



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Perehdytysopas leikkausosastolle

Manninen, Mari

2016 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

## Perehdytysopas leikkausosastolle

Mari Manninen  
Sairaanhoitaja AMK  
Opinnäytetyö  
elokuu, 2016

Mari Manninen

### Perehdytysopas leikkausosastolle

Vuosi 2016 Sivumäärä 57

---

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä perehdytysopas yksityissairaalan leikkausosastolle. Työn aihe oli lähtöisin työyhteisöstä, jossa perehdytysopasta ei ollut ennestään. Perehdytysoppaan tarkoituksena on helpottaa seuraavien uusien työntekijöiden, sijaisien ja opiskelijoiden työyksikköön tuleamista. Jokainen työntekijä saa perehdytysoppaan avulla saman informaation uuteen työyksikköön tullessaan, eikä mitään tärkeää tietoa jää alkuvaiheessa kertomatta. Tarkoituksena oli tehdä selkeä tuotos, jota pystytään oikeasti hyödyntämään työelämässä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää se, mitä uuden työntekijän tulee tietää tullessaan töihin kyseiseen työyksikköön, mikä on perehdytyksen merkitys ja mitä vaaditaan hyvään perehdytykseen.

Opinnäytetyön teoriaosaan haettiin tietoa työskentelystä leikkausosastolla. Aseptiikka on suuressa roolissa leikkaussalitehtävissä ja siksi se on otettu mukaan yhtenä osa-alueena. Teoriaosassa on pohdittu perehdyttämistä, hyvään perehdytykseen vaikuttavia tekijöistä sekä itse perehdytysprosessia. Perehdytysoppaaseen hyödynnettiin teoriaosiosta saatua tietoa liittyen aseptiikkaan ja työskentelyyn leikkausosastolla. Kirjoittamisessa on käytetty kirjallisuutta, tutkimustietoa sekä suullista tietoa. Perehdytysopas päätettiin jo alussa rajaamaan yleisperehdytykseen.

Perehdytysopasta laadittaessa tehtiin yhteistyötä leikkausosaston kanssa sekä kuunneltiin heidän mielipiteitään ja toiveitaan perehdytysoppaan sisällön suhteen. Työn aikana ei ollut mahdollisuutta päästä testaamaan perehdytysopasta käytännössä ja siten arvioimaan sen toimivuutta. Arviointi on suoritettu itsearviointina, lisäksi työyksiköstä osa työntekijöistä sekä johdosta ovat arvioineet valmiin perehdytysoppaan. Jatkokehitysideana voisi olla perehdytysoppaan todellisen merkityksen tutkiminen sekä mahdollisesti yksityiskohtaisten perehdytysohjeiden laatiminen eri ammattiryhmille.

Mari Manninen

**An orientation guide for nursing in the operation room**

Year	2016	Pages	57
------	------	-------	----

---

The purpose of this thesis was to make an orientation guide to an operating ward of a private hospital. The topic of this thesis has come from the working community, where was no pre-existing orientation guide. The purpose of the orientation guide is to make it easier for new workers, deputies and students to come to work in a new job. With the help of this orientation guide each employee will get the same information when they arrive in a new work unit and any important information is not left without telling. The intention was to make a clear output, which is able to really take advantage of a working life. The purpose of this study was to find out what a new employee needs to know when entering to the work unit and starting to work, what the importance of orientation is and what is required for a proper guidance.

Information about working in the operating ward was searched for the theory part of the thesis. Aseptic has a large role in the operating room and therefore it has been included in the guide. Other themes are orientation, the factors affecting to good orientation, the importance of proper guidance and also about the orientation process itself. Orientation guide was utilized by information obtained from the theory part of thesis related to asepsis and working in operating ward. Literature and research data as well as the oral information have been used when this thesis has been written. In the beginning the orientation guide was chosen to be limited only to the general orientation.

This orientation guide was made in a co-operation with the operation ward and by listening their opinions and wishes with regard to the content of the guide. Testing the guide in the practice has not been possible during this process, and thus to evaluate its effectiveness during the work. This guide has been evaluated by few workers from the operation ward and from the management. Also self-evaluation has been used. Further development ideas that came was to researching the real value of this orientation guide and possibly making detailed orientation guides to every different groups of professionals.

Keywords: Orientation, Aseptic, Operating room

## Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Leikkausosastolla työskentelyn erityispiirteet.....	7
	2.1 Tutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajilta vaadittavasta ammattipätevyydestä .....	7
	2.2 Tiimityöskentely ja kollegiaalisuus .....	8
	2.3 Aseptiikka.....	9
	2.3.1 Henkilökohtainen hygienia.....	10
	2.3.2 Hyvä käsihygienia .....	10
	2.3.3 Työ- ja suojavaatteet.....	12
	2.3.4 Aseptinen työskentely.....	12
3	Perehdyttäminen.....	13
	3.1 Roolit perehdytyksessä.....	15
	3.2 Työyhteisön merkitys perehdytyksessä.....	16
	3.3 Viisiaskelinen perehdytysmalli.....	16
4	Toimintasuunnitelma .....	17
	4.1 Lähtökohdat ja tavoitteet .....	17
	4.2 Suunnitelma ja aikataulu .....	18
	4.3 Arviointi.....	20
	4.4 Eettisyys ja luotettavuus.....	21
5	Pohdinta .....	22
	Lähteet .....	23
	Kuviot.....	26
	Liitteet.....	27

## 1 Johdanto

Perehdytys on tärkeä osa uuteen työhön ja työyksikköön sisälle pääsemiseksi. Se myös edellyttää valmistautumista asiaan niin perehtyjältä, perehdyttäjältä, kuin koko työyhteisöltäkin. Hyvällä perehdytyksellä voidaan vaikuttaa koko työyhteisön jaksamiseen ja työviihtyvyyteen. Lahti (2008, 82) näkee hyvän perehdytyksen merkityksen uuden työntekijän sitoutuvuuteen ja työhyvinvointiin sekä kollegiaalisuuteen. Työnantaja joutuu käyttämään resurssejaan perehdytykseen, joten työnantajan kannalta olisi tärkeää antaa laadukasta perehdytystä, saadakseen työntekijä pysymään ja viihtymään työyksikössä. Hyvällä perehdytyksellä on suoranainen vaikutus henkilöstön vähäiseen vaihtuvuuteen sekä organisaation kannalta myös hyvään työtu-  
lokseen (Lahti 2008, 82). Perehdytys on vuorovaikutteista toimintaa: hyvällä perehdytyksellä on merkitys uuden työntekijän kollegiaaliseen työskentelyyn kuin myös kollegiaalisella työyhteisöllä on vaikutusta hyvään perehdytykseen. Perehdyttämisessä myös perehdyttäjä joutuu miettimään asioita tarkemmin ja näin perehdytys toimii myös työyhteisön kehitysväylänä. Alkuinformaationa varsinaiselle perehdyttämislle toimii perehdytysopas.

Kyseessä on toiminnallinen opinnäytetyö, joka koostuu opinnäytetyöraportista sekä perehdytysoppaasta. Opinnäytetyöraportti koostuu useammasta osasta. Opinnäytetyössä kuvataan opinnäytetyön toteutusmenetelmää eli toiminnallista opinnäytetyötä. Teoreettisessa viitekehksessä käsiteltäviä asioita ovat leikkausosasto työympäristönä, aseptiikka sekä perehdyttäminen. Viimeisimmissä luvuissa käsitellään perehdytysoppaan laatimista, eettisyyttä ja luotettavuutta sekä varsinaista opinnäytetyön arviointia.

Perehdytysopas laaditaan yksityissairaalan päiväkirurgiselle leikkausosastolle, jossa on käytössä kolme leikkaussalia. Yksikössä tehdään ortopedisiä-, käsikirurgisia-, korva-nenä- ja kurkkutautien- ja yleiskirurgisia operaatioita sekä pieniä anestesiaa vaativia gastroenterologisia ja gynekologisia toimenpiteitä. Henkilökunta työskentelee kolmessa työvuorossa. Sairaala on auki vain arkisin.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä perehdytysopas yksityissairaalan päiväkirurgiselle leikkausosastolle. Opinnäytetyön aihe on työyhteisöstä lähtöisin. Työyhteisössä ei ole ennestään varsinaista perehdytysopasta. Tavoitteena on, että opas tulee käyttöön uusille työyksikköön tuleville sairaanhoitajille. Soveltuvien osien opasta voidaan hyödyntää jopa eri ammattiryhmille, sijaisille ja opiskelijoille. Tutkimuksella haetaan tietoa siitä, mitä uuden työntekijän tulisi tietää tullessaan töihin kyseiseen työyksikköön, mikä on perehdytyksen merkitys ja mitä vaaditaan hyvään perehdytykseen. Tuotteena toiminnallisesta tutkimuksesta syntyy perehdytysopas, jonka on tarkoitus olla yleisoppaana leikkausosastolla työskentelystä ja työpaikan yleisistä käytännön asioista. Perehdytysoppaan tarkoituksena on myös se, että kaikki saavat

saman informaation aloittaessaan työskentelyn uudessa työyksikössä. Tarkempi tehtäväkohdainen perehdytys suunnitellaan ja toteutetaan yleisperehdytyksen jälkeen työtehtävästä riippuen. Opinnäytetyön tekijän tavoitteena on kehittyä omassa työssään sekä hallita hyvin perehdytysoppaassa kuvatut asiat. Perehdytysopas tallennetaan tietokoneelle yhteisasemalle, josta se on helposti käyttöön otettavissa ja muokattavissa.

## 2 Leikkausosastolla työskentelyn erityispiirteet

Toiminnallisen tutkimuksen kohteena on päiväkirurginen leikkausosasto. Leikkausosasto työympäristönä vaatii työskentelyltä omaa erityisosaamista. Työskentely leikkausosastolla tapahtuu useamman ammattiryhmän yhteistyönä, joka asettaa omat vaatimuksensa yhteistyön toimivuudelle. Seuraavissa kappaleissa käsitellään näitä leikkausosaston vaatimia erityispiirteitä eli mitä vaaditaan leikkausosastolla työskentelevältä sairaanhoitajalta. Esiin nousseita ja leikkausosastolla työskentelyssä tärkeiksi koettuja asioita olivat mm. tiimityötaidot, kollegiaalisuus ja aseptiikka (Tengvall 2010).

### 2.1 Tutkimus leikkaus- ja anestesia sairaanhoitajilta vaadittavasta ammattipätevyydestä

Tengvall Erja on tehnyt vuonna 2010 tutkimuksen leikkaus- ja anestesia sairaanhoitajilta vaadittavasta ammattipätevyydestä sekä sen toteutumisesta työssä. Tutkimus on tehty viidessä yliopistosairaalassa viidellä eri erikoisalalla työskenteleville leikkaussali- ja anestesiahoitajille. Tutkimuksen tarkoituksena on ollut luoda ammattipätevyysmalli intraoperatiivisessa hoitotyössä. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena. Kyselyt tehtiin leikkaus- ja anestesia sairaanhoitajille sekä kirurgeille ja anestesia lääkäreille. Otokoko oli 780 ja vastanneita oli 590, joista yksi hylättiin. Kokonaisvastausprosentti oli hyvä 82 %. Anestesia sairaanhoitajien vastausprosentti oli 85 %, leikkaussairanhoitajien 94 %, anestesia lääkäreiden 64 % ja kirurgien 58 %.

Leikkaus- ja anestesia sairaanhoitajien yhteisistä pätevyysalueista korostuivat lääkehoito, päätöksenteko, ohjaus ja yhteistyö. Dokumentaation osaaminen katsottiin myös yhdeksi molempien ammattiryhmien hallittaviin hoitotyön toimintoihin. Samoin kommunikoinnin merkitys koettiin tärkeäksi osaksi tiimityöskentelyä molemmissa ammattiryhmissä, eikä pelkästään verbaalinen vaan myös non-verbaalinen viestintä. Leikkaussalisairanhoitajien ammatillisen pätevyyden tärkeimmäksi osa-alueeksi koettiin aseptinen osaaminen ja turvallisuus eli leikkausalu-

een varmistaminen samoin kuin tarvittavien välineiden, laitteiden ja instrumentaation kontrollointi ja varsinaisen toimenpiteen kulun tietäminen. Anestesia- ja lääkehoito. Tengvall (2010) on laatinut ammattipätevyysmallin, jossa on molemmille ammattiryhmille yhteiset alueet: potilaan valmistelu, dokumentointi, kommunikointi ja tiimityöskentely sekä erilliset spesifit eri ammattiryhmiltä edellytetyt hoitotyön toimenpiteet. Ammatillinen pätevyys koettiin molemmissa ammattiryhmissä vaatimustasoltaan erittäin korkeaksi. Pitkän työuran tehneet sairaanhoitajat kokivat ammatillisen pätevyyden toteutuvan, kun taas 6-10 vuotta töissä olleet olivat kriittisempiä arvioijia. (Tengvall 2010, 115-130.)

## 2.2 Tiimityöskentely ja kollegiaalisuus

Leikkaussali työympäristönä on paikka, jossa työskentelee monia eri ammattiryhmiä ja vaaditaan hyvää kollegiaalista osaamista. Jotta kollegiaalisuus saadaan toimimaan, vaaditaan toimivaa ja avointa yhteistyötä. Mikään ammattiryhmä ei saa nostaa itseään muiden yli. (Kangasniemi, Haapa, Tilander, Arala & Suutarla 2015, 38; Arala & Haapa 2014, 21. ) Hyvä ja kollegiaalinen yhteistyö edellyttää niin työntekijän itsensä, oman ammattiryhmänsä kuin myös muiden ammattiryhmien toiminnan arvostusta. Toisten arvostus, kuuntelu ja keskinäinen luottamus ovat avainasemassa hyvän vuorovaikutuksen saavuttamiseksi eri ammattiryhmien välillä. (Kangasniemi ym. 2015, 39-41.) Myös Tengvall (2010, 13) mainitsee tutkimuksessaan hyvän yhteistyön ja vuorovaikutustaitojen merkityksellisen osan koko leikkausprosessin sujuvuuteen ja hoidon lopputulokseen. Leikkaus- ja anestesiahoitajien yksi tärkeimmistä ammatillisista pätevyyksistä kohdistuukin juuri saumattomien tiimityötaitojen ja kommunikoinnin osaamiseen. Perioperatiivisessa työssä hyvät kommunikointi taidot ja tiimin yhteistyö vaikuttavat niin työn sujuvuuteen kuin potilasturvallisuuteenkin. Huonolla kommunikaatiolla voi pahimmillaan olla seurauksena hoitovirhe (Arala & Haapa 2014, 20-21). Tengvall (2010, 15) nostaa esille myös leikkausosaston henkilökunnalta vaadittavien hyvien teknisten taitojen osaamisen. Nykyään kirjaaminen tapahtuu erilaisten tietokoneohjelmien avulla ja potilashoidossa käytettävät laitteet ovat teknisiä. Tässäkin korostuu hyvä yhteistyö eri ammattiryhmien kesken sekä myös teknisten laitteiden tuntemisen merkitys (Kotila & Knuutila 2011, 68).

Silen-Lipponen (2005) on tutkinut väitöskirjassaan tiimityötä leikkaustyössä ja vertaillut siinä suomalaisten, englantilaisten ja amerikkalaisten hoitajien ja opiskelijoiden kokemuksia. Tutkimustuloksissa hyväksyvä ilmapiiri tiimissä helpotti uuden työntekijän pääsemistä tiimin osaksi. Henkisen ilmapiirin kehittäminen nähtiinkin tutkimuksessa yhdeksi tärkeäksi alueeksi. (Silen- Lipponen 2005, 89-91.) Perioperatiivisessa työssä hyvällä tiimityöskentelyllä voidaan vaikuttaa tehokkaaseen salien käyttöön, nopeisiin vaihtoihin leikkausten välillä ja turvalliseen

hoitoon. (Silen-Lipponen & Tossavainen & Turunen 2003, 188). Tiimityön sujuvuuteen pyritään leikkausosastolla vaikuttamaan myös työvuorosunnittelulla niin, että tiimissä on riittävä osaamista ja työnjako on tasavertaista. Tiimin jäsenten on syytä olla selvillä keskinäisistä työnjaoistaan eli mitä kukakin tekee ja mikä asia on kenenkin vastuulla. (Arala & Haapa 2014, 20-21.) Tehokas tiimityö ei pelkästään lisää tuottavuutta vaan vaikuttaa myös työhyvinvointiin. Hyvän tiimin tehtävänä on kannustaa, tukea ja motivoida toisia. (Salminen 2013, 66-67.) Tiimi tarvitsee ympärilleen toimivan organisaation ja johdon, josta luodaan päämäärät ja strategiat toiminnalle ja huolehditaan riittävästä resursseista (Salminen 2013, 111).

