

Mari Rintala
RUUSUTULEHDUKSEN HOITO JA POTILASOHJAUS -
KOULUTUKSEN JÄRJESTÄMINEN VAMMALAN
ALUESAIRAALAN SISÄTAUTIOSASTOLLA

Hoitotyön koulutusohjelma
2014

RUUSUTULEHDUKSEN HOITO JA POTILASOHJAUS - KOULUTUKSEN JÄRJESTÄMINEN VAMMALAN ALUESAIRAALAN SISÄTAUTIOSASTOLLA

Rintala, Mari
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Marraskuu 2014
Ohjaaja: Santamäki, Kirsti
Sivumäärä: 33
Liitteitä: 3

Asiasanat: ruusutulehdus, potilasohjaus, täydennyskoulutus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää koulutusta ruusutulehduksen hoitamisesta ja potilasohjauksesta Vammalan aluesairaalan sisätautiosaston hoitohenkilökunnalle. Vammalan aluesairaala on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sairaala, jossa tarjotaan perustason erikoissairaanhoitoa. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä hoitajien tietämystä ruusutulehduspotilaan hoidosta ja ohjauksesta, ja näin muodoin yhtenäistää hoitokäytäntöjä.

Teoriaosuudessa käsiteltiin ruusutulehdusta, ruusutulehduksen aiheuttajaa, sen oireita ja diagnosointia sekä lääkkeellistä ja paikallista hoitoa. Myös ruusutulehduksen uusiutumista ja ennaltaehkäisyä tarkasteltiin. Työssä käsiteltiin myös potilasohjausta, sillä se on tärkeä osa ruusutulehduksen hoitamista ja hoidon onnistumista. Lisäksi teoriaosuudessa tarkasteltiin kliinistä osaamista, täydennyskoulutusta ja koulutuksen järjestämistä.

Opinnäytetyö toteutettiin kahtena samansisältöisenä koulutuksena, jotka järjestettiin 3.9.2014 ja 1.10.2014 Vammalan aluesairaalan ATK-luokassa. Yhden koulutuksen kesto oli 30 minuuttia. Koulutuksissa käsiteltiin ruusutulehdusta, sen hoitoa sekä potilasohjausta. Koulutustilaisuuksiin osallistui yhteensä 22 hoitajaa, joista 4 oli Vammalan aluesairaalan sisätautiosastolta (kohdeorganisaatio) ja loput 18 olivat muista Vammalan aluesairaalan yksiköistä sekä Sastamalan seudun sosiaali- ja terveystalveluista.

Koulutuksiin osallistuneilta pyydettiin palautetta koulutustilaisuudesta strukturoidulla kyselylomakkeella. Kaikki osallistujat antoivat palautteen. Palautteista voitiin päätellä koulutuksen vastanneen kuulijoiden odotuksia hyödyn, tiedon ja ajankäytön tasolla. Opinnäytetyön tekeminen onnistui kokonaisuutena hyvin, ja lopputulokseen voidaan olla tyytyväisiä.

Tulevaisuudessa voitaisiin tutkia koulutuksen vaikuttavuutta hoitokäytäntöjen yhtenäistämiseksi. Kyselyn avulla voitaisiin selvittää koulutuksen hyödyllisyyttä ja informatiivisuutta. Myös potilaille suunnattuja ohjeita ruusutulehduksen hoidosta kaivattiin, joten tämäkin voisi olla keskeistä jatkotutkimuksen kannalta.

TREATMENT OF ERYSIPELAS AND PATIENT COUNSELLING – TRAINING ON A MEDICAL WARD IN VAMMALA REGIONAL HOSPITAL

Rintala, Mari
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
November 2014
Supervisor: Santamäki, Kirsti
Number of pages: 33
Appendices: 3

Keywords: erysipelas, patient counselling, supplementary training

The purpose of this thesis was to organize training to the staff of the medical ward at Vammala Regional Hospital on the causes of erysipelas, the various treatments of the condition and how to manage patient education. The goal of the training was to increase the knowledge of the nursing staff on how to manage the care of erysipelas patients and how to educate patients in self-care at home, and ultimately encourage an identical approach to erysipelas care.

In the theoretical part of the training various aspects of erysipelas were discussed: its definition, its various causes and symptoms, the clinical diagnosis of the condition, and its various medical and topical treatment options. The likelihood of reoccurrence and preventative care as well as various aspects of patient education and patient self-help were also considered, as they play an important role in the successful treatment of erysipelas.

The training was carried out on two separate occasions in the ICT suite of Vammala Regional Hospital. Each training session lasted for 30 minutes and included information of the definition of erysipelas, the various treatment options of the condition and aspects of patient education. All in all, 22 nurses took part in the training sessions. Part of the nurses work at Vammala Regional Hospital and others within Social and Health Care Services in the Sastamala region. Four of the participants work on the medical ward at Vammala Regional Hospital.

Afterwards, all participants were asked to fill in a feedback form based on the structure of the workshop. All participants filled in and returned their feedback forms. The feedback indicated that the training had met the participants' expectations. According to the feedback, the training was considered necessary and the time available for the sessions was utilized efficiently. On the whole, the training was executed well and the end result was very satisfactory.

A further study on the subject could concentrate on evaluating the efficiency of training at Vammala Regional Hospital. The study could include a survey to evaluate the efficiency of training, and what the participants learnt from the training. There is also a need for a clear instruction booklet on the self-management and self-care of erysipelas aimed at patients.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	RUUSUTULEHDUKSEN HOITO JA POTILASOHJAUS	6
2.1	Ruusutulehdus.....	6
2.1.1	Oireet	7
2.1.2	Aiheuttaja ja hoito	7
2.1.3	Uusiutuminen ja ennaltaehkäisy.....	10
2.2	Potilasohjaus	11
2.3	Täydennyskoulutus	12
2.4	Koulutuksen järjestäminen.....	14
3	PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	19
4	PROJEKTIN SUUNNITTELU.....	19
4.1	Aikataulu ja eteneminen	19
4.2	Resurssit ja riskit.....	20
4.3	Arviointisuunnitelma	21
5	PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN.....	22
6	PROJEKTIN TULOS	25
7	PROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA	25
7.1	Osallistuja-arviointi.....	25
7.2	Oma arviointi	29
7.3	Pohdinta	31
	LÄHTEET.....	32
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Ruusutulehdus on vakava bakteerin aiheuttama tulehdus, joka hoitamattomana on hengenvaarallinen. Streptokokki kulkeutuu ihorikosta elimistöön aiheuttaen tulehduksen, joka ilmenee punoituksena, kuumotuksena, kipuna ja turvotuksena. Lisäksi iholle saattaa kehittyä rakkuloita. Muita oireita ovat vatsakipu, kuume ja oksentelu. (Karppelin & Syrjänen 2008; Suhonen 2009; Hannuksela 2012.) Akuuttivaiheessa antibiootti annetaan joko suonensisäisesti tai lihakseen, minkä jälkeen lääkehoitoa jatketaan vielä suun kautta 2-3 viikkoa. Ruusutulehdus voidaan hoitaa myös kokonaan tablettilääkityksellä avohoidossa, mikäli potilas on hyvävointinen. (Karppelin & Syrjänen 2008; Ranki ym. 2012.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää koulutusta ruusutulehduksen hoidosta ja potilasohjauksesta Vammalan aluesairaalan sisätautiosaston hoitohenkilökunnalle syksyllä 2014. Tavoitteena oli lisätä hoitajien tietoa ruusutulehduksen hoidosta sekä ohjauksesta ja näin yhtenäistää hoitokäytäntöjä. Opinnäytetyön tekijän henkilökohtaisina tavoitteina oli oppia järjestämään koulutusta sekä oppia uutta ruusutulehduksen hoidosta ja potilasohjauksesta.

Työntilajana oli Vammalan aluesairaalan sisätautiosaston osastonhoitaja TtM Sirpa Paananen, joka kertoi pyynnön ruusutulehduksen hoito-ohjeistuksen tarpeesta tulleen hoitohenkilökunnalta. Paananen kertoi huomanneensa saman tarpeen myös aiemmassa työssään haavanhoitajana.

Vammalan aluesairaala on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sairaala, jossa hoidetaan somaattisia ja psykiatrisia erikoissairaanhoitoa tarvitsevia potilaita. Sisätautiosastolla hoidetaan mm. sydän-, diabetes- ja infektiopotilaita. (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin www-sivut 2014.) Sisätautiosastolla työskentelee osastonhoitaja, 22 sairaanhoitajaa ja 3 perushoitajaa. Potilaspaikkoja osastolla on yhteensä 16, joista 4 on sydänvalvontapaikkoja. (Paananen henkilökohtainen tiedonanto 03.02.2014.)

Opinnäytetyö on yksilötasolla toteutettu projektityö. Työntekijä on vastannut työn suunnittelusta, etenemisestä, valmistumisesta ja arvioinnista. Opinnäytetyö käsittelee

ruusutulehdusta, sen hoitoa sekä potilasohjausta. Työssä on tarkasteltu ruusutulehduksen oireita, aiheuttajaa, sen hoitoa ja uusiutumista sekä ennaltaehkäisyä. Ohjauksessa on käsitelty potilaan omahoidon ohjausta. Koulutustilaisuuden onnistumista on arvioitu tilaisuudessa kerätyllä palautteella, jossa tiedusteltiin mm. koulutuksen tarpeellisuutta, selkeyttä ja tiedon riittävyttä.

2 RUUSUTULEHDUKSEN HOITO JA POTILASOHJAUS

2.1 Ruusutulehdus

Ruusutulehduksella tarkoitetaan ihon ja ihonalaiskudoksen bakteeritulehdusta, josta muualla käytetään yleensä nimitystä erysipelas tai selluliitti. Joissakin maissa, varsinkin Yhdysvalloissa, erysipelas ja selluliitti usein erotetaan toisistaan. Tyypillisessä erysipelaksessa ihon punoitus on tarkkarajainen, ja tulehtunut alue on koholla. Iho saattaa muistuttaa appelsiinin kuorta, koska turvotus ympäröi karvojen tuppia. (Stevens ym. 2005, 1380.)

Bakteerit eivät pääse terveeseen ihon läpi elimistöön, joten terve ja ehjä iho on tulehdusten ehkäisyssä ensiarvoisen tärkeä. Iholla luonnostaan olevia mikrobeja kutsutaan ihon normaaliflooraksi, ja niihin kuuluu esimerkiksi stafylokokkeja. Kun iho rikkoutuu, pääsee tulehduksen aiheuttaja elimistön ulkopuolelta elimistöön aiheuttaen tulehduksen. Tulehduksen voi aiheuttaa ihon normaaliflooraan kuuluva mikrobi tai muualta saatu bakteeri. Taudinkuva riippuu tulehduksen aiheuttajasta. (Syrjänen & Huovinen, 2011, 364-365.)

Erysipelasta pidetään selluliitin erityisenä muotona, jossa tulehdus on rajoittunut ihon pintaosiin. Selluliittissa puolestaan katsotaan tulehduksen ulottuvan syvemmälle verinahkaan ihonalaisen rasvan lisäksi. Näitä kahta muotoa on käytännössä vaikea erottaa toisistaan. Tämän vuoksi termi selluliitti sisältää usein molemmat muodot, ja ruusutulehduksella tarkoitetaan Suomessa näitä molempia. (Karppelin henkilökohmainen tiedonanto 25.06.2014.)

2.1.1 Oireet

Tyypillisesti ruusutulehdus esiintyy alaraajoissa, mutta infektio voi tulla myös yläraajoihin, vartalolle tai kasvoihin. Ruusutulehduksen tunnusmerkkejä ovat tarkkarajainen punoitus, turvotus ja kuumotus. Tulehtuneella ihoalueella voi olla vesirakkuiloita ja verenvuotoa (ekkymoosit tai petekkiat). (Karpelin & Syrjänen 2008; Suhonen 2009; Ranki ym. 2010.)

