



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Ohjausvideo V.A.C.- alipaineimuhoidojärjestelmän
käytöstä hoitohenkilökunnalle
Nykopp Karoliina & Peltonen Pinja

2016 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu



Karoliina Nykopp & Pinja Peltonen

Ohjausvideo V.A.C.- alipaineimuhoidojärjestelmän käytöstä hoitohenkilökunnalle

Vuosi 2016 Sivumäärä 36

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa ohjausvideo V.A.C. - alipaineimuhoidojärjestelmän käytöstä hoitohenkilökunnalle. Ohjausvideo on tehty ensisijaisesti Jorvin sairaalan osastolle K3. Tavoitteenamme oli tehdä työkalu uusien työntekijöiden perehdytukseen sekä potilaiden jatkohoitoyksiköiden ohjeistukseksi.

Opinnäytetyö tehtiin toiminnallisena opinnäytetyönä, joka sisältää teoriaperustan ja sen perusteella kootun ohjausvideon V.A.C.- alipaineimuhoidojärjestelmän käytöstä. Teoriaosuus käsittelee haavanhoitoa, alipaineimuhoidoa ja ohjausvideon käsikirjoitusta sekä toteuttamista. Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä käsikirjoituksen ja ohjausvideon luomisessa ja toteuttamisessa käytettiin apuna asiantuntijoiden ammattitaitoa.

Toiminnallinen opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Laurea-ammattikorkeakoulun ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kanssa. Yhteistyöosastonamme toimi Jorvin sairaalan osasto K3. Toiminnallisen opinnäytetyön käytännön asiantuntijoina toimivat V.A.C.- edustaja sekä osaston K3 hoitohenkilökunta. Asiantuntijat auttoivat määrittämään mitä ohjausvideon tulee sisältää ja mitä asioita siinä tulee huomioida. Kuvauksissa oli mukana opinnäytetyöntekijät sekä HUS:in työllistämä kuvaaja. Kuvauspaikkana toimi Jorvin sairaalan osasto K3.

Toiminnallisen opinnäytetyömme tuotos on ohjausvideo, joka ohjeistaa ja tukee V.A.C.- alipaineimuhoidojärjestelmän käytössä. Audiovisuaalinen ohjausmenetelmä on tutkitusti toimiva menetelmä perehdyttämiseen ja uuden oppimiseen.

Tavoitteena oli, että ohjausvideon katsottuaan katsoja osaa asettaa ja poistaa V.A.C.- alipaineimuhoidojärjestelmän silloin, kun järjestelmä on helppo asettaa haavalle. Ohjausvideo julkaistiin kevään 2016 aikana internetin Youtube-kavanalla HUS:in videoissa.

Asiasanat: V.A.C.- alipaineimuhoidojärjestelmä, haavanhoito, ohjausvideo.

Karoliina Nykopp & Pinja Peltonen

Guidance video for vacuum a assisted closure therapy system for nursing staff

| Year | 2016 | Pages | 36 |
|------|------|-------|----|
|------|------|-------|----|

The aim of the practice-based thesis was to produce a guidance video for vacuum assisted closure therapy system for nursing staff. The video was made primarily for ward K3 in Jorvi Hospital. The goal was to familiarize new staff at the ward with the system and to make instructions for nurses who are not familiar with the system.

This practice-based thesis includes a theory section and a guidance video based on the theory. This thesis was based on literature on the subject and professional competence of the experts. According to studies, audiovisual guidance is an excellent method of learning.

This practice-based thesis was made in collaboration with Laurea University of Applied Sciences and The Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS). Our contact ward was ward K3. Our expert advisers for the thesis were the staff of the contact ward and a vacuum assistant closure- consultant. These experts helped us to define what the video needed to include. An audiovisual expert employed by HUS was responsible for filming, editing and sound. The filming took place at ward K3 in Jorvi Hospital.

Our aim is that nursing staff members could use the vacuum assistant closure therapy system after watching our guidance video. The guidance video will be published on the Internet on the HUS-channel on Youtube.

This thesis process started in October 2015 and was finished in May 2016. The theoretical base of the video, planning and implementation plan were drawn up between November 2015 and March 2016. The guidance video was filmed in April 2016.

Keywords: vacuum assisted closure therapy system, guidance video, vacuum assisted closure, woundcare

Sisällys

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Johdanto..... | 5 |
| 2 | Haava..... | 6 |
| 2.1 | Haavan määritelmä, paranemiseen vaikuttavat tekijät ja vaiheet | 6 |
| 2.2 | Haavan puhdistaminen | 7 |
| 2.3 | Erialaisten haavojen hoito | 8 |
| 2.3.1 | Akuutti haava | 8 |
| 2.3.2 | Amputaatiohaava..... | 9 |
| 2.3.3 | Faskiotomiahaava | 9 |
| 2.3.4 | Ihonsiirtohaava | 10 |
| 2.3.5 | Krooninen haava..... | 11 |
| 2.3.6 | Diabeettinen jalkahaava | 11 |
| 2.3.7 | Infektoitunut krooninen haava..... | 12 |
| 2.3.8 | Painehaava | 12 |
| 3 | Alipaineimuhoido | 13 |
| 3.1 | Alipaineimuhoido haavanhoidossa | 13 |
| 3.2 | Alipaineimuhoidon vaikuttavuus..... | 14 |
| 4 | Toiminnallinen opinnäytetyö..... | 14 |
| 5 | Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite..... | 15 |
| 6 | Toiminnallisen opinnäytetyön toteuttaminen..... | 16 |
| 6.1 | Toteutuksen kuvaus..... | 16 |
| 6.2 | Opinnäytetyön aikataulu- ja kustannussuunnitelma | 18 |
| 7 | Ohjausvideo | 18 |
| 7.1 | Ohjausvideo hoitotyössä | 18 |
| 7.2 | Ohjausvideon käsikirjoitus..... | 19 |
| 7.3 | Ohjausvideon toteutus ja arviointi..... | 20 |
| 7.3.1 | Ohjausvideon toteutus | 20 |
| 7.3.2 | Ohjausvideon arviointi | 21 |
| 8 | Luotettavuus ja eettisyys..... | 22 |
| 8.1 | Eettiset näkökulmat | 22 |
| 8.2 | Luotettavuus | 23 |
| 9 | Pohdinta | 24 |
| 9.1 | Oppimiskokemukset ja jatkokehittämisaiheet | 25 |
| | Lähteet | 26 |
| | Taulukot | 29 |
| | Liitteet..... | 30 |

1 Johdanto

Haavan alipaineimuhoidon on hoitomuoto, jota on ensimmäisen kerran Suomessa käytetty Oulun yliopistollisessa sairaalassa vuonna 2004 (Jokinen, Sipponen, Lohi & Salo 2009, 2187). Tämän hoitomuodon on tarkoitus nopeuttaa haavan paranemista erillisen laitteen ja letkujen avulla. Haavan alipaineimuhoidosta tehdyt tutkimukset ovat osoittaneet, että alipaineimuhoidon avulla toteutettu hoito on yhtenä hoitomuotona vaikuttavuudeltaan vähintään yhtä hyvä ja toisinaan parempi verrattuna muihin haavanhoitomenetelmiin. (Juutilainen & Niemi 2007a, 981-987.)

Jorvin sairaalan osastolla K3 haavojen hoidossa käytetään usein alipaineimuhoidon, joka toteutetaan Kinetic Concepts Inc. (KCI) yrityksen V.A.C.® - alipaineimuhoidojärjestelmällä (Vacuum Assisted Closure - hoitojärjestelmä). Yritys suunnittelee, valmistaa, markkinoi ja huoltaa tuotteita. KCI kehittää ja tutkii uusia tekniikoita ja hoitoja, joiden avulla voidaan antaa kehittyneitä hoitoa kliinisesti vaativissa tilanteissa ja samalla vähentää hoitokustannuksia. Näihin laitteisiin kuuluu KCI:n V.A.C.- alipaineimuhoidojärjestelmä, jonka toimintamekanismi on kliinisissä tutkimuksissa todettu edistävän haavan paranemista sekä alentavan kompleksisten ja vaikeasti paranevien haavojen hoitokustannuksia. (KCI Licensing, Inc 2013a.)

Osaston K3 hoitohenkilökunnan keskuudessa V.A.C.- alipaineimuhoidojärjestelmä on tuttu ja sitä osataan käyttää. Ongelmia aiheutuu, kun potilaat siirtyvät jatkohoitoon ja alipaineimuhoidon on jatkohoidon hoitohenkilökunnalle joko uusi tai harvoin käytetty hoitomuoto. Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa mahdollisimman selkeä ja helposti saatavilla oleva ohjausvideo hoitohenkilökunnan käyttöön V.A.C.- alipaineimuhoidojärjestelmän teknisestä laittamisesta ja käytöstä. Tarkoituksena on kehittää työkalu hoitohenkilökunnalle, jotka tarvitsevat tukea ja selkeät ohjeet V.A.C.- alipaineimuhoidojärjestelmän käytöstä. Ohjausvideo on myös vapaasti käytettävissä terveysaineistona ja katsottavana Youtube-nettisivustolta.

Hoitomuodot kehittyvät jatkuvasti ja se edellyttää myös hoitohenkilökunnalta oman osaamistarpeen jatkuvaa ylläpitämistä ja kehittämistä. Ohjausvideon on tarkoitus antaa hoitohenkilökunnalle helposti käytettävä käytännönläheinen työkalu oman osaamisen kehittämiseen, sekä helpottaa osaston K3 hoitohenkilökunnan työtä ohjeistaa V.A.C.- alipaineimuhoidon toteuttamista alipaineimuhoidojärjestelmällä.

2 Haava

2.1 Haavan määritelmä, paranemiseen vaikuttavat tekijät ja vaiheet

Kappale käsittelee määritelmän haavasta ja sen paranemiseen liittyvät tekijät ja vaiheet. Haavahoidon periaatteisiin kuuluu kuusi aluetta, jotka myös käsitellään tässä kappaleessa. Haavan määrittämisessä käytetään ehjän ihon tai sen alaisen kudoksen rikkoutumista. Haava syntyy, ulkoisen tekijän tai sisäisen sairauden seurauksena. Haava voi syntyä joko tahallisesti eli kudoksen eheys rikotaan kirurgisesti tai tahattomasti esimerkiksi tapaturmassa. (Hietanen & Juutilainen 2012a, 26.)

Hyvä haavanhoidon osaaminen vaatii ihon anatomian ja fysiologian, haavan etiologian, haavanhoidon tavoitteiden ja haavan paranemisen vaiheiden tuntemusta. Huomioitavia asioita ovat perussairaudet, haavanhoidon tavoite, haavan sijainti, koko, ulkonäkö, turvotus, infektiot ja potilaan ravitsemustila. Hoitoperiaatteisiin kuuluu hyvä käsihygienia, haavakivun huomiointi, aseptiikan noudattaminen, optimaalisen paranemisympäristön luominen, elimistön omien mekanismien tukeminen haavan paranemisessa ja oikeiden haavanhoidotuotteiden valinta. (Iivanainen & Syväoja 2012, 342-343.)

Haavan paranemiseen vaikuttaa henkilön ikä, ravinto, elämäntavat, neste- ja elektrolyyttitaso, haavan puhtaus ja haavan kohdistuvat ärsykkeet. Jotkin sairaudet, esimerkiksi syöpä, uremia, diabetes ja maksasairaudet hidastavat haavan paranemista. Haavan paranemiseen vaikuttavat myös lääkeaineet, kuten kortisoni, sytostaatit, verisuonia supistavat lääkkeet ja verenpainelääkkeet. (Lagus 2012, 39-45.)

Haavan luokittelussa otetaan huomioon syntytapa. Tällä on merkitystä hoitoon ja paranemiseen. Latinasta tulevat sanat vulnus ja ulcus ovat käytössä diagnoosien nimissä esimerkiksi hoitokertomuksissa. Vulnus tarkoittaa ulkoisen väkivallan aiheuttamaa kudonvaurioita ja ulcus haavaa tai haavaumaa, joka on syntynyt elimistön sisäisen sairauden prosessin tuotoksena. (Iivanainen & Syväoja 2012, 342-343.)

