

Heikkilä Raisa ja Lassila Essi

SYDÄNLEIKKAUSPOTILAAN HOITOPROSESSI

Potilasohjausvideon laatiminen Oulun yliopistolliselle sairaalalle

SYDÄNLEIKKAUSPOTILAAN HOITOPROSESSI

Potilasohjausvideon laatiminen Oulun yliopistolliselle sairaalalle

Raisa Heikkilä ja Essi Lassila
Opinnäytetyö
Kevät 2016
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijät: Raisa Heikkilä, Essi Lassila

Opinnäytetyön nimi: Sydänleikkauspotilaan hoitoprosessi - Potilasohjausvideon laatiminen Oulun yliopistolliselle sairaalalle

Työn ohjaajat: Markus Karttunen, Tuula Nissinen

Työn valmistumislukukausi- ja vuosi: Kevät 2016

Sivumäärä: 52+22 liitesivua

Opinnäytetyöprojekti on toteutettu Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin (PPSHP) Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) kanssa yhteistyönä. OYS:n sydän-, rintaelin- ja verisuonikirurgisella osastolla oli tarve päivittää sydänleikkauspotilaan hoitoprosessia kuvaava potilasohjaus-DVD nykyaikaiseksi, sillä aiemmin käytössä ollut potilasohjaus-DVD sisälsi jo osittain vanhentunutta tietoa. Opinnäytetyönämme tuotimme yhteistyössä tilaajan kanssa potilasohjausvideon PPSHP:n verkkosivuille.

Projektin tulostavoitteena oli tuottaa laadukas potilasohjausvideo, joka vastaa Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgisten osastojen kriteereitä ja tarpeita. Tavoitteena oli, että video kuvaa selkeästi sydänleikkauspotilaan hoitoprosessin Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Projektimme laatutavoitteena oli videon hyvä kuvan- ja äänenlaatu, esitetyn tiedon informatiivisuus, asiakaslähtöisyys sekä eettinen toiminta.

Suunnittelimme potilasohjausvideon yhdessä tilaajan kanssa. Kuvasimme videon OYS:n eri osastoilla yhdessä TV-studion henkilökunnan kanssa. Videolla esiintyy sairaanhoitaja ja lääkäreitä OYS:sta sekä potilasnäyttelijä ja toinen projektiryhmän jäsen. Videon kertojana toimii toinen projektiryhmän jäsen. TV-studio huolehti videon editoinnin ja valmiiksi saattamisen. Valmiin videon arviointiin osallistui projektiryhmänjäsenten lisäksi OYS:n sydän-, rintaelin- ja verisuonikirurgisen osaston henkilökuntaa. Opinnäytetyön teoreettinen näkökulma on painottunut sepelvaltimotautiin, läppävikoihin, sydänleikkaukseen, sydänleikkauspotilaan hoitoprosessiin ja potilasohjaukseen.

Lopputuloksena projektista valmistui potilasohjausvideo. Video oli selkeä kokonaisuus hoitoprosessin kulusta. Potilasohjausvideo oli laadultaan tavoitteiden mukainen ja se arvioitiin pääosin hyväksi ja kiitettäväksi. Videon arvioitiin olevan positiivinen, tärkeää tietoa sisältävä ja helposti omaksuttava.

Opinnäytetyönä tehty potilasohjausvideo tulee helpottamaan sydänleikkauspotilaan ohjausta, sillä potilas voi perehtyä tulevaan hoitoprosessiin jo etukäteen Internetissä olevan videon avulla. Potilaalle tulee käsitys tulevasta hoitoprosessista ja hoitoon sitoutuminen voi parantua. Myös potilaan omaiset voivat katsoa videon, mikä voi lisätä potilaan saamaa tukea hoitoprosessin aikana. Potilasohjausvideo voi helpottaa myös hoitohenkilökunnan työtä, jolloin aikaa jää potilaan muunlaiseen ohjaamiseen prosessin eri vaiheissa.

Asiasanat: Sydänleikkauspotilas, sydänleikkaus, hoitoprosessi, potilasohjaus, ohjausvideo

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health care, Option of Nursing

Authors: Raisa Heikkilä, Essi Lassila

Title of thesis: The treatment process of a heart surgery patient – Making a patient video guide for Oulu University Hospital

Supervisors: Markus Karttunen, Tuula Nissinen

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2016

Number of pages: 52+22 appendices

The thesis is created in cooperation with Oulu University Hospital. Oulu University Hospital's department of cardiovascular and cardiothoracic surgery had a need to update the DVD which was used as a patient guide for the heart surgery patient's treatment process since the previous DVD was outdated. Together with the thesis requestor we produced the heart surgery patient treatment process video guide to be used for example in the Northern Ostrobothnia Hospital District's website.

The targeted end result of the thesis was to produce high quality patient video guide that meets the criteries and needs of Oulu University Hospital's surgical departments. The goal was that the video will clearly illustrate the treatment process of a heart surgery patient when treated in Oulu University Hospital. The goal for the video was to have great quality of picture and sound, the high standard of the presented information, and to present customer-oriented and ethical practices.

We designed the patient treatment video together with the requestor. Together with the TV studio we filmed the video in different departments at Oulu University Hospital. In the video the performers are Oulu University Hospital nurses, doctors, the actor for the patient and the other member of the project group. TV studio was the responsible one to edit and create the final video. The video was then evaluated by the project group and also by the staff from the department of cardiovascular and cardiothoracic surgery. The theoretical view of the thesis emphasizes the coronary artery disease, valvular heart disease, heart surgery, heart surgery patient's treatment process and patient guidance.

As a result of the project was completed patient video guide. Video was clear overview about the patient treatment process. The video quality met the requirements and was evaluated to be mostly good or excellent. Video was evaluated to be positive and to include important information which is easy to adopt.

The video will help the guidance of the heart surgery patient as the patient can already beforehand familiarize the treatment process from the website. The patient will create clear understanding of the oncoming treatment process and the patient's engagement for the treatment might improve. Also the patient's next-of-kin can watch the video and this may result as greater support to the patient during the treatment process. The video is also going to help the hospital staff as they can use their time for further guidance for the patient during the different stages of the process.

Keywords: heart surgery patient, heart surgery, treatment process, patient guidance, guidance video

SISÄLLYS

1	PROJEKTIN TAUSTA	6
2	PROJEKTIN TAVOITTEET	7
3	PROJEKTIN SUUNNITTELUPROSESSI	9
3.1	Projektiorganisaatio	9
3.2	Projektin vaiheet ja aikataulu	12
4	SYDÄNLEIKKAUS POTILAAN HOITOPROSESSI.....	13
4.1	Sydämen läppäviat ja sepelvaltimotauti.....	13
4.2	Sydänsairauksien hoitomuodot	16
4.2.1	Elintapojen merkitys ja lääkehoito läppäsairauksissa ja sepelvaltimotaudissa.....	16
4.2.2	Sydänpotilaan leikkaushoito.....	18
4.3	Sydänleikkauspotilaan hoitoprosessi.....	21
4.3.1	Potilaan preoperatiivinen käynti	22
4.3.2	Potilaan postoperatiivinen hoito ja kotiutus	23
4.4	Potilasohjaus sydänleikkauspotilaan hoitotyössä	25
5	PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN	28
5.1	Aiheeseen perehtyminen.....	28
5.2	Videon suunnittelu.....	29
5.3	Käsikirjoituksen laadinta	30
5.4	Kuvausten suunnittelu ja toteutus.....	32
5.5	Videon viimeistely.....	33
6	PROJEKTIN ARVIOINTI.....	35
6.1	Videon itsearviointi tavoitteiden pohjalta.....	35
6.2	Palaute videosta.....	36
6.3	Projektityöskentelyn arviointi	39
7	POHDINTA	44
	LÄHTEET.....	47
	LIITTEET	53

1 PROJEKTIN TAUSTA

Oulun yliopistollisessa sairaalassa tehdään vuosittain n. 600-650 (sis. aortan katetri-läppä toimenpiteet) sydänleikkausta (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015c, viitattu 26.1.2015). Koska potilasmäärät ovat näin suuret, hoidon laadun kannalta on tärkeää, että potilaat ovat tietoisia siitä, mitä heille tulee sairaalassaoloaikana tapahtumaan. Hoitoprosessi eli hoitoketju takaa potilaan hoidon sujuvuuden ja laadukkuuden tarkoituksenmukaiseksi potilaan kannalta (Holmberg-Marttila, Palvanen, Kuusisto, & Salunen 2013, 4-5, viitattu 26.1.2015).

Potilasohjauksen tarve lisääntyy nykyisin, sillä hoitoajat lyhenevät ja ohjaus on toteutettava lyhemässä ajassa. Potilasohjaus onkin hoitotyön yksi keskeinen auttamiskeino ja sen kehittäminen on tärkeää. (Lipponen 2014, 17-18.) Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Oulun yliopistollisen sairaalan sydän-, rintaelin- ja verisuonikirurgisella osastolla hyödynnetään potilasohjauksessa videota sydänleikkauspotilaan hoitoprosessista. Hoitoprosessi on kuitenkin muuttunut vuosien aikana, joten osastolla haluttiin uusi, päivitetty video sydänleikkauspotilaan hoitoprosessista. Ohjauksella lisätään potilaan sitoutumista hoitopäätöksiin ja leikkaukseen sekä se mahdollistaa potilasta ymmärtämään hoitoon vaikuttavia tekijöitä (Saarela 2013, 10). Video on hyvä ja tehokas keino perehdyttää potilaat aiheeseen ja opettaa heille uusia asioita. Se on laadukas osa potilasohjausta. Tieto voi lisätä potilaan turvallisuuden tunnetta ja hoitoon sitoutumista, kun tuleva hoitoprosessi on kuvattu selkeästi. Video julkaistaan Internetissä, mikä mahdollistaa sen, että potilaat sekä heidän omaiset voivat katsoa videon hyvissä ajoin ennen leikkausta ja tarvittaessa useamman kerran. Tämä voi myös vähentää hoitajan perehdyttämisen tarvetta, jolloin aikaa jää muunlaiseen ohjaamiseen ja hoitotyöhön leikkauspotilaan hoitoprosessin eri vaiheissa.

2 PROJEKTIN TAVOITTEET

Projektille asetetaan tavoitteet ja tehtävät. Tavoitteita ovat muun muassa tulostavoite, aikatavoite, joka sisältää välitavoitteen ja sopimusten aikataulun, laatutavoite sekä kustannustavoite. (Pelin 2011, 86.) Projektille asetetaan tavoitteet, jotta voidaan määrittää, mitä sillä halutaan saavuttaa. Tavoitteet myös antavat selkeän kuvan projektista sen toteuttajille sekä rahoittajille että yhteistyökumppaneille. Projektitavoitteissa määritetään myös käytettävät resurssit. (Ruuska 2012, 19-22.) Tässä kappaleessa on esitelty tulostavoitteen, laatutavoitteen ja kehitystavoitteen lisäksi projekti-ryhmän oppimistavoitteet. Tavoitteiden saavuttamista ja arviointia videosta käsittelemme tarkemmin kappaleessa 6 ja 7.

Projektimme tulostavoitteena oli tuottaa laadukas video, jossa kuvataan sydänleikkauspotilaan hoitoprosessin kulku Oulun yliopistollisessa sairaalassa mahdollisimman selkeästi. Tavoitteenamme oli myös tehdä tuote, joka vastaa tilaajamme kriteereitä ja tarpeita. Valmis video toimitettiin tilaajalle.

Projektimme laatutavoitteet olivat informatiivisuus, asiakaslähtöisyys ja selkokieliisyys, kuvanlaatu, äänenlaatu ja eettinen toiminta. Laatutavoitteisiin pääsemiseksi oli tehtävä tarpeeksi tarkka käsikirjoitus. Laatutavoitteita tarkastelimme projektin ajan ja testasimme videon kyseisten laatuksiteerien osalta testiryhmällä, joka oli kirurgisten osastojen henkilökuntaa. Laatutavoitteiden arviointiin laadimme arviointilomakkeen. Arvioinnissa käytettiin neliportaista asteikkoa: heikko, tyydyttävä, hyvä, kiitettävä. Videon informatiivisuus sekä tiedon oikeellisuus varmistettiin hyväksyttävällä käsikirjoitus sydän-, rintaelin- ja verisuonikirurgisella osastolla, leiko-osastolla, leikkausosastolla, teho-osastolla ja sisällönohjaajalla ennen kuvausten aloittamista.

Yhteistyökumppanimme lyhyen aikavälin kehitystavoite oli päivittää sydänleikkauspotilaan hoitoprosessia kuvaava video ajan tasalle sekä ottaa tuote heti käyttöön. Projektimme hyödynsaajat ovat tilaaja osasto ja OYS:n sydänkirurgisen potilaan hoitoprosessiin kuuluvat yksiköt sekä heidän asiakkaansa eli sydänpotilaat. Pitkän aikavälin kehitystavoite on potilasturvallisuuden parantuminen, koska prosessi on selkeästi kuvattu ja potilaalle tulee jo etukäteen selkeämpi käsitys hoidon kulusta ja hoitoon vaikuttavista asioista. Tämän myötä potilaan hoitoon sitoutuminen voi parantua.

Oppimistavoitteenamme oli kehittää asiantuntijuuttamme syventämällä teoriatietoa sydänsairauksista ja operatiivisen potilaan hoitoprosessista. Tavoitteenamme oli myös oppia projektityöskentelyä ja sen eri vaiheita. Tavoitteenamme oli oppia konkreettisesti hahmottamaan, mistä tekijöistä projekti koostuu sekä tekemään yhteistyötä projektiorganisaation eri tahojen kanssa. Tavoitteena oli kehittää neuvottelutaitoja ja sopimusten laadintaa projektin aikana. Halusimme myös oppia laatimaan käsikirjoituksen ja perehtyä videon tekoon.

3 PROJEKTIN SUUNNITTELUPROSESSI

Projekti eli hanke käsittää joukon ihmisiä sekä muita resursseja, jotka on väliaikaisesti koottu yhteen suorittamaan tiettyä tehtävää. Projektityöskentelyssä laaditaan aina projektisuunnitelma, joka on toiminnan kannalta keskeinen asiapaperi. Projektin suunnitteluvaiheessa varataan tarvittavat voimavarat, määritellään aikataulut sekä sovitaan projektin pelisäännöistä ja käytettävistä työmenetelmistä. (Ruuska 2012, 19-22&175.) Projektisuunnitelman huolellinen laatiminen on tärkeää, koska sen avulla projektille on määritelty selkeästi vaiheet, aikataulut, budjetti, resurssit ja tavoitteet (Pelin 2011, 80). Projektia varten perustetaan projektiorganisaatio, jonka koko vaihtelee projektin eri vaiheissa (Ruuska 2012, 21). Projektipäällikkö laatii projektisuunnitelman yhdessä avainhenkilöiden kanssa. (Pelin 2011, 81). Tässä kappaleessa esitellään projektiorganisaatio sekä projektin eri vaiheet.

3.1 Projektiorganisaatio

Projektin toteuttamista varten muodostetaan tarkoituksenmukainen organisaatio eli projektiorganisaatio. Projektiorganisaation perustaminen on tärkeää, jotta projektin eri vaiheet toteutuisivat. Projektin jäsenet ovat mukana projektissa määräjän ja henkilömäärä vaihtelee eri projektin vaiheissa. Alkuvaiheessa on mukana muutama avainresurssi, minkä jälkeen henkilöiden määrä kasvaa suunnitteluvaiheessa. Projektin toteutusvaiheessa resurssimäärä on huipussaan. (Pelin 2011, 61-69.) Kuviossa 1 olemme havainnollistaneet projektiorganisaatiotamme.

Projektin tilaaja ja asettaja tekevät päätöksen projektin käynnistämisestä, toimivat projektin rahoittajana ja myöntävät projektiin tarvittavat luvat (Pelin 2011, 67; Ruuska 2012, 21). Projektimme tilaajana ja asettajana oli Oulun yliopistollisen sairaalan sydän-, rintaelin- ja verisuonikirurginen osasto. Toinen projektin asettaja oli Oulun ammattikorkeakoulu Oy. OYS:n edustajana toimi Virpi Isaksson ja Tanja Tähtinen, joiden kanssa kirjoitimme aie- ja yhteistyösopimuksen.

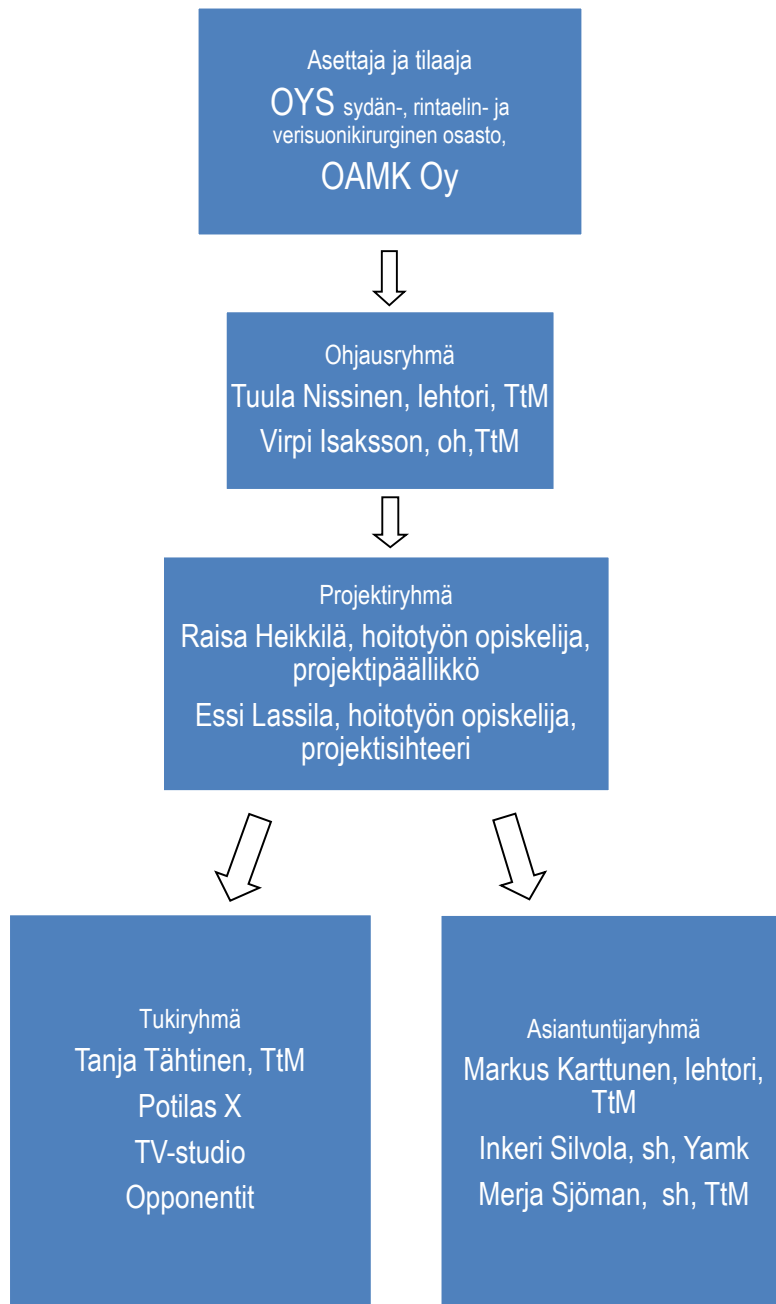
Ohjausryhmän tehtäviin kuuluu valvoa projektin etenemistä. Ohjausryhmän tehtäviin kuuluu myös tehdä projektin aikatauluja, resursseja ja rajauksia koskevia päätöksiä. Ohjausryhmä hyväksyy projektiryhmän laatiman suunnitelman sekä tukee projektiryhmää tavoitteisiin pääsemisessä esimerkiksi antamalla projektille tarvittavat resurssit. (Pelin 2011, 67; Ruuska 2012, 21.) Pelinin (2011,

67) mukaan ohjausryhmä hyväksyy projektin tuloksen sekä päättää projektin lopettamisesta. Projektimme ohjausryhmään kuului lehtori Tuula Nissinen, jolta saimme mm. ohjausta ja apua projektityöskentelyn eri vaiheista sekä osastonhoitaja Virpi Isaksson, jolta saimme sisällönohjausta videon suhteen projektin erivaiheissa.