### 2.3 Aseptiikka

Aseptiikka tarkoittaa työskentelytapaa, jolla pyritään estämään kudosten tai steriilin materiaalin mikrobikontaminaatio (Lukkari ym. 2013, 79; AORN 2009, 317). Aseptiikka voidaan jakaa puhdistukseen, desinfektioon, sterilointiin, aseptiseen työjärjestykseen sekä aseptiseen omatuntoon. Puhdistamisella poistetaan näkyvä lika ja pöly iholta, pinnoilta tai muusta ympäristöstä. Tällöin saadaan poistettua suuri osa mikrobeista. Desinfektio taas tehdään puhdistuksen jälkeen, jolloin tuhoetaan tautia aiheuttavia mikrobeja. Aseptisessä työjärjestyksessä tärkein periaate on edetä puhtaasta likaiseen. Aseptinen omatunto tarkoittaa oman työnteon kriittistä tarkastelua sekä riittävästi tietoa, jotta aseptiikka toteutuisi oikein. (Lukkari ym. 2013, 79.) Leikkausosastolla aseptiikan toteutumisen valvonta on yksi hoitohenkilökunnan tärkeimpiä tehtäviä. Sillä pyritään takaamaan potilaalle mahdollisimman hyvä ja turvallinen hoito. (AORN 2009, 387.)

Tengvallin (2010, 40) tutkimuksessa leikkaussairaanhoitajien ja valvovien hoitajien kohdalla aseptinen osaaminen kuuluu ehdottomasti osattaviin alueisiin. Samassa tutkimuksessa anestesiahoitajilla aseptinen osaaminen kuuluu potilasturvallisuuden alle. Tutkimuksessa anestesia-sairaanhoitajista 32 % ja leikkaussalisairaanhoitajista 54 % mielestään tiesi ja toimi uusimman aseptisen tiedon mukaisesti (Tengvall 2010, 87). Aseptiikan osaaminen koskee niin anestesia- kuin leikkaussalisairaanhoitajia työyksikössä, johon perehdytysopas tehdään ja onkin tästä syystä hyvin tärkeässä osassa päivittäistä työtä. Työyksikössä, johon perehdytysopas tehdään, toimii anestesia-sairaanhoitaja välillä myös valvovana hoitajana. Leikkausalueen valmistelu hyvällä aseptiikan tuntemuksella sekä aseptiikan ylläpito ja valvonta kuuluvat siis molemmille ammattiryhmille.

Aseptiikka leikkaushoitotyössä koostuu työntekijöiden henkilökohtaisesta hygieniasta, aseptisen työjärjestyksen noudattamisesta, työ- ja suojavaatteiden käytöstä sekä hyvästä käsihygieniasta. Nämä ovat tärkeimmät keinot, jolla leikkaussalihenkilökunta pystyy työssään ehkäisemään infektioiden syntymistä. (Lukkari ym. 2013, 87.)

### 2.3.1 Henkilökohtainen hygienia

Henkilökohtaiseen hygieniaan kuuluvat ihon ja hiusten puhtaudesta sekä siisteydestä huolehtiminen ja niiden turhan koskettelemisen välttäminen. Hiukset suojataan myssyllä, jota voidaan käyttää koko työvuoron ajan, ellei sitä välillä poisteta (Kanerva & Tenhunen 2012, 118; AORN 2009, 301). Hiussuojainta tulee pitää leikkaussaleissa sekä steriileiden tavaroiden lähistöllä liikuttaessa. Korut ja kellot estävät hyvän käsihygienian toteutumisen ja ovat kasvualusta mikrobeille. Pitkien kynsien alle jää helposti myös mikrobeita käsihuuhteen käytöstä huolimatta. Rakennekynsien on todettu välittävän vakavia epidemioita. Lohkeileva kynsilakka on myös hyvä mikrobien kasvualusta. Tästä syystä ei sormuksia, kelloja, rannekoruja, ja kynsilakkaa saa käyttää leikkausosastolla. Irto-, rakenne- ja geelikynnet kuten myös kasvojen alueen lävistyksset ovat henkilökunnalta myös kielletty. (Kanerva ym. 2012,116; AORN 2009, 301- 302, 307; TAYS ohjeet; Ratia & Routamaa 2010, 154.)

### 2.3.2 Hyvä käsihygienia

Infektioiden leviäminen pyritään estämään tehokkaalla käsihygienialla. Hyvää käsihygieniaa pidetään jopa tehokkaimpana tapana ehkäistä infektiota (Rintala & Routamaa 2013, 1120). Vuonna 2011 TYKS:ssä käsihygienian toteutumista havainnointiin systemaattisesti. Käsihygienia toteutui suositusten mukaisesti 44 %, osittain oikein 29 % ja ei lainkaan suositusten mukaisesti 27 % havainnoista. Heikoimmin käsihygienia toteutui lääkäreillä. Suurin syy laiminlyöntiin oli kiire, toinen vaikuttava asia oli asenteet ja kollegoiden käyttäytyminen ja kolmantena vaikutti käsidesinfektioaineen puuttuminen, huono sijainti tai huonoksi koettu huuhte. (Rintala & Routamaa 2013, 1120- 1121; Rintala & Laurikainen & Kaarto & Routamaa 2014, 11555- 11559.) Kädet onkin hyvä pestä leikkausosastolle saavuttaessa. Puutteellinen käsihygienia saattaa aiheuttaa vakavia infektioita. Tarvittaessa käytetään suojakäsineitä, mutta muistetaan käyttää käsihuhdetta ennen ja jälkeen suojakäsineiden pukemisen. (Lukkari ym. 2013, 88- 94, THL 2005.) Käsien desinfektio tehdään sekä ennen jokaista potilaskontaktia että sen jälkeen, osastolle tultaessa ja sieltä poistuttaessa, ennen uusia tai eri työvaiheita tai aseptisia toimenpiteitä ja niiden jälkeen sekä ennen ja jälkeen suojainten pukemisen ja riisumisen (THL 2005; liite 2). Käsihuhdetta laitetaan käsiin noin 3-5ml ja hierotaan kauttaaltaan kunnes ne ovat kuivuneet (THL2005).



Kuvio 1. Käsien desinfektio. (THL 2005.)

Hyvä käsihygienian toteuttaminen ei ole pelkästään potilaan suojaamista, vaan myös työntekijän itsensä suojaamista infektioilta. Steriilejä leikkauskäsineitä käytetään leikkauksissa sekä 24 tuntia vanhoja leikkaushaavoja hoidettaessa. Muussa tapauksessa käytetään tehdaspuhdaita käsineitä, kun kosketetaan verta, eritteitä, limakalvoja tai rikkiäistä ihoa sekä myös kosketuseristettyä potilasta hoidettaessa. Käsineet ovat aina kertakäyttöisiä. (Kanerva ym. 2012, 116- 117; AORN 2009, 302; Routamaa & Ratia 2010, 161- 162.)

Kirurgisella käsidesinfektioilla pyritään estämään leikkausalueen infektiot. Hyvän kirurgisen käsi-desinfektion avulla käsistä poistetaan ihon väliaikainen mikrobisto. Kirurginen käsidesinfektio tulee tehdä aina ennen leikkauksia ja kirurgisia toimenpiteitä. Saippuapesu vähentää ihon omaa rasvaa sekä kuivattaa käsiä. Näin kädet ovat alttiimpia bakteereille ja sienelle. Käsien pintakerroksen vesipitoisuus myös kasvaa tilapäisesti vesisaippuapesun jälkeen, jolloin käsidesinfektioista pesun jälkeen tulee heikompi. Käsien pesua tulisikin tehdä vain likaisiin, tahriintuneisiin käsiin sekä leikkausosastolle tultaessa. Kynsienalusten puhdistus tehdään päivän ensimmäisen desinfektion yhteydessä. Desinfektioainetta tulee käyttää runsaasti, niin että kädet pysyvät kosteina noin 3 minuuttia. Desinfektioainetta otetaan noin 7-9 kertaa ja keskimäärin yhteensä 15ml. Ensimmäisellä kerralla ainetta hierotaan kämmenistä kyynärtaipiisiin saakka ja aluetta pienennetään kerta kerralta. Kahdella viimeisellä kerralla keskitytään enää vain kämmenalueeseen. (Syrjälä & Teirilä 2010, 171- 174; HUS ohjeistus 2012.)

### 2.3.3 Työ- ja suojavaatteet

Työvaatteet ovat työnantajan puolesta ja työnantajan tehtäviin kuuluu huolehtia niiden pestä ja huollosta. Työ- ja suojavaatteita käytetään, etteivät omat vaatteet tahriintuisi eritteisiin tai vereen. Samalla pyritään myös estämään niin työntekijän kuin potilaiden infektoituminen. Terveystieteiden ja työturvallisuuslait määräävät työvaatteiden käytöstä. Leikkausosastolla käytössä on työpiste-kohtainen asu, joka vaihdetaan päivittäin. (Routamaa & Ratia 2010, 155- 156.) Nesteitä läpäisemätön suojatakki tai muoviesiliina on käytössä toimenpiteissä, joissa on roiskevaara tai käsitellään potilaan eritteitä. Käytön jälkeen ne riisutaan roskakoriin ja kädet desinfioidaan. Myös suu-nenäsuojus on kertakäyttöinen ja suojaa sekä työntekijää roiskeilta, että estää partikkelien siirtymistä työntekijästä haavaan. Suu-nenäsuojuksen riisumisessa toimitaan samoin kuin suojatakkien kanssa, eli laitetaan se roskakoriin, vältetään sen turhaa koskettelua ja desinfioidaan kädet. (Kanerva ym. 2012, 118; AORN 2009, 302; Routamaa & Ratia 2010, 157- 159.)

### 2.3.4 Aseptinen työskentely

Infektioiden syntymistä pyritään välttämään oikeanlaisella käytöskulttuurilla leikkausosastolla. Hoitajien tärkeimpiä tehtäviä leikkausosastolla ovat infektioiden ehkäisy ja aseptisen tekniikan osaaminen (Foran, 2013). Leikkausosaston ilmanvaihdolla on tietynlaisia vaatimuksia, jolla pyritään takaamaan leikkausalueen puhtaus. Ilmanvaihto koostuu ilman suodatuksesta, anestesiakaasujen poistosta, ilman kosteuden ja lämmön säätelystä sekä erilaisista ilmapirtauksista. Suositeltava lämpötila leikkaussalissa on 19 - 26 asteen välillä ja kosteusprosentti 40- 55 välillä. Leikkaussalissa on yleensä ylipaine muihin tiloihin nähden. Turhaa salin ovien availua tulisi välttää sen salissa aikaansaamien ilmapirran pyörteiden vuoksi. (Lukkari ym. 2013, 68- 70; Rantala 2010, 238.) Erilaisten ilmanvaihtotekniikoiden käytöllä leikkaussalissa on hyvin pieni merkitys infektioiden synnylle. Ihmiset ja heidän liikkeet ovat suurin syy ilman bakteerien määrälle.(Rantala 2010, 240.) Kaikkea turhaa liikennöintiä leikkausosastolle pyritään välttämään eikä leikkaussaleissa saisi olla ylimääräisiä henkilöitä. Leikkaussalien ovia ei myöskään pidä jättää auki. Leikkauksen aikana leikkaussalin liikenne pyritään pitämään mahdollisimman pienenä. Kaikki leikkauksessa tarvittavat välineet pyritään varaamaan saliin tai sen lähetyville, jotta ne ovat helposti käyttöönotettavissa ja turhaa liikennöintiä voidaan välttää. Instrumentaatio pidetään steriilinä ja avataan vasta leikkaussalissa. Leikkaussalien suunnittelussa tulisi huomioida myös se, että leikkaussalit ovat riittävän kokoisia. (Lukkari ym. 2013, 68- 70; Al-Benna 2012, 318-320; Viitamäki 1996, 134-135.)

Leikkaukset voidaan jakaa puhtausluokkiin 1. puhdas, 2. puhdas/kontaminoitunut, 3.kontaminoitunut ja 4. Likainen. Puhtausluokka kuvaa sen hetkistä infektioriskiä. (Karhumäki, Jonsson

& Saros 2016, 183- 185.) Leikkaussuunnittelussa kiinnitetään huomioita aseptiseen toimintaan potilaiden sijoittelun suhteen. Puhtaimmat leikkaukset tehdään päivän ensimmäisinä ja viimeisimpinä likaisempien/ infektoituneiden alueiden leikkaukset aseptista työjärjestystä noudattaen. (Rantala & Huotari & Hämäläinen & Teirilä 2010, 224- 225.)

Eristysleikkaukset vaativat tavallisia varotoimia enemmän järjestelyjä. Tärkeää on informoida kaikkia potilaan kanssa työskenteleviä, jotta infektion leviäminen henkilökuntaan, muihin potilaisiin tai ympäristöön voidaan välttää. Kosketuseristyksessä noudatetaan hyvää käsihygieniaa ja ihokosketuksessa käytetään aina käsineitä. Hoitava henkilökunta pukeutuu läihoidossa suojaessuihin. Leikkaustiimi pukeutuu kuten muihinkin leikkauksiin. Mikäli kosketustarunnan lisäksi on riskinä myös pisaratartunta, käytetään hoidettaessa myös suu-nenäsuojusta. Anestesiakoneessa käytetään potilaskohtaisia letkuja sekä suodatinta. Liikenne leikkaussaliin pyritään pitämään minimissään. Heräämöstä pyritään eristämään potilaalle oma nurkkaus. Leikkaussalin siivous tehdään hyvin, kosketuspinnat tulee puhdistaa ja desinfioida huolella. Kosketuseristyksiä ovat mm. MRSA, VRE, ESBL ja moniresistenssien mikrobien aiheuttamat infektiot. (Rantala & Anttila & Teirilä 2010, 226-227.)

Verivarotoimileikkauksissa pyritään minimoimaan riski veritartuntavaaraan. Leikkausryhmä huolehtii hyvästä käsihygieniasta, pukeutuu leikkaukseen muuten normaalista, mutta myös silmät tulee suojata roiskeilta. Pisto- ja viiltotapaturmat voidaan yrittää estää sijoittamalla leikkaus alkupäähän päivää, jolloin leikkausryhmä on virkeänä. Viiltävien instrumenttien kanssa voidaan sopia, että kirurgi ottaa ne itse katsekontaktissa pöydältä. Anestesiakoneessa käytetään potilaskohtaisia letkuja ja suodatinta. (Rantala & Anttila & Teirilä 2010, 229-230.)

### 3 Perehdyttäminen

Perehdyttäminen on uuden työntekijän tutustuttamista työympäristöön, työskentelytapoihin, ihmisiin ja työhön liittyviin odotuksiin. Perehdyttämistä kuvataan työn alkuvaiheessa tapahtuvaksi kehittämiseksi (Kupias & Peltola 2009, 9,13,17.) Työhön perehdyttämisen voisi katsoa myös osaksi ennakoivaa työsuojelua. Tärkeänä osana perehdyttämistä on tuoda esille turvalliset työskentelytavat sekä mahdollisten vaaratekijöiden esille tuominen. (TTK 2016; TTL 2015.) Perehdyttämisestä on säädetty työturvallisuuslaissa (L738/2002) siten, että työntekijää on opastettava sekä otettava opastettaessa huomioon työntekijän ammatillinen osaaminen ja työkokemus. Työntekijän tulee saada riittävästi perehdytystä ja tarvittaessa ohjausta ja opetusta on täydennettävä. (L738/2002.) Kupias & Peltola (2009,19) on jakanut perehdyttämisen

kahteen osaan: alku- eli yleisperehdyttämiseen ja työhönopastukseen. Opinnäytetyössä valmistuva tuote, perehdytysopas, on näin toinen osa koko perehdytyksestä eli yleisperehdytysopas.

Perehdyttäminen on myös tärkeä osa työyhteisön kehittämisessä. Hyvin perehdytetty työntekijä on investointi työyhteisölle. Kyseessä on jatkuva prosessi, jolla voidaan kehittää niin yksilön osaamista, työn laatua ja henkilöstön jaksamista. Perehdyttäminen kuuluu kaikille ammattiryhmille ja koskee myös vuokratyöntekijöitä. Perehdyttämistä voidaan delegoida eri alueen osaajille, mutta vastuu perehdytyksen suunnittelusta, opastamisesta ja valvonnasta on esimiehellä. Perehdyttäminen tulisi olla suunnitelmallista, dokumentoitua sekä jatkuvaa ja huolellista valmistautumista uuteen työhön. (Penttinen & Mäntynen 2009, 2; KT 2011.)

Perehdyttämisprosessi vaatii perehdyttäjän nimeämistä. Myös perehdyttäjien on saatava riittävää koulutusta tehtävään (Lahti 2008, 82). Jotta pystytään takaamaan laadukasta ja tasaveroista perehdytystä, tarvitaan perehdytysmateriaali sekä suunnitelma perehdytyksestä. Onnistuneen ohjauksen yksi tärkeimmistä asioista on hyvän suunnitelman laatiminen (Airaksinen & Ala-Vannesluoma & Karkkulainen & Karstu & Pirhonen 2015, 20). Perehdyttäminen sitouttaa perehdyttäjän lisäksi koko työyhteisön perehdyttämiseen. Myös perehtyjällä on oma roolinsa perehdytyksessä. Perehdytyksen hyötynä voidaan nähdä työntekijän myönteinen suhtautuminen uuteen työhön sekä sulautuminen työyhteisöön. Perehdyttämisellä voidaan myös tehostaa oppimista sekä lyhentää oppimisaikaa. Näin työntekijä saadaan pian mukaan itsenäisesti työntekoon. (Penttinen ym. 2009, 3-4.)