Haavan paraneminen jaetaan kolmeen eri vaiheeseen: inflammaatiovaihe eli tulehdusvaihe, fibroblasiavaihe eli kudosten uusiutumisen vaihe sekä maturaatiovaihe eli kypsymisvaihe (Laato & Kössi 2010, 48). Inflammaatiovaihe alkaa heti kudonvaurion jälkeen. Verenvuoto tyrehtyy, kun vahingoittunut verisuoni supistuu, verihiutaleita kerääntyy vuotokohtaan ja veren hyytymismekanismi käynnistyy. Inflammaatiovaiheen aikana haava puhdistuu kuolleista soluista, bakteereista, vieraista aineista ja soluväliaineesta. Tulehdusvaihetta pitkittävät haavan ompeleet, hematooma, serooma, nekroottinen kudos tai infektio. (Lagus 2012, 31; Laato & Kössi 2010, 48-49.)

Fibroblasiavaihe on kudosten uusiutumisvaihe. Se on varsinainen paranemisvaihe. Uusiutumisvaiheessa haavaan kasvaa granulaatiokudosta, joka muodostuu hiussuonista ja sidekudoksesta. Haava paranee sen reunoilta ja pohjasta käsin. Granulaatiokudoksen muodostuminen vaatii kostean ympäristön. Vetolujuus lisääntyy vähitellen ja saavuttaa lopuksi 25 prosentin vetolujuuden normaaliin ihoon verrattuna. Uusiutuminen hidastuu, jos haavassa on liian kireät ompeleet, paikallista verenvuotoa tai infektiosta johtuvaa turvotusta. Keltainen kate tai nekroottinen kudus hidastuttavat myös haavan paranemista. (Lagus 2012, 33-34; Laato & Kössi 2010, 49.)

Maturaatiovaihe eli kypsymisvaihe kestää kuukausista vuosiin. Granulaatiokudos muuttuu sidekudosarveksi (Iivanainen & Syväoja 2012, 343). Lopullinen vetolujuus syntyy tässä vaiheessa, kuitenkin lopullinen vetolujuus on noin 75-80% alkuperäisestä (Laato & Kössi 2010, 49).

2.2 Haavan puhdistaminen

Haavasidosten poistamisen jälkeen haava puhdistetaan. Haava puhdistetaan haavan vaatimalla mekanismilla. Haavan suihkutuspuhdistus on ensisijainen puhdistustapa. Suihkutus tapahtuu kehonlämpöisellä vedellä, keittosuolaliuoksella tai vaihtoehtoisesti erilaisilla haavanpuhdistusliuoksilla tai haavanpuhdistuspyyhkeillä. Haavaa suihkutellaan maksimissaan muutama minuutti, koska pitkä suihkutusaika pidentää kudosten nesteen eritystä. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2014, 522; Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013, 4.)

Mekaanisessa puhdistuksessa haavasta poistetaan kuollutta kudosta pienillä saksilla, atuloilla, kauhalla, rengaskyretillä tai veitsellä aina sidoksia vaihdettaessa. Alipaineimuhuolto on laiteavusteinen mekaaninen haavan puhdistamiskeino. Mekaaninen puhdistus vaatii ammattitaitoa, jotta tervettä kudosta ei vaurioiteta. (Suomen Verisuonikirurginen yhdistys r.y. 2016a; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2011, 5.)

Kemiallisessa puhdistuksessa käytetään antiseptisiä liuoksia, antimikrobivoiteita tai vetyperoksidiliuosta. Kemiallinen puhdistus tappaa bakteereja ja auttaa elimistön omaa puolustuskykyä puhdistamaan haavaa ja näin saa nekroottista kudosta irtoamaan haavasta. Antiseptiset aineet voivat olla kudostoksisia ja voivat aiheuttaa bakteeriresistenssiä, joten niiden käyttöä tulee harkita. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013, 5; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2011, 7.)

Kirurginen puhdistus eli revisio tarkoittaa, että lääkäri puhdistaa haavan veitsellä, saksilla tai atuloilla kaikesta kuolleesta ja elottomasta kudoksesta. Lääkäri puhdistaa haavan tapauksissa joissa haavassa on näkyvillä luuta tai jännettä. Kuolleen kudoksen poisto voidaan usein suorittaa yksinkertaisesti ”bed-side” toimenpiteenä. Jos haavaa pitää puhdistaa radikaalimmin eli poistaa myös tervettä kudosta, on se syytä tehdä leikkaussaliolosuhteissa. Kirurginen poisto eli excisio on nopein ja tehokkain tapa puhdistaa haava. Krooninen haava muutetaan akuutiksi

haavaksi leikkaamalla pois kuollut kudokset terveeseen kudokseen myötäisesti. Toimenpide tehdään leikkaussalissa. Haava voidaan sulkea suoraan, peittää ihonsiirteellä tai kielekkeellä. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013, 5; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2011, 7.)

Autolyttinen puhdistus hyödyntää elimistön omaa kykyä hajottaa kuolleita kudoksia. Autolyysi vaatii kostean ympäristön ja hyvän verenkierron haavassa. Autolyysille otollinen ympäristö voidaan luoda kosteutta ylläpitävällä haavasidoksella. Autolyttinen sidos ei kuitenkaan sovelu infektoituneen ja diabeettisen perifeerisen haavan puhdistukseen, sillä anaerobiset bakteerit voivat lisääntyä sidosten alla. Autolyttinen puhdistus ei vahingoita elävää kudosta tai aiheuta kipua. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013, 5; Juutilainen & Niemi 2007b, 981.)

Entsyyttöinen puhdistus tarkoittaa, että haavalle laitetaan entsyyttöinen haavanhoitovalmiste. Sen sisältämät entsyymit hajottavat nekroottista kudosta. Ne katkaisevat kollageenisäikeitä verenkierrottoman ja terveeseen kudokseen väliltä ja vaativat aktivoitua kostausta. Entsyyttöiset valmisteet tulevat vaihtaa kerran vuorokaudessa, sillä entsyyttöisyys kestää vain 24 tuntia. (Suomen Verisuonikirurginen yhdistys r.y. 2016b; Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013, 5.)

Biologisessa puhdistuksessa haavalle laitetaan kärpäsen toukkia, jotka on viljelty steriilissä laboratoriossa. Toukkien tuottamat entsyymit hajottavat nekroottista kudosta vahingoittamatta kuitenkaan tervettä kudosta. Nopea nekroosin puhdistuminen haavalta vaikuttaa myös tehokkaasti poistaen pahaa hajua haavalta. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013, 5; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2011, 7.)

2.3 Erilaisten haavojen hoito

Tässä kappaleessa käsitellään akuutit ja krooniset haavat. Syvemmin paneudutaan sellaisiin haavoihin ja niiden hoitoon mihin V.A.C. - alipaineimuhoidon on syytä käyttää. Haavat jaotellaan niiden aiheuttajan, paranemisprosessin ja paranemisen keston mukaan akuutteihin ja kroonisiin haavoihin. Akuutti haava eli vulnus tarkoittaa ulkoisen väkivallan aiheuttamaa kudovauriota. Krooninen haava eli ulcus on elimistön sisäisen sairauden sekä myös mahdollisen ulkoisen trauman seurauksena syntynyt pitkäaikainen ja hitaasti paraneva haava. (Hietanen & Juutilainen 2012, 26-28.)

2.3.1 Akuutti haava

Tyypillisiä akuutin haavan oireita ovat kipu ja verenvuoto. Akuutti vamma syntyy erilaisten venyttävien, ruhjovien tai repivien mekaanisten voimien vaikutuksesta. (Kuokkanen 2012, 234.) Akuutin haavan ensiapuna on verenvuodon tyrehtyttäminen ja haavan pitäminen puhtaana. Näin vähennetään haavainfektion riskiä. Akuutti haava voidaan joko ommella kiinni tai

jättää auki riippuen vammamekanismista. Tarpeellisten rokotusten voimassaolo on syytä tarkistaa, jos kyseessä on puremahaava tai huomattavan likainen haava. Ensiavun jälkeen oleellista on luoda haavalle optimaalinen paranemisympäristö. Haava tulee pestä ja tarvittaessa puhdistaa mekaanisesti ja sen jälkeen suojata puhtailla haavataitoksilla. Akuutti haava paranee, kun haavan reunat saadaan kiinni ja haavassa on riittävä verenkierto eikä haava infektoidu. Jos haavan parantumien hidastuu tai pysähtyy kokonaan, voi haava muuttua krooniseksi. (Repolar, 2013.)

Akuutteja haavoja ovat esimerkiksi puhdas kirurginen haava, infektoitunut leikkaushaava, amputaatiohaava, palovamma, paleltumavamma, faskiotomiahaava ja haava, johon on laitettu ihonsiirre. Alipaineimuhoitoa käytetään akuuteissa haavoissa yleisimmin, amputaatiohaavoissa, faskiotomiahaavoissa sekä haavoissa, joihin on tehty ihonsiirre. Näihin kolmeen haavatyypin syntyyn ja hoitoon perehdytään seuraavassa kappaleessa. (Kuokkanen 2012, 234-241.)

2.3.2 Amputaatiohaava

Kun haava ei parane konservatiivisin tai kirurgisin keinoin voidaan joutua tilanteeseen, jossa raaja joudutaan amputoimaan. Ensisijainen tarkoitus on kuolleen kudoksen ja iskeemisen kudoksen poisto. Amputaatiotaso tulee valita niin, että se on edukseen protetisoinnille ja kuntoutukselle. Amputaatio on osa korjaavaa kirurgiaa, jonka avulla pyritään luomaan paras mahdollinen pohja potilaan kuntoutumiselle myöhemmin. Yleisimpiä amputaatioita ovat alaraajan amputaatiot. Yläraajan amputaatiot ovat harvinaisempia ja ne liittyvät usein tapaturmiin, vaikeisiin infektioihin tai pahanlaatuisiin kasvaimiin. Alaraaja-amputaatioiden taustalla on usein tukkivaan valtimosairauteen tai diabetekseen liittyvät jalkahaavat. Ensimmäinen tavoite amputaatioleikkauksessa on saada haava paranemaan. Uhkana voi olla haavan reunanekroosi, hematooma tai infektio. Jos haava ei parane tavallisin syy on huono verenkierto, joka voi johtua liian kireästä sulusta. Ompeleilla suljettua haavaa hoidetaan suljetun kirurgisen haavanhoidon periaattein. Tynkahaava sidotaan tynkäsidoonalla. Tämä estää raajan turvotusta lisäämällä painetta kudokseen niin, että nestekierto lisääntyy, eikä nestettä pääse kertymään tynkään. (Juutilainen 2012b, 174-181.) Jos amputaatiohaavan tulee komplikaatio, haavan reunanekroosi, hematooma tai infektio, on ompeleet aukaistava ja haava on hoidettava avoimen haavan periaattein. Haavanhoitotuotteet valitaan haavalle sopiviksi. Avonaisissa amputaatiotyngissä käytetään usein alipaineimuhoitoa, että haava saataisiin takaisin kiinni. (Kuokkanen 2012, 242; Juutilainen & Lepäntalo 2010, 706.)

2.3.3 Faskiotomiahaava

Raajan lihasaition pitkittäistä kirurgista avaamista kohonneen aitiopaineen helpottamiseksi ja lihasten vitaliteetin turvaamiseksi kutsutaan faskiotomiaksi. Faskiotomiahaava joudutaan tekemään usein suurenergisen trauman tai vakavan infektion vuoksi. Potilas on voinut saada

kovan iskun raajaan, maata sen päällä pitkän aikaa tai hänellä on pitkälle edennyt ruusuinfektio. Haavaa hoidetaan avoimen haavan hoitoperiaattein, kunnes turvotus on laantunut ja lihasten verenkierto on vakaa. Haavasidosten valinta riippuu haavan puhtaudesta ja haavaeritteen määrästä. Alipaineimuhoito sopii hyvin faskiotomiahaavojen hoitoon tuomaan haavalle sopivan pohjan mahdollista suoraa sulkua tai ihonsiirrettä varten. Muun haavanhoidon ohessa hoidetaan turvotusta kohoasennolla ja kompressiosidonnalla. (Hietanen & Virkki 2012, 208.)

2.3.4 Ihonsiirtohaava

Jos haava on niin laaja, ettei sitä pystytä sulkemaan suoraan voidaan käyttää haavan peittämiseen ihonsiirrettä. Ihonsiirre voi kasvaa kiinni vain elävään ja verekkääseen haavapohjaan, kuten lihakseen, lihaskalvoon tai ihon alaiseen rasvakudokseen tai granulaatiokudokseen. Ihonsiirteitä on neljää erilaista. Osaihonsiirre käsittää epidermoksen ja osan dermistä. Kokoihonsiirre käsittää epidermoksen ja dermoksen. Ihonsiirre usein verkotetaan ennen haavalle asettelua. Verkotettu ihonsiirre päästää läpi eritteet ja verenvuodon. Verkottaminen myös mahdollistaa laajemman haavan peittämisen. Palaihonsiirrossa otetaan muutaman millimetrin kokoiset ihonpalaset veitsellä ja asetetaan pienille haavoille. Tekoihoa voidaan käyttää haavalla väliaikaisena peittona. (Kavola, 2014, 18-20; Juutilainen & Hietanen, 2012a, 170-171.)

