



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Immobilisaatiopotilaan hoidon laadun kehittäminen kipsikoulutuspalautteen avulla

Kuusisto, Hanna & Luoma, Mira

2011 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Immobilisaatiopotilaan hoidon laadun kehittäminen kipsikoulutus- palautteen avulla

Hanna Kuusisto
Mira Luoma
Hoitotyö
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2011

Laurea - ammattikorkeakoulu

Tiivistelmä

Laurea Tikkurila

Hoitotyön koulutusohjelma

Hanna Kuusisto ja Mira Luoma

Immobilisaatiopotilaan hoidon laadun kehittäminen kipsikoulutuspalautteen avulla

Vuosi 2011

Sivumäärä 43

Laurea-ammattikorkeakoulun ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS-sairaanhoitoalueen kirurgian toimialan yhteisen hankkeen tarkoituksena on vuosina 2001-2012 kehittää hoitotyön laatua. Opinnäytetyö on osa Laurea-ammattikorkeakoulun ja Peijaksen sairaalan kirurgian poliklinikan hankeprojektia. Projektin tarkoituksena oli kehittää nilkkamurtumapotilaan hoitoa immobilisaatiokoulutuspalautteen avulla. Kyselylomake rakennettiin koulutukseen yhteistyössä Peijaksen kirurgian poliklinikan kanssa.

Projektiryhmään kuuluivat opinnäytetyön tekijät, ohjaava yliopettaja sekä yksi sairaanhoitaja-kipsikouluttaja Peijaksen sairaalan kirurgian poliklinikalta. Projekti käynnistyi syksyllä 2010. Projektiryhmä oli yhteydessä koko projektin ajan sähköpostitse ja projektin sisältöä käsiteltiin ja kehitettiin projektikokouksissa. Lopullinen kehittämisprojektin aihe tarkentui marraskuussa 2010. Työskentely aloitettiin ensimmäisellä projektitapaamisella Peijaksen sairaalassa. Projekti toteutettiin tekemällä kyselylomake HUS:n immobilisaatiokoulutukseen keväällä 2011. Kyselylomakkeen pohjana käytettiin Laurea-ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä vuodelta 2008; Suositeltavat käytänteet muovikipsisaappaan tekemiseen nilkkamurtumapotilaalle Peijaksen sairaalan kirurgian poliklinikalla. (Kajari, Karjalainen & Kiiveri, 2008).

Immobilisaatiokoulutukseen osallistui 17 terveydenhoitoalan ammattilaista. Kyselylomakkeiden vastausprosentti oli 100 %. Kyselytutkimuksen tulokset analysoitiin 'PASW Statistics 18' -tilasto-ohjelman avulla. Kyselyn tuloksena oli, että vastaajista valtaosa oli sairaanhoitajia ja he ovat toimineet immobilisaatiopotilaiden parissa noin viisi vuotta. Suojavälineiden käyttö kipsatessa oli suosituksiin nähden vähäistä. Hoitajan suojaaminen oli yleisempää kuin potilaan suojaaminen. Kipsiin liittyvä ohjaaminen oli aktiivisinta kahden viikon aikana kipsauksesta, mutta vähäistä enää kuuden viikon kohdalla kipsauksesta. Potilaan ikä ja asumisolosuhteet huomioitiin tärkeimpänä ohjausta annettaessa.

Jatkossa kyselylomaketta voisi kehittää edelleen ja otantaa laajentaa tutkimuksen luotettavuuden parantamiseksi.

Asiasanat: immobilisaatio, potilasturvallisuus, muovikipsi, koulutuspalautte

Laurea University of Applied Sciences

Abstract

Laurea Tikkurila

Degree Programme in Nursing

Hanna Kuusisto and Mira Luoma

Developing the quality of an immobilised patient's care with the feedback plaster cast education

Year 2011

Pages 43

The purpose of the co-operation between Laurea University of Applied Sciences and Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS) is to develop the quality of nursing during the years 2001-2012. This thesis is part of a project between Laurea University of Applied Sciences and Peijas hospital's outpatient surgery department. The purpose of the project was to develop ankle fracture patient's care by making a feedback questionnaire concerning the immobilisation education. The questionnaire was compiled for education in co-operation with Peijas hospital's outpatient surgery department.

The project team included the authors of this thesis, Principal Lecturer Teija-Kaisa Aholaakko and Nurse Veikko Westersund from the outpatient surgery department. The project started in autumn 2010. The project team met regularly and the work plan was discussed and defined in the project meetings.

The final topic of the thesis was ready in November 2010. The project commenced with the first project meeting in Peijas hospital. The project included a questionnaire for an immobilisation education. The questionnaire was based on an earlier thesis named "The recommended practices of making plastic plaster of Paris boot for ankle fracture patient to Peijas hospital's surgery outpatient department" written at Laurea University of Applied Sciences by the authors Kajari, Karjalainen & Kiiveri in 2008.

There were 17 participants in the immobilisation education. The response percent was 100%. The results of the questionnaire were analyzed using PASW Statistics 18 software. The results show that most of the respondents were nurses and had worked with immobilised patients for approximately five years. The use of protective gears was less than according to the recommended practices. The respondents used protective gears more to protect themselves than to protect the patient. The guidance concerning the cast was most actively given during the first two weeks from casting. No guidance was given after six weeks from casting.

In the future the questionnaire could be developed further and the sampling increased to improve the reliability of the results.

Key words: immobilisation, patient safety, plastic plaster, feedback on education

SISÄLTÖ

| | |
|--|----|
| 1 PROJEKTIN TAUSTAA | 6 |
| 1.1 Hoitotyön laatu ja laadun varmistus | 6 |
| 1.2 Laatuvaieet ja kipsauskoulutuksen tarkoitus..... | 7 |
| 1.3 Muovikipsi materiaalina immobilisaatiopotilaan hoidossa | 9 |
| 1.4 Potilasturvallisuuden parantaminen | 9 |
| 2 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET | 10 |
| 3 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN | 11 |
| 3.1 Projektiympäristö | 13 |
| 3.3 Kyselylomakkeen laatiminen | 13 |
| 3.4 Kyselyn toteuttaminen | 14 |
| 3.5 Tulosten julkistaminen | 14 |
| 3.5 Projektin riskit..... | 15 |
| 4 PROJEKTIN TUOTOS | 15 |
| 4.1 Vastaajien taustatiedot | 16 |
| 4.2 Hoitoympäristön valmistaminen, hoitajan valmistautuminen ja potilaan valmistelu ja suojaaminen kipsatessa..... | 17 |
| 4.3 Muovikipsisaappaan tekeminen | 19 |
| 4.4 Potilaan ohjaaminen..... | 21 |
| 4.5 Muovikipsisaappaan arvioiminen..... | 21 |
| 4.6 Muovikipsin poistaminen | 21 |
| 4.7 Kipsikoulutuksen arviointi | 22 |
| 5 PROJEKTIN ARVIOINTI | 23 |
| 5.1 Projektin prosessin arviointi..... | 24 |
| 5.2 Projektin tuotoksen arviointi..... | 25 |
| 5.3 Oman oppimisen arviointi ja ammatillinen kasvu | 25 |
| LÄHTEET | 27 |
| LIITE 1 SAATEKIRJE JA KYSELYLOMAKE | 29 |
| LIITE 2 TUTKIJANTAULUKKO OPIINÄYTETYÖN AIHEPIIRIN TUTKIMUKSISTA..... | 39 |
| LIITE 3 KOKOUSMUISTIO 1 | 42 |
| LIITE 4 KOULUTUKSEN VALMISTAUTUMISOHJE | 44 |
| LIITE 5 KOULUTUSKUTSU | 44 |

1 PROJEKTIN TAUSTAA

HYKS-sairaanhoitoalue muodostuu Helsingin ja Uudenmaan yliopistollisista sairaaloista, joita on 17 Helsingissä, Espoossa ja Vantaalla. Sairaanhoitoalue palvelee pääasiassa Helsingin, Espoon, Vantaan, Kirkkonummen, Keravan ja Kauniaisten potilaita. Kliininen toiminta on hallinnollisesti jaettu neljäksi tulosyksiköksi, jotka ovat medisiininen, operatiivinen, naisten- ja lastentautien sekä psykiatrian tulosyksiköt. (Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri. Sairaanhoitoalueet).

Operatiivinen tulosyksikkö vastaa kirurgisten, anestesiologisten, tehohoidon, ensihoidon ja kivunhoidon sekä silmä- ja korvasairauksien ja neurokirurgisten palvelujen tuottamisesta HYKS-sairaanhoitoalueella (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiiri. Operatiivinen tulosyksikkö).

Peijaksen sairaalan Kirurgian poliklinikalle tullaan lääkärin läheteellä ja se toimii ajanvarauksella. Poliklinikalla tutkitaan ortopedisiä, käsikirurgisia, urologisia ja vatsaelin- ja yleiskirurgisia potilaita. Poliklinikan yhteydessä toimivassa polikliinisessä toimenpideyksikössä tehdään lisäksi maha- ja suolistotähystyksiä, virtsarakontähystyksiä ja muita virtsaelin toimenpiteitä sekä muita pientoimenpiteitä, jotka voidaan suorittaa paikallispuudutuksessa. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiiri. Kirurgian poliklinikka).

Projekti on osa HYKS-sairaanhoitoalueen operatiivisen tulosyksikön ja Laurea-ammattikorkeakoulun hoitotyön laadunkehittämishanketta vuosille 2007-2012. Projekti on osa Peijaksen sairaalan hanketta, jonka tarkoituksena on kehittää kirurgisen immobilisaatiopotilaan hoitotyön laatua. Opinnäytetyönämme toteutimme kyselylomakkeen kipsikoulutukseen. Lomakkeen kysymyksien pohjana toimii Laurea-ammattikorkeakoulun opinnäytetyö Suositeltavat käytännöt muovikipsisaappaan tekemiseen nilkkamurtumapotilaalle Peijaksen sairaalan kirurgian poliklinikalla.

1.1 Hoitotyön laatu ja laadun varmistus

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden tavoitteena on pystyä tarjoamaan asiakkailleen laadukasta, kehityksellistä sekä monipuolista palvelua, jonka toiminta perustuisi näyttöön. Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä tarkoitetaan sellaista hoitoa, jonka hoitopäätökset perustuvat ajantasaiseen ja parhaaseen tietoon hoitohenkilökunnan asiantuntemuksen, asiakkaiden toiveiden sekä toimintaympäristön mahdollisuuksien mukaan. (Perälä, Toljamo, Vallimiespatomäki, Pekonen 2008: 11) Miten laadukasta hoitotyö on, siihen vaikuttavat monet tekijät:

muun muassa organisaatiot, työntekijät, työyksiköt, koulutus, terveys- ja sosiaalihuollon järjestelmän tasot sekä motivaatio. Organisaation johdon kaikki tahot ovat vastuussa laadunhallinnasta, mutta sen toteuttamisesta vastaavat kaikki organisaation jäsenet. Laadukkaassa hoitotyössä keskeisintä ei ole toiminnan jälkikäteen tarkastaminen, vaan toimintakokonaisuuden arviointi sekä toiminnan suunnittelu niin, ettei laatu enää nykyisestä tasosta laskisi. Päätaikoituksena laadullisessa hoitotyössä on edistää asiakaslähtöistä toimintaa (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle, valtakunnallinen suositus).

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi uuden kansallisen tavoite- ja toimintaohjelman vuonna 2008: Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, kaste 2008-2011. Suomen lain (733/1992) mukaan valtioneuvoston tulee vahvistaa joka neljäs vuosi uuden sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman. Ohjelmalla pyritään lisäämään kuntalaisten osallistuvuutta ja vähentämään syrjäytymistä, lisäämään hyvinvointia ja terveyttä sekä parantamaan palveluiden laatua, vaikuttavuutta ja saatavuutta. Tavoitteena on myös kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja sekä vähentää palveluiden alueellisia eroja. Ohjelma on suunnattu hoitotyön käytännön työssä työskenteleville sekä hoitotyön johtajille, alan opettajille ja tutkijoille. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6)

Yksi laadun hallinnan apuvälineistä on hoitotyön laadunvarmistus. Se on päättymätön prosessi, johon sisältyy: halutun laatutason määrittely ja mittaaminen sekä kehittäminen tutkimustuloksien perusteella. Hoitotyön laatua voidaan arvioida yleisesti toiminnassa toteutuvien hyvien ja tavoiteltavien ominaisuuksien kautta: kuten muun muassa turvallisella hoidolla, perhekeskeisyydellä ja jatkuvuudella (Pelkonen ja Perälä 1992: 137.)

