



TURUN
YLIOPISTO

PÄIVITTÄINEN JOHTAMINEN LÄHIESIMIEHEN TYÖSSÄ LEIKKAUS- JA ANESTESIAOSASTOLLA

Eriikka Siirala

TURUN YLIOPISTON JULKAISUJA

SARJA - SER. C OSA - TOM. 505 | SCRIPTA LINGUA FENNICA EDITA | TURKU 2020



TURUN
YLIOPISTO

**PÄIVITTÄINEN
JOHTAMINEN
LÄHIESIMIEHEN TYÖSSÄ
LEIKKAUS- JA
ANESTESIAOSASTOLLA**

Eriikka Siirala

Turun yliopisto

Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotiede
Hoitotieteen tohtoriohjelma
Helsingin yliopistollinen sairaala

Työn ohjaajat

Professori Sanna Salanterä
Hoitotieteen laitos
Turun yliopisto
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri
Turku, Suomi

Dosentti Kristiina Junttila
Hoitotieteen laitos
Turun yliopisto
Helsingin yliopistollinen sairaala
Turku, Suomi

Esitarkastajat

Professori Kaija Saranto
Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden
tiedekunta
Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos
Itä-Suomen yliopisto
Kuopio, Suomi

Dosentti Päivi Kankkunen
Terveystieteiden tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Itä-Suomen yliopisto
Kuopio, Suomi

Professori Camilla Koskinen
Faculty of Health Sciences
Department of Caring and Ethics
University of Stavanger
Stavanger, Norja

Vastaväittäjä

Dosentti Paula Asikainen
Terveystieteiden yksikkö
Tampereen yliopisto
Satakunnan sairaanhoitopiiri
Tampere, Suomi

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck-järjestelmällä.

ISBN 978-951-29-8295-0 (Painettu)
ISBN 978-951-29-8296-7 (Sähköinen)
ISSN 0082-6995 (Painettu)
ISSN 2343-3205 (Verkkajulkaisu)
Painosalama Oy, Turku, 2020

TURUN YLIOPISTO

Lääketieteellinen tiedekunta

Hoitotieteen laitos

Hoitotiede

ERIIKKA SIIRALA: Päivittäinen johtaminen lähiesimiehen työssä leikkaus- ja anestesiaosastolla

Väitöskirja, 167 s.

Hoitotieteen tohtoriohjelma

joulukuu 2020

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata lähiesimiehen päivittäinen johtaminen leikkaus- ja anestesiaosastolla eri näkökulmista. Tutkimus on osa laajempaa tutkimushanketta, jossa mallinnetaan tiedolla johtamista akuuttihoivossa. Tutkimus toteutettiin kolmessa eri vaiheessa.

Ensimmäiseksi kuvattiin lähiesimiehen (n=20) tekemiä päätöksiä päivittäisessä johtamisessa. Laadullinen tutkimus toteutettiin ääneenajattelun menetelmällä kahdessa eri yliopistollisessa sairaalassa virka-aikana arkisin. Tulosten mukaan lähiesimiehet tekivät päivittäisessä johtamisessa toimintaan välittömästi vaikuttavia päätöksiä (n=289) sekä lähitulevaisuuteen vaikuttavia, lyhyen aikavälin, päätöksiä (n=268). Päätökset olivat luonteeltaan operatiivisia. Lisäksi lähiesimiehet tekivät kauskantoisia, pitkän aikavälin, päätöksiä (n=187), jotka olivat luonteeltaan taktisia.

Toiseksi määriteltiin, kuvattiin ja tunnistettiin lähiesimiehen päivittäisen johtamisen tiedontarpeet tutkimuksessa kehitetyn kyselyn avulla. Tiedontarvekysely (76 tiedontarvetta) kohdistettiin leikkaus- ja anestesiaosastojen lähiesimiehille Suomessa syksyllä 2015 (N=412, n=288). Lähiesimiehet arvioivat päivittäisen johtamisen tiedontarpeet niiden oleellisuuden näkökulmasta Likert-asteikolla (1-6). Tiedontarpeiden keskiarvo (KA) vaihteli välillä 3,19-5,83. Tutkimuksessa tunnistettiin Content Validity Index -arvon (CVI) mukaan 41 oleellista tiedontarvetta koskien potilaan tietoja, toimenpideprosessia, henkilökuntaa ja aineellisia resursseja. Monimuuttujamenetelmän mukaan arvioituna lähiesimiehen johtamiskokemus tai organisatoriset tekijät olivat vain vähäisesti yhteydessä päivittäisen johtamisen tiedontarpeisiin.

Kolmanneksi kuvattiin lähiesimiehen työnkuva integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla (n=9). Katsauksen perusteella työnkuva voitiin jakaa kolmeen pääteemaan, jotka olivat: 1) Lähiesimiehen koulutus ja kokemus, 2) Lähiesimiehen taidot sekä 3) Lähiesimiehen tehtävät. Lähiesimiehen taustalla oleva koulutus ja kokemus johtamistehtävästä mahdollisti taitoja, jolla työtä voitiin tehdä.

Tutkimuksen tulosten avulla voidaan tukea lähiesimiehen päivittäiseen johtamiseen kehitettävien tietojärjestelmien tietosisältöjä. Lisäksi tuloksia voidaan hyödyntää uusien lähiesimiesten perehdytyksessä sekä työnkuvan määrittelyssä.

AVAINSANAT: lähiesimies, leikkaus- ja anestesiaosasto, päivittäinen johtaminen, päätöksenteko ja tiedontarve

UNIVERSITY OF TURKU

Faculty of Medicine

Department of Nursing Science

Nursing Science

ERIIKKA SIIRALA: Nurse managers' daily unit operation in perioperative settings

Doctoral Dissertation, 167 pp

Doctoral Programme in Nursing Science

December 2020

ABSTRACT

The aim of this study was to describe the daily unit operation in perioperative settings viewed by nurse manager. The study is part of a larger project in which the knowledge management of the daily unit operations will be modelled in the acute care. Study was carried out at three different stages.

First, the aim was to describe decisions made by nurse managers (n=20). The think aloud -method was used when collecting data in two university hospitals. The thematic content analysis was used. Nurse managers made ad hoc (n=289), near future (n=268) and long-term (n=187) decisions.

Second, the aim was to define, describe and identify nurse manager's essential information needs. The survey was addressed to nurse managers (N=412, n=288) in Finland and it included the following themes: "Patient's care process", "Surgical procedure", "Human resources", and "Tangible resources". The Likert Scale (from one to six) was used to evaluate the essentiality of the information needs (mean from 3.19 to 5.83). Based on the Content Validity Index (CVI), 41 information needs were evaluated as essential in daily unit operation. The nurse manager's position or organisational factors had only some association with the information needs based on Two independent samples test of mean (t-test) and Oneway ANOVA (F-test).

Third, the aim was to describe the nurse manager's role by conducting an integrative literature review (n=9). The nurse manager's role could be divided into three main themes: 1) education and experience, 2) skills and 3) tasks.

The results can be used when defining the content of new information systems in operating departments. In addition, the results can be used in orientation and when clarifying the nurse manager's role.

KEYWORDS: nurse manager, perioperative settings, daily unit operation, decision making and information needs

Sisällysluettelo

Kuviot, taulukot, liitteet	7
Lyhenteet	9
Osajulkaisuluettelo	10
1 Johdanto	11
2 Tutkimuksen teoreettinen viitekehys ja keskeiset käsitteet	13
2.1 Lähiesimies	15
2.2 Leikkaus- ja anestesiaosasto	16
2.3 Hoitotyön päivittäinen johtaminen.....	18
2.4 Lähiesimiehen päätöksenteko ja tiedontarpeet.....	19
3 Kirjallisuuskatsaus	23
3.1 Lähiesimiehen päivittäinen johtaminen	23
3.1.1 Lähiesimiehen työnkuva	23
3.1.2 Lähiesimiehen päätöksenteko	25
3.1.3 Tietojärjestelmät lähiesimiehen päätöksenteon tukena	26
3.1.4 Leikkaus- ja anestesiaosaston päivittäinen johtaminen.....	27
3.2 Yhteenvedo aiemmasta tutkimuksesta	28
4 Tarkoitus	31
5 Aineisto ja menetelmät	33
5.1 Tutkimusympäristö	36
5.2 Tutkittavat ja tutkittavien rekrytointi.....	36
5.3 Tutkimusaineiston keruu.....	38
5.4 Tutkimusaineiston analyysi.....	41
5.5 Tutkimuksen eettisyys	44
6 Tulokset	48
6.1 Lähiesimiehen päivittäisessä johtamisessa tekemät päätökset (vaihe 1, osatyö I)	48
6.1.1 Lähiesimiehen tekemät lyhyen aikavälin päätökset	52
6.1.2 Lähiesimiehen tekemät pitkän aikavälin päätökset	53

6.2	Lähiesimiehen tiedontarpeet päivittäisessä johtamisessa (vaihe 2, osatyöt II ja III)	54
6.2.1	Päivittäisen johtamisen tiedontarpeiden määrittely	54
6.2.2	Päivittäisen johtamisen tiedontarpeiden esitestaus	55
6.2.3	Päivittäisen johtamisen tiedontarpeet	56
6.3	Lähiesimiehen työnkuva leikkaus- ja anestesiaosastolla (vaihe 3, osatyö IV)	61
6.3.1	Lähiesimiehen koulutus ja kokemus päivittäisessä johtamisessa	63
6.3.2	Lähiesimiehen taidot päivittäisessä johtamisessa	63
6.3.3	Päivittäisen johtamisen tehtävät	65
6.4	Tulosten yhteenveto	65
7	Pohdinta	68
7.1	Tutkimuksen keskeiset löydökset	68
7.1.1	Lähiesimiehen työnkuva kirjallisuuden mukaan	69
7.1.2	Lähiesimiehen päätökset	70
7.1.3	Lähiesimiehen tiedontarpeet päivittäisessä johtamisessa	73
7.2	Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet	76
7.3	Tulosten hyödynnettävyys jatkotutkimuksessa sekä lähiesimiehen päivittäisessä johtamisessa	80
8	Johtopäätökset	83
	Kiitokset	85
	Lähdeluettelo	87
	Liitteet	96
	Osajulkaisut	109

Kuviot, taulukot, liitteet

KUVIOT

Kuvio 1.	Perioperatiivinen tutkimusympäristö.....	14
Kuvio 2.	Johtamisen tasot.....	19
Kuvio 3.	Tutkimuksen vaiheet	32
Kuvio 4.	Tutkimusaineiston keruu ja analyysi.....	35
Kuvio 5.	Lähiesimiehen päätökset päivittäisessä johtamisessa.....	50
Kuvio 6.	Lähiesimiehen työnkuvan pääteemat.....	62
Kuvio 7.	Lähiesimiehen päivittäinen johtaminen leikkaus- ja anestesiaosastolla eri näkökulmista	67

TAULUKOT

Taulukko 1.	Tutkimuksen keskeiset käsitteet.....	14
Taulukko 2.	Tutkimusasetelma.....	34
Taulukko 3.	Tiedontarvekyselyn taustatietojen ja käytetyt tunnusluvut	42
Taulukko 4.	Tiedontarvekyselyn taustamuuttujat sekä käytetty keskiarvotesti	43
Taulukko 5.	Asiantuntijapaneelien arvioiman tiedontarvekyselyn (n=92) pääteemat ja alateemat	55
Taulukko 6.	Tiedontarvekyselyyn osallistuneiden tutkittavien sekä leikkaus- ja anestesiaosastojen taustatiedot	57
Taulukko 7.	Leikkaussalien lukumäärän yhteys päivittäisen johtamisen tiedontarpeisiin.....	59
Taulukko 8.	Lähiesimiehen johtamiskokemuksen ja organisatoristen tekijöiden yhteys päivittäisen johtamisen tiedontarpeisiin.	60
Taulukko 9.	Tiedontarpeiden yhteneväisyys cronbachin alfa-arvon mukaan	61

LIITTEET

Liite 1.	Yhteenvedon kirjallisuushaku.....	96
Liite 2.	Integroivan kirjallisuuskatsauksen haku (osatyö IV)	99
Liite 3.	Lähiesimiehen päätökset päivittäisessä johtamisessa.....	102
Liite 4.	Päivittäisen johtamisen tiedontarpeet.....	105

Lyhenteet

AAACN	American Academy of Ambulatory Care Nursing
AORN	The Association of periOperative Registered Nurses
CINAHL	The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CVI	Content Validity Index
EORNA	European Operating Room Nurses Association
ETENE	Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta
EU	Euroopan Unioni
HUS	Helsingin yliopistollinen sairaala
KA	Keskiarvo
KVTES	Kunnallinen virka- ja työehtosopimus
Md	Mediaani
PUBMED	National Centre for Biotechnology Information's Entrez retrieval system
SASH	Suomen anestesiasairaanhoitajat ry.
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
TEHY	Terveydenhuoltoalan ammattijärjestö ry.
TEM	Työ- ja elinkeinoministeriö
TENK	Tutkimuseettinen neuvottelukunta
TYKS	Turun yliopistollinen keskussairaala
VSSHPI	Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri
WHO	Maailman terveysjärjestö

Osajulkaisuluettelo

Väitöskirjan yhteenveto-osa perustuu seuraaviin alkuperäisjulkaisuihin, joihin viitataan tekstissä roomalaisilla numeroilla I-IV.

- I. Siirala E, Peltonen L-M, Lundgrén-Laine H, Salanterä S & Junttila K. 2016. Nurse managers' decision-making in daily unit operation in peri-operative settings: a cross-sectional descriptive study. *Journal of Nursing Management*, 24(6), 806–815. doi: 10.1111/jonm.12385
- II. Siirala E, Salanterä S, Lundgrén-Laine H, Peltonen L-M, Engblom J & Junttila K. 2020. Identifying nurse managers' essential information needs in daily unit operation in perioperative settings. *Nursing Open*, 7(3), 793–803 doi: org/10.1002/nop2.454
- III. Siirala E, Salanterä S, Lundgrén-Laine H, Peltonen L-M, Engblom J & Junttila K. 2020. The association between nurse managers' information needs, management experience and organisational factors in daily unit operation. Käsikirjoitus.
- IV. Siirala E, Suhonen H, Salanterä S & Junttila K. 2019. The nurse manager's role in perioperative settings: An integrative literature review. *Journal of Nursing Management*, 27(5), 918–929. doi: 10.1111/jonm.12770.

Artikkelien käyttöön väitöskirjan osajulkaisuina on saatu kustantajien lupa.

1 Johdanto

Leikkaus- ja anestesiaosaston päivittäisestä johtamisesta sairaalan operatiivisen johtamisen tasolla vastaa lähiesimies (Marjamaa, 2007; Peltokorpi, Torkki, Kämäräinen, & Hynynen, 2009). Potilaan hoidon onnistumiseksi lähiesimiehen tehtävänä on vastata, että toimenpiteisiin on varattu riittävä ja osaava hoitohenkilökunta, toiminnassa ovat tarpeenmukaiset laitteet ja välineet käytössä, toiminta on sujuvaa ja että ennalta suunnitellussa aikataulussa pysytään, ennakoimattomista muutoksista huolimatta.

Lähiesimies tekee päivittäisessä johtamisessa jatkuvasti päätöksiä, mikä edellyttää tietoa mm. henkilöstöstä, potilaista ja toimenpiteistä (Markkanen & Tuomisola, 2014) sekä johtamisen ylemmältä tasolta asetetuista tavoitteista. Tiedon hyödyntämistä varten hänellä on käytössä useita eri tietojärjestelmiä (Fathian, Emami, Moghaddasi, Kazemi, & Rabiei, 2019; Gurses, Xiao, & Hu, 2009). Kuitenkin tietojärjestelmistä saatava tieto ei ole välttämättä ajantasaista, eikä myöskään luotettavaa. Tieto pitää myös kerätä useasta eri lähteestä, mikä vie aikaa. (Gurses, Xiao, & Hu, 2009; Samal ym., 2016.) Päivittäisessä johtamisessa tarvittavaa tietoa ei välttämättä ole saatavilla, vaan se perustuu lähiesimiehen kokemukseen ja muistiin, jolloin myös sen näkyväksi tekeminen on haasteellista (Ross-Kraft & Androwich, 2015, s. 584). Tällä hetkellä lähiesimiehen päivittäisessä johtamisessa käyttämä tieto ei tallennu eikä välttämättä kumuloidu eli sen avulla ei voida ennustaa tulevaa toimintaa. (Fathian ym., 2019.) Lähiesimiehen päivittäisessä johtamisessa tekemiä päätöksiä ja tarvittavaa tietoa ei ole juuri tutkittu leikkaus- ja anestesiaosastolla, minkä vuoksi tietojärjestelmäratkaisujen tietosisältöjen kehittäminen on haasteellista.

Leikkaus- ja anestesiatoimenpiteitä tehdään julkisessa terveydenhuollossa vuosittain noin 320 000 (Sjöholm, 2019). Toimenpiteiden määrä on pysynyt lähes samana viime vuosina, mutta tulevaisuudessa toimintaa toteutetaan pienemmillä henkilöstöresursseilla (Markkanen & Tuomisola, 2014). Tulevaisuudessa tietojärjestelmäratkaisuille on mahdollista tukea päivittäistä päätöksentekoa ja työnkuvaa reaaliaikaisesti ja ohjata henkilökuntaresursseja kohdennetusti tarpeen mukaan (STM, 2016). Tietojärjestelmäratkaisuille voidaan vaikuttaa hoidon laatuun ja hoidon turvallisuuteen varmistamalla toimenpiteisiin osaava henkilökunta sekä oikeat välineet ja laitteet.

Leikkaus- ja anestesiahoito on myös kallista, joten päivittäisen johtamisen tulee olla sujuvaa (Childers & Maggard-Gibbons, 2018; Macario, 2010; Torkki, Alho, Peltonkorpi, Torkki, & Kallio, 2006). Puutteellisella tiedolla tehdyt päätökset päivittäisessä johtamisessa saattavat aiheuttaa turhia viiveitä toiminnalle ja lisäävät kustannuksia.

Julkisen terveydenhuollon jatkuvat muutokset haastavat lähiesimiehen työtä ja uudet tietojärjestelmäratkaisut osaltaan vaikuttavat työn kehittämiseen uudella tavalla (STM, 2016). Lähiesimiehen työnkuvaa on osittain määritetty mm. kansainvälisten leikkaushoitotyön järjestöjen, kuten yhdysvaltalaisen AORN:n ja eurooppalaisen EORNA:n toimesta. Työnkuvan selkeyttäminen tukee myös päivittäisen johtamisen vastuunjakoaa lääketieteen ja hoitotyön kesken (Marjamaa, 2007).

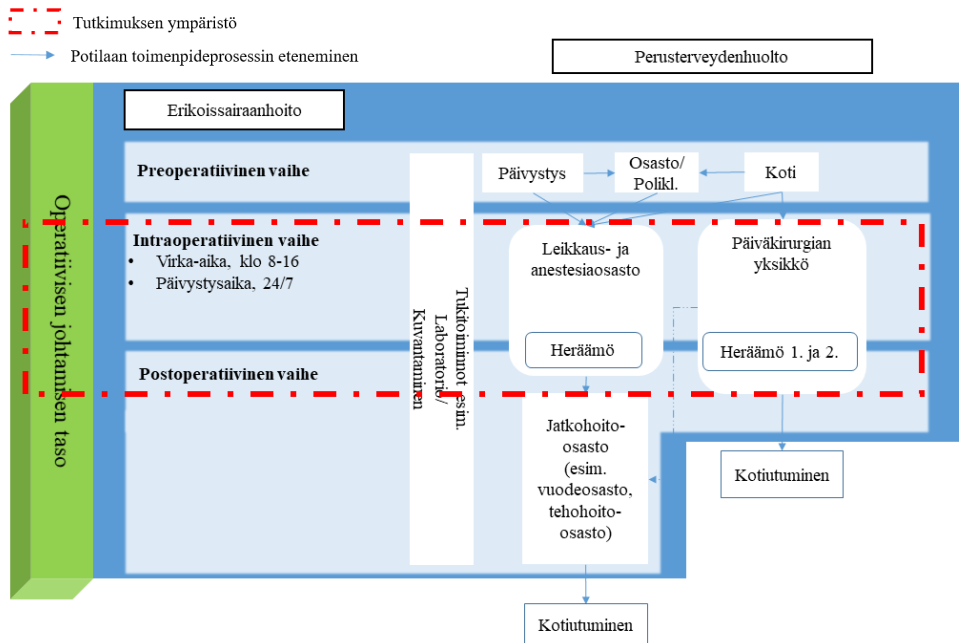
Palvelujärjestelmää kehittävän tutkimuksen tavoitteena on kuvata lähiesimiehen päivittäinen johtaminen leikkaus- ja anestesiaosastolla eri näkökulmista. Tulosten avulla voidaan tukea tietojärjestelmien tietosisältöjen kehittämistä. Lisäksi tuloksia voidaan hyödyntää perehdytyksessä olevien uusien lähiesimiesten koulutuksessa sekä päivittäisen johtamisen työnkuvan määrittelyssä. Työnkuvan selkeyttämisellä on mahdollista parantaa työn tehokkuutta, kun resursseja voidaan ohjata täsmällisemmin. Tutkimus tuo tietoa päivittäisen johtamisen organisointiin ja suunnitteluun. Tutkimuksen avulla saadaan päivittäisessä johtamisessa tarvittava oleellinen tieto näkyvämpään muotoon.

2 Tutkimuksen teoreettinen viitekehys ja keskeiset käsitteet

Teoreettisella viitekehyksellä tai laajemmin paradigmalla tavoitellaan tieteessä tiettyä näkökulmaa ja ajatuksen kulkua. Paradigmasta voidaan puhua, kun se on teoriana ja ajattelumallina ollut yleisesti hyväksytty jo kymmenien vuosien ajan. (Kuhn, 1994.) Hoitotieteen paradigma käsittää, ihmisen, ympäristön, terveyden tai sairauden sekä hoitotyön toiminnot. Tässä tutkimuksessa hoitotieteen paradigmaa lähestytään perioperatiiviseen hoitotyön johtamisen näkökulmasta. Tutkimuksessa tarkastellaan hoitotyön toimintoja ja siinä erityisesti hoitotyön päivittäisen johtamisen ilmiötä, joka sisältää päätöksenteon ja siinä tarvittavan tiedon sekä lähiesimiehen työnkuvan. Tutkimusympäristönä on perioperatiivisen hoidon kenttä, tarkemmin leikkaus- ja anestesiaosastot. Tutkimuksessa pyritään tunnistamaan päivittäisessä johtamisessa esiintyvää näkyvää ja hiljaista tietoa, jotta päätöksentekoa on mahdollista tukea nykyistä paremmin siihen kehitettävillä tietojärjestelmien tietosisällöillä. Lähiesimiehellä on hallinnollinen vastuu johtamisesta vuoronsa ajan ja päivittäisen johtamistoimintojen tutkimuksella (työnkuva, päätökset, tiedontarpeet) tavoitellaan potilaan turvallista hoitoa, toiminnan tehostamista ja laadun parantamista. Tutkimuksen keskeiset käsitteet ovat lähiesimies, leikkaus- ja anestesiaosasto, päivittäinen johtaminen sekä päätöksenteko ja tiedontarve. Lisäksi määritellään päätöksentekoon ja tiedontarpeisiin liittyvä tietojärjestelmä. Tutkimuksen käsitteet ovat esitetty taulukossa. (Taulukko 1.) Tutkimusympäristö on kuvattu kuviossa. (Kuvio 1.)

Taulukko 1. Tutkimuksen keskeiset käsitteet

KÄSITE	MÄÄRITELMÄ
Lähiesimies	Osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja tai vuorovastaava sairaanhoitaja, joka osallistuu päivittäiseen johtamiseen leikkaus- ja anestesiaosastolla arkisin virka-aikana, klo 8–16 (KVTES 2018–2019; Marjamaa, 2007). Tutkimuksen menetelmäosuudessa on käytetty ”hallinnollinen osastonhoitaja” termiä tarkentamaan aineistonkeruun tutkittavien rekrytointia.
Leikkaus- ja anestesiaosasto	Osasto, jossa toteutetaan kirurginen toimenpide. Leikkaus- ja anestesiaosastot voivat olla suuntautuneita yhden erikoisalan tai usean eri erikoisalan toimenpiteisiin (Zhu ym., 2016). Leikkaus- ja anestesiaosasto käsittää myös päiväkirurgian yksiköt.
Päivittäinen johtaminen	Operatiivisella tasolla tapahtuva johtaminen ja siinä tehtävä päätöksenteko hoitotyön lähiesimiehen näkökulmasta. (Nyssen, 2007; Winter ym., 2001)
Päätöksenteko	Päätöksenteon teoreettisen vaihe; tiedon hankinta, vaihtoehtojen vertailu, päätöksen toteaminen, päätöksen arviointi (Elstein, Shulman, & Sprafka, 1978).
Tiedontarve	Tutkittavan näkemys tiedosta, jota tarvitaan päivittäisen johtamisen päätöksenteossa (Nyssen, 2007).
Tietojärjestelmä	Tietojärjestelmä sisältää tietoa käsittelevät ihmiset ja tietojenkäsittelylaitteet sekä ohjelmat. Järjestelmän tarkoituksena on helpottaa, mahdollistaa ja tehostaa toimintoja. (Finto, 2018.)



Kuvio 1. Perioperatiivinen tutkimusympäristö

2.1 Lähiesimies

Hoitotyön päivittäisestä johtamisesta vastaa osastonhoitaja ja hänen poissaollessaan apulaisosastonhoitaja tai vuorovastaava sairaanhoitaja. Osastonhoitajan tehtävänkuva päivittäisen johtamisen lähiesimiehenä hoitotyössä on tunnustettu jo vuosisadan vaihteessa, jolloin hänen työhön kuului osallistuminen lääkärin kierrolle, ohjata uusia hoitotyön opiskelijoita ja järjestää hoitotyön koulutusta. Osastonhoitaja toimi ylihoitajan alaisena ja kliinistä potilastyötä tekevien sairaanhoitajien lähiesimiehenä. (Tuulio, 1966.) Osastonhoitaja työskentelee edelleen organisaation operatiivisella tasolla päivittäisen hoitotyön johtajana (Marjamaa, 2007). Hän johtaa hoitohenkilöstöä, toimintaa ja taloutta osastollaan, tekee päätöksiä sekä valmistelee niitä. (Akavan sairaanhoitajat & Taja ry., 2014; KVTES 2018–2019; Narinen, 2000; Surakka, 2006.) Osastonhoitaja varmistaa, että toiminta on asiakaslähtöistä, vaikuttavaa, kustannustehokasta ja turvallista (Akavan sairaanhoitajat & Taja ry., 2014).

Osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan työn vaatimuksena on, että hän on lailistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, millä varmistetaan vaadittava koulutus, pätevyys ja muut valmiudet (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 559/1994). Julkisessa terveydenhuollossa osastonhoitajan kelpoisuusehtona on, että osastonhoitajalla tulee olla soveltuva ylempi korkeakoulututkinto (akateeminen tutkinto tai ylempi ammattikorkeakoulututkinto) tai aikaisempi hyväksytty osastonhoitajan pätevyys, riittävä työkokemus sekä johtamisen ja hallinnon opintoja. (HUS, 2015; VSSHP, 2019.)

Vuorovastaava sairaanhoitaja (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 559/1994) nimetään jokaiseen työvuoroon vuorokauden kaikkina aikoina ja nimetyllä vuorovastaavalla sairaanhoitajalla on vastuu operatiivisen tason päivittäisestä johtamisesta vuoron ajan. Vuorovastaavalla sairaanhoitajalla tulee olla hoitotyön tutkinto (ammattikorkeakoulu tai terveydenhuollon opistoaste), mutta täydennyskoulutus julkisessa terveydenhuollossa voi tapahtua tällä hetkellä mm. sairaanhoitopiirin sisäisenä koulutuksena (Sairaanhoitajaliitto, 2020; TYKS, Leikkaustoiminta, tehohoito, kivunhoito ja hengitystuki, 2020).

Amerikkalainen leikkaushoitajien järjestö (AORN) sekä Euroopan leikkausosastojen sairaanhoitajien yhdistys (EORNA) ovat määritelleet hoitotyön ydinosamisalueet ohjenuoraksi kansallisille yhdistyksille sekä hoitotyön koulutuksen vaatimuksiin leikkaus- ja anestesiahoitotyössä. Osaamisalueet määriteltiin ensimmäisen kerran 1997. Viidestä osaamisalueesta yksi alue keskittyy hoitotyön johtamiseen eli lähiesimiestyöhön. (AORN, 2015; EORNA, 2019.) Perioperatiivisen hoitotyön lähiesimiehen tulee tuntea organisaation toimintatapa, kykyä ongelmanratkaisuun, tietoa talouden ja laadun hallinnasta, tietoa aineellisten resurssien sekä henkilöstöresurssien johtamisesta ja hoitotyön koulutuksesta (EORNA, 2019). Leikkaus- ja anestesiaosaston lähiesimies toimii roolimallina ja vastaa hoidon laadusta ja johtaa henkilöstöä varmistamalla heidän osaamisen eri toimenpiteisiin

(Beaussier ym., 2017). Lähiesimies huolehtii osaston materiaaleista sekä laitteiden oikeasta ja turvallisesta käytöstä. Lähiesimies suunnittelee ja vastaa päivittäisestä johtamisesta osastollaan. (AORN, 2015; EORNA, 2019; Whiteside, 2016.)

Tässä tutkimuksessa osastonhoitajasta, apulaisosastonhoitajasta tai vuorovastavasta sairaanhoitajasta käytetään nimitystä lähiesimies. Hän vastaa leikkaus- ja anestesiaosaston päivittäisestä johtamisesta operatiivisella tasolla vuoron ajan.

2.2 Leikkaus- ja anestesiaosasto

Leikkaus- ja anestesiaosastolla tapahtuva potilaan hoito kuuluu perioperatiivisen hoidon alueeseen, mikä tarkoittaa potilaan hoitoa ennen toimenpidettä (pre), toimenpiteen aikana (intra) ja toimenpiteen jälkeen (post) (NCBI, 1998). Potilaan kirurginen toimenpide, intraoperatiivinen vaihe, toteutetaan leikkaus- ja anestesiaosastolla tai vastaavasti päiväkirurgian yksikössä. Tässä tutkimuksessa termi leikkaus- ja anestesiaosasto kattaa myös päiväkirurgian yksiköt. Lähiesimies vastaa päivittäisestä johtamisesta leikkaus- ja anestesiaosastolla yhteistyössä vastuulääkäreiden kanssa.

Leikkaus- ja anestesiaosasto sisältää leikkaussalit ja jälkivalvontayksikön (jatkossa heräämö) sekä mahdollisesti myös välinehuollon ja laitoshuollon tilat. Leikkaus- ja anestesiaosastot voivat olla suuntautuneita yhden erikoisalan toimenpiteisiin tai osastoilla voidaan tehdä usean eri erikoisalan toimenpiteitä. Leikkaussalien määrä yhdellä osastolla voi vaihdella. (Zhu ym., 2016.) Yksittäisen leikkaussalin varustelu on suunniteltu tietyn erikoisalan toimenpiteiden suorittamiseen, eikä se välttämättä sovellu sellaisenaan toisen erikoisalan toimenpiteeseen. Heräämö kuuluu hallinnollisesti myös leikkaus- ja anestesiaosastoon ja heräämöpaikkojen määrä osastolla riippuu tehtävien toimenpiteiden ja salien määrästä.

Leikkaus- ja anestesiaosastoilla voi toimia myös välinehuolto, muuten välinehuolto toimii sairaalassa keskitetysti (Karhumäki, Hirvonen, & Ylitupa, 2017, s. 24). Välinehuolto vastaa leikkauksessa ja anestesiassa vaadittavien monikäyttöisten instrumenttien ja välineiden huollosta niin, ettei niistä aiheudu tartuntavaaraa. Tämä tarkoittaa välineiden ja instrumenttien puhdistamista, desinfioimista, pakkaamista ja sterilisointia. (Karhumäki, Hirvonen, & Ylitupa, 2017, s. 20.) Laitoshuolto vastaa leikkaus- ja anestesiaosaston kaikkien tilojen puhtaudesta. Leikkaus- ja anestesiaosasto kuuluu puhtausluokkaan 1. ja osaston tilat jaetaan kolmeen vyöhykkeeseen erityispuhtaasta yleispuhtaaseen. (Kylkilahti, 2004, s. 66.)

Leikkaus- ja anestesiaosastolla hoidetaan suunniteltuja eli elektiivisiä potilaita arkisin virka-aikana, klo 8–16 (Marjamaa, 2007). Suunniteltujen toimenpiteiden lisäksi monet osastot ovat päivystysvalmiudessa kiireellisiä potilaita varten kaikkina vuorokauden aikoina (Zhu ym., 2019). Päivystystoiminnan lisäksi leikkaus- ja anestesiaosaston henkilökunta voi hoitaa anestesiaa vaativia potilaita heräämössä ja myös leikkaus- ja anestesiaosaston ulkopuolella, kuten kuvantamisen yksikössä.

Elektiiviset potilaat saapuvat sairaalaan kotoa, vuodeosastolta tai preoperatiiviselta poliklinikalta usein edeltävänä päivänä tai leikkausaamuna (Zhu ym., 2019).

Ennen toimenpiteen aloitusta potilaat valmistellaan toimenpiteeseen preoperatiivisessa vaiheessa ja lisäksi vielä leikkaus- ja anestesiaosastolla tapahtuvassa preoptimoinnissa, jonka tarkoituksena on säästää potilaan leikkaussalissa oloaikaa ja sujuvoittaa toimintaa. Toimenpiteen jälkeen potilaat siirtyvät heräämövalvontaan ja tämän jälkeen heräämöhoidon siirtokriteerit täytettyä potilas siirtyy jatkohoitoon. Postoperatiivinen hoito alkaa välittömästi toimenpiteen jälkeen heräämössä. (Lukkariinen, Virsiheimo, Hiivala, Savo, & Salomäki, 2012.)

Päiväkirurgian yksikössä hoidettavat potilaat saapuvat sairaalaan toimenpidepäivän aamuna ja kotiutuvat saman vuorokauden aikana, jolloin koko potilaan periooperatiivisen hoidon prosessi pre-, intra- ja postoperatiivinen hoito sekä kotiutuminen tapahtuu saman vuorokauden aikana samassa yksikössä. (Zhu ym., 2019.) Päiväkirurgian yksikkö sisältää leikkaussalien ja heräämön lisäksi toisen vaiheen heräämön, jonne potilas siirtyy ennen kotiutumista.

Tässä tutkimuksessa käytetään nimitystä leikkaus- ja anestesiaosasto käsittämään myös päiväkirurgian yksiköt.

Leikkaus- ja anestesiaosaston hoitotyö

Potilaan hoito leikkaussalissa on tiimityötä. Potilaan toimenpiteen lääketieteellisetä hoidosta vastaavat erikoisalan mukaan kirurgi ja anestesiatoiminnasta (puudutus, nukutus, kivunhoito) anestesiologi (Marjamaa, 2007; Peltokorpi ym., 2009; Zheng, Panton, & Al-Tayeb, 2012). Leikkaussalin sairaanhoitajien tehtävät jaetaan instrumentoivan, salivalvojan ja anestesiahoitajan työnkuvaan (EORNA, 2019). Sairaanhoitajien riittävään määrään leikkaussalissa toimenpiteen aikana vaikuttaa potilaan hoitoisuus, joka on yksilöllisesti määriteltävissä (Liljamo, 2018; Rauta, Salanterä, Vahlberg, & Junttila, 2017; Zheng, Panton, & Al-Tayeb, 2012). Hoitoisuudella voidaan tarkoittaa potilaan hoitotyön tarvetta leikkaus- ja anestesiaosastolla (Rauta, 2019) ja siihen osaltaan vaikuttavat mm. potilaan taustasairaudet (ASA-luokka), mutta myös toimenpiteen kiireellisyys tai esimerkiksi potilaalle tehdyt aiemmat toimenpiteet. Aiemmat toimenpiteet saattavat hankaloittaa toimenpidettä, eikä tätä välttämättä tiedetä ennen toimenpiteen aloitusta. (Rauta ym., 2017.) Hoitoisuustiedolla on yhteys päivittäisen johtamisen päätöksentekoon (Liljamo, 2018).

Anestesiahoitoon suuntautuneet sairaanhoitajat työskentelevät leikkaussalin lisäksi heräämössä ja huolehtivat myös osaston ulkopuolella tehtävistä anestesiatoimenpiteistä (Lukkariinen ym., 2012; SASH, 2017). Lisäksi leikkaus- ja anestesiaosastolla työskentelee usein lääkintävahtimestari sekä perus- tai lähihoitajia. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan usean eri erikoisalan osaamista ja tuntemusta. Hoitohenkilökunta huolehtii potilaan yksilöllisestä hoidosta, tunnistaa potilaan hoidon tarpeet

ja toimii hoitosuunnitelman mukaisesti. Hoitotyön päätöksenteko perustuu tutkittuun tietoon. (AORN, 2015; EORNA, 2019.)

2.3 Hoitotyön päivittäinen johtaminen

Johtamisen voidaan sanoa olevan ihmisiin vaikuttamista niin, että ihmiset toimivat tehokkaasti jonkin asian tai tavoitteen saavuttamiseksi (Seeck, 2008). Se vaatii kokemusta, tietoa ja taitoa. Hoitotyön johtamisen tehtävä on huolehtia, että yksiköissä on edellytykset laadukkaalle, turvalliselle ja vaikuttavalle hoidolle (STM, 2009).

Johtamisen tasot

Johtaminen sairaalassa voidaan jakaa strategisen, taktisen ja operatiivisen johtamisen tasoihin, jossa jokaisella tasolla toimii hoitotyön johtajia. Lähiesimies (osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, vuorovastaava sairaanhoitaja) toimii operatiivisen tasolla. (Kantanen, 2017; STM, 2009.) Kliininen taso tarkoittaa potilaan vierellä tapahtuvaa hoitoa. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys kuvaa johtamisen päätöksentekoa ja tiedontarpeita johtamisen eri tasoilla (Nyssen, 2007; Sitra, 2014; Winter ym., 2001). Johtamisen tasot ovat esitetty kuviossa 2.

