

**Sairaanhoitajien ja kirurgien välinen valtdyna-
miikka leikkaussalityöskentelyssä**

Jenna Kärki

Aikuiskasvatustieteen pro gradu -tutkielma
Monografiamuotoinen
Syyslukukausi 2024
Kasvatustieteiden laitos
Jyväskylän yliopisto

TIIVISTELMÄ

Kärki, Jenna. 2024. Sairaanhoidajien ja kirurgien välinen valtdynamiikka leikkaussalityöskentelyssä. Aikuiskasvatustieteen pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden ja psykologian laitos. 67 sivua.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sairaanhoidajien ja kirurgien välisen vallan ilmenemistä leikkaussalityöskentelyssä. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös keinoja, joilla sairaanhoidajat pyrkivät horjuttamaan ammattiryhmien välistä valtdynamiikkaa. Sosiaali- ja terveysalalle on juurtunut perinteiset valta-asetelmat ja hierarkiat, jotka näyttävät työntekijöiden työarjessa ja vaikuttavat etenkin sairaanhoidajien työskentelyyn.

Tutkimuksessa hyödynnettiin SURGSKILLS-hankkeen (Surgical workplace learning, professional identity and guidance) aineistoa, joka on kerätty keskisuurten suomalaisen sairaalan kirurgiselta osastolta vuosina 2007–2010 havainnoimalla ja haastatteleamalla. Tutkimuksen lähestymistapa oli etnografia ja analyysimenetelmänä on käytetty temaattista analyysia.

Tutkimuksen tuloksina voidaan todeta, että kirurgien valta näyttöytyi sairaanhoidajien työhön työn kuormittavuuden lisääntymisenä, yhteistyön haasteiden ilmenemisenä sekä kunnioituksen puutteena sairaanhoidajia ja heidän työtään kohtaan. Sairaanhoidajat pyrkivät horjuttamaan valta-asetelmaa käyttämällä hiljaista ja äänekästä vastarintaa. Vastarintaa toteutettiin, jotta edistettäisiin ammattiryhmien välistä tasa-arvoa ja tunnetta oman työn hallinnasta.

Tutkimus osoitti tiukkojen ja näkyvien valtaerojen olevan yhteydessä sairaanhoidajien jaksamiseen ja työssä viihtymiseen. Valtasuhteet loivat työympäristöön jännitteitä, jotka haastoivat yhteistyötä ammattiryhmien välillä. Tasapainottamalla valtdynamiikkaa edistetään tehokkaampaa yhteistyötä, parannetaan potilasturvallisuutta ja sujuvoitetaan työskentelyä.

Asiasanat: valta, sairaanhoidaja, kirurgi, leikkaussalityöskentely, terveydenhuolto

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ	2
SISÄLTÖ	3
1 JOHDANTO	5
2 VALTA LEIKKAUSSALITYÖSKENTELEYSSÄ	8
2.1 Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen	8
2.2 Vallan ilmentyminen leikkaussalissa	13
2.3 Valtadynamiikan haastaminen	18
3 TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	22
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	23
4.1 Tutkimuskonteksti	23
4.2 Tutkimusaineiston keruu ja tutkimukseen osallistujat	24
4.3 Aineiston analyysi.....	26
4.4 Eettiset ratkaisut	28
5 TULOKSET	30
5.1 Vallan heijastuminen sairaanhoitajien työssä.....	30
5.1.1 Työn kuormittavuus	31
5.1.2 Yhteistyön haasteet	35
5.1.3 Kunnioituksen puute	38
5.2 Valtadynamiikan haastaminen	42
5.2.1 Äänekäs vastarinta	43
5.2.2 Hiljainen vastarinta	46
6 POHDINTA	52
6.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	52
6.2 Tutkimuksen arviointi.....	57

6.3 Jatkotutkimusideat ja käytännön sovellukset.....	59
LÄHTEET	61

1 JOHDANTO

Yhteiskunnassa korostetaan hierarkisia rakenteita ammatillisilla aloilla, eikä lääketiede ole tästä poikkeus. Lääkäreitä ja etenkin kirurgeja pidetään usein lääketieteellisen hierarkian huipulla, ja heillä on huomattavaa auktoriteettia ja valtaa. Kuitenkin tämä valta-asema voi ajoittain jättää varjoonsa muiden keskeisten ammattilaisten, kuten sairaanhoitajien, arvokkaan asiantuntemuksen ja roolin (Bould ym., 2015). Kirurgien ja sairaanhoitajien välillä vallitseva epätasapainoinen valtdynamiikka vaikuttaa kommunikaatioon, päätöksentekoon ja yhteistyöhön moniammatillisen tiimin jäsenten välillä (Hall, 2005; Hamric & Blackhall, 2007; Malloy ym., 2009; Rabøl ym., 2012). Kirurgien valta ei kuitenkaan rajoitu pelkästään klinisiin päätöksiin, vaan se ulottuu syvälle leikkaussalin työskentelykulttuuriin ja sairaanhoitajien ammatilliseen toimijuuteen.

Vallan ilmenemisen ymmärtäminen terveydenhuollon ammattilaisten työarjessa ja vuorovaikutuksessa on keskeistä. Valtasuhteet vaikuttavat työntekijöiden tasa-arvoon, eettisiin ongelmiin sekä työyhteisön hyvinvointiin (Hamric & Blackhall, 2007) ja nämä kysymykset ovat yhä merkityksellisempiä nyky-yhteiskunnassa. Terveydenhuollon ammattilaisten jaksaminen ja työn mielekkyys ovat jatkuvasti yhteiskunnassa keskustelun kohteena, ja onkin tärkeää ymmärtää myös valtdynamiikan vaikuttavan näihin, erityisesti niinkin kriittisessä ympäristössä kuin leikkaussali. Leikkaussali on kuitenkin yksi terveydenhuollon moniulotteisimmista ja vaativimmista työympäristöistä, jossa toimiva tiimityö on välttämätöntä jo potilasturvallisuuden takia (Pian-Smith ym., 2009). Toimiva vuorovaikutus ja tasapainoinen vallan jakautuminen ovat välttämättömiä paitsi potilasturvallisuuden varmistamiseksi, myös koko tiimin tehokkuuden ja työskentelyilmapiirin kannalta.

Viime vuosina yhä suurempaa huomiota on kiinnitetty sairaanhoitajien työhyvinvointiin ja jaksamiseen. Mielenterveyteen liittyvät sairauspoissaolot aiheuttavat yhteiskunnalle vuosittain miljardiluokan kustannuksia ja näiden poissaolojen kulut ovat kasvaneet kaksinkertaisiksi viimeisen vuosikymmenen aikana (Kansaneläkelaitos, 2024). Lisääntyneiden sairauspoissaolojen lisäksi yhä

useampi sairaanhoitaja vaihtaa kokonaan alaa ollessaan tyytymätön työhönsä ja sen kuormittavuuteen (Flinkman, 2014). Sairaanhoitajien työhyvinvoinnin heikkeneminen ja alalta poistuminen ovat huolestuttavia ilmiöitä, joiden vaikutukset heijastuvat laajasti terveydenhuoltojärjestelmän toimivuuteen. Myös vuonna 2023 tullut sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus on myös puhuttanut hoitoalan työntekijöitä. Työterveyslaitoksen (2024) mukaan hyvinvointialueille siirtymisen nähdään kuormittavana tekijänä sekä työstä palautuminen ja työkyky on laskenut hoitoalan työntekijöiden keskuudessa. Nämä ongelmat terveydenhuollon alalla vaikuttavat työn houkuttelevuuteen, jonka vuoksi asiaa on ajankohtaista tarkastella vallan näkökulmasta ja miten se vaikuttaa sairaanhoitajiin.

Aikaisempi tutkimus on keskittynyt terveydenhuollon valtarakenteisiin erityisesti hoitajien ja lääkäreiden välisissä suhteissa. Leikkaussali tarjoaa erityisen intensiivisen kontekstin, jossa nämä hierarkiat voivat olla korostuneita (Rogers ym., 2023). Vähemmän on kuitenkin tutkittu neuvottelemista vallasta sekä pyrkimyksiä jopa kyseenalaistaa syvälle juurtuneita valtasuhteita. Tämä luo kasvatus-tieteen kentälle tutkimusaukon, johon syvennyttään. Valtarakenteet ovat usein syvälle juurtuneita ja historiallisesti vakiintuneita, joka tekee niiden kyseenalaistamisesta kulttuurisesti haastavaa. Tätä normia on vaikea lähteä muuttamaan sekä pelko negatiivisista seurauksista saattaa estää haastamasta valtaa (Thomas ym., 2004). Näiden vallan neuvotteluprosessien tutkiminen on tärkeää, jotta voidaan ymmärtää, miten moniammatillinen tiimityö voisi kehittyä tasa-arvoisempaan suuntaan leikkaussalissa.

Tässä laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan ensin teorialuvuissa vallan ilmenemistä leikkaussalissa. Ensimmäisenä tarkastelemaan moniammatillista yhteistyötä kirurgien ja sairaanhoitajien välillä, joka on kaiken perusta toimivalle leikkaussalityöskentelylle. Tämän jälkeen syvennetään ymmärrystä leikkaussalin valtasuhteista sekä miten sairaanhoitajat pystyvät neuvottelemaan vallasta. Vaikka kirurgeilla on ammattinsa ja hierarkiansa tuoma suurempi valta, sitä pystytään kuitenkin säätelemään ja ajoittain valta voi jopa vaihtaa omistajansa. Teoriaosuuden jälkeen esitellään tutkimuskysymykset sekä kerrotaan tut-

kimuksen toteuttamisesta, jonka jälkeen käydään läpi tutkimuksen tulokset. Lopuksi tehdään yhteenveto löydöksistä, arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta ja pohditaan jatkotutkimusmahdollisuuksia.

2 VALTA LEIKKAUSSALITYÖSKENTELEYSSÄ

Leikkaussalissa tapahtuva moniammatillinen yhteistyö on keskeinen osa kirurgista hoitoprosessia, jossa sairaanhoitajat ja kirurgit pyrkivät työskentelemään tiiviisti yhdessä varmistaakseen potilaan turvallisuuden ja leikkauksen onnistumisen. Leikkaussalin hierarkiassa kirurgit ovat usein johtavassa asemassa ja sairaanhoitajat puolestaan avustavassa roolissa (Rogers ym., 2023). Vaikka leikkaussalissa vallitsevat ammatilliset hierarkiat ja vallan jakautuminen ovat selkeästi määriteltyjä ja osapuolten tiedossa (Nembhard & Edmondson, 2006), valtasuhteiden rakenteet aiheuttavat kuitenkin usein jännitteitä ja haasteita työyhteisössä. Perinteiset valtasuhteet määrittelevät, miten päätöksenteko tapahtuu ja kuinka eri ammattilaisten panos otetaan huomioon leikkauksen aikana. Vaikka kirurgit ovat tyypillisesti hierarkian huipulla, sairaanhoitajat voivat silti pyrkiä horjuttamaan tätä valtaa (Gardezi ym., 2009; Higgins & MacIntosh, 2010; Porsteinsdóttir & Heijstra, 2023). Vallan horjuttamiseen käytetään erilaisia keinoja, joita hoitajat ovat oppineet käytännön kokemustensa kautta hyödyntämään. Nämä toimet voivat tuottaa monenlaisia vaikutuksia niin leikkaussalin dynamiikkaan kuin koko moniammatillisen yhteistyön toimivuuteen.

2.1 Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen

Terveydenhuollossa korostuu usein moniammatillisen tiimin yhteistyö, jonka keskeisenä tavoitteena on tarjota laadukasta kokonaisvaltaista potilashoitoa (Rogers ym., 2020). Terveydenhuollon moniammatillinen tiimi koostuu useista eri ammattiryhmistä, kuten lähihoitajista, sairaanhoitajista, perusterveydenhuollon lääkäreistä sekä erikoisalojen kirurgeista, joiden työtehtävät ja roolit työyhteisössä vaihtelevat heidän erilaisten tutkintojensa ja osaamisensa perusteella. Eri-laiset ammattinimikkeet mahdollistavat sairaanhoitajien ja lääkäreiden välisen selkeän erottelun (Foucault, 1980), ja nämä rajat näyttäytyvät päivittäisissä työ-

tehtävissä ja toimenkuvissa. Koulutustaustat vaikuttavat väistämättä ammattiryhmien välisiin jännitteisiin heidän työskennellessään moniammatillisessa tiimissä leikkaussalissa (McCallin, 2001).

Sairaanhoitajat ja lääkärit edustavat ammattiryhmien eri rooleja terveydenhuollossa, jossa sairaanhoitajien painopiste on hoitotyössä ja lääkärit keskittyvät lääketieteelliseen asiantuntemukseen sekä päätöksentekoon. Sairaanhoitajat nähdään ensisijaisesti hoitotyön toteuttajina, jotka työskentelevät lääkäreiden alaisina (Davies, 2000; Malloy ym., 2009; Elsous ym., 2017) keskittyen potilaan hoitamiseen sekä lääketieteellisestä, mutta myös ei-lääketieteellisestä näkökulmasta (Malloy ym., 2009). Sairaanhoitajien koulutus on lääketieteen opintoihin verrattuna rajallisempaa ja keskittyy enemmän hoitotyön peruseräisiin (Opintopolku, 2023). Hoitotyön toteuttamisen ja alaisena työskentelyn lisäksi sairaanhoitajat ovat omaksuneen vahvasti roolin, jossa heidän tulee ylläpitää rauhallista ilmapiiriä, jotta lääkärit pystyvät keskittymään omaan työhönsä (Riley & Manias, 2005). Allen (2001) kuvaileekin, että sairaanhoitajien toteuttama hoitotyö on toimintaa, jonka avulla lääketiede pystyy saavuttamaan vallan ja etuoikeuden. Sairaanhoitajien rooli terveydenhuollon moniammatillisen tiimin jäsenenä toimiminen perustuu pitkälti omien työtehtävien hoitamisen lisäksi lääkäreiden työn helpottamiseen.

Puolestaan lääkäreiden rooli on vuosien saatossa rakentunut itsenäisyyden ja omavaraisuuden ympärille, jossa painotetaan vastuullisuutta ja tarkkaa asiantuntemusta lääketieteen kentällä (Davies, 2000). Lääketieteen opinnot edellyttävät pitkää ja vaativaa koulutuspolkua, johon sisältyy laaja teorian tiedon ymmärrys, käytännön harjoitteluita sairaaloissa ja mahdollinen erikoistuminen johonkin lääketieteen alaan (Helsingin yliopisto, 2023). Tämä koulutusreitti on aikaa vievä ja vaativa, mutta samalla se tarjoaa lääkäreille laajan ja syvällisen ymmärryksen terveydenhuollosta. Jo lääketieteen opinnoissa korostetaan autonomiaa ja lääkäreiden henkilökohtaista vastuuta sekä oikeutta päätöksentekoon, jossa korostuu auktoriteetin roolin ottaminen (Kohn ym., 2000). Myöskään lääketieteellisessä koulutuksessa ei juurikaan tehdä yhteistyötä muiden terveydenhuollon opiskelijoiden kanssa, mikä aiheuttaa vaikeuksia auktoriteetin jakamisessa mui-

den ammattiryhmien kanssa (Kohn ym., 2000). Tämä puolestaan lisää työelämässä ammattiryhmien välisiä jännitteitä (Nembhard & Edmondson, 2006). Voidaan siis todeta sairaanhoitajilla ja lääkäreillä olevan erilaiset roolit hoitotyön toteuttamisessa, jotka ovat melko tiukasti määriteltyjä. Molemmat ammattiryhmät kuitenkin tunnistavat nämä jakautuneet roolinsa, työn liikkumattomuuden ammattiryhmien välillä sekä työnsä erilaiset tavoitteet (Rabøl ym., 2012).

Vaikka terveydenhuollon tiimeissä jokaiselle on määritelty oma roolinsa, tiimit voivat kuitenkin poiketa merkittävästi toisistaan (Collin ym., 2010). Lähtökohtaisesti jokainen tiimin jäsen on tietoinen omasta tehtäväalueestaan, mutta samaan aikaan myös toistensa roolituksista. Sujuvalla yhteistyöllä voidaan taata potilasturvallisuus leikkaussalioiskentelyn aikana (Bleakley ym., 2012a), jolloin virheiden määrä laskee työskentelyssä (Skråmm ym., 2021). Toimiva yhteistyö vaatii kuitenkin osakseen tasavertaista kunnioitusta tiimin jäseniltä ja Collinin ym. (2010) mukaan eri ammattiryhmien välisissä tiimeissä pidetään itsestänselvyytenä toisen roolin kunnioittamista. Kuitenkin yhteistyön toteutuminen terveydenhuollossa on vaikeaa, sillä siihen vaikuttavat organisaatorakenteet, säännöt, määräykset ja hierarkia, jotka tuovat lisähaastetta (Collin ym., 2010). Leikkaussalissa yhteistyö helposti näyttäytyy ammattiryhmien välisen avoimen keskustelun sijaan kirurgin yksinpuhumisena ja tiedottamisella (Bleakley ym., 2012b).

Ammattiryhmien välillä vallitsee valtarakenteita, jotka tekevät moniammatillisesta yhteistyöstä terveydenhuollossa erityisen haastavaa. Lääkärit ovat perinteisesti olleet hallitsevassa asemassa, mikä luo esteitä sujuvalle yhteistyölle (Hall, 2005; Baker ym., 2011). Eri ammattiryhmiin jakautuneissa organisaatioissa esiintyy selkeä hierarkia, jossa valta jakautuu ylhäältä alaspäin (Kuokkanen & Leino-Kilpi, 2000). Myös Antikainen ym. (2000) ovat maininneet koulutuksen ja asiantuntijuuden olevan yhä enenevässä määrin yksi merkittävimpiä ominaisuuksia vallan jakautumiselle. Ammattiryhmien välinen kuilu ei ulotu pelkästään sairaanhoitajien ja lääkäreiden välille, vaan myös muut sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, kuten lähihoitajat, sosiaalityöntekijät, toiminta-, puhe- ja fysioterapeutit kokevat omaavansa vähemmän valtaa verrattuna lääkä-

reihin (Rogers ym., 2023). Kuitenkin tietyissä tilanteissa valta saattaa siirtyä hierarkisesti alemmalle ryhmälle. Vaikka määräykset tulevat tyypillisesti kirurgeilta, he voivat joutua konsultoimaan sairaanhoitajia leikkauksen käytännön järjestelyihin ja ajoitukseen koskevilla kysymyksissä (Collin ym., 2010).

Terveydenhuollon ammattiryhmien valta-asetat aiheuttavat suurimmaksi osaksi negatiivisia tuntemuksia sairaanhoitajilla. Kuitenkin osa sairaanhoitajista kokee hierarkian positiivisena asiana työyhteisössä (Rogers ym., 2023). Selkeä hierarkia voi selkeyttää hoitajan omaa roolia ja työtehtäviä. Rabølin ym. (2012) mukaan Tanskassa uskalletaan puhua avoimesti yli ammattirajojen, sillä terveydenhuollon hierarkia on kyseisessä maassa matalampi. Tärkeimmiksi syiksi koettiin turvalliseksi koettu viestintä ammattiryhmien välillä, tasaisempi hierarkia, tasa-arvoiseksi koettu yhteiskunta, terveydenhuollon julkinen rahoitus ja sairaanhoitajien korkeampi palkkaus. Työyhteisöissä ymmärretään myös, että pelottelu ja valta-aseman vahvistaminen estävät halukkuutta kommunikoida. Ollisikin tärkeää tiedostaa vallan jakautuminen ja eri työyhteisön jäsenten asema, sillä ne vaikuttavat ihmisten käyttäytymiseen ja asenteisiin (Malloy ym., 2009).

Onnistunut työskentely moniammatillisessa tiimissä edellyttää yhteistyötä, joka perustuu ryhmän jäsenten välisiin sosiaalisiin vuorovaikutuksiin. Samalla valta rakentuu ihmissuhteiden kautta ja ilmenee eri elämäntilanteissa, joten valtasuhteilta ei voida välttyä (Chan & Nimmon, 2019). Vallankäytössä on monia ulottuvuuksia, sillä se voi ilmentyä hallintana, ohjailuna, vastustamisena tai mahdollistamisena (Foucault, 1980). Näkemys vallasta suhteellisenä käsitteenä ei kuitenkaan kiellä hierarkiassa ylemmällä tasolla olevan henkilön auktoriteettia, vaan ennemminkin kyseenalaistaa perinteiset käsitykset valtahierarkioista, jotka kulkevat ylhäältä alaspäin, pysyvänä ja määrätietoisena (Chan & Nimmon, 2019). Terveydenhuollon organisaatioissa kuitenkin vallitsee normeja, joiden mukaan tietyillä terveydenhuollon ammattilaisilla on enemmän vaikutusvaltaa kuin toisilla (Braynion, 2004). Tyypillisesti lääkäreillä on oikeudellinen vastuu potilaista, mikä legitimoii heidän asemaansa terveydenhuollon hierarkiassa (Baker ym., 2011). Tämän vuoksi terveydenhuollossa on ennako-oletuksia lääkäreihin liittyvästä vallan toteutumisesta, jonka vuoksi valta myös helposti annetaan tietyille ammattiryhmälle.

