

---

**HOITOTYÖN EETTISTEN ARVOJEN JA PERIAATTEI-  
DEN TOTEUTUMINEN LEIKKAUS- JA ANESTESIA-  
OSASTOLLA**



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna, 30.1.2012

Niina Kaunisto

Heli Laakso



Hämeen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma

---

<b>Tekijät</b>	Kaunisto Niina, Laakso Heli	<b>Vuosi</b> 2012
<b>Työn nimi</b>	Hoitotyön eettisten arvojen ja periaatteiden toteutuminen leikkaus- ja anestesiaosastolla	

---

## TIIVISTELMÄ

Työn tavoitteena oli edistää leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitajien eettistä tietoisuutta sekä potilaiden eettistä kohtaamista ja hyvää hoitoa. Työn tarkoituksena olikin kartoittaa hoitotyön eettisten arvojen ja periaatteiden toteutumista leikkaus- ja anestesiaosastolla.

Teoriaosuudessa käsitellään hoitotyön etiikkaa, perioperatiivista hoitotyötä ja leikkaus- ja anestesiaosastoa työympäristönä. Kyselylomake tehtiin Webropol-kyselynä, joka jaettiin sähköpostitse keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitajille. Kyseessä oli määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus, jonka aineisto analysoitiin tilastollisella analyysillä ja avoimissa kysymyksissä käytettiin sisällön analyysiä. Kysely lähetettiin 63 sairaanhoitajalle ja vastauksia saimme 15 kappaletta. Vastausprosentiksi tuli 24 prosenttia.

Potilaan eettisesti hyvää hoitoa edistäviksi asioiksi nousi ihmisarvon, potilaan yksityisyyden sekä yksilöllisyyden kunnioittaminen. Lisäksi myös potilaan itsemääräämisoikeuden sekä pelkojen, huolien ja kipujen hoito olivat potilaan eettisesti hyvää hoitoa edistäviä asioita. Potilaan riittävä tiedonsaanti ja oikeus osallistua omaan hoitoonsa sekä lisävaurioiden syntymisen ehkäisemisestä huolehtiminen edistivät myös potilaan eettisesti hyvää hoitoa. Potilaan eettisesti hyvää hoitoa estäviksi asioiksi nousi potilaiden epätasa-arvoinen kohtelu, liian lyhyt aika tutustua potilasasiakirjoihin ja kirjaamisen ja raportoinnin hankaluudet. Turvallisuuteen liittyen eettisesti hyvää hoitoa edistäviksi asioiksi nousivat leikkausasennon huolellinen laittaminen, turvalliset potilassiirrot ja lääkkeiden vaikutusten tunteminen. Lisäksi potilasta ei jätetty leikkaussalissa juuri koskaan yksin. Eettisesti hyvää hoitoa estäviksi asioiksi turvallisuuteen liittyen nousivat hoitajien riittämätön perehdytys laitteiden käyttöön sekä heidän tietämättömytensä lääkkeiden haittavaikutuksista.

**Avainsanat** Hoitotyön etiikka, intraoperatiivinen hoitotyö, instrumentoitu sairaanhoitaja, anestesiaosasto.

**Sivut** 31 s. + liitteet 18 s.

HAMK University of Applied Sciences  
Degree programme in nursing  
Nursing

---

**Authors** Kaunisto Niina, Laakso Heli **Year** 2012

**Subject of Bachelor's thesis** Ethical Awareness, Ethical Patient Relationship, and Good Care among the Nurses in the Operating and Anesthesia unit.

---

**ABSTRACT**

The goal of the study was to improve ethical awareness, ethical patient relationship, and good care among the nurses in the operating and anesthesia unit. The aim was to survey how values and principles came true at the operating and anesthesia unit.

In the theoretical section of the study, the ethics of nursing, perioperative nursing, and the operating and anesthesia unit as a work environment were discussed. The survey was conducted as a Webropol internet survey, which was distributed via email to the nurses in the operating and anesthesia unit of the Central Hospital. The survey was a quantitative study, and the data was analyzed by statistical analysis. The open questions were analyzed by content analysis. The reply rate was 24 per cent.

The practices that were found to improve good ethical care of the patient were respecting the human value, privacy, and the individuality of the patient. In addition, caring for the autonomy and treating the fears, worries, and pains of the patient improved good ethical care. Providing the patient with sufficient information and giving them the right to participate in their own care, and preventing additional injuries also promoted good ethical care. The things that were found to prevent the good ethical care of the patient were unequal treatment of patients, too little time spent in inspecting patient information, and problems in registering and reporting patient information. Concerning safety, the practices promoting good ethical care were careful preparation of the patients' position for operation, safe moving of patients, and knowledge on the effects of medication. In addition, the patient was almost never left alone in the operating theatre. Concerning safety, the practices found to hinder good ethical care were insufficient training of nurses in equipment use, and ignorance of ill-effects of medication.

**Keywords** Ethic of nursing, intraoperative nursing, instrument nurse, anesthetic nurse.

**Pages** 31 p. + appendices 18 p.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	1
2	HOITOTYÖN ETIIKKA .....	2
2.1	Hoitotyön etiikan historiaa .....	2
2.2	Arvot ja periaatteet .....	3
2.3	Potilaan asema ja oikeudet .....	4
3	PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ .....	5
3.1	Perioperatiivisen hoitoprosessin vaiheet .....	6
3.2	Sairaanhoitajan toimenkuvat leikkaus- ja anestesiaosastolla .....	7
3.2.1	Anestesiasairaanhoitaja .....	7
3.2.2	Instrumentoiva sairaanhoitaja .....	8
3.2.3	Valvova sairaanhoitaja .....	8
3.3	Eettiset arvot ja periaatteet perioperatiivisessa hoitotyössä .....	9
3.3.1	Perioperatiivisen hoitotyön arvot .....	9
3.3.2	Perioperatiivisen hoitotyön periaatteet .....	11
4	LEIKKAUS- JA ANESTESIAOSASTO TYÖYMPÄRISTÖNÄ .....	12
4.1	Kanta-Hämeen keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto .....	12
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	13
5.1	Opinnäytetyön tarkoitus .....	13
5.2	Tutkimuskysymykset .....	13
6	TUTKIMUSMENETELMÄ .....	13
6.1	Määrällinen tutkimus .....	13
6.2	Kysely tiedonkeruumenetelmänä .....	14
6.3	Aineiston keruu .....	16
6.4	Analysointimenetelmä .....	16
7	TULOKSET .....	16
8	POHDINTA .....	21
8.1	Tulosten ja tuotosten tarkastelu .....	21
8.1.1	Hoitotyön arvojen toteutuminen leikkaus- ja anestesiaosastolla .....	21
8.1.2	Hoitotyön periaatteiden toteutuminen leikkaus- ja anestesiaosastolla ..	24
8.2	Kyselyn eettisyys ja luotettavuus .....	26
	LÄHTEET .....	28
Liite 1	Sairaanhoitajan eettiset ohjeet	
Liite 2	ICN:n eettiset ohjeet	
Liite 3	ETENE:n laatimat terveydenhuollon eettiset periaatteet	
Liite 4	Saatekirje	
Liite 5	Kyselylomake	

## 1 JOHDANTO

Leikkaus- ja anestesiaosasto on yksikkö, jolla tuloksellisuus ja taloudellisuus ovat keskeisessä roolissa koko sen toiminnassa. Leikkaussaliaika on kallista ja leikkauksien kestoa pyritään koko ajan minimoimaan ja tehostamaan. Halusimme työllämme pysäyttää hetkeksi osaston henkilökuntaa pohtimaan myös hoitotyön eettistä puolta ja mahdollisia ongelmia heidän työssään.

Jokainen hoitotyöntekijä on varmasti joskus pohtinut tai ratkaissut ongelmatilanteita, joissa hoitotyön etiikka on ollut läsnä. Näitä tilanteita tulee päivittäin, eivätkä ne ole koskaan helppoja ratkaistavia. Jonkun toisen päätös saattaa olla hänen mielestään eettisesti oikein kun taas toinen olisi ratkaissut asian aivan eri tavalla. Eettinen tietoisuus ja eettistä hoitotyötä ohjaavien arvojen ja lakien tunteminen auttavat hoitajaa selviytymään näistä niin arkipäiväisistä kuin välillä suuremmistakin eettisistä ongelmista työssään.

Leikkaus- ja anestesiaosasto luo ympäristönä jo aivan uudenlaisia haasteita hoitotyön etiikalle. Hoitoajat ovat lyhyitä ja koko aika pyritään käyttämään mahdollisimman tehokkaasti ja nopeasti. Myös potilaan henkilökohtaista tilaa rikotaan melko rajusti, koska toimitaan hyvin lähekkäin ja potilaan eri ruumiinosia joudutaan usein paljastamaan leikkauksen aikana. Lisäksi potilaat ovat usein esilääkittyjä ja ajoittain hyvinkin sekavia.

Työmme tarkoituksena onkin kartoittaa hoitotyön eettisten arvojen ja periaatteiden toteutumista leikkaus- ja anestesiaosastolla. Työmme tavoitteena puolestaan on edistää leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitajien eettistä tietoisuutta sekä potilaiden eettistä kohtaamista ja hyvää hoitoa.

Yhteistyömme aloitimme keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston osastonhoitajan kanssa keväällä 2010, jolloin saimme opinnäytetyöllemme hoitotyön etiikan näkökulman. Työmme tekemisen aikana osastonhoitaja vaihtui, mutta yhteistyö jatkui siitä huolimatta sujuvana.

## 2 HOITOTYÖN ETIIKKA

Sana ”etiikka” juontaa juurensa kreikan sanasta *ethos* ja sana ”moraali” tulee latinan sanasta *mos*. Molemmat tarkoittavat tapaa, henkeä, tottumuksia, perinnettä ja luonnetta. Näin ollen etiikassa on kyse ihmisten ja sosiaalisen yhteisön teoista ja toiminnasta. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 36.) Leino-Kilven ja Välimäen (2008, 23) mukaan hoitotyön etiikassa on taas kyse hyvän ja pahan sekä oikean ja väärän kysymyksistä osana ammatillista hoitotyötä.

### 2.1 Hoitotyön etiikan historiaa

Eri aikoina hoitotyön eettiset vaatimukset ovat näyttäneet erilaisilta, mutta etiikka on aina ollut hyvin tärkeässä roolissa hoitotyössä ja sairaanhoitajan työssä. Perustana on aina ollut antaa sairaanhoitajan huolenpitoa tarvitseville hyvää hoitoa. Kehitys voidaan jakaa karkeasti aikaan ennen Florence Nightingalea ja aikaan hänen jälkeensä. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 9, 70.)

Aina on ollut jonkinlaista hoitotyötä, apua tarvitsevien hoivaamista ja sairauden parantamista kaikissa kulttuureissa. Länsimaisessa kulttuurissa juuret ovat Antiikin Kreikassa, jolloin oli jo terveydenhoidon temppeleitä. Organisoituna toimintana hoitotyö kehittyi vasta kristinuskon ja luostarilaitoksen myötä. Tällöin hoitotyötä pidettiin Jumalalta saatuna tehtävänä, ja sairaanhoitajat työskentelivät seitsemänä päivänä viikossa luopuen yksityiselämästään ja omista tarpeistaan. Lisäksi palkka oli vain sivuseikka. Tätä aikaa kutsuttiin sairaanhoitajan ammatin esihistoriaksi. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 71–72.)

Florence Nightingalea pidetään hoitotyön ja sairaanhoitajan ammatin perustajana. Hän itse hoiti Krimin sodan aikaan haavoittuneita ja sairaita. Myöhemmin hän on perustanut ensimmäisen varsinaisen sairaanhoitajakoulun Englantiin ja itse julkaissut siellä käytetyn oppikirjan. Tämän jälkeen sairaanhoitajakouluja alettiin perustaa myös Yhdysvalloissa, Ruotsissa ja Suomessa. Tällöin keskeisiä arvoja hoitotyössä oli rakkauden työ, kuuliaisuus, kuri, moitteeton pukeutuminen, puhtaus, arvokas käyttäytyminen ja lääkärin auktoriteetin kunnioittaminen. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 72–75.)

Maallisempi hoitotyön etiikka alkoi kehittyä oikeastaan vasta toisen maailmansodan ja seuraavien vuosikymmenten aikana. Tällöin henkilöstöpula ja muiden voimavarojen puute oli yleistä. Tämä johti siihen, että painotettiin lähinnä tehokkuutta ja tuottavuutta. Toisen maailmansodan jälkeen kansainvälinen sairaanhoitajaliitto ICN laati ensimmäiset eettiset ohjeet sairaanhoitajille (1953), joita sitten myöhemmin uudistettiin vuonna 1973. Hoitotyön etiikka sai tällöin uuden muodon. Päämääränä oli tuottaa väestö- ja ryhmätasolla mahdollisimman paljon hyötyä ilman erityistä huomiota yksilöihin. Voidaankin sanoa, että sairaanhoitajien oma eettinen ohjeisto

ei edustanut samaa kuin ympäröivä yhteiskunta. Sairaanhoitajat itse korostivat ammatillisia ja humanistisia arvoja, kun yhteiskunta puolestaan toi esille muita käytännönläheisempiä ja tuotannollisempia arvostuksia. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 75–77.)

## 2.2 Arvot ja periaatteet

Eettiset arvot ovat etiikan perustana. Arvot ilmaisevat, mihin on hyvä ja oikein pyrkiä, mikä on hyvää ja oikein toteuttaa tai mikä on vähemmän hyvää ja vältettävää. Jokaisella ihmisellä on omat yksilölliset arvonsa, jotka ilmenevät periaatteissa, arvioissa, päätöksissä ja toiminnassa. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 39.) Hoitotyö perustuu näihin arvoihin, jotka edistävät yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta, tasa-arvoa ja inhimillisyyttä sekä itsemääräämisoikeutta elämän kaikissa vaiheissa. Arvot määrittävät, millaista on eettisesti hyvä terveydenhuolto. Työyhteisönä toimiminen edellyttää yhteisöllisiä, jaettuja arvoja toimiakseen. Työyhteisössä tulee olla yhteisesti jaetut ja sovitut arvot ja periaatteet, jotka voidaan jakaa työtovereiden kanssa. (Sarvimäki 2002, 25; Kainuun maakunta – kuntayhtymä 2007.)

Hoitotyön periaatteet pohjautuvat arvoihin, mutta ne ovat arvoja konkreettisempia toimintaohjeita. Periaatteet ovat yleisesti hyväksytyjä perusteita, joihin hoitotyön päätöksenteko perustuu. Periaatteet auttavat ymmärtämään toimintaa ja löytämään keinoja käytännön ongelmia ratkaistaessa. Ne toimivat myös hoitotyön laadun periaatteina. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen. 2007, 45; Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen & Ketola 2004, 13.)

Nykyään hoitotyöntekijää ohjaavat sairaanhoitajan eettiset ohjeet (liite 1), ICN:n eettiset ohjeet (liite2) ja YK:n ihmisoikeuksien julistus ja sen arvopohja sekä ETENE:n laatimat terveydenhuollon eettiset periaatteet (liite 3). Lisäksi erilaiset lait, kuten laki potilaan asemasta ja laki terveydenhuollon ammattilaisista, säätelevät hoitotyön toteuttamista ja tekemistä. (Eklund 2006, 28–29.)

Kaikki edellä mainitut ohjeet ja periaatteet määrittelevät hoitotyön ammatitieteen, jotka vaativat sairaanhoitajaa noudattamaan toiminnassaan ihmisoikeuksia, ihmisarvoa ja potilaiden oikeuksia koskevaa lainsäädäntöä sekä vastaamaan potilaan oikeuksista. Lisäksi sairaanhoitajan on toimittava ammatinharjoittamista koskevan lainsäädännön ja etiikan mukaisesti ja vastattava omasta ammatillisesta kehitymisestä ja tietojensa päivittämisestä. Lisäksi oman persoonan huoltaminen kuuluu osana hyvään ammatitieteen (Hietanen, Kassara, Ketola, Lipponen, Murtonen & Paloposki 2004, 24; Nissi-Lämsä 2010.)

Hoitotyön ammattieettiset kysymykset koskevat hoitotyön ammatillisten toimintojen eettisyyttä. Ammatitieteen tarkoituksena onkin auttaa hoitotyöntekijöitä tunnistamaan ja arvioimaan oman ammattikuntansa perusarvoja. Sairaanhoitajilla ja muilla terveydenhuollon ammattilaisilla on omat kirjoitetut arvot, jotka ohjaavat heitä työssään ja tukevat heidän eettistä päätöksentekoa. Sairaanhoitajien ja ICN:n laatimat eettiset ohjeet sisältä-

vät näitä perusarvoja ja periaatteita, joita sairaanhoitajilla yhteiskunnassamme on. (Hietanen ym. 2004, 24–25; Sairaanhoitajaliitto 1996; International Council of Nurses 1953.)

