

Heli Anttiroiko ja Maria Kallio NHOSS14K

**PEREHDYTYSVIDEO SYÖPÄPOTILAIDEN
KESKUSLASKIMOPORTIN KÄYTÖSTÄ
HOITOHENKILÖKUNNALLE**

**Opinnäytetyö
CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Lokakuu 2017**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Centria-ammattikorkeakoulu	Aika Marraskuu 2017	Tekijä/tekijät Heli Anttiroiko ja Maria Kallio
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn nimi PEREHDYTYSVIDEO SYÖPÄPOTILAIDEN KESKUSLASKIMOPORTIN KÄYTÖSTÄ HOITOHENKILÖKUNNALLE.		
Työn ohjaaja TtM Teija Honkonen	Sivumäärä 34+4	
Työelämäohjaaja Kaija Sorvoja ja Kirsi Parpala		
<p>Opinnäytetyömme on tuotekehittelyprojekti, jonka tarkoituksena oli tehdä keskuslaskimoportin käytöstä perehdytysvideo hoitohenkilökunnalle. Hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämisen myötä tarkoituksena oli parantaa keskuslaskimoporttipotilaiden elämänlaatua, kun voidaan vähentää haurastuneiden ja kipeiden perifeeristen suonten turhaa rasitusta. Tavoitteena oli, että hoitohenkilökunta oppii käyttämään keskuslaskimoporttia. Videota voidaan hyödyntää myös Centria-ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmassa.</p> <p>Työelämän harjoittelussa nousi kehittämistarve hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämiseen keskuslaskimoportin käytössä. Toteutimme tuotekehittelyprojektina perehdytysvideon, jonka avulla hoitohenkilökunta perehdytetään keskuslaskimoportin käyttöön. Perehdytysvideo sisältää yleistä tietoa keskuslaskimoportista, sen käyttöindikaatioista sekä eduista potilaalle. Videolla opastetaan portin oikeaoppiseen käyttöön sekä keskuslaskimoporttipotilaan hoitoon.</p> <p>Perehdytysvideon toteutimme yhdessä projektityöryhmän kanssa. Projektityöryhmään kuului työelämäohjaajat syöpätautien poliklinikalta, ohjaava opettaja sekä digisuunnittelija Centria-ammattikorkeakoulusta. Perehdytysvideon tekemisessä hyödynsimme syöpätautien poliklinikan esitelmää keskuslaskimoportin käytöstä sekä poliklinikan hoitohenkilökunnan ehdotuksia videon sisällöstä.</p> <p>Jatkokehityshaasteena on perehdytysvideon sisällön käyttöön saattaminen työyhteisössä esimerkiksi koulutuspäivien muodossa.</p>		

Asiasanat Perehdytysvideo, ammatillinen kasvu, keskuslaskimoportti, solunsalpaajahoido.

ABSTRACT

Centria University of Applied Sciences	Date November 2017	Author Heli Anttiroiko ja Maria Kallio
Degree programme Degree Programme of Nursing		
Name of thesis ORIENTATION VIDEO FOR NURSING STAFF ON THE USE OF CANCER PATIENTS' CENTRAL VENOUS PORT		
Instructor TtM Teija Honkonen	Pages 34+4	
Supervisor Kaija Sorvoja ja Kirsi Parpala		
<p>Our thesis is a product development project the purpose of which was to make an orientation video on a central venous port for nursing staff. The aim was that the nursing staff would learn to use the central venous port. With the development of know-how among nursing staff, the aim is to improve the quality of life of cancer patients by reducing the unnecessary strain of fragile and painful peripheral veins. The video can also be utilized in the nursing training program of Centria University of Applied Sciences.</p> <p>In the practice of the working life the development need rose for the developing of the know-how among the nursing staff in the use of a central venous port. We implemented the orientation video as a product development project in which nursing staff is familiarized with the use of the central port. The orientation video contains general information about the central venous port, its usage indications and benefits to the patient. The video guides to the correct use of a central venous port as well as for the treatment of a patient with central venous port.</p> <p>The orientation video we designed together with the project team. The project work group consisted of director of the outpatient department of oncology, a supervising teacher and a digital designer from Centria University of Applied Sciences. In making an orientation video, we utilized the presentation on central venous port of outpatient oncology clinic as well as suggestions by the nursing staff about the content of the video.</p> <p>A further development challenge is to introduce the content of orientation video in the workplace for example in the form of training days.</p>		
Key words Orientation video, vocational growth, central venous port, cytostatic care.		

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA	3
2.1 Oppiminen	3
2.1.1 Visuaalinen oppiminen	4
2.1.2 Video opetusmenetelmänä.....	5
2.2 Sairaanhoidajan ammatillinen kasvu	6
2.3 Keskuslaskimoportti	8
2.3.1 Keskuslaskimoportin käyttö	9
2.3.2 Keskuslaskimoportin käytön komplikaatiot ja ongelmat	11
2.4 Syöpätautien hoitotyö	12
2.4.1 Solunsalpaajahoitojen toteutus.....	13
2.4.2 Solunsalpaajat keskuslaskimoportin käyttöindikaationa	14
2.4.3 Syöpäpotilaan elämänlaatu	15
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	17
4 PEREHDYTYSVIDEO KESKUSLASKIMOPORTIN KÄYTÖSTÄ HOITOHENKILÖKUNNALLE	18
4.1 Tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla.....	18
4.2 Kehittämistarpeiden tunnistaminen ja ideointi	19
4.3 Tuotteen luonnostelu ja kehittäminen	20
4.4 Tuotteen viimeistely	22
4.5 Opinnäytetyön aikataulu ja kustannukset	24
5 POHDINTA	25
5.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja etiikka.....	29
5.3 Ammatillinen kasvu ja oppimiskokemukset	30
LÄHTEET	31
LIITTEET	
KUVIOT	
KUVIO 1. Opinnäytetyön aikataulu	24

1 JOHDANTO

Suomessa syöpään sairastuu joka kolmas ihminen jossain vaiheessa elämää ja uusien syöpätapausten määrä on lisääntynyt väestön ikääntyessä (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Syövän yksi hoitomuoto ovat solunsalpaajahoidot, jotka voivat olla pitkäkestoisia ja hitaasti tiputettavia sekä haitallisesti perifeerisiä verisuonia ärsyttäviä (Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 8; Nurminen 2012, 372). Pienten suonten läpäiseminen toistuvasti katetrilla voi vaurioittaa suonia ja vaikeuttaa kanyloimista entisestään, ja tarpeettomia pistokertoja tarvitaan useita ennen onnistuneen suoniyhteyden avaamista. Keskuslaskimoportti on usein hyvä ja tarpeellinen ratkaisu suonensisäisen lääkityksen aloituksessa pitkään kestävässä lääkeshoidossa. (American Cancer Society 2016; Healthline 2015.) Keskuslaskimoportti on lääkkeenanto- ja infuusioportti, jonka kammio-osasta johtuu katetri keskuslaskimoon (American Cancer Society 2016). Portin käyttöindikaatioita ovat pitkäaikaiset lääkehoidot, kuten solunsalpaaja- ja antibioottihoidot, parenteraalinen ravitseminen, verinäytteiden otto ja verensiirto. Portin edut potilaalle ovat helpompi ja kivuttomampi suoniyhteys perifeerisiä verisuonia säästäen ja helpohoitaisuus. Portti voidaan pitää niin kauan, kun lääkäri katsoo tarpeelliseksi. Silikonisen pistokalvon läpäisevyys on noin 3 000 pistokertaa. Käytännössä keskuslaskimoportti poistaa perifeerisen laskimokanyylin tarpeen kokonaan. (B. Braun.)

Soiten sairaalan syöpätautien poliklinikalla toteutetaan solunsalpaajahoidoja. Osalla potilaista on pitkäaikaisten hoitojen vuoksi asennettu keskuslaskimoportti hoitoja helpottamaan. Työharjoittelun aikana syöpätautien poliklinikalla nousi esiin kehittämistarve hoitohenkilökunnan tiedon ja osaamisen kehittämiseen keskuslaskimoportin käytöstä. Keskuslaskimoporttipotilaita tavataan pääsääntöisesti syöpätautien hoitotyössä, mutta osastojaksolle jouduttua osaston hoitohenkilökunnan tulisi osata käyttää keskuslaskimoporttia suonensisäiseen nesteytykseen ja lääkehoitoon perifeerisiä suonia säästäen. Sairaanhoidajaliiton (2016) mukaan laki velvoittaa sairaanhoitajaa huolehtimaan ammattitaitonsa ajantasalla pitämisestä, sekä työnantajaa täydennyskoulutuksien järjestämisestä. Koimme, että voimme opinnäytetyöllämme osaltamme kehittää sairaanhoitajien ammatillista kasvua kehittämällä tuotteen, joka perehdyttää kohderyhmän keskuslaskimoportin käyttöön.

Jämsän ja Mannisen (2000) mukaan sosiaali- ja terveystieteillä hyödynnetään yhä enemmän audiovisuaalisia keinoja perehdyttämisessä. Video tarjoaa kohderyhmälle informaation monipuolisesti kielellisen ilmaisun lisäksi kuvien ja tekstin avulla. Mäkitalon ja Wallinheimon (2012) mukaan video

opetuskäytössä on hyödyllinen erityisesti uusien fyysisten toimintojen harjoittelussa, sillä uusia toimintatapoja on helpompi hahmottaa visuaalisesti havainnoimalla malliesimerkistä.

Opinnäytetyö toteutetaan tuotekehittelyprojektina. Projekti etenee Jämsän ja Mannisen (2000) projektin vaiheiden mukaisesti kehittämistarpeen tunnistamisesta idea-, luonnostelu-, kehittäminen- ja viimeistelyvaiheeseen. Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä keskuslaskimoportin käytöstä perehdytysvideo hoitohenkilökunnalle. Hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämisen myötä tarkoituksena on parantaa keskuslaskimoporttipotilaiden elämänlaatua, kun voidaan vähentää haurastuneiden ja kipeiden perifeeristen suonten turhaa rasitusta. Tavoitteena on, että hoitohenkilökunta oppii käyttämään keskuslaskimoporttia. Videota voidaan hyödyntää myös Centria-ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmassa.

2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA

Sosiaali- ja terveysalalla hyödynnetään yhä enemmän audiovisuaalisia keinoja perehdyttämisessä (Jämsä & Manninen 2000). Audiovisuaalinen viestintä on hyödyllistä erityisesti uusien fyysisten toimintojen harjoittelussa. Uudet toimintatavat ovat helpompi hahmottaa visuaalisesti havainnoimalla malliesimerkistä. (Mäkitalo & Wallinheimo 2012.) Terveysalalla jatkuva oman ammattitaidon kehittäminen on välttämätöntä, ja laki velvoittaa sairaanhoitajan pitämään huolta ammattitaitonsa ajan tasalla pysymisestä. (Sairaanhoitajaliitto 2016.)

Käsitlemme tietoperustassa opinnäytetyömme aiheen kannalta keskeisiksi käsitteiksi nousseita aiheita. Opinnäytetyönä valmistamme perehdytysvideon syöpäpotilaiden keskuslaskimoportin käytöstä hoitohenkilökunnalle. Hoitoalalla ammattitaidon jatkuva kehittäminen on laissa määritelty ja videon tarkoituksena on kehittää hoitoalan ammattilaisten osaamista, minkä vuoksi ammatillinen kasvu nousi yhdeksi käsitteeksi opinnäytetyössämme. Keskuslaskimoportit ovat käytössä yleisesti syövän solunsalpaajahoidoissa. Tietoperustassa perehdymme portin käyttöön, asennukseen, etuihin ja indikaatioihin, mahdollisiin komplikaatioihin ja ongelmiin portin käytössä. Syöpäpotilaat ovat keskeisessä asemassa opinnäytetyössämme, sillä keskuslaskimoportin yksi oleellisimmista indikaatioista ovat pitkäkestoiset, perifeerisiä suonia ärsyttävät solunsalpaajahoidot.

2.1 Oppiminen

Perustan oppimiselle muodostavat edeltävä kokemuksellinen ja tiedollinen perehtyneisyys, keinot luoda käsitys asioista ja ympäristöstä ja ratkaista ongelmia. Oppiessa näitä kykyjä testataan, kartutetaan, kehitetään ja luodaan uudelleen. Oppimiseen kuuluvat keskeisenä kokemuksen kautta oppiminen, havaintojen tekeminen ilmiöistä, niiden prosessointi mielessä ja näiden asioiden tiedostaminen. (Lauri 2007, 83–85.) Ammatillinen tiedon hankinta pohjautuu peruskoulutuksesta ja elämästä saatuihin ja hankittuihin tietoihin, jotka pitävät sisällään yleistietoa ja myös erityistietoa eri elämän alueilta. Hoitotyössä kohdataan eri ikä- ja kehitysvaiheissa ja erilaisissa elämäntilanteissa olevia ihmisiä. Taidolla tarkoitetaan pätevyyttä, asiantuntijuutta, käytännön kyvykkyyttä, taitavuutta, näppäryyttä ja toiminnan hallitsemista. Ei riitä, että hoitaja osaa tehdä jotakin, vaan hänen on myös ymmärrettävä miksi jotain tehdään ja miten se vaikuttaa eli taito yhdistää teorian ja käytännön. Taitojen oppiminen alkaa pienempien osa-alueiden oppimisesta ja jatkuu, kunnes kokonaisvaltainen osaaminen on saavutettu. Harjoittelun myötä tapahtuu oppimista. Taidot, varsinkin kädentaidot ja havainnointi, muuttuvat

joutuisammiksi ja luontevammiksi eivätkä vaadi enää erityistä keskittymistä. Kehittyminen vaatii hoitajan omaa halua oppia, yritteliäisyyttä ja työyhteisön tukea. Jäsennellyn tietorakenteen omaava hoitaja kykenee vaivatta sisäistämään työnkuvaan kuuluvat uudet asiat ja liittämään ne tietopohjaansa. (Lauri 2007, 92–94.)

Keräämme informaatiota ympäristöstämme käyttämällä aisteja. Aistit vaikuttavat ajatuksenkulkuun lisäksi tiedonkäsittelyyn, muistamiseen ja mielikuvien kehittämiseen. Ihmiset oppivat eri tavoin, ensisijaisesti opitaan 40 % näköaistin, 30 % oppii kuuloaistin avulla ja 30 % tekemällä ja toisella oppimistavalla tyydyttävästi. Itselle parhaan oppimistyylin tiedostamalla on mahdollista aktiivisesti hyödyntää sopivimpia oppimismenetelmiä tiedonkäsittelyä varten. (Kankaanpään yhteislyseo 2017.)

2.1.1 Visuaalinen oppiminen

Visuaalinen viestintä on vaikuttavin viestinnän muoto. Aivot käyttävät mielen malleissa ensisijaisesti kuvia, ja kuvan avulla saadaan tehokkaasti yhteinen näkemys tilanteesta. (Torkkola 2015.) Visuaalinen oppiminen pohjautuu kuviin ja kuvioihin, toisin sanoen näkemiseen ja näkemällä oppimiseen (Köngäs 2017). Visuaalisessa oppimistyyliä opitaan näköaistin avulla. Visuaalinen oppija oppii katsomalla ja tallentaa asioita muistiin kuvina. Se miltä asiat näyttävät, luettu teksti, mielikuvat, kuvat, värit ja kokonaisuuksien muodostaminen, on merkittävää visuaalisessa oppimisessa. Visuaalinen oppija palauttaa mieleen kuvan sijainnin opiskeltavalla sivulla, muttei ehkä kuitenkaan muista sen sisältöä. Hän käyttää hyväkseen kuvia, kaavioita, opintomateriaalin silmäilyä ja lukemista sekä värikkäitä symboleja sisältäviä miellekarttoja. (Erialaisten oppijoiden liitto 2017; Köngäs 2017.)

