

Iina Airaksinen, Milla Pietilä & Tiina Raasu

HOITOTOIMENPIDEOHJEITA TERVEYSASEMAN VASTAANOTTOTYÖHÖN

Opinnäytetyö
Hoitotyön sv


Joulukuu 2012




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences	Opinnäytetyön päivämäärä 13.11.2012
Tekijä(t) Airaksinen Iina, Pietilä Milla ja Raasu Tiina	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön sv
Nimeke Hoitotoimenpideohjeita terveysaseman vastaanottotyöhön	
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa hoitotoimenpideohjeet Joroisten terveysaseman vastaanoton hoitohenkilökunnan käyttöön. Tuotettujen hoitotoimenpideohjeiden tavoitteena on tukea ja ylläpitää Joroisten terveysaseman vastaanotolla työskentelevän hoitohenkilökunnan klinisiä taitoja. Pyrimme siihen, että hoitotoimenpideohjeista tulisi työelämälähtöisiä, laadukkaita, luotettavia, ajan tasalla olevia, selkeitä ja helposti saatavilla olevia.</p> <p>Sairaanhoitajan kliininen osaaminen kattaa ajan tasalla olevan hoitotieteellisen tiedon ja edellyttää näyttöön perustuvan tiedon osaamista. Kliiniseen osaamiseen kuuluu myös hoitotyön vaatiman anatomian ja fysiologian tunteminen, patofysiologia, farmakologia, ravitsemustiede, sekä yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden alan tieto.</p> <p>Opinnäytetyön lähtökohta oli Joroisten terveysaseman vastaanoton hoitohenkilökunnalle tehty kysely jonka perusteella tuotettavat hoitotoimenpideohjeet valikoituivat. Hoitotoimenpideohjeet tehtiin kiilaexcisiosta, luomen poistosta, poskiontelopunktiosta, nenäverenvuodon laapistamisesta sekä polven ja nilkan nivelsidevammojen ensihoidosta. Hoitotoimenpideohjeet tulivat hoitohenkilökunnan käyttöön sähköisessä muodossa ja osana hoitohenkilökunnan perehdytyskansiota. Hoitotoimenpideohjeet suunniteltiin ja tehtiin siten, että ne soveltuvat perushoitajien ja sairaanhoitajien käyttöön terveysaseman vastaanotolla.</p> <p>Pyysimme kirjallista palautetta Joroisten terveysaseman vastaanoton hoitohenkilökunnalta hoitotoimenpideohjeista ennen niiden viimeistelyä. Muokkasimme hoitotoimenpideohjeita hoitohenkilökunnan toivomallaan tavalla niin, että ne soveltuvat nimenomaan Joroisten terveysaseman vastaanoton käyttöön. Lopulliset hoitotoimenpideohjeet tulivat Joroisten terveysaseman käyttöön marraskuussa 2012.</p>	
Asiasanat (avainsanat) Kliiniset taidot, kliininen osaaminen, hoitotoimenpideohje, steriili pöytä, kiilaexcisio, luomen poisto, poskiontelopunktio, nenäverenvuodon laapistaminen, nivelsidevammojen ensihoito	
Sivumäärä 38	Kieli suomi
URN URN:NBN:fi:amk-2012121719774	
Huomautus (huomautukset liitteistä) Liitteet 2kpl	
Ohjaavan opettajan nimi -	Opinnäytetyön toimeksiantaja Salme Viljakainen, Joroisten terveysasema

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the master's thesis 13.11.2012
Author(s) Airaksinen Iina, Pietilä Milla & Raasu Tiina	Degreeprogramme and option Degree programme in nursing	
Name of the master's thesis Treatment Procedures for Healthcare Centers Reception		
Abstract <p>This thesis is an active and functional one. The aim of this thesis was to produce a guide about treatment procedures for the nursing personnel working at the reception of the Healthcare Center of Joroinen. The purpose of this procedure-guide was to support and uphold the clinical skills of the receptionists, while also improving the patient safety and the quality of the treatment. Our aim was to make an up-to-date, reliable and high quality guide that would be clear and easy to understand, as well as be based on real work-based situations.</p> <p>The clinical know-how of nurses covers by up-to-date clinical knowledge and requires one to understand evidence based information. Knowledge of anatomy and physiology, pathological physiology, pharmacology, nutrition science as well as social- and behavioral science are all clinical skills required in nursing.</p> <p>The starting-point for this thesis was an inquiry aimed at the nursing personnel working at the reception of healthcare centers. We chose the procedures we would address in the guide based on the inquiry. The chosen procedures were the following: surgical excision of the nail, mole removal, puncture of maxillary sinus, dealing with nosebleeds and first-aid for ligament injuries of knees and ankles. The procedure-guide was introduced to the staff as a computer document as well as a part of their familiarizing-folder.</p> <p>We asked the reception personnel of the Healthcare Center of Joroinen for written feedback about the treatment procedures before we added the finishing touches. We edited the procedures according to the feedback so that it would be tailored especially for the use of staff of Joroinen Healthcare Center. The final version of the treatment procedures was submitted for use in November 2012.</p>		
Subjectheadings, (keywords) clinical skills, clinical know-how, treatment procedure, sterile table, surgical excision of the nail, mole removal, pucture of maxillary sinus, dealing with nosebleeds, first-aid for ligament injuries		
Pages 38	Language Finnish	URN URN:NBN:fi:amk-2012121719774
Remarks, notes on appendices 2 appendices		
Tutor -	Master's thesis assigned by Salme Viljakainen	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	SAIRAAHOITAJAN KLIININEN OSAAMINEN.....	4
3	HOITOTOIMENPIDEOHJEITA VASTAANOTTOTYÖHÖN.....	8
3.1	Steriilin pöydän tekeminen	9
3.2	Kiilaexcisio	10
3.3	Luomen poisto	14
3.4	Poskiontelopunktio	18
3.5	Nenäverenvuodon laapistaminen.....	23
3.6	Nivelsidevammojen ensihoito	26
3.6.1	Polven nivelsidevammat ja niiden sitominen	27
3.6.2	Nilkan nivelsidevammat ja niiden sitominen.....	29
4	HOITOTOIMENPIDEOHJEIDEN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS.....	31
5	POHDINTA	36
	LIITTEET	
	1 Kyselylomake	
	2 Palautekysely	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tavoitteena on tukea hoitohenkilökunnan kliinisiä taitoja hoitotoimenpideohjeilla. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa hoitotoimenpideohjeet Joroisten terveysaseman vastaanoton hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyön teoriapohja muodostuu hoitajien kliinisestä osaamisesta sekä kliinisten taitojen tukemisesta ja ylläpitämisestä.

Kliiniseen osaamiseen sisältyy ajan tasalla oleva hoitotieteellinen tieto, hoitotyön vaatima anatomia ja fysiologia, patofysiologia, farmakologia sekä ravitsemustieteen ja yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden alan tieto. Kliininen osaaminen edellyttää näyttöön perustuvan tiedon osaamista. Tähän kuuluvat ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaidot, auttamismenetelmien hallitseminen sekä lääkehoidon osaaminen. (Opetusministeriö 2001.) Kliiniseen osaamiseen kuuluu myös eettinen toiminta ja terveyden edistäminen (Kassara ym. 2005, 46).

Sairaanhoitajien ammatillisesta ja kliinisestä osaamisesta on 2000-luvun aikana tehty monia tutkimuksia, jotka pääpiirteittäin tukevat toisiaan (ks. esim. Eskola & Paloposki 2001; Lahti 2008). Sairaanhoitajan työnkuvan jatkuva kehitys antaa kuitenkin syyn jatkuvalla ammatillisen osaamisen tutkimukselle. Sairaanhoitajan työn kehittymiseen vaikuttavat monet eri tekijät, kuten hoitotieteen, lääketieteen ja teknologian kehittyminen. Myös yhteiskunnallinen kehittyminen muuttaa sairaanhoitajan työnkuvaa. (Hildén 1999, 20.)

Opinnäytetyön idea tuli Joroisten terveysaseman vastaanoton hoitohenkilökunnalta. Joroisten terveysaseman vastaanotto toimii arkisin kello 8–16. Muina aikoina Joroisten kunnan asukkaat saavat päivystyspalveluja Varkauden ensiapuasemalta. Joroisten kunnan terveysasema on jaettu maantieteellisesti neljään eri alueeseen: pohjoiseen, itäiseen, eteläiseen ja läntiseen alueeseen. Kunnan väestö käyttää terveysaseman palveluja asuinpaikkansa mukaan. Jokaisella alueella on hoitotiimi, johon kuuluvat lääkäri, sairaanhoitaja ja perushoitaja. (Joroinen 2008.) Vastaanoton hoitohenkilökunnan kanssa käymämme keskustelun perusteella ilmeni tarvetta kirjallisille hoitotoimenpideohjeille, sillä yksilötyö, sijaishenkilöstön perehdyttäminen ja hoitajien kliinisten taitojen ylläpitäminen koettiin haasteelliseksi. Näitä haasteita pyrittiin helpottamaan hoitotoimenpideohjeilla.

Kävimme tapaamassa hoitohenkilökuntaa helmikuussa 2012 Joroisten terveysasemalla. Käynnillä kartoitimme alustavasti sitä, mihin eri hoitotoimenpideohjeisiin hoitohenkilökunnalla oli tarvetta. Saamamme tiedon perusteella laadimme kyselylomakkeen, jolla kerättiin palautetta siitä mistä hoitotoimenpiteistä hoitohenkilökunta halusi materiaalia työhönsä. Kyselyn perusteella hoitotoimenpideohjeet tehtiin kiilaexcisiosta, nenäverenvuodon laapistamisesta, poskiontelopunktiosta, luomenpoistosta ja nivelsidevammojen ensihoidosta. Kyselylomakkeella selvitettiin myös, missä muodossa vastaanoton hoitohenkilökunta halusi hoitotoimenpideohjeet. Vaihtoehtoisia muotoja olivat seinäjuliste, ohjelehti, osa perehdytyskansiota ja sähköinen muoto. Hoitohenkilökunta toivoi saavansa ohjeet Joroisten terveysasemalle osaksi perehdytyskansiota ja sähköiseen muotoon.

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet koostuvat opinnäytetyöhön liittyvistä tärkeistä termeistä. Näitä käsitteitä ovat hoitotoimenpide, hoito-ohje, kliininen osaaminen, vastaanottotoiminta ja hoitohenkilökunta. Vastaanottotoiminta tarkoittaa lääkäreiden, erikoissairaanhoitajien, sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja lähihoitajien vastaanottoja joko päivystyksenä ilman ajanvarausta tai ajanvarauksella. Vastaanottotoiminta toimii terveyskeskuksen palveluna. (Kokkinen & Maltari-Ventilä 2008, 228.) Hoitohenkilökunnalla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä Joroisten terveysaseman vastaanoton henkilöstöä, jotka ovat mukana potilaan vastaanottamisessa ja hoitamisessa. Hoitohenkilökuntaan kuuluu viisi sairaanhoitajaa, kaksi perushoitajaa ja neljä lääkäriä. (Viljakainen 2012.) Opinnäytetyön toimenpideohjeet on suunnattu sairaanhoitajien ja perushoitajien käyttöön.

Hoitotoimenpide määritellään olevan käytännössä tapahtuva toimenpide. Hoitotoimenpide tehdään silloin, kun potilaalle on tehty hoitotyön suunnitelma ja hänen ongelmansa on määritelty. Hoitotoimenpiteeseen kuuluvat itse toimenpiteen lisäksi ne ajatusprosessit, jotka tapahtuvat ennen toimenpidettä, sekä sen aikana ja jälkeen. Myös potilaan tilan seurantaan liittyvät tiedot ja toimenpiteellä saavutettujen tulosten arviointi ovat osa hoitotoimenpidettä. (Jamieson ym. 1994, 3.)

Tässä opinnäytetyössä hoitotoimenpideohjeilla tarkoitetaan kirjallisia ohjeita, jotka käsittelevät hoitotoimenpiteisiin tarvittavia välineitä ja niihin kuuluvia työvaiheita. Hoitotoimenpideohjeet on suunnattu hoitajien käyttöön ja ne sisältävät ohjeistuksen

siitä, mitä hoitajan kuuluu tietää ja tehdä ennen toimenpidettä, sen aikana ja sen jälkeen. Hoitotoimenpideohjeelle ei löydy kirjallisuudesta haun perusteella virallista määritelmää, mutta hoito-ohjeelle löytyy. Hoitotoimenpideohje-käsitettä kirjallisuudesta määrittellessämme selvisi, että hoito-ohje on ohjeistus, joka on tarkoitettu potilaille, joten käsite hoito-ohje ei vastaa opinnäytetyömme aihetta. (Ks. esim. Torkkola ym. 2002.) Potilaiden käyttöön suunnattuja hoito-ohjeita löysimme kirjallisuudesta runsaasti, mutta hoitohenkilökunnan käyttöön tarkoitettuja ohjeita löytyi vain niukasti. Haimme käsitettä toimenpideohje hakusanoilla toimenpideohje, toimenpideohjeistus, measu-reinstruction ja hoito-ohje.

Opinnäytetyössä käytettiin tiedon hankkimiseen Käypä hoito -suosituksia, oppikirjoja, tutkimuksia, luotettavia Internet-sivuja, kuten Terveyskirjastoa ja Terveysporttia. Lähdemateriaalin hakemiseen käytettiin Mikki-kirjastoverkkoa sekä Arto- ja Lindatietokantaa. Hakusanoina käytettiin luomen poistoa, melanoomaa, nivelsidevammaa, aseptiikkaa, steriiliä, steriiliä pöytää, maxpunktiota, poskiontelopunktiota, kiilaexcisiota, sisäänkasvanutta kynttä, kynsivallintulehdusta, fenolisaatiota, nenäverenvuotoa, laapistamista, hoitohenkilökuntaa, hoitotyöntekijää, hoito-ohjetta, toimenpidettä, toimenpideohjetta, hoitotoimenpidettä, vastaanottoa, vastaanottotoimintaa, hoitotyötä, hoitotiedettä ja klinistä osaamista.

Opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö ja sen tarkoituksena on tuottaa hoitotoimenpideohjeet Joroisten terveysaseman vastaanoton hoitohenkilökunnan käyttöön. Opinnäytetyön tavoitteena on tukea ja ylläpitää Joroisten terveysaseman vastaanotolla työskentelevän hoitohenkilökunnan klinisiä taitoja hoitotoimenpideohjeilla ja siten parantaa myös potilasturvallisuutta sekä hoidon laatua.

Hoitotoimenpideohjeista pyrittiin tekemään työelämälähtöisiä, jolloin ne vastaisivat parhaiten Joroisten terveysaseman vastaanoton tarpeita. Jotta ohjeista tulisi työelämälähtöisiä, teimme kyselyn, jolla selvitimme hoitohenkilökunnan tarpeita hoitotoimenpideohjeista. Pyrimme tekemään hoitotoimenpideohjeista laadukkaat, luotettavat, ajan tasalla olevat, selkeät ja helposti käsillä olevat. Hoitotoimenpideohjeiden tuottamisessa käytettiin hyväksi pääasiassa näyttöön perustuvaa tietoa, mutta myös kokemukseen perustuvaa näyttöä. Hoitotoimenpideohjeiden tulee olla helposti saatavilla ja ne pyrittiin tekemään helppolukuisiksi. Näin ne tulevat tukemaan hoitohenkilökunnan klini-

siä taitoja esimerkiksi tilanteissa, joissa hoitohenkilökunta tarvitsee ohjeistusta kiireellisesti.

2 SAIRAANHOITAJAN KLIININEN OSAAMINEN

Sairaanhoitaja on henkilö, joka on suorittanut sairaanhoitajan koulutuksen Suomessa ja jolle terveydenhuollon oikeusturvakeskus on myöntänyt oikeuden ammatin harjoittamiseen (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1999). Sairaanhoitaja on terveydenhuollon laillistettu ammattihenkilö, joka voi työskennellä niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa sekä kuntoutuksen, sosiaali- ja kehitysvammanhuollon alueilla niin yksityisellä, kunnallisella tai kolmannella sektorilla (Huusko & Myllylä 2003, 10–11). Sairaanhoitajan ammatissa toimiminen edellyttää henkilöltä hoitotyön tiedon ja tietoon perustuvien taitojen ymmärtämistä sekä soveltamista ja kykyä tehdä tieto-aidon perusteella päätöksiä. Hoitotyön tulee perustua hoitotieteseen ja sitä tukeviin muihin tieteenaloihin. (Nousiainen 1998, 46–48, 65.)

Sairaanhoitajan kliininen osaaminen kattaa ajan tasalla olevan hoitotieteellisen tiedon, hoitotyön vaatiman anatomian ja fysiologian, patofysiologian, farmakologian, ravitsemustieteen ja yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden alan tiedon. Kliininen osaaminen edellyttää näyttöön perustuvan tiedon osaamista ja tähän kuuluu ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaidot, auttamismenetelmien hallitseminen sekä lääkehoidon osaaminen. (Opetusministeriö 2001.) Eettisyys ja terveyden edistäminen kuuluvat kliiniseen osaamiseen muiden osaamisalueiden lisäksi. Kliininen osaaminen on osa potilaan ja hoitajan yhteistyösuhdetta (Kassara ym. 2005, 46.)

Sairaanhoitajan kliininen osaaminen perustuu näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Näyttöön perustuva hoitotyö on jaettu kolmeen osa-alueeseen, joita ovat tieteellisesti havaittu tutkimusnäyttö, hyväksi havaittu toimintanäyttö sekä kokemukseen perustuva näyttö. Tieteellisessä tutkimusnäytössä tieto on saavutettu tutkimuksen avulla tieteellisin kriteerein. On siis tutkittu, kuinka tietty toiminta vaikuttaa hoidettavan potilaan terveyteen ja elämän laatuun. Tutkimusnäyttö on tutkijoiden tuottamaa ja se on asetettu laaja-alaisesti yhteiskunnan käyttöön. Tieteellisesti havaittu tutkittu tieto kuvaa määrälliset ja laadulliset tutkimukset ymmärrettävään muotoon. (Ahonen ym. 2012, 16–17.) Näyttöön perustuvalla toiminnalla varmistetaan, että toimintatavat ovat turval-

lisiä ja että ne perustuvat ajantasaisimpaan tietoon (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a).