1.2 Laatuvaieet ja kipsauskoulutuksen tarkoitus

Terveydenhuoltolaissa määritetään potilasturvallisuus ja hoidon laatu. Terveydenhuollon yksiköiden on laadittava suunnitelmat laadun hallinnasta ja potilasturvallisuudesta (Risikko P. 2010). Peijaksen sairaalan kirurgian poliklinikan koulutuskoordinaattori Veikko Westersund järjesti kipsikoulutuksen HUS-sairaala-alueen kipsaajille, koska kipsaajien tietoisuutta kipsaamisesta haluttiin lisätä ja potilasturvallisuutta parantaa. Koulutuksessa käsiteltiin muovikipsiä ja sen oikeanlaista käsittelyä.

Vuonna 2008 opinnäytetyönä Peijaksen sairaalalle tehdyt suositeltavat käytänteet muovikipsisaappaan tekemiseen tehtiin ehkäisemään hoidon laatuvaieita. Suositeltavat käytänteet ohjaavat kipsaajia työskentelemään kipsauksen aikana ja sen jälkeen niin, että mahdollisuus laatuvaieille olisi mahdollisimman pieni ja että hoito olisi mahdollisimman yhdenmukaista eri

potilaiden ja kipsaajien kohdalla. Suositeltavat käytänteet muovikipsisaappaan tekemiseen nilkkamurtumapotilaalle (Kiiveri, Kajari & Karjalainen;2008):

- Kipsaaja valmistelee kipsihuoneen keräämällä työvälineet ja materiaalit valmiiksi työpöydälle
- Kipsaaja tutustuu potilaaseen haastattelemalla potilasta sekä perehtymällä potilaspa-pereihin ja röntgenkuviin
- Kipsaaja suojaa itsensä kipsaustilanteessa kertakäyttöhansikoilla ja suojaesiliinalla. Lisäksi kipsin poistotilanteessa hän suojautuu suojalasien, hengityssuojaimen ja kuu-losuojaimien avulla
- Kipsaaja suojaa potilaan kipsaamisen ajaksi kertakäyttöisillä muoviliinoilla
- Kipsaaja suojaa kipsausympäristössä työtasot, potilassängyn ja tarvittaessa lattiat kertakäyttömuoviliinoilla
- Kipsaaja arvioi potilaan kipsattavan jalan kunnan katsomalla ja palpoimalla. Myös ja-lan ihon kunto tarkistetaan ja mahdolliset ihorikot pehmustetaan
- Kipsaaja puhdistaa kipsattavan jalan ihon ja öljyä tai rasvaa sen
- Kipsausta aloittaessa kipsaaja pujottaa potilaan jalkaan alussukan
- Kipsaaja pehmustaa jalan ennen varsinaista kipsausta asettamalla ulkonevien luu-ulokkeiden päälle vaahtomuoviteippiä, laittamalla vähintään kaksi kierrosta synteet-tistä vanua sekä kiertämällä vanun päälle keinovaahtomuovisidosta
- Kipsaaja tarkistaa jalan oikean asemoinnin huolehtimalla nilkan 90 asteen kulmaan, vapaat nivelet jäävät liikkuviksi ja kipsi ei pääty peroneushermon kohdalle
- Kipsaaja rullaa muovikipsiä kaksi rullaa jalan ympäri venyttämättä kiertäen. Ensim-mäisen ja toisen rullan väliin tehdään pohjavahvistus, jonka tulee ylittää pohkeesta jalkapohjaan asti
- Kipsaaja kastelee muovikipsin ennen tai jälkeen rullaamisen korkeintaan 25 asteisella vedellä
- Kipsaaja laminoi muovikipsin huolellisesti samalla muotoillen
- Kipsaajan antama potilaan ohjaaminen tapahtuu sekä suullisesti että kirjallisesti
- Kipsaajan antama ohjaus sisältää kuormituksen, hygieniaan, kipuun, turvotukseen, kuntoutukseen ja jatkohoitoon liittyvät asiat
- Kipsaajan antama potilasohjaus painottuu kipsauksen loppuun
- Valmiista muovikipsisaappaasta kipsaaja arvioi nilkan 90 asteen kulman, kipsin pituu-den ja paksuuden ja että reunat eivät jää teräviksi
- Kipsaaja arvioi onko potilaalla tarvetta kyynärsauvoille tai pyörätuolille
- Kipsaaja kysyy ja kirjaa potilaan mielipiteen valmiista muovikipsisaappaasta
- Kipsin poiston yhteydessä kipsaaja arvioi potilaan kipsihoidon onnistumista kokonais-valtaisesti. Onnistuneen kipsihoidon arviointi sisältää ohjauksen sisäistämisen, kun-

toutuksen, ihon kunnon ja verenkiertohäiriöiden sekä mahdollisten palovammojen ja painehaavaumien arvioinnin

Koulutuksen tarkoituksena oli lisätä kipsaajien tietoisuutta kipsaamisesta muovikipsillä. Päivän aikana koulutukseen osallistuneet kipsaajat kävivät kipsauksen muovikipsillä läpi sekä teoriassa ja käytännössä. Koulutukseen osallistuneet kipsasivat teoriaosuuden jälkeen pienissä ryhmissä toisillensa muovikipsit ja tämän jälkeen poistivat ne suositeltavia käytänteitä noudattaen. (Liite 5).

1.3 Muovikipsi materiaalina immobilisaatiopotilaan hoidossa

Muovikipsin maahantuojaan kotisivulla on kerrottu kipsin materiaalista. Muovikipsi koostuu polysterista, joka on päällystetty polyuretaani hartsilla (Mediq Suomi Oy. Kipsiside muovi). Polyuretaani hartsin tai siitä irtoavan hiomapölyn vuoksi on tärkeää suojautua, sillä hiomapöly voi ärsyttää silmiä, hengityselimiä sekä ihoa. Suurien pölymäärien hengittäminen voi aiheuttaa nuhaa ja yskää sekä nielun ärsytystä ja pölyn kostuessa hartsi ja kosteus muodostavat voimakkaan emäksisen seoksen (Ritaranta Sipriina 2010). Materiaali läpäisee röntgen säteet ja mahdollistaa näin varjottoman röntgenkuvan ja murtuman paranemisprosessin seurannan ilman kipsin poistoa. Muovinen kipsisidos on ystävällinen valinta potilaalle tasaisten ja pyöreiden reunojen sekä sileän pinnan takia. Kipsaajalle muovisidos on helppo ja nopea työstää ja sen stabiliteetti on erinomainen (Mediq Suomi Oy. Kipsiside muovi).

Muovi kipsimateriaalina on toimiva valinta sellaisen murtuman hoidossa, joka tarvitsee niin tukea kuin liikkuvuutta samanaikaisesti. Nilkkamurtumapotilaalla varpaiden täytyy päästä liikkumaan kipsistä huolimatta. Muovikipsin ohut materiaali mahdollistaa kehon mutkaisten kohtien kipsaamisen ongelmitta, sillä se muotoutuu kehon omien muotojen mukaiseksi. Lisäksi muovikipsi on erittäin materiaalina erittäin kevyt. (Activa Healthcare. Cellast Active).

Muovikipsin tukevuutta ja liikkuvuutta voidaan säädellä murtuneen raajan ympäri kierrettyjen kerrosten määrällä. Mitä enemmän kerroksia murtuneen raajan ympärille kierretään, sitä tukevampi ja liikkumista estävämpi se on. Kierrettyjen kerrosten määrästä riippuen kipsi voidaan poistaa joko kipsisaksilla tai kipsisahalla. (Activa Healthcare. Cellast Active).

1.4 Potilasturvallisuuden parantaminen

Potilasturvallisuus on oleellinen osa hyvää hoitoa. Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö laati maan ensimmäisen potilasturvallisuusstrategia vuosille 2009-2013. Laadittujen strategioiden

tavoitteena on hallita potilasturvallisuutta ennakoivasti ja oppimalla, edistää potilasturvallisuutta suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin, sekä huomioida potilasturvallisuutta terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa. (Sosiaali- ja terveysministerion julkaisu. 2009).

Potilasturvallisuuden parantaminen on kokonaisuus sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ja riskien hallintaa. Potilasturvallisuudessa on tärkeää, että johto ottaa vastuun ja sitoutuu potilasturvallisuuden edistämiseen. Potilasturvallisuus tulisi ottaa huomioon tavoitteiden asettelussa, toiminnan kehittämisessä sekä uuden teknologian käyttöön otossa ja organisaatiota uudistettaessa. Organisaatio tulee olla avoin ja luottava, jossa helposti ilmaistaan huoli potilasturvallisuuden vaarantumisesta ja jossa erehtymisen mahdollisuus tunnustetaan. Organisaatiossa tulee olla myös yhteneväinen käsitys potilasturvallisuuden keskeisestä merkityksestä. Työntekijöillä tulee olla riittävä taito ja osaaminen joka vastaa vaadittua tasoa. Tärkeää on myös ottaa potilas mukaan edistämään turvallisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö). Lisämällä hoitajien tietoutta ja yhdenmukaistamalla hoitokäytänteitä muun muassa murtumapotilaiden hoidossa luutumishäiriöihin ja virheasentojen kehittymiseen pystytään puuttumaan mahdollisesti nopeammin. Tämä olisi erittäin tärkeää (Suomen Ortopedia ry:n asettama työryhmä. 2004).

2 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Projektin tarkoituksena oli immobilisaatiopotilaiden hoidon laadun kehittäminen HYKS- sairaanhoitopiirissä. Koulutuspäivien kyselylomakkeen kysymykset rakensimme sellaisiksi, että saimme selvitettyä miten hyvin hoidon laatuun ja mahdollisiin laatuvajeisiin kiinnitetään huomiota kipsaus tilanteessa ja sen jälkeen.

Hoidon laatuun panostaminen on etu sekä asiakkaalle että organisaatiolle. Kunnan varoja säästyy jos hoidon laatuun ja potilasturvallisuuteen kiinnitetään huomiota, sillä silloin murtuman paranemisaika lyhentyä ja kustannukset jäävät pienemmiksi sekä laatuvajeiden ehkäiseminen on tehokkaampaa (Olli Väisänen 2010.) Hoitajan huolellinen valmistautuminen ennen kipsauksen aloittamista sekä hyvä ja yksilöllinen potilasohjaus on tärkeää. Kipsaus tilanteessa hyvä potilaan suojaaminen edistää potilasturvallisuutta sekä kipsauksen jälkeen ohjeiden antaminen.

Projektin tarkoituksena oli kehittää immobilisaatiopotilaan hoidon laatua ja yhdenmukaistaa immobilisaatiohoitomateriaalien käyttöä ja hoitokäytäntöjä. Ensimmäisen projektikokouksen jälkeen yksityiskohtaiseksi tavoitteeksi asetettiin

- 1) Immobilisaatiokoulutuksen palautelomakkeen laatiminen HYKS:n operatiivisen tulosyksikön henkilökunnalle
- 2) Lomakkeen esitestaaminen

3 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

Projekti toteutetaan yhteistyössä Peijaksen sairaalan kirurgian poliklinikan sairaanhoitaja Veikko Westersundin, sekä ohjaavan opettajan yliopettaja Teija-Kaisa Aholaakon kanssa. Yhteistyö aloitettiin projektikokouksella syksyllä 2010 ja jatkui projektikokouksilla ja alustavalla suunnitelmaseminaarilla. Arvioiva seminaari ja vastavuoroisen palautteen saaminen ja antaminen ovat projektin edetessä keväällä 2011.

Ensimmäisessä projektikokouksessa marraskuussa 2010 tavoitteeksi tarkentui palautelomakkeen laatiminen muovikipsikoulutukseen. Teoreettisena pohjana lomakkeen laatimiselle toimii Laurea-ammattikorkeakoulun opinnäytetyö vuodelta 2008, Kajari, Kiiveri ja Karjalainen; ”Suositeltavat käytänteet muovikipsisaappaan tekemiseen nilkkamurtumapotilaalle Peijaksen sairaalan kirurgian poliklinikalla”.

Toisessa projektikokouksessa joulukuussa 2010 lomakkeen kysymysten muokkausta jatkettiin. Myös tiedonhaku toteutettiin joulukuussa 2010 yhteistyössä Laurea ammattikorkeakoulun lehtori Monika Cseh'n kanssa.