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE käsittelee sosiaali- ja terveysalan sekä potilaan ja asiakkaan asemaan liittyviä eettisiä kysymyksiä periaatteelliselta kannalta ja antaa niistä suosituksia. Sen toiminta perustuu lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä potilaslakiin. Neuvottelukunnan toiminnan tarkoituksena on asiakkaan perusoikeuksien, ihmisarvon, yhdenvertaisuuden, itsemääräämisen, oikeudenmukaisuuden ja hyvän hoidon, hoivan, palvelun sekä kohtelun edistäminen sosiaali- ja terveysalalla. Lisäksi sen tehtäviin kuuluu jakaa tietoa terveyspalvelujen käyttäjille terveydenhuollon eettisistä kysymyksistä. (Lahtinen, Malinen & Turpeinen 2008.)

ETENE (2001) määrittelee terveydenhuollon tehtäväksi terveyden edistämisen, sairauksien ehkäisemisen ja kärsimysten lieventämisen. Terveydenhuollon eettiseksi periaatteeksi ETENE on asettanut potilaan oikeuden hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioituksen, itsemääräämisoikeuden, hyvän ammattitaidon ja hyvinvointia edistävän ilmapiirin sekä yhteistyön ja keskinäisen avunannon.

Näiden lisäksi YK:n ihmisoikeuksien julistus ohjaa hoitotyöntekijää hänen työssä. Julistus on julkaistu 10.12.1948 ja siinä keskeisimpiä mainittuja oikeuksia on oikeus elämään. Se sisältää sen, mikä on elämän ylläpitämisen kannalta välttämätöntä, kuten oikeuden ruokaan, juomaan, sairaudenhoitoon ja sosiaalihuoltoon. Toinen yhtä keskeinen oikeus on oikeus henkilökohtaiseen, henkiseen ja poliittiseen vapauteen. Tämän voi käytännössä ajatella siten, että yksilöllä on oikeus elää niin kuin hän haluaa, kunhan ei loukkaa toisten oikeuksia elää samoin. (United Nations Human Rights 1998.)

### 2.3 Potilaan asema ja oikeudet

Yksi hoitoetiikan lähtökohdista on potilaan ihmisarvon ja oikeuksien kunnioittaminen. Ihmisoikeudet sisältävät oikeuden elämään, vapauteen, turvallisuuteen ja hyvinvointiin sekä tasa-arvoon ja oikeudenmukaisuuteen. Näiden tarkasteluun vaaditaan jatkuvaa eettistä pohdintaa, sillä eettisyys on ihmisarvon ja potilaan kunnioittamiseksi ensisijaista. (Hietanen ym. 2004, 26–27.) Keskeisimmät eettiset säännökset koskevatkin asiakkaan yhdenvertaista oikeutta saada terveyden- ja sairaanhoitoa, kuntoutusta ja ohjausta terveyteen liittyvissä kysymyksissä (Hentinen & Kyngäs 2008, 45).

Potilaan asema ja oikeus määritellään laissa (785/1992 3§), jonka mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon kulloinkin käytettävissä olevien voimavarojen rajoissa. Tämän lain nojalla julkisen terveydenhuollon on kohdeltava kaikkia potilaita tasapuolisesti hoitoon ottamisessa, hoidossa ja sen lopettamisessa.



Potilaan tiedonsaantioikeuden (785/1992 5§) mukaan potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Potilaalle tulee selvittää myös hoidon laatu ja laajuus, riskitekijät, epäonnistumismahdollisuudet sekä eri hoitovaihtoehdot ja niiden vaikutukset. Tämä on selvitettävä potilaalle niin, että hän ymmärtää tämän sisällön. Lisäksi tähän tiedonsaantioikeuteen kuuluu, että potilas saa halutessaan tutustua itseään koskeviin potilasasiakirjoihin.

Potilaan itsemääräämisoikeuden (785/1992 6§) mukaan potilas on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan suostumus on siten hoidon luvallisuuden edellytys. Mikäli potilas kieltäytyy hoidosta, on häntä aina mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Potilaan tahdosta riippumaton hoito tulee kyseeseen vain poikkeustapauksissa, kuten mielenterveys-, päihdehuolto- tai tartuntatautilain perusteella. Itsemääräämisoikeuden mukaan potilaan hoitotahtoa noudatetaan tilanteessa, jossa hän ei enää itse kykene ilmaisemaan hoitoa koskevaa tahtoaan. Potilaan itsemääräämisoikeus vaatii myös alaikäisen yksityisyyden kunnioittamista ja hoitoon liittyvään päätöksentekoon osallistumista (785/1992 7§), mikäli alaikäinen ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenee päättämään hoidostaan.

Potilaalla on oikeus myös tietosuojaan (785/1992 13§). Potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassa pidettäviä ja näitä tietoja saa antaa sivulliselle vain potilaan kirjallisella suostumuksella. Suullisella suostumuksella voidaan potilaan tietoja luovuttaa toiselle terveydenhuollon ammattilaiselle tai yksikölle. Poikkeuksena on tilanne, jos potilas on tajuton, niin tietoja saa antaa potilaan lähiomaiselle tai muulle läheiselle, jollei ole syytä olettaa että potilas tätä kieltäisi.

### 3 PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ

Perioperatiivinen hoitotyö on käsitteenä otettu käyttöön jo vuonna 1978 Yhdysvalloissa. Suomeen käsite saapui 1987, jolloin leikkaus- ja anestesiahoitotyön opetus alkoi perioperatiivisen hoitotyön nimellä. Käsite kuvaa leikkaus- ja anestesiahoitotyön sekä alueella toimivien sairaanhoitajien toiminnan kehittymistä ja laajentumista sekä yhteistyön korostumista potilaan parhaaksi. (Kinnunen, Korte & Lukkari 2007, 10.)

Potilaskeskeisyys sekä turvallisuus ovat nykypäivänakin perioperatiivisen hoidon kulmakiviä ja hoitajalta vaaditaan hyviä vuorovaikutustaitoja sekä taitoa kohdata ihmiset ammattimaisuus säilyttäen. Henkilökunnan tulee myös olla erikoiskoulutettuja ammattilaisia jotka oma-aloitteisesti haluavat päivittää omaa osaamistaan. Perioperatiivisille osastoille perehdyttäminen on pitkäkestoista, sillä hoitotyö vaatii vahvan teoreettisen tiedon lisäksi kädentaitoja, muovautumiskykyä nopeasti muuttuviin tilanteisiin, sekä päätöksienteko kykyä. Hoidossa korostuu myös korkeatasoinen aseptiikka, jonka vuoksi toimintaympäristö saattaa olla osittain eristetty. Työ-

rupeamat voivat olla intensiivisiä, joko lyhytkestoisia, tai erittäin pitkiä, näin ollen myös fyysinen kuormittavuus on aika ajoin erittäin suurta. Hyvät vuorovaikutustaidot eivät ole välttämättömiä pelkästään perioperatiivisen hoidon ollessa erittäin moniammatillista, vaan myös potilaan, perheen ja läheisten ohjaustilanteissa. Potilasta ohjataan niin kirjallisin ohjein kuin suullisesti koko perioperatiivisen hoidon ajan. (Kinnunen ym. 2007, 10–11.)

Perioperatiivinen sairaanhoitaja osallistuu potilaan hoidon tarpeen määrittelyyn vuodeosastolla, poliklinikalla tai kotona. Hoidon suunnitteluun ja toteutukseen hoitaja osallistuu leikkausosastolla ja hoidon arviointiin leikkausosastolla, vuodeosastolla tai kotona toimenpiteen jälkeen. Toimenpideyksiköiden voimavarojen puutteen, sekä toiminnan organisointivaikeuksien takia tämä ei kuitenkaan lähes aina toteudu. Lähimmäksi toimintamallia päästään päiväkirurgisissa yksiköissä, kun taas perinteisen leikkaustoiminnan kohdalla toteutuksen vaihtelevat sairaaloittain. Lääketieteellisen hoidon tavoitteena perioperatiivisessa hoidossa on edistää terveyttä estämällä sairauksien syntyä, määrittellä jo syntynyt sairaus ja kohdistaa siihen parantava tai lievittävä kirurginen hoito. (Kinnunen ym. 2007, 11–14.)

Kuten yleisestikin hoitotyö myös perioperatiivinen hoito ovat näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Se pohjautuu tieteellisesti havaittuun tutkimusnäyttöön, hyväksi havaittuun toimintanäyttöön sekä kokemukseen perustuvaan näyttöön. (Lauri & Leino-Kilpi 2003, 7.)

### 3.1 Perioperatiivisen hoitoprosessin vaiheet

Perioperatiivinen hoitoprosessi käsittää koko kirurgisen potilaan hoitajakson. Käsite jaetaan alakäsitteisiin pre-, intra- ja postoperatiiviseen hoitotyöhön. (Kinnunen ym. 2007, 20.)

Preoperatiivinen hoito tarkoittaa leikkausta edeltävää jaksoa. Tämä alkaa potilaan hoitoketjussa siinä vaiheessa, kun päätös leikkauksesta on tehty, ja jatkuu siihen asti kunnes leikkausosaston henkilökunta ottaa potilaasta vastuun. (Kinnunen ym. 2007, 20.) Preoperatiivinen valmistautuminen leikkaukseen alkaa yleisimmin potilaan kotona sairaalasta saatujen ohjeiden mukaisesti. Potilaan hoitoa suunnitellaan niin potilasanalyysin kuin tehtyjen havaintojenkin perusteella. Hoitohenkilökunnan keskeisiä tehtäviä preoperatiivisessa vaiheessa ovat potilastietojen kerääminen, leikkauks- ja anestesiaa edeltävien tutkimuksien tekeminen sekä potilaan ja hänen läheisten tapaaminen ja ohjaaminen. Jokaisen potilaan kohdalla tulisi valmistella yksilöllinen hoitoympäristö, niin anestesia- kuin leikkausvälineistönkin valmiiksi laittaminen on preoperatiivista hoitoa. Resurssien puutteen vuoksi perioperatiivinen sairaanhoitaja harvoin tapaa potilasta preoperatiivisesti, vaikka näin olisi ihanteellisessa tapauksessa. (Piirainen & Suoraniemi 2009.)

Intraoperatiivisella hoidolla tarkoitetaan leikkauksen aikaista vaihetta. Se alkaa potilaan vastaanottamisesta leikkausosastolle ja päättyy potilaan siirtoon valvontayksikköön. Intraoperatiivisessa hoidossa on intensiivisyys luonteenomaista. Leikkausvaiheessa potilaan perus- ja erityistarpeista huo-

lehtii systemaattinen, moniammatillinen ryhmä. Potilas saa tarvitsemansa kirurgisen hoidon toimenpiteen vaatimassa anestesiassa. Intraoperatiivisen hoidon vaiheeseen liittyy turvallinen siirtyminen leikkauspöydälle, turvallisen leikkausasennon löytäminen, potilaan voinnin ja tajunnantason jatkuva arvioiminen, anestesiaan ja leikkaukseen liittyvä hoitoteknologian ja hoitomenetelmien hallinta. Lisäksi hoitohenkilökunnan tulee osata tukea potilasta henkisesti, luoda aseptiset olosuhteet ja säilyttää ne koko toimenpiteen ajan sekä kirjata ja raportoida toteutunut leikkaus- ja anestesiahoito tarkasti. Intraoperatiiviseen hoitoon osallistuu lukemattomia eri ammattiryhmiä, niin välillisesti (esim. välinehuolto, laitoshuoltaja, huoltotyöntekijät) kuin välittömästikin (anestesia lääkäri, anestesiahoitaja, kirurgi, instrumentoivahoitaja ja valvovahoitaja). (Kinnunen ym. 2007, 20–21; Piirainen & Suoraniemi 2009.)

Postoperatiivisella hoidolla tarkoitetaan leikkauksen jälkeistä vaihetta. Vaihe alkaa siitä, kun potilas vastaanotetaan valvontayksikköön, ja päättyy kun potilas ei enää lainkaan tarvitse leikkausoperaatioon liittyvää hoitotyötä. Tässä vaiheessa korostuu potilaan tilan arviointi ja muutosten vertaaminen leikkausta edeltävään vaiheeseen. Valvontayksikön tehtävänä on seurata potilaan toipumista ja kuntoutumista anestesia- ja leikkaushoidosta. Heidän tavoitteena on päästä siirtämään potilas jatkohoitoon vuodeosastolle, jatkoyksikköön tai päiväkirurgisten potilaiden kohdalla kotiin. Tavoitteen täyttymiseksi täytyy potilaan elintoiminnot vakiinnuttaa ja saada potilas kivuttomaksi valvontayksikössä. Postoperatiivisen hoidon katsotaan kestävän ensimmäiseen toimenpiteen jälkeiseen päivään, kotiin lähteville potilaille saattaja sekä seuralainen yön yli ovat edellytyksiä. Suoraan leikkauksen jälkeen kotiutuvien tilanteessa arvioidaan potilaan ja hänen läheistensä voimavarat selviytymiseen sekä ennakoidaan potilaan toipumista ja yritetään ehkäistä mahdollisia terveysongelmia. Tässä vaiheessa korostuu potilaan tilan arviointi ja muutosten vertaaminen leikkausta edeltävään vaiheeseen. (Kinnunen ym. 2007, 23–24; Piirainen & Suoraniemi 2009.)

### 3.2 Sairaanhoitajan toimenkuvat leikkaus- ja anestesiaosastolla

#### 3.2.1 Anestesia sairaanhoitaja

Anestesia sairaanhoitajan taitotason määrittävät anestesia sairaanhoitajan osaamisvaatimukset, jotka on laatinut Suomen Anestesia sairaanhoitajat ry:n hallitus. Anestesia sairaanhoitajan toimenkuva alkaa anestesiavalmisteluista. Hänen tulee arvioida ja kerätä tietoja potilasasiakirjoista ja ymmärtää niiden merkityksen anestesia hoidossa. Anestesia sairaanhoitaja toimii yhdessä anestesia lääkärin kanssa ja he laativat yhteistyössä potilaan anestesia hoitosuunnitelman ja vastaavat potilaan tekemisestä kivuttomaksi joko nukuttamalla tai puuduttamalla. Työnjako on selkeä näiden ammattiryhmien välillä, anestesia lääkäri vastaa ja toteuttaa lääketieteellisesti anestesian annosta sekä hoidosta ja anestesia sairaanhoitajan vastuulla on potilaan anestesia aikainen vitaalielintoimintojen tarkkailu ja hoito. Anestesia sairaanhoitajalla tulee olla kuitenkin tarvittavat tiedot lääkkeistä, nii-

den antotavoista ja yhteisvaikutuksista. Lisäksi hänen tulee tuntee eri anestesiamuodot ja niiden vaikutukset elimistössä. (Rosenberg, Alahuhta, Lindgren, Olkkola & Takkunen 2006, 29; Kinnunen ym. 2007, 303; Suomen Anestesiaosastojen yhdistys ry. 2010.)

Anestesiaosastojen hoitajalle kuuluu myös hoidon kirjaaminen ja tiedottaminen. Anestesiaosastojen hoitajien riippuen anestesiahoitaja työskentelee monesti varsin itsenäisesti anestesioiden antamisessa sekä ylläpidossa. Anestesiaosastojen hoitajan tulee osata tulkita sekä potilaasta havainnoimalla saatua että potilasvalvontalaitteiden tuottamaa tietoa ja ryhtyä tarvittaviin toimenpiteisiin itsenäisesti. (Kinnunen ym. 2007, 304; Kallio, Korte, Lukkari & Rajamäki 2000, 20; Suomen Anestesiaosastojen yhdistys ry. 2010.)

Lisäksi anestesiaosastojen hoitaja toteuttaa itsenäisesti postoperatiivista hoitoa ja valvontaa lääkärin antamien ohjeiden puitteissa. Hänen tulee myös arvioida potilaan kipua ja toimia saamiensa tietojen perusteella hoitakseen potilaan kipua. (Suomen Anestesiaosastojen yhdistys ry. 2010.)