Perehdyttämisaika pitää yksilöidä uuden työntekijän tausta ja osaaminen huomioiden. Kotila & Knuutila (2011,68) mainitsevat, kuinka tutkimusten mukaan ensimmäiset 3-6 kk uudessa työpaikassa koetaan kaikista stressaavimmaksi ajaksi. Stressin alla ihminen helposti väsyä ja tekee virheitä ja jopa vaihtaa helposti työpaikkaa. (Kotila & Knuutila 2011, 68.) Uusi työtehtävä, uudet työvälineet ja/tai uusi työyhteisö on muutostilanne, joka vaatii sopeutumista sekä aiheuttaa henkistä kuormittumista. Perehdyttämisellä voidaan pienentää tätä muutostilanteeseen sopeutumista. Perehdyttämisen merkitys työyhteisölle näkyy työntekijöiden sitoutuvuutena ja mahdollisten poissaolojen vähenemisenä (Kupias ym. 2009,17).

Peltokosken (2004, 71) pro gradu-tutkielmassa käsiteltiin osastonhoitajien näkemyksiä hoitotyöntekijöiden perehdyttämisestä yhdessä sairaanhoitopiirissä. Yleisesti perehdyttämisessä arviointi, suunnitelmallisuus ja seuranta toteutuivat harvoin. Perehdytys ja perehdytysohjelma olisikin tärkeää myös dokumentoida, jotta voidaan todentaa perehdytyksen toteutumisen (Rantala 2008,110). Tärkeää olisikin luoda perehdytyksen arviointi- ja seurantamenetelmä niin, että sen avulla saataisiin tietoa perehtymisen toteutumisesta sekä mahdollisista kehitettävistä asioista työyhteisössä.

### 3.1 Roolit perehdytyksessä

Työnantajan tehtävänä on mahdollistaa perehdytyksen toteuttaminen ja työnajalla on myös vastuu siitä (Lahti 2008, 81). Esimiehen rooli perehdytyksessä on merkittävä, hän on vastuussa perehdyttämisen järjestämisestä. Esimies nimeää perehtyjälle sopivan perehdyttäjän. Ensimmäisenä työpäivänä esimiehen olisi hyvä olla läsnä ja vastaanottamassa uutta työntekijää sekä olla työyhteisön tukena ohjauksen aloituksessa. Esimies voi valmistaa työyhteisöä uuden työntekijän tulon, jolloin työyhteisö pystyy paremmin vastaanottamaan uuden työntekijän. Esimiehen tehtävänä on käydä uuden työntekijän kanssa läpi organisaatorakenteeseen sekä työsuhteasioihin ja henkilöstöetuuksiin liittyvät asiat. (Kupias ym. 2009, 62- 82.)

Perehtyjällä on toiveita, tarpeita ja odotuksia perehdytystä kohtaan (Lahti 2008, 81). Näitä perehtyjän toiveita olisi hyvä kuunnella ja ottaa huomioon. Perehtyjällä on myös vastuu perehdytyksen onnistumisesta (Lahti 2008, 82). On tärkeää pystyä sanomaan, jos ei osaa tai ymmärrä jotain asiaa. Perehtyjältä odotetaan aktiivisuutta ja kiinnostuneisuutta. Perehdyttäjä ei voi kaataa kaikkea tietoa perehtyjälle vaan perehtyjän tulee myös oma-aloitteisesti ottaa asioista selvää. Perehdytysoppaan tarkoituksena on tarjota alkuinformaatio kirjallisena, ettei kaikkea tarvitse heti muistaa ulkoa. Sijaisille ei voida antaa samalaista perehdytystä kuin työhön tuleville jo pelkästään aikataulullisista syistä (Lahti 2008, 82). Tässä asiassa kirjallinen perehdytysoppas voisi toimia apuna, jolloin sijaiset pystyvät saamaan peruskäytännöistä tiedon lukemalla perehdytysoppaan itsenäisesti.

Perehdyttäjän tehtävänä on opastaa, neuvoa ja tukea uutta työntekijää. Tarkoituksena on avustaa perehdytettävää kohti itsenäistä työskentelyä. Alkuvaiheessa perehdytyksessä perehdyttäjän rooli on läheinen perehtyjän kanssa, mutta pikku hiljaa perehdytyksen edetessä tarkoitus on siirtää vastuu enemmän perehtyjälle itselleen. (Kupias ym. 2009, 139.) Perehdyttäjän tehtävänä on jakaa uudelle työntekijälle myös ns. hiljaista tietoa, jota ei voi kirjoista lukea. Hiljaista tietoa voisi kuvata elämisen ja kokemisen kautta syntyneeksi osaamiseksi (Vänskä, Laitinen- Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 146). Perehdyttäjältä vaaditaan vahvaa oman alueen osaamista sekä hyviä yhteistyötaitoja. Perehdyttäjän tehtävä on vastuullinen. Kaikista ei ole perehdyttäjäksi. On henkilöitä joilla on vahva ammattiosaaminen, mutta sosiaaliset taidot sekä vuorovaikutuskyvyt voivat olla vajavaiset. Aina eivät perehdyttäjän ja perehtyjän henkilökiemiat täsmää, mikä saattaa hankaloittaa riittävän tietomäärän siirtymistä uudelle työntekijälle. Yksi perehdyttäjän tärkeimmistä tehtävistä onkin kannustaa ja rohkaista (Kupias ym. 2009, 148). Perehdyttäjä tulisi valita tarkoin ja myös perehdyttäjä tarvitsee koulutusta asiaan (Lahti 2008,82). Perehdytysoppaalla voidaan varmistaa, että kaikki ainakin saavat saman alkuinformaation. Perehdytysoppaasta voi myös tarvittaessa käydä varmistamassa läpikäytyjä käytännön asioita. (Kupias ym. 2009, 69- 70.)

### 3.2 Työyhteisön merkitys perehdytyksessä

Uuden työntekijän sekä opiskelijan perehdytyksessä kollegiaalisuus on tärkeässä roolissa. Uudella työntekijällä voi olla käytössä paljon teoretieto, mutta uudessa työyhteisössä voi olla paljon käytännön tietoa, jota ei saa kirjoista lukemalla. Olisikin tärkeää jakaa tietoa työyhteisössä. Tiedon jakamisella ei pelkästään kehitetä uutta työntekijää vaan sillä luodaan pohjaa koko työyhteisön osaamiselle. (Kupias ym. 2009, 78-81.) Kollegiaalisuus on voimavara koko työyhteisölle. Kotila & Knuutila (2011,68) puhuu kollegiaalisuuden yhteydessä kokemuspohjaisesta oppimisesta ja yksilö-keskeisestä kehitysprosessista eli mentoroinnista. Kollegiaalinen työkuultuuri syntyy juuri mentoroinnin kautta syntyvästä positiivisesta luottamuksesta sekä avoimuudesta työyhteisössä. (Kotila & Knuutila 2009, 135; Heinola 2015, 109.)

### 3.3 Viisiaskelinen perehdytysmalli

Aloitustaso on taso, josta perehdyttäjän kanssa aloitetaan perehdytys, eli tieto ja taito, jotka perehtyjällä on aloitusvaiheessa. Opetus on toinen taso, jolla varsinaisesti perehdyttäjä neuvoo, opastaa, perustelee ja kertoo. Kolmas taso on mielikuvaharjoittelu, jossa perehtyjä seuraa sekä selkiyttää toimintaa itselleen mielikuvina. Neljäs taso on varsinainen käytännönharjoittelutaso, jossa perehtyjä pääsee kokeilemaan ja harjoittelemaan työntekoa. Tässä vaiheessa voidaan arvioida taitotasoa. Viimeinen vaihe perehdyttämisessä on opittujen asioiden arviointi, johon opastus päättyy ja itsenäinen työskentely alkaa. (Penttinen ym. 2009, 6.)



Kuvio 2. Viisiaskelinen perehdytysmalli. (Penttinen ym. 2009, 6.)

Arviointi ei ole ainoastaan perehtyjän oikeus, vaan myös perehtyjälle tulee antaa mahdollisuus perehdytysprosessin arviointiin. Mahdollisen perehdytysprosessin kehittämisen kannalta palaute on tärkeää. Vaikka työntekijöiden vaihtuvuus olisi vähäistä, tulisi perehdytysjärjestelmää ylläpitää (Penttinen ym. 2009, 7).

#### 4 Toimintasuunnitelma

Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu toimintasuunnitelmasta sekä varsinaisesta tuotteesta. Toimintasuunnitelma on lupaus siitä mitä ollaan tekemässä. Toimintasuunnitelmassa selvitetään mitä, miten ja miksi tehdään. Näin opinnäytetyön idea ja tavoitteiden tulee olla perusteltuja ja tiedostettuja. Aluksi kartoitetaan lähtötilanne, jossa selvitetään tuotoksen tarpeellisuus sekä varsinainen kohderyhmä ja paneudutaan lähteiden saatavuuteen. Tässä vaiheessa myös laaditaan suunnitelma ja aikataulu työn toteutukselle. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 26-28.)

##### 4.1 Lähtökohdat ja tavoitteet

Opinnäytetyön aihe oli työpaikkalähtöinen. Syksyllä 2015 tiedustelu mahdollisesta opinnäytetyön aiheesta työyhteisössä toi esiin tarpeen perehdytysoppaasta. Opinnäytetyö päätettiin toteuttaa toiminnallisena opinnäytetyönä. Toiminnallisen opinnäytetyö eroaa tutkimuksellisista opinnäytetöistä sillä, että siinä syntyy konkreettinen tuote: ohjeistus, ohjattu toiminnallinen hetki, perehdytysopas, näyttely tai yleisötapahtuma (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9). Tämän opinnäytetyön päätuotos on perehdytysopas, jonka tarkoituksena olisi helpottaa seuraavien uusien työntekijöiden, sijaisten ja opiskelijoiden työyksikköön tuleamista sekä saada sama perusperehdytys. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää mitä uuden työntekijän tulisi tietää tullessaan töihin kyseiseen työyksikköön, mikä on perehdytyksen merkitys ja mitä vaaditaan hyvään perehdytykseen.

Tuotokselle tärkeää on sen käytettävyys ja toimivuus kohderyhmässä. Asiasisällön tulee olla johdonmukaista ja selkeää sekä tiedon tulee olla oikeaa ja tuoretta. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 53.) Tutkimuksessa syntyvän perehdytysoppaan varsinaisesta sisällöstä käytiin keskusteluja palveluvastaavan kanssa ja katsottiin yhdessä, minkälaista tietoa kyseinen yksikkö perehdytysoppaaseen tarvitsee. Yksikössä ei myöskään ennestään ollut perehdytysopasta ja se koettiin tarpeelliseksi työvälineeksi. Tavoitteena oli muodostaa perehdytysoppaasta helppolukuisen, mutta kuitenkin ydinasiat sisältävä kokonaisuus. Opas ei myöskään saisi olla liian laaja,

vaan tärkeiden asioiden tulisi löytyä siitä helposti. Opas käsittää yleisiä työyksikköön sekä käytäntöön liittyviä asioita, jotka ovat helposti hyödynnettävissä myöskin eri ammattiryhmille. Tässä olennaisena asiana oli nostettu myös leikkausosasto työympäristönä ja sen vaativa aseptinen osaaminen sekä käyttäytyminen. Työn toteutus aloitettiin syksyllä 2015 keräämällä leikkausyksikköön liittyvää perustietoa perehdytysoppaaseen ja aseptiikkaan sekä varsinaiseen perehdytykseen liittyviin asioihin haettiin teoriatietoa opinnäytetyötä tehdessä. Perehdytysoppaan tallennuspaikaksi valittiin leikkausosaston yhteisasema, josta se olisi helposti käyttöön otettavissa ja muokattavissa.

Raportointiosuus kuvaa varsinaista työn toteutusta eli miten ja miksi näin oli tehty sekä varsinaiset työn tulokset. Raportti on myös itsearviointia työstä sekä omasta oppimisesta. Tuotoksen ja raportin tulee yhdessä muodostaa hyvin yhteensopiva kokonaisuus, joten molemmat osat ovat tärkeitä. (Vilka & Airaksinen 2003, 65, 82- 83.)

#### 4.2 Suunnitelma ja aikataulu

Aiheen valintaprosessi käynnisti opinnäytetyön suunnittelun alkusyksystä 2015. Alustava suunnitelma opinnäytetyöstä valmistui loppusyksystä 2015 ja sai hyväksynnän jatkaa. Aihe oli työyksikkölähtöinen ja asiasta sovittiin suullisesti. Toteutusmenetelmät olivat kirjalliseen materiaaliin perehtyminen sekä varsinaisen perehdytysoppaan laadintaa. Alustavana tavoitteena oli, että opinnäytetyö valmistuisi kevään 2016 aikana. Oppaan kasaamisen alkoi syksyllä 2015, jolloin perehdytysoppaaseen kerättiin tietoa yleisistä käytännön asioista leikkausyksikössä työskentelystä. Palveluvastaavan kanssa käytiin muutamia keskusteluja perehdytysoppaan sisällöstä sen työstämisen aikana ja perehdytysopasta muokattiin toiveiden mukaisesti. Raportin tekemisen alkoi keväällä 2016.

Maaliskuussa työstä lähetettiin suunnitelmaversio ohjaajille, josta muutamien korjausten jälkeen saatiin jatkaa. Opinnäytetyön teoriaosaan haettiin tietoa työskentelystä leikkausosastolla, aseptiikasta sekä perehdytysprosessista, sen merkityksestä ja hyvään perehdytykseen vaikuttavista tekijöistä. Perehdytysoppaaseen hyödynnettiin teoriapuolen tietoa liittyen aseptiikkaan ja työskentelyyn leikkausosastolla. Perehdytysopas päädyttiin jo alussa rajaamaan yleisperehdytykseen.

Leikkausosaston perehdytys rakennettiin Penttinen ym. (2009) viisiaskelisen mallin pohjalle. Ensimmäinen aloitustaso on työntekijän vastaanotto ja perehtyminen hänen osaamiseen sekä henkilökunnan valmistaminen uuden työntekijän tulemiseen. Aloitusvaiheessa esimies nimeää perehdyttäjän ja sovitaan tarvittavasta perehdytysajasta yhdessä. Perehdyttävän kanssa

käydään alkukeskustelu palveluvastaavan ja perehdyttäjän kanssa yhdessä. Keskustelun tarkoituksena on selvittää perehtyjän aikaisempaa osaamistasoa sekä kuulla hänen toiveensa perehdytykseen liittyen. Tältä pohjalta määritellään perehdytykseen tarvittava aika.

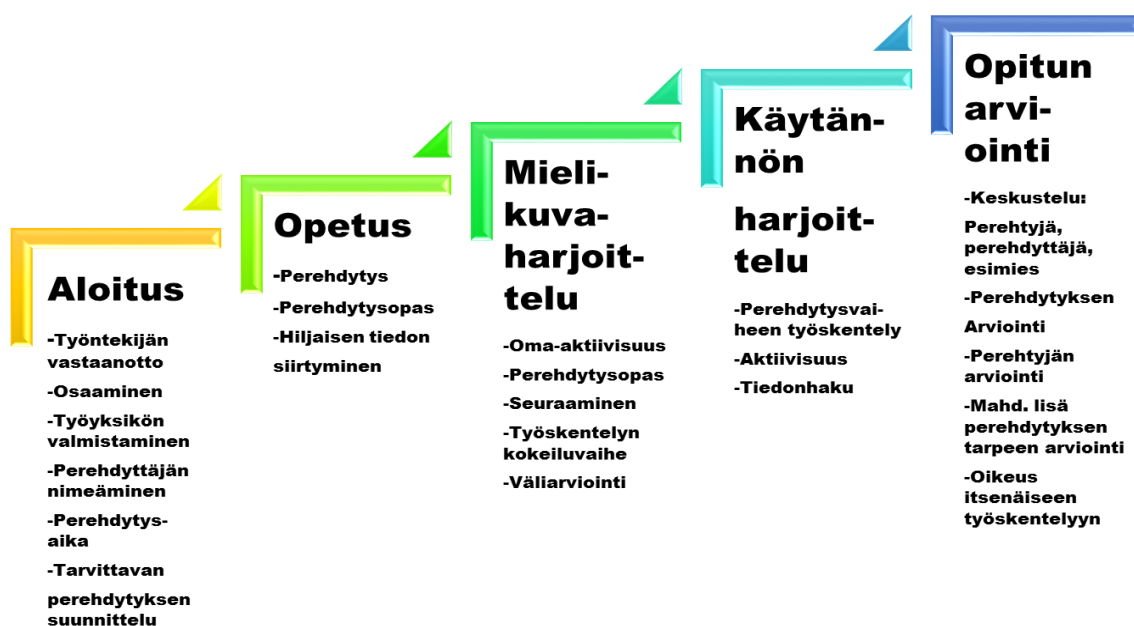
Toinen taso eli opetus on varsinainen perehdytysvaihe, jossa hyödynnetään tämän opinnäytetyön yhteydessä tehtävää perehdytysopasta, sekä varsinaiseen tehtävänkuvaan liittyvää tarkempaa perehdytystä, josta vastaa perehdyttäjä. Tässä vaiheessa pyritään myös hiljaisen tiedon siirtoon. Perehtyjä on tässä vaiheessa vielä enemmän seuraajana kuin tekijänä.

