

ALARAAJATURVOTUKSEN HOITO KOMPRESSIOSIDONNALLA

Kirjallinen potilasohje sidonnasta

Salla Nurmela

Opinnäytetyö, Syksy 2014

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Pieksämäki

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Nurmela, Salla. Alaraajaturvotuksen hoito kompressiosidonnalla. Kirjallinen potilasohje sidonnasta. Pieksämäki, syksy 2014, 29 s., 2 liitettä. Diakonia- ammattikorkeakoulu, Pieksämäki. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tarkoituksena oli kehittää potilasohjausta ja tuottaa potilasohje kompressiosidonnasta Keski- Suomen keskussairaalan ihotautipoliklinikan käyttöön. Potilasohje on tehty yhteistyössä ihotautipoliklinikan sairaanhoitajien kanssa.

Laadukas ohjaus tarkoittaa, että potilas saa riittävästi ohjausta. Kirjallista ohjausmateriaalia pidetään tutkimusten mukaan tärkeänä. Kirjallinen materiaali ei korvaa vuorovaikutteista ohjausta, mutta tukee sitä. Kirjallinen potilasohje tukee hoitajaa ohjauksessa ja auttaa potilasta muistamaan keskeiset asiat. Tutkimusten perusteella on myös todettu, että kompressiosidokset ja hoitosukat edistävät laskimoperäisten säärihaavojen paranemista ja ehkäisevät uusien haavojen syntymistä. Kompressiosidonta auttaa vähentämään turvotusta ja parantaa lihaspumpun toimintaa. Oikeanlainen kompressiosidonta tuntuu jalassa hyvältä ja se motivoi potilasta käyttämään sidoksia.

Opinnäytetyönä tuotettu kirjallinen potilasohje sisältää selkeät kuvat kompressiosidontan eri vaiheista ja lyhyet kuvatekstit. Kotona tukisidonnan tekevä henkilö voi ottaa mallia kirjallisesta ohjeesta oikeanlaiseen tukisidontaan.

Potilasohjeesta pyydettiin palautetta kyselylomakkeella Keski- Suomen keskussairaalan ihotautipoliklinikan hoitajilta ja potilasohje on tehty heidän tarpeiden mukaisesti. Potilasohjetta sekä kuvatekstejä pidettiin sopivan lyhyenä ja ytimekkäänä.

Asiasanat: potilasohjeet, hoitotyö, kompressio, säärihaava, produktio

ABSTRACT

Salla Nurmela: Compression bandaging in edema of lower extremities. Written patient instructions. 29p., 2 appendices. Language: Finnish. Pieksämäki, Autumn 2014. Diaconia University of Applied Sciences, Degree Programme in Nursing, Option in Nursing.

The thesis` aim was to develop patient guidance. The main outcome was a set of patient instructions for Central- Finland central hospital skin disease polyclinic use. The production was done in collaboration with nurses from the skin disease polyclinic. Written guidance material is regarded as important. Written material is not a substitute for interactive control, but supports it. Written patient information supports nurses under the guidance and help the patient to remember significant things. Researches have also found that compression bandaging and compression stockings promote venous leg ulcer healing and prevention of new ulcer. Compression bandages help to reduce swelling and improve muscle pump activity. The right kind of compression bandages feel good to wear and it motivates a patients to use them.

In the thesis, the purpose of producing is a set of written patient instructions with clear pictures showing the compression bandages at the different stages and short captions. At home compression bandages for a person can be made according to the model of a written manual for correct compression bandages.

I asked for feedback this leaflet in Central Finland central hospital skin disease nurses with a questionnaire and patient instruction has been made to their needs. Patient instructions and the captions were considered suitable for short and to the point.

Key words: patient instructions, nursing, compression, leg ulcer, produce

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 ALARAAJATURVOTUKSEN SYNTYMINEN JA SYYT	7
2.1 Alaraajaturvotuksen syntyminen	7
2.2 Laskimoiden vajaatoiminta alaraajaturvotusten syynä.....	8
2.3 Muut yleisimmät syyt alaraajaturvotuksen aiheuttajina..	9
3 ALARAAJATURVOTUSTEN HOITO HOITOTYÖSSÄ... ..	10
3.1 Kompressiosidonta alaraajaturvotuksen hoidossa..	10
3.2 Lymfaterapia alaraajaturvotusten hoidossa..	11
3.3 Alaraajaturvotuksen muita hoitokeinoja.....	12
4 POTILAAN OHJAAMINEN HOITOTYÖSSÄ..	13
4.1 Laadukas ohjaus.....	13
4.2 Ikääntyneen potilaan ohjaus..	15
4.3 Kompressiosidonnan ohjaus potilaalle ja hänen omaiselleen.....	16
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	18
5 PRODUKTION TOTEUTTAMINEN.....	19
5.1 Produktion suunnittelu.....	19
5.2 Produktion tuottaminen..	20
5.3 Produktion arviointi.....	22
6 POHDINTA..	24
LÄHTEET.....	26
LIITE 1. POTILASOHJE.....	29
LIITE 2. KYSELYLOMAKE.....	32

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni käsittelee alaraajaturvotusten hoitamisen potilasohjausta. Selvitän teoretiedon kautta turvotuksen syitä, laskimovian diagnosointia ja turvotusten hoitamista kompressiosidonnalla. Teoretiedon kautta selvitän, mitä kuuluu laadukkaaseen potilasohjaukseen ja millainen on hyvä potilasohje. Tutkimusten mukaan kirjallista potilasohjetta pidetään tärkeänä. (Kääriäinen 2007, 37.)

Tutkimusten perusteella on todettu, että kompressiosidokset ja hoitosukat edistävät laskimoperäisten säärihaavojen paranemista ja ehkäisevät uusien haavojen syntymistä. Kompressiosidonta auttaa vähentämään turvotusta, parantaa lihaspumpun toimintaa ja laskimoiden kokoa sekä laskimoiden vajaatoimintaa. (Vikatmaa 2012, 9.)

Sain aiheen opinnäytetyölleni tammikuussa 2013 ollessani työharjoittelussa Tampereen yliopistollisessa sairaalassa Taysissa. Sairaalassa kohtasin potilaita, joilla oli erilaisia haavoja ja suurin osa niistä oli säärihaavoja. Sairaalassa kompressiohoito on arkipäivää, jokainen hoitaja ihotautiosastolla osaa toteuttaa kompressiosidonnan oikein. Mielestäni kompressiosidontaohjeita tarvitsevat myös hoitajat monenlaisissa työyksiköissä. Tarkoitukseni oli kehittää potilasohjausta ja tehdä potilasohje kompressiosidonnasta. Kirjallinen materiaali ei korvaa vuorovaikutteista ohjausta, mutta on sen tukena.

Suomessa on arvioitu olevan 11 000 – 15 000 laskimoperäistä säärihaavaa sairastavaa henkilöä ja heidän hoitonsa sitoo erittäin paljon resursseja sekä sairaaloissa, että kotisairaanhoidossa (Vikatmaa 2012,6). Aihe on mielestäni erittäin tärkeä ja ajankohtainen. Ikääntyneet ihmiset ja kotihoito lisääntyvät, myös ylipainoiset ihmiset ovat nykyään terveydenhuoltoalan arkipäivää ja heillä on usein turvotuksia alaraajoissa. Kiinnostavaa on turvotusten ehkäisyn ja hoidon merkitys säärihaavan paranemisessa.

Sairaanhoitajat pitävät ohjausta olennaisena ja tärkeänä osana työtään. (Kynngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5). Niille potilaille joilla on alaraajaturvotuksia, hoitaja selvittää turvotuksen hoidon ja sen estämisen tärkeyden. Potilaan ohjaukseen ja motivoimiseen tulee käyttää aikaa, jottei hoito jää toteutumatta. (Isoherranen, Koskenmies & Heikkilä 2013, 1828). Kirjallinen potilasohje tukee hoitajaa ohjauksessa ja auttaa potilasta muistamaan keskeiset asiat. Opinnäytetyönä tuotta-

mani kirjallinen ohje sisältää selkeät kuvat. Kotona kompressiosidonnan tekevä henkilö voi ottaa mallia kirjallisesta ohjeesta. Ohjetta noudattamalla sidokset laitetaan oikeaoppisesti ja ne tuntuvat jalassa hyviltä. Tämä taas auttaa potilasta sopeutumaan hoitoon paremmin. Päivittäinen kompressiosidosten oikeaoppinen käyttö on tärkeää hoidon kannalta. Turvotukset pysyvät kurissa, se ehkäisee säärihaavoja sekä mahdollistaa säärihaavojen nopeampaa paranemista. Huolellisella jalkojen hoidolla saadaan yhteiskunnallista hyötyä, kun säärihaavoja saadaan ehkäistyä ja haavat paranemaan nopeammin. Potilaiden elämänlaatu kohenee, kun säärihaavat paranevat nopeammin ja kun uusien haavojen syntymistä saadaan ehkäistyä. Tulevaisuudessa kompressiosidonta saadaan paremmin toteutettua potilasohjauksen myötä.

Yhteistyökumppaniksi sain Keski-Suomen keskussairaalan ihotautipoliklinikan Jyväskylältä. Sieltä puuttui oma ohje kompressiosidonnasta, siellä käytettiin tuotefirmojen tuotteiden ohjeita potilasohjauksessa. Kompressiosidontaohjeille on suuri tarve työelämän kannalta. Keski-Suomen keskussairaalassa on käynnissä potilasohjeiden päivitys. Siellä on kehitetty Arkki-potilasohjejärjestelmää, josta hoitajien on helppo etsiä potilasohjeita ja tulostaa niitä sieltä käyttöön, myös tekemäni potilasohje tulee Arkkiin. Haluan oppia asiasta ja tulevaisuudessa ohjaan mielelläni työkavereitani ja terveydenhoitoalan opiskelijoita oikeanlaiseen turvotuksen hoitoon.

2 ALARAAJATURVOTUKSEN SYNTYMINEN JA SYYT

2.1. Alaraajaturvotuksen syntyminen

Turvotuksen syyt johtuvat imusuonistosta. Imusuonten tehtävänä on kerätä verisuonista tihkunut neste imusolmukkeisiin ja palauttaa se takaisin verenkiertoon. Imusuonisto pitää yllä kudosten välistä nestetasapainoa ja ehkäisee turvotuksia. Imusuonet alkavat umpinaisina ja pieninä pusseina. Vähitellen niistä muodostuu laskimosuonia, joissa on imusolmukkeita ja läppiä. Rasva- ja valkuaisainepitoinen neste kulkeutuu imusolmukkeisiin. Siellä tunnistetaan nesteessä ja sen valkosoluissa olevat bakteerien sekä virusten osat. Ne yritetään tuhota vasta-aineita tuottamalla ja sen jälkeen valtaosa nesteestä päättyy rintatiehyen kautta solislaskimoon. Turvotuksia syntyy, jos imusuonistoon kertyy liikaa nestettä eikä se ehdi sitä poistaa. Imunesteen kuljetuskapasiteetti voi myös olla madaltunut niin, ettei imusuonisto pysty poistamaan edes normaalitasoista nestemäärää. Hoidettavat turvotukset ovat solunulkoisia, soluvälitilan nestemäärä lisääntyy. (Leppäluoto, Kettunen, Rintamäki, Vakkuri & Vierimaa 2008, 172; Väisänen 2012, 20.)

Turvotuksia voi syntyä, vaikka laskimot olisivat terveet, jos ihminen istuu pitkään polvet koukistuneena tai on kauan pystyasennossa. Alaraajoissa olevan turvotuksen voi todentaa silmämääräisesti tai painamalla sormella sääriluun päältä. Jos turvotusta on, sormen painaminen jättää iholle hetkellisesti kuopan. Tämä on yleisintä turvotusta ja sitä kutsutaan kuoppaturvotukseksi (pitting). Kuoppaturvotus esiintyy iltaisin. Kiinteä turvotus, jota ei pysty painamaan kuopalle ja kestää ennallaan yön yli, on harvinaisempaa. Turvotuksen syyt voivat olla paikallisia. Tällöin turvotus on epäsymmetristä ja sitä voidaan selvittää mittaamalla pohkeen ympäröimää. Äkillisessä turvotuksessa täytyy muistaa että, kyseessä voi olla laskimotukos. Silloin pohje on kipeä kävellessä ja puristettaessa jalkaa. (Kunnamo 2007, 791.)

2.2. Laskimoiden vajaatoiminta alaraajaturvotuksen syynä

Laskimoiden vajaatoiminnassa turvotuksia on molemmilla puolilla jalkaa. Turvotus vähenee yön aikana makuuasennossa. Aikuisväestöstä noin 40 prosentilla on alaraajojen laskimoiden vajaatoimintaa. Se voidaan todeta kliinisellä tutkimuksella tai ultraäänilaitteella. Sydämen pumppausvoima palauttaa verta alaraajoista takaisin sydämeen, mutta tarvitsee ihmisen ollessa pystyasennossa siihen lihas- tai nivelpumppua ja laskimoiden läppiä. Pohjelihas on tärkeä pumppulihas ja saa laskimopaluun voimistumaan. Laskimovajaatoiminnassa veren paluu sydämeen on vaikeutunut, silloin laskimot laajentuvat ja läpät alkavat vuotaa sekä laskimopaine nousee. Laskimopaineen noustessa nestettä tihkuu hiussuonista kudoksiin, aiheuttaen turvotuksia. Laskimoiden toiminta häiriintyy laskimoiden laajentuessa ja läppämekanismien rappeutuessa. Hoitamaton turvotus johtaa inflammaatioreaktion käynnistymiseen, jolloin imusuonisto ja verisuonikapillaarien seinämät vahingoittuvat. Turvotus muuttuu valkuaisainepitoiseksi ja kudosten aineenvaihdunta heikentyy. (Isoherranen ym. 2013, 1827; Kunnamo 2007, 791; Väisänen 2012, 22.)

Alaraajan laskimoiden vajaatoiminta jaotellaan kuuteen kliiniseen luokkaan C1–C6 taudin vaikeusasteen mukaan. C1 tarkoittaa, että potilaan laskimot ovat terveet, mutta C2-luokassa potilaalla on jo suonikohjuja. C3-luokassa potilaalla on turvotuksia, mutta ei ihomuutoksia. C4-luokassa kohonnut laskimopaine on aiheuttanut turvotuksen lisäksi staasieksemaa eli muutoksia säären ja nilkan ihoon sekä rasvakudokseen. Staasieksemassa iholle tulee pigmenttimuutoksia, sinerrystä, vetisyyttä ja hilseilyä. Iholla voi esiintyä myös ihonalaisen rasvakerroksen kovettumista. Staasieksema on yleensä säären sisäsyryllä. C5-luokka tarkoittaa säärtä, jossa on parantunut säärihaava. C6 tarkoittaa potilasta jolla on säärihaava. (Juutilainen & Hietanen 2012, 271)

Säärihaava on noin yhdellä prosentilla jotka sairastavat kroonista laskimoiden vajaatoimintaa. Säärihaavaa sairastavien keski-ikä on 70–77 vuotta, mutta sitä esiintyy myös työikäisillä. Esiintyvyys suurenee moninkertaiseksi iän karttuessa, joten väestön ikääntymisen myötä ongelma on yleistymässä. Krooninen alaraajahaava on neljä viikkoa avoimena ollut haava ja se sijoittuu sääreen tai jalkaterään. Kroonisista säärihaavoista 70–90 prosenttia ovat laskimoperäisiä ja sairastamisaika on yleensä useita vuosia. Laskimoperäinen säärihaava sijaitsee yleensä säären alakolmanneksen alueella. Haava on

yleensä pinnallinen eikä yltä luuhun tai jäniteisiin saakka. Haavoja saattaa olla useita vierekkäin ja ulottua säären ympäri. Säärihaavat ovat yleensä kroonisia, koska ne paranevat hitaasti. Käsitteinä säärihaava ja krooninen alaraajahaava tarkoittavat käytännössä samaa. (Vikatmaa 2012, 6.)

2.3. Muut yleisimmät syyt alaraajaturvotusten aiheuttajana

Sydämen vajaatoiminnassa turvotuksia on molemmilla puolilla jalkaa. Sydän ei jaksaa pumpata verta eteenpäin ja kudosten tihkuu alaraajoihin. Sydänperäisiin turvotuksiin liittyy muita oireita ja löydöksiä kyseiseen sairauteen. Näitä ovat mm. uupumus, hengenahdistus, yöllinen kuiva yskä sekä yöllinen virtsaamisen tarve. Painonnousu oireena johtuu nesteen kerääntymisestä elimistöön. Nesteiden nopea siirtyminen kehossa lisää sydämen työmäärää ja silloin sydämen vajaatoiminta voi pahentua. Kompresiosidokset laitetaan kevyesti puristavalla sidonnalla. Munuais- ja maksasairauksissa esiintyy myös alaraajaturvotuksia. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski- Tallqvist 2012, 244; Juutilainen & Hietanen 2012, 286.)

Imunesteen kierron häiriöt voivat johtua monista syistä ja ne aiheuttavat kiinteää turvotusta. Imuteiden vajaatoiminta johtaa krooniseen turvotukseen leikkausten jälkeen sekä sädehoitojen jälkeen syöpäpotilailla. Yksi syy jalkojen turvotuksille on, että imusuonet eivät ole kehittyneet ja ovat synnynnäisesti sairaat. Erysipelas eli ruusuinfektio aiheuttaa myös kroonista imutieturvotusta. Erysipelas alkaa useimmiten haavasta. Varpaiden välissä oleva sieni-infektio on tavallinen aiheuttaja. Suurin osa ruusuinfektioista sijaitsee polven alapuolella. Ruusuinfektiossa potilaalle nousee korkea kuume, raajassa tuntuu voimakasta kipua ja kuumotusta. Lisäksi iholla esiintyy tarkkarajaista punoitusta ja siihen saattaa kehittyä rakkuloita tai haavoja. (Juutilainen & Hietanen 2012, 263.)

Nopeasti yleistyvä turvotusten aiheuttaja on ihmisen ylipaino. Alaraajojen normaalia nestekiertoa voi rajoittaa henkilön runsaat vatsanpeitteet. Ylipaino altistaa pehmytkudosten infektioille, mikä haittaa imusuoniston toimintaa. Krooninen lymfaturvotus lisää rasvakudosta ja potilaalle saattaa kehittyä elefantiaasi eli tukkimaiset alaraajat. (Jahkola 2012, 19; Kunnamo 2007, 791.)

3 ALARAAJATURVOTUKSEN HOITO HOITOTYÖSSÄ

Alaraajaturvotus aiheuttaa kipua ja elämänlaadun heikkenemistä. Turvotuksen syyn selvittäminen on tärkeää oikean hoidon suunnittelemiseksi. Laskimoperäisen säärihaavan hoito vaatii valkuaisainepitoisen turvotuksen poistoa, laskimopaineen ja kudosaivastenvaihdunnan normalisoitumista. Turvotuksen hoitaminen ja estäminen on tehokasta haavanhoitoa. Paranemisen erivaiheissa hoitoa vaihdellaan ja haavanhoitotuotteita muutetaan, turvotusta hoidetaan kuitenkin koko ajan. (Jahkola 2012, 19; Isoherranen ym.2013, 1831.)

3.1. Kompressiosidonta alaraajaturvotuksen hoidossa

Alaraajojen turvotuksia ehkäisevä ja vähentävä hoito on puristus- eli kompressiohoito. Kompressiohoito tehostaa pohjelihaspumpun toimintaa ja parantaa veren virtausta sydäntä kohti. Kompression ansiosta nestettä ja soluja vuotaa vähemmän kudoksiin. Kompressio myös puristaa nestettä kudoksista takaisin laskimosuoniin ja imutiejärjestelmään. Kompressiohoidossa käytetään lääkinnällisiä hoitosukkia, kompressiosidoksia tai painepuristushoitoa. Hoito aloitetaan kompressiosidoksilla. (Juutilainen & Hietanen 2012, 292.)

Ennen kompressiohoidon aloitusta arvioidaan raajan muoto ja ihon kunto. Turvotusten syy ja mahdollisen haavan aiheuttaja on selvitettävä. Haavan alkuperä tutkitaan, onko kyseessä laskimoperäinen, valtimoperäinen vai kenties molempia näistä. Valtimoperäinen haava voi olla myös krooninen. Kroonisten haavojen hoidossa tärkeintä on syynmukainen hoito ja laskimoperäisessä haavan paranemisessa se tarkoittaa turvotuksen poistoa. Vaikea ASO-tauti ja kriittinen iskemia ovat vasta-aiheita kompressiosidonnalle. Valtimoperäisessä haavassa kompressiohoitoa käytetään vain erikoistapauksissa. Alaraajassa voi olla myös sekahaava, jossa todetaan sekä laskimossa että valtimossa vikaa. (Aarnio 2009, 2155; Juutilainen & Hietanen 2012, 292.)

Lääkäri suorittaa potilaalle ABI-mittauksen (nilkka-olkavarsi-verenpainesuhdeindeksi). Siinä molemmista olkavarsista ja nilkoista mitataan systolinen verenpaine. Ultra-

äänilaitteella kuunnellaan virtausäänet ranteesta tai kyynärtaipeesta. Myös nilkoista kuunnellaan virtausäänet kahden suonen kohdalta, jalkaterän päältä ja sisäpuolisen kehärsluun takaa. ABI- indeksi lasketaan jakamalla alaraajapainearvo yläraajapaineella. Jos arvo on yli 0,8, voidaan kompressiohoito toteuttaa. Infektioon liittyvä kipu voi myös estää kompressiohoidon. Jos jalka on tunnoton, on sidonnan kanssa oltava erityisen varovainen, ettei sidos tule liian tiukalle. (Juutilainen & Hietanen 2012, 284.)

Kompressiosidonnessa käytetään yleensä vähäelastisia sidoksia, joita ei tarvitse poistaa yöksi ja jotka voivat olla paikoillaan useita vuorokausia. Vähäelastiset sidokset eivät pysty mukautumaan raajojen mittojen muutoksiin. Hoidon alkuvaiheessa sidoksia voi joutua uusimaan tiheämmin turvotuksen laskiessa. Pohjelihaksen työskennellessä paine on korkea ja lepopaine on alhainen. Sidonta suoritetaan anatomista mallia käyttäen. Kompressiopaineen mittaukseen on olemassa anturit, joiden avulla hoitajat voivat harjoitella kompressiosidontaa. Painemittari on hyvä apuväline myös silloin, kun arvioidaan hoidon laatua. (Juutilainen & Hietanen 2012, 286.)

Sidoksen tekemiseen tarvitaan kaksi vähäelastista sidosrullaa, putkisukkaa, vanua pehmikkeeksi ja teippiä sidosten kiinnittämiseen. Sidonta aloitetaan varpaiden tyvestä, sidontasuunta jalan ulkoreunalta sisäänpäin. Nilkan tulee olla 90 asteen kulmassa ja kantapäätä sidotaan hyvin peittoon. Sidosrullaa kierretään rypyttömästi, säären anatomian mukaisesti kohti polvea. Nilkassa puristus on suurimmillaan ja se alenee asteittain kohti polvea. Ensimmäinen sidosrulla päätetään viimeistään kaksi senttimetriä ennen polvi- taivetta. Toinen sidosrulla alkaa nilkasta ja sitä rullataan säären anatomiaa mukaillen kohti polvea. Paine alenee myös toisella rullalla sidottaessa kohti polvea. Sidos päätetään kaksi cm polvitaiteesta ja kiinnitetään teipillä. Runsaselastiset sidokset laajenevat ja supistuvat jalan muotoon potilaan liikkuesssa, niinpä niitä käytetään liikuntakyvyttömillä potilailla. Sidokset säilyttävät paineen myös levossa, joten ne on poistettava yöksi. (Juutilainen & Hietanen 2012, 286; Suomen Haavahoitoyhdistys ry 2012.)

3.2. Lymfaterapia alaraajaturvotusten hoidossa

Potilaalle kerrotaan, että myös lymfaterapiaa voidaan käyttää kompressiohoidon tukena turvotusten hoidossa. Hoidon antavat lymfaterapeutit. Terapiasta käytetään nimitystä

lymfahoidon kokonaisuus (LYKO). Lymfahoidon kokonaisuus on vaativa terapiakokonaisuus. Terapian ensimmäisessä vaiheessa annetaan manuaalista lymfaterapiaa kolmena tai jopa viitenä päivänä viikossa. Tarkoituksena on aktivoida imusuoniston omaa pumppaustoimintaa sekä siirtää soluvälitilan turvotuksia. Turvotusalueen ja terveiden kehonosien välille koetetaan stimuloida uusien imusuoniyhteyksien syntymistä ja toimintaa. Kompressiosidokset laitetaan välittömästi manuaalisen lymfaterapian jälkeen. Pumppaava lihastyö yhdessä kompressiohoidon kanssa tehostaa imusuoniston toimintaa. Hoitojakson tiheys ja pituus vaihtelee turvotuksen mukaan. LYKO-terapia jatkuu niin kauan kun turvotus vähenee. Sen jälkeen alkaa terapian kakkosvaihe, jossa tarkoituksena on pitää saavutettu taso yllä. Tämä pitää sisällään kompressiohoidon, joka voi olla tässä vaiheessa jo lääkinällinen kompressiosukka. Liikunta ja asentohoito ovat tärkeitä, eli pumppaavaa ja rytmistä lihastyötä sekä jalkojen asettaminen koholle vuoteella. Jos turvotus uusii, voidaan ensimmäinen jakso uusua. Oikein toteutettu terapia vähentää merkittävästi turvotusta. (Väisänen 2012, 29.)

3.3. Alaraajaturvotuksen muita hoitokeinoja

Lähes aina pitkälle edenneessä alaraajan laskimovajaatoiminnassa todetaan refluksi eli takaisinvirtaus. Laskimokirurgia voi parantaa potilaan laskimovajaatoiminnan. Kirurgisen pinalaskimoiden poiston rinnalle on tullut muita korjaavia menetelmiä mm. laserhoito, liima ja vaahtokovetushoito. Kompressiohoitoa ei silti unohdeta tässäkin vaihtoehdossa. Vaikeaan alaraajaturvotukseen voidaan käyttää myös painepussia. Se on saapasmainen pussi, jota ohjataan pumppulaitteen ja letkuston avulla. Kompressio etenee alhaalta ylöspäin, vähentäen turvotusta ja kiihdyttäen laskimopaluuta. Sitä annetaan vain tilapäisesti sarjahoitona. (Juutilainen & Hietanen 2012, 266 & 133; Saarinen 2008, 25.)

Potilaille kerrotaan että, hoitajat seuraavat turvotuksia mittanauhan avulla ja he kirjaavat ne huolellisesti. Kirjaaminen on tärkeä osa potilaan hoitotyöstä. Laitoksissa joissa on käytössä rakenteinen kirjaaminen, haavanhoidot ja myös turvotuksen seuranta tehdään suomalaisen hoitotyön tarve- ja toimintoluokituksen (SHTal ja SHTol) kudoseheyksen komponentin avulla. Ihopotilaiden hoidossa hyvä apuväline on valokuvaus. Laadukkaalla kirjaamisella varmistetaan potilaan hoidon jatkuvuus. (Juutilainen & Hietanen 2012, 74.)

4 POTILAAN OHJAAMINEN HOITOTYÖSSÄ

Ohjauksella pyritään edistämään potilaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjauksella vaikutetaan potilaan toimintaan ja johdatellaan häntä. Ohjaussuhde on vuorovaikutuksellinen ja tasa-arvoinen. Ohjaus on tavallista keskustelua suunnitelmallisempaa ja sisältää tiedon antamista. Se voi onnistua vain, jos ohjaajalla on riittävästi taustatietoja potilaasta. (Kyngäs ym. 2007, 26.)

Lain mukaan potilaalla on tiedonsaantioikeus. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja muista hänen hoitoon liittyvistä asioista, joilla on merkitystä hoidon päätöksenteossa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

4.1. Laadukas ohjaus

On arvioitu, että ohjattava muistaa 75 prosenttia siitä, minkä on nähnyt ja kymmenen prosenttia siitä, mitä on kuullut. Hoitajan käydessä läpi asioita käyttämällä ohjattavan näkö- ja kuuloaistia muistiin arvioidaan jäävän 90 prosenttia asioista. Kirjallinen materiaali tulisi käydä läpi yhdessä ja sen tulisi tukea ohjauksessa käytyjä asioita. Ohjattava unohtaa suuren osan kerrotusta, ja mitä enemmän asioita kerrotaan, sitä enemmän ohjattava unohtaa. Ohjeet unohtuvat helpommin kuin diagnoosi; ensiksi kerrotut ja tärkeimmiltä asioilta tuntuvat muistetaan paremmin. Mitä enemmän ohjattavalla on lääketieteellistä tietoa sitä enemmän hän muistaa. Älykkyys ei lisää muistamista, ja vanhukset muistavat asioita yhtä paljon kuin nuoret. (Kyngäs ym. 2007, 74.)

Tutkimuksissa on tullut esille, että potilaat ovat usein tyytymättömiä saamaansa ohjaukseen. Tyytymättömyys johtuu siitä että, potilaat kokevat saavansa liian vähän tietoa sairaudestaan ja hoidostaan. Myös sairauden syyt ja lääkehoidon tiedon puute aiheuttavat tyytymättömyyttä. Ongelman taustalla voivat olla potilaaseen liittyvät tekijät, hoitohen-

kilökuuntaan tai molempiin liittyvät tekijät. Potilaat voivat vältellä ohjausta, unohtamalla asioita ja kieltää niitä. Ohjausta ei aina myöskään ymmärretä. Hoitohenkilökunta on joskus kiireistä ja saattaa ohjata esimerkiksi omaista eikä suoraan potilasta. Potilasohjaukseen käsittelevissä tutkimuksissa on tullut esille, että laadukkaaseen ohjaukseen kuuluu potilaslähtöisyys. Sillä tarkoitetaan potilaiden taustatekijöiden eli tarpeiden ja omaisten huomioimista. Potilaiden tiedon tarve liittyy sairauteen ja sen hoitoon sekä selviytymiseen. Ohjaustarpeet liittyvät tietoon ja tukeen, tukemiseen liittyvät potilaan ja omaisten tunteiden käsittely. Pitkään sairastaneilla potilailla on erilaiset ohjaustarpeet, kuten myös aktiivisesti tietoa hakevilla potilailla. Ohjaustarpeet vaihtelevat potilaiden taustatekijöistä johtuen. Siihen vaikuttaa ikä, terveydentila, sairauden laatu, sukupuoli, siviiliasääty ja elinolosuhteet. Haasteen ohjaukselle antaa potilas, jonka terveydentila vaatisi hoitoa mutta potilas itse kokee olevansa terve. (Kääriäinen 2007, 31.)

Ohjaustilanne perustuu hoitajan ja potilaan vuorovaikutussuhteeseen. Potilaat odottavat vuorovaikutukselta turvallisuutta ja luottamuksellisuutta. Hoitajan tulee osoittaa kiinnostusta, arvostusta ja luottamuksellisuutta potilaan asiaa kohtaan. Hoitajan tulee rohkaista potilasta, ilmaista asiansa selkeästi ja tehdä potilaalle kysymyksiä. Kysymyksiä esittämällä hoitohenkilökunta voi varmistaa, että potilas on ymmärtänyt ohjattavan asian. (Kyngäs ym.2007, 48.)

Vuosina 2001 ja 2010 on tehty tutkimus, jossa tarkasteltiin hoitajien potilaslähtöistä ohjausta sekä siinä tapahtuvia muutoksia vuosikymmenen aikana. Hoitajat ovat arvioineet potilasohjauksensa paremmiksi vuonna 2010, kuin 2001. Ohjauksen sisällön laajenemista oli havaittavissa tarkasteltuna ajanjaksona. Tutkimuksessa tuli kuitenkin esille, että ohjaustarpeen arviointi, tavoitteiden asettaminen ohjaukselle, tuloksellisuuden arviointi sekä ohjausmenetelmien hyödyntäminen olivat heikentyneet tarkasteltavana ajanjaksona. Tulosten perusteella on saatu kehittämiskohteita potilasohjaukseen. (Eloranta, Katajisto & Leino- Kilpi 2014, 63.)

Potilaat ovat muuttuneet enemmän aktiivisemmiksi ja haluavat keskustella omasta terveydestään. Internet on lisännyt potilaiden itsenäistä tiedonhakua sairauksista. Potilaat voivat etsiä internetistä lisätietoa sairauksista, niiden oireista, hoidosta ja lääkityksestä. Potilasohjeita on myös saatavilla internetistä. Internetissä potilaat voivat keskustella sairaudestaan erilaisilla keskustelupalstoilla, siellä keskustellaan diagnooseista ja erilai-

sista hoidoista. Internetissä pääsee ympäri vuorokauden, seitsemänä päivänä viikossa erilaisille potilasystävällisille sivuille. Toisaalta kaikilla ei ole kuitenkaan mahdollisuutta käyttää internetiä, internet voi lisätä potilaiden voimaantumista ja kiinnostusta hoitaa omaa sairauttaan. Toisaalta internetistä saatava tiedon määrä voi hämmentää potilaita. Potilaiden lisääntynyt tieto ja kiinnostus omasta sairaudestaan muuttaa vuorovaikutussuhdetta potilaskeskeisempään suuntaan. Tutkimusten mukaan terveydenhuollon ammattilainen säilyy edelleenkin terveystiedon tärkeimpänä tiedonlähteenä. Arvostus terveydenhuollon ammattilaisiin säilyy niissä tapauksissa, missä potilas on ollut tyytyväinen vuorovaikutukseen. Tyytymättömät potilaat kyseenalaistavat helpommin ammattilaisen aseman. He hakevat internetistä lisää tietoa ja hakeutuvat usein toiselle ammattilaiselle saadakseen varmuuden tiedon oikeellisuudesta. Potilas hakee myös joskus toimivaa vuorovaikutussuhdetta toisilta ammattilaisilta. (Anderson & Klemm 2008, 61; Rätty 2011, 24 .)

4.2. Ikääntyneen potilaan ohjaus

Kompressiohoitoa tarvitsevat ovat yleensä ikääntyneitä. Ikääntyneiden ihmisten ohjaustarve on erilainen kuin esimerkiksi nuorten. Heillä saattaa olla heikentynyt näkökyky, muistihäiriöitä tai fyysisiä rajoitteita. Ikääntyneet saattavat tarvita lyhyt kestoista, ydinasioihin painottuvaa ja usein toistuvaa ohjausta. Hoitajan on selvitettävä taustatiedot ennen ohjauksen alkamista. Läheisten osallistuminen ohjaukseen suunnitellaan tilanteen mukaan. Suomessa vuoden 2012 loppuun mennessä joka toiselle ikääntyneelle on tehty kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi RAI- menetelmällä. Se tehdään vuosittain vähintään kaksi kertaa. Diagnoosin ja lääkitystietojen lisäksi saadaan taustatietoja hoitoon. Sillä saadaan arviot päivittäisestä toimintakyvystä, kognitiosta, hoivan tarpeesta ja sairauden tilasta ja ravitsemustilasta. RAI- menetelmällä saadaan tietoa myös mielialasta, kivuista, vireystilasta ja kotona asumiseen liittyvistä asioista. Nämä kaikki vaikuttavat potilaan hoitoon ja ohjaukseen. Hoitaja saa taustatiedoista selville kuka potilaalle sidokset laittaa ja kuinka perusteellista ohjausta potilas tarvitsee. (Finne- Soveri 2013, 1523; Kyngäs ym. 2007, 30.)

Aiemmin on ajateltu, että pelkkä tiedon jakaminen ihmisille terveyttä edistävästä asioista on riittävää. Ihmiset muuttaisivat asenteitaan, arvojaan ja omaa käyttäytymistään tie-

don saatuaan. Nykyisin ajatellaan että, kun ohjauksen aikana tapahtuva tiedon vaihto on kaksisuuntaista, ammattihenkilöllä on mahdollisuus saada asiakasta koskevaa ainutlaatuista ja olennaista tietoa oman ammattitaitonsa ja kokemuksensa lisäksi. Ikääntyneitä ohjaavan henkilön tulee hallita joustavia vuorovaikutustaitoja ja tietoja vanhenemismuutoksista. Hoitajan tehtävänä on antaa tietoja ja luottamuksellista neuvontaa ikääntyneille ja auttaa ratkomaan ongelmia sekä antaa neuvoja terveyden edistämiseen käytännössä. Kun henkilön omia voimavaroja tuetaan, niin hänen toimintakykynsä lisääntyy ja kokemus oman elämän hallinnasta ja terveydestä lisääntyy. Tämä kaikki syntyy kun ikääntynyt saa lisää tietoa ja ymmärtää asian. Jokainen on oman elämänsä, kokemuksensa ja tarpeidensa paras asiantuntija. (Mäkelä 2011,31.)

4.3. Kompressiosidonnan ohjaus potilaalle ja hänen omaiselleen

Potilaalle tulee selvittää alaraajaturvotuksen hoidon ja sen estämisen tärkeys. Potilaan ohjaukseen ja motivoimiseen tulee käyttää aikaa, jottei hoito jää toteutumatta. Heille tulee ohjata ja neuvoa konkreettisesti kompressiosidonnan tarpeellisuus. Hoitomyönteisyyttä parantaa hoidon suunnittelu yhdessä potilaan kanssa, hyvät kirjalliset ohjeet hoidosta ja hoidon seuranta asiaan perehtyneen hoitajan vastaanotolla. Kun potilas ymmärtää kuinka tärkeää kompressiosidonta on, hoitomyönteisyys kasvaa. Se on alaraajaturvotuksen hoitamisessa ja onnistumisessa tärkeintä. Potilaan tulee saada toimintaohjeet hoidosta. (Isoherranen ym. 2013, 1828; Paananen 2012,25.)

Kompressiohoitoon sitoutumista on tutkittu kansainvälisissä tutkimuksissa. Laskimope-
räisissä säärihaavoissa kompressiohoidon laiminlyönti ja heikko hoitomyönteisyys kak-
sinkertaistaa paranemisajan. Alhainen hoitomyönteisyys on kompressiohoidon ongelma.
Siihen vaikuttaa, ettei potilas täysin ymmärrä omaa sairauden tilaansa ja kompressio-
hoidon tärkeyttä sekä haavan hoitoaan. Jalassa voi olla kipua tai ihoärsytystä, kompres-
siohoito voi tuntua epämiellyttävältä tai on vaikeuksia toteuttaa kompressiohoitoa. Jalan
haava rajoittaa potilaan vaatetusta, kenkien sopimista sekä kylpemistä. Potilaan psyyk-
kiset sairaudet, sosiaalinen eristäytyminen tai huonot kokemukset hoitajista vähentävät
hoitomyönteisyyttä. (Moffat, Kommala, Dourdin & Choe 2009, 386.)

Australialaiset tutkijat ovat tutkineet potilaan halua aloittaa tai jatkaa kompressiohoitoa. Laadullinen tutkimus on tarpeellinen, jotta saadaan selville asiat jotka liittyvät potilaiden halukkuuteen tai haluttomuuteen käyttää kompressiosidosta säärihaavan hoidossa. Lisäksi tarvitaan laadullinen ja määrällinen tutkimus osoittamaan kattava luettelo strategioita, joita voidaan käyttää rohkaisemaan potilaita aloittamaan ja jatkamaan kompressiosidontaa. (Annells, O`Neill & Flowers 2008, 350.)

Kompressiohoidon aloitus ja hoidon jatkumisen onnistuminen vaatii hoitajilta joustavuutta. On tutkittu että, hoitomyöntyvyyteen vaikuttaa, kun potilasta ohjataan ja pyydetään osallistumaan hoitoon kokeilemalla ja katsomalla kuinka sidonta tapahtuu. Hoitomyönteisyyteen vaikuttaa, kun hoitoa jatkaa sama hoitaja. Hoitaja tekee haavaseurantaa, jotta voi näyttää potilaalle paranemista tapahtuvan. Epämukavuuden tunteeseen vaikuteaan esim. laittamalla pehmustetta ja hyvä teippaus sidosten kiinnittämiseen. Hoitomyönteisyyteen vaikuttaa myös riittävä kivun hoito. Jos sidokset aiheuttavat kipua, niin ne poistetaan tai löysennetään sekä kipuja hoidetaan lääkkeellä. Kompressiosidonta aloitetaan kevyesti puristavalla sidonnalla ja lisätään sitä asteittain sietokyvyn mukaan. Hoitajan soittaminen tai käynti seuraavana päivänä, kun kompressiohoito on aloitettu, osoittaa hoitajalta kiinnostusta. (Annells ym. 2008, 350.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyöni on toiminnallinen. Tarkoituksena on tuottaa potilasohje kompressiosidonnasta alaraajaturvotuksen hoidossa ja tavoitteena kehittää potilasohjausta. Potilasohje kompressiosidonnasta on työväline laadukkaaseen ohjaamiseen. Kirjallista materiaalia voidaan käyttää vuorovaikutteisen ohjauksen tukena. Potilaan kotona kompressiosidonnan toteutus on helppoa, kun sidonnan suorittava henkilö voi ottaa mallia valokuvilla varustetusta potilasohjeesta. Laskimoperäisten säärihaavojen hoitaminen sitoo erittäin paljon resursseja sekä sairaaloissa että kotisairaanhoidossa. Päivittäinen kompressiosidosten oikeaoppinen käyttö on tärkeää hoidon kannalta.

Ammatillisen kasvun tavoitteena on hoitotyön ja oman ammatillisuuden kehittäminen sekä asiantuntijuuteen kasvaminen. Opinnäytetyöprosessin aikana tarkoituksena on perehtyä tutkimukselliseen ajatteluun. Prosessi vahvistaa kehittämistaitoja sekä taitoa tuottaa materiaalia, jota voi hyödyntää potilasohjauksessa. (Kuokkanen, Kivirinta, Määttänen & Ockenström 2007, 23.)

5 PRODUKTION TOTEUTTAMINEN

5.1. Produktion suunnittelu

Produktio on yleensä kertaluonteinen ja sen tarkoituksena on tehdä tuotos jollekin tietylle käyttäjäryhmälle. Samalla se kehittää työvälineitä käytännön työhön. (Kuokkanen ym.2007, 32.) Tekemäni produktio on potilasohje kompressiosidonnasta. Sen on tarkoitus olla apuväline kompressiosidoksia tarvitseville potilaille, heidän omaisilleen ja hoitohenkilökunnalle. Työelämän yhteistyökumppaniksi sain Keski-Suomen keskussairaalan ihotautipoliklinikan Jyväskylästä. Ihotautipoliklinikalla hoidetaan vaikeita, erikoislääkärin hoitoa vaativia ihotauteja. Poliklinikalla tehdään iho- ja haavahoitoja yksittäiskäynteinä ja sarjakäynteinä. Yhteyshenkilöinä toimivat osastonhoitaja sekä eräs osastolla toimiva sairaanhoitaja.

Syyskuussa 2013 otin yhteyttä Keski-Suomen keskussairaalan ihotautipoliklinikan osastonhoitajaan ja esittelin aiheen. Sain selville, ettei heillä ollut vielä kunnollista potilasohjetta ja että potilasohjausta kehitetään parhaillaan Keski-Suomen keskussairaalassa. He olivat ohjanneet potilaita käyttämällä sidosrullien pakkauksissa olevia sidontaohjeita. Kuvat niissä ovat pieniä, mustavalkoisia piirroksia. Heillä oli tarvetta saada paremmilla kuvilla varusteltu potilasohje käyttöön.

Potilasohje kompressiosidonnasta on tarkoitettu potilaille, joilla on alaraajaturvotuksia tai krooninen alaraajahaava. Ohjeiden kirjoittamisen lähtökohdat ovat sairaalan ja potilaiden tarpeet. Suunnitellessani potilasohjetta, oli ensisijaisesti tärkeintä saada potilasohjeeseen valokuvat vaihe vaiheelta, kuinka anatominen kompressiosidonta suoritetaan. Kuvat helpottavat tukisidonnan toteuttamista. Keskustelin työelämän yhteistyökumppanin kanssa heidän tarpeista ja toiveista potilasohjeen suhteen. He toivoivat, että ohje olisi mahdollisimman lyhyt ja selkeä. Ohjeen pituudeksi he toivoivat kolmea sivua. He toivoivat, että potilasohje on sähköisessä muodossa ja sen voi tarvittaessa päivittää. Potilasohje sijoitetaan viimeistään syksyllä 2014 potilasohjearkisto Arkkiin. Sinne sijoitetaan koko sairaalan potilasohjeet vähitellen ja ne ovat sieltä henkilökunnan tulostetta-

vissa. Paperimuotoisia ohjeita tarvitaan mahdollisten teknisten ongelmien vuoksi. Keski-Suomen sairaanhoitopiirillä oli Potilasohjaus vaikuttavaksi -hanke vuosina 2011–2013. Hankkeen myötä Keski-Suomen sairaanhoitopiiri oli saanut omat laatukriteerit, joiden mukaan potilasohjeet laaditaan ja päivitetään. Ohjeet tarkastetaan ja hyväksytään asiantuntijalla. Tämän jälkeen ohjeita voi käyttää potilasneuvonnassa. Tekemäni potilasohje kompressiosidonnasta on myös tarkastettu ja hyväksytty. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 60.)

5.2. Produktion tuottaminen

Tutustuin laajasti lähteisiin teorian ja käytännön kautta. Tutkin erilaisia potilasohjeita ja kuvia sidontatekniikoista. Keski-Suomen keskussairaalan ihotautipoliklinikan haavahoitaja kertoi minulle, että he käyttävät anatomisen sidonnan mukaista tukisidontaa. Keskustelimme, mikä sidonnassa on tärkeää ja mitä tietoja olisi hyvä potilasohjeeseen tulla.

Potilasohjeen valokuvat otettiin kotonani tammikuussa 2014. Valitsin kuvauspaikan niin että valot tulevat oikeasta suunnasta. Kuvien taustaksi valitsin tumman kankaan, jotta kuvattava jalka erottuu siitä hyvin. Kuvattava jalka olisi voinut olla turvonnut, mutta en löytänyt sellaista kuvattavaa. Pohdin kuvausvaiheessa potilaiden tietosuojaa. Sen vuoksi kuvauksessa ei ollut oikeaa potilasta ja sain valokuvattavaksi oman perheenjäsenen. Hänellä oli ruskettunut jalka, niinpä vaaleat sidokset erottuvat jalasta hyvin. Tarkoituksella en laittanut putkisukkaa sidosrullien alle, jotta kuvista tuli selkeämmät vaikka normaalisti sidosrullien alle laitetaan putkisukkaa ja mahdollisesti vanua pehmusteeksi. Näistä mainitaan potilasohjeessa ja ihotautipoliklinikalla laitetaan potilaille putkisukkaa sidosrullien alle kun sidotaan kompressiosidokset. Valokuvaajan löysin ystäväpiiristä, hänellä oli hyvä järjestelmäkamera. Kuvia otettiin useita ja ne tallennettiin tietokoneelle, valitsin sieltä kuvat jotka kuvaavat mahdollisimman hyvin sidonnan eri vaiheet. Kuvia ohjeeseen tuli kahdeksan kappaletta ja alapuolelle kuvatekstit. Potilasohjeen ensimmäiselle sivulle tuli yleistä tietoa kompressiohoidosta. Potilasohje oli valmis arvioitavaksi maaliskuussa 2014.

Kirjallista ohjausmateriaalia pidetään tutkimusten mukaan tärkeänä. Sen pitäisi perustua potilaiden näkökulmaan asiasta. Jos teksti on kirjoitettu liian vaikeasti, osa potilaista ei

ymmärrä sitä. Laadukas kirjallinen ohjausmateriaali vastaa potilaiden tarpeita, on sanallisesti selkeä ja ajan tasalla. Ohjausmateriaali vetoaa mahdollisimman vähän tunteisiin. Yksinkertaiset kuvat helpottavat ymmärtämistä ja muistamista. Kirjallisen materiaalin avulla potilas voi palauttaa mieleen asioita, selvittää mahdollisia väärinkäsityksiä ja lisätä tietoaan. Kirjallisten ohjeiden tulee olla helposti ymmärrettäviä, ettei potilas ymmärrä asiaa väärin. Potilaille saattaa nousta myös pelkoja ja huolestuneisuutta, jos ohjeen ymmärtää väärin. (Kääriäinen 2007, 37; Torkkola ym. 2002, 18.)

Tekstin tulee olla selkeästi kirjoitettua yleiskieltä ja kirjasintyypiksi kannattaa valita sellainen, että kirjaimet erottuvat toisistaan, suuraakkosten hahmottaminen on vaikeampaa kuin pienaakkosten. Fonttikoon täytyy olla tarpeeksi suurta, vähintään 12, ja rivivälin riittävä. Jos ohjeessa käytetään lääketieteellisiä termejä pitää ne määritellä, muutenkin termien ja sanojen tulee olla tuttuja ja yksiselitteisiä. Kuvat lisäävät ymmärrettävyyttä, ohjeeseen voidaan myös lisätä kaavioita, kuvioita, taulukoita tai kuvia. Niiden pitää olla mielenkiintoisia ja ymmärrettäviä. Kuvatekstit kertovat jotain, mitä kuvasta ei voi nähdä. Internetissä julkaistavat ohjeet on vaikeampia lukea ruudulta kuin paperilta, joten virkkeiden lyhyteen on kiinnitettävä huomiota. Jos ohje on tarkoitus tulostaa, kannattaa tekstin asettelu tehdä paperin ehdoilla. (Hyvärinen 2005, 1772; Kyngäs ym. 2007, 127; Torkkola ym.2002, 59.)

Potilasohjeen otsikko kertoo aiheen, ohje jaotellaan väliotsikoin. Otsikkoina toimii hyvin yksittäinen sana tai sanapari. Otsikot voi erottaa muusta tekstistä esim. lihavoinnilla tai alleviivauksella. Kirjallisessa ohjeessa ilmoitetaan kenelle ohje on tarkoitettu ja mikä sen tarkoitus on. Kappalejako lisää tekstin ymmärrettävyyttä, yksi asiakokonaisuus on yhdessä kappaleessa. Väliotsikot auttavat lukijaa hahmottamaan, mistä asioista teksti koostuu. Myös asioiden esittämisjärjestys on hyvä miettiä loogiseksi. (Kyngäs ym. 2007, 126; Torkkola ym.2002, 39.)

Ohjeissa asiat tulee ilmaista lyhyesti ja jopa luettelomaisesti, jotta tärkeät asiat saadaan tuotua esiin. Luettelmat ovat hyviä nostamaan tärkeitä asioita esiin tai niillä saa pitkät lauseet jaoteltua pienemmiksi. Koko ohje ei kuitenkaan voi olla pelkkää luettelmaa, silloin ohje näyttää luonnosmaiselta eikä houkuttele ulkoasultaan. Potilasohjeen tulee alkaa tärkeimmällä asialla, jotta potilas kokee ohjeen olevan hänelle tarkoitettu. Työyksikössä sovitaan puhuttelusta, teititelläänkö vai sinutellaanko. Pitkissä ohjeissa pelkkä

neuvominen ei usein riitä, vaan kannattaa perustella, mitä hyötyä potilaalle on jos toimii neuvotulla tavalla. Liian yksityiskohtaista tietoa sisältävät ohjeet, saattavat ahdistaa sekä sekoittaa lukijaa. Ohjeeseen voi laittaa otsikon kirjallisuutta, niin tiedonhaluiset voivat etsiä lisätietoja aiheesta valituista lähteistä. Potilasohjeessa tekstin lyhyys ilahduttaa monia. Potilasohjeesta tulee löytyä yhteystiedot, mihin potilas voi ottaa yhteyttä. (Hyvärinen 2005, 1770; Torkkola ym.2002, 60.)

5.3. Produktion arviointi

Toiminnallisen opinnäytetyön palaute kerätään kohderyhmältä. Palaute tukee omaa arviointia tuotoksesta ja silloin näkemys ei ole yksipuolinen. Määrällistä tutkimusmenetelmää käytetään kun halutaan numeraalista tietoa. Numeroiden avulla voi täsmentää yksityiskohtia ja ideaa. Vaikka tutkimusaineisto on pieni ja saatu tieto ei ole tilastollisesti merkittävää, auttaa se kehittämään produktiota. Lomakekysymykset voivat olla monivalintakysymyksiä, avoimia kysymyksiä tai molempia. Toiminnallisissa opinnäytetyöissä tavoitteena on saada kirjallisuudesta puuttuvaa lähdetietoa ja suuntaa päätöksiin, koskien produktiota. (Vilka & Airaksinen 2003, 58.)

Keski-Suomen keskussairaalan ihotautipoliklinikan hoitajilla oli kehittämispäivä maaliskuussa 2014, jolloin potilasohje julkaistiin heidän nähtäväksi ja hoitajat saivat tutustua siihen. Osastonhoitaja antoi kaikille hoitajille kirjalliset kyselylomakkeet, joissa pyysin palautetta potilasohjeesta. Potilasohjeen oli tarkoitus olla mahdollisimman hyvä Keski-Suomen keskussairaalan ihotautipoliklinikan tarpeisiin. Pyysin palautetta hoitajilta, että onko potilasohjeen ulkoasu selkeä ja kieliasu potilaan näkökulmasta ymmärrettävää. Kysyin myös, että onko potilasohje käyttökelpoinen ja sisältääkö se oleelliset asiat. Väittämiin vastattiin neliportaisilla vastauksilla. Vastaajat voivat valita joko täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä. Avoimilla kysymyksillä kysyin kehittämisideoista ja mitä hyvää potilasohjeessa on. (Liite 2.)

Kyselylomakkeeseen vastasi yhdeksän Keski-Suomen keskussairaalan ihotautipoliklinikan hoitajaa. Hoitajat olivat antaneet hyvin palautetta ja potilasohjeen kehittämisideoita. Suurin osa hoitajista piti asiasisältöä riittävänä ja että potilasohje sisältää oleelliset asiat.

Kaksi hoitajaa mainitsi, että ohjeessa on välillä liian perusteellista tietoa. Kyselylomakkeessa oli mainittu, että erilliset voimisteluohjeet voisivat olla erikseen. Voimisteluohjeita en tehnyt, koska tarkoitukseni oli tehdä potilasohje kompressiosidonnasta.

Väittämään potilasohjeen mukaan sidonta on helppo suorittaa, oli tullut erilaisia vastauksia. Viisi hoitajista oli samaa mieltä tai osittain samaa mieltä, yksi oli täysin eri mieltä. Eri mieltä vastannut oli maininnut myös, että tukisidosta ei pysty itse laittamaan vaan tarvitsee siihen toisen ihmisen. Väittäminen oli huonosti muotoiltu, koska en tarkoittanut että potilas itse suorittaa tukisidontaa, vaan hänen avustajansa. Kantapään sitomisen tärkeydestä oli myös palautetta. Kahteen kuvatekstiin kirjoitin, että kantapää sidotaan peittoon.

Hoitajat ehdottivat ohjeen loppuun tyhjää tilaa vapaalle tekstille ja he myös muistuttivat että, sidokset pitää päivittäin tarkistaa, etteivät ole löystyneet ja sen vuoksi purista väärästä paikasta. Potilasohjeen loppuun laitoin näistä asioista tietoa ja lomakkeen lopussa on myös tilaa vapaalle tekstille. Palautetta tuli myös että, lääkinnälliset sukat voidaan tarvittaessa ottaa käyttöön (lääkärin määräyksestä), koska ne ovat käytännössä helpommat. Näin monesti onkin, mutta nyt oli kyseessä potilasohje kompressiosidonnasta.

Potilasohjeessa yksi valokuva oli epäselvä, siitä mainittiin palautteessa. Erään kuvan kuvateksti oli epäselvä ja sitä kehoitettiin muuttamaan, myös kieliasun selkeyttämistä toivottiin. Eräs hoitaja olisi toivonut kuvan potilaalla olevan turvotuksia ja kuvissa käytettävän putkisukkaa sidosten alla, mutta minusta kuvat näyttävät selkeämmiltä ilman putkisukkaa. Potilasohjetta pidettiin sopivan lyhyenä ja ytimekkäänä, kuvatekstejä myös. Hoitajat pitivät ohjetta selkeänä. Muokkasin potilasohjetta saadun palautteen mukaan. Alkuperäisessä versiossa yksi kuva oli epäselvä, joten vaihdoin kuvan toiseen. Muokkasin tekstiä ja supistin asiasisältöä.

Potilasohje oli valmis toukokuussa 2014 ja Keski-Suomen keskussairaalan ihotautipoliinikka otti sen käyttöön vaikka opinnäytetyöprosessi olikin vielä kesken. Olen toiminut eettisesti kaikissa opinnäytetyön vaiheissa, vuorovaikutukseni on ollut tasa-arvoista ja olen toiminut ihmisiä kunnioittavasti. Arkieettisyys näkyy työssäni sovittujen sopimusten ja aikataulujen noudattamisena. (Kuokkanen ym. 2007,27.

6 POHDINTA

Saadessani aiheen opinnäytetyölleni, olin hyvin innostunut asiasta. Koin, että kompressiosidonnan potilasohjeesta olisi merkittävää hyötyä potilashoitotyössä. Olen kiittollinen, että olen saanut tehdä Keski-Suomen keskussairaalan ihotautipoliklinikan kanssa yhteistyötä ja tuottaa potilasohjaukseen merkittävän työvälineen. Opinnäytetyöprosessin edetessä olen nähnyt työssäni ja harjoitteluissa, kuinka tarpeellinen kompressiosidonnan ohjaus on potilaille, heidän omaisilleen ja hoitohenkilökunnalle. Olen ohjannut potilaita, hoitohenkilökuntaa ja terveydenhuoltoalan opiskelijoita eri yksiköissä oikeanlaiseen kompressiosidontaan. Kompressiosidonnan potilasohjeen tarpeellisuus on motivoinut minua työskentelemään ahkerasti asian parissa. Opinnäytetyön prosessin aikana olen oppinut etsimään tietoa erilaisista lähteistä ja ohjannut myös valmiita hoitajia etsimään tietoa internetistä. Internetistä löytyvä tieto ei ole aina luotettavaa ja pitääkin tietää miltä sivuilta tietoja etsii.

Moffatin, Kommalan, Dourdinin ja Choen sekä Annelsin, O'Neillin ja Flowersin tutkimuksissa on tutkittu kompressiohoitoon sitoutumista ja alhainen hoitomyönteisyys on kompressiohoidon ongelma. Hoitomyöntyvyyteen vaikuttavia asioita on paljon, esimerkiksi että potilas saa riittävästi ohjausta ja että hoitoa jatkaa sama hoitaja sekä sidosten aiheuttamaan kipuun reagoidaan. Olen myös huomannut työssäni samanlaisia asioita, että potilaat eivät pidä sidoksia jos ne puristavat liikaa tai tuntuvat muuten epämiellyttäviltä. Löysästi sidotut kompressiosidokset valuvat kävellessä ja se vähentää hoitomyönteisyyttä. Potilaat myös haluavat tehdä ennestään tutun hoitajan kanssa yhteistyötä

Prosessina produktion tekeminen oli mielenkiintoista, mutta haastavaa, koska en ollut aiemmin vastaavanlaista tehnyt. Opinnäytetyöprosessi oli pitkäkestoinen ja monivaiheinen. Syyskuussa 2013 esittelin aiheen Keski-Suomen keskussairaalan ihotautipoliklinikan osastonhoitajalle ja kävin ihotautipoliklinikan hoitajien kanssa keskustelua, että minkälaisesta potilasohjeesta he hyötyvät. He käyttävät anatomista sidontamallia, joka on minulle uusi tapa sitoa kompressiosidokset. Perehdyin asiaan, ja tammikuussa 2014 kuvasimme potilasohjeen valokuvat. Samaan aikaan tein kyselylomaketta, jotta sain palautteen ohjeesta. Hyvää palautetta oli mukava saada. Erityisesti kommentti: ”Hienoa, että olet perehtynyt asiaan ja haluat tehdä hyvän

potilasohjeen”. Myös eräs hoitaja kirjoitti, että tätä potilasohjetta tullaan tarvitsemaan. Potilasohje julkaistiin maaliskuussa 2014, ja sen jälkeen muokkasinkin sitä saadun palautteen mukaan. Toukokuussa 2014 Keski-Suomen keskussairaalan ihotautipoliklinikka otti ohjeen käyttöön. Opinnäytetyön raporttia olin työstänyt siinä sivussa koko ajan. Opinnäytetyö on valmis syyskuussa 2014.

Potilasohjeen tekeminen ja muokkaaminen oli yllättävän haastavaa. Valokuvat onnistuivat mielestäni hyvin, mutta niiden käsittely ja asetteleminen oli minulle vaikeaa ja vei paljon aikaa. Opettaja auttoi minua saamaan potilasohjeen lopulliseen muotoon. Opinnäytetyöprosessi oli yksin tehtynä toisaalta helppo, kun sai työstää raporttia omaan tahtiin, mutta toisaalta olisi ollut kiva jakaa jonkun toisen kanssa ajatuksia työstä. Asun kaukana opiskelukavereistani, niin siksi oli luontevaa tehdä opinnäytetyö yksin. Usein tutkin erilaisia lähteitä säärihaavan hoidon kannalta ja asioiden rajaamisen vaikeus yllätti minut.

Myös muihin sairaanhoitopiireihin on tehty potilasohjeita kompressiosidonnasta. Sidonta tyylinä voi olla eniten käytetty anatominen sidonta, johon tämän opinnäytetyön tekemisessä on keskitytty. Kompressiosidonta voidaan sijoittaa myös niin, että ensimmäinen sidosrulla käytetään pelkästään jalkaterän ja nilkan sitomiseen. Siinä sidontatyylissä toinen sidosrulla alkaa nilkasta ja yltää kaksi senttimetriä polvitaippeen alapuolelle.

Olen toiminut eettisesti tehdessäni opinnäytetyötä. Olen kasvattanut omaa ammattitaitoa tekemällä opinnäytetyötä ja toiminut kollegiaalisesti keskustelemalla aiheesta muiden hoitajien sekä opiskelijoiden kanssa. Opinnäytetyöhön keräsin tietoa käyttämällä kirja- ja internetlähteitä. Lähteitä oli saatavilla hyvin. Raporttia kirjoittaessani olen välttänyt plagiointia ja käyttänyt kirja- ja internetlähteitä oikein. Opinnäytetyötäni voi mielestäni pitää eettisesti luotettavana, koska käyttämäni artikkelit ovat asiantuntijoiden kirjoittamia. Suomen haavayhdistyksen Haava-lehdistä löysin ajankohtaista tietoa ja tutkimustuloksia.

Jatkoaiheita voisi olla esimerkiksi, onko potilaille ja heidän omaisilleen ollut hyötyä kompressiosidonnasta potilasohjeesta ja myös onko terveydenhuoltoalan henkilökunta omaksunut anatomisen kompressiosidonnasta mallin.

LÄHTEET

- Ahonen, Outi; Blek-Vehkaluoto, Mari; Ekola, Sirkka; Partamies, Sanna; Sulosaari, Virpi & Uski-Tallqvist, Tuija 2012. Kliininen hoitotyö: sisätauteja, kirurgisia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Anderson, Amy Shelton & Klemm, Paula 2008. The internet and patient education. *Clinical Journal of Oncology nursing* 12 (1), 55- 63. Viitattu 20.6.2014. Saatavissa: [http:// www.nelliportaali.fi](http://www.nelliportaali.fi), EBSCOhost.
- Annells, Marilyn; O'Neill, Janine & Flowers, Charne 2008. Compression bandaging for venous leg ulcers: the essentialness of a willing patient. *Journal of Clinical Nursing* 17 (3), 350–359. Viitattu 8.10.2013. Saatavissa: <http://www.nelliportaali.fi>, EBSCOhost.
- Aarnio, Pertti 2009. Kroonisten haavojen hoitoon tarvitaan monenlaisia menetelmiä. *Suomen lääkirilehti* 64 (24), 2155.
- Eloranta, Sini; Katajisto, Jouko & Leino-Kilpi, Helena 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? *Hoitotiede* 26 (1), 63 -73.
- Finne-Soveri, Harriet 2013. Hauras potilas – haastava hoito. *Suomalainen lääkiriseura Duodecim* 2013, 129 (15), 1523-1524
- Hyvärinen, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? *Suomalainen Lääkiriseura Duodecim* 121(16), 1769 -1773. Viitattu 14.2.2014. Saatavissa: <http://www.nelliportaali.fi>, Medic
- Isoherranen, Kirsi; Koskenmies, Sari & Heikkilä, Hannele 2013. Kipeä jalka. *Suomalainen Lääkiriseura Duodecim* 129 (17), 1827-1832. Viitattu 9.1. 2014. Saatavissa: [http:// www.nelliportaali.fi](http://www.nelliportaali.fi), Medic
- Jahkola, Tiina 2012. Haavapotilaan turvotuksen hoito. *Haava* 15 (4), 18-19.
- Juutilainen, Vesa & Hietanen, Helvi 2012. Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kunnamo, Ilkka 2007. Jalkojen turvotus. Lääkärin käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 8.1.2014. Saatavissa : [http:// www.nelliportaali.fi](http://www.nelliportaali.fi), Medic.
- Kuokkanen, Ritva; Kivirinta, Mervi; Määttänen, Jukka & Ockenström, Leena 2007. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

- Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria; Poskiparta, Marita; Johansson, Kirsi; Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu: Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 17.8.1992. Viitattu 7.11.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Leppäluoto, Juhani; Kettunen, Raimo; Rintamäki, Hannu; Vakkuri, Olli; Vierimaa, Heidi 2008. Anatomia + fysiologia, rakenteesta toimintaan. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Lipponen, Kaija; Kyngäs, Helvi & Kääriäinen Maria 2006. Potilasohjauksen haasteet. Oulu: Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.
- Moffatt,Christine; Kommala,Dheerendra; Dourdin, Nathalie & Choe, Yoonhee 2009. Venous leg ulcers: patient concordance with compression therapy and its impact on healing and prevention of recurrence. International Wound Journal 5 (6), 386–393. Viitattu 8.10.2013. Saatavissa : <http://www.nelliportaali.fi>, EBSCOhost.
- Mäkelä, Hannele 2011. Ehkäisevä vanhustyö ja kunnallinen päätöksenteko. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden laitos. Pro Gradu. Viitattu 15.11.2013. Saatavissa: <http://www.nelliportaali.fi>, Medic.
- Paananen, Sirpa 2012. Kompressiohoito teoriassa helppoa, käytännössä haastavaa. Haava 15 (4), 24-25.
- Räty,Tarja 2011. Internetin sisältämä terveystieto, haaste potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutussuhteelle? Kuopio: Itä-Suomen yliopisto, sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Pro Gradu. Viitattu 17.11.2013. Saatavissa: <http://www.nelliportaali.fi>, Medic
- Saarinen, Jukka 2008. Kompressiohoidon ja laskimokirurgian vaikuttavuus laskimoperäisen säärihaavan hoidossa. Haava 11(2), 25.
- Suomen Haavahoitoyhdistys ry 2012. Vähäelastisen tukisidoksen sitomisohje. Viitattu 10.8.2014. <http://shhy.fi/hoito-ja-toimintaohjeet/>
- Torkkola, Sinikka, Heikkinen, Helena ja Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväiksi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Vilka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki : Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Vikatmaa, Pirkka 2012. Laskimoperäinen säärihaava. Haava 15 (4), 6-9.

Väisänen, Tom 2012. Miten turvotus syntyy. Haava 15 (4), 22-23.

LIITE 1: Potilasohje

ksshp

Keski- Suomen sairaanhoitopiiri

Ihotautien yksikkö
Puhelin (014) 2692342

POTILASOHJE

Turvotusten estohoito eli kompressiohoito

Turvotusten estohoitoa eli kompressiohoitoa käytetään henkilöillä, joilla on turvotusta alaraajoissa. Turvotuksen hoito on tärkeintä laskimoperäisen alaraajahaavan hoidossa ja ennaltaehkäisyssä.

Kompressiohoito

- vähentää alaraajojen turvotusta ja haavaeritettä
- lääkäri päättää hoidon aloituksen

Tukisidokset

Tukisidokset sidotaan kahdella vähäelastisella sidoksella. Ihoa vasten voidaan laittaa putkisukkaa ja tarvittaessa vanua pehmikkeeksi. Sidokset voivat olla paikoillaan useita vuorokausia. Sidoksista voidaan siirtyä lääkinnällisten hoitosukkien eli tukisukkien käyttöön, kun turvotus on laskeutunut ja mahdollisen haavaeritteen määrä vähentynyt. Kompressiohoito jatkuu läpi elämän.

Liikunta ja lepo

Tukisidosten kanssa voi liikkua normaalisti. Liikunta parantaa pohjelihaspumpun toimintaa. Jalkoja on hyvä lepuuttaa päivälläkin käymällä selin makuulle ja laittamalla tyyny jalkojen alle kohottamaan niitä.

Ihon hoito

Kuivaa ihoa kannattaa rasvata perusvoiteella.

TUKISIDOSTEN SITOMINEN

Tarvikkeet: Kaksi rullaa sidoksia, putkisukkaa, mahdollisesti vanua pehmikkeeksi ja teippiä kiinnittämään sidokset.



- Sitominen aloitetaan varpaiden tyvestä
- Nilkan tulee olla 90 asteen kulmassa.



- Kiertosuunta on ulkoreunalta sisäänpäin
- Sidettä venytetään kevyesti, tasaisesti molemmista reunoista



- Kantapää peitetään sidoksella ja sidettä rullataan jalan muotojen mukaan



- Side peittää koko kantapään, ihoa ei jää näkyviin
- Nilkassa paine on suurimmillaan ja alenee asteittain polvea kohti mentäessä



- Sidettä rullataan säärtä pitkin jalan muodon mukaan
- Sidoksen paine keventyy asteittain



- Sidonta lopetetaan 2 cm polven alapuolelle.



- Toinen sidos alkaa nilkasta



- Paine alenee asteittain



- Sidoksen kuuluu olla mukava jalassa myös seistessä
- Antakaa palautetta sitojalle seisomaan noustessa



- Sidos päättyy 2 cm polven alapuolelle ja teipataan sidos kiinni

Sidokset:

- voi olla paikoillaan useita vuorokausia, myös öisin
- sidokset tarkistetaan päivittäin, että ne ovat pysyneet hyvin paikoillaan
- hoidon alkuvaiheessa voi joutua sitomaan useammin turvotuksen vähentyessä
- tarvittaessa voi pestä pesukoneessa
- uusitaan jouston vähentyessä

Hyväksytty:

Päiväys:

LIITE 2: Kyselylomake

Olen Salla Nurmela, sairaanhoitajaopiskelija Diakonia-ammattikorkeakoulusta Pieksämäeltä. Teen opinnäytetyönä potilasohjeen kompressiohoidosta Keski-Suomen keskussairaalan käyttöön. Pyydän Teitä vastaamaan alla oleviin kysymyksiin, jotta pystyn kehittämään potilasohjeen mahdollisimman hyvin Teidän tarpeitanne vastaamaan. Ympyröikää numero, joka vastaa parhaiten mielipidettänne.

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Potilasohje on mielestäni käyttökelpoinen.	1	2	3	4
Potilasohje on mielestäni ulkoasultaan selkeä.	1	2	3	4
Potilasohjeen kieliasu on potilaan näkökulmasta ymmärrettävää.	1	2	3	4
Potilasohje sisältää oleelliset asiat.	1	2	3	4
Potilas saa riittävästi tietoa ohjeesta.	1	2	3	4
Sidonta on helppo toteuttaa ohjeen mukaan.	1	2	3	4

Mitä kehitettävää potilasohjeessa mielestäsi on?

Mitä hyvää potilasohjeessa on?

