

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

SOSIAALI- JA TERVEYSALA

ALARAAJAKIPSATUN POTILAAN KOTIHOITO-OPAS

Projektityö

Jari-Pekka Martimo, Ossi Saarijärvi, Ville-Matias Viippola

Hoitotyön koulutusohjelma

Kemi 2011

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysala

Hoitotyön koulutusohjelma

JARI-PEKKA MARTIMO, OSSI SAARIJÄRVI & VILLE-MATIAS VIIPPOLA

ALARAAJAKIPSATUN POTILAAN KOTIHOITO-OPAS

Opaslehtinen alaraaja kipsatulle

Opinnäytetyö 30 sivua, 1 liitettä ja diaesitys

Ohjaajat: Sirpa Orajärvi & Marianne Sliden

26.4 2011

Asiasanat: alaraajakipsi, murtumat, kotihoito, kuntoutus, ohjaus, luunrakenne.

Kipsihoidon tarkoituksena on tukea murtunut raaja liikkumattomaksi immobilisaation avulla.

Alaraaja käsittää ihmisruumiissa vyötärön alapuolella olevat raajat eli jalat.

Projektin tarkoituksena oli tuottaa opaslehtinen alaraajakipsatun potilaan kotihoitoon liittyen. Opas sisältää ohjeet kipsatun alaraajan kuntoutuksesta, kipsin kunnossa pidosta ja milloin ottaa yhteyttä sairaalaan

Opinnäytetyömme on hankkeistettu projekti joka on tehty yhteistyössä Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun terveysalan yksikön kanssa. Työ koostuu opinnäytetyömme teoriaosuudesta jossa käsittelemme murtumien patofysiologiaa ja niiden hoitamista hoitotyössä. opaslehtisestä jossa käsitellään rajatusti kipsihoidon peruseriaatteet potilaan kannalta ja diaesitys on valmistettu opetuskäyttöön.

ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Social Services and Health Care

Degree Program in nursing

JARI-PEKKA MARTIMO, OSSI SAARIJÄRVI & VILLE-MATIAS VIIPOLA

LOWER LIMB CAST HOMECARE GUIDE

Guide to people who has lower limb cast

Bachelor's Thesis 30 pages, 1 appendices and slideshow

Advisors: Sirpa Orajärvi & Marianne Sliden

26.4.2011

Keywords: lower limb cast, fractures, homecare, rehabilitation, guiding, bonestructure

Purpose of the cast care is to immobilize the fractured bones.

Lower limb contains body parts below the waist line aka. legs.

The purpose of our project was to create a guide flyer considering of home care about lower limb cast. Guide contains instructions about rehabilitation, maintaining cast and when to contact to nearby hospital.

Our thesis is a project which has been done in co-operation with Kemi-Tornion university of applied sciences healthcare district. Our thesis consists of thesis theory part in which we are conversing on pathophysiology of bone fractures and their treatment, a guide in which has basic theory of cast care and a slideshow which can be used as in education.

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	5
2 MURTUMAT	7
2.1 Luun rakenne	7
2.2 Murtumien syntymekanismi ja murtumatyypit.....	8
2.3 Murtumien diagnostiikka ja hoito.....	11
3 KIPSIHOITO HOITOTYÖSSÄ	14
3.1 Kipsihoidon toteutus ja tarkoitus	14
3.2 Kipsihoidon ongelmat ja komplikaatiot.....	16
3.3 Kipsin jatkohoito ja ohjaus	17
3.4 Kipsatun raajan kuntoutus	19
3.5 Kipsatun potilaan hoitotyössä huomioitavaa	20
4 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN	21
4.1 Projektin tarkoitus ja tavoitteet	21
4.2 Projektin määrittely, rajaus ja liittymät.....	22
4.3 Projektin toteuttamisen ja työskentelyn kuvaus.....	23
5 POHDINTA.....	25
6 LÄHTEET.....	27
7. LIITEET	30

1 JOHDANTO

Kipsihoidon onnistumisen tärkeimmät kulmakivet ovat potilaan ohjaaminen ja jatkohoidosta huolehtiminen. Potilaan ja hänen omaistensa tulee tiedostaa, miksi kipsi on tehty, kuinka sen kanssa eletään ja liikutaan. Potilaan tulee myös tiedostaa kuntoutuksen ja asentohoidon merkitys sekä milloin tulee ottaa yhteyttä lääkäriin. Kipsihoito-ohjeet tulee aina antaa sekä suullisesti että kirjallisesti. Alaraajakipsatulle potilaalle opetetaan sauvakävely ja varmistetaan, että potilas kykenee liikkumaan kyynärsauvoilla turvallisesti. Tarvittaessa potilaalle tulee järjestää apua kotona selviytymiseen, ja joskus on aiheellista järjestää potilaalle hoitopaikka, kunnes kotona selviytyminen on varmistunut (Kuisma & Heikkilä & Kassara 2009, 10.)

Kipsihoidon tarkoituksena on luoda luutumiselle edulliset olosuhteet ja ehkäistä luutumishäiriöitä. Tarvittaessa murtuneen luun kappaleet saatetaan repositiolla anatomisesti ja toiminnan kannalta mahdollisimman hyvään asentoon. Immobilisaation eli liikkumattomuuden avulla saavutettu asento säilytetään, kunnes luutuminen on edennyt tarpeeksi pitkälle (Kuisma & Heikkilä & Kassara, 2009. 10.)

Kipsaus ei ole täysin vaaratonta. Kipsihoidon ongelmia ovat infektiot, luutulehdus, kuivuminen, ihon kunnan huonontuminen, verenkierron riittämättömyys ja huono potilasohjeiden noudattaminen. USA:ssa tehtyyn tutkimukseen kuului n. 71 potilasta. Kipsin vaihto oli keskimäärin joka 7,69 päivä. Komplikaatioita ilmeni kahdessakymmenessäkahdessa kipsihoidossa. Niitä olivat kuusi säären haavaumaa, kuusi jalkapohjan, neljä jalkaterän ja varpaiden haavaumaa, viisi pohkeen haavaumaa, ja yksi kehräsluun seudun haavauma. Tutkimuksessa kaikki haavaumat, paitsi yksi, paranivat kolmessa viikossa. (Expertconsultbook 2005.)

Kipsihoito-ohjeet tulee aina antaa sekä suullisesti että kirjallisesti. Alaraajakipsatulle potilaalle opetetaan sauvakävely ja varmistetaan, että potilas kykenee liikkumaan kyynärsauvoilla turvallisesti. Tarvittaessa potilaalle tulee järjestää apua kotona pärjäämiseen, ja joskus on aiheellista järjestää potilaalle hoitopaikka, kunnes kotona pärjääminen on varmistunut (Kuisma ym. 2009. 10.)

Ohjaus on keskeinen osa potilaan kokonaishoitoa. Sen tavoitteena on auttaa potilasta hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Onnistunut potilasohjaus voi parhaimmillaan lyhentää hoitoaikoja ja vähentää potilaan sairaalakäyntien määrää ja niiden tarvetta. Torkkola & Heikkinen & Tiainen. (2002. 24-25;27;35–36 ; 39.)