Kolmas taso eli mielikuvaharjoittelu on vaihe, jossa uudelle työntekijälle annetaan aikaa sisäistää saamiaan ohjeita sekä mahdollisuus itsenäiseen tiedonhakuun kirjallisista ohjeista sekä palauttaa mieleen yhdessä perehdyttäjän kanssa läpikäytyjä asioita. Tässä vaiheessa perehtyjä pääsee kokeilemaan työskentelyä yhdessä perehdyttäjän kanssa. Tasot 1-3 voisivat kestää perehtyjän taustasta, oppiseen tarvittavasta ajasta sekä perehdytyskohteesta noin 1-3 viikkoa. Tämän jälkeen käydään välikeskustelu siitä, miten perehdytys on toteutunut ja onko perehtyjällä valmiuksia kokeilla itsenäisempää työskentelyä. Tämä keskustelu voidaan käydä perehtyjän ja perehdytettävän kesken.

Neljännellä tasolla työntekijä pääsee tekemään asioita käytännössä itsenäisestä, mutta perehdyttäjä on vielä läsnä ja valmiina opastamaan tarvittaessa. Riippuen perehtyjän työhistoriasta, tällä jaksolla perehtyjä voi työskennellä jo täysin leikkaustiimin jäsenenä eli ei enää ylimääräisenä henkilönä miehityksessä.

Viimeinen eli viides taso on yhteinen arviointikeskustelu, joka käydään perehdyttäjän ja esimiehen kesken. Arvioinnin tehtävänä on varmistaa, että perehtyjä on saanut riittävän perehdytyksen ja valmis työskentelemään yksin. Arviointi ei ole yksipuoleista perehtyjän arviointia, vaan perehtyjä arvioi myös perehdytysprosessia. Näin saadaan työyksikköön tarpeellista tietoa perehdytysprosessiin mahdollisesti tarvittavista muutoksista, jolloin myös työyksikkö pystyy kehittymään. Mikäli tässä vaiheessa perehtyjä kokee olevansa vielä kykenemätön yksintyöskentelyyn, jatketaan hänen perehdytystään ja palataan tasolle neljä. Perehtyjän kanssa sovietaan harjoitteluvaiheen uudesta kestosta sekä harjoitusta vaativista asioista. Tämän jälkeen palataan taas vaiheeseen viisi eli uuteen arviointiin ja sen jälkeen itsenäiseen työskentelyyn.

Aloitus-, väli- ja arviointikeskustelusta laadittiin runko, jonka pohjalta leikkausosastolla voidaan toimia. Näin kaikki perehdytykseen liittyvät keskustelut tulevat myös dokumentoiduiksi. (Liite 1.)



Kuvio 3. Perehdytys leikkausosastolla Penttisen ym. (2009) viisiaskelista mallia mukailen

#### 4.3 Arviointi

Teoriaosuuden arviointi tapahtuu koululla ja varsinainen perehdytysopas arvioitiin työyksikössä, jonne opas tehdään. Käytännössä oppaan toimivuutta ei päästy kokeilemaan, koska se vaatisi paljon uusia työntekijöitä. Työ esitettiin elokuun alussa 2016 työyhteisössä ja henkilökunta sai antaa siitä arvioita sekä mahdollisia korjausehdotuksia. Oppaan laatija harjoitti myös itsearviointia työtä tehdessä. Esimies, jonka kanssa on käyty keskustelua yksityiskohdista oppaan teon aikana, antoi myös oman kirjallisen arvion perehdytysoppaasta.

Työyhteisön arvioissa nousi esiin, että on nähty vaivaa ja kirjoitettu paljon asiaa. Asioiden järjestys kaipasi kuitenkin vielä uudelleen järjestelyä niin, että tärkeät asiat löytyisivät oppaasta helposti ja loogisesti. Tämän arvioinnin jälkeen perehdytysopasta vielä muokattiin selkeämmäksi. Muita työyhteisöstä nousseita kommentteja olivat mm. ”eikö tämä ole aika itsestään selvää asiaa” ja ”ihan hyvä”. Mikä toiselle on itsestään selvää, ei kuitenkaan välttämättä ole toiselle itsestään selvää. Oppaaseen on kirjoitettu auki hyvin perusasioita leikkaussalisyöskentelyyn liittyen, ajatellen myös oppaan hyödynnettävyyttä vähemmän leikkaussalissa työskennelleille ja opiskelijoille.

Palvelupäällikkö arvioi perehdytysoppaan hyväksi ja hänestä opas antaa kattavan kuvan osaston toiminnasta. Palvelupäällikön piti opasta selkeänä ja helppolukuisena, johon opasta teh-

dessä pyrittiin. Konsernin liiketoiminnan hahmotus oli haastavaa saada ymmärrettävään muotoon ja tiiviiksi paketiksi, mutta sitä osa-aluetta on muokattu yhteistyössä. Opasta voidaan kehittää jatkossa lisää ja se tulee käyttöön yksikköön.

Oppaan tekijä koki opasta tehdessä haastavaksi saada asiat tiiviiksi ja ymmärrettäväksi paketiksi, mutta omasta mielestään onnistui siinä hyvin. Haasteita oppaan teossa on aiheutunut työympäristössä tapahtuvista muutoksista ja henkilökunnan vaihdoksista. Pienistä viivytyksistä huolimatta opas valmistui lähes aikataulussa.

#### 4.4 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyydellä tarkoitetaan sovittujen hyvien tieteellisten pelisääntöjen noudattamista. Tiedonhankinnan ja tutkimusmenetelmien tulee olla asianmukaiset sekä lähdeviitteet tulee merkitä huolellisesti. (Vehviläinen & Julkunen 2013, 224; Kylmä & Juvakka 2014, 139.) Vuorion (2015, 22) mukaan jokainen tutkimuksen tekijä on itse vastuussa hyvien tieteellisten tapojen noudattamisesta. Tätä tutkimusta tehdessä oli noudatettu hyviä tieteellisiä pelisääntöjä.

Aiheen valinta oli yksi eettisen pohdiskelun kohde (Kylmä & Juvakka 2014, 144). Tämän opinnäytetyön aihe oli työyhteisöstä lähtöisin, joten eettisyys toteutui sen suhteen. Tutkimusta tehdessä tulee saada myös tutkimuslupa (Kylmä & Juvakka 2014, 149). Perehdytysopas tehtiin työyhteisön kehittämistyönä, joten erillistä tutkimuslupaa ei tällä kertaa tarvittu. Opinnäytetyöstä käytiin keskusteluja palveluvastaavan sekä palvelupäällikön kanssa ja suullisesti sovitettiin opinnäytetyön tekemisestä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdeksi eettisen pohdinnan kohteeksi nousi kohde, johon toiminnallinen osuus tehtiin. Kyseessä oli yksityinen sairaala ja opinnäytetyöt ovat julkisia. Tutkimusten eettisyyteen voidaan vaikuttaa sillä, että tutkimukset ovat julkisia (Heikkilä 2014, 29). Pohtimisen kohteeksi nousi kuitenkin, että mitä oli luvalista julkaista (Heikkilä 2014, 29). Ylihoitaja luki opinnäytetyön ja antoi korjausehdotukset sekä luvan julkaista työn. Koska julkaisulupa oli saatu yksityissairaalaista, oli myös tässä suhteessa toimittu eettisesti oikein.

Yksi eettisen pohdinnan kohteena oleva asia oli tutkimuksen tekijän suhde tutkimuskohteeseen (Kylmä & Juvakka, 2014, 153). Perehdytysoppaan tekijä oli töissä yksikössä, johon perehdytysopasta tehtiin. Läheinen rooli oli tässä tapauksessa ennemminkin avuksi kuin ristiriidassa. Perehdytysoppaasta oli käyty työyksikössä keskusteluja ja myös tältä osin eettinen toiminta oli kohdallaan. Työ oli tarkoitus tulla käyttöön, joten siihen laitettavan tiedon tuli olla luotettavaa ja laadukasta. Työn hyödyllisyys oli yksi hyvän tutkimuksen perusvaatimuksista

(Heikkilä 2014, 30). Hyvillä lähdemerkinnöillä sekä asioihin perehtyneisyydellä päästiin luotettavaan lopputulokseen. Näillä asioilla voitiin myös vaikuttaa tutkimuksen eettisyyteen ja luotettavuuteen (Kylmä & Juvakka 2014, 155).

## 5 Pohdinta

Opinnäyte työ toteutui lähes alkuperäissuunnitelman mukaisesti. Opinnäytetyö ei kuitenkaan valmistunut kevään 2016 aikana, vaan aikataulua jouduttiin hieman venyttämään, osittain aineiston keruun vuoksi. Aikataulu oli alun perin myös hieman tiukka täysin työelämän ohessa toteutettuna projektina. Opinnäytetyö kirjoitettiin valmiiksi kesän 2016 aikana ja esitettiin elokuussa 2016. Elokuussa saatiin työyhteisön kommentit työhön ja kesän 2016 aikana työtä luetutettiin kesäopinnäytetyön ohjaajalle sekä työyksikön johdolle ja tehtiin tarvittavat muutokset. Sisältö perehdyttämisosassa tuntui selkeältä, mutta varsinainen raporttiosan sisältö vaati tarkempaa ja pidempää pohdintaa. Perehdytysopasta tehdessä joutuikin miettimään tarkkaan mikä oli tarpeellista ja oleellista tietoa, ettei oppaasta tulisi liian laaja. Materiaalia opinnäytetyöhön oli tarjolla runsaasti. Opinnäytetyötä ja opasta muokkailtiin useampaan otteeseen. Lopullisesta opinnäytetyöstä ja perehdytysopasta muotoutui selkeä ja tiivis paketti. Opinnäyte toteutettiin hyviä eettisiä pelisääntöjä noudattaen (Vehviläinen & Julkunen 2013, 224; Kylmä & Juvakka 2014, 139).

Jatkokehitysideoina voisi olla työyhteisöön kyselyn tekeminen perehdyttämisen onnistumisesta sekä kehittää sen pohjalta vielä lisää perehdyttämistä, esimerkiksi tarkempi perehdytysohjelma ammattiryhmittäin.

## Lähteet

- Airaksinen, R. & Ala-Vannesluoma, T. & Karkkulainen, M. & Kastu, R. & Pirhonen, P. 2015. Toimii! Hoitajan opas luoviin menetelmiin. Helsinki: Edita Publishing.
- Al-Benna, S. 2012. Infection control in operating theatres. *Journal of Perioperative Practice* 22 (10), 318-322
- AORN, 2009. Perioperative standards and recommended practices. USA: AORN publications.
- Foran, P. 2015. Perioperative nursing: preventing infection behind closed doors. *Australian Nursing & Midwifery Journal* 23 (3).
- Arala, K. & Haapa, T. 2014. Kollegiaalisuus perioperatiivisessa hoitotyössä. *Pinsetti* 4/2014, 20-21.
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Heinola, P. 2015. Kollegiaalisuus ja monikulttuurinen työyhteisö. Teoksessa: Becker, E. & Hahtela, N & Ranta, I. (toim.) Kollegiaalisuus hoitotyössä -Hoitoyön vuosikirja 2015. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.
- Kangasniemi, M & Haapa, T. & Tilande, E. & Arala, K. & Suutarla, A. 2015. Ammattien välinen kollegiaalisuus. Teoksessa Becker, E. & Hahtela, N. & Ranta I. (toim.) Kollegiaalisuus hoitotyössä- Hoitotyön vuosikirja 2015. Helsinki: Fioca.
- Karhumäki, E & Jonsson, A & Saros, M. 2016. Mikrobit hoitotyön haasteena. Helsinki: Edita Publishing
- Kanerva, M. & Tenhunen, E. 2012. Haavainfektio ja sairaalahygieniset näkökohdat. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (Toim.) Haavahoidon periaatteet. Helsinki: SanomaPro.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: SanomaPro.
- Kotila, J. & Knuutila, M. 2011. Kollegiaalisuus sairaanhoitajan voimavarana. Teoksessa Ranta, I. (toim.) Sairaanhoitaja asiantuntijana, hoitoyön vuosikirja 2011. Helsinki: Fioca.
- Kupias, P. & Peltola, R. 2009. Perehdyttämisen pelikentällä. Helsinki: Palmenia Helsinki University Press.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2014. Laadullinen terveystutkimus. Porvoo: Edita publishing.
- Lahti T. 2008. Johtamisen käytäntöjä. Teoksessa: Surakka, T. & Kiikkala, I. & Lahti, T. & Laitinen, H. & Rantala, T. Osastonhoitaja ja johtaminen. Helsinki: Tammi.
- Lukkari, L. & Kinnunen, T. & Korte, R. 2013, Perioperatiivinen hoitotyö, Helsinki: SanomaPro.
- Peltokoski, J. 2004. Perehdyttäminen hoitotyön johtamisen osana. Osastonhoitajien näkemyksiä hoitotyöntekijöiden perehdyttämisestä yhdessä sairaanhoitopiirissä. Pro gradu-tutkielma. Hoitotiede, Kuopion yliopisto.
- Rantala, T. 2008. Työyhteisökulttuuri. Teoksessa: Surakka, T. & Kiikkala, I. & Lahti, T. & Laitinen, H. & Rantala, T. Osastonhoitaja ja johtaminen. Helsinki: Tammi.
- Rantala, A. 2010. Leikkaussalin ilmastointi. Teoksessa: Anttila, V-J. & Hellsten, S. & Rantala, A. & Routamaa, M. & Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Rantala, A. & Anttila, V-J & Teirilä, I. 2010. Eristys- ja verivarotoimileikkaukset. Teoksessa: Anttila, V-J. & Hellsten, S. & Rantala, A. & Routamaa, M. & Syrjälä, H. & Vuento, R.(toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Rantala A. & Huotari, K. & Hämäläinen, M. & Teirilä I. 2010. Leikkausalueen infektioiden ehkäisytoimet. Teoksessa: Anttila, V-J. & Hellsten, S. & Rantala, A. & Routamaa, M. & Syrjälä, H. & Vuento, R.(toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Ratia, M. & Routamaa, M. 2010. Henkilöhygieniä. Teoksessa: Anttila, V-J. & Hellsten, S. & Rantala, A. & Routamaa, M. & Syrjälä, H. & Vuento, R.(toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Rintala, E. & Laurikainen, E. & Kaarto, A-M. & Routamaa, M. 2014. Käsien desinfektiossa on parantamisen varaa leikkausosastoilla. Suomen Lääkärilehti 21/2014 vsk 69. (s. 1555-1559b)

Rintala, E & Routamaa, M. 2013. Hyvä käsihygieniä sairaalassa- suositus vai velvollisuus? Suomen lääkärilehti 15/2013 vsk 68 (s.1120-1121)

Routamaa, M. & Ratia, M. 2010 Työ- ja suojavaatetus sekä suojaimet. Teoksessa: Anttila, V-J. & Hellsten, S. & Rantala, A. & Routamaa, M. & Syrjälä, H. & Vuento, R.(toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Salminen, J. 2013. Onnistu tiimityössä. Tiimin jäsenen kirja. Helsinki: J-Impact.

Silen-Lipponen, M. 2005. Teamwork in Operating Room Nursing. Conceptual Perspective and Finnish, British and American Nurses' and Nursing Students' Experiences. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja, E Yhteiskuntatieteet 123, Väitöskirja.

Silen-Lipponen, M. & Tossavainen, K. & Turunen, H. 2003. Käsitemaalaus tiimistä- sovelluksena leikkaushoitotyön tiimi. Hoitotiede vol. 16 (4), 188 - 200.

Syrjälä, H. & Teirilä, I. 2010. Käsihygieniä. Teoksessa: Anttila, V-J. & Hellsten, S. & Rantala, A. & Routamaa, M. & Syrjälä, H. & Vuento, R.(toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Tengvall, E. 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anestesiologeille ja kirurgeilla. Kuopio: Itä-Suomen yliopiston julkaisuja, terveystieteiden tiedekunta, väitöskirja.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Vuorio, E. 2015. Hyvä tieteellinen käytäntö. Teoksessa: Keränen, T. & Palsternack A. (toim.) Kliinisen tutkimuksen etiikka opas tutkijoille ja eettisille toimikunnille. Helsinki: Duodecim.

Vänskä, K. & Laitinen-Väänänen, S. & Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita Publishing.