Kokemukseen perustuva näyttö perustuu terveydenalan ammattilaisten käytännön kokemuksiin, jotka on havaittu hyväksi. Kokemukset koostuvat useista hoitotilanteista, joiden nojalla on pystytty huomaamaan, kuinka tietyissä tilanteissa tulee toimia ja minkälainen toiminta aiheuttaa parhaan mahdollisen tuloksen. Näiden kokemusten vaikuttavuutta ei kuitenkaan ole pystytty selkeästi erittelemään, eikä sitä ole välttämättä pystytty kyseenalaistamaan tietyillä kriteereillä. Kokemukseen perustuva näyttö on myös potilaan kokemus siitä, millainen hoito on vaikuttavaa ja vastaa juuri hänen tarvettaan. (Ahonen ym. 2012, 17.)

Asiantuntijuus on osa sairaanhoitajan kliinistä osaamista. Sairaanhoitajan työ luokitellaan asiantuntijatyöksi, vaikka sairaanhoitajan ammattia ei yleisesti mielletä suoraan asiantuntija-ammattiksi kuten lääkärin ammattia. Sairaanhoitajan asiantuntijuutta ei ole myöskään käsitelty paljon hoitotieteen ja hoitotyön kirjallisuudessa. Sairaanhoitajan asiantuntijuuden tarkastelu onkin tähän mennessä painottunut siihen millaista niin kutsutun asiantuntijasairaanhoitajan työ on ja minkälaisia ominaisuuksia siihen kuuluu. (Korhonen & Mäkipää 2011, 12–13, 20–22.)

Asiantuntijuus määritellään tietämyksenä ratkaista ongelmia, jonka luonteeseen kuuluu jatkuva muuttuminen, prosessiluontoisuus ja dynaamisuus, minkä vuoksi sairaanhoitajan pätevyys vaatii jatkuvaa päivittämistä. Asiantuntijalta odotetaan kykyä löytää oikeaa sovellettavissa olevaa tietoa ja kirjallista sekä suullista taitoa. Sairaanhoitajan asiantuntijuuden perustana on tieto siitä, mitä ja minkälaista tietoa tarvitaan yksittäisen henkilön, perheen tai väestön terveyden lisäämiseksi yhtä paljon kuin tieto hoitotyön menetelmistä ja toiminnoista sekä niiden vaikutuksista potilaan terveyteen ja hyvinvointiin. Sairaanhoitajan asiantuntijuus edellyttää hyvää hoito- ja lääketieteen, farmakologian, yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden sekä muiden terveydentieteiden hyvää tuntemusta siten, että hän kykenee soveltamaan näitä tietoja käytännön tilanteisiin. Sairaanhoitajan erityisammattillisiin valmiuksiin kuuluvat hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi sekä tutkittuun tietoon perustuva hoitotyö. Myös tieto sairauksista, niiden ennaltaehkäisystä ja hoidosta kuuluvat sairaanhoitajan asiantuntija-alueeseen. (Korhonen & Mäkipää 2011, 12–13, 20–22.)

Käsitettä ammatillinen osaaminen on käytetty runsaasti kliinisen osaamisen ja hoitotyön tutkimuksissa, vaikka varsinaista määritelmää käsitteelle ei vielä ole (ks. esim. Lahti 2008). Tähän vaikuttaa se, että vastaava englanninkielinen käännös käsitteestä puuttuu, vaikka ”professional competence”-käsitettä on yleisesti käytetty englanninkielisenä vastineen ammatilliselle osaamiselle (ks. Tuomi 2008). Ammatillista osaamista pidetään kuitenkin teorian ja käytännön luomana kokonaisuutena. Käytännössä se ilmenee toiminnan etenemisenä sujuvasti. Se on työntekijän kykyä tehdä itsenäisiä ratkaisuja, sekä taitoa kehittää omaa ja työyhteisönsä toimintaa. Se on myös työntekijän kykyä oppia uutta sekä soveltaa sitä ja luoda uutta tietoa. Lisäksi se on kykyä suhtautua kriittisesti uuteen tietoon, sekä työntekijän kykyä arvioida omaa. (Nousiainen 1998, 17.)

Ammatillinen osaaminen vaatii niin teoreettista kuin kokemusperäistäkin tietoa ja sairaanhoitajan toiminnan tulee olla näillä perusteltua. Sairaanhoitajan osaaminen tulee määritellä suhteessa hänen työnkuvaansa ja työpaikkaansa. Tällöin sairaanhoitaja käyttää tarkoituksenmukaisesti osaamistaan. (Huusko & Myllylä 2003, 15.) Ammatillinen osaaminen ammattitaitona on yksilön henkilökohtaisista, subjektiivisista tiedoista, taidoista, sekä yksilön ominaisuuksista muodostuva kyky ja toimintavalmius. Ammattitaito tarkoittaa koulutuksella, sekä kokemuksella hankittua osaamista ja valmiutta toimia tietyssä ammatissa. Ammattitaito kokonaisuutena on kuitenkin laaja käsite, sillä jokainen taito vaatii tietoa ja ymmärrystä. Se kehittyy jatkuvasti yksilön yhdistäessä ammattiin kuuluvat tiedot ja taidot tarkoituksen mukaiseksi kokonaisuudeksi. Lisäksi se on kyky kehittää työprosessia. Ammatilliset taidot voidaan jakaa välinetaitoihin, fyysisiin taitoihin, harkinta- ja päätöksentekotaitoihin, vuorovaikutus- sekä ihmissuhdetaitoihin. Välinetaidoilla tarkoitetaan teknisiä, matemaattisia ja kielellisiä taitoja. Fyysisillä taidoilla tarkoitetaan luovia käden taitoja ja muita fyysisiä taitoja. Harkinta- ja päätöksentekotaitoihin kuuluu organisointi- ja ongelmanratkaisutaidot. Ammattitaitoon liittyy oleellisesti myös autonomia, joka tarkoittaa tässä yhteydessä yksilön vapautta kontrolloida työtään, sen sisältöä, tekotapaa ja nopeutta. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että yksilö pystyy suoriutumaan työtehtävistään itsenäisesti. (Eskola & Paloposki 2001, 15.) Keskeistä onkin taito tehdä oikein oikeita asioita (Huusko & Myllylä 2003, 15).

Sairaanhoitajan kliiniseen osaamiseen, ammatilliseen kasvuun ja osaamiseen kuuluu ammatillinen pätevyys, eli kompetenssi. Kompetenssi tarkoittaa kyvykkyyttä ja päte-

vyyttä. Ihmisen tulee tunnistaa itsessään se, mitä jo osaa ja mitä ei. Kompetenssiin vaikuttavat taidot, tiedot, kokemus, ihmissuhteet, arvot ja asenteet. Sairaanhoidajan kliinisiin taitoihin liittyen sairaanhoidajan ydinosaamista ovat mm. lääkehoidon toteuttamisen osaaminen, ensihoidon hallinta, kotiuttamisen suunnittelemiseen liittyvä osaaminen, ohjaustaidot ja välineiden oikeanlainen käyttö. Erikoispatvevyyteen kuuluvat ne tiedot ja taidot, jotka sairaanhoidajan kuuluu osata hoitaessaan määrättyjä potilasryhmiä. Nämä erikoispatvevyydet ovat työpistekohtaisia. Yleispatvevyys kuvaa sairaanhoidajan kykyä yhdistää ydinpatvevyys ja erikoispatvevyys potilaan yksilöllistä hoitoa suunnitellessa. (Hildén 2002, 33–36.)

Epäpatvevyys eli inkompetenssi tarkoittaa sitä, että henkilö ei osaa jotain tiettyä tehtävää, jolloin hän ei täytä työn vaatimuksia. Hoitotyöntekijän ammatillista epäpatvevyyttä voidaan kuvata siten, että hän ei tunne tai hallitse alansa uusinta tietoa, eikä hän pysty seuraamaan alansa uusinta kirjallisuutta. Hänen työsuorituksensa ei ole kilpailukykyinen, eikä tunne työhönsä liittyvää välineistöä. Hän ei myöskään kykene soveltamaan omia ideoita ja ajatuksiaan asiantuntemusalueellaan, eikä kykene noudattamaan kollegoidensa ohjeita ja neuvoja tai osallistumaan päätöksentekoon työssään. Suomalaisessa kulttuurissa vasta-alkajan roolia pidetään usein häpeällisenä, jonka vuoksi ihmiset häpeävät omaa osaamattomuuttaan. Tärkeää olisi oppia, ettei ole häpeä myöntää, ettei tiedä tai osaa jotakin tiettyä asiaa, vaan aina voi oppia. (Hildén 2002, 36–38.)

Työyhteisöt odottavat sairaanhoidajien mielestä kliinistä osaamista osana laaja-alaista ja yleistä tietopohjaa sekä vankkaa tietopohjaa erikoisaloittain. Sairaanhoidajien odotetaan arvostavan omaa ammattiaan ja työtänsä. Heiltä odotetaan myös taitoa itsenäiseen ongelmanratkaisuun ja työskentelyyn. Sairaanhoidajilta vaaditaan myös kontaktienottokykyä ja hyviä asiakaspalvelutaitoja. Myös monipuolinen kokemus ja kyky suunnitelmalliseen hoitamiseen ovat toivottavia ominaisuuksia. Työyhteisöt toivovat lisäksi arviointi- ja kehittämiskykyä sekä kykyä muutosten hallintaan. Sairaanhoidajalta odotetaan ennen kaikkea uusimman tiedon hallintaa omalla alallaan. Osastonhoitajat odottavat sairaanhoidajilta muutosvalmiutta, sitoutumista työhönsä ja vastuunottoa. Mikäli sairaanhoidajalla ei ole halua tai valmiuksia työyhteisössä tapahtuviin muutoksiin, se estää sairaanhoidajan tuloksellisen työn ja hän voi rutinoitua työtehtäviinsä. Muutokset terveydenhuollossa ovat edellyttäneet sairaanhoidajilta itsenäisempää työskentelytapaa. Työyhteisöt odottavatkin sairaanhoidajan selviytyvän itsenäisesti erilai-

sista toimenpiteistä ja työtehtävistä. (Hildén 1999, 97, 101–102.) Erikoistietojen hallinta ei riitä, sillä sairaanhoitajan tulee seurata oman alansa kehitystä ja uusinta tietoa, sekä hyödyntää sitä kokeilemalla ja kehittämällä uutta (Hildén 2002, 55). Kirjallisuuden uskotaan olevan sairaanhoitajien käytetyimpiä menetelmiä oman ammatillisen pätevyytensä ylläpidossa (Hildén 1999, 59).

Eskola ja Paloposki (2001) tutkivat ammattikorkeakouluista valmistuneiden sairaanhoitajien arvioita omasta kliinisestä osaamisestaan. Heidän tutkimuksensa mukaan sairaanhoitajat hallitsivat teoreettisen tiedon jossain määrin. Sairanhoitajien arviot omasta teoreettisesta osaamisestaan hajaantuivat huonosti hallituista erittäin hyvin teoreettisiin tietoihin. Vastavalmistuneet sairaanhoitajat hallitsivat hyvin tiedonhankintataidot, mutta tutkimuksessa ilmeni teoreettisen tiedon käyttämisen ja soveltamisen vaihtelevan huonosta erittäin hyvään. Hoitajilla oli keskimääräistä paremmat tiedot aseptiikasta sekä anatomiasta ja fysiologiasta. Kliinisen osaamisen taidoissa oli selkeästi erittäin hyvin sekä huonosti hallittuja osa-alueita. Sairanhoitajat arvioivat osaavansa potilaan hygieniasta huolehtimisen joko hyvin tai parhaiten. Myös injektioiden antamisen sairaanhoitajat kokivat hallitsevansa hyvin. Laboratorionäytteiden ottamisen potilaalta kokivat hoitajat hallitsevansa heikosti tai vain jossain määrin. Vaikka kliiniseen osaamiseen kuuluu myös hoitotyössä tarvittavien teknisten laitteiden käyttö ja hallinta, kokivat sairaanhoitajat kaikista osa-alueista hallitsevansa teknisten laitteiden käytön heikoiten. (Eskola & Palokoski 2001, 49, 94.)

3 HOITOTOIMENPIDE OHJEITA VASTAANOTTOTYÖHÖN

Hoitotoimenpide on käytännössä tapahtuva toimenpide. Hoitotoimenpiteen tekeminen edellyttää potilaalle tehtyä hoitosuunnitelmaa ja potilaan ongelman määrittämistä. Myös potilaan tilan seurantaan liittyvät tiedot ja toimenpiteellä saavutettujen tulosten arviointi ovat osa hoitotoimenpidettä. (Jamieson ym. 1994, 3.) Tässä opinnäytetyössä hoitotoimenpideohjeilla tarkoitetaan kirjallisia ohjeita, jotka käsittelevät hoitotoimenpiteisiin tarvittavia välineitä ja niihin kuuluvia työvaiheita. Hoitotoimenpideohjeet on suunnattu hoitajien käyttöön ja ne sisältävät ohjeistuksen siitä, mitä hoitajan kuuluu tietää ja tehdä ennen toimenpidettä, sen aikana ja sen jälkeen.

Hoitotoimenpideohjeet ovat kliinisten taitojen tukemisen ja ylläpitämisen lisäksi osa opinnäytetyön teoreettista viitekehystä. Joroisten terveysaseman vastaanoton henkilö-

kunnalle tehdyn kyselyn perusteella hoitotoimenpideohjeet tehtiin kiilaexcisiosta, luomen poistosta, poskiontelopunktiosta, nenäverenvuodon laapistamisesta sekä polven ja nilkan nivelsidevammojen ensihoidosta. Koska kiilaexcisiossa ja luomen poistossa aseptiikan toteutuminen edellyttää steriilin pöydän valmistamista, opinnäytetyössä käsitellään myös steriilin pöydän tekemistä. Kyselylomakkeessa steriilin pöydän valmistaminen oli yksi toimenpidevaihtoehdoista. Steriilin pöydän tekemisen ohjeistus ei kuitenkaan valikoitunut tehtäväksi hoitotoimenpideohjeeksi, joten steriilin pöydän valmistaminen on käsitelty vain opinnäytetyön teoreettisessa osuudessa. Joroisten terveysasemalla yleisimmät nivelsidevammat ovat polven ja nilkan nivelsidevammat (Huupponen 2012). Tämän vuoksi teimme hoitotoimenpideohjeet vain polven ja nilkan nivelsidevammojen hoidosta. Hoitotoimenpideohjeissa ohjaamme käyttämään sidoksia, joita Joroisten terveysasemalla on saatavilla.

3.1 Steriilin pöydän tekeminen

Steriili tarkoittaa materiaalia, joka on steriloitu. Sterilointi tarkoittaa esimerkiksi hoitovälineiden puhdistamista koneellisesti siten, että mikrobit ja niiden itiöt tuhoutuvat. Steriloinnin tarkoituksena on siis tappaa kaikki elollinen elottomasta. (Iivanainen & Syväoja 2008, 214, 216.) Steriilit hoitovälineet ja hoitotuotteet ovat tärkeitä hoitotyössä, sillä niiden käytöllä voidaan estää mikrobien leviämistä potilaisiin (Iivanainen & Syväoja 2008, 216).

Steriili pöytä tehdään toimenpiteitä varten, joissa käytetään steriilejä välineitä. Pöytä tulee tehdä välittömästi ennen toimenpidettä. Jos pöytä tehdään esimerkiksi tunti ennen toimenpidettä, on vaarana että steriili pöytä ja sen sisältämät välineet kontaminoituvat. Kädet tulee pestä ennen steriilin pöydän valmistamista, jotta pystytään ehkäisemään kontaminaatiota. (Iivanainen & Syväoja 2008, 214.)

Steriiliksi pöydäksi valittu erillinen toimenpidepöytä puhdistetaan denaturoidulla alkoholilla ennen steriilin liinan asettamista pöydälle. Steriilit pakkaukset tulee tarkastaa ennen käyttöön ottamista. Pakkauksen tulee olla ehjä ja sen saumat oltava tiiviisti kiinni toisissaan. Tärkeää on myös tarkastaa tuotteen sterilointipäivämäärä sekä viimeinen käyttöpäivämäärä. (Iivanainen & Syväoja 2008, 212, 216.) Pakkaukset eivät saa hankautua, kastua, eikä niitä saa käsitellä toistuvasti (Karhunmäki ym. 2010, 548–549). Pakkauksen tarkistamisen jälkeen hoitaja avaa kyseisen peel-pakkauksen ottaen

yläreunat peukalon ja nyrkkiin painettujen sormien väliin. Pakkaus aukaistaan tasaisesti, jottei se repeä ja liina ei kontaminoidu. Jos kontaminoituminen tapahtuu, tulee väline vaihtaa välittömästi uuteen, vaikka kyse olisi pienestäkin välineestä, kuten neulasta. Hoitaja voi ottaa kiinni suojaliinan nurkista puhdistetuilla ja desinfioiduilla käsillä. On kuitenkin varottava ettei hoitaja koske muualle kuin nurkkiin. Liina levitetään pöydälle hoitajasta katsottuna vastakkaiselta pöydän ulkosyrjältä itseensä päin. Hoitaja avaa varovasti steriilien välineiden pakkaukset ja siirtää välineet steriilille pöydälle joko steriileillä jyväpihdeillä tai pudottaa välineet pakkauksesta siten, etteivät välineet tai liina kontaminoidu. Välineiden pakkauksen ulkopuoli ei saa koskettaa steriiliä pöytää. Välineet järjestetään jyväpihdeillä niiden käyttöjärjestyksen mukaan. Kun käsitellään steriilejä välineitä käsillä, laitetaan käsiin steriilit suojakäsineet. Jos pöytää ei käytetä välittömästi, tulee pöydän päälle asettaa steriili liina siten, että liinan suunta on itsestä pois päin. (Iivanainen & Syväoja 2008, 212–214.)

