

Konsta Partanen, Tuomas Penttinen & Matti Torniainen

H250KN1

Ruusuinfektion potilasohje

Opinnäytetyö
Hoitotyön sv


Huhtikuu 2013




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences	Opinnäytetyön päivämäärä 23.4.2013		
Tekijä(t) Konsta Partanen, Tuomas Penttinen & Matti Torniainen	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön sv.		
Nimeke Ruusuinfektion potilasohje			
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä Savonlinnan keskussairaalan sisätautien osastolle 4A potilasohje ruusuinfektion sairastaneille asiakkaille. Tämä potilasohje on tarkoitettu henkilökunnan käyttöön kotiutumisvaiheen suullisen ohjauksen tueksi sekä asiakkaalle keinoiksi ehkäistä ruusuinfektion uusiutumista kotiolosuhteissa.</p> <p>Aiheen opinnäytetyöhömmme saimme kyselemällä harjoittelupaikoiltamme, joissa olemme opintojemme aikana olleet Savonlinnan keskussairaalaossa. Osastolta 4A puuttui käytöstä oleva ruusuinfektion potilasohje.</p> <p>Opinnäytetyömme teoriaosuus koostuu potilasohjauksesta, hyvän oppaan elementeistä, ruusuinfektion lääkkeellisestä ja lääkkeettömästä hoidosta, ruusuinfektion tartuntamekanismeista ja ruusuinfektion syntymisen ehkäisystä. Työmme teoriaosuus keskittyy huomioimaan ruusuinfektion kohderyhmän sekä soveltamaan oppaaseen sille parhaiten soveltuvia ulkoasullisia ja sisällöllisiä elementtejä.</p> <p>Työmme etenemisessä käytimme tuotekehityksen prosessia, ja tuotteemme jäädessä myös sähköiseen muotoon, on tilaavan tahomme mahdollisimman helppo sitä päivittää tarpeen vaatiessa.</p>			
Asiasanat (avainsanat) Ruusuinfektio, potilasohje, potilaan ohjaus, terveyden edistäminen			
Sivumäärä 29 s. + Liitteet 2 s.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> Kieli Suomi </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> URN </td> </tr> </table>	Kieli Suomi	URN
Kieli Suomi	URN		
Huomautus (huomautukset liitteistä)			
Ohjaavan opettajan nimi Erja Ruotsalainen	Opinnäytetyön toimeksiantaja Itä-Savon sairaanhoitopiiri, Savonlinnan keskussairaala, sisätautiosasto 4A		

DESCRIPTION

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences		Date of the bachelor's thesis 23.4.2013	
Author(s) Konsta Partanen, Tuomas Penttinen & Matti Torniainen		Degree programme and option Degree Programme in Nursing	
Name of the bachelor's thesis Erysipeläs, guide to the patient			
Abstract <p>The goal of our bachelor's thesis was to provide a patient guide to Erysipeläs for medical ward 4A in the central hospital of Savonlinna. This guide was made to provide concrete support for nurses to be used at the discharge of a patient who has had Erysipeläs. It can also be used by the patients at home in order to prevent the disease from recurring.</p> <p>We got the theme for our bachelor's thesis from the places where we have had practical training during the studies. We found out the need for a patient guide to Erysipeläs in the medical ward 4A. So far they haven't had any guide for the patients.</p> <p>This bachelor's thesis includes the following parts: elements of guiding the patient, how to make a good patient guide, information about medical and non-medical treatment for Erysipeläs, how the infections spread and how the patients can prevent Erysipeläs from recurring. We tried to take the target group into account by using suitable layout and content elements.</p> <p>While creating this guide we used the product development process in order to make a good guide for the ward to use. We also provide this guide in electronic form so that the medical ward can update the guide if necessary.</p>			
Subject headings, (keywords) Erysipeläs, patient guide, patient guiding, health promotion			
Pages 29 p. + Appendix 2 p.	Language Finnish	URN	
Remarks, notes on appendices			
Tutor Erja Ruotsalainen		Bachelor's thesis assigned by Itä-Savo Hospital District Savonlinna Central Hospital Medical ward 4A	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	POTILAAN OHJAUS	1
2.1	Ohjaus osana hoitotyötä.....	3
2.2	Potilasohjauksen lähtökohdat	3
2.3	Potilasohjaus kotiutusvaiheessa.....	5
2.4	Potilasohjauksen haasteet	5
3	HYVÄN POTILASOHJEEN OMINAISUUKSIA.....	7
4	INFEKTIO	9
5	RUUSUINFEKTIO	11
5.1	Ruusutulehduksen etiologia.....	11
5.2	Ruusutulehduksen oireet.....	12
5.3	Ruusutulehduksen akuutin vaiheen antibioottihoito.....	13
5.4	Ruusutulehduksen lääkkeetön hoito	13
5.5	Ruusutulehduksen ehkäisevät toimenpiteet	14
5.5.1	Infektioportti	14
5.5.2	Jalkojen hoitaminen	15
5.5.3	Turvotuksen ehkäisy	17
6	TUOTEKEHITYSPROSESSI	17
6.1	Ongelmien ja kehittämistarpeiden tunnistaminen	18
6.2	Ideavaihe.....	18
6.3	Luonnosteluvaihe.....	19
6.4	Kehittelyvaihe.....	19
6.5	Tuotteen viimeistely	20
6.6	Tuotteen arviointi.....	22
7	POHDINTA	24
	LÄHTEET.....	26
	LIITE/LIITTEET	
	1 Potilasohje	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme tilaajana on Savonlinnan keskussairaala, sisätautiosasto 4A, ja sen aiheena kotihoito-ohje ruusuinfektiopotilaille. Osastolla on olemassa aiheeseen liittyvä ohje, mutta se ei ole käytössä, koska henkilökunta koki, ettei se vastaa heidän tarpeitaan. Uudelta ohjeelta toivottiin helppolukuisuutta. Toteutamme uuden ohjeen tuotekehittelyprosessin pohjalta.

Valitsimme aiheen, koska ryhmämme halusi valmistaa konkreettisen tuotteen auttamaan sairaanhoitajien työtä. Pidämme ohjetta tärkeänä, koska ruusuinfektio on helposti uusiutuva tauti ja potilaan omahoitoisuus korostuu sen ehkäisyssä (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2009). Käsittelemme työssämme ruusuinfektion lääkkeellisen ja lääkkeettömän hoidon sekä sitä ehkäiseviä tekijöitä. Selvitämme, millainen on hyvä potilasohje ja mitkä ovat tuotekehittelyprosessin eri vaiheet. Näitä soveltaen laadimme asiakaslähtöisen ja helppolukuisen potilasohjeen tilaajan tarpeisiin.

Haasteena ohjeen tekemisessä koemme oleellisen tiedon sisällyttämisen ohjeeseen samalla kuitenkin pitäen sen lyhyenä, helppolukuisena ja juuri kohderyhmälle sopivana.

2 POTILAAN OHJAUS

Potilaan ohjaus määritelmänä tarkoittaa neuvontaa, tiedon välittämistä tai informoivista eli tiedonantoa. Käsitteenä ohjaus tulee rinnastaa aina hoitotyössä johonkin konkreettiseen, tapahtuvaan tilanteeseen. Itse tekeminen sanan ohjaus takana on muuttuvaa, eri tilanteisiin mukautuvana esimerkiksi ohjattavan iän ja sukupuolen tai senhetkisen aikakauden mukaan. (Kääriäinen 2007.) Ohjaus ja neuvonta eroavat käsitteinään siten, että neuvonnalla pyritään löytämään kahden osapuolen välille yhteinen tavoite. Neuvonnalla pyritään vaikuttamaan potilaan valintoihin neuvoja antamalla, ei absoluuttisia ohjeita antamalla. (Eloranta 2011, 21.)

Suomen laissa on säädetty, että potilaalla on oikeus saada tietoja omasta terveydentilastaan, hoidosta, hoitovaihtoehdoista ja muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista (1992/785). Potilaan hoitoketjuun kuuluu kiinteästi potilasohjaus. Siihen

valtuutetuilla henkilöillä tulisi olla käytössään ohjaukseen varattuja resursseja eli aikaa ja valmiuksia vuorovaikutukseen potilaan kanssa. Ohjaustaitoja tulisi kehittää työyksikössä aktiivisesti samaan aikaan, kun hoitomenetelmät kehittyvät ja potilaiden ikärakenne muuttuu yhä vanhemmaksi. (Pekkarinen 2007.)

Erikoissairaanhoidossa potilasohjaamiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota, sillä hoitajaksot lyhenevät jatkuvasti. Tällöin hoidon ensimmäiset päivät ovat varsin intensiivisiä. Silti samalla potilaan tulisi osallistua aktiivisesti juuri alkaneeseen hoitoon ja samalla käsitellä psyykkisellä tasolla omaa sairastumistaan ja siitä toipumista. Tätä henkistä prosessia potilas ei sairauden vakavuuden huomioiden välttämättä kykene käymään loppuun hoitajaksonsa aikana. (Kyngäs ym. 2007, 5.) Hyvä potilasohjaaminen sekä motivoi potilasta hoitamaan omia sairauksiaan että lisää potilaan omia omahoitovalmiuksia, jotka estävät taudin pahenemista ja tulevaisuudessa sairauksien uusimista. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2009.)

Potilasohjauksessa on kyse ihan tavallisesta oppimisesta. Tästä syystä on ohjaajalle hyödyksi, mikäli hän tuntee oppimisen teoriaa ja ymmärtää mitä vuorovaikutustilanteen eri roolit pitävät sisällään. Myös tieto siitä, miten juuri kyseinen potilas oppii parhaiten, on hyödyksi ohjaustilanteessa. Teorian havainnoillistaminen omien kokemusten ja taitojen kautta mahdollistaa tiedon sisäistämisen ohjattavan oman elämän kautta. Mitään oikeanlaista tapaa ohjata ei ole, vaan ohjaajan tulee mukautua sen hetkiseen tilanteeseen ja sen hetkisen arvion pohjalta ruvettava rakentamaan toimivaa ohjaamistilannetta. Potilaan rooli on yleisesti kuviteltu terveysalalla siten, että potilaalla on vastuu siitä, mitä hän oppii. Oppiseen vaikuttaa kuitenkin aikaisemmat kokemukset opetustilanteista esimerkiksi koulusta. (Eloranta 2011, 50)

Tieto auttaa potilasta valmistautumaan tulevaan hoitoon ja siksi usein potilasohjeen potilas saa jo kotiin ennen tulevaa sairaalahoitoa. Varsinkin tällöin ohjeen informatiivisuus ja ymmärrettävyys korostuvat. Kuitenkaan pelkät kotiin lähetetyt ohjeet eivät riitä, vaan mukana täytyy olla myös tiedot, josta potilas voi tehdä tarkentavia kysymyksiä hoidostaan. (Torkkola 2002, 25.)

2.1 Ohjaus osana hoitotyötä

Ohjaamisen perusta on kaksijakoinen: Ensinnäkin laki potilaan asemasta ja oikeuksista, joka velvoittaa hoitohenkilöitä antamaan tietoja potilaalle häntä koskevasta terveydentilasta ja hoidosta(1994/559). Toiseksi, laki ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (2001/1383), jossa todetaan, että hoitajan on täytettävä hänelle asetetut laatusikat toimiakseen annetussa tehtävässä. Tämä velvoittaa ohjaajaa huomioimaan ja kunnioittamaan potilaan yksityisyyttä, vakaumusta ja etenkin ihmisarvoa. (Kyngäs ym. 2006.)

Edellä mainittujen asioiden lisäksi hoitotyön ammattilaista koskevat eettiset periaatteet. Ne koskettavat jokaista julkisessa tai yksityisessä terveydenhuollossa toimivaa ammattihenkilöä. Näissä eettisissä periaatteissa todetaan muun muassa, että terveydenhuollon tehtävänä on potilaan itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioittaminen, potilaan oikeus hyvään hoitoon, oikeudenmukaisuus ja hyvä ammattitaito. (Kyngäs ym. 2006; Kääriäinen 2007.)

2.2 Potilasohjauksen lähtökohdat

"Ohjauksessa asiakas on oman elämänsä ja hoitaja ohjauksen asiantuntija" (Kyngäs ym. 2007, 26). Asiakasta ohjattaessa tulee huomioida asiakkaan lähtökohdat ohjaamiselle. Esimerkiksi aika, jonka potilas on sairastanut tai mitä hän omasta terveydentilastaan tietää vaihtelee potilaittain. On selvää, että vasta tautiin sairastanut henkilö ei ole tiedolle niin vastaanottavainen kuin jo pidempään sairastanut. Nämä tarpeet tulee miettiä yhdessä potilaan kanssa ja aina ennen ohjaustilanteen alkamista. (Eloranta 2011, 26.)

Ohjauksessa lähdetään aina liikkeelle tarpeesta tai tilanteesta. Näin syntyvä tilanne on sidonnainen ohjattavan taustatekijöihin, kuten asenteisiin, etnisiin taustoihin tai uskomuksiin. Ohjauksen luonteeseen vaikuttaa myös, onko kyseessä yksilö vai ryhmä. Tämä on haaste ohjaavalle hoitajalle, koska hänen tulee mukautua moniin eri tilanteisiin. Hänen tulee huomioida edellä mainitut seikat, jotta ohjaaminen olisi mahdollisimman kokonaisvaltaista. (Kyngäs ym. 2007, 41.)

Hyvä ohjaus on sekä aktiivista että tavoitteellista (Kyngäs ym. 2007, 41). Terveystieteiden ammattilaisilla on ammatillinen vastuu siitä, että ohjaus on hyvää, luotettavaa ja ymmärrettävää, oli potilaana kuka tahansa. Lisäksi hoitajalla täytyy olla joitakin sisäisiä kykyjä, joilla parantaa ohjattavan motivaatiota. Näiden lisäksi ohjauksessa korostuvat hoitajan oman persoonan tuomat kyvyt, kuten rauhallisuus ja luovuus (Ohtonen 2006.) Näin ohjattava saadaan uskomaan omiin kykyihinsä hoitaa ja ylläpitämään omaa terveyttään aktiivisesti. Näitä sisäisiä ohjaustaitoja voivat olla luova vuorovaikutuskyky erilaisten ihmisten kanssa, aktiivinen työote ja ihmistuntemus. (Kyngäs ym. 2007, 42 - 43.)

On myös tärkeää, että ohjaavan hoitajan tiedot ja koulutus vastaavat hyviä hoitokäytäntöjä ja että hän tiedostaa vuorovaikutustaitojen tärkeyden ohjaustilanteissa (Ohtonen 2006). Ohjaajan on ylläpidettävä ohjaustaitojaan aktiivisesti. Hoitotyössä on tärkeää käyttää näyttöön perustuvaa tietoa ohjauksessa. Näin hajautuneet hoitokäytännöt on mahdollista tehdä yhteneväisiksi ja tätä kautta parantamaan potilaan saamaa hoidonlaatua. Kun kokemuseräinen, työstä subjektiivisesti opittu tieto ja tutkimustieto, joka on tieteellisesti todennettu yhdistyy syntyy kokonaisvaltaisesti laadukasta hoitotyön tietoa. (Eloranta 2011, 23.)

Laadukkaan ohjaamisen tekijöitä ovat henkilökohtaisuus eli se, että ohjataan juuri tiettyä potilasta. Potilasta kannustetaan ja motivoidaan hoitamaan sairauttaan ja annetaan mahdollisesti positiivista palautetta kontrollikäynneillä. Potilasta ohjataan hoitamaan itse sairauttaan, mutta valvotusti, jolloin potilaalle jää kuva siitä, miten hoito toteutetaan. Tämä rohkaisee potilasta hoitamaan sairauttaan myös ilman sairaalan tukea ja vähentää sairauden mukana tuomaa epävarmuuden tunnetta omasta terveydentilastaan. Kun potilas ottaa aktiivisen roolin oman terveytensä parantamiseksi, on potilaalla myös mahdollisuus oppia uutta tehokkaasti. (Kyngäs ym. 2007, 43; Ohtonen 2006.)

Potilasohjaukseen liittyy aina ohjauksen arviointi. On tärkeää, että viimeistään ohjauksen lopuksi arvioidaan ohjausta. Siitä saa kuitenkin edelleen laadukkaampaa hakemalla palautetta koko ohjaustilanteen ajalta. (Eloranta 2011, 27.) On hyvä molemminpuolisesti arvioida ohjausta siten, että ohjauksen antaja arvioi, ovatko potilaan tiedot ja taidot karttuneet ohjauksen aikana. Tätä voidaan tehdä esimerkiksi kyselemällä potilaalta tietoja joistakin ohjauksen sisältöön liittyvistä seikoista.

Ohjausta voidaan myös arvioida potilaan puolelta katsoen ja potilaan antaman palautteen kautta. Näin voidaan arvioida sitä, onko ohjauksen antaja onnistunut räätälöimään ohjaussisällön juuri siihen tilanteeseen sopivaksi tuomalla sisällön ymmärrettävästi esiin osana omaa ohjaustaan. Palautteen saaminen molemmilta osapuolilta on siis tärkeä osa arvioidessa ohjauksen laatua ja laajuutta. (Torkkola 2002, 27 - 28.)

2.3 Potilasohjaus kotiutusvaiheessa

Lyhentyneiden hoitoaikojen vuoksi monissa tapauksissa potilaalta voi viedä pitkänkin aikaa hahmottaa tapahtunut, sairaalassa vietetty aika ja mahdolliset uudet haasteet omassa elämässään. Tästä syystä potilasohjauksella keskeinen merkitys hoidon jatkuvuuden kannalta, jotta potilas voi turvallisesti, turvallisella mielin ja ilman uudelleen sairastumisen riskiä palata mahdollisimman pian normaaliin arkielämään. Hyvä tapa varmistaa hoidon jatkuvuus on hyvä ohjaus, suullisesti ja kirjallisesti ennen kotiutumista. (Eloranta 2011, 43.)

Hoitohenkilöstön tulisi potilaan kotiutuessa suunnitelmallista ohjausta yhdessä potilaan kanssa kuitenkin huomioiden potilaan taustatekijät, kuten ikä ja perussairaudet. Tähän kuuluu muunmuassa potilaalle annettava ohjausmateriaali, jatkohoito-ajat ja tarvittaessa yhteystiedot hoitavaan tahoon mahdollisten lisätietojen tiedustelemiseksi.. Potilaan kanssa olisi myös hyvä käydä läpi mieltä askarruttavat asiat ja epäselvyydet jatkohoito-ohjeista ja tulevista hoidoista tai kontrolliajoista. Hyvään hoitoon ja ohjaukseen kuuluu arvioida hoidon toteutumista myös ohjauksen osalta, joko ohjauksen lopuksi tai tehdä arviointia koko ohjauksen ajan. Potilaan kanssa olisi hyvä keskustella ja arvioida toteutunutta ohjausta ja tarpeiden mukaan kehittää ohjausta aktiivisesti oikeaan suuntaan. (Kyngäs ym. 2006.)

2.4 Potilasohjauksen haasteet

Haasteita potilasohjaukseen on monia. Ohjauksessa voi helposti tuudittautua suureen tietomäärään, eli potilaalle tyrkytetään tietoa, vaikka potilas ei tätä välttämättä pysty prosessoimaan. Tietotulvan riskinä on myös, että tärkeät tiedot esimerkiksi hoito-ohjeista voivat jäädä taka-alalle ja potilas voi täysin sivuuttaa oleelliset tiedot ohjauksessa. Tästä syystä kirjallinen potilasohje tukee henkilökohtaista ohjaamista,

sillä kirjallisen, potilaan mukana kulkevan ohjeen potilas voi itse lukea silloin, kun parhaakseen näkee. (Torkkola 2002, 29.) Lisäksi potilaat kokevat henkilökunnan kiireen vaikeuttavan laadukkaan ohjaamisen saamista. Jatkuva kiire tekee ohjauksesta tiettyyn muottiin rakennetun, jolloin ohjaus jää liian yleiselle tasolle. Ohjaustilanteet ovat kuitenkin dynaamisia ja niiden tulisi mukautua jokaisen potilaan tarpeisiin. (Eloranta 2011.)

Toinen haasteista on, että kirjallisen ohjauksen ja henkilökohtaisen, suullisen ohjauksen tiedot voivat olla ristiriidassa keskenään (Eloranta 2011, 16.) Jos tiedot ovat ristiriitaisia, potilaalle voi olla hankalaa päättää, mihin tietoihin hän voi luottaa. Tästä syystä hoito-ohjeet voivat jäädä noudattamatta, kun potilas ei tiedä, mitä ohjeita hänen tulisi noudattaa. Kirjallisen ja suullisen ohjauksen tulisi olla toisiaan täydentäviä. (Torkkola 2002, 29, Heikkinen ym. 2005).

Ohjauksessa käytetään usein tilaa, joka ei sovellu tai tue ohjaustilannetta. Poliklinikkatoiminnassa tilat olivat soveltuvampia ohjaukseen kuin osastoilla, jossa usein on useita potilaita samassa tilassa. (Kääriäinen 2007.) Paras paikka antaa ohjausta on rauhallinen ja potilaan yksityisyyttä suojaava. Ohjausta annettavalle potilaalle voi olla erittäin epämiellyttävää ja vaivalloista se, että viereinen potilas kuulee hänen ongelmistaan ja tulevista hoitotoimista. Potilaiden tulisi kokea ohjaustilanteen luottamukselliseksi kahden osapuolen välillä, jolloin potilaiden on helpompi jakaa omia ajatuksiaan terveydestään ja huolistaan. (Torkkola 2002, 31; Hankonen ym. 2005)

Potilaan terveydentila voi hankaloittaa ohjausta. Se on otettava erityisesti huomioon itse ohjaustilanteessa, mutta myös sitä suunniteltaessa. Potilaalla voi olla joku ymmärrystä vaikeuttava sairaus, jolloin täytyy miettiä, miten ohjausta annetaan. Myös potilaan tunnetilan muutokset tulee ottaa huomioon, jos hänelle esimerkiksi kerrotaan ensimmäistä kertaa vakavasta sairaudesta. Tällöin luottamuksellinen hoitosuhde edistää ohjausta ja tällöin potilas voi tuntea mahdollisuuden selvittää kohdanneesta sairaudesta. (Torkkola 2002, 30.) Myös liian varhaan ajoitettu ohjaus voi osottautua ongelmaksi potilaalle. Sairastuneelle alun järkytys tai hämmennys voi ohittaa tulevan tiedon, jolloin ohjauksesta ei potilaalle jää muistiin juurikaan mitään. Tästä syystä ohjauksen jaksottaminen voi olla oikea ratkaisu vastaanottokyvyn kannalta. Osa potilaista haluaa saada kaiken mahdollisen tiedon heti sairastumisen tai sairaalaan

saapumisen jälkeen. Toisilta voi kulua paljonkin aikaa ennenkuin he pääsevät yli alun hämmennyksestä tai pelosta. Tai potilaalle voi sairaus olla jo ennestään tuttu, jolloin on syytä harkita jo ennestään saadun tiedon syventämistä ja laajentamista. (Eloranta 2011, 32.)

3 HYVÄN POTILASOHJEEN OMINAISUUKSIA

Kirjallisen potilasohjauksen tarve on kasvanut, koska hoitoajat sairaanhoidossa ovat lyhentyneet, jolloin suulliselle ohjaukselle jää vähemmän aikaa (Kyngäs ym 2007, 5). Neuvonta on eräs tärkeimmistä osista potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa. Yleisesti voidaan sanoa, että potilasohjeen tehtävänä on antaa yleisellä tasolla ohjausta, joka on tarkoitettu suurimmalle osalle hoitoa saavista. Tätä ohjausta henkilökohtainen, suullinen ohjaus täydentää osaltaan. Potilasohjeen ei kuitenkaan ole tarkoitus sysätä vastuuta hoitajalta potilaalle, vaan potilasohjeen tarkoitus on olla työkalu kohti parempaa hoitotulosta. (Torkkola 2002, 24, 31; Pekkarinen 2007.) Potilasohjeen laatimista ohjaavat kaksi kokonaisuutta: Sen tulee lähteä tarpeesta, jossa potilaan kuuluu saada kaikki oleellinen tieto terveydestään. Toiseksi sen tulee vastata laitoksen tarpeita ja ohjata toimimaan sen asettamien mallien rajoissa. (Torkkola 2002, 35.)

Aivan aluksi kun ohjetta lähdetään laatimaan, on syytä paneutua kysymyksiin siitä, kenelle ja millä tavalla ohjetta ollaan tekemässä (Kyngäs 2007, 126). Kohderyhmän kautta voidaan lähteä miettimään, miten ohjeen sisältö ilmaistaan sopivasti. Kun nämä asiat ovat hahmottuneet, voidaan alkaa miettimään kielellisiä asioita ja sitä, mitä sisällöksi valitaan. Viimeiseksi on syytä paneutua ohjeen ulkoasuun ja luoda ohjeesta asettelun ja ulkoasun kautta ymmärrettävä. (Torkkola 2002, 35 - 37.)

On tutkittu, että kirjalliset ohjeet on usein kirjoitettu vaikeaselkoisesti ammattisanastoa käyttäen ja liian laajasti, jolloin potilaan henkilökohtaiset tavoitteet ovat sivuutettu. Ilman kunnollisia ohjeita varsinkin vaativaan erikoissairaanhoidon tulevilla potilailla valmistautuminen voi epäonnistua. Tästä syystä ohjeen täytyy olla kirjoitettu yksiselitteisesti ja olla järjestykseltään looginen ja kirjoitettu potilaan näkökulmasta, jotta tärkeät asiat tulevat potilaalle ilmi. (Torkkola 2002, 25; Kyngäs 2007, 125.)

Potilasohjeelle ei ole olemassa minkäänlaista stannardi eli yhteisesti sovittua pituutta. Eri sairaudet ja eri toimenpiteisiin valmistavat ohjeet esimerkiksi, koostuvat hyvin erilaisista asioista. Siksi eri asioiden ymmärrettävästi selittäminen vaatii eri verran lueteltuja asioita. Kerrotuissa asioissa kannattaa pysyä hyvin yleisellä tasolla, jotta ohjeesta tulee helposti ymmärrettävä, joka ei sekoita lukijaansa. Pituutta enemmän ohjeissa korostuu ohjeen ulkoasu ja kuinka asiat kerrotaan. (Hyvärinen 2005.)

Ohjeessa olisi hyvä listata tärkeät asiat ensin. Oleellisia ovat myös ne seikat, jotka potilasta eniten mahdollisesti kiinnostavat omassa sairaudessaan. Aluksi on hyvä kertoa, kenelle ja miksi ohje on tehty, esimerkiksi "Haavanhoito-ohje leikkauksen jälkeen". Ohjeesta tulee saada käsitys, että se on tarkoitettu potilaalle, ja ohjeen täytyy vastata niihin kysymyksiin, joita potilaalla on esimerkiksi jatkohoitoa koskien. (Torkkola 2002, 25.) Lisäksi potilaat haluavat, että heille kerrotut asiat perustellaan hyvin. Parhaimman lopputuloksen saa kun asiat perustellaan siltä kannalta, että miten ohjeen lukija tulee itse hyötymään annettujen ohjeiden mukaan elämisestä. (Hyvärinen 2005.)

Potilasohjetta tehtäessä on päätettävä puhuttelutapa. Tekstissä pyritään välttämään turhia passiivimuotoja, koska siitä potilas voi kokea, ettei teksti ole suunnattu hänelle. On syytä miettiä kohderyhmän kannalta, käytetäänkö sinuttelua vai teitittelyä (Eloranta 2011, 74.) Käskyjen sijasta kannattaa käyttää hyvin perusteltuja kehoituksia tai suosituksia. Lisäksi ohjeessa esitettyjen asioiden ymmärtämistä ja luettavuutta helpottaa, kun yhdessä kappaleessa esitetään yksi uusi asia kerrallaan. Kaikki eivät välttämättä lue potilasohjetta loppuun, mikäli he toteavat potilasohjeen vaikeaselkoiseksi ja tekstin vaikeasti ymmärrettäväksi. Ohjattava todennäköisemmin myös noudattaa saamiaan ohjeita mikäli ne eivät vaikuta normaalin, totuttuun elämäntyyliin. (Hyvärinen 2005.) Siksi virkkeiden tulisi olla lyhyitä, kielellisesti mahdollisimman selkeitä ja sisältää vähän vieraita termejä. Ammattitermistöä käytettäessä on huolehdittava termien suomentamisesta tai selittämisestä. Käytetyt termit tulee selvittää heti kun ne mainitaan, sillä muuten lukija joutuu selaamaan lukemaansa termin vastinparin löytämiseksi. (Torkkola 2002, 34 - 35, 42 - 43, Kyngäs ym. 2007, 127.)

Potilasohjeiden tulee sisältää päivitettyä, ajantasaista tietoa, koska ohje toimii tietolähteenä potilaalle. Ohjeiden oikolukuun ja niiden päivittämiseen tulisi nimetä

tietyt vastaavat, jotka huolehtivat siitä, että ohjeiden sisältö ja ulkoasu vastaavat nykykäytäntöjä. (Eloranta 2011, 76.)

Hyvän potilasohjeen tulee alkaa selkeällä otsikoinnilla, joka kuvaa potilasohjeen sisältöä ja tarkoitusta. Selkeää otsikointia on syytä käyttää myös väliotsikoinnissa. Otsikoiden tehtävänä on helpottaa tekstin lukemista jakamalla leipätekstin pienempiin, helppolukuisempiin kokonaisuuksiin. Otsikot myös auttavat ohjeen lukijaa löytämään ohjeesta juuri sen asian, mitä hän on etsimässä vaikkapa lääkehoidosta. Otsikot myös kertovat, mitä ohje sisältää. Luetteloiden käyttö helpottaa pitkien virkkeiden lukemista. Luetteloiden käytössä on kuitenkin huomioitava, että käytetään vain yhden tason luetteloita, jotta niistä ei tule liian raskaita luettavia. (Torkkola 2002, 39 - 40, Hyvärinen 2005.)

Teksti kannattaa lukea huolella läpi kirjoitusvirheiden varalta. Sen lisäksi, että se hankaloittaa lukemista, vaikuttaa se myös siihen, kuinka ammattitasoiseksi potilas ohjeen tulkitsee. Fontin kokoa on syytä harkita oletetun kohderyhmän ja käytettävissä olevan sivumäärän perusteella. Vanhemmalle väestölle tarkoitettussa ohjeessa, voi olla järkevää käyttää isokokoista fonttia ja fonttikokoa tukemaan riittävän helppolukuinen kirjasintyyppi. (Eloranta 2011, 76.)

Kuvien käyttäminen ohjeessa auttaa sekä ymmärtämään että herättämään lukijan mielenkiintoa. Kuvitus ei kuitenkaan saa olla irrallista vaan sen käyttö tulee olla perusteltua ja osa luettavaa sisältöä. Sen tulee ohjata lukijaa ja tukea kuvan ympärille kirjoitettua tekstiä. Mikäli sisältöön hyvin liittyviä kuvia ei ole tai niitä on vaikea asetella, niin on parempi jättää ohje kokonaan kuvittamatta. Huonot kuvat vievät potilaan keskittymistä pois sisällöstä. Kuvatekstejä kannattaa hyödyntää ohjeessa, jotta kuvista saadaan täysi hyöty. Mahdollisissa kuvien käytössä otetaan huomioon tekijänoikeudet ja kuvanlaatu painamista varten. (Torkkola 2002, 40-43.)

4 INFEKTIO

Ihmiskunnan suurimpana vaaratekijänä ovat aina olleet tartuntataudit. 1900-luvulla kehittynyt lääketiede ja parempi hygienia sekä elintaso ovat parantaneet tilannetta huomattavasti länsimaissa. Myös erilaiset rokotusohjelmat ovat auttaneet ehkäisemään tartuntatauteja. Tämä vaatii kuitenkin kansallisen rokotusohjelman, jotta

rokotuskattavuus olisi väestön keskuudessa tarpeeksi suuri ehkäisemään tartuntatauteja. Mikrobin muuntautuessa edelleen vastustuskykyisemmiksi antimikrobiset lääkkeet ovat menettäneet tehoaan ensisijaisena hoitona infektioitauteja vastaan. (Ahonen ym. 2012, 722.)

Tartunta tapahtuu, kun mikrobi joko aktiivisesti tai passiivisesti päätyy elimistöön. Tämä yksinään ei riitä sairastumiseen, vaan siihen vaikuttaa mikrobin taudinaiheuttamiskyvyn ja elimistön puolustuskyvyn välinen suhde. Virulentit eli taudinaiheuttamiskykyiset mikrobit aiheuttavat itämisaikansa kuluttua akuutteja eli äkillisin oirein alkavia tai erittäin rajuin oirein eli fluminantisti alkavia infektioitauteja. Tartunnassa saatujen mikrobin määrä voi vaikuttaa suoraan syntyvän infektion voimakkuuteen. Tartunta voi johtaa myös kantajuuteen eli kolonisaatioon, jolloin mikrobi jää elämään vaihtelevaksi ajaksi elimistöön. Oireellinen infektio tauti voi muuttua piileväksi, kuten oireeton infektio tauti taas takaisin oireelliseksi infektio taudiksi. Taudin ja oireiden yhä jatkuessa puhutaan taudin kroonistumisesta. (Iivanainen ym. 2010, 709.)

Erilaisia tartuntatapoja ovat pisaratartunta, ilmatartunta ja kosketustartunta, joka voi olla suora tai epäsuora. Kosketustartunnassa suora eli välitön tartunta tarkoittaa, että tautia aiheuttava mikrobi siirtyy suoraan ihmisestä toiseen koskettamalla. Epäsuora eli välillinen tartunta tarkoittaa, että tautia aiheuttava mikrobi leviää lähteenä olevasta henkilöstä ympäristön kautta, esimerkiksi ovenkahvasta. Kosketustartunta on merkittävin ja yleisin mikrobin tartuntatavoista. Pisaratartunnassa tautia aiheuttava mikrobi siirtyy henkilöstä toiseen vaikka henkilön aivastaessa, jolloin tautia aiheuttava mikrobi pääsee toisen henkilön limakalvoille, kuten hengitysteihin tai silmiin. Ilmatartunnassa mikrobit siirtyvät ihmisestä toiseen ilman epäpuhtauksien mukana. Ilmatartunnassa tautia aiheuttavat mikrobit voivat leijua ilmassa pitkiäkin aikoja ja kulkeutua ilmavirtauksien mukana kauas alkuperäisestä leviämispisteestä. (Duodecim 2007a.)

Tartunnan tavallisin lähde ovat toiset ihmiset. Tautien itämisaajat vaihtelevat paljon, joten taudinaiheuttajien erittyminen voi alkaa ennen oireita ja tätä kautta kantaja saattaa levittää tietämättään tartuntaa. On myös mahdollista, että infektiosta toipunut ihminen jää levittämään toipilasajakseen taudinaiheuttajia tai että taudin muuttuessa krooniseksi levittää myös sen kantaja taudinaiheuttajia kroonisesti eli jatkuvasti. Tartunta voi tapahtua myös eläimestä ihmiseen eläinten levittäessä taudinaiheuttajaa

sairaina, toipilaina tai täysin terveinä. Näitä tauteja kutsutaan nimityksellä zoonoosit. (Iivanainen ym. 2010, 709.)

Opportunisiksi mikrobeiksi kutsutaan sellaisia mikrobeja, jotka perustavat taudinaiheuttamiskykynsä isännän heikkoon vastustuskykyyn tai sattumaan. Näitä voivat olla ihmisen omasta normaalifloorasta peräisin oleva eli endogeeninen mikrobi tai vaikkapa pölyn, veden tai maaperän luonnonbakteerien aiheuttama eli eksogeeninen mikrobi. (Iivanainen ym. 2010, 709.)

5 RUUSUINFEKTIO

Erisypelas on Pohjois-Euroopassa käytetty yleisnimitys sekä nekrotisoitumattomalle selluliitille että ruusuinfektioille. Tarkka rajaveto pinnallisen erysipelaksen ja ruusuinfektion välille on mahdotonta niiden riskitekijöiden, taudinaiheuttajien, taudinkulun sekä uusiutumistaipumuksen ollessa sama. Suomalainen nimitys ruusutulehdus, joka kliinisessä käytännössä yleensä kattaa sekä erysipelaksen että nekrotisoimattoman selluliitin, todetaankin käyttökelpoiseksi, ja sitä käytetään myös tässä työssä. Ruusutulehdus on A- tai G-ryhmän beetahemolyyttisen streptokokin aiheuttama korkeakuumeinen tulehdus. Ruusutulehduksen synty tapahtuu yleensä varvasvälien sieni-infektion tai hautuman, säärihaavan tai muun ihorikon kautta muodostuneesta infektioportista. Paikallisia riskitekijöitä ovat myös imunesteturvotus, alaraajojen muu turvotus, ylipaino sekä heikentynyt laskimo- ja valtimoverenkierto. (Karpelin & Syrjänen 2008.)

5.1 Ruusutulehduksen etiologia

A-ryhmän beetahemolyyttiset streptokokit voivat kuulua ihmisen normaaliflooraan, kuten muutkin streptokokit (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013). ”Streptokokki A -bakteeria on nielussa tai iholla 10-20 %:lla lapsista ja 5 %:lla aikuisista.” (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013).

G-ryhmän beetahemolyyttisiä streptokokkeja on tutkittu A-ryhmän streptokokkeja vähemmän. Niiden aiheuttamat infektiot eivät ole niin yleisiä, ja niiden taudinkuvat ovat vaikeammin havaittavissa. Ryhmän G-streptokokit voivat elää ihmisen iholla erityisesti alueilla, joita on vaurioittanut vaikkapa ekseema (yhteisnimi ryhmälle

tulehduksellisia ihosairauksia). Tämän ryhmän streptokokkeja tavataan myös kehon limakalvoilta vaginasta sekä suolistosta. (Sriskandan 2013.)

Ruusutulehduksen syntyyn vaikuttavien tekijöiden ehkäisyssä äärimmäisen tärkeäksi tekijäksi muodostuu siis paikallisten riskitekijöiden, kuten turvotuksien tai ihorikkojen huomioiminen ja hoitaminen (Karpelin & Syrjänen 2008). A tai G-ryhmän beetahemolyyttiset streptokokit, joista ruusutulehdus saa alkunsa, esiintyvät ihmisen iholla ja nielussa, joista ne voivat päätyä ihorikkoon aiheuttamaan ruusutulehduksen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013).

5.2 Ruusutulehduksen oireet

Yleisimmin ruusu esiintyy alaraajoissa, mutta sitä voi myös ilmetä yläraajoissa sekä harvemmin pään alueella tai vartalolla. Klassisessa muodossaan ruusutulehdus on usein helppo tunnistaa sen hyvin nopean alun, korkean kuumeen tai vilunväristysten sekä hieman koholla olevan punoituksen ilmaantuessa iholle. Ruusutulehduksen erotusdiagnostiikassa tärkeää on rajata pois muut akuutit infektiot, joiden hoito on erilainen, kuten nekrotisoivat infektiot, diabeetikon kuumeinen selluliitti ja puremahaavan infektio. (Karpelin & Syrjänen 2008.) Ruusutulehdukselle altistavat myös rintasyöpään liittyvät toimenpiteet, kuten kainaloimusolmukkeiden poisto ja sädehoito, joskin vasta noin viiden vuoden kuluttua itse toimenpiteistä (Kotilainen 2009).

Ruusutulehduksen riskiryhmiin kuuluvat kaikkia ikäluokkia edustavat, mutta kuten muissakin infektioitaudeissa, myös ruusutulehduksessa suurin riski sairastua on erittäin nuorilla ja ikäihmisillä. Lapsilla immuunivaste ei ole vielä kehittynyt aikuisen tasolle, mikä altistaa lapset herkemmin saamaan erilaisia infektioita. Iäkkäämpien riski suurenee perussairauksien tai niiden aiheuttamien lisäkomplikaatioiden myötä. Tällaisia voivat olla imusuoniston estynyt toiminta, imunesteturvotus, verenkiertoelimistön vajaatoiminta, diabetes, immunosuppressio (alentunut immuunivaste) verisuonikirurgia ja yhden tai molempien rintojen poistoleikkaus. (MDGuidelines 2012).

5.3 Ruusutulehduksen akuutin vaiheen antibioottihoito

Akuutin ruusutulehduksen antibioottihoito toteutetaan edelleen penisilliinillä, joka alussa yleensä suositellaan annettavaksi parenteraalisesti. Suositusten mukaan tulisi G-penisilliiniä antaa 1 - 3 miljoonaa KY (kansainvälistä yksikköä) kuuden tunnin välein suoneen tai prokaiinipenisilliiniä 1,2 - 2,4 miljoonaa KY lihakseen kerran vuorokaudessa. (Duodecim 2010.)

Lääkityksessä voidaan siirtyä suun kautta annettavaan antibioottihoitoon heti, kun kuume on laskenut ja kun voidaan nähdä, ettei tulehdusalue enää laajene (Karppelin & Syrjänen 2008). Tämä tarkoittaa ajallisesti yleensä 3 - 5 vuorokautta, jonka jälkeen peroraalisesti eli suun kautta annetaan antibioottihoitoa yleisesti käytössä olevalla V-penisilliinillä 1 - 1,5 miljoonaa KY kolmesti vuorokaudessa (Duodecim 2010). Ruusutulehduksen parenteraalisesta lääkityksestä siirryttäessä peroraaliseen lääkitykseen on myös tärkeää löytää sopiva vaste annetulle antibioottille. Ruusutulehduksen hoidossa on myös todettu penisilliinin olevan paras vaihtoehto itse tulehduksen hoitoon, vaikka ihorikosta olisikin löytynyt sille resistentti bakteerikanta. Antibioottilhoidon kestossa suositeltavaksi pituudeksi on suomalaisissa hoitosuosituksissa määrätynyt kolme viikkoa ensimmäisen ruusuepisodin alkamisesta. (Karppelin & Syrjänen 2008.)

Kortikosteroidien lisääminen antibioottilhoidon rinnalle ruusutulehduksen hoidossa voi myös nopeuttaa tulehdusreaktion rauhoittumista. Tämä tosin ei ole vakiintunut ruusutulehduksen hoitomuotona, vaikka käytännön työssä siitä on todettu olevan apua oireiden pysyessä päällä asianmukaisesta antibioottilhoidosta huolimatta. (Karppelin & Syrjänen 2008.)

5.4 Ruusutulehduksen lääkkeetön hoito

Ruusutulehduksen mekaaninen hoito perustuu tulehduksesta muodostuneen ihottuman haudottamiseen useita kertoja päivässä kylvettämällä. Vedellä liuotusta tehdään niin pitkään, että ruvet pehmenevät ja irtoavat. Kylvetetty alue kuivataan pyyhkeellä kevyesti painelemalla. Tulehdusrajan piirtämistä iholle seurannan tehostamiseksi voidaan myös harkita. (Duodecim 2010.)

Ruusutulehduksen aiheuttama turvotus lisää usein kipua tulehdusalueella sekä heikentää verenkiertoa, kudosten happeutumista, immuunipuolustusta ja antibioottien kulkeutumista infektoituneeseen kudokseen. Turvotusta tulisi vähentää levolla sekä tulehtuneen raajan kohoasentoon asettamisella. (Karpelin & Syrjänen 2008.) Ruusutulehdus tuhoaa imusuonia, ja toistuessaan se voikin aiheuttaa pysyvän imunesteturvotuksen (efefantiaasin) (Hannuksela 2012).

Ihorikkojen paikallishoito kuuluu ruusutulehduksen hoitoon, ja niiden hoito tulisi aloittaa samalla, kun ruusutulehduksen hoito aloitetaan. Mahdolliset sieni-infektiot on pyrittävä toteamaan ja hoitamaan. (Karpelin & Syrjänen 2008.) Varvasvälin sieni-infektiosta jalkasilsan tunnistaa sen tyypillisestä sijainnista 4. ja 5. varpaan välissä. Tyypillistä on myös hilseily, ihorikkouma, punoitus, vaaleaa kate ja joskus taudin alkuvaiheessa ilmenevät verirakkulat. (Nygren 2010.)

Kynsisieni on taas yleinen sieni-infektio ilmaantuen keskimäärin meistä joka kymmenennellä. Sieni tyypillisesti kellastuttaa ja paksuuntunutta kynntä. Tämä kynsi voi hangata kengässä, repiä sukkia ja levitä muihin kynsiin jaloissa ja toimia käsissä joskus jopa tulehdusreittinä muille tulehduksia aiheuttaville mikrobeille. Pienet haavaumat, rakot ja ihorikot suositellaan desinfioitaviksi, ja pienetkin ihorikot on hyvä aina suojata. Varvasvälien haavaumien tai hautumien hoitoon voi käyttää talkkia, puhdistettua lampaanvillaa tai Sorbact-nauhaa. (Nygren 2010.)

5.5 Ruusutulehduksen ehkäisevät toimenpiteet

5.5.1 Infektioportti

Ruusutulehduksen sairastaneen ihmisen tulisi keskittyä tulehduksen alkamista provosoivien tekijöiden ehkäisyyn. Altistuminen infektioportin ja tätä kautta ruusutulehduksen uusiutumiselle on hyvällä ohjauksella vältettävissä. Ruusutulehdukselle altistavien infektioporttien ollessa hautuman, varvasvälien sieni-infektion, säärihaavan tai muun ihorikon aikaansaannoksia, tulisi ihon kuntoa tarkkailla jatkuvasti. (Duodecim 2010.) Jos alaraajojen iholle ilmestyy kutinaa, punoitusta, kipua tai haava, tulisi ottaa välittömästi yhteyttä hoitajaan tai lääkäriin (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry 2012). Sieni-infektion välttämiseksi on suositeltavaa

laittaa muutaman kerran viikossa varvasväleihin sienilääkevoidetta, vaikkei selviä merkkejä jalkasilsasta, kuten hilseilyä, siellä olisikaan (Hannuksela 2012).

Pukeutumisessa suositellaan vältettäväksi hiertäviä ja hankaavia vaatteita, jotka aiheuttavat itsessään ihorikkoja ja toimisivat siten infektioportteina. Raskaiden taakkojen kantamista suositellaan myös vältettäväksi, sillä se lisää alaraajaturvotusta. Riskitekijöinä voidaan pitää myös säänvaihtelun kylmää ja kuivaa ilmaa, joka altistaa ihorikoille. (Kotilainen 2009.)

5.5.2 Jalkojen hoitaminen

Jalat tulisi suihkuttaa päivittäin käyttäen haaleaa vettä. Saippuaa ei tarvita, elleivät jalat ole näkyvästi likaiset tai hikiset. Varpaan välit kuivataan huolellisesti ja samalla tarkistetaan ihon kunto, koska näin vältetään hautumisesta johtuvia ihorikkoja. Jalat kuivataan pyyhkeellä taputellen ja rasvataan pesun jälkeen. Ohuelle iholle suositellaan käytettäväksi emulsiopohjaista ja vähärasvaista perusvoidetta, kuivalle iholle taas rasvaisempaa perusvoidetta. Ylimääräinen rasva pyyhitään pois ja pidetään huoli siitä, ettei varpaanväleihin jää rasvaa aiheuttamaan hautumia. Rasvaaminen pitää ihon kimmoisena ja ehkäisee kovettumien syntymistä. (Iivanainen & Syväoja 2008, 394.)

Kynsiä hoidetaan leikkaamalla niitä kynsisaksilla. Jalkoja tulisi pitää vedessä 7 - 10 minuutin ajan ennen leikkausta. Tällä saadaan pehmitettyä kynnet helpompaa leikkaamista varten samalla ehkäisten myös kynsien lohkeamista. Kynnet leikataan niiden kasvunopeuden mukaan 2 – 6 viikon välein. Varpaan päätä painaessa kynnen reunan tulee tuntua, näin tiedetään kynnen olevan leikattu oikean pituiseksi. Kynnen tehtävä on suojata varvasta, ja siksi sitä ei saa leikata liian lyhyeksi. Leikattu kynsi hiotaan lopuksi tasaiseksi. (Iivanainen & Syväoja 2008, 394.)

Sukkien valinnassa kiinnitetään huomiota niiden oikeaan kokoon sekä mukavuuteen. Liian pieni sukka puristaa estäen samalla verenkiertoa jalassa ja aiheuttaa kynsien kasvamista ihon sisälle. Sukka pitää jalan lämpöisenä, imee kosteutta ja estää kitkan aiheuttamaa hiertämistä. (Iivanainen & Syväoja 2008, 395.) Pesu ja hiki voivat kutistaa sukkaa, joten kokoa valittaessa verrataan sukkien terän pituutta jalankaterään. Uudet materiaalit sukissa mahdollistavat tehokkaamman suojan jalalle. Keinokuituun lisätyt aineet, kuten hopea ja kupari, hoivat ja ehkäisevät ihorikkojen syntyä.

Keinokuitu myös kerää ja johtaa kosteutta jaloista pois ehkäisten hautumia. Puuvilla ja villa materiaaleina sitovat kosteutta, mutta eivät niitä johda. (Saarikoski ym. 2012a.)

Huono jalkinevalinta altistaa hiertymien ja hankaumien kautta myös ruusutulehduksen synnylle muuten oikean hoidon jälkeen (Duodecim 2010). Tästä syystä kenkien valinnassa on hyvä ottaa huomioon turvotuksen vaihtelevuus päivän mittaan valitsemalla kengät, joista löytyy säädeltävä kiinnitys löysäämistä varten. On myös suositeltavaa ajoittaa ostotapahtuma iltapäivään, jolloin jaloissa on hieman turvotusta. (Puhakka (toim.) 2009.) Vaikka näkemykset jalkaterveyttä edistävästä kengistä ovat jatkuvassa muutoksessa, nykyisin kenkien lähtökohdaksi tulisi asettaa, etteivät ne estäisi jalkojen normaaleja toimintoja (Saarikoski ym. 2012b).

Jalkineita on hyvä sovittaa molempiin jalkoihin, sillä jalkaterät voivat olla eri pituiset ja malliset, kengän hankinta kannattaa toteuttaa isomman jalkaterän mukaan. Jalkineiden sopivuus on hyvä kokeilla jo kenkäkaupassa kävellen sekä liikutellen varpaita. Kantapään nouseminen kengissä voi merkitä liian suurta suuaukkoa, vaikka jalkine muuten olisi täysin sopiva. Kengät eivät saa myöskään painaa tai puristaa uutenakaan mistään. (Nygren 2010.) Kenkien valinnassa on muistettava myös eri vuodenaajat ja kenkien käyttötarkoitus (Iivanainen & Syväoja 2008, 394). Nykysuosituksia mukailevia jalkineita on haastava löytää niiden vaikean saatavuuden vuoksi normaaleista kenkäkaupoista. Jalkaterän mallin ja yksilöllisyyden tuomien vaihtelevuuksien vieminen ostotapahtumaan kenkäkaupassa tulee haastavaksi. Muodin tuomat vaatimukset helposti myös ohittavat kengän käytettävyyteen liittyvät tekijät. (Saarikoski ym. 2012b.)

Jalkaterapian ammattikorkeakoulututkinto on Suomessa vielä varsin uusi sekä nopeasti kehittyvä koulutusala (Metropolia Ammattikorkeakoulu 2013). ”Jalkaterapeutti edistää eri-ikäisten jalkaterveyttä ja antaa korkeatasoisia jalkaterapiapalveluita” todetaan Metropolian ammattikorkeakoulun (2013) sivuilla. Asiakkaan jalkaterveyttä arvioidakseen toteuttaa jalkaterapeutti jalkojen terveystarkastuksia, joissa asiakkaan ohjaaminen ja opettaminen on tiiviisti liitoksissa jokaiseen jalkaterapiakäyntiin. Ohjausta on saatavilla turvalliseen jalkojen omahoitoon, jalkaterveyttä tukevien kenkien, sukkiensa sekä jalkaterän apuvälineiden valintaan ja jalkavoimistelun toteutukseen. (Metropolia Ammattikorkeakoulu 2013.)

Tätä asiantuntijaryhmää olisi erittäin järkevä käyttää arvioimaan ruusutulehduksen sairastaneen asiakkaan jalkaterapian tarvetta sekä siihen liittyviä palveluita.

5.5.3 Turvotuksen ehkäisy

Turvotus on toinen merkittävä ruusua aiheuttava tekijä (Duodecim 2010). Tähän voidaan vaikuttaa kompressioterapialla eli turvotuksenestohoidolla. Ulkoinen kompressio lisää paikallisten kudosten painetta ja edistää kudoksissa olevan nesteen palautumista laskimoihin ja imusuoniin vähentäen turvotusta. (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry 2005.) Kompressioterapia ehkäisee laskimoperäisen alaraajahaavan syntymistä sekä on suositeltu käytettäväksi myös raajassa, jossa on selkeä turvotustaipumus sekä riittävä valtimoverenkierto. (Duodecim 2007b.)

Kevyet tukisukat ovat tarkoitettu käytettäväksi terveissä tai terveenmallisissa jaloissa. Ne ehkäisevät alaraajojen turvotustaipumista ja väsymistä sekä hoitavat lieviä laskimovaivoja estäen tai hidastaen niiden pahenemista. (Liukkonen ym. 2012.) Alaraajojen laskimoiden vajaatoiminnan seurauksena ilmenevää turvotusta voi ehkäistä ylipainon vähentämisellä sekä lepuuttamalla jalkoja vaaka- tai lievässä kohoasennossa (Saarelma 2012).

Varsinaista tutkimustulosta siitä, onko ruusutulehduksen ehkäisevillä tekijöillä vaikutusta tulehduksen uusiutumiseen, ei ole, mutta niiden yhteys ruusualttiuteen on niin ilmeinen, että alaraajaturvotuksista kärsivää ihmistä kehoitetaan käyttämään tukisukkia (Karpelin & Syrjänen 2008).

6 TUOTEKEHITYSPROSESSI

Jämsä ja Manninen (2000, 16) kuvaavat tuotteen laadun ja sen käytettävyyden seuraavasti: "laadukas, kilpailukykyinen ja elinkaareltaan pitkäikäinen aineeton tai aineellinen tuote syntyy tuotekehitysprosessin kautta". Tässä opinnäytetyössä hyödynsimme viisiportaisen tuotekehityksen prosessin vaiheita.

Jämsä ja Manninen (2000, 16) toteavat myös tuotekehityksen tärkeäksi osa-alueeksi seuraavaa "tuotteeseen liittyvä visio tai innovaatio voi olla kannustava alkuvoima, mutta tuotteistamisen lähtökohta on aina asiakas, tuotteistamisen päähenkilö".

Pidimme tätä tärkeänä huomiona, sillä ruusutulehduksen hoito-opas kehitettiin pääasiallisesti osaston potilaille.

6.1 Ongelmien ja kehittämistarpeiden tunnistaminen

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisessä on käytössä organisaatiotasolla laadun kehittämiseen tarkoitettuja menetelmiä. Yksi näistä on nykyisten palveluiden kriittinen arviointi ja niistä tehtävä tiedon keruu. (Jämsä & Manninen 2000, 29 - 30). Tässä kohdassa mainittakoon, ettei työmme tilaajalla ollut ruusutulehduksen kotihoito-ohjeeksi soveltuvaa opasta, joten tunnistimme selvän kehittämistarpeen yhdessä osaston henkilökunnan kanssa.

Ohjeen kohdentaminen oikealle asiakasryhmälle todettiin tärkeäksi osaksi ongelmien ja kehittämistarpeiden määrittämistä (Jämsä & Manninen 2000, 31). Tässä hyödynsimme löytämäämme teoretietoa ruusutulehduksesta. Kohdensimme ohjeemme vastaamaan parhaiten asiakasryhmien tarpeita.

6.2 Ideavaihe

Kun kehittämistarve on tunnistettu, käynnistyy ideointiprosessi erilaisten toteuttamisvaihtoehtojen kartoittamiseksi (Jämsä & Manninen 2000, 35). Opinnäytetyön tekijäryhmänä olemme vertailleet ja pohtineet erilaisia menetelmiä hyvän potilasohjeen tekemiseen ja lähdimme laatimaan ruusutulehduksen kohderyhmälle sopivan ohjeistuksen kotiin vietäväksi.

Ideavaiheessa yhdistimme kuvaa ja tekstiä havainnollistamaan ja selkeyttämään ohjetta ja tekemään ohjeesta helposti luettavan. Teimme ohjeen A4-kokoon, joka keskeltä taitetaan A5-kokoiseksi. Näin sitä on mahdollisimman helppo tulostaa ja käsitellä. Sivumäärän oppaassamme pidimme mahdollisimman pienenä sisällyttäen siihen kuitenkin haluttu ja tarpeellinen tieto. Tämä pyyntö esitettiin jo osastolla käydessämme.

6.3 Luonnosteluvaihe

Luonnostelulle on ominaista analyysi siitä, mitkä eri tekijät ja näkökohdat ohjaavat tuotteen suunnittelua ja valmistamista (Jämsä & Manninen 2000, 43). Olemme huomioineet ruusutulehduksen uusiutumiseen vaikuttavat riskitekijät, ja korostimme niitä ehkäiseviä tekijöitä ohjeessamme. Tuotetta valmistaessamme paneuduimme hyvän potilasohjauksen elementteihin, ja hyödynsimme teoriaa potilasohjaukseen liittyvistä asiantuntijalähteistä eheän, selkeän ja asiakaslähtöisen oppaan aikaansaamiseksi. Ruusutulehduksen ilmaantuvuus kasvaa jyrkästi 65 ikävuoden jälkeen (Karppelin & Syrjänen 2008). Asiakasryhmämme ikärakenteen huomioon ottaessamme panostimme selkeälukuisuuteen, minkä olemme aikaisemmin nostaneet jo tärkeäksi asiaksi

Luonnosteluvaiheessa päädyimme muuttamaan oppaamme toteuttamistapaa niin, että valmistelisimme sen kerättyyn teoretietoon nojaten valmiiksi. Luonnosteluvaiheen oppaamme sisälsi karkean mallin siitä, missä järjestyksessä ja laajuudessa nostamme teoretiedon oppaaseen. Myös karkea malli ulkoasusta oli tässä kohtaa saavutettu, josta oli helppo siirtyä seuraavaan prosessin vaiheeseen.

6.4 Kehittelyvaihe

Tuotteen kehittäminen etenee luonnosteluvaiheessa valittujen ratkaisuvaihtoehtojen, periaatteiden, rajausten ja asiantuntijayhteistyön mukaisesti (Jämsä & Manninen 2000, 54.) Olimme ottaneet kaikki kehittämissä asetetut kriteerit huomioon, ja itse ohjeen teoreettinen sisältö alkoi tarkentua. Jaottelimme ruusutulehdusta ehkäisevät tekijät erillisiin otsikoiden alle, joissa käytimme ranskalaisia viivoja selkeyttämään jokaisen ehkäisevän tekijän tärkeimmät osa-alueet. Oppaan alkuosio käytettiin käsittelemään ruusutulehdusta pääpiirteittäin sekä uusiutuvan ruusutulehduksen tunnusmerkkejä. Tähän oli täysin tarpeetonta käsitellä ruusutulehdusta sen laajemmin oppaan hyödynsaajien ollessa taudin jo sairastaneet potilaat.

Kenkien valinnassa oppaaseen nousi vain yleisimmät kengän valintaan vaikuttavat tekijät jalkaterien muotojen ja yksilöllisten tekijöiden vaihdellessa laajasti. Jalkaterapian ammattikorkeakoulututkintoon perehdyttyämme parhaan ja yksilöllisimmän kenkien valintaan vaikuttavien tekijöiden arvion saa kääntymällä

tämän ammattiryhmän puoleen. Sukkien valintaan vaikuttavat tekijät oli helpompi rajata ohjeeseen sukkien tarkoituserien helpomman selitettävyyden vuoksi.

Kehittelyvaiheessa ohjeen sisällön selkeyden vuoksi myöskään rasvan valinnassa ei voitu käsitellä kaikkia ihotyyppäjä ja niiden hoitoon parhaiten soveltuvia rasvoja ja voiteita. Tässäkin tapauksessa parhaan arvion rasvan valinnasta pystyy antamaan vain potilaan ihotyypin nähnyt asiantuntija, joten kohdeosastomme hoitohenkilökunta nousi suurimpaan rooliin rasvan valintaan vaikuttavien tekijöiden arvioinnissa.

Ohjeeseen liittyvät rajaukset ja ratkaisuvaihtoehdot olimme pääasiallisesti luonnosvaiheen versioomme jo tehneet, joten ulkoasulliset seikat korostuivat kehittelyvaiheen prosessissa. Käytimme selkeää ja riittävän suurta kirjasintyyppiä ja jaottelimme oppaan sisällön loogisesti etenevillä väliotsikoilla.

Ohjeen sisältö ja sen asettelu perusteltiin hyvin sekä olimme hyödyntäneet ohjaavan opettajan että opinnäytetyömme äidinkieltä arvioivan opettajan palautteet, joten toimitimme ohjeen osaston hoitohenkilökunnan arvioitavaksi vasta tässä vaiheessa.

Ohjeen lopullinen versio luovutetaan täysin sähköisessä muodossa osaston käyttöä varten, jotta osaston potilasohjeista vastaava henkilö voi mahdollisimman vaivattomasti päivittää sitä ja tehdä kyseiseen oppaaseen tarvittavia muutoksia tarpeen vaatiessa. Itse potilasohjeen tulostamisen ja jakelun hoitaa tuottemme tilannut osasto 4A tarpeidensa mukaan.

6.5 Tuotteen viimeistely

Tuotekehitysprosessin viimeisen vaiheen tärkeimmiksi kriteereiksi oli asetettu (Jämsä & Manninen 2010, 80) palautteen ja arvioiden saaminen, ja sitä kautta työn kehittäminen viimeistelyvaiheeseen. Tutustuimme ruusutulehduksen ja potilasohjauksen tärkeisiin teoreettisiin osa-alueisiin ja toimme ne potilasohjeeseen tehden siitä laadukkaan ja käyttökelpoisen potilasohjeen osaston tarpeisiin.

Toimitimme ruusutulehduksen potilasohjeen viimeistelyvaiheen version osaston hoitohenkilökunnan tarkasteltavaksi ennen esitysseminaaria. Pyysimme heitä esittämään meille toivomiaan muutoksia, jotka ottaisimme mahdollisuuksien mukaan

huomioon viimeiseen versioomme tuotteestamme. Osastonhoitajan kanssa käytiin keskustelu ohjeestamme jonka sisällön hän koki hyväksi. Ilmoitimme työn esitysseminaarin olevan ennen heidän palautteensa hyödyntämistä ohjeeseen, mutta viimeiseen versioon ohjeesta tulemme huomioimaan heidän tarpeensa. Osastonhoitaja sanoi myös käyttävänsä tuotettamme näytillä osaston lääkäreillä, jotka arvioivat sen käytettävyyttä.

Viimeistelyssä mahdollisia muutosehdotuksia hyödynnettiin ennen siirtymistämme tuotekehityksen seuraavaan vaiheeseen, jossa viimeistelimme teoretietoihin sekä osaston henkilökunnan toiveisiin nojaten mahdollisimman pitkälle huomioitun potilasoppaan. Jämsä & Manninen (2000, 44) toteavat tämän lähestymistavan olevan hyvä, sillä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat eivät välttämättä ole tänäkään tuotteen ensisijaisia käyttäjiä, vaan hyöty tuotetaan välillisten palvelun tuottajien, kuten henkilökunnan kautta. Meidän tapauksessamme ensisijaisina hyödynsaajina toki ovat ruusutulehduksen sairastaneet, mutta välillisenä palveluntarjoajana henkilökunta käy läpi ruusuinfektio-ohjeemme potilailla kotiutumisvaiheessa, joten halusimme sen olevan myös mielekäs henkilökunnan mielestä. Erityisesti ikäihmisten potilasohjausta on hyvä tehostaa suullisen ohjauksen lisäksi kirjallisella materiaalilla (Laine 2010, 27). Kun olimme huomioineet teoreettisen viitekehyksen että osaston henkilökunnan tarpeet saimme kokonaisvaltaisesti hyvän potilasohjeen käsittäen sekä lopullisen hyödynsaajan että palveluiden välillisten tarjoajien tarpeet.

Viimeisteltäessä opasta pidämme tärkeänä etsiä lähteitä, joissa on käsitelty hyvän potilasohjeen kriteereitä. Leino-Kilven ja Salanterän (2009, 2) mukaan hyvän potilasohjeen tavoite ja käyttötilanne on määritelty: onko oppaan tarkoitus edistää terveellisiä elämäntapoja, tukea potilasta johonkin hoitoon tai toimenpiteeseen tai pitkäaikaissairauden kanssa elämiseen.

Leino-Kilpi ja Salanterä (2009, 2) toteavat sisällön monipuolisuuden olevan myös tärkeää. Niinpä oppaasta tulisikin löytyä ohjausta biologisten ja fysiologisten oireiden seurannasta ja hoidosta (kipu, kuume, väsymys), kokemuksia ja tunteita, ohjeita toiminnallisista muutoksista (liikuntarajoitukset, ravitsemus, uni ja lepo, hygienia) ja sosiaalista seikoista, potilaan omiin oikeuksiin liittyvistä asioista sekä taloudellisista vaikutuksista.

Hyvä potilasohje on Leino-Kilven ja Salanterän (2009, 2) mukaan myös ulkoasultaan ja kieleltään selkeä ja käyttökelpoinen. Tässä esille on nostettu selkeä ja virheetön ulkoasu. Vieraskieliset termit ja monimutkaiset ilmaisut on jätetty pois, sekä kirjasintyyppi on riittävän suuri. Oppaassa selkeästi painoarvoltaan tärkeimmät seikat ovat helposti havaittavissa. Tässä on myös hyvä huomioida ohjeen tekstin jaottelun selkeys ja looginen etenemisjärjestys faktojen esittelyssä. Keskeisissä kohdissa olisi myös suositeltavaa hyödyntää havainnoivia kuvia tai taulukoita. Suunnitelmaseminaarissa käydyssä keskustelussa kuvien käytöstä päädyimme jättämään ne pois oppaastamme. Aiheeseen liittyvien kuvien löytäminen todettiin tässä tapauksessa hankalaksi, niiden liittäminen työhömmme ei tue tilaavan tahomme potilasohjeiden käytössä olevaa mallia, eikä kuvien liittäminen työhömmme olisi tukenut tuotteemme selkeää ja helppolukuista rakennetta (liite 1). Kuvien käytöstä luopumiseen vaikutti myös tulostukseen liittyvien ongelmien minimoiminen värien ja resoluution suhteen.

Viimeiseksi kriteeriksi Leino-Kilpi ja Salanterä (2009, 2) kohdentavat opetuksellisen suunnittelun onnistumisen. Tämä sisältää ohjeen tarkoin harkitun etenemisjärjestyksen, jotta lukijan on mahdollisimman helppo omaksua asia. Tässä korostuu myös oppaan selkeästi merkatut pääkohdat sekä luotettavan lisätiedon hankintakanavat. Näiden kriteereiden lisäksi ohjeen tulisi edelleen olla kiinnostava ja ehkä hauskakin. Lukijalle halutaan muodostaa tuntemus siitä, että tieto on hyödynnettävissä omaan elämään. Eri ikäryhmille tehdyt ohjeet huomioivat myös nämä ryhmät erilaisina oppijoina. Näitä kriteereitä soveltaen uskomme toteuttavamme oppaan, jota voidaan hyödyntää vielä tulevaisuudessa pitkään kohdeosastollamme.

6.6 Tuotteen arviointi

Tuotteemme (liite 1) sisältää selvittelyjemme pohjalta kaiken oleellisen tiedon ruusutulehduksen ehkäisyyn liittyen. Ruusutulehduksen uusiutumistaipumuksista lukiessamme kaikissa lähteissä ilmeni tietoa omahoidon vaikutuksesta ruusutulehduksen ilmaantumiseen. Tuotteemme ei varsinaisesti pidä sisällään ruusutulehduksen ehkäiseviä tekijöitä, mikäli tulehdus sijaitsee muualla kuin alaraajoissa. Tämän huomioimisen itse oppaaseemme pidimme turhana, sillä ruusutulehduksen esiintyminen yläraajoissa oli verrattain harvinaista alaraajoihin verrattuna. Myös muiden ilmaantumipaikkojen huomioiminen oppaaseen olisi tehnyt

sen rakenteesta sekavan sekä huomattavasti vaikealukuisemman. Myöskään yläraajoissa, kaulan tai pään alueella sijaitsevien ruusutulehduksien ehkäiseviin tekijöihin ei löytynyt minkäänlaisia erillisiä näyttöön perustuvia ohjeistuksia, joten niiden lisääminen työhömmе olisi ollut mahdotonta myös tästä näkökulmasta.

Huomioimme opastamme (liite 1) tehdessä myös hyvän potilasohjauksen sekä hyvän oppaan elementit, jotka otimme lähtökohdaksi työhömmе. Kirjoitimme työmmе huomioiden selkeän otsikoinnin, tekstin asettelun ja sisällön loogisen etenemisen ja kohderyhmämme ikärakenteen. Pyrimme mukailemaan tilaajan potilasohjeiden mallia. Tuotteemme tulostetaan yhdelle A4-kokoiselle paperille, ja se taitetaan keskeltä A5-kokoon. Tätä kautta tuotetta on helppo tulostaa sekä ottaa käyttöön, potilaan on helpompi hahmottaa ja selata tuotetta sen ollessa kompaktin kokoinen. Myös taloudellinen ja ympäristökeskeinen näkökulma on huomioitu työmmе tekemisessä, sillä saimme kaiken haluamamme ja tarvittavan tiedon sisällytettävä oppaaseen, mutta sen tulostaminen vaatii vain yhden A4-paperin.

Oppaamme (liite 1) on tarkoitettu jaettavaksi ruusutulehduksen jo sairastaneelle kotiutumisvaiheessa, joten emme keskittyneet liikaa kertomaan itse ruusutulehduksesta. Pääpaino selvästi täytyy tällaisissa potilasohjeissa olla siinä, mistä tunnistat uusiutuvan ruusutulehduksen, miten toimia sen uusiutuessa ja millä kotona tapahtuvilla keinoilla voit välttyä saamasta ruusutulehduksen uudestaan.

Hyvän potilasoppaan tekemiseen on osoitettu parhaaksi menetelmäksi soveltaa siihen tuotekehityksen prosessia. Kävimme tuotekehityksen prosessin vaiheet läpi opasta suunnitellessa, tehdessä sekä arvioidessa. Oppaamme on hyvässä synteessissä tuotekehityksen prosessin kanssa jonka uskomme tehneen siitä selkeästi jaotellun hyvän tietopohjaisen kokonaisuuden.

Tuotteemme itsearvioinnissa olemme käyttäneet myös Leino-Kilven ja Salanterän Suomen Potilas-lehden artikkelissa käsittelemiä hyvän potilasohjeen kriteereitä. Huomasimme kriteerien toteutuvan oppaassamme. Olemme perustelleet hyvin valintamme ja muokanneet työmmе sen mukaisesti.

7 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessin hallinta kolmen hengen ryhmällä muodostui haastavaksi. Aiheen valinnan jälkeen itse työtä tekemään lähtiessämme kokonaisuuden hahmotus oli vaikeaa, mikä hidasti työn alkuun saattamista. Jälkikäteen tarkasteltuna tämä oltaisiin voitu välttää hakemalla aktiivisemmin palautetta työstämme opinnäytetyömme ohjaavalta opettajalta, sekä laatia parempi työn runko hänen avustuksellaan jo alkutilanteessa.

Työn rungoksi valikoitui Jämsän & Mannisen (2000) tuotekehitysprosessi, jota hyödyntäen aloimme opinnäytetyömme tekemisen. Ryhmä koki tämän hyväksi ratkaisuksi selkeyttämään itse työmme prosessia tuottaen laadukkaan potilasohjeen.

Lähdemateriaalia hankkimisessa vaikeuttavaksi tekijäksi muodostui ruusutulehdukseen liittyvän kirjallisuuden vähyys. Kirjalähteitä ruusutulehdukseen liittyen ei löytynyt lainkaan ja internetistä löydettyt lähteet olivat pitkälti samojen tahojen tekemiä tai vieraskielisiä. Tämä vaikeuttaa tuotteemme sisällön luotettavuuden arviointia sillä oppaaseemme nostettu teoreettinen tieto on nostettu samojen tahojen ylläpitämiltä sivustoilta. Myös vieraskielisten lähteiden kääntämisessä on riskinä, sillä lähdeteksti voi olla väärin ymmärretty. Lähteitä on käytetty monipuolisesti niiltä osin kuin työn eri osa-alueilta on löytynyt.

Tuotteen testiversio vietiin Savonlinnan keskussairaalan sisätautiosasto 4A:n hoitohenkilökunnan nähtäväksi. Työn aikataulun kiireellisyyden vuoksi emme pystyneet hyödyntämään ruusutulehduksen sairastaneiden asiakkaiden mielipidettä ohjeeseemme. Myös ohjeemme esilläoloon varattu aika jäi suunniteltua lyhyemmäksi. Tähän ongelmaan pyrimme vastaamaan pitämällä esitysseminaarin meidän puoleltamme viimeistellyllä tuotteella, ja hyödyntäen osaston henkilökunnan palautteen viimeisimpään ohjeeseemme esitysseminaarin jälkeen. Tuotteen olisi voinut saattaa testausvaiheeseen aikaisemmin, jolloin palveluntilaajalta saatua palautetta pystyttäisiin huomioimaan paremmin.

Ohjeen ulkoasussa onnistuimme hyvin, sillä tarkoituksenamme oli alusta lähtien pitää se selkeänä ja lyhyenä. Tuotteen tilaajaan logoa kansilehdessä lukuun ottamatta jätimme kuvat pois oppaastamme halutessamme tehdä siitä helppolukuisen ja

ymmärrettävän. Kuvien lisääminen ohjeeseemme olisi tehnyt siitä pidemmän rikkoon alkuperäisen ideamme tuotteestamme. Päädyimme ratkaisuumme myös siksi, että tällaiseen oppaaseen sopivien kuvien löytäminen on todella vaikeaa. Kuvat myös vaikeuttaisivat tuotteen tulostamista myöhemmin tilaavan tahomme toimesta vaatien heiltä laadukkaan paperin ja tulostimen. Ohje noudattaa sairaalassa käytössä olevien potilasohjeiden ja internetsivuston ulkoasua mielestämme hyvin. Arvioimme oppaamme kohdentamisessa myös sitä, kirjoittameko sen yleisellä tasolla, vai pyrimmekö puhuttelemaan kieliasullamme asiakasta. Tämä puhutteleva muoto olisi lisännyt asiakkaan tunnetta siitä, että opas on tehty juuri hänelle, mutta mielestämme yleisellä tasolla kirjoitettu opas on hyödynnettävissä paremmin sekä suullisen ohjauksen tueksi että kotona luettavaksi.

Työskentely ryhmässä loi haasteita työn aikataulutuksen suhteen, mutta myös opetti projektissa toimimista eri rooleissa ja ongelmatilanteissa. Koemme onnistuneen tekemään potilasohjeestamme hyvän ja toivomme siitä olevan hyötyä potilaille.

Jatkotutkimuksena voitaisiin tutkia millaista hyötyä osastolta kotiutunut potilas ohjeesta on saanut ja kerätä tietoa ohjeen sisällön laadusta ja sen luettavuudesta. Myös hoitohenkilökunnan mielipidettä ohjeesta voitaisiin selvittää laajemmin. Olisimme myös toivoneet löytävämme tutkimuksen siitä, miten kotiutumisvaiheen potilasohjaukseen käytetty aika ja vaikkapa ruusutulehduksen kaltaiseen infektioautiin uudelleen sairastuminen korreloivat.

LÄHTEET

Ahonen, Outi, Blek-Vehkaluoto, Mari, Ekola, Sirkka, Partamies, Sanna, Sulosaari, Virpi & Uski-Tallqvist, Tuija 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Duodecim 2010. Ihon bakteeri-infektiot. Käypä hoito -suositus. WWW-dokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi13020?hakusan a=erysipelas#s5>. Päivitetty 8.11.2010. Luettu 16.7.2012.

Duodecim 2007a. Tartuntatiet. Duodecim verkkokussi. WWW-Dokumentti. http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=640&p_navi=59734&p_sivu=52333. Luettu 12.1.2013.

Duodecim 2007b. Krooninen alaraajahaava. Käypä hoito -suositus. WWW-Dokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50058>. Päivitetty 17.8.2007. Luettu 10.1.2013.

Eloranta Tuija, Virkki Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi.

Hankonen Anu, Kaarlela Elso, Palosaari Tiina, Pinola Kati, Säkkinen Mika, Tolonen Anne, Virola Minna 2005. Vuorovaikutus ohjaussuhteessa. Teoksessa Lipponen Kaija, Kyngäs Helvi, Kääriäinen Maria (toim.) Potilasohjauksen haasteet - Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2005. PDF-dokumentti.

http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf. Luettu 17.4.2013.

Hannuksela, Matti 2012. Ruusu, erysipelas. Duodecim. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00065. Päivitetty 30.10.2012. Luettu 13.1.2013.

Heikkinen Merja, Kivipää Rauni, Krook Niina-Mari, Kuoppamaa Sari, Saulio Salli, Tainijoki-Lantto Suvi, Takala Outi, Tuohimaa Kirsi 2005. Ohjauksen organisointi. Teoksessa Lipponen Kaija, Kyngäs Helvi, Kääriäinen Maria (toim.) Potilasohjauksen

haasteet - Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2005. PDF-dokumentti.

http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf. Luettu 17.4.2013.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri ky. 2009. Potilaan ohjaus. WWW-dokumentti.

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,13120,25369,28770,27986,27991,27989>. Päivitetty 8.6.2009. Luettu 24.3.2012.

Hyvärinen, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Duodecim aikakauskirja. PDF-dokumentti.

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>. Luettu 17.4.2013.

Iivanainen, Ansa, Jauhiainen, Mari & Syväoja Pirjo 2010. Sairauksien hoitaminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

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

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

Karppelin, Matti & Syrjänen Jaana 2008. Näin hoidan. Ruusutulehduksen hoito. Duodecim. PDF-dokumentti. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97220.pdf>. Päivitetty 2008. Luettu 12.1.2013.

Kotilainen, Hannale 2009. Bakteerin aiheuttama ihon ruusuinfektio.

Rintasyöpäyhdistys – Europa Donna Finland ry. WWW-dokumentti.

<http://www.rintasyopayhdistys.fi/yleista/tietopaketti/ruusuinfektio.html>. Päivitetty 13.5.2009. Luettu 1.3.2013.

Kyngäs, Helvi, Kääriäinen, Maria & Lipponen, Kaija (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4. PDF-dokumentti.

http://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf. Päivitetty 2006. Luettu 11.3.2013.

Kyngäs, Helvi, Kääriäinen, Maria, Poskiparta, Marita, Johansson, Kirsi, Hirvonen, Eila & Renfors Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki. WSOY oppimateriaalit.

Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen.. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja PDF-dokumentti. <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>. Päivitetty 15.6.2007. Luettu 15.4.2013.

Laine, Satu 2010. Ikääntynyt potilas oppijana hoitotyössä – ohjeistus hoitohenkilökunnalle. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Leino-Kilpi, Helena & Salanterä, Sanna 2009. Hyvä potilasohje edistää potilasturvallisuutta. Suomen Potilas -lehti 2, 5 - 7.

Liukkonen, Irmeli, Saarikoski, Riitta & Stolt, Minna 2012. Hoitosukat. Duodecim. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=jal00164. Päivitetty 10.12.2012. Luettu 13.1.2013.

MDGuidelines. 2012. Medical Disability Advisor. Erysipeläs. WWW-dokumentti. <http://www.mdguidelines.com/erysipelas>. Luettu 27.2.2013.

Metropolia Ammattikorkeakoulu 2013. Jalkaterapia. Tutkinon kuvaus. WWW-dokumentti. <http://www.metropolia.fi/?id=2287>. Luettu 15.4.2013.

Nygren, Asta 2010. Jalkojen hyvinvointi – Heijastuu koko kehon hyvinvointiin. Foorumista vireyttä – avoin yleisötilaisuus. Seniorifoorumi Pirkkalassa 15.4.2010. PowerPoint-esitys. <http://goo.gl/118eG>. Luettu 13.1.2013.

Ohtonen, Helena 2006. Potilasohjaus – hoitotyön punainen lanka. WWW-dokumentti. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-

lehti/10_2006/paakirjoitus/potilasohjaus_hoitotyön_punainen/. Päivitetty 1.10.2006.
Luettu 15.4.2013.

Pekkarinen, Taito 2007. Toimiiko potilasohjaus? Suomen lääkäri-lehti 11/2007. PDF-Dokumentti. <http://www.laakarilehti.fi/files/sv/SLL112007-1103.pdf>. Päivitetty 2007.
Luettu 11.3.2013.

Puhakka, Teemu (toim.) 2009. Väsyneiden/turvonneiden jalkojen hoito. Oulu: Darwin Media Oy. WWW-dokumentti. <http://www.tohtori.fi/?page=2135704&id=9606056>.
Päivitetty 2.4.2009. Luettu 10.2.2013.

Saarelma, Osmo 2012. Turvotus. Duodecim. WWW-dokumentti.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00338. Päivitetty
24.9.2012. Luettu 20.12.2012.

Saarikoski, Riitta. Stolt, Minna & Liukkonen, Irmeli 2012a. Hyvien sukki-
merkitys jalkaterveydelle. Duodecim. WWW-dokumentti.
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=jal00067&p_teos=jal
&p_osio=&p_selaus=6196](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=jal00067&p_teos=jal&p_osio=&p_selaus=6196). Päivitetty 10.12.2012. Luettu 15.4.2013.

Saarikoski, Riitta. Stolt, Minna & Liukkonen, Irmeli 2012b. Kenkien tehtävät ja
ominaisuudet. Duodecim. WWW-dokumentti.
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=jal00042&p_teos=jal
&p_osio=&p_selaus=15720](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=jal00042&p_teos=jal&p_osio=&p_selaus=15720). Päivitetty 10.12.2012. Luettu 15.4.2013.

Sriskandan, Shiranee 2013. The Lee Spark NF Foundation. Necrotising fasciitis sup-
port and education. Group C and G streptococci. WWW-dokumentti.
<http://www.nfsuk.org.uk/preventing/group-c-g-strep>. Luettu 1.3.2013.

Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2012. Laskimoperäisen turvotuksen ennaltaehkäisy
ja hoito -potilasohje. WWW-dokumentti. [http://www.shhy.fi/kuvat/Potilashoito-
ohje.pdf](http://www.shhy.fi/kuvat/Potilashoito-ohje.pdf). Päivitetty 26.1.2012. Luettu 12.2.2013.

Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2005. Kompressiohoito. PDF-dokumentti. <http://www.shhy.fi/kuvat/Dokumentit/ewma-kompressiohoito.pdf>. Päivitetty 12.5.2005. Luettu 10.2.2013.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. A-ryhmän streptokokki (Streptococcus pyogenes). WWW-dokumentti. http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/a-ryhman-streptokokki. Luettu 1.3.2013.

Torkkola, Sinikka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Ruusuinfektio

Ruusu on usein bakteerin aiheuttama ihon tai sen alaisen kudoksen tulehdus. Ruusu menee puhekielessä helposti sekaisin vyöruusun kanssa, mutta kyseessä on eri tauti.

Ruusutulehdus esiintyy yleensä alaraajoissa, mutta voi ilmetä sekä yläraajoissa että pään ja kaulan alueilla. Tulehduksen synty edellyttää lähes aina ihorikon, jonka kautta bakteeri pääsee elimistöön. Tästä syystä ihon hoito ja ihon rikkoutumisen ehkäisy ovat ensiarvoisen tärkeitä tulehduksen estossa. Ruusutulehdus ei tartu ihmisestä toiseen.

Nopeasti alkavat ja etenevät oireet:

- Tarkkarajainen punoitus iholla mihin liittyy kipua ja turvotusta.
- Äkillinen ja korkea kuume.
- Pahoinvointi, päänsärky ja oksentelu

Ruusutulehdus voi edetessään olla vakava, minkä vuoksi se vaatii aina sairaalahoitoa. Terveystieteiden ammattilaisen arvioon tulisi hakeutua, mikäli edellä mainittuja oireita alkaa ilmetä.

Lääkehoitona käytetään usein suonensisäistä antibiootilla. Oireiden lievenemisen jälkeen siirrytään suun kautta otettavaan lääkitykseen.

Lääkekuuri on usein pitkä ja se on syötävä loppuun.

Ehkäisy ja kotihoito

Ruusutulehduksen synty edellyttää ihorikkoja, joten on niiden ehkäisy ja hoito tärkeää. Ihorikot syntyvät useimmiten jalkoihin. Tästä syystä jalkojen hyvä perushoito on erittäin tärkeää. Ruusutulehduksen uusiutumista ehkäistään noudattamalla seuraavia ohjeita säännöllisesti.

Jalkojen perushoito:

- Ihon kunnan säännöllinen seuranta, varvasvälit tarkistettava erikseen ihorikkojen varalta.
- Jalat pestään päivittäin haalealla vedellä ilman saippuaa, elleivät ne ole näkyvästi likaiset.
- Jalat kuivataan huolellisesti pyyhkeellä taputellen pesun jälkeen, etenkin varvasväleistä.
- Jalat rasvataan pesun ja kuivauksen jälkeen. Ylimääräinen rasva tulee pyyhkiä pois ja varmistaa ettei rasvaa jää varvasväleihin aiheuttamaan hautumia. Rasvan valinnasta kannattaa kysyä hoitavan osaston henkilökunnalta.
- Kynnet tulee leikata säännöllisesti varpaan pään tasalle ja muotoon.

Turvotuksen estäminen:

- Ylipainoa tulisi välttää tai vähentää.
- Raajan lepuuttaminen vaaka- tai lievässä kohoasennossa.
- Tukisukkien käyttö mihin hoitava yksikkö ohjaa.

Sukkien valinta:

- Sukkien koon on oltava sopiva. Liian suuret sukat aiheuttavat hankaumia ja pienet puristavat estäen verenkiertoa.
- Sukat vähentävät jalkaan kohdistuvaa kitkaa ja sen vuoksi myös ehkäisevät ihorikkoja.
- Sukkien terän ja jalkaterän pituuksien tulisi olla samat. Kutistumisvaraa on kuitenkin hyvä jättää hien ja pesujen tuomille muutoksille.
- Sukissa keinokuitu ja sekoitemateriaalit pitävät jalkaterät kuivina keräämällä tehokkaasti kosteutta.

Kenkien valinta:

- Kengät eivät saa estää jalan perusliikkeitä.
- Jaloille on valittava sopivan kokoiset kengät. Liian suuret kengät hankaavat, pienet taas puristavat estäen samalla verenkiertoa ja pakottavat kynsiä kasvamaan ihon sisään.
- Kenkien valinnassa on suositeltavaa kääntyä jalkaterapeutin puoleen.



RUUSUTULEHDUS

KOTIHOITO-OHJE

Savonlinnan keskussairaala sisätautiosasto 4A

puh. 044 417 3113

www.isshp.fi