

Saija Karjula, Satu Pirttijärvi & Satu Runtti

SÄÄRIHAAVAN JA DIABEETIKON JALKAHAAVAN HAAVANHOITO-OPAS

Haapaveden kotihoito

SÄÄRIHAAVAN JA DIABEETIKON JALKAHAAVAN HAAVANHOITO-OPAS

Haapaveden kotihoito

Karjula Saija
Pirttijärvi Satu
Runtti Satu
Opinnäytetyö
Kevät 2016
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijät: Karjula, Saija, Pirttijärvi, Satu & Runtti, Satu

Opinnäytetyön nimi: Säärihaavan ja diabeetikon jalkahaavan haavanhoito-opas

Työn ohjaajat: Alahuhta Maija & Jylkkä Merja

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2016

Sivumäärä: 39 + 10 liitesivua

Opinnäytetyömme tuloksena syntyi säärihaavan ja diabeetikon jalkahaavan haavanhoito-opas. Oppaan tavoitteena oli haavanhoitoon liittyvän tiedon lisääminen kotihoidon henkilökunnalle. Oppaasta tuli selkeä, jotta siitä kävisivät ilmi haavan väriluokitukset, haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät ja seurantamenetelmät. Myös kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistäminen ja selventäminen oli oppaan yksi tarkoitus. Halusimme tehdä selkeän ja kattavan kokonaisuuden, jossa on uusin tieto helppossa ja kätevässä muodossa Efficca-järjestelmässä. Pidimme oppaasta myös ohjaustunnin jonka tarkoituksena oli esitellä aihetta ja tehdä tutuksi valmistamamme materiaali. Työn toimeksiantajana oli Haapaveden kotihoito.

Opinnäytetyöhömmme aiheeseen liittyy diabetes, jonka yksi liitännäissairaus on jalkahaavat. Diabetesta sairastaa yli puoli miljoona suomalaista, ja ennusteiden mukaan tuo määrä voi jopa kaksinkertaistua seuraavien 5–10 vuoden aikana. Haavanhoidot ovat yleistyneet kotihoidon asiakkaiden hoitotarpeissa huomattavasti. Haavan hoitoon liittyvät suositukset kehittyvät jatkuvasti uusien hoitomuotojen ja tuotteiden tullessa markkinoille. Uusimman tiedon saanti kenttätöitä tekeville on tärkeää hoidon tuloksen kannalta. Haavojen hoitaminen edellyttää hoitotyöntekijältä teoretietoa sekä kykyä soveltaa tietoa potilaskohtaisesti. Haavanhoidon näkökulmasta olisi kuitenkin parasta sopia yhtenäisistä hoitokäytännöistä ja toteuttaa hoitoa suunnitelmallisesti niiden mukaan. Haavanhoitoon kuuluu haavan arviointi ja seuranta, hoidon toteutus ja kirjaaminen.

Haimme tietoa säärihaavoista ja diabeetikon jalkahaavoista uusimmasta kirjallisuudesta ja aiheeseen liittyvistä lehtiartikkeleista. Lisäksi hyödynsimme yhteistyötahon kautta hoitajien ja lääkärin tietoa, jolloin saimme kohdennettua työtämme juuri työn tilaajan tarpeisiin.

Projektimme tuloksena saimme aikaan tavoitteiden mukaisen haavahoito-oppaan ja ohjaustunnin. Seuraavaa projektia varten kehittämissideana olisi havainnollistavien kuvien lisääminen oppaaseen ja oppaasta koetun hyödyn selvittäminen Haapaveden kotihoidossa. Haavan väriluokituksista ja haavanhoitotuotteiden valinnasta kootuista taulukoista voitaisiin myös tehdä paperinen, helposti mukaan otettava versio.

Asiasanat: säärihaava, haavanhoito, haavatyypit, haavanhoitotuotteet, opas, diabeettinen jalkahaava

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Registered Nurse

Authors: Karjula, Saija, Pirttijärvi, Satu & Runtti, Satu

Title of thesis: Wound care guide for leg ulcers and diabetic foot ulcers

Supervisors: Alahuhta Maija & Jylkkä Merja

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2016

Number of pages: 39 +
10 pages of appendices

The outcome of this thesis was a wound care guide. The aim of the guide was to increase knowledge about leg ulcers and diabetic foot ulcers for home care staff. The guide includes wound color classification, factors affecting healing of wounds and monitoring methods. Also a clarification of documentation was one of the guide's purposes. We wanted to make the guide clear and comprehensive including the latest information in a easy and handy form in Effica- software. We gave a lesson about the guide with the aim to introduce the subject and make the staff familiar with the guide. The commissioner of the thesis was Haapavesi home care.

Our thesis is strongly related to diabetes and one of its symptoms is a foot ulcer. Diabetes affects more than half a million Finns and the number may even double during the next 5-10 years. In the home care wound care has become more common. Recommendations of wound care are constantly changing because of new treatments and care accessories. For the success of treatment it is important that the latest information reaches employees. Treatment of wounds requires theoretical knowledge and competence to apply according to a patient. The point of view of wound care it would be best to agree on a coherent way to work and treat according to it. Treatment of wounds is associated with evaluation of treatment, achievement, monitoring of healing and documentation.

As sources we used were current information such as literature and articles associated with the subject. In addition we made use of nurses' and doctors' knowledge when we targeted work on the client's needs.

The outcomes of the thesis were the wound care guide and the lesson about it. The topics for further research and developments could be adding illustrative images to guide and examination of the guide's benefits. Wound colour classification and wound care product chart can be printed as out paper versions, so that they are easy to take with.

Keywords: leg ulcer, wound care, wound types, wound care products, diabetic foot ulcers, guide

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	7
2	PROJEKTIN TAVOITE	8
3	IHON RAKENNE JA HAAVAN VÄRILUOKITUS	9
3.1	Ihon rakenne	9
3.2	Avoimen haavan väriluokitus.....	10
4	DIABEETIKON JALKAHAAVA.....	11
5	SÄÄRIHAAVA.....	13
5.1	Laskimoperäinen säärihaava.....	13
5.2	Valtimoperäinen alaraajahaava	14
6	HAAVANHOITO.....	15
6.1	Potilaan taustatiedot.....	15
6.2	Aseptiikka haavanhoidossa	16
6.3	Valmistelevat toimet	16
6.4	Haavan puhdistus.....	17
6.5	Haavan peittäminen ja sidonta	17
6.6	Haavaympäristö	18
6.7	Kompressio hoito.....	18
6.8	Dokumentointi	19
6.8.1	Kirjaaminen	19
6.8.2	Valokuvaus	20
7	OPPIMISPROSESSI	22
7.1	Ohjaus.....	22
7.2	Opetusmateriaali	23
8	PROJEKTIN TOTEUTUS	24
8.1	Projektin suunnittelu ja tiedon kerääminen	24
8.1.1	Opas	26
8.1.2	Ohjaustunnin toteutus	26
8.2	Projektin kustannukset ja resurssien hallinta.....	27
8.3	Projektiorganisaatio.....	28
8.4	Projektin riskit.....	29

9	PROJEKTIN ARVIOINTI.....	32
9.1	Oppaan arviointi	32
9.2	Ohjaustunnin arviointi	32
10	POHDINTA.....	34
	LÄHTEET.....	36
	LIITTEET	40

1 JOHDANTO

Haapaveden kotihoidossa on paljon erilaisia haavanhoitoja vaativia potilaita, joten heillä on tarve käytännölliselle ja selkeälle haavanhoito-oppaalle. Haavanhoidon laatu ja oikeaoppisuus vaihtelevat suuresti työpaikkojen välillä.

Opinnäytetyömme aiheeseen liittyy vahvasti diabetes, jota sairastaa Suomessa yli puoli miljoonaa ihmistä. Ennusteiden mukaan sairastuneiden määrä voi lisääntyä jopa kaksin kertaiseksi seuraavan 10–15 vuoden aikana. (Diabetes. Käypä hoitosuositus – 2013, viitattu 30.10.2015.) Diabeetikon jalkahaavat heikentävät potilaan elämänlaatua ja aiheuttavat paljon kärsimystä (Jelsnes – Jørgensen 2010, 1256). Hyvällä haavanhoidolla on vaikutusta Haapaveden kotihoidolle sekä hoidettaville potilaille myös taloudellisesta näkökulmasta. Vuonna 2007 diabeetikkojen kokonaiskustannukset olivat 8,9 % terveydenhuollon menoista. Tuolloin diabeetikkojen sairaanhoidon kustannukset Suomessa olivat noin 1,3 miljardia euroa, joista 833 miljoonaa olivat diabeteksen aiheuttamia lisäkustannuksia. (Jarvala 2010, 5.)

Haavanhoito-opas ohjeistaa henkilökuntaa valitsemaan tilanteisiin oikeita haavanhoitovälineitä ja -sidoksia. Potilastietojen huolellinen kirjaaminen yhdenmukaisella tavalla edistää hoitotyön suunnitelman mukaista toimintaa ja hoidon jatkuvuutta. (THL 2015, viitattu 30.10.2015.)

2 PROJEKTIN TAVOITE

Projektin tavoitteena oli laatia aiheesta opas ja oppaan valmistuttua esitellä se oppaan käyttäjäryhmälle ohjaustunnilla. Oppaan tavoitteena oli tiedon lisääminen Haapaveden kotihoidossa työskenteleville henkilöille. Väriluokitukset, haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät ja seurantamenetelmät tulevat oppaassamme selkeästi esille. Lisäksi oppaan tarkoituksena oli yhtenäistää ja selventää työelämän kirjaamiskäytäntöjä. Ohjaustunnin tavoitteena oli esitellä ja tehdä tutuksi käyttöä varten laatimamme opas.

Projektin tarkoituksena oli laatia selkeä ja yksinkertainen, toimintatapoja yhtenäistävä opas, joka esittelimme Haapaveden kotihoidon työntekijöille lyhyessä ohjaustuokiossa keväällä 2016. Projektimme myötä työntekijöiden teoretieto ja perusteet tekemiselle laajenivat. Potilaan omatoiminen seuranta paranee ja näin ennaltaehkäisee vaurion mahdollista pahentumista. Hoitajien käytäntö säärihaavojen ja diabeetikon jalkahaavojen hoidossa yhtenäistyy.

Oppimistavoitteenamme oli tiedon lisääminen haavanhoitoon liittyvissä asioissa. Mielestämme projektimme aihe on sellainen, että tulevassa ammatissamme, työskentelypaikasta huolimatta, on hyvin tarpeellista ja hyödyllistä tietää haavanhoidon pääperiaatteet. Tavoitteenamme oli oppia projektimuotoista ja johdonmukaista työskentelyä ja kehittää yhteistyötaitojamme. Projektin myötä opimme etsimään tietoa erilaisista lähteistä ja arvioimaan sen luotettavuutta.

Oppaasta ja ohjaustunnista halusimme selkeän ja kattavan kokonaisuuden. Haavanhoito-oppaassa ja ohjaustunnilla kertosimme kirjaamisen ja dokumentoinnin perusteet. Ohjaustunnilla esittelimme luomamme haavanhoito-oppaan, ja se otettiin tehokkaasti käyttöön hoitotyön tueksi. Työstämme hyötyvät monet eri tahot: Haapaveden kotihoidon työntekijät ja asiakkaat ja tietysti me itse. Työntekijät saivat uusinta tietoa helpossa ja kätevässä muodossa, joka kulkee Efficahoitajärjestelmän juuressa mukana. Opas on näin mahdollista avata erilaisilla mobiililaitteilla jopa asiakkaan luona.