3.2 Kiilaexcisio

Kiilaexcisiolla tarkoitetaan sisäänkasvaneen kynnen reunan ja sen viereisen kynsivallin poistamista, sekä kynnen juuren fenolisoimista poistetun kynnenosan alueelta (Pättiälä ym.1982, 22). Sisäänkasvanut kynsi tarkoittaa sitä, että kynnen reuna painautuu kasvaessaan kiinni varpaan kynsivalliin. Vaiva on yleisin isovarpaissa. Huonon jalkahygienian seurauksena lika voi kerääntyä kynsiuurteeseen ja hangatessaan rikkoa ihon ja aiheuttaa kynsivallin tulehduksen sekä muita infektioita. (Liukkonen ym. 2010, 33, 243.)

Jalkojen oikeanlaisella itsehoidolla voidaan ehkäistä jalkavaivoja jo ennen niiden ilmaantumista. Itsehoidolla voidaan myös ehkäistä vaivojen pitkittymistä ja leikkaushoidon tarvetta. Jalkojen ja näin ollen myös jalkojen kynsien itsehoito sisältää jalkahygienian, jalkojen ihon hoidon, sopivien kenkien ja sukkien käytön, sekä varpaan-kynsien oikeanlaisen leikkaamisen. Puutteellinen jalkojen hoito voi aiheuttaa kynnen paksuuntumisen, haurastumisen sekä kynnen kasvamisen ihon sisälle. (Liukkonen ym. 2010,25, 27–28.)

Potilaan subjektiivisten tuntemusten ja tulehdusoireiden perusteella voidaan sisäänkasvaneen kynnen aiheuttamat oireet luokitella kolmeen asteeseen. Ensimmäisen asteen sisäänkasvanut kynsi on kipeä ja kynsivalli on turvonnut sekä punoittava. Kynsi

on tiukasti kynsiuurteessa, josta sitä on vaikea erottaa. Kynttä painettaessa potilas tuntee pistävää tunnetta. Toisen asteen sisäänkasvaneessa kynnessä on ensimmäistä astetta voimakkaammat tulehdusoireet. Kynsilevy on rikkonut kynsiuurteen. Tulehdusoireiden lisäksi voi esiintyä kynsilevyn rikkoman kudoksen liikakasvua. Kolmannen asteen sisäänkasvanut kynsi märkii ja on selkeästi infektoitunut, eli se on ehtinyt edetä kynsivallintulehdukseksi. (Liukkonen & Saarikoski 2004, 338–339.) Kynsivallin tulehtumisen oireita ovat runsas varpaan ja kynsivallin punoitus ja turvotus (Liukkonen ym. 2010, 243). Kynsivallintulehdus voi oireilla akuuttina eli punoittavana turvotuksena tai kroonisena tulehduksena, jolloin kynsinauha voi puuttua kokonaan ja kynsivalli punoittaa ja hilseilee. Tavallisimmin akuutin tulehduksen aiheuttaa haavauma tai kynnen kasvaminen kynsivallin sisään. Krooniselle kynsivallintulehdukselle altistaa kosteus. (Käypä hoito -suositus 2010a.)

Sisäänkasvaneen kynnen konservatiivisten hoitojen osoittauduttua tehottomiksi on aiheellista ohjata potilas lääkärin vastaanotolle kynnen kirurgisen hoidon arvioon. Lääkäri tekee päätöksen kynnen kirurgisesta hoidosta yhdessä potilaan kanssa. (Liukkonen & Saarikoski 2004, 347.) Kirurginen hoito voidaan toteuttaa antibioottikuurin aikana tai tulehduksen ollessa rauhallisessa vaiheessa ilman antibioottisuoja (Käypä hoito -suositus 2010a). Sisäänkasvaneen kynnen kirurginen hoito tarkoittaa kynsilevyn kaventamista kirurgisesti eli kiilaexcisiota, kynnen poistoa, kynsiaiheen tuhoamista tai kynttä ympäröivän pehmytkudoksen pienentämistä (Liukkonen & Saarikoski 2004, 340). Kiilaexcisiolla tarkoitetaan kynnen reunan ja sen viereisen kynsivallin poistamista, sekä kynnen juuren fenolisoimista poistetun kynnenosan alueelta (Pätiälä ym.1982, 22). Samalla tuhotaan kavennetun kynnen kynsiaihe, jolloin kynsi kasvaa kapeampana kuin aiemmin. Jos kynnen sisäänkasvaminen on kynnen molemminpuolinen ongelma, voidaan kynsi kaventaa toispuoleisesti tai molemmilta puolilta. (Liukkonen & Saarikoski 2004, 347.)

Sisäänkasvaneen kynnen kirurginen hoito on aina invasiivinen steriili toimenpide, vaikka sen toteuttaminen ei vaadi leikkaussaliolosuhteita. Varpaan ja jalan kärjen iho tulee aina desinfioida ennen toimenpidettä ja toimenpiteessä tulee käyttää steriilejä instrumentteja ja steriilejä suojavaatteita. (Burrow ym. 2002, 550.) Toimenpiteessä avustava hoitaja varaa toimenpiteessä tarvittavan perusvälineistön valmiiksi ennen toimenpidettä. Kiilaexcisiota varten tarvittava perusvälineistö sisältää puudutusvälineet, reikäliinan, käsineet, pihdit, leikkausveitsen, suorat teräväkärkiset saksit, kirur-

giset atulat, pienen teräväkärkisen kauhan, neulankuljettimen, neulallisen langan ja haavasidekset. (Pätiälä ym. 1982, 22.) Kynnen kirurginen hoito tehdään lääkärin toteuttamassa johtopuudutuksessa 1-prosenttisella lidokaiinilla ilman adrenaliinia. Lääkäri pistää puuduteaineen molemmiin puoliin varpaan tyveä. Johtopuudutuksen lisäksi toimenpiteessä voidaan käyttää myös verityhjiötä, joka saadaan aikaan varpaan tyveen asetettavalla venttiilikumilla. Verityhjiö vähentää verenvuoto toimenpiteen aikana, joka helpottaa haavan kanssa työskentelyä. (Harjula ym. 1989, 81.) Verityhjiö luodaan varpaaseen johtopuudutuksen jälkeen ennen tämän pesemistä ja lopetetaan ennen haavan ompelua (Pätiälä ym. 1982, 22).

Ennen ihon desinfektiota hoitaja suojaa desinfektioaluetta ympäröivän alueen kastumiselta puuvanulla tai suojamuoveilla. Desinfektioainetta ei saa päästä valumaan potilaan alle. Potilas on voinut toimenpidettä edeltävänä iltana tai toimenpideaamuna pestä toimenpidealueen. Ihon desinfektiota varten hoitaja kerää kaikki ihodesinfektiossa tarvittavat välineet valmiiksi desinfioidulle hoitopöydälle. Ihon desinfektiota varten käytetään etanolipohjaista väritöntä desinfektioainetta. Hoitaja avaa tehdaspuhtaan pesupakkauksen ja kaataa pesusykeröiden päälle desinfiointiainetta aseptisten periaatteiden mukaisesti. Desinfektionestettä lisätään sykeröiden päälle niin kauan, kunnes ne kastuvat reilusti. Potilaan iho desinfioidaan vasta, kun potilas on asetettu toimenpideasentoon. Toimenpidealue puhdistetaan aina noin 10 senttimetriä oletetun steriilin rajausliinan ulkopuolelle. Varsinainen ihon desinfektio aloitetaan poimimalla pesusykerö joko tehdaspuhtailla käsineillä tai puhtailla pinseteillä. Desinfiointi tapahtuu siten, että pesusykeröllä kierretään desinfiointia aluetta ympäri kontaminoimatta jo desinfiointia aluetta. Pesusykerö vaihdetaan aina ennen kuin palataan jo desinfioidulle alueelle. Raaja desinfioidaan ympäri vähintään kolme kertaa. (Kinnunen ym. 2009, 293–295.) Varpaan pesun jälkeen kiinnitetään steriili reikäliina varpaan ympärille siten, että varvasta ympäröivä muu jalka jää liinan peittoon (Pätiälä ym. 1982, 22).

Ensimmäisenä sisäänkasvanutta kynnenreunaa ympäröivä kudosisäkin poistetaan terävällä veitsellä (Hannuksela ym. 2011, 302). Lääkäri aloittaa leikkaavan viillon jalkapöydän puolelta noin yhden senttimetrin päästä kynnenpäällyskalvon reunasta jatkaen aina

varpaan kärkeen saakka. Kynnen leikkaaminen veitsellä ei aina ole mahdollista kynnen paksuuden vuoksi, jonka takia lääkäri voi tarvita veitsen lisäksi myös saksia. Kaa-reutuva vastaviilto tehdään varpaan sivulta siten, että se yhtyy ensimmäisen viillon kanssa. (Pätiälä ym. 1982, 22). Vaikeasti sisäänkasvaneen kynnen kohdalla suositellaan aina viereisen kynsivallin ja kynsiaiheen poistamista (Alhava ym. 2010, 87). Irrotettuun kudoksesta ja kynnestä koostuvaan kiilaan voidaan tarttua atuloilla, jonka jälkeen jo osittain irtonainen kiilamainen osa voidaan leikata irti saksilla. Jäljelle jäänyt kynsiaihe poistetaan tarpeeksi pienellä teräväkärkisellä kauhalla. (Pätiälä ym. 1982, 22.) Kun kynsi ja sen vastaava juurialue on kirurgisesti poistettu, työnnetään kynsijuureen fenoliin kostutettu pumpulitikku. Pumpulitikkuä pyöritetään kynnen juuressa kolmen minuutin ajan paikallaan. Tavallisimmin kiilaexciossa käytetään 80-prosenttista alkoholi-fenolia kynsijuuren penslaukseen. Fenolikäsittelyajan on oltava riittävä, jotta koko juuri tuhoutuu lopullisesti. (Liukkonen & Saarikoski 2004, 347.) Lopuksi haava huuhdellaan fysiologisella keittosuolaliuoksella, suljetaan ompeleilla ja kiristetään verenvuodon tyrehdyttämiseksi (Pätiälä ym. 1982, 22). Jos kynnen juurta ei fenolisoida, kynsi voi kasvaa uudelleen. Kaksiosaisen kynnen erillistä osaa leikataan ja pidetään lyhyenä, mutta jos se aiheuttaa vaivaa, tulee sekin poistaa fenolikäsittelyllä. (Liukkonen & Saarikoski 2004, 347.)

Rounding ja Bloomfield (2005) vertailivat tutkimuksessaan fenolihoidon ja leikkaushoidon hyötyjä ja haittoja sekä niiden vaikutuksen pysyvyyttä. Kaikki tulokset olivat samansuuntaisia, eli fenolihoidon saaneilla potilailla oli kynnen sisäänkasvun uusiutumisia merkittävässä määrin vähemmän kuin pelkän kynnenpoiston läpikäyneillä. (Käypä hoito -suositus 2010b.) Mikäli kavennetun kynsilevyn juuriosaa ei fenolisoida, voi kynnen sivuun kasvaa erillinen kynnen osa, joka voi aiheuttaa painaessaan kipua ja tulehduksen. Kynnen poistamista kokonaan ei nykyään suositella, mutta tämäkin voi tulla kyseeseen, mikäli kyseessä on pitkäaikainen vaiva ja kynsipatjan kuivuminen aiheuttaa oireita. (Liukkonen ym. 2010, 247.) Pelkkä kynnenpoisto ilman fenolisaatiota voi kuitenkin johtaa kynnen virheellisen kasvun uusiutumiseen (Liukkonen & Saarikoski 2004, 347).

Varpaan toimenpiteen jälkeen haava-alue peitetään harsotaitoksella ja kiinnitetään tukevasti harsosidoksella (Pätiälä ym. 1982, 22). Potilaan tulee saada toimenpiteen jälkeen yksikkökohtaiset kirjalliset sekä suulliset ohjeet varpaan postoperatiivisesta

hoidosta. Kirjallisen ohjeen tulee sisältää puhelinnumero, johon potilas voi soittaa ongelmatilanteissa. (Burrow ym. 2002, 553.)

Potilas saa poistaa varpaan sidoksen toimenpidettä seuraavana päivänä ja aloittaa varpaan päivittäisesti toistuvat kylvetykset lääkärin ohjeen mukaisesti. Haavan ompeleet poistetaan 10–14 vuorokauden kuluttua toimenpiteestä, jolloin tapahtuu myös varpaan jälkitarkastus. (Pätiälä ym. 1982, 22.) Kirurgisen toimenpiteen jälkeen jalkojen terveyteen vaikuttaa mahdollinen liikkumattomuus, joka altistaa alaraajojen verenkiertohäiriöille. Varpaaseen kohdistuneen kirurgisen toimenpiteen jälkeinen kipu ja turvotus hidastavat haavan paranemista. Raajan pitäminen kohoasennossa ja raajan jumppaus tehokkailla ojennuksilla ja koukistuksilla edistävät raajan verenkiertoa ja vähentävät turvotusta. Hoitokenkien käyttäminen voi olla aiheellista kävelyn normalisoimiseksi, sillä turvotus voi vaikuttaa kenkien käyttöön pitkiäkin aikoja hoidon jälkeen. Hyvän jalkahygienian huomioiminen toimenpiteen jälkeen ehkäisee infektioita (Liukkonen ym. 2010 325.) Kiilaexcision edellyttämä sairausloman tarve on tavanomaisesti 3–14 vuorokautta asiakkaan ammatista riippuen (Pätiälä ym. 1982, 22).

3.3 Luomen poisto

Luomi, eli nevus on ihon tai limakalvon hyvänlaatuinen muutos. Luomi voi olla synnynnäinen, mutta uusia luomia kasvaa vielä vanhuusiässäkin. (Vuola & Pakkanen 1993.) Luomi voi muuttua pahanlaatuisiksi melanoomaksi, mutta luomien profylaktisesta poistosta ei ole katsottu olevan hyötyä melanooman estämiseksi (Käypä hoito -suositus 2012a). Ihon kasvaimet voidaan jakaa epidermaalisiin kasvaimiin, epidermisen apuelinten kasvaimiin, sidekudosperäisiin ihokasvaimiin, verisuoniperäisiin ihokasvaimiin, pigmenttisolukasvaimiin ja muihin ihon ja ihonalaiskudoksen kasvaimiin, sekä lymfoomiin (Karvonen 2003, 270).

Luomi tulee poistaa jos siinä näkyy merkkejä siitä, että luomi olisi pahanlaatuinen. Tällöin arvioidaan luomen poiston tarvetta kliinisen kuvan ja anamneesin perusteella. Myös ulkonäköä häiritsevä hyvänlaatuinen luomi on luomen poiston aihe. Jos luomi aiheuttaa ihmiselle syövän pelkoa, tulee luomen poisto aiheelliseksi. Tällöin tulee arvioida potilaan psyyken ja luomen poistosta saatavan tuloksen suhdetta. Luomi on poistettava myös jos luomessa ilmenee mekaanisesti häiritseviä muutoksia. (Vuola & Pakkanen 1993.) Luomia tarkkaillessa tulee kiinnittää huomiota luomen kasvuun, reu-

nojen epäsymmetrisyyteen, värin kirjavuuteen, yli 7mm:n läpimittaan, tulehdusoireisiin, haavaumiin ja tuntomuutoksiin (Iivanainen ym. 2010, 799). Lopullinen diagnoosi on mahdollista tehdä mikroskooppitutkimuksella. Kasvaimen paksuuden perusteella on mahdollista arvioida melanooman levinneisyyttä ja uusiutumista. (Käypä hoito -suositus 2012a.)

Lääkärin arvioidessa luomen poiston tarvetta, apuna voi käyttää luomen poiston ABCD-sääntöä. ABCD-säännön mukaan luomen poiston aiheita ovat A (asymmetry), eli luomen reunojen epäsymmetrisyys, B (border), eli poimuileva reuna, C (color), eli värin muutokset ja D (diameter), eli muutoksen kasvu ja muuttuminen. (Iivanainen ym. 2010, 799; Käypä hoito -suositus 2012a.) Melanoomaepäilyn aiheuttama luomi tulee poistaa diagnoosia varten perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa, melanooman poisto taas tapahtuu aina erikoissairaanhoidossa. Vaikka pigmenttiluomea ei poistettaisi melanoomaepäilyn takia, tulee kirurgisesti poistettu pigmenttiluomi lähettää histologiseen tutkimukseen. (Käypä hoito -suositus 2012a.)

Potilaalta tulee selvittää ennen ihomuutoksen poistoa missä ihomuutos sijaitsee, onko ihomuutos kasvanut, muuttanut väriä, rikkoutunut pinnasta, erittänyt tai kutissut. Lisäksi potilaalta tulee kysyä pääseekö ihomuutos hankautumaan. Potilaan aikaisemmat ihosairaudet ja niihin tehdyt toimenpiteet täytyy selvittää. Myös lääkeaineallergiat kysytään ja kiinnitetään erityistä huomiota puuduteaineallergioihin. Ennen luomen poistoa luomi ja sen ympärillä oleva ihoalue tulee tarkistaa tulehduksen merkkien varalta. Ihon tulehdukset tulee hoitaa ennen toimenpidettä. (Nikula 2011.)

Poistettaessa luomea potilaan täytyy olla rauhallinen ja yhteistyökykyinen. Potilaan jännittäessä tavallista enemmän toimenpidettä on mahdollista, että hänelle annetaan diatsepaamia puoli tuntia ennen toimenpidettä. Luomenpoisto voidaan tehdä, vaikka potilaalla olisi antikoagulanttihoito, mutta TT-SPA-arvon tulee olla yli 0,25. Asetyyliisalesyylihapon käyttö lisää tihkuvuotoa, joten sitä tulisi välttää viikon ajan ennen toimenpidettä. (Salminen-Peltola & Vuola 1996.)