Tyypillisen ruusutulehduksen toteamiseen tarvitaan harvoin laboratoriotestejä. Tärkeintä on tunnistaa sairaalahoitoa edellyttävät kliiniset merkit. Sairaalahoitoa edellyttävät kliiniset merkit ovat muun muassa lihavuus, voimakas paikallinen kipu; kuume, johon liittyy sekavuutta, sydämen tiheälyöntisyys (takykardia), merkittävä turvotus sekä vähävirtaisuus. Myös sosiaalisesti altistavat tekijät pitää ottaa huomioon (esim. asunnottomuus). Kuume nousee usein ennen iho-oireiden ilmestymistä, mutta tulehdus voi olla myös kuumeeton. (Bonnetblanc & Bédane 2003, 157.)

On tärkeä erottaa kuolioiva tulehdus (nekrotisoiva faskiitti) ruusutulehduksesta, koska kuolioiva tulehdus edellyttää välitöntä kirurgista revisiota. Kuolioivan tulehduksen tyypillinen merkki on erittäin voimakas paikallinen kipu, joka voi alkuvaiheessa olla epäsuhdassa lievän näköisiin ihomuutoksiin. (Karpelin henkilökohtainen tiedonanto 25.06.2014.)

2.1.2 Aiheuttaja ja hoito

Ruusutulehduksen aiheuttaa useimmiten A- tai G-ryhmän β -hemolyyttinen streptokokki. Ruusutulehdus hoidetaan antibiootilla (yleensä penisilliinillä) joko suonisäisesti tai suun kautta. (Bonnetblanc & Bédane 2003, 157; Stevens ym. 2005, 1380; Karpelin & Syrjänen 2008; Suhonen 2009; Ranki ym. 2012.) Jos potilas on allerginen penisilliinille, voidaan käyttää kefuroksiimia tai kefalosporiinia, mikäli potilaalla ei ole ollut vakavaa anafylaktista reaktiota penisilliinistä. Jos potilaalle ei sovi mikään beetalaktaami, voidaan hoitona käyttää klindamysiiniä. (Karpelin & Syrjänen 2008.)

Tavanomaisen ruusutulehduksen hoito antibiootilla kestää kolmisen viikkoa ja tulehduksen uusiuduttua nopeasti antibioottikuuri on pidempi. Antibioottihoito on hyvä aloittaa suonensisäisesti tai lihakseen (parenteraalinen lääkitys) annettavana muotona ja siirtyä suun kautta otettavaan antibioottiin heti, kun potilaan kliininen tila sen sallii. Tämä edellyttää sitä, että kuume on laskenut ja tulehdusalue lakannut leviämästä, eli yleensä muutaman vuorokauden kuluttua parenteraalisen lääkityksen jälkeen. Tulehdusalueen ihorikosta tai rakkulanesteestä suositellaan otettavaksi märkäviljelynäyte. (Karppelin & Syrjänen 2008; Ranki ym. 2010.) Potilaille, joilla ei ole koko elimistöön vaikuttavia oireita eikä perussairauksia, jotka voisivat vaikeuttaa hoitoa, voidaan aloittaa antibioottihoito suun kautta. (Karppelin & Syrjänen 2008; National Institute for Health and Care Excellencen www-sivut 2012.)

Dupuy ym. (1999) määrittelevät ruusutulehduksen riskitekijät tapaus-verrokkitutkimuksessaan. Tapauksiksi (n=167) valittiin yli 15-vuotiaat potilaat, joilla oli alaraajassa ruusutulehdus ja alle 24 tuntia sitten alkaneet oireet: kuume yli 38 astetta tai kylmänväreet sekä ihon tulehdus. Verrokkiryhmään (n=294) valittiin saman ikäisiä, samaa sukupuolta olevia potilaita, jotka olivat samassa sairaalassa akuutin vaivan vuoksi. Merkittävimpinä riskitekijöinä voitiin pitää paikallisia tekijöitä, imunesteturvotusta, laskimoiden vajaatoimintaa, jalan turvotusta ja ylipainoa. Diabetes, alkoholi tai tupakointi ei tutkimuksen mukaan ole ruusutulehduksen riskitekijöitä. Varpaanvälin ihorikon aiheuttama riski on suurin, 61 %.

Björnsdóttir ym. (2005: 41, 1416) ovat tutkineet tapaus-verrokkitutkimuksessa alaraajan ruusutulehduksen vahvoja riskitekijöitä. Tutkittavat (n=100) sairastivat selluliittiä ja vertailuryhmä (n=200), joka koostui samanikäisistä ja saman sukupuolen edustajista kuin tutkittavat, olivat kirjautuneet yliopistosairaalaan tutkimusaikana. Tutkimus toteutettiin kyselyllä, alaraajojen tutkimisella ja jalasta otettujen mikrobiologisten tutkimusten avulla Tutkimuksen mukaan riskitekijöiksi luokitellaan aiemmin sairastettu ruusutulehdus, staphylococcus aureus ja/tai β -hemolyyttinen streptokokki varpaiden välissä, jalan eroosio ja haavaumat sekä iholaskimon poisto.

Useiden päivien vuodelepo ja jalan kohoasento ovat ensisijaisia hoitokeinoja antibioottihoidon lisäksi. Potilaan lähtiessä liikkeelle jalkaan sidotaan joustava tukiside ehkäisemään turvotusta. Tukisidoshoitoa jatketaan kuukauden ajan muuten terveillä

potilailla ja pidempään, jos potilaalla on laskimo- tai imunesteturvotusta. Potilaille, joilla on ollut laskimotukos, annetaan ihonalaista hepariinihoitoa ehkäisemään tukoksien syntyä. Potilaan pitää ymmärtää hoidon tarve ehkäistäkseen ruusutulehduksen uusiutuminen. (Bonnetblanc & Bédane 2003, 161-162.)

Vaikka tutkimustietoa turvotuksen hoidon hyödystä ruusun hoidossa tai uusiutumisen ehkäisyssä ei ole, asiantuntijat suosittelevat lievittämään turvotusta. Turvotuksen ajatellaan hidastavan tulehduksen paranemista ja toisaalta krooninen turvotus ilmeisesti altistaa ruusutulehduksen uusiutumiselle. (Karpelin henkilökohtainen tiedonanto 25.06.2014.)

Vaikka ruusutulehduksen itsehoidon vaikutuksesta oireisiin ei ole tutkimusnäyttöä, suositellaan kliinisen kokemuksen perusteella potilaille paracetamolia tai ibuprofeeniä kivun hoitoon ja kuumelääkkeeksi sekä nesteiden nauttimista normaalia enemmän, sillä tulehdus lisää nesteiden poistumista elimistöstä. (National Institute for Health and Care Excellencen www-sivut 2012.)

Infektioportti tulee hoitaa hyvin. Alue suihkutetaan vedellä ja kuivataan hyvin päivittäin. Jos alueella (yleensä varpaiden välissä) on sienitulehdus, se tulee hoitaa siihen tarkoitetuilla tuotteilla. Muuten varpaiden väleihin laitetaan esimerkiksi liinakangasta tai vastaavaa, mikä pitää varpaanvälit kuivana. Paikallishoidolla pyritään lievittämään oireita ja näin parantamaan potilaan vointia. (Vester 2012b.)

Kosteat keittosuola- ja sinkkisulfaattikompressit toimivat sekä viilentävinä että antibakteerisena hoitona tulehtuneella alueella. Kompressit tehdään kostuttamalla liinakangas, joko keittosuolalla tai sinkkisulfaatilla, ja se laitetaan tulehtuneen alueen päälle. Kosteita kompresseja ei saa peittää kosteutta pidättävillä materiaaleilla, kuten kalvoilla, jotta alue ei haudu. Kompressit kostutetaan 2-3 kertaa päivässä ja sidokset vaihdetaan kokonaan uuteen kaksi kertaa päivässä. (Vester 2012a.)

Jos tulehtuneella alueella on ihorikkoja, esimerkiksi rakkuloiden puhjettua, voi niitä penslata metyleenisinellä. Metyleenisini ehkäisee sienten sekä bakteerien kasvua ihorikossa. Metyleenisineen kastetaan esimerkiksi pumpulipuikko, jolla sivellään ihorikkoaluetta. Metyleenisinihoitoa ei saa käyttää yhtäjaksoisesti yli kahta viikkoa. Tu-

lehtuneelle alueelle voidaan myös sivellä kortisonivoidetta rauhoittamaan alueen punoitusta, kutinaa ja rakkuloiden muodostumista. (Vester 2012a.)

2.1.3 Uusiutuminen ja ennaltaehkäisy

Uusiutuminen on ruusutulehdukselle tyypillistä, ja uusiutumisen aiheuttanevat samat riskitekijät kuin ruusutulehduksen yleensä. Myös perintötekijöillä arvellaan olevan merkitystä. Varmaksi ei voida sanoa, onko tiheään uusiutuvassa ruusutulehduksessa bakteeri jäänyt elimistöön aiemmasta tulehduksesta, vai onko vuosikymmenien kulluttua uusiutuvassa tulehduksessa kyseessä uusi tartunta. Kokemusperäisen tiedon mukaan uusiutuneessa ruusutulehduksessa antibioottihoitoa on syytä jatkaa 6-8 viikkoa, sillä tätä pitkitettyä hoitoa pidetään myös ennaltaehkäisyä uusiutumiselle. Väestön ikääntyessä ruusutulehdusten määrä saattaa lisääntyä. (Karppelin & Syrjänen 2008.)

Ruusutulehdus saattaa uusiutua estohoidosta huolimatta, mutta silti tutkimukseen perustuva ohje on harkita estohoitoa potilaan sairastettua ruusutulehduksen kolmesti kahden vuoden aikana. Ruusutulehduksen ennaltaehkäisyssä on suositeltavaa käyttää pitkävaikutteista lihakseen pistettävää antibioottihoitoa, bentsatiinipenisilliiniä, tai suun kautta otettavaa V-penisilliiniä. Riskitekijöihin vaikuttamisella ruusutulehduksen ehkäisyssä ei ole tutkimustietoa, mutta suositeltavaa on kannustaa ylipainoista pudottamaan painoan ja alaraajaturvotuksesta kärsivää käyttämään tukisukkia. Olennaista ennaltaehkäisyssä on myös ihorikkojen hoitaminen. (Karppelin & Syrjänen 2008.)

Lewis, Peter, Gómez-Marín & Bisno (2006. 304- 306) ovat tutkineet mahdollisia riskitekijöitä uusiutuvan ruusutulehduksen kehittymiselle tapaus-verrokkitutkimuksessaan. Tutkittaviksi (n=47) valitut olivat hoidossa ruusutulehduksen vuoksi ja heillä oli ollut vähintään kerran aiemmin selluliitti, joka oli dokumentoitu. Verrokkiryhmä (n=97) koostui henkilöistä, jotka olivat samaa sukupuolta ja saman ikäisiä potilaita kuin varsinaisen ryhmän tutkittavat. Tuloksena oli, että alaraajan turvotus, painoindeksi, tupakointi ja kodittomuus ovat uusiutuvan ruusutulehduksen riskitekijöitä.

2.2 Potilasohjaus

Lain potilaan asemasta ja oikeudesta (785/1992) 5. §:n mukaan potilaan tulee saada tietoa itseään koskevasta hoidosta ja terveydentilastaan sekä hoitojen vaikuttavuudesta ymmärrettävästi. Potilaalla on oikeus saada tietoa omalla äidinkielellään ja tarvittaessa on käytettävä tulkkia, jotta voidaan varmistua potilaan ymmärtävän selvityksen. Potilas voi kieltäytyä tiedon vastaanottamisesta eikä tietoa tule antaa potilaalle, jos tieto vaarantaa potilaan terveyttä tai henkeä.

Ohjauksella pyritään parantamaan potilaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämänsä haluamallaan tavalla. Potilas ja hoitaja ovat tasa-arvoisia ohjauksen osallisia. Vuorovaikutus perustuu osallistujien taustatekijöihin, kuten ikä, tarpeet, sosiaalisuus ja fyysinen ympäristö, ja on osallistujien aktiivista sekä tavoitteellista toimintaa. Tavoitteeseen pääseminen vaatii joskus ohjauksen toistoa. (Kyngäs ym. 2007, 25- 31.)

Ohjauksen tulee perustua ohjattavan tarpeisiin ja lähtökohtiin. Ohjattava on ohjauksen aktiivinen osallistuja ja ohjaus on yhteistyötä, jossa potilasta herätellään kysymyksillä kertomaan oman tietonsa asiasta sekä kiinnostumaan asiasta. Ohjattavalle annetaan mahdollisuus miettiä asioita ja esittää tarkentavia kysymyksiä. Tällä tuetaan potilaan päätöksentekoa ja itse arviointia. (Kyngäs ym. 2007, 87- 88.)

