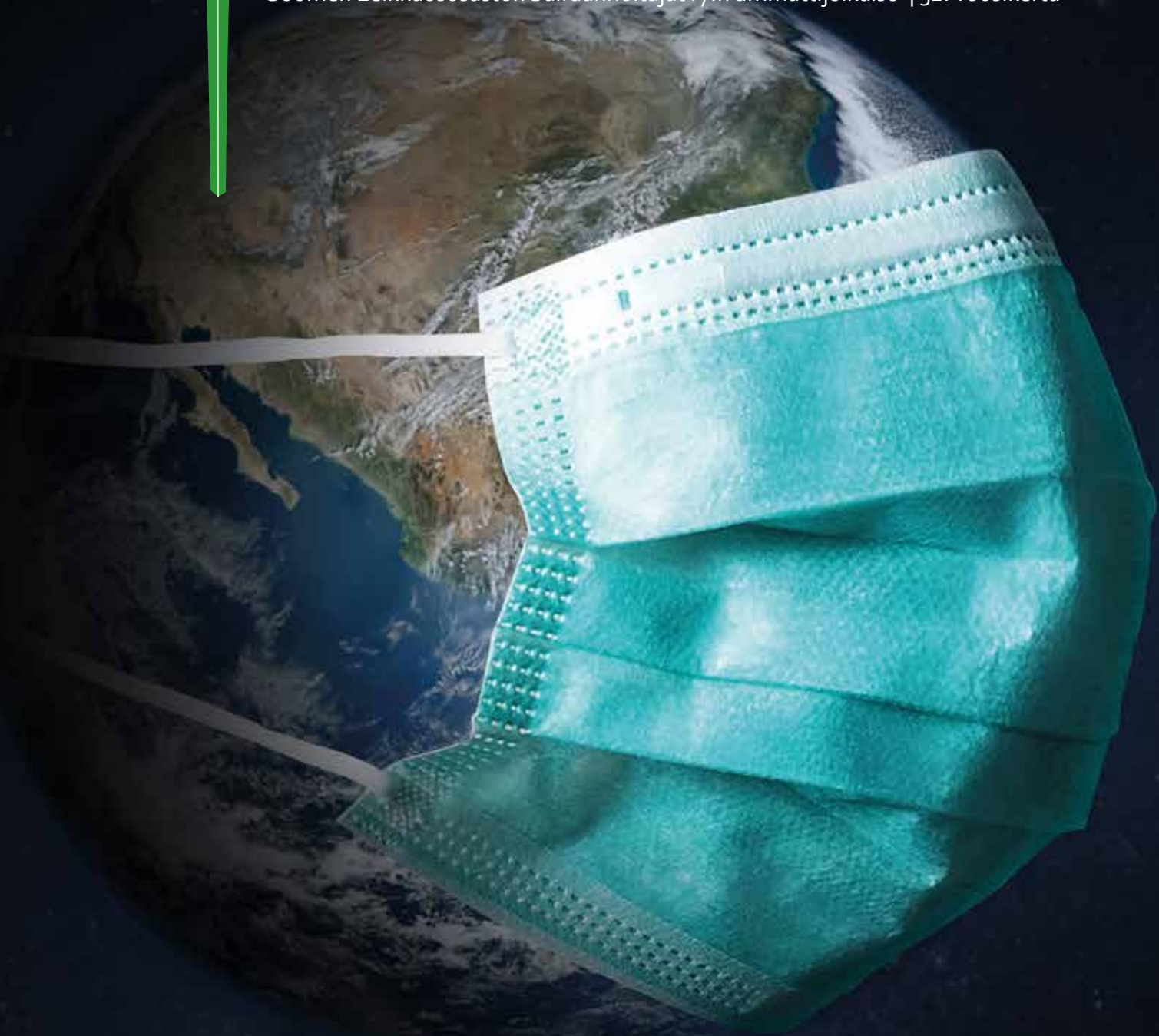


# ooinsetti 4 | 2020

Suomen Leikkausosaston Sairaanhoidajat ry:n ammattijulkaisu | 32. vuosikerta



5 2020 The Year of the Nurse:  
Respond, Recover, Resilience

9 Millenniaalien  
työelämän vallankumous

13 Laitetaanko  
musiikkia?

# Steriili lääkevalmiste ihon desinfiointiin ennen ihoa läpäisevää hoitotoimenpidettä

## ChloraPrep®

Isopropyylialkoholi 70 %

Klooriheksidiiniglukonaatti 2 %

WHO:n työryhmä (2016) suosittelee alkoholipohjaisten, klooriheksidiiniglukonaattiin perustuvien, antiseptisten liuosten käyttöä leikkausalueen ihon valmistelussa (vahva suositus, näytön laatu matala-keskitaso)<sup>40</sup>



### ChloraPrep

Optimaalinen valinta ihon antiseptiseen käsittelyyn ennen leikkausta<sup>27</sup>

Nopea



ChloraPrep saavuttaa hyvän tehokkuustason jo 30 sekunnissa<sup>23</sup>; povidonijodilla täyden tehon saavuttamiseen menee 2 - 3 minuuttia.<sup>26</sup>

Pitkäkestoinen



ChloraPrep-valmisteen teho säilyy ainakin 48 tunnin ajan.<sup>23,29</sup> Aktiivisuuden keston on osoitettu olevan huomattavasti pidempi kuin 0,5 % klooriheksidiinillä<sup>28</sup> ja jodoforeilla.<sup>30</sup>

Käytännöllinen



Toisin kuin povidonijodi, ChloraPrep ei inaktivoi veren läsnä ollessa.<sup>27</sup>



CHLP/7/2019

**VALMISTEYHTENVETOLYHENNELMÄ:** ChloraPrep värillinen 20 mg/ml /0,70 ml/ml liuos iholle Klooriheksidiiniglukonaatti ja isopropyylialkoholi **Käyttöaiheet:** Ihon desinfiointiin ennen ihoa läpäisevää hoitotoimenpidettä. **Annoistus ja antotapa:** Ulkoisesti iholle. Soveltuu kaikille ikä- ja potilasryhmille. Valmistetta tulee käyttää varoen vastasyntyneille, erityisesti keskosena syntyneille. Levittimen koko (3 ml, 10,5 ml tai 26 ml) valitaan suunnitellun toimenpiteen ja kliinisen tarkoituksenmukaisuuden perusteella. Valmiste tulisi mielellään jättää iholle toimenpiteen päätyttyä mikrobeilta suojaavan vaikutuksen pidentämiseksi. **Vasta-aiheet:** Aiemmin havaittu yliherkkyys ChloraPrep -valmisteele tai jollekin sen ainesosalle, erityisesti niillä potilailla, joilla on ollut mahdollisesti klooriheksidiiniin liittyviä allergisia reaktioita. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoitukset:** Vain ulkoisesti ja ehjälle iholle. Liuos ärsyttää silmiä ja limakalvoja. Liuoksen joutuminen näille alueille on estettävä. Jos liuosta joutuu silmiin, ne on välittömästi huuhdeltava runsaalla vedellä. Liuosta ei saa levittää avoimeen haavaan eikä rikkoutuneelle tai vaurioituneelle iholle. Liuosta ei saa joutua hermokudoksiin tai keskikorvaan. Alkoholipitoisen liuoksen pitkäaikainen käyttö iho- ja silmäkosketusta tulee välttää. Tulenarka liuos. Sähköpolttoa tai muita syytösherkkiä toimenpiteitä ei tule tehdä ennen kuin iho on täysin kuivunut. Poista kaikki läpimärät materiaalit, leikkausliinat tai paidat ennen intervention aloittamista. Älä käytä liiallisia määriä, äläkä anna liuoksen kerääntyä ihon poimuihin tai potilaan alle, tai tippua lakanoille tai muuhun materiaaliin, joka on suorassa kosketuksessa potilaan kanssa. Liuoksen levityksessä on noudatettava ohjeiden mukaista menettelyä. Jos liuosta levitetään liiallista voimaa käyttäen hauraalle tai herkälle iholle tai toistuvasti, seurauksena voi olla paikallisia ihoreaktioita, kuten punoitusta, tulehdusta, kutinaa, ihon kuivumista ja/tai hilseilyä sekä kipua levityskohdassa. Klooriheksidiiniin tiedetään aiheuttavan yliherkkyttä, myös yleisiä allergisia reaktioita ja anafylaktisia shokkeja. **Raskaus ja imetys:** Valmistetta voidaan käyttää raskauden ja imetyksen aikana. **Haittavaikutukset:** Hyvin harvoin (<1/10 000) on raportoitu klooriheksidiiniin, isopropyylialkoholihin tai Sunset Yellow -värin (E110) aiheuttamia ihon allergisia reaktioita tai ärsytysreaktioita (kuten ihon punoitus, ihottuma, kutina sekä rakkulat tai vesikkelit käsitellyalueella). Muita paikallisia oireita voivat olla polttava tunne, kipu ja tulehdus. Anestesian aikana ilmenneitä anafylaktisia reaktioita on raportoitu. Seuraavien silmiin kohdistuvien haittavaikutusten yleisyys on tuntematon: silmä-ärsytys, kipu, heikentynyt näkökyky, kemialliset palo- ja silmävammat. **Valittujen haittavaikutusten kuvaus:** Voi aiheuttaa vaikea-asteisen allergisen reaktion. Oireita voivat olla hengityksen vinkuminen/ hengitysvaikeudet, sokki, kasvojen turpoaminen, nokkosihottuma tai ihottuma. Valmisteen käyttö on vasta-aiheista, jos potilaalla on aiemmin ollut yliherkkyttä klooriheksidiinille tai isopropyylialkoholille. Jos yliherkkyttä tai allerginen reaktio ilmenee, lopeta valmisteen käyttö ja hakeudu heti lääkäriin. **Yliannostus:** Yliannostusta ei ole raportoitu. **Korvattavuus:** Itsehoitolääke. Ei korvattava. Tutustu huolellisesti valmisteyhteenvedon ennen käyttöä. **Pakkaukset ja hinnat (TMH, arvonlisäveroton):** 25 x 3 ml 36,25 €, 25 x 10 ml 104,00 €, 26 ml 9,25 € **Yhteystiedot:** Grex Medical Oy, Takomotie 7, 00380 Helsinki. www.grex.fi **Valmisteyhteenvedon pvm:** 24.7.2019

**Vitteet:** 23. Hibbard JS. J Infus Nurs 2005; 28: 194-207. 26. Crosby CT, Mares AK. J Vasc Access Devices 2001; Spring: 26-31. 27. Florman S, Nichols RL. Am J Infect Dis 2007; 3: 51-61. 29. Garcia R et al. Abstracts of the IDSA 40th Annual Meeting 2002; Abs 418. 30. Fletcher N et al. J Bone Joint Surg Am 2007; 89: 1605-18. 31. Royal Marsden Hospital. Clinical Nursing Procedures. Seventh Edition. 40. Lancet Infect Dis 2016; 16: e276-87



## MEDIATIEDOT

### Pinsetti

on FORNA ry:n (Suomen Leikkausosaston Sairaanhoitajat) ammattilehti. Se lähetetään yhdistyksen jäsenille, sairaalatarvikeyrityksille, tukimaksun maksaneille ja lehden tilanneille.

### Julkaisija

FORNA ry  
Kumpulantie 3, 3. kerros, 00520 Helsinki  
Y-tunnus 0823538-1  
www.forna.fi  
Sähköposti hallitus@forna.fi

### Toimitusneuvosto

Päätoimittaja Simo Toivonen  
pinsetti@forna.fi  
Toni Haapa  
Noora Turunen  
Katja Vänskä

### Tilaukset ja osoitteenmuutokset

www.forna.fi  
jasensihteeri@forna.fi

### Tilaushinta

Vuosikerta 45 €, ilmestyy 4 kertaa vuodessa.  
Opiskelijalehtitilaus 15 € ja yhdistyksen jäsenmaksu 20 €/vuosi, sisältää Pinsetti-lehden.

### Ilmoitusmyynti

Katja Vänskä, yritykset@forna.fi  
Reklamaatit tehtävä kirjallisesti 8 vuorokauden kuluessa lehden ilmestymisestä.  
Lehden vastuu rajoittuu enintään ilmoitushintaan.

### Taitto

Graafinen suunnittelija Piia Viikari  
aineistopankki@gmail.com, gsm 040 549 7519  
www.piiaviikari.com

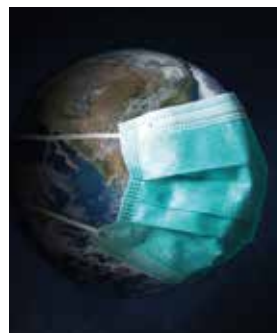
### Painotiedot

ISSN 1236-8237  
Painosmäärä 1500 kpl  
PunaMusta Forssa

# opinsetti

Sisältö 4 | 2020

Päätoimittajalta.....	4
2020 The Year of the Nurse: Respond, Recover, Resilience.....	5
Millenniaalien työelämän vallankumous.....	9
Laitetaanko musiikkia?.....	13
Muuttuva kainalokirurgia – less is more.....	16
Kliininen asiantuntija (YAMK) perioperatiivisessa hoitotyössä.....	18
Verityhjiön käyttö leikkauspotilaalla – sairaanhoitajan rooli.....	22
Sairaanhoitajien psyykinen työturvallisuus leikkausosastolla.....	23
Eettiset kysymykset perioperatiivisessa hoitotyössä.....	24
Tutkimuksen ääni.....	25
Painehaavojen ehkäisy lonkan puoliproteesileikkauksen aikana.....	26
Ajatuksia salin nurkasta.....	30
FLORENCE 2.0 palkinnonsaajat.....	31
Puheenjohtajalta.....	32
Jäsensihteeripalsta.....	33
Opinnot ja koulutus.....	33
Pinsetti 2021 mediakortti.....	34



Kansikuva: Shutterstock

## WANTED!

ARTIKKELEITA JA  
OPINNÄYTETÖIDEN  
TIIVISTELMIÄ HAETAAN  
JULKAISTAVAKSI PINSETTIIN!  
LISÄTIETOA SIVULLA 16



SIMO  
TOIVONEN

Päätoimittajalta

## KIITOS JA KUMARRUS

En tiedä olenko koskaan odottanut vuoden loppumista näin paljon. Vuosi, jonka piti olla sairaanhoitajien ja kättilöiden työn juhluvuosi. Joskus lehdissä oli juhlapäivinä ilmoitus ja niissä teksti ”juhlii työn merkeissä” – sitä tämä juhluvuosi meille hoitajille on todella ollut! Vuosi 2020 tulee kylä jäämään historian kirjoihin, mutta ehkä jostakin muusta syystä kuin että se oli sairaanhoitajien ja kättilöiden juhluvuosi.

Vuoden neljäs Pinsetti on kohdaltani viimeinen lehti päätoimittajana. Kaksi vuotta on mennyt hujauksessa. Teimme lukijakyselyn toiveista ja lehden suunnasta ja olen yrittänyt niihin vastata mahdollisuuksien mukaan. **Toni Haavalle** kiitos ideoinnista ja koko kyselyn läpiviemisestä ja analyysistä! Toivon että Pinsetti, jota nyt pidät kädessäsi, on sen suuntainen lehti minkä toivotkin näkeväsi. Koen, että voin hyvillä mielin ja tyytyväisenä jättää lehden seuraajalleni.

Myös toinen kolmivuotiskauteni FORNAn hallituksessa päättyy ja teen tilaa uusille hallituslaisille. Kuudessa vuodessa on tapahtunut paljon. Mielestäni yhdistys on kehittynyt ja muuttunut entistä avoimempaan suuntaan ja olemme pystyneet lähentymään jäseniimme entisestään. Opintopäivien sekä apurahojen lisäksi olemme kehitelleet muitakin tapahtumia jäsenten iloksi, kuten jäsenpäivän sekä tukemalla erilaisia ”merkkipäiviä”. Jopa 3 Florenceakin palkitsimme!

Mutta mikään yhdistys ei olisi mitään ilman sen jäseniä. Muistuta sinäkin työpaikallasi FORNAsa ja sen tarjoamista jäseneduista ja mahdollisuuksista. Yhdistyksen (verrattaen mitättömään) jäsenmaksuun sisältyy yllättävän paljon kaikkea, sama raha menee yhden kerran leffakäyntiin – kyse ei siis ole rahasta! Tällaista oman alan verkostoa ei muualta löydy!

Loppuun haluan liittää ison liudan kiitoksia, nämä tulevat oikeasti sydämeni pohjasta;

Ensiksikin vuosien päähän ”yhdistykselliset” kiitokset **Kerstin Skogmanille** eli ”**Kädelle**” ja **Kristiina Junttilalle**; olitte minun FORNA-idoleitani jo opiskeluaikana, teiltä sain kipinän yhdistykseen! On ollut ilo kulkea teidän viitoittamillanne poluilla!

Puheenjohtaja **Jaana Perttuselle** kaikesta siitä tuesta mitä olen saanut, niin hallitustyössä, EOR-NAssa, Pinsetin teossa ja kaikessa muussa. Paljon, paljon mielettömiä muistoja, paljon töitä, muutama harmaa hiuskin mutta eniten ehkä naurua!

Kiitos myös näille kahdelle hallitukselle joiden työskentelyssä olen saanut olla mukana. Kuusi vuotta meni nopeaan, niinkuin ajalla on hyvässä seurassa tapana! Jatkaa samaan malliin, kehittykää ja ideoikaa!

Jättimäiset ”Pinsetti-kiitokset” kuuluvat Pinsetin taittaja ja ihmeidentekijä **Piia Viikarille!** Eihän tämä ilman sinua olisi toiminut lainkaan!

Kirjoittajille – ihan jokaiselle – vielä nöyryn kiitokseni panoksesta tämän lehden tekemisessä.

Kiitos myös Pinsetin lukijoille palautteista ja kommentteista, niitä saa seuraavallekin päätoimittajalle lähettää, mielelläänkin! Risut ja ruusut osoitteeseen [pinsetti@forna.fi](mailto:pinsetti@forna.fi)

**Nyt, kerran vielä kiitos ja kumarrus!  
Oikein hyvää joulua sekä terveyttä vuodelle 2021!**

**Simo**

”Toivon sinulle 12 kuukautta menestystä,  
52 viikkoa naurua, 365 päivää hauskuutta,  
8760 tuntia iloa, 525600 minuuttia hyvää tuuria  
ja 31536000 sekuntia onnellisuutta”





# 2020 The Year of the Nurse: Respond, Recover, Resilience

PATRICK VOIGHT  
RN, MSA, BSN, CNOR

"On November 4, 1854 **Florence Nightingale** led a band of 38 nurses into the Scutari Barrack Hospital in Turkey, and into the history books. She'd been called to duty in response to public outcry over the deplorable care being given British casualties of the Crimean War. At Scutari, thousands of sick and wounded soldiers were packed into barren corridors, lying on blood-soaked straw mats. Most of them were still in clothes they'd worn on the battlefield, crawling with lice and vermin. One eyewitness called it "a vast field of suffering and misery". Infection was rampant, and rats ran wild. There was no ventilation or fresh water, the food was inedible, and there were virtually no drugs or medical supplies. Amputations were performed without anesthesia in full view of other patients, and most amputees quickly succumbed to gangrene. The orderlies were often drunk and refused to empty chamber pots or go near the sickest patients. There was no money for even the most basic essentials. The chief medical officer made it clear that Nightingale was not welcome and did everything he could to undermine her authority".<sup>1</sup>

**"And we think we have a healthcare crisis".**

Moving forward 166 years. In March of 2020, nurses across the world were challenged with entering into the unknown of caring for, and treating patients inflicted by the global pandemic outbreak of COVID19. So much was and is unknown about the disease and continues to evolve but, nurses are on the front line

of fighting this disease and being asked to work in areas outside of their usual clinical practice with minimal or incomplete Personal Protective Equipment (PPE). It has been a situation many of us have never seen before in our lifetime, but a situation we have been trained and prepared to perform our entire professional career since the time of Florence Nightingale.

While this has been a stressful and chaotic time in healthcare, this pandemic is far from being over. How Perioperative Nurses perceived and responded to the pandemic has been in part based on their flexibility and leadership ability acquired over their nursing career that enabled them to quickly shift from the "normal way" of providing care to a new and often confusing reality. It is no doubt that many of us want to return back to "normal", but this pandemic has challenged us to act and think differently. As a result, our personal and professional lives will change forever. While this is stressful to some, many nurses have responded positive to the crisis, found ways to recover both personally and professionally and have found a whole new resilience and love for their profession.