Ensimmäisinä päivinä ihonsiirrosta hoidon tarkoituksena on tukea ihonsiirre tiiviisti haavaa vasten, jotta ihonsiirre tarttuisi pohjaan. Lisäksi ehkäistään turvotusta ja tihkuvuotoa tukisidoksilla, kohoasennolla ja liikerajoituksilla. (Kallio 2014, 20.) Jos haavalla on hyvät olosuhteet, mikroverenkierto kasvaa haavapohjasta noin kahdessa vuorokaudessa ja siirre kiinnittyy noin viidessä vuorokaudessa. Verkottamaton ihonsiirre tulee tarkastaa pohjia myöten mieluiten leikkauspäivän iltana. Jos epäillään verenpurkaumaa, veitsellä tehdään pieni reikä ja veri valutetaan ulos. Tämän jälkeen paikallishoito on sama kuin verkotetussa ihonsiirteessä. Verkotettu ihonsiirre tarkastetaan noin kolmantena päivänä leikkauksesta, ellei epäillä infektiota tai suurta verenvuotoa. Sidokset avataan niin, että varotaan ihonsiirteiden vaurioittamista. Jos ihonsiirre on kiinnittynyt haavan pohjaan, laitetaan uudet päällyssidokset varovasti. Jos ihonsiirre on rullaantunut, koetetaan sitä varoen suoristaa. Ihonsiirteiden ympärille laitettujen haavansulkuhakaset poistetaan 5-6 päivänä leikkauksesta. Kun ihonsiirre on parantunut, hoidoksi riittää perusrasvaus. Lopullinen olemus muodostuu 6-12 kuukaudessa. (Hietanen 2012, 223-225.)

Jo leikkaussalissa yhä useammin laitetaan ihonsiirteiden peitoksi alipaineimu. Alipaineimu poistaa siirteeltä eritteet vähentäen samalla turvotusta haavalla ja sen ympäristöstä. Alipaineimu stimuloi myös uudisverisuonten muodostumista, jolloin ihonsiirre tarttuu nopeammin. Se myös komprimoi ihonsiirrettä paremmin alustaansa vasten kuin normaali sidos. Lisäksi alipaineimu vähentää potilaan immobilisaatiotarvetta ja lyhentää sairaalassa oloaikaa. Alipaineimua käytetään ihonsiirteiden päällä, jotka sijaitsevat alaraajoissa tai paikoissa, joissa on turvotusta ja runsaasti haavaeritettä. (Kallio 2014, 21-22.)

Ihonottokohdan hoidossa pyritään pitämään samat sidokset niin kauan, että haava on umpeutunut epitelisoitumalla. Ensimmäisinä päivinä saattaa esiintyä ihonottokohdassa kirvelyä, kosketuskipua, kutinaa ja kiristyksen tunnetta. Ihonottokohdassa käytetään joko polyuretaanikalvoa tai vaahtolevysidosta. Jos kalvon alle kerääntyy veristä eritettä niin, että kalvo pullottaa, erite imetään sterilisti pois. Vaahtolevy voidaan joutua vaihtamaan, jos haava erittää paljon. Kun ihonotto kohta on parantunut, sitä rasvataan vähintään kaksi kertaa päivässä. Ihonsiirre ja ihonotto kohta ovat herkkiä kylmälle, kuumalle ja auringonvalolle. (Hietanen 2012, 227-228.)

2.3.5 Krooninen haava

Jos haavan paraneminen on pitkittynyt, kutsutaan haavaa krooniseksi haavaksi. Krooninen haava saattaa olla auki vuosia ja sen paranemista on vaikea ennustaa. Yleisimpiä kroonisia haavoja ovat laskimo- ja valtimoperäiset säärihaavat, painehaavat ja diabeettiset jalkahaavat. Usein potilas sairastaa jotain kroonista sairautta. Tästä syystä haavan paranemisen kannalta on tärkeää kiinnittää huomiota haavan etiologiaan eli aiheuttajaan ja sen hoitoon. Paikallishoito on toinen, johon on syytä kiinnittää huomiota. Haavalle on valittava juuri haavalle sopiva paikallishoito. (Repolar, 2016.)

2.3.6 Diabeettinen jalkahaava

Diabeetikon jalkahaavat sijaitsevat useimmiten nilkoissa, jalkaterissä tai varpaissa. Taustalla on diabetekseen liittyvä ääreishermoston sairaus eli neuropatia tai jalan heikentynyt verenkierto, johon liittyy usein infektio. Diabeetikolla voi myös esiintyä säärihaavoja, joihin liittyy usein laskimoiden vajaatoimintaa, tukkiva valtimosairaus, valtimotulehdus tai diabeteksen aiheuttama pienten valtimoiden vaurio eli angiopatia. Puutteellinen diabeteksen hoito edesauttaa jalkahaavojen syntyä. Jalkahaavojen ehkäisyyn on monia tapoja. Diabeteksen hoitotasapainossa pysyminen on tärkein tekijä. Potilasohjauksella pyritään sitouttamaan potilas jalkojen omatoimiseen hoitoon ja seurantaan. Siihen kuuluu sopivien jalkineiden valinta, jalkojen säännöllinen seuranta ja jalkojen hyvä perushoito. (Pukki 2013, 30-31; Sane 2012, 338-344.)

Jalkahaavojen konservatiivisella hoidolla pyritään edistämään haavan luontaista paranemista poistamalla haavaan kohdistuva kuormitus, puhdistamalla haavaa mekaanisesti tai paikallishoidoilla. Kevennishoidolla pyritään keventämään jalkahaavan painetta levolla, kyynärsauvoilla ja kevennyskengillä (Sane 2012, 346). Diabeettisen jalkahaavan paikallishoidon tavoitteena on kuolleen kudoksen poisto, (kirurginen, haavanhoitotuotteet, toukkahoito, alipaineimuhoido) infektion hoito ja ehkäiseminen, paineen poisto haavalta, makuulla ollessa kantapäihin kevennys apuvälineet ja haavasidosten oikea valinta. (Pukki 2013, 32-33.) Diabeettisten jalkahaavojen kirurgisella hoidolla tähdätään hyvään toiminnalliseen lopputulokseen ja mahdollisuuksien mukaan jalkaterän säästämiseen. Tämän mahdollistaa kehittynyt

verisuonikirurgia, antibioottihoito, parantuneet diagnostiset menetelmät ja erikoisalojen välinen yhteistyö. Tyypillisiä kirurgisia toimenpiteitä ovat jalan asentovirheiden korjaaminen ja haavoihin ja infektiin liittyvät toimenpiteet. (Sane 2012, 348.)

2.3.7 Infektoitunut krooninen haava

Patogeeniset mikrobit aiheuttavat kliinisen tulehdusreaktion ja kudostuhon infektoituneessa haavassa. Oireita ovat haavan punoitus, kuumotus ja turvotus. Avoimessa haavassa on usein fibriinikatetta tai nekroosia. Kliinisten oireiden perusteella määritellään haavan infektiodiagnoosi. Mikrobit voivat tehdä krooniseen haavaan biofilmiä. Tämän puhdistaminen jokaisen haavahoidon yhteydessä on erittäin tärkeää. Haavan paikallishoidon päämääränä on vähentää haavalta bakteerikolonisaation määrää sekä puhdistaa haava infektoituneesta ja kuolleesta kudoksesta. Haava pestään ja puhdistetaan mekaanisesti. Haava pestään joko juoksevan veden alla, erilaisilla haavanpuhdistukseen tarkoitetuilla liuksilla tai pyyhkeillä, vetyperoksidi-liuksilla tai muilla antiseptisillä liuksilla. Haavan pesun jälkeen haava puhdistetaan mekaanisesti. Kriittisesti infektoituneen haavan paikallishoito tulee suorittaa kerran tai useammin päivässä. Alipaineimua käytetään kroonisen haavan hoidossa, kun raju infektio on ohitettu. Haavanhoitotuotteina käytetään esimerkiksi hopeatuotteita, pihkavoidetta ja lääkehunajaa. (Kallio 2015, 24-27.) Kun haavan pohja on saatu puhtaaksi ja infektio hallintaan, voidaan haavan sulkua suunnitella. Infektoitunut haava suljetaan usein ihonsiirtein. (Koljonen 2012, 262.)

2.3.8 Painehaava

Painehaavojen syntyyn vaikuttaa usein myös muu kuin kudokseen kohdistuva ulkoinen paine. Sairaudet ja niiden hoitojen komplikaatiot altistavat painehaavoille. Painehaavat sijaitsevat usein ristiselässä, istuinkyhmyjen ja lonkkien sekä kantapäiden luisten ulokkeiden kohdilla. (Juutilainen & Hietanen 2012, 300). Painehaavat tuottavat kipua, huonontavat elämänlaatua, lisäävät infektiotilaa, kuoleman vaaraa ja lisäävät henkilökunnan työtaakkaa (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013).

Painehaavan syntyyn vaikuttaa viisi tekijää; paine, kitka, kudosten venyminen, ihon kosteus sekä potilaan yksilöllinen alttius kudostuhoon. Potilaaseen liittyvät painehaavalle altistavat tekijät ovat liikkumattomuus, ravitsemushäiriö, ruumiinlämmön lasku, ikä ja paikalliset kudosolet. Painehaavat luokitellaan neljään asteeseen. Ensimmäinen aste on ihon vaa-lenematon punoitus, toinen aste ihon pinnallinen vaurio, kolmas aste koko ihon läpäisevä vaurio ja neljäs aste ihon, ihonalaiskudoksen ja lihaskalvon läpäisevä vaurio. Painehaavojen ehkäisyssä tärkeintä on painehaavariskiä suurentavien tekijöiden oivaltaminen ajoissa. (Juutilainen & Hietanen 2012b, 301-312.) Painehaavoja voidaan ennaltaehkäistä. Potilaan riskiä saada painehaava kartoitetaan tekemällä painehaavariskiluokitus esimerkiksi Braden-asteikolla, joka ennustaa painehaavariskiä erityisesti akuutisti sairastuneilla. Painehaavan hoidossa tärkein

perusasia on haavan aiheuttaneiden tekijöiden poistaminen. Paineen poistaminen haavan seudulta asentohoidolla ja erikoispatjoilla on ensimmäinen toimenpide. Potilaan yleiskunto, ravitsemus ja perussairaudet pyritään korjaamaan. Painehaavaa hoidetaan paikallishoidoilla ja se pyritään saamaan granuloivaan vaiheeseen. Tarvittaessa haavaa puhdistetaan kirurgisesti. Oivana apuna voidaan käyttää alipaineimuhoitoa. Mahdollinen infektio hoidetaan antibiootein. Kun haavatilanne paranee ja kudokset ovat terve, voidaan haava sulkea joko suoraan, ihonsiirteellä tai kielekkeellä. (Hietanen & Juutilainen 2012b, 300-334.)

3 Alipaineimuhoido

3.1 Alipaineimuhoido haavanhoidossa

Vaikeat haavat kuormittavat niin perus- kuin erikoissairaanhoidoakin merkittävästi. Ne aiheuttavat potilaalle inhimillistä kärsimystä. Alipaineimuhoido on tämän hetkisten tutkimusten perusteella yhtä tehokas tai jopa tehokkaampi kuin nykyajan haavan paikallishoidot. Eniten tutkimuksia on tehty diabeettisten ja erilaisten kroonisten alaraajahaavojen alipaineimuhoidon vaikuttavuudella. (Juutilainen, Kuukasjärvi, Malmivaara & Vikatmaa 2007, 3169.) Ensimmäiset V.A.C.-alipaineimuhoidojärjestelmät tulivat Suomeen vuonna 2004. Alipaineimuhoidojärjestelmä on kehitetty vuonna 1990 samanaikaisesti sekä Yhdysvalloissa että Saksassa (Berg 2015, 65). Alipaineimuhoidosta käytetään englanninkielistä yleisnimeä Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) ja Tropical Negative Pressure (TNP) (Juutilainen 2012c, 124).