Vaikka valta jakautuu usein eri ammattiryhmien välillä, kuten sairaanhoitajien ja lääkäreiden välillä, se voi jakautua myös ammattiryhmien sisällä. Esimerkiksi nuoremmat ja vastavalmistuneet lääkärit eivät koe olevansa samalla tasolla hierarkian ja auktoriteetin suhteen kokeneempiin kollegoihinsa verrattuna, joka heijastaa valtaeroja lääkäriyhteisön sisällä. Vastavalmistuneet kokevat vanhempien ja pitkän uran tehneiden lääkäreiden omaavan korkeamman auktoriteetin, jossa he itse ovat hierarkiatasolla hoitajia ylempänä, mutta alempana kuin kokee neet lääkärit (Nembhard & Edmondson, 2006; Rogers ym., 2023). Valta ei siis jakaudu tasaisesti ammattiryhmien välillä, vaan siihen vaikuttaa kokemus ja asiantuntijuus.

Tämän lisäksi lääkärin erikoisalalla on merkittävä rooli vallan jakautumisella, sillä kirurgit saavat enemmän arvostusta verrattuna perusterveydenhuollon lääkäreihin (Rogers ym., 2023) ja tämä vahvistaa valtasuhteita erikois- ja perusterveydenhuollon lääkäreiden välillä. Erikoisaloilla on siis merkittävä rooli vallan jakautumisena, sillä etenkin kirurgit nauttivat organisaatioissa suurta valtaa ja pystyvät hyödyntämään sitä edukseen (Edmondson, 2003; Rogers ym., 2023). Ammattiryhmät usein hyväksyvät vallan jakautumisen, sillä yhteiskunta ja sosiaalinen ympäristö vahvistavat valtasuhteiden olemassaoloa sekä opettavat yksilöitä tottelemaan tiettyjä auktoriteetteja (Burger, 2009).

Ammattiryhmien välinen epätasapaino heijastuu myös ammatillisen liikkuvuuden mahdollisuuksiin. Sairaanhoitajilla ei ole mahdollista ammatilliseen liikkuvuuteen saadakseen paremman aseman työyhteisössä, sillä ammatit ovat terveydenhuollossa yleensä vakiintuneita koko uran ajan (Nembhard & Edmondson, 2006). Hierarkiassa ylemmälle tasolle eteneminen vaatisi sairaanhoitajilta uudelleen koulutautumista, sillä pelkällä työkokemuksella he eivät voi edetä lääkäreiksi. Tämän seurauksena heikomman aseman omaavalla ammattiryhmällä on harvoin mahdollisuus valta-aseman kasvattamiseen, joten ammatteihin liittyvät asemaerot ovat pysyviä (Nembhard & Edmondson, 2006). Lääkäreiden valta-asema ei siis horju helposti sairaanhoitajien toimesta, vaan he säilyttävät hierarkian ja auktoriteetin työssään vaivattomasti.

Moniammatillisten tiimien toimivuuden ja yhteistyön haasteet liittyvät vallan epätasapainon lisäksi myös muihin tekijöihin. Tiimien jäsenten vaihtuvuus,

organisaatorakenteet ja työn sisältö haastavat merkittävästi yksilöiden sitoutumista (Collin ym., 2010). Collin ym. (2010) ovat ehdottaneet moniammatillisen yhteistyön parantamiseksi tiiviimmän yhteistyön, roolien ja työprosessien tuntemisen sekä ammatillisten rajojen ylittämisen. Sairaanhoitajat kohtaavat haasteita vahvistaa asemaansa muun muassa potilaan hoitopäätöksissä (Hall, 2005), joten vahvempi yhteistyö lääkäreiden ja sairaanhoitajien välillä on yhteistyön kannalta kriittistä.

Myös yhteinen päätöksenteko moniammatillisessa tiimissä vähentää syyttämistä tiettyä henkilöä tai ammattiryhmää kohtaan, jos yhteinen päätös osoitetaan vääräksi (Collin ym., 2010). Haasteita kohdatessaan tiimi voi herkemmin tukeutua toisiinsa kuin etsiä syyllistä joukostaan. Myös tiimin sujuvuuteen vaikuttaa vahvasti ilmapiiri, jossa ratkaisevana tekijänä on vuorovaikutus. Moniammatillisen tiimin yhdessä vietetty aika lisää yhteisön tiimihenkeä (McCallin, 2001), mutta se ei ole yksistään riittävä. Ratkaisevaa on vuorovaikutuksen sisältö, jossa ryhmän jäsenten tulisi keskustella työn sijaan myös henkilökohtaisista asioistaan ei-ammattillisella tasolla (Collin ym., 2010). Päästämällä kollegat lähemmäs henkilökohtaisella tasolla ilman työroolejaan, vahvistetaan luottamusta tiimin jäsenten kesken. Tällöin on mahdollista rikkoa hierarkisia rakenteita ammattiryhmien välillä ja vähentää tiukkoja valta-asetelmia työyhteisössä (Collin ym., 2010).

2.2 Vallan ilmentyminen leikkaussalissa

Sairaanhoitajien ja kirurgien välillä vallitsee hierarkisia eroja, jotka näyttäytyvät toisen ryhmän ylivoimaisena valtana. Tämä valta voi ilmetä selkeästi terveydenhuollon työympäristössä, mutta leikkaussalissa se voi olla vaikeampi tunnistaa. Työympäristössään valtaa käyttävät kirurgit voivat harjoittaa sitä lähes huomattomasti ja erittäin hienovaraisesti erilaisina tekoina ja toimintoina, jotka vaikuttavat ympäröiviin henkilöihin (Foucault, 1980). Valtasuhteet kirurgien ja sairaanhoitajien välillä ilmenevät sosiaalisina toimintoina, jotka saattavat muodostua osaksi työyhteisön normeja (Hutchinson & Jackson, 2015). Etenkin leikkaussaliin on luotu erityinen kulttuuri, jossa kunnioitetaan kirurgin asettamia rajoja

(Bould ym., 2015). Näitä rajoja ei aina ilmaista suoraan, vaan ne ovat usein epäsuoria sääntöjä ja odotuksia, jotka sairaanhoitajat hiljaisesti ymmärtävät ja hyväksyvät. Näin ollen kirurgin auktoriteetti leikkaussalissa ei vaadi suorita käskyjä tai dokumentoituja sääntöjä – se on kulttuurillisesti omaksuttua ja toteutuu arkipäiväisissä toimintatavoissa.

Terveydenhuollon organisaatioissa myönnetään kirurgeille oikeus sairaanhoitajien johtamiseen hoitotyössä, jolloin hoitajien tulee noudattaa hierarkiassa ylempänä olevan määräyksiä (Elsous ym., 2017). Ammattiryhmien välillä tapahtuva kommunikointi mielletään sairaanhoitajien toimesta kuitenkin helposti negatiivisena, sillä vuorovaikutus sisältää käskyjen ja komentojen antamista (Walia ym. 2022). Leikkaussalityöskentelyyn kuitenkin kuuluu kirurgin avustaminen, jonka vuoksi sairaanhoitajien on toimittava tiukasti ohjeiden mukaisesti. Etenkin vastavalmistuneet ja uudet leikkaussalihoitajat kokevat työnsä stressaavaksi (Higgins & MacIntosh, 2010), ja samaan aikaan kirurgit kokevat moniammatillisen yhteistyön sujuvammaksi tuttujen sairaanhoitajien kanssa (Singh ym., 2007; Rogers ym., 2023). Ennalta tuttu työryhmä on tärkeä paitsi sujuvan yhteistyön myös turvallisuuden kannalta, sillä tuntemattomien kollegoiden osaamisen puutteellinen tunteminen voi aiheuttaa riskejä (Rabøl ym., 2012).

Vaikka työryhmän tuttuus lisää potilasturvallisuutta ja työn sujuvuutta, leikkaussalissa esiintyy edelleen vähäsanaisuutta ja jopa puhumattomuutta. Leikkaussalien puhumattomuuden kulttuurista ja vallan epätasapainon vaikutuksista viestintään on tehty laajasti havaintoja (Davies, 2000; Edmondson 2003; Gardezi ym., 2009; Malloy ym., 2009; Calhoun ym., 2013; Weiss ym., 2017). Sairaanhoitajien hiljaisuudelle on monia syitä, mutta merkittävimmät ovat hierarkiset esteet ja pelko puhua yli ammattirajojen (Nembhard & Edmondson, 2006). Kirurgeilta vältetään kysymästä tarkennuksia leikkaustilanteissa, sillä ei haluta osoittaa epävarmuutta sekä pelätään omien kasvojaan menettämistä (Gardezi ym., 2009). Sen sijaan sairaanhoitajat saattavat keskustella keskenään kirurgin mieltymyksistä ennen leikkausta tai sen aikana, pyrkien näin varmistamaan sujuvan työskentelyn (Gardezi ym., 2009). Myös Maniasin ja Streetin (2000) mukaan hoitajat eivät välttämättä puhu oma-aloitteisesti. Ammattiryhmien välinen

neuvottelemattomuus leikkaustilanteessa aiheuttaa kuitenkin viivästyksiä ja aikataulussa myöhässä olemista (Gardezi ym., 2009).

Pelko kirurgien huonosta kohtelusta saa sairaanhoitajat olemaan erityisen varovaisia virheiden välttämiseksi (Asadi ym., 2023). Selkeän valtdynamiikan ja ammattiryhmien jäykän yhteistyön myötä virheet vaikuttavat sairaanhoitajien ammatilliseen kuvaan omasta ammattitaidoistaan (Higgins & MacIntosh, 2010). Tämä lisää painetta ja tarvetta vakuutella muille, etenkin kirurgeille, omasta osaamisestaan. Leikkaussalissa sairaanhoitajien on usein kuitenkin osoitettava pätevyyttä ennakoimalla hiljaa kirurgien tarpeita ja mieltymyksiä sekä ratkaista ongelmia ennakkoon. Gardezi ym. (2009) toteavat, että sairaanhoitajien pyrkimys välttää kirurgien häiritsemistä ja peittää oma epävarmuutensa voi vahvistaa pidättymiskulttuuria, joka vaikuttaa heidän ja kirurgien väliseen vuorovaikutukseen. Tämä hiljaisuuden muoto paljastaa vallan hienovaraisen ja tehokkaan luonteen – ei vain kykyä pakottaa, vaan kykyä muokata subjektiivisuutta ja käsityksiä itsestään.

Kommunikoinnin puutetta ilmenee myös kirurgien osalta. Gardezin ym. (2009) mukaan leikkaussalissa nämä tilanteet näyttäytyvät sairaanhoitajien suoriin kysymyksiin ja pyyntöihin vastaamatta jättämisenä. He esittävät, että kirurgien tahallisessa vastaamattomuudessa ei ole kyse heidän kuulemattomuudestaan, vaan tavasta käyttää valtaa ja vakiinnuttaa entisestään omaa asemaansa. Hierarkiassa ylempänä olevan kirurgin ei tarvitse vastata sairaanhoitajan tarpeeseen halutessaan. Tarkoitukselliset hiljaisuudet leikkaussalissa, joita käytetään tietoisesti, voivat kuitenkin olla vaikeasti havaittavissa (Gardezi ym., 2009). Niiden tunnistaminen saattaa vaatia erityistä huomiota ja usein edellyttää, että kysymys esitetään useita kertoja ennen kuin saadaan vastaus. Kommunikoinnin puute estää tiedon liikkumista ammattiryhmien välillä, joka voi olla jopa kohtalokasta potilaalle. Vaikka kirurgit kokevat tärkeänä tiedon jakamista sairaanhoitajilta heille, kirurgit eivät kuitenkaan välttämättä jaa tietoa itse alaspäin (Singh ym., 2007).

Kirurgien kommunikoinnin puute ja tiedon jakamattomuus turhauttaa sairaanhoitajia, joka heikentää tiimin moniammatillista yhteistyötä. Hierarkiassa

korkeammalla olevat kirurgit eivät kuitenkaan ole välttämättä tietoisia sairaanhoitajien turhautumisesta, jos asiaa ei tuoda selkeästi esille (Hamric & Blackhall, 2007). Tämä voi johtaa siihen, että sairaanhoitajat kokevat tilanteen yksin käsiteltäväksi. Leikkaussalissa halutaan kuitenkin ylläpitää positiivista ilmapiiriä hoitajien toimesta turhauttavasta tilanteesta huolimatta. Tämä halu säilyttää ammattillinen ja rauhallinen ilmapiiri voi kuitenkin estää ongelmien avaamista ja keskustelua niiden ratkaisemiseksi. Olennaista on kuitenkin kirurgien luoma tunnelma leikkaussaliin, sillä heidän käyttäytymisensä määrittelee sen, miten valta ja ilmapiiri koetaan (Bould ym. 2015). Jos kirurgit kokevat turhautumisen tunteita ja käyttäytyvät epäasiallisesti, sillä on vahva negatiivinen vaikutus koettuun ilmapiiriin (Sandelin & Gustafsson, 2015). Tämä lisää luonnollisesti sairaanhoitajien kokemusta kunnioituksen puuttumisesta heitä ja heidän työtänsä kohtaan.

Porsteinsdóttir ja Heijstra (2023) mainitsevat sairaanhoitajien olevan tietoisia siitä, että heidän on sopeuduttava ja tehtävä kompromisseja, vaikka kirurgien päätökset ovat ajoittain heidän omantuntonsa vastaisia. Samalla hoitajat kuitenkin toivovat hiljaisesti muutoksia vuorovaikutuksessa ja odotuksissa. Tämän tietoisien strategian tarkoituksena on säästää energiaa, suojella ammattitaitoa, luoda myönteistä ilmapiiriä ja välttää konflikteja työyhteisön sisällä. Mahdollisten konfliktien sietäminen ja tasapainon löytäminen lisää ylimääräistä työtaakkaa ja voi olla henkisesti kuormittavaa. Tämä voi johtaa tilanteisiin, joissa sairaanhoitajat joutuvat uhraamaan omaa hyvinvointiaan työyhteisön sisäisten jännitteiden minimoimiseksi. Vaikka kirurgit luovat vallan avulla ammattiryhmien välille rajoja, osa kirurgeista asettaa etusijalle suhteiden rakentamisen moniammatillisessa tiimissä (Rogers ym., 2023). Kirurgit pystyvät siis paljon omalla asenteellaan vaikuttamaan leikkaussalissa vallitsevaan kulttuuriin ja vuorovaikutustapoihin, jolloin heidän roolinsa ei ole vain valtaa jakava.

Kommunikoinnin puutteen lisäksi vallan käyttöä voidaan tarkastella päätöksentekoprosessin kautta. Kirurgin asema johtaa luonnollisesti myös suurempaan päätösvaltaan potilaan hoidossa sekä sairaanhoitajien työtehtävien määräämiseen (Sintonen ym., 2011). Kuitenkin sairaanhoitajat kokevat kirurgien käyttävän ylivoimaista valtaa, jossa hoitajat ovat valtdynamiikan rajoittamia (Malloy

ym., 2009). Tämän seurauksena sairaanhoitajat tuntevat olonsa helposti alisteiseksi ja heidän mahdollisuutensa tuoda esiin oman ammattitaitonsa ja näkemyksensä jäävät vähäisemmiksi. Kokemus valtasuhteesta voi olla negatiivinen, sillä hierarkian asettamat normit ja ohjeet sanelevat tilanteita. Hoitajien tuodessa esille mielipiteensä potilaan hoidosta, kirurgit saattavat kuunnella aktiivisesti, mutta se ei silti välttämättä vaikuta potilaan hoidon päätöksentekoon (Manias & Street, 2000). Puolestaan Wangin (2019) mukaan valtdynamiikka näyttäytyy myös institutionalisoiduissa ja ritualisoiduissa toiminnoissa. Leikkaussalissa kirurgilla on oikeus päättää työn aikataulutuksesta, joten sairaanhoitajat eivät voi lopettaa työskentelyään, vaikka heidän työpäivänsä olisi suunnitellusti päättynyt. Heidän on jatkettava avustamista leikkaussalissa siihen asti, kunnes kirurgi on saanut oman työnsä päätökseen. Hoitajat eivät siis pysty täysin hallitsemaan omaa työtään ja sen aikataulutusta, vaan kontrolli on luovutettava kirurgeille.

Päätöksenteon ja kommunikoinnin puute aiheuttaa jännitteiden lisäksi sairaanhoitajille moraalisia vaikeuksia, jos kirurgin päätökset potilaan hoidosta ovat epäeettisiä (Malloy ym., 2009). Terveysthuollon ala ja ympäristö koetaan rajoittavana tekijänä omien näkemyksien ilmaisemiselle. Vaikka eettisesti väärät käskyt tunnustetaan sairaanhoitajien toimesta, he saattavat silti olla puuttumatta tilanteeseen (Calhoun ym., 2013). Epävarmuus ja valtasuhteiden pelko voivat estää sairaanhoitajia toimimasta potilaan parhaaksi, vaikka heillä olisi asiantuntevasta ja eettistä vastuuta puuttua tilanteisiin.

Sairanhoitajilla on kuitenkin merkittävä rooli potilaan hoidossa, mutta kirurgit luottavat omaan tietoonsa ja taitoonsa enemmän, jonka vuoksi oman äänen kuuluviin saaminen on haasteellista. Tämä johtaa arvostuksen puuttumisen tunteeseen (Porsteinsdóttir & Heijstra, 2023), kun huolenaiheet potilaan hoidosta tuodaan esille (Malloy ym., 2009). Puolestaan Rogersin ym. (2023) mukaan sairaanhoitajien asiantuntevasta on arvostettu enemmän koronapandemian seurauksena, sillä terveydenhuollossa kohdattiin entistä enemmän emotionaalisesti haastavia tilanteita. Puolestaan Porsteinsdóttirin ja Heijstran (2023) mukaan kirurgien ja sairaanhoitajien välisessä vuorovaikutuksessa on tapahtumassa positiivista muutosta sukupolvenvaihdoksen myötä.

2.3 Valtadynamiikan haastaminen

Sairaanhoitajien ja kirurgien välinen valtasuhde on kompleksinen ilmiö, joka kulminoituu terveydenhuollon ammattilaisten keskinäiseen dynamiikkaan. Valta neuvottelemisen näiden kahden ammattiryhmän välillä kätkee sisäänsä monia eri ulottuvuuksia. Terveydenhuollon organisaatioissa valta ei siis liiku sairaanhoitajien ja kirurgien välillä juurikaan, vaan vallan ymmärretään automaattisesti jakautuvan hierarkiassa korkeammalle olevalle henkilölle. Nämä sairaalaympäristössä ilmenevät hierarkiat ja valta ovat universaaleja organisaatioista ja tiimeistä riippumatta (Wang, 2019).

Vaikka valta on jakautunut vahvasti kirurgeille, se voi kuitenkin vaihtaa käyttäjänsä. Foucault (1980) on määritellyt vallan strategiana ja toimintana, joten valtaa ei pysty omistamaan. Ryhmien välillä on yleensä paljon epävakautta, joka mahdollistaa vallan olevan jatkuvan taistelun kohteena ja se pyritään saamaan itselleen. Vallankäyttö kuitenkin luo aina vastarintaa osapuolissa, joten valtasuhteiden muutokset ovat mahdollisia (Foucault, 1980; Foucault, 1990). Sen kumoaminen tietyltä ryhmältä ei kuitenkaan ole yksinkertainen prosessi, sillä se edellyttää hierarkiassa alemmalta ryhmältä jatkuvaa taistelua ja konfliktia (Foucault, 1980). Valta-asemia on siis vaikeaa horjuttaa, sillä yhteiskunnalliset, organisatoriset ja yksilölliset tekijät pitävät valtdynamiikan melko tiukasti paikoillaan (Nembhard & Edmondson, 2006; Þorsteinsdóttir & Heijstra, 2023). Myös Davies (2000) on todennut, että kirurgit eivät halua luopua perinteisestä valtdynamiikasta ammattiryhmien välillä.

Kirurgit siis pyrkivät toiminnallaan juurruttamaan perinteisiä valtasuhteita entistä tiukemmiksi ja vaikeammin kitkettävämmäksi. Kuitenkin sairaanhoitajat haluavat olla tasavertaisia jäseniä moniammatillisessa tiimissä saaden oman äänensä kuuluviin, kunnioitusta kirurgeilta sekä suurempaa osallisuutta päätöksentekoprosessissa (Rogers ym., 2023), jonka seurauksena he ovat oppineet käyttämään erilaisia strategioita häivyttääkseen selkeää hierarkiaa ammattiryhmien väliltä. Selkeimmin ammattiryhmien väliset valtataistelut ovat havaittavissa vuorovaikutuksissa (Gardezi ym., 2009), jolloin vastarinta voi olla voimakasta ja äänekkästä, mutta myös varovaista ja jopa täysin hiljaista.