Tämän projektin tarkoituksena on tehdä alaraajakipsatun potilaan jatkohoito-opas Kemi-Tornion ammattikorkeakoululle. Tämän oppaan tavoitteena on selkeyttää, yhdenmukaistaa ja luoda edellytykset turvalliseen kipsi-hoidon toteutukseen

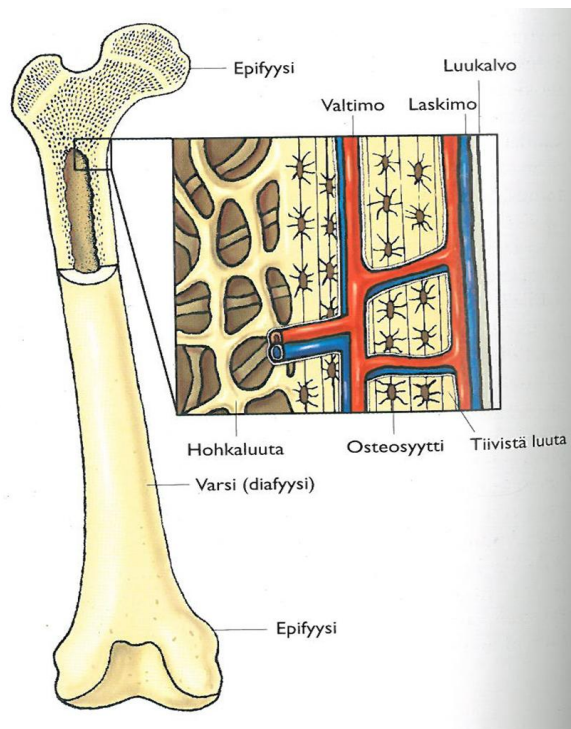
2 MURTUMAT

2.1 Luun rakenne

Ihmisen luustossa on 206 luuta, joiden kokonaispaino on noin viidennes koko ruumiin painosta. Luuhun on sitoutunut 99% elimistön kalsiumista ja 88% fosfaatista. Luukudoksen soluväliaine muodostuu orgaanisesta osasta eli kollageenisäikeiden muodostamasta verkostosta, joka vastaa luun taivutus- ja vetolujuudesta, ja epäorgaanisista suoloista kuten kalsiumfosfaatista, jotka vastaavat luun kovuudesta ja kokoonpuristumattomuudesta. . (Ukkola & Ahonen & Alanko & Lehtonen & Suominen. 2001. 241-242.)

Luut ovat monenmuotoisia aina toimintansa mukaan. Pitkiä luita esiintyy raajoissa Esim. reisiluu, pitkänluun kummassakin päässä on kasvukautena rustoinen kasvulevy eli epifyysilevy joka luutuu lopullisesti kasvun loppuessa noin 20 vuoden iässä.

(Kuva1). (Nienstedt & Hänninen & Arstila & Björkqvist 2006. 105)



Kuva 1 Luun rakenne (Bjålie & Haug & Sand & Sjaastad & Toverud, 1999. 170)

Luukudoksessa on luuainetta tuottavia osteoblasteja sekä sitä hajoittavia osteoklasteja. Luukudos on paikoitellen hyvin tiheää, jolloin kyseessä on ns. tiivisluu. Muualla se taas muodostuu ohuista luupalkeista, joiden välillä on suuria, erillisiä onteloita (Kuva 1) (hohkaluu) (Bjålie ym. 1999. 19; 170).

Luut muodostavat tukirangan, johon lihakset kiinnittyvät. Luut, nivelet ja luustolihakset muodostavat liikuntaelimistön, jossa pitkät luut toimivat vipuvarsina. Luita ja lihaksia tukevat useat sidekudosrakenteet. Luusto toimii myös kivennäisaineiden varastona ja luuytimessä muodostuvat punasolut. (Ukkola, ym. 2001. 241-242.)

2.2 Murtumien syntymekanismi ja murtumatyypit

Murtuma syntyy silloin, kun luuhun kohdistuu suoraa tai epäsuoraa väkivaltaa, jonka johdosta luu taipuu tai joutuu alttiiksi paineelle, repäisylle tai kiertymälle. Suoran väkivallan aiheuttamassa murtumassa luu ei kestä iskun (esimerkiksi auton tönäisy, luoti, kaatuminen) voimaa, vaan murtuu. Epäsuoran väkivallan aiheuttamissa murtumissa murtuma syntyy iskun vaikutuksesta luun heikoimpaan kohtaan, joka ei ole iskun välittömässä läheisyydessä esimerkiksi olkaluun tai varttinäluun murtuma syntyy, kun kaatumista estetään ojennetulla kädellä, tai selkärangan murtuma istualleen pudotessa. Murtuma voi syntyä myös itsestään ilman väkivaltaa (patologinen murtuma), jolloin syynä voi olla luun synnynnäinen heikkous, liikkumattomuudesta aiheutunut luun heikentyminen, luun sairaus tai osteoporoosi. Niin sanottu marssimurtuma (fractura itineraria) syntyy toistuvan liikkeen vaikutuksesta rasisuokohtaan. (Holmia & Murtonen & Myllymäki & Valtonen, 2008. 696.)

Murtumia esiintyy kaiken ikäisillä, mutta muita enemmän vanhemmilla ihmisillä ja työikäisillä. Lapsilla murtuma ei synny niin helposti kuin aikuisilla, koska lasten luut ovat joustavia ja lapset ovat kevyempiä, jolloin luihin kohdistuva väkivalta ei esimerkiksi kaatuessa ole niin ruhjovaa kuin aikuisilla. Murtumat voidaan luokitella monella tavalla. Yleisin luokitus perustuu ihon eheyteen murtumakohdassa. Jos iho on

ehyt, on kyseessä suljettu murtuma (fractura simplex). Avomurtuma (fractura complicata) on kyseessä silloin, kun luun pää on rikkonut murtuman ympärillä olevia kudoksia ja luusärö on tunkeutunut ihon läpi. Avomurtumassa on lisääntynyt komplikaatioriski. Murtuma voidaan luokitella myös täydelliseksi, jos se ulottuu vain osittain luun poikki. Murtuma voi kiilautua tukevaksi (stabiili murtuma) tai olla epävakaa (instabiili). Murtuneen luun päät (fragmentit) voivat olla paikoillaan (fractura nondislocata) tai siirtyneet (fractura dislocata). Siirtyminen voi tapahtua sivusuuntaan tai luun pituusakselin suunnassa. Fragmentit voivat siirtyä toistensa ohi, jolloin raaja lyhenee tai etääntyvät toisistaan, jolloin raaja pitenee. Murtuma voi olla viisto (45 asteen kulmassa luunpintaan nähden), jolloin on kyseessä ns. pajunvitsamurtuma. (Holmia ym. 2008. 696-697)

Lasten luissa on erityisiä piirteitä, jotka johtuvat luiden pehmeystä. Ns. heinänkorsi- ja torusmurtumat (greenstick ja pajunoksa murtumat) ovat epätäydellisiä, koska luuta ympäröivä periosti jää paikoilleen. Lasten murtumat voivat olla epifyseolyttisiä silloin kun epifyysilinjat eivät ole täysin umpeutuneet. Epifyseolyysi on prepubertaaliseen nopean kasvun vaiheeseen rajoittuva progressiivinen virheasento. Sen syntyä ei täysin tunneta, mutta sen tiedetään olevan tavallisempi ylipainoisilla lapsilla ja erityisesti pojilla. Se liittyy joskus metabolisiin ja hormonaalisiin sairauksiin. Hoito on ensisijaisesti kirurginen. Virheasennon eteneminen estetään ruuvikiinnityksellä ja aiheuttamalla kasvulevyn ennenaikainen sulkeutuminen Nämä murtumat luokitellaan eri tyyppeihin. Traumaattisia epifyseolyttisiä murtumia esiintyy 10-15-vuotiailla pojilla silloinkin, kun selvää akuuttia traumaa ei ole taustalla. Toistuvat vähäisemmät vammat ovat todennäköinen aiheuttaja. (Standertskjöld-Nordenstam & Suoramo & Pamilo, 1991. 324; Duodecimlehti. 1994.)

Rasitusmurtumat ovat alkuvaiheessa röntgen negatiivisia eli huomaamattomissa, mutta muutokset näkyvät selvästi sekä gammakuvauksessa että magneettikuvauksessa. Monissa tapauksissa ei varsinaista murtumalinjaa havaita lainkaan. Rasitusmurtumat saattavat muistuttaa osteomyeliittiä (luutulehdusta) tai luutumoria. Niiden erottaminen tapahtuu pääasiassa tyypillisen sijainnin ja tyypillisen klinisen anamneesin perusteella. (Standertskjöld-Nordenstam ym. 1991. 325.)

Luunmurtuma paranee kaikenikäisillä, vanhemmilla potilailla se vie enemmän aikaa. Paranemisen edellytyksenä on riittävä verisuonitus vamma-alueella. Murtuma-alueelle

kehittyy sidekudossäikeistä verkosto, johon luunemosolut eli osteoblastit muodostavat uudisluuta eli kallusta. Kalkkisuolojen kertyminen kallukseen ja luusillan muodostuminen murtumalinjan väliin ja sen ympärille kestää muutamasta viikosta muutamaa kuukauteen. Murtumakohdan huono verenkierto johtaa hidastuneeseen luutumiseen ja huonoon kalluksen muodostumiseen, myös infektio voi estää murtumaa luutumasta. (Ukkola & Ahonen & Alanko & Lehtonen & Suominen. 2001. 246-247.)