Ohjauksen tulee olla tavoitteellista ja tavoitteet tulisi asettaa yhdessä ohjattavan kanssa. Tavoitteiden tulisi olla ohjattavan henkilökohtaisia, jotta ne olisivat saavutettavissa ja itsehoito onnistuisi. Ohjauksen onnistumisen kannalta parasta olisi käyttää eri ohjausmenetelmiä ottaen huomioon ohjattavan tapa omaksua asioita. Ohjattava kykenee ottamaan vastaan ja muistamaan rajallisen määrän asioita kerrallaan, joten ohjauksen keskeiset asiat tulee kerrata lopuksi. (Kyngäs ym. 2007, 73- 75.)

Lipponen (2014) on tutkinut erikoissairaanhoidon ja perusterveyshuollon hoitajien kokemuksia potilasohjauksesta, kehittämistarpeista ja ohjaustaidoista. Tutkimuksen kaksi ensimmäistä osaa toteutettiin strukturoidulla kyselyllä. Ensimmäisessä kyselyssä, 2003, selvitettiin erikoissairaanhoidon kirurgisen hoitohenkilökunnan (n=203) arviointia potilasohjauksesta. Toisessa osatutkimuksessa, 2006, selvitettiin perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan (n=377) arviointia siitä, millaista potilasohjaus

on, ja mitkä seikat siihen vaikuttavat. Kolmas osatutkimus, 2007, toteutettiin haastatteleamalla kehittämistyöhön osallistunutta hoitohenkilökuntaa (n=24), ja siinä selvitettiin hoitohenkilöstön kokemuksia potilasohjauksen kehittämistyöstä.

Lipposen (2014, 46-47) tutkimuksen mukaan hoitajilla on hyvät taidot potilaan hyvinvoinnin edistämiseksi. Erikoissairaanhoidon hoitohenkilökunnalla on parhaat taidot ohjata potilaita jatkohoitoon ja itsehoitoon. Sekä ohjaukseen käytetty aika että henkilökunnan taidot korreloivat potilaan hyvinvoinnin edistämisen kanssa. Naishoitajien mielestä ohjaus syventää hoitosuhdetta, jolloin heillä on parempi motivaatio ja sitoutuminen potilaan ohjaukseen. Tutkimuksen mukaan naispuoliset sairaanhoitajat hallitsevat parhaiten nimenomaan kirjallisen ohjauksen, kun taas erikoissairaanhoidon henkilökunta hallitsee paremmin suullisen ohjauksen.

Lipposen (2014, 47-50) tutkimuksessa yli puolet vastanneista koki käytettävän ajan olevan riittämätön, ja alle puolet koki ohjaustilat riittäviksi. Yli puolella ei ollut riittävää välineistöä ohjauksen toteuttamiseen. Hoitohenkilökunta toivoo enemmän aikaa ohjaukseen ja tiloihin parannusta. Vastausten mukaan hoitohenkilökunnan määrä on liian alhainen potilaiden määrään ja hoitoisuuteen nähden. Hoitajat toivovat lisää materiaalia ja niiden päivitystä, täydennyskoulutusta sairauksista ja ohjauksesta sekä perehdyttämistä. Erikoissairaanhoidossa ohjaus on potilaslähtöistä. Ohjaukseen sitoutunut henkilökunta antaa potilaalle mahdollisuuden keskustella ongelmistaan ja soveltaa ohjauksen potilaan elämäntilanteen mukaan. Ohjauksen tulisi olla osa koko hoitoprosessia, ja sen tulisi olla jatkuvaa, yhtenäistä ja hoitotilanteisiin liitettyä. Ohjaus tulisi myös kirjata, ja sitä tulisi arvioida.

2.3 Täydennyskoulutus

Opetusministeriö on määritellyt terveydenhuollon ammattikorkeakoulun osaamisen vaatimukset, joiden pohjalta ammattikorkeakoulut järjestävät koulutusta. Kliininen osaaminen pohjautuu näyttöön perustuvaan tietoon, mikä vaatii sairaanhoitajalta ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaitoa. Kliininen osaaminen on monialaista potilaan hoitamista, jossa vaaditaan tietotaitoa mm. lääkehoidosta ja anatomiasta sekä niiden soveltamista käytännön työhön. Jotta terveydenhuollon ammattilainen voi toimia asi-

antuntijana moniammatillisessa työryhmässä, tulee hänen kehittää itseään työntekijänä. (Opetusministeriö 2006:24, 16, 63- 68.)

Terveydenhuollon täydennyskoulutuksella tuetaan ammatillista osaamista. Sen kuului olla suunnitelmallista, se voi olla lyhyt- tai pitkäkestoista ja sillä pyritään parantamaan potilaiden ja asiakkaiden hoitoa ja palvelua entistä paremmaksi. Sosiaali- ja terveysministeriö on määritellyt täydennyskoulutusta koskevat suositukset. Suositusten mukaan sen tulee olla suunniteltua ja toteuttamiskelpoista sekä seurannan ja arvioinnin alaista. Suosituksen mukaan täydennyskoulutuksen tarve arvioidaan peruskoulutuksen pituuden, työn vaativuuden, ammatillisen kehittymistarpeiden ja työnkuvan muutoksen perusteella. Terveydenhuollon työntekijöille täydennyskoulutusta olisi hyvä olla 3-10 päivää vuodessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004:3, 20- 37.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta (1194/2003) 2. §:n mukaan opetusmenetelmien tulee tukea koulutustarvetta ja niiden tulee olla osallistujille soveltuvia. Asetuksen 3. §:ssä määritellään koulutuksen laajuuden riippuvan mm. työntekijän toimenkuvasta ja työn vaativuudesta. Täydennyskoulutusta voivat järjestää asetuksen 4. §:n mukaan terveyskeskus ja kuntayhtymä omana toimintanaan tai hankkia sitä muilta palveluntarjoajilta. Asetuksen 5. § säätelee täydennyskoulutuksen seurantaa. Seurannassa tulee huomioida täydennyskoulutuksen toteutuminen, siihen osallistuminen ja siitä aiheutuvat kustannukset. Valtakunnallisesti sitä seurataan keräämällä tiedot toimintayksiköiltä. Tilastojen keräämisestä huolehtii kunnallinen työmarkkinalaitos. 6. §:ssä on määritelty täydennyskoulutuksen arvioinnista. Arvioinnissa tarkastellaan koulutuksen vaikuttavuutta ja sen perusteella koulutusta kehitetään. Arvioinnista tulee olla hyötyä eri osapuolille, kouluttajalle, osallistujille sekä järjestäjälle.

Täydennyskoulutus on lakisääteistä ja se tulisi sisällyttää organisaation kehittämisohjelmaan. Sitä tarjotessa tulee ottaa huomioon yksikön ja yksilön tarpeet. Työnantajalla on kustannusvastuu ja työntekijällä osallistumisvelvollisuus. Paras hyöty täydennyskoulutuksesta saadaan silloin, kun siitä on tehty kirjallinen koulutussuunnitelma työntekijälle, sen toteutusta seurataan ja vaikuttavuutta arvioidaan. Täydennyskoulutuksen henkilökohtaista tarvetta voidaan arvioida esim. vuosittain toteutettavassa kehityskeskustelussa. (STM 2004:3,5, 19-34.)

Työterveyshuoltolain (1383/2001) 5. §:ssä todetaan, että työnantajalla on velvollisuus huolehtia täydennyskoulutuksesta ja työntekijällä on velvollisuus osallistua riittävästi, vähintään kolmen vuoden välein, ammattitaitoa ylläpitävään täydennyskoulutukseen. Lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) 18. § säätelee terveydenhuollon ammattihenkilön ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa. Työnantaja on velvollinen luomaan edellytykset sille, että ammattihenkilö voi osallistua tarvittavaan täydennyskoulutukseen. Terveystoimintalain (1326/2010) 5. §:n mukaan täydennyskoulutusta järjestettäessä tulee ottaa huomioon henkilöstön peruskoulutuksen pituus, työn vaativuus ja tehtävien sisältö. Terveystoimintalain ammattihenkilön riittävästä osallistumisesta täydennyskoulutukseen vastaa kunta ja kuntayhtymä, jonka palveluksessa työntekijä on. 8. §:n mukaan terveydenhuollon toiminnan tulee olla näyttöön perustuvaa ja perustuttava hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin.

2.4 Koulutuksen järjestäminen

Koulutuksen järjestäminen alkaa sen suunnittelulla, jossa määritellään kohderyhmä, jolle koulutus järjestetään sekä tavoitteet, joihin koulutuksella pyritään. Näiden asioiden perusteella päätetään koulutuksen sisältö. Suunnitelmassa myös mietitään opetusmenetelmiä, joita käytetään koulutuksen järjestämisessä, vaikka ne voivatkin muuttua koulutusta pidettäessä. Myös koulutuksen arviointimetodi tulee suunnitella etukäteen: koulutukseen osallistujilla pitää olla mahdollisuus antaa palautetta koulutuksesta. Organisaatio, joka järjestää koulutusta, mahdollistaa koulutuksen mm. markkinoinnilla ja käytännön järjestelyillä. (Mykrä & Hätönen 2008, 7-8; Kupias & Koski 2012, 11-14, 98-99.)

Koulutusta suunniteltaessa yksi tärkeä asia on miettiä opetusmenetelmiä. Opetusmenetelmän valintaan vaikuttaa mm. opiskeltava aihe, koulutusympäristö ja kouluttajan persoonalliset ominaisuudet. Koulutuksessa voidaan käyttää itsenäisen työskentelyn, ryhmätyöskentelyn ja kouluttajalähtöisen työskentelyn menetelmiä. Jos koulutus on pidempi, voidaan käyttää näitä kaikkia muotoja. Lyhyemmissä koulutuksissa, esi-

merkiksi luennoilla, valitaan yleensä kouluttajalähtöinen menetelmä. (Mykrä & Hätönen 2008, 9-10; Kupias & Koski 2012, 102-103.)

Kun halutaan laajentaa osallistujien tietoa ja koulutus on lyhykestoinen, luento on hyvä valinta. Perinteisimmillään se tarkoittaa sitä, että luennoitsija puhuu ja osallistujat kuuntelevat, mutta luento voi olla myös kuuntelijoita aktivoiva. Yksisuuntaisessa luennossa kuulijoiden tarkkaavaisuus laskee 15- 25 minuutin jälkeen, joten on tärkeää miettiä luennon sisältö ja kokonaisuus. Looginen eteneminen auttaa oppimisprosessissa. Tavoitteiden tulee olla selkeät myös kuuliijoille, jotta he tietävät, mihin koulutuksella pyritään. (Mykrä & Hätönen 2008, 25-27.)

Luennon ilmapiirillä on merkitystä oppimiseen: molemminpuolinen luottamus ja arvostus luovat hyvät puitteet oppimiselle. Avoimessa ilmapiirissä kuulija uskaltaa esittää kysymyksiä ja omia ajatuksia käsiteltävästä aiheesta. Luennon anti on erilainen eri kuuliijoille riippuen kunkin taustasta ja mielenkiinnon kohteista. Jokainen kuulija poimii mieleisensä asiat luennon sisällöstä. Luennoitsijan on tärkeä saada palautetta tilaisuudesta, jotta hän osaa tarvittaessa muuttaa menetelmiä jatkossa. Lyhytkestoisissa koulutuksissa palaute annetaan yleensä vasta luennon lopussa, mutta pidemmissä koulutuksissa palautetta on hyvä pyytää myös matkan varrella, jotta voi muuttaa luennon etenemistä paremman oppimistuloksen varmistamiseksi. (Mykrä & Hätönen 2008, 28-29; Kupias & Koski 2012, 20-27, 151.)

