

Karoliina Tamminen

PAINEHAAVOJEN HOIDON JA ENNALLTAEHKÄISYN
TOTEUTTAMINEN

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2012

PAINEHAAVOJEN HOIDON JA ENNALTAEHKÄISYN TOTEUTUMINEN

Tamminen, Karoliina
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Toukokuu 2013
Ohjaaja: Flinck, Marja
Sivumäärä: 35
Liitteitä: 2

Asiasanat: Painehaava, painehaavojen ennaltaehkäisy

Painehaavojen hoito on yhteiskunnalle kallista ja potilaalle epämiellyttävää. Tehokkaassa haavanhoidossa hoitaja tunnistaa painehaavan ja sen asteen, osaa valita ja toteuttaa oikeanlaista hoitoa siihen huomioiden potilaan kivun ja kokemuksen haavanhoidosta kokonaisvaltaisesti ja huomioida myös kustannusvaikutukset hoidossa. Tässä opinnäytetyössä selvitettiin Satakunnan keskussairaalan teho-osaston henkilökunnan näkemyksiä painehaavojen hoito ja ehkäisystä.

Tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivis-kvalitatiivista kyselylomaketta, joka sisälsi strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Lomakkeita teho-osastolle vietiin 48 kpl. Kyselyyn vastasi 25 sairaanhoitajaa, vastausprosentti oli 52%. Tulokset analysoitiin tilastollisin menetelmin ja avoimet kysymykset sisällön analyysillä.

Vastauksista ilmeni että teho-osaston sairaanhoitajat omaavat pitkän työkokemuksen ja että he kohtaavat työssään painehaavoja. Paineen aiheuttamia vaurioita hoitajat kohtasivat vastausten perusteella viikoittain tai kuukausittain. Tuloksista voidaan päätellä myös, että hoitohenkilöstöllä on tietoa painehaavojen hoidosta ja ennaltaehkäisystä. Vastauksista ilmeni lisäksi että vaikka henkilökunnalla on hyvät tiedot painehaavojen ennaltaehkäisy- ja hoitotyöstä, heillä olisi silti kiinnostusta lisäkoulutukseen. Mielenkiintoinen aihe jatkotutkimukselle olisi selvittää minkälaista aihesisältöä henkilöstö koulutukseen toivoisi.

OPINNÄYTETYÖN NIMI ENGLANNIKSI

Tamminen, Karoliina

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in

May 2013

Supervisor: Flinck, Marja

Number of pages:35

Appendices:2

Keywords: Pressure ulcer, Prevention of pressure ulcers

Treatment of decubitus is costly to society and unpleasant for the patient. In efficient wound treatment the nurse identifies the decubitus and its' degree, knows how to choose and carry out the right kind of treatment considering the pain and the overall experience of wound treatment the patient has, also paying attention to the outlay of the treatment. The Satakunta Central Hospital intensive care unit staffs visions about the treatment and prevention of decubitus were examined in this thesis.

A quantitative-qualitative questionnaire was used in the research, wich included structured and open questions. 48 forms were delivered to the ICU. 25 registered nurses answered to the survey, the answer percentage was 52%. The results were analyzed using statistical methods and the open questions by an analysis of the content.

From the answers it transpired, that the ICU nurses do encounter decubitus at work and that they have knowledge of the treatment and prevention of it. It also transpired, that the personnel would have interest for further education on decubitus prevention and treatment. Interesting subject to a further study would be to find out what kind of education nurses would like to have

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
3	KESKEISET KÄSITTEET	7
3.1	Painehaava	7
3.1.1	Painehaavalle altistuminen	8
3.1.2	Painehaavan syvyysluokitus.....	9
3.1.3	Painehaavan hoito.....	10
3.1.4	Haavakipu	10
3.1.5	Dokumentointi.....	11
3.1.6	Haavan paraneminen	11
3.2	Ennaltaehkäisy	12
3.2.1	Asentohoito... ..	15
3.2.2	Iho.....	15
3.2.3	Ihon hoito.....	16
3.2.4	Ravitsemushoito	16
3.2.5	Täydennysravintovalmisteet.....	17
3.3	Hoitotyön laatu ja näyttöön perustuva hoitotyö.....	17
3.3.1	Hoitotyön laatu	18
3.3.2	Näyttöön perustuva toiminta	18
4	AIKAISEMPIÄ TUTKIMUKSIA AIHEESEEN LIITTYEN	19
5	TUTKIMUKSELLISEN OSUUDEN KOHDEJOUKKO TUTKIMUSMENETELMÄ	20
6	EMPIIRINEN TUTKIMUS	20
6.1	Kvantitatiivis-kvalitatiivinen tutkimus	20
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	23
7.1	Vastanneiden työkokemus	23
7.2	Henkilökunnan kohtaamat painehaavat	24
7.2.1	Punoitus joka ei asennon vaihtamisen jälkeen vaalene	24
7.2.2	Pinnallinen ihorikko	24
7.2.3	Suuret painevauriot.....	25
7.2.4	IV-asteen painehaavat	26
7.2.5	Painehaavoihin liittyvä hoito.....	27
7.2.6	Hoitomuoto ja kustannustehokkuus	28

7.2.7 Kustannustehokkuus ja koulutustarve	30
7.2.8 Ennaltaehkäisy.....	31
7.3 Avoimet kysymykset	32
7.3.1 Merkittävin syy painehaavojen syntyyn.....	32
7.4 Painehaavojen ennaltaehkäisyn haasteet.....	33
7.4.1 Kehittämisehdotuksia painehaavojen ennaltaehkäisyyn ja hoitoon	33
8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	34
8.1 Reliabiliteetti.....	34
8.2 Validius	34
8.3 Eettisyys	35
9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	35
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Ihminen voi joutua vuodepotilaaksi missä vaiheessa elämäänsä tahansa. Spinaalipuudutus pakottaa ihmisen makaamaan vuoteessa lyhyehkön ajan, tai suurempi toimenpide kuten lonkkaleikkaus, vaatii potilaalta pitkä vuodelevon. Ihminen voi joutua vuodepotilaaksi äkillisesti, tai ikääntymisen myötä lisääntyneen sairastelun aiheuttaman yleiskunnon laskun takia. Sairaanhoidaja on merkittävässä asemassa haavojen synnyn ennaltaehkäisyssä, haavan hoitamisessa sekä potilaan itsehoitovelmiuksien tukemisessa (Kroonista haavaa sairastavan potilaan hoito).

Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto (EPUAP) on kartoittanut v.2001 painehaavojen esiintyvyyttä 26 eurooppalaisessa sairaalassa. Selvityksessä ilmeni että painehaavojen keskimääräinen esiintyvyys oli 18 prosenttia. I-II asteen haavojen osuus oli 68 prosenttia ja III-IV asteen 32 prosenttia.(Stakes/FinOhta)

Iho on ihmisen suurin aistieliin, iholla tunnetaan lämpötilavaihteluita, paineentunnetta ja kipua. Ihmisen ollessa estynyt tuntemaan painetta ihollaan on siitä huolehdittava hoitajien toimesta. Painehaavan ehkäisy on olennainen osa hoitotyötä. Painehaavan hoidossa korostetaan ennaltaehkäisyä ja mahdollisimman varhaisessa vaiheessa toteamista.

Tarkasteltaessa painehaavojen hoitoa taloudellisesta näkökulmasta, vaikutukset ovat huomattavat(Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto vuonna 2001). Suomessa painehaavojen hoidon kustannukset on arvioitu olevan 200 miljoonaa euroa vuodessa. Potilaalle painehaavan kanssa eläminen on kivuliasta ja sosiaalista elämää rajoittavaa. Painehaavat ovat estettävissä, ja niiden ennaltaehkäisy on halvempaa kuin hoito.(Soppi, E. 2010;126(3):261-8.)

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa Satakunnan keskussairaalan teho-osaston hoitohenkilökunnan painehaavojen hoito- ja ehkäisytyön osaamisesta, ja saada tietoa siitä kuinka ennaltaehkäisy toteutuu heidän päivittäisessä työssään. Tietoa tuotettiin keräämällä kyselykaavaketta apuna käyttäen tietoa hoitajien käytännöistä painehaavapotilaiden, tai painehaavariskipotilaiden hoidossa päivittäisessä työssään.

Painehaavojen ehkäisy, jo syntyneen haavan varhainen tunnistaminen ja haavan oikeanlainen hoito on ensiarvoisen tärkeää ja kuuluu jokaisen hoitotyöntekijän ammattitaitoon keskeisesti. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää laadukasta painehaavojen hoito- ja ennaltaehkäisytyötä hoitajien keskuudessa. Tavoitteita tässä opinnäytetyössä ovat:

1. Perehtyä painehaavojen teoria-ja tutkimustietoon.
2. Kartoittaa hoitohenkilökunnan ajatuksia ja kokemuksia painehaavojen ehkäisyä ja hoidosta Satakunnan keskussairaalan teho-osatolla.

Keskeisinä käsitteinä tässä opinnäytetyössä ovat: painehaava, ennaltaehkäisy ja hoitotyön laatu

3 KESKEISET KÄSITTEET

3.1 Painehaava

Painehaavalla tarkoitetaan ihon tai ihonalaisen kudoksen paikallista vauriota. Painehaava syntyy kun kudospaine ylittää kapillaarien sulkeutumispaineen, syntyy kudosiskemioita joka johtaa palautumattomaan kudoksen nekroosiin. Tämä tapahtuu 4-12 tunnin aikana. Tärkein syy painehaavan muodostumiselle on pitkittynyt staattinen ulkoinen paine erityisesti kehon luisten ulokkeiden kohdalla. Vaurioita syntyy myös tangentiaalisten voimien, eli hankauksen ja ihon venyttymisen seurauksena vaikkapa

potilaan sängynpäätystä kohotettaessa siten että potilas jää ikään kuin liukumaan vuoteella alemmas. (Hietanen ym. 2003 186-187.)

Potilaan pinnallinen iho voi kitkan ja hankauksen takia rikkoutua, ja syvissä kudoksissa esiintyä venymistä ja verenkiertohäiriöitä. Tällöin kudosaivuri on staattisen paineen aiheuttamaa vauriota pahempi. (Hietanen ym. 2003 186-187) Ihon pintakerros kestää pitkittynyttä paineennousua paremmin kuin ihon syvällä oleva kudosa, joten todellisuudessa pieneltä näyttävä haava saattaa olla seurausta suuremmasta kudosaivurihosta. (Hietanen ym. 2005)

Painehaavojen riskialueet ovat lantionseudulta ristiselkä, istuinkyhmy ja lonkkaluut. Alaraajoissa kehräsluut, kantapäät, sääriluu ja ylävartalolta kyynärpäät, lapaluiden kärkialueet ja selkäranka on painehaavojen syntymiselle otollisia paikkoja. Vaurio voi syntyä myös korvalehteen tai takaraivoon. (Mustajoki ym. 2010 378-379.)

3.1.1 Painehaavalle altistuminen

Painehaava syntyy usein sairaalaan joutumista seuraavan kahden ensimmäisen viikon aikana. Painehaava voi syntyä myös leikkauksen tai potilaskuljetuksen aikana. (Soppi 2010, 262.) Riskiryhmässä ovat ikääntyneet henkilöt vitaalitoimintojensa heikentymisen, lihasten atrofitumisen ja sairastavuuden lisääntymisen vuoksi. Epiduraali-puudutusten yleistyessä painehaavoille ovat alttiina myös potilaat joilla ei varsinaisia riskitekijöitä painehaavan muodostumiselle muuten olisi. (Hietanen, M. 2003 186-187)

Muita riskitekijöitä painehaavan syntyyn ovat mm. diabetes, MS-taudissa esiintyvät liikerajoitteet, tuntuu puutokset ja virheasennot sekä dementia. Huono ravitsemustila, alipaino tai ylipaino, sekä alentuneet hemoglobiini ja prealbumiini altistavat myös painehaavalle. (Mustajoki, M. 2010 379) Riskien tunnistaminen on ensisijaisen tärkeää, ja apuvälineiksi on kehitetty useita mittareita joiden käyttö vaihtelee sairaala- ja osastokohtaisesti. Jo syntymään ehtineen painehaavan arviointiin ja luokitteluun on myös omat menetelmänsä.

3.1.2 Painehaavan syvyysluokitus

Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto (EPUAP) on yhdessä Yhdysvaltain kansallisen painehaava-asiantuntijaneuvoston (NPUAP) kanssa kehittäneet painehaavan luokittelujärjestelmän osana nelivuotista yhteistyötään jonka tuloksena syntyi painehaavojen näyttöön perustuvat ehkäisy- ja hoito-ohjeet lyhyesti.

Yksityiskohtaisempaa ja kriittisempää pohdintaa sekä analyysejä aiheesta on saatavilla Clinical practice guideline- versiosta joka on pikaopasta huomattavasti kattavampi. Luokituksessa käytetään termejä aste, luokka tai kategoria. Kategoria lienee neutraalein ilmaisu sillä painehaava ei aina etene asteittain.

I aste/kategoria: Vaalenematon punoitus (eryteema)

Ehjällä iholla, tavallisesti luisten ulokkeiden kohdalla ilmenevää punoitusta joka ei vaalene. Alue voi olla kipeä, muuta ympäristöä viileämpi tai lämpimämpi, kiinteä tai pehmeä. Tummapigmenttisestä ihosta tämä voi olla erityisen hankalaa erottaa sillä siinä ei välttämättä voida havaita näkyvää vaalenemista. Alue erottuu kuitenkin ympäröivästä ihosta. Eryteema voi merkitä kohonnutta riskiä saada painehaava.

II aste/kategoria: Ihon pinnallinen vaurio

Haavapohjaltaan katteeton, vaaleanpunainen, tai punainen pinnallinen vaurio dermiksessä. Voi myös ilmetä veren tai verensekaisen kudoksen täyttämänä puhjennena tai puhkeamattomana rakkulana iholla. Haava on pinnallinen, kuiva ja kiiltävä. Siinä ei ole syvempien kudosten kertomasta vauriosta kertovaa mustelmaa.

Tällä kategorialla ei tarkoiteta haavoja jotka ovat peräisin teippien aiheuttamista repeämistä iholla tai esimerkiksi inkontinenssin aiheuttamaa maseraatiota, dermatiittia tai eksoriaatiota.

III aste/kategoria : Koko ihon vaurio

Vaurio läpäisee koko ihon. Luu tai jänne ei ole näkyvissä tai palpoitavissa, mutta subkutaaninen rasva voi olla. Haavalla saattaa esiintyä katetta tai nekroosia. Haavan syvyyden voi kuitenkin arvioida. Haavan anatomisesta sijainnista, eli alueella sijaitsevan subkutaanisen rasvan määrästä riippuen haavalla saattaa olla hyvin syviä onkaloita tai taskuja.

IV aste/kategoria: Vaurio koko ihon ja ihonalaiskudoksen paksuudelta

Vaurio yltää läpi ihon ja ihonalaiskudoksen. Luu ja jänne tai lihas näkyy ja on palpoitavissa. Anatomisesta sijainnista riippuen IV-kategorian haavat voivat muodostaa onkaloita tai taskuja aina tukikudokseen (faskia, jänne tai nivelkapseli) saakka. Vähän subkutaanista rasvaa sisältävien alueiden kuten nenänselän, takaraivon tai korvalehden haavat ovat matalia. Haavalla saattaa olla katetta tai kudoksen nekroosia (NPUAP, EUPAP 2009)

3.1.3 Painehaavan hoito

Haavanhoito koostuu myös tekijöistä kuten potilaan ravitsemustilan korjaamisesta ja yleiskunnon kohentamisesta. EPUAP:n ja NPUAP:n luokituksesta I ja II- kategorioiden haavoja voidaan hoitaa konservatiivisesti. Laajoissa ja syvissä III-IV kategorioiden haavoissa hoito on usein kirurginen revisio.(???)

3.1.4 Haavakipu

Riittäväällä haavakivun hoidolla edistetään haavanhoidon onnistumista. Kudoksen vaurion aiheuttama jatkuva tulehdus vapauttaa välittäjäaineita jotka aktivoivat paikalliset kipureseptorit. Tämä lisää ympäröivän ihon ja kudosten herkkyyttä. Kipu voi johtua kudoksen vauriosta ja olla siis nosiseptiivistä kipua, tai hermovauriosta jolloin kipu on neuropaattista (Leppäluoto ym. 2008).

Tehokas kivunhoito on keskeinen osa haavanhoitotyötä. Kipua tulee arvioida ja mitata siinä missä vaikkapa verenpainetta, tai diureesiakin. Kivun riittämätön hoito johtaa stressihormonien erittymiseen. Se myös hidastaa kudosten paranemista ja altistaa infektioille (Kauppila 2008, 10.). Kipua voidaan hoitaa sekä lääkkein että lääkkeettömästi. Lisäksi markkinoille tulee jatkuvasti lisää haavanhoitotuotteita ja sidoksia joissa haavakipu on huomioitu tehokkaammin. Kivun arvioinnissa yleisesti käytetty apuväline on VAS-mittari.

Haavakivun hoidossa käytettäviä lääkkeitä ovat tulehduskipulääkkeet, parasetamoli, opioidit ja depressio- sekä epilepsialääkkeet. Kivunhoidossa voidaan käyttää myös pintapuudutteita, kuten lidokaiinia, prilokaiinia ja ametokaiinia sisältäviä puudutusaineita Lievään ja keskivaikeaan haavakipuun käytetään tulehduskipulääkkeitä tai parasetamolia. Mikäli näillä ei saavuteta riittävää tehoa otetaan käyttöön mieto opioidi kuten kodeiini, tramadoli tai buprenoriini. Opioidia voi käyttää samanaikaisesti tulehduskipulääkkeen kanssa. Jos kipu on kovaa siirrytään vahvaan opioidilääkitykseen. Näitä ovat oksikodoni, metadoni ja fentanyl. Vaikeaa haavakipua voidaan hoitaa myös morfiinilla (Hietanen ym. 2005, 98-100).

3.1.5 Dokumentointi

Hoitotyön kirjaaminen eli dokumentointi on tärkeä osa potilaan hoitoa ja tarkoittaa potilaan hoidon eri vaiheiden kirjaamista. Sen tarkoitus on lisätä potilasturvallisuutta, jatkuvuutta ja yksilöllisyyttä. Se on myös juridisesti merkittävässä asemassa niin hoitajan kuin potilaan kannalta. (Lauri ym. 1998, 98). Haavahoidon edistymisen apuvälineenä voidaan käyttää haavan koon mittaamista ja valokuvaamista.

3.1.6 Haavan paraneminen

Inflammaatiovaihe on elimistön ensimmäinen reaktio kudonvaurioon. Se on tulehdusvaihe, jonka tarkoitus on puhdistaa haavaa kuolleista soluista ja suojata elimistöä lisävaurioilta. Vaihe alkaa hemostaasilla jolloin verenvuoto haavalla tyrehtyy verisunien supistumisen, ja veren hyytymisen seurauksena. Vamman sattuessa haavaa ympäröivät verisuonet supistuvat, se vähentää verenhukkaa haavalta. Supistumisen ansiosta plasmata

pääsee haavan ympäriskudoksiin ja vauriokohtiin kerääntyvät verihiutaleet muodostavat väliaikaisen tulpan. Haava ja sitä ympäröivät verisuonet supistuvat välittömästi vamman satuttua, tämän ansiosta verenhukka vähenee. Kun haavalle vuotanut veri koskee sidekudokseen, esimerkiksi kollageeniin, se hyytyy. Näin väliaikainen tulppa pääsee vahvistumaan ja veri hyytymään, ja haavalle muodostuu elimistössä normaalistikin olevasta fibringeenistä fibriiniverkko. Verkko auttaa haavaa suojaavan ruven muodostamista päästämällä sinne leukosyyttejä.

Haavan ja sen ympäryksen punoitus, kuumotus ja turvotus ovat seurausta prosessista haavalla, jossa vaurioituneista kudoksista ja verisuonista elimistöön pääsee histamiinia ja muita välittäjäaineita. Ne aikaansaavat haavan alueen verisuonten laajenemista (kuumotus) ja läpäisevyyden lisääntymistä (turvotus). Kapillaareista pääsee proteiinipitoista nestettä solun sisäiseen tilaan. Haavan turvotus ja kipu osaltaan edistää haavan paranemista koska kivun takia haavaa ei haluta liikutella.

Haava alkaa puhdistua pohjalta makrofagien, neutrofiilien ja lymfosyyttien ansiosta. Neutrofiilit toimivat syöjäsoluina vieden lymfosyyttien kanssa haavalta bakteereita ja kuollutta kudosta, makrofagit erittävät kasvutekijöitä jotka aikaansaavat solujen jakautumista, siirtymistä haavaan sekä sidekudoksen tuotantoa. (Hietanen ym.2005, 29-30.)

Proliferaatio- ja maturaatiovaiheen alussa hapen-, ja ravinnonpuutteesta kärsivä haavapohja saa aikaan kapillaarisuonien muodostumisen lisääntymistä. Haavan syntymisestä seuraavana päivänä haavalla alkaa niukkahappisessa ympäristössä selviytyvien fibroblastien ja uusien kapillaarien kulkeminen haavan reunoilta sen keskiosaa kohti. Kasvaneet hiussuonet, kollageenisäikeet, fibroblastit, valkosolut ja sidekudos muodostavat haavalle läpikuultavan, vaaleanpunaisen granulaatiokudoksen. Ennen granulaatiokudoksen muodostumista pitää inflammaatiovaiheessa tapahtuneen haavan pohjan puhdistumisen olla tapahtunut. Proliferaatiovaihe loppuu kun haava on kautaltaan suojaavaa granulaatiokudosta. (Anttila ym 2008, 473; Hietanen ym. 2005, 32)

3.2 Ennaltaehkäisy

Ennaltaehkäisyllä eli preventiolla tarkoitetaan näkökulmasta riippuen joko yksilön tai yhteisön terveyttä ylläpitävien voimien kasvattamiseen tai sairauksien, tapaturmien ja

ennenaikaisten kuolemien vähentämiseen. Käsite jakautuu kolmeen osaan: primaari, sekundaari ja tertiaaripreventioon, mutta ainoastaan primaaripreventio on täysin ennaltaehkäisevää toimintaa (Koskenvuo, M., Mattila, K. 2009)

Primaaripreventio on toimintaa ennen kuin taudin esiaste on alkanut kehittyä. Primaariprevention toimenpiteet estävät riskitekijän vaikutuksen jo ennen kuin se on ehtinyt synnyttää sairauteen johtavia muutoksia. Primaaripreventiota voidaan toteuttaa varautumalla uhkaan jo ennen kuin vaaratekijä on läsnä.

Sekundaaripreventiolla pyritään estämään sairauden pahenemista poistamalla riskitekijä tai pienentämällä sen vaikutusta. Sekundaaripreventio liittyy käytännössä sairauden hoitoon, eikä se ole varsinaista sairauden ehkäisyä.

Tertiaariprevention päämääränä on estää jo olemassa olevan sairauden ja sen aiheuttamien haittojen paheneminen (Koskenvuo, M., Mattila, K. 2009.)

Painehaavojen ensisijainen hoito on niiden ennaltaehkäisy. Painehaavariskin arviointi ja ennaltaehkäisy kuuluu potilaan hoitoketjun jokaiseen vaiheeseen (Tehohoito 2011, 29 (2)). Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto, EPUAP on laatinut riskinarviointiin toimintaohjeen joka käsittää seuraavat elementit.

- Kaikilla toimipisteillä tulisi olla toimipaikkaan soveltuvat strukturoidut selkeät ohjeet koskien riskinarviointia, sen ajoittamista, uudelleenarvioinnin ajoittamista ja kattavasta raportoinnista tarpeellisille tahoille.
- Henkilöstöä olisi koulutettava riittävän ja luotettavan riskiarvion tekemiseen.
- Varmistetaan tiedonkulku moniammatillisessa työryhmässä kirjaamalla kaikki riskiarviot, näin varmistetaan potilaan hoidon suunnittelun oikeellisuus ja varmistetaan potilaan hyvinvointi.

(EPUAP 2009)

Riskin arvioinnin apuvälineeksi on kehitetty menetelmiä kuten mittarit, joiden tarkoitus on pisteyttää potilaan riski saada painehaava. Ensimmäinen riskimittari, Nortonin

mittari, kehitettiin jo vuonna 1962. (Juutilainen, Hietanen 2002 190-193) Tässä työssä esitellään seuraavat mittarit koska ne lienevät tunnetuimmat.

Nortonin mittari on ensimmäinen(1962) painehaavariskin arviointiin kehitetty apuväline. Se koostuu osatekijöistä, kuten fyysinen ja psyykinen tila, liikuntakyky ja toimintakyky ja inkontinenssi. Nortonin mittaria on myöhemmin muokattu ravitsemuksen tilan osalta, jolloin osa-alueita on saatu enemmän. Mittarin pisteytys vaihtelee 5-20 pisteen välillä. 14 tai vähemmän on kriittinen raja painehaavan syntymiselle.

Bradenin riskiluokitusmittari sisältää kuusi pääluokkaa jotka sisältävät osaluokituksia. Pääluokat ovat tuntoaisti, ihon kosteus, aktiivisuus, liikkuminen, kudosten venyminen ja hankaus sekä ravitsemus. Bradenin riskiluokituksessa pisteytys vaihtelee 6-23 pisteeseen. Haavan riski on sitä korkeampi mitä vähemmän pisteitä saadaan. Kohonnut painehaavariski on 18 tai sen alle. (Hietanen ym.2002, 190-193)

TYKS:n teho-osastolla on käytössä osana painehaavojen ennaltaehkäisytoimia hie-man muokattu Jackson/Cubbin riskimittari, tämä Nortonin riskimittariin pohjautuva apuväline sisältää 12 kategoriaa. Kategoriat ovat ikä, paino/kudosten kunto, taustasairaudet, ihon kunto, vireys, liikuntakyky, hemodynamiikka, hapentarve, hengitys, ravitsemus, inkontinenssi ja hygienia. Pisteitä kustakin kategoriasta saa 4, jolloin riski on pienin. Lisäksi erikseen huomioidaan mikäli potilas on ollut kuluneen 48 tunnin aikana leikkauksessa, saanut verivalmistetta, tai on hypoterminen. Kukin kohta vähentää varsinaisista pisteistä yhden.

Korkean riskin raja on 29/48 tai vähemmän. Riskin arviointi tehdään päivittäin sähköisesti hoitajien toimesta ja mittarin lisäksi arviointiin kuuluu hoitajan kliininen arvio potilaan riskistä saada painehaava. Jos potilaalla on korkea riski saada painehaava, hänen asentohoitoaan tehostetaan ja hänet siirretään korkeariskin patjalle. (Haava 3/2011 12-13) Keskeisintä painehaavojen ennaltaehkäisyä on tunnistaa riskitekijät ja korjata potilaan tilaa siten että riskitekijät vähenevät. Kokonaisvaltainen ennaltaehkäisevä toimintaa koostuu kolmesta kulmakivistä. Näitä kulmakiviä on asentohoito, ihon hoito ja ravitsemushoito. (EPUAP 2009)

3.2.1 Asentohoito

Painehaavan syntyyn tiedetään monia vaikuttavia tekijöitä. Nykytiedon mukaan tärkein tekijä on ihoon kohdistuva paine ja sen kesto. Mitä suurempi ja pitkäkestoisempi iholle kohdistuva paine on, sitä suuremmaksi kasvaa riski saada painehaava. Esimerkkinä iholle kohdistuva yhdeksän tunnin mittainen 150mmHg painealtistus aiheuttaa painehaavan, syntyy 500mmHg:n paineesta haava kahdessa tunnissa. (Duodecim 6/2006)

Iholle kohdistuvan paineen mittaamiseen on kehitetty myös tekniikkaa, joka luultavasti kustannustensa puolesta ei ole liiemmin vielä käytössä, ja siksi sitä ei tässä opinnäytetyössä esitellä. Asentohoidon toteuttamiseen on markkinoilla lukuisia tuotteita. Hoidon alkuvaiheessa olisi aina aiheellista riskinarvion yhteydessä kartoittaa minkälaisista tuotteista potilas hyötyisi. (en muista lähdeä?!?)

3.2.2 Iho

Iho on ihmisen suurin elin. Arvioitaessa haavan astetta tulee ihon anatomia tuntea. Ihon uloin kerros, orvaskesi, jakautuu useaan kerrokseen. Sarveis- eli keratiinikerrokseen, jyväissolukerrokseen, eli granulaatiokerrokseen ja edelleen okasolukerrokseen ja alimpaan tyvisolukerrokseen. Iho uusiutuu alhaalta ylöspäin. Aluksi pyöreät solut litistyvät ihon ylintä kerrosta lähestyessään ja keratiinikerroksessa litteät solut muodostavat ihoa suojaavan kerroksen.

Verinahka eli dermis sijaitsee heti orvaskeden alla. Se sisältää runsaasti hyvin kestäviä kollageenisäikeitä. Niillä on suuri merkitys ihon joustavuudessa. Ihon kimmoisuudesta vastaa dermoksen sisältämä elastaani. Dermoksen alla on pääasiassa rasvakerroksesta ja sidekudossäikeistä koostuva subkutis, eli ihonalaiskerros. Sen paksuuteen vaikuttavat monet asiat kuten ikä, sukupuoli ja ravitsemustila (iholiiton www-sivut 2013).

3.2.3 Ihon hoito

Ihon kuntoa ja erityisesti painehaavoille alttiina olevia luu-ulokekohtia tarkkaillaan aina asentohoitotilanteissa. Ihon muutokset kirjataan. Ihon kunnossa huomioidaan myös kuivuus, hauraus, halkeamat, punoitus, kovettumat, lämpö ja hautuminen. Potilaan iholle voi kosteutta tulla hikoilun, haavaeritteen tai inkontinenssin seurauksena. Se tulee myös havaita ja poistaa säännöllisesti. (EPUAP 2008.)

3.2.4 Ravitsemushoito

Painehaavat ovat seurausta mekaanisesta kuormituksesta, potilaan liikkumattomuudesta, korkeasta iästä ja/tai inkontinenssista. Huomioitavaa on että vain osaan painehaavalle altistavista tekijöistä voidaan vaikuttaa, ja tärkeimmät ovat kudosten kuormitus ja ravitsemus. Euroopan painehaava asiantuntijaneuvoston (EPUAP) hoitoprotokollissa ja toimintalinjoissa asiaa on käsitelty lyhyesti. Painehaavojen ja ravitsemuksen suhdetta on huomioitu suosituksessa joka käsittelee painehaavariskin arviointia. Ravitsemustilaa arvioidaan ihon yleiskunnon, liikuntakyvyn, kosteuden ja inkontinenssin kanssa samanaikaisesti. Vajaaravitsemuspotilaille on suosituksen mukaan tehtävä suunnitelma sopivasta tuki/ tai lisäravinnosta, joka vastaa hoidon tavoitteita. Suosituksessa kehoitetaan myös varmistamaan ravintoaineiden riittävä saanti aliravitsemustilanteen ehkäisemiseksi (shhy/koulutus/materiaaliarkisto).

Varsinaissuomen sairaanhoitopiirin hygieniayksikön, TYKS:n haavatyöryhmän ja kirurgian klinikan asiantuntija Heli Kallion kehittämässä kroonisten ja akuuttien haavojen hoito-oppaassa ohjeistetaan painehaavariskipotilaan ravitsemuksesta. Ravitsemuksen tulisi sisältää energiaa 30-35kcal/vrk, proteiinia 1,25-1,5g/kg/vrk ja nestettä ml/kcal/vrk.

3.2.5 Täydennysravintovalmisteet

Elimistön saadessa tarvitsemaansa vähemmän ravintoa, energiaa kuluu omista energia- ja ravintoainevarastoista. Tila näkyy henkilön laihtumisena, väsymisenä, lihasheikkoutena ja entisestään huononevana ruokahaluna. Tilanne voi johtaa vajaaravitsemukseen joka osaltaan voi hidastaa haavojen paranemista.

Töölön sairaalan plastiikkakirurgian klinikalla osastohoitajana toimiva Suomen haavahoitoyhdistyksen perustaja, ja EPUAPin jäsen Helvi Hietanen kertoo eräässä Nutricia clinical oy:n julkaisussa huomanneensa klinikalla määrätietoisen ravitsemushoidon suotuisan vaikutuksen haavojen paranemiseen. Hän myös linjaa painehaavapotilaiden ravitsemuksesta haavapotilaan valtavaa ravintoaineiden tarvetta, ja sitä ettei sitä pystytä tavallisesta ravinnosta saamaan (Nutricia Clinical oy tiedotuslehti Elokuu 2005).

Markkinoilla on täydennysravintovalmisteita painehaavoista kärsiville. Tuotteisiin on lisätty haavojen parantumista edistäviä ainesosia kuten proteiinia, argiinia, antioksidantteja, C- ja E-vitamiinia, karotenoideja sekä seleeniä, B-ryhmän vitamiineja, sinkkiä ja rautaa. (nutrician.com) Helvi Hietasen mielestä täydennysravintovalmisteet pitäisi kuulua sairausvakuutuslain piiriin antibioottien tapaan koska haavapotilaan hyvä ravitsemustila edistää haavan paranemista ja ehkäisee infektioita.

3.3 Hoitotyön laatu ja näyttöön perustuva hoitotyö

Tutkitun tiedon käyttöä on yritetty edistää lisäämällä tutkimustiedon ja tiedonhaun opetusta terveysalan koulutuksessa. Toivottua tulosta ei kuitenkaan ole vielä syntynyt vaan tutkitun tiedon käyttö ja varsinkin näyttöön perustuvan toiminnan tietokantojen käyttö ja tuntemus on vähäistä. (Elomaa & Mikkola 2004, 7.)

3.3.1 Hoitotyön laatu

Laadulla tarkoitetaan tavallisesti tuotteen kykyä täyttää asiakkaan tarpeet tai vaatimukset, tai toiminnan tavoitteen ja tuloksen vastaavuutta. Hyvälaatuinen terveydenhuolto käyttää resurssit parhaalla mahdollisella tavalla, turvallisesti, tuhlaamatta, korkeatasoisesti ja eniten hoitoa tai ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä tarvitsevien terveystarpeisiin. Laadukkaan hoitotyön lähtökohtana on potilaskeskeisyys, se kuuluu kaikkiin palveluketjun vaiheisiin. Hoitosuhteissa noudatetaan ihmis- ja perusoikeuksia sekä kunnioitetaan potilaan oikeutta elämään, henkilökohtaiseen koskemattomuuteen, turvallisuuteen ja yksityisyyteen. Potilaita kohdellaan yhdenvertaisesti ketään syrjimättä, heidän ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittaen (Kuntaliitto, Helsinki 2011).

Potilaan oikeudesta laadultaan hyvään hoitoon on säädetty laissa. (laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 3§ 1992) Hoitotyön laatua ohjaavat myös muut lait kuten terveydenhoitolaki. Sen tarkoituksena on edistää väestön terveyttä ja hyvinvointia, kaventaa terveyseroja ja vahvistaa hoidon asiakaskeskeisyyttä. Se edellyttää terveydenhuollolta näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin perustuva laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua toimintaa. (Terveydenhuoltolaki 2§ ja 8§ 2011)

3.3.2 Näyttöön perustuva toiminta

Näyttöön perustuva toiminta on parhaan saatavilla olevan ajan tasaisen tiedon harkittua käyttöä asiakkaan/potilaan hoidossa (mukaan lukien terveyden edistäminen) sekä hänen läheistensä huomioimisessa. Tavoitteena on vastata hoidon tarpeeseen käyttäen vaikuttaviksi tunnistettuja menetelmiä ja hoitokäytäntöjä. Näyttöön perustuva toiminta yhtenäistää asiakkaiden/potilaiden hoitoa, sosiaali- ja terveystieteiden toimintayksiköiden ja koulutuksen toimintatapoja, lisää toiminnan tehokkuutta ja vaikuttavuutta sekä lisää henkilöstön osaamista.

Hoitotyön tutkimus, johtaminen ja koulutus luovat edellytykset näyttöön perustuvalla toiminnalla. Johtaja varmistaa työntekijöiden osaamisen ja toimintakäytäntöjen yhte-

näisyyden, vastaa vaikuttavien toimintatapojen ja menetelmien käytöstä sekä perustaa myös omat päätöksensä parhaaseen mahdolliseen näyttöön. Koulutus antaa henkilöstölle valmiudet näyttöön perustuvaan toimintaan. Tämä edellyttää näyttöön perustuvaa toimintaa myös koulutuksen ja opetuksen kehittämisessä. Tutkimus tuottaa tietoa vaikuttavista toimintatavoista ja menetelmistä sekä niiden hyödyntämisestä käytännössä, johtamisessa ja koulutuksessa. (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. (STM toimintaohjelma 2009–2011, 53–54).

4 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA AIHEESEEN LIITTYEN

Hyvämäki (2008) on kartoittanut painehaavojen ennaltaehkäisevää hoitotyötä ja esiintyvyyttä Oulun yliopistollisessa sairaalassa pro gradu – tutkielmassaan Tehohoito-työn luokitusjärjestelmä osaksi painehaavoja ennaltaehkäisevää hoitotyötä. Tutkimus oli tehty haastatteleamalla teho-osastojen vastaavaa laaturyhmää vuonna 2007. Vastauksista oli ilmennyt että potilaan tilan arviointia ja henkilökunnan työkokemuksen mukana tuomaa tietoa ja taitoa pidetään tärkeänä. Potilaan ihon kunnon arviointi, ennaltaehkäisevän työn dokumentointi, potilaan perushoito, ravitsemus- ja nestetilan arviointi sekä ihoon kohdistuvaa painetta vähentävien makuualustojen käyttäminen kuuluvat teho-osastoilla ennaltaehkäisevän hoitotyöhön. (Hyvämäki 2008.)

Laakson sairaalassa toteutettiin vuonna 2008 kolmiosainen interventiotutkimus ”paine- haavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen. Tutkimus antoi uutta tietoa käytännön hoitotyöhön. Tutkimuksessa todettiin että painehaavan tärkein syntymissyö on liikkumattomuus ja että hoidon kulmakiviä on ravinto ja asentohoito. Tutkimuksessa todettiin myös että parhaimmatkaan välineet painehaavojen ehkäisyyn, ei korvaa hoitajien toteuttamaa säännöllistä asentohoitoa (Karvinen 2009, 34–36.)

5 TUTKIMUKSELLISEN OSUUDEN KOHDEJOUKKO TUTKIMUSMENETELMÄ

5.1 Teho-osasto

Teho-osastolla hoidetaan potilaita, joilla on tilapäiseksi arvioitu yksi tai useampi vakava elintoimintahäiriö. Esimerkiksi potilaita, joilla on vaikea infektio, vaikea hengitysvajaus, elvytyksen jälkitila, vaikea monivamma, myrkytys tai muu välittömästi henkeä uhkaava sairastuminen tai vammautuminen. Tavoitteena on voittaa aikaa perussairausten hoitamiseen torjumalla ja estämällä hengenvaara taudin kriittisimmässä vaiheessa (satsip www-sivut 2013). Tehohoitoa vaativilla potilailla painehaavojen ilmaantuvuus voi olla jopa 20-50 prosenttia. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 189.)

6 EMPIIRINEN TUTKIMUS

Tieteellinen tutkimus on tutkimuskohteensa toimintaperiaatteita ja lainalaisuuksia selvittävää ongelmaratkaisua. Empiirisessä tutkimuksessa voidaan selvittää tutkimusongelman syitä, tai testata jonkin teoriasta johdetun hypoteesin toteutumista käytännössä, mutta esimerkkien väliin mahtuu paljon muitakin vaihtoehtoja. Kaikille vaihtoehdoille yhteistä on kuitenkin tavoite, joka on tutkimusongelmasta johdettuihin kysymyksiin vastaaminen. (Heikkilä 2002 13) Tässä tutkimuksessa yritän löytää vastauksia kysymyksiin jotka antavat tietoa hoitajien valmiuksista ja kyvyistä tunnistaa, ennaltaehkäistä ja hoitaa painehaavaa.

6.1 Kvantitatiivis-kvalitatiivinen tutkimus

Kvantitatiivisissa menetelmissä lähtökohtana on mittaaminen. Mittayksikkö voi vaihdella sen mukaan mitä tutkitaan, pääasia on että tutkittava ilmiö saadaan hallintaan numeerisesti. Tutkimuskohteena oleva ilmiö selviää, mikäli se voidaan esittää kysymyksen muodossa. Näin tutkimus nähdään keinona saada vastaus esitettyyn ky-

symykseen (Erätuuli, Leino, Yli-Luoma 1994 10-11). Kvantitatiiviseen tutkimukseen aineistoa voidaan kerätä jo olemassa olevista tietokannoista, rekistereistä tai itse keräämällä (Heikkilä 2002 18).

Tiedonkeruumenetelmiä kvantitatiivisen tutkimuksen toteuttamiseksi on monia. Menetelminä voi käyttää esimerkiksi postikyselyä, puhelinkyselyä tai informoitua kyselyä, joissa yhdistetään kirjekyselyä ja henkilökohtaista haastattelua viemällä ja hakemalla kyselylomakkeet, ja tarkentamalla kysymyksiä mikäli se on tarpeen. Tutkimusongelman perusteella valitaan tilanteeseen oikea menetelmä. (Heikkilä 2002 18)

Opinnäytetyössä esitetyillä kysymyksillä on tarkoitus numeerisesti kuvata hoitajien osaamisen tasoa painehaavojen hoitotyössä. Menetelmäksi on valittu kyselytutkimus, tarkemmin esitettynä survey-tutkimukseksi nimitetty suunnitelmallinen kysely. Survey-tutkimuksessa aineistoa kerätään tutkimuslomaketta käyttäen. Se on tehokas ja taloudellinen tapa kerätä aineistoa etenkin jos tutkittavia on paljon (Heikkilä 2002 19). Jotta voidaan tarkastella tiettyjä asioita numeerisesti, on kyselylomakkeen sisällettävä strukturoituja kysymyksiä, eli kysymyksiä joiden vastausvaihtoehdot on ennalta annettu. Niistä vastaaja valitsee sopivimman tai sopivimmat.

Kvalitatiivinen tutkimus on laadullista tutkimusta jota suoritetaan yleensä henkilökohtaisilla haastatteluilla, ryhmähaastatteluilla tai valmiita aineistoja käyttämällä (Heikkilä 2002 17). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston määrään ja laatuun vaikuttavat tutkijan omat taidot. Haastattelussa saatu tieto riippuu haastattelijan ja haastateltavan välille muodostuneesta luottamuksesta (Field, Morse 1985 132), jota tämän kaltaisen tutkimuksen tekoaikana ei ehdi muodostua.

Aineiston mahdollisimman monipuolisen ja informatiivisen sisällön varmistamiseksi, työhön on sisällytetty myös hieman kvalitatiivista tutkimusta. Kvalitatiivinen osuus tutkimuksessa on kyselylomakkeen avoimet kysymykset, ja niiden tarkoituksena on antaa vastaajalle mahdollisuus omin sanoin kuvata vastauksensa. Kvalitatiivisessä tutkimuksessa kysymykset ovat pääasiassa avoimia.

Tietyissä tilanteissa kuten spontaaneja mielipiteitä selvittävässä syvähaastatteluissa vastausmahdollisuuksia ei rajata millään tavalla, mutta kyselytutkimuksissa usein

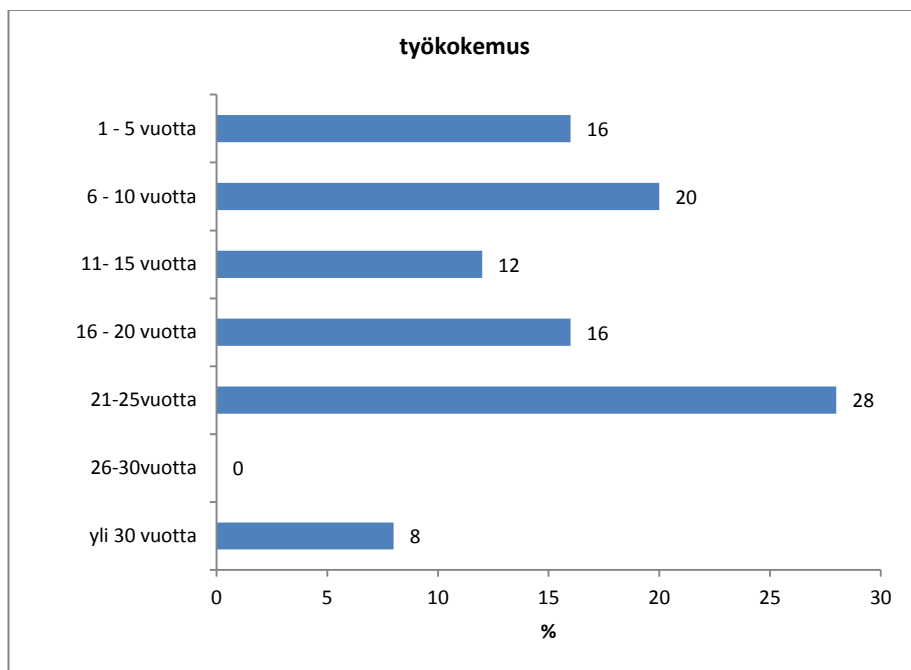
vastaajien ajatusten suuntaa jollain tavalla rajataan. (Heikkilä 2002 49) Tässä kyselyssä vastausvaihtoehdot rajataan kysymyksen perusteella, sillä laaditut kysymykset ohjaavat niitä.

Kvalitatiivista ja kvantitatiivista tutkimusta voidaan siis yhdistellä tai käyttää samanaikaisesti ongelman tutkimiseen. Kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen menetelmän yhdistäminen on hyödyllistä varsinkin tilanteissa joissa kaikkia muuttujia ei voida mitata kvantitatiivisesti (Field, Morse 1985 28-29.)

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

7.1 Vastanneiden työkokemus

Vastaajista(N=25) neljällä (16%) oli työkokemusta 1-5 vuotta, viidellä (20%) 6-10 vuotta, kolmella (12%) 11-15 vuotta, neljällä (16%) 16-20 vuotta. Suurin osa vastaajista (7/28%) omasi 21-25 vuoden työkokemuksen ja yli 30 vuoden työkokemus oli kahdella vastaajalla. (Kuvio 1.)

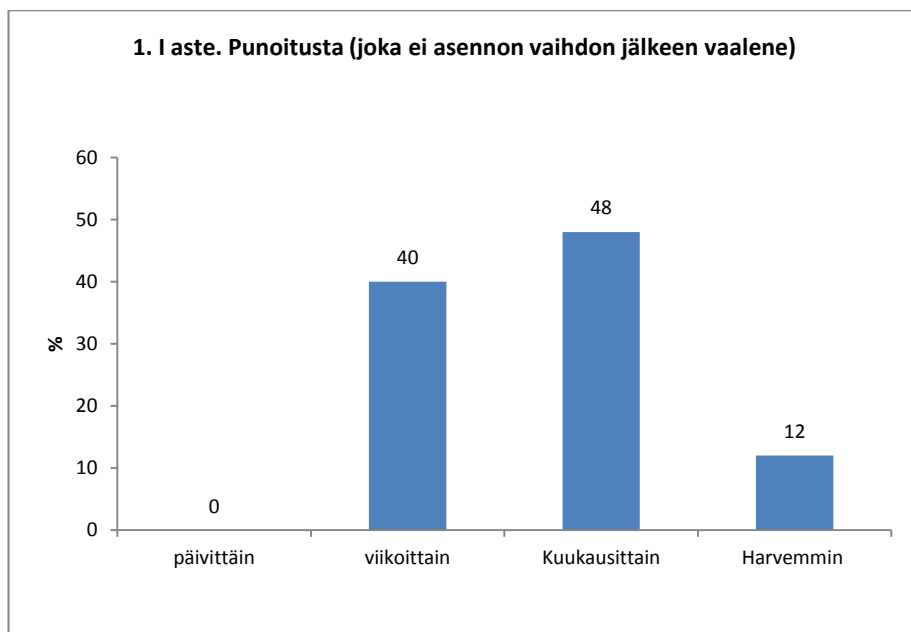


Kuvio 1. Vastaajien työkokemus

7.2 Henkilökunnan kohtaamat painehaavat

7.2.1 Punoitus joka ei asennon vaihtamisen jälkeen vaalene

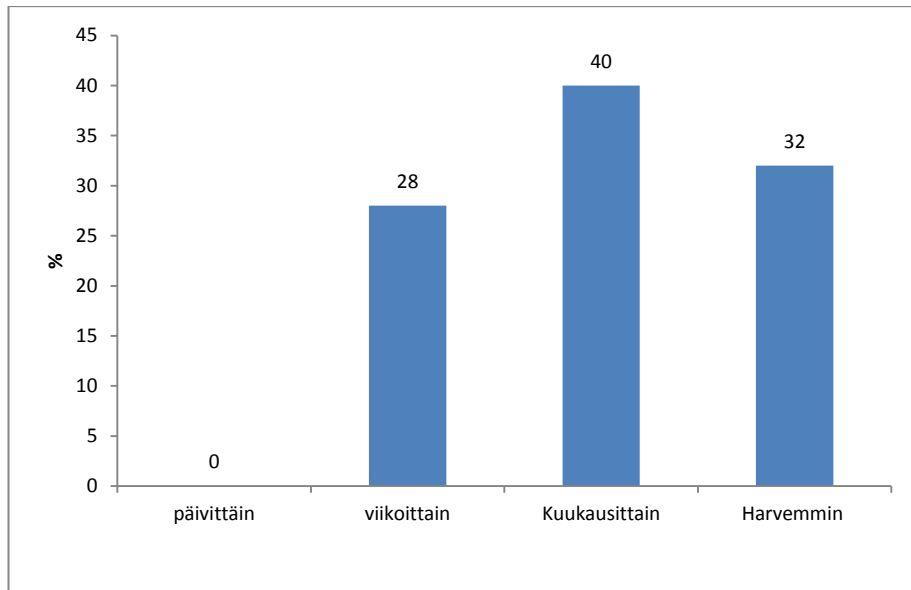
Vastaajista (N=25) 10 (40%) kohtasi työssään I-asteen painevaurioita viikottain. Kuukausittain paineen aiheuttamaa vaalenematonta punoitusta kohtasi 12 (48%) vastaajaa. Kolme (12%) vastaajista kertoi kohtaavansa harvoin työssään painevaurioita. Yksikään vastaajista ei kohdannut vaalenematonta punoitusta päivittäin. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Punoitus joka ei asennon vaihtamisen jälkeen vaalene.

7.2.2 Pinnallinen ihorikko

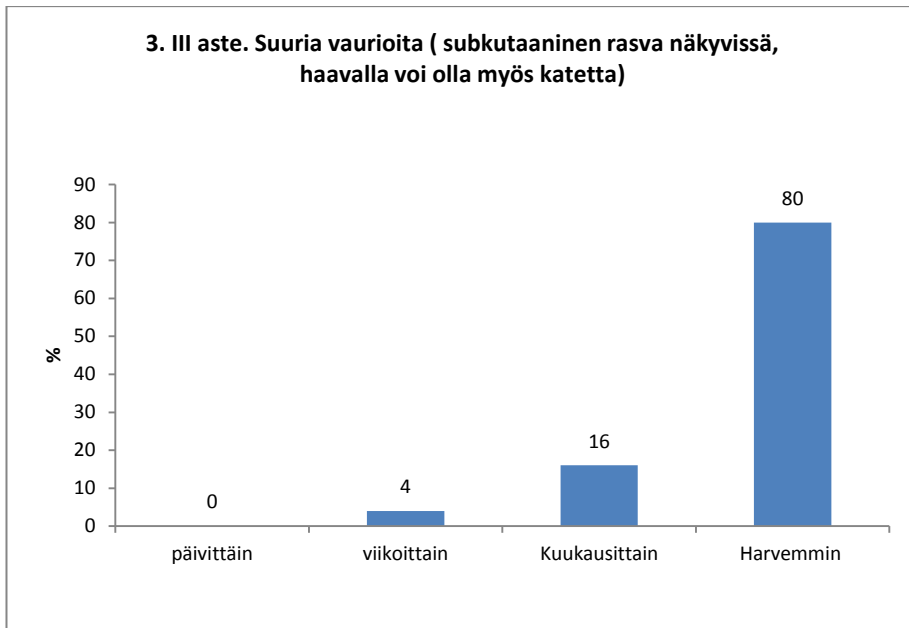
Yksikään kyselyyn vastanneista ei ollut tekemisissä päivittäin potilaiden II-asteen painehaavojen kanssa. Sen sijaan 7 (28%) vastaajaa ilmoitti hoitavansa niitä viikottain ja 10 (40%) vastaajaa kuukausittain. Vielä harvemmin kuin viikottain II-asteen painehaavoja hoiti kahdeksan (32%) vastaajaa. (Kuvio 3.)



(Kuvio 3. II-asteen painehaavat)

7.2.3 Suuret painevauriot

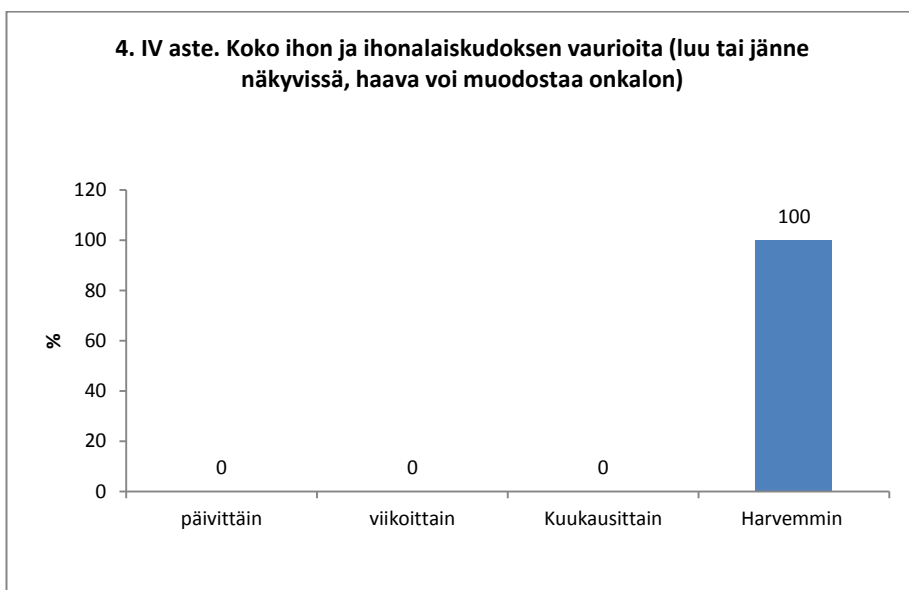
Potilaan suuria painevaurioita vastaajat 20/80% olivat kohdanneet harvoin työssään. Vastaajista yksikään ei kohdannut niitä päivittäin, ja viikottainkin vain yksi (4%) vastaaja. Kuukausittain neljä vastaajaa (16%) raportoi olevansa tekemisissä suurten painehaavojen kanssa potilashoidossa (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Suuret painevauriot

7.2.4 IV-asteen painehaavat

Vastaajat eivät kohdanneet työssään IV-asteen painehaavoja. Harvemmin niiden kanssa tekemisissä ilmoitti olevansa kaikki vastaajat 25 (100%) (Kuvio5).



Kuvio 5. IV-asteen painehaavat

7.2.5 Painehaavoihin liittyvä hoito

Arvio uuden potilaan painehaavariskistä

Vastaajista (N=25) 11 (44%) teki hoidon alussa arvion uuden potilaan painehaavariskistä. Osittain näin toimi myös 11 (44%) vastaajaa. Osittain eri mieltä tästä käytännöstä oli kolme (12%) vastaajista.

Levottomien potilaiden asentohoito

Vastaajista 16 (64%) ilmoitti huolehtivansa levottomien potilaiden asentohoidosta kaikkina vuorokaudenaikoina ja osittain samaa mieltä oli kahdeksan (32%) vastaajaa. Osittain eri mieltä oli yksi (4%) vastaaja.

Avun saanti

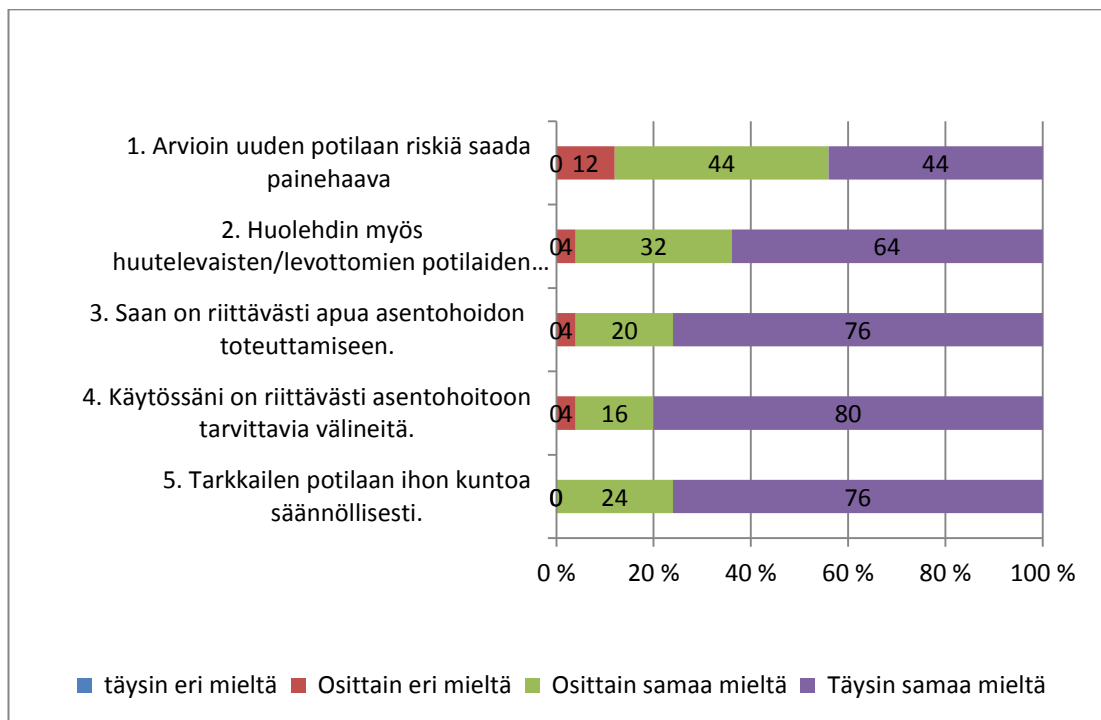
Riittävästi apua asentohoidon toteuttamiseen sai 19 (80%) kyselyyn vastaajaa, osittain samaa mieltä oli viisi (20%) vastaajaa. Osittain eri mieltä oli vastaajista yksi (4%)

Välineistö

Vastaajista 20 (80%) ilmoitti että heillä on käytössään riittävästi asentohoitoon tarvittavia välineitä ja osittain samaa mieltä oli neljä vastaajaa (16%). Sen sijaan osittain eri mieltä oli yksi (4%) vastaaja.

Ihon tarkkailu

Suurin osa vastaajista 19(76%) oli täysin samaa mieltä siitä, että he tarkkailevat potilaan ihon kuntoa säännöllisesti. Osittain samaa mieltä oli kuusi vastaajaa.(24%) Osittain tai täysin eri mieltä ei ollut vastaajista kukaan. Kuviossa 6 on nähtävissä edellä mainitut väittämät tuloksineen.



Kuvio 6. Painehaavoihin liittyvä hoito

7.2.6 Hoitomuoto ja kustannustehokkuus

Hoitomuodon valinta

Vastaajista 15 (60%) koki valitsevansa oikean hoitomuodon havaitsemalleen paine-
haavalle. Osittain samaa mieltä oli 10 (40%) vastaajaa. Osittain tai täysin eri mieltä
ei ollut yksikään vastaaja.

Ravinnon merkitys

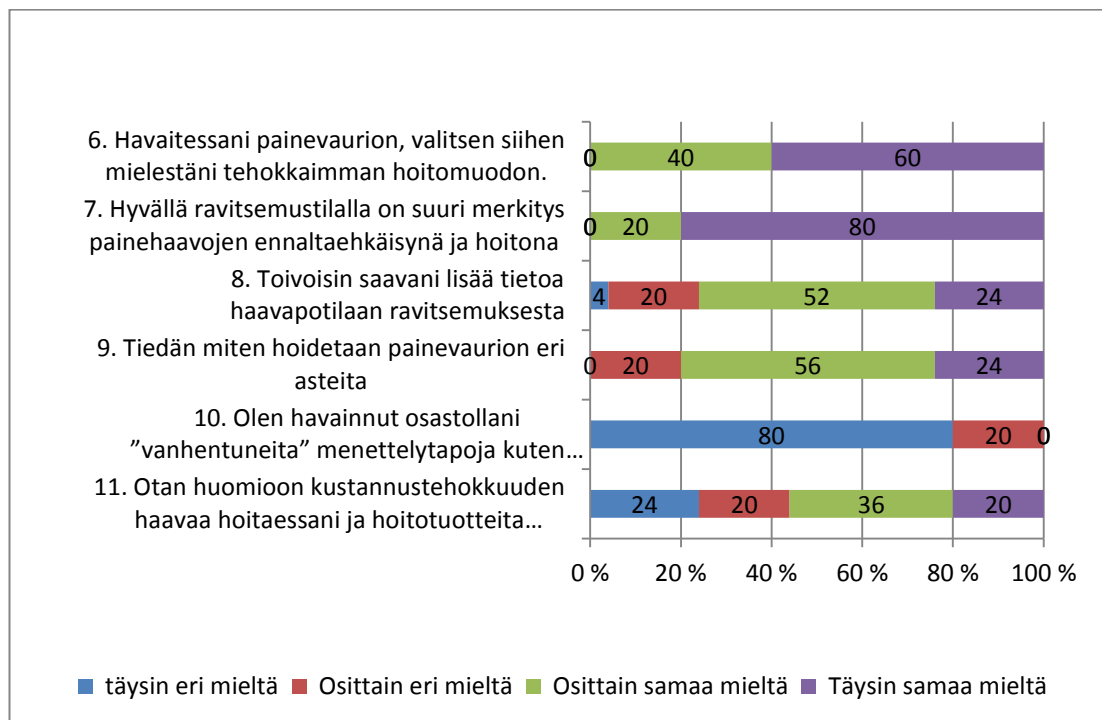
Lähes kaikki vastaajat 20 (80%) olivat täysin samaa mieltä siitä että hyvällä ravitse-
mustilalla on suuri merkitys painehaavojen ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Vain viisi
(20%) vastaajaa oli vain osittain samaa mieltä, eikä yksikään vastaajista ollut väittä-
mästä osittain tai täysin eri mieltä. Lisää tietoa haavapotilaan ravitsemuksesta toivoi
saavansa kuusi (24%) vastaajaa. Osittain samaa mieltä oli 13 (52%) vastaajaa. Osit-
tain eri mieltä vastaajista oli viisi (20%) ja täysin eri mieltä yksi(4%) vastaaja.

Eri hoitomuodot

Kuusi (24%) vastaajaa kertoi hallitsevansa eri asteisten painehaavojen hoidon, ja 14 (56%) vastaajaa vain osittain. Osittain eri mieltä siitä oli viisi (20%) vastaajaa. Vanhentuneita menettelytapoja osastolla ei ollut havaittavissa juuri ollenkaan. Suurin osa vastaajista 20 (80%) totesi näin. Tosin viisi (20%) vastaajaa osittain eri mieltä.

Kustannustehokkuuden huomiointi

Selvitettäessä sitä, ottivatko vastaajat kustannustehokkuuden huomioon painehaavahoidossa, vastaajista viisi (20%) ilmoitti huomioivansa sen. Osittain samaa mieltä oli yhdeksän (36%) vastaajista. Kuitenkin osittain eri mieltä oli viisi (20%) vastaajista, ja täysin eri mieltä kuusi (24%) vastaajaa. Tarkat jakaumat ovat nähtävissä kuviossa 7.



Kuvio 7. Hoitomuoto ja kustannustehokkuus

7.2.7 Kustannustehokkuus ja koulutustarve

Kustannusvaikutus

Vastaajista viisi (20%) oli täysin samaa mieltä siitä että heillä oli riittävästi tietoa painehaavojen kustannusvaikutuksista. Osittain samaa mieltä oli 14 (56%) vastaajaa. Osittain eri mieltä oli kolme (12%) ja täysin eri mieltä kolme (12%) vastaajista

Koulutustarve ja hoitomenetelmä

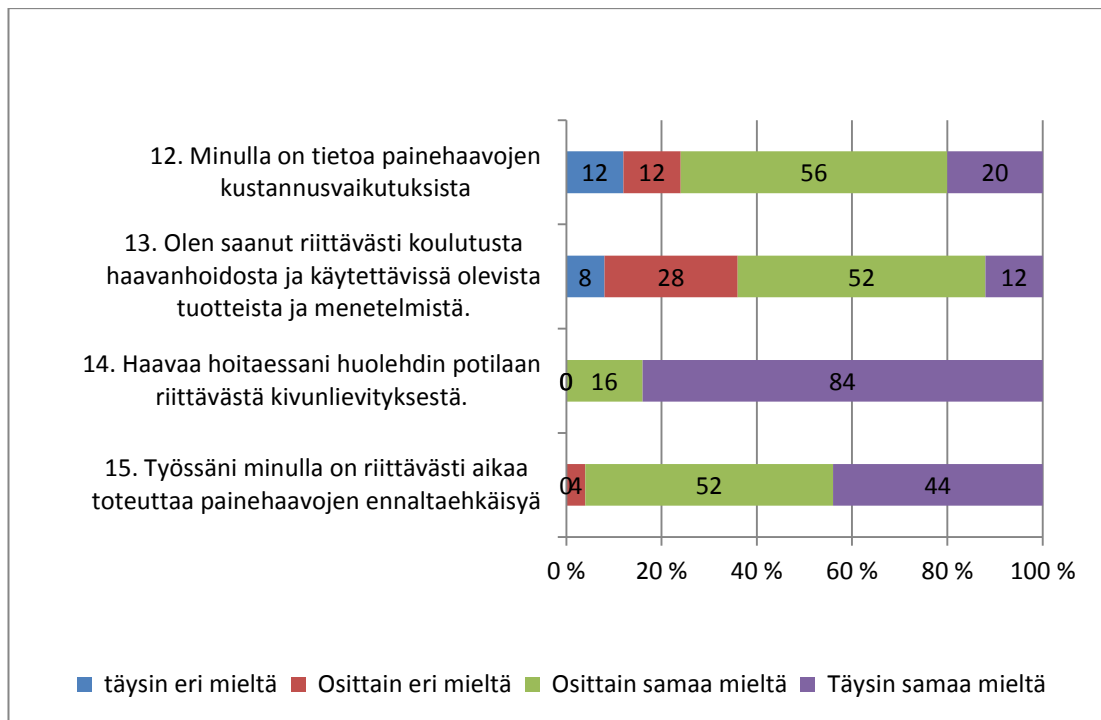
Kahdeksan (12%) vastaajaa oli täysin samaa mieltä siitä että he olivat saaneet riittävästi koulutusta painehaavojen hoidossa käytettävistä tuotteista ja menetelmistä. Osittain samaa mieltä oli vastaajista 13 (52%) Osittain eri mieltä vastaajista oli 7 (28%), ja täysin eri mieltä kaksi (8%) vastaajaa.

Kivunhoito

Lähes kaikki vastaajat 21/84% olivat täysin samaa mieltä siitä että kivunhoidosta on huolehdittava painehaavahoidossa. Loput vastaajat 4/16% olivat asiasta osittain samaa mieltä ja yksikään vastaajista ei pitänyt kivunhoitoa merkityksettömänä.

Kiire

Työssään riittävästi aikaa painehaavojen ehkäisyn toteuttamiseen koki olevan 11 (44%) vastaajista. Osittain samaa mieltä oli 13/52% mutta osittain eri mieltä oli yksi (4%) vastaaja. Kuviossa 8 on nähtävissä jakaumat jotka liittyvät kustannustehokkuuteen ja koulutustarpeeseen.



Kuvio 8. Kustannustehokkuus ja koulutustarve

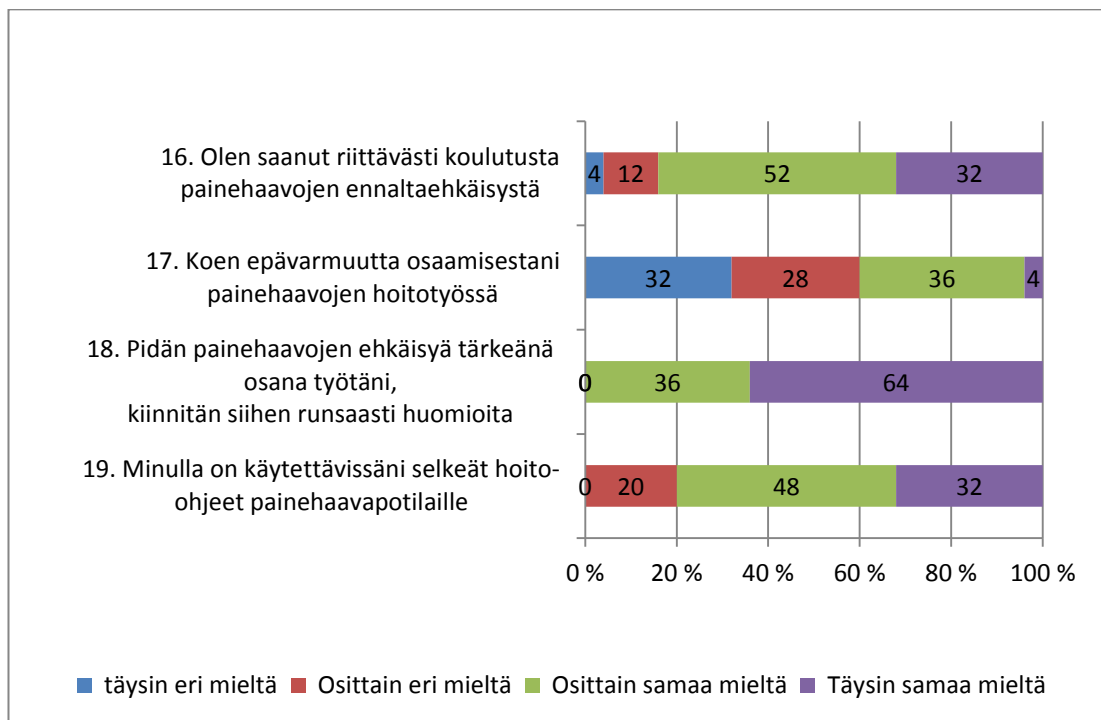
7.2.8 Ennaltaehkäisy

Koulutustarve ennaltaehkäisyyn

Riittävästi koulutusta painehaavojen ennaltaehkäisystä koki saaneensa kahdeksa (32%) vastaajaa. Osittain samaa mieltä oli 13 (52%) vastaajaa, mutta osittain eri mieltä koulutuksen riittävyydestä oli kolme (12%) vastaajaa ja täysin eri mieltä yksi (4%) vastaaja. Kuitenkin 10/40% vastaajista koki epävarmuutta painehaavojen hoidossa ja loput 15 (60%) olivat eri mieltä.

Ehkäisyn merkitys

Suurin osa vastaajista piti painehaavojen ehkäisyä tärkeänä osana työtään, 16(64%) vastaajaa oli täysin samaa mieltä. Kahdeksan (32%) vastaajaa koki, että heillä on käytettävissään selkeät ohjeet haavapotilaille, 12 (48%) vastaajaa oli asiasta osittain samaa mieltä. Loput viisi (20%) vastaajaa olivat osittain eri mieltä. Kuvio 9 on nähtävissä tarkat jakaumat koulutukseen, ehkäisyyn ja ohjeistukseen liittyen.



Kuvio 9. Ennaltaehkäisy

7.3 Avoimet kysymykset

7.3.1 Merkittävin syy painehaavojen syntyyn

Kysyttäessä avoimella kysymyksellä syitä painehaavojen syntyyn saatiin kaikkiaan 23 vastausta. Suurin osa vastauksista 13(56%) Liittyi potilaan huonoon yleistilaan teho-osastolla josta johtuen potilaan asentohoito estyy.

”Joskus potilasta ei voi kääntää koska hapetus huononee, jotkut eivät kestä edes kylkiasentoa, ja tätä voi kestää päiviä.”

”Suurikokoiset potilaat, jolle patjat/sängyt ovat liian pienet – asento-hoidot vaikea toteuttaa kun ei ole liikkumatilaa”

Muina tekijöinä mainittiin huonot potilaspatjat 3 (13%), potilaan suuri koko 3 (13%) ja erilaiset tukilastat 2 (9%), jotka vaikeuttivat parasta mahdollista painehaavojen ehkäisyä ja edesauttoivat niiden syntymistä.

7.4 Painehaavojen ennaltaehkäisyn haasteet

Selvitettäessä painehaavojen ennaltaehkäisyn haasteita saatiin avoimeen kysymykseen kaikkiaan 19 vastausta. Vastaajista seitsemän (36%) koki suurimmaksi haasteeksi potilaiden verenkierron ongelmat. Kolme (15%) vastaajaa painotti puolestaan teho-osastolle tulevien potilaiden vaikeita traumoja ja kudosvaurioita jotka potilailla olivat jo valmiina tulovaiheessa. Myös potilaan relaxointi, suuri koko ja eritteet nähtiin syytekijöiksi. Myös sitä, että hoitotuotteet vaihtuivat tiheään ja ettei jokainen hoitaja nähnyt asiaa tärkeänä, pidettiin syy-tekijänä. Syyksi mainittiin myös erilaiset hoitomuodot kuten noradrenaliini-infuusio, viilennyshoito ja erilaiset tukilastat.

”Asentorajoitukset, hengitykseen liittyvät rajoitukset, potilaan tajunta huono - yhteistyökyky huono”

”Suurikokoisten potilaiden iho-ongelmat jotka ovat syntyneet jo ennen teho-hoitoon joutumista”

7.4.1 Kehittämisehdotuksia painehaavojen ennaltaehkäisyyn ja hoitoon

Vastaajista (N=20) 10 (50%) nosti hyvin selkeästi esiin laadukkaiden patjojen ja sänkyjen merkityksen. Seuraavaksi tärkeimpänä kehittämisehdotuksena seitsemän (35%) vastaajaa piti ajantasaista koulutusta asiasta. Erityisesti koulutusta kaivattiin uusista tuotteista ja riskien tunnistamisesta.

”Säännölliset koulutus/teemapäivät osastolla, että muistetaan asian tärkeys ja osataan valita oikeat tuotteet”

Laadukkaiden tuotteiden valinta painehaavojen ennaltaehkäisyyn ja hoitoon mainittiin kahdessa (10%) vastauksessa, ja kolme vastaajaa koki haasteeksi tärkeästä asiasta kiinnostumisen ja kirjaamisen merkityksen.

”Ennaltaehkäisyssä tärkeintä on nopea reagointi, huomiointi ja asentohoidot”

8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

8.1 Reliabiliteetti

Reliaabelius tarkoittaa tutkimuksen mittaustulosten toistettavuutta. Se tarkoittaa siis tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliaabelius voidaan todeta muun muassa toistamalla tutkimus ja saamalla samanlaiset tulokset. Kvantitatiivisiin tutkimuksiin on kehitetty erilaisia tapoja (myös kansainvälisesti vertailukelpoisia) mitata mittausten luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2002, 213-214. Kananen 2008, 79-81.) Tässä työssä otos jäi niin pieneksi että tuloksia ei voida yleistää koskemaan kaikkia suomen tehosastoja.

8.2 Validius

Tutkimuksen luotettavuuteen liittyy myös käsite validius. Validius tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä sen pitikin mitata. Jos esimerkiksi kyselytutkimukseen vastannut on käsittänyt kysymykset erilailla kuin tutkija on ne tarkoittanut, tulokset vääristyvät. Tällöin tutkimuksen validius on heikko. (Hirsjärvi ym. 2002, 213-214. Kananen 2008, 79-81.) Tämän tutkimuksen validiutta pyrittiin vahvistamaan kyselykaavakkeen huolellisella työstämisellä. Kyselyyn päädyttiin lopulta sisällyttämään myös avoimia kysymyksiä, jotta vastaajien ajatukset saataisiin varmimmin esiin. Kyselyn mukana vastaajille lähetettiin saatekirje, joka sisälsi ohjeita vastaamiseen.

8.3 Eettisyys

Hyvä tieteellinen tutkimus on toteutettu eettisesti kestäväillä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmillä. Tämä tarkoittaa sitä että käytetyt tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmät ovat tiedeyhteisön hyväksymiä. Tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida laadukkaasti. Tutkimusta kirjoittaessa tulee olla tarkka täsmällinen ja rehellinen (Vilkkä 2005, 30-33.)

Tämä työ toteutettiin noudattaen Satakunnan ammattikorkeakoulun ja Satakunnan sairaanhoitopiirin ohjeita opinnäytetyöhön. Työhön anottiin tutkimuslupa Satakunnan keskussairaala. Kyselykaavakkeen saatekirjeessä vastaajia ohjattiin vastaamaan nimettömänä ja heille kerrottiin tapa jolla vastaukset työssä näkyivät. Kirje sisälsi myös tiedon siitä kuinka kyselyt pysyivät ainoastaan työn laatijan käytössä ja kuinka ne asianmukaisesti hävitettiin käytön jälkeen.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Kyselyyn vastanneiden hoitajien työkokemus oli pitkä. Vastaajista 36% oli ollut työssä yli 10 vuotta joten heidän työkokemuksensa on kattava. Näin ollen voidaan olettaa että heillä on hyvä kokemus myös painehaavojen hoidosta. Vastauksista ilmeni myös, että teho-osaston sairaanhoitajat kohtasivat työssään I- ja II asteen paineaurioita, ja heillä oli tietoa niiden hoitamisesta ja ehkäisemisestä. Sen sijaan vastaukset osoittivat, etteivät he olleet tekemisissä III-IV- asteen paineaurioiden kanssa. Tästä voidaan edelleen päätellä, että he kykenivät ehkäisemään paineaurioiden pahenemista omalla toiminnallaan. Kaiken kaikkiaan kysely osoitti että Satakunnan keskussairaalan teho-osaston hoitohenkilöstö omasi hyvät tiedot ja taidot potilaan paineaurioihin liittyen. Kuitenkin vastausten perusteella henkilökunnalla oli kiinnostusta myös lisäkoulutukseen. Seuraava tutkimusaihe voisikin liittyä lisäkoulutustarpeen tarkempaan selvittelyyn. Mitä erityissisältöjä paineaurioihin liittyen kyseisen henkilöstö toivoisi käsiteltävän?

LÄHTEET

Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. 2008. Sairaanhoido ja huolenpito. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy .7.painos.

Auktorisoitu haavahoitaja, sh Heli Kallio, Kirurgian klinikan hoitotyön asiantuntija, TYKS Haavatyöryhmä, VSSHP Kroonisen haavanhoitoketjun alatyöryhmä, VSSHP Hygieniayksikkö. 28.11.2011: Ohjeita haavapotilaiden hoitoon, Kroonisten ja akuuttien haavojen hoitopros. s.44 Luettu 11.2.2013

Elomaa, L. & Mikkola, H. 2004. Näytön jäljillä - tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. 2. painos. Turku: Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 12.

Erätuuli, M. Leino, J. Yli-Luoma, P. 1996. Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä. Rauma: Kirjapaino Oy

European Pressure Ulcer Advisory Panel ja National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC:

Field, P. Morse, J. 1985, suomennos Sandborg, E. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus Helsinki: Kirjayhtymä

Finlex, ajantasainen lainsäädäntö

HAAVA, Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu 3/2011

Heikkilä, T. 2002 Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Publishing oy

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. Haava. Porvoo: WS Bookwell Oy

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2005. Haava. Porvoo: WS Bookwell Oy

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WS Bookwell Oy

Hyvämäki, P. 2008. Tehohoitotyön luokitusjärjestelmä osaksi painehaavoja ennaltaehkäisevää hoitotyötä Oulun yliopistollisen sairaalan teho-osastoilla 1 ja 2. Pro gradu- tutkielma. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos

http://finohta.stakes.fi/NR/rdonlyres/6A27EBCE-EE55-4E36-81C2-2D657E2221DF/0/impakti2005_5.pdf Luettu 2.1.2012

Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Julkaisuja 2009:18.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P.2002. Tutki ja kirjoita. Vantaa. Tammi

Kauppila, M. 2008. Potilaan oma kokemus kivusta kirjaamalla näkyväksi. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 11 (3), 10-11.

Karvinen, M. 2009. Pintaa syvemmälle. Sairaanhoidtaja 6–7/2009

Koskenvuo, M., Mattila, K.2009 Sairauksien ehkäisy, Terveiden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet. luettu 18.2.2013.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00001

Kroonista haavaa sairastavan potilaan hoito. 2009. Sairaanhoidtajaliitto.

Lauri, Sirkka Eriksson, Elina & Hupia, Maija 1998. Hoidollinen päätöksenteko. Juva: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2006;122:671-6. Luettu 5.9.2012

Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2010;126(3):261-8 Luettu 7.11.2012

Mustajoki, M. Alila, A. Matilainen, M. Rasimus, M. Sairaanhoidtajan käsikirja

Nutricia Clinical oy tiedotuslehti Elokuu 2005, luettu 20.5.2012

Satu Kärki, Matti Lehto ja Jukka Leikkala: Paineartoitus painehaavojen ehkäisynä apuna (<http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinumero>) luettu 20.5.2012

Soppi, Esa 2010. Painehaava- esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. Duodecim 3. 261–268. www.duodecim.fi luettu 1.8.2012

Suomen kuntaliitto: Terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki 2011 <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/9ef21c0e-4519-4cd5-867d-57ed2d4c758b>

Tehohoito 2011, 29 (2) 144. Maarit Ahtiala: Jackson/Cubbin painehaavariskin arviointimittarin käyttö TYKS:n aikuisten teho-osastolla. Viitattu 3.3.2012

Terveen ihon rakenne/ iholiiton www-sivut
([http://www.iholiitto.fi/ihotietoa/terveen_ihon_rakenne/luettu 10.2-13](http://www.iholiitto.fi/ihotietoa/terveen_ihon_rakenne/luettu_10.2-13))

Vilkka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki. Tammi

Hei!

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa hoitotyötä ja osana opinnäytetyötä teen osastollenne kyselyn painehaavojen ennaltahäikäisyn ja hoitotyön toteutumisesta. Kysely on tarkoitettu osastonne sairaanhoitajille, ja kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista. Toivon että palautatte täytetyt kyselyt 10.4 mennessä osastollenne toimittamaan vastauslaatikkoon.

Kyselyyn vastataan nimettömänä ja lomakkeet tulevat vain minun nähtäväkseni. Valmiissa opinnäytetyössä vastaukset näkyvät kuvaajina ja frekvensseinä, eikä vastaajaa voi siitä tunnistaa. Lomakkeet hävitetään asianmukaisesti. Mikäli sinulla on kysyttävää tai haluat lisätietoa, vastaan mielelläni.

Kiitos osallistumisestanne!

Karoliina Tamminen

karoliina.tamminen@student.samk.fi

Ympyröi numero sopivimman vaihtoehdon edestä

Työkokemuksenne

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------|
| 1. 1-5vuotta
16-20 vuotta | 2. 6-10 vuotta | 3. 11- 15 vuotta | 4. |
| 5. 21-25vuotta | 6. 26-30vuotta | 7. yli 30 vuotta | |

2 Kohtaan työssäni seuraavia painehaavoja

1. I aste. Punoitusta (joka ei asennon vaihdon jälkeen vaalene)

- | | | | |
|----------------------|----------------------|-------------------------|---------------------|
| 1. Päivittäin | 2. Viikottain | 3. Kuukausittain | 4. Harvemmin |
|----------------------|----------------------|-------------------------|---------------------|

2. II aste. Ihon pinnallisia vaurioita (pinnallinen ihorikko)

- | | | |
|----------------------|----------------------|-------------------------|
| 1. Päivittäin | 2. Viikottain | 3. Kuukausittain |
| 4. Harvemmin | | |

3. III aste. Suuria vaurioita (subkutaaninen rasva näkyvissä, haavalla voi olla myös katetta)

1.Päivittäin

2.Viikottain

3.Kukausittain

4.Harvemmin

4. IV aste. Koko ihon ja ihonalaiskudoksen vaurioita (luu tai jänne näkyvissä, haava voi muodostaa onkalon)

1.Päivittäin

2.Viikottain

3.Kuukausittain

4.Harvemmi

Ympyröikää jokaisesta alla olevasta väittämästä vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten toimintaanne ja ajatuksianne.

1 Täysin eri mieltä

2 Osittain eri mieltä

3 Osittain samaa mieltä

4 Täysin samaa mieltä

1. Arvioin uuden potilaan riskiä saada painehaava	1	2	3	4
2. Huolehdin myös huutelevaisten/levottomien potilaiden asentohoidosta kaikkina vuorokauden aikoina.	1	2	3	4
3. Saan on riittävästi apua asentohoidon toteuttamiseen.	1	2	3	4
4. Käytössäni on riittävästi asentohoitoon tarvittavia välineitä.	1	2	3	4
5. Tarkkailen potilaan ihon kuntoa säännöllisesti.	1	2	3	4
6. Havaitessani painevaurion, valitsen siihen mielestäni tehokaimman hoitomuodon.	1	2	3	4
7. Hyvällä ravitsemustilalla on suuri merkitys painehaavojen ennaltaehkäisyssä ja hoitona	1	2	3	4

8. Toivoisin saavani lisää tietoa haavapotilaan ravitsemuksesta	1	2	3	4
9. Tiedän miten hoidetaan painevaurion eri asteita.	1	2	3	4
10. Olen havainnut osastollani ”vanhentuneita” menettelytapoja kuten punoittavan kohdan hieromista	1	2	3	4
11. Otan huomioon kustannustehokkuuden haavaa hoitaessani ja hoitotuotteita valitessani	1	2	3	4
12. Minulla on tietoa painehaavojen kustannusvaikutuksista	1	2	3	4

Ympyröikää jokaisesta alla olevasta väittämästä vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten toimintaanne ja ajatuksianne.

1 Täysin eri mieltä

2 Osittain eri mieltä

3 Osittain samaa mieltä

4 Täysin samaa mieltä

13. Olen saanut riittävästi koulutusta haavanhoidosta ja käytettävissä olevista tuotteista ja menetelmistä.	1	2	3	4
14. Haavaa hoitaessani huolehdin potilaan riittävästä kivunlievityksestä.	1	2	3	4
15. Työssäni minulla on riittävästi aikaa toteuttaa painehaavojen ennaltaehkäisyä	1	2	3	4
16. Olen saanut riittävästi koulutusta painehaavojen ennaltaehkäisystä	1	2	3	4
17. Koen epävarmuutta osaamisestani painehaavojen hoitotyössä	1	2	3	4
18. Pidän painehaavojen ehkäisyä tärkeänä osana työtäni, kiinnitän siihen runsaasti huomioita	1	2	3	4
19. Minulla on käytettävissäni selkeät hoito-ohjeet painehaavapotilaille	1	2	3	4

--	--	--	--	--

Vastatkaa alla oleviin kysymyksiin annetulle tilalle

Mikä on mielestäsi merkittävin syy painehaavojen syntyyn osastollanne?

Mitä haasteita painehaavojen ennaltaehkäisy- ja hoitotyössä on osastollanne?

Kehittämisehdotuksia painehaavojen ennaltaehkäisyyn ja hoitoon?

1. _____

2.

3.

SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyön tekijä: Karoliina Tamminen	
Opiskelijanumero: 0800102	Aloituserhmä: HT09P2
Koulutusohjelma: Hoitotyö	
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: <i>Marja Finck (marja.finck@samk.fi)</i>	
Toimeksiantaja, yhteyshenkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Satakunnan sairaanhoitopiiri	
Opinnäytetyön nimi: Painehaavojen ennaltaehkäisy ja hoitotyön toteutuminen	
Työn etenemisaikataulu: Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projektisuunnitelmassa.	
<p>Vakuutukset. Jos opinnäytetyö tehdään kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työsuhteesta. Työnantaja huolehtii lainmukaisista vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteesta tehtävän opinnäytetyön tekijää.</p> <p>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen. Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. Aineiston hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Satakunnan ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p> <p>Oikeudet opinnäytetyön tuloksiin. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p> <p>Immateriaalioikeudet. Tekijänoikeus ja muut immateriaalioikeudet opinnäytetyöhön kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Opinnäytetyön tekijä ja toimeksiantaja sopivat erikseen, missä laajuudessa tekijänoikeus tai muut immateriaalioikeudet siirtyvät toimeksiantajalle.</p> <p>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu. Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Ammattikorkeakoulu vastaa työn ohjauksesta, seurannasta ja työn riittävästä laadustaan. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista tai aikataulusta. Opinnäytetyön tekijä ei vastaa toimeksiantajalle vahingosta, joka toimeksiantajalle syntyy opinnäytetyön viivästyisestä, ellei erikseen toisin sovita. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta. Opiskelija sitoutuu palauttamaan toimeksiantajalle työn aikana saamansa luottamuksellisen aineiston, kun opinnäytetyö on valmistunut, tai kun osapuolet yhdessä toteavat, että yhteistyöedellytyksiä opinnäytetyön loppuun saattamiseksi ei ole.</p> <p>Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus. Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muuta julkisuustietoa salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn taustatietoihin. Opinnäytetyö tai sen osia voidaan julkaista myös internetissä sopimalla niistä erikseen. Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opettaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p>Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan kärjäoikeudessa.</p> <p>Tätä sopimusta on laadittu 2 kappaletta, yksi kullekin osapuolelle.</p> <p>Satakunnan ammattikorkeakoululla on oikeus käyttää yhteistyöhanketta referenssinä ammattikorkeakoulun työelämäyhteistyistä. mukaan lukien SAMKin yhteistyötietokanta, johon voi tehdä hakuja internetissä. Opinnäytetyöstä</p>	

näkyvät otsikko, organisaatio ja organisaation yhteyshenkilö. Hanketta voidaan lisäksi hyödyntää ammatillisen korkeakoulutuksen tavoitteita edistävänä esim. opetusmateriaalina tai -metodina edellyttäen, ettei hankkeeseen sisältyneiden tietojen luottamuksellisuutta vaaranneta.

Päiväys: 29.1.2013

Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimi ja nimen selvennys:

4.4.13 Kirsi Laino

Kirsi-Marja Laino
yhteistyöjohtaja

Koulutusjohtajan/Toimialajohtajan allekirjoitus ja nimen selvennys:

6/2/13

Erkka Mäkelä

Erkka Mäkelä
johtaja, Perveysosa

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus:

Komalina Tommila