Luunmurtuman paranemisessa voidaan erottaa seuraavat päävaiheet, inflammaatiovaihe, jossa verenvuodon kautta murtumakohtaan päässeet välittäjäaineet käynnistävät luukudoksen korjaamisen ja murtuman paranemisen. Se kestää 1-2 päivää, ja sen seurauksena varsinainen luunmurtuman paranemisen korjaava vaihe lähtee käyntiin. Luunmurtuman korjausvaihe sisältää useita osavaiheita. Luunmurtuman paranemisen viimeisessä vaiheessa eli uudelleenmuovautumisvaiheessa tapahtuu luutuneen luun rakenteellinen uudelleen muovautuminen. Uudelleenmuovautumisvaihe kestää kauan, ja parhaimmassa tapauksessa luun normaali rakenne palautuu täysin. Lapsilla luun uudelleen muovautuminen on tehokasta.(Kröger & Aro & Böstman & Lassus & Salo, 2010. 218;221; Hus 2006.)

Murtumakohtaan muodostuva verihyytymä korvautuu ensin sidekudoksella ja sitten rustokudoksella. Nämä liittävät murtumapinnat toisiinsa ja muodostavat murtumakohdan ympärille sidekudoskertymän eli kalluksen (callus), joka näkyy röntgenkuvassa murtumaa ympäröivänä kalkkivarjona. Osteoblastit korvaavat vähitellen alkuperäisen kalluksen luukudoksella, minkä jälkeen osteoklastit purkavat pois ylimääräisen luukudoksen, jotta luuhun voi muodostua normaali luuydinontelo. Samalla murtumakohtaa ympäröivä paksuuntunut luukertymä ohenee. Kalluksen muodostuminen ja luutuminen kestävät muutamasta viikosta useaan kuukauteen. Murtuma on luutunut silloin, kun murtumakohta on stabiili. Röntgenkuvassa näkyvä kalluksen määrä ja tiheys ilmaisevat parantumisen edistymisen. Potilaan ikä, fyysinen kunto ja murtumatyyppi vaikuttavat murtuman paranemiseen. Hohkaluu paranee hyvän verenkiertonsa ja uusiutumiskykynsä ansiosta nopeammin kuin tiivisluu. Murtuman paranemisen katsotaan hidastuneen, kun luutuminen kestää yli kolme kuukautta. Kliinisesti murtumassa todetaan tällöin hetkumista ja kipua, vaikka se aikataulun mukaan pitäisi olla luja. Murtumakohta hetkuu huomattavasti keskimääräisen paranemisajan jälkeen. Murtumakohdassa on tällöin vain fibroottinen liitos. Varsinainen

valenivel (Pseudoartroosi) on harvinainen, ja siinä luufragmentin päihin on muodostunut säierustoa ja nesteontelo. Valenivel tarkoittaa sitä, että murtuma-alueen luun päät jäävät liikkuviksi, jolloin muodostuu ikään kuin ylimääräinen nivel. (Holmia ym. 2008. 698–699; Ukkola ym. 2001, 257.)

2.3 Murtumien diagnostiikka ja hoito



Kuva 2 Murtuneen sääriluun röntgenkuva (Hus. 2005)

Luunmurtuman röntgendiagnoosi on yleensä melko suoraviivainen. Teräväreunainen murtumalinja ja katkos luun ääriivivassa ovat akuutin murtuman tyyppilöydökset. Röntgenologisen kuvan mukaan akuutit murtumat voidaan jakaa eri tyyppeihin: avulsiomurtuma, poikkimurtuma, viisto- tai spiraalimurtuma, pitkittäinen murtuma, T-, V- tai Y-muotoinen murtuma, kompressiomurtuma ja pirstaleinen murtuma. Tosinaan selvää murtumalinjaa ei ole nähtävissä jos murtumafragmentit eivät ole siirtyneet, ja silloin ei murtumalinjaa nähdä useissakaan eri projektioissa otetussa kuvassa. Niissä tapauksissa ainoaksi löydökseksi jää luun kuorikerroksessa havaittu katkos. Myöskin hohkaluun rakenteessa saattaa näkyä epäsäännöllisyyttä. Jos murtuma on kliinisesti epäiltävissä, on lisääntynyt luun tiheys tai kulmamuodostus viitteenä akuutista

murtumasta, vaikka näitä muutoksia havaitaan myös parantuneen murtuman yhteydessä. Akuutin murtuman yhteydessä nähdään aina jonkin verran pehmytosaturvotusta. Luun mikromurtumat ja luun mustelmat voidaan todeta vain magneettikuvauksella. (Standertskjöld-Nordenstam ym. 1991. 320.)

Turvotuksen ehkäisy on tärkeää aloittaa heti vamman syntymisen jälkeen tehokkaalla kylmä-, koho- ja kompressiohoidolla (Kuisma ym. 2009. 28). Potilaan kannalta on tärkeintä saada raaja kunnolla tuetuksi verenvuodon, kivun sekä lisävammojen ehkäisemiseksi. Pitkien- ja nilkan luiden umpimurtumissa murtumapinnat yritetään saada mahdollisimman tarkasti takaisin paikoilleen. Luiden paikalleen asentaminen vähentää verenvuotoa ja tukeminen kipua. Jos umpimurtumaa ei hoideta näin, luiden päät saattavat rikkoa ihon ja vamma muuttuu avomurtumaksi, jolloin tulehdusriski moninkertaistuu. Raaja tulee tukea lastalla. Mahdolliset avohaavat peitetään steriileillä taitoksilla ennen lastoitusta. Lastoitettu raaja asetetaan kohoasentoon, kylmäpussi murtumakohdan päällä, ei kuitenkaan suorassa ihokontaktissa, verenvuodon ja turvotuksen vähentämiseksi. (Castren & Kinnunen & Paakkonen & Pousi & Seppälä & Väisänen, 2002. 632)

Murtumapotilaan hoidossa pyritään palauttamaan vaurioituneen ruumiinosan toiminta nopeasti. Tämä edellyttää, että murtumafragmentit saadaan hyvään asentoon, jotta ne luutuvat häiriöttä. Myös pehmytkudosvamma on hoidettava asianmukaisesti, jotta välttyttäisiin haitallisilta seurauksilta. Tavoitteina ovat murtuman asennon korjaaminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Murtuma pyritään saamaan anatomisesti mahdollisimman hyvään asentoon asettamalla murtumapinnat paikalleen joko konservatiivisesti tai leikkaushoidolla sisäisellä (interni) tai ulkoisella (eksterni) fiksaatiolla. Asennon ylläpito saavutetaan immobilisaatiomenetelmällä, jolla murtunut luu pidetään halutussa asennossa (retentio) kunnes murtumakohta on riittävän tukeva. (Holmia ym. 2008. 699–700)

Luunmurtumia voidaan hoitaa joko konservatiivisesti tai operatiivisesti. Konservatiivisessa hoidossa murtuma asetetaan paikoilleen (repositio) ja pidetään halutussa asennossa (retentio) valitulla immobilisaatiomenetelmällä. Immobilisaatio saadaan aikaan lastoituksella, kipsauksella, ortooseilla (kehoa tukeva tai kehon asentoa korjaava ulkoinen laite) tai vedolla. Kuntoutusvaihe sisältää luun paranemisprosessin sekä siihen liittyvät tukihoidot, liikehoito aktivoi verenkiertoa ja tukee luun

paranemisprosessia. Liikunta ehkäisee lihassurkastumista ja aktivoi nivelten normaalia toimintaa. Kuntoutuksessa tulee noudattaa lääkärin määräämää murtuma-alueen kuormitusohjetta. Se ilmaistaan ns. varauslupana eli kuinka paljon (kilogrammoissa) potilas saa kuormittaa murtuma-aluetta kehonsa painolla. Kuntoutumisvaiheen aikana oikea ravinto tukee paranemisprosessia. Kalsiumia tarvitaan luuston muodostumiseen ja uusiutumiseen. Ilman D-vitamiinia kalsium ei kuitenkaan imeydy. Liikunta ja ravintotekijät ovat tärkeitä jo lapsuus- ja nuoruusvuosina, koska tuona aikana hankittu vahva luusto säilyy aikuisikään saakka. (Iivanainen & Jauhiainen & Pikkarainen, 2001. 606- 607; Ruokatieto 1993.)