Projektiryhmän jäsenet vastaavat oman erityisalueensa tehtävistä projektin kannalta (Ruuska 2012, 21). Projektiryhmästä määritellään projektipäällikkö ja projektisihteeri (Pelin 2011, 66). Projektityöryhmäämme kuului kaksi jäsentä, joista toinen oli projektipäällikkö, Raisa Heikkilä, ja toinen oli projektisihteeri, Essi Lassila. Projektipäällikkö on kokonaisvastuussa projektista. Projektipäällikkö huolehtii tiedonkulusta projektin eri jäsenten kesken, sillä projektiorganisaation kaikki jäsenet eivät välttämättä tapaa keskenään. Projektisihteerin tehtävänä on hoitaa osa projektipäällikön tehtävistä kuten laatia aikatauluja ja laatia muistioita tapaamisista. (Pelin 2011, 67-68.) Projektipäällikömmme tehtäviin kuului yhteydenpito organisaation jäsenten välillä ja projektisihteerin tehtäviin kuului tapaamisten muistioiden kirjaamiset. Muut tehtävät jaoimme aikaresurssien mukaan. Muita tehtäviä oli mm. suunnitelman laadinta ja siihen tehtävät muutokset, käsikirjoituksen laadinta ja siihen tehtävät muutokset, kuvausten ohjaaminen, kuvien suunnittelu ja kuvaaminen videolle ja loppuraportin laadinta.

Tukiryhmäämme kuului operatiivisen tulosalueen opetuskoordinaattori Tanja Tähtinen ja sekä opiskelijaopponentit, jotka antoivat palautetta ja kehittämissideoita projektisuunnitelmaamme. Tukiryhmään kuului myös potilasnäyttelijä ja Oulun yliopistollisen sairaalan TV-studio, jotka avustivat meitä potilasohjausvideon kuvaamisessa ja tuottamisessa.

Asiantuntijaryhmäämme kuului lehtori Markus Karttunen, sairaanhoitaja Inkeri Silvola ja sairaanhoitaja Merja Sjöman. He toimivat projektimme sisällönohjaajina. He myös kommentoivat monen muun asiantuntijan ohella käsikirjoituksemme sisältöä ja oikeellisuutta. Asiantuntijoiden tehtävä on jakaa tietoa ja ohjata projektiryhmää oman erityisalueensa mukaisesti.



KUVIO 1. Sydänleikkauspotilaan hoitoprosessi - Potilasohjausvideo – projektin organisaatio

3.2 Projektin vaiheet ja aikataulu

Tavallisesti projekti vaiheistetaan ajallisesti peräkkäisiin projektin vaiheisiin. Projektinvaiheistuksella tarkoitetaan projektin jakamista tehtäväkokonaisuuksiin, jotka voidaan suunnitella ja toteuttaa itsenäisesti. Vaiheistus helpottaa esimerkiksi projektin johdon päätöksentekoa, jolloin ei sitouduta liian epävakaalla pohjalla oleviin päätöksiin. Jatkosuunnitelma voidaan myös arvioida uudestaan kunkin vaiheen loppupuolella, jolloin esimerkiksi vaiheen tuottamat dokumentit ja testitulokset tarkastetaan. (Pelin 2011, 91, 97-98.)

Projektin aikataulun suunnittelu vaatii mm. tehtäväluettelon laatimista, tehtävien työmäärien ja kestojen arviointia sekä tehtävien suoritusjärjestysten selvittämistä (Pelin 2011, 108). Aikataulujen laatiminen onkin yksi projektisuunnitelman keskeisistä osuuksista (Ruuska 2012, 51). Aikatauluja tulee ylläpitää projektin aikana, sillä jos muutoksia tulee, on edettävä päivitetyn aikataulun mukaisesti. Aikatauluja suunnitellessa on hyvä huomioida niihin pelivaraa sekä kirjata ylös kaikki projektiin liittyvät tehtävät. (Pelin 2011,107.)

Projektimme on vaiheistettu viiteen eri vaiheeseen. Olemme kuvanneet projektin suunnitellut vaiheet ja aikataulun ja verranneet niitä toteutuneen aikataulun kanssa (liite 1). Kuvaamme tarkemmin vaiheisiin liittyviä tehtäviä ja aikatauluja kappaleessa 5.

Projektimme ensimmäinen päätehtävä oli käynnistysvaihe eli ideoimme opinnäytetyömme aiheen näkökulmia, jonka jälkeen projektiryhmämme perehtyi aiheeseen eri lähteitä apuna käyttäen. Tämän jälkeen tuli projektimme toinen päätehtävä eli suunnitteluvaihe. Aloimme suunnitella, kuinka toteutamme projektin ja kävimme läpi sen eri vaiheet. Suunnitelman edetessä aloitimme myös käsikirjoituksen kirjoittamisen. Kolmantena päätehtävänä oli projektin toteutusvaihe eli aloitimme konkreettisesti työskentelemään videon valmistuksen parissa yhdessä TV-studion henkilökunnan sekä ohjaus-, asiantuntija- ja tukiryhmän kanssa. Viimeinen päätehtävä oli projektin päättäminen eli esittelimme videon sekä kirjoitimme loppuraportin. Projektin teon aloitimme tammikuussa 2015 ja saimme projektin päätökseen toukokuussa 2016.

4 SYDÄNLEIKKAUS POTILAAN HOITOPROSESSI

Hoitoprosessit yhdistyvät organisaatioiden strategioihin sekä terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaan. Näiden tavoitteena on mm. tukea ja edistää toiminnan asiakaslähtöisyyttä, kehittää hoitokäytäntöjä, uudistaa terveydenhuollon toimintaa, kehittää terveydenhuollon moniammatillista toimintatapaa, selkeyttää hoidon ja tutkimusten porrastusta, välttää päällekkäistä toimintaa, tehdä organisaatorajat saumattomiksi ja parantaa tiedonkulkua niin asiakkaille kuin ammattilaisten välille. (Holmberg-Marttila, Palvanen, Kuusisto, & Salunen 2013, 4-5, viitattu 26.1.2015.) Potilasohjauksen tarve lisääntyy nykyisin, sillä hoitoajat lyhenevät ja ohjaus on toteutettava lyhemässä ajassa. Potilasohjaus onkin hoitotyön yksi keskeinen auttamiskeino ja sen kehittäminen on tärkeää. Lipponen (2014, 17) mukaan potilasohjauksella halutaan lisätä potilaan tietoa ja ymmärrystä sekä itsenäistä, faktatietoon perustuvaa päätöksentekoa. Lisäksi ohjauksella pyritään edistämään potilaan aloitteellisuutta ja kykyä parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. (Lipponen 2014, 17-18.) Käsittelemme tässä kappaleessa sydämen läppävikoja ja sepelvaltimotautia sekä sydänsairauksien hoitomuotoja. Käsittelemme tässä kappaleessa lisäksi sydänleikkauspotilaan hoitoprosessin kulkua ja potilasohjausta sydänpotilaan kannalta.

4.1 Sydämen läppäviat ja sepelvaltimotauti

Sydämen läppävikoja on kahdenlaisia. Läppä voi joko vuotaa (regurgitaatio eli insuffiensi) tai ahtautua (stenoosi). Joskus läppä voi sekä vuotaa että ahtautua merkittävästi. Kummatkin viat aiheuttavat sydämen työmäärän lisääntymistä. Läpän ahtautuessa veren virtaus hidastuu sen läpi, koska läppäaukko on pienentynyt. Sydän painekuormittuu, koska se joutuu tekemään enemmän työtä veren virtauksen ylläpitämiseksi. Sydämen lisääntyneestä työstä huolimatta verenkierto heikenee, kun vika on vaikea. Kudoksiin alkaa tihkumaan nestettä, kun veri pakkautuu verenkierron yläjuoksulle ahtautuneeseen läppään nähden. Vasemman puolen vioissa neste kertyykin keuhkoihin, mikä aiheuttaa hengenahdistusta. Oikean puoleisissa vioissa neste kertyy ensimmäisenä alaraajoihin, mikä ilmenee sääri- ja nilkkaturvotuksena. Läpän vuotaessa jo eteenpäin pumpattu veri valuu takaisin sydämessä. Sydän tilavuuskuormittuu, koska se joutuu ylimääräiseen työhön pumpaamalla jo kertaalleen pumpatun veren uudelleen eteenpäin. Kummassakin tapauksessa sydä-

men työmäärä lisääntyy, joka aiheuttaa ensin sydämen seinämän paksuuntumisen, sitten venymisen ja lopulta sydämen laajenemisen. Hoitamattomana ajan kuluessa sydämen pumppausteho heikkenee, mikä aiheuttaa sydämen vajaatoiminnan. (Kettunen 2014b, viitattu 1.2.2015; Syväne 2014c, viitattu 1.2.2015)

Aorttaläpän ahtauma on tavallisin ja väestön ikääntyessä yhä yleistyvä läppävika (Turpeinen, Taskinen & Rapola 2010, 2828). Väestön ikääntymisen vuoksi potilaiden määrän arvioidaan kaksinkolminkertaistuvan seuraavien parin vuosikymmenen aikana. (Taskinen, Kupari, Hippeläinen, Vuori & Ikonen 2008, 3519.) Nuorilla ja keski-ikäisillä potilailla ahtautunut aorttaläppä korvataan yleensä mekaanisella tekoläpällä, kun taas yli 65–70-vuotiaille asennetaan yleensä biologisia läppäproteeseja. Suomessa leikkaushoidon tulokset ovat hyviä, sillä leikkauskuolleisuus vuosina 2004–2005 oli koko maassa n. 2,4 %:a pelkässä aorttaläpän asennuksessa ja yhdistetyissä läppä- ja ohitusleikkauksissa 3,3 %:a. (Helske & Kupari 2011, 37–40.)

Aorttaläpän vuodossa eli aortta insuffiensienssissä vasemman kammion pumppaama veri valuu osittain takaisin aortasta kammion diastolen aikana. Aorttaläpän vuoto johtuu joko aorttaläpän liuskojen rakenteellisesta poikkeavuudesta tai aorttaläppärenkaan laajenemisesta. Aorttaläppärenkaan laajenemista voivat aiheuttaa mm. aortan repeämä, kohonnut verenpaine, Marfanin oireyhtymä (perinnöllinen sairaus, johon liittyy mm. sydämen ja suurten verisuonien muutoksia), aortan seinämän tulehdus, vamma tai aortan skleroosi. Läppäliuskojen rakenteellista poikkeavuutta voi aiheuttaa mm. läppätulehdus, synnynnäinen kaksiliuskainen läppä, reumakuume, kalkkinen läppä, läppäprolapsi tai läppädegeneraatio. Aorttavuotoa voi aiheuttaa myös läppärenkaan puuttuva tuki. (Airaksinen 2014a, viitattu 10.2.2015; Kaartinen & Ihlberg 2010, 10.) Äkillisessä massiivisessa aorttavuodossa tila etenee usein nopeasti keuhkopöhöön ja jopa kardiogeeniseen eli sydänperäiseen sokkiin. (Airaksinen 2014a, viitattu 10.2.2015; Syväne 2014c, viitattu 1.2.2015.) Ennen kuin sydänlihaski pääsee vioittumaan palautumattomasti, läppävuoto on korjattava. Potilaat, joilla on merkittävä aorttavuoto sekä oireita, tulee hoitaa heti operatiivisesti. Potilaat, joilla ei ole oireita, mutta on vaikea aorttavuoto sekä alentunut vasemman kammion funktio, tulee myös hoitaa kirurgisesti. Leikkaushoitoa suositellaan myös silloin, kun vasen kammiot on huomattavasti laajentunut vaikka systolinen funktio olisi vielä säilynyt. (Kaartinen & Ihlberg 2010, 10.)

Mitraalivuoto eli mitraaliläpän vuoto on Suomen toiseksi yleisin läppävika, joka vaatii leikkausta. Vuodossa vasemman kammion supistuessa systoleissa mitraaliläppä ei sulkeudu kuten pitäisi,

vaan osa verestä ohjautuu takaisin vasempaan eteiseen (Syväne 2014b, viitattu 28.3.2015). Mitraalivuodot voidaan luokitella primaariseen tai sekundaariseen. Primaarivuodossa läpän rakenteessa on vikaa, kun taas sekundaarisessa vuodossa läppä on normaali, mutta sydämen vasen kammio on jonkin muun sydänsairauden seurauksena venynyt niin, että normaali läppä ei riitä sulkemaan aukkoa eteisen ja kammion välillä. (Syväne 2014b, viitattu 28.3.2015) Primaarivuodon aiheuttajia voivat olla muun muassa läppäliuskojen, läppärenkaan, jännerihmojen tai papillaarili hasten rakenneviat (Airaksinen & Ikäheimo 2008, 817).

Mitraaliläpän ahtauma, mitraalistennoosi, on reumakuumeen aiheuttamaa läppien arpeutumista ja kalkkeutumista, jonka vuoksi sitä kutsutaan reumaattiseksi läppäviaksi (Airaksinen & Ikäheimo 2008, 813; Syväne 2014a, viitattu 25.2.2015). Tällöin läpän vapaat reunat muuttuvat paksummiksi ja tarttuvat kiinni toisiinsa. Reumakuume on nykypäivänä Suomessa hyvin harvinainen, ja sitä tapaa yleensä vanhuksilla ja kehitysmaista muuttaneilla. (Airaksinen & Ikäheimo 2008, 813) Läpän aukon ahtautuessa vasemman eteisen paine nousee ja eteinen alkaa venyä. Tämän vuoksi mitraalistennoosista voi kehittyä eteisvärinä. Myös keuhkoverenkierron paine nousee. Mikäli potilaalle kehittyy eteisvärinä, riski hyytymän muodostumiseen vasempaan eteiseen kasvaa. Apuna käytetään leikkaushoitoa, jossa tavallisimmin asennetaan tekoläppä. (Syväne 2014a, viitattu 25.2.2015)

Sepelvaltimotauti on yksi merkittävimpiä sydänsairauksia Suomessa, ja sitä sairastaakin Suomessa noin 200 000 ihmistä (Reunanen 2008, 382). Vuosittain sepelvaltimotautiin kuolee noin 10 000 suomalaista, joten se on suomalaisten yleisin kuolinsyy. Sepelvaltimotauti on yleisintä iäkäämmällä väestöllä, vaikka puolet potilaista ovatkin alle 65-vuotiaita. (Kettunen 2014a, viitattu 5.4.2015) Sepelvaltimotauti johtuu sepelvaltimoiden ateroskleroosista eli valtimonkovettumataudista, jossa veren LDL-kolesterolia kertyy valtimon sisäkerrokseen. Ateroskleroosille alttiita valtimoita ovat sepelvaltimot sekä niiden haaraumakohdat. (Kovanen 2008, 299.) Kolesterolikertymä ja siihen liittyvä tulehdusreaktio muodostavat plakkia valtimoiden sisäpinnalle. Plakki heikentää sydänlihaksen hapensaantia. (Kervinen 2013, viitattu 6.4.2015) Sepelvaltimotaudin tärkeimmät itsenäiset vaaratekijät ovatkin korkea LDL-kolesterolipitoisuus, ikääntyminen, kohonnut verenpaine, tupakointi sekä diabetes. Kuitenkin sepelvaltimoiden ateroskleroosin ensisijainen vaaratekijä on juuri LDL-kolesterolin suuri pitoisuus veressä. (Kovanen 2008, 300–301; Kettunen & Airaksinen 2008, 340.)

4.2 Sydänsairauksien hoitomuodot

Sydänsairauksien hoitomuotoja ovat elämäntapaohjaus, lääkehoito ja toimenpide. Usein lääkehoito aloitetaan, kun elämäntapaohjaus ei yksinään riitä esimerkiksi pitämään verenpainetta hoitotasolla. Joissakin sydänsairauksissa lääkehoitoa tarvitaan koko loppuelämän ajan. Lääkehoidon lisäksi voidaan tarvita toimenpidettä kuten esimerkiksi sepelvaltimoiden ohitusleikkausta. (Mäkijärvi 2014, viitattu 27.4.2015.)

4.2.1 Elintapojen merkitys ja lääkehoito läppäsairauksissa ja sepelvaltimotaudissa

Sydänpotilaan yksi tärkeä osa hoitoa on elintapahoito lääkehoidon ohella. Terveelliset elintavat ovat myös tärkeitä sydänsairauksien kuten sepelvaltimotaudin ehkäisyssä. (Tarnanen, Porela, Mäntylä & Meinander 2015, viitattu 16.4.2015.) Vuori (2015, 729) määrittää terveellisiksi elintavoiksi reippaan liikunnan useita kertoja viikossa tai vähintään 150 minuuttia viikossa, tupakoimattomuuden, kohtuullisen alkoholin käytön, oikeanlaisen ravinnon sekä vyötärönympäryksen (naisilla alle 80 cm, miehillä alle 94 cm) mitan tai painoindeksin, joka on alle 25 kg/m². Tupakointi aiheuttaa mm. endoteelisolujen vahingoittumista ja niiden toimintahäiriötä, tulehdusta, verihutaleiden aktiivisuutta ja vähentää veren kykyä kuljettaa happea. Passiivinen tupakointi on yhtä vaarallista kuin tupakointi. (Aatola 2014, 26.) Ruokavaliossa pyritään syömään niukasti tyydyttyynyttä rasvaa ja lisäämään kuitujen määrää. Ruokavalio, johon kuuluu kalaa ja valkoista lihaa punaisen lihan sijasta, pähkinöitä ja oliiviöljyä sekä paljon tuoreita vihanneksia, hedelmiä ja marjoja, vähentää riskiä sairastua sepelvaltimotautiin. Elintavoilla voidaan myös hidastaa taudin etenemistä. (Tarnanen ym. 2015, viitattu 16.4.2015.)

Vaikeissa aorttavuodossa vasemman kammion tilavuuskuormitusta voidaan keventää verisuonia laajentavilla lääkkeillä eli vasodilattoreilla joko ennen leikkausta tai potilailla, joilla leikkaukseen on kontraindikaatioita. Edelleen on kuitenkin epäselvyyttä, voidaanko lääkityksellä vaikuttaa taudinkulkuun ja viivästyttää tarvetta läppäleikkaukseen sekä onko pitkäaikaisesta vasodilattorihoidosta hyötyä vaikeassa aorttavuodossa. Beetasalpaajien ja sartaanien on osoitettu hidastavan aorttan tyven laajenemista. (Airaksinen 2014a, viitattu 10.2.2015.) Lääkehoidolla ei ole vaikutusta mitraalivuodon etenemiseen, mutta vasodilattorihoidolla on mahdollista lievittää vuodon aiheuttamia oireita. (Airaksinen & Ikäheimo 2008, 824–825; Syväne 2014b, viitattu 28.3.2015)

Sepelvaltimotaudin lääkehoidon lähtökohtana on huolellinen diagnosointi sekä rintakipujen oikean syyn löytäminen. Lääkehoidon tavoitteena on angina pectoriksen eli rintakipukohtauksen ehkäisy tai sen lievittäminen niin, ettei se rajoittaisi elämää. (Airaksinen 2008, 350) Myös suorituskyvyn ja taudin ennusteen parantaminen ovat keskeisiä tavoitteita (Ruskoaho 2014, viitattu 11.4.2015). Lääkehoito voidaan jakaa anti-iskeemiseen eli riskitekijöihin kohdennettuun hoitoon esimerkiksi verenpaineen ja kolesterolin hoitoon sekä itse sairauden ennusteen hoitoon. Lääkkeellinen hoito voidaan myös valita siten, että sillä on positiivinen vaikutus potilaan muihin mahdollisiin sairauksiin. (Airaksinen 2008, 351–358.)

Anti-iskeemisellä lääkehoidolla pyritään parantamaan tasapainoa sydämen hapensaannin ja tarpeen välillä (Ruskoaho 2014, viitattu 11.4.2015). Näistä lääkkeistä tärkeimmät ovat nitraatit, beetasalpaajat ja kalsiuminestäjät. Nitraatit pienentävät sydämen hapentarvetta ja seinämäkuormitusta perustuen vasodilataatioon. (Airaksinen 2008, 352.) Nitraattien avulla voidaan ehkäistä akuuttia rintakipua (Käypä hoito – suositus, 2014.) Niitä voidaan käyttää rintakivun yhteydessä joko kielenalustabletteina tai sumutteena, mutta usein toistuvissa rintakipukohtauksissa voidaan ehkäisyhoitona käyttää pitkävaikutteisia tabletteja. Beetasalpaajat ovat angina pectoriksen hoidon peruslääkkeitä yhdessä lyhytvaikutteisen nitraattihoidon kanssa ja ne vähentävät sydäninfarktin jälkeistä kuolemanvaaraa 25 % ja noin 30 % uuden infarktin vaaraa. (Airaksinen 2008, 353–355.) Niiden syke- ja verenpainetasoa madaltava vaikutus vähentää raskuudessa sydänlihaksen hapenkulutusta sekä helpottaa rintakipuoireita (Kervinen 2013, viitattu 12.4.2015). Kalsiuminestäjät vähentävät puolestaan kalsiumin virtausta solun sisälle ja sen vapautumista solun sisältä. Ne ovat kuitenkin osoitettu yhtä tehokkaiksi beetasalpaajien kanssa, joten kalsiuminestäjiä käytetäänkin yleensä vain niissä tapauksissa, joissa beetasalpaajat ovat tehottomia tai vasta-aihe. (Airaksinen 2008, 356.)