Alipaineimuhoidoa käytetään laajasti erilaisten akuuttien ja kroonisten haavojen hoidossa. Hoidon biologinen vaikutus perustuu suoraan mekaaniseen vaikutukseen ja imuvaikutukseen ja siihen liittyviin eritteen käsittelyn ominaisuuksiin. On pystytty todistamaan, että alipaineimuhoido vähentää kudosturvotusta, lisää haavan seudun verenkiertoa, puhdistaa haavapohjan ja stimuloi uudisverisuonten ja granulaation muodostumista. Verenkiertoa parantavat tekijät johtuvat kudosten venytystä ja kudosturvotuksen poistumisesta. Puhdistava vaikutus selittyy eritteen poistolla, jolloin haavasta poistuu haitallisia mikrobeja ja kemikaalisia partikkeleita eritteen mukana. Alipaineimuhoidon tavoitteena on haavan puhdistuminen ja vitaliteetin paraneminen, jotta haava paranisi joko konservatiivisella hoidolla tai kirurgisen haavan sulun kautta. (Berg 2015, 65-66.)

Edellytyksenä alipaineimuhoidolle on, että haavan on oltava puhdas. Haava on puhdistettava nekroosista ja infektio on saatava hallintaan ennen alipaineimun asettamista haavalle. Haavasientä ei saa asettaa suoraan hermojen, kookkaiden verisuonten, vatsaontelon tai rintaontelon elimien päälle. Varovaisuutta tulee noudattaa, jos haavasta tihkuu verta tai potilaalla on lääkityksestä tai perussairaudesta johtuva kohonnut verenvuotoriski. Myöskään syöpähaavojen hoitoon ei suositella alipaineimuhoidoa. (Berg 2015, 66.)

Alipaineimuhoido on mekaaninen haavan puhdistuskeino, joka poistaa haavanestettä ja turvotusta. Alipaine muodostetaan haavalle haavasienellä, joka peitetään ilmatiiviillä kalvolla ja liitetään imuletkun kautta hoitolaiteeseen. Hoitolaite on yhdistetty keräyssäiliöön, mihin haavaerite kerääntyy. Painetasoa säädellään keskusyksikön avulla 50-125mmHg:n välillä. Haavatilanteen mukaan sidoksia vaihdetaan 2-3 päivän välein. (Juutilainen 2012, 125.)

3.2 Alipaineimuhoidon vaikuttavuus

Suomen lääkirilehden HALO-katsausta käsittelevässä artikkelissa (36/2007 vsk62), tutkitaan olemassa olevan kirjallisuuden avulla alipaineimuhoidon vaikuttavuutta ja turvallisuutta. Katsauksessa on luokiteltu miten alipaineimuhoido vaikuttaa erilaisten haavojen hoitoon. Siinä käy ilmi, että painehaavojen hoidossa ei huomattu suuria eroja käytettäessä alipaineimuhoidoa tai perinteisiä haavanhoitotuotteita. Vaikkakin tieteellinen näyttö alipaineimuhoidosta on vaatimatonta, viittaa käytännön kliininen kokemus siihen, että alipaineimuhoidolla on suotuisa vaikutus haavan paranemiselle. Traumaattisten haavojen hoidossa haavaeritteen määrä loppui aikaisemmin alipaineimuhoidolla kuin painesidoshoidolla. Sen sijaan uusintaleikkausten tarpeessa olevissa haavoissa haavainfektioiden määrässä ei ollut eroja. Diabeettisten haavojen suhteen haavan täydellinen paraneminen sekä granulaation muodostuminen kesti vähemmän aikaa alipaineimuhoidolla kuin perinteisillä haavanhoitotuotteilla. Alipaineimuhoidon haittoina oli HALO-katsauksessa kuvattu infektiota, ihon ärsytystä ja siteiden vaihtoon liittyvää kipua. Alipaineimuhoidon kustannukset riippuvat terveydenhuoltojärjestelmästä sekä paikallisista toimintakäytänteistä. Sen kustannusvaikuttavuus perustuu haavan nopeampaan paranemiseen verrattuna perinteiseen haavanhoitoon. Kustannuksissa tulee ottaa huomioon laitteen hinta tai vuokra sekä siteiden vaihdossa käytettävät kertakäyttöiset materiaalit. Alipaineimuhoidoa käyttäessä tulee muistaa, että se ei korvaa haavanhoitollisia perusasioita. Niitä ovat haavan revisio, infektion hoito, paineen vähentäminen haavan alueelta ja verenkierrosta huolehtiminen. Alipaineimuhoidon käyttäminen vaatii tietämystä ongelmahaavoista ja niiden etiologiasta ja paikallisista hoitokeinoista. Alipaineimuhoidon aloittamisen päätös on parempi jättää ongelmahaavoihin perehtyneelle yksikölle. (Berg 2015, 66-67; Juutilainen ym. 2007, 3171-3174.)

4 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus on, että opiskelijat luovat jonkun fyysisen tuotoksen tai kehittävät jotakin toiminnallista osa-aluetta (Vilkkä 2006, 76). Tämä konkreettinen tuotos voi olla kirja, ohjeistus, tietopaketti, portfolio, esittelyosasto, tapahtuma tai mikä tahansa ammatillista toimintaa kehittävä tuotos (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51). Tämän toiminnallisen

opinnäytetyön tuotos on ohjausvideo V.A.C. - alipaineimuhoidojärjestelmän käytöstä hoitohenkilökunnalle.

Toiminnallisen osuuden lisäksi toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu kirjallinen tuotos sekä ammatillista toimintaa kehittävän prosessin raportointi (Vilkkä 2006, 76). Toiminnallisen opinnäytetyön perustaksi tarvitaan tutkittua tietoa sekä kokemukseen pohjautuvaa tietoa. Toiminnallista opinnäytetyötä tekevän tulee osata yhdistää ammatillista teoreettista tietoa ammatilliseen käytäntöön sekä kyetä pohtimaan alan teorioiden ja niiden käsitysten avulla käytäntöön sopivia ratkaisuja. Näiden ratkaisujen avulla voidaan kehittää oman alansa ammattikulttuuria. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 41-24.) Ammatillista toimintaa kehittävän prosessin raportti toimii opiskelijan tiedon, taidon ja sivistyksen näytteenä fyysisestä tuotoksesta tai tämän kehittämästä toiminnasta (Vilkkä 2006, 76-77).

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus on työelämän kehittäminen. Kehittämistyön lisäksi kentällä voidaan parantaa ohjeistamista, ohjaamista ja järjestämistä. Toiminnallisella opinnäytetyöllä on usein toimeksiantaja, joka määrittelee, mitä opinnäytetyön tilannut taho haluaa kehitettävän ja minkälainen tuotos on tarkoituksenmukainen. Tuotos voi olla mikä tahansa konkreettinen projekti. Toiminnallisen opinnäytetyön toimeksiantajan on tarkoituksenmukaisesti hyödyttävä työstä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9,16.) Kyseisen toiminnallisen opinnäytetyön toimeksiantaja on Jorvin sairaalan osasto K3.

Toiminnallinen opinnäytetyömme on ohjausvideo hoitohenkilökunnan käyttöön. Ohjausvideon tilaus on tullut Jorvin sairaalan osastolta K3, mutta sen käyttöä ei ole rajattu vain osaston K3:n potilaiden jatkohoitoyksiköille tai hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyömme konkreettinen tuotos on vapaasti katseltavissa Youtube-nettisivustolla. Joten ohjausvideo on tehty katseltavaksi kaikille V.A.C. - alipaineimuhoidojärjestelmän käytöstä kiinnostuneille. Ohjausvideota voidaan käyttää vapaasti ohjauksen tai oppimisen työkaluna hoitotyössä ympäri Suomea.

5 Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa mahdollisimman selkeä ja helposti saatavilla oleva ohjausvideo hoitohenkilökunnan käyttöön V.A.C. - alipaineimuhoidojärjestelmän teknisestä laittamisesta ja käytöstä. Tarkoituksena on kehittää työkalu hoitohenkilökunnalle, joille V.A.C. - alipaineimuhoidojärjestelmän käyttö ei ole tuttua tai sen käyttöön tarvitsee tukea ja selkeät ohjeet.

Tällä hetkellä Jorvin sairaalan osasto K3 saa paljon yhteydenottoja potilaiden jatkohoitoyksiköistä, joissa V.A.C.- alipaineimuhoidon järjestelmän käyttö ei ole arkipäiväistä. Tämä vie hoitohenkilökunnan aikaa potilastyöltä osastolla. Toiminnallisen opinnäytetyömme tavoitteena on tehdä ohjeistus hoitohenkilökunnalle, miten alipaineimu asetetaan haavalle ja miten sidokset vaihdetaan. Ohjausvideo on helposti saatavilla ja se toimii hyvin apuvälineenä ja oppaana.

Lisäksi tavoitteenamme on, että toiminnallisen opinnäytetyömme tuotos toimisi perehdytysmateriaalina hoitohenkilökunnalle tai uudelle työntekijälle, joiden työhön V.A.C.- alipaineimuhoidon järjestelmän käyttö kuuluu Jorvin sairaalan osastolla K3. Ohjausvideota olisi myös mahdollista käyttää hoitotyön koulutuksissa.

6 Toiminnallisen opinnäytetyön toteuttaminen

6.1 Toteutuksen kuvaus

Tämä toiminnallinen opinnäytetyö on saanut alkunsa lokakuussa 2015. Molemmat toiminnallisen opinnäytetyön tekijöistä oli tahoillaan tekemässä opinnäytetyötä eri aiheesta toisen opiskelijan kanssa, mutta nämä projektit eivät jatkuneet. Tämän seurauksena toinen opinnäytetyön tekijöistä alkoi miettiä omalla työpaikallaan työelämälähtöistä opinnäytetyön aihetta. V.A.C.- alipaineimuhoidon järjestelmän käytön ohjeistamisen helpottaminen siirtyvien potilaiden jatkohoitoyksiköihin Jorvin sairaalan osastolta K3 nousi kehitystarpeeksi. Otimme yhteyttä KCI-yritykseen, joka markkinoi V.A.C.- alipaineimuhoidon järjestelmiä Suomessa ja yhteishenkilöksemme saimme V.A.C.- edustaja Leena Silvanin.

Alussa tuntui, että opinnäytetyö olisi nopea projekti. Kuitenkin todellisuudessa aikaa meni paljon lupa-asioihin ja tämä pitkitti opinnäytetyötä paljon. Tutkimuslupahakemuksen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirille (HUS) lähetimme useasti ennen kuin se hyväksyttiin helmikuussa 2016 (Liite 1). Olimme kuitenkin saaneet luvan ohjausvideon tekemiseen jo osaston K3 osastonylilääkäri Tiina Jahkolalta, joten jatkoimme toiminnallisen opinnäytetyön tekemistä tammikuussa ja esiteltyämme opinnäytetyön suunnitelman ammattikorkeakoululle ja HUS:lle marraskuun lopussa.

Aluksi etsimme yhteistyökumppania ohjausvideon kuvaamiseen pääkaupunkiseudun ammattikouluista ja otimme yhteyttä yhteen ammattikorkeakouluun. Ammattikouluista löytyi kiinnostusta yhteistyöhön, mutta yksikään opiskelija ei innostunut aiheestamme. Helmikuun aikana aloimme kartoittaa muita mahdollisuuksia ohjausvideon toteuttamiseen. Lopulta saimme yhteistyökumppaniksemme HUS:n audiovisuaalisen keskuksen työntekijän Tero Hanskin. Yhteis-

työ hänen kanssaan oli opettavaista ja sujuvaa. Huomasimme toiminnallisen opinnäytetyön työstämisen aikana, että on tärkeää pitää yhteyttä yhteistyökumppaneihin ja pyytää jatkuvasti palautetta.

Toiminnallisen opinnäytetyön teoria muodostui nopealla tahdilla ja sitä oli mielekästä kirjoittaa. Useat ohjauskeskustelut opettajan kanssa antoivat lisää näkökulmaa työn jäsentämiseen ja toiminnallisen opinnäytetyön prosessissa etenemiseen. Ohjauskeskustelut tukivat hyvin työskentelyämme sekä haastoivat hiomaan toiminnallisen opinnäytetyön teoriaa silloinkin kun itsellä motivaatio laski.

