



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Painehaavaopas Hyvinkään terveyskeskussai- raalan osasto 11 a:n henkilökunnalle

Henttonen, Anniina
Lehtonen, Daniela

2016 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu



Painehaavaopas Hyvinkään terveyskeskussairaalan
osasto 11 a:n henkilökunnalle

Anniina Henttonen 1300491
Daniela Lehtonen 1300485
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Tammikuu, 2016

Anniina Henttonen & Daniela Lehtonen

Painehaavaopas Hyvinkään terveyskeskussairaalan 11 a:n osaston henkilökunnalle

Vuosi 2016 Sivumäärä 65

Opinnäytetyömme aiheena oli painehaavojen havainnointi, ennaltaehkäisy ja hoito. Teoreettinen osuus on kirjoitettu tutkittuun ja ajantasaiseen tietoon perustuen. Teoreettista tietoa olemme hakeneet monipuolisesti painetuista ja sähköisistä lähteistä, sekä suomalaisia että kansainvälisiä lähteitä käyttäen. Kattavan teorian pohjalta kokosimme painehaavaoppaan Hyvinkään terveyskeskussairaalan akuutti vuodeosasto 11 a:n henkilökunnan käyttöön. Oppaan tarkoituksena on toimia osasto 11 a:n henkilökunnan työkaluna jokapäiväisessä hoitotyössä. Oppaassa vastataan kysymyksiin, mikä painehaava on, miten painehaava syntyy, miten painehaavoja voidaan ennalta ehkäistä sekä miten painehaavoja hoidetaan ja mitä hoidossa on tärkeä huomioida. Oppaassa keskityimme etenkin painehaavojen ennaltaehkäisyssä olennaisiin asioihin, kuten ihon kunnon arviointiin, ravitsemukseen, asentohoidon tärkeyteen ja painehaavojen konservatiiviseen hoitoon.

Kävimme esittämässä valmiin painehaavaoppaan osasto 11 a:n henkilökunnalle osastotunnilla. Annoimme osaston henkilökunnalle kaksi kirjallista versiota oppaasta sekä palautekyselyn täytettäväksi. Palautekyselyssä arvioitiin aihetta, sisältöä, selkeyttä ja ulkoasua. Vastausaikaa kyselyn täyttämiseen oli seitsemän päivää, jonka jälkeen kävimme hakemassa täytetyt palautelomakkeet. Lopuksi analysoimme tulokset. Palautetta saatiin yhteensä kuudelta ihmiseltä ja saamamme palaute oli erittäin positiivista. Opas koettiin monipuoliseksi, kattavaksi ja aihe oli henkilökunnan mielestä sopivasti rajattu.

Painehaavaopas viedään hoitajien kansliaan, josta se toimii henkilökunnan apuna potilastyössä. Sen avulla pyritään lisäämään hoitajien tietoisuutta painehaavoista, herätellä hoitajia ennakkoimaan painehaavojen syntymistä ja tarjota tietoa jo syntyneiden painehaavojen kokonaisvaltaisesta hoidosta.

Mielestämme jatkotutkimusaiheena voisi tutkia, miten kyseisen osaston hoitohenkilökunnan hoitokäytänteet ovat muuttuneet oppaan käyttöönoton jälkeen. Aihetta voisi tarkastella esimerkiksi tutkimuksen muodossa ja selvittää mitkä asiat hoitohenkilökunta kokee tärkeinä osastolla ammattitaitonsa päivittämisen suhteen.

Asiasanat: painehaava, painehaavojen ennaltaehkäisy, painehaavojen hoito, varhainen tunnistaminen, apuvälineet, painehaavaopas

Anniina Henttonen & Daniela Lehtonen

Pressure ulcer guide for the employees of Hyvinkää´s healthcare centre (ward 11 a).

Year	2016	Pages	65
------	------	-------	----

Our thesis subject was pressure ulcer prevention and treatment. The theoretical part of the thesis was written based on researched and up-to-date information. We applied the theoretical knowledge from wide ranged sources, (both literature and internet) from Finland and internationally. On this basis we gathered a pressure ulcer guide for the employees of Hyvinkää´s healthcare centre (ward 11 a). In the guide we gathered comprehensive information on pressure ulcers. The guide is focused especially on the essential matters of the prevention of pressure ulcers (for example the condition of the skin), nutrition, the importance of the treatment position and the conservative treatment of pressure ulcers. Our priority was to produce a comprehensive and distinct guide about pressure ulcers in order to make everyday nursing life easier.

The finished guide was presented at the department class for employees of ward 11 a. We also gave them two literal versions of the guide and a survey. The questions included the subject matter, convenience aspects, clarity and visual appearance of the guide. We gave them one week in which to reply. At the end we analyzed the feedback questionnaires that we had received and we received feedback from six respondents which were positive. The guide was felt by the respondents to be multifaceted and encompassing, and at the same time concise.

The pressure ulcer guide will be placed in the nurse´s office, where it can be used as a tool for patient care. By using the guide, nurses can anticipate the emergence of pressure ulcers and treat the pressure ulcers which a patient already has as comprehensively as possible. Further research could explore how nurse treatment practice has changed since they have started to use this ulcer pressure guide on ward 11 a. The topic could be the researching and finding out of things which nurses on ward 11 a feel are important in this context to upgrade in relation to their professional skills.

Keywords: Pressure ulcer, pressure ulcers prevention, pressure ulcers treatment, early recognize, utility, ulcer pressure guide

Sisällysluettelo

1	Johdanto.....	6
2	Painehaavojen etiologia	6
2.1	Painehaavojen syntyyn vaikuttavat systemaattiset tekijät.....	7
2.1.1	Ihon ikääntyminen	7
2.1.2	Sairaudet.....	7
2.1.3	Muut systeemiset tekijät.....	9
2.2	Painehaavojen syntyyn vaikuttavat paikalliset tekijät	9
2.2.1	Ihoon ja ihonalaiskudokseen kohdistuvat voimat	9
2.2.2	Ihon kosteus ja lämpö	10
2.2.3	Mobiliteetti	10
2.2.4	Yksilölliset tekijät.....	11
3	Painehaavojen syvyysluokitus.....	11
4	Painehaavojen ennaltaehkäisy.....	13
4.1	Hoitohenkilökunnan rooli	13
4.2	Ihon kunnon arviointi ja hoito	14
4.3	Asentohoito.....	15
4.4	Ravitsemus	16
4.5	Painetta vähentävät apuvälineet.....	17
4.5.1	Patjat.....	18
4.5.2	Istuvan potilaan apuvälineet	19
4.5.3	Siirrossa käytettävät apuvälineet	19
4.6	Riskiluokitusmittarit	20
4.7	Hoitotyön kirjaaminen	22
5	Painehaavan hoito	23
5.1	Konservatiivinen hoito.....	24
5.1.1	Kivunhoito	25
5.1.2	Haavanhoitotuotteet	26
5.2	Kirurginen hoito	29
6	Opinnäytetyön tausta, tarve, tavoite ja toteutus.....	30
6.1	Tausta, tarve ja tavoite.....	30
6.2	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	31
6.3	Toteutus	32
7	Pohdinta	32
7.1	Opas ja tulosten analysointi.....	34
7.2	Kehittämissideat.....	35
	Lähteet	36
	Kuvat.....	39
	Liitteet.....	40

1 Johdanto

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opas painehaavoista, ennaltaehkäisystä ja hoidosta Hyvinkään terveyskeskussairaalan akuutti vuodeosasto 11 a:n henkilökunnalle työkaluksi jokapäiväiseen hoitotyöhön. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää osaston henkilökunnan tietämystä ja taitoja painehaavoista yleisesti. Opas on kokonaisvaltainen tietopaketti painehaavoista, joka sisältää ytimekkäästi olennaiset asiat jotka tulisi tietää hoitajan roolissa vuodeosastotyöskentelyssä.

Opinnäytetyö koostuu kahdesta osasta, kattavasta teoriaosuudesta, joka pohjautuu näyttöön perustuvaan tietoon sekä tuottamastamme oppaasta. Opinnäytetyössä panostettiin erityisesti tiedonhakuun, josta saatiin hyvä ja monipuolinen pohja itse oppaalle. Teoria on koottu siten, että jokaisen alaosion erottaa selkeästi tekstistä. Itse oppaan sisältö pohjautuu teoreettiseen viitekehykseen, jossa käsitellään painehaavojen olennaisimmat osa-alueet hoitotyön kannalta.

Painehaavojen määrä on jatkuvassa kasvussa Suomessa. Potilaspaikkojen ja esiintyvyyden perusteella Suomessa 55 000-80 000 potilaalla on jo painehaava (Soppi 2014). European Pressure Ulcer Advisory Panel: in mukaan painehaava on paikallinen ihon sekä sen alla olevan kudoksen vaurio, joka syntyy yleensä luu-ulokkeen kohdalla kudokseen kohdistuvasta paineesta tai sekä paineesta että venytyksestä (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 32.) Tämän vuoksi aihe on enemmän kuin tärkeä jokapäiväisessä hoitotyössä.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kahden sairaanhoitajaopiskelijan toimesta yhteistyössä Hyvinkään terveyskeskussairaalan akuutin vuodeosaston 11 a:n osastonhoitajan kanssa. Oppaan tarkoituksena on olla tiivis teoriakokonaisuus painehaavoista hoitohenkilökunnan hoitotyön kannalta.

2 Painehaavojen etiologia

Painehaavan syntyyn vaikuttavista tekijöistä tärkein on pitkittynyt, kohtisuora, staattinen ulkoinen paine kehon luisten ulokkeiden alueella (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 187). Kun ihoon ja ihonalaisiin kudoksiin kohdistuva paine ylittää tietyn rajan, kapillaariverenkierto estyy ja kudosten hapensaanti on riittämätöntä, mistä seuraa kudoksen nekroosi. Paineen suuruus ja kesto katsotaan tärkeiksi tekijöiksi painehaavan syntymisen kannalta. Sen mukaan kudoksen vaurioita syntyy sitä nopeammin, mitä suurempi kudokseen kohdistuva paine on. Yli kahden tunnin yhtäjaksoinen kriittisen rajan ylittävä paine voi saada aikaan korjautumattomia kudoksen vaurioita. Haava voi saada alkunsa myös toistuvasta paineen aiheuttamasta kudoksen stressireaktiosta, joka on tärkeää ottaa huomioon potilaan arkipäi-

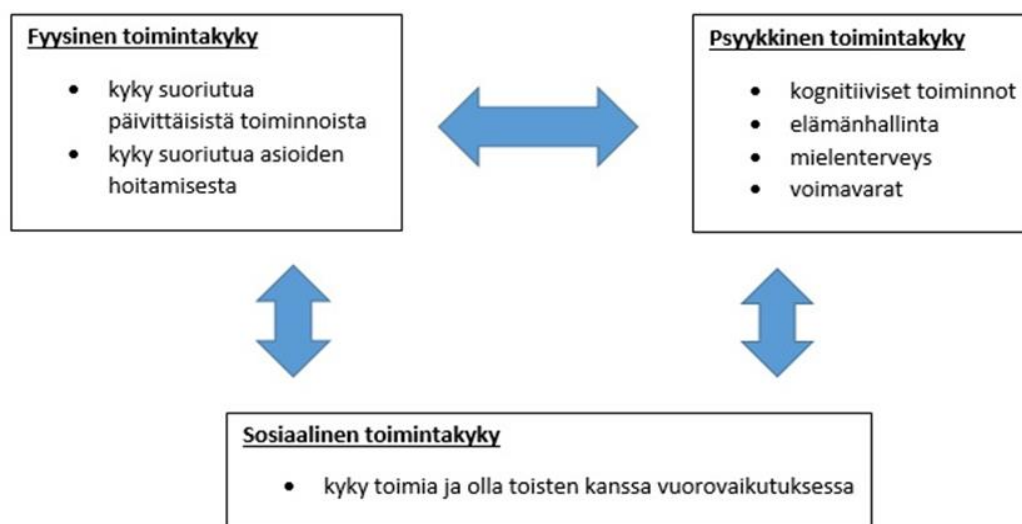
väisessä hoitotyössä. Paineen aiheuttamat kudosisvauriot syntyvät eri kudoksissa osittain eri päivänä. (Soppi 2010.)

2.1 Painehaavojen syntyyn vaikuttavat systemaattiset tekijät

2.1.1 Ihon ikääntyminen

Ikääntymisen myötä kehossa tapahtuu fysiologisia muutoksia. Ihossa ilmenee rakenteellisia muutoksia, kuten elastisuuden muutokset ja ihon oheneminen sekä verisuonien aktiivisuuden väheneminen ja muuttuminen. Ikääntyneen ihmisen iho on haavoittuvainen, hauras ja herkkä vaurioille. Näin ollen haavat ja infektiot paranevat huomattavasti hitaammin kuin nuorella ihmisellä. (Juutilainen & Hietanen 2012, 41-42.) On myös mahdollista, että ihonalaiset syvät kudokset sietävät vanhuksilla huonommin iskemiaa sekä mekaanista kuormitusta kuin nuorilla (Juutilainen & Hietanen 2012, 304).

Painehaavat yleistyvät enemmän sitä mukaa kun ihminen vanhenee. Esimerkiksi 70 prosenttia painehaavoista tulee yli 70-vuotiaille potilaille (Kauppinen 2013, 26). Ikääntymisen myötä myös toimintakyky heikkenee. Ihminen selviytyy itseään tyydyttävällä tavalla arkipäiväisistä toiminnoistaan omassa toimintaympäristössään. Toimintakyky sisältää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kokonaisuuden. Yhden osa-alueen horjuminen voi vaikuttaa suuresti ihmisen elämään. Etenkin fyysisen toimintakyvyn heikentyminen näkyy, kun ihmisen liikkuminen vaikeutuu ja täten painehaavariski kasvaa entisestään. (Sarvimäki, Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2010, 20.)



Kuva 1: Toimintakyvyn eri osa-alueiden vaikutukset toisiinsa. (Sarvimäki, Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen. 2010.)

2.1.2 Sairaudet

Systeemiä tekijöitä, jotka vaikuttavat haavan syntyyn ja paranemiseen, ovat myös kudoksen hapettuminen, verenkierron riittävyys sekä oikeanlainen ravitsemus. Lisäksi siihen vaikuttavat kudosten aineenvaihduntaan liittyvät tekijät. (Juutilainen & Hietanen 2012, 39.) Solut tarvitsevat toimiakseen happea, jonka myötä ne pystyvät tuottamaan energiaa. Jotta kudokset pystyvät korjaamaan itseään, se tarvitsee toimiakseen energiaa. Kudokset tarvitsevat siis riittävän verenkierron elimistössä sekä riittävästi happea toimiakseen. Happea kudoksiin kulkeutuu sitä kuljettavien veren punasolujen mukana valtimoita pitkin sekä plasmaan liuenneena. Verestä kudokseen happi siirtyy diffuusion avulla. Veren happiosapaineen täytyykin olla korkeampi kuin sitä ympäröivän kudoksen, jotta happi pääsee siirtymään kudokseen. Tällöin kudoksessa on oltava riittävä verenkierto ja lyhyt diffuusiomatka. Näin kudokset pääsevät hapettumaan paremmin. Pitkään jatkunut hypoksia eli happivaje luonnollisesti hankaloittaa haavan paranemista. Tällöin myös ihon puolustuskyky alenee, kun valkosolut eivät pääse hävittämään bakteereita olosuhteissa, joissa happea on liian vähän. Pahimmillaan riittämätön verenkierto ja sen myötä myös riittämätön kudoksen hapensaanti voi johtaa kudoksen kuolioon. Veren ja kudosten hapettumiseen voivat vaikuttaa monet taustalla olevat sairaudet, kuten esimerkiksi keuhkosairaudet, sydänsairaudet, verisuonisairaudet, veren ja verta muodostavien kudosten sairaudet, diabetes sekä kudosturvotus. (Juutilainen & Hietanen 2012, 39-40, 47.)

Yksi vanhimmista tunnetuista sairauksista on diabetes, joka aiheuttaa häiriöitä insuliinin tuotannossa. Diabetes tuo mukanaan myös paljon muita riskejä. Diabetes muun muassa nostaa riskiä valtimoiden ja suurten verisuonten kovettumisen ja ahtautumisen riskiä, joka voi näkyä esimerkiksi jalkojen verenkierron riittämättömyytenä. (Töyry 2007, 5, 66-67.) Diabetes vaikeuttaa myös haavan paranemisprosessia ja vaikuttaa olennaisesti haavojen syntymiseen. Punasolujen sokeroituminen (HbA1c) heikentää mikroverenkiertoa muuttamalla punasolujen elastisiksi huonontamalla samalla haavan paranemismahdollisuuksia. (Juutilainen & Hietanen 2012, 44.) Muista aineenvaihdunnallisista sairauksista etenkin maksa- ja munuaissairaudet, jotka heikentävät proteiinien tuotantoa tai lisäävät proteiinien menetystä, hankaloittavat haavan paranemista. Samoin esimerkiksi kihti ja kilpirauhasen vajaatoiminta heikentävät haavojen paranemisprosessia. (Juutilainen & Hietanen 2012, 45.) Diabetekseenkin liitetty ylipaino itsessään altistaa alaraajalaskimoiden ja imusuonien vajaatoiminnalle aiheuttaen turvotuksia heikentäen kiertävän veren riittävää määrää. Se myös heikentää keuhkojen toimintaa, joka puolestaan näkyy riittämättömänä kudosten hapensaantina. (Juutilainen & Hietanen 2012, 41.)

Liikuntakykyyn vaikuttavat ja tuntopuutoksia aiheuttavat sairaudet, kuten neurologiset sairaudet sekä selkäydin- ja hermovammat voivat altistaa painehaavan synnylle ja pahenemiselle sekä hankaloittaa haavan paranemista. (Juutilainen & Hietanen 2012, 45.) Myös diabetekseen voi liittyä motorisen tai sensorisen hermoston muutoksia, jotka ilmenevät esimerkiksi alaraa-

jojen lihasten toimintakyvyn heikentymisenä sekä kivun tuntemuksen heikentymisenä (Töyry 2007, 64).

Lääkkeistä kortikosteroidit altistavat haavainfektioille. Kortikosteroidit supistavat verisuonia, mikä voi vaikuttaa kudosten hapensaantiin heikentävästi. Pitkäaikaisesti käytettyinä ne ohentavat ihon pintakerrosta ja tekevät ihosta hauraamman sekä alttiimman haavoille. Syövän hoidossa käytettävät sytostaatit vaikuttavat solujen toimintaan ja vähentävät solujen jakaantumista. Valkosolujen määrä vähenee, koska ne eivät pääse enää jakaantumaan niin nopeasti. Tällöin haavan infektioltuus suurenee huomattavasti. (Juutilainen & Hietanen 2012, 45-46.)

2.1.3 Muut systeemiset tekijät

Tupakointi heikentää kudosten hapensaantia ja hankaloittaa haavan paranemista kudostasolla supistamalla verisuonia ja vähentämällä kudoksessa kiertävän veren määrää. Tupakan haitalliset aineet syrjäyttävät hapen hemoglobiinista ja saavat aikaan soluhengityksen salpaantumista. Haitallisimpina aineina tupakassa ovat nikotiini, hiilimonoksidi ja vetysyanidi. Nikotiini supistaa kapillaariverenkiertoa, vähentäen ihon verenkiertoa jopa 40 % alkuperäisestä ja vaurioittaa verisuonten sisäseinämää, mikä puolestaan altistaa tukoksille. Nikotiini vaikuttaa myös elimistön C-vitamiinin kertymiseen alentavasti ja altistaa infektioille. Hiilimonoksidi eli häkä puolestaan syrjäyttää hapen hemoglobiinista samalla, kun se sitoutuu punasoluihin. Tämän seurauksena kudosten hapettuminen huonontuu ja tukostaipumus kasvaa. Vetysyanidi myös osaltaan hankaloittaa kudosten hapettumista, vaikuttaa kudosten aineenvaihduntaan, hankaloittaa haavan paranemista ja kasvattaa infektoriskiä. (Juutilainen & Hietanen 2012, 41.)

Psykososiaalisista tekijöistä haavan paranemisprosessiin vaikuttavat potilaan ohjaus haavan hoidossa ja ennaltaehkäisyssä, hoitoon motivoituminen, hoitoon sitoutuminen sekä elimistön stressitila. Stressi vaikuttaa elimistössä adrenaliinin ja kortikosteroidien eritykseen. (Juutilainen & Hietanen 2012, 49.) Liikunnasta saadaan apua stressin, ahdistuksen ja depression hallintaan. Se toimii siis tärkeänä osana terveyden edistämässä ja ylläpidossa. (Ruuskanen 2006, 12.)