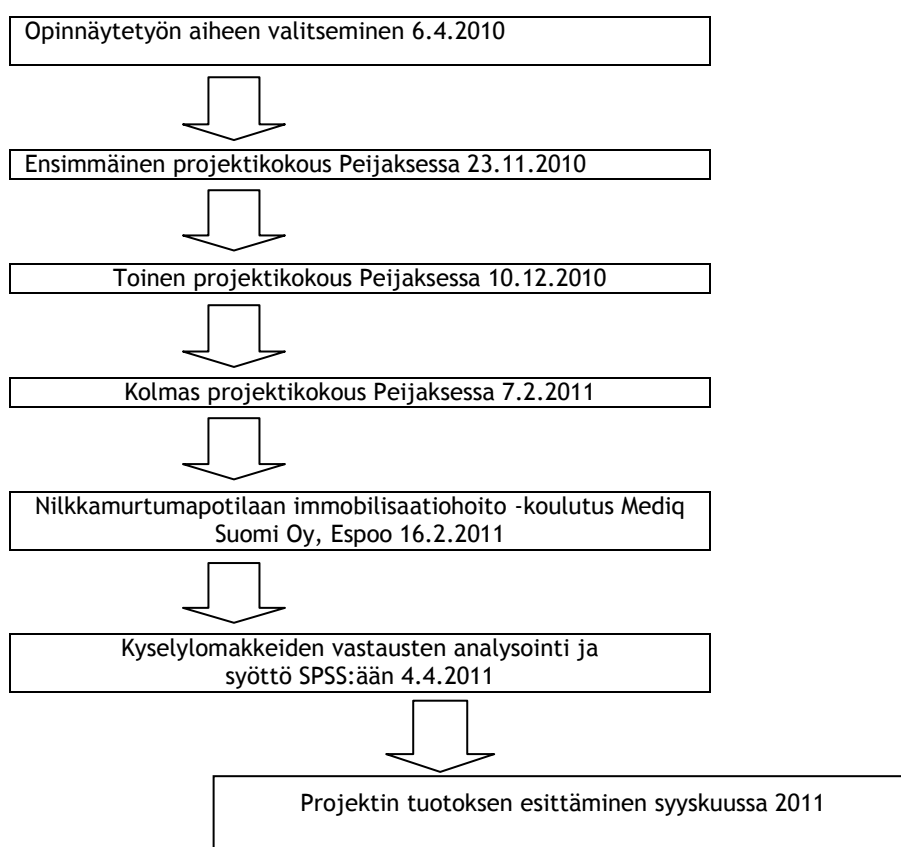
Kolmannessa projektikokouksessa helmikuussa 2011 kyselylomakkeen kysymykset muokattiin lopulliseen muotoonsa. Kokouksessa käsiteltiin kysymykset yksitellen kiinnittäen erityistä huomiota kysymysten reliabiliteettiin ja validiteettiin. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten tarkkuutta. Mittariin kohdistuvat epätarkkuudet voivat liittyä mittariin tai johtua mittarin käyttäjien epäjohtonmukaisuudesta. Mittarin reliabiliteettia voidaan parantaa monella eri menetelmällä. Mittarin testaus, kyselylomakkeen täyttämiseen liittyvä hyvä ohjeistus ja vastaajista johtuvat virhetekijöiden minimoiminen ovat keinoja, joilla parantaa mittarin luotavuutta. (Heikkilä 2005: 30). Mittarin validiteetilla tarkoitetaan, mittaako mittari juuri sitä asiaa, mitä sen tulisi mitata. Tutkija voi myös itse tarkastella mittarinsa validiteettia, mutta tätä pidetään huonona arviointikeinona. Validiteettia voidaan parhaiten arvioida esitutkimuksella. (Heikkilä 2001:29). Projektissa muodostunut kyselykaavake on esitutkimus, mutta kyselykaavakkeella saatiin vastaukset asetettuihin tutkimusongelmiin. Voidaan siis todeta, että kyselylomakkeella mitattiin oikeita asioita, eli se on validi.

Kysymykset muotoiltiin helposti ymmärrettäviksi ja sellaisiksi, että kysymykset eivät johdattelisi vastaajaa. Aluksi kysymyksien sisältö oli laaja, mutta pilkoimme kysymykset sellaisiksi, että kysymys käsitteli vain yhtä asiaa. Näin saimme täsmälliset ja helposti tulkittavat vastaukset, mikä lisää tutkimustuloksien luotettavuutta. Muokkasimme kysymyksiä yhdessä yliopetta- ja Aholaakon ja sairaanhoitaja Westersundin kanssa.

Kolmannessa kokouksessa päätettiin, että kyselylomake on sähköisessä muodossa, ja näin helpottaa vastaajien työtä ja tulosten analysointia. Kyselylomake toteutettiin lopulta ajan puutteen vuoksi paperiversiona ja vastaukset syötettiin SPSS-ohjelmaan myöhemmin. Henkilökohmainen tiedonhankintapaja toteutui joulukuussa 2010.

Alustavan aikataulun mukaan kipsikoulutuksen toteutuspäivä oli tammikuussa 2011, mutta koulutuspäivä siirtyi eteenpäin noin kuukaudella ja lopulliseksi koulutuspäiväksi tuli 16.2.2011. Koulutukseen osallistuneet hoitoalan ammattilaiset täyttivät kyselylomakkeen koulutuksen päätteeksi. Tämän jälkeen vastaukset analysoitiin. Valmis opinnäytetyö esitettiin Laurea ammattikorkeakoulussa 21.9.2011.

1. Projektitoteutuksen toteutus



3.1 Projektiympäristö

Tutkimus toteutettiin Peijaksen sairaalalle ja HUS:ssa työskenteleville kipsaajille. Projektiympäristönä toimi Peijaksen sairaalan kirurgian poliklinikka ja sairaalan henkilökunnan kokustilat sekä Laurea ammattikorkeakoulun tilat. Opinnäytetyön tekijät käyttivät projektiin myös Meilahden Biomedicum kirjastoa.

3.2 Resurssit

Toteutamme opinnäytetyön opiskelujemme aikana, työn ohessa sekä omalla henkilökohtaisella ajalla. Kaikki kirjallinen tuotos on kirjoitettu omilla kotikoneillamme, sillä koulun tietokoneet eivät tue samaa Word ohjelmaa, kuin omilla tietokoneillamme. Opinnäytetyöhön liittyvät kustannukset, kuten matkakulut maksoimme itse. Projektikokoukset ja tapaamiset tapahtuivat ohjaavan opettajan ja ohjaavan sairaanhoitajan työaikana.

3.3 Kyselylomakkeen laatiminen

Kyselylomakkeen teoreettisena pohjana toimii Kiiveri, Kajari ja Karjalaisen opinnäytetyö 'Suositeltavat käytänteet muovikipsisaappaan tekemiseen nilkkamurtumapotilaalle Peijaksen sairaalan kirurgian poliklinikalla' vuodelta 2008. Lisäksi käytimme tietolähteenä kirjallisuutta, internettiä ja haastatteluja. Uuden päivitetyn tiedon hankkiminen muovikipsistä oli työlästä, sillä muovikipsi on materiaalina niin uutta, ettei siitä juuri ole olemassa olevia tutkimuksia. Tiedonkeruun suunnittelussa ja kyselylomakkeen teossa menetelmäkirjana käytimme J. Metsämuurosen teosta Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Tutkimuksia alaraaja-traumojen kipauksesta työmme teoreettiseksi pohjaksi löytyi niukasti. Kuitenkin löytyneistä tutkimuksista oli tukea ja hyötyä tutkimuksen teossa. Suoranaisia muovikipsiä käsitteleviä tutkimuksia emme löytäneet.

Mittarimme optimaaliseen konstruoimiseen, valmistelemiseen ja muokkaamiseen käytimme paljon aikaa. Mitä luotettavampaa tietoa halutaan saada, sitä paremmin tulee mittaria kehittää. (Metsämuuronen 2009:123). Mittarimme työhömmme rakensimme J.Metsämuurosen kirjan; "Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä", mukaisesti. Aluksi mietimme kysymykset mihin halusimme saada vastauksia työllämme. Sen jälkeen lähdimme etsimään teoretietoa ja tutkimuksia aiheeseen liittyen.

Kyselylomakkeemme oli esitestaus, jota myöhemmin pystyttäisiin hyödyntämään ja kehittämään immobilisaatiopotilaan hoidon laadun kehittämisessä. Teoriatiedon hankkimisen jäl-

keen, laadimme itse kyselylomakkeen kysymykset, joita myöhemmin muokkasimme ja kriittisesti tarkastelimme yhdessä yliopettajan Teija-Kaisa Aholaakon ja sairaanhoitaja Veikko Westersundin kanssa.

Operationalisoimme suositeltavat käytänteet kyselylomakkeen kysymysten muotoon. Operationalisoinnilla tarkoitetaan ilmiön muuttamista mitattavaan muotoon. (Metsämuuronen 2009: 118). Kyselylomakkeen (Liite 1) kysymykset rakentuivat seitsemästä eri osa-alueesta, jotka olivat:

1. Vastaaajan taustatiedot (kysymykset 1-2)
2. Hoitoympäristön valmistaminen, hoitajan valmistautuminen ja potilaan valmistelu ja suojaaminen (kysymykset 3-7)
3. Muovikipsisaappaan tekeminen (kysymykset 8-18)
4. Potilaan ohjaaminen (kysymykset 19-22)
5. Muovikipsisaappaan arvioiminen (kysymykset 23-25)
6. Muovikipsin poistaminen (kysymykset 26-29)
7. Kipsikoulutuksen arviointi (kysymykset 30-32)

Tutkimuksen luotettavuutta lisäävät operationalisoinnin vaiheiden esittäminen jäsennellysti ja konkreettisesti. Tämä helpottaa myös mittareiden ja samalla koko havaintoaineistojen uudelleen käyttöä. Operationaalistamisprosessissa on tärkeää pitää mielessä reliabiliteetti- ja valideettivaatimukset. (Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. 2008).

3.4 Kyselyn toteuttaminen

Kysely toteutettiin kipsikoulutuksessa 16.2.2011. Kyselylomakkeita monistettiin kaiken kaikkiaan 20, mutta koulutukseen osallistui 17 terveydenhuollon ammattilaista. Jokainen koulutukseen osallistunut vastasi kyselyyn koulutuksen päätteeksi ja kaikki vastasivat kaikkiin kysymyksiin.

Kysely toteutettiin strukturoidulla haastattelulla. Strukturoitu haastattelu on lomakehaastattelu, jossa kysymykset ovat kaikille vastaajille samat. Strukturoitu haastattelu toimii silloin, kun haastattelun kohteena on melko yhtenäinen ryhmä, eikä ryhmässä ole henkilöitä, jotka poikkeavat selkeästi perusjoukosta. (Metsämuuronen 2009: 244,246).

3.5 Tulosten julkistaminen

Projektin tulokset julkistettiin 21.9. 2011 arvioivassa seminaarissa Laurea ammattikorkeakoulun Tikkurilan yksikössä. Tulokset julkistettiin myös kirjallisessa muodossa Laurea ammattikorkeakoulussa opinnäytetyönä. Työ annettiin kirjallisessa muodossa myös Peijaksen sairaalan kirurgian poliklinikalle, jotta tutkimuksen tuloksia voitaisiin hyödyntää HUS:n kipsikoulutuksissa potilasturvallisuuden kehittämässä.

3.5 Projektin riskit

Tutkimuksen luotettavuus on suoraan verrannollinen mittarin luotettavuuteen (Metsämuuronen 2009: 125). Mittarin tulee olla helposti ymmärrettävä, looginen ja helposti käytettävä. Tutkimuslomakkeen kysymysten tulee mitata oikeita asioita yksiselitteisesti. (Heikkilä 2005: 29).

Riskeinä koimme kyselylomakkeen kysymyksiin vastaavien mielenkiinnon vastaamiseen, joka vaikuttaa suuresti myös vastauksien luotettavuuteen. Luotettavuuden parantamiseksi mittari rakennettiin harkiten ja aikaa käyttäen. Kyselylomake oli esitestaus ja työryhmän palaute toimi luotettavuuden mittarina. Vastajat vastasivat kyselylomakkeen kysymyksiin koulutuspäivän päätteeksi. Aikaa vastaamiseen oli käytössä riittävästi rauhoittamaan vastaustilanne.

Aikataulussa pysyminen muodostui projektin aikana riskiksi. Tämän riskin ehkäisyssä emme onnistuneet ja aikataulu uusiutui useasti projektin aikana. Lopullinen aikataulu jäi jälkeen suunnitellusta aikataulusta noin kuusi kuukautta.