Yleislääkäri poistaa usein alle 10 mm:n läpimittaiset luomet (Roberts ym. 2004, 71). Sairaanhoitajan tehtävä on valmistaa toimenpidepöytä, koota toimenpiteeseen tarvittavat välineet ja sideharsotaitokset steriilin liinan päälle (Ukkola 2001, 209). Ihomuutoksen poistoon koulutettu sairaanhoitaja voi poistaa luomen, jos se ei sijaitse kasvo-

jen tai kaulan alueella, jos sen poisto ja sulkeminen onnistuvat ongelmitta sekä jos potilas on terve aikuinen. Ennen toimenpidettä varataan esille toimenpiteeseen tarvittavat välineet. Toimenpiteessä tarvitaan ihonpuhdistusvälineet, steriilit käsiaineet, puudutusvälineet, eli puudutusaine, ruisku ja neula, steriili reikäliina, veitsi, kirurgiset atulalat, pieni automaattilevittäjä, tylpät ja sirot preparointisakset, kaksi crileä, langasakset, ligeerauslankaa kokoa 3–0, iholankaa kokoa 4–0, tai 5–0, neulankuljetin, steriilejä taitoksia, haavalankaa, haavan sitomisvälineet, PAD-lähete ja PAD-näytepurkki. (Tunturi ym. 1982, 6; Salminen-Peltola & Vuola 1996; Nikula 2011.) Jos lääkäri piirtää leikkausalueen metyleenivioletilla, varataan välineisiin myös steriili hammastikku (Salminen-Peltola & Vuola 1996).

Luomen ympäristö pestään ennen toimenpidettä (Ukkola 2001, 412). Pesu tehdään 80-prosenttisella alkoholilla (Salminen-Peltola & Vuola 1996). Ennen puudutusta lääkäri suunnittelee kynällä tai etanolipohjaisella metyleenisiniliuoksella luomen poistoalueen tärkeimmät kohdat, sillä puudutus voi muuttaa ihoalueen ulkonäköä. Leikkausviillon teko ihon poimujen suuntaisesti vähentää luomen poistosta syntyvää kosmeettista haittaa. Ihon poimut saadaan näkyviin vetämällä ihoa kasaan. (Saksela 2003, 376-377.) Toisinaan pienten ihomuutosten poistossa käytetään reikäliinaa, mutta tällöin leikkausviillon suunta tulee tietää ja piirtää etukäteen (Salminen-Peltola & Vuola 1996).

Iho puudutetaan luomen ympäriltä ennen viillon tekemistä. Puudutuksessa tulee käyttää mahdollisimman pientä neulaa ja pieniä puudutemääriä. (Roberts ym. 2004, 71.) Luomen poistossa puudutus tehdään infiltraatio-, eli pintapuudutuksena (Kokki & Pitkänen 2006, 161). Puudutettava alue hahmotellaan ennen puudutusta ja puuduteinjektoidaan viuhkamaisesti ja kerroksittain niin, että ensin puudutetaan iho ja sen jälkeen ihonalaiskudokset. Jos poistettava ihoalue sijaitsee verekkäällä alueella, tulee aspiraatiota toistaa puudutetta injektoidessa. Muilla alueilla riittää, että neulaa liikuttaa edestakaisin puudutuksen injektoinnin aikana. Infiltraation jälkeen tulee odottaa puudutteen vaikutuksen alkamista 5–10 minuuttia ennen toimenpiteen aloitusta. Jos potilas tuntee kipua toimenpiteen aikana, puudutetta infiltroidaan lisää. (Pätiälä 1982, 80-81.) Yleispuudutteena on käytetty lidokaiinia 10mg/ml ja laajoissa puudutuksissa lidokaiinia 5mg/ml. Adrenaliinilisää 5mikrog/ml käytetään yhdessä lidokaiinin kanssa, sillä se hidastaa lidokaiinin imeytymistä, sekä pidentää sen vaikutusaikaa ja vähentää toksisuutta. Adrenaliini vähentää lisäksi verenkiertoa toimenpidealueella ja näin helpottaa toimenpiteen tekemistä. (Kokki & Pitkänen 2006, 7,9,161–162.) Adrenaliinipi-

toista puudutetta ei tule käyttää jos luomi sijaitsee sormissa, varpaissa tai peniksessä (Kokki & Pitkänen 2006, 162). Adrenaliinin käyttö näillä alueilla voi johtaa kudoksen nekroosiin (Pätiälä 1982, 80). Poistettaessa luomi sormen tai varpaan alueelta tehdään sormeen tai varpaaseen johtopuudutus. Tällöin puudute laitetaan jäsenen tyven molemmille puolille. (Roberts ym. 2004, 71.) Sormen, varpaan tai peniksen johtopuudutuksessa käytetään 1-prosenttista puuduteliuosta. Puuduteaine ruiskutetaan sormen tai varpaan tyvestä kahdesta eri pistokohdasta hermon kulkukohtiin. Jokaisen hermon läheisyyteen injektoidaan yksi millilitra 1-prosenttista puuduteainetta. Puudutteen tulee antaa vaikuttaa noin 10 minuuttia ennen toimenpiteen aloittamista. (Pätiälä 1982, 81.)

Puudutuksen jälkeen ihoalue puhdistetaan vielä kerran ja ihomuutoksen poistoalueen ympärille kiinnitetään reikäliina. Ihoalueen riittävä puutumisen varmistetaan vielä puristamalla ihoa kirurgisilla atuloilla. (Nikula 2011.) Selvästi hyvänlaatuinen luomi poistetaan tekemällä venemäinen viilto niin, että luomen ympäriltä poistetaan 1–2mm tervettä kudosta (Koskivuo 2012). Veneviillolla pyritään ehkäisemään ryppyjen muodostuminen haava-alueelle. Viillon tulee yltyä rasvakudokseen asti. (Ukkola ym. 2001, 410.) Viiltoa tehdessä iho vedetään kireälle ja viilto tehdään pitämällä veistä ihon pinnasta kohtisuoraan (Saksela 2003, 377–378). Poistettavaa ihoaluetta nostetaan sen toisesta päästä kirurgisilla atuloilla ja veitsellä irrotetaan loput ihoalueesta. Poistettu ihomuutos laitetaan PAD-purkkiin. (Nikula 2011.) Vuotavat suonet ligeerataan crile-suonipuristimella ja resorboituvalla, eli sulavalla langalla (Pätiälä ym. 1982, 6–7). Haavan reunat vapautetaan tämän jälkeen, sillä se ehkäisee haavan kiristystä (Ukkola ym. 2001, 410). Operoitu alue suljetaan subkutaani- ja iho-ompeleilla haavan pohjaa myöten (Pätiälä ym. 1982, 6–7). Pieni haava voidaan sulkea pelkillä iho-ompeleilla, mutta isommat haavat kannattaa sulkea sulavilla subkutaaniompeleilla ja iho-ompeleilla tai sulavilla intrakutaaniompeleilla (Ukkola ym. 2001, 410). Haava peitetään tämän jälkeen haavasidoksilla. Toimenpiteen jälkeen täytetään PAD-lähetee, jossa tulee näkyä potilaan ja ihoalueen poistajan henkilöllisyys, poistetun ihomuutoksen sijainti, kuinka kauan ihomuutos on ollut potilaalla ja miltä se näyttää. (Nikula 2011.)

Potilaalle on annettava toimenpiteen jälkeen haavahoito-ohjeet kirjallisesti ja suullisesti (Nikula 2011). Ompeleet voi poistaa selästä 10–14 päivän kuluttua, vartalolta 7 päivän kuluttua ja kasvoista 4–5 päivän kuluttua luomen poistosta. Jos luomen pois-

tossa on käytetty resorboituvaa lankaa, se sulaa kahden viikon sisällä. (Roberts ym. 2004, 71.) Potilas tulee ohjata päivystykseen jos haavasta alkaa vuotamaan runsaasti verta, ihomuutoksen poistoalueen kipu voimistuu 1–2 vuorokauden kuluttua ihomuutoksen poistosta, haava-alue alkaa punoittamaan tai turpoamaan, tai jos haava-alue alkaa kuumottamaan (Nikula 2011).

3.4 Poskiontelopunktio

Poskiontelopunktio on tarkoituksenmukaista tehdä silloin, kun poskiontelotulehdus eli sinuiitti pitkittyy tai taudin oireet ovat voimakkaita (Mustajoki ym. 2005, 560). Poskiontelopunktio ei ole ensisijainen hoito, vaan se tehdään silloin, kun ensisijaisella mikrobilääkityksellä ei ole vaikutusta taudin paranemiseen. Poskiontelopunktio voi olla aiheellinen myös silloin, jos potilas on raskaana tai potilaan puolustuskyky on heikentynyt. Poskiontelopunktio tehdään herkästi myös astmaatikoille ja sydänsairaille. (Blomgren ym. 2008.) Punktion hyviä puolia on diagnoosin varmistuminen, erite- näytteen saaminen bakteeri- ja sieniviljelyä varten sekä paineoireiden helpottuminen (Nuutinen 2011, 153).

Poskiontelotulehduksen oireita ovat nenän kellertävän tai vihertävän erityksen ja tukkoisuuden pitkittyminen, kivun ja paineen tunne poskionteloissa ja ylähampaissa, yskä, väsymyksen tunne ja kuumeilu (Nuutinen 2011, 147). Muita poskiontelotulehduksen oireita ovat päänsärky ja pahanhajuinen hengitys (Nuutinen 2011, 152–153). Mikään oire ei varmista sinuiitin diagnoosia, eikä mikään oire myöskään sulje mahdollista poskiontelotulehdusta pois. Poskiontelotulehduksen todennäköisyyttä lisäävät oireiden pitkittyminen, märkäinen nuha, poskien tärinäkipu, hammas- ja pureskelukipu, sekä oireiden toispuoleisuus. (Blomgren ym. 2008, 60.) Jos oireet jatkuvat yli 5–7 päivää, tulehdukseen tarvitaan hoitoa (Nuutinen 2011, 127).

Lääkäri tekee potilaalle etu- ja takarinoskopian, joilla pystytään selvittämään limakalvon kunto ja eritteen määrä. Valuva märkäinen erite viittaa yleensä poskiontelotulehdukseen. Koputtelemalla ja painamalla kasvoja, otsaa ja ylähampaita, voidaan havaita tulehdukseen viittaavaa arkuutta. Selvillä oireilla pystytään diagnosoimaan onteloiden tulehdus. Pelkät laboratoriotutkimukset, kuten verenkova ja CRP eivät riitä. Vaikka oireet ovat selkeät, on joissakin tilanteissa tärkeää löytää varmennus myös erilaisilla kuvantamistutkimuksilla. Sinuiitin diagnosoimiseen käytettäviä kuvantamistutkimuk-

sia ovat muun muassa ultraäänitutkimus ja sivuonteloiden natiiviröntgenkuvaus. (Nuutinen 2011, 127–129, 147.)

Sinuiitti määritellään ensisijaisesti taudin keston ja patologisten löydösten perusteella äkilliseksi tai krooniseksi tulehdukseksi. Äkilliseksi poskiontelotulehdus luokitellaan silloin, kun oireet ovat kestäneet alle neljä viikkoa. Jos oireet ovat kestäneet yli kolme kuukautta, voidaan tulehdus määritellä krooniseksi. (Iivanainen ym. 2010, 164.) Poskiontelotulehduksen aiheuttaa yleensä limakalvoturvotus, joka tukkii ontelon ja nenän välisen aukon. Tukkeutumisen seurauksena ilmanvaihto poskionteloissa heikkenee tai loppuu kokonaan. Ilman loppumisen lisäksi hiilidioksidin lisääntyminen sekä bakteerien ja virusten aiheuttamat myrkyt lamaavat poskionteloiden värekarvojen toimintaa. Tämän seurauksena poskionteloissa olevat bakteerit lisääntyvät nopeasti, ja aiheuttavat märkäisen poskiontelotulehduksen. Myös hampaissa oleva tulehdus voi aiheuttaa poskiontelotulehduksen. (Nuutinen 2011, 146–147.) Rakenteelliset ahtaudet, allergiat ja yliherkkyydet, nenäpolyypit, hankittu tai synnynnäinen värekarvojen toimintahäiriö sekä raskaudenaikainen immuunivasteen heikentyminen altistavat useille tulehduseroille lyhyenkin ajan sisällä. Aikuisilla poskiontelotulehduksen aiheuttaa *Haemophilus influenzae*- ja *Streptococcus pneumoniae*-bakteerit sekä eräät virukset. Tulehdus syntyy useimmiten vähintään viikon kestäneen oireisen nuhakuumeen jälkitautina. (Nuutinen 2011, 147.)

Poskiontelotulehduksen hoito riippuu siitä, millaiset oireet ovat ja kuinka kauan ne ovat kestäneet. Jos oireet ovat lieviä, usein hoitona on oireen mukainen hoito. Jos oireet ovat voimakkaat ja tulehdus on jatkunut pitkään, suositellaan viikon kestäväää Amoksisilliini- tai Penisilliini-antibioottikuuria. Jos oireet ovat hyvin voimakkaat ja poskiontelotulehdus uusiutuu nopeasti, suositellaan poskiontelopunktiota. (Nuutinen 2011, 147–148.) Poskiontelopunktiota ei saa kuitenkaan tehdä silloin, kun potilaalle on tehty vasta-aukot Caldwell-Lucin-leikkauksessa tai alakäytävääntrostomiassa. Tällöin vaihtoehtona on lavatoida poskiontelot sille suunnitellulla huuhtelukärjellä. (Mustajoki ym. 2005, 561.)

Jos äkillinen poskiontelotulehdus ei parane useista hoitoyrityksistä huolimatta tai tulehdus pitkittyy, on kyseessä toistuva tai krooninen sinuiitti. Kun potilas on sairastunut äkilliseen poskiontelotulehdukseen vähintään kolme kertaa vuoden aikana, puhutaan toistuvasta tulehduksesta. Kroonisen poskiontelotulehduksen diagnoosissa tyypil-

listä on punaiset, turpeat ja karstaiset limakalvot ja märkäinen erite nenässä. Joskus krooniseen poskiontelotulehduksen seurauksena syntyy nenäpolyyppuja. (Nuutinen 2011, 152–153.) Pansinuitissa kaikki nenän sivuontelot ovat tulehtuneet samanaikaisesti. Oireina ovat usein otsa-, päälaki- ja takaraivosärky. Hoitona käytetään poskiontelopunktiota muutaman päivän välein niin kauan kunnes oireet helpottavat. Hoidon aikana potilaalle annetaan mikrobilääkitys ja tukihoitona voidaan käyttää ksylometatsoliinisuihketta. (Blomgren ym. 2008, 62.)

Jos poskiontelopunktiolle ei ole kontraindikaatioita, voidaan poskiontelopunktio valita hoitomenetelmäksi. Ennen poskiontelopunktiota varataan valmiiksi punktion tarvittavat välineet. Puudutteena käytetään kokaiinilimakalvopuudutetta, Emla®-voidetta tai 4-prosenttista lidokaiinia, jossa on adrenaliinia. Poskiontelopunktion tarviin lisäksi nenäspekula, pumpulia, kaksi kappaletta vanunkuljettajia, liuoskuppi, punktioneuulat, 100 millilitran huuhteluruisku, yhdistäjäletkut, 1000 millilitraa keittosuolaliuosta, bakteeriviljelyvälineet, kaarimalja, puuvanua ja suojaesiliina. (Mustajoki ym. 2005, 560.)

Poskiontelopunktiossa puudutus on tärkeää potilaan voimien ja sietokyvyn kannalta. Jos puudutuksena käytetään Emla®-puudutetta, tulee puudutetta vetää kahden millilitran ruiskuun, jonka jälkeen kierteellinen ruisku yhdistetään valkeaan tai vihreään neulaimukärkeen. Lääkärin tehtävänä on aplikoida puudute poskiontelon alakuorikon alle. Puudutteen vaikutusaika alkaa noin 2–5 minuutin kuluttua, jonka jälkeen potilas voi itse niistää puudutteen pois tai se imetään pois imukärjen avulla. Jos toimenpiteen aikana tapahtuvaa mahdollista nenäverenvuotoa tai limakalvonturvotusta halutaan vähentää, voidaan nenäonteloa penslata adrenaliiniin kostutetulla vanunkuljettajalla. Jos puutumisen jää riittämättömäksi aplikoinnilla, voidaan puudutusta lisätä viemällä puuduteainetta vanunkuljettajalla alakuorikon alle. Tällöin puudutteen annetaan vaikuttaa noin 20 minuuttia. Tämän jälkeen vanunkuljettajat poistetaan alakuorikon alta. (Mustajoki ym. 2005, 560.)

Jos puudutus tehdään lidokaiiniadrenaliiniliuoksella, tulee liuosta laittaa vanunkuljettajaan kierrettyyn pumpuliin. Vanunkuljettaja viedään alakuorikon alle yleensä noin 1–2 senttimetriä alakäytävän suulta. Jos alakäytävä on ahdas, tulee huomioida, ettei vanua ole liian suuri määrä puikossa. Ahtaassa alakäytävässä on hyvä käyttää puudu-

tussuihketta ennen varsinaista puuduttamista. Puudutesuihkeen annetaan vaikuttaa 15–20 minuuttia. (Nuutinen 2011, 148.)

Joki-Erkkilä ym. (2001) artikkelissa kerrottiin tutkimuksesta, jossa verrattiin Emla®-voidepuudutustaja vanunkuljettimilla suoritettavaa puudutusta. Tutkimuksesta selviää, että vanunkuljettimilla suoritettava puudutus on yleisimmin käytetty puudutusmuoto. Tällöin vanunkuljettimilla viedään puuduteaineeseen kostutetut vanut alakuorikon alle. Tutkimuksen perusteella se ei kuitenkaan ole välttämättä potilaalle miellyttävän puudutusmuoto, sillä alakuorikon alle asetettavat pumpulit aiheuttavat suuruutensa vuoksi usein kipua. Epämiellyttävää tunnetta lisää pumpuleiden pitäminen alakuorikon alla lähes puoli tuntia. Emla®-puudute viedään alakuorikon alle kertakäyttöisellä ruiskulla ja neulaimukärjellä, jolloin puudutus toimenpiteenä tapahtuu useimmiten nopeammin. Tutkimuksesta ilmeni, että voidepuudutus oli kivuttomampi ja selvästi nopeavaikutteisempi menetelmä kuin tavanomainen puudutusmenetelmä. Potilaista seitsemänkymmentä prosenttia piti voidepuudutusta parempana kuin vanunkuljettajien avulla tapahtuvaa puudutus menetelmää.