Sähköiset lähteet:

HUS ohjeistus 2012, Kirurginen käsien pesu ja desinfektio. Infektiosairauksien klinikka. [http://www.hus.fi/ammattilaiselle/hoitoohjeet/infektioidentorjuntaohjeet/Documents/2.2\\_Kirurginen\\_kasienpesu\\_ja\\_desinfektio.pdf](http://www.hus.fi/ammattilaiselle/hoitoohjeet/infektioidentorjuntaohjeet/Documents/2.2_Kirurginen_kasienpesu_ja_desinfektio.pdf) (Luettu 19.6.16)

L 738/2002, Työturvallisuuslaki

KT 2011(Kuntatyönantajat), perehdyttäminen. <http://www.kuntatyönantajat.fi/fi/työelämän-kehittäminen/hr/osaaminen/perehdyttäminen/Sivut/default.aspx> (Luettu 20.3.2016)

TAYS ohjeet, Aseptinen toiminta leikkaussalissa. [http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Sairaalahygieniaohjeisto/Aseptiikka\\_hoitotoimenpiteissa/Aseptinen\\_toiminta\\_leikkaussalissa\(53455\)](http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Sairaalahygieniaohjeisto/Aseptiikka_hoitotoimenpiteissa/Aseptinen_toiminta_leikkaussalissa(53455)) (Luettu 22.5.2016)

THL 2005, Käsihygieniaa terveydenhuoltoon. <http://www.thl.fi/attachments/infektiotaudit/siro/sirokasihygienia-1.ppt2005.ppt> (Luettu 27.7.16)

TTK (työturvallisuuskeskus), perehdyttäminen ja työhönopastus. [http://ttk.fi/tyohyvinvointi\\_ja\\_tyosuojelu/toiminta\\_tyopaikalla/vastuut\\_ja\\_veloitteet/tyohon\\_perehdyttaminen\\_ja\\_tyonopastus](http://ttk.fi/tyohyvinvointi_ja_tyosuojelu/toiminta_tyopaikalla/vastuut_ja_veloitteet/tyohon_perehdyttaminen_ja_tyonopastus) (Luettu 20.3.16)

TTL 2015 (työterveyslaitos), perehdyttäminen. [http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso\\_ja\\_esimiestyo/johtaminen\\_ja\\_esimiestyo/perehdyttaminen/Sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ja_esimiestyo/johtaminen_ja_esimiestyo/perehdyttaminen/Sivut/default.aspx) (Luettu 20.3.16)

Penttinen, Aulikki & Mäntynen, Jukka 2009. Perehdyttäminen ja työhönopastus. Työturvallisuus-keskus TTK. [http://www.ttk.fi/files/800/Tyohon\\_perehdyttaminen2009.pdf](http://www.ttk.fi/files/800/Tyohon_perehdyttaminen2009.pdf) (Luettu 20.3.2016)

WHO käsihygieniajuliste, viisi muistisääntöä hyvään käsihygieniaan. [https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/seuranta-ja-epidemiati/hoitoon\\_liittyvien\\_infektioiden\\_seuranta/siro-ohjeet/who-n-kasihygieniajulisteet](https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/seuranta-ja-epidemiati/hoitoon_liittyvien_infektioiden_seuranta/siro-ohjeet/who-n-kasihygieniajulisteet) (Luettu 27.7.16)

## Kuviot

Kuvio 1. Käsien desinfektio. (THL 2005) .....	11
Kuvio 2. Viisiaskelinen perehdytysmalli. (Penttinen ym. 2009, 6.) .....	16
Kuvio 3. Perehdytys leikkausosastolla Penttisen ym. (2009) viisiaskelista mallia mukailleen	20

## Liitteet

Liite 1: Perehdytyskeskustelurunko.....	28
Liite 2: THL viisi muistisääntöä hyvään käsihygieniaan .....	33
Liite 3: perehdytysopas .....	34

Liite 1: Perehdytyskeskustelurunko

## PEREHDYTYSKESKUSTELU

Perehtyjä \_\_\_\_\_

Perehdyttäjä \_\_\_\_\_

Esimies \_\_\_\_\_

### Aloitusvaihe

Perehdytettävän työkokemus/aikaisempi osaaminen:

---

---

---

---

Perehdytettävän toiveet perehdytyksen suhteen:

---

---

---

---

Suunniteltu perehdytyksen kesto:

---

Muuta sovittua:

---

---

---

Päiväys \_\_\_\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_

Perehtyjä

Esimies

Perehdyttäjä

## Välikeskustelu

(Perehtyjä)

Miten perehdytys on toteutunut?

---

---

---

Koetko tarvitsevasi lisäperehdytystä, jos niin mihin?

---

---

---

Oletko mielestäsi valmis siirtymään itsenäiseen työskentelyyn?

---

---

Muita toiveita perehdytyksen suhteen?

---

---

---

Päiväys \_\_\_\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_

## Välikeskustelu

(Perehdyttäjä)

Kuinka perehdytys on toteutunut?

---

---

---

---

Tarvitseeko perehdytettävä joltain osilta lisäperehdytystä?

---

---

---

---

Onko perehdytettävä kykeneväinen itsenäiseen työskentelyyn?

---

---

---

---

Muuta perehdytykseen liittyvää?

---

---

---

---

Päiväys \_\_\_\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_

## Arviointikeskustelu

(Perehtyjä)

Onko perehdytys toteutunut suunnitelman mukaisesti?

---

---

---

---

Oletko valmis täysin itsenäiseen työskentelyyn?

---

---

---

---

Onko jotain osa-alueita, joissa kaipaisit vahvistusta/lisäperehdytystä?

---

---

---

---

Ruusuja ja / tai risuja perehdytykseen liittyen?

---

---

---

---

Päiväys \_\_\_\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_

## Arviointikeskustelu

(Esimies ja perehdyttäjä)

Toteutuiko perehdytys suunnitelmien mukaan? Jos ei, niin miksi?

---

---

---

---

Onko perehtyjällä valmiuksia työskennellä itsenäisesti?

---

---

Tarvitaanko lisäperehdytystä? Jos niin kyllä, niin missä?

---

---

---

---

Suunnitelma perehdytysjakson jälkeen ja mahdollisen lisäperehdytysajan määrittäminen

---

---

---

Muuta perehdytykseen liittyvää

---

---

---

Päiväys \_\_\_\_\_

Allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Esimies

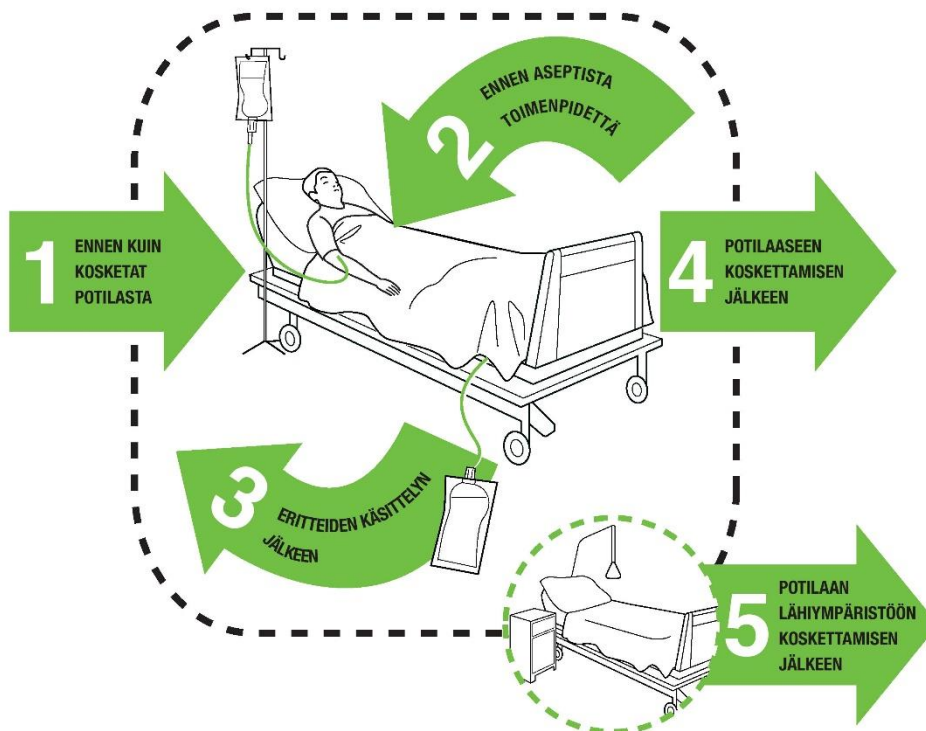
\_\_\_\_\_

Perehdyttäjä

Liite 2: WHO käsihygieniajuliste, viisi muistisääntöä hyvään käsihygieniaan.

## Viisi muistisääntöä hyvään KÄSIHYGIENIAAN

Design: monografija network



<b>1</b> ENNEN KUIN KOSKETAT POTILASTA	<b>MILLOIN?</b> Desinfioi kätesi ennen kuin kosketat potilasta. <b>MIKSI?</b> Estät mikrobin siirtymisen omista käsistäsi potilaaseen.
<b>2</b> ENNEN ASEPTISTA TOIMENPIDETTÄ	<b>MILLOIN?</b> Desinfioi kätesi juuri ennen aseptista toimenpidettä. <b>MIKSI?</b> Suojaat potilasta myös hänen omilta mikrobeiltaan.
<b>3</b> ERITTEIDEN KÄSITTELYN JÄLKEEN	<b>MILLOIN?</b> Desinfioi kätesi aina, kun olet käsitellyt eritteitä ja aina suojakäsineiden riisumisen jälkeen. <b>MIKSI?</b> Estät mikrobin siirtymisen potilaasta itseesi ja ympäristöön.
<b>4</b> POTILAASEEN KOSKETTAMISEN JÄLKEEN	<b>MILLOIN?</b> Desinfioi kätesi, kun olet koskettanut potilasta tai hänen lähiympäristöään. <b>MIKSI?</b> Estät mikrobin siirtymisen potilaasta itseesi ja ympäristöön.
<b>5</b> POTILAAN LÄHIYMPÄRISTÖÖN KOSKETTAMISEN JÄLKEEN	<b>MILLOIN?</b> Desinfioi kätesi, kun olet koskettanut jotain potilaan lähiympäristössä sijaitsevaa esinettä tai huonekalua, silloinkin, kun et ole koskettanut potilasta. <b>MIKSI?</b> Estät mikrobin siirtymisen potilaasta itseesi ja ympäristöön.

Liite 3: perehdytysopas

# TERVETULOA



# DEXTRA SAIRAALA MUNKKIVUOREEN!



## Sisällys

1	DEXTRA SAIRAALA MUNKKIVUORI .....	36
1.1	Sijainti .....	36
1.2	Yksikön esittely.....	37
1.3	Potilaan hoitopolku .....	38
2	YLEISIÄ ASIOITA .....	39
2.1	Avaimet, kulkuluvat ja tunnukset.....	39
2.2	Henkilökohtainenhygieniä ja suojainten käyttö .....	40
2.3	Työvaatteet .....	40
2.4	Ruokailu ja pysäköinti.....	41
2.5	Sairauspoissaolot.....	41
2.6	Turvallisuus .....	42
2.7	Terveystarkastus ja henkilökunnan työsuhte-edut .....	42
2.8	Salassapito .....	42
2.9	Anestesiamuodot ja perehdytys .....	43
2.10	Instrumentaatio ja perehdytys .....	43
2.11	Työvuorot ja niiden pelisäännöt.....	43
3	TÄRKEITÄ ASIOITA LEIKKAUSOSASTOLLA TYÖSKENTELYSSÄ .....	45
3.1	Aseptinen työskentely.....	45
3.2	Hyvä käsihygieniä .....	46
3.3	Eristys- ja varotoimileikkaukset.....	47
4	TÄRKEITÄ YHTEYSTIETOJA .....	48
	LÄHTEET .....	49
	Liitteet: .....	50

## 6 DEXTRA SAIRAALA MUNKKIVUORI

### 6.1 Sijainti

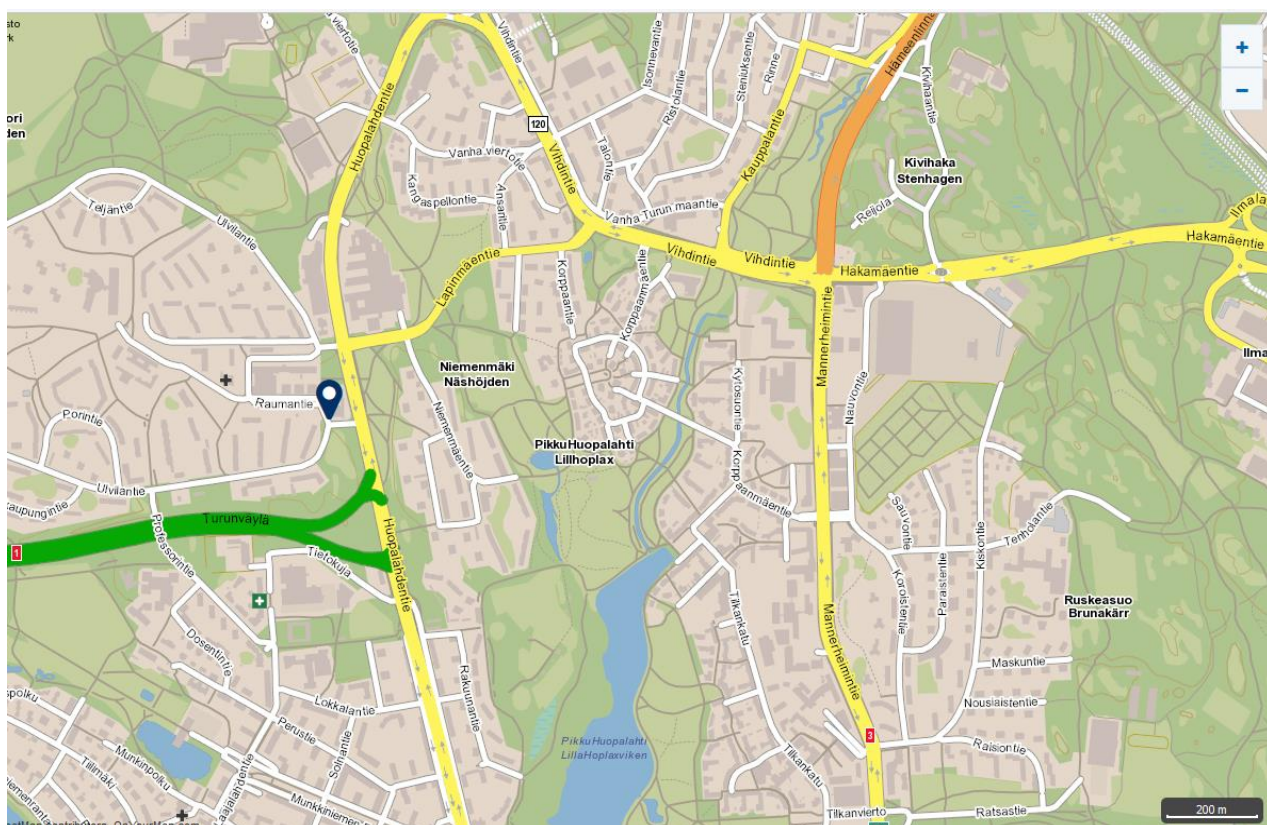
Sairaala sijaitsee Munkkivuoren ostoskeskuksen vieressä hyvien liikenneyhteyksien päässä. Sairaalatoimintaa Munkkivuoren Dextrassa on ollut jo vuodesta 1989 (Intranet). Sairaala sijaitsee rakennuksen toisessa kerroksessa.

Sairaalan osoite:

*Raumantie 1 A*

*00350 Helsinki*

puh. 020 331 807 (keskus)



## 6.2 Yksikön esittely

Dextra sairaala Munkkivuori on osa Pihlajalinna-konsernia, joka on yksi Suomen johtavista yksityisistä sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden tuottajista. Pihlajalinna tuottaa palveluita yksityishenkilöille, yrityksille ja julkisyhteisöille. Pihlajalinna yrityksen perusti 2001 Mikko Wiren. Aluksi yritys keskittyi vain henkilöstövuokraukseen, mutta pikku hiljaa toiminta laajentui erikoissairaanhoidon ja ulkoistuspalveluihin. Joulukuussa 2012 Pihlajalinna osti Dextran ja myös Pihlajalinnan yksityiset lääkäriasemat sekä työterveysliiketoiminta siirtyivät Dextra-brändin alle. Ensin Mänttä-Vilppulan ja myöhemmin Jämsä, Kuusiokunnat ja Soini ovat ulkoistaneet SOTE-palvelunsa Pihlajalinnalle. Vuonna 2015 Pihlajalinna liikevaihto oli jo 213,3 miljoonaa ja samana vuonna Pihlajalinna listautui pörssiin. Liikevaihto muodostuu kahdesta osuudesta: lääkärikeskuksista ja erikoissairaanhoidosta sekä perusterveydenhuollon- ja sosiaalihuollon palveluista. Pihlajalinnan Dextran lääkärikeskukset ja erikoissairaanhoido koostuvat lääkäreiden vastaanotto toiminnasta, työterveyshuollosta, sairaalasta ja suun terveydenhuollosta. Dextra Sairaala Munkkivuori on yksi seitsemästä Pihlajalinnan sairaalasta.



Dextra Munkkivuoreessa vastaanotto toimintaa pitävät noin kaksisataa yleis-, erikois- ja hammaslääkäriä. Tämän lisäksi meillä työskentelee erilaisia terveydenhuollon palveluja tarjoavia ammattilaisia noin sata. Käytettävissämme ovat laboratorio-, kuvantamis- ja sairaalapalvelut, jotka takaavat nopean ja katkeamattoman hoitoketjun. Päivystysvastaanotto on avoinna päivittäin aamusta iltamyöhään. Helsingissä Dextra sairaaloita ovat Dextra Plastiikkakirurginen sairaala, Dextra sairaala Munkkivuori ja Dextra Laser Tilkka. Sairaala Dextra Munkkivuori on PÄIKI/LYHKI-yksikkönä toimiva leikkausosasto, jossa erikoisaloinamme ovat: ortopedia, käsikirurgia, yleiskirurgia, lastenkirurgia, anestesiaa/sedaatiota vaativat gastrologiset ja gynekologiset toimenpiteet sekä korva-nenä- ja kurkkutautien leikkaukset. Leikkaussaleja meillä on käytössä kolme ja heräämömme on 8-paikkainen.