2.2 Painehaavojen syntyyn vaikuttavat paikalliset tekijät

2.2.1 Ihoon ja ihonalaiskudokseen kohdistuvat voimat

Ihoon ja ihonalaiseen kudokseen kohdistuu tangentiaalisia voimia, kun keho liikkuu sivuttain kontaktipintaa vasten. Esimerkiksi kun makuulla olevaa potilasta siirretään vuoteessa ylöspäin vetämällä, tapahtuu patjan ja sen kanssa kontaktissa olevan ihon välille kitkaa, joka pyrkii

jarruttamaan siirtävää liikettä aiheuttaen ihonalaisiin kudoksiin venymistä ja ihon pinnalle hankautumista sekä rikkoontumista. (Pikaopas painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon 2010,20-21.) Toinen vastaava tilanne syntyy, kun sängyn päätyä nostetaan ylöspäin ja keho valuu ylhäältä alaspäin patjalla, saaden aikaan pahemman kudosisäilyksen mitä pelkkä kohtisuora paine edellyttäisi (Hietanen ym. 2002, 187). Siirtämisen liikkeestä aiheutuu sitä suuremmat tangentialiset voimat mitä suurempi ihon ja kontaktipinnan välinen kitka on. Ihon ja kontaktipinnan välinen kitka on riippuvainen ihon kosteudesta, potilaan vaatetuksesta sekä patjan tai istuinalusen pintamateriaalista. (Juutilainen & Hietanen 2012, 303.)

2.2.2 Ihon kosteus ja lämpö

Ihon pitkittynyt kosteus aiheuttaa vettymistä, joka osaltaan heikentää ihon suojaavaa pintarakennetta ja altistaa sekä haavaumille että infektioille. Ihon kosteus voi myös osaltaan lisätä kitkaa, joka lisää tangentialisten voimien vaurioittavaa vaikutusta. Haitallista ihon kosteutta voivat aiheuttaa esimerkiksi hikoilu ja haavaeritteet. Suurentunut ihovaurioiden riski on etenkin inkontinenssipotilailla, joilla virtsan ja ulosteen sisältämät kemikaalit pääsevät ärsyttämään ihoa entuudestaan. Myös hiostavat asusteet, tietynlaiset haavasidokset sekä patja- ja vuodemateriaalit voivat aiheuttaa ihon kosteusongelman pahenemista. (Juutilainen & Hietanen 2012, 303.)

Ruumiinlämmön lasku esimerkiksi pitkäkestoisen leikkauksen aikana lisää painehaavariskiä. Tällöin kehon lämmönsäätelyjärjestelmä ei toimi normaalisti, mikä voi johtaa ydinlämmön merkittävään laskuun, suurentaen muiden komplikaatioiden ohella myös painehaavariskiä. Tätä havaintoa on tukenut lämmityshoidon hyöty, jolla on pystytty vähentämään painehaavojen syntyä pitkäkestoisen leikkauksen aikana. (Juutilainen & Hietanen 2012, 304.)

2.2.3 Mobiliteetti

Liikkumattomuus on tärkein painehaavalle altistava tekijä, joka voi johtua esimerkiksi akuutista vammasta tai sairaudesta. Suurentunut painehaavariski on selkäydinvammaisilla, aivohalvauspotilailla sekä tehohoidossa olevilla potilailla. Myös pitkään kestävässä leikkauksissa olevilla potilailla on erityisesti suurentunut painehaavariski, vaikka muita varsinaisesti painehaavoille altistavia tekijöitä ei potilaalla entuudestaan olisikaan. Painehaavariski on suurentunut myös alaraajamurtumapotilailla, koska heidän liikkumisensa on etenkin hoidon alkuvaiheessa usein hyvin rajoitettua, kuten esimerkiksi iäkkäillä lonkkamurtumasta kärsivillä potilailla. Liikkumattomuuden syynä voi myös olla erilaiset tuntohäiriöt, jotka voivat liittyä esimerkiksi neuropatiaan tai hermovammaan. Puuttuva suojatunto voi johtaa siihen, että potilas ei tunne pitkittyneestä kudospaineesta johtuvaa iskemistä kipua, joka normaalioloissa saa ihmisen vaihtamaan asentoaan. Liikkumattomuus

voi olla myös kroonista, joka johtuu usein ikääntymisen lisäksi erilaisista sairauksista sekä vammojen jälkitiloista sekä keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden käytöstä. (Juutilainen & Hietanen 2012, 304.)

2.2.4 Yksilölliset tekijät

Ihonalaisen rasvakudoksen vähyys ja lihasten atrofia johtavat kehon luisten ulokkeiden korostumiseen ja epätasaisempaan paineen jakautumiseen riskialueilla. Anatomisia tekijöitä voivat olla myös yksilölliset anatomiset ominaisuudet. Esimerkiksi korostunut lannerangan kaareutuminen eteenpäin kallistaa myös lantiota eteenpäin, työntäen samalla ristiluuta taaksepäin. Täten selällä maatesa ristiluun painehaavan riski suurentuu. Vastaavasti lievempikin lonkan tai polven ojennusvajaus voi aiheuttaa selällään maatesa liiallisen paineen kantapään seudulle aiheuttaen siihen suurentuneen painehaavariskin. (Juutilainen & Hietanen 2012, 304.)

3 Painehaavojen syvyysluokitus

Näyttöön perustuvat suositukset ja painehaavojen syvyysluokituksen määritelmän on kehittänyt Yhdysvaltain kansallinen painehaava-asiantuntijaneuvosto (NPUAP) sekä Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto (EPUAP). Työryhmässä on ollut mukana myös Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Kansainvälisen yhteistyön tarkoituksena oli kehittää kattava yhteenveto painehaavojen ehkäisylle ja hoidolle näyttöön perustuvia suosituksia, joita terveydenhuollon ammattilaiset voivat hyödyntää maailmanlaajuisesti hoitotyössään. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta. 2014, 3.) Painehaavat luokitellaan neljään eri asteeseen: I-luokka, jossa on vaalenematonta punoitusta, II-luokka, jossa on ihon pinnallinen vaurio, III-luokka, jossa on koko ihon vaurio ja IV-luokka, jossa vaurio on koko ihon ja ihonalaiskudoksen paksuudelta. Syvyys voi olla myös luokittelematon, mutta tätä luokitusta ei suositella käytettävän. (Pressure ulcers 2013.)

I luokan painehaavassa on vaalenematonta punoitusta. Iho on ehjä, mutta siinä on vaalenematonta punoitusta paikallisella alueella, eikä se häviä asentoa vaihtamalla. Usein alue on luisen ulokkeen kohdalla. Tummapigmenttisessä ihossa ei välttämättä huomaa näkyvää vaalenemista, mutta vauriokohdan väri saattaa silti erottua ympäröivän alueen värytyksestä selkeästi. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta. 2014, 11.) Alue voi olla kivulias, kiinteä, pehmeä tai ympäröivää kudosta viileämpi tai lämpimämpi. Ensimmäisen asteen painehaavaa voi olla vaikea havaita erityisesti potilailla, joiden iho on sävyltään tummempi. Vaalenematon punoitus on usein selvä merkki potilaan painehaavariskistä, jonka etenemiseen voidaan vielä puuttua ajoissa. Punoittava alue tulee

suojata kosteudelta tai mahdolliselta hankautumiselta. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta. 2014, 11.)

II luokan painehaavassa on ihon pinnallinen vaurio. Dermiksen osittainen vaurio näkyy pinnallisena haavana, joka on avoin ja haavan pohja on punainen tai vaaleanpunainen. Haava voi ilmetä myös ehjänä tai rikkoutuneena kudoksen täyttämänä rakkulana. Tällöin se on kiiltävä tai kuiva pinnallinen haava, jossa ei ole katteisuutta tai mustelmaa, jolloin kyseessä voi olla syvempien kudosten vaurio. Kyseistä astetta ei tule käyttää ihon repeämissä, teipin aiheuttamissa ihorikoissa tai inkontinenssiin liittyvissä haavoissa. Kyseisen asteen painehaava voidaan hoitaa konservatiivisilla keinoilla, kun paine poistetaan alueelta. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta. 2014, 11.)

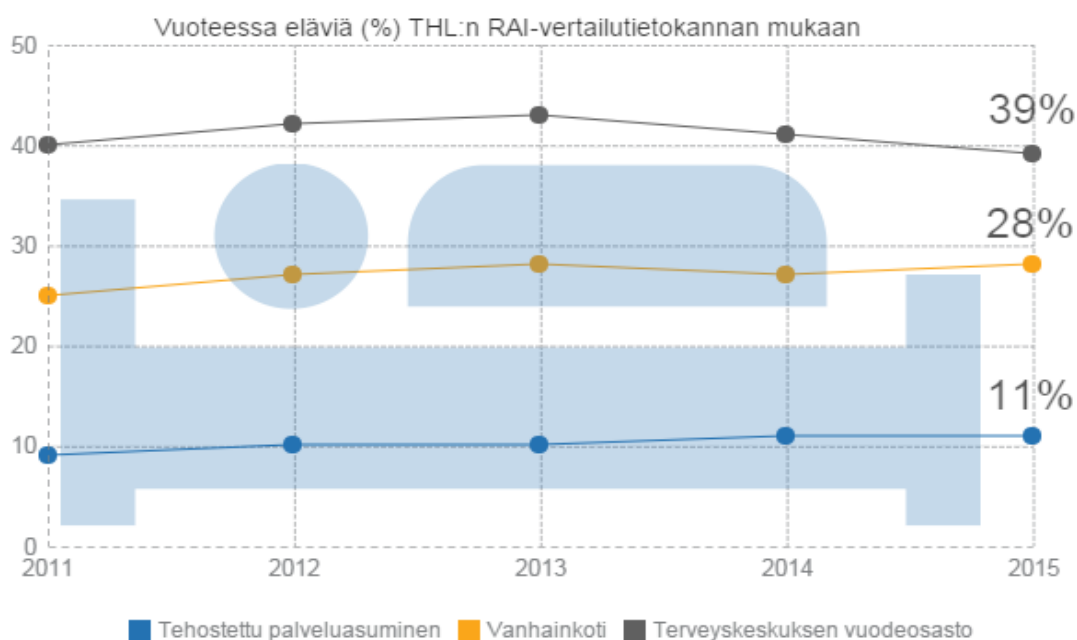
III luokan painehaavassa on koko ihon läpäisevä kudoksen vaurio. Subkutaaninen rasva voi olla näkyvissä. Luu, jänne tai lihas eivät tällä asteella ole paljaana näkyvissä. Katteisuutta saattaa esiintyä, mutta haavan syvyys on silti helposti arvioitavissa. Kate ja nekroottinen kudos tulee poistaa haavalta ja välttää myös painetta alueella. Haavassa saattaa olla taskumaisia kohtia sekä onkaloitumista. Syvyys vaihtelee haavan sijainnin mukaan. Esimerkiksi nenässä, korvaledessä, takaraivolla ja kehräluissa ei ole subkutaanista rasvaa, joten alueilla painehaavat ovat usein matalia. Alueilla, joilla on paljon rasvaa, voivat painehaavat kehittyä erityisen syviksi. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta. 2014, 11.)

IV luokan painehaavassa vaurio on koko ihon ja ihonalaiskudoksen paksuudelta todettavissa. Näkyvissä on luuta, jännettä tai lihasta selvästi. Kudoksen nekroosia tai katetta saattaa olla havaittavissa. Yleistä on, että haavassa on taskumaisia kohtia ja selvää onkaloitumista. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta. 2014, 12.) Neljännen asteen painehaavoissa syvyys vaihtelee haavan sijainnin mukaan. Painehaavat voivat ulottua lihakseen ja/tai tukikudoksiin kuten faskiaan, jänteeseen tai nivelkapseliin saakka. Tässä tilanteessa myös osteomyeliitti tai osteiitti ovat mahdollisia. Haavasta voi näkyä luu tai lihas. Haavalta tulee poistaa paine ja mahdollinen infektio. Tämän asteen painehaava vaatii korjausleikkausta. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta. 2014, 12.)

Luokittelemattomaan painehaavaan luokitellaan haavat, jossa on koko ihon läpäisevä kudoksen vaurio. Haavan syvyyttä on vaikea arvioida, koska se on haavakatteen peitossa tai haavan pohjassa on nekroosia (kellanuskea, ruskea tai musta). Syvyys voidaan määrittellä vasta sitten, kun haavakate ja/tai nekroottinen kudos on poistettu ja haavan pohja paljastuu. Kyseessä voi olla kolmannen tai neljännen asteen painehaava. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta. 2014, 12.)

4 Painehaavojen ennaltaehkäisy

Painehaavojen ennaltaehkäisy on erityisen tärkeää arkipäiväisessä hoitotyössä. Painehaava on hyvin yleinen kudosaivurio, jota esiintyy 5-15 % kotihoidossa, hoitokodeissa ja sairaalassa olevista potilaista (Soppi 2010). Alkavat painehaavat voitaisiin hoitaa oikeilla hoitomenetelmillä sekä apuvälineillä tehokkaasti. Tehokas ennaltaehkäisy vähentää potilaan kärsimystä ja kipuja. Se parantaa olennaisesti hoidon laatua sekä tehokkuutta, näin saadaan lyhennettyä myös potilaan laitoshoidoaikaa sekä pienennettyä taloudellisia kustannuksia huomattavasti enemmän. (Painehaavan ennaltaehkäisy ja hoito 2015.)



Kuva 2. Vuoteessa eläminen eristää ja tuo terveyshaittoja.
(Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.)

4.1 Hoitohenkilökunnan rooli

Suurin osa painehaavoista on monella tapaa ennaltaehkäistävissä monipuolisella painehaavanriskin arvioinnilla (Painehaavan ennaltaehkäisy ja hoito 2015). Riskipotilaiden tunnistaminen on ennaltaehkäisyssä yksi halvimmista ja tärkeimmistä keinoista (Haavanhoitajan potilasohje 2013). Ikääntyvän väestön myötä painehaavojen ilmenemiseen tulee tulevaisuudessa kiinnittää yhä enemmän huomiota. Painehaavojen ennaltaehkäisy on toteutettavissa, mikäli siihen on tarpeeksi edellytyksiä. Ilman koulutuksia kaikilla terveydenhuollon yksiköillä ei välttämättä ole tarpeeksi tietoutta painehaavojen synnystä ja ennaltaehkäisystä. Painehaavojen ehkäisyä tulisikin rakentaa saumattomasti sujuva prosessi potilaan hoidossa. Tämän jälkeen hoitavan yksikön hoitajan tulee toimia painehaavan ennaltaehkäisyn periaatteiden mukaisesti valitsemalla painehaavoja ennaltaehkäiseviä apuvälineitä potilaan hoidossa käytettäväksi. Myös pe-

seytymiseen ja inkontinenssin hoitoon soveltuvia apuvälineitä tulisi käyttää riittävästi arkipäiväisessä hoitotyössä. Apuvälineitä tulisi ottaa käyttöön tarvittaessa heti painehaavan riskin tiedostamisen ja arvioinnin mukaan. (Kivelä 2011.) Hoitajan tehtäviin kuuluu myös sekä potilaan että hänen omaisten ohjaaminen, mistä painehaavan synnyssä on kyse ja miten painehaavoja voidaan ennaltaehkäistä ja hoitaa. Tiedottamisen tulee kulkea koko potilaan hoitoprosessin ajan. (Soppi 2010.)

Suomen haavahoitoyhdistys on keskittynyt kehittämään haavahoidon osaamista tarjoamalla alueellisesti toteutettavia koulutuksia, tuottamalla opetusmateriaalia sekä tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Lisäksi Suomen haavahoitoyhdistys vastaa valtakunnallisesti pidettävistä Haavapäivistä. Koulutusten avulla pyritään vahvistamaan terveydenhuollon ammattilaisten haavahoidon osaamista niin painehaavojen kuin muidenkin haavojen osalta. (Ruuskanen 2016.)

4.2 Ihon kunnon arviointi ja hoito

Ihon kunnon arviointi on painehaavojen syntymisen kannalta olennainen asia. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen perustuvassa teoreettisessa mallissa todetaan, että painehaavan kehittymistä edistää jatkuva tai lähes jatkuva altistuminen liialliselle kosteudelle esimerkiksi inkontinenssista johtuen. Edellä mainittu johtaa pitkittyneeseen ihon ärsytykseen sekä mikroilmaston muutokseen, jonka seurauksena voi olla inflammaatio, ihon punoitus sekä kuluminen. Näiden johdosta alttius vaurioille on huomattavan suuri. (Painehaavojen ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015.) Hoitohenkilökunnan tulee tehdä potilaalle ihon kunnon tarkistus potilaan saapuessa osastolle tai 8 tunnin sisällä saapumisesta osastolle. Hoitajan tulisi tietää myös mihin asioihin tulee kiinnittää huomiota arvioidessa ihoa. Ihon kunnon arvioinnissa kuuluu tunnistaa vitaalireaktio, paikallinen kuumotus, turvotukset sekä kudosten kovettuminen. Huomioitavia asioita ovat myös erilaiset ihon pinnalliset vauriot, joita ovat hiertymät ja rakkulat. Kaikille osastoille saapuville potilaille tulisi tehdä säännöllisesti ihon kunnon arviointia. Kuntoa tulisi arvioida tiheämmin etenkin painehaavariskin potilailla. (Painehaavojen ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015.) Jos potilaalla on osastolle tullessa entuudestaan painehaavoja, tulee ne tunnistaa EPUAP: in syvyysluokituksen mukaisesti (Haavanhoitajan potilasohje 2013).

Painehaavojen ehkäisemiseksi iho tulisi pitää mahdollisimman puhtaana, näin iho pysyy paremmin ehjänä. Iho tulisi puhdistaa siihen tarkoitettulla pesuvoiteella tai vedellä ja kuivaamisen tulisi tapahtua varovasti taputtelemalla. (Hietanen 2016.) Kostuneet vaatteet ja vuodevaatteet tulisi vaihtaa mahdollisimman pian, jotta ihoa ei pidettäisi turhaan kosteana, koska iho maseroituu ja näin on herkempi rikkoutumaan. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että potilaan ihon pitäisi olla ylikuiva, koska tämä lisää myös riskiä painehaavoille. Kuiva ja hilseilevä iho tulisi rasvata säännöllisesti perusvoiteilla, joka valitaan kuivuuden mukaan. Mitä kuivempi

iho, sen rasvaisempi perusrasva tulisi valita. On kuitenkin muistettava, että punoittavien ja luu-ulokekohtien hieromista tulisi välttää. (Juutilainen & Hietanen 2012, 303.) Edellä mainitut kohdat tulisi suojata erilaisilla hoitotuotteilla, jotka on esitelty tässä opinnäytetyössä luvussa 5.1.2.

Virts- ja ulosteinkontinenssin hyvä hoito suojaa painehaavojen syntymiseltä, koska se estää ihoa hautumasta ja rikkoutumasta. Inkontinenssipotilaan ihoa tulisi rasvata perusöljyllä tai sinkkipitoisilla perusvoiteilla, jotta hautumista ei pääsisi syntymään. Vaipat tulee valita niin, että ne ovat kevyitä ja hengittäviä. Myös vaatteiden tulisi olla kevyitä ja oikean kokoisia, jotta ei synny ylimääräisiä vaurioita. Potilaan hoidossa on myös huomioitava, että vaatteiden saumat eivät jää painamaan kudoksia. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2007, 312.) Inkontinenssin hoidossa käytettäviä apuvälineitä ovat kestopotitointi, cystofix, urinalikondomi ja virtsankeräyspussi. Yleisin osastoilla käytettävä apuväline on kestopotetri, näin pystytään ehkäisemään turhaa hautumista ja samalla pystytään seuraamaan myös virtsantuloa. Ulosteinkontinenssin hoidon kannalta hoitajana olennaista on kiinnittää huomiota potilaan säännölliseen suolentoimintaan. Ulostevaipat tulisi vaihtaa mahdollisimman pian, jotta iho ei pääsisi rikkoutumaan takapuolen alueella. (Hietanen 2016.)

4.3 Asentohoito

Painehaavariskipotilaan tulisi liikkua mahdollisuuksiensa mukaan sekä vaihtaa asentoa säännöllisesti. Jos potilas ei pysty itse liikkumaan, tulee hoitajan toteuttaa oikeaoppista asento- hoitoa säännöllisin väliajoin (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2007, 312). Asento- hoitoa toteutetaan potilaille, jotka eivät itse kykene vaihtamaan asentoa tarpeeksi usein. Sen tärkein tavoite on poistaa tai keventää painetta sekä hankausta painehaavoille altilta alueilta. Riski saada painehaavoja on yksilöllistä, joten säännöllistä aikaväliä asennonvaihdon kannalta ei ole määritelty tarkasti. Asentoa tulisi liikuntakyvyttömän ja halvauspotilaan kohdalla kuitenkin vaihtaa vähintään 1-2 tunnin välein, jos potilaalla ei ole painetta keventäviä apuvälineitä käytössä sängyssään. Asentoa tulisi vaihtaa vuorotellen molemmille kyljille, kuitenkin välttäen 90 asteen kulman kylkiasentoa, koska se lisää painehaavariskiä lonkan seuduille. (Juutilainen & Hietanen 2012, 318-320.)