Sepelvaltimotaudin ennusteen hoidossa tärkeää on ateroskleroosin etenemisen ja sen komplikaatioiden ilmaantumisen hidastaminen. Ennusteeseen vaikuttavaa hoitoa voidaan pitää yhtä tärkeänä sekä pallolaajennus- ja ohitusleikkauspotilaiden että vain lääkehoitoa saavien potilaiden hoidossa. ASA- eli asetyyliisalisyyliihappolääkitys on tärkeä osa sepelvaltimotaudin hoitoa sen antitrombotisten vaikutusten vuoksi. Sen on todettu vähentävän sydänkuoleman ja – infarktin vaaraa noin kolmanneksen. (Airaksinen 2008, 351.) ASA-lääkitys vähentää trombosyyttien toisiinsa takertumista sekä äkillisiä sepelvaltimomuutoksia. Mikäli ASA-lääkkeet eivät sovi potilaalle, lääkehoitona voidaan käyttää klopidogreeliä. (Kervinen 2013, viitattu 12.4.2015) Statiinit vähentävät kolesterolin lähtötasosta riippumatta sydän- ja verisuonikomplikaatioita. Niiden on myös havaittu vähentävän

vähitellen rintakipuja. (Airaksinen 2008, 351–352.) Tulehdusreaktioiden ja veren hyytymisen vähentämisen lisäksi statiinit vähentävät veren LDL-kolesterolipitoisuutta ja sen kertymistä verisuonten seinämiin (Kervinen 2013, viitattu 12.4.2015).

4.2.2 Sydänpotilaan leikkaushoito

Sydänleikkauksia on viime aikoina pyritty tekemään mini-invasiivilla eli vähemmän kajoavilla tekniikoilla. Tavoitteena on välttää rintalastan täydellinen avaaminen eli sternotomia, koska mini-invasiivisen leikkauksen jälkeen rintakehä on stabiilimpi, jolloin kipu ja hengityskomplikaatiot vähenevät. Myös leikkauksen jälkeinen verituotteiden tarve ja verenvuoto on vähäisempää sekä toipuminen on nopeampaa ja sairaalahoitoajat ovat lyhempiä. Lisäksi kosmeettinen haitta on pienempi. (Turpeinen, Taskinen & Rapola 2010, 2831.)

Läpän korjaaminen on usein mahdollista sekä aortta- että hiippaläppävuodossa. Korjaus edellyttää tarkkaa ruokatorven kautta tehtävää kaikukuvausta ja analysointia läppävuodon patologiasta. Korjausleikkauksen edellytyksenä on läppäpurjeiden kudosten tarpeeksi hyvä laatu. Mikäli purjeet ovat kalkkiutuneet tai tuhoutuneet esimerkiksi tulehduksen vuoksi, korjausleikkausta ei ole mahdollista tehdä. Aortta- ja mitraaliläpän ahtaumissa joudutaankin korjauksen sijaan asentamaan tekoläppä. (Turpeinen, Taskinen & Rapola 2010, 2829.)

Aorttaläpän korjausleikkaukset ovat viime vuosina yleistyneet ja pitkäaikaistulokset ovat olleet lupaavia. Parhaimmillaan uusintaleikkauksen tarve on kymmenen vuoden aikana ollut alle 5-10 %:a. Tärkeä osa onnistunutta korjausleikkausta on tunnistaa vuotomekanismi. Ennen leikkausta ruokatorven kautta tehdyssä ja leikkauksen aikana tehtävässä kaikukuvauksessa analysoidaan tarkasti läppäpurjeiden määrä, läppä rakenteet, purjeiden liikkuvuus sekä läppävuodon suunta ja määrä. Myös aortan tyvi eli anulus, aortan poukama eli valsalvan sinukset, sinotubulaarijunktio ja nousevan aortan tila arvioidaan. Tekoläppiin verrattuna läpän korjaamisella on selviä etuja, sillä anti-koagulaatiohoitoa ei tarvita, infektiokomplikaatiot ovat vähäisempiä ja hemolyyysiä esiintyy vain harvoin. Parhaimmassa tapauksessa korjatun läpän toiminta vastaa täysin terveen ja normaalin läpän toimintaa. (Turpeinen, Taskinen & Rapola 2010, 2829-2830.)

Kuitenkin kaikkien aorttaläpän vikojen hoidossa tavallisin leikkausmenetelmä on tekoläpän asentaminen vaurioituneen läpän tilalle. Aorttaläpän kirurgisessa hoidossa voidaan käyttää joko mekaanista tai biologista tekoläppää. Mekaaninen tekoläppä on yleisimmin tehty joko titaanista, erityiskestävästä hiilestä tai näiden kahden yhdistelmästä. Läpässä on sylinterinmuotoinen runkosa, jota ympäröi kiinnittämistä helpottava ompelurengas. Rungossa on läppä, joka toimii tavallisen aorttaläpän tapaan. Mallista riippuen läppä on joko kaksilehdykkäinen tai ns. kiekkoläppä, jossa rungon reiän keskellä oleva kiekko ohjaa veren virtausta. (Lepojärvi 2008, 835–838.) Ilman anti-koagulaatiolääkitystä mekaaninen läppä voi aiheuttaa hyytymiä, joten mekaanisen läpän asennuksen jälkeen verenohennuslääkkeiden käyttöä ei saa lopettaa (Waris, Lepojärvi, Toivonen, Ruuttila & Konttinen 2003, 7, viitattu 28.3.2015). Mekaanista tekoläppää käytetään erityisesti nuorilla ja keski-ikäisillä, kun taas yli 65–70-vuotiaiden hoidossa on yleisempää käyttää biologista läppää (Helske & Kupari 2011, 40, viitattu 28.3.2015; Lepojärvi 2008, 839.).

Biologiset läpät ovat biologista alkuperää olevia tekoläppiä, joiden valmistukseen on voitu käyttää muun muassa naudan tai sian perikardiumia tai aortan tyveä ja sen läppätaskuja (Waris ym. 2003, 12–14, viitattu 28.3.2015). Bioläpät ovat olleet käytössä Suomessa jo vuodesta 1995, ja ne voivat olla joko stentillisiä tai stentittömiä. Stentillinen bioläppä on biologinen läppä, joka on kiinni pääosin muovista ja metallilangasta tehdyssä stentissä. Biomateriaalien degeneraatiota eli rappeutumista on pyritty estämään biomateriaalien uudenaikaisilla käsittelymenetelmillä sekä tukirakenteiden kehitystyöllä. Näin onkin saatu aikaan kestävämpiä lopputuloksia. (Lepojärvi 2008, 838–839.) Stentittömässä läpässä ei ole tekomateriaaleista tehtyjä tukirakenteita, jonka vuoksi antikoagulanttihoitoa ei tarvita kuin 2-3 kuukautta leikkauksen jälkeen (Syväne 2014d, viitattu 28.3.2015). Sen asennus on kuitenkin vaativampi ja pitkäkestoisempi toimenpide verrattuna mekaaniseen tai stentilliseen tekoläppään. Vuoden 2000 jälkeen bioläppien osuus länsimaissa tehdyistä aorttaläppäleikkauksista on ollut noin 50%. (Lepojärvi 2008, 838.)

Mitraaliläpän vuodon hoitona käytetään yleensä läppäleikkausta. Oireeton potilas voidaan leikata, kun vasen kammio on laajentunut (kun supistusvaiheen läpimitta on vähintään 45mm) tai kun supistusvoima alkaa heiketä. Myös eteisvärinätaipumus ja korkea keuhkovaltimopaine tai tietyt rakenteelliset läppäviat voivat olla syitä oireettoman mitraaliläpän vuodon leikkaushoitoon. Yleisimmin läppäleikkaus tehdään, kun läppävikaan liittyviä oireita alkaa esiintyä. (Syväne 2014d, viitattu 28.3.2015)

Mitraaliläppäleikkauksessa läppä korjataan, mikäli se on mahdollista. Plastia onkin ensisijainen vaihtoehto mitraaliläpän korjaukseen. (Syväne 2014d, viitattu 28.3.2015; Lepojärvi 2008, 843; Hippeläinen 2014, viitattu 28.3.2015.) Mikäli korjausleikkaus ei ole mahdollinen, voidaan vanhan läpän tilalle asentaa biologinen tai mekaaninen tekoläppä. Myös venynyttä läppäaukkoa voidaan pienentää annuloplastian eli tukirenkaan avulla. (Syväne 2014d, viitattu 28.3.2015) Suomessa plastian osuus oli vuonna 2008 noin 60-70% kaikista mitraalivuodon vuoksi tehtävistä leikkauksista. Korjausleikkaus on sekä taloudellisesti että elämänlaadun kannalta suotuisampi leikkaushoito. Myös suurempi eloonjäämistodennäköisyys (eloonjäämisosuus (6-8 vuotta) 87-89%), vähäisemmät komplikaatiot ja sydämen vasemman puolen parempi systolinen toiminta ovat aiheita mitraaliläpän korjausleikkaukselle. (Lepojärvi 2008, 843-846.)

Tutkimusten mukaan Suomessa vuosina 1994–2011 sepelvaltimo-ohitusleikkausten määrä on vähentynyt puolella, kun taas PCI-toimenpiteiden eli koronaariangioplastian (pallolaajennus) määrä on viisinkertaistunut. Kuitenkin taas sepelvaltimotaudin kajoavan hoidon piirissä potilaiden määrä vuodesta 1994 vuoteen 2011 on kasvanut. Vuosina 2012 ja 2013 päivitettyjen hoitosuosituksen (sekä eurooppalaisten että yhdysvaltalaisien) mukaan ohitusleikkaus on yleensä parempi vaihtoehto kuin PCI-toimenpide, kun kyseessä on kolmen suonen sepelvaltimotauti tai vasemman sepelvaltimon päärungon ahtauma. HYKS:n sydän- ja keuhkokeskuksessa vuonna 2010 sepelvaltimoiden ohitusleikkausten määrä on lähtenyt uudelleen kasvuun. Myös yhdistelmäleikkausten, rekonstruktivisen läppäkirurgian ja läppäleikkausten määrä on kasvussa. (Raivio & Vento 2014, 2686.) Viiden vuoden seuranta-aikana hoidetuista yli 80-vuotiaista on todennäköisemmin elossa ohitusleikatut potilaan kuin ne, joiden hoitona on käytetty pallolaajennusta (Gunn 2014, 4).

Kaikkiin yli millimetrin läpimitaltaan oleviin sepelvaltimohaaroihin, joissa ahtauma kaventaa läpimitä yli puolet, verenkierto pyritään palauttamaan ohitussiirteellä. Useimmiten ohituksia tarvitaan 3-5. Ohitusleikkauksissa siirresuonena käytetyimpiä ovat alaraajojen pintalaskimot (vena saphena magna ja parva), koska ne on helppo saavuttaa ja käsitellä. Valtimosiirteiden osuus on kuitenkin jatkuvasti kasvanut ja periaatteessa melkein joka kerta ohitusleikkaus voidaan tehdä valtimosiirrettä käyttäen. Yhtenäisestä pitkästä ihoviillosta tehtävä laskimonirrotus lisää postoperatiivisia haavakomplikaatioita esimerkiksi infektioita, verenpurkaumaa, jalan turvotusta ja haavan reunan kuoliota. Etenkin potilailla, joilla on diabeteksen tai ateroskleroosin aiheuttamia alaraajojen valtimoahtauksia, ylipainoa tai laskimoverenkierronhäiriötä, on riski haavakomplikaatioihin. Varsinkin näiden potilaiden kohdalla tulisi harkita endoskooppista laskimosiirteiden irrotusta muutamasta lyhyestä viilosta. Tämä ei ole kuitenkaan yleistynyt laajaan käyttöön, sillä se lisää leikkauksenkustannuksia. Mikäli

potilaalla on huono alaraajojen verenkierto, laskimon käyttöä ohitussiirteenä tulisi välttää. Valtimo-siirteistä parhaaksi on todettu rintakehän sisävaltimo (arteria mammaria interna eli arteria thoracica intrerna), koska ateroskleroosi tässä suonessa on todettu erittäin harvinaiseksi. (Lepojärvi & Werkkala 2008, viitattu 3.4.2015.)

Perinteinen sepelvaltimo-ohitusleikkaus (CCABG) tehdään rintalastan avauksen kautta. Tällä keinoin saadaan hyvä näkyvyys kaikkialle sydämeen, nousevaan aorttaan sekä rintavaltimoiden pre-parointiin. Täysin heparinisoitu potilas kytketään sydän-keuhkokoneeseen, kun siirteet on irrotettu. Aortta suljetaan estämään verentulo sepelvaltimoista ja sydän pysäytetään velttoon asystoleen. Sydän-keuhkokoneen käyttö lisää kuitenkin leikkauksen haittoja, joten sepelvaltimo-ohitusleikkaus ilman perfuusiota (OPCAB) on yleistynyt viime aikoina nopeasti. Ohitukset tehdään lyövään sydämeen hyödyntäen paikallista mekaanista stabilisointia liitoksenteokoalueella ja suurimmassa osassa tapauksista ohitus voidaan tehdä kaikkiin sepelvaltimoihin. Ohitusleikkaus voidaan tehdä myös torakotomiateitse, jolloin vältetään sternotomialta sekä sydän-keuhkokoneen käytöltä. Ohitus voidaan tehdä joko vasempaan tai oikeaan sepelvaltimeen. Uusin ohitusleikkausmenetelmä on täysin endoskooppinen leikkaus (ENDO-CAB tai TECAB), jossa siirre irrotetaan ja ohitusleikkaus tehdään tähytettynä. Erittäin kalliiden hintojen sekä teknisten vaikeuksien vuoksi TECAB ei ole tullut yleiseen käyttöön sepelvaltimokirurgiassa. Niin sanottua robottikirurgiaa eli tietokoneavusteista kirurgiaa on sovellettu ensisijaisesti läppäleikkauksiin muutamissa harvoissa suurissa keskuksissa. (Lepojärvi & Werkkala 2008, viitattu 3.4.2015.)

4.3 Sydänleikkauspotilaan hoitoprosessi

Leikkauspotilaan hoitoprosessi alkaa taudin toteamisesta. Potilaille suunnitellaan hoito aina yksilöllisesti. Potilaan hoitomuotoja ovat elintapahoito, lääkehoito ja leikkaushoito. Hoitoprosessi eli hoitoketju takaa potilaan hoidon sujuvuuden ja laadukkuuden tarkoituksenmukaiseksi potilaan kannalta (Holmberg-Marttila ym. 2013, 4, viitattu 26.1.2015).

Rintakipuisen potilaan perustutkimus on lepo-EKG, laboratoriotutkimukset (muun muassa paastoverensokeri, kreatiniini, lipidiprofiili sekä pieni verenkuvakuva), thorax-kuvaukset sekä ultraäänitutkimus. Mikäli näiden tutkimusten perusteella voidaan epäillä sepelvaltimotautia, potilaalle tehdään rasitus-EKG

-tutkimus. Myös sydänlihaksen perfuusion gammakuvaus, rasisuskaikukardiografia, sepelvaltimoiden tietokonekerroskuvaus sekä sepelvaltimoiden diagnostinen varjoainekuvaus eli angiografia voivat olla osana sepelvaltimotaudin diagnosointia. (Kettunen ym. 2008, 342–347.)

Mitraaliläpän vuoto, sen vaikeusaste sekä todennäköinen aiheuttaja voidaan todeta ultraäänitutkimuksella. Kroonisessa, merkittävässä vuodossa vasen eteinen ja kammio ovat suurentuneet ja keuhkoissa voi näkyä verentungoksen merkkejä sekä thorax-kuvasta voidaan diagnosoida keuhkopöhö. (Airaksinen & Ikaheimo 2008, 820–823.) Lievässä vuodossa kliininen kontrolli riittää noin kahden vuoden välein, mikäli oireet eivät pahene eikä tutkimuksissa huomata muutoksia. Kohtalaisessa vuodossa kliinisessä kontrollissa on tarpeellista käydä vuosittain sekä ultraäänitutkimuksessa noin 1-2 vuoden välein. Vaikeaa, oireetonta vuotoa kontrolloidaan 6-12 kuukauden välein, samalla seurataan tarkasti suorituskykyä, vasemman kammion pumppaustoimintaa ja keuhkovaltimopainetta sekä harkitaan mahdollista leikkausta. (Airaksinen & Ikaheimo 2008, 824–825.)

Sydämen kuuntelu on ensimmäinen tutkimus epäiltäessä mitraalistennoosia. Tällöin todetaan yleensä ensimmäisen sydänäänien korostuminen. (Airaksinen 2014b, viitattu 25.2.2015.) Sivuääni ei kuitenkaan ole helppo havaita johtuen mitraalistennoosin harvinaisuudesta Suomessa. Tämän vuoksi sairauden diagnosointi ja sen vaikeusasteen määrittely perustuvat yleensä ultraäänitutkimukseen. (Syväne 2014b, viitattu 25.2.2015.) EKG:n avulla voidaan todeta kaksikyttyräinen pitkä P-aalto (Airaksinen 2014b, viitattu 25.2.2015). Aorttavuodon arvioinnissa sydämen ultraäänitutkimus on ensisijainen menetelmä (Kaartinen & Ihlberg 2010, 10).

4.3.1 Potilaan preoperatiivinen käynti

Potilas käy ennen leikkauspäivää preoperatiivisella käynnillä leiko-yksikössä. Preoperatiivisen käyntijärjestelmän on todettu tehostavan leikkaustoimintaa sekä vähentävän komplikaatioita ja kustannuksia ja parantavan hoidon laatua. Monisairas, iäkäs potilas hyötyy kaikista eniten preoperatiivisesta käyntijärjestelmästä. (Kuusiniemi, Haapaoja, Pihlajamäki & Virolainen 2009, 231.) Potilaan anestesiakelpoisuuden määrittäminen on tarpeellista edelleen ennen toimenpidettä, mutta sekin on mahdollinen hoitaa pre-poliklinikalla (Keränen 2006, 1413). Ennen elektiivistä eli suunniteltua leikkausta sydänpotilaat tutkitaan huolellisesti. Kliinisen tutkimuksen, potilaan haastattelun ja laboratoriotulosten perusteella pyritään valitsemaan sopivin anestesiamenetelmä leikkaukseen menevälle potilaalle. Ennen leikkausta tärkeitä huomioitavia asioita ovat muun muassa rintakivun

esiintyminen, aiemmin sairastettu sydäninfarkti, pallolaajennus tai ohitusleikkaus, hengenahdistus, rytmihäiriöt, neurologiset oireet sekä potilaan nykyinen lääkitys ja sen vaikuttavuus. 12-kytkentäinen EKG kuuluu perustutkimuksiin, sillä preoperatiivinen EKG toimii vertailukohtana leikkauksen-aikaiselle EKG:n rekisteröinnille. (Hynninen 2010, 22.)

Potilaat käyvät ennen elektiivistä leikkausta pre-poliklinikalla. Prepoliklinikalla potilaat haastatellaan sekä valmistellaan tulevaan leikkaukseen. Oulun yliopistollisessa sairaalassa useimmat prepoliklinikat sijaitsevat leiko-osastolla. Leiko tarkoittaa leikkaukseen kotoa osastoa. Potilaat tulevat leiko-osastolle toimenpideaamuna, jossa heidät valmistellaan leikkaukseen ja heidät saatetaan leikkauksaliiniin. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015b, viitattu 16.3.2015.) Tällöin leikkauksen esivalmistelut suoritetaan kotona ohjeiden mukaan. Potilas päätyy siis vuodeosastolle ensikertaa vasta leikkauksen jälkeen. Kokemusten mukaan potilaat ovat olleet tyytyväisiä tähän toimintaan. (Keränen 2006, 1412.) Kotona tehtäviin esivalmisteluihin kuuluu mm. peseytyminen edellisenä iltana, ravinnotta olo klo 24 jälkeen ja tupakoimattomuus klo 24 jälkeen, jotta keuhkojen hapenotto kyky olisi parempi ja limaneritys vähäisempää. Jotkut potilaat saavat leiko-osastolta preoperatiivisen haastattelun yhteydessä mukaansa täydennysravintovalmisteen ja heidät ohjeistetaan yksilöllisesti, milloin juoman voi juoda. Potilas voi juoda 1-2 dl kirkkaita nesteitä 2 tuntia ennen leikkaukseen menoa ja aamulääkkeet voi ottaa osaston ohjeiden mukaan. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015a, viitattu 24.5.2015.)