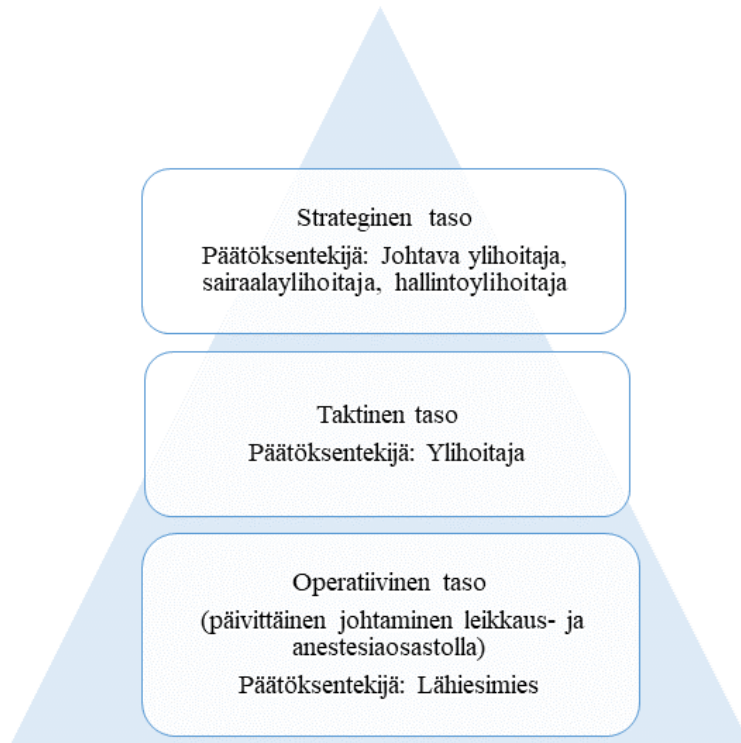
Jokaisella tasolla toiminta suunnitellaan (planning), toteutetaan (directing) ja toiminnan onnistumista valvotaan (monitoring) laadun varmistamiseksi. Suunnittelu tarkoittaa tavoitteiden asettamista ja menetelmien valintaa niiden saavuttamiseksi. Toteuttaminen on puolestaan työn organisointia ja tehtävien jakamista. Valvonnalla pyritään seuraamaan toimintaa ja tekemään sen perusteella muutoksia. (Winter ym., 2001.)

Johtamisen strategisella tasolla luodaan organisaation visio, arvot, tavoitteet ja suunnitelmallinen toimintatapa tavoitteiden edistämiseksi (Virtanen & Stenvall, 2019). Sairaanhoidon palveluja tuottavan organisaation strategian tavoitteena on potilaan turvallinen hoito. Lisäksi tavoitteita voidaan tarkentaa (esim. potilaan sairaalassaoloaikojen lyhentäminen). Strategisella johtamisen tasolla asetettujen tavoitteiden vaikutus näkyy seuraavan taktisen ja myös operatiivisen johtamisen päätöksenteossa ja sitä seuraavassa toiminnassa. (Winter ym., 2001.) Keskeistä on, että strategisen johtamisen tason tavoitteilla on pitkäaikaiset vaikutukset operatiivisen tason päivittäiseen johtamiseen (Simon, 1981, s. 45–46; Winter ym., 2001).

Taktisella johtamisen tasolla varmistetaan henkilöstön riittävyys ja osaaminen. (Akavan sairaanhoitajat & Taja ry., 2014; Kantanen, 2017; Winter ym., 2001). Jokainen johtamisen taso muodostaa ylemmältä asetettujen tavoitteiden pohjalta omat tavoitteensa, ja päätöksenteko tapahtuu asetettujen tavoitteiden mukaan (Simon, 1981, s. 45–46).

Operatiivisen eli päivittäisen johtamisen taso on arjen työn johtamista. Operatiivisella johtamisen tasolla suunnitellaan, miten ja millä menetelmällä ylemmällä tasolla asetettu tavoite toteutetaan. Päivittäisessä johtamisessa korostuu tässä ja nyt -toiminta ja päätöksentekoon käytettävää aikaa on varsin vähän (Miller & Buerhaus, 2013; Winter ym., 2001). Operatiivisen tason johtaminen on tässä ja nyt tapahtuvaa nykytilan toimintaa ja ihmisten sekä asioiden johtamista.

Tässä tutkimuksessa keskitytään operatiivisen ja taktisen tason päivittäiseen johtamiseen lähiesimiehen näkökulmasta.



Kuvio 2. Johtamisen tasot

2.4 Lähiesimiehen päätöksenteko ja tiedontarpeet

Lähiesimiehen päätöksenteko

Päätöksentekoa tapahtuu kaikilla johtamisen tasoilla (Simon, 1981). (Kuvio 2.) Päätöksenteon (decision making) ajatteluprosessissa päätöksentekijä, lähiesimies, selvittää tietyn ongelman taustalla vaikuttavat eri vaihtoehdot ja vihjeet, analysoi ne ja tekee näiden perusteella ratkaisun. Päätös voi koskea jotain tiettyä asiaa tai tehtävää

ja, joka voi johtaa toimintaan. (Simon, 1981, s. 100.) Lähiesimies kantaa vastuun omalla osastollaan tekemiensä päätösten seurauksista (KVTES 2018-2019), joten päätöksen tehtyään hänen tulee arvioida sen onnistumista (Simon, 1981, s. 105).

Vallitsevasta tilanteesta riippuen hoitotyössä käytetään erilaista teoreettista päätöksenteon lähestymistapaa analyttisestä intuitiiviseen (Benner & Tanner, 1987; Dillon, 1998; Hamm, 1988; Lauri & Salanterä, 1998). Analyttinen päätöksenteko korostuu silloin, kun päätöksentekoa varten on riittävästi aikaa tiedonhankintaan ja analysointiin, jolloin tilanteen kokonaiskuvasta saadaan varmuus. Intuitiivisessa päätöksenteossa käytettävä aika on rajallinen, tilanne usein epävarma ja loppuratkaisu saattaa olla epätasallinen. (Benner & Tanner, 1987.) Intuitiivisessa päätöksenteossa lähiesimiehen aiempi kokemus samantyyppisten ongelmien ratkaisusta saattaa vaikuttaa päätöksen lopputulokseen (Benner & Tanner, 1987). Aiempi kokemus myös mahdollistaa nopeamman reagoinnin tilanteeseen. (Simon, 1981, s. 125.)

Riippuen analyttisestä tai intuitiivisesta lähestymistavasta, keskeistä on päätöksentekoon johtavien ratkaisuvaihtoehtojen analysointi seuraavien vaiheiden kautta: päätöstä varten tarvittavan tiedon hankinta, ratkaisuvaihtoehtojen vertailu, päätöksen toteaminen, päätöstä seuraava mahdollinen toiminta sekä päätöksen arviointi (Elstein, Shulman, & Sprafka, 1978).

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan lähiesimiehen päätöksiä päivittäisessä johtamisessa leikkaus- ja anestesiaosastolla.

Lähiesimiehen tiedontarve

Tieto itsessään ei ole merkityksellistä, vaan sen on oltava päätöksenteon kannalta oleellista ja ymmärrettävissä muodossa, jolloin tietoa voidaan hyödyntää käytännössä (Simon, 1981, s. 106). Kun tieto on käyttäjälle ymmärrettävissä muodossa, sille voidaan luoda arvoa ja sen avulla luodaan kilpailukykyä päivittäisessä johtamisessa (Kianto, Ritala, Spender, & Vanhala, 2014).

Tieto on suomen kielellä yleiskäsite, jolla on useita eri tarkoituksia riippuen käyttöyhteydestä. Arvoketjun mukaan tieto voidaan jakaa viiteen tasoon, jotka ovat; data, informaatio, tieto, tietämys ja viisaus. (Finto, 2018.) Näistä alimmaisena oleva data sisältää tiedon elementtejä, mutta yksinään data ei kerro mitään ja usein se esitetään numeroina. Data on tietoa vailla tarkoitusta, kuten tieto potilaan verenpainearvosta. Yksittäinen data on usein tallennettu tietojärjestelmään, josta sitä voidaan siirtää järjestelmästä toiseen tai sitä voidaan hyödyntää ja jäsentää tietojärjestelmässä informaatioksi. Päätöksentekijän, lähiesimiehen, tulkinnan kautta data muuttuu informaatioksi eli merkitykselliseksi kokonaisuudeksi. Informaatiota voidaan pitää jalostuneena tietona. Informaatio on voi olla esim. kirjoitettua tekstiä, mutta myös suullista puhetta tai kuvia. Informaatiota on mahdollista tulkita. Informaatio johtaa

tietämykseen, jossa käyttäjä muodostaa itselleen subjektiivista tietoa. Tietämys riippuu lähiesimiehen taidoista, osaamisesta ja kyvyistä. Viisaus on syvällistä tietämystä, joka kehittyy kokemuksen kautta. (Joos & Nelson, 2015, s. 85–86, Rowley, 2007.)

Tiedon tasojen lisäksi tieto voidaan jakaa hiljaiseen ja näkyvään eli käsitteelliseen tietoon. Näkyvä tieto on systemaattisesti hankittua ja kirjallisesti ilmaistua tietoa, joka on mahdollista jakaa pienempiin osiin eli dataan. Näkyvää tietoa on mahdollista jakaa ympäristön kesken ja se voidaan usein ilmaista täsmällisesti. Hiljaisesta tiedosta puhutaan myös abstraktina ja henkilökohtaisena tietona, jota syntyy kokemuksen kautta. Hiljainen tieto ilmenee henkilökohtaisena taitona ja toimintana, jota on haasteellista vuorovaikutuksen kautta saattaa toiseen tietoon sanallisesti. (Choo 1996; Nonaka & Takeuchi, 1995, s. 59–61.) Tiedon tasojen mukaan data ja informaatio ovat yleensä näkyviä, kun taas tietämys ja viisaus käyttäjän näkymätöntä tietoa (Rowley, 2007). Yksittäisen datan kehittyessä tiedoksi myös päätöksentekijän vuorovaikutus muun ympäristön kanssa kasvaa. Samalla tiedonkäyttö on yhä haasteellisempää. Vasta tulkitun tiedon avulla on mahdollista tehdä päätöksiä (Joos & Nelson, 2015, s. 85.)

Tiedontarve ilmenee, kun päätöksentekijä, lähiesimies, havaitsee oleellisen tiedon puuttumisen ongelmanratkaisun ja päätöksenteon yhteydessä (Choo, 2002, s. 26; Miranda & Tarapanof, 2008). Tiedon puute käynnistää tiedolla johtamisen prosessin (Choo, 1996). Päivittäisessä johtamisessa tarvittavat tiedontarpeet on mahdollista saada esiin, näkyväksi ja määriteltyä siinä ympäristössä, jossa toimitaan ja ollaan vuorovaikutuksessa muiden kanssa (Choo, 2002, s. 29). Nonaka ja Takeuchi (1995) esittävät ratkaisuksi mm. havainnoin menetelmän, jota voi käyttää hiljaisen tiedon näkyväksi tekemiseen ja tiedontarpeiden havainnoimiseen.

Tässä tutkimuksessa lähiesimiehen tarvitsema tieto hankintaan todellisissa päivittäisen johtamisen tilanteissa. Tiedontarpeet voivat olla tiedon eri tasoilta ja tieto voi olla näkyvää tai näkymätöntä. Päivittäisen johtamisen tiedontarpeiden selvittämisen avulla voidaan määritellä käytännöt, joilla tietoa voidaan hankkia ja hyödyntää. Tiedontarpeilla tarkoitetaan tässä tutkimuksesta lähiesimiehen näkemystä oleellisesta tiedosta, jota tarvitaan leikkaus- ja anestesiaosaston päivittäisessä johtamisessa.

Tietojärjestelmä lähiesimiehen päivittäisessä johtamisessa

Tietojärjestelmän tehtävänä on tehostaa, helpottaa ja myös tehdä mahdolliseksi olemassa olevaa toimintaa. Järjestelmä sisältää ohjelmistot, tietokoneeseen tietoa syöttävät asiantuntijat ja tietoa eri tietokannoista. (Finto, 2018; Joos & Nelson, 2015, s. 98.) Tietojärjestelmä kerää, jakaa, tallentaa ja ylläpitää tietoa sekä tarjoaa tietoa

käyttäjälle oikea-aikaisesti. Tietojärjestelmät voidaan luokitella esimerkiksi tiedontasojen mukaisesti (Joos & Nelson, 2015, s. 98). Ensimmäisen luokan muodostavat ns. tietojärjestelmät (information systems), jotka tallentavat yksittäistä dataa ja ovat tiedontasolla alimpana.

Toisen luokan järjestelmiä voidaan kutsua päätöksenteon tukijärjestelmiksi (decision support systems). Näille on ominaista, että ne tuottavat tietoa potilaasta kliinisen päätöksenteon tueksi tässä ja nyt ja kykenevät tulkitsemaan informaatiota. Ideaalitulanteessa järjestelmät tuottavat reaaliaikaista tietoa potilaan hoitoon, ovat käyttäjäystävällisiä ja niiden käyttö vaatii vain vähäistä koulutusta. Järjestelmien tulee täyttää käyttäjän vaatimukset ja sekä tuntea päivittäinen työnkulku. Päätöksenteon tukijärjestelmät kykenevät tulkitsemaan informaatiota (Ross-Kraft & Androwich, 2015, s. 584–585.)

Kolmannen luokan, tulevaisuuden asiantuntijajärjestelmän (expert systems) tavoitteena on tuottaa valmiita päätöksiä hoitotyöhön tekoälyn avulla. Tällöin järjestelmä kykenee mahdollistamaan ratkaisun ihmisen ajattelua nopeammin ja säästää aikaa ja kustannuksia. Järjestelmä myös kykenee tarjoamaan potilaan hoitoon tietoa ja jopa viisautta. (Joos & Nelson, 2015, s. 98.)

Tällä hetkellä olemassa olevat tietojärjestelmät leikkaus- ja anestesiasastolla ovat kehitettyjä kliinisen työn tarpeisiin ja potilaan hoitoon. Tiedontarpeiden selvittäminen tukee tietojärjestelmien kehittäjiä ja tuottaa kehittäjille tietoa käyttäjien, lähesimpien, odotuksista (Douglas & Celli, 2015, s. 172). Tiedontarpeiden määrittely ja esiintuonti on usein tietojärjestelmän kehittämisen vaativin vaihe (Sitra, 2014). Tässä tutkimuksessa tuotetaan tietoa mahdollisen uuden järjestelmän tietosisältöön ja siitä käytetään nimitystä tietojärjestelmä.

3 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksessa esitetään, miten lähiesimiestä ja leikkaus- ja anestesiaosaston toimintaa on aiemmin tutkittu. Kirjallisuushaku on tehty seuraaviin tietokantoihin: Cinahl, Pubmed ja Web of Science. Lisäksi kirjallisuutta on haettu manuaalisesti. Yhteenvedon kirjallisuushaussa käytetyt hakusanat on esitetty liitteessä (Liite 1.).

3.1 Lähiesimiehen päivittäinen johtaminen

Lähiesimiehen päivittäistä johtamista on tutkittu työnkuvan, koulutuksen, päätöksenteon sekä päätöksenteossa käytettävien tietojärjestelmien kautta. Lisäksi tutkimusta on tehty leikkaus- ja anestesiaosaston toiminnassa.

3.1.1 Lähiesimiehen työnkuva

Tutkimusten mukaan lähiesimiehen työnkuva päivittäisessä johtamisessa on monitahoinen (Gunawan & Aunguroch, 2018; Shirey, McDaniel, Ebright, Fisher, & Doebbeling, 2010), koska nimekkeet (mm. nurse manager, charge nurse) ja työnkuva vaihtelevat maittain (Markkanen & Tuomisoja, 2014; McCallin & Frankson, 2010; Miller & Buerhaus, 2013; Wong, Laschinger, Cummings, Vincent, & O'Connor, 2010). Yhteistä on, että päivittäisessä johtamisessa lähiesimiehet priorisoivat läsnäoloaan kliinisen työn vaatimusten ja päivittäisen johtamisen (AAACN, 2015) sekä sairaalan strategisen johtamisen tason asettamien vaatimusten ja tavoitteiden toteuttamisessa. (Pegram, Grainger, & Sigsworth, 2014; Zhu, ym., 2016.)

Lähiesimiehen työnkuvaa on tutkittu myös hoitajien näkökulmasta terveydenhuollon eri alueilla (mm. Furtado, Batista, & Silva, 2011; Labrague, McEnroe-Pettite, Leocadio, Van Bogaert, & Cummings, 2018; McCallin & Frankson, 2010; Miller & Buerhaus, 2013; Miller, Weinger, Buerhaus, & Dietrich, 2010; Pegram, Grainger, & Sigsworth, 2014). Lähiesimies organisoii hoitotyötä (Miller ym., 2010), toimii roolimallina ja asettaa hoitotyön toiminnalle tavoitteet. Työssään hänen tukee hoitajia (Batson & Yoder, 2012) mutta tarvitsee johtamisessa myös tukea omalta esimieheltään (Kroezen ym., 2015; Labrague ym., 2018; McCallin & Frankson, 2010; Pegram, Grainger, & Sigsworth, 2014). Hoitajien näkökulmasta lähiesimiesten tulisi

olla avoimia ja helposti lähestyttäviä (Furtado, Batista, & Silva, 2011). Lähiesimiehet kokevat henkilökunnan odotusten täyttämisen stressaavana ja lisäävän työn kuormittavuutta (McCallin & Frankson, 2010).

Simonin (1981) mukaan koulutus antaa päätöksentekijälle, lähiesimiehelle, valmiuden ja tietyn viitekehyksen, jonka mukaan hän kykenee vaadittavaan päätöksentekoon päivittäisessä johtamisessa (Simon, 1981, s. 57). Tutkimusten mukaan lähiesimiestyössä vaadittava perustutkinto ei kuitenkaan riitä päivittäisen johtamisen vaatimuksissa, vaan lisäkoulutukselle on todettu olevan tarve (McCallin & Frankson, 2010; Pegram, Grainger, & Sigsworth, 2014; Ramseur, Fuchs, Edwards, & Humphreys, 2018).

On osoitettu, että johtamiseen liittyvä erikoistumiskoulutus tulisi aloittaa jo hoitotyön koulutuksen aikana, jolloin on mahdollista kehittyä johtamisen työnkuvain hyvin varhaisessa vaiheessa (Brown, Crookes, & Dewing, 2016). Tutkimusten mukaan päivittäisessä johtamisen koulutusta tarvitaan erityisesti osaston talouden hallinnasta (Labrague ym., 2018; Pegram, Grainger, & Sigsworth, 2014), joka koetaan vaativaksi ja jonka osaamisessa lähiesimiehet kokevat puutteita (McCallin & Frankson, 2010). Talouteen liittyvän osaamisen lisäksi koulutuksen sisällön tulisi kohdistua henkilökunnan keskuudessa esiintyvien ristiriitatilanteiden (Pegram, Grainger, & Sigsworth, 2014) ja johtamistaitojen hallintaan (Furtado, Batista, & Silva, 2011; Pegram, Grainger, & Sigsworth, 2014) sekä viestinnän ja ihmissuhde- ja vuorovaikutustaitojen oppimiseen (Furtado, Batista, & Silva, 2011).

On todettu, että ammatilliseen lisäkoulutukseen osallistuminen lisää lähiesimiesten työhön sitoutuneisuutta ja työssä pysymistä (Kroezen ym., 2015). Koulutuksen ansioista johtaminen on tehokkaampaa (Simon, 1981, s. 57) ja koulutuksella voidaan parantaa lähiesimiehen työnkuvaa (Pegram, Grainger, & Sigsworth, 2014). Lisäksi työnkuvan selkiyttämällä on mahdollista parantaa hoitotyön laatua, mahdollisesti vähentää kustannuksia ja vahvistaa lähiesimiehen johtajuutta. (Labrague, 2018; Pegram, Grainger, & Sigsworth, 2014.) Lisäksi sillä voidaan parantaa lähiesimiehen ja lääketieteen vastuulääkäreiden työnjakoa (Marjamaa, 2007).

Lähiesimiestä koskevat tutkimukset ovat usein kuvailevia, joissa on käytetty haastattelun menetelmää (Shirey ym., 2010; McCallin & Frankson, 2010), ääneenajattelua (Miller & Buerhaus, 2013), kyselyä (Brown, Crookes, & Dewing, 2016; Furtado, Batista, & Silva, 2011; Wong ym., 2010) tai katsausta (Pegram, Grainger, & Sigsworth, 2014). Lähiesimiehen työnkuvaa ei ole juurikaan tutkittu havainnointimenetelmää hyödyntäen (Miller & Buerhaus, 2013).

3.1.2 Lähiesimiehen päätöksenteko

Lähiesimiehen päätöksentekoa on tutkittu terveydenhuollossa erityisesti akuuttihoi-
dossa, missä potilaan tilanne saattaa muuttua äkillisesti ja muuttuviin tilanteisiin on
reagoitava nopeasti (mm. Döös, Vinell & von Knorring, 2017; Eduardo, Peres, de
Lourdes de Almeida, de Dea Roglio, & Bernardino, 2015; Effken, Verran, Logue, &
Hsu, 2010; Lundgrén-Laine & Salanterä, 2010; Miller & Buerhaus, 2013; Miller
ym., 2010; Shirey, Ebright & McDaniel, 2013). Effkenin ym. (2010) tutkimuksessa
haastateltiin lähiesimiesten päätöksentekomenetelmää simuloidun eli todellisen ta-
pauksen jäljittelyn avulla. Todettiin, että lähiesimiehet eivät intuitiivisen päätökseen-
teon yhteydessä seuraa kaikkia määriteltyjä päätöksenteon vaiheita, vaan ”hyppää-
vät” herkästi ongelmasta suoraan ratkaisuun. Tutkijat ehdottivat, että päätöksentekoa
tulisi tukea tietojärjestelmällä, joka tukee eri ratkaisuvaihtojen valinnassa (Effken
ym., 2010.) Lähiesimiesten päätösten sisältöä on puolestaan tutkittu Eduardon ym.
(2015) tutkimuksessa, jossa keskityttiin erilaisten päätöksentekomallien käyttöön
päivittäisessä johtamisessa. Tehohoidon ympäristössä toteutetuissa tutkimuksissa
keskityttiin tiedonkulun haasteisiin ja päivittäisen johtamisen koordinointiin (Lund-
grén-Laine, 2013; Miller & Buerhaus, 2013; Miller ym., 2010). Puolestaan leikkaus-
ja anestesiaosaston päivittäisen johtamisen päätöksentekoa on tutkittu anestesiaalää-
kärin ja hoitotyön lähiesimiehen näkökulmasta. Tutkimuksessa keskityttiin päätök-
sentekon tehokkuuteen. Tutkimuksessa ei kuitenkaan määritelty tarkemmin hoito-
työn lähiesimiesten työnkuvaa päätöksentekijöinä. (Dexter, Wahtel, & Epstein,
2011.)

Lisäksi tutkimusta on tehty liittyen lähiesimiehen käyttämiin eettisiin ongelman-
ratkaisutapoihin (Laukkanen, Suhonen, & Leino-Kilpi, 2016; Zydziunaite & Suomi-
nen, 2014), jolloin valittu johtamistapa voi riippua lähiesimiehen kokemuksesta ja
ominaisuuksista (Zydziunaite & Suominen, 2014). Johtamismalleihin keskittyvässä
tutkimuksessa perehdyttiin jaetun johtajuuden haasteisiin. Tutkimus osoitti, että pää-
töksenteon vastuut tulee määrittää tarkasti. (Döös, Vinell, & von Knorring, 2017.)
Päätöksenteon tutkimusta on tehty myös liittyen stressin ja työn hallinnan väliseen
yhteyteen (Shirey, Ebright, & McDaniel, 2013), hoitotyön tukemiseen kuolevan po-
tilaan hoidossa (Holm, Berland, Birkeland, & Severinsson, 2018) sekä hoitajien tu-
kemiseen uuden teknologian käyttöönotossa (Surani ym., 2019).

Käytetyt tutkimusmenetelmät ovat pääsääntöisesti olleet haastattelu (Döös,
Vinell, & von Knorring, 2017; Eduardo ym., 2015; Laukkanen, Suhonen, & Leino-
Kilpi, 2016; Shirey, Ebright, & McDaniel, 2013), ääneen ajattelu ja havainnointi
(Lundgrén-Laine, 2013; Miller & Buerhaus, 2013; Miller ym., 2010) tai kysely
(Zydziunaite & Suominen, 2014).

3.1.3 Tietojärjestelmät lähiesimiehen päätöksenteon tukena

Tutkimusten mukaan lähiesimies käyttää päivittäisessä johtamisessa useita eri tietojärjestelmiä (Fathian ym., 2019; Gurses, Xiao, & Hu, 2009; Murtola, Lundgrén-Laine, & Salanterä, 2013; Tuominen, Lundgrén-Laine, Teperi, & Salanterä, 2019; Winter ym., 2001). Järjestelmien tarkoituksena on tehostaa päivittäistä toimintaa tukemalla reaaliaikaista päätöksentekoa. Lisäksi niiden tehtävänä on parantaa olemassa olevan tiedon saatavuutta ja luotettavuutta. (Winter ym., 2001.) Tietojärjestelmien avulla voidaan tehostaa toimintaa ja säästää aikaa (Tuominen ym., 2019).

Tieto, jota tarvitaan päivittäisen johtamisen päätöksenteossa, on edelleen tallennettuna useaan järjestelmään tai sitä ei ole lainkaan saatavilla (Kontio, Lundgrén-Laine, Kontio, Korvenranta, & Salanterä, 2013; Lammintakanen, Saranto, & Kivinen, 2010; Lundgrén-Laine ym., 2013), vaikka tietojärjestelmät ovat mahdollistaneet suurten tietomäärien hyödyntämisen (Kruse, Goswamy, Raval, & Marawi, 2016), voi tieto olla silti ainoastaan lähiesimiehen muistin varassa.

Olemassa oleviin erilaisiin järjestelmiin tallennettu tieto ei myöskään kumuloidu, jolloin päätöksentekoa varten tarvittava tieto täytyy hakea uudelleen, eikä sen avulla ole mahdollista ennustaa tulevaa toimintaa (Fathian ym., 2019; Peltonen ym., 2018; Ranade-Kharkar ym., 2017). Tiedon hakeminen joka kerta uudelleen vie aikaa ja hidastaa toimintaa (Gurses, Xiao, & Hu, 2009; Gutenstein, Pickering, & Than, 2018; Kuzimiesky & Bush, 2013). Toisaalta tällä hetkellä tietoa leikkaus- ja anestesiaosaston lähiesimiehen tiedontarpeista päivittäisessä johtamisessa on vähän.

Tutkimukset ovat osoittaneet, että useat tietojärjestelmät ovat kliinisen työn tarpeisiin ja potilaan hoidon koordinointiin (Fernandes ym., 2019; Gutenstein, Pickering, & Than, 2018; Kuzimiesky & Bush, 2013), henkilökunnan työvuorojen suunnitteluun, potilaan tietojen tallentamiseen ja kommunikointiin (Kuzimiesky & Bush, 2013, Murtola ym., 2013; Tuominen ym., 2019). Päivittäistä johtamista tukeva tietojärjestelmien muodostama kokonaiskuva on edelleen puutteellinen, eikä se tue lähiesimien tässä ja nyt tapahtuvaa päätöksentekoa kuin osittain (Fathian, ym., 2019; Miller & Buerhaus, 2013; Peltonen, Junttila, & Salanterä, 2019). Tarve päätöksentekoa tukevalle tietojärjestelmälle leikkaus- ja anestesiaosaston päivittäisessä johtamisessa on kuitenkin tunnistettu (Doebbeling, ym., 2012).

On todettu, että uusien tietojärjestelmien suunnittelu tulee tehdä järjestelmien loppukäyttäjien kanssa, jolloin järjestelmästä on mahdollista kehittää käyttäjän tarpeiden mukainen (Miller & Buerhaus, 2013; Ranade-Kharkar ym., 2017). Ennen uuden järjestelmän kehittämistä tulee kuitenkin selvittää olemassa olevien järjestelmien käytettävyys ja toiminnot (Winter ym., 2001). Päätöksenteon tutkimus on oleellista, jotta tulevaisuudessa tietojärjestelmät kykenevät tunnistamaan lähiesimiehen päättelyprosessia päätöksenteon yhteydessä ja sen avulla tukemaan päivittäistä johtamista (Effken ym., 2010).

Tietojärjestelmiä koskevien päätöksenteon tutkimusten menetelminä ovat olleet mm. katsaus (Fathian, ym., 2019; Kruse ym., 2016; Murtola, Lundgrén-Laine, & Salanterä, 2013), haastattelu (Gurses, Xiao, & Hu, 2009; Kontio ym., 2013; Kuzimiesky & Bush, 2013; Ranade-Kharkar ym., 2017), ääneenajattelu ja/tai havainnointi (Kuzimiesky & Bush, 2013; Lundgrén-Laine, ym., 2013; Miller & Buerhaus, 2013; Tuominen ym., 2019) tai kysely (Peltonen ym., 2018; Peltonen, Junttila, & Salanterä, 2019).

Ideaalitilanteessa leikkaus- ja anestesiaosaston lähiesimiehellä tulisi päivittäisessä johtamisessa olla käytössään tietojärjestelmä, joka tarjoaa päätöksentekoa varten oleellisen tiedon reaaliajassa tässä ja nyt eri tietojärjestelmistä ja useasta eri lähteestä (mm. Gutenstein, Pickering, & Than, 2018; McGeorge ym., 2015; Murtola, Lundgrén-Laine, & Salanterä, 2013; Tuominen ym., 2019). Tietojärjestelmien kehittämistä varten leikkaus- ja anestesiaosaston päivittäisessä johtamisessa tarvittava tieto tulee kuitenkin ensin tunnistaa. Tiedon tunnistamiseen tarvitaan menetelmä, jonka avulla tutkija kykenee reaaliaikaisesti havainnoimaan tutkitavan tiedontarpeita ilman, että niitä täytyy muistaa jälkikäteen (Van Someren, Barnard, & Sandberg, 1994).

3.1.4 Leikkaus- ja anestesiaosaston päivittäinen johtaminen

Tutkimusten mukaan leikkaus- ja anestesiatoiminnan strategisella johtamisen tasolla toiminnan suunnittelu keskittyy erikoisalojen resursointiin (Guerrero & Guido, 2011; Hosseini & Taaffe, 2015; Tsai, Sanford, Black, Boggs, & Urman, 2017; Zhu ym., 2019). Taktisella johtamisen tasolla resursointia tehdään puolestaan noin neljännesvuosittain (Gür & Eren, 2018, Zhu ym., 2019). Tällä tarkoitetaan eri erikoisalojen tarvitsemaa leikkaussaliaikaa tiettyinä ajanjaksona ja tarvittavien leikkaussalien määrää. Erikoisalojen resursoinnin jälkeen varataan riittävä hoitohenkilökunta toimenpiteiden toteuttamista varten (Di Martinelly, Baptiste, & Maknoon, 2014; Tsai ym., 2017; Zhu ym., 2019). Taktisen tason suunnittelu tehdään toimenpiteiden historiatietoihin perustuen. Lisäksi siihen vaikuttavat taloudelliset tekijät sekä eri erikoisalojen erityistarpeet, kuten esimerkiksi toimenpidettä odottavien potilaiden määrä ja kiireellisyys. (Barbagallo ym., 2015.)

Leikkaus- ja anestesiaosaston lähiesimiehen keskeinen tehtävä päivittäisessä johtamisessa operatiivisella tasolla on laatia toimenpidesuunnitelma, joka tehdään viimeistään edeltävänä arkipäivänä (Dexter & Epstein, 2015; Dexter, Shi, & Epstein, 2012; Levine & Dunn, 2015; Peltokorpi, ym., 2009; Zhu ym., 2019). Toimenpidesuunnitelmassa toimenpiteet sijoitetaan niille tarkoitettuihin leikkaussaleihin, jonka jälkeen varmistetaan osaava henkilökunta toimenpiteisiin ja että toimenpiteet eivät ylitä niille varattua aikaa (Zhu ym., 2019).

Lähiesimies tekee toimenpidesuunnitelman yhteistyössä vastuulääkäreiden kanssa. Potilaiden suunnitellut toimenpidetiedot kirjataan sähköisesti tietojärjestelmään ja henkilökunnan sijoittaminen saleihin kirjataan manuaalisesti (Levine & Dunn, 2015.) Toimenpidesuunnitelman laadinta on haasteellista, koska tilanteet osastolla saattavat muuttua äkillisesti. Epävarmuutta aiheuttavat päivystystoimenpiteiden (Cardoen, Demeulemeester, & Beliën, 2010; Gür & Eren, 2018; Wiyartanti ym., 2015) lisäksi leikkausten aloitusajan tarkka määrittäminen sekä leikkausten kesto. Näiden kahden lisäksi resursointiin liittyvät epävarmuustekijät aiheutuvat riittävästä ja osaavasta henkilökunnasta sekä materiaalien riittävyydestä ja myös hoidon vaatimuksista. (Zhu ym., 2019.) On tunnistettu, että tietojärjestelmän tuella voidaan vaikuttaa mm. leikkaussalien optimaaliseen käyttöön, jakaa työnkuormaa tasaisemmin henkilökunnan kesken ja arvioida tarvittavan henkilökunnan määrä lähitulevaisuudessa (Doebbeling, ym., 2012).

Toimenpidesuunnitelmaan liittyvä tutkimus leikkaus- ja anestesiaosastolla on lähinnä keskittynyt lääketieteen näkökulmaan ja lääkäriin päivittäisen johtamisen päätöksentekijänä (Barbagallo ym., 2015; Dexter & Epstein, 2015; Guerriero & Guido 2011; Hosseini & Taaffe, 2015; Zhu ym., 2016). Tutkimusten menetelmänä on käytetty esim. simuloitua toimenpideiden suunnittelua (Gutenstein, Pickering, & Than, 2018; Pulido, Aguirre, Ortega-Mier, García-Sánchez, & Méndez, 2014). Yhdysvaltalainen tutkija ja anestesioologi Franklin Dexter on julkaissut useita tutkimusartikkeleita kliinisestä, operatiivisesta ja taktisesta leikkaus- ja anestesia-hoidon johtamisesta sekä toiminnan suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Tutkimukset ovat tehty pääsääntöisesti lääketieteellisestä näkökulmasta. (Dexter, 2020.)

Päivittäinen johtaminen on tilannesidonnaista ja altis jatkuville muutoksille (Wiyartanti ym., 2015). Päivittäisen johtamisen onnistuminen edellyttää, että toimenpidesuunnitelman laadinnassa on ollut riittävä ja oleellinen tieto päätöksenteon tukena, jolloin on mahdollista välttää tiedonpuutteesta aiheutuvat viiveet toiminnassa. (Barbagallo ym., 2015.)

3.2 Yhteenveto aiemmasta tutkimuksesta

Lähiesimies vastaa päivittäisestä johtamisesta leikkaus- ja anestesiaosastolla virka-aikana arkisin (Beaussier ym., 2017; Marjamaa, 2007; Peltokorpi ym., 2009; Zhu ym., 2016). Lähiesimies on joko osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja tai vuorovastaava sairaanhoitaja. Kansainvälisesti lähiesimiehestä käytetään useita eri nimikkeitä (nurse manager, assistant nurse manager, charge nurse), jonka vuoksi päivittäisen johtamisen työnkuvan määrittäminen on ollut haasteellista. Lähiesimiehet kokevat päivittäisen johtamisen työnkuvan monitahoiseksi (Gunawan & Aunguroch, 2018; Shirey ym., 2010) ja työ on jatkuvaa tasapainoilua strategiselta

tasolta ja hoitotyön kliinisestä käytännöstä tulevien vaatimusten toteuttamisessa. Lähiesimiehen työnkuvaa tutkivaa tutkimusta on niukasti saatavilla (Pegram, Grainger, & Sigsworth, 2014; Zhu, ym., 2016).

Leikkaus- ja anestesiaosaston lähiesimies johtaa päivittäistä toimintaa ja vastaa osaavasta henkilökunnasta toimenpiteisiin sekä huolehtii, että toimenpiteet suoritetaan niihin soveltuviissa leikkaussaleissa (AORN, 2015; Beaussier ym., 2017; EORNA, 2019). Lähiesimies vastaa päätöksenteosta omalla osastollaan ja että päivittäinen toiminta on sujuvaa (KVTES 2018-2019), laadukasta sekä turvallista välttämällä turhia viiveitä.

Päivittäisessä johtamisessa tehtäviä päätöksiä ja tiedontarvetta leikkaus- ja anestesiaosaston lähiesimiehen työssä on tutkittu vähän todellisessa hoitoympäristössä. Tutkimukset ovat pääsääntöisesti toteutettu leikkaussalissa lääketieteen näkökulmasta (Guerriero & Guido, 2011; Tsai ym., 2017; Zhu ym., 2019) tai päätöksentekotilanteet ovat olleet simuloituja (Gutenstein, Pickering, & Than, 2018; Pulido ym., 2014). Jonkin verran tutkimusta päivittäisestä johtamisesta lähiesimiehen työssä on tehty muissa akuuttihoidon ympäristöissä kuin leikkaus- ja anestesiaosastolla (Lundgrén-Laine, 2013; Miller & Buerhaus, 2013; Peltonen, 2018; Tuominen ym., 2019).

Päivittäisen johtamisen päätöksenteossa tarvittava tieto on tällä hetkellä tallennettu useaan eri paikkaan, kuten tietojärjestelmiin tai paperille (Kontio ym., 2013; Lammintakanen, Saranto, & Kivinen, 2010; Murtola, Lundgrén-Laine, & Salanterä, 2013; Lundgrén-Laine ym., 2013). Päivittäisessä johtamisessa tarvittava tieto on myös osittain vain lähiesimiehen henkilökohtaista hiljaista tietoa ja asiantuntijuutta, jolloin se ei siirry työvuoron vaihtuessa seuraavalle lähiesimiehelle. Terveystuollossa esiintyy päivittäin puutteellisesta tiedonkulusta aiheutuvia haittatapahtumia. (Umberfield, Ghaferi, Krein, & Manojlovich, 2019.) Tiedonkulun puutteet voivat aiheuttaa viiveitä leikkaus- ja anestesiatoiminnalle, koska tiedon hakeminen uudelleen on aikaa vievää (Gurses, Xiao, & Hu, 2009; Gutenstein, Pickering, & Than, 2018; Kuzimiesky & Bush, 2013). Viiveet voivat johtua siitä, ettei tietoa ole välttämättä saatavilla mistään, koska leikkaus- ja anestesiaosaston päivittäisessä johtamisessa tarvittavaa tietoa ei ole aiemmin tunnistettu. Viiveet leikkaus- ja anestesiatoiminnassa tulevat terveydenhuollolle kalliiksi.

Olemassa olevat tietojärjestelmät tukevat lähiesimiehen päätöksentekoa ja tiedontarpeita vain osittain, eikä johtamisessa tarvittava kokonaiskuva ei ole saatavilla. Tämä tarkoittaa, että järjestelmiin tallennettu tieto ei kumuloidu, vaan tieto täytyy hakea joka kerta uudelleen. (Fathian ym., 2019; Peltonen ym., 2018.) Olemassa olevilla järjestelmillä ei voida ennustaa toimintaa, eikä se ole reaaliaikaista ja päätöksentekoa tukevaa. Leikkaus- ja anestesiaosastolla tilanteet saattavat muuttua nopeasti, jolloin tiedon tulee olla helposti saatavilla, lähiesimiehelle oleellisessa muodossa (Fathian ym., 2019).

Tässä tutkimuksessa kuvataan leikkaus- anestesiaosaston lähiesimiehen päätöksiä ja tiedontarpeita päivittäisessä johtamisessa. Tutkimuksen avulla on mahdollista vaikuttaa uusien ja kehitteillä olevien tietojärjestelmien tietosisältöihin. Lisäksi tutkimuksen avulla voidaan tukea lähiesimiehen työnkuvan määrittämistä. Tietoa voidaan myös hyödyntää uusien lähiesimiesten perehdyttämisessä.