Apuvälineiden käyttö poistaa kitkaa ja estää ihon venymistä. Apuvälineet tulee ottaa pois potilaan alta käytön jälkeen, jollei apuväline ole sellainen, joka on tarkoitettu jätettäväksi potilaan alle. Vuodepotilaiden asentohoidossa on hyvä käyttää apuna tyynyjä, joilla potilas saadaan tuettua mieluiten 30-40 asteen kulmaan kylkiasentoon. Puoli-istuvassa asennossa olemista ei suositella pitkäaikaisesti, koska se lisää kudoksiin painetta. Mikäli päätuolien kohottaminen on välttämätöntä esimerkiksi hengittämisen helpottamiseksi ja aspiraatoriskin välttämiseksi, on suositeltavaa käyttää 30 asteen kohoasentoa ja tukea potilas siinä hyvään asen-

toon, ilman että potilas liukuu vuoteessa alaspäin. Vuoteessa potilaan kantapäät eivät saisi olla painuksissa makuualustaa vasten ja polvien tulisi olla noin 5-10 asteen kevyessä fleksiossa. Mikäli kantapäitä kohotetaan esimerkiksi tyynyllä makuualustasta irralleen, tulee tyynyjen ulottua koko pohkeen pituuden alueelle. (Painehaavojen ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015.)

Istuma-asennoissa on puolestaan hyvä huolehtia, että potilas pysyy istuessaan tasapainossa, asento on miellyttävä ja ihoon sekä pehmytkudoksiin tuleva paine ja venytys olisi mahdollisimman hyvin estetty. Täten huomioidaan istuimen korkeus; jalat tukeutuvat lattiaan, reidet horisontaalisesti katsottuna hieman alaspäin ja ylävartalo nojaa taaksepäin, selkä suorana. Myös pyörätuolissa olevilla potilailla paineen jakautuminen tulisi huomioida. Mikäli esimerkiksi pyörätuolia ei voida säätää optimaaliseen painetta vähentävään asentoon, tulee istumassa vietettyä aikaa rajoittaa. (Painehaavojen ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015.)

Lääkintälaitteet tulee myös ottaa huomioon asentohoitoa toteutettaessa. Lääkintälaitteet tulee valita ja kiinnittää siten, että lääkintälaitteet tai niiden letkustot eivät aiheuta potilaalle paineesta ja venytyksestä aiheutuvia vaurioita iholle. Sekä potilaan että lääkintälaitteiden asentoa tulee muuttaa asentohoidon yhteydessä, jotta paine jakautuu tasaisesti ja ihon venyminen vähenee. (Painehaavojen ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015.)

4.4 Ravitseminen

Potilaan huonosti toteutunut ravitseminen tai altistuminen vajaaravitsemukselle voi lisätä riskiä painehaavan syntyyn. Liian vähäinen proteiinien saanti vähentää osaltaan kollageenien synteesiä sekä haavan vetolujuutta, joka puolestaan vaikeuttaa haavan sulkeutumista. Jo syntyneen painehaavan parantuminen edellyttää ruokavalioon sisältyvän riittävästi proteiineja, hiilihydraatteja, vitamiineja sekä kivennäisaineita. (Painehaavojen ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015.)

Sairaalahoidossa olevien potilaiden vajaaravitsemusriskiä voidaan seuloa erilaisilla mittareilla, kuten esimerkiksi NRS 2002-, MNA- tai MUST-mittareilla. Vajaaravitsemuksen riskiä tulisikin arvioida kaikilla potilailla, joilla on painehaavariski aina kun potilas saapuu hoitavaan yksikköön sekä silloin, kun potilaan terveydentilassa tapahtuu merkittävä muutos. Arvioinnissa tulee ottaa huomioon se, pystyykö potilas syömään omatoimisesti sekä miten potilas saa arviointihetkellä ravinnon, esimerkiksi suun kautta tai vaihtoehtoisesti letku- tai suonensisäisenä ravitsemuksena. Ei siis riitä, että potilaan painehaavariskiä arvioidaan pelkän painehaavariskimittarin avulla, koska se ei kuvaa tarpeeksi tarkasti potilaan vajaaravitsemusriskiä. (Painehaavojen ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015.)

Potilaille, joilla on kohonnut painehaavariski tai jo olemassa oleva painehaava, tulee tehdä hoitosuunnitelmaan yksilöllinen ravitsemussuunnitelma ravitsemusterapeutin tai moniammatillisen ryhmän toimesta. Tehtyä ravitsemussuunnitelmaan toteutetaan hoidon aikana. Ravitsemussuunnitelmaan tulisi kuulua potilaan energia-, proteiini- sekä nestetarpeen määrittäminen. (Painehaavojen ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015.)

Ravitsemuksen arvioinnissa on tärkeä huomioida riittävä energian saanti, tahaton painonlasku, stressi sekä mahdolliset neuropsykologiset ongelmat. Painon seuranta tulee toteuttaa säännöllisellä potilaan punnitsemisella, jonka myötä energian saanti voidaan suhteuttaa oikeanlaiseksi. Lisäksi energiatarpeen määrittämisessä on otettava huomioon potilaan taustalla olevat sairaudet, potilaan mobiliteetti sekä mahdolliset toimenpiteet ja muutokset terveydessä. Leikkaus, vamma, tulehdustilat sekä kuume lisäävät osaltaan potilaan energiantarvetta 10-30 %. Ravitsemusta voidaan täydentää tarvittaessa esimerkiksi kliinisillä runsasenergisillä ja runsasproteiinisilla täydennysravintovalmisteilla. (Painehaavojen ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015.)

Potilailla, joiden ravitsemustarve ei täyty runsasproteiinisella sekä runsaasti kaloreita sisältävällä ruokavaliolla ja joilla on luokan III tai IV painehaava tai vaihtoehtoisesti useita painehaavoja, on suosituksena täydentää ruokavaliota ravintorikkaimmilla täydennysravintovalmisteilla. Näiden tulisi sisältää proteiinia, arginiinia ja hivenaineita, sillä plasman alhaisen aminohappo arginiinin tason on katsottu olevan huomattavassa yhteydessä painehaavojen synnys- sä. (Painehaavojen ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015.)

Myös nestehoito tulee huomioida osana painehaavojen ennaltaehkäisyä ja hoitoa. Nestehoidossa tulee kuitenkin huomioida potilaan sairautteen ja hoitoon liittyvät mahdolliset nesterajoitukset. Riittävää nesteytystä voidaan arvioida painonmuutoksella, ihon jännevyyden, virtsanerityksen sekä laboratoriotuloksista veren natriumpitoisuuden seurannalla. Nesteytystarvetta lisäävinä tekijöinä huomioidaan luonnollisesti potilaan kuumeilu, hikoilu, oksennukset, ripulointi sekä runsaasti erittävät haavat. Riittävän nestehoidon avulla kehon vitamiinit, mineraalit, glukoosi ja muut ravintoaineet liukenevat hyvin, sekä ravintoaineet ja aineenvaihdunnan tuotteet pääsevät kulkemaan kehossa. Normaali nesteentarve aikuisella potilaalla on noin 30-35 ml tavoitepainokiloa kohden. (Painehaavojen ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015.)

4.5 Painetta vähentävät apuvälineet

Apuvälineet ovat tärkeitä painehaavojen ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Paineelta ja hankaukselta suojaavia apuvälineitä on kehitelty runsaasti nykypäivänä, mutta niiden saatavuus vai-

telee osastoittain suuresti. Apuvälineet tulee valita niin, että ne eivät vaikeuta potilaan hoitoon liittyviä päivittäisiä toimintoja ollenkaan. Ne ovat osa aktiivista kuntoutusta, jotka tukevat suuresti potilaan omatoimisuutta, liikkumista, lihaskuntoa sekä tasapainoa. (Juutilainen ym. 2012, 320.) Painehaavojen ehkäisyssä käytettävät apuvälineet liittyvät monella tavalla potilaan arkipäiväiseen hoitotyöhön. Niitä käytetään siirtämiseen, sängyssä olemiseen sekä wc:ssä käymiseen ja peseytymiseen. Painehaavapatjat ovat yleisesti käytettyjä apuvälineitä ja ne valitaan potilaan riskiluokituksen sekä tarpeen mukaan. Yleensä patjat vuokrataan kustannussyistä osastolle. (Hietanen & Iivanainen 2005, 200.)

4.5.1 Patjat

Painehaavojen ehkäisyssä käytettävät patjat ovat joko passiivisia, jolloin ne mukautuvat kehon muotojen mukaan tai aktiivisia, jolloin teho perustuu patjan moottoroituun paineenkevennysjärjestelmään. Erikoispatjoja on tarjolla runsaasti, mutta osastokohtainen saatavuus on välillä liian niukkaa tarpeeseen nähden. Patjan hankintaan vaikuttavat potilasmateriaali, käyttöön liittyvät asiat ja taloudelliset tekijät. Potilas voi tarvita suuren tai pienen riskin patjan ja tarve tulisi kartoittaa yksilöllisen painehaavariskin sekä kliinisen arvioin perusteella. Painehaavapatjat ovat dynaamisia tai staattisia. Dynaamista patjaa käytettäessä potilaan asennonvaihtoa täytyy toteuttaa harvemmin kuin staattista patjaa käytettäessä. (Juutilainen ym. 2012, 320-321.)

Passiiviset eli staattiset erikoispatjat sopivat erityisesti pienen ja kohtalaisen riskin potilaille, Aktiivisia erikoispatjoja kannattaa käyttää pienen tai kohtalaisen painehaavariskin potilaille, jotka ovat jatkuvasti vuoteessa tai pystyvät itsenäisesti vaihtamaan asentoaan. (Juutilainen & Hietanen 2012, 321-323.) Patja muotoutuu passiivisesti painovoiman ja kehon lämmön mukaisesti, jolloin paine pääsee jakautumaan laajemmalle alueelle ja näin painehuiput kevenevät luisten ulokkeiden kohdalta. Jos potilas ei liiku, kehon pintaan kohdistuva paine on muuttumaton eli staattinen. Vaahtogeelipatjoja löytyy monikerroksisina tai ohuempina ja niitä voidaan leikata sopivan kokoisiksi tarvittaessa. Monikerroksisissa patjoissa on se etu, että niissä alin kerros on tukevampi kuin muut kerrokset, jolloin sängyn pohjarakenteista ei aiheudu turhaa vastapainetta vartalolle. Vaahtogeeliset päällyspatjat sopivat mainiosti sairaalapatjan lisäpehmusteeksi etenkin alipainoisille ja spastisille potilaille. (Juutilainen ym. 2012, 321-322.)

Aktiivisia (nollapatja, vaihtuvapaineinen patja, itsestään säätyvä minimipatja) eli dynaamisia patjoja tai päällyspatjoja suositellaan käytettävän suuren tai erittäin suuren painehaavariskin potilaille, jotka eivät itsenäisesti pysty vaihtamaan asentoaan ja myös potilaille, joilla on asentorajoituksia. (Hietanen & Iivanainen 2005, 200.) Dynaamisten patjojen toiminta perustuu ilmatäytteisen kennojärjestelmän aktiiviseen ohjaamiseen koneellisesti, jonka tarkoituksena on pienentää kontaktialueen painetta tai poistaa se kokonaan. Näin kontaktialueiden

kohtien verenkierto pääsee välillä palautumaan. Tällöin patjan kennoissa oleva ilma pääsee tyhjenemään ja ohjautuu viereisiin kennoihin. Paineen poistuminen ja pintapaineen kevenemisen määrä riippuu kennojen määrästä, koosta ja muodosta sekä myös siitä, kuinka monen kennon kautta paine poistuu ja paljonko siihen menee aikaa. Ikääntyneen potilaan löysä kudosaattaa upota ja aiheuttaa kudosten venymistä, jos kennojen välissä on leveät välit. Toisaalta riskinä voi olla myös pienikennoiset patjat, joissa kennoja on liian lähekkäin ja tällöin paine ei pääse kunnolla kevenemään painealueilta. (Juutilainen 2012, 322-323.)

4.5.2 Istuvan potilaan apuvälineet

Vuodepotilaiden lisäksi riskiryhmään kuuluvat myös istuvat potilaat. Pyörätuoli sekä istuinalusta ovat istuvan potilaan tärkein apuvälinekokonaisuus, jonka suunnittelussa tärkeää on huomioida yksilöllisyys. Pyörätuolin ja istuinalustan valinnassa tulisi huomioida potilaan koko ja ruumiinrakenne sekä kehon virheasennot, liikunnallinen aktiivisuus, lihasten hallinta ja spastisiteetti, erilaiset tuntohäiriöt, riskiluokituksesta saatu informaatio, tyynyn koon sopivuus pyörätuoliin sekä tyynyn puhdistettavuus ja liukumattomuus. Pyörätuoli tulisi säätää niin, että se tukee istuintyynyä keventävän vaikutuksen vuoksi. Istuinalustoja on muovisia, vaahtogeelisiä (polymeerigeelisiä), erikoiskuituisia, polystyreenirouheesta ja näiden yhdistelmistä valmistettuja. (Juutilainen ym. 2012, 324.)

Istuintyynyjä voidaan muotoilla usein yksilöllisen tarpeen mukaisesti. Tarvittaessa voidaan tehdä laajalle painetta jakava istuin potilaan kehosta tehdyn valumuotin avulla. Ilmakennotyynyjä on aktiivisia (moottoroituja) tai passiivisia. Yhdistelmätyynyillä, jotka on rakennettu yksilöllisesti, saadaan tuettua paremmin potilaan toiminallisuutta kuin tavallisilla tyynyillä. Kyseisiä tyynyjä ei kuitenkaan juurikaan ole saatavilla tavallisilla vuodeosastoilla. Istuintyynyn valinnassa kannattaa huomioida potilaan aktiivisuus, käykö potilas aktiivisesti jossain itsenäisesti vai onko potilas enemmän passiivinen ja paikoillaan. Aktiiviselle liikkujalle tarkoitettu istuintyyny on kevyt ja siirtymisen tulee olla helppoa esimerkiksi sängyn ja pyörätuolin välillä. Laitoksissa ja sairaaloissa hoitohenkilökunnan tehtäviin kuuluu tarkistaa istuintyynyn kunto sekä sopivuus, erityisesti jos potilaalla on entuudestaan painehaava. Tyynyjen tulee olla ehjiä ja ilmatäytteisiä. Istuintyynyn mukana olevia ohjeita tulee noudattaa ja tyynyjen huollon tulee tapahtua valmistajan ohjeiden mukaisesti tarpeen mukaan. (Juutilainen ym. 2012, 324-325.)

4.5.3 Siirrossa käytettävät apuvälineet

Liikuntarajoitteisten potilaiden kohdalla on tärkeää käyttää erilaisia apuvälineitä siirtotilanteissa, ettei potilaalle synny ihorikkoja tai haavoja turhaan. Ensisijaisesti apuna käytetään

potilaan omia voimavaroja sekä nousutukea, jos se on mahdollista. Liikuntarajoitteisen potilaiden nostoon ja siirtoon olevia apuvälineitä ovat esimerkiksi nosturit, nostoliinat, siirtymälakanat sekä liukulakanat, siirtovyöt ja kääntöelineet. Hoitohenkilökunnan tulee käyttää kaikkia mahdollisia apuvälineitä, joita osastolta löytyy välttääkseen painehaavojen syntymistä sekä omaa kuormitusta. (Juutilainen ym. 2012,320.)

4.6 Riskiluokitusmittarit

Painehaavariskin arvioimista varten on kehitetty erilaisia riskimittareita, joiden avulla painehaavalle altistavia tekijöitä voitaisiin helposti tunnistaa (Juutilainen & Hietanen 2012, 312). Painehaavariskimittarin tavoitteena on toimia hoitajan työkaluna, joka auttaa ennaltaehkäisemään painehaavan syntymistä, valitsemaan potilaalle oikeanlaista hoitoa sekä yhtenäistää kirjaamista (Iivanainen & Syväoja 2008, 524). Riskiluokitusmittarin avulla voidaan myös omalta osaltaan kuvata potilaan hoitoisuutta sekä kerätä hyödyllistä tietoa hoidon ja ennaltaehkäisevien toimintojen vaikuttavuudesta ja laadusta. Riskiluokitusmittarin myötä ennaltaehkäisevän hoitotyön tärkeys korostuu. (Juutilainen & Hietanen 2012, 318.) Kuitenkin on hyvä muistaa, että riskiluokitusmittarin käyttö itsessään ei poista painehaavaongelmaa. Riskiluokitusmittarin antama tulos voidaankin lukea yhdeksi osa-alueeksi potilaan kokonaisvaltaista kliinistä arviota tehtäessä. Vastaavasti riskiluokitusmittaista saatua tulosta voidaan hyödyntää vähentämällä riskitekijöiden määrää sekä puuttua niihin käytännön toimin aina mahdollisuuksien mukaan. (Juutilainen & Hietanen 2012, 312.)

Potilaalle tulisi tehdä painehaavan riskipisteitys aina vuorokauden sisällä osastolle tulosta. Uusi riskipisteitys tehdään kahden vuorokauden kuluttua osastolle tulosta tai aina kun potilaan tilanne muuttuu. Kun riskimittarin osiot on täytetty, saadut pisteet lasketaan yhteen ja merkitään ylös potilastietojärjestelmään. Pisteiden yhteenlaskettu summa määrittää potilaan riskin saada painehaava. (Iivanainen & Syväoja 2008, 524.) Erilaisten mittareiden asteikko on käytetystä mittarista riippuen joko laskeva tai nouseva pisteitys; mitä suuremmat tai pienemmät pisteet potilas saa, sen suurempi riski hänellä on saada painehaava. (Lauri 2003, 85.) Riskit luokitellaan arvoin korkea, keskimääräinen tai matala (Iivanainen & Syväoja 2008, 524). Systemaattinen painehaavariskin mittaaminen on tärkeää, jotta painehaavojen ennaltaehkäisytoimet saadaan kohdistettua oikein jo potilaan hoidon alkuvaiheesta lähtien (Ahtiala 2011a, 12).

Alun perin ensimmäinen painehaavojen riskiluokitusmittari, joka yhä tänäkin päivänä on käytössä, on kehitetty Englannissa 1960-luvulla, joka on nimetty kehittäjänsä Doreen Nortonin mukaan Nortonin riskiluokitusmittariksi. Tämän jälkeen kehitetyt painehaavojen riskiluokitusmittarit ovat ottaneet viitteitä alkuperäisestä riskiluokitusmittarista joko suoraan tai osittain. (Lauri 2003, 85.) Yleisesti painehaava riskiluokitusmittareissa arvioitavia kohteita ovat olleet yksilöllisesti potilaan inkontinenssi, liikuntakyky, ravitsemus, potilaan heikko kunto se-

kä fyysinen aktiivisuus, joiden on katsottu liittyvän painehaavariskitekijöihin. Toisaalta riskiluokitusmittarit ovat osaltaan puutteellisia, koska niissä ei huomioida painehaavojen ennaltaehkäisyyn käytettyjä apuvälineitä. (Lepistö 2005, 193-194.)

Nortonin painehaavariskiluokitusmittarissa on viisi riskitekijöitä määrittävää osaa, joita ovat potilaan fyysinen tilanne, henkinen vointi, aktiivisuus, mobiliteetti sekä inkontinenssi (Lauri 2003, 85). Vuosien varrella mittari kehittyi, jolloin alettiin huomioida myös ruuan ja nesteiden saantia sekä potilaan yleistä terveydentilaa (Juutilainen & Hietanen 2012, 313). Riskitekijöitä pisteytetään arvoilla 1-4. Yhteensä pisteitä voi saada 20. Mittarin perusteella katsotaan, mitä vähemmän pisteitä potilas saa, sitä suuremmalla riskillä hänelle voi kehittyä painehaava. Riskin katsotaan suurentuneen, jos pisteet jäävät alle 14. (Lauri 2003, 85.)

Jackson/Cubbin riskiluokitusmittari on kehitetty Iso-Britanniassa vuonna 1991, perustuen Nortonin riskiluokitusmittariin. Se on erityisesti suunnattu tehohoidossa oleville potilaille painehaavariskin määrittämistä varten. (Ahtiala 2011a, 12.) Tehohoidossa painehaavariski tulisi arvioida päivittäin mittarilla sekä kliinisen tutkimuksen avulla, koska teho-osaston potilaat eivät yleensä pysty ilmaisemaan paineen aiheuttamaa kipua ja asennon vaihdon tarvetta (Ahtiala 2011b). Jackson/Cubbin riskiluokitusmittarissa on seuraavat kaksitoista arvioitavaa riskitekijää: ikä, paino, kudosten kunto, taustasairaudet, ihon kunto, vireys, liikuntakyky, hemodynamiikka, hengitys, hapen tarve, ravitsemus, inkontinenssi ja hygienia (Juutilainen & Hietanen 2012, 316). Lisäksi mittarissa on kolme lisäkohtaa, jotka voivat lisätä riskiä saada painehaava. Painehaavariski lisääntyy, mikäli potilas on ollut leikkauksessa viimeisen 48 tunnin aikana, potilas on saanut verituotteita tai potilas on hypoterminen. (Ahtiala 2011a, 12.) Kaikki kaksitoista riskitekijää pisteytetään arvoilla 1-4. Suurin riskipistemäärä on täten 48. Mikäli yksi tai useampi kolmesta lisäkohdasta täyttyy, vähennetään kokonaisriskipistemäärästä yksi piste täyttyvää lisäkohtaa koskien, siis 1-3 pistettä. (Juutilainen & Hietanen 2012, 316.) Mitä vähemmän pisteitä potilas saa, sitä suurempi riski hänellä on saada painehaava. Mikäli potilas saa 29 pistettä tai vähemmän, on hänellä odotettavissa suurentunut riski saada painehaava. (Ahtiala 2011a, 12.)