4 PROJEKTIN TUOTOS

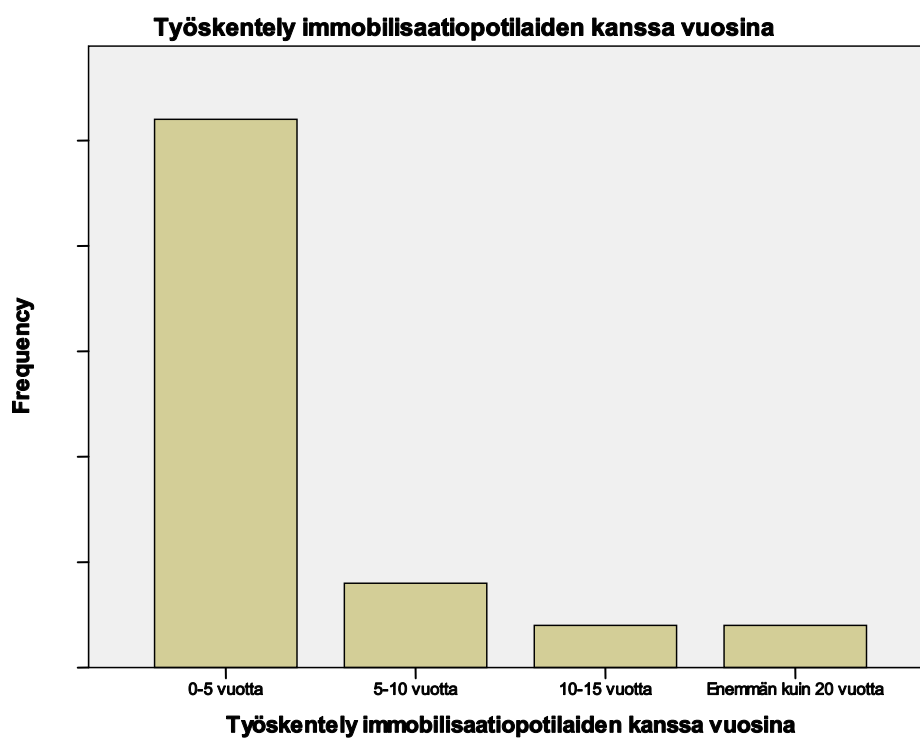
HYKS:n Nilkkamurtumapotilaan immobilisaatiohoito koulutukseen osallistui 17 terveydenhoitoalan ammattilaista. Osallistuneista kaikki vastasivat kaikkiin kyselylomakkeen kysymyksiin, yhtään lomaketta ei palautettu tyhjänä.

Laatuvajeita ilmeni eniten suojaamisessa ja potilaan ohjauksessa. Itsensä suojaaminen oli aktiivisempaa, mutta potilaan suojaamiseksi käytettiin usein pelkkää suojaliinaa. Suojaamisesta ei kuitenkaan ole potilaalle terveydellistä vaaraa jos kipsattavaksi tarkoitettun alueen iho on suojattu. Ihon suojaamiseen vastaajat olivat käyttäneet asiaankuuluvia materiaaleja.

Potilaan ohjaukseen panostettiin eniten kipsauspäivänä, jolloin eniten ohjattiin kipsin hoito-ohjeet, kivun ja turvotusten seuranta ja jatko- ja yhteystiedot. Myös ihonhoito-ohjeet kuuluivat ensimmäiseen ohjaustilanteeseen useammalla vastanneella. Kahden viikon kohdalla vain noin puolet antoi ohjausta ja kuuden viikon kohdalla ohjausta ei koettu tarpeelliseksi.

4.1 Vastaajien taustatiedot

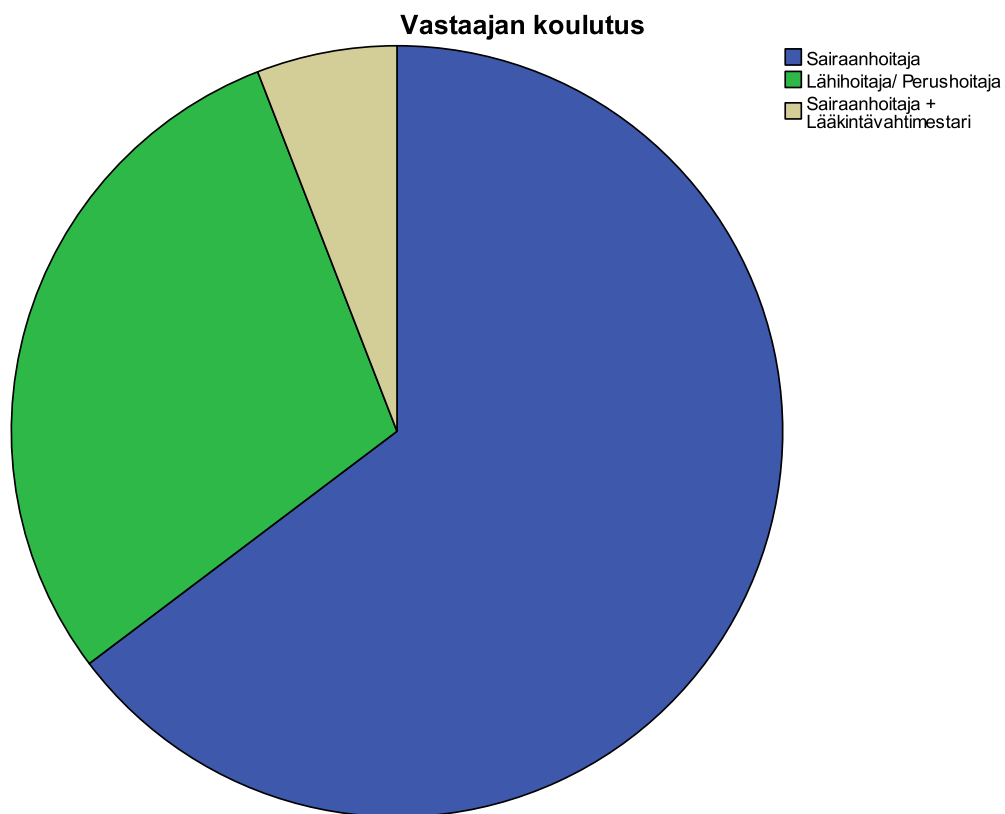
Vastaajista selvä enemmistö oli työskennellyt 0-5 vuotta immobilisaatiopotilaiden parissa. Vain yhdellä vastaajista oli kokemusta yli 20 vuotta.



1

Kuvio 2: Työskentely immobilisaatiopotilaiden parissa vuosina.

Alla olevassa kuviossa (Kuvio 3) on kuvattu vastanneiden koulutustaso ja ammattinimike. Vastaajista yksi (6 %) oli koulutukseltaan sairaanhoitaja + lääkintävahtimestari, 11 (64 %) sairaanhoitaja ja viisi (30 %) lähihoitaja/perushoitaja.



Kuvio 3: Vastaajien koulutus

4.2 Hoitoympäristön valmistaminen, hoitajan valmistautuminen ja potilaan valmistelu ja suojaaminen kipsatessa

Vastanneista 15(88 %) koki tarvitsevansa työparin kipsauksessa. Loput kaksi (12 %) vastaajista pystyivät mielestään selviytymään yksin. Valtaosa vastanneista 14 (82 %) käytti kipsaamiseen aikaa noin puoli tuntia.



Kuvio 4: Muovikipsisaappaan tekoon tarvittava aika minuutteina

Kuusi (35 %) vastanneista kävi aina potilaspaperit ja röntgenkuvat läpi huolellisesti ennen potilaan kipsaamista, kahdeksan (47 %) vastanneista tekivät sen usein ja kolme (18 %) vastanneista valitsi vaihtoehdon ” en osaa sanoa”.

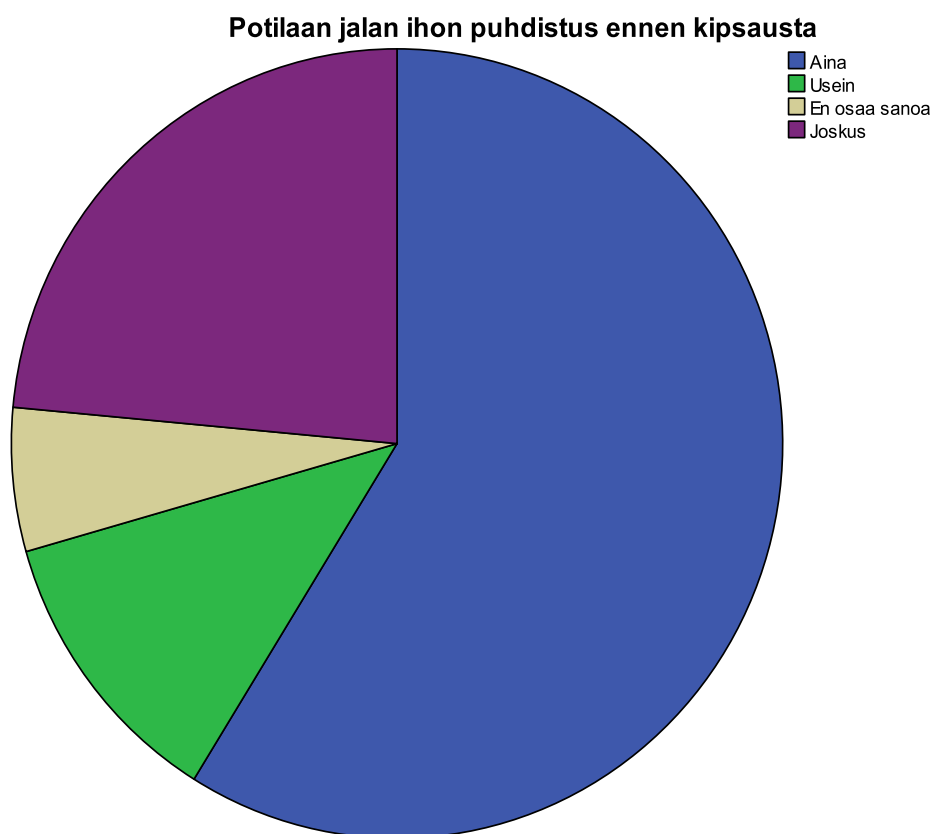
Vastanneista 17 (100 %) käyttivät kipsatessaan suojahansikkaita. Samalla kukaan (100 %) ei käyttänyt itsensä suojaamisessa suojamyssyä. Myös maskin käyttö itsensä suojaamiseksi oli vähäistä neljä (24 %). Vastaajista esiliinaa käyttivät 10 (59 %). Potilaan suojaamiseksi käytettiin pääasiassa vain suojamuovia, 13 (76 %). Työyksiköissä vastaajien mukaan oli saatavilla kaikki muovikipsin tekoon tarvittavat perus välineet ja varusteet. Kohdepoistaja löytyi 12 (70 %) työyksiköstä.

4.3 Muovikipsisaappaan tekeminen

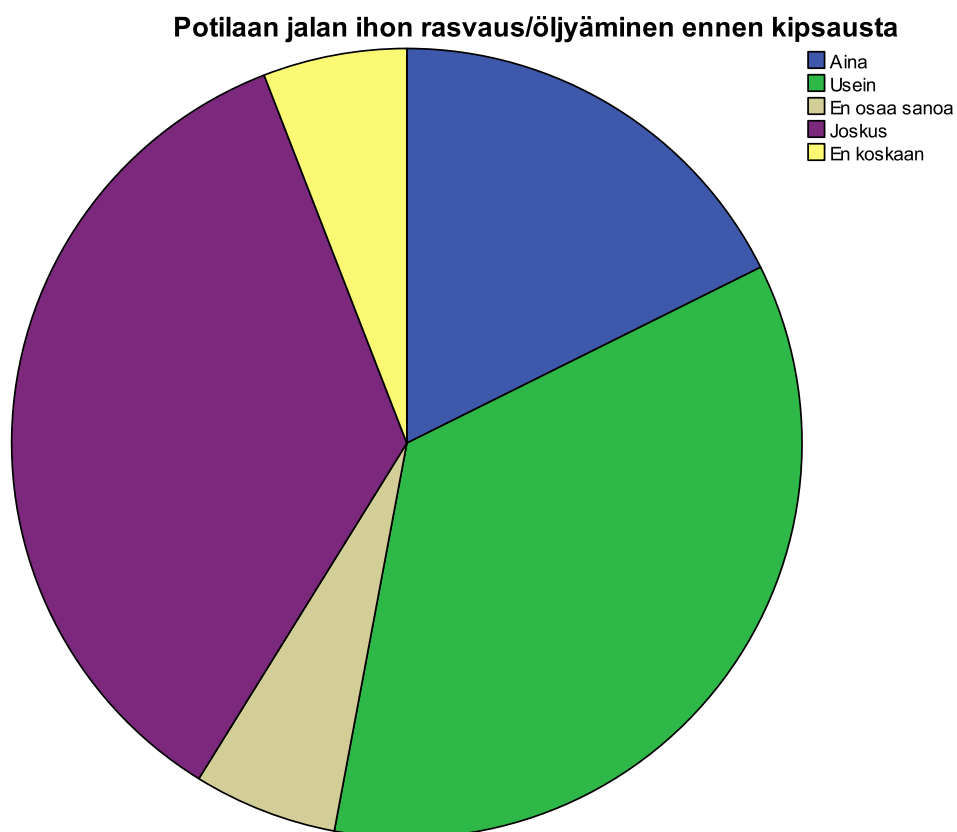
Muovikipsin teossa potilaskohtaisesti eniten käytettiin suojahansikkaita 17 (100 %) ja suoja-
muovia 16 (94 %). Vähäisintä potilaskohtainen käyttö oli kohdepoistajan kaksi (12 %), kipsisa-
han viisi (29 %) ja hengityssuojaimen viisi (29 %) kohdalla.