Visuaalinen oppija muodostaa voimakkaita näkömielikuvia opiskeltavasta asiasta ja hyödyntää niitä muokatessaan tietoa. Kuvina muistamansa kokemukset visuaalinen oppija ilmaisee ottamalla käyttöön näkemiseen liittyviä ilmaisuja. Tällaisia verbejä ovat muun muassa nähdä, erottaa, kirkastaa, näyttää, selventää, tarkentaa ja maalaila. Opetustilanteessa visuaalista oppimistyyliä käyttävä haluaisi opeteltavan asian esitettävän sanallisina kuvauksina tai todenmukaisina tai asiaa selkiyttävien kuvien. Visuaalisen oppijan huomio suuntautuu huolella laadittuihin opintomateriaaleihin tai dioihin. Visuaalinen ihminen huomioi asioiden ulkonäköä, ilmaisee itseään monesti käsiään käyttäen kuin muodostaen kuvan kertomastaan. Hän on johdonmukainen ja toivoo asioiden tapahtuvan nopeasti ja jouhevasti. Visuaalisella ihmisellä on tapa katsoa keskustelukumppania silmiin. Hänellä on rikas mielikuvi ja keskittyminen on hänelle yleensä helppoa. Visuaalisen oppijan kannattaa tehdä muistiinpanoihinsa alleviivauksia, kaaviokuvia ja muita merkintöjä. Mielleyhtymien syntyä ja muistamista tukee omien

kuvien piirustus. Miellekartta sopii monelle visuaaliselle oppijalle oppimisen tueksi. Isot paperiarkit työvälineenä, kodin seinille laitettut muistilaput ja tikkukirjaimet oleellisten asioiden korostamiseksi ja ovat hyviä keinoja edistää oppimista. Kuuntelemisen lisäksi opiskeltavan asian lukeminen on tarpeellista, ja kuuntelemalla oppimalla on hyödyllistä keskittää huomionsa ja hahmotella asiasta kuvaa mielessään. (Köngäs 2017.)

2.1.2 Video opetusmenetelmänä

Tutkimusten mukaan videontuottaminen opiskelumenetelmänä lisää motivaatiota, sitoutumista aiheeseen ja opiskelusta saatua mielihyvän tunnetta. Se lisää huonosti menestyvien ja motivaation puutteesta kärsivien opiskelijoiden innostuneisuutta ja toiminnallisuutta sekä itseohjautuvaa opiskelua. Medialukutaito, tekniset taidot ja esiintymis- ja viestintätaidot sekä eri oppiaineisiin liittyvä tietotaito kehittyvät. Opiskelijoiden luovan itseilmaisun, itsepohdiskelun ja itseä koskevan käyttäytymisen arvioinnin mahdollisuudet lisääntyvät ja itsearvostus kasvaa. (Lautkankare 2014, 7.)

Virtuaalista opetusmenetelmää pidetään luonnollisena menetelmänä ajassamme, sillä teknologia on arkipäivää niin sosiaalisessa kanssakäymisessä kuin opetuksessakin (Mäkitalo & Wallinheimo 2012, 9). Sana video viittaa liikkuvaan kuvaan äänen kera. Video ratkaisee ongelmat sen demonstroidessa prosessin ja reaktiot samanaikaisesti. (Johnson & Manning 2011, 120.) Tästä syystä video antaa oppilaille virtuaalisen kokemuksen, jota he eivät muuten saisi. Videon käyttö on hyödyllinen oppimisväline erityisesti fyysisten toimintojen harjoitteluun. Uusien toimintamallien oppiminen on helpompaa, kun pohjan omaan suoritukseen saa videon tai kuvamateriaalin malliesimerkistä. (Mäkitalo & Wallinheimo 2012, 71.) Sosiaali- ja terveysalalla hyödynnetään yhä enemmän audiovisuaalista tiedonkulkua hoitajien perehdyttämisessä ja organisaation palveluista kerrottaessa. (Jämsä & Manninen 2000, 59). Video tarjoaa informaatiota tekstin ja kielellisen ilmaisun lisäksi kuvien ja äänten avulla, mistä on etua esimerkiksi etäopiskelijoille (Johnson & Manning 2011, 121).

Näkeminen on tärkein videolla saavutettava oppimisen alue. Liikkuvalla kuvalla voidaan esittää asioita, joiden näkeminen on hankalaa tai ylivoimaista. Liikkuvan kuvan tavoitteena voi olla kohteeseen tutustuminen, jolloin estimoidaan eli arvioidaan tunnistusta, tai vaihtoehtoisesti yksityiskohtien havainnointi, jolloin arvostelun kohteena on havainnointi. Sitoutuminen on toinen liikkuvan kuvan myötä saaduista hyödyistä, joka saadaan herättämällä katsojan kiinnostus. Liikkuvalla kuvalla pystytään esittämään teeman sidonnaisuus oppijaan itseensä. Kun liikkuvan kuvan tarkoitus on herättää keskustelua ongelman selvittämiseksi, arvioidaan keskustelun käynnistymistä ja omatoimista

tiedonhakua tai oppimista videokatselun jälkeisellä opetuskerralla. Kolmas alue on tekeminen, johon liittyy taitojen ja asenteiden oppimisen tavoitteet. Liikkuva toimii esimerkkinä oikeasta toiminnasta. Demonstraatiovideoilla opetetaan helppoja taitoja. Osiin jaetun step-by-step-videon avulla opetellaan vaikeaselkoisempia taitoja. Kertoja selvittää ja antaa perusteet prosessin toimille. Tosiasioiden ja kuvausten oppiminen ovat viimeisen ulottuvuuden kertomisen päämääränä. (Hakkarainen & Kumpulainen 2011, 12–14.)

2.2 Sairaanhoidajan ammatillinen kasvu

Ammatillinen kasvu tarkoittaa yksittäisen työntekijän ammatillisten kykyjen, valmiuksien ja ominaisuuksien sekä tavoitteiden kehittymistä ja muokkautumista elämänkestoisena prosessina. Ammatilliseen kasvuun sisältyy myös ammatillinen sosialisatio, joka käsittää ammatillisen identiteetin synnyn ja ammattietiikan eli ammatillisen moraalin. Tahto työskennellä ihmisiä auttaen on perusta kasvussa auttamistyöhön. Oikeanlaiset asenteet, kuten toisten kunnioittaminen ja vastuullisuus, ovat myös tarpeen. Ammatillinen kasvu edellyttää ihmisenä kehittymistä tietotaidon lisääntymisen lisäksi. Sosiaali- ja terveysalalla työskentelevälle on tarpeellista oppia tarkastelemaan omaa elämäänsä ja löytämään ratkaisukeinoja henkilökohtaisiin ongelmiinsa pystyäkseen toimimaan ammatillisesti asiakkaansa hyväksi. (Laine, Ruishalme, Salervo, Sivén & Välimäki 2014, 180, 182.)

Saatavilla olevan tietomäärän kasvaessa yhteiskunnassa ja työelämässä tarvitaan entistä parempia tiedonhallintataitoja asiantuntemuksen tarpeeseen vastaamiseksi. Itseohjautuvuus ja luovuus ongelmanratkaisu- ja sosiaalisissa taidoissa ovat tärkeitä työntekijän ominaisuuksia. Ammatillinen kasvu pitää sisällään taitojen ja tekniikoiden kehittämisen ja uuden ajantasaisen tiedon hankkimisen. Kasvulla tarkoitetaan määrän, koon tai asteen kasvua. Kehitys puolestaan merkitsee siirtymää uuteen rakenteen tai toiminnan maailmaan. Oppiminen henkisenä kasvuna tarkoittaa lähinnä tiedon ja taidon lisäämistä perusteiltaan tutussa aihepiirissä. Oppiminen henkisenä kehityksenä voi olla osa uusien käsitteiden, taitojen ja käyttäytymisen hallintaa. Henkiseen kasvuun sisältyy ymmärryksen kehittyminen. Ammatillisella kasvulla voidaan ilmaista jo olemassa olevan tiedollisen tai taidollisen asiantuntijuuden lisääntymistä. (Henttonen, Ojala, Rautava-Nurmi & Vuorinen 2013, 414.)

Tutkija Patricia Benner on jaotellut hoitajien ammatillisen kasvun viiteen vaiheeseen. Vastavalmistuneella noviisilla eli aloittelijalla ei ole tuntemusta hoitotyön tilanteista ja hänen työskentelynsä pohjautuu koulutuksessa sisäistettyihin konsepteihin eli toimintamalleihin ja säännöksiin, joiden mukaan hän toimii täsmällisesti. Hän on kuitenkin kyvytön määrittelemään tehtävien

tärkeysjärjestyksen ja joustamaan ja hänen työskentelytyylinsä on rajallista vähäisen työelämäkokemuksen myötä. Edistynyt aloittelija omaa työkokemusta siten, että hän osaa havaita ja määritellä tilanteisiin vaikuttavia osatekijöitä kaivaten silti työskentelyssään työtovereiden avustusta. Hän pystyy hyödyntämään tavanomaisimmissa työtilanteissa omaksumiaan abstrakteja sääntöjä. Pätevällä työntekijällä on muutaman vuoden työkokemus samoista työtehtävistä. Hän kykenee aikaansaavaan systemaattisen työskentelyyn ja hänellä on kokemusta vastaavista työtilanteista. Pätevä työntekijä ei ole vielä kovinkaan mukautumiskykyinen työskentelytavoissaan, mutta hän on tavoitteellinen ja suunnitelmallinen työssään. Taitavalla työntekijällä on taito havainnoida kokonaistilanne. Hän kykenee ennakoimaan tilanteiden etenemistä mukauttaen työskentelyään tarpeen mukaan. Luottamus omiin huomioihin ja ammattitaitoon on lisääntynyt. Ekspertillä eli asiantuntijalla on muodostunut intuitioon perustuva tilannetaju ja tilanteiden analysointitaito. Ammatillinen asiakkaan kohtaaminen on auttamistyön perusta. Taidokkaan kohtaamisen tuottamista edistää ammatillisen harjaantuneisuuden tuoma äänetön tieto. Äänetön tieto on eksperttien käytänteille luonteenomaista intuitiivista kykyä vaistota tilanteita ja harjoittaa toiminnansäätelyä niiden mukaan. (Laine ym. 2014, 187.)

Ammatillinen kasvu kestää läpi elämän alkaen lapsuusajan roolileikeistä nuoruusiän ammatinvalintaan ja opiskeluun, aikuisuuden työelämäaseman vahvistamisesta eläköitymisen mukanaan tuomaan työelämästä irtautumiseen. Nykypäivänä on aina vain yleisempää, että opiskelu-, työelämä- ja työttömyysjaksot vaihtelevat eikä työura etene perinteisen kaavan mukaan, jolloin ammatti-identiteetin muodostaminen pitkällä tähtäimellä ei mahdollistu. Myös vapaa-aikaa pidetään arvossaan, ja useiden ammattitutkintojen hankkiminen ja eri alojen työkokemukset värittävät yksilön ammatillista kasvua ja identiteettiä. (Eteläpelto & Vähäsantanen 2010, 26; Laine ym. 2014, 182.)

Terveysalalla jatkuva järjestelmällinen täydennyskoulutus on välttämätöntä. Laki velvoittaa työnantajan järjestämään täydennyskoulutusta ja sairaanhoitajan puolestaan pitämään huolta ammattitaitonsa jatkuvasta kehittämisestä sekä ajan tasalla pysymisestä. Täydennyskoulutus on suunnitelmallista, kestoltaan vaihtelevaa lisäkoulutusta, joka ylläpitää, kehittää ja syventää työntekijän ammattitaitoa, tukee työssä jaksamista ja vastaa terveydenhuollon tarpeisiin ja muuttuviin vaatimuksiin. Täydennyskoulutus liittyy kiinteästi työtehtäviin ja niiden kehittämiseen. Sairaanhoitaja tarvitsee sairaanhoitajaliiton mukaan vähintään kuusi päivää täydennyskoulutusta. Sairaanhoitajaliiton täydennyskoulutuksen laatuvaatimukset jaotellaan täydennyskoulutuksen järjestäjää, työnantajaa sekä sairaanhoitajaa koskeviin laatuvaatimuksiin. (Sairaanhoitajaliitto 2016.)

Perehdyttämällä työntekijälle luodaan valmiudet toimia työyhteisössä sekä erilaisissa työtehtävissä turvallisesti. Samalla varmistetaan, että työntekijä hallitsee työtehtävän ja osaa käyttää tehtävässä tarvittavia välineitä. Perehdyttäminen on tärkeää työtapaturmien ennaltaehkäisyssä. Myös pidempiaikaiset työntekijät tarvitsevat opastusta ja tukea uusissa työtehtävissä ja tilanteissa. Se helpottaa työtä ja on tärkeää työnkehityksen kannalta. Perehdyttäminen on hyödyksi, kun työ on tekijälle uusi, tehtävät vaihtuvat ja menetelmät muuttuvat, käyttöön otetaan uusia välineitä tai koneita, työ toistuu harvoin. Havaitut puutteet ja turvallisuuden laiminlyönti sekä virheellinen toiminta ovat tilanteita, jolloin työnohjaus ja perehdyttäminen ovat aiheellisia. (Ahokas & Mäkeläinen 2013.)

Perehdytyksen perimmäisenä tarkoituksena on auttaa uutta työntekijää sopeutumaan organisaatioon ja sen työtehtäviin, jotta hän osaltaan kykenee toimimaan työyhteisössä. Perehdyttämällä lisätään valitun työntekijän osaamista sekä työnhallintaa. Perehdyttämisessä on tärkeintä säännöllinen toiminta. Uusiin työtehtäviin siirryttäessä saadaan asianmukainen perehdytys. (Kaartinen 2011, 14–15.)

Selkeä tieto- ja taitorakenne ovat ammatillisuuteen ja itsenäiseen ammatinharjoittamiseen kypsymisen edellytyksiä. Asiantuntijuuteen kuuluu olennaisesti oleellisten asioiden tunnistaminen, erilaisten asioiden yhdistely ja kokonaisuuksien hahmottaminen. Ammatin toimivallan ja tietorakenteen määrittely ja julkinen tunnustaminen ovat edellytyksiä ammatilliselle itsenäisyydelle ja vastuulle. Yksittäisen työntekijän kohdalla itsenäisyys on hoitamiseen liittyvää päätöksentekokykyä sekä itsenäisesti että yhteistyössä asiakkaiden tai potilaiden ja muiden oman alan edustajien kanssa. Ammatin hallintaan liittyvän ymmärtämyksen ja tiedon yhdistävät ammatilliset tiedot ja taidot, ammatillisen tietotaidon soveltamiskyky eri ympäristöissä ja ammattitaidon ylläpito- ja kehittämiskyky. (Lauri 2007, 87.)

2.3 Keskuslaskimoportti

Keskuslaskimoportti on pieni metallipohjainen, usein titaanista valmistettu silikonikotelo, josta johtuu polyuretaanikatetri keskuslaskimoverenkiertoon (American Cancer Society 2016). Portti asennetaan yleensä potilaille, joilla on pitkäaikaiset solunsalpaajahoidot, neste-, lääke- tai ravitsemushoidot. Porttia voidaan lisäksi hyödyntää verituotteiden antamisessa sekä verinäytteenotossa. Keskuslaskimoportti asennetaan tavallisesti oikealle puolelle rintakehää solisluun alapuolelle kirurgisena toimenpiteenä. (Vaasan keskussairaala 2015; Hovila 2015.) Rasvakudoksen paksuudesta riippuen keskuslaskimoportti näkyy ihon alta kohoumana jääden kuitenkin vaatetuksen alle piiloon. Suoniyhteys avataan erikoisvalmisteisella neulalla, joka poistetaan käytön jälkeen. (Vaasan keskussairaala 2015.) Portin

silikoninen pistokalvo kestää noin 3 000 pistokertaa (Kovalainen 2017). Neulanpistäminen on yleensä kivutonta ja tarvittaessa pistokohta voidaan puuduttaa, eikä portin käytöstä aiheudu kirvelyä. Ylimääräisiä ja epäonnistuneita neulanpistoja sytostaattihoidon myötä vaurioituneisiin perifeerisiin suoniin voidaan välttää ja sairaalassaoloaika vähentää, sillä joissain tapauksissa sytostaattihoito voidaan toteuttaa potilaan kotona. Portti on miellyttävä, helppokäyttöinen sekä huomaamaton, eikä rajoita tavanomaisia päivittäisiä toimia ja harrastuksia. Keskuslaskimoporttipotilailla suoniyhteys on avattavissa helposti keskuslaskimoportin kautta, eikä perifeerisiä laskimokanyyleja käytännössä tarvita. (B. Braun.; Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 8–9.)