### 3.2.2 Instrumentoituva sairaanhoitaja

Leikkauksen aikana instrumentoitavan sairaanhoitajan toimenkuvaan kuuluu huolehtia koko tiimin steriiliydestä sekä toiminnan aseptisuudesta. Instrumentoituva sairaanhoitaja vastaa leikkauksessa käytettävien instrumenttien varaamisesta, tarkistamisesta ja laskemisesta sekä avustaa leikkauksessa kirurgia muun muassa ojentamalla hänelle instrumentteja sekä ylläpitämällä leikkausalueen näkyvyyttä. Lisäksi sekä instrumentoitavan että valvovan sairaanhoitajan tulee hallita eri instrumenttien ja laitteiden käyttö sekä huolto. Laitteiden toimivuus on myös tarkistettava ennen niiden käyttöä. Steriilit pakkaukset on myös tarkistettava että ne ovat ehjiä ja viimeinen käyttöpäivämäärä ei ole vielä mennyt. (Kinnunen ym. 2007, 20, 334; Gizarlis 2004.)

Potilaan saavuttua leikkaussaliin instrumentoituva sairaanhoitaja keskittyy hoitovälineisiin, sekä avustaa valvovaa sairaanhoitajaa potilaan leikkausasentoon laittamisessa. (Väisänen 2001.) Hänen vastuulleen kuuluu myös hoidosta aiheutuneista tai hoitoon vaikuttavista asioista tiedottaminen koko leikkaustiimille sekä tarkka ja täsmällinen toteutetun hoidon kirjaaminen. (Kinnunen ym. 2007, 20, 334.)

### 3.2.3 Valvova sairaanhoitaja

Valvovan sairaanhoitajan toimenkuvana on taata, että leikkaussalissa toimitaan joustavasti sekä edistetään koko leikkaushoitoryhmän toimintaa. Hän toimii avustajana anestesia- ja leikkausryhmälle sekä huolehtii leikkauksen aikana tarvittavien lisävälineiden hakemisesta. Hänen suurin vastuunsa on aseptiikan vaaliminen, sekä kirurgien ja instrumenttihoitajien steriiliyden tukeminen. Valvova sairaanhoitaja tiedottaa anestesiahoitajalle mahdollisista muutoksista leikkausalueella ja siellä käytettävistä aineista. Leikkauksen kulun kirjaaminen on myös osa valvovan sairaanhoitajan toimenkuvaa. Tarvittaessa hän auttaa kuvantamisessa, näytteiden otossa ja

niiden lähettämistä eteenpäin. Hän huolehtii myös potilasturvallisuudesta muun muassa valvomalla potilaan leikkausasentoa. (Kinnunen ym. 2007, 348–350; Kallio ym. 2000, 20.)

Leikkausasentoon asettelu kuuluu myös valvovalle sairaanhoitajalle, joka tekee sen instrumentoivan sairaanhoitajan tai mahdollisuuksien mukaan lääkintävahtimestarin avustuksella. Potilas asettuu ensin leikkauspöydälle selkäasennossa ja siitä avustettuna suunniteltuun leikkausasentoon. Potilas voi itse kertoa asentoa laittaessa, onko se hyvä. Monet asennot ovat potilaalle raskaita niin fyysisesti kuin psyykkisestikin. Asennon laitossa tulisi-kin huomioida potilaan intimitetti ja turvallisuus. Vasta asennon laitton jälkeen anestesia lääkäri nukuttaa potilaan. (Väisänen 2001.)

### 3.3 Eettiset arvot ja periaatteet perioperatiivisessa hoitotyössä

#### 3.3.1 Perioperatiivisen hoitotyön arvot

Perioperatiivisen hoitoajattelun perustana ovat ihmiskäsitys, ihmisarvo ja integriteetti, yksityisyys, yksilöllisyys ja itsemääräämisoikeus. Hoitotyön ihmiskäsityksen mukaan ihminen nähdään tiedostavana, toimivana, vastuullisena, vapaana ja valintoja tekevänä kulttuuriolentona, joka on oman elämänsä subjekti. Hoidon lähtökohtina ovat potilaan vaikuttimet, tavoitteet ja toimintakyky, mutta myös hoitajat, omaiset ja muut asianosaiset vaikuttavat tapahtumien kulkuun. (Kinnunen ym. 2007, 15.)

Perioperatiivisessa hoitotyössä sairaanhoitajan tulee kunnioittaa toimenpiteeseen tulevan potilaan ihmisarvoa kohtelemalla tätä ainutkertaisena, tasavertaisena, omista asioista päättävänä ihmisenä. Käytännössä tämä näkyy muun muassa rehellisyytenä, luottamuksellisuutena, inhimillisenä kohteluna, yksityisyyden suojana, hyvänä vuorovaikutuksena ja itsemääräämisoikeuden edistämisenä. Tämän tulisi näkyä lisäksi myös potilaan omaisten ja läheisten välisessä vuorovaikutuksessa. Käytännössä tämä näkyy sairaanhoitajan työssä siinä, miten hän kohtelee potilasta. Selvimmin sen voi huomata siinä, miten sairaanhoitaja kohtaa potilaan, arvostaen ja välittäen vai vähätellen ja välinpitämättömästi. Lisäksi ihmisarvo sisältää myös ajatuksen tasa-arvosta. Jokaisella potilaalla tulee olla tasa-arvoinen oikeus elämään, vapauteen, turvallisuuteen ja terveyteen. Hoitotyössä tasa-arvoisuus voidaan nähdä potilaan ja hoitotyöntekijän välisessä vuorovaikutussuhteessa. (Kinnunen ym. 2007, 15; Lohilahti & Mankinen 2009; Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2001.)

Integriteetti sisältää fyysisen ja psyykkisen eheyden ja koskemattomuuden sekä loukkaamattomuuden kunnioittamisen. Tämän huomiotta jättäminen voi johtaa siihen, että perioperatiivista potilasta käsitellään välineellisesti tapauksena, numerona tai tautina. Samoin potilaan pelot, huolet, kivut, tiedon puute ja tarve sekä epävarmuudet ovat eheyden uhkia. Perioperatiivisessa hoitotyössä potilasta voidaan joutua myös paljastamaan hoidon eri vaiheissa. Tällaisissa tilanteissa tulee toimia potilaan integriteettiä ja ihmisarvoa kunnioittaen sekä potilasta säästämällä ja yksilöllisesti huomioiden.

Potilaan koskemattomuuden kunnioitus sisältää lisäksi ajatuksen, että sairaanhoitajan tulee toimia niin sanotusti potilaan edustajana silloin, kun hän ei siihen itse kykene. Tämä sisältää tiedon antamisen potilaalle ja hänen itsenäisen päätöksenteon tukemisen sekä potilaan puolustamisen ja potilaan oikeuksien toteutumisen valvonnan sekä niiden puolustamisen. (Kinnunen ym. 2007, 15.)

Perioperatiivisessa hoitotyössä potilaan yksityisyyden kunnioittaminen on yksi toiminnan lähtökohdista. Siihen kuuluu potilaan henkilökohtainen tila, joka seuraa ihmisen mukana ja johon voidaan tunkeutua tulemalla liian lähelle tai koskettamalla. Tämä henkilökohtainen tila on perioperatiivisessa hoitotyössä hyvin kapea, joten on tärkeää kertoa potilaalle, kun hänen kehonosiaan paljastetaan tai häntä kosketetaan ja on tärkeää suojata potilasta kun hänen ruumiinosiaan paljastetaan. Kokemus yksityisyyden menettämisestä ja niihin liittyvät tilanteet saattavat olla hyvin erilaisia, koska yksityisyys ja sen kokeminen on hyvin henkilökohtainen asia ja kulttuurisidonnainenkin. Toisille oman ruumiinsa paljastaminen voi olla hyvinkin vaikea asia kun taas toisille se on aivan luonnollista. Fyysisen puolen lisäksi yksityisyys sisältää tiedollisen puolen, joka tarkoittaa potilastietojen luottamuksellisuutta. Suomessa potilastietojen yksityisyyden suoja turvataan Suomen lainsäädännössä. Potilaan tiedollista yksityisyyttä loukataan, jos paljastetaan potilasta koskevaa henkilökohtaista tietoa tai rikotaan salassapitovelvollisuutta. Perioperatiivisen sairaanhoitajan tulee korostaa potilastietojen luottamuksellisuutta ja henkilökunnan salassapitovelvollisuutta potilaalle. (Kinnunen ym. 2007, 16; Tammi & Uutela 2008.)

Yksilön kunnioittaminen sisältää toisen ihmisen oikeuksien, itsemääräämisoikeuden ja arvokkuuden kunnioittamisen sekä velvollisuuden edistää toisen hyvinvointia ja itsemääräämisoikeutta (Rosqvist 2003.) Yksilöllinen hoito sisältää potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen ja kliinisen tilanteen huomioon ottamisen sekä päätöksenteon kontrollin. Kliininen tilanne pitää sisällään potilaan fyysiset ja psyykkiset tarpeet sekä potilaan voimavarat, kyvyt, voinnin, tuntemukset ja tunteet sekä pelot ja huolet. Potilaan henkilökohtainen tilanne puolestaan pitää sisällään potilaan yleisen elämäntilanteen ja tavat sekä tottumukset. Päätöksenteon osa-alueen muodostavat annettu tieto sairaudesta ja sen hoidosta, valinta ja valinnan mahdollisuus sekä potilaan toiveet, mielipiteet ja ehdotukset. (Ottelin & Pulkka 2010). Perioperatiivisessa hoitotyössä yksilöllinen hoito näkyy keskittymisenä kulloinkin hoidettavana olevaan potilaaseen ja perehtymiseen hänen asioihinsa. Sairaanhoitajan tulee tutustua potilasasiakirjoihin jo etukäteen ja havainnoida potilasta ja kysyä potilaalta itseltään häneen hoitoon liittyviä asioita ja toiveita. (Kinnunen ym. 2007, 16–17.)

Yksi tärkeimmistä arvoista on itsemääräämisoikeus, joka määrittellään jo laissa potilaan asemasta ja oikeuksista. Tämä sisältää perioperatiivisessa hoitotyössä potilaan osallistumisen oman hoitonsa suunnitteluun ja mahdollisuuden osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Potilaan tietoinen suostumus hoitoon tulemiseen on jo itsessään osoitus siitä, että hän on antanut saamansa ja ymmärtämänsä tiedon perusteella luvan hoidon toteuttamiseen. (Kinnunen ym. 2007, 17.)

### 3.3.2 Perioperatiivisen hoitotyön periaatteet

Keskeisimmät hoitotyön periaatteet perioperatiivisessa hoitotyössä ovat turvallisuuden ja terveysturvallisuuden sekä hoidon jatkuvuuden periaatteet. Turvallisuuden edellytyksenä on, että sairaanhoitaja osaa käyttää kaikkia hoitoon liittyviä laitteita tai pyytää tarvittaessa niiden käyttöön opastusta. Teknologian kehittyessä on muistettava, että leikkausosastolla toimivan sairaanhoitajan perustehtävä ei muutu. Laitteiden hallitsemisen lisäksi on tärkeää muistaa inhimillinen vuorovaikutussuhde potilaan kanssa. Potilasturvallisuus sisältää laitteiden turvallisuuden lisäksi lääkehoidon ja itse hoidon turvallisuuden. Hoidon turvallisuuteen liittyy perioperatiivisessa hoitotyössä se, ettei potilasta tule jättää hoidon aikana missään vaiheessa yksin. Lääketurvallisuuden periaate näkyy perioperatiivisessa hoitotyössä lääkkeiden haittavaikutuksien tuntemisena ja tunnistamisena. Lisäksi turvallisuuteen liittyy myös psyykinen turvallisuus, jota puolestaan voidaan luoda hyvällä tiedottamisella, potilaan kunnioittamisella ja potilaan mielipiteiden huomioonottamisella. (Kinnunen ym. 2007, 17; Rauma 2010, 21; Laine 2008.)

Terveysturvallisuuden periaate pitää sisällään sen, ettei potilaalle aiheuteta lisävaurioita hoitamisen aikana tai hoitotoimenpiteillä. Yksi komplikaatioita ehkäisevä väline on leikkaustiimin tarkistuslista. Sen avulla kiinnitetään huomiota potilasturvallisuuden kannalta leikkaustoimenpiteeseen liittyviin keskeisiin asioihin. Tutkimusten mukaan se on vähentänyt leikkauskomplikaatioita ja laskenut leikkauskuolleisuutta kaikissa tutkituissa sairaaloissa. WHO suosittelee tarkistuslistan käyttöönottoa jokaisen kirurgisen toimenpiteen yhteydessä. (Kinnunen ym. 2007, 17; Kangasmäki 2010, 11–12.)

Hoidon jatkuvuuden periaate on merkityksellinen potilasturvallisuuden ja hoidon lopputuloksen onnistumisen kannalta. Tärkeintä hoidon jatkuvuuden kannalta on huolellinen tiedonsiirto ja kirjaaminen kaikissa hoitopolun vaiheissa. Tiedon tulisi kulkea sekä hoitohenkilökunnan kesken että potilaalle ja hänen perheelleen ja läheisilleen. Hyvään tiedottamiseen kuuluu myös, että leikkausryhmän jäsenten vaihtuessa annetaan kirjallisiin dokumentteihin perustuva raportti muille hoitoon osallistuville. Näin lisätään hoidon jatkuvuutta ja potilaan turvallisuutta. Kirjaamiselle on puolestaan olemassa tavoitteita ja periaatteita, jotka liittyvät potilaaseen ja hänen hoitoon. Potilaalla on oikeus edellyttää, että hänen hoitonsa on täsmällisesti kirjattua. Perioperatiivisessa hoitotyössä kirjaamiselle kuitenkin asettaa omat haasteensa se, että hoitoajat ovat hyvin eri pituisia. Olisikin tärkeää, että kirjaaminen oli mahdollisimman nopeaa, vaivatonta ja täsmällistä. (Kinnunen ym. 2007, 18; Junttila, Kiviniemi, & Leinonen 2007.)

## 4 LEIKKAUS- JA ANESTESIAOSASTO TYÖYMPÄRISTÖNÄ

Leikkaus- ja anestesiaosastolla työskentely vaatii erikoisosaamista sekä kykyä toimia eri ammattiryhmien kanssa. Henkilökunnalta vaaditaan laajaa ammattitaitoa sekä tietoa työprosessin hallinnasta vaihtelevissa tilanteissa.

Hoitohenkilökuntaa ovat osaston- ja apulaisosastonhoitajat, sairaanhoitajat ja lääkintävahtimestarit. Sairaanhoitajat muodostavat suurimman henkilöstöryhmän leikkaus- ja anestesiaosastolla, jossa he voivat toimia leikkaustiimissä anestesia-, instrumenttihoitajana tai valvovana hoitajana. Potilashoidosta vastaa välittömästi lääkärit ja hoitohenkilökunta muodostaen tiimin tai ryhmän, johon kuuluu vähintään viisi henkilöä. Muuta henkilökuntaa on huoltohenkilöstö johon kuuluvat laitoshuoltajat, osastonsihteerit ja välinehuoltajat. He vastaavat välillisestä potilashoidosta huolehtien materiaalien käsittelystä, instrumenttien ja välineiden pesusta, steriloinnista ja siivouksesta. Leikkauspotilaasta huolehtivat lisäksi tarvittaessa eri palveluyksiköiden henkilökunta esimerkiksi röntgenlääkärit ja röntgenhoitajat, sekä laboratoriohoitajat. (Kuhmola 2007.)

Keskeisimpiä leikkaus- ja anestesiaosaston tiloja ovat leikkaussalit ja jälkivalvomotilat eli heräämöt. Näihin liittyvät usein preoperatiiviset valmistelutilat, varastotilat, välinehuoltotilat sekä henkilökunnan tauko- ja koulutustilat. Suurimmissa yksiköissä leikkaussalien määrä voi olla yli 20, mutta pienimmissä yksiköissä vain 1-2 leikkaussalia. Heräämöpaikkojen vähimmäismäärä tulisi olla 1,5-2 paikkaa toimivaa leikkaussalia kohden. (Tohmo, Kuosa & Erkola 2006, 40.)

### 4.1 Kanta-Hämeen keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto

Kanta-Hämeen keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto sijaitsee Hämeenlinnassa. Siellä on 8 leikkaussalia. Vuosittain tehdään yli 5000 leikkaus- ja täyhystystoimenpidettä. Hämeenlinnan leikkausosastolla tehdään eri operatiivisten erikoisalojen (lukuun ottamatta sydän- ja neurokirurgiaa) leikkaustoimenpiteitä. Silmätautien erikoisalan leikkaukset tehdään lähes kokonaan päiväkirurgiana erikoisalan omissa leikkaussaleissa. Anestesiaosasto varmistaa tarvittavat anestesiapalvelut ja luo siten valmiudet tehokkaille ja turvallisille keskussairaalatasoisille leikkauksille. Osastot huolehtivat lisäksi oman alansa koulutuksesta ja kehittämisestä sairaanhoitopiirissä. Hämeenlinnassa anestesiaosastolla on käytössä aktiivipäivystys ja leikkaus- ja anestesiaosaston hoitohenkilökunta työskentelee kolmivuorotyössä, mikä mahdollistaa ympärivuorokautisen operatiivisen toiminnan. (K-HSHP 2009.)