I have categorized how nurses responded and will continue to manage their actions related to COVID19 into three phases of practice related to the surge of the pandemic. The 3 phases include Respond, Recover and Resilience. Progression from Phase I to Phase 3 is not a linear process and will require us to move fluidly back and

forth between the phases as the surge of COVID patients continues to move up and down in numbers over the coming months and year.

## **Phase I – Respond:**

Respond is "to say or do something as a reaction to something that has been said or done"<sup>2</sup>. Respond required the nursing profession to mobilize in order to care for critically ill patients with severe respiratory failure and to contain or minimize the spread of the disease to other patients and themselves. Our immediate response in Perioperative Services was to cancel elective surgical procedures due to the need to redistribute Personal Protective Equipment to other areas in the hospital, to move staff to care for critically ill patients and to manage and dedicate inpatient hospital beds for the high numbers of COVID admissions. Nurses from Perioperative areas were being asked to work outside of their usual areas of practice (Preop, Theatre and Recovery) to areas in most critical need of support including the Emergency Department, Critical Care Units and other Nursing Units as the number of care providers needed outnumbered the nurses qualified to work in those areas. Nurses had one of two immediate responses to what they were being asked to do. Some nurses found the emotion and stress of the situation almost too difficult to handle, while at the other extreme Perioperative Nurses were energized and thrived under the unpredictable





circumstance. While watching many newscasts on TV, they interviewed nurses who said that they “didn’t want to leave the work site because they felt a duty and obligation to support their fellow nurses and the patients”. Others interviewed were extremely overcome with emotions, anxiety and were afraid to return to the work setting. As a result, we saw a number of nurses resign out of fear for their safety and the safety of their families in contracting the virus.

### **Phase II – Recover:**

Recover is “to improve after a difficult period.”<sup>2</sup> As we move from the initial phase of Responding to the situation we enter into the Recover Phase. Recovery can take on many perspectives as it relates to our personal recovery and how we responded to the stress of the situation or the recovery of our Operating Theatres in the resumption of performing elective surgical procedures. While nursing has always been challenged with the number of nurses who are dissatisfied with the profession and have indicated they would leave the profession in the next few years, the pandemic has exasperated their feelings about leaving the profession. According to an online survey published April 9, 2020 by Holliblu, in United States of more than 1,200 nurses from over 400 hospitals found that 61 percent of respondents said they are planning to quit either their jobs or the profession altogether. Their decision cited inadequate protection

against the novel coronavirus and fear for their safety, along with that of their families.<sup>3</sup> On the other side, there are countless articles and newscast featuring nurses who are being portrayed as heroes in fight against COVID19. These nurses worked above and beyond the call of duty by staying at work for extended shifts and providing inspiration and encouragement to their patients and colleagues in order to get the job done. They felt this crisis is the reason why they entered the field of nursing in the first place.

### **Phase III: Resilience:**

Resilience is “the quality of being able to return quickly to a previous good condition after problems.”<sup>2</sup> Our profession and personal lives are going to be changed forever as a result of COVID19. Many want to return to the way it was, but most predict that it will never be the same. While it is still too early to clearly understand what the future holds for us, we have seen a major disruption in the way we practice clinically, think professionally and live our lives daily. This disruption will have lasting effect and should not be viewed entirely as negative. I have personally seen that as a response to the pandemic in surgery, we are now able to have discussion and take actions that were seen as “to political” for our Operating Theatres to address for years, like better management of scheduling and surgeon blocks and new protocols that all surgeons must adhere to related to preadmission testing and patient preparation. It has brought all clinical disciplines together to

actively work on solutions. It’s only unfortunate that it takes a crisis to open the dialog on topics that were seen as “sacred” in the past.

How nurses reacted or will continue to react to the pandemic will be compared to the 10 leadership lessons from Florence Nightingale.<sup>1</sup> We will explore the characteristics and traits, as nurses we should adopt and practice in order to succeed in our professional careers so that we can navigate through the 3 Phases of Respond, Recover and Resilience to the pandemic. While obtaining leadership skills is an ongoing learning process, often driven by trial and error, Nightingale’s leadership lessons give us the framework to focus our development on in order to thrive as nurses. Obtaining leadership skills takes practice and requires more than reading a book or article to be successful. You must apply these skills and techniques into practice, over and over and over until they become a natural part of your style.

### **Lesson 1 – Attitude:**

“Nightingale would have agreed with the statement that attitude is everything. She had an intuitive understanding that emotions are contagious, and would never have tolerated the gossip, complaining, and other forms of toxic emotional negativity that are prevalent in many hospital break rooms.” We see and experience this everyday in the work environment, but it seems to have been exaggerated by the pandemic and the disruption to our “normal way” of practice and

*While obtaining leadership skills is an ongoing learning process, often driven by trial and error, Nightingale’s leadership lessons give us the framework to focus our development on in order to thrive as nurses.*

existence. Negative thoughts and behaviors not only have impact on our work environment, but they can also take their toll on a person's energy and contribute to stress related illness. In my experience, a nurse who has a good attitude is capable of learning and stepping up to any challenge they may encounter both personally and professionally. Negative attitudes are disruptive to the individual's person health and to the team they work with. It only takes one negative person in a work situation to bring down the moral of others around them. However, on the opposite side, it only takes one person on the team with a positive "can do" attitude to change the moral of the team. Who would you rather work with on your team? **BE POSITIVE!**

### **Lesson 2 – Commitment:**

"Nightingale had a mission, not a job". None of us went into nursing to become rich or famous. We were drawn to the profession by a personal calling and a mission to care for others. Nurses working just for a paycheck will struggle to stay engaged in the profession and the true meaning of being a nurse. When you begin questioning your career choice of nursing as we sometimes do, it's important that we think back to why we became a nurse in the first place. Think back to the time when you first graduated from nursing school. Remember what an exciting time that was and how we were out to change the world. We must keep that dream alive and the reason we went into nursing. If you want to be rich and famous then perhaps you should enter and win the Eurovision Song Contest, that is if you can sing. In the meantime, keep focused on why we became nurses in the first place. Like Nightingale, it only takes one person to change the world. **WHY NOT YOU!**

*I can only imagine how proud Florence Nightingale would have been of our profession during this crisis.*

### **Lesson 3 – Courage:**

"Florence was courageous and unstoppable". While she had many obstacles to overcome including physicians and hospital administrators resistant to her approach, she would not be silenced. She stayed strong to her convictions and did not give in to pressure, knowing that what she was doing was in the best interest of the patient. We work with many of our colleagues who are willing to speak up when a situation doesn't feel right or isn't consistent with their experience and practice. It's these nurses who realize that while they may receive resistants or ridicule or even be bullied, they are not afraid to do what they believe is right. It's because of these nurses, especially during the "Time Out" process that our patients are protected against having a wrong site, side or procedure being performed. It takes courage to speak up to our surgeon colleagues but know that you should always error on the side of being heard versus potentially allowing something to happen that you could have helped prevent based on your intuition and experience. If it doesn't seem right, look right, feel right, it probably isn't right. **SPEAK UP!**

### **Lesson 4 – Discipline:**

"Nightingale was a disciplined pioneer of evidence-based practice". Even during the initial outbreak of COVID<sub>19</sub> there were many unknowns about the transmission of the disease. Periop nurses were able to go back to the basics of evidence-based practice we use in

the Operating Theatre and spread this knowledge to other areas within our hospitals. In many situations, perioperative nurses were called upon to observe and monitor that appropriate techniques of donning and doffing Personal Protective Equipment were followed on different Nursing Units and in the Emergency Department to limit the spread of COVID. As Perioperative Nurses we are taught to provide nursing care based on evidence-based practices. Doing something because "it's the way we've always done it" should always be challenged. **QUESTION WHY!**

### **Lesson 5 – Empathy:**

"Nightingale appreciated that awareness and empathy are central to quality patient care". In order to truly be empathetic, nurses must show that they care not only their selves but the entire team and patients they are working with. While we may never truly understand what our patients and even colleagues are going through during stressful, unpredictable times, it's important for us to try and place ourselves in their situation. If we can seek to understand by asking questions, listening and sincerely showing concern it will go a long way in caring for our patients and the team we work with. In many of our hospitals where visitors are not allowed due to COVID, we are the patient's family. They are depending on us to support them both clinically and emotionally. **PUT YOURSELF IN THEIR SHOES!**





### Lesson 6 – Loyalty:

“Nightingale was a demanding leader, but also showed uncompromising commitment to the people she led”. We have all worked for demanding leaders at one point in our career. While it can be challenging, if that leader truly cares about you as a person and is demanding because they see the potential in your capabilities and abilities it makes us willing to work harder and remain loyal to the leader. If the leader is demanding without compassion for those they work with, they will lose their following. *DEMAND OF OTHERS WHAT YOU EXPECT OF YOURSELF!*

### Lesson 7 – Humor:

“Nightingale’s contemporaries reported that she had a wonderful sense of humor and was often able to defuse tense situations with the light touch of laughter”. Humor has its place at appropriate times in most situations. It can lighten a stressful situation and allow yourself and the team to “regroup” in order to focus on what is really important. Humor is effective as a stress-relieving method for numerous reasons. It functions as a distraction to the current situation, interrupting the chain of thought that results in stress. Humor often leads to laughter, which releases physical tension. Humor can make you realize that the situation isn’t the end of the world and that you in fact can deal effectively with the problem at hand. It helps to clear the mind to enable you to refocus with perhaps a new and fresh perspective on the situation. *LAUGH MORE, LAUGH OFTEN!*

### Lesson 8 – Contrarian Toughness:

As nurses we should never look for the easy way out of a situation

or to go along with everyone else because it is the easier thing to do. Contrarian toughness is looking for solutions to a problem that everyone else is willing to accept because “it’s just the way it is, and you cannot do anything about it”. We need to look at barriers to issues as an opportunity and stand strong in our conviction that in fact something can be done about an issue and as nurses must lead the way in finding the solution. To walk away from a problem or a situation that is not right is our willingness to accept that which is wrong. Nightingale was relentless in finding solutions and not giving into her “naysayers”. *SEE OPPORTUNITIES, NOT PROBLEMS!*

### Lesson 9 – Initiative:

Nightingale attributed her success to the fact that she “never gave or took any excuse”. Most of us growing up probably had a role model or parent who taught us to use our judgement in making decisions and not have to be told to do it. As nurses, we need to take initiative to address issues without sitting back and having to be told or directed. By the nature of our work in the Operating Theatre, we need to be proactive and anticipate any actual or potential problem. Our judgement and taking action can be the difference in a patient having an optimal outcome from their surgical intervention versus an untoward event. *TAKE ACTION!*

### Lesson 10 – Aspiration:

“Nightingale never rested on her laurels, but rather continuously raised the bar”. As a nurse, lifelong learning and advancement are part of our professional career development. While you may not aspire to be in a formal leadership role in your work environment, everyone of us should aspire to continue to learn and advance patient care. We must always challenge ourselves to

learn and question everything we are doing. Our patients depend on us to stay current in our practice and to use evidence-based science in managing their care. *AIM HIGH!*

As I reflect back on what has evolved since March of 2020 with COVID19, I’m convinced now more than ever that nursing has been a leader in fighting this global pandemic. Everything we have trained for our entire career has been put to test, and as a profession we have shown leadership, courage, toughness and empathy. I can only imagine how proud Florence Nightingale would have been of our profession during this crisis. But remember, Florence never would rest on her laurels, so our work is only beginning. ■

#### FOOTNOTES

<sup>1</sup><https://www.connectionculture.com/post/10-leadership-lessons-from-florence-nightingale>

<sup>2</sup><https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/respond>

<sup>3</sup><https://www.beckershospitalreview.com/nursing/nurses-say-changing-guidelines-unsafe-conditions-are-pushing-them-to-quit.html>





# Millenniaalien työelämän vallankumous

KAROLIINA MELLANEN  
Organisaatiopsykologi,  
PsM, KTM

”Tosi vanhanaikaista”. ”Ne nykyajan nuoret”. Tältä voivat kuulostaa työhyteisen käytävillä kuiskien käydyt keskustelut, kun millenniaalit ja aiemmat työelämän sukupolvet joutuvat nyt rytinällä löytämään yhteisen sävelen. Suuret ikäluokat, eli työelämämme vanhin sukupolvi, ovat hyvää vauhtia jäämässä eläkkeelle ja jättävät suuren aukon työntekijöiden määrässä ja osaamisessa työpaikoille. Heidän jälkeensä syntynyt X-sukupolvi on määrällisesti sen verran pieni, ettei kaikkia paikkoja mitenkään pystytä täyttämään heillä. Onneksi seuraava sukupolvi, millenniaalit, on kooltaan myös valtava ja juuri sopivasti astunut tai astumassa työelämään. Tällä hetkellä voidaan ajatella olevan käynnissä millenniaalien vallankumous, sillä jo nyt Suomen työvoimasta heitä on 50 %, kun kymmenen vuotta sitten määrä oli 20 %. Globaalisti vuonna 2025 työvoimasta tulee olemaan 75 % millenniaaleja.

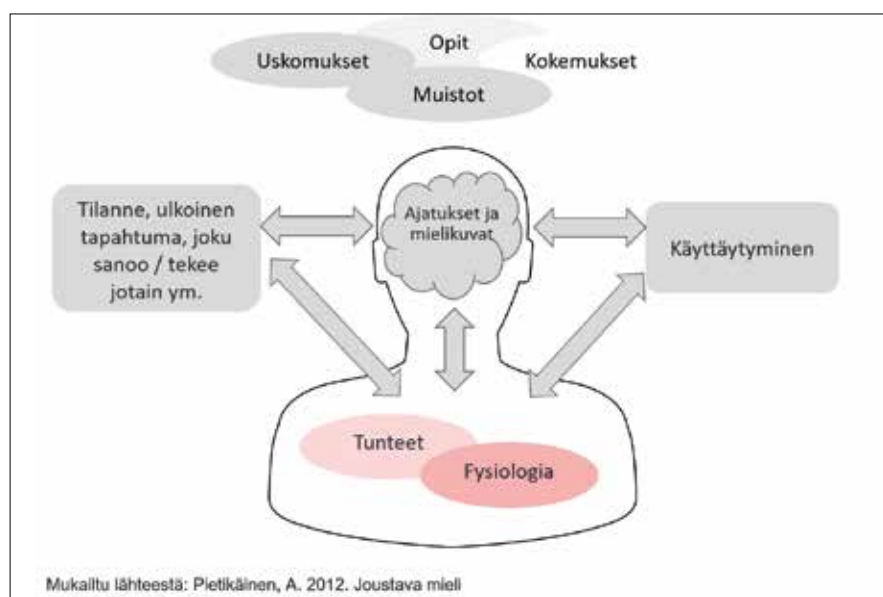
Erään määritelmän mukaan millenniaalien voidaan nähdä olevan 1980-2000 syntyneitä, ja heihin kuuluvat y- ja z-sukupolvet. Millenniaalit sinänsä ei keskusteluaiheena ole kovinkaan uusi, onhan heistä puhuttu jo ensimmäisten millenniaalien astuttua työelämään 20 vuotta sitten. Aiheen ajankohtaisuutta kuitenkin puoltaa millenniaalien määrän lisääntyminen työpaikoilla ja nykyään jo johtotähtävissäkin. Samaan aikaan monet organisaatiot kamppailevat osaavasta työvoimasta ja painivat hyvien työntekijöiden sitouttamisen sekä nuorten työssäjaksamisen kanssa. Tilastojen valossa näyttääkin, että jotain on todella eri tavoin kuin aiemmin. Työelämä kehittyy toki ilman millenniaalejakin, mutta tämän sukupolven

kohdalla näyttäisivät korostuvan tietyt asiat.

Ensinnäkin työvoimapula tulee Suomessa kasvamaan millenniaalien esiinmarssista huolimatta. Eli kilpailu hyvistä työntekijöistä – yhä enenevässä määrin niistä nuoremmistakin – tulee kasvamaan. Kun ennen ajateltiin, että työnantaja valitsee työntekijät, nykyään moni nuori talentti valitsee itse työnantajan. Samalla on huomattu, että nuorten työntekijöiden sitoutuminen työnantajaa kohtaan on heikentynyt. Itse asiassa tilastojen mukaan työnantajien lukumäärä näyttäisi tuplaantuvan sukupolvelta toiselle. Tämä tarkoittaisi sitä, että siinä missä suurilla ikäluokilla on noin neljä työnantajaa uransa aikana, nuoremmilla millenniaaleilla niitä

tulisi olemaan jo 32. Lisäksi varsinkin nuorten mielenterveyteen liittyvät sairaslomat ja varhaiseläkkeet ovat tilastojen mukaan nousussa. Nämä seikat huomioiden, onko ihmekään, että moni työnantaja on hätää kärsimässä tämän uusimman sukupolven kanssa?

Millenniaalien työelämään astuminen koskettaa heidän lisäksi myös muita työelämässä olevia. Monilla työpaikoilla koetaan yhteentörmäyksiä ja vastakkainasettelua eri ikäluokkien kesken. Kun näitä tilanteita tarkastellaan tarkemmin, usein löydetään taustalta ennakkoluuloja, väärinymmärryksiä ja jopa erilaisia maailmankatsomuksia. Onkin syytä ymmärtää, että jokaista meistä muo-  
vaa geeniperimämme lisäksi myös



Ympäriämme olevat ärsykkeet aiheuttavat meissä jonkinlaisen tulkinnan tilanteesta, eli ajatuksia ja mielikuvia. Tulkinnasta seuraa usein tunteita ja jopa fysiologisia reaktioita. Näiden seurauksena syntyy jonkinlaista käyttäytymistä. Vaikka ärsyke on sama, käyttäytyminen voi näyttäytyä hyvin erilaisena. Tähän vaikuttavat erilaiset tulkinnat, jotka syntyvät meidän omasta historiastamme; esim. meidän uskomuksista, opeista, kokemuksista ja muistoista.



ympäristö, jossa kasvamme. On helppo ymmärtää, että kiinalaisten tavat, uskomukset ja arvot poikkeavat suomalaisista, sillä heidän kasvuympäristönsä on hyvin erilainen. Sama pätee myös kronologisessa maailmassa. Sodan jälkeinen Suomi, jossa jälleenrakennus on ollut käynnissä, on ollut hyvin erilainen kasvuympäristö, kuin vaikka go-luvun teknologian alkuhuuman kausi.

Itseasiassa juuri teknologian kehittymisen ansiosta voidaan sanoa, että maailma on muuttunut valtavasti juuri millenniaalien lapsuudessa ja nuoruudessa. Siinä missä ennen vaikeat keskustelut, kuten riitojen sovittelut ja treffipyynnöt, on käyty kasvotusten, ovat nuoret nyt saaneet avukseen tekstiviestit ja erilaiset sosiaalisen median chat-työkalut. Sanoaankin, että syvät ihmissuhteet ja vaativat vuorovaikutustilanteet ovat meidän aikalaisillemme aiempia sukupolvia vaikeampia.

Internetin ansiosta olemme tottuneet, että asiat hoituvat nopeasti. Sähköposti on korvannut kirjeet, videovuokraamoja ja levykauppoja kätevämpää on ollut elokuvien ja musiikin lataaminen netistä ja puhelinluettelo on tehnyt tilaa karttapalveluille ja yritysten nettisivuille. Ei ihme, että millenniaaleista on tullut kärsimättömiä – meidän ei ole koskaan tarvinnut oppia odottamaan. Samaan aikaan olemme pienestä asti joutuneet opettelemaan mediakriittisyyttä – nykyään *“fake news”* on jo käsite – ja se on johtanut siihen, että olemme oppineet kyseenalaistamaan asioita aiempia sukupolvia enemmän. Eli jos millenniaali kysyy *“miksi?”*, voi olla hyvin suuri todennäköisyys, ettei hän pyri kyseenalaistamaan asemaasi tai tehtävänantoasi, vaan todella haluaa ymmärtää miksi teemme asiat kuten teemme.