Hyvä kouluttaja on asiantunteva oppimisen ohjaaja. Pintapuolinen asiantuntemus näkyy ja kuuluu valitettavan helposti yleisölle. Pahimmillaan kouluttaja käy vain mekaanisesti läpi jonkun toisen tekemän diaesityksen. Tällainen kouluttaja myös toivoo, ettei kukaan kuuntelija kysyisi mitään, jotta hänen osaamattomuutensa ei tulisi ilmi. Asiantunteva kouluttaja hallitsee käsiteltävän aiheen perusteellisesti. Toisaalta liian oppinut ja aiheeseen liian syvällisesti perehtynyt henkilö ei kouluttajana ole aina paras mahdollinen. Tällainen kouluttaja ei osaa asettua koulutettavien asemaan ja puhuikin aiheesta usein liian syvällisesti. Hyvä kouluttaja osaa säädellä osaamistaan suhteessa koulutettavien osaamistason mukaan, ja hän rakentaa koulutuksen kuulijoiden odotusten mukaan. (Kupias & Koski 2012, 44- 47.)

Koulutustilaisuuden aloittamiseen on monia eri vaihtoehtoja. Kannattaa muistaa, että juuri tuo aloitushetki on koulutuksen tärkein. Aloituksella luodaan osallistujille mielikuva koulutuksesta, asetetaan tavoitteet sekä se, mihin koulutuksella pyritään. Aloitushetkellä kouluttaja antaa kuvan itsestään ja osaamisestaan kuulijoille. Kouluttaja valitsee koulutustilaisuuteen ja -tilanteeseen sopivan aloitustavan, jotta kokonaisuuden onnistumiselle luotaisiin hyvä perusta. Koulutuksen lopetus on koko koulutuksen kruunu, jolla luodaan mielikuva koulutuksen annista kuulijoille. Lopetustapaan kannattaa panostaa. Lopetustyyliä on mm. arviointi, jossa osallistujat antavat palautetta tilaisuudesta, yhteenvetolopetus, jossa kouluttaja kertoo kokonaisuuden sekä kysymysklinikkalopetus, jossa käsitellään kuulijoiden kysymyksiä. (Kupias & Koski 2012, 64- 71.)

Alustus koulutukselle kannattaa tehdä hyvin perehtymällä koulutettavaan asiaan tarpeeksi laajasti teorian avulla. Tämä vaihe on usein työläs, vaikka koulutuksiin osallistujille se on näkymätön. Löydetystä materiaalista sitten kootaan varsinainen esitys, jonka avulla koulutuksessa asiat esitetään. Asiat voidaan esittää esimerkiksi diojen avulla. Diojen käyttötarkoitusta kannattaa ajatella etukäteen. Niiden avulla voidaan tehdä runko esitykselle, ja niissä voidaan havainnollistaa asiaa esimerkiksi kuvin. Diaesitys ei kuitenkaan ole koulutuksen pääasia. Tarkoituksenmukainen dia onkin selkeä ja lyhyt. (Kupias & Koski 2012, 74- 79.)

Koulutustilan valinnalla on merkitystä koulutuksen onnistumisessa. Koulutukseen tulisi valita tarkoituksenmukaiset tilat. Aina kouluttaja ei pääse itse vaikuttamaan koulutustiloihin, mutta toiveita voi esittää. Koulutustila viestii osallistujille koulutuksen työskentelytavoista. Auditoriotyyppisessä koulutustilassa esittäjä on edessä ja osallistujat istuvat pöytärivien takana. Tässä hyvänä puolena on suora kontakti kouluttajan ja osallistujien välillä, mutta huonona puolena voidaan pitää osallistujien keskinäisen vuorovaikutuksen vaikeutumista näköyhteyden puuttuessa. Jos halutaan lisätä osallistujien keskinäistä vuorovaikutusta, voidaan tuolit asettaa hieman vinoon suhteessa kouluttajaan sekä muihin osallistujiin. Tärkeintä tilan valinnassa ja tuolien sijoittelussa kuitenkin on se, miten koulutus on tarkoitus toteuttaa. (Kupias & Koski 2012, 89-94.)

Hyvä kouluttaja ei välttämättä ole hyvä esiintyjä, ja toisaalta hyvä esiintyjä ei aina ole hyvä kouluttaja. Hyvä esiintyjä vaikuttaa kuulijoiden mielenkiinnon heräämiseen ja mukavan ilmapiirin luomiseen. Hyvällä kouluttajalla on sopivasti karismaa, sosiaalisia ja emotionaalisia taitoja, rohkeutta sekä taitoa havainnollistaa asioita. Hän inspiroi kuulijoita ja vetoaa heidän tunteisiin. Kouluttaja voi olla esiintyjä, tiedonvälittäjä tai oppimisen edistäjä riippuen kouluttajan persoonasta sekä koulutuksen muista menettelytavoista. Myös kouluttajan sanattomalla viestinnällä on merkitystä osallistujien kokemukseen koulutuksesta. Kehonviestinnällä, ilmeillä ja eleillä voidaan viestiä avoimuutta ja olla vuorovaikutuksessa osallistujien kanssa. Äänenkäyttöön kannattaa myös kiinnittää huomiota, koska ääni on kouluttajan tärkein työväline. Ääntään tulee huoltaa, erityisesti jos puhuu työkseen, ja puhetta kannattaa rytmittää ja tehdä siitä eloisaa. (Kupias & Koski 2012, 142- 149.)

Perusteellisestikin valmistautunutta kouluttajaa voi jännittää, mutta usein jännitys näkyy vähemmän ulospäin kuin esiintyjä itse kokee. Hallittavissa oleva jännitys on hyvä asia ja kertoo kouluttajan panostuksesta tulevaan. Jännitystä voi hallita olemalla miettimättä liikaa sitä, onko tarpeeksi hyvä esiintyjä ja keskittymällä perustehtävään, eli antamaan osallistujille oppimisen mahdollisuus. Ennen koulutustilaisuutta kouluttajan on hyvä miettiä, mikä on koulutuksen tarkoitus ja tavoite sekä käydä esittämänsä asiat läpi etukäteen. Koulutuksen aikana esiintymisvarmuuttaan voi edesauttaa muun muassa tulemalla ajoissa paikalle valmistelemaan koulutusta, jotta voi keskittyä vuorovaikutukseen osallistujien kanssa. Koulutustilaisuuden jälkeen kouluttaja pohtii onnistumisiaan ja kehittämistarpeitaan sopivassa suhteessa, pyytää palautetta kuulijoilta ja muistaa arvostaa itseään kouluttajana. (Kupias & Koski 2012, 155-157.)

Kouluttajan hyvien ominaisuuksien vaatimukset riippuvat koulutustilanteista. Kuitenkin kaikilta kouluttajilta vaaditaan asiantuntemusta tilanteesta riippumatta. Asiantuntemus voi olla myös ohjaamisen osaamista, jolloin kouluttaja osaa ohjata osallistujia oppimaan. Kouluttajan aito läsnäolo on tärkeä viesti osallistujille. Siten kuulijat voivat kokea, että kouluttaja on siellä heitä varten. Itsensä arvostus on kouluttajalle tärkeää, jotta hän voi olla vakuuttava asiassaan. Myös osallistujia tulee arvostaa ja antaa tilaa heidän näkemyksilleen. Joskus koulutuksen tema saattaa olla eettisesti niin vaikea, että kouluttaja joutuu kieltäytymään sen pitämisestä omien arvojensa pohjalta. Kouluttaja rakentaa siltaa itsensä ja osallistujien välille tutustumalla osallis-

tujien näkökulmiin etukäteen esimerkiksi tuomalla esille esimerkkejä osallistujien kokemusmaailmasta. Innostunut kouluttaja innostaa kuulijoita. Hyvä kouluttaja on nöyrä palveluntuottaja, joka on paikalla osallistujia varten auttaen heitä oppimaan. (Kupias & Koski 2012, 158- 161.)

Koulutuksen yksi tärkeä osa on sen arviointi ja sitä tehdäänkin jatkuvasti. Palaute ja arviointi tulee osata erottaa toisistaan. Palautteella pyritään kehittämään toimintaa ja se onkin mm. tietoa käyttäytymisestä. Ilman palautteen saamista ihminen ei voi kehittää toimintaansa. Palaute voi olla sekä kuvailevaa että arvioivaa. Kuvailevassa palautteessa kuvaillaan kouluttajan toimintaa palautteenantajan näkökulmasta. Arvioivassa palautteenannossa sanotaan suoraan, missä kouluttaja onnistui ja epäonnistui. Molemmissa muodoissa tulee muistaa tavoitteet, joihin koulutuksella pyrittiin ja antaa palaute sen pohjalta. Myös koulutuksen vaikuttavuutta on tärkeä arvioida. Näin koulutusta voidaan kehittää paremmin tavoitteita vastaavaksi. Arviointi voi kohdistua paitsi kouluttajaan ja koulutukseen myös osallistujiin. Vastuullinen, läpinäkyvä ja perusteltu palaute on hyvää. Arvioinneissa tulisi aina peilata vastauksia tavoitteisiin ja kriteerien pitäisi olla yksiselitteiset. (Kupias & Koski 2012, 163- 175.)

Palautetta koulutuksesta voidaan kerätä erilaisilla menetelmillä. Palautelomake on yksi keino palautteen keräämiseen. Siinä kiinnitetään huomio olennaisiin asioihin, joten on tärkeää miettiä, mitä kysytään. Palautelomake kootaan koulutuksen tavoitteiden pohjalta, joten lomakkeeseen voidaan kirjata väittämiä koulutuksesta ja antaa vastausvaihtoehdot valmiiksi. Myös avoimia kysymyksiä voidaan käyttää palautteen keräämiseen. Palautetta voidaan kerätä myös mm. palautetiimeissä, jolloin osallistujat pienryhmissä kokoavat palautteen. Palautteen keräämisessä pitää aina olla tavoitteita. Näitä voivat olla esimerkiksi koulutuksen sisällön, ja kouluttajan toiminnan kehittäminen. (Kupias & Koski 2012, 180- 186.)

3 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää koulutusta ruusutulehduksen hoidosta ja potilasohjauksesta Vammalan aluesairaalan sisätautiosaston hoitohenkilökunnalle syksyllä 2014.

Tavoitteena oli lisätä hoitajien tietoa ruusutulehduksen hoidosta sekä ohjauksesta ja näin yhtenäistää hoitokäytäntöjä. Opinnäytetyön tekijän henkilökohtaisina tavoitteina oli oppia järjestämään koulutusta sekä oppia uutta ruusutulehduksen hoidosta ja potilasohjauksesta.

4 PROJEKTIN SUUNNITTELU

Projekteja on erityyppisiä ja projektin tyyppi määräytyy tavoitteiden mukaan. Projektin voi tehdä yksin tai sitä varten voi perustaa projektiryhmän, jossa jokaiselle annetaan oma tehtävä. Projekteja tehdään erilaisissa ympäristöissä niin työelämässä kuin perheissä. Projektilla tulee olla omistaja eli henkilö joka ottaa valmiin työn vastuulleen ja joka luo sille suunnitelman, jonka etenemistä puolestaan valvoo projektipäällikkö. Suunnitelmaan kirjataan projektin tavoitteet, aikataulu sekä resurssit ja riskit, joita projektin toteuttamisessa on. Projektisuunnitelman avulla voidaan varmistua siitä, että sekä asiakas että projektin toteuttajat ovat samaa mieltä tavoitteista. Projektisuunnitelma elää projektia tehdessä, ja sitä tuleekin tarvittaessa päivittää projektin edetessä. (Kettunen 2009, 15-17, 54-55.)

4.1 Aikataulu ja eteneminen

Projektille luodaan suunnitteluvaiheessa aikataulu. Aikataulussa määritellään projektin alkuaikajankohta ja päättymisajankohta. Aikataulua suunniteltaessa kannattaa olla realistinen, eikä luoda liian tiukkaa aikataulua projektin läpiviemiseksi. Aikatauluun on hyvä laittaa välitavoitteita, jotta projektin edistymistä on helpompi seurata. Aikataulutuksessa otetaan huomioon kaikkien projektiin osallistuvien aikataulut. (Kettunen 2009, 113- 114.)