Kipsatun jalan ihon kunnon ja turvotuksen määrän arviointi oli yleisintä katsomalla 17 (100 %).
15 (88 %) arvioi lisäksi tunnustelemalla jalkaa, 13 (77 %) haastattelemalla potilasta ja kahdek-
san (47 %) hajun perusteella. Jalan ihon kunnon ja turvotuksen määrän arviointi koettiin hel-
poksi usein 14 (82 %). Harvoin helpoksi sen kokivat kaksi (12 %).

Alla olevasta graafisesta kuviosta (kuvio 5) voi nähdä, että 10 (59 %) vastaajista puhdisti poti-
laan jalan ihon ennen kipsin laittoa aina, kun taas neljä (23 %) sen teki vain joskus.



Kuvio 5: Potilaan jalan ihon puhdistus ennen kipsausta



Kuvio 6: Potilaan jalan ihon rasvaus/öljyminen ennen kipsausta

Valtaosa vastaajista huolehti potilaan jalan ihon kunnosta rasvaamalla tai öljymällä sen ennen kipsaamista aina kolme (18 %) ja usein kuusi (35 %). Kuusi (35 %) vastaajista sen teki joskus ja kokonaan rasvaamatta tai öljymättä vastaajista jätti vain yksi (6 %). (Kuvio 6).

Kymmenen (59 %) vastaajan mielestä pehmustemateriaalin pääkäyttötarkoitus on ihon suojaaminen. Vastanneista seitsemän (41 %) oli vain jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa. Kahdeksan (47 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että liian paksu pehmustekerros voi aiheuttaa murtuman asennon huonontumisen. Seitsemän (41 %) oli jokseenkin samaa mieltä, kun taas kaksi (12 %) oli jokseenkin eri mieltä.

Kaiken kaikkiaan kipsin muotoiluun käytettiin aikaa aina 12 (71 %) ja usein 5 (29 %), jotta lopputulos olisi jalan anatomian mukainen.

4.4 Potilaan ohjaaminen

Aktiivisinta potilaan ohjaus oli 0 viikon kohdalla eli kipsauspäivänä. Vastaaajista kaikki 17 (100%) ohjasivat potilasta 0 viikon kohdalla huolehtimaan hygieniasta, hoitamaan kipua ja seuraamaan ja ehkäisemään turvotuksia. Heikointa potilaan ohjaus oli kuuden viikon kohdalla kipsauksesta. Vastanneista enintään neljä (24 %) antoi potilaalle jonkinlaista ohjausta. Yleisimpänä potilaan ohjauksen sisältönä oli jatkohoito- ja yhteystiedot. Kaksi viikkoa kipsauksen jälkeen noin puolet kahdeksan (47 %) antoi vielä potilaalle aktiivisesti ohjausta.

Ohjausta annettaessa huomioitiin potilaan ikä 16 (94 %), asumisolosuhteet 15 (88 %), aikaisemmat kipsauskokemukset 14 (82 %), avunsaaminen jokapäiväisiin toimintoihin 14 (82 %), sosiaalinen verkosto 12 (71 %) sekä mieliala 10 (59 %). Sukupuolen huomioi kahdeksan (47 %) vastaaajista. Vastauksissa ei esiintynyt vaihtelua eri koulutustaustaisten vastaaajien välillä. Vastaaajista kolme (18 %) rauhoittivat ohjaustilanteen potilasta ohjatessa aina ja 11 (64 %) sen teki usein.

4.5 Muovikipsisaappaan arvioiminen

Liikuntakyvyn ja mahdollisten apuvälineiden tarpeen kartoittaminen yhdessä potilaan kanssa koettiin tärkeänä. Vastaaajista seitsemän (41 %) teki sen aina ja yhdeksän (53 %) usein. Yhdellä (6 %) vastaaajista ei ollut mielipidettä asiaan.

Potilasta ohjeistettiin tunnistamaan kipsin ahtaudesta johtuvat oireet aina 11 (65 %) tai usein kuusi (35 %).

4.6 Muovikipsin poistaminen

Muovikipsiä poistettaessa vastaaajista 14 (82 %) käyttivät suojahansikkaita ja 12 (71 %) kuulosuojaimia itsensä suojaamiseksi. Suojalaseja käytti seitsemän (41 %), maskia neljä (24 %) ja esiliinaa kaksi (12 %). Potilaan suojaamiseksi käytti suojamuovia 13 (77 %) vastanneista ja kroonikkovaippaa kolme (18 %). Kuulosuojaimia potilailla käytti vain kolme (18 %) vastanneista. Kipsipölynimurin käyttö kipsiä poistettaessa oli aktiivista. Vastanneista 11 (64 %) käytti sitä aina, kaksi (12 %) usein ja vain yksi (6 %) harvoin. Kolme (18 %) vastanneista ei osannut sanoa.

Kaikki vastanneista 17 (100 %) arvioivat ihon ja haavojen kunnon kipsin poiston yhteydessä. Potilaan liikkumiskykyä arvioi 14 (82 %), nilkan jäykkyyttä 12 (71 %), nilkan liikevajausta ja

potilaan murtuma-alueen tuntemukset kävellessä ilman kipsiä 10 (59 %). Yli puolet vastanneista yhdeksän (53 %) arvioi myös kipsin eheyden.

4.7 Kipsikoulutuksen arviointi

Lähes kaikki vastanneista 15 (88 %) pystyvät mielestään työssään hyödyntämään koulutuksessa saamia tietoja. 2 (12 %) olivat väitteen kanssa jokseenkin samaa mieltä. Vastaaajista 14 (82 %) olivat täysin samaa mieltä ja 3 (18 %) jokseenkin samaa mieltä siitä, että he saivat koulutuksessa uutta tietoa muovikipsin käytöstä immobilisaatiopotilaan hoidossa.

Valtaosa vastaajista 14 (82 %) olivat täysin samaa mieltä, että saivat koulutuksessa käytännönläheisiä ja toimivia ohjeita työturvallisuuden toteuttamiseen ja 3 (18 %) olivat asiasta jokseenkin samaa mieltä.

4.8 Tulosten yhteenveto ja arviointi

Suurin osa kipsauskoulutukseen osallistuneista oli koulutukseltaan sairaanhoitajia. Vastanneista valtaosa oli työskennellyt immobilisaatiopotilaiden parissa viisi tai alle viisi vuotta ja neljällä heistä oli enemmän kokemusta.

Hoitoympäristön valmistelu, potilaspapereihin ja röntgenkuviin tutustuminen kuului lähes jokaisen vastanneen toimintatapoihin ennen varsinaisen kipsaustyön aloitusta. Kyselyssä kävi ilmi, ettei suositeltavien käytänteiden mukainen suojautuminen ennen kipsausta toteutunut suositusten mukaisesti. Kuten suositeltavissa käytänteissä käy ilmi, olisi hoitajan hyvä tietoisesti pitää huolta omasta hyvinvoinnistaan ja toimia oman terveytensä edistämiseksi (Kajari, Karjalainen, Kiiveri 2008:21).

Suojahansikkaita käytettiin eniten itsensä suojaamiseksi kipsatessa. Suojaessun käyttö oli vähäisempää, mutta sitäkin vastaajista käytti yli puolet. Suojamyssyä ja maskia ei käytetty juuri lainkaan.

Potilaan suojaaminen kipsin teossa oli selvästi vähäisempää. Suojamuovi oli ainoa suoja, jota yli puolet vastaajista käytti. Suojaliinaa, suojamuovia ja suojahansikkaita valtaosa vastaajista käyttää potilaskohtaisesti kipsatessa. Syyinä vähäiseen suojaamiseen ei ollut kuitenkaan materiaalien vähäinen saatavuus työpaikoilta, sillä jokaisella työpaikalla vastanneiden mukaan oli monipuolisesti saatavilla tarvittavia materiaaleja.

Jalan kunnosta ja sen arvioinnista vastaajat huolehtivat mielestään aina hyvin ja suurin osa puhdisti ihon aina ennen kipsin laittoa. Kipsin muotoiluun käytettiin myös aikaa, jotta kipsaaja saisi kipsistä jalan anatomian mukaisen.

Kipsiin liittyvä ohjaus tapahtui parhaiten ensimmäisellä viikolla, eli kipsausajankohtana. Toisen viikon yhteydessä ohjaus oli selvästi vähäisempää ja kuuden viikon kohdalla harva vastaajista antoi ohjausta potilailleen. Iän, sosiaalisen verkoston, asuinolosuhteet, aikaisempi kipsauskokemus ja jokapäiväinen avunsaanti huomioitiin parhaiten kipsauksen yhteydessä. Tulos oli samankaltainen aiempien vuosien tutkimuksille. K. Lipponen tutki pro gradussaan vuonna 2004 hoitohenkilökunnan tieto- ja asennevalmiuksia kirurgisen potilaan ohjauksessa. Tutkimuksesta kävi ilmi, että hoitohenkilökunnan tiedolliset taidot olivat riittävät potilaan ohjaukseen. Riittämättömiä tietoja saatiin kuitenkin potilaan lääkehoidon, kuntoutusvaihtoehtojen, toipumisen ja sosiaalietuuksien ohjauksessa.

Kipsiä poistaessa itsensä suojaamiseksi käyttivät suurin osa vastaajista suojahansikkaita ja kuulosuojaimia. Potilaan suojaamiseksi yleisemmin käytettiin suojamuovia. Muiden suojaamien käyttö oli todella vähäistä. Kipsi imuria käyttivät lähes kaikki poiston yhteydessä.

Koulutus koettiin tarpeelliseksi. Koulutukseen osallistujat kokivat saaneensa koulutuksessa uutta tietoa kipsaamiseen ja muovikipsin käsittelemiseen materiaalina. Suurin osa myös koki saavansa koulutuksesta tarpeellista tietoa työturvallisuuden toteuttamiseen hoitotyössä.

5 PROJEKTIN ARVIOINTI

Sosiaali- ja terveydenhoitoalalla projektia arvioidaan usein tavoitteiden saavuttamisen, aikataulun, asiakastytyväisyyden ja työhyvinvoinnin näkökulmasta. (Nikkilä, Paasivaara & Suhonen 2008: 139-145). Arvioimme projektiamme juuri näistä näkökulmista.

Arvioimme, saavutettiinko projektille asetetut yksityiskohtaiset tavoitteet, toteutuiko suunniteltu aikataulu, mikä projektin toteutuksessa onnistui hyvin ja missä olisi ollut parantamisen varaa ja kuinka yhteistyö toimi projektityöryhmässä. Projektin arvioinnin yksi olennainen osa on myös pohtia, olisiko projektin jossakin vaiheessa voitu toimia toisella tavalla. (Lööv 2002: 107).

Otoksena 17 vastaajaa on pieni, mutta otoksena on käytetty koko yhdestä koulutuksesta saatava perusjoukko. Kyseessä oli siis näyte, kun rinnastetaan vastaajien määrä HYKS sairaaloiden sisällä työskenteleviin kipsaajiin. Voidaan siis varmasti sanoa, että näin asia on tässä joukossa. (Metsämuuronen 2009: 64). Jos kuitenkin otos rinnastetaan koko populaatioon, ollaan

ongelman edessä. (Metsämuuronen 2009:64). Tutkimustuloksia tarkastellessa tulee muistaa, että kyselylomake oli esitestaus.

5.1 Projektin prosessin arviointi

Systemaattinen työskentely ja projektityön muodon ja menetelmien noudattaminen ovat edellytyksiä onnistuneelle projektin toteuttamiselle. Oikeanlainen toimintatapa mahdollistaa voimavarojen tehokkaan keskittämisen tavoitteen hyväksi. (Rissanen 2002: 17). Projektin prosessia voidaan pitää onnistuneena siitä huolimatta, että aikataulu muuttui useasti projektin aikana ja vaikutti paljon työn muokkautumiseen.