Keskuslaskimoportin asentaa anestesia lääkäri tavallisesti paikallispuudutuksessa päiväkirurgisena toimenpiteenä. Ennen portin asennusta potilaalla tulee olla edellytetään hyvä yleiskunto, sekä ehjä ja hyväkuntoinen rintakehän iho. Potilas käy verikokeissa noin kolme päivää ennen toimenpidettä, jossa kontrolloidaan pieniverenkuva, trombosyytit, neutrofiilit, sekä veren hyytymistekijät. Potilas ohjataan olemaan ravinnotta kuusi tuntia ja juomatta kaksi tuntia ennen toimenpidettä. Toimenpiteessä tehdään kaksi haavaa; pienempi pistohaava syntyy katetrin sisäänvientisuonen lähelle ja suurempi haava katetritunnelin päähän porttikammionle. Portin paikka ja toimivuus varmistetaan toimenpiteen yhteydessä ja porttikammion haava ommellaan. Potilas kotiutuu samana iltana, mikäli hänellä on saattaja mukana ja hän on aikuisen valvonnan alla seuraavan yön yli. (Nyman 2017.) Potilas saa keskuslaskimoportin asennuksen yhteydessä potilaskortin, josta näkee portin tarkemmat tiedot. Tiettytyypiset keskuslaskimoportit on suunniteltu magneettitutkimuksiin soveltuviksi ja mahdollistavat varjoaineinjektioinnin. Korttia näyttämällä hoitohenkilökunta voi nähdä, onko potilaalle asennettu portti soveltuva magneettikuvaukseen. (B. Braun.) Keskuslaskimoporttia voi käyttää välittömästi toimenpiteen jälkeen, ja neula voidaan jättää suojattuna paikalleen (Nyman 2017). Portti voidaan pitää ihon alle asennettuna useita vuosia, eikä se vaadi erityistä huolenpitoa, mikäli neula ei ole paikallaan. Leikkaushaavan parannuttua voi sauna ja uida normaalisti. (American Cancer Society 2016.) Haavan paraneminen kestää normaalisti viikon, ja haavasiteen saa poistaa vuorokauden kuluttua toimenpiteestä. Ompeleina käytetään tavallisimmin itsestään sulavia ompeleita. (Vaasan keskussairaala 2015.)

2.3.1 Keskuslaskimoportin käyttö

Portin ihoalueen puhdistamiseen käytetään denaturoitua alkoholia. Neulan pistämiseen voidaan käyttää ainoastaan keskuslaskimoporttiin suunniteltua ei-leikkaavaa neulaa, Huber neulaa, jotta portin pistokalvo ei vaurioidu pistämisen yhteydessä. (Nyman 2017.) Tavallinen neula voi vahingoittaa

silikonista pistokalvoa ja aikaansaada vuodon, tai lävistämisestä seuranneet irtopartikkelit voivat aiheuttaa portin tukkeutumisen (Oulun yliopistollinen sairaala 2014a). Neulan koko ja pituus valitaan potilaskohtaisesti portin syvyys huomioiden. Sopiva neulan pituus on usein 15–25 mm. Vasta asennetun portin kohdalla esiintyy usein turvotusta, jolloin valitaan 5mm pidempi neula. Neulan paksuus valitaan annosteltavan nesteen viskositeetin mukaan 18–22 G riittävän virtauksen varmistamiseksi. Lisäksi portin käyttöönottoon varataan kolmitiehana, läpinäkyvä kiinnityskalvo neulan suojaksi sekä infuusiovälineet: keittosuolalla täytetty 10ml ruisku ja valmiiksi letkutettu infuusioneste. Ruiskun tulee olla 10 ml tai suurempi, sillä pienemmät ruiskut aiheuttavat liian suuren paineen porttiin aiheuttaen riskin portin vaurioitumisesta. (Nyman 2017.) Neulan pistäminen toteutetaan steriilisti. Toimenpiteeseen varataan steriilit hanskat, maski, steriilejä taitoksia pesua varten, ja toimenpiteen välineiden, kuten neulan ja ruiskujen käsittelyssä vältetään kontaminoitumista. (B.Braun.)

Potilas ohjataan puoli-istuvaan asentoon, tai makuuasentoon. Portin ihoalue puhdistetaan denaturoidulla alkoholilla steriilipesuhanskaa käyttäen. Neula ja siihen liitetty lyhyt letku täytetään fysiologisella keittosuolaliuoksella neulaa siivekkeistä kiinni pitäen, ja neulasuojus poistetaan. Portin sijainti ja syvyys tunnustellaan sormin ja portti lukitaan kahden tai kolmen sormen väliin. (Nyman 2017.) Suoniyhteys avataan neulalla, joka pistetään ihon läpi kohtisuoraa portin keskiosaan. Neula lävistää silikonisen pistokalvon, silikoniseptumin, ohjautuen portin kammion pohjaan. (American Cancer Society 2016.) Neulan pistämisessä tulee välttää voimaa, ettei neulan kärki vaurioidu (Oulun yliopistollinen sairaala 2014c). Neulan oikea sijainti varmistetaan aspiroimalla ruiskuun verta ja huuhtelemalla portti keittosuolaliuoksella. Neulan siivekkeet taitetaan sivuille ja neula kiinnitetään ihoon läpinäkyvällä kiinnityskalvolla, jolloin pistokohta jää näkyviin. Infuusioletkut yhdistetään neulan letkuun ja infuusio voidaan aloittaa. Porttineulan poistamisessa huolehditaan hyvästä käsihygieniasta ja käytetään tehdaspuhtaita käsineitä. (Nyman 2017.) Uusimman tiedon mukaan porttiin ei käytön jälkeen tarvitse injisoida hepariiniliuosta tukkeutumisen ehkäisemiseksi, vaan portti huuhdellaan lopuksi fysiologisella keittosuolaliuoksella (Kovalainen 2017). Lopuksi suojakalvo poistetaan, portti lukitaan sormien väliin ja neula poistetaan toisella kädellä siivistä nostaen (Nyman 2017).

Portin kautta voidaan ottaa verinäytteitä ja tehdä verensiirtoja. Verinäytteenotossa porttineula pistetään edellä kerrotun ohjeistuksen mukaisesti. Portista aspiroidaan verta 20 ml ruiskuun aspiroimalla ensin 5 ml hukkaverta. Portin kautta aspiroidaan tarvittava määrä verta, minkä jälkeen portti huuhdellaan vähintään 20 ml keittosuolaliuoksella. (Nyman 2017.) Käyttämätön portti tulee huuhdella neljän viikon välein. Huuhteluun riittää 10 ml fysiologista keittosuolaliuosta. Jatkuvien infuusioiden yhteydessä porttineula voidaan jättää paikoilleen. Infuusioletkut sekä kolmitiehana vaihdetaan vähintään neljän

vuorokauden välein ja rasvaa sisältävien lääkkeiden infuusioiden letkut päivittäin. Porttineula vaihdetaan uuteen seitsemän vuorokauden välein. (Oulun yliopistollinen sairaala 2014b.)

2.3.2 Keskuslaskimoportin käytön komplikaatiot ja ongelmat

Portin käytön aikana on tärkeää tarkkailla potilaan yleisvointia sekä pistokohdan ihoalueen mahdollisia muutoksia, aspiroinnin ja infuusion sujumista (Nyman 2017). Ensisijaisia merkkejä keskuslaskimoportin komplikaatioista ja ongelmista ovat kuume, paikallinen kipu ja turvotus portin alueella, punoitus ja erityis haavalta, sekä hengitysvaikeudet (B.Braun).

Ongelmia voi ilmetä portin tunnustelussa tai neulan pistämisessä. Ongelmat saattavat johtua ihonalaiskudoksen turvotuksesta tai portin asentamisesta kohtaan, jossa ihonalaiskudos on liian paksua. Portin alueen turvotus on kuitenkin normaalia noin viikon ajan portin asentamisesta. Portti voi myös olla vinossa kylkiluiden välissä. Kiinnittymätön portti saattaa kääntyä myös väärinpäin. Aspiroinnin ja infuusion ongelmat voivat johtua sekä portin että porttineulan virheellisestä sijainnista. Porttineulan sijainti tarkastetaan aspiroimalla. Mikäli aspiraatio ei onnistu, on syytä epäillä neulan virheellistä sijaintia tai neulan kärjen nousemista silikonin sisään. Neula pistetään uudelleen ja tarvittaessa vaihdetaan pidempi neula. Katetri saattaa myös olla pinteessä solisluun alla tai katetrin kärki sydämen tai verisuonen seinämässä, jolloin aspiraatio tai infuusio vaikeutuu. Katetrin sijainnin pieniin muutoksiin voi vaikuttaa ottamalla potilaan pään alta tyynyn pois ja pyytää potilasta kääntämään päätä portista pois päin. Potilasta voidaan pyytää nostamaan portin puoleista kättä tai olkapäätä. Katetri voi myös liikkua pois kokonaan yläonttolaskimosta usein sisäiseen kaulavaltimoon, jolloin puhutaan katetrimigraatiosta. Tällöin aspiraatio usein epäonnistuu ja potilas saattaa kokea kipua kaulalla ja kaulan alue on turvoksissa. Katetrimigraation aikana porttia ei saa käyttää. Lääkärin harkinnan mukaan katetrin oikea sijainti voidaan varmistaa thoraxkuvauksella. (Nyman 2017.)

Yleisimmät portin aiheuttamat infektiot ovat portin asennuksessa alkunsa saanut pinnallinen haavan tulehtuminen tai pistokohdan tulehtuminen. Mikäli portin alue vaikuttaa tulehtuneelta, on syytä välttää portin käyttöä. Portin kammion tai katetrin tulehtuminen aiheuttaa sepsis riskin. Sekä veriviljelyt että mikrobilääkkeen annostelu suoritetaan portin kautta. Portin tukkeutuessa se voidaan liuottaa auki liuotusaineella. Porttiin pistetään yksi tai kaksi neulaa, ja liuotusainetta yritetään ruiskuttaa 1–2 ml. Neulat jätetään porttiin paikalleen ja liuotusaine jätetään vaikuttamaan yhteensä 15–30 minuutiksi, jonka jälkeen hyytymä yritetään imeä ruiskuun. Liuottaminen voidaan toistaa tarvittaessa. Liuotuksen jälkeen portti huuhdellaan 20 ml keittosuolaliuoksella. (Nyman 2017.)

2.4 Syöpätautien hoitotyö

Syöpätaudit ovat hyvin monikirjoinen sairausryhmä, joiden aiheuttajana ovat pahalaatuiset eli malignit kasvaimet. Hoitamattomana syöpätaudit johtavat potilaan menehtymiseen. Syöpätaudeissa tavallisia ovat paikalliset oireet, jotka ovat lähtöisin syövän syntyelimestä, etäpesäkkeet ja loppuvaiheessa yleisoireet. (Duodecim 2017; Pfizer 2017.) Syövän hoito luokitellaan joko paikalliseksi tai systeemiseksi hoidoksi. Paikallista hoitoa ovat leikkaus- ja sädehoito. Systeemiseen hoitoon kuuluvat solunsalpaajahoito, hormonihoito ja immunologinen hoito. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 137.) Leikkaus, sädehoito ja erilaiset lääkehoidot ovat syövän merkittävimmät hoitomenetelmät. Leikkaus hoitomuotona on usein riittävä erityisesti, kun kyseessä on pienikokoinen kasvain. Joissain tapauksissa riittää paikallinen sädehoito, kun taas tietyissä syöpätyypeissä käypä hoito on lääkehoito. Yhdistelmähoitoja, joissa hyödynnetään useampia tai kaikkia syövän hoitomuotoja, käytetään erityisesti suurten kasvainten hoidossa. (Joensuu, Roberts, Kellokupu-Lehtinen, Jyrkkiö, Kouri & Teppo 2013, 132.)

Solunsalpaajat eli sytostaatit ovat lääkeaineryhmä, jota käytetään syövän hoidossa (Johansson 2015). Solunsalpaajahoidon tavoitteena on hävittää syöpäkasvaimia, helpottaa oireita ja pidentää elinikää (Koskinen & Siltanen 2014). Solunsalpaajat vahingoittavat isoja kasvaimia ja eliminoi mikroskooppisen pieniä etäpesäkkeitä (Johansson 2015). Solunsalpaajilla pyritään monin eri keinoin vahingoittamaan syöpäsolujen jakautumisjärjestelmää, minkä vaurioitumisen seurauksena syöpäsolut kuolevat jakautumisen estyttyä (Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 6). Solunsalpaajat vaikuttavat etenkin jakautuvissa soluissa. Solunsalpaajista aiheutuu myös haittavaikutuksia, sillä ne vahingoittavat jonkin verran syöpäsolujen lisäksi myös normaaleja soluja kudoksissa, joissa on paljon jakaantuvia soluja kuten limakalvoilla, karvatupessa ja luuytimessä. Valtaosa terveistä soluista ei kuitenkaan reagoi solunsalpaajiin syöpäsolujen tavoin ja paremman vastustuskykynsä ansiosta korjautuvat nopeammin. (Johansson 2015; Koskinen & Siltanen 2014.) Tehokkaimmillaan solunsalpaajahoito on tautikuorman ollessa suhteellisen pieni ja pesäkkeiden kehityksen ollessa alkuvaiheessa. Syöpäkasvaimen solujen suuri jakautumisnopeus ja jakautumisvaiheessa olevien solujen runsaus tehostavat sytostaattien vaikutusta. Laskimoon annosteltuna solunsalpaajat vaikuttavat lähes kaikissa elimistön osissa, jolloin on mahdollista hävittää myös röntgen- ja muissa tutkimuksissa näkymättömät syöpäsolut. Todella suurissa tai vähäsuonisissa kasvaimissa lääkkeaineet jäävät vähäisiksi. Suojakynnysten vuoksi solunsalpaajien kulkeutuminen kiveksiin ja aivoihin on hankalaa. (Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 6–7; Johansson 2015.)

Myöhäisessä kehitysvaiheessa olevien syöpien hoidossa solunsalpaajien teho on rajoitettu. Hoidon tavoitteena on silloin kohentaa elämänlaatua, lievittää oireita ja pitkittää elinikää. Syöpäsolujen reagoinnin lakatessa yhdelle solunsalpaajayhdistelmälle voidaan monesti toista yhdistelmä lääkitystä tai uutta solunsalpaajaa käyttämällä vaurioittaa syöpäsoluja. Hoidon vaikuttavuus silti heikkenee, joten haitta-hyötysuhdetta tulee arvioida ja tulokseton hoito on päätettävä turhien sivuvaikutusten välttämiseksi. Monesti hoitojen päätyttyä ja lääkkeiden sivuvaikutusten lakattua syöpäsairaan yleisvointi kohenee väliaikaisesti. Potilaan terveyden tukemista ja oireiden hoitoa jatketaan riippumatta solunsalpaajahoidon päättämisestä. (Johansson 2015.)

Koska tavallisesti solunsalpaajia joudutaan käyttämään suurina annoksina, niillä on myös runsaasti haittavaikutuksia (Johansson 2015). Solunsalpaajien yleisiä haittavaikutuksia ovat pahoinvointi, veriarvojen muutokset, suun, nielun, suolen, virtsarakon ja emättimen limakalvovauriot, hiustenlähtö, hedelmällisyyteen ja sukupuolirauhasten hormonitoimintaan liittyvät haittavaikutukset (Koskinen & Siltanen 2014). Haittavaikutukset vaihtelevat käytetystä lääkkeestä riippuen. Kaikilla hoitoa saavilla niitä kuitenkin ei ilmaannu, ja todella harvalle tulee kaikki mahdolliset haittavaikutukset. Haittavaikutuksia on mahdollista ehkäistä, lieventää ja hoitaa. Solunsalpaajahoidosta johtuvat haittavaikutukset menevät ohi muutaman kuukauden kuluessa hoidon lopetuksesta ja tavalliset solut toipuvat hyvin. Todella harvinaisia pitkäaikaisvaikutuksia ovat hermoston tai sydämen toimintaan liittyvät häiriöt ja pysyvät keuhkomuutokset. (Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 7, 11.)