Teknologian myötä some on tuonut oman twistinsä meidän aikalaisiimme. Jos ennen itseä verrattiin kou-

ralliseen omia vertaisia, nykyään verkkinä voi olla lähes koko maailma – ja vieläpä lähes reaaliaikaisesti. Eikä siinä vielä kaikki, vaan vertaamisesta tekevät erittäin kivuliasta erilaiset filterit ja somen suosima siloteltu ja kaunisteltu elämä, jonka rinnalla kehen tahansa elämä näyttää tyhjältä, mitättömältä, tai jopa epäonnistuneelta. Muiden elämä näyttää kaikilla osa-alueilla niin paljon paremmalta, ettei ole ihme, että odotuksemme myös työlle ovat korkealla ja teemme nopeita ja radikaaleja liikkeitä kokeaksemme päässeemme tavoitteisiin. Somen mahdollistamasta jatkuvasta vertaamisesta syntyvät paineet ulko- nälle, parisuhteelle, koulutukselle ja jopa urallekin ovat aiempaa suuremmat.

Teknologian lisäksi on nähtävissä muita merkittäviä muutoksia, jotka ovat muovanneet millenniaaleja. Tällaisia ovat taloudellinen hyvinvointi, uudet kasvatusstrategiat sekä jatkuva epävarmuus tulevasta. Se mikä saattaa näyttäytyä ylimielisyytenä tai kiittämättömyytenä sukupolvemme kohdalla, on itseasiassa meidän onnekas ajoituksemme maailman historiassa. Olemme nimittäin kasvaneet historian tasa-arvoisimpaan maailmaan ja olemme alusta asti saaneet nauttia hyvinvointivaltiomme tuesta. Vaikka matkalle on mahdunut go-luvun lama, 2008-luvun finanssikriisi ja nyt korona, olemme silti ennen kaikkea taloudellisen nousukauden lapsia. Emme ole nähneet mitään muuta. Onkin helpompaa tehdä rohkeita liikkeitä ja muutoksia työelämässäkkin pienemmistäkin syistä, kun tietää, että taustalla ovat hyvinvointivaltion tukiverkot. Tätä samaa luksusta ei ikävä kyllä ole ollut aiemmilla sukupolvilla samassa mitakaavassa.

Meidät on myös kasvatettu eri tavoin – hassua sinänsä, sillä suurelta osin juuri suuret ikäluokat ovat meidät kasvattaneet. Suurten ikäluokkien lapsuudessa lasten kasvatukseen

päti ajatus *“ravistettava ennen käyttöä”*, jolloin kuri on ollut kovaa ja nöyryys on ollut hyve. X-sukupolven aikana taas on nähtävissä vanhempien avioerojen ja ura-ajattelun yleistymisen, jonka vuoksi tämän sukupolven usein nähdään jääneen yksin lapsuudessa. Ehkäpä juuri näitä kompensoimaan on millenniaalien kohdalla otettu käyttöön aivan uudenlaiset strategiat. Meille on pienestä asti kerrottu, että olemme erityisiä ja kykeneviä, meidän pitäisi tehdä asioita, joita rakastamme ja voimme isona olla ihan mitä haluamme. Viimeisestä sijasta on koulussa annettu tsempparipalkinto ja olemme itse saaneet valita harrastuksemme, joihin meitä arki-iltoina kuskataan tulevaisuuden NHL-unelman nimissä. Nämä uskomukset ja ajatusmallit tuomme mukamme myös työpaikoille. Odotukset ovat suuret niin omalle työlle kuin itsellekin. Pitäisi rakastaa omaa työtään, olla siinä tosi hyvä ja muutenkin todistaa oma ainutlaatuisuus. Ei ihme, että nuorta porukkaa hyytyy jo työelämän kalkkiviivoilla. Avun pyytäminen ja osaamattomuuden näyttäminen ovat meille jokseenkin vieraita taitoja, puhumattakaan epäonnistumisten tai vastoin käymisten käsittelystä. Yleensä tie on nimittäin silotettu meille vanhempiemme toimesta – puhutaankin curling- tai helikopterivanhemmuudesta.

Emme myöskään tunnista ja tunnusta auktoriteettia siinä missä aiemmat sukupolvet, sillä emme ole sellaista lapsuudessamme kohdanneet. Siinä missä opettaja on ollut suurille ikäluokille kurinpitäjä ja jopa pelottava hahmo, meille opettaja on ollut turvallinen aikuinen, joka on taluttanut meidät käsi-kädessä läpi koulutien. Autonomisempi, tasavertaisempi ja neuvotteleva asioiden hoitaminen on meille tuttua jo lapsuudesta, joten miten osaisimme suhtautua käskytykseen ja ihmisten eriarvoisuuteen myöskään työpaikalla?

Viimeisenä millenniaalien elämää muovanneista asioista käsiteltäköön meidän aikakaudellamme lisääntyntä epävarmuutta tulevasta. Korona luo räikeästi uusia epävarmuustekijöitä tulevaisuudelle, mutta jo ennen sitä on epävarmuuden nähty lisääntyvän. Tieto vanhenee koko ajan aina vain nopeammin, jolloin yksittäinen koulutus ei välttämättä takaa työtä enää hetken päästä. Paljon puhuttu tekoäly ja robotiikka tulee muuttamaan radikaalisti myös pitkään ennallaan säilyneitä perinteisiä työtehtäviä – ehkä jopa korvaamaan osan niistä. Ilmastonmuutos ja muut globaalit ongelmat varjostavat tulevaisuuttamme tavoilla, joista kokonaisuudessaan kukaan ei vielä ole varma. Meille on koulusta asti kerrottu, että tulemme olemaan ensimmäinen sukupolvi, joka ei tule koskaan jäämään eläkkeelle. Miten tässä voisikaan edes tehdä pitkän tähtäimen urasuunnitelmia tai ylipäätään miettiä elämää kovin pitkälle?

Tämän pitkän millenniaalien kasvuympäristöä käsitelleen katsauksen jälkeen, toivon luoneeni ymmärrystä muuttuneesta maailmasta, joka väistämättä on luonut myös uusia arvoja, tapoja, uskomuksia, tarpeita ja tottumuksia millenniaalien sukupolvelle. Ja kun tulemme työelämään, tuomme nämä kaikki mukamme. Se mikä saattaa näyttää ”vaikealta nuorelta sukupolvelta” tai heidän ominaisuudeltaan, onkin itse asiassa kaijuja viime vuosikymmenistä. Aivan kuten kaikki aiempien sukupolvien maailmankatsomus on kaijuja sen ajan maailmasta.

Kukaan millenniaali, sen vähempää kuin kukaan muukaan sukupolvi, ei aamulla mieti töihin lähtiessä, että ”tänäänpä teen muuten muiden pävästä vaikean”, vaikka joskus se voi meistä siltä tuntua. Itse asiassa suurin osa meistä pyrkii suoriutumaan ja tekemään asiat hyvin ja oikein. Ongelma usein tulee siinä, että hyvin ja oikein voi näyttää hyvin erilaiselta

riippuen siitä, keneltä kysytään. Siksi moninaisuutta ja erilaisuutta sisältävissä työpaikoissa joskus se, jonka tulisi olla suuri rikkaus, voikin muodostua ongelmaksi. Ja tähän ongelmaan auttaa kaksi työelämän supervoimaa: laadukas vuorovaikutus sekä utelias asenne ja halu ymmärtää toista. Sama asiaan voi nimittäin reagoida monella eri tavalla, eikä yksikään reaktio ole välttämättä toista oikeampi. Joissain tilanteissa reaktio voi olla toimivampi, muttei välttämättä sen oikeampi.

Otetaan esimerkki. Jos ihmisiä täynnä olevaan huoneeseen tuodaan koiranpentu, voidaan nähdä useita eri reaktioita. Osa menee koiraa kohti pehmeästi puhellen ja haluaa silittää sitä. Osa voi nojautua taaksepäin ja nyrpistää nenää. Joku voi poistua paikalta tai hakeutua nopeasti mahdollisimman kauas tilassa. Joku voi pillahda itkuun. Jotta ymmärtäisimme näitä reaktioita, meidän tulee ensinnäkin haluta ymmärtää niitä ja toiseksi meidän tulee esittää kysymys: ”mitä tämä asia tai tilanne sinussa herätti?”. Silloin voimme saada selville, että koiraihmissen ja koirista piittaamattomien ihmisten lisäksi huoneessa voi olla koiria pelkäävä ihminen ja allergikko. Ja itkukin käy yhtäkkiä järkeen, kun kuulemme, että herkistyneen ihmisen oma rakas lemmikki lopetettiin viime viikolla ja tämä napispilmä muistuttaa nyt omasta menetyksestä. Kysymys kuuluukin, oliko jokin reaktio oikea tai väärä? Aika monet asiat työpaikoilla ovat kuin tämä koiranpentu. Tietysti yhdessä sovittujen sääntöjen, rooliodotusten, tavoitteiden ja muiden yhteisesti artikuloitujen asioiden ei tulisi olla monitulkintaisia, vaikkakaan niidenkään kohdalla ei aina voida välttyä väärinymmärryksiltä.

Yksi yleisimmistä kognitiivisista vinoumista meillä ihmisillä on ajatus siitä, että muutkin ajattelevat kuten minä – tai jos eivät ajattele, on heissä jotain outoa. Todellisuudessa katsontakan-

toja on yhtä monta kuin on ihmistä. Toinen tyypillinen vinouma on, että haemme jatkuvasti todisteita omalle näkemyksellemme ja hylkäämme vastakkaista näkemystä puoltavat todisteet. Kuinka vaikeaa onkaan saada vastakkain ajatteleva ihminen ymmärtämään ja uskomaan oma näkemys selkeiden todisteidenkaan edessä? Näistä vinoumista tietoisesti tuleminen on yhteistyön ja oman näkökulman laajentamisen kannalta erittäin hedelmällistä. Kolmas asia mikä on meille ihmisille tyypillistä, on ottaa omat ajatuksemme liian todesta. Uskomme, että ajatuksemme ovat totta, vaikka ne ovat vain ajatuksia. Jokainen, joka on koskaan muuttanut mielipidettään jostain asiasta radikaalisti, tietää että tämän päivän vankka uskomus voi huomenna näyttäytyä jo omana ymmärtämättömyytenä.

Työelämän haasteet ovat jatkuvasti haastavampia ja moniulotteisempia. Siksi tarvitsemme laajempaa ymmärrystä ja eri näkökulmista tulevien ihmisten moniammatillista osaamista. Poteroihin kaivautuminen, stereotyyppien viljely tai hierarkiakuilujen ylläpitäminen eivät ole hedelmällistä maaperää yhteistyölle – eikä siten ongelmanratkaisulle. Siksi ei todellakaan olisi pahitteeksi, että arjessa pyrkisimme jatkuvasti tietoisesti laajentamaan omaa perspektiiviamme yrittämällä ymmärtää ja kuuntelemalla ihmisiä, joiden näkemykset ja maailmankuva poikkeavat omistamme. Moninaisuus on rikkaus, jos vain osaamme sen hyödyntää. Työnantajan tehtävä on selkiyttää ja poistaa hämmennystä roolien, pelisääntöjen ja tavoitteiden osalta, mutta toisten kunnioittaminen ja halu ymmärtää ovat meidän kaikkien vastuulla – sukupolvesta riippumatta.





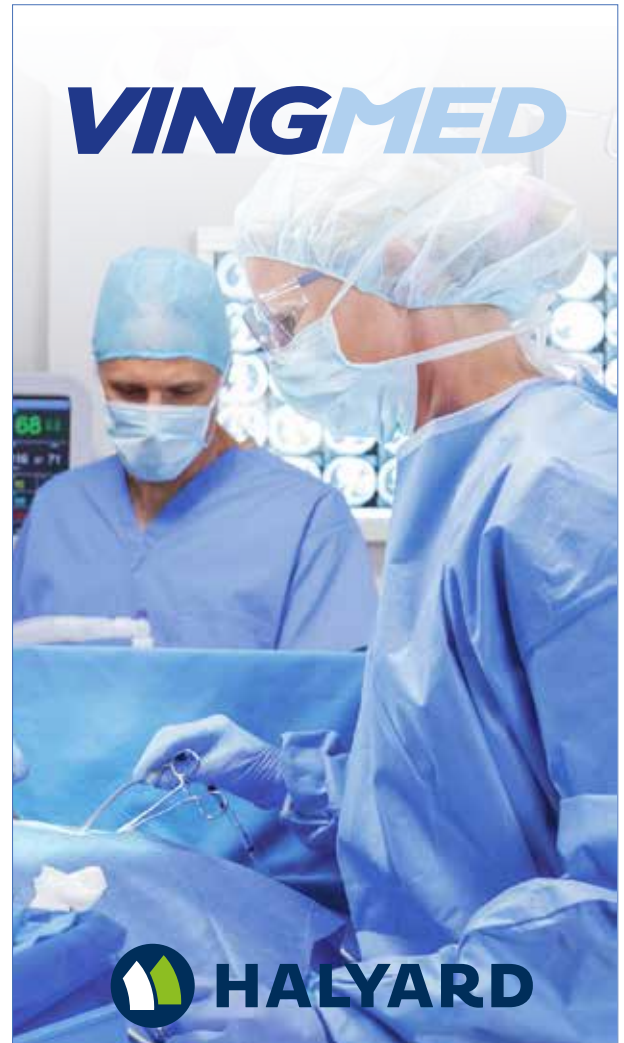
### Vinkkejä eri sukupolvien kanssa toimimiseen:

1. Huomaa oma asennoitumisesi. Hän ei ole vaikea, hän on vain erilainen. Jokainen on "aikakautensa lapsi" ja operoi maailmassa sen pohjalta Tämä pätee niin yksilöihin kuin erisukupolviin. Tuomitsemisen sijaan pyri ymmärtämään. Tarvittaessa kysy ja kommunikoi omat näkemyksesi asiasta. Vaikuttakaa yhdessä siihen mihin voitte ja mikä helpottaa yhteistyötä, muilta osin pyrkikää hyväksymään erilaisuutenne.
2. "Totuuksien" latelemisen sijaan pyrkikää yhdessä ihmettelemään ja oppimaan toisiltanne. Ei tarvitse olla samaa mieltä voidakseen ymmärtää toisen näkökulmaa.
3. Kukaan ei lue ajatuksia, joten älä sinäkään tee niin, äläkä varsinkaan odota sitä muilta. Tulkinnat ja oletukset ovat yleisiä syitä ilmapiiiri- ja ihmissuhdeongelmille. Meille helposti ja huomaamatta syntyy tulkinta toisen ihmisen toiminnan tarkoituksesta ja motiiveista, asenteista ja mielipiteistä. Nämä tulkinnat ikävä kyllä usein menevät metsään, sillä ne ovat oman mielikuvituksen tuotteita, eivätkä kerro mitään toisen ihmisen todellisesta ajatuksenjuoksusta. Selkiytä, tarkista ja tarkenna. Jos et ymmärrä tai et ole varma jostain, kysy. Muista myös artikuloita selkeästi omat näkemyksesi, jos haluat muiden olevan niistä tietoisia. Mielipiteesi ilmaiseminen on lopulta sinun vastuullasi.
4. Tutustu kollegoihin. Me ihmiset usein pidämme itsemme kaltaisista ihmisistä ja usein mitä syvemmin toisiimme tutustumme, sitä enemmän huomaamme meille yhteisiä piirteitä, ajatuksia ja kiinnostuksen kohteita.
5. Ainoa tapa tutustua toiseen on määrällisesti ja laadullisesti riittävän vuorovaikutuksen kautta. Jos luottamusta on, puhukaa töiden ulkopuolisistakin asioista. Jos luottamus on kärsinyt, valitkaa alkuun riittävän neutraalit aiheet.
6. Kysy ja kuuntele. Meillä ihmisillä on perustavanlaatuisen tarve tulla nähdyiksi ja kuulluiksi. Siksi se, että meiltä kysytään tarkentavia kysymyksiä ja että meitä kuunnellaan, kun kerromme meille tärkeistä asioista, saa meidät tuntemaan olomme nähdyiksi, arvostetuiksi ja hyväksytyiksi – ja sitäähän me kaikki työpäikkällämme lopulta haluamme. ■



Kirjoittaja **Karoliina Mellanen**, s. 1990, organisaatiopsykologi, PsM, KTM, on julkaissut **Atte Mellasen** kanssa tammikuussa 2020 kirjan *Hyvät, pahat ja millenniaalit, miten meitä tulisi johtaa*.

Karoliina konsultoi ja valmentaa organisaatioita työkseen ja hänen lempivalmennusaiheitaan ovat vuorovaikutustaidot ja työelämätaitojen lisääminen itsetuntemuksen avulla.



**Kokonaisvaltaiset  
leikkaussaliratkaisut  
alan johtavilta toimittajilta**

**Kokoneet asiantuntijat  
palveluksessasi**

**Nopeat ja luotettavat  
toimitukset**

*VINGMED OY on osa Vingmed konsernia joka on yksi pohjoismaiden suurimpia terveydenhuollon tuotteiden jakelijoita. Yritys on toiminut alalla jo lähes 50 vuotta. VINGLAB on Vingmed Oy:n laboratorioyksikkö. Tarjoamme kattavan valikoiman terveydenhoito- ja laboratorioalan tuotteita, teknistä, tukea ja koulutusta.*

**VINGMED**

Vingmed Oy | Olarinluoma 12 B | 02200 Espoo  
020 730 0355 | asiakaspalvelu@vingmed.fi

**vingmed.fi**



# Laitetaanko musiikkia?

VIRVE KOLJONEN

LT, dosentti, plastiikkakirurgian erikoislääkäri,  
HUS Tukielin- ja plastiikkakirurgia,  
Plastiikkakirurgian linja

Musiikin kuuntelu leikkaussalissa on hyvin yleistä (1, 2). Uskallan väittää, että jokaisessa leikkaussalissa Suomessa kuunnellaan musiikkia ja kuka meistä ei olisi hoilannut leikkauksen aikana Suomi-popin tarttuvien sävelkulkujia, liikuttunut nuorempien kollegoiden tietämättömyydestä 80- ja 90-luvun hittibiiseistä tai joutunut kuuntelemaan kokonaan (!) *Sound of Music* -musikaalin pitkän leikkauksen aikana pääkirurgin esittämänä. Musiikin vaikutusta potilaisiin on tutkittu paljon, mutta sen sijaan musiikin vaikutusta leikkauksaleissa työskenteleviin hoitajiin ja lääkäreihin on tutkittu vain vähän.

Musiikin on sanottu vähentävän stressiä leikkauksen aikana ja parantavan keskittymistä (2), toisaalta musiikki ja varsinkin kovalla soitetu musiikki on potilasturvallisuutta vaarantava tekijä kommunikaation vaikeutuessa. Kovalla soitettu musiikki oli myös suuri stressiä aiheuttava tekijä hoitajille leikkaussalissa (3).

## Vinkki esimiehille

Äskettäin julkaistussa tutkimuksessa tutkittiin, vaikuttaako musiikin tempo – nopea vai hidas – salien vaihtoaikaa kaihi-leikkauksissa (4). Hyvin toteutetussa tutkimuksessa tehtiin kaksi soittolistaa, nopeampoinen ja hidas, rauhoittava. Leikkaussalin henkilökunta kirurgit mukaan luettuna jaettiin kahteen ryhmään ja samaa soittolistaa toistettiin heille viikon ajan. Kävi ilmi, että nopeampoisesta musiikkia kuunnellut ryhmä suoriutui vaihdoista nopeammin, ja ero oli yllättävän valtava – 17 mi-

nuuttia. Kirjoittajat pohdiskelevat lopuksi tämän huomion mahdollista kustannusvaikuttavuutta ja toteavat, että tällä tavoin voitaisiin saavuttaa huomattavia säästöjä terveydenhuollossa.

## Mozart-efekti

Mozart-efektillä tarkoitetaan väliaikaista, noin 10-15 minuuttia kestävä avaruudellisen hahmottamisen paranemista (5). Tapahtuman kuvasi ensimmäisenä **Rauscher** vuonna 1993 (6). Sittemmin on Mozart-efektin vaikutusta kirurgiaan ja kirurgin toimimiseen tutkittu lukuisissa tutkimuksissa. **Oomens** ja tutkimusryhmä kokosivat aiheesta käsittelevät artikkelit katsaukseensa ja arvioivat niiden perusteella onko Mozart-efekti todellinen kirurgiassa (7). Musiikin, ei pelkästään Mozartin kuunteleminen, paransi leikkauksen nopeutta eli lyhensi leikkauksaika, paransi instrumenttien käsittelyä, kirurgisen toimenpiteen laatua ja yleistä kirurgista suorituskykyä. Lisäksi he huomasivat, että musiikin kuuntelu vaikuttaa positiivisesti lihasaktivaatioon. Suomalaisessa tutkimuksessa huomattiin, että meditaatiomusiikki nopeutti simuloidun suonisauman ompelua ja vähensi turhia liikkeitä sekä aloittelevilla neurokirurgeilla että kokeneilla neurokirurgeilla (8).