Waterlow`n riskiluokitusmittari on Nortonin riskiluokitusmittarista viitteitä ottanut, kansainvälisesti tunnettu ja laajastikin käytetty painehaavariskimittari. Waterlow`n riskiluokitusmittari koostuu kahdeksasta riskitekijästä: potilaan rakenne, kuvaus kuormittavan kohdan ihoalueesta, ikä, sukupuoli, inkontinenssi, mobiliteetti, ruokahalu, lääkitys sekä erityistekijät. Riskitekijät pisteytetään 0-3 ja 0-5. Aiemmista painehaavariskimittareista poiketen korkean riskipistemäärän saaminen viittaa kohonneeseen riskiin saada painehaava. (Eriksson, Lepistö, Hietanen & Juutilainen 2003, 86; Hietanen ym. 2005, 191.)

Suomessa Esa Sopin kehittämä Shape Risk Scale (SRS) perustuu Bradenin riskiluokitusmittarin malliin. Se koostuu muutamasta perusarviointiperusteesta: tajunnantaso ja tuntoaisti, fyysinen aktiivisuus ja liikunta, painoindeksi, vartalonmalli ja kehonlämpötila. Mittari on kehitetty vuoteenvierustyökaluksi, jonka käyttö ei vaadi erikoistoimenpiteitä eikä henkilökunnan kuorittumista. Rakenteeltaan SRS- riskiluokitusmittari eroaa ratkaisevasti Bradenin riskiluokitusmittarista. Mittaria on suositeltu Braden mittarin kanssa rinnakkain käytettäväksi tuloksia täydentämään. Painehaavariskin pisteytys määrittyy asteikolla 6-24, jossa painehaavariski kuvataan vähäisestä erittäin korkeaan. Pieni pistemäärä merkitsee matalampaa painehaavariskiä. (Juutilainen & Hietanen 2012, 318.)

Kansainvälisesti testatuin ja luotettavimmaksi painehaava riskiluokitusmittariksi on osoittautunut vuonna 1988 kehitetty Braden-riskiluokitusmittari. Braden-riskiluokitusmittarissa huomioidaan kuutta painehaavoille altistavaa tekijää: tuntoaisti, ihon altistuminen kosteudelle, fyysinen aktiivisuus, liikkuvuus, ravitsemus sekä venyvät ja hankaavat voimat. Näistä jokaisesta tekijästä potilas saa tilansa mukaan riskipisteitä 1-3 tai 1-4. Lopullinen pistemäärä jakautuu 6-23 välille. Mitä vähemmän pisteitä potilas saa, sitä suurempi riski hänellä on saada painehaava. (Juutilainen & Hietanen 2012, 313-315.)

4.7 Hoitotyön kirjaaminen

Kirjaamisjärjestelmät eri toimintayksiköiden välillä on yhtenäistänyt FinCC-potilasasiakirjajärjestelmä. Kyseinen järjestelmä jakautuu suomalaisen hoitotyön toimintaluokitukseen (SHToL) ja suomalaiseen hoitotyön tarveluokitukseen (SHTaL). Luokitukset jakautuvat vielä pienempiin kokonaisuuksiin eli komponentteihin. Nämä voidaan edelleen jakaa pää- ja alaluokkiin. (Kinnunen 2007, 25-26.)

Hoitotyön kirjaamisen rakenteena Suomessa käytetään Maailmanterveysjärjestön (WHO) päätöksenteon prosessimallia. Malli on otettu käyttöön jo 1980-luvulla. Prosessimalli jakautuu toimintaympäristön mukaan kolmeen, neljään tai tarvittaessa kuuteen päätöksenteon vaiheeseen. Rakenne koostuu prosessimallin mukaisesti eri otsikoiden mukaan, esimerkiksi hoitotyön ongelmat, tavoitteet, toteutus ja arviointi. Prosessimallin tueksi käytetään narratiivista eli vapaata kertovaa tekstiä. Tällöin kirjaamisen rakenne muodostuu taustasta, tulotilanteesta, toimenpiteistä ja kotiutuksesta. Hoitoon käytettyjä resursseja on arvioitu erilaisilla hoitoisuusmittareilla, joilla on arvioitu potilaan yksilöllistä hoitoisuutta. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2008, 13.)

Hoitotyön kirjaaminen on yksi tärkeimmistä asioista painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Kirjaamisessa tulisi huomioida potilaslähtöisyys, yksilöllisyys ja turvallisuus. On myös huomioitava, että kirjaaminen on selkeää ja ymmärrettävää hoidon jatkuvuuden kannalta. Systemaatti-

nen kirjaaminen tarkoittaa potilaan hoidon kuvaamista yksilöllisesti sähköisissä potilastietojärjestelmissä eri päätöksenteon vaiheiden mukaisesti. Kirjaaminen koostuu useammasta eri vaiheesta, joista olennaisimmat ovat ydintiedot, termit sekä niitä täydentävät kertovat tekstit. (Saranto ym. 2008, 14.)

Systemaattisen kirjaamisen merkitys korostuu etenkin silloin, kun käytetään sähköisiä potilasasiakirjoja. Sähköisiä potilasasiakirjoja eli potilaan hoitoa kuvaavia asiakirjakokonaisuuksia käyttävät moniammatilliset terveydenhuollon ammattiryhmät, kuten esimerkiksi hoitajat ja lääkärit. Kirjaamisessa olennaista on lyhyt ja ytimekäs kirjaus, jolloin tekstistä käy ilmi olennaiset asiat selkeällä kielellä. Tällöin hoidossa tarvittavia yksityiskohtaisia tietoja voidaan käyttää tukena arkipäiväisessä päätöksenteossa potilaan hoidossa. (Saranto ym. 2008, 14.)

Riskiarviointiin liittyvällä kirjaamisella on tärkeä rooli itse painehaavojen ennaltaehkäisyssä sekä hoidossa. Kyseisen arvioinnin avulla varmistetaan tiedonkulku moniammatillisen työryhmän kesken, hoidon sujuvuutta ja sen olennaisia muutoksia. (Pikaopas painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon, 2014.) Painehaavojen ennaltaehkäisyssä haavan muutosten kirjaaminen on tärkeää. Haavanhoito vaatii moniammatillista osaamista ja eri tahojen yhteistyötä keskenään. Jotta haavanhoito olisi onnistunut, vaatii se hyvän, laadukkaan, yhtenäisen ja tarkan kirjaamisen. Tämän vuoksi systemaattisella ja rakenteellisella kirjaamisella on suuri merkitys, jotta saavutetaan positiivisia vaikutuksia. Laadukkaan kirjaamisen tavoitteena on painehaavojen kannalta kustannussäästöt ja haavanhoidon laadun parantaminen. (Kinnunen 2013,15.)

Haavanhoidossa voidaan käyttää apuna kirjaamismallia, joka toimii tarkistuslistana ja varmistaa, että kaikki tarpeelliset toimenpiteet ja hoitotyön toiminnot on tarkasti dokumentoitu heti, kun toimenpiteet on tehty. Kirjaamisessa tulisi huomioida potilaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kannalta olennaisia asioita. (Kinnunen 2013, 92, 109.) Ennaltaehkäisyyn kannalta huomiota tulisi kiinnittää systeemiin ja paikallisiin tekijöihin, jotka vaikuttavat mahdollisten painehaavojen syntymiseen. Kirjaamisen tulisi pitää sisällään yksilöllisesti tärkeitä asioita painehaavojen kannalta. Kirjaamisessa tulisi huomioida potilaan ravitsemus, etenkin jos on kyse vajaaravitsemuksesta. Muita olennaisia asioita kirjaamisessa painehaavariskipotilailla ovat fyysinen toimintakyky, perussairaudet, inkontinenssivaivat ja muut riskiä lisäävät tekijät. (Eriksson, Lepistö, Hietanen & Juutilainen 2003, 82-84.)

5 Painehaavan hoito

Haavan ilmenemiseen liittyy aina monenlaista haittaa. Potilaalle se aiheuttaa usein kipua, toiminnan vajausta sekä psykososiaalista haittaa. Haavakipu voi ilmetä voimakkaampana infektoituneissa haavoissa ja vastaavasti pitkäaikaisena ja jatkuvana kipuna kroonistuneissa

haavoissa. Toiminnallinen haitta riippuu paljon siitä, missä haava sijaitsee. Alaraajassa oleva haava voi hankaloittaa kävelyä ja vastaavasti esimerkiksi lantion alueen haavat voivat vaikeuttaa istuma-asennossa olemista. Pitkittyneissä haavahoidoissa potilas voi kokea ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta, mikäli haava ei pääse paranemaan. Se voi luoda potilaalle myös pelon, saako haavaa tulevaisuudessakaan parannettua. Haavahoitoon sitoutuminen vie paljon aikaa ja voimavaroja, vaikuttaen potilaan normaaliin päivittäisen elämiseen. (Juutilainen & Hietanen 2012, 13.)

Kroonisten haavojen hoito on kallista, laitoshoidossa vielä kalliimpaa kuin kotona tapahtuva haavahoito. Kalliiden haavahoitotuotteiden lisäksi hoitajien tekemä työ haavahoidossa vie kuluista jopa 80-90%. Hankalissa haavatapauksissa potilas voi joutua raajojen amputointiin ja sen myötä laitoshoidon piiriin, joka tulee yhteyskunnalle kalliiksi. (Juutilainen & Hietanen 2012, 14.)

5.1 Konservatiivinen hoito

Alkuun painehaavan hoito on konservatiivista. Siihen kuuluvat potilaan yleiskunnon parantaminen sekä perussairauksien hoitaminen yhdistettynä hyvään asentohoitoon ja ravitsemuksesta huolehtimiseen. (Haavanhoitajan potilasohje 2013, 4.) Pienehköt, halkaisijaltaan alle 5 cm kokoiset haavat, soveltuvat pääasiassa konservatiivisen hoidon piiriin. Niiden ennakoidaan paranevan hyvällä haavahoidolla muutamien viikkojen tai vähintään parin kuukauden sisällä. (Juutilainen & Hietanen 2012, 77.) Konservatiivisella hoidolla painehaavalle pyritään saavuttamaan sellainen ympäristö, jossa ihon lämpö, kosteus ja pH-arvo ovat tasapainossa. Alaraajan painehaavoissa tavoitteena on kehonlämpötila, sillä liian alhainen lämpötila hidastuttaa haavan paranemista. Vastaavasti kuiva haava ei pääse paranemaan ja puolestaan liika kosteus haavalla tai sen ympäristössä saa aikaan hautovan haavan. (Viljamaa & Vaalasti 2014.)

Painehaavaa puhdistettaessa ja haavapohjaa hoidettaessa huomioidaan, minkälainen painehaava on kyseessä. Onko haava esimerkiksi runsaasti erittävä, onkaloitunut tai nekroottinen. (Haavanhoitajan potilasohje 2013, 4.) Haava puhdistetaan haavatyypistä riippuen suihkuttamalla vesijohtovedellä, keittosuolaliuoksella tai haavan puhdistukseen tarkoitettulla liuoksella. Puhdistuksen avulla haavasta saadaan eritteet ja kuolleet solut pois. Mikäli haavassa on runsas paksu keltainen kate tai mustaa kuollutta nekroottista kudosta, tarvitaan haavan puhdistamiseen yleensä katteen poisto mekaanisesti steriileillä välineillä, kuten esimerkiksi kyretillä, veitsellä tai pinseteillä. Mekaanisessa haavahoidossa on ylläpidettävä hyvää aseptiikkaa, johon kuuluvat hyvä käsihygienia, suojakäsineiden käyttö ja potilaskohtaisesti käytettävät haavanhoitotuotteet ja -välineet infektioiden välttämiseksi. On myös huomioitava, että mekaaninen puhdistus on usein kivuliasta, joten puuduttavien voiteiden ja kipulääkkeen käyttö on suositeltavaa hoidon toteutumisen kannalta. (Viljamaa & Vaalasti 2014.)

Haavan kudostyyppi ja väri	Hoitoperiaate	Tuotteet
Epiteelikudos, vaaleanpunainen	Ohuen uudisihon suojaaminen	Kevyt suojaava sidos
Granulaatiokudos, punainen	Uudiskudoksen kasvun mahdollistaminen, optimaalisen kostea haavaympäristö	Erittävälle haavalle kosteutta imevä sidos, kuivalle haavalle kosteutta antava sidos
Hypergranulaatiokudos, vaalea tai tummanpunainen Liikaa kasvanut granulaatiokudos, joka kasvaa ihon tason yläpuolelle	Mekaaninen poisto kauhalla tai kyretillä. Käsittely lapistukalla.	Haavaa kuivattavat ilmavat sidokset
Fibriinikate, keltainen Kate pehmeää tai sitkeää	Pehmitä ja poista kate	Erittävälle haavalle kosteutta imevä sidos, kuivalle haavalle kosteutta antava sidos
Nekroottinen kudos, musta Kate pehmeää tai kovaa	Pehmitä ja poista kate - Iskeemisen haavan mustaa kuivaa nekroottista katetta ei tule poistaa ennen verisuonikirurgin arviota.	Erittävälle haavalle kosteutta imevä sidos, kuivalle haavalle kosteutta antava sidos
Jänne ja luu Luu tuntuu kovalta instrumenttia vasten, terve jänne on vaaleaa symmäistä kudosta.	Haava pidetään kosteana, sillä jänne ja luu eivät saa kuivua	Kosteuttavat ja kosteutta ylläpitävät tuotteet
Infektoitunut haava Haavan ympärysiho punoitaa, kuumottaa ja turvottaa. Haavaeritys voi olla märkäistä ja haisevaa. Kipu haavalla voi lisääntyä.	Poista/ vähennä bakteerien määrää haavassa.	Bakteereita vähentävät tuotteet. Haavasidoksena hengittävä tuote, taitoksen imevyys erityksen mukaan

Kuva 3. Haavanhoitotuotteiden valintaperusteet.

(Viljamaa & Vaalasti 2014 mukailten.)

5.1.1 Kivunhoito

Paikallisesti toteutettava haavahoito on yleensä potilaalle kivuliasta. Tällöin on tärkeää huolehtia riittävästä kivun lievityksestä, jotta haava saadaan puhdistettua ja hoidettua mahdollisimman hyvin. (Juutilainen & Hietanen 2012, 94.) Paras tapa mitata kipua on potilaan oma arvio kipumittarin avulla arvioituna. Kipumittari valitaan potilaan aiempien käyttökokemusten mukaan ja siinä huomioidaan myös potilaan kyky arvioida kipuaan. Yleisimmin käytetyt kipumittarit ovat NRS (numeric rating scale) sekä VRS (verbal rating scale). Kipua voidaan arvioida numeerisesti 0-10, jossa 0 on kivuton tila ja 10 pahin mahdollinen kipu. Sanallisessa mittarissa potilas vastaa kokemansa mukaan onko kipua: ei lainkaan, vähän, kohtalaisesti, kovaa kipua vai sietämätöntä kipua. Kirjaamisen yhteydessä tulee sanallinen kipumittari muuttaa numeraaliseksi, arvoilla 0-4, missä 0 on ei lainkaan kipua ja 4 sietämätön kipu. Jos potilas ei kyke-

ne ilmaisemaan kipua suullisesti, voidaan kipua havainnoida potilaan kasvon ilmeistä, eleistä ja ääntelyistä. (Juutilainen & Hietanen 2012, 92.)

Potilaalta on hyvä kysyä, minkälaista kipu on ja missä se sijaitsee. Kudosvaurioperäinen kipu tuntuu usein haavaneudulla, ja ilmenee pääasiassa jatkuvana tasaisena särkynä, jomotuksena tai kirvelynä. Haavan ympäristöön säteilevä kipu on usein taas viite hermovauriosta. Tällöin kipu on yleensä sietämätöntä, ja ilmenee pistelynä, poltteluna, puristavana, viiltävänä tai säkenöivänä kipuna. Kipuanamneesin huolellinen tekeminen on tärkeää suunniteltaessa oikeanlaista kipulääkitystä. Toisinaan kipulääkityksen lisäksi potilas voi tarvita esimerkiksi rentouttavaa lääkettä tai nukahtamista helpottavaa lääkettä, jos kipua esiintyy jatkuvasti. Onnistuneen kivunhoidon kannalta kipua ja kipulääkkeen vaikutusta arvioidaan ja tarvittaessa tehostetaan tai vähennetään. Hyvällä kivun lievityksellä muun muassa mahdollistetaan haavahoidon onnistuminen, mobiliteetin mahdollistaminen, turvataan lepoaika ja lisätään hoito-omenteisuutta. Toisin sanoen tehokas ja turvallinen kivunhoito on toipumisen ja haavan optimaalisen paranemisen taustalla. (Juutilainen & Hietanen 2012, 92-93.)

Lääkkeellisen kivunhoidon lisäksi potilaan kivunhoidossa on hyvä huomioida myös erilaiset lääkkeettömät hoidot, joilla kipua voidaan lieventää. Pääasiallisesti näihin kuuluvat asento-ohjauksesta huolehtiminen, haavaisen raajan koholla pitäminen ja mahdollisesti tukisidosten käyttö turvotuksen ehkäisyksi. Myös potilaan atraumaattinen käsittely ja sopivien haavatuotteiden valitseminen ovat osa potilaan lääkkeettömää kivunhoitoa. (Juutilainen & Hietanen 2012, 94.)

5.1.2 Haavanhoitotuotteet

Haavanhoitotuotteisiin luetellaan haavan puhdistusaineet, -pyyhkeet, liuokset sekä haavan hoitoon ja suojaamiseen tarkoitetut tuotteet. Markkinoilla olevien tuotteiden kirjo on valtava. (Juutilainen & Hietanen 2012, 136.) Haavasidoksen valintaan vaikuttavat haavan sijainti, haavaeritteen määrä, haavan vakavuusaste ja syvyys. Valitun sidoksen tulee parantaa haavan paranemisprosessia ja auttaa haavaa muodostamaan tervettä kudosta. Haavasidosten vaihto tapahtuu yksilöllisesti määritettynä, riippuen painehaavatyypistä sekä haavan erittämisen mukaan. (Haavanhoitajan potilasohje 2013, 4.) Puhdas pohjaisessa haavassa voidaan haavahoito toteuttaa harvemmalla aikavälillä, kun taas nekroottinen, katteinen, infektoitunut tai runsaasti erittävä haava tulee hoitaa useammin. Haavahoidon tuloksellisuutta arvioidessa on hyvä valokuvata tai mitata haavaa haavahoitojen yhteydessä. (Viljamaa & Vaalasti 2014.)

Lääkäri päättää usein painehaavan paikallishoitoon käytettävistä haavahoitotuotteista, jotka puolestaan riippuvat siitä, millainen haava on (Lumio 2012). Haavahoitotuotteiden valinnassa tarkastellaan haavan kudostyyppiä, syvyyttä, jänteiden ja luiden näkymistä, erityyppisen mää-

rää, ympäröivän ihon kuntoa ja mahdollisesti jo olemassa olevaa infektiota. Erittäville haavoille valitaan esimerkiksi tuote, joka imee haavaeritettä, mutta ei pääse maseroimaan eli haurastuttamaan haavan ympärysihoa. Kuivalle haavalle puolestaan suositellaan tuotetta, joka pitää haavan optimaalisesti paranemisen kannalta kosteana. (Viljamaa & Vaalasti 2014.) Lääkärin määräämiä paikallishoitoon tarkoitettuja tuotteita ovat esimerkiksi erilaiset antiseptiset aineet, hopeapitoinen salva sekä paikallisesti asetettavat kasvutekijät. Antibiootteja sisältäviä rasvoja ei puolestaan haavalle suositella laitettavaksi, sillä ne voivat aiheuttaa allergisia reaktioita ja voivat saada aikaan antibioottiresistenttien bakteerien kertymisen haavalle. (Lumio 2012.) Joillakin potilailla myös paikallishoidossa käytettävät haavahoitotuotteet voivat aiheuttaa allergisia reaktioita, jotka ilmenevät haavaa ympäröivän ihon ärsytyksenä tai ihottumana. Tällöin iholla voi ilmetä muun muassa punoitusta, kutinaa tai rakkuloita. (Viljamaa & Vaalasti 2014.) Painehaavoille tyypillisenä on usein esiintyvät tulehdusjaksot, jotka havaitaan haavan märkimisenä tai potilaan kuumeiluna. Tulehduksen hoitoon puolestaan soveltuu usein suun kautta otettu antibioottikuuri. (Lumio 2012).