Toiminnallisen opinnäytetyömme tuotoksen kohderyhmäksi määritimme hoitohenkilökunnan, joten käsikirjoitus on tehty hoitajan näkökulmasta. Toiminnallisen opinnäytetyön käsikirjoitus luetutettiin toteuttamisyksikön eli osaston K3 henkilökunnalla. Näin saimme kohderyhmän mukaan suunnitteluprosessiin, jolloin lopputuloksesta todennäköisemmin tulee kohdeyleisölle tarkoituksenmukaisempi (Rouvinen-Wilenius 2008, 5). Lisäksi käsikirjoituksen luki KCI yhteyshenkilömme Leena Silvan. Alkuperäiseen käsikirjoitukseen ei kuulunut ”kun laite hälyttää”-osiota ja saimme palautetta, että se olisi käyttäjän kannalta tärkeä sisältää ohjausvideoon. Korjausehdotuksia tuli myös joistakin lauserakenteista. Alkuperäisessä käsikirjoituksessa käytimme vain sanaa tekoiho, uudistetussa käsikirjoituksen versiossa tätä on tarkennettu hydrocolloidi sanalla.

Toiminnallisen opinnäytetyömme teorian tutkimushaasteeksi muodostui teorian löytäminen, niin että se olisi tuoreista hoitotieteellisistä lähteistä. Halusimme teoriaosion eheän ja tämän toteuttamiseen tarvitsimme ohjausta. Saimme kuitenkin hyvin opinnäytetyön ohjausta aina tarvittaessa ja saimme palautetta teoriaosion osista, että se on tiivis ja informatiivinen.

Ohjausvideon kuvaamiseen olimme suunnitelleet käyttävämme yhden päivän ja äänittämiseen yhden päivän. Koska ohjausvideossamme esiintyy oikea potilas, olimme pyytäneet häneltä valmiiksi suostumuksen ohjausvideon kuvaamisesta (liite 2). Kuvaaminen sujui aikataulussa ja harjoittelimme kuvaustilanteen valmiiksi, jotta kuvauksissa olleen potilaan ei tarvitse olla kuvauksissa kuin V.A.C.-alipaineimuhoidon vaihdon ajan ja että vaihto olisi nopea ja kuvaaja saisi kerralla kuvattua tarvittavan materiaalin. Ohjausvideon kertoja vaihtui, koska alkuperäistä suunnitelmaa ei päästy toteuttamaan opinnäytetyöntekijöistä johtumattomista syistä. Äänitys tapahtui Jorvin sairaalan audiovisuaalisessa keskuksessa. Äänitimme vielä muutaman lauseen myöhemmin lisättyämme ”kun laite hälyttää” osion ohjausvideoon. Käytimme siis kaksi päivää äänittämiseen yhden päivän sijaan.

6.2 Opinnäytetyön aikataulu- ja kustannussuunnitelma

Videoinnin toteutuksessa käytettiin Jorvin sairaalan osastolla K3 tyhjää potilashuonetta. Tämän tilan käyttöön pyydettiin lupaa tutkimushakemuksen myötä. Kuvauslaitteet olivat HUS:in kuvaajan työhön kuuluvia välineitä, joten ne eivät aiheuttaneet HUS:lle erikseen kustannuksia. Videolla esiintyvä potilas on oikea potilas, jolle suoritettiin oikea toimenpide, näin V.A.C.- alipaineimuhoidon järjestelmän laitosta aiheutui vähemmän materiaalikustannuksia. Ohjausvideon erikoistilanteet osiossa näytetyt tilanteet tehtiin toiselle opinnäytetyöntekijälle, joten tähän käytetyt materiaalit aiheuttivat kustannuksia. Kustannuksia aiheutti ohjausvideon kuvaamisesta aiheutuneet kulut, kuitenkin HUS:n kuvaaja saa kuukausipalkkaa ja ohjausvideon kuvaaminen kuului hänen työtehtäviinsä. Ohjausvideolla on käytetty musiikkia, jonka tekijänoikeusmaksu aiheutti HUS:lle kustannuksia. Osallistuminen kuvauksiin perustui kuvaajaa lukuun ottamatta vapaaehtoisuuteen. Potilaalle opinnäytetyön tekijät ostivat kukan kiitokseksi, mutta tästä ei aiheutunut kuluja HUS:lle. Toiminnallisen oppiennäytetyön aikataulu- ja kustannussuunnitelma on taulukossa 1.

Taulukko 1. Opinnäytetyön aikataulu- ja kustannussuunnitelma

| kk/vv | Toiminnallisen opinnäytetyön aikataulu |
|--------------------------|--|
| 10/2015 | Opinnäytetyön ideointi ja suunnitelman työstäminen, Hus:n vahvistus työlle |
| 12/2015 | Suunnitelman palautus |
| 1–3/2016 | Teorian työstäminen |
| 3/2016 | Kuvauksien suunnittelu ja kuvauspaikan järjestelyt |
| 31.3.2016, 5-7.4.2016 | Kuvauksien ja äänityksen toteutus |
| 3.5.2016 | Työn julkistaminen |

7 Ohjausvideo

7.1 Ohjausvideo hoitotyössä

Sosiaali- ja terveysalalla työtä tehdään ihmisten parissa hyvin erilaisissa työympäristöissä. Näihin lukeutuu esimerkiksi sairaalat, sosiaali- ja terveyskeskukset, palvelukeskukset, kuntoutuslaitokset, päiväkodit, kodit ja yritykset. Tärkeimpinä työvälineinä ovat oma persoona sekä vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot. Lisäksi työ vaatii hyvin paljon monenlaista teoreettista osaamista, oman ammattitaidon kehittämistä ja näiden soveltamista käytännössä. (Laine, Ruishalme, Salervo, Sivén & Välimäki 2012, 171.) Hoitotyö kehittyy ja uusia tutkimuksia, käy-

täntöjä, toimenpiteitä ja teknologiaa otetaan käyttöön jatkuvasti. Yhteiskunnassa tapahtuvat nopeat muutokset tuovat haasteita työelämän monipuolisille osaamistarpeille. Käytännön hoitotyötä tulee kehittää työyhteisön tarpeiden mukaan. Jokainen työyhteisö vaatii erilaiset osaamistarpeet ja hoitajat kohtaavat uransa aikana toistuvasti uusia osaamistarpeita. (Sarajärvi & Markkanen 2009, 49.) Sarajärven ja Markkasen (2009, 44.) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta suhtautuu myönteisesti tutkimustiedon hyödyntämiseen hoitotyössä. Tutkimuksen mukaan hoitajat olivat sitä mieltä, että kokemusperäinen tieto ei riittänyt hoitotyössä. Hoitajien mielestä he tarvitsivat tutkittua aineistoa. Uuden oppiminen on väistämättä osa hoitohenkilökunnan arkea. Oman työn kehittäminen lisää työntekijän osaamista ja osaaminen hyvinvointia (Hildén 2002, 29).

Tosielämään perustuva opetusmateriaali on oppimisessa keskeistä. Tällä tarkoitetaan, että opetusmateriaali on tosielämään ja todellisiin ympäristöihin perustuvaa. (Hakkarainen & Vapalahti 2011, 137.) Internetissä olevan opetusmateriaalin tarkoitus on tehdä opetus ja oppiminen ajasta ja paikasta riippumattomaksi. Koska materiaali on helposti saatavilla voi sen avulla kerrata halutessaan, valmistautua ohjaustilanteeseen tai vaikkapa koulutukseen. (Kentz & Kukkonen 2011, 120-122.)

Video yhdistää äänen ja kuvan. Videota oppimismateriaalina käyttävä voi kuunnella ohjeistusta ja samalla katsoa videon tapahtumia tai vaihtoehtoisesti ensin perehtyä sanalliseen ohjeistukseen ja sitten katsoa videon ajatuksella (Kentz & Kukkonen 2011, 122). Ohjausvideolla voidaan esittää joitakin yksinkertaisia taitoja, mutta monimutkaisempia taitoja esiteltäessä on hyvä käyttää step-by-step mallia. Tässä mallissa video pilkotaan helposti hallittaviin osiin kertojan perustellessa videon tapahtumia. Näin videota voidaan käyttää vaihe vaiheelta ja sen voi viedä tosielämän tilanteisiin. (Hakkarainen & Vapalahti 2011, 13-14.)

7.2 Ohjausvideon käsikirjoitus

Käsikirjoituksia kirjoitetaan kokonaisuuden hahmottamiseksi. Tekijät hahmottavat tuotoksen sisällön käsikirjoituksen avulla. Käsikirjoituksella on myös tavoite vuorovaikutukseen tilaajan kanssa. Käsikirjoituksesta tilaaja voi tarkistaa tulevan sisällön. Se on myös työväline tekijöille. Käsikirjoituksesta esimerkiksi kuvaaja hahmottaa työn tarkoituksen. Käsikirjoittajan pitäisi aina kysyä itseltään, ”mitä minä haluan kertoa katsojalle”. (Aaltonen 2002, 12-14.) Tämä lause tuotiin esille myös toiminnallisen opinnäytetyön suunnitelmaseminaarissa ja sitä pidettiin tärkeänä mietteenä ohjausvideon käsikirjoitusta tehtäessä.

Yhtenä tavoitteenamme on, että ohjausvideo auttaa kokematonta hoitohenkilökunnan jäsentä käyttämään V.A.C.- alipaineimuhoidon järjestelmää. Käsikirjoitus toiminnalliseen opinnäytetyöhön kirjoitettiin käyttäen apuna teoriatietoa sekä käytäntöä. Käsikirjoitusta kirjoittaessa kuvittelimme tilanteen oikeaksi. Teimme haavasideosten poiston, vaihdon ja laitteen käytön ku-

vitteellisesti ja kirjoitimme sen vaihe vaiheelta. Emme siis kirjoittaneet käsikirjoitusta vain tietoon perustuen vaan käytimme käytäntöä hyväksi. Tällä tavoin saimme käsikirjoitukseen oikean hahmotuksen tapahtumasta. Lähetimme yhteistyökumppanillemme Leena Silvanille ja osaston K3:n neljälle hoitohenkilökunnalle käsikirjoituksen arvioitavaksi (Liite 3).

Kuvauspaikka oli jo entuudestaan tuttu ja ohjausvideon ”näyttelijänä” toimii toinen opinnäytetyöntekijä, joka on työskennellyt Jorvin sairaalan osastolla K3. Tämä helpotti käsikirjoituksen tekemistä, koska teorian apuna oli käytännön tieto, taito ja tuki.

Käsikirjoituksella on kyse yksinkertaistaa teksti jäsentämällä se sellaiseen muotoon, jolla tavoitellaan selkeää kokonaiskuvaa tulevasta tuotoksesta. Ohjausvideosta ei pidä tehdä pitkää, sillä muuten tuotoksesta tulee vaikeasti seurattava ja katsojan mielenkiinto loppuu lyhyeen (Aaltonen 2002, 12-18). Ohjausvideon tekemisessä oli tärkeää, että siihen tulee vain kaikki oleellinen ja se on mahdollisimman ytimekäs, jotta sen avulla hoitohenkilökunnan on helppo oppia V.A.C. - alipaineimuhoidon käyttö. Käsikirjoitusta tehdessä otettiin huomioon ohjausvideon tavoite. Ohjausvideota käytetään hoitohenkilökunnan työn tukemiseksi. Ohjausvideon tulee auttaa hoitohenkilökuntaa käyttämään V.A.C. - alipaineimuhoidon järjestelmää.

Kertojan rooli on voimakkaasti informatiivinen. Sen tehtävä on selittää kuvan ja äänen välittämää tietoa. Visuaalisen materiaalin lisäksi hoitohenkilökuntaa ohjataan puhutun tekstin avulla. Kertoja ohjaa videolla katsojaa ja valmistaa häntä tulevaan toimenpiteeseen. (Aaltonen 2002, 122).

7.3 Ohjausvideon toteutus ja arviointi

7.3.1 Ohjausvideon toteutus

Ohjausvideon teimme yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kanssa. Koska tahdoimme luoda hyvin tehdyn ohjausvideon, valitsimme HUS:n työllistämän ammattikuvaajan, jolla on kokemusta hoitotyön ohjausvideoiden kuvaamisesta ja leikkaamisesta tekemään ohjausvideota kanssamme. Ohjausvideota arvioitiin jo käsikirjoitusvaiheessa ja myöhemmin, kun ohjausvideo oli valmis.

Ohjausvideon kuvauspäivänä valmistelimme meille annetun kuvaustilan ja haimme valmiiksi kaiken tarvittavan välineistön ja hoitotarvikkeet. Kuvauksiin osallistuvalla potilaalla olimme ottaneet kirjallisen suostumuksen jo aikaisemmin ja kuvauspäivän aamuna kävimme vielä päivän tapahtumat läpi. Potilaan kipulääkityksen toteutti osastolla vuorossa ollut sairaanhoitaja ajoissa ennen toimenpidettä.