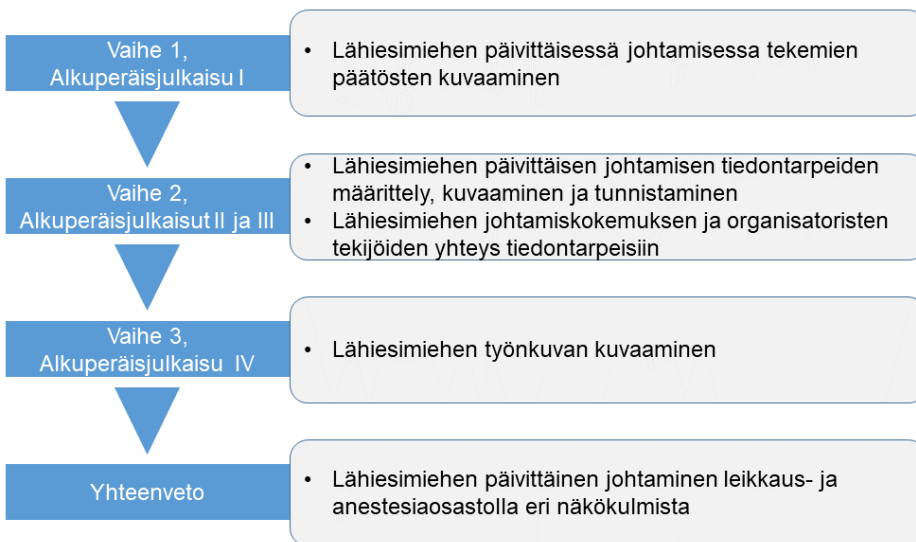
4 Tarkoitus

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata lähiesimiehen päivittäinen johtaminen leikkaus- ja anestesiaosastolla eri näkökulmista. Tutkimus on osa laajempaa tutkimushanketta, jossa mallinnetaan tiedolla johtamista akuuttihoiosassa. Hankkeen avulla voidaan vaikuttaa akuuttihoioon kehitettävien tietojärjestelmien tietosisältöihin.

Tutkimustehtävät olivat:

1. Lähiesimiehen päivittäisessä johtamisessa tekemien päätösten kuvaaminen (Vaihe 1).
 - Mitä päätöksiä lähiesimies tekee päivittäisessä johtamisessa? (osatyö I)
2. Lähiesimiehen päivittäisen johtamisen tiedontarpeiden määrittely, kuvaaminen ja tunnistaminen (Vaihe 2).
 - Mitä ovat päivittäisessä johtamisessa tarvittavat tiedontarpeet? (osatyöt II ja III)
 - Miten lähiesimiehen johtamiskokemus ja organisatoriset tekijät ovat yhteydessä päivittäisen johtamisen tiedontarpeisiin? (osatyö III)
3. Lähiesimiehen työnkuvan kuvaaminen päivittäisessä johtamisessa (vaihe 3).
 - Mitä tutkimusta lähiesimiehen työnkuvasta on tehty leikkaus- ja anestesiaosastolla? (osatyö IV)
 - Miten lähiesimiehen työnkuva on kuvattu leikkaus- ja anestesiaosaston johtamisessa aiemman kirjallisuuden mukaan? (osatyö IV)

Tutkimuksen vaiheet ovat esitetty kuviossa 3.



Kuvio 3. Tutkimuksen vaiheet

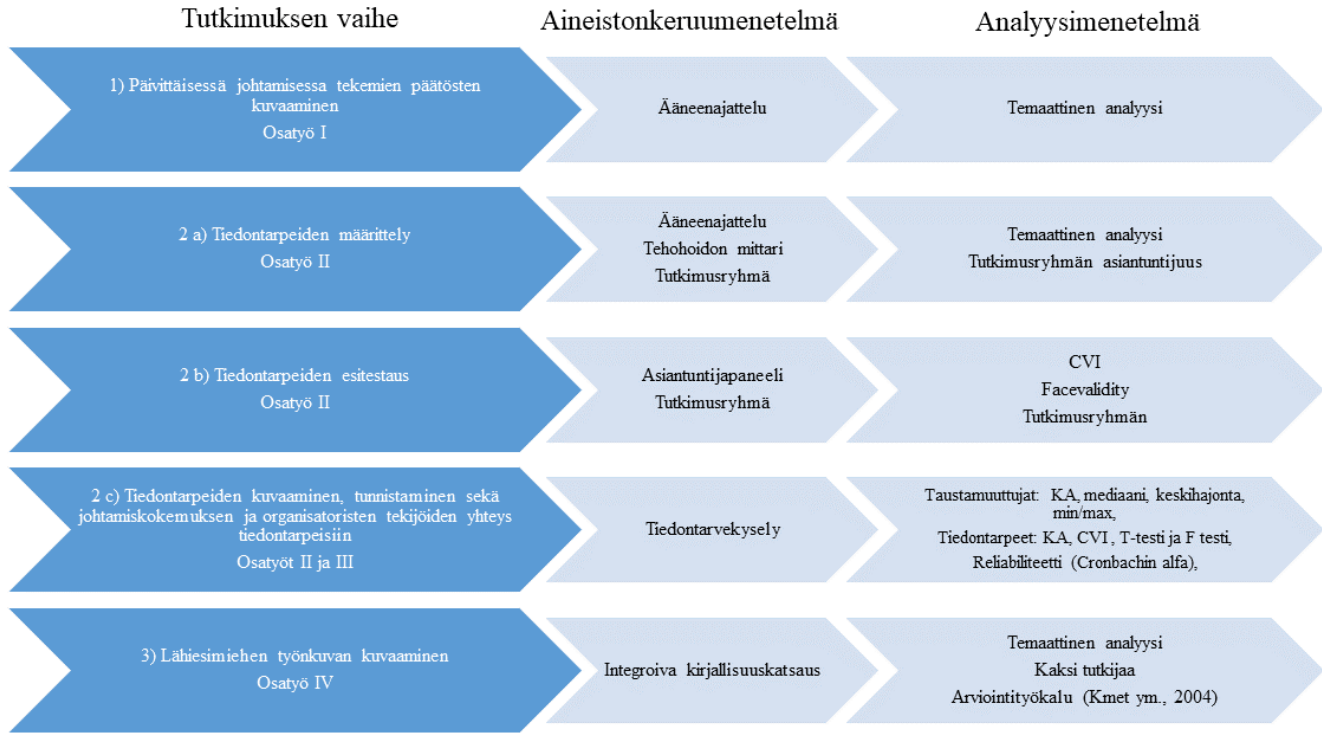
5 Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen menetelmäosuus on jaettu kolmeen vaiheeseen (1, 2 ja 3), jotka ovat raportoitu neljässä osajulkaisussa (I, II, III ja IV). Tutkimuksessa on käytetty laadullisia ja määrällisiä tutkimusmenetelmiä. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa kuvattiin lähiesimiehen päivittäisessä johtamisessa tekemät päätökset ääneenajattelun menetelmällä (osatyö I). Päivittäisen johtamisen päätöksenteossa tarvittava tieto määriteltiin, kuvattiin ja tunnistettiin tutkimuksessa kehitetyn tiedontarvekyselyn avulla (vaihe 2, osatyöt II ja III). Tiedontarvekyselyn kehittäminen jaettiin kolmeen vaiheeseen: a) tiedontarpeiden määrittely, b) tiedontarpeiden esitestaus ja c) tiedontarpeiden kuvaaminen, oleellisten tiedontarpeiden tunnistaminen sekä lähiesimiehen johtamiskokemuksen ja organisatoristen tekijöiden yhteys tiedontarpeisiin. Tiedontarvekyselyn kehittämisessä hyödynnettiin tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa ääneenajattelun menetelmällä kerättyä aineistoa. Tutkimuksen kolmannessa vaiheessa kuvattiin lähiesimiehen työnkuva leikkaus- ja anestesiaosastolla integroivan kirjallisuuskatsauksen menetelmän avulla (vaihe 3, osatyö IV). Tutkimusasetelma on esitetty taulukossa. (Taulukko 2.)

Aineisto ja menetelmä -luvun alussa kuvataan tutkimusympäristö sekä tutkimukseen osallistuneet tutkittavat. Tämän jälkeen esitetään tutkimusaineistonkeruu sekä tutkimusaineiston analyysi. (Kuvio 4.)

Taulukko 2. Tutkimusasetelma

	Vaihe 1	Vaihe 2			Vaihe 3
	Osatyö I	Osatyö II ja III			Osatyö IV
Vaiheen kuvaus	Lähiesimiehen tekemien päätösten kuvaaminen	a) Tiedontarpeiden määrittely	b) Tietotarpeiden esitetaus	c) Tiedontarpeiden kuvaaminen, tunnistaminen sekä johtamiskokemuksen ja organisatoristen tekijöiden yhteys tiedontarpeisiin	Lähiesimiehen työnkuva
Tutkittavat	Lähiesimies =osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, vuorovastaava sairaanhoitaja				
Otos	n=20		n=11	n=288	n=9 tutkimusartikkelia
Ympäristö	Leikkaus- ja anestesiaosasto tai päiväkirurginen yksikkö				
Aineistonkeruu ajankohta	2011 ja 2013 Huhtikuu-toukokuu	2011-2015	2015 Elokuu	2015 Syyskuu-joulukuu	2018 Toukokuu
Osastojen ja yksiköiden kuvaus	2 päiväkirurgista yksikköä, 12 leikkaus- ja anestesiaosastoa 1 anestesiaosasto	-	1 leikkaus- ja anestesiaosasto, 1 päiväkirurginen yksikkö	52 leikkaus- ja anestesiaosastoa tai päiväkirurgian yksikköä	
Sisäänottokriteerit	Vapaaehtoisuus, äidinkieli suomi, johtamiskokemus vähintään viisi vuotta	-	Vapaaehtoisuus, äidinkieli suomi	Vapaaehtoisuus, äidinkieli suomi tai ruotsi	Leikkaus- ja anestesiaosaston lähiesimiehen työnkuvaa koskeva tutkimus
Tutkittavien määrä, aineistonkeruun kesto	11 tutkittavaa klo 8-12 9 tutkittavaa klo 12-16 kesto noin 4 tuntia	-	11 tutkittavaa klo 8-16 kesto noin 1 tunti	-	-
Aineistonkeruumenetelmä	Ääneenajattelu	Aiempi mittari, Tutkimusryhmä	Asiantuntijapaneeli Tutkimusryhmä	Tiedontarvekysely (76 tiedontarvetta)	Integroiva kirjallisuuskatsaus
Analyysimenetelmä(t)	Temaattinen analyysi	Tutkimusryhmä	Facevalдитеetti, CVI, Tutkimusryhmä	KA, mediaani, min/max, hajonta, CVI, T-testi ja F testi reliabiliteetti (Cronbachin alfa),	Temaattinen analyysi, Kaksi tutkijaa arviointityökalu Kmet ym. (2004)



Kuvio 4. Tutkimusaineiston keruu ja analyysi

5.1 Tutkimusympäristö

Tutkimusympäristön muodostivat yliopisto-, keskus- ja aluesairaaloiden leikkaus- ja anestesiaosastot Suomessa. Tutkimusaineiston keruu toteutettiin leikkaus- ja anestesiaosastoilla todellisissa hoitoympäristöissä vuosien 2011-2015 välisenä aikana.

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa ääneenajattelun menetelmällä toteutetun aineistonkeruun aikana päivittäistä toimintaa johdettiin osaston keskuskansliasta. Keskuskanslia sijaitsi leikkaussalien ja heräämön välittömässä läheisyydessä, josta lähiesimiehellä oli näköyhteys, kun potilas vietiin saliin tai tuotiin toimenpiteen jälkeen heräämöön. Ne osastot, joissa keskuskansliaa ei ollut, päivittäistä toimintaa johdettiin tutkittavan lähiesimiehen omasta työhuoneesta. Lähiesimies piti yhteyttä henkilökuntaan puhelimitse ja/tai kiersi säännöllisesti vuoron aikana osastolla hankkiakseen tietoa leikkaussalien ja heräämön tilanteesta. Työtehtävästä riippuen, osalla henkilökunnasta oli työpuhelin käytössä vuoron ajan. Henkilökunta kävi vuoron aikana kansliassa joko tiedottamassa oman leikkaussalin tilanteesta tai muusta päivittäiseen toimintaan liittyvästä asiasta. Jokaisessa yksikössä oli käytössä Opera™ toiminnanohjausjärjestelmä. Muut keskeiset päivittäisessä johtamisessa käytetyt tietojärjestelmät olivat työvuorosunnitteluun käytetty Titania™, potilas-tietojärjestelmä Uranus™, talouden hallintajärjestelmä sekä haittatapahtumien raportointijärjestelmä HaiPro™. Yhden osaston keskuskansliaan oli sijoitettu myös näyttö, josta oli mahdollista seurata toimenpiteiden etenemistä leikkaussaleissa. (vaihe 1, osatyö I)

Tutkimuksessa kehitetyn tiedontarvekyselyn esitestauksen asiantuntijapaneelit toteutettiin yhden sairaanhoitopiirin leikkaus- ja anestesiaosastolla sekä päiväkirurgian yksikössä. Paneelit järjestettiin erillisessä neuvotteluhuoneessa tutkittavien työaikana. (vaihe 2, osatyö II) Tiedontarvekysely toteutettiin leikkaus- ja anestesiaosastojen lähiesimiehille Suomessa. (vaihe 2, osatyöt II ja III)

5.2 Tutkittavat ja tutkittavien rekrytointi

Tutkittavat työskentelivät päivittäisen johtamisen lähiesimiestehtävässä leikkaus- ja anestesiaosastolla tai päiväkirurgian yksikössä arkisin virka-aikana klo 8-16. (vaiheet 1 ja 2) Tutkittavat lähiesimiehet olivat ammattinimikkeiltään vuorovastaavia sairaanhoitajia, apulaisosastonhoitajia tai osastonhoitajia, joilla oli hoitotyön tutkinto. Tutkittavat puhuivat äidinkielenään suomea (vaihe 1, osatyö I) sekä suomea tai ruotsia (vaihe 2, osatyöt II ja III). Tutkimuksen ääneenajattelun aineistoa kerättyä vaatimuksena oli tutkittavien vähintään viiden vuoden kokemus päivittäisestä johtamisesta. Kokemuskriteeristä luovuttiin lähiesimiesten vaihtuvuuden ollessa korkea. (vaihe 1, osatyö I) Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. (Grove, Burns, & Gray, 2013, s. 352.)

Tarkoituksenmukainen otanta ja tutkittavien rekrytointi (vaiheet 1 ja 2, osatyöt I ja II)

Tutkittavien tarkoituksenmukaista otantaa (Polit & Beck, 2004, s. 306) käytettiin ääneenajattelun aineistonkeruussa (vaihe 1, osatyö I) sekä tiedontarvekyselyn esitestauksen asiantuntijapaneeleissa. (vaihe 2, osatyö II) Sairaanhoidopiirien hallinnollisten viranomaisten myöntämät tutkimusluvut saatuaan tutkija oli yhteydessä sairaanhoidopiirien ylihoitajiin ja pyysi heiltä leikkaus- ja anestesiaosastojen hallinnollisten osastonhoitajien yhteystiedot ääneenajattelun aineistonkeruuta varten. Tiedot saatuaan tutkija oli yhteydessä lähiesimiehiin puhelimitse. Puhelun aikana tutkija kertoi tutkimuksen tarkoituksesta ja käytettävästä tutkimusmenetelmästä, tutkimukseen osallistumisesta ja aineistonkeruun suunnittelusta ajankohdasta. Puhelun aikana sovittiin myös tutkimuksen ääneenajattelun aineistonkeruun tarkka päivä ja aika.

Esitestauksen asiantuntijapaneelien rekrytointi eteni samoin, kuten ääneen ajattelun aineistonkeruun rekrytointi. Sairaanhoidopiiriin hallinnollisten viranomaisten myöntämän tutkimusluvun saatua tutkija oli yhteydessä ylihoitajaan ja pyysi molempien osastojen (leikkaus- ja anestesiaosasto ja päiväkirurgian yksikkö) hallinnollisten osastonhoitaja yhteystiedot. Esitestauksen asiantuntijapaneelien päivämäärä sovittiin hallinnollisten osastonhoitajien kanssa. Tässä yhteydessä varmistettiin, että kaikki mahdolliset paneeliin osallistuvat olisivat työvuorossa kyseisenä päivänä. Hallinnollinen osastonhoitaja tiedotti tutkimuksesta mahdollisille tutkittaville.

Ennen ääneenajattelun ja esitestauksen aineistonkeruun aloitusta tutkittavat saivat kirjallisen tutkimustiedotteen. Lisäksi tutkittavilta pyydettiin suostumus tutkimukseen osallistumisesta kirjallisesti ja suullisesti. (Grove, Burns, & Gray, 2013, s. 176–177.)

Ääneenajattelun aineisto kerättiin kahdesta eri yliopistollisesta sairaanhoidopiiristä ja tavoiteltu otoskoko oli 27. Lopullinen tutkittavien määrä oli 20 tutkittavaa. (vaihe 1, osatyö I) Ääneenajattelun menetelmällä oli mahdollista saada ilmiöstä eli päätöksenteosta ja tiedontarpeista mahdollisimman paljon tietoa (Grove, Burns, & Gray, 2013, s. 268 ja 365).

Tiedontarvekyselyn esitestauksen asiantuntijapaneelisiin osallistuivat kaikki rekrytoidut 11 tutkittavaa (Grant & Davis, 1997) yhden sairaanhoidopiiriin leikkaus- ja anestesiaosastolta sekä päiväkirurgian yksiköstä. (vaihe 2, osatyö II)

Kokonaisotanta ja tutkittavien rekrytointi (vaihe 2, osatyöt II ja III)

Tiedontarvekyselyssä kuvattiin päivittäisen johtamisen tiedontarpeet sekä tunnistettiin niiden oleellisuus päivittäisessä johtamisessa lähiesimiehen näkökulmasta. Lisäksi tiedontarvekyselyn avulla tutkittiin lähiesimiehen johtamiskokemuksen ja organisatoristen tekijöiden yhteyttä päivittäisen johtamisen tiedontarpeisiin.

Tiedontarvekyselyn validoimisen otoskoko laskettiin kertomalla kyselyn jokaisen yksittäisen tiedontarpeen määrä viidellä eli yksi kyselyssä määritelty tiedontarve viittä vastaajaa kohtaan (Gorsuch, 1983). Tiedontarvekysely sisälsi 76 tiedontarvetta neljään pääteemaan jaettuna. Kyselyn validointia varten riittävä otoskoko oli 380 tutkittavaa. (osatyö II)

Tutkimukseen soveltuvien tutkittavien lähiesimiesten määrän eli otoksen arvioiminen Suomessa on haasteellista, sillä lähiesimieskäytännöt vaihtelevat sairaaloissa. Suomi on jaettu 20 sairaanhoitopiiriin (lisäksi Ahvenanmaa), joista viidessä sijaitsee yliopistosairaala (Kuntaliitto, 2019). Tutkimuslupa haettiin ensin kaikista viidestä yliopistosairaanhoitopiiristä, ja tutkittavien määrä jokaisella leikkaus- ja anestesiaosastolla arvioitiin yhdessä ylihoitajien ja/tai hallinnollisten osastonhoitajien kanssa. Kaikkien viiden yliopistosairaanhoitopiirin soveltuvien tutkittavien määrä oli 364. Seuraavaksi arvottiin viisi muuta sairaanhoitopiiriä ja tutkittavien määrä viidessä muussa sairaanhoitopiirissä arvioitiin, kuten yliopistosairaanhoitopiireissä. Viiden sairaanhoitopiirin otoskooksi arvioitiin yhteensä 48 soveltuvaa tutkittavaa. Sairaanhoitopiirit ovat keskenään saman suuruisia, joten viiden arvotun sairaanhoitopiirin perustella arvioitiin jäljelle jäävien kymmenen sairaanhoitopiirin otoskooksi 96 tutkittavaa. Kokonaisotannon arvio oli 508 (=364+48+96) soveltuvaa tutkittavaa Suomessa.

Kysely toteutettiin viiden yliopistosairaanhoitopiirin sekä viiden sairaanhoitopiirin leikkaus- ja anestesiaosastoilla (N=412).

Tutkija toimitti tiedontarvekyselyn yhdessä tutkittavan tiedotteen ja vastauskuoren kanssa 52 leikkaus- ja anestesiaosaston hallinnollisille osastonhoitajille. Osastonhoitajat vastasivat tiedontarvekyselyn toteuttamisesta ja välittivät kyselyt sisäänottokriteerit täyttävälle tutkittaville. Kyselyyn vastaaminen katsottiin tietoiseksi suostumukseksi. Aineistonkeruu-aika oli kaksi viikkoa, jonka jälkeen hallinnollinen osastonhoitaja palautti ennalta maksetussa vastauskuoressa kyselyt tutkijalle. (vaihe 2)

5.3 Tutkimusaineiston keruu

Lähiesimiehen tekemät päätökset päivittäisessä johtamisessa (vaihe 1, osatyö I)

Lähiesimiehen päivittäisessä johtamisessa tekemien päätösten aineistonkeruu toteutettiin ääneenajattelun menetelmällä. Ääneenajattelun menetelmää voidaan käyttää tutkimuksissa, joissa haetaan tietoa tutkittavan ajatteluprosessista. Menetelmässä tutkittava ajatteli ääneen päivittäistä johtamista ja samalla tutkittavan puhe tallennettiin. (Polit & Beck, 2004; Van Someren, Barnard, & Sandberg, 1994.) Menetelmä ei ole uusi, mutta hoitotieteen alan tutkimuksissa, erityisesti todellisissa

terveydenhuollon ympäristöissä, päivittäisen johtamisen yhteydessä, menetelmää ei ole juuri käytetty (Aitken, Marshall, Elliott, & McKinley, 2011; Lundgrén-Laine & Salanterä, 2010; Miller & Buerhaus, 2013).

Aineistonkeruuseen osallistui 20 tutkittavaa ja se toteutettiin työvuoron aikana todellisessa hoitoympäristössä. Aineistonkeruu-aika oli neljä tuntia joko aamu- tai iltapäivällä. Tilanteiden äkillinen muuttuminen leikkaus- ja anestesiaosastolla aiheuttaa sen, ettei täsmällistä tietoa tutkimusongelmasta ole mahdollista saavuttaa jälkikäteen. Tämän vuoksi aineisto kerättiin työvuoron aikana. (Fonteyn, Kuipers, & Grobe, 1993; Seitamaa-Hakkarainen, 1999.) Lisäksi tutkittavien ei tarvinnut osallistua tutkimukseen työajan ulkopuolella (Grove, Burns, & Gray, 2013, s. 519-520). Aineistonkeruun aikana tutkija muistutti tutkittavia ajattelemaan ääneen, jos he olivat pitkään hiljaa (Van Someren, Barnard, & Sandberg, 1994).

Tiedontarvekyselyn kehittämisen aineistonkeruu (vaihe 2, osatyö II)

Lähiesimiehen päivittäisessä johtamisessa tarvittavat tiedontarpeet määriteltiin ja kuvattiin tutkimuksessa kehitetyn tiedontarvekyselyn avulla. Lisäksi tiedontarvekyselyn avulla tunnistettiin oleelliset tiedontarpeet sekä tutkittiin lähiesimiehen johtamiskokemuksen ja organisatoristen tekijöiden yhteyttä niihin. Tiedontarvekyselyn kehittämisessä käytettiin sekä määrällisiä että laadullisia menetelmiä kolmessa vaiheessa (a, b ja c). (DeVellis, s. 73; Polit & Beck, 2004, s. 276.)

a) Ensin määriteltiin päivittäisen johtamisen tiedontarpeet ääneenajattelun aineiston sekä tehohoidon lähiesimiehille kehitetyn tiedontarvemittarin (Lundgrén-Laine, 2013) avulla. Lupa tehohoidon mittarin käyttöön saatiin kehittäjältä. Lisäksi hoitotieteen sekä akuuttihoitoon asiantuntijoista koostuva tutkimusryhmä (n=4) osallistui tiedontarpeiden määrittelyyn. Määritellyt tiedontarpeet koottiin neljään pääteemaan; ”Potilaan hoidon prosessi”, ”Potilaan toimenpideprosessi”, ”Henkilökuntaresurssit” ja ”Aineelliset resurssit”. Pääteemojen määrittelyssä hyödynnettiin ensimmäisen vaiheen operatiivisten päätösten teemoja. (osatyö I)

b) Neljään pääteemaan jaettu tiedontarvekysely esiteltiin lähiesimiehistä (n=11) koostuneiden asiantuntijapaneelien kanssa. Esiteltäessä tarkoituksena oli varmistaa tiedontarpeiden ymmärrettävyys ja sopivuus leikkaus- ja anestesiaosastojen päivittäiseen johtamiseen. Lisäksi asiantuntijapaneelien avulla voitiin arvioida kyselyn täyttämiseen kuluva aika. (Grove, Burns, & Gray, 2013, s. 274.)

Asiantuntijapaneelit täyttivät tiedontarvekyselyn Likert-asteikon mukaisesti kahdesta eri näkökulmasta (Polit & Beck, 2004, s. 356). Ensimmäinen asteikko mittasi tiedontarpeiden löytymisen helppoutta (1 ei lainkaan helposti – 4 erittäin helposti) ja toinen tiedon oleellisuutta päivittäisessä johtamisessa (1 ei lainkaan oleellinen – 4 erittäin oleellinen). Kyselyn täyttämisen jälkeen tutkija keskusteli asiantuntijapaneelien osallistujien kanssa tiedontarpeista ymmärrettävyydestä ja

sopivuudesta päivittäiseen johtamiseen. Paneeleihin osallistui yhdestä kolmeen asiantuntijaa ja jokainen paneeli kesti arviolta noin tunnin.

c) Asiantuntijapaneelien arvioinnin jälkeen muokattu tiedontarvekysely toteutettiin 52 leikkaus- ja anestesiaosaston sekä päiväkirurgisen yksikön lähiesimiehille. Kysely toteutettiin paperisena ja kaikki tutkittavat saivat kirjallisen tiedotteen tutkimuksesta, kyselyn sekä vastauskuoren. Vastausaika oli kaksi viikkoa. (vaihe 2, osatyöt II ja III) Tiedontarpeiden oleellisuuden arviointi tapahtui kuusiportaisella Likert-asteikolla (1 ei lainkaan oleellinen – 6 oleellinen). Tiedon löytymisen helppous jätettiin pois ja Likert-asteikko muutettiin neliportaisesta kuusiportaiseksi. Kuusiportaisella Likert-asteikolla oli mahdollista saada monipuolisemmin vastausvaihtoehtoja (Polit & Beck, 2004, s. 356). Tiedontarvekysely sisälsi edellä mainitut neljä pääteemaa sekä vastaajan taustatiedot.

Tiedontarvekyselyn käännösprosessi toiselle kotimaiselle kielelle (osatyö II)

Tiedontarvekysely käännettiin ruotsin kielelle. Kyselyn käännöksestä vastasi käännöstoimisto Lingsoft Oy, minkä jälkeen ruotsin kielisen käännöksen validointiin osallistui kolme perioperatiivisen hoitotyön sekä hoitotieteen asiantuntijaa Suomesta ja Ruotsista. Kaikki asiantuntijat puhuivat äidinkielenään ruotsia, kaksi heistä myös suomea. Asiantuntijat saivat sähköpostitse noin viikkoa ennen arviointia tutkittavan tiedotteen ja tiedontarvekyselyn. Jokaisen asiantuntijan kanssa sovittiin erikseen Skype-puhelu arviointia varten. Asiantuntijat lähettivät arvioinnin jälkeen myös kirjalliset kommentit sähköpostitse. Kyselyn kääntämisellä haluttiin varmistaa, että tutkittavilla oli mahdollisuus osallistua kyselyyn omalla äidinkielellään. (Grove, Burns, & Gray, 2013, s. 445; Sousa & Rojjanasrirat, 2010.)

Lähiesimiehen työnkuvan kuvaaminen integroiva kirjallisuuskatsauksen avulla (vaihe 3, osatyö IV)

Lähiesimiehen työnkuvan kuvaamiseen leikkaus- ja anestesiaosastojen johtamisessa valittiin integroivan kirjallisuuskatsauksen menetelmä. Menetelmä sopii ilmiöiden kuvaamiseen, joista ei ole juurikaan saatavilla aiempaa tutkimusta (Whittemore & Knaffl, 2005; Polit & Beck, 2004, s. 688).

Kirjallisuushaku toteutettiin toukokuun 23. päivä 2018 seuraaviin tietokantoihin: Cinahl (Ebsco), Cochrane, Pubmed (Medline), Web of Science ja hakusanoina käytettiin seuraavia; ”lähiesimies”, ”työnkuva” sekä ”perioperatiivinen ympäristö”, sekä näiden synonyymit. Käytetyt termit ja niiden synonyymit yhdistettiin toisiinsa Boolean operaattorilla käyttäen ”JA” sekä ”TAI” sanoja. Käytetyt hakusanat on kuvattu liitteessä. (Liite 2.)

Ilman vuosiluku- ja kielirajoitetta elektronisiin tietokantoihin tehty haku sekä manuaalinen haku tuottivat yhteensä 2643 viitettä. Jotta hausta saatiin mahdollisimman kattava, hakukriteereitä tiukennettiin otsikko- ja abstraktitason lukemisen edessä. Otsikkotason tarkastelussa hyväksyttiin kaikki viitteet, jotka kohdistuivat leikkaus- ja anestesiasosaston päivittäisessä johtamisessa työskenteleviin hoitotyön lähiesimiehiin. Abstraktitason tarkastelussa tutkimuksen tuli olla edellisten kriteerien lisäksi julkaistu englannin kielellä vertaisarvioidussa julkaisussa vuoden 1999 jälkeen (n=150). Kokotekstit (n=11) tarkasteltiin laadunarviointityökalun avulla (Kmet ym., 2004).

5.4 Tutkimusaineiston analyysi

Lähiesimiehen päätökset päivittäisessä johtamisessa (vaihe 1, osatyö I)

Ääneenajattelun menetelmällä kerätty aineisto tallennettiin MP3 laitteella. Tallennettu aineisto sisälsi noin 63 tuntia lähiesimiehen ajattelua. Aineistonkeruutilanteet kestivät noin kolme tuntia ja vaihtelivat 1h 45min – 4h välillä. Välittömästi aineistonkeruun päätyttyä aineisto kirjoitettiin auki Microsoft Word -ohjelmalla. Aineiston määräksi muodostui yhteensä 419 sivua (A4, riviväli 1,5). Aineistosta analysoitiin vain tutkimustehtävään liittyvät osuudet.

Aukikirjoitetusta aineistosta korostettiin päätöksentekoon ja tiedontarpeisiin viittaavaat ilmaisut ja aineisto siirrettiin Microsoft Excel -taulukkoon. Päätöksentekoon viittaava ilmaisu pelkistettiin muutaman sanan mittaiseksi tekstiksi, jonka jälkeen aineistoa oli mahdollista analysoida Braunin ja Clarken (2006) temaattisen analyysin avulla. Pelkistykset jaettiin alustaviksi luokiksi, jonka jälkeen sisällön mukaan muodostettiin alateemat ja lopuksi kolme pääteemaa kuvaamaan lähiesimiehen päivittäisessä johtamisessa tekemiä päätöksiä. (osatyö I)

Tiedontarvekyselyn kehittämisen analyysi (vaihe 2, osatyöt II ja III)

a) Tiedontarvekyselyn kehittäminen aloitettiin määrittelemällä ääneenajattelun aineistonkeruussa esiintyneet ilmaisut tiedontarpeista temaattisen analyysin avulla (Braun & Clarke, 2006). Esiintyneet tiedontarpeet teemoiteltiin yhdessä tehohoidon ympäristöön kehitetyn lähiesimiesten tiedontarvemittarin kanssa (Lundgrén-laine, 2013). Tehohoidon mittari sisälsi 122 tiedontarvetta ja ne otettiin mukaan joko vahvistamaan jo aiemmin kerättyä ääneenajattelun aineiston tiedontarpeita tai tiedon sisällön vuoksi. Temaattisen analyysin lisäksi analyysissa hyödynnettiin tutkimusryhmän asiantuntijuutta (n=4). Tutkimusryhmän keskustelun perusteella saavutettiin yhteisymmärrys mukaan otettavista tiedontarpeista. (osatyö II)

b) Tiedontarpeiden määrittelyn jälkeen analysoitiin asiantuntijapaneelien esitestaama tiedontarvekysely. Sisällön analysoinnissa käytettiin CVI -arvoa, joka laskettiin jokaiselle tiedontarpeelle erikseen (Polit & Beck, 2006). (osatyö II)

CVI menetelmä mittaa vastaajien yksimielisyyttä asiasta ja sen käyttö on varsin yleinen uusien kehitteillä olevien kyselyiden laatimisessa (Wynd, Schimdt, & Schaefer, 2003). CVI-arvo laskettiin Microsoft Excel -ohjelmalla. Ne tiedontarpeet, jotka saivat arvon 3 tai 4 (Likert-asteikko 1-4) laskettiin yhteen ja jaettiin kaikkien vastaajien kesken. Tiedontarpeet, jotka saivat arvoksi 0.80 tai enemmän, otettiin mukaan tiedontarvekyselyyn. (Polit & Beck, 2006.) Lisäksi tutkimusryhmä arvioi tiedontarpeiden sisällyttämistä lopulliseen tiedontarvekyselyyn. (osatyö II)

c) Tiedontarvekyselyn tilastolliset analyysit toteutettiin Statistics Analysis Software -ohjelmalla (SAS version 9.4; Windows, North Carolina, NC, USA) sekä Microsoft Excel -ohjelmalla.

Kuvaileva tilastollinen analyysi arvioi lähiesimiesten tiedontarpeiden oleellisuutta päivittäisessä johtamisessa. Tiedontarvekyselyn taustatietojen jakautuminen ja tunnusluvut ovat kuvattu taulukossa. (Taulukko 3.) (osatyö III)

Taulukko 3. Tiedontarvekyselyn taustatietojen ja käytetyt tunnusluvut

Tiedontarvekyselyn taustatieto	Tunnusluku
tutkittavien koulutus	frekvenssi, prosenttiosuus
työkokemus sairaanhoitajana leikkaus- ja anestesia-osastolla ≤5 vuotta >5 vuotta	frekvenssi, prosenttiosuus, KA, keskihajonta, Md, min ja max
johtamiskokemus lähiesimiehenä leikkaus- ja anestesiaosastolla ≤5 vuotta >5 vuotta	frekvenssi, prosenttiosuus, KA, keskihajonta, Md, min ja max
lähiesimiestehtävässä tehtävien vuorojen määrä vuodessa	frekvenssi, prosenttiosuus, KA, min ja max
leikkaussalien määrä osastolla ≤5 salia 6-10 salia ≥11 salia	frekvenssi, prosenttiosuus, KA, keskihajonta, Md, min ja max
heräämöpaikkojen määrä osastolla	KA, keskihajonta, Md, min ja max
osaston päivystysvalmius 24/7	frekvenssi, prosenttiosuus, frekvenssi, prosenttiosuus
osaston valmius tehdä anestesiatoimenpiteitä osaston ulkopuolella (esim. kuvantamisen yksikkö)	frekvenssi, prosenttiosuus
sairaalatyyppi yliopistosairaala *keskussairaala.	frekvenssi, prosenttiosuus

*Analyysin yhteydessä aluesairaaloissa työskennelleiden tutkittavien vastaukset yhdistettiin keskussairaaloissa työskentelevien tutkittavien vastausten kanssa kansainvälisen relevanssin saavuttamiseksi. Analyysissä käytetään nimitystä keskussairaala.

Tiedontarvekyselyn jokaisesta tiedontarpeesta (N=76) laskettiin keskiarvo (KA) Likert-asteikon mukaan (1 ei lainkaan oleellinen – 6 oleellinen). (osatyö III)

Sisällön validiteetti arvioitiin CVI -arvon avulla. Tiedontarpeet, joille vastaajat antoivat arvoksi Likert-asteikolla 5 tai 6, laskettiin yhteen ja jaettiin tutkimukseen osallistuneiden määrän kesken. (osatyö II)

Kuvailevan tilastollisen analyysin avulla arvioitiin lähiesimiehen johtamiskokemuksen ja organisatoristen tekijöiden (osaston päivystysvalmius 24/7, osaston valmius tehdä anestesiatoimenpiteitä osaston ulkopuolella, sairaalatyypin) yhteyttä päivittäisen johtamisen tiedontarpeiden neljään pääteemaan. (Taulukko 4.)

Ensimmäiseksi toteutettiin *Yksisuuntainen varianssianalyysi (F-testi)*, joka avulla arvioitiin organisatoristen tekijän (osastolla olevien leikkaussalien määrä) yhteyttä päivittäisen johtamisen tiedontarpeiden neljään pääteemaan.

Toiseksi toteutettiin *Kahden riippumattoman otoksen keskiarvotesti (t-testi)*, jonka avulla arvioitiin lähiesimiehen johtamiskokemuksen ja organisatoristen tekijöiden (osaston päivystysvalmius 24/7, osaston valmius tehdä anestesiatoimenpiteitä osaston ulkopuolella, sairaalatyypin) yhteyttä päivittäisen johtamisen tiedontarpeiden neljään pääteemaan.

Tiedontarvekyselyssä tutkittavia pyydettiin vastaamaan ”johtamiskokemus lähiesimiehenä” sekä ”osaston leikkaussalien määrä” lukuarvona. Analyysiä varten taustamuuttuja ”johtamiskokemus lähiesimiehenä” luokiteltiin Bennerin ja Tannerin (1987) ammatillisen pätevyyden mukaan viisi vuotta tai alle ja yli viisi vuotta (Benner & Tanner, 1987). Leikkaussalit jaettiin puolestaan seuraavasti: viisi tai alle, 6-10 ja 11 tai yli. Jako kolmeen luokkaan tehtiin tutkimusryhmän asiantuajuuden arvioinnin perusteella.

Merkitsevyytensä pidettiin 0,05 rajaa ja mikäli p-arvo oli 0,05 tai alle, tämä tulkittiin tilastollisesti merkitseväksi. (osatyö III)

Taulukko 4. Tiedontarvekyselyn taustamuuttujat sekä käytetty keskiarvotesti

Taustamuuttuja	Keskiarvotesti
johtamiskokemus leikkaus- ja anestesiaosastolla ≤5 vuotta >5 vuotta	T-testi
leikkaussalien määrä osastolla ≤5 salia 6-10 salia ≥11salia	F-testi
osaston päivystysvalmius 24/7	T-testi
osaston valmius tehdä anestesiatoimenpiteitä osaston ulkopuolella (esim. kuvantamisen yksikkö)	T-testi
Sairaalatyypin yliopistosairaala keskussairaala.	T-testi

Tiedontarvekyselyn reliabiliteetti arvioitiin Cronbachin alfa arvon avulla osatyöissä II ja III (Cronbach, & Gleser, 1957).