4.3.2 Potilaan postoperatiivinen hoito ja kotiutus

Potilaan postoperatiivisten ongelmien ennakointi alkaa hyvästä potilasinformaatiosta sekä oikeasta leikkauksindikaatiosta (Kuusiniemi ym. 2009, 231). Sydänkirurginen potilas siirtyy leikkauksaliseen hoitoon teho-osastolle, jossa potilas on jatkuvassa monitorivalvonnassa. Oulun yliopistollisessa sairaalassa potilaat siirtyvät teho-osastolle 1-2 päiväksi (PPSHP 2015, 16-17, viitattu 10.4.2015). Muun muassa potilaan elintoimintoja, laboratoriotuloksia sekä dreenuotoa tarkkaillaan valvonnassa. Potilas siirtyy teho-hoidosta vuodeosaston valvontahuoneeseen, kun hänen kuntosensa on tarpeeksi hyvä. Vuodeosastokuntoisuuden kriteereitä ovat mm. hemodynamiikan vakaus, sinusrytmi tai taloudellinen eteisvärinä, ei merkkejä sydänlihaskemiasta tai perioperatiivisesta myokardiumvauriosta (sydänlihaskemiasta), hengittäminen on helppoa ja kaasujen vaihto on kunnossa, kipu on hallinnassa myös fysioterapian aikana, ei voimakasta pahoinvointia, neurologia on

kunnossa, ei vuotoa ja diureesi on käynnissä. (Suojaranta-Ylinen 2010, 46-47.) Oulun yliopistollisessa sairaalassa potilaat siirtyvät sydän-, rintaelin- ja verisuonikirurgisen osaston valvontahuoneeseen 1-2 päiväksi, jonka jälkeen he siirtyvät vuodeosastolle. Potilaat ovat osastolla noin viikon leikkauksen jälkeen ennen siirtymistä jatkohoitoon oman paikkakunnan aluesairaaloihin tai terveyskeskuksiin. Lähikunnista ja Oulusta tulevat potilaat hoidetaan kotiutusvaiheeseen asti sydän-, rintaelin- ja verisuonikirurgisella osastolla. (PPSHP 2015, 16-17, viitattu 10.4.2015)

Suuri osa potilaista toipuu leikkauksen jälkeen ongelmitta ja akuutti kipu helpottaa muutamassa viikossa vaikeuttamatta yöunta ja päivittäistä elämää (Tiippana 2015, 48). Kuitenkin n. 40 %:a leikkauspotilaista kärsii pitkäaikaisesta kivusta leikkausalueella ja sitä esiintyy etenkin rintakehän avausleikkausten jälkeen. Kivun taustalla voi olla esimerkiksi leikkauksesta aiheutunut hermovaurio, leikkausta edeltäneen kivun jatkuminen tai leikkaukseen liittymätön kipu kuten liikkumisen tai toimintahäiriön pelon myötävaikutuksesta aiheutunut kipu. (Hagelberg & Haanpää 2015, 250.) Tutkimusten mukaan sydämen ohitusleikkauksen jälkeen kroonista kipua esiintyy 30-50 %:lla potilaista 3-12 kuukauden kuluttua leikkauksesta ja torakotomian eli rintakehän avauksen jälkeen esiintyvyys oli 5-65 %:a (Tiippana 2015, 49). Hyvä kivun hoito voidaan aloittaa jo preoperatiivisessa vaiheessa, mutta sen merkitys korostuu etenkin postoperatiivisessa vaiheessa.

Postoperatiiviset infektiot aiheuttavat merkittävää kuolleisuutta. Infektioiden torjumiseksi aloitetaan usein mikrobilääkeprofylaksia. Joka kuudes kaikista hoitoon liittyvistä infektioista on leikkausalueen infektio, joka on yleisin kirurgian aiheuttama vakava haitta. Mikrobilääkeprofylaksialla pyritään estämään leikkausalueen ja -haavan infektioiden syntyminen. Mikrobilääkkeiden käyttö kirurgiassa infektioiden ehkäisyssä perustuu käytännön kokemuksen tuomaan tietoon pikemminkin kuin vahvaan tieteelliseen tietoon. Avosydänkirurgiassa mikrobilääkeprofylaksia on todettu tärkeäksi, koska seuraukset infektiosta voivat olla vakavat. Suomalaisen kyselytutkimuksen mukaan kaikki vastaanotet sairaalat käyttävät mikrobilääkeprofylaksiaa sepelvaltimo- ja läppäleikkauksissa. (Rantala & Lumio 2012, 1151-1156.) Infektion merkkejä leikkaushaavassa tai -alueella leikkauksen jälkeen on tarkkailtava huolellisesti.

Potilaan kotiutusvaihe erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon tai kotiin on tärkeä osa hoidon kokonaisuutta. Potilaan hoito ei pääty sairaalaan vaan se usein jatkuu jatkohoitopaikassa tai kotona esimerkiksi kotisairaanhoidon turvin. Kotiuttamisen tavoitteena on varmistaa potilaan turvallinen ja ammattitaitoinen jatkohoito. Kotiuttaminen on mahdollista, kun potilaan kokonaistilanne on riittävän hyvä, jotta erikoissairaanhoidosta voidaan siirtyä jatkohoitoon terveyskeskukseen, aluesairaalaan

tai kotiin. (Fonsén 2010, 22.) Potilasohjauksen tärkeys korostuu varsinkin kotiutusvaiheessa (Kähkönen, Kankkunen & Saaranen 2012, 207).

4.4 Potilasohjaus sydänleikkauspotilaan hoitotyössä

Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on lain mukaan oikeus laadultaan hyvään ja turvalliseen hoitoon ja potilasohjaukseen. Potilaalla on oikeus saada selvitys terveydentilastaan sekä potilaalle tulee antaa hänen hoitoansa koskevat tiedot ja vaihtoehdot niin kuin ne ovat. Asiat on esitettävä potilaalle ymmärrettävällä tavalla. Potilasta on hoidettava syrjimättä niin kuin hänen terveydentilansa vaatii. Potilaalle tulee ilmoittaa hoidon ajankohta. Potilailla on myös oikeus kiireelliseen hoitoon, mikäli hänen terveytensä tai henkensä on uhattuna. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785) Sydänleikkauspotilasta tulee ohjata jokaisessa hoitoprosessin vaiheessa.

Tutkimusten mukaan potilaat ovat vaihtelevasti tyytyväisiä saatuun ohjaukseen ja välitettyyn tietoon. Osa potilaista on tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen ja osa taas pitää tiedonsaantia riittämättömänä tai tietoa vaikeasti ymmärrettävänä. Potilaat kokivat saaneensa eniten ohjausta biologis-fysiologisesta alueesta (fyysiset tuntemukset ja oireet, kipu, väsymys, pahoinvointi, tutkimukset ja hoito), mutta potilaat kaipasivat tietoa myös muun muassa sairaudesta, lääkehoidosta ja toiminnalliselta alueelta (toiminnot, harjoitukset ja toiminnalliset rajoitukset) sekä erityisesti tietoa kaivattiin sairauden ja hoidon vaikutuksesta elämään, kotona tapahtuvasta hoidosta ja siitä, mitä kotona voi tehdä. (Heikkinen, Johansson, Leino-Kilpi, Rankinen, Virtanen & Salanterä 2006, 121-126.) Muita potilasohjauksen alueita ovat kokemuksellinen alue (tyytyväisyys, ahdistus), sosiaalis-yhteisöllinen alue (huolenpito, tuki), taloudellinen alue (kustannukset, sosiaaliturva) ja eettinen alue (potilaan oikeudet, autonomia, eettiset periaatteet) (Heikkinen ym. 2006, 121; Lipponen 2014, 35).

Potilasohjauksen tarve lisääntyy nykyisin, sillä hoitoajat lyhenevät ja ohjaus on toteutettava lyhemässä ajassa. Potilasohjaus onkin hoitotyön yksi keskeinen auttamiskeino ja sen kehittäminen on tärkeää. Lipposen (2014, 17) mukaan potilasohjauksella halutaan lisätä potilaan tietoa ja ymmärrystä sekä itsenäistä, faktatietoon perustuvaa päätöksen tekoa. Lisäksi ohjauksella pyritään edistämään potilaan aloitteellisuutta ja kykyä parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Tavoitteena on tukea potilaan voimaantumista (empowerment). Tällöin potilas aktivoituu, motivoituu ja kokemus

hallinnan tunteesta kehittyä sekä mahdollisuus hoitoon vaikuttamisesta lisääntyy. (Lipponen 2014, 17.)

Hoitohenkilöstöltä edellytetään ammatillista vastuuta ylläpitää sekä kehittää ohjaustaitojaan, edistää potilaan terveyteen vaikuttavia valintoja ja turvata riittävä ohjauksen määrä potilaalle. Ohjaus lähtee aina potilaan tarpeista ja vuorovaikutuksessa hoitohenkilöstön ja potilaan välillä on keskeistä tukea potilasta tavoitteellisuuteen ja aktiivisuuteen. Ohjauksen keskeinen tekijä on antaa riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta ja vahvistaa potilaan hallinnan tunnetta pärjätä sairautensa kanssa sekä tunnetta, että pystyy itse vaikuttamaan oireisiin. Ne potilaat, joilla on vahva hallinnan tunne, kokevat elämänlaatunsa paremmaksi kuin ne, joilla ei ole taitoa tai tietoa sopeutua sairauteensa. (Lipponen 2014, 17-18.)

Laadukas potilasohjaus vaatii toiminnan kannalta tarpeellisia resursseja materiaalin, tilojen ja hoitohenkilöstön osalta. Ohjauksen kannalta on tärkeää, että hoitohenkilöstön ammattitaito on riittävä ohjauksen sisällöstä. Ohjaajalta edellytetään ammatillista vastuuta eli tietoa ohjausmenetelmistä ja taitoa ohjata sekä olla vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Monipuolisten ohjausmenetelmien hallinta lisää ohjauksen vaikuttavuutta. Erilaisia ohjausmenetelmiä on muun muassa suullinen ohjaus, kirjallinen ohjaus, yksilöllinen ohjaus, ryhmäohjaus, demonstraatio ja audiovisuaalinen ohjaus. (Lipponen 2014, 18-19.) Suullisen ohjauksen lisäksi on aina hyvä antaa kirjallista materiaalia, josta asioita voi kerrata (Kähkönen ym. 2012, 207).

Potilaan ohjausta toteuttavien asiantuntijoiden sekä leikkauspotilaiden mukaan potilasohjaus on tarpeellista monesta syystä. Ohjaus ennen leikkausta ja sen jälkeen vähentää potilaan kokemaa jännitystä ja pelkoa sekä edistää toipumista leikkauksesta. Lisäksi ohjauksella lisätään potilaan sitoutumista hoitopäätöksiin ja leikkaukseen sekä se mahdollistaa potilasta ymmärtämään hoitoon vaikuttavia tekijöitä. Potilasohjaus lisää potilaan itseohjautuvuutta. Leikkauspotilaiden ohjauksen on todettu lievittävän potilaiden kokemaa ahdistuneisuutta tekemällä vieraista asioista tutumpia. Tutuksi tekemisen voi saavuttaa antamalla potilaalle mahdollisuuden tavata henkilökuntaa, joka osallistuu hänen hoitoonsa, lisäämällä potilaalle ymmärrystä kokemuksista, joita potilaat tavallisesti kohtaavat leikkauksen aikana ja sen jälkeen sekä tutustuttamalla potilaat ympäristöön, jonka he kohtaavat sairaalassa. Potilasohjauksessa käytettävien Internet – pohjaisten audiovisuaalisten menetelmien ja videoiden käyttö potilasohjauksessa on vaikuttanut merkittävästi potilastyytyväisyyteen ja ne ovat johtaneet parempaan ymmärrykseen tulevasta toimenpiteestä. (Saarela 2013, 10-11.)

Tutkimusten mukaan sydänkuntoutus on vaikuttavaa, sillä se parantaa potilaan vointia ja ehkäisee uusien sydäntapahtumien syntyä sekä vähentää sydänkuolleisuutta. Lisäksi se on kustannustehokasta ja näyttöön perustuvaa toimintaa. Sydänpotilaan ohjauksessa tulee huomioida naisten ja miesten erilaiset ohjaustarpeet, yksin elävien ja ikääntyneiden potilaiden pysyminen ohjauksen parissa sekä läheisten huomioiminen. Sukupuolen huomioiminen on tärkeää, sillä naiset kaipaavat ohjausta määrällisesti enemmän ja he kaipaavat sisältöön henkistä tukea ja ohjausta arjesta selviytymiseen. Naiset kokevat myös miehiä enemmän väsymystä, masennusta, unihäiriöitä ja kipuja. Miehiä huolettaa usein enemmän taloudellisiin asioihin ja seksuaalisuuteen liittyvät aiheet. (Kähkönen ym. 2012, 202-207.)

Sairauden akuutissa vaiheessa potilaat saavat liikaa tietoa ja tiedon ymmärtäminen ja omaksuminen voi olla haasteellista. Akuuttivaiheessa ohjauksen tulee keskittyä rauhoittavaan ja selviytymistä tukevaan tietoon. Ohjaus sairauden vaaratekijöistä on hyvä ajoittaa hetkeen, kun sairauden aiheuttama kriisivaihe on helpottanut. Ohjaus ennen ohitusleikkausta tulee olla realistinen tiedollinen ohjaus, jossa keskitytään leikkaukseen toimenpiteenä, jatkohoitoon ja tavallisimpiin fyysisiin ongelmiin ja toipilasvaiheen tapahtumiin. Ohjauksen painopisteen tulisi olla sairaalavaiheen jälkeen, koska kotitutumisvaiheessa potilas tarvitsee arjessa selviytymistä tukevaa tietoa. (Kähkönen ym. 2012, 202-207.)

Elämäntapaohjauksella on suuri merkitys potilaan toimintakykyyn leikkauksen jälkeen, sillä esimerkiksi suomalaisessa tutkimuksessa sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden toimintakykyä tutkittiin yhdeksän vuotta ohitusleikkauksen jälkeen ja tutkimuksessa todettiin, että liikunnalla oli merkittävä yhteys fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Ikä vaikutti potilaiden liikkumiseen sillä nuoret potilaat liikkuvat iäkkäämpiä potilaita säännöllisemmin. (Lindberg & Koivula 2009, 190.)

5 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

Projektimme päätehtävät olivat käynnistysvaihe, suunnitteluvaihe, toteutusvaihe ja päätös vaihe. Vaiheistimme projektimme viiteen eri vaiheeseen. Jokaiseen vaiheeseen kuului tavoite ja tulos. Työskentelimme yhdessä jokaisen vaiheen toteutumiseksi ja jaoinme tehtäviä projektiryhmämme kesken. Esittelemme tässä kappaleessa projektimme toteutumisen eri vaiheiden avulla.

5.1 Aiheeseen perehtyminen

Aloitimme opinnäytetyöprojektimme tammikuussa 2015. Mietimme opinnäytetyömme aihetta ja löysimme operatiivisen tulosalueen potilasohjausta koskevan DVD-aiheen Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Internet-sivujen opinnäytetöitä koskevasta aihepankista. Otimme yhteyttä tulosalueen koordinaattoreihin, jotka ohjasivat meidät ottamaan yhteyttä sydän-, rintaelin- ja verisuonikirurgisen osaston osastonhoitajaan. Aihe vahvistui ”Sydänleikkauspotilaan hoitoprosessi – potilasohjaus-DVD:n laatiminen”. Tämän jälkeen sovimme osastolle ensimmäisen ideointipalaverin.

Yhdessä projektin tilaajan kanssa rajasimme aiheen koskemaan läppäleikkauksia sekä ohitusleikkausta, koska ne ovat yleisimmät sydänkirurgiset toimenpiteet Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Sydänleikkauspotilaan hoitoprosessista oli olemassa jo aiemmin tehty potilasohjaus-DVD, mutta se sisälsi vanhentunutta tietoa, ja hoitoprosessi oli muuttunut vuosien saatossa. Hoitoprosessiin haluttiin päivittää mukaan leiko-osaston toiminta, joka on nykyään varsin yleinen malli elektiivisissä leikkauksissa.

Aloitimme tietoperustan kirjoittamisen heti helmikuussa 2015. Ideoimme alustavasti tietoperustaan tulevia aiheita ja jaoinme aiheita projektiryhmämme kesken. Tiedonkeruun aloitimme koskien sydänsairauksia ja niiden erilaisia hoitomuotoja. Hoitomuodoista keskityimme eniten leikkaushoittoon. Haimme tietoa myös hoitoprosesseista ja etenkin sydänpotilaan elektiivisestä leikkausprosessista. Tietoperustaa kirjoittaessa monet aiheet myös hieman laajenivat teoretiedon ymmärryksen myötä. Välillä olikin haasteellista rajata aiheita suppeammaksi esimerkiksi sydänsairauksien hoitomuotojen lääkehoidon osalta. Keskityimme tietoperustassa myös teoretietoon potilasohjauksesta sekä käsikirjoituksen laatimisesta. Käytimme tietoperustassa laajasti eri lähteitä ja pyrimme aina valitsemaan tuoreimmat lähdemateriaalit. Työskentelyn aikana kävimme työpajatunneilla, jossa saimme

tarpeen mukaan ohjausta ja palautetta ohjaavalta opettajalta. Tietoperustan saimme hyväksytyksi toukokuussa 2015.

5.2 Videon suunnittelu

Projektin eli potilasohjausvideon toteutusta varten oli laadittava projektisuunnitelma. Aloitimme projektisuunnitelman kirjoittamisen huhtikuussa 2015, kun tietoperusta oli melkein kirjoitettu valmiiksi. Projektisuunnitelman laatimiseen ja siinä huomioitaviin asioihin saimme ohjauksen ohjaavalta opettajalta Tuula Nissiseltä. Projektisuunnitelman tuli sisältää tiivistetyn tietoperustan lisäksi projektin tavoitteet, projektiorganisaation määrittämisen, projektin työvaiheet ja sopimukset, projektiresurssit, riskianalyysin sekä ohjaus-, viestintä- ja markkinointisuunnitelman. Projektisuunnitelman sisältöön saimme ohjausta ja palautetta myös tilaajan taholta.

Suunnitelman aloitimme tietoperustan tiivistämisellä, jolloin jouduimme pohtimaan, mikä on oleellisin teoretieto aiheen kannalta. Tämän jälkeen aloimme määrittään projektin tavoitteita ja projektiorganisaatiota, jotka on esitelty kappaleissa 2 ja 3. Laadimme projektillämme työvaiheet ja niiden aikataulut. Selvitimme projektissamme tarvittavat sopimukset yhdessä ohjaavan opettajan ja tilaajan kanssa. Tarvittavat sopimukset olivat aiesuunnitelma, yhteistyösopimus, tekijänoikeussopimus sekä tutkimuslupahakemus. Aiesuunnitelman allekirjoitimme kesäkuussa 2015 yhdessä projektin tilaajan ja asettajan kanssa. Yhteistyösopimuksen allekirjoitimme maaliskuussa 2016 yhdessä projektin tilaajan ja asettajan kanssa. Laskimme projektille budjettisuunnitelman, vaikka tässä opinäytetyössä raha ei vaihtanut oikeasti omistajaa. Kartoitimme suunnitelmaan lisäksi projektin mahdolliset riskit ja laadimme toimintasuunnitelman niiden varalle. Pidimme projektisuunnitelmaa koskevia palavereita projektiorganisaation eri tahojen kanssa eri vaiheissa suunnitelman edetessä. Esitimme projektisuunnitelman toukokuussa 2015 opinäytetyökurssin muille opiskelijoille ja ohjaavalle opettajalle. Suunnitelmamme hyväksyttiin toukokuussa 2015 ilman käsikirjoitusta ja lopullisesti käsikirjoituksen kanssa helmikuussa 2016. Suunnitelmaan tehtiin vielä muutoksia tammi-helmikuussa 2016. Tilaaja halusi, että video julkaistaan myös Internetissä, joten huomioimme tähän liittyvät muutokset myös suunnitelmassa.

