

LIKVORNÄYTTEEN OTTAMINEN LANNEPISTONA JA POTILAAN OHJAAMINEN TOIMENPITEESSÄ

Perehdytysvideo sairaanhoitajille ja hoitotyön
opiskelijoille

Tuija Kantia
Tiina-Mari Puumalainen

Opinnäytetyö
Toukokuu 2013

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) KANTIA, Tuija PUUMALAINEN, Tiina-Mari	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 06.05.2013
	Sivumäärä 37	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi LIKVORNÄYTTEEN OTTAMINEN LANNEPISTONA JA POTILAAN OHJAAMINEN TOIMENPITEESSÄ – Perehdytysvideo sairaanhoitajille ja hoitotyön opiskelijoille		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) PERTTUNEN, Jaana TYRVÄINEN, Hannele		
Toimeksiantaja(t) PIUHA-projekti		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön toimeksiantaja oli PIUHA-projekti. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä perehdytysvideo sairaanhoitajille ja hoitotyön opiskelijoille aivo-selkäydinneste- eli likvornäytteen ottamisesta lannepistona ja potilaan ohjaamisesta toimenpiteen aikana. Videossa käsiteltiin likvornäytteen ottamista aikuiselta. Opinnäytetyön tavoite oli yhtenäistää likvornäytteen ottoon liittyviä käytänteitä Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Videon käsikirjoitus perustuu ajantasaiseen ja näyttöön perustuvaan lähdemateriaaliin. Opinnäytetyön kirjallinen osuus tukee videota ja antaa lisätietoa perehdytyksestä, potilaan ohjaamisesta ja likvornäytteen ottamisesta.</p> <p>Perehdyttämisestä hyötyy koko työyhteisö. Perehdyttämisen avulla uusi työntekijä tutustuu toimenkuvaansa ja työyhteisön toimintatapoihin. Hoitoalalla perehdytyksen tulee olla tehokasta ja joustavaa. Video on käyttökelpoinen ja taloudellinen väline perehdyttämisessä. Videon avulla opettava asia tulee tutummaksi. Hoitohenkilöstöllä tulee olla hyvät potilasohjausvalmiudet. Ohjauksen tavoitteena on tukea potilasta tekemään itse hoitoaan koskevat päätökset. Likvornäytteen ottamisessa potilaan ohjauksella pyritään varmistamaan se, että potilas tietää, miksi ja miten tutkimus tehdään.</p> <p>Likvornäytteen tutkimus tehdään esimerkiksi epäiltäessä keskushermoston infektioita tai tulehduksellisia sairauksia. Lannepiston suorittaa aina lääkäri. Sairaanhoitajan tehtävät toimenpiteessä ovat potilaan ohjaus, toimenpiteen valmistelu ja lääkärin avustaminen. Potilaan ohjaaminen oikeaan asentoon ja potilaan liikkumattomuus toimenpiteen aikana ovat tärkeimpiä asioita onnistuneen lannepiston suorittamisessa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) aivo-selkäydinneste, näytteenotto, perehdyttäminen, potilasohjaus		
Muut tiedot Opinnäytetyö on osa PIUHA-projektia		



Author(s) KANTIA, Tuija PUUMALAINEN, Tiina-Mari	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 06.05.2013
	Pages 37	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title LUMBAR PUNCTURE, CEREBROSPINAL FLUID EXAMINATION AND GUIDING THE PATIENT DURING THE PROCEDURE – Orientation video for nurses and nursing students		
Degree Programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) PERTTUNEN, Jaana TYRVÄINEN, Hannele		
Assigned by PIUHA-project		
Abstract <p>This bachelor's thesis was assigned by the PIUHA-project and it was carried out as a functional thesis. The purpose of this thesis was to make a practical orientation video for nurses and nursing students about the cerebrospinal fluid examination on an adult. The objective was to standardize the practices of the procedure in Central Finland Health Care District. The script of the video was based on evidence-based, up-to-date theory. The written part of the thesis supports the video and gives extra information about orientation, guiding a patient and the cerebrospinal fluid examination itself.</p> <p>Orientation of a new employee benefits the work community. Orientation helps new employees to familiarize themselves with the job description and the practices of the work place. Orientation in the nursing field has to be efficient and flexible. A video is a practical and economical way to orientate. The object of learning becomes familiar with the help of a video. It is important that the nursing staff has good abilities to guide the patients. The aim of patient guidance is to support the patients to make decisions concerning their treatment. Guiding the patient during a cerebrospinal fluid examination ensures that the patient knows why and how the examination is performed.</p> <p>The cerebrospinal examination is performed when suspecting a central nervous system infection or an infectious disease of the central nervous system. The actual lumbar puncture is always performed by a physician. The nurse's duty is to prepare the procedure, guide the patient and assist the doctor. In order to ascertain a successful lumbar puncture, it is important that the patient is positioned correctly and that he/she stays still throughout the procedure.</p>		
Keywords cerebrospinal fluid, examination, orientation, guidance		
Miscellaneous This bachelor's thesis is a part of PIUHA-project		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	3
2 TYÖHÖN PEREHDYTTÄMINEN	4
2.1 Perehdyttäminen hoitotyössä.....	4
2.2 Perehdyttämisen hyödyt ja tavoitteet	6
3 POTILAAN OHJAAMINEN	7
3.1 Laki ja etiikka potilaan oikeuksien takana.....	7
3.2 Ohjaus hoitotyössä.....	8
3.3 Ohjaussuhteen luominen	10
4 AIVO-SELKÄYDINNESTE- ELI LIKVORNÄYTE	11
4.1 Aivo-selkäydinnesteen tutkimisen yleisimmät syyt ja vasta-aiheet	11
4.2 Potilaan asento tutkimuksen aikana	12
4.3 Toimenpiteen kulku.....	13
4.3.1 Toimenpiteen valmistelu.....	13
4.3.2 Toimenpidealueen desinfektio ja aseptiikka.....	13
4.3.3 Punktioalueen puuduttaminen	15
4.3.4 Lumbaalipunktio eli lannepisto	15
4.4 Potilaan ohjaus toimenpiteessä	17
4.4.1 Ennen toimenpidettä	17
4.4.2 Toimenpiteen aikana.....	17
4.4.3 Toimenpiteen jälkeen.....	18
5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	18
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	19
7 POHDINTA	21
7.1 Opinnäytetyöstä saatu palaute ja videon hyödynnettävyys.....	21

7.2 Itsearviointi.....	22
7.3 Jatkoehdotukset	24
LÄHTEET.....	25
LIITTEET	28
Liite 1. Perehdytysvideon käsikirjoitus.....	28

1 JOHDANTO

Hoidon laadun varmistamiseksi on tärkeää päivittää henkilökunnan tietotaitoa, mikä sisältää esimerkiksi hyvän perehdyttämisen sekä päivitettyt hoito- ja toimintaohjeet ja niiden noudattamisen (Kaarlola 2009). Osana sairaanhoitajan työtä on henkilöstön ja opiskelijoiden opettaminen ja ohjaaminen, sekä ohjausmateriaalin tekeminen (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola ja Hietanen 2004, 41). Videosta saatava tieto on helposti vastaanotettavaa, ja se on taloudellinen tapa ohjata (Kyn-gäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen ja Renfors 2007, 122). Potilaan ohjaamisen tavoitteena on tiedon välittäminen ja potilaan tukeminen tekemään itse hoitoaan koskevia päätöksiä. Potilaan ohjaus on keino ehkäistä ja lievittää potilaan pelkoja hoitotilanteissa. (Tähtinen 2007, 3 – 4.)

Likvor- eli aivo-selkäydinnesteenäyte otetaan, kun potilaalla epäillään esimerkiksi keskushermoston infektiota tai lukinkalvonalaista verenvuotoa (Saastamoinen & Ruohomäki 2010). Tässä opinnäytetyössä käsitellään likvornäytteen ottamista lumbaali-punktiona eli lannepistona, mutta se voidaan ottaa myös esimerkiksi sunttipunktiona tai ventrikulostomialetkustosta (Similä 2002, 338). Tämä opinnäytetyö on rajattu koskemaan likvornäytteen ottamista aikuiselta potilaalta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä perehdytysvideo sairaanhoitajille ja hoitotyön opiskelijoille likvornäytteen ottamisesta ja potilaan ohjauksesta toimenpiteessä. Videon käsikirjoitus (liite 1) pohjautuu näyttöön perustuvaan teoriaan. Video on kuvattu hoitotyön näkökulmasta. Likvornäytteen ottamisesta ei ole aiemmin tehty ohjausvideota sairaanhoitajille ja hoitotyön opiskelijoille Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Toive perehdytysvideosta tuli Keski-Suomen keskussairaalan neurologian osastolta, ja opinnäytetyön toimeksiantaja on PIUHA - projekti. Opinnäytetyön kirjallinen osuus tukee videota ja sisältää lisää tietoa sairaanhoitajien ja opiskelijoiden perehdyttämisestä, potilaan ohjaamisesta sekä likvornäytteen ottamisesta.

Tämän opinnäytetyön tavoite on videon myötä yhtenäistää likvornäytteen ottamiseen liittyviä käytäntöjä Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Videosta hyötyvät eten-

kin uudet työntekijät, sijaiset ja hoitotyön opiskelijat sekä sairaanhoitopiirin yksiköt, joissa likvornäytteitä otetaan.

2 TYÖHÖN PEREHDYTTÄMINEN

2.1 Perehdyttäminen hoitotyössä

Työturvallisuuslaki (23.8.2002/738) velvoittaa työantajan antamaan työntekijälle riittävän perehdytyksen työhön, työpaikan olosuhteisiin, työmenetelmiin, työssä käytettäviin välineisiin ja niiden oikeaan käyttöön erityisesti ennen uuden työn tai tehtävän aloittamista, tai työtehtävien muuttuessa. Lain mukaan työntekijälle annettavaa opetusta ja ohjausta on täydennettävä tarvittaessa. (L 23.8.2002/738.)