## 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

### 5.1 Opinnäytetyön tarkoitus

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitajien työssään tunnistamat eettiset ongelmat ja niiden esiintyvyyttä sairaanhoitajien työssä. Opinnäytetyömme tavoitteena on edistää leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitajien eettistä tietoisuutta ja potilaiden eettistä kohtaamista ja hyvää hoitoa.

### 5.2 Tutkimuskysymykset

Tutkimuksellamme etsimme vastausta kysymykseen miten hoitotyön eettiset arvot ja periaatteet toteutuvat leikkaus- ja anestesiaosastolla.

## 6 TUTKIMUSMENETELMÄ

### 6.1 Määrällinen tutkimus

Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus on tieteellisen tutkimuksen menetelmäsuuntaus, joka perustuu kohteen kuvaamiseen ja tulkitsemiseen tilastojen ja numeroiden avulla (Jyväskylän yliopiston Koppa 2008). Määrällisessä tutkimuksessa kysely perustuu yleensä satunnaisotokseen. Siihen kuuluu aina numeraalinen havaintomatriisi, johon aineisto on tiivistetty. Tutkimuksen kohteena on yleensä suurempi joukko ja koko joukkoa ei pystytä ottamaan mukaan vaan tutkimukseen mukaan tulevat valitaan otannalla. Otoksen tulee olla numeerisesti suuri ja edustava. Tutkimuskohteita ei tarkastella yksilöitä kaikkine ominaisuuksineen vaan pyritään luomaan yleisempi malli, josta käyvät ilmi eri tekijöiden väliset vaikutukset ja yhteydet. Kysymysten perusmuoto määrällisessä tutkimuksessa on strukturoitu kysymys. (Tilastokeskus n.d.a; Puhakka 2005; Tampereen Yliopisto n.d.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa oleellista on aineiston totuudellisuuden vaatimus. Objektiivisuus katsotaan saavutettavan siten, että tutkija itse pysyy täysin erillään haastateltavasta kohteesta eikä ryhdy kysymyksen ulkopuoliseen vuorovaikutukseen. Tutkimuskohdetta tulee katsoa ikään kuin puolueettoman ulkopuolisen silmin. Kaikki esitettävät kysymykset ja mittarit ovat perustelu teoriasta käsin. (Tilastokeskus n.d.a.)

Valitsimme omaan työhömmme määrällisen tutkimuksen, koska tutkimuskohteenamme oli suuri joukko. Lisäksi tarkoituksenamme oli luoda yleinen malli eikä tarkastella yksilöitä.

## 6.2 Kysely tiedonkeruumenetelmänä

Tässä tutkimuksessa tiedonkeruumenetelmämme oli strukturoitu kyselylomake. Siinä oleellista on, että kysymysten esittämisjärjestys ja muoto ovat ennalta määrättyt. Tiedonkeruumenetelmäksi kyselylomake sopii hyvin vain silloin, kun halutaan selvittää suuren tutkimusjoukon toimintaa, asenteita ja mielipiteitä. (Janhonen & Koivusalo 2004.)

Avoimissa kysymyksissä on se huono puoli, että ne helposti houkuttelevat vastaamatta jättämiseen. Tästä syystä niitä tulee olla kyselylomakkeella vain muutama. Niistä voidaan saada vastauksia, joita ei etukäteen edes huomattu. Tärkeää on, että niille annetaan tarpeeksi vastaustilaa ja ne kannattaa yleensä sijoittaa lomakkeen loppuun. Suljetut kysymykset antavat vastaajille valmiit vaihtoehdot, joista vastaaja yhden tai useamman vaihtoehdon tilanteesta riippuen. Kysymysten tarkoituksena on käsittelyn yksinkertaistaminen ja virheiden torjunta. Kysymyksiin vastaaminen on nopeaa ja tulosten tilastollinen käsittely helppoa. Vastausvaihtoehtojen tulee olla toisensa poissulkevia, mielekkäitä ja järkeviä. Suljettujen kysymysten huonona puolena on se, että niihin voidaan vastata harkitsematta tai jokin vaihtoehto saattaa puuttua. Lisäksi vaihtoehdot ja vastaamisjärjestys voivat johdatella vastaajaa. (Puhakka 2005.) Työssä käytämme kyselylomaketta, jossa on pääasiassa suljettuja eli vaihtoehtoja antavia kysymyksiä ja muutama avoin kysymys.

Kysymyksiä tulee lähteä rakentamaan tutkimustavoitteiden ja tutkimusongelman mukaan, huomioiden samalla teoreettinen viitekehys. On tärkeää miettiä, millä kysymyksillä tutkimusongelmana olevaa kohdetta saadaan kartoitettua. Jos kysymyksiä vain keksitään ilman, että niillä on selvää kiinnikettä teoriaan, niin ne eivät mittaa yhtään mitään tai korkeintaan vääriä asioita. Tutkimusongelma tulee pitää koko ajan mielessä, jotta muistaa jatkuvasti mitä tietoa aineiston keruulla pyritään löytämään. (Valli 2001, 28; Puhakka 2005.)

Kysymyskokonaisuus tulee rakentaa huolellisesti. Näin välttyään turhilta kysymyksiltä, mutta kaikki oleellinen tulee kysytyä. Tässä tutkimuksessa, kuten yleensäkin, tutkimuksen kohteena oleva aihe koostuu useasta eri osiosta. Tutkimuksen kohteena oleva potilaiden eettinen kohtaaminen on jaettu kahdeksaan eri osa-alueeseen, jotka yhdistettynä kertovat kokonaisvaltaisesti potilaiden eettisesti hyvästä hoidosta. Kyselylomakkeella samaa aihetta koskevat kysymykset tulee ryhmitellä kokonaisuuksiksi, joilla voi olla selkeät otsikot. (Valli 2001, 28; Puhakka 2005.)

Kyselylomakkeen laatimisessa on tärkeää kiinnittää huomiota sen ulkoasuun. Mitä miellyttävämmältä lomake näyttää, sitä paremmin vastaajat todennäköisesti jaksavat panostaa vastaamiseen. Myös lomakkeen pituus ja kysymysten määrän huomiointi auttavat pitämään vastaajan mielenkiin-

toa yllä. Jos lomake on liian pitkä, vastaajat voivat kyllästyä kesken vastaamisen eivätkä panosta vastauksiinsa loppuun asti. Toisaalta liian lyhyt lomake taas ei tuota riittävää tietoa kohteesta. Helpot kysymykset kannattaa laittaa kyselylomakkeen alkupäähän ja hankalat arkaluontoisemmat kysymykset lomakkeen loppuun. Lisäksi kannattaa paneutua huolella kysymysten loogisuuteen ja vastausohjeiden tarpeellisuuteen. On tärkeää, että kysymykset etenevät loogisessa järjestyksessä ja että kysytään vain yhtä asiaa kerrallaan. Vastausohjeiden puolestaan tulee olla selkeät ja yksiselitteiset. (Valli 2001, 28; Puhakka 2005.)

Strukturoidun lomakkeen käyttö edellyttää sitä, että vastausvaihtoehdot ovat riittävän täydelliset ja että ne pysyvät kohtuullisen pieninä. Hyvänä nyrkkisääntönä voidaan pitää sitä, että jos saman kysymyksen yhden vaihtoehdon vastausprosentti nousee yli kymmeneen prosenttiin, niin silloin vastausvaihtoehtojen kattavuutta pitäisi vakavasti pohtia. (Tilastokeskus n.d.b.)

Yksi kyselylomakkeen hyvä puoli on se, että lomakekyselyä tehtäessä, toisin kuin haastattelussa, tutkija ei itse vaikuta vastauksiin. Haastattelussa tutkija saattaa tiedostamattaan johdatella vastaajien vastauksia erilaisilla sanamuodoilla tai äänenpainoilla haluamiinsa suuntiin. Kyselylomaketutkimuksessa kysymykset tulee esitettyä jokaiselle vastaajalle samassa muodossa. Vastaajat ovat kaikki samassa vastaustilanteessa, koska jokaisella on samanlainen vastauslomake. Tämä on yksi tekijä, joka parantaa lomakekyselyn tutkimustulosten luotettavuutta. (Valli 2001, 30.31.)

Kyselylomakkeen huonona puolena taas voidaan pitää lomakkeen jäykkyyttä ja konservatiivisuutta. Strukturoidulla lomakkeella tehty tutkimus ei voi koskaan tuoda uusia asioita esille. Jakautuman muoto on ainut, mikä voi muuttua, mutta kaikki jakautuman perusmuuttujat ovat jo etukäteen tiedossa. Periaatteessa strukturoidulla lomakkeella kerätyllä aineistolla tehtävän analyysin taulukointi- tai muu ohjelma pitäisikin kyetä ohjelmoimaan jo etukäteen. (Tilastokeskus n.d.b.)

Vastaajaan anonymiteetti on yksi oleellinen tekijä kyselylomaketta laatiessa. Jos vastaaja kokee voivansa tulla tunnistetuksi vastautensa perusteella, se todennäköisesti vaikuttaa hänen vastauksiinsa. Vastaaja ei välttämättä uskalla tuoda esille kaikkia mielipiteitään ja kehityskohteitaan pelätessään, että tunnistettaessa vastaukset saattaisivat aiheuttaa hänelle negatiivisia seurauksia. (Hätönen 2000, 48.)

Valitsimme tutkimusmenetelmäksemme kyselylomakkeen, koska se soveltuu hyvin suuren tutkimusjoukon toiminnan ja mielipiteiden tutkimiseen. Rakensimme kyselylomakkeemme niin, että alkuun sijoitimme muutaman helpon kysymyksen ja sitten jatkoimme hankalammilla kysymyksillä. Vastausvaihtoehtoja annoimme aina muutaman kysymystä kohti. Emme halunneet tietoisesti käyttää vaihtoehtoa ”en osaa sanoa” sillä tämä olisi houkutelut helposti monia vastaamaan näin. Suljetuilla kysymyksillä saimme vastaamisesta riittävän nopeaa, jotta vastaaja jaksaa keskittyä loppuun asti. Väliin laitoimme muutaman tarkentavan avoimen kysymyksen, koska osa kysymyksistä ei olleet yksiselitteisiä ja taustalla saattoi olla eri

tilanteita, jotka olivat johtaneet eettisesti hyvää hoitoa estävään tilanteeseen.

### 6.3 Aineiston keruu

Tutkimuksemme kohderyhmänä on keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitajat.

Aineistomme keruu tapahtui kyselylomakkeen avulla. Kyselylomakkeen kysymykset rakennettiin tutkimuksemme teoreettisen osion pohjalta. Kyselylomake julkaistiin Webropolissa nettikyselynä ja linkki lähetettiin kaikille keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitajille lukuun ottamatta osastonhoitajaa ja toista apulaisosastonhoitajaa, jotka ei juuri ollenkaan ole hoitotyössä. Yhteensä kyselyitä lähetettiin sähköpostitse 63 kappaletta. Vastausaika kyselyyn oli 9.11.2011 - 28.11.2011. Vastauksia saimme yhteensä 15 kappaletta.

### 6.4 Analysointimenetelmä

Aineisto, joka on saatu kyselystä, tallennetaan numerolliseksi aineistoksi ja tämä analysoidaan tilastomatematisesti. Aineistoja käsitellään useimmin taulukkolaskentaohjelmalla kuten Excel tai tilastollisiin yhteenvetoihin ja laskentaan soveltuvilla erikoisohjelmilla kuten SPSS. Näissä ohjelmissa on lukuisia toimintoja ja ohjelmat piirtävät myös kuvaajia ja tekevät taulukoita, joita voidaan lisätä sitten tutkimusraporttiin havainnollistamaan tuloksia. (Tampereen Yliopisto n.d.)

Käytimme opinnäytetyössämme Webropol-kyselyä, joka automaattisesti itse muutti vastaukset numeraalisiksi eli kuinka paljon vastauksia tuli mihinkin vastausvaihtoehtoon. Lisäksi Webropolista saa sekä diagrammit että prosentuaaliset osuudet jokaisesta vastauksesta.

## 7 TULOKSET

Vastanneista 15 henkilöstä 53 % (8 henkilöä) työskentelee instrumenttihoitajina ja anestesiahoitajina työskentelee vastanneista 47 % (7 henkilöä). Vastanneista 13 % on työskennellyt leikkaus- ja anestesiaosastolla 0-1 vuotta. Suurin osa vastanneista (53 %) on työskennellyt osastolla 2-5 vuotta. 6-10 vuotta työskennelleitä vastaajista oli 13 % ja loput 20 % on työskennellyt yli 10 vuotta osastolla.

Vastanneista sairaanhoitajista sairaanhoitajan eettiset periaatteet tunsivat hyvin, 40 % jotenkuten ja 7 % ei tuntenut niitä juuri ollenkaan. ICN:n eettisiä periaatteita kukaan vastanneista ei tuntenut hyvin, 40 % tunsivat ne jotenkuten ja 53 % ei tuntenut niitä juuri ollenkaan. YK:n ihmisoikeuksien julistuksen tunsivat vastanneista 13 % hyvin, 67 % jotenkuten ja 20 % ei tuntenut niitä juuri ollenkaan. ETENE:n laatimat terveydenhuollon eettiset periaatteet olivat tutut 7 %:lle, joksikin tutut 40 %:lle sekä ei ollenkaan

tutut 53 %:lle. Laki potilaan asemasta oli hyvin tiedossa 53 %:lla vastaa-  
jista ja 47 %:lla laki oli hallussa jotenkuten.

Hoitajista 27 % tutustuu potilasasiakirjoihin aina ennen potilaan tuloa sa-  
liin. 60 % tutustuu potilasasiakirjoihin useimmiten ja 13 % tutustuu niihin  
silloin tällöin ennen potilaan saapumista saliin. Kukaan hoitajista ei tunte-  
nut, että olisi riittävästi aikaa tutustua potilaan asiakirjoihin. 33 % hoitajis-  
ta vastasi, että on useimmiten riittävästi aikaa tutustua potilasasiakirjoihin.  
53 % koki, että aikaa on vain silloin tällöin riittävästi tutustua potilaan  
asiakirjoihin ja 13 % että aikaa ei ole koskaan riittävästi.

80 % vastanneista oli sitä mieltä, että potilas saa osallistua riittävästi  
omaan hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksentekoon. Loput 20 % oli sitä  
mieltä, että tämä toteutuu silloin tällöin.

Vastanneista sairaanhoitajista 60 % esittelee itsensä aina potilaalle ja 40 %  
esittelee itsensä silloin tällöin potilaalle hänen tullessa leikkaussaliin.

Vastanneista kaikki kertovat potilaalle aina tai useimmiten, mitä potilaalle  
tehdään ja mitä seuraavaksi on tapahtumassa sekä varoittavat etukäteen  
ennen kuin paljastavat potilaan kehonosia. Päivystysleikkauksessa poti-  
laalle kertoo leikkauksen kulusta 13 % vastanneista aina, 47 % useimmi-  
ten ja 40 % silloin tällöin. (Taulukko 1.)

Taulukko 1.