Katsoimme aiempiin hoitokäytänteisiin perustuvan videon ja ideoimme yhdessä tilaajan kanssa, millainen uusi video tulisi olemaan. Videosta haluttiin samankaltainen eli tarina potilaasta, joka käy läpi sydänleikkauspotilaan hoitoprosessin Oulun yliopistollisessa sairaalassa leikkauspäätöksestä

aina kotiutumiseen asti. Rajasimme aihetta vielä sen verran, että videon esimerkkipotilas käy läpi sydämen ohitusleikkaustoimenpiteen.

5.3 Käsikirjoituksen laadinta

Visuaalisen ohjauksen tarkoituksena on tehdä toiminta näkyväksi. Visuaalisella ohjauksella voidaan lisätä informaatiota. (Mäkijärvi 2010, 25.) Potilasohjauksessa käytettävien Internet –pohjaisen audiovisuaalisten menetelmien ja videoiden käyttö potilasohjauksessa on vaikuttanut merkittävästi potilastyytyväisyyteen ja ne ovat johtaneet parempaan ymmärrykseen tulevasta toimenpiteestä. (Saarela 2013, 10-11.)

Käsikirjoitus on videon kivijalka, jonka mukaan rakentuvat videon muut osa-alueet. Hyvä video syntyy aina hyvästä käsikirjoituksesta, sillä käsikirjoitusvaiheessa sisältöä voidaan pohtia ja rajata. Huolella tehty käsikirjoitus ja suunnittelu nopeuttavatkin kuvauksia ja editointia, koska ongelmat ovat helpommin ratkaistavissa, mikäli ne on otettu huomioon aikaisemmin. (Aaltonen 1993, 11.)

Tärkeimpiä asioita ennen käsikirjoituksen laatimista ovat kokonaisuuden hahmottaminen, kommunikointi sekä työryhmän että tilaajan kanssa ja hyvä suunnittelu. Käsikirjoittajan on syytä hahmottaa se, mikä on videon keskeinen sisältö ja mikä on oleellista sisällyttää videoon. Myös tilaajan mielipidettä tulee kuunnella, sillä käsikirjoittajan ja tilaajan mielipiteet ja toiveet voivat erota toisistaan huomattavasti. Hyvä suunnittelu taas koostuu kuvausaikataulusta sekä kustannusarviosta. (Aaltonen 1993, 12.)

Videon laatiminen alkaa ideasta, josta muotoutuu käsikirjoitus. Käsikirjoituksen teko taas alkaa tiivistelmästä, synopsiksesta. Synopsikseen kuuluu muun muassa videon työnimi, pituus, tavoitteet, kohderyhmä, rakenne ja muoto sekä lyhyt tiivistelmä siitä, mitä videon tulisi sisältää. Tiivistelmän jälkeen laaditaan kohtausluettelo tai treatment. (Aaltonen 1993, 12-13, 39.) Treatment tarkoittaa perusteellisesti kirjoitettua, laajempaa tiivistelmää tapahtuman kulusta (Aaltonen 1993, 164.). Näiden vaiheiden jälkeen voidaan tehdä joko kuvakäsikirjoitus, ohjauksenkäsikirjoitus tai leikkauskäsikirjoitus. Tämän jälkeen alkaa kuvausvaihe, jonka tuotos yhdistetään leikkaus- ja editointivaiheessa yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. (Aaltonen 1993, 13.)

Hyvällä videolla ja käsikirjoituksella voidaan saada välitettyä viesti ihmiseltä ihmiselle. Tämän vuoksi kirjoittaessa on hyvä kuvitella tekevänsä tuotosta jollekin konkreettiselle henkilölle. Videon pituus riippuu sen sisällöstä, muodosta, käyttötarkoituksesta ja tavoitteesta. Yleensä informatiivisen videon pituus on kahdeksasta kahteentoista minuuttiin. Tarinan, johon sisältyy alku ja loppu, keston tulisi olla ainakin kuusi minuuttia. Videon tulisikin olla eheä kokonaisuus, johon ei voi lisätä tai josta ei voi poistaa mitään. (Aaltonen 1993, 17-18.)

Hyvä video saa katsojan kiinnostumaan, ja hän haluaa tietää ja nähdä lisää. Tästä syystä on tärkeää pitää katsojan mielenkiinto yllä eri keinoin. Näitä voivat olla esimerkiksi dialogi tai videon leikkaustapa. Hyvässä videossa on myös tietynlaista draamaa, johon kuuluu yleensä hyvin samaistuttava päähenkilö, jonka muutosta videossa seurataan. (Aaltonen 1993, 46–54.)

Käsikirjoituksen laatimiseen etsimme tietoa jo tietoperustan kirjoittamisvaiheessa. Videon suunnitteluvaiheessa tarkensimme sydänleikkauspotilaan hoitoprosessin kulkua Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Käsikirjoituksen laatimiseen valitsimme kuvakäsikirjoituksen kirjallisella selvityksellä, mitä missäkin kuvassa tapahtuu. Emme siis käyttäneet kuvia kohtausten kuvaamiseen vaan kirjallisen kuvauksen kuvan sisällöstä ja tapahtumista. Suunnittelimme käsikirjoituksen niin, että näyttelijöiden puheenvuorot eivät varsinaisesti kuulu videolla vaan kertoja kertoo jokaisessa kohtauksessa kuvan tapahtumat. Kertojan puheenvuoron ollessa lyhyempi kuin kuvan kesto, käytimme musiikkia ja osin näyttelijöiden puhetta, jotta videolle ei tulisi hiljaisia kohtauksia.

Käsikirjoituksen laatiminen tuotti aluksi hieman vaikeuksia ja projektiryhmän aikatauluongelmien vuoksi käsikirjoituksen laatiminen venyi suunniteltua aikataulua pidemmäksi. Aloitimme käsikirjoituksen laatimisen elokuussa 2015. Käsikirjoituksen raakaversio luotuamme saimme palautetta videolle haluttavista asioista hoitoprosessin eri vaiheissa videon tekemiseen osallistuneilta yksiköiltä OYS:sta. Teimmekin yhteistyötä käsikirjoituksen osalta leiko-osaston, sydän-, rintaelin- ja verisuonikirurgisen osaston, leikkausosaston, teho-osaston ja TV-studion kanssa. Käsikirjoitukseen suunniteltiin myös kahden eri lääkärin, Jari Satan ja Juha Koskenkarin, puheenvuorot. Lääkärit laativat puheenvuoronsa itse. Käsikirjoituksen hyväksyntä tuli saada jokaiselta osastolta. Käsikirjoitus hyväksyttiin helmikuussa 2016 ja allekirjoitimme tekijänoikeussopimuksen tilaajan kanssa. Kun käsikirjoitus oli valmis, haimme projektinaloitamislupaa maaliskuussa 2016. Saimme luvan aloittaa projektimme maaliskuussa 2016. Käsikirjoitus on liitteenä 2.

5.4 Kuvausten suunnittelu ja toteutus

Pidimme suunnittelupalaverin maaliskuun 2016 alussa koskien potilasohjausvideon kuvaamista. Olimme alustavasti sopineet Oulun yliopistollisen sairaalan TV-studion kuvaaja Marko Korhosen kanssa tulevasta kuvausaikataulusta ja tiedottaneet osastoja aikatauluista. Kuvaukset aiheuttivat aluksi hämmennystä joillakin osastoilla, vaikka jokaisen osaston kanssa oltiin oltu aikaisemmin yhteydessä koskien opinnäytetyöprojektiamme. Saimme kuitenkin palaverissa sovittua kuvausaikatauluista ja kuvausjärjestyksestä, jotta kuvaaminen ei häiritsisi minkään osaston normaalia toimintaa. Varasimme kuvauksiin kaksi päivää, jotta saisimme kaiken kuvattua.

Kuvausjärjestys suunniteltiin ensin seuraavanlaiseksi: leikkaussalin kohtaukset, teho-osaston kohtaukset, leiko-osaston kohtaukset, sydän-, rintaelin- ja verisuonikirurgisen osaston kohtaukset ja lopuksi videolla näkyvät muut kohtaukset. Ensimmäisenä kuvauspäivänä aloitimme suunnitelman mukaan ja saimme kuvattua leikkaussalin kohtaukset hyvissä ajoin. Kuvaajana toimivat TV-studion ammattilaiset, joten tehtävänäimme oli lähinnä ohjata kuvattavia henkilöitä ja kertoa, minkälaisia tilanteita haluamme kuvattavan. Siirryimme sen jälkeen teho-osastolle, joka olikin täynnä potilaita emmekä mahtuneet kuvaamaan sinne suunniteltuja kohtauksia. Saimme kuitenkin kuvattua teho-osaston lääkärin puheenvuoron. Tämän jälkeen menimme leiko-osastolle kuvaamaan, jossa saimmekin kuvattua kaikki suunnitellut kohtaukset paitsi fysioterapeutin tapaamisen pre-operatiivisella käynnillä. Sovelsimme kohtausta ja kuvasimme sen lopulta niin, että videolla tulee silti hyvin selväksi, että fysioterapeutin tapaaminen kuuluu osaksi hoitoprosessia. Leiko-osaston jälkeen siirryimme kuvaamaan sydän-, rintaelin- ja verisuonikirurgiselle osastolle, jossa saimme kuvattua kaiken paitsi valvontahuonekohtauksen, koska potilaspaikat olivat täynnä. Osastojen jälkeen kuvasimme kohtauksia, joissa potilas on saapumassa sairaalaan ja osastolle. Päivän lopulla kuvasimme vielä leikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen liittyviä ulkoilukohtauksia lähellä sairaalaa. Äänitimme kertojan osuudet ensimmäisen kuvauspäivän aikana.

Toisena kuvaspäivänä olimme sopineet, että teho-osastolta ilmoitetaan aamulla, onko potilaspaikkoja vapaana ja onko mahdollista tulla kuvaamaan. Aamulla saimme tiedon, että kuvaus onnistuu ennen puoltapäivää. Saimme myös tiedon, että sydän-, rintaelin- ja verisuonikirurgisen osaston valvontahuoneeseen pääsemme kuvaamaan aamupäivällä, koska siellä oli kaksi potilaspaikkaa tyhjänä. Päätimme mennä ensin kuvaamaan valvontahuoneeseen, jotta saisimme varmasti kuvattua kohtauksen videolle kyseisenä päivänä. Tämän jälkeen siirryimme teho-osastolle kuvaamaan,

jossa kuvasimmekin kaikista pisimpään eri osastoista, koska teho-osaston kohtaus videolla oli kes-
toltaan pisin. Kävimme kuvaamassa myös yhden ulkokohtauksen uudestaan, joka oli edellisenä
päivänä osin epäonnistunut kameran asetusten takia.

Videon loppuun suunnittelimme kuvia erilaisista terveellisistä ruoka-annoksista sekä potilasnäytte-
lijän kuntoutuksesta kotiutumisen jälkeen. Nämä kuvat lavastimme ja kuvasimme ensimmäisen
kuvauspäivän jälkeen ja toimitimme ne seuraavana päivänä TV-studion henkilökunnalle, jotta he
valitsevat parhaat kuvat videolle. Suunnittelimme lopuksi yhdessä, mitä kuvia videon lopussa näy-
tetään.

Videota kuvatessa lähes kaikki projektiin osallistuneet yhteistyökumppanit toimivat todella joust-
vasti ja yhteistyössä meidän kanssamme. Keräsimme kaikilta kuvattavilta luvan kuvan julkaisuun
Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin lupalomakkeella. Potilasnäyttelijä allekirjoitti myös potilaan
kuvauslupalomakkeen. Toinen videolla esiintynyt projektiryhmänjäsen allekirjoitti myös kuvauslu-
palomakkeen. Videolla esiintyi yksi potilasnäyttelijä, yksi projektiryhmän jäsen, Raisa Heikkilä, yk-
sitoista sairaanhoitajaa ja viisi lääkäriä eri osastoilta.

5.5 Videon viimeistely

Videolla on yksi kertoja, projektiryhmän jäsen Essi Lassila, sekä kahden lääkärin, Jari Satan ja
Juha Koskenkarin, puheenvuorot, jotka he lukivat itse. TV-studion henkilökunta alkoi työstämään
videon editointia heti kuvausten jälkeen. Olimme yhteyksissä TV-studion henkilökunnan kanssa
videon sisällöstä kuvausten jälkeen sähköpostitse. Videon ensimmäisen version saimme katsotta-
vaksi noin viikon kuluttua kuvauksista. Teimme korjausehdotuksia videolle muun muassa yhden
kohtauksen lyhentämisestä ja videon lopussa olevien ruokakuvien lisäämisestä. Korjaukset tehtiin
muutamassa päivässä.

TV-studion henkilökunnan ammattitaidon avulla meidän ei tarvinnut perehtyä videon leikkaukseen,
äänien ja kuvien yhdistämiseen eikä muuhunkaan videon käyttökuntoon saattamiseen liittyviin teh-
täviin. Esitimme videon toisen version OYS:n sydän-, rintaelin- ja verisuonikirurgisen osaston hen-
kilökunnalle. Saimme hyvän arvioinnin ja videon toiseen versioon oltiin todella tyytyväisiä eikä sii-
hen tullut enää muutoksia.

Videon julkaisemiseen liittyvät viralliset käytänteet tarkistettiin operatiivisen tulosalueen laatupäällikön toimesta ja videon julkaisun suhteen toimittiin voimassa olevan ohjeistuksen mukaan. Video julkaistiin suunnitellulla tavalla Internetissä. Linkki videon katsomiseen toimitetaan potilaille kutsukirjeen mukana. Video löytyy Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Internet-sivuilta kirurgian osikon alta videot-osiosta.

6 PROJEKTIN ARVIOINTI

Projektin työvaiheita tulee arvioida koko ajan. Ruuskan (2012, 235) mukaan projektin laatutoiminta on osa päivittäistä työskentelyä ja projektin laadusta vastaa koko projektiryhmä. Projektin aikana suunnitelmaan voi tulla muutoksia, jonka vuoksi projektin edistymistä on seurattava säännöllisesti (Pelín 2011, 135). Projektin päättyessä on projektille asetetut tavoitteet yleensä täyttyneet (Ruuska 2012, 19). Projektinarviointia voidaan suorittaa tavoitteiden mukaisesti.

Keskitymme projektin arvioinnissa arvioimaan omaa ja ryhmän toimintaa tavoitteiden pohjalta. Arvioimme myös videosta saadun palautteen sydän-, rintaelin- ja verisuonikirurgisen henkilökunnan arvioin pohjalta sekä arvioimme videota itsearviointina. Käytämme apuna arviointilomaketta, jonka olemme laatineet videon testiryhmälle (liite 3). Projektityöskentelyä arvioimme eri vaiheiden avulla huomioiden projektibudjetin ja riskienhallinnan tässä projektissa.

6.1 Videon itsearviointi tavoitteiden pohjalta

Projektimme tulostavoitteena oli tuottaa laadukas video, jossa kuvataan sydänleikkauspotilaan hoitoprosessin kulku Oulun yliopistollisessa sairaalassa mahdollisimman selkeästi. Onnistuimme tässä tavoitteessa hyvin, sillä potilasohjausvideosta tuli selkeä ja laadultaan hyvä. Olemme itse erittäin tyytyväisiä videon selkeyteen hoitoprosessin esittelyn kannalta. Tavoitteenamme oli myös tehdä tuote, joka vastaa tilaajamme kriteereitä ja tarpeita. Video vastasi tilaajan kriteereitä ja tarpeita myös erittäin hyvin.

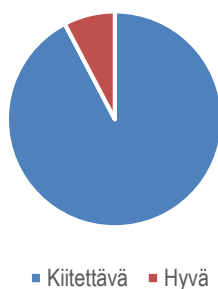
Projektimme laatutavoitteet olivat informatiivisuus, asiakaslähtöisyys ja selkokieliisyys, kuvanlaatu, äänenlaatu ja eettinen toiminta. Video on mielestämme todella informatiivinen, sillä puhutun tiedon lisäksi tietoa esitetään myös kirjallisesti videon edetessä, mikä helpottaa oleellisen asian huomioimista. Video on tehty ja toteutettu asiakaslähtöisesti ja potilaan tarinaan voi olla helppo samaistua. Videolla käytetään selkokieltä ja varsinaisia lääketieteen termejä esiintyy vain vähän. Olimme myös kuvan- ja äänenlaatuun tyytyväisiä. Jotkut kohtaukset ovat hieman pimeämpiä kuin toiset, joten joihinkin kohtauksiin olisi voinut yrittää lisätä hieman valaistusta, mutta ne eivät kuitenkaan häiritse videon katselua kuitenkaan. Videon loppuun itse otetut kuvat ovat myös mielestämme laadultaan

erittäin hyviä. Äänenlaatu videolla oli selkeä ja videolla käytetty musiikki on rauhoittavaa ja positiivista. Eettinen toiminta videolla onnistui myös hyvin. Pyrimme huolehtimaan kuvausten aikana, että emme kuvaa ulkopuolisia henkilöitä videon eri kohtauksiin. Emme kuvanneet ollenkaan oikeaa potilasta ja haimme kaikilta kuvauksiin osallistuneilta kirjallisen luvan kuvamateriaalin käyttöön.

6.2 Palaute videosta

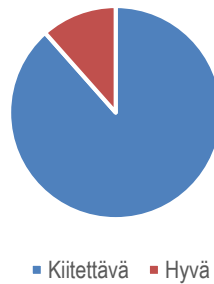
Esitimme videon kahteen otteeseen Oulun Yliopistollisessa sairaalassa. Pyysimme tilaisuuksiin osallistujia arvioimaan videota kirjallisesti arviointilomakkeelle (liite 3). Osallistujat olivat sydän-, rintaelin- ja verisuonikirurgisen osaston henkilökuntaa. Arviointilomakkeessa arvioitiin videon informatiivisuutta, asiakaslähtöisyyttä ja selkokieliisyyttä, kuvan ja äänenlaatua sekä eettistä toimintaa asteikolla Heikko – Tyydyttävä – Hyvä – Kiitettävä. Lomakkeeseen oli myös vapaa osio sanalliselle arvioinnille ja kommenteille. Saimme palautetta sekä kirjallisesti että suullisesti lähes kaikilta tilaisuuksiin osallistujilta. Arviointilomakkeen palautti täytettynä 13 ihmistä. Arviointilomakkeet hävitettiin analysoinnin jälkeen eettisistä syistä.

Videon informatiivisuutta arvioi kiitettäväksi kaksitoista henkilöä kolmestatoista. Yksi henkilö arvioi informatiivisuutta hyväksi. Arviointia on havainnollistettu kuviossa 2. Videon kerrottiin sisältävän paljon tärkeää tietoa ja tiedon kerrottiin olevan helposti omaksuttavissa. Myös hoitoprosessin kerrottiin selviävän hyvin videosta. Saimme sekä kirjallista että suullista palautetta termistä ”Yläraajojen kiertoliike”, joka voidaan tulkita monella eri tavalla ihmisestä riippuen. Tätä ei kuitenkaan koettu tarpeelliseksi muuttaa videolla.



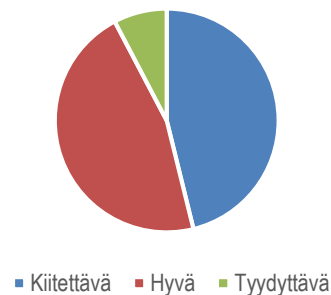
KUVIO 2. Videon informatiivisuus

Asiakaslähtöisyyttä ja selkokieliä arvioitiin kiitettäväksi tai hyväksi. Yksitoista henkilöä arvioi tämän kohdan kiitettäväksi, yksi hyväksi ja yksi hyvän ja kiitettävän väliltä. Arviointia on havainnollistettu kuviossa 3. Videota kuvattiin selkeäksi, positiiviseksi ja yksinkertaiseksi. Videon kerrottiin myös olevan yleisilmeeltään valoisa ja sen rauhallisuutta keuhuttiin. Video ei myöskään ollut katsojien mielestä pelottava, vaan enemmänkin rauhallinen ja toiveikas.



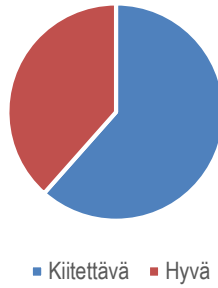
KUVIO 3. Videon asiakaslähtöisyys ja selkokieliä.

Kuvanlaadun arvioinnissa esille nousivat muun muassa valaistuksen vaihtuvuus eri kohtauksissa. Kuusi henkilöä arvioi kuvanlaadun kiitettäväksi, kuusi hyväksi ja yksi tyydyttäväksi. Arviointia on havainnollistettu kuviossa 4.



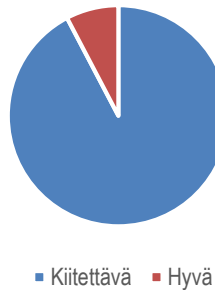
KUVIO 4. Videon kuvanlaatu.

Äänenlaatu arvioitiin hyväksi tai kiitettäväksi. Kahdeksan henkilöä arvioi äänenlaadun kiitettäväksi ja viisi hyväksi. Arviointia on havainnollistettu kuviossa 5. Arvioijat kehuivat videon musiikkivalintoja, sillä se teki videon heidän mielestään positiiviseksi ja sopivaksi tällaiseen videoon. Videosta jäi myönteinen vaikutelma, mikä oli osittain musiikkivalintojen ansiota.



KUVIO 5. Videon äänenlaatu.

Videon eettisyyttä arvioitiin pääosin kiitettäväksi. Yksi henkilö arvioi eettisen toiminnan hyväksi, muut arvioijat kiitettäväksi. Arviointia havainnollistettu kuviossa 6.



KUVIO 6. Videon eettisyys.

Palaute oli pääosin positiivista ja kokonaisuutena videota arvioitiin hyvin toteutetuksi, hienoksi oppaaksi. Videon lopussa näytettäviä kuvia kuvattiin hyväksi lisäksi videoon. Videolla esiintyi potilasnäyttelijä, joka ei ollut oikeasti ollut sydänleikkauksessa. Tämän vuoksi osa kohtauksista pisti erityisesti ammattilaisten silmään potilaan hyväkuntoisuuden vuoksi. Näitä kohtauksia olivat muun muassa teho-osaston seisomaannousukohtaus sekä videon loppuun sijoittuva, ulkona tapahtuva juoksukohtaus. Saimme myös tarkennuksia fysioterapian osuuteen liittyen, kuten sen, että ennen leikkausta tapahtuva fysioterapiaohjaus tapahtuu yleensä ryhmissä.

Kaiken kaikkiaan video koettiin onnistuneeksi ja hyväksi osaksi tulevaa potilasohjausta. Arvioijat pitivät siitä, että video julkaistaan Internetissä.

6.3 Projektityöskentelyn arviointi

Tavoitteenamme oli oppia projektityöskentelyä ja sen eri vaiheita. Tavoitteena oli kehittää neuvottelutaitoja ja sopimusten laadintaa projektin aikana. Lisäksi tavoitteenamme oli oppia konkreettisesti hahmottamaan, mistä tekijöistä projekti koostuu sekä tekemään yhteistyötä projektiorganisaation eri tahojen kanssa. Projektin saattaminen alusta loppuun oli iso ja pitkäaikainen prosessi, joka venyi noin puoli vuotta suunniteltua pidemmäksi. Projektityöskentelyyn liittyi monta eri vaihetta, joista jokaisesta opimme paljon uutta. Haasteita projektityöskentelyyn toi mm. aikataulujen yhteensovittaminen, käsikirjoituksen laatimisen haasteellisuus ja se, että yhteistyötahoja oli luultua enemmän. Yhteistyötahojen runsauden vuoksi monien asiakirjojen hyväksyttäminen jokaisessa yksikössä vei esimerkiksi enemmän aikaa ja tiedonkulku yhteistyötahojen ja projektiryhmän välillä ei ollut aina selvää. Välillä ilmeni tiedonkulussa ongelmia, sillä jokaisella osastolla eteenpäin tiedottaminen projektistamme ei ollut aina sujunut toivotulla tavalla. Esimerkiksi fysioterapeutit eivät osallistuneet kuvauksiin lainkaan, koska heille tieto kuvauksista saapui yhteistyöorganisaation taholta liian myöhään heidän aikatauluihinsa nähden. Saimme kuitenkin kaikki projektin vaiheet selvitettyä hyvien yhteistyö- ja kommunikaatiotaitojemme avulla.

Projektin jako vaiheisiin alussa helpotti työn aloittamista. Projektin käynnistämisvaihe eli aiheen ideointi ja tiedonkeruu oli helppo aloittaa, kun työn aihe oli selvillä. Tiedonkeruu sujui melko luontevasti ja työnjako projektin alussa oli selvää. Välillä keskustelimme aiheiden rajaamisesta, koska jotkut aiheet laajenivat liian laajoiksi pääaiheeseen nähden. Saimme tietoperustan koottua aikataulussa ja hyvässä yhteisymmärryksessä. Tietoperusta sisältää sydänleikkauspotilaan hoitoprosessin lisäksi myös tietoa sydänsairauksista ja niiden muistakin hoitotavoista. Palautteena saimme lähinnä kieliopillista ohjausta, sillä sisältö oli tarpeeksi kattava jo valmiiksi. Opimme, että tietoperusta on koko projektin pohja, sillä se lisää asiantuntijuutta halutusta aiheesta projektin tavoitteiden saavuttamiseksi.

Projektisuunnitelman kirjoittamisen aloitimme tietoperustan loppuvaiheen kanssa yhtä aikaa. Projektisuunnitelman laadimme yhdessä ja saimmekin suunnitelman rungon ja pääasiat nopeasti tehtyä. Projektisuunnitelmaan tuli muutoksia vielä juuri ennen videon teon aloitusta, mutta pääasiassa suunnitelma pysyi lähellä alkuperäistä suunnitelmaa. Suunnitelmaa muokkasimme aina tapaamisissa sovittujen asioiden mukaiseksi. Esimerkiksi päätimme ensin, että käytämme joissakin kohdauksissa oikeaa potilasta potilasnäyttelijän sijaan, mutta viikon päästä palasimme alkuperäiseen

suunnitelmaan, että käytämme jokaisessa kohtauksessa vain potilasnäyttelijää. Jouduimme myöhemmin muokkaamaan videon julkaisuun liittyviä asioita, sillä alkuperäinen tarkoitus oli tehdä vain DVD, mutta myöhemmin suunnitelma muuttui, koska video julkaistaan myös Internetissä. Suunnitelman aikataulujen laatiminen oli yllättävän haasteellista ja projektimme myöhästyikin aikataulusta noin puoli vuotta. Opimme, että hyvän ja tarkan projektisuunnitelman laatiminen auttaa projektin aktiivisessa työvaiheessa.

Käsikirjoituksen tekeminen tuotti meille enemmän työtä kuin alun perin ajattelimme. Käsikirjoituksen aloittaminen sujui suhteellisen helposti, sillä käytimme erästä kuvakäsikirjoitusta mallipohjana. Kuitenkin käsikirjoituksen sisällön määrittäminen oli haastavaa. Myöhemmin olemme miettineet, että olisi pitänyt hakea aktiivisemmin ohjausta ja apua käsikirjoituksen tekemiseen heti alusta asti projektiorganisaation eri tahoilta. Ensimmäinen versiomme käsikirjoituksesta sisälsi myös kohtauksia potilaan tutkimuksista ennen leikkaustarpeen määrittelyä, sillä aluksi olimme saaneet käsityksen, että myös tätä haluttaisiin videolle mukaan. Kun pidimme palaverin käsikirjoituksen sisällöstä sen jälkeen, kun olimme luoneet ”ensimmäisen version”, tehtiin tarkkoja rajauksia videon sisällöstä ja eri osastot saivat kertoa, mitä he erityisesti videolle haluavat. Tämän jälkeen aloitimme aktiivisen käsikirjoituksen muokkauksen ja lähetimme sen aina lukuun projektimme eri tahoille. Lopulta käsikirjoitus hyväksyttiin ja pääsimme varaamaan kuvausaikoja.

Fysioterapeuttien osuuden jäädessä kuvauksista pois jouduimme soveltamaan aiemmin suunniteltua fysioterapiakohtausta videolla. Oli hienoa huomata, että projektimme kiinnosti monia ja saimme positiivista palautetta kuvasten jälkeen, että ohjauksemme avulla videolla esiintyneiden oli ollut helppo olla näyttelemässä eri kohtauksia. Myös potilasnäyttelijän joustavuus ja innokkuus osallistua projektiimme oli tärkeää ja se helpotti myös kuvausaikataulujen sopimista. Opimme myös videon teosta sen, että samaa kohtausta voidaan ja kuvataan eri suunnista, jotta kuvakulmaa vaihtamalla videon kulusta saadaan mielenkiintoisempi. Kuvatessa TV-studion henkilökunta huolehti, että esimerkiksi ulkokohtauksissa ei näy ylimääräisiä ihmisiä kuvissa. Jokainen osallistunut osasto huolehti potilasnäyttelijän maskeerauksen ja tilanteiden lavastamisen huolella ja ammattitaidolla.

Videon kuvaamisen ja valmiiksi saattamisen teimme yhteistyössä TV-studion henkilökunnan kanssa. TV-studion henkilökunta huolehti videon editoinnin ja me saimme kommentoida tarvittaessa videon sisältöä. TV-studion henkilökunnan osaamisen ansioista saimme videon lopulta kuvaamisen jälkeen nopeasti valmiiksi.

Arvioimme projektimme aikana vaiheita ja keksimme ratkaisut esiin tulleisiin ongelmiin kuten aikataulun viivästymiseen ja tiedonkulun epäselvyyksiin. Projektin päättämisvaihe eteni nopeasti, koska projektityöskentely oli tekovaiheessa aktiivisimmillaan. Opimme ja kehityimme projektin aikana paljon.

Ensinnäkin opimme, mistä tekijöistä projekti koostuu ja mitä on projektityöskentely. Projektin jokainen vaihe on tärkeä ja huolellinen suunnittelu onnistumisen kannalta on tärkeää. Projektiryhmän on tärkeää tehdä asiakirjoja sovitusta asioista ja tapaamisista. Tämä helpottaa projektin asioiden pitämistä hallinnassa. Opimme, kuinka tärkeää olisi pitää kirjaa kaikista mahdollisista tiedotettavista ihmisistä, joita projektiin liittyy. Projektimme aikana ilmeni muutaman kerran tilanteita, joissa tiedottaminen eri tahoilla ei ollut onnistunut haluamallamme tavalla. Kuvausaikataulujen sopimisen kanssa ilmeni epäselvyyttä projektimme tarkoituksesta, vaikka olimmekin tiedottaneet jokaista osastoa erikseen projektistamme ja jokainen osasto osallistui myös käsikirjoituksen kommentoimiseen. Viesti osastoilla ei ollut aina edennyt eteenpäin. Pienistä vastoinkäymisistä huolimatta koemme, että projektimme onnistui hyvin.

Videon teosta opimme muun muassa, miten kuvausten järjestäminen tapahtuu ja kuinka erilaisella kuvamateriaalilla pyritään tekemään videosta mielenkiintoinen. Ylimääräisen kuvamateriaalin kuvaaminen on aina parempi, jotta on varaa, mistä valita videota kootessa. Meille molemmille oli uutta osallistua kuvauksiin ja opimme, kuinka tilanteita ohjataan. Myös neuvottelutaitomme ja sopimusten laadinta taitomme kehittyivät projektin aikana. Pidimme projektin aikana useita palavereita, vaihdimme runsaasti sähköpostiviestejä, neuvottelimme kasvotusten ja puhelimitse ja laadimme erilaisia sopimuksia. Laadimme tapaamisista aina myös muistiot.

Projektiryhmänä toimiminen näin isossa projektissa oli kummallekin uutta. Projektiryhmämme laati projektin alussa yhteiset pelisäännöt. Pyrimme jakamaan työtehtävät ja vastualueet tasaisesti. Meille ei juurikaan syntynyt projektin aikana erimielisyyksiä, joten emme joutuneet juurikaan tekemään kompromisseja. Kommunikointi projektiryhmän välillä oli useimmiten melko aktiivista ja toista tiedotettiin työn eri vaiheista. Loppua kohden projektin työmäärä projektiryhmän kesken jakautui enemmän aikataulupainotteisesti, sillä projektimme myöhästyi jo alkuperäisestä suunnitelmasta. Projektiorganisaation eri jäsenten kanssa toimiminen toi omat haasteensa työskentelyyn, sillä aikataulujen yhteensovittaminen ei onnistunut aina tavoitteidemme mukaisesti. Loppujen lopuksi kuitenkin projektiorganisaation toiminta koko projektin kannalta oli hyvää ja lopputulos miellytti kaikkia.

Budjettisuunnitelma on projektin taloudellinen toimintasuunnitelma ja se on sidottu projektin aikatauluun. Suunnitelmassa kuvataan yleensä vain projektin menot eli se on kustannusbudjetti. (Pelin 2011, 171.) Tässä projektissa raha ei vaihtanut oikeasti omistajaa. Projektimme laskennallinen budjetti oli noin 10 500 euroa. Projektin suunniteltu budjetti ja toteutunut budjetti on esitetty taulukossa 2. Ylitimme todennäköisesti alkuperäisen budjettimme n. 700 eurolla, jolloin kustannusbudjetti oli n. 11 200 euroa. Ylittäminen johtuu yhteistyökumppaneiden määrän kasvusta alkuperäiseen ajatukseen nähden ja näin ollen myös asiantuntijoiden työskentelyaika projektissa kasvoi. Myös ohjausryhmän budjetti kasvoi alkuperäistä arviota isommaksi, sillä ohjausryhmään kuuluvan Virpi Isakssonin työtunnit kasvoivat alkuperäistä suunnitelmaa suuremmiksi. Kustannusbudjettia on havainnollistettu taulukossa 1.

Taulukko 1. Kustannusbudjetti

Kululuokka	Suunnitellut	Toteutuneet
Projektiryhmä	10€/tunti, yht. 810 tuntia. koko projekti 8100 €	8100 €
Ohjausryhmä	25€/tunti, yht. 11 tuntia, koko projekti 275 €	25€/tunti, yht. 21 tuntia koko projekti 525 €
Asiantuntijat ja tukiryhmä	20-30 €/tunti, yht. 10 tuntia/henkilö, 6 henkilöä koko projekti 1200-1800 €	20-30 €/tunti, yht. 10 tuntia/henkilö, 8 henkilöä koko projekti, 1600-2400 €
DVD materiaali	5-10 €	10 €
Matkakulut	Meno-paluu lippu 3 €, yht. 10 kertaa, koko projekti 30 €	Meno-paluu lippu 3 €, yht. 10 kertaa, koko projekti 30 €
Tarvikkeet	Paperit ym. yht 50 €, koko projekti 50 €	Paperit ym. yht 50 €, koko projekti 50 €
YHTEENSÄ:	n. 10 500 €	n. 11 200 €

Potentiaalisten ongelmien ja riskien tunnistaminen ja selvitys kuuluvat hyvään projektisuunnitteluun. Suhteessa käytettyyn työaikaan potentiaalisten ongelmien ja riskien ennakointi antaa hyvän

katteen. Kaikkia ongelmia ei kuitenkaan hyvälläkään ennakoimisella voida ehkäistä. Riskien hallinnalla voidaan vähentää ongelmia ja pieleen meneviä asioita ja tapahtuvien ongelmien seurauksia lieventää. Tämä edistää projektin edistymistä, koska toimintatavat riskien suhteen on jo valmiiksi mietitty. (Pelin 2011, 217-219.)

Kartoitimme projektin suunnitteluvaiheessa mahdolliset riskit projektin aikana ja suunnittelimme riskien välttämissuunnitelman. Riskianalyysi on liitteenä 4. Projektiimme liittyi riskejä, joista osa toteutui huolimatta välttämissuunnitelmasta. Projektin pitkittymisestä huolimatta sen lopullinen toteutuminen ei ollut vaarassa. Yksi riski projektissamme oli, että työn tekeminen pitkittyi ja/tai emme löydä sopivaa potilasnäyttelijää. Potilasnäyttelijän löysimme lähipiiristämme, jolloin sitoutuminen tehtävään oli varmaa. Projektin pitkittymisen välttämiseksi olisimme voineet laatia konkreettisempia välttämissuunnitelmia kuten aktiivisempaa ohjauksen hakemista ongelmatilanteisiin ja vaatia vastauksia kysymyksiimme. Oma aktiivisuus heikkeni projektin teon alkuvaiheessa juuri tästä syystä. Projektiorganisaation aikataulujen yhteensovittaminen vaati välillä vähän enemmän järjestelyjä, mutta lopulta saimme aikataulutkin sovitettua. Pääasiassa projektiryhmänä työskentelimme itseenäisesti keskenämme kommunikoiden. Muut riskit, joihin olimme varautuneet, eivät toteutuneet projektin aikana.

7 POHDINTA

Opinnäytetyöprojektimme oli haastava, mutta mielenkiintoinen. Projektin aihe tuli suoraan tilaajalta, joten tietoperustan laatiminen oli helppo aloittaa. Projektityöskentelymme kehittyi ja parani koko opinnäytetyöprojektin ajan aina loppuun asti. Videon suunnittelu oikeaan potilaskäyttöön oli vaativaa ja tarkkaan harkittua toimintaa. Käsikirjoituksen laadinnassa hyödynsimme eri ammattilaisten osaamista. Videon suunnitteluun kului enemmän aikaa, mitä olimme alun perin olettaneet. Videon valmistus ja sen käyttökuntoon saattaminen eteni kuitenkin nopeasti ammattitaitoisen henkilökunnan ansiosta. Video onnistui todella hyvin, joten olemme projektin lopputulokseen erittäin tyytyväisiä.

Projektimme aikana huolehdimme eettisestä toiminnasta. Välillä mietimme, käytämmekö oikeaa potilasta kuvauksiin. Selvitimme yhdessä yhteistyökumppanimme kanssa, tarvitsemmeko eettisen lautakunnan luvan kuvaamiseen ja voimmeko esimerkiksi kuvata oikean potilaan jotain valvontalaitetta ilman kuvauslupaa. Lopulta kuitenkin päädyimme, että emme kuvaa lainkaan oikeaa potilasta emmekä oikean potilaan valvontalaitteita. Kuvauksissa keräsimme kaikilta luvan kuvan julkaisuun.

Oppimistavoitteenamme oli kehittää asiantuntijuuttamme syventämällä teoretietoa sydänsairauksista ja operatiivisen potilaan hoitoprosessista. Tiedonhakeminen oli kummallekin jo ennestään tuttua, mutta projektin myötä kehityimme valitsemaan kriittisemmin lähdemateriaalia. Varsinkin sepelvaltimotauti oli tuttu jo aiemmista opinnoista, mutta läppäsairaudet eivät olleet niin tuttuja, joten ymmärrys etenkin läppäsairauksia kohtaan kasvoi tämän opinnäytetyön myötä. Tietoperusta sisältää sydänleikkauspotilaan hoitoprosessin lisäksi myös tietoa sydänsairauksien muistakin hoitotavoista kuin leikkauksesta. Tulevana sairaanhoitajana on tärkeä ymmärtää, mitä leikkauspotilaan taustalla oleva sairaus ja muut hoitokeinot tarkoittavat. Lääkehoito ja terveelliset elintavat ovat yleensä hoitona leikkauksen jälkeenkin, joten ymmärrys näistä on siksikin tärkeää, ja tämän vuoksi käsittelimme niitä myös tietoperustassa.

Syvensimme tietoamme myös potilasohjauksen kannalta. Potilasohjaus on hoitotyön yksi tärkeä osa-alue, joten eri ohjaustyylien ymmärtäminen ja niiden käyttäminen tulevana sairaanhoitajana on tärkeä osa laadukasta työtä. Potilasohjaukseen on olemassa useita eri muotoja ja tämän opinnäy-

tetyön myötä opimme laatimaan potilasohjausvideon. Opimme operatiivisen potilaan hoitoprosessin kulun ja uskomme, että voimme soveltaa prosessin kulkua pääpiirteittäin myös muihin leikkauksiin sydänleikkausten lisäksi. Hoitoprosessit voivat olla välillä hieman mutkikkaita ja tällaisen kokonaisuuden ymmärtäminen auttaa meitä varmasti tulevassa ammatissamme.

Projektityöskentelyn tärkeimmäksi osuudeksi koemme hyvän suunnittelun. Sen avulla on helppo edetä itse projektintekoon ja projektin päättämiseen. Projektiryhmä voi kasvaa hyvinkin suureksi projektin aktiivisessa vaiheessa, jolloin on tärkeää huolehtia, että kaikkia projektiin liittyviä tahoja tiedotetaan eri vaiheista. Projektityöskentely vaatii siis tarkkaa ja järjestelmällistä suunnittelua ja seuranta. Tulevaisuudessa voimme sairaanhoitajina osallistua työelämässä erilaisiin projekteihin helpommin, koska olemme oppineet jo projektityöskentelyn eri vaiheet ja tarkoituksen. Olisimme myös valmiita jatkossa tekemään erilaisia potilasohjausvideoita, sillä projektin ansioista opimme, kuinka käsikirjoitus laaditaan ja mistä asioista se koostuu.

Potilasohjauksessa käytettävien Internet –pohjaisten audiovisuaalisten menetelmien ja videoiden käyttö potilasohjauksessa on vaikuttanut merkittävästi potilastyytyväisyyteen ja ne ovat johtaneet parempaan ymmärrykseen tulevasta toimenpiteestä. (Saarela 2013, 10-11.) Tämän vuoksi koemme, että oli tärkeää päivittää sydänleikkauspotilaan hoitoprosessia koskeva video. Video tullaan julkaisemaan PPSHP:n Internetsivuilla ja sydänleikkauspotilaita ohjeistetaan katsomaan video, kun he saavat kutsun sydänleikkaukseen. Videota voidaan hyödyntää tästä eteenpäin jokaisen sydänleikkauspotilaan kohdalla, sillä aiempi video on ollut katsottavissa vain sydän-, rintaelin- ja verisuonikirurgisella osastolla. Leiko-osaston myötä yhä useampi potilas päätyy sydän-, rintaelin- ja verisuonikirurgiselle osastolle vasta leikkauksen jälkeen, jolloin heillä ei preoperatiivisesti ole ollut mahdollisuutta nähdä videota.

Videosta tehdään myös DVD-versio, jotta edelleen videon voi katsoa tarvittaessa myös vuodeosastolla. Internetjulkaisun haaste voi olla ikääntyneet potilaat, jotka eivät välttämättä omista tietokoneita tai he eivät osaa käyttää nettiselainta. Internetjulkaisun vahvuus on kuitenkin se, että nyt myös potilaan omaiset pääsevät perehtymään hoitoprosessin kulkuun, mikä voi lisätä potilaiden saamaa tukea omaisten taholta. Ikääntyneillä potilailla voi olla osaavia läheisiä ja omaisia, jotka voivat auttaa videon katsomisessa. Lisäksi videon voi katsoa useamman kerran Internetistä, jolloin kaikkea tietoa ei välttämättä tarvitse omaksua yhdellä katselukerralla.

Video onnistui laatukriteereiltään hyvin ja se vastasi Oulun yliopistollisen sairaalan tarpeita ja kriteereitä. Video tehtiin myös sillä ajatuksella, että sen sisältämä tieto ei heti vanhenisi eli jätimme nopeasti vanhenevat tiedot, kuten esimerkiksi osastojen numeroiden ja potilaspaikkamäärien mainitsemiset videolta pois. Hoitotyötä ja potilaan hoitoprosesseja kehitetään jatkuvasti. Video on tehty tämän hetken teorian tietoon perustuen. Tulevaisuudessa projektimme pohjalta voitaisiinkin tehdä vastaavanlainen video opinnäytetyönä, kun nykyisen videon tiedot vanhenevat tai muuttuvat. Jatkossa olisi mielenkiintoista kuulla, mitä mieltä sydänleikkauspotilaat ovat olleet videosta. Olisi myös mielenkiintoista tietää hoitajien kokemuksia potilasohjauksen sisällöstä sen jälkeen, kun video on ollut käytössä oikeilla potilailla.

Kaiken kaikkiaan opinnäytetyön tekeminen on opettanut meille paljon. Uskomme, että ammattitaitomme tulevana sairaanhoitajina on kasvanut ja vahvistunut tämän projektin myötä. Nyt olemme valmiimpia ja rohkeampia toimimaan eri projekteissa ja jopa kehittämään uusia, nykyaikaisia potilasohjausmateriaaleja tulevaisuudessa.

LÄHTEET

Aaltonen, J. 1993. Käsikirjoittajan työkalupakki – Miten teen video-ohjelman käsikirjoituksen. Helsinki, Painatuskeskus Oy

Aatola, H. 2014. Lifetime risk factors, lifestyle, and vascular health in adulthood. University of Tampere: Thesis. KATSO LÄHDEMERKINTÄ MITEN

Airaksinen, J. 2014a. Aorttaläpän vuoto. Viitattu 10.2.2015. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00221

Airaksinen, J. 2014b. Hiippäläpän ahtauma. Sydänsairaudet. Duodecim. Viitattu 25.2.2015. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00217

Airaksinen, J. 2008. Sepelvaltimotaudin konservatiivinen hoito. Teoksessa Heikkilä, J., Kuparinen, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M. & Peuhkurinen, K (toim.) Kardiologia. Helsinki, Kustannus Oy Duodecim. 350-359.

Airaksinen, J. & Ikäheimo, M. 2008. Mitraaliläpän viat. Teoksessa Heikkilä, J., Kuparinen, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M. & Peuhkurinen, K. (toim.) Kardiologia. Helsinki, Kustannus Oy Duodecim. 813-862.

Fonsén, S. 2010. Sydänpotilaan kotiuttaminen ja jatkohoito. Opinnäytetyö. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Gunn, J. 2014. Periprocedural prognostic factors in coronary interventions - retrospective studies. Turku: Turun yliopiston julkaisuja sarja D. Medica-Odontologica (1120).

Hagelberg, N. & Haanpää, M. 2015. Voiko kivun kroonistumista ehkäistä? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 131 (3): 249-254.

Heikkinen, K., Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Rankinen, S., Virtanen, H. & Salanterä, S. 2006. Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990-2003. *Hoitotiede* 18(3): 120-130.

Helske, S. & Kupari, M. 2011. Aorttaläpän ahtauma. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 127(1): 35-42.

Hippeläinen, M. 2014. Hiippaläpän leikkaushoito. *Sydänsairaudet*. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 28.3.2015. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00218

Holmberg-Marttila, D., Palvanen, M., Kuusisto, L. & Salunen, R. 2013. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoitoketjuopas. Viitattu 26.1.2015. <http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=837&GUID=36e07036-208e-48b2-bcee-3fd3d720353a>

Hynninen, V-V. 2010. Sepelvaltimotauti ja anestesia. *Spirium – Suomen anestesiahoitajat* 45(4): 22-24.

Kaartinen, A. & Ihlberg, L. 2010. Aorttaläppävuodon arviointi ja leikkaushoito. *Sydänääni* vol. 21 no. 1A:10-16.

Kervinen, H. 2013. Sepelvaltimotauti. Lääkärin käsikirja. Viitattu 5.4.2015 ja 12.4.2015. http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01400&p_haku=sepelvaltimotauti

Keränen, U. 2006. Leikkaukseen kotoa- potilaat ovat tyytyväisiä ja rahaa säästyy. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 122 (12):1412–1413.

Kettunen, R. 2014a. Sepelvaltimotauti. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 5.4.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00077

Kettunen, R. 2014b. Sydämen läppäviat. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 1.2.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00081

Kettunen, R. & Airaksinen, J. 2008. Krooninen sepelvaltimotauti. Teoksessa Heikkilä, J., Kuparinen, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M. & Peuhkurinen, K. (toim.) Kardiologia. Helsinki, Kustannus Oy Duodecim. 338-349.

Kovanen, P. 2008. Sepelvaltimoiden ateroskleroosin patologia ja molekulaariset syntyvät. Teoksessa Heikkilä, J., Kuparinen, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M. & Peuhkurinen, K. (toim.) Kardiologia. Helsinki, Kustannus Oy Duodecim. 299-318.

Kuusniemi, K., Haapoja, E., Pihlajamäki, K. & Virolainen, P. 2009. Nivelproteesileikkaukseen preoperatiivisen käynnin kautta. Finnanest 2009; 42 (3): 231–234

Kähkönen, O., Kankkunen, P. & Saaranen, T. 2012. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. Hoitotiede 24(3): 201-215.

Käypä hoito – suositus. 2014. Sepelvaltimotautikohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja. Viitattu 11.4.2015 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi04058>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 25.3.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lepojärvi, M. 2008. Lämpävikojen kirurginen hoito. Teoksessa Heikkilä, J., Kuparinen, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M. & Peuhkurinen, K. (toim.) Kardiologia. Helsinki, Kustannus Oy Duodecim. 835-849.

Lepojärvi, M. & Werkkala, K. 2008. Sepelvaltimokirurgia. Duodecim Oppikirjat: Kardiologia. Viitattu 3.4.2015.

http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kar00047&p_haku=ohitusleikkaus

Lindberg, R. & Koivula, M. 2009. Sepelvaltimotautia sairastavien henkilöiden toimintakyky yhdeksän vuotta ohitusleikkauksen jälkeen. Hoitotiede 21(3): 185-195.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulu: Oulun yliopisto: Acta Universitatis Ouluensis.D (1236).

Mäkijärvi, M. 2014. Sydänsairauksien lääkehoito. Duodecim. Viitattu 27.4.2015. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00406

Mäkijärvi, M. 2010. LEAN-menetelmä suomalaisessa terveydenhuollossa – kokemuksia ja haasteita HUS:ssa. Sosiaali- ja terveysjohtamisen MBA –tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.

Pelin, R. 2011. Projektihallinnan käsikirja. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2015a. Anestesia, leikkaus- ja tehohoito – leikkaukseen tulevalle potilaalle. Viitattu 24.5.2015. <https://www.ppsHP.fi/anestesia/prime102.aspx>

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2015b. Leiko. Viitattu 16.3.2015. https://www.ppsHP.fi/potilaat_laheiset/prime101/prime104/prime104.aspx

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2015c. Sydän- ja thoraxkirurgia. Viitattu 26.1.2015. http://www.ppsHP.fi/potilaat_laheiset/prime101/prime104/prime113/prime105.aspx

PPSHP. 2015. Kirurgian vuodeosastot 2-3, 5-10, leiko ja Kuntoutusosasto 1 terveysalan opiskelijoiden käytännön harjoittelun oppimisympäristönä. Viitattu 10.4.2015. https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/34005_OpTA_vuodeosastojen_esittely_joka_linkitettava_nettiin_paivitetty_15.1.2015.pdf

Raivio, A. & Vento, A. 2014. Pitkälle edenneen sepelvaltimotaudin ensisijainen hoitomuoto on leikkaus. Suomen lääkärilehti - Finlands läkartidning 69 (42): 2686.

Rantala, A. & Lumio, J. 2012. Kirurgisen mikorбилääkeprofylaksin perusteet ja toetutuminen suomalaisessa sairaanhoidossa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 128(11): 1151-1158.

Reunanen, A. 2008. Kroonisen sepelvaltimotaudin epidermiologia ja vaaratekijät. Teoksessa Heikkilä, J., Kuparinen, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M. & Peuhkurinen, K (toim.) Kardiologia. Helsinki, Kustannus Oy Duodecim. 328-338.

Ruskoaho, H. 2014. Sepelvaltimotaudin lääkehoito. Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia. Viitattu 11.4.2015 http://www.oppiportti.fi/dtk/oppi/koti?p_selaus=54643&p_artikkeli=ift00633

Ruuska, K. 2012. Pidä projekti hallinnassa. Suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. Vantaa: Hansaprint Oy.

Saarela, K. 2013. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoidajan kokemana. Pro gradu – tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.

Suojaranta-Ylinen, R. 2010. Ongelmattoman sydänkirurgisen potilaan välitön postoperatiivinen hoito: HYKS:n hoitosuositus. *Finnanest* 43(1): 46-47.

Syvänne, M. 2014a. Hiippaläpän ahtauma. Suomen sydänliitto ry. Viitattu 25.2.2015. <http://www.sydan.fi/sydansairaudet-ja-hoito/hiippalapan-ahtauma>

Syvänne, M. 2014b. Hiippaläpän vuoto. Suomen sydänliitto ry. Viitattu 28.3.2015. <http://www.sydan.fi/sydansairaudet-ja-hoito/hiippalapan-vuoto>

Syvänne, M. 2014c. Lämpäviat. Suomen sydänliitto ry. Viitattu 1.2.2015. <http://www.sydanliitto.fi/lappaviat#.VM4WGi5EvrY>

Syvänne, M. 2014d. Lämpävikojen hoidon yleisperiaatteet. Suomen sydänliitto ry. Viitattu 28.3.2015. <http://www.sydan.fi/sydansairaudet-ja-hoito/lappavikojen-hoidon-yleisperiaatteet>

Tarnanen, K., Porela, P., Mäntylä, P. & Meinander, T. 2015. Vakaa sepelvaltimotauti (stabiili angina pectoris). Käyvän hoidon potilasversiot. Viitattu 16.4.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=khp00111#s3

Taskinen, P., Kupari, M., Hippeläinen, M., Vuori, I. & Ikonen, T. 2008. Aortan tekoläpän asennus katetrin kautta. *Suomen lääkärilehti – Finlands läkartidning* 63(42):3519-3531.

Tiippana, E. 2015. Voidaanko akuutin leikkauskivun kroonistumista ehkäistä? *Suomen lääkärilehti - Finlands läkartidning* 70 (1-2): 48-53.

Turpeinen, A., Taskinen, P. & Rapola, J. 2010. Lämpävikojen kehittyvä hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 126(24): 2828-2836.

Vuori, I. 2015. Elintapojen terveysvaikutukset. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 131(8): 729-736.

Waris, V., Lepojärvi, M., Toivonen, L., Ruuttila, P. & Konttinen Y. Sydänkirurgiassa ja kardiologiassa käytettävät biomateriaalit. Teoksessa Lääkelaitoksen julkaisusarja 8/2003, osa 6. Helsinki, Lääkelaitos. 4-14. Viitattu 28.3.2015. http://www.fimea.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/fimea/embeds/fimeawwwstructure/19690_Biomateriaalijulkaisut_6_Sydankirurgia.pdf.pdf

LIITTEET

Liite 1: Projektin vaiheet, tehtävät ja aikatulu

Liite 2: Käsikirjoitus: Sydänleikkauspotilaan hoitoprosessi

Liite 3: Arviointilomake

Liite 4: Riskianalyysi

Päävaihe	Alavaiheet ja lopputulos	Aikataulu	Toteutunut aikataulu
<i>Ideoiminen</i>	<i>Ideoimme projektin aiheita ja valitsemme lopullisen aiheen</i>	<i>Tammikuu 2015</i>	<i>Tammikuu 2015</i>
<i>Perehtyminen aiheeseen</i>	<i>Alamme kerätä tietoa sydänsairauksista, leikkauksista ja intraoperatiivisesta vaiheesta. Kirjoitamme kattavan ja kokonaisen tietoperustan</i>	<i>Helmi-huhtikuu 2015</i>	<i>Helmi-toukokuu 2015</i>
<i>Suunnitteleminen</i>	<i>Aloitamme projektisuunnitelman kirjoittamisen. Haemme tietoa ja ohjausta suunnitelman tekoon. Lopputuloksena on valmis projektisuunnitelma.</i>	<i>Huhti-toukokuu 2015</i>	<i>Huhtikuu 2015-helmikuu 2016</i>
<i>Projektin toteuttaminen</i>	<i>Teemme yhteistyötä projektiorganisaation eri henkilöiden kanssa. Kirjoitamme käsikirjoituksen DVD:lle. Aloitamme kuvaukset TV-studion kanssa. Arvioimme työmme laatua koko ajan. Lopputuloksena valmis DVD sydänleikkauspotilaan hoitoprosessista.</i>	<i>Kesä-lokakuu 2015</i>	<i>Syyskuu 2015-maaliskuu 2016</i>
<i>Projektin päättäminen</i>	<i>Kirjoitamme projektin loppuraportin. Esitämme opinnäytetyömme. Luovutamme valmiin tuotteen tilaajalle.</i>	<i>Loka-joulukuu 2015</i>	<i>Tammikuu-huhtikuu 2016</i>

Mitä kuvassa tapahtuu?	Kuva	Tehosteet	Kertoja
Kohtaus 1			
Potilas kävelee OYS:n ramppia pitkin.	Liikkuva kuva	Taustamusiikki alkaa. Videon nimi tekstinä.	
Lääkäri Jari Satan puheenvuoro Lääkäri Jari Satta kertoo faktatietoa sydänleikkauksista Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Kuvaa Oulun yliopistollisesta sairaalasta ulkoa käsin. Potilasnäyttelijä kävelee B1 -ovista sisään.	Aluksi liikkuvaa kuvaa lääkäri Jari Satasta, kun hän lukee puheenvuoroaan. Liikkuvaa kuvaa sairaalan ulkopuolelta ja potilasnäyttelijästä.	Taustamusiikki hiljenee. Ruutuun: OYS Ylilääkäri Jari Satta Sydän-, rintaelin- ja verisuonikirurgian osasto	Osastomme vastaa erityisvastuualueemme aikuisväestön sydämen, keuhkojen ja rintakehän alueen sairauksien sekä tapaturmien kirurgisesta hoidosta. Oulun yliopistollisessa sairaalassa tehdään tällä hetkellä vuosittain noin 600 sydänleikkausta, joista sekä sepelvaltimo-ohitusleikkauksia että erilaisia läppätoimenpiteitä on noin 250. Päämääränämme on edistää terveyttä antamalla tasaverstaista, korkeatasoista sekä kokonaisvaltaista kirurgian erikoissairaanhoidon palvelua. Hoitolinjojemme suunnittelussa tukeudumme kansainvälisiin sekä kansallisiin niin sanottuihin Käypä Hoito -suosituksiin.

Kohtaus 2			
<p>Potilasnäyttelijä kävelee OYS:n käytävällä kohti leiko-osastoa.</p> <p>Potilasnäyttelijä astuu sisään Leiko-osaston ovista.</p> <p>Potilasnäyttelijä ilmoittautuu automaatilla saapuneeksi osastolle.</p>	Liikkuva kuva	<p>Ruutuun teksti: Leikkausta edeltävä päivä</p>	<p>Teille on varattu aika Oulun yliopistolliseen sairaalaan sydänleikkausta varten. Ennen leikkausta teille varataan aika Leiko-osastolle esihaastatteluun, joka on leikkausta edeltävänä päivänä.</p> <p>Leiko tarkoittaa leikkaukseen kotoa osastoa. Potilaat tulevat leiko-osastolle leikkausta edeltävään haastatteluun ja potilaat saapuvat leiko-osastolle vasta toimenpidemääräaamuna, jossa heidät valmistellaan leikkaukseen ja heidät saatetaan leikkaussaliin.</p> <p>Leikkausta edeltävän käynnin tarkoitus on kartoittaa taustatietonne, terveydentilanne sekä lääkehoitonne. Teillä on mahdollisuus keskustella Teitä askarruttavista asioista.</p>

Potilasnäyttelijä istuu odotamassa aulassa omaa vuoroaan.			
Kohtaus 3			
Potilasnäyttelijä kutsutaan sairaanhoitajan huoneeseen ja potilas kätelee hoitajan kanssa. Hoitaja aloittaa haastattelun ja perusmittausten ottamisen. Hoitaja mittaa verenpaineen.	Liikkuva kuva		Osastolla Teidät ottaa vastaan sairaanhoitaja, joka haastattelee teitä muun muassa oireisiin ja lääkehoitoon liittyvissä asioissa. Hoitaja mittaa teiltä myös muun muassa verenpaineen ja pulssin sekä tarkistaa ihon kunnon. Hoitaja ohjeistaa Teitä leikkaukseen valmistautumiseen.
Potilasnäyttelijä istuu juttelemassa lääkärin kanssa.	Liikkuva kuva		Teillä on myös mahdollisuus tavata leikkaava kirurgi ja anestesia lääkäri ja keskustella tulevasta toimenpiteestä.
Potilasnäyttelijä kävelee käytävällä ja menee sisään			Fysioterapeutti kertoo Teille leikkauksen jälkeisestä kuntoutuksesta.

fysioterapia-huoneen ovesta.			
<p>LEIKO-osaston esivalmisteluohjeet näkyvät ruudussa.</p> <p>Potilas kävelee hidastettuna LEIKO-osaston ovista sisään. Ruudussa on samanaikaisesti tekstiä.</p>	<p>LEIKO-osaston esivalmisteluohjeet.</p> <p>Liikkuvaa kuvaa tekstin taustalla.</p>	<p>Vierivä kuva LEIKO-osaston esivalmisteluohjeista.</p> <p>Ruutuun teksti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teidän tulee olla syömättä ja juomatta klo 24 eteenpäin - Teidän tulee olla tupakoimatta klo 24 eteenpäin 	<p>Saatte Leiko-osastolta esivalmisteluohjeet leikkausta edeltävälle illalle ja leikkausaamulle.</p> <p>Saatte ohjeet mahdollisista lääkemuutoksista ennen leikkausta.</p> <p>Leikkausta edeltävänä iltana:</p> <p>Teidän tulee olla syömättä ja juomatta klo 24 eteenpäin. Mikäli saatte mukaanne täydennysruokavalmisteen, teidät ohjeistetaan yksilöllisesti, milloin juoman voi juoda.</p> <p>Teidän tulee olla tupakoimatta klo 24 eteenpäin</p>
Kohtaus 4			

<p>Potilasnäyttelijä istuu osaston aulassa. Saiaanhoitaja ottaa hänet vastaan.</p>	<p>Liikkuva kuva</p>	<p>Ruutuun teksti: Leikausaamu</p>	<p>Leikkausamuna saavutte sovittuun aikaan leiko-osastolle, jossa aiemmin kävitte leikkausta edeltävässä haastattelussa.</p>
<p>Potilasnäyttelijä istuu sairaalasängyssä. Hoitaja tuo hänelle sairaalavaatteet. Näyttelijä tulee ulos suihkuhuoneesta sairaalavaatteet päällään.</p> <p>Potilasnäyttelijä istuu sängyllä. Hoitaja tuo hänelle lääkkeen. Potilas ottaa lääkkeen.</p>			<p>Ennen leikkausta Teidän ihokarvanne poistetaan leikkausalueelta ja teidän tulee käydä suihkussa Leiko-osastolla, jonka jälkeen vaihdatte yllenne sairaalavaatteet.</p> <p>Hoitaja antaa teille esilääkkeet osastolla ennen leikkusaliin siirtymistä.</p>
<p>Kohtaus 5</p>			

<p>Potilasnäyttelijä siirretään leikkaussaliin.</p> <p>Kuvaa potilasnäyttelijän kuljetuksesta leiko-osaston ovilla ja sairaalan käytävällä.</p> <p>Kuvaa, kun potilasnäyttelijä vastaanotetaan leikkausosastolla.</p>	<p>Liikkuva kuva.</p>	<p>Musiikki voimistuu.</p>	<p>Kun leikkaussalissa ollaan valmiita aloittamaan leikkaus, siirretään teidät hoitajan avustuksella leikkaussaliin.</p>
<p>Kohtaus 6</p>			
<p>Kuvaa, kun potilas siirretään leikkaussaliin.</p> <p>Kanyylin laitto, EKG-lätkien kytkentä.</p>			<p>Leikkaussalissa Teitä on vastassa leikkaustiimi. Leikkaustiimi huolehtii Teidän esivalmistelut ennen leikkauksen alkamista ja leikkaussalinhoitaja kytkee Teihin erilaisia valvontalaitteita, joiden tarkoituksena on seurata Teidän elintoimintoja koko leikkauksen ajan. Teille laitetaan erilaisia verisuonikanyyleita, kuten laskimo- ja valtimokanyyli, ennen nukuttamista.</p>

<p>Kuvaa potilaan pesemisestä kauempaa.</p>			<p>Ohitusleikkauksessa sepelvaltimoiden tukkeutuneet kohdat ohitetaan terveillä verisuonisiirteillä, jolloin hapenpuutteesta aiheutuneet kivut poistuvat, ja sydämen toimintakyky paranee. Siirännäisenä käytetään rintavaltimoa, jalasta otettavia laskimoita tai kädestä otettavaa kyynärvaltimoa.</p> <p>Leikkaus kestää n. 3-4 tuntia.</p>
<p>Kohtaus 7</p>			
<p>Kuvaa, kun potilasnäyttelijä makaa sängyssä teho-osastolla.</p> <p>Kuvaa potilaspaikasta ja henkilökunnasta.</p>			<p>Teidät siirretään leikkaussalista teho-osastolle. Teho-osastolla kaikilla potilailla on oma hoitaja, joka huolehtii potilaan hyvinvoinnista. Teho-osasto on hoitoympäristönä vilkas, sillä valvontalaitteet, joilla potilaiden hyvinvointia seurataan, reagoivat herkästi pieniinkin muutoksiin, ja aiheuttavat hälytyksen.</p>
<p>Juha Koskenkarin puheenvuoro.</p> <p>Kuvaa lääkäristä.</p>	<p>Aluksi liikkuvaa kuvaa lääkäri Juha Koskenkari</p>	<p>Ruutuun teksti: OYS Apulaisylilääkäri Juha Koskenkari</p>	<p>Teho-osastolla hoidon tarkoituksena on vakauttaa sydänleikkauspotilaan leikkauksenjälkeinen tila ja ehkäistä</p>

<p>Kuvaa potilasnäyttelijästä teho-osastolla, teho-osastolla olevista laitteista sekä potilaalle tehtävistä asioista.</p> <p>Potilasnäyttelijä nousee ylös vuoteesta.</p>	<p>rista, kun hän lukee puheenvuoroaan.</p> <p>Liikkuvaa kuvaa potilaasta teho-osastolta.</p>	<p>Teho-osasto</p>	<p>mahdollisten komplikaatioiden esiintyminen. Tässä vaiheessa potilas tarvitsee tarkkaa hengityksen, verenkierron ja muiden elintoimintahäiriöiden seuranta.</p> <p>Sydänkirurginen tehohoito on eri ammattiryhmien monialaista yhteistyötä.</p> <p>Verenkierron tukilääkityksen ja hengityslaittehoidon tarpeen väistyttyä potilaan nukutuslääkkeiden anto eli se daatio voidaan lopettaa. Potilaan herättämisen jälkeen hyvästä ja riittävästä kipulääkityksestä huolehditaan aina tarkasti vointia ja hoitovastetta seuraten. Teho-osastolla potilaan vointia seurataan myös erilaisten teknisten seurantalaitteiden ja monitoreiden avulla. Näin varmistetaan peruselintoimintojen vakautuminen ja se, että potilaan toimuminen edistyy toivotulla tavalla. Potilaan vointia seurataan lisäksi laboratorionäyttein, jotka voidaan ottaa kivuttomasti leikkaussalissa laitetun valtimokanyylin kautta.</p>
---	---	--------------------	--

<p>Potilasnäyttelijä tekee pulloonpuhaltamisharjoituksia.</p>			<p>Sydänleikkauksen jälkeen potilaat viipyvät teho-osastolla tavallisesti 1-2 vuorokauteen ennen siirtymistään jatko-hoitoon sydänkirurgian valvontahuoneeseen. Joskus potilaan hoito teholla jatkuu pidempään, mikäli hänen vointinsa ja tilan seuranta sitä edellyttävät. Leikkauksen jälkeen potilaat pyritään avustamaan istumaan ja seiso-maan mahdollisimman nopeasti heti kun heidän vointinsa sen sallii. Varhaisella fysioterapialla ja hengitysharjoituksilla pyritään jouduttamaan toipumista sekä ehkäisemään leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita, kuten laskimotukoksia ja keuhkoinfektioita.</p>
<p>Kohtaus 8</p>			
<p>Potilasnäyttelijä siirretään osastolle 3.</p> <p>Sairaanhoitaja puhuu sängyssä makaavan potilasnäyttelijän kanssa.</p>			<p>Kun vointinne kohenee, Teidät siirretään sydänkirurgisen osaston valvontahuoneeseen.</p> <p>Valvontahuoneessa elintoimintojanne seurataan jatkuvalla monitorivalvonnalla. Vointinne mukaan siirrytte 1-2 päivän kuluttua osaston vuodepaikalle.</p>

Kohtaus 9			
<p>Potilasnäyttelijä istuu vuoteen laidalla ja yskii yskimistyynyn kanssa.</p> <p>Hoitaja antaa potilasnäyttelijälle esitteen ja kertoo sen sisällöstä.</p> <p>Sairaanhoitaja ohjeistaa potilasta vuoteesta istumaan.</p> <p>Sairaanhoitaja kävelee potilaan kanssa käytävällä.</p>			<p>Kuntoutuksessanne kiinnitetään huomioita fyysiseen toimimiseen, psyykkiseen hyvinvointiin, sosiaaliseen toimintakykyyn, työkykyyn ja työhön paluuseen.</p> <p>Alkuvaiheen ohjatun liikunnan tarkoitus on motivoida harrastamaan liikuntaa myöhemminkin. Kuntoutuksen tavoite on myös muuttaa elämäntapoja terveellisempään suuntaan. On muistettava, että onnistunut leikkaus ei paranna itse tautia, vaan helpottaa oireita. Kuntoutuksessa keskitytään taudin pahenemisen ennaltaehkäisyyn.</p>
Kohtaus 10			
<p>Lääkärinkierto.</p> <p>Lääkäri ja sairaanhoitaja aamukierrolla potilasnäyttelijän vuoteen vierellä.</p>			<p>Sydänleikkauspotilaat ovat osastolla noin neljästä viiteen päivää, jonka jälkeen he lähtevät jatkohoitoon oman alu-</p>

			<p>een sairaalaan, terveyskeskukseen tai suoraan kotiin. Sydänpotilaille järjestetään sopeutumisvalmennuskursseja. Kontrollit suoritetaan oman alueen sairaalassa.</p>
Kohtaus 11			
<p>Potilaan kotiutus/jatkohoitoon siirtyminen</p> <p>Taustalla kuvaa, kun potilasnäyttelijä on kotiutussa. Hoitaja antaa kotiutuspaperit. Potilasnäyttelijä ja saattaja lähtevät kävelemään koti osaston ovea.</p>		<p>Ruutuun ”Huomioikaa”, jonka jälkeen listataan seuraavat asiat, kun kertoja kertoo niistä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Haavanhoito ja haavan tarkkailu 	<p>Osastolta kotiutuessanne tai jatkohoitoon siirtyessänne teidän tulee huomioida seuraavia asioita:</p> <p>Leikkauksesta toipuminen on yksilöllistä ja kestää tavallisesti 3-6 kuukautta, jopa kauemminkin. Työkäisillä sairausloma on noin 3 kuukauden mittainen. Iäkkäiden ja monisairaiden potilaiden on joskus vaikea selviytyä yksin kotona. Tuolloin kunnallinen kotipalvelu ja kotisairaanhoido tukevat kotona asumista. Toipumisen nopeuteen vaikuttavat monet tekijät, kuten potilaan ikä, yleiskunto, tilanne ennen leikkausta sekä muut sairaudet.</p> <p>Leikkaushaava on yleensä suljettu itsestään sulavalla ompeleella ja haavan paraneminen kestää noin 2 viikkoa. Poistettavien ompeleiden osalta noudatatte saamianne ohjeita. Rintalasta suljetaan teräslangoin, joita ei tarvitse</p>

<p>Potilas poistuu osastolta saattajan kanssa.</p> <p>Potilas kävelee ulko-ovia kohti käytävällä saattajan kanssa.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Mahdolliset liikerajoitukset ja oikeanlaiset asennon vaihdot - Lämpötilaerojen huomiointi - Jatkohoito-ohjeet ja kontrolliajat 	<p>poistaa. Rintalastan luutumisen kestää 2-3 kuukauteen, jona aikana teidän on syytä välttää raskaiden esineiden nostamista sekä voimakkaita yläraajojen kiertoilikkeitä. Mikäli haavan tulehdusoireita ilmaantuu, teidän tulee välittömästi ottaa yhteyttä joko omaan lääkäriin tai suoraan vuodeosastolle, josta teidät kotiutettiin.</p> <p>Autolla ajaminen on kielletty 6-8 viikon ajan, koska kipeä rintakehä vaikeuttaa auton hallintaa äkillisissä tilanteissa ja mahdolliset äkilliset liikkeet voivat vaurioittaa rintalastaa.</p> <p>Äkillisiä suuria lämpötilan vaihteluja tulisi välttää 3-4 kuukauden ajan ja niinpä esimerkiksi saunoessa ei tulisi siirtyä kuumasta löylystä kylmään suihkuun vaan lämpimästä löylystä lämpimään suihkuun.</p> <p>Mikäli siirrytte jatkohoitoon toiseen sairaalaan tai terveyskeskukseen, teidät siirretään jatkohoitoon kiireettömällä ambulanssikytydillä.</p>
--	--	--	---

<p>Potilas hölkkää/kävelee puistossa</p>			<p>Sydänleikkaus on kuntouttava toimenpide, jonka tavoitteena on parantaa suorituskykyä ja elämänlaatua sekä mahdollistaa palaaminen normaalin elämään. Omalla aktiivisella toiminnallanne voitte edistää toipumistanne ja edesauttaa mahdollisimman hyvää lopputulosta.</p> <p>Hyvän pitkäaikaistuloksen saavuttamiseksi on tärkeää hoitaa sepelvaltimotautiin johtaneita riskitekijöitä, sillä korkea verenpaine, tupakointi, korkea kolesterolia ja diabetes vaikuttavat siirännäissuonten aukipysyvyyteen. Sydänystävällinen ruokavalio eli runsaasti kasviksia, marjoja, hedelmiä, riittävästi pehmeää rasvaa ja vain vähän kovaa rasvaa ja suolaa sekä liikunta auttavat veren kolesteroliarvojen, verenpaineen ja painon hallinnassa.</p> <p>Tupakoimattomuus on kuitenkin tärkein potilaan omista toimista, jolla hän tukee pyrkimystä hyvään ohitusleikkauksen jälkeiseen pitkäaikaistulokseen.</p>
--	--	--	--

<p>Liikuntakuvia potilasnäyttelijästä kotona.</p> <p>Kuvia terveellisistä ruoka-annoksista.</p>		<p>Kuva välipalasta</p> <p>Kuva lounaasta</p> <p>Kuva hedelmistä</p> <p>Kuva aamupalasta</p> <p>Kuva potilasnäyttelijästä syömässä aamupalaa</p>	<p>Päivittäinen, asteittain lisääntyvä liikunta on tärkeä osa kuntoutumista. Se nopeuttaa ja auttaa suorituskyvyn palautumista, tehostaa kudosten paranemista, hengitystä sekä vaikuttaa myönteisesti mielialaan.</p> <p>Hyvän leikkaustuloksen säilyttämiseksi on ensiarvoisen tärkeää että otatte kehotukset elämäntapamuutoksesta tosissaan.</p> <p>On sopiva hetki miettiä, miten jatkossa pitää itsensä ja sydämensä hyvässä kunnossa.</p>
<p>Tyhjä musta tausta.</p> <p>Lopputekstit.</p>		<p>Taustamusiikki voimistuu ja lopputekstit ilmestyvät.</p>	<p>Käsikirjoitus: Raisa Heikkilä Essi Lassila</p> <p>Oulun yliopistollisen sairaalan:</p>

			<p>Leiko-osaston henkilökunta Keskusleikkausosaston henkilökunta Teho-osaston henkilökunta Sydän-, rintaelin- ja verisuonikirurgisen osaston henkilökunta</p> <p>Videolla esiintyneet:</p> <p>Sairaanhoitaja, leiko-osasto</p> <p>Sairaanhoitaja Sari Laitinen, keskusleikkausosasto Sairaanhoitaja Juha-Matti Mikkola, keskusleikkausosasto Sairaanhoitaja Mervi Oilinki-Pulkinen, keskusleikkausosasto Erikoislääkäri Ahti Sillaste, keskusleikkausosasto</p> <p>Osastonhoitaja Tarja Arvola, teho-osasto Sairaanhoitaja Airi Alarova, teho-osasto Sairaanhoitaja Henna Härkönen, teho-osasto Sairaanhoitaja Eeva Saarenpää, teho-osasto</p>
--	--	--	---

			<p>Erikoislääkäri Risto Ahola, teho-osasto</p> <p>Apulaisylilääkäri Juha Koskenkari, teho-osasto</p> <p>Sairaanhoitaja Ulla Jääskeläinen, sydän-, rintaelin- ja verisuonikirurginen osasto</p> <p>Sairaanhoitaja Milla Sirniö, sydän-, rintaelin- ja verisuonikirurginen osasto</p> <p>Sairaanhoitaja Terhi Torvinen, sydän-, rintaelin- ja verisuonikirurginen osasto</p> <p>Erikoislääkäri Vesa Anttila, sydän-, rintaelin- ja verisuonikirurginen osasto</p> <p>Ylilääkäri Jari Satta, sydän-, rintaelin- ja verisuonikirurginen osasto</p> <p>Potilasnäyttelijä Airi Maliniemi</p> <p>Saattaja Raisa Heikkilä</p> <p>Kertoja Essi Lassila</p> <p>Musiikki</p>
--	--	--	---

			<p>Morning Walk – Jonny Easton Cipher – Kevin MacLeod</p> <p>Kiitokset</p> <p>Virpi Isaksson, osastonhoitaja, sydän-, rintaelin- ja verisuonikirurginen osasto Marko Korhonen, AV-tukihenkilö Airi Maliniemi, potilasnäyttelijä Tanja Tähtinen, operatiivisen tulosalueen opetuskoordinaattori Tomi Tauriainen, AV-tukihenkilö</p> <p>Leiko-osaston henkilökunta Keskusleikkausosaston henkilökunta Teho-osaston henkilökunta sydän-, rintaelin- ja verisuonikirurgisen osaston henkilökunta</p> <p>Oulun ammattikorkeakoulu Oy</p>
--	--	--	---

			Toteutus: Oulun yliopistollisen sairaalan AV-yksikkö
--	--	--	---

Laadunarviointikaavake

Tämä arviointikaavake on kehitetty osana opinnäytetyöprojektiämme. Tämän tarkoitus on arvioida projektimme laatutavoitteita. Teemme projektiluonteisen opinnäytetyön. Projektimme tilaaja ja asettaja on Oulun yliopistollinen sairaala (PPSHP), osasto 3 ja OAMK Oy. Tuotteemme on sydänleikkauspotilaan hoitoprosessia kuvaava DVD Oulun yliopistollisen sairaalan käyttöön. Tuotteemme tarkoitus on parantaa potilasohjausta ja selkeyttää hoitoprosessia potilaan kannalta.

Arvioi seuraavia kriteereitä rasti ruutuun -periaatteella

Laatutavoite	Heikko	Tyydyttävä	Hyvä	Kiitettävä
<i>Informatiivisuus</i>				
<i>Asiakaslähtöisyys ja selkokieliisyys</i>				
<i>Kuvan laatu</i>				
<i>Äänen laatu</i>				
<i>Eettinen toiminta</i>				

Vapaa palaute DVD:stä:

Kiitos yhteistyöstä! ☺

Heikkilä Raisa ja Lassila Essi, hoitotyön koulutusohjelma, OAMK Oy

Riski	Riskin välttämissuunnitelma
<i>Projekti ei valmistu ajoissa tai kuvattavaa potilasta ei löydy.</i>	<i>Projektin vaiheissa arvioidaan projektin edistymistä. Tarvittaessa kiristämme aikataulua jossain vaiheessa. Pyrimme selvittämään potilasehdokkaille selkeästi kuvauksen aikataulun ja projektiin sitoutumisen.</i>
<i>Projektiryhmän ristiriidat</i>	<i>Sovimme asioista realistisesti esim. kirjoittamisen aikataulut.</i>
<i>Projektiorganisaation aikataulujen yhteen sovittamisen epäonnistuminen</i>	<i>Sovimme tapaamisajat tarpeeksi hyvissä ajoin, jolloin kaikki voivat vaikuttaa tulevaan ajankohtaan. Huomioimme TV-studion työskentelyajan ja aikataulut sovimme heidän kanssaan tarpeeksi ajoissa. Huomioimme myös DVD:llä esiintyvän potilaan aikataulut.</i>
<i>Aktiivisuuden heikkeneminen</i>	<i>Kannustamme ja tsemppaamme toisiamme jatkamaan projektia sinnikkäästi. Palautamme mieleen alkuperäisen aikataulun.</i>
<i>Sopimusten purkaantuminen</i>	<i>Teemme kirjalliset sopimukset projektin etenemisestä. Emme riko sopimuksia tai lakia. Kohtelemme projektiorganisaatiomme jäseniä kunnioittavasti.</i>
<i>Työn häviäminen</i>	<i>Työn tallentaminen useaan paikkaan. Videomateriaalin tallentumisen varmistaminen. Mahdollisuuksien mukaan useampaan paikkaan.</i>