Projekti käynnistyi ensimmäisellä projektikokouksella yhteistyöhenkilöiden kanssa Peijaksen sairaalassa syksyllä 2010. Yhteistyössä projektissa toimi Laurea-ammattikorkeakoulun yliopettaja Teija-Kaisa Aholaakko ja Peijaksen sairaalan kirurgian poliklinikan sairaanhoitaja Veikko Westersund. Projektikokouksessa laadittiin projektisuunnitelma ja tarkennettiin projektin tarkoitus ja tavoitteet.

Projektin tarkoituksena oli kehittää immobilisaatiopotilaan hoidon laatua ja yhdenmukaistaa immobilisaatiohoitomateriaalien käyttöä ja hoitokäytäntöjä. Yksityiskohtaiset tavoitteet olivat immobilisaatiokoulutuksen palautelomakkeen laatiminen HYKS:n operatiivisen tulosyksikön henkilökunnalle ja sen esitestaaminen.

Yhteistyö projektiryhmän kanssa toteutui projektitapaamisilla ja sähköpostilla. Projekti kaiken kaikkiaan eteni hitaasti ja kyselylomakkeen kysymyksiä tarkennettiin useaan otteeseen ennen kuin varsinainen kyselylomake oli valmis.

Projektin edetessä huomattiin, että projektin etenemisen olisi pitänyt olla paremmin aikataulutettu ja suunniteltu. Projektin tiedonkeruu olisi pitänyt toteuttaa alusta asti aktiivisesti. Näin projektin toteuttaminen olisi ollut alusta asti loogisempaa ja kyselylomakkeen rakentaminen helpompaa. Yhteistyö projektiryhmän välillä olisi voinut olla tiiviimpää esimerkiksi järjestämällä enemmän projektikokouksia.

Vaikka kyselylomakkeen vastausprosentti oli hyvä (100 %), tulee tuloksiin suhtautua näytteennä. Otanta oli erittäin pieni ja projektissa aikaansaatu kyselylomake oli pilottiversio, jota esitettiin koulutuksen jälkeen. Kyselyyn oli kuitenkin vastattu huolellisesti, joka lisäsi tulosten luotettavuutta.

5.2 Projektin tuotoksen arviointi

Kyselylomakkeita tulostettiin paperiversiona koulutukseen 20 kappaletta. Koulutukseen osallistui 17 kipsaajaa joista kaikki vastasivat kyselyyn koulutuksen päätteeksi. Tutkimuksen luotettavuutta tukee suuri vastausprosentti, mutta näyte on pieni pilottitutkimus.

Tutkimustulosten mukaan kipsaustilanteen valmistautumiseen ja kipsin muotoiluun kiinnitettiin eniten huomiota ja käytettiin eniten aikaa. Potilaan ikä, sosiaalinen asema ja aikaisemmat kokemukset nousivat tärkeimmiksi aiheiksi potilasta hoidettaessa. Potilaan ohjaukseen kipsaustilanteessa käytettiin aikaa ja potilasta ohjattiin raajan ja kipsin kunnon tarkkailuun.

Suosituksista poikkesivat potilaan suojaaminen kipsauksen aikana. Kipsaajan suojaautuminen ei myöskään vastannut suosituksia asiallisesta suojaamisesta. Ohjauksen antaminen jäi ensimmäisen viikon jälkeen vähäiseksi ja kuuden viikon kohdalla ei potilaalle annettu enää juuri minkäänlaista ohjausta.

Vastaajat kokivat immobilisaatiokoulutuksen tarpeellisena ja kokivat saaneensa siitä uutta tietoa omaan työskentelyyn ja työturvallisuuteen. Moni vastaajista sai myös uutta tietoa muovikipsistä materiaalina murtuman hoidossa.

Tulevaisuudessa tutkimuksen otantaa voisi suurentaa ja näin saataisiin luotettavampia tuloksia suositeltavien käytänteiden toteutumisesta. Tutkimustulosten perustella voitaisiin myös tutkia, sopivatko Peijaksen kirurgian poliklinikalle tehdyt suositeltavat käytänteet myös muualle.

5.3 Oman oppimisen arviointi ja ammatillinen kasvu

Ammattikorkeakoulujen tehtävänä on tukea yksilön ammatillista kasvua, antaa työelämään ja sen kehittämiin vaatimuksiin sekä tutkimukseen perustuvaa opetusta ammatillisiin asiantuntijatehtäviin (Ammattikorkeakoululaki 351/2003). Opinnäytetyö palvelee opiskelijan ammatillista kasvua, työelämää ja osaamisen kehittymistä. Opinnäytetyö on opiskelijan kokonaisvaltaisen kasvun prosessi ja se sisältää yleisten kompetenssien mukaista osaamisen kehittymistä. (Opinnäytetyöohje 2011:2).

Ammatilliseen kasvuun sisältyy kaikki ne toimet, jotka ylläpitävät ammatillista osaamista ja kehittävät sitä. Ammatillisen kasvun tavoitteena on parantaa suoritusta ja osaamista hankkimalla uutta tietoa, kehittämällä taitoja ja kehittämällä omaa arvostusta ulkopuolisten silmissä. (Hilden 2002: 33).

Opinnäytetyön tekeminen opetti meille työskentelykykyä projektissa ja yhteistyötaitoja moniammatillisessa yhteistyössä. Kehityimme myös itsenäisessä työskentelyssä, tiedonhankinnassa ja aineiston kriittisessä tarkastelussa. Projekti on kehittänyt itsearviointitaitojamme ja valmiuksiamme yhteistyöhän erilaisissa tilanteissa. Projektin kautta ymmärrämme hoitotyön laadun kehittämisen tarpeen ja haluamme olla osana sitä tulevina hoitotyön asiantuntijoina.

LÄHTEET

- Activa Healthcare. Cellacast Active. [WWW-dokumentti]
<http://www.activahealthcare.co.uk/products.php?q=Cellacast_Active> (viitattu 24.3.2011)
- Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013.
- Heikkilä T. 2005. Tilastollinen tutkimus. 5.-6. painos. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri. HYKS. [WWW-dokumentti]
<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2052,11786>> (viitattu 15.3.2011)
- Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri. Operatiivinen tulosyksikkö. [WWW-dokumentti]
<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2052,11786,14487,2053>> (viitattu 15.3.2011)
- Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri. Peijaksen sairaala. Kirurgian poliklinikka. [WWW-dokumentti] <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,967,2086,2369>> (viitattu 15.3.2011)
- Hilden, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Helsinki. Tammi.
- Hirvensalo, E., Pajarinen, J., Majola, A., Salo, J., Palonen, R. & Böstman, O. 2009. Potilasvahingot nilkkamurtumien diagnostiikassa ja hoidossa. Suomen ortopedia ja traumatologia.
- Kajari, P., Karjalainen, J. & Kiiveri L. 2008. Suositeltavat käytänteet muovikipsisaappaan tekemiseen nilkkamurtumapotilaalle Peijaksen sairaalan kirurgian poliklinikalla. Opinnäytetyö. Laurea Ammattikorkeakoulu. Tikkurila.
- Liljeblad, T-K. 2010 HYKS-sairaanhoidoalueen kirurgian toimialan ja Laurea ammattikorkeakoulun hoitotyön laadunkehittämishanke vuosille 2007-2012. Laurea Ammattikorkeakoulu. Tikkurila.
- Lipponen, K. 2004. Kirurgisen hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiudet. Pro gradu-tutkielma. Oulun Yliopisto.
- Lööw, M. 2002: Onnistunut projekti - Projektijohtamisen ja -suunnittelun käsikirja. Helsinki: WSOY.
- Mediq Suomi Oy. Perusterveydenhuollon tuoteluettelo. Kipsiside muovi. [WWW-dokumentti]
<<http://customer.canter.fi/mediq/perusterveydenhuolto2011/pdf/PTH2011ePaperOptimized.pdf>> (viitattu 24.3.2011)
- Metsämuuronen J. 2009: Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä 4. 1. painos. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Nikkilä J., Paasivaara L., & Suhonen M. 2008. Innostavat projektit. Silverpoint. Sipoo
- Olli Väisänen. 2010. Lehdistöiedote. Henkilöstön ammattitaito ja osaaminen. Keskeisiä teki-
jöitä Suomen potilasturvallisuuskulttuurin edistämässä. [www-dokumentti]
<<http://www.arcada.fi/sv/node/623>> (viitattu 4.10.2011)
- Opinnäytetyöohje. 2011. Laurea-ammattikorkeakoulu. Vantaa.
- Pelkonen, M & Perälä, M-L 1992: Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. Terveys- ja sairaanhoitajan kirjasto. Helsinki.

Perälä M-L, Toljamo M., Vallimies-Patomäki M., Pekonen M. 2008. Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö. Kansallisen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma (2004-2007) arviointi. [PDF-dokumentti] <<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R28-2008-VERKKO.pdf>> (viitattu 26.8.2011)

Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohtia. [PDF-dokumentti] <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=40880&name=DLFE-8799.pdf> (viitattu 25.5.2011)

Potilasturvallisuus. Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 19.12.2007 <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/hoitotyon_kehittaminen/potilasturvallisuus/> (viitattu 25.5.2011)

Potilasturvallisuus. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/potilasturvallisuus> (viitattu 26.4.2011)

Risikko P. 2010. Terveystieteiden lakien yhteinen sisältölahti perusterveydenhuollolle ja erikoissairaanhoitolle. [PDF-dokumentti] <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42730&name=DLFE-11730.pdf> (viitattu 18.9.2011)

Ritaranta Sipriina. 2010. Työterveyslaitos. Tasoitteet. [www-dokumentti] <http://www.ttl.fi/fi/toimialat/rakennus/turvapakki/vaaralliset_aineet/muut/tasoitteet/Sivut/default.aspx> (viitattu 3.10.2011)

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2009:3. [PDF-dokumentti] <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf> (viitattu 25.5.2011)

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma kaste 2008-2011. [PDF-dokumentti] <<http://pre20090115.stm.fi/hl1212563842632/passthru.pdf>> (viitattu 3.10.2011)

Suomen Ortopedia ry:n asettama työryhmä. 2004. Aikuispotilaan säärimurtuman hoito. Käypä hoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja ohjelmasuunnitelma 2004-2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18 [PDF-dokumentti] <<http://pre20090115.stm.fi/pr1074690827386/passthru.pdf>> (viitattu 26.8.2011)

Toivanen, J. 2001. Treatment of low-energy tibial shaft fractures (Pieni-energisien sääriluunmurtuman hoito). Tampereen Yliopisto.

Toivanen, J. 1998. Kipsihoidon soveltuvuus kierteisen ja viistojen säärimurtumien hoitoon. Suomen ortopedia ja traumatologia SOT.

Toljamo, M., Kaustinen, T. & Lepola, I. 1999. Näyttöön perustuva hoitotyö, haaste tämän päivän sairaanhoitajille?. Sairaanhoitaja 9/99. 6-8

Yhteiskuntatieteellinen tietovaranto. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Operationalisointi. 2008. [WWW-dokumentti] <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>> (viitattu 29.9.2011)

LIITE 1 SAATEKIRJE JA KYSELYKAAVAKE

ARVOISA HOITOTYÖN AMMATTILAINEN

Olet osallistunut HYKS:n Nilkkamurtumapotilaan immobilisaatiohoito - koulutukseen, jonka avulla on tarkoitus kehittää kipsausmateriaalien oikeaa ja turvallista käyttöä.

Toivomme sinun vastaavan tämän kyselylomakkeen kysymyksiin, jotta voisimme hyödyntää kokemuksiasi ja ammattitaitoasi koulutuksen edelleen kehittämässä. Vastauksesi käsitellään luottamuksellisesti ja nimettömänä ja näin ollen henkilöllisyytesi ei tule missään vaiheessa julki, eikä vastauksiasi yhdistetä muuhun palautteeseen.

Vastauksiasi käytetään sekä koulutuksen sisällöllisen että koulutuspalautelomakkeen edelleen kehittämässä. Laurea- ammattikorkeakoulun opiskelijoina meidän roolimme on koulutuspalautelomakkeen testaaminen ja kehittäminen. Koulutuksen sisällöllisestä kehittämisestä vastaa koulutuskoordinaattori Veikko Westersund.