2.4.1 Solunsalpaajahoidojen toteutus

Solunsalpaajahoidon yksilölliseen suunnitteluun vaikuttaa kasvaimen ominaisuudet ja se, miten potilas sietää käytettäviä lääkkeitä (Johansson 2015). Solunsalpaajahoidoa toteutetaan neoadjuvanttihoitona ennen leikkausta tai sädehoitoa tarkoituksena pienentää kasvainta tai niiden adjuvanttihoitona leikkauksen tai sädehoidon jälkeen tuhoamaan mikroskooppisia metastaaseja. Solunsalpaajat toimivat myös ensisijaisena hoitona. Solunsalpaajahoidoa voidaan toteuttaa terveyskeskuksissa asiantuntevan lääkärin tarkkailussa, erikoissairaanhoidossa syöpätautien poliklinikoilla ja osastoilla, kotisairaalassa ja yksityisissä sairaaloissa. Tavallisesti solunsalpaajahoidossa annetaan kahden tai kolmen eri lääkkeen yhdistelmähoitona eri vaikutusmekanismien hyödyntämiseksi. Täten voidaan yhden lääkkeen annostusta pienentää, jolloin myös yhden lääkkeen sivuvaikutukset heikkenevät. (Koskinen & Siltanen

2014.) Solujen kasvuun ja jakautumiseen vaikuttavia lääkeaineita on kymmeniä ja niiden luokittelu perustuu ensisijaiseen vaikutusmekanismiin. (Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 6; Johansson 2015.)

Tehokkaaksi verenkiertoon saattamiseksi suurin osa solunsalpaajista annetaan laskimosuoneen boluksena juoksevaan tippainfuusioon, nopeana tiputuksena (50–100 ml) tai hitaana infuusiona (250–100 ml) oikeassa järjestyksessä tietyn ajan kuluessa (Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 8; Koskinen & Siltanen 2014). Joitain solunsalpaajia on olemassa myös tablettimuotoisena tai niitä annetaan suoraan elinten nestetilaan tai erityisin keinoin valtimoverenkiertoon (Johansson 2015). Solunsalpaajien antamisen ja lyhyen tarkkailuajan potilas on hoitoyksikössä. Poliklinikkakäynti matkoineen voi kestää monta tuntia. Tablettimuotoista solunsalpaajalääkitystä voi potilas toteuttaa itse kotona. Syöpähoidossa on myös mahdollista käyttää yhdistelmähoitona tablettimuotoisia ja suonsisäisiä lääkkeitä. Osana solunsalpaajahoitoa sitä tukemassa voi olla ns. esilääkitys, joka voidaan joissain tapauksissa aloittaa jo ennen sairaalahoitoon tuloa. Tavallisesti solunsalpaajahoidon kanssa annetaan pahoinvoinnin estolääke. (Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 8–9.)

Hoitovasteen saamiseksi solunsalpaajia on käytettävä niin isoina annoksina kuin mahdollista. Potilaan koko ja muut sairaudet sekä munuaisten ja maksan toimintakyky vaikuttavat annosteluun. Sopiva yksilöllinen annostus määräytyy hoidettavan iän, kunnon, muiden sairauksien, munuaisten ja maksan toimintakyvyn, hoidon päämäärän ja potilaan pinta-alan perusteella. Useimmiten solunsalpaajahoito annetaan yhtenä tai useampana päivänä peräkkäin, toistuvasti 2–4 viikon jaksoina 4–6- kuukauden ajan. (Johansson 2015; Koskinen & Siltanen 2014.) Syöpäkasvainten reagointi solunsalpaajiin riippuu kasvaimen solutyypistä ja alkukudoksesta. Herkästi solunsalpaajiin reagoivat syövät, esimerkiksi kivessyövät ja lymfoomat, voidaan huomattavalla osalla sairastuneista parantaa täysin, vaikka ne olisivat laajasti levinneet. Solunsalpaajien vaikutus valtaosaan syöivistä on vähäisempi, mutta niiden kehittymistä voidaan rajoittaa ja kokoa sekä tautikuormaa pienentää. Enemmistö tämän tyyppisistä syöivistä kuitenkin uusii ajan myötä. Monesti syöpälääkehoitoa muuttamalla teho saadaan palautettua. (Johansson 2015.)

2.4.2 Solunsalpaajat keskuslaskimoportin käyttöindikaationa

Keskuslaskimoportti asennetaan potilaille, joilla on tarve pitkäaikaisiin lääke- tai ravitsemusinfuusioihin. Portin yksi käyttöindikaatio on solunsalpaajahoidot syövän hoidossa. (Hovila 2015.) Yleensä kanyyli saadaan helposti laitettua yläraajan pinnallisiin laskimosuoniin, mutta toisinaan

perifeeriset suonet ovat vaurioituneet pitkien sytostaattihoitojen myötä, jolloin suoniyhteyttä voi olla hankala löytää. Osassa solunsalpaajahoidoista tarvitaan hidas ja pitkäkestoinen annostelu, jolloin keskuslaskimoportin käyttö on tarpeen. (Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 8–9.) Keskuslaskimoportti, samoin kuin keskuslaskimokatetri, on yleisesti käytössä lasten syövän hoidossa. Portti tai katetri pyritään asentamaan pian sairauden toteamisen jälkeen ennen hoitojen aloittamista. Portin tai katetrin asennuksen myötä voidaan välttää lapsille pistämiskipua aiheuttavat hoitotoimenpiteet lähes täysin. (Kuopion yliopistollinen sairaala 2014.)

Rintasyövän sekä suolistosyöpien hoidossa käytetään usein 5-FU solunsalpaaja infuusioita. 5-FU on pitkäkestoinen infuusio, jonka annostelu voi edellyttää keskuslaskimoportin asennuksen. Jotkin syövät vaativat pitkäkestoisia ylläpitohoitoja, jolloin täsmälääke annostellaan suonensisäisesti 2-3 kuukauden välein jopa kahden vuoden ajan, esimerkiksi lymfooman ja leukemian hoidossa. Levinneissä keuhko- ja munasarjasyövässä käytetään runsaasti eri vaihtoehtoisia suonensisäisiä hoitomuotoja. Osa infuusioista on pitkäkestoisia, jopa 24 tuntia kestäviä. Tilannekohtaisesti hoitoja voidaan toteuttaa myös kotioloissa keskuslaskimoportin kautta. Keuhko-, haima- sekä virtsarakon syöpään soveltuviin solunsalpaajiin kuuluu perifeerisiä suonia ärsyttäviä, kirvelyä aiheuttavia solunsalpaajia. Keskuslaskimoportin kautta lääkettä annosteltaessa kirvelyä ei esiinny. (B. Braun c.)

2.4.3 Syöpäpotilaan elämänlaatu

Myönteinen elämänasenne ja kyky nauttia elämästä ovat jokaisen ihmisen yhteisiä elämänlaadun perustekijöitä. Elämänlaatua voidaan käsitellä sen eri ulottuvuuksien kautta; joita ovat fyysinen, psyykinen, sosiaalinen, terveys, ympäristö ja yleinen elämänlaatu. Ikääntymisen myötä elämänlaadun jokaisella ulottuvuudella tapahtuu jonkinasteista heikkenemistä. Elämänlaadun tuen tarve vaihtelee eri elämänvaiheissa. Iäkkäimmillä ihmisillä elämänlaadun perustekijöitä ovat terveys, yleinen tyytyväisyys elämäntilanteeseen ja itseensä, sekä kyky ja jaksaminen osallistua mielekkääseen toimintaan. (Oulun yliopisto 2015). Terveysteen liittyvään elämänlaatuun vaikuttavat potilaan sairaus ja sairauden aikana koetut voimavarat sekä tarpeet. Elämänlaatu on muuttuva tila, johon vaikuttavat sekä sisäiset että ulkoiset tekijät. (Kuivalainen 2004.)

Elämänlaatu koostuu asioiden hallinnasta ja hallinnan tunteesta, vapaudesta, turvallisuudesta ja ilosta. Vakavasti sairastuneen kohdalla puhutaan kriittisistä elämänlaaduntekijöistä, jotka toimivat kulmakivenä hyvän elämänlaadun rakentamiseen. Ilo on yksi merkittävä elämänlaatua nostattava tekijä pitkällä aikatähtämellä. Asioiden hallinnan tunnetta ihminen ylläpitää itsetunnon kautta. Itsetuntoa

voidaan kohentaa ja ylläpitää onnistumisien ja positiivisen palautteen kautta. Kun teemme itsellemme arvokkaiksi kokemia asioita, itsetunto kohenee. (Elämänlaatu.)

Syöpään sairastuminen vaikuttaa ihmisen hyvinvointiin. Sairauteen liittyvä mielialanvaihtelu ja masennus voivat vaikuttaa ruokahaluun ja paino laskee. Hormoni- tai kortisonilääkitystä saavilla potilailla päinvastaisesti paino saattaa nousta. Sairastunut voi tuntea voimakasta väsymystä, joka ei mene ohi normaalilla levolla. Väsyminen voi vaikuttaa arkeen muistamattomuudella ja keskittymisvaikeuksilla. Uupumisen ja väsymisen taustalla voivat olla syöpähoidot itsessään (hoitoväsymys), tai sairastumisen jälkeen muuttuneiden elintapojen seuraus. Sairaus vaikuttaa usein sairastuneen minäkuvaan sekä itsetuntoon. Mielialan vaihtelut ovat yleinen oire sairastuneella. Sairastuneen elämänlaatua ja mielialaa voidaan tukea liikunnan lisäämisellä, ulkonäön huolehtimisella, arjen pienistä asioista iloitsemisellä ja tekemällä itselleen mieluisia asioita. (Syöpäjärjestöt)

Jokainen ihminen kokee sairastumisen eri tavalla. Syöpään sairastuminen aiheuttaa usein sairastuneelle psyykkisen kriisin. Sairastunut käy läpi kriisin eri vaiheet, joita ovat shokkivaihe, reaktiovaihe, käsittelyvaihe ja uudelleen suuntautumisen vaihe. Sairastuminen voi heikentää rajusti potilaan elämänlaatua ja hyvinvointia. Hyvinvoinnista voidaan huolehtia huolehtimalla potilaan perustarpeista, kuten riittävästä unensaannista, liikunnasta ja monipuolisesta ruokavaliosta. (Kaikki syövästä.) Parantumaton syöpä sairastavan potilaan hoidossa elämänlaadun tukeminen ja parantaminen on erityisen tärkeää. Syövän oireenmukaisen hoidon eli palliativisen hoidon tavoitteena on hoitaa potilaan fyysisiä ja psyykkisiä oireita siten, että potilas voi elää mahdollisimman hyvää elämää sairaudesta huolimatta. (Valvira 2015.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä keskuslaskimoportin käytöstä perehdytysvideo hoitohenkilökunnalle. Hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämisen myötä tarkoituksena on parantaa keskuslaskimoporttipotilaiden elämänlaatua, kun voidaan vähentää haurastuneiden ja kipeiden perifeeristen suonten turhaa rasiitusta. Tavoitteena on, että hoitohenkilökunta oppii käyttämään keskuslaskimoporttia. Videota voidaan hyödyntää myös Centria-ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmassa.

4 PEREHDYTYSVIDEO HOITOHENKILÖKUNNALLE

KESKUSLASKIMOPORTIN

KÄYTÖSTÄ

Opinnäytetyömme on tuotekehittelyprojekti, joka etenee Jämsän ja Mannisen (2000) projektin vaiheiden mukaisesti. Projektin vaiheet jakautuvat viiteen vaiheeseen, joita ovat kehittämistarpeen tunnistaminen, ideavaihe, luonnosteluvaihe, kehittäminen ja viimeistelyvaihe.

4.1 Tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla

Projektit voidaan luokitella sisällön ja luonteen perusteella eri tyyppisiin. Yksi projektityyppi on tuotekehittelyprojekti, jonka lopputuotoksena on konkreettinen tuote. Tuotekehittelyprojekteihin omat haasteensa tuovat projektin tavoitteiden määrittelyn vaikeus sekä mahdolliset muutokset projektin edetessä. Väliarvioinnit, suunnittelukatselmukset sekä projektin jakaminen eri vaiheisiin parantavat ohjattavuutta. (Pelin 2008, 34.) Tuotekehittelyprojektin tarkoituksena on valmistaa uusi tuote tai uudistettu versio jo olemassa olevasta tuotteesta (Kettunen 2003, 15). Sosiaali- ja terveysalalla tuotteella tarkoitetaan materiaalisia tavaroita, laitteita ja apuvälineitä. Nykyisin tuotteistamisella kuvataan myös palveluita sekä materiaalisen tuotteen ja palvelun yhdistelmiä. Tuotteen on noudatettava eettisiä ohjeita ja tukea alan kansallisia sekä kansainvälisiä tavoitteita. (Jämsä & Manninen 2000, 13–14). Hyvinvointipalvelujen alueella projekteja on hyödynnetty vastaamaan väestön ikääntymisen, lääketieteellisen kehityksen sekä kuluksen kasvun haasteisiin (Paasivaara, Suhonen & Virtanen 2013, 12).

Jämsän ja Mannisen (2000) mukaan tuotekehittelyn ensimmäinen vaihe on ongelman tai kehittämistarpeen tunnistaminen. Projektia tai sen tuotetta lähdetään kehittelemään ratkaisuksi tähän havaittuun ongelmaan. Keskeistä on ymmärtää ongelman tai kehittämistarpeen laajuus, sekä selvittää kohderyhmä, jota tuote palvelee. Kohderyhmänä meillä on Soiten alueen hoitohenkilökunta. Tuotteemme kehittäminen etenee Jämsän ja Mannisen (2000) vaiheiden mukaan. Perehdytysvideon omistaa Soite ja videon käyttöoikeudet jaetaan yhdessä Centria-ammattikorkeakoulun kanssa opetusmielessä hoitoalan opiskelijoille. Projektityöryhmään kuului työelämäohjaajana ja yhteyshenkilönä kaksi sairaanhoitajaa Syöpätautien poliklinikalta, ohjaava opettaja Centria-ammattikorkeakoulusta, kuvaaja ja videon editoija Centria ammattikorkeakoulusta ja projektipäällikköinä tämän opinnäytetyön tekijät. Projektipäällikköinä vastasimme projektin aikataulusta, kokonaisuudesta, sisällön suunnittelusta ja videon käsikirjoituksesta projektityöryhmän tuella.

4.2 Kehittämistarpeiden tunnistaminen ja ideointi

Ennen projektin aloittamista kartoitetaan projektin toteuttamisen tarve ja niistä saadut hyödyt, sillä tarpeettomat projektit aiheuttavat ylikuormitusta työyhteisölle (Paasivaara ym. 2013, 81). Kehittämisellä tähdätään muutokseen, jonkin asian parantamiseen tai tehokkaamman toimintatavan löytämiseen. Kehittämistoiminta voi olla lähtöisin nykyisen tilanteen tai toiminnan puutteellisuus ja ongelmat, tai visio uudesta toiminnasta. Asiantuntija-ammatteihin sisältyy ajatus osaamisesta ja jatkuvasta ammatillisten taitojen kehittämisestä, kehittämistoiminta voi keskittyä myös näihin yksittäisiin henkilöihin, sekä heidän ammatilliseen osaamisen kehittämiseen. Tällöin tavoitteena on muutos työnteko tavoissa ja menetelmissä. (Rantanen & Toikko 2009, 16.)

Suunnittelu ja ideointi ovat projektityössä keskeisessä asemassa. Ideavaihe on luovaa työskentelyä. Idea voi olla yksittäisen henkilön alustava ajatus, jota lähdetään kehittämään muutaman henkilön yhteistyönä eteenpäin. Pienemmät projektit etenevät idean syntymisen jälkeen suoraan projektin toteuttamiseen, kun suuremmissa projekteissa laaditaan tarkka suunnitelma. Suunnitelmassa on hyvä antaa tilaa uusille ideoille ja muutoksille. Liian tarkka suunnitelma tuhoaa luovuuden ja rajoittaa projektin toimintaa sekä uusien ideoiden ja toimintamallien kehittymisen. (Paasivaara ym. 2013, 81–83.)

