



■ OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

TUNNISTANKO PAINEEHAAVAN?

Itsearviointilomake hoitajille

TEKIJÄ/T: Ella Eirola
Rosita Kettunen
Emmi Roivas

Koulutusala			
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma			
Hoitotyön koulutusohjelma			
Työn tekijä(t)			
Ella Eirola, Rosita Kettunen ja Emmi Roivas			
Työn nimi			
Tunnistanko painehaavan? Itsearviointiomake hoitajille			
Päiväys	31.10.2014	Sivumäärä/Liitteet	42/8
Ohjaaja(t)			
Marjukka Nurro			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t)			
Savonia ammattikorkeakoulu			
Tiivistelmä			
<p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli laatia itsearviointilomake "Tunnistanko painehaavan?" painehaavojen tunnistamisesta ja ennaltaehkäisystä hoitajien itsearvioinnin työvälineeksi yksityiseen palvelukotiin Kuopioon. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda hoitajien käyttöön mahdollisimman tuoretta ja ajankohtaista tietoa painehaavojen tunnistamisesta, ennaltaehkäisystä ja niiden hoitoperiaatteista. Tavoitteena oli lisäksi että hoitajat itsearviointilomakkeen avulla voivat arvioida osaamistaan painehaavojen tunnistamisen ja ennaltaehkäisytaitojen osalta, ja näin saada tietoa mahdollisesta lisäkoulutuksen tarpeesta.</p> <p>Opinnäytetyömme oli luonteeltaan kehittämistyö, jonka tuotoksena itsearviointilomake syntyi. Aihe ei ollut valmis toimeksianto, vaan kehitelimme aiheen itse omien kiinnostustenkohteiden mukaan. Epäviralliseksi yhteistyökumppaniksi saimme Vetrea Terveys Oy:n tytäryhtiön Sunnen kodin Kuopiosta. Lomake on suunnattu yksityisen palvelukodin henkilöstölle, joka koostuu lähi- ja perushoitajista sekä vastaavasta sairaanhoitajasta. Lomake testaa hoitajien painehaavojen tunnistamistaitoja, painehaavoille altistavien riskien tuntemusta sekä osaamista painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Kysymyksiä oli kolme kappaletta, ja vastausvaihtoehdot oikein, väärin ja en tiedä.</p> <p>Itsearviointilomake esiteltiin osastotunnin yhteydessä Sunnen kodissa, jossa pidettiin ensin lyhyt Powerpoint-esitys painehaavoista, jonka jälkeen hoitohenkilökunta täytti lomakkeen. Vastaukset annettiin hoitajille erillisellä paperilla. Vastauksia ei kerätty, vaan testin tulos oli tarkoitettu vain hoitajalle itselleen arvioksi omasta osaamisesta.</p> <p>Opinnäytetyömme teoriaosuus koostui painehaavojen syntymekanismista, niille altistavista riskitekijöistä, painehaavojen riskimittareista ja luokitteluausteikosta sekä hoidollisista periaatteista.</p>			
Avainsanat			
Painehaava, ennaltaehkäisy, tunnistaminen, hoitoperiaatteet			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Ella Eirola, Rosita Kettunen and Emmi Roivas			
Title of Thesis Can I recognize a pressure ulcer? A self- assessment form for nurses			
Date	31.10.2014	Pages/Appendices	42/8
Supervisor(s) Marjukka Nurro			
Client Organisation /Partners Savonia University of applied sciences			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this thesis was to create a self-assessment form " Can I recognize a pressure ulcer?" about recognizing and preventing pressure ulcers for a private nursing home in Kuopio. The aim of our thesis was to bring as much current and diverse knowledge as possible about recognizing and preventing pressure ulcers and the principles of pressure ulcer care for the nursing staff. Our aim was also to get the nursing staff to evaluate their knowledge about recognizing and preventing pressure ulcers with the help of a self assessment form, and therefore get to find out the need for further training.</p> <p>Our thesis was a development study, from which we created a self-assessment form. As our topic wasn't a ready assignment, we chose the topic for our thesis based on our own interests. We asked Sunnen koti, subcompany of Vetrea Terveys corporation in Kuopio to be our unofficial partner in our thesis. The self-assessment form is aimed for the nursing staff of a private nursing home, consisting of practical nurses and a senior charge nurse. The self-assessment form tests the nurses' knowledge of recognizing pressure ulcers, the predisposing risk factors for pressure ulcers and the knowledge of how to prevent pressure ulcers. The form included thirteen questions, and the options for answers were right, wrong and I don't know. The self-assessment form was introduced to the nursing staff during a department meeting at Sunnen koti, where we first held a short Powerpoint presentation about pressure ulcers, after which the staff filled out the self-assessment form. The answers were given to the staff on a separate paper. No answers were gathered, because the results of the test were meant only for the nurses as an evaluation of their pressure ulcer treating skills.</p> <p>The theory portion of our thesis consisted of the origin, predisposing risk factors, risk and rating scales and the principles in pressure ulcer care.</p>			
Keywords Pressure ulcer, prevention, recognition, principles of care			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	YLEISTÄ PAINEHAAVOISTA	6
2.1	Painehaavojen esiintyminen ja ennaltaehkäisy	7
2.2	Painehaavojen etiologia ja yksilöön liittyvät, painehaavoille altistavat tekijät.....	8
2.3	Painehaavojen luokittelujärjestelmä ja riskimittarit	12
2.4	Painehaavojen hoitoperiaatteita	17
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	21
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	22
4.1	Opinnäytetyönä kehittämistyö.....	23
4.2	Itsearviointilomake hoitajille	24
5	POHDINTA.....	27
5.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	28
5.2	Hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	31
5.3	Työn merkitys ammatilliselle kasvulle.....	31
6	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	33
	LIITE 1: ITSEARVIOINTILOMAKE MUKAILTUNA	36
	LIITE 2: POWER POINT- ESITYS.....	39

1 JOHDANTO

Painehaavoja, eli decubituksia syntyy usein vuodepotilaille, jotka joutuvat olemaan vuoteessa pitkiä aikoja kykenemättä itse kääntymään tai vaihtamaan asentoa säännöllisesti. Painehaavojen syntyyn vaikuttaa erityisesti kudosten verenkierto, minkä vuoksi iäkkäät ja vaikeita sairauksia sairastavat ihmiset kuuluvat riskiryhmään. Painehaavoja esiintyy pitkäaikaishoitoon kuuluvista ihmisistä noin joka kymmenennellä. Tyypilliset esiintymisalueet ovat kehossa sellaisissa kohdissa, joissa luu on lähellä ihon pintaa. Painehaavojen syntyyn vaikuttavat monet fysiologiset tekijät ja niiden syntymiseen kuuluva aika on yksilöllinen. (Lumio 2012.)

Painehaavojen hoito on paitsi paljon hoitohenkilökunnan resursseja vievää, myös valtiolle kallista. Painehaavojen hoidon vuosittaiset kustannukset ovat noin 400 miljoonaa euroa. Tämä vastaa 2-3 prosenttia koko maan terveydenhuoltomenoista. (Harjumaa 2013, 10.) Kustannuksista kolme neljäsosaa on henkilöstökustannuksia, ja loput tarvikkekustannuksia. Painehaavojen ennaltaehkäisy olisi merkittävästi niiden hoitoa edullisempaa. (Soppi ja Ahtiala 2012, 62 - 64.) Painehaavat voivat jäädä diagnosoimatta ja niiden tulkinta voi olla puutteellista. On kuitenkin tärkeää muistaa, että painehaavan syntyminen voidaan katsoa hoitolaitoksissa potilasvahingoksi. (Soppi 2013.)

Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi painehaavat ja niiden tunnistamisen, koska painehaavat ja niiden hoito tulevat jatkossakin olemaan olennainen osa perushoitotyötä väestön ikääntyneiden määrän yhä lisääntyessä. Painehaavat koskettavat hoitajia työpaikasta riippumatta, ja jokaisen hoitajan tulisi olla perehtynyt painehaavojen ennaltaehkäisyyn ja hoitoon. Hoitohenkilökunnan tehtävä on keskeinen painehaavojen synnyn havaitsemisessa, niiden ehkäisyssä sekä hoidossa. Jotta painehaavoja osattaisiin tunnistaa ja hoitaa oikein, tulee hoitohenkilöstön ylläpitää tietotaitoaan ja koulutautua. (Lepistö 2008, 36.) Suomessa väestöllinen huoltosuhte tulee seuraavan parin vuoden aikana nousemaan yli 60:een, ja vuoteen 2026 mennessä huoltosuhteen on ennustettu olevan jo 70. Vastaavia lukuja ei ole nähty koko itsenäisen Suomen elinaikana. Huoltosuhte kuvaa eläkeikäisten ja lasten määrää verrattuna työikäisiin suomalaisiin. (Rapo 2009.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa painehaavojen tunnistamista ja ennaltaehkäisyä koskeva itsearviointilomake hoitajien käyttöön. Opinnäytetyö ei ollut valmis toimeksianto, vaan kehitimme työn aiheen itse. Epäviralliseksi yhteistyökumppaniksi opinnäytetyöhön saimme Vetrea Terveys Oy:n tytäryhtiön Sunnen kodin Kuopiosta. Työn tavoitteena oli tuoda hoitajien käyttöön mahdollisimman tuoretta ja ajankohtaista tietoa painehaavojen tunnistamisesta, ennaltaehkäisystä ja niiden hoitoperiaatteista. Lisäksi tavoitteenamme oli saada hoitajat itsearviointilomakkeen avulla pohtimaan itse omaa painehaavaosaamistaan, sekä mahdollisia lisäkoulutuksen tarpeitaan.

2 YLEISTÄ PAINEEHAAVOISTA

Painehaava syntyy nimensä mukaisesti paineesta ja paineen vaikutuksesta kudokseen (Soppi 2013, 6). Yhdysvaltojen kansallinen painehaava-asiantuntija neuvosto, NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) sekä Euroopan painehaava- asiantuntijaneuvosto, EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory) määrittelevät painehaavan ihon tai sen alaisen kudoksen vaurioksi, joka syntyy kehossa tyypillisesti kohtaan, jossa luu on lähellä ihon pintaa. Määritelmän mukaan painehaavan aiheuttajana on joko paine yksinään tai paine yhdistettynä venytykseen. Painehaavojen syntymiseen vaikuttavat paineen ja venytyksen lisäksi myös muut tekijät, esimerkiksi mekaanisista tekijöistä kitka, sekä ihon kosteus ja yksilöllinen alttius kudonvaurioille. (Juutilainen ja Hietanen 2012, 300 - 301.) Painehaavan synty ei ole yksinkertainen tapahtumasarja, vaan siihen vaikuttavat sekä genetiikka että yksilöllinen vauriokynnys, eli se, kuinka kudokset kestävät niihin kohdistuvaa painetta. Geneettisten tekijöiden lisäksi kudosten ominaisuuksiin ja rakenteeseen vaikuttavat esimerkiksi henkilön ikä, perussairaudet ja jotkin lääkeaineet. (Soppi 2013, 6-7.)

Kehon luisia ulokkeita, ja näin ollen painehaavoille alttiita kehon kohtia ovat esimerkiksi takaraivo (os occipitale), ristiselkä (os sacrum), pakarat (musculus gluteus), istuinkyhmyt (trochanter major) sekä kantapää (os calcaneus) (Muscolino 2009, 96, 349, 396, 488). Aikaisemmin painehaavoista käytettiin nimitystä makuuhaava, eli decubitus ulcer (englanniksi bed sore). Nykyisin nimitys "painehaava" on vallitseva ja sen englanninkieliset vastineet ovat: pressure ulcer, pressure sore sekä pressure injury. (Juutilainen ja Hietanen 2012, 300 - 301.)

Painehaavat aiheuttavat yksilön kärsimyksen lisäksi merkittäviä kustannuksia terveydenhuollolle ja niiden osuus kroonisista haavoista on huomattavan suuri (Juutilainen 2012, 301). Painehaavat vaikuttavat tutkitusti merkittävästi potilaiden ja heidän perheidensä terveyteen liittyvään elämän laatuun (HRQL, Health Related Quality of Life). Potilaat saattavat pelätä haavan hajun tai vuodon aiheuttamia reaktioita muissa ihmisissä, sekä kokea kovaa kipua jopa verrattain pienien painehaavojen seurauksena. Kipu puolestaan aiheuttaa univaikeuksia, huolta ja stressiä sekä voi viedä jopa ruokahalun. Joissain tapauksissa jatkuva kipu lievittyy vain pysymällä paikallaan. (Carville 2013, 122 - 123.)

Painehaavojen hoito on lisäksi usein pitkäjänteistä ja vaativaa. Usein painehaavat syntyvät muiden sairauksien ja hoitojen seurauksina ei-toivottuina komplikaatioina. Erityisen alttiita painehaavoille ovat potilaat, joilla akuutti vamma tai sairaus aiheuttaa immobilisaatiota, eli liikkumattomuutta, ja potilas jää hoidettavaksi vuoteeseen. Terveydenhuollossa painehaavojen tilastollinen esiintyvyys ei useinkaan vastaa todellisuutta. Syynä tähän on esimerkiksi dokumentoinnin puutteellisuus potilastietojärjestelmiin sekä passiivisuus haavan kehittymisen seurannassa. (Juutilainen ja Hietanen 2012, 301.)

2.1 Painehaavojen esiintyminen ja ennaltaehkäisy

Painehaavoihin liittyviä tutkimuksia on runsaasti ja useimmat tutkimukset, sekä artikkelit käsittelevät painehaavojen riskimittareita (risk assesment tools), ilmaantuvuutta (insidensi) ja esiintyvyyttä (prevalenssi) (Hietanen 2009, 20 - 23). Monien tutkimusten mukaan painehaavojen esiintyvyys on 5-20 % hoitolaitoksissa tai kotihoidonpiirin potilailla (Salminen-Peltola 2013, 8). On arvioitu, ettei painehaavojen esiintyminen vähene tulevaisuudessa, vaan pysyy vähintään 5-20 %:n tasolla hoitoyksiköstä riippuen. Vuoden 2000 arvion mukaan painehaavat aiheuttavat Suomessa noin 3 miljoo-
nan euron vuosittaiset kustannukset terveydenhuollolle. Näin ollen painehaavojen ehkäisy on paitsi potilaan oikeus, myös yhteiskunnan etu. (Lepistö 2008, 35.) Esimerkiksi Suomessa Hyvinkään sairaalassa oli hoidossa vuonna 2012 46 potilasta, joilla painehaava oli diagnosoitu. Painehaavat aiheuttivat sairaalassa vuoden aikana kohtalaisen pitkiä hoitajaksoja, joita kertyi kirurgisella vuodeosastolla 19. Hoitopäivien laskettiin kestäneen yhteensä 152 päivää. Hoidon kustannukset vuoden ajalta eivät ole tarkasti selvillä, koska laitos- sekä haavanhoito tapahtuvat yleensä perusterveydenhuollosa. (Salminen-Peltola 2013, 8.)

Italiassa Roomassa vuonna 2006 tehdyssä tutkimuksessa kartoitettiin painehaavojen esiintyvyyttä ja niiden riskitekijöitä pitkäaikaishoitolaitoksissa. Tutkimuksessa huomattiin positiivinen kytkös painehaavojen esiintymisriskin ja aiemmin sairastetun infarktin, fyysisen trauman ja kognition laskun välillä. Myös eri dementian muotojen, kuten alzheimerin taudin huomattiin lisäävän painehaavojen riskiä. Kyseessä oli poikkileikkaus tutkimus, johon osallistui 571 potilasta kymmenestä eri pitkäaikaishoitolaitoksesta. Hoitolaitosten painehaavojen kokonaisesiintyvyys oli yhteensä 27 %. Tutkimuksen alussa jokaisesta potilaasta kerättiin kattavat taustatiedot, joihin kuuluivat henkilötiedot ja lääkityshistoria, aikaisempi ja tämänhetkinen hoito, inkontinenssin esiintyvyys, ADL-asteikko, kognitiivisen tilan arviointi, asentohoito, sekä käytössä oleva ruokavalio ja ravitsemusmuoto. Painehaavariskin kartoittamiseen käytettiin Braden riskimittaria. (Capon, Pavoni, Mastromattei ja Di Lallo 2006, 2-6.)

Painehaavoja ei esiinny pelkästään vuodeosastoilla tai muilla pitkäaikaisosastoilla, vaan myös muissa hoitoyksiköissä. Äkillisen vammautumisen tai sairastumisen yhteydessä painehaavat kehittyvät yleensä nopeasti, heti ensimmäisten hoitopäivien aikana. Riski painehaavan syntymiseen on huomattavan suuri potilailla, jotka joutuvat viettämään vuoteessa pitkiä aikoja. Kivun ehkäisyyn ja hoitoon liittyvä epiduraalipuudutus puolestaan lisää painehaavan riskiä myös potilailla, joilla ei ole muita painehaavoille altistavia riskitekijöitä. (Niskasaari 2003, 4.) Tällaisia tilanteita aiheuttavat esimerkiksi lonkkamurtumat, selkäydinvammat sekä teho-osastohoito, joissa painehaavoja ilmenee 20 - 50 prosentilla potilaista (Juutilainen ja Hietanen 2012, 301).

Eräiden tilastollisten arvioiden mukaan painehaavoja on mahdollista ennaltaehkäistä hoitotyön keinoja hyödyntämällä noin 90 prosenttia. Ehkäisy kuitenkin onnistuu vain, mikäli henkilökunnalla on taitoa tunnistaa painehaavariskin omaavat potilaat. (Niskasaari 2003, 4.) Ikääntymisen on todettu lisäävän riskiä painehaavojen esiintymiselle ja synnylle väestössä. Kuluneiden vuosien aikana painehaavojen ehkäisyyn on pyritty kiinnittämään tarkempaa huomiota esimerkiksi erilaisten projektien avulla. Esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) alueella käynnistettiin vuonna

2013 hanke painehaavojen ehkäisemiseksi. Erilaisten painehaavojen ehkäisyyn liittyvien ajankohtaisten hankkeiden ja projektien vuoksi painehaavojen esiintyvyyttä ja sen muutoksia tulevaisuudessa on vaikeaa ennustaa. Lähitulevaisuudessa painehaavojen esiintyvyyden ja hoidon ei kuitenkaan voida odottaa häviävän kokonaan terveydenhuollosta. (Salminen-Peltola 2013, 8.)

Painehaavojen esiintyvyyden tutkimusta hankaloittaa yli-diagnosoinnin mahdollisuus, jossa 1. asteen painehaavaksi voidaan erheellisesti tulkita myös ihon rohtumisesta (maseraatio) johtuva ihon punoitusta. Tällöin ihossa voi näkyä painehaavoista muistuttavia merkkejä mm. turvotusta ja punoitusta, ihon karhiintumista sekä jopa helposti verta vuotavaa ja naarmuuntumisille herkkää ihoa. (Soppi 2006, 37.) Painehaavojen ennaltaehkäisy on kuitenkin todettu parantuneen niiden syntymekanismien tunnistamisen seurauksena. Ennaltaehkäisy huomioimisen ansiosta myös erilaisia apuvälineitä, kuten patjoja on voitu kehittää tarvetta vastaavalla tavalla. Myös riskiluokitusmittareiden kehitys on edistynyt painehaavojen ennaltaehkäisyänsiä. (Lepistö 2008, 35.)

2.2 Painehaavojen etiologia ja yksilöön liittyvät, painehaavoille altistavat tekijät

Painehaavojen syntyyn vaikuttavat kudokseen kohdistuva ulkoinen paine, kitka, venytys, ihon kosteus, immobilisaatio, ravitsemus, ruumiinlämpö, ikä sekä kudoksen ominaisuudet (Juutilainen ja Hietanen 2012, 301 - 302.) Perussyynä voidaan pitää paineen altistuksen aiheuttamaa hapenpuutetta kudoksessa, jonka taustalla on makuualustan ja luun välisestä paineesta johtuva kudostressi. Paineen aiheuttaman kudostressin vuoksi hiussuonien kuljettama happimäärä ei ole riittävä kudoksissa, joka aiheuttaa ennen pitkää verisuonten tukkeutumista ja lopulta kudostekroosia. (Soppi 2006, 36.) Kudokseen kohdistuva paine vähenee alustan pinta-alan kasvaessa, joten istuessa paine pakaran alueella on siis suurempi kuin maataessa. Koska ihmisen tukiranka ei ole tasainen, kertyy paine asennosta riippumatta alueille, joissa luu on lähellä ihon pintaa (KUVIO 1). Ulkoisista tekijöistä painevaurioita voivat aiheuttaa potilaille myös esimerkiksi kipsit, dreenit, sängyn laidat sekä pyörätuolin selkänoja. (Juutilainen ja Hietanen 2012, 301 - 302.)

Jotta kapillaarit sulkeutuisivat ja verenkierto estyisi kohdekudoksessa, vaatii se 32mmHg:n paineen kudosta vasten. Tähän painemäärään vaikuttavat kuitenkin myös potilaan yleinen terveydentila, verisuonten rakenne ja verenpaine sekä rasvakudoksen määrä luisten kehon alueiden päällä. (Carville 2013, 121.) Vaurion syntymiseen vaikuttaa paineen keston lisäksi paineen suuruus. Kudosten on todettu kestävän lyhytkestoista korkeaa painetta paremmin kuin pitkäkestoista ja matalaa painetta. Kudostekroosi syntyy yleensä ensin syvälle lihakseen tai rasvakudokseen, koska nämä rakenteet kestävät painetta ja hapenpuutetta, eli iskemiaa ihoa heikommin. (Juutilainen ja Hietanen 2012, 302 - 303.) Painehaava voi siis syntyä huomaamatta ilman iholla näkyviä merkkejä, kuten punoitusta ja kuumotusta. Tulehdusreaktio voi tapahtua syvällä kudoksissa, jolloin yleisenä oireena on kipu. Mikäli potilas ei kykene syystä tai toisesta kommunikoimaan, voi kipu aiheuttaa potilaassa esimerkiksi rauhattomuutta. Näissä tilanteissa kipulääke tai sedation lisääminen voivat johtaa vaurion etenemiseen kudoksessa, kun asennonvaihtoon ei ymmärretä kiinnittää huomiota. (Soppi 2013, 7.) Kudosten yksilöllisten paineensietokykyjen vuoksi turvallisia rajoja paineen kestolle ei voida määrittää. Aikaraja kriittisen kudostekroosin synnyssä voi vaihdella yksilöllisistä eroista riippuen 30 minuutista neljään

tuntiin ja hapenpuutteen kestolla on suuri vaikutus vaurion synnyssä. (Juutilainen ja Hietanen 2012, 302 - 303.)

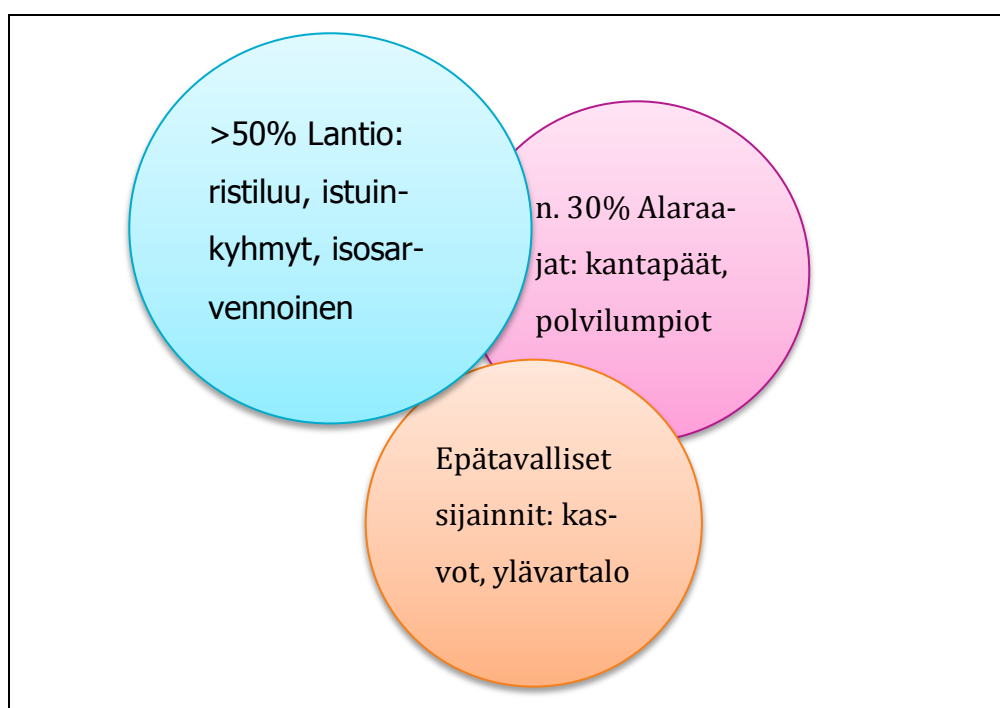
Kitka, esimerkiksi potilassiirtojen yhteydessä, aiheuttaa ihon ja kontaktipinnan välille venytystä ja jarruttavaa liikettä, jonka seurauksena ihon pinta ja ihonalaiset kudokset voivat vaurioitua. Nämä niin sanotut tangentiaaliset voimat ovat sitä suurempia, mitä suuremmaksi kitka ihon ja kontaktipinnan välillä muodostuu. Kitkan määrään vaikuttavat ihon kosteuden lisäksi myös potilaan vaatetus sekä kontaktipinnan materiaali. Ihon kosteus johtaa pitkäkestoisena vettymiseen, jonka seurauksena ihon pintarakenteet heikkenevät ja iho altistuu haavaumille sekä infektioille. Ihon kosteus voi vuodepotilaalla johtua esimerkiksi hikoilusta, haavojen eritteistä sekä virtsan- tai ulosteen pidätyskyvyttömyydestä, eli inkontinenssista. Hikoiluun vaikuttavat merkittävästi vaateuksen ja patjojen materiaalit. (Juutilainen ja Hietanen 2012, 303.)

Painehaavoilla altistavat riskitekijät voidaan jakaa olennaisiin ja epäolennaisiin tekijöihin. Olennaisiin tekijöihin kuuluvat korkea ikä (yli 65 vuotta), liikkumattomuus, tupakointi, vajaaravitsemus ja neste-hukka, kuiva iho, krooniset sairaudet kuten diabetes ja munuaisten vajaatoiminta sekä anemia, pysyvä, painettaessa kalpenematon ihon punoitus, sekä kohonnut kehon lämpö. Epäolennaisiin tekijöihin kuuluvat puolestaan kitka eli hankaava liike, lisääntynyt ihon kosteus esimerkiksi inkontinenssin seurauksena sekä venyttävät voimat, jotka aiheuttavat ihon alaista vauriota kudoksiin kohdistuvan mekaanisen paineen takia. (Carville 2013, 122.)

Liikkumattomuus eli immobilisaatio on merkittävin tekijä painehaavojen synnyssä ja se voi olla seurausta esimerkiksi akuutista vammasta (Juutilainen ja Hietanen 2012, 304). Riskiryhmään luetaan juuri ne jotka eivät omatoimisesti pysty itseään liikuttamaan. Tähän ryhmään kuuluvat iäkkäät potilaat, hyvin ylipainoiset potilaat, sekä ne hyvin hoikat potilaat, joilla on jo entuudestaan heikko yleistila muun muassa heikon lihasvoiman, toispuolisen halvauksen tai esimerkiksi dementoivan sairauden vuoksi. (Soppi 2006, 36.) Suuri riski painehaavoille on erityisesti tehohoidossa olevilla potilailla sekä selkäydin- ja aivohalvauspotilailla. Myös esimerkiksi pitkäkestoisissa leikkauksissa riski painehaavojen syntymiselle on muuten terveellä potilaalla suurentunut, koska asento säilyy pitkään muuttumattomana. (Juutilainen ja Hietanen 2012, 304.) Immobilisaation aiheuttajana voivat olla myös ihon tuntopuutokset, esimerkiksi neuropatian tai hermovamman yhteydessä, sekä tajuttomuuden seurauksena. Myös keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet, kuten runsaat kipulääkkeet voivat aiheuttaa liikkumattomuutta. (Juutilainen 2012, 304. & Soppi 2006, 36.) Oman erityisryhmänsä muodostavat myös akuutisti sairastuneet, joiden kokonaisverenkierto on häiriintynyt, sekä potilaat jotka kärsivät yleisinfektiosta (Soppi 2006, 36).

Tutkimusten mukaan yli 70 % painehaavoista syntyy yli 65- vuotiaille, joten ikääntymistä voidaan pitää merkittävänä painehaavoille altistavana tekijänä. Ikään liittyviä riskitekijöitä ovat esimerkiksi sairastavuuden yleistyminen, liikkumattomuuden ja elintoimintojen heikentyminen, sekä ihon rakenteen muutokset. Iho ohenee, haurastuu ja menettää elastisuuttaan ikääntymisen seurauksena, jonka vuoksi iho herkistyy paineelle, kitkalle ja hankaukselle. Myös kudosten kyky sietää iskemiaa ja mekaanista kuormaa heikkenee ikäännyttäessä. (Juutilainen ja Hietanen 2012, 303.)

Koska painehaavat syntyvät usein kohtiin, joissa luu on lähellä ihon pintaa, on myös kudosten ominaisuuksilla vaikutusta vaurion syntymiselle. Kudosten verenkierto, kimmoisuus ja elastisuus ovat ominaisuuksia, jotka voivat joko altistaa vaurioille tai suojata kudosta. Esimerkiksi alaraajojen valtimosairauksia sairastavilla on kohonnut riski kantapäiden painehaavoille. Myös ihonalaisen, subcutaanisen, rasvakudoksen niukkuus ja lihasten surkastuminen, eli atrofia, lisäävät painehaavojen riskiä luisten ulokkeiden korostuessa. Tällaisissa tilanteissa myös paine jakaantuu luu-ulokkeiden kohdalla entistä pienemmälle alueelle, mikä lisää vaurion riskiä. Myös perinnöllisillä ja yksilöllisillä anatomisilla ominaisuuksilla on merkitystä painehaavojen synnyssä. Esimerkiksi hyperlordoosissa lantio työntyy eteenpäin ja vastaavasti ristiluu korostuneesti taaksepäin, jolloin selinmakuulla ollessa paine kuormittaa huomattavasti ristiluun seutua. (Juutilainen ja Hietanen 2012, 304 - 305.)



KUVIO 1. Painehaavojen yleisimmät sijainnit kehossa (Lähde: Mukaillen Juutilainen ja Hietanen 2012, 301.)

Ravitsemus ja etenkin vajaaravitsemus on merkittävä tekijä painehaavojen synnyssä. Vajaaravitsemus voidaan usein yhdistää ikääntymiseen, sairastumiseen sekä yleiseen voimien heikentymiseen. Vajaaravitsemuksesta kärsivien potilaiden painehaavat paranevat heikommin ja ovat vaikeahoitaisempia kuin normaalisti ravittujen. (Juutilainen 2012, 303; Carville 2013, 128.) Varsinkin elimistön proteiini-, sinkki- ja C- vitamiiniarvojen tiedetään olevan painehaavapotilailla usein normaalia matalampia. Myös ruumiinlämmön laskun on osoitettu lisäävän riskiä painehaavoille. (Juutilainen ja Hietanen 2012, 303.) Sairaalloinen lihavuus ja ravinnon puutteesta tai vaikeasta sairaudesta johtuva kuihtuminen lisäävät painehaava alttiutta. Sairaalloisen lihavilla ihmisillä on enemmän rasvakudosta, joka kestää huonosti ihoon kohdistuvaa painetta aiheuttaen ihonalaisia vaurioita. Kakeksia (sairauden aiheuttama jatkuva laihtuminen ja siitä aiheutuva vaikea vajaaravitsemustila) potilailla rasvakudosta on puolestaan hyvin vähän, jonka vuoksi iho kestää heikommin painetta. (Carville 2013, 128.)

Painehaavoja esiintyy erityisesti iäkkäimmillä, jotka myös muuta väestöä todennäköisemmin kärsivät vajaaravitsemuksesta. Tila voi kehittyä hiljalleen useiden kuukausien aikana, tai jopa muutaman viikon aikana esimerkiksi jonkin akuutin sairauden seurauksena. Vajaaravitsemusta ei aina pysty päättämään ulkoapäin; vajaaravitsemuksesta voi kärsiä yhtälailla niin hoikka kuin ylipainoinenkin ihminen. Painonlaskun lisäksi vajaaravitsemus näyttäytyy eri puolilla kehoa muun muassa suoliston ja munuaisten toiminnan heikentymisenä, ja altistaa potilaan myös entistä herkemmin tulehduksille. Vajaaravitsemus voi aiheuttaa mielialan laskua, masennusta sekä sekavuutta potilaissa. Taustalla voi usein olla esimerkiksi erilaiset mielenterveysongelmat, sekä lisääntynyt alkoholin kulutus. Yksinäisyydestä kärsivän vanhuksen ravinto voi olla kovin yksipuolista, jolloin useiden elintärkeiden ravintoaineiden saanti jää puutteelliseksi. (Jäntti 2006, 24.)

Euroopan painehaava-asiaintuntijaneuvosto (EPUAP) on laatinut suositukset painehaavapotilaiden ravitsemushoidosta vuonna 2004. Esimerkiksi tavoitellun päivittäisen energiansaantitason tulisi olla 30 - 35 kcal/ kg/vrk. Energian saantimäärät riippuvat kuitenkin painehaavojen koosta, vaikeusasteesta ja siitä kuinka kauan haavan ilmaantumisen on kulunut aikaa. Nämä tekijät nostavat energiansaannin suositeltua määrää. (Jäntti 2006, 24.) Päivittäinen proteiinin saantisuositus on 1,25 - 1,5 g/painokiloa päivää kohden. Jos potilaalla on suuri riski saada painehaava puutteellisen ravitsemustilan tai jonkin kroonisen sairauden seurauksena, suositellaan potilaalle päivittäiseen käyttöön täydennysravintovalmisteita (esim. juomien muodossa), tai tarvittaessa letkuravintovalmisteita normaalin ravinnon rinnalle. (Euroopan painehaava-asiaintuntijaneuvosto ja Yhdysvaltain kansallinen painehaava-asiaintuntijaneuvosto 2009, 15.) Energia- ja proteiinilisistä saattaa olla hyötyä haavan paranemisen kannalta, sekä myös A- C- ja E-vitamiinien ja sinkin käytöstä. C-vitamiini on tarpeen kollageenin valmistuksessa, A-vitamiini parantaa kehon vastustuskykyä ja E-vitamiini ylläpitää elimistön solukalvojen rakennetta ja toimii kehon antioksidanttina. Proteiineja puolestaan tarvitaan sidekudossolujen muodostumiseen, ja verisuonten uudelleen muodostumiseen. Ne toimivat lisäksi elimistön energianlähteenä, sekä osallistuvat lääkeaineiden sekä ravinnon kuljettamiseen. Proteiinien rakennetta auttaa ylläpitämään sinkki. Ravitsemustilaa voidaan arvioida erilaisilla kansainvälisillä mittareilla, kuten MNA (Mini Nutritional Assessment), MUST sekä Malnutrition Universal Screening Tool. Erityisesti MNA on tarkoitettu iäkkäämpien potilaiden ravitsemuksen arviointiin. Muita hyödyllisiä ravitsemuksen ja nesteensaannin arviointimenetelmiä ovat ruokapäiväkirjat ja nestelistat. Ravitsemushoidon onnistumisessa tärkeää on että hoito jatkuu, sen vaikuttavuutta arvioidaan ja potilasta kannustetaan sitoutumaan hoitoon, jotta mahdollisten vajaaravitsemusongelmien uusiutuminen voitaisiin jatkossa välttää. (Jäntti 2006, 24 - 27.)

Ravitsemuksen merkitystä painehaavojen hoidossa on tutkittu esimerkiksi Japanissa Kanazawassa. Tutkimuksessa seitsemän vuodepotilaan ravitsemusta muutettiin niin että päivittäistä kalorimäärää lisättiin, ja käyttöön otettiin lisäravinteet. Myös letkuruokintaa hyödynnettiin. Potilaiden painehaavat olivat alussa luokiteltu luokkaan kaksi tai kolme, ja niissä ravitsemuksen muutoksen myötä näkyviä muutoksia arvioitiin muun muassa haavan koon ja ulkonäön mukaan. Kuudessa tapauksessa kahdeksasta granulaatiokudosta alkoi muodostua haavan reunoille kahden viikon jälkeen. Kolmannella viikolla granulaatiokudoksen värissä ilmeni muutoksia parempaan, ja haavan syvyys pieneni neljän-

nellä viikolla ravitsemus-muutosten jälkeen. (Omote, Sugama, Sanada, Konya, Okuwa ja Kitagawa 2005, 1-6.)

2.3 Painehaavojen luokittelujärjestelmä ja riskimittarit

Painehaavan vaikeusaste voidaan arvioida luokittelujärjestelmän avulla. Luokittelujärjestelmä koostuu neljästä kategoriasta, joissa jokaisessa määritellään kudonvaurion taso. Järjestelmän ovat luoneet NPUAP ja EPUAP yhteistyössä, jotta terveydenhuollon ammattilaisilla olisi käytössään yhtenäinen, selkeä ja maailmanlaajuiseen käyttöön soveltuva työkalu painehaavojen arviointiin. Ensimmäisen asteen painehaavan tunnistaa punoittavasta, vaalenemattomasta ihoalueesta, jolla saattaa esiintyä kipua. Ihoalue voi olla muuta ihoa lämpimämpi, pehmeä tai kiinteä, tai yhtä lailla viileän tuntuinen. Punoittava alue sijaitsee usein niissä kehon kohdissa, joissa luut ovat lähellä ihon pintaa. Toisen asteen painehaavassa verinahka (dermis) on osittain avoimen haavan rikkoma. Haavan pohja on katteeton, punainen tai vaalenpunainen eikä siinä ole havaittavissa mustelmaa. Haava voi olla kuiva, kiiltävä pinnallinen haava, tai kostea haava jolloin haavalla saattaa esiintyä myös verensekaisen nesteen tai kudonnesteen täyttämä rakkula. Kolmannen asteen painehaavassa kudonvaurio läpäisee koko ihon. Haavalla ei kuitenkaan ole näkyvissä luuta, lihasta tai jännettä. Haavalla voi esiintyä katetta, sekä onkaloitumista. Painehaavan syvyys riippuu sen sijaintipaikasta, ja paljon rasvakudosta sisältävillä kehon alueilla kolmannen asteen painehaava voi olla hyvinkin syvä. Neljännen asteen painehaava ulottuu koko ihon sekä ihonalaiskudoksen läpi, paljastaen osan luuta, lihasta tai jännettä. Kudoksissa voi esiintyä nekroosia tai katetta, sekä haavan onkaloitumista ja ihotaskuja. Haavan syvyys on jälleen sijaintipaikasta ja sen rasvakudoksen määrästä riippuvainen. (Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto ja Yhdysvaltain kansallinen painehaava-asiantuntijaneuvosto 2009, 9-10.)

Riskiluokitusmittareita on kehitetty monia ja niiden todellisesta määrästä ei ole olemassa tarkkaa tietoa. Tämä johtuu siitä, ettei kaikkia mittareita julkaista tieteellisessä kirjallisuudessa, jonka vuoksi ne eivät tavoita alan lukijoita. Painehaavojen riskiluokitusmittarit on suunniteltu pääasiassa sairaalahoitossa olevien potilaiden painehaavariskin arvioimisen apuvälineiksi. (Lepistö 2008, 35.)

Kansainvälinen painehaavaneuvosto EPUAP sekä Suomen haavanhoitoyhdistys suosittelevat käytettäväksi Bradenin riskiluokitusmittaria riskin tunnistusvaiheessa. Bradenin riskiluokitusmittari perustuu painehaavariskitekijöiden matemaattisesti laskettuihin pistemääriin. Mittari sisältää kuusi osuutta, joiden avulla on mahdollista arvioida riskiä lisääviä tekijöitä. Osa-alueet ovat: toimintakyky, liikkuminen, tuntoaisti, ravitsemus, ihon kosteus, kudosten mekaaninen hankaus ja kudosten kohdistuva venytys (KUVIO 2). Luokituksesta saatava suurin pistemäärä on 23 pistettä, joka tarkoittaa, että riski painehaavan syntyyn on hyvin pieni. Akuutissa sairaanhoidossa alle 17 pistettä tarkoittaa, että painehaavan riski on kohonnut ja 13 pistettä pidetään huomattavana riskinä painehaavan synnylle. (Niskasaari 2003, 4.) Potilaiden painehaavariskinarviointi perustuu pisteiden laskuun ja tilannearviointiin, ja se suoritetaan pian potilaiden saavuttua osastohoitoon. Potilaan saamien pisteiden perusteella noudatetaan muun muassa asentohoitoa sekä valitaan potilaalle sopiva erikoispatja. Ennaltaehkäisyssä painotetaan erityisesti ravitsemuksen merkitystä. (Wilskman 2006, 26 - 28.)

Tuntoaisti	1. Erittäin rajoittunut Tajunnan heikentymisen tai lääkityksen seurauksena ei reagoi edes kipuun TAI suurimmassa osassa vartaloa kiputunto on rajoittunut.	2. Hyvin rajoittunut Reagoi vain kipuun esim. valittamalla tai se ilmenee rauhattomana käytöksenä TAI Kivun tai epämukavuuden aistiminen on häiriintynyt tuntopuutoksen takia yli puolessa vartalon osista.	3. Hieman rajoittunut Voi reagoida puheeseen, mutta ei välttämättä pysty kertomaan epämukavuuden tunteesta tai tarpeestaan vaihtaa asentoa TAI Kivun tai epämukavuuden aistiminen on häiriintynyt yhdessä tai kahdessa raajassa.	4. Normaali Reagoi puheeseen sekä tuntoaistiminen on normaalia. Kykenee vaihtamaan itsenäisesti asentoa ja pystyy tuntemaan sekä ilmaisemaan kivun sekä epämukavuuden tunteet.
Ihon kosteus	1. Aina kostea Iho on koko ajan kostea. Havaitaan aina potilaan liikuttelu tilanteissa kosteutta.	2. Erittäin kostea Iho on useimmiten kostea. Jokaisen 8 tuntia kestävä työvuoron aikana vaihdetaan potilaan lakanat ja pyjama vähintään kerran.	3. Joskus kostea Iho tuntuu ajoittain kostealta ja petivaatteet sekä pyjama täytyy vaihtaa kerran vuorokaudessa.	4. Harvoin kostea Iho on normaalisti kuiva. Petivaatteiden ja pyjaman vaihto suoritetaan tavallisin väliajoin.
Toimintakyky	1. Vuodepotilas Hoidetaan aina vuoteessa	2. Pyörätuolipotilas Ei pysty kävelemään tai kävelykyky on huono. Tarvitsee apua esim. siirtymisessä tuoliin eikä pysty kannattamaan painoaan.	3. Kävelee joskus Kävelee lyhyitä matkoja silloin tällöin autettuna tai itsenäisesti. Viettää kuitenkin enimmän osan päivästä vuoteessa tai tuolissa.	4. Kävelee säännöllisesti Kävelee vähintään kerran kahdessa tunnissa huoneessa ollessaan sekä huoneen ulkopuolella ainakin kahdesti päivässä.
Liikkuminen	1. Ei kykene liikkuttamaan raajojaan tai liikkumaan ollenkaan ilman apua.	2. Todella rajoittunut Pystyy joskus liikkuttamaan hieman raajojaan tai kehoaan, mutta ei pysty toistuviin ja merkittäviin asennonmuutoksiin ilman apua.	3. Hieman rajoittunut Pystyy toistuviin vähäisiin kehon tai raajojen asennonmuutoksiin itsenäisesti.	4. Normaalia Pystyy toistuviin sekä merkittäviin asennonmuutoksiin itsenäisesti ilman muiden apua.
Ravitseminen	1. Erittäin huono Syö harvoin edes 1/3 tarjotusta ruuasta, eikä syö ikinä koko aterialta. Syö 2 annosta tai vähemmän proteiinipitoista ruokaa päivässä. Juo nesteitä vähän eikä ota myöskään nestemäisiä lisäravintovalmisteita. TAI On täydellinen parenteraalinen ravitseminen yli 5 vrk ajan tai syö vain kirkkaita nesteitä suun kautta.	2. Melko riittämätön Syö yleensä vain puolet tarjotusta ruuasta sekä vain harvoin koko aterian. Syö 3 annosta proteiinia päivässä ja saattaa ottaa joskus lisäravintovalmisteita. TAI Ei saa tavanomaista määrää ravintoa nestemäisestä tai ravinnonsiirtoletkuruoasta	3. Riittävä Syö yli puolet aterioista sekä syö 4 annosta proteiinipitoista ruokaa päivässä. TAI Saa ravintoa suonensisäisesti tai ravintosiirtoletkun kautta.	4. Erittäin hyvä Syö aina tarjotut ateriat ja syö niistä suurimman osan. Syö vähintään 4 annosta päivässä proteiinipitoista ruokaa eikä tarvitse lisäravintovalmisteita.
Kudoksen venyminen sekä mekaaninen hankaus	1. Suuri ongelma Liikuttamisessa tarvitsee erittäin paljon apua. Nostaminen onnistuu vain käyttämällä lakanoita apuna. Ei kykene itsenäisesti korjaamaan asentoaan esim. valahtaessaan huonoon asentoon istuessaan. Kudoksiin kohdistuu jatkuvaa venytystä ja hankausta.	2. Mahdollinen ongelma Tarvitsee vain vähän tai ei ollenkaan apua liikkumisessa. Kykenee pitämään asentoaan melko hyvin tuolissa tai sängyssä ollessaan, saattaa kuitenkin joskus valua kasaan. Melko todennäköisesti iho hankautuu lakanoita, tuolia, laitoja yms. vasten liikkua.	3. Ei näkyvää ongelmaa Ei tarvitse apua liikkumisessaan, vaan liikkuu sängyssä ja tuolissa itsenäisesti. Lihassoimat riittävät itsensä nostamiseen, asennon pitämiseen sekä asennon korjaamiseen. Hankausta ei tapahdu siirtyessä toiseen asentoon.	

KUVIO 2. Bradenin riskiluokitusmittari. (Lähde: Mukailten Juutilainen ja Hietanen 2012, 314 - 315.)

Englannissa Norfolkissa toteutetussa tutkimuksessa tutkittiin hoitajien painehaavojen tunnistamisosaamista. Tutkimuksessa satunnaisesti valitut sairaanhoitajat (n= 93) koettivat valokuvien avulla tunnistaa painehaavoja niiden luokituksen mukaan, käyttäen apuna Euroopan painehaavaasiantuntijaneuvoston ja Yhdysvaltain kansallisen painehaava-asiantuntijaneuvoston laatimaa painehaavan luokittelujärjestelmää. Valokuvissa esiteltiin eriasteisia painehaavoja, ja mukana oli myös kaksiulotteisia kuvia. Tutkimuksissa havaittiin että pelkän painehaava luokittelujärjestelmän avulla hoitajat onnistuivat tunnistamaan 56 % painehaavoista oikein. Eniten hankaluuksia tuottivat toisen ja kolmannen asteen painehaavan tunnistaminen, kun puolestaan neljännen asteen painehaavan tunnistamisesta lähes jokainen. Tutkijoiden ollessa pettyneitä saatuihin tutkimustuloksiin, järjestettiin toinen tutkimuskierros hoitajien saaman painehaavakoulutuksen jälkeen, jolloin saatu painehaavojen tunnistamisprosentti nousi 7 prosenttiyksikköä 62 prosenttiin. Oikeiden vastausten määrä nousi kaikissa luokissa lukuun ottamatta neljännen asteen painehaavan tunnistamista. Tutkimustulosten perusteella tutkijat huomasivat hoitajien tarvitsevan enemmän aikaa tutustua painehaavojen luokittelujärjestelmään. Myös hoitajien anatomiosaamista sekä erityisesti teoreettista osaamista ihoon liittyen (esimerkiksi ihon eri kerrokset) pidettiin tärkeänä osana hoitajien ammattiosaamista. (Kelly ja Isted 2011, 62 - 71.)

Painehaavojen riskiluokitusten käyttäminen ja niiden avulla painehaavariskin tunnistaminen määritetään nykyään osaksi hoitajien oikeusturvaa. Huolellisesti tehty ja potilastietoihin kirjattu riskiluokitusarvio osoittaa hoidon olleen laadukasta. Lisäksi se todistaa sen, että painehaavariskitekijät on tunnistettu ja niiden ehkäisyyn on kiinnitetty huomiota potilaan hoidon aikana. Painehaavojen syntymisen seuranta on mahdollista, kun ihoalueen seuranta on säännöllistä ja havainnot kirjataan potilastietoihin. (Niskasaari 2003, 4.)

Nortonin riskiluokitusmittari kehitettiin Englannissa 1960-luvulla ja on siten vanhin käytössä oleva riskiluokitusmittari. Myöhemmin tuotetut riskiluokitusmittarit on lähes kaikki kehitetty sen pohjalta. Nortonin riskiluokitusmittaria voidaan täydellä syyllä pitää useimpien mittareiden perustana. (Lauri 2003, 84 - 85.) Nortonin riskiluokitusmittarissa on yhteensä viisi osatekijää joita ovat fyysinen kunto, inkontinenssi, henkinen tila, toiminta- sekä liikuntakyky (KUVIO 3). Mittaria on kehitetty 1987-luvulla lisäämällä osatekijöihin vielä yleisen terveydentilan- sekä ruuan ja juoman saannin kategoriat. Kaikissa kategorioissa riskipisteet ilmaistaan asteikolla 1-4. Painehaavan kehittymisen riski suurenee, jos saadut pisteet ovat alhaiset. (Juutilainen ja Hietanen 2012, 313.)

Pisteet	Fyysinen kunto	Henkinen tila	Toimintakyky	Liikuntakyky	Inkontinenssi
1	Todella huono	Reagoimaton	Vuodepotilas	Liikkumaton	Jatkuvasti
2	Huono	Sekava	Pyörätuolipotilas	Hyvin rajoittunut	Useasti
3	Kohtalainen	Passiivinen	Kävelee autettuna	Lievästi rajoittunut	Joskus
4	Hyvä	Aktiivinen	Kävelee	Hyvä	Ei ollenkaan

KUVIO 3. Nortonin riskiluokitusmittari. (Lähde: Mukaillen Lauri 2003, 85.)

Suomalaisen Esa Sopin kehittämä painehaavojen riskiluokitusmittari Shape Risk Scale (SRS) on tehty tarpeesta saada hoitohenkilökunnalle helppokäyttöinen menetelmä painehaavariskin tunnistamiseen. Se pohjautuu osittain Bradenin riskiluokitusmittariin ja niitä voidaankin käyttää myös yhdessä. SRS-riskiluokitusmittarissa arvioidaan neljää perusosa-alueita, jotka ovat tajunnan taso ja tuntoaisti, fyysinen aktiivisuus ja liikkuvuus, painoindeksi sekä vartalomalli. Viides osa-alue mittarissa on kehon lämpötila. Tuntoaisti osio on lainattu Bradenin riskiluokitusmittarista yksinkertaistettuna sekä lisäämällä tajunnan tason arviointi. Fyysinen aktiivisuus ja liikkuvuus-osiot on myös lainattu Bradenin riskiluokitusmittarista yhdistämällä ne yhdeksi osa-alueeksi. Painoindeksin avulla voidaan arvioida kudoksiin kohdistuvaa painetta. Vartalomallin perusteella potilaat voidaan jakaa viiteen päätyyppiin (kärkikolmio, tiimalasi, suorakulmio, päärynä sekä omena). Vartalomalli määrittää miten paine jakautuu kehon eri osien välillä, mikä voi olla riskitekijä painehaavojen kehittymiselle. Kehon lämpötilan nousu lisää myös painehaavariskiä, koska se lisää hapenkulutusta kudoksissa vähentäen samalla painekohdan hapettumista. Toisin kuin Bradenin riskiluokitusmittarissa SRS-riskiluokitusmittarissa kasvava pisteiden summa on suoraan verrannollinen painehaavan riskiin, joka voi olla vähäinen, keskiuuri, korkea tai erittäin korkea riippuen eri osioista saatavista pisteistä. (Soppi 2009, 12 - 14.) Tällä hetkellä aikuisilla potilalla, jotka ovat vuodeosasto hoidossa tai asuvat palvelukodeissa, suositellaan käytettäväksi Shape Risk Scale-riskiluokitusmittaria ensisijaisena riskiluokitusmittarina joko yksin tai Braden-riskiluokitusmittarin rinnalla (Soppi 2012).

SRS-riskiluokitusmittarin kehittäminen lähti liikkeelle siitä, kun eri tutkimuksista havaittiin esimerkiksi se, että osastoilla, joissa henkilökuntaa oli vähän, esiintyi painehaavoja enemmän. Myös käsitteiden määrittelemiseen sekä muihin kuin potilaaseen liittyviin riskitekijöihin haluttiin kiinnittää tarkempaa huomiota. Muita tekijöitä painehaavan synnyssä ovat esimerkiksi apuvälineet sekä henkilöstö. Mittaria testattiin asiantuntijoilla, jotta voitaisiin selvittää esimerkiksi se, riittääkö hoitajien tietopohja vastata lomakkeessa esitettyihin kysymyksiin. Uudistettu mittari otettiin käyttöön ja sitä testattiin pitkäaikassairaanhoidossa kolmessa eri kaupungissa. Tutkimukseen osallistui 221 potilasta ja 24 heistä (11 %) sai kolmen kuukauden seurantatutkimuksen aikana painehaavan. Tutkimuksessa painehaavariskiä arvioitiin kerran kahden viikon aikana yhteensä seitsemän kertaa. Riskiluokituskaavakkeita täyttivät vain tehtävään koulutetut sairaanhoitajat (n=23). Tutkimukseen valikoidut potilaat olivat sellaisia, joilla ei ollut tutkimuksen alussa painehaavaa. Mikäli tutkittavalla oli joskus ollut painehaava-

va, hänet voitiin ottaa tutkimukseen vain jos haavoja ei ollut diagnosoitu yli kuukauteen. (Lepistö 2008, 35 - 36.)

Tutkimuksessa tehtyjä havaintoja olivat, että liikuntakykyisemmät potilaat (n=197) saivat painehaavoja vähemmän kuin liikuntakyvyltään huonommat potilaat. Liikuntakykyisimmissä potilaissa oli kuitenkin enemmän vuodepotilaita kuin heikompiuntoisissa. Myös aikaan ja paikkaan orientoituminen oli tutkittavilla vähintään ajoittaista. Painehaavan saaneet potilaat (n=24) olivat yleensä virtsainkontinentteja, mutta ulostamiseen liittyi harvemmin pidätyskyvyttömyyttä. Heidän ihonsa oli kuiva, ohut tai siinä ilmeni myös muunlaisia iho-oireita, kuten ihottumaa (79 %). Tutkimuksessa potilaat, jotka tarvitsivat apua ruokailussa (35 %) eivät saaneet painehaavoja. Tutkimustulokseksi saatiin, että mikään riskitekijä ei tarkoita painehaavan varmaa syntymistä, mutta altistavat potilasta painehaavoille. Apuvälineisiin liittyen huomattiin, että painehaavan saaneiden potilaiden kohdalla poikkilakanaa käytettiin nostolakanana. Aiemmista tutkimuksista poiketen huomattiin myös, että painehaavapotilaiden osastoilla oli enemmän lääkäreitä ja fysioterapeutteja, mutta sairaanhoitajien ja lähihoitajien määrä oli sama. (Lepistö 2008, 36.)

Tutkimustuloksista myös havaittiin, että painehaavat kehittyvät usein potilaille, joille niiden ei ajatella syntyvän. Tutkimuksen mukaan paremmin itse toimeentulevat potilaat saivat painehaavan useammin kuin vuodepotilaat. Havaintoa yritettiin selittää esimerkiksi sillä, että vuodepotilaan kanssa toimii yleensä kaksi hoitajaa, jolloin potilassiirrot ovat kudosystävällisempiä. Suomalaista painehaavariskiluokitusta arvioitaessa todettiin myös, ettei tämäkään mittari tunnista riskipotilaita tarpeeksi suurella varmuudella. Myöskään yhteensopivuus ei toiminut Nortonin riskiluokituksen kanssa. Bradenin mittariin tuloksia ei verrattu, koska kysymyksistä puutuivat ihon venymistä ja kitkaa käsittelevät kysymykset. Luokituksen tekeminen kuitenkin edisti ennaltaehkäisyyn ja painehaavojen hoitoon liittyvää tietämystä. (Lepistö 2008, 36.)

Riskiluokituksen avulla saadaan tietoa paitsi potilaaseen liittyvistä painehaavojen riskitekijöistä myös hoitohenkilökunnan taidoista, riittävydestä sekä hoidon laadusta. Lisäksi riskiluokituksen käyttäminen antaa viitteitä henkilöstön koulustarpeeseen liittyen. (Lepistö 2008, 36.)

Riskimittarien yhteisenä heikkoutena on se, ettei mittareista yksikään kykene huomioimaan jokaista painehaavan syntymiseen vaikuttavaa tekijää tai riskiä (Soppi 2013, 7.). Lisäksi mittareiden katsotaan yleisesti perustuvan painehaavoja aiheuttavien tekijöiden kohdalla tutkitun tiedon sijasta mielipiteisiin. Kritiikkiä on esitetty myös mittareiden puutteellisesta herkkyydestä ja tarkkuudesta sekä siitä, ettei riskissä olevia potilaita löydetä, koska niissä ei huomioida ennaltaehkäisyssä käytettävien apuvälineiden osuutta. Riskiluokitusmittarit eivät myöskään huomio työyhteisöön tai organisaatioon liittyviä painehaavariskiä kohottavia tekijöitä kuten henkilökuntaresursseja, henkilökuntarakennetta tai apuvälineitä. (Lepistö 2008, 35.)

Oulun yliopistollisessa sairaalassa kirurgia ja neurokirurgian klinikat viettivät vuonna 2001 painehaavojen ehkäisyvuotta. Projektin tarkoituksena oli perehdyttää osastojen työntekijät riskiluokitusmittareihin, niiden käyttöön sekä luoda painehaavariskin arvioinnin jälkeiset yhdenmukaiset toimintaohjeet työyksiköihin. Projektin alussa luotiin kuvaus potilasryhmistä, joilta painehaavariskiluokitus tuli-

si osastolla tehdä. Näin ollen kaikkia osaston potilaita ei luokiteltu, vaan ainoastaan ne, jotka sopivat ennalta määrättyyn kuvaukseen. (Niskasaari 2003, 4.)

Projektissa hoitohenkilökunnan tuli laskea riskiluokituspisteet potilaan osastolle tullessa ja siitä eteenpäin 2-3 päivän välein. Pisteiden laskenta jatkui niin pitkään, että riski painehaavoihin oli potilaan kohdalla kokonaan poistunut. Ohjeenmukaisen riskiluokituksen käyttämisen ja pisteiden laskemisen ansiosta hoitajat kiinnittivät projektin aikana työssään huomiota asioihin, jotka lisäsivät painehaavan riskiä. Projekti edisti siis näyttöön perustuvan hoitotyön käyttöä osastoilla, kun ajankohtainen teorian tieto yhdistettiin käytännön toimiin. Projekti ulottui myös päivystyspoliklinikalle ja leikkausosastolle siten, että riskiluokituksen pisteytys ohjeistettiin myös näiden osastojen työntekijöille. On todettu, että kun riski painehaavoille tunnistetaan ja siitä informoidaan hoitavaa henkilökuntaa, paranee myös potilaan hoidon laatu. (Niskasaari 2003, 4.)

Painehaavariskiluokituksen kehittämisen myötä esiin on noussut hoitohenkilökunnan koulutustarve painehaavoihin liittyen. Erilaiset tilaisuudet ovat osoittaneet, ettei suomalaisissa hoitoorganisaatioissa osata käyttää painehaavojen riskiluokituksia tarpeen mukaisesti. Hoitajat osaavat tunnistaa riskit painehaavojen synnylle, mutta tunnistaminen rajautuu vain tiettyihin potilasryhmiin ja yksipuolisesti riskitekijöihin. Tämä tarkoittaa sitä, etteivät hoitajat osaa huomioida kaikkia tekijöitä, joilla voi olla osallisuutta painehaavojen synnyssä. Koulutuksen avulla on mahdollista ylläpitää ja kehittää hoitohenkilöstön osaamista painehaavoihin, apuvälineisiin ja hoitosuositukseen liittyen. (Lepistö 2008, 36.)

2.4 Painehaavojen hoitoperiaatteita

Vanhan sanonnan mukaan makuu-, eli painehaavojen, sanotaan olevan hoitajan häpeä. Painehaavojen ehkäisyyn onkin kiinnitetty hoitotyössä erityistä huomiota viimeisten vuosikymmenten ajan. (Niskasaari 2003, 4.) Painehaavojen hoitaminen on haasteellista, jonka vuoksi niitä tulisi pyrkiä ehkäisemään mahdollisimman hyvin. Ennaltaehkäisyssä olennaista on asentohoito, ravitsemuksesta huolehtiminen sekä hyvä ihon hoito. (Lumio 2012.) Suosituksena on, että jokaiselle vuodepotilaalle tulisi suorittaa sekä riskiarvio että ihonkunnon tarkastus vuorokauden kuluessa hoitoon saapumisesta (Soppi 2013, 7).

Painehaavojen asentohoidon tarkoituksena on vähentää luu-ulokkeisiin kohdistuvaa painetta ja siten ennaltaehkäistä painehaavojen syntyä. Asentohoidolla pyritään edistämään myös potilaan elintoimintoja kuten hengitystä ja verenkiertoa ja ylläpitämään nivelten liikkuvuutta. Asentohoidon merkitys korostuu suuresti, jos potilaalla ei ole mahdollisuutta käyttää painehaavojen syntymistä ehkäisevää erikoispatjaa normaalin patjan sijaan. Lisäksi sellaisten potilaiden asentohoitoon tulisi kiinnittää erityistä huomiota, jotka ovat esimerkiksi halvaantuneita, tajuttomia tai voimattomia, eivätkä kykene itse vaihtamaan asentoaan. (Iivanainen ja Kallio 2011, 10 - 11.)

Asentohoidon perustana on seisomaryhti, jolloin selkäranka on suorassa linjassa päähän, lantioon ja hartioihin nähden, jalkaterät ovat suorassa kulmassa sääreen ja sormet ja kyynärpäät ovat kevyesti

koukussa. Suositeltavaa olisi vaihtaa asentoa vähintään kahden tunnin välein, jotta paine pääsee hellittämään tai jakautumaan uudelleen. Pitkäaikaista yli 30 asteen kohoasentoa tulisi välttää, sillä se lisää painehaavariskiä huomattavasti. Asennon tulisi olla potilaalle mukava ja rento ja asennon järjestämisessä on suositeltavaa käyttää apuna erilaisia tukia, esimerkiksi tyynyjä ja kiiloja. Selinmaakuuasento voi lyhytkestoisenakin aiheuttaa melko nopeasti painaumi ihoon, jolloin olisi erityisen tärkeää suojata lapaluut, kyynärpäät, takaraivo, ristiluu sekä kantapää. Asentohoidon toteuttaminen on hoitolaitoksissa hoitajien yleisemmin tekemiä toimenpiteitä ja hoitajilla on suuri vastuu painehaavojen ennaltaehkäisyssä. (Iivanainen ja Kallio 2011, 10 - 11.)

Oikean makuualustan valintaan on syytä käyttää aikaa, jotta potilaalle saadaan paras mahdollinen patja. Asentohoidon tarvetta ei yksikään patja poista kokonaan, mutta ne vähentävät asennon muuttamiseen kuluvia resursseja sekä vähentävät näin hoitajien työtaakkaa. Patjan valinta perustuukin siihen, kuinka korkean painehaavariskin luokkaan potilaat sijoittuvat. Korkean ja erityisen korkean riskin potilalle valitaan dynaaminen patja, joka potilaan painon ja ruumiinrakenteen mukaan automaattisesti itse säätelee itseään. Keski-suuren riskin potilalle valitaan puolestaan jatkuvatoiminen dynaaminen patja, esimerkiksi vaihtuvapaineinen patja. Jos potilaan riski saada painehaava on matala, voidaan patjaksi valita staattinen esimerkiksi korkealuokkainen vaahtomuovipatja, tai tavallinen polyuretaanipatja, jossa patjan tiheys on yleensä 25 - 40 kg/m³ välillä. (Soppi 2012.)

Painehaavojen hoitoperiaatteet ovat yhtäläiset kroonisen säarihaavan hoidon kanssa. Mikäli painehaavan pohja on puhdas, eikä se eritä tai ole infektoitunut, painehaavaa puhdistetaan vedellä. Veden tarkoituksena on huuhtoa haavasta epäpuhtauksia ja kuolleita soluja pois. Huuhtelussa voidaan käyttää vesijohtovettä. Mikäli painehaavassa ilmenee keltaista katetta tai nekroosia, eli kuollutta kudosta, painehaava puhdistetaan mekaanisesti. (Lumio 2012.) Haavanhoitotuotteet valitaan haavan ulkonäön ja ominaisuuksien mukaan. Esimerkiksi jos haava erittää runsaasti, valitaan haavalapuksi haavaerittettä sitova haavalappu jonka tarkoituksena on imeä haavalta ylimääräinen erite aiheuttamatta kuitenkaan maseroitumista eli vettymistä haavan ympärillä. Jos haava on puolestaan kuiva, valitaan haavalle kosteutta ylläpitävä haavalappu. Haavahoitotuotteet jotka ylläpitävät haavalla optimaalista kosteustilaa, kutsutaan interaktiivisiksi haavasidoksiksi. Sidosten vaikutus perustuu siihen että haavaerite aktivoi niiden vaikuttavan ainesosan. Osassa interaktiivisia tuotteita on myös bakteereja tappavia (hydrofobiset sidokset), sekä hajua poistavia tuotteita (aktiivihiihsidokset). Aktiiviset haavasidokset, esimerkiksi potilaan omasta ihosta viljelemällä valmistettu autografti sisältävät jotakin bioaktiivista materiaalia, joka edistää haavalla epidermissolukon uudelleen muodostumista. Passiiviset haavasidokset puolestaan eivät sisällä mitään vaikuttavaa ainetta, vaan niiden käyttötarkoitus perustuu haavan suojaamiseen ja haavaeritteen imemiseen. Niillä voidaan myös estää toista haavasidosta tarttumasta haavan pintaan kiinni. Näitä ovat esimerkiksi erilaiset verkkosidokset, sekä haavatyyny joissa imukyky on erityisen suuri. (Käypä hoito 2014, 12 - 14.)

Painehaavojen paras hoitomuoto on niiden ehkäiseminen. Alkuvaiheessa olevia painehaavoja on mahdollista parantaa jo pelkästään poistamalla haava-alueelta paine mahdollisimman hyvin. Painehaavojen hoidon edellytyksenä on myös, että potilaan muut mahdolliset sairaudet ovat hyvässä hoi-

totasapainossa ja ravitsemustila on hyvä. Ravitsemuksessa on tärkeää huomioida riittävä proteiinin- ja C-vitamiinin saanti. (Salminen-Peltola 2013, 11.)

Hoidossa on tärkeää poistaa haava-alueelta paine mahdollisimman hyvin, esimerkiksi asentohoidon, erikoispatjojen tai erilaisten tyynyjen avulla. Paineen vähentäminen on painehaavojen hoidon kulmakivi, riippumatta haavan luokitteluasteesta. Painehaavat luokitellaan neljään luokkaan, ja tarkemmat hoitoperiaatteet määräytyvät luokitteluasteen mukaisesti. Haavanhoitotuotteet valitaan painehaavan ominaisuuksien ja tilan mukaan. (Soppi 2013.) Saatavilla on erilaisia hoitotuotteita, esimerkiksi salvoja, rasvoja, antiseptisiä valmisteita sekä kalvoja painehaavan suojaamiseksi. Painehaavanhoito suunnitellaan ja toteutetaan aina yksilöllisesti. Hoidon toteutus tapahtuu yleensä terveyskeskuksessa tai kotihoidon palvelujen kautta ja painehaavaa voidaan hoitaa useilla eri tuotteilla ja menetelmillä. (Salminen-Peltola 2013, 11.) Painehaavojen hoitoon ei ole luotu valtakunnallista käytäntösuositusta.

Tutkimuksia on myös haavanhoitotuotteista, tuotevertailuista, sekä teknologiasta. Erikoistuotteita haavanhoitoon kehitetään jatkuvasti ja vanhat tuotteet korvaantuvat uusilla. Haavanhoitotuotteet, sekä -teknologia kehittyvät siis jatkuvasti, joten hoitajien tiedot ja taidot painehaavoihin sekä niiden hoitoon liittyen ovat erityisen tärkeitä. (Hietanen 2009, 20 - 23.) Painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon on laadittu yhtenäiset hoito-ohjeet, joiden perustana on näyttöön perustuvat tutkimukset. Suosituksen lähtökohdaksi on ollut painehaavaluokituksen yhtenäistäminen, ja suositus on laadittu aiempien tutkimusten perusteella. (Hietanen 2011, 24 - 25.)

Joidenkin painehaavojen kohdalla hoitona joudutaan käyttämään leikkaushoitoa. Tällaiset potilaat ovat yleensä terveydenhuollolle haaste, koska taustalla on usein monisairautta ja ravitsemustila on mahdollisesti puutteellinen. Myös hoitomotivaation puute sekä päihteiden käyttö aiheuttavat ongelmia painehaavojen hoitoon liittyen. (Salminen-Peltola 2013, 8.)

Painehaavaleikkaukset luokitellaan revisiotoimenpiteisiin ja korjaaviin toimenpiteisiin. Revisiotoimenpidettä käytetään painehaavaan, joka on syntynyt nopeasti tai on infektoitunut. Toimenpiteen tarkoituksena on nopeuttaa haavan puhdistumista poistamalla haavasta nekroottinen kudos. (Salminen-Peltola 2013, 8.) Revisiotoimenpiteellä pyritään saamaan haavalle puhdas granuloiva pohja. Toimenpide voidaan useimmiten toteuttaa ilman anestesiaa esimerkiksi vuodeosastolla, tarvittaessa käytetään apuna paikallispuudutusta. Isommat haavan revisiotoimenpiteet toteutetaan leikkaussalissa. (Käypä hoito 2014, 15.)

Haavainfektion seurauksena potilaalle on voinut kehittyä verenmyrkytys, eli sepsis, jonka vuoksi revisiotoimenpidettä voidaan pitää myös eloonjäämisen kannalta välttämättömänä. Painehaavan korjausleikkaus on perusteltu, mikäli painehaava on luokiteltu asteelle 3 tai 4, ja mikäli konservatiivisella hoidolla ei ole mahdollista parantaa painehaavaa 2-3 kuukauden kuluessa hoidon aloittamisesta. Edellytyksenä on myös, että haava on puhdas ja nekroottinen kudos on poistettu. Myös potilaan tulee itse suostua toimenpiteeseen ja sitoutua leikkauksen jälkeiseen jatkohoitoon. Potilaan tulee myös sitoutua hoitoon, eikä toimenpiteelle saa olla muita terveydellisiä esteitä, esimerkiksi leikkauriskia li-

sääviä pitkäaikaissairauksia kuten sydänsairauksia tai diabetestä. Korjaavan toimenpiteen vasta-aiheita voivat olla esimerkiksi myös heikko yleistila sekä potilaan sitoutumattomuus jatkohoitoon. (Salminen-Peltola 2013, 8-9.)

Painehaavaleikkauksessa tavoitteena on poistaa haavasta haitallinen kudos, sulkea haava sekä estää sen uusituminen. Painehaavaleikkausten komplikaatioriski on eri aineistojen perusteella noin 20 - 40 %, mikä tarkoittaa, että riski on suuri. Komplikaatioita ovat esimerkiksi infektiot, vuoto, haavan aukeaminen sekä kudoksen kuoliot. Yleisin komplikaatio on haavainfektiot, josta seuraa usein haavan aukeaminen. Myös leikkaus voi altistaa potilaan uuden painehaavan synnylle, mikäli asento- ja hoito ei toteudu tarkoituksen mukaisesti. Onnistunut painehaavaleikkaushoito edellyttää riittävää potilasohjausta sekä tarkan etukäteissuunnitelman leikkaukseen ja jatkohoitoon liittyen. (Salminen-Peltola 2013, 9-11.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa painehaavojen tunnistamista ja ennaltaehkäisyä koskeva itsearviointilomake hoitajien käyttöön yksityiseen palvelukotiin Kuopioon. Opinnäytetyön aihe ei ollut valmis toimeksianto, vaan kehitimme idean työstä itse. Tuotoksena työstämme syntyi itsearviointilomake hoitajien käyttöön palvelukodissa. Itsearviointilomake testaa hoitajien paine-haavojen tunnistamistaitoja, sekä tietoa painehaavojen ennaltaehkäisystä. Itsearviointilomakkeen avulla työntekijällä on mahdollisuus arvioida omaa osaamistaan. Itsearviointilomaketta voidaan hyödyntää jatkossa omien taitojen kartoittamisessa sekä esimerkiksi uusien työntekijöiden perehdytyksen yhteydessä.

Työn tavoitteena oli tuoda hoitajien käyttöön mahdollisimman tuoretta ja ajankohtaista tietoa painehaavojen tunnistamisesta, ennaltaehkäisystä ja niiden hoitoperiaatteista. Lisäksi tavoitteenamme oli saada hoitajat itsearviointilomakkeen avulla pohtimaan itse omaa painehaavaosaamistaan, sekä mahdollisia lisäkoulutuksen tarpeitaan.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Toteutimme opinnäytetyön kehittämistyönä, jossa tuotimme itsearviointilomakkeen hoitajien käyttöön (LIITE 1). Sovimme yhteistyöstä yksityisen palvelukodin kanssa, jonka henkilökunnalle kohdistimme itsearviointilomakkeen. Sunnen koti on yksityinen palvelukoti Kuopiossa, ja toimii Vetrea Terveys Oy:n tytäryhtiönä. Palvelukoti tarjoaa tehostettua palveluasumista vuorokauden ympäri. Palvelukodissa on yhteensä 37 asukaspaikkaa, jotka jakaantuvat kahden talon välille. Asukkaat ovat pääosin pitkäaikaishoitoa tarvitsevia ikääntyneitä, jotka tarvitsevat apua päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen ympärivuorokautisesti. Lisäksi palvelukodissa on tällä hetkellä yksi intervallipaikka. Asukkaista lähes jokainen sairastaa muistisairautta, ja heistä suurella osalla esiintyy myös muita pitkäaikaissairauksia, muun muassa verenpainetauti ja osteoporoosia. Hoitohenkilökuntaan kuuluu lähi- ja perushoitajia, vastaava sairaanhoitaja sekä toimitusjohtaja, joka on koulutustaustaltaan sairaanhoitaja.

Pidimme itsearviointilomakkeen esittelyn Sunnen koti Vetrea terveys Oy:llä keskiviikkona 29.10.2014. Tilaisuudesta oli sovittu hyvissä ajoin etukäteen yksikön vastaavan sairaanhoitajan ja toimitusjohtajan kanssa. Toiveenamme oli, että tilaisuuteen osallistuisi mahdollisimman monta yksikön työntekijää. Esittelimme tilaisuuden yksikköön nimityksellä osastotunti, jossa käsiteltävänä aiheena ovat painehaavojen tunnistaminen, ehkäisy ja hoitoperiaatteet. Esitimme yksikköön myös toiveemme siitä, että mahdollisimman moni työntekijä pääsisi osallistumaan osastotunnille. Aikaa tilaisuudelle oli varattuna tunti, joka oli riittävä kaiken suunnitellun läpikäymiselle.

Osastotuntia varten valmistelimme PowerPoint-esityksen, johon olimme koonneet opinnäytetyön teoriaosuudesta tärkeimpiä asioita painehaavoihin sekä niiden ehkäisyyn ja hoitoon liittyen (LIITE 2). PowerPoint-esityksen alussa kerroimme työntekijöille opinnäytetyöprosessistamme ja tuotoksesta syntyvästä itsearviointilomakkeesta. PowerPoint-esityksen jälkeen annoimme osallistujien esittää kysymyksiä aiheeseen liittyen, ja muutamia kysymyksiä riskitekijöistä, kuten ihon kosteuden vaikutuksesta, nousi esille. Kysymysten jälkeen siirryimme itsearviointilomakkeeseen ja sen täyttämiseen. Olimme tulostaneet lomakkeita omakustanteisesti valmiiksi osastotuntia varten, jotta jokainen osallistuja saisi testata tietojaan ja kokeilla lomakkeen täyttämistä.

Osastotunnille osallistui 9 työntekijää, joista yksi oli sairaanhoitaja ja loput lähi- ja perushoitajia.. Ennako-oletuksenamme oli, ettei osastotunnille olisi kovin montaa osallistujaa, koska työyksikkö on melko pieni ja osastotunti ajoittui vuoronvaihtoon. Olikin siis positiivinen yllätys, että osaanottajia oli niin runsaasti. Osastotunnin aihe herätti työntekijöissä runsaasti keskustelua ja itsearviointilomakkeeseen tuli yksi parannusehdotus. Parannusehdotus liittyi erään väittämän sanavalintaan, joka oli tulkinnanvarainen. Väittäminen oli siis ristiriidassa vastauksen kanssa, mikäli vastaaja tulkitsi kysymyksen tietyllä tavalla. Lupasimme vaihtaa väittämän sanavalinnan ja poistaa siitä tulkinnanvaraisuuden ennen lomakkeen luovuttamista työyksikköön. Mielestämme oli hyvä, että lomakkeen epäkohta tuli esille tässä vaiheessa, kun korjaus on mahdollista suorittaa. Lisäksi epäkohta oli sellainen, johon kukaan ei aikaisemmin ollut osannut kiinnittää huomiota lomakkeen testaamisesta huolimatta. Itsear-

viointilomakkeen tuloksia osastotunnilla ei käyty läpi, mutta annoimme työntekijöille mahdollisuuden halutessaan kertoa saamistaan tuloksista yleisesti.

Osastotunnin lopuksi pyysimme osallistujilta suullista palautetta aiheeseen, itsearviointilomakkeeseen ja itse esitykseen liittyen. Saimme positiivista palautetta sekä suullisen että seinälle heijastetun PowerPoint-esityksen selkeydestä sekä rauhallisuudesta. Myös osastotunnin aihe koettiin työntekijöiden keskuudessa mielenkiintoiseksi, ajankohtaiseksi ja työhön konkreettisesti liittyväksi. Kysyttäessä osallistujat arvioivat, että ilman esitystä lomakkeen täyttäminen olisi luultavasti ollut vaikeampaa, vaikka kyseessä oli tuttu aihe. Osallistujat kertoivat törmäävänsä jokapäiväisessä työssään painehaavoihin, joten hoitoperiaatteet olivat heillä päällisin puolin hallussa. Esityksen myötä opituiksi ja uusiksi asioiksi osallistujat mainitsivat ravitsemuksen merkityksen painehaavojen hoidossa sekä osan riskitekijöistä. Osallistujilta tuli myös hyvä ehdotus siitä, että olisi mielenkiintoista testata lomakkeen täyttämistä niin, että itsearviointilomake täytettäisiin ennen PowerPoint-esitystä sekä sen jälkeen. Heidän mielestään esityksen jälkeen lomake tuntui joiltain osin jopa liian helpolta, kun asioita oli juuri käsitelty esityksen yhteydessä. Mielestämme idea oli erittäin hyvä ja idean voisi toteuttaa määrällisenä tutkimuksena. Itsearviointilomakkeen ulkoasusta tai selkeydestä emme saaneet osallistujilta palautetta. Osastotunti sujui kokonaisuudessaan hyvin ja työntekijöiden kommentista päätellen, myös he olivat tyytyväisiä. Tilaisuuden lopuksi kiitimme osallistujia mielenkiinnosta.

Opinnäytetyömme kirjallinen osuus koostui painehaavojen hoidon ja hoitoperiaatteiden teoretiedosta. Teoretiedossa korostuivat ennaltaehkäisy, painehaavojen etiologia sekä painehaavojen riskiluokitussmittari. Teoriaosuus käsitteli myös painehaavojen esiintyvyyttä sekä keskeisimpiä hoitomenetelmiä. Sunnen kodin henkilökunnan pyynnöstä valmiista opinnäytetyöstä toimitettiin kappale luettavaksi palvelukotiin.

4.1 Opinnäytetyönä kehittämistyö

Kirjallisuudessa kehittämistyö luokitellaan toiminnalliseksi työksi, kuten tapahtuman järjestämiseksi tai tuotteen suunnittelemiseksi ja rakentamiseksi. Yleensä kehittämistyöhön kuuluu kaksi osaa, joita ovat työn tuloksena syntyvä tuote ja kirjallinen raportti. (JAMK 2012.)

Kehittämistutkimuksessa tarkoituksena on kehittää ratkaisuja valittuihin tarpeisiin ja haasteisiin. Kehittämistutkimuksen vahvuus on se, että tuotoksena työstä syntyy kehittämistuotos, esimerkiksi opetuskokonaisuus tai tietokoneohjelmisto. Tutkimusmenetelmänä kehittämistutkimus on joustava ja monipuolinen. (Helsingin yliopisto 2013.)

Tässä opinnäytetyössä tuotimme itsearviointilomakkeen yksityiselle palvelukodille Kuopioon. Itsearviointilomake on suunnattu hoitajille ja sen avulla hoitajilla on mahdollisuus arvioida omaa painehaavojenhoidon osaamistaan. Kirjallisuudessa itsearviointi määritellään toiminnaksi, jossa yksilö tai ryhmä pohtii omaa toimintaansa kriittisesti. Itsearviointiin kuuluu olennaisesti se, että arvioinnista saatua tietoa hyödynnetään oppimisen tukena, toimintatapojen kehittämisessä sekä uusissa tilan-

teissa. Esimerkiksi yrityksissä ja itsearviointia voidaan hyödyntää työyhteisön vahvuuksia ja kehittämisaikavälillä kartoitettaessa. (OK-opintokeskus 2014.)

Itsearviointin perustana olisi hyvä olla esimerkiksi asiakirjoja, haastatteluja tai kyselyitä, mutta keskeinen osa arviointia on itsereflektio. Itsearviointin ei tulisi olla rasittavaa tai työlästä, vaan se tulisi toteuttaa pohdiskelun ja itsetutkiskelun avulla erilaisia menetelmiä hyödyntäen. Vaikka itsekritiikkisyys on arviointin perustana, on tärkeää, että yksilöllä on positiivisuutta kääntää asiat vahvuuksiksi ja häneltä löytyy halua työstää puutteitaan. Tärkeää on myös ymmärtää, ettei kriittisyys ole arvostelua. (OK-opintokeskus 2014.)

Opinnäytetyömme tuotoksena syntynyt itsearviointilomake koostui oikein-/väärin- väittämistä, kolmentoista kysymyksen muodossa. Tuotettuun itsearviointilomakkeeseen kuului erillisenä tiedostona saatavat oikeat vastaukset kysymyksiin. Näin ollen lomakkeen täyttänyt henkilö sai oikeat vastaukset heti tietoonsa, jolloin hänellä on mahdollisuus arvioida ammatillisia taitojaan ja tarvittaessa pyrkiä tulevaisuudessa kehittämään osaamistaan.

Opinnäytetyöprosessimme alkoi vuoden 2012 syksyllä, Terveystieteiden tutkimus ja kehittäminen- kursista. Kurssin tehtävänä oli tehdä tutkimussuunnitelma kiinnostavasta aiheesta, mutta emme löytäneet mieleistämme aihetta valmiista toimenksiannoista, jolloin aiheeksemme valikoitui haavanhoito. Aihe on sen jälkeen eriytynyt painehaavoihin, ja yhä edelleen painehaavojen hoidosta painehaavojen ennaltaehkäisyyn ja tunnistamiseen. Lopullisesti päädyimme työssämme ennaltaehkäisyyn ja tunnistamisen näkökulmaan koska aiempi vaihtoehtomme hoitotuotteista olisi ollut opinnäytetyössä liian laaja käsitellä.

Opinnäytetyöprosessin aloitimme aiheenrajauksella, jota seurasi tiedonhaku. Käytimme hakusanoina painehaava, sekä englanninkielistä vastinetta pressure ulcer. Käyttämämme tietokantoja olivat *Aapeli*, *Cochrane*, *Cinahl*, *Medic* sekä *Terveysportti*. Yksittäisiä hakuja tehtiin myös Google:n kautta. Hakusanalla painehaava tai pressure ulcer saatiin valtavasti hakutuloksia, joista rajasimme uusimmat tietolähteet vuodesta 2003 eteenpäin. Tutkimusaineistoa painehaavoista on runsaasti, ja esimerkiksi ravitsemuksen merkitystä painehaavojen synnyssä ja haavan parantumisessa on tutkittu lukuisissa tutkimuksissa ympäri maailman. itsearviointista ja hyvän lomakkeen periaatteista etsimme kirjallitteita Kuopion kaupungin kirjaston kautta.

4.2 Itsearviointilomake hoitajille

Lomakkeissa kielen tulisi olla perusmuotoista, lyhyttä ja napakkaa tekstiä, eikä otsikoinnissa tulisi käyttää "lomake"- sanaa. Lomakkeen suunnittelun ja toteutuksen lähtökohtana tulisi olla se, että lomake on mahdollista täyttää ilman erillistä täyttöohjetta. Lomakkeeseen ei ole välttämätöntä laittaa ohjetekstiä, kuten "rastita oikea vaihtoehto", mikäli täyttötapa on esitetty selkeästi. Lomakkeen täyttömukavuuden vuoksi lyhyet ohjeistukset voivat kuitenkin olla perusteltuja. (Toikkanen 2003, 141 - 142.)

Ohjetekstejä käytettäessä täytyy muistaa, että ohjeiden tulee olla selkeitä ja täsmällisiä. Ohjeiden tarkoituksena on opastaa käyttäjänsä ja niiden tulee olla yksinkertaiset. Ohjeet eivät kuitenkaan saa aliarvioida lukijaansa, joten ohjeiden määrään ja laatuun on syytä kiinnittää huomiota. Usein ohjeissa käytetään käskymuotoa ilman huutomerkkiä. Käskymuotoja käytettäessä tulee tekstissä kuitenkin muistaa ystävällinen ja myönteinen sävy. (Metsäaho 149 & 152, 2013.) Käytimme itsearviointilomakkeessa lyhyitä ohjeistuksia selkeyttämään vastaajan etenemistä lomakkeen täytössä ja tulosten tulkinnessa.

”Tunnistanko painehaavan”- itsearviointilomake sisältää 13 väittämää painehaavojen tunnistamisesta, ennaltaehkäisystä ja hoitoperiaatteista. Kysymykset perustuvat opinnäytetyön kirjallisessa osuudessa esiintyvään teorian tietoon ja vastaukset kysymyksiin on löydettävissä opinnäytetyöstämme. Valitsimme kymysten muodoksi väittämät, mutta pohdimme kysymysten muodoksi myös monivalitakyksymiä, koska lomake on tarkoitettu itsearviointiin ja oman tiedon kartoittamiseen. Monivalitakyksymysten vahvuutena olisivat olleet valmiit vastausvaihtoehdot. Kysymyksissä vastaus pyydetään yleensä osoittamaan joko rastittamalla tai rengastamalla sopivin vaihtoehto. (Hirsjärvi 2007, 194.) Liitimme tämännäyttelyn ohjeistuksen myös omaan itsearviointilomakkeeseemme.

Kysymysten ja kyselylomakkeiden laadintaan ei ole olemassa tarkkoja ohjeita, joita jokaisen tulisi noudattaa. Kirjallisuudessa esitetään kuitenkin tiettyjä ominaispiirteitä onnistuneelle kysymyksenasettelulle. Yksi tärkeimmistä huomioitavista asioista on kysymysten selkeys ja ymmärrettävyys. Kysymyksiä laadittaessa tulisi välttää epäselvyyttä sekä monimerkityksisiä sanoja, jotka voivat olla tulkinnanvaraisia. Esimerkiksi sana ”usein” voi tarkoittaa ajallisesti erilaista suuretta eri ihmisten välillä. Myös sanavalintojen harkinta on tärkeää, esimerkiksi vieraskielisiä tai vaikeasti ymmärrettäviä sanoja on syytä välttää kysymyksissä. Kysymysten tulisi myös olla melko lyhyitä, jotta niitä on helppo ymmärtää. Kantaa, mielipidettä tai käsitystä selvitettäessä vastaajalle olisi myös hyvä antaa vaihtoehto, jossa omaa mielipidettä ei tarvitse tuoda julki, koska vastaajat usein vastaavat, vaikka mielipidettä asiaa kohtaan ei olisikaan. On myös havaittu, että vastaajista 12-30 % valitsee kyselyissä vaihtoehdon, joka ei ota kantaa, mikäli sellainen on tarjolla. (Hirsjärvi 2007, 197&198.) Tuottamamme lomake on itsearviointilomake, jonka avulla omaa osaamista on mahdollisuus arvioida. Tämän vuoksi sisällytämme väittämiin vastausvaihtoehdoksi ”en tiedä”, jonka avulla toivomme vastausten arvaamisen vähentyvän. Kysymysten järjestyksessä on hyvä sijoittaa alkuun helpommin vastattavia kysymyksiä ja loppuun vaikeampia, jolloin aiheeseen johdattelu on luontevaa. (Hirsjärvi 2007, 198.)

Testasimme itsearviointilomaketta sähköpostitse Savonia-ammattikorkeakoulun hoitotyön lehtori, sairaanhoitaja Päivi Virkillä, joka on erikoistunut haavanhoitoon aiemman työkokemuksensa kautta. Saimme lomakkeesta hyvää palautetta, sekä kehittämisideoita, joiden mukaan muokkasimme lomakkeen sisältöä ja kysymysten asettelua.

Ensimmäiseen versioon verrattuna lopullisessa lomakkeessa oli väittämiä 3 kappaletta enemmän. Kuvatunnistustehtävät jätimme lomakkeesta kokonaan pois tekijänoikeusasioiden vuoksi. Olisimme mielellämme sisällyttäneet lomakkeeseen kuvatehtäviä ja ajatus oli myös Päivi Virkin mielestä hyvä.

Virkin mukaan kuitenkin kuvia käytettäessä olisi täytynyt kiinnittää huomioita kuvien laatuun ja kokoon, jotta vastaajan olisi mahdollisimman helppo tulkita niitä.

Virkki antoi palautetta lomakkeen sisältämästä vastausvaihtoehdosta "en tiedä" ja ehdotti sen poistamista. Pohdimme asiaa, mutta tulimme opinnäytetyöryhmän kanssa siihen tulokseen, että vastausvaihtoehto säilytetään, koska opinnäytetyössä esitetään kyseiselle vastausvaihtoehdolle teoreettinen tietopohja. Mielestämme vastausvaihtoehto myös sopii lomakkeeseen, koska itsearviointissa on vastaaja rehellinen vain itselleen.

Virkki kehotti myös laittamaan kysymykset aikajärjestykseen hoitotyön näkökulmasta. Tämän neuvon mukaisesti lajittelu olisi kulkenut järjestyksessä, jossa ensin käsitellään painehaavojen syntyä, sitten havaitsemista, ennaltaehkäisyä ja hoitoa. Tällä menetelmällä lomakkeesta olisi saatu aikajärjestyksessä etenevä ja selkeä. Tarkoituksemme oli toimia ohjeen mukaisesti, mutta lopulta hylkäsimme idean. Virkin Kehittämisehdotuksista tärkeimpänä pidimme ajatusta tulosten pisteyttämisestä niin, että vastaaja saisi lyhyen kirjallisen arvion osaamisestaan. Lisäsimme loppuun arviointias- teikon ja pisteytyksen lyhyillä kommentteillä varustettuna.

Virkin lisäksi lomaketta arvioi toinen Savonia- ammattikorkeakoulun lehtori, joka on perehtynyt erityisesti tutkimus- ja opinnäytetöihin. Konsultoimme lehtoria arviointiasteikkoon ja pisteytykseen liittyen. Kysymyksemme liittyi siihen, oliko valmiiksi olemassa jonkinlainen matemaattinen kaava, jolloin pisteytykseen olisi ollut teoreettinen tietopohja vai oliko arviointiasteikko mahdollista kehittää itse. Lehtorin vastaus kysymykseen oli, että on hyväksyttävää kehittää itse suuntaa-antava ja kannustava arviointi asteikko, ja tämän ohjeistuksen mukaisesti myös toimimme. Saimme lehtorilta myös joitakin neuvoja itsearviointilomakkeen sanavalintoihin liittyen, joita hyödynsimme joidenkin väittämien kohdalla.

5 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessin haastavin osuus liittyi aiheen valintaan ja rajaamiseen. Opinnäytetyön aiheemme ei ollut valmis toimeksianto, joten ideointi vei oman aikansa. Valitsimme aiheen painehaavoihin liittyen, koska painehaavat kiinnostivat jokaista ryhmän jäsentä. Kenelläkään meistä ei ollut kovinkaan suurta kokemusta haavanhoidosta, varsinkaan painehaavoista, työharjoittelujen tai työn kautta. Myöskään sairaanhoitajan opintoihin ei koulutuksessamme kuulunut varsinaista osuutta haavanhoitoon liittyen, vaan aihetta sivuttiin niukasti joidenkin opintojen, kuten sisätautien yhteydessä.

Painehaavoihin liittyvän runsaan tietomäärän vuoksi aiheen rajaaminen täytyi miettiä huolellisesti. Aluksi työn oli tarkoitus käsitellä haavanhoitoa, mutta hoidon ja hoitotuotteiden paljouden vuoksi tarkensimme aihetta tunnistamiseen, ehkäisyyn ja hoitoperiaatteisiin. Aihe muokkautui lopulliseen muotoonsa useiden kuukausien aikana ja otsikon keksiminen oli vaikeaa, koska aihe käsitteli niin montaa painehaavanhoidon osa-aluetta.

Työmme aikaavievin osuus oli tietokantoihin ja muihin lähteisiin tutustuminen. Opinnäytetyön tuotoksen, eli itsearviointilomakkeen tuli perustua opinnäytetyössä esitettyyn ajankohtaiseen tietoon, joten teoriaosuuden työstäminen oli koko prosessin perusta. Olimme aluksi suunnitelleet itsearviointilomakkeen erilaiseksi, muun muassa väittämien lukumäärän ja tehtävien suhteen, mutta jouduimme muuttamaan suunnitelmia tekijänoikeusasioiden vuoksi. Mikäli olisimme aloittaneet ja miettineet itsearviointilomakkeen rakentamista aikaisemmin ja keskittyneemmin, olisimme mahdollisesti kyenneet ottamaan kuvia painehaavoista itse ja käyttää niitä työssämme. Kuvaamiseen liittyvien sopimus- ja tekijänoikeusasioiden vuoksi emme ennättäneet toteuttaa tätä ideaa suunnittelussa aikataulussa. Näin ollen aikataulutuksemme siis hieman epäonnistui ja emme osanneet ottaa suunnittelussa kaikkia opinnäytetyöhön liittyviä asioita tarpeeksi laajasti huomioon.

Pohdimme itsearviointilomakkeen kohdalla pitkään sitä, millaisessa muodossa kysymykset lomakkeessa tullaan esittämään. Vahvimpina ehdotuksina olivat väittämät ja monivalintakysymykset. Monivalintakysymysten kohdalla pohdimme sitä, kuinka hyviä kysymyksiä ja vastausvaihtoehtoja saisimme tuotettua, kun painehaavojen syntyyn, tunnistamiseen ja ehkäisyyn liittyviä tekijöitä on runsaasti. Monivalintakysymysten teko loppui siihen, kun mietimme vastausvaihtoehtoja esimerkiksi kysymykselle: "mikä alla olevista tekijöistä altistaa painehaavoille?". Ensimmäisenä mieleen tuli oikeaksi vaihtoehdoksi kitka, mutta kun mietimme, mikä yksittäinen tekijä ei altista painehaavoille, muuttui tehtävä vaikeaksi. Pitkän pohdinnan jälkeen keksimme ei-vaikuttavaksi tekijäksi vain "isku". Tässä vaiheessa mietimme, että lomakkeen tekeminen tällä menetelmällä tulisi olemaan kohtuuttoman suuren työn takana, jos yhden kysymyksen keksiminen vie aikaa lähes puoli tuntia. Monivalintakysymykset olisivat luultavasti olleet vaikeampia vastattavia väittämiin verrattuna, kun vastausvaihtoehdot olisivat olleet lausein kirjoitetussa muodossa "oikein/väärin" vaihtoehtojen sijaan. Myös vastausten arvaaminen olisi vastaajilla vaikeutunut, kun vaihtoehtoja olisi ollut useampia.

Itsearviointilomaketta tehdessä kuitenkin huomasimme, ettei väittämien valinta lomakkeeseen ollut lainkaan huono ratkaisu. Pidämme valintaa onnistuneena, koska mielestämme saimme tehtyä väit-

tämistä monipuolisia ja osittain jopa vaikeita vastattavia. Lisäksi huomasimme, että pienillä muutoksilla, esimerkiksi sanojen asettelulla ja lauseen rakennetta vaihtamalla väittämistä oli mahdollisuus saada haastavia ja keskittymistä vaativia. Osa väittämistä sisälsi lisäksi kompa-kysymyksiä, joihin vastaaja saattaa epähuomiossa sortua. Väittämien vastausvaihtoehdoissa mietimme ”en tiedä”-vaihtoehdon poistamista lomakkeesta, koska saimme lomakkeet testauksen yhteydessä palautetta vaihtoehdon tarpeellisuudesta. Päätimme kuitenkin säilyttää vaihtoehdon, koska olimme perustelleet valinnan teoriaosuuden yhteydessä. Mielestämme vaihtoehdon säilyttäminen itsearviointilomakkeessa toi opinnäytetyöhömmä myös mukavaa vaihtelua ja erilaisuutta.

Saimme itsearviointilomakkeen tekemiseen mielestämme riittävästi ulkopuolista tukea sekä lomakkeen testaajalta että muilta opettajilta. Itsearviointilomakkeen näki testaajan lisäksi kaksi muuta opettajaa ja myös heiltä saimme hyviä neuvoja lomakkeen kehittämiseksi. Noudatimme saatuja ohjeita itsearviointilomakkeen suhteen, mutta joistakin asioista emme luopuneet huomautuksista huolimatta. Esimerkiksi lomakkeen testaaja, hoitotyön lehtori Päivi Virkki, antoi neuvon väittämien laittamisesta aikajärjestykseen, jolloin lomake etenisi oikeassa järjestyksessä. Aluksi aikomuksenamme oli noudattaa neuvoa ja olimme asiasta Virkin kanssa samaa mieltä. Väittämien uudelleenasettelun aikana kuitenkin huomasimme, että väittämien järjestystä muutettaessa lomakkeesta hävisi haasteellisuus, kun joidenkin väittämien kohdalla edellisestä tai seuraavasta väittämästä oli mahdollista päätellä oikea vastaus. Tietoisesti emme halunneet luoda tällaista haasteellisuutta heikentävää tekiää tuotokseemme, joten päätimme jättää väittämät sekoitettuun järjestykseen. Mielestämme tekemämme päätös väittämien järjestyksen suhteen oli oikea ja perusteltu, vaikka myös opettajien muutosehdotukset olivat hyviä ja ymmärrämme niiden tärkeyden.

Itsearviointilomakkeen ulkoasun suhteen vaatimuksenamme oli selkeys ja täyttömukavuus. Mielestämme onnistuimme luomaan ulkonäöllisesti miellyttävän ja raikkaan näköisen itsearviointilomakkeen, vaikka käytössämme ei ollut erikoistietokone- tai suunnitteluohjelmia. Mielestämme itsearviointilomakkeeseen valitut kirjainfontit, värit ja osittaiset tekstin tehostukset onnistuivat luomaan itsearviointilomakkeesta juuri sellaisen, jonka halusimme. Toki lomakkeesta olisi voinut tulla visuaalisempi ja mielenkiintoisempi, esimerkiksi kuvien avulla, kuten aluperin olimme suunnitelleet. Olemme kuitenkin itsearviointilomakkeeseen kaikin puolin tyytyväisiä ja teimme sen kaikkia tietoteknisiä ja taiteellisia kykyjämme hyödyntäen. Pohdimme ulkopuolisen avun hyödyntämistä itsearviointilomakkeen teossa, mikäli lomakkeen teko ei jostain syystä olisi onnistunut. Hylkäsimme kuitenkin idean lomakkeen teon edetessä, koska halusimme paitsi kokeilla lomakkeet tekoa itse, myös tuntea työn täysin omaksemme.

5.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Valmistumme sairaanhoitajiksi, joten ajattelumme ja eettinen pohdintamme on koulutuksen aikana muotoutunut sairaanhoitajan eettisiä ohjeita mukailevaksi. Vaikka opinnäytetyössä tarkoitus on arvioida opinnäytetyön eettisyyttä, halusimme sisällyttää työhön myös sairaanhoitajan eettisyyttä ohjaavaa teoriatietoa. Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan (ETENE) tehtävänä on sosiaali- ja terveysalan sekä potilaan asemaa koskevien eettisten kysymysten käsitteleminen.

nen ja suositusten antaminen. Neuvottelukunnan tehtävänä on lisäksi aloitteiden tekeminen, lausuntojen ja asiantuntija-avun antaminen, yhteiskunnallisen keskustelun virittäminen, sekä eettisen tiedon välittäminen. ETENE:n toiminnan taustalla on potilaslaki sekä laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Toiminnan tavoitteena on esimerkiksi perusoikeuksien, ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden, yhdenvertaisuuden, oikeudenmukaisuuden sekä hyvän hoidon edistäminen. (ETENE 2010.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) määritelmän mukaan hyvään tieteelliseen käytännön (good scientific practice) tunnusmerkkejä ovat: rehellisyys, huolellisuus, tarkkuus tutkimuksessa, talentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa sekä eettisyys, avoimuus ja muut tieteen keskeiset periaatteet (Itä-Suomen yliopisto 2014). Opinnäytetyötä tekevän opiskelijan on velvollisuus toimia työsäännön hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvän käytännön noudattaminen kuuluu suurelta osin opiskelijalle, mutta esimerkiksi myös työn ohjaajalla on vastuu käytäntöjen noudattamisen toteutumisessa. (HAMK 2014.)

Kun kysyimme opinnäytetyöllemme sopivaa kohderyhmää eri hoitoyksiköistä, saimme aluksi monesta paikasta kieltävän vastauksen. Kieltävää vastausta perusteltiin sillä, ettei näissä hoitolaitoksissa esiinny painehaavoja eivätkä he sen takia sovellu opinnäytetyömme kohderyhmäksi. Yleisesti voidaan ajatella, että painehaavojen esiintyminen hoitolaitoksissa katsotaan hoidon laiminlyömiseksi eikä siksi ehkä haluta tuoda ongelmaa julkisesti esille. Voidaankin pohtia onko taustalla pelko yhteiskunnan tai omaisten kritiikistä hoidon tasoa ja hoitajia kohtaan? Painehaavojen yleisen esiintyvyyden vuoksi voidaan kuitenkin olettaa, ettei painehaavojen hoidon, tunnistamisen ja ennaltaehkäisyn taidot ole kaikkialla ajantasalla.

Painehaavojen tunnistaminen ja hoito on tärkeää, koska painehaavat ovat usein pitkäaikaisia, vaikeasti hoidettavia sekä aiheuttavat paljon kipua ja murhetta potilaille. Painehaavat eivät ole vain vuodepotilaiden ongelma, vaan niitä esiintyy myös itsenäisesti liikkuvilla. Painehaavojen yleisyyden vuoksi painehaavojen ennaltaehkäisyn ei voida ajatella kuuluvan vain niiden hoitajien osaamisvaatimukseen, jotka työskentelevät vanhustyössä, vaan painehaavoja voi tulla eteen lähes missä vain. Suomalaisen väestöllisen rakenteen vuoksi painehaavojen esiintyvyys tulee oletettavasti yhä kasvamaan, ja viemään enemmän resursseja hoitotyöstä. Puutteellinen painehaavojen hoidon osaaminen voi aiheuttaa puutteita diagnosoinnissa ja painehaavoja voidaan hoitaa väärin. Kokemustemme mukaan henkilöstöön kohdistuvat vähennykset ovat kuitenkin selvästi nähtävissä hoidon laadun toteutumisessa ja hoitotoimenpiteisiin käytetyn ajan määrässä, mikä saattaa näyttäytyä myös painehaavojen esiintyvyyden nousussa. Pääpaino opinnäytetyössämme oli painehaavojen ennaltaehkäisyn näkökulma. Painehaavojen ennaltaehkäisy saattaa lisätä hoitajien työn määrää jonkin verran, mutta ennaltaehkäisemällä joskus hyvinkin kivuliaita ja potilaalle paljon murhetta tuovia painehaavoja, voidaan ylläpitää potilaan parempaa elämänlaatua yksinkertaisilla hoitotyön keinoilla muun muassa asentohoidon muodossa. Painehaavojen ennaltaehkäisy on myös huomattavan paljon halvempi vaihtoehto kuin niiden hoitaminen, joka saattaa pahimmillaan sisältää jopa kirurgista hoitoa. Lisäksi kustannuksia lisäävät joskus yksittäishinnoiltaan hyvinkin kalliit haavanhoitotuotteet. Painehaavat voidaan kuitenkin välttää, ja siksi niiden tunnistamisen ja ennaltaehkäisyn opettaminen hoitohenkilö-

kunnalle on ensiarvoisen tärkeää. Mielestämme painehaavaosaamisen pitäisikin kuulua jokaisen hoitajan osaamisalueeseen.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa painehaavojen tunnistamista ja ennaltaehkäisyä koskeva itsearviointilomake hoitajien käyttöön. Itsearviointilomakkeen tulisi edistää lukijan tietämystä painehaavoihin ja niiden tunnistamiseen ja ennaltaehkäisyn periaatteisiin liittyen. Työ on tarkoitettu hyödynnettäväksi terveysalan opiskelijoille sekä työntekijöille, jotka haluavat syventää tai tarkentaa tietojaan painehaavoista. Opinnäytetyön kirjallinen osuus sisältää tutkittua tietoa painehaavojen esiintyvyydestä, syntymisestä, hoidosta sekä niiden ehkäisemisestä. Näin ollen lukijalla on mahdollisuus kerryttää omaa tietotaitoaan alati ajankohtaisesta aiheesta. Itsearviointilomake luovutettiin Sunnen kodille PDF-muodossa. PDF-tiedoston käyttöön päädyimme ekologisista syistä.

Tekijänoikeudet itsearviointilomakkeelle kuuluvat opinnäytetyöntekijöille Ella Eirolalle, Rosita Kettuselle ja Emmi Roivakselle. Vetrea Terveys Oy:llä on opinnäytetyöntekijöiden lupa käyttää itsearviointilomaketta jatkossa työntekijöiden perehdyttämiseen ja muihin tarpeisiin. Lisäksi Savonia ammattikorkeakoululla on mahdollisuus halutessaan hyödyntää lomaketta omissa käyttötarkoituksissaan.

Itsearviointilomakkeen kohdalla eettiseksi kysymykseksi muodostuivat lomakkeessa käytetyt vieraskieliset sanavalinnat. Saadessamme lomakkeesta ulkopuolista palautetta, törmäsimme usein kysymyksen, ovatko vieraskieliset termit, kuten geneettinen tekijä ja immobilisaatio, sellaisia sanoja, jotka kohderyhmämme ymmärtää? Kysymys viittasi hoitokodin henkilökuntaan, jossa suurin osa työntekijöistä on lähi- tai perushoitajina. Törmäsimme siis ennako-oletukseen, jonka mukaan lähi- tai perushoitajat eivät ymmärrä vieraskielisiä hoitotyön termejä. Keskustelimme aiheesta pitkään ja pohdimme, onko oikein ajatella asiasta näin pelkän koulutustason perusteella. Ryhmänä olimme alusta saakka sitä mieltä, että itsearviointilomakkeen vieraskieliset termit voidaan ammattisanaston lisäksi luokitella yleissivistäviksi termeiksi. Tarkoitamme tällä sitä, että todennäköisesti myös suuri osa hoitotyön ulkopuolella toimivista ihmisistä ymmärtäisi sanojen merkityksen. Säilytimme lomakkeessa vieraskieliset termit siis myös eettisen näkökulman vuoksi. Toinen syy oli se, että näiden termien avulla saimme itsearviointilomakkeeseen lisää haasteellisuutta, mikäli vastaaja ei tiennyt, mitä kyseiset termit tarkoittavat.

Pohdimme myös, oliko oikein suunnata itsearviointilomake hoitokotiin, jonka henkilökunnan koulutus ei suurella osalla työntekijöistä ole ammattikorkeakoulu, vaan ammatillinen tutkinto. Pohdimme asiaa sekä itsemme että vastaajien kannalta. Omalla kohdallamme mietimme, kuinka työ vaikuttaa arvosanaamme ja omaan oppimiseemme, kun kohderyhmä ei vastaa tulevan ammattimme koulutustasoa. Kohderyhmän kohdalla pohdimme sitä, oliko oikein tuottaa työryhmän käyttöön lomake, joka saattoi ylittää heidän ammatilliset valmiutensa. Tarkoitamme tällä sitä, että koska koulutustasomme eivät ole samat, emme voi varmuudella tietää, kuinka laajasti lähi- ja perushoitajien opintoihin on kuulunut painehaavat ja millaisia odotuksia heihin ammatillisesti kohdistuu niiden suhteen.

Opinnäytetyössämme ei ilmennyt tutkimuksiin liittyviä eettisiä ongelmakohtia. Työmme oli luonteeltaan kehittämistyö, eikä se sisältänyt varsinaista tutkimusosuutta. Kehittämistyön tuotteena syntynyt

itsearviointilomake, ”Tunnistanko painehaavan?”, on itsearviointiväline, jolla hoitajat voivat testata omia taitojaan ja hyödyntää sitä taitojen kehittämisen tukena. Lomakkeen tulokset ovat henkilökohtaisia ja ne jäivät vain henkilön omaan käyttöön, joten eettistä ongelmaa vastastausten vertailusta tai yleistämisestä ei myöskään syntynyt. Opinnäytetyömme koottiin ajankohtaisista ja luotettavista tietolähteistä. Lähteitä on hyödynnetty monipuolisesti ja aineistohakua tehtiin useista tietolähteistä. Suomalaisessa lähdekirjallisuudessa painehaavoista on kirjoittanut pieni joukko alan ammattilaisia, joidenka tutkimuksista ja kirjallisuudesta saimme paljon kattavaa perustietoa painehaavojen hoidosta. Tällainen pieni alan ammattilaisten ydinjoukko olisi jossain tapauksessa saattanut aiheuttaa sen että lähteet olisivat jääneet kovin yksipuoliseksi, mutta itse koimme suomalaisen lähdekirjallisuuden hyvin monipuolisena, jota ulkomaalaiset lähteet sopivasti tukivat.

5.2 Hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Painehaavat ja muunlainen haavanhoito ovat terveysalalla aina ajankohtainen aihe ja hoitajan perustaito. Haavanhoitotuotteet kehittyvät jatkuvasti ja uusia tuotteita tulee markkinoille säännöllisesti. Hoitajien on siis ylläpidettävä haavanhoitoon liittyvää osaamistaan jatkuvasti ja seurattava hoitotieteen kehitystä. Esimerkiksi alipaineimuhoido on hoitomenetelmänä vasta yleistymässä ja monille hoitajille vielä vieras menetelmä haavanhoidossa.

Painehaavoihin liittyen tutkimusaiheita on lähes rajaton määrä ja tutkijalla on mahdollisuus tarkastella aihetta useista eri näkökulmista. Jatkotutkimusaiheita voisivat esimerkiksi olla

- määrällinen tutkimus hoitajien tiedoista ja taidoista painehaavojen hoitoon liittyen, jossa itsearviointilomakettamme voisi hyödyntää ja kehittää kyselylomakkeeksi
- määrällinen tutkimus hoitajien taidoista hyödyntää painehaavariskimittareita painehaavojen tunnistamisessa, jossa itsearviointilomake käsittelee riskimittareiden käyttöosaamista
- määrällinen tutkimus hoitajien painehaavojen tunnistamis- ja ennaltaehkäisytaidoista toteutettuna kaksiosaisena tutkimuksena, jossa ensimmäinen osuus testaisi hoitajien aikaisempaa painehaavaosaamista, ja toinen hoitajien painehaavaosaamista painehaavojen tunnistamis- ja ennaltaehkäisyä käsittelevän koulutuksen jälkeen

5.3 Työn merkitys ammatilliselle kasvulle

Opinnäytetyömme painehaavojen tunnistamisesta antaa meille hyvät puitteet omalta osaltamme ehkäistä painehaavojen syntyä tulevaisuudessa työpaikoissamme. Aiheeseen perehtymisen myötä voimme viedä painehaavatietoutta eteenpäin myös muulle henkilökunnalle työyhteisössä. Koimme opinnäytetyömme aiheen mielenkiintoisena pitkälti juuri sen ajankohtaisuuden ja aiheen monipuolisuuden vuoksi. Alun perin tarkoituksenamme oli käsitellä opinnäytetyön teoriaosuudessa yksityiskohtaisesti painehaavojen hoitotuotteita, mutta haavanhoitotuotteiden suuren määrän vuoksi päätimme hoitotuotteiden sijaan keskittyä ennaltaehkäisyä näkökulmaan. Tässä valinnassa takana oli myös ajatus painehaavojen terveydenhuollon alalle aiheuttamista suurista kustannuksista, joita voitaisiin pienentää juuri lisäämällä hoitajien tietoa ja osaamista painehaavojen ennaltaehkäisyssä ja varhaisessa tunnistamisessa.

Opinnäytetyön myötä opimme itse konkreettisesti ymmärtämään painehaavojen ennaltaehkäisyn merkityksen. Samaa teoretiedon konkretisoitumista käytännön työhön toivomme myös opinnäytetyön lukijalle, ja itsearviontilomakkeen käyttäjälle. Opinnäytetyön tekeminen on ollut pitkä prosessi, jonka avulla olemme onnistuneet kehittämään omia taitoja tiedonkeruussa ja ammattijulkaisujen hyödyntämisessä.

Opinnäytetyömme eteni suurimmaksi osaksi suunnitelmien mukaisesti. Yhteistä aikaa oli toisinaan vaikea löytää, joten tässä asiassa koimme suurena apuna google docs:in. Aikatauluun jouduimme tekemään pitkin matkaa joitakin muutoksia, ja lopullisesti opinnäytetyö valmistui lokakuun lopussa. Opinnäytetyön tehtäväjako jakaantui tasapuolisesti ryhmän jäsenten kesken ja yhteistyömme toimi luontevasti. Vaikka ryhmämme jäsenillä oli eroavia työskentelytapoja, saatiin työskentelykäytänteet sovittua kaikkien osapuolien mieliksi.

6 LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

CAPON, Alessandra, PAVONI, Noemi, MASTROMATTEI, Antonio ja DI LALLO, Domenico, 2006. Pressure ulcer risk in long-term units: prevalence and associated factors. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-05-14]. Saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e69cb8f6-1509-4047-9ea7-b5a3b1c7840a%40sessionmgr4005&vid=2&hid=4214>

CARVILLE, Keryln, 2013. Pressure, Shear and Friction. Julkaisussa: FLANAGAN, Madeleine (toim.) Wound healing and skin integrity. Principles and practice. 1.painos. Wiley- Blackwell Publication. The United Kingdom, 121-128.

Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto ja Yhdysvaltain kansallinen painehaava-asiantuntijaneuvosto, 2009. Painehaavojen ehkäisy. Pikaopas. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-06-10]. Saatavissa: http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Finnish.pdf

ETENE, 2010. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-03-16]. Saatavissa: <http://www.etene.fi/fi>

HAMK, 2014. Tieteellisen tutkimuksen eettisyys. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-03-16]. Saatavissa: http://portal.hamk.fi/portal/page/portal/HAMK/koulutus/Ylempi_AMK_tutkinto/kudos/lahtokohdat/tieteellisen_tutkimuksen_eettisyys

HARJUMAA, Marika, 2013. Painehaavat käyvät kalliiksi. Sairaanhoitaja. 2013 nro 12, 10.

HELSINGIN YLIOPISTO, 2013. Kehittämistutkimuksesta saadaan käytännöllistä tietoa opetuksen kehittämiseen. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-03-17]. Saatavissa: <http://www.luma.fi/artikkelit/1913/kehittamistutkimuksesta-saadaan-kaytannollista-tietoa-opetuksen-kehittamiseen>

HIETANEN, Helvi, 2009. Tutkimustietoa painehaavoista- mitä uutta 2000- luvulta? Haava. 2009 nro 3, 20 - 23.

HIETANEN, Helvi, 2011. Painehaavojen ehkäisy- ja hoito-ohjeet. Haava. 2011 nro 2, 24 - 25.

HIRSJÄRVI, Sirkka, REMES, Pirkko ja SAJAVAARA, Paula, 2007. Tutki ja kirjoita, 13., osin uudistettu painos. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu 2007, 194 - 198.

IIVANAINEN, Ansa ja KALLIO, Heli, 2011. Toiminnallisuutta ylläpitävä asentohoito. Haava. 2011 nro 3, 10 - 11.

ISTED, Michelle ja KELLY, Jennifer, 2011. Assessing nurses' ability to classify pressure ulcers correctly. Nursing Standard 26 (7), 62–71. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-10-23.] Saatavissa:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=79ec8cc1-3d37-4672-8f4f-306ee26b0f7a%40sessionmgr4004&vid=4&hid=4114>

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO, 2014. Opetuksen ja opiskelun eettiset ohjeet. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-03-16]. Saatavissa: <https://www.uef.fi/fi/opiskelu/opetuksen-ja-opiskelun-eettiset-ohjeet>

JAMK, 2012. Opinnäytetyön raportointiohje. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-03-17]. Saatavissa: <http://oppimateriaalit.jamk.fi/raportointiohje/tag/kehittamistyo/>

JUUTILAINEN, Vesa ja HIETANEN, Helvi, 2012. Haavanhoidon periaatteet. 1. painos. Sanoma Pro Oy. Helsinki, 300 -301, 313-315.

JÄNTTI, Merja, 2006. Ikäihmisen ravitsemus ja krooniset haavat. Haava. 2006 nro 1, 24 - 27.

KÄYPÄ HOITO, 2014. Krooninen alaraajahaava. [verkkosivusto]. [Viitattu 2014-10-08]. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi50058.pdf>

LAURI, Sirkka, 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. 1.painos. WS Bookwell Oy. Juva 2003, 24 - 25.

LEPISTÖ, Mervi, 2008. Painehaavojen riskiluokituksen kehittäminen. Haava. 2008 nro 4, 35 - 36.

LUMIO, Jukka, 2012. Painehaavat eli makuuhaavat. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2013-02-12]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00313

METSÄÄHO, Tuija, 2013. Työelämän toimivat tekstit.1. painos. Suomen Yrityskirjat Oy. Saarijärven Kirjapaino. Saarijärvi, 149-152.

MUSCOLINO, Joseph E., 2009. The muscle and bone palpation manual with trigger points, referral patterns, and stretching. Mosby Elsevier. China, 96, 349, 396, 488.

NISKASAARI, Marja, 2003. Painehaavojen ehkäisy on kaikkien työtä. Pinsetti. 2003 nro 3, 4.

OK-OPINTOKESKUS, 2014. Itsearviointi toimivaksi. [verkkosivu]. [Viitattu 2014-03-16]. Saatavissa: <http://ok-opintokeskus.fi/itsearviointi-toimivaksi>

OMOTE, Shizuko, SUGAMA, Junko, SANADA, Hiromi, KONYA, Shizuko, OKUWA, Mayumi ja KITAGAWA, Atsuko, 2005. Healing process of pressure ulcers after a change in the nutrition regimen of bedridden elderly: A case series. Japan Journal of Nursing Science 2005, nro 2, 85 - 92. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-05-26]. Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2b61634f-2f81-43d3-ac4f-98f550334e>

RAPO, Markus, 2009. Suomella edessä haastavat ajat. Tilastokeskus. [verkkoartikkeli]. [Viitattu 2014-03-11]. Saatavissa: http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-12-18_002.html?s=0

SAIRAANHOITAJALIITTO, 2014. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014-03-16]. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_ty_o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

SALMINEN-PELTOLA, Päivi, 2013. Painehaavapotilaan leikkaushoito. Haava. 2013 nro 4, 8 - 11.

SOPPI, Esa, 2006. Painehaavojen ennaltaehkäisy on taloudellisin vaihtoehto. Haava. 2006 nro 1. 36 - 37.

SOPPI, Esa, 2009. Uusi, helppokäyttöinen paineahaavariskin arviointimenetelmä- Shape Risk Scale. Haava. 2009 nro 3, 12 - 14.

SOPPI, Esa, 2012-11-28. Painehaavojen ennaltaehkäisyyn ja hoidon apuvälineet. [luento]. Kuopio: Kuopion yliopistollinen keskussairaala, auditorio.

SOPPI, Esa ja AHTIALA, Maarit, 2012. Painehaavat, ehkäisy ja hoito. Sairaanhoitaja. 2012 nro 6-7, 62 - 64.

SOPPI, Esa, 2013. Painehaavan ehkäisy ja hoito. [verkkosivu]. [Viitattu 2014-05-26]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00352&p_haku=painehaavojen_hoito

SOPPI, Esa, 2013. Painehaavan synnyn mekanismeja. Haava. 2013 nro 4, 6 - 7.

TOIKKANEN, Rita, 2003. Tyylikäs julkaisu, painotyön ja verkkosivujen suunnittelu ja toteutus. Edita Prima Oy, Helsinki 2003, 141 - 142.

WILSKMAN, Kaarina, 2006. Painehaavat hallintaan. Sairaanhoitaja. 2006 nro 1, 26 - 28.

LIITE 1: ITSEARVIOINTILOMAKE MUKAILTUNA

TUNNISTANKO PAINEHAAVAN ?

Ympyröi sopiva vastausvaihtoehto.

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 1. Painehaava syntyy yleensä kohtaan, jossa luu on lähellä ihon pintaa | oikein/väärin/en tiedä |
| 2. Painehaava tunnistetaan yleensä ensin ihon pinnalta punoittavana tai kuumottavana alueena | oikein/väärin/en tiedä |
| 3. Yksilöllisillä tai geneettisillä tekijöillä ei ole vaikutusta painehaavojen synnyssä | oikein/väärin/en tiedä |
| 4. Ensimmäisen asteen painehaava on yleensä punoittava ihoalue, jossa voi lisäksi esiintyä kipua | oikein/väärin/en tiedä |
| 5. Sairaallinen lihavuus sekä laihuus lisäävät potilaan riskiä saada painehaava | oikein/väärin/en tiedä |
| 6. Painehaavan hoidossa ensisijaista on valita tehokkaita haavanhoitotuotteita estämään painehaavan paheneminen | oikein/väärin/en tiedä |
| 7. Painehaavaa epäiltäessä on hyvä kysyä potilaalta haava-alueen kivusta, koska painehaavan tunnistaa siitä, ettei siinä tunnu kipua, vaan haava-alue on tunnoton. | oikein/väärin/en tiedä |
| 8. Painehaavat syntyvät usein kudokseen kohdistuvan paineen, venytyksen ja kitkan seurauksena. | oikein/väärin/en tiedä |
| 9. Ikääntyminen ei lisää riskiä painehaavojen syntymiselle | oikein/väärin/en tiedä |
| 10. Inkontinenssi sekä immobilisaatio lisäävät potilaan alttiutta painehaavoille | oikein/väärin/en tiedä |
| 11. Tehokas keino hoitaa painehaavoja on hieroa käsin punoittavaa iho-aluetta | oikein/väärin/en tiedä |
| 12. Toisen asteen painehaavassa voi esiintyä mustelmia | oikein/väärin/en tiedä |
| 13. Painehaavoista kärsivän potilaan ruokavalion tulisi sisältää riittävästi proteiineja, sekä a- ja e-vitamiineja. | oikein/väärin/en tiedä |

Vastattuasi kaikkiin väittämiin, tarkista vastaukset ja laske saamasi pistemäärä. Alta löydät oikeat vastaukset perusteluineen.

- Oikeasta vastauksesta saat 1 pisteen
- Väärästä vastauksesta 0 pistettä
- Mikäli vastasit "en tiedä" 0 pistettä

1. OIKEIN:

Yhdysvaltojen kansallinen painehaava-asiantuntija neuvosto, NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) sekä Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto, EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory) määrittelevät painehaavan ihon tai sen alaisen kudoksen *vaurioksi, josta syntyy kehossa tyypillisesti kohtaan, jossa luu on lähellä ihon pintaa*. Määritelmän mukaan painehaavan aiheuttajana on joko paine yksinään tai paine yhdistettynä venytykseen. Painehaavojen syntymiseen vaikuttavat paineen ja venytyksen lisäksi myös muut tekijät, esimerkiksi mekaanisista tekijöistä kitka, sekä ihon kosteus ja yksilöllinen alttius kudonvaurioille. (Hietanen ja Juutilainen 2012, 300 - 301.)

2. VÄÄRIN:

Kudonvaurio syntyy yleensä ensin syvälle lihakseen tai rasvakudokseen, koska nämä rakenteet kestävät painetta ja hapenpuutetta, eli iskemiaa ihoa heikommin. (Juutilainen 2012, 302 - 303.) Painehaava voi siis syntyä huomaamatta ilman iholla näkyviä merkkejä, kuten punoitusta ja kuumotusta, jolloin sitä ei ole aina mahdollista tunnistaa ihon pinnalta.

3. VÄÄRIN:

Painehaavan synty ei ole yksinkertainen tapahtumasarja, vaan *siihen vaikuttavat sekä genetiikka että yksilöllinen vauriokynnys, eli se, kuinka kudokset kestävät niihin kohdistuvaa painetta*. Geneettisten tekijöiden lisäksi kudosten ominaisuuksiin ja rakenteeseen vaikuttavat esimerkiksi henkilön ikä, perussairaudet ja jotkin lääkkeineet. (Soppi 2013, 6-7.)

4. OIKEIN:

Ensimmäisen asteen painehaavan tunnistaa punoittavasta, vaalenemattomasta ihoalueesta, jolla saattaa esiintyä kipua. Ihoalue voi olla muuta ihoa lämpimämpi, pehmeä tai kiinteä, tai yhtä lailla viileän tuntuinen. (Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto ja Yhdysvaltain kansallinen painehaava-asiantuntijaneuvosto 2009, 9-10.)

5. OIKEIN:

Sairaalloinen lihavuus ja ravinnon puutteesta tai vaikeasta sairaudesta johtuva kuihtuminen lisäävät painehaava alttiutta. Sairaalloisen lihavilla ihmisillä on enemmän rasvakudosta, joka kestää huonosti ihoon kohdistuvaa painetta aiheuttaen ihonalaisia vaurioita. Kakeksia (sairauden aiheuttama jatkuva laihtuminen ja siitä aiheutuva vaikea vajaaravitsemustila) potilailla rasvakudosta on puolestaan hyvin vähän, jonka vuoksi iho kestää heikommin painetta. (Carville 2013, 128.)

6. VÄÄRIN:

Hoidossa on tärkeää *poistaa haava-alueelta paine* mahdollisimman hyvin, esimerkiksi asentohoidon, erikoispatjojen tai erilaisten tyynyjen avulla. *Paineen vähentäminen on painehaavojen hoidon kulmakivi*, riippumatta haavan luokitteluasteesta. Painehaavat luokitellaan neljään luokkaan, ja tarkemmat hoitoperiaatteet määrytyvät luokitteluasteen mukaisesti. Haavanhoitotuotteet valitaan painehaavan ominaisuuksien ja tilan mukaan. (Soppi 2013.)

7. VÄÄRIN:

Potilaat saattavat kokea kovaa kipua jopa verrattain pienien painehaavojen seurauksena. Kipu puolestaan aiheuttaa univaikeuksia, huolta ja stressiä sekä voi viedä jopa ruokahalun. Joissain tapauksissa jatkuva kipu lievittyy vain pysymällä paikallaan. (Carville 2013, 122 - 123.)

8. OIKEIN:

Yhdysvaltojen kansallinen painehaava-asiantuntija neuvosto, NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) sekä Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto, EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory) määrittelevät painehaavan ihon tai sen alaisen kudoksen vaurioksi, joka syntyy kehossa tyypillisesti kohtaan, jossa luu on lähellä ihon pintaa. Määritelmän mukaan *painehaavan aiheuttajana on joko paine yksinään tai paine yhdistettynä venytykseen. Painehaavojen syntymiseen vaikuttavat paineen ja venytyksen lisäksi myös muut tekijät, esimerkiksi mekaanisista tekijöistä kitka, sekä ihon kosteus ja yksilöllinen alttius kudosaaurioille.* (Hietanen ja Juutilainen 2012, 300 - 301.)

9. VÄÄRIN:

Tutkimusten mukaan yli 70% painehaavoista syntyy yli 65-vuotiaille, joten myös *ikäntymistä voidaan pitää painehaavoille altistavana tekijänä.* Ikään liittyviä riskitekijöitä ovat esimerkiksi sairastavuuden yleistyminen, liikkumattomuuden ja elintoimintojen heikentyminen, sekä ihon rakenteen muutokset. (Juutilainen 2012, 303.)

10. OIKEIN

Ihon kosteus johtaa pitkäkestoisena vettymiseen, jonka seurauksena ihon pintarakenteet heikkenevät ja iho altistuu haavaumille sekä infektioille. Ihon kosteus voi vuodepotilaalla johtua esimerkiksi hikoilusta, haavojen eritteistä sekä virtsan- tai ulosteen pidätyskyvyttömyydestä, eli inkontinenssista. Hikoiluun vaikuttavat merkittävästi vaatetuksen ja patjojen materiaalit. (Juutilainen 2012, 303.) *Liikkumattomuus eli immobilisaatio on merkittävin tekijä painehaavojen synnyssä ja se voi olla seurausta esimerkiksi akuutista vammasta* (Juutilainen 2012, 304). Riskiryhmään luetaan juuri ne jotka eivät omatoimisesti pysty itseään liikuttamaan. (Soppi 2006, 36.) Suuri riski painehaavoille on erityisesti tehohoidossa olevilla potilailla sekä selkäydin- ja aivohalvauspotilailla. Myös esimerkiksi pitkäkestoisissa leikkauksissa riski painehaavojen syntymiselle on muuten terveellä potilaalla suurentunut, koska asento säilyy pitkään muuttumattomana. (Juutilainen 2012, 304.)

11. VÄÄRIN.

Painehaavaalueen hieromista tulisi välttää, sillä hieronta saattaa aiheuttaa iholla lisää venymistä sekä hankautumista kohdekudoksessa (Etelä- Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2014).

12. VÄÄRIN.

Toisen asteen painehaavassa verinahka (dermis) on osittain avoimen haavan rikkoma. Haavan pohja on katteeton, punainen tai vaalenpunainen eikä siinä ole havaittavissa mustelmaa. Haava voi olla kuiva, kiiltävä pinnallinen haava, tai kostea haava jolloin haavalla saattaa esiintyä myös verensekaisen nesteiden tai kudosten täyttämä rakkula. (Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto ja Yhdysvaltain kansallinen painehaava-asiantuntijaneuvosto 2009, 9-10.)

13. OIKEIN

Energia- ja proteiinilisistä saattaa olla hyötyä haavan paranemisen kannalta, sekä myös A- C- ja E-vitamiinien ja sinkin käytöstä. *C-vitamiini on tarpeen kollageenin valmistuksessa, A-vitamiini parantaa kehon vastustuskykyä ja E-vitamiini ylläpitää elimistön solukalvojen rakennetta ja toimii kehon antioksidanttina. Proteiineja puolestaan tarvitaan sidekudossolujen muodostumiseen, ja verisuonten uudelleen muodostumiseen. Ne toimivat lisäksi elimistön energianlähteenä, sekä osallistuvat lääkeaineiden sekä ravinnon kuljettamiseen.* Proteiinien rakennetta auttaa ylläpitämään sinkki. (Jäntti 2006, 24 - 27.)

Sain lomakkeesta / 13 pistettä

Tulokset:

- 13 pistettä: Mahtavaa ! Olet perehtynyt aiheeseen erinomaisesti ☺
 10-12 pistettä: Hyvä ! Tiedät painehaavoista paljon
 6-9 pistettä: Tiedät jotakin painehaavoista, kehitä osaamistasi
 Alle 5 pistettä: Perehdy aiheeseen lisää ja tee testi sitten uudestaan !

LIITE 2: POWER POINT- ESITYS

Tunnistanko painehaavan?

Osastotunti 29.10.2014
Sunnan koti, Vetreä Terveys Oy

Ella Eirola, Rosita Kettunen & Emmi Roivas

Opinnäytetyö

- Kehittämistyö
- Tuotoksena itsearviointilomake
- Painehaavojen tunnistaminen, ehkäisy ja hoitoperiaatteet
- Omien taitojen ja tietojen kartoittaminen sekä testaaminen
- Itsearviointilomakkeen perustana opinnäytetyön ajankohtainen teorian tieto

Mikä on painehaava

- Painehaavan (ent. makuuhaava) aiheuttaja on paine, tai paine yhdistettynä venytykseen
- Kohdekudokseen muodostuu paineen ja venytyksen johdosta ihon tai ihonalainen kudosvaurio
- Esiintyvät useimmiten kehon luisissa kohdissa ja ulokkeissa, jossa luu on lähellä ihon pintaa
- Eng. Vastine pressure ulcer, pressure sore, pressure injury

Painehaavojen esiintyvyys

- 5-20% hoitolaitoksissa tai kotihoidonpiirin potilailla
- Vuodepotilailla (potilailla jotka eivät pysty omatoimisesti liikuttamaan itseään) painehaavojen saantiriski huomattavan suuri
- Korkea ikä ja huonontunut fyysinen toimintakyky tutkitusti nostavat painehaavariskiä

Yleisimmät esiintymisalueet

- Takaraivo
- Ristiselkä
- Pakarat
- Istuinkyhmyt
- Kantapäät

Painehaavan syntyyn vaikuttavat tekijät

- Painehaavan syntyyn voivat vaikuttaa : kudokseen kohdistuva ulkoinen paine, kitka, venytys, ihon kosteus, immobilisaatio, ravitsemus, ruumiinlämpö, ikä sekä kudoksen ominaisuudet
- *Perussyy paineen altistama hapenpuute kohdekudoksessa*
- Makuualustan ja luun välinen paine aiheuttaa kudoksessa kudosstressiä, jonka vuoksi hiussuonien kuljettama happimäärä ei ole kudoksissa riittävä
- Hapenpuute aiheuttaa ennen pitkää verisuonten tukkeutumisen ja lopulta kudoksen nekroosin

- Kudosvaurion syntyyn vaikuttavat kudokseen kohdistuvan paineen kesto, sekä paineen suuruus
- Kudos kestää lyhytkestoista korkeaa painetta paremmin kuin pitkäkestoista matalaa painetta
- Lihäs- ja rasvakudos kestää painetta ja hapenpuutetta heikoimmin, syvällä kudoksissa oleva tulehdusreaktio voi oireilla alkuun kipuna
- Kriittisen kudosvaurion synnyn aikaraja vaihtelee yksilöllisten erojen vuoksi 30 minuutin ja 4 tunnin välillä

Painehaavalle altistavia yksilöllisiä tekijöitä

- Merkittävien riskitekijä liikkumattomuus (esim. tajuttomat, jäkkäät)
-vaikuttaa myös tuntopuutokset ja lääkkeet
- Yli 70% painehaavoista syntyy yli 65-vuotiaille
- Kudosten verenkierto, kimmoisuus sekä elastisuus voivat vähetessään altistaa painehaavalle
- Muita yksilöllisiä tekijöitä ovat esim. tupakointi sekä krooniset sairaudet, kuten diabetes ja anemia

Ravitsemuksen vaikutus painehaavan synnyssä

- Vajaaravitsemuksesta kärsivien potilaiden painehaavat paranevat heikommin ja ovat vaikeahoitaisempia kuin normaalisti ravittujen
- Sairaalloisen lihavilla ihmisillä on enemmän rasvakudosta, joka kestää huonosti ihoon kohdistuvaa painetta aiheuttaen ihonalaisia vaurioita.
- Proteiini-, sinkki- ja C- vitamiiniarvot ovat painehaavapotilailla usein normaalia matalampia

- Painehaavapotilaan päivittäisen energiansaantitason tulisi olla 30-35 kcal/ kg/vrk
-vaikuttaa painehaavan koko, vaikeusaste ja kulunut aika painehaavan synnystä
- Päivittäinen proteiinin saantisuositus on 1,25 - 1,50 g/painokiloa päivää kohden
- Jos potilaalla on suuri riski saada painehaava puutteellisen ravitsemustilan tai jonkin kroonisen sairauden seurauksena, suositellaan potilaalle päivittäiseen käyttöön täydennysravintovalmisteita

Painehaavojen luokittelujärjestelmä

- Luotu yhteistyössä NPUAP ja EPUAP:n kanssa
- Kuuluu neljä kategoriata, joissa määritellään painehaavan aiheuttama kudosvaurion taso
- **1.asteen painehaava:**
-ihon vaalenematon punoitus
-iho voi olla pehmeä, kiinteä, lämpimä tai viileä
-saattaa esiintyä kipua

- **2.asteen painehaava:**
-ihon osittainen pinnallinen vaurio
-voi olla kuiva tai kostea
-haavan pohja katteeton
-väritään punainen tai vaaleanpunainen
-ei mustelmaa

• 3.asteen painehaava

- kudosvaurio läpäisee koko ihon
- ei näkyvissä luuta, lihasta tai jännettä
- voi esiintyä katetta ja onkaloitumista

• 4.asteen painehaava:

- ulottuu koko ihon sekä ihonalaiskudoksen läpi paljastaen osan luuta, lihasta tai jännettä
- voi esiintyä nekroosia, katetta, onkaloitumista sekä ihotaskuja
- haavan syvyys riippuu sen sijaintipaikasta ja rasvakudoksen määrästä

Riskiluokitusmittarit

- Suunniteltu pääasiassa sairaalahoitossa olevien potilaiden painehaavariskin arvioimisen apuvälineiksi
- **Bradenin riskiluokitusmittari:** 6 kategoriaa: liikkuminen, toimintakyky, tuntoaisti, ravitsemus, ihon kosteus, kudosten mekaaninen hankaus sekä niihin kohdistuva venytys.
 - maksimipisteet 23, jolloin riski hyvin pieni
 - 13 pistettä tai alle on kyseessä huomattava painehaavariski

- **Nortonin riskiluokitusmittari:** 5 kategoriaa: fyysinen kunto, inkontinenssi, henkinen tila, toiminta- sekä liikuntakyky.
 - pisteitys joka kategoriassa 1-4
 - riski sitä suurempi mitä alhaisemmat pisteet ovat
- **SRS-riskiluokitusmittari:** 5 kategoriaa: tajunnan taso ja tuntoaisti, fyysinen aktiivisuus ja liikkuvuus, painoindeksi, vartalomalli sekä kehon lämpötila.
 - mitä suuremmat pisteet, sitä korkeampi painehaavariski on.

Painehaavojen hoitoperiaatteita

- Hoito usein haasteellista ja pitkäkestoista → Ennaltaehkäisy paras hoitokeino
- **Ennaltaehkäisy:**
 1. Asentohoito
 2. Ravitsemus (proteiini ja C-vitamiini)
 3. Ihon hoito
 4. Erikoispatjojen käyttö
- Suositusta noudattaen jokaiselle vuodepotilaalle tulisi tehdä painehaavan riskiarvio sekä tarkastaa ihon kunto vuorokauden kuluessa hoitoon saapumisesta

- Painehaavan hoito noudattelee kroonisen säärihaavan hoitoa
 1. Haavan puhdistus (jos haavan pohja puhdas → vesi, jos haavan pohjalla kuollutta kudosta → mekaaninen puhdistus)
 2. Haavanhoitotuotteet haavan ulkonäön ja ominaisuuksien perusteella
- Painehaavoille ei ole Käypähoito- suositusta

Asentohoito

- Ennaltaehkäisy ja hoidon kulmakivi
- Tarkoitus vähentää luu-ulokkeisiin kohdistuvaa painetta
- Edistää elintoimintoja ja ylläpitää nivelten liikkuvuutta
- Korostuu tajuttomilla, halvaantuneilla ja vammautuneilla potilailla
- Suositus vaihtaa asentoa vähintään 2 h välein
- Asennon oltava potilaalle mukava (apuvälineet, kuten tuet, tyynyt ja kiilat)
- Selinmakuuasento aiheuttaa melko nopeasti painaumia

Painehaavojen kirurginen hoito

- Äärimmäinen ja haastava hoitomuoto
- Revisio- ja korjaavat toimenpiteet
 1. Revisiotoimenpide:
 - nopeasti syntynyt ja infektoitunut painehaava
 - tarkoitus nopeuttaa haavan puhdistumista poistamalla nekroottinen kudos
 2. Korjaava toimenpide:
 - painehaava luokiteltu 3. tai 4. asteelle
 - muu hoito ei ole tuonut tulosta

- Potilaan tulee suostua ja sitoutua toimenpiteeseen sekä jatkohoitoon
- Leikkauskelpoisuus (pitkäaikaissairaudet ym.)
- Leikkaushoidon tavoitteena:
 - haitallisen kudoksen poistaminen
 - haavan sulkeminen
 - painehaavan uusiutumisen estäminen
- Komplikaatioita: haavan tulehtuminen, vuoto, haavan aukeaminen, kudoksen kuoliot
- HUOM ! Leikkaustoimenpide lisää riskiä uuden painehaavan synnylle, jos leikkauksen aikaisesta asentohoidosta ei huolehdi