Potilas ohjeistetaan niin että asennon vaihtaminen onnistuu vuoteessa kivuttomasti ja vuoteesta nousu sujuu turvallisesti. Potilaan tulee tietää, kuinka paljon vartalon painolla saa varata murtuma-alueelle jottei hän omalla toiminnalla hidasta paranemista, tai saata murtumaa virheasentoon. Potilaan tulee ymmärtää mitä hän omassa voinnissaan ja murtuma-alueella tarkkaillee, Esim. varpaiden sinerrys ja kylmyys voivat olla merkkejä jalkaa painavasta kipsistä joka estää riittävän verenkierron raajaan. Apuvälineohjauksen tulee olla riittävää ja potilaan tulee tietää miten apuvälineitä käytetään.

Turvotusta tulee ehkäistä murtuma-alueella mm. pitämällä raajaa kohoasennossa. Tarvittaessa kipua voidaan hoitaa kipulääkkeillä. Kuntoutus luun paranemisen ja sekundaaristen komplikaatioiden ehkäisemiseksi on tärkeää.

Murtuma-alueen ihon kunnosta tulee huolehtia ja luun paranemisen kannalta edistävää ravinto-ohjausta tulee saada. Potilaalle kerrotaan jatkoyhteystiedot; mistä kysyä mahdollisesti ilmenevistä ongelmista. (Iivanainen ym. 2001. 606- 607)

3 KIPSIHOITO HOITOTYÖSSÄ

3.1 Kipsihoidon toteutus ja tarkoitus

Nykyään kipsauksessa yleisemmin käytetty materiaali on lasikuitu, joka on kevyttä ja kestää kosteutta. Lasikuitukipsi kovettuu 1-2 tunnissa. Se on kuivuttuaan kovempaa kuin perinteinen kipsi, joten hyvä pehmustus on tärkeää. (Ukkola ym. 2001, 250.)

Lyhyttä kipsisaapasta käytetään nilkan alueen, kuten kehräsluiden murtumissa ja nilkkaleikkausten sekä jännekorjausten esimerkiksi nivelsidevammojen ja akillesjänteen korjausleikkauksissa jatkohoitona. Lyhyt kipsisaapas ulottuu varpaiden tyvestä polvitaiveeseen. Lyhyttä kipsisaapasta pidetään neljästä kuuteen viikkoa. (Ukkola ym. 2001, 251.)

Pitkää kipsisaapasta käytetään polven murtumien ensihoitona, säärimurtumien varsinaisena hoitona ja säärimurtuman kirurgisen hoidon jatkohoitona. Kipsi ulottuu varpaiden tyvestä noin viisi senttimetriä nivustaipeen alapuolelle, nilkka on suorassa kulmassa, polvi noin 15- 20 asteen koukistuksessa ja varpaat jäävät vapaiksi. Pitkän saapaskipsin pitoaika on pitkä, yleensä 2-4 kuukautta. (Ukkola ym. 2001, 251.)

Kipsihylsyä eli sylinterikipsiä käytetään polven murtumien ja nivelsidevammojen hoidossa. Kuten pitkässä kipsisaappaassakin, polvi kipsataan 15- 20 asteen koukistukseen. Kipsihylsyä pidetään 4-8 viikkoa. (Ukkola ym. 2001, 251.)

Kipsi eli kalsiumsulfahydraatti on valkoista jauhetta, joka kiteytyy 10–15 minuutissa, kun siihen on lisätty vettä, ja siitä muodostuu huokoinen, kiinteä massa. Murtumien hoidossa käytetään tehdasvalmisteista verkkomaista kipsijauheella käsiteltyä sidettä. Kipsiside päästää kosteuden haihtumaan iholta ja kestää hyvin hankausta, mutta huonosti kosteutta. Tavallisen kipsisiteen lisäksi on myös keinokuitusidettä esim. lasikuitusidoksia. Ne ovat kipsisidettä kevyempiä, eivätkä vaurioиду kastuessaan, mutta niitä käytetään vain myöhäiskipsauksessa. Ennen kipsausta murtuma reponoidaan (asetetaan paikoilleen), mitä varten potilas tarvitsee kipulääkityksen ja murtumakohdan paikallispuudutuksen. Tarvittaessa repositio tehdään johto tai spinaalipuudutuksessa,

joskus yleisanestesiassa. Kipsillä aikaansaadun immobilisaation yleisperiaatteena on, että murtuneen luun molemmin puolin olevat nivelet saadaan liikkumattomiksi. Kipsisidos ympäröi tavallisesti koko raajaa, mutta myös kipsilastoja käytetään. Pehmustettua kipsiä käytetään tuoreiden murtumien hoidossa. Puuvilla- tai tekokuituside kipsin alla vähentää kudoksen turpoamista ja estää rakkuloita syntymästä iholle. Silti ensimmäinen kipsiside on pehmustettunakin halkaistava, jotta vältetään kudoksen turpoamisesta aiheutuva kipsin puristuskipu ja raajan iskemia. Pehmustamatonta kipsisidosta käytetään vain poikkeustapauksissa. (Holmia ym. 2008. 701.)

Kipsihoidon tarkoituksena on luoda luutumiselle edulliset olosuhteet ja ehkäistä luutumishäiriöitä. Tarvittaessa murtuneen luun kappaleet saatetaan repositiolla anatomisesti ja toiminnan kannalta mahdollisimman hyvään asentoon. Immobilisaation eli liikkumattomuuden avulla saavutettu asento säilytetään, kunnes luutuminen on edennyt tarpeeksi pitkälle (Kuisma ym. 2009. 10.)

Kipsauksen tarkoituksena on immobilisaatiolla säilyttää murtuman hyvä ja oikea asento, lievittää kipua, sallia raajan käyttö ja varaaminen raajaan, sekä edistää paranemista. (Korte & Rajamäki & Lukkarila & Kallio Perioperatiivinen hoito WSOY 1995. 261)

Kipsihoitoa suunniteltaessa tulee huomioida potilaan ikä, koska murtuman paraneminen vie vanhemmalta potilaalta enemmän aikaa, perussairaudet, esimerkiksi diabeetikon raajoissa voi olla heikentynyt verenkierto, jota kipsin aiheuttama paine voi heikentää lisää. Olemassa olevat liikkumisen rajoitteet ja sosiaaliset rajoitteet. Onnistuneen kipsihoidon edellytykset liittyvät itse kipsiin ja siinä käytettävien materiaalien valintaan, sekä potilaan ohjaukseen. Kipsihoito ei saa aiheuttaa enempää ongelmia, kuin itse hoidettava vamma (Kuisma ym. 2009. 10.)

3.2 Kipsihoidon ongelmat ja komplikaatiot

Kipsaamisen tavallisimmat virheet tai komplikaatiot ovat riittämätön tai epätasainen pehmustus, liian tiukka tai löysä kipsi, painaumat kipsissä, liian lähellä niveltä oleva kipsin reuna, nivelen ohimenevä jäykkyys, tai jopa pysyvä liikerajoitus, hankaushaavat ja hermovauriot. Kipsi on vaihdettava, jos se on likainen tai asento on väärä, jos se puristaa tai on liian väljä tai murtunut murtuma ei parane tai paraneminen pitkittyy, tai jos potilaalla havaitaan tulehduksen merkkejä. Potilas on paras asiantuntija arviomaan, tuntuuko kipsi hyvältä. (Korte & Rajamäki & Lukkari & Kallio 2000. 262.)