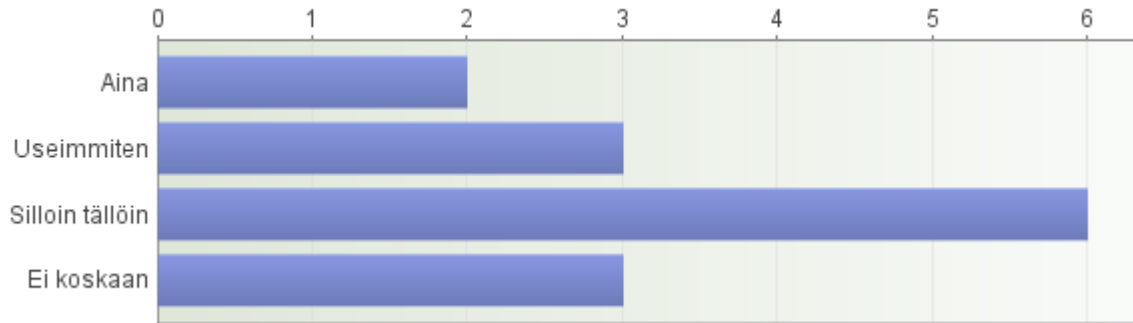
Kerrotko potilaalle...	Aina	Useimmiten	Silloin tällöin	En koskaan
mitä hänelle parhaillaan tehdään/tapahtuu?	7	8	0	0
mitä seuraavaksi on tapahtu- massa?	5	10	0	0
etukäteen ennen kuin hänen kehonosiaan paljaste- taan/kosketetaan?	8	7	0	0
päivystysleikkauksessa leik- kauksen kulun?	2	7	6	0

Hieman alle puolet vastanneista (47 %) ovat joutuneet puolustamaan poti-  
laan oikeuksia. Hieman yli puolet vastanneista (53 %) eivät ole joutuneet  
koskaan puolustamaan potilaan oikeuksia. Eri tilanteita, joissa vastaajat  
ovat joutuneet puolustamaan potilaan oikeuksia, olivat muun muassa poti-  
laan tiedottaminen leikkauksen yksityiskohdista ja potilaan toiveiden esille  
tuominen hoitoon liittyen. Lisäksi esille nostettiin riittävästä kipulääkityk-  
sestä huolehtiminen ja leikkauksen loppupuolella aseptiikan noudattami-  
nen leikkauksen loppuun asti.

Vastanneista yli puolet (57 %) oli sitä mieltä, että potilaat eivät saa leikka-  
ussalissa tasa-arvoista kohtelua. Alle puolet (43 %) oli sitä mieltä, että po-

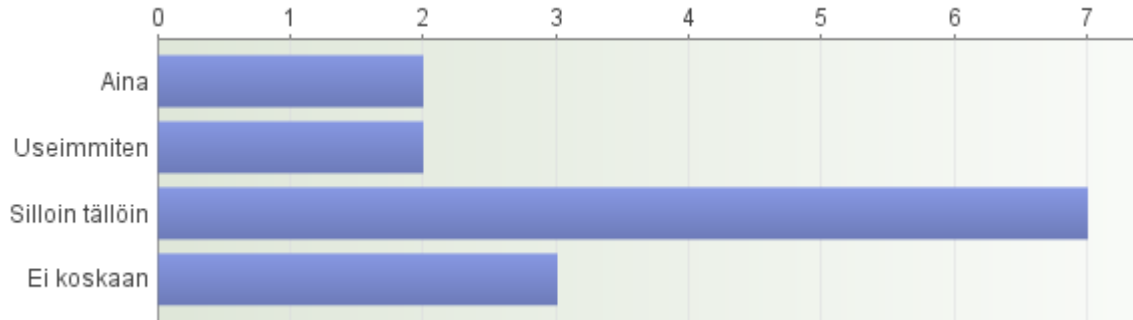
tilaat saavat tasa-arvoista kohtelua leikkaussalissa. Eri tilanteita, jotka aiheuttivat potilaiden epätasa-arvoista kohtelua, olivat muun muassa potilaan alkoholitausta ja desorientoituneisuus. Lisäksi potilaan oma aggressiivinen ja välinpitämätön käytös sekä itse aiheuttama sairaus tai onnettomuus saattavat aiheuttaa sen, etteivät he saa samanlaista kohtelua kuin muut potilaat. Parempaa kohtelua puolestaan potilas voi saada, jos hän on esimerkiksi jonkun työntekijän sukulainen.

Suurin osa vastanneista oli sitä mieltä, että potilastietojen luottamuksellisuudesta tiedotetaan silloin tällöin potilaalle. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Potilaalle tiedottaminen potilastietojen luottamuksellisuudesta.

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että potilaille tiedotetaan henkilökunnan salassapitovelvollisuudesta silloin tällöin. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Potilaille tiedottaminen henkilökunnan salassapitovelvollisuudesta.

Vastanneista puolet (50 %) puhuu potilaasta tautina, numerona tai tapauksena useimmiten ja 43 % vastaajista silloin tällöin. 7 % vastaajista ei puhu koskaan potilaasta tautina, numerona tai tapauksena.

Kaksi vastaajaa (14 %) oli sitä mieltä että potilaan pelot ja huolet huomioidaan aina tarpeeksi, 11 vastaajaa (79 %) oli sitä mieltä että ne huomioidaan useimmiten ja yksi vastaaja (7 %) oli sitä mieltä, että ne huomioidaan silloin tällöin riittävästi.

Neljä vastaajista (27 %) oli sitä mieltä, että potilaan pelkoja ja huolia pyritään lievittämään riittävästi ja loput 11 (73 %) vastaajista oli sitä mieltä, että näitä pyritään lievittämään useimmiten. Potilaan kivun hoito oli kuu-

den vastaajan (40 %) mielestä aina riittävää ja yhdeksän vastaajan (60 %) mielestä useimmiten riittävää. Viiden vastaajan mielestä (33 %) potilas sai kivun hoitoa aina riittävän nopeasti ja kymmenen vastaajan (67 %) mielestä näin tapahtui useimmiten. Tilanteita, jolloin potilas ei saanut riittävää kivunhoitoa, olivat muun muassa hammastoimenpiteet ja potilaan runsas aikaisempi lääkkeiden käyttö. Lisäksi epiduraalikatetri oli voinut jäädä laittamatta etukäteen jostain muusta syystä tai, jos esimerkiksi laparoskopoinen leikkaus muuttuu kesken kaiken laparotomiaksi. Tällöin postoperatiivinen kivunhoito on vaativampaa.

Kaksi vastanneista (13 %) oli sitä mieltä, että potilaiden kysymyksiin vastataan aina riittävän täydentävästi, kun taas 11 (73 %) heistä oli sitä mieltä, että potilaiden kysymykseen vastataan useimmiten. Vastanneista puolestaan kaksi (13 %) oli sitä mieltä, että kysymyksiin vastataan silloin tällöin riittävän täydentävästi. Kukaan vastanneista ei ollut sitä mieltä, että potilaiden kysymyksiin ei vastattaisi koskaan riittävän täydentävästi.

Vastanneista kuusi (43 %) miettii useimmiten potilasta hoidettaessa jo seuraavaa tai vielä edellistä potilasta. Seitsemän vastanneista (50 %) miettii seuraavaa tai edellistä potilasta silloin tällöin ja yksi (7 %) vastanneista ei koskaan.

Vastanneista 13 (93 %) oli sitä mieltä, että hoitajat eivät saa riittävää perehdytystä laitteiden käyttöön ja yksi (7 %) oli sitä mieltä että he saavat riittävän perehdytyksen laitteiden käyttöön.

Vastanneista neljä (27 %) vastasi, että potilas on silloin tällöin jätetty yksin, ja 11 (73 %) vastasi, ettei potilasta ole koskaan jätetty yksin hoidon aikana. Vastauksissa nostettiin esiin päivystystilanne, jolloin suunniteltuun leikkaukseen tullut potilas saatetaan jättää vähemmälle huomiolle kiireellisemmän päivystyspotilaan vuoksi. Vastauksissa korostettiin myös, että potilasta ei jätetä koskaan kokonaan yksin. Potilas saatetaan siirtää käytävälle odottamaan, mutta siinäkin hän on aina silmän alla. Potilas on myös tällöin monitoroituna, eikä huonokuntoista tai nukutettua potilasta jätetä tässäkään tilanteessa ollenkaan yksin.

Toinen vastauksissa esille tullut tilanne oli heräämössä otettava röntgenkuva, jolloin aikuinen potilas voidaan jättää hetkeksi yksin kuvan ottamisen ajaksi, joka käytännössä kestää vain sekunteja.

Suurin osa vastaajista tunsi käyttämiensä lääkkeiden vaikutukset hyvin ja haittavaikutukset tunsi hieman pienempi osa vastaajista. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Lääketuntemus

	Kyllä	En
vaikutukset?	14	1
haittavaikutukset?	11	4

Vastanneista kuusi (40 %) oli sitä mieltä, että potilasturvallisuus huomioidaan aina riittävästi siirron ja leikkausasennon laittamisen aikana ja 9 (60 %) oli sitä mieltä että näin tapahtuu useimmiten.

Vastaajista suurin osa oli sitä mieltä, että mahdollisten lisävaurioiden riskiä ehkäistiin melko hyvin. Vastaajien mukaan potilaan raajoja liikuteltiin usein pitkissä leikkauksissa ja potilaan lämpötasapainosta huolehdittiin myös kiitettävästi. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Lisävaurioiden ehkäiseminen

Huolehditaanko mielestäsasi riittävästi...	Aina	Useimmiten	Silloin tällöin	Ei koskaan
mahdollisten lisävaurioiden synnyn ehkäisystä leikkausasetoa laittaessa?	9	6	0	0
potilaan raajojen liikuttelusta pitkissä leikkauksissa?	2	13	0	0
potilaan lämpötasapainosta leikkauksen aikana?	8	7	0	0

Tarkistuslista käydään läpi ennen leikkausta seitsemän (47 %) mielestä useimmiten ja kahdeksan (53 %) mielestä silloin tällöin.

Vastanneista 7 (47 %) oli sitä mieltä, että potilaan tiedot kirjataan aina riittävän täsmällisesti ja 8 (53 %) oli sitä mieltä että tiedot kirjataan useimmiten riittävän täsmällisesti. Vastanneista kolme (23 %) puolestaan oli sitä mieltä, että kirjaaminen on aina riittävän vaivatonta ja nopeaa. Yhdeksän (69 %) vastasi ”Useimmiten” ja yksi (7 %) ”Silloin tällöin”.

Vastaajien mielestä tiedon siirto ei aina ole riittävää eikä tarpeeksi sujuvaa. (Taulukko 4.)



Taulukko 4. Raportoinnin riittävyys

Onko tiedonsiirto mielestäsi riittävää...	Aina	Useimmiten	Silloin tällöin	Ei koskaan
hoitohenkilökunnan kesken riittävää?	0	14	0	1
hoitohenkilökunnan kesken tarpeeksi sujuvaa?	2	12	0	1
hoitohenkilökunnan ja potilaan kesken riittävää?	1	12	1	1
potilaan omaisille riittävää?	0	3	5	4

Avoimessa kysymyksessä vastaajat nostivat esille muita eettisesti hyvää hoitoa estäviä asioita. Leikkaussalissa ei juurikaan esimerkiksi olla yhteistyössä potilaan omaisiin, koska suurin osa leikkauksista on etukäteen suunniteltuja. Joidenkin päivystyspotilaiden kanssa hoitajat saattavat vaihtaa silloin tällöin muutaman sanan. Lisäksi potilaan iän huomioiminen on tärkeää eettisesti hyvän hoidon kannalta, sillä lapselle ei voi kertoa asioita samalla tavalla kuin aikuiselle. Lisäksi leikkaussalissa tapahtuu potilaan yli puhumista ja potilasta arvostelevaa puhetta leikkauksen aikana, jotka ovat eettisesti hyvää hoitoa estäviä asioita. Kirjaamiseen liittyen tulisi saada yhtenäisempi kuri sinisen kaavakkeen täyttämiseen, jotta kirjaaminen olisi kaikkien osalta täsmällistä.

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tulosten ja tuotosten tarkastelu

Sairaanhoitajien eettistä tietämystä voitaisiin kysymyksen neljä perusteella parantaa, vaikka suuria puutteita ei vastaan tullutkaan. Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden tuntemus oli kiitettävää, sekä myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista. ETENE:n laatimat terveydenhuollon eettiset periaatteet sekä ICN:n eettiset ohjeet olivat puolestaan suurimmalle osalle vastaajista täysin vieraita. YK:n ihmisoikeuksien julistus oli vastaajille jotenkuten tuttu.

Olimme tehneet kysymyksemme perustuen teoreettisessa viitekehyksessä esille nostamiimme arvoihin ja periaatteisiin. Arvoihin olimme ottaneet esille ihmisarvon, yksityisyyden, yksilöllisyyden, integriteetin, fyysisen ja psyykkisen eheyden, sekä itsemääräämisoikeuden. Periaatteisiin olimme koonneet turvallisuuden, hoidon jatkuvuuden, sekä terveyskeskeisyyden.

#### 8.1.1 Hoitotyön arvojen toteutuminen leikkaus- ja anestesiaosastolla

Ihmisarvon käsite sisälsi kysymyksen hoitajan esittelemisestä potilaalle, ja se toteutuu kyselyn mukaan leikkausosastolla hyvin. Elektiivisessä, eli

etukäteen suunnitellussa leikkauksessa, vastaajat kertovat potilaalle hyvin mitä hänelle parhaillaan tehdään ja mitä seuraavaksi tulee tapahtumaan. Poikkeuksena tässä kohdassa on päivystysleikkaus, jonka kulkua potilaalle ei selvitetä niin hyvin kuin elektiivisissä leikkauksissa. On ymmärrettävää, että päivystystapauksessa potilaan tila vaatii nopeampaa hoitoa, joten leikkauksen kulkua ei välttämättä ehditä kertomaan niin hyvin potilaalle. Päivystysleikkauksessa potilaalla on yleensä vähemmän aikaa orientoitua leikkaukseen joutumiseen kuin elektiivisellä potilaalla, joten hän saattaa olla enemmän ymmällään tapahtumista ja tarvitsisi tietoa rauhoittuakseen.

Erillisenä tapauksena vastaaja toi esille lapsipotilaat, joille ei välttämättä voikaan kertoa tapahtumien kulkua samalla lailla kuin aikuispotilaille. Kyselylomakkeessa ei eritellä lapsipotilaita, mikä on saattanut vaikuttaa joihinkin vastauksiin. Eettisesti hyvään hoitoon kuuluu, että lapsipotilaiden ikä otetaan huomioon. Huomioon tulisi myös ottaa potilaan orientaatio. Joissakin tapauksissa potilaalle tapahtumien kulun selventäminen voikin lisätä potilaan pelkoa, ja tällöin tulisi osata havaita tilanne ja toimia toisin.

Ihmisarvoon liittyy myös potilaan oikeuksien puolustaminen. Vastanneista hieman alle puolet on joutunut puolustamaan potilaan oikeuksia. Eettisesti hyvään hoitoon kuuluu, että hoitaja pyytää kirurgia hakemaan kokeneemman kollegan avuksi, kun on havaittavissa että potilaan turvallisuus saattaa vaarantua. Jokaisen hoitajan tulisi uskaltaa puolustaa tarvittaessa potilaan oikeuksia, vaikka tulisi puuttua toisen hoitajan tai lääkärin tapaan toimia. Ammattiryhmien välillä ei tulisi olla niin suuria muureja, ettei voida puuttua toisen ammattiryhmän toimintaan ja näin ollen mahdollisesti vaarantaa potilaan henki tai terveys.

Potilaiden tasa-arvoinen kohtelu on myös osa ihmisarvoa. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että potilaat saavat eriarvoista kohtelua leikkaus- ja anestesiaosastolla. Syitä eriarvoiseen kohteluun kerrottiin olevan muun muassa hoitajille tuttu potilas tai sukulainen, jotka saattavat saada parempaa kohtelua kuin muut. Huonompaa kohtelua vastaajien mukaan saattoivat saada muun muassa alkoholistit, levottomat potilaat sekä sekavat potilaat. Joka tapauksessa lähtökohtana tulisi olla aina, että potilaat saavat tasa-arvoista kohtelua potilaasta riippumatta. Tosiasia on kuitenkin, että potilaan oma aggressiivinen käytös muuttaa myös hänen saamaansa kohtelua. Lisäksi esimerkiksi dementiapotilaat ja kehitysvammaiset voivat saada huonompaa kohtelua heidän oman sairautensa takia. Eettisestä näkökulmasta jokaisen hoitajan tulisi kuitenkin pystyä hoitamaan jokaista potilasta joka kerta yhtä hyvin, vaikka hän tulisi esimerkiksi jo kymmenettä kertaa samaan hoitoon. Tämä on mielestämme yksi suurimmista haasteista hoitotyössä eikä se tule koskaan olemaan helppoa.

Yksityisyyden käsite sisälsi sen, että potilaalle tulee kertoa etukäteen ennen kuin hänen kehonosiaan paljastetaan tai niihin kosketetaan. Näin toimii vastaajista kaikki aina tai lähes aina, mikä on potilaan yksityisyyden säilyttämisen kannalta tärkeää, sillä leikkaussalissa toimitaan hyvinkin lähekkäin ja tunkeudutaan toisen henkilökohtaiseen tilaan. Tästä syystä on tärkeää kertoa potilaalle ennen kuin hänen kehonosiaan paljastetaan tai kosketetaan. Lisäksi yksityisyyteen liittyy potilastietojen luottamukselli-

suuden ja henkilökunnan salassapitovelvollisuudesta tiedottaminen. Vastauksien perusteella kummassakin kohdassa olisi parantamisen varaa. Kuitenkin on muistettava, että leikkaussalissa ei tiedoteta enää juurikaan näistä asioista, vaan tiedottamisen tulisi ennemmin tapahtua ehkä jo hoitojakson alussa esimerkiksi osastolla tai lääkärikäynnillä.