Yhteistyöstä kiittäen,

Sairaanhoidon opiskelijat

Hanna Kuusisto, hanna.kuusisto@laurea.fi

Mira Luoma, mira.luoma@laurea.fi

Opinnäytetyön ohjaaja, Yliopettaja

Teija-Kaisa Aholaakko, teija-kaisa.aholaakko@laurea.fi

Hyvä kipsauskoulutukseen osallistunut hoitotyön ammattilainen. Toivomme, että osallistut kipsauskoulutuksen kehittämiseen vastaamalla tähän kyselyyn. Luethan kysymykset huolellisesti läpi ja vastaathan sen mukaan, mikä parhaiten kuvaa työskentelyäsi ja toimintatapaasi vastaushetkellä. Vastatessasi käytä ainoastaan yhtä (1) vaihtoehtoa, ellei toisin ohjata. Jokaiseen kysymykseen vastaaminen on tärkeää.

TAUSTATIETOJA

Vastaa kysymyksiin 1-5 valitsemalla yksi vaihtoehto

1. Olen työskennellyt immobilisaatiopotilaiden parissa:
 - a) 0-5 vuotta
 - b) 5-10 vuotta
 - c) 10-15 vuotta
 - d) 15-20 vuotta
 - e) Enemmän kuin 20 vuotta

2. Koulutukseltani olen:
 - a) Sairaanhoitaja
 - b) Lähihoitaja/Perushoitaja
 - c) Ensihoitaja
 - d) Lääkintävahtimestari
 - e) Jokin muu, mikä?

HOITOYMPÄRISTÖN VALMISTAMINEN, HOITAJAN VALMISTAUTUMINEN JA POTILAAN VALMISTELU JA SUOJAAMINEN

3. Muovikipsisaappaan tekoon tarvitaan ___ hoitajaa ja aikaa ___min

4. Toimin ennen kipsauksen aloittamista suunnitelmallisesti ja järjestelmällisesti
 - a) Aina
 - b) Usein
 - c) En osaa sanoa
 - d) Harvoin
 - e) En koskaan

5. Käyn potilaspaperit ja röntgenkuvat läpi huolellisesti ennen kipsausta.

- a) Aina
- b) Usein
- c) En osaa sanoa
- d) Harvoin
- e) En koskaan

Vastaa kysymyksiin 6 ja 7 rastittamalla vaihtoehdot, jotka kuvaavat työskentelyäsi parhaiten.

6. Kipsatessani muovikipsillä käytän itseni suojaamiseksi

- a) Suojahansikkaita
- b) Esiliinaa
- c) Suojamyssyä
- d) Maskia
- e) Jokin muu, mikä? _____

7. Kipsatessani muovikipsillä käytän potilaan suojaamiseksi

- a) Suojamuovia
- b) Kroonikkovaippaa
- c) Suojaliinoja
- d) Sermiä
- e) Jokin muu, mikä? _____

MUOVIKIPSISAAPPAAAN TEKEMINEN

Vastaa kysymykseen rastittamalla annetuista vaihtoehdoista sopivin.

8. Työyksikössäni on muovikipsin tekoon saatavilla seuraavat välineet ja varusteet

Kyllä Ei

- a) Suojaliina
- b) Suojamuovi
- c) Suojahansikkaat
- d) Suu-nenäsuoja
- e) Hengitys-suojain
- f) Kipsisakset
- g) Kohdepoistaja
- h) Kipsisaha

9. Käytän seuraavia välineitä ja varusteita potilaskohtaisesti

- a) Suojaliina
- a) Suojamuovi
- b) Suojahansikkaat
- c) Suu-nenäsuoja
- d) Hengitys-suojain
- e) Kipsisakset
- f) Kohdepoistaja
- g) Kipsisaha

10. Arvioin kipsatun jalan ihon kunnon ja turvotuksen määrän

- a) Katsomalla
- b) Tunnustelemalla
- c) Haastattelemalla potilasta
- d) Hajun perusteella
- e) Jokin muu, mikä? _____

11. Kipsatun jalan ihon kunto ja turvotuksen määrä on helppo arvioida

- a) Aina
- b) Usein
- c) En osaa sanoa
- d) Harvoin
- e) Ei koskaan

12. Puhdistan potilaan jalan ihon ennen kipsin laittoa

- a) Aina
- b) Usein
- c) En osaa sanoa
- d) Joskus
- e) En koskaan

13. Rasvaan/öljyän potilaan jalan ihon ennen kipsin laittoa

- a) Aina
- b) Usein
- c) En osaa sanoa
- d) Joskus
- e) En koskaan

Vastaa seuraaviin kysymyksiin valitsemalla mielestäsi sopivin vaihtoehto

14. Pehmustemateriaalien pääkäyttötarkoitus on ihon suojaaminen.

- a) Täysin samaa mieltä
- b) Jokseenkin samaa mieltä
- c) En osaa sanoa
- d) Jokseenkin samaa mieltä
- e) Täysin samaa mieltä

15. Saapaskipsissä 6-7 pehmustekerrosta voi aiheuttaa murtuman asennon huonontumisen

- a) Täysin samaa mieltä
- b) Jokseenkin samaa mieltä
- c) En osaa sanoa
- d) Jokseenkin eri mieltä
- e) Täysin eri mieltä

16. Vääränpituinen kipsi voi aiheuttaa

- a) Nivelien liikkumattomuutta
- b) Ihovaurioita
- c) Hermovaurioita
- d) Lihasjännitteitä
- e) Kuolion

17. Liian tiukalle kierretty kipsi voi aiheuttaa

- a) Verenkierronhäiriöitä
- b) Painehaavaumia
- c) Raajan halvaantumisen

18. Käytän aikaa kipsin muotoiluun jotta lopputulos olisi jalan anatomian mukainen

- a) Aina
- b) Usein
- c) En osaa sanoa
- d) Harvoin
- e) En koskaan

POLTILAAH OHJAAMINEN

19. Valitse alla olevista vaihtoehdoista se hoidon vaihe, jolloin ohjaat potilaalle

- | | Hoidon alku
0viikkoa | Kipsin vaihto
2viikkoa | Kipsin poisto
6viikkoa |
|---|-------------------------|---------------------------|---------------------------|
| a) Varauslupamenettelyn noudattaminen | | | |
| b) Hygieniasta huolehtiminen | | | |
| c) Kivun hoito | | | |
| d) Turvotusten seuranta, ehkäisy ja hoito | | | |
| e) Potilaan henkilökohtainen harjoitusohjelma | | | |
| f) Jatkohoito- ja yhteystiedot | | | |

Vastaa valitsemalla vaihtoehdot, jotka parhaiten kuvaa työskentelyäsi.

20. Ohjausta antaessani huomioin potilaan

- a) Mieliala
- b) Ikä
- c) Sukupuoli
- d) Sosiaalinen verkosto
- e) Asumisolosuhteet
- f) Koulutus
- g) Aikaisemmat kipsauskokemukset
- h) Avun saaminen jokapäiväisiin toimintoihin

21. Varmistaakseni ohjauksen perille menon rauhoitan ohjaustilanteen antaessani potilaalle ohjausta:

- a) Aina
- b) Usein
- c) En osaa sanoa
- d) Harvoin
- e) En koskaan

22. Ohjatessani potilasta kykenen antamaan potilaalle yksilöllistä hoitoa

- a) Aina
- b) Usein
- c) En osaa sanoa
- d) Harvoin
- e) En koskaan

MUOVIKIPSISAAPPAAAN ARVIOIMINEN

23. Kartoitan potilaan liikuntakyvyn ja mahdollisien apuvälineiden tarpeen yhdessä potilaan kanssa.

- a) Aina
- b) Usein
- c) En osaa sanoa
- d) Harvoin
- e) En koskaan

24. Saadakseni selville potilaan kokemuksen kipsistä haastattelen potilasta

- a) Aina
- b) Usein
- c) En osaa sanoa
- d) Harvoin
- e) En koskaan

25. Ohjaan potilasta tunnistamaan oireet, joissa kipsi on käynyt ahtaaksi turvottelun vuoksi

- a) Aina
- b) Usein
- c) En osaa sanoa
- d) Harvoin
- e) En koskaan

MUOVIKIPSIN POISTAMINEN

26. Poistaessani muovikipsin käytän itseni suojaamiseksi

- a) Suojahansikkaita
- b) Esiliinaa
- c) Suojamyssyä
- d) Maskia
- e) Kuulosuojaimia
- f) Suojalaseja
- g) Jokin muu, mikä? _____

27. Poistaessani muovikipsin käytän potilaan suojaamiseksi

- a) Suojamuovia
- b) Kroonikkovaippaa
- c) Suojaliinoja
- d) Sermiä
- e) Jokin muu, mikä? _____

28. Poistaessani muovikipsin käytän kipsipölynimuria

- a) Aina
- b) Usein
- c) En osaa sanoa
- d) Harvoin
- e) En koskaan

29. Poistaessani kipsin arvioin:

- a) Potilaan selviytymisen kipsin kanssa
- b) Kipsin eheyden
- c) Kipsin märkyyden / kuivuuden
- d) Kipsin anatomisen sijainnin
- e) Potilaan varausmenettelyn
- f) Potilaan liikkumiskyvyn
- g) Ihon ja haavojen kunnon
- h) Murtuma-alueen tuntemukset potilaan kävellessä ilman kipsiä
- i) Nilkan jäykkyyden
- j) Nilkan liikevajakuksen
- k) Mitä muuta? : _____

KIPSIKOULUTUKSEN ARVIOINTI

30. Pystyn työssäni hyödyntämään koulutuksessa saamiani tietoja

- a) Täysin samaa mieltä
- b) Jokseenkin samaa mieltä
- c) En osaa sanoa
- d) Jokseenkin eri mieltä
- e) Täysin eri mieltä

31. Sain uutta tietoa muovikipsin käytöstä immobilisaatiopotilaan hoidossa

- a) Täysin samaa mieltä
- b) Jokseenkin samaa mieltä
- c) En osaa sanoa
- d) Jokseenkin eri mieltä
- e) Täysin eri mieltä

32. Sain käytännönläheisiä ja toimivia ohjeita työturvallisuuden toteutumiseen

- a) Täysin samaa mieltä
- b) Jokseenkin samaa mieltä
- c) En osaa sanoa
- d) Jokseenkin eri mieltä
- e) Täysin eri mieltä