Murtuman asento huononee tavallisimmin ensimmäisen viikon aikana, jonka vuoksi ensimmäinen röntgenkontrolli sovitaan tavallisesti noin viikon päähän kipsihoidon aloituksesta. Tällöin murtumaan mahdollisesti syntynyt virheasento voidaan korjata uudella repositiolla. Syitä asennon huonontumiselle voivat olla epästabiili murtuma, huonosti immobilisoiva kipsi, löystyneet tai löysät sidokset, liiallinen pehmusteiden käyttö tai kipsatun raajan liiallinen käyttö. Mikäli murtumakappaleet pääsevät liikkumaan kipsin alla, voi seurauksena olla myös niin sanottu valenivel. Murtuma-alueelle tulee aina turvotusta, joka pitää ottaa kipsatessa huomioon. Turvotus voi lisääntyä parin ensimmäisen vuorokauden aikana murtuman syntymisestä, jonka jälkeen turvotus alkaa tavallisesti laskea. Tuoretta murtumaa kipsatessa tehdään halkaistu kipsi, joka antaa turvotukselle tilaa. Turvotuksen ehkäisy on tärkeää aloittaa heti vamman syntymisen jälkeen tehokkaalla kylmä-, koho- ja kompressiohoidolla. Murtumaan liittyy aina kipua, joka tavallisesti vähenee, kun murtuma tuetaan kipsillä. Kipua tulee hoitaa asianmukaisella kipulääkityksellä. Mikäli kipu ei kipsihoidon aikana vähene, tai se pahenee, on syytä miettiä kivun syy uudelleen (Kuisma ym. 2009. 28.)

Kipsihoito kestää tavallisesti monta viikkoa, joten on tärkeää huolehtia potilaan ihon kunnosta ennen kipsausta. Kipsimateriaalit, ihon kuivuminen ja hikoilu kipsin sisällä rasittavat ihoa ja voivat aiheuttaa kutinaa tai ihottumaa. Kipsi saattaa aiheuttaa myös hankaumia ja haavoja, jotka voivat tulehtua ja mennä kuolioon. Kipsi voi myös aiheuttaa painaumia ihoon tai ihonalaiskudokseen. Painauma syntyy, kun ihoon tai kudoksiin kohdistuu puristusta, painetta, hankausta tai venymistä. Erityisen herkkiä painaumille ovat kehon luiset ulkonemat, jotka tulee ottaa kipsatessa huomioon Liian

pitkällä immobilisaatioajalla, terveiden nivelten tarpeettomalla immobilisaatiolla, ja nivelten epäedullisella asennolla kipsissä voidaan aiheuttaa lihasten ja nivelten toimintahäiriöitä. Kipsihoito aiheuttaa aina verenkierron hidastumista ja lihasten surkastumista, joita tulee ehkäistä tehokkaalla kuntouttamisella. Verenkierron ja lihasten toiminnan heikentymisen vuoksi saattaa immobilisoituun raajaan kehittyä laskimotukos, joka kehittyy kun alaraajan lihas ei kipsauksen vuoksi pysty edesauttamaan veren virtausta takaisinpäin, vaan veri alkaa hyytyä laskimoon. Pahimmassa tapauksessa laskimotukos voi lähteä liikkeelle ja aiheuttaa aivo- tai keuhkoinfarktin joka voi johtaa jopa kuolemaan. Laskimotukoksen syntyä voidaan ehkäistä kohoasennolla, tehokkaalla kuntoutuksella ja tarvittaessa lääkehoidolla, kuten verta ohentavalla lääkityksellä. Äkillinen aitiopaineoireyhtymä on tila, jossa suljetun lihasaition paine vähentää verenkiertoa niin paljon, että kudosten vitaliteetti eli peruselintoiminnot kärsivät. Syynä saattaa olla mm. lihaksen sisäisen paineen nousu verenvuodon seurauksena tai ulkoisesti kipsillä aiheutettu lihasaitiopaineen nousu. Oireita ovat vammaan nähden suhteettoman voimakas kipu, raajan ääreisosien sinerrys ja kalpeus sekä aktiivisen liikkeen ja tunnon heikkeneminen. Mikäli faskiaa eli lihaskalvoa ei avata, lihakset voivat mennä kuolioon. Kipu voi esiintyä levossa, lihasaitiota painettaessa tai venytettäessä. Liikkeen vajaus näkyy toiminnan vajuksena, jolloin esimerkiksi sormien koukistaminen ei onnistu (Kuisma ym. 2009. 29. Ukkola ym. 2001. 111 -115; 249.)

3.3 Kipsin jatkohoito ja ohjaus

Ohjaus on keskeinen osa potilaan kokonaishoitoa. Sen tavoitteena on auttaa potilasta hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Joskus tavoitteen saavuttamiseksi riittää, että potilas saa ohjeen siitä, miten hänen tulee toimia tietyssä tilanteessa. Useimmiten ohjeen lisäksi tarvitaan henkilökohtaista ohjausta tai opetusta. Onnistunut potilasohjaus voi parhaimmillaan lyhentää hoitoaikoja ja vähentää potilaan sairaalakäyntien määrää ja niiden tarvetta. Hoitoaikojen lyhentymisen vuoksi potilaat joutuvat ottamaan vastuun omasta toipumisestaan ja hoidostaan. Tämän vuoksi potilaat tarvitsevat hyvää ohjausta

ja täsmällisiä ohjeita. Ohjausmenetelminä käytetään henkilökohtaista ohjaamista tai ryhmäopetusta. (Torkkola & Heikkinen & Tiainen. 2002. 24-25 ; 39.)

Suullinen ohjaus ei tavallisesti yksinään riitä vaan tarvitsee tuekseen kirjoitettuja ohjeita. Tieto auttaa potilasta tiedostamaan tulevat tilanteet ja puuttumaan mahdollisiin komplikaatioihin. Pelkän oman muistamisen varassa toiminta on usein epävarmaa. Väärinkäsityksien välttämiseksi ohjeiden on oltava yksiselitteisiä. Ohjeiden lähtökohtia on kaksi: laitoksien tarpeet ohjata potilaita toimimaan ”oikein”, järjestelmän hyvinä ja tarkoituksen mukaisina pitämien mallien mukaisesti, ja potilaiden omat tarpeet saada tarvittava tieto, on huomioitava. Ohjeen lukijan tulee ymmärtää heti ensimmäisellä vilkaisulla tekstistä että se on tarkoitettu hänelle (Torkkola, ym. 2002. 27;35–36.)

Hyvä potilasohjaus lisää asiakastyytyvyyttä, kohentaa elämänlaatua, varmistaa hoidon jatkuvuutta ja vähentää tehokkaasti komplikaatioita. Tämä heijastuu myös hoitoon sitoutumiseen, joka johtaa parempaan hoidon lopputulokseen. Hyvä potilaan ja omaisten ohjaaminen korostuu myös turvallisuuteen vaikuttavana tekijänä. Työnantajan kannalta hoidon turvallisuus johtaa suurempaan kustannushyötyyn ja riskit jäävät pienemmiksi. (Sairaanhoitajaliitto 2006.)

Kipsin kanssa toimiminen ja kulkeminen opetellaan ennen potilaan kotiuttamista. Tavallisimmin fysioterapeutti huolehtii tästä, mutta on tilanteita, joissa fysioterapeuttia ei ole käytettävissä esimerkiksi illalla, yöllä ja viikonloppuina. Tällöin kipsaajien tulee huomioida tämä seikka, ja erityisesti alaraajakipsin kanssa toimiminen tulee opetella. Usein varsinkin portaissa kulkeminen on vaikeaa. Lisäksi potilaat varaavat kipsattuun jalkaan, jolloin tuoreeseen kipsiin tulee painaumuksia ja murtuman asento huononee. Kotihoito-ohjeet annetaan aina sekä suullisesti että kirjallisesti, ja aina tulee varmistaa myös ohjeiden ymmärtäminen. Jos potilaalla on saattaja mukana, pyydetään hänet mukaan ohjaukseen potilaan luvalla tai pyritään välittämään kotihoito-ohjeet tiedoksi myös potilaan läheisille. (Kuisma ym. 2009. 32.)