Haavanhoitotuotteet jaetaan interaktiivisiin, aktiivisiin ja passiivisiin tuotteisiin. Interaktiivisten haavanhoitotuotteiden tarkoituksena on saada haavapinnalle optimaalinen kosteus, joka aktivoituu sen yhdistyessä kudoseritteeseen tai se aktivoidaan erikseen nesteellä. Interaktiivisilla tuotteilla on myös ominaisuus tappaa haavalta bakteereita ja sitoa haavan hajua. (Viljamaa & Vaalasti 2014.)

Aktiiviset sidokset sisältävät aina jotakin bioaktiivista materiaalia, esimerkiksi kasvutekijöitä, jotka luovat haavan pinnalle otollisemmat olosuhteet parantua. Aktiivisidoksiin lasketaan myös tekoihovalmisteet, joista eläviä soluja sisältävät tuotteet saavat aikaan haavan omien kasvutekijöiden aktivoitumisen ja nopeuttavat epidermi solukon muodostumista haavan pinnalle. Toistaiseksi kuitenkin Suomen markkinoilla ei ole saatavilla sellaisia tekoihovalmisteita, jotka sisältäisivät eläviä soluja. (Viljamaa & Vaalasti 2014.)

Interaktiiviset haavasidokset	
Aktiivihiihsidokset	Sisältää aktiivihiihtä, poistaa hajua. Tuote saattaa värjätä haavan ja sen ympärysihon tummaksi.
Alginaattisidokset	Tuote geeliiytyy haavaeritteen vaikutuksesta. Se sopii erittäin ja fibriinikatteisille haavoille. Tuote tyrehtyttää tihkuvuotoa. Ei sovellu onkalohaavoihin. Tarvitsee päälle kiinnitettävän sidoksen.
Hopeasidokset	Sisältää hopeaa eri muodoissa. Vaikuttaa antimikrobisesti. Voidaan käyttää kuuriluontoisesti, esim. 2 vk kerrallaan. Voi värjätä haavan ja sen ympärysihon tummaksi.
Hydrofobiset sidokset	Pinnaltaan vettä hylkiviä. Sitovat bakteereita ja sieniä. Soveltuu hyvin onkaloituneisiin haavoihin. Saatavilla erilaisissa muodoissa. Vaatii päälleen kiinnitettävän taitok-

	sen.
Hydrogeelit	Soveltuvat kuiviin ja vähän erittäviin sekä katteisiin haavoihin. Tuovat kosteutta ja edistävät haavan autolyyttistä puhdistumista. Tarvitsevat päälle kiinnitettävän sidoksen.
Hydrokolloidit	Geeliiytyy haavaeritteen ja lämmön vaikutuksesta. Pitää haavan kosteana. Tarttuu hyvin haavaympäristöön kiinni. Sopii vähän erittäville haavoille. Ei suositella infektoituneille haavoille, diabeetikon haavoille, eikä vaskuliitin tai iskeemisten haavojen hoitoon.
Hunajaa sisältävät tuotteet	Puhdistus tapahtuu osmoosin avulla. Sopii infektoituneisiin tai herkästi infektoituville haavoille. Tarvitsee päälle kiinnitettävän sidoksen.
Entsyyattinen valmiste	Voidemainen kollageenivalmiste, joka pilkkoo kollageenia, jolloin kuollut kudos irtoaa paremmin terveestä kudoksesta. Tarvitsee päälle kosteutta ylläpitävän suojasidoksen.
Pihkavoide	Antimikrobinen salva, joka sisältää 10% kuusen pihkaa. Ei suositella käytettäväksi potilailla, joilla on hartsyliherkkyys eikä raskauden tai imetyksen aikana.
Polyuretaanikalvot	Puoliläpäisevä haavakalvo, joka hengittää, mutta ei päästä läpi nestettä, joten se muodostaa haavalle optimaalisen kostutetun ympäristön. Ei sovi infektoituneeseen haavaan, eikä jänteen tai luun päälle ensimmäiseksi sidokseksi.
Polyuretaanivaahtosidokset (Foamit)	Laajakirjainen tuotevalikoima haavapintaan tarttumattomia, mutta sekä kiinnittyviä että kiinnitettäviä tuotteita, joita löytyy imukyvyltään erilaisia vaihtoehtoja. Soveltuvat hyvin erittäville haavoille. Myös hopeasidoksina.
Polysakkaridivalmisteet	Erittäville haavoille. Saatavilla voiteina, voidesidoksina sekä jauheina. Soveltuu erittäville haavoille. Katteisille ja infektoituneille haavoille soveltuu käytettäväksi kuuriuontoisesti, esim. 2 vk ajan. Sisältävät jodia, eivät soveltu jodiherkkyydestä kärsiville, eikä munuaisten tai kilpirauhasten toimintahäiriöistä kärsiville.
PHMB- valmisteet	Hajottavat biofilmiä, puhdistavat ja kostuttavat haavaa. Soveltuvat katteisiin, infektiokerkkiin ja kroonistuneisiin haavoihin. Saatavilla liuoksina, geeleinä ja sidoksina.
Silikonipintaaiset polyuretaanisidokset	Imukykyisiä sidoksia, jotka tarttuvat kevyesti haavaan, eivätkä siten vahingoita haurasta ihoa.
Sinkkisidokset	Jalkaan vedettäviä sukkia, joita käytetään tukisidosten alla. Niiden tehtävänä on rauhoittaa ärtynyttä ihoa.

Kuva 4. Interaktiiviset haavasidokset.

(Viljamaa & Vaalasti 2014 mukailen)

Passiiviset haavasidokset eivät sisällä mitään varsinaista vaikuttavaa ainesosaa. Niiden tehtävä on suojata haavaa, imeä itseensä haavaeritettä sekä estää sidoksen tarttumisen haavapin-

nalle. (Viljamaa & Vaalasti 2014.) Passiivisista sidoksista käytetään myös nimitystä perussidokset (Juutilainen & Hietanen 2012, 138).

Passiiviset haavasidokset	
Haavatyynyt ja harsotaitokset	Imukyvyltään vaihtelevia, osa tuotteista sisältää haavapintaan tarttumattoman pinnoitteen, ohuempi harsomainen voi puolestaan kiinnittyä pinnalle.
Superimukykyiset haavatyynyt	Tehokas haavaeritteen imevyys, kuivapintainen, haavaympäry ei maseroidu. Sopii myös kompressiosidoksen alle.
Verkkosidokset	Estävät eritettä imevän sidoksen tarttumisen haavapinnalle. Jaetaan edelleen polyamidi-, rasva- ja silikoniverkkoihin.

Kuva 5. Passiiviset haavasidokset.

(Viljamaa & Vaalasti, 2014 mukailten)

Muut sidokset	
Yhdistelmäsidokset	Sidoksessa on yhdistettynä useita erilaisia sidostyyppejä
Aktivoitavat sidokset	Polyakrylaatista ja polymeerista valmistettuja haavatyynyjä, jotka aktivoidaan erillisellä liuoksella, joka tulee tuotteen mukana

Kuva 6. Muut haavasidokset.

(Viljamaa & Vaalasti 2014 mukailten)

5.2 Kirurginen hoito

Haavarevisio eli kirurginen puhdistus on toimenpide, jossa leikkaavilla instrumenteilla poistetaan haavasta kaikki kuollut ja tulehtunut kudos aina terveen ja sairaan kudoksen rajaan asti. Revisiota suositellaan tehtäväksi, kun haavassa on runsaasti nekroosia tai selvä bakteerinfektio. (Juutilainen & Hietanen 2012, 80.) Sen avulla saadaan esiin granuloiva haavapohja, joka on edellytyksenä haavan paranemiselle. Revision voi tehdä vuodeosastolla bedside -toimenpiteenä tai poliklinikalla. (Viljamaa & Vaalasti 2014.) Revision jälkeen siirrytään jälleen konservatiiviseen haavan puhdistukseen (Haavanhoitajan potilasohje 2013, 4).

Mikäli painehaavan paraneminen ei etene 2-3 kuukauden kuluttua tai kyseessä on III-IV asteen painehaava, voidaan painehaavaa hoitaa kirurgisesti (Haavanhoitajan potilasohje 2013, 4).

Ekskisiassa eli haavan kirurgisessa poistossa poistetaan haavalta kuollut ja huono kudos, johon

lasketaan haavan paranemista estävät haitalliset tekijät. Kun krooninen haava on leikattu pois, jää tilalle puhtaspohjainen akuutti haava, jonka todennäköisyydet parantua ovat aiempaa paremmat. (Juutilainen & Hietanen 2012, 80.) Ennen kirurgista hoitoa tulee varmistaa, minkä tyyppinen haava on kyseessä, onko paikallishoidolla saatu haavapohja granuloivaksi, onko haavassa infektiota, onko potilaalla ravitsemushäiriö sekä onko potilaan perussairaudet hoitotasapainossa. Alaraajojen haavoissa on myös varmistettava raajan riittävästä verenkierrosta, joka on yleisesti edellytyksenä haavan paranemiselle. (Viljamaa & Vaalasti 2014.) Raajojen valtimopaineen mittausta eli ABI-mittaus onkin yksinkertainen tapa tutkia mahdollista alaraajaiskemiaa. Siinä mitataan nilkasta ja olkavarresta systolisten verenpaineiden suhdetta. Tutkimus on esisijainen ennen erikoisairaanhoidon lähettämistä. (Alaraajojen tukkiva valtimotauti: Käypä hoito - suositus, 2010.) Kirurgiseen hoitoon päädyttyä tulee eteen joko ihosiirränäisen, kielekkeen tai mikrovaskulaarisen etäkielekkeen teko haava-alueelle. Toisinaan potilailla, joilla on useita alaraajan haavoja, eivätkä paranemisedellytykset ole suotuisat kirurgisesta hoidosta huolimatta, päädytään suoraan raajan amputaatioon. (Viljamaa & Vaalasti 2014.) Haavalle suotuisimmat olosuhteet leikkauksen paranemisen kannalta on puolestaan puhtas ja granuloiva haavapohja. (Juutilainen & Hietanen 2012, 77.)

Leikkaushoidon jälkeen on pidettävä kiinni myös jälkihoidon toteutumisesta, jotta leikkaushaava pääsee parantumaan eikä haava enää uusiudu (Viljamaa & Vaalasti 2014.) Mikäli ihosiirränäinen on tehty raajaan, tulee raajaa pitää koholla turvotuksen ehkäisemiseksi, jotta haava pääsee kiinnittymään. Myös asentohoidosta on jälleen huolehdittava, sillä ihosiirränäiseen ei saa kohdistaa esimerkiksi patjasta tulevaa painetta. Lisäksi on huolehdittava säännöllisistä haavahoidoista, jotka edesauttavat haavan paranemisprosessia. Kun ihosiirre on kiinnittynyt ja haavaeritys loppunut, huolehditaan hyvästä ihon perusrasvauksesta. (Ihonsiirre 2016.)

6 Opinnäytetyön tausta, tarve, tavoite ja toteutus

6.1 Tausta, tarve ja tavoite

Opinnäytetyö sai alkunsa virallisesti 2015 keväällä, kun valitsimme aiheeksemme painehaavojen ennaltaehkäisyn. Opinnäytetyön nimi ja aihe muuttuivat viime hetkellä 2015 talvella, jolloin aiheen pidimme samana, mutta tutkimuksen sijaan teimme oppaan painehaavoista. Myös toimeksiantaja vaihtui viime hetkillä. Otimme yhteyttä Hyvinkään sairaan akuutin terveyskeskuksen 11 a:n osastonhoitajaan, ja sovimme että tekisimme painehaavaoppaan kyseiselle osastolle. Aiheen valitsimme, koska se on ajankohtainen ja hyvin kiinnostava sekä monipuolinen. Siitä löytyy kattavasti monipuolista tietoa, jota käytimme työssämme. Aiheen valinta on mielestämme ajankohtainen, koska osastolla on paljon iäkkäitä vuodepotilaita, joiden perushoitoon tulisi kiinnittää paljon huomiota, jotta painehaavoja pystyttäisiin ennaltaehkäisemään ja hoitamaan oikein.

Oppaan laatiminen lähti aiheeseen liittyvän kirjallisuuteen tutustumalla ja teorian tiedon keruulla. Aiheeseen tutustuttuamme aloimme miettimään aiheen rajausta. Mietimme, mitkä asiat olisivat tärkeitä tietää osaston henkilökunnan kannalta. Ajattelimme, että varsinaisen opinnäytetyön teoriaosuus saa olla laajempi kuin itse opas, jotta ne voisivat täydentää toisiaan kattavaksi paketiksi. Aiheanalyysin hyväksyimme opettajalla aiheen muututtua tammi-kuussa 2016. opinnäytetyön aihe hyväksyttiin, jolloin meillä oli jo teoriaosuus hyvässä kirjoitusvaiheessa. Täydensimme teoriaa vuoden 2016 alussa kattavammaksi ohjaavan opettajan kanssa. Painehaavaoppaan laadimme opinnäytetyön teorian ohessa ja maaliskuussa se esiteltiin osastotunnilla Hyvinkään terveyskeskussairaalan osaston 11 a henkilökunnalle. Esittelimme Painehaavaoppaan ja kerroimme opinnäytetyöstämme tarkemmin. Annoimme osaston henkilökunnalle viikon aikaa vastata palautekyselyyn oppaasta. Palautekyselyn kysymykset koostuivat strukturoiduista kysymyksistä, jolloin vastaajat valitsivat heidän mielestään parhaiten kuvaavan vastausvaihtoehdon.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa kattava ja selkeä opas painehaavoista osaston 11 a henkilökunnalle. Opas tuotetaan niin, että se on hyödyllinen ja siitä löytyy olennainen tieto osastoa 11 a ajatellen nopeallakin selauksella. On tärkeää, että tietotasoa päivitetään ja itseään kehitetään säännöllisesti. Valitettavasti aina ei ole mahdollista osallistua erilaisiin koulutuksiin tai tietotilaisuuksiin henkilöstöresurssien takia. Tämän vuoksi opinnäytetyö on enemmän kuin tarpeellinen tänä päivänä, myös valitsemallamme osastolla.

6.2 Toiminnallinen opinnäytetyö

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen ja sen tavoitteena on tuottaa jokin konkreettinen tuote: kirja, ohjeistus, tietopaketti tai portfolio. Toiminnallisessa opinnäytetyössä kokonaisilme perustuu viestinnällisiin ja visuaalisiin keinoihin, joiden avulla voidaan hahmottaa tavoitellut opinnäytetyön päämäärät. Toiminnallisen opinnäytetyön lähtökohtana on pyrkiä ohjeistamaan, opastamaan ja kehittämään ammatillista toimintaa työkentällä. Tarkoituksena on tuottaa esimerkiksi ammattilaisille tarkoitettu ohje, ohjeistus, opastus tai jokin tapahtuman järjestys. On muistettava, että toiminnallisessa opinnäytetyössä käytännön toteutus ja raportointi liittyvät tiiviisti yhteen tutkimusviestinnän keinoin. (Vilka & Airaksinen 2003, 65.)

Hyvä opas on hyvin suunniteltu. Suunnittelussa pitää miettiä tarkkaan, mitä viestiä oppaalla halutaan välittää ja vastaako lopputulos odotuksia. Opas suunnitellaan niin, että se täyttää terveydenhuollon asettamat laatukriteerit. Laatukriteerit terveyteen liittyviin aineistoihin määrittää Terveyden edistämisen keskus. Terveyden edistämisen keskuksen mukaan tervey-

teen liittyvän tiedon aineistossa tulee olla oikeaa ja virheetöntä ja aineistolla on oltava konkreettinen tavoite. (Parkkunen, Vertio & Koskinen-Ollonqvist 2001, 10.)

Tekstin pitää olla kattavaa, ja näyttöön perustuvaa. Sen pitää olla myös selkeää ja helposti ymmärrettävää. Hyvässä oppaassa tulee olla hyvin suunniteltu etenemisjärjestys, jonka tulee olla looginen ja johdatella lukijaa oikeaan asiaan. Väliotsikko auttaa lukijaa hahmottamaan mitä teksti pitää sisällään ja lukija myös löytää paljon nopeammin etsimänsä tiedon. Teksti jaetaan selkeisiin kappaleisiin, jotta se olisi helppolukuista ja lukijan etsimä tieto on helposti haettavissa. Kappalejako myös osoittaa lukijalle, että mitkä asiat liittyvät toisiinsa ja mitä käsitellään seuraavaksi. Päälauseita tulee täydentää sivulauseilla tarvittaessa. Virkkeet eivät saa olla liian pitkiä, koska usein lukija voi ymmärtää asian toisella tavalla ison massan takia. Tarkoituksena ei ole, että lukija joutuu monta kertaa palaamaan lauseen alkuun ja miettimään, mitä tässä tarkoitetaan ja miksi. Kieliopin tulee olla hyvässä tasapainossa, koska se osoittaa usein enemmän kirjoittajan pätevydestä. Ulkoasun tulee olla selkeä ja visuaalisesti miellyttävä, jotta lukijan mielenkiinto pysyy yllä. (Hyvärinen 2005, 30.)

6.3 Toteutus

Oppaan teimme A4-lehtisen muotoiseksi tiiviiksi tietopaketti. Kansilehti on värikäs ja houkutteleva, otsikointi on myös selkeää ja tarpeeksi suurella fontilla toteutettua. Kansilehden jälkeen tulee tiivistetysti tietoa siitä, mikä opas on kyseessä ja miksi teimme sen osastolle. Vieressä on sisällysluettelo, jossa oppaan aihealueet ovat selkeästi lueteltuna. Aihealueet löytyvät omilta sivuiltaan, jotka on numeroitu oppaan alakulmassa. Aihealueet on selkeästi jäsennelty, myös väliotsikoita on käytetty selkeyttämään monipuolista kokonaisuutta. Teksti on helppolukuista ja hyvin tiivistetty eri laatikkoihin. Oppaassa on käytetty paljon värejä hyödyksi, jotta huomio kiinnittyisi selkeisiin tekstiosuuksiin. Teksti on hyvin tiivistettyä, mutta siitä käy ilmi kaikki olennainen omasta mielestämme aihealueeseen liittyen. Kuvia ei työssä paljoakaan ole, joka eroaa alkuperäisestä suunnitelmasta. Kuvamateriaali on vähäistä, koska emme ehtineet aikataulullisista syistä keräämään tarpeeksi omia kuvia eri painehaavan potilaista. Emme kokeneet tätä kuitenkaan huonoksi asiaksi, koska kerroimme henkilökunnalle mistä löytää esimerkiksi painehaavojen tunnistamiseksi lisämateriaalia helpottamaan potilashoitotyötä. Opas esiteltiin henkilökunnalle 18.3.2016 Hyvinkään terveyskeskussairaalan 11 a:n osastotunnilla. Opas otettiin hyvin vastaan ja palaute oli positiivista. Saimme aikaan myös keskustelua aiheesta, joka oli mielestämme positiivinen asia. On tärkeää, että aihe herättää keskustelua ja mielenkiintoa, jotta asioita saadaan edistettyä parempaan suuntaan myös aihealueemme kannalta.

7 Pohdinta

Maaliskuussa 2013 käyttöön otetun hyvän tutkimuskäytänteiden ohje on mielestämme hyvä koonti asioista, joita on tärkeä ottaa huomioon, kun tehdään mitä tahansa tieteellistä tuotosta, jota voidaan pitää eettisesti hyväksyttävänä ja luotettavana. Luotettavan ja eettisesti hyväksyttävän tieteellisen tuotoksen tulee olla toteutettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tuotoksen luotettavuutta ja eettisyyttä horjuttavat vilpillinen toiminta sekä välinpitämättömyys hyvistä tieteellisistä käytänteistä. Vilppi voi ilmetä tuotoksessa tekaistujen havaintojen sepittämisenä, alkuperäisten havaintojen vääristelyä, plagiointina sekä toisen henkilön tuotosten anastamisena. (Varantola, Launis, Helin & Kaisa 2012, 6, 8-9.) Opinnäytetyössämme olemme noudattaneet hyvien tieteellisten käytäntöjen periaatteita. Olemme perehtyneet tieteellisesti tutkittuun tietoon painehaavojen ennaltaehkäisystä ja hoidosta, ja koonnut sen myötä tieteellisesti tutkittua ja luotettavaa teoriaa opinnäytetyöhön. Lähdeviitteet on selkeästi merkittyinä jokaisen tekstiosion perässä, jotta lukija löytää alkuperäisen lähteen helposti lähdeluettelosta, jossa lähteet on edelleen eroteltu kirjallisiin ja sähköisiin lähteisiin. Teoria on rajattu opinnäytetyömme tarkoituksen mukaisesti niihin osaluoksiin, jotka halusimme tuoda esiin opinnäytetyössämme. Emme kokenut aiheelliseksi käyttää runsain mitoin kuvia opinnäytetyössämme, sillä mielestämme teoriasta kävi oleellisesti kaikki tarvittava ilmi.