LIITE 2 TUTKIJANTAULUKKO OPINNÄYTETYÖN AIHEPIIRIN TUTKIMUKSISTA

| Tutkimusartikkeli: Kirjoittajat, julkaisu- vuosi, tutkimuksen ni- mi | Tutkimuksen aihe | Tutkimuksen pääpiirteet |
|--|---|--|
| <p>Jarmo A.K. Toivanen, 2001, Treatment of low-energy tibial shaft fractures (Pieni-energisien sääriluumurtuman hoito)</p> | <p>Tutkimuksessa on käsitelty sääriluumurtuman hoitoa. Se on kaikkein yleisin luumurtuma ja siihen liittyy eniten hoidoista ja diagnostiikasta johtuneita vahinkoja. Tämän takia on tutkimuksessa korostettu myös hoidon tärkeyttä.</p> <p>Tutkimuksessa esitellään myös vaihtoehtoisia tapoja hoitaa sääriluumurtumaa kuin pelkkä kipsaus. Tutkimus tällä siis hieman kyseenalaistaa kipsauksen tehokkuutta.</p> | <p>Ensimmäisenä tutkimuksessa esitellään lukijalle ihmisen alaraajan anatomia, tämä auttaa lukijaa hahmottamaan, kuinka tutkimuksessa käsiteltävät hoitokeinot auttavat sääriluuta luutumaan murtuman jälkeen.</p> <p>Kirjoittaja on tutkinut erilaisia tapoja hoitaa sääriluumurtumaa ja esittelee ne tutkimuksessa. Hän on tutkinut aihetta aina 1922 vuodesta lähtien.</p> <p>Tutkimuksessa käsitellään perinteisen kipsin lisäksi koko alaraajan peittävä kipsi, täysin tueton hoito jota Watson-Jones on tutkinut ja tullut tulokseen, että jos murtunut raaja on tarpeeksi kauan käyttämättömänä, se luutuu itsestään takaisin. Lisäksi tutkimuksessa käsitellään luun naulaushoitoa, joka on tutkimustulosten mukaan koettu erittäin hyväksi luun oikeinluutumisen kannalta. Tämä myös vähentää komplikaatioita. Tutkimuksissa on todettu, että luun naulaus yhdistettynä saapaskipsiin on tehokkain hoito sääriluumurtumalle. Luun naulaus yhdistettynä koko alaraajakipsiin oli tulosten mukaan kömpelö ja häiritsi huomattavasti päivittäistä elämänlaatua.</p> <p>Lisäksi tutkimuksessa käsitellään murtumasta koituvia komplikaatioita ja tulehduksia.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p>Eero Hirvensalo, Jarkko Pajarinen, Ari Majola, Jari Salo, Reima Palonen, Ole Böstman, 2009, Potilasvahingot nilkkamurtumien diagnostiikassa ja hoidossa</p> | <p>Potilasvahingot nilkkamurtumien diagnostiikassa ja hoidossa</p> | <p>Tutkimus käsittelee nilkkamurtumien diagnostiikasta ja hoidosta johtuvia potilasvahinkoja.</p> <p>Nilkan murtumavammojen kirjo on laaja ja nilkkamurtumien diagnostiikan yhteydessä on vammaan määrittämisen lisäksi päätettävä hoitolinja miten lähdetään murtunutta nilkkaa hoitamaan.</p> <p>Tämä on haastavaa ja siksi usein tapahtuu virheitä. Aineiston keruuna tekijät käyttivät potilasvakuutuskeskuksen asiakirjoja ja röntgenkuvia.</p> <p>Arvioinnin suorittivat 5 kokenutta ortopedia ja traumatologian erikoislääkäreitä. Aineistoa kerättiin 5 vuoden ajalta.</p> <p>Täydentävänä tietona käytettiin vielä potilasasiakirjoja. Tarkastelujakson aikana todettiin yhteensä 239 vahinkotapahtuma potilasta. Heidän keski-ikä oli 47,8 vuotta. Infektiopotilaiden keski-ikä oli keskiarvo ikää hieman korkeampi.</p> <p>Korvattaviksi vahingoiksi määritettyjen tapahtumia todettiin melkein saman verran, 237.</p> |
| <p>Suomen Ortopedia ry:n asettama työryhmä, 2004, Aikuispotilaan säärimurtuman hoito</p> | <p>Käypä hoito -suositus</p> | <p>Käypä hoito- suositukset:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riimattu salpaydinnalaus on dislokoituneiden säärimurtumien perushoitomenetelmä, jolla voidaan palauttaa nopeimmin potilaan toiminta- ja työkyky ja säästää kokonaiskustannuksia. - Konservatiivisesti hoidetaan ainoastaan dislokoitumattomat tai enintään lievästi dislokoituneet säärimurtumat. - Luutumishäiriöihin ja virheasentojen kehittymiseen täytyy puuttua varhain. - Oleellista on erottaa suurienergiat- |

| | | |
|---|---|--|
| | | <p>set vammat pienienergiaisista.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suurienergiaiset vammat tulee keskittää sairaaloihin, joissa on ortopedista ja plastiikkakirurgista kokemusta näiden vammojen hoidosta. - Keskeiset ongelmat syntyvät pehmytkudosvaurioista, ja vaikeiden avomurtumien hoidon viivästyminen lisää osteomyeliitin ja amputaation riskiä. - Ulkoista fiksaatiota tarvitaan pahoin kontaminoituneissa avomurtumissa sekä proksimaalisissa ja distaalisissa suurienergiaisissa vammoissa. - Levykiinnitys on käyttökelpoinen hoitomenetelmä hyvin proksimaalisissa tai distaalisissa pienienergiaisissa säärimurtumissa. - Myös tavalliseen säärimurtumaan liittyy aina vakavien komplikaatioiden kuten lihasaitiopaineoireyhtymän ja syvän laskimotukoksen riski. |
| <p>J. Toivanen, Suomen ortopedia ja traumatologia SOT, 1998, Kipsihoidon soveltuvuus kierteisen ja viistojen säärimurtumien hoitoon.</p> | | |
| <p>K. Lipponen, Oulun yliopisto LTK, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Pro gradu -tutkielma, 2004. Kirurgisen hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiudet.</p> | <p>Hoitohenkilökunnan tieto-, taito- ja asennevalmiuksia kirurgisen potilaan ohjauksessa.</p> | <p>Tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan tiedolliset taidot ovat riittäviä potilaan ohjaukseen. Riittämättömiä tiedot olivat potilaan lääkähoidon, kuntoutusvaihtoehtojen, toipumisen ja sosiaalietuuksien ohjauksessa. Ohjaus tapahtui pääasiassa sairaalassa suullisesti ja kirjallisesti.</p> |

LIITE 3 KOKOUSMUISTIO 1

KOKOUS

| | |
|--------------|--|
| Aika | 08.09.2010 klo 15.10 -16.09 |
| Paikka | Peijaksen Sairaala, Kir pkl |
| Osallistujat | Aholaakko, Teija-Kaisa, yliopettaja Laurea Tikkurila Veikko Westersund Kirpkl HUS/ Peijaksen Sairaala |
| Tiedoksi | Pirjo Nihtilä oh KIRPKL HUS/ Peijaksen Sairaala Tarja Särkioja, ORP HuS Peijaksen sairaala |

1. Keskusteltiin opinnäytetyöprojektin taustasta. Todettiin, että päivystyspoliklinikalla ja kirurgian poliklinikalla molemmissa kipsataan muovikipsillä. Päivystyspoliklinikalla kipsataan vielä myös perinteisellä kipsillä.
2. Koulutuskoordinaattori-Sh Veikko Westersund kuvasi kehittämistyön tarvetta. Hän kertoi, että HUSissa parhaillaan kehitetään immobilisaatiohoitoa. Hänen vastuualueenaan koulutuskoordinaattorina on yhdenmukaistaa immobilisaatiohoitomateriaalien käyttöä ja hoitokäytäntöjä. Parhaillaan suunnitellaan HYKsin operatiivisen tulosyksikön henkilökunnalle koulutusta, joka toteutetaan materiaalitoimittajien kanssa yhteistyössä (3M, Medic-Suomi OY ja Smith&Nephew Oy, joka on myynyt immobilisaatiohoidon BSN:lle).
3. Määriteltiin tämän opinnäytetyöprojektin **tarkoituksiksi** kehittää kirurgisen immobilisaatiopotilaan hoitotyön laatua. Yksityiskohtaisina tavoitteina on: Immobilisaatiokoulutuksen palautelomakkeen laatiminen ja testaaminen HYKsin operatiivisen tulosyksikön henkilökunnalle toteutettavaan koulutukseen. Palautelomakkeen teoreettisena perustana toimii Kajari, Kiiveri & Karjalainen ajantasaistetut suositukset. Sovittiin, että opiskelijat päivittävät teoriataustaa ja laativat vahvan menetelmällisen osuuden koulutuspalautteen keräämiseen sekä laativat ja esitestaavat koulutuspalautelomakkeen. Palautelomakkeen sisällöstä opiskelijat tekevät mindmapin, jota bench markataan koulutussisältöön (Kipsaus, käytettävyys, työsturvallisuus yms. Suositeltiin opiskelijoille suositusnäytöksi mm. Castren ym: Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle WSOY. Tutustuttuaan materiaaliin opiskelijat sopivat käynnin kirurgian poliklinikalle.
4. Projektiryhmä: Opiskelijat Hanna Kuusisto ja Mira Luoma, Sh Veikko Westersund, Aholaakko, Teija-Kaisa, yliopettaja Laurea Tikkurila.
5. Suunnitelmaseminaari on Peijaksessa 23.1. klo 14-15.

Teija-Kaisa Aholaakko
Muistion laatija

LIITE 4 KOULUTUKSEN VALMISTAUTUMISOHJE



HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI
HYKS, Operatiivinen tulosyksikkö

14.1.2011

Koulutukseen osallistujan valmistautumisohje

Nilkkamurtumapotilaan immobilisaatiohoito

Koulutusaika: Keskiviikko 16.2.2011 klo 08.15 - 16.00

Koulutuspaikka: Mediq Suomi Oy:n toimitilat, Luomanportti 3, 02200 Espoo

Koulutuksen aihe:

Nilkkamurtumapotilaan immobilisaatiohoito, saapaskipsi materiaalina muovi.

Tarkempi ohjelma on koulutuskutsussa.

Koulutus on tarkoitettu päivystysten ja kirurgian poliklinikoiden hoitajille, joiden tehtäväkuvaukseen kuuluu potilaan immobilisaatiohoito (kipsaus, lastoitus, sidonta). Koulutus soveltuu niin kipsausta opetteleville kuin harjaantuneillekin kipsareille. Aikaisempi kokemus muovikipsimateriaalista ei ole välttämätön.

Koulutukseen kuuluu olennaisena osana etukäteislukutehtävän suorittaminen. Kirjallisuuslähteet ja luettavan alueen määrittely lähetetään osallistujalle ennen koulutusta.

Harjoittelu tapahtuu 3 hengen ryhmissä. Jokainen toimii vuorollaan potilaana, kipsaajana ja nilkan asentojen pitäjänä. Käytännön osuudessa harjoitellaan saapaskipsin tekoa sekä poistoa sahalla.

Pukeutuminen: työvaatetus ja sisäkengät. Jokainen osallistuja ottaa työyksiköstä mukaansa henkilökohtaiset kipsisakset, kuulosuojaimet ja painantalevyn.

Koulutukseen sisältyvät kahvit ja lounas. Erikoisruokavaliot ilmoitetaan koulutuskoordinaattorille etukäteen sähköpostilla. Koulutus on maksuton.

Laurea-AMK:n sh-opiskelijat järjestävät osana opinnäytetyötään palautekyselyn koulutuspäivästä.

Ilmoittautuminen Ehrm-ohjelman kautta 8.2.2011 mennessä, jonka jälkeen koulutukseen hyväksytyille ilmoitetaan asiasta sähköpostilla.

Tervetuloa koulutukseen !

Veikko Westersund
sh, koulutuskoordinaattori
Kir.pkl, Peijaksen sairaala
veikko.westersund@hus.fi

Peijaksen sairaala
PL 900
00029 HUS

Käyntiosoite: Peijaksen sairaala
Sairaalakatu 1
01400 VANTAA

Puhelin/Tel. (09) 4711
Telekopio/Fax (09) 4716 7575

LIITE 5 KOULUTUSKUTSU



Koulutuskutsu

Koulutuksen aihe:

Niikkamurtumapotilaan immobilisaatiohoito, saapaskipsi materiaalina muovi

Kohderyhmä: Immobilisaatiohoitoa (kipsaus, lastoitus, sidonta) toteuttava hoitohenkilökunta päivystyksissä ja kirurgian poliklinikoilla.

Koulutus soveltuu niin vasta-alkajille kuin kokeneemmillekin kipsareille.

Koulutusaika: Keskiviikko 16.2.2011 klo 08.15 – 16.00

Koulutuspaikka: Mediq Suomi Oy:n toimitilat, Luomanportti 3, 02200 Espoo

Koulutukseen sisältyvät kahvit ja lounas. Koulutus on maksuton.

Lisätietoja: sh, koulutuskoordinaattori Veikko Westersund, veikko.westersund@hus.fi

Ilmoittautuminen 8.2.2011 mennessä, jonka jälkeen koulutukseen hyväksytyille ilmoitetaan asiasta sähköpostilla. Koulutukseen mahtuu 18 henkilöä.

Ohjelma

| | | |
|-------|--|---|
| 08:15 | Ilmoittautuminen ja kahvi | |
| 08:30 | Tervetuloa ! Päivän ohjelma | Mediq Suomi Oy:n edustaja Koulutuskoordinaattori Veikko Westersund, HYKS |
| 08:45 | Kipsausmateriaalien ominaisuudet Kipsausmateriaalien käyttöaiheet ja käytön vasta-aiheet Saapaskipsin materiaalivalinnan kriteerit | |
| | Potilaan ihon kunto Alaraajan turvottelutaipumus ja kudosaaurion aiheuttama turvotus Ihon ja haavojen hoito | |
| | Työergonomia kipsisalissa Työturvallisuuskäsitteitä Potilaan hyvinvointi ja suojaaminen toimenpiteen aikana | |
| | Ihon suojaaminen, pehmustustekniikat Kipsin halkaisu – miksi, milloin ja miten ? Kipsin istuvuuden säätö tarranauhoin | |
| | Saapaskipsin asemointi Muovimateriaalin määrä, tukirakenteet, tekninen toteutus Kipsisahan käytön lyhyt oppimäärä | |
| 11:00 | Lounas | |
| 11:30 | Saapaskipsin tekeminen, nilkan asentojen tukeminen | |
| 13:00 | Kahvitauko | |
| | Saapaskipsin poisto sahalla | |
| | Potilastietojen kirjaaminen | |
| | Potilaan kotihoito-ohjeet | |
| 15:45 | Yhteenveto päivästä, keskustelua | |
| 16:00 | Koulutuspäivä päättyy | |