Lähiesimiehen työnkuvan kuvaaminen integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla (vaihe 3, osatyö IV)

Tutkimuksen kolmannen vaiheen integroivan kirjallisuuskatsauksen analyysi toteutettiin määrällisten ja laadullisten tutkimusten arviointiin kehitetyn laadunarviointityökalun avulla (Kmet ym., 2004). Tehdyn haun mukaan laadunarviointiin valikoitui kriteerien perusteella 11 tutkimusartikkelia. Kaksi tutkijaa toteutti laadunarvioinnin itsenäisesti. Määrällisten tutkimusten arviointi sisälsi 14 väittämää, joihin tutkijat vastasivat ”kyllä” (2 pistettä), ”osittain” (1 piste) tai ”ei” (0 pistettä). Näiden lisäksi vastausvaihtoehtona oli myös ”ei sovellu tutkimukseen”. Määrällisten tutkimusten maksimipistemäärä oli 28. Laadullisia tutkimuksia varten laadittu arviointityökalu sisälsi kymmenen väittämää, joihin vastattiin muuten samalla tavoin, kuin määrällisten tutkimusten arviointiin mutta laadullisten tutkimusten arvioinnissa ei ollut ”ei sovellu tutkimukseen” vaihtoehtoa. Laadullisten tutkimusten maksimi pistemäärä oli 20. Tutkijan antamat pisteet laskettiin yhteen ja jaettiin maksimipistemäärällä. Mikäli tutkija oli vastannut ”ei sovellu tutkimukseen”, vähennettiin kokonaispistemäärää kahdella pisteellä. Kaikki ne tutkimusartikkelit, jotka saivat molemmilta tutkijoilta arvoksi 0,55 tai enemmän, otettiin mukaan analyysiin. (Kmet ym., 2004.)

Laadunarvioinnin jälkeen lopulliseen analyysiin valittiin yhdeksän tutkimusartikkelia. Whittemoren ja Knaflin (2005) mukaisesti ensin analysoitiin tutkimusartikkelien julkaisumaa ja käytetty menetelmä. Tämän jälkeen tutkimusartikkelien tulokset sekä tutkimuksiin osallistuneiden tutkittavien koulutustausta analysoitiin induktiivisesti ja luokiteltiin teemoiksi (Sandelowski, 2000). Kirjallisuuskatsauksen analyysi on esitetty osatyössä IV.

5.5 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen jokaisessa vaiheessa (suunnitelma, aineistonkeruu, analyysi, tulokset, raportointi, aineiston tallentaminen) noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä (ETENE, 2006; Grove, Burns, & Gray, 2013, s. 159-182; TENK, 2019; WHO, 2011). Tutkittavan itsemääräämisoikeutta, vahingoittamisen välttämistä ja yksityisyyttä sekä tietosuojaa kunnioitettiin (TENK, 2019).

Tutkimuksen tavoitteen ja suunnitelman eettisyys

Tutkimuksen aihe on ajankohtainen, sillä uusia tietojärjestelmiä päätöksenteon tueksi kehitetään jatkuvasti, eikä niissä välttämättä ole huomioitu loppukäyttäjän, lähiesimiehen, tarpeita ja näkökulmaa (Fathian, ym., 2019). Tutkimussuunnitelman toteutettavuuden arvioi tutkimusryhmä. Tutkimuksen edessä tutkimustehtäviä tarkennettiin eri vaiheissa saatujen tulosten perusteella.

Tutkimusluvut ja eettisen toimikunnan ennakoarvioinnin puoltava lausunto

Tutkimusluvut ääneenajattelun aineistonkeruuseen (vaihe 1, osatyö I), tiedontarvekyselyn esitestauksen asiantuntijapaneeliin (vaihe 2, osatyö II) ja tiedontarvekyselyn (vaihe 2, osatyöt II ja III) toteuttamiseen haettiin sairaanhoitopiirien käytänteiden mukaisesti hallinnollisilta viranomaisilta. Tutkimukseen osallistui yhteensä kymmenen sairaanhoitopiiriä.

Tässä tutkimuksessa kohderyhmänä olivat lähiesimiehet, ja aineisto kerättiin todellisessa hoitoympäristössä, jolloin tutkijan ja tutkittavan kohtaamiseen ajateltiin mahdollisesti liittyvän ennakoimattomia tekijöitä, joilta ei voinut aineistonkeruutilanteessa välttyä (Polit & Beck, 2004, s. 345). Lähiesimiehen ääneenajattelun (osatyö I) aineistonkeruuta varten haettiin Turun yliopiston eettisen toimikunnan ennakoarviointi ja tutkimukselle saatiin puoltava lausunto (8/2011). Turun yliopiston myöntämässä puoltavassa lausunnossa pyydettiin kiinnittämään erityistä huomioita muiden, tutkimukseen osallistumattomien, anonymiteettiin.

Tutkimuksen aineistonkeruun eettisyys

Tutkimusaineiston keruu toteutettiin tutkimustehtävien mukaan. Aineistonkeruun alkaessa tutkittavat saivat sekä kirjallisesti tutkittavan tiedotteen että suullisesti tietoa laadullisen tutkimuksen ääneenajattelun menetelmään (osatyö I) tai tiedontarvekyselyn asiantuntijapaneeliin (osatyö II) osallistumisesta. Molempien aineistonkeruiden tiedotteissa kuvattiin tutkimuksen tarkoitus, aineistonkeruun arvioitu kesto, aineiston käyttötarkoitus ja säilytys, osallistumisen vapaaehtoisuus sekä tutkijan ja ohjaajien yhteystiedot. Lisäksi tutkittavilta pyydettiin tietoinen suostumus kirjallisesti ennen ääneenajattelun ja asiantuntijapaneelien aineistonkeruun aloitusta. Suostumuksia laadittiin kaksi samanlaista, joista toinen tutkittavalle ja toinen tutkijalle. Tutkittaville kerrottiin tutkimustulosten suunnitellusta julkaisutavasta tieteellisenä artikkelina.

Ääneenajattelun aineistonkeruuseen (osatyö I) osallistuneilla tutkittavilla oli mahdollisuus keskeyttää aineistonkeruutilanne. Keskeyttämisen syytä ei kysytty. Tutkittavilla oli mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä aineistonkeruun aikana. He

työskentelivät aineistonkeruun ajan joko keskuskansliassa tai omassa työhuoneessaan ja tarvittaessa kävivät leikkaussaleissa, heräämössä tai muissa osaston tiloissa.

Tutkimukseen osallistuneiden lähiesimiesten ikää tai sukupuolta ei kysytty, koska näiden ei katsottu vaikuttavan tutkimuksen tavoitteeseen. Ääneenajattelun aineistonkeruun aikana tutkija pukeutui sairaalavaatteisiin ja käytti tutkijanimikylttiä sairaalan käytäntöjen mukaan. Sairaalavaatteisiin pukeutuminen mahdollisti myös tutkijan liikkumisen tarvittaessa osastolla.

Asiantuntijapaneelit toteutettiin leikkaus- ja anestesiaosastolla ja päiväkirurgian yksikössä erikseen varatussa tilassa. Paneelien aikana tutkija huolehti, että kaikki tutkittavat saivat halutessaan lausua näkemyksensä tiedontarvekyselyn sisällöstä. (Grove, Burns, & Gray, 2013, s. 276-277.) Paneeliin osallistumisen sai halutessaan keskeyttää. (osatyö II)

Tiedontarvekyselyyn vastaaminen katsottiin tietoiseksi suostumukseksi ja vastaaminen oli vapaaehtoista. Kysely palautettiin suljetussa kuoressa osaston kansliaan. Kyselyyn osallistuneiden vastaajien taustaanorganisaatio oli tutkijan tiedossa, mutta vastaajaa ei voi tunnistaa. Tiedontarvekyselyssä käytetty Likert-asteikko oli parillinen, jolloin asteikon ristiriitainen arvo jätettiin pois (Lynn, 1986). Kyselyn ei ajateltu sisältävän arkaluontoista tietoa, missä tilanteessa pariton mitta-asteikko olisi mahdollistanut neutraalin vastausvaihtoehdon (Polit & Beck, 2004, s. 356; Tsang, 2012). (osatyöt II ja III)

Integroivan katsauksen aineistonkeruun ja laadunarvioinnin toteutti kaksi tutkijaa itsenäisesti. Tutkimuksia on pyritty tulkitsemaan sanatarkasti.

Tutkimuksen analyysin eettisyys

Tutkimuksen aineisto analysoitiin tutkimustehtäviin sopivilla analyysimenetelmillä. Aineistosta analysoitiin vain tutkimustehtäviin liittävät osuudet. Tutkimuksen aikana tutkittavia ei verrattu missään vaiheessa keskenään (vaiheet 1 ja 2). Ääneenajattelun menetelmällä kerätyn aineiston teemat luokiteltiin ilman ennakko-oletuksia. (osatyö I)

Tutkittavat lähiesimiehet eivät pääsääntöisesti tee potilastyötä. Aineistonkeruun aikana ei kuitenkaan voinut välttyä kuulemasta potilaiden nimiä, diagnoosia ja toimenpidettä. Lähiesimiehen luona vieraili myös henkilökuntaa, joten henkilökunnan ääni tallentui myös MP3 tallenteelle. Tutkittavien tietosuojaa kunnioitettiin anonymisoimalla henkilökunnan nimet ja analyysissä heihin viitattiin vain ammattinimikkeillä. Tutkimukseen osallistuneet osastot ovat vain tutkijan tiedossa. (Laki Tietosuojasta 1050/2018.) Raportoinneissa käytettiin autenttisia ilmaisuja aineistosta tulosten luotettavuuden lisäämiseksi. Oleellisten tiedontarpeiden kuvaaminen ja

tunnistaminen toteutettiin tilastollisia menetelmiä käyttäen. Analyysissä hyödynnettiin tilastotieteilijän asiantuntijuutta. Analyysimenetelmän valinnasta keskusteltiin tutkimusryhmän kanssa.

Integroivakatsaus mahdollistaa eri tavoin tutkitun aineiston sisällön analyysin (Whittemore & Knaffl, 2005). Tutkimusten laadunarviointi toteutettiin siihen kehitetyn työkalun (Kmet ym., 2004) avulla. Ristiriitatilanteissa kolmas tutkija osallistui laadunarviointiin.

Tutkimuksen raportoinnin eettisyys

Tutkimusaineiston tulokset ovat raportoitu ja julkaistu tieteellisinä artikkeleina sekä tieteenalan kansallisissa ja kansainvälisissä konferensseissa. Raportoinneissa on käytetty arviointityökaluja eettisyyden arvioinnin ja tutkimuksen luotettavuuden tueksi.

Tutkimusmateriaalin tallentamisen eettisyys

Kaikki tutkimukseen liittyvä materiaali on säilytetty lukollisessa kaapissa. Laadullinen alkuperäinen tutkimusaineisto on vain tutkijan hallussa. Määrälliseen aineistoon on perehtynyt myös tilastotieteilijä. Aineisto hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä.

6 Tulokset

Tässä luvussa on esitetty tulokset tutkimustehtävien ja vaiheiden mukaisessa järjestyksessä (vaiheet 1, 2 ja 3) sekä osatöissä I, II, III ja IV. Ensinnä esitetään lähiesimiehen päivittäisessä johtamisessa tekemät päätökset (vaihe 1, osatyö I). Tämän jälkeen esitetään tutkimuksessa kehitetyn tiedontarvekyselyn tulokset (vaihe 2, osatyöt II ja III). Lopuksi tutkimuksessa kuvataan lähiesimiehen työnkuva leikkaus- ja anestesiaosaston päivittäisessä johtamisessa aiemman kirjallisuuden perusteella (vaihe 3, osatyö IV). Tulossuuden lopuksi esitetään yhteenveto lähiesimiehen päivittäisestä johtamisesta leikkaus- ja anestesiaosastolla.

6.1 Lähiesimiehen päivittäisessä johtamisessa tekemät päätökset (vaihe 1, osatyö I)

Ensimmäisessä osatutkimuksessa kuvattiin lähiesimiehen päivittäisessä johtamisessa tekemät päätökset. Temaattisen analyysin (Braun & Clarke, 2006) tuloksena esiintyi yhteensä 744 operatiivista sekä taktista päätöstä. Päätökset luokiteltiin kolmeen pääteemaan päätöksen ajallisuuden mukaan. Kolme pääteemaa, alateemat sekä alaluokat ovat esitetty kuviossa 5. Liitteessä 3 on esitetty pää- ja alateemojen lisäksi alaluokat ja niissä esiintyneiden yksittäisten päätösten määrät. (Liite 3.)

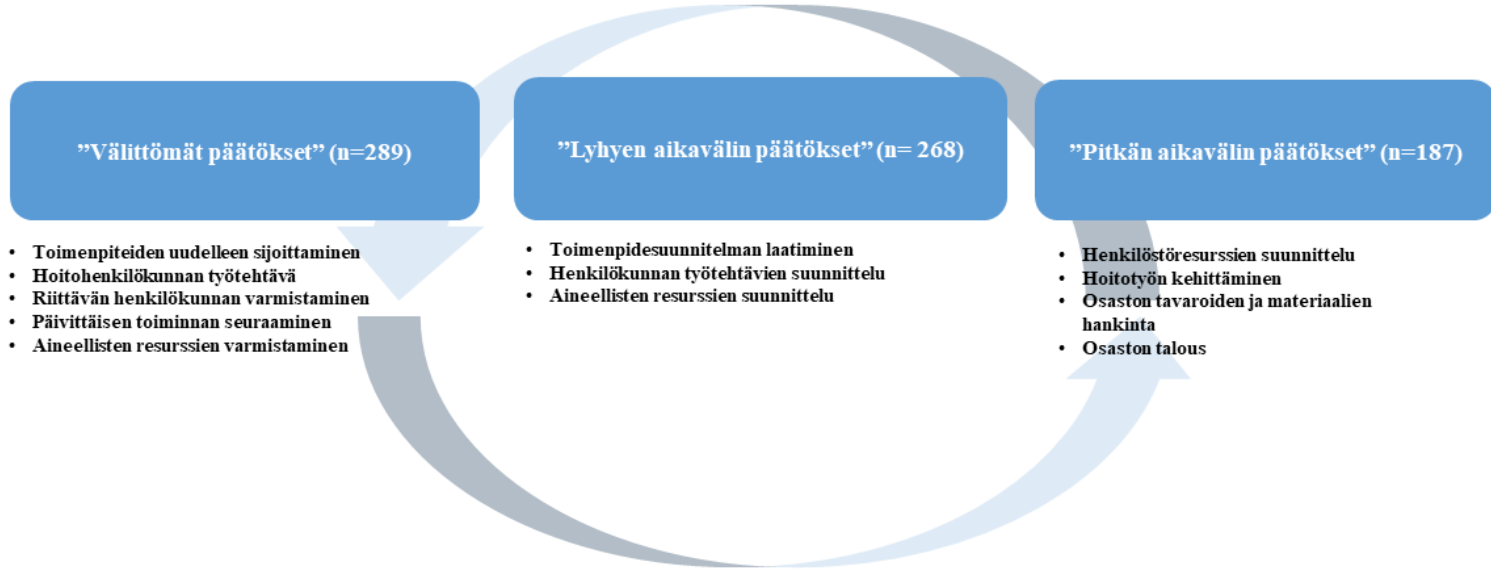
Ensimmäisen pääteeman muodostivat lähiesimiehen ”Välittömät päätökset”. Välittömät päätökset kohdistuivat sen hetkiseen toimintaan osastolla ja olivat luonteeltaan operatiivisia.

Toisen pääteeman muodostivat lähiesimiehen ”Lyhyen aikavälin päätökset”. Ominaista lyhyen aikavälin päätöksille oli, että vuoron aikana tehtyyn päätökseen liittyvä toiminta tapahtui vasta vuoron päättymisen, klo 16 jälkeen, ja viimeistään kolmen viikon kuluessa päätöksenteon hetkestä. Tähän pääteemaan sisältyneet päätökset koskivat pääosin leikkaus- ja anestesiatoiminnan suunnittelua muutamaksi vuorokaudeksi eteenpäin. Myös nämä päätökset olivat luonteeltaan operatiivisia. Ensimmäisessä ja toisessa pääteemassa esiintyneiden päätösten määrä oli lähes sama (”Välittömät päätökset”, n=289 ja ”Lyhyen aikavälin päätökset”, n=268).

Kolmannen pääteeman muodostivat lähiesimiehen ”Pitkän aikavälin päätökset” (n=187). Tähän pääteemaan luokitellut päätökset eivät olleet riippuvaisia välittömästä tai lyhyen aikavälin päätöksiin liittyvästä toiminnasta, vaan koskivat

kauaskantoista osaston toiminnan ja henkilöstön suunnitteluun liittyviä päätöksiä, ja olivat luonteeltaan taktisia.

Havaittiin, että operatiivinen ja taktinen päätöksenteko tapahtui yhtäaikaaisesti ja tämän vuoksi lähiesimiehen työskentely keskeytyi aika ajoin. Tietyn työtehtävän loppuunsaattaminen saattoi keskeytyä useita kertoja vuoron aikana. Lisäksi lähiesimiehen päivittäiseen johtamiseen kuului paljon jo päätettyjen asioiden tarkistamista ja varmistamista. Päivittäisessä johtamisessa tehtyjen päätösten lisäksi lähiesimiehen työhön kuului toisen ammattiryhmän, kuten lääkäreiden tekemien päätösten koordinoitua.



Kuvio 5. Lähiesimiehen päätökset päivittäisessä johtamisessa

Lähiesimiehen operatiiviset ”Välittömät päätökset” jaettiin viiteen alateemaan ja 28 alaluokkaan. Alateemat koskivat vuoron aikana tapahtuvaa henkilökunnan suunniteltujen työtehtävien uudelleen järjestämistä, toimenpiteiden uudelleen järjestämistä, riittävän henkilökunnan tai aineellisten resurssien varmistamista toimenpiteisiin sekä päivittäisen toiminnan jatkuvaa seuraamista.

Toimenpiteiden uudelleen sijoittaminen

Lähiesimies pyrki aloittamaan päivittäisen toiminnan vuoron alkaessa aiemmin laaditun toimenpidesuunnitelman mukaisesti. Kuitenkin edellisen yön aikana tulleet muutokset, kuten päivystystoimenpiteet tai henkilökunnan poissaolot, saattoivat muuttaa jo tehtyä suunnitelmaa. Lähiesimies teki vuoron aikana toimenpiteiden uudelleensijoittamista ja toimenpiteiden uudelleen suunnittelu aiheutui pääasiassa päivystystoimenpiteistä.

Hoitohenkilökunnan työtehtävien määrääminen

Toimenpidesuunnitelman muutokset tai hoitajien poissaolot aiheuttivat sen, että lähiesimies joutui muuttamaan hoitajien työtehtäviä vuoron aikana. Työtehtävien mahdolliseen muutokseen vaikuttivat hoitajien erityisosaaminen ja taidot. Lähiesimiehet kysyivät muutoksen yhteydessä hoitajien näkemystä työtehtävän valinnassasa osallistamalla hoitajia päätöksentekoon, jos tämä oli mahdollista. Päätöksenteossa tuli vastata myös perehdytyksessä olevien hoitajien sekä hoitotyön opiskelijoiden työtehtävistä. Jos osaston tilanne ja hoitajien työajat sallivat, lähiesimies mahdollisti myös kotiinlähden suunniteltua aiemmin.

Riittävän henkilökunnan varmistaminen

Henkilökunnan riittävyys korostui lounasaikoina, jolloin korvaavia hoitajia tarvittiin leikkaussaleihin, jotta leikkaus- ja anestesiatointaa saattettiin jatkaa ilman viivettä. Vuoron aikana tapahtuvien äkillisten muutosten vuoksi lähiesimies harkitsi sijaisten kutsumisesta työvuoroon, jotta riittävä henkilökunta osastolla varmistettiin.

Päivittäisen toiminnan seuraaminen

Vuoron aikana lähiesimiehet kiersivät osastolla ja seurasivat päivittäisen toiminnan etenemistä tietojärjestelmistä saadun tiedon lisäksi. Tietojärjestelmien käyttö oli välttämätöntä jokaiselle lähiesimiehelle ja he ylläpitivät myös toiminnanohjausjärjestelmän tietojen oikeellisuutta.

Aineellisten resurssien varmistaminen

Päivystystoimenpiteitä varten lähiesimies varmisti tarvittavat instrumentit ja laitteet sekä anestesiamuodon toimenpidelääkäriltä sekä anestesia­lääkäriltä.

6.1.1 Lähiesimiehen tekemät lyhyen aikavälin päätökset

Lähiesimiehen päivittäisessä johtamisessa tekemät ”Lyhyen aikavälin päätökset” jaettiin kolmeen alateemaan ja 23 alaluokkaan. Alateemat koskivat toimenpidesuunnitelman laatimista, henkilökunnan työtehtävien sekä aineellisten resurssien suunnittelua. Päätökset olivat operatiivisia luonteeltaan, mutta niitä seuraava toiminta alkoi päivystysajan alkaessa (klo 16) tai viimeistään kolmen viikon kuluessa. Niissä yksiköissä, joissa ei tehty päivystystoimenpiteitä, oli mahdollista suunnitella toimintaa useammaksi päiväksi etukäteen. Toiminnan suunnittelu oli lähiesimiehen keskeinen tehtävä päivittäisen johtamisen ohella. Monella tutkimukseen osallistuneella osastolla toiminta suunniteltiin seuraavaksi päiväksi. Suunnitelman laatiminen tarkoitti, että lähiesimies sijoitti ennalta suunnitellut toimenpiteet leikkaussaleihin ja henkilökunnan niihin. Suunnitelma oli sidottu aikaan ja se tuli saada valmiiksi ennen lähiesimiehen työvuoron päättymistä.

Toimenpidesuunnitelman laatiminen

Toimenpiteet tuli suunnitella niin, että ne olivat mahdollista toteuttaa suunnitellussa virka-ajassa tai että henkilökunnan työaika mahdollisti toimenpiteiden loppuun saattamisen. Lähiesimiehen laatiessa toimenpidesuunnitelmaa, hän varmisti ensisijaisesti potilaan taustasairaudet sekä toimenpiteen vaatimukset. Suunnitelman laatimisen yhteydessä hän varmisti useaan kertaan toimenpidelääkärin. Päiväkirurgisen yksikön toiminnan suunnittelu poikkesi leikkaus- ja anestesiaosaston suunnittelussa siinä, että lähiesimies varmisti potilaiden oikeat sairaalaan saapumisajat. Samalla lähiesimies selvitti toimenpidettä varten tarvittavat laboratorio-tutkimukset ja muutti aikatauluja niin, että potilas ehti käydä näytteenotossa ennen toimenpidettä. Instrumenttien ja laitteiden toimintavalmius huomioitiin toimenpidesuunnitelman laatimisessa. Tutkimuksen aineistonkeruun aikana jouduttiin peruamaan toimenpide hoitohenkilökunnan riittämättömyyden vuoksi. Lähiesimies teki toimenpiteen peruuttamisen yhdessä osaston lääkäreiden kanssa, jotka päättivät peruttavan toimenpiteen erikoisalana.

Henkilökunnan työtehtävien suunnittelu

Lähiesimies huomioi henkilökunnan työtehtävien suunnittelussa myös osaston ulkopuolella tehtävät toimenpiteet osastolla tehtävien toimenpiteiden lisäksi.

Lähiesimies myös vastasi, että hoitajilla oli riittävästi aikaa omien vastuualueiden hoitoon ja että poissaoloista johtuviin työvuoroihin saatiin korvaava hoitaja tilalle. Ennen kuin osastolle kutsuttiin ulkopuolisia sijaisia, lähiesimies varmisti ensin oman hoitajien halukkuuden ylimääräisten työvuorojen tekemiseen. Hoitajien työtehtävien suunnittelu perustui hoitajien osaamiseen, mutta hoitajien osallistaminen päätöksentekoon oli haasteellista. Suunnitelmaa laatiessa lähiesimies huomioi perehdyttävien osaamisen ja mahdollisuuden itsenäiseen työskentelyyn leikkaussalissa.

Aineellisten resurssien suunnittelu

Lähiesimies varmisti, että leikkaussalien varustelu, toimintavalmius sekä tarvittavat instrumentit ja laitteet olivat käyttökunnossa. Tarvittaessa lähiesimies varmisti, että leikkaussaleissa voitiin tehdä huoltotöitä, jolloin ne eivät olleet toimintavalmiudessa.

6.1.2 Lähiesimiehen tekemät pitkän aikavälin päätökset

Lähiesimiehen ”Pitkän aikavälin päätökset” jaettiin neljään alateemaan ja 34 alaluokkaan. Alateemat koskivat henkilöstöresurssien suunnittelua, hoitotyön kehittämistä, osaston tavaroiden ja materiaalien hankintaa sekä osaston taloutta. Päätökset olivat luonteeltaan kauaskantoisia ja niitä voitiin kutsua myös taktisiksi päätöksiksi. Lähiesimies teki päätöksiä yhteistyössä muun henkilökunnan kanssa.

Henkilöstöresurssien suunnittelu

Henkilöstöresurssien suunnittelussa lähiesimies muun muassa päätti hoitajien tulevien vuosilomien ajankohdasta esitettyjen toiveiden mukaan. Vuosilomien lisäksi hän valmisteli henkilökunnan palvelussuhdeasiat. Hoitajien lomien ja palvelussuhdeasioiden lopullinen päätös tehtiin yhdessä ylihoitajan kanssa. Lähiesimies myös harkitsi pitkäaikaisten sijaisten tarpeesta loma-aikoina. Lähiesimiehen vastuulla olivat myös toteutuneiden työvuorojen vahvistaminen sekä poissaolojen hyväksyminen.

Hoitotyön kehittäminen

Lähiesimies päätti osastolle tarjotun koulutuksen osallistumisesta. Lähiesimies vastasi hoitajien mahdollisuudesta osallistua monipuoliseen koulutukseen, joka tuki työtä. Hoitotyön kehittäminen sekä hoito-ohjeiden laatiminen olivat lähiesimiehen vastuulla. Joissain yksiköissä tehtiin myös hoitotyön tutkimusta, jonka toteuttamisen lähiesimies mahdollisti.

Lähiesimies päätti osaston oman koulutuspäivän sisällöstä ja määräsi henkilökunnan jäsenen/jäsenet suunnittelemaan ohjelman. Lähiesimies järjesti myös ulkopuolisille asiantuntijoille ja kollegoille tutustumisen osaston toimintaan. Lisäksi lähiesimies huolehti, että hoitajien osastokokouksissa käsiteltiin ajankohtaiset asiat sekä päätti hoitajien palkitsemisesta.

Osaston tavaroiden ja materiaalien hankinta

Lähiesimiehen vastuulla olivat erilaisten uusien välineiden ja instrumenttien hankinta. Instrumenttien hankinnan lisäksi lähiesimies huolehti keskeneräisten hankintojen lisäselvitysten tekemisestä, hankintojen koordinoinnista sekä tietojen oikeellisuuden varmistamisesta. Lisäksi hän vastasi hankintaesitysten loppuunsaattamisesta.

Osa tutkimukseen osallistuneista lähiesimiehistä osallistui osaston tilojen korjaukseen, jolloin lähiesimiehillä oli keskeinen päätösvastuu korjaussuunnitelman laatimisesta. Lähiesimies vastasi poistettavien ja tarpeettomaksi jääneiden instrumentteihin hävittämisestä.

Osaston talous

Lähiesimies tarkasti osastolle tulleet laskut ja tarvittaessa toimitti ne eteenpäin. Osastolla järjestettiin hoitotyön koulutusta, jonka kustannuksista hän vastasi. Lisäksi hän haki tarvittaessa apurahaa koulutuksen järjestämistä varten.

6.2 Lähiesimiehen tiedontarpeet päivittäisessä johtamisessa (vaihe 2, osatyöt II ja III)

Tutkimuksessa kehitettiin kysely kuvaamaan lähiesimiehen päivittäisen johtamisen tiedontarpeita operatiivisen päätöksenteon yhteydessä. Kyselyn kehittäminen sisälsi kolme vaihetta. (a,b,c) Lisäksi kyselyn avulla tutkittiin lähiesimiehen johtamiskokemuksen ja organisatoristen tekijöiden yhteyttä päivittäisen johtamisen tiedontarpeisiin. (vaihe 2)

6.2.1 Päivittäisen johtamisen tiedontarpeiden määrittely

Tiedontarvekyselyn kehittämisessä määriteltiin yhteensä 92 tiedontarvetta, joista 48 tarvetta esiintyi ääneenajattelun aineistossa. 39 tiedontarvetta puolestaan tunnistettiin tehohoidon päivittäiseen johtamiseen laaditun mittarin avulla (Lundgrén-Laine ym., 2013). Lisäksi tiedontarpeiden määrittämisessä käytettiin tutkimusryhmän apua. Tutkimusryhmä lisäsi viisi tiedontarvetta kyselyyn omaan asiantuntijuuteensa

sekä tiedon sisällön oleellisuuteen perustuen. Kysely (92 tiedontarvetta) jaettiin neljään pääteemaan (”Potilaan hoidon prosessi”, ”Potilaan toimenpideprosessi”, ”Henkilökuntaresurssit” ja ”Aineelliset resurssit”) sekä 13 alateemaan. Lisäksi kysyttiin tutkittavien taustatiedot. Pääteemat ja alateemat ovat esitetty taulukossa. (Taulukko 5.) (osatyö II).

Taulukko 5. Asiantuntijapaneelien arvioiman tiedontarvekyselyn (n=92) pääteemat ja alateemat

Potilaan hoidon prosessi (n=26)	
•	Potilaan taustatiedot
•	Potilaan toimenpiteen aikainen eristys
•	Potilaan huomiointi
•	Potilaan jatkohoito
Potilaan toimenpideprosessi (n=27)	
•	Toimenpidetiedot
•	Toimenpiteiden aikataulus
•	Heräämöhoito
Henkilökuntaresurssien kohdentaminen (n=29)	
•	Hoitohenkilökunnan työvuoro
•	Hoitohenkilökunnan työtehtävien sisältö
•	Hoitohenkilökunnan perehdytys ja hoitotyön opiskelijat
•	Toimenpidelääkäri ja anestesiaalääkäri
Aineellisten resurssien kohdentaminen (n=10)	
•	Leikkaussali
•	Leikkaus- ja anestesiaosaston instrumentit, materiaalit ja laitteet

6.2.2 Päivittäisen johtamisen tiedontarpeiden esitestaus

Esitestauksen jälkeen asiantuntijapaneeleihin osallistuneet tutkittavat (n=11) kokivat tiedontarpeiden arvioinnin kahdesta eri näkökulmasta (tiedon löytymisen helppous ja tiedon oleellisuus) haasteelliseksi. Toinen näkökulmista (tiedon löytymisen helppous) jätettiin pois tiedontarvekyselystä.

Asiantuntijapaneelien arvioima tiedontarvekysely analysoitiin sisällön validiteetti-arvon (CVI) mukaan tiedon oleellisuuden näkökulmasta Likert-asteikolla (1 ei lainkaan oleellinen – 4 oleellinen). CVI -arvojen perusteella 70 tiedontarvetta arvioitiin päivittäiseen johtamiseen olennaisesti kuuluvaksi tiedontarpeeksi (CVI -arvo vähintään 0.80). Sisällön validiteetin arvioinnin tulosten lisäksi tutkimusryhmä lisäsi kuusi tiedontarvetta niiden sisällön vuoksi, vaikka kyseisten tiedontarpeiden CVI -arvot olivat alle 0.80. Tiedontarvekysely sisälsi 76 tiedontarvetta.

Neljä pääteemaa pysyivät muuttumattomana esitestauksen jälkeen. Yksi alateema (”Potilaan jatkohoito” -alateema) jäi pois ja lopullisessa tiedontarvekyselyssä alateemoja oli 12.

”Potilaan jatkohoito” -alateema sisälsi seuraavat tiedontarpeet: ”Tieto osastolle lähtevästä potilaasta”, ”Tieto potilaan lähtöajasta heräämöstä”, ”Tieto vastaanottavan osaston henkilökuntaresursseista”, ”Tieto vastaanottavan osaston vuodepaikkatilanteesta”, ”Tieto potilaan jatkohoito-osastosta (esim. tehohoidon tarve)” ja ”Tieto tehohoitoa tarvitsevan potilaan erikoisalasta”. Tutkimusryhmän näkemyksen mukaan ”Tieto potilaan jatkohoito-osastosta” lisättiin tiedontarvekyselyyn ja tämä tiedontarve siirrettiin ”Heräämöhoido”-alateemaan.

6.2.3 Päivittäisen johtamisen tiedontarpeet

Vastaajien taustatiedot

Tiedontarvekysely kohdistettiin 52 leikkaus- ja anestesiaosaston sekä päiväkirurgian yksikön lähiesimiehille Suomessa (N=412). Tutkimukseen osallistuneiden osuus oli 70 % (n=288). Tutkittavat lähiesimiehet työskentelivät pääsääntöisesti yliopistosairaaloissa (80 %).

Tutkittavien koulutustaustat olivat erilaiset, mutta suurimmalla osalla oli joko ammattikorkeakoulututkinto (25 %) tai opistoasteen erikoissairaanhoitajan tutkinto (41 %).

Tutkittavilla oli pitkä työkokemus (KA=19 vuotta) sairaanhoitajana työskentelystä leikkaus- ja anestesiaosastolla. Tiedontarvekyselyyn osallistuneista tutkittavista 16 (n=284) vastasi työskennelleen sairaanhoitajana viisi vuotta tai alle ennen lähiesimiestyötä.

Vähän yli puolet tutkittavista (53 %) oli työskennellyt lähiesimiestehtävässä yli viisi vuotta. Tutkittavien keskimääräinen johtamiskokemus lähiesimiestehtävästä oli kahdeksan vuotta. Kyselyyn vastanneet tutkittavat ilmoittivat työskentelevänsä lähiesimiehenä keskimäärin 73 työvuoressa vuodessa (vaihteluväli 0-275 vuorokautta/vuosi).

Usealla leikkaus- ja anestesiaosastolla toteutettiin päivystystoimenpiteitä 24/7 (74 %) ja osastot olivat valmistautuneet myös osaston ulkopuolella tehtäviin anestesiaa vaativiin toimenpiteisiin (76 %). Leikkaus- ja anestesiaosastojen leikkaussalien määrä vaihteli ja keskimäärin osastolla oli kahdeksan leikkaussalia (vaihteluväli 0-28 salia). Heräämöpaikkojen määrä oli keskimäärin 11 (vaihteluväli 0-50 paikkaa). Tutkimukseen osallistuneiden tutkittavien taustatiedot ovat esitetty taulukossa. (Taulukko 6.) (osatyöt II ja III)

Taulukko 6. Tiedontarvekyselyyn osallistuneiden tutkittavien sekä leikkaus- ja anestesiaosastojen taustatiedot

Taustatieto	n (%)	KA	Keskiha- jonta	Md	Min	Max
Tutkittavat						
N	412 (100)					
n	288 (70)					
Tutkittavien koulutus (n=288)						
Sairaanhoidaja, opisto	56 (19)					
Erikoissairaanhoidaja, opisto	118 (41)					
Sairaanhoidaja, amk	72 (25)					
Sairaanhoidaja, yamk	8 (3)					
Terveystieteiden maisteri, Terveydenhuollon maisteri	34 (12)					
Kokemus sairaanhoidajana työskentelystä leikkaus- ja anestesiaosastolla (n=284)		19 vuotta	9.3	19	1.5	40
≤5 vuotta	16 (6)					
>5 vuotta	268 (94)					
Johtamiskokemus lähiesimiehenä työskentelystä leikkaus- ja anestesiaosastolla (n=281)		8 vuotta	7.3	6	0	36
≤5 vuotta	132 (47)					
>5 vuotta	149 (53)					
Virka-aikana tehtyjen lähiesimiesvuorojen määrä (per vuosi)		73 vuoroa/vuosi			0	275
Leikkaussalien määrä (n=288)		8 salia	5	7	0*	28
≤5 salia	104 (36)					
6-10 salia	114 (40)					
≥11 salia	70 (24)					
Heräämöpaikkojen määrä (n=270)		11 paikkaa	7	10	0*	50
Osaston päivystysvalmius 24/7 (n=288)						
Kyllä	212 (74)					
Ei	76 (26)					
Osaston valmius tehdä anestesia-toimenpiteitä osaston ulkopuolella (esim. kuvantamisen yksikkö) (n=288)						
Kyllä	218 (76)					
Ei	70 (24)					
Sairaalatyyppi (n=288)						
Yliopistosairaala	231 (80)					
Keskussairaala	57 (20)					

*Tutkimuksen aineistonkeruuseen osallistui tutkittava/ia myös anestesiayksiköstä. Anestesiayksikön henkilökunta työskenteli usealla eri leikkaus- ja anestesiaosastolla. Yksiköllä ei ollut omia leikkaussaleja tai heräämää.

Päivittäisen johtamisen tiedontarpeiden kuvaaminen ja tunnistaminen

Tiedontarvekyselyssä kuvattiin päivittäisessä johtamisessa tarvittavat tiedontarpeet. Tiedontarpeiden arviointi tapahtui 6-portaisella Likert-asteikolla, jossa 3,5 oli

asteikon puoliväli. Tiedontarvekyselyn sisältämien 76 tiedontapeen keskiarvot vaihtelivat 3,19 ja 5,83 välillä. Tieto potilaan toimenpideaikatoiveesta” (KA 3,19), oli keskiarvoltaan alle asteikon puolivälin. Tiedontarve kuului ”Potilaan huomiointi”-alateemaan ja ”Potilaan hoidon prosessi”-pääteemaan. Toiseksi alimman keskiarvon sai ”Tieto potilaan kipuarviosta ennen toimenpidettä” (KA 3,83). Tämä tiedontarve kuului edellä mainitun tiedontarpeen kanssa samaan alateemaan. Loput 74 tiedontarvetta saivat keskiarvoksi vähintään 4,0. Jokaisen tiedontarpeen keskiarvo on esitetty liitteessä 4. (osatyö III)

Tiedontarvekyselystä tunnistettiin oleelliset tiedontarpeet CVI -arvon mukaan. Tiedontarpeet, jotka saivat CVI:n mukaan arvoksi 80 %, ovat oleellisia päivittäisessä johtamisessa. CVI -arvojen perusteella tunnistettiin 41 oleellista tiedontarvetta, joita lähiesimies tarvitsee päivittäisessä johtamisessa. (osatyö II) Oleelliset tiedontarpeet on esitetty liitteessä. (Liite 4.)

Lähiesimiehen johtamiskokemuksen ja organisatoristen tekijöiden yhteys päivittäisen johtamisen tiedontarpeisiin

Lähiesimiehen johtamiskokemusta ja organisatoristen tekijöiden yhteyttä päivittäisen johtamisen tiedontarpeisiin (”Potilaan hoidon prosessi”, ”Potilaan toimenpideprosessi”, ”Henkilöstöresurssien kohdentaminen” ja ”Aineellisten resurssien kohdentaminen) arvioitiin kuvailevan tilastollisen analyysin avulla. Käytetyt testit olivat; Yksisuuntainen varianssianalyysi (F-testi) ja Kahden riippumattoman otoksen keskiarvotesti (t-testi).