3 IHON RAKENNE JA HAAVAN VÄRILUOKITUS

3.1 Ihon rakenne

Iho on jaoteltu anatomisesti kolmeen kerrokseen. Ulointa kerrosta kutsutaan orvaskedeksi ja se on muodostunut epiteelisolukosta. Tämän alla sijaitsee verinahka, jossa kulkee runsaasti verisuonia. Lisäksi keskimmäiseen kerrokseen päättyvät vapaat hermopäätteet. Alimpana on ihonalainen kerros, joka muodostuu rasva- ja sidekudoksesta. Tämä osa sitoo ihon sen alla oleviin lihaksiin. (Lepäluoto 2013, 59–61.) Ihon päätehtävinä on suojata elimistö ulkoisilta vaaroilta, toimia lämmönsäätelijänä ja kuona-aineiden poistoreittinä (Lagus 2012, 17).

Orvaskeden epiteelisolukko on neljä kerroksinen. Päälimmäisenä ihon kerroksena on sarveiskerros eli keratiinikerros, tämän jälkeen tulee jyväissolukerros eli granulaatiokerros, kolmantena on okasolukerros eli stratum spinosum ja edelleen tyvisolukerros eli stratum basale. Tyvisolukerros sijaitsee tyvisolukalvon pinnalla. Orvaskeden paksuus vaihtelee 0,05-0,2 mm. Paksummilla ihoalueilla, kuten jalkapohjissa ja kämmenissä se on luonnollisesti paksumpi keratiinikerroksen paksuuden vuoksi. Orvaskesi uusiutuu jatkuvasti. Tällöin vanhat keratiinisolut hilseilevät vähitellen pois uusien, tuorempien tieltä. Normaalisti orvaskesi uusiutuu kokonaan 6-10 viikon sisällä. (Iholiitto ry: Terveen ihon rakenne. 2015, viitattu 13.5.2015.)

Verinahka eli dermison on 0,5-1,5mm paksuinen. Tärkeimmät rakenneosat ovat kollageenia, elastania ja erilaisia glykosaminoglykaaneja. Kollageenisäikeet ovat hyvin kestäviä, ja niitä pystyvät hajottamaan vain eräät määrätyt entsyymit. Kollageenien tärkeästä merkityksestä ihon joustavuudelle on hyvä esimerkki kortisoniyhdisteiden aiheuttama ihon oheneminen, joka johtuu kollageenien synnyn estymisestä. Elastiinin tehtävänä on pitää iho kimmoisana. Glykosaminoglykaanien tehtävänä on sitoa ihoon vettä ja sitä kautta toimia ihon aineenvaihdunnan osana. Glykosaminoglykaanien määrä vähenee ihon vanhetessa ja tällöin vesipitoisuus vähenee. (Iholiitto ry: Terveen ihon rakenne. 2015, viitattu 13.5.2015.)

Subkutiksen eli ihonalaiskudoksen tehtävänä on suojata elimistöä iskuilta. Lisäksi se toimii siteenä ihon ja muiden kudosten, kuten lihaskalvojen ja jänteiden välillä. Ihonalaiskudoksen paksuus vaihtelee muun muassa hormonaalisen ja ravitsemuksellisen tilan, iän ja sukupuolen mukaan eri ihmisillä paljonkin. (Iholiitto ry: Terveen ihon rakenne. 2015, viitattu 13.5.2015.)

3.2 Avoimen haavan väriluokitus

Haava on ehjän ihon tai sen alla olevien kudosten rikkoutuma. Syvyydeltä haava voi ulottua kaikkiin ihonalaiskudoksiin. Haavat jaotellaan niiden syntymätavan ja ulkomuodon perusteella. Haavan muodostumisesta riippuen ne on jaoteltu kahteen ryhmään, akuuttiin ja krooniseen haavaan. Akuuttihaava syntyy ulkoisen tekijän vaikutuksesta. Kroonisenhaavan taustalla on puolestaan jokin sisäinen sairaus tai tekijä. Kroonisenhaavan synnyn on kuitenkin usein laukaissut jokin ulkoinen tekijä esim. paine. Akuutin- ja kroonisenhaavan toisistaan erottaa haavan aukioloaika ja paranemisen prosessi. (Hietanen & Juutilainen. 2012, 26.)

Avoimen haavan väriluokitusta (VPKM-luokitus) ei voida käyttää palo- tai paleltumavammahaavojen luokittamiseen. Tällöin ihovaurio voi olla syvemmällä kuin sitä pystyy silmämääräisesti näkemään. VPKM-luokitusta käytetään avoimen konservatiivisesti hoidettavan haavan luokittamiseen. Haavaa arvioitaessa luokittelu tulee tehdä haavassa olevan huonoimman kudoksen mukaan. (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri: Haavanhoito-opas-2014, viitattu 29.10.2015.)

Vaaleanpunaisessa haavassa on näkyvillä epitelisaatiokudosta. Haavassa voi näkyä vaaleanpunaisia sarakkeita. Epiteeli kasvaa karvatuppien ympäriltä sekä haavanreunoilta. Haavan ollessa kirkkaan punainen ja pinnaltaan ryymimäinen kyse on punaisesta haava-luokituksesta. Punainen haava on ulottunut granulaatiokudokseen. Keltaisessa haavassa on fibriinikatetta. Kate on kerma- valkoista, keltavihreää, vaaleankeltaista tai ruskeaa. Eritystä voi ilmetä vähän tai runsaasti. Mustassa/ruskeassa haavassa on nekroottista kudosta, joka on tarttunut kiinni ja voi olla väriltään harmaata, mustaa, ruskeaa tai violetin tumman ruskeaa. Haava voi olla kuiva tai päinvastaisesti myös erittävä. Kuivan ja mustan kudoksen alla haava voi ylettyä pitkälle ihonalaiskudoksiin elimistössä. Nekroottisen haavan kudoksen poistamisessa tulee olla erityisen varovainen, kun kyseessä on diabeettinen jalkahaava tai valtimoperäinen säärihaava. (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri: Haavanhoito-opas-2014, viitattu 29.10.2015.)

4 DIABEETIKON JALKAHAAVA

Kun elimistössä tapahtuvien muutosten taustalla on diabetes, kutsutaan niitä muutoksia yhteisnimitykseltään diabeteksen lisäsairaudeksi. Diabeetikon jalkaongelmat ovat yksi lisäsairauksiin kuuluva ryhmä. Jalkahaavojen aiheuttamat infektiot sekä haavojen puutteellinen hoito ovat yleisin syy diabeetikon sairaalahoitajaksoihin. (Sane 2013, 338.)

Diabeetikoilla ei kuitenkaan välttämättä tule esiin infektion merkkejä, sillä ääreisverenkierron sairaus, huono hoitotasapaino, ja neuropatia peittävät infektion tyypillisiä oireita (Gardner, ym. 2014). Diabeetikoista noin neljännes saa jalkahaavan joskus elämänsä aikana. Suurimmalla osalla haavat paranevat lähes normaalin paranemisprosessin mukaisesti. Jalkahaavan saaneista diabeetikoista 5-8 % haava ei kuitenkaan parane ja se johtaa nilkan yläpuoliseen amputaatioon vuoden kuluessa haavan synnystä. Jalkahaavan synty ei lisää ainoastaan amputaation vaaraa vaan myös kuoleman riskin lisääntymistä, sillä 6-15 % diabeetikoista, jotka saavat jalkahaavat kuolevat vuoden sisällä. Kuolleisuuden lisääntyminen ei johdu yksinomaan jalkahaavasta vaan siitä, että jalkahaavan saaneet diabeetikot ovat muita sairaampia. Heistä suurimmalla osalla on todettu vähintään yksi diabeteksen lisäsairaus. (Sane 2013, 338–339.)

Käypä hoito- suosituksen mukaan diabeetikon jalkaongelmalla tarkoitetaan nilkan tai jalkaterän alueella olevaa haavaa tai kudonvauriota sekä kudonvaurioon liittyvää infektiota, jonka taustalla on neuropatia, iskemia tai molemmat. (Diabeetikon jalkaongelmat: Käypä hoito- suositus – 2015, viitattu 30.3.2015). Yleisin jalkahaavan syntymekanismi liittyy jalkineen ja kävelyn yhdistelmään joka aiheuttaa mekaanista hankausta jalan ulkonevien osien kohdalle (Sane 2013, 339). Jalkahaava toimii diabeetikolle myös infektioporttina, joka vaikuttaa diabeteksen hoitotasapainoon sekä yleistiilaan (Diabeetikon jalkaongelmat: Käypä hoito suositus – 2015, viitattu 30.3.2015). Säärihaavat ovat myös tyypillisiä diabeetikon lisäsairauksia. Niitä aiheuttaa alaraajojen laskimoiden vajaatoiminta, tukkeuttava valtimosairaus, valtimotulehdus tai diabeteksestä johtuva angiopatia eli pienten valtimoiden vaurio. (Sane 2013, 338.)

Diabeetikon tapauksessa neuropatia tarkoittaa hermovauriota, jonka arvellaan johtuvan sokeritasapainon vaihtelusta elimistössä. Neuropatia jaetaan kolmeen eri muotoon joita ovat tuntohermovaurio, liikehermovaurio sekä tahdosta riippumattoman hermoston vaurio. Nämä aiheuttavat mm. suojatunnon heikkenemistä tai puutosta, jalan asentovirheitä ja iho-ongelmia. (Sane 2013, 340.)

Suojatunto on aistimus, joka kertoo terveellä ihmisellä tuntoaistin kautta elimistössämme vallitsevasta tilasta. Jos diabeetikon jalkaan syntyy haava esimerkiksi hiertävän kengän, paljain jaloin kävelyn tai ulkoisen vamman aiheuttajan ansiosta, aiheuttaa se helposti kroonisen jalkahaavan. Suoja- ja kiputunnon puutteesta johtuen diabeetikko rasittaa jalkaa normaalisti, mikä puolestaan estää haavan huomioimista ja paranemista. Jalan asentovirheet voivat aiheuttaa poikkeavan kävelytyylin, jolloin jalka kuormittuu epänormaalisti ja aiheuttaa ihon paksuuntumista kuluvalta kohdasta. Kun iho paksuuntuu epänormaalisti kohdasta, se aiheuttaa ko. ihoalueen alle riskin muodostaa verenpurkauman tai ihonalaisen haavan muodostumiseen. Diabeetikon jalkojen iho-ongelmat ovat yleensä hikoilun vähentymistä, ihon kuivumista sekä ihon halkeilua. (Diabeetikon jalkaongelmat: Käypä hoito suositus – 2015, viitattu 30.3.2015.)

Diabeteksen aiheuttaman neuropatin myötä voi ääreisosiin kehittyä valtimoverenkierron tilan mukaan joko iskeeminen tai ei-iskeeminen haava. Iskeemiset neuropatiaan liittyvät haavat voivat olla kivuttomia tuntohäiriön vuoksi. (Vikatmaa 2013, 276–279). Iskemian syynä on alaraajavaltimoiden arterioskleroosi eli tukkiva ääreisvaltimotauti. Iskeeminen jalkahaava ilmenee usein jalan kärkiosissa, esimerkiksi kantapäässä, varpaissa tai jalan ulkoreunassa, mutta se voi sijaita myös säären alueella. Iskeeminen jalkahaava on usein kipua tuottava, iho haavan ympärillä on ohut, jalka on viileä sekä ihon väri on punakka tai kalpea. Lisäksi potilaalla voi ilmetä katkokävelyä tai yöllistä kipua, joka helpottaa, kun roikottaa jalkoja sängynreunan yli. Katkokävely aiheuttaa yleensä kipua reidessä tai pohkeessa niitä rasitettaessa, mutta kipu häviää nopeasti rasituksen loputtua tai lehdettäessä. (Sane 2013, 342.)

Diabetesta sairastavalla henkilöllä on viisinkertainen riski sairastua alaraaja iskemiaan verrattuna terveeseen henkilöön. Valtimokovettumataudin riski suurenee 28 % kun sokerihiemoglobiini arvo suurenee yhden prosentin. Diabeetikolla kyseinen tauti alkaa nuoremmalla iällä ja etenee nopeammin, se myös painottuu jalkaterän ja säärtien suonien alueelle. Muista riskitekijöistä valtimokovettumatautiin ovat tupakointi, korkea ikä sekä lääkitys joka lisää verisuonitukosten vaaraa. (Vikatmaa 2013, 278.)