Harjoittelimme ja kävimme vaihe vaiheelta kuvauksen läpi käsikirjoituksen avulla. Olimme jakaneet käsikirjoituksen otoksittain. Selkeä käsikirjoitus selvensi kuvaustilannetta kuvaajalle, ohjaajalle ja näyttelijälle. Kuvauksessa oli mukana kuvaaja Tero Hanski, ohjaajana toimi Karoliina Nykopp ja toimenpiteen suoritti Pinja Peltonen. Kuvasimme kaikki kohdat, joissa potilasta ei tarvittu ennen kuin haimme potilaan paikalle. Harjoittelimme kuvaustilanteen valmiiksi, että kuvauksissa olleen potilaan ei tarvitse olla kuvauksissa kuin V.A.C. - alipaineimuhoidonjärjestelmän vaihdon ajan ja että vaihto olisi nopea ja kuvaaja saisi kerralla kuvattua tarvittavan materiaalin. Meillä oli kokoajan pieni näyttö, mistä ohjaaja pystyi seuraamaan kuvauksia ja näin puuttumaan epäkohtiin ja ohjaamaan videointia.

Joitain V.A.C. - alipaineimuhoidonjärjestelmän vaihdoin vaiheita kuvasimme muutamaan kertaan, jos se oli mahdollista. Ohjaaja usein luki samalla otoksen käsikirjoituksen, kun sitä tehtiin ja kuvattiin, että saisimme ohjausvideosta sujuvan käsikirjoituksen kanssa. Erikoistilanteissa sidokset ja toiminnot teimme toiselle opinnäytetyön tekijöistä. Haavat olivat kuvainnollisesti piirretty ihoon. Erikoistilanteiden sidosten vaihdossa näytettiin vain erikoistilanteen toiminto, ei koko sidosvaihtoa.

Muokkasimme kuvauksissa käsikirjoitusta niin, että se sopisi paremmin ohjausvideon otoksiin. Ohjausvideon ääniraitaa äänittäessä äänityskopissa oli pieni ruutu, josta näki leikatun ohjausvideon kokoajan. Tero Hanski sovitti äänen ja kuvan yhteen ja hioimme äänen oikeisiin kohtiin ohjausvideolle yhdessä. Huomasimme, että ohjausvideoon tulee paljon hiljaisia hetkiä, joten päätimme lisätä ohjausvideon taustamusiikin.

Viikon kuluttua äänityksestä menimme vielä äänittämään ääniraidan hälytystilanteista ohjeistavaa kaaviota varten. Muokkasimme vielä yhdessä ohjausvideota niin, että siitä tuli kaikkia osapuolia miellyttävä. Ohjausvideosta leikattiin muutamia kohtia vielä loppuvaiheessa pois, koska meistä tuntui, että muutama kohta on liian pitkä ja tarpeeksi informatiivinen lyhyempänäkin.

7.3.2 Ohjausvideon arviointi

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää työkalu hoitohenkilökunnalle, jotka tarvitsevat tukea ja selkeät ohjeet V.A.C. - alipaineimuhoidonjärjestelmän käytöstä. Ohjausvideon arviointi päätettiin tehdä näyttämällä ohjausvideota kohdeyleisölle, eli hoitohenkilökunnalle. Ohjausvideon koeyleisöksi valikoitui osastolta K3 seitsemän hoitajaa. Hoitajista kaksi oli perushoitajia, neljä sairaanhoitajia ja yksi osastonhoitaja. Paikalla oli myös kaksi lääkäriä. Ohjausvideo sai hyvän vastaanoton. Saimme palautetta siitä, että ohjausvideo on selkeä ja olemme saaneet kerättyä ohjausvideolle tarpeellisen asian tiiviisti. Ohjausvideon ääniraitaa kuvattiin selkeäksi ja hyvin informoivaksi. Koeyleisö oli yhtä mieltä siitä, että he

osaisivat ohjausvideon katsottuaan asettaa V.A.C. - alipaineimuhoidonjärjestelmän haavalle. Kysyimme osaston K3 hoitajilta tulevatko he käyttämään ohjausvideota jatkossa perehdytykseen sekä ohjeistuksena jatkohoitoon siirtyvillä potilailla, joilla on käytössä V.A.C. - alipaineimuhoidonjärjestelmä. Hoitohenkilökunta oli yhtä mieltä, että ohjausvideo toimii loistavasti perehdytyksen apuvälineenä ja ohjausvideon linkkiä on helppo jakaa jatkohoitoyksiköihin. He uskovat, että ohjausvideon avulla kokematonkin V.A.C. - alipaineimuhoidonjärjestelmän käyttäjä osaa asettaa ja poistaa V.A.C. - alipaineimuhoidonjärjestelmän, silloin kun järjestelmä on helppo asettaa haavalle. Ohjausvideoon olisi kaivattu osiota haavoille, joihin V.A.C. - alipaineimuhoidonjärjestelmää on vaikea asettaa. Mutta olimme suunnitelleet ohjausvideon niin, että keskitymme V.A.C. - alipaineimuhoidonjärjestelmän asettamiseen ja poistamiseen sekä yhdistäjän ja sillan muodostamiseen.

Koska Jorvin sairaalan osaston K3 hoitajille V.A.C. - alipaineimuhoidonjärjestelmän käyttö on tuttua ja heillä on kokemusta järjestelmän käytöstä, päätimme antaa ohjausvideon arvioitavaksi myös hoitajille, joille V.A.C. - alipaineimuhoidonjärjestelmä on uusi hoitomuoto. Lähetimme ohjausvideon yksityisen kotisairaanhoidon yksikköön, joka toimii Tampereella. Ohjausvideota arvioi vastaava sairaanhoitaja ja hänen tiiminsä lähihoitajia. Kommenteiksi saimme, että ohjausvideo on selkeä ja ennen toimintaosia ei ole liikaa puhetta. Kuitenkin lähihoitajat olivat sitä mieltä, etteivät he osaisi yhden katselukerran jälkeen asettaa ja poistaa V.A.C. - alipaineimuhoidonjärjestelmää. V.A.C. - alipaineimuhoidonjärjestelmä oli heille täysin vieras hoitomuoto. Mutta he kokivat ohjeistuksen hyväksi ja he saivat varmasti tukea V.A.C. - alipaineimuhoidonjärjestelmän käyttöön ohjausvideo.

Ohjausvideo näytettiin arviointivaiheessa myös yhteistyökumppanillemme Leena Silvanille. Kysyimme häneltä onko ohjausvideo hänen mielestään tarkoituksenmukainen ja voiko hän käyttää sitä työssään V.A.C. - edustajana. Saimme positiivista palautetta ja suora lainaus hänen kommentistaan on ” Aivan loistava! Hienon työn olette tehneet. Tätä kelpaa kyllä näyttellä. Onneksi olkoon, onnistuitte upeasti”.

8 Luotettavuus ja eettisyys

8.1 Eettiset näkökulmat

Opinnäytetyötä tehdessä on otettava huomioon valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) mukaan lait ja asetukset. ETENE:n toiminta perustuu potilaslakiin ja lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Tarkoituksena neuvottelukunnassa on potilaan ja asiakkaan perusoikeuksien, ihmisarvon, itsemääräämisen, yhdenvertaisuuden,

oikeudenmukaisuuden sekä hyvän hoidon, hoivan, palvelun ja kohtelun edistäminen sosiaali- ja terveysalalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö.)

Sairaanhoitajaliiton tekemät sairaanhoitajan eettiset ohjeet on tehty tukemaan sairaanhoitajien päätöksentekoa päivittäisessä työssä. Ohjeet on hyväksytty Sairaanhoitajaliiton liittokokouksessa 28.9.1996. Sairaanhoitajan työn tulee perustua eettisiin periaatteisiin sekä arvoihin ja sairaanhoitajan velvollisuutena on kehittää osaamistaan jatkuvasti. (Sairaanhoitajaliitto 2014.) Ammattikorkeakoulussa opiskellaan etiikan perusteita ja mitä eettinen toiminta tarkoittaa sairaanhoitajan työssä. Työharjoitteluissa eettisiä ongelmia kohdataan oikeasti ja pohditaan niihin oikeita ratkaisuja. Opiskelijan tukena harjoitteluissa eettiset ongelmat kohdataan harjoitteluiden ohjaajien kanssa. Tulevaisuudessa eettisiä ongelmia voidaan pohtia kollegoiden kanssa, mutta oma vastuu on entistä suurempi. Sairaanhoitaja työskentelee terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ja ylläpitämisen eteen.

Koko opinnäytetyön tekemisen aikana huomioimme eettiset näkökulmat. Opinnäytetyötä tehdessä toimittiin yhteistyössä monen eri tahon kanssa. Otimme huomioon kaikkien mielipiteet ja kehitysideat tasapuolisesti ja laajasti. Kuvauksissa oli mukana oikea potilas. Hän antoi suostumuksen kuvauksiin osallistumiseen suullisesti ja kirjallisesti ja potilas ymmärsi kuvauksen käyttötarkoituksen. Potilasta ei pysty tunnistamaan ohjausvideolta, sillä ohjausvideon kuvaaminen tapahtui niin, että potilaan identiteettiä ei voida tunnistaa. Kuvauksessa huomiointiin potilas ja kerrottiin koko ajan mitä oltiin tekemässä. Kuvauksista tiedotettiin muuta henkilökuntaa etukäteen ja olimme saaneet kuvaustilaksemme ylimääräisen huoneen, joten muut potilaat eivät häiriintyneet kuvauksista. Hoitajana ohjausvideolla toimi toinen opinnäytetyöntekijä. Kuvatessa otettiin huomioon eettinen näkökulma ja jokaista kuvauksessa ollutta kohdeltiin kunnioittavasti. Tavaraita ja välineitä kunnioitettiin myös. Opinnäytetyötä tehtiin ajatellen ohjausvideon hyötyä osastolle K3 sekä muille ohjausvideosta hyötyville.

8.2 Luotettavuus

Tutkimuseettisen lautakunnan tavoite on, että tieteellistä tutkimusta arvioidaan eettisesti hyvien tieteellisten menettelytapojen avulla. Näin taataan tutkimuksen luotettavuus ja uskottavuus. (Kuula 2011, 34.) Opinnäytetyön tekemisessä työn onnistumisen kannalta kriittinen vaihe on aineiston keruu. Mikäli aineistonkeruussa tapahtuisi virhe, se seuraisi mukana koko työn ajan. Kun tiedonhakupapaa suunnitellaan hyvin, saadaan parempi kokonaisuus tutkimukselle. Luotettavuutta voidaan parantaa myös käyttämällä tiedonhankinnan suorittamisessa asiantuntijoiden ammattitaitoa. (Johansson 2007, 46-49.) Tämän opinnäytetyön tekijät käyttivät lähteinä alan yleisesti hyväksytyjä ja tunnettuja sekä ajankohtaisia lähteitä. Hakusanojen luotettavuutta lisäsi se, että samoja tutkimuksia ja artikkeleita löydettiin eri tietokan-

noista. Lähteitä käytimme opinnäytetyössämme Laurea-ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti ja niihin viitattiin heti tekstiviitteiden jälkeen, lauseen lopussa sekä uudelleen lähde- luettelossa. Ohjausvideo V.A.C.- alipaineimuhoidon käytöstä hoitohenkilökunnalle suunniteltiin perusteellisesti. Tämän opinnäytetyön luotettavuuden kannalta on tärkeää, että siinä tulee ilmi selkeästi suunnittelu, toteutus ja arviointi. Opinnäytetyöntekijät lisäsivät opinnäytetyön uskottavuutta käyttämällä asiantuntijoiden osaamista ja reflektoiden opinnäytetyötä heidän kanssaan. Näin vältettiin opinnäytetyöntekijöiden vaikutus tulokseen asiantuntijoiden arviolla opinnäytetyöstä.

9 Pohdinta

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa mahdollisimman selkeä ja helposti saatavilla oleva ohjausvideo hoitohenkilökunnan käyttöön V.A.C.- alipaineimuhoidon järjestelmän teknisestä laittamisesta ja käytöstä. Tarkoituksena oli kehittää työkalu hoitohenkilökunnalle, jotka tarvitsevat tukea ja selkeät ohjeet V.A.C.- alipaineimuhoidon järjestelmän käytöstä. Ohjausvideo on myös vapaasti käytettävissä terveysaineistona ja katsottavana YouTube-nettisivustolta.