Pihlajalinnan yhteisiä arvoja kunnioittaen meille tärkeää ovat tyytyväiset ja hyvin hoidetut potilaat. Hyvään potilastyytyväisyyteen pyrimme moniammatillisen, osaavan ja motivoituneen henkilökunnan toimivalla tiimityöskentelyllä. Pyrimme tarjoamaan laadukasta palvelua yhdenmukaisella, tehokkaalla, ystävällisellä ja taloudellisesti järkevällä toiminnalla. Kannattavalla kasvulla pyrimme turvaamaan toimintamme kehittämisen ja jatkuvuuden.

Leikkausosaston toiminnastamme vastaavat palveluvastaava XXXX ja ylilääkäri XXXX. Leikkausosastolla työskentelee vakituisesti sairaanhoitajia, perushoitaja ja sihteerit. Käytössämme on kaksi omaa laitoshuoltajaa sekä oma välinehuolto. Välinehuoltomme palvelee koko Dextra Munkkivuorta ja Plastiikkakirurgisen sairaalan sekä Kampin toimipisteitä. Meillä on oma anestesialääkäri XXXX, jonka lisäksi käytössämme on päivistä riippuen myös toinen anestesialääkäri. Lääkärimme työskentelevät pääsääntöisesti itsenäisinä ammattiharjoittajina.

### 6.3 Potilaan hoitopolku

Potilaat tulevat meille vakuutusyhtiöiden hoitoonohjauksella tai lääkäreidemme läheteillä vastaanotoilta. Vakuutusyhtiöstä XXXX ja XXXX kanssa on tehty yhteistyösopimukset. Koordinaattori suunnittelee leikkausajan yhdessä potilaan kanssa. Sihteerimme ilmoittaa ajan potilaalle sekä samalla esihaastattelee ja ohjaa potilaan leikkaukseen tuloa varten. Potilaat saavat leikkausajat melko pienellä viiveellä lähetteen saamisesta; parhaimmillaan leikkaus voi olla jo seuraavana päivänä. Leikkausajankohtaan vaikuttaa se, kuinka pian maksusitoumus myönnetään vakuutusyhtiöstä, ellei potilas maksa itse toimenpidettä.

Tarvittaessa potilaalle tehdään ennen leikkausta anesthesiakonsultaatio sekä pyydetään tarvittavat lisätutkimukset (EKG, RTG, LAB). Potilaat saavat kirjeitse ja/tai esihaastattelun yhteydessä ohjauksen leikkaukseen tuloa varten. Varsinaisen tarkemman tuloajan potilaat saavat edellisenä päivänä tekstiviestillä. Potilas saa kotiin sähköpostilla ohjeet kirjautua ja käydä täyttämässä esitietolomakkeet käyttämäämme sähköiseen Artux-leikkaustietojärjestelmään.

Sairaalaan tullessa potilas saa aamutossut jalkaansa, jättää omat kengät lokerikkoon ja ilmoittautuu koordinaattorille. Koordinaattori tarkistaa vielä maksuasiat sekä varmistaa potilaan muun valmistautumisen toimenpiteeseen (ravinnotta olo, hakija jne.). Potilas vaihtaa sairaalavaatteet, poistaa korut sekä lävistykset ja jättää omat tavaransa pukukaappiin. Oma kännykkä, kirja, tabletti tms. voivat kulkea mukana.



Ennen varsinaista toimenpidettä leikkaava lääkäri haastattelee potilaan ja merkitsee leikkausalueen. Potilas tapaa myös anestesia­lääkärin ja pääsee itse vaikuttamaan anestesia­muotoon. Tämän jälkeen potilas saa mahdolliset esilääkkeet anestesia­lääkärin määräyksestä, käy wc:ssä ja on valmis siirtymään leikkaussaliin.

Käytössämme on tarkistuslista (liite 1), jonka täyttämisen anestesia­lääkäri aloittaa haastatellessaan potilasta ennen saliin menoa. Anestesia­lääkäri ilmoittaa anestesia­muodon, ja salihenkilökunta valmistaa salin leikkausta varten valmiiksi. Instrumentoivan sairaanhoitajan sekä valvovan sairaanhoitajan tehtävänä on varmistaa oikeat ja riittävät instrumentit sekä peittelyt leikkausta varten ja tuoda saliin tarvittavat laitteet. Anestesiahoitaja huolehtii ennen saliin menoa, että anestesiaan tarvittavat aineet ja välineet ovat valmiina. Kaikille yhteisenä tavoitteena on potilaan hyvästä olostä, lämpö­taloudesta ja potilasturvallisuudesta huolehtiminen.

Potilas siirtyy leikkaussaliin salin henkilökunnan kanssa. Anestesia­lääkäri tulee aloittamaan anestesian hoidon. Kirurgi saapuu leikkaussaliin joko leikkauksen alussa, kun kaikki on jo valmiina, tai mahdollisesti käy avustamassa oikean leikkausasennon laitossa induktion jälkeen. Leikkaus dokumentoidaan anestesia­kaavakkeeseen sekä Artux-tietojärjestelmään ja kuvamateriaali Jivex-järjestelmään. Salihenkilökunta huolehtii yhdessä aseptisistä työskentelytavoista sekä hyvällä ja kollegiaalisella tiimityöskentelyllä leikkauksen sujumisesta. Tarkistuslistan avulla tarkistetaan leikkauksen aluksi ja lopuksi, että kaikki tarvittava on huomioitu ja kirjattu ylös.

Leikkauksen jälkeen potilas siirtyy heräämöhön. Heräämössä huolehditaan potilaan potilaiden hyvästä voinnista sekä kivunhoidosta lääkäri­n ohjeiden mukaisesti. Potilas tapaa heräämössä vielä ennen kotiutumistaan leikkaavaan lääkäri­n ja keskustelee jatkohoidoista. Potilas saa heräämössä koti­hoito-ohjeet suullisesti ja kirjallisesti sekä mahdolliset apuvälineet ja kontrolli-/fysioterapia-ajat. Potilaan pitää täyttää PÄIKI-kriteerit ennen kotiutumista.

## 7 YLEISIÄ ASIOITA

### 7.1 Avaimet, kulkuluvat ja tunnukset

Työsuhteen alkaessa työntekijä kuittaa palveluvastaavalta työavaimet ja kulkuluvat, joista hän on itse vastuussa. Palveluvastaava huolehtii myös uuden työntekijän tunnuksista verkkoon, potilastietojärjestelmiin ja Artuxiin. Sähköpostia käytetään informointiin ja sähköposti tulee lukea päivittäin. Keikkalaiset ja opiskelijat saavat laina-avaimet. Omia ATK-tunnuksia ei ole käytössä keikkalaisille ja opiskelijoille. Opiskelijat ja keikkalaiset kirjaavat merkinnät potilastietojärjestelmiin ohjaajan/toisen työntekijän tunnuksilla, mutta vahvistavat kirjauksen omilla nimikirjaimillaan. Opiskelijoiden kirjauksissa pitää olla myös ohjaajan vahvistus. Palveluvastaava huolehtii organisaatioon perehdyttämisestä sekä käy läpi palvelus-

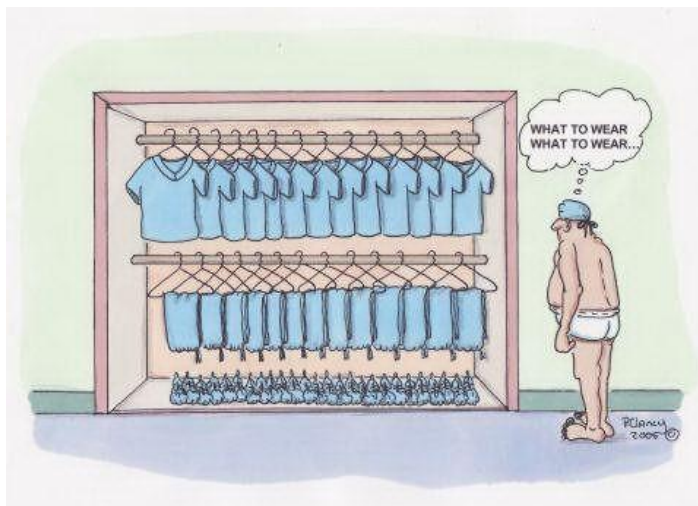
suhdeasiat ja huolehtii työtekoon liittyvän perehdyttäjän nimeämisestä. Lisätietoa löytyy henkilöstöhallinnon ohjeita-kansiosta. Perehdytyksessä hyödynnetään perehdytysrunkoa. (Liite 3) Jokaisen työntekijän kohdalla suunnitellaan perehdytys yksilöllisesti osaaminen, toiveet ja tarpeet huomioiden.

## 7.2 Henkilökohtainenhygieniä ja suojainten käyttö

Henkilökohtaiseen hygieniaan kuuluvat **ihon ja hiusten puhtaudesta sekä siisteydestä huolehtiminen ja niiden turhan koskettelemisen välttäminen. Hiukset suojataan myssyllä**, jota voidaan käyttää koko työvuoron ajan, ellei sitä välillä poisteta. Hiussuojainta tulee pitää leikkaussaleissa sekä steriileiden tavaroiden lähistöllä liikuttaessa. Korut ja kellot estävät hyvän käsihygienian toteutumisen ja ovat kasvualusta mikrobeille. Pitkien kynsien alle jää helposti myös mikrobeita käsihuuhteen käytöstä huolimatta. Rakennekynsien on todettu välittävän vakavia epidemioita. Lohkeileva kynsilakka on myös hyvä mikrobin kasvualusta. Tästä syystä **sormuksia, kelloja, rannekoruja ja kynsilakkaa ei saa leikkausosastolla käyttää. Irto-, rakenne- ja geelikynnet kuten myös kasvojen alueen lävistyksset ovat henkilökunnalta kielletty.**

## 7.3 Työvaatteet

Potilastyössä olevien tulee käyttää Dextran varaamia suojavaatteita, jotka löytyvät pukuhuoneista. Leikkausosastolla käytössä on työpistekohtainen asu, joka vaihdetaan päivittäin. Työnantaja huolehtii vaatteiden pesusta ja huollosta. Työ- ja suojavaatteita käytetään, että omat vaatteet eivät tahriintuisi eritteisiin tai vereen. Samalla pyritään myös estämään niin työntekijän kuin myös potilaiden infektoituminen. Palveluvastaava tilaa työntekijöille henkilökohtaiset työvaatteet. Varahenkilöstö sekä opiskelijat käyttävät heille osoitettuja vaatteita. Työntekijät käyttävät omia kenkiä, joiden tulee olla helposti puhdistettavat.



henkilökohtaiset työvaatteet. Varahenkilöstö sekä opiskelijat käyttävät heille osoitettuja vaatteita. Työntekijät käyttävät omia kenkiä, joiden tulee olla helposti puhdistettavat.

Nesteitä läpäisemätöntä suojatakkaa tai muoviesiliinaa käytetään toimenpiteissä, joissa on roiskevaara tai käsitellään potilaan eritteitä. Käytön jälkeen ne riisutaan roskakoriin ja desinfioidaan kädet. Leikkaussaliin ja steriilivarastoon sekä välinehuoltoon mentäessä täytyvät hiukset olla suojattuina päähineellä. Leikkaussalissa käytetään suu-nenäsuojusta steriilien tavaroiden ollessa esillä ja haavan ollessa avoinna. Suu-nenäsuojus on leikkaus- tai toimenpidekohtainen ja se suojaa sekä työntekijää roiskeilta, että estää työntekijästä partikkelien siirtymistä haavaan. Käytön jälkeen se laitetaan suoraan roskakoriin, vältetään sen turhaa koskettelua ja desinfioidaan kädet. Lyijyessuja tai-liivejä sekä kilpirauhassuojaa käytetään sekä henkilökunnan että potilaan suojaukseen, mikäli salissa käytetään röntgenlaitteita. Instrumenttihoitaja ja

leikkaava lääkäri pukeutuvat steriileihin suojavaatteisiin sekä steriileihin tuplakäsineisiin, tarvittaessa myös silmät suojataan roiskeilta lasein.

#### 7.4 Ruokailu ja pysäköinti

Henkilökunnan taukotilassa on käytössä jääkaappi, jonne voit jättää päiväkohtaiset omat eväät. Taukotilassa on myös vedenkeitin, mikrot ja kahvinkeitin sekä ruokailuvälineet. Dextra tarjoaa kahvin ja teen. Jos tuot jääkaappiin omia eväitä, huolehdiathan syömättä jääneet eväät pois kaapista.

Ruokalassa toimii yksityinen lounasravintola. Lounas on tarjolla klo 11.30-13, lounaslippuja saa ostettua yläkerran röntgenaulan viereisestä neuvonnasta. Henkilökunta voi ostaa 10-lipun vihon, jolloin maksu pidätetään suoraan palkasta.

Henkilökunnalla ei ole käytössä omia autopaikkoja vaan paikoitus on mahdollista katujen varsilla sairaalan ympäristössä. Dextra Munkkivuoressa on parkkihalli, mutta se on vain erityisluvan saaneiden käytössä.

#### 7.5 Sairauspoissaolot

Ilmoitus sairauspoissaolosta tehdään **palveluvastaavalle**(puh. xxx-xxxxxxx) niin pian kuin mahdollista **puhelimitse, ei tekstiviestillä tai sähköpostitse**. Jos sairastut aamuvuorosta, ilmoita poissaolosta **myös koordinaattorille** (Koordinaattori puh. xxx -xxx xxxx). Esimiehen luvalla voi olla töistä pois 1-3 päivää nuha-kuumeen, vatsataudin tai diagnosoidun migreenin vuoksi. Tarvittaessa esimiehellä on kuitenkin oikeus vaatia kaikista poissaoloista lääkärintodistus, jolloin työntekijän tulee ensisijaisesti hakeutua työterveyshuoltoon. Sairausloman jatkumisesta on hyvä ilmoittaa hyvissä ajoin mahdollisten sijaisjärjestelyjen vuoksi. Sairauspoissaolokaavake täytetään heti töihin palattaessa ja toimitetaan palveluvastaavalle.



Alle 10-vuotiaan lapsen äkillisesti sairastuessa on työntekijällä oikeus neljään peräkkäiseen palkalliseen vapaaseen lapsen tilapäisen hoidon järjestämiseksi tai lapsen hoitamiseksi. Oikeutta voi käyttää vain yksi vanhempi kerrallaan. Jos toinen vanhemmista on ollut neljä päivää pois, ei toinen vanhemmista voi jatkaa sairaan lapsen hoitovapaata tämän jälkeen seuraavaa neljää päivää palkallisesti. Myöskään lääkärintodistus ei oikeuta yli neljän päivän palkalliseen sairaan lapsen hoitovapaaseen. Lääkärintodistus oikeuttaa kuitenkin palkattomaan vapaaseen. Sairauspoissaololomake täytetään heti töihin palattaessa ja toimitetaan palveluvastaavalle.

## 7.6 Turvallisuus

Turvallisuuteen liittyen tärkeimpiä asioita, joihin perehtyä työyksikköön tultaessa ovat kaasusulkujen ja varahappipullojen sijainti sekä käyttöönotto, poistumistiet sekä sammutus- ja hälytysjärjestelmät. Potilas-turvallisuuteen liittyen tärkeitä asioita ovat myös ajantasaiset IV-lääkeluvat, säteilyturva-asioihin perehtyminen, elvytys- ja vaikeanilmastien välineiden sijainti sekä niiden käyttäminen.

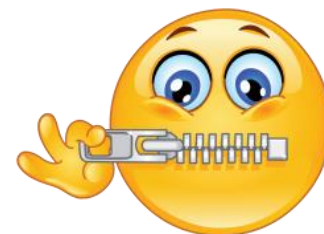
## 7.7 Terveystarkastus ja henkilökunnan työsuhte-edut

Työterveyshuollon tekemässä työhöntulotarkastuksessa varmistetaan uuden työntekijän soveltuvuus täällä työskentelyyn. Henkilökunnallamme on työterveyslääkäri käytettävissä arkisin. Ilta-aikaan ja viikonloppuisin käytössämme ovat Pihlajalinnan päivystysvastaanotot. Erikoislääkäreiden vastaanotot ovat myös käytettävissämme työterveyslääkärin arvion perusteella.

Ajantasaisista työsuhte-eduista voit lukea tarkemmin henkilöstöhallinnon ohjeita-kansiosta. Tietyn työskentelyajan jälkeen henkilökunta on oikeutettu saamaan mm. työsuhdematkaseteleitä sekä kulttuuri- ja liikuntaseteleitä. Matkasetelit saa haettua 3 kk välein neuvonnasta röntgenaulan viereiseltä tiskiltä.

## 7.8 Salassapito

Sairaalamaailmassa toiminnan keskeisiä peruseriaatteita ovat tietoturva ja tietosuoja. Tietoturvallisuudella tarkoitetaan kaikkien tietojen turvallista käsittelyä riippumatta missä muodossa ne esiintyvät. Salassa pidettäviä tietoja ovat mm. potilas- ja asiakastiedot, henkilötiedot sekä liikesalaisuudet. Ohjeita noudattamalla pyritään varmistamaan jokaisen oikeusturva sekä takaamaan Pihlajalinna-konsernille häiriötön ja turvallinen toiminta. Asiakirjojen, tietojen ja tietojärjestelmien käsittely- ja käyttöoikeudet annetaan vain salassapitosopimuksen allekirjoittaneille. Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus perustuu organisaation omiin määräyksiin ja ohjeisiin sekä lainsäädäntöön: Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/92, muutos 653/2000, 13 §) Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994, 17 §) Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta (621/99, 22-23 §) ja Henkilötietolaki (523/1999, 33 §). Salassa pidettävien tietojen selville ottaminen on luvallista vain työtehtäviä varten. Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus on ikuista ja koskee aikaa myös työskentelyn tai harjoittelujakson jälkeen.