Punktioneula asetetaan puudutettuun kohtaan peukalon ja etusormen avulla. Neulan kärki viedään kohti silmän ulkonurkkaa, jolloin vastaan tulee ohut luuseinä. Punktioneula työnnetään luuseinän läpi poskionteloihin. (Nuutinen 2011, 149.) Poskionteloiden huuhtelu aloitetaan, kun puudute on alkanut vaikuttaa ja punktioneulan oikea sijainti on varmistettu. Potilas ohjataan etukumaraan asentoon leuka painettuna lähelle rintaa. Tällä estetään se, ettei huuhteluvesi pääse valumaan nieluun. Hoitaja varaa valmiiksi 37-asteista steriiliä keittosuolaliuosta, joka vedetään ruiskuun. Ruiskuun ja punktioneulaan yhdistetään yhdistäjäletku, joka on täytetty valmiiksi keittosuolaliuoksella. (Mustajoki ym. 2005, 560.) Huuhtelu aloitetaan kohtalaisella paineella. Huuhteluneste kiertää poskiontelot läpi puhdistuen ne eritteestä, joka valuu osittain pois nenän kautta. Kummankin poskiontelon huuhtelutulos tulee merkitä sairauskertomukseen, jotta myöhemminä hoitokertoina tiedetään, kuinka paljon eritettä on saatu pois poskionteloista. (Nuutinen 2011, 149.) Kun huuhtelu on suoritettu ja punktioneulat poistettu, potilasta neuvotaan niistämään nenä tyhjäksi (Mustajoki ym. 2005, 560).

Poskiontelosta voidaan huuhtelun jälkeen ottaa bakteeriviljelynäyte 1. Tässä bakteeriviljelynäytteessä tutkitaan infektion etiologiaa ja selvitetään anaerobisten ja aerobisten bakteerien vaikutusta. Näytettä ottaessa tulee huomioida, että punktiokohta on puhdis-

tettu huolellisesti. Näytteen ottamiseen tarvitaan imu, väliletku ja ruisku, jotta poskiontelossa olevaa märkää eritettä voidaan imeä ruiskuun. Näyte siirretään anaerobiseen kuljetuspulloon, joko ruiskuttamalla näyte kuljetusputken agarin alle tai kuljettamalla steriili näyteputki laboratorioon. Näytteen siirtämisessä ruiskusta putkeen tulee huomioida kuljetuspullon kumikorkin puhdistaminen sekä likaisen neulan vaihtaminen puhtaaseen. Jos näytettä ei saada otettua paljon tai se on paksua, näyte voidaan ottaa dacrontikulla kuljetusputkeen. Näytteet tulee toimittaa laboratorioon vuorokauden kuluessa näytteenotosta. Jos näytteen toimittaminen viivästyy, tulee näyte säilyttää jääkaapissa. Näytteen vastauksien saamiseen menee kahdesta neljään vuorokautta. (Mustajoki ym. 2005, 560–561, 645.)

Jos punktion aikana potilaalla esiintyy kipua, poskiturvotusta, silmien liikerajoittuneisuutta tai näön huononemista, punktioneulan kärki on voinut siirtyä poskiontelon ulkopuolelle. Tästä kertoo myös lisääntynyt huuhteluvastus. Epäiltäessä punktioneulan väärää sijaintia, tulee punktio keskeyttää. Tällöin potilaalle aloitetaan mikrobilääkitys ja annetaan uusi punktioaika viikon päähän. Jos poskissa havaitaan tulehduksen merkkejä, epäillään orbitakomplikaatiota tai potilaalla on voimakasta kipua, tulee hänet siirtää välittömästi erikoissairaanhoidon. (Nuutinen 2011, 149.) Poskiontelopunktion komplikaationa voi kehittyä myösilmaembolia, jonka oireita ovat kouristukset, tajuttomuus ja jopa sydämenpysähdys. Ilmaembolian voi aiheuttaa huuhteluletkun täyttämättä jättäminen, jolloin ilmaa voi joutua poskionteloihin. (Mustajoki ym. 2005, 561.) Vakavampia komplikaatioita sivuontelotulehduksissa ovat meningiitti, sekä epiduraali-, subduraali- ja aivoabskessi. Sinus cavernosuksen ja sinus sagittaliuksen tromboosi ovat myös vakavia, mutta harvinaisia komplikaatioita. Niiden oireina ovat voimakas päänsärky, septinen kuumeilu, otsan alueen turvotus ja heikentynyt yleistila. Komplikaatioiden hoitaminen kuuluu aina kiireellisenä erikoissairaanhoidon. Poskiontelopunktion komplikaatioita voidaan ehkäistä huolellisella työskentelyllä sekä liikuttamalla neulaa varovasti edestakaisin, jotta saadaan varmistettua punktioneulan oikea sijainti. (Nuutinen 2011, 149, 152.)

Poskiontelopunktion jälkeistä verenvuotoa voi ehkäistä painamalla punktiokohtaa pumpulipuikolla jossa on puudutetta, tai tamponoivalla materiaalilla, joka voidaan asettaa alakuorikon alle. Jos vuoto on hyvin runsasta, voidaan sinne myös asettaa rasvaharsotamponi. Runsaan vuodon syynä voi olla punktioneulan liikehdintä nenäontelon sivuseinämässä. Verenvuotojen ehkäisemiseksi on tärkeää kiinnittää huomiota

punktioneulan oikeaan sijaintiin poskionteloissa. (Nuutinen 2011, 149.) Potilaan ohjaaminen tulee huomioida poskiontelopunktion jälkeen. Punktion jälkeen nenästä voi valua verensekaista vettä, joka loppuu itsestään. Pitkittynyt verenvuoto vaatii lääkärin kontrolloimista. Toimenpiteen jälkeen poskiontelotulehduksen aiheuttamat oireet yleensä häviävät, jonka vuoksi jälkitarkastuksia ei tarvita. Jos oireet eivät häviä mikrobilääkityksestäkään huolimatta, tulee punktiota tehdä viikon välein niin kauan kunnes huuhteluneste on täysin kirkasta. Jos poskiontelopunktiossa kirkasta eritettä ei tule vielä 4–6 kerran jälkeen, tulee potilas ohjata erikoissairaanhoidon piiriin. (Mustajoki ym. 2005, 561.)

3.5 Nenäverenvuodon laapistaminen

Nenäverenvuodon määrä voi vaihdella pienestä tihkuvuodosta sokkitilaan johtavaan runsaaseen vuotoon (Aalto ym. 2008, 162). Se on hyvin tavallinen oire, ja sitä esiintyy kaikenikäisellä väestöllä (Karma ym. 1999, 113). Nenäverenvuodon syy voi olla joko paikallinen tai yleinen. Paikallisia nenäverenvuodon aiheuttavia tekijöitä ovat hengitysteiden infektionuha, nenän vieraserine, kasvaimet, sekä nenän alueen vammat. Paikallisten syiden lisäksi nenäverenvuoto voi johtua yleisestä syystä. Näitä yleisiä nenäverenvuodon aiheuttavia sairauksia ja tiloja ovat leukemiat, maksakirroosi, uremia, verenpainetauti, arterioskleroosi, limakalvoatrofia sekä veren hyytymistekijöihin vaikuttavat tekijät, joita ovat hemofiliat, trombosytopeniat ja Von Willebrandin tauti. Myös tietyt lääkkeaineet kuten aspiriini ja sen johdannaiset, antikoagulantit, kloramfenikoli ja sytostaatit voivat olla syitä nenäverenvuodolle. (Karma ym. 1999, 103–113.) Myös eri syistä johtuvat nenän onteloiden kuivat limakalvot ja sisäeristysrauhasten häiriöt voivat altistaa nenäverenvuodoille (Holmström ym. 2009, 474).

Nenäverenvuotopotilas tulee ohjata etukumaraan asentoon (Holmström ym. 2009, 474). Tässä asennossa nenästä vuotava veri ei pääse valumaan potilaan nieluun ja sitä kautta ruuansulatuskanavaan. Veren kulkeutuminen ruuansulatuskanavaan voi aiheuttaa potilaalle pahoinvointia ja oksentelua. (Karma ym. 1999, 113.) Potilasta haastatellamalla selvitetään nenäverenvuodon määrä. Vuototietojen lisäksi kartoitetaan potilaan mahdolliset veren hyytymishäiriöt, lääkkeiden käyttö ja mahdolliset nenän alueen leikkaukset. (Holmström ym. 2009, 474.) Tärkeää on myös selvittää milloin ja missä nenäverenvuoto on alkanut, miten vuotoa on yritetty tyrehtyttää ja onko potilaalla yleisoireita, kuten kuumetta, kipua tai pahoinvointia. Potilaalta tulee myös selvittää

onko hänellä ollut aikaisemmin nenäverenvuotoa ja miten vuoto on tällöin tyrehtytetty. (Aalto ym. 2008, 164.)

Kliinisessä tutkimuksessa otetaan selvää verenkierron tilasta mittaamalla potilaan syke ja verenpaine, sekä tarkastelemalla potilaan yleistilaa, ihon lämpöä ja väriä. Hätäntynyt potilas pyritään rauhoittamaan. Arvioitaessa potilaan tilaa on ensisijaisen tärkeää tunnistaa hypovolemia. Jos vuoto on johtanut hypovolemiaan, eli kiertävän veritilavuuden riittämättömyyteen tai selvään yleistilan laskuun, on suonensisäinen nestehoito aiheellista. Tyypillisin riittämättömän verivolyymin merkki on verenkierron sentralisoituminen, eli veri ohjautuu elintärkeisiin elimiin rintakehän ja pään alueelle, jolloin ääreisosien verenkierto vähenee. (Holmström ym. 2009, 150–152, 474.) Tarvittaessa potilaalle asetetaan perifeerinen laskimokanyyli ja aloitetaan perus-infusionesteen antaminen (Aalto ym. 2008, 165–166).

Potilas ohjataan tyhjentämään nenä mahdollisista vanutupoista ja niistämään hyytymät pois, jonka jälkeen potilaan molemmat sieraimet puristetaan kiinni nenän väliseinään viideksi minuutiksi. Jos vuoto ei tässä ajassa lopu, tyhjenetään sieraimet uudelleen niistämällä. Vuotavaan sieraimeseen laitetaan vanutuppo ja sieraimet puristetaan uudelleen kiinni 15 minuutin ajaksi. (Holmström ym. 2009, 474.) Vuodon tyrehtymistä voidaan tehostaa asettamalla kylmäpakkaus 15–30 minuutin ajaksi potilaan nenän päälle, niskaan tai otsalle (Aalto ym. 2008, 164). Mikäli vuoto ei edellä mainittujen toimenpiteidenkään jälkeen lakkaa, on nenäverenvuodon hyydyttäminen lääkärin toimesta aiheellista (Holmström ym. 2009, 474). Jos vuotopaikka sijaitsee nenän takaosassa, voi nenäverenvuoto jatkua runsaana, painamisesta huolimatta. Tällöin potilas on aina otettava lääkärin vastaanotolle nenäverenvuodon syyn selvittämiseksi. (Karma ym. 1999, 113.) Potilas valmistellaan nenän tutkimiseen ja mahdolliseen toimenpiteeseen kertomalla tutkimisesta ja toimenpiteestä. Potilasta ohjataan pysymään etukumarassa asennossa, hänen päällensä puetaan muoviesiliina ja hänelle varataan kaarimalja ja puuvana. (Aalto ym. 2008, 165–166.)

Suurin osa nenäverenvuodoista sijaitsee nenän etuosassa, jonka vuoksi useimmat vuotopaikat ovat havaittavissa eturinoskopiolla eli nenän tarkastelulla käyttäen nenäspekulaa. Nenän tutkiminen perustuu valtaosin statuslöydöksiin. Inspektiossa ja palpaatiossa paljastuvat ulkoiset muutokset, virheasennot ja hengitystapa. Sierainten ihomuutoksia ja toimintaa hengittäessä voi tarkkailla myös ilman nenäspekulaa. Lääkäri sel-

vittää vuotavan kohdan käyttämällä otsalamppua, nenäspekulaa, kielilastainta ja pientä takarinoskopiapeiliä. Tämän vuoksi ennen nenäverenvuodon tutkimista potilasta pyydetään niistämään vielä mahdolliset verihyytymät pois sieraimista ja potilas ohjataan taivuttamaan päätänsä alaspäin, jolloin vuotava puoli tavanomaisesti ilmenee. (Karma ym. 1999, 98, 113–115.) Vaikka imulaite ja nenäimukärki kuuluvat nenäverenvuodon hoidon perusvälineisiin, nenän niistäminen on nopein ja helpoin tapa sierainten tyhjentämiseen (Aalto ym. 2008, 164–165). Tässä vaiheessa on huomioitava, että jos nenän limakalvojen vuotoherkkyys on perustaudin vuoksi suuri, tulee hoitotoimenpide suorittaa varoen, jotta tutkimuksella ja hoidolla ei aiheuteta lisävuotoja. Kun nenän vuoto on paikannettu, sen limakalvo supistetaan ja puudutetaan asettamalla vuotokohtaan 4-prosenttiseen lidokaiini-adrenaliiniliuokseen kostutettu vanu. Vanun vaihtoehtona voi käyttää puudutusaineeseen kostutettua nenätamponia. Puudutusaineen annetaan vaikuttaa 15–20 minuuttia. (Karma ym. 1999, 113–115.) Vuotopaikan sijaitessa nenän etuosassa se laapistetaan, eli vuotava kohta poltetaan kemiallisella aineella (Holopainen ym. 1988, 63). Tähän tarkoitukseen suositeltavin aine on laapis- eli hopeanitraatti (Karma ym. 1999, 113). Jos nenän vuotokohtaa ei pystytä sen sijainnin vuoksi laapistamaan, voidaan suorittaa nenän tamponaatio (Harjula ym. 1989, 140). Toimenpiteen aikana potilaan kipua seurataan ja tarvittaessa lääkittäään lääkärin ohjeiden mukaisesti (Aalto ym. 2008, 166).

Nenäverenvuodon laapistamista varten vastaanotolla säilytetään hopeanitraattia, jota spriilampun avulla sulatetaan nuppisondin päähän. Näin nuppisondin päähän jää laapishelmi, joka jäähtyttyään on valmis käytettäväksi. Laapistikun eli nuppisondin laapishelmellä painetaan suoraan nenän vuotokohtaan noin 20 sekunnin ajan. Laapis ei saa koskettaa vuotoalueen ympäristöä. Painannan loputtua laapistettu alue neutraloidaan kahdella tai kolmella fysiologiseen keittosuolaliuokseen kostutetulla vanupuikolla. Hoidetun alueen voi havaita limakalvolta, sillä se jää muuta limakalvoa vaaleammaksi. Huomioitavaa on, että nenän väliseinän molemmille puolille ei saa samanaikaisesti tehdä laapistusta, sillä hoito vahingoittaa aina väliseinän ruston rustokalvoa. Tällöin vaarana on väliseinän ruston nekrotisoituminen ja väliseinän puhkeaminen. Mikäli molemmissa nenän väliseinän puoliskoissa on verenvuoto, toinen näistä on hoidettava tamponoimalla. Tamponoitu vuotokohta voidaan tarvittaessa laapistaa noin kuu-kauden kuluttua edellisestä hoitokerrasta. (Karma ym. 1999, 113–114.)

Hoidon jälkeen laapiskohtaan muodostuu karstaa, jonka koskettamista potilas ohjataan

välttämään. Potilas voi tarvittaessa voidella karsta-aluetta valkovaseliinilla tai tiputtaa sieraimen A-vitamiinitippoja. (Karma ym. 1999, 114.) Potilasta ohjataan välttämään hoitotoimenpiteen jälkeen nenän kaivamista, niistämistä ja fyysistä ponnistelua vähintään viikon ajan toimenpiteen jälkeen ellei lääkäri määrää toisin. Myös aivastelua, kuumia ruokia ja juomia, saunomista, lämpimiä kylpyjä, tupakointia ja alkoholin käyttöä tulee välttää tänä aikana. (Aalto ym. 2008, 166–167.)

3.6 Nivelsidevammojen ensihoito

Nivelsiteet eli ligamentit pitävät luita paikallaan varsinaisissa nivelissä. Nivelsiteet koostuvat sidekudoksesta. Nivelpintojen muoto yhdessä nivelsiteiden kanssa rajoittaa nivelen liikkuvuutta. (Bjälje, ym. 1999, 175–176.) Nivelsiteiden tärkein sidekudoskomponentti on tyypin I kollageeni (Rauramaa & Rankinen 1999, 30).

Nivelsidevamma aiheutuu nivelen nyrjähtäessä, jolloin nivelen liikerata ylittää normaalin liikelaajuuden. Tällöin nivelsiteet saattavat venyä tai revetä. (Sahi ym. 2002, 91.) Nivelsidevammat voivat syntyä niveleen kohdistuneesta väännöstä, kierrosta tai väkivallasta. Nivel voi tällöin luksoitua, eli mennä täydellisesti sijoiltaan, tai sublukoitua, eli mennä osittain sijoiltaan. Täydellisestä sijoiltaan menosta seuraa yleensä instabiliteetti, joka tarkoittaa holtittomuutta ja epävakaisuutta. Sijoiltaanmenoon voi liittyä murtumia, sekä verisuoni- ja hermovaurioita. Hoidossa tulee siis ottaa huomioon myös mahdollinen verenvuoto, joka aiheuttaa mustelman. Nivelpussin ja nivelsiteen vahingoittuessa on mahdollista, että vuotoa tulee myös nivelen sisälle. (Renström ym. 1998, 88–89.)