Opinnäytetyön tekeminen käynnistyi syksyllä 2013 aiheen valinnalla. Tämän jälkeen alkoi materiaalin hankinta. Aihe-seminaari pidettiin alkuvuodesta 2014. Aihe-seminaarin jälkeen teorian tietoa käytiin läpi, jolloin sitä käsiteltiin eli kirjoitettiin auki. Suunnitelmaseminaari oli 7.6.2014, minkä jälkeen suunniteltiin koottavan koulutuspaketti. Koulutukset suunniteltiin pidettäväksi 3.9. ja 1.10.2014 klo 14-15 Vammalan alue-sairaalan ATK-luokassa. Koulutusten jälkeen suunniteltiin kirjoitettavan raportti työn tekemisestä vaiheittain. Saaduista koulutuspalautteista oli tarkoitus koota kattava arviointi. Lisäksi suunnitelmaan kuului opinnäytetyön tekijän oman arvioinnin kirjoittaminen kaikesta työhön liittyvästä. Työn suunniteltiin olevan valmis viimeistään 13.11.2014.

4.2 Resurssit ja riskit

Projektisuunnitelmassa lasketaan projektin resurssit, budjetti, eli projektiin käytettävissä olevat varat. Kustannusarviota tehtäessä budjetti kannattaa mieluummin yli kuin alimitoittaa. Projektiin saattaa tulla matkan varrella muutoksia, ja niihin on syytä varautua etukäteen myös kustannuslaskelmissa. Laskelmissa otetaan huomioon esimerkiksi työntekijän palkka, tarvittavat materiaalit sekä työtilojen vuokra. (Kettunen 2009, 117- 120.)

Koska työntekijät osallistuisivat koulutukseen työajalla, kohdeorganisaatiolle laskettiin kuluja koulutustilaisuudesta. Sairaanhoidajan tuntipalkka Vammalan aluesairaalan sisätautiosastolla sosiaalimenoineen on 20,30€ ja perushoitajan 17,50€. Koulutuksen ajateltiin kestävän noin tunnin, ja siihen laskettiin osallistuvan 4 hoitajaa. Näin ollen yhdestä koulutustilaisuudesta koituisi organisaatiolle kuluja noin 78,40-81,20€ eli yhteensä noin 162,40€. Lopulliset kustannukset tulisivat määräytymään sen mukaan, keitä koulutukseen osallistuisi ja kuinka paljon heitä olisi. Työntekijälle koituisi taloudellisia kustannuksia lähinnä tilaisuuksissa jaettavan koulutusmateriaalin tulostuksesta.

Projektisuunnitelmaa tehtäessä tulee miettiä mahdollisia riskejä, koska niitä on aina projekteja toteutettaessa. Ne analysoidaan ja kirjataan suunnitelmaan, jotta ne voitai-

siin välttää. Riskejä tulee seurata läpi koko projektin tekemisen ja niihin varaudutaan hyvällä suunnitelmalla. Riskien toteutumisastetta tarkastellaan, jotta projekti saadaan vietyä loppuun onnistuneesti. (Kettunen 2009, 75- 76.)

Riskinä oli työn tekeminen yksin, opinnäytetyön tekijän sairastuminen ja työn lykääntyminen sen vuoksi. Riskinä oli myös se, että kohdeorganisaatiosta osallistuvien koulutettavien määrä jäisi vähäiseksi.

4.3 Arviointisuunnitelma

Projektia arvioidaan tavoitteiden kautta. Tavoitteita on kaikilla seuraavilla osaleilla: sisältö, laatu, toteutus, talous ja aika. Projektin eri osapuolilla on yleensä erilaiset näkemykset tavoitteista ja niiden tärkeydestä. Työntilajalle on tärkeää, että työ tulee valmiiksi sovitussa määräajassa ja sovitussa budjetissa. Projektityön valmiin tuotoksen käyttäjille taas sen laadulla ja käytettävyydellä on suuri merkitys. Tekninen toteutus ja muut toteutustapaan liittyvät tavoitteet ovat projektiryhmälle tärkeitä. Osa projektista voi onnistua, vaikka toinen osa epäonnistuisikin. Laatua on vaikea arvioida, kun taas aikataulua ja kustannusarviota on helppo mitata projektin onnistumisen tarkastelussa. (Ruuska 2006, 250-254.)

Työn valmistuttua suunniteltiin tehtävän arviointi sekä teorian tiedosta ja sen löytymisestä että työntekijän työskentelystä. Arvioinnissa suunniteltiin pohdittavan, mikä sujui hyvin ja mitä olisi voitu tehdä toisin. Arvioinnissa suunniteltiin käsiteltävän sekä kirjoitusprosessia että koulutustilaisuuden järjestämistä.

Koulutuksen arvioimiseksi suunniteltiin tehtävän kyselylomake, jonka avulla selvitettäisiin onko koulutus ollut tarpeellinen, odotuksia vastaava ja tarpeeksi informatiivinen. Vastaukset suunniteltiin käsiteltävän luottamuksellisesti: vastaukset palautettaisiin nimettöminä. Vastaustuloksia käsiteltäisiin Excel-taulukkolaskennan avulla.

5 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

Projekti käynnistyi syksyllä 2013, kun Vammalan aluesairaalan osastonhoitajalta tuli pyyntö järjestää koulutus ruusutulehduksen hoitamisesta ja sen hoidon ohjauksesta. Lisäksi projektin pohjalta toivottiin syntyvän kirjalliset hoito-ohjeet hoitajille. Aihe oli siis kohdeorganisaatiossa hyvin ajankohtainen, sillä pyyntö oli esitetty nimenomaan hoitohenkilökunnan taholta. Kohdeorganisaatiossa hoidetaan ruusutulehduspotilaita, mutta saatavilla ei ole yhtenäisiä hoito-ohjeita. Tämän jälkeen mietittiin yhdessä, mitä asioita työssä käsiteltäisiin, ja milloin se olisi valmis esitettäväksi. Alustavaksi koulutusajankohdaksi sovittiin alkusyksy 2014.

Aiheseminaariin valmistauduttiin miettimällä otsikoita ja aiheen rajausta joulukuussa 2013. Ensin kirjattiin tietoa itse kohdeorganisaatiosta ja työntilaajasta. Lisäksi sovittiin työntilaajan kanssa, että syksyllä 2014 pidettäisiin kaksi erillistä, samansisältöistä koulutusta Vammalan aluesairaalan sisätautiosaston hoitohenkilökunnalle ruusutulehduksen hoidosta ja potilaan ohjauksesta omahoitoon. Tässä vaiheessa sovittiin myös, että opetushoitaja Marketta Telilä varaisi koulutustilat Vammalan aluesairaalarasta.

Tammikuussa 2014 sovittiin työntekijälle tutun äidinkielen lehtorin kanssa, että hän tarkastaisi opinnäytetyön kieliopillisen osuuden sen valmistuttua syksyllä 2014. Englanninkielisen tiivistelmän (abstract) teossa pyydettiin apua eräältä työntekijän perhe-tutulta.

Kun aihe oli valittu, alettiin etsiä teoria- ja tutkimustietoa ruusutulehduksesta, mikä osoittautui odotettua vaikeammaksi. Aiheseminaari pidettiin 7.2.2014, vaikka teoria-tieto aiheesta oli vielä tuolloin hyvin puutteellinen. Sen jälkeen oltiin yhteydessä työntilaajaan, osastonhoitaja Sirpa Paanaseen, jolta saatiin neuvo olla yhteydessä Tampereen yliopistollisen sairaalan infektiolääkäriin LL Matti Karppeliniin. Karppelin kertoi itse tehneensä aiheesta väitöskirjaa 10 vuotta ja osasi heti kertoa, että suomenkielistä tutkimustietoa ruusutulehduksesta on saatavilla niukasti.

Helmikuun puolessa välissä Matti Karppelin lähetti materiaalia sähköpostitse, ja kertoi mielellään auttavansa jatkossakin työn kanssa, jos apua tarvitaan. Karppelinin kanssa sovittiinkin, että hän tarkastaa opinnäytetyön asiasisällön sen valmistuttua. Materiaalin saavuttua alkoi varsinainen asiaan perehtyminen: tutkimustiedon läpikäyminen sekä artikkeleista opinnäytetyöhön sopivien asioiden valitseminen. Tämän vaiheen tavoitteena oli saada tarpeeksi kattava teoriaosuus opinnäytetyöhön, lähdekritiikkiä unohtamatta.

Keväällä 2014 jatkettiin työn teoreettisen perustan rakentamista tutustumalla muihin aiheesta tehtyihin tutkimuksiin ja artikkeleihin. Tässä vaiheessa tehtiin myös kyselylomake, jolla tulotaisiin selvittämään koulutuksen tarpeellisuutta ja onnistumista koulutukseen osallistuneilta kuulijoilta. Työntilaaajan kanssa tehtiin sopimus (Liite 1) opinnäytetyön tekemisestä, kun työntekijä oli pitänyt suunnitelmaseminaarin 7.6.2014 ja saanut projektisuunnitelman hyväksytyä.

Työntilaaajan kanssa sovittiin alkukesästä 2014, että koulutus suunnataan Vammalan aluesairaalan sisätautiosastolle, mutta toiseen koulutustilaisuuteen voi halutessaan osallistua hoitohenkilökuntaa myös Sastamalan kaupungin sosiaali- ja terveystalvluista. Heidän työnantajalleen aiheutuvia kustannuksia ei kuitenkaan laskettu tähän, sillä koulutus suunnattiin Vammalan aluesairaalan sisätautiosaston hoitohenkilökunnalle, jonne myös tämä valmis työ on luovutettu. Yhdessä työntilaaajan kanssa päätettiin myös, että käsillä olevasta työstä jätetään pois kirjallisten hoito-ohjeiden tekeminen, ja ne tehtäisiin hoitotyön kehittämispintojen yhteydessä erillisenä projektina. Hoito-ohjeet päätettiin kuitenkin jakaa koulutustilaisuudessa osallistujille.

Kesän 2014 aikana teoriaosuus ruusutulehduksesta kirjoitettiin valmiiksi, ja sen asiasisällön tarkisti infektio lääkäri Matti Karppelin. Teoriatiedon pohjalta tehtiin koulutuksen diat (Liite 2), joihin koottiin ydintieto ruusutulehduksesta ja sen hoidosta, kuvia dioihin pyydettiin Tampereen yliopistollisen sairaalan ihotautiosastolta. Esitykseen kerättiin tietoa myös potilasohjauksesta teoriatiedon pohjalta. Opinnäytetyön ohjaava opettaja Kirsti Santamäki tarkisti diat ennen koulutuksien järjestämistä ja antoi niistä positiivista palautetta sekä muutaman muutosehdotuksen. Santamäen muutosehdotuksina oli lisätä muutama havainnollistava kuva esitykseen sekä viimei-

seksi diaksi lähteitä, joiden pohjalta diat oli koottu. Nämä muutokset tehtiin ennen koulutusten järjestämistä ja diat hyväksyttiin uudelleen ohjaavalla opettajalla.

Koulutustilaisuuksia varten varattiin tilat sairaalasta, mistä ei koitunut kuluja työntekijälle eikä kohdeorganisaatiolle. Tilavarauksen teki kohdeorganisaation silloinen opetushoitaja Marketta Telilä kesällä 2014. Koulutuksista ilmoitettiin Vammalan aluesairaalan ja Sastamalan terveystieteiden osastonhoitajille heinäkuussa 2014 lähetetyllä sähköpostilla. Tästä huolehti opetushoitaja Telilä. Ilmoituksesta kävi ilmi koulutuksen nimi, ajankohta ja paikka, jossa koulutus pidettiin, koulutuksen runko sekä yhteydenottoja varten työntekijän, työntilaajan sekä opetushoitajan yhteystiedot.

Koulutukset järjestettiin Vammalan aluesairaalan ATK-luokassa. Ensimmäinen koulutustilaisuus pidettiin keskiviikkona 3.9.2014 klo 14:00-14:30. Osallistujia koulutuksessa oli seitsemän. Toinen koulutus pidettiin 1.10.2014 klo 14:00-14:30, osallistujia tässä toisessa tilaisuudessa oli 15. Kohdeorganisaatiosta ensimmäiseen koulutukseen osallistui yksi perushoitaja ja kolme sairaanhoitajaa, toiseen koulutukseen ei osallistunut kohdeorganisaatiosta ketään. Koulutukset etenivät suunnitelman mukaisesti, mutta aikaa meni suunniteltua vähemmän, noin 30 minuuttia yhtä koulutusta kohden.