## Kirurgien lempimusiikkiako?

Suoratoistopalvelu Spotifyn järjestämä kyselytutkimus amerikkalaisten kirurgien keskuudessa heidän lempimusiikistaan leikatessa, paljasti ensinnäkin, että 90 % kyselyyn

vastanneista kuunteli musiikkia leikatessa ja hm... melko raskaan tuloksen. Tämän otoksen kirurgien mieluisinta leikkausmusiikkia olivat Scorpionsin *Rock You Like a Hurricane*, Ted Nugentin *Just What the Doctor Ordered*, The Doorsin *Break on Through*, Rolling Stonesin *Paint it Black*, Led Zeppelinin *Whole Lot of Love*, Queenin *We Will Rock You*, AC/DC:n *Back in Black* ja Metallican *Nothing Else Matters* (9). Todekkoon tästä, että musiikki, jota kuuntelimme nuoruuden ja kaikkivoipaisuuden tunteiden aikaan säilyy usein lempimusiikkina läpi elämän. Itselle tuo löydös oli sen verran yllättävä, että päätin tutkia amerikkalaisten kirurgien demografiaa: 61,6 % USA:laisista lääkäreistä ja kirurgeista on miehiä, ja 42,7 % on valkoisia, ja miesten keski-ikä on 49,3 vuotta ja naisilla 42,7 vuotta (10). Voisi olla, että meillä Suomessa vastaavanlainen tutkimus toisi kirurgien lempimusiikiksi hyvin erilaisen listan. Perinteisesti on kirurgi päättänyt mitä musiikkia kuunnellaan, jos kuunnellaan ollenkaan.

## Toisen lempikappale on toisen melua

Musiikkimaku ja lempimusiikki on paitsi yksilöllistä myös sosiaalista ja ikäluokkariippuvaista. Se mikä toisesta on älyttömän ihanaa saattaa toisesta olla sietämätöntä älämölöä, Kuva 1. Tilastokeskuksen Vapaa-ajan osallistuminen -kyselyssä melkein 70 % 10 vuotta täyttäneestä väestöstä kuunteli pop- tai rockmusiikkia vuonna 2017 (11). Samaisesta tutkimuksesta käy ilmi, että 25-44-vuo-





Kuva 1. Toisen lempimusiikki voi olla sietämätöntä muille tiimin jäsenille.



Kuva 2. Liian kovalla soitettu musiikki leikkaussalissa voi vaikeuttaa kriittistä kommunikaatiota.

tiilla miehillä oli heavy metal suosikin asemassa, mutta yli 64-vuotiailla heavy metal oli yksi torjutuimmista musiikkityyleistä.

Tutkimuksissa, joissa tutkittiin mielisintä leikkaussalimusiikkia, nousi klassinen musiikki korkealle arvoasteikossa (1) länsimaissa. Afrikkalaisessa tutkimuksessa sen sijaan jazz- ja reggaemusiikki olivat suosituja (12) ja intialaisen tutkimuksen mukaan ghazal on paikallisen leikkaussalin suosikkimusiikkia (1). Suo-

malaisissa leikkaussaleissa – oman kokemukseni mukaan – yleisintä on avata radio, ja kuunnella sieltä musiikkia.

Leikkaussaleja ei ole suunniteltu ensisijaisesti hyvä akustiikka mielessä. Leikkaussalin suunnittelussa on otettu aivan muita asioita huomioon ja hyvä niin. Keskimääräinen dB leikkauksen aikana riippuu paljon erikoisalasta. Ortopedisissa leikkauksissa on mitattu jopa 79-81 dB äänenvoimakkuuksia tekoni-

leikkauksessa, ja hiljaisimpia ääniä 51 dB kauladissektiassa (13). Keskimäärin leikkaussaleissa on leikkauksen aikana noin 65 dB:n äänenvoimakkuus (13). Kuuloliiton mukaan 70-85 dB vastaa liikenteen aiheuttamaa ääntä ja 80-100 dB ravintolan äänenvoimakkuutta. Leikkauksissa tarvittavat välineet, kuten sahat, porat, lämmityslaitteet, imut ja instrumenteista aiheutuvat äänet sekä keskustelu luovat leikkaustilanteeseen oman jatkuvan taustamelunsa.

### Entä potilasturvallisuus

Melu leikkaussalissa aiheuttaa virheitä ja lisää erityisesti inhimillisiä virheitä (14). Kun musiikki soi leikkaussalissa kovaa, komplikaatiot lisääntyvät. **Kurmann** osoitti tutkimuksellaan, että leikkausalueen infektiolla ja leikkaussalin dB-määrällä on suora yhteys toisiinsa (15). Mitä suurempi dB, sitä todennäköisemmin myös potilaalla todettiin leikkausalueen infektio, ja huolimatta pienestä potilasmäärästä tässä tutkimuksessa,  $n = 35$ , saatiin yhteydelle vaikuttava p-arvo = 0.029. Sivulöydös tässä tutkimuksessa oli, että kun leikkauksen aikana puhuttiin eikirurgisista asioista, olivat äänitaso ja siten myös dB korkeammat.

Kommunikaation vaikeutuminen tai jopa katkeaminen musiikin vuoksi on selkeä potilasturvallisuutta vaarantava tekijä, Kuva 2. **Weldon** tutkimusryhmineen tutki laparoskopisten leikkausten videotallenteita, toisissa leikkauksissa soitettiin musiikkia ja toisissa ei (16). Tässä tutkimuksessa keskityttiin havainnoimaan kommunikaatiota ja erityisesti pyyntöjä. Tutkimuksessa todettiin, että musiikin soidessa pyyntöjä jouduttiin toistamaan useita kertoja, jopa 5 kertaa useammin kuin ilman leikkaussalissa soivaa musiikkia, Kuva 3. Tämä aiheutti turhautumista koko tiimissä ja pyynnön toistamiseen kului aikaa 4-68 sekuntia. **Hawksworthin** mukaan jopa 26 %

anestesiologeista raportoi, että musiikki vaikeuttaa heidän työtään (17). Melu heikensi 17 % happisaturaation vähenemisen havaitsemista (18).

Kirurgit toimivat koekaniineina tutkimuksessa, jossa heitä pyydettiin toistamaan standardoidun lauseen viimeinen sana neljässä eri melutilanteessa; hiljaisuudessa, leikkaussalimaskin läpi lausuttuna, leikkaussali taustäänillä 65 dB sekä leikkaussali taustäänillä 65 dB + musiikilla (19). Tutkimuksen toisessa vaiheessa kirurgille annettiin tehtävää samanaikaisesti kuuntelun kanssa. Ei liene yllättävää, että parhaat tulokset saatiin hiljaisessa ympäristössä ilman tehtävää. Tutkimus osoitti, että kun suoritetaan tehtäviä, niin ympäröivä melu = musiikki vaikuttaa ja vaikeuttaa tehtävän tekemistä. Kirurgit ymmärsivät lauseet huonoiten kun taustalla soi musiikki ja erityisen huonosti he kuulivat ja ymmärsivät lauseen, kun se oli odottamaton.



Kuva 3. Musiikki leikkaussalissa voi johtaa pyyntöjen toistuvaan toistamiseen ja vaikeuttaa tai hidastaa leikkauksen kulkua ja turhautumista koko tiimissä.

Lopuksi, musiikki leikkaussalissa voi auttaa keskittymään, mutta liian kovalla soitettu musiikki voi vaikeuttaa tiimityötä ja vaarantaa potilasturvallisuutta. Tämä katsaus myös osoitti, että musiikin valitsemiseen

leikkauksen ajaksi tulee kiinnittää huomiota ja parasta olisi, että koko tiimin mielipide otettaisiin huomioon, jotta kaikilla olisi mukava työskennellä. ■

#### LÄHTEET

- George S, Ahmed S, Mammen KJ, John GM. Influence of music on operation theatre staff. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol* 2011; 27: 354-7. [10.4103/0970-9185.83681](https://doi.org/10.4103/0970-9185.83681)
- Ullmann Y, Fodor L, Schwarzberg J, Carmi N, Ullmann A, Ramon Y. The sounds of music in the operating room. *Injury* 2008; 39: 592-7. [10.1016/j.injury.2006.06.021](https://doi.org/10.1016/j.injury.2006.06.021)
- Tseng L-P, Liu Y-C. Effects of noises and music on nurses' mental workload and situation awareness in the operating room. *International Conference on Applied Human Factors and Ergonomics* 2017; 450-54.
- Mosaed S, Vahidi R, Lin KY. Effect of music tempo on operating room preparation time. *J Perioper Pract* 2020; 30: 141-44. [10.1177/1750458918808151](https://doi.org/10.1177/1750458918808151)
- Jenkins JS. The Mozart effect. *J R Soc Med* 2001; 94: 170-2. [10.1177/014107680109400404](https://doi.org/10.1177/014107680109400404)
- Rauscher FH, Shaw GL, Ky KN. Music and spatial task performance. *Nature* 1993; 365: 611. [10.1038/365611a0](https://doi.org/10.1038/365611a0)
- Oomens P, Fu VX, Kleinrensink GJ, Jeekel J. The effect of music on simulated surgical performance: a systematic review. *Surg Endosc* 2019; 33: 2774-84. [10.1007/s00464-019-06868-x](https://doi.org/10.1007/s00464-019-06868-x)
- Muhammad S, Lehecka M, Huhtakangas J, Jahromi BR, Niemela M, Hafez A. Meditation music improved the quality of suturing in an experimental bypass procedure. *Acta Neurochir (Wien)* 2019; 161: 1515-21. [10.1007/s00701-019-03976-4](https://doi.org/10.1007/s00701-019-03976-4)
- Bondarenko V. Here is the type of music your surgeon is listening to while in the operating room, 2.7.2020,
- DATA USA; PHYSICIANS & SURGEONS, 4.8.2020, <https://datausa.io/profile/soc/physicians-surgeons#demographics>
- Tilastokeskus, Suomen virallinen tilasto (SVT): Vapaa-ajan osallistuminen [verkköjulkaisu]. 2.7.2020, <http://www.stat.fi/til/vpa/2017/04/index.html>
- Makama JG, Ameh EA, Eguma SA. Music in the operating theatre: opinions of staff and patients of a Nigerian teaching hospital. *Afr Health Sci* 2010; 10: 386-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21416041>
- Kracht JM, Busch-Vishniac IJ, West JE. Noise in the operating rooms of Johns Hopkins Hospital. *J Acoust Soc Am* 2007; 121: 2673-80. [10.1121/1.2714921](https://doi.org/10.1121/1.2714921)
- Padmakumar AD, Cohen O, Churton A, Groves JB, Mitchell DA, Brennan PA. Effect of noise on tasks in operating theatres: a survey of the perceptions of healthcare staff. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2017; 55: 164-67. [10.1016/j.bjoms.2016.10.011](https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2016.10.011)
- Kurmann A, Peter M, Tschan F, Muhlemann K, Candinas D, Beldi G. Adverse effect of noise in the operating theatre on surgical-site infection. *Br J Surg* 2011; 98: 1021-5. [10.1002/bjs.7496](https://doi.org/10.1002/bjs.7496)
- Weldon SM, Korikiakangas T, Bezemer J, Kneebone R. Music and communication in the operating theatre. *J Adv Nurs* 2015; 71: 2763-74. [10.1111/jan.12744](https://doi.org/10.1111/jan.12744)
- Hawksworth C, Asbury AJ, Millar K. Music in theatre: not so harmonious. A survey of attitudes to music played in the operating theatre. *Anaesthesia* 1997; 52: 79-83. [10.1111/j.1365-2044.1997.t01-1-012-a2012.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.1997.t01-1-012-a2012.x)
- Stevenson RA, Schlesinger JJ, Wallace MT. Effects of divided attention and operating room noise on perception of pulse oximeter pitch changes: a laboratory study. *Anesthesiology* 2013; 118: 376-81. [10.1097/ALN.0b013e31827d417b](https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31827d417b)
- Way TJ, Long A, Weihing J, Ritchie R, Jones R, Bush M. Effect of noise on auditory processing in the operating room. *J Am Coll Surg* 2013; 216: 933-8. [10.1016/j.jamcollsurg.2012.12.048](https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2012.12.048)

# Muuttuva kainalokirurgia – less is more

HANNA IHALAINEN  
Plastiikkakirurgian erikoislääkäri,  
Rintarauhaskirurgian klinikka,  
HUS Syöpäkeskus

**RINTASYÖVÄN** perinteiseen kirurgiseen hoitoon ollaan vuosikymmeniä sovellettu HK:n mainoslauseita: kaikki pois lihaa säästämättä, mutta laadusta tinkien. Kainalon imusolmukkeet on tyhjennetty rintaleikkauksen yhteydessä, monesti vain varmuuden vuoksi. Tästä on aiheutunut potilaalle kipua, turvotusta ja liikerajoitusta, monelle pysyvästikin. 10 vuotta sitten alkoi suuri kansainvälinen tutkimus, jossa verrattiin imusolmukkeiden tyhjennysleikkausta alueen sädehoitoon ja näiden tehoa rintasyövän hoidossa. AMAROS-tutkimuksen pitkäaikaistulokset esiteltiin vuonna 2018 amerikkalaisessa San Antonion rintasyöpäkokouksessa. Sen pääaanti oli, että vaikka kainalon imusolmukkeissa olisikin rintasyövän etäpesäke, ei potilas hyödy kainalon imusolmukkeiden tyhjenyksestä. Täydentävä sädehoito on turvallisempi ja tehokkaampi hoito.

Ensimmäiset dokumentoidut rintasyöpäleikkaukset tehtiin niinkin aikaisin kun 500-luvulla muinaisessa Bysantissa. Rintasyövän hoidon pioneeri **William Halstedt** aloitti moderneja rintasyöpäleikkauksia USA:ssa 1800-luvun lopulla. Tuolloin koko rinta ja sen iho sekä kainalon alueen imusolmukkeet poistettiin, samoin rintalihas. Potilas saattoi parantua, mutta fyysinen hinta oli kova. 1920-luvulla kirurgit saattoivat poistaa jopa kylkiluita mastek-

tomian yhteydessä, koska uskottiin, että mahdollisimman suuri ja kattava leikkaus johti parhaimpaan lopputulokseen syövän kannalta. 1960-luvun lopulla tiedettiin jo, ettei tämä pitänyt paikkaansa. Tästä edettiin myöhemmin pelkkään mastektomiaan ja evakuaatioon. Kainaloevakuaatiossa imusolmukkeet tyhjennetään rasvan mukana tietyltä anatomiselta alueelta. Usein tässä vaurioituu ihon tuntohermoja, mikä voi aiheuttaa pysyviäkin tuntohaittoja ja kipua. Myös yläraajan imusuonet vaurioituvat ja yläraajan turvotus eli lymfödeema on tavallista kainaloevakuaation jälkeen. 1980-luvulla uskallettiin jo tehdä rintaa säästäviä leikkauksia. Vartijaimusolmukebiopsian myötä vuosituhaten vaihteessa imusolmukkeet voitiin säästää, jos vartijaimusolmukkeessa ei ollut syöpäsoluja. Syövän metastasointi kainalon imusolmukkeisiin on edelleenkin tärkeimpiä ennustetta kuvaavista ja onkologisiin jatkohoitoihin vaikuttavista tekijöistä.

Kaksi vuotta sitten AMAROS-tutkimuksen julkaisun jälkeen kainalon leikkauksen hoitosuositus muuttui myös Suomessa. Jos ennen leikkausta tehdyssä kainalon ultraäänessä ei olla todettu epäilyttäviä imusolmukkeita, vartijaimusolmuketutkimus tehdään kuten ennenkin, mutta vartijaimusolmuketta ei enää

tutkita saman tien jääleikkkeenä. Imusolmuke lähetetään patologille formaliininäytteenä ja se tutkitaan leikkauksen jälkeen. Jos vartijaimusolmukkeessa todetaan rintasyövän etäpesäke, ohjelmoidaan potilaalle kainalon alueen sädehoito. Rinnan säästävissä kirurgiassa rinnan alueen sädehoito tulee joka tapauksessa, kainalon lisäsädehoito pidentää hoitajaksoa muutamalla viikolla. Sädehoito osuu tarkemmin kuin kirurgi varsinkin kainalon yläosiin. Mikäli ennen leikkausta on todettu yksikin metastaasi kainalon imusolmukkeissa, kainalon imusolmuketyhjennys suoritetaan rinnan leikkauksen yhteydessä ja loppukainaloon annetaan sädehoito varmuuden vuoksi. Jatkossa tämäkin saattaa muuttua lisätutkimustiedon valmistuttua. Jos käy niinkin ikävästi, että leikkauksen aikana todetaan laaja metastasointi imusolmukkeissa (yli neljä sairasta imusolmuketta), on edelleen suositeltavaa poistaa imusolmukkeet saman tien, kunhan patologi on pikajääleikkessä varmistanut löydöksen.

Kaiken kaikkiaan uusi hoitosuositus on vaatinut kirurgeilta ajatustavan muutosta: kaikkea syöpäkudosta ei enää pyritäkään saamaan leikkamalla pois, vaan kainalon metastasointi ikään kuin vain todetaan ja heitetään hoitopallo syöpälääkäreille jatkohoittoa varten. ■

## WANTED! Artikkeleita ja opinnäytetöiden tiivistelmiä Pinsettiin.

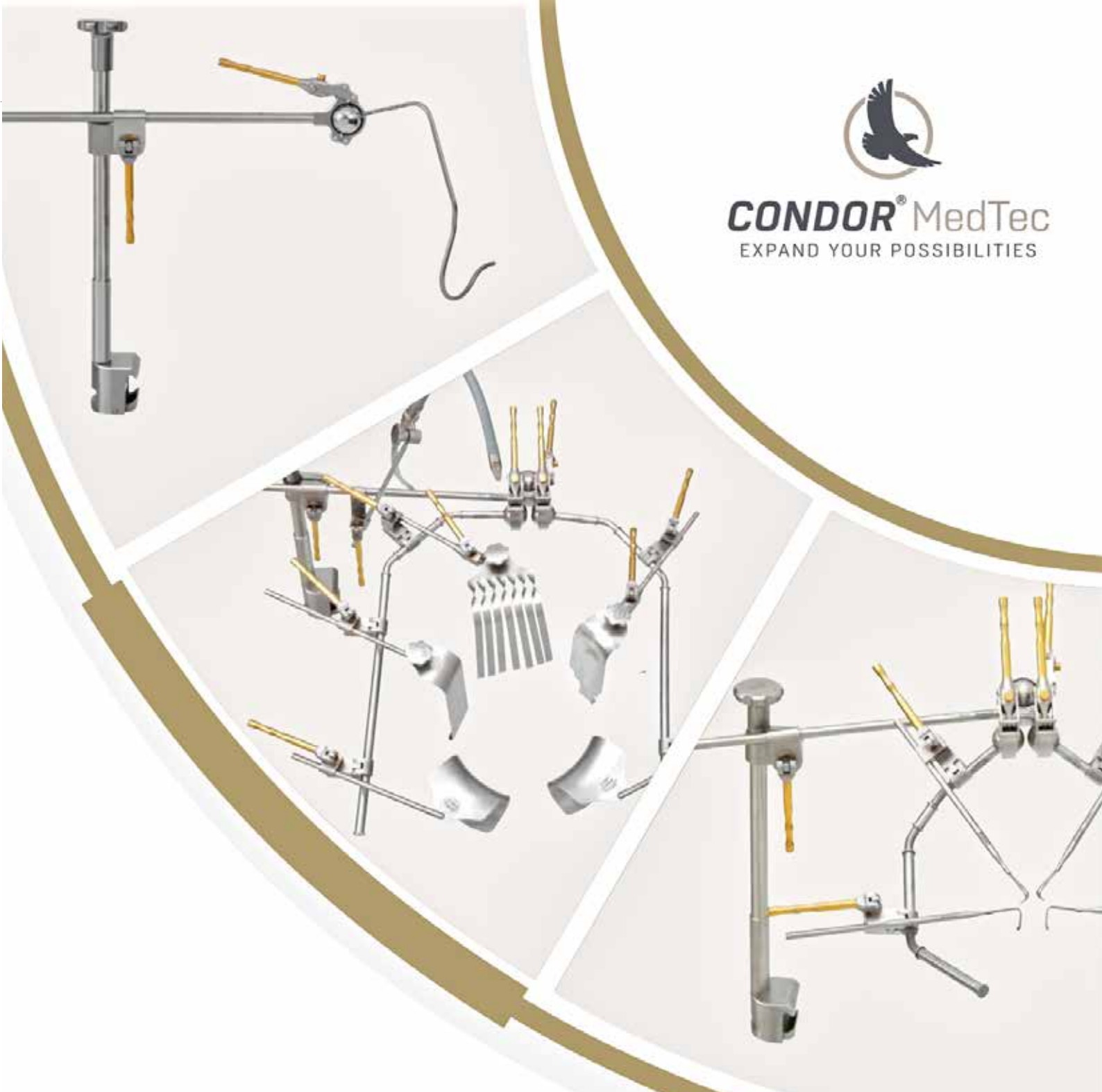
Nyt sinulla on tilaisuus kirjoittaa Pinsettiin! Onko sinulla sellainen aihe takataskussa, joka koskettaa ja kiinnostaa? Olisitko halukas kertomaan siitä Pinsetin lukijoille ympäri Suomen? Tai oletko kenties tehnyt mielenkiintoisen opinnäytetyön? Tartu tilaisuuteen ja kerro siitä myös meille muille! Lähetä sähköpostia Pinsettiin päätoimittajalle, ideoidaan yhdessä aikataulut ja muut yksityiskohdat kuntoon.