Terveystieteiden toimintaa ohjaa lainsäädäntö sekä eettiset periaatteet ja sosiaaliset normit, jotka ovat yleisesti hyväksytyjä. Yleisenä eettisenä päämääränä on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen ja hoitaminen sekä kivun minimointi. (Louhiala & Launis 2009, 13, 19.) Näiden tärkeiden asioiden pohjalta halusimmekin käsitellä opinnäytetyössämme painehaavojen ennaltaehkäisyn ja hoidon lisäksi myös kivunhoitoa ja psykososiaalisten tekijöiden huomioon ottamista, joka on painehaavojen hoidossa yhtenä tärkeänä osa-alueena. Ennaltaehkäisy on opinnäytetyössämme laajemmin käsitelty osa-alue, sillä potilastyössä koemme tärkeäksi potilaalle mahdollisimman vähäisen haitan aiheuttamisen, joka tässä tapauksessa on painehaavojen varhainen havainnointi ja ennaltaehkäisy. Hoidollisen osuuden rajasimme kirurgisen hoidon osalta vähäiseksi ja käsitelimme sen sijaan enemmän konservatiivista hoitoa, koska opinnäytetyö on suunnattu Hyvinkään terveyskeskussairaalan akuuttivuodeosasto 11 a:lle, jossa hoito on pääasiassa konservatiivista. Haavanhoitotuotteiden osalta rajasimme haavanhoitotuotteiden käytön olemassa olevien tuotteiden mainitsemiseen, emmekä lähteneet avaamaan erilaisia markkinoilla olevia haavanhoitotuotteita sen tarkemmin, koska painehaavaopas on yksilöllisesti suunnattu edellä mainitulle osastolle, jolla ei välttämättä ole käytössä kaikkia tuotteita, joita olisimme käsitelleet.

Hoitotyöntekijällä on ammatin myötä kertynyt asiantuntijuutta, joka pitää sisällään erilaista tietotaitoa. Kokonaisuus on muodostunut kuitenkin ammatilliseen tiedeperustaan ja hankittuun kokemukseen perustuen. Kun toiminnan pohjustukseksi voidaan asettaa ajantasaiset ja luotettavat tieteelliset tutkimukset sekä helposti tulkittavat eettiset normit, voidaan olla

varmoja siitä, että ammatinharjoittajan asiantuntemukseen luotetaan. (Louhiala & Launis 2009, 58.) Painehaavojen ennaltaehkäisyä opiskellaan jo hoitotyön ammattitutkinnon suorittamisen aikana, mutta koska painehaavoja esiintyy potilastyössä edelleen suuressa määrin, voidaan ajatella, ettei tietotaito ole 100 % tasolla. Täten painehaavojen ennaltaehkäisyn ja hoidon tietämystä on tärkeä kerrata ja niiden merkitystä korostaa jokapäiväisessä hoitotyössä.

7.1 Opas ja tulosten analysointi

Opinnäytetyön pohjalta tuotettu painehaavaopas on perusteellinen, mutta napakka tietopaketti, josta löytyy hoitajan kannalta oleelliset tiedot painehaavoista. Koska toimeksiantajana oli Hyvinkään terveystieteiden keskuslaitoksen akuuttivoudeosasto 11 a, olemme luoneet oppaan heidän toiminnan ja tarpeiden kannalta kattavaksi. Emme esimerkiksi käsittele oppaassa painehaavan kirurgista hoitoa sen tarkemmin, vaan painotamme painehaavojen ennaltaehkäisyä ja konservatiivista hoitoa. Lisäksi painotamme painehaavojen merkityksen huomaamista myös potilaan näkökulmasta, sekä sitä mitä painehaavan ilmeneminen potilaalle merkitsee ja miten suuressa roolissa esimerkiksi kivun hoito on painehaavan hoidossa. Mielestämme on kuitenkin tärkeää, että opinnäytetyömme on kattava tietopaketti tueksi oppaalle, jonka vuoksi olemme käsitelleet opinnäytetyössämme olennaisia asioita painehaavojen kannalta. Näin hoitohenkilökunta saa kokonaiskuvan painehaavaprosessista.

Tuotimme oppaan arviointilomakkeen (liite 2) yhdessä. Teimme ainoastaan suljettuja kysymyksiä, joiden tarkoitus oli antaa palautetta oppaasta kokonaisvaltaisesti. Arvioinnin otsikoita ovat aihe, sisältö, selkeys ja ulkoasu. Hyvärisen (2005) mukaan oppaan tuottamisessa tulisi muistaa tuoda selkeästi esille oppaan välittämä viesti, miten toteutus suunnitellaan ja vastaako se odotuksia tavoitellusti. Oppaan suunnittelussa otettiin huomioon hoitohenkilökunnan kannalta olennaisia asioita. Toimme esille vain niitä asioita, jotka ovat juuri kyseisellä osastolla tärkeitä. Eduksi koimme, että toinen meistä työskentelee kyseisellä osastolla ja tällöin olemme ajan tasalla kaikista tärkeistä asioista.

Mielestämme tuottamamme opas on selkeä ja sisällöltään kattava sekä monipuolinen. Asiat on esitelty tärkeysjärjestyksessä ja loogisesti etenevästi. Oppaassa käytimme selkeitä pääotsikoita, jotka sisälsivät pienempiä alaotsikoita selkeyttämään tekstiä. Pääotsikon tarkoitus on tuoda esille aihe ja väliotsikolla auttaa lukijaa hahmottamaan asioita selkeiksi kokonaisuuksiksi. Teksti on jaettu kappaleisiin ja lokeroihin, joka edesauttaa lukijaa hahmottamaan tietopakettia.

Toimme osastolle 30 arviointilomaketta, joista saimme takaisin kuusi kappaletta. Palaute oli positiivista. Palautteesta tuli ilmi, että opas on hyvä ja siihen ei tarvitse tehdä muutoksia.

Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että aihe on ajankohtainen ja tarpeellinen osastolla. Aihealueet olivat hyvin valittuja ja otsikot vastasivat hyvin sisältöä. Sisältö koettiin neljän vastaajan perusteella kattavaksi, kaksi vastaajaa oli väitteestä osittain samaa mieltä. Kaikki vastaajat kokivat, että oppaasta löytyy kaikki tarvittavat asiat ja aihealueet on hyvin rajattuja ja toteutettuja. Vastausten perusteella opas on selkeä ja helposti ymmärrettävissä, myös fontit ovat miellyttäviä. Ulkoasu koettiin mielenkiintoa herättävänä ja mielenkiintoisena ja värivallinat ovat olleet mieluisia. Kokonaisuudessaan kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että opas on erittäin hyvä.

Vaikka vastaajia oli vain kuusi, koemme että saamiemme palautteiden perusteella saavutimme tavoitteemme erittäin hyvin. Opas on vastannut hoitohenkilökunnan odotuksia ja ollut toivottu. Saimme aikaan monipuolista keskustelua osastotunnilla, jossa saimme myös suullista palautetta. Opas oli hoitohenkilökunnan mukaan hyvin toteutettu. Meitä pyydettiin esittelemään opas myös osastolle 11b, jonne menemme sen esittelemään kesän 2016 aikana.

7.2 Kehittämisideat

Hyvinkään terveystieteiden keskus sairaalan akuutti vuodeosasto 11 a:lle toimitetaan oppaasta sähköinen versio, jota he voivat hyödyntää sekä päivittää hoitosuosituksen ja -käytäntöjen muuttuessa. Vaikka opas on tehty vain kyseiselle osastolle, voisi sitä jakaa myös muille sairaalan osastoille, jolloin useampi taho hyötyisi oppaasta ja sen tuomista hyödyistä.

Jatkotutkimusaiheeksi voitaisiin tutkia, miten kyseisen osaston hoitohenkilökunnan hoitokäytännöt ovat muuttuneet oppaan käyttöönoton jälkeen. Lisäksi aihetta voisi tarkastella esimerkiksi tutkimuksen muodossa ja sen avulla selvittää mitkä asiat hoitohenkilökunta kokee tärkeinä osastolla ammattitaitonsa päivittämisen suhteen.

Lähteet

Painetut Lähteet

Ahtiala, M. 2011a. Jackson/Cubbin- painehaavariskimittari. Suomen haavahoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 3/2013, 12.

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. 2007. Hoitamalla hyvää oloa. 7. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Eriksson, E., Lepistö, M., Hietanen, H. & Juutilainen, V. 2003. Hoitosuositukset painehaavojen ennaltaehkäisyyn. Teoksessa Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Hietanen, H. & Iivanainen, A. 2005. Haavanhoidon vuosikymmen. Espoo: Suomenhaavahoitoyhdistys.

Hietanen H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. Haava. Helsinki: WSOY.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A. 2012. Stop painehaavoille! Suomen haavahoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 3/2013, 8.

Juutilainen, V. & Hietanen, H. 2012. Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma.

Kauppinen, R-L. 2013. Braden-riskimittari - käytännön kokemuksia Laakson sairaalasta. Suomen haavahoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 4, 26-27.

Kinnunen, U.-M. 2013. Haavanhoidon kirjaamismalli - innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. Kuopio. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja.

Lauri, Sirkka. 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: Sanoma.

Lepistö, M. 2005. Haavanhoidon vuosikymmen. Suomalaisen painehaavariskiluokituksen kehittäminen. Toimittanut Hietanen, H. & Iivanainen, A. Espoo: Suomen haavanhoitoyhdistys.

Louhiala, P. & Launis, V. 2009. Parantamisen ja hoitamisen etiikka. Helsinki: Edita.

Ruuskanen, E-I. Mielenterveyskuntoutujien liikunnan kehittämishanke. 2006. Helsinki: Dark Oy.

Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A-L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen. 2010. Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita.

Töyry, J. 2007. Diabetes - taskutieto. Kuopio: UNIpress.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito- Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin ja kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita.

Vilkkä, H. Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Sähköiset lähteet:

Ahtiala, M. 2011b. Jackson/Cubbin-painehaavariskin arviointimittarin käyttö TYKS:n aikuisten teho-osastolla. Viitattu 14.10.2015.

<http://www.sthy.fi/tehohoitolehti/arkisto/1615-jacksoncubbin-painehaavariskin-arviointimittarin-kaytto-tyksn-aikuisten>

Alaraajojen tukkiva valtimotauti 2010. Käypä hoito. Viitattu 20.1.2015. Saatavilla:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50083>

Haavanhoitajan potilasohje 2013. Eksote. Viitattu 14.9.2015.

<http://www.eksote.fi/Fi/Terveyspalvelut/Potilaillejaomaisille/Potilasohjeet/Documents/PAINEHAAVA,%20Haavaohje.pdf>

Hietanen, H. 2016. Painehaavojen ehkäisy. Terveysportti. Viitattu 24.1.2016.

http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk01882&p_haku=painehaavojen%20ehk%C3%A4isy

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Duodecim. 121(16):1769-73. Viitattu 31.1.2016. Saatavilla:

<http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku>

Ihonsiirre. Suomen verisuonikirurginen yhdistys. 2016. Viitattu 20.1.2016. Saatavilla:

<http://verisuonikirurgit.yhdistysavain.fi/hoito-ohjelma/ihonsiirre/>

Kinnunen, U-M. 2007. Rakenteinen tieto haavanhoidon kirjaamisessa. Kuopion yliopisto. Pro gradu-tutkielma.

Kivelä, A. 2011. Paineenpoiston apuvälineet. XIV valtakunnalliset haavapäivät. Haastavat ja harvinaiset haavat. Helsinki.

Kortekangas-Savolainen, O. & Helander, I. 2010. Painehaava. Käypä hoito. Viitattu 13.7.2015. Saatavilla:

http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=ger02008&p_haku=painehaava

Lumio, J. Painehaavat eli makuuhaavat. 2012. Käypä hoito. Viitattu 5.1.2015. Saatavilla:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00313

Painehaavan ennaltaehkäisy ja hoito 2015. Mediteam. Viitattu 14.9.2015.

<http://www.mediteam.fi/painehaavan-ennaltaehkaisy-ja-hoito/>

Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta. 2014. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). 2014. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Osborne Park: Cambridge Media. Viitattu 13.7.2015. <http://www.epuap.org/guidelines-2014/Finnish-Guideline-Jan2015.pdf>

Näytönasetuskatsaus: ihon ja kudosten arviointi. Hoitotyön suositus. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 24.1.2016. Saatavilla:

http://www.hotus.fi/system/files/NAK_ihonhoito_1.pdf

Painehaavojen ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 18.1.2016. Saatavilla:

http://www.hotus.fi/system/files/SUOSITUS_PAINEHAAVA_2_10_2015_LINKIT_1.pdf

Parkkunen, N., Vertio, H., Koskinen-Ollonqvist, P. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja

arvioinnin opas. Helsinki. Terveyden edistämisen keskus.

Pikaopas painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon. NPUAP. 2014. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Viitattu 27.3.2016. Saatavilla: <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf>

Pressure ulcers. 2013. iWOC Nurses Foundation. Viitattu 25.3.2016. Saatavilla: http://iwocnurse.org/?page_id=30

Soppi, E. 2010. Painehaava - Esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. Käypä hoito. Viitattu 14.9.2015. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo98591

Soppi, E. 2014. Ehkäise painehaavojen syntyminen. Suomen lääkärilehti 46/2014. Viitattu 24.1.2016. Saatavilla: <http://www.fimnet.fi.nelli.laurea.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000042035>

Varantola, K., Launis, V., Helin, M. & Kaisa, S. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Viitattu 23.3.2016. Saatavilla: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Viljamaa, J. & Vaalasti, A. 2014. Krooninen alaraajahaava. Käypä hoito. Viitattu 19.1.2015. Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00068

Kuvat

Kuva 1. Toimintakyvyn eri osa-alueiden vaikutukset toisiinsa.	7
Kuva 2. Vuoteessa eläminen eristää ja tuo terveyshaittoja.	13
Kuva 3. Haavanhoitotuotteiden valintaperusteet.	25
Kuva 4. Interaktiiviset haavasidokset.	28
Kuva 5. Passiiviset haavasidokset.	29
Kuva 6. Muut haavasidokset.	29

Liitteet

Liite 1 Painehaavaopas.....	41
Liite 2 Arviointilomake.....	62
Liite 3 Sopimus.....	63
Liite 4 Sopimus.....	67
Liite 5 Käyttöoikeussopimus.....	68

Liite 1 Painehaavaopas

2016

Painehaavaopas Hyvinkään terveyskeskus-
sairaalan osasto 11a:n hoitohenkilökunnalle



Anniina Heitonen ja Daniela Lertonen
sairaanhoidtajapäiväkirjat

Hyvinkään Laurina AWC, potilasyön koulutusohjelma
18.3.2016

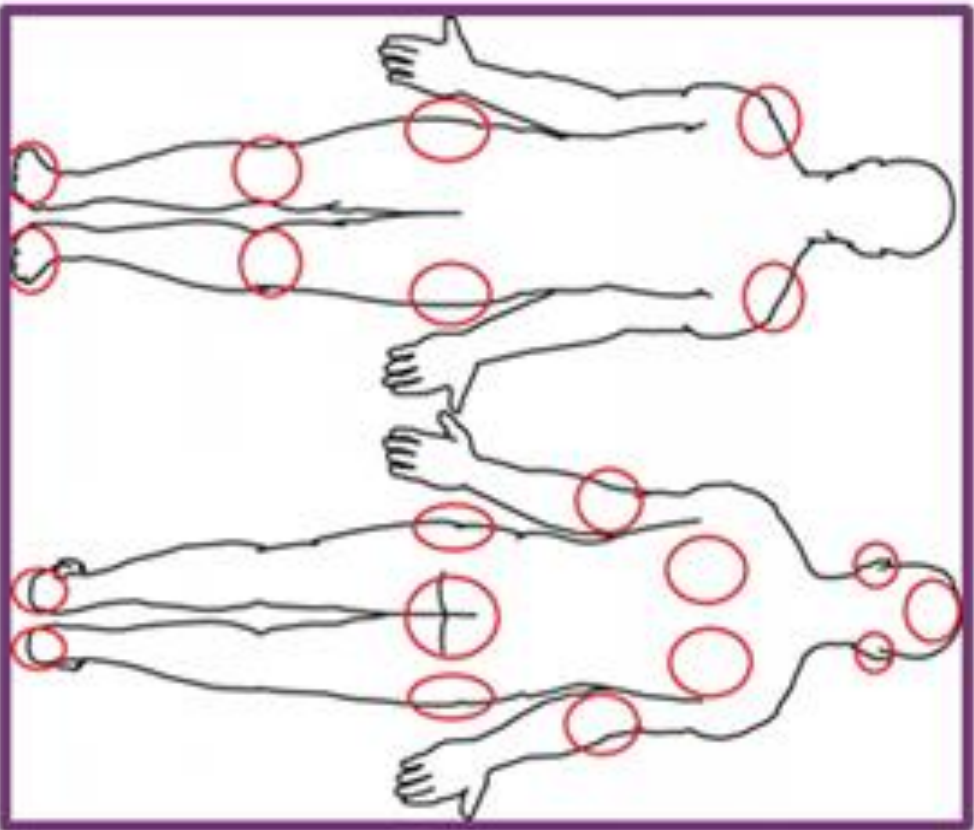
Ikään tynneiden, yhä huonompikuntoisten potilaiden määrä on suuressa kasvussa vuodeosastolla. Kun ikään tynneen toimin takkyky heikkenee, myös niski painehaavoille kasvaa. Tiesitkö että potilaspaiikkojen ja esiintyvyyden perusteella Suomessa 55 000-80 000 potilaalla on jo painehaava?

Tämä opas on tietopaketti painehaavoista, niiden syntymekanismista, altistavista tekijöistä, ennaltaehkäisystä ja hoidosta. Painehaavaopas on tuotettu hoitohenkilökunnalle tueksi arkipäiväiseen hoito työhön.

Toivomme suuresti, että oppaasta on hyötyä osastollanne!

Sisällysluettelo

Mihin painehaavoja syntyy?	2
Syvyyssuokitusaste	3
Ihon kunnan arviointi	4
Asentohoito	5
Apuvälineet	6
Ravitsemuksen merkitys	7
Painehaavojen syntyn vaikuttavat paikalliset ja systeemiset tekijät	8
Painehaavan monet haitat	9
Painehaavan hoito	10
Kipu	11
Haavanhoitotuotteista	12
Kirjaaminen	13
Lähdeluettelo	14-15



Mihin painehaavoja syntyy?

Painehaavan syntyyn vaikuttavista tekijöistä tärkein on pitkittynyt, kohtisuora, staattinen ulkoinen paine kehon luisten ulokkeiden alueella. Tietym ajan ylttässä ihoon ja ihonalaisiin kudoksiin kohdistuva paine aiheuttaa iskemiaa, eli hapenpuutetta jollain verenkierto painealueella heikkenee tai estyy kokonaan. Kudosaauriolta syntyy nopeammin, miltä suurempi kudokseen kohdistuva paine on. Jo yli kahden tunnin ylttjaksollinen kriittisen rajan yltttävä paine voi saada aikaan korjautumattomia kudosaauriolar:

Painehaavalle hyvin alttita paikkoja:

- Alaselkä
- Lonkan seutu
- Kantapöiden seutu
- Pakaröiden seutu

Syvyysluokitusaste

1.

- Iho on ehjä, mutta siinä on vaaleenatonta punoitusta paikallisella alueella, eikä se häviä asentoa vaihtamalla.
- Alue voi olla kivulias, kiinteä, pehmeä tai ympäröivää kudosta viileämpi tai lämpimämpi

2.

- Dermiksen osittainen vaurio näkyy pintaisena haavana, joka on avoin ja haavan pohja on punainen tai vaaleanpunainen
- Voi ilmetä rakkulana tai hientymänä
- Kiltävä ja kuiva haava, ei katetta tai mustaa aluetta

3.

- Koko ihon lipotinenä kudonvaurio, ihaakalvo kuitenkin ehjä
- Kattavuutta ja nekroosia voi olla
- Saattaa olla onkaloita tai taskuja

4.

- Syvä haava
- Uloottuu ihaakseen, jänneisiin, luvun ja nivelen asti
- Kattavuus, onkalot, taskumaiset kohdat ja nekroosi mahdollista

Luokitteluasteen syvyys:

- Koko ihon/kudoksen vaurio, jonka syvyyttä ei voida arvioida katteen tai nekroosin vuoksi
- Usein kolmannen/neljännen asteen haava. Syvyys saadaan selville katteen- ja nekroosinpoiston jälkeen.