Perehdyttämisen toteuttaminen on esimiehen vastuulla, mutta sen onnistuminen vaatii kaikkien työntekijöiden osallistumista ja vastuun tiedostamista (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 257). Vastuu perehdyttämisen onnistumisesta on myös työntekijällä itsellään (Lahti 2007). Terveystieteiden henkilöstön nopean vaihtuvuuden, alalla olevan työvoimapulan ja oppimiseen käytettävissä olevan vähän ajan vuoksi, on perehdyttämisen oltava tehokasta, joustavaa ja taloudellista (Peltokoski & Perttunen 2006, 132). Perehdytys suunnitelman avulla voidaan turvata laatu, luoda myönteisiä asenteita uusissa ja vanhoissa työntekijöissä, auttaa työntekijää oppimaan uudet työtehtävät mahdollisimman pian ja antaa kokonaiskuva organisaatiosta sekä työnkuvasta (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 191). Työyksiköllä tulee olla varattuna riittävästi resursseja toteuttaa suunniteltu uuden työntekijän perehdytys (Lahti 2007).

Uusi työntekijä perehdytetään tehtäviin, joihin hänet on palkattu. Tehtävien lisäksi hänelle selvitetään työmenetelmät ja -ajat, tilat, välineet, materiaalit, viestintäkanavat sekä työturvallisuus. (Laaksonen ym. 2012, 191.) Perehdytysalueisiin kuuluvat myös työyhteisön pelisäännöt ja menettelytavat, sekä työntekijän vastuiden ja velvollisuuksien varmistaminen (Lahti 2007). Suullisen perehdyttämisen lisäksi kirjallinen

materiaali on hyödyksi (Laaksonen ym. 2012, 191). Työntekijän henkilökohtaisen perehdyttäjän vastuulla on yhdessä uuden työntekijän kanssa käydä läpi kaikki kirjallinen perehdytysmateriaali. Työntekijä saa usein vähän tukea vertaisiltaan perehdytysjakson jälkeen ja jokaisella uudella työntekijällä on erilainen lähtökohta. Tämän vuoksi onkin tärkeää tehdä jokaiselle uudelle työntekijälle henkilökohtainen perehdytysuunnitelma, jossa huomioidaan myös työntekijän toiveet. (Lahti 2007.)

Uuden työntekijän perehdyttäjällä täytyy olla halu hyväksyä vastuullinen rooli ja toimia ammatillisen käyttäytymisen roolimallina. Lisäksi perehdyttäjällä tulee olla kliininen pätevyys ja hyvät kommunikaatio- ja johtamistaidot. Positiivinen asenne, joustavuus, avoimuus ja huolehtiminen ovat myös hyvän perehdyttäjän ominaisuuksia. Perehdytyksestä hyötyvät molemmat osapuolet, sillä uusi sairaanhoitaja perehtyy työhönsä paremmin ja kokenut sairaanhoitaja kokee perehdyttämisen työnsä motivoititeikijänä. (Mt.) Hyvä perehdytysuhde voi vaikuttaa positiivisesti uuden työntekijän hoidon laatuun, tuottavuuteen, työtyytyväisyyteen sekä työsuhteen kestoon (Harrington 2009). Myönteinen palaute, rohkaiseminen, tukeminen ja itsemääräämisoikeuden lisääntyminen työssä auttavat kestämaan työpaineita. Esimieheltä saatu palaute ja työntekijän kokemus siitä, että hänen työtään arvostetaan, suojaavat uupumiselta. (Lahti 2007.)

Perehdyttämisessä käytettäviä menetelmiä on useita. Henkilökohtaisen ohjauksen, kehityskeskusteluiden, havainnoinnin ja koulutustilaisuuksien lisäksi perehdyttämisessä voidaan käyttää myös oppimistehtäviä ja monipuolista materiaalia, kuten videoita, Internetiä, intranetiä, artikkeleita ja tietokonepohjaista oppimisympäristöä. Uudelle työntekijälle järjestetään aikaa itseopiskeluun sekä asioiden pohtimiseen ja arvioimiseen. (Peltokoski & Perttunen 2006, 133.)

Uusien sairaanhoitajien lisäksi perehdyttämistä tarvitsevat myös kesätyöntekijät, harjoittelijat ja sijaiset. Koska kausi- ja kesätyöntekijöille voi olla hankalaa järjestää laajaa perehdytystä käytännön syistä johtuen, on hyvästä perehdytysmateriaalista tällöin hyötyä. Perehdytys on tarpeen työntekijän vaihtaessa työtehtävää, sillä eri toimialojen toimintatavat voivat poiketa toisistaan paljonkin. Työhön opastus ja pe-

rehdyttäminen voivat olla tarpeen myös pitkän poissaolon jälkeen, jos työyhteisössä on tapahtunut suuria muutoksia. (Lahti 2007.)

Perehdyttämisen jälkeen tulisi perehdytystä arvioida työntekijän itsearvioinnin pohjalta. Ohjaaja arvioi työntekijän pätevyyttä kriittisen ajattelun, vuorovaikutussuhteiden ja teknillisten taitojen perusteella. Ohjaaja kerää tietoa uuden työntekijän toimintatavoista perehdytysjakson aikana ja vertaa niitä asetettuihin pätevyyskriteereihin. Osastonhoitajan tulisi kerätä arviointia ja palautetta uusista työntekijöistä muulta henkilökunnalta, jotta mahdollisiin ongelmiin voidaan puuttua ajoissa. (Mt.)

2.2 Perehdyttämisen hyödyt ja tavoitteet

Organisaatioissa tapahtuvien muutosten ja henkilöstön vaihtuvuuden vuoksi perehdyttämisestä on muodostumassa strategisesti merkittävä tekijä. Palveluiden toimivuus edellyttää, että osaavaa henkilökuntaa on tarpeeksi. Perehdyttämisellä on mahdollista vaikuttaa henkilöstön saatavuuteen, positiivisen työnantajakuvan luomiseen, henkilökunnan sitouttamiseen ja ammatillisen osaamisen edistämiseen. Yksi tärkeimmistä perehdyttämisen tavoitteista on minimoida työssä tapahtuvia virheitä. (Peltokoski & Perttunen 2006, 132.) Osaavat työntekijät mahdollistavat organisaation menestymisen, ja uusien työntekijöiden perehdyttäminen luo pohjan osaamisen ja palveluiden laadun säilymiselle. Hyvällä perehdyttämisellä lisätään työmotivaatiota ja kiinnostusta alaa kohtaan. Se, miten uusi työntekijä kokee tulevaisuutensa huomioiduksi ja vastaanotetuksi uudessa työpaikassa, joko lisää tai vähentää hänen työmotivaatiotaan. Tämän vuoksi ensivaikutelma on tärkeä. (Laaksonen ym. 2012, 190.)

Perehdyttämisen tavoitteena on varmistaa lyhyellä ja pitkällä aikavälillä työntekijöiden osaamista ja edistää myönteisten ammattiasenteiden kehittymistä (Peltokoski & Perttunen 2006, 132 – 133). Perehdyttäminen antaa kokonaiskuvan organisaatiosta ja sen toiminnasta sekä työyksikössä tehtävästä työstä (Surakka 2009, 77). Perehdytyksen avulla oppiminen tehostuu ja oppimiseen käytettävä aika lyhenee. Kun työntekijä saa heti alussa mallin siitä, kuinka tulee toimia, työturvallisuusriskit ja virheet sekä niiden korjaamiseen tarvittava aika vähenevät. Perehdytyksen avulla poissaolot

ja työntekijöiden vaihtuvuus vähenevät ja kustannuksissa säästetään. Mitä nopeammin uusi työntekijä pystyy itsenäiseen työskentelyyn, sitä vähemmän hän tarvitsee apua muilta ja työt sujuvat joustavammin. Tällä on myönteinen vaikutus työntekijän mielialaan, motivaatioon ja jaksamiseen. (Laaksonen ym. 2012, 191.) Hyvä perehdytys suojaa uutta työntekijää emotionaaliselta väsymiseltä ja työstä etääntymiseltä sekä lisää onnistumisen tunnetta (Lahti 2007).

Perehdytyksen avulla esimiehen on mahdollista oppia tuntemaan uusi työntekijä ja tunnistaa perehdytettävän kyvyt ja taidot nopeasti. Tämä mahdollistaa sen, että esimies voi valtuuttaa uuden työntekijän juuri hänelle sopiviin töihin. Koko työyhteisö hyötyy hyvästä perehdytyksestä, sillä kun uudet työntekijät on perehdytetty työpaikan oloihin, sattuu virheitä, tapaturmia ja onnettomuuksia vähemmän. Hyvä ja tehokas perehdytys edistää työn laadun ja tuloksen paranemista. (Laaksonen ym. 2012, 191.) Perehdytyksellä on saavutettu hyvä tulos silloin, kun työntekijä voi hyvin, hallitsee työnsä, oppii uutta ja pääsee näyttämään kykynsä ja taitonsa (Lahti 2007).

3 POTILAAN OHJAAMINEN

3.1 Laki ja etiikka potilaan oikeuksien takana

Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö, ammattietiikka, toimintaa ohjaavat laatu- ja hoitosuositukset sekä terveys- ja hyvinvointiohjelmat ovat perustana ohjaukselle. Vaikka laeissa ja asetuksissa ei mainita ohjausta suoraan, on potilaan ja asiakkaan asema niissä määritetty. (Eloranta & Virkki 2011, 11.) Potilaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain mukaan potilaalla on oikeus saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaudenhoitoa. Potilaalla on oikeus saada tietoa terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä tekijöistä, jotka ovat merkityksellisiä hoidosta päätettäessä. Tietoa on annettava potilaalle niin, että hän ymmärtää sen sisällön. Potilaan hoito on järjestettävä, ja häntä tulee kohdella siten, ettei se loukkaa hänen ihmisarvoaan. Myös potilaan

yksityisyyttä ja vakaumusta tulee kunnioittaa. Potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (L 17.8.1992/785.)