Sairaanhoitajat pyrkivät asettamaan selkeitä rajoja kirurgeille, sillä pelkona on, että he saattaisivat käyttää valtaansa väärin ja vaatia heiltä tehtäviä, jotka eivät kuulu heidän rooliinsa (Þorsteinsdóttir & Heijstra, 2023). Valtaneuvottelu hoitajien toimesta näyttäytyy esimerkiksi kieltäytymällä hoitamasta työtehtävää, jonka kirurgi osaa tehdä itse (Þorsteinsdóttir & Heijstra, 2023) tai leikkaussalissa käytäntöjen noudattamisen muistuttamisena (Higgins & MacIntosh, 2010). Näin näkyvä puuttuminen kirurgien toimintaan koetaan kuitenkin vaikeana. Auktoriteetin haastamisen ongelmallisuudeksi koetaan väärässä olemisen pelko, suhteiden vaarantaminen, halu konfliktin välttelyyn, pelko hämmennyksestä sekä kasvojen menettäminen (Pian-Smith ym., 2009). Myös kirurgin reaktio voi olla jopa aggressiivinen (Higgins & MacIntosh, 2010), jonka vuoksi valtataistelu voidaan koeta pelottavana. Kuitenkin Þorsteinsdóttirin ja Heijstran (2023) mukaan lopputulos voi olla myös positiivinen, sillä sairaanhoitajien uskallus puuttua asioihin voi myös lisätä kunnioitusta heitä kohtaan.

Rileyn ja Maniaksen (2005) mukaan sairaanhoitajien tilanteisiin puuttumista ja päätöksiä saatetaan kyseenalaistaa kirurgien osalta, mutta he pystyvät vetoamaan terveydenhuollon lainsäädäntöön ja organisaation linjauksiin. Leikkaussalikäytäntöjen noudattaminen ylittää kirurgin vallan ja samalla myös haastaa sairaanhoitajan asemaa perinteisessä hoitotyön hierarkiassa. Myös kokeneen sairaanhoitajan ja vastavalmistuneen kirurgin välinen viestintä voi ohittaa järjestyksen (Thomas ym., 2004). Sairaanhoitajan parempi tuntemus leikkaussalitalanteista saattaa aiheuttaa konflikteja ammattiryhmien välille, jos hän tuo sen esille leikkaussalissa. Kuitenkin kirurgin asema ei tarkoita, että hänellä olisi tilanteeseen oikea vastaus ja ratkaisu. Sairaanhoitajilla saattaa olla parempi tieto käytettävistä instrumenteista, uusimmista ohjeistuksista ja leikkauksen käytännön järjestelyihin liittyvissä asioissa.

Vaikka osa sairaanhoitajista uskaltaa puolustaa näkyvämmiin oikeuksiaan ja asemaansa, muut saattavat käydä valtataistelua hiljaisemmin (Malloy ym., 2009). Gardezin ym. (2009) mukaan tarkoituksellinen hiljaisuus ja puhumattomuus ovat yksi keino vallankäytölle toisia kohtaan sekä vallan vastustamiselle, vaikka se usein nähdään heijastuksena voimattomuudesta ja passiivisuudesta. Puhe ei ole suoraviivainen heijastus vallasta, vaikka se antaakin sille äänen ja sillä

on merkittävä rooli vallan ilmaisussa. Hoitajat käyttävät non-verbaalista kommunikaatiota ollessaan tyytymättömiä kirurgeihin piilottamalla sanalliset arvoselunsa kehonkielellään. Tämä näyttäytyy esimerkiksi instrumentin antamalla rajusti kirurgin käteen (Riley & Manias, 2005) tai tyytymättömän ilmeen antamisena (Lingard ym., 2004). Tällä pyritään viestittämään sanattomasti erimielisyyttä sekä vastustetaan kirurgin auktoriteettia ja valtaa. Vastaavasti kirurgin tahallinen odotuttaminen tehdessään oman tehtävän hitaasti on hienovarainen keino vastustaa toista ammattiryhmää (Riley & Manias, 2005).

Riley ja Manias (2005) esittelevät erilaisia strategioita vallankäytölle, joita sairaanhoitajat pystyvät hyödyntämään leikkaussalissa. Heidän mukaansa sairaanhoitajat käyttävät tietoaan kirurgeista hallitakseen ja ohjatakseen leikkaussalin toimintaa. Hoitajat keräävät yksityiskohtaista tietoa kirurgeista, kuten heidän henkilökohtaisista piirteistään, mieltymyksistään ja millaisia he ovat ihmisinä (Riley & Manias, 2005). Syvällinen tieto kirurgeista auttaa hoitajia ymmärtämään, miten leikkaussaliyöskentely toimii ja miten sitä voidaan parhaiten hallita ja ohjata. Tällaiset yksilölliset tiedot kirurgeista ovat tärkeitä, koska ne vaikuttavat suoraan siihen, miten leikkaussaliympäristöä johdetaan ja kontrolloidaan. Tieto kirurgeista antaa hoitajille mahdollisuuden koordinoida ja organisoida omaa työtään tehokkaammin. Riley ja Manias (2005) mainitsevat myös, kuinka tämä tieto on ikään kuin hallinnan väline, jonka avulla hoitajat voivat muokata käytäntöjä ja säädellä toimintaa leikkaussalissa. Tämä luo heille samalla vallan aseman ja mahdollistaa heidän roolinsa merkityksellisenä toimijana leikkaussalissa. Hoitajat eivät ole vain kirurgien avustajia, vaan itsenäisiä ja aktiivisia toimijoita, jotka hallitsevat työtään ja vaikuttavat merkittävästi leikkaussalin toimintaan ja päätöksentekoon.

Myös Higginsin ja MacIntoshin (2010) mukaan leikkaussalissa tapahtuu kirurgien osalta loukkaavaa käytöstä sairaanhoitajia kohtaan, jolloin hoitajat kehittävät erilaisia strategioita hallitakseen omaa asemaansa ja työympäristöään. Heidän mukaansa sairaanhoitajat pyrkivät olemaan etuajassa ja valmistautuneita, jotta he voisivat reagoida tehokkaasti mahdollisiin ongelmatilanteisiin sekä he yrittävät miellyttää kirurgeja saadakseen parempaa kohtelua. Lisäksi varmiste-

taan, että kaikki työtehtävät suoritetaan virheettömästi, jotta välttyttäisiin mahdollisilta syytöksiltä tai saamasta huonoa palautetta. Higgins ja MacIntosh (2010) lisäävät, että hoitajien eduksi on, jos he oppivat, mitkä asiat saavat kirurgit reagoimaan joko positiivisesti tai negatiivisesti ja pyrkivät soveltamaan tätä tietoa jatkossa. He oppivat siis tunnistamaan ja käyttämään hyväkseen niitä tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa heidän työympäristönsä dynamiikkaan ja heidän omaan asemaansa siinä. Tämä strateginen lähestymistapa auttaa selviytymään vaikeista tilanteista ja hallitsemaan ympäristöään paremmin.

Sairaanhoitajat pystyvät siis käyttämään erilaisia strategioita, kuten manipulaatiotyypistä valtaa kontrolloidakseen tilanteita ilman kirurgin tietoisuutta (Sintonen ym., 2011). Pienten huomaamattomien tekojen avulla pyritään haastamaan ja kyseenalaistamaan kirurgien valta-asemaa. Hoitajat käyttävät vallan haastamisessa hyödykseen myös muita ammattiryhmiä, jotka ovat alisteisessa asemassa (Rogers ym., 2023). Näitä muita ammattiryhmiä ovat muun muassa lähihoitajat, psykologit sekä toiminta-, puhe- ja fysioterapeutit. Kun eri ammattiryhmät liittoutuvat kirurgeja vastaan, he vahvistavat vaikutusvaltaansa ja saavat paremmin äänensä kuuluviin moniammatillisessa tiimissä.

Tämä on kuitenkin ristiriidassa Porsteinsdóttirin ja Heijstran (2023) löydöksen mukaan, sillä he ovat esittäneet sairaanhoitajilla olevan tarvetta samaistua hallitsevaan ryhmään saadakseen aikaan muutosta. Samalla tämä luo etäisyyttä oman ammattiryhmän sisällä. Pyrkiessään integroitumaan kirurgien ryhmään, sairaanhoitajat saattavat kokea irtautumista omista kollegoistaan ja ammattiryhmänsä yhteisistä tavoitteista. Hoitajien käyttäessä manipulaatiotyypistä valtaa ja liittoumaa muiden alisteisten ammattiryhmien kanssa, viittaa tämä kuitenkin vain hetkelliseen vaikutusvaltaan. Puolestaan samaistumalla hallitsevaan ryhmään, he voivat saada enemmän pysyvämpää vaikutusvaltaa, mutta samalla uhraamaan oman ammattiryhmänsä yhtenäisyys.

3 TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata leikkaussaliympäristössä vallitsevia valtasuhteita kirurgien ja sairaanhoitajien välillä. Leikkaussali on kompleksinen ympäristö, jossa valta on keskeinen tekijä. Tämän tutkimuksen tavoitteena on tutkia, miten valta ilmenee leikkaussalissa sekä hoitajien työssä. Lisäksi tutkimuksessa selvitetään, miten sairaanhoitajat pyrkivät haastamaan kirurgien valtaa. Tutkimuksen avulla pyritään saamaan syvempää tietoa siitä, miten valta jakautuu ja ilmenee leikkaussalissa, sekä arvioimaan, kuinka sairaanhoitajat pyrkivät vaikuttamaan perinteisiin valtasuhteisiin. Muodostin tutkittavasta aiheesta kaksi tutkimuskysymystä.

1. Miten valtasuhteet näyttäytyvät sairaanhoitajien työskentelyssä?
2. Miten sairaanhoitajat pyrkivät haastamaan heihin kohdistuvaa vallankäyttöä?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimuskonteksti

Tutkimuksen konteksti linkittyy työelämän tutkimukseen ja tarkemmin määriteltynä terveydenhuollon ammattiryhmien väliseen hierarkiaan ja valtasuhteisiin. Sairaalassa työskennellään moniammatillisissa tiimeissä potilaiden hoidon ja hyvinvoinnin varmistamiseksi. Sairaalan hierarkia näyttäytyy selkeinä organisaatorakenteina, jotka määrittelevät kunkin ammattiryhmän roolit, vastuut ja valtasuhteet. Perinteisesti kirurgit ovat hierarkiassa korkeammalla sairaanhoitajia, jonka vuoksi sairaalassa ilmenee erilaisia valtasuhteita ja -rakenteita, ja nämä heijastuvat hoitajien työhön.

Tutkimus on toteutettu laadullisena tutkimuksena keskisuudessa suomalaisessa sairaalassa, jossa työskentelee satoja sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia. Tutkimukseen valittiin opetussairaala, sillä työntekijät voivat erikoistua haluamiinsa kirurgian erikoisaloille. Tutkimukseen osallistuvien valintaan on vaikuttanut heidän mukanaolonsa opetuksessa ja ammatillisessa oppimisessä sekä pääkirurgin kanssa sovitusta sopivista osallistujista tutkimukseen. Jokainen tutkittava on osallistunut tutkimukseen vapaaehtoisesti ja oman mielenkiintonsa perusteella.

Etnografia keskittyy toimintakulttuurien, yhteisöjen toiminnan ja sosiaalisen vuorovaikutuksen tarkasteluun (Paloniemi & Collin, 2010; Hämeenaho & Koskinen-Koivisto, 2018) ja se soveltuukin tutkimukseni menetelmäksi erityisen hyvin, sillä se mahdollistaa valtasuhteiden tarkastelun. Etnografian avulla voidaan havainnoida, kuinka valta näyttäytyy yhteisön sisällä ja kuinka se vaikuttaa hoitajien työhön. Tälle lähestymistavalle on ominaista myös tutkimuksen ajallinen pitkäkestoisuus (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006), mikä toteutui myös tässä tutkimuksessa. Etnografiassa pyritään tarkastelemaan ihmisten arkiisia toimintatapoja, mutta huomio kiinnittyy myös poikkeaviin tilanteisiin ja käytäntöihin (Ukkonen-Mikkola, 2022). Aineistonkeruussa keskeisessä roolissa on usein havainnointi, jonka avulla tutkijat pääsevät tarkastelemaan tutkittavien ar-

kea heidän luonnollisessa ympäristössään (Ukkonen-Mikkola, 2022). Havainnoinnin rinnalla aineistoa voidaan täydentää esimerkiksi haastatteluiden avulla, mikä rikastuttaa kokonaiskuvaa tutkimuskohteesta (Paloniemi & Collin, 2010), jota on hyödynnetty myös tässä tutkimuksessa.

4.2 Tutkimusaineiston keruu ja tutkimukseen osallistujat

Tutkimuksessa on käytetty SURGSKILLS-hankkeen (Surgical workplace learning, professional identity and guidance) aineistoa, joka on kerätty vuosina 2007–2010. Tutkimus on toteutettu keskisuuren suomalaisen sairaalan kirurgisella osastolla. Tutkimusprojektin teemoina olivat kirurginen työssä oppiminen, kirurgisen identiteetin rakentaminen ja työpaikkaohjaus. Lisäksi osallistujien väliset valtasuhteet ja hierarkiat nousivat esiin vahvasti, mikä tekee aineistosta erityisen sopivan tutkimukseni näkökulmasta.

SURGSKILLS-hankkeen osallistujat olivat koulutukseltaan kirurgeja ja sairaanhoitajia, jotka olivat uransa eri vaiheissa. Haastateltavat valittiin harkinnanvaraisesti vapaaehtoisuuteen perustuen. Heillä oli henkilökohtaista kokemusta tutkittavasta ilmiöstä, eli kirurgisen lääkärin tai hoitajan työstä ja työssä ohjauksesta. Tutkimuksen osallistujat olivat kirurgiaan erikoistuvia lääkäreitä sekä kirurgisella osastolla toimivia sairaanhoitajia, kuten instrumenttihoitajia, anestesiahoitajia ja salihoitajia. Kirurgiaan erikoistuvat lääkärit olivat eri vaiheissa erikoistumisvaiheittensa. Osa osallistujista oli juuri aloittanut erikoistumisjaksonsa, kun taas osa oli saamassa erikoistumisvaiheensa päätökseen. Loppuvaiheen kirurgiaan erikoistuvat lääkärit toimivat alkuvaiheessa olevien lääkäreiden ohjajina ja mentoreina. Erikoistuvat lääkärit olivat iältään 26–35-vuotiaita ja sairaanhoitajat 24–60-vuotiaita. Sairaanhoitajien kokemus kirurgisesta hoitotyöstä vaihtelivat muutamasta vuodesta kymmeneen vuosiin.

Havainnointiaineisto muodostuu kirjallisista kenttämuistiinpanoista, joka kattaa 312 tuntia havaintoaikaa ja 350 sivua kenttämuistiinpanoja, ja tämä sisälsi myös tutkijoiden tulkintoja tilanteista. Aineistossa oli myös litteroituja keskusteluita, jotka käytiin henkilökunnan välillä, mutta ajoittain keskusteluissa oli mu-

kana myös tutkijoita. Keskusteluita käytiin vapaamuotoisesti työn ohessa, etenkin leikkaussalissa. Havainnoinnin lisäksi aineistossa käytettiin syvähaastatteluita. Syvähaastattelun avulla saadaan syvällisempää tietoa verrattuna teema-haastatteluihin, kun käsitellään menneisyyden tapahtumia, arkaluontaisia asioita tai tiedostamattomia tapahtumia (Siekkinen, 2010). Tutkimuksessa käytettiin syvähaastatteluita, sillä keskusteluissa käytiin läpi havainnointitilanteita tutkimushankkeen ilmiöiden kautta.

Tähän tutkimukseen valitsin havainnointiaineistoa sekä haastatteluita. Käytössäni oli 17 havainnointitilannetta ja 21 haastattelua. Havainnoinneista käytin analyysissäni kaikki hoitajien työhön kohdistuneet tilanteet (N=17), jotka muodostuivat tutkimukseni pääaineistoksi. Nämä havainnointitilanteet sijoittuivat kirurgiselle osastolle, jossa korostuivat sairaanhoitajien ja kirurgien väliset vuorovaikutustilanteet. Havainnointitilanteet valikoituivat analyysin kohteeksi niiden merkityksellisyyden perusteella, sillä ne tarjosivat konkreettisia esimerkkejä vallan ilmenemisestä ja mahdollistivat tutkimuskysymykseni tarkastelun käytännön työympäristössä.

Analyysin tueksi päätin havainnointitilanteiden lisäksi käyttää kahta sairaanhoitajan haastattelua. Nämä kaksi haastattelua valikoituivat, koska ne tehtiin sellaisten sairaanhoitajien kanssa, jotka olivat toimijoina myös havainnointitilanteissa. Tämä valinta mahdollisti aineistojen paremman keskinäisen linkittämisen ja ilmiön tarkemman ymmärtämisen. Puolestaan kirurgien haastattelut keskittyivät pitkälti heidän näkemyksiinsä omasta työstään, ammatilliseen oppimiseen sekä keskinäisiin suhteisiin muiden lääkäreiden kanssa. Haastatteluissa kirurgit mainitsivat vain vähän sairaanhoitajien kanssa tapahtuvasta yhteistyöstä, ja keskustelut painottuivat lähinnä muiden lääkäreiden kanssa tapahtuvaan tiimityöskentelyyn. Tämän vuoksi jätin kirurgien haastattelut pois analyysistä. Sairaanhoitajien haastatteluissa puolestaan keskityttiin enemmän moniammatilliseen yhteistyöhön leikkaussalissa sekä kirurgien ja sairaanhoitajien väliin suhteisiin, jotka sopivat paremmin tutkimuskysymyksiini. Havainnointitilanteet ja käyttämäni haastattelujen litteroitu aineisto oli laajuudeltaan yhteensä 93 sivua.

4.3 Aineiston analyysi

Tutkimuksen lähestymistapa oli etnografia, jonka sisällä hyödynsin induktiivista temaattista analyysiä havainnointi- ja haastatteluaineistoon. Temaattisen analyysin tavoitteena on erilaisten teemojen tunnistaminen ja kuvaaminen aineistosta, jolla saadaan yksityiskohtainen ja tarvittaessa monimutkainen kuvaus tiedosta (Guest ym., 2012; Clarke & Braun, 2017; Maguire & Delahunt, 2017). Temaattinen analyysi on joustava ja hyödyllinen menetelmä, jonka avulla voidaan tutkia ihmisten käyttäytymistä, asenteita ja todellisia motiiveja (Ten Have, 2004). Omassa tutkimuksessani temaattinen analyysi oli luonteva valinta, sillä se tukee hyvin tutkimuskysymyksiäni ja on yhteensopiva aineistoni kanssa. Analyysitapa mahdollistaa aineiston joustavan ja aineistolähtöisen tarkastelun, mikä oli olennaista tutkimuksessani, jossa tavoitteena oli ymmärtää vallan ilmenemistä sairaanhoitajien ja kirurgien vuorovaikutustilanteissa.

Braunin ja Clarken (2006) mukaan temaattinen analyysi voidaan jakaa induktiiviseen ja deduktiiviseen analyysiprosessiin. Induktiivisessa lähestymistavassa teemat nousevat suoraan aineistosta ilman ennakkoon määriteltyä tietoa, eli analyysi perustuu aineiston sisältöön. Teemat nousevat tekstidatasta tutkijan toimesta, vaikka taustalla on ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Tämä taustatieto ei kuitenkaan ohjaa analyysiä, vaan teemat pyritään nostamaan aineistosta mahdollisimman objektiivisesti. Puolestaan deduktiivisessa lähestymistavan keskiössä on valittu teoria, jota käytetään avuksi analyysiprosessissa. Olen valinnut induktiivisen analyysiprosessin, sillä se tarjoaa joustavamman lähestymistavan aineistooni löytämällä mahdollisesti uutta tietoa ja syvällisempää ymmärrystä tutkimusaiheeseen.

Hyödynsin Braunin ja Clarken (2006) temaattista analyysiä, jonka prosessin vaiheet ovat 1) aineistoon tutustuminen, 2) alustavien koodien luominen, 3) teemojen etsiminen, 4) teemojen tarkastelu, 5) teemojen määrittely ja nimeäminen sekä 6) raportin kirjoittaminen. Seuraavaksi kerron prosessista tarkemmin eli miten toteutin analyysini.

Ensimmäisessä temaattisen analyysin vaiheessa tutustuin aineistoon huolellisesti. Luin käytössäni olleet havainnointitilanteet sekä haastattelut kahdesti läpi. Toisella kerralla tein myös muistiinpanoja ajatuksia herättäneistä kohdista.