Ihon kunnan arviointi

Ihon kunnan arviointi on painehaavojen syntyamisen kannalta erittäin olennainen asia. Painehaavoille altistaa jatkuva tai iähes jatkuva altistuminen liialliselle kosteudelle etenkin esimerkiksi inkontinenssista johtuen. Tämä johtaa ihon ärsytykseen sekä mikroilmaston muutokseen, jonka seurauksena voi olla inflemaatio, ihon punoitus, kuluminen ja altitus vaurioille.

Tunnista:

- vitaalireaktio
- paikallinen kuumotus
- turvotukset sekä kudosten kovettuminen
- hierymät ja rakuulat
- Kaikille osastoille saopuille potilaille tulisi tehdä säännöllisesti ihon kunnan arviointia.

Painehaavojen ehkäisemiseksi iho tulisi pitää puhtaana, näin iho pysyy paremmin ehjänä. Iho tulisi puhdistaa pesuvalteella tai vedellä ja kuivaamisen tulisi tapahtua varovasti taputtelemalla.

Muista:

- ✓ Valitse potilaalle oikean kokoiset vaatteet
- ✓ Vaihda kostuneet vaatteet ja vuodevaatteet mahdollisimman pian kuiviin
- ✓ Muista perusrasvata kuivaa ja hilseilevää ihoa
- ✓ Valitse oikean kokoinen vaippa. Huomioi imukyky
- ✓ Katso, ettei vaatteiden tai lakoiden saumat jäädä rullalle potilaanalle
- ✓ Vaihda vaippa heti, jos huomaaat siinä ulostetta
- ✓ Kaikille osastoille saopuille potilaille tulee tehdä säännöllisesti ihon kunnan arviointia.

Asentohoito

Asentohoidon tärkein tavoite on poistaa tai keventää painetta sekä hankkausta painehaavoille alttialta alueelta. Potilaan tulisi vaihtaa asentoa itse, jos hän ei siihen kykene tulisi hoitajan tuettaessa asentohoitoa säännöllisin väliajoin, noin 2-3 tunnin välein.

Asentoa vaihtaa vuorotellen molemmille kyljelle, kuitenkin välittään 90 asteen kulman kylkiasentoa. Potilaan tulisi olla noin 30-40 asteen kulmassa painehaavariikin välittämiseksi. Vuorotessa potilaan kantapäät eivät saisi olla painuudessa makuualuesta vasten ja polvien tulisi olla noin 5-10 asteen korkeissa fleksoissa. Apuvälineinä voidaan käyttää esimerkiksi tyynyjä. Mikäli kantapäät kohotetaan esimerkiksi tyynyillä, tulee tyynyjen ulottua koko pohkeen pituuden alueelle.

ISTUVAN POTILAAN ASENTO

Istumaa-aseennoissa potilaan tulee pysyä istuessaan tasapainossa, asennon on oltava miellyttävä ja pehmytkudoksiin tulevan paineen ja venytyksen tulisi olisi mahdollisimman hyvin estetty.

Huomioi että potilaan jalat tukeutuvat lattiaan, reidet horisontaalisesti katsoituna hieman alas päin ja ylävartalo nojaa taakse päin, sekä suorana. Huomioi paineen jakautuminen pyörätuolissa. Mikäli esimerkiksi pyörätuolia ei voida säätää optimaaliseen painetta vähentävään asentoon, tulee istumassa viettää aikaa rajoitetta.

Apuvälineet

Apuvälineet tulee valita niin, että ne eivät vaikeuta potilaan hoitoon liittyviä päivittäisiä toimintoja. Ne ovat osa aktiivista kuntoutusta, jotka tukevat omatoimisuutta, itkkunutta, lihaskuntaa sekä tasapainoa. Niitä käytetään siirtämiseen, silin Gyssä olemiseen sekä wc:ssä käymiseen ja peseytymiseen.

Staatinen eli passiivinen patja

Patja soveltuu erityisesti potilaille, jotka kykenevät vaihtamaan asentoa osittain itsenäisesti. Passiiviset eli staattiset erisoiapatjat sopivat erityisesti pienen ja kohokalaisen riskin potilaille. Patja muotoautuu passiivisesti painovoiman ja kehon lämmön mukaisesti, jolloin paine pääsee jakautumaan laajemmalle alueelle ja näin painehaavuriskit vähenevät luvisten ulokkeiden kohdalla.

Dynaaminen eli aktiivinen patja

Aktiivisia patjoja tai päällyspatjoja suositellaan käytettävän suuren tai erittäin suuren paineen laavaruksen potilaille, jotka eivät itsenäisesti pysty vaihtamaan asentoaan ja myös potilaille, joilla on asento- ja/tai liikkumiskyvön heikkenemistä. Patjojen toiminta perustuu kennonjärjestelmän aktiiviseen ohjaamiseen konnektivisesti, jonka tarkoituksena on pienen tai koon taktatuveen painetta tai poistaa se kokonaan.

Istuvan potilaan apuvälineiden valinnassa

huomioi:

- yksitoimisuus
- potilaan koko ja ruuminsäike
- kehon virheasennot
- aktiivisuus
- tyngyn koko sekä toimivuus

Potilaiden kohdalla olisi tärkeää käyttää erilaisia apuvälineitä siirtolanteissa, ettei hänelle synny itkorkkoja tai haavoja. Ensisijaisesti apuna käytetään potilaan omaa voimavaroja sekä nousutuolia, jos se on mahdollista. Lihkurajotteiden potilaiden siirtoon olevia apuvälineitä ovat esimerkiksi nosturit, nostolinnat, siirtymälakarut sekä itkkakarut, siirtotyöt ja kaantoteineet.

Ravitsemuksen merkitys

Proctiaan nuonosti todetu tunut ravitsemus tai altistuminen vajaa ravitsemukselle voi lisätä riskiä painehaavan syntyyn. Liian vähäisen proteiinin saanti vähentää osataan kollageenin synteesiä sekä haavan vetolujuutta, joka puolestaan vaikeuttaa haavan sulkeutumista. Jo syntyneen painehaavan parantuminen edellyttää ruokaviljoon sisältyvän riittävästi proteiineja, hiidhiidraatteja, vitamiineja sekä kivennäisaineita.

Potilaille, joilla on kohonnut painehaavariski tai jo olemassa oleva painehaava, tulee tehdä hoitosuunnitelmaan yksilöllinen ravitsemussuunnitelma ravitsemusterapeutin tai muun ammattilaisen ryhmän toimesta.

Nestehoito tulee huomioida osana painehaavojen ennaltaehkäisyä ja hoitoa.

- ❖ Nestehoidossa huomioidaan potilaan sairauteen ja hoitoon liittyvät mahdolliset nesterajoitukset.
- ❖ Mittava nesteytyksen arvo on ti painonmuutoksella, hion jänteryyden, virtsanerityksen sekä laboratoriotuloksista veren natriumipitoisuuden seurantana.
- ❖ Nesteytystä lisävinä tekijöinä huomioidaan potilaan kuumeilu, hionku, oksennukset, ripulointi sekä runsaasti erittävät haavat.
- ❖ Riittävän nestehoidon avulla kehon vitamiinit, mineraalit, glukoosi ja muut ravintoaineet liukenevat hyvin, sekä ravintoaineet ja aineen vaihtuminen tuotteet pääsevät kulkemaan kehossa. Normaali nesteen tarve aikuisella potilaalla on noin 30-35 ml tavoitepainoa kohti päivittäin.

HUOMIOTA! Ravitsemusta voidaan täydentää tarvittaessa esimerkiksi kiinteillä ruokasäilytysillä ja ruokasäilytysillä täydentysravintovalmisteilla.

Painehaavojen syntyyn vaikuttavat tekijät

Paikalliset tekijät

- ❖ Ihon pitkeytyne kestoisuus aiheuttaa vettä, joka heikentää ihon suojaavaa pintarakennetta ja altistaa sekä haavaurheilie etti infektioille.
- ❖ Ihoon ja ihonalaiseen kudokseen kohdistuvat hankaavat, venyttävät ja painavat liikkeet ja asennot.
- ❖ Ihon ja konaktipinnan välillä: potilaan vaateus sekä patjan tai istuinaluksen pintamateriaalista.
- ❖ Ihonalaisen rasvakudoksen vähyyys ja lihasten atrofia johtavat kehon luisten ulokkeiden korostumiseen ja epätasaisempaan paineen jakautumiseen riskialueilla.
- ❖ Liikkumattomuus
- ❖ Puuttuva suojatunto voi johtaa siihen, että potilas ei tunne pitkittyneestä kudospainesta johtuvaa iskeemistä kipua, joka normaalkolossa saa ihmisen välttämään asentoaan.

Systemiset tekijät

- ❖ Liian vähäinen hapen saanti hankaloittaa haavan paranemista, ihon puolestuskyky alenee, infektioaltuus kasvaa, riski kudostuolion kasvaa.
- ❖ Vajaaravitsemus heikentää haavan paranemisprosessia.
- ❖ Ihäntyyvän ihon rakenneelliset muutokset.
- ❖ Sairaudek
- ❖ Tupakoin ti altistaa infektioille, heikentää kudosten hapensaantia ja hankaloittaa haavan paranemista kudostuolilla su pistamalla verisuonia ja vähentämällä kudoksessa kiertävän veren määrää.
- ❖ Ylipaino altistaa alaraajalaskimoiden ja limu suonen vajaatoiminnalle aiheuttuen tu rotouksia heikentäen kiertävän veren riittävässä määrää. Se myös heikentää keuhkojen toimintaa, josta puolestaan näkyy riittämättömänä kudosten hapensaantia.
- ❖ Psykososiaaliset tekijät, joista tärkeinä potilaan hoitoon sitoutuminen sekä potilaan ohjauk haavan ennallaan käytyä ja hoitosta.

Painehaavan monet haitat

Haavan ilmeneemiseen liittyy aina monenlaisia haittaa. Potilaalle se aiheuttaa usein kipua, toiminnan vajautusta sekä psyyko-sosiaalisia haittaa. Haavakipu voi ilmetä voimakkaampana infektoituneissa haavoissa ja vastaavasti pitkäaikaisena ja jatkuvana kipuna kroonistuneissa haavoissa. Toiminnallinen haitta riippuu paljon siitä, missä haava sijaitsee. Alaraajassa oleva haava voi hankaloittaa kävelyä ja vastaavasti esimerkiksi lantion alueen haavat voivat vaikeuttaa istuma-asennossa olemista. Pitkittyneissä haavahoitoissa potilas voi kokea ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta, mikäli haava ei pääse paranemaan. Se voi luoda potilaalle myös pelon, saako haavaa tulevaisuudessa parannettua. Haavahoitoon sitoutuminen vie paljon aikaa ja voimavaroja, vaikuttaen potilaan normaalin päivittsien elämiseen.

Painehaavan hoito



- 1. PUHUSTATA |** Haava puhdistetaan haavatyypistä riippuen suihkuttamalla vedijohdovedellä, keittosuolaliuoksella tai haavan puhdistukseen tarkoitettulla liuoksella. Puhdistuksen avulla haavasta saadaan eritteet ja kuolleet solut pois.
- 2. POISTA KATE |** Mikäli haavasta on runsas paksu keltainen fibrinikate tai mustaa kuoluttua nekroottista kudosta, tarvitaan haavan puhdistamiseen yleensä katteen poisto mekaanisesti steriileillä välineillä, kuten esimerkiksi kyretillä, veitsellä tai pinsetillä.
- 3. ASEPTIIKKA JA RYNNÄHOITO |** Mekaanisessa haavahoidossa on ylläpidettävä hyvällä aseptiikalla, johon kuuluvat hyvä käsihygienea, suojakäsineiden käyttö ja potilasleikkon taitteesta käytettävät haavanhoitovälineet ja -välineet infektioiden välttämiseksi. On myös huomioitava, että mekaaninen puhdistus on usein kivuliasta, joten puudutavien voiteiden ja kipulääkkeen käyttö on suositeltavaa hoidon toteutumisen kannalta.

Pienet haavat, halkaisijaltaan alle 5 cm kokorat haavat soveltuvat pääasiassa konservatiiviseen hoitoon plintin, nestiden emakoidaan paranevan hyvällä haavahoidolla muutamien viikkojen tai korkeintaan parin kuukauden sisällä.

Konservatiivisella hoidolla painehaavalle pyritään saavuttamaan sellainen ympäristö, jossa ihon lämpö, kosteus ja pH-arvo ovat tasapainossa. Alaraajan painehaavoissa tavoitteena on kehonlämpötilä, sillä liian alhainen lämpötilä hidastuttaa haavan paranemista. Vastavasti kuiva haava ei pääse paranemaan ja puolestaan liika kosteus haavalla tai sen ympäristössä saa aikaan haavovan haavan.

Painehaavaa puhdistettaessa ja haavapohjaa hoidettaessa huomioidaan, mikäli on kyseessä:

1. Onko haava runsaasti erittävä?
2. Onko haava onkaloitunut?
3. Onko haava nekroottinen?

Kipu

Potilaalta on hyvä kysyä, mikälaista kipu on ja missä se sijaitsee?

- Kudosrauri roiperäin kipu tuntuu usein haavansuudella, ja ilmenee pääasiassa jatkuvana tuskana särkyä, jomotuksena tai kirvelyä.

- Haavan ympärillä esiintyvä kipu on usein vitte hermoaurasta. Tällöin kipu on yleensä sietämätöntä, ja ilmenee pistelyä, polttelua, puristavaa, viiltävää tai savenoivaa kipuna.

Muistathan myös lääkkeettömän kivunhoidon, jota kipu saadaan lievennettyä:

- Hoidolevian toteuttamista
- Pidetä haavan rauja kuoia
- Harkitse tukidosten käyttöä turvotuksen ehkäisyksi
- Käsittele potilasta avaruudellisesti
- Valitse sopivia haavanhoidotuotteita

Palkallisesti toteutettava haavahoito on yleensä potilaalle kivuliasta. Tällöin on tärkeää huolehtia mittavasta kivun lievityksestä, jotta haava saadaan puhdistettua ja hoidettua mahdollisimman hyvin. Paras tapa mitata kipu on potilaan oma arvio kipumittarin (VAS 0-4 tai NRS 0-10) avulla arvehtuna. Omistuneen kivunhoidon kannalta kipu ja kipulääkkeen vaikutusta arvioidaan ja tarvittaessa tehostetaan tai vähennetään. Hyvässä kivunlievityksellä muun muassa mahdollistetaan haavahoidon onnistuminen, mobiileihin mahdollistaminen, turvataan lepohetki ja lisäksi hoitomyönteyttä. Toisin sanoen, tehokas ja turvallinen kivunhoito on torjuntien ja haavan optimaalisen paranemisen taustalla.

Haavanhoitotuotteista

Lääkäri päättää usein painehaavan paikallishoitoon käytettävistä haavahoitotuotteista.

Haavahoitotuotteiden valinnassa tarkastellaan haavan kudostyyppiä:

- haavan syvyyttä
- jänneiden jalkien näkyminen
- haavaperityksen määrää
- ympäröivän ihon kuntoa
- mahdollisesti jo olemassa olevaa infektiota.

Haavasiidoksen valintaan vaikuttavat haavan sijainti, haavaperiteen määrä, haavan vakavuusaste ja syvyys. Valtun siidoksen tulee parantaa haavan paranemisprosessia ja auttaa haavaa muodostamaan terveitä kudosta. Haavasiidoksen valinto tapaukko yksilöllisesti määritettymiä, riippuen painehaavatyypistä sekä haavan erittämisen mukaan.

- ◊ Erittäville haavoille valitaan tuote, joka imee haavaperitettä, mutta ei päässe haurastuttamaan haavan ympärystä.
- ◊ Kutiavalle haavalle suositellaan tuotetta, joka pitää haavan optimaalisesti parantamisen kannalta kosteana.

HUOMI!

Puhdaspuhdyksessa haavassa voidaan haavahoito toteuttaa harvemmillä aikavälillä, kun taas nekroottinen, kateenen, infektoitunut tai runsaasti erittävä haava tulee hoitaa useammin.

Antibiootteja sisältäviä rasvoja ei suositella laitettavaksi haavoille, sillä ne voivat aiheuttaa allergisia reaktioita ja voivat saada aikaan antibioottiresistensien bakteerien kertymisen haavalle.

Jollakin potilailla myös paikallishoidossa käytettävät haavahoitotuotteet voivat aiheuttaa allergisia reaktioita, jotka ilmenevät haavaa ympäröivän ihon arytyksensä tai itoitumana. Ialoon motta voi tmetä muun muassa punoitusta, kutinaa tai rakkuloita.

Haavanhoidon tukemiseksi on
virehdössä on hyvä valtuuttaa
virehdössä haavaa
virehdössä virehdössä
virehdössä virehdössä

Kirjaaminen

Hoitotyön kirjaaminen on yksi tärkeimmistä asioista painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Kirjaamisessa tulisi huomioida potilastietämys, yksityiskoisyys ja turvallisuus. On myös huomottava, että kirjaaminen on selkeää ja ymmärrettävää hoidon jatkuvuuden kannalta. Kirjaaminen koostuu useammasta eri vaiheesta, joista olennaisimmat ovat ydin tiedot, termit sekä niitä täydentävät kertovat tekstit.

Muita:

- ◆ tee kunnollinen hoitokunnitelma
- ◆ ennaltaehkäise, kirjaa kaikki muutokset tarkasti
- ◆ huomioi potilaan fyysinen toimintakyky
- ◆ kirjoita apuvälineiden tarpeesta
- ◆ huomioi systemaattiset ja paikalliset tekijät
- ◆ huomioi ravitsemus (etenkin vajaaravitsemus)
- ◆ perussairaudet
- ◆ infektiomahavat
- ◆ haavat (kuivalle turvaksi koko, väri, muutokset)
- ◆ kaikki hoidon kannalta olennaiset asiat ylös

Lähdeluetelo

- Kononen, U.-M. 2013. Haavanhoidon kirjaaminen - innovaatio kotoiseen potilasmuotoon, vatsatauti, itä-suomen yliopisto, kuopio.
- Lauri, Sirkka. 2003. Näyttöön perustuva hoito. Helsinki: Sanoma Pro.
- Lepistö, M. 2006. Haavanhoidon voimien. Suomalaisen painehaavapainesuojien kehittäminen. Toimitusnielinen, M. & Iivaniemi, A. Suomen haavanhoidon yhdistys ry, Helsinki: Nyrkkipaino Oy.
- Saranto, K., Ennio, A., Tanttii, K. & Soomien, A.-I. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Mäki-Petälä-Lemonen 2010. Vanhuus ja näköntilaisuus. Helsinki: Edita.
- Suomen mielenterveysseura. 2006. Mielenterveyskuntoutuksen uudenlaisen kehittäminen. Helsinki: Uuriku.
- Torgy, J. 2007. Diabetes - laskuri. Kuopio: UNIPRES AD.
- Valtion ravitsemusohjelmakunta. 2010. Ravitsemus- ja suositus sairauksien, terveyskuntien, palvelu- ja hoitokeskusten ja kuntoutuskeskusten. Helsinki: Edita.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). 2014. Prevention and Treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Emily Nelder (Ed.). Osborne Park: Cambridge Media. Viitattu 13.7.2015. <http://www.epuap.org/guidelines-2014/> [https://online-journals.org]
- Anttila, K., Kallia-Mattila, T., Kan, S., Pukka, E.-L. & Vihunen, R. 2007. Hoitamalla työtä onia. 7 uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Eriksson, E., Lepistö, M., Nielinen, H. & Joutsilainen, V. 2003. Hoitosuosituksen painehaavojen ennaltaehkäisyyn. I kesässä Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuva hoito. Helsinki: WSOY.
- Evistö, 2013. Näköntiläisen potilasta. Painehaava. Viitattu 14.9.2015. http://www.ekosta.fi/FuTerveystietoa/hoitotilavaikotus/hoitotilavaikotus/document/raivennaiva_2003nakohtatila.pdf
- Iivaniemi, M. & Iivaniemi, A. 2005. Näköntiläisen voimien. Helsinki: Nyrkkipaino Oy.
- Iivaniemi, M., Iivaniemi, A., Seppänen, S. & Joutsilainen, V. 2002. Haava. Helsinki: WSOY.
- Iivaniemi, A. & Syrjäoja, P. 2008. Hoiva ja kirja. Helsinki: Tammi.
- Iivaniemi, A. 2012. Star painehaavojen hoiva J. & Joutsilainen, V. & Nielinen, H. 2012. Näköntiläisen perustiet. Helsinki: Sanoma Pro.