Merkitsevyytensä pidettiin 0.05 rajaa. Jos analyysin p arvo oli 0.05 tai alle tulkittiin tilastollisesti merkitseväksi. (osatyö III) Tulokset ovat esitetty taulukoissa 7 ja 8.

Yksisuuntaisen varianssianalyysin, F-testin, avulla kuvattiin leikkaussalien määrän yhteys lähiesimiehen päivittäisen johtamisen tiedontarpeisiin.

Tulosten mukaan tilastollisesti merkitsevä yhteys todettiin, jos leikkaussalien lukumäärä oli keskimääräistä suurempi (≥ 11 salia). Leikkaussalien määrä oli tilastollisesti merkitsevä ”Henkilöstöresurssien kohdentaminen”-pääteemassa. Tämä tarkoitti, että osastoilla, joissa oli 11 salia tai enemmän, lähiesimiehet pitivät osaston henkilöstöresursseihin koskevia tiedontarpeita oleellisina päivittäisessä johtamisessa.

- Leikkaussalien määrä
- (≥ 11 salia: KA 5.31, [mediaani 5.52], 6-10 salia: KA 5.18, [mediaani 5.3], ≤ 5 salia: KA 5.06, [mediaani 5.16] $p < 0.03$).

Taulukko 7. Leikkaussalien lukumäärän yhteys päivittäisen johtamisen tiedontarpeisiin

Leikkaussalien määrä	Potilaan hoidon prosessi	Potilaan toimenpide-prosessi	Henkilökunta-resurssien kohdentaminen	Aineellisten resurssien kohdentaminen
	KA/Md	KA/Md	KA/Md	KA/Md
≥11	4.90/5.17	5.17/5.33	5.31/ 5.52	5.37/5.57
6-10	5.05/5.19	5.18/5.33	5.18/5.30	5.34/5.56
≤5	4.97/5.06	5.12/5.11	5.06/5.16	5.22/5.33
Pr > F	0.32	0.72	0.03	0.35

Kahden riippumattoman otoksen, T-testin, avulla tarkasteltiin lähiesimiehen johtamiskokemusta sekä organisatorisista tekijöistä osaston päivystysvalmiutta, osaston valmiutta tehdä osaston ulkopuolla anestesiaa vaativia toimenpiteitä sekä sairaalatyyppejä.

Tulosten mukaan lähiesimiehet, joilla oli johtamiskokemusta lähiesimies-tehtävästä yli viisi vuotta, pitivät osaston aineellisia resursseja koskevia tiedontarpeita oleellisina.

- (Johtamiskokemus ≤ 5 vuotta: KA 5.22, [Md 5.44] vs. Johtamiskokemus >5 vuotta: KA 5.41, [Md 5.56] p<0.03).
- Johtamiskokemuksella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä muihin tiedontarpeisiin.

Niillä osastoilla, joissa ei tehty päivystysaikana toimenpiteitä, lähiesimiehet pitivät osaston henkilöstöresursseja koskevia tietoja oleellisina.

- (Päivystysvalmius “ei”: KA 5.33, [Md 5.44] päivystysvalmius “kyllä”: KA 5.11, [Md 5.24] p<0.043).
- Osaston päivystysvalmiudella ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa muissa tiedontarpeiden pääteemoissa.

Organisatorisista tekijöitä tutkittaessa sairaalatyypinä olivat keskussairaala ja yliopistosairaala. Keskussairaalassa työskentelevät lähiesimiehet pitivät potilaan hoidon prosessin, henkilökuntaresurssin ja aineellisten resurssien kohdentamisen tiedontarpeita oleellisina.

- ”Potilaan hoidon prosessi” (Keskussairaala: KA 5.15, [Md 5.22] vs. yliopistosairaala: KA 4.95, [Md 5.11] p<0.04),
- ”Henkilöstöresurssien kohdentaminen” (Keskussairaala: KA 5.4, [Md 5.44] vs. yliopistosairaala: KA 5.11, [Md 5.24] p<0.0001)
- ”Aineellisten resurssien kohdentaminen” (Keskussairaala: KA 5.6, [Md 5.67] vs. yliopistosairaala: KA 5.23, [Md 5.44] p<0.0001)

Osaston ulkopuolella, kuten esimerkiksi kuvantamisen yksikössä, tehtävillä anestesiatoimenpiteillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä päivittäisen johtamisen tiedontarpeisiin yhdessäkään pääteemassa. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Lähiesimiehen johtamiskokemuksen ja organisatoristen tekijöiden yhteys päivittäisen johtamisen tiedontarpeisiin.

	Potilaan hoidon prosessi	Potilaan toimenpide-prosessi	Henkilökuntaresurssien kohdentaminen	Aineellisten resurssien kohdentaminen
	KA/Md	KA/Md	KA/Md	KA/Md
Lähiesimiehen johtamiskokemus				
≤5				5.22/5.44
>5				5.41/5.56
Diff (95% CL)				-0.19(-0.36 -0.02)
P(diff)	0.86	0.48	0.44	0.03
Osaston päivystysvalmius				
"Kyllä"			5.11/5.24	
"Ei"			5.33/5.44	
Diff (95% CL)			-0.21(-0.36 -0.067)	
P(diff)	0.12	0.26	0.043	0.44
Sairaalatyyppi				
Yliopistosairaala	4.95/5.11		5.11/5.24	5.23/5.44
Keskussairaala	5.15/5.22		5.4/5.44	5.6/5.67
Diff (95% CL)	-0.20(-0.40 -0.01)		-0.30(-0.43 -0.15)	-0.36(-0.51 -0.21)
P(diff)	0.04	0.12	<0.0001	<0.0001
Valmius tehdä anestesiatoimenpiteitä osaston ulkopuolella				
"Kyllä"				
"Ei"				
Diff				
P(diff)	0.37	0.45	0.42	0.65

Tiedontarvekyselyn reliabiliteetti

Tiedontarvekyselyn reliabiliteetti arvo laskettiin Cronbachin alfan avulla. Arvo laskettiin neljälle pääteemalle sekä 12 alateemalle. Alfa-arvot vaihtelivat 0.79 ja 0.93 välillä. Alfa-arvot ovat esitetetty yksityiskohtaisesti taulukossa 9. (osatyö III)

Taulukko 9. Tiedontarpeiden yhtenäisyys cronbachin alfa-arvon mukaan

Pääteema ja alateema	Alfa
Potilaan hoidon prosessi	0.90
• Potilaan taustatiedot	0.85
• Potilaan toimenpiteen aikainen eristys	0.79
• Potilaan huomiointi	0,83
Potilaan toimenpideprosessi	0.90
• Toimenpidetiedot	0.83
• Toimenpiteiden aikataulutus	0.84
• Heräämöhoito	0.83
Henkilökuntaresurssien kohdentaminen	0.93
• Hoitohenkilökunnan työvuoro	0.85
• Hoitohenkilökunnan työtehtävien sisältö	0.84
• Hoitohenkilökunnan perehdytys ja hoitotyön opiskelijat	0.81
• Toimenpidelääkäri ja anestesia lääkäri	0.87
Aineellisten resurssien kohdentaminen	0.90
• Leikkaussali	0.80
• Leikkaus- ja anestesiaosaston instrumentit, materiaalit ja laitteet	0.91

6.3 Lähiesimiehen työnkuva leikkaus- ja anestesiaosastolla (vaihe 3, osatyö IV)

Lähiesimiehen työnkuvaa tutkivaan integroivaan katsaukseen valikoitui laadun arvioinnin perusteella yhdeksän tutkimusartikkelia. (osatyö IV)

Tutkimukset olivat toteutettu Australiassa, Euroopassa sekä Yhdysvalloissa. Tutkimusten toteutuksissa oli käytetty sekä määrällisiä (Karathanasi, Prezerakos, Malliarou, Siskou, & Kaitelidou, 2014; Kondrat, 2001; Marjamaa & Kirvelä, 2007) että laadullisia (Martin & Waring, 2012; Moss & Xiao, 2004; Schroeder & Worrall-Carter, 2002; Rudolfsson & Flensner, 2012; Rudolfsson, von Post, & Eriksson, 2007; Siirala, Peltonen, Lundgrén-Laine, Salanterä, & Junntila, 2016) menetelmiä. Vaikka katsauksen kohteena olivat lähiesimiehiin kohdistuvat tutkimusartikkelit, yhdessä artikkelissa tutkimuskohteena olivat lähiesimiehen lisäksi joko sairaanhoitajat (Karathanasi ym., 2014) tai lääkärit (Marjamaa & Kirvelä, 2007).

Katsauksen perusteella työnkuva voitiin jakaa kolmeen pääteemaan, jotka olivat: 1) Lähiesimiehen koulutus ja kokemus, 2) Lähiesimiehen taidot ja 3) Lähiesimiehen tehtävät. Lähiesimiehen hankkiman koulutuksen ja työkokemuksen avulla kehittyi päivittäisen johtamisen tehtävien hoidossa vaadittavia taitoja. Tulokset on esitetty kuviossa 6.

TAIDOT**Koordinointitaidot**

- Päivittäinen johtaminen (Martin & Waring, 2012; Moss & Xiao, 2004)

Yhteistyötaidot

- Yhteistyötaidot eri ammattiryhmien kanssa (Karathanasi ym., 2014; Marjamaa & Kirvelä, 2007; Martin & Waring, 2012; Siirala ym., 2016)

Viestintätaidot

- Viestinnän sisältö (Marjamaa & Kirvelä, 2007; Moss & Xiao, 2004)
- Viestinnän tehokkuus (Karathanasi ym., 2014; Kondrat, 2001; Moss & Xiao, 2004)

Johtamistaidot

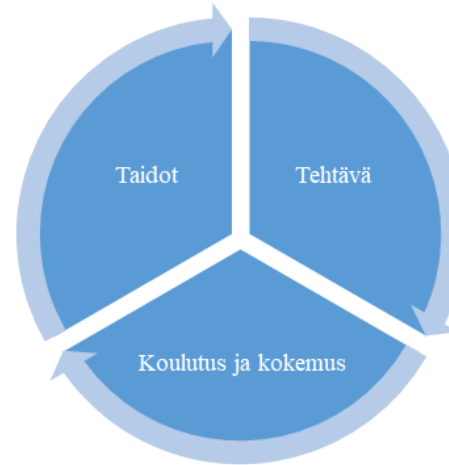
- Ihmissuhdetaidot (Martin & Waring, 2012)
- Luottamus (Rudolfsson & Flensner, 2012; Rudolfsson ym., 2007; Schroeder & Worrall-Carter, 2002)
- Henkilökohtainen kasvu (Rudolfsson & Flensner, 2012; Schroeder & Worrall-Carter, 2002)
- Ajankäyttö (Schroeder & Worrall-Carter, 2002)
- Päätöksenteko (Karathanasi ym., 2014; Schroeder & Worrall-Carter, 2002; Siirala ym., 2016)

Hoitotyön taidot

- Perioperatiivisen hoitotyön erityispiirteet (Rudolfsson ym., 2007)
- Kliininen osaaminen (Karathanasi ym., 2014)
- Tekninen osaaminen (Karathanasi ym., 2014; Kondrat, 2001)

Rekrytointitaidot

- Rekrytointitaidot (Karathanasi ym., 2014; Schroeder & Worrall-Carter, 2002)

**KOULUTUS sekä KOKEMUS****Kliininen koulutus ja johtamiskoulutus**

- Alempi korkeakoulututkinto (Karathanasi ym., 2014; Martin & Waring, 2012; Rudolfsson & Flensner, 2012; Rudolfsson ym., 2007)
- Akateeminen loppututkinto (Kondrat, 2001; Rudolfsson & Flensner, 2012; Rudolfsson ym., 2007)

Kliininen kokemus ja johtamiskokemus

- Aiempi kliininen kokemus (Martin & Waring, 2012; Rudolfsson & Flensner, 2012; Schroeder & Worrall-Carter, 2002)
- Aiempi johtamiskokemus (Karathanasi ym., 2014; Rudolfsson ym., 2007; Schroeder & Worrall-Carter, 2002)

TEHTÄVÄT**Leikkaus- ja anestesiaosaston päivittäinen toiminta**

- Päivittaisen toimenpidesuunnitelman laadinta (Marjamaa & Kirvelä, 2007; Martin & Waring, 2012; Schroeder & Worrall-Carter, 2002; Siirala ym., 2016)

Hoitotyön kehittäminen

- Perioperatiivisen hoitotyön kehittäminen (Rudolfsson ym., 2007)

Henkilöstöresurssien hallinta

- Hoitajien työhyvinvointi (Rudolfsson ym., 2007)
- Osaston ilmapiiri (Rudolfsson ym., 2007; Schroeder & Worrall-Carter, 2002)

Talouden hallinta

- Talouden hallinta (Karathanasi ym., 2014; Kondrat, 2001; Siirala ym., 2016)

Kuvio 6. Lähiesimiehen työnkuvan pääteemat

6.3.1 Lähiesimiehen koulutus ja kokemus päivittäisessä johtamisessa

Katsaukseen valituista tutkimusartikkeleista analysoitiin kohderyhmän, lähiesimiehen, taustakoulutus ja kokemus lähiesimiestehtävästä. Lähiesimiehen koulutus ja kokemus käsittivät kliinisen ja johtamiskoulutuksen sekä kliinisen ja johtamiskokemuksen leikkaus- ja anestesiaosastolla.

Neljässä tutkimuksessa tuotiin esiin lähiesimiehen *koulutus* ja todettiin, että päivittäisessä johtamistyössä työskentelevillä lähiesimiehillä oli lähes aina alempi korkeakoulututkinto (Karathanasi ym., 2014; Martin & Waring, 2012; Rudolfsson & Flensner, 2012; Rudolfsson ym., 2007) ja harvalla akateeminen loppututkinto (Kondrat, 2001; Rudolfsson & Flensner, 2012; Rudolfsson ym., 2007).

Katsaukseen valikoituneissa tutkimuksissa lähiesimiehet arvioivat kliinisen taustan mukanaan tuomaa *kokemusta* päivittäisessä johtamisessa (Martin & Waring, 2012; Rudolfsson & Flensner, 2012; Schroeder & Worrall-Carter, 2002) ja kolmessa tutkimuksessa keskityttiin tutkittavien johtamiskokemukseen (Karathanasi ym., 2014; Rudolfsson ym., 2007; Schroeder & Worrall-Carter, 2002). Yksi tutkimus keskittyi lähiesimiesten ammatillisen taustan vaikutukseen johtamistyössä (Martin & Waring, 2012.)

6.3.2 Lähiesimiehen taidot päivittäisessä johtamisessa

Katsauksen mukaan lähiesimieheltä vaaditaan päivittäisessä johtamisessa seuraavia taitoja; koordinaatiotaidot, yhteistyötaidot, viestintätaidot, johtamistaidot, hoitotyön taidot ja uusien työntekijöiden rekrytointitaidot.

Tutkimusten mukaan lähiesimies *koordinoi* osaston päivittäistä toimintaa (Martin & Waring, 2012; Moss & Xiao, 2004). Toiminnan koordinoinnissa keskityttiin erityisesti välineiden ja instrumenttien varmistamiseen sekä potilaan toimenpidevalmisteluihin (Moss & Xiao, 2004). Katsauksen mukaan päivittäinen johtaminen vaati *yhteistyötä* muun henkilökunnan kanssa (Karathanasi ym., 2014; Marjamaa & Kirvelä, 2007; Martin & Waring, 2012; Siirala ym., 2016) mutta toisen ammattikunnan johtaminen todettiin haastelliseksi (Martin & Waring, 2012), ja vain hyvin harvoin lähiesimies johti esimerkiksi lääkäreitä (Marjamaa & Kirvelä, 2007). Toista ammattikuntaa ei ollut mahdollista johtaa, jos vastuukysymyksiä ei oltu selkeästi määritelty. Vastuun tuli olla koko henkilökunnan tiedossa. (Marjamaa & Kirvelä, 2007; Martin & Waring, 2012.) Katsauksen mukaan päivittäinen johtamisvastuu toteutuu eri tavoin eri maissa ja esimerkiksi Kreikassa johtamisvastuu oli vain yhden ihmisen tehtävä (Karathanasi ym., 2014). Suomessa päivittäisestä johtamisesta olivat vastuussa lääkäri ja hoitotyön lähiesimies (Marjamaa & Kirvelä, 2007; Siirala ym., 2016.)

Lähiesimieheltä vaadittiin *viestintään* liittyviä taitoja ja viestinnän tuli olla mahdollisimman tehokasta (Karathanasi ym., 2014; Kondrat, 2001; Moss & Xiao, 2004). Todettiin, että viestintää tapahtui liian vähän eri ammattiryhmien kanssa (Marjamaa & Kirvelä, 2007) ja että viestintä tapahtui vain oman osaston henkilökunnan kesken (Moss & Xiao, 2004). Pääsääntöisesti viestinnän sisältö koski potilaan valmistelua toimenpiteeseen, osaston välineitä, henkilökuntaa, leikkaus-salien valmiutta sekä toimenpiteiden aikataulutusta ja uudelleen aikataulutamista (Moss & Xiao, 2004).

Katsauksen mukaan keskeiset asioiden ja ihmisten *johtamistaidot* olivat henkilökunnan luottamuksen saavuttaminen, ajan hallinta eli aikataulussa pysyminen, henkinen kasvu johtajaksi sekä päätöksenteko. Näitä pidettiin keskeisinä ominaisuuksina päivittäisessä johtamisessa. (Karathanasi ym., 2014; Kondrat, 2001; Martin & Waring, 2012; Rudolfsson & Flensner, 2012; Rudolfsson ym., 2007; Schroeder & Worrall-Carter, 2002; Siirala ym., 2016).

Lähiesimies koki, että häneltä odotettiin ihmissuhdetaitoja, kuten empatiaa, kuuntelun taitoja ja ymmärrystä (Martin & Waring, 2012). Lähiesimiehen tuli olla roolimalli muulle henkilökunnalle ja sen vuoksi ansaita myös henkilökunnan luottamus olemalla hyvissä väleissä heidän kanssa (Rudolfsson ym., 2007; Schroeder & Worrall-Carter, 2002). Lähiesimies toivoi omalta esimieheltään tukea ja kokivat tämän tuen arvokkaaksi johtamisessa (Schroeder & Worrall-Carter, 2002).

Aiempi kliininen työskentely sairaanhoitajana samalla osastolla toi haasteita lähiesimiehen päivittäiseen johtamiseen mutta tämä koettiin henkisesti kasvattavana. Haasteet liittyivät johtamisaseman saavuttamiseen. (Rudolfsson & Flensner, 2012; Schroeder & Worrall-Carter, 2002.) Katsaukseen valitun tutkimuksen mukaan lähiesimiehet toivoivat, että heitä ei kutsuttaisi johtajan nimekkeellä, vaan ”sister” (Martin & Waring, 2012).

Lähiesimiehen riittävä koulutus auttoi selviytymään johtamistehtävässä (Schroeder & Worrall-Carter, 2002). Puolestaan pidemmällä kokemuksella nähtiin yhteys parempaan johtamiseen (Kondrat, 2001).

Ajanhallinta ja suunnitelluissa aikataulussa pysyminen koettiin lähiesimiehen keskeiseksi taidoksi (Schroeder & Worrall-Carter, 2002). Lisäksi lähiesimieheltä vaadittiin päätöksentekotaitoja (Karathanasi ym., 2014; Schroeder & Worrall-Carter, 2002; Siirala ym., 2016) ja hallita tehtävien priorisointi (Rudolfsson ym., 2007).

Katsauksen mukaan päivittäinen johtaminen vaati lähiesimieheltä myös aiempaa kliinisen *hoitotyön taitojen hallintaa* (Rudolfsson ym., 2007) sekä kykyä arvioida kliinistä osaamista (Karathanasi ym., 2014). Hoitotyön kokemus oli yhteydessä parempaan teknisten taitojen hallintaan (Karathanasi ym., 2014; Kondrat, 2001). Lähiesimiehet kokivat, että heidän tuli ymmärtää perioperatiivisen hoitotyön erityispiirteet. Lähiesimiehen tuli varmistaa potilaan arvojen toteutuminen toimenpiteen aikana (Rudolfsson ym., 2007).

Katsauksessa esiintyi ristiriitaisia tuloksia koskien lähiesimiehen *rekryointitaitoja*. Yhden katsaukseen valitun tutkimuksen mukaan uusien hoitajien rekryointi koettiin vaikeaksi. Haasteena oli laatia arviointikriteerit, jotka auttaisivat parhaiten hakijan valinnassa (Schroeder & Worrall-Carter, 2002.) Toisen katsaukseen valitun tutkimuksen tulokset osoittivat, ettei rekryointiin liittyvää taito ei ollut tarpeellinen (Karathanasi ym., 2014).

6.3.3 Päivittäisen johtamisen tehtävät

Lähiesimiehen keskeisenä tehtävänä katsauksen mukaan olivat päivittäinen toiminta, hoitotyön kehittäminen ja henkilöstöressurssien hallinta sekä osaston talous.

Lähiesimiehen tehtävä *päivittäisessä toiminnassa* oli toteuttaa oman esimiehen asettamat vaatimukset. Hänen täytyi myös luovia hoitotyön toiveiden toteutumisen mahdollistamisessa. (Martin & Waring, 2012.) Keskeisenä tehtävänä olevan päivittäisen toimenpidesuunnitelman toteutuksen (Marjamaa & Kirvelä, 2007, Siirala ym., 2016) tueksi omat johtamistehtävät tuli aikatauluttaa, jotta päivittäisen johtamisen haasteista oli mahdollista selviytyä (Schroeder & Worrall-Carter, 2002).

Jatkuvalla hoitotyön kehittämisellä voidaan varmistaa toiminnan laatu (Martin & Waring, 2012). Siksi osaston *hoitotyön kehittäminen* oli lähiesimiehen tehtävien keskiössä (Martin & Waring, 2012; Rudolfsson ym., 2007).

Katsauksen mukaan osaston työilmapiiri ja työhyvinvointi olivat lähiesimiehen tehtävänä *henkilöstöressurssien hallinnassa* (Rudolfsson ym., 2007; Schroeder & Worrall-Carter, 2002). Hänen tehtävänä on tukea hoitajien urakehitystä (Rudolfsson ym., 2007), mutta myös huolehtia omasta hyvinvoinnistaan (Schroeder & Worrall-Carter, 2002).

Neljä katsaukseen valittua tutkimusartikkelia mainitsi *talouden hallinnan* yhtenä lähiesimiehen tehtävänä (Karathanasi ym., 2014; Kondrat, 2001; Rudolfsson & Flensner, 2012; Siirala ym., 2016). Kondrat (2001) korosti talouden hallintaan liittyvää osaamista.

6.4 Tulosten yhteenveto

Tutkimuksessa kuvattiin lähiesimiehen päivittäinen johtaminen leikkaus- ja anestesiasastolla. Päivittäisen johtamisen kuvaamista varten käytettiin useita eri tutkimusmenetelmiä ja aiempaa kirjallisuutta. Havaittiin, että leikkaus- ja anestesiaosaston päivittäistä johtamista lähiesimiehen näkökulmasta on tutkittu ainakin varsin vähän ja työnkuva on tuntematon. (osatyö IV) Tutkimuksessa tarkasteltiin lähiesimiehen päivittäistä johtamista päätöksenteon, tiedontarpeiden ja työnkuvan näkökulmasta.

Lähiesimiehen työnkuva sisälsi kirjallisuuden (osatyö IV) mukaan kolme pääteemaa, jotka 1) koulutus ja kokemus, 2) taidot sekä 3) tehtävät. Lähiesimiehen

koulutuksen ja kokemuksen kautta syntyy tehtävien hoidossa vaadittavia taitoja. Kirjallisuuskatsauksessa havaittiin, että teemat ovat yhteydessä toisiinsa. Koulutus ja kokemus mahdollistaa lähiesimiehelle taitoja ja taitoja tarvitaan työtehtävien hoitamisessa. Lähiesimiehen työnkuvan kuvaaminen ja teemojen tunnistaminen leikkaus- ja anestesiaosastolla on perusta päivittäisessä johtamisessa tarvittavan päätöksenteon ja tiedontarpeiden tarkastelulle.

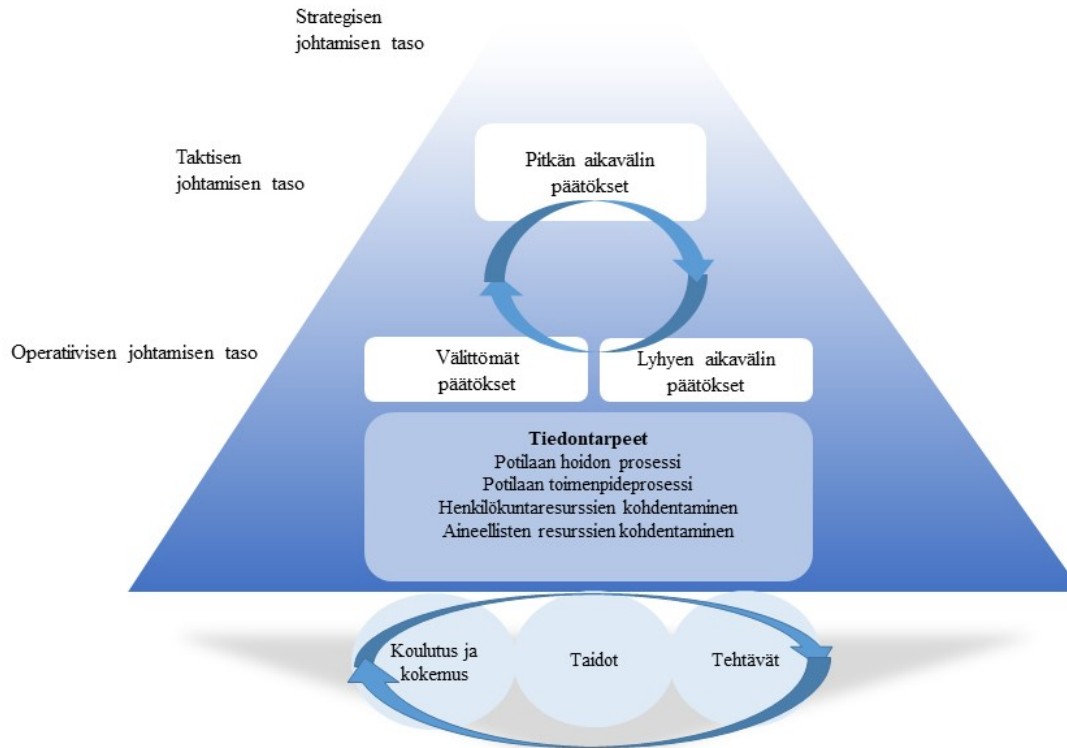
Tutkimuksessa tarkasteltiin lähiesimiehen päivittäisessä johtamisessa tekemiä päätöksiä ja tiedontarpeita operatiivisella tasolla. Lähiesimiehen päivittäinen päätöksenteko jaettiin ”Välittömiin päätöksiin”, ”Lyhyen aikavälin päätöksiin” sekä ”Pitkän aikavälin päätöksiin”. Välittömät ja lyhyen aikavälin päätökset olivat luonteeltaan operatiivisia, kun taas pitkän aikavälin päätökset olivat luonteeltaan taktisia eli kauaskantoisia. Tutkimuksen ensimmäiseen vaiheeseen (osatyö I) osallistui lähiesimiehiä, joiden päivittäiseen johtamistyöhön kuului hallinnollisia esimiestehtäviä.

Tutkimuksessa havaittiin, että päivittäinen johtaminen oli hektistä, operatiivisia ja taktisia päätöksiä tehtiin samanaikaisesti ja päätöksenteko keskeytyi herkästi. Lisäksi todettiin, että lähiesimies joutui päivittäisessä johtamisessa varmistamaan jo tehtyjä päätöksiä. Osa työstä oli päätösten valmistelua, jolloin lopullinen päätös tehtiin yhdessä vastuulääkärin, oman esimiehen kanssa tai osallistamalla henkilöä päätöksentekoon.

Päivittäisessä johtamisessa tehtävien päätösten tueksi tutkimuksessa kehitettiin kysely tunnistamaan lähiesimiehen oleellisia tiedontarpeita. Tutkimusryhmän ja asiantuntijapaneelin arvioinnin tuloksena kuvattiin 76 tiedontarvetta, joita päivittäisessä johtamisessa tarvitaan. Tiedontarpeet jakautuivat neljän pääteeman alle, jotka olivat: ”Potilaan hoidon prosessi”, ”Potilaan toimenpideprosessi”, ”Henkilöstöresurssien kohdentaminen” ja ”Aineellisten resurssien kohdentaminen”.

Tiedontarpeiden keskiarvot kuusiportaisella Likert-asteikolla ylittivät asteikon puolivälin (3,5) yhtä lukuunottamatta. Tiedontarpeiden oleellisuutta tarkasteltiin CVI -arvon avulla. Analyysin tuloksen mukaan lähiesimies tarvitsee vähintään 41 tiedontarvetta päivittäisessä johtamisessa.

Tutkimuksessa tarkasteltiin myös lähiesimiehen johtamiskokemuksen ja organisatoristen tekijöiden yhteyttä päivittäisen johtamisen tiedontarpeisiin. Havaittiin, että johtamiskokemuksella ja organisatorisilla tekijöillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys yhdessä tai useammassa pääteemassa, mutta ei lainkaan ”Potilaan toimenpideprosessi” -pääteemassa. Todettiin, että keskussairaaloissa työskentelevät lähiesimiehet tarvitsevat tarvitsevat tilastollisesti merkitsevästi enemmän tietoa potilaan toimenpideprosessia lukuunottamatta kaikissa muissa teemoissa kuin yliopistosairaaloissa työskentelevät. Muuten analyysin mukaan lähiesimiehen johtamiskokemus ja organisatoriset tekijät eivät olleet tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä päivittäisen johtamisen tiedontarpeisiin. Tulosten yhteenveto on esitetty kuviossa 7.



Kuvio 7. Lähiesimiehen päivittäinen johtaminen leikkauk- ja anestesiaosastolla eri näkökulmista

7 Pohdinta

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata lähiesimiehen päivittäinen johtaminen leikkaus- ja anestesiaosastolla eri näkökulmista. Nämä näkökulmat olivat päätökset, tiedontarve sekä työnkuva. Tulosten avulla voidaan tukea leikkaus- ja anestesiaosaston päivittäiseen johtamiseen kehitettävien tietojärjestelmien tietosisältöjä. Lisäksi tutkimuksella voidaan tukea uusien lähiesimiesten perehdyttä. Tutkimus tuo näkyväksi operatiivisella tasolla tapahtuvan päivittäisen johtamisen ja lähiesimiehen työnkuvan.

Pohdinnassa tarkastellaan tutkimuksen keskeiset löydökset tulosten yhteenvedon (Kuvio 7.) avulla. Tämän jälkeen arvioidaan tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet jokaisessa osatyössä sekä esitetään tulosten hyödynnettävyys jatkotutkimuksessa ja hoitotyön päivittäisessä johtamisessa.

7.1 Tutkimuksen keskeiset löydökset

Tutkimuksen keskeisenä löydöksenä pidetään lähiesimiehen työnkuvan sisältämien pääteemojen (koulutus sekä kokemus, taidot ja tehtävät) kuvaamista aiemmassa kirjallisuudessa. Pääteemat ovat alueita, joista hoitotyön päivittäinen johtaminen leikkaus- ja anestesiaosastolla muodostuu. (osatyö IV)

Toisena keskeisenä löydöksenä pidetään päivittäisessä johtamisessa kuvattujen päätösten jäsentämistä niiden ajallisuuden mukaan operatiivisiin ja taktisiin päätöksiin. Operatiiviset päätökset voitiin myös jäsentää välittömiin päätöksiin eli osaston päivittäiseen johtamiseen sekä samanaikaisesti tapahtuvaan seuraavan päivän suunnitteluun. Päätöksentekoon liittyi paljon jo tehtyjen asioiden varmistamista ja tarkistamista. Lisäksi päätöksenteko keskeytyi herkästi. Tässä tutkimuksessa jäsenneetyt operatiivisen ja taktisen tason päätökset ovat katsauksen mukaan työnkuvaan yhteydessä olevia tehtäviä ja taitoja. (osatyöt I ja IV)

Kolmantena keskeisenä löydöksenä pidetään päivittäisessä johtamisessa tarvittavien tiedontarpeiden kuvaamista eli näkyväksi tekemistä ja tiedontarpeiden oleellisuuden tunnistamista. Kuvatut tiedontarpeet ovat yhteydessä päivittäisen johtamisen operatiivisiin välittömiin ja lyhyen aikavälin päätöksiin. (osatyöt I ja III)

Lopuksi havaittiin, että lähiesimiehen johtamiskokemuksella ja organisatorisilla tekijöillä on vähäinen yhteys tiedontarpeisiin. (osatyö III)

7.1.1 Lähiesimiehen työnkuva kirjallisuuden mukaan

Kirjallisuuden mukaan leikkaus- ja anestesiaosaston lähiesimiehen näkökulmasta tehtyä tutkimusta oli vähän (n=9). Katsauksen kirjallisuushaku (Liite 4.) osoitti, että useat tutkimusviitteet olivat mielipidekirjoituksia ja kannanottoja, tieteellisellä tutkimusasetelmalla toteutettujen tutkimusten sijaan. (osatyö IV) Muuten tutkimusta lähiesimiehen työnkuvasta on tehty hoitohenkilökunnan näkökulmasta (mm. Furtado, Batista, & Silva, 2011; McCallin & Frankson, 2010; Miller & Buerhaus, 2013; Miller ym., 2010; Pegram, Grainger, & Sigsworth, 2014).

Ammatilliset järjestöt, kuten AORN ja EORNA, ovat kuvanneet perioperatiivista hoitotyötä laatimalla osaamisvaatimukset hoitotyöhön. Yksi osaamisalue kohdistuu lähiesimiestyöhön, jossa lähiesimieheltä vaaditaan tuntemusta organisatiosta, kykyä ongelmien ratkaisuun, tietoa talouden ja laadun hallinnasta sekä tietoa aineellisten resurssien ja henkilöstöresurssien johtamisesta sekä hoitotyön koulutuksesta (EORNA, 2019). Katsauksen pääteemoissa esiintyvät taidot ja tehtävät tukevat EORNAn osaamisvaatimuksia. Katsauksessa taidot ja tehtävät pyrittiin kuvaamaan myös tarkasti muodostamalla alaluokkia. Katsauksen tuloksia voidaan hyödyntää jatkossa lähiesimiehen osaamisvaatimusten määrittelyn tukena.

Katsauksen mukaan leikkaus- ja anestesiaosaston lähiesimiehen työnkuva voi muuttua koulutuksella. Myös muualla terveydenhuollon ympäristössä tehdyissä tutkimuksissa on havaittu lisäkoulutuksen tarve (Pegram, Grainger, & Sigsworth, 2014; Ramseur ym., 2018). Koulutuksella on mahdollista vahvistaa päivittäisessä johtamisessa vaadittavia taitoja, jolloin tehtävät voivat muuttua.

Lähiesimiehen työnkuva sisältää taitoja (koordinointi, yhteistyö, viestintä, johtaminen, hoitotyö ja rekrytointi). Leikkaus- ja anestesiaosastoilla tapahtuva viestintä henkilökunnan kanssa tulee olla selkeää. Muiden ammattiryhmien kanssa tehtävä yhteistyö kärsi katsauksen mukaan vähäisestä viestinnästä (Marjamaa & Kirvelä, 2007). Umberfieldin ym. (2019) tutkimuksen mukaan, suurin osa ilmoitetuista haittatapahtumista liittyy puutteelliseen viestintään (Umberfield ym., 2019). Selkeän viestinnän tavoitteena on ylläpitää potilasturvallisuutta. Tulevaisuudessa tulee huomioida tietojärjestelmien mahdollisuudet tukea henkilökunnan välistä viestintää.

Kahdessa katsaukseen valitussa tutkimuksessa tarkasteltiin uusien hoitajien rekrytoimista osastolle (Karathanasi ym., 2014; Schroeder & Worrall-Carter, 2002). Erityisesti Schroeder ja Worrall-Carter (2002) kokivat sopivien hoitajien rekrytoimisen haasteelliseksi. EORNAn (2019) määrittelemiä osaamisvaatimuksia on mahdollista hyödyntää myös hoitajien rekrytoinnin viitekehystenä.

Katsaukseen valituissa tutkimuksissa käsiteltiin lähiesimiehen taitoja tilanteissa, joissa hän oli aiemmin työskennellyt samalla osastolla hoitajana (Rudolfsson & Flensner, 2012; Schroeder & Worrall-Carter, 2002). Furtadon ym. (2011) tutkimuksessa on todettu, että lähiesimiehet, jotka ovat aiemmin työskennelleet hoitajana

osastolla, tuntevat jo osaston toimintatavat. Osaston ulkopuolelta rekrytoitavalla lähiesimiehellä saattaa taas olla uusia ajatuksia, ideoita ja tapa tehdä työtä, jota ei ole ennen osastolla koettu (Baumgart, Schupferb, Welker, Benderd, & Schleppers, 2010).

Lähiesimiehen koulutuksen ja taitojen kautta muodostuivat päivittäisen johtamisen tehtävät, jotka katsauksen mukaan olivat päivittäinen toiminta, hoitotyön kehittäminen, henkilöstöresurssien ja talouden hallinta. Marjamaa ja Kirvelä (2007) toivat esiin lähiesimiehen osallisuuden toimenpidesuunnitelman laatimisessa. Tässä tutkimuksessa päivittäistä johtamista tarkasteltiin lähiesimiehen tekemien päätösten ja tiedontarpeiden avulla. (Vaiheet 1 ja 2) Lähiesimiehen tekemät operatiiviset päätökset ovat osa työnkuvaa ja päivittäistä johtamista.

Aiemmissä tutkimuksissa on osoitettu, että tietojärjestelmiä on kehitetty kliinisen työn tueksi (Fernandes ym., 2019; Gutenstein, Pickering, & Than, 2018; Kuzimiesky & Bush, 2013; Tuominen ym., 2019). Katsauksen tuloksia voidaan hyödyntää uusien operatiivisen tason tietojärjestelmien tietosisältöjen kehittämisessä. Tietojärjestelmien kehittämisessä tulee huomioida, että lähiesimiehillä on erilainen koulutustausta, jolloin järjestelmien tulee tunnistaa eri taustoista tulevien lähiesimiesten taidot ja tehtävät. Katsauksen tulokset tukevat uusia lähiesimiehiä työtehtävien sisällön perehdytyksessä sekä vaadittavien taitojen hallinnassa. Tulokset tukevat näyttöön perustuvaa perehdytystä. Lisäksi tulokset tekevät leikkaus- ja anestesiosaston lähiesimiehen työnkuvaa näkyväksi. Työnkuvan selkiyttämällä on mahdollista vaikuttaa hoitotyön laadun parantamiseen ja kustannusten vähenemiseen (Labrague, 2018; Pegram, Grainger, & Sigsworth, 2014).