Jos nivel menee sijoiltaan, oireet ovat osittain samanlaiset kuin muissa nivelvammoissa. Nivelessä esiintyy voimakasta kipua ja turvotusta. Raaja, jossa vaurioitunut nivel on, ei toimi normaalisti ja nivel voi olla virheasennossa. Hoitaja ei voi vetää niveltä takaisin paikoilleen, vaan lääkäriä on konsultoitava asiasta. (Sahi ym. 2002, 92.) Mitä nopeammin nivel asetetaan paikalleen, sitä helpommin se onnistuu (Renström ym. 1998, 256). Nivel tulee tukea liikkumattomaksi asentoon, johon se on vääntynyt. Tukeminen tulee tehdä samalla periaatteella kuin murtumissa. Sijoiltaan mennyt nivel immobilisoidaan, jotta nivel pysyy tarpeeksi liikkumattomana. On kuitenkin huomiotava, että immobilisoinnin tulee ylettää nivelen molemmin puolin. (Sahi ym. 2002, 85, 92.)

Nivelsidevammoihin liittyy oireita, joista tyypillisin on kipu tai aristus nivelessä ja sen seudussa. Usein nivel myös turpoaa, ja sen ympärille syntyy hematoomaa. Nivelsidevammojen ensihoidossa on tärkeää noudattaa kolmen K:n ohjetta, eli kylmä, koho ja kompressio. Raajan tulee kohottaa ylöspäin, jolloin verenpaine suonistossa alenee ja verenkierto heikkenee, jolloin turvotus ja verenvuoto vähenevät. Turvotusta voidaan vähentää myös painamalla loukkaantuneen nivelen aluetta kylmäpussilla. Nivelen ympärillä tulee sitoa tukeva joustoside, joka kompressoii vammautunutta niveltä. Kylmäpussin laittaminen nivelsidevamman alueelle supistaa verisuonia ja vähentää sen vuoksi verenvuotoa. Kylmäpussia tulee pitää kerrallaan noin kolmekymmentä minuuttia ja se tulee uusia ensimmäisen vuorokauden aikana yhden – kahden tunnin välein. Kolmen K:n käyttö mahdollisimman nopeasti on tärkeää, sillä vain siten pystytään nopeasti vähentämään vammasta aiheutunutta verenvuotoa kudoksiin. (Sahi ym. 2002, 91, 93.)

Hoidettaessa nivelsidevammaa on oleellista tietää, onko nivelside vammautunut aikaisemmin ja onko kyseessä toistuva trauma. Jos nivelsidevamman jää hoitamatta, on sijoiltaanmeno todennäköisempää jatkossa. Nivelessä voi esiintyä myös epävakaisuutta, turvotusta ja kipua. (Renström ym. 1998, 89.)

3.6.1 Polven nivelsidevammat ja niiden sitominen

Polven nivelsidevammojen tavanomaisimmat aiheuttajat ovat polveen tai jalkaterän etuosaan kohdistuva isku sisä- tai ulkopuolelta, tilanne jossa nivel yliojentuu tai koukistuu liikaa, sekä tilanne joka aiheuttaa säären vääntymisen tai kiertymisen. Polven nivelsidevammat voivat heikentää nivelen passiivista stabiliteettia. Polvinivelen ulkosivuun osuva isku työntää niveliä sisäänpäin. Isku voi vahingoittaa sisempää sivusidettä, nivelkierukkaa ja joissain tapauksissa etummaista ristisidettä. Vammaenergian suuretessa myös takimmainen ristiside voi revetä. Polven sisäsivuun kohdistuva isku työntää polviniveltä ulospäin ja sääri kiertyy sisäänpäin. Ulompi sivuside voi revetä tällöin herkästi. Kovemmasta vammaenergiasta etummainen ristiside venyy ja mahdollisesti repeää. Tämä aiheuttaa usein myös verenvuotoa polviniveleen. Nivelkierukka vahingoittuu harvoin, sillä se ei ole kiinni ulommassa nivelsiteessä. Nivelen yliojennus voi johtua edestäpäin tulleesta iskusta. Liiallinen koukistus taas voi aiheutua esimerkiksi kaaduttaessa koukistetun polven varaan. Yliojennuksessa ja liiallisessa

koukistuksessa vahingoittuu usein polven sivu- ja ristositeet, sekä takimmainen nivelpussi. Säären väkisin kiertymisessä vahingoittuu nivelkierukka ja nivelsiteet. Polvivamman oireena on kipu, joka tuntuu voimakkaimpana vammahetkellä, mutta laantuu tämän jälkeen. Polven liikuttaminen ja kuormittaminen palauttaa kivun. Lisäksi polven sivuside voi aristaa palpoitaessa ja nivel voi turvota verenvuodon takia. (Renström ym. 1998, 324, 327–328.)

Polven tutkiminen kuuluu lääkärille. Tutkittaessa polviniveltä tulee selvittää vammaanamneesi, eli miten vamma syntyi, mistä suunnasta, kuinka suurella voimalla ja missä olosuhteissa. Polvesta tarkastellaan muun muassa muotoa, nivelen turvotusta, mustelmia ja polvilumpion paikkaa. Mustelmat nivelsiteiden läheisyydessä viittaavat verenvuotoon ja nivelsidevamman. Jos nivel on turvoksissa, on turvotusta polvilumpion päällä. Turvotusta voi mitata esimerkiksi mittaamalla polven paksuuden ja verrata mittausta terveeseen jalan polveen. Polvi tulee myös palpoida, eli käsillä tunnustellaan polvea etsien aristavat ja turvonneet kudokset. Samalla kokeillaan polvilumpion liukuminen ylös ja alas, sekä sivuttaissuunnissa. Tällöin tulee myös kiinnittää huomiota millaista ääntä polven liikuttelusta lähtee, sillä rustopinnat saattavat rusahdella. Liikeradat testataan potilaan istuessa niin, että polvi on tuolin reunan ulkopuolella. Näin voidaan mitata polven ojennus- ja koukistusliike. Nivelsidevamman vaikeusasteesta saadaan tietoa stabiliteetin tutkimisella. Stabiliteetti tutkitaan sivusidetestillä ja vetolaatikkokokeella. Sivusidetestissä polvi pidetään sekä ojennettuna, että koukistettuna 2030 asteen kulmaan. Jos sääri liikkuu ulko- tai sivusuunnassa, nivel ei ole vakaa. Vetolaatikkokoe tehdään epäiltäessä ristoside- tai sivusidevammaa. Potilas on selinmakuulla polvi 90 asteen kulmaan koukistettuna. Jos sääri liukuu lääkärin vetäessä sitä eteenpäin, viittaa se sisemmän sivusiteen ja mahdollisesti myös etummaisesta ristositeen vammaan. Sivusiteen vamma varmistetaan vielä kääntämällä säärtä sisäänpäin ja ristosidevamman kiertämällä säärtä ulospäin. Muita etummaisesta ristosidevamman kokeita ovat ”pivot shift” ja ”jerktest”. (Renström ym. 1998, 329–333.)

Jos nivelsidevamman on osittainen ja polvinivel on vakaa, hoitona on lepo siihen asti kunnes kipu helpottuu. Lisäksi potilaan tulee harjoittaa polven ojentajia ja koukistajia. Joissain tilanteissa polvi immobilisoidaan teippauksella tai jopa kipsataan 1-3 viikon ajaksi. Potilaan tulee harjoittaa myös nelipäistä reisilihasta ja hamstring-lihasta. (Renström ym. 1998, 334.)

Polven sidontaa käytetään hoitona polven venähdysvammoissa. Polven teippaus soveltuu lähinnä vammojen ennaltaehkäisyyn ja traumojen jälkitilojen hoitoon, mutta ei akuuttien vammojen hoitoon. Polven kompressoiminen sitomalla estää turvotusta ja nesteen kertymistä polviniveleen. Sidontaa ei saa käyttää esimerkiksi osittaisissa nivelsiderepeämässä, eikä sidonnalla pystytä tukemaan polvea sivuttaissuuntaisesti. Sidonnassa on huomioitava, ettei sidoksesta tule liian tiukka, sillä siitä voi seurata syvä laskimotromboosi ja se voi aiheuttaa myös turvotusta raajan ääreisosissa. Tämän ehkäisemiseksi polvitaivekuoppaan tulee laittaa riittävä pehmustus. Polven sidontaan tarvitaan joustosiderullia, vanurullia ja kreppisidosrullia. (Viljakka & Kotkansalo 2007, 81–82.)

Polven sidonnassa voidaan käyttää klassista Robert Jonesin sidosta, jota on mahdollista käyttää kaikissa polven vammoissa. Sidoksen tekeminen aloitetaan asettelemalla kolminkertainen 2,5–5 senttimetrin paksuinen vanu säären puoliväliin, josta vanua lähdetään kiertämään reiden puoliväliin saakka. Kun vanu on saatu kierrettyä paikalleen, laitetaan sen päälle kolminkertainen joustosidos. Joustosidos sidotaan 8-tyyppisesti, jolloin pinnallisimmat kerrokset tulevat kireämmälle. Raajan ääreisosan turvotusten välttämiseksi suositellaan tämän sidonnan täydennykseksi joustosidoksen aloittamista päkiätasosta ylöspäin. 8-tyyppinen sidos aiheuttaa tasaisen kompression ilman puristusta, vaikka turvotus vaihtelisi jalan eri osissa. Tämän lisäksi kohtalaiset ojennus- ja koukistusliikkeet ovat polvessa mahdollisia. Vaarana on kuitenkin se, että sidos löystyy nopeasti kävellessä. Sidosta voidaan tarvittaessa jäykistää asettamalla ideaalisidoksen alle kreppisidos. Potilasta on hyvä ohjata ajoittain kiristämään sidoksen pinnallisia sidoskerroksia. (Viljakka & Kotkansalo 2007, 81–82.)

3.6.2 Nilkan nivelsidevammat ja niiden sitominen

Nilkan liikelaajuuden ylittyessä nivelsiteen vahingoittuvat ja voivat aikaansaada verenvuotoa, turvotusta ja aristusta. Nilkan nyrjähtäessä repeävät yleensä uloimmat ja sisemmät nivelsiteet. Toisinaan, etenkin nuorilla urheilijoilla, joilla nivelsiteet ovat vahvat, nivelsiteen kiinnityskohdasta voi irrota pala, mutta nivelside säilyy muuten ehjänä. Nivelsiteen kiinnityskohta voi myös irrota jos luu on haurastunut. Nilkan nivelsidevammat paranevat oikein hoidettuna täysin. Vamman laajuudesta riippuen ne paranevat usein 2–8 viikon aikana. Vamman ollessa osittainen, jalka jää yleensä stabiiliksi, mutta jos repeämä on laaja, voi nivelsiteen pituus kasvaa ja vamma jää tällöin

instabiiliksi. Kipua voi tuntua 8–10 kuukauden kuluttuakin vammasta. (Renström ym. 1998, 394, 396.)

Pohjeluun ja telaluun välinen nivelside estää nilkkaa taittumasta yli. Pohjeluun ja telaluun välisen nivelsiteen vamma on yleisin nilkan nivelsiteiden vammoista. Sen aiheuttaa usein jalkapohjan ja jalkaterän sisäänkiertyminen. Pohjeluun ja telaluun välisen nivelsiteen repeämän oireita ovat kipu nilkkaa liikuttaessa tai kuormittaessa, turvotus ja aristus ulkokehräksen etupuolella, verenvuoto, sekä siitä syntyvä mustelma. Diagnoosi varmistetaan röntgenkuvalla. Jalkapohjan ja jalkaterän sisäänkiertyminen voi aiheuttaa myös pohjeluun ja kantaluun välisen nivelsiteen repeämisen. Tällöin oireet, diagnoosi, hoito ja paraneminen vastaavat pohjeluun ja telaluun nivelsiteen repeämistä, mutta yleensä pohjeluun ja kantaluun välisen nivelsiteen repeämisessä on kyse suuremmasta vammasta. (Renström ym. 1998, 397–399.) Pohjeluun ja telaluun välisen nivelsiteen repeämää hoidetaan liikeharjoituksilla, jos verenvuoto ja turvotus nilkassa ovat vähäistä. Jos verenvuoto ja turvotus on merkittävää, nilkka saatetaan tukea immobilisoivalla teippauksella tai kipsillä 1–3 viikon ajan. Jos nivelsiteen repeämä on täydellinen, voi hoitona olla leikkaus. (Renström ym. 1998, 394.)

Nilkkanivelen sisempi nivelside repeää usein jalkapohjan kiertyessä ulospäin. Repeämät ovat yleensä osittaisia. Oireina ovat kipu nilkkaniveltä liikuttaessa tai kuormitettaessa, turvotus ja aristus, verenvuoto ja siitä syntyvä mustelma. Repeämän ollessa laaja, jalkaa voi kiertää enemmän kuin tervettä. Diagnoosi varmistetaan radiologisilla tutkimuksilla. Osittainen repeämä immobilisoidaan nilkan teippauksilla tai kipsillä 3–4 viikon ajaksi. Jos vamma on täydellinen tai instabiili, hoitona on leikkaus ja sen jälkeinen kipsaus kuuden viikon ajaksi. Lisäksi voidaan käyttää tukipohjallista, joka estää jalan sisäänkääntymisen uudelleen. (Renström ym. 1998, 400–401.)

Nilkan uloimpien nivelsiteiden vauriot saadaan hoidettua melko hyvin ilman leikkauksitakin, kun noudatetaan varhaisen toiminnallisen mobilisaation periaatetta. Kolmen K:n hoidon jälkeen nivelsidevamma tutkitaan ja diagnosoidaan, sillä jatkohoito riippuu vamman laajuudesta. Vähäiset vammat mobilisoidaan elastisella tukisiteellä ja sen jälkeen tulee aloittaa ekstensio- ja fleksioharjoitukset kivun sallimissa rajoissa. Nilkkaan voi myös tällöin varata kivun sallimissa rajoissa. Jos repeämä on laaja, nilkka tuetaan mobilisaation aikana. Jos nivelsiderepeämä on täydellinen, käytetään tukior- toosia kuusi viikkoa vamman jälkeen. Nivelsidevammojen hoidon alkuvaiheessa staat-

tiset harjoitukset ovat hyviä, sillä lihaksisto tukee niveltä. Staattisilla harjoituksilla saadaan aikaan välttävä harjoitusvaikutus. (Kujala ym. 1999, 314.)

Nilkan sidos valitaan aina käyttötarkoituksen mukaan. Liimasidoksen käyttö ei aina ole parhain ratkaisu nilkan sidonnassa, sillä sidoksessa oleva liimaa saattaa ärsyttää ihoa. Vaikka liimasidosta käytettäisiin sukan kanssa, se voi silti aiheuttaa nilkkaan puristusvaaran. Sidoksen tekeminen aloitetaan jalkapöydältä varpaiden jälkeen ja sidos sidotaan aina pohkeen alaosaan saakka. Tällä pystytään ehkäisemään liiallisen puristuksen syntymistä nilkkaan. Sidoksen tarkoituksena on ehkäistä turvotusta ja saada aikaan sisäsyrjään päin vähenevä kompressio. Jotta sidoksesta tulee riittävä, tulee tuen kohdistua myös nilkan kollateraaliligamenttien sivusuuntaan. (Viljakka & Kotkansalo 2007, 83.)

Nilkan sidokseen tarvittavia sidoksia ovat joustosiderullat, vanusiderullat, krep-
pisidosrullat ja liimasiderullat. 8-tyyppistä sidontatekniikkaa voidaan käyttää lievissä venähdysvammoissa sekä kipsin jälkihoitona. Sitominen tulee aloittaa jalkaterän sisäsvulta kiertäen jalkapohjan kautta ulkosivulle. Tällöin side tukee ulkopuolta. Sisäsyrjään päin kierrettäessä staassivaikutus estetään vähentämällä voimaa. Venähdysvammojen ja nivelsiderepeämien ollessa vaikeita käytetään pehmustettua kerrostesidosta. Ensin kierretään vanuside ja sen päälle kreppiside. Seuraavaksi laitetaan liimasidokset pitkittäissuunnassa. Tämän päälle tehdään 8-sidos. Liimasidosta tulee pitää kiristettynä 8-sidosta kiristettäessä. Turvotuksen vähentyessä, yleensä 5–7 päivän kuluttua, kerrostesidos vaihdetaan. Jatkohoitona voi olla ideaalisidoksen pitäminen 2–4 viikkoa turvotusten mukaan. Nivelsiderepeämien jatkohoitona voidaan myöhemmin käyttää esim. ilmalastaa. (Viljakka & Kotkansalo 2007, 83.)

4 HOITOTOIMENPIDEOHJEIDEN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on yleensä käytännön toiminnan opastaminen, ohjeistaminen ja toiminnan järjestäminen. Toteutustapana voi olla esimerkiksi kirja, kansio, vihko, opas, portfolio, kotisivut tai cd-rom. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9–10, 30.) Tässä opinnäytetyössä toteutustapa oli kirjallinen ohjeistus, joka koostuu Joroisten terveysaseman vastaanoton hoitohenkilökunnan toivomista hoitotoimenpideohjeista. Tämä kirjallinen ohjeistus tuli osaksi vastaanoton perehdytyskansiota, sekä sähköiseen muotoon, jolloin ohjeiden päivittäminen olisi mahdollista. Toiminnalliseen

opinnäytetyöhön kuuluu käytännön toteutus ja tutkimusviestinnän keinoin tehty raportointi. Toiminnallinen opinnäytetyö voi sisältää tutkimusmenetelmien käyttöä. Opinnäytetyön on hyvä olla työelämälähtöinen ja käytännönläheinen. Sen tulisi myös olla tutkimuksellisella asenteella toteutettu ja sen tarkoituksena osoittaa riittävää alan tietojen ja taitojen hallintaa. (Vilka & Airaksinen 2003, 9–10, 30.) Tässä opinnäytetyössä teoreettinen viitekehys rajautui kliinisten taitojen tukemiseen ja ylläpitämiseen sekä tiettyihin hoitotoimenpideohjeisiin.

Tuotekehitysprosessin ensimmäinen vaihe on ongelman ja kehitystarpeen tunnistaminen. Sosiaali- ja terveysalalla kehitystyö on usein informatiivisten tuotteiden tuottamista, joilla pyritään antamaan lukijalle ajankohtaista, luotettavaa ja helposti ymmärrettävää tietoa. Tuotteen valmistuksessa tulee huomioida vastaanottajan tiedon tarve, sillä esimerkiksi potilaalle tuleva materiaali poikkeaa hoitohenkilökunnalle suunnatus- ta materiaalista. (Jämsä & Manninen 2000, 28, 54.) Joroisten terveysaseman vastaanoton hoitohenkilökunta koki tarpeellisuutta saada ohjeet yleisimmin tehdyistä hoitotoimenpiteistä. Hoitotoimenpideohjeet koettiin tärkeiksi sijaisille ja opiskelijoille. Ohjeita koettiin tarvittavan myös tilanteissa, joissa vakituisella hoitohenkilökunnalla on kiire. Tällöin hoitotoimenpideohjeet toimivat muistin virkistäjinä. Hoitohenkilökunnan mukaan joitakin hoitotoimenpiteitä tehdään vastaanotolla harvoin, jolloin toimenpiteen vaatima osaaminen voi unohtua. Näissä tilanteissa hoitotoimenpideohjeiden tulee olla selkeät ja helposti saatavilla. Kehitystarpeen tunnistamisen jälkeen aloitimme ideointivaiheen.

Ideointivaiheessa etsitään ratkaisuja kehitysvaiheessa havaittuihin ongelmiin (Jämsä & Manninen 2000, 35). Tapasimme avohoidon esimiehen ja Joroisten terveysaseman vastaanoton hoitohenkilökunnan heidän toimipisteessään helmikuussa 2012. Tällä käynnillä haastattelimme hoitohenkilökuntaa suullisesti siitä, millaisiin hoitotoimenpiteisiin he toivoisivat toimenpideohjeita. Lisäksi saimme avohoidon esimieheltä yleisterveydenhuollon sisältöerittelyn, joka sisälsi listan lääkärin ja vastaanoton hoitohenkilökunnan tilastoiduista toimenpiteistä vuoden 2011 aikana. Saamamme yleisterveydenhuollon sisältöerittely ei ollut tarkoitettu julkiseen käyttöön, minkä vuoksi emme voi julkaista sitä opinnäytetyössä. Käytimme sisältöerittelyä apuna hoitohenkilökunnalle suunnatun kyselylomakkeen laatimisessa. Sovimme, että Joroisten terveysaseman avohoidon esimies toimii opinnäytetyön työelämäohjaajana.

Työn lähtökohtana oli hoitohenkilökunnalle tekemämme kyselylomake, jonka perusteella toimenpideohjeet tehtiin. Tällä pyrimme vastaamaan vastaanoton henkilökunnan tarpeita. Kyselylomakkeella selvitettiin Joroisten terveysaseman vastaanoton henkilökunnan tarvetta toimenpideohjeille. Sen tarkoituksena oli kerätä tietoa Joroisten terveysaseman vastaanoton hoitohenkilökunnan mielipiteistä siitä millaisissa toimenpiteissä ja missä muodossa he kokivat tarvitsevansa toimenpideohjeita. Laadimme kyselylomakkeen henkilökunnan ja työelämäohjaajamme haastattelun, ja heiltä saamamme suullisen tiedon perusteella. Toimitimme tekemämme kyselylomakkeen opinnäytetyötä ohjaavalle opettajalle sekä työelämäohjaajalle maaliskuun 2012 alkupuolella, palautteen saamiseksi kyselylomakkeen sisällöstä ja ulkomuodosta. Toimitimme lopullisen viimeistellyn kyselylomakkeen (LIITE 1.) työelämäohjaajallemme maaliskuun puolivälissä. Huhtikuun alussa saimme hoitohenkilökunnan vastaamat kyselylomakkeen tarkasteltavaksi. Kyselylomakkeeseen vastasi yhteensä kahdeksan hoitajaa, joista kuusi oli sairaanhoitajia ja loput kaksi lähi- ja perushoitajia. Kyselylomakkeessa vaihtoehtoina oli kaikki hoitajien toivomat toimenpiteet, sekä sisältöerittelyssä esiintyneet yleisimmät toimenpiteet. Näistä toimenpiteistä hoitajat valitsivat kuusi heidän mielestään tärkeintä toimenpidettä. Kyselylomakkeessa kartoitettiin myös, sitä minkälaisen muotoon hoitotoimenpideohjeet tulevat.

Kyselylomakkeen ja hoitohenkilökunnan kanssa käymiemme neuvottelujen jälkeen hoitotoimenpideohjeiksi valikoituivat poskiontelopunktiossa avustaminen, luomenpoistossa avustaminen, kiilaexcisiossa avustaminen, nenäverenvuodon laapistamisessa avustaminen, sekä nivelsidevammojen ensihoito. Kyselyn perusteella hoitotoimenpideohjeet päätettiin tehdä sähköiseen muotoon sekä liittää osaksi perehdytyskansiota.

Luonnosteluvaihe alkaa, kun on tehty päätös siitä millainen tuote valmistetaan. Luonnosteluvaiheessa tulee ottaa selvää tuotteen asiasisällöstä, palvelun tuottajasta, rahoitusvaihtoehdoista, arvoista ja periaatteista, asiantuntijatiedosta, säädöksistä ja ohjeista, toimintaympäristöstä, sidosryhmistä ja asiakasprofiilista. Nämä vaikuttavat tuotteen luotettavuuteen ja eettisyyteen. (Jämsä & Manninen 2000, 43.) Opinnäytetyön aiheena on kliininen osaaminen, sillä opinnäytetyössä tuotettava tuote koostuu useista eri hoitotoimenpideohjeista joilla on tarkoitus tukea hoitohenkilökunnan kliinisiä taitoja.

Kehittelyvaiheeseen kuuluu tuotteen keskeisimmän sisällön määrittäminen. Tällöin tulee asettua tuotteen kohdehenkilöiden asemaan. Tuotteesta pyritään tekemään mahdollisimman täsmällinen ja helppolukuinen. (Jämsä & Manninen 2000, 54–55.)

Hoitotoimenpideohjeiden tulee olla selkeät, helppolukuiset ja tarpeeksi kattavat. Ohjeistuksen käytettävyyden kannalta on tärkeää, että ohjeissa oleellisin asia mainitaan ensimmäisenä, jolloin vain ohjeen alun lukeminen riittää siihen, että lukija saa tietoonsa kaikkein oleellisimman asian. Lisäksi otsikon tulee vastata tekstin sisältöä, joten otsikon valintaan tulee kiinnittää huomiota. Ohjeessa ei tule olla hyppiviä virkkeitä, sillä ne vaikeuttavat ohjeiden lukemista ja ohjeet tulee kirjoittaa suomen kieliopin mukaisesti. (Torkkola ym. 2002, 39, 42–43, 46.)

Ohjeiden tärkeimpiin ominaisuuksiin kuuluvat kuvat, sillä hyvä kuvitus auttaa ymmärtämään tekstin sisältöä. Kuvia voidaan käyttää tekstin täydentämisessä ja käsiteltävän asian tukemisessa. Kun kuvat on valittu hyvin, ohjeen luotettavuus, ymmärrettävyys ja kiinnostavuus paranevat. Kuvissa voi myös käyttää kuvatekstiä, sillä kuvatekstiin voidaan sisällyttää asioita, jotka eivät ole pelkästä kuvasta nähtävissä. Joissakin ohjeissa kuvan käyttäminen on välttämätöntä, jotta ohje tulisi ymmärretyksi. Kuvien käytössä tulee huomioida tekijänoikeus, eli kuvien käytölle on pyydettävä lupa tekijältä. Ohjeessa viimeisenä tulee olla tekijöiden tiedot ja viitteet lisätietoihin. Ohjeen sisällön ymmärtämistä auttaa hyvä ulkoasu. Ohjeen ulkoasussa tulisi olla myös tyhjää tilaa, jotta ohjetta olisi helpompi lukea ja ymmärtää. (Torkkola ym. 2002, 40–42, 44, 53,55.)

Kehittelyvaiheessa kuvasimme hoitotoimenpideohjeisiin tarvittavat kuvat ja aloitimme hoitotoimenpideohjeiden laatimisen. Kuvasimme Mikkelin ammattikorkeakoulun tiloissa hoitotoimenpideohjeisiin välineitä joita oli saatavilla. Mikkelin ammattikorkeakoulusta ei kuitenkaan ollut saatavilla esimerkiksi poskiontelopunktioon tarvittavia puudutevälineitä, eikä bakteeriviljelynäytteitä. Tämän vuoksi pyysimme Joroisten terveysaseman vastaanoton esimieheltä lupaa päästä kuvaamaan toimenpiteisiin tarvittavaa välineistöä Joroisten terveysasemalle. Työelämäohjaajan ja vastaanotossa työskentelevän sairaanhoitajan myöntymyksellä menimme Joroisten terveysasemalle kuvaamaan kesäkuussa 2012. Kuvasimme siellä poskiontelopunktioon, kiilaexcisioon, nenäverenvuodon laapistamiseen ja kirurgiseen luomen poistoon tarvittavan välineistön. Otimme kuvia myös nivelsidevammoihin käytettävistä sidoksista. Myöhemmin

varasimme ajan fysioterapeutille Mikkelin keskussairaalan fysiatrian poliklinikalle jotta saisimme kuvat oikeaoppisesta nilkan ja polven sidonnasta toimenpideohjeisiin. Otimme kuvat eri sidonnan vaiheista, jotta nivelsidevammojen ensihoito toimenpideohjeemme oli vastaanoton hoitohenkilökunnalle helposti ymmärrettävä ja selkeä. Kun kuvat ja teoria oli hankittu, aloitimme toimenpideohjeiden laatimisen tietokoneella. Kiinnitimme huomiota kuvien ja tekstin sommitteluun ajallisesti loogiseen järjestykseen. Toimenpideohjeet ovat valkoisella pohjalla ja teksti on kirjoitettu mustalla tekstillä, jotta ohjeet ovat selkeitä. Fontti on myös riittävän iso, jotta teksti tulee näkyviin selkeästi.

Viimeistelyvaiheessa tuotteen yksityiskohdat viimeistellään (Jämsä & Manninen 2000, 80). Kun hoitotoimenpideohjeet oli laadittu, keräsimme suullista palautetta ohjeista. Suullista palautetta pyysimme toisiltamme sekä terveysalan ammattilaisilta. Palautteen perusteella suunnitelmat vaikuttivat selkeiltä ja käytännöllisiltä. Ohjeisiin haluttiin pieniä muutoksia, kuten tekstien uudelleen asettelua, sekä asialisäyksiä. Terveysalan ammattilaiset kokivat toimenpideohjeissa olevat kuvat selkeiksi ja hyvin asetelluiksi. Suullista palautetta antaneet henkilöt eivät olleet omassa työssään kohdanneet kyseisiä hoitotoimenpiteitä, mutta ymmärsivät hoitotoimenpideohjeiden perusteella hyvin sen, mitä välineistöä tulee varata toimenpidettä varten.

Syyskuun 2012 alussa hoitotoimenpideohjeet lähetettiin työelämäohjaajalle. Työelämäohjaaja ja vastaanoton hoitohenkilökunta kävivät ohjeita läpi kokouksessa, jonka jälkeen työelämäohjaaja kertoi toimenpiteistä välipalautteen. Palautteen perusteella muokkasimme hoitotoimenpideohjeita. Ohjeiden muokkaamisen jälkeen lähetimme vastaanoton henkilökunnalle muokatut hoitotoimenpideohjeet lokakuun viimeisellä viikolla ja kirjallisen palautekyselyn (LIITE 2), jolla pyysimme arviota toimenpideohjeiden käytännöllisyydestä ja toimivuudesta. Hoitohenkilökunnasta viisi hoitajaa vastasi palautekyselyyn viikon sisällä kyselyn lähettämisestä. Palautteesta selvisi, että hoitotoimenpideohjeet tarvitsivat lisää kehittämistä. Kehittämisideoita tuli jokaiseen hoitotoimenpideohjeeseen ja ne liittyivät tekstin sisältöön ja kuvien asetteluun. Hoitotoimenpideohjeista toivottiin yksityiskohtaisemmat ja vaihe vaiheelta etenevämmät. Palautteen perusteella teimme hoitotoimenpideohjeista täsmällisemmät ja muokkasimme ulkoasua selkeämmäksi. Uusimman palautteen mukaan hoitotoimenpideohjeet lähetettiin marraskuun alussa.

5 POHDINTA

Aloitimme opinnäytetyön suunnittelun ja aiheen rajauksen vuoden 2012 alussa. Opinnäytetyön aikataulus oli jo alusta asti selvillä ja pysyimme suunnitellussa aikataulus- sa hyvin. Opinnäytetyössä tuotetut hoitotoimenpideohjeet vastasivat sitä mitä oli suunniteltu. Mielestämme hoitotoimenpideohjeet tukivat hyvin sairaanhoitajien kliinisen osaamisen vaatimuksia ja ne soveltuvat käytännön hoitotyöhön.

Hoitotoimenpiteitä on mahdollista tehdä usealla eri tavalla. Pääpiirteittäin löysimme kuvauksia samankaltaisista tekotavoista, mutta eri lähteissä hoitotoimenpideohjeiden suorittamisessa oli pieniä poikkeavuuksia. Pyrimme käyttämään luotettavia lähteitä, kuten Käypä hoito -suosituksia. Käytännön tuoman kokemuksen perusteella hoitotoimenpiteiden toteuttamisessa oli myös toimipaikkakohtaisia eroja. Haasteena olikin tehdä hoitotoimenpideohjeista Joroisten terveysaseman vastaanoton käytäntöjä vastaavat ohjeet. Mielestämme olikin hyvä, että saimme luvan kuvata osan hoitotoimenpideohjeisiin tarvittavasta materiaalista Joroisten terveysasemalla. Opinnäytetyössä tuotetut hoitotoimenpideohjeet on tarkoitettu Joroisten terveysaseman käyttöön, eikä niitä julkaista opinnäytetyön liitteenä.

Koimme haasteellisena yhteydenpidon Joroisten terveysaseman hoitohenkilökunnan ja työelämäohjaajamme kanssa pitkän välimatkan vuoksi. Pääasiassa yhteydenpito tapahtui sähköpostitse, minkä vuoksi osa selvitettävistä asioista saattoi jäädä epäselviksi. Sähköpostitse käyty kommunikointi osoittautui vaikeaksi myös väärinymmärrysten takia. Sähköpostin välityksellä keräämämme palaute oli ristiriidassa palautelomakkeella kerätyn palautteen kanssa. Tämä aiheutti haasteita opinnäytetyön aikataulutukseen, koska jouduimme muokkaamaan hoitotoimenpideohjeita vielä viimeiseksi tarkoitetun palautteen jälkeen. Haasteellista opinnäytetyössä oli myös aiheen rajaaminen. Koska hoitotoimenpiteiksi valikoitui hyvin erilaisia toimenpiteitä, oli teoriapohjan rajaaminen vaikeaa. Päädyimme kuitenkin kliinisten taitojen tukemiseen. Rajasimme hoitotoimenpideohjeiden määrän jo heti alussa viidestä kuuteen hoitotoimenpideohjeeseen, sillä tekijöitä oli kolme ja hoitotoimenpiteiden lisäksi käsittelimme opinnäytetyössä myös kliinistä osaamista. Näin välttyimme käsittelemästä aihetta liian laajasti.

Opinnäytetyössä on huomioitava hoitotyön eettisyys, sillä hoitotoimenpideohjeet tehdään terveydenhuollon ammattihenkilöstölle. Hoitotoimenpideohjeilla pyrimme edis-

tämään terveyttä ja hyvinvointia tukemalla hoitotyöntekijöiden klinisiä taitoja. Terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito, sekä kärsimyksen lieventäminen ovat terveydenhuollon ja hoitotyön päätavoitteita (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 14).

Kun auttajana toimii terveydenhuollon ammattihenkilö, hän käyttää hoitamisessaan ammatilliseen tietoon perustuvia auttamismenetelmiä terveyden edistämiseksi (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 23). Hoitotoimenpideohjeiden teoria on koottu ajankohtaisista ja luotettavista lähteistä. Tällöin ohjeet ovat tukemassa hoitohenkilökunnan hoitotyötä. Hoitotyöllä tarkoitetaan hoitotieteeseen perustuvaa ammatillista osaamista, jota tekevät hoitotyöntekijät, kuten terveyden- ja sairaanhoitajat. Hoitotyön etiikka on tiedonala, joka käsittelee ammatillisen hoitotyön kysymyksiä oikeasta ja väärästä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 23–24.) Opinnäytetyötä tehdessä pyrimme toimimaan rehellisesti ja luotettavasti.

Vaitiolo- ja salassapitovelvollisuus ovat molemmat lakisääteisiä terveydenhuollon ammattihenkilöstön velvollisuuksia, joiden rikkominen johtaa sakko- tai vankeusrangaistukseen (Valvira 2012). Sosiaali- ja terveystieteiden alan hoitohenkilöstöllä on vaitiolo- ja salassapitovelvollisuus, jota noudatimme opinnäytetyötä tehdessämme ja toimiesämme Joroisten Terveysaseman organisaation kanssa yhteistyössä, jolloin kaikki siellä näkemämme ja kuulemamme potilastyötä koskevat asiat ovat salassapidettäviä. Kyselylomaketta suunnitellessamme käytimme apuna yleisterveydenhuollon sisältöerittelyä, joka ei kuitenkaan ole tarkoitettu julkiseen käyttöön, jonka vuoksi emme julkaise sisältöerittelyn sisältöä opinnäytetyössä. Ennen kyselylomakkeen suunnittelua saimme suullisen luvan hankkia tarvittavaa tietoa kyselylomakkeella koskien hoitotoimenpideohjeita. Julkaisimme opinnäytetyössä ainoastaan sellaista Joroisten terveysasemaan liittyvää tietoa, jonka julkaisuun olimme saaneet luvan. Valokuvan kuvauksella on tekijänoikeus ottamiinsa kuviin (Tekijänoikeuslaki 404/ 1961). Valokuvassimme kuvat hoitotoimenpideohjeisiin itse, joten emme tarvitse erillistä lupaa kuvien julkaisemiseen.