Yksilöllisyyteen liittyi potilasasiakirjoihin tutustuminen ennen leikkauksen alkua. Vastaajilla ei ollut heidän mielestään riittävästi aikaa tutustua potilasasiakirjoihin ennen potilaan tuomista saliin. Suurin osa vastasi, että heillä on vain silloin tällöin aikaa tutustua potilasasiakirjoihin. Mielestämme olisi tärkeää sekä potilasturvallisuuden että potilaan yksilöllisyyden kannalta varmistaa henkilökunnalle riittävästi aikaa tutustua potilaan tietoihin ennen leikkauksen alkua. Poikkeuksena voidaan tietenkin pitää hätäleikkauksia, jossa ei ymmärrettävästi ole aikaa eikä välttämättä tietoja potilaasta edes saatavilla.

Yhteen potilaaseen keskittyminen kerrallaan kuuluu myös yksilöllisyyteen. Tällä tarkoitimme sitä, että leikkauksen aikana ei tulisi miettiä edellistä potilasta, tai keskittyä ajatuksiinsa liikaa seuraavaan potilaaseen. Vastaajista suurin osa miettii silloin tällöin seuraavaa tai edellistä potilasta. On kuitenkin inhimillistä, että jos vaikka edellisen potilaan kanssa on tullut ongelmia tai hän on menehtynyt, niin se jää ajatuksiin seuraavaa potilasta hoidettaessa. Tärkeintä on kuitenkin se, että potilaan hoito ei vaarannu tai häiriinny edellisen potilaan kohtalon takia. Seuraavaa potilasta saatetaan miettiä puolestaan esimerkiksi, jos valvovalla hoitajalla on aikaa valmistautua jo seuraavaa leikkausta varten valmiiksi. Tällöin hän miettii, mikä seuraava leikkaus on ja mitä siihen tarvitaan. Näin yleensä tehdään, jotta vaihto leikkausten välissä olisi nopeampaa.

Integriteetti oli yksi leikkaus- ja anestesiaosaston tärkeistä arvoista. Tässä kyselyssä se sisälsi kysymykset potilaan puhumisesta tautina, numerona tai tapauksena sekä potilaan pelkojen, huolien ja kipujen hoito. Kyselyn mukaan potilaasta puhutaan tautina, numerona tai tapauksena melko usein. Tämä kuitenkin loukkaa potilaan fyysistä ja psyykkistä eheyttä, koska tällöin häntä esineellistetään. Potilaan huolet ja pelot huomioidaan ja niitä pyritään lievittämään kyselyn mukaan suhteellisen hyvin. Lisäksi potilaan kipua hoidetaan vastausten mukaan lähes aina riittävästi. Tilanteita, joissa kipua ei hoidettu riittävästi, olivat esimerkiksi hammastoimenpiteet, joissa puudutus ei ollut riittävä, dementoituneiden tai narkomaanipotilaiden hoito. Lisäksi tilanteessa, jolloin laparoskooppinen leikkaus muuttuu avoimeksi, on postoperatiivinen kivunhoito hankalaa, koska tällöin potilaalle ei ole laitettu etukäteen epiduraalikatetria, jonka kautta kipua voitaisiin hoitaa.

Narkomaanipotilaiden kivunhoito on haasteellista, sillä he ovat saattaneet käyttää vahvoja opiaatteja jo pidemmän aikaa, jolloin heille on kehittynyt toleranssia niitä kohtaan. Tällöin tavalliset lääkemäärät vahvojakin lääkkeitä ei riitä hoitamaan narkomaanien kipua, koska ne eivät vaikuta yhtä hyvin kuin silloin jos potilas ei ole käyttänyt opiaatteja aikaisemmin säännöllisesti.

Potilaan kysymyksiin vastaaminen kuului myös integriteettiin. Kyselyn mukaan niihin vastataan useimmiten riittävän täydentävästi. Tämä takaa potilaalle riittävän tiedon saamisen, joka oli yksi integriteettiin kuuluva osa-alue.

Itsemääräämisoikeus tarkoittaa leikkaussalissa sitä, että potilas saa osallistua riittävästi omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja suunnitteluun. Suurin osa vastanneista oli sitä mieltä, että potilaat saavat useimmiten osallistua hoitoaan koskevaan suunnitteluun ja päätöksentekoon. Näin potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan leikkaussalissa. Suurin osa suunnittelusta ja hoitoaan koskevasta päätöksenteosta potilas kuitenkin tekee jo etukäteen. Leikkaukseen tuleminen on jo sinällään suostumus hoitoon. Siinä vaiheessa potilas on jo yleensä esittänyt toiveensa hoitonsa suhteen, kun hän tulee leikkaussaliin. Poikkeuksena tässä tilanteessa ovat tietysti hätäleikkaukset.

### 8.1.2 Hoitotyön periaatteiden toteutuminen leikkaus- ja anestesiaosastolla

Hoitotyön periaatteista ensimmäisenä on turvallisuus. Se sisältää hoitajien riittävän perehdytyksen laitteiden käyttöön. Lähes kaikki vastaajista olivat sitä mieltä, että hoitajat eivät saa riittävää perehdytystä laitteiden käyttöön. Tämä on suuri turvallisuusriski potilaan hoidossa ja siihen pitäisi meidän mielestämme saada parannusta. Turvallisuuden kannalta on tärkeää, että jokainen hoitaja tuntee käyttämänsä laitteen eikä käytä sellaisia laitteita joiden käyttömekanismia ja turvallisuusriskejä ei tunne. Näin vältetään turhilta laitteiden käytöstä aiheutuvilta vaaratilanteilta.

Turvallisuus sisälsi myös kysymyksen, onko potilasta jätetty koskaan yksin hoidon aikana. Suurin osa vastasi, että ei ole. Poikkeuksena tuotiin esille muun muassa hätätilapotilaiden hoito ja heräämössä röntgenkuvan ottaminen. Pääperiaatteenahan on, ettei potilasta jätetä missään tilanteessa yksin, mutta esimerkiksi hätätilanteissa voidaan joutua elektiivinen potilas siirtämään käytävälle, jotta saadaan kiireellisempi potilas leikkauspöydälle. Tässäkään tilanteessa ei kuitenkaan jätetä nukutettua, huonokuntoista tai lapsipotilasta ilman valvontaa. Heräämössä röntgenkuvauksen ajaksi henkilökunta siirtyy heräämön ulkopuolelle, jolloin potilas jää hetkeksi aikaa yksin, mutta se kestää tosiaan vain sekunteja ja hoitajat ovat heti oven ulkopuolella. Poikkeuksena ovat lapsipotilaat, joita ei edes kuvauksen ajaksi jätetä yksin. Tärkeätä onkin eettisesti, että potilaan vierellä on koko ajan joku häntä valvomassa potilaan turvallisuuden sekä pelkojen ja ahdistuksen lievittämisen kannalta. Nukutettua potilasta ei voi jättää ilman valvontaa.

Turvallisuuteen liittyy myös hoitajien lääketuntemus. Kysyimme, tunteeko vastaajat antamiensa lääkkeiden vaikutuksen ja haittavaikutukset. Suurin osa vastaajista tunsivat lääkkeiden vaikutukset, kun taas haittavaikutuksia tunnettiin vähemmän. Jos hoitaja ei tunne antamiaan lääkkeitä tarpeeksi hyvin, ei hän myöskään pysty seuraamaan niiden vaikutuksia tai aiheuttamia sivuvaikutuksia. Vaikka lääkäri onkin päävastuussa lääkkeiden määräämisestä ja annosten koosta, tulee myös hoitajan olla tietoinen mitä an-

taa potilaalle ja kuinka paljon, sillä hoitaja on se joka yleensä vastaa lääkkeen annon seuraamuksista.

Iso osa potilaan turvallisuutta on myös leikkausasettoon laittaminen, sekä muut potilaan siirrot hoidon aikana. Vastaajien mielestä turvallisuutta otetaan riittävästi huomioon näissä tilanteissa. Turvallisuuden kannalta onkin tärkeää, että siirtojen ja leikkausasettojen laittaminen sujuu potilasturvallisesti, ettei potilaalle näissä tilanteissa aiheuteta lisävaurioita.

Terveyskeskeisyyteen liitimme kysymyksissä lisävaurioiden syntymisen ehkäisemisen leikkauksen aikana tai hoitotoimenpiteillä. Myös tarkistuslistan käyttö on terveystieteellistä. Leikkausasettoa laitettaessa lisävaurioiden synnyn ehkäisystä, pitkissä leikkauksissa raajojen liikuttelusta ja lämpötasapainosta huolehti kaikki vastaajista aina tai useimmiten. Nämä kaikki ovat tärkeitä potilaan terveyden kannalta. Eettisesti hyvään hoitoon kuuluu se, että mahdollisia lisävaurioita ehkäistään mikäli mahdollista. Raajojen liikuttelulla ja lämpötasapainosta huolehtimisella ehkäistään suurin osa leikkauksen aikana tulevista lisävaurioista. Hyvällä leikkausaseton laitolla ehkäistään esimerkiksi hermojen painumista ja nivelten vaurioitumista. Raajojen liikuttelulla ehkäistään painaumuksia sekä huolehditaan raajojen verenkierrosta. Tarkistuslistan käyttö voisi vastauksien perusteella olla vieläkin säännöllisempää. Suurin osa vastaajista oli valinnut kohdan silloin tällöin ja loput useimmiten. Tarkistuslistan käyttö on osa terveystieteellistä, sillä sen säännöllinen käyttö vähentää tutkitusti leikkaukskomplikaatioita. Jos käytettävissä on tällainen työkalu, niin miksei sitä voitaisi käyttää aina. Tietysti sen käyttö vaatii totuttelua, mutta jos sen avulla voitaisiin ehkäistä komplikaatioita, niin olisi tärkeää että sen käyttö vakiintuisi.

Hoidon jatkuvuuteen liittyy kirjaaminen ja raportointi. Kirjaaminen oli vastaajien mielestä riittävän täsmällistä, mutta kirjaamisen vaivattomuudessa ja nopeudessa oli parantamisen varaa. Leikkaus- ja anestesiaosastolla on käytössä niin sähköinen kuin paperille kirjaaminenkin. Anestesiahoitajat kirjaavat sähköisesti anestesiakoneelle, ja instrumenttihoitajat kirjaavat käsin siniselle kaavakkeelle. Tämän sinisen kaavakkeen käytössä tulisi olla yhtenäisempi kuri, ja se tulisi kaikkien täyttää saman ohjeiden mukaisesti. Nykyään osa hoitajista täyttää kaavakkeeseen paljon tietoja ja kirjaa yksityiskohtaisesti, kun taas osa kirjaa vain pakollisen asian muutamalla sanalla. Sähköisen kirjaamisen vaikeutena ovat kirjaamisohjelman ongelmat. Ohjelma saattaa kaatua, ja siinä esiintyy häiriöitä ja käyttökatkoja. Potilaan hoidon kannalta olisi kuitenkin tärkeää, että kaikki leikkauksen aikana tulleet tiedot saataisiin kirjattua mahdollisimman tarkasti ja vaivattomasti.

Hoitotietojen raportointi oli hoitohenkilökunnan kesken vastaajien mielestä useimmiten riittävää, ja sujuvuuskin oli hyvällä mallilla. Hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä tiedonsiirto oli suurimman osan mielestä useimmiten riittävää. Tiedonsiirrossa potilaan omaisille olisi taas hieman enemmän parantamisen varaa. Leikkausosaston henkilökunta ei tosin enää nykyään juurikaan kommunikoi potilaan omaisten kanssa elektiivisissä leikkauksissa, tällöin potilaan omaiset ovat saaneet tietää jo ennen leikka-

usta mitä ja milloin leikataan. Hoidon jatkuvuuden kannalta on joka tapauksessa tärkeää, että tiedon siirto on mahdollisen sujuvaa ja riittävää, ja että kaikki tarpeellinen tieto liikkuisi eteenpäin. Yksi vastaajista nosti esille, että tiedon siirto ja raportointi vuodenasaston kanssa tulisi olla paljon sujuvampaa kuin nykyään.

Viimeinen kysymys lomakkeessamme oli avoin kysymys jossa vastaajat saivat tuoda esille jotain muita eettisiä ongelmia joita he kohtaavat työnsänsä. Esille tuotiin muun muassa potilaan yli puhuminen ja potilasta arvosteleva puhe leikkauksen aikana. Hereillä oleva potilas tulisi ottaa mukaan keskusteluun eikä syrjäyttää tätä, sillä ei ole eettisesti hyvää hoitoa puhua ikään kuin potilasta ei edes olisi paikalla. Aina pitäisi muistaa, että oli potilas nukutettuna tai ei, niin hänestä pitäisi puhua kunnioittavasti. Kevyessä unessa oleva potilas saattaa kuulla ja muistaa kuulemiensa asioita jälkeensä. Vaikka potilas on nukutettuna, niin ei ole eettisesti oikein puhua hänestä epäkunnioittavasti tai loukkaavasti.

### 8.2 Kyselyn eettisyys ja luotettavuus

Kyselymme vastausprosentti oli 24%. Tämä ei ole kovinkaan kattava vastausmäärä, eikä tuloksia voida yleistää koko leikkaus- ja anestesiaosastoa koskeviksi. Anonymiteetti oli yksi tärkeä luotettavuutta lisäävä tekijä kyselytutkimusta tehdessä. On tärkeää, että vastaaja ei koe voivansa tulla tunnistetuksi lomakkeesta, sillä tällöin hän uskaltaa varmasti tuoda esille kaikki mielipiteensä ja kehityskohteensa. Korostimmekin vastaajille saattekirjeessämme, että heitä ei voi tunnistaa kyselylomakkeesta, joten voidaan olettaa, että he ovat vastanneet rehellisesti kysymyksiin. Anonymiteetin takasi vastaajille se, ettei kyselylomakkeella ollut mitään identifioivia kysymyksiä, kuten sukupuolta tai ikää. Kysyimme ainoastaan työvuosia leikkaus- ja anestesiaosastolla, jotta pystyimme kartoittamaan hoitajien kokemuksia. Lisäksi kysyimme onko vastaaja anestesia- vai instrumenttihoitaja. Molempia näistä hoitajista työskentelee osastolla useampia, joten tämäkään kysymys ei paljasta vastaajan henkilöllisyyttä. Ketään ei voitu myöskään tunnistaa käsialan perusteella, sillä kysely toteutettiin nettikyselynä Webropolin kautta.

Kyselylomakkeella pyrimme muotoilemaan ja järjestämään kysymykset niin, etteivät ne johdata vastaajaa mihinkään suuntaan. Huomioimme myös kysymysten asettelussa sen, ettemme kyselyn tekijöinä tuo kysymyksissä esille omaa näkemystämme tai kantaamme asiaan. Tämä onkin yksi kyselylomakkeen hyviä puolia, sillä näin tutkija ei itse vaikuta vastauksiin. Lisäksi kysymykset esitetään jokaiselle vastaajalle samassa muodossa ja kaikki vastaajat ovat samassa vastaustilanteessa, mikä parantaa vastausten luotettavuutta hyvin paljon ja näin ne ovat myös vertailukelpoisia keskenään.

Kyselyn eettinen asia, jonka huomioimme työssämme, oli vapaaehtoisuus. Näin kunnioitimme kaikkien vastaajien itsemääräämisoikeutta eikä ketään pakotettu vastaamaan kyselyyn. Toinen huomioitu eettinen asia oli jo aiemmin mainittu anonymiteetti, joka oli taattu jokaiselle vastaajalle.

Haimme luvan tutkimuksen toteuttamiselle keskussairaalan operatiivisen tulosalueen ylihoitajalta. Lisäksi teimme opinnäytetyösopimuksen keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston osastonhoitajan kanssa. Sähköpostissa laitoimme saatekirjeen jokaiselle vastaajalla samassa viestissä Webropol-kyselyn linkin kanssa.

## LÄHTEET

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. 2007. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki: Wsoy.

Eklund, A-L. 2006. Hoitotyön teoreettiset perusteet. Viitattu 25.1.2011.  
<http://gallia.kajak.fi/opmateriaalit/yleinen/EklAnn/HOTEPE/HOITOTY%C3%96N%20TEOREETTISET%20PERUSTEET.ppt>

Etene 2001. Oikeuden mukaisuus ja ihmisarvo Suomalaisessa terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki. Viitattu 8.8.2011 <http://www.etene.org/yleista.shtml>

Gizarlis, L. Perioperative Nursing 2004. Viitattu 8.8.2011  
<http://victorian.fortunecity.com/rubens/386/ornursing.html>

Hentinen, M. & Kyngäs, H. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Hietanen, H., Holmia, S., Kassara, H., Ketola, M-L., Lipponen, V., Murtonen, I. & Paloposki, S. 2004. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.

Hätönen, H. 2000. Osaava henkilöstö – nyt ja tulevaisuudessa. Vantaa: Metalliteollisuuden kustannus.

International Council of Nurses 1953. Code of Ethics for Nurses. Viitattu 8.8.2011 <http://www.icn.ch/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/>

Janhonen, M. & Koivusalo A-M. 2007. Jorvin sairaalan leikkausosaston perioperatiivisen hoitotyön laatu potilaiden kokemana. HYKS, Jorvin sairaala. Tutkimus.

Junttila, K., Kiviniemi, K. & Leinonen T. 2007. Perioperatiivisen hoitotyön kirjaaminen haasteiden edessä. Sairaanhoitaja 4/2007. Viitattu 9.8.2011  
[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/4\\_2007/muut\\_artikkelit/perioperatiivisen\\_hoitotyon\\_kirj/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/4_2007/muut_artikkelit/perioperatiivisen_hoitotyon_kirj/)

Jyväskylän yliopiston Koppa 2008. Määrällinen tutkimus. Viitattu 23.5.2011  
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>

Kainuun maakunta – kuntayhtymä 2007. Hoitotyön arvokirja. Viitattu 13.9.2011  
<http://www.google.fi/url?sa=t&source=web&cd=7&sqi=2&ved=0CEAQFjAG&url=http%3A%2F%2Fmaakunta.kainuu.fi%2Fshowattachment.asp%3FID%3D782%26DocID%3D1075&rct=j&q=ihtisarvon%20kunnioittami->



nen&ei=zVhvTt7ZKMXssgaRt7mSBw&usg=AFQjCNFlhJEB42I9LpW2nUI9Qag24BIIww&cad=rja

Kangasmäki, E. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. Sairaanhoitaja 10, 11 - 16.

Kallio, A., Korte R., Lukkari, L. & Rajamäki L. 2000. Perioperatiivinen hoito. Porvoo: WSOY.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, S., Lipponen, V. & Ketola, M-L. 2004. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.

Kinnunen, T., Korte, R. & Lukkari L. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Kuhmola, K. 2007. Sairaanhoitajan osaamisen tavoitetason määrittely leikkaus- ja anestesiaosastolla. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Terveiden edistäminen. Opinnäytetyö.

K-HSHP. 2009. Keskussairaalan Hämeenlinnan ja Riihimäen leikkaus- ja anestesiayksiköt. Viitattu 17.5.2011.  
<http://www.khshp.fi/default.asp?link=312.5>

Lahtinen, A., Malinen, A-M. & Turpeinen, I. 2008. Eettiset arvot lyhytaikaisessa yhteistyösuhteessa sairaanhoitajan kertomana. Laurea-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Laine, J. 2008. Potilaan fyysinen turvallisuus. TYKS. Viitattu 9.8.2011  
<http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/14808/Potilaan-fyysinen-turvallisuus-6-5-2008.pdf>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. 17.8.1992.

Lauri, S. & Leino-Kilpi, H. 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Lohilahti J. & Mankinen, H. 2009. Hoitotyön arvot käytännössä. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Nissi-Lämsä, J. 2010. Hoitotyön eettisiä ongelmia. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak, Pohjoinen, Oulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Ottelin, M. & Pulkka, M. 2010. Yksilöllinen hoito potilaan näkökulmasta. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Piirainen, R. & Suoraniemi, A. 2009. Perehdyttäminen perioperatiivisessa hoitotyössä. Vaasan Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2001. Hoitotyön arvot ja periaatteet. Viitattu 11.8.2011  
[http://www.pkssk.fi/soap/downloader.asp?id=5217&type=3&user\\_id=1](http://www.pkssk.fi/soap/downloader.asp?id=5217&type=3&user_id=1)

Puhakka, V. 2005. Tutkimusmenetelmät. Viitattu 9.9.2011  
[http://www.google.fi/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBcQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.tol.oulu.fi%2Fkurssit%2Ftutkimusmenetelmät%2FTutkimusmenetelmät19\\_9.pdf&rct=j&q=Vesa%20puhakka%20tutkimusmenetelm%C3%A4t&ei=mwpqTs-gDMzDswbH1IS6BA&usg=AFQjCNEi65gkMCG62\\_00Gc7pyjL6JzvYdA&cad=rja](http://www.google.fi/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBcQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.tol.oulu.fi%2Fkurssit%2Ftutkimusmenetelmät%2FTutkimusmenetelmät19_9.pdf&rct=j&q=Vesa%20puhakka%20tutkimusmenetelm%C3%A4t&ei=mwpqTs-gDMzDswbH1IS6BA&usg=AFQjCNEi65gkMCG62_00Gc7pyjL6JzvYdA&cad=rja)

Rauma, S. 2010. Robotti tulee leikkaussaliin – muuttuuko sairaanhoitajan työ? Sairaanhoitaja 10, 19-21.

Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. (toim.) 2006. Anestesiologia ja tehohoito. 2.p. Helsinki: DUODECIM.

Rosqvist, E. 2003. Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastoilla. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen, Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Sairaanhoitajaliitto 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 8.8.2011  
[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_ty\\_ ja\\_hoitoty\\_ on/sairaanhoitajan\\_ty\\_ on/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_ ja_hoitoty_ on/sairaanhoitajan_ty_ on/sairaanhoitajan_eettiset_ ohjeet/)

Sarvimäki, A. 2002. Terveystieteiden arvot- ristiriitujen vai voimavarojen lähde. Teoksessa eettisyyttä terveydenhuoltoon. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 1998–2002. Etene-julkaisuja 5. Helsinki.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita.

Suomen Anestesiaosastojen ry. 2010. Anestesiaosastojen osaamisvaatimukset. Viitattu 2.8.2011  
[http://sash.fi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=74&Itemid=79](http://sash.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=74&Itemid=79)

Tammi, O. & Uutela, J. 2008. Fyysisen ja tiedollisen yksityisyyden toteutuminen ensiapupoliklinikalla. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Tampereen Yliopisto n.d. Tuumasta tekstiksi – perusopas seminaari- ja opinnäytetyön tekijälle. Viitattu 9.9.2011  
<http://www.uta.fi/laitokset/hoito/wwwoppimateriaali/luku5a.html>

Tilastokeskus n.d.a. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erot. Viitattu 1.8.2011 <http://stat.fi/virsta/tkeruu/01/07/>

Tilastokeskus n.d.b. Strukturoitu haastattelu. Viitattu 1.8.2011 <http://stat.fi/virsta/tkeruu/04/01/>

Tohmo, H., Kuosa, R. & Erkola, O. 2006. Anestesiologian ja tehohoidon osasto sairaalassa. 2. painos. Teoksessa Rosenberg, P., Alaluhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Duodecim.

United Nations Human Rights 1998. Universal Declaration of Human Rights. Viitattu 8.8.2011 <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=fin>

Valli, R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Väisänen, S. 2001. Instrumentoivan sairaanhoitajan ergonominen työympäristö laparoskooppisessa kohdunpoistoleikkauksessa. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

## SAIRAANHOITAJAN EETTISET OHJEET

### **I Sairaanhoitajan tehtävä**

Sairaanhoitajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen.

Sairaanhoitaja auttaa kaikenikäisiä ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa. Sairaanhoitaja palvelee yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä. Ihmisiä hoitaessaan hän pyrkii tukemaan ja lisäämään heidän omia voimavarojaan sekä parantamaan heidän elämänsä laatua.

### **II Sairaanhoitaja ja potilas**

Sairaanhoitaja on toiminnastaan ensisijaisesti vastuussa niille potilaille, jotka tarvitsevat hänen hoitoaan. Hän suojelee ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa. Sairaanhoitaja kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä ja luo hoitokulttuurin, jossa otetaan huomioon yksilön arvot, vakaumus ja tavat.

Sairaanhoitaja kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuuksia osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Sairaanhoitaja pitää salassa potilaan antamat luottamukselliset tiedot ja harkitsee, milloin keskustelee niistä muiden hoitoon osallistuvien kanssa.

Sairaanhoitaja kohtelee toista ihmistä lähimmäisenä. Hän kuuntelee potilasta ja eläytyy tämän tilanteeseen. Sairaanhoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen.

Sairaanhoitaja toimii tehtävässään oikeudenmukaisesti. Hän hoitaa jokaisesta potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta.

### **III Sairaanhoitajan työ ja ammattitaito**

Tekemästään hoitotyöstä sairaanhoitaja vastaa henkilökohtaisesti. Hän arvioi omansa ja muiden pätevyyden ottaessaan itselleen tehtäviä ja jakaessaan niitä muille. Ammatissa toimivan sairaanhoitajan velvollisuutena on jatkuvasti kehittää ammattitaitoaan.

Samassa hoitoyhteisössä työskentelevät sairaanhoitajat vastaavat yhdessä siitä, että hoitotyön laatu on mahdollisimman hyvä ja että sitä parannetaan jatkuvasti.

### **IV Sairaanhoitaja ja työtoverit**

Sairaanhoitajat tukevat toinen toistaan potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa, työssä jaksamisessa ja ammatillisessa kehittämisessä.

Sairaanhoitajat kunnioittavat oman ja muiden ammattiryhmien edustajien asiantuntemusta. He pyrkivät hyvään yhteistyöhön muiden potilaan hoitoon osallistuvien työntekijöiden kanssa.

Sairaanhoitajat valvovat etteivät oman ammattikunnan jäsenet tai muut potilaan hoitoon osallistuvat toimi potilasta kohtaan epäeettisesti.

### **V Sairaanhoitaja ja yhteiskunta**

Sairaanhoitajat osallistuvat ihmisten terveyttä, elämän laatua ja hyvinvointia koskevaan keskusteluun ja päätöksentekoon sekä kansallisella että kansainvälisellä tasolla.

Sairaanhoitaja toimii yhdessä potilaiden omaisten ja muiden läheisten kanssa ja vahvistaa näiden osallistumista potilaan hoitoon. Hän antaa terveyttä koskevaa tietoa väestölle ja lisää ihmisten kykyjä hoitaa itseään. Sairaanhoitaja tekee yhteistyötä vapaaehtois-, vammais- ja potilasjärjestöjen kanssa.

Sairaanhoitajien kansainvälinen työ on ammatillisen tiedon ja taidon vastavuoroista välittämistä sekä osallistumista kansainvälisten järjestöjen toimintaan. Sairaanhoitajat kantavat vastuuta ihmiskunnan terveydellisten ja sosiaalisten elinolojen kehittämisestä maailmanlaajuisesti sekä edistävät samanarvoisuutta, suvaitsevaisuutta ja yhteisvastuullisuutta.

### **VI Sairaanhoitaja ja ammattikunta**

Sairaanhoitajakunta huolehtii siitä, että ammattikunnan jäsenet hoitavat arvokkaasti yhteiskunnallisen tehtävänsä. Ammattikunta tukee jäsentensä moraalista ja eettistä kehitystä sekä valvoo, että sairaanhoitajalla säilyy ihmisläheinen auttamistehtävä.

Sairaanhoitajat vastaavat ammattikuntana jäsentensä hyvinvoinnista. Heidän ammattijärjestönsä toimii aktiivisesti oikeudenmukaisten sosiaalisten ja taloudellisten työolojen varmistamiseksi jäsenistölle.

Sairaanhoitajakunta vastaa oman alansa asiantuntijuudesta. Sairaanhoitajat huolehtivat ammatin sisällön syventämisestä, koulutuksen kehittämisestä sekä tieteellisyyden edistämisestä. Sairaanhoitajakunnan asiantuntijuuden kasvun tulisi näkyä väestön hyvän olon edistymisenä.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet hyväksyty Sairaanhoitajaliiton liittokokouksessa 28.9.1996

## THE ICN CODE

The *ICN Code of Ethics for Nurses* has four principal elements that outline the standards of ethical conduct.

## ELEMENTS OF THE CODE

### 1. NURSES AND PEOPLE

The nurse's primary professional responsibility is to people requiring nursing care.

In providing care, the nurse promotes an environment in which the human rights, values, customs and spiritual beliefs of the individual, family and community are respected.

The nurse ensures that the individual receives sufficient information on which to base consent for care and related treatment.

The nurse holds in confidence personal information and uses judgement in sharing this information.

The nurse shares with society the responsibility for initiating and supporting

action to meet the health and social needs of the public, in particular those of vulnerable populations.

The nurse also shares responsibility to sustain and protect the natural environment from depletion, pollution, degradation and destruction.

### 2. NURSES AND PRACTICE

The nurse carries personal responsibility and accountability for nursing practice, and for maintaining competence by continual learning.

The nurse maintains a standard of personal health such that the ability to provide care is not compromised.

The nurse uses judgement regarding individual competence when accepting and delegating responsibility.

The nurse at all times maintains standards of personal conduct which reflect well on the profession and enhance public confidence.

The nurse, in providing care, ensures that use of technology and scientific advances are compatible with the safety, dignity and rights of people.

### 3. NURSES AND THE PROFESSION

The nurse assumes the major role in determining and implementing acceptable standards of clinical nursing practice, management, research and education.

The nurse is active in developing a core of research-based professional knowledge.

The nurse, acting through the professional organisation, participates in creating and maintaining safe, equitable social and economic working conditions in nursing.

### 4. NURSES AND CO-WORKERS

The nurse sustains a co-operative relationship with co-workers in nursing and other fields.

The nurse takes appropriate action to safeguard individuals, families and communities when their health is endangered by a coworker or any other person.

## Terveydenhuollon eettisiä periaatteita

### 1. Oikeus hyvään hoitoon

Oikeus hyvään hoitoon merkitsee, että terveydenhuollon palveluita tarvitseva saa tilanteensa edellyttämää asiantuntevaa apua ilman kohtuuttomia viiveitä. Hyvän hoidon toteutuessa potilas, hänen omaisensa ja läheisensä kokevat olevansa asiantuntevissa ja turvallisissa käsissä ja tulevansa hyvin hoidetuksi ja kohdelluksi. Heidä ymmärretään ja heidät hyväksytään. Hoiva on osa hyvää hoitoa. Siinä potilaan tarpeet ovat etusijalla. Potilaan oikeus hyvään hoitoon on tärkeä myös kuoleman lähestyessä. Siihen kuuluvat hyvä perushoito, henkinen ja hengellinen tuki sekä kivun ja muiden kärsimystä aiheuttavien oireiden hoito. Tuki ja ymmärtävä suhtautuminen läheisten suruun sekä tarvittaessa ohjaus lisäavun piiriin ovat keskeisiä asioita.

Hyvän hoidon toteutuminen edellyttää vastuullisuutta terveydenhuollon kaikilla tasoilla. Päätäjien velvollisuus on huolehtia terveyspalveluiden toteuttamisedellytyksistä ja varmistaa välttämättömät voimavarat.

Palvelujen tuottamisesta vastaavien tehtävä on huolehtia palveluiden saatavuudesta ja laadusta. Heidän on välitettävä päätäjille tietoa väestön hoidon tarpeesta ja sen muutoksista, tarvittavista hoitomenetelmistä sekä niiden vaikuttavuudesta väestön terveyteen. Eri tehtävissä toimivan henkilöstön tulee toteuttaa tarvittavat tutkimukset ja hoito yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, soveltaen lääketieteellisesti hyväksytyjä menetelmiä.

### 2. Ihmisarvon kunnioitus

Jokaisella on yhtäläinen ja ainutkertainen ihmisarvo. Ihmisen kunnioittamiseen kuuluvat inhimillinen kohtelu, luottamuksellisuus ja yksityisyyden suoja, hyvä vuorovaikutus ja rehellisyys sekä tiedonsaannin, yksilön vaikuttamismahdollisuuksien ja itsemääräämisoikeuden edistäminen. Elämän viimeisillä hetkillä tarvitaan läsnäoloa, myötäelämistä, kunnioitusta ja potilaan toiveiden noudattamista. Ihmisarvon kunnioituksen tulee näkyä myös omaisten ja läheisten kohtelussa sekä terveydenhuollossa toimivien välisissä suhteissa.

