle että ohjattavalle. Se edisti esimerkiksi ohjattavien ammatillista kehittymistä ja mentorien oman toiminnan kehittämistä.
Silén-Lipponen, M., Tossavainen, K., Turunen, H. & Smith, A. 2005. Potential errors and their prevention in operating room team work as experienced by Finnish, British and American nurses. International Journal of Nursing Practice 11, 21-32.	Virheiden ehkäisy leikkausosaston tiimityössä edellyttää tiimityön harjoittelua, jaettua vastuuta tiimeissä ja organisoitua tiimityötä. Potentiaalisia virheiden aiheuttajia ovat virheiden pelko, vaihtuvuus tiimeissä, ylityöt ja emotionaalinen stressi. Jaettu vastuu osoittaa, että tutut tiimit, turvallisuuden kontrollointi ja virheiden virallinen kirjaaminen vähentävät virheitä. Organisaation tasolla virheiden ehkäisy vaatii työn aikatauluttamista, hyvää johtamista, pätevyyttä ja sopivaa fyysistä ympäristöä.
Silvennoinen, A. 2007. Sairaanhoidajien ammattipätevyys perioperatiivisessa hoitoympäristössä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.	Sairaanhoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä perioperatiivisessa hoitoympäristössä keskimäärin hyväksi. Pätevyys arvioitiin parhaimmaksi auttamisen ja tilankehälyllä alueille ja heikoimmaksi puolestaan laadunvarmistuksen alueella.