Ohjaustilannetta määrittävät myös terveydenhuollon eettiset periaatteet ja ammatietiikka. Etiikka tarkoittaa oppia hyvästä ja pahasta, sekä oikeasta ja väärästä toiminnasta. Hoitotyön etiikassa pohditaan sitä, mikä hoitotyössä on tärkeää, ja miten toisia tulisi kohdella. Etiikka auttaa arvioimaan ja tekemään valintoja antamatta kuitenkaan valmiita ratkaisuja eettisiin kysymyksiin. (Lahtinen 2006, 6 – 7.) Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoidajan tulee edistää potilaan yksilöllistä hyvää luomalla hoitokulttuuri, jossa otetaan huomioon yksilön arvot, vakaumus ja tavat. Sairaanhoidajan tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää hänelle mahdollisuuksia osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Sairaanhoidajan ja potilaan välisen hoitosuhteen tulisi perustua avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen. Sairaanhoidajan tulee toimia tehtävässään oikeudenmukaisesti ja hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, ihon väristä tai yhteiskunnallisesta asemasta. (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 1996.)

3.2 Ohjaus hoitotyössä

Hyvän ohjauksen päämääränä on auttaa potilasta ja hänen perhettään saavuttamaan hyvä elämänlaatu sekä ymmärtämään sairautta, hoitoa ja terveyttä (Tähtinen 2007, 4). Ohjaus sisältää sekä sanallista että sanatonta viestintää. Ohjaustilanteen tavoitteena on se, että potilas ja hoitaja puhuvat samaa kieltä ja ymmärtävät käymänsä keskustelun samalla tavalla. Onnistunut ohjaus vaatii sekä potilaalta että hoitajalta tavoitteellisuutta ja aktiivisuutta. (Kyngäs ym. 2007, 38 – 41.) Hyvän ohjaussuhteen ominaisuuksia ovat luottamus, ystävällisyys, turvallisuus ja läheisyys (Vänskä 2012, 36).

Ohjaus on muita keskusteluja suunnitelmallisempaa (Kyngäs ym. 2007, 25). Ohjauksen tavoitteena on auttaa potilasta hänen elämäntilanteessa. Ohjaus on prosessi, jossa potilas saa tietoja ja taitoja, joiden avulla hän voi osallistua ja sitoutua omaan

hoitoonsa. (Tähtinen 2007, 3.) Hoitajan tulee kuitenkin olla antamatta potilaalle valmiita ratkaisuja (Kyngäs ym. 2007, 25).

Ohjauksella mahdollistetaan potilaan osallistuminen hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon. Sen avulla voidaan myönteisellä tavalla vaikuttaa ohjattavan kokemuksiin ja valmiuksiin. Päätöksenteko edellyttää riittävää tiedon saantia, jonka ohjattava ymmärtää ja kykenee hyödyntämään omassa elämässään. Ohjauksen avulla voidaan myös edistää ohjattavan valmiuksia itsensä hoitamiseen, vähentää erilaisiin muutostilanteisiin liittyvää ahdistusta ja pelkoa sekä edistää potilaan tyytyväisyyttä hoitoonsa. (Eloranta & Virkki 2011, 15.) Potilaat eivät kuitenkaan aina halua oppia ohjauksesta, eikä ohjaaminen aina takaa asian ymmärtämistä. Usein ohjauksessa välitetty tieto ymmärretäänkin vasta suhteutettaessa se omakohtaiseen tilanteeseen. (Tähtinen 2007, 4.)

Potilaan ohjauksen merkitys on nykyisin korostunut, koska potilaiden hoitoajat ja sairaalassaoloajat ovat lyhentyneet ja ohjaukselle jää entistä vähemmän aikaa. Ohjaus ja sen kehittäminen ovat entistä tärkeämpiä, koska potilaat ovat tietoisempia terveyteen liittyvistä asioista, ja koska itsehoito, oma vastuu, itsemääräämisoikeus ja ennaltaehkäisy korostuvat. Koska lähes kaikkien potilaan hoitoon sisältyy ohjausta, ja ohjaaminen on osa hoitajien päivittäistä työtä, ovat ohjaus- ja opetustaidot välttämättömiä hoitotyöntekijöille. (Mts. 1 – 5.)

Potilaat odottavat saavansa tietoa sairauksista, erilaisista hoitomuodoista, tehtävistä tutkimuksista ja toimenpiteisiin liittyvistä asioista. He odottavat saavansa tietoa myös toipumismahdollisuuksista ja sairauden kanssa elämisestä. Omaan hoitoon osallistumista ja sitä koskevaa päätöksentekoa pidetään tärkeänä. (Eloranta & Virkki 2011, 16.) Potilaat toivovat itseään kohdeltavan yksilöinä sen sijaan, että heistä puhuttaisiin jonakin tapauksena (Kettunen 2001, 27). Jotta potilaan yksilöllisyyttä voidaan tukea ja itsemääräämisoikeutta kunnioittaa, on hoitajan tunnistettava ohjauksen lähtökohdat. Hoitajan on tunnistettava myös ammatillinen vastuunsa asiakkaan valintojen edistämiseksi, sekä muodostettava käsitys siitä, mikä ohjauksessa on tärkeää, ja miksi ja miten sitä annetaan. (Kyngäs ym. 2007, 35.)

3.3 Ohjaussuhteen luominen

Sairaala on usein potilaalle vieras ympäristö, eikä hän sen vuoksi välttämättä tiedä, miten ottaa asioita puheeksi. Potilas voi vältellä puhetilanteita pyrkimyksensä välttää mahdollisia negatiivisia seurauksia. Sairaalan henkilökunnan kanssa tapahtuvaa vuorovaikutusta pidetään hoitokokemuksen perustana. Tämän vuoksi tyyli, jolla asioista puhutaan, muodostuu tärkeäksi. Hoitokokemukseen vaikuttavat myös itse keskustelutilanteet ja niitä edeltävät tapahtumat. (Kettunen 2001, 27.) Ensikontaktin aikana potilas muodostaa käsityksensä työntekijästä, ja siksi onkin tärkeää pyrkiä luomaan myönteinen ilmapiiri ensimmäistä kertaa kohdatessa (Eloranta & Virkki 2011, 54).

Keskustelun ja vuorovaikutuksen tulisi olla avointa ja rehellistä (Sukula 2002, 21). Sopiva keveys ja rentous voi lähentää vuorovaikutusta ja arkirupattelu voi auttaa laukaisemaan mahdollista jännittyneisyyttä. Vuorovaikutuksessa on kuitenkin huomioitava ohjattava ja hänen tyyliinsä. (Eloranta & Virkki 2011, 54 – 55.) Vuorovaikutuksen tulisi olla kaksisuuntaista, ja potilasta tulisi tukea kertomaan taustatekijöistään, tarpeistaan ja odotuksistaan. Ohjauksen vaikutuksiin ja hoitosuhteen rakentamiseen vaikuttaa se, kuinka hyvin ohjauksessa huomioidaan asiakkaan tarpeet. (Kyn-gäs ym. 2007, 40.) Yksi ohjaustilanteen keskeisimpiä ongelmia on potilaan tietojen aliarvioiminen. Sairaanhoitaja saattaa usein haluta suojella potilasta kertomalla hänelle puolitotuuksia, tai potilasta kuulematta päättää, millaista tietoa hän tarvitsee. Kohtaaminen potilaan kanssa tulisi siksi aloittaa tilanteesta, jossa potilas voi itse kuvata tilannettaan ja esittää kysymyksiä. (Sukula 2002, 15 – 20.) Potilaalle tulee tarjota kattavasti tietoa ja esitellä mahdolliset hoitoon liittyvät eri vaihtoehdot tasavertaisina mahdollisuuksina, jotta hän voi tehdä päätöksensä oikeaan tietoon perustuen ja tietoisena päätöksensä seurauksista (Eloranta & Virkki 2011, 55).

Luottamuksellisen ohjaussuhteen syntyminen vaatii aikaa sekä rauhallisen paikan, jossa potilaan kanssa voidaan puhua asioista keskeytyksettä (Friberg, Granum & Bergh 2012). Onnistuneeseen ohjaukseen vaaditaan valoisa ja äänieristetty huone. Hoitajan olisi hyvä istua potilaan kanssa samalla tasolla sopivan keskusteluvälimatkan

päässä. Ajan vähyys vaikuttaa ohjauksen suunnitelmallisuuteen ja vähentää potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta. Potilas voi aistia hoitajan kiireen ja jättää sen vuoksi kysymättä asioista tai avaamatta keskustelua. Potilas voi kiireen vuoksi myös ajatella, ettei häntä kunnioiteta. (Kyngäs ym. 2007, 37 – 38.)

Ohjaustilanteissa sairaanhoitajalta vaaditaan hienotunteisuutta, koska niissä voidaan käsitellä hyvinkin henkilökohtaisia asioita. Ymmärtämys ja tilanteen herättämien tunteiden salliminen on tärkeää, jotta potilas uskaltautuu käsittelemään arkaluonteisia asioita. Hoitajan rauhallinen suhtautuminen, sanallisen ja sanattoman viestinnän samanlaisuus sekä kuunteleva palaute luovat luottamukselliselle keskustelulle otollisen ilmapiirin. (Eloranta & Virkki 2011, 55.)

Ohjaussuhteen luomisen lähtökohtana on sekä potilaan, että hoitajan taustatekijöiden tunnistaminen. Toimivassa ohjaussuhteessa molemmat osapuolet suunnittelevat yhdessä ohjauksen sisältöä, tavoitteita ja keinoja niiden saavuttamiseksi. Potilas on oman elämänsä ja hoitaja oman ammattinsa asiantuntija. Toimivassa ohjaussuhteessa toisen osapuolen asiantuntemusta kunnioitetaan. (Kyngäs ym. 2007, 39.)

4 AIVO-SELKÄYDINNESTE- ELI LIKVORNÄYTE

4.1 Aivo-selkäydinnesteen tutkimisen yleisimmät syyt ja vasta-aiheet

Aivokammioissa sijaitsevat suonipunokset muodostavat aivo-selkäydinnestettä eli likvoria. Likvor täyttää subaraknoidaalitilan sekä aivokammiot ja selkäytimen keskuskanavan. Likvorin kokonaistilavuus on noin 150 millilitraa ja sitä muodostuu noin 500 millilitraa vuorokaudessa. Aivo-selkäydinneste vaihtuu siis jatkuvasti. Likvor suojaa aivokudosta toimimalla tukena ja iskunvaimentajana. Se myös huolehtii keskushermoston solujen ravitsemuksesta ja toimii aivojen laajenemispuskurina. (Bjällie, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2009, 67 – 69.) Ylimääräinen aivo-selkäydinneste poistuu kovakalvon väleissä sijaitseviin veriviemäreihin (Matikainen, Miettinen & Wasström 2010, 155). Likvor on normaalisti väritöntä ja kirkasta (Saastamoinen 2009), eikä siinä

ole soluja tai valkuaisaineita. Likvorissa on vähemmän glukoosia kuin veressä (Bjälle ym. 2009, 68.)

Likvortutkimus tehdään, jos potilaalla epäillään olevan keskushermoston infektio (enkefaliitti eli aivokudoksen infektio, bakteeri- tai virusperäinen meningiitti eli aivokalvon tulehdus), keskushermoston tulehduksellinen sairaus (MS-tauti) tai SAV eli lukinkalvonalainen verenvuoto (Saastamoinen & Ruohomäki 2010; Kassinen 2013). Myös esimerkiksi sarkoidoosi- ja vaskuliitti- (keskushermoston tulehduksellisia sairauksia) sekä tuberkuloosi- ja sieni-infektioepäilyissä tehdään usein likvortutkimus (Soinila & Launes 2006, 79).

Likvortutkimuksen ehdottomia vasta-aiheita ovat kohonnut kallonsisäinen paine, josta merkinä on staasipapilli eli näköhermon nystyn turvotus, ja pintoalueen infektio (Saastamoinen & Ruohomäki 2010; Kassinen 2013). Ennen likvortutkimusta lääkäri varmistaa silmänpohjatutkimuksella, ettei potilaalla ole kohonnutta kallonsisäistä painetta (Häppölä & Atula 2013). Yleensä antikoagulaatiohoito ja vaikea trombosytopenia ovat esteitä tutkimukselle, mutta jos vuotoriski on arvioitu riittävän pieneksi, voidaan likvortutkimus tehdä (Färkkilä n.d.).

4.2 Potilaan asento tutkimuksen aikana

Potilaan ohjaaminen oikeaan asentoon on tärkeää tutkimuksen onnistumisen kannalta. Suositeltavaa on, että potilas makaa vasemmalla kyljellään niin, että polvet ovat koukussa ja leuka tuodaan rintalastaa vasten. Punktio on mahdollista tehdä myös potilaan maatesa oikealla kyljellään. (Matata, Michael, Garner & Solomon 2012.) Selän tulee olla sängyn reunan tasolla ja potilaan hartioiden ja lantion kohtisuorassa alustaan nähden (Soinila & Launes 2006, 79–80). Potilasta pyydetään köyristämään selkensä, jotta okahaarakkeiden välit avautuvat. Selkärangassa ei saa olla kiertoa. (Kassinen 2013.)

Jos potilas on huomattavan ylipainoinen, tai hänellä on esimerkiksi skolioosi tai leikkattu selkä, on lannepisto usein helpompi tehdä istuma-asennossa (Färkkilä n.d.).

Istuma-asennossa potilas nojaa eteenpäin tuoden rintalastan ja leuan lähelle polvia (Matata ym. 2012). Potilaan syliin voi laittaa tyynyn ja jalkojen alle korokkeen autta-
maan selän pyöristämisessä. Selkärangan kiertoa tulee välttää. Istuma-asennossa
tarvitaan ylimääräinen avustaja mahdollisen kollapsin varalta. (Soinila & Launes 2006,
80.)

Molemmissa asennoissa on tärkeää potilaan liikkumattomuus. Toimenpiteessä on
hyvä olla avustaja tukemassa asentoa pitämällä kiinni esimerkiksi niskan takaa ja pol-
vitaiteista. (Kassinen 2013.)

4.3 Toimenpiteen kulku

4.3.1 Toimenpiteen valmistelu

Sairaanhoitaja valmistelee toimenpiteen keräämällä toimenpiteessä tarvittavat väli-
neet ja ohjaamalla potilasta (Matata ym. 2012). Huolellinen valmistelu maksimoi lan-
nepiston onnistumismahdollisuudet (Soinila & Launes 2006, 79). Potilaan henkilölli-
syyss tulee varmistaa luotettavasti ennen tutkimusta. Pääsääntöisesti potilaan tulee
itse antaa henkilötietonsa. (Iivanainen & Syväoja 2010, 191.) Ennen toimenpidettä
hoitaja mittaa potilaan vitaalielintoiminnot (verenpaine, pulssi, lämpö ja happisatu-
raatio) sekä tarkistaa potilaan tajunnantason käyttäen GCS-pisteytystä (Glasgow Co-
ma Scale). Potilaalta kysytään myös mahdolliset allergiat. (Matata ym. 2012.)

Hyvän asennon löytymisen jälkeen lääkäri palpoo oikean punktiokohdan ja merkitsee
sen esimerkiksi painamalla kynnellä siihen jäljen (Färkkilä n.d.). Ensisijainen pistokoh-
ta on lannenikamien L3 – 4 välissä (Saastamoinen & Ruohomäki 2010). Punktio voi-
daan tehdä myös L4 – 5 välistä (Saastamoinen 2009).

4.3.2 Toimenpidealueen desinfektio ja aseptiikka

Kun lääkäri on merkinnyt pistokohdan, sairaanhoitaja desinfioi punktioalueen ja sitä
ympäröivän ihon (Kassinen 2013). Potilaan iholla olevat mikrobit ovat infektioriski,

joten toimenpidealue pitää desinfioida. Desinfektio vähentää patogeenisten eli tautia aiheuttavien mikrobien määrää, niin että ne eivät aiheuta infektiota. (Kassara ym. 2004, 88.) Ihon desinfiointiin käytetään esimerkiksi 80-prosenttista denaturoitua alkoholia (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 100). Desinfiointissa oleellista on desinfektioaineen pitoisuus, desinfektioaineen vaikutusaika ja sen vaikutus suoraan mikrobiin (Iivanainen & Syväoja 2010, 215).

Ihon desinfektioon tarvittavat välineet:

- käsien desinfektioaine
- ihon desinfektioaine
- tehdaspuhdas pesupakkaus tai tehdaspuhdas kaarimalja ja pesusykeröitä/taitoksia
- tehdaspuhtaat käsineet tai pesupihti.

(Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 120.)

Desinfektio aloitetaan desinfioida omat kädet. Tämän jälkeen valmis tehdaspuhdas pesupakkaus avataan ja desinfektioainetta kaadetaan aseptisesti sykeröiden päälle niin, että ne kastuvat reilusti. Tämän jälkeen kädet desinfioidaan uudelleen ja puetaan tehdaspuhtaat käsineet tai otetaan pesupihdit. (Mts. 120.) Desinfiointi voidaan suorittaa joko yhdensuuntaisin vedoin tai pyöritysmenetelmällä. Yhdensuuntaisia vetoja käytettäessä on otettava huomioon desinfektioaineen valumissuunta; Desinfiointi tulee tehdä ylhäältä alaspäin. Alue tulee pestä riittävän laajasti vähintään kolme kertaa joka kerta sykeröä vaihtaen. (Iivanainen & Syväoja 2010, 215.) Pyöritysmenetelmää käytettäessä aloitetaan pistokohdasta ja edetään ulospäin pyörivin liikkein (Soinila & Launes 2006, 80). Desinfektion jälkeen ihon tulee antaa kuivua, sillä desinfiointiaineen vaikutusaika on sen kuivumisaika (Iivanainen ym. 2001, 100).

Aseptisen toiminnan merkitystä hoitotyössä ja toimenpiteissä ei voi korostaa liikaa. Hoitoon liittyvien infektioiden merkitys kehittyneissä maissa on suuri, ja 20 % infektiosta olisi ehkäistäväissä yksinkertaisilla keinoilla (Rautava-Nurmi ym. 2012, 98–99). Käsihuhteen ja oikeiden suojainten käyttö sekä oikeat työskentelytavat ovat oleellisia keinoja hoitoon liittyvien infektioiden torjunnassa (Syrjälä 2010, 28–29).

4.3.3 Punktioalueen puuduttaminen

Punktioalueen puuduttaminen ei ole välttämätöntä (Soinila & Launes 2006, 80), mutta se voi rauhoittaa potilasta. Puudutus vie kivun pois ihon pinnasta, mutta se ei poista syvemmällä kudoksissa tuntuvaa kipua. Syvempiä osia ei saa puuduttaa, koska puudutetta voi joutua spinaalitilaan. (Saastamoinen 2009.) Puudutus tehdään ennen pistoalueen desinfektiota (Färkkilä n.d.; Häppölä & Atula 2013) tai desinfektion jälkeen (Kassara ym. 2004, 92; Matikainen ym. 2010, 156). Puudutusta varten varataan puudutusaine, joka voi olla esimerkiksi lidokaiini (Färkkilä n.d.), sopivankokoinen ruisku, vetoneula sekä puudutusneula (Kassara ym. 2004, 91).

4.3.4 Lumbaalipunktio eli lannepisto

Punktion tekee aina lääkäri (Iivanainen & Syväoja 2010, 208). Sairaanhoidajan tehtävät ovat potilaan ohjaus, toimenpiteen valmistelu ja lääkärin avustaminen toimenpiteessä (Kassinen 2013). Myös potilaan tajunnantason seuranta kuuluu sairaanhoidajan tehtäviin (Iivanainen & Syväoja 2010, 227).

Lannepistoa varten varataan seuraavat välineet desinfioidulle apupöydälle:

- Steriilit suojäkäsineet lääkärille
- Lumbaalipunktioneuloja
- Tehdaspuhtaat käsineet näyttöönottajalle (sairanhoidaja)
- Tehdaspuhtaita kierrekorkillisia näyteputkia
- Tuoreita, huoneenlämpöisiä veri- ja suklaamaljoja
- Potilaan tunnistetarrat (Matikainen ym. 2010, 156).
- Steriilejä taitoksia ja ihoteippiä tai steriili suojataitos. (Iivanainen & Syväoja 2010, 229).

Näiden lisäksi sekä lääkärillä että avustavilla sairaanhoidajilla tulee olla suun-
nenäsuojus, jotta suussa olevia mikrobeja ei joudu toimenpidealueelle (Kassara ym.
2004, 86). Lisäksi lääkäri voi halutessaan käyttää steriiliä toimenpideliinaa rajaamaan

pistoalueen (Matsinen 2013). Yleensä käytetään lumbaalipunktioneuloja, jotka ovat kooltaan joko G22 88 mm, tai G20 90 mm (Saastamoinen & Ruohomäki 2010). Punktioneulassa on mandriini, jonka tulee aina olla paikoillaan, kun neulaa liikutetaan (Soinila & Launes 2006). Jos selässä on arpikudosta, tulisi käyttää paksumpaa neulaa, jotta neula ei taivu (Saastamoinen 2009).

Punktioalueen desinfektion jälkeen lääkäri tunnustelee steriilit käsineet käsissään punktiokohdan uudelleen (Soinila & Launes 2006, 80). Lumbaalipunktiota tehtäessä lannepistoneula viedään lukinkalvononteloon lannenikamien okahaarakkeiden välisestä. Näin likvornäyte voidaan ottaa selkäydintä vahingoittamatta. (Bjålie ym. 2009, 71.) Kun punktio on tehty, tiputetaan likvoria neulan kannasta kierrekorkillisiin näyteputkiin, jotka on numeroitu etukäteen. Näyteputkia tulee olla vähintään kolme. (Matikainen ym. 2010, 156.) Saastamoisen ja Ruohomäen (2010) mukaan näyteputkia otetaan vähintään 2 – 3. Ensimmäisestä putkesta otetaan harvoin näytteitä, koska siinä voi olla artefaktivirta (Soinila & Launes 2006, 81). Jos likvorista tehdään bakteeriviljely, tiputetaan likvoria huoneenlämpöisille veri- ja suklaamaljoille muutamia pisaroita. Näyteputkiin ja – maljojen pohjiin kiinnitetään potilaan tunnistetarrat, ja ne toimitetaan mahdollisimman nopeasti laboratorioon. (Matikainen ym. 2010, 157.) Färkkilä (n.d.) suosittelee päivystystutkimuksissa likvoria otettavan lisäksi varaputkiin, jotka voidaan säilyttää jääkaapissa mahdollisia lisätutkimuksia varten.

Rutiinisti aivo-selkäydinnestenäytteestä tutkitaan erytrosyytit, leukosyytit, glukoosi- ja proteiinipitoisuus, sekä infektiota epäiltäessä tehdään bakteeriviljely ja – värjäys (Färkkilä n.d.) Kun tarvittavat näytteet on otettu, lääkäri laittaa mandriinin takaisin neulan sisään ja vetää neulan ulos. Mandriinin takaisin laittaminen vähentää postpunktiopäänsärkyä. (Soinila & Launes 2006, 81.) Kun neula on otettu pois, sairaanhoitaja tai lääkäri laittaa punktiokohdan suojaksi laastarin (steriilit taitokset ja ihoteippi tai steriili suojataitos) (Iivanainen & Syväoja 2010, 228).

4.4 Potilaan ohjaus toimenpiteessä

4.4.1 Ennen toimenpidettä

Punktioäytteiden, kuten likvorin, ottoon ei yleensä liity mitään erityisiä valmistautumisohjeita. Kun potilaalle määrätään laboratoriotutkimuksia, tulee hänelle aina kertoa mitä tutkimuksia tehdään, missä ne tehdään ja miksi. Potilaan valmistautuminen näytteenottoon vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Oikeanlaisella valmistautumisella, johon kuuluu esimerkiksi paasto, pyritään vakioimaan ihmisen toimintaan liittyvien tekijöiden vaikutukset tulokseen. 10–12 tunnin paastoa ennen näytteenottoa suositellaan, eikä alkoholia tule käyttää vuorokauteen ennen tutkimusta. Myös tupakointia tulisi välttää ennen tutkimusta. Lääkkeiden ottamisesta potilaan tulee keskustella lääkärin kanssa. Fyysistä rasitusta pitäisi välttää ennen tutkimusta, joten potilasta on hyvä pyytää tulemaan paikalle noin 15 minuuttia ennen vastaanottoaika. (Matikainen ym. 2010, 155, 17–22.) Valmistautumistoimenpiteiden lisäksi potilaalle tehdään selväksi toimenpiteen kulku (Kassinen 2013). Jos potilas on pelokas ennen tutkimusta, voidaan hänelle antaa rauhoittavia lääkkeitä (Matikainen ym. 2010, 155).

4.4.2 Toimenpiteen aikana

Potilaan rauhoittelu tutkimuksen aikana on tärkeää ja on yksi sairaanhoitajan tärkeimmistä tehtävistä toimenpiteessä. Koska potilas ei pysty näkemään, mitä tapahtuu, sairaanhoitajan tulisi kertoa potilaalle, miten toimenpide etenee. (Matata ym. 2012.) Potilaalle kerrotaan, että punktio voi aiheuttaa sähköiskumaisia tuntemuksia jaloissa ja pakaroissa, sekä korostetaan niiden vaarattomuutta (Kassinen 2013). Sairaanhoitaja kannustaa potilasta olemaan liikkumatta koko toimenpiteen ajan (Matata ym. 2012).

4.4.3 Toimenpiteen jälkeen

Potilas voi lähteä liikkeelle heti punktion jälkeen (Färkkilä n.d.). Potilaalle kerrotaan, että punktiokohta voi olla arka pari päivää tutkimuksen jälkeen (Kassinen 2013), ja että punktioalueelle voi muodostua mustelma (Matata ym. 2012). Punktion jälkeen voi ilmetä myös pahoinvointia, jota voidaan lieventää pahoinvointilääkkeellä (Kassinen 2013).

Postpunktio- eli jälkipäänsärky on melko yleinen oire lannepiston jälkeen (Matata ym. 2012). Päänsärlyn on katsottu johtuvan siitä, että aivo-selkäydinneste jatkaa vuotamista punktioreiästä kudoksiin, mikä johtaa matalaan likvorpaineeseen (Färkkilä n.d.). Potilaan makuuttaminen punktion jälkeen ei ehkäise jälkipäänsärkyä. Särky helpottaa kuitenkin makuuasennossa, joten yleensä pelkkä vuodelepo riittää hoidoksi. Sairaalassa särlyn helpottamiseksi käytetään usein suonensisäistä kofeiini-infuusiota. (Saastamoinen 2009.) Jälkipäänsärlyn hoitoon voi kokeilla myös tulehduskipulääkkeitä ja kofeiinipitoisten juomien nauttimista (Färkkilä n.d.). Kipulääkkeiden hyöty on kuitenkin todettu vähäiseksi. Jos jälkipäänsärky kestää yli kolme päivää ja on sietämätöntä, ohjataan potilasta ottamaan yhteyttä häntä hoitaneeseen yksikköön. (Kassinen 2013.) Sairaalassa potilaalle voidaan laittaa veripaikka, joka on tehokkain postpunktiopäänsärlyn hoito. Veripaikka tarkoittaa sitä, että potilaan omaa verta ruiskutetaan punktioalueelle. Toimenpide vaatii leikkaussalisteriiliiden. (Saastamoinen 2009.)

5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoitus oli tehdä perehdytysvideo sairaanhoitajille ja hoitotyön opiskelijoille likvornäytteen ottamisesta lannepistona ja potilaan ohjauksesta toimenpiteessä. Opinnäytetyön tavoitteena on yhtenäistää käytänteitä likvornäytteen ottamisessa. Aihe-ehdotus tuli Keski-Suomen keskussairaalan neurologian osaston osastonhoitajalta.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön toimeksiantaja oli PIUHA - projekti. PIUHA - projektia toteutetaan yhteistyössä Jyväskylän ammattikorkeakoulun, Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ja Jyväskylän yliopiston tietojenkäsittelytieteiden laitoksen kanssa. PIUHA- projektin tavoitteisiin kuuluvat esimerkiksi henkilöstön osaamisen vahvistaminen uusien teknologisten ratkaisujen avulla ja potilasohjauksen kehittäminen. (PIUHA – Tietokoneavusteinen oppiminen ja potilasohjaus sairaalaympäristössä n.d.)

Työelämälähtöisyys ja käytännönläheisyys ovat opinnäytetyön lähtökohtia. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on ohjeistaa, opastaa tai järjeittää käytännön toimintaa. Alasta riippuen toiminnallinen opinnäytetyö voi olla esimerkiksi ohjeistus tai perehdyttämispöytäkirja johonkin ammatilliseen käytäntöön liittyen. Kohderyhmästä riippuen toteutustapa voi olla esimerkiksi audiovisuaalinen esitys, opas tai ohjevihko. Tärkeää on, että toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät sekä käytännön toteutus että sen raportointi. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9 – 10.) Opinnäytetyön tulosten hyödynnettävyys on luonteenomaista toiminnalliselle opinnäytetyölle (Niemi ym. 2006, 215). Työelämälähtöisyys näkyy tässä opinnäytetyössä esimerkiksi siten, että palautetta ja kehitysehdotuksia pyydettiin sairaanhoitajalta, neurologilta ja hygieniahoitajalta. Myös aihe-ehdotus tuli työelämästä.

Videota voi käyttää opetuksessa havainnollistajana ja pohjustamassa perehdyttämistä (Järvinen 2012). Tärkeää perehdytysvideon tekemisessä on tavoitteellisuus. Videon avulla katsoja pääsee näkemään asioita, ja opetettava asia tulee tutummaksi. Videon voi jakaa osiin, joissa kertoja selittää ja perustelee videolla esitetyjä vaiheita ja toimintoja. Tämä mahdollistaa erilaisten taitojen oppimisen. (Hakkarainen & Kumpulainen 2011.) Tässä perehdytysvideossa esitetään selkeästi likvornäytteen ottaminen ja sairaanhoitajan tehtävät toimenpiteessä. Video jaettiin eri osiin selvyden vuoksi. Videon selostus tukee kohtauksia.

Tiedonhaku on tärkeä osa opinnäytetyöprosessia. Lähdemateriaalin on oltava monipuolista, ja aihetta tulee käsitellä monesta eri näkökulmasta. Lähteisiin tulee suhtau-

tua kriittisesti ja niitä on käytettävä harkiten. (Niemi ym. 2006, 217.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin sekä kirjallisia että sähköisiä julkaisuja, ja ne valittiin harkiten. Lähteinä pyrittiin hyödyntämään kansainvälisiä lähteitä suomenkielisten lähteiden ohella. Lähteet ovat ajantasaisia ja luotettavia.

Perehdytysvideon käsikirjoitus (liite 1) pohjautuu näyttöön perustuvaan teoriaan. Käsikirjoitus hyväksyttiin ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön toimeksiantajalla. Käsikirjoitusta arvioitettiin myös Keski-Suomen keskussairaalan neurologian poliklinikan sairaanhoitajalla, neurologilla sekä Keski-Suomen keskussairaalan hygieniahoitajalla. Valmis video annettiin hyväksyttäväksi ja arvioitavaksi sekä ohjaaville opettajille että toimeksiantajalle. Opinnäytetyön kirjallinen osuus tukee videota ja käsittelee likvornäytteen ottamista, potilaan ohjausta ja hoitohenkilöstön perehdyttämistä perusteellisemmin.

Videolla esiintyivät opinnäytetyön tekijät sekä kaksi avustajaa. Videon kuvaaja ja editoija saatiin käyttöön toimeksiantaja PIUHA - projektin kautta. Asennot demonstroitettiin potilasta esittävällä avustajalla ja lääkäriä näytteli toinen avustaja. Opinnäytetyön tekijät esittivät sairaanhoitajia. Kaikki videolla esiintyneet henkilöt täyttivät kuvausluvut.

Tiedonhaku opinnäytetyötä varten aloitettiin syksyllä 2012, kun aihe oli varmistunut, ja se oli hyväksytty. Lähteitä haettiin kirjastoista ja Internetin erilaisista tietokannoista. Videon käsikirjoitusta työstettiin alkuvuodesta 2013 ja sitä arvioitettiin monilla eri tahoilla. Opinnäytetyön kirjallista osuutta kirjoitettiin koko prosessin ajan. Perehdytysvideo kuvattiin Jyväskylän ammattikorkeakoululla huhtikuussa 2013. Opinnäytetyö esitettiin Jyväskylän ammattikorkeakoululla huhtikuun 2013 lopussa ja jätettiin arvioitavaksi toukokuun 2013 alussa.

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyöstä saatu palaute ja videon hyödynnettävyys

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä käyttökelpoinen opetus- ja perehdytysvideo likvornäytteen ottamisesta ja potilaan ohjauksesta toimenpiteessä. Video on suunnattu sairaanhoitajille ja hoitotyön opiskelijoille, ja se on tehty hoitotyön näkökulmasta.

Videosta pyydettiin palautetta toimeksiantajalta ja neurologian poliklinikan sairaanhoitajalta, johon oltiin oltu yhteydessä jo aiemmin käsikirjoituksen tiimoilta. Palautetta ja kehitysehdotuksia käsikirjoituksesta pyydettiin myös neurologian yksikön lääkäriltä. Häneltä saatu palaute oli lyhyt ja ytimekäs ”Ei erityistä huomautettavaa”. Toimeksiantajan mielestä aihe sopii hyvin PIUHA - projektin tavoitteisiin tukien interaktiivisten opetus- ja perehdytysmenetelmien kehitystä. Toimeksiantajan mielestä työssä on hyvä teoriapohja. Työskentely oli itsenäistä, mutta ohjausta otettiin kuitenkin rakentavasti vastaan. Käsikirjoituksen tärkeys oli ymmärretty, ja ohjausta haettiin sekä toimeksiantajalta että ohjaavilta opettajilta. Työskentely kuvaajan ja avustajien kanssa oli sujuvaa. Videosta tuli hyvä, ja se soveltuu perehdytyskäyttöön.

Neurologian poliklinikan sairaanhoitajan mielestä videon diat olivat selkeät ja kuvat ja teksti sopivat hyvin yhteen. Esiintyminen videolla oli rauhallista, ja kertojan puhe oli selkeää. Näyteputkien määrä ja potilaan suositeltu asento toimenpiteen aikana eivät videolla kohdanneet Keski-Suomen keskussairaalan käytänteitä, joten sairaanhoitaja halusi lisäperusteluja näille. Videon perusteltiin pohjautuvan ajantasaisiin ja luotettaviin lähteisiin, ja hänelle ilmoitettiin käytetyt lähteet, mikä oli hyvä ja riittävä perustelu. Jatkossa on mahdollista, että videota hyödynnetään myös muissa sairaanhoitopiireissä, joten on hyvä, että video perustuu tutkittuun tietoon, eikä yhden sairaalan käytänteisiin.

Aina perehdyttämiseen ei ole tarpeeksi aikaa tai henkilöresursseja, joten on hyvä, että on olemassa perehdytysmateriaalia, johon voi tutustua itsenäisesti. Video on hyvä perehdytyskeino käytännön työssä, koska videolla pystytään konkreettisesti näyttämään esimerkiksi toimenpiteen eteneminen. Perehdytysvideon voi katsoa useasti, eikä perehdyttäminen silloin vie muiden henkilöiden työaika. Jyväskylän ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa käsitellään likvornäytteen ottamista vain pintapuolisesti, joten videosta voi olla hyötyä myös koulussa tapahtuvassa opetuksessa.

7.2 Itsearviointi

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvat tutkijoiden rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a). Tutkimusprosessin eettisiin kysymyksiin kuuluvat esimerkiksi tiedonhankintaan ja tutkimustulosten soveltamiseen liittyvät kysymykset (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b). Tiedonkeruun sekä tiedon käytön suhteen on oltu huolellisia ja tarkkoja. Lähteisiin on viitattu oikeaoppisesti plagioimatta mitään. Tässä opinnäytetyössä on käytetty ajantasaista ja tutkittua tietoa, ja sovellettu sitä käytäntöön. Lähteitä on käytetty monipuolisesti ja niistä saatua tietoa on vertailtu tiedon luotettavuuden varmistamiseksi. Näin ollen opinnäytetyön tuotos on luotettava perehdytysvideo sairaanhoitajille ja hoitotyön opiskelijoille.

Aihe valittiin, koska se on käytännönläheinen ja työelämälähtöinen. Opinnäytetyöstä toivotaan olevan hyötyä opetuksessa ja perehdytyksessä, ja video on käyttökelpoinen näitä tarkoituksia varten. Video on sopivan pituinen ja sen pystyy katsomaan töiden lomassa. Kertojan kommentit pyrittiin pitämään lyhyinä päälauseina videon selkeyden takaamiseksi. Videossa on napakasti käsitelty asiat, jotka hoitajan tulee toimenpiteen aikana ottaa huomioon, eikä videota ole tarpeettomasti pitkitetty.

Koska aikaisempaa kokemusta käsikirjoituksen tai videon tekemisestä ei ollut, käsikirjoituksesta oli haastavaa saada tarpeeksi yksityiskohtainen. Kuvaustilanteessa tuli esille seikkoja, joita ei osattu ennakoida. Olisi ollut hyvä, jos ohjausta olisi haettu

esimerkiksi videon kuvaajalta, jotta kaikkeen, mitä hyvän videon kuvaamiseen vaaditaan, olisi osattu varautua. Videon kuvaamisesta ja siitä, millainen on hyvä ohjausvideo, oli vaikea löytää käyttökelpoista lähdemateriaalia.

Kuvauspaikka ei ollut sairaalaympäristömäinen, joten oli riski, että videosta ei tule autenttisen näköistä. Kuvausympäristö ei kuitenkaan vähentänyt videon uskottavuutta, eikä vienyt huomiota pääasiasta. Toimeksiantajan ohjeistuksen mukaan videolla ei saanut näkyä tuotemerkkejä, joten kaikki toimenpiteessä tarvittavat välineet, joissa tuotemerkki oli näkyvillä, peitettiin valkoisella paperilla. Tämän pelättiin vievän videolta uskottavuutta ja käytännönläheisyyttä. Oli kuitenkin parempi kuvata välineet, kuin tehdä pelkkä luettelo niistä, joten ratkaisu oli oikea. Kuvaus tehtiin aikataulussa ja useasta kohtauksesta selvittiin yhdellä otoksella. Videolla mukana olevat avustajat olivat perehtyneet etukäteen käsikirjoitukseen, joten kuvaus sujui hyvin.

Yhteistyö oli suhteellisen mutkatonta. Työn sisällöstä ja työn jakamisesta oltiin yhtä mieltä, ja koko projektiin osallistuttiin tasavertaisesti. Aikataulujen yhteensovittaminen oli välillä haastavaa, koska muita koulutehtäviä ja työharjoitteluja tehtiin samaan aikaan. Toiminnallisen opinnäytetyön tekeminen parityönä osoittautui hyväksi ajatukseksi, sillä käsikirjoituksen laatiminen, videon kuvaaminen ja kirjallisen työn tekeminen vaativat paljon aikaa.

Alkuperäisen suunnitelman mukaan video oli tarkoitus kuvata Keski-Suomen keskussairaalan tiloissa. Näin videosta olisi saatu aidomman tuntuinen sairaalaympäristön vuoksi. Kuvausta varten olisi pitänyt tehdä tutkimuslupahakemus keskussairaalalle, ja prosessi olisi vienyt liikaa aikaa. Video päätettiin sen vuoksi kuvata Jyväskylän ammattikorkeakoulun tiloissa. Jos opinnäytetyön suunnitteluun olisi käytetty enemmän aikaa heti alusta alkaen, olisi lupahakemusprosessikin aloitettu tarpeeksi ajoissa.

Videon kuvaaja halusi editoida videon itsenäisesti, vaikka opinnäytetyön tekijät olisivat halunneet olla siinä mukana. Koska videon muokkasi pelkästään editoija, on käsikirjoituksessa ja valmiissa videossa pieniä eroja, jotka eivät kuitenkaan oleellisesti vaikuta videon laatuun. Kohtauksessa, jossa esitellään kylkiasento, sairaanhoitajalla on suu-nenäsuojus kasvoillaan. Istuma-asennon demonstrointikohtauksessa hänellä

ei sitä vielä ole, joten kohtausten yhdenmukaisuuden vuoksi toivottiin, että editoija vaihtaisi ensin mainitun kohtauksen sellaiseen, jossa hoitajalla ei ole suu-nenäsuojusta. Tämä ei kuitenkaan hänen mukaansa ollut mahdollista, vaikka sellainen kohtaus kuvattiinkin. Oikeassa likvornäytteen ottotilanteessa sairaanhoitajalla on usein suu-nenäsuojus kasvoillaan jo potilaan asetteluvaiheessa, joten sinänsä videolla ei ole mitään virhettä.

7.3 Jatkoehdotukset

Video tehtiin aikuisen hoitotyön näkökulmasta, eikä lasten hoitotyön näkökulmaa ole käsitelty lainkaan. Lasten ohjaus on erilaista kuin aikuisten ohjaaminen, ja myös valmistaminen toimenpiteeseen ja näytteenottamisasennot poikkeavat, joten jatkoehdotuksena onkin tehdä video likvornäytteen ottamisesta lapsilta.

Tutkimisen arvoista olisi tehdä kysely hoitohenkilöstölle siitä, miten heidän mielestään eri perehdytysmateriaalit ja -menetelmät toimivat käytännössä, ja millainen perehdytysmateriaali tukisi heidän työtään parhaiten.

Likvornäyte voidaan ottaa myös esimerkiksi sunttipunktiolla tai ventrikulostomialetkustosta. Näitä opinnäytetyössä ei ole käsitelty lainkaan, joten näistä olisi hyvä tehdä oma perehdytysmateriaalinsa.

Hyvästä ohjausvideosta ei löytynyt lähdemateriaalia, joten jatkossa olisi hyvä tutkia, millainen on hyvä ohjaus- ja perehdytysvideo, ja mitä ominaisuuksia siinä tulisi olla.

LÄHTEET

Bjålie, J., Haug, E., Sand, Sjaastad, Ø. & Toverud, K. 2009. Ihminen. Fysiologia ja anatomia. 1. – 6. p. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Friberg, F., Granum, V. & Bergh, A-L. 2012. Nurses' patient-education work: conditional factors – an integrative review. *Journal of Nursing Management* 20, 170 – 186. Viitattu 15.4.2013. <http://jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, EBSCO Academic Search Elite, Patient education.

Färkkilä, M. n.d. Potilaan neurologinen tutkiminen. Viitattu 14.4.2013. <http://therapiafennica.fi>, Neurologia, Potilaan neurologinen tutkiminen.

Hakkarainen, P. & Kumpulainen, K. 2011. Johdanto: Kuva liikkuu - pysytkö mukana? Teoksessa *Liikkuva kuva - muuttuva opetus ja oppiminen*. Toim. P. Hakkarainen ja K. Kumpulainen. Lapin yliopisto, kasvatustieteiden tiedekunta, mediapedagogiikkakeskus. Viitattu 27.3.2013.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/26957/978-951-39-4270-0.pdf?sequence=1>.

Harrington, S. 2009. Mentoring new nurse practitioners to accelerate their development as primary care providers: A literature review. Viitattu 9.4.2013. <http://jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, EBSCO Academic Search Elite, Mentoring nurses.

Häppölä, O. & Atula, S. 2013. Likvornäyte. Videot. Viitattu 14.4.2013. <http://jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Terveysportti.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Hoitamisen taito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2010. Hoida ja kirjaa. 1. – 4. p. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Järvinen, J. 2012. Video opetuksessa. Webinaari. Viitattu 9.3.2013.

<https://connect.jamk.fi/p38599409/?launcher=false&fcsContent=true&pbMode=normal>

Kaarlola, A. 2009. Hoidon laatuun vaikuttaminen. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Viitattu 25.1.2013. <http://jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Terveysportti.

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

Kassinen, J. 2013. Lannepisto. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 14.4.2013.

<http://jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Terveysportti.

Kettunen, T. 2001. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

L 23.8.2002/738. Työturvallisuuslaki. Viitattu 9.4.2013. [Http://finlex.fi](http://finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 30.1.2013. [Http://finlex.fi](http://finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. 2. uud. p. Helsinki: Edita Prima.

Lahti, T. 2007. Sairaanhoidajien työhön perehdyttäminen. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos. Viitattu 9.4.2013. [Http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01898.pdf](http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01898.pdf).

Lahtinen, M. 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat mallit. Toim. K. Lipponen, H. Kyngäs ja M. Kääriäinen. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala, 6 – 9.

Matata, C., Michael, B., Garner, V. & Solomon, T. 2012. Lumbar puncture: diagnosing acute central nervous system infections. Viitattu 14.4.2013. [Http://jamk.fi/kirjasto](http://jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Ebsco Academic Search Elite, Cerebrospinal fluid examination.

Matikainen, A-M., Miettinen, M. & Wasström, K. 2010. Näytteenottajan käsikirja. Helsinki: Edita.

Matsinen, M. 2013. Sähköpostiviesti 25.1.2013. Vastaanottaja T. Kantia. Keski-Suomen keskussairaalan hygieniahoitajan ohjeistusta toimenpiteessä tarvittavista välineistä ja aseptiikasta toimenpiteessä.

Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita Prima.

Peltokoski, J. & Perttunen, J. 2006. Verkkopohjainen portaali sairaanhoidajan perehdyttämisen menetelmänä. Teoksessa Inhimillisten voimavarojen johtaminen. Hoitotyön vuosikirja 2006. Toim. M. Miettinen, H. Hopia, L. Koponen ja K. Wilskman. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto, 131 – 140.

PIUHA – Tietokoneavusteinen oppiminen ja potilasohjaus sairaalaympäristössä. n.d. Viitattu 20.4.2013. [Http://jamk.fi/projektit/1234](http://jamk.fi/projektit/1234).

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006a. Viralliset ohjeet. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 21.4.2013. http://fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1_1.html.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006b. Eettiset kysymykset. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 21.4.2013. http://fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1.html.

Saastamoinen, K-P. 2009. Lannepisto, likvorin tutkiminen ja löydökset. Lääkärin käsikirja. Viitattu 14.4.2013. <http://jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Terveysportti.

Saastamoinen, T. & Ruohomäki, H. 2010. Aivo-selkäydinnesteenäytteen otto ja spinaalidreenin asettaminen. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Viitattu 14.4.2013. <http://jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Terveysportti.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoitajaliitto 28.9.1996. Viitattu 10.4.2013. <http://sairaanhoitajaliitto.fi>, Sairaanhoitajan työ ja hoitotyön kehittäminen, Sairaanhoitajan eettiset ohjeet.

Similä, A. 2002. Aivo-selkäydinnesteen kiertohäiriö. Teoksessa Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Toim. R. Salmenperä, S. Tuli ja M. Virta. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 334–352.

Soinila, S. & Launes, J. 2006. Neurologinen tutkimus. Teoksessa Neurologia. Toim. S. Soinila, M. Kaste ja H. Somer. 2. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 66 – 84.

Sukula, S. 2002. Osallistuva asiakas. Teoksessa Terveysviestintä. Toim. S. Torkkola. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 13–23.

Surakka, T. 2009. Hyvä työpaikka hoitoalalla – näin haetaan ja sitoutetaan osaajia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Syrjälä, H. 2010. Mitä hoitoon liittyvät infektiot ovat ja voidaanko niiden esiintyvyyteen vaikuttaa? Teoksessa Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Toim. V-J. Anttila, S. Hellstén, A. Rantala, M. Routamaa, H. Syrjälä ja R. Vuento. 6. p. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 18–35.

Tähtinen, T. 2007. Hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Vänskä, K. 2012. Ohjauksen osaajat - miten he sen tekevät? Terveysalan ohjaajien käsityksiä ohjausosaamisesta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 132. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

LIITTEET

Liite 1. Perehdytysvideon käsikirjoitus

Likvornäytteen ottaminen ja potilaan ohjaaminen toimenpiteessä – Perehdytysvideo sairaanhoitajille ja hoitotyön opiskelijoille

Videon käsikirjoitus:

1. ENSIMMÄINEN DIA

Video alkaa siitä, että kuvaan ilmestyy tekstinä videon aihe.

Videon nimi: **Likvornäytteen ottaminen lannepistona ja potilaan ohjaaminen toimenpiteessä**

2. TOINEN DIA

Otsikko: **Yleisimpiä syitä likvorin tutkimiseen**

Kertoja sanoo: Yleisimpiä syitä likvor- eli aivo-selkäydinnesteenäytteen tutkimiseen ovat (ja luettelee alla olevat)

Diassa otsikon alla näkyvät alaotsikot:

- Epäily keskushermoston tulehduksellisista sairauksista (*kuten esimerkiksi MS-tauti ja vaskuliitit*)
- Epäily infektiosta (*esimerkkeinä meningiitti, enkefaliitti ja tuberkuloosi*) ja
- SAV – eli lukinkalvonalaisen vuodon epäily

Kertoja sanoo: Lääkäri määrää, mitä tutkimuksia likvornäytteestä tehdään. Tutkimukset tilataan laboratorion kautta ennen näytteenottoa.

3. ENSIMMÄINEN OTOS

Kuvaamme videolla toimenpiteessä tarvittavat välineet. Apupöydälle on ennen kuvausta aseteltu alla luetellut välineet. Pöytää kuvataan yläviistosta.

Otsikko: **Toimenpiteessä tarvittavat välineet**

Still-kuvaa pöydästä, johon välineet on aseteltu. Kertoja luettelee välineet.

Kertojan sanoessa välineen nimen, osoitetaan kyseinen väline.