Opinnäytetyön tekeminen kehitti teoriaosaamista toiminnallisen opinnäytetyön sisältämistä aiheista. Sen lisäksi opinnäytetyöprojekti edisti ammatillista kasvua. Teoriatieto kasvoi akuutin ja kroonisen haavan hoidosta, josta on varmasti hyötyä työelämässä. Opinnäytetyön valmistumisessa oli mukava huomata, että oma osaaminen kasvoi ja työstä on hyötyä myös tulevaisuudessa hoitohenkilökunnan ohjaamisessa.

Idea opinnäytetyöhön syntyi Jorvin sairaalan osastolla K3. Osastolla koettiin tarvetta saada ohjausta V.A.C.- alipaineimuhoidon järjestelmän käytöstä hoitohenkilökunnalle. Ohjausvideo koettiin tarpeelliseksi osastolla ja osaston henkilökunnan mielestä ohjausvideo on hyvä ohjausmenetelmä V.A.C.- alipaineimuhoidon järjestelmän käyttöön. Ainakin osaston K3 sekä Leena Silvanin toimesta ohjausvideota tullaan käyttämään tulevaisuudessa.

Opinnäytetyöprosessi oli mielenkiintoinen, mutta haastava. Aihe löytyi helposti ja oli opinnäytetyöntekijöiden mielestä kiinnostava. Yhteistyöosasto löytyi helposti, mutta ohjausvideon kuvauksen toteutus toi haasteita. Opinnäytetyön aikataulu venyi hiukan, mutta opinnäytetyön tavoitteet saavutettiin. Aikataulullisesti haasteita toi tutkimuslupien saaminen aikataulussa sekä ohjausvideon kuvauksen järjestäminen.

Aiheeseen perehdyttiin omakohtaisesti olemalla töissä kirurgisilla vuodeosastoilla. Aiheesta etsittiin myös paljon artikkeleita, kirjallisuutta sekä käytimme paljon asiantuntijaosaamista. Toiminnallisen opinnäytetyön vaihtoehtoa suositellaan käytännönläheisille opiskelijoille ja toiminnallisen opinnäytetyön malli sopi hyvin tämän toiminnallisen opinnäytetyön tekijöille.

Oli antoisaa tehdä opinnäytetyötä parityöskentelynä, koska pystyimme refleктоimaan tuotosta yhdessä. Yhteistyö sujui hyvin, vaikka välillä tuli aikatauluongelmia. Opinnäytetyön tekeminen paransi kirjallisen raportin tekemisen taitoa sekä opetti paljon lähteiden etsimisestä. Tulvaisuutta ajatellen olimme tärkeitä taitoja projektityöskentelystä, sillä se on tärkeä osa moniammatillista hoitotyötä. Yhteistyö HUS:n kanssa onnistui odotettua paremmin ja saimme HUS:ilta paljon tukea ja asiantuntijaosaamista.

9.1 Oppimiskokemukset ja jatkokehittämisaiheet

Opinnäytetyöntekijät laativat opinnäyteprosessin alussa alustavan aikataulusuunnitelman. Aikataulu muuttui useasti ja esimerkiksi lupa-asiat viivyttivät opinnäytetyön tekemistä. Valmistuminen siis siirtyi huonon aikataulutuksen takia. Opinnäytetyöntekijät työstivät opinnäytetyötä yhdessä sekä erikseen. Aiheet jaettiin opinnäytetyöntekijöiden kesken ja kumpikin etsi tietoa lähinnä omista aiheistaan. Toisten kirjoittamia tekstejä luettiin, kommentoitiin ja täydennettiin tarpeiden mukaan.

Opinnäytetyön tekemistä helpotti vahva näkemys valmiista ohjausvideosta. Opinnäytetyöprosessi syvensi opinnäytetyöntekijöiden haavanhoitotietoutta, audiovisuaalista osaamista sekä tietoutta toiminnallisen opinnäytetyön tekemisestä. Opinnäytetyötä tehdessä opinnäytetyöntekijät oppivat hakemaan tutkittua tietoa, tarkastelemaan löytämäänsä tietoa kriittisesti, lukemaan niin suomalaisia kuin kansainvälisiäkin tutkimuksia ja artikkeleita, kirjoittamaan tieteellistä tekstiä ja toimimaan yhteistyössä työelämätahojen kanssa.

Opinnäytetyöntekijät esittävät jatkotutkimusehdotukseksi erillistä ohjeistusta V.A.C.-alipaineimuhoidonjärjestelmään kuuluvan laitteen käytöstä, sillä se on noussut kysymykseksi opinnäytetyöprojektin aikana. Jatkokehittämis ehdotukseksi esitetään myös ohjausvideota V.A.C.-alipaineimuhoidonjärjestelmän asettamiseen haavalle silloin, kun sidokset on hankala asettaa paikalleen. Jatkokehittämis ehdotuksena opinnäytetyöntekijät esittävät, että ohjausvideota voitaisiin kehittää niin, että myös potilaan huomioimista ohjattaisiin videolla.

Ohjausvideota voitaisiin käyttää laajemmin esimerkiksi siten, että myös muut sairaanhoitopiirit voisivat hyödyntää ohjausvideota jollakin tavalla potilasohjauksessa. On tärkeää huomioda, että ohjausvideo on saatavilla ja käytettävissä kaikille, jotka siitä voisivat hyötyä.

Lähteet

- Aaltonen, J. 2002. Käsikirjoittajan työkalut. Tampere: Tammerpaino Oy
- Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. 2014. Sairaanhoidon ja huolenpito. 10. Painos. Helsinki: Sanoma pro Oy
- Berg, L. 2015. Katsaus alipainumiseen Suomessa. Haava 4/2015. 65-68.
- Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2013. Haavanhoito-opas, 4-5, 24. Viitattu 6.1.2016. www.esshp.fi/downloader.asp?id=7883&type=1
- Hakkarainen, P. & Vapalahti, K. 2011. Opiskelijoiden näyttelemät ongelmatilanteet videolle ja hyötykäyttöön sytykkeiksi!. Teoksessa Hakkarainen, P. & Kumpulainen, K. (toim.) Liikkuva kuva - muuttuva opetus ja oppiminen. Viitattu 4.1.2015. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/26957/978-951-39-4270-0.pdf>
- Hietanen, H. 2012. Haavan paikallishoito käytännössä. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy H. (toim.)
- Hietanen, H. & Juutilainen, T. 2012a. Haavan määrittely ja haavatyypit. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Hietanen, H. & Juutilainen, T. 2012b. Painehaavat. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Tammi.
- Kananen, J. 2013. Design Research (Applied Action Research) as Thesis Research. A Practical Guide for Thesis Research. Tampere: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja Kirjaa. 7.uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset. Huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen.
- Jokinen, J., Sipponen, A., Lohi, J. & Heikki Salo. 2009. Haavanhoidon uusia ja vanhoja tuulia. Suomen lääkärilehti 24/2009 vsk.64. 2187.
- Juutilainen, T. 2012a. Haavan kirurginen hoito. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Juutilainen, T. 2012b. Amputaatio. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Juutilainen, T. 2012c. Tekniset apuvälineet haavanhoidossa. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Juutilainen, V. Kuukasjärvi, P. Malmivaara, A. & Vikatmaa, P. 2007. Haavan alipainumishoidon vaikuttavuus ja turvallisuus. Suomen lääkärilehti 36/2007 vsk 62. 3169, 3171-3174.
- Juutilainen, V. & Lepäntalo, M. 2010. Amputaatiot. Teoksessa Alhava, E. Höckerstedt, H. Leppäniemi, A. (toim.) & Roberts, P.J. Kirurgia. 2. Uudistettu painos. Helsinki Duodecim Oy.
- Juutilainen, V. & Niemi, T. 2007a. Uusia ajatuksia ja välineitä haavan hoitoon. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim123(8), 981 - 987. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WA_R

Juutilainen, V. & Niemi, T. 2007b. Uusia ajatuksia ja välineitä haavan hoitoon. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim123(8), 981.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WA R

Kavola, H. 2014. Ihonsiirtotekniikat. Haava 2/2014, 18-20.

Kallio, H.2014. Ihonsiirteen ja ihonottokohdan hoito. Haava 2/2014, 20-22.

Kallio, H. 2015. Infektoituneen haavan paikallishoito. Haava 1/2015, 24-27.

KCI Licensing, Inc. 2013a. Tietoja KCI:stä. Viitattu 1.2.2016. <http://www.kcimedical.fi/Fl-FIN/tietoja-kcista>.

KCI Licensing, Inc. 2013b. V.A.C.- Hoito. Viitattu 1.2.2016. <http://www.kcimedical.fi/Fl-FIN/vac-hoito>

Kentz, M-B. & Kukkonen, I. 2011. Liikkuva kuva ja second life - muuttuva opettajuus. Teoksessa Hakkarainen, P. & Kumpulainen, K. (toim.) Liikkuva kuva - muuttuva opetus ja oppiminen. Viitattu 4.1.2015. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/26957/978-951-39-4270-0.pdf>

Koljonen, V. 2012. Nekrotisoituvat infektiot. Teoksessa Hietanen, H. & Juutilainen, V. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kuokkanen, H, 2012. Akuutti haava. Teoksessa Hietanen, H. & Juutilainen, V. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kuula, 2011. Tutkimusetiikka- Aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Laato, M. & Kössi, J. 2010. Haavan paraneminen. Teoksessa Alhava, E. Höckerstedt , H. Lepäniemi, A. (toim.) & Roberts, P.J. Kirurgia. 2. Uudistettu painos. Helsinki Duodecim Oy.

Lagus, H. 2012. Haavan paraneminen. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Sivén, T. & Välimäki, P. 2012. Opi & ohjaa sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Pukki, T. 2013. Jalkahaava diabeetikolla. Haava 1/2013, 30-33.

Repolar 2013. Yleistä haavanhoidosta. Viitattu 8.1.2016.
<http://www.repolar.com/pages/abilar-10-pihkasalva/yleistae-haavanhoidosta.php>

Sairaanhoitajaliitto 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Viitattu 21.5.2016 (Sairaanhoitajaliitto 2014.) <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Sane, T. 2012. Diabeetikon jalkahaava. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Sarajärvi, A., Markkanen, P. 2009. Näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen vahvistaminen työelämässä. Kehittämiprojektin alkukartoituksen tulokset ja toimintamallin muodostamisprosessi. Helsingin kaupungin terveyskeskus.

Sosiaali- ja terveysministeriö. ETENE:n toiminta. Viitattu 21.5.2016. <http://etene.fi/toiminta>

Suomen Verisuonikirurginen yhdistys r.y. 2016a. Nekroottinen haava. Viitattu 18.4.2016.
<http://verisuonikirurgit.yhdistysavain.fi/hoito-ohjelma/nekroottinen-haava/>

Suomen Verisuonikirurginen yhdistys r.y. 2016b. Katteinen haava. Viitattu 18.4.2016.
<http://verisuonikirurgit.yhdistysavain.fi/hoito-ohjelma/katteinen-haava/>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2011. Ohjeita haavapotilaiden hoitoon, 5-7. Viitattu 18.4.2016. <https://tarjaalaharjula.files.wordpress.com/2014/03/haavanhoito-opas1.pdf>

Virkki, P. & Hietanen, H. 2012. Alipaineimuhoidon toteuttaminen. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

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

Vilkkä, A. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.