Jalkahaavoja yleisimmät kliiniset luokitukset ovat Wagnerin sekä Texasin yliopiston luokitus. Näistä jälkimmäinen ottaa huomioon myös haavan syntymekanismien ja on näin ollen suositumpi ja käytetympi luokittelutapa. Jalkahaavoja luokitellaan myös niiden vaikeusasteiden mukaan, joka ennustaa haavan paranemista. (Sane 2013, 343.)

5 SÄÄRIHAAVA

Kroonisen säärihaavan syntymisen syy on usein verisuoniperäinen. Suurimmassa osassa haavan synnyistä syy on pelkästään laskimoissa, mutta valtimoviatkin ovat osasyynä vaikuttamassa säärihaavojen syntyyn. Alkuvaiheessa verisuonikirurgian konsultaatio on erityisen tärkeää, jotta haava etiologian kannalta oikeanlainen hoito voitaisiin aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Hietanen 2013, 226.) Vuonna 2004 on arvioitu että, esimerkiksi eurooppalaisista noin viisi miljoona ihmistä sairastaa säärihaavaa ja noin 70 %:ssa alaraajan haavan syynä on yksinomaan laskimoperäinen syy ja 15 % se on osatekijä (Terveysportti 2006, 2145–2149). Kroonisen haavan synnystä 45–60 % syy on laskimoiden vajaatoiminta, 10–15 % valimoiden ahtautuminen sekä 15–25 % diabetes (Seppänen 2007,4).

5.1 Laskimoperäinen säärihaava

Laskimoiden tehtävänä on palauttaa veri takaisin sydämeen pumpattavaksi. Tehokas laskimopalu muodostuu sydämen ja hengityselimistön imuvoimasta, tehokkaista ja toimivista laskimoläpistä sekä alaraajan laskimopumpun toiminnasta, joka alaraajoissa on pohjelihaksen sisässä toimiva laskimopumppu. Laskimoperäisessä säärihaavassa keskimäärin haavan paranemiseen kuluu useita vuosia, mutta on tapauksia, joissa haava on ollut olemassa vuosikymmeniä. Suurin osa säärihaavaa sairastavista ovat iältään 70–77 vuotiaita. Kroonistuessaan laskimoperäinen säärihaava aiheuttaa parantumattomia ihomuutoksia, yhteisöistä eristäytymistä, työkyvyttömyyttä sekä invalideettia. Säärihaavojen hoidossa ei yleensä tarvitse edetä amputaatioon asti, mutta sen hoito sitoo hoitohenkilökuntaa paljon niin osastoilla kuin kotihoidossakin. (Vikatmaa 2013, 266–268.)

Yleensä laskimohaava sijaitsee säären alakolmanneksen alueella, missä laskimopaine on korkein. Iho ja ihonalaiskudos ovat usein muuttuneet punertavan väriseksi, kovettunut ja paksuuntunut. Raajassa on myös usein turvotusta. Säärihaava on usein melko pinnallinen, eikä ulotu jänteisiin tai luuhun. Potilaasta haava voi olla joko kivulias tai täysin kivuton. Haavapohja on granuloiva eikä siinä ilmene nekroosia. Haava koko voi vaihdella, toisinaan haava ulottuu säären ympäri, toisinaan haavoja voi olla monta pientä vierekkäin. Jos haava alkaa syvetä tai siitä esiintyä nekroottista kudosta se viittaa iskeemiseen taustaan tai muuhun etiologiaan. Säärihaava syntyy potilaiden kuvauksen mukaan pienestä vauriosta säären alueelle. Osa säärihaavoista kerrotaan muodostuvan

jopa itsestään. Jos jalan jatkuva patologinen taustamekanismi on suurempi kuin haavan normaali paranemismekanismi, haava ei parane. Alaraajassa olevan kroonisen laskimosairauden syynä on kohonnut laskimopaine. Tämä johtuu pinnallisista, syvistä ja yhdyslaskimoissa tapahtuvasta takaisin virtauksesta tai niissä olevista tukoksista. Mitä voimakkaampi takaisinvirtaus on, sitä voimakkaampi on ihonsisäinen laskimopaine. Laskimopaluun häiriintyessä esimerkiksi syvien laskimoiden tromboosin jälkeen, laskimopaluu häiriintyy ja laskimopumpun paine purkautuu iholaskimoihin, joka aiheuttaa ihon ja sen alaisen rasvan paksuuntumista, kovettumista ja kudosten paranemismahdollisuuksien heikkenemistä. Edellisestä johtuen laskimopaine kohoaa ja saa aikaan punasolujen ja makromolekyylien siirtymisen verisuonien ulkopuolelle, joka aiheuttaa kudoksessa tulehdusreaktion. Tulehdus lisää turvotusta, heikentää kudosten hapensaantia ja lopulta iholle muodostuu haava joko pienestä vauriosta tai aivan spontaanisti. Tällainen haava ei yleensä parane, vaan alkaa suureta, ellei kohonneeseen laskimopaineeseen ja turvotukseen puututa jollain keinoin. (Vikatmaa 2013, 268–269.)

5.2 Valtimoperäinen alaraajahaava

Etenevä valtimoiden seinämän sairaus eli valtimokovettumasairaus (ASO), johtaa alaraajan valtimoiden ahtautumiseen ja tukkeutumiseen. Valtimoperäinen eli iskeeminen haava sijaitsee yleensä raajan ääriosissa esimerkiksi varpaissa tai kantapäänalueella, mutta voi poikkeuksellisesti sijaita myös ylempänä säären alueella. Tällainen raaja on yleensä viileä, väriltään kalpea tai sinertävä. Iho jalan alueella on ohut ja hauras sekä karvoitus on vähäistä tai puuttuu kokonaan. Valtimoperäinen haava on tarkkarajainen ja on usein syvä, ulottuen jopa jänteisiin tai luuhun. Kudostuhon sekä tulehdusreaktion vuoksi iskeeminen haava on yleensä kivulias. Valtimoperäinen alaraajahaava alkaa yleensä iskusta, hankaumasta, virheellisestä kynsien leikkauksesta tai muuta mekaanisesta tekijästä. Tämän jälkeen haava ei aloitakaan normaalia paranemisprosessia vaan se alkaa syvetä. Haavan paranemiseksi raaja tarvitsisi huomattavasti parempaa verenkiertoa kuin terveen ihon ylläpitäminen vaati. Tällöin valtimopuustossa olevista, aiemmin oireettomista tukoksista, muodostuu ongelma haavan paranemisen kannalta. (Vikatmaa 2013, 276–279.)

6 HAAVANHOITO

Haavanhoitosuunnitelmassa määritellään realistinen hoitotavoite: pyritäänkö haava saamaan kiinni konservatiivisin keinoin, vai onko tavoitteena valmistella haavaa kirurgiseen sulkuun. Asiaan vaikuttaa haavan tyyppi, koko, syvyys ja sijainti sekä paikalliset ja yleiset paranemiseen vaikuttavat tekijät. Potilasta tulee informoida realistisesta paranemisaikataulusta, vastoinkäymisistä ja komplikaatioista, sekä niiden varalle tehtävistä suunnitelmista. (Juutilainen 2012, 77.)

Haavan optimaalinen paraneminen eli kuolleen kudoksen hajottaminen ja granulaatiokudoksen muodostuminen edellyttävät haavalta sopivaa kosteutta, lämpöä ja pH-arvoa. Kostean haavan hoito on vähemmän kivuliasta potilaalle, haavaerite edistää haavan paranemista ja vähentää infektioiden todennäköisyyttä. Haavasidoksilla on suuri merkitys kosteustasapainon hallinnassa. (Juutilainen 2012, 81–82.)

Haavanhoito voi olla tuloksellista vain, jos haavan taustalla olevat etiologiset tekijät sekä muut paranemista hidastavat tekijät voidaan korjata. Esimerkiksi, jos paine ja hankaus ovat aiheuttaneet kudonvaurion, eliminoidaan ensimmäiseksi haavan kohdalta nämä tekijät. Haavanhoidossa tulee huomioida myös potilaan terveydentila, lääkitys sekä elämäntapoihin liittyvät tekijät, jotka voivat vaikuttaa haavan paranemiseen. Esimerkkinä tällaisista ovat diabeteksen hoitotasapainon korjaaminen, tupakoinnin lopettaminen sekä vajaaravitsemuksen korjaaminen. (Juutilainen 2012, 78.)

6.1 Potilaan taustatiedot

Haavapotilaan tutkiminen alkaa taustatekijöiden selvittämisellä, sillä tarkoituksena on selvittää milloin ja miten haava on syntynyt ja kuinka sitä on tähän asti hoidettu. Lisäksi tulee selvittää potilaan sairaudet ja lääkitykset, sillä monet yleiset sairaudet, lääkehoidot ja elämäntavat voivat altistaa haavojen synnylle tai heikentää haavojen paranemista. Esimerkiksi diabetesta sairastavalla potilaalla tulee kiinnittää huomiota sairauden keston, hoitotasapainoon sekä todettuihin komplikaatioihin. (Juutilainen & Hietanen 2012, 54–55.)

Haavan alkuvaiheen arviointi on keskeisessä osassa haavan paranemisprosessia. Oikeanlaisella diagnoosilla voidaan taata oikeanlainen hoito. Tämän vuoksi hoitajien tulee osata haavan arvioinnin perusteet, sillä muutoksien huomaaminen on tärkeää. Haavasta tulee arvioida vähintään erityksen määrä ja haavan syvyys sekä tunnistaa mahdolliset tulehduksen ja nekroosin merkit. (Käypä hoito, 2014. Viitattu 24.12.2015.)

6.2 Aseptiikka haavanhoidossa

Haavaa hoidettaessa aseptinen toiminta vaatii henkilökunnalta tietoa, taitoa ja eettistä vastuuntuntoa. Haavanhoidossa edetään aseptisen työjärjestyksen, eli puhtaasta likaiseen, mukaisesti. Esimerkiksi jos potilaalla on puhtausluokaltaan eriasteisia haavoja, tartuntojen välttämiseksi hoidetaan ensin puhtaat haavat. (Kanerva & Tenhunen 2012, 115.)

Tehokkain tapa puhdistaa kädet on käyttää käsidesinfektioainetta (Kanerva & Tenhunen, 2012, 115). Huuhteen oikeanlainen käyttö on nopeaa ja tehokasta. Käsidesinfektioainetta käytettäessä iho rasittuu vähemmän kuin vesipesussa. Hyvään käsihygieniaan kuuluu desinfektion lisäksi käsien pesu, kynsien siisteys, ihonhoito ja suojakäsineiden käyttö. (Hietanen 2002, 67–68.) Haavan tyyppistä riippuen voi hoitaja käyttää myös erilaisia suojavarusteita: käsineitä, suojatakia, suu-näsuojusta ja hiussuojusta (Kanerva & Tenhunen 2012, 118).

6.3 Valmistelevat toimet

Potilas ja ympäristö valmistellaan haavanhoitoa varten niin, että hoito voidaan toteuttaa viiveettä. Riittävä valaistus tulee huomioida ja välineistö varataan käden ulottuville. Haavanhoidon aikana huolehditaan oikeanlaisesta käsihygieniasta ja suojakäsineiden käytöstä. Kotihoidossa toimitaan potilaan ehdoilla ja hänen olojaan kunnioittaen. Kotona tehtävässä hoitotilanteessa kuluu enemmän aikaa kuin hoitolaitoksessa, sillä esimerkiksi hoitoympäristön järjestäminen ja hyvän työasennon löytäminen vaativat aikaa ja luovuutta. (Hietanen 2012, 184.)