Aineistoon tutustumisen yhteydessä pelkistin aineistoa jättämällä lääkäreiden ja muutamien sairaanhoitajien haastattelut pois aineistonanalyysistä. Pääaineistoksi valitsin havainnointitilanteet sekä käytin tukena kahta sairaanhoitajan haastattelua. Valituissa haastatteluissa esiintyivät samat sairaanhoitajat kuin havainnointiaineistoissa, joten heidän haastattelunsa syvensivät ymmärrystä tilanteista. Temaattinen analyysi tehtiin lopulta siis 17 havainnointitilanteelle ja kahdelle sairaanhoitajan haastattelulle.

Analysoinnin toisessa vaiheessa korostin tekstistä merkitykselliset kohdat, joista valitsin alustavat aineistositaatit. Valittuani aineistositaatit, koodasin ilmaukset muutamalla sanalla tai lauseella. Tässä vaiheessa ensimmäinen tutkimuskysymykseni vielä tarkentui ja muutin kysymystä sopivammaksi. Temaattisessa analyysissä tutkimuskysymys voi kehittyä ja tarkentua analyysin aikana (Clarke & Braun, 2017), joka tapahtui kohdallani. Tutkimuskysymyksen tarkentaminen auttoi suuntaamaan analyysin tarkemmin siihen, miten valta näyttäytyy käytännön työtilanteissa ja vuorovaikutuksessa, mikä oli keskeistä tutkimukseni kannalta.

Alkuperäisten ilmaisujen koodaamisen jälkeen aloin tarkastelemaan ja tulkitsemaan koodejani. Yhdistelin koodeja, joista pyrin muodostamaan yhtenäisiä alateemoja. Alateemat muodostuivat useasta eri koodista, jotka olivat sisällöltään yhteneväisiä. Tässä käytin apuna teemakartan piirtämistä, jotta hahmotin kokonaisuuden selkeämmin. Teemakartan tavoitteena on järjestää ja visualisoida löydetty koodit teemoiksi sekä auttaa tutkijaa ymmärtämään kokonaisuuden (Vaismoradi ym., 2013). Koodeista löytyi yhtäläisyyksiä, mikä helpotti alateemojen muodostamista. Nämä alateemat auttoivat suuntaamaan analyysin tarkemmin tutkimuskysymyksiini. Alateemojen muodostumisen jälkeen yhdistin teemoja vielä pääteemoiksi. Analyysiprosessin muuttaminen visuaaliseksi helpotti alateemojen yhdistämistä pääteemoihin löytämällä yhteyksiä eri teemojen välillä. Teemojen tunnistaminen vaatii paljon aikaa, koska temaattisen analyysin tavoitteena ei ollut vain teemojen tiivistäminen, vaan myös niiden tulkitseminen tutkimuskysymysten mukaisesti (Clarke & Braun, 2017). Teemojen tulkintaan ja nimeämiseen vaikutti tutkimuskirjallisuus aiheesta sekä tutkimuskysymykseni,

jolloin muutin vielä muutamien teemojen nimet. Aineistonanalyysi ei ollut lineaarista, vaan palasin siinä aikaisempiin analyysivaiheisiin useamman kerran. Myös Vaismoradin ym. (2013) mukaan analyysiprosessi ei ole lineaarinen, sillä tutkijan tulee palata aikaisempiin vaiheisiin uudestaan sekä tarkastella niitä useamman kerran.

Analyysin viimeisessä vaiheessa kirjoitin ja selitin valitut teemat sekä käytin apuna aineistositaatteja.

Taulukko 1. *Esimerkki pääteeman muodostamisesta*

Koodit	Alateema	Pääteema
Kirurgi ei ymmärrä hoitajan työkuva	Hoitajien työn tuntemattomuus	Kunnioituksen puute
Hoitajan roolin ymmärtämättömyys		
Hoitajan työn ymmärtämättömyys		
Kirurgin tietämättömyys valmisteluista		
Hoitajan työn kestoa ihmetellään		
Hoitajan työn jatkuva keskeytys	Alhainen arvostus	
Hoitajan puheiden ohittaminen		
Kirurgi odottaa hoitajia		
Kirurgi ei kiitä hoitajaa		
Kirurgi astuu hoitajan työalueeseen		
Hoitajan kysymyksen ohittaminen	Epäkunnioittavan käytöksen sietäminen	
Kirurgin käytöstapojen puuttuminen		
Kirurgi ei vastaa hoitajalle		
Kirurgi syyllistää hoitajaa		
Kirurgi hermostuu hoitajalle		
Hoitajan syyllistäminen		
Kirurgi puhuu tyyliä hoitajalle		
Hoitajan syyttäminen tilanteessa		

4.4 Eettiset ratkaisut

Tutkimuksessa on noudatettu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan eettisiä periaatteita aineiston hankinnassa, käsittelyssä ja raportoinnissa. Tutkimuseettisen

neuvottelukunnan mukaan (2023) hyvään tieteelliseen käytäntöön sisältyy rehellisyys, luotettavuus, arvostus ja vastuunkanto, jota on toteutettu tutkimuksen aikana. Myös yliopiston ja sairaalan eettisiä periaatteita ja ohjeita on tarkasti noudatettu.

Ennen tutkimuksen aloitusta yliopiston ja sairaalan eettisiltä lautakunnilta on pyydetty tutkimukseen hyväksyntä ja tutkimuslupa. Jokaiselta osallistujalta pyydettiin etukäteen kirjallinen suostumus havainnointiin ja haastattelujen nauhoittamiseen. Kirurgian osastoa oli tiedotettu tutkimuksesta etukäteen ennen tutkimuksen aloitusta, jossa kerrottiin tutkittavien oikeuksista, yksityisyydensuojasta sekä henkilötietojen käsittelystä. Tutkimukseen osallistuvien henkilötietoja käsiteltiin tietoturvallisesti ja osallistujat eivät olleet tunnistettavissa. Alkuperäiseen aineistoon on ollut pääsy vain kolmella päätutkijalla.

Olen laatinut tutkimusaineiston käsittelyä varten aineistohallintasuunnitelman, jota olen noudattanut koko tutkimuksen ajan. Aineistohallintasuunnitelma sisältää aineiston säilyttämisen tietoturvallisesti, aineiston yhtenäisyyden ja laadun varmistamisen sekä aineiston tuhoamisen tutkimuksen jälkeen. Aineisto on saatu tutkimuksen vastuulliselta johtajalta salatun sähköpostin avulla. Olen tallentanut aineiston yliopiston U-asemalle, joka on suojattu käyttäjätunnuksella ja salasanalla. Tutkielman valmistuttua huolehdin aineistontuhoamisesta poistamalla tutkimusaineiston tietoturvallisesti yliopiston U-asemalta.

Olen suorittanut sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon ja olen työskennellyt terveydenhuollon alalla aikaisemmin yhteensä viisi vuotta. Tutkijana minulla on omakohtaisia kokemuksia terveydenhuollosta, joka on voinut vaikuttaa aineiston analysointiin ja tuloksiin. Kuitenkin tutkijana asemani pysyi etäisenä, sillä en ollut itse mukana aineiston keräämisessä tai tunne tutkittavia. Noudatin myös Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistuksia, jotta voin varmistaa tutkimuksen luotettavuuden ja eettisen hyväksyttävyyden. Tarkastelen tutkijan asemaani lisää pohdinnassa.

5 TULOKSET

5.1 Vallan heijastuminen sairaanhoitajien työssä

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tavoitteena oli selvittää, miten valtasuhteet heijastuvat sairaanhoitajien työhön. Vallan ilmeneminen jaettiin kolmeen pääteemaan, jotka ovat *työn kuormittavuus*, *yhteistyön haasteet* sekä *kunnioituksen puute*. Pääteemoihin sisältyy erilaisia alateemoja, jotka kuvaavat tarkemmin vallan eri ulottuvuuksia sairaanhoitajien työssä. Alateemojen kuvaukset tuovat esiin tilanteita, joissa valtasuhteet tulevat näkyviksi. Vallan ilmentyminen sairaanhoitajien työssä tuli esille erityisesti leikkaussalitalanteissa, mutta myös sen ulkopuolella. Taulukossa 2 on esitelty alateemat, joista muodostettiin pääteemat.

Taulukko 2. Teemoittelu vallan ilmenemisestä hoitajien työssä

Alateema	Pääteema
Epäeettisten toimien hyväksyminen	Työn kuormittavuus
Epävarmuus omaa työtä kohtaan	
Työn ennakointi	
Vastuunottaminen yli ammattirajojen	
Tiedon liikkumattomuus	Yhteistyön haasteet
Pelko puhua	
Muutoksiin mukautuminen	
Hoitajien työn tuntemattomuus	Kunnioituksen puute
Alhainen arvostus	
Epäkunnioittavan käytöksen sietäminen	

5.1.1 Työn kuormittavuus

Työn kuormittavuus -pääteema muodostettiin neljästä alateemasta: *epäeettisten toimien hyväksyminen, epävarmuus omaa työtä kohtaan, työn ennakointi sekä vastuunottaminen yli ammattirajojen*, jotka vaikuttivat työn kuormittavuuden kasvamiin hoitotyössä. Työympäristön vaatimukset ja lisääntynyt työmäärä aiheuttivat ylimääräistä raskautta, mikä tekee sairaanhoitajien työnteosta entistä haastavampaa. Kirurgien auktoriteetti ja ammattiryhmien välillä oleva epätasapainoinen valtasuhde oli tunnistettavissa haastatteluista ja havainnointiaineistosta sekä miten se vaikutti sairaanhoitajiin. Seuraavaksi esittelen tarkemmin neljä alateemaa.

Ensimmäiseksi alateemaksi muodostettiin *epäeettisten toimien hyväksyminen*, sillä sairaanhoitajat kohtasivat usein työssään tilanteita, joissa he joutuivat hiljaisesti hyväksymään kirurgien epäeettisiä päätöksiä ja tekoja. Kirurgien ollessa hierarkisesti korkeammalla ja omaavan vallan tehdä päätöksiä, joutuivat sairaanhoitajat seuraamaan tilanteita ilman mahdollisuutta puuttua niihin. Koulutuksensa ja osaamisensa avulla sairaanhoitajat tunnistivat tilanteita, joissa kirurgi ei toiminut säännösten mukaisesti. Yhtenä syynä ohjeistusten noudattamatta jättämiseen oli kirurgin kärsimättömyys. Kirurgi oli päättänyt olla toimimatta ohjeistusten mukaan, sillä se on nopeuttanut hänen työskentelyään. Toiminta on ollut epäeettistä, sillä se on voinut pahimmassa tapauksessa vaarantaa potilasturvallisuuden. Seuraavassa esimerkissä on esitelty kahden sairaanhoitajan keskustelu tilanteesta, jossa kirurgi toimi epäeettisesti kesken leikkauksen:

Instrumenttihoitaja:	Kerran oli tässä sellanen, mikähän se potilas mahto olla, oli vähän äksöniä tai hässäkkää. Oli sitte laittanu sille cvk:tä tai arterria tai mitä tahansa, ja sillä oli ne steriilit hanskat kädessä eikä se riisunu niitä pois. Se lähti KAIKKI irti, kaikki mahdolliset monitorit ja piuhat ja...
Anestesiahoitaja:	Joo-o
Instrumenttihoitaja:	Ei voinu kun suu auki kattoo, että herranjestas kun touhus ei ollu päätä eikä häntää.
Anestesiahoitaja:	Joo niin varmaan.
Instrumenttihoitaja:	Se kontaminoi ihan päittäin eikä sen käyny yhtään päässä, että ne hanskat.

Kirurgi on kesken leikkauksen päättänyt koskea steriileillä hanskoilla laitteisiin ja sitten uudestaan potilaaseen. Tämä on aiheuttanut infektoriskin potilaalle, sillä hanskoja ei ole vaihdettu uusiin ja puhtaisiin tässä välissä. Sairaanhoitajat eivät ole uskaltaneet puuttua kirurgin epäeettiseen toimintaan tilanteessa, vaan ovat käyneet keskustelua keskenään jälkikäteen. Kirurgin auktoriteetti on ollut tilanteessa niin merkittävä, että hoitajat ovat tunteneet itsensä voimattomiksi kyseenalaistamaan toimintaa. Tämä hierarkinen valtarakenne on estänyt heitä toimimasta potilasturvallisuuden puolesta, vaikka he ovat olleet tietoisia potilaalle aiheutuvista mahdollisista riskeistä. Hoitajien pelko mahdollisista seurauksista tai negatiivisesta palautteesta on ylittänyt heidän halunsa ja velvollisuutensa puuttua tilanteeseen, mikä korostaa vallan epätasapainoa. Tällaiset tilanteet osoittavat, kuinka tärkeää olisi vahvistaa sairaanhoitajien asemaa ja rohkeutta toimia potilaan edun mukaisesti, riippumatta hierarkisista esteistä.

Alateema epävarmuus omaa työtä kohtaan näyttäytyi erityisesti tilanteissa, joissa hoitaja oli kokematon roolissaan tai leikkauksessa. Leikkaussalissa työskentely vaatii laajan osaamisen ja tuntemuksen käytettävistä instrumenteista, mutta myös leikkaavan kirurgin työskentelytyylistä ja -tavoista. Tutun kirurgin kanssa leikkaaminen koettiin vaivattommammaksi, toisin kuin uuden työparin. Haastatteluissa hoitajat kertoivat, että kirurgian osastolla täytyi työskennellä ainakin kaksi vuotta, jotta työ alkoi tulemaan tutuksi ja perusasiat hallittiin. Sairaanhoitajat kokivat yleisesti, että tämä aika oli välttämätön ammattitaidon kehittymiseksi ja itseluottamuksen saamiseksi. Uutena hoitajana olemista kuvailtiin seuraavanlaisesti: ”Et täällähän voidaan niinkun murtaa tosi nopeasti joku nuori hoitaja laittamalla se hirveän kuorman alle, jolloin se ei niinkun koskaan luota itseensä, jos ei se selviä siitä jostain tilanteesta”. Epävarmuuden tunne vahvistui erityisesti, jos hoitaja joutui leikkaustilanteisiin, joissa koki, että hänellä ei ollut tarpeeksi osaamista ja tietotaitoa.

Epävarmuus omaa työtä kohtaan näyttäytyi oman suorituksen jännittämisenä etukäteen. Leikkaussalitalanteissa koettiin myös, että apua ei voinut pyytää muilta ja eräs hoitaja kuvailikin tilannetta seuraavanlaisesti: ”Se on mun mielestä inhottava tilanne, että laitetaan sellaseen ahdinkoon. Että sun pitäis mennä tonne, sä et oikein tiedä mitä täs pitäis tehdä. Mutta mun pitää vaan yrittää pärjätä. Ja

mulla ei oo oikeestaan ketään keltä mä voin kysyä apua”. Hoitajat kokivat olevansa yksin vastuussa omasta osaamisestaan, ja tukea ei ollut juurikaan tilanteissa tarjolla. Tämä yhdistelmä epävarmuutta ja vaikeutta pyytää apua on saattanut lisätä mahdollisia riskitilanteita ja vaarantaa potilasturvallisuutta, korostaen tuen ja selkeän ohjeistuksen merkitystä työyhteisössä.

Työn ennakointi muodostui yhdeksi alateemaksi, sillä se oli vahvasti läsnä koko aineistossa. Työn ennakointi näyttäytyi leikkaussalissa kirurgin mieltymysten ja toimintatapojen tuntemisessa, jotta leikkauksen kulku olisi mahdollisimman sujuvaa. Myös tarvittavien instrumenttien varaaminen leikkaukseen on hoitajien vastuulla ja tässä oltiin huolellisia, jotta kaikki tarvittava muistettiin ottaa mukaan leikkaukseen. Myös ylimääräisiin välineisiin oli varauduttava, sillä kirurgeilla saattoi mieli muuttua kesken leikkauksen. Erästä kirurgia kuvailtiinkin seuraavanlaisesti: ”Ei ole hoitajien keskuudessa kovin suuressa huudossa, vaan häntä luonnehditaan lääkäriksi, joka aina valittaa jostakin. Niinpä on erityisesti varauduttava erilaisiin välineisiin, koska ei voi tietää mitä lääkäri keksii haluta”. Mahdollisimman hyvä ennakointi työssä ja instrumenteissa saattoi jopa määrällä työntekijän ”hyväksi hoitajaksi” kirurgien silmissä. Työtä haluttiin sujuvoittaa ennakoimalla tilanteita ja varmistamalla, että kirurgit pysyivät tyytyväisinä. Seuraavassa tilanteessa sairaanhoitajat käyvät keskustelua työn ennakoinnista:

Sairanhoitaja 1: Niin. Sitähän se kato sano, että kun hän oli jossain missä lie käymässä, niin se instrumenttihoitaja oli kato aina laittanu sen seuraavan instrumentin, kun oli laparoskooppinen, niin sinne...

Sairanhoitaja 2: ... putkeen

Sairanhoitaja 1: ... putkeen. Ja vasta sen jälkeen kirurgi oli ottanut sen käteensä.

Sairanhoitaja 2: HERRANJESTAS!

Sairanhoitaja 1: Ja mitään sanoja ei käytetty koko aikana.

Sairanhoitaja 2: Ajatella, unelmatilanne.

Työn hyvä ennakointi nähtiin tavoiteltavana asiana työssä ja täydellistä leikkaustilannetta kuvattiin toimintana, johon ei tarvittu sanoja. Kirurgien ollessa hierarkiassa korkeammalla, hoitajat kokivat tarvetta miellyttää heitä ja välttää joutu-

masta heidän silmissään huonoon valoon. Työn huolelliseen ennakointiin vaikutti myös kirurgi, sillä tiettyjen kirurgien työskentelytavat olivat sellaisia, että niiden ennakoiminen ja heidän tyytyväisyytensä varmistaminen helpotti sairaanhoitajien työtä ja työoloja. Esimerkiksi joidenkin kirurgien työskentelytavat vaativat enemmän valmistautumista tai tarkempaa yhteistyötä, jolloin sairaanhoitajat olivat paremmin valmistautuneita vuorovaikutustilanteisiin. Ennakointikyky oli haasteellista silloin, kun työparina oli tuntematon kirurgi, koska hoitajan piti nopeasti oppia kirurgin työtavat ja mieltymykset. Unohtuneesta instrumentista saatettiin saada nuhteluita tiettyjen kirurgien toimesta. Tämä korosti hierarkian ja valtasuhteiden vaikutusta työympäristössä, sillä kirurgien tyytyväisyys oli usein sidottu siihen, kuinka hyvin hoitajat onnistuivat ennakoimaan ja täyttämään heidän vaatimuksensa.

Alateema vastuunottaminen yli ammattirajojen muodostui tilanteista, joissa hoitajat joutuivat olemaan työtilanteissa tarkkana ja varmistamaan, että kirurgi tekee tarvittavat toimenpiteet oikeaoppisesti ja säännösten mukaisesti. Työn varmistaminen näyttäytyi leikkaustilanteissa esimerkiksi muistuttamalla kirurgia potilaan toiveesta liittyen esteettiseen toimenpiteeseen leikkauksen yhteydessä. Ilman sairaanhoitajan varmistamista potilaan toive olisi unohtunut leikkaavalta kirurgilta. Sairaanhoitajat joutuivat myös selvittämään ja hoitamaan kirurgeille kuuluvia työtehtäviä, jotka olivat heiltä jääneet tekemättä. Seuraavassa tilanteessa hoitajat käyttävät potilastietojärjestelmä Efficaa ja huomaavat kirurgilta puuttuvan kirjauksen:

Sairaanhoitaja 1: Joo. Sitä ei oo täällä Efficalla.

Sairaanhoitaja 2: [kuiskaa] Mitä, eikö kirurgi oo laittanu?

Sairaanhoitaja 1: Ei. Mä hain ensin ton kasikutosen, mutta kasikutonen ei oo ihan 5-vuotias.

Sairaanhoitaja 2: Käviksä kattomassa sieltä...

Sairaanhoitaja 1: Ei kun mä oon vähän sen kanssa... mä en oo...

Sairaanhoitaja 2: Ei kun sun täytyy mennä. Suljes toi... No niin. Painat siitä, joo. Hoitovaraukset.

Sairaanhoitaja 1: Oon mä täällä käyny silleen, mutta mä oon vähän huono tän kanssa.

Kirurgin puutteellisen kirjauksen vuoksi hoitajat joutuvat tekemään lisäselvityksiä, mutta myös samalla opettelemaan potilastietojärjestelmän käyttöä. Puuttuvan kirjauksen myötä sairaanhoitajat joutuvat ottamaan vastuuta kirurgin työtehtävistä, sillä kirjaukset ovat oltava oikein potilastietojärjestelmässä. Hoitajat joutuvat tekemään lisäkirjauksia ja raportteja, sillä puuttuvat tiedot vaikuttavat potilaan terveyteen, turvallisuuteen sekä jatkohoitotoimenpiteisiin. Myös aineistossa esiintyi haasteita kommunikoinnissa kirurgien kanssa, sillä hoitajat eivät aina ymmärtäneet kirurgien toiveita ja määräyksiä. Tämän vuoksi potilaalta oli jäänyt eräässä havainnointitilanteessa esilääkitys antamatta ja hoitajien piti tämän myötä muokata työtänsä toimimalla yli ammattirajojen. Potilaan esilääkityksen antamatta jättäminen on aiheuttanut riskejä potilasturvallisuudelle ja viivästyttänyt hoidon aloitusta. Kommunikaatiokatkosten myötä sairaanhoitajille on aiheutunut lisätyötä ja -selvityksiä. Heidän oli myös oltava tarkkana tilanteissa, joissa kommunikaatiokatkoksiin oli mahdollisuus.