Taulukot

Taulukko 1: opinnäytetyön aikataulu- ja kustannussuunnitelma

| kk/vv | Toiminnallisen opinnäytetyön aikataulu |
|--------------------------|--|
| 10/2015 | Opinnäytetyön ideointi ja suunnitelman työstäminen, Hus:n vahvistus työlle |
| 12/2015 | Suunnitelman palautus |
| 1–3/2016 | Teorian työstäminen |
| 3/2016 | Kuvauksien suunnittelu ja kuvauspaikan järjestelyt |
| 31.3.2016, 5-7.4.2016 | Kuvauksien ja äänityksen toteutus |
| 3.5.2016 | Työn julkistaminen |

Liitteet
Liite 1HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPUJOKI

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Liite 1

| | | |
|--|---|---|
| Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot | Suku- ja etunimet Pinja Pelttonen, Karoliina Nykopp | |
| | Virka/teimi tai opintavaikeustilustausta Opiskelija, Laurea ammattikorkeakoulu Porvoo | |
| | HUS:n palveluksessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei | |
| | Sähköpostiosoite/puh.nro pinja.pelttonen@laurea.fi karoliina.nykopp@laurea.fi | |
| | Kotiosoite yläportti 4 a 11 02210 espoo | |
| | Yhteystieto ja lähtö/ammattikorkeakoulu/opintilaitos, jossa opitetaan Laurea ammattikorkeakoulu Porvoo | |
| | Yhteystieto lähtökäynnin ammattikorkeakoulu/opintilaitoksen osasta Taloetehtaankatu 1, 06100 Porvoo | |
| Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa | Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien opinnot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) Outi Kukkola Out.kukko.a@laurea.fi | |
| | Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetyssä muodossa Opinnäytetyö on arvioitu opinnäytetyön seminaarissa hyväksytyksi. | |
| HUS:n vastuuhenkilöä koskevat tiedot | Suku- ja etunimi/Virka/teimi Sini Heino, K3 osastonhoitaja | |
| | Työpaikan osoite Jorvin sairaala. | |
| | Sähköpostiosoite/puh.nro sini.heino@hus.fi | |
| | HUS:n tuusalue, tulosyksikkö tai liikealasto, jossa vastuuhenkilös työskentelee K3 kirurginen vuodeosasto | |
| Opinnäytetyötä koskevat tiedot | Opinnäytetyön nimi/ukseessa muodossa Ohjausvideo V.A.C. - alipaineimuhoidonlaitteen käytöstä hoitajalle | |
| | Asiasanat (max 5 kpl) | |
| | Opinnäytetyön laatu <input type="checkbox"/> Lisensioitunut <input type="checkbox"/> Maisterintutkinto <input type="checkbox"/> Ylempi AMK-tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input checked="" type="checkbox"/> AMK-tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä? | Opinnäytetyön tieteellinen <input type="checkbox"/> Laakeritiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteellinen <input type="checkbox"/> Muu, mikä? |
| | Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS-hanketta? <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mikä? | Arvioitu aloitusaika Kuvaukset maaliskuun alku |
| Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa HYKS-sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> HYKS Aikuist <input type="checkbox"/> HYKS Lasten ja nuorten sairaudet (LANU) <input type="checkbox"/> HYKS Laskauslaitos, röntgen- ja kivunhoito (ATEK) <input type="checkbox"/> HYKS Naistentaudit ja synnytys (NaiS) <input type="checkbox"/> HYKS Psykiatria <input type="checkbox"/> HYKS Pää- ja kaulakeskus <input type="checkbox"/> HYKS Sisätauti ja kuntoutus (Sisu) <input type="checkbox"/> HYKS Sydän- ja keuhkokeskus (SK-keskus) <input type="checkbox"/> HYKS Syöpäkeskus <input checked="" type="checkbox"/> HYKS Tukielin- ja plastiikkakirurgia <input type="checkbox"/> HYKS Tulehduskeskus <input type="checkbox"/> HYKS Vatsakeskus <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoitoalueen johto | | <input type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Lonjan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> HUS Yhtymähallinto <input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kiinteistö Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Kuvantaminen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tiakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioi <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä? |

| | | |
|--|--|---|
| Kohderyhmä <input checked="" type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä? | | Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä 1-4 potilasta sekä 1-3 hoitajaa |
| Aineiston keruumenetelmä <input type="checkbox"/> Kysely <input type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input checked="" type="checkbox"/> Muu, mikä? Videointi | | |
| HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot | | |
| Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:ille? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti) | | Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan <input checked="" type="checkbox"/> Välitön soveltuvuusarvo toimintaan, mihin <i>perchedyts</i> <input type="checkbox"/> Ei väliäntä sovellettavuutta |
| Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle. | | |
| Päiväys <i>13.7.2016</i> <i>Piia Peltanen, Karoliina Nykänen</i> Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimenselvitys | | Päiväys <i>Sini Heino</i> Sini Heino Osastonhoitaja Osasto K3, Jorvin sairaala HUS/HYKS |
| Opinnäytetyön tutkimusluvan valmistelija HUS:ssa Päiväys <i>Nina Lindfors</i> Linjajohtaja, ylilääkäri Opetus ja tutkimus, HYKS | | Opinnäytetyön tutkimusluvan puoltaja HUS:ssa Päiväys <i>7.4.16</i> <i>Piia Särkioja</i> Opinnäytetyön tutkimusluvan puoltaja nimenselvitys |

Hakemukseen on liitetty seuraavat liitteet
Tarvittavat liitteet

- Opinnäytetyön suunnitelma ja selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa
- Tutkimussuunnitelman tiivistelmä
- Aineiston keruulomake
- Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

Lisäksi tarvittaessa

- Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
- Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
- Hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista
- Vaitiolositoumus/salassapito- ja käyttäjäsitoumus
- Tutkittavan tiedote ja suostumus
- Eettisen toimikunnan lausunto
- STM:n lupa
- Henkilökisteriseloste

Liite 2 Potilaan suostumus

Arvoisa potilas.

Olette hoidossa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä Jorvin sairaalan osastolla K3. Hoitoon ja siihen liittyvän haavan perusteella pyytäisimme lupaa teiltä osallistua opinnäytetyömme videokuvaukseen potilaan roolissa.

HUS:ilta saamme luvan myötä kuvata osastolla Laurea-ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmaan kuuluvaa opinnäytetyötä: ”Ohjausvideo V.A.C. - alipaineimuhoidon järjestelmän käytöstä hoitohenkilökunnalle”. Opinnäytetyön tarkoituksena on luoda ohjausvideo hoitohenkilökunnalle V.A.C. - alipaineimuhoidon järjestelmän asettamisesta haavalle. Sen tavoitteena olisi toimia opetus- ja työvälineenä hoitohenkilökunnan jäsenille, jotka ovat kokemattomia V.A.C. - alipaineimuhoidon järjestelmän kanssa tai haluavat kehittää osaamistaan. Kuvauksen suorittaa HUS:n oma kuvaaja sekä opinnäytetyöntekijät Pinja Peltonen ja Karoliina Nykopp.

Pyydämme teiltä lupaa videoida teille toteutettavaa haavanhoitoa ja käyttää kuvausmateriaalia ohjausvideolla. Videokuvaus tapahtuu potilashuoneessa ja haavallenne vaihdetaan sidokset asianmukaisesti. Oppiennäytetyössä ei käytetä mitään potilastietojanne, eikä teidän henkilöllisyyttä tai identiteettiä paljasteta missään vaiheessa. Vain alavartalo ja haava näkyvät videolla. Tähän opetusvideon tekemiseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta saamaanne hoitoon HUS:ssa nyt tai tulevaisuudessa.

Tutkimusluvan myöntävän henkilön allekirjoitus ja päiväys:

Potilaan allekirjoitus ja päiväys:

Opinnäytetyön tekijöiden allekirjoitus ja päiväys:

Videokuvauksen suorittajan allekirjoitus ja päiväys:

Liite 3 Käsikirjoitus

Sidosten irrottaminen:

Kun lähdet vaihtamaan alipaineimusidoksia, huolehdi potilaan kipulääkitys hyvissä ajoin. Kipu-
lääkityksen vahvuus pitää huomioida potilaan koon ja kivun suhteen. Pukeudu asianmukaisesti
ja huomioi haavanhoidon aseptiikka. Sammuta laite noin puolituntia ennen haavasidosten
poistamista. Paina ensin 1 ja 2 lukitus pois ja sen jälkeen virtanappia pitkään. Laite sammuu.
Irrota vanha eritteen keräyssäiliö. Kivuliaassa haavassa käytetään tarvittaessa puudutusaineit-
tä, jota voi imuletkun kautta ruiskuttaa sienelle, josta se vaikuttaa haavaan.

Suojaa potilaan vuode ja ota tarvittavat välineet; sakset, keittosuolaa, muovipussi sekä suo-
javarusteet. Nyt olet valmis irrottamaan vanhat sidokset. Aloita kalvojen irrottamisella ihos-
ta. Kun reunat on saatu irroitettua voi tarvittaessa käyttää keittosuolaa sienien irrottamiseen,
jos sieni on kiinni haavassa. Irrota sieni varoen ja huomioi, jos haavaan on esimerkiksi tehty
ihonsiirre, että se ei irtoa sienien mukana. Huomio potilas ja kerro mitä olet tekemässä. Kun
sidokset on irrotettu, laita ne muovipussiin. Hävitä jätteet asianmukaisesti. Tässä vaiheessa
arvioi haava ja toimi haavan kunnan mukaisesti. Kutsu tarvittaessa lääkäri katsomaan haavaa.
Puhdista haava haavanhoito-ohjeiden mukaisesti.

Sidosten asettaminen:

Suojaa potilaan vuode. Kerää valmiiksi hoitopöydälle tarvittavat välineet sakset, roskapussi,
haavan ympäristön ihoa suojaava hydrokoloidi tekoiho, suihkutettavaa ihonsuojakalvoa, haa-
vasieni hopea tai musta. Tarvittaessa käytä valkoista sientä mustan tai hopean sienien alla, jos
haavapohjalla on näkyvissä jännettä, luuta tai verisuoni. Lääkäri määrää mitä sienistä käytet-
tään. Tarvitset myös läpinäkyvää kalvoa, imuletkuston, keräyssäiliön sekä V.A.C.- ali-
paineimuhoidoitusyksikön.

Ensimmäisenä suojaa haavan ympäristö. Leikkaa hydrokolloidista suikaleita. Kiinnitetään sui-
kaleet haavan reunojen myötäisesti iholle. Muualle iholle voi suihkuttaa ihonsuojakalvo suih-
ketta. Suojaa haava, ettei suihkutettavaa ihonsuojakalvoa mene haavalle. Nyt voit alkaa leik-
kaamaan haavasienestä haavan muotoista ja kokoista sientä. Sientä kannattaa sovitella haa-
valle. Kun saat muotoiltua haavan muotoisen sienien, aseta se haavalle. Huomio, että sieni ei
ole liian pieni eikä se mene haavan reunojen yli. Seuraavaksi aloita kiinnittää sientä läpinäky-
vien kalvojen avulla. Kalvojen tehtävänä on tehdä sienestä ilmatiivis. Hankalissa paikoissa
missä helposti tulee ilma vuotoa esimerkiksi varpaiden väleistä voi käyttää tiivistegeeliä tai
tehdä sillan (näytetään myöhemmin).

Kun olet saanut kalvot aseteltua ilmatiiviisti leikataan sienien keskelle kalvoon vähintään 2€
kokoinen reikä. Tämän reiän päälle asetetaan imututti. Suunnittele miten haluat, että letku
kulkee ja aseta imututti sen mukaisesti. Aseta eritteen keräyssäiliö laitteeseen. Yhdistä imu-
letku ja keräyssäiliön letku yhteen. Kytke virta laitteeseen ja aseta lääkärin määräämä imu-
teho. Paina päälle/pois näppäintä ja kone lähtee imemään. Isommissa haavoissa haavasientä
voi hiukan painaa, jotta imuteho vetää sienien kovaksi. Jos kone ei pääse tavoiteltuun imute-
hoon tai alkaa hälyttää vuotoa, etsi vuotokohta ja paikkaa se kalvolla tai tiiviste geelillä. Kun
imuteho on saavutettu olet onnistuneesti asettanut V.A.C alipaineimuhoidojärjestelmän haa-
valle.

Erikoistapaukset:

Sillan muodostaminen

Siltaa voidaan käyttää, kun haava sijaitsee paikassa, johon imuletkuston tuttia on vaikea lait-
taa tai jos halutaan yhdistää kaksi lähellä olevaan haavaa yhteen imuletkuun. Sillan alla oleva
iho tulee suojata joko kalvolla tai hydrokolloidilla. Ylimääräisestä sienestä muotoillaan kapea
kaistale joka asetetaan haavalla olevan sienien alle, josta se lähtee paikkaan minne imutuutti-

ja letkusto halutaan asettaa. Sidokset asetetaan aivan samalla tavalla, kuin ilman siltaa tehtäessä. Myös silta vuorataan kalvolla. Sillan kohtaan tehdään reikä ja asetetaan tutti siihen.

Tiivistegeelin käyttö

Tiivistegeeliä voi käyttää esimerkiksi taitekohdissa, mihin ei helposti saada ilmatiivistä aluetta pelkillä kalvoilla. Tiivistegeeli asetetaan kohtaan, mistä epäillään, että vuotoa saattaa tulla ja tämän jälkeen asetetaan kalvoa normaalisti päälle.

Y-yhdistäjän käyttö

Y-yhdistäjää käytetään, kun haava on niin iso, että se tarvitsee kaksi letkustoa tai jos halutaan yhdistää kaksi haava yhteen laitteeseen. Y-yhdistäjä asetetaan imuletkujen päihin ja sitä kautta säiliön letkun päähän.

Yleisimmistä hälytyksistä kaavio lisättäisiin videon loppuun.