Sidosten poisto aloitetaan katkaisemalla päällimmäiset kierresidokset saksilla. Sidoksia ei kierretä auki, jotta vältetään pölyn ja haavaeritteiden sekä sidosmateriaalien leviäminen ilmaan ja ympäristöön. Muun tyyppiset sidokset poistetaan käsin tai atuloilla nostamalla. (Hietanen 2012, 184.)

6.4 Haavan puhdistus

Tärkein paranemista edistävä toimenpide on haavan puhdistaminen kuolleesta kudoksesta ja muusta vieraasta materiaalista. Kuollut kudos ylläpitää tulehduksellista reaktiota, joka estää haavan paranemiseen liittyvän proliferaation eli korjausvaiheen käynnistymistä. Haavan puhdistukseen käytetään tavallisemmin kauhoja, pinsettejä, saksia sekä rengaskyrettejä. (Juutilainen 2012, 79–80.) Haavanhoidossa käytettävät monikäyttöiset välineet on hyvä tarkistaa silmämääräisesti, että pakkaus on ehjä ja steriilitteetti on voimassa (Kanerva & Tenhunen 2012, 120).

Haavan puhdistaminen aloitetaan yleensä vesipesulla. Haavan vesipesuun soveltuu juomakelpoinen vesi. Heti vesipesun jälkeen suoritetaan tarvittava mekaaninen puhdistus. Ennen mekaanista puhdistusta arvioidaan haavalla oleva kudos ja paranemisen vaihe. (Hietanen 2012, 186–189.)

6.5 Haavan peittäminen ja sidonta

Haavasidosten tarkoituksena on vähentää kipua ja suojata haavaa kuivumiselta, liialliselta kosteudelta, ulkoiselta traumalta ja kontaminaatiolta. Haavasidokset ja hoitotuotteet tulee olla huoneenlämpöisiä. Sidosten kiinnitystapa tulee valita niin, että sidos pysyy paikoillaan. Sidosten asettamisessa tulee huomioida nivelten liikkuvuus ja potilaan toiminta- ja liikuntakyky. (Hietanen 2012, 193–194.)

Syville ja laajoille haavoille on ominaista runsas erityis, joten sidosten tulee olla imukykyisiä ja isoon haavaan sidoksia menee paljon. Kustannuksia huomioiden haavapinta tulee peittää laadukkaalla läpäisevällä materiaalilla, jota on mahdollista pitää paikallaan useita päiviä jos haava ei vaadi päivittäistä hoitoa. (Hietanen 2012, 194–195.)

Haavanpinta on mahdollista puuduttaa pinta- tai paikallispuudutuksena, esimerkiksi Emla® ja Lidocain® puudutusvoiteet. Haavasidokset puhdistavat haavan pintaa. Haavanhoitotuotteita valitessa tulee haavanpinta joka kerta arvioida. Vaaleanpunaisessa haavassa uudiskudoksen suojaaminen ja rasvaaminen on tärkeää. Punaisen haavan hoitotuote tulee olla sellainen, joka ei tartu haavanpintaan kiinni. Vaihtoehtoina tähän ovat polyuretaanivaahtolevyt (Allewyn®, Mepilex®), hydrokolloidit (Duoderm®) ja hydrofiber (Aquacel®) sidokset. Vaihtoehtoisesti hoitotuotteen tarttumista haavapinnalle ehkäistään hydrogeelin (Purilon®) ja peittositeen avulla. Peittositeellä tarkoitetaan

esimerkiksi sideharsoa, jonka tarkoituksena on estää haavalapun irtoaminen. Keltaisen haavan hoidossa käytetään monipuolisesti erilaisia hoitotuotteita. Hoitona käytetään pääsääntöisesti hoitoainetta ja sidosta. Mahdollisia ovat yhdistelmät hydrogeeli ja vaahtolevyt, entsyymaattinen voide (Iruoxol mono®) ja puoliläpäisevä kalvo (Tegaderm®) tai hydrofiber ja vaahtolevy. Hopeasidoksia on mahdollista käyttää kahden viikon kuureina. Mustassa haavassa paikallishoitotuote ei yksistään riitä vaan ensisijaisesti haavapinnalle valitaan nekroosia pehmittämään tuote, esimerkiksi hydrogeeli tai entsyymaattinen valmiste. Erytyksen ja käytetyn hoitoaineen mukaan valitaan peittoside, puoliläpäisevästä kalvosta vaahtolevyyn. (Pulkkinen 2011, viitattu 15.9.2015.)

6.6 Haavaympäristö

Tärkeää on huomioida myös haavan ympäröivä iho. Ihon ärtyminen johtuu yleensä kosteusvauriosta eli maseraatiosta, joka on seurausta runsaasta haavaeritteestä. Myös sidokset voivat harrata tai kiinnitysmateriaalit, kuten teipit, voivat ärsyttää ihoa. Iho voi myös kuivua ja sen seurauksena halkeilla ja hilseillä. Haavaympäristöstä tarkkaillaan ihon kosteutta, väriä, turvotusta, kosketusarkuutta sekä kuumotusta. (Hietanen 2012,190.)

Haavaympäristön kosteusvaurion ehkäisykeinoja ovat erilaiset ihoöljyt ja -voiteet, jotka muodostavat läpinäkyvän kalvon iholle, joka suojaa ihoa kosteudelta sekä myös kosteuttaa kuivaa ihoa. Lisäksi haavatuotteen valinnassa tulee huomioida hoitavan haavasidoksen oikea koko, ettei haavan erite pääse leviämään haavan ympäröivälle iholle. (Hietanen 2012, 192.)

6.7 Kompressio hoito

Kompressiohoito on vanha laskimoperäisten säärihaavojen hoitokeino, joka toimii hoidon perustana. Hoito toteutetaan tukisidosten tai lääkinällisten tukisukkien avulla. Joissain tapauksissa voidaan harkita koneellisia apuvälineitä hoidon toteuttamiseksi. (Pukki 2013, 285.) Oikein jaksotettuna myös koneellinen painepuristushoito (Ventipress) edistää paremmin haavan paranemista kuin pelkät haavanhoitotuotteet. On olemassa tutkittua näyttöä siitä, että tukisidokset ja lääkinälliset hoitosukat edistävät haavan paranemista vähentämällä turvotusta, laskimoiden kokoa ja vajaatoimintaa sekä parantamalla lihaspumpputoimintaa. (Vikatmaa 2013, 274.) Jalkaan tehdään asteittainen kompressio sidos alhaalta ylöspäin löystyväksi. Korkein puristus on siis nilkan alueella, joka heltyy

polvea kohti. Sidosta tehdessä tulee huomioida potilaan liikuntakyky ja nivelten liikkuvuus, eikä hoito saa olla missään tapauksessa kivuliasta tai epämiellyttävää. Ennen kompressiohoidon aloittamista tulee selvittää raajassa olevan turvotuksen ja haavan synnyn syy, ihon kunto ja raajan muoto sekä mahdolliset esteet hoidon aloittamiselle. Esteitä hoidon aloittamiselle voivat olla esimerkiksi alaraajojen tukkiva valtimotauti, sydämen vajaatoiminta, ihon kunto tai neuropatia. (Pukki 2013, 285–286.)

6.8 Dokumentointi

6.8.1 Kirjaaminen

Potilaslain (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992) mukaan turvallinen, laadukas ja asianmukaisesti toteutettu hoito vaatii, että toiminta on näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin perustuvaa (Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/2010). Kaikki potilaan hoitoon liittyvät asiat; suunnittelu, toteutus ja arviointi tulee olla kirjattuna potilaan tietoihin (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009; STM 2012).

Riittämätön, virheellinen tai väärään aikaan tehty kirjaaminen ja kirjaamatta jättäminen sekä tiedon siirtymättömyys vaarantavat potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuus on henkilökunnan, potilaiden ja heidän läheistensä yhteinen päämäärä ja tämä toteutuu, kun kirjaamisen pelisäännöt ja käytännöt ovat kaikille selvät, moniammatillisesti sovitut ja kirjaaminen toteutuu niiden mukaisesti. (Haatainen, K 2015, 11.)

TAULUKKO 1. Turvallinen kirjaaminen

OHJEITA TURVALLISEEN KIRJAAMISEEN
Kirjaa oikea-aikaisesti, mielellään heti. Kirjattua tietoa voidaan tarvita pian.
Hoitotyönprosessin mukaisesti. Kuvaa potilaan vointia ja voinnin muutoksia, verratien hoitotyön suunnitelmaan.
Hoitotyön vaikuttavuus kirjaamisessa, esim. onko haava paranemassa

Kirjaa annettu ohjaus ja sen tulokset, esim. ymmärtääkö potilas hoidon merkityksen ja hoitoon vaikuttavat seikat

Käytä kirjaamisessa yleisesti hyväksytyjä lyhenteitä

(Haatainen, K. 2015, 11).

Jotta haavanhoito olisi hyvää, asianmukaista, ajantasaista ja turvallista potilaalle, vaatii se myös hyvää, laadukasta, yhdenmukaista, ajantasaista ja tarkkaa kirjaamista. Yhtenäiset ohjeet hoitoon ja haavanhoidon kirjaamiseen ovatkin välttämättömiä, jotta voidaan ennakoida ja vähentää kroonisten haavojen tuomaa suurta hoidon tarvetta, potilaan kärsimyksiä ja tietenkin hoidon aiheuttamia kustannuksia. Tutkimusten mukaan haavanhoidon kirjaaminen on usein puutteellista ja epäyhtenäistä. Haavanhoidon kirjaamisessa on suurena apuna rakenteellisen kirjaamisen menetelmä eli FinCC- luokituskokonaisuus. Rakenteisessa muodossa tallennetusta tiedosta on hyötyä potilaalle sekä kaikille hoitoon osallistuville ja se takaa laadullisen, turvallisen ja asianmukaisen hoidon toteutumisen yhdenmukaisesti. (Kinnunen U-M 2014, 24.)

Haavanhoidon dokumentoinnissa on tärkeää, että kaikki potilaan hoitoon osallistuvat pystyvät helposti löytämään tiedot potilaan hoidon suunnitteluun ja seurantaan. Kirjaamisen tulee olla jatkuvaa. Juridisesta näkökulmasta kirjaaminen on merkityksellinen, koska se mitä ei ole kirjattu ei voida todistaa tehdyksi. (Juutilainen & Hietanen 2012, 69–72.) Kirjaamisen täytyy sisältää potilaan esitiedot, hoidon tarve, haavan sijainti, hoidon tavoite, hoitotyön toiminnot, haavan seurannan havainnot, haavansidosten vaihto, hoidon arviointi ja tulokset. (Juutilainen & Hietanen 2012, 72–73.)

6.8.2 Valokuvaus

Haavanhoidon ehkä havainnollisin keino on käyttää valokuvausta kirjaamisen tukena. Valokuvasta voi havainnoida haavan sijainnin keholla, haavan muodon ja haavan ympäröivän ihon tilanteen. Kuvan avulla voidaan karkeasti arvioida haavan kokoa. Haavan koon arvioinnin tukemiseksi voi laittaa mittatikun haavanviereen, jonka avulla saa tarkemman kuvan haavan koosta. Valokuvan avulla voidaan haavan paranemista etäkonsultoida ja tehdä hoitopäätöksiä sen mukaan, joten valokuvien laadulla on suuri merkitys. Luotettavuuden kannalta olisi tärkeää, että potilas on jokaisella kerralla samassa asennoissa ja kuva otetaan samalla tavalla. (Juutilainen 2012, 74.) Seuraavasta taulukosta selviää tärkeimmät haavan valokuvantamisen periaatteet.

TAULUKKO 2. Haavan valokuvauksen periaatteet

Hyvän valokuvauksen periaatteet	Tarkentavat kriteerit
Vakiot kuvausolosuhteet	Sopiva ja sama valaistus Ilman salamavaloa, jos taustavalo riittävä Kameran säädöt Kuvaus etäisyys Neutraalin värinen kuvaustausta
Potilaan kuvausasento	
Intimiteettisuoja	
Yleiskuva, josta nähdään potilaan asento ja haavan sijainti	
Lähikuva, joka täyttää 80% kuvan pinta-alasta	
Kuva ennen ja jälkeen mekaanisen puhdistuksen	
Kuvauksen kriteerit	Tarkka kuva Värisävyt mahdollisimman aidot Oikein rajattu kuva
Potilaan tunnistetiedot ja kuvauspäivämäärä	

(Juutilainen 2012, 74.)

7 OPPIMISPROSESSI

Oppiminen voidaan nähdä suhteessa muutoksiin toimintaympäristössä. Kun tapahtuu muutosta, jossa eri kokonaisuudet muotoutuvat jatkuvasti uudelleen niin yksilöiden ja organisaatioiden täytyy pysyä muutosten perässä ja muuttaa omaa toimintaansa. Tässä kaikessa oppiminen on keskeisessä asemassa. Oppimisstrategiatutkimus kertoo, että opiskelijat käyttävät erilaisia oppimisstrategioita oppimisessaan ja oppiminen ei ole sitä, että selvitämme, mitä muut tietävät, vaan ratkaisemme omia ongelmiamme omia tarkoituksiamme varten kyselemällä, ajattelemalla ja kokeilemalla. (Kauppi 2004, 187–199). Opetuksen kehittäminen liittyy erityisesti oman alan osaamiseen ja siihen liittyvien tietojen ja taitojen kehittämiseen. Tutkimusten mukaan tieto lisääntyy nopeasti ja haasteellisena koetaan uuden tiedon omaksuminen. Tämä on muuttunut laaja-alaiseksi ja moniulotteiseksi, sillä eri tieteenalojen rajat ovat hälventyneet ja tämän vuoksi osaamisesta on muotoutunut moniammatillista, joka puolestaan tuo omia haasteita. Ihminen rakentaa itse merkitysrakenteita aiempien kokemusten pohjalta, jolloin oppiminen ja sen merkitys on henkilökohtaista. Oppimisen avulla oppija voi suhteuttaa omia käsityksiään ja osaamistaan tavoitteena olevaan osaamiseen. (Hyryläinen 2004, 62–65.)

7.1 Ohjaus

Hyvä ohjaus on yksilöllistä, persoonallista ja yksilöiden tarpeet huomioonottavaa. Se perustuu selkeisiin tavoitteisiin ja ammatillisiin standardeihin ja on hyvin organisoitua ja opiskelijat/kuulijaryhmä nähdään aktiivisina ja oma-aloitteisina. Hyvä ohjaus antaa aiheelle raamit ja rajat, ja sille on varattu riittävästi aikaa. Hyvä ohjaus on myös avointa ja antaa vapautta ja tilaa kuulijalle. Se perustuu molemminpuoliseen kunnioitukseen ja palautteeseen. Ohjauksen tavoitteena on auttaa kuulijaa kehittymään, ajattelemaan ja tutkimaan sekä löytämään ja miettimään ratkaisuja ongelmiin. Sen tulisi olla oppimiskokemus, joka on kokemuksena myönteinen ja herättää kysymyksiä ja laajentaa kuulijan näkemyksiä. (Kääriäinen 2014, viitattu 28.8.2015.)

Ennen ohjaustilanteen alkamista tulee ohjaajan/ohjaajien määritellä tavoite, mihin opetuksella pyritään. Halutaanko ohjauksella esimerkiksi lisätä kuulijoiden tietoa, opettaa kädentaitoja tai kerrata jo opittua ja syventää tietoutta. Kun tavoite on määritelty, on helppo suunnitella ohjauksen sisältö

tavoitetta tukevaksi. Ohjaajan tulee olla perehtynyt opetettavaan asiaan, jotta opetus on mahdollista. Riittävä tieto, taito ja osaaminen tukevat opetuksen sujuvuutta. Opetustilanteen tulisi olla tavoitteeseen ja tarkoitukseen sopiva. Tällaisia huomioitavia seikkoja ovat muun muassa ryhmä koko, tilan valinta, käytettävät materiaalit/välineet sekä vuorovaikutuksen luominen.

Itse opetus on hyvä jäsentää loogiseksi kokonaisuudeksi käytettävän ajan puitteisiin. Aluksi kannattaa kertoa opetettavalle ryhmälle opetuksen tavoite, jotta oppijat voivat orientoitua aiheeseen. Tämän jälkeen voidaan syventyä aiheeseen suunnitellulla tavalla esimerkiksi diaesitystä hyväksikäyttäen. Tällöin opetettava asia saadaan välitettyä kuuliijoille visuaalisesti sekä auditivisesti. Ohjaaja voi välillä tai lopuksi esittää tarkentavia kysymyksiä ryhmälle, jo käydystä materiaalista, antaa kirjallisen tai suullisen tehtävän tai kerrata tiivistäen jo käymänsä asian ydinkohdat. Näillä keinoin oppija joutuu kertaamaan opittua asiaa useampaan kertaan, jolloin oppiminen on tehokkaampaan. Lopuksi voi ryhmältä kysyä palautetta tai arviota opetustuokiosta, jotta seuraavalla kerralla voitaisiin ohjaustuokiota kehittää mahdollisesti kuuliioille parempaan suuntaan. (Koli 2002, 73.)

7.2 Opetusmateriaali

Hyvän kirjallisen ohjeen tulee vastata lukijaryhmän tarpeisiin sekä vastata kysymyksiin mitä, milloin, miksi ja miten edeten tärkeimmistä vähemmän tärkeisiin asioihin. Kirjallisen ohjeen alkuun on hyvä selventää, että kenelle ohje on tarkoitettu ja mikä ohjeen tarkoitus on ja tekstin tulee olla selkeää yleiskieltä, josta turhat termit ja lyhenteet on poistettu. Lisäksi selkeä otsikointi ja tekstin jakaminen kappaleisiin helpottavat lukijan työtä. Hoito-ohjeet tulee perustella ja lähteet olla selkeästi näkyvissä, jotta lukija voi luottaa ohjeen todenperäisyyteen ja mielenkiinnon herätessä tarvittaessa tarkistaa asian. Loppuun on hyvä laittaa pohdinta, jossa ohjeen ydinasiat tulevat vielä selkeästi esille. (Hyvärinen 2005, 1769–1772.)

Opetusmateriaalilla voi olla ratkaiseva merkitys opetuksen laadussa. Mielenkiintoinen ja hyvä materiaali saattaa vaikuttaa myös kuulijan oppimiskokemukseen merkittävästi, mutta se ei yksistään riitä vaan kuulija tarvitsee myös ohjeita materiaalin käytöstä. (Packard 2003, 36.)

8 PROJEKTIN TOTEUTUS

8.1 Projektin suunnittelu ja tiedon kerääminen

Meidän projektityömme sai alkunsa asiakkaan tarpeesta ja hänen tekemästään tilauksestaan. Projekti voi saada alkunsa myös sisäisestä ideasta tai tarpeesta. Tässä tapauksessa projektin omistaja on tunnistanut tarpeen, jota me projektityöllämme tavoittelimme. Tavoitteidemme perusteella laadimme suunnitelman. Hyvä suunnitelma vähentää epävarmuutta ja sitä on hyvä päivittää, jotta se pysyy ajantasaisena ja hyödyllisenä ohjausmekanismina koko projektityön ajan. (Kettunen 2009, 54–55.) Päivitimme suunnitelmaamme säännöllisesti jokaisen ohjauksen jälkeen tai muutoksia ilmaantuessa.

Projektimme omistaja on organisaatio, jolle projektin tulos siirtyy sen valmistuttua. Opinnäytetyömme projekti tehtiin asiakkaalle, joten tehtävänanto ja tarkat määritelmät tulivat heiltä. Tämän vuoksi projektin alkuvaiheessa pidimme aloituspalaverin, jossa kummallakin osapuolella oli mahdollisuus sopia määritelmät, työhön liittyvät kysymykset ja tarkentaa projektityöhön liittyviä asioita. Mitä tarkemmin aluksi sovitaan esimerkiksi päämääristä, aikatauluista, toteutuksesta ja kustannuksista, sitä varmemmin saadaan molempia osapuolia miellyttävä projektityön lopputulos. (Kettunen 2009, 51–53.)

Projektin päättämisessä esitetään saadut tulokset tai tuotokset projektin omistajalle. Projektin tulokset luovutetaan suunnitelman mukaisesti projektin omistajalle. Projektista olisi hyvä tehdä vielä dokumentointi, joka toimitetaan projektin omistajalle ja projektityötä tehneille. (Kettunen 2009, 181–184.) Projektin loppuvaiheessa annoimme työmme arvioitavaksi ja sovimme palaverin tilaajan kanssa. Palaverin yhteydessä pyysimme myös asiantuntijaryhmältä palautetta. Luovutimme tuotoksemme tilaajalle ohjaustunnin jälkeen.

TAULUKKO 3. Projektiaikataulu

Aika	Sisältö	Menetelmät
2014 syksy	Ideointi vaihe	Omat mielenkiinnon kohteet ja tavoitteet
	Yhteistyökumppaneiden hankinta	Henkilökohtaisten verkostojen hyödyntäminen
	Aiheen sopiminen ja rajaus	Tilaaajan ja asiantuntijaryhmän kuuleminen
2015 kevät	Materiaalin keräys	Materiaaliin tutustuminen ja luotettavien materiaalien valikointi (oppikirjat, oppaat ja nettilähteet)
	Materiaalin rajaus	Tavoitteiden mukainen materiaalin rajaus ja kerääminen itse ohjausmateriaaliin
	Materiaalin työstäminen (teksti ja kuvat)	Loogisen järjestyksen suunnittelu ja työstäminen Kuvien hankinta
2015 Syksy	Vertaisarvioijien ja asiantuntijaryhmän hyödyntäminen	Palautteen mukainen aineiston muokkaus
	Kieli- ja ulkoasun tarkistus	Äidinkielen opettaja ja projektin tekijät
	Oppaan valmistuminen	Projektin tekijät ja ohjaavat opettajat, lääkärin hyväksyntä
2016 Kevät	Ohjaustuokion pitäminen	Tilaaaja ja projektin tekijät
	Raportin kirjoittaminen ja arviointi	Palautteiden ja omien pohdintojen kirjoittaminen
	Kypsyysnäyte	Projektin tekijät
	Opinnäytetyön hyväksyminen ja julkaisu	Päätös projektin valmistumisesta, luovuttaminen arvioitavaksi

8.1.1 Opas

Opas koottiin keräämämme teoriatiedon perusteella erilliseksi sähköiseksi materiaaliksi, joka on kooltaan 2-3 sivua x A4. Tämän työn tilaaja siirtää Effica-järjestelmään työntekijöiden saataville. Oppaan kokoaminen on esitelty oheisessa taulukossa (Taulukko 4).

TAULUKKO 4. Opasmateriaalin valmistelu

Sisältö	Menetelmät
Ideointi vaihe	Tilaajan ja asiantuntijaryhmän kuuleminen
Materiaalin keräys	Oppikirjat, oppaat ja nettilähteet
Materiaalin rajaus	Tavoitteiden mukainen materiaalin rajaus ja kerääminen itse ohjausmateriaaliin
Materiaalin työstäminen	Looginen järjestys ja eteneminen
Havainnollistavat kuvat	Tilaaja ja asiantuntijaryhmä hoitavat kuvaamalla asiakkaiden haavoja
Kieli- ja ulkoasun tarkistus	Äidinkielen opettaja ja projektin tekijät

8.1.2 Ohjaustunnin toteutus

Ohjaustunnin järjestimme Haapaveden kotihoidon tiloissa ennalta sovittuna päivänä. Käytimme ohjauksen tukena luomaamme ohjausmateriaalia sekä Power Point esitystä. Ohjaustunnin eteneminen on esitetty oheisessa taulukossa (Taulukko 5).