Kipsatun raajan tarkkailussa tulee kiinnittää huomiota sormien ja varpaiden liikkuvuuteen, ihon väriin ja lämpöön sekä tuntoaistiin, turvotukseen ja kipuun. Asentohoidon merkitystä ei voida koskaan liioitella. Raajan kohoasennolla voidaan tehokkaasti vähentää kipsatun raajan turvotusta ja kipua. Tehokkailla lihas- ja nivelharjoituksilla edistetään vamman paranemista, ylläpidetään verenkiertoa,

vähennetään turvotusta sekä ehkäistään lihasten liiallista surkastumista, osteoporoosia sekä vapaiden nivelten jäykistymistä. Kipsin sisään jääviä lihaksia harjoitetaan vuoroin jännittämällä ja rentouttamalla niitä. Liihasharjoituksia on hyvä harjoitella mallioppimisella terveen raajan avulla. Potilas ohjataan fysioterapeutin vastaanotolle joko kipsihoidon aluksi tai sen päätyttyä. Kipsin hoidosta potilaalle tulee kertoa kipsin kovettumisaika, kipsimateriaalin veden ja rasiituksen kestävyys, pesujen aikainen kipsin suojaus sekä kieltää kutiavan ihon raapiminen kipsin alta ihorikkojen välttämiseksi. Potilaalle tulee kertoa selvästi, milloin kipsattua raajaa saa käyttää, ettei potilas vaaranna virheellisellä toiminnallaan murtuman asentoa ja paranemista. Lääkäri ohjeistaa esimerkiksi alaraajamurtumissa varausluvut. Kotihoito-ohjeissa tulee ilmetä, milloin on otettava yhteyttä lääkäriin (Kuisma ym. 2009. 32.)

3.4 Kipsatun raajan kuntoutus

On tärkeää, että kipsi-immobilisaation yhteydessä annetaan oikeat liikuntaohjeet. Kipsatussa raajassa vapaana olevia niveliä, varpaita ja sormia on liikuteltava ahkerasti turvotusten ehkäisemiseksi ja verenkierron vilkastuttamiseksi. Kaikkia vapaana olevia niveliä on harjoitettava, etteivät ne jäykistyisi. Kipsin sisällä olevia lihaksia on harjoitettava useita kertoja päivän aikana vuoroin jännittämällä ja rentouttamalla lihaksia. Sauvojen kanssa käveltäessä kipsattu jalka tulee laskea lattiaan, mutta erikseen on sovittava, kuinka suurella painolla kipsattuun raajaan saa varata, mikäli raajaa kannatellaan laskematta sitä lattiaan, raaja turpoaa, siihen tulee verenkiertohäiriö ja lihakset surkastuvat. On syytä muistaa, että vähäinenkin varaus, ellei sille ole vasta-aiheita, on tärkeä immobilisaatiohaittojen ehkäisyssä. (Vuori & Taimela, 1995, s. 309.)

Kipsin ulkopuolella olevia raajanosia tulee harjoittaa ja vahingoittuneen raajan lihaksia harjoitetaan esim. isometrisillä jännityksillä. Kipsien käytön pituus vaihtelee, sääri- tai veneluun murtumaa hoidetaan kipsillä noin kolme kuukautta, jonka jälkeiseen kuntoutukseen voi kulua yhtä kauan aikaa. (Renström & Peterson & Koistinen & Read & Mattson & Keurulainen & Airaksinen, 1998, s. 82.)

Kuntoutusvaihe sisältää luun paranemisprosessin sekä siihen liittyvät tukihoidot. Liikehoito aktivoi verenkiertoa ja tukee luun paranemisprosessia. Liikunta ehkäisee lihassurkastumista ja aktivoi nivelten normaalia toimintaa. Kuntoutuksessa tulee noudattaa lääkärin määräämää murtuma-alueen kuormitusohjetta. Se ilmaistaan ns. varauslupana eli kuinka paljon (kilogrammoissa) potilas saa kuormittaa murtuma- aluetta kehonsa painolla. (Iivanainen ym. 2001. 606- 607)

Kipsihoidon jälkeisellä kuntouttamisella pyritään saamaan immobilisoitujen nivelten liikelaajuudet ennalleen ja palauttamaan kipsihoidon aikana surkastuneiden lihasten toimintakyky. Liikeharjoituksia tulee tehdä 3-5 kertaa päivässä 15- 20 toistoa kerralla. Lisäharjoituksista ei ole haittaa. Aluksi tavoitteena on palauttaa nivelten liikelaajuudet lisäämällä nivelten liikkuvuutta asteittain kivun sallimissa rajoissa. Tämän jälkeen lisätään liikkeisiin vastusta lihasvoimien palauttamiseksi (Kuisma ym. 2009. 35.)

3.5 Kipsatun potilaan hoitotyössä huomioitavaa

Kipsi kovettuu nopeasti ja lopullisen lujuutensa se saavuttaa muutamassa vuorokaudessa. Vaikka se saattaa tuntua potilaasta kylmältä ja kostealta, sitä ei saa keinotekoisesti kuivattaa, koska kipsi voi tällöin menettää lujuuttaan ja murtua helpommin. Kipsiä ei saa kastella, koska se ei kostuttuaan enää kovene, vaan pehmenee ja murtuu. Pesujen ajaksi kipsi suojataan, esimerkiksi kipsissä oleva raaja pannaan muovipussiin ja pussi teipataan hyvin ihoon kiinni. Näin estetään myös kipsin alla olevien pehmusteiden kostuminen. Märät pehmusteet hautovat helposti ihoa ja aiheuttavat potilaalle kiusallista kutinaa. Potilaan tulee välttää myös saunomista, sillä ihon hikoilu kipsin alla aiheuttaa helposti kutinaa ja kuumuus itsessään haurastuttaa kipsiä. (Holmia ym. 2008. 702–703.)

Mikäli iho kutisee kipsin alla, sitä ei pidä raapia esimerkiksi sukkapuikolla siksi, että iho voi rikkoutua ja infektoitua. Potilasta ohjataan hakeutumaan hoitoon, jos kipsi painaa, aiheuttaa kipua tai on potilaasta epämiellyttävä. Samoin potilaan on hakeuduttava

hoitoon, jos varpaat ovat sinertävät tai kylmät ja niissä on tunnottomuutta tai jos kipsi jostain syystä murtuu. Kipsiä pidetään, kunnes murtuma kohta on stabiili, ja se poistetaan aina lääkärin määräyksestä. Potilasta ohjataan huolehtimaan terveiden raajanosien ja vapaiden nivelten normaaleista liikkeistä. Liikehoito parantaa verenkiertoa ja auttaa koho asennon ohella ehkäisemään turvotusta sekä säilyttämään murtuma-aluetta tukevien lihasten ja nivelten toimivuuden. Alaraajakipsissä potilaan tulee muistaa liikutella kipsatun jalan varpaita ja nostaa istuessaan jalka kohoasentoon. Kipsin sisällä olevia lihaksia tulee vuoronperään jännittää ja rentouttaa. Murtuma alueen kuormitus ohjeet antaa lääkäri, ja niitä on pyrittävä noudattamaan. Potilaalle opetetaan oikea liikkumistekniikka ja apuvälineiden käyttö, mikä nopeuttaa liikkeellelähtöä ja säästää lisäongelmilta. (Holmia ym. 2008. 702–703.)

4 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

4.1 Projektin tarkoitus ja tavoitteet

Projektin tavoitteiden asettelu on tärkeä osa suunnitteluvaihetta. Tavoitteiden tulee olla saavutettavia ja realistisia, ne antavat perussuunnan projektille koko sen elinkaaren ajan. Projektin tavoitteiden asettamisessa keskitytäänkin projektiryhmän kanssa muotoilemaan riittävä rajattu ongelma, jotta se voidaan ratkaista yhdellä projektilla. Parhaimmillaan tavoite on konkreettinen ja sen toteutuminen on mitattavissa. Projektin edetessä tarkistetaan, että toiminta suuntautuu yhdessä määritellyn tavoitteen ratkaisemiseen. (Paasivaara, Suhonen & Nikkilä, 2008, 123-124.)

Projektin tarkoituksena on tehdä opas alaraajakipsatulle potilaalle, jonka tarkoituksena on lisätä potilaan tietoa kipsihoidon erityispiirteistä ja kuntoutuksesta. Tästä oppaasta ilmenee tieto hyvään paranemiseen ja komplikaatioiden tunnistamiseen joista erityisesti potilas hyötyy ja pitemmällä tähtäimellä myös yhteiskunnalle kertyy säästöä ihmisten valistamisen vuoksi.