- Hietanen, H. 2016. Painevalvojan epäily. Viitattu 24.1.2016. http://www.terveystieto.fi/lehti/ajankohtainen/ajankohtaiskysymys_buissuodistussairauksienvalvojanepaily
- Kinnunen, U.M. 2007. Rakenteinen teroittamisohjelma kirjallisuudesta. Pro-gradu-tutkielma, Kuopion yliopisto.
- Kivela, A. 2011. Painevalvojan arvostukset. XV valtakunnalliset näkemykset. Näkemykset ja näkökulmat näyivät Helsinki.
- Kortteengård-Jonvallsen, U. & Neelanor, I. Suomalaisen Laakariseuran Duodecim, vanhojen sairaalatoiminta ja genettian arvioit. Painevalva. Kirja Porto -suostus. Duodecim 2010; gen02008. Viitattu 13.7.2015. http://www.terveystieto.fi/dvt/orup/kuorv_artikkeligen02008a_p_nakemyksetnaiva
- Krooninen alaraajatauti (online). Kirja Porto -suostus. Suomalaisen Laakariseuran Duodecim ja Potilastutkimuskeskuksen asettama työpöytä Helsinki
- Suomalainen Laakariseura Duodecim. 2014 (viitattu 19.1.2015). Saatavilla internetissä: www.kirjasto.fi
- Miettinen. 2015. Painevalvojan epäilytutkimus ja Porto. Viitattu 14.9.2015. <http://www.miettinen.fi/painevalvojan-epailytutkimusgraja-Porto/>
- Näytönasetuskäytäntö: Ihon ja kuivosten arvioitb. Hoitotyon suostus (online). Hoitotyon tutkimuslaitos asettama työpöytä. Helsinki: Hoitotyon tutkimuslaitos, 2015 (viitattu 24.1.2016). Saatavilla: www.nordi.fi
- Painevalvojan epäily ja tunnistaminen alaraajatautiin hoitotyössä. Hoitotyon suostus (online). Hoitotyon tutkimuslaitos asettama työpöytä. Helsinki: Hoitotyon tutkimuslaitos, 2015 (viitattu 24.1.2016). Viitattu 18.1.2016. Saatavilla: www.nordi.fi
- Painevalvat eri maissa (online). Kirja Porto -suostus. Suomalaisen Laakariseuran Duodecim ja intentionalaisten asettama työpöytä. Helsinki: Suomalaisen Laakariseura Duodecim, 2012 (viitattu 5.1.2015 ja 18.1.2015). Saatavilla internetissä: www.kirjasto.fi
- Painevalvojan epäily ja Porto: Ihon ja kuivosten suostuksesta 2014. Viitattu 24.1.2016 <http://www.epuup.org/guestfiles-2014/Finland-GuideLine-Jan2015.pdf>
- Soppi, E. Suomalaisen Laakariseuran Duodecim asettama työpöytä. Painevalva - Elin tutkimus, patofysiologia ja epäily. Kirja Porto -suostus. Duodecim 2010;12613:261-4. http://www.duodecim.fi/web/guest/artisto/p_d_16/article_wak_u16_artikkelisar_p_d_aktori16_p_d_ajkennakimmedome_wtjruveww.artikkelitunnus=duo98591 (viitattu 14.9.2015)
- Suomen Näkötoiminta. 2016. Koulutus. Viitattu 18.2.2016. <http://www.soty.fi/koulutus/>
- Valtion läntsemuusesteleluuta. 2010. Väitsemuusesteleluetikaantymis. Viitattu 23.2.2016. http://www.laitemuusesteleluuta.fi/attachment/vmlnkaan_tyneet_suostus.pdf
- Valtion väitsemuusesteleluuta. 2019. Väitsemuusesteleluuta. Viitattu 6.11.2019. <http://www.laitemuusesteleluuta.fi/portaalit/laittemuusesteleluet/vestitjruvemat/laittemuusesteleluet/>

Liite 2 Oppaan arviointilomake

Palautekysely Hyvinkään Laurean sairaanhoitajaopiskelijoiden laatimasta painehaava-oppaasta osaston hoitohenkilökunnalle.

Rengasta jokaisesta kohdasta mielestäsi opasta parhaiten kuvaava kohta:

TÄYSIN SAMAA MIELTÄ (1) OSITTAIN SAMAA MIELTÄ (2) OSITTAIN ERI MIELTÄ (3) TÄYSIN ERI MIELTÄ (4)

AIHE

Aihe on ajankohtainen	1	2	3	4
Aihe on tarpeellinen osastolla	1	2	3	4
Aihealueet ovat hyvin valittuja	1	2	3	4
Otsikot vastaavat sisältöä	1	2	3	4

SISÄLTÖ

Sisältö on teoreettisesti kattavaa	1	2	3	4
Oppaasta löytyy tarvittavat asiat	1	2	3	4
Aihealueet ovat hyvin rajattuja	1	2	3	4
Sisältö on hyvin toteutettu	1	2	3	4
Oppaan sisältö on tarpeellinen	1	2	3	4

SELKEYS

Opas on selkeä	1	2	3	4
Opas on helposti ymmärrettävissä	1	2	3	4
Oppaassa on käytetty selkeitä fontteja	1	2	3	4

ULKOASU

Oppaan ulkoasu miellyttää	1	2	3	4
Opas herättää mielenkiintoa	1	2	3	4
Värivalinnat miellyttävät	1	2	3	4
Kokonaisuus on hyvä	1	2	3	4

Kiitos vastauksesta!



LAUREA

PROJEKTISOPIMUS OPISKELIJATYÖNÄ TOTEUTETTAVA PROJEKTI

1. PROJEKTISOPIMUKSEN OSAPUOLET

Laurea	Laurea-ammattikorkeakoulu Oy, P2P Laurea Hyvinkää, Uudenmaankatu 22, 05800 Hyvinkää (jäljempänä "Laurea")
Yhteistyötaho	Yritys/yhteisö (jäljempänä "yhteistyötaho") Hyvinkään kaupunki, Terveyskeskus-sairaalan vuodeosasto 11a Sairaalanmäen terveysasema Sairaalankatu 3 05800 Hyvinkää p. (019) 459 3750 Fax. (019) 459 3820 sähköposti: etunimi.sukunimi@hyvinkaa.fi Sähköposti: seija.saukkonen-hamalainen@hyvinkaa.fi
Toteuttaja(-t)	Projektin toteuttavat Laurea-ammattikorkeakoulu Oy:n opiskelijat, jotka ovat allekirjoittaneet tämän projektisopimuksen (jäljempänä "toteuttaja(-t)").

2. PROJEKTIN TIEDOT

Projektin kuvaus ja kesto	Opinnäytetyön tarkoitus on luoda hoitohenkilökunnalle kattava ja monipuolinen tietopaketti painehaavoista, ehkäisystä ja niiden hoidosta. Tärkeää on tuoda esille, miten helposti painehaavoja syntyy ja mitkä ovat riskejä jokapäiväisessä hoitotyössä. Tarkoituksena on tehdä toiminnallinen opinnäytetyö, jonka lopputuotos on opas painehaavoista. Oppaan esittelemme osastolla, jonka jälkeen annamme hoitajille palautekyselyn, jonka pohjalta saamme vastauksia oppaan toimivuudesta osastolla. Tämän jälkeen kokoamme palautekyselyn vastaukset ja analysoimme ne. Projekti toteutuu ajalla 1.3.2015-18.4.2016
Projektin ohjaaja yhteystiedot	Lehtori Johanna Lehti johanna.lehti@laurea.fi
Projektin ohjaaja yhteystiedot	
Yhteistyötaholle toimitettava projektin tulos (esim raportti, esitys)	Esitteet luovutetaan sellaisessa sähköisessä muodossa, että Hyvinkään kaupunki voi painaa tai monistaa ne. Esitteen sähköinen versio tuotetaan wordilla, joka työstetään ulkoasultaan sellaiseksi, että sen voi tulostaa myös kopiokoneiden Booklet-toiminnalla tai pelkällä A 4 word-tiedostona. Suunnitteluvaiheessa voidaan käyttää esimerkkikuvina esim. clipartin kuvia,



	<p>mutta niiden käyttöluvasta ja ostosta vastaa vastaa yhteistyökumppani esitteen kopiointi tai paino-vaiheessa. Mikäli Laurean opiskelijat ottavat itse kuvia, he antavat luvan kuvan jatkokäyttöön ja sopivat kuvan laadusta tilaajan kanssa. Mikäli esite tuotetaan sellaiseksi, että se kopioidaan, kuvien laatu ei ole niin vaativa.</p> <p>Koko opinnäytetyö ovat saatavissa sähköisenä www.theseus.fi. Sen liitteenä on esite. Opiskelijat voivat antaa opinnäytetyöstään paperiversion niin halutessaan. Kustannuksista vastaa opiskelijat itse.</p>
--	--

Tällä projektisopimuksella ei siirretä yhteistyötaholle immateriaalioikeuksia (kuten esimerkiksi patenttia, tekijänoikeutta, mallioikeutta), jotka kohdistuvat edellä mainittuun tulokseen.

3. YHTEISTYÖTAHON OSALLISTUMINEN

Yhteistyötaho	<p>Yhteistyötaho toimittaa projektin asianmukaisen suunnittelun ja/tai toteuttamisen kannalta tarpeelliset tiedot mm. Hyvinkään kaupungin graafiset ohjeet, Hyvinkään kaupungin kouluterveydenhuollossa käytettävät esitteet eri ikävaiheissa.</p> <p>Tilaaja eli kouluterveydenhoitajat osallistuvat esitteiden suunnitteluvaiheen haastatteluun ja esitteen kommentointiin. Laurean opiskelijat toimittavat esitteen kehittämisen suunnitelman (projektsuunnitelma) yhdyshenkilölle, terveydenhoitaja Kirsi Hiltuselle. Ennen suunnitelman julkaisua ja lähettämistä opiskelijat hyväksyttävät sen Laurean ohjaavalla opettajalla.</p> <p>Varsinaisen opinnäytetyön ohjaus tulee Laurealta.</p>
---------------	--

4. SALASSAPITO

Projektin toteuttajat sitoutuvat pitämään salassa ja olemaan luovuttamatta kolmannelle osapuolelle tietoa yhteistyötahon tai Laurean luottamuksellisesta tiedosta ilman erillistä lupaa. Laurean ja yhteistyötaho sitoutuvat pitämään salassa ja olemaan luovuttamatta kolmannelle osapuolelle toisiltaan saamaansa salassa pidettävää tietoa. Salassapitovelvollisuus koskee kaikkea sellaista tietoa, joka on vastaanotettu tämän projektin yhteydessä ja joka on merkitty salaiseksi. Salassapitovelvollisuus ei kuitenkaan koske:

- tietoa, joka oli julkinen tai yleisesti saatavilla luottamuksellisen tiedon luovutushetkellä,
- tietoa, joka on tullut julkiseksi tai yleisesti saatavilla olevaksi luottamuksellisen tiedon luovuttamisen jälkeen muutoin kuin osapuolen vastuulla olevasta syystä,
- tietoa, joka oli osapuolen hallussa ilman sitä koskevaa salassapitovelvollisuutta luottamuksellisen tiedon luovuttamisen hetkellä tai
- tietoa, jonka tämän sopimuksen osapuoli on saanut haltuunsa kolmannelta ilman luovuttavan osapuolen asettamaa salassapitovelvollisuutta
- on kehitetty itsenäisesti tai yhdessä kolmannen kanssa rikkomatta tämän sopimuksen mukaista salassapitovelvollisuutta

Salassapitovelvollisuus on voimassa 2 vuotta salassa pidettävän tiedon vastaanottamisesta.

5. VASTUUNRAJOITUS

Tämän projektisopimuksen osapuolet eivät vastaa toisen osapuolen ulkopuoliselle taholle aiheuttamasta vahingosta. Laurean ja/tai toteuttajat eivät anna luovutettavalle tulokselle ja muulle materiaalille mitään takuuta ja luovutuksen saaja on yksin vastuussa tuloksen ja mahdollisen muun materiaalin käytöstä. Laurean ei vastaa projektin toteuttajien tämän projektisopimuksen mukaisen työn yhteydessä mahdollisesti aiheuttamista vahingoista. Toteuttajat ja/tai Laurean eivät vastaa epäsuorasta tai välillisestä vahingosta, joka on aiheutunut tämän sopimuksen osapuolelle. Toteuttajana toimivan opiskelijan vastuu rajoittuu aina 500 euroon ja Laurean 5000 euroon.



6. MUUT EHDOT

Tällä projektisopimuksella ei synny palvelussuhdetta Laurean ja toteuttajana toimivan opiskelijan välille eikä projektisopimuksessa mainittuun yhteistyökumppaniin.

7. PROJEKTISOPIMUKSESTA IRTAUTUMINEN

Toteuttajana toimiva opiskelija voi irtautua tästä sopimuksesta ilmoittamalla asiasta kirjallisesti sekä Laurealle että yhteistyötaholle. Laurea ja yhteistyötaho päättävät yhdessä sen, että voidaanko projekti toteuttaa suunnitellulla tavalla, joudutaanko sitä muuttamaan tai päättämään se ennenaikaisesti. Olennaiset projektimuutokset tulee sopia kaikkien osapuolien kesken. Irtautumisesta tai projektin ennenaikaisesta päättämisestä huolimatta projektisopimuksen salassapitoa ja vastuuta koskevat säännökset jäävät voimaan.

8. SOPIMUKSEN KESTO

Tämä projektisopimus tulee voimaan, kun se on allekirjoitettu ja on voimassa koko projektin ajan. Sopimuksen päättymisen jälkeen voimaan jäävät salassapitoa, vastuuta ja riitojen ratkaisua koskevat lausekkeet.

9. RIITOJEN RATKAISU

Tähän projektisopimukseen ja sen tulkintaan sovelletaan Suomen lakia. Projektisopimuksesta aiheutuvat erimielisyydet pyritään ensisijaisesti ratkaisemaan osapuolien välisin neuvotteluihin. Jos osapuolten kesken ei päästä sopuun, asia ratkaistaan Helsingin käräjäoikeudessa.

Tätä sopimusta on tehty kaksi samansanaista kappaletta, yksi Laurealle ja yksi yhteistyötaholle. Tämän sopimuksen allekirjoittaneet toteuttajat saavat halutessaan kopion tästä projektisopimuksesta.

Laurea-ammattikorkeakoulu Oy

Paikka ja aika:

Allekirjoitus:

Nimi:

Ohjaava opettaja
Johanna Lehti

Nimi:

Hyvinkään kaupunki, Terveystieteiden keskus



Paikka ja aika:

Allekirjoitus:

Osastonhoitaja Seija Saukkonen-Hämäläinen



Projektin toteuttajien nimet:

Laurean opiskelija	allekirjoitus	sähköposti	puh
Anniina Henttonen		anniina.s.henttonen@laurea.fi	040-8614241
Daniela Lehtonen		daniela.lehtonen@laurea.fi	050-5612090



Sopimus rinnakkaisesta käyttöoikeudesta

Sopimuksen tarkoitus

Tällä sopimuksella annetaan Laurea-ammattikorkeakoulu Oy:lle käyttöoikeus allekirjoittaneiden henkilöiden aikaisemmin Laurea-ammattikorkeakoulu Oy:ssä opiskelijatyönä tekemään "Painehaavaopas terveystieteiden osaston henkilökunnalle" aineistoon sekä mahdollisesti myöhemmin tehtyihin päivityksiin että muutoksiin (jäljempänä "Teos"), jotta niitä voidaan käyttää muun muassa uusien vastaavien esitteiden kehittämisessä ja valmistamisessa. Teoksen määritelmään sisältyy myös oppaiden päivityksiin ja muutoksiin sisältyvät immateriaalioikeudet.

Sopimuksen osapuolet

Teoksen tekijät: Daniela Lehtonen
Anniina Henttonen

ja Laurea-ammattikorkeakoulu Oy (Y-tunnus 1046216-1).

Sopimusehdot

Tekijä luovuttaa Laurea-ammattikorkeakoulu Oy:lle pysyvän, maksuttoman käyttöoikeuden julkaista Teos sekä painetussa että sähköisessä muodossa ja valmistaa kappaleita Teoksesta sekä niihin liittyvässä materiaalissa. Laurea-ammattikorkeakoulu Oy:llä on oikeus muunnella Teosta, kun sitä käytetään painehaavaoppaana sekä niihin liittyvässä materiaalissa sekä edelleen luovuttaa tässä sopimuksessa määritelty käyttöoikeus. Laurea-ammattikorkeakoulu Oy:llä on oikeus sopia Teoksen kääntämisestä ja sillä on yllä mainitut oikeudet myös Teoksen käännettyyn versioon.

Tekijä säilyttää Teoksen rinnakkaisen käyttöoikeuden, mutta ei saa käyttää tai luovuttaa Teosta painettavaan tai sähköiseen muotoon muokattavan teoksen tekemiseen, tekemisen avustamiseen tai julkaisemiseen, jos sen voidaan suoraan tai välillisesti katsoa kilpailevan tämän sopimuksen tarkoittaman tai siihen liittyvän materiaalin kanssa. Tekijällä on oikeus käyttää Teosta koulutus-, luento- ja vastaavissa tilaisuuksissa käyttämässään esitys- ja oheismateriaalissa.

Tekijä vastaa Teoksen sisällöstä. Tekijä ei ole tietoisesti sisällyttänyt Teokseen materiaalia, joka voisi loukata kolmannen osapuolen immateriaalioikeuksia (kuten esimerkiksi tekijänoikeutta), kunniaa, yksityisyyttä tai liikesalaisuutta.

Hyväksyminen

Tekijät: Anniina Henttonen

ja Daniela Lehtonen

Laurea-ammattikorkeakoulu Oy:n edustaja: Johanna Lehti

Käyttöoikeussopimus

1. Sopimuksen osapuolet

Laurea-ammattikorkeakoulu Oy, Y-tunnus 1046216-1, Ratatie 22, 01300 Vantaa (jäljempänä "Laurea") ja Hyvinkään terveyskeskus-sairaalan akuutti vuodeosasto 11a

Sopimuksen kohde

Laurea myöntää tällä sopimuksella Lisenssinsaajalle käyttöoikeuden seuraavaan tuotokseen ja siihen sisältyviin tekijänoikeuksiin (jäljempänä "Tuotos"):

Painehaavaopas terveyskeskussairaalan 11a osaston henkilökunnalle

2. Käyttöoikeuden sisältö ja Lisenssinsaajan velvollisuudet

Lisenssinsaaja saa rinnakkaisen oikeuden käyttää Tuotosta omassa toiminnassaan. Käyttöoikeus on pysyvä. Pysyvä käyttöoikeus sisältää oikeuden muuttaa Tuotosta ja julkaista Tuotos, muuttamattomana tai muutettuna.

3. Maksut

Käyttöoikeuden myöntämisen johdosta ei saa syntyä Laurealle ylimääräisiä kustannuksia.

4. Vastuunrajoitukset

Tuotos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tuotoksen ja sen muokattujen versioiden käyttö ja julkaiseminen tapahtuu Lisenssinsaajan vastuulla. Laurea ei anna Tuotokselle mitään takuuta tai vakuutusta sen toimivuudesta, soveltuvuudesta tiettyyn käyttötarkoitukseen, laadusta, hyödyntämismahdollisuuksista, virheettömyydestä, eikä vastaa mahdollisista kolmannen osapuolen esittämistä immateriaalioikeudellisista tai muista vaateista.

Laurea ei vastaa mistään epäsuorasta tai välillisestä vahingosta, joka mahdollisesti aiheutuu Lisenssinsaajalle. Laurean kumulatiivinen vastuu tämän sopimuksen alla rajoittuu kaikissa tapauksissa 2000 euroon.

5. Sopimuksen voimassaoloaika

Sopimus tulee voimaan viimeisestä allekirjoituksesta ja on voimassa toistaiseksi, ellei sitä päätetä osapuolten välisellä sopimuksella.

Laurealla on oikeus päättää tämä käyttöoikeussopimus, jos Lisenssinsaaja oleellisesti rikkoo tämän sopimuksen ehtoja, eikä korjaa rikkomustaan kolmenkymmenen (30) päivän kuluessa saatuaan sopimusrikkomuksesta kirjallisen tiedon. Tällöin Lisenssinsaajan tällä sopimuksella saama käyttöoikeus päättyy.

6. Riitojen ratkaisu

Tähän sopimukseen ja sen tulkintaan sovelletaan Suomen lakia. Sopimuksesta aiheutuvat erimielisyydet pyritään ensisijaisesti ratkaisemaan sopijapuolten välisin neuvotteluin. Jos sopijapuolten kesken ei päästä sopuun, asia ratkaistaan Helsingin käräjäoikeudessa.

7. Osapuolten allekirjoitukset

Tätä sopimusta on tehty kaksi samansanaista kappaletta, yksi Laurealle ja yksi Lisenssinsaajalle.

Laurea-ammattikorkeakoulu Oy

Paikka ja päiväys: _____, _____.20__

Allekirjoitus: _____

Nimi: Johanna Lehti, Lehtori

Lisenssinsaaja:

Paikka ja päiväys: Hyvinkää, 4.4..2016

Allekirjoitus: Sari Järvelin - Järvelin

Nimi: Hyvinkään terveyskeskus-sairaalan akuutti vuodeosasto 11a