



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

KROONISEN ALARAAJAHAAVAN HOITO

KOTIHOIDOSSA

Tarkistuslista haavanhoidon tukena

Jenni Koljonen

Minna Mäkinen

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2017
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitaja AMK

KOLJONEN, JENNI & MÄKINEN, MINNA:
Kroonisen alaraajahaavan hoito kotihoidossa
Tarkistuslista haavanhoidon tukena

Opinnäytetyö 40 sivua, joista liitteitä 1 sivu
Maaliskuu 2017

Kroonisen haavan hoito on kallista yhteiskunnalle ja tuottaa tarpeetonta kärsimystä potilaalle. Ikääntyminen on suuri riskitekijä haavojen kroonistumisessa, joten tulevaisuudessa suurien ikäluokkien vanhetessa kroonisten haavojen ilmaantuvuus lisääntyy. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä tarkistuslista kroonisen alaraajahaavan hoidon tueksi Tampereen kaupungin erään kotihoidon yksikön hoitajien käyttöön. Tehtävinä oli selvittää mitkä tekijät vaikuttavat kotihoidon asiakkaan kroonisen alaraajahaavan hoitoon ja millainen on toimiva tarkistuslista kroonisen alaraajahaavan hoidon tueksi. Opinnäytetyön tavoitteena on hoidon tukena käytettävän tarkistuslistan avulla auttaa kroonisen alaraajahaavan hoidon toteutusta, hoidon vaikuttavuuden seuranta ja dokumentointia.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsiteltiin kroonisen alaraajahaavan hoitoa. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat ovat käsitteet kotihoito, hoitajan ammatillinen osaaminen, kroonisen alaraajahaavan hoito ja tarkistuslista. Työelämän toiveen pohjalta opinnäytetyössä keskityttiin haavanhoidon seurantaan ja dokumentointiin.

Tuotoksena syntyi tarkistuslista kotihoidon hoitajien käyttöön kroonisen alaraajahaavan hoidon tueksi. Opinnäytetyötä varten on koottu tietoa luotettavista tutkimuksista tarkistuslistan rakentamista varten. Tarkistuslistan tärkeimpänä tavoitteena on auttaa hoitajien kirjaamista tarkistamalla ovatko he huomioineet kaiken tarpeellisen haavasta hoitoa dokumentoidessaan.

Toiminnallisen opinnäytetyön pääpaino keskittyy tuotoksen luomiseen. Tuotosta ei ole testattu vielä käytännön työssä, joten lopulliset johtopäätökset selviävät tarkistuslistan käytön vakiinnuttua. Tarkistuslistan toimivuus ja vaikuttavuus kroonisen alaraajahaavan hoitoon olisi hyvä jatkotutkimuksen aihe.

Asiasanat: krooninen alaraajahaava, tarkistuslista, kotihoito, hoitajan ammatillinen osaaminen

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

KOLJONEN, JENNI & MÄKINEN, MINNA:
Caring for Chronic Wounds on Lower Limbs in Home Care
A Checklist for Wound Care Support

Bachelor's thesis 40 pages, appendices 1 page
March 2017

Chronic wound care is expensive for society and produces unnecessary suffering to the patient. Aging is one major risk factor for chronic wounds. As the population ages the incidence of chronic wounds is increasing.

The objective of this thesis was to make a checklist to support the treatment of chronic wounds provided by wound nurses at the home care unit of the city of Tampere. The thesis is functional and the aim was to make a checklist to be used to support the treatment and documentation of chronic wounds. The tasks of this thesis were to find out what factors affect caring for chronic wounds in home care clients and what kind of checklist is effective in supporting caring for chronic wounds.

The focus of this thesis was to create the checklist. The checklist has not been tested yet in practical work. The final conclusions will be apparent when the use of the checklist has stabilised. The functionality and effectiveness of the checklist in caring for chronic wounds be a good subject for further study.

Key words: chronic wound, checklist, home care, nurses` professional competence

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3.1	Kotisairaanhoito ja kotihoito	8
3.1.1	Kotihoidon asiakkaat.....	9
3.1.2	Kotihoidon resurssit	9
3.1.3	Haavanhoito kotona	10
3.2	Hoitajan ammatillinen osaaminen haavanhoidossa	12
3.2.1	Haavanhoidon potilasohjaus	13
3.2.2	Kliiniset taidot haavanhoidossa.....	14
3.2.3	Haavanhoidon dokumentointi	15
3.3	Krooninen alaraajahaava.....	16
3.3.1	Esiintyvyys ja aiheuttajat	17
3.3.2	Kroonisen alaraajahaavan diagnosointi.....	18
3.3.3	Kroonisen alaraajahaavan hoito	20
3.4	Tarkistuslista.....	25
3.4.1	Tarkistuslistan käyttö hoitotyössä	25
3.4.2	Tarkistuslistan käyttöönottoprosessi	26
4	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ	28
4.1	Tuotokseen painottuva opinnäytetyö	28
4.2	Opinnäytetyön prosessi.....	29
4.3	Tarkistuslistan kuvaus.....	31
5	POHDINTA.....	33
5.1	Eettisyys ja luotettavuus	34
5.2	Johtopäätökset ja kehittämissuhteet.....	35
	LÄHTEET.....	37
	LIITTEET	41

1 JOHDANTO

Haava on krooninen, kun se on ollut avoin neljä viikkoa. Kroonisen haavan ilmaantuvuus on sidonnainen ikääntymiseen ja on yleisempi naisilla kuin miehillä. Suurimmat aiheuttajat alaraajahaavan kroonistumiseen ovat verenkierron häiriöt sekä sidekudossairaudet. Suomessa kroonisten alaraajahaavojen esiintyvyyden on arvioitu olevan 0,09-0,8 % vuonna 2013. Potilaiden hoitoon on arvioitu Suomessa kuluvan vuodessa noin 190–270 miljoonaa euroa. Kotisairaanhoidossa haavapotilaan hoidon kustannuksista suurin menoerä on hoitohenkilökunnan käyttämä työaika. Tämän vuoksi on tärkeää, että kroonisia haavoja hoidetaan mahdollisimman hyvin, jotta kustannuksia, mutta myös haavan aiheuttamaa potilaiden kokemaa inhimillistä kärsimystä pystytään vähentämään (Kiura, Reiman-Möttönen & Mäkelä 2012, 8; Korhonen 2012, 18-21.)

Korhosen (2012) mukaan ilman potilasta ei voi olla haavaa, joten haavanhoito on potilaan kokonaisvaltaista hoitotyötä (Korhonen 2012, 18-21). Kun krooninen alaraajahaava on diagnosoitu ja yksilöllinen haavanhoito on suunniteltu, alkaa haavanhoidon toteutus. Hoidon tulee olla suunnitellun mukaista, jatkuvaa ja tarkkaan dokumentoitua. Hoitajalta vaaditaan tietotaitoa ja ohjaamisaamista. Aseptisuus, haavan paranemisen seuranta, haavanhoito ja kivunhoito ovat osa haavanhoitoa. Haavan paranemisen vaiheet tulee ymmärtää ja haavanhoidon hoitosuunnitelman tulee tarvittaessa päivittää. (Castrén 2008, 40-41.)

Opinnäytetyö painottuu kroonisen alaraajahaavan hoitoon sekä haavan paranemisen seurantaan ja dokumentointiin kotihoidossa. Opinnäytetyön työelämäyhteys on Tampereen kaupungin kotihoidon eräs yksikkö. Opinnäytetyön raportissa käydään läpi käsitteet kotihoito, kotisairaanhoido, kotihoidon asiakas, hoitajan ammatillinen osaaminen, krooninen alaraajahaava ja sen hoito, sekä tarkistuslista. Opinnäytetyön tavoitteena on tehdä tuotos, tarkistuslista, haavanhoidon tueksi. Tarkistuslistan tavoite on auttaa hoitajien työskentelyä, motivoida potilasta sitoutumaan haavanhoitoon sekä auttaa dokumentointia, jotta haavanhoidolle asetetut toiminnot ja tavoitteet täyttyvät. Opinnäytetyö ei keskity haavanhoidon tuotteisiin, sillä haavojen hoitajilla on käytössään tietyt tuotteet Tampereen kaupungin puolesta.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä tarkistuslista kroonisen alaraajahaavan hoidon tueksi Tampereen kaupungin erään kotihoidon yksikön hoitajien käyttöön.

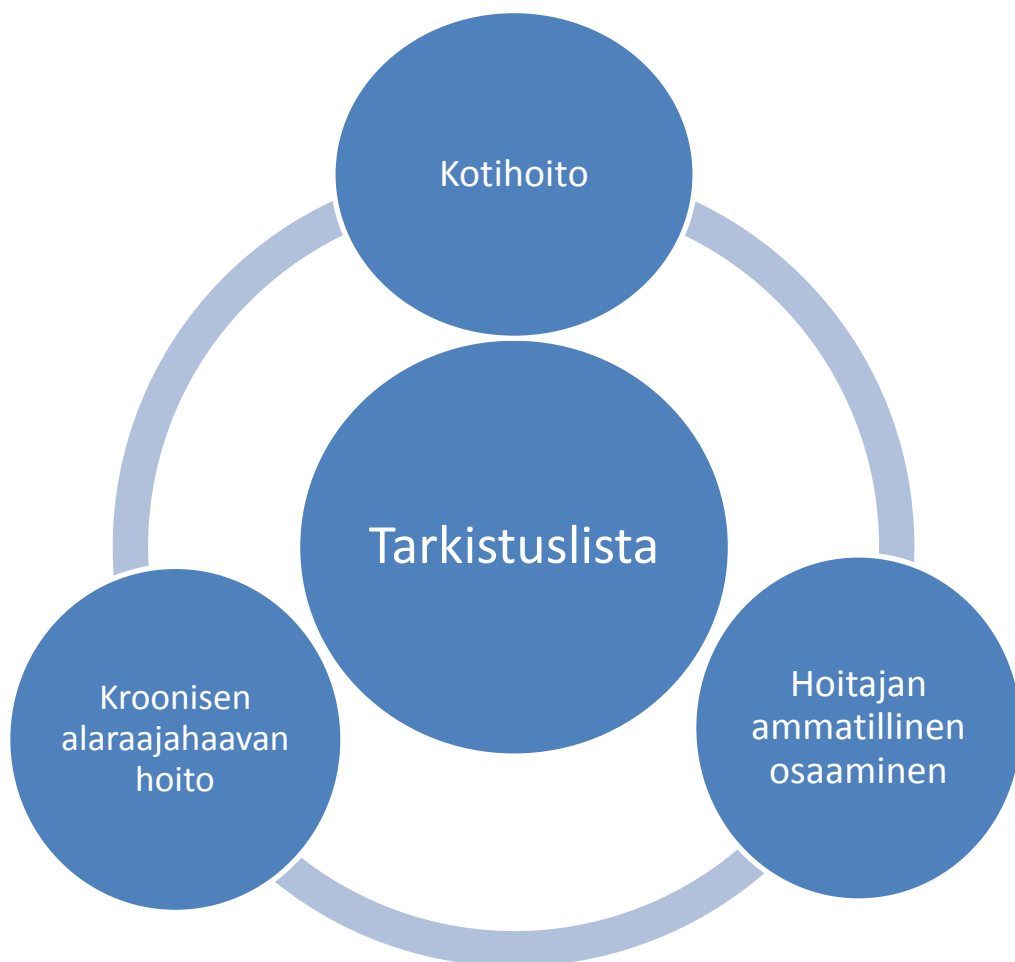
Opinnäytetyön tehtävät ovat:

1. Mitkä tekijät vaikuttavat kotihoidon asiakkaan kroonisen alaraajahaavan hoitoon?
2. Millainen on toimiva tarkistuslista kroonisen alaraajahaavan hoidon tueksi?

Opinnäytetyön tavoitteena on hoidon tukena käytettävän tarkistuslistan avulla helpottaa kroonisen alaraajahaavan hoidon toteutusta, hoidon vaikuttavuuden seuranta ja dokumentointia.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyö on tuotoksellinen, joten teoreettisissa lähtökohdissa keskeisin käsite on tarkistuslista eli opinnäytetyön tuotos. Työn muiksi keskeisiksi käsitteiksi on valittu kotihoito, hoitajan ammatillinen osaaminen sekä kroonisen alaraajahaavan hoito. Keskeiset käsitteet on kaikki sijoitettu tarkistuslistan ympärille, sillä tarkistuslistan käyttö olisi tarpeeton ilman tekijää ja tarkasteltavaa objektia. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat on esitetty alla olevassa kuviossa 1.



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat.

3.1 Kotisairaanhoido ja kotihoito

Kotisairaanhoidossa on tapahtunut suuria muutoksia vuoden 2013 vanhuspalvelulain astuttua voimaan. Laitoshoidon määrää pyritään valtakunnallisella tasolla vähentämään ja kotisairaanhoidon palveluita vahvistamaan, jotta kotona asumista pystytään tukemaan aiempaa paremmin ja saavuttamaan näin myös säästöjä hoitokustannuksissa. (Finne-Soveri ym. 2014, 3467-3471; EWMA 2014, 15.) Haasteita kotisairaanhoidolle luovat kunnallisen päätöksenteon, resurssien ja asiakasnäkökulman yhteensovittaminen (Karlsson & Noro 2014, 40).

Suomen laissa kotisairaanhoido ja kotisairaalahoido on määritelty seuraavasti. ”Kotisairaanhoido on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä potilaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavassa paikassa moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua, jonka kunta on velvollinen järjestämään. Kotisairaanhoidossa käytettävät hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikaisen sairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon. Kotisairaalahoido on määräaikaista, tehostettua kotisairaanhoidoa. Se voi olla perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä järjestämää toimintaa. Kotisairaalahoidon yhteydessä annettavat lääkkeet ja hoitosuunnitelman mukaiset hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon.” (Terveydenhuoltolaki. 2010. 25§.)

Kotipalvelu sen sijaan on sosiaalityön alaista toimintaa, jonka keskeisin tehtävä on tukea arjessa selviytymistä. Kotipalvelun alaisuuteen kuuluvat hoitoon ja huolenpitoon, asumiseen, toimintakyvyn ylläpitoon, asiointiin ja muihin päivittäisiin toimintoihin liittyvät tehtävät ja niissä tukeminen. Kotipalveluun sisältyviä tukipalveluja ovat muun muassa siivous-, ateriat- ja vaatetuki. Kotipalvelusta löytyy myös sosiaalista kanssakäymistä tukevia palveluita. Kunnat voivat järjestää kotisairaanhoidon ja kotipalvelun hallinnollisesti ja toiminnallisesti joko yhdessä tai erikseen. Monissa Suomen kunnissa kotisairaanhoido ja kotipalvelu on yhdistetty kotihoidoksi. (Väyrynen & Kuronen 2016, 2.) Kotisairaanhoidoa voivat toteuttaa sairaanhoitajien lisäksi lähi- ja perushoitajat henkilöille, jotka kykenevät sairaudestaan huolimatta asumaan kodissaan, mutta jotka tarvitsevat apua sairautensa tai vammansa vaatimissa hoitotoimenpiteissä ja voinnin seurannassa (Perälä, Grönroos & Sarvi 2006, 7).

3.1.1 Kotihoidon asiakkaat

Väyrysen ja Kurosen tilastokatsauksesta (2016) käy ilmi, että kotihoidon piiriin kuuluu asiakkaita kaikista ikäryhmistä, mutta suurin yksittäinen asiakasryhmä ovat ikäihmiset. Suomen ikääntymispolitiikan yhtenä keskeisenä tavoitteena on, että iäkkäät voisivat elää omassa kodissaan itsenäisesti, erilaisten sosiaali- ja terveystalveluiden tuella. Tällä hetkellä kotona asuu yli 75-vuotiaista noin 90%. Lukumäärä on pysynyt lähes samana koko 2000-luvun. (Suomalainen, Kumpu & Mäkelä 2015, 17; Valta 2008, 15.) Suomessa yli 65-vuotiaiden määrän on kuitenkin arvioitu kasvavan 26% väestöstä vuoteen 2030 mennessä. Väestön ikääntyminen on globaali ilmiö, ja arvioiden mukaan vuonna 2050 joka viides maapallolla asuva ihminen on yli 65-vuotias. Avopalveluiden on lähivuosikymmeninä otettava suuria harppauksia, jotta se pystyy vastaamaan tulevaisuuden ikääntyvän polven tarpeisiin. Tarvitaan toimintamallien ja asenteiden muutosta, jotta kotihoitoa voidaan kehittää sekä taloudellisempaan, että asiakkaan tarpeita paremmin vastaavaan suuntaan. (Valta 2008, 13.)

Ikääntyminen on jatkuva muuttumisprosessi, jonka myötä toimintakyky heikkenee asteittain, sairauksien ja toiminnan rajoitteiden lisääntyessä. Iäkkäiden kotona pärjäämiseen vaikuttaa suuresti asiakkaan sosiaalisen elämän, elämäkokemuksien sekä asenteiden merkitys. (Turjamaa 2014, 7.) Ympäristön turvallisuus ja esteetön liikkuminen kotona ovat tärkeät tekijät vanhuksen kotona asumiselle. On todettu, että muutostyöt vanhuksen kotiin mahdollistavat kotona asumisen pidempään. Toisinaan muutostyöt kotona ovat niin kattavat, että vanhus ei tarvitse koskaan laitoshoidoa. (Turjamaa, Hartikainen & Pietilä 2011, 10.) Kotona, tutussa ympäristössä asumisen on havaittu olevan sekä mielekkäin, että elämän laadun ja toimintakyvyn kannalta paras vaihtoehto (Valta 2008, 15).

3.1.2 Kotihoidon resurssit

Hyvän ja taloudellisen kotisairaanhoidon edellytys on toimiva palveluntarpeen arviointi. Palveluntarpeen arvioinnin tulee olla järjestelmällistä ja toistuvaa, sillä asiakkaan tarpeet vaihtelevat voinnin muuttuessa. Toimintakyvyn monipuolinen arviointi mahdollistaa asiakkaiden omia voimavaroja tukevat palvelut. (Finne-Soveri ym. 2014, 3467-3471; Karlsson & Noro 2014, 41.)

Henkilöstön määrän tulee olla riittävä, jotta palvelun tuottaminen on turvallista. On arvioitu, että seuraavien kahdenkymmenen vuoden aikana työntekijöiden eläköitymisen, suurten ikäluokkien vanhenemisen ja palvelutarpeiden muuttumisen myötä uusia työpaikkoja ikäihmisten hoitoon avautuu noin 60 000. Tulevaisuudessa lisääntyvä tarve hoitajista kotihoidossa on otettu huomioon lisäämällä sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon (lähihoitaja) aloittajapaikkojen määrää jo vuodesta 2009. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 39, 40.)

Tutkimukset osoittavat, että henkilöstön työhyvinvointi, työturvallisuus ja oikeusturva vaikuttavat paljon työssä pysyvyyteen. Lähijohtamisella on iