



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Selkeäkielisen potilasohjeen kehittäminen varfariinihoitoa saavalle potilaalle

Komppa, Minna

Villival'd, Elena

2013 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Selkeäkielisen potilasohjeen kehittäminen varfariinihoitoa
saavalle potilaalle

Komppa, Minna
Villival´d, Elena
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Kesäkuu, 2013

Komppa Minna ja Villival`d Elena

Selkeäkielisen potilasohjeen kehittäminen varfariinihoitoa saavalle potilaalle

Vuosi 2013 Sivumäärä 57

Tässä opinnäytetyössä on tarkoituksena selvittää selkeän kielen tarvetta eteisvärinäpotilaan kirjallisessa ohjauksessa sekä tuottaa juurruttamisen menetelmällä varfariinihoitoa saavan potilaan selkeäkielinen hoito-opas. Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä perusturvakuntayhtymä Karviaisen terveystieteiden henkilökunnan kanssa.

Opinnäytetyö on osa Laurea-ammattikorkeakoulun Pumppu-osahanketta. Pumppu-hanke on ylityösuunnitelma vuosina 2011-2014 toteutettava teemahanke, jota rahoittavat Päijät-Hämeen liitto ja Etelä-Suomen maakuntien EU-yksikkö. Laurea-ammattikorkeakoulun Pumppu-osahankkeessa etsitään keinoja asiakkaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä hoitamiseen erilaisilla hyvinvointipoluilla.

Aineiston tiedonkeruu tehtiin teemahaastattelulla sekä sähköisellä kyselylomakkeella. Vastaukset analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Kehittämistoiminnan lopputuloksena laadittiin selkeäkielinen Marevan®-hoidon miniopas. Marevan®-hoidon miniopas sisältää selkeäkielistä tietoa Marevan®-lääkityksestä, veren hyytymiskyvyn seurannan merkityksestä, lääkkeen annostelusta sekä ruokavalion, alkoholin että muiden lääkkeiden ja luontaistuotteiden vaikutuksista Marevan®-lääkityksessä. Oppaassa on myös kerrottu Marevan®-lääkityksen erityistilanteista, kuten lääkitseen liittyvistä vaaratekijöistä.

Marevan®-hoidon miniopas on otettu työyhteisössä käyttöön toukokuussa 2013. Työyhteisö kerää asiakkailta palautetta minioppaasta puolistrukturoidulla arviointilomakkeella. Palautteiden pohjalta he tulevat jatkossa arvioimaan oppaan käytön ja kehittämisen tarvetta.

Asiasanat: selkeä kieli, ikääntynyt, kirjallinen potilasohje, juurruttaminen, eteisvärinä, varfariinihoito.

Komppa Minna and Villival´d Elena

The development of a clear language patient guide for a patient with warfarin therapy

Year 2013

Pages

57

In this thesis the purpose is to find out the need for a clear language written guidance for a patient with atrial fibrillation and produce a clear language patient´s Guide for a patient with warfarin therapy by using dissemination method. The thesis is made in cooperation with the staff of health centers in Karviainen Health District.

The thesis is a part of Pumppu subproject in Laurea University for Applied Sciences. The Pumppu project is an interregional theme of the project which to be carried out in 2011-2014, and is financed by Päijät-Häme Region Association and the EU unit of southern provinces of Finland. A subproject Pumppu in Laurea University for Applied Sciences is searching for ways to promote and care for a customer`s health and welfare by different welfare paths.

The material for this thesis was gathered by using a theme interview and an electronic questionnaire. The answers were analyzed by using content analysis. As the final result of development, a clear language mini guide of Marevan® therapy was drawn up. A Marevan® therapy mini guide includes clear language information about Marevan® therapy, the importance of blood clotting ability monitoring, drug delivery and the effects of diet, alcohol, other medicines and natural remedies for medicine in Marevan® therapy. The guide tells also about the specific situations in Marevan® therapy, such as the risk factors of Marevan® therapy.

Marevan® therapy mini guide has been introduced at workplace in May 2013. The workplace collects the feedback of the mini guide from the patients with a semi- structured form. On the basis of feedback they will estimate the need of use and development of the guide in the future.

Keywords: clear language, aged, written health education material, dissemination, atrial fibrillation, warfarin therapy

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Kehittämisympäristö.....	8
3	Kehittämistoiminnan tietoperusta	9
	3.1 Potilasohje	9
	3.2 Ikääntyneet.....	10
	3.3 Selkeä kieli	11
	3.4 Eteisvärinä.....	13
	3.4.1 Hoito.....	15
	3.4.2 Antikoagulaatiohoito.....	18
4	Kehittämistoiminnan menetelmät	21
	4.1 Juurruttaminen kehittämistoiminnan menetelmänä.....	21
	4.2 Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä	23
	4.3 Tiedonkeruuaineiston sisällönanalyysi.....	24
	4.4 Eettisyys kehittämistoiminnassa.....	25
5	Kehittämistoiminnan toteutus	26
	5.1 Nykytilanteen kuvaus ja kehittämiskohteen valinta	26
	5.2 Hiljaisen tiedon käsitteellistäminen	27
	5.3 Uuden potilasohjeen tuottaminen	28
	5.4 Kehittämistoiminnan toteutuksen luotettavuus	29
6	Uusi toimintatapa	31
	6.1 Toimintatavan kuvaus	31
	6.2 Toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön.....	31
7	Kehittämistoiminnan lopputuotoksen ja jatkokehittämisen arviointi	33
	Lähteet	35
	Kuvat	39
	Kuviot	39
	Liitteet.....	40

1 Johdanto

Opinnäytetyön aiheena on selkeän kielen käyttö eteisvärinäpotilaan potilasohjeessa. Tässä opinnäytetyössä on tarkoituksena selvittää selkeän kielen tarvetta eteisvärinäpotilaan kirjallisessa ohjauksessa sekä tuottaa juurruttamisen menetelmällä varfariinihoitoa saavan potilaan selkeäkielinen potilasohje.

Opinnäytetyö on osa Pumpu-hanketta. Oppinäytetyö tehtiin yhteistyössä Perusturvakuntayhtymä Karviaisen terveyskeskuksien henkilökunnan kanssa. Perusturvakuntayhtymä Karviainen osallistuu myös Sydänliiton ja Aivoliiton Tunne pulssisi-hankkeeseen. Hankkeen tavoitteena on tiedottaa sekä kansalaisille että terveydenhuoltoalan ammattilaisille eteisvärinän hyvän hoidon merkityksestä aivo- ja sydänterveydelle. (Tunne Pulssisi -hanke 2012.)

Lain mukaan potilaalle tule antaa kaikki hänen hoitoonsa liittyvät tiedot siten, että potilas ymmärtää annetun tiedon sisällön (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, § 5). Terveysviestinnän yksi osa-alue ovat kirjalliset potilasohjeet (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 23). Kirjalliset ohjeet ovat tärkeä osa potilaiden motivoitumista sairautensa hoidossa. Ohjeet tukevat potilaan itsemääräämisoikeutta hoitotyössä ja antavat vastauksia potilasta kiinnostaviin kysymyksiin. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 66.)

Vuosina 1997-2000 tehdyn kansainvälisen lukutaitotutkimuksen, The Second International Literacy Survey (SIALS) mukaan suomalaisista aikuisista 2/3 täytti nykyisen tietoyhteiskunnan vaatimat oppimisen lukutaitovaatimukset. Vanhimmassa ikäryhmässä (56-65-vuotiaat) vain 1/3 täytti lukutaitovaatimukset. (Linnankylä, Malin, Blomqvist & Sulkunen 2000, 111-114.) Tämän tutkimuksen valossa Selkokeskus arvioi iäkkäistä 10 - 20 prosenttia tarvitsevan selkeää kieltä luetun ymmärtämiseen (Selkokielen tarve 2012).

Tässä opinnäytetyössä puhutaan selkeäkielisyydestä. Mukaan on otettu selkokielen periaatteita ja selkokeskuksen määritelmiä kielen käytöstä, koska niiden rakenne ja käytön periaatteet ovat hyvin samankaltaisia. Opinnäytetyö on rajattu koskemaan kirjallisia potilasohjeita, koska suullinen vuorovaikutus kielen käytössä on oma osa-alueensa. Opinnäytetyön lopputuotoksena on tehty selkeäkielinen potilasohje varfariini lääkettä syövälle eteisvärinäpotilaalle.

Yleisin pitkäkestoista rytmihäiriöistä on eteisvärinä (FA = fibrillatio atriorum), jota kansankielellä kutsutaan flimmeriksi (Mustajoki & Ellonen, 2012a). Eteisvärinää sairastavia potilaita arvioidaan Suomessa olevan noin 100 000. Luvun ennustetaan kasvavan väestön ikääntymisen myötä. (Eteisvärinä 2013.) Eteisvärinän sydämessä syntyvät verihyytymät lisäävät sairastuneiden aivoinfarktin riskiä viisinkertaiseksi (Eteisvärinä 2013). Sydämen sisällä syntyvien verihyytymien muodostumisen lääkkeellinen estäminen on ennusteen kannalta tärkein eteisvärinän

hoitomuoto (Raatikainen 2012). Yleisin Suomessa käytetty verenohentamislääke on varfariini (Marevan®). (Mustajoki & Ellonen 2012b.)

2 Kehittämisympäristö

Tämä opinnäytetyö on osa Pumppu-hanketta. Pumppu-hanke on vuosina 2011-2014 toteutettava teemahanke, jota rahoittavat Päijät-Hämeen liitto ja Etelä-Suomen maakuntien EU-yksikkö. Pumppu-hankkeen osatoteuttajat ovat Hämeenlinnan kaupunki, Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Oy Socom, Laurea-ammattikorkeakoulu, Turun ammattikorkeakoulu sekä Turun yliopisto ja koordinaattorina Innopark Programmes Oy. (Pumppu-hanke 2012.)

Laurea-ammattikorkeakoulun osahankkeessa etsitään keinoja asiakkaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä hoitamiseen erilaisilla hyvinvointipoluilla. Hyvinvointipolulla on tarkoituksena valtaistaa asiakas huolehtimaan omasta terveydestään. Sydän- ja diabetespotilaiden kohdalla tavoitteena on löytää ennaltaehkäisyyn ja kuntoutukseen liittyviä uusia palveluita. (Pumppu-hanke 2012.)

Pumppu-hanke ja Perusturvakuntayhtymä Karviainen ovat yhteistyökumppaneita valtakunnallisessa Tunne pulssisi-projektissa. Tunne pulssisi on osaprojekti Aivoliiton, Diabetesliiton ja Sydänliiton laajempaa Yksi elämä-hankekokonaisuutta. Tunne pulssisi projektin tavoite on antaa tietoa yli 60-vuotiaille eteisvärinän hyvästä hoidosta ja hoidon merkityksestä aivojen että sydämen terveydelle. (Suomen Sydänliitto ry 2012.)

Tunne pulssisi-projekti muodostuu kuudesta projektikokonaisuudesta. Perusturvakuntayhtymä Karviainen osallistuu 2012-2015 suoritettavaan Sydänliiton ja Helsinki - Uusimaan aluehankkeeseen, Eteisvärinäpotilaiden hoitoketjun kehittämiseen. Aluehankkeen painopiste on potilasohjauksessa ja vertaistuessa. (Blek-Vehkaluoto 2012.)

Länsi-Uudellamaalla sijaitseva Perusturvakuntayhtymä Karviainen muodostuu Vihdin kunnan ja Karkkilan kaupungin alueista. Kuntayhtymä on aloittanut toimintansa vuonna 2009 ja sen alueella on noin 38 000 asukasta. Perusturvakuntayhtymä Karviainen tuottaa lakisääteisiä sosiaali- ja terveydenhuollon vastaanottopalveluita kahdella eri terveysasemalla, jotka sijaitsevat Karkkilan ja Nummelan keskustassa. Karviainen jakaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunsa elämäntarimallin mukaisesti kolmeen eri palvelukokonaisuuteen: lasten ja nuorten, työikäisten sekä ikäihmisten palveluihin. (Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2013.)

3 Kehittämistoiminnan tietoperusta

Kehittämistoiminnan tietoperustassa on haettu tutkittua tietoa kirjallisten potilasohjeiden merkityksestä osana potilasohjausta, selkeänkielen käytön tarpeesta ja sen periaatteista ikääntyvien ihmisten kohdalla sekä eteisvärinästä ja sen hoitomuodoista. Eteisvärinän hoitomuodoista on pääpaino varfariinihoidossa.

3.1 Potilasohje

Kansanterveyslain (28.1.1972/66) mukaan kunnan ja kuntayhtymän on järjestettävä alueensa väestön terveyden, tapaturmien ja sairauksien ehkäisyä sekä hoitoa terveyskeskusten tai liikkuvien toimipisteiden avulla. Kansanterveystyön sisältö on määritelty terveydenhuoltolaissa (30.12.2010/1326), jonka mukaan muun muassa terveysneuvonnan on tuettava toimintakykyä sekä edistettävä elämänhallintaa. Potilaalle tulee antaa kaikki hänen hoitoonsa liittyvät tiedot siten, että potilas ymmärtää annetun tiedon sisällön (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, § 5). Yhdenvertaisuuslain (20.1.2004/21) mukaan potilaita tulee hoitaa ja ohjata yhdenvertaiseksi sukupuolesta, iästä, alkuperästä, kielestä, kansalaisuudesta, terveydentilasta, uskonnosta huolimatta. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559) edellyttää, että potilasta ohjaa ammattihenkilö, joka on saanut ammattitoiminnan edellyttämän koulutuksen.

Potilasohjaus on vaikuttavaa, kun ohjauksessa käytetään hyväksi kansallisiin suosituksiin pohjautuvia eri ohjausmenetelmiä, annetaan kirjallista materiaalia ja huomioidaan potilaan tarpeet sekä arvioidaan yhdessä potilaan kanssa asetettuja tavoitteita (Poskiparta 2010, 49, 54-55). Iäkkäät potilaat toivovat yksilöllistä ja kannustavaa ohjausta. Ohjauksen suunnittelussa ohjaajan tulee huomioida potilaan mahdollisesti heikentyneet aistitoiminnot ja muistiongelmät. (Isola, Backman, Saarnio, Kääriäinen & Kyngäs 2007, 61.)

Terveysviestinnän yksi osa-alue ovat kirjalliset potilasohjeet (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 23). Kirjalliset ohjeet ovat tärkeä osa potilaiden motivoitumista sairautensa hoidossa. Ne tukevat potilaan itsemääräämisoikeutta hoitotyössä ja antavat vastauksia potilasta kiinnostaviin kysymyksiin. Kirjallisilla ohjeilla on suuri merkitys sairaalahoitoajan lyhentymisen vuoksi, koska potilas tarvitsee enemmän ohjausta ennen hoitoa ja kotiutumisen jälkeen. (Lipponen ym. 2006, 66.)

Aikaisempien tutkimusten mukaan potilaat selviytyvät sairautensa ja sen hoidon kanssa paremmin, kun he saavat suullisen ohjauksen lisäksi selkeät kirjalliset kotihoito-ohjeet. Potilasta 84 prosenttia on pitänyt saamiaan ohjeita selkeinä ja ymmärrettävinä. Kirjallisia ohjeita pidetään välttämättöminä kotona selviytymisen kannalta. (Salminen-Tuomaala, Kaappola,

Kurikka, Leikkola, Vanninen & Paavilainen 2010, 24-26.) Potilaat arvostavat suullista tietoa. Kirjallisesti annettu tieto on kuitenkin välttämätöntä, koska potilaiden on vaikea muistaa kaikkea suullisesti annettua informaatiota. (Paul, Hendry & Cabrelli 2004, 399.) Potilaan kotonan selviytymiselle kirjalliset ohjeet ovat tärkeämpiä yli 50 -vuotiaille kuin nuoremmille potilaille (Salminen-Tuomaala ym. 2010, 26).

Turun Yliopistosairaalassa vuosina 2002-2004 tehdyn tutkimuksen mukaan kirjallisten ohjeiden kieli, rakenne ja ulkoasu olivat hyviä. Potilaista potilasohjeet olivat silti vaikeasti luettavia, niissä ei ollut riittävästi tietoa oireista, eikä sosiaalisista ja taloudellisista asioista. Tiedonpuutteen vuoksi potilaat kokivat, että heidän oli vaikea osallistua hoitoprosessiin ja tottua uusiin elämäntapoihin. (Salanterä ym. 2005, 215-227.)

3.2 Ikääntyneet

Ikääntymisen määrittely vaihtelee sen mukaan, mitä iän ulottuvuutta tarkastellaan. Suomessa yleinen eläkeikä on 65 vuotta, jolloin henkilö luokitellaan tilastollisesti ikääntyneeksi. Toimintakyvyllisesti ihminen määritellään ikääntyneeksi 75-vuotiaana. (Numminen & Vesala 2012.) Yhdistyneet Kansakunnat (YK) määrittelee ikääntyneeksi 60-vuotiaan tai tätä vanhemman henkilön (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003). Tässä opinnäytetyössä ikääntyneeksi luokitellaan 60-vuotias tai sitä vanhempi henkilö.

Tilastokeskus arvioi vuonna 2013 Suomessa olevan 5 452 773 asukasta, joista 1 439 176 on yli 60-vuotiaita (26 prosenttia). Tilastokeskus arvioi vuonna 2023 Suomessa olevan 5 703 281 asukasta, joista 1 704 836 on yli 60-vuotiaita (30 prosenttia). (Tilastokeskus 2012.) Tämän arvion mukaan yli 60-vuotiaiden määrä kasvaisi vuodesta 2013 vuoteen 2023 neljällä prosentilla.

Vanhenemiseen liittyy fysiologisia ja psyykkisiä muutoksia. Solujen ja kudoksien tasolla vanheneminen tarkoittaa niiden jäykistymistä, rasvoittumista, kuivumista ja hyytymistä. Ikääntyminen aiheuttaa aistien ja tasapainon heikkenemistä. Näköaistissa väri-, hämärä- ja syvyysnäkö heikkenevät sekä mustuaisten koko pienenee. Kuulossa korkeiden äänten erotuskyky laskee. Puheenerotuskyky ja kuulo heikkenevät sekä herkkyys voimakkaille äänille voimistuu. Iäkkäiden tasapainon heikkenemiseen vaikuttavat muun muassa näön heikkeneminen ja sisäkorvan rakenteiden muutokset, jonka seurauksena ikääntyneiden kaatumisvaaran riski kasvaa. Ikääntyessä myös muisti ja suorituskyky heikkenevät, reaktiot hidastuvat ja virheaistimukset yleistyvät. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2010, 20-34.)

3.3 Selkeä kieli

Ikola-Norrbackan ja Salmisen (2009) tutkimuksen mukaan suomalaisista 2000:sta alle 66 - vuotiaasta vastaajasta vain 20 prosenttia koki valtion virkamiesten virkakielen asialliseksi, selkeäksi ja ymmärrettäväksi. Virkakielessäkin on kyse kielenkäytöstä ja sen ymmärrettävyydestä kommunikoinnin ja tiedonsaannin osalta (Tiililä 2011).

Selkeästä kielestä puhuttaessa törmätään usein myös sanaan selkokieli. Rakenteellisesti selkeässä kielessä ja selkokielessä kiinnitetään huomiota samankaltaisiin asioihin, kuten virke- ja lauserakenteeseen, sanavalintaan ja tekstin visuaaliseen rakenteeseen. (Tiililä 2011.) Selkeä kieli on helposti luettavaa ja ymmärrettävää suomea. Selkokieli on muokattu kielen muoto, jonka kohderyhmänä ovat henkilöt, joilla on vaikeuksia lukea selkeää yleiskieltä. (Kotimaisten kielten keskus 2012.)

Selkokeskus määrittelee selkokielen seuraavasti: ”Selkokieli on suomen kielen muoto, joka on mukautettu sisällöltään, sanastoltaan ja rakenteeltaan yleiskieltä luettavammaksi ja ymmärrettävämmäksi. Se on suunnattu ihmisille, joilla on vaikeuksia lukea tai ymmärtää yleiskieltä.” (Selkokielen määritelmä 2012.)

Suomi osallistui vuosina 1997-2000 kansainväliseen lukutaitotutkimukseen, The Second International Literacy Survey (SIALS). Tutkimukseen osallistui lähes 3000 suomalaista 16-65-vuotiasta aikuista. Tutkimuskysymykset mittasivat dokumenttien käyttötaitoa, laadullista lukutaitoa sekä asiatekstin lukutaitoa. Tutkimuksen mukaan suomalaisista aikuisista 2/3 täytti nykyisen tietoyhteiskunnan vaatimat oppimisen lukutaitovaatimukset. Vanhimmassa ikäryhmässä, 56-65-vuotiaat, vain 1/3 täytti lukutaitovaatimukset. Suomalaisesta aikuisväestöstä 1/10 jäi kaikilla lukutaidon osa-alueilla heikoimmalle tasolle. Tälle heikoimmalle tasolle jäävien katsotaan tarvitsevan yhteiskunnalta erityisiä tukitoimia sekä lukutietojen että lukutaitojen tukemiseksi. Aikuiset eivät itse havaitse lukutaitonsa puutteita. Suomessa puolet alimmalle taitotasolle jääneistä arvioi lukutaitonsa hyväksi tai erinomaiseksi nykypäivän vaatimuksiin nähden. (Linnankylä, Malin, Blomqvist & Sulkunen 2000, IX, 111-142.)

Edellä mainitun tutkimuksen valossa Selkokeskus arvioi suomalaisten iäkkäiden selkokielen tarpeen olevan 10-20 prosenttia. (Selkokielen tarve 2012.) Virtanen (2002) on taas arvioinut, että Suomessa olisi noin 200 000 - 350 000 selkokielen tarvitsijaa eli noin 4-7 prosenttia kansalaisista. Vuonna 1993 tehdyn, Vanhusten selkokielen tarve -tutkimuksen mukaan selkokielen tarve on 65-75-vuotiaiden ikäryhmässä 17 prosenttia, 87-97 ikäryhmässä 24 prosenttia, yli 98-vuotiaiden ryhmässä enää vain 8 prosenttia. Suurin selkokielen tarve on ikäryhmässä 76-86-vuotiaan, jossa 51 prosenttia ikääntyneistä tarvitsisi selkokieltä. (Alanen & Huhtala 1993, 51-53.)

Selkeällä kielellä kirjoittavan on ymmärrettävä, että kirjoittaminen on kommunikaatiota ja että selkeän tekstin tuottaminen lähtee selkeästä ajattelusta. Kirjoittajan on hallittava tekstilaji, jota hän haluaa tuottaa sekä tekstin asiasisältö. On muistettava, että ei ole olemassa vain yhtä selkeän kielen tasoa. Selkeäkielisten tekstien vaikeusaste vaihtelee kohderyhmän, tekstilajin, aiheen ja tarkoituksen mukaan. Kirjoittaja ei voi vaikuttaa lukijan lukutaitoihin, mutta hän voi vaikuttaa tekstin rakenteeseen ja ulkoasuun. Selkeäkielisen tekstin kirjoittamisessa noudatetaan yleisiä kirjoitusohjeita ja kielenhuollon suosituksia. (Virtanen 2009, 63-68.)

Tekstin vaikeaselkoisuus voi lukijalle muodostua tekstin muotoilusta, pitkistä virkkeistä ja sanastosta. Yksittäisen sanan vaikeutta tai ymmärrettävyyttä on kuitenkin vaikea arvioida ilman tekstiyhteyttä. Tekstin rakenteen lisäksi on kiinnitettävä huomiota myös sen sävyyn. Tekstin avulla pidetään yllä sosiaalisia suhteita ja sävyn on oltava huolellisesti mietitty, etenkin jos sisällöllä annetaan kehotuksia tai kerrotaan ikäviä asioita. (Tiililä 2011.)

Tekstin kirjoittamisessa mietitään ensiksi aihe ja sen rajaus. Aihealuetta ja sen rajaamista voi helpottaa miettimällä, mikä lukijoita kiinnostaa ja mistä he tarvitsevat tietoa. Valmista tekstiä tehdään helpommin luettavaksi korvaamalla tekstissä olevat vaikeat sanat tutummilla, lyhentämällä virkeitä ja jopa kirjoittamalla lauseita uudelleen. Kirjoitustyyliä voi olla erilaisia kuten: muodollinen, epämuodollinen, keskusteleva, kuvaileva. Selkeässä kielessä suositellaan käytettäväksi arkista selittävää kieltä. (Virtanen 2009, 70-77.)

Tekstiä rakennettaessa tärkeimmät asiat esitetään ensin mahdollisimman ytimekkäästi. Selkeäkielinen teksti on usein lyhyempi kuin vastaava yleiskielinen. (Virtanen 2009, 77-78.) Otsikoinnin tulee olla selkeä ja kertoa mitä alla oleva teksti käsittelee (Tietoa kaikille 2010, 14). Yksityiskohtaisen informaation määrää on mietittävä. Yksityiskohta, joka ei ole lukijalle merkittävä voidaan jättää pois. Tekstin tulee edetä loogisesti ja viittauksia tekstin toiseen kohtaan tulee välttää. (Virtanen 2009, 77-80.)

Ulkoasullisesti käytetään tuttuja paperikokoja, sillä niitä on myös helppo kopioida. Mikäli teksti on pitkä, kannattaa miettiä sen jakamista useammaksi erilliseksi tekstikokonaisuudeksi. Taiton on oltava selkeä ja sivuilla olevien muotoilujen, kuten kuvien, on liityttävä kerrotta-vaan asiaan. Musta teksti valkealla pohjalla on luettavinta. Vaaleaa tekstiä käytettäessä pohjan tulee olla mahdollisimman tumma. Tekstin alle ei kannata asettaa kuvia tai kuvioita, sillä silloin tekstiä on vaikea lukea. (Tietoa kaikille 2010, 9-10.)

Tekstin kirjaintyyppin valinnassa suositaan päätteettömiä ja helppolukuisia fontteja, kuten Arial- ja Tahoma-kirjaimia. Päätteellisissä kirjaimissa voi lukijan olla vaikea erottaa yksittäisiä kirjaimia toisistaan. Kirjainkooksi suositellaan kokoa 14. Erilaiset tekstin korostuskeinot

voivat olla vaikeita lukea. Tekstin alleviivauksia, kursivointia, lyhenteitä ja erikoismerkkejä ei suositella käytettäväksi. Lihavointia voi käyttää tärkeiden sanojen vahvistamisessa. Tekstissä käytetään kuitenkin vain yhtä korostuskeinoa kerrallaan. Osalle lukijoista erikoismerkkien ja lyhenteiden merkitys voi olla epäselvä, joten niiden käyttöä ei suositella. Yksinkertaiset taulukot tai kuvat voivat selventää tekstiä, mutta niitä kannattaa käyttää harkiten. (Tietoa kaikille 2010, 10-15.)

Sanoina käytetään lukijalle tuttuja sanoja. Vaikeat sanat selitetään mieluiten heti asiayhteydessään. Vaikeita sijamuotoja vältetään. Lauseet pidetään lyhyinä ja ne erotetaan toisistaan mieluummin pisteellä kuin pilkulla. Teksti tasataan vasempaan reunaan. Oikea reuna jätetään liehuvaksi, eikä tavutusta käytetä. Kappaleet erotellaan toisistaan tyhjällä rivillä. Marginaalit pidetään leveinä, jotta sivu ei näytä ahtaalta. Sivunumerointi helpottaa lukijaa hahmottamaan, että hänellä on kaikki tekstin sivut. (Tietoa kaikille 2010, 12-17.)

3.4 Eteisvärinä

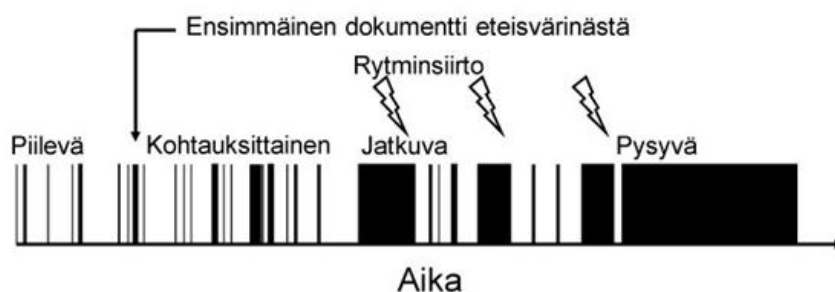
Yleisin pitkäkestoisista rytmihäiriöistä on eteisvärinä (FA = fibrillatio atriorum), jota kansankielellä kutsutaan flimmeriksi (Mustajoki & Ellonen, 2012a). Eteisvärinää sairastavia potilaita arvioidaan Suomessa olevan noin 100 000, ja luvun ennustetaan kasvavan väestön ikääntymisen myötä (Eteisvärinä 2013). Eteisvärinässä eteiset supistuvat epäsäännöllisesti ja sähköimpulssien kulku kammioiden puolelle on sattumanvaraista. Sydämen syke on epätasainen ja epäsäännöllinen. (Mustajoki & Ellonen 2012a.)

Eteisvärinän jaetaan neljän tyyppiin. Ensimmäinen tyyppi on kohtauksittainen ja kestää alle seitsemän päivää. Kohtauksellisen eteisvärinän rytmi palautuu useimmiten itsestään normaalkiksi. Toinen tyyppi on jatkuva eteisvärinä, joka ilman hoitoa kestää yli viikon. Jatkuva eteisvärinässä sydämen rytmi voidaan palauttaa sähköisellä tai lääkkeellisellä rytminsiirrolla. (Eteisvärinä 2012.)

Kolmas eteisvärinän tyyppimuoto on pitkään jatkunut eteisvärinä, joka on kestänyt yli vuoden ja potilas voidaan ohjata invasiiviseen- eli leikkaushoitoon. Neljäs tyyppi on pysyvä eteisvärinä, jossa rytmihäiriö hyväksytään. Pysyvässä eteisvärinässä rytminsiirtoa ei jostain syystä voida tehdä tai rytminsiirto ei yrityksistä huolimatta onnistu. Eteisvärinä voidaan jaotella myös akuuttiin (kestänyt alle 48 tuntia) ja pitkittyneeseen (kestänyt yli 48 tuntia). Alle 60-vuotiaiden ilman perussairauksia esiintyvää eteisvärinää kutsutaan itsenäiseksi eteisvärinäksi. (Eteisvärinä 2012.)

Eteisvärinä alkaa usein toistuvilla kohtauksellisilla eteisvärinäkohtauksilla (kuva 1). Eteisvärinäkohtaukset kehittyvät vähitellen pitkäkestoisemmiksi ja vaikeammin hoidettavaksi jatku-

vaksi tai pysyväksi eteisvärinäksi. Tutkimuksellisesti eteisvärinä löydetään useimmiten potilaalta vasta useamman eteisvärinäkohtauksen jälkeen. (Eteisvärinä 2012.)



© Eteisvärinä Käypä hoito -työryhmä

Kuva 1: Eteisvärinän kulku (Eteisvärinä 2012)

Eteisvärinässä sydämen eteiset eivät tyhjene kunnolla ja verihiyytymän muodostumisriski vasemmassa eteisessä on hyvin korkea. Hyytymän muodostumisen seurauksena voi syntyä aivoinfarkti. (Mustajoki & Ellonen 2012a.) Jopa 20 prosenttia aivoinfarkteista liittyy eteisvärinään. Eteisvärinäpotilaiden aivoinfarktin riskiä kasvattavat tupakointi, diabetes ja korkea verenpaine. Akuutti eteisvärinä aiheuttaa harvoin hyytymän muodostumisen. Eteisvärinän jatkuessa hyytymämuodostumien vaara lisääntyy. Eteisvärinä pienentää sydämen pumppaamaa verimäärää (minuuttitilavuus) 15-30 prosenttia, minkä seurauksena voi syntyä sydämen vajaatoiminta. (Eteisvärinä 2012.)

Eteisvärinä on harvinainen alle 60-vuotiailla. Iän ja liitännäissairauksien myötä sairastumisriski kasvaa ja yli 75-vuotiaista jo joka kymmenes sairastaa eteisvärinää. Sydämen vajaatoimintaa sairastavilla eteisvärinä on yleinen löydös. Eteisvärinän kokee elämänsä aikana noin 25 prosenttia yli 40-vuotiaista. Miehet sairastuvat eteisvärinään kaksi kertaa useammin kuin naiset. (Eteisvärinä 2012.)

Ikä on merkittävin eteisvärinälle altistava yksittäinen tekijä. Rakenteellinen sydänsairaus tai jokin muu rytmihäiriölle altistava systeemisairaus löytyy 70 prosentilla eteisvärinäpotilaista. (Eteisvärinä 2012.) Näitä sairauksia ovat muun muassa kilpirauhasen liikatoiminta, korkea verenpaine, läppäviat, sepelvaltimotauti ja sydäninfarkti. Eteisvärinä voi olla myös perinnöllinen. (Mustajoki & Ellonen 2012a.)

Eteisvärinä ja yli 75-vuoden ikä, aiemmat aivoinfarktit, tekoläppä tai mitraaliläpänahauma ovat yhdessä suurimmat riskitekijät, jotka altistavat eteisvärinäpotilaan aivoinfarktille. Monet pitkittyneet takykardiat eli sydämen tiheälyöntisyyskohtaukset, diabetes, lihavuus, pitkäaikaiset keuhkosairaudet ja unen aikana yli 10 sekuntia kestävä hengityskatkos (uniapnea) nostavat myös sairastumisriskiä. (Eteisvärinä 2012.)

Eteisvärinän oireet voivat olla vaihtelevia. Eteisvärinä voi olla täysin oireeton, kun taas toiset tuntevat nopean tai epäsäännöllisen sykkeen. Tyypillisiä oireita ovat myös huimaus ja suorituskyvyn lasku. (Mustajoki & Ellonen 2012a.) Käypähoito suosituksen mukaan eteisvärinän tavallisimpia oireita ovat myös sydämentykytys, rintakipu, runsasvirtsaus, hengenahdistus ja väsymys (Eteisvärinä 2012).

Eteisvärinän taudin määrittämisessä tehdään erilaisia tutkimuksellisia eli kliinisiä kokeita. Esi-tietojen kerääminen on myös oleellinen osa taudin määrittäystä. Kliinisistä löydöksistä tavallisin on epäsäännöllinen syke, joka havaitaan kuuntelemalla sydäntä tai tunnustelemalla valtimosykettä. Tunnusteltu syke on usein hitaampi kuin kuunneltu tai sydänfilmillä eli EKG:lla (elektrokardiografia) saatu sydämen syke. (Eteisvärinä 2012.)

Normaalissa sydänfilmissä sydämen perusviiva ja rytmi ovat tasaisia, eteisten toiminta näkyy ennen heilahduksena ylöspäin (P-aalto), jota seuraa kammioiden toimintaa kuvaava sahalaitainen heilahdus (QRS-kompleksi) sekä kammioiden palautumista sähköiseen lepotilaansa kuvaava ylöspäin oleva heilahdus (T-aalto) (Raatikainen 2011). Eteisvärinässä sydänfilmissä perusviiva ja syke ovat epätasaisia, P-aallot eivät erotu ja QRS-kompleksi on usein kapea. Laboratoriotutkimuksia otetaan suunniteltaessa lääkitystä tai jos eteisvärinä uusiutuu yllättäen hoidon aikana. (Eteisvärinä 2012.)

Laboratoriokokeilla etsitään eteisvärinälle ja verihyytymien muodostumiselle altistavia tekijöitä sekä muita mahdollisia sydänsairauksia. Laboratoriokokeista otetaan perusverenkuva, plasman glukoosi, elektrolyytit (natrium, kalium, kreatiini), seerumin lipidit, kilpirauhashormonit sekä virtsan seulontakoe. Tarvittaessa lisätutkimuksilla pois suljetaan muita sairauksia, kuten thoraxröntgenkuvaus (keuhkosairaudet) ja kliininen rasituskoe (sepelvaltimotauti). (Eteisvärinä 2012.)

3.4.1 Hoito

Eteisvärinän hoito (Taulukko 1) on yksilöllistä ja hoidon valinnassa huomioidaan potilaan perussairaudet sekä eteisvärinän oireiden laatu ja kesto, hyytymille altistavat vaaratekijät sekä punnitaan hoidon hyödyt ja haitat. Yleisimmät hoitomuodot ovat sykkeenhallinta (kammioitaajuuden parantaminen), rytminhallinta joko sähköisellä tai lääkkeellisellä rytminsiirrolla, lääk-

keellinen rytmihallinta (estolääkitys) sekä verihyytymien muodostumista estävä antitromboottinen lääkehoito. Invasiivista eli elimistön sisälle ulottuvaa (tahdistinhoito, katetriablaatio tai kirurginen hoito) hoitoa käytetään, kun potilaan vaste lääkitykseen on puutteellinen tai lääkityksellä on haittavaikutuksia. Oikein toteutettu antikoagulaatiohoito (antitromboottinen lääkitys) lisää parhaiten potilaan ennustetta. (Eteisvärinä 2012.)

1. Rytmihäiriöille altistavien ja laukaisevien tekijöiden eliminointi sekä perussairauksien hyvä hoito

2. Rytmihallinta

A. Rytminsiirto eli sinusrytmin palauttaminen

- sähköinen rytminsiirto (kardioversio)
- lääkkeellinen rytminsiirto

B. Sinusrytmin ylläpito

- estolääkitys
- katetriablaatiohoito
- kirurginen hoito
- tahdistinhoito

3. Sykkeenhallinta eli kammiotaaajuuden optimointi

- lääkehoito
- eteis-kammiosolmukkeeseen ablaatio ja tahdistinhoito

4. Verihyytymien eli tromboembolisten komplikaatioiden esto

- antitromboottinen lääkitys
- eteiskorvakkeen sulkku

Taulukko 1: Eteisvärinässä käytetyt hoitomuodot (mukailten Eteisvärinä 2012.)

Akuutissa eteisvärinässä sydämen normaali sinusrytmi palautuu itsestään parin vuorokauden aikana jopa 70 prosentissa tapauksista. Sähköinen rytminsiirto tehdään heti, mikäli eteisvärinä aiheuttaa vakavia riskejä sydämen toiminnalle. Rytminsiirto tehdään ensimmäisessä oireisessa eteisvärinäkohtauksessa lähes poikkeuksetta. Sähköisen rytminsiirron etuja ovat sen turvallisuus ja tehokkuus. (Eteisvärinä 2012.)

Sähköinen rytminsiirto voidaan tehdä ilman antikoagulaatiohoitoa (varfariini), mikäli eteisvärinä on kestänyt alle 48 tuntia. Yli 48 tuntia kestänyt eteisvärinä hoidetaan sähköisellä rytminsiirrolla, mikäli varfariinin tehoa mittaava arvo on hoitotasolla (INR >2) kolmen viikon ajan tai dabigatranin (antikoagulaatiolääke) käyttö on kestänyt vähintään neljä viikkoa ja sydämen kaikututkimuksessa ei havaita trombeja. Sähköisen rytminsiirron jälkeen antikoagulaatio-

tiohoitoa jatketaan vähintään neljän viikon ajan. Suuren trombivaaran potilailla antikoagulaatiohoito jää pysyväksi. (Eteisvärinä 2012.)

Lääkkeellinen rytminsiirto tehoaa hyvin akuutissa eteisvärinässä. Eteisvärinän pitkittyessä myös lääkkeellisen rytminsiirron vaikutus heikkenee. Lääkkeellisen rytminsiirron etuna on, että se voidaan toteuttaa ilman antikoagulaatiohoidon aloitusta. Lääkkeellisen rytminsiirron haittoja ovat lääkkeiden huono teho sekä lääkkeistä aiheutuneet haittavaikutukset. Akuutin eteisvärinän hoitoon kuuluu aina myös kammiovasteen hidastaminen lääkityksellä (sykkeen-hallinta). (Eteisvärinä 2012.)

Onnistuneen rytminsiirron jälkeen sydämen normaalia sinusrytmiä ylläpidetään lääkityksellä. Estolääkityksellä saadaan kuitenkin harvoin pidettyä eteisvärinää kokonaan poissa. Estolääkityksen tarkoituksena onkin harventaa kohtauksien ilmaantumisia ja lievittää potilaan koke-mia oireita. (Eteisvärinä 2012.) Iän myötä eteisvärinä hidastuu, jolloin rytmihäiriölääkkeitä voidaan vähentää tai niiden ottaminen voidaan jopa kokonaan lopettaa (Mustajoki & Ellonen 2012b).

Lieväoireiset potilaat ja potilaat, jotka ovat yli 65-vuotiaita tai heillä on jokin muu eteisvä-rinälle altistava sairaus, kuten sydämen vajaatoiminta tai diabetes, hoidetaan pääsääntöisesti antikoagulaatilla (antitromboottinen lääkitys) ja sykettä hallitsevalla lääkehoidolla. Sykkeen-hallintaa käytetään myös, jos potilaan eteisvärinä uusiutuu nopeasti estolääkityksestä huoli-matta, eteisvärinä on kestänyt yli puoli vuotta, potilaalla todetaan kookas vasen eteinen tai potilaan fyysinen aktiivisuus on vähäistä ja oireet pysyvät hallinnassa kammiovastetta hidas-tavilla lääkkeillä. (Eteisvärinä 2012.)

Invasiivisia eli kajoavia hoitomuotoja käytetään, kun potilaalle tehdään muista syistä sydän-leikkaus tai valikoidusti potilaille, jotka eivät reagoi muihin hoitomuotoihin. Rytmihallintaa tukeva tahdistin asennetaan potilaalle, mikäli potilaalla on muitakin tahdistin-hoidon aiheita. Tahdistin ei yksinään riitä estämään eteisvärinän syntymistä. (Eteisvärinä 2012.)

Kajoavista hoitomuodoista katetriablaatiassa potilaalle tehdään eteiskammio katkos radioaal-tojen avulla ja asennetaan sydämen tahdistin (Katetriablaatio 2012). Toimenpide on moni-mutkainen ja siitä voi seurata harvinaisia, mutta vakavia, komplikaatioita. Katetriablaatioon kuuluu aina antikoagulaatiohoito. Sydämen vasemmassa eteisessä sijaitsevan eteiskorvakkeen sulkua voidaan harkita potilaille, joille varfariinihoito ei sovi. Eteiskorvakkeen sulkua estää verihyytymien muodostumista yhtä tehokkaasti kuin varfariinihoitokin. (Eteisvärinä 2012.)

3.4.2 Antikoagulaatiohoito

Eteisvärinän aikana sydämen eteisiin jää seisomaan verta, joka hyytyy. Hyytymä voi lähteä verenkierron mukana liikkeelle ja aiheuttaa aivoissa aivoinfarktiin johtavan tukoksen. (Eteisvärinä 2011, 9-17.) Eteisvärinä lisää aivoinfarktin riskiä viisinkertaiseksi (Eteisvärinä 2013). Sydämen sisällä syntyvien verihyytymien muodostumisen estäminen lääkkeillä on ennusteen kannalta tärkein eteisvärinän hoitomuoto (Raatikainen 2012). Lääkkeillä veren hyytymisaikaa pidennetään 2-3 kertaa normaalia pidemmäksi, jolloin veren hyytyminen kestää normaalia kauemmin. Antikoagulaatiohoito eli verenohennushoito ei vaikuta verihyötaleiden toimintaa, jolloin pienet verenvuodot hyytyvät antikoagulaatiohoidosta huolimatta normaalisti. (Mustajoki & Ellonen 2012b.)

Antikoagulaatiohoidon aloitustarvetta kartoitetaan arvioimalla potilaan tukoksille ja verenvuodoille altistavat tekijät. Suun kautta otettava antikoagulaatiohoito (AK-hoito) aloitetaan joko varfariinilla (Marevan®) tai uuden polven uusilla suorilla antikoagulanteilla (dabigatrania, rivaroksabaani, apiksabaani). Asetyyylisalisyylihapon (ASA) eli aspiriinin teho on tutkitusti suun kautta otettavia antikoagulantteja huomattavasti heikompi. (Raatikainen 2012.) Yleisin käytetty verenohentamislääke on varfariini, kauppanimeltään Marevan®. Varfariini annostellaan yksilöllisesti, sillä perimä vaikuttaa lääkkeen tehoon. (Mustajoki & Ellonen 2012b.)

Varfariinilääkityksen soveltuvuutta potilaalle arvioidaan verikokein: pienverenkuva, munuais- ja maksa-arvot, INR (International Normalised Ratio) ja APTT (tromboplastiiniaika). Eteisvärinäpotilaan lääkehoidon toteutusta ja seurannan tarvetta arvioidaan 1-2 kertaa vuodessa tehtävällä kliinisellä lääkärintutkimuksella. (Eteisvärinä 2012.)

Veren hyytymisarvoa (INR) seurataan säännöllisillä verikokeilla, jotta hoidon tehoa ja lääkitykseen liittyvän liian suuren annostuksen aiheuttamaa verenvuodonvaaraa voidaan seurata (Eteisvärinä 2011, 17-18). INR arvoa seurataan alkuvaiheessa 1-2 kertaa viikossa ja sopivan lääkeannoksen löydyttyä noin kerran kuukaudessa. Terveen ihmisen normaali INR arvo on 1,0. Varfariinihoitoisen eteisvärinäpotilaan INR hoidon tavoitetaso on tavallisesti 2-3. (Mustajoki & Ellonen 2012b.) Liian alhainen INR viittaa tehottomaan hoitoon, jolloin verisuonitukosten riski säilyy, ja liian korkea arvo lisää verenvuodon riskiä. Varfariinia syövällä potilaalla verenvuodon riski on viisinkertaistunut, joten sisäisen verenvuotoriskin vuoksi myös potilaiden hemoglobiinia seurataan säännöllisesti. (Paukama 2012.)

INR-arvon ollessa liian suuri, veri ei hyydy välttämättä lainkaan ja vuotovaara on suuri. Verenvuoto voi aiheutua hyvin pienestä kolhaisusta ja vaarana ovat myös sisäiset verenvuodot. Potilaan tulee ottaa yhteyttä lääkäriin, mikäli hänellä esiintyy: mustia ulosteita, selittämättömiä mustelmia, voimakasta vatsakipua ja heikotusta tai tyrehtymätön verenvuoto. Sairaalassa va-

kavat verenvuodot voidaan kumota hyytymistekijätiivisteellä tai jääplasmalla. Lievemät verenvuodot kumotaan antamalla varfariinin vastavaikuttajaa, K-vitamiinia, tai keskeyttämällä varfariinihoito. (Mustajoki & Ellonen 2012b.)

Potilaan hoitoon sitoutuminen ja antikoagulaatiohoidon ymmärtäminen ovat tärkeä osa varfariinilääkityksen onnistumisessa. Hoidon seurannan helpottamiseksi on olemassa hoitokortti. Hoitokortista käy ilmi hoidon aihe, kesto, INR tavoitetaso, käytössä olevan lääkkeen vahvuus (3mg tai 5mg), tablettien määrä kunakin viikonpäivänä, viikkoannos milligrammoina sekä seuraava suunniteltu INR-kontrolli. (Paukama 2012.)

Terveystilassa tapahtuvat muutokset vaikuttavat varfariinin vaikutukseen. Äkillinen ja voimakas ripulointi tai oksentelu lisäävät varfariinin tarvetta, kun taas tulehdussairaudet voivat vähentää sen tarvetta. Runsas tupakointi heikentää varfariinin vaikutusta, mikä on huomioitava potilaan lopettaessa tupakanpolton. (Paukama 2012.) Varfariinihoitoisen potilaan verenpainetta on seurattava säännöllisesti, sillä yli 140/90 mmHg verenpaine joka ei ole hoidossa, altistaa potilaan kallonsisäisille verenvuodoille (Marevan-hoito 2012).

Lääkärissä potilaan tulee aina muistaa kertoa syövänsä varfariinia (Paukama 2012), sillä monet lääkkeet vaikuttavat veren hyytymiskykyyn tai niillä on yhteisvaikutuksia varfariinin kanssa (Mustajoki & Ellonen 2012b). Myös lääkitysten lopetuksista tulee potilaan muistaa keskustella lääkärinsä kanssa, sillä muutokset muussa lääkityksessä voivat vaikuttaa varfariinin annosteluun (Marevan-hoito 2012). Potilaan ei tule käyttää mitään lääkkeitä, itsehoitovalmisteita tai luontaistuotteita ilman lääkärin lupaa (Paukama 2012). Myös apteekissa asioidessaan on potilaan hyvä kertoa farmaseutille syövänsä varfariinia, jotta tämä voi arvioida tämän ostamien lääkkeiden ja tuotteiden yhteensopivuus varfariinin kanssa (Marevan-hoito 2012).

Monet tulehduskipulääkkeet eivät sovi yhteen varfariinihoidon kanssa. Tulehduskipulääkkeet lisäävät varfariinia syövän potilaan vuotoaaraa. Parasetamoli on turvallisin reseptivapaista kipulääkkeistä. (Paukama 2012.) Potilaan tulee kertoa varfariinihoidostaan hammaslääkäriin tai erilaisiin toimenpiteisiin tai leikkauksiin joutuessaan. Lääkäri arvioi, pitääkö ennen toimenpidettä varfariini tauottaa tai annosta pienentää vuotoriskin vuoksi. (Marevan-hoito 2012.)

Säännölliset elämäntavat auttavat halutun INR-hoitotason säilyttämisessä. Tärkeintä ei ole potilaan muuttaa elämäntapojaan, vaan pitää ne samanlaisina päivästä toiseen. (Mustajoki & Ellonen 2012b.) Varfariinilääkehoitoon vaikuttavat monet tekijät, kuten alkoholinkäyttö, muu lääkitys, rohdosvalmisteet ja luontaistuotteet, ruokavalio sekä Marevanin®-annostelun epä-säännöllisyys ja virheellisyys (Mustajoki & Ellonen 2012b).

Varfariinilääke otetaan kerran päivässä, aina samaan aikaan. Lääkityksessä on tärkeintä noudattaa viikkoannosta. Lääkeannoksen unohtuessa, otetaan unohtunut annos heti tai seuraavan päivän lääkeannoksen kanssa. Mikäli potilas ottaa vahingossa kaksi annosta, jätetään seuraavan päivän annos ottamatta. (Paukama 2012.) Lääkemuutosten vaikutukset näkyvät INR-arvossa vasta noin kahden tai kolmen päivän kuluttua (Mustajoki & Ellonen 2012b), joten INR-arvoa ei kannata mitata heti lääkitysvirheen satuttua (Paukama 2012).

Varfariinia syövät ihmiset voivat ruokailla normaalisti. Ravitsemuksessa tärkeintä on noudattaa tasaisuutta sekä syödä monipuolisesti että terveellisesti. K-vitamiini kumoaa varfariinin vaikutusta. K-vitamiini on myös välttämätöntä luuston kunnolle, joten K-vitamiinia tulee saada ruokavaliosta tasaisesti joka päivä. Ruokavaliossa pääasiallisin K-vitamiinin lähde ovat vihreät kasvikset. Suositeltavaa on syödä päivittäin puoli kiloa erilaisia kasviksia ja hedelmiä, jolloin elimistön K-vitamiinitarve täyttyy. Vihreitä kasviksia voi syödä huoletta muun ruuan osana. (Marevan-hoito 2012.)

Mikäli ruokavaliosta tapahtuu merkittäviä muutoksia, esimerkiksi siirtyminen kokonaan kasvisruokavaliioon, niin ylimääräiset INR-kontrollit ovat tarpeellisia (Mustajoki & Ellonen 2012b). Greippi ja karpalo lisäävät varfariinin tehoa, joten niiden nauttimista ei suositella lainkaan. Muut sitruhedelmät tai puolukka eivät vaikuta varfariinin tehoon, joten niitä saa syödä aivan normaalisti. Kotimaisista marjoista mustaherukka sisältää runsaasti K-vitamiinia, joten niitä ei suositella syötävän suuria määriä kerrallaan. (Paukama 2012.) Laihduttamisen aikana INR-kontrolleja on lisättävä, paastoamista ei suositella lainkaan (Marevan-hoito 2012).

Alkoholi vaikuttaa varfariiniin tehoon yksilöllisesti. Alkoholi joko heikentää tai vahvistaa varfariinin vaikutusta, joten alkoholin vaikutuksia on vaikea arvioida. Pitkään jatkunut alkoholin käyttö lisää tukosriskiä kiihdyttäessään varfariinin poistumista elimistöstä. Kerralla juotu suuri alkoholimäärä taas suurentaa vuotoriskiä. Kohtuullinen alkoholinkäyttö, 1-2 olutta tai viinilasillista silloin tällöin, ei vaikuta varfariinihoitoon. Alkoholin suurkuluttajille varfariinihoitoa ei suositella. (Marevan-hoito 2012.)

4 Kehittämistoiminnan menetelmät

Toiminnallisen opinnäytetyön lopputuotoksena on kirjallinen ohje, tietopaketti tai jokin muu konkreettinen tuotos (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51). Tässä opinnäytetyössä on tuotettu yksikköön selkeäkielinen varfariinihoitoa saavan potilaan potilasohje, jonka prosessoinnissa ja käyttöönotossa on käytetty kehittämispohjaista juurruttamisen menetelmää.

Laadullinen tutkimusmenetelmä on aineistolähtöinen, jonka perusprosessina on hankitun aineiston sisällönanalyysi. Sisällönanalyysin avulla tarkastetaan ilmiöiden ja asioiden seurauksia, merkityksiä ja yhteyksiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21.) Tavoitteena on asioiden kokonaisvaltainen ymmärtäminen (Vilkkä & Airaksinen 2003, 63).

Laadullinen aineisto kerätään kuvallisessa tai verbaalisessa muodossa, esimerkiksi haastattelulla tai havainnoimalla puheita ja dokumentteja (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 22-23). Yksilö- tai ryhmähaastattelu voidaan tehdä joko strukturoituna lomakehaastatteluna tai vapaampana puolistrukturoituna teemahaastatteluna. Toiminnallisessa opinnäytetyössä haastattelutapa valitaan sen mukaan millaista tietoa halutaan saada. Haastatteluaineiston keräämisessä ei ole tärkeää määrä vaan laatu, joka kattavasti kuvaa ongelmaa jota selvityksellä halutaan ratkaista. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 63-64.)

4.1 Juurruttaminen kehittämistoiminnan menetelmänä

Juuruttamalla tapahtuvaan työyhteisön oppimiseen on olemassa useita erilaisia lähestymistapoja. Laurea ammattikorkeakoulussa on kehitetty oppimiskäsitys kehittämispohjaisesta oppimisesta, Learning by Developing, jossa oppimisen tarkoituksena on muuttaa toimintaa. (Partamies & Ahonen 2012, 15.)

Juuruttamalla tuotetussa opinnäytetyössä opiskelija tuo työyhteisöön tutkittua tietoa, jonka hän yhdistää työyhteisöstä hankkimaansa hiljaiseen tietoon tarkoituksenaan tuottaa työyhteisölle uusia työ- ja toimintatapoja. Juurruttamisen menetelmässä opiskelijan ohella myös työyhteisön työntekijä on aktiivinen ja oppiva toimija. Opiskelija ja työntekijä yhdessä pyrkivät löytämään työyhteisön toiminnan perusteita ja kehittämään niitä. (Partamies & Ahonen 2012, 15-17.)

Juuruttamisen vaiheittaisessa prosessissa on tärkeää vuorovaikutus ja johtajuus. Johtajuudella varmistetaan, että työntekijöillä on aikaa ja välineitä viedä kehittämissuunnitelmaa eteenpäin. (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 24.) Hyvä johtaja luo avoimen ja innostavan ilmapiirin, jossa on hyvä vuorovaikutus työntekijöiden välillä (Ora-Hyytiäinen 2006, 14-15).

Vuorovaikutus on väline, jolla mahdollistetaan tuotoksen muutos ja sitoutetaan henkilöstö muutokseen (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 24).

Juuruttaminen menetelmänä muodostuu seitsemästä prosessin vaiheesta (Kuvio 1). Ensimmäisessä vaiheessa löydetään muutoksen merkitys. Tässä vaiheessa on merkittävää, että mahdollisimman moni työntekijä kokee kehitettävän asian tärkeäksi ja merkitykselliseksi (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 25) ja kehittämistoiminnalle luodaan yhteinen tavoite (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 16). Eri organisaatiot, jotka osallistuvat kehittämistoimintaan, tuovat mukanaan omat päämääränsä, tarkoituksensa, tapansa ja totumuksensa (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 16).

Toisessa vaiheessa eli nykytilanteen kartoitusvaiheessa saatetaan esiin asiasta oleva näkyvä ja hiljainen tieto (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 25). Hiljainen tieto on toiminnassa olevaa äänetöntä tietoutta ja toimintana näkyvää tietoa. Hiljaisen tiedon muuttaminen sanoiksi ja numeroiksi on välttämätöntä sen jakamisen kannalta. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 4.)

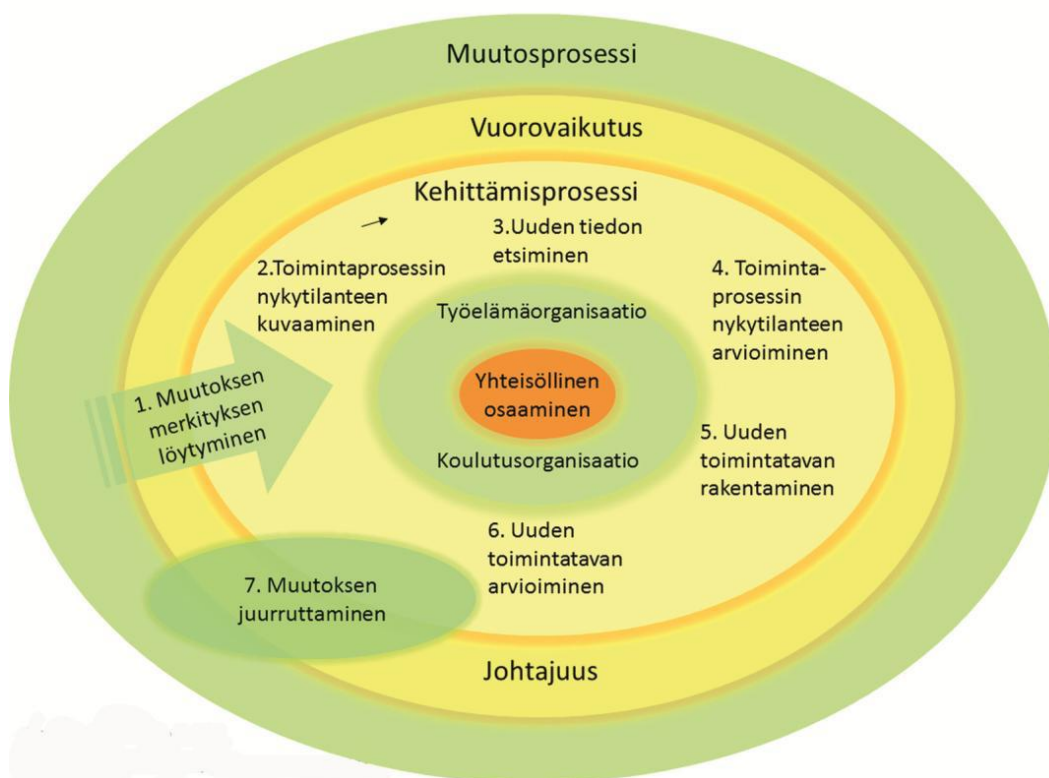
Kolmannessa vaiheessa haetaan uutta tietoa aiheesta, joilla toimintaa perustellaan (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 25). Tieto on teoreettista ja tutkittua ja sillä perustellaan organisaation/organisaatioiden olemassa olevaa näkyvää tietoa (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 4).

Neljännessä vaiheessa arvioidaan nykytilannetta ja työntekijät ymmärtävät muutoksen tarpeen saamansa uuden tiedon pohjalta. Tässä vaiheessa myös tunnistetaan kehittämistarpeet ja tehdään tarkempi suunnitelma ajan ja resurssien osalta. (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 25.)

Viidennessä vaiheessa systemaattisella tiedonhaulla tunnistetaan uusia erilaisia toimintatapoja. Työyhteisö vertaa teorian tietoa ja tutkimuksia. Näiden avulla oivalletaan ja tunnistetaan toimintatavan perustelujen muutokset sekä rakennetaan uusi toimintatapa. (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 25-26.)

Kuudennessä vaiheessa uutta toimintatapaa tai tuotoksen hyötyä arvioidaan kysymysten avulla (kuka hyödyntää, kuka hyötyy, miten hyödynnetään). Kysymysten avulla arvioidaan uutta tuotettua toimintatapaa ja tuodaan sen hyödyt esiin. Yhdessä mietitään kuinka tuotos sopeutetaan työyhteisöön osaksi uutta toimintatapaa. (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 26.)

Seitsemännessä vaiheessa muutos juurrutetaan työpaikalle. Juurruttaminen tapahtuu hyvässä vuorovaikutuksellisessa suhteessa. Muutosta seurataan ja arvioidaan työyhteisötasolla ja organisaatiossa, pienetkin hyödyt tulee tuoda esiin. Uusi toimintatapa voi tuoda myös esiin uusia kehittämiskohteita ja muutostarpeita. (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 26.)



Kuvio 1: Juurruttaminen ja sen vaiheet (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 27)

4.2 Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä

Nykytilanteen kartoitusvaiheessa aineistoa kerätään teemahaastattelulla haastattelemalla työntekijöitä ryhmähaastatteluna ja/tai yksilöhaastatteluina. Haastattelun tavoitteena on saada selville mitä kukin haastateltava ajattelee asiasta. Haastattelu on vuorovaikutuksellinen tilanne, jossa haastattelijan on suunniteltava ja ohjattava haastattelua, motivoitava haastateltavaa, tiedettävä oma roolinsa ja tehtävä tilanteesta haastateltavalle luotettava (Eskola & Suoranta 2005, 85).

Teemahaastattelussa aihepiirit ovat tiedossa, kysymykset on valittu teema-alueittain ja kysymyksillä pyritään löytämään vastauksia tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti (Eskola & Suoranta 2005, 86; Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 208; Tuomi & Sarajärvi 2009, 75). Kysymyksiä ei rakenneta valmiiksi, vaan haastattelu etenee valittujen teemojen alla, jotka on rakennettu teorian ja tutkimustiedon pohjalta. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä

vaikkakaan kysymykset eivät ole kaikille samat, mutta kysymysten teemat ovat. (Hirsijärvi & Hurme. 2001, 48-66.)

Teemahaastattelun etuna on, että vastaaja voi vastata kysymyksiin hyvin vapaamuotoisesti, jolloin vastauksista syntyneen materiaalin voidaan ajatella edustava haastateltavan mielipiteitä. Kysymysten teemat kuitenkin mahdollistavat sen, että vastausten sisältö käsittelee samoja aihealueita vastaajasta riippumatta. (Eskola & Suoranta 2005, 87-88.)

Ryhmähaastattelu on hyvä haastattelun muoto, kun haastateltavia yhdistää jokin tekijä. Tällöin haastateltavat ymmärtävät käsitteet ja unohtelu ja asioiden väärinymmärtäminen on vähäisempää. Ryhmä myös tukee ja rohkaisee toisiaan puhumaan. Ryhmähaastattelulla tavoitellaan asioiden ymmärtämistä ja oivaltamisista sekä tavoitellaan uusia ideoita. (Eskola & Suoranta 2005, 94-96.) Ryhmähaastattelua voidaan käyttää tutkimuksen alkuvaiheessa kun ollaan kiinnostuneita yhteisön näkemyksestä tiettyyn asiaan ja haetaan niille merkityksiä (Hirsijärvi & Hurme 2001, 61).

Puolistrukturoidussa haastattelussa käytetään sekä etukäteen määriteltyjä että avoimia kysymyksiä. Avoimien kysymyksien määrä ei voi olla kovin iso, koska silloin aineiston käsittely voi olla hyvin vaikea. Puolistrukturoidun haastattelulomakkeen käyttö nostaa strukturoitua haastattelua enemmän esiin uusia asioita ja antaa siten tutkijalle joustavuutta kehitettävän asian suhteen. (Puolistrukturoitu haastattelu 2012.)

4.3 Tiedonkeruuaineiston sisällönanalyysi

Aineistoanalyysillä tuotetaan uutta tietoa tutkittavasta asiasta (Eskola & Suoranta 2005, 137). Analyysivaiheessa tarkastellaan aineistosta esiin nousevia yhteisiä tekijöitä, tätä kutsutaan teemoitteluksi (Hirsijärvi & Hurme 2008, 138). Teemahaastattelussa kysymysten asettelussa käytetään aikaisempia tietoja tutkittavasta asiasta. Tutkittujen teemojen alle puretaan haastattelusta sellaiset kohdat, joista saadaan vastauksia kyseisiin teemoihin. Teemoittelu on siten teorian tiedon ja haastatteluaineiston yhdistelyä (Eskola & Suoranta 2005, 152, 179).

Sisällön erittelyssä aineistoa analysoidaan aineistolähtöisesti ja etsitään systemaattisesti samanlaisuuksia ja erilaisuuksia (Eskola & Suoranta 2005, 186). Analyysin avulla analysoidaan aineistolähtöistä (induktiivinen aineisto) ja teoreettista tietoa (deduktiivinen aineisto) ja tarkastellaan ilmiöiden yhteyksiä, seurauksia ja merkityksiä. Samaa asiaa merkitsevät informaat-ion yksiköt, esimerkiksi fraasit ja sanat, luokitellaan merkityksen perusteella samaan luokkaan valittujen teemojen alle (aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi). (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 22-28.)

4.4 Eettisyys kehittämistoiminnassa

Etiikan lähtökohtia ovat opit pahasta ja hyvästä sekä oikeasta ja väärästä. Etiikalla perustellaan oikeita ja hyviä toimintatapoja. Opinnäytetyössä eettisiä kysymyksiä nousee eri kohdissa opinnäytetyötä tehtäessä ja julkaistaessa. Tiedonhankintaan ja julkaisuun liittyvät tutkimuseettiset kysymykset ovat yleisiä ja hyväksytyjä. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23.)

Tutkimustyön etiikka opinnäytetyössä noudattaa hyvää tieteellistä näyttöä ja tarkkuutta tutkimuksen suorittamisessa. Kerätty aineisto on luotettavaa ja aineistona käytetyt viittaukset säilyvät alkuperäisen tutkijan ilmaisuina. Alkuperäiset aineistot, tulokset ja havainnot sekä lähdeviitteet on tarkasti esitetty. (Vilka & Airaksinen 2003, 78.)

Haastatteluilla kootut materiaalit esitetään opinnäytetyössä siten, että niistä ei voi tunnistaa haastateltuja henkilöitä. Haastattelumateriaalit säilytetään siten, että kukaan muu kuin opinnäytetyön tekijät eivät pääse niitä käsittelemään. Opinnäytetyön valmistuttua tekstit hävitetään asianmukaisesti. (Mäkinen 2006, 120.)

Tutkimukseen haetaan tarpeelliset haastatteluihin liittyvät luvat, joko henkilöiltä itseltään tai muulta taholta riippuen ketä tai keitä opinnäytetyötä varten haastatellaan (Laurea 2011,10).

5 Kehittämistoiminnan toteutus

Opiskelijat hakivat opinnäytetyön aihetta syyskuussa 2012, jonka jälkeen käynnistyi uuden tutkitun teorian tiedon kerääminen ikääntyneistä, selkokielestä, juurruttamisesta sekä kirjallisista potilasohjeista. Juurruttamisen ensimmäinen vaihe käynnistyi joulukuussa 2012 kun opiskelijat olivat sähköpostitse yhteydessä yhteistyöhenkilöihin ja kyselivät heidän nykyisiä käytänteitään ja toiveitaan kehittämiseksi (Liite 1). Tällöin myös tarkentui selkeäkielisen potilasohjeen sisällöksi varfariinihoitoa saavan potilaan potilasohje.

5.1 Nykytilanteen kuvaus ja kehittämiskohteen valinta

Ensimmäinen yhteinen tapaaminen tapahtui tammikuussa 2013, jolloin myös toteutettiin juurruttamisen toista, kolmatta, neljättä ja viidettä vaihetta. Tapaamiseen mennessä opiskelijat olivat keränneet tutkittua tietoperustaa selkeästä kielestä sekä selkeän kielen käytön periaatteista että tarpeellisuudesta. Tapaamisen aluksi opiskelijat kertoivat selkeän kielen tarpeen ja käytön tietoperustaa yhteistyöhenkilöille. Näin luotiin pohjaa muutoksen että kehittämiskohteen tarpeellisuuden ymmärtämiselle.

Tammikuussa tapahtuneessa tapaamisessa kuvattiin nykytilanne ja tuotiin esiin yhteistyöhenkilöiden hiljainen tieto varfiinihoitoisen potilaan selkeäkielisen potilasohjeen tarpeellisuudesta ja sen sisällöstä. Kuvaamisessa käytettiin ryhmämuotoista keskustelua, jota opiskelijat ohjasivat etukäteen laatimillaan kysymyksillä (Liite 2). Ohjattu vapaamuotoisen keskustelun piti ilmapiiriin rentona ja antoi mahdollisuuden omien mielipiteiden ilmaisulle. Keskustelu tapahtui aluksi opiskelijoiden ohjaamana ja myöhemmin myös opiskelijoiden opinnäytetyötä ohjaava opettaja tuli mukaan keskusteluun. Keskustelua ei nauhoitettu teknisistä ongelmista johtuen, vaan opiskelijat tekivät muistiinpanoja aiheesta koko keskustelun ajan. Luotettavuuden osalta muistiinpanojen käyttöä nauhoittamisen ja nauhoituksen litteroinnin sijaan tuki se, että toinen opiskelijoista oli tottunut olemaan kokouksissa ja toimimaan niissä sihteerinä.

Perusturvakuntayhtymä Karviaisen terveysasemilla ei ole yksiselitteistä mallia, kuinka usein tai miten varfariinihoitoisia potilaita ohjataan hoidon aloitusvaiheessa. Asiakkaat käyvät hoitajan vastaanotolla varfariinihoidon aloitusvaiheessa tarpeidensa mukaisesti noin 1-5 kertaa ensimmäisten viikkojen aikana. Ensimmäisellä kerralla ohjausaika asiakkaalle on varattu noin puoli tuntia. Joillakin terveysasemilla on käytössä INR-pikamittari, joka tukee asiakkaan ohjausta INR-arvojen ymmärtämisessä ja lääkityksen annostelussa. Kaikki asiakkaat käyvät INR-mittauksessa myös laboratoriossa. Kirjallisista ohjeista terveysasemilla on käytössä Suomen Sydänliitto ry:n laatima ohjekirjanen, Marevan-hoito. Joillakin hoitajilla on käytössä Eteisvärinä lisää aivohalvauksen riskiä -kuvakaavio, jolla he selkiyttävät asiakkaalle eteisvärinän ja aivohalvauksen yhteyttä.

Nykytilanteen kuvaamisen vaiheessa käy myös ilmi, että varfariinihoitoa ohjaavan hoitajan työkuva ja asiakkaiden ohjausmenetelmää ollaan Perusturvakuntayhtymä Karviaisen alueella kehittämässä kokonaan uudelleenlaiseksi valtakunnallisella Tunne pulssisi -hankkeella. Sydänliiton ja terveydenhuollon yhteistyönä toteutettavassa Tunne pulssisi osaprojektissa, Eteisvärinäpotilaiden hoitoketjun kehittäminen, pääpaino on potilasohjauksessa ja vertaistuessa.

Ryhmäkeskustelun pohjalta nousseiden aiheiden pohjalta päädyttiin selkeäkieliseen minioppaaseen varfariini-lääkehoitoa saaville potilaille. Oppaan pääasiallinen kohderyhmä on ikääntyvät varfariinihoitoa saavat potilaat, jotka tarvitsevat hoitajien ohjausta eniten.

5.2 Hiljaisen tiedon käsitteellistäminen

Yhteisessä keskustelussa asiakkaan varfariinihoitoa ohjaavien hoitajien kanssa pohdittiin kokemuksia ja tuntemuksia asioista, joita varfariini-lääkettä syövien asiakkaiden on vaikeinta ymmärtää ja mitkä ovat keskeisimpiä asioita varfariinia syövien asiakkaiden ohjauksessa sekä itsehoidossa. Keskusteluista nousseet asiat nostettiin omiksi ryhmiksi, joiden sisältö rakennettiin keskustelussa esiin nousseista asioista. Pääkäsitteiksi muodostui näin selkeäkielisyys, kirjallinen potilasohje ja arviointi. Näiden alakäsitteiksi muodostui selkeän kielen rakenne, selkeän kielen käytön periaatteet, yhteystiedot, ravitsemus, INR, annostelu, muut lääkkeet, luontaistuotteet, alkoholi, toimenpiteet, komplikaatiot ja verenpaine (Taulukko 2).

Päälouokka	Alaluokka
Selkeäkielisyys	Selkeän kielen käytön periaatteet Selkeän kielen rakenne
Kirjallinen potilasohje	Yhteystiedot Ravitsemus INR Marevanin® annostelu Muut lääkkeet ja Marevan® Luontaistuotteet ja Marevan® Alkoholi ja Marevan® Toimenpiteet ja Marevan® -lääkehoito Komplikaatiot Verenpaine

(jatkuu)

Arviointi	Ohjeiden käyttäminen terveysasemilla Ohjeiden luettavuus Tulosten yhteenveto Jatkosuunnitelma
-----------	--

Taulukko 2: Potilasohjeen laadintaa ohjaavat pää- ja alakäsitteet

5.3 Uuden potilasohjeen tuottaminen

Selkeäkielisen potilasoppaan kirjoittamista ohjasi ajatus, että se on suunnattu eteisvärinään varfariinia syöville asiakkaille, jotka tarvitsevat hoitajien ohjausta eniten. Marevan®-hoidon minioppaan pääotsakkeiksi valittiin hiljaisen tiedon käsitteellistämisvaiheesta esiin nousseet varfariini-hoidon keskeisimmät asiat, sekä asiat joista varfariinia syövät asiakkaat useimmiten kysyvät hoitajilta. Otsikoiden alle tulevan tekstin määrää rajasi se, että minioppaasta ei saanut tulla liian pitkä. Oppaassa varfariinista käytetään nimitystä Marevan®, joka on suomessa myyntiluvallisen varfariinilääkkeen kaupan nimi. Marevan® nimitys valittiin myös sen vuoksi, että se on puhekielessä oleva yleistynyt nimitys varfariinille.

Marevan®-hoidon minioppaan (liite 4) sisältö muodostui kahdeksasta varfariinihoidon onnistumista ohjaavasta keskeisestä asiasta, jotka nousivat esiin hiljaisen tiedon käsitteellistämisen vaiheessa.

Aluksi Marevan®-hoidon minioppaassa kerrotaan lyhyesti, miksi potilaalle on määrätty varfariinilääke ja kuinka varfariini vaikuttaa verihyytymien muodostumiseen. Toisessa otsikkoaiheessa käsitellään verikokeella seurattavan veren hyytymiskykyä mittaavan arvon, INR, tavoitetasoja ja mitä poikkeava arvo kertoo veren hyytymiskyvystä sekä kuinka poikkeava INR-arvo vaikuttaa lääkityksen annosteluun. Kolmannessa otsikkoaiheessa puhutaan, kuinka Marevan®-lääkkeen annokset ilmoitetaan, mihin kellonaikaan lääke olisi parhainta ottaa ja kuinka asiakkaan tulee toimia, jos hän unohtaa ottaa lääkkeensä tai hän vahingossa ottaa lääkkeensä kaksi kertaa päivän aikana.

Oppaan keskivaiheessa käsitellään neljää eri aihetta: muiden lääkkeiden, luontaistuotteiden, ruokien ja alkoholin vaikutuksista varfariinihoitoon. Jokaista aihetta käsitellään oman otsikonsa alla. Näistä aiheista on kerrottu keskeisimmät asiat sekä hiljaisen tiedon käsitteellistämisen vaiheesta esiin nousseet asiat, joita asiakkaat hoitajilta useimmiten kysyvät. Näiden otsikoiden alla on kerrottu, kuinka Marevanilla® ja monilla suun kautta nautittavilla aineilla tai yhdisteillä voi olla vakaviakin yhteisvaikutuksia keskenään sekä selitetty miksi asiakkaan on aina tärkeä kertoa lääkärille, farmaseutille syövänsä varfariinia. Ruokavaliossa on korostettu

ruokailun säännöllisyyttä sekä kerrottu miten ja kuinka paljon voi syödä niin sanotusti kiellettyjä ruoka-aineita.

Viimeiseksi on kerrottu erityistilanteista ja erityisistä asioista, joita varfariinia syövän asiakkaan tulee huomioida sairastuessaan, mennessään toimenpiteisiin tai mitä häiriöitä tai lisäsaivarauksia varfariinihoidosta voi syntyä ja kuinka hänen silloin tulee toimia. Marevan®-hoidon minioppaan loppuun on myös jätetty kirjoitustilaa, johon voi laittaa asiakkaalle tärkeitä hoitoa ohjaavien yhteistyötahojen puhelinnumeroita tai lisätä tietoa, joka asiakkaalle on tärkeää, mutta sitä ei ole oppaassa kerrottu.

Marevan®-hoidon miniopasta kirjoittivat opiskelijat, jotka lähettivät miniopasta arvioitavaksi työelämän edustajille. Työelämän edustajat lähettivät korjausehdotuksiaan ja arvioivat tekstin sisältöä, joiden mukaan oppaan sisältöä korjattiin.

Kirjoittamista ohjasivat selkeän kielen kirjoittamisen periaatteet. Kohderyhmä ja sisältö mietittiin. Kirjoitustyyli pidettiin aktiivi muodossa, jolloin se kohdentuu paremmin lukijaansa. Teksti pyrittiin pitämään positiivisena, kuitenkin niin, että varoittavat asiat on pidetty varoitavina, kuten; ”alkoholi ja Marevan®-lääkehoito on vaarallinen yhdistelmä”. Fontinkooksi valittiin 14. Suurin osa oppaan lukijoista on ikääntyneitä ja heillä voi olettaa olevan ongelmia lähinäön kanssa. Fontiksi valittiin Tahoma, koska siinä ei ole kirjaimissa loppupäätteitä. Lauseet pyrittiin pitämään lyhyinä. Sivulauseellisia lauseita käytettiin jonkin verran, jotta tekstin rakenne ja luettavuus pysyi sujuvampana.

Haasteellisinta minioppaan tekemisessä oli paperikoon ja taiton suunnittelu. Teksti tuli asettaa sivuille siten, että kappale ei jatku seuraavalle sivulle ja uusi aihealue alkaa mieluiten uudelta sivulta. Kuvat tuli asettaa siten, että se on aina aiheeseen liittyvän kappaleen perässä tai vieressä. Käyttöoikeudellisten kuvien vähyys aiheutti sen, että oppaaseen kuvatut kuvat täytyi ottaa itse, jolloin kuvien laatu jäi heikoksi. Paperikoossa päädyttiin A4 kokoon, joka taitetaan keskeltä A5 kokoiseksi lehtiöksi. Tulostusvaiheessa lehtiömallinen tulostus onnistuu, kun asetuksista valitaan tulostus, manuaalisesti paperin kummallekin puolelle, paperin suunnaksi vaaka ja kirjataitto.

5.4 Kehittämistoiminnan toteutuksen luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden lähtökohtana on tutkijan luotettavuus ja rehellisyys tutkimalleen asialle (Vilkkä 2005, 158-159.). Tutkimuksessa käytettävät käsitteet ja niiden määritelmät on perusteltava, sillä laadullisessa tutkimuksessa niitä voidaan käsitellä, määritellä, kuvata ja tulkita monesta eri näkökulmasta (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009,

157-160). Opinnäytetyössä prosessin luotettavuutta pyritään parantamaan kertomalla vaihe vaiheelta kuinka työ on toteutettu ja kuinka tuloksiin on päädytty.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää kohderyhmän, ei kuitenkaan tutkittavien, esihaastattelu. Esihaastattelulla voitaisiin vähentää varsinaisessa haastattelutilanteessa syntyviä virheitä, jotka heikentävät tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsijärvi & Hurme 2001, 72-73.) Opinnäytetyön tiukasta aikataulusta ja vähäisestä haastateltavien määrästä johtuen meillä ei ollut tähän mahdollisuutta.

Haastattelun kysymysten asettelun ja syntyneiden vastausten luotettavuutta lisää kuitenkin se, että haastateltavilla ja haastattelijoilla on terveydenhuollon koulutus sekä kokemusta asiakasohjauksesta. Ryhmähaastattelussa ryhmän on hyvä olla mahdollisimman yhtenäinen, jolloin kaikki ymmärtävät esitetyt kysymykset, käsitteet. Yhteisen ymmärryksen kautta keskustelusta saadaan vuorovaikutuksellinen ja keskustelijat pystyvät tukemaan toinen toisiaan, myös väärinymmärtäminen on vähäisempää, kun keskustelijat puhuvat keskenään tutuista asioista. (Eskola & Suoranta 2005, 94-97.)

Tutkimuksen kyselylomakkeiden luotettavuutta voidaan parantaa sillä, että samaa asiaa mitataan erilaisilla kysymyksillä. Luotettavuus perustuu siihen, että eri kysymyksistä saadut vastaukset ovat keskenään yhdensuuntaisia. Kehittämistoiminnassa toistettavuuden ongelmaa lisää se, että kyselylomakkeet joudutaan usein laatimaan varsin nopeasti ja saadut aineistot jäävät suppeiksi. (Toikka & Rantanen 2009, 122-123.) Kehittämistoimintana syntyneen selkeäkielisen potilasohjeen arviointia työntekijät suorittavat myöhemmin asiakkaille suunnatun arviointikaavakkeen avulla. Arviointikaavakkeen kysymykset on laadittu noudattaen selkeän kielen periaatteita ja samaan kysymykseen haetaan vastauksia eri tavoin muodostetuilla numeraalisilla, että avoimilla kysymyksillä.

6 Uusi toimintatapa

Seuraavissa luvuissa kuvataan uuden kehitetyn Marevan®-hoidon minioppaan tulevaa käyttöönottoa ja käyttöä sekä käsitellään uuden oppaan käytön juurtumiseksi osaksi työyhteisön perustoimintaa vaikuttavia asioita.

6.1 Toimintatavan kuvaus

Uusi kehitetty selkeäkielinen Marevan®-hoidon miniopas ei poissulje muiden oppaiden käyttöä. Marevan®-hoidon miniopas toimii hoitohenkilökunnalle asiakkaan ohjauksen tukena ja asiakkaalle ohjauksesta saamansa tiedon muistinvirkistykseenä.

Varfariini-hoidosta vastaava hoitaja arvioi asiakkaan selkeäkielisen Marevan®-hoidon minioppaan tarvetta keskustellessaan asiakkaan kanssa varfariinihoitoon liittyvistä asioista. Mikäli asiakkaalla on paljon kysymyksiä hoidosta ohjauksen aikana tai asiakas kertoo, ettei hän ole ymmärtänyt saamiensa ohjeita, antaa hoitaja asiakkaalle selkeäkielisen oppaan. Hoitaja käy asiakkaan kanssa oppaan lävitse ja näin varmistaa, että asiakas on ymmärtänyt saamaansa tietoa. Oppaan loppuun on jätetty pari tyhjää sivua, joihin asiakas itse tai ohjaava hoitaja voi täydentää juuri tälle asiakkaalle oleellista tietoa hänen sairautensa itsehoidon parantamiseksi.

Hoitaja, joka ohjaa varfariinia syöviä potilaita, joutuu ammattitaitonsa ja sisäisen tuntemuksensa avulla miettimään, kuka tai ketkä ovat niitä henkilöitä, jotka kehitetystä oppaasta hyötyvät. Tällainen malli luo kuitenkin eettistä ristiriitaa, että ovatko kaikki potilaat silloin samassa asemassa saamansa ohjauksen suhteen. Tämä ristiriita voidaan pois sulkea sillä, että selkeäkielistä opasta käytetään apuna jokaisen varfariinia syövän potilaan ohjaustilanteessa. Potilas voi näin itse päättää, onko selkeäkielinen opas hänelle tarpeellinen vai ei. Tällaisessa toimintatavassa myös arviointikaavakkeiden vastauksista voidaan päätellä, kuinka suuri prosentti asiakasryhmästä kokee selkeäkielisen oppaan hyväksi ja itselleen tarpeelliseksi.

6.2 Toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön

Se, kuinka lähellä kehittämistyö on organisaation perustoimintaa, vaikuttaa hyvin paljon kehitetyn työn juurtumiseen. Kun hanke on perustettu perustoiminnassa näkyviin ja todettuihin puutoksiin, lisää se organisaation kiinnostusta ja työntekijät kokevat sen omakseen. Johdon sitoutuminen ja halu vaikuttaa kehittämistyöhön lisää tuotteen juurtumista käytäntöön. (Peltonen & Vuorento 2007, 74-76, 83.)

Marevan®-hoidon minioppaan juurruttaminen osaksi työpaikan käytäntöä käynnistyi jo siinä vaiheessa, kun opiskelijat tapasivat hoitohenkilöstöä ensimmäistä kertaa. Ensimmäisessä tapaamisessa keskusteltiin heidän nykyisestä perustoiminnasta, tulevasta muutoksesta (Tunne pulssisi -projekti) sekä nykyisen ja tulevan käytännön ongelmakohdista. Näin työntekijät ovat alusta alkaen motivoituneita ja kiinnostuneita kehittämään sekä käyttämään selkeäkielistä opasta.

Kehittämistyön sisällöllinen kuvaaminen raportein ja julkaisuin on tärkeää. Näin tuotettu hiljainen tieto ja osaaminen eivät jää vain hankehenkilöstön sisäiseksi tiedoksi, joka häviää henkilöiden siirryttyä muihin tehtäviin (Peltola & Vuorento 2007, 97). Kehittämistoiminnasta syntyneen raportin ja tuotoksen antaminen toimeksiantajalle ei kuitenkaan merkitse vielä hankkeen loppumista, vaan siitä on vielä tiedotettava kehittämistyötä koskevalle ryhmälle (Vilkkä 2005, 66) ja järjestettävä koulutuksia, jotta hanke juurtuisi ja leviäisi (Peltola & Vuorento 2007, 97).

Tämän oppinäytetyön osalta muutoksien juurruttaminen työpaikalle osaksi perustoimintaa alkaa opiskelijoiden julkaisuseminaarissa toukokuussa 2013. Julkaisuseminaarissa opiskelijat esittelevät oppinäytetyön kulkua ja tuovat esille oppinäytetyön lopputuotoksen sekä kehittämisehdotukset. Julkaisuseminaariin on kutsuttu kehittämistoiminnassa mukana olleen työyhteisön edustajat.

Oppinäytetyötä ja kehittämistoiminnasta syntynyttä opasta opiskelijat ovat esitelleet myös myöhemmin toukokuussa Laurea Lohjan aikuisten hoitotyöopiskelijoiden Nummelassa järjestettävällä perusturvakuntayhtymä Karviaisen hoitohenkilöstölle suunnatussa tietoisukupäivässä.

Kehittämishankkeet juurtuvat ja kehittyvät käyttökelpoisiksi ajan kuluessa. Useamman toimijan tehdessä työtä saman asian kanssa, asiat vähitellen kypsyvät ja edistyvät myös laajemmalle alueelle. Kehittämistyön ajattelu- ja työtavat jäävät hankkeeseen osallistujien mieleen ja muotoutuvat tilanteen mukaan vakiinnuttamalla itsensä vähitellen osaksi toimintaa. (Peltola & Vuorento 2007, 100.)

Marevan®-hoidon minioppaan käytön arvioiminen ja juurruttaminen jatkuvat työyhteisössä vielä varsinaisen oppinäytetyön loputtua. Oppinäytetyötä tehneet opiskelijat ovat tehneet työyhteisölle arviointilomakkeen (liite 3), jolla he voivat kerätä palautetta potilailta. Palautteen pohjalta työyhteisö arvioi ja kehittää minioppaan käyttöä sekä sisältöä. Marevan®-hoidon miniopas on herättänyt mielenkiintoa myös perusturvakuntayhtymä Karviaisen ulkopuolella, joten on mahdollista, että toteutuksessa mukana ollut työyhteisö tulee jatkossa tekemään yhteistyötä myös toisen kuntayhtymän terveydenhuollon kanssa oppaan arvioinnin ja jatkokehittämisen osalta.

7 Kehittämistoiminnan lopputuotoksen ja jatkokehittämisen arviointi

Kehittämistoiminta on jatkuva prosessi, jossa toimintaa ja tuotetta arvioidaan aina uudestaan ja uudestaan (Toikko & Rantanen 2009, 66). Kehittämistoiminnan käyttökelpoisuutta voidaan arvioida joko tulosten tai prosessin näkökulmasta. Keskeisintä arvioinnissa on, kuinka sitä voidaan käyttää joko projektin ohjauksessa tai tavoitteiden tarkentamisessa. Kehittämistoiminnassa käyttökelpoisuus ennen kaikkea tarkoittaa kehittämisprosessissa syntyneen tuotoksen käyttökelpoisuutta. (Toikko & Rantanen 2009, 125.)

Opiskelijan ollessa työharjoittelussa toisen alueen terveysasemalla harjoittelupaikan ohjaaja oli kysynyt opiskelijalta tämän opinnäytetyön aihetta. Opiskelija kertoi aiheen ja menetelmän sekä näytti kehittämistoimintana syntynyttä selkeäkielistä opasta. Ohjaajan mielestään potilasohjeet ovat ajankohtaiset, selkeät ja kattavat. Ohjaaja antaa omalla työpaikallaan varfariini-hoidossa oleville ihmisille ohjausta. Tämä toisen terveysaseman työntekijä haluaisi saada tehdyn Marevan®-hoidon minioppaan käyttöönsä. Kehittämistoimintana tuotetun oppaan herättämä mielenkiinto kehittämistoiminnan ulkopuolisessa terveydenhuollon yksikössä nostaa opinnäytetyötä tehneiden opiskelijoiden mielestä kehitetyn ohjeen tarpeellisuutta ja käytettävyyttä.

Arvioinnissa käytetään sekä tieteellisiä että ei-tieteellisiä menetelmiä (esimerkiksi kaavakkeet ja piirroukset). Erilaisten menetelmien perusteella rakennetaan arvioinnin raportointia. Arvioinnissa sekä numeraalisen että sanallisen tiedon käyttö helpottavat tulosten hahmottamista. (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 48.)

Kehittämistoiminnan lopputuotoksena syntyneen selkeäkielisen oppaan arviointi alkaa tämän oppinäytetyön osalta asiakkaille annetun arviointilomakkeen (Liite 3) avulla. Varfariinihoitoa ohjaava hoitaja antaa asiakkaan ohjauksen lopuksi tälle lomakkeen Marevan®-hoidon minioppaan arviointia varten ja kertoo arviointilomakkeen täyttämisen tärkeydestä. Arviointilomakkeen mukana annetaan asiakkaalle valmiiksi osoitettu ja maksettu kirjekuori, jotta asiakas voi palauttaa vastauksensa ilman tunnistamisen vaaraa. Vastaukset analysoidaan ottamalla huomion sekä sanallinen että numeraalinen tieto.

Opiskelijat laativat arviointilomakkeen työyhteisölle. Lomakkeen teossa huomioitiin selkeän kielen käytön periaatteita, kuten sinä muoto, lyhyet lauseet ja valintojen yksinkertaisuus. Valintojen yksinkertaisuutta tuotiin esiin asettamalla valmiit vastausvaihtoehdot muotoon kyllä - ei - en osaa sanoa. Arviointilomakkeen fontin kooksi jouduttiin valitsemaan suosituksia pienempi fontinkoko, koska kysely haluttiin mahduttaa yhdelle A4 paperille, jotta arvioinnin tekeminen ei tuntuisi asiakkaasta pitkältä ja aikaa vievältä, jolloin hän saattaa jättää kyse-

lyyn vastaamatta. Tarpeen vaatiessa työyhteisön on kuitenkin helppo suurentaa arviointikaavakkeen fonttikokoa, koska arviointikaavake on toimitettu heille sähköisenä kopiona.

Arviointikaavakkeen kysymykset muotoiltiin siten, että saataisiin vastauksia sisällöllisiin kysymyksiin: saiko asiakas oppaasta tarvitsemaansa tietoa, auttoiko tai auttaako opas asiakasta hänen sairautensa hoidossa, oliko oppaan antama tietomäärä eri osa-alueilla riittävää ja mistä asiakas haluaisi lisää tietoa. Oppaan luettavuuteen, ymmärrettävyyteen ja tarpeellisuuteen haettiin myös vastauksia, jotta työyhteisö voisi jatkossa arvioida, tarvitaanko selkeäkielisiä potilasohjeita, sekä kuinka suuri joukko vastaajista kokee tai ei koe selkeäkielisen oppaan itselleen tarpeelliseksi. Asiakkaiden palaute selkeäkielisen oppaan tarpeellisuudesta antaa työyhteisölle tietoa siitä, että onko jatkossa tarpeen tehdä myös muut potilasohjeet selkeäkielisyys huomioiden.

Arviointilomakkeen luotettavuutta lisättiin sillä, että samoihin asioihin haetaan vastauksia eri tavoin muodostetuilla kysymyksillä. Samoihin asioihin vastauksia hakevat kysymykset pyrittiin muotoilemaan siten, että vastaajalle ei tule vaikutelmaa, että samoja asioita toistetaan.

Marevan®-hoidon miniopas on otettu työyhteisössä käyttöön toukokuun alussa 2013. Opasta käytetään ohjauksen tukena ja arviointia kerätään asiakkailta kuusi kuukautta eli lokakuun 2013 loppuun. Näin pitkä palautekeruu aika sen vuoksi, että kesälomakausi sijaisineen vaikuttaa hoitajien työskentelytapoihin ja että palautetta saadaan kerättyä riittävästi.

Asiakkaiden täyttämien arviointikaavakkeiden perusteella hoitajat tekevät oppaan käytöntarpeen ja jatkokehittämisen arviointia. Arviointikaavakkeen avulla haetaan asiakkaiden mielipiteitä minioppaan käytön tarpeellisuudesta, tietosisällön riittävydestä ja sisällön kehittämisestä. Arviointikaavakkeella asiakkaat arvioivat myös minioppaan kielen luettavuutta ja ymmärrettävyyttä.

Oppaan sisällön muuttamisessa hoitajat käyttävät avukseen selkokielen ja selkeän kielen periaatteita, josta puhuttu tämän oppinäytetyön osiossa 3.3. Hoitajat hyödyntävät myös selkeän kielen käytössä eurooppalaista selkokielistandardia ”Tietoa kaikille. Helppolukuinen ja ymmärrettävä teksti”, jonka internetin linkkitiedon opiskelijat ovat lähettäneet työyhteisölle sähköpostitse.

Lähteet

- Alanen, R. & Huhtala, H. 1993. Vanhusten selkokielen tarve. Vanhustyön keskusliitto. Tampereen sosiaalialan oppilaitos.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. 7. painos. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. 15.uudistettu painos. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Linnankylä, P., Malin, A., Blomqvist, I. & Sulkunen, S. 2000. Lukutaito työssä ja arjessa. Aikuisten kansainvälinen lukutaitotutkimus Suomessa. Jyväskylä: ER-paino Ky.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. 2012. Juurruttaminen kehittämistoiminnan menetelmänä. Teoksessa: Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. ja Partamies, S. Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla, tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Laurea julkaisut. 2012. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Partamies, S. & Ahonen, O. 2012. Oppiminen juurruttamisessa. Teoksessa Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. ja Partamies, S. Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla, tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Laurea julkaisut. 2012. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Poskiparta, M. 2010. Voimavaralähtöisen potilasohjauksen lähtökohdat. Teoksessa: Jauhainen, A. (toim.) Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. Savonia-ammattikorkeakoulun julkaisusarja D2/14/2010. Kuopio: Kopijyvä.
- Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. 2010. Geriatria. Helsinki: Duodecim.
- Toikka, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Vilkka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Virtanen, H. 2002. Selko-opas. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Virtanen, H. 2009. Selkokielen käsikirja. Tampere: Esa Print Oy.

Artikkelit

Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2005. Juurruttamalla hoitotyön kehittämiseen. *Pro terveys* 6/2005, 4-7.

Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2006. Juurruttaminen hoitotyön kehittämistoiminnassa. *Pro terveys* 2/2006, 16-19.

Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 2/2007 (19), 51-63.

Ora-Hyytiäinen, E. 2006. Pitkäkestoisen muutosprosessin johtaminen. *Pro terveys* 5/2006, 14-17.

Paul, F., Hendry, C. & Cabrelli, L. 2004. Meeting patient and relatives' information needs upon transfer from an intensive care unit: the development and evaluation of an information booklet. *Journal of Clinical Nursing* 13/2004, 396-405.

Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M., Pulkkinen, M-L. & Leino-Kilpi, H. 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. *Hoitotiede*. 17(4)/2005, 217-228.

Salminen-Tuomaala, M., Kaappola, A., Kurikka, S., Leikkola, P., Vanninen, J. & Paavilainen, E. 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva hoitotyö*. 8(4)/2010, 21-27.

Internet

Eteisvärinä. 2012. Käypä hoito -suositus. Viitattu 3.01.2012.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50036.pdf>

Eteisvärinä. 2013. Suomen Sydänliitto ry. Viitattu 10.4.2013.
<http://www.sydänliitto.fi/eteisvarina-tieto>

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. Viitattu 10.5.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Katetriablaatio. 2012. Viitattu 8.01.2012.
http://www.biotronik.com/wps/wcm/connect/fi_fi_web/biotronik/sub_top/patients/Disease_s_and_diagnoses_en/Katetriablaatio

Kotimaisten kielten keskus. 2012. Viitattu 21.10.2012.
<http://www.kotus.fi/index.phtml?s=453>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 1.11.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Viitattu 10.5.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Viitattu 12.10.2012.
http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

- Mustajoki, P. & Ellonen, M, 2012a. Eteisvärinä (flimмери). Viitattu 3.1.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00015
- Mustajoki, P. & Ellonen, M. 2012b. Tietoa potilaalle: Verenohennuslääkkeet (antikoagulaatiohoito, Marevan-hoito). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 2.4.2013.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=antikoagulaatiohoito
- Numminen, H. & Vesala, H. 2012. Ikääntymisen määrittely. Kehitysvammaliitto. Viitattu 11.11.2012.
<http://verneri.net/yleis/kehitysvammaisuus/ikaantyminen/muutokset/maarittely.html>
- Paukama, M. 2012. Varfariinihoidon ohjaus. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 10.4.2013.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=varfariinihoito
- Peltola, U. & Vuorento, M. 2007. Juurruttamisen edistäjät ja estäjät. Kokemuksia työllistymispalvelujen kehittämishankkeista. Kuntoutussäätiön Työselosteita 33/2007. Viitattu 12.4.2013. http://www.kuntoutussaatio.fi/files/172/Juurruttamisen_edistajat_ja_estajat.pdf
- Perusturvakuntayhtymä Karviainen. 2013. Viitattu 19.4.2013. <http://www.karviainen.fi/>
- Pumppu-hanke. 2012. Viitattu 21.10.2012.
http://www.laurea.fi/fi/cofi/hankkeet/Documents/pumppu_A4_suomi.pdf
- Puolistrukturoitu haastattelu. Viitattu 22.11.2012. <http://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/02/>
- Raatikainen, P. 2012. Antikoagulaatiohoidon aiheet ja toteutus eteisvärinässä. Lääkärin käsikirja. Viitattu 2.4.2013.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=antikoagulaatiohoito
- Raatikainen, P. 2011. Eteisvärinän toteaminen ja tutkimukset. Viitattu 9.5.2013.
http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00355
- Selkokielen tarve. 2012. Viitattu 12.10.2012.
<http://papunet.net/selkokeskus/teoriaa/selkokielen-tarve.html>
- Selkokielen määritelmä. 2012. Viitattu 12.10.2012.
<http://papunet.net/selkokeskus/teoriaa/maaritelma.html>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. Ikääntyminen kansainvälisen ja kansallisen toiminnan kohteena. Viitattu 11.11.2012. <http://pre20031103.stm.fi/kvt/suomi/ikaanrap.htm>
- Suomen Sydänliitto ry. 2012. Viitattu 4.12.2012. <http://www.sydanliitto.fi/tunne-pulssisi-hanke>
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. 30.12.2010/1326. Viitattu 10.5.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Tiililä, U. 2011. Hyvä hallinto - kielenkäytön kysymys. Kielikello 1/2011. Viitattu 23.1.2013.
<http://www.kielikello.fi/index.php?mid=2&pid=11&aid=2314>
- Tilastokeskus. 2012. Väestöennuste 2012 iän ja sukupuolen mukaan alueittain 2012 - 2040. Viitattu 23.1.2013. <http://pxweb2.stat.fi/Dialog/Saveshow.asp>
- Tietoa kaikille. 2010. Helppolukuinen ja ymmärrettävä teksti -eurooppalainen selkokielistandardi. Viitattu 12.10.2012. http://www.selko-e.fi/selko/tietoa_kaikille_2laitos.pdf
- Tunne Pulssisi -hanke. 2012. Tunne Pulssisi -hanke. Viitattu 3.6.2013.
<http://www.sydanliitto.fi/tunne-pulssisi-hanke>

Yhdenvertaisuuslaki 20.1.2004/21. Viitattu 10.5.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20040021>

Muut lähteet

Blek-Vehkaluoto, M. 2012. Tunne pulssisi luentokalvot 19.12.2012. Helsingin Sydänpiiri.

Eteisvärinä. 2011. Suomen Sydänliitto ry, 2011 päivitetty versio. Paino: Kuriiri ry.

Laurea. 2011. Laurean opinnäytetyöohje. Laurea-ammattikorkeakoulu.

Marevan-hoito. 2012. Suomen Sydänliitto ry, 2012 uudistettu painos. Paino: Kuriiri ry.

Kuvat

Kuva 1: Eteisvärinän kulku (Eteisvärinä 2012)	144
---	-----

Kuviot

Kuvio 1: Juurruttaminen ja sen vaiheet (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 27)	233
--	-----

Taulukot

Taulukko 1: Eteisvärinässä käytetyt hoitomuodot (mukailen Eteisvärinä 2012.)	16
Taulukko 2: Potilasohjeen laadintaa ohjaavat pää- ja alakäsitteet	28

Liitteet

Liite 1 Lähtötilanteen kartoitus	41
Liite 2 Nykytilankartoitus.....	42
Liite 3 Arviointikaavake.....	43
Liite 4 Marevan®-hoidon miniopas.....	44

LÄHTÖTILANTEEN KARTOITUS

Hei!

Olemme kaksi aikuispuolen sairaanhoitaja opiskelijaa. Teemme alueellenne opinnäytetyötä selkeäkielisyys eteisvärinäpotilaan potilasohjeessa. Potilasohjeessa on tarkoituksena selkeällä kielellä kuvat eteisvärinän ja aivoinfarktin yhteyttä sekä lääkityksen merkitystä että tärkeyttä eteisvärinän hoidossa.

Tarvitsisimme teiltä hieman taustatietoja, jotta voisimme kehittää työtämme ja sen tutkimustapaa eteenpäin. Jos voisitte vastata seuraaviin kysymyksiin, niin pystyisimme miettimään tarkemmin työmme toteutustapaa ja tutkimuskysymysten asettelua.

1. Onko teillä nyt käytössä jokin potilasohje eteisvärinäpotilaalle ja koetteko sen toimivaksi? Onko mahdollista, että lähetätte meille käytössä olevan potilasohjeenne?
2. Miten olette mukana Tunne pulssisi -projektissa?
3. Kuinka moni hoitaja yksikössänne osallistuu eteisvärinäpotilaan hoidon ohjaukseen?
4. Kuinka usein potilaat käyvät vastaanotollanne?
5. Miten koette selkeäkielisyyden tarpeen potilasohjeessa?
6. Onko teillä ideoita/ tarpeita miten opinnäytetyömme palvelisi parhaiten asiakkaitanne/ työtänne/ työyhteisöänne?
7. Mitä muuta haluaisitte sanoa ja mitä toivotte meiltä yhteistyön merkeissä?

Ystävällisin terveisin

Elena Villival`d

Minna Komppa

NYKYTILANKARTOITUS

Menetelmä: ryhmähaastattelu

1. Mitä asiaa / asioita varfariinia syövän asiakkaan on vaikeinta ymmärtää?
2. Mistä / mitä varfariinia syövät asiakkaat kysyvät useimmiten?
3. Mikä asia / mitkä asiat sinun mielestäsi tuottaa / tuottavat eniten vaikeuksia asiakkaalle hänen sairautensa itsehoitoa ajatellen?
4. Mitkä aihealueet mielestäsi selkeäkielisessä oppaassa tulisi käsitellä?

ARVIOINTILOMAKE

Hyvä vastaaja

Pyydämme arviotasi Marevan®-hoidon minioppaasta. Arviosi avulla kehitämme oppaan sisältöä ja arvioimme sen käytön tarpeellisuutta. Pyydämme sinua rastittamaan sinulle sopivimman vaihtoehdon. Avoimiin kohtiin voit kirjoittaa vapaasti mielipiteesi.

	kyllä	ei	en osaa sanoa
Saitko mini-oppaasta tarvitsemaasi tietoa?			
Auttaako opas sinua hoitamaan sairauttasi paremmin?			
Oliko saamasi tieto riittävää seuraavilla osa-alueilla:			
Miksi Marevan®-hoito			
INR-seuranta			
Marevan® annostelu			
Marevan® ja muut lääkkeet			
Luontaistuotteet ja Marevan®-lääke			
Ruokavalio ja Marevan®-lääkehoito			
Marevan®-lääkitys ja alkoholi			
Erityistilanteet			
Onko oppaan teksti ymmärrettävää?			
Onko oppaan tekstiä helppo lukea?			
Onko oppaan ulkoasu miellyttävä?			
Onko opas sinulle tarpeellinen?			

Miltä osa-alueelta kaipaisit enemmän tietoa?

Mitä kysymyksiä sinulle heräsi opasta lukiessasi?

Haluaisitko vielä sanoa jotain oppaasta, mitä?

Kiitos vastauksestasi!

Marevan®-hoidon miniopas

Miksi Marevan®-hoito?

Monissa sairauksissa verellä on taipumusta hyytyä verisuonissa tai sydämessä ilman ulkoista vauriota, joka lisää verisuonitukosten riskiä. Sinulla on todettu lisääntynyt verisuonitukosten riski. Saat siihen veren hyytymistä estävää lääkettä, Marevania®.

Marevan®-lääke ehkäisee verihyytymien kehittymistä ja jo syntyneiden verihyytymien kasvua. Marevan®-lääkitys voi olla pysyvä tai tilapäinen.

INR-seuranta

Veresi hyytymistä seurataan säännöllisillä verikokeilla. Veren hyytymiskyky ilmoitetaan INR-arvona. Terveen ihmisen normaali INR-arvo on 1.

Tavallisesti INR-arvon tavoitetaso Marevan®-lääkettä syövillä potilailla on 2,0 - 3,0. Jokaisen Marevan®-lääkettä syövän potilaan INR-arvo on yksilöllinen. Tavoitearvosasi voi olla myös eri kuin 2,0 – 3,0, sen määrittää aina lääkärisi.

Jos INR-arvosasi on alle tavoitetason, verisuonitukoksen vaarasi kasvaa. Verisuonitukoksen vaaraa pienennetään lisäämällä Marevan®-lääkkeesi annosta. Esimerkiksi jos INR-alarajatavoitearvosasi on 2,0 ja verikokeissa saadaan tulos 1,6 niin lääkityksesi annosta nostetaan.

Jos INR-arvosasi on suurempi kuin tavoitetasosi, verenvuotoriskisi kasvaa. Verenvuodon riskiä vähennetään pienentämällä Marevan®-lääkkeesi annosta. Mitä suurempi INR-arvo on, sen suurempi riski on saada verenvuoto.

Marevan® annostelu

Marevan®-lääkkeen annos määrätään viikkoannoksena. Annos jaetaan mahdollisimman tasaisesti viikon jokaiselle päivälle. Marevan®-hoitajasi ilmoittaa sinulle, kuinka monta tablettia otat minäkin viikon päivänä. Tätä annostelua toteutat aina seuraavaan INR-mittaukseen saakka. Seuraava INR-mittaus tehdään vähintään kaksi vuorokautta ennen nykyisen annosmääräyksen loppumista.

Marevan®-lääkkeen päiväannos otetaan joka päivä samaan aikaan. Suositeltavinta on, että otat Marevan®-lääkkeesi kello 16 jälkeen. Pyri ottamaan lääkkeesi aina samaan aikaan, joko ennen tai jälkeen aterian. Annokset voidaan jakaa lääkeannostelijaan eli dosettiin. Dosetti auttaa sinua muistamaan ottamaan lääkkeesi joka päivä samaan aikaan.



Tärkeintä lääkkeen annostelussa on pysyä viikkoannoksessa. Mikäli unohdat ottaa Marevan®-lääkkeesi, ota se heti kun huomaat unohduksen. Jos huomaat tänään, että unohdit eilen ottaa lääkkeen, ota eilinen annoksesi yhdessä tämän päivän annoksen kanssa.

Mikäli otat vahingossa saman päivän aikana Marevan®-lääkkeesi kaksi kertaa, vähennä huomenna annoksestasi tänään ottamasi ylimääräinen annos. Mikäli olet epävarma lääkkeesi annostelusta, ota yhteyttä Marevan®-hoitajaasi.

Marevan®-lääkkeen annostelu on aina yksilöllinen. Oma annosta ei voi verrata ystävän tai tuttavän ottamiin annoksiin.

Marevan® ja muut lääkkeet

Monet lääkkeet vaikuttavat voimistavasti tai heikentävästi Marevan®-lääkehoidon tehoon. Lääkärissä muista aina mainita syöväsi Marevania®, jotta lääkäri voi tarkistaa lääkkeiden yhteensopivuuden.

Monet apteekista reseptivapaasti ostettavat lääkkeet lisäävät Marevan®-lääkettä syövien verenvuotoriskiä. Ostaessasi reseptivapaita lääkkeitä, kysy apteekin farmaseutilta lääkkeen soveltuvuudesta sinulle.

Tilapäisiin särkyihin ja kuumeeseen sopii parhaiten parasetamoli (kuten Panadol®, Pamol®). Parasetamolia ei saa syödä yli viikkoa ja annokset on pidettävä lääkepakkauksen ohjeiden mukaisina.

Luontaistuotteet ja Marevan®-lääke

Luontaistuotteet vaikuttavat Marevan®-lääkehoidon tehoon. Yleinen ohje on, että luontaistuotteita ei tule syödä.

Vitamiini ja kalaöljyt vaikuttavat myös Marevanin® tehoon. Turvallisinta on saada vitamiinit ja kalaöljyt monipuolisesta ja terveellisestä ruokavaliosta.

Luontaistuotteiden, vitamiinien ja kalaöljyjen käytöstä pitää aina neuvotella oman lääkärin kanssa.

Ruokavalio ja Marevan®-lääkehoito

Monipuolinen ja terveellinen ruokavalio Marevan®-lääkehoidon aikana on tärkeää. Tärkeää on, että ruokailutottumuksesi olisivat samankaltaisia joka päivä.

Usein kuulee, että vihreät kasvikset kuten pinaatti, ruusukaali ja lehtikaali ovat kiellettyjä. Asia ei ole näin. Vihreitä kasviksia saa syödä normaalisti muun aterian lisänä. Erilaisilla kasviksilla täytetään puolet ruokalautasesta.



Vihreitä kasviksia ei kuitenkaan saa syödä yhdellä kertaa suuria määriä. Esimerkiksi hernekeittoa voit syödä lautasellisen päivän aikana. Muilla aterioilla tulee syödä jotain muuta kuin hernekeittoa.

Myös kasviksia ja marjoja saat syödä normaalisti. Joka päivä on hyvä syödä yhteensä kuusi kourallista kasviksia, marjoja ja hedelmiä. Marja-aikaan kesällä ja syksyllä kannattaa välttää kerrallaan runsasta marjojen syöntiä. Suositeltava määrä on syödä 2 dl marjoja päivässä.

Sitrushedelmiä saat syödä normaalisti. Ainoastaan greippi- ja karpalomehua ei saa juoda, sillä ne lisäävät lääkkeen tehoa.

Kasvissyöjän ja laihduttajan kannattaa neuvotella oman lääkärin kanssa ruokavaliostaan, lääkityksestään ja INR-arvojen seurannasta. Laihduttaminen vaikuttaa Marevan®-lääkehoitoon ja vaatii tarkkaa INR-arvojen seurantaa. Paastoa ei suositella Marevan®-lääkehoidon aikana.

Marevan®-lääkitys ja alkoholi

Alkoholi ja Marevan®-lääkitys on vaarallinen yhdistelmä. Alkoholi voi heikentää tai voimistaa Marevanin® tehoa. Kerralla juotu suuri alkoholimäärä suurentaa verenvuodon vaaraa. Humala myös lisää kaatumisriskiä, jonka seurauksena voi tulla vakava verenvuoto.

Pitkään jatkunut pientenkin alkoholimäärien juonti nopeuttaa Marevanin® poistumista elimistöstä, jolloin tukosriski kasvaa. Seurauksena voi olla vakava aivoinfarkti tai tukos jossain muualla elimistössä, mikä vaatii aina sairaalahoitoa.

Satunnaisesti alkoholia saa ottaa 1-2 annosta vuorokaudessa. Yksi annos on pullo olutta tai 12 cl viiniä tai 4 cl vahvaa alkoholia.

Erityistilanteet

Lääkärin tai hammaslääkärin vastaanotolle mennessäsi kerro aina etukäteen Marevan®-lääkehoidostasi. Kerro myös lääkärille Marevan®-lääkehoidostasi leikkaukseen tai toimenpiteeseen mennessäsi. Marevan®-lääkehoidossa olevilla liittyy leikkaukseen vuotoriski. Ennen leikkausta Marevan®-lääkehoito laitetaan usein tauolle, taukojen pituudesta päättää lääkäri.

Marevan®-lääkehoitoon liittyy aina vaaratekijöitä. Lääkehoidon aikana saatu vamma voi aiheuttaa normaalia suuremman verenvuodon tai sisäisen verenvuodon.

Sinun tulee hakeutua välittömästi päivystykseen jos sinulla on pään-, selän- tai vatsavamman jälkeen kovaa kipua, heikotusta, puutumista tai suuria mustelmia.

Päivystykseen tulee myös hakeutua, jos sinulla on verenvuoto, jota et saa tyrehtymään.

Äkillinen korkea kuume voimistaa Marevan®-lääkehoidon tehoa.

Varaa aika lääkärille, jos sinulla on korkean

kuumeen lisäksi kovaa pääkipua, suuria mustelmia tai voimakasta heikotusta, johon lepo ei auta.



Korkea verenpaine tulee aina hoitaa. Korkea verenpaine Marevan®-lääkehoidossa olevilla voi aiheuttaa kallonsisäistä verenvuotoa.

Jos verenpaineesi on jatkuvasti yli 140/90 mmHg, varaa aika terveysasemalle, jotta verenpainettasi voidaan seurata ja hoitaa.



Lisätietoja Marevan®-lääkehoidostasi saat tarvitessasi omalta Marevan® -hoitajaltasi tai lääkäriltäsi.

Sinun Marevan®-hoitajasi on:

Työryhmä 25.3.2013

Yhteistyössä Perusturvakuntayhtymä Karviaisen henkilökunnan kanssa:

- Elena Villival`d, sairaanhoidon opiskelija, Laurea ammattikorkeakoulu, Lohja
- Minna Komppa, sairaanhoidon opiskelija, Laurea ammattikorkeakoulu, Lohja



LAUREA LOHJA
Innovative Partnership



Vipuvoimaa
EU:lta
2007-2013



Lähteet

- Ellonen, M. 2012. Verenohennuslääkkeet
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00007
- Eteisvärinä. 2012. Käypä hoito -suositus.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50036.pdf>
- Marevan-hoito. Suomen Sydänliitto ry 2012.
- Paukama, M. 2012. Varfariinihoidon ohjaus. Sairaanhoitajan käsikirja.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=varfariinihoito
- Tietoa kaikille. 2010. Helppolukuinen ja ymmärrettävä teksti –eurooppalainen selkokieli-standardi. http://www.selko.fi/selko/tietoa_kaikille_2laitos.pdf