Kehittämistarve nousi esiin työelämäharjoittelussa Soiten syöpätautien poliklinikalla. Keskuslaskimoportteja käytetään pääosin syöpäpotilaiden solunsalpaaja hoidoissa mutta potilaan joutuessa osastohoitoon esimerkiksi infektion vuoksi, on osaston hoitohenkilökunnan osattava käyttää keskuslaskimoporttia suonensisäisessä lääkityksessä ja nesteytyksessä. Apua porttineulan asennukseen pyydetään usein syöpätautien poliklinikan hoitajilta. Keskustelimme aiheen tarpeellisuudesta yhdessä syöpätautien hoitohenkilökunnan, poliklinikan osastonhoitajan sekä harjoittelua ohjaavan opettajan kanssa. Totesimme yhdessä kehittämistarpeen hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämisessä keskuslaskimoportin käytöstä, johon opinnäytetyöllämme pyrimme vastaamaan.

Kehittämistarpeen tunnistamisen jälkeen siirryimme ideavaiheeseen. Ideavaiheessa pohdimme yhdessä projektityöryhmän kanssa parhaan tavan kohderyhmän ja tavoitteen saavuttamiseen, tuotetta tai tapahtumaa, jolla voimme edistää sairaanhoitajien ammatillista osaamista keskuslaskimoportin käytössä. Ideavaiheessa pohdimme hoitohenkilökunnan koulutuspäivää tai perehdyttävää tuotetta. Koulutuspäivän ongelmana oli kohderyhmän tavoittaminen. Hoitohenkilökunnasta moni ei pääsisi paikalle ja tavoite jäisi saavuttamatta. Työelämäohjaajan ehdotus oli tuote, joka olisi levitettävissä

sisäisen tiedonkulun kautta ja päätyisi hoitohenkilökunnan saavutettavaksi helposti. Poliklinikan käytössä oli ennestään PowerPoint-esitelmä keskuslaskimoportin käytöstä, jonka työelämäohjaajat olivat tehneet erikoistumiskoulutuksen yhteydessä. Keskustelussa nousi esiin visuaalisen oppimisen hyödyt, kuinka uutta opetellessa saa paremman käsityksen aiheesta esimerkiksi kuvien perusteella. Päätimme hyödyntää tuotteessa visuaalisia keinoja vieraan aiheen perehdyttämiseen ja ideaksi muodostui video, jonka avulla kohderyhmä perehdytetään portin käyttöön. Tämän lisäksi pohdimme yhteisen koulutuspäivän järjestämistä, jossa valmis video esitettäisiin.

Ideavaiheessa projektin lopputulos on vielä hahmotelmaa ja visiota. Projektin aloittamista varten määritellään mahdollisimman tarkasti projektin tavoitteet ja tarkoitus. Ennen idean toteuttamista ja projektin aloittamista on hyvä kartoittaa, onko projektin käynnistämiseksi riittävät edellytykset. (Ruuska 2005, 33–34.) Projektin ideavaiheessa on oleellista vastata ainakin kysymykseen, millaisia vaikutuksia ja tuloksia projektilla haetaan. Käytännössä hyvä projektisuunnitelma sisältää käsityksen siitä, mitä projektilla tavoitellaan, keistä projektityöryhmä koostuu, millä aikataululla projekti etenee, projektin vaiheet, budjetti, ohjaussuunnitelma kokouskäytännöistä ja yhteydenpidosta projektityöryhmän kesken, sekä projektin jatkuva arviointi. (Paasivaara ym. 2013, 84–85.)

4.3 Tuotteen luonnostelu ja kehittäminen

Tuotteen luonnostelu alkaa, kun on päätetty, minkälainen tuote halutaan valmistaa. Luonnosteluvaiheessa asiakasprofiilin selvittäminen on tärkeää ja tavoitteena on täsmentää tuotteen ensisijaiset hyödynsaajat, ja varmistetaan että tuote kehitetään heidän tarpeisiinsa sopivaksi. Tuotteen luonnosteluvaiheessa olisikin tärkeää tutustua tuotteen kohdeympäristöön ja haastatella eri osapuolia, sekä selvittää kohderyhmän todellinen tarve tuotteen kehittämiseen. Tuotekehitys vaatii asiasisältöön tutustumista, etenkin viimeisimpien lääketieteellisten tutkimustulosten ja hoitokäytäntöjen tuntemista. Kirjallisuuden tutustumisen lisäksi tuotteen luonnosteluvaiheessa voi hyödyntää asiantuntijoita, joilla kokemusta suunnitteilla olevasta tuotteesta. Luonnosteluvaiheessa tulee selvittää tuotteen hyödynsaajat ja käyttäjät, sekä tuotteen kehittämiseen osallistuvat henkilöt. Lisäksi prosessin tässä vaiheessa selvitetään projektin välittömät ja pitkäaikaiset tavoitteet, asiasisältö, asiantuntijoiden hyödyntämisen mahdollisuus sekä muut yhteistyötahot, tuotteen materiaali sekä tuotteen valmistamiseen tarvittava välineistö. Tuotetta arvioidaan tarpeen mukaan projektin eri vaiheissa. (Jämsä & Manninen 2000, 43–52.)

Jämsän ja Mannisen (2000, 54, 59) mukaan hyvän videon perustana on hyvin suunniteltu käsikirjoitus. Sen laadintaan pohjautuu tiedot videon kohderyhmästä, tavoitteista, käyttötarkoituksista, videon aiheesta ja suunnitellusta sisällöstä. Käsikirjoitus vaiheessa valitaan videon rakenne ja tyyli, sekä rajataan sen sisältö. Aloitimme käsikirjoituksen tekemisen laajalla tiedonhaulla. Toinen meistä oli päässyt tutustumaan keskuslaskimoportin käyttöön jo työelämänharjoittelun aikana, jota hyödynsimme käsikirjoitusta tehdessä. Käytännön tiedon lisäksi haimme käsikirjoitusta varten teoriatietoa sairaaloiden ohjelehdiltä, sairaanhoitajan käsikirjasta, sekä vieraskielisiä artikkeleita kirjaston tiedonhakujärjestelmän kautta. Alkuun tuntui, että keskuslaskimoportista oli hyvin vähän tietoa tarjolla, joten otimme yhteyttä Centrian kirjastoon ja saimme apua lähteiden etsintään. Kävimme myös tapaamassa Syöpätautien poliklinikalla työelämäohjaajia. Tapaamisen tarkoituksena oli ottaa selville heidän ajatuksia videon sisällöstä. Saimme avuksemme syöpätautien poliklinikan PowerPoint-esityksen keskuslaskimoportin käytöstä, jota hyödynsimme käsikirjoituksen runkona. Perehdytysvideolla esiintyvät poliklinikan sairaanhoitajat. Videon sisältöön saimme hyviä neuvoja ja ideoita, joita lähdimme hyödyntämään käsikirjoitusta tehdessä.

Käsikirjoituksen alkuosassa käsittelemme yleistä tietoa keskuslaskimoportista, käyttöindikaatioista sekä portin eduista potilaalle. Keskiösa koostuu portin käyttöön perehdytyksestä, eli porttineulan asennuksesta ja siten portin käyttöönotosta, neulan poistamisesta sekä portin huuhtelusta. Käsikirjoituksen loppuun nostimme esille portin käytössä erityishuomiota vaativia asioita, sekä verinäytteiden oton mahdollisuuden portin kautta. Käsikirjoituksen ensimmäisen version lähetimme ohjaavalle opettajalle, sekä syöpätautien poliklinikan hoitajille arvioitavaksi. Poliklinikan hoitajien sekä ohjaavan opettajan antaman palautteen pohjalta teimme tarvittavat muutokset ja tiedon päivitykset lopulliseen käsikirjoitukseen (LIITE 1).

Keväällä 2017 kävimme tapaamassa ohjaavaa opettajaa. Koimme tarvitsevamme apua luonnosteluvaiheesta eteenpäin jatkamiseen. Saimme opettajalta tarvittavaa ohjausta projektin eteenpäin viemiseen. Toukokuussa 2017 järjestimme projektityöryhmätapaamisen. Tapaamisessa kävimme läpi projektin etenemisen, aikataulun, viimeistellyn käsikirjoituksen ja kuvaussuunnitelman. Kokouksessa kertosimme videon käyttöön liittyvät oikeudet. Videon omistaa Soite ja käyttöoikeudet jaetaan Centria-ammattikorkeakoulun kanssa. Kokouksessa keskustelimme koulutuspäivän järjestämisestä ja päätimme yhteisesti luopua siitä suunnitelmasta. Perusteena päätökselle oli aikataulun viivästyminen ja videon valmistamisen työmäärä. Koulutusylipäällikön mielestä koulutuspäivän haasteena on saada tarpeeksi henkilökuntaa paikalle, eikä koulutuspäivässä tavoiteta kaikkia kohderyhmästä. Video jaetaan intranetin

kautta kohderyhmän saavutettavaksi ajasta riippumatta. Sovimme, että teemme koulutuspäivän sijaan osana opinnäytetyötä pienen tiedotteen intranettiin perehdytysvideosta.

Projektissa on tärkeää huolehtia osallistuvien anonymiteettisuojasta, ja tarvittaessa pyytää erillinen suostumus henkilöllisyyden tunnistettavuuteen. Projektiin osallistuminen on vapaaehtoista ja työssä on huolehdittava osallistuvien itsemääräämisoikeudesta, sekä tietoisesta suostumuksesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211, 221.) Syöpätautien poliklinikan työelämäohjaaja selvitti kuvauksiin soveltuvan potilaan ja kysyi suostumusta kuvauksiin. Suostumuksen jälkeen olimme yhteydessä potilaaseen sähköpostin välityksellä ja kerroimme suunnitelman videon sisällöstä. Videointia suunniteltaessa sovittiin, että videossa esiintyvien hoitajien tai potilaan henkilöllisyys ei ole tunnistettavissa. Videon kuvaamisesta ja editoinnista vastasi Centria-ammattikorkeakoulun digisuunnittelija, jonka kanssa sovimme suunnittelupalaverin viikko ennen kuvauspäivää. Käsikirjoituksen olimme lähettäneet sähköpostilla ennen tapaamista. Teimme yhdessä kuvaussuunnitelman ja jaoimme käsikirjoituksen kohtauksiin. Suunnittelimme videon äänittämistä jälkikäteen, jolloin äänenlaatu olisi parempi.

4.4 Tuotteen viimeistely

Projektimme tuotteeksi valmistui informatiivinen perehdytysvideo. Informatiivista tietoa välittävän tuotteen kehittämisessä keskeisintä on sisällyttää tuotteeseen tosiasioita mahdollisimman täsmällisesti ja ymmärrettävällä tavalla vastaanottajan tiedontarve huomioiden. Sosiaali- ja terveysalalla hyödynnetään yhä enemmän audiovisuaalista tiedonkulkua hoitajien perehdyttämisessä ja organisaation palveluista kerrottaessa. Video tarjoaa informaatiota tekstin ja kielellisen ilmaisun lisäksi kuvien ja äänten avulla. (Jämsä & Manninen 2000, 54, 59.)

Perehdytysvideo kuvattiin toukokuussa 2017. Kuvauspaikkana toimi Soiten sairaalan syöpätautien poliklinikka. Kuvausten alussa kävimme käsikirjoituksen läpi yhdessä hoitajien ja kuvaajan kanssa. Projektipäällikköinä tehtävämme oli huolehtia kuvauspäivän järjestämisestä, projektityöryhmän informoinnista sekä varmistaa, että videon sisältö vastaa käsikirjoitusta. Video äänitettiin jälkikäteen Centria ammattikorkeakoululla.

Ensimmäinen versio videosta valmistui toukokuussa 2017. Ensimmäisen version tarkoitus oli sovittaa videolle äänitteet, kuvat sekä videotallenteet ja kasata videosta alustavasti arvioitava kokonaisuus. Käytimme videon valmistuksessa kahdenlaista tekniikkaa; videon informatiiviset osiot ovat

PowerPoint-tyylisiä dioja, joissa yhdistyvät ääni, kuvat ja teksti (LIITE 2). Liikkuvaa kuvaa yhdistettynä selostukseen on se osio, jossa varsinaisesti perehdytetään katsojaa portin käyttöön. Videon ensimmäisestä versiosta pyysimme ensiarvion ohjaavalta opettajalta, minkä pohjalta lähdimme tekemään videoon parannuksia ja muutoksia. Videon kokonaiskesto ensimmäisen version jälkeen oli 11.59 minuuttia. Jämsän ja Mannisen (2000) mukaan videon kokonaiskesto tulisi olla 8–12 minuuttia. Video oli sekä opettajan että meidän mielestä hieman liian pitkä, jolloin katsoja väsyi eikä tieto välity toivotulla tavalla kohderyhmälle. Rajasimme turhia kohtauksia videolta, jolloin videon kokonaiskesto lyheni 9.40 minuuttiin. Ensimmäisessä versiossa sekä opettajaa että meitä häiritsi videon seuraamisen vaikeus. Kuvien ja äänen lisäksi päätimme sijoittaa videolle tekstiä, jotta katsojan on helpompi seurata sisältöä. Ohjaavan opettajan palautteen pohjalta valmistui video, jonka esittelimme syöpätautien poliklinikan hoitohenkilökunnalle työpaikan aamukokouksessa. Poliklinikan hoitohenkilökunnan palaute oli kannustavaa; video vastasi odotuksia ja informaatio välittyi toivotulla tavalla. Videon valmistuksen aikana portin huuhteluun oli tullut uusi ohjeistus, joka päivitettiin videolle. Videon valmistuminen siirtyi tämän päivityksen myötä syksylle 2017.

Visuaalisessa esityksessä värien käytöllä on esteettisyyden lisäksi toiminnallisia tavoitteita, niiden avulla pyritään muun muassa vaikuttamaan tunteisiin. Värivalinnat eivät ole yhdentekeviä makuasioita, sillä värit vaikuttavat oleellisesti visuaalisen tuotoksen kokonaisuuteen positiivisesti tai negatiivisesti. (Lammi 2015.) Videon diojen värit valitsimme tarkasti käyttötarkoituksen mukaisesti. Soiten symbolissa esiintyvät valkoisella pohjalla sininen ja harmaa sävy. Soiten nettisivuja tarkastellessa sininen ja valkoinen korostuvat toistamiseen. Dioille valitsimme Soiten mukaan väreiksi sinisen ja valkoisen. Lammin (2015) mukaan länsimaisessa kulttuurissa sininen luo rauhoittavan vaikutelman. Valkoinen viestii ylellisyyttä ja puhtautta. Lammin mukaan taustaväri kuuluu osana yleistunnelmaa, mutta ei saa kilpailla huomiosta sisällön kanssa. Paras kontrasti tulee valkoisesta ja mustasta taustasta, josta muut värit erottuvat hyvin. Päädyimme kirjoittamaan asiatekstin sinisellä fontilla valkoiselle taustalle. Väliotsikko diat on aseteltu päinvastaisella tyylillä valkoisella fontilla siniselle taustalle. Lammin mukaan taustavärien vaihtumisella kesken esityksen on sekä hyvät että huonot puolensa. Vaihtuvalla taustasävylle korostetaan dian sisältöä ja väri voi toimia visuaalisena vihjeenä aiheen vaihtumiseen. Tavoitteenamme oli saada videon yleistunnelmalta rauhallinen, asiasisältöä korostava kokonaisuus. Fonttina käytimme asiatekstissä ja otsikoissa Corbel-fonttia koossa 22–44. Kyseisen fontin valitsimme selkeän ulkonäön ja helppolukuisuuden vuoksi. Yhtä fonttia eri kokoina käyttämällä luodaan harmonia, jolloin lopputulos on rauhallinen ja muodollinen.

4.5 Opinnäytetyön aikataulu ja kustannukset

Projektin aikataulun laatimisessa tulisi ottaa huomioon jo varhaisessa vaiheessa projektiryhmän voimavarat ja toimintaedellytykset. Yleisiä suunnitteluvirheitä voi olla esimerkiksi aikatauluun liittyvät suunnitteluvirheet ja työmäärän arvioinnin puutteet sekä ajankäytön väärinarvioiminen ja henkilökohtaisen elämän muutoksien huomiotta jättäminen. (Ruuska 2005, 44–48; Pelin 2008, 109.) Opinnäytetyön aiheen valitsimme keväällä 2016. Opinnäytetyösuunnitelma valmistui ja hyväksyttiin keväällä 2016. Syksyllä 2016 teimme tutkimuslupa-anomuksen ja hankimme tietoperustaa ja luonnostelimme videon käsikirjoitusta. Haimme tutkimuslupaa syksyllä 2016. Tutkimuslupaa ei hyväksytty, sillä se sisälsi vanhentunutta tietoa projektiryhmän työohjaajan vaihtuessa. Anoin tutkimuslupaa (LIITE 3) uudelleen, ja se hyväksyttiin helmikuussa 2017. Keväällä 2017 teimme myös opinnäytetyösopimuksen (LIITE 4). Käsikirjoitus valmistui ja video kuvattiin keväällä 2017. Kesällä 2017 kirjoitimme opinnäytetyötä ja syksyllä 2017 video viimeisteltiin ja opinnäytetyö valmistui. Opinnäytetyön aikataulua on havainnollistettu kuviossa 1 (KUVIO 1). Opinnäytetyöstämme ei tullut kustannuksia.



KUVIO 1. Opinnäytetyön aikataulu

5 POHDINTA

Opinnäytetyön tietoperustaan nostimme keskuslaskimoportin perehdytysvideon näkökulmasta keskeisiä käsitteitä. Perehdytysvideon tarkoituksena on oppia uutta ja kehittää omaa ammatillista osaamista. Sairaanhoidajan vastuulla on ylläpitää ja kehittää omaa ammattitaitoaan, sekä päivittää tiedollista osaamista. Ideavaiheessa päätimme lähteä toteuttamaan perehdytysvideota. Idea muodostui yhteisymmärryksessä projektityöryhmän kanssa. Jo ideoinnissa nousi esiin videon hyödyt, miten paljon helpompi on ymmärtää asian ydin sekä oppia uusi asia, kun näkee sen ensin toisen tekemänä.

Koemme itse, että opimme visuaalisesti parhaiten. Tämän vuoksi video oli mukava tehdä ja osasimme hyödyntää omaa oppimista tukevia tekniikoita videon valmistuksessa. Kuten opinnäytetyössä olemme nostaneet esiin, ihminen oppii ensisijaisesti 40 % näköaistin ja 30 % kuuloaistin avulla sekä 30 % tekemällä. Videolla olemme hyödyntäneet paljon kuvia ja liikkuvaa kuvaa äänen tukena. Pääkohdat näkyvät videolla tekstin muodossa, jolloin katsojan on helpompi seurata videon etenemistä ja poimia pääkohdat. Videon kuvat päädyimme ottamaan itse. Pohdintaa herätti keskuslaskimoportin rakenteen kuvaus. Koimme, että rakenteen visualisointi on tärkeää, jotta katsoja saa kokonaiskäsityksen portin ideasta, mihin neula pistetään ja miten portti on yhteydessä suoneen. Päädyimme piirtämään itse digitaalisen kuvan portin rakenteesta B. Braunin kuvaa mukaillen.

Opinnäytetyömme tarve nousi esiin syöpätautien poliklinikalla, jossa useilla potilailla on asennettu keskuslaskimoportti. Solunsalpaajahoidot ovat yksi oleellisimmista käyttöindikaatioista keskuslaskimoportin asentamiselle. Työelämäharjoittelussa syöpätautien poliklinikalla vastaan tuli tilanteita, joissa poliklinikan ulkopuoliset hoitajat joutuivat pyytämään apua porttineulan asennuksessa ja nesteytyksen aloittamisessa syöpätautien poliklinikan hoitajilta. Keskuslaskimoportteja esiintyy osastotyössä harvemmin, mutta kuitenkin jos keskuslaskimoporttipotilas jostain syystä joutuu osastolle solunsalpaajahoidojen välissä, täytyy osastolla toimivien hoitajien osata käyttää porttia nesteytyksessä ja lääkkeenannossa perifeerisen suoniyhteyden sijaan.

Opinnäytetyön tarkoituksena on videon tekemisen lisäksi parantaa keskuslaskimoporttipotilaiden elämänlaatua vähentämällä perifeeristen suonten turhaa räsytystä. Nurmisen (2012) mukaan solunsalpaajahoidot ärsyttävät ja haurastuttavat potilaiden perifeerisiä suonia. Perifeeristen suonten toistuva läpäiseminen vaurioittaa suonia entisestään, jolloin kanylointi vaikeutuu (American Cancer Society 2016). Työelämäharjoittelussa syöpätautien poliklinikalla keskustelimme mahdollisen

opinnäytetyön aiheesta potilaiden kanssa, joille solunsalpaajahoitojen myötä oli asennettu keskuslaskimoportti. Potilaat, joiden kanssa keskustelimme, kokivat portin helpottaneen syöpähoitoja. Näillä potilailla perifeeriset suonet olivat huonokuntoisia ja kanylointi hankalaa. Keskustelussa nousi esiin turhautuminen, kun porttia ei useissa paikoissa osata hyödyntää vaan suonensisäiset nesteytykset tai lääkkeenanto toteutetaan perifeerisen laskimokanyylin kautta keskuslaskimoportin sijaan. Potilaat toivoivat, että hoitajat osaisivat hyödyntää ensisijaisesti porttia, kun se potilaalle on asennettu.

Syöpäpotilaiden elämänlaatu on merkittävässä osassa opinnäytetyötämme. Työmme tarkoituksena on hoitajien osaamisen kehittämisen myötä parantaa keskuslaskimoporttipotilaiden elämänlaatua. Tutustuimme opinnäytetyön kirjoittamisen aikana syöpään sairastuneen opaskirjaan, selviytyjän matkaoppaaseen. Opas on Suomen Syöpäpotilaat ry:n julkaisema, jonka tarkoituksena on opettaa sairastuneen hallitsemaan sairastamisprosessia, sekä avata tunteita ja ajatuksia, nostaa esiin sairastumisen yhteydessä esiintyviä kysymyksiä. Oppaasta pääsee hieman raottamaan sitä kuvaa, miltä sairastuneen ajatusmaailma näyttää, ja siitä miten sairastuminen vaikuttaa kokonaisvaltaisesti ihmisen hyvinvointiin ja elämänlaatuun. Syöpään sairastuminen on kriisi, joka koettelee sairastunutta itseään ja tämän lähipiiriä. Sairastuneen elämänlaadun tukeminen on mielestämme tärkeä tavoite. Syöpää sairastavilla keskuslaskimoporttipotilailla elämänlaatua voidaan parantaa hoitajien osaamisen kehittämisellä. Portin käytön myötä tarve tavalliselle laskimokanyylille poistuu, eikä mahdollisesti hoitojen myötä kipeytyneitä perifeerisiä suonia tarvitse pistää suoniyhetyden avaamiseksi.

Projektityöryhmä kokoontui kahdesti ennen videon kuvaamista, muuten yhteydenpito on toteutettu sähköpostin välityksellä. Työelämäohjaajiin olimme tiiviisti yhteydessä projektin alullepanossa, käsikirjoitusta tehdessä, sekä videokuvauspäivän suunnittelussa. Yhteydenpito sähköpostilla oli luonnollinen vaihtoehto projektityöryhmän tiedottamisessa pitkien välimatkojen ja sopivan yhteisen ajan löytämisen haasteellisuuden vuoksi. Keväällä 2017 käsikirjoitus oli valmis ja videon kuvauspäivä päätetty. Samalla pidettävän kokouksen tarkoituksena oli käydä yhdessä läpi käsikirjoitus, kuvaussuunnitelma ja projektin eteneminen. Samalla kerrattiin videon käyttöoikeuksia Centrian ja Soiten välillä. Kokouksia olisi ollut hyvä järjestää enemmän, erityisesti idea- ja luonnosteluvaiheessa, kun projekti on vielä luovaa työskentelyä. Projektin ohjaavaan opettajan kanssa pidimme palaverin kahdesti; toisen projektin ideavaiheessa, joka toteutettiin ryhmissä muiden tuotekehittelyprojekteja tekevien kanssa, ja toisen projektin puolessa välissä ennen videon kuvaamista. Projektin etenemisessä oli paljon haasteita ja tarve ohjaukselle oli projektin loppuvaiheessa suuri. Huhtikuussa 2017 yhteisessä tapaamisessa ohjaavan opettajan kanssa teimme väliarvioinnin projektin etenemisestä, sekä saimme

ohjausta yleisesti tuotekehittelyprojektin toteutuksessa. Ohjauksen tarve näkyi selkeimmin opinnäytetyön lupa- ja sopimusasioissa.

Keväällä 2017 kävimme syöpätautien poliklinikan aamukokouksessa kuuntelemassa B. Braun-edustajan infotilaisuuden keskuslaskimoporteista. Tilaisuuden päätteeksi keskustelimme edustajan kanssa ja saimme häneltä näkökulmia videon kuvaamiseen sekä päivitettyä tietoa keskuslaskimoportista, joita hyödynsimme osana tietoperustan lähteissä. Edustaja tarjoutui antamaan videolle käyttöön materiaalia B. Braunilta. Opinnäytetyösopimuksessa tai -suunnitelmassa ei kuitenkaan ollut mainintaa yhteistyöstä muiden tahojen kanssa, joten jatkoimme projektia alkuperäisen suunnitelman mukaisesti.

Lähdemateriaalien hankinnassa hyödynsimme Centria-ammattikorkeakoulun kirjastoa, sekä sähköistä tiedonhakupalvelua Finnaa. Työn alussa saimme apua tiedonhakuun Centria-ammattikorkakoulun kirjastosta, jonka avulla olemme kehittäneet tiedonhakutaitojamme. Ongelmia tiedonhaussa tuotti erityisesti keskuslaskimoportti, josta löytyi alkuun heikosti suomenkielisiä lähteitä. Tietoperustassa keskuslaskimoporttia käsittelevässä osiossa on hyödynnetty pääosin sairaanhoitajan käsikirjaa Terveysportista. Päädyimme kirjoittamaan keskuslaskimoportin tietoperustan yksipuolisesta lähteestä lähteen sairaanhoidollisen sisällön vuoksi. Keskuslaskimoportista löytyi paljon lähteitä, joissa kerrottiin yleisesti portin käyttötarkoituksista. Sairaanhoitajan käsikirjassa sisältö oli ammattikäyttöön tarkoitettua tietoa portin käytöstä. Koimme että kyseisen lähteen hyödyntäminen tuo uusimman ja luotettavimman tiedon opinnäytetyön tietoperustaan. Hyödynsimme myös B. Braunin tuote-edustajan henkilökohtaista tiedonantoa, joka sisälsi päivitettyä tuoreinta tietoa portista, sekä vieraskielisiä lähteitä.

Opinnäytetyösuunnitelmassa kehitimme koulutuspäivää keskuslaskimoportin käytöstä. Tarkoituksena oli esittää valmis video koulutuspäivän yhteydessä, tai järjestää päivän aikana useita pienempiä esityksiä, jolloin hoitohenkilökunnasta pääsisi enemmistö johonkin esitykseen paikalle. Projektityöryhmän kokouksessa käsitelimme koulutuspäivän järjestämistä. Yhteisymmärryksessä koulutusylipäällikön tuella päädyimme luopumaan koulutuspäivästä kohderyhmän tavoittamattomuuden vuoksi. Koulutuspäivän sijaan video jaetaan Soiten intranettiin, jolloin se on katsottavissa tarvittaessa ajasta riippumatta. Suunnitteluvaiheessa olisi ollut hyvä ottaa huomioon projektin työtaakka pelkän videon valmistamisessa. Koulutuspäivän järjestäminen videon tekemisen lisäksi olisi ollut haasteellista ja tarpeettoman kuormittavaa.

Video on jaossa Soiten intranetissä, josta jokainen hoitohenkilökunnan työntekijä sen löytää tarvittaessa. Videon tutustuminen vaatii näillä keinoilla hoitajalta itseltään kiinnostusta ja halun kehittyä

ammattissaan. Yhteisen koulutuspäivän järjestämisellä voidaan videon informaatio tuoda kohderyhmän käyttöön ikään kuin tarjottimella. Koulutuspäivä tai pienten koulutus tilaisuuksien järjestäminen oli mielestämme alun perinkin hyvä ajatus. Jatkokehittämishaasteena tulevaisuudessa on koulutuksien järjestäminen, jossa video voi toimia osana koulutusta. Jatkokehittämishaasteena on myös tulevaisuudessa perehdytysvideon hyödyn tutkiminen keskuslaskimoporttipotilaille, hoitohenkilökunnalle Soiten alueella ja hoitotyön koulutusohjelman opiskelijoille Centria-ammattikorkeakoulussa.

Opinnäytetyön projektin aikana ilmeni yllätyksiä, joihin ei osattu varautua aikataulun suunnittelussa. Ollessamme yhteydessä perehdytysvideon alun perin sovittuun kuvaajaan videon käsikirjoituksen esittelemiseksi hän perui projektin kaksi viikkoa ennen suunniteltua kuvauspäivää, ja uuden kuvaajan löytäminen kesti kolme kuukautta. Perumisen syynä oli kuvaajan työsopimuksen loppuminen. Tämän asian selviämisen jälkeen tiedustelimme korvaavaa kuvaajaa Soiten viestintäpäälliköltä, mutta sellaista ei pystytty varmasti lupaamaan. Syyksi ilmoitettiin viestintäyksikön iso työmäärä suurten organisaatiomuutosten myötä. Viestintäpäällikkö ehdotti, että kuvaisimme ja editoisisimme videon, itse mihin emme halunneet ryhtyä, koska aikamme ei olisi riittänyt teknisten taitojen opetteluun. Uusi kuvaaja löytyi Centria-ammattikorkeakoulun puolelta, jolloin videon käyttöoikeudet kuuluvat myös Centrialle.

Kuvauspäivän järjestäminen kävi nopeasti uuden kuvaajan löydettyä. Kuvaajan kanssa kävimme läpi käsikirjoituksen ja jaoimme sen kuvattaviin kohtauksiin. Kuvaajan kanssa pidetyt palaverit olivat hyödyllisiä ja edesauttoivat kuvauspäivän suunnittelua. Centrian kautta saimme käyttöömmme ääninauhurin, jonka avulla nauhoitimme videon selostuksen. Sivuäännettömän nauhoitustilan löytäminen ja ajan löytäminen koko nauhoitukseen tekemiseen kerralla aiheuttivat haasteita. Koska jouduimme nauhoittamaan osissa akustiikaltaan erilaisissa tiloissa äänen tasalaatuisuus kärsi. Alkuperäisen kuvaajan yllättävä peruminen sekoitti osaltaan suunniteltua aikataulua. Huomasimme tekemämme suunnitteluvirheen, sillä aikatauluun ei oltu varattu riittävästi varaa muuttuville tekijöille. Tämän vuoksi aikataulu jäi jälkeen alkuperäisestä suunnitelmasta, ja opinnäytetyö valmistui syksyn 2017 aikana. Opinnäytetyön tekemistä aikataulun mukaisesti haastoi entisestään yllättävät ja raskaat jaksot henkilökohtaisessa elämässä.

5.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja etiikka

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2014) mukaan tutkimus on eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja tulokset uskottavia, jos tutkimuksen aikana on noudatettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämiä tapoja. Tutkimuksessa sitoudutaan noudattamaan yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta sekä rehellisyyttä tutkimustyön eri vaiheissa ja arvioinnissa. Tutkimustyössä kunnioitetaan muiden tutkimustöiden tuloksia ja niihin viitataan asianmukaisella tavalla. Olemme opinnäytetyössämme noudattaneet hyvän tieteellisen käytännön tapoja. Opinnäytetyössä olemme vältäneet plagiointia ja viitanneet asianmukaisesti käyttämiimme lähteisiin ja tutkimuslupahakemuksen teimme ajallaan.