5.1.2 Yhteistyön haasteet

Yhteistyön haasteet -pääteema koostuu kolmesta alateemasta, jotka ovat *tiedon liikkumattomuus*, *pelko puhua* ja *muutoksiin mukautuminen*. Kirurgien valta vaikeutti moniammatillisissa tiimissä työskentelyä sairaanhoitajien osalta. Hoitajat joutuivat muokkaamaan omaa työtänsä kirurgien mukaisesti, jotta työskentely tiimissä olisi sujuvampaa ja tehokkaampaa. Tiedon liikkumattomuus esti onnistuneen viestinnän toteutumista, pelko puhua johti siihen, että tärkeitä näkökulmia ei tuotu esiin sekä muutoksiin mukautuminen vaati jatkuvaa sopeutumista muuttuviin tilanteisiin sekä äärimmäistä hallintaa työn eri osa-alueilla.

Aineistossa esiintyi useita ongelmia informaation siirtymisessä ammattiryhmien välillä, jonka vuoksi *tiedon liikkumattomuus* valittiin yhdeksi alateemaksi. Tiedon liikkumattomuutta oli havaittavissa etenkin kirurgien suunnalta hoitajiin. Kommunikaation puute leikkaussalissa aiheutti ajoittain tilanteita, joissa sairaanhoitajat eivät tieneet kuinka toimia. Instrumenttihoitajan rooliin kuuluu leikkaussalissa olla aina askeleen edellä kirurgia. Tämä tarkoittaa, että hoitajan tulee tietää, minkä instrumentin kirurgi tarvitsee seuraavaksi ja antaa väline hänelle. Leikkaussalissa hoitajat pyysivät ajoittain selvennystä tulevasta

tilanteesta, mutta vastauksia ei aina saatu. Syynä tiedon panttaamiselle kuitenkin yleensä oli päätöksen tekemättömyys kirurgin osalta, jonka seurauksena hoitaja ei voinut edetä omassa työssään. Aineistossa oli myös tilanteita, joissa kirurgit olivat keskittyneitä toisiinsa, minkä vuoksi vastauksia ja tarvittavia toimintoja ei saatu. Seuraavassa tilanteessa leikkaussalissa keskustellaan vain kirurgien kesken ja hoitaja yrittää saada heidän huomionsa voidakseen edetä työssään:

Instrumenttihoitaja:	Anna mulle keittistä...
Kirurgi:	...että se...siinä tarvittiin anestesiaa eri syistä ja hän sitte vastas että...sillä oli jotain astmaa aikasemmin... että oli jotain hengitystiepalovammaa epäiltiin sitte...
Instrumenttihoitaja:	...että ei tarvi sitte enää lähtee juokseen sitä (viittaa keittosuo- laan)
Anestesiaalääkäri:	Ei kyllä siinä oli ihan...hän hän oli palanu ihan silleen... Toinen anestesiaalääkäri sano että se oli ihan noessa kun hän imbutoi
Kirurgi:	Ai noessa... nokun mä luulin että... joku sano, että nielu vähän punotti se... se on ihan eri juttu kuin että nielu on noessa

Tilanteesta ei pysty päättelemään, saiko instrumenttihoitaja tarvitsemaansa keittosuo-
laa lopulta. Häntä ei kuitenkaan huomioitu sanallisesti missään vaiheessa, mikä vaikeutti ja hidasti hänen työtänsä. Lisäksi tiedon saamattomuus todennäköisesti hidastaa myös leikkauksen etenemistä. Oleellisen tiedon liikkumattomuus hoitajien ja kirurgien välillä aiheuttaa henkilöstössä lopulta tyytymättömyyttä sekä vaikeuksia ja jännitteitä moniammatilliseen yhteistyöhön. Tämä saattaa johtaa tilanteisiin, joissa hoitaja joutuu arvaamaan seuraavat toimenpiteet tai jäädä odottamaan epäselvässä tilanteessa, mikä lisää työn epävarmuutta ja kuormitusta.

Alateema *pelko puhua* muodostui tilanteista, joissa sairaanhoitajien ja kirurgien välinen kommunikaatio oli niukkaa tai jopa olematonta. Leikkaussalissa vallitsi ajoittain puhumattomuuden kulttuuri, jossa työ vain suoritettiin hiljaa. Erästä leikkaussalitulannetta kuvailtiin seuraavanlaisesti: ”Anestesiaalääkäri ja kirurgi kommunikoivat vain, jos on jotain pulmaa tai homma ei mene aikataulussa. Sellaista muuten vaan tapahtuvaa tarinointia ei tapahdu”. Tunnelmaan on voinut vaikuttaa tutkijoiden läsnäolo, mutta myös ammattiryhmien yhteenkuulu-

vuuden tunteen puuttuminen. Monissa tilanteissa keskustelua käytiin vain hoitajien tai kirurgien kesken, jolloin ammattiryhmien erkaantumista oli havaittavissa. Joissakin tilanteissa yhteistä puhetta tapahtui vain leikkaukseen liittyvissä asioissa, kuten kirurgin pyytäessä tiettyä instrumenttia hoitajalta, jonka jälkeen keskustelut jatkuivat vain kirurgien tai hoitajien kesken.

Osastolla oli muutamia kirurgeja, joista hoitajat eivät pitäneet ja kokivat heidän kanssaan työskentelyn hankalaksi. Lisäksi pelko puhua voi johtua myös siitä, että hoitajat kokevat olevansa hierarkisesti alempana, mikä vähentää heidän halukkuuttaan tuoda esiin omia näkemyksiään tai vaikuttaa leikkauksen kulkuun. Tämä on myös osaltaan vaikuttanut siihen, miksi leikkaussalissa ylimääräistä rentoa puhetta ei ole ollut. Puolestaan eräästä naiskirurgista pidettiin osastolla hoitajien toimesta ja heidän leikkaussalitalanteissaan keskustellaan myös vapaa-ajan asioista ja vuorovaikutuksessa uskallettiin käyttää huumoria. Sairaanhoitajien aktiiviseen jutteluun vaikutti siis paljon, kenen kirurgin kanssa he työskentelivät.

Kolmantena alateemana on *muutoksiin mukautuminen*. Muutokset olivat hoitajille arkipäiväistä, ja niitä esiintyi työssä lähes joka päivä. Muutokset eivät siis olleet hoitajille tuntemattomia, vaan ne olivat osa päivittäistä työtä, ja niitä saattoi ilmetä useita kertoja päivän aikana. Kirurgeilla on työssään laajempi päätösvalta verrattuna hoitajiin, ja heidän tekemänsä päätökset vaikuttavat suoraan hoitajien työhön. Tämä puolestaan heikentää hoitajien autonomiaa työssään. Aineistossa oli havaittavissa, että hoitajien työn kesto on riippuvainen kirurgista, sillä hoitajat eivät voineet poistua kesken leikkauksen. Tämän vuoksi esimerkiksi tauolle pääsemiset viivästyivät, ja hoitajat joutuivat joissakin tilanteissa jäämään ylitöihin. Kirurgien valta ulottui myös työskentelytapoihin, ja hoitajat kommentoivat huumorilla kirurgin valta-asemaa: ”että mehän teemme juuri niin kuin hän (kirurgi) haluaa”. Hierarkian ja valtasuhteiden vuoksi hoitajat noudattivat kirurgin ohjeita ja toimintatapoja, vaikka olisivatkin olleet asiasta eri mieltä.

Ylitöiden ja lyhyempien taukojen lisäksi kirurgien toiminta vaikutti useilla keskeytyksillä sairaanhoitajien työhön. Sairaalassa muutokset ovat jatkuvia ja odottamattomia, joka vaikeuttaa suunnitelmallisuutta ja työtehtävien suorittamista loppuun asti. Tämä asettaa sairaanhoitajat tilanteisiin, joissa heidän on

usein jätettävä kesken aloittamansa työtehtävä siirtyessään toiseen kiireellisempään tehtävään. Eräs sairaanhoitaja kuvailee työnsä keskeytystä näin: ”Et sä voi sanoa, että jos yks kaks muuttuukin tilanne ja, et sun pitääkin lähteä toiseen pisteeseen, niin jos sä hallitset sen homman, niin sun pitää lähteä ja jättää se oma asia siihen”. Sairaanhoitajat saattoivat olla toimistotyössä tai toisella osastolla töissä, mutta tarpeen vaatiessa heidän oli sopeuduttava vaihtuviin työnkuviin ja rooleihin. Sairaanhoitajilta vaadittiin jatkuvaa joustamista ja muuntautumiskyvykkyyttä.

5.1.3 Kunnioituksen puute

Kunnioituksen puute -pääteema rakentuu alateemoista *hoitajien työn tuntemattomuus, alhainen arvostus ja epäkunnioittavan käytöksen sietäminen*. Sairaanhoitajien roolia ja työpanosta ei ajoittain kunnioitettu kirurgien toimesta, joka vaikutti sairaanhoitajien viihtyvyyteen ja jaksamiseen työssä. Hoitajien työ on monesti haastavaa ja vaativaa, ja heidän asiantuntemuksensa on keskeinen osa potilashoidon onnistumista. Sitä ei kuitenkaan tunnustettu kovinkaan usein kirurgien toimesta. Seuraavissa kappaleissa esittelen kolme alateemaa aineistositaattien kanssa, joka puolestaan lisää ymmärrystä hoitajien kohtelusta ja siihen vaikuttavasta työhyvinvoinnista.

Aineistossa oli havaittavissa *hoitajien työn tuntemattomuutta* kirurgien puolelta, joka muodostui yhdeksi alateemaksi. Sairaanhoitajien rooli oli melko näkyvä kirurgien puolelta, sillä yhteistyötä tapahtui kirurgisella osastolla pitkälti pelkätään leikkauksen yhteydessä. Kirurgien vastuulla on itse leikkauksen suorittaminen, kun taas hoitajien tehtäviin kuuluu paitsi avustaminen leikkauksessa, myös leikkaussalin ja potilaan valmistelu sekä huolehtiminen leikkauksen jälkeisestä hoidosta ja leikkaussalin perussiisteydestä. Kirurgien ollessa paikalla vain itse leikkauksen aikana, sairaanhoitajien työpanos jäi heille näkymättömäksi ja valmistelevia osuuksia ei osata huomioida. Eräs sairaanhoitaja kuvaili haastattelussaan työnsä tuntemattomuutta seuraavanlaisesti:

Mutta myös se valmisteleva osuus näitten leikkausten, kaikkien leikkausten, suhteen on aika iso, jota tietenkin jotenkin musta tuntuu, että meillä on myös semmosta ymmärtämättömyyttä niin kun kirurgien kanssa siitä, että että he ei niinkun ymmärrä, että miksi kesti niin kauan ennen kuin taas aloitettiin.

Työn tuntemattomuudesta seurasi roolin näkymättömyyden lisäksi ymmärtämättömyyttä kirurgien puolelta. Sairaanhoitajat kuvailivat, kuinka ymmärtämättömyys aiheuttaa ammattiryhmien välillä konfliktitilanteita. Vääriä oletuksia syntyi, sillä kirurgit eivät tunne ja ymmärrä sairaanhoitajien työnkuvaa riittävän hyvin. Esimerkiksi sairaanhoitajat saatettiin nähdä hitaina tai laiskoina työssään, vaikka todellisuudessa heidän työnkuvansa on laaja ja työtä tehdään huolellisesti, aseptisesti sekä eettisten toimintatapojen mukaisesti. Haastatteluissa korostettiin, kuinka tärkeää olisi, että kirurgi seuraisi sairaanhoitajan työtä edes yhden päivän ajan. Kirurgeille selkeytyisi hoitajien työnkuva ja panos, mutta myös työhön liittyvä kiire. Hoitajat kokivat, että ammattiryhmien välisen kommunikation parantaminen vähentäisi työn tuntemattomuudesta johtuvia jännitteitä leikkaussaliympäristössä.

Alateema *alhainen arvostus* muodostui lukuisista tilanteista, joissa kirurgit eivät arvostaneet sairaanhoitajia ja heidän työtänsä. Alhaista arvostusta oli havaittavissa tiettyjen kirurgien osalta ja heihin suhtauduttiin myös hoitajien toimesta nihkeästi. Alhainen arvostus näyttäytyi leikkaussalissa tervehtimättä jättämisellä, tiedon jakamattomuudella, tiuskimisella sekä kirurgin nopeana poistumisena leikkauksen valmistuttua. Näissä tilanteissa sairaanhoitajat olivat kirurgeille melko alisteisessa asemassa, sillä he kokevat, että heidän roolinsa ja panoksensa jäävät usein huomiotta ja he joutuvat sietämään epäkunnioittavaa käytöstä. Eräessä leikkaussalitalanteessa kirurgia odotettiin melko pitkään, sillä hän ei pitänyt kiirettä leikkauksen aloituksen suhteen. Tämä aiheuttaa aikatauluhaasteita etenkin sairaanhoitajille, joilla on tulossa muita leikkauksia sekä heidän mahdolliset taukonsa myöhästyvät. Tilanteissa sairaanhoitajien työaika ei juurikaan arvostettu, jolloin hierarkiassa korkeammalla oleva kirurgi kokee olevansa oikeutettu hallitsemaan muiden työaika.

Leikkaussalissa alhaista arvostamista näyttäytyi sanattoman viestinnän lisäksi eleillä ja teoilla. Haastatteluissa sairaanhoitaja kuvailee, miten alhainen arvostus näyttäytyy työssä: ”Että jos et sä osaa antaa instrumentteja, niin kirurgi ottaa sen ite sieltä”. Leikkaussalissa instrumenttihoitajan päätehtävänä on ennakoita kirurgin työtä niin, että hän osaa olla askeleen edellä ja antaa kirurgille

oikean instrumentin. Kuitenkin hoitajan epäröidessä, kirurgilta ei löytynyt kärsivällisyyttä ja hän siirtyi hoitajan työalueelle tehden tehtävän hänen puolestaan. Kirurgin astuminen hoitajan työalueelle osoittaa kunnioituksen puutetta, jolloin hoitaja voi kokea työpanoksensa olevan merkityksetön. Tilanne voi helposti herrättää hoitajassa häpeän tunteita, sillä hän mahdollisesti kokee, ettei ole suorittanut työssään riittävän hyvin.

Alhaista arvostamista oli havaittavissa useissa tilanteissa, ja sairaalaan oli muodostunut kiittämättömyyden kulttuuri. Työkulttuuria kuvaillaan seuraavasti: ”Mut että sit semmosista onnistumisen hetkistä, niin ei niitä varmaan niin hirveesti, se on hyvin pientä, niin kuin se on varmaan myös tätä kulttuuria, että ei sitä kauheesti levennellä, kun menee hyvin tai, tai eipä juuri kiitellä. Se on semmonen sana kans, mitä ei kauheesti niin kun viljellä tässä yksikössä”. Työkulttuuria kuvailtiin sellaiseksi, jossa onnistumisten hetket jäävät vähäisiksi ja niistä ei juurikaan puhuta. Tämän lisäksi koetaan, että hoitajien tekemästä työstä ei anneta tunnustusta tai kiitosta. Arvostuksen jäädessä pieneksi, hoitajien työn merkityksellisyyden tunne katoaa ja arvostus myös kirurgeja kohtaan muuttuu ole mattomaksi.

Epäkunnioitavan käytöksen sietämistä oli havaittavissa havainnointiaineis- tosta sekä hoitajien haastatteluista, jonka vuoksi tästä muodostettiin alateema. Sairaanhoitajat kokivat kirurgeilta syyllistämistä, epäkunnioittavaa puhetta sekä käytöstä. Sairaanhoitajan rooli leikkaussalissa on haastava, etenkin jos hoitaja on alalla uusi ja työn sujuvuus ei vastaa kirurgin odotuksia. Etenkin kokeneet kirur- git vaativat nopeaa työtötta sekä instrumenttien tarkkaa tuntemista, jotka ovat vaikeita tilanteita etenkin opiskelijoille ja vastavalmistuneille. Tilanteissa hoitajat pyysivät kirurgeilta selvennystä, mutta tämä johti usein kirurgien kärsimättö- myyteen ja tilalle pyydettiin kokeneempaa hoitajaa. Sairaanhoitajat kuvailivat ki- rurgeja: ”Nää kirurgit ei oo mitään sellasta, sellasta väkeä, että ne jaksais niinkun kauan odottaa mitään” sekä ”Operatöörit hermostuu tietenkin aika pian”. Uransa alussa oleville sairaanhoitajille leikkaussalitalanteet olivat yleensä stres- saavia ja epämiellyttäviä, sillä riskinä oli saada huonoa käytöstä ja kohtelua osak- seen. Tilanteissa pyrittiin ennakoimaan jakamalla tietoa hoitajien kesken, jotta epämiellyttäviltä tilanteita vältyttäisiin.

Epäkunnioittavaa käytöstä ilmeni myös sairaanhoitajien syyllistämistä kirurgien toimesta. Eräs sairaanhoitaja kuvaili erästä tapahtunutta tilannetta seuraavanlaisesti: ”Täällä on syyllistetty vain niinkun jotain hoitajaa jostain virheestä, mikä on koskenut potilasta, kun se on koko tiimin pitää kantaa silloin vastuu siitä”. Kirurgit ovat vältelleet vastuunkantamista ja laittaneet yhteisen virheen yksittäisen hoitajan syyksi. Tämänkaltaisissa tilanteissa syntyy usein voimakasta turhautumista ja epäoikeudenmukaisuuden tunnetta, kun hoitajat jätetään yksin kantamaan yhteisten virheiden seurauksia.

5.2 Valtadynamiikan haastaminen

Toisen tutkimuskysymyksen tarkoituksena oli tarkastella, miten sairaanhoitajat pyrkivät haastamaan ammattiryhmien välistä valtaa työssään. Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä keskityttiin vallan heijastumiseen sairaanhoitajien työssä, mutta havaittavissa oli myös vallan haastamista hoitajien toimesta, jonka vuoksi muodostettiin vielä toinen tutkimuskysymys. Vaikka sairaanhoitajat joutuvat työssään useasti alistumaan valta-asemassa alemmalle tasolle, heillä on myös erilaisia keinoja horjuttaakseen kirurgien valtaa. Vallan haastamista oli havaittavissa selkeästi leikkaussalitalanteissa kirurgien kanssa työskenneltäessä, mutta se saattoi myös ilmetä hienovaraisemmin ja vaikeammin havaittavalla tavalla. Tämän vuoksi vallan haastaminen jaoteltiin kahteen pääteemaan: äänekäs vastarinta sekä hiljainen vastarinta. Alla on esitelty alateemat ja pääteemat taulukon muodossa.

Taulukko 3. *Teemoittelu vallan haastamisesta*

Alateema	Pääteema
Päätöksen tekeminen kirurgin yli	Äänekäs vastarinta
Oman toiminnan perusteleminen	
Konfliktien pelkäämättömyys	
Erilaisten strategioiden käyttäminen	Hiljainen vastarinta
Sidosryhmien hyödyntäminen	
Kritiikin peittäminen huumoriin	

5.2.1 Äänekäs vastarinta

Äänekäs vastarinta -pääteema muodostettiin kolmesta alateemasta, jotka ovat *päätöksen tekeminen kirurgin yli, oman toiminnan perustelevinen ja konfliktien pelkäämättömyys*. Jokaisessa alateemassa uskallettiin kohdata hierarkiassa korkeammalla oleva kirurgi eri tavoin, ja näissä yhdistyy näkyvä ja äänekäs toiminta. Äänekäs vastarinta näyttäytyi sairaanhoitajien osalta suullisena toimintana, joka kohdistui suoraan kirurgeihin ja näin ollen tilanteissa kirurgeille ei jäänyt epäselväksi hoitajien kannanotot ja mielipiteet.

Alateema *päätöksen tekeminen kirurgin yli* näyttäytyi aineistossa tilanteissa, joissa sairaanhoitajat ottivat vahvempaa roolia leikkaussalissa, mutta myös sen ulkopuolella. Sairaalaympäristössä kirurgit, jotka ovat hierarkiassa korkeammalla, ovat oikeutettuja tekemään laajempia ja lopullisia päätöksiä potilaan hoidosta. Kuitenkin kirurgien valtaa on horjutettu sairaanhoitajien toimesta tekemällä itsenäisiä päätöksiä, jotka kuuluisivat kirurgeille. Kun kirurgi on unohtanut määrätä potilaalle tietyn lääkkeen, hoitaja on jättänyt varmistamatta asian kysymällä kirurgilta, voiko lääkettä antaa potilaalle. Sairanhoitaja on ollut tietoinen määrättävästä lääkkeestä ja ottanut riskin antamalla luvan muulle hoitohenkilöstölle lääkittää potilaan. Tilanne on siis tapahtunut kirurgin tietoisuuden ulkopuolella.