7.1.2 Lähiesimiehen päätökset

Katsauksen tulosten mukaan lähiesimiehen tehtäviin kuuluu päivittäisen johtamisen toiminta ja häneltä vaaditaan päätöksenteko- ja koordinoitaitaitoja. (osatyö IV) Tutkimuksessa tarkasteltiin tarkemmin päivittäisessä johtamisen päätöksiä. (osatyö I) Päätös saattoi johtaa toimintaan osastolla. Päätöksenteko on osa lähiesimiehen työnkuvaa. Tulosten yhteenvedon mukaan todetaan, että päivittäisen johtamisen päätökset voidaan kuvata ajallisuuden mukaan kolmen päätösteeman avulla. Välittömät ja lyhyen aikavälin päätösteemat sisältävät myös toiminnan suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin (Winter ym., 2001). Ensimmäinen pääteema kuvasi lähiesimiehen välittömiä päätöksiä. Nämä päätökset vaikuttavat välittömästi osaston toimintaan ja potilaan hoitoon. Päätökseen liittyvä toiminta päättyi osaston virkaajan päättyessä.

Toisen pääteeman muodostivat lyhyen aikavälin päätökset. Lyhyen aikavälin päätökset ovat yhteydessä osaston tulevan toiminnan suunnittelu. Tulevan toiminnan suunnittelu tapahtuu yhtäaikaaisesti osaston välittömän toiminnan kanssa.

Kolmannen pääteeman muodostivat pitkänaikavälin päätökset, jotka koskivat osaston tulevaisuutta. Tutkimuksen kolme pääteemaa (Kuviot 5. ja 7. sekä Liite 3.) tukevat osaston päivittäisen johtamisen näkyväksi tekemistä päätösten näkökulmasta ja niitä voidaan hyödyntää lähiesimiesten perehdytyksessä jäsentämään päivittäisen johtamisen työnkuva ja työn sisältöä. Päätösten ajallinen jäsentely tuo tietoa järjestelmän käytettävyyden kehittämiseen.

Välittömät päätökset ja niihin liittyvän toiminnan yhtenä alateemana oli päivittäisen toiminnan seuraaminen. Tämän alateeman päätösten tukemiseen kehitettävien tietojärjestelmien tulee kyetä ennustamaan osaston toimintaa (Joos & Nelson, 2015, s. 98). Päätöksentekoon kuuluu olennaisesti päätösten arviointi (Winter, 2001) ja lähiesimiehet joutuvat vuoron aikana arvioimaan osaston toiminnan etenemistä, toimenpiteiden arvioitua kestoja niin, että ne päättyivät virka-ajassa tai, että niihin leikkaussaleihin on suunniteltu henkilökunta. (osatyö I) Tällä hetkellä olemassa olevat järjestelmät eivät kykene ennustamaan riittävästi (Fathian ym., 2019; Peltonen ym., 2018; Ranade-Kharkar ym., 2017) ja lähiesimiehet joutuvat tekemään päätökset puutteellisen tiedon varassa.

Lyhyen aikavälin päätökset sisälsivät toimenpidesuunnitelman laatimisen. Tutkimuksen tulokset toivat esiin, että lähiesimiehellä ei välttämättä ollut riittävästi tietoa päätöksentekoa varten, minkä vuoksi toimenpidesuunnitelman loppuunsaattaminen oli haasteellista. Esimerkiksi potilaan toimenpidetiedot saattoivat olla puutteellisesti ilmoitettu, mistä syystä toimenpiteen suunniteltua kestoja oli vaikea arvioida. Toimenpiteiden suunnitteluun liittyvää päätöksentekoa varten lähiesimies selvitti tietoja useasta eri paikasta, koska tieto on edelleen tallennettuna useaan eri järjestelmään. (Kontio ym., 2013; Lammintakanen, Saranto, & Kivinen, 2010; Lundgrén-Laine ym., 2013.) Lisäksi hoitohenkilökuntaa ei ollut riittävästi, joten toimenpidesuunnitelmasta jouduttiin perumaan yksi toimenpide. Peruutettavan toimenpiteen erikoisalasta päätti lääkäri. Tätä päätöstä varten tarvittiin tieto kahden eri erikoisalalan lääkärin sekä anestesiologin näkemys peruttavasta toimenpiteestä.

Toimenpidesuunnitelma laatiminen seuraavalle vuorokaudelle on keskeinen lähiesimiehen työtehtävä ja tässä tutkimuksessa suunnitelman valmiiksi saattaminen oli sidottu aikaan eli vuoron päättymiseen. Aiemmat leikkaus- ja anestesia-ympäristössä tehdyt tutkimukset ovat kuvanneet toimenpidesuunnitelman laadintaa ja operatiivista toimintaa pääsääntöisesti lääkärin näkökulmasta (Dexter & Epstein, 2015; Dexter, Shi, & Epstein, 2012; Levine & Dunn, 2015; Zhu ym., 2019). Tutkimus vahvisti lähiesimiehen osallisuutta toimenpidesuunnitelman laatijana päivittäisessä johtamisessa, jossa aiempi tutkimus on keskittynyt lääkärin näkökulmaan (Barbagallo ym., 2015; Dexter & Epstein, 2015; Guerriero & Guido 2011; Hosseini & Taaffe, 2015; Zhu ym., 2016). Lisäksi tuloksia voidaan hyödyntää lähiesimiehen päivittäisen johtamisen vastuuden määrittelytyössä. Tämä tarve tuli myös katsauksessa esiin (Marjamaa & Kirvelä, 2007; Martin & Waring, 2012).

Päivittäisen johtamisen pitkäaikavälin eli taktisissa päätöksissä ja sitä seuraavassa toiminnassa, korostui ylihoitajan rooli päätöksentekijänä ja lähiesimies osallistui päätösten valmisteluun. Tutkimuksessa esiintyi taktista päätöksentekoa koskien henkilöstöressurssien suunnittelua, hoitotyön kehittämistä, aineellisten ja materiaalien hankintaan sekä osaston taloutta. Katsauksessa (osatyö IV) esiintyneet lähiesimiehen tehtävät vastaavat osittain pitkän aikavälin päätöksiä. Tutkimuksen tulokset (osatyö I ja IV) vahvistavat, henkilöstöressurssien suunnittelun, hoitotyön kehittämisen, aineellisten resurssien hankinnan ja osaston talouden kuuluvan operatiivisen tason lähiesimiehen työnkuvaan.

Lähiesimiehen työ keskeytyi herkästi. Tämä johtui siitä, että lyhyen aikavälin päätöksiin kuuluva toimenpidesuunnitelman laadinta tapahtui samanaikaisesti välittömän päätösten sekä pitkän aikavälin päätösten kanssa. Brixeyn ym. (2008) tutkimuksessa havaittiin, että kliinisessä työssä työskentelevien lääkärien ja hoitajien työn keskeytymisellä oli vaikutus työtehtävien loppuunsaattamiseen. Keskeytyminen ja sitä seuraava työtehtävien hidastuminen saattaa lähiesimiestyössä johtaa myös virheiden määrän kasvuun. Toimintaa ennustava tietojärjestelmän (Joos & Nelson, 2015, s. 98) tehtävänä on tunnistaa lähiesimiehen ajatuksen kulkua ja tukea päätöksenteossa keskeytyksistä huolimatta. Tutkimuksessa ajallisesti jäsenneilyt päätökset tukevat tietojärjestelmän kehittämisessä kuvaamalla päivittäisen päätöksentekoon yhteydessä olevaa toimintaa. Päätösten ajallisuudella voidaan hahmottaa, mihin päätöksiin tarvitaan vastaus heti ja mitkä päätöksiin liittyvät työtehtävät eivät ole sidottu sen hetkiseen toimintaan.

Lähiesimiehet joutuivat jonkin verran tarkistamaan ja varmistamaan jo tehtyjä päätöksiä, kuten sairauspoissaolojen tarkistamista ja hyväksymistä. Päätöksenteon varmistamista olisi mahdollista vähentää olemassa olevilla tietojärjestelmäratkaisuilla (Tuominen ym., 2019), eikä tietoa tarvitse joka kerta hakea uudelleen. Jo tehtyjen päätösten varmistamisen lisäksi lähiesimiehet valmistelivat useita päätöksiä joko omaa esimiestään tai osaston vastuulääkäreitä varten tai osallistivat hoitohenkilökuntaa päätöksentekoon.

Tutkimuksessa todettiin, että lähiesimiesten välittömän ja lyhyen aikavälin päätöksenteossa varmistettiin, että leikkaustoiminnassa ovat riittävät ja asianmukaiset instrumentit ja välineet käytössä. Pitkän aikavälin päätökset saattoivat yhtälailla kohdistua osastolla tarvittaviin instrumentteihin ja muihin välineisiin, mutta päätös oli luonteeltaan kauaskantoinen ja sillä selvitettiin mahdollisten uusien materiaalien hankintaa. (Murtola, Lundgrén-Laine, & Salanterä, 2013; Nyssen, 2007.)

Tutkimukseen (osatyö I) osallistuneet lähiesimiehet olivat vuorovastaavia sairaanhoitajia, apulaisosastonhoitajia tai osastonhoitajia. Leikkaus- ja anestesiaosaston hoitotyön päivittäinen johtaminen on osastonhoitajan vastuulla. Päivittäisen johta-

misen vastuun osastonhoitaja voi delegoida apulaisosastonhoitajalle tai vuorovastaavalle sairaanhoitajalle. (KVTES 2018-2019.) Lähiesimiehillä tulee olla sama pääsy päivittäisen johtamisen tietoon toiminnan onnistumiseksi.

Tutkittavien työnkuvaan saattoi kuulua myös muuta hallinnosta esimiestyötä (Murtola, Lundgrén-Laine, & Salanterä, 2013; Nyssen, 2007). Tutkimuksessa lähiesimiehet tekivät päivittäisessä johtamisessa operatiivisten päätösten lisäksi taktisia päätöksiä. Taktisilla päätöksillä ei ollut välitöntä yhteyttä päivittäisen johtamisen toimintaan. (osatyö I) Taktista päätökstentekoa tekivät ne lähiesimiehet, joiden työnkuvaan kuului myös hallinnolliset pitkän aikavälin päätökset.

Tutkimukseen osallistuneista lähiesimiehistä osastonhoitajat ja apulaisosastonhoitajat (osatyö I) eivät osallistuneet lainkaan kliiniseen työhön. Muutama vuosikymmen taaksepäin lähiesimiesten (osastonhoitajien ja apulaisosastonhoitajien) työajasta puolet kului potilaan hoidossa (Narinen, 2000). Aineisto kerättiin vuosina 2011 ja 2013, joten työntehtävät ovat muuttuneet (Narinen, 2000).

Myös aiemmissa tutkimuksessa on tuotu esiin haaste muodostaa yhtenäistä työnkuvaa operatiivisen johtamisen tasolle, sillä lähiesimiestyötä tehdään erilaisilla nimikkeillä ja työnkuvat vaihtelevat. (Gunawan & Aunguroch, 2018; McCallin & Frankson, 2010; Miller & Buerhaus, 2013; Shirey ym., 2010; Wong ym., 2010.)

7.1.3 Lähiesimiehen tiedontarpeet päivittäisessä johtamisessa

Tutkimuksessa määriteltiin, kuvattiin ja tunnistettiin leikkaus- ja anestesiaosaston lähiesimiehen tiedontarpeet päivittäisessä johtamisessa. Tavoitteena on hyödyntää tutkimuksella kerättyä tietoa tietojärjestelmien sisältöjen kehittämisessä lähiesimiehen tarpeita vastaavaksi (Levine & Dunn, 2015) sekä varmistaa lähiesimiehen tiedon saatavuus ja laatu (Winter ym., 2001) ja pyrkiä näyttöön perustuvaan johtamiseen (STM, 2009). Tiedontarpeiden selvittäminen tukee tietojärjestelmien kehittäjiä ja tuottaa tietoa myös lähiesimiesten odotuksista järjestelmää kohtaan (Douglas & Celli, 2015, s. 172). Tutkimuksen tiedontarpeet ovat yhteydessä lähiesimiehen operatiivisiin päätöksiin ja ovat osa työnkuvaa.

Päivittäinen toimenpidesuunnitelma tehdään usein muutamaa päivää aiemmin, viimeistään kuitenkin edeltävänä päivänä (Dexter, Shi, & Epstein, 2012; Levine & Dunn, 2015). Tutkimuksen tulosten avulla pyritään vähentämään manuaalista työtä päivittäisessä johtamisessa.

Barbagallon ym. (2015) tutkimuksessa keskityttiin tunnistamaan perioperatiivisen hoidon eri vaiheissa tarvittava tieto. Tutkimuksessa ei kuitenkaan eritelty, olivatko jotkin tiedontarpeet oleellisia lähiesimiehen näkökulmasta. Tutkimuksessa ei myöskään puututtu siihen, mitä tietoa ei ole mistään saatavilla. (Barbagallo ym., 2015.) Puutteellisella tiedolla tehdyt päätökset saattavat johtaa

päivittäisen toiminnan uudelleen suunnitteluun ja aiheuttavat viiveitä. Tällä hetkellä tietoa esim. leikkaussalien varustelusta ei ole mistään saatavilla ja useat tiedontarpeet ovat ainoastaan lähiesimiehen muistin varassa (Kontio ym., 2013; Lundgrén-Laine ym., 2013). Vaikka ääneenajattelun menetelmä tukee hiljaisen tiedon näkyväksi tekemistä (Nonaka & Takeuchi, 1995, s. 64), niin aineistonkeruun aikana lähiesimiehellä ei ollut mahdollisuutta ilmaista tarkasti, mitä tietoa tehdyn päätöksen tueksi hän tarvitsi. Toisaalta tietoa ei välttämättä ollut saatavilla missään (Lundgrén-Laine, 2013). Nonakan ja Takeuchin (1995) mukaan tietoa saadaan esiin juuri vuorovaikutustilanteissa.

Tiedontarpeiden määrittelytyössä hyödynnettiin tehohoidon päivittäiseen johtamiseen kehitettyä mittaria (Lundgrén-Laine, 2013) sekä tutkimusryhmän asiantuntijuutta akuuttihoitosta sekä perioperatiivisesta hoitotyöstä ja hoitotieteestä. Asiantuntijaryhmä muodosti yhteisymmärryksen tiedontarpeista keskustelelemalla.

Akuuttihoiton ympäristöön kehitettyjä työkaluja tiedontarpeiden tunnistamiseen on olemassa (Lundgrén-Laine ym., 2013; Peltonen, 2018) mutta leikkaus- ja anestesiaympäristön päivittäiseen johtamisen tiedontarpeiden tunnistamisen työkalua ei ole tiedossa. Määrittelytyön tuloksena tiedontarvekysely sisälsi 92 tiedontarvetta, joita esitettiin asiantuntijapaneelien kanssa.

Asiantuntijapaneelien analyysin jälkeen ”Potilaan jatkohoito-osasto” alateeman tiedontarpeet jätettiin yhtä lukuunottamatta pois tiedontarvekyselystä. Asiantuntijapaneelien (DeVellis, 2012) arviointien analyysi toi esiin, etteivät kyseiset tiedontarpeet liity leikkaus- ja anestesiaosaston päivittäiseen johtamiseen. Yksi tiedontarve ”Tieto potilaan jatkohoito-osastosta (esim. tehohoidon tarve)” sai alhaisen CVI -arvon (0,45). Tämä tiedontarve otettiin kuitenkin tiedontarvekyselyyn mukaan, sillä tieto tehon paikkatilanteesta saattaa vaikuttaa päivittäisen toimintaan ja päätökseen toiminpiteen aloittamisesta.

Esitestauksen jälkeen kuvattiin 76 tiedontarvetta, joiden oleellisuutta testattiin kansallisesti. Kyselyyn osallistuneet tutkittavat olivat kokeneita lähiesimiehiä, joilla oli myös kokemusta leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitajan työstä. (Sherman, Patterson, Avitable, & Dahle, 2014). Lähiesimiesten kokemus johtamistyöstä oli noin kahdeksan vuotta (Benner & Tanner, 1987). Kyselyyn osallistuneiden osastojen leikkaussalien määrä vaihteli ja yhdellä osastolla saattoi olla jopa jopa 28 (vaihteluväli 0-28) leikkaussalia. Aiemmissä tutkimuksissa on tuotu esiin leikkaus- ja anestesiaosastojen kompleksisuus, joka johtuu siitä, että useampi eri erikoisala työskentelee osastolla samanaikaisesti (Cardoen, Demeulemeester, & Beliën, 2010; Wiyartanti ym., 2015). Tässä tutkimuksessa ei selvitetty eri erikoisalojen määrää osastolla, mutta kompleksisuus korostuu esimerkiksi henkilökunnan osaamisen yhteydessä (”Tieto henkilökunnan osaamisesta”), jolloin tiedontarve arvioitiin oleelliseksi päivittäisessä johtamisessa (KA 5,52 ja CVI 0,90).

Lähiesimiehet arvioivat tiedontarpeiden oleellisuutta päivittäisessä johtamisessa. Jokaiselle tiedontarpeelle lasketun keskiarvon mukaan 75/76 tiedontarvetta saivat arvoksi yli 3,5 (Likert-asteikon keskiarvo). Näiden 76 tiedontarpeen sisällyttämistä uusien tietojärjestelmiin ja erityisesti lähiesimiehen tulee harkita. Erityisesti CVI-arvon mukaan arvioidut oleelliset 41 tiedontarvetta pidetään välttämättömänä tämän tutkimusten tulosten perusteella. Lisäksi tietojärjestelmien kehittämisessä tulee ottaa huomioon tiedon kumuloituminen niin, että sen avulla on mahdollista ennustaa ja suunnitella toimintaa (Fathian ym., 2019; Peltonen ym., 2018), kuten päätösten yhteydessä todettiin.

Keskiarvon mukaan viisi korkeinta tiedontarvetta olivat: ”Tieto potilaan infektion aiheuttamasta eristämistarpeesta (esim. MRSA, VRE)”, ”Tieto potilaan toimenpiteestä”, ”Tieto työvuorossa olevan hoitohenkilökunnan vahvuudesta”, ”Tieto potilaan eristämismuodosta (esim. tartunta-, kosketuseristys)” ja ”Tieto hoitohenkilökunnan työvuoroista”. Jatkossa tulee tutkia tiedontarpeiden yhteyttä toisiinsa. Potilaan eristämistarpeen huomioiminen saattaa olla yhteydessä mm. salissa vaadittavaan henkilökuntamäärään, henkilökunnan työvuoroihin sekä salin aukiolomahdollisuuteen ja toimenpidejärjestykseen. Puolestaan tiedontarve ”Tieto potilaan toimenpiteestä” saattaa olla yhteydessä leikkaussalissa tarvittaviin instrumentteihin ja laitteisiin sekä potilaan leikkausasentoon ja hoitajien osaamiseen. Mikäli toimenpide sijoitetaan leikkaussaliin, joka ei sovellu kyseiseen toimenpiteeseen, saattaa toimenpiteen aloitus viivästyä. Tällä hetkellä lähiesimies kokoaa päätöstä varten tiedon yksittäisistä tietolähteistä, kun kehitettävät tietojärjestelmät pystyvät tunnistamaan tiedontarpeita ja muodostamaan päätöstä varten tietokokonaisuuden (Fathian, ym., 2019; Miller & Buerhaus, 2013; Peltonen, Junttila, & Salanterä, 2019). Tiedon hakeminen vie aikaa (Gurses, Xiao, & Hu, 2009; Gutenstein, Pickering, & Than, 2018; Kuzimiesky & Bush, 2013).

Tutkimuksessa kuvattiin myös lähiesimiehen johtamiskokemuksen ja organisatoristen tekijöiden yhteyttä tiedontarpeisiin. Tulosten mukaan lähiesimiehet, jotka työskentelevät keskussairaaloissa pitivät tietoja oleellisena koskien potilaan toimenpideprosessia, henkilöstöresurssia tai aineellisia resursseja. Tulokset ovat suuntaa antavia ja tietojärjestelmää kehittäessä tulee huomioida organisaatioiden erityyppiset tarpeet.

Leikkaus- ja anestesiasaston päivittäinen johtaminen on epävarmaa, joten kaikkien lähiesimiesten tulee valmistautua tilanteiden muutokseen (Gür & Eren, 2018; Zhu ym., 2019). Tutkimukseen osallistuneista lähiesimiehistä suurin osa (74 %, n=288) ilmoitti oman osaston päivystysvalmiudesta. Tulosten mukaan, että päivystysvalmius ei vaikuta päivittäisen johtamisen tiedontarpeisiin.

Lähiesimiehen johtamiskokemuksella ei ole tilastollista merkitystä päivittäisen johtamisen tiedontarpeisiin, mutta lähiesimiehet ovat raportoineet tiedon saatavuuden ja vaivattomuuden päivittäisessä johtamisessa tärkeäksi (Lundgrén-Laine ym.,

2013; Peltonen, Junttila, & Salanterä, 2019; Saleem, Steel, Gercek, & Chandra, 2017; Winter ym., 2001). Tutkimuksessa arvioitiin tiedontarpeita kahdesta näkökulmasta (tiedon oleellisuus ja tiedon löytymisen helppous). Toinen näkökulmista (tiedon löytymisen helppous) jätettiin pois, koska tiedon löytymiseen on haasteellista vaikuttaa. Lisäksi ensin tuli tunnistaa oleelliset tiedontarpeet, jotta myöhemmässä tutkimuksessa voidaan vaikuttaa tiedon löytymisen helppouteen. Aineistonkeruun näkökulmasta tutkittavat kokivat kahden eri asian arvioimisen sekavana.

Tutkimuksen aikana havaittiin, että tutkittavat lähiesimiehet tekivät paljon päätöksiä yhdessä vastuulääkäreiden kanssa (Di Martinelly ym., 2014). Kuitenkin tässä tutkimuksessa keskityttiin ainoastaan hoitotyön lähiesimiesten päätöksiin ja tiedontarpeisiin virka-aikana arkisin. Muun ammattiryhmän (lääkärit) mukanaolo tutkimuksessa olisi mahdollistanut hoitotyön lähiesimiehen työnkuvan päivittäisenä johtajana tarkemmin, jolloin myös päätöksenteon vastuu olisi ollut mahdollista määrittää (Döös, Vinell, & von Knorring, 2017). Tutkimuksessa keskityttiin virka-aikana tapahtuvaan päivittäisen johtamisen lähiesimiehiin, jonka vuoksi päivystys-aikana esiintyneet tiedontarpeet jäävät uupumaan tutkimuksesta.

7.2 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet

Lähiesimiehen päätökset päivittäisessä johtamisessa (osatyö I)

Tutkimukseen valikoituva kohdejoukko vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin (Grove, Burns, & Gray, 2013, s. 350). Tutkimuksen kohderyhmä olivat operatiivisella tasolla päivittäisessä johtamisessa työskentelevät hoitotyön lähiesimiehet. Tutkimukseen valittiin tarkoituksenmukaisella otannalla (Polit & Beck, 2004, s. 306) ne lähiesimiehet, joilla oli vähintään viiden vuoden kokemus ja osaaminen päivittäisen johtamisesta (2011) ja että he puhuivat äidinkielenään suomea. Aineistonkeruun toisessa vaiheessa (2013) kokemuskriteeristä luovuttiin, koska lähiesimiesten vaihtuvuus oli korkea. Lisäksi haluttiin monipuolisesti tietoa lähiesimiesten päätöksistä ja tiedontarpeista, jotta päivittäinen johtaminen voidaan tehdä näkyväksi. Henkilökunnan vaihtuessa hiljaista tietoa katoaa, joka heikentää myös osaston lähiesimiesten asiantuntijuutta (Omotayo, 2015).

Tutkimuksen aineistonkeruussa käytettiin ääneen ajattelun menetelmää (VanSomeren, 1994), jolla saatiin tietoa tutkittavan työmuistista eli tiedollisesta ajattelusta (Seitamaa-Hakkarainen, 1999), eikä tutkittavien ei tarvinnut muistaa tilanteita jälkikäteen. (Seitamaa-Hakkarainen, 1999; Van Someren, Barnard, & Sandberg, 1994).

Leikkaus- ja anestesiaosaston lähiesimiehen työnkuvaa tarkastelevassa katsauksessa tutkimusten aineistonkeruumenetelmät olivat pääsääntöisesti haastatteluja tai kyselyjä (Brown, Crookes, & Dewing, 2016; Furtado, Batista, & Silva, 2011;

McCallin & Frankson, 2010; Miller & Buerhaus, 2013; Shirey ym., 2010; Wong ym., 2010). Katsauksessa havaittiin, ettei leikkaus- ja anestesiaosastojen lähiesimiestä koskevissa tutkimuksissa ole hyödynnetty varjostamista, havainnointia tai ääneenajattelua, jossa aineistoa on mahdollista kerätä todellisissa johtamistilanteissa.

Aineistonkeruu tapahtui työaikana, joten tutkittavat eivät osallistuneet tutkimukseen omalla ajalla eikä muistaa tehtyjä päätöksiä jälkeenpäin (Seitamaa-Hakkarainen, 1999), joka olisi saattanut heikentää tulosten luotettavuutta. Tutkittavat päättivät aineistonkeruun ajankohdan (päivämäärä ja kellonaika). On mahdollista, että tutkittava valitsi ajankohdan sen mukaan, milloin koki tekevänsä päätöksiä enemmän (esim. aamuvuoron aikana). Aineistonkeruun ajankohdalla saattaa olla vaikutusta tulosten luotettavuuteen. Tutkimuksen ääneen ajattelun aineistonkeruun toisessa vaiheessa (2013) pyrittiin varmistamaan, että tutkimustilanteet jakautuisivat tasaisesti aamu- ja iltapäivään.

Tutkija osallistui kaikkiin aineistonkeruutilanteisiin ja seurasi tutkittavan ääneen ajattelua samassa tilassa. Hiljaisina hetkinä tutkija muistutti tutkittavaa ajattelemaan ääneen. (Van Someren, 1994.) Toiset tutkittavat myös puhuivat enemmän kuin toiset. Muun henkilökunnan läsnäolo saattoi vaikuttaa tutkittavien ääneen ajatteluun, jonka vuoksi he saattoivat olla välillä hiljaa, jos kokivat muun henkilökunnan läsnäolon häiritseväksi. Päivittäisessä johtamisessa tilanteet muuttuvat äkillisesti ja aineistonkeruun aikana tutkittavat keskustelivat myös muun henkilökunnan kanssa, jolloin tutkittavan puheesta analysoitiin päätöksiin ja tiedontarpeisiin viittaavat ilmaisut.

Tutkittavat tottuivat aineistonkeruutilanteeseen nopeasti. Tätä voidaan pitää luotettavuuden kriteerinä (Seitamaa-Hakkarainen, 1999). Vain yhden tutkittavan osalta aineistonkeruu keskeytettiin tunnin jälkeen. Keskeytyksen syytä ei kysytty.

Tutkimuksen ääneenajatteluaineiston analyysissä huomioitiin viittaukset, jotka liittyivät päätöksenteon eri vaiheisiin (Elstein, Shulman, & Sprafka, 1978) ja tiedontarpeisiin (Nyssen, 2007). Tilanteet osastolla vaihtelivat, joten tutkittavilla lähiesimiehillä ei ollut myöskään mahdollisuutta puhua kaikkea ääneen. Tämän vuoksi esimerkiksi päätöstä seuraava toiminta katsottiin osaksi päätöksentekoa. Tässä tutkimuksessa ei otettu kantaa, mitä menetelmää, analyttistä vai intuitiivista, lähiesimiehet käyttivät päätöksenteossa (Benner & Tanner, 1987). Päätöksenteon menetelmää olisi ollut mahdollista tutkia, mikäli osastolla tapahtuneet tilanteet olisi simuloitu uudelleen. On kuitenkin todettu, että simuloitusti toteutetussa päätöksenteon tutkimuksessa lähiesimiehet hyödynsivät herkästi intuitiivista päätöksenteon mallia ja ”hyppäsivät” ongelmasta lähes suoraan ratkaisuun (Effken ym., 2010). Lisäksi todellisessa ympäristössä kerätty aineisto mahdollistaa tutkijalle syvemmän ymmärryksen tutkimusympäristöstä kuin simuloitussa tilanteessa kerätty aineisto (Polit & Beck, 2004, s. 345).

Ääneen ajattelun aineisto analysoitiin temaattisen sisällön analyysin menetelmällä (Braun & Clarke, 2006). Aineistosta alleviivattiin ensin kaikki päätöksiin ja tiedontarpeisiin viittaavat ilmaisu, jotka koodattiin pelkistetyiksi ilmaisuiksi, muodostettiin alaluokat, alateemat ja lopuksi pääteemat. (Graneheim & Lundman, 2004.) Analyysissa käytettiin Microsoft Excel-ohjelmaa. Laadullisen aineiston analyysin tueksi on olemassa myös erilaisia ohjelmia, kuten Atlas.ti (Grove, Burns, & Gray, 2013, s. 280). Tätä ohjelmaa ei kuitenkaan käytetty, sillä aineistoa oli hallittavissa oleva määrä (419 sivua). Analyysin teemoittelussa hyödynnettiin tutkimusryhmän asiantuntijuutta. Tutkimusryhmä ei ole lukenut alkuperäistä aineistoa, mikä voi heikentää tulosten luotettavuutta.

Tutkijalla on perioperatiivisen hoitotyön tausta ja hän on aiemmin työskennellyt leikkaus- ja anestesiaosastolla, joten tutkimusympäristö oli tuttu. Tutkijalla ei kuitenkaan ole kokemusta päivittäisestä johtamisesta, joka olisi voinut vaikuttaa analyysin tuloksiin. Tutkija ei myöskään tuntenut tutkittavia entuudestaan, mikä olisi voinut vaikuttaa aineistonkeruuseen.

Aineisto kerättiin tarkoituksenmukaisella otannalla kahden eri yliopistollisen sairaalan lähiesimiehiltä. Aineisto on kerätty vuosina 2011 ja 2013. On mahdollista, että toiminta on muuttunut leikkaus- ja anestesiaosastolla tänä aikana ja esimerkiksi hoitajien työvuorojen uudelleen suunnittelua on mahdollista tukea nykyisillä tietojärjestelmillä aiempaa tarkemmin (Tuominen, Lundgrén-Laine, Kauppila, Hupli, & Salanterä, 2016). Tulosten yleistettävyyttä tulee harkita, koska päivittäisen johtamisen käytännöt saattavat vaihdella eri sairaanhoitopiireissä.

Lähiesimiehen tiedontarpeet päivittäisessä johtamisessa (osatyöt II ja III)

Lähiesimiehen tiedontarpeiden määrittely toteutettiin tutkimusryhmän asiantuntijoiden sekä asiantuntijapaneelien kanssa. Tutkittavat valittiin asiantuntijapaneelisiin tarkoituksenmukaisella otannalla (Polit & Beck, 2004, s. 306). Tutkittavien kokemus päivittäisestä johtamisesta vaihteli, jolloin oli mahdollista saada tietoa laajasti eri kokemuksen omaavilta lähiesimiehiltä. Kyselyn täyttämisen jälkeen ryhmässä keskusteltiin tiedontarpeiden oleellisuudesta, ymmärrettävyydestä sekä kyselyn ulkoasusta (esim. kyselyn pituus). Tutkittavan tulee ymmärtää kyselyn sisältö (Polit & Beck, 2004, s. 423). Tutkija kirjasi asiantuntijoiden kommentit. Asiantuntijapaneelien arvioiman kyselyn sisällön validiteetti laskettiin CVI-arvon avulla (Polit & Beck, 2006), jonka jälkeen tutkimusryhmä keskusteli analyysin tuloksesta.

Tiedontarvekysely toteutettiin paperisena, vaikka sähköinen kysely olisi ollut edullisempi vaihtoehto (McPeake, Bateson, & O'Neill, 2014). Kyselyn vastaukset kirjattiin manuaalisesti SAS-järjestelmään.

Tiedontarvekysely käännettiin myös ruotsin kielelle, millä varmistettiin äidin-kielenään ruotsia puhuvien mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Koettiin, ettei kysely ole sensitiivinen, joten tämän vuoksi valittiin kuusiportainen Likert-asteikko, joka ei sisällä neutraalia vastausta (Polit & Beck, 2004, s. 356; Tsang, 2012).

Tutkimuksen tarkoituksena ei ollut kehittää uutta mittaria, minkä vuoksi aineiston analyysissä ei toteutettu faktorianalyysia (Gorsuch, 1983), vaan tavoitteena oli kuvata ilmiötä, jolla voitiin tunnistaa lähiesimiehen tiedontarpeet päivittäisessä johtamisessa. Faktorianalyysin perusteella olisi saattanut jäädä pois oleellisia päivittäisen johtamisen tiedontarpeita. Tiedontarpeet perustuivat ääneen ajattelun aineiston tutkittavien kielelliseen ilmaisuun tarvittavasta tiedosta (Seitamaa-Hakkarainen, 1999), aiemassa tutkimuksessa kehitettyyn mittariin (Lundgrén-Laine ym., 2013) sekä tutkimusryhmän asiantuntijuuteen. Kuvaileva tilastollinen analyysi, yksisuuntainen varianssianalyysi (F-testi) ja kahden riippumattoman otoksen keskiarvotesti (t-testi), valittiin menetelmiksi, jotta voitiin arvioida taustamuuttujien yhteyttä tiedontarpeisiin. Tietojärjestelmän tietosisällön määrittelytyössä on tärkeä tuntee käyttäjien tarpeet (Ross-Kraft & Androwich, 2015, s. 584–585). Käytetyt menetelmät tuovat lisätietoa taustamuuttujista ja käytettyjen menetelmien avulla voi tarkentaa tulevaisuudessa järjestelmien tietosisältöjä esimerkiksi tarkentamalla eri sairaaloissa tarvittavat tiedontarpeet (keskussairaala/yliopistosairaala).

Tiedontarvekyselyn muodostamien neljän pääteeman (76 tiedontarvetta) sekä 12 alateemaan reliabiliteetti vahvistettiin Cronbachin alfan arvolla, jonka mukaan kysely mittaa kuvattavaa ilmiötä (Cronbach & Gleser, 1957). Cronbachin alfa arvo laskettiin myös tutkimuksessa tunnistetuille 41 oleelliselle tiedontarpeelle. (osatyö II) Alfa-arvon mukaan kysely kuvasi ilmiötä hyvin (vaihteluväli 0,79–0,90) (Burns, Grove, Gray, 2013, s. 392; Cronbach & Gleser, 1957; DeVellis, 2012). Tutkimusryhmän asiantuntijuutta hyödynnettiin tiedontarvekyselyn kehittämisen eri vaiheissa.

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa uusien tietojärjestelmien tietosisältöihin. Luotettavuutta lisäävänä tekijänä voidaan pitää sitä, että tutkimus on toteutettu lähiesimiesten kanssa, jotka tuntevat ilmiön. Tiedontarvekyselyn aineisto kerättiin syksyllä 2015, joten on mahdollista, että päivittäisen johtamisen käytäntöihin osastolla on tullut muutoksia.

Tiedontarvekyselyn taustatiedoissa ei kysytty lähiesimiehen taustaosastoa (pääkirurginen yksikkö/leikkaus- ja anestesiaosasto). Tämän tiedon avulla olisi ollut mahdollista analysoida myös tiedontarpeita kohdennetummin erityyppisiin ympäristöihin.

Lähiesimiehen työnkuva leikkaus- ja anestesiaosastolla (osatyö IV)

Lähiesimiehen työnkuva leikkaus- ja anestesiaosaston päivittäisessä johtamisessa tutkittiin integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla. Integroivan katsauksen menetelmällä on mahdollista tutkia ilmiötä, josta on varsin vähän tutkimusta (Whittemore & Knaffl, 2005). Aineisto kerättiin neljästä eri tietokannasta, jotka ovat keskittyneet hoito- ja terveystieteiden tutkimuksiin (Grove, Burns & Gray, 2013, s. 103). Kaikista tietokannoista saatiin samansuuntainen ja suuruinen hakutulos. Haun toteuttivat itsenäisesti kaksi tutkijaa toistaen haun samanlaisena kaikkiin tietokantoihin, mitä voidaan pitää luotettavuutta lisänä tekijänä. Ristiriitatilanteissa kolmas tutkija ratkaisi valinnan, jota voidaan pitää luotettavuutta vahvistana tekijänä. Sisäänottokriteerit pidettiin aluksi väljänä, jotta varmistuttiin ilmiön ja haun oikeellisuudesta. Kriteerejä täsmennettiin abstraktitasolla luettaessa. Tietokannoista saadut viitetiedot kirjattiin ja taulukoitiin haun edetessä. (Grove, Burns & Gray, 2013, s. 103.)

Kokotekstien valinnan jälkeen tutkimusartikkelit arvioitiin itsenäisesti kahden tutkijan toimesta laadunarviointiin kehitetyn työkalun avulla (Kmet ym., 2004). Laadunarvioinnin jälkeen molemmat tutkijat kokoontuivat ja toteuttivat Kmet ym. (2004) laadunarviointityökalun avulla tutkimusartikkelien arvioinnin sekä laskivat pistemäärät valituille tutkimuksille. Tutkijoiden laadunarviointi sekä laadullisten tutkimusten että määrällisten tutkimusten osalta osoittautui hyväksi.

Tutkimusartikkelien analyysi toteutettiin induktiivisesti ja aineistosta huomioitiin samankaltaisuuksia, jotka kirjattiin muistiin ja teemoiteltiin kolmeen pääteemaan. Tulosten kirjoittamisen yhteydessä huomioitiin, että viittaukset alkuperäisiin julkaisijoihin olivat oikein ja asianmukaiset. (Grove, Burns & Gray, 2013, s. 112.) Kirjallisuuskatsauksen haussa ei huomioitu erikseen päiväkirurgian yksiköitä. Yhteenvedoa varten tehtyyn hakuun lisättiin myös päiväkirurgian yksikköä kuvaavat hakutermit. (Liite 1.)

7.3 Tulosten hyödynnettävyys jatkotutkimuksessa sekä lähiesimiehen päivittäisessä johtamisessa

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata lähiesimiehen päivittäinen johtaminen leikkaus- ja anestesiaosastolla eri näkökulmista. Jokaisesta osatyöstä voidaan kuitenkin esittää jatkotutkimusehdotuksia sekä hyödynnettävyyttä päivittäisessä johtamisessa. Seuraavaksi esitetään tulosten hyödynnettävyyttä jatkotutkimuksessa sekä hoitotyön lähiesimiehen päivittäisessä johtamisessa leikkaus- ja anestesiaosastolla.