Palveluvastaavien tehtävänä on henkilökunnan, ammatinharjoittajien sekä ulkoisten palveluntuottajien tietoturvallisuudesta huolehtiminen ja uhkien tunnistaminen. Esimiehen tulee valvoa alaisten tietoturvasuohjeisiin tutustumista sekä tietoturvallisuuden noudattamista. Kaikkien työntekijöiden tulee tutustua tietoturvasuohjeisiin, noudattaa niitä ja ilmoittaa mahdollisista riskeistä.

## 7.9 Anestesianuodot ja perehdytys

Meillä potilas pääsee vaikuttamaan anestesianuodon valintaan. Leikkauksia tehdään sekä puudutuksessa että yleisanestesiassa. Lasten anestesoissa toinen vanhemmista saa tulla leikkaussaliin mukaan siihen asti, kunnes lapsi on nukahtanut. Tarkempi perehdytys anestesiapuoleen annetaan suunnitellusti perehdytysohjelman mukaisesti perusperehdytyksen jälkeen.

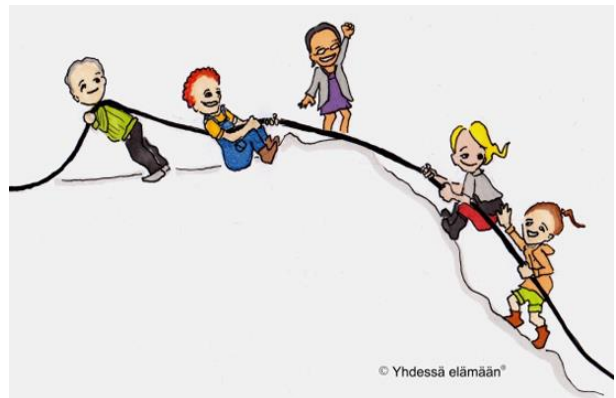
## 7.10 Instrumentaatio ja perehdytys

Leikkausasunnoista ja kirurgien tarvitsemista välineistä löytyy ohjekansio, josta voit perehtyä niihin tarkemmin. Instrumenttikorien sisällöistä löytyy myös omat kuvalliset ohjeet. Tarkempi perehdytys instrumenttipuoleen annetaan suunnitellusti perehdytysohjelman mukaisesti perusperehdytyksen jälkeen.

## 7.11 Työvuorot ja niiden pelisäännöt

Leikkausosastolla työskennellään arkisin klo 7-22. Pääsääntöisesti leikkaussaliin tulee aamulla klo 7 kaksi työntekijää ja loput salityöntekijöistä saapuvat klo 7.30-9. Iltapäivällä klo 17 asti työskentelee kaksi hoitajaa suunnitellusti. Leikkausten venymisen varalta meillä on käytössä ”Lissu”-lisätyöjärjestelmä, jossa viikoittain on kaksi työntekijää varalla jäämään ylitöihin tarvittaessa lisäkorvausta vastaan. Lissu-vuorot jaetaan vapaasti ja tasaisesti henkilökunnan kesken.

Heräämössä työskennellään kolmessa vuorossa klo 8-16, 11-19 ja 14-22.



Työtyytyväisyyteen pyritään vaikuttamaan työvuorolistan suunnittelulla. Täysi työaika on kolmessa viikossa 114 h 45 min. Työntekijät saavat laittaa kalenteriin merkintöjä mahdollisista työvuorotoiveistaan ja käytössä on myös lista työntekijöiden kestotoiveista. Toiveita pyritään kunnioittamaan mahdollisuuksien mukaan kuitenkin niin, että työnteko riittävin henkilöstöresurssein ja osaamisineen on turvattu. Työvuorolista julkaistaan viimeistään viikkoa ennen listan alkua. Työvuorojen vaihdoista on sovittava palveluvastaavan sekä koordinaattorin kanssa. Vapaista ja vuoronvaihdoista päättää palveluvastaava.

Työvuoromuutokset merkitään seinällä olevaan työvuorotaulukkoon ja jokainen huolehtii työvuoromerkinnöistä viimeistään 2 päivää listan päättymisen jälkeen myös työvuorovelhoon. Lissu-merkinnät tehdään erilliseen Lissu-kansioon jokainen omalle henkilökohtaiselle lomakkeelleen. Lisät maksetaan erillisen lisienmaksuaikataulun mukaisesti.

### Työvuorojen pelisäännöt:

- Työvuoro alkaa, kun ollaan työpisteessä ja loppuu, kun lähdetään työpisteestä.
- Työvuoron aikana on 20 min ruokatauko sekä yksi 10 min pituinen virkistystauko.
- **Toiveita saa antaa, mutta ensisijaisesti työvuorot suunnitellaan toiminnan mukaan.**
- Jos useampi työntekijä on poissa suunnitellusti, ei ylimääräisiä vapaita voida välttämättä suunnitella.
- Jos useampi vapaa- tai lyhennystoive osuu samalle päivälle, käyvät kyseiset henkilöt ensisijaisesti keskenään keskustelua vapaan tai lyhennyksen välttämättömyydestä.
- Ensisijaisesti max. 2 henkilöä vapaalla yhtä aikaa, huomioitava myös osaaminen.
- Pe-iltavuorot-listasta jokainen valikoi itselleen parhaiten sopivat väh. 2 iltaa. (Aina nämä eivät toteudu miehityksestä johtuen, mutta pyritään toteuttamaan.)
- 17-vuorolainen auttaa tarvittaessa heräämössä, jos salit loppuneet.
- Jos vaihdat 7- tai 17-vuoron tai Lissu-vuoron vapaaksi, niin huolehdi vastuullisesti itse jonkun tilallesi. Työvuorojen vaihdoista sovitaan aina palveluvastaavan kanssa, tieto myös koordinaattorille.
- Lissu varmistaa ennen kotiinlähtöä, että voi poistua niin salin kuin heräämönkin tilanteen puolesta.
- Säännölliset viikkokokoukset pyritään pitämään jokaisen viikon perjantaina
- **Laita työvuorotoiveet 3 viikkoa ennen listan alkua toivekirjaan.** Tämän jälkeen työvuorosunnittelija ei katso enää kalenterimerkintöjä. Jos tämän jälkeen tulee vielä toiveita, jotka pitäisi ottaa huomioon, niistä ilmoitus suoraan työvuorolistan tekijälle.
- Työvuorolista julkaistaan viimeistään viikkoa ennen listan alkua.
- Huolehdi toteutuneiden tuntien merkinnät seinälistaan sekä työvuorovelhoon.

## 8 TÄRKEITÄ ASIOITA LEIKKAUSOSASTOLLA TYÖSKENTELYSSÄ

Aseptiikalla tarkoitetaan työskentelytapaa, jolla pyritään **estämään kudosten tai steriilin materiaalin mikrobikontaminaatio**. Aseptiikka voidaan jakaa **puhdistukseen, desinfektioon, sterilointiin, aseptiseen työjärjestykseen sekä aseptiseen omatuntoon**. Puhdistus tarkoittaa näkyvän lian ja pölyn poistoa iholta, pinnoilta tai muusta ympäristöstä. Puhdistuksella saadaan poistettua suuri osa mikrobeista. Desinfektio taas tapahtuu puhdistuksen jälkeen, jolloin pyritään tuhoamaan tautia aiheuttavia mikrobeja. Aseptisessä työjärjestyksessä tärkein periaate on edetä puhtaasta likaiseen. Aseptinen omatunto tarkoittaa oman työnteon kriittistä tarkastelua sekä riittävää tietoa, jotta aseptiikka toteutuisi oikein. Leikkausosastolla **aseptiikan toteutumisen valvonta on yksi hoitohenkilökunnan tärkeimpiä tehtäviä, jolla pyritään takaamaan potilaalle mahdollisimman hyvä ja turvallinen hoito**.



### 8.1 Aseptinen työskentely

Infektioiden syntymistä pyritään välttämään oikeanlaisella käytöskulttuurilla leikkausosastolla. Hoitajien tärkeimpiä tehtäviä leikkausosastolla ovat infektioiden ehkäisy ja aseptisen tekniikan osaaminen. Leikkausosaston ilmanvaihdolla on tietynlaisia vaatimuksia, jolla pyritään takaamaan leikkausalueen puhtaus. Ilmanvaihto koostuu ilman suodatuksesta, anestesiakaasujen poistosta, ilman kosteuden ja lämmön säätelystä sekä erilaisista ilmavirtauksista. Ilmanvaihdon erityispiirteet ovat leikkausosastollamme huomioitu. Suositeltava salin lämpötila on 19 - 26 asteen välillä ja kosteusprosentti 40-55 välillä. Leikkaussalissa on yleensä ylipaine muihin tiloihin nähden. **Turhaa salin ovien availua tulisikin välttää**, sen salissa aikaansaamien ilmavirran pyörteiden vuoksi. Erilaisten ilmanvaihtotekniikoiden käytöllä leikkaussalissa on hyvin pieni merkitys infektioiden synnylle. Ihmiset ja heidän liikkeet ovat suurin syy ilman bakteerien määrälle. **Kaikkea turhaa liikennöintiä leikkausosastolle pyritään välttämään ja leikkaussaleissa ei saisi olla ylimääräisiä henkilöitä. Leikkaussalien ovia ei myöskään pidä jättää auki**. Leikkauksen aikana leikkaussalin liikenne pyritään pitämään mahdollisimman pienenä. Kaikki leikkauksessa tarvittavat välineet pyritään varaan saliin tai sen lähetyville, jotta ne ovat helposti käyttöönotettavissa ja voidaan välttää turhaa liikennöintiä. Instrumentaatio pidetään steriilinä ja avataan vasta leikkaussalissa. Leikkaussalien suunnittelussa tulisi huomioida myös, että leikkaussalit ovat riittävän kokoisia.

Leikkaukset voidaan jakaa puhtausluokkiin 1. puhdas, 2. puhdas/kontaminoitunut, 3.kontaminoitunut ja 4. Likainen. Puhtausluokka kuvaa sen hetkistä infektioriskiä. Leikkaussuunnittelussa kiinnitetään huomioita aseptiseen toimintaa potilaiden sijoittelun suhteen. Puhtaimmat leikkaukset tehdään päivän ensimmäisinä ja viimeisinä likaisempien/ infektoituneiden alueiden leikkaukset.

## 8.2 Hyvä käsihygienia

**Infektioiden leviäminen pyritään estämään tehokkaalla käsihygienialla.** Hyvää käsihygieniaa pidetään jopa tehokkaimpana tapana ehkäistä infektiota. Syyt käsihygienian toteutumattomuuteen ovat usein kiire, asenteet ja käsidesinfektioiden puuttumiset tai huono sijainti. Kädet onkin hyvä pestä leikkausosastolle saavuttaessa. Puutteellinen käsihygienia saattaa aiheuttaa vakavia infektioita. **Käsien desinfektio tehdään sekä ennen jokaista potilaskontaktia että sen jälkeen.**



Käsien desinfektio (THL 2005).

Tarvittaessa käytetään suojakäsineitä, mutta muistetaan käyttää käsihuuhdetta ennen ja jälkeen suojakäsineiden pukemisen. Hyvä käsihygienian toteuttaminen ei ole pelkästään potilaan suojaamista, vaan myös työntekijän itsensä suojaamista infektioilta. (Liite 2.) Steriilejä leikkauskäsineitä käytetään leikkauksissa sekä 24 tuntia vanhoja leikkaushaavoja hoidettaessa. Muussa tapauksessa käytetään tehdaspuhtaita käsineitä, kun kosketetaan verta, eritteitä, limakalvoja tai rikkiäistä ihoa sekä kosketuseristettyä potilasta hoidettaessa. **Käsineet ovat aina kertakäyttöisiä.**

### Kirurginen käsien desinfektio:

- Tarkoituksena on leikkausalueen infektioiden estäminen, **väliaikainen mikrobiston poisto käsien iholta.**
- **Ennen leikkauksia ja kirurgisia toimenpiteitä**
- **Pelkkä kirurginen desinfektio riittää!** Saippuapesu vähentää käsien rasvaisuutta, kuivattaa käsiä ja pelkän desinfektion jälkeen kädet tutkitusti paremmassa kunnossa. Käsien oma rasva suojaa bakteereilta ja sieniltä. Saippuapesu kasvattaa tilapäisesti käsien pintakerroksen vesipitoisuutta, jolloin pesun jälkeinen desinfektio heikompi. **Kädet pestään vain, jos ne likaiset, tahriintuneet tai jos hanskat ovat rikkoutuneet sekä leikkausosastolle tultaessa.**
- Kynsienaluset voi puhdistaa päivän ensimmäisen desinfektioyhteydessä tikulla tai harjalla, mikäli kynsien aluset likaiset. Muuten harjaa tulee välttää, koska se vahingoittaa ihoa.
- **Desinfektioainetta telineestä/pullosta toistuvasti 7-9 kertaa keskimäärin yhteensä 15ml.** Ensimmäisellä kerralla ainetta hierotaan kämmenistä kyynärtaipeisiin saakka, seuraavaksi aluetta pienentäen ja lopulta kahdella viimeisellä kerralla vain kämmenalueeseen keskittyen. Kämmeniä hierotaan vastakkain ja erityishuomio sormenpäihin, sormenväleihin, käsien selkä- ja kämmen puoleen. Käsiä hierotaan yhteen sormet koukistettuina ja muistetaan hieroa molemmat peukalot erikseen.
- Käsien hieromista jatketaan kunnes kädet ovat kuivuneet, kuitenkin **vähintään 3min.**

**Video** kirurginen käsidesinfektio: [http://www.terveysportti.fi/kotisivut/sivut.koti?p\\_sivusto=640&p\\_navi=125229&p\\_sivu=94563](http://www.terveysportti.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=640&p_navi=125229&p_sivu=94563)

### 8.3 Eristys- ja varotoimileikkaukset

Eristysleikkaukset vaativat tavallisia varotoimia enemmän järjestelyjä. Tärkeää on **informoida kaikkia potilaan kanssa työskenteleviä**, jotta voidaan välttää infektion leviäminen henkilökuntaan, muihin potilaisiin ja ympäristöön.

**Kosketuseristyksessä** noudatetaan **hyvää käsihygieniaa** ja ihokosketuksessa käytetään aina **käsineitä**. Hoitava henkilökunta pukeutuu **läihoidossa suojaessuihin**. Leikkaustiimi pukeutuu kuten muihinkin leikkauksiin. Mikäli kosketustartunnan lisäksi myös **pisaratartunta**, käytetään hoidettaessa myös **suu-näsuojusta**. Anestesiakoneessa käytetään **potilaskohtaisia letkuja sekä suodatinta**. Liikenne leikkaussaliin pyritään pitämään minimissään. Heräämöstä pyritään eristämään potilaalle oma nurkkaus. Leikkaussalin siivous tehdään hyvin, kosketuspinnat tulee puhdistaa ja desinfioida huolella. Kosketuseristyksiä ovat **mm. MRSA, VRE, ESBL ja moniresistenssien mikrobien aiheuttamat infektiot.**

**Verivarotoimileikkauksissa** pyritään minimoimaan riski veritartuntavaaraan. Leikkausryhmä huolehtii **hyvästä käsihygieniasta**, pukeutuu leikkaukseen muuten normaalista, mutta myös **silmät tulee suojata roiskeilta**. Pisto- ja viiltotapaturmat voidaan yrittää estää sijoittamalla leikkaus alkupäähän päivää, jolloin leikkausryhmä virkeänä. Viiltävien instrumenttien kanssa voidaan sopia, että kirurgi ottaa ne itse pöydältä. Anestesiakoneessa käytetään **potilaskohtaisia letkuja ja suodatinta**.

## 9 TÄRKEITÄ YHTEYSTIETOJA

Ylilääkäri xxxx xxxx puh. xxx-xxx xxxx

Palvelupäällikkö xxx xxxx puh. xxx-xxx xxxx

Palveluvastaava puh. xxx-xxx xxxx

Koordinaattori puh. xxx-xxx xxxx

Palkanlaskijaan yhteydenotot ensisijaisesti palveluvastaavan kautta

Luottamusmies xxx xxxx

Työterveyshuoltomme sijaitsee Dextra Munkkivuoressa

Työterveyshoitaja xxx xxxxx (puhelut keskuksen kautta),

Työterveyslääkäri xxx xxxx,

Työterveyslääkäri xxx xxxx,

## LÄHTEET

Al-Benna, S. 2012. Infection control in operating theatres. Journal of Perioperative Practice 22 (10), 318-322

AORN, 2009. Perioperative standards and recommended practices. USA: AORN publications.