TAULUKKO 5. Ohjaustunnin sisältö

Aika	Sisältö	Opetusmenetelmä	Esittäjä
5 min	Aloitus, esittely	Luentomateriaalin jakaminen	Satu P.
35 min	Teoria Haavanhoito oppaan läpikäyminen	Keskustelua avaavat kysymykset Luento Mahdollisuus kysyä epäselvistä asioista	Kaikki
5 min	Kertaus	Aikaa kysymyksille	Satu R.
5 min	Palautteen kysyminen Lopetus	Palautelomake	Satu P.

8.2 Projektin kustannukset ja resurssien hallinta

Projektin kustannuksia ei käytännössä ole, koska emme saa rahallista korvausta opinnäytetyömme tekemisestä. Tekemämme työn arvo voidaan silti arvioida käytössä käyttämämme ajan perusteella. Oheisessa taulukossa on esitetty tarkempi laskelma (Taulukko 6).

TAULUKKO 6. Kustannusarvio

Kustannusarvio	Tuntitaksa (€/h)	Opintopisteet (1op=27h)	Tunnit yhteensä (h)	Summa
Opiskelija	10 €	15	405	4 050 €
Opiskelija	10 €	15	405	4 050 €
Opiskelija	10 €	15	405	4 050 €
Ohjaava opettaja	30 €		5	150 €
Sisällön ohjaava opettaja	30 €		2	60 €
Haapaveden kotihoidon henkilökunta	25 €		4	100 €
Matkakustannukset				460 €
Kustannukset yhteensä				12 920 €

8.3 Projektorganisaatio

Ryhmässämme on kolme henkilöä ja olemme jakaneet työtehtävät tasaisesti. Asumme jokainen eri paikkakunnilla, joten selkeä työnjako on tärkeää. Projektipäällikkönä toimii ryhmäläinen, joka asuu Haapavedellä ja hänellä on helpompi olla tarvittaessa yhteydessä Haapaveden kotihoidon henkilöstöön. Hän jakaa jokaiselle työstettävät alueet, jotka hän kokoaa aina lopuksi yhteen ja liittää opinnäytetyöpohjalle ja laittaa työn opettajille nähtäväksi. Meillä on kaksi ohjaavaa opettajaa, joiden kanssa sovimme yhdessä ohjauspäivät. Tällöin he antavat palautetta työstä ja ohjeita jatkoa ajatellen. Olemme selventäneet projektorganisaatioon kuuluvia henkilöitä seuraavalla kaaviolla (Kaavio 1).

KAAVIO 1. Projektorganisaatio.



8.4 Projektin riskit

Opinnäytetyötä tehdessämme mitä ilmeisimmin suurimmat riskit ovat teknisiin, aikataulullisiin ja ympäristön vaikuttavia tekijöitä. Mahdollisten ongelmien ja riskien selvittäminen kuuluu hyvään projektisuunniteluun. Menneisyyden katsominen auttaa tulevien ongelmien ennakoimisessa. Kaikkien mahdollisten ongelmien ehkäiseminen ei ole hyvälläkään ennakkoinnilla täysin mahdollista. Ongelmia ilmenee kuitenkin huomattavasti vähemmän. (Pelin 2009, 225.) Opinnäytetyön tekijöinä ymmärrämme mahdolliset riskitekijät ja olemme valmiita ratkaisemaan ne tilanteen vaatiessa. Joustamme työskentelyssä mahdollisuuksiemme mukaan.

Tuotoksemme projektissa on kirjallinen, joten pääsääntöisesti työskentelemme nykyaikaisesti teknistenlaitteiden avulla. Haemme tietoa sekä kirjallisista tuotoksista, että tekniikkaa hyödyntäen. Suurin riski teknillisesti on tiedon osoittautuminen epäluotettavaksi, koska pääasiassa tiedon hankkiminen kohdistuu internetmaailmaan. Tekniikan pettäminen ja hankitun tiedon katoaminen tuovat myös suuren riskitekijän projektiimme.

Aikataululliset riskit ovat suurelta osin ympäristöön liittyviä. Näitä voivat olla esimerkiksi muun opiskelun, vapaa-ajan, työn sekä mahdollisten yllättävien tekijöiden organisoiminen yhteen projektiimme kanssa. Ryhmämme jäsenten väliset välimatkat ovat suuret, joten se tuo myös omat riskitekijänsä opinnäytetyömme toteuttamiseen niin aikataulullisesti kuin teknillisestikin. Selvensimme projektiin liittyviä riskejä taulukoita hyödyntäen. Taulukoissa ensimmäisenä selvennetään mitä numerolyhenteet tarkoittavat riskien luokittelutaulukoissa (Taulukko 7). Näiden jälkeen arvioimme riskit on kerrottuna laajemmin kahdessa eri taulukossa (Taulukko 8 ja 9).

TAULUKKO 7. Numerolyhenteiden selventäminen.

	TODENNÄKÖISYYS		VAKAVUUS		HAVAINNOINTI
0	Erittäin pieni		Mitätön		Helppo
1	Pieni		Hallittavissa oleva		Keskinkertainen
2	Kohtuullinen		Vakava		Hankala

3	Suuri		Katastrofaalinen		Hyvin hankala
4	Erittäin suuri				

TAULUKKO 8. Projektiin liittyvät tekniset riskit.

Riskin kuvaus	Todennäköisyys	Vaikutus	Vaaka-vaikutus	Havainnointi	Välttäminen
Tekniikan pettäminen	2	Suurin kommunikoinnin väline ryhmäläisten kesken. Vaikuttavana tekijänä projektin kirjallisen osuuden ja tuotoksen etenemisessä.	1	2	Tekniikan huolellinen ylläpito.
Luotettavuus	1	Kirjallisessa tuotoksessa on eri tekniikanvälityksellä valittavien lähteiden luotettavuuden tunnistaminen pääasiana.	2	0	Tarkkuus on tärkeää jo lähteiden ja tekniikan välineiden valitsemisessa.
Tiedon katoaminen	1	Teknillisten laitteiden pettäminen ja tiedostojen katoaminen ovat suurimpia riskejä. Vaikeuttavat huomattavasti projektin etenemistä.	1	2	Riittävän laaja tallennusverkko ja laitteiden huolto.

Taulukko 9. Projektiin liittyvät aikataululliset riskit

Riskin kuvaus	Todennäköisyys	Vaikutus	Vaaka- vuus	Havainnointi	Välttäminen
Kiinteän aikataulun ongelmat	3	Vuorotyö, harjoittelut, pitkät välimatkat, tms. vaikeuttavat huomattavasti yhteistyön mutkautonta sujuvuutta. Tasapuolisuus projektinteossa voi vaihdella.	1	0	Tapaamisaikojen varaaminen ja tehtävien priorisointi hyvissä ajoin ja niistä kiinnittäminen ja noudattaminen.
Tekijöiden tavoitettavuus	2	Jokaiseen tapaamiseen ja tehtävään ei kaikki pääse osallistumaan.	0	0	Kommunikointi teknisten laitteiden avulla. Korvaavien asioiden miettiminen, tasapuolisuuden nimissä.
Projektin laajuus	4	Projektin laajuus ja sen luonne huomioiden, vaatimuksia ei välttämättä ehditä toteuttaa ajan puitteissa.	2	1	Ongelmakohtien huomiointi mahdollisimman hyvissä ajoin.
Yhteistyökumppanin ja opettajien tavoitettavuus	1	Nopea tavoitettavuus ja kysymyksiin vastaaminen ei välttämättä mahdollista.	0	0	Ryhmän välinen yhteistyö tärkeää.

9 PROJEKTIN ARVIOINTI

Pääsimme projektin tavoitteisiin eli kokosimme tiiviin haavanhoito-oppaan ja pidimme siitä ohjaustuokion Haapaveden kotihoidon henkilökunnalle. Saimme valmiiksi selkeän, havainnollistavan ja yksinkertaisen oppaan, joka edesauttaa työntekijöitä hoitokäytäntöjen yhdistämisessä. Projektimme myötä hoitajien teoriatieto haavanhoitoon liittyen kertautui ja osaltaan jopa lisääntyi. Teoriatiedon kertaaminen toi varmuutta ja rohkeutta hoitajille toimia käytännössä tämänhetkisten haavanhoito-ohjeiden mukaisesti. Tieto haavanhoidon periaatteista ja käytännöistä on lisääntynyt myös meillä. Hoitotyötä tehdessä osamme kiinnittää asioihin laajemmin huomiota ja erityisesti pidämme tärkeänä rakenteellisen kirjaamisen noudattamista. Projektin myötä saimme työskennellä moniammatillisessa työryhmässä. Opimme kokonaisuudessa projektityön idean, etsimään tietoa erilaisista lähteistä ja arvioimaan sen luotettavuutta.

9.1 Oppaan arviointi

Opas on selkeästi ja tiiviisti koottu tietopaketti. Siinä tulevat esille haavan väriluokitus, paranemiseen vaikuttavat tekijät ja seurantamenetelmät. Oppaaseen hankkimamme kuvat olivat selkeitä ja havainnollistavia. Ne helpottavat hoitajia haavan arvioinnissa. Oppaaseen laatimamme kirjaamisesimerkki oli kattava ja konkreettinen, josta saimme positiivista palautetta työntekijöiltä. Jälkeenpäin saimme hyvää palautetta, että esimerkkiä oli käytetty työyhteisössä hyödyksi kirjaamisenmallina. Keräsimme palautetta numeroasteikolla 1–5. Oppaasta saimme keskiarvoksi 4 eli hyvä. Palautteesta kävi ilmi, että tuote-esimerkkien selkeä ja monipuolinen esilletuonti oli erityisen hyvää oppaassamme. Hoitajat kokivat saavansa tukea oppaasta, kun valitsevat haavanhoitotuotteita tietynlaisille haavatyypeille. Kuvien havainnollisuus selkeytti oppaan ideaa. Kuvien koettu tärkeys näkyi myös palautteissa, joissa toivottiin useita kuvia samantyyppisistä haavoista.

9.2 Ohjaustunnin arviointi

Ohjaustunnin kulku oli suunniteltu ennalta riittävän tarkoin. Jouduimme viimehetkellä soveltamaan suunnitelmaa tilaratkaisujen vuoksi ja pidimme ohjaustunnin ilman teknistä Power-Point esitystä turvautumalla tavanomaiseen paperiversioon. Tästä huolimatta esitys aikataulu piti ja kokonaisuus

onnistui hyvin. Esitys oli koottu tiivistetysti laatimamme oppaan pohjalta. Palauteen mukaan ohjausmateriaali oli hyvin koottu ja se herätti ohjatunnilla paljon keskustelua. Numeraaliseksi arvostukseksi saimme 3 eli kohtalainen. Palautteissa toivottiin, että esitys olisi pystytty pitämään isommassa tilassa ja Power Point- esitys heijastettuna valkokankaalle. Nämä olivat kuitenkin meistä riippumattomia tekijöitä.

10 POHDINTA

Haavanhoito on ajankohtainen aihe hoitotyössä ja siihen liittyy paljon tutkimustietoutta, jota on hyvä tuoda esille. Tämän vuoksi päädyimme tekemään haavanhoito-oppaan. Meillä kaikilla ryhmäläisillä on pohjalla lähihoitajakoulutus ja taustalla työkokemusta, jonka pohjalta halusimme nostaa esille myös kirjaamisen tärkeyden. Hoitotyössä potilaan hoitoon osallistuu monia eri henkilöitä ja ajankuvaisen tiedon välittäminen potilaasta eteenpäin onnistuu vain riittävän selkeän ja tarkan kirjaamisen ansiosta.

Projektin alussa etsimme runsaasti tietoa erilaisista haavoista. Hankkimamme tiedon ja löydettyjen tilastojen pohjalta valitsimme oppaan sisällön käsittelemään säärihaavoja ja diabeettista jalkahavaa. Näitä toivottiin myös yhteistyökumppanimme Haapaveden kotihoidon taholta. Tietoa etsiesämme keräsimme monipuolista tietoa artikkeleista, kirjoista, Internetistä, eri viranomaissivustoilta sekä pro gradu – tutkielmista. Arvioimme niiden luotettavuutta ja valitsimme uusimman saatavissa olevan tiedon käyttöömmeh. Projektin oli pitkä ja ajoittain hyvinkin haastavaa toteuttaa muun muassa päällekkäisten aikataulujen ja pitkien välimatkojen vuoksi. Nykypäivän tietotekniikka auttoi meitä suuresti eteenpäin ja tarvittaessa osasimme olla armollisia myös itsellemme: viikon mittaiset työskentelytautot silloin tällöin tekivät hyvää ja motivaatio säilyi hyvänä projektin loppuun saakka.

Mielestämme pystyimme tekemään sujuvaa yhteistyötä niin keskenämme kuin opettajien ja Haapaveden kotihoidon henkilökunnan kanssa. Mielenkiintoista oli nähdä kuinka me yhdessä auttoimme toisiamme eteenpäin ja kannustimme loppuun saakka toinen toistamme. Alkukankeudesta päästyämme projektin eteni hyvää ja sujuvaa vauhtia eteenpäin.

Tuotoksen tekeminen oli mielenkiintoista ja antoisaa. Opasta kehitellessämme meidän tuli olla yhteistyössä työntilaajan kanssa, jotta saisimme aikaan mahdollisimman hyvin heidän tarpeitaan vastaavan tuotteen. Tämä vaihe oli aikaa vievin ja opetti meitä tekemään selkeitä rajauksia ja kompromisseja oppaan tavoitteiden suhteen. Jotta saimme työmme etenemään, se vaati meiltä joustavuutta, aktiivista kommunikointia ja vastuun ottamista omista tehtävistä. Opasta laatiessa huomasimme, että sovitut toimintamallit ovat tärkeitä hoitotyön onnistumisen kannalta. Hoitotyötä on tehty pitkän aikaa ja sen tekijät ovat eri aikakausien oppilaita. Tietojen päivitys ja uusiin tapoihin ja tekniikoihin siirtyminen yhtäaikaaisesti olisi tärkeää hoitotyön laadun takaamiseksi. Työmme pohjalta

kuulimme miten erilailla haavoja on voitu hoitaa ja meille kerrottiin miten jokainen toimii ja soveltaa tietoutta omalla tavallaan.

Opas suunniteltiin Efficajuureen tulevaksi työkaluksi, mutta mielestämme ainakin tekemämme taulukot haavahoitotuotteen valinnasta sekä haavan väriluokituksesta voisi tulostaa haavahoitotuotteiden säilytyspaikkaan sekä kirjaamisen pisteen lähelle. Jatkoa ajatellen tekemämme opasta voitaisiin viedä eteenpäin ja kehittää osio, jossa keskitytään muihin haavan paranemiseen vaikuttaviin asioihin ja tuotaisiin esille terveellisten elintapojen merkitystä. Tällöin voi myös selvittää, että onko tekemästämme haavanhoitooppaasta ollut hyötyä ja apua hoitotyössä. Lisäksi opasta voi päivittää ja lisätä esimerkiksi havainnollistavia kuvia enemmän.

LÄHTEET

Diabetes. Käypä hoito –suositus. 2013. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 30.10.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50056>.

Diabeetikon jalkaongelmat. Käypä hoito -suositus. 2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Diabetesliiton lääkäriineuvoston, Suomen Endokrinologiyhdistyksen ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 30.3.2015, <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50079.pdf>.

Etelä-Savon sairaanhoitopiiri. 2014. Haavanhoito-opas. Viitattu 29.10.2015. [file:///C:/Users/User/Downloads/12885-ESSHP_haavanhoitoopas_WEB_02014%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/12885-ESSHP_haavanhoitoopas_WEB_02014%20(3).pdf).

Gardner, S. Haleem, A. Jao, Y-L. Hillis, S. Femino, J. Phisitkul, P. Heilmann, K. Lehman, S & Franciscus, C. Cultures of Diabetic Foot Ulcers Without Clinical Signs of Infection Do Not Predict Outcomes. *Diabetes Care* 2014;37:2693 – 2701. Viitattu 22.10.2015. <http://m.care.diabetesjournals.org/content/37/10/2693.full.pdf>.

Haatainen, K. 2015. Kirjaaminen ja potilasturvallisuus. *Haava* 18 (3), 11.

Hietanen, H. 2012. Haavanhoidon periaatteet. Haavan paikallishoito käytännössä. Teoksessa H. Hietanen (toim.) Helsinki: SanomaPro, 183–194.

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. Haava. *Aseptiikka*. Porvoo: WSOY, 66–69.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. *Duodecim*. 121(16), 1769–1772.

Iholiitto ry. 2015. Terveen ihon rakenne. Viitattu 13.5.2015. http://www.iholiitto.fi/ihotietoa/terveen_ihon_rakenne/.

Jarvala, T., Raitanen J. & Rissanen, P. 2010. Kansallinen diabetesohjelma Dehko. Diabeteksen kustannuksen Suomessa 1998-2007. Viitattu 30.10.2015. <http://www.diabetes.fi/files/1266/Kustannusraportti.pdf>.

Jelsness-Jørgensen, L-P., Ribu, L. Bernklev, T. & Moum, B.A. 2010. Measuring health-related quality of life in non-complicated diabetes patients may be an effective parameter to assess patients at risk of a more serious disease course: a crosssectional study of two diabetes out-patient groups. *Journal of Clinical Nursing*, nro 20, 1255 – 1263. Sisäinen lähde. Viitattu 30.10.2015.

<http://web.a.ebscohost.com.ezp.oamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=52372ece-7125-4711-94cf-5ab99244584e%40sessionmgr4002&vid=4&hid=4214>.

Juutilainen, V. 2012. Haavanhoidon periaatteet. Haavanhoidon osatekijät. Teoksessa H. Hietanen (toim.) Helsinki: SanomaPro, 77–82.

Juutilainen, V & Hietanen, H. 2012. Haavanhoidon periaatteet. Haavapotilaan tutkiminen. Teoksessa H. Hietanen (toim.) Helsinki: SanomaPro, 54–55, 74–75.

Kanerva, M & Tenhunen, E. 2012. Haavanhoidon periaatteet. Haavainfektio ja sairaalahygieeniset näkökohdat. Teoksessa H. Hietanen (toim.) Helsinki: SanomaPro, 115–120.

Kettunen, S. 2009. Onnistu projektissa. Helsinki: WSOYpro, 15–184.

Kinnunen, U-M. Kirjaaminen haavanhoidossa. 2014. *Haava* 17 (2), 24–25.

Koli, H. & Silander, P. Verkko oppiminen, oppimisprosessin suunnittelu ja ohjaus. 2002. 73.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2014. Ohjaus-tuttu, mutta epäselvä käsite. Viitattu 28.8.2015. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite/>.

Lagus, H. 2012. Haavanhoidon periaatteet. Ihon rakenne ja tehtävät. Teoksessa H. Hietanen (toim.) Helsinki: SanomaPro, 17.

Leppäluoto, J., Kettunen, R., Rintamäki, H., Vakkuri, O., Vierimaa, H. & Lätti, S. 2013. Anatomia ja fysiologia: rakenteesta toimintaan. Helsinki: SanomaPro, 59–61.

Oulun ammattikorkeakoulu. 2014. Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyön ohje. Viitattu 29.1.2015, <https://oiva.oamk.fi/utills/opendoc.php?aWRfZG9rdW1lbnR0aT0xNDMwNzY0Njky>.

Packard, N & Race P. 2003. Käytännön vinkkejä opetustyöhön. Suom. Leena Oittila. Hamina: Solver Kotkaset. Alkuperäisjulkaisu 2000.

Pelin, R. 2009. Projektihallinnan käsikirja. 6. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 225–247.

Pukki, T. 2013. Haavanhoidon periaatteet. Verenkiertoperäisen alaraajahaavan konservatiivinen hoito. Teoksessa H. Hietanen (toim.) Helsinki: SanomaPro, 285–286.

Pulkkinen, N, 2011. Haavan paikallishoito. Viitattu 15.9.2015. https://www.ppshep.fi/instance/prime_product_julkaisu/npp/embeds/23402_Nina_P.HAAVAN_PAIKALLIS-HOITO_oulu_4_11ei_kuvia.ppt.

Sane, T. 2013. Haavanhoidon periaatteet. Diabeetikon jalkahaava. Teoksessa H. Hietanen (toim.) Helsinki: SanomaPro, 338–343.

Seppänen, S. Hjerpe A. 2007. Haavahoitotuotteiden saatavuus Suomessa 2007-2008. Suomen haavanhoidoyhdistyksen julkaisusarja. nro 3. Viitattu 1.5.2015. <http://shhy.fi/site/assets/files/1042/haavanhoidotuotteiden-saatavuus-suomessa.pdf>.

Terveysportti. 2006. Alaraajahaavat. Viitattu 1.5.2015. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95967.pdf>.

THL, 2015. Potilastietojen kirjaaminen yhdenmukaisella tavalla parantaa tietojen käyttökelpoisuutta. Viitattu 30.10.2015. <https://www.thl.fi/fi/-/potilastietojen-kirjaaminen-yhdenmukaisella-tavalla-parantaa-tietojen-kayttokelpoisuutta>.

Vikatmaa, P. 2012. Haavanhoidon periaatteet. Verenkiertoperäinen alaraajahaava. Teoksessa H. Hietanen (toim.) Helsinki: SanomaPro, 266–279.

Virkki, P. 2012. Haavanhoidon periaatteet. Haavanhoidon rakenteellinen kirjaaminen. Teoksessa H. Hietanen (toim.) Helsinki: SanomaPro, 71–73.

LIITTEET

HAAVAKUVIEN VALOKUVAUSLUPA

LIITE 1



Suostumus haavakuvien käyttöön haavanhoito-oppaassa

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Oulun ammattikorkeakoulusta. Työstämme parhaillaan opinnäytetyönä haavanhoito-opasta Haapaveden kotihoitoon.

Jotta haavanhoito-oppaasta tulisi laadukas niin tarvitsemme kuvia haavoista kirjallisen materiaalin tueksi. Haapaveden kotihoiton työntekijät kuvaavat haavat ja toimittavat kuvamateriaalin meille, jotta liitämme kuvat työhömmö. Kuvista ei tule selviämään asiakkaan henkilöllisyys.

Opinnäytetyö tulee näkyville Internetiin Theseus- palveluun, jossa julkaistaan kaikki ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt. Kuvat laitetaan kuitenkin vain haavanhoidon oppaaseen, joka luovutetaan Haapaveden kotihoitoon.

Oulaisissa 30.10.2015

Oulun ammattikorkeakoulun sairaanhoidon opiskelijat: Satu Pirttijärvi, Satu Runtti ja Saija Karjula

Ymmärrän, että haavakuvieni luovuttaminen on täysin vapaaehtoista. Olen tietoinen siitä, että haavakuviani käytetään Haapaveden kotihoitoon opinnäytetyönä tehtävässä haavanhoito-oppaassa.

Allekirjoituksellani annan suostumuksen haavakuvieni käyttöön haavanhoito-oppaassa.