Tulosten hyödynnettävyys jatkotutkimuksessa

- Tutkimuksessa kuvattiin lähiesimiehen päätöksiä leikkaus- ja anestesiaosastolla. Jatkossa tulee tutkia lähiesimiehen päätöksentekotapaa (-tapoja), jolloin on mahdollista kehittää tietojärjestelmiä käyttäjälähtöiseksi.
- Tutkimuksessa kuvattiin lähiesimiehen tiedontarpeita päivittäisessä johtamisessa. Jatkossa tulee tutkia, miten tiedontarpeet ovat yhteydessä toisiinsa. Tutkimuksella on mahdollista vaikuttaa tietojärjestelmien käytettävyyteen.
- Tutkimuksessa kerättiin aineistoa todellisessa ympäristössä virka-aikana arkin. Jatkossa tulee tutkia, miten lähiesimiehen tiedontarpeet eroavat päivystysaikana. Päivystysaikana lähiesimiehet työskentelevät myös potilastyössä, jolloin työn luonne on erilainen.
- Tutkimuksen aikana havaittiin, että lähiesimiesten työskentely keskeytyi herkästi tiedon puutteesta ja päätöksenteon varmistamisesta johtuen. Jatkossa tulee tutkia, miten kehitteillä olevien tietojärjestelmillä voidaan estää puutteellisesta tiedosta johtuvaa työn keskeytymistä.
- Tutkimuksessa todettiin, että lähiesimiehen päätöksentekoon liittyy jo tehtyjen päätösten varmistamista ja tarkistamista. Jatkossa tulee tutkia, onko tietojärjestelmistä saatavalla tiedolla mahdollista vähentää päätösten varmistamista johtuvaa lisätyötä.
- Tutkimuksessa kuvattiin lähiesimiehen työnkuva päivittäisessä johtamisessa. Lähiesimiehen työnkuvan kuvauksen avulla on mahdollista jatkossa tutkia, miten työnantajan osoittamat päivittäisen johtamisen vaatimukset ovat yhteydessä tämänhetkisen työtehtävien ja taitojen kanssa.

Tulosten hyödynnettävyys leikkaus- ja anestesiaosaston päivittäisessä johtamisessa

- Lähiesimiehet ovat keskeisessä asemassa päivittäisen johtamisen onnistumisessa. Tuloksia on mahdollista hyödyntää tulevaisuudessa lähiesimiehen työnkuvan määrittelyssä.
- Tutkimus toi uutta tietoa lähiesimiehen työnkuvan vaatimuksista. Tuloksia voidaan hyödyntää myös uusien lähiesimiesten perehdytyksen tukena.
- Tulevaisuudessa lähiesimiehen koulutusta voidaan kehittää vastaamaan paremmin päivittäisen johtamisen vaatimuksia.

- Tutkimuksen tuloksia voidaan myös hyödyntää esimerkiksi työpaikkailmoituksissa kuvaamaan tämänhetkisiä ja tulevaisuuden työtehtävän vaatimuksia.

8 Johtopäätökset

Tutkimus toi uutta tietoa leikkaus- ja anestesiaosaston lähiesimiehen päivittäisestä johtamisesta. Lähiesimiehet tekevät operatiivisia ja taktisia päätöksiä päivittäisessä johtamisessa ja että päivittäisen toiminnan organisointiin yhteydessä oleva päätöksenteko on osa lähiesimiehen työnkuvaa. Tutkimus osoitti, että kaikkea tietoa päätöksentekoa varten ei ole saatavilla järjestelmistä, vaan se on lähiesimiehen muistin varassa. Lähiesimiehet kirjaavat paperille paljon asioita, kuten henkilökunnan leikkaussalisijoituksen vuoron aikana osastolla. Mm. AORN ja EORNA -järjestöt ovat kuvanneet aiemmin hoitotyön osaamisvaatimukset mutta lähiesimiehen osaamiskuvaus on ollut vähäisempää. Tutkimuksessa laadittu työnkuva kirjallisuuden mukaan tukee EORNAn laatimia osaamisvaatimuksia lähiesimiestyöhön.

Tutkimukseen osallistuneet lähiesimiehet tekivät vuoron aikana päivittäisessä johtamisessa lukuisia operatiivisia eli välittömiä ja lyhyen aikavälin päätöksiä sekä taktisia eli pitkän aikavälin päätöksiä. Välittömät päätökset liittyivät sen hetkiseen toimintaan osastolla, kun taas lyhyen aikavälin päätökset koskivat tulevan toiminnan suunnittelua. Kauaskantoiset päätökset koskivat henkilökuntaresurssien suunnittelua, hoitotyön kehittämistä ja osaston taloutta.

Päätöksentekoon sisältyi paljon asioiden varmistamista. Lisäksi päätöksiä tehtiin myös yhdessä osaston lääkäreiden ja oman esimiehen kanssa sekä hoitajia osallistamalla. Tiedon sujuvaa siirtoa on mahdollista parantaa tietojärjestelmällä, jolloin asioiden kaksoistarkastamista voidaan vähentää. Tämä säästäisi myös aikaa.

Päivittäisessä johtamisessa operatiivinen ja taktinen päätöksenteko tapahtui samanaikaisesti ja keskeytyi herkästi. Työn keskeytymistä tapahtui pääsääntöisesti lähiesimiehen laatiessa toimenpidesuunnitelmaa seuraavalle tai lähipäiville. Tutkimuksessa havaittiin myös, että lähiesimiehet joutuivat vuoron alkaessa muuttamaan edellisenä päivänä tehtyä toimenpidesuunnitelmaa.

Ääneenajattelun menetelmä mahdollisti sellaisten päätösten ja hiljaisen tiedon näkyvyyden, joita ei mahdollisesti olisi saavutettu muulla menetelmällä. Menetelmä soveltuu akuuttihoiton ympäristöön, jossa tilanteet ovat nopeatempoisia ja vaihtuvat herkästi.

Tutkimuksessa kuvattiin päivittäisen johtamisen päätöksenteossa tarvittavat tiedot. Tulosten avulla on mahdollista muokata tietojärjestelmiä käyttäjälähtöisiksi. Tutkimuksen aineistonkeruu osoitti, että lähiesimiehillä on käytössä useita järjestelmiä päivittäisen johtamisen tukena. Tutkimus osoitti, että johtamiskokemuksella on vähäinen yhteys päivittäisen johtamisen tiedontarpeisiin. Organisatorisilla tekijöillä oli myös vain vähän yhteyttä tiedontarpeisiin.

Lähiesimiehen työnkuvaa on kuvattu tutkimuksissa vähän. Leikkaus- ja anestesiaosastojen toiminta on epävarmaa ja tilanteet muuttuvat äkillisesti, joten päivittäisen johtamisen tulee olla tarkkaan aikataulutettua ja lähiesimiesten tulee voida ennustaa tilanteiden muuttuminen tietojärjestelmien avulla. Lähiesimiehen työnkuvan selkiyttäminen voi myös edistää potilasturvallisuutta.

Kiitokset

Tutkimus on tehty Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa hoitotieteen laitoksella. Tutkimusta rahoittivat Akavan sairaanhoitajat ja Taja ry., Anestesia- ja sairaanhoitajat ry., Hoitotieteen tohtoriohjelma, Sairaanhoitajien koulutussäätiö, Turun Yliopistosäätiö, Työsuojelurahasto sekä Valtion tutkimusrahoitus. Kiitän saamastani rahoituksesta.

Laitosjohtaja, professori Helena Leino-Kilpeä kiitän lämpimästi laajasta hoitotieteen asiantuntijuudesta sekä valmiuksista, jotka sain opintojeni aikana sekä työskennellessäni laitoksella perus- ja jatkokoulutuksen tehtävissä.

Kunnioittavimmat kiitokseni osoitan pääohjaajalleni, dosentti Kristiina Junttilalle ja ohjaajalleni, varadekaani, professori Sanna Salanterälle. Kristiinan laaja-alainen ja tarkka perioperatiivisen hoitotyön ja tieteen osaaminen mahdollistivat tämän tutkimuksen valmistumisen. Sannan tieteellinen ajattelu on ollut inspiroivaa jo masteriopintoistani alkaen. Olette tukeneet ja neuvoneet tutkimuksen kaikissa vaiheissa ja opettaneet kriittistä ajattelua. Jokainen ohjaus on päättynyt onnistumisen tunteeseen ja olette löytäneet asioista aina valoisian puolen myös haasteellisina hetkinä.

Esitarkastajat dosentti Päivi Kankkunen, professori Camilla Koskinen ja professori Kaija Saranto, teitä haluan kiittää perusteellisesta ja huolellisesta tarkastustyöstä. Professori Sarantoa kiitän kannustavasta keskustelusta työn loppuunsaattamiseksi. Seurantaryhmän jäsentä, TtT Kaarina Torppaa kiitän kannustuksesta tutkimuksen eteenpäin saattamisessa.

Kiitän lähiesimiestäni, tutkimusjohtaja, professori Päivi Rautavaa kannustavasta tuesta ja tutkimusvapaiden mahdollistamisesta Tyksin sairaalassa. Sinulla on työhuoneesi ovi aina auki ja ehdit jutella hetken muun kiireen keskellä.

Kiitän lämpimästi tilastotieteilijä, FT Janne Engblomia tuesta tilastollisten menetelmien hallinnassa ja tutkimusaineiston analyysissä. Kanssakirjoittajiani dosentti Heljä Lundgrén-Lainetta, TtT Laura-Maria Peltosta ja TtM Henry Suhosta haluan kiittää arvokkaista kommentteista käsikirjoitusten valmistuessa tutkimusartikkeleiksi. Heljän innostamana tein pro gradu -tutkielmani ääneen ajattelu -menetelmällä. Laura-Mariaa haluan kiittää yhteisestä tutkimuskiinnostuksesta ja hyvästä seurasta useilla konferenssi- ja kesäkoulumatkoilla. Kiitän Henryä osallistumisesta

kirjallisuuskatsauksen toteuttamiseen ja kommentoinnista tutkimusartikkeleiden laadunarvioinnissa.

Kiitokset HVM Carola Arjatsalo, PhD Camilla Göras, ja HVM Ann-Sofie Silvennoinen tutkimuksessa laaditun tiedontarvekyselyn ruotsin kielen tarkastamisesta ja oikoluvusta. Haluan kiittää kaikkia tutkittavia, jotka teitte lukuisia päätöksiä ja haitte tietoa tämän tutkimuksen tavoitteen onnistumiseksi!

Kiitän hoitotieteen laitoksen henkilökuntaa tuesta ja kannustustavasta ilmapiiristä opiskeluani kohtaan. Tero Vesasta kiitän opintojen aikana saadusta avusta työn teknisessä toteutuksessa. Työkaverit Tyksissä, Terveyskampuksessa, SPARK Finland -verkostossa ja GREAT -hankkeessa, kiitokset teille innovatiivisesta yhteistyöstä ja työyhteisöstä!

Kiitos tutkijakollegat TtM Hanna Heino, TtM Kristiina Heikkilä, TtT Kati Kulju, TtM Minna Laiti, TtM Riitta Mieronkoski, TtM Satu Poikajärvi, TtM Maria Pulkkinen, TtT Satu Rauta ja TtT Outi Tuominen sekä kaikki vuosien varrella kohtaamani viisaat tutkijat tuesta seminaareissa. Katin kanssa kannustimme toisiamme, ”yksi asia kerrallaan, monta peräkkäin!”

Jälkiviisaat dosentti Anna Axelin sekä terveystieteiden tohtorit Hannakaisa Niela-Vilén, Sanna Koskinen, Lotta Hamari, Heidi Parisod, Anni Pakarinen ja Laura-Maria Peltonen. Kiitos, että olette myötäeläneet ja tukeneet matkan varrella niin seminaareissa, Kurjenrahkan polulla kuin Zoom -kahvilla.

Kiitän Dominante ja CCA -kuoroja upeista kokemuksista musiikin parissa. Dominantelaisten kanssa laulettu, naurettu ja koettu hetket lavalla, lavan takana ja maailman laidalla ovat pilkkeenä silmissäni vielä alumnikuorolaisena!

Betsy, Ira, Valpuri, Riina, Riikka, Hans, Satu, Eeva, Elina, Minna, Juuso, Katriina ja Ville. Kiitos teidän kaikkien ystävyystyöstä. Betsylle osoitan kiitokset englannin kielen oikoluvusta jo opintojen alkuvaiheesta asti.

Juha-Pekkaa haluan kiittää kannustamisesta ja tukemista tutkimuksen valmistuksessa. Ennen kaikkea kiitän sinua arjen huumorista kanssasi!

Veljeäni Waltteria kiitän tutkimustyöhön liittyvistä neuvoista, joita en saanut, kun pyysin, mutta jotka annoit, kun niitä tarvitsin. Kiitos harkituista näkemyksistäsi. Marjaana sekä lapset Iiris ja Veikka, olette minulle tärkeitä <3

Syvimmän kiitokseni osoitan äidilleni Liisalle ja isälleni Markulle. Kotoa saatu oppi asioiden loppuun saattamisesta on mahdollistanut tutkimukseni valmistumisen. Opin myös, että aina ennen lopullista päätöstä on hyvä kysyä äidin mielipide. Niin kauan kuin isän muistia riitti, hän odotti tutkimukseni valmistumista. Isä nukkui pois 13. heinäkuuta 2020.

Marraskuun 21. päivä 2020

Eriikka

Lähdeluettelo

- Aitken, L. M., Marshall, A., Elliott, R., & McKinley, S. (2011). Comparison of 'think aloud' and observation as data collection methods in the study of decision making regarding sedation in intensive care patients. *International Journal of Nursing Studies*, 48(3), 318–325. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.07.014
- Akavan sairaanhoitajat ja Taja ry. (2014). *Hoitotyön johtamisen valtakunnalliset linjaukset*. Saatavana sähköisenä. http://www.taja.fi/site/assets/files/1302/hoitotyon-johtamisen-valtakunnalliset-linjaukset_2014_1.pdf
- AORN, Association of periOperative Registered Nurses. (2015). *Standards of perioperative nursing*. Saatavana sähköisenä. <https://www.aorn.org/guidelines/clinical-resources/aorn-standards>
- Batson, V. D., & Yoder, L. H. (2012). Managerial coaching: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1658–1669. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05840.x
- Baumgart, A., Schupferb, G., Welker, A., Benderd, H.-J., & Schleppers, A. (2010). Status quo and current trends of operating room management in Germany. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 23(2), 193–200. doi:10.1097/ACO.0b013e328336b8b4
- Beaussier, M., Albaladejo, P., Sciard, D., Jouffroy, L., Benhamou, D., Ecoffey, C., Aubrun, F., SFAR committee of ambulatory anaesthesia. (2017). Operation and organisation of ambulatory surgery in France. Results of a nationwide survey; The OPERA study. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medication*, 36(6), 353–357. doi:10.1016/j.accpm.2017.07.003
- Benner, P., & Tanner, C. (1987). Clinical judgment: How expert nurses use intuition. *The American Journal of Nursing*, 87(1), 23–31.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Brixey, J. J., Tang, Z., Robinson, D. J., Johnson, C. W., Johnson, T. R., Turley, J. P.... Zhang, J. (2008). Interruptions in a level one trauma center: A case study. *International Journal of Medical Informatics*, 77(4), 235–241. doi:10.1016/j.ijmedinf.2007.04.006
- Brown, A., Crookes, P., & Dewing, J. (2016). Clinical leadership development in a pre-registration nursing curriculum: What the profession has to say about it. *Nurse Education Today*, 36, 105–111. doi:10.1016/j.nedt.2015.08.006
- Cardoen, B., Demeulemeester, E., & Beliën, J. (2010). Operating room planning and scheduling: A literature review. *European Journal of Operational Research*, 201(3), 921–932. doi:10.1016/j.ejor.2009.04.011
- Cronbach, L. J., & Gleser, G. C. (1957). *Psychological tests and personnel decisions*. Urbana, Illinois: University of Illinois Press.
- Childers, C. P., & Maggard-Gibbons, M. (2018). Understanding costs of care in the operating room. *Journal of the American Medical Association surgery*, 153(4):e176233. doi: 10.1001/jamasurg.2017.6233: 10.1001/jamasurg.2017.6233
- Choo, C., W. (1996). The knowing organization: How organizations use information to construct meaning, create knowledge and make decisions. *International Journal of Information Management* 16(5), 329–340. doi: org/10.1016/0268-4012(96)00020-5

- Choo, C., W. (2002). Information management for the intelligent organization: The art of scanning the environment. Review. Information Today. (kolmas painos). Medford. Yhdysvallat.
- DeVellis, R. (2012). *Scale development: Theory and applications* (kolmas painos). Lontoo, Iso-Britannia: Sage.
- Dexter, F. (2020). *College of medicine curriculum vitae*. Saatavana sähköisenä. <https://www.franklin-dexter.net/PDF%20Files/cv.pdf>
- Dexter, F., & Epstein, R. (2015). Associated roles of perioperative medical directors and anesthesia: Hospital agreements for operating room management. *Anesthesia & analgesia*, 121(6), 1469–78. doi:10.1213/ANE.0000000000001011.
- Dexter, F., Shi, P., & Epstein, R. (2012). Descriptive study of case scheduling and cancellations within 1 week of the day of surgery. *Anesthesia & Analgesia*, 115(5), 1188–1195. doi: 10.1213/ANE.0b013e31826a5f9e
- Dexter, F., Wachtel, R., & Epstein, R. (2011). Event-based knowledge elicitation of operating room management decision-making using scenarios adapted from information systems data. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 11(2), 1–13. doi: 10.1186/1472-6947-11-2
- Dillon, S. M. (1998). *Descriptive decision-making: Comparing theory with practice*. Department of Management Systems. University of Waikato. New Zealand. Saatavana sähköisenä <http://orsnz.org.nz/conf33/papers/p61.pdf>,
- Di Martinelly, C., Baptiste, P., & Maknoon, M. (2014). An assessment of the integration of nurse timetable changes with operating room planning and scheduling. *International Journal of Production Research*, 52(24), 7239–7250. doi:10.1080/00207543.2014.916827
- Doebbeling, B. N., Burton, M. M., Wiebke, E. A., Miller, S., Baxter, L., Miller, D., Alvarez, J., & Pekny, P. (2012). Optimizing perioperative decision making: improved information for clinical workflow planning. *AMIA Annual Symposium Proceedings*, 154–163.
- Douglas, M., & Celli, M. (2015). *System life cycle: A framework*. Teoksessa: Saba, V. K., & McCormick, K. A. (toim.) Essentials of nursing Informatics. (kuudes painos). McGraw-Hill Companies. Yhdysvallat.
- Döös, M., Vinell, H., & von Knorring, M. (2017). Going beyond "two-getherness": Nurse managers' experiences of working together in a leadership model where more than two share the same chair. *Intensive Critical Care Nursing*, 43, 39–46. doi: 10.1016/j.iccn.2017.04.009.
- Eduardo, E., Peres, A. M., de Lourdes de Almeida, M., de Dea Roglio, K., & Bernardino, E. (2015). Analysis of the decision-making process of nurse managers: A collective reflection. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(4), 582–588. doi:org/10.1590/0034-7167.2015680414i
- Effken, J. A., Verran, J. A., Logue, M. D., & Hsu, Y-C. (2010). Nurse managers' decisions: Fast and favoring remediation. *Journal of Nursing Administration*, 40(4), 188–195. doi:10.1097/NNA.0b013e3181d40f7c
- Elstein, A. S., Shulman, L. S., & Sprafka, S. A. (1978). *Medical problem solving: An analysis of clinical reasoning*. Cambridge, Iso-Britannia: Harvard University Press.
- EORNA, European Operating Room Nurses Association. (2019). *Eorna common core curriculum for perioperative nursing*. Saatavana sähköisenä. <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2019/05/EORNA-core-curriculum-version-2019.pdf>
- ETENE, Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. (2006). *Tutkimuksen eettinen arviointi Suomessa*. Vantaa: Kirjapaino Keili Oy.
- Fathian, A., Emami, H., Moghaddasi, H., Kazemi, K., & Rabiei, R. (2019). Features of nursing management information systems: A systematic review. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*, 21(2), 15773–15781. doi: 10.26717/BJSTR.2019.21.003582
- Fernandes, M., Vieira, S. M., Leite, F., Palos, C., Finkelstein, S., & Sousa, J. M. C. (2020). Clinical decision support systems for triage in the emergency department using intelligent systems: A review. *Artificial Intelligence In Medicine*, 102; 101762. doi:10.1016/j.artmed.2019.101762.
- Finto. Tieto. (2018). Suomalainen asiasanasto. Saatavana sähköisenä. <https://finto.fi/tt/fi/page/t117>

- Finto. Tietojärjestelmä. (2018). Suomalainen asiasanasto. Saatavana sähköisenä. <https://finto.fi/tt/fi/page/t79>
- Fonteyn, M. E., Kuipers, B., & Grobe, S. J. (1993). A description of think aloud method and protocol analysis. *Qualitative Health Research. An International, Interdisciplinary Journal*, 3(4), 430–441.
- Furtado, L. C. R., Batista, M. D. G., & Silva, F. J. F. (2011). Leadership and job satisfaction among Azorean hospital nurses: An application of the situational leadership model. *Journal of Nursing Management*, 19(8), 1047–1057. doi:10.1111/j.13652834.2011.01281.x
- Gorsuch, R. L. (1983). *Factor analysis*. (toinen painos). Erlbaum. New Jersey.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112.
- Grant, J., & Davis, L. L. (1997). Selection and use of content experts for instrument development. *Research in Nursing & Health*, 20(3), 269–274. doi:10.1002/(SICI)1098-240X(199706)20:33.0.CO;2-G
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. (seitsemäs painos). Philadelphia. Yhdysvallat: Elsevier.
- Guerriero, F., & Guido, R. (2011). Operational research in the management of the operating theatre: A survey. *Health Care Management Science*, 14(1), 89–114. doi:10.1007/s10729-010-9143-6
- Gunawan, J., & Aunguroch, Y. (2018). Factors contributing to managerial competence of first-line nurse managers: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 24:e12611. 1–12. doi:10.1111/ijn.12611.
- Gurses, A. P., Xiao, Y., & Hu, P. (2009). User-designed information tools to support communication and care coordination in a trauma hospital. *Journal of Biomedical Informatics*, 42(4), 667–677. doi:10.1016/j.jbi.2009.03.007
- Gutenstein, M., Pickering, J., & Than, M. (2018). Development of a digital clinical pathway for emergency medicine: Lessons from usability testing and implementation failure. *Health Informatics Journal*, 15, 1:1460458218779099. doi:10.1177/1460458218779099
- Gür, S., & Eren, T. (2018). Application of operational research techniques in operating room scheduling problems: Literature overview. *Journal of Healthcare Engineering*, 3, 1–15. doi:org/10.1155/2018/5341394
- Hamm, R. M. (1988). *Clinical intuition and clinical analysis: Expertise and cognitive continuum*. Teoksessa: Dowie, J., & Elstein, A. (toim.) Professional judgment: A reader in clinical decision making. Cambridge. Iso-Britannia: Univeristy press,
- Holm, A. L., Berland, A. K., Birkeland, A. K., & Severinsson, E. (2018). First-line nurse managers' perceptions of the challenges involved in decision-making when older patients' wish to die. *Nursing Open*, 5(2), 217–223. doi: 10.1002/nop2.131
- Hosseini, N., & Taaffe, K. M. (2015). Allocating operating room block time using historical caseload variability. *Health Care Management Science*, 18(4), 419–430. doi:10.1007/s10729-014-9269-z
- HUS, Helsingin yliopistollinen sairaala. (2015). *Kelpoisuusehdot*. Saatavana sähköisenä. <https://www.hus.fi/tyopaikat/hakuohjeet-ja-kelpoisuusehdot/Documents/Kelpoisuusehdot%2012022015.pdf>
- Joos, I., & Nelson, R. (2015). *Data and data processing*. Teoksessa: Saba, V. K., & McCormick, K. A. (toim.) Essentials of nursing Informatics. (kuudes painos). Yhdysvallat: McGraw-Hill Companies.
- Kantanen, K. (2017). Kuntasektorilla toimivien hoitotyönjohtajien johtamisosaaminen ja sen muutos. Akateeminen väitöskirja. 2254. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Tampereen yliopisto.
- Karathanasi, K., Prezerakos, P., Malliarou, M., Siskou, O., & Kaitelidou, D. (2014). Operating room nurse managers competencies in Greek hospital. *Clinical Nursing Studies*, 2(2), 16–29. doi:10.5430/cns.v2n2p16
- Karhumäki, T., Hirvonen, K., & Ylitupa, E. (2017). *Välinehuolto*. Välinehuolto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

- Kianto, A., Ritala, P., Spender, J.-C., & Vanhala, M. (2014). The interaction of intellectual capital assets and knowledge management practices in organizational value creation. *Journal of Intellectual Capital*, 15(3), 362–375. doi:10.1108/JIC-05-2014-0059
- Kmet, L., Lee, R., & Cook, L. (2004). *Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields*. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR). AHFMR - HTA Initiative #13.
- Kondrat, B. (2001). Operating room nurse managers – competence and beyond. *AORN Journal*, 73(6), 1116, 1119, 1121–1124, 1126–1127, 1129–1130. doi:10.1016/S0001-2092(06)61838-3
- Kontio, E., Lundgrén-Laine, H., Kontio, J., Korvenranta, H., & Salanterä, S. (2013). Information utilization in tactical decision making of middle management health managers. *Computers, Informatics, Nursing*, 31(3), 9–16. doi:10.1097/NXN.0b013e318261f192
- Kroezen, M., Dussault, G., Craveiro, I., Dieleman, M., Jansen, C., Buchan, J., Barriball, L., Rafferty, A. M., Bremner, J., & Sermeus, W. (2015). Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research. *Health Policy*, 119(12), 1517–1528. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.08.003.
- Kruse, C. S., Goswamy, R., Raval, Y., & Marawi, S. (2016). Challenges and opportunities of big data in health care: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 4(4): e38. doi:10.2196/medinform.5359
- Kuhn, T. (1994). Tieteellisen vallankumouksen rakenne. (The structure of scientific revolutions). Suomentanut Pietiläinen, K. Helsinki: Art House.
- Kuntaliitto, 2019. *Erikoissairaanhoido*. Saatavana sähköisenä. <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/terveydenhuolto/erikoissairaanhoido>
- Kuzmiesky, C., & Bush, P. (2013). Coordination considerations of healthcare information technology. *Studies in Health Technology and Informatics*, 194, 133–138. doi:10.3233/978-1-61499-293-6-133
- KVTES, Kunnallinen virka- ja työehtosopimus 2018-2019. Saatavana sähköisenä. <https://www.kt.fi/sopimukset/kvtes/2018/liite-3-terveydenhuollon-hoitohenkilöstö>
- Kylkilähti, T. (2004). *Siivoustyö*. Kirjassa: *Uudistuva laitoshuolto*. Kuntaliitto. Gummerrus kirjapaino Oy. Helsinki. Jyväskylä.
- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Leocadio, M. C., Van Bogaert, P., & Cummings, G. G. (2018). Stress and ways of coping among nurse managers: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), 1346–1359. doi: [org/10.1111/jocn.14165](https://doi.org/10.1111/jocn.14165)
- Laki Terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (559/1994). Saatavana sähköisenä. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Laki Tietosuojasta (1050/2018). Saatavana sähköisenä. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050>.
- Lammintakanen, J., Saranto, K., & Kivinen, T. (2010). Use of electronic information systems in nursing management. *International Journal of Medical Informatics*, 79(5), 324–331. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2010.01.015.
- Laukkanen, L., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2016). Solving work-related ethical problems. *Nursing Ethics*, 23(8), 838–850. doi: 10.1177/0969733015584966.
- Lauri, S., & Salanterä, S. (1998). Decision-making models in different fields of nursing. *Research in Nursing & Health*, 21(5), 443–452 doi:org/10.1002/(SICI)1098-240X(199810)21:5<443::AID-NUR7>3.0.CO;2-N
- Levine, W., & Dunn, P. (2015). Optimizing operating room scheduling. *Anesthesiology Clinics*, 33(4), 697–711. doi:10.1016/j.anclin.2015.07.006.
- Liljamo, P. (2018). Kliinisen ja hallinnollisen hoitotiedon vastaavuus: hoitoisuustiedon luotettavuus ja rakenteisen hoitokertomustiedon toisiokäytön mahdollisuudet hoitoisuuden määrittämisessä. Akateeminen väitöskirja. No 182. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto.

- Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Hiivala, K., Savo, M., & Salomäki, T. (2012). *Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle*. Hoitotyön tutkimussäätiö, Hotus. Saatavana sähköisenä. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/kk-heraamohoito.pdf>
- Lundgrén-Laine, H. (2013). Immediate decision-making and information needs in intensive care coordination. Akateeminen väitöskirja. Ser. D – osa. 1059. Lääketieteellinen tiedekunta, Turun yliopisto. Turku.
- Lundgrén-Laine, H., Kontio, E., Kauko, T., Korvenranta, H., Forsström, J., & Salanterä, S. (2013). National survey focusing on the crucial information needs of intensive care charge nurses and intensivists: Same goal, different demands. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13:15, doi:10.1186/1472-6947-13-15.
- Lundgrén-Laine, H., & Salanterä, S. (2010). Think-aloud technique and protocol analysis in clinical decision-making research. *Qualitative Health Research*, 20(4), 565–575. doi:10.1177/1049732309354278
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382–385. doi:10.1097/00006199-198611000-00017
- Macario, A. (2010). What does one minute of operating room time cost? *Journal of Clinical Anesthesia*, 22(4), 233–236. doi:10.1016/j.jclinane.2010.02.003.
- Marjamaa, R. (2007). Kohti leikkaussalin tuloksellista toiminnanohjausta. Akateeminen väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto. Helsinki.
- Marjamaa, R., & Kirvelä, O. (2007). Who is responsible for operating room management and how do we measure how well we do it? *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 51(7), 809–814. doi:10.1111/j.1399-6576.2007.01368.x
- Markkanen, K., & Tuomisoja, A. (2014). *Johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Selvitys tehyläisten johtajien ja esimiesten näkemyksistä. Tehyn julkaisusarja, B 1:14. Vantaa: Multiprint Oy.
- Martin, G. P., & Waring, J. (2012). Leading from the middle: Constrained realities of clinical leadership in healthcare organizations. *Health*, 17(4), 358–374. doi:10.1177/1363459312460704 .
- McCallin, A. M., & Frankson, C. (2010). The role of charge nurse managers: A descriptive exploratory study. *Journal of Nursing Management*, 18(3), 319–325. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01067.x
- McGeorge, N., Hegde, S., Berg, R. L., Guarrera-Schick, T. K., LaVergne, D. T., Casucci, S. N. ...Bisantz, A. (2015). Assessment of innovative emergency department information displays in a clinical simulation center. *Journal of Cognitive Engineering and Decision Making*, 9(4), 329–346. doi:10.1177/1555343415613723 2015.
- McPeake, J., Bateson, M., & O'Neill, A. (2014). Electronic surveys: How to maximise success. *Nurse Research*, 21(3), 24–26. doi:10.7748/nr2014.01.21.3.24.e1205.
- Miller, A., & Buerhaus, P. I. (2013). The changing nature of ICU charge nurses' decision making: From supervision of care delivery to unit resource management. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 39(1), 38–47. doi:10.1016/S1553-7250(13)39007-2.
- Miller, A., Weinger, M., Buerhaus, P., & Dietrich, M. (2010). Care coordination in intensive care units: Communicating across information spaces. *Human factors*, 52(2), 147–161. doi:10.1177/0018720810369149.
- Miranda, V., & Tarapanoff, K. (2008). Information needs and information competencies: a case study of the off-site supervision of financial institutions in Brazil. *Information research*, 13(2). Saatavana sähköisenä. <http://informationr.net/ir/13-2/paper344.html>
- Moss, J., & Xiao, Y. (2004). Improving operating room coordination. Communication pattern assessment. *Journal of Nursing Administration*, 34(2), 93–100. doi:10.1097/00005110-200402000-00008.
- Murtola, L., Lundgrén-Laine, H., & Salanterä, S. (2013). Information systems in hospitals: A review article from a nursing management perspective. *International Journal of Networking and Virtual Organisations*, 13(1), 81–100. doi:10.1504/IJNVO.2013.058441.

- Narinen, A. (2000). Terveysthuollon osastonhoitajan työn sisältö tällä hetkellä ja tulevaisuudessa. Tutkimus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osastonhoitajien sekä ylihoitajien mielipiteistä. Akateeminen väitöskirja. 1/2000. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Helsinki.
- NCBI, The National Center for Biotechnology Information. (1998). Perioperative care. Medical Subject Headings. Saatavana sähköisenä. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Perioperative+care>
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1995). *The knowledge creating company*. New York: Oxford University Press.
- Nyssen, A. S. (2007). Coordination in hospitals: Organized or emergent process? *Cognition, Technology & Work*, 9(3), 149–154. doi:10.1007/s10111-006-0053-9
- Omotayo, F. (2015). Knowledge management as an important tool in organisational management: a review of literature. *Library Philosophy and Practice (e-journal)*. 1238. 1–23. <http://digitalcommons.unl.edu/libphilprac/1238>.
- Pegram, A. M., Grainger, M., & Sigsworth, J. (2014). Strengthening the role of the ward managers: A review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 685–696. doi:10.1111/jonm.12047.
- Peltokorpi, A., Torkki, P., Kämäräinen, V., & Hynnen, M. (2009). Improving economic efficiency of operating rooms: Production planning approach. *International Journal of Services and Standards*, (5)3, 199–213.
- Peltonen, L-M. (2018). Information needs in the day-to-day operations management of hospital units. Sarja, D, osa.1372. Akateeminen väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto. Turku.
- Peltonen, L-M., Junttila, K., & Salanterä, S. (2019). Nursing leaders' satisfaction with information systems in the day-to-day operations management in hospital units. *Studies in Health Technology and Informatics*, 250, 203–207. doi:10.3233/978-1-61499-872-3-203.
- Peltonen, L-M., Siirala, E., Junttila, K., Lundgrén-Laine, H., Vahlberg, T., Löyttyniemi, E., Aantaa, R., & Salanterä, S. (2018). Information needs in day-to-day operations management in hospital units: A cross-sectional national survey. *Journal of Nursing Management*, 27(2), 233–244. doi:10.1111/jonm.12700.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2004). *Nursing research. Principles and methods*. (seitsemäs painos). Lippincott, Williams & Wilkins. Philadelphia.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 489–497. doi:10.1002/nur.20147.
- Pulido, R., Aguirre, A. M., Ortega-Mier, M., García-Sánchez, A., & Méndez, C. A. (2014). Managing daily surgery schedules in a teaching hospital: A mixed-integer optimization approach. *BMC Health Services Research*, 14:464. 1–13. doi:10.1186/1472-6963-14-464.
- Ramseur, P., Fuchs, M., Edwards, P., & Humphreys, J. (2018). The implementation of a structured nursing leadership development program for succession planning in a health system. *Journal of Nursing Administration*, 48(1), 25–30. doi:10.1097/NNA.0000000000000566.
- Ranade-Kharkar, P., Weir, C., Norlin, C., Collins, S., Scarton L. A., Baker, G. ... Del Fiol, G. (2017). Information needs of physicians, care coordinators, and families to support care coordination of children and youth with special health care needs (CYSHCN). *Journal of the American Medical Informatics Association*, 24(5), 933–941. doi:10.1093/jamia/ocx023.
- Rauta, S. (2019). Nursing intensity and nurse staffing in perioperative settings. Akateeminen väitöskirja. Sarja D. Osa 1413. Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto. Turku.
- Rauta, S., Salanterä, S., Vahlberg, T., & Junttila, K. (2017). The criterion validity, reliability, and feasibility of an instrument for assessing the nursing intensity in perioperative settings. *Nursing Research and Practice*, 1048052. doi: 10.1155/2017/1048052
- Riege, A. (2005). Three-dozen knowledge-sharing barriers managers must consider. *Journal of Knowledge Management*, 9(3), 18–35. doi:10.1108/13673270510602746

- Ross-Kraft, M., & Androwich, I. M. (2015). *Incorporating evidence: Use of computer-based clinical decision support systems for health professionals*. Teoksessa: Saba, V. K., & McCormick, K. A. (toim.) *Essentials of nursing Informatics*. (kuudes painos). Yhdysvallat: McGraw-Hill Companies.
- Rowley, J. (2007). The wisdom hierarchy: Representations of the DIKW hierarchy. *Journal of Information Science*, 33(2), 163–180. doi:10.1177/0165551506070706.
- Rudolfsson, G., & Flensner, G. (2012). Suffering with other – the perspective of perioperative nurse leaders. *Journal of Nursing Management*, 20(2), 278–286. doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01341.x
- Rudolfsson, G., von Post, I., & Eriksson, K. (2007). The development of caring in the perioperative culture. Nurse leaders' perspective on the struggle to retain sight of the patient. *Nursing Administration Quarterly*, 31(4), 312–324. doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01341.x.
- Sairaanhoitajaliitto. (2020). *Sairaanhoitajan monet eri urapolut*. Saatavana sähköisenä. <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/sairaanhoitajan-monet-eri-urapolut/>
- Saleem, N., Steel, D., Gercek, G., & Chandra, A. (2017). Significance of user participation in a hospital information system success: Insights from a case study. *Health Care Manager*, 36(2), 199–205. doi:10.1097/HCM.0000000000000156.
- Samal, L. Dykes, P. C., Greenberg, J. O., Hasan, O., Venkatesh, A. K., Volk, L. A. & Bates, D. W. (2016). Care coordination gaps due to lack of interoperability in the United States: a qualitative study and literature review. *BMC Health Services Research*, 16(143), 1–8. doi: 10.1186/s12913-016-1373-y
- Sandelowski, M. (2000). Focus on research methodology. Whatever happened to the qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334–340. doi:10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G.
- SASH, Suomen anestesia- ja sairaanhoitajat ry. (2017). *Osaamisvaatimukset*. Saatavana sähköisenä. <https://sash.fi/julkaisut/osaamisvaatimukset/>
- Schroeder, M., & Worrall-Carter, L. (2002). Perioperative managers: Role stressors and strategies for coping. *Contemporary Nurse*, 13(2-3), 229–237. doi:10.5172/conu.13.2-3.229.
- Seeck, H. (2008). *Johtamisopit Suomessa: taylorismista innovaatioteorioihin*. Gaudeamus Helsinki University Press.
- Seitamaa-Hakkarainen, P. (1999). *Ääneenajattelumenetelmä*. Metodix –artikkelit. Saatavana sähköisenä. <https://metodix.fi/2014/05/19/seitamaa-hakkarainen-protokolla-analyysi/>
- Sherman, R., Patterson, P., Avitable, T., & Dahle, J. (2014). Perioperative nurse leader perspectives on succession planning. *Nursing Economics*, 32(4), 186–193, 203.
- Shirey, M. R., McDaniel, A. M., Ebright, P. R., Fisher, M. L., & Doebbeling, B. N. (2010). Understanding nurse managers stress and work complexity: Factors that make a difference. *Journal of Nursing Administration*, 40(2), 82–91. doi:10.1097/NNA.0b013e3181cb9f88.
- Shirey, M. R., Ebright, P. R., & McDaniel, A. M. (2013). Nurse manager cognitive decision-making amidst stress and work complexity. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 17–30. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01380.x.
- Sitra. (2014). *Sosiaali- ja terveystieteiden tietojohdantamisen käsikirja*. Helsinki: Erweko.
- Sjöholm, M. (2019). *Sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien tammi-joulukuu 2018. Yhteenvetoa kysynnästä, tuotannosta ja taloudesta*. Saatavana sähköisenä. <https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Sairaaloiden%20ja%20sairaanhoitopiirien%20tammi-joulukuu%202018.pdf>
- Siirala, E., Peltonen, L.-M., Lundgrén-Laine, H., Salanterä, S., & Junttila, K. (2016). Nurse managers' decision-making in daily unit operation in peri-operative settings: a cross-sectional descriptive study. *Journal of Nursing Management*, 24(6), 806–815. doi:10.1111/jonm.12385
- Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2010). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 268–274. doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x
- Surakka, (2006). *Osastonhoitajan työ erikoissairaanhoidossa 1990-luvulla ja 2000-luvulla - toimivalta, vastuullisuus ja asiantuntijuus lähijohtajuudessa*. 1172. Akateeminen väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto. Tampere.