Dextra intranet

Dextra sairaalat, <https://www.dextra.fi/fi/Toimipisteet/Sairaalat> (Luettu 27.7.16)

HUS ohjeistus 2012, Kirurginen käsien pesu ja desinfektio. Infektiosairauksien klinikka. [http://www.hus.fi/ammattilaiselle/hoitoohjeet/infektioidentorjuntaohjeet/Documents/2.2\\_Kirurgi-nen\\_kasienpesu\\_ja\\_desinfektio.pdf](http://www.hus.fi/ammattilaiselle/hoitoohjeet/infektioidentorjuntaohjeet/Documents/2.2_Kirurgi-nen_kasienpesu_ja_desinfektio.pdf) (Luettu 19.6.16)

Kanerva, M. & Tenhunen, E. 2012. Haavainfektio ja sairaalahygieeniset näkökohdat. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (Toim.) Haavahoidon periaatteet. Helsinki: SanomaPro Oy.

Karhumäki, E & Jonsson, A & Saros, M. 2016. Mikrobit hoitotyön haasteena. Helsinki: Edita Publishing Oy.

L 532/1999, Henkilötietolaki.

L 559/1994, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.

L 621/1999, Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta.

L 758/1992 (muutos 635/2000), Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

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

Pihlajalinna tietoa meistä, <http://www.pihlajalinna.fi/fi/Tietoa-meista> (Luettu 27.7.16)

Rantala, A. 2010. Leikkaussalin ilmastointi. Teoksessa: Anttila, V-J. & Hellsten, S. & Rantala, A. & Routamaa, M. & Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Rantala, A. & Anttila, V-J & Teirilä, I. 2010. Teoksessa: Anttila, V-J. & Hellsten, S. & Rantala, A. & Routamaa, M. & Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Ratia, M. & Routamaa, M. 2010. Henkilöhygieniä. Teoksessa: Anttila, V-J. & Hellsten, S. & Rantala, A. & Routamaa, M. & Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Rintala, E. & Laurikainen, E. & Kaarto, A-M. & Routamaa, M. 2014. Käsien desinfektiossa on parantamisen varaa leikkausosastoilla. Suomen Lääkärilehti 21/2014 vsk 69. (s. 1555-1559)

Rintala, E & Routamaa, M. 2013. Hyvä käsihygieniä sairaalassa- suositus vai velvollisuus? Suomen lääkäri-lehti 15/2013 (1120-1121)

Routamaa, M. & Ratia, M. 2010 Työ- ja suojavaatetus sekä suojaimet. Teoksessa: Anttila, V-J. & Hellsten, S. & Rantala, A. & Routamaa, M. & Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Syrjälä, H. & Teirilä, I. 2010. Käsihygieniä. Teoksessa: Anttila, V-J. & Hellsten, S. & Rantala, A. & Routamaa, M. & Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

TAYS ohjeet, Aseptinen toiminta leikkaussalissa. [http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Sairaalahygieniaohjeisto/Aseptiikka\\_hoitotoimenpiteissa/Aseptinen\\_toiminta\\_leikkaussalissa\(53455\)](http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Sairaalahygieniaohjeisto/Aseptiikka_hoitotoimenpiteissa/Aseptinen_toiminta_leikkaussalissa(53455)) (Luettu 22.5.2016)

Terveyspalvelualan työehtosopimus 1.3.2014- 31.1.2017. [http://www.ystea.fi/files/2014/teks-tit2014/\\_images\\_tptes.PDF](http://www.ystea.fi/files/2014/teks-tit2014/_images_tptes.PDF)

THL 2005, Käsihygieniaa terveydenhuoltoon. <http://www.thl.fi/attachments/infektioaudit/siro/sirokasi-hygienia-1.ppt2005.ppt> (Luettu 27.7.16)

THL käsihygienian 5 muistisääntöä [https://www.thl.fi/documents/533963/1873329/kasihygieniajulistet\\_A3\\_2\\_vihrea.pdf/3906841f-3c9d-46c5-9192-515ae9ebdefe](https://www.thl.fi/documents/533963/1873329/kasihygieniajulistet_A3_2_vihrea.pdf/3906841f-3c9d-46c5-9192-515ae9ebdefe) (Luettu 13.6.2016), Liite 2

Video kirurginen käsisidesinfektio [http://www.terveysportti.fi/kotisivut/sivut.koti?p\\_sivusto=640&p\\_navi=125229&p\\_sivu=94563](http://www.terveysportti.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=640&p_navi=125229&p_sivu=94563)  
(Luettu 13.6.2016)

Viitamäki, R. 1996. Päiväkirurginen hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

#### Kuvat:

Dextra-kuva, Mari Manninen 2016

Leikkausosaston kuvat, Mari Manninen 2016

”Aseptiikka leikkasosastolla”-kuva, <https://twitter.com/surgicalcaps/status/222573315271835648> (Luettu 10/2015)

Kartta, <https://www.fonecta.fi/kartat/Raumantie,%20HEL-SINKI?lon=24.88297363488486&lat=60.20507467549713&z=15> (Luettu 19.6.16)

”Vaatus”-kuva, <http://www.docjokes.com/i/or-today-nurse-humor-what-to-wear.html> (luettu 10/2015)

”Salassapito”-kuva, <https://www.mogicons.com/en/stickers/emoticons/keeping-secret-253/> (luettu 10/2015)

”sairauspoissolot”-kuva, <http://www.saunalahti.fi/-hannali/blackhooded/newpage23.htm> (luettu 10/2015)

”pelisäännöt”-kuva, [http://www.yhdessaelamaan.fi/?page\\_id=23](http://www.yhdessaelamaan.fi/?page_id=23) (luettu 10/2015)

”Ole sellainen hoitaja, jonka kanssa haluaisit itse tehdä töitä”-kuva, [www.sairashuone.fi](http://www.sairashuone.fi) (Luettu 10/2015)

#### Liitteet:

##### Liite 1

Tenhunen, E. 2015. Leikkaustiimin tarkistuslista.

##### Liite 2

THL, Viisi muistisääntöä hyvään käsihygieniaan.

##### Liite 3

Laine, M. 2012. Pihlajalinna Dextra Munkkivuori perehdytysuunnitelma

Liite 1.



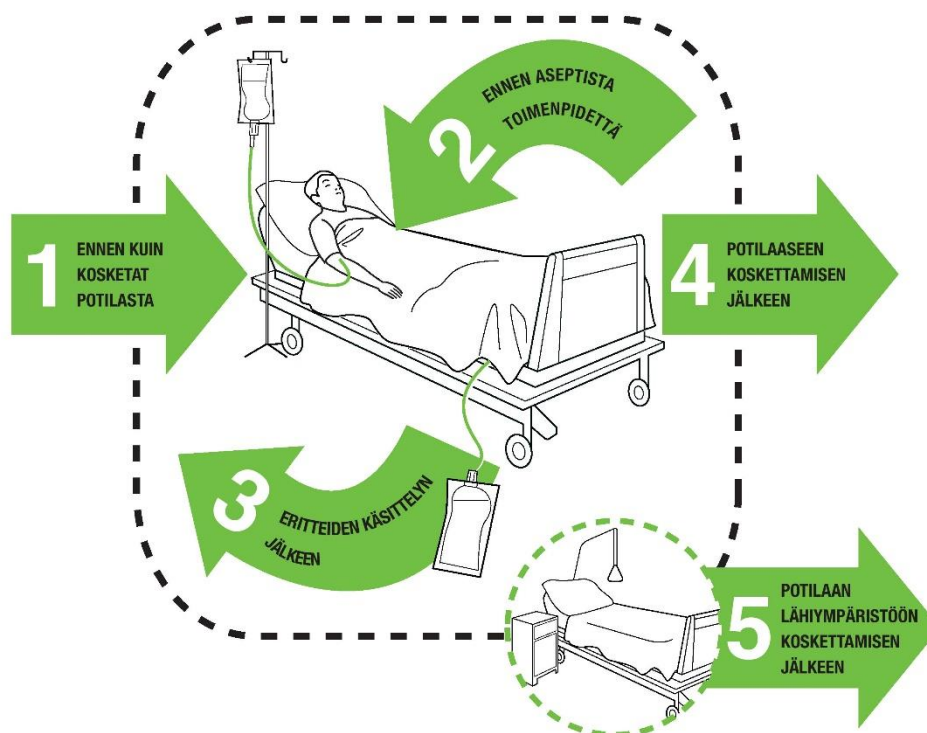
## Leikkaustiimin tarkistuslista potilastarra:

Ennen anestesian aloitusta	Ennen viiltoa	Ennen leikkaussalista poistumista
<b>Anestesiahoitaja :</b> <input type="checkbox"/> Anestesiavälineistö tarkistettu ja kunnossa. <input type="checkbox"/> Antibioottiprofylaksia varattu kirurgin määräyksen mukaan.	<b>Instrumentti- ja valvovahoitaja:</b> <input type="checkbox"/> Välineistö saatavilla ja steriliteetti varmistettu. <input type="checkbox"/> Nimet ja tehtävät tiedossa. <input type="checkbox"/> Potilas suojattu läpivalaisussa	<b>Ennen haavan sulkua</b>
<b>Potilas saapuu salin, hoitajat varmistavat :</b> <input type="checkbox"/> Potilaan nimi ja henkilötunnus <input type="checkbox"/> Toimenpide ja puoli <input type="checkbox"/> Mahd vierasesineet <input type="checkbox"/> Allergiat	<b>Kirurgi saapuu saliin ja varmistaa</b> <input type="checkbox"/> Potilaan nimi ja henkilötunnus <input type="checkbox"/> Toimenpide ja puoli - täsmällinen leikkauksen kohde	<b>Passari ja instrumentti hoitaja</b> <input type="checkbox"/> Instrumentit, taitokset ja neulat laskettu ja täsmäävät <input type="checkbox"/> Näytteet - identifioitu ja kirjattu ylös
<b>Anestesiälääkäri tarkistaa</b> <b>Varmistaa yllä olevat tiedot</b>	<b>AIKALISÄ</b> <b>Koko tiimi käy läpi lyhyesti leikkauksen</b>	<b>Hoitaja varmistaa leikkauksen lopussa</b>
<input type="checkbox"/> Anestesiavalmius vahvistettu - ASA - sairaudet - allergiat - lääkitys - veren hyytymiseen vaikuttavat lääkkeet - lab tutkimukset - sopivat kipulääkkeet <input type="checkbox"/> Valvontamonitortit kytketty <input type="checkbox"/> Onko hengitysongelmia odotettavissa. - Tarv välineet saatavilla	<input type="checkbox"/> Kirurgisesti huomioitavaa <input type="checkbox"/> rutiinista poikkeava suunnitelma - leikkauksen kesto - verenvuoto - Antibioottiprofylaksia annettu/ ei tarvita <input type="checkbox"/> Anestesiologisesti huomioitavaa <input type="checkbox"/> Onko välineistö riittävä, varataanko jotain erityisen-instrumentteja tai materiaalia saataville	<input type="checkbox"/> Diagnoosi, toimenpide ja koodit kirjattu <input type="checkbox"/> Paikallispuudutteen määrä ilmoitettu <input type="checkbox"/> Jatkohoito-ohjeet / huomioitavaa - Postoperatiivinen lääkitys - Mahdollinen antibioottihoito - Mahdollinen tromboosiprofylaksia



# Viisi muistisääntöä hyvään KÄSIHYGIENIAAN

Design: mandafragila network



<b>1 ENNEN KUIN KOSKETAT POTILASTA</b>	<b>MILLOIN?</b> Desinfioi kätesi ennen kuin kosketat potilasta. <b>MIKSI?</b> Estät mikrobien siirtymisen omista käsistäsä potilaaseen.
<b>2 ENNEN ASEPTISTA TOIMENPIDETTÄ</b>	<b>MILLOIN?</b> Desinfioi kätesi juuri ennen aseptista toimenpidettä. <b>MIKSI?</b> Suojaat potilasta myös hänen omilta mikrobeiltaan.
<b>3 ERITTEIDEN KÄSITTELYN JÄLKEEN</b>	<b>MILLOIN?</b> Desinfioi kätesi aina, kun olet käsitellyt eritteitä ja aina suojakäsineiden riisumisen jälkeen. <b>MIKSI?</b> Estät mikrobien siirtymisen potilaasta itseesi ja ympäristöön.
<b>4 POTILAASEEN KOSKETTAMISEN JÄLKEEN</b>	<b>MILLOIN?</b> Desinfioi kätesi, kun olet koskettanut potilasta tai hänen lähiympäristöään. <b>MIKSI?</b> Estät mikrobien siirtymisen potilaasta itseesi ja ympäristöön.
<b>5 POTILAAN LÄHIYMPÄRISTÖÖN KOSKETTAMISEN JÄLKEEN</b>	<b>MILLOIN?</b> Desinfioi kätesi, kun olet koskettanut jotain potilaan lähiympäristössä sijaitsevaa esinettä tai huonekalua, silloinkin, kun et ole koskettanut potilasta. <b>MIKSI?</b> Estät mikrobien siirtymisen potilaasta itseesi ja ympäristöön.




TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

Maailman terveysjärjestö (WHO) vastaa tässä julkistuksessa esitettyjen tietojen oikeellisuudesta. WHO ei ole kuitenkaan vastuussa siitä, miten julkisteita jaetaan. Vastuu sisällön tulkinnasta on ainoastaan lukijalla. WHO ei missään tapauksessa ole korvauksellinen materiaalin käytöstä aiheutuvien vahinkojen. Juliste "Viisi muistisääntöä hyvään käsihygieniaan / Desinfioi kätesi, pysäytä moniresistenttien mikrobien leviäminen" on suomenkielinen WHO:n luvalla, ja se perustuu alkuperäiseen "It takes 5 Moments to change the world/Clean your hands, stop the spread of drug-resistant germs!"

Liite 3. Perehdytysuunnitelma (Laine, M 2012. Perehdytysuunnitelma, Pihjalalinna Dextra Munkkivuori)



## Liite 3

					
PEREHDYTYSSUUNNITELMA					
Työntekijän nimi:					
Työyksikkö/tehtävä:					
Työn aloitus:					
Nimetty perehdyttäjä:					
	Aika	Vastuhenkilö	Päivämäärä	Perehtyjän allekirjoitus	Esimiehen allekirjoitus
1. Palvelussuhde- ja henkilöstöasiat	Ennen	Palvelupäällikkö			
• Työsopimus	”	”			
- henkilötietolomake, verokortti, salassapitolomake	”	”			
• Työehtosopimusasiat	”	”			
- palkkaus, irtisanoutuminen, koeaika	”	”			
• Henkilöstöedut	”	”			
• Organisaation esittely: arvot, visio ja missio	”	”			
• Työaika, työajanseuranta, työvuoro-suunnittelu	1.päivä	Palveluvas- taava/ lähiesimies			
• Sijaisten käyttö	”	”			
• Varhaisen tuen malli	”	”			
• Sairauspoissaolokäytäntö	”	”			
• Työhöntulotarkastus, työterveys- huolto	”	”			
• Kokouskäytännöt	”	”			
• Kehityskeskustelut	”	”			
• Lomat ja niiden määräytyminen	”	”			
• Tietoturvaohjeistukset	”	”			

## Liite 3

• Luottamusmies ja työsuojeluvaltuutettu	”	”			
2. Yleiset asiat	1.päivä	Palveluvastaava/ lähiesimies			
• Toimintaan ja tiloihin tutustuminen	”	”			
• ATK-asiat	”	”			
- tunnukset	”	”			
- potilastietojärjestelmä, sähköposti	”	”			
- IT-tuki	”	”			
• Avaimet, pukeutumistilat, työvaatteet	”	”			
• Valokuvaus toimintajärjestelmään	”	”			
• Toimintajärjestelmä	1.- 30.päivä	Palveluvastaava tai lähiesimies /perehdyttäjä			
• Henkilöstöön tutustuminen	1.- 7.päivä	Palveluvastaava tai lähiesimies /perehdyttäjä			
• Työpaikkaruokailu	”	Nimetty perehdyttäjä			
• Viestintä	”	”			
- postin kulku ja sähköposti	”	”			
- puhelinliikenne ja fax	”	”			
3. Turvallisuusohjeet	2.- 8.päivä	Nimetty perehdyttäjä			
• palo- ja pelastussuunnitelma	”	”			
• miracall- hälytysjärjestelmä	”	”			
• yksikkökohtainen evakuointiohje	”	”			

## Liite 3

4. Yksikkökohtainen tehtävään perehtyminen	1.- 30.päivä	Nimetty perehdyttäjä			
Kts. ko. yksikön työnopastus-lomake	”	”			
• Yksikön toiminta ja pelisäännöt	”	”			
• Jätehuolto ja ympäristöasiat	”	”			
• Varastot	”	”			
• Viestintä	”	”			
- puhelin, fax, posti	”	”			
- LYNC -ohjelma	”	”			
• Vastuualueet	”	”			
ALKUKESKUSTELU: käydään läpi perehdyttämisuunnitelma ja tavoitteet, perehdyttäjän esittely	1.päivä	Palveluvastaava/ lähiesimies			
VÄLIKESKUSTELU: käydään läpi tavoitteet ja asetetaan lisätavoitteet perehtymiselle	”	”			
PALAUTEKESKUSTELU: käydään perehdyttämisuunnitelma läpi ja miten perehdytys toteutunut sekä sovitaan mahdollisesta lisä perehdyttämistarpeesta. Samalla uusi työntekijä/opiskelija antaa palautetta perehdytystä koskien	”	”			

## Liite 3

Olen saanut perehdytyksen :					
Pvm:					
Allekirjoitus:					