Koulutukset alkoivat luennoitsijan esittelyllä, jonka suoritti osastonhoitajan viransijainen Marketta Telilä. Sen jälkeen luennoitsija vielä esitteli itsensä, kertoi tilaisuuden tarkoituksen ja tavoitteet sekä jakoi kuulijoille erillisenä projektina toteutetut kirjalliset hoito-ohjeet ruusutulehduksesta ja palautelomakkeen (Liite 3). Tämän jälkeen pidettiin varsinainen luento ruusutulehduksesta, sen hoidosta ja potilaan omaohjauksesta. Koulutuksessa heräsi jonkin verran kysymyksiä, joihin opinnäytetyöntekijä vastasi. Aikaa olisi ollut keskusteluunkin, mutta sitä ei virinnyt. Lopuksi opinnäytetyöntekijä pyysi osallistujia antamaan palautteen tilaisuudesta palautelomakkeen avulla. Molemmat koulutukset etenivät samalla tavalla.

Raportti opinnäytetyön toteutuksesta kirjoitettiin valmiiksi, kun koulutustilaisuudet oli pidetty. Myös koulutuksesta saadut palautteet käsiteltiin tässä vaiheessa Excel-taulukkolaskennan avulla laskien prosentuaaliset osuudet kunkin väittämän vastaus-

vaihtoehtoista, minkä jälkeen niistä tehtiin ympyräkaaviot. Tässä vaiheessa työn teoriaosuuksiin tehtiin myös muutamia lisäyksiä, joilla saatiin täydennettyä työn teoriapohjaa. Englanninkielisen tiivistelmän teki sovitusti työntekijän perhetuttu. Raportin valmistuttua sen oikoluki äidinkielen lehtorina toimiva työntekijän tuttava ja ehdotti muutamia rakenteellisia muutoksia tekstiin. Tässä vaiheessa työntekijä vielä korjasi tekstiä ehdotusten mukaisesti. Raportointiseminaari pidettiin 18.11.2014, minkä jälkeen valmis opinnäytetyö luovutettiin Vammalan aluesairaalan sisätauti-osastolle suunnitelman mukaisesti joulukuussa 2014.

6 PROJEKTIN TULOS

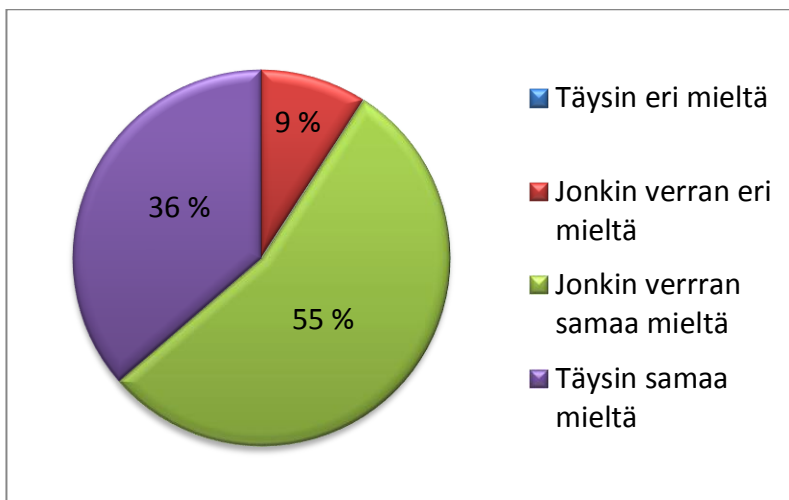
Projektin tuloksena syntyi koulutuspaketti ruusutulehduksen hoidosta ja potilasohjauksesta sekä tämä valmis opinnäytetyö. Koulutusmateriaali käsittelee ruusutulehduksen oireita, sen aiheuttajaa ja hoitoa, uusiutumista ja ennaltaehkäisyä sekä potilaan ohjausta omahoitoon. Tätä materiaali voidaan käyttää jatkossa uusien työntekijöiden perehdyttämisessä.

7 PROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA

7.1 Osallistuja-arviointi

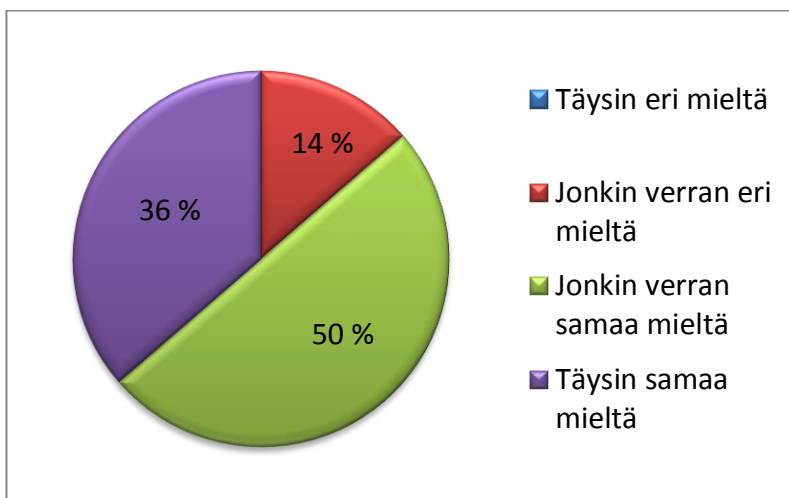
Koulutukseen osallistujilta pyydettiin palautetta koulutustilaisuuden onnistumisesta ja tarpeellisuudesta strukturoidulla kyselylomakkeella (Liite 3). Kaikki koulutukseen osallistuneet (n=22) antoivat arvion tilaisuudesta. Väittämiä oli yhteensä kahdeksan ja vastausvaihtoehtoja neljä: 1. *Täysin eri mieltä*, 2. *Jonkin verran eri mieltä*, 3. *Jonkin verran samaa mieltä* ja 4. *Täysin samaa mieltä*. Palautteet käsiteltiin Exceltaulukkolaskennan avulla laskien jokaisen väittämän vastausvaihtoehtojen sama prosentuaalinen osuus kaikista vastauksista.

Ensimmäinen kysymys koski odotusten täyttymistä koulutuksesta (Kuvio 1). Hieman yli puolet kaikista vastaajista oli sitä mieltä, että koulutus vastasi jonkin verran heidän odotuksiaan. Vastaajista 36 %:n mielestä koulutus vastasi täysin heidän odotuksiaan. Kaksi vastasi olevansa jonkin verran eri mieltä koulutuksen vastaamisesta heidän odotuksiinsa. Tästä voi päätellä, että koulutuksen sisältö vastasi hyvin koulutuksesta annettua ennakkotietoa.



Kuvio 1. Koulutus vastasi odotuksia

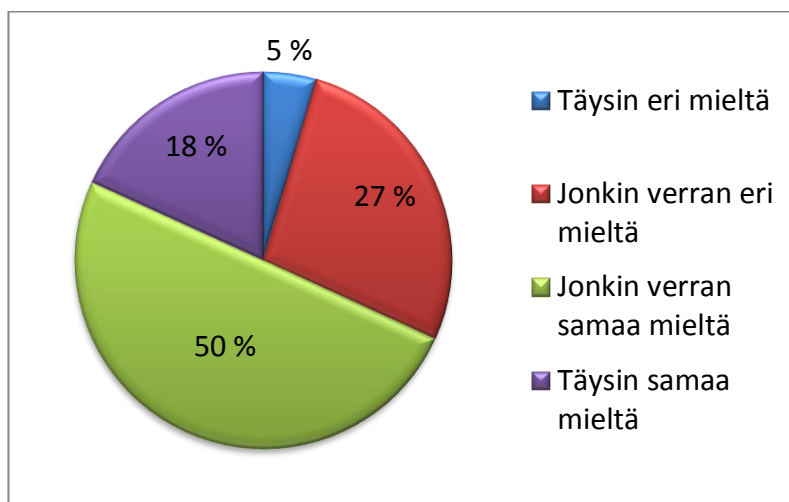
Koulutuksen koki tarpeelliseksi 36 % kaikista koulutukseen osallistuneista (Kuvio 2). Puolet vastaajista koki koulutuksen jonkin verran tarpeelliseksi ja 14 % oli jonkin verran eri mieltä koulutuksen tarpeellisuudesta.



Kuvio 2. Koulutus oli tarpeellinen

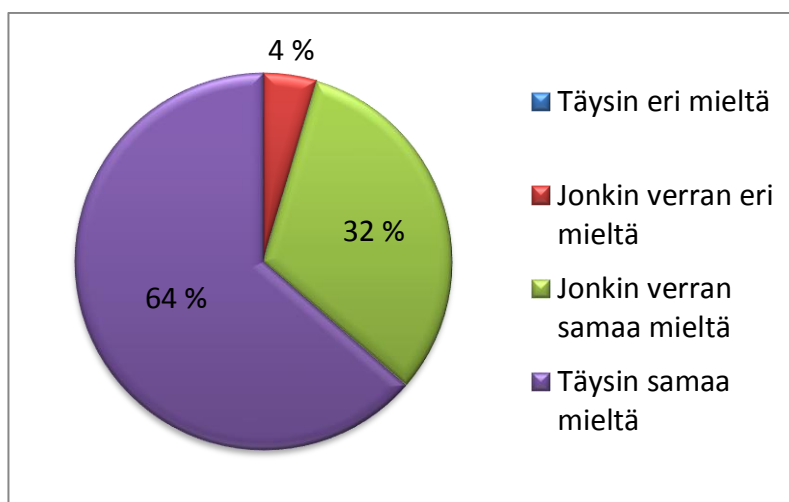
Koulutuksesta sai uutta tietoa 18 % vastaajista (Kuvio 3), ja puolet vastasi olevansa jonkin verran samaa mieltä siitä, että koulutuksesta sai uutta tietoa. Vähän yli neljän-

nes oli jonkin verran eri mieltä koulutuksen antamasta uudesta tiedosta ja 1 vastaajista oli asiasta täysin eri mieltä.



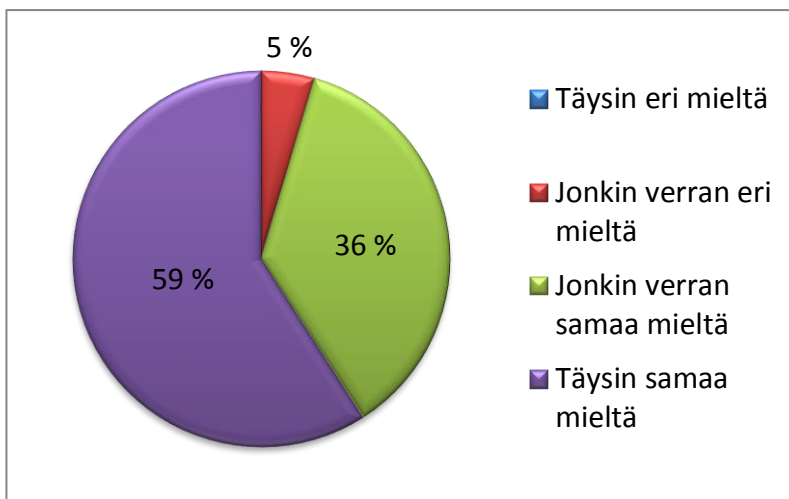
Kuvio 3. Sai uutta tietoa koulutuksesta

Koulutusta piti sopivan pituisena 64 % osallistujista (Kuvio 4), ja 32 % oli jonkin verran samaa mieltä siitä, että koulutus oli sopivan pituinen. Vastaajista 1 oli jonkin verran eri mieltä koulutuksen pituuden sopivuudesta. Vaikka koulutustilaisuus oli suunniteltua lyhyempi, piti suurin osa siis koulutuksen pituutta hyvänä.



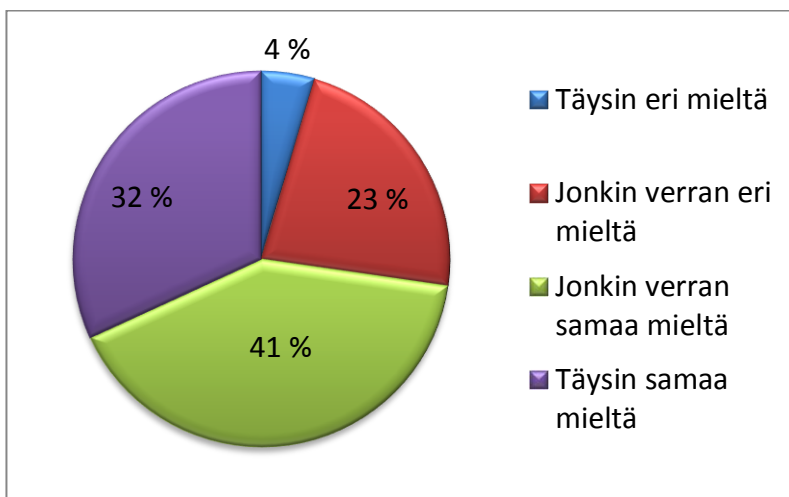
Kuvio 4. Koulutus oli sopivan pituinen

1 vastaajista oli jonkin verran eri mieltä siitä, oliko ajankäyttö koulutuksessa hyvä (Kuvio 5). 36 % vastanneista oli jonkin verran samaa mieltä ja hieman yli puolet oli täysin samaa mieltä siitä, että ajankäyttö koulutuksessa oli hyvä.



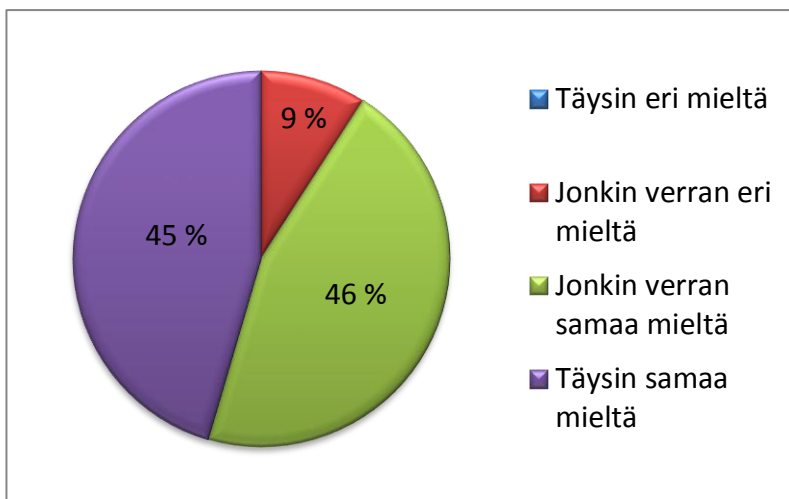
Kuvio 5. Koulutuksen ajankäyttö oli hyvä

Koulutuksessa jaettiin kirjalliset hoito-ohjeet, jotka tehtiin koulutusmateriaalin pohjalta erillisenä projektina. Ne sisälsivät tietoa ruusutulehduksesta ja sen hoidosta. Ne arvioi hyödylliseksi 32 % koulutukseen osallistuneista (Kuvio 6), ja 41 % vastaajista oli jonkin verran samaa mieltä materiaalin hyödyllisyydestä. Alle neljännes vastaajista oli jonkin verran eri mieltä materiaalin hyödyllisyydestä ja 1 vastaaja oli täysin eri mieltä siitä, että materiaalista on hyötyä.



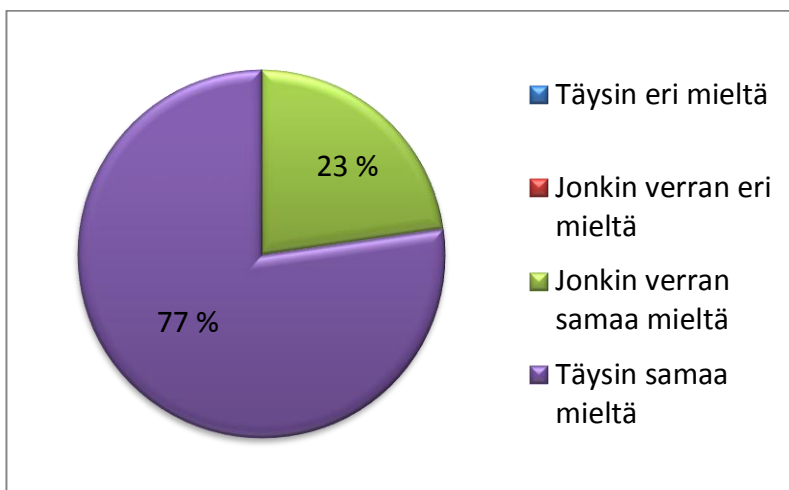
Kuvio 6. Koulutuksessa jaetusta materiaalista on hyötyä

Vähän alle puolet oli täysin samaa mieltä siitä tai jonkin verran samaa mieltä, että pystyy hyödyntämään koulutuksesta saamiaan tietoja käytännössä (Kuvio 7). 2 vastaajaa oli jonkin verran eri mieltä asiasta.



Kuvio 7. Pystyn hyödyntämään koulutuksesta saamia tietoja

Enemmistö vastaajista piti koulutusta selkeänä (Kuvio 8), ja vähän alle neljännes oli jonkin verran samaa mieltä koulutuksen selkeydestä.



Kuvio 8. Koulutus oli selkeä

7.2 Oma arviointi

Teoriatiedon löytyminen ruusutulehduksesta osoittautui arveltua haastavammaksi. Teoriaosuutta rakennettaessa huomattiin, että sairaudesta on sen yleisyydestä huolimatta vain vähän suomenkielistä painettua tietoa. Kirjoittamiseen oman haasteensa toi se, että tutkimukset ja artikkelit olivat suurimmaksi osaksi englanninkielisiä. Tiedonhaussa työntekijällä on vielä paljon opittavaa, mm. oikeiden hakusanojen käyttämisessä. Tästä huolimatta teoriaosuuden kirjoittaminen sujui hyvin, käyttökelpoisen

materiaalin löydyttyä. Määrällisesti teoreettista taustaa olisi voinut olla enemmän ja monipuolisemmin, jotta työstä olisi tullut nykyistä laajempi ja siten vakuuttavampi.

Työ eteni suunnitelman mukaan ja aikataulu piti hyvin. Alkuperäisenä tavoitteena oli kuin olikin saada työ valmiiksi marraskuussa 2014. Aikataulussa pysymisen haasteena oli työntekijän muuten tiukka aikataulu niin opintojen kuin yksityiselämän suhteen.

Koulutusten osallistujamäärä oli harmillisen vähäinen.. Tilaisuuksien mainostamisesta vastuussa oli silloinen opetushoitaja, joka lähetti sähköpostitse ilmoituksen koulutuksista osastonhoitajille. Olisi ollut syytä pyytää sitovat ilmoittautumiset koulutukseen tulijoilta, jotta erityisesti kohdeorganisaatiosta olisi saatu enemmän osallistujia. Ilmoitus koulutuksista oli kuitenkin ajoissa osastojen tiedossa, joten ne voitiin huomioida esimerkiksi työvuorosuunnittelussa. Myös kohdeorganisaation osastonhoitajan vaihtuminen projektin aikana saattoi vaikuttaa kohdeorganisaation osallistujamäärään vähäisyyteen, sillä työntilaaaja ei enää koulutusten aikana ollut työssä kyseisessä kohdeorganisaatiossa.

Koulutustilaisuudet sujuivat hyvin, mutta niille oli varattu liikaa aikaa. Yhteen koulutukseen olisi ollut aikaa 60 minuuttia, mutta ne kestivät kumpikin vain noin 30 minuuttia. Koulutuksen todellista kestoja olisi kannattanut arvioida etukäteen vaikka pitämällä harjoitustilaisuus opiskelutovereille. Näin olisi saatu hyödynnettyä käytävissä oleva aika paremmin. Koulutuksen pitäjän jännityksestä huolimatta koulutukset etenivät selkeästi, ja kaikki suunnitellut asiat saatiin käsitellyksi. Tosin kouluttaja olisi voinut osallistaa kuulijoita enemmän esimerkiksi pyytämällä näitä kertomaan omia kokemuksiaan aiheesta.

Opinnäytetyön tekemiseen varatut resurssit riittivät hyvin. Kirjoittamiselle varattu aika oli riittävä, ja kohdeorganisaatiolle lasketut kulut jäivät ennakoitua pienemmiksi vähäisen osallistujamäärän myötä. Kohdeorganisaatiolle aiheutui kuluja yhteensä noin 39,20 euroa, mikä koostui kolmen sairaanhoitajan ja yhden perushoitajan tuntipalkasta sosiaalimenoineen 30 minuutin ajalta.

7.3 Pohdinta

Käsillä oleva opinnäytetyö on herättänyt myös muissa organisaatioissa kiinnostusta ruusutulehduksen hoitoon liittyviin koulutuksiin. Tietoa ruusutulehduksesta tarvitaan myös muissa sairaanhoitoyksiköissä. Tämän työn yhtenä suurena etuna voidaan siis myös pitää sitä, että se on käytettävissä sellaisenaan myös muissa organisaatioissa.

Tämän opinnäytetyön tuloksena syntynyt koulutusmateriaali ja kehittämistehtävänä luodut ruusutulehduksen hoito-ohjeet synnyttivät tarpeen myös ruusutulehduksen hoidon potilasohjeista. Opaslehtinen tukisi potilaan omahoitoa, koska hän voisi siitä itsenäisesti kerrata hoitamiseen liittyviä asioita vaikka kotonaan. Tulevaisuudessa voisi tutkia tämän opinnäytetyön vaikuttavuutta tutkimuksella, jossa testattaisiin kohdeorganisaation hoitohenkilökunnan asiantuntemusta ruusutulehduksen hoidossa.

Tämän projektityön tekeminen on ollut monessa mielessä kehittävää: se on mm. auttanut työntekijää näkemään projektin todellisen laajuuden ja merkityksen. Projektityö vaatii tekijältään paljon vaivaa ja organisointia. Nyt, kun työ on valmis, on helppo ymmärtää, miten monet asiat vaikuttavat projektityöskentelyyn, ja miten hyvin sen tekeminen kannattaa suunnitella aikataulutuksesta ja aiheen valinnasta alkaen.

LÄHTEET

- Bonnetblanc, J-M. & Bédane, C. 2003. Erysipelas, Recognition and Management. *American Journal of Clinical Dermatology* 4, 157-162.
- Björndóttir, S., Gottfredsson, M., Thórisdóttir, A., Gunnarsson, G., Ríkardsdóttir, H., Kristjánsson, M. & Hilmarsdóttir, I. 2005: 41. Risk Factors for Acute Cellulitis of the Lower Limb: A Prospective Case-Control Study. *Clinical Infectious Diseases*. Arlington: Infectious Diseases Society of America.
- Dupuy, A., Benchikhi, H., Roujeau, J-C., Bernard, P., Vaillant, L., Chosidow, O., Sassolas, B., Guillaume, J-C., Grob, J-J. & Bastuji-Garin, S. 1999. Risk factors for erysipelas of the leg (cellulitis): case-control study. *The BMJ*. Viitattu 14.02.2014. <http://www.bmj.com>
- Hannuksela, M. 2012. Ruusu (erysipelas). Viitattu 03.02.2014. <http://www.terveyskirjasto.fi>
- Karpelin, M. 2014. Infektiolääkäri ,Tampereen yliopistollinen sairaala. Tampere. Henkilökohtainen tiedonanto 25.6.2014.
- Karpelin, M. & Syrjänen, J. 2008. Ruusutulehduksen hoito. Viitattu 30.01.2014. <http://www.duodecimlehti.fi>
- Kettunen, S. 2009. Onnistu projektissa. 2., uudistettu painos. Helsinki: WSOY Pro.
- Kupias, P. & Koski, M. 2012. Hyvä kouluttaja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994. L 28.6.1994/559 muutoksineen.
- Lewis, S., Peter, G., Gómez-Marín, O. & Bisno, A. 2006. Risk factors for re-current lower extremity cellulitis in a U.S. Veterans Medical Center Population. *The American journal of the medical sciences*, 304-306.
- Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Hoitotiede; Medical research Center, Oulun yliopistollinen sairaala. Viitattu 25.07.2014. <http://urn.fi/urn:isbn:9789526203720>
- Mykrä, T. & Hätönen, H. 2008. Opas opetusmenetelmistä. Helsinki: Edita Prima oy.
- National Institute for Health and Care Excellencen www-sivut. 2012. Cellulitis - acute. Viitattu 13.04.2014. <http://cks.nice.org.uk/>

- Opetusministeriö. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. 2006:24. Viitattu 20.05.2014. <http://www.minedu.fi/>
- Paananen, S. 2014. Osastonhoitaja, Vammalan aluesairaalan sisätautiosasto. Sastamala. Henkilökohtainen tiedonanto 03.02.2014.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin www-sivut. 2014. Sisätautien vuodeosasto. Viitattu 21.01.2014. <http://www.pshp.fi>
- Ranki, A., Hyry, H., Klimenko, T., Laukkala, T., Majamaa H., Mäkelä, M., Syrjänen, J. & Vuopio, J. 2010. Ihon bakteeri-infektiot. Viitattu 21.01.2014. <http://www.terveyskirjasto.fi>
- Ruuska, K. 2006. Terveydenhuollon projektihallinta. Mallit, työkalut, ihmiset. Helsinki: Talentum.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004:3. Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. Viitattu 19.05.2014. <http://www.stm.fi/>
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta. 2003. A 15.12.2003/1194.
- Stevens, D., Bisno, A., Chambers, H., Everett, E., Dellinger, P., Goldstein, E., Gorbach, S., Hirschmann, J., Kaplan, E., Montoya, J. & Wade, J. 2005; 41. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft-Tissue Infections. Clinical Infectious Diseases. Arlington: Infectious Diseases Society of America.
- Suhonen, R. 2009. Ruusu. Viitattu 21.01.2014. <http://www.terveyskirjasto.fi>
- Syrjänen, J. & Huovinen, S. 2011. Ihon ja ihonalaiskudoksen infektiot. Teoksessa K. Hedman, T. Heikkinen, P. Huovinen, A. Järvinen, S. Meri & M. Vaara (toim.) Infektio sairaudet. Mikrobiologia, immunologia ja infektiosairaudet. Helsinki: Duodecim, 364- 380.
- Terveydenhuoltolaki. 2010. L 30.12.2010/1326 muutoksineen.
- Työterveyshuoltolaki. 2001. L 21.12.2001/1383 muutoksineen.
- Vester, A. 2012a. Ihon paikallishoidot. Viitattu 31.08.2014. <http://www.terveysportti.fi>
- Vester, A. 2012b. Ruusupotilaan hoito. Viitattu 31.08.2014. <http://www.terveysportti.fi>



SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyön tekijä: <i>Mari Rintala</i>	
Opiskelijanumero: <i>1201763</i>	Aloitusryhmä: <i>AHT 1252</i>
Koulutusohjelma: <i>Hoitotyön koulutusryhmä</i>	
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: <i>Kirsti Santomäki, kirsti.santomaki@samk.fi, 044 710 3565 Steniväskerkatu 8, 26100 Rauma</i>	
Toimeksiantaja, yhteyshenkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: <i>Sirpa Paananen, osastonhoitaja Vammelan alue sairaalan sisätauti osasto sirpa.paananen@rshp.fi, 03-31162242, kyntiasite: Hsencisyydentied Vammelan alue sairaala, PL 64, 38201 Sastamala 38200 Sastamala</i>	
Opinnäytetyön nimi: <i>Ruusu-tulehdusten hoito Vammelan alue sairaalan sisätauti osastolla</i>	
Työn etenemisaikataulu: <i>Aloitin syksyllä 2013, aihe seminaari 2/2014, Suunnitteluseminaari 6/2014, opinnäytetyö valmis syksyllä 2014 Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projekti suunnitelmassa.</i>	
Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan käräjäoikeudessa. Tätä sopimusta on laadittu <u>3</u> kappaletta, yksi kullekin osapuolelle.	
Olemme lukeneet sopimusehdot (sivu 2) ja hyväksymme ne.	
Päiväys: <i>9.6.2014</i>	
Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimike ja nimen selvitys: <i>Sirpa Paananen OSASTONHOITAJA SIRPA PAANANEN</i>	
Osaamisalueen johtajan allekirjoitus ja nimen selvitys: <i>[Signature]</i> <i>Eeva-Liisa Morsio</i>	
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus: <i>Mari Rintala Mari Rintala</i>	

Sopimusehdot

Vakuutukset. Jos opinnäytetyö tehdään kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työsuopimus. Työnantaja huolehtii lainmukaisista vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteessa tehtävän opinnäytetyön tekijää.

Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen. Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. Aineiston hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Satakunnan ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.

Oikeudet opinnäytetyön tuloksiin. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.

Immateriaalioikeudet. Tekijänoikeus ja muut immateriaalioikeudet opinnäytetyöhön kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Opinnäytetyön tekijä ja toimeksiantaja sopivat erikseen, missä laajuudessa tekijänoikeus tai muut immateriaalioikeudet siirtyvät toimeksiantajalle.

Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu. Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Ammattikorkeakoulu vastaa työn ohjauksesta, seurannasta ja työn riittävästä laatuasteesta. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista tai aikataulusta. Opinnäytetyön tekijä ei vastaa toimeksiantajalle vahingosta, joka toimeksiantajalle syntyy opinnäytetyön viivästymisestä, ellei erikseen toisin sovita. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta. Opiskelija sitoutuu palauttamaan toimeksiantajalle työn aikana saamansa luottamuksellisen aineiston, kun opinnäytetyö on valmistunut, tai kun osapuolet yhdessä toteavat, että yhteistyöedellytyksiä opinnäytetyön loppuun saattamiseksi ei ole.

Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus. Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muuta julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn taustaa-aineistoon. Opinnäytetyö tai sen osia voidaan julkaista myös internetissä sopimalla niistä erikseen. Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opettaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa. Satakunnan ammattikorkeakoululla on oikeus käyttää yhteistyöhanketta referenssinä ammattikorkeakoulun työelämäyhteisistä, mukaan lukien SAMKin yhteistyötietokanta, johon voi tehdä hakuja internetissä. Opinnäytetyöstä näkyvät otsikko, organisaatio ja organisaation yhteyshenkilö. Hanketta voidaan lisäksi hyödyntää ammatillisen korkeakoulutuksen tavoitteita edistävästi esim. opetusmateriaalina tai -metodina edellyttäen, ettei hankkeeseen sisältyneiden tietojen luottamuksellisuutta vaaranneta.



Ruusutulehduksen hoito Vammalan aluesairaalan sisätautiosastolla

Opinnäytetyö
Mari Rintala

SAMK, hoitotyön koulutusohjelma 2014

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Ruusutulehdus

Ihon ja ihonalaiskudoksen bakteeritulehdus

Aiheuttaja A- tai G-ryhmän (joskus C-ryhmän) β -hemolyyttinen streptokokki

Alkaa useimmiten ihorikosta (varvasvälit tyypillisin paikka)

Esiintyy useimmiten alaraajassa; jalkaterässä, nilkassa tai sääressä (harvemmin yläraajassa, vartalolla tai kasvoissa)



Oireet

Kuume (ei aina)
Tarkkarajainen punoitus
Turvotus (appelsiini-iho)
Särky



Ruusutulehdus vasemmassa jalassa

Kuva on otettu TAYS:n ihotautipoliklinikalla.



Diagnosointi

Harvoin tarvitaan laboratoriotestejä
diagnosoinnissa

Kuumeilevalta veriviljelyt ennen antibioottihoitoa

Bakteeriviljelynäyte ihon rakkulasta

Mahdollisen sairaalahoidon tarve huomioitava:

- kuume
- CRP
- leukosytoosi
- yleisoireiden olemassaolo
- kliininen vointi



Elämän
tähden

Hoito

Antibioottina ensisijaisesti penisilliini (allergia
huomioiden)

- alkuun i.v. tai i.m.
- vaihto p.o., kun kuume laskenut ja tilanne rauhoittunut

Kokonaishoitoaika 3 viikkoa

Voidaan toteuttaa kokonaan p.o. antibiootilla
avohoidossa, jos potilaan tila sallii

Jos penisilliini allergia annetaan kefalosporiinia
tai klindamysiiniä



Elämän
tähden

Hoito

Nesteytys

Kuume ja kipulääkitys

Raajan lepo ja kohoasento alkuun, jatkossa turvotuksen estohoitona tukisiteet tai lääkinälliset hoitosukat

Paikallishoito:

- infektioportin hoito tärkeää
- kosteat kompressit (NaCl tai sinkkisulfaatti)
- kortisonivoide rauhoittaa
- metyleenisinipenslaus ihorikkoihin



Ruusutulehdus oikeassa nilkassa

Kuva on otettu TAYS:n ihotautipoliklinikalla.



Uusiutuminen ja ennaltaehkäisy

Uusiutuminen on tyypillistä

Nopeasti uusiutuneessa ruusutulehduksessa antibioottihoitoa annetaan yhteensä 6-8 viikkoa

Estolääkitystä harkittava jos tulehdus uusiutuu muutaman vuoden sisällä kolmasti

- Pitkävaikutteinen bentsatiinipenisilliini 4 viikon välein i.m. tai V-penisilliini p.o. yhteensä 6-24kk

Hyvä perushygieneistä huolehtiminen

- Jalkojen ihonhoito tärkeää

Turvotuksen estohoidolla saattaa olla ruusutulehduksen uusiutumisessa merkitystä



Elämän
tähden

Potilasohjaus

Laki velvoittaa

Parannetaan potilaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä

Tavoitteellista vuorovaikutusta

- Tavoitteet potilaslähtöisesti

Perustuu

- Osallisten taustatekijöihin
- Ohjattavan tarpeisiin ja lähtökohtiin

Vaatii toistoa



Elämän
tähden

Potilasohjaus

Annetaan aina tilaisuuden tullen

Ohjattavalla on mahdollisuus kysymyksiin ja asian sisäistämiseen

Sopivina annoksina

Yhtenäistä

Eri menetelmiä:

- Kirjallinen
- Suullinen
- Havainnollistaminen

Ohjauksen kirjaaminen tärkeää



Potilasohjaus

Hygienian merkitys

- Varpaiden välit!
- Ihorikkojen ehkäisy ja hyvä hoito, ihon rasvaus

Turvotuksen estohoito

- Tukisiteet tai lääkinälliset hoitosukat

Painon pudotus ylipainoisilla



Lähteet

- Bonnetblanc, J-M. & Bédane, C. 2003. Erysipelas, Recognition and Management.
- Björndóttir, S., ym. 2005. Clinical Infectious Diseases.
- Dupuy, A., ym. 1999. Risk-factors for erysipelas of the leg (cellulitis). www.bmj.com
- Hannuksela, M. 2012. Ruusu (erysipelas). <http://www.terveyskirjasto.fi>
- Karppelin, M. & Syrjänen, J. 2008. Ruusutulehduksen hoito. <http://www.duodecimlehti.fi>.
- Kyngäs, H., ym. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY: Helsinki.
- Lewis, S., ym. 2006. Risk factors for recurrent lower extremity cellulitis in a U.S. Veterans Medical Center Population.
- National Institute for Health and Care Excellence. 2012. Cellulitis - acute. <http://cks.nice.org.uk/>
- Stevens, D., ym. 2005. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft-Tissue Infections. Clinical Infectious Diseases.



Toivon teidän antavan palautetta koulutustilaisuudesta. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, palautetta käytetään koulutustilaisuuden arviointiin ja tulos julkaistaan opinnäytetyössä ”Ruusutulehduksen hoito Vammalan aluesairaalan sisätautiosastolla”.

Valitse seuraavista vaihtoehdoista sopivin:

	1. Täysin eri mieltä	2. Jonkin verran eri mieltä.	3. Jonkin verran samaa mieltä.	4. Täysin samaa mieltä.
1. Koulutus vastasi odotuksiani.				
2. Koulutus oli tarpeellinen.				
3. Koulutus oli sopivan pituinen.				
4. Sain koulutuksesta uutta tietoa.				
5. Koulutuksessa jaetusta materiaalista on hyötyä.				
6. Koulutus oli selkeä.				
7. Koulutuksen ajankäyttö oli hyvä.				
8. Voin hyödyntää koulutuksessa saamaani tietoa käytäntöön.				

Kiitos osallistumisestasi koulutustilaisuuteen ja palautteen antamisesta.