Alateema on kuitenkin yhdistetty äänekkääseen vastarintaan, sillä päätösten tekeminen näyttäytyi kuitenkin vahvemmin leikkaussalitalanteissa kirurgin läsnä ollessa. Sairanhoitajat uskaltautuivat puuttua erilaisiin tilanteisiin ja vahvistivat asemaansa tuodessaan suullisesti esille mielipiteensä tilanteiden ratkaisemiseksi. Seuraavassa tilanteessa tulee hyvin esille instrumenttihoitajan saadesaan läpi omaa päätöstään tilanteen kulusta:

Vastuukirurgi:	Eikös meillä oo sitä imua, joka imee tätä käryä pois?
Instrumenttihoitaja:	Kuis paljon te vielä poltatte? Että kannattaako sitä virittää?
Erikoistuva kirurgi:	Eiköhän tää oo tässä jo aika.
Instrumenttihoitaja:	Jos se on loppuvaiheessa se kärytys, niin ei kannata enää.
Erikoistuva kirurgi:	Joo, ei tässä nyt enää.

Tilanteessa instrumenttihoitaja ensin kyseenalaistaa imun tarvetta leikkauksessa ja saadessaan erikoistuvalla kirurgilta vahvistusta mielipiteelleen, hän ilmaisee selkeästi imun olevan tarpeeton. Vaikka erikoistuva kirurgi tekee lopullisen päätöksen, on instrumenttihoitaja pyrkinyt vaikuttamaan siihen vahvasti ja aloite on tullut hoitajalta. Instrumenttihoitaja on tuonut vahvasti oman näkemyksensä esiin ja kyseenalaistanut kirurgin toivetta. Hän onnistuu vaikuttamaan päätökseen erikoistuvan kirurgin tuella, sillä erikoistuva kirurgi päättää tukea instrumenttihoitajan näkökantaa sen sijaan, että olisi samaa mieltä vastuukirurgin kanssa. Esimerkkitalanteen lisäksi leikkaussalissa on tapahtunut vastaavanlaisia tilanteita, joissa hoitaja on kertonut, kuinka leikkaustilanteissa tulisi tehdä ja kirurgit ovat toimineet hoitajan ohjeen mukaan. Myös näissä tilanteissa hoitajat ovat pystyneet vaikuttamaan leikkauksen kulkuun ja toimintatapoihin syöttämällä omia ajatuksiaan kirurgeille.

Alateema oman toiminnan perustelevinen näyttäytyi sairaanhoitajien aktiivisena suullisena toimintana, joilla osoitettiin olevan eri mieltä toista ammattiryhmää kohtaan ja luomalla vastarintaa. Sairaanhoitajat ovat olleet joistakin kirurgien toimintatavoista eri mieltä. Saadakseen äänensä kuuluviin, he perustelivat toimintaansa, jotta viestintä olisi uskottavampaa ja sen vaikutus tehokkaampaa. Leikkaussalissa hoitajien oman näkemyksen perustelevinen tuotti yleensä halutun lopputuloksen – kirurgi muutti suunnitelmaansa hoitajan toivomaksi. Vaikka hierarkiset valtasuhteet leikkaussalissa ovat selkeät, sairaanhoitajilla on mahdollisuus vaikuttaa työhön perustelemalla näkemyksiään.

Sairaanhoitajat halusivat saada ääntänsä kuuluviin ja vaikuttaa työskentelyyn, sillä se lisäsi autonomian tunnetta ja itsenäistä työtettä. Tilanteissa ei ollut yhtä oikeaa tapaa toimia, vaan käytettävissä oli useita vaihtoehtoisia lähestymistapoja. Valittu toimintatapa oli siis riippuvainen tekijästä. Seuraavassa sitaatissa sairaanhoitaja kuvailee, miksi haluaa toimia omalla tavallaan:

Mut sitten mitä mä tarkoitin sillä, että se on myöskin semmosta, että on oma vapaus ja semmonen omalla tavallaan itsenäinen työ, niin sitten kun sä olet kokenut niin ei sun tarte peittää niin kuin joku peittää, koska voidaan tehdä oikein monella eri tavalla, et sä pystyt ite vähän soveltamaan ja suunnitteleen sit sen oman henkilökohtaisen asian, et se on myöskin semmosta itsenäistä.

Tilanteessa korostuu sairaanhoitajan tahto toimia omalla valitsemallaan tavalla ja hän perustelee toimintaansa sillä, että se ”voidaan tehdä oikein monella eri tavalla”. Perustelemalla toimintaansa ja noudattamalla ohjeistuksia, hän sai toimia haluamallaan tavalla, ja näin ollen ylitti kirurgin toivomuksen peittelystä. Aineistossa omia toiveita ja päätöksiä perusteltiin myös potilasturvallisuudella sekä lainsäädännön asettamilla rajoituksilla. Nämä turvasit sairaanhoitajan oikeutta kieltäytyä toimimasta tietyssä työtehtävässä, johon kirurgien oli myönnytävä.

Aineistossa oli havaittavissa *konfliktien pelkäämättömyyttä*, josta muodostettiin viimeinen alateema. Kyseisessä alateemassa sairaanhoitajien toiminta oli erittäin näkyvää ja voimakasta. Kirurgien auktoriteetti ei vaikuttanut kovinkaan vahvasti sairaanhoitajiin, sillä hoitajat uskalsivat sanoa asioita suoraan sekä käyttäytyminen oli ajoittain jopa uhmakasta. Tilanteissa on ollut eri kirurgeja ja sairaanhoitajia, joten kyse ei ole muutaman työntekijän henkilökemiasta, vaan vastarintaa on uskallettu toteuttaa hoitajasta riippumatta. Tilanteita yhdistää se, että kyseenalaistamista ei ole pyritty peittämään epäsuorilla tai peiteltyillä tavoilla, kuten kiertoilmaisilla tai piilomerkityksillä. Suullinen toiminta ja käyttäytyminen on ollut avointa ja tavoitteena on nimenomaan ollut se, että viesti menee suoraan kohteelle eli kirurgille.

Kirurgin kyseenalaistamisia ja konfliktien pelkäämättömyyttä on tapahtunut pääosin leikkaussalitalanteissa, ja ne ovat tulleet sairaanhoitajilta spontaanisti. Kyseenalaistamisia ei ole suunniteltu etukäteen, vaan kyseenalaistaminen on ilmennyt sairaanhoitajien reaktioina kirurgien sanomisiin tai tekemisiin. Eräässä havainnointitalanteessa seurattiin lonkkaleikkausta: ”Kirurgi vitsailee hoitajien kanssa, että miksei kukaan sanonut, ettei vielä saa laittaa näitä vehkeitä pois ennen kuin sovitaan. Kirurgi tilaa hoitajalta sopivat proteesit lonkkaan. Hoitaja toteaa, että on ihan samankokoinen kuin toinenkin. Ko. potilaalla on toisesakin lonkassa proteesi”. Tilanteessa kirurgi pyytää instrumenttihoitajalta tietyn kokoista proteesia, mutta hän kyseenalaistaa pyynnön toteamalla tietävänsä oikean mittaisen proteesin aikaisemman tiedon avulla. Vastarinta on näkyvää myös sen takia, että kirurgi yrittää pehmittää tilannetta käyttämällä huumoria,

mutta instrumenttihoitaja ei lähde tähän mukaan. Hoitaja toteaa kylmän viileästi asiansa, eikä pyri miellyttämään kirurgia.

Sairaanhoitajien voimakkaita reaktioita leikkaussalissa on havaittavissa enemmänkin. Erästä tilannetta kuvailtiin seuraavanlaisesti: ”Anestesiahoitaja ehdottaa, että potilas vietäisiin heräämään odottamaan, että sali saadaan valmiiksi. Osastolta tullut hoitaja saa hepulin ja lähteen tuhahdellen ”hakemaan seuraavaa” kun ei sali kerran ole valmis”. Tilannetta on edeltänyt anestesiahoitajan ilmoittamaton poissaolo töistä, jonka vuoksi leikkaussalia ei ole esivalmisteltu. Tilanteessa on useampi eri sairaanhoitaja ja kirurgi, jotka joutuvat yhteistyössä valmistelemaan leikkaussalin. Mielenkiintoista tilanteessa on se, että eräs hoitaja osoittaa vahvasti tyytymättömyytensä saamalla ”hepulin”. Hän ei pelkää reagoida tilanteeseen spontaanisti ja näyttää negatiivisia tunteitaan kaikkien läsnäollessa.

Tämän lisäksi sairaanhoitajat ovat puolustaneet itseään ja vetäneet rajoja vetoamalla ylempään tahoön. Osa hoitajista ovat ilmoittaneet, että eivät suostu työskentelemään leikkaussalissa tiettyjen kirurgien kanssa. Aineistosta ei käy ilmi syitä tähän, mutta todennäköisesti siihen ovat vaikuttaneet henkilökemiat, yhteistyön toimimattomuus tai arvostuksen puute kirurgien osalta. Suostumattomuus yhteistyöhön leikkaussalissa viestii kirurgeille hoitajien tyytymättömyydestä ja toimii samalla palautteena heitä kohtaan.

5.2.2 Hiljainen vastarinta

Pääteema hiljainen vastarinta koostuu kolmesta alateemasta, jotka ovat sekä *erilaisten strategioiden käyttäminen, sidosryhmien hyödyntäminen sekä kritiikin peittäminen huumoriin*. Alateemat sisällytettiin kyseiseen pääteemaan, sillä niissä korostui sanaton viestintä ja piilomerkitykset. Viestintä oli siis hienovaraisempaa ja tavoitteena oli ongelman kohtaaminen varovaisesti. Vaikka vastarinta oli hiljaisempaa, kirurgit kyllä tunnistivat hoitajien sanoman ja merkitykset viestinnässä.

Sairaanhoitajat käyttivät erilaisia strategioita toteuttaessaan hiljaista vastarintaa ja horjuttaakseen valtdynamiikkaa. Tilanteita yhdisti se, että sairaanhoitajat tunsivat kirurgien toimintatavat ja -tyylit entuudestaan, jonka vuoksi he osasivat

etukätehen varautua muuttujiin. Eräässä tilanteessa hoitajan ennakointi pelasti hänen kasvonsa: ”Vatsaspesialisti satti salihoitajaa, että eikö hän vieläkään ole saanut haettua varjoainetta paikalle. Tilanne oli välillä jo se, ettei sitä tarvittukaan, mutta sitten taas tarvittiinkin. Salihoitaja osasi kuitenkin ennakoida tilanteen ja osasi tuoda paikalle kolmea eri ainetta, josta valita, ähäkutti”. Tilanteessa korostui kirurgin useat mielenmuutokset leikkauksen aikana, johon salihoitaja osasi etukätehen varautua varaamalla useita eri aineita käytettäväksi. Ennakointi ei ainoastaan ehkäissyt mahdollisen nuhtelun, vaan myös loi tilanteen, jossa kirurgi joutui tunnustamaan hoitajan ammattitaidon ja kyvyn ennakoida tilanteita. Näin salihoitaja osoitti, että hänellä oli tärkeää tietoa ja kykyjä, jotka olivat välttämättömiä sujuvan leikkauksen varmistamiseksi. Kirurgin valta-aseman horjuminen näyttäytyi siinä, että hänen ei enää ollut mahdollista käyttää valtaansa ja auktoriteettiaan moittimalla hoitajaa tai syyttämällä häntä leikkauksen viivästyisestä.

Ennakoinnin lisäksi sairaanhoitajat osoittivat strategista älykkyyttä manipuloimalla leikkauksen aloitusta piilottamalla leikkausveitset kirurgilta:

Etä kun ne ovesta tulee sisään, niin jos et sä piilota sitä puukkoa jonnee sinne kipun alle, niin se niin kun veitsi viiltää sen siliän tien, kun ne pääsee siihen puukkoon kiinni. Etä jos et sää halua, että ne aloittaa, niin sun pitää pistää ne puukot piiloon niin kauaksi aikaa kunnes sä haluat, että se leikkaus alkaa, että sulla on valmista niinkun siinä leikkauksessa.

Kyseisessä tilanteessa hoitajat keskusteleivat, miten he voivat viivästyttää leikkauksen aloitusta. Piilottamalla kirurgiset välineet, hoitajat osoittavat taktista älykkyyttä valtasuhteiden tasapainottamisessa rajoittamalla kirurgin päätösvaltaa leikkauksen aloitusajankohdasta sekä suoraa kontrollia. Hoitajat ymmärsivät, että huolellinen leikkaukseen valmistautuminen on tärkeää, ja he pyrkivät varmistamaan, että kaikki tarvittavat valmistelut on tehty ennen kuin kirurgi saapuu leikkaussaliin. Huolellinen valmistautuminen vähentää leikkauksen aikana tulevia yllättäviä tilanteita, kun saatavilla on kaikki instrumentit. Myös Sintonen ym. (2011) ovat tehneet samanlaisia havaintoja siitä, että hoitajat käyttävät manipulaatiotyypistä valtaa leikkaussalityöskentelyssä hallitakseen omaa työtään.

Strategioiden lisäksi sairaanhoitajat pyrkivät *hyödyntämään sidosryhmiä* vastarinnan toteuttamisessa, josta muodostettiin alateema. Tällöin hoitajien ei tarvinnut kohdata suoraan yksin kirurgia, vaan tukena oli joko toinen sairaanhoitaja, muu työyhteisö tai ulkopuolinen taho. Tämä yhteistyö mahdollisti vahvemman vastarinnan muodostamisen ja antoi hoitajille lisävoimaa kirurgien vaatimusten vastustamiseen. Myöskään kirurgien kaikkiin vaatimuksiin ei haluttu suostua, kuten kirurgien omiin henkilökohtaisiin hoitajiin, jolloin vaihtelua työpareihin ei syntyisi. Sairaanhoitajien ei tarvinnut yksin ilmaista haluttomuuttaan uuteen työjärjestelyehdotukseen, mikä vähentää yksilön kokemaa painetta ja riskiä joutua kirurgien epäsuosioon. Tämä kollektiivinen päätös on tehnyt käytännön järjestelyiden muuttamisesta hankalaa. Yhteistyön avulla sairaanhoitajat ovat voineet tehokkaammin neuvotella parempien työolosuhteiden puolesta ja he ovat varmistaneet, että heidän näkemyksensä ja tarpeensa otetaan huomioon.

Vaikka sairaanhoitajat ovat sopineet etukäteen yhteisistä toimintatavoista, työssä tulee eteen yllättäviä tilanteita, joihin ei voi etukäteen varautua. Seuraavassa esimerkissä on kuvattu tilanne leikkaussaliohikentelystä, jossa saliohikaja puuttuu välittömästi tilanteeseen puolustaessaan instrumenttiohikajaa:

Samoin saliohikajalta tulee instrumenttiohikajalle tukea, kun erikoistuva kirurgi pyytää purijaa vaikka tarvitsisi katkojaa. Instrumenttiohikaja antaa pyydetysti purijan ja erikoistuva kirurgi tiuskahtaa instrumenttiohikajalle. Saliohikaja tukee instrumenttiohikajaa sanomalla, että ”annoit pyydetysti purijan”. Kohta tilanne toistuu ja nyt erikoistuva kirurgi pyytää instrumenteissa olevalta hoitajalta painokkaasti katkaisijaa.

Tilanteessa kirurgi on pyytännyt väärän instrumentin ja purkaa turhautumistaan instrumenttiohikajaan, jonka seurauksena saliohikaja päättää näpdyttää kirurgia. Saliohikajan rohkea väliintulo vahvistaa hoitajien asemaa ja vaatii kirurgilta epäsuorasti kunnioitusta. Tämä väliintulo ei ainoastaan suojaa instrumenttiohikajaa epäoikeudenmukaiselta kritiikiltä, vaan myös muistuttaa kaikkia läsnäolijoita siitä, että hoitajat eivät aio hyväksyä epäoikeudenmukaista kohtelua ja ovat valmiita puolustamaan toisiaan. Instrumenttiohikaja olisi voinut itsekin huomauttaa kirurgin virheestä, mutta saliohikajan ollessa hieman ulkopuolisempi tilanteessa, on väliintulo voimakkaampi ja vähentää kirurgin mahdollisuutta käyttää valta-asemaansa väärin.

Toisten sairaanhoitajien tukemisen lisäksi hiljaista vastarintaa hyödynnettiin ulkopuolisten ammattilaisten avulla. Ulkopuolisiin turvauduttiin, kun sairaanhoitajien omat keinot ja strategiat eivät riittäneet hyvän työilmapiirin kehittämiseen sekä yhteisten sääntöjen noudattamiseen:

Mut että me on kyllä järjestetty ortopedien puolella joitain vuosia sitten niin oli sellanen ortopedien kesken ninkun et pyydettiin, me pyydettiin siihen sitten ulkopuolinen ninkun firma järjestämään meille tilat ja sitten sinne vähän jotain syömistä ja muuta, että et se ei ollut mitään koulutusta ninkun sinä iltana, et ei mitään koulutuksellista vaan keskusteltiin vaan niin kun niistä, niistä pelisäännöistä, että miten ninkun tätä leikkiä leikitään.

Vapaamuotoisempi tilaisuus on mahdollistanut työrooleista irtaantumisen hetkeksi ja luonut tasa-arvoisemman keskusteluilmapiiirin. Tällaisissa ympäristöissä sekä kirurgit että sairaanhoitajat voivat keskustella avoimemmin työpaikan hierarkioista ja päivittäisistä haasteista ilman välitöntä työpaineen tunnetta. Tilaisuus on tarjonnut mahdollisuuden rakentaa yhteistä ymmärrystä ja sopia uusista pelisäännöistä, jotka ottavat paremmin huomioon kaikkien osapuolten tarpeet ja näkemykset. Ulkopuoliset ammattilaiset voivat tuoda uusia näkökulmia ja auttaa vuorovaikutuksessa, jotka muuten saattaisivat jäädä valta-asemien ja hierarkian vuoksi käymättä. Intervention myötä sairaanhoitajien tavoitteena on ollut toteuttaa vastarintaa muiden sidosryhmien avulla parantaakseen omaa asemaansa työyhteisössä.

Viimeiseksi alateemaksi muodostettiin *kritiikin peittäminen huumoriin*. Aineistossa oli havaittavissa tilanteita, joissa viestintä oli epäsuoraa sekä merkitys piilotettiin ja verhoiltiin huumoriin. Tämän vuoksi alateema liitettiin hiljaiseen vastarintaan äänekkään vastarinnan sijasta, vaikka tässä alateemassa vastarinta toteutui sanallisena toimintana. Tämä lähestymistapa mahdollisti sen, että tyytymättömyys voitiin ilmaista ilman suoraa konfliktiherkkyttä ja samalla se vähensi riskiä siitä, että viestintä olisi koettu liian hyökkääväksi. Huumorin avulla sairaanhoitajat pystyivät käsittelemään ja kommentoimaan tilanteita, jotka muuten olisivat voineet johtaa vakavampiin ristiriitoihin tai henkilökohtaisiin konfliktitilanteisiin.

Huumoriin piilotettu viestintä tarjosi sairaanhoitajille keinoja käsitellä tyytymättömyyttään ja nostaa esiin ongelmia ilman, että heittäytyivät avoimeen vastarintaan. Seuraavassa tilanteessa on kuvattu esimerkki huumorin käytöstä: ”Kirurgi kysyy hoitajalta jotain instrumenteista ja hoitaja vastaa, että tässä lonkkakorissa on aina nämä välineet. Salihoitaja vitsailee jotain muutakin kirurgin kanssa. Hän vaikuttaa vähän tympääntyneeltä ja sanoo kirurgille, että hän on ollut kävelevä potilas. Lähtee hakemaan jotain uudenkokoista proteesia”. Tilanteessa salihoitaja on turhautunut kirurgin useisiin pyyntöihin hakea vaihtoehtoisia välineitä ja instrumentteja, jonka seurauksena salihoitaja vertaa kirurgia humoristisesti kävelevään potilaaseen. Salihoitaja siis purkaa turhautumista huumorin keinoin ja tämä huumorin käyttö toimii eräänlaisena suojana ja väylänä tunteiden ilmaisemiselle ilman suoranaista vastakkainasettelua. Huomion herättäminen huumorin avulla voi myös toimia eräänlaisena varoituksena tai ohjeena, joka viestii, että kyseessä on toistuva ja rasittava tilanne, joka tulisi huomioida kirurgin puolelta. Myös toisessa leikkaussalitalanteessa huumoria käytettiin tuodakseen esille vallan epätasapainoa ammattiryhmien välillä:

Kirurgi: Ei ku tää menee kiinni jo.

Hoitaja 1: Meneekö! Oliko ne kummatkin tossa?

Kirurgi: Se toinen puoli jätetään. Se oikea lohko jätetään. Mä luulin, että se niinku pelkkä istu, mitä äsken katottiin, mutta...

Hoitaja 1: No menkää nyt sitten kiireesti kahville.

Hoitaja 2: Niin (nauraa)

Tilanteessa leikkaus oli saatu nopeammin tehtyä valmiiksi kuin hoitajat olivat luulleet. Toinen heistä hoputtaa vitsikkäästi kirurgia kahvitauolle. Piilomerkityksenä hoitaja korostaa kirurgin hierarkista asemaa ja sitä, miten tämä asema antaa kirurgille vapauden pitää taukoja. Tämä kommentti ja toisen hoitajan nauru luovat tilanteen, jossa kirurgin työmäärä ja mahdollisuus taukoon asetetaan yhteen hoitajien työhön verrattuna. Huumori paljastaa, miten kirurgin asema mahdollistaa hänelle etuoikeuksia, kuten taukoja, joita hoitajat eivät voi itselleen sallia samassa tilanteessa. Vaikka huumori voi tarjota keinoja käsitellä tyytymättö-

myyttä ja purkaa jännitteitä, se samalla toimii muistutuksena siitä, kuinka ammatilliset hierarkiat vaikuttavat työympäristön dynamiikkaan. Hoitajat käyttävät huumoria myös keinona ilmaista hiljaista kritiikkiään ja tuoda esiin sen, miten he kokevat oman asemansa ja työkuormansa suhteessa kirurgin asemaan. Tällöin huumori voi toimia siltana ymmärrykselle ja tuoda esille asioita, joita ei ehkä muilla tavoin rohjeta tai haluta tuoda esille suoraan.

6 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tutkia, miten valtasuhteet ilmenevät sairaanhoitajien työssä sekä miten sairaanhoitajat pyrkivät haastamaan tätä valtaa. Leikkaussalin valtdynamiikka heijastaa laajempia hierarkiaan ja tasa-arvoon liittyviä kysymyksiä, jonka vuoksi aiheen tutkiminen on ajankohtaista ja merkityksellistä. Valtasuhteiden jakautuminen terveydenhuollon ammattilaisten, erityisesti kirurgien ja sairaanhoitajien välillä voi vaikuttaa merkittävästi terveydenhuollon palvelujen tarjoamisen tehokkuuteen ja laatuun (Singh ym., 2007; Engum & Jeffries, 2012; Bould ym., 2015). Uskaltamalla haastaa vakiintuneet auktoriteetit ja osallistumalla vahvemmin potilaiden hoitoon, sairaanhoitajat eivät ainoastaan paranna yksittäisten potilaiden hoitotuloksia, vaan edistävät myös oikeudenmukaisemman ja tasa-arvoisemman terveydenhuoltojärjestelmän kehitystä sekä vakiinnuttavat omaa asemaansa. Tällaiset muutokset heijastavat tasa-arvon, yhteisvastuun ja osallisuuden kasvavia arvoja, jotka ovat olennaisia nykyaikaisissa työpaikoissa.

6.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta valtdynamiikan näyttäytyvän sairaanhoitajien työssä kolmen pääteeman kautta, jotka nimettiin *työn kuormittavuudeksi*, *yhteistyön haasteiksi* sekä *kunnioituksen puutteeksi*. Nämä teemat kuvaavat vallan epätasapainon vaikuttavan sairaanhoitajien työssä jaksamiseen, työtehtävien suorittamiseen ja vuorovaikutukseen moniammatillisissa tiimissä. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin, kuinka sairaanhoitajat pyrkivät haastamaan heihin kohdistuvaa vallankäyttöä. Temaattisen analyysin avulla muodostettiin kaksi pääteemaa: *äänekäs vastarinta* ja *hiljainen vastarinta*.

Kirurgien valta näyttäytyi sairaanhoitajien työssä työn kuormittavuuden lisääntymisenä, joka muodostuu alateemoista *epäeettisten toimien hyöäksyminen*, *epävarmuus omaa työtä kohtaan*, *työn ennakointi* sekä *vastuunottaminen yli ammattirajojen*. Pelkkä oman työn suorittaminen ei riitä hoitotyössä, vaan epätasapainoinen valtasuhde ammattiryhmien välillä vaatii hoitajilta suurempaa vastuunottoa

sekä jatkuvaa epävarmuuden sietämistä. Hoitajien roolin laajeneminen aiheutti tilanteita, joissa heiltä odotettiin enemmän kuin mihin heidän koulutuksensa tai työnkuvansa valtuuttaisi.

Aikaisemmat tutkimukset ovat pääosin linjassa tämän tutkimuksen tulosten kanssa. Ammattiryhmien väliset jännitteet syventyvät, kun heidän näkemyksensä eettisestä päätöksenteosta poikkeavat toisistaan (Malloy ym., 2009). Kuitenkin sairaanhoitajien tulee hyväksyä lääkäreiden epäeettisiä päätöksiä, jotta välttyään konflikteilta, mutta hiljaisuus on myös keino suojella itseään (Þorsteinsdóttir & Heijstra, 2023). Tämä hiljaisuuden ja hyväksynnän kulttuuri heijastaa syvään juurtuneita hierarkisia rakenteita, joissa valta keskittyy kirurgeille. Sairaanhoitajat joutuvat tilanteisiin, joissa heidän on kamppailtava eettisten ongelmien kanssa samalla mukautuen kirurgien päätöksiin. Tämä ei ainoastaan lisää heidän psyykkistä ja ammatillista kuormitustaan, vaan vaikuttaa myös heidän työhyvinvointiinsa ja henkiseen jaksamiseensa (Þorsteinsdóttir & Heijstra, 2023). Epäeettisten toimien hyväksymisen lisäksi kirurgien tehtäviä siirretään hoitajien vastuulle, joka lisää työtaakan lisääntymistä ja pakottavat sairaanhoitajien ottamaan vastuuta heille kuulumattomista töistä. Tämä ei kuitenkaan välttämättä ole pelkästään kuormittava tekijä, sillä työtehtävien jakamisella voidaan pyrkiä myös hälventämään ammattiryhmän välistä rajaa (Stenner & Courtenay, 2008).

Työn kuormittavuus näyttäytyi myös työn ennakoinnilla. Työn ennakointi kuuluu sairaanhoitajien työhön vahvasti, kun he valmistelevat leikkaussalia ja varaavat tarvittavat instrumentit. Tämä kuitenkin muodostui kuormittavaksi tekijäksi, sillä jokaisella kirurgilla oli omat mieltymyksensä välineiden ja tapojen suhteen, joka toi työhön lisävaatimuksia. Jokaisen kirurgin toiveet oli opeteltava ulkoa ja unohtuneista instrumenteista oli negatiiviset seuraukset, joka on todennäköisesti johtanut sairaanhoitajien lisääntyneeseen työstressiin. Skråmmin ym. (2021) mukaan kirurgien mieltymysten opetteleminen tuo mukanaan lisätyötä, mutta se kuitenkin helpottaa leikkaussalityöskentelyä ja lisää positiivista tunnetta moniammatillisesta yhteistyöstä. Sairaanhoitajien ymmärtäessä kirurgien tarpeet ja työskentelytyylit, epävarmuus vähenee, joka voi puolestaan parantaa sairaanhoitajien itsevarmuutta työskentelyssä. Lisäksi kirurgien mieltymysten

huomioiminen voi luoda yhteisöllisyyden tunnetta. Tässä tuloksessa on havaittavissa epäjohdonmukaisuutta aikaisempien tutkimusten kohdalla.

Kansainväliset tutkimukset vahvistavat tuloksia, jossa kuvataan terveydenhuollon ammattiryhmien epätasapainoisen vallan vaikutusta yhteistyön sujuvuuteen. Terveydenhuollon moniammatillisessa tiimissä työskentely on haastavaa (Edmondson, 2003; Hamric & Blackhall, 2007; Rogers ym., 2020; Walia ym., 2022; Rogers ym., 2023), ja yhteistyön toteuttajina sairaanhoitajat toimivat aktiivisempina osapuolena (Elsous ym. 2017; Walia ym., 2022). Tämä kuitenkin eroaa Daviesin (2000) tutkimuksesta, jonka mukaan myöskään sairaanhoitajat eivät ole kirurgeja oma-aloitteisempia yhteistyön edistämässä moniammatillisessa tiimissä. On kuitenkin todettu, että sujuvalla yhteistyöllä ja kommunikoinnilla on vaikutusta potilasturvallisuuteen, leikkauksen sujuvuuteen ja parempaan työskentelysuoritukseen (Bleakley, 2012a; Pian-Smith ym., 2009; Skråmm ym., 2021). Tämä herättää pohdintaa siitä, miksi terveydenhuollon työyhteisöissä ei nykypäivänä edelleenkään pyritä aktiivisemmin keskittymään tasavertaisempaan yhteistyön kehittämiseen.

Yhtenä syynä voidaan pitää perinteisten roolien, kulttuurien ja syvälle juurtuneita organisatorisia rakenteita, joiden muuttaminen vaatisi merkittävää toimintatapojen ja koulutuksen uudistamista. Jännittynyttä yhteistyötä ei kuitenkaan haluta muuttaa kirurgien toimesta, sillä he pyrkivät pitämään tiukasti kiinni valta-asetelmasta (Leonard, 2003). Vaikka sairaanhoitajat haluavat oppia uutta, kerryttää asiantuntemusta ja edistää yhteistyön toteutumista, lääkärit kokevat helposti asemansa uhatuksi (Georgiou ym., 2015). Sujuva yhteistyö tuo mukanaan vallan tasapainon järkkymisen. Yhteistyön haasteisiin liittyy todennäköisesti valta-asemien muutosvastarintaa ja se, että moniammatillisen yhteistyön merkitystä ei nähdä riittävän tärkeänä. Lisäksi resurssipula ja aikapaineet voivat rajoittaa mahdollisuuksia panostaa moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen. Yhteiset koulutukset, viestinnän parantaminen ja roolien selkeyttäminen vaativat aikaa ja investointeja, joita ei välttämättä nähdä prioriteettina kiireisessä sairaalaympäristössä. Näiden tekijöiden yhteisvaikutuksesta yhteistyön kehittäminen jää helposti muiden, välttämättömämpien tarpeiden varjoon, mikä johtaa siihen, että perinteiset valtarakenteet ja roolit säilyvät ennallaan.

Merkittävä haaste terveydenhuollossa on myös kunnioituksen puute sairaanhoitajia kohtaan. Sairaanhoitajat jäävät usein alisteiseen asemaan, ja heidän asiantuntemustaan ja osaamistaan ei aina arvosteta riittävästi terveydenhuollon hierarkisessa rakenteessa (Malloy ym., 2009; Rogers ym., 2023; Porsteinsdóttir & Heijstra, 2023). Pelolla johtaminen sekä vahvan ja näkyvän valta-aseman ylläpitäminen heikentää sairaanhoitajien työssä suoriutumista moniammatillisissa tiimissä (Rabølin ym., 2012). Lääkärit eivät usein täysin ymmärrä sairaanhoitajan roolia, joka samalla ylläpitää vallan epätasapainon lisäksi alhaista arvostusta (Elsous ym., 2017; Rogers ym., 2024). Ymmärtämättömyys voi johtua myös siitä, että lääkäreitä ja sairaanhoitajia on koulutettu erillään toisistaan, mikä ei tue moniammatillista yhteistyötä ja roolien selkiyttämistä jo opiskeluvaiheessa.

Kuitenkin vastavalmistuneet lääkärit kunnioittavat enemmän sairaanhoitajien työtä ja roolia (Rogers ym., 2023), joten muutosta koulutuksessa on tapahtunut viime vuosien aikana. Sairaanhoitajat joutuvat kuitenkin usein tasapainoilemaan monien eri vastuiden välillä, kuten kliinisen hoitotyön ja potilaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin huomioimisen välillä. Heidän asiantuntemuksensa kattaa monia hoidon osa-alueita, joita muut ammattiryhmät eivät välttämättä hallitse yhtä hyvin (Pian-Smith ym., 2009), mikä tekee sairaanhoitajista korvaamattoman osan potilaan hoitoketjua. Kehitys kohti tasa-arvoisempaa tiimityötä ja sairaanhoitajien kunnioituksen lisäämistä vaatii merkittäviä muutoksia terveydenhuollon rakenteissa ja asenteissa. Nämä muutokset ovat kriittisiä hoitotyön houkuttelevuuden, hoitajien työssä jaksamisen sekä hoidon laadun ja potilasturvallisuuden kannalta.

Onneksi valtarakenteita voidaan kuitenkin haastaa terveydenhuollossa. Tulokset ovat yhteneväisiä aikaisempien tutkimusten kanssa, eli valtaa pystytään kyseenalaistamaan näkyvästi ja äänekkäästi, mutta myös hiljaisesti ja salakavalammin. Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että vallan kyseenalaistaminen voi tapahtua näkyvänä toimintana (Higgins & MacIntosh, 2010; Porsteinsdóttir & Heijstra, 2023), mutta myös huomaamattomammin kuten puheen puuttumisena (Lingard ym., 2004; Gardezin ym., 2009; Malloy ym., 2009). Tämän tutkimuksen tulokset ovat siis yhteneväisiä aikaisempien kansainvälisten tutkimusten kanssa.

Vallan kyseenalaistaminen on terveydenhuollon kontekstissa välttämättömyyttä useista syistä. Kun valta keskittyy yksinomaan tietyille ammattiryhmälle ilman riittävää huomioon otamista moniammatillisen tiimin asiantuntemukseen, on olemassa riski, että kriittisiä päätöksiä tehdään ilman täyttä kokonaiskuvaa. Sairaanhoidajilla on kuitenkin arvokasta tietoa erilaisen työnkuvansa puolesta, jota saattaa puuttua kirurgeilta (Pian-Smith ym., 2009). Hoitajien ammattitaidon ja asiantuntemuksen tullessa näkyvämmiksi, se voi vähitellen muuttaa vallitsevia käsityksiä heidän roolistaan terveydenhuollossa. Yhteiskunnan näkökulmasta valtarakenteiden haastaminen terveydenhuollossa on merkittävä askel kohti tasa-arvoisempaa ja oikeudenmukaisempaa terveydenhuollon palvelujärjestelmää. Hoitajien ammattitaito ja monipuolinen asiantuntemus eivät saa jäädä käyttämättä vain siksi, että hierarkiset rakenteet ja työyhteisön normit estävät heidän osallistumisensa. Kun hoitajien roolia vahvistetaan ja heidän osaamistaan hyödynnetään tehokkaammin, jännitteet vähenevät moniammatillisessa yhteistyössä ja terveydenhuollon tiimit voivat paremmin ja tehokkaammin tarjota korkealaatuista hoitoa (Rogers ym., 2024). Tämä johtaa parempiin hoitotuloksiin, takaa potilasturvallisuuden ja lisää potilaiden luottamusta järjestelmään (Georgiou ym., 2015).

Kirurgien näkökulmasta vallan kyseenalaistaminen voi kuitenkin herättää huolta ja jopa vastustusta. Monille kirurgille on perinteisesti annettu merkittävä valta ja vastuu, ja tämä hierarkinen malli on vahvasti juurtunut terveydenhuollon kulttuuriin. Kirurgit saattavat tuntea asemansa uhatuksi, jos heidän auktoriteettinsa kyseenalaistetaan, ja he saattavat nähdä tiimin muiden jäsenten vahvemman roolin haastavana (Leonard, 2003). Vallan tasapainottaminen ei kuitenkaan tarkoittaisi heidän asiantuntemuksensa vähentämistä tai auktoriteettinsa kyseenalaistamista. Puolestaan heidän rooliaan täydennetään moniammatillisella yhteistyöllä, joka voi tuottaa syvällisemmän ja tarkemman kokonaiskuvan potilaan hoidosta. Kun kirurgeilla on käytössään koko tiimin asiantuntemus ja tuki, he voivat tehdä parempia päätöksiä, mikä voi myös vähentää heihin kohdistuvaa painetta ja vastuuta.

Vastuusairaanhoitajilla ja tiimikoordinaattoreilla on suuri rooli vallan tasa-painottamisella. Valtaerojen vähätteleminen, nöyryyteen kannustamisella ja virheisiin reagoimalla suopeasti edistetään tasa-arvoisempaa ja yhteistyökykyisempää työympäristöä (Edmondson, 2003). Muutosten nopeuttaminen ja hierarkioiden purkaminen vaatii kuitenkin edelleen aktiivisia toimenpiteitä, kuten avoimempaa keskustelukulttuuria ja yhteistyön edistämistä organisaatiotasolla. Tasa-arvoisempi yhteistyö ei hyödytä ainoastaan sairaanhoitajia, vaan se tuottaa lisäarvoa myös potilaille ja kirurgeille. Nykyinen kehitys viittaa siihen, että muutosta on hitaasti tapahtumassa. Porsteinsdóttirin ja Heijstran (2023) mukaan nuorempien terveydenhuollon ammattilaisten joukossa on havaittavissa asenne-muutosta hierarkioita kohtaan. Sukupolvivaihdoksen myötä uudet lääkärit ovat saaneet koulutusta, jossa korostetaan moniammatillista tiimityötä, yhteisöllisyyttä ja tasa-arvoa enemmän kuin aikaisempina vuosikymmeninä. Tämä viittaisi siihen, että moniammatillisen yhteistyön merkitystä aletaan arvostamaan enemmän ja hoitajien roolia tunnustetaan kirurgien osalta merkittävämmiin.

6.2 Tutkimuksen arviointi

Luotettavuuden arviointi on oleellinen osa tutkimuksen tekoa ja se tulee huomioida tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006). Arvioinnin tarkoituksena on varmistaa, että tutkimuksen tulokset ovat johdonmukaisia, uskottavia ja toistettavissa olevia. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttääkin tutkijan omien päätösten arviointia, tutkimusta säätelevien periaatteiden ymmärrystä sekä luotettavuuden kriteerien sisäistämistä (Aaltio & Puusa, 2020), jota on noudatettu koko tutkimuksen ajan.

Tutkimusta tehdessä tulee tarkastella aineiston riittävyttä (Eskola & Suoranta, 1998). Olen käyttänyt aineistonanalyysissä 17 havainnointitilannetta ja kahta haastattelua, joka on sisältänyt yhteensä 93 sivua litteroitua aineistoa. Aineisto on ollut riittävää ja monipuolista, mikä puolestaan vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta. Myös aineiston analyysi mahdollisti tutkimuskysymyksiini vastaamisen, sillä se tarjosi syvällistä tietoa vallan ilmenemisestä sairaanhoitajien

työssä. Analyysissä hyödynnetyt havainnointitilanteet ja sairaanhoitajien haastattelut tukivat tutkimuskysymysten tarkastelua, sillä ne paljastivat konkreettisia esimerkkejä siitä, miten valta ilmeni arjen työtilanteissa.

Tutkijan tulee myös ymmärtää asemansa tutkimusta tehdessä, sillä sen tekemiseen vaikuttaa subjektiiviset valinnat ja kokemukset (Puusa & Julkunen, 2020). Aiempi tieto ja kokemus aiheesta luo ennakkokäsityksiä tutkittavasta aiheesta (Kylmä, 2008), joka tulee tiedostaa tutkimusta tehdessä. Olen työskennellyt vuosina 2017–2022 hammashoitajana eräässä yksityisen puolen yrityksessä hammaslääkäreiden työparina, josta mielenkiintoni tutkittavaan aiheeseen on alun perin syntynyt. Minulla on siis omakohtaisia kokemuksia ja ennakkokäsityksiä vallan ilmenemisestä terveydenhuollon alalla, mutta ei kuitenkaan leikkaussaliympäristöstä, joka oli tutkimuksen kohteena. Tutkimuksen teossa tulisi pyrkiä aina objektiivisuuteen, mutta sen täydellistä saavuttamista ei kuitenkaan pystytä ikinä takaamaan (Puusa & Julkunen, 2020). Olen kuitenkin koko tutkimuksen aikana ymmärtänyt asemani ja omaavani ennakkokäsityksiä aiheesta. Tämän vuoksi olen pyrkinyt noudattamaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistuksia koko tutkimusprosessin aikana, jotta tutkimukseni olisi mahdollisimman luotettava ja läpäisisi eettisen hyväksyttävyyden.

Luotettavuutta lisää myös pyrkimys olla vaikuttamatta tutkittavien tiedon tuottoon (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006). Minulla ei ollut tähän mahdollisuutta, sillä en ollut keräämässä aineistoa tai tunne tutkittavia, joten asemani on pysynyt tästä näkökulmasta katsottuna etäisenä. Etäisyys on mahdollistanut objektiivisemmän näkökulman tutkimusprosessiin ja auttanut vähentämään henkilökohtaisten ennakkoluulojen vaikutusta aineiston hankinnassa. Tein itsenäisesti aineiston analyysin ja hyödynsin temaattista analyysia tutkimuksessani. Tutkimuksessani ei siis toteutunut useamman tutkijan analysointi eli tutkijatriangulaatio. Tämä on hieman heikentänyt analyysin luotettavuutta (Eskola & Suoranta, 1998). Olen kuitenkin pyrkinyt raportoimaan tutkimusprosessin jokaisen vaiheen huolellisesti, jotta tutkimustani pystytään tarkastelemaan ja arvioimaan.

Rajoitteena on toiminut käytössäni ollut aineisto, joka on vuosilta 2007–2010. Aineiston kerääminen on aloitettu 17 vuotta sitten, joten tuorempi aineisto

voisi tarjota ajankohtaisempaa tietoa ja heijastaa paremmin nykyisiä olosuhteita. Vanhan aineiston käyttö voi vaikuttaa tutkimuksen tulosten ajantasaisuuteen. Aineistosta saadut tulokset ovat kuitenkin yhteneväisiä tuoreiden tutkimusten kanssa, mikä viittaa siihen, että samat ilmiöt ovat edelleen voimassa ja vaikuttavat samalla tavoin.

Tutkimusta tehdessä tulee pohtia myös siirrettävyyttä eli tulosten soveltuvuutta mahdollisesti toisessa ympäristössä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006). Hyödynsin tutkimuksessani kansainvälisiä tutkimuksia, jotka eivät ole välttämättä täysin verrattavissa Pohjoismaiseen terveydenhuoltoon. Esimerkiksi Suomen ja Pohjois-Amerikan terveydenhuolto eroavat toisistaan muun muassa rahoituksessa, saatavuudessa ja tasa-arvossa, kustannuksissa sekä organisaatiokulttuurissa. Tämä voi olla yhtenä syynä, että kaikki tulokset eivät olleet täysin linjassa aikaisempiin tutkimuksiin. Kuitenkin tutkimuksessa hyödynnettiin myös Pohjoismaisia tutkimuksia, jotka tukivat tuloksiani sekä suurin osa tuloksistani olivat yhteneväisiä. Myös tuoreita tutkimuksia käytettiin tarkastellessa aiheita. Kokonaisuudessaan tutkimukseni siirrettävyys on melko hyvä.

6.3 Jatkotutkimusideat ja käytännön sovellukset

Tämä tutkimus tarjoaa näkemyksiä vallan ja hierarkioiden ilmenemisestä leikkaussaliterveyskäsittelyssä sekä sairaanhoitajien keinoista horjuttaa epätasapainoista valtdynamiikkaa. Tuloksissa ilmenee, että valta jakautuu ammattiryhmien välillä epätasaisesti ja yhteistyössä ilmenee haasteita. Havaintoja voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveysalalla moniammatillisten tiimien johtamisessa ja yhteistyön kehittämisessä. Sairaanhoitajat osoittavat toiminnallaan haluavansa muutosta organisaatiokulttuuriin ja toimintatapoihin, jonka vuoksi sairaaloissa tulisi kiinnittää enemmän huomiota hierarkioiden purkamiseen. Etenkin esihenkilö ja johtaja-asemassa olevien tulisi kehittää keinoja, joilla voidaan vähentää hierarkisia jännitteitä leikkaussaleissa ja luoda tasavertaisempia työympäristöjä. Tähän voisi sisältyä muun muassa koulutuksia tiimityön vahvistamiseksi, roolien selkeyttämiseksi ja valtarakenteiden tiedostamiseksi, joka voisi parantaa yhteistyötä ja potilastyön sujuvuutta.

Jatkotutkimuksissa olisikin hyödyllistä tarkastella käytännönläheisten ratkaisujen kehittämistä hierarkioiden vähentämiseksi leikkaussaleissa. Olisi tärkeää selvittää, millaisia konkreettisia toimenpiteitä vaaditaan, jotta valtarakenteita saataisiin tasattua. Tällaisten ratkaisujen tutkiminen voisi tarjota arvokkaita käytännön ohjeita terveydenhuollon työyhteisöille. Lisäksi olisi kiinnostavaa selvittää, miten tasa-arvoisempi työyhteisö vaikuttaisi sairaanhoitajien työmotivaatioon, viihtyvyyteen työssä ja jaksamiseen. Aiheen tutkiminen olisi ajankohtaista, jotta turvataan toimiva terveydenhuolto ja riittävä hoitohenkilöstö. Olisi myös mielenkiintoista tutkia sukupolvenvaihdoksen vaikutusta terveydenhuollon hierarkioihin. Kuten aiemmin on todettu, nuoret vastavalmistuneet lääkärit suhtautuvat hierarkioihin ja tiukkiin valta-asetelmiin eri tavoin kuin heidän vanhemmat kollegansa. Aiheen tutkiminen voisi tuoda esille, kuinka muuttuvat arvot ja asenteet sekä koulutuksen sisältö vaikuttavat suhtautumiseen valta-asetelmiin ja siihen, miten hierarkiat saattavat kehittyä tulevaisuudessa.

Ymmärtämällä valtarakenteiden vaikutuksia ja hoitajien toimia vallan epätasapainon horjuttamiseksi voimme edistää moniammatillista yhteistyötä ja luoda tasavertaisempia työympäristöjä, jotka hyödyttävät sekä työntekijöitä että potilaita. Tulevaisuuden terveydenhuollon menestys riippuu moniammatillisen yhteistyön onnistumisesta sekä terveydenhuollon ammattilaisten hyvinvoinnista ja jaksamisesta. Uudistunut sosiaali- ja terveyshuolto on jo aiheuttanut työkyvyn laskua, ja se on hälyttävää etenkin, kun alalla on valmiiksi jo työvoimapula (Työterveyslaitos, 2024). Sitä suuremmalla syyllä on pyrittävä vaikuttamaan organisaatiokulttuuriin ja työilmapiiriin, jos haluamme turvata toimivan sosiaali- ja terveydenhuollon sekä estää joukkopakoa alalta. Toimivalla terveydenhuollolla on kuitenkin vaikutusta jokaisen suomalaisen elämään ja hyvinvointiin.

LÄHTEET

- Aaltio, I., & Puusa, A. (2020). Mitä laadullisen tutkimuksen arvioinnissa tulisi ottaa huomioon? Teoksessa A. Puusa & P. Juuti (toim.), *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät* (s. 41–55). Gaudeamus.
- Allen, D. (2001). *Changing shape of nursing practice: the role of nurses in the hospital division of labour*. Routledge.
- Antikainen, A., Rinne, R., & Koski, L. (2000). *Kasvatussosiologia*. WSOY.
- Asadi, M., Ahmadi, F., Mohammadi, E., & Vaismoradi, M. (2023). Unsafe doctor-nurse interactions in the process of implementing medical orders: A qualitative study. *Nursing Open*, 10(10), 6808–6816.
<https://doi:10.1002/nop2.1927>
- Bleakley, A., Allard, J., & Holbbs, A. (2012a). Towards culture change in the operating theatre: Embedding a complex educational intervention to improve teamwork climate. *Medical Teacher*, 34(9), 635–640.
<https://doi:10.3109/0142159X.2012.687484>
- Bleakley, A., Allard, J., & Hobbs, A. (2012b). ‘Achieving ensemble’: Communication in orthopaedic surgical teams and the development of situation awareness – an observational study using live videotaped examples. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, 18(1), 33–56. <https://doi:10.1007/s10459-012-9351-6>
- Baker, L., Egan-Lee, E., Martimianakis, M. A., & Reeves, S. (2011). Relationships of power implications for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 25(2), 98–104. <https://doi:10.3109/13561820.2010.505350>
- Bould, M. D., Sutherland, S., Sydor, D. T., Naik, V., & Friedman, Z. (2015). Residents’ reluctance to challenge negative hierarchy in the operating room: a qualitative study. *Canadian Journal of Anesthesia*, 62(6), 576–586.
<https://doi:10.1007/s12630-015-0364-5>
- Burger, J. M. (2009). Replicating Milgram: would people still obey today? *American Psychologist*, 64(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/a0010932>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Braynion, P. (2004). Power and leadership. *Journal of Health Organization Management*, 1(6), 447–463. <https://doi:10.1108/14777260410570009>

- Calhoun, A. W., Boone, M. C., Miller, K. H., & Pian-Smith, M. C. M. (2013). Case and commentary: Using simulation to address hierarchy issues during medical crises. *Simulation in Healthcare*, 8(1), 13–19. <https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e318280b292>
- Chan, M., & Nimmon, L. (2019). Spinning the lens on physician power: narratives of humanism and healing. *Perspectives on Medical Education*, 8(5), 305–308. <https://doi.org/10.1007/s40037-019-00537-4>
- Clarke, V., & Braun, V. (2017). Thematic Analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 297–298. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>
- Collin, K., Paloniemi, S., & Mecklin, J-P. (2010). Promoting inter-professional teamwork and learning – the case of a surgical operating theatre. *Journal of Education and Work*, 23(1), 43–63. <https://doi.org/10.1080/13639080903495160>
- Davies, C. (2000). Getting health professionals to work together. *British Medical Journal*, 320(7241), 1021–1022. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7241.1021>
- Edmondson, A. C. (2003). Speaking up in operating room: How team leaders promote learn interdisciplinary action teams. *Journal of Management Studies*, 40(6), 1419–1452. <https://doi.org/10.1111/1467-6486.00386>
- Elsous, A., Radwan, M., & Mohsen, S. (2017). Nurses and physicians attitudes toward nurse-physician collaboration: A survey from Gaza Strip, Palestine. *Nursing Research and Practice*. 7406278. <https://doi.org/10.1155/2017/7406278>
- Engum, S. A., & Jeffries, P. R. (2012). Interdisciplinary collisions: Bringing healthcare professionals together. *Collegian Journal of the Royal College of Nursing Australia*, 19(3), 145–151. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2012.05.005168>
- Eskola, J., & Suoranta, J. (1998). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino.
- Flinkman, M. (2014). Young registered nurses' intent to leave the profession in Finland – a mixed method study. Doctoral dissertation. *University of Turku, Department of Nursing Science*. <https://www.utupub.fi/handle/10024/95711>
- Foucault, M. (1980). *Tarkkailla ja rangaista*. Otavan kirjapaino Oy.
- Foucault, M. (1990). *The history of sexuality. Volume I: an introduction*. New York: Vintage books.
- Gardezi, F., Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Orser, B., & Baker, G. R. (2009). Silence, power and communication in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1390–1399. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.04994.x>

- Georgiou, E., Papathanassoglou, E., & Pavlakis, A. (2015). Nurse-physician collaboration and associations with perceived autonomy in Cypriot critical care nurses. *British Association of Critical Care Nurses*, 22(1), 29–39. <https://doi:10.1111/nicc.12126>
- Guest, G., MacQueen, K. M., & Namey, E. (2012). *Applied thematic analysis*. SAGE Publications.
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 188–196. <https://doi:10.1080/13561820500081745>
- Hamric, A. B., & Blackhall, L. J. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress and ethical climate. *Critical Care Medicine*, 35(2), 422–429. <https://doi:10.1097/01.CCM.0000254722.50608.2D>
- Helsingin yliopisto. Opiskelu lääketieteen koulutuksessa [verkkojulkaisu]. Viiteajankohta: 2023. [Viitattu: 18.11.2023]. <https://www.helsinki.fi/fi/koulutusohjelmat/laaketieteen-koulutusohjelma/opiskelu>
- Higgins, B. L., & MacIntosh, J. (2010). Operating room nurses' perceptions of the effects of physician-perpetrated abuse. *International Nursing Review*, 57(3), 321–327. <https://doi:10.1111/j.1466-7657.2009.00767.x>
- Hutchinson, M., & Jackson, D. (2015). The construction and legitimation of workplace bullying in the public sector: insight into power dynamics and organisational failures in health and social care. *Nursing Inquiry*, 22(1), 13–26. <https://doi:10.1111/nin.12077>
- Hämeenaho, P., & Koskinen-Koivisto, E. (2018). Etnografian ulottuvuudet ja mahdollisuudet. Teoksessa P. Hämeenaho & E. Koskinen-Koivisto (toim.), *Moniulotteinen etnografia* (2. painos, s. 7–31). Ethnos ry.
- Kansaneläkelaitos. (28.8.2024). Mielenterveysperusteisten pitkien sairauspoissaolojen takia menetetyistä työpanoksesta aiheutuu vuosittain vähintään miljardikustannukset [verkkojulkaisu]. [Viitattu 11.9.2024]. <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/1085228/mielenterveysperusteisten-pitkien-sairauspoissaolojen-takia-menetetysta-tyopanksesta-aiheutuu-vuosittain-vahintaan-miljardikustannukset?q=sairuspoissaolot>
- Kohn, L., Coffigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Institute of Medicine.
- Kuokkanen, L., & Leino-Kilpi, H. (2000). Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 235–241. <https://doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01241.x>

- Kylmä, J. (2008). Näkökohtia tutkimuseetiikasta laadullisessa terveystutkimuksessa. Teoksessa A-M. Pietilä & H. Länsimies-Antikainen (toim.), *Etiikkaa monitieteisesti: Pohdintaa ja kysymyksiä* (s. 109–120). Kuopion yliopisto.
- Leonard, P. (2003). 'Playing' doctors and nurses? Competing discourses of gender, power and identity in the British National Health Service. *The Sociological Review*, 51(2), 218–237. <https://doi:10.1111/1467-954X.00416>
- Lingard, L., Garwood, S., & Poenaru, D. (2004). Tensions influencing operating room team function: does institutional context make a difference? *Medical Education* 38(7), 691–699. <https://doi:10.1111/j.1365-2929.2004.01844.x>
- Maguire, M., & Delahunt, B. (2017). Doing a thematic analysis: A practical, step-by-step guide for learning and teaching scholars. *All Ireland Journal of Higher Education*, 9(3). <http://ojs.aishe.org/index.php/aishe-j/article/view/3354>
- Malloy, D. C., Hadjistavropoulos, T., McCarthy, E. F., Evans, R. J., Zakus, D. H., Park, Y. L., & Williams, J. (2009). Culture and organizational climate: Nurses' insights into their relationship with physicians. *Nursing Ethics*, 16(6), 719–733. <https://doi:10.1177/0969733009342636>
- Manias, E., & Street, A. (2000). Nurse-doctor interactions during critical care ward rounds. *Journal of Clinical Nursing*, 10(4), 442–450. <https://doi:10.1046/j.1365-2702.2001.00504.x>
- McCallin, A. (2001). Interdisciplinary practice – A matter of teamwork: An integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing* 10(4), 419–428. <https://doi:10.1046/j.1365-2702.2001.00495.x>
- Nembhard, I. M., & Edmondson, A. C. (2006). Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in healthcare teams. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), 941–966. <https://doi.org/10.1002/job.413>
- Opintopolku. Sairaanhoidajan tutkinto-ohjelma [verkkojulkaisu]. Viiteajankohta: 2023. [Viitattu 18.11.2023]. <https://opintopolku.fi/konfo/fi/toteutus/1.2.246.562.17.000000000000000000421>
- Paloniemi, S., & Collin, K. (2010). Mitä ihmettä on kollektiivinen etnografia? Kokemuksia organisaatiotutkimuksesta. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: viirikkeitä aloittelevalle tutkijalle* (3. painos, s. 204–221). PS-Kustannus.
- Pian-Smith, M. C. M., Simon, R., Minehart, R. D., Podraza, M., Rudolph, J., Walzer, T., & Raemer, D. (2009). Teaching residents the two-challenge rule: A simulation-based approach to improve education and patient safety. *Simulation in Healthcare*, 4(2), 84–91. <https://doi:10.1097/SIH.0b013e31818cfff3>

- Puusa, A., & Julkunen, S. (2020). Uskottavuuden arviointi laadullisessa tutkimuksessa. Teoksessa A. Puusa & P. Juuti (toim.), *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät* (s. 41–55). Gaudeamus.
- Riley, R., & Manias, E. (2005). Rethinking theatre in modern operating rooms. *Nursing Inquiry*, 12(1), 2–9. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2005.00246.x>
- Rabøl, L.I., McPhail, M. A., Østergaard, D., Andersen H. B., & Mogensen, T. (2012). Promoters and barriers in hospital team communication. *Journal of Communication in Healthcare*, 5(2), 129–139. <https://doi.org/10.1179/1753807612Y.0000000009>
- Rogers, L., De Brún, A., Birken, S., Davies, C., & McAuliffe, E. (2020). The micropolitics of implementation; a qualitative study exploring the impact of power, authority, and influence when implementing change in healthcare teams. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–13. <https://doi:10.1186/s12913-020-05905-z>
- Rogers, L., De Brún, A., & McAuliffe, E. (2023). Exploring healthcare staff narratives to gain an in-depth understanding of changing multidisciplinary team power dynamics during the COVID-19 pandemic. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1–12. <https://doi:10.1186/s12913-023-09406-7>
- Rogers, L., Hughes Spence, S., Aivalli, P., De Brún, A., & McAuliffe, E. (2024). A systematic review critically appraising quantitative survey measures assessing power dynamics among multidisciplinary teams in acute care settings. *Journal of Interprofessional Care*, 38(1), 156–171. <https://doi.org/10.1080/13561820.2023.2168632>
- Saaranen-Kauppinen, A., & Puusniekka, A. (2006). Tutkimuksen arviointi - reflektointia KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/tietoarkisto/julkaisut/kvalimotv.pdf>
- Sandelin, A., & Gustafsson, B. (2015). Operating theatre nurses' experiences of teamwork for safe surgery. *Nordic Journal of Nursing Research* 35(3), 179–185. <https://doi:10.1177/0107408315591337>
- Siekkinen, K. (2010). Syvähaastattelu. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.), *Ik-kunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. (3. painos, s. 45–60). PS-Kustannus.
- Singh, H., Thomas, E. J., Petersen, L. A., & Studdert, D. M. (2007). Medical errors involving trainees: a study of closed malpractice claims from 5 insurers. *The Archives of Internal Medicine*, 167(19), 2030–2036. <https://doi:10.1001/archinte.167.19.2030>

- Sintonen, T., Collin K., Paloniemi, S., & Auvinen, T. (2011). Diskursiivinen toimijuus ja valtahierarkiat sairaalaympäristössä. Teoksessa A. Eteläpelto, T. Heiskanen & K. Collin (toim.), *Valta ja toimijuus aikuiskasvatuksessa* (s. 157–176). Kansanvalistusseura ja Aikuiskasvatuksen tutkimusseura.
- Skråmm, S. H., Smith Jacobsen, I. L., & Hanssen, I. (2021). Communication as a non-technical skill in the operating room: A qualitative study. *Nursing Open*, 8(4), 1822–1828. <https://doi:10.1002/nop2.830>
- Stenner, K., & Courtenay, M. (2008). The role of inter-professional relationships and support for nurse prescribing in acute and chronic pain. *Journal of Advanced Nursing*, 63(3), 276–283. <https://doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04707.x>
- Ten Have, P. (2004). *Understanding Qualitative Research and Ethnomethodology*. Sage Publications.
- Thomas, E. J., Sherwood, G. D., Mulhollem, J. L., Sexton, J. B., & Helmreich, R. L. (2004). Working together in the neonatal intensive care unit: Provider perspectives. *Journal of Perinatology*, 24(9), 552–559. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211136>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2023). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2023. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf
- Työterveyslaitos. (2024). Hyvinvointialueilla palautuminen ja työkyky edellyttävät tukitoimia [verkkojulkaisu]. [Viitattu 19.10.2024] <https://www.ttl.fi/ajankohtaista/tiedote/hyvinvointialueilla-palautumisen-ja-tyokyky-edellyttavat-tukitoimia>
- Porsteinsdóttir, K., & Heijstra, T. M. (2023). Power dynamics within Icelandic nursing: Walking the fine line. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 13(1), 67–85. <https://doi.org/10.18291/njwls.133852>
- Ukkonen-Mikkola, T. (2022). Etnografia [video]. Jyväskylän yliopisto. <https://m3.jyu.fi/jyumv/ohjelmat/kptk/tutkimusmenetelmat/metodimetsa/recording-11-01-2022-11.24>
- Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences*, 15(3), 398–405. <https://doi:10.1111/nhs.12048>
- Walia, I., Krainovich-Miller, B., & Djukic, M. (2022). Nurses' lived experience with nurse-physician collaboration. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 53(9), 397–403. <https://doi:10.3928/00220124-20220805-05>

- Wang, C. (2019). Temporal dynamics in the daily lives of health practitioners. *Time & Society*, 28(4), 1552–1576. <https://doi-org.ezproxy.jyu.fi/10.1177/0961463X18787047>
- Weiss, M., Kolbe, M., Grote, G., Spahn D. R., & Grande, B. (2017). Why didn't you say something? Effects of after-event reviews on voice behaviour and hierarchy beliefs in multi-professional action teams. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 26(1), 66–80. <http://dx.doi.org/10.1080/1359432X.2016.1208652>