Pvm ja paikka: _____

Allekirjoitus: _____

DIABEETIKON JALKAHAAVAN JA SÄÄRIHAAVAN HAAVAHOITO-OPAS

HAAPAVEDEN KOTIHOITTOON

Saija Karjula
Satu Pirttijärvi
Satu Runtti
OAMK

TAUSTA

TÄMÄ VAIN MEILLE

- **Esittely**
 - [Lh-](#) tausta, koulu, suuntautuminen
- **Opinnäytetyön idea työyhteisöstä, aiheen rajaaminen, ajankohtaisuus**
 - Kotihoidossa on paljon erilaisia haavanhoitoja vaativia potilaita
 - Suomessa diabeetikoita yli puoli miljoonaa
 - Ennusteiden mukaan sairastuneiden määrä voi lisääntyä jopa kaksinkertaiseksi 10-15v. aikana
 - Vuonna 2007 diabeetikkojen sairaanhoidon kustannukset Suomessa olivat noin 1,3 miljardia euroa, joista 833 miljoonaa olivat diabeteksen aiheuttamia lisäkustannuksia.
 - Kroonisen alaraajahaavan saa jossakin vaiheessa elämänsä 1,3-3,6 % väestöstä
 - Laskimovajatoiminta on syynä 27-76 %:ssa tapauksista
 - Valtimoverenkierron vajeus on syynä 9-22 %:ssa tapauksista
 - Tuotoksena opas pdf- muodossa, mahdollista avata [Efficalla](#)
- **Työskentelyaika, eteneminen**
 - Suunnittelu alkoi syksyllä 2014 (yhteistyökumppanit, aiheen rajaaminen, sopimukset)
 - Keväällä 2015 materiaalin kerääminen ja työstäminen
 - Syksy 2015, vertaisarvioijat, asiantuntijaryhmä, lääkärin hyväksyntä, tuotoksen valmistuminen
 - Kevät 2016, ohjaustuokio
- **Ohjaavat opettajat**
 - Maija Alahuhta
 - Merja Jytkkä
- **Opponointiryhmä**

HAAVAN ETIOLOGIA

- Haavanhoidon onnistumisen kannalta on erityisen tärkeää pyrkiä tunnistamaan haavan taustalla vallitsevat etiologiset tekijät (laskimoperäinen, valtimoperäinen, diabeettinen jalkahaava) →

Haavan etiologia

Laskimoperäinen

Valtimoperäinen

Diabeettinen jalkahaava

Kliininen kuva

Haava sijaitsee säären, nilkan alueella.

- haava matala, kosteapottainen
- haavassa fibrinikate
- raajassa turvotusta, pigmentaatiota
- raaja lämmin
- kipu heilittä, kun raaja kohotetaan

Haava yleisimminkin jakaterän ja varpaiden alueella.

- haava kuivapottainen, kalpea
- haavassa nekroottinen tumma kate
- raaja viileä, perifeerinen syke heikko/puuttuu
- haava kivulias (leposärky), ympäristö punottaa
- kipu heilittää raajaa niputessa
- ihotarvotus puuttuu
- katkokävely

Haava yleisimminkin nilkan ja jalkaterän alueella

Riskitekijät

- diabeteksen hoitotasapaino
- paikalliset tekijät, esim.
 - jalkineet
 - jalkojen puutteellinen hoito
- diabeteksen pitkä kesto
- neuropatia,
- iskemiat
- asentovirheet
- ihovaurio


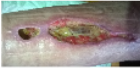

AVOIMEN HAAVAN VÄRILUOKITUS

- Soveltuu avoimen konservatiivisesti hoidettavan haavan luokittamiseen.
- Haavaa arvioitaessa luokittelu tehdään haavassa olevan huonoimman kudoksen mukaan.
- Väriluokituksia on neljä, mitä ne ovat?

HAAVANHOITO

- ASEPTIIKKA
 - Puhtaasta likaiseen
- VÄLINEET
 - Kauhat, pinsetit, rengaskyretit, sakset -> Huom! Välineiden tarkastaminen, sterilitteetti
- HAAVAN PAIKALLISHOITO
 - Suunnitelmallinen toiminta, hyvä valaistus, toiminta potilaan ehdoin, riittävästi aikaa!
 - Päällimmäiset sidokset poistetaan saksilla, muut sidokset käsin/atuloilla
 - Vesipesu/ NaCl-huuhtelu, puhdistuspyyhkeet, HAAVAN ARVIOINTI (väri, koko, erityys, ympäröivä iho jne.)
 - Mekaaninen puhdistus
 - Haavan ympäröivän ihon huomiointi

Puhdistukseen liittyvään kipuun:
puudutevoiteet, geelit, liuokset

VÄRILUOKITUS JA KUVA	SELITYS	HOITO
Vaaleanpunainen 	Epiteelikudos	Suojaa uudiskudosta
Punainen 	Granulaatiokudos	Kosteustasapainosta huolehtiminen, liiallinen kosteus haitallista
Keltainen 	Fibriinikate, voi olla pehmeää tai sitkeää	Katteen pehmittäminen ja poistaminen
Musta, ruskea 	Kuollut kudos, voi olla pehmeää tai kovaa	Nekroottisen kudoksen pehmittäminen ja poistaminen. <i>Iskeemisen haavan kuivaa nekroosia ei tule poistaa ennen verisuonikirurgista tutkimusta!</i>

Huom!
Ei soveltu palo- ja paleltumavammojen arviointiin

BAKTEERINÄYTTEENOTTO

- Haavainfektion toteaminen edellyttää bakteerikasvun lisäksi ainakin yhtä selvää kliinistä löydöstä, esim. kuumotus, punoitus, turvotus, kipua haavan ympärillä tai märkäinen haavaerite.
- Rutiinimaista ottoa ei suositella
- Bakteerinäyte otetaan haavan puhdistamisen jälkeen
- Resistenttien bakteerien (MRSA, VRE, ESBL-kannat) kolonisaation seuraamiseksi näyte otetaan vanutikulla **puhdistamattomasta haavasta**.
 - Haavasta voidaan kuitenkin ensin poistaa hoito-aineet ja -geelit esimerkiksi suihkuttamalla.

HAAVAN SUOJAUS

- Sidosten tarkoitus suojata haavaa ja vähentää kipua
- Sidokset ja tuotteet huoneenlämpöisiä
- Huomioi niveltien liikkuvuus ja asiakkaan toimintakyky
- Kustannuksia huomioiden haava tulee peittää laadukkaalla läpäisevällä materiaalilla, jota on mahdollista pitää paikallaan useita päiviä

HAAVANHOITOTUOTTEEN VALITSEMINEN

Esimerkki haavanhoito-oppaasta

HAAVATYYPPI	SIDOKSEN OMINAISUUSHOITOVÄLI	SIDOSTYYPPI	HUOMIOITAVAA
Puhdas erittävä	Inevä, vaihto 1-2x/vk vaimen erityksen määräästä riippuen	Haavatyyppi: Inevätaats, Mesorb, Mepore	-Kinnitykseen puosteide tai esim. haavakalvo -Tarttuu herkeästi kuvaan haavaan -Mepore: Isekinnittyä
		Vaahotulevy: Allevyn, Meplex, Lydoam, PolyMem, Batain	-Helppokäyttöinen, tuotetta saatavana eri malleina jotka myös isekinnittyä ja kestää suihkukäyttöä
		Hydrofiber: Aquasorb	-Geelittyy -Vaati peitteeseen, esim. haavakalvo, hydrokollodien tai vaahotulevyn -Voi tarvittaessa kostuttaa, sopii myös ihonhoitoon
		Hydrofibriini: Sorbact	-Sorbact hyvä myös feteihin ja onkaloihin, saatavana rauhana, taltkana a litynä
Puhdas kuiva	Kosteuttava 1-2x/sko	Hydrogeeli: Duodem hydrogel	-Peltosteeksi esim. haavakalvo, vaahotulevy tai hydrokollodi
		Hydrokollodi: Duodem, Hydrocol	-Isekinnittyä, mukky vähäinen (vaihtele mallin mukaan) -EI DIABEETIKON JALKAN TAI INFECTOITUNESIN HAAVOIHIN
		Polyuretaanikalvo: Tegaderm, Hydrofilm	-Ei mukkyinen, lähinnä muden sieden kinnitykseen -Ei alyneelle iholle, sopii ihonhoitoon -Tehdaspuhdas kosmeis, steriili tuoreisin haavoihin

• MUUT HOITON VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

- Ohjaus: tupakoinnin lopettaminen, liikunta, terveellisen ravitsemuksen huomiointi ja kivun hoito
- Etiologiaan tekijöihin vaikuttaminen
 - Esim. laskimoperäinen alaraajahaava -> kompressiohoito!
 - Diabeettinen jalkahaava -> jalkojen hoito, kengät, kevennykset
 - Valtimoperäinen alaraajahaava -> revaskularisaatio

• KONSULTAATIO

- Viipymättä mikäli epäily iskemiasta, infektiosta tai luuhun yltävästä haavasta
- Etiologia epäselvä, hoidon vaste huono tai määrättyä hoitoa ei voi toteuttaa
- Ei aiempaa alaraajahaavaa -> lääkärin arvioitava

KIRJAAMINEN JA DOKUMENTOINTI

- Hyvä, laadukas, yhdenmukainen, ajantasainen
- Rakenteellinen kirjaaminen!
- Kirjaamisen tukena valokuvaus
 - voi havainnoida haavan sijainnin kehossa, haavan muodon ja sen ympäröivän ihon tilanteen
 - Valokuvantamisen pääperiaatteet:
 - Intimiteettisuoja
 - Yleiskuva, josta nähdään potilaan asento ja haavan sijainti
 - Lähikuva, joka täyttää 80% kuvan pinta-alasta
 - Kuva ennen mekaanista puhdistusta ja sen jälkeen
 - Potilaan tunnistetiedot ja kuvauspäivämäärä

• Alkuun hyvät esitiedot

80- vuotias diabetesta sairastava rouva, jolla oikeassa jalkapöydässä pinnallinen haava. Haavaa hoidettu kolmen kuukauden ajan, neljä kertaa viikossa kotihoidon toimesta. Hoidon tavoitteena on haavankoon pieneneminen ja sulkeutuminen konservatiivisella hoidolla, sillä asiakas ei leikkaushoitoon suostuvainen. Haavan tilanne arvioidaan joka kerta uudelleen.

• Kirjaaminen selkeää ja ytimekästä

KUDOSEHEYS

Oikeassa jalkapöydässä pinnallinen, 2x4cm kokoinen haava, jota hoidettu kolmen kuukauden ajan. Haavan ympäröivä iho siisti, turvotusta haava-alueella n.1cm. Haava erittänyt edellisiin sidoksiin runsaasti. Erite kellertävää, mutta hajutonta. Edelliseen hoitokertaan verraten haavan koko pysynyt ennallaan, mutta erityis vähentynyt selkeästi. Jalkojen iho muutoin siisti.

HOITOTYÖN TOIMINNOT:

Haava suihkutettu ja kate irronnut hyvin suihkuttelun avulla. Katetta poistettu myös mekaanisesti kyreetillä. Haavaympäristöön Cavidon- voidetta. Haavan suojaksi Allevyn Gentle Border- vaahto-levy. Hoito jatkuu ohjeistuksen mukaan, seuraava hoitokerta kahden päivän kuluttua.

JATKOHOITO:

Kehoitettu asiakasta pitämään jalkoja kohoasennossa. Haavanhoidon jatkuu entisten ohjeiden mukaisesti, seuraava hoitokerta kahden päivän kuluttua. Silloin arvioidaan myös haavan tilanne uudelleen

ESIMERKIKSI

Arvioi haavanhoito opas numeraalisesti, ympyröi vastaus.

5= Erittäin hyvä 4= Hyvä 3=Kohtalainen 2=Tyydyttävä 1=Heikko

5 4 3 2 1

Huomasitko jotain kehittävää, mitä?

Arvioi haavanhoito oppaan käytettävyyttä ja hyödyllisyyttä työsi tukena.

Arvioi ohjaustuntia numeraalisesti, ympyröi vastaus.

5= Erittäin hyvä 4= Hyvä 3=Kohtalainen 2=Tyydyttävä 1=Heikko

5 4 3 2 1

Toivoitko jotakin lisää ohjustunnille, mitä?

Saitko ohjaustunnilta uutta tietoa haavanhoitoon liittyen, mitä?

Tuletko käyttämään työssäsi tätä haavanhoito-opasta?

kyllä

ei

Kiitos palautteesta ja hyvästä yhteistyöstä!