Päätoimittajan sähköposti: [pinsetti@forna.fi](mailto:pinsetti@forna.fi)





**CONDOR**® MedTec  
EXPAND YOUR POSSIBILITIES



## Monitoiminen Kirurginen Haavanlevitinjärjestelmä

- Yleiskirurgia • Ortopedia • Selkäkirurgia • Gynekologia • Abdominaalikirurgia •
- Verisuoni • Urologia • Sydänkirurgia • Plastiikkakirurgia • Laparoscopia •
- Pediatria • Bariatriakirurgia •

**Sydis**

Sydis International Ltd Oy  
Puh: 09 2959 470  
Sähköposti: [info@sydis.com](mailto:info@sydis.com)  
internet: [www.sydis.com](http://www.sydis.com)



# Kliininen asiantuntija (YAMK) perioperatiivisessa hoitotyössä

Artikkeli on aiemmin julkaistu Spirium-lehdessä 3/2020, sivut 34-37.

## Tiivistelmä

Sairaanhoitajien laajavastuiset tehtävänkuvat (*advanced practice nurse*) ovat kansainvälisesti ja Suomessa kehittyneet viimeisen 20 vuoden aikana. Laajavastuisessa hoitotyössä toimivalla asiantuntijalla, asiantuntijasairaanhoitajalla (*nurse practitioner*) tai kliinisen hoitotyön asiantuntijalla (*clinical nurse specialist*), on oltava perustutkinnon jälkeinen työkokemus omalta kliiniseltä erikoisalaltaan sekä maisteritason tutkinto ja vaativan tason osaaminen tehtävänsä. Kliinisen asiantuntijan sosiaali- ja terveysalan ylempi amk-tutkinnossa painotuksena on laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan osaamisen kehittyminen. Suomessa ei ole kuitenkaan vielä riittävästi tunnistettu tehtävänkuvaa, urakehitystä tai ole luotu riittävästi paikkoja terveydenhuoltoon. Kliinisen asiantuntijan (YAMK) -koulutusta jatkokehittämään on äskettäin perustettu asiantuntijaryhmä, jonka työskentelyn yhtenä lähtökohtana on keväällä 2020 julkaisu ydinkompetenssikuvauksena. Kliinisen asiantuntijan (YAMK) -koulutusta perioperatiivisen hoitotyön painotuksella ei ole tällä hetkellä. Kansainvälisesti tehtävänkuvat ja koulutus on kuitenkin tunnistettu, erityisesti Pohjois-Amerikassa ja Australiassa. Tässä artikkelissa kuvaamme taustaa laajavastuisen tehtävänkuvien ja koulutuksen kehittämisestä. Lisäksi pohdimme kliinisen asiantuntijan (YAMK) -koulutuksen tuottamaa osaamista, ja mitä mahdollisuuksia se antaa toimia perioperatiivisen hoitotyön kontekstissa.

*Asiasanat: kliininen asiantuntija, kliininen asiantuntijuus, laajavastuinen hoitotyö, ylempät ammattikorkeakoulututkinnot*

## Johdanto

Suomalainen koulutusjärjestelmä on uudistunut samalla kun sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuu muutoksia. Sairaanhoitajan koulutussot ovat muotoutuneet ammatin perustutkinnoksi (AMK-tutkinto), ei tutkintoa tuottavaksi erikoistumiskoulutukseksi, sairaanhoitajan rajatuksi lääkkeenmääräämisen lisäksi koulutukseksi (maisteritaso) ja ylempi ammattikorkeakoulu (YAMK)- tai tiedekorkeakoulututkinnoksi. Master-tasolla koulutuksen profiilina voi olla kliinisen asiantuntijan (YAMK) koulutus tai pääaineena kliininen hoitotiede. Sairaanhoitajan perustutkintoon sisältyy vaihtelevasti perioperatiivisen hoitotyön opintoja. Perioperatiivisen hoitotyön perusosaamisen varmentamista on kehitetty yleisharvointi (Sairaanhoitajan ammatillisen perusosaamisen arviointi) hankkeessa (1). Perioperatiivisen hoitotyön erikoistumisopintoja ja täydennyskoulutusta järjestetään useissa eri ammattikorkeakouluissa. Opinnot ovat laajuudeltaan 5–35 op, ja ne tarkoitettu sairaanhoitajan perustutkinnon jälkeiseksi koulutukseksi, joka antaa valmiuksia toimia perioperatiivisena sairaanhoitajana esimerkiksi leikkaus-, anestesia- ja päiväkirurgisissa yksiköissä.

Laajavastuisen hoitotyön tehtävänkuvat (*Advanced Practice Nursing*) edellyttää kansainvälisesti yleensä maisteritason koulutusta. YAMK-koulutuksissa perioperatiivisen hoidon sisältöjä on ollut muutamassa ammattikorkeakoulussa akuuttihoitotyön opintoihin integroituna, mutta ei siinä määrin kuin esimerkiksi palliatiivisen hoidon opinnoissa. Useissa

VIRPI SULOSAARI  
TtT, yliopettaja,  
Turun ammattikorkeakoulu

MINNA ELOMAA-KRAPU  
TtT, innovaatiojohtaja,  
Metropolia ammattikorkeakoulu

JOHANNA HEIKKILÄ  
TtT, asiantuntija,  
Jyväskylän ammattikorkeakoulu

KATJA HEIKKINEN  
TtT, koulutus- ja tutkimuspäällikkö,  
Turun ammattikorkeakoulu

HANNA HOPIA  
TtT, yliopettaja,  
Jyväskylän ammattikorkeakoulu

OUTI MATTILA  
TtT, yliopettaja,  
Lapin ammattikorkeakoulu

RAUNI LEINONEN  
KT, TTM, yliopettaja,  
Kajaanin ammattikorkeakoulu

maissa laajavastuiset tehtävänkuvat ja koulutus ovat sijoittuneet myös perioperatiivisen hoitotyön kontekstiin (2). Etenkin USA:ssa on jo pitkään toiminut asiantuntijasairaanhoitajia hyvin itsenäisissä tehtävissä (3). Laajavastuisille tehtävänkuville on ominaista asiantuntijan työn vaativuuden ja vastuun lisääntyminen tietyllä erikoisalalla välittömässä kliinisessä potilastyössä.

## Laajavastuisen tehtävänkuvien ja koulutuksen kehittyminen kansainvälisesti ja Suomessa

Sairaanhoitajan laajavastuiset tehtävänkuvat ovat kehittyneet erilaisissa terveyspalveluiden murroksissa ja liittyneet muuttuviin palvelutarpeisiin (esimerkiksi epidemia) tai lääkäripulaan. Lähtökohtana on ollut erikoistuneen sairaanhoitajan roolin laajeneminen ja uudet vaativat tehtävät. USA:ssa ja Kanadassa on sairaanhoitajan laajavastuisista tehtävänkuvista pitkäaikaisin kokemus jo 1960 ja 1970-luvuilta alkaen. Euroopassa edelläkävijänä on ollut Englanti 1980-luvulta lähtien ja Hollanti vuodesta 1997. (6, 9.) Euroopan mais-

ta jo 13:ssa on lainsäädännöllisesti mahdollistettu sairaanhoitajan lääkkeenmäärääminen (10). Esimerkiksi Englannissa ja Hollannissa sairaanhoitajan lääkkeenmääräämistä ei ole rajattu enää tiettyihin tauteihin tai lääkkeisiin.

Laajavastuinen hoitotyö (*Advanced Practice Nursing*) sisältää useita erilaisia tehtävänimikkeitä, joita yhdistävät koulutus (maisteritasoinen) sekä korkeatasoinen teoreettinen ja kliininen osaaminen. Laajavastuinen hoitotyön asiantuntija (*Advanced Practice Nurse*) on itsenäiseen, vaativaan päätöksentekoon kykenevä sairaanhoitaja, jolla on maisteritason osaaminen ja pätevyys toimia terveydenhuollon työtehtävissä (4,5). *International Council of Nurses [ICN]* julkaisi keväällä 2020 määritelmän, jonka mukaan laajavastuinen hoitotyön asiantuntija toimii joko asiantuntijasairaanhoitajana (*Nurse Practitioner NP*) tai kliinisen hoitotyön asiantuntijana (*Clinical Nurse Specialist CNS*) (6).

Asiantuntijasairaanhoitaja pitää esimerkiksi itsenäistä vastaanottoa, jossa hän tekee tietyn potilasryhmän hoidon tarpeen arviointia, tutkii potilaat sekä tarjoaa oireenmukaisista hoitoa. Tehtävänkuva kohdistuu akuuttiin hoitotyöhön ja/tai potilaan pitkäaikaissairauksien hoitoon. Kliinisen hoitotyön asiantuntija hoitaa tietyn kliinisen erikoisalan potilaita soveltaen erityisasiantuntijuuttaan ko. potilaiden hoidossa ja hoidon kehittämisessä. Suomen Sairaanhoitajaliitto (4) on määritellyt kliinisen hoitotyön asiantuntijan tehtävänkuvan laajaksi käsittäen muun muassa hoitotyön laadun varmistusta ja näyttöön perustuvaa hoitotyön kehittämistä organisaation strategisen työn tukena. Suomessa CNS rooli onkin erityisesti yliopistosairaaloissa etäännyttänyt välitömästä hoitotyöstä, ja työ on kohdentunut yhä enemmän näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseen (7). Kliininen asiantuntija (YAMK) -koulutus suuntautuu nykyisin selkeämmin

NP rooliin; sairaanhoitajaan, jolla on laajavastuinen ja monimuotoinen tehtävänkuva, ja joka sisältää myös potilaan välitöntä hoitotyötä (8).

Suomessa ensimmäiset Kliinisen asiantuntijan (YAMK) koulutukset alkoivat vuonna 2009 (11). Koulutus tarjoaa sairaanhoitajille mahdollisuuden hankkia osaamista, jota voi hyödyntää sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän ja palveluiden laadun kehittämisessä kliinisen työn painotuksella. Koulutuksen tavoitteena on tukea sairaanhoitajan työn ja uran kehittymistä kohti vaativia asiantuntijatehtäviä. YAMK-tutkinto on 90 opintopisteen laajuinen, kestoltaan 1,5–2 vuotta, mikä johtaa maisteritason (NQF7) tutkintoon. Kliinisissä koulutuksissa korostuu kliininen hoitotyö, oma erikoisala ja siihen liittyvä asiantuntijuuden kehittyminen. YAMK-koulutus ei ole erikoistumiskoulutusta, mikä tarkoittaa sitä, että erityisalojen perusopetus ei sisälly koulutukseen.

Jos koulutusta ei aktiivisesti kehitetä ja yhdenmukaisteta, on vaarana, että opinnot loitontuvat kliinisestä kontekstista. Samoin saattaa koulutuksen painopiste siirtyä yhä enemmän yleiseksi alan kehittämisen ja johtamisen koulutukseksi (8). Koulutuksessa tulee tavoitella kliinisen osaamisen vaativaa tasoa kliinisen hoitotyön kehittämisosaamisen lisäksi. Kansallinen amk-opettajaverkosto julkaisi keväällä 2020 yhteisesti laaditut ydin- ja alakohtaiset ydinkompetenssivaukset, jotka ovat: 1) tutkimus ja palveluiden kehittäminen, 2) potilasohjaus ja henkilöstön osaamisen kehittäminen, 3) asiantuntijuuden johtaminen ja 4) välitön laajavastuinen kliininen työ. Kuvaus tukee jatkossa opetussuunnitelmien laatimista ja yhtenäistämistä. Samalla se toimii viitekehyksenä suunniteltaessa opetussuunnitelmaa esimerkiksi kliinisen asiantuntijan (YAMK) perioperatiivisen hoitotyö, koulutukselle.

Voidaan todeta, että Suomessa sairaanhoitajien laajavastuisten tehtävänkuvien kehittäminen on edelleen alkuvaiheessa. CNS tehtävänkuva on kehittynyt pisimmälle ja on tunnistettu tehtävänkuva, mutta NP tehtävänkuva on vielä vakiintumaton. Tehtävänkuvien selkiyttäminen kliinisen hoitotyön asiantuntijan (CNS) ja laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan (NP) välillä on tärkeää, sillä suomalainen sosiaali- ja terveydenhuolto on murroksessa muun muassa väestön ikärakenteen ja monitarpeisten asiakkaiden vuoksi. Yhdenvertaisten palveluiden ja hoidon saaminen on turvattava myös harvaan asutuilla seuduilla. Laajavastuiset sairaanhoitajat, joilla on laajennettujen tehtävänkuvien taustalla soveltuva jatko-tutkinto, ovat edellytys turvalliselle ja laadukkaalle hoidolle sekä sujuvan hoitoketjun varmistamiselle. (12.)

Suomessa laajavastuisten sairaanhoitajien urapolkuun on vaikuttanut merkittävästi HUS:n toiminta (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri), joka on pitkäjänteisesti kehittänyt sekä kliinisen hoitotyön asiantuntijoiden ja sairaanhoitajien urapolkuja sekä tehtävänkuvia. Tehtävänkuvien ja urapolkujen kehittämisellä on merkitystä organisaatioiden kilpaillessa osaavista sairaanhoitajista (13). Tulvaisuudessa se saattaa olla organisaation menestystekijä kansallisella tasolla, kun sosiaali- ja terveyspalveluita arvioivat myös kansalaiset. Suomessa laajavastuisten sairaanhoitajan työnkuvan uudistajana on toiminut myös sairaanhoitajien rajattu lääkkeenmääräämisoikeus ja -koulutus (14). Monet kliinisen asiantuntijan (YAMK) -koulutuksen käyneet ovat kuitenkin sijoittuneet pois kliinisestä työstä lähijohtamisen tehtäviin. NP tehtävänkuva ja sitä tukeva koulutus tulisivat saada omaksi selkeämmäksi koulutus- ja urapolukseen.





### Laajavastuinen tehtäväkuva ja koulutus perioperatiivisessa hoitotyössä

Kansainvälisesti vertailtaessa niin koulutus kuin tehtäväkuvat vaihtelevat perioperatiivisessa kontekstissa. Useissa maissa esimerkiksi anestesiahoitajan rooli on itsenäinen ja tehtäväkuvat sisältävät asioita, jotka Suomessa kuuluvat anestesiologin toimenkuvaan. Toisaalta Suomessa sairaanhoitajan tehtäväkuva on jo lähtökohdiltaan itsenäisempi kuin monissa muissa maissa. Kansainvälisesti löytyy esimerkkejä tehtäväkuvista ja laajavastuisten asiantuntijasairaanhoitajan osaamisen hyödyntämisestä. Esimerkiksi Jensen ja Scherr (2004) kehittivät Kanadassa laajavastuisten asiantuntijasairaanhoitajan tehtäväkuvaan sydänpotilaan leikkauksessa ja tehohoidossa (15). Asiantuntijasairaanhoitajalla oli merkittävä tehtävä tehohoitopotilaiden hoitoketjussa hoidon johdon mukaisuuden ja jatkuvuuden turvaamisessa ennen toimenpidettä ja sen jälkeen. Asiantuntijan rooli korostui potilaan leikkauksen jälkeisessä hoidossa ja ohjauksessa, minkä seurauksena muun muassa potilaiden komplikaatiot ja sairaalahoitajaksot vähenivät. Asiantuntijasairaanhoitajan työajasta kolme neljäsosaa kului suoraan potilaan kanssa tehtävään hoitotyöhön käsittäen potilaskierrot ja hoidon kirjaamisen, potilaan terveydentilan arvioinnin ja kliinisen päätöksenteon, sekä hoidon ja kotiuttamisen.

Laajavastuisten asiantuntijasairaanhoitajan työssä Mayo ym. (2010) ovat tunnistaneet perioperatiivisessa hoitoympäristössä viisi tehtävää: kliininen työ, tutkimustyö, konsultaatio, kouluttaminen ja johtaminen (16). Asiantuntijasairaanhoitaja käytti keskimäärin työajasta aikaa kliiniseen hoitotyöhön 38 %, tutkimukseen 5 %, konsultointiin 15 %, koulutukseen 28 % ja johtamiseen 14 %. Tutkimus

perustui asiantuntijasairaanhoitajille tehtyyn kyselyyn (n=947). Tehtäväkuvan mukaiset tulokset ilmenivät työssä ja työyhteisössä lisääntyneenä monitieteisenä yhteistyönä, henkilöstön osaamisen kehittymisenä ja potilastyytyväisyytenä. *Association of periOperative Registered Nurses [AORN]* julkaisi USA:ssa vuonna 2014 (13) kannanoton laajavastuisiin tehtäväkuviin perioperatiivisessa ympäristössä (taulukko 1). Kuvauksessa painottuu kliininen työ enemmän kuin Mayon ym. (2010) tutkimuksessa. Kansainvälisissä kuvauksissa ilmenee myös meille Suomessa vielä vieraampia tehtäviä esimerkiksi laajempien toimenpiteiden tekeminen itsenäisesti. Suomalaisessa Kliinisen asiantuntijan (YAMK) kompetenssikuvauksessa keskeisinä ydinkompetensseina ovat kliinisen osaamisen lisäksi myös tutkimus ja palveluiden kehittäminen sekä asiantuntijuuden johtaminen.

Suomessa perioperatiivisessa hoitotyössä työskentelevän laajavastuisten asiantuntijasairaanhoitajan tehtäväkuva voidaan kuvailla lähinnä yleisellä tasolla (17) tai mitä sen pitäisi olla (16, 18). Perioperatiivisessa hoitotyössä korostuu työkokemus ja

osaamisen kehittyminen aloittelijasta asiantuntijaksi. Tästä syystä erilaiset perehdytysohjelmat ovat tarpeellisia (mm. 19). Esimerkiksi Suomen Anestesiologiyhdistys on omassa anestesiatoiminnan järjestämisen suosituksessaan ottanut kantaa sairaanhoitajan koulutukseen. Koulutuksen edellytetään olevan jatkuvaa, koko työelämän kestoista täydennyskoulutusta. Suosituksen mukaan työnantaja osallistuu koulutussuunnitelman toteuttamiseen myöntämällä palkallista koulutusvapaata (20). Suosituksessa ei oteta kantaa koulutuksen tasoon tai laajuuteen.