Projektin menestyksellinen toteuttaminen vaatii sitä, että työskentely tapahtuu järjestelmällisesti, projektityön muotoa ja menetelmää tarkasti noudattaen. Projektiksi kehittyvä hanke alkaa jonkun kehittämiskohteen, ongelman jne. havaitsemisesta, johon tarvittaisiin ratkaisu tai ainakin asiantilan parantamista. Hankkeen kehittäminen projektiksi jatkuu ideoinnista visiointiin. Näillä kahdella vaiheella valmistellaan perusta projektin luomiselle. Hanketta on kehitettävä niin pitkälle, että voidaan asettaa tavoitteet, joilla projekti voidaan perustaa. Vasta tavoitteen pohjalta on projekti mahdollista mielekkäästi perustaa, suunnitella ja toteuttaa. (Rissanen, 2002, 15.)

Tämän projektin tarkoituksena on tehdä alaraajakipsatun jatkohoito opas Kemi-Tornion ammattikorkeakoululle. Projektin tuotoksena syntynyttä opasta voidaan käyttää komplikaatioiden ehkäisemiseen, vamman nopeampaan paranemiseen, kuntoutumiseen ja kipsihoidossa työskentelevien apuna.

4.2 Projektin määrittely, rajaus ja liittymät

Projekti on johonkin määriteltyyn tavoitteeseen pyrkivä, harkittu ja suunniteltu hanke, jolla on aikataulu, määritellyt resurssit ja oma projekti organisaatio. Projektin tulisi tuottaa myös lisä arvoa asettajalleen ja hyötyä kohteelleen tavoitteensa toteuttamisen kautta. Jokainen projekti ainutkertainen jolla on alkunsa ja loppunsa. (Rissanen 2002. 14.)

Projektin organisoinnin kannalta avainasiat liittyvät projektin ohjaukseen, projektin vetäjän työhön, projektiryhmän kokoamiseen, sidosryhmien huomioonottamiseen ja johtoryhmän rooliin. Organisoinnin onnistumisen kannalta on huomattava, että nämä seikat eivät ole toisistaan riippumattomia, vaan ne muodostavat yhdessä eräänlaisen puitekokonaisuuden projektin toiminnalle. Projektia tulee ohjata koko prosessin ajan. Ilman ohjausta projekti ei pääse perille, vaan tempoilee sattumanvaraisesti suunasta toiseen. Ohjaus on siis projektin onnistumisen näkökulmasta välttämätöntä toimintaa. Projektin ohjaus merkitsee koko projektin ajan jatkuvaa inhimillisten ja materiaalistien resurssien johtamista tavoitteiden saavuttamiseksi. Yhtäältä ohjaukseen sisältyy ajan, kustannusten, resurssien, toteutuksen ja sidosryhmä suhteiden näkökulma. Ohjaukseen

sisältyy sidosryhmien ja projektityöntekijöiden toiminta tavoitteiden asettamisessa, suunnittelussa, toteuttamisessa sekä seurannassa ja arvioinnissa. (Paasivaara ym. 2008, 105-106.)

Projektin organisaatioon kuuluvat Ville-Matias Viippola, Jari-Pekka Martimo ja Ossi Saarijärvi. Opinnäytetyön ohjaajina toimivat Sirpa Orajärvi ja Marianne Sliden. Lisäksi oppaan kuvituksesta vastasi Kati Vuopala

Rajauksen ensisijaisena tavoitteena on kiinnittää projektin tuloksen rajatapaukset työn suunnittelun ja läpiviennin helpottamiseksi. Rajaus kirjataan myös projektin suunnitteluun, läpivientiin ja tulokseen. (Virkki & Somermeri 1998, 39). Rajaus määrittelee, mitä toimintoja ja tehtäviä projektiin kuuluu sekä mitä liittymiä ja millaisia rajapintoja lopputuotoksen ja sen ympäristön välillä on. Rajauksessa on usein hyvä mainita sekin, mitä projektiin ei kuulu, mikäli väärinkäsitysten mahdollisuus on olemassa. Projektityöskentelylle on tunnusomaista, että yksityiskohtien osalta rajaus tarkentuu vielä lopputuotteen suunnittelun edetessä. (Ruuska 2005, 39.)

Projekti rajattiin käsittelemään alaraajakipsatun kotihoitoa ja oppaan on tarkoitus olla selkeä lyhyt ja ytimekäs jotta asioista saa pienelläkin perehtymisellä tärkeimmät asiat omaksuttua.

4.3 Projektin toteuttamisen ja työskentelyn kuvaus

Projektin kohdentaminen sai alkunsa kipsatun potilaan jatkohoidon puutteellisista ohjeistuksista. Päätimme rajata työmme koskemaan vain alaraajojen murtumiin kohdistuvia kipsihoitoja ja kuntoutumista, koska kipsihoitoa voidaan käyttää myös polven- ja nilkkanivelsidevammojen ja akillesjänteen korjausleikkausten jatkohoitona, jolloin työstä olisi tullut turhan laaja kokonaisuus. Opinnäytetyön tekeminen projektiluontoisena tuntui luonnolliselta vaihtoehdolta työmme konkreettisen tuoman hyödyn vuoksi, työ voidaan valmiina siirtää käytäntöön ja työn kohdeyleisö hyötyy työstämme välittömästi.

Aloitimme työstämään projektisuunnitelmaa ja keräämään projektiin liittyvää teoria tietoa syyskuussa 2010. Työskentelyä hankaloitti aikataulumme huono yhteen sopivuus, minkä vuoksi ehdimme tekemään opinnäytetyötä hyvin vähän syksyn aikana, siitäkin huolimatta tietoa saatiin kerättyä hyvin. Ensimmäinen ohjaus pidettiin helmikuussa 2011.

Projektisuunnitelman saaminen valmiiksi koettiin ryhmämme kesken vaativimmaksi osa-alueeksi koko opinnäytetyön tekemisen aikana. Alkuun emme saaneet kunnolla hahmotettua millaiselta projektisuunnitelma valmiina näyttäisi. Ennen kuin saimme projektisuunnitelmaamme perusteelliset ohjeet emme tiedäneet, että kaikki siinä mainitut kohdat tulisi avata ja käsitellä niin perusteellisesti. Projektisuunnitelman käsitteiden avaamisessa menikin aikaa, kun jokaiseen kohtaan tuli olla luotettavaa ja hyvin asioita käsittelevää asiatekstiä. Tekstin löytäminen olikin vaikeaa, koska selkeitä kirjoja projektityön etenemisestä ei mielestämme ollut tarpeeksi.

Projektisuunnitelma hyväksyttiin maaliskuun lopulla 2011. Suunnitelman hyväksymisen jälkeen työn teoria osaan tuli paljon täydentämistä vaativia asioita, ennen kaikkea tarvittiin lisää teorian tietoa jonka kerääminen vei ryhmältämme paljon aikaa. Teoria tietoa haettiin monesta eri lähteestä ja niistä valitsimme mielestämme hyvin työhön sopivat ja tieteelliset materiaalit työmme kvaliteettiä lisäämään. Lähteinä käytetyt kirjat ja internetsivustot on valittu luotettavista lähteistä.

Työmme valmistuminen jäi viime hetkille, työstimme työtämme viimeiseen päivään asti ennen palautusta. Koska työn palautuspäivä osui lähelle pääsiäistä, pyhäpäivät hieman hankaloittivat viimeisten aineistojen keräämistä ja työmme palauttamista. Merkittävimmät teokset lainasimme koulumme kirjastosta palautus päivää edeltävänä viikkona joten työmme kannalta konkreettisimmat asia tiedot saimme sisällytettyä työhömmee. Joihinkin asiakokonaisuuksiin haimme täydennystä viimeisinä päivinä internetistä, jotta saimme työstä ehyen ja kokonaisen teoksen. Jotakin tietoa mitä olisimme halunneet lisätä työhömmee, ei löytynyt mistään, esimerkiksi lasikuitukipsi jäi työssämme aika vähälle käsittelylle juuri tiedon löytymisen puutteen takia.