Tutkimustyössä yksi keskeisin huomio kohdistuu anonymiteettisuojaan. Tutkimustuloksia ei luovuteta kenellekään prosessin ulkopuoliselle osapuolelle eikä työssä tuoda esiin tunnistustietoja, joiden pohjalta tutkimukseen osallistuvan henkilöllisyys on vaarassa paljastua. Anonymiteetti voi olla myös organisaatiotasosta, minkä vuoksi on hyvä selvittää organisaation tai projektiin osallistuvien asiantuntijoiden suostumus henkilöllisyyden tunnistettavuudesta työssä. Anonymiteetin lisäksi muita tärkeitä eettisiä näkökulmia ovat osallistumisen vapaaehtoisuus, potilaan itsemääräämisoikeus ja tietoinen suostumus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211, 221.) Anonymiteettisuoja oli opinnäytetyössämme oleellisessa asemassa. Pehdytysvideon tekemisessä huolehdimme anonymiteettisuojusta ja pyrimme tarkoin videolla esiintyvien hoitajien ja potilaan tunnistamattomuuteen. Projektiin osallistuminen oli vapaaehtoista. Potilaalta saimme tietoisesta suostumuksesta projektiin.

Tuotteen arviointi lisää projektin eettisyyttä ja luotettavuutta ja arvioinnilla on vaikutusta tuotteen laatuun ja toimivuuteen työelämässä (Jämsä & Manninen 2000, 80). Opinnäytetyön luotettavuutta lisää tuotteen arviointi projektin eri vaiheissa. Arvioitsijoina toimivat ohjaava opettaja, sekä asiantuntijoina työelämäohjaajat ja syöpätautien poliklinikan hoitohenkilökunta. Poliklinikan hoitohenkilökunnalta pyysimme palautteen käsikirjoituksesta ja viimeistelyä vaille valmiista videosta. Palautetta ja kehittämisideoita saimme hyvin.

Tekijänoikeuslain mukaan käyttöoikeus kuuluu sille, joka taiteellisen tai kirjallisen teoksen on luonut. Näihin suojattuihin teoksiin kuuluvat esimerkiksi valokuvat ja kuvataiteelliset teokset kuten graafiset kuvat ja kuviot. (Kuvasto 2017.) Perehdytysvideossa on käytetty kuvia, jotka olemme itse ottaneet. Videolla esiintyvä digitaalinen piirustus portin rakenteesta on opinnäytetyön tekijöiden omaa käsialaa, joka on mukailtu B. Braunin keskuslaskimoportin ohjelehtisen kuvasta.

5.3 Ammatillinen kasvu ja oppimiskokemukset

Opinnäytetyössä olemme oppineet käytännönläheisesti tutkimus- ja kehittämistoiminnan perusteita, sekä laajasti teorian tietoa opinnäytetyön tietoperustaa tehdessä. Esimerkiksi sopimus- ja lupa-asiat tulivat meille vastaan ensimmäistä kertaa käytännön tasolla. Koemme, että opinnäytetyönä perehdytysvideon tekeminen on opettanut meille moniammatillisessa projektityöryhmässä toimimisen sekä projektin johtamisen taitoja. Informoimme projektityöryhmää työprosessin edetessä pitäen sen jäsenet tilanteen tasalla. Työelämästä lähtöisin oleva aihe on ollut meille hyödyksi ammatillista kasvua ajatellen, sillä olemme opinnäytetyön ohessa päässeet etuoikeutetusti perehtymään keskuslaskimoportin käyttöön ja siten saaneet valmiuden hoitaa keskuslaskimoporttipotilaita työelämässä. Opinnäytetyön tekeminen kehitti myös äidinkielen ja englannin kielen sekä tekstinkäsittelytaitoja. Myös tieteellisen tiedonhaun taitomme ovat kehittyneet. Löysimme melko paljon tietoperustaa, jota oli varaa karsia työn loppuvaiheessa. Onnistuimme mielestämme hyvin videon käsikirjoituksen laadinnassa ja videon kuvauksessa. Tekniset taitomme kehittyivät nauhoituksia tehdessä. Muutoksista huolimatta pystyimme etenemään sovitellen kaikkia osapuolia kunnioittaen. Kärsivällisyytemme, stressinsietokykymme ja neuvottelutaitomme kehittyivät. Opimme myös parityöskentelytaitoja ja kehitimme keinoja edistää työtä välimatkasta ja erilaisista aikatauluista huolimatta. Kun katsoimme parhaaksi istua alas saman pöydän ääreen, hyödynsimme kirjaston tiloja.

Projektin aikataulussa pysymistä hankaloittivat elämäntilanteelliset haasteet sekä kuvaajan yllättävä peruuntuminen. Jälkeenpäin huomaamme, että projektin aikataulun suunnittelussa ajauduimme Ruuskan (2005) ja Pelinin (2008) mukaan yleisimpiin aikataulun suunnitteluvirheisiin. Aikataulun suunnittelussa emme huomioineet mahdollisia muutoksia ja haasteita joita henkilökohtainen elämä voi tuoda. Emme myöskään osanneet varautua projektin viivästymiseen kuvaajan peruuntumisen vuoksi. Projektin tekemisen myötä olemme oppineet aikataulun suunnittelun kannalta tärkeitä taitoja. Aikataulun laatimisessa tulee varata aikaa enemmän joustavasti ja ylimääräisesti kuin liian tiukkaan mitoitettuihin. Liian tiukka aikataulu kulutti turhaan voimavaroja, kun yllätyksiä projektin etenemisessä ilmeni.

LÄHTEET

Ahokas, L. & Mäkeläinen, J. 2013. Perehdyttäminen ja työnopastus – Ennakoivaa työnsuojelua. Saatavissa:

https://tk.fi/koulutus_ja_kehittaminen/julkaisut/digijulkaisut/perehdyttaminen_ja_tyonopastus_-_ennakoivaa_tyosuojelua. Viitattu 4.10.2017.

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Syöpätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

American Cancer Society. 2016. Central Venous Catheters. Saatavissa:

<https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/central-venous-catheters.html>. Viitattu 12.6.2017.

B.Braun. a. Implantoitavat laskimoportit. Saatavissa: <https://www.bbraun.fi/fi/products/b/celsite-access-ports.html>. Viitattu 12.6.2017.

B.Braun. b. Laskimoportit, potilasohje. Saatavissa: https://www.bbraun.fi/content/dam/bbraun/fi/website/6050189%20CelsitePort%20Potilasopas_luku.pdf.bb-30249297/6050189%20CelsitePort%20Potilasopas_luku.pdf. Viitattu 19.7.2017.

B.Braun. c. Syöpäpotilaat. Saatavissa: <https://www.bbraun.fi/fi/potilaat/syopahoidot.html>. Viitattu 2.10.2017.

Bono, P. & Roserberg-Ryhänen L. 2014. Ohjeita sinulle joka saat syöpälääkehoitoa. 3., uudistettu painos. Espoo: Painotalo Redfina Oy.

Duodecim. Terveyskirjasto. 2017a. Syöpä. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt03385&p_hakusana=sy%C3%B6p%C3%A4. Viitattu 14.7.2017.

Duodecim. Terveyskirjasto. 2017b. Syöpätaudit. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt03386. Viitattu 11.7.2017.

Elämänlaatu. Elämänlaatu 4 tekijää. Saatavissa: <http://www.elamanlaatu.fi/71412110>. Viitattu 5.10.2017.

- Erilaisten oppijoiden liitto. 2017. Mikä on omin tapasi oppia? Saatavissa: http://www.erilaistenoppijoidenliitto.fi/?page_id=158. Viitattu 30.7.2017.
- Eteläpelto, A. & Vähäsantanen, K. 2010. Ammatillinen identiteetti persoonallisena ja sosiaalisena konstruktiona. Teoksessa A. Eteläpelto & J. Onnismaa (toim.) Ammatillisuus ja ammatillinen kasvu. 1.-3. painos. Vantaa: Kansanvalistusseura.
- Hakkarainen, P. & Kumpulainen, K. 2011. Johdanto: Kuva liikkuu pysytkö mukana? Teoksessa P. Hakkarainen & K. Kumpulainen, (toim.) Liikkuva kuva – muuttuva opetus ja oppiminen. Kokkola.
- Healthline. 2015. Central Venous Catheters: PICC lines versus Ports. Saatavissa: <http://www.healthline.com/health/breast-cancer-navigator/central-venous-catheters-picc-lines-versus-ports#1>. Viitattu 6.6.2017.
- Henttonen T, Rautava-Nurmi H., Vuorinen S. & Westergård A. 2013. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Hovila, S. 2015. Laskimoportti. Saatavissa: file:///C:/Users/Maria/Downloads/laskimoportti_Hovila.pdf. Viitattu 8.8.2017.
- Joensuu, H., Roberts, P.J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. 2013. Syöpätaudit. 5., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Johansson, R. 2015. Terveysportti. Solunsalpaajat eli sytostaatit. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/shk/koti?p_haku=sy%C3%B6p%C3%A4taudit. Viitattu 8.7.2017.
- Johnsson, K. & Manning, S. 2011. The technology toolbelt for teaching. San Fransisco: A Wiley Imprint.
- Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.
- Kaartinen, L. 2011. Osaamista kehittämään! – periaatteita ja menetelmiä osaamisen ylläpitoon ja lisäämiseen. Helsinki: Layout Kalle Pelkonen, Mainostoimisto Soihtu Oy.
- Kaikki syövästä. Syöpää sairastavan hyvinvointi. Saatavissa: <https://www.kaikkisyovasta.fi/elamasyovan-kanssa/syopaa-sairastavan-hyvinvointi/>. Viitattu 4.10.2017.
- Kankaanpään yhteislyseo. Oppiminen ja opiskelutekniikat. Saatavissa: <https://peda.net/kankaanp%C3%A4%C3%A4/ky/oppiaineet/opinto-ohjaus/ojo>. Viitattu 30.6.2017.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kettunen, S. 2003. Onnistu projektissa. Helsinki: WSOY.
- Koskinen, H. & Siltanen, K. 2014a. Solunsalpaajien haittavaikutusten ehkäisy ja hoito. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/shk/koti?p_haku=sy%C3%B6p%C3%A4taudit. Viitattu 7.7.2017.

- Koskinen, H. & Siltanen, K. 2014b. Solunsalpaajahoitoa saavan potilaan ohjaus. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/shk/koti?p_haku=sy%C3%B6p%C3%A4taudit. Viitattu 7.7.2017.
- Koskinen, H. & Siltanen, K. 2014c. Solunsalpaajahoidon toteutus. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/shk/koti?p_haku=sy%C3%B6p%C3%A4taudit. Viitattu 6.7.2017.
- Kovalainen, P. 2017. Tuotepäällikkö B. Braun Medical Oy henkilökohtainen tiedonanto, keskustelu 20.4.2017.
- Kuivalainen, L. 2004. Eturauhassyöpää sairastavien miesten terveyteen liittyvä elämänlaatu vuoden seuranta-aikana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-27-0066-2/urn_isbn_951-27-0066-2.pdf. Viitattu 4.10.2017.
- Kuopion yliopistollinen sairaala. 2014. Lääketieteellinen hoito. Saatavissa: <https://www.lastensyopaosasto.fi/laaketieteellinen-hoito>. Viitattu 2.10.2017.
- Kuvasto. 2017. Kuvaoikeuksien ABC. Saatavissa: <http://kuvasto.fi/kuvaoikeuksien-abc/>. Viitattu 6.7.2017.
- Köngäs, J. 2017. Visuaalinen oppimistyyli. Saatavissa: <http://www.ekonomivalmennus.com/opiskelijapalaute/oppimistavat-ja-oppimistyyli/visuaalinen-oppimistyyli>. Viitattu 29.7.2017.
- Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Sivén, T. & Välimäki, P. 2014. Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla. 9.–11. Painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Lammi, O. 2015. Viesti ja vaikuta: käsikirja presentaatioiden pitäjälle. Jyväskylä: Docendo.
- Lauri, S. 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY.
- Lautkankare, R. 2014. Videon mahdollisuudet opetuskäytössä: Turun ammattikorkeakoulun ViPeda – hanke.
- Mäkitalo, E. & Wallinheimo, K. 2012. Virtuaaliset ympäristöt – Innostava oppimien, tehokas koulutus. Helsinki: Talentum.
- Nurminen, M-L. 2012. Lääkehoito. 10.–11., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Nyman, U. 2017. Keskuslaskimoportin käyttö. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/shk/koti?p_haku=keskuslaskimoportti. Viitattu 13.6.2017.
- Oulun yliopisto. 2015. Elämänlaatu ja hyvinvointi elämän eri vaiheissa. Saatavissa: <http://www oulu.fi/gasel/elamanlaatu%20ja%20hyvinvointi>. Viitattu 4.10.2017.

- Oulun yliopistollinen sairaala. 2014a. Ihonalaisen keskuslaskimoportin käyttö jatkuvan infuusion yhteydessä. Saatavissa: https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/33617_Ihonalaisen_keskuslaskimoportin_kaytto_jatkuvan_infuusion_yhteydessa.pdf. Viitattu 23.7.2017.
- Oulun yliopistollisen sairaala. 2014b. Käyttämättömän ihonalaisen keskuslaskimoportin huuhtelu. Saatavissa: https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/24710_Kayttamattoman_ihonalaisen_keskuslaskimoportin_huuhtelu_esim_Vascuport_Celsite_.pdf. Viitattu 23.7.2017.
- Oulun yliopistollinen sairaala. 2014c. Lääkkeidenanto ihonalaisen keskuslaskimoportin kautta. Saatavissa: https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/24949_Laakkeiden_anto_ihonalaisen_keskuslaskimoportin_kautta_esim_Vascuport_Celsite_.pdf. Viitattu 28.7.2017.
- Paasivaara, L., Suhonen, M. & Virtanen P. 2013. Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. 2., uudistettu painos. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Pelin, R. 2008. Projektihallinnan käsikirja. 5., uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Pfizer. 2014. Mikä syöpä on? Saatavissa: <http://www.syopainfo.fi/yleiskatsaus-syopiin/mika-syopa-on.html>. Viitattu 15.6.2017.
- Rantanen, T. & Toikko, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Ruuska, K. 2005. Pidä projekti hallinnassa. Suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. 5., uudistettu painos. Helsinki: Talentum.
- Sairaanhoitajaliitto. 2016. Sairaanhoitajan täydennyskoulutus. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/koosteet/sairaanhoitajan-taydennyskoulutus/>. Viitattu 12.5.2016.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Syövän yleisyys. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/syopa/syovan-yleisyys>. Viitattu 16.4.2016.
- Torkkola, S. 2015. Lean asiantuntijatyön johtamisessa. Saatavissa: [http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto](https://verkkokirjahylly-almatalent-fi.ezproxy.centria.fi/teos/BAXBBXAUIGHG#kohta:LEAN((20)ASIAANTUNTIJATY((d6)N((20)JOHTAMISESSA((20)). Viitattu 11.6.2017.</p>
<p>Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Saatavissa: <a href=). Viitattu 6.9.2017.
- Vaasan keskussairaala. 2015. Laskimoportin asennus. Saatavissa: <https://www.vaasankeskussairaala.fi/potilaille/hoito-ja-tutkimukset/leikkaukset/paivakirurgia/verisuonikirurgia/laskimoportin-asennus/>. Viitattu 10.5.2016.
- Valvira. 2015. Palliatiivinen hoito. Saatavissa: http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/palliatiivinen-hoito. Viitattu 4.10.2017.