Tarvekartoituksen yhteydessä tekemämme kyselyn perusteella selvisi, että Joroisten terveysaseman vastaanoton hoitohenkilökunta tarvitsee hoitotoimenpideohjeita useammalle hoitotoimenpiteelle kuin tässä opinnäytetyössä on tuotettu. Koska käytännön hoitotyö kehittyy jatkuvasti, voi jatkossa olla tarpeellista kehittää myös jo tuottamiimme ohjeita. Opinnäytetyön aihearajauksen vuoksi emme kartoittaneet hoitotoimen-

pideohjeiden soveltuvuutta käytäntöön pitkällä aikavälillä. Jatkotutkimusaiheena olisikin tutkia kyseisten hoitotoimenpideohjeiden luotettavuutta ja soveltuvuutta käytäntöön. Tekemämme kysely hoitotoimenpideohjeiden toimivuudesta käsitti vain hoitajien kannanotot ohjeista perustuen heidän aikaisempaan kokemukseen. Voisi olla kuitenkin aiheellista selvittää tarkemmin ohjeiden käytettävyyttä, esimerkiksi uusitulla ja laajemmalla palautekyselyllä.

LÄHTEET

Aalto, Sakari, Castren, Maaret, Rantala, Elina, Sopanen, Pertti & Westergård, Airi 2008. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Ahonen, Outi, Blek-Vehkaluoto, Mari, Ekola, Sirkka, Partamies, Sanna, Sulosaari, Virpi & Uski-Tallqvist, Tuija 2012. Kliininen hoitotyö – Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Alhava, Esko, Höckerstedt, Krister, Leppäniemi, Ari & Roberts, Peter 2010. Kirurgia. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Bjålie, Jan, Haug, Egil, Sand, Olav, Sjaastad, Qyestein & Toverud, Kari 2005. Ihminen – fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY.

Blomgren, Kari, Atula, Timo & Kantele, Anu 2008. Äkillinen sivuontelotulehdus eli sinuiitti. Teoksessa Blomgren, Kari & Atula, Timo (toim.) Korva-, nenä- ja kurkkutaudit – päivystäjän opas. Helsinki: KustannusOyDuodecim, 60–63.

Burrow, Gordon, French, Gwen, Lorimer, Donald & O'Donnell, Maureen 2002. Neale's disorders of the foot – Diagnosis and management. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Eskola, Nina & Paloposki, Sanna 2001. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Ammattikorkeakoulusta valmistuneen sairaanhoidajan arvio ammatillisesta osaamisestaan ja sairaanhoidajan ammatilliseen osaamiseen yhteydessä olevat tekijät. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.

Hannuksela, Matti, Peltonen, Sirkku, Reunala, Timo & Suhonen, Raimo 2011. Iho-
taudit. Porvoo: Duodecim.

Harjula, Ari, Mattila, Matti & Pasila, Mikko 1989. Kliiniset toimenpiteet. Klaukkala: Recallmed Oy.

Hildén, Raija 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hildén, Raija 1999. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys ja ammatillisuuteen pätevyteen vaikuttavat tekijät. Tampereen yliopisto. Ammattikasvatuksen tutkimuskeskus. Väitöskirja.

Holmström, Peter, Kuisma, Markku & Porthan, Kari 2009. Ensihoito. Jyväskylä: Tammi.

Holopainen, Eino, Jauhiainen, Tapani, Kohonen, Aarno, Malmberg, Henrik, Paavolainen, Mikko & Sonninen, Aatto 1988. Korva-, nenä- ja kurkkutautioppi. Porvoo: WSOY.

Huupponen, Irma 2012. Henkilökohtainen tiedonanto 8.6.2012. Tiedottaja. Sairaanhoidaja. Joroisten terveysasema.

Huusko, Heljä & Myllylä, Britt-Marie 2003. Sairaanhoidajan ammatillisen osaamisen kehittäminen. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu. Oulu: Oulun yliopisto paino.

Iivanainen, Ansa, Jauhiainen, Mari & Syväoja, Pirjo 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Iivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo 2008. Hoida ja kirjaa. Hämeenlinna: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Jamieson, Elisabeth, McCall, Janice & Blythe, Rona 1994. Kliiniset hoitotoimenpiteet. Hämeenlinna: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

Joki-Erikkilä, Veli-Pekka, Penttilä, Matti, Kääriäinen, Janne & Rautiainen, Markus 2001. Voidepuudutus poskiontelopunktiossa. WWW-dokumentti. <http://www.duodecimlehti.fi>. Päivitetty 19.6.2001. Luettu 22.5.2012.

Joroinen 2008. Terveyspalvelut.

<http://joroinen.fi/perusturva/terveyspalvelut>. Ei päivitystietoja. Luettu 9.5.2012.

Jämsä, Kaisa & Manninen, Elsa 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveystalalla. Helsinki: Tammi.

Karhunmäki, Tuula, Keurulainen, Rauli & Aalto, Anu 2010. Välinehuolto. Teoksessa Anttila, Veli-Jukka, Hellsten, Soile, Rantala, Arto, Routamaa, Marianne, Syrjälä, Hannu & Vuento, Risto (toim.). Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Porvoo: WS Bookwell Oy, 543–564.

Karma, Pekka, Nuutinen, Juhani, Puhakka, Heikki, Vilkmann, Erkki, Virolainen, Erkki, Ylikoski, Jukka & Ramsay, Hans 1999. Korva-, nenä- ja kurkkutaudit sekä foniatrian perusteet. Helsinki: Yliopistopaino.

Karvonen, Jaakko 2003. Ihon kasvaimet. Teoksessa Hannuksela, Matti, Karvonen, Jaakko, Reunala, Timo & Suhonen, Raimo (toim.). Ihotaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 270–293.

Kassara, Heidi, Paloposki, Sanna, Holmia, Silja, Murtonen, Irja, Lipponen, Virpi, Ketola, Marja-Leena & Hietanen, Helvi 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Kinnunen, Timo, Korte, Ritva & Lukkari, Liisa 2010. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kokki, Hannu & Pitkänen, Mikko. Puudutusopas 2006. 2006. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Kokkinen, Annemari & Maltari-Ventilä, Leena 2008. Hoito- ja huolenpitotyön sanasto. Jyväskylä: Kirjapaja.

Korhonen, Teija & Mäkipää Sanna 2011. Mistä asiantuntijuus muodostuu? Teoksessa Ranta, Iiri (toim.). Sairaanhoidajan asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Edita Prima Oy, 12–13, 20–22.

Koskivuo, Ilkka 2012. Luomen poisto. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=imk00752. Päivitetty 12.1.2012. Luettu 25.4.2012.

Koulu, Leena, 2003. Teoksessa Hannuksela, Matti, Karvonen, Jaakko, Reunala, Timo & Suhonen, Raimo (toim.). Ihotaudit. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, 263–269.

Kujala, Urho, Orava, Sakari & Järvinen, Markku 1999. Liikunta vamman tai kirurgisen toimenpiteen jälkeen. Teoksessa Vuori, Ilkka & Taimela, Simo (toim.). Liikuntalääketiede 1999. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 308–311

Käypä hoito -suositus 2010a. Ihon bakteeri-infektiot. WWW-dokumentti.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi13020>.
Päivitetty 8.11.2010. Luettu 29.4.20120.

Käypä hoito -suositus 2010b. Fenolisaatio sisäänkasvaneiden varpaankynsien hoidossa. WWW-dokumentti.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../nak00961>. Päivitetty 6.10.2010. Luettu 29.4.2012.

Käypä hoito -suositus 2012a. Melanooma. WWW-dokumentti.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50038>.
Päivitetty 26.1.2012. Luettu 20.4.2012.

Lahti, Leena 2008. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen hematologista syöpää sairastavan potilaan hoitotyössä. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu-tutkielma.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1999. WWW-dokumentti.
<http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoja. Luettu 27.6.2012.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. WWW-dokumentti.
<http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoja. Luettu 10.2.2012.

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 1999/621. WWW-dokumentti.
<http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoja. Luettu 10.2.2012.

Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Liukkonen, Irmeli, Saarikoski, Riitta & Stolt, Minna 2010. Terveet jalat. Tampere: Kustannus Oy Duodecim.

Liukkonen Irmeli & Saarikoski Riitta 2004. Jalat ja terveys. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim.

Mustajoki, Marianne, Maanselkä, Seija, Allila, Anja & Rasimus, Mirja 2005. Sairaanhoidajan käsikirja. Hämeenlinna: Kustannus oy Duodecim.

Nikula, Janne 2011. Ihomuutoksen poisto. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=luomen%20poisto. Päivitetty 15.9.2011. Luettu 10.5.2012.

Nousiainen, Inkeri 1998. Osastonhoitajien ja ylihoitajien käsityksiä sairaanhoitajan työn osaamisalueista. Sosiaali- ja terveysala. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu.

Nuutinen, Juhani 2011. Korva-, nenä- ja kurkkutaudit ja foniatrian perusteet. Helsinki: Unigrafia Oy.

Opetusministeriö 2001. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon - koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintoviikkomäärät. PDF-dokumentti. http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2001/liitteet/opm_10_amksta_tervhuoltoon.pdf?lang=fi. Ei päivitystietoja. Luettu 27.6.2012.

Pätiälä, Hannu, Rokkanen, Pentti & Tunturi, Turkka 1982. Kirurgiset pientoimenpiteet. Tampere: Tampereen kirjapaino Oy Tamprint.

Ratia, Marja, Vuento, Risto & Laitinen, Kirsi 2010. Puhdistuksen, desinfektion ja steriloinnin tavoitteet ja tarve. Teoksessa Anttila, Veli-Jukka, Hellsten, Soile, Rantala, Arto, Routamaa, Marianne, Syrjälä, Hannu & Vuento, Risto (toim.). Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Porvoo: WS Bookwell Oy, 510–516.

Rauramaa, Rainer & Rankinen, Tuomo 1999. Liikunnan vaikutukset elinjärjestelmittäin. Teoksessa Vuori, Ilkka & Taimela, Simo (toim.) Liikuntalääketiede 1999. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 26–43.

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

Roberts, Peter, Alhava, Esko, Höckerstedt, Krister & Kivilaakso, Eero (toim.) 2004. Kirurgia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Rounding, Catherine & Bloomfield, Sally 2005. Surgical treatments for ingrowing toenails. Teoksessa Käypä hoito -suositus 2010a. Fenolisaatioisäänkasvaneidenvarpaankynsienhoidossa. WWW-dokumentti.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../nak00961>. Päivitetty 6.10.2010. Luettu 29.4.2012.

Saarelma, Osmo 2012. Polvivamma, Kierukkavamma, Ristisidevamma. WWW-dokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi>. Päivitetty 31.1.2012. Luettu 29.4.2012.

Sahi, Timo, Kastrén, Maaret, Helistö, Neta & Kämäräinen, Leena 2002. Ensiapuopas. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim & Suomen Punainen Risti.

Sairaanhoitajaliitto 2012. Sairaanhoitajan työ. WWW-dokumentti.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_ty_o/. Ei päivitystietoja. Luettu 27.6.2012.

Saksela, Olli 2003. Ihokirurgiset toimenpiteet. Teoksessa Hannuksela, Matti, Karvonen, Jaakko, Reunala, Timo & Suhonen, Raimo (toim.). Ihotaudit. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, 374–387.

Salminen-Peltola, Päivi & Vuola, Jyrki 1996. Kasvojen alueen ihokasvainten leikkaushoito. WWW-dokumentti. www.duodecimlehti.fi. Ei päivitystietoja. Luettu 28.4.2012.

Valvira 2012. Vaitiolo- ja salassapitovelvollisuus.

WWW-dokumentti. <http://www.valvira.fi/>. Ei päivitystietoja. Luettu 2.5.2012.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a. Koulutuksella osaamista asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin - Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:7. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b.Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö. WWW-dokumentti.<http://www.stm.fi>. Päivitetty31.01.2012. Luettu 9.5.2012.

Tekijänoikeuslaki 404/1961. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 14.10.2012.

Torkkola, Sinikka, Heikkinen, Helena & Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi, opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, Sirpa 2008.Sairaanhoitajan ammatillisen osaaminen lasten hoitotyössä. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Ukkola, Veijo, Ahonen, Juhani, Alanko, Arto, Lehtonen, Timo & Suominen, Sinikka 2001. Kirurgia. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Viljakka, Timo & Kotkansalo, Tero 2007. Polven sidonta. Teoksessa Rokkanen, Pentti, Pätiälä, Hannu & Tunturi, Turkka (toim.). Kirurgiset pientoimenpiteet. Tampereen Lääketieteen Kandidaattiseura r.y.81-82

Viljakka, Timo & Kotkansalo, Tero 2007. Nilkan sidonta. Teoksessa Rokkanen, Pentti, Pätiälä, Hannu & Tunturi, Turkka (toim.) Kirurgiset pientoimenpiteet. Tampereen Lääketieteen Kandidaattiseura r.y. 83-84

Viljakainen, Salme 2012. Henkilökohtainen tiedonanto 16.04.2012. Tiedottaja. Joroisten terveysasema.

Vilka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vuola, Jyrki & Pakkanen, Matti 1993.Luomen poiston aiheet. WWW-dokumentti. www.duodecimlehti.fi. Ei päivitystietoja. Luettu 20.4.20

Mikkelin Ammattikorkeakoulu

SAATE ja KYSELYLOMAKE

Opiskelijat: Tiina Raasu, Iina Airaksinen ja Milla Pietilä (th/sh)

Tämä on Mikkelin ammattikorkeakoulun opinnäytetyöryhmän kartoitus hoitohenkilöstön tarpeesta kirjallisille toimenpideohjeille vastaanottotyössä. Kyselylomakkeen tarkoituksena on kerätä tietoa siitä, minkälaisissa hoitotoimenpiteissä ja missä muodossa Joroisten Terveysaseman vastaanoton henkilökunta kokee tarvitsevansa hoitotoimenpideohjeita. Näiden tietojen perusteella opinnäytetyöryhmä laatii toimenpideohjeet henkilökunnan käyttöön.

Kyselyssä on viisi kysymystä, joiden vastaamiseen menee alle 10 minuuttia.

KYSELYLOMAKE

1. Sukupuoli

- Nainen
- Mies

2. Koulutus: _____

3. Työsuhteen kesto vuosina (rasti ruutuun):

- 0-1
- 1-5
- 5 tai enemmän

4. Valitkaa seuraavista hoitotoimenpiteistä kuusi (6kpl), joihin koette tarvitsevanne kirjalliset ohjeet (rasti ruutuun):

- Steriilin pöydän tekeminen
 - Suturaatiossa avustaminen
 - Rakkopunktiokatetrin laitossa avustaminen
 - Maxpuktiossa avustaminen
 - Luomenpoistossa avustaminen
 - Kiilaexcisiossa avustaminen
 - Nenäverenvuodon laapistamisessa avustaminen
 - Nenäverenvuodon tamponoinnissa avustaminen (etu-
tamponointi)
 - Nivelten punktiossa avustaminen
 - Korvahuuhtelu
 - Punkkipihtien käyttäminen
 - Gynekologisten näytteidenotossa avustaminen
 - Silmän vierasesineen poistossa avustaminen
 - Kestokatetrointi
 - Kertakatetrointi
 - EKG:n ottaminen
 - Verenpaineen mittaaminen
 - Happisaturaation mittaaminen oksimetrilla
 - Haavan liimaus
 - Nivelsidevammojen ensihoito
 - Kapillaari- ja venaverinäytteen ottaminen
 - Nieluviljelynäytteen ottaminen
 - Bakteriviljelynäytteen ottaminen pinnallisesta haavasta
 - Jokin muu toimenpide, mikä?
-

5. Mikä seuraavista on mielestänne paras vaihtoehto ohjeiden käytettävyyden kannalta:

- Seinäjuliste
- Ohjelehti/ -kirja
- Osa perehdytyskansiota
- Vain sähköinen muoto (esimerkiksi word-tiedosto)
- Jokin muu, mikä? _____ ?

Toivomme, että vastaatte kyselyyn pe 23.3.2012 mennessä.

Kiitos vastauksistanne!

Airaksinen Iina, Pietilä Milla ja Raasu Tiina
Mikkelin ammattikorkeakoulu

Yhteydenotot:

tiina.h.raasu@mail.mamk.fi

Mikkelin Ammattikorkeakoulu

Opiskelijat: Tiina Raasu, Iina Airaksinen ja Milla Pietilä (th/sh)

ARVIOINTILOMAKE

Teimme opinnäytetyönämme hoitotoimenpideohjeet kiilaexcisiosta, maxpunctiosta, luomen poistosta, nivelsidevammojen ensihoidosta ja nenäverenvuodon laapistamisesta Joroisten terveysaseman vastaanoton henkilökunnan käyttöön.

Toivomme saavamme palautetta kyseisistä hoitotoimenpideohjeista numeraalisesti ja kirjallisesti arvioituna. Palautteen saaminen on osa opinnäytetyötämme ja saamamme arviointi liitetään osaksi opinnäytetyömme raporttia. Siksi koemme saamamme palautteen erittäin tärkeäksi.

Ympyröikää kysymyksen alla oleva numero sen mukaan, kuinka se vastaa esitettyä kysymystä, kun

1 = Erittäin huonosti

2 = Huonosti

3 = En osaa sanoa

4 = Hyvin

5 = Erittäin hyvin

1. Kuinka hyvin hoitotoimenpideohjeet vastasivat odotuksianne?

1 2 3 4 5

Vapaa teksti:

2. Kuinka hyvin hoitotoimenpideohjeet soveltuvat käytäntöön?

1 2 3 4 5

Vapaa teksti:

3. Kuinka selkeänä piditte hoitotoimenpideohjeita?

1 2 3 4 5

Vapaa teksti:

4. Muuta kommentoitavaa:

Kiitos palautteestanne!

Airaksinen Iina, Pietilä Milla ja Raasu Tiina

Mikkelin ammattikorkeakoulu

Yhteydenotot: tiina.h.raasu@mail.mamk.fi