Laajavastuinen asiantuntijasairaanhoitaja on perioperatiivisessa hoitotyössä erityisosaaja, mikä edellyttää asiakaslähtöisen hoitotyön kehittämistä. Asiakaslähtöisyys liittyy potilaiden osallisuuden ja sen mahdollisuuksien edistämiseen, jossa korostuvat potilaiden valinnanvapauteen liittyvät eettiset ja lainsäädännölliset kysymykset (21). Etiikan ja lainsäädännön tuntemuksen merkitys korostuu tulevaisuudessa, koska runsaasti hoitoteknologiaa hyödyntävä perioperatiivinen hoito digitalisoituu vauhdilla. Robotiikka ja teknologiset innovaatiot edel-

Taulukko 1. Perioperatiivinen kliininen asiantuntijasairaanhoitaja (mukaillen AORN 2014)

- on suorittanut tehtäväkuvan vaatiman lisäkoulutuksen (ja rekisteröity ammattihenkilönä).
- on työssään autonomisempi kuin sairaanhoitaja.
- toimii pre- ja postoperatiivisella hoitotyössä terveydenhuollossa.
- tekee akuuttia ja/tai pitkäaikaista sairautta sairastavan potilaan perioperatiivisessa hoidossa tarvittavat kliiniset hoitopäätökset (hoidon tarpeen arviointi, diagnoosi ja hoito, myös lääkehoito USA:ssa).
- edistää potilaiden toimintakykyä ja hyvinvointia kokonaisterveydentilan arvioinnissa.
- edistää potilaan edun toteutumista ja potilasturvallisuutta.
- käyttää vaativan tason osaamista tutkiessaan, hoitaessaan ja vastatessaan potilaan, hänen läheistensä ja yhteisön terveysongelmiin ennen mahdollista toimenpidettä/ leikkausta, sen aikana tai jälkeen.
- noudattaa hyvän perioperatiivisen hoitotyön periaatteita.
- integroi perioperatiivista vaativan tason erityisosaamista potilaiden hoitoon ennen toimenpidettä/leikkausta, sen aikana ja jälkeen huomioiden myös hänen läheisensä.



lyttävät substanssiin liittyvän osaamisen lisäksi potilasturvallisuuteen ja tietosuojaan liittyvien asioiden kehittämistä. Myös simulaatioiden hyödyntäminen ja kehittäminen perioperatiivisessa hoitoympäristössä edellyttää sitä osaamista, mikä sisältyy kliinisen asiantuntijan (YAMK) ydinkompetensseihin. Asiakaslähtöisyys integroituu vahvasti myös potilaan ohjausosaamiseen sekä palvelujärjestelmäosaamiseen.

Sähköiset palvelut muodostavat osan perioperatiivisen hoitotyön digitalisoinnin kehityskulkua (21, 22). Tämä edellyttää monialaisen ja -ammattillisen yhteistyön sekä teknologian ja digitalisaation osaamista. (23). Asiantuntijasairaanhoitajalta edellytetäänkin samanaikaisesti kliinistä hoitotyön osaamista sekä tutkimus- ja kehittämisosaamista ja näissä kehittämisessä on osaamista esimerkiksi hoitotoimenpiteiden, diagnoosin ja etätutkimusten käyttöön sopivasta robotiikasta, tämä johtaa myös ammattialakohtaisen substanssiosaamisen vahvistumiseen (21). Digitalisaatio vaikuttaa laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan työn tekemisen tapaan samoin kuin potilaskäyttämiseen. Siksi asiantuntijan pitää itse olla kehittämässä perioperatiivisessa toimintaympäristössä digitaalisia sosiaali- ja terveyspalveluita yhdessä potilaiden ja alan asiantuntijoiden kanssa.

Laajavastuinen asiantuntijasairaanhoitaja kehittää näyttöön perustuvaa perioperatiivista hoitotyötä, potilasturvallisuutta, perioperatiivisia hoitoketjuja (esimerkiksi kotoa-kotiin-, lyhki- tai herkopolku) ja hoitohenkilöstön ammatillista osaamista (24). Näyttöön ja lean:iin perustuvan toiminnan kehittäminen kohdistuu asiakaslähtöisten hoito- ja toimintaohjeiden tutkimiseen, kehittämiseen ja vakiinnuttamiseen. Myös kestävä kehityksen osaamisen tarve korostuu perioperatiivisessa toimintaym-

päristössä. Leppäsen (2019) mukaan leikkaushoitotyössä ekologiseen, luontoa säästävään, taloudelliseen ajattelutapaan sitoutumisessa on vielä kehitettävää (25). Asiantuntijasairaanhoitajan tutkimus- ja kehittämisaaminen voisi osaltaan vastata myös tähän tarpeeseen. Esimerkiksi lääkkeiden ympäristövaikutukset ja niiden jakamista edistävät työlöt sekä hoitotarvikkeiden käyttö kuvaavat kestävä kehitystä (26). Asiantuntijasairaanhoitaja kehittää, uudistaa ja johtaa hoitotyötä moninaisissa tiimeissä erilaisissa perioperatiivisissa toimintaympäristöissä. Esimerkkinä HERKO -toiminnassa asiantuntijasairaanhoitajan vastuu korostuu moniammatillisen tiimin johtamisessa sekä hoitoprosessien ja -ketjujen kehittämisessä.

### Lopuksi

Laajavastuisten tehtävänkuvien ja urapolkujen kehittyminen edellyttää käsitteiden/nimikkeiden käytön yhtenäistämistä sekä koulutuksen ja urapolkujen selkiyttämistä. Perioperatiivisessa hoitotyössä osaamisen, koulutuksen ja tehtävien kuvaus on tarpeen, jotta uusia tehtävänkuvia voidaan kehittää sekä hyödyntää jo työelämässä olevien laajavastuisten asiantuntijasairaanhoitajien osaamista. Laajavastuinen perioperatiivinen hoitotyö on erityisen haasteellinen määriteltävä suhteessa kansainvälisiin kuvauksiin. Suomessa tarvittaisiinkin tutkimusnäyttöä nykyisistä tehtävänkuvista, koulutuksesta ja tulevaisuuden osaamistarpeista. Tarvearvio Kliinisen asiantuntijan (YAMK), perioperatiivinen hoitotyö -koulutuksesta olisi mielenkiintoinen selvitys toteuttaa ja siten osaltaan edistää koulutuksen ja tehtävänkuvien kehittämistä. ■

### LÄHTEET

1. Alastalo M, Korhonen R, Kehus E, Tieranta O & Silen-Lipponen M 2019. Kirurgisen ja perioperatiivisen

2. hoitotyön osaamisen arviointi sairaanhoitajakoulutuksessa. *Spirium* 54(4). Young L & Hains T 2017. The plight of the perioperative nurse practitioner in Australia. *Australian Nursing & Midwifery Journal* 24(10), 36-37.
3. Association of periOperative Registered Nurses [AORN] 2014. AORN Position Statement on Advanced Practice Registered Nurses in the Perioperative Environment. <https://www.aorn.org/guidelines/clinical-resources/position-statements> (viitattu 18.8.2020)
4. Kotila J, Axelin A, Fagerström L, Flinkman M, Heikkinen K, Jokiniemi K, Korhonen A, Meretoja R & Suutarla A 2016. Sairaanhoitajien uudet työnkuvat – laatua tulevaisuuden sote-palveluihin. Sairaanhoitajaliitto, Fioca Oy. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Laajavastuinen-sairaanhoitaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf> (viitattu 10.8.2020)
5. Jokiniemi K, Suutarla A, Meretoja R, Kotila J, Flinkman M, Heikkinen K & Fagerström L 2018. Evidence-informed policymaking: Modelling nurses' career pathway from registered nurse to advanced practice nurse. *International Journal of Nursing Practice* 26(1).
6. International Council of Nurses [ICN] 2020. Guidelines on advanced practice nursing.: [https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN\\_APN%20Report\\_EN\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf) (viitattu 17.8.2020)
7. Viholainen K 2018. Sairaanhoitajien laajavastuinen hoitotyönasiantuntijuus erikoissairaanhoidossa. Pro gradu tutkielma. Hoitotiede. Itä-Suomen yliopisto.
8. Sulosaari V, Elomaa-Krapu M, Hopia H, Koivunen K, Leinonen K, Liikanen E, Penttinen O, Törmänen O, Walta L & Heikkilä J 2020. Ydinkompetenssit kliinisen asiantuntijan (ylempi AMK) koulutuksessa. *UAS Journal* 1/2020. <https://uas-journal.fi/1-2020/kliinisen-asiantuntijan-ydinkompetenssit/> (viitattu 17.8.2020)
9. Maier C, Aiken L & Busse R 2017. Nurses in advanced roles in primary care: policy levers for implementation, *OECD Health Working Paper* no. 98, OECD, Paris.
10. Maier C 2019. Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Human Resources for Health*.
11. Ahonen P 2012. Kliininen asiantuntija. Uutta osaamista ylemmältä ammattikorkeakoulututkinnosta. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 130.
12. Valtiontalouden tarkastusvirasto 2016. Työnjaon kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtiontalouden tarkastusviraston kertomuksia 1/2016.
13. Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön Tulevaisuuskatse 2010, terve ja hyvinvoiva Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön Selvityksiä 2010:23.
14. Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Työnjako uudistamalla nopeammin hoitoon ja joustavuutta palveluihin. Selvitys rajatun lääkkeenmääräamisen toteutumisesta ja ke-





- hittämisedotukset. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen Raportteja ja muistioita 2015:49.
15. Jensen L & Scherr K 2004. Impact of the nurse practitioner role in cardiothoracic surgery. *Dynamics* 15(3).
  16. Mayo AM, Agocs-Scott LM, Khaghani F, Moti N, Vorhees M, Gravel C & Cuenca E 2010. Clinical Nurse Specialist Practice Patterns. *Clinical Nurse Specialist* 24 (2).
  17. Korhonen K 2019. Kliinisen hoitotyön asiantuntijatehtävän implementointiprosessi - Haastattelututkimus. Pro gradu tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
  18. Kilpatrick K, Tchouaket E, Carter N, Bryant-Lukosius D & DiCenso A 2016. Structural and process Factors That Influence Clinical Nurse Specialist Role Implementation. *Clinical Nurse Specialist* 30(2).
  19. Rauta S & Tavi-Jussila M 2020. Perioperatiivisen hoitotyön syventävää perehdytystä HUSissa. *Pinsetti* 32(1).
  20. Salmenperä M, Hynynen M, Kuosa R, Kuusniemi K, Niskanen M, Rautiainen H, Scheinin H, Tuominen-Salo H, Ylitalo-Airo M-L & Pyhälä S 2019. Suomen Anestesiologi yhdistyksen suositus anestesia toiminnan järjestämisestä. *Spirium* 54(4).
  21. Kangasniemi M, Hipp K, Häggman-Laitila A, Kallio H, Karki S, Kinnunen P, Pietilä A-M, Saarnio R, Viinamäki L, Voutilainen A & Waldén A 2018. Optimoitu sote-ammattilaisten koulutus- ja osaamis-uudistus. Valtioneuvoston selvitys ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 39.
  22. Kauppila T, Kiiski K & Lehtonen M 2018. Sähköhelmenkalastus. Sosiaalihuollon sähköisten palvelujen nykytila ja kehittämistarpeet. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen Raportteja ja muistioita 14.
  23. Eriksson E, Korhonen T, Merasto M & Moio E-L 2015. Sairaanhoidajien ammatillinen osaaminen. Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Ammattikorkeakoulujen terveystieteiden verkosto ja Suomen Sairaanhoidajaliitto ry.
  24. Jokiniemi K 2014. Clinical Nurse Specialist Role in Finnish Health Care. Dissertations in Health Sciences, Number 249. Department of Nursing Science, Faculty of Health Sciences University of Eastern Finland. Kuopio.
  25. Leppänen, T. 2019. Kestävän kehityksen toteutuminen leikkaushoitotyössä. Pro gradu tutkielma. Preventiivinen hoitotiede. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
  26. Pihlava M 2020. Ylihoito ei ole kestävä. *Lääkärehti* 75(1-2).

## Verityhjiön käyttö leikkauspotilaalla – sairaanhoitajan rooli

NANNA HAVIA  
LIISA HAVUSELA  
Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoidotyön tutkimusohjelma

### Opinnäytetyön tiivistelmä

Verityhjiö on menetelmä, jonka avulla estetään verenvuotoa leikkauksissa ja parannetaan näkyvyyttä leikkauksialueella. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla aikaisempien tutkimuksien perusteella sairaanhoitajan roolia leikkauksessa, jossa käytetään verityhjiötä. Tutkimuskysymyksenä oli: Mitä tiedetään sairaanhoitajan roolista leikkauksessa, jossa käytetään verityhjiötä?

Ennen leikkausta sairaanhoitaja suorittaa preoperatiivisen arvioinnin, jonka tavoite on saada tarvittavat tiedot ja objektiivinen arvio potilaan terveydentilasta, jotta huomataan kaikki sellainen, jolla voi olla vaikutusta tai joka voi olla esteenä verityhjiön käytölle. Preoperatiivinen arviointi sisältää potilaan terveydentilan ja -historian, allergioiden ja käytössä olevan lääkityksen selvittämisen sekä potilaan tutkimisen.

Leikkauksen aikana sairaanhoitajan tulee olla tietoinen verityhjiömenetelmästä, asetetuista paineista ja verityhjiöajasta. Leikkauksessa sairaanhoitajan tulee tarkkailla potilaan vointia mahdollisten komplikaatioiden estämiseksi. Sairaanhoitajan tehtäviin verityhjiöavusteisen leikkauksen intraoperatiivisessa vaiheessa kuuluvat leikattavan raajan kohottaminen verisuonien tyhjentämistä varten, pehmusteen asettaminen, verityhjiömansetin ja laitteiston monitorointi sekä verityhjiöajan seuraaminen. Lisäksi sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu verityhjiölaitteiston valmistelu ennen potilaan saapumista leikkauksialueeseen.

Potilaan tilan seurannan verityhjiöavusteisen leikkauksen jälkeen tulee keskittyä ihoon ja paineen aiheuttamiin vaikutuksiin, kuten hermojen ja verisuonien mahdollisiin vaurioihin. Verityhjiön käytöstä leikkauspotilaalle tulee tehdä asianmukaiset kirjauk-

set ja kirjauksien tulee sisältää tiedot käytetystä mansetista sekä sen koosta ja muodosta, verityhjiöajasta sekä paineasetuksista. Kokonaisuudessaan sairaanhoitaja arvioi, suunnittelee, asettaa, monitoroi ja dokumentoi tarkasti verityhjiön käytön.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että sairaanhoitajan rooli verityhjiöavusteisessa leikkauksessa on tärkeä ja he ovat avainasemassa potilasturvallisuuden varmistamisessa leikkauksen aikana. Työn tuloksia voidaan hyödyntää sairaanhoitajakoulutuksessa, sairaalan henkilökunnan täydennyskoulutuksissa ja yksiköiden toimintaohjeiden teossa. Jatkok tutkimusaiheet verityhjiön käytöstä johtuvien vammautumisten ja komplikaatioiden yleisyydestä tai henkilökunnan perehdytyksen laadusta verityhjiön käyttöön olisivat hyödyllisiä. ■

Julkaisun pysyvä osoite Theseus: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2020060517306>

# Sairaanhoitajien psyykkinen työturvallisuus leikkausosastolla

JAANA TENNI  
JANINA VIITASAARI  
Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitotyön tutkinto-ohjelma

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Sairaanhoitajan psyykkistä työturvallisuutta uhkaavat leikkausosastolla useat tekijät. Aihetta on tutkittu monissa maissa, ja usein uhkatekijä liittyy työympäristön aiheuttamaan stressiin tai työyhteisössä esiintyvään epäasialliseen käytökseen työntekijöiden välillä.

Sairaanhoitajien psyykkinen työturvallisuus leikkausosastolla -opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla leikkausosastolla työskentelevien sairaanhoitajien psyykkiseen työturvallisuuteen liittyvää tutkimusta ja tutkimuskysymyksenä oli: mitä tiedetään sairaanhoitajien psyykkisestä työturvallisuudesta leikkausosastolla? Tavoitteena on hyödyntää saatua tietoa perioperatiivisessa hoitotyössä. Opinnäytetyö on tehty FORNA:n toimeksiannosta.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jossa analysoitiin 15 artikkelia. Aineisto kerättiin tietokannoista CINAHL, MedLine ja Medic. Valitut artikkelit luokiteltiin vastaamaan tutkimuskysymykseen. Aineisto luokiteltiin viiteen yläluokkaan, jotka ovat leikkausympäristö, sairaanhoitajan työ, työilmapiiri ja kollegoiden käytös, väkivalta sekä traumaattiset tilanteet.

Tuloksista kävi ilmi, että leikkausympäristöön liittyvät uhat koskivat psyykkistä painetta ja kemiallisia, biologisia, fyysisiä ja psyykkisiä riskejä. Sairaanhoitajan työhön liittyvät uhat liittyivät stressiin, väsymykseen ja loppuun palamiseen.

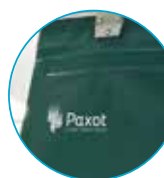
Työilmapiiri ja kollegoiden käytös sisälsi huonon/häiritsevän käytöksen, epäasiallisen käytöksen ja kiusaamisen sekä sabotoinnin. Väkivaltaan sisältyi erimielisyyksien esiintyminen ja aggressiivinen käytös. Traumaattisiin tilanteisiin lukeutui muun muassa ammattilaisten välillä tapahtuva huono kohtelu ja hyväksikäyttö sekä erilaiset konfliktitilanteet leikkaussalissa. Edellä mainituilla asioilla saattaa olla vaikutusta potilastyöturvallisuuteen ja potilaiden saaman hoidon laatuun.

Leikkausosastolla työskentelevien sairaanhoitajien psyykkistä työturvallisuutta uhkaavat tekijät ovat enimmäkseen luonteeltaan sellaisia, että niihin on mahdollista puuttua. Työntekijöiden välillä ilmenevää epäasiallista käytöstä ei tarvitse kehenkään sietää, ja sitä voidaan vähentää esimerkiksi työsuojelun keinoin tai henkilöstöä kouluttamalla. ■

Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan luettavissa osoitteesta <http://www.urn.fi/>  
URN:NBN:fi:amk-2020060115974



## Turvallisuutta säteilytyöhön



Valikoimamme käsittää eri tyyppisiä hajasäteilynsuojia (Avainlippu-tuote) ja henkilökohtaisia sädesuojia. Tutustu sivuillamme [www.paxot.fi](http://www.paxot.fi) eri malleihin sekä sädesuojien puhdistamiseen suunniteltuun CleaniRad pesukoneeseen.



Paxot Oy  
Jukolankatu 18 C, FI-80160 Joensuu  
+358 10 567 2690, [www.paxot.fi](http://www.paxot.fi)  
<http://linkedin>

# Eettiset kysymykset perioperatiivisessa hoitotyössä

ALCIONE ACAA VALDIVIA  
ULVI WIRÉN  
Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitotyön tutkinto-ohjelma

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla aikaisempaa tutkimustietoa siitä, minkälaisia eettisiä kysymyksiä sairaanhoitajat kohtaavat perioperatiivisessa hoitotyössä. Työn tavoitteena on, että saatua tietoa hyödynnetään perioperatiivisessa hoitotyössä. Tutkimuskysymys oli: Mitä eettisiä kysymyksiä sairaanhoitajat kohtaavat perioperatiivisessa hoitotyössä?

Tutkimuskysymykseen vastaavaa tutkimustietoa haettiin Cinahl-, Med-

line- ja Medic-tietokannoista, joista valittiin seitsemän tutkimusartikkelia, kuusi englanninkielistä ja yksi suomenkielinen tutkimusartikkeli. Aineisto luokiteltiin kolmeen kategoriaan: 1) tietoinen ja epäsuora suostumus, 2) arvostiriidat ja 3) aineellisten, henkilö- ja aikaresurssien riittämättömyys.

Ajanpuute ja arvostiriita sairaanhoitajien ja kirurgien välillä nousevat esiin suurimpina syinä eettisiin ongelmiin perioperatiivisessa hoitotyössä. Sairaanhoitajat kokevat, että he eivät niistä syistä voi tehdä hoitotyötä sillä tasolla kuin he haluaisivat. Ongelmana on myös, että perioperatiivisessa ympäristössä ei usein keskustella eettisistä kysymyksistä.

Tämän kirjallisuuskatsauksen johtopäätöksenä on, että perioperatiivisissa tiimeissä olisi tärkeää nykyistä enemmän keskustella eettisistä kysymyksistä, vaikka se on ajanpuutteen vuoksi haastavaa. Keskustelu olisi pohjana sellaisen perioperatiivisen hoitotyön toteutumiselle, joka nykyistä täydellisemmin vastaisi hoitotyön eettisiä periaatteita ja potilaiden itsemääräämisoikeus sekä oikeus hyvään hoitoon toteutuisivat entistä paremmin. ■

Julkaisun pysyvä osoite Theseus: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2020082419853>

## Olisitko sinä etsimämme leikkaussalityön ammattilainen?

Esperi Terveyspalveluilla työskentelee suuri joukko alan ammattilaisia julkisen- ja yksityisen sektorin leikkausyksiköissä ympäri Suomen.

Instrumentti-, anestesia- tai heräämöhoitaja, tarjoamme sinulle monipuolisen ja elämäntilanteeseesi sopivan työn, jossa on kilpailukykyinen palkkaus ja joustavat työajat. Työskentelet meillä joko vakituisesti tai osa-aikaisesti, päätoimisesti tai nykyisen työsi ohessa.

**Lisätietoja: [ura.esperi.fi](http://ura.esperi.fi)**





## Tutkimuksen ääni

*Tutkimuksessasi kehitettiin näyttöön perustuvaa toimintaa (NPT) edistävä koulutus päivystyspoliklinikalla työskenteleville sairaanhoitajille ja arvioitiin se vaikuttavuutta. Miksi NPT:n osaamista tulee vahvistaa?*

NPT on potilaan/asiakkaan hoitoa koskevien päätösten tekoa parhaaseen ajantasaiseen tietoon pohjautuen. Terveydenhuoltolaki edellyttää, että terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista, näyttöön perustuvaa ja asianmukaisesti toteutettua. Vaikka NPT:n merkitys hoidon laadulle on yleisesti tiedossa, mm. Hoitotyön tutkimussäätiön (2018) tutkimus osoitti, että NPT:n toteutumisessa on paljon kehitettävää.



Tutkimuksen äänenä sairaanhoitaja ja terveystieteiden tohtori **Elina Koota** HUS Helsingin yliopistollisesta sairaalasta. Elinan väitöskirjatutkimus tarkastettiin Oulun yliopistossa 16.10.2020. Väitöskirja on saatavissa sähköisesti Oulun yliopiston JULTIKA-julkaisuarkistosta: Koota E. 2020. *The development of an evidence-based practice educational intervention and its effectiveness on emergency nurses' attitudes, knowledge, skills, self-efficacy and behavior.*

*Miten tuota tutkimuksessasi kehitettyä NPT-koulutusta voisi hyödyntää muissa toimintaympäristöissä, esimerkiksi leikkausosastolla?*

Vaikka koulutus kehitettiin päivystyshoitajille, on se hyvin yleisluonteinen ja käytännönläheinen. Koulutuksen päätavoitteena on NPT:n perusvalmiuksien omaksuminen ja sisällössä on huomioitu kaikki NPT:n vaiheet. Tällöin sisällön suhteen, se voidaan kohdentaa myös muihin hoitotyön toimintaympäristöihin, esimerkiksi leikkaushoitotyöhön.

*Miten sairaanhoitajien NPT:n asenteet, minäpystyvyys, tiedot ja taidot toteutuvat koulutuksen jälkeen, ja missä olisi vielä parantamisen varaa?*

Koulutus ei heti sen päättymisen jälkeen arvioituna vaikuttanut päivystyshoitajien NPT:n osaamiseen. Kun koulutuksesta oli kulunut 6 kuukautta, NPT:n osaaminen parani merkittävästi jokaisella osa-alueella ja koulutuksesta saadut hyödyt olivat selvästi nähtävillä. Kun koulutuksesta oli kulunut 12 kuukautta, laski päivystyshoitajien NPT:n osaaminen alkumittauksen tasolle. Eli voidaan todeta, että oppiminen ei ollut pysyvää. Näin ollen voidaan arvioida, että NPT:n koulutusta tulisi olla jatkuvasti saatavilla pitämään yllä NPT:n osaamisen tasoa.

*Mitkä ovat terveisesi Pinsetti-lehden lukijoille tutkimuksesi tulosten valossa?*

Jatkuva NPT:n koulutus on tärkeää, mutta se ei yksin riitä takaamaan NPT:n toteutumista. Lisäksi tarvitaan NPT:n rakenteiden kehittämistä yksiköissä siten, että hoitajien edellytykset toteuttaa NPT:a jokapäiväisessä hoitamisessa mahdollistuvat.

# Painehaavojen ehkäisy lonkan puoliproteesileikkauksen aikana

EMILIA HENTTINEN

Sairaanhoitaja (AMK),  
Haavanhoidon asiantuntija,  
HUS Leikkaussalit, teho- ja kivunhoito,  
Jorvin sairaala, Anestesia- ja leikkaus-  
osasto K

## Tiivistelmä

Tulevaisuuden haasteena on väestön ikääntyminen, jonka vuoksi painehaavojen kehittymisen riskit tulevat lisääntymään huomattavasti. Tämän takia painehaavojen ehkäisy on rakennettava koko hoitoketjun kattavaksi saumattomaksi hoitoprosessiksi. Hoitoprosessi alkaa toistuvalla riskinarvioinnilla ja sitä seuraa valla hoitotoimenpiteillä heti, kun potilas on kosketuksissa terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Havaitut painehaavat tulisi raportoida viiveettä ja organisaation tulisi kerätä tiedot keskitetysti. Painehaavojen esiintymistä tulisi käyttää koko kyseisen terveydenhuollon organisaation toiminnan laatumittarina. (9, 11, 12) Kuvaan tässä artikkelissa kehittämistyön teorian pohjalta saatua tietoa painehaavojen syntymekanismista sekä ehkäisykeinoista lonkan puoliproteesileikkauksen aikana.

## Johdanto

Vuosittain painehaavoja arvioidaan syntyvän Suomessa 55 000 – 85 000 potilaalle. Niitä esiintyy kotihoidosta erikoissairaanhoidon, mutta yli puolet jää tunnistamatta ja havaitsematta. (11, 20). Painehaavoista aiheutuvat suorat kustannukset ovat noin 420 milj. €, mikä on terveydenhuollon kuluista 2 – 3 %. Yli puolet kustannuksista on henkilöstökuluja ja noin 20 % tarvikkeita. Painehaavojen aiheuttamista hoitokustannuksista ehkäisykustannuksiin kuluu vain kymmenesosa. (9, 11) Kehittämistyön kirjallisuuskatsauksessa nousivat esille painehaavojen ehkäisyssä käytettävät haavasidokset, joiden käyttö on yleistymään päin lisääntyneiden tutkimusten pohjalta. Näitä haavasidoksia suositellaankin

käytettäväksi riskipotilaille muiden painehaavojen ehkäisymenetelmien lisäksi.

## Painehaavojen esiintyvyys

Painehaavoja esiintyy 5 – 15 %:lla kotihoidossa olevista potilaista (19). Leikkaussaliolosuhteissa painehaavojen esiintyvyys on 5 – 53,4 % (13). Terveydenhuollon ammattilaisten tietoisuus painehaavojen esiintyvyydestä on puutteellista, koska niitä ei seurata aktiivisesti eikä dokumentoida asianmukaisesti. Sen vuoksi painehaavojen esiintyvyyttä ei voida arvioida potilastietojärjestelmien avulla. Painehaavoille erityisen alttiita ovat ne potilaat, jotka jäävät akuutin sairauden tai vamman takia vuodepotilaaksi. Esimerkiksi lonkkamurtumapotilaat, selkävammat ja tehohoitoa vaativat potilaat, joilla painehaavojen ilmaantuvuus voi vaihdella 10 – 50 %:n välillä. Akuuttiin vammaan tai sairauteen liittyvä painehaava saa alkunsa useimmiten ensimmäisten hoitotuntien tai – päivien aikana. Lantion alueelle syntyy yli puolet painehaavoista, jossa tyypillisimpiä paikkoja ovat ristiluun (*sacrumin*) ja istuinkyhmyjen (*os ischii*) kohdat sekä lonkkien sivuilla ison sarvennaisen alue (*trochanter major*). Alaraajoissa, etenkin kantapäiden alueella sijaitsee noin kolmannes painehaavoista. (9, 10)

## Painehaavojen syntymekanismi

Painehaava määritellään paikalliseksi ihon ja/tai sen alla olevan kudoksen vaurioksi, joka tavallisesti sijaitsee luisen ulokkeen kohdalla. Aiheuttajana on kudokseen kohdistuva paine tai paine ja venytys yh-

dessä. (12) Ihon mikroilmaston eli kosteuden ja lämpötilan muutoksen on todettu epäsuorasti kohottavan painehaavariskin syntyä tai jo olemassa olevien haavojen pahenemista. (16)

Potilaaseen liittyviä painehaavan riskitekijöitä ovat liikkumattomuus, ravitsemushäiriö, ruumiinlämmön lasku, vanhuus ja huonot paikalliset kudokset. Muun muassa selkäydinvammat, aivohalvauspotilaat ja kaikki tehohoidossa olevat potilaat ovat erityisen suuren painehaavariskin potilaita. Suurentunut painehaavariski liittyy pitkäkestoisiin leikkauksiin, vaikka potilailla ei muutoin olisi erityistä painehaavalle altistavaa tekijää. Kehon lämmönsäätelyjärjestelmä ei toimi normaalisti pitkäkestoisten leikkausten aikana, mikä saattaa johtaa kehon ydinlämmön merkittävään laskuun. Tämä taas suurentaa muiden komplikaatioiden ohella myös painehaavan riskiä. Tätä havaintoa tukee myös se, että lämmityshoidoilla on pystytty vähentämään leikkauksen aikaisten painehaavojen syntyä. (9, 17)

Sairastavuuden lisääntyminen, liikkumisen ja vitaalitoimintojen heikkeneminen ovat ikääntymiseen liittyviä ja ilmeisesti syynä siihen, että yli 70 % painehaavoista syntyy yli 65-vuotiaille. Ikääntyneillä iho on ohuempaa, vähemmän elastista ja hauraampaa kuin nuorilla, minkä vuoksi paine, kitka ja hankaus aiheuttavat ikääntyneillä tavallista helpommin ihon vaurioitumista. (6, 9)

## Painehaavojen ehkäisy lonkkamurtumapotilailla

Painehaavojen synnyllä on merkittäviä inhimillisiä ja taloudellisia vai-

kutuksia. Olennaista painehaavan ehkäisyssä on painehaavariskissä olevien potilaiden tunnistaminen ja luu-ulokekohtiin kohdistuvan paineen ja venytyksen poistaminen tai minimointi. Painehaavaongelmien tietoisuutta on lisännyt riskiluokitusten käyttöönotto. Validoitua riskimittaria käytetään riskipotilaiden tunnistamisessa, yhdistettynä potilaan kliiniseen arvioon. (13)

Lonkkamurtumat ovat iäkkäillä vakava ongelma terveydenhuollossa suuren komplikaatio esiintyvyyden takia. Yksi näistä komplikaatioista ovat painehaavat, joita kirjallisuuden mukaan esiintyy noin 8,8 – 55 %:lla potilaista ja pääasiassa sakraalialueella. Lonkkamurtumat iäkkäillä heikentävät liikuntakykyä ja lisäävät myös kuolleisuutta. Väestön ikääntyessä lonkkamurtumien määrä kasvaa. (5, 8) Sairaalaperäisten painehaavojen syntyä on mahdollista vähentää iäkkäillä lonkkamurtumapotilailla, vaikka suurimpiin riskitekijöihin, ikään tai terveydelliseen tilaan ei voidakaan vaikuttaa. (8) Kirjallisuuden mukaan tietoa riskitekijöistä painehaavojen esiintyvyydessä, liittyen iäkkäiden lantion tai lonkkamaljan murtumiin puuttuu. On todettu, että odotusaika leikkaukseen on erillinen riskitekijä painehaavojen synnyssä, sairaalahoidossa olevilla iäkkäillä potilailla, joilla on lantion tai lonkkamaljan murtuma. Jokainen päivä, jonka potilas joutui odottamaan leikkaukseen pääsyä, kohotti painehaavojen synnyn riskiä 10 %. (7)

Painehaavat ovat kipeitä, usein vaikeasti parannettavissa ja huonontavat potilaan elämänlaatua. Ehkäisevät toimet ovat tärkeitä hoidon laadun parantamisessa, terveydenhuollon kulujen vähentämisessä ja potilaan elämänlaadun parantamisessa. Painehaavoja voidaan ehkäistä riskin arvioinnilla, tarkastamalla ihoa, nestetasapainon ja ravitsemuksen tasapainottami-

sella, käyttämällä painetta tasaavia tuotteita ja ylläpitämällä potilaan liikuntakykyä. Sen lisäksi erimalliset haavasidokset voivat olla apuna paineen vähentämiseen, kitkan ja hankauksen estoon, ja jotka tehokkaasti ylläpitävät ihon kosteustasapainoa. (2, 3, 5, 13)

Laajan kirjallisuuskatsauksen (1) sekä Santamaria ym. (2013 & 2015) tutkimuksen perusteella todettiin, että näyttöä on riittävästi suosittelemaan viisikerroksisten (Mepilex® Border Sacrum & 3 kerroksista Mepilex® Heel haavasidosta, Mölnlycke Health Care, Gothenburg, Sweden) haavasidosten käyttöä paineha-

vojen ehkäisyyn, sacrumin ja takapuolen alueella sekä kantapäissä. Korkean riskin potilaille, jotka ovat ensiavussa, teho-osastolla ja leikkaussaleissa. Mölnlycke haavasidosten tehokkuus liittyy sidoksen ominaisuuteen, jolla se lievittää kudosten deformaatiota, jolloin se samalla vähentää painehaavojen riskin syntyä (16). Myös Davies (2016) toteaa kirjallisuuskatsauksessaan, että on riittävä näyttö siihen, että voidaan suositella Safetac®-teknologialla varustettujen monikerroksisten silikonisidosten (Mepilex® Border & Mepilex® Heel) käyttöä painehaavojen ennaltaehkäisyyn. Safetac® on patentoitu, ainutla-



Kuva 1. Kehittämistyön pohjalta tehty poster



tuinen kiinnittymisteknologia, joka minimoi kipua potilaalle ja vauriota haavalle (Mölnlycke®). Kirjallisuuskatsauksissa painotetaan, että haavasidosten käyttö painehaavojen ennaltaehkäisyssä tulisi olla lisäävänä ehkäisykeinona, eikä korvata sitä kokonaan. (1, 4, 13, 16, 21) Santamaria ym. (2013) tutkimuksessa selvisi, että monikerroksisten silikonisidosten käyttö sakraalialueen ja kanta-päiden painehaavojen ennaltaehkäisyyn oli tilastollisesti hyödyllistä. Monipuolisella riskin arvioinnilla yhdistettynä painehaavojen ehkäisy-menetelmiin oli 10 %:n vähentävä vaikutus painehaavojen ilmaantu- vuuteen.

### Pohdinta

Kehittämistyön kirjallisuuskatsauksen tutkimuksista ja artikkeleista nousi esille se, että haavasidosten käyttö on lisääntynyt yhtenä painehaavojen ennaltaehkäisyn keinona. Johtopäätöksenä läpikäytyjen tutkimusten pohjalta voikin suositella haavasidosten käyttöä riskipotilaila painehaavojen ennaltaehkäisyyn sacrumin ja takapuolen alueille sekä kantapäihin, koska useissa tutkimuksissa (1, 15) tuettiin tätä ajatusta. Tutkimuksissa kuitenkin painotettiin, että haavasidosten käyttö ei saa korvata huolellista ehkäisevää hoitoa, vaan on yksi lisäkeino painehaavojen ennaltaehkäisyyn. Lisäksi painehaavojen ehkäisyssä ihon kliininen arviointi on tärkeää ja sen huolellinen dokumentointi ennen leikkausta ja sen jälkeen, sekä mahdollisuuksien mukaan myös valokuvien avulla. Tarvitaan vielä lisää tutkimuksia, koska tietoa leikkaustenaikaisten painehaavojen ilmaantuvuudesta sekä painehaavojen ennaltaehkäisykeinoista ja niiden vaikuttavuudesta ei ole vielä tarpeeksi. ■

Artikkelin lähteenä käytetty kehittämistyö "Painehaavojen ehkäisy lonkan puoliproteesi-leikkauksen aikana".

### LÄHTEET

- Black, J., Clark, M., Dealey, C., Brindle, C., Alves, P., Santamaria, N. & Call, C. (2014) Dressings as an adjunct to pressure ulcer prevention: consensus panel recommendations. *International Wound Journal*, 1–5. (Haettu 29.2.2019) doi: 10.1111/iwj.12197
- Brown, J. (2016). The role of dressings in the prevention of pressure ulcers. *British Journal of Nursing* 2016, Vol 25, No 15: TISSUE VIABILITY SUPPLEMENT, S6–S12.
- Call, E., Pedersen, J., Bill, B., Black, J., Alves, P., Brindle, T., Dealey, C., Santamaria, N. & Clark, M. (2013). Enhancing pressure ulcer prevention using wound dressings: what are the modes of action? (Haettu 19.1.2020) *Int Wound J* 2013; doi: 10.1111/iwj.12123
- Davies, P. (2016). Role of multi-layer foam dressings with Safetac in the prevention of pressure ulcers: a review of the clinical and scientific data. *Journal of Wound Care* 2016; 25: 1, S1–S24.
- Forni, C., D'Alessandro, F., Gallerani, P., Genco, R., Bolzon, C., Bombino, C., Mini, S., Rocchegiani, L., Notarnicola, T., Vitulli, A., Amodeo, A., Celli, G. & Taddia, P. (2018). Effectiveness of using a new polyurethane foam multi-layer dressing in the sacral area to prevent the onset of pressure ulcer in the elderly with hip fractures: A pragmatic randomised controlled trial. *International Wound Journal / Volume 15, Issue 3*.
- Fremmelevholm, A & Soegaard, K. (2019). Pressure ulcer prevention in hospitals: a successful nurse-led clinical quality improvement intervention. *British Journal of Nursing*, 09660461, 3/28/2019, Vol. 28, Issue 6. S6–S11.
- Fritz, A., Gericke, L., Höch, A., Josten, C. & Osterhoff, G. (2020). Time to treatment is a risk factor for the development of pressure ulcers in elderly patients with fractures of the pelvis and acetabulum. *Injury* 51 (2020) 352–356.
- Hommel, A., Bjorkelund, K., Thorngren, K-G. & Ulander, K. (2007). A study of a pathway to reduce pressure ulcers for patients with a hip fracture. *Journal of Orthopaedic Nursing* 11, 151–159.
- Hotus 2015. (2015) Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Hoitotyön suositus (online). Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö, (2015). s. 1–10. (Haettu 23.12.2019). Saatavilla: www.hotus.fi
- Juutilainen, V. & Hietanen, H. (2018). Haavahoidon periaatteet. 4. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kinnunen, U-M., Tervo-Heikkinen, T., Hynninen, N., Seppänen, S., Iivanainen, A., Ahtiala, M. & Holopainen, A. (2017). Näyttöön perustuvan hoitosuosituksen laatiminen – esimerkkinä aikuispotilaan painehaavojen ehkäisy ja tunnistaminen. *Hoitotiede*, 29 (3), s. 169–179.
- Mallah, Z., Nassar, N. & Badr, L. (2015). The effectiveness of a Pressure Ulcer Intervention Program on the Prevalence of Hospital Acquired Pressure Ulcers: Controlled before and after study. *Applied Nursing Research* 28(2), 106–113
- NPUAP, EPUAP & PPIA 2014. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; (2014). (Haettu 23.12.2019) Saatavilla: www.epuap.org
- Santamaria, N., Gerdtz, M., Sage, S., McCann, J., Freeman, A., Vassiliou, T., De Vincentis, S., Ng, A.W., Manias, E., Liu, W. & Knott, J. (2013). A randomised controlled trial of the effectiveness of soft silicone multi-layered foam dressings in the prevention of sacral and heel pressure ulcers in trauma and critically ill patients: the border trial. (Haettu 23.12.2019) *International Wound Journal* 2013; doi: 10.1111/iwj.12101
- Santamaria, N., Gerdtz, M., Liu, W., Rakis, S., Sage, S., Ng, A.W., Tudor, H., McCann, J., Vassiliou, T., Morrow, F., Smith, K., Knott, J. & Liew, D. (2015) Clinical effectiveness of a silicone foam dressing for the prevention of heel pressure ulcers in critically ill patients: Border II trial. *Journal of Wound Care*. Vol. 24, no 8, 2015.
- Santamaria, N. & Gefen, A. (2018). Clinical innovations: Can dressings help to prevent pressure ulcers in high-risk nursing home residents? *Wounds International*. Vol 9. Issue 2. 10–14.
- Schwartz, D. & Gefen, A. (2020) An integrated experimental – computational study of the microclimate under dressings applied to weight – bearing skin. *Int Wound J*. 2020; 1–16. (Haettu 12.3.2020) <https://doi.org/10.1111/iwj.13309>
- Scott, E. & Buckland, R. (2006). A Systematic Review of Intraoperative Warming to Prevent Postoperative Complications. *AORN JOURNAL*. 83(5). 10901113.
- Soppi, E. (2010). Painehaava – esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. *Duodecim* 2010;126:261-8. s. 261–268.
- Soppi, E. (2018). Painehaavan ehkäisy ja hoito. Lääkärin käsikirja, *Duodecim*.
- WUWHS 2016. (2016) Role of dressings in pressure ulcer prevention. *World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) Consensus Document*. *Wounds International*. (Haettu 12.2.2020) [www.woundsinternational.com](http://www.woundsinternational.com)



**B|BRAUN**  
SHARING EXPERTISE



Uudet SQ.line®-instrumentit mahdollistavat ergonomisen työskentelyn. Manuaalista esipuhdistusta tarvitaan vähemmän, joten instrumenttien huolellinen puhdistus on yksinkertaisempaa ja tehokkaampaa.