### 3. Itsemääräämisoikeus

Itsemääräämisoikeus merkitsee ihmisen oikeutta päättää asioistaan oman elämänkatsomuksensa sekä ajatusja arvomaailmansa mukaisesti. Terveydenhuollossa itsemääräämisoikeus tarkoittaa potilaan oikeutta osallistua omaa itseään koskevaan päätöksentekoon. Osallistuminen edellyttää tietoja mm. sairaudesta, hoidosta ja hoitovaihtoehdoista. Nämä tiedot terveydenhuollon ammattihenkilön



tulee antaa potilaalle siten, että potilas

LIITE 3/2

ymmärtää asian. Potilaan tahtoa on kunnioitettava, hänen omaa kokemustaan arvostettava ja hänen kanssaan on haettava yhteisymmärrystä ilman johdattelua, painostusta tai pakkoa. Tarvittaessa ammattihenkilöstö hakee vaihtoehtoja ja kuulee asiantuntijoita. Jos potilas ei pysty sillä hetkellä ilmaisemaan eikä ole myöskään aiemmin ilmaissut hoitoa koskevaa tahtoaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen laillisen edustajansa, omaisen tai muun läheisen kanssa. Näin pyritään hoitoon, joka todennäköisesti olisi potilaan oman tahdon mukaista. Potilaalla itsellään on oikeus kieltäytyä henkeään ja terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellisesta hoidosta. Jos alaikäinen ikänsä ja kehitystasonsa perusteella pystyy tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä, häntä hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan; muuten yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajan kanssa.

#### **4. Oikeudenmukaisuus**

Oikeudenmukaisuus edellyttää, että yhtäläisen hoidon tarpeessa olevat potilaat hoidetaan samojen periaatteiden mukaisesti. Oikeus asianmukaiseen hoitoon ja ihmisarvoiseen kohteluun ei riipu potilaan iästä, asuinpaikasta, sosiaalisesta asemasta, äidinkielestä, sukupuolesta, etnisestä taustasta, kulttuurista, sukupuolisesta suuntautuneisuudesta tai vakaumuksesta. Mm. lasten, vanhusten sekä vajaavaltaiten potilaiden oikeuksiin saada hyvää hoitoa on kiinnitettävä erityistä huomiota. Oikeudenmukaisuuteen vaikuttavat ratkaisevasti voimavarojen jako ja käyttö. Valtiovallalla on vastuu siitä, että kansalaiset ovat yhdenvertaisessa asemassa asuinpaikasta riippumatta. Kunnilla on terveydenhuollon palvelujen järjestämisvelvoite. Oikeudenmukaisuuden toteutuminen edellyttää, että terveydenhuollolla on käytössään riittävästi voimavaroja. Terveydenhuollon sisällä on huolehdittava niiden järkevistä ja tasa-arvoa noudattavasta käytöstä.

#### **5. Hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri**

Ammattitaidon ylläpito ja kehittäminen on jokaisen terveydenhuollossa toimivan oikeus ja velvollisuus. Hyvää hoitoa ei synny ilman hyvää ammattitaitoa. Sisältöosaamisen lisäksi tarvitaan toimintaa koskevien säännösten ja suositusten hallintaa, eettisiä taitoja sekä vuorovaikutus- ja työyhteisövalmiuksia. Näitä taitoja tulee voida ylläpitää ja kehittää. Yhteisesti hyväksytyihin arvoihin ja tavoitteisiin tähtäävä toimintatapa sekä edellytykset toimia näiden arvojen ja tavoitteiden mukaisesti lisää työyhteisön suorituskykyä ja hyvinvointia. Hyvinvoinnin kulmakivinä ovat oikeudenmukaiseksi koettu, keskusteleva

ja kannustava johtaminen. Jokaisella työyhteisön

LIITE 3/3

jäsenellä on vastuu omasta ja toisten hyvinvoinnista. Ongelmien ja kehittämistarpeiden rehellinen selvittely, kuulluksi tuleminen, vaikuttamismahdollisuus sekä onnistumisen ja arvostuksen kokemukset edistävät työyhteisön hyvinvointia ja tyytyväisyyttä.

#### **6. Yhteistyö ja keskinäinen arvonto**

Yhteistyötä tarvitaan eettisten näkökohtien, kustannusten hallinnan, vaikuttavuuden ja tehokkuuden tasapainottamisessa terveydenhuollossa Kaikkien tulee pyrkiä pois sellaisesta etupiirijattelusta, jossa muiden tehtävät ja erikoisalajat tai heidän ammattitaitonsa ja osaamisensa jätetään huomiotta. Terveydenhuollossa tarvitaan vuorovaikutusta ja järkevää työnjakoa eri tehtävissä toimivien välillä. Keskinäinen luottamus ja vastavuoroinen tuki terveydenhuollon ammattilaisten ja päättäjien välillä sekä kaikkien osapuolten aito kumppanuus auttaa selviytymään yhteisestä haasteesta. Terveydenhuollon on vastattava inhimillisellä ja eettisesti kestäväällä tavalla väestön kasvavasta hoidon tarpeesta. Mitä paremmin yhteistyö ja keskinäinen arvostus terveydenhuollon hallinnossa ja kentällä tapahtuvat, sitä inhimillisempää ja parempaa hoitoa myös potilaat saavat. Se on kaikkien yhteinen etu.

## SAATEKIRJE

Hei!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita HAMKista ja teemme opinnäytetyötä aiheesta ”Eettisiä ongelmia leikkaus- ja anestesiaosastolla.” Tavoitteenamme on kartoittaa, minkälaisia ongelmia leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitajat kohtaavat työssään. Toteutamme työmme tutkimusosuuden kyselylomakkeella Kanta-Hämeen keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitajille. Vastausaikaa Teillä on 30.11.2011 asti. Kyselylomake on rakennettu siten, ettei Teitä voida siitä tunnistaa. Lisäksi vastaaminen on täysin vapaaehtoista, mutta toivomme Teidän vastaavan tähän kyselyyn, sillä jokainen vastaus on tärkeä! Vastauksista kokoamme yhteenvedon ja tulokset julkaistaan opinnäytetyössämme.

Niina Kaunisto & Heli Laakso

Hoitotyön koulutusohjelma, Hämeen ammattikorkeakoulu

2011

email: [niina.kaunisto@student.hamk.fi](mailto:niina.kaunisto@student.hamk.fi)

[heli.laakso@student.hamk.fi](mailto:heli.laakso@student.hamk.fi)

KYSELYLOMAKE

**HOITOTYÖN EETTISIÄ ONGELMIA LEIKKAUS- JA ANESTESIAOSASTOLLA**

Kysely Kanta-Hämeen keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitajille

1. Mikä on toimenkuvasi leikkaus- ja anestesiaosastolla? (RASTITA OIKEA VAIHTOEHTO)

- Instrumenttihoitaja \_\_\_\_
- Anestesiahoitaja \_\_\_\_
- Joku muu, mikä? \_\_\_\_\_

2. Kuinka kauan olet työskennellyt leikkaus- ja anestesiaosastolla?

- 0-1 vuotta \_\_\_\_
- 2-5 vuotta \_\_\_\_
- 6-10 vuotta \_\_\_\_
- enemmän kuin 10 vuotta \_\_\_\_

3. Miten hyvin tunnet seuraavat: (VASTAA VIIVALLE JOKIN SEURAAVISTA VAIHTOEHDOSTA:)

- Sairaanhoitajan eettiset ohjeet

Hyvin      Jotenkuten      En juuri ollenkaan

- ICN:n eettiset ohjeet

Hyvin      Jotenkuten      En juuri ollenkaan

- YK:n ihmisoikeuksien julistuksen

Hyvin      Jotenkuten      En juuri ollenkaan

- ETENE:n laatimat terveydenhuollon eettiset periaatteet

Hyvin      Jotenkuten      En juuri ollenkaan

- Laki potilaan asemasta

Hyvin      Jotenkuten      En juuri ollenkaan

4. Tutustutko potilasasiakirjoihin ennen potilaan saapumista saliin? (RAS-TITA OIKEA VAIHTOEHTO)

- Kyllä \_\_\_\_
- Useimmiten \_\_\_\_
- Silloin tällöin \_\_\_\_
- En koskaan \_\_\_\_


5. Onko sinulla mielestäsi riittävästi aikaa tutustua potilaan asiakirjoihin?

- Kyllä \_\_\_\_
- Useimmiten \_\_\_\_
- Silloin tällöin \_\_\_\_
- Ei koskaan \_\_\_\_

6. Saako potilas osallistua mielestäsi riittävästi oman hoitonsa suunnitteluun ja sitä koskevaan päätöksentekoon?

- Kyllä \_\_\_\_
- Useimmiten \_\_\_\_
- Silloin tällöin \_\_\_\_
- Ei koskaan \_\_\_\_

7. Esitteletkö itsesi potilaalle hänen tullessa saliin?

- Kyllä \_\_\_\_
  - Useimmiten \_\_\_\_
  - Silloin tällöin \_\_\_\_
  - En koskaan \_\_\_\_
- 

8. Kerrotko potilaalle, mitä hänelle parhaillaan tehdään/tapahtuu?

- Kyllä \_\_\_
- Useimmiten \_\_\_
- Silloin tällöin \_\_\_
- En koskaan \_\_\_

9. Kerrotko potilaalle mitä seuraavaksi on tapahtumassa?

- Kyllä \_\_\_
- Useimmiten \_\_\_
- Silloin tällöin \_\_\_
- En koskaan \_\_\_

10. Kerrotko potilaalle etukäteen ennen kuin hänen kehonosiaan paljastetaan/kosketetaan?

- Kyllä \_\_\_
- Useimmiten \_\_\_
- Silloin tällöin \_\_\_
- En koskaan \_\_\_

11. Kerrotko päivystysleikkauksessa potilaalle leikkauksen kulun?

- Kyllä \_\_\_
- Useimmiten \_\_\_
- Silloin tällöin \_\_\_
- En koskaan \_\_\_

12. Oletko koskaan joutunut puolustamaan potilaan oikeuksia?

- Kyllä \_\_\_
- En \_\_\_

13. Jos olet joutunut puolustamaan potilaan oikeuksia, niin missä tilanteessa näin on tapahtunut?

---

---

---

---

---

---

14. Saavatko kaikki potilaat mielestäsi tasa-arvoista kohtelua leikkaussalissa?

- Kyllä \_\_\_
- Ei \_\_\_

15. Jos potilaat eivät saa mielestäsi tasa-arvoista kohtelua, niin mikä aiheuttaa eriarvoisen kohtelun?

---

---

---

---

---

---

---

---


---

---

16. Tiedotetaanko potilaalle että potilastiedot ovat luottamuksellisia?

- Kyllä \_\_\_
- Useimmiten \_\_\_
- Silloin tällöin \_\_\_
- En koskaan \_\_\_

17. Tiedotetaanko potilaalle siitä, että henkilökunnalla on salassapitovelvollisuus?

- Kyllä \_\_\_
  - Useimmiten \_\_\_
  - Silloin tällöin \_\_\_
  - En koskaan \_\_\_
- 

18. Puhutko potilaasta tautina, numerona tai tapauksena?

- Kyllä \_\_\_\_
- Useimmiten \_\_\_\_
- Silloin tällöin \_\_\_\_
- En koskaan \_\_\_\_

19. Huomioidaanko potilaan pelot ja huolet mielestäsi riittävästi?

- Kyllä \_\_\_\_
- Useimmiten \_\_\_\_
- Silloin tällöin \_\_\_\_
- Ei koskaan \_\_\_\_

20. Pyritäänkö potilaan pelkoja ja huolia lievittämään mielestäsi riittävästi?

- Kyllä \_\_\_\_
- Useimmiten \_\_\_\_
- Silloin tällöin \_\_\_\_
- Ei koskaan \_\_\_\_

21. Hoidetaanko potilaan kipua mielestäsi riittävästi?

- Kyllä \_\_\_\_
- Useimmiten \_\_\_\_
- Silloin tällöin \_\_\_\_
- Hyvin harvoin \_\_\_\_

22. Jos potilaan kipua ei mielestäsi hoideta riittävästi, niin missä tilanteessa tai minkä takia näin on käynyt?

---

---

---

---

---

---

---

---





23. Saako potilas kivun hoitoa riittävän nopeasti?

- Kyllä \_\_\_\_
- Useimmiten \_\_\_\_
- Silloin tällöin \_\_\_\_
- Hyvin harvoin \_\_\_\_

24. Vastataanko potilaan kysymyksiin mielestäsi riittävän täydentävästi?

- Kyllä \_\_\_\_
- Useimmiten \_\_\_\_
- Silloin tällöin \_\_\_\_
- Ei koskaan \_\_\_\_

25. Mietitkö potilasta hoidettaessa jo seuraavaa tai vielä edellistä potilasta?

- Kyllä \_\_\_\_
- Useimmiten \_\_\_\_
- Silloin tällöin \_\_\_\_
- En koskaan \_\_\_\_

26. Saavatko hoitajat mielestäsi riittävän perehdytyksen eri laitteiden käyttöön?

- Kyllä \_\_\_\_
- Ei \_\_\_\_

27. Onko potilasta koskaan jätetty yksin hoidon missään vaiheessa?

- Kyllä \_\_\_\_
- Useimmiten \_\_\_\_
- Silloin tällöin \_\_\_\_
- Ei koskaan \_\_\_\_

28. Jos potilas on jätetty hoidon jossain vaiheessa yksin, mikä tämän on aiheuttanut?

---

---

---



29. Tunnetko kaikkien käyttämiesi lääkkeiden vaikutukset?

- Kyllä \_\_\_
- En \_\_\_

30. Tunnetko kaikkien käyttämiesi lääkkeiden haittavaikutukset?

- Kyllä \_\_\_
- En \_\_\_

31. Huomioidaanko potilasturvallisuutta mielestäsi riittävästi potilaan siirron aikana?

- Kyllä \_\_\_
- Useimmiten \_\_\_
- Silloin tällöin \_\_\_
- Ei koskaan \_\_\_

32. Suoritetaanko leikkausasennon laitto mielestäsi potilasturvallisesti?

- Kyllä \_\_\_
- Useimmiten \_\_\_
- Silloin tällöin \_\_\_
- Ei koskaan \_\_\_

33. Huomioidaanko mielestäsi tarpeeksi mahdollisten lisävaurioiden synty leikkausasetoa laitettaessa?

- Kyllä \_\_\_
- Useimmiten \_\_\_
- Silloin tällöin \_\_\_
- Ei koskaan \_\_\_

34. Liikutellaanko potilaan raajoja pitkissä leikkauksissa?

- Kyllä \_\_\_
- Useimmiten \_\_\_
- Silloin tällöin \_\_\_
- Ei koskaan \_\_\_

35. Huolehditaanko potilaan lämpötasapainosta leikkauksen aikana mielestäsi riittävästi?

- Kyllä \_\_\_
- Useimmiten \_\_\_
- Silloin tällöin \_\_\_
- Ei koskaan \_\_\_


36. Käydäänkö tarkistuslista läpi ennen leikkausta?

- Kyllä \_\_\_
- Useimmiten \_\_\_
- Silloin tällöin \_\_\_
- Ei koskaan \_\_\_

37. Kirjataanko tiedot potilaan leikkauksesta mielestäsi riittävän täsmällisesti?

- Kyllä \_\_\_
- Useimmiten \_\_\_
- Silloin tällöin \_\_\_
- Ei koskaan \_\_\_

38. Onko kirjaaminen mielestäsi riittävän vaivatonta ja nopeaa?

- Kyllä \_\_\_
  - Useimmiten \_\_\_
  - Silloin tällöin \_\_\_
  - Ei koskaan \_\_\_
- 

39. Onko tiedonsiirto hoitohenkilökunnan kesken mielestäsi riittävää?

- Kyllä \_\_\_\_
- Useimmiten \_\_\_\_
- Silloin tällöin \_\_\_\_
- Ei koskaan \_\_\_\_

40. Onko tiedonsiirto riittävän sujuvaa hoitohenkilökunnan kesken?

- Kyllä \_\_\_\_
- Useimmiten \_\_\_\_
- Silloin tällöin \_\_\_\_
- Ei koskaan \_\_\_\_

41. Onko tiedonsiirto hoitohenkilökunnan ja potilaan kesken mielestäsi riittävää?

- Kyllä \_\_\_\_
- Useimmiten \_\_\_\_
- Silloin tällöin \_\_\_\_
- Ei koskaan \_\_\_\_

42. Tiedotetaanko mahdollisia potilaan omaisia mielestäsi tarpeeksi?

- Kyllä \_\_\_\_
- Useimmiten \_\_\_\_
- Silloin tällöin \_\_\_\_
- Hyvin harvoin \_\_\_\_