5 POHDINTA

Projektityön tekemisessä eettiset seikat ovat merkittäviä. Epäonnistuminen eettisissä kysymyksissä saattaa viedä pohjan koko työltä. Projektityöetiikassa on kyse lukuisista valinta- ja päätöksentekotilanteista, joita projektin tekijän on ratkaistava työprosessin eri vaiheissa. Projektin tekemisen eettiset haasteet eivät koskekaan ainoastaan projektin toimijoiden asemaa, vaan koko prosessia aina suunnittelusta julkaisemiseen asti. Lainsäädäntö on ensisijainen projektityön ohjaava tekijä suhteessa eettisiin ohjeisiin. (Kylmä & Juvakka, 2007, 137, 139.)

Otamme työssämme huomioon terveydenhuoltoalan yleiset eettiset käytännöt ja arvot. Opinnäytetyön tekemisen tullessa ajankohtaiseksi oli työryhmän valitseminen lähes itsestään selvyys, olimme poikien kanssa olleet samalla luokalla sairaanhoitajaopintojen alusta asti ja tunsimme toistemme mielipiteet ja mielenkiintojen kohteet. Tiesimme että työryhmän toimintatapojen valmiiksi tunteminen helpottaisi työajan kohdistamista suoraan työhön ja silloin toisten tutustumiseen ja toimintatapojen omaksumiseen ei kuluisi ylimääräistä energiaa eikä aikaa. Ennen varsinaista aiheen valintaa mietimme muitakin vaihtoehtoja esimerkiksi: Vaihtoehtoinen ilmatien hallinta ensihoidossa ja siihen liittyvä opas. Intubointi-opas oli myös yhtenä vaihtoehtona mutta ensimmäisen aihe-alueen koimme erittäin haastavaksi ja liian laajaksi opinnäytetyöstä saataviin opintopisteisiin nähden, ja intubointioppaan kohdentamisessa ja sen tarpeellisuudessa koimme ristiriitoja, vaikka aloimme sitä jo hieman työstämään se kariutui aika piakkoin.

Projektityö työmuotona on lisääntymässä koko ajan, joten se on hyvä omaksua tulevaa työtämme silmällä pitäen. Halusimme että päättötyömme tuloksena olisi opaslehtinen jota voitaisiin jakaa työpisteisiin joissa kipsataan tai kohdataan kipsattuja potilaita, joten projektityö menetelmänä oli meille paras valinta. Koimme projektityön parantavan meidän yhteistyötaitoja sekä näkemystämme terveydenhuollon tutkielmallisesta perspektiivistä.

Opaslehtistä suunniteltaessa meillä oli visio saada yhdenmukaistettua alaraajakipsatun jatkohoito ohjeistus. Halusimme että olisi yksi kaikenkattava opaslehtinen josta kävisi ilmi: Alaraaja kipsihoidon syyt, mahdolliset komplikaatiot, kipsihoidon kesto ja fysioterapeuttiset ohjeet. Lehtiöstä oli tultava mahdollisimman selkeä sananen ja hyvin

rajattu jotta kohde yleisö eli maallikot ymmärtäisivät tekstin sisällön ja jaksaisivat lukea oppaan kokonaan. Lisäksi oppaassa tulisi olla kohtia jotka voidaan aina paikkakuntaakohtaisesti täydentää esimerkiksi puhelinnumero johon otetaan ongelmatilanteissa yhteyttä ja kohdat joissa määritellään kipsihoidon kesto ja jalalle tehtävien varauksien eri asteet.

Tulevaisuutta ajatellen työtämme voisi kehittää koskemaan myös yläraajat ja muut kipsihoidolla hoidettavat vammat mutta näin laajan työnkäsitteleminen vaatisi enemmän resursseja ja ehkä myös taloudellista tukea. Kokonaisvaltaisesti ajatellen työmme osoittautuu mielestämme hyväksi lähtökohdaksi jos suomeen halutaan kehittää valtakunnallinen alaraajakipsatun jatkohoito-opas.

Työn valmistuttua olimme helpottuneita ja tyytyväisiä tuotokseemme, tiesimme että siitä on apua kipsatun potilaan jatkohoidossa. Opas helpottaa potilasta suhtautumaan kipsihoitoon oikein ja mahdollisten ongelmien tunnistaminen ja yhteydenotto hoitavaan tahoon helpottuu. Mielestämme työmme on hyvin otsikkoon kohdentuva ja sopivasti rajattu työstä saataviin opintopisteisiin nähden.

6 LÄHTEET

Bjälje, Jan G. & Haug, Egil & Sand, Olav & Sjaastad, Öystein V. & Toverud, Kari C. 1999 Ihminen Fysiologia ja anatomia Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.

Castren, Maaret & Kinnunen, Ari & Paakkonen, Heikki & Pousi, Jouni & Seppälä, Juhani & Väisänen, Olli, Ensihoidonperusteet, 2002. Otavan kirjapaino. Keuruu.

Duodecimlehti. Lonkan epifyseolyysi. Luettu 25.4.2011.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo40415&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=

Expertconsultbook. Complications of casting. Luettu 6.4.2011.
<http://www.expertconsultbook.com/expertconsult/ob/book.do?method=display&type=bookPage&decorator=none&eid=4-u1.0-B978-1-4160-4444-4..50077-1--cesec5&isbn=978-1-4160-4444-4>

Hus. Murtuneen sääriluun röntgenkuva. Luettu 25.4.2011.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1%3B32%3B660%3B546%3B570%3B646%3B803%3B1288%3B5515%3B5516%3B5521&text=1>

Hus. Tietoa luunmurtuman paranemisesta. Luettu 25.4.2011
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,548,553,691,13677,13668>

Holmia, Silja & Murtonen, Irja & Myllymäki, Hannele & Valtonen, Katariina 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-6.painos. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.

Ivanainen, Ansa & Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo 2001. Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. Karisto Oy:n kirjapaino, Hämeenlinna.

Korte, Ritva & Rajamäki, Aira & Lukkari, Liisa & Kallio, Arja 2000. Perioperatiivinen hoito. 2.painos. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.

Kröger, Heikki & Aro, Hannu & Böstman, Ole & Lassus, Jan & Salo, Jari, Traumatologia, 2010. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu.

Kuisma, Jarkko & Heikkilä, Juha & Kassara, Heidi 2009 Kipsihoidon perusteet. 1. painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007, Laadullinen terveystutkimus, Edita Prima Oy, Helsinki

Nienstedt, Walter & Hänninen, Osmo & Arstila, Antti & Björkqvist, Stig-Eyrik. 2006. Ihmisen anatomia ja fysiologia, Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki, 15-16 painos.

Paasivaara, Leena & Suhonen, Marjo & Nikkilä, Juhani 2008. Innostavat Projektit. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki.

Renström, Per & Peterson, Lars & Koistinen, Juha & Read, Malcolm & Mattson, Jukka & Keurulainen, Jari & Airaksinen, Olavi 1998. Urheiluvammat ennaltaehkäisy, hoito ja kuntoutus. 4.uudistettupainos. VK-Kustannus Oy, Lahti.

Rissanen, Tapio 2002. Projektilla tulokseen: Projektin suunnittelu, toteutus, motivointi ja seuranta. Kustannus Oy Pohjantähti, Jyväskylä.

Ruokatieto. Luusto ja ravitseminen. Luettu 25.4.2011
<http://opetus.ruokatieto.fi/WebRoot/1043190/sisaltosivu.aspx?id=1072893>

Sairaanhoitajaliitto. Hyvin toteutettu potilaan ohjaus lisää turvallisuutta. Luettu 6.4.2011.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/5_2006/ajankohtaikirjoitus/kansainvalinen_sairaanhoitajan_p/

Standertskjöld-Nordenstam, C.-G. & Suramo, Ilkka & Pamilo, Martti 1991. Radiologia. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Torkkola Sinikka, Heikkinen Helena & Tiainen Sirkka. Potilasohjeet ymmärrettäväksi, opas potilasohjeiden tekijöille. TAMMI 2002

Ukkola, Veijo & Ahonen, Juhani & Alanko, Arto & Lehtonen, Timo & Suominen, Sinikka. 2001, Kirurgia WSOY, Porvoo

7. LIITEET

Opas

Diaesitys