- Surani, Z., John, M., Solano-López, A. L., Gbenro, V., Slodan, L., & Strudwick, G. (2019). Role played and strategies employed by managers to support point-of-care nurses' use and adoption of health information technology: A scoping review. *Nursing Leadership*, 32(2), 85–101. doi:10.12927/cjnl.2019.25959.
- Standley, D. 2009. Leadership behind the mask. *ACORN*, 22(1), 14–22.
- STM, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. (2009). *Vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön toimintaohjelma 2009-2011*. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 18:2009. Saatavana sähköisenä. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74335/URN%3aNBN%3afi-fe201504226780.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- STM, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. (2016). *Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025*. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2016. Helsinki. Saatavana sähköisenä. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/75526>
- TENK, Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2019). *Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa*. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. Helsinki.
- Torkki, P., Alho, A., Peltokorpi, A., Torkki, M., & Kallio, P. (2006). Managing urgent surgery as a process: Case study of a trauma center. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 22(2), 255–260.
- Tsai, M. H., Sanford, J. A., Black, I. H., Boggs, S. D., & Urman, R. D. (2017). Operating room management at the edge of order and chaos. *Medical Practice Management*, 32(4), 250–255.
- Tsang, K. K. (2012). The use of midpoint on Likert scale: The implications for educational research. *Hong Kong Teachers' Centre Journal*, 11, 121–130.
- Tuominen, O., Lundgrén-Laine, H., Kauppila, W., Hupli, M., & Salanterä, S. (2016). A real-time Excel-based scheduling solution for nursing staff reallocation. *Nursing Management*, 30;23(6), 22–29 doi: 10.7748/nm.2016.e1516
- Tuominen, O., Lundgrén-Laine, H., Teperi, S., & Salanterä, S. (2019). Comparing the two techniques for nursing staff rescheduling to streamline nurse managers' daily work in finland. *Computers, Informatics, Nursing*. Epub ahead of print. doi:10.1097/CIN.0000000000000567
- Tuulio, T. (1966). *Vapaaherratar Sophie Mannerheim: Ihminen ja elämäntyö*. WSOY. Helsinki.
- TYKS, Turun yliopistollinen keskussairaala. Leikkaustoiminta, tehohoito, kivunhoito ja hengitystuki. (2020). *Hae vastaavaksi hoitajaksi*. Henkilökohtainen tiedonto, sähköposti. 17.2.2020
- Umberfield, E., Ghaferi, A. A., Krein, S. L., & Manojlovich, M. (2019). Using incident reports to assess communication failures and patient outcomes. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 45(6), 406–413. doi:10.1016/j.jcjq.2019.02.006
- Van Someren, M. W., Barnard, Y. F., & Sandberg, J. A. C. (1994). *The think aloud method. A Practical guide to modeling cognitive process*. Academic Press. Lontoo.
- VSSH, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. (2019). *Kelpoisuusehdot Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin viroissa ja toimissa*. Saatavana sähköisenä. <http://www.vssh.fi/fi/sairaanhoitopiiri/johtaminen-ja-organisaatio/saannot/Documents/Kelpoisuusehdot.pdf>
- Whiteside, D. (2016). Perioperative nurse leaders and professionalism. *AORN Journal*, 104(2), 133–44. doi:10.1016/j.aorn.2016.06.003.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.
- WHO, World Health Organization. (2011). *Standards and operational guidance for ethic review of health-related research with human participants*. Geneve. Saatavana sähköisenä. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44783/9789241502948_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y 20.3.2019.
- Winter, A. F., Ammenwerth, E., Bott, O. J., Brigl, B., Buchauer, A., Gräber, S., ... Winter A. (2001). Strategic information management plans: The basis for systematic information management in

- hospitals. *International Journal of Medical Informatics*, 64(2-3), 99–109. doi:10.1016/s1386-5056(01)00219-2
- Virtanen, P. & Stenvall, J. (2019). *Julkinen johtaminen*. Helsinki: Tietosanoma.
- Wiyartanti, L., Park, M. W., Chung, D., Kim, J. K., Sohn, Y. T., & Kwon, G. H. (2015). Managing uncertainties in the surgical scheduling. *Studies in Health Technology and Informatics*, 210, 384–388. doi:10.3233/978-1-61499-512-8-384.
- Wong, C. A., Laschinger, H., Cummings, G. G., Vincent, L., & O'Connor P. (2010). Decisional involvement of senior nurse leaders in Canadian acute care hospitals. *Journal of Nursing Management* 18(2), 122–133. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01053.x.
- Wynd, C. A., Schimdt, B., & Schaefer, M. A. (2003). Two quantitative approaches for estimating content validity. *Western Journal of Nursing Research*, 25(5), 508–518. doi:10.1177/0193945903252998
- Zheng, B., Panton, O., & Al-Tayeb, T., (2012). Operative length independently affected by surgical team size: Data from 2 Canadian hospitals. *Canadian Journal of Surgery*, 55(6), 371–376. doi:10.1503/cjs.011311
- Zhu, M., Yang, Z., Liang, X., Lu, X., Sahota, G., Liu, R., & Yi, L. (2016). Managerial decision-making for daily case allocation scheduling and the impact on perioperative quality assurance. *Translational Perioperative and Pain Medicine*, 1(4), 20–30.
- Zhu, S., Fan, W., Yang, S., Pei, J., & Pardalos, P. M. (2019). Operating room planning and surgical case scheduling: a review of literature. *Journal of Combinatorial Optimization*, 37(3), 757–805. doi:10.1007/s10878-018-0322-6
- Zydzianaite, V., & Suominen, T. (2014). Leadership styles of nurse managers in ethical dilemmas: Reasons and consequences. *Contemporary Nurse*, 48(2), 150 –167. doi:10.5172/conu.2014.48.2.150.

Liitteet

Liite 1. Yhteenvedon kirjallisuushaku

Pubmed	3.1.2020	Haun tulos	Valittu
Lähiesimies	("bed manager*" OR "team manager*" OR "operation manager*" OR "Nursing, Supervisory"[Mesh] OR "Nurse Administrators"[Mesh] OR "Leadership"[Mesh] OR "ward sister*" OR "ward manager*" OR "first-line nurse manager*" OR "unit manager*" OR "clinical coordinator*" OR "care coordinator*" OR "department head*" OR "nursing supervisory*" OR "charge nurse*" OR "nursing leadership*" OR "nurse administrator*" OR "nurse manager*" OR leader* OR Manager* OR administrator* OR "Health care professional*")		
Leikkaus- ja anestesia-osasto	(surgicenter OR "same day surgery center" OR "outpatient surgery center" OR "Ambulatory surgery center" OR "Ambulatory surgery centers" OR same-day surgery OR "day case surgery" OR "Outpatient surgery" OR "ambulatory surgery" OR "ambulatory surgery unit" OR "day surgery" OR "Ambulatory Surgical Procedures"[Majr] OR day surgery[MeSH Terms] OR "day surgery unit" OR "Perioperative Care"[Mesh] OR "Perioperative Nursing"[Mesh] OR "Operating Room Nursing"[Mesh] OR "Intraoperative Care"[Mesh] OR "Operating Room Nursing/organization and administration"[Mesh] OR "Operating Rooms"[Mesh] OR "operating room*" OR "operating theatre*")		
Päätöksenteko	("Decision Making, Organizational"[Mesh] OR "Decision Making"[Mesh] OR "Decision Support Systems, Management"[Mesh] OR "Decision Support Techniques"[Mesh] OR decision* OR "decision making" OR "decision-making" OR Decision* OR Judgement OR "Judgment"[Mesh])		
Tiedontarve	("Knowledge Management/organization and administration"[Mesh] OR "Knowledge management" OR Knowledge* OR "Knowledge"[Mesh] OR "Knowledge Management"[Mesh] OR "information need*" OR information OR "Operating Room Information Systems"[Mesh] OR "Information Theory"[Mesh] OR "Ambulatory Care Information Systems"[Mesh] OR "Health Information Exchange"[Mesh] OR "Health Information Management"[Mesh] OR "Health Information Systems"[Mesh] OR "Information Seeking Behavior"[Mesh] OR "Access to Information"[Mesh] OR "Information Management"[Mesh] OR "Information Storage and Retrieval"[Mesh] OR "Information management" OR "information theory" OR "Information Exchange" OR "Operating		

	room information system** OR Ambulatory Care Information Systems)		
Yhdistetty	lähiesimies JA leikkaus- ja anestesiaosasto JA päätöksenteko JA tiedontarve	121	5
Cinahl	2.3.2020	Haun tulos	Valittu
Lähiesimies	("bed manager** OR "team manager** OR "operation manager** OR Supervisor* OR "nurse administrator** OR leadership OR "charge nurse** OR "ward manager** OR "head nurse** OR "unit manager** OR "clinical coordinator** OR "clinical director** OR "department head** OR "first-line nurse manager** OR "nursing supervisory** OR "nursing leadership** OR "administrator** OR "nurse manager** OR "ward sister** OR leader OR manager OR administrator OR "care coordinator** OR "nursing management** OR MH "Nurse Managers+" OR MH "Nursing Management" OR MH "Nurse Administrators+" OR MH "Nursing Organizations+" OR MH "Leadership" OR MH "Management Styles" OR MH "Leaders+")		
Leikkaus- ja anestesiaosasto	(MH "Perioperative Nursing" OR MH "Perioperative Care+" OR MH "Operating Rooms" OR MH "Operating Room Personnel+" OR "Perioperative Care** OR "Perioperative Nursing** OR "Operating Room Nursing** OR "Intraoperative Care** OR "Operating Room*" OR "operating theatre** OR "operating department** OR surgicenter OR "same day surgery center** OR "outpatient surgery center** OR "Ambulatory surgery center** OR same-day surgery* OR "day case surgery" OR "Outpatient surgery** OR "ambulatory surgery** OR "ambulatory surgery unit** OR "day surgery** OR "Ambulatory Surgical Procedure** OR "day surgery unit**)		
Päätöksenteko	(MH "Decision Making+") OR MH "Decision Making, Organizational") OR (MH "Decision Making, Computer Assisted+") OR (MH "Decision Making, Shared") OR (MH "Decision-Making Support (Iowa NIC)") OR (MH "Decision Support Systems, Management") OR (MH "Decision Support Techniques+" OR "Decision" OR "Decision making" OR "decision making process" OR "decision making models** OR "decision tree" OR "decision support system** OR "decision making in nursing** OR "decision support**)		
Tiedontarve	(MH "Knowledge Management+") OR (MH "Management Information Systems+") OR (MH "Managed Care Information Systems+") OR (MH "Health Information Management Personnel+") OR (MH "Decision Support Systems, Management") OR (MH "Personnel Management+" OR (MH "Information Management") OR (MH "Management Information Systems+") OR (MH "Health Information Management Personnel+") OR (MH "Integrated Advanced Information Management Systems") OR (MH "Health Information Management Service") OR (MH "Health Information Management") OR (MH "Operating Room Information Systems") OR information* OR "information technology** OR knowledge* OR "knowledge management** OR "knowledge sharing** OR "knowledge gap" OR "information management** OR "information system** OR "information need** OR "information retrieval**)		
Yhdistetty	lähiesimies JA leikkaus- ja anestesiaosasto JA päätöksenteko JA tiedontarve	124	1

Web of Science	3.3.2020	Haun tulos	Valittu
Lähiesimies	TOPIC: ("Health care professional*") OR TOPIC: (Supervisor*) OR TOPIC: (Leader*) OR TOPIC: ("Management Style*") OR TOPIC: ("bed manager*") OR TOPIC: ("Nursing Organization*") OR TOPIC: ("Nurse Administrator*") OR TOPIC: ("Nursing Management") OR TOPIC: ("Nurse Manager*") OR TOPIC: ("Care coordinator*") OR TOPIC: (Administrator*) OR TOPIC: (Manager*) OR TOPIC: ("Team manager*") OR TOPIC: ("Operation manager*") OR TOPIC: ("Nursing leadership*") OR TOPIC: ("Nursing supervisory*") OR TOPIC: ("Department head*") OR TOPIC: ("Clinical director*") OR TOPIC: ("Clinical coordinator*") OR TOPIC: ("Unit manager*") OR TOPIC: ("First-line nurse manager*") OR TOPIC: ("Head nurse*") OR TOPIC: ("Ward manager*") OR TOPIC: ("Charge nurse*") OR TOPIC: ("Ward sister*")		
Leikkaus- ja anestesiasosasto	TOPIC: ("surgicenter") OR TOPIC: ("same day surgery center*") OR TOPIC: ("outpatient surgery center*") OR TOPIC: ("Ambulatory surgery center") OR TOPIC: ("same-day surgery") OR TOPIC: ("day case surgery") OR TOPIC: ("Outpatient surgery") OR TOPIC: ("ambulatory surgery") OR TOPIC: ("ambulatory surgery unit*") OR TOPIC: ("Ambulatory Surgical Procedure*") OR TOPIC: ("day surgery") OR TOPIC: ("day surgery unit*") OR TOPIC: ("Perioperative Care") OR TOPIC: ("Perioperative Nursing") OR TOPIC: ("Operating Room Nursing") OR TOPIC: ("Intraoperative Care") OR TOPIC: ("Operating Room Nursing/organization and administration") OR TOPIC: ("operating room*") OR TOPIC: ("operating theatre*")		
Päätöksenteko	TOPIC: ("Decision Making, Organizational") OR TOPIC: ("Decision Making") OR TOPIC: ("Decision Support Systems, Management") OR TOPIC: ("Decision Support Techniques") OR TOPIC: (decision*) OR TOPIC: ("decision making") OR TOPIC: (Judgement)		
Tiedontarve	TOPIC: ("Knowledge Management") OR TOPIC: ("Management Information System*") OR TOPIC: ("Managed Care Information System*") OR TOPIC: ("Health Information Management Personnel*") OR TOPIC: ("Decision Support System*") OR TOPIC: ("Information Management") OR TOPIC: ("Management Information System*") OR TOPIC: ("Health Information Management Personnel") OR TOPIC: ("Health Information Management") OR TOPIC: ("Health Information Management Service") OR TOPIC: ("information need*") OR TOPIC: ("information retrieval") OR TOPIC: ("Operating Room Information System*") OR TOPIC: ("information management*") OR TOPIC: ("information system*") OR TOPIC: ("knowledge sharing*") OR TOPIC: ("knowledge gap") OR TOPIC: (information*) OR TOPIC: ("information technology*") OR TOPIC: ("knowledge*")		
Yhdistetty	lähiesimies JA leikkaus- ja anestesiasosasto JA päätöksenteko JA tiedontarve	115	2

Liite 2. Integroivan kirjallisuuskatsauksen haku (osatyö IV)

PubMed 23.5.2018		Tulos
Työnkuva	("Role"[Mesh] OR "Nurse's Role"[Mesh] OR "Professional Role"[Mesh] OR role* OR "Job Description"[Mesh] OR "Task Performance and Analysis"[Mesh] OR "job description*" OR task* OR "Workplace"[Mesh] OR workplace* OR Responsibility OR "Professional Competence"[Mesh] OR "Social Skills"[Mesh] OR competence OR know-how OR skill*)	3220877
Leikkaus- ja anestesia-osasto	("Perioperative Care"[Mesh] OR "Perioperative Nursing"[Mesh] OR "Operating Room Nursing"[Mesh] OR "Intraoperative Care"[Mesh] OR "Operating Room Nursing/organization and administration"[Mesh] OR "Operating Rooms"[Mesh] OR operating room* OR operating theatre* OR operating department*)	176106
Lähiesimies	(ward manager OR bed manager* OR team manager* OR operation manager* OR "Nursing, Supervisory"[Mesh] OR "Nurse Administrators"[Mesh] OR "Leadership"[Mesh] OR ward sister* OR head nurse* OR "first-line nurse manager*" OR unit manager* OR clinical coordinator* OR care coordinator* OR clinical director* OR charge nurse* OR department head* OR nursing supervisory* OR nursing leadership* OR nurse administrator* OR nurse manager* OR leader* OR Manager* OR administrator* OR Health care professional*)	200712
Yhdistetty	(Role) AND (Perioperative settings) AND (Nurse manager)	878
Cinahl 23.5.2018		Tulos
Työnkuva	(MH "Advertising" OR MH "Task Performance and Analysis+" OR MH "Job Performance" OR MH "Job Description" OR MH "Job Performance" OR MH "Job Characteristics" OR MH "Professional Role+" OR MH "Role+" OR MH "Competence (Legal)" OR MH "Professional Competence+" OR "Nurse's Role*" OR "Professional Role*" OR role OR "Job Description*" OR "Task Performance and Analysis*" OR "job description*" OR task OR responsibility OR Competence OR Know-how OR Skill)	445105
Leikkaus- ja anestesia-osasto	(MH "Perioperative Nursing" OR MH "Perioperative Care+" OR MH "Operating Rooms" OR MH "Operating Room Personnel+" OR "Perioperative Care*" OR "Perioperative Nursing*" OR "Operating Room Nursing*" OR "Intraoperative Care*" OR "Operating Room*" OR "operating theatre*" OR "operating department*")	58429
Lähiesimies	("ward manager*" OR "bed manager*" OR "head nurse*" "team manager*" OR "operation manager*" OR Supervisor* OR "nurse administrator*" OR leadership OR "ward sister*" OR "charge nurse*" OR "unit manager*" OR "clinical coordinator*" OR "clinical director*" OR "first-line nurse manager*" OR "department head*" OR "nursing supervisory*" OR "nursing leadership*" OR "administrator*" OR "nurse manager*" OR leader OR manager OR administrator OR "care coordinator*" OR "nursing management*" OR MH "Nurse Managers+" OR MH "Nursing Management" OR MH "Nurse Administrators+" OR MH "Nursing Organizations+" OR MH "Leadership" OR MH "Management Styles" OR MH "Leaders+")	192247
Yhdistetty	(Role) AND (Perioperative settings) AND (Nurse manager)	838

Web of Science 23.5.2018		Tulos
Rooli	TOPIC: ("Role") OR TOPIC: ("Nurse's Role*") OR TOPIC: ("Professional Role*") OR TOPIC: ("Job Description*") OR TOPIC: ("Task Performance and Analysis*") OR OR TOPIC: (task) OR TOPIC: ("Social Skill*") OR TOPIC: (Responsibility) OR TOPIC: ("Professional Competence") OR TOPIC: (Competence) OR TOPIC: (know-how) OR TOPIC: (skill*) OR TOPIC: ("Professional performance")	5914667
Leikkaus- ja anestesia-osasto	TOPIC: ("Perioperative Nursing") OR TOPIC: ("operating department*") OR TOPIC: ("operating theatre*") OR TOPIC: ("Operating Room*") OR TOPIC: ("Intraoperative Care*") OR TOPIC: ("Operating Room Nursing*") OR TOPIC: ("Operating Room Personnel*") OR TOPIC: ("Perioperative Care*")	87624
Lähiesimies	TOPIC: (Supervisor*) OR TOPIC: (Leader*) OR TOPIC: ("Management Style*") OR TOPIC: ("bed manager*") OR TOPIC: ("Nursing Organization*") OR TOPIC: ("Nurse Administrator*") OR TOPIC: ("Nursing Management") OR TOPIC: ("Nurse Manager*") OR TOPIC: ("Care coordinator*") OR TOPIC: (Administrator*) OR TOPIC: (Manager*) OR TOPIC: ("Team manager*") OR TOPIC: ("Operation manager*") OR TOPIC: ("Nursing leadership*") OR TOPIC: ("Nursing supervisory*") OR TOPIC: ("Department head*") OR TOPIC: ("Clinical director*") OR TOPIC: ("Clinical coordinator*") OR TOPIC: ("Unit manager*") OR TOPIC: ("First-line nurse manager*") OR TOPIC: ("Head nurse*") OR TOPIC: ("Ward manager*") OR TOPIC: ("Charge nurse*") OR TOPIC: ("Ward sister*") OR TOPIC: ("Health care professional*")	715871
Yhdistetty	(Role) AND (Perioperative settings) AND (Nurse manager)	913
Cochrane 23.5.2018		Tulos
Työnkuva	#1 MeSH descriptor: [Role] explode all trees #2 MeSH descriptor: [Nurse's Role] explode all trees #3 MeSH descriptor: [Professional Role] explode all trees #4 MeSH descriptor: [Task Performance and Analysis] explode all trees #5 Role*:ti,ab,kw (Word variations have been searched) #6 "professional role*":ti,ab,kw (Word variations have been searched) #7 "job description*":ti,ab,kw (Word variations have been searched) #8 task*:ti,ab,kw (Word variations have been searched) #9 workplace*:ti,ab,kw (Word variations have been searched) #10 responsibility:ti,ab,kw (Word variations have been searched) #11 MeSH descriptor: [Professional Competence] explode all trees #12 competence*:ti,ab,kw (Word variations have been searched) #13 know-how:ti,ab,kw (Word variations have been searched) #14 skill*:ti,ab,kw (Word variations have been searched) #15 MeSH descriptor: [Social Skills] explode all trees	
	#16 #1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #15	97758
Leikkaus- ja anestesia-osasto	#17 MeSH descriptor: [Perioperative Care] explode all trees #18 MeSH descriptor: [Perioperative Nursing] explode all trees #19 MeSH descriptor: [Operating Room Nursing] explode all trees #20 MeSH descriptor: [Intraoperative Care] explode all trees #21 "Operating Room Nursing*":ti,ab,kw (Word variations have been searched)	

	#22 "operating room*":ti,ab,kw (Word variations have been searched) #23 "operating theatre*":ti,ab,kw (Word variations have been searched) #24 "operating department*":ti,ab,kw (Word variations have been searched)	
	#25 #17 or #18 or #19 or #20 or #21 or #22 or #23 or #24	14733
Lähiesimies	#26 MeSH descriptor: [Nursing, Supervisory] explode all trees #27 MeSH descriptor: [Nurse Administrators] explode all trees #28 MeSH descriptor: [Leadership] explode all trees #29 "Bed manager*":ti,ab,kw (Word variations have been searched) #30 "Bed manager*":ti,ab,kw (Word variations have been searched) #31 "team manager*":ti,ab,kw (Word variations have been searched) #32 "operation manager*":ti,ab,kw (Word variations have been searched) #33 "ward sister*":ti,ab,kw (Word variations have been searched) #34 "charge nurse*":ti,ab,kw (Word variations have been searched) #35 "head nurse*":ti,ab,kw (Word variations have been searched) #36 "first-line manager*":ti,ab,kw (Word variations have been searched) #37 "unit manager*":ti,ab,kw (Word variations have been searched) #38 "clinical coordinator*":ti,ab,kw (Word variations have been searched) #39 "care coordinator*":ti,ab,kw (Word variations have been searched) #40 "clinical director*":ti,ab,kw (Word variations have been searched) #41 "department head*":ti,ab,kw (Word variations have been searched) #42 "nursing supervisory*":ti,ab,kw (Word variations have been searched) #43 "nursing leadership*":ti,ab,kw (Word variations have been searched) #44 "nurse administrator*":ti,ab,kw (Word variations have been searched) #45 "nurse manager*":ti,ab,kw (Word variations have been searched) #46 leader*:ti,ab,kw (Word variations have been searched) #47 Manager*:ti,ab,kw (Word variations have been searched) #48 administrator*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	
	#49 #26 or #27 or #28 or #29 or #30 or #31 or #32 or #33 or #34 or #36 or #37 or #38 or #39 or #40 or #41 or #42 or #43 or #44 or #45 or #46 or #47 or #48	4106
Yhdistetty	(Role) AND (Perioperative settings) AND (Nurse manager) #16 AND #25 AND #49	13
Manuaalinen haku 23.5.2018		Tulos
		1

Liite 3. Lähiesimiehen päätökset päivittäisessä johtamisessa

"VÄLITTÖMÄT PÄÄTÖKSET" (n=289)		n
Toimenpiteiden uudelleen sijoittaminen		72
•	Elektiivisen potilaan toimenpiteen aloitusajankohta	24
•	Päivystyspotilaan toimenpiteen ajankohta	23
•	Potilaan leikkaus- ja anestesia valmistelut	4
•	Toimenpiteiden uudelleen sijoittaminen saleihin	10
•	Päivystyspotilaan kiireellisyyden selvittäminen	11
Hoitohenkilökunnan työtehtävä		73
•	Hoitotyötehtävien uudelleen määrääminen aiemmin suunnitellun tilalle	30
•	Lisätyötehtävän määrääminen	20
•	Osaston välineitä koskevasta työtehtävän määrääminen	12
•	Erityisvastuualueita koskevan työtehtävän määrääminen	3
•	Hoitajan osallistaminen työtehtävän valintaan	3
•	Opiskelijoiden osallistuminen toimenpiteisiin	2
•	Perehdytyksen järjestäminen tai purkaminen	3
Riittävän henkilökunnan varmistaminen		40
•	Heräämössä hoidettavien potilaiden määrä	4
•	Hoitajien ruokatauon ajankohta	9
•	Henkilökunnan riittävyys toimenpiteisiin	13
•	Ylityöhön määrääminen	2
•	Sijaisten tarve	2
•	Hoitajan työvuoron päättyminen	7
•	Lääkärin läsnäolon varmistaminen toimenpiteeseen	3
Päivittäisen toiminnan seuraaminen		95
•	Päivittäisen toimenpidesuunnitelman oikeellisuuden ylläpitäminen	15
•	Päivittäisen osaston toiminnan seuraaminen	23
•	Osaston toiminnan tiedottaminen henkilökunnalle	36
•	Tietojärjestelmien hyödyntäminen osaston toiminnassa	2
•	Päivittäisen osaston toiminnan etenemisen uudelleen arviointi	5
•	Päivittäisen toiminnan aloittaminen aiemmin tehdyn toimenpidesuunnitelman mukaan	5
•	Toimenpidesuunnitelman pitäminen muuttumattomana	5
•	Toiminnan etenemisen viive	4
Aineellisten resurssien varmistaminen		9
•	Välineiden ja instrumenttien varmistamisesta toimenpiteeseen	9
"LYHYEN AIKAVÄLIN PÄÄTÖKSET" (n=268)		n
Toimenpidesuunnitelman laatiminen		90
•	Osaston leikkaus- ja anestesiatoiminnan pysyminen virka-ajassa	7
•	Suunnitellun toimenpiteen peruuttaminen	3
•	Suunnitellun toimenpiteen peruuttamisen estäminen	2
•	Toimenpiteen uudelleen aikatauluttaminen myöhemmin tehtävänä ajankohtana	4
•	Potilaan sairaalaan saapumisen ajankohta	8
•	Toimenpiteiden arvioitu kesto	8
•	Osaston leikkaussalien aukiolo	9
•	Toimenpiteiden salisijoitus	12

• Toimenpidejärjestys	24
• Toimenpidesuunnitelman oikeellisuuden tarkistaminen	13
Henkilökunnan työtehtävien suunnittelu	156
• Hoitajien työtehtävät	81
• Hoitajan osallistaminen työtehtävään	4
• Riittävä hoitotyön osaaminen toiminnan suunnitteluun	3
• Perehdytettävien työtehtävät	23
• Erityisvastuualueiden hoitajien työtehtävät	10
• Henkilökunnan riittävyys toimenpiteisiin	19
• Ylimääräisten työvuorojen mahdollistaminen	6
• Osaston ulkopuolinen toiminta	4
• Suunnitellun toimenpidelääkärin läsnäolon varmistaminen	5
• Työvuoron lupaaminen	1
Aineellisten resurssien suunnittelu	22
• Leikkaussalien valmius	2
• Osaston välineiden ja instrumenttien huoltaminen	6
• Välineistön ja instrumenttien varmistaminen osaston toiminnassa	14
"PITKÄN AIKAVÄLIN PÄÄTÖKSET" (n=187)	
Henkilöstöresurssien suunnittelu	60
• Lomien suunnittelu	8
• Pitkäaikaisten sijaisten tarve	4
• Henkilökunnan poissaolojen hyväksyminen	17
• Työsuhteen voimassaolon varmistaminen	7
• Toteutuneiden työtuntien hyväksyminen	5
• Palvelussuhdeasioiden valmisteleminen	4
• Työsuhteen tiedottaminen hoitajalle	4
• Hoitajan työsuhteen päätyminen	7
• Osaston henkilöstötilanne	4
Hoitotyön kehittäminen	56
• Hoitotyön ohjeistusten laatiminen	5
• Hoitotyön tutkimukseen osallistuminen	2
• Koulutusilmoituksen hyväksyminen	2
• Koulutukseen osallistumisen mahdollistaminen	20
• Koulutuspäivän sisältö	5
• Koulutukseen osallistuminen	3
• Hoitotyön palkitseminen	2
• Osaston ulkopuolisen hoitohenkilökunnan vierailujen järjestäminen	2
• Osastokokousten järjestäminen	11
• Osastolle tarjotun koulutuksen hylkääminen	4
Osaston tavaroiden ja materiaalien hankinta	56
• Osaston ruokatilaus	4
• Välineiden ja instrumenttien hankinta	12
• Keskeneräisten hankintojen loppuunsaattaminen	4
• Materiaalien tarkistaminen (kustannuslaskenta)	3
• Hankintaesityksen oikeellisuuden varmistaminen	7
• Hankintaesityksen lisäselvityksen laatiminen	3

• Osaston välineiden ja instrumenttien sijoitus	11
• Osaston tilojen koon selvittäminen (uudisrakennus)	2
• Osaston tilojen korjaaminen	3
• Tarpeettomien välineiden ja instrumenttien poistaminen	4
• Uusien välineiden ja instrumenttien kirjaaminen	3
Osaston talous	15
• Laskun hyväksymisestä ja toimittamisesta eteenpäin	3
• Laskun oikeellisuuden tarkistaminen	10
• Koulutuksen kustantaminen	1
• Apurahan anominen	1

Liite 4. Päivittäisen johtamisen tiedontarpeet

	KA	CVI ≥ 0.80	
POTILAAN HOIDON PROSESSI			
Potilaan taustatiedot			
1	Tieto potilaan toimenpidekäyntiin vaikuttavasta diagnoosista	5.40	0.84
2	Tieto potilaan sairastavuudesta (ASA-luokka)	5.16	
3	Tieto potilaan muista toimenpidekäyntiin mahdollisesti vaikuttavista diagnooseista	5.02	
4	Tieto potilaan aiemmista toimenpiteistä/-toimenpiteestä	4.68	
5	Tieto potilaalle aiemmista toimenpiteistä tai anestesiasta aiheutuneista komplikaatioista	5.55	0.88
6	Tieto potilaan suunnitellusta tuloajasta leikkaus- ja anestesiaosastolle	5.32	0.82
7	Tieto potilaan poikkeavista laboratorioarvoista (esim. INR, Hb, puudutuksen yhteydessä)	5.64	0.93
8	Tieto toimenpidettä varten otettavista verinäytteistä	5.19	0.80
9	Tieto potilaan leikkaus- ja anestesiavalmistelun toteutumisesta	5.34	0.82
Potilaan toimenpiteen aikainen eristys			
10	Tieto potilaan infektion aiheuttamasta eristämistarpeesta (esim. MRSA, VRE)	5.83*	0.96
11	Tieto potilaan eristämismuodosta (esim. tartunta-, kosketuseristys)	5.80*	0.96
Potilaan huomiointi			
12	Tieto potilaan kulttuuritaustasta (esim. uskonto, etninen tausta, vieraskielisyys)	4.19	
13	Tieto potilaan toimenpideaika toiveesta	3.19	
14	Tieto potilaan kipuarviosta ennen toimenpidettä	3.84	
15	Tieto potilaan erityistarpeista (esim. leikkauspelko, liikerajoitteet, aistivamma, kehitysvamma)	5.08	
16	Tieto potilaan omaisista (esim. lapsen vanhemmat)	4.04	
17	Tieto potilaan ravinnottaolon pituudesta	5.69	0.94
18	Tieto potilaan hoitotahdosta	4.83	
POTILAAN TOIMENPIDEPROSESSI			
Toimenpidetiedot			
19	Tieto toimenpiteen kiireellisyyssasteesta	5.70	0.95
20	Tieto potilaan toimenpidekoodista	5.04	
21	Tieto potilaan toimenpiteestä	5.81*	0.98
22	Tieto toimenpiteiden järjestyksestä	5.62	0.93
23	Tieto potilaan leikkaussalisijoituksesta	5.40	0.89
24	Tieto potilaalle tehtävän toimenpiteen erikoisalasta	5.00	
25	Tieto potilaan anestesiamuodosta toimenpiteen aikana	5.50	0.91
26	Tieto potilaan leikkausasennosta toimenpiteen aikana	5.39	0.83
27	Tieto toimenpiteen tai anestesian ennalta arvioidusta haasteellisuudesta (esim. vanha murtuma, vaikea intubaatio)	5.61	0.92
28	Tieto meneillään olevan toimenpiteen vaiheesta leikkaussalissa	5.38	0.88
29	Tieto potilaan toimenpiteen aikana ilmenevästä komplikaatiosta	5.36	0.87
30	Tieto toimenpiteeseen liittyvistä kuvantamisen tuloksista	4.18	
Toimenpiteiden aikataulutus			
31	Tieto suunniteltujen (elektiivisten) potilaiden määrästä	5.39	0.84

32	Tieto mahdollisten päivystystoimenpiteiden määrästä	5.39	0.84
33	Tieto potilaalle suunnitellun toimenpiteen aloitus- ja päättymisajasta (kokonaiskesto)	5.13	0.80
34	Tieto potilaalle tarvittavasta preoperatiivisesta valmisteluajasta	4.76	
35	Tieto toimenpiteen peruuttamisen syystä	4.67	
36	Tieto osaston ulkopuolisen toiminnan vaikutuksesta oman osaston toimintaan	4.98	
37	Tieto anestesian päättymiseen kuluvasta ajasta (heräämisestä toimenpiteen jälkeen)	4.44	
38	Tieto leikkaussalin vaihtoajasta	4.70	
Heräämöhöito			
39	Tieto leikkaussalissa tapahtuvasta potilaan jälkivalvonnasta	5.28	0.84
40	Tieto heräämössä tehtävistä toimenpiteistä	5.00	
41	Tieto potilaiden määrästä heräämössä	5.02	
42	Tieto potilaan jatkohoito-osastosta (esim. tehohoidon tarve)	5.19	
HENKILÖKUNTARESURSSIEN KOHDENTAMINEN			
Hoitohenkilökunnan työvuoro (hoitohenkilökunnalla tarkoitetaan kaikkia toisen asteen ja korkeakoulutuksen saaneita hoitotyöntekijöitä)			
43	Tieto hoitohenkilökunnan työvuoroista	5.75*	0.97
44	Tieto vastuualueen hoitajan työvuorosta	4.88	
45	Tieto työvuorossa olevan hoitohenkilökunnan vahvuudesta	5.80*	0.97
46	Tieto vaadittavasta hoitohenkilökuntamäärästä leikkaussalissa toimenpiteen eri vaiheissa	5.57	0.90
47	Tieto hoitohenkilökunnan työajan erityispiirteistä (varallaolo, työajanlyhennys, työaikana tapahtuva koulutus)	5.72	0.95
48	Tieto ylityöhön jäävästä hoitajasta	5.69	0.95
49	Tieto hoitohenkilökunnan työvuorojen vaihdosta	5.20	
50	Tieto hoitohenkilökunnan sairauspoissaolosta (esim. pituus, ajan kohta, oma/lääkäriin ilmoitus)	5.10	
51	Tieto lyhytaikaisen sijaisen (noin 1-2 työvuoroa) tarpeesta osastolla	4.55	
52	Tieto hoitajan lomasta	4.62	
Hoitohenkilökunnan työtehtävien sisältö			
53	Tieto hoitajan työtehtävistä osastolla vuorona aikana	5.20	0.82
54	Tieto irrotettavasta henkilökuntaresssista (esim. tauottajahoitaja vuoron aikana, oman osaston hoitaja toisella osastolla)	5.51	0.91
55	Tieto hoitajien työtehtävien tasaisesta jakautumisesta vuoron aikana	4.80	
56	Tieto hoitohenkilökunnan osaamisesta (esim. instrumentoituva hoitaja, anestesiahoitaja, erityisosaaminen, kielitaito sekä laitteiden käyttäminen ja huolto)	5.52	0.90
57	Tieto hoitohenkilökunnan toiveesta työtehtävien suhteen	4.48	
58	Tieto tukihenkilökunnan vahvuudesta osastolla (esim. välinehuoltaja, laitosapulainen, farmaseutti)	4.69	
Hoitohenkilökunnan perehdytys ja hoitotyön opiskelijat			
59	Tieto perehdytyksessä olevasta hoitajasta (esim. vaihe, pituus, perehdytettävien määrä)	5.27	0.83
60	Tieto perehdyttäjistä	4.99	
61	Tieto työvuoroon suunnitellusta opiskelijasta (esim. työtehtävä)	4.48	
Toimenpidelääkäri ja anestesia lääkäri			
62	Tieto toimenpidelääkäristä	5.61	0.91

63	Tieto toimenpidelääkärin päällekkäisistä toimenpiteistä	5.72	0.93
64	Tieto anestesia­lääkäristä	5.48	0.89
65	Tieto anestesia­lääkärin päällekkäisistä toimenpiteistä	5.56	0.89
66	Tieto toimenpidelääkärin tapaamisesta potilaan kanssa ennen toimenpidettä	4.53	
67	Tieto anestesia­lääkärin tapaamisesta potilaan kanssa ennen toimenpidettä	4.50	

AINEELLISTEN RESURSSIEN KOHDENTAMINEN


Leikkaussali

68	Tieto leikkaussaleista, joissa on toimenpide käynnissä	5.71	0.94
69	Tieto leikkaussalien kiinteästä varustelusta (esim. leikkaustasot, skopiatornit, kuvantamismahdollisuus salissa)	5.47	0.87
70	Tieto leikkaussalin varustelusta mahdolliseen toimenpiteeseen	5.45	0.88
71	Tieto instrumenttien pesuun, puhdistukseen ja sterilointiin kulu­vasta ajasta	4.77	

Leikkaus- ja anestesiaosaston instrumentit, materiaalit ja laitteet

72	Tieto instrumenttien riittävydestä useaan toimenpiteeseen sa­manaikaisesti	5.54	0.88
73	Tieto instrumenttien kiireellisyydestä toimenpiteeseen (määrä ja riittävyys)	5.42	0.84
74	Tieto instrumenttien ja laitteiden huoltamisesta käyttökuntoon	4.90	
75	Tieto käytössä olevien instrumenttien ja laitteiden sijainnassa osastolla	5.14	
76	Tieto erityishoitoihin tarvittavista instrumenteista	5.34	0.84

*viisi KA mukaan korkeinta tiedontarvetta.



ISBN 978-951-29-8295-0 (Painettu)
ISBN 978-951-29-8296-7 (Sähköinen)
ISSN 0082-6995 (Painettu)
ISSN 2343-3205 (Verkkajulkaisu)