## AESCULAP® SQ.line®

UUDET ORTOPEDISET INSTRUMENTIT

B. Braun Medical Oy | [www.bbraun.fi](http://www.bbraun.fi)



*Suomen Leikkausosaston Sairaanhoidajat ry:n hallitus ja Pinsetin toimitusneuvosto toivottavat lämmintä Joulumieltä ja Onnellista Uutta Vuotta 2021!*



RIIKKA  
VANHANEN

Ajatuksia salin nurkasta

## Päivän tärkein hetki

**RUTIINIT** ovat tärkeitä. Ne luovat turvallisuuden tunnetta ja auttavat menemään eteenpäin, vaikka ympärillä olisikin kaaosta. Kaaosta on taatusti meidän jokaisen työpaikalla silloin tällöin. Tai aika useinkin. Kun yhdestä muutoksesta selvitään, on jo seuraava myllerrys näköpiirissä. Mutta onneksi on myös niitä turvallisia rutiineja. Päivästä toiseen toistuvia rituaaleja, jotka tahtuvat ilman erillistä sopimista, ilman YT-kokousta, ilman työryhmän perustamista.

Minun työpaikallani toistuu joka aamu erityinen rituaali. Syömme työpaikan taukokuoneessa yhdessä aamupalaa. Emme toki koskaan kaikki yhtä aikaa, mutta vaihtelevissa kokoonpanoissa ja porrastetuin aikatauluin jokainen käy jossain vaiheessa aamua aamupalalla. Aamupalan olisi voinut syödä kotonakin, mutta lähes jokainen työkaverini nauttii päivän tärkeimmän aterian mieluiten työpaikalla. Töihin on tultu varhain ja edessä on pitkä päivä sekä pitkät leikkaukset. Varhain aamulla kotona on ehditty juomaan ehkä kupillinen kahvia ja sen voimin on lähdetty töihin, mukana pussillinen aamupalaa. Työpäivä polkaistaan käyntiin, selvitetään oma salisijoitus ja mitä päivä on tuomassa tullessaan. Perehdytään päivän potilaaseen, valmistellaan salia, kerätään välineistöä ja suunnitellaan päivän kulkua. Ja sitten. Jossain vaiheessa aamua ehdit aamupalalle.

Aamupalallakin toistuvat tutut rutiinit. Yksi juo murukahvia, toinen kapselikahvia. Yhdellä on aina kaurapuuroa, toisella rahkaa ja hedelmiä. Itse olen rutinoitunut ruisleivän paahtaja. Kyytipaikana juustoa ja tomaattia. Joku hurja saattaa syödä jo aamulla lämpimän aterian, koska tietää viettävänsä seuraavat 6 tuntia instrumentoivana hoitajana isossa leikkauksessa. Joku käynnistää päivänsä kananmunalla, toinen banaanilla. Yleensä eväät ovat päivästä toiseen samankaltaisia, hyväksi havaittuja vatsan täyttäjiä, jonka turvin jaksaa odottaa lounastaukoa.

Aamupalapöydässä kommentoidaan aika usein toisten eväitä. Ihaillaan toisen valintoja, selitelään omia valintoja ja välillä väännetään vitsiäkin omista tai toisen eväistä. Aamupalan aikana on myös hyvä hetki vaihtaa kuulumisia. Se voi olla päivän ainoa hetki, jolloin tapaatte jonkun työkaverin kanssa. Loppupäivä kuluukin osaston vastakkaisissa päädyissä omissa saleissa uurausta. Aamupalalla kysellään myös neuvoja ja vinkkejä päivän leikkaukseen liittyen. Omilta kollegoilta saa parhaat neuvot ja ohjeet, kun oma tietotaito ei ihan riitä tai on epävarma olo omasta osaamisesta. Välillä aamupalalla puidaan päivän uutisia, suunnitellaan virkistystoimintaa tai nauraa rätkätetään hervottomasti. Kaikki on mahdollista.

Kun päivän tärkein ateria on nautittu, on herännyt ja useimmiten kevyt olo. On aika siirtyä omiin työpisteisiin työn touhuun. Lounasaika tulee nopeammin kuin huomaatkaan.

### Riikka

Riikka on 70-luvun lapsi, 80-luvun koululainen ja viime vuosituhannen loppumetriani lamaan valmistunut leikkaus-anestesiaosastoonhoitaja. Kymenlaaksosta Anjalasta kotoisin oleva Riikka opiskeli sairaanhoitajaksi Jyväskylässä Keski-Suomen terveydenhuolto-oppilaitoksessa 1994-1997. Työuran alkua värittivät työttömyys ja lukuisat patkukomennukset.

Lähes neljäksi vuodeksi töitä löytyi kuitenkin Keski-Suomen keskussairaalan leikkausosastolta, kunnes Riikka muutti Helsinkiin

ja työnantajaksi tuli 1.11.2001 HUS Meilahden sairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto. Työpaikka on pysynyt samana siitä lähtien. Vahvuusalueita Riikan työssä ovat sydänkirurgia, sydämen tukilaitteet ja perehdyttäminen.

Vapaa-ajalla Riikka pitää huolta itsestään, perheestään ja pihastaan, virkkaa, leipoo ja lukee. Ystävät ja läheiset ovat todella tärkeitä, mutta välillä pitää saada olla myös hetki aivan yksin. Silloin voi vaikka kirjoittaa.

# FLORENCE 2.0 palkinnonsaajat

WHO:n Kansainvälisen sairaanhoitajien ja kättilöiden vuoden kunniaksi FORNA palkitsi kolme leikkaussairaanhoitajaa Florence 2.0 -palkinnolla. Palkinnon saajat perusteluineen julkaistiin Pinsetissä 3/2020, mutta tässä iloiset palkinnon saajat vielä kuvien muodossa.

Kerran vielä lämpimät onnittelut kaikille palkituille!



Helsingissä Sari-Mari Salosen palkitsivat hallituksen jäsenet Tia Kontio ja Simo Toivonen.  
Kuvat: Jani Tahkonieni.



Espoossa Tiina Pitkäsén palkitsemisen ja "koronakopsautukset" hoiti hallituksesta Noora Turunen.  
Kuvat: Tii Kouvalainen ja Tarja Pöllänen.

Jyväskylässä Anu Rajalalle kunniakirjan, kukat ja stipendin kävivät toimittamassa yhdistyksen puheenjohtaja Jaana Perttunen ja Minna Ikonen. Kuvat: Minna Ikonen.





JAANA  
PERTTUNEN

Puheenjohtajalta

## Joulun alla vuonna 2020

**HYVÄT JÄSENET**, jälleen on se aika vuodesta, kun on aika palata hieman ajassa taaksepäin ja muistella tätä vuotta. Siitä tuli historiallisestikin ikimuistoinen vuosi, jota kukaan tuskin tammi-kuussa osasi ennakoita. Tiedämme kaikki, mikä sen teki, joten en pohdiskele asiaa sen enempää.

Tämä vuosi on ollut sairaanhoitajien ja kätilöiden vuosi. Sen kunniaksi julistimme Florence 2.0 et-sintäkuulutuksen ja saimmekin haaviin kolme ansioitunutta perioperatiivista sairaanhoitajaa, jotka palkittiin alkusyksystä. Vuoden kunniaksi myös Sairaanhoitajaliitto keräsi sosiaalisessa medias- ja radiossa tsemppiviestejä sairaanhoitajille. Ohessa muutama sellainen:

*”Vaikka olisit kuinka haavoittumaton, menestyvä, maailman valloittaja, siinä vaiheessa, kun et enää kivuiltasi pysty kotona olemaan, joudut hoidettavaksi. Silloin vierelläsi on hoitaja, joka auttaa. Hän antaa sinulle lääkkeesi, kuuntelee asiasi, kysyy vointiasi, korjaa asentoasi, on vierelläsi, viimeiseen asti, oli päivä taikka yö, joulutaikka juhannus.”*

*”Sairaanhoitaja on ammatti, jonka merkityksen muut näkee vasta henkilökohtaisessa tai maailmanlaajuisessa kriisissä. Kun asiat on kunnossa, tätä arvostusta ei niin paljon ole. Teille maksetaan liian vähän ja työ mitä teette on elintärkeää ja arvokasta. Kiitos!”*

*”Meidän ukit ja mummit taistelivat vapaudestamme näkyvää vihollista vastaan. Nykypäivän sotilaat taistelevat sairaalassa eturintamassa näkymätöntä vihollista vastaan, joka voi romahduttaa koko yhteiskuntamme toimintakyvyn. Suuri arvostus teidän työtänne kohtaan, jossa vaarannatte oman terveytenne. Olette sankareita, jotka ansaitsevat kaiken tukemme ja rakkautemme. Rakkautta työhönne, pitäkää eturintama pystyssä <3”*

Suomalaiset arvostavat sairaanhoitajia. Näin joulun alla toiveena joulupukille onkin se, että sairaanhoitajien arvostus näkyisi myös konkreettisina tekoina: palkkauksen nostamisena tehtävän vaativuutta vastaavalle tasolle, työmäärän kohtuullistamisena ja työkyvystä huolehtimisena. Sairaanhoitajat ovat ansainneet kiitoksensa. Siinä toiveita ja tavoitteita uudelle vuodelle.

*Yön satoi uutta lunta.  
Se peitti jäisen maan.  
Ja järvi näkee unta  
vain hanki peittonaan.  
Kauan odotimme, ikkunaan jäimme,  
kun tähdistä kirkkaimman näimme.  
Se joulunviesti on  
taas kylmyyteen lämpöä saamme.  
On mieli huoleton,  
sillä joulutaikka tuo valon maailmaamme.*

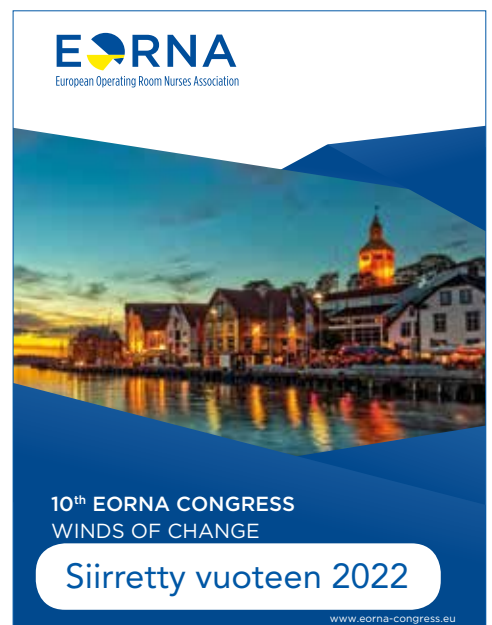
- Tove Jansson, Muumilaakson laulukirja

**Rauhallista joulua ja  
onnellista uutta vuotta 2021!**

Jaana



**2020**  
INTERNATIONAL YEAR  
OF THE NURSE AND  
THE MIDWIFE



**10<sup>th</sup> EORNA CONGRESS**  
WINDS OF CHANGE

**Siirretty vuoteen 2022**

[www.eorna-congress.eu](http://www.eorna-congress.eu)



## Opinnot ja koulutus

TIA KONTIO  
TÄYDENNYSKOULUTUSVASTAAVA



- Anestesiakurssi  
25.-26.3.2021, Naantali, SASH
- Endoproteesihoitajien koulutuspäivät 2021  
6.-7.5.2021, Helsinki, Suomen endoproteesihoitajat
- AORN Surgical Conference  
7.-11.8.2021, Orlando, Florida

Pandemiatilanne vaikuttaa edelleen myös koulutuksiin, joitain suunniteltuja koulutuksia on siirretty eteenpäin ja useita peruttu kokonaan. EORNA-kongressi, joka oli tarkoitus järjestää toukokuussa 2021, on nyt siirretty vuoteen 2022.

## Jäsensihteeripalsta

ELINA KERÄNEN



SANNA JAAKKOLA

- Hallituksen kokous pidettiin lokakuussa, osallistujia oli paikalla toimistolla Kumpulantiellä, ja lisäksi etäyhteydellä. Hallituksen kokouksen jälkeen pidettiin yhdistyksen vuosikokous.
- Hallituksen jäsenet, yhteystiedot ja vastualueet löydät kotisivuilta <https://forna.fi/yhteystiedot/hallitus>
- Seuraavat apurahat tulevat jaettaviksi keväällä 2021. Seuratkaa ilmoittelua kotisivuilla ja Pinsetissä. Kannustamme apurahojen hakemiseen ja jäsenedun hyödyntämiseen!
- Maksamattomia jäsenmaksuja on yli 100 jäsenellä. Mikäli olet kadottanut laskun, niin otathan yhteyttä jäsensihteeriin.
- Mikäli haluat erota yhdistyksestä, ilmoita erosta jäsensihteerille.
- Lämpimästi tervetuloa uusille jäsenille!
- Opiskelijalehtitilauksia on tullut reilusti, mikä on mukava asia.
- Kannustakaa työkavereita liittymään yhdistykseen, pienellä jäsenmaksulla saamme hienoja jäsenetuja energisessä yhdistyksessä.
- Muistutuksena vielä, että jäsentietojen päivitys jäsenrekisteriin (Membook) täytyy tehdä oman profiilin lisäksi jokaisen yhdistyksen tietoihin, joihin kuuluu.
- Yhdistyksen jäsenpäivä 2020 kesäkuussa Suomen Urheiluopistolla, Vierumäellä päätettiin siirtää myöhäisempään ajankohtaan. Tilalla oli mahdollisuus järjestää alueellista toimintaa jäsenten kesken. Kiitos osallistuneille! Kuvia odotellessa ☺
- Jäsenlehti Pinsetin verkkoversio on toiminnassa, kotisivujen kautta pääset hakemaan tunnukset verkkolehden lukemiseen. <https://forna.fi/pinsetti/verkkolehti>
- Ajankohtaisista asioista tiedotamme kotisivuilla ja facebookissa. Jäsenasioista tiedotamme jäsensihteerin palstalla ja jäsenkirjeellä.
- Ilmoita käytössä oleva sähköpostiosoite jäsensihteerille. Päivitämme sen jäsenrekisteriin, jolloin jäsenmaksu ja tiedotteet tavoittavat sinutkin.

*Hyvää joulunaikaa!*

*Terveisin jäsensihteerit Elina ja Sanna*

## Työnantaja!

Nyt on mahdollisuus ilmoittaa avoimista työpaikoista myös kotisivuillamme [www.forna.fi](http://www.forna.fi). Lisätietoja: [pinsetti@forna.fi](mailto:pinsetti@forna.fi)



**FORNA**  
**Facebookissa**  
**-liity ryhmään!**

[www.facebook.com/groups/146824912139680/](https://www.facebook.com/groups/146824912139680/)



### Ilmestymisaikataulu

Nro	Ilmoitusten jättöpäivä	Ilmestyy
1	29.1.2021	viikko 9
2	16.4.2021	viikko 20
3	23.7.2021	viikko 34
4	5.11.2021	viikko 49

#### Pinsetti

on FORNA ry:n (Suomen Leikkausosaston Sairaanhoidajat) ammattilehti. Se lähetetään yhdistyksen jäsenille, sairaala-tarvikeyrityksille, tukimaksun maksaneille ja lehden tilan-neille.

#### Julkaisija

FORNA ry  
Kumpulantie 3, 3. kerros, 00520 Helsinki  
Y-tunnus 0823538-1  
www.forna.fi  
sähköposti hallitus@forna.fi  
Päätoimittaja  
sähköposti pinsetti@forna.fi

#### Pinsetin tilaukset ja osoitteenmuutokset

www.forna.fi  
jasensihteeri@forna.fi

#### Tilaushinta

Vuosikerta 45 €, ilmestyy 4 kertaa vuodessa.  
Opiskelijalehtitilaus 15 € ja yhdistyksen jäsenmaksu  
20 €/vuosi, sisältää Pinsetti-lehden.

#### Ilmoitusmyynti

Katja Vänskä, yritys vastaava  
yritykset@forna.fi  
Reklamaatiot tehtävä kirjallisesti 8 vuorokauden  
kuluessa lehden ilmestymisestä.  
Lehden vastuu rajoittuu enintään ilmoitushintaan.

#### Ilmoitusaineiston toimitus

Graafinen suunnittelija Piia Viikari  
Gsm 040 549 7519  
Aineistojen lähetys sähköpostitse:  
aineistopankki@gmail.com

#### Ilmoituskoot ja -hinnat

2., 3. ja 4. kansi (takakansi):  
1/1 sivu (210x297 mm) 800 €  
Tekstissä:  
1/1 sivu (210x297 mm) 700 €  
1/2 sivu (176x124 mm) 450 €  
1/4 sivu (86x124 mm) 170 €  
1/6 sivu (86x78 mm) 100 €

Vuosialennus 15 %.

Jos kokosivun ilmoitus ulottuu marginaaleihin,  
tarvitaan 3 mm leikkausvarat kaikille reunoille (bleed)  
sekä leikkausmerkit.

#### Aineistovaatimukset

Hinnat edellyttävät painovalmista ilmoitusaineistoa  
PDF-muodossa.

#### Tekniset tiedot

Lehden koko A4, 210 x 297mm  
Painosmäärä 1800 kpl  
ISSN 1236-8237  
Palstaleveys:  
1 palsta 55mm  
2 palsta 115,5mm  
3 palsta 176mm  
Palstakorkeus:  
Koko sivu 233mm  
1/2 sivua 116,5mm

#### Paino

PunaMusta Forssa  
Esko Aaltosen katu 2, 30100 Forssa  
Puhelin 03 42351

KIITÄMME YHTEISTYÖSTÄ JA TOIVOTAMME ASIAKKAILLEMME  
**HYVÄÄ JOULUA!**





## Kaikki mitä tiimisi tarvitsee

Aidosti räätälöidyt laparoskooppiset ratkaisut

Asiantuntijamme ovat apunasi löytääksesi parhaan ratkaisun laparoskooppisesta instrumenttivalikoimastamme sekä muista kirurgisista tuotteistamme. Tarjoamme sinulle aidosti räätälöidyn laparoskooppisen ratkaisun, joka sisältää kaiken tarvitsemasi kuhunkin kirurgiseen toimenpiteeseen yhdessä, kätevässä ja kustannustehokkaassa pakkauksessa.

Korkealaatuiset  
laparoskooppiset  
instrumentit

Laparoskooppiset peitteet  
ja asiakasräätälöidyn  
pakkauksen komponentit



Lue lisää [www.molnlycke.fi](http://www.molnlycke.fi)

Mölnlycke Health Care Oy, Valimotie 21, 00380 Helsinki. Puhelin: 0201 622 300.  
Mölnlycke® ja BARRIER -tavaramerkit, -nimet ja -logot on rekisteröity maailmanlaajuisesti yhdelle tai useammalle Mölnlycke Health Care -yhtiölle. © 2020. Mölnlycke Health Care AB. Kaikki oikeudet pidätetään. FISU1572010