PEREHDYTYSVIDEO SYÖPÄPOTILAIDEN KESKUSLASKIMOPORTIN KÄYTÖSTÄ HOITOHENKILÖKUNNALLE

KÄSIKIRJOITUS:

Keskuslaskimoportti on potilaan ihon alle asennettava metallipohjainen silikonikotelo, josta laskimoyhteys yläonttolaskimoon. Portti asennetaan tavallisesti oikealle puolelle rintakehää solisluun alapuolelle. Asentaminen tapahtuu päiväkirurgisena toimenpiteenä paikallispuudutuksessa anestesia- ja infuusio voidaan aloittaa heti implantoinnin jälkeen. Rasvakudoksen paksuudesta riippuen portti näkyy iholla kohoumana, mutta jää piiloon vaatetuksen alle. Keskuslaskimoportti koostuu päällystetystä titaanikammioista, jossa on ulostulokanyyli. Portin keskiosassa on tiivis, katetriin liitetty silikoninen pistokalvo. Neula työnnetään tämän pistokalvon läpi titaanikammioon, joka on yhteydessä polyuretaanikatetriin. Portti ei metallin pienestä määrästä huolimatta ole este esimerkiksi magneettitutkimuksille.

Tunneloituihin keskuslaskimokatetreihin lukeutuvaa keskuslaskimoporttia käytetään syöpäpotilaiden solunsalpaajahoidoissa, pitkäaikaisten neste-, lääke- tai ravitsemushoitojen toteuttamisessa, verinäytteiden ottamisessa, sekä varjoaineen ja verituotteiden antamisessa. Tunneloituja keskuslaskimokatetreja voidaan hyödyntää keskuslaskimoportin tavoin pitkäaikaisiin toistuviin infuusioihin, mutta kotona asuville, normaalia arkea eläville potilaille portti soveltuu paremmin.

Keskuslaskimoportti koostuu päällystetystä titaanikammioista, jossa on ulostulokanyyli. Portin keskiosassa on tiivis, katetriin liitetty silikoninen pistokalvo. Neula työnnetään tämän pistokalvon läpi titaanikammioon, joka on yhteydessä polyuretaanikatetriin. Portti ei metallin pienestä määrästä huolimatta ole este esimerkiksi magneettitutkimuksille.

Laskimoportti aukaistaan niin kutsutulla Huber-neulalla, jonka paksuus on 18-22g ja pituus 15-25mm portin syvyydestä riippuen. Erikoisvalmisteisen porttineulan käyttö on välttämätöntä, koska tavallinen neula vahingoittaa pistokalvoa ja voi aiheuttaa vuodon. Neula ja siihen liitetty lyhyt letku voidaan jättää paikoilleen, jos laskimoporttia käytetään useamman kerran päivässä. Muussa tapauksessa neula poistetaan käytön jälkeen. Silikonikalvo voidaan lävistää noin 1000-2000 kertaa.

Laskimoportin edut potilaalle:

- Helpompi ja kivuttomampi suonyhteys; neulan pistäminen on yleensä kivutonta. Pistokohta voidaan haluttaessa puuduttaa puudutusvoiteella.
- Ei kirvelyä
- Laskimoportti ei rajoita normaaleja päivittäisiä toimintoja tai harrastuksia.
- Suonyhteys käytettävissä nopeasti ja suurella varmuudella
- Helppohoitaisuus.
- Poistaa perifeerisen kanyylin tarpeen.

- Laskimoportin laittaminen on helppo ja nopea toimenpide, jota varten ei tarvita nukutusta.
- Tutkitusti pienempi infektoriski kuin esimerkiksi keskuslaskimokatetrissa.

Valmistelu

Ennen toimenpidettä kerätään tarvittavat välineet valmiiksi. Infuusiovälineiden lisäksi tarvitaan:

- Steriili pesukuppi
- Steriilejä taitoksia
- Steriilipesuhanska
- 80% denaturoitu alkoholi
- Steriilit hanskat
- Porttineula
- 10ml ruisku
- Läpinäkyvä puoliläpäisevä polyuretaanikalvo
- 3-tiehana
- 0,9% NaCl letkun ja porttineulan täyttöön, sekä portin huuhteluun.

Neulan pituus valitaan sen mukaan, miten syvällä portti on. Useimmiten 15-25mm on sopiva pituus. Hiljattain asennetussa portissa ilmenee vielä turvotusta, jolloin valitaan tavallista pidempi neula. Keskuslaskimoportissa tulee käyttää 10ml tai suurempaa ruiskua, sillä pienempi ruisku aiheuttaa paineen porttiin ja portti saattaa vaurioitua. Yli 10ml ruiskuja käytettäessä voidaan ennaltaehkäistä myös mahdollisen tukoksen liikkeelle lähtö verenkiertoon.

Porttiin pistäminen

Potilas ohjataan puoli-istuvaan asentoon tai makuuasentoon. Pistokohdan ihoalue tarkastellaan ensin silmämääräisesti ja huomioidaan mahdollinen turvotus, punoitus, haavaumat, kipua ja eritys. Portin sijainti tunnustellaan käsin. Keskuslaskimoportin käyttöönotto toteutetaan steriilisti ja toimenpiteessä noudatetaan huolellista käsihygieniaa sekä aseptiikkaa.

Portin ihoalue puhdistetaan denaturoidulla alkoholilla steriilipesuhanskaa käyttäen yhdensuuntaisin vedoin valumasuuntaan päin. Toimenpiteen tekijä pukee steriilit hanskat ja avustaja ojentaa keskuslaskimoporttineulapakkauksen. Pakkauksen osat yhdistetään steriilisti ja letku ja neula täytetään keittosuolaliuoksella, jonka jälkeen neulan suojus poistetaan. Portti otetaan napakalla otteella kahden tai kolmen sormen väliin. Neula pistetään portin keskikohtaan pistokalvon läpi kohtisuorassa linjassa tinakammion pohjaan asti. Vältetään liiallista pistovoimaa, joka voi vahingoittaa neulan kärkeä aiheuttaen septumin vuodon ja kipua potilaalle neulaa poistaessa. Pistämisen jälkeen tarkastetaan portin toimivuus ja neulan oikea sijainti aspiroimalla. Jos aspiroidessa ei saada ruiskuun verta, voidaan portin toimivuus tarkastaa injisoimalla porttiin 5ml keittosuolaliuosta. Jos portti vetää hyvin ilman turvotusta tai kipua, voidaan infuusio aloittaa normaalisti. Lopuksi porttineula kiinnitetään läpinäkyvällä polyuretaanikalvolla niin että pistokohta jää näkyviin. Mikäli infuusion aikana potilas tuntee kipua, pistoalueella ilmenee turvotusta tai punoitusta, on infuusio keskeytettävä välittömästi. Infusoitavien lääkkeiden vaihdon väleissä portti huuhdellaan 10ml keittosuolaliuoksella, jotta vältetään lääkeaineiden yhteensopimattomuudesta johtuvaa sekaantumista.

Neulan poistaminen

Infuusion päätyttyä portti huuhdellaan 0.9% keittosuolaliuoksella estäen portin tukkeutumisen. Tämän jälkeen neula poistetaan toisella kädellä portin juurta tukien ja toisella kädellä neulaa siivistä nostaen, jolloin neulan turvamekanismi lukkiutuu. Pistokohta puhdistetaan ja päälle laitetaan steriili taitosuojaksi.

Verinäytteiden otto

Verinäytteen otossa valmistelut ja neulan pistäminen toteutetaan, kuten aikaisemmin videolla on ohjeistettu. Verinäytteen otossa, kuten myös verensiirrossa käytetään 19G tai 20G neulaa, jotta saadaan sopiva virtausnopeus, eikä näytteeseen muodostu hemolyysia.

Ruiskuun vedetään 3-5ml verta, jonka jälkeen jatkoletkun suljin suljetaan. Tilalle vaihdetaan uusi ruisku, tai vakuumiputki ja otetaan verta tarvittava määrä laboratoriokokeita varten. Verinäytteen ottamisen jälkeen portti huuhdellaan 10ml keittosuolaliuoksella.

Huomioitavaa

Jatkuvana infuusioina menevien perusliuosten infuusioletkut ja 3-tiehanat vaihdetaan vähintään 4 vrk:n välein, rasvaliuosten ja rasvaa sisältävien lääkkeiden infuusioletkut vaihdetaan kerran vuorokaudessa. Porttineula ja sidokset tulee vaihtaa 24h tai vähintään 7 päivän välein.

Kun keskuslaskimoporttia ei käytetä säännöllisesti, tulee se huuhdella 4-6 viikon välein tukkeutumisen estämiseksi. Portin huuhteluun riittää 20ml keittosuolaliuosta. Keskuslaskimoportin huuhtelu voidaan tehdä syöpätautien poliklinikalla tai joissakin terveyskeskuksissa.

PEREHDYTYSVIDEOON DIAT

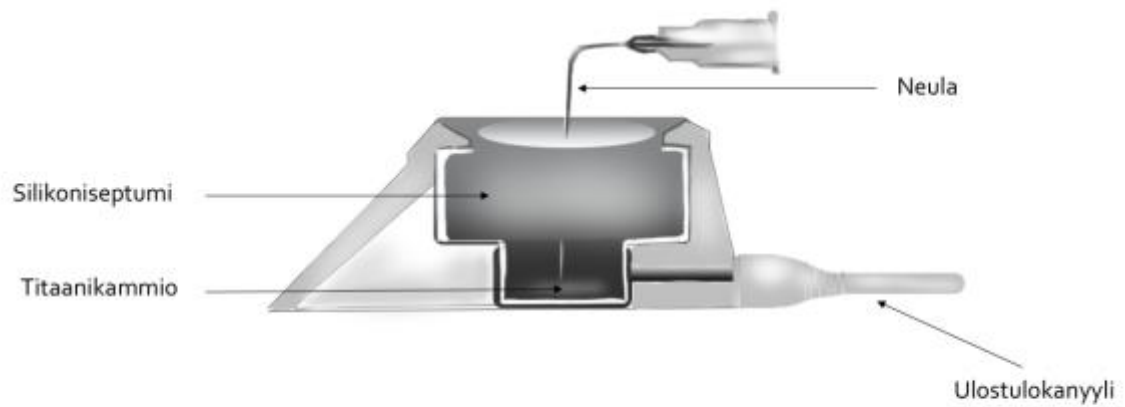
PEREHDYTYSVIDEO KESKUSLASKIMOPORTIN KÄYTÖSTÄ HOITOHENKILÖKUNNALLE

Keskuslaskimoportti

- Suoniyhteys
yläonttolaskimoon
- Asennus
paikallisuudutuksessa
- Sijainti rintakehän oikealla
puolella solisluun alapuolella
- Käyttövalmius heti
asennuksen jälkeen
- Ei ole este MRI tutkimukselle



Keskuslaskimoportin rakenne



Neulan valinta

- Neulan koko 18G-22G
- Neulan pituus 15-25mm turvotus huomioiden
- Portissa käytetään ainoastaan siihen valmistettua erikoishiottua porttineulaa



Keskuslaskimoportin käyttöindikaatiot

- Solunsalpaajahoidot
- Lääkehoito
- Nestehoito
- Ravitsemushoito
- Verituotteiden antaminen
- Verinäytteiden ottaminen
- Varjoaineen antaminen

Keskuslaskimoportin edut potilaalle

- Helpompi ja kivuttomampi suonyhteys
- Ei rajoita normaaleja päivittäisiä toimintoja
- Suonyhteys käytettävissä nopeasti ja suurella varmuudella
- Helppohoitaisuus
- Poistaa perifeerisen kanyylin tarpeen
- Asentaminen helppo ja nopea toimenpide paikallispuudutuksessa

VALMISTELU

PORTTIIN PISTÄMINEN

NEULAN POISTO

Verinäytteen otto

- Verinäytteen otossa, kuten myös verensiirrossa käytetään 19G tai 20G neulaa.
- Ruiskuun vedetään 3-5ml verta. Tilalle vaihdetaan uusi ruisku tai vakuumiputki ja otetaan verta tarvittava määrä laboratoriokokeita varten. Verinäytteen oton jälkeen portti huuhdellaan 10ml keittosuolaliuoksella.



Huomioitavaa

- Mikäli infuusion aikana potilas tuntee kipua, pistoalueella ilmenee turvotusta tai punoitusta, on infuusio keskeytettävä välittömästi.
- Lääkeaineinfuusioiden väleissä portti huuhdellaan fysiologisella keittosuolaliuoksella.
- Jatkuvana infuusioina menevien perusliuosten letkut ja 3-tiehana vaihdetaan 4vrk välein, rasvaliuosten ja rasvaa sisältävien lääkeaineiden letkut kerran vuorokaudessa.
- Porttineula ja sidokset vaihdetaan viikon välein, tarvittaessa useammin.
- Portti tulee huuhdella 4-6vk välein 20 ml fysiologisella keittosuolaliuoksella tukkeutumisen estämiseksi.

Perehdytysvideo syöpäpotilaiden keskuslaskimoportin käytöstä hoitohenkilökunnalle

Opinnäytetyö Centria ammattikorkeakoulu, Sairaanhoidaja 2017
Heli Anttiroiko ja Maria Kallio

Kuvaus ja editointi: Asko Mentu



KESKI-POHJANMAAN SOSIAALI- JA
TERVEYSPALVELUKUNTAYHTYMÄ

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Tutkimuslupapäätös
Johtajaylihoitaja

7.2.2017

4 §

ASIA

Tutkimuslupa, Anttiroiko Heli ja Kallio Maria. Perehdytysvideo
syöpäpotilaiden keskuslaskimoportin käytöstä hoitohenkilökunnalle.

PÄÄTÖS

Hyväksyn anotun tutkimusluvan.

ESITYKSEN TEKIJÄ

PÄÄTÖKSEN TEKIJÄ


Pirjo-Liisa Hautala-Jylhä
Johtajaylihoitaja

*Jakokohde: Heli Anttiroiko
Maria Kallio*

OPINNÄYTETYÖSOPIMUS

<p>Opinnäytetyön alustava aikataulu (pvm:t kuukauden tarkkuudella)</p> <p>Aloituspalaveri (ohjaaja, työn tekijä, työelämäohjaaja) [09/2016] Toteutussuunnitelman esittäminen [05/2016] Väli raportointi [02/2017] Ohjaajan tarkastus ja/tai loppupalaveri [05/2017] Opinnäytetyön hyväksyttäväksi jättäminen [06/2017] Opinnäytetyön seminaariesitys [10/2017] Kypsyyskoe [11/2017]</p>
<p>Toimeksiantajan yhteystiedot (yritys, yhteyshenkilön nimi, osoite, puhelin, sähköposti)</p> <p>Soite Syöpätautien poliklinikka</p> <p>Kaija Sorvoja kaija.sorvoja@soite.fi Kirsi Parpala kirsi.parpala@soite.fi</p>
<p>Tämä sopimus on laadittu kolmena kappaleena. Sopimuskappaleet toimitetaan opinnäytetyön tekijälle, toimeksiantajalle sekä työn ohjaajalle. Centria-ammattikorkeakoulun opiskelija sitoutuu tekemään toimeksiantajan toimeksiannosta edellä mainitusta aiheesta opinnäytetyön <u>12/2017</u> mennessä.</p> <p>Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön työssä tarvittavaa tietoa sekä arvioimaan opinnäytetyön valmistuttua sen hyödynnettävyyttä toiminnassaan.</p> <p>Toimeksiantaja maksaa materiaali-, postitus-, maka- ym. mahdolliset kulut laskun mukaan. Toimeksiantaja voi maksaa opinnäytetyön tekijälle palkan.</p> <p>Tämän sopimuksen osapuolet ovat velvolliset pitämään salassa kaiken, mitä he toimeksiannon yhteydessä ovat saaneet tietoonsa asioista, joita voidaan pitää toisen sopijapuolen liikesalaisuutena. Opinnäytetyö käydään läpi ammattikorkeakoulun opinnäytetyöseminaarissa ja se on julkinen asiakirja. Toimeksiantajan tulee erikseen pyytää työn salausta.</p> <p>Ammattikorkeakoulu ei vastaa opinnäytetyön tekijän mahdollisesti aiheuttamasta haitasta tai vahingosta.</p>
<p>Päiväys 22.3.2017</p>
<p>Työelämäohjaajan allekirjoitus Kaija Sorvoja Kirsi Parpala</p>
<p>Opiskelijan allekirjoitus Milla Kallio</p>
<p>Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus T. Heikkonen T. Honkonen</p>