- Desinfioitu apupöytä
- Käsien desinfektioaine
- Valmis pesupakkaus
- Ihon desinfiointiin denaturoitua alkoholia
- Steriilit käsineet lääkärille
- Steriili liina toimenpidealueen rajausta varten
- Tehdaspuhtaat käsineet hoitajalle
- Suu-nenäsuojus lääkärille ja hoitajille
- Lumbaalipunktioneula (G22, 88mm ja G20, 90mm)
- (vähintään) 2 – 3 (valmiiksi numeroitua) näyteputkea
- (Tarvittaessa) suklaa- ja verimaljat
- Tutkimustarrat
- Steriilit haavataitokset punktiokohdan suojaksi

Kertoja sanoo: Tarvittaessa otetaan myös ihonpuudutusvälineet.

4. TOINEN OTOS

Seuraavaksi videossa kuvataan asentojen demonstroiminen. Hoitajaa esittävällä henkilöllä on yllään hoitajan takki.

Otsikko: **Potilaan asento toimenpiteen aikana.**

Kertoja sanoo: *Potilaan asento toimenpiteen aikana.*

Kuvaus alkaa siitä, että potilas istuu sängyn reunalla. Hoitaja seisoo sängyn vieressä. Kuvaaja on sijoittunut sängyn jalkopäähän, niin että sänkyä kuvataan edestäpäin. Potilasta esittävä henkilö asettuu hoitajan ohjaamana ensin sängylle kylkimakuulle. Kuvauksessa hoitajaa esittävä henkilö auttaa oikeaan asentoon (vasemmalla kyljellä, polvet koukkuun, leuka rintaan).

Kertoja sanoo: *Likvornäytteen ottaminen lannepistona voidaan suorittaa kahdessa eri asennossa. Suositeltavaa on, että potilas makaa vasemmalla kyljellään selkä sängyn reunalla. Polvet ovat koukussa rintaa vasten. Leuka on kiinni rinnassa. Näin lanneranka köyristyy ja okahaarakkeiden välit avautuvat. Lantion ja hartioiden tulee olla kohtisuorassa alustaan nähden. Selkärangassa ei saa olla kiertoa.*

Seuraavaksi kuvataan istuma-asentoon asettumista. Kuvaaja on asettunut sängyn etupuolelle jalkopäähän. Potilas istuu potilassängyn reunalla. Hoitaja avustaa tyynyn potilaan syliin ja korokkeen potilaan jalkojen alle. Potilas köyristää selkänsä ja tuo leuan rintaan. Hoitaja tukee potilaan asentoa.

Kertoja sanoo: *Vaihtoehtoisesti potilas voi istua sängyn reunalla. Potilas nojaa sylissään olevaan tyynyyn. Potilaan jalkojen alla on koroke. Potilas laittaa leuan kiinni rintaan ja pyöristää selkänsä. Tärkeää on, että selkä köyristyy, eikä selässä ole kiertoa.*

Toimenpiteessä on hyvä olla ylimääräinen avustaja tukemassa potilaan asentoa koko toimenpiteen ajan.

5. KOLMAS OTOS

Seuraava kuva otsikolla: **Aseptiikka toimenpiteessä**

Kertoja sanoo: *Aseptiikka toimenpiteessä*

Tässä vaiheessa kuvataan desinfektioon valmistautuminen. Hoitaja seisoo apupöydän edessä. Kuvaaja on asettunut hoitajaa vastapäätä. Kuvataan:

- Hoitaja laittaa suu-nenäsuojuksen kasvoilleen
- Hoitaja desinfioi kätensä
- Avaa pesupakkauksen
- Kaataa ihon desinfektioainetta pesupakkaukseen

Kertoja sanoo: *Hoitaja laittaa suu-nenäsuojuksen kasvoilleen, desinfioi kätensä, avaa pesupakkauksen ja kaataa desinfektioainetta sykeröiden päälle. Sykeröiden tulee kastua reilusti.*

6. NELJÄS OTOS

Seuraavaksi kuvataan, kun hoitaja on potilaan selän takana valmiin pesupakkauksen kanssa. Potilasta esittävä henkilö on asettunut oikeaan asentoon. Avustava hoitaja tukee potilaan asentoa. Kuvaaja on asettunut potilaan taakse jalkopäähän. Kuvassa näkyy potilaan selkä ja hoitajat. Potilaan selkään on merkitty pistokohta.

- Hoitaja desinfioi kätensä
- Laittaa tehdaspuhtaat hanskat käsiinsä
- Hoitaja desinfioi pistoalueen

Kertoja sanoo: *Ennen toimenpidealueen desinfektiota lääkäri on tunnustellut ja merkinnyt pistokohdan. Hoitaja desinfioi kätensä ja pukee tehdaspuhtaat hanskat käsiinsä. Ennen desinfektion aloittamista potilaalle*

kerrotaan mitä tehdään, ja että desinfectioaine voi tuntua kylmältä. Desinfectio tehdään käyttäen yhdensuuntaisia vetoja. Toimenpidealue desinfectoidaan laajasti vähintään kolme kertaa joka kerta sykeröä vaihtaen. Aluetta pienennetään joka kerta. Viimeiseksi pyyhkäistään pistokohdan päältä. Jos lääkäri puuduttaa pistoaluetta, tehdään se steriileillä hanskoilla desinfectio jälkeen. Hoitaja ojentaa lääkärille puudutukseen tarvittavat steriilit välineet.

7. KOLMAS DIA

Seuraava otsikko: **Potilaan ohjaaminen toimenpiteen aikana**

Kertoja sanoo: *Potilaan ohjaaminen toimenpiteen aikana. Hoitajan tehtävä toimenpiteen aikana on ohjata potilasta. Hoitaja avustaa potilasta pysymään liikkumatta ja kertoo toimenpiteen etenemisestä. Punktio voi aiheuttaa vaarattomia sähköiskumaisia tuntemuksia jaloissa ja pakaroissa. Hoitaja kannustaa potilasta kertomaan tuntemuksistaan toimenpiteen aikana.*

8. VIIDES OTOS

Kuvataan, kun lääkäriä esittävä henkilö tunnustelee pistokohdan potilaalta. Lääkärillä on steriilit hanskat ja suu-nenäsuojus. Kuvaaja on asettunut lääkärin viereen vasemmalle puolelle. Lääkäri kääntyy hoitajaan päin, ja hoitaja ojentaa lääkärille punktioneulan. Kuvassa näkyy myös avustava hoitaja, joka tukee potilaan asentoa.

- Kuvataan, kun lääkäri tunnustelee pistokohdan
- Hoitaja ojentaa lannepistoneulan.

Kertoja sanoo: *Lääkäri tunnustelee steriilit hanskat käsissään pistokohdan ja asettaa halutessaan steriilin toimenpideliinan rajaamaan pistoaluetta. Lääkäri pyytää hoitajaa ojentamaan neulan ja suorittaa piston.*

9. KUUDES OTOS

Kuvataan, kun neula on ”paikoillaan”. Rajataan kuvaa niin, että näkyy ainoastaan neula, josta tippuu nestettä ja hoitajan käsi, jossa on valmiina toisiinsa kiinni teipatut ja numeroidut näyteputket. Kun neulasta alkaa tippua nestettä, ottaa hoitaja tarvittavan määrän nestettä putkiin vaihtaen putkea. Kun putkissa on tarvittava määrä nestettä, laittaa hoitaja niihin korkit ja kiinnittää tutkimustarrat.

- Kun likvoria alkaa tippua neulasta, hoitaja asettaa näyteputket neulan alle numerojärjestyksessä. Näyteputket on valmiiksi teipattuina toisiinsa kiinni.
- Kun tarvittavat näytteet on otettu, hoitaja laittaa näyteputkiin korkit ja potilastarrat.

Kertoja sanoo: Kun likvoria alkaa tippua, on hoitaja valmiina näyteputkien kanssa. Hoitaja ottaa tarvittavan määrän likvoria numeroituihin putkiin ottojärjestyksessä. Otettavan näytteen määrä riippuu siitä, mitä näytteestä tutkitaan. Tarkista laboratorion ohjeista paljonko likvoria tiputetaan näyteputkiin. Näytteenoton helpottamiseksi putket voivat olla valmiiksi toisiinsa kiinni teipattuina. Tarvittaessa likvoria tiputetaan veri- ja suklaamaljoille muutamia tippoja. Näyteputket suljetaan korkeilla, ja niihin liimataan tunnistetarrat.

10. SEITSEMÄS OTOS

Kuvataan potilaan selän takaa pään puolelta. Hoitaja laittaa punktiokohdan suojaksi steriilin haavataitoksen. Avustava hoitaja tukee potilaan asentoa.

- Hoitaja laittaa pistokohdan suojaksi steriilin haavataitoksen.
- Avustava hoitaja tukee koko toimenpiteen ajan potilaan asentoa.

Kertoja sanoo: Kun lääkäri on poistanut neulan, hoitaja laittaa steriilin haavataitoksen pistokohdan suojaksi. Näytteet tulee toimittaa viipymättä laboratorioon.

11. KAHDEKSAS OTOS

Kuvataan, kun potilasta esittävä henkilö makaa kyljellään. Potilas nousee istumaan hoitajan avustamana.

Näytteen ottamisen jälkeen potilasta ohjataan nousemaan ylös ja lähtemään liikkeelle normaaliin tapaan, jos vointi sen sallii.

12. NELJÄS DIA

Otsikko: Jälkipäänsärky ja pahoinvointi

Potilaalle kerrotaan toimenpiteen jälkeisestä mahdollisesta päänsärystä ja pahoinvoinnista. Vuodelepo, kipulääkitys ja kofeiinipitoisten juomien nauttaminen voivat auttaa päänsärkyyn. Oireiden kestäessä yli kolme päivää ohjataan potilasta ottamaan yhteyttä hoitavaan yksikköön.

13. VIIDES DIA

Videon tekijät: Tuija Kantia ja Tiina-Mari Puumalainen, Jyväskylän ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma, opinnäytetyö 2013

14. KUUDES DIA

Kuvaaja ja editoija: Ronan Browne

15. SEITSEMÄS DIA

Videon toimeksiantaja: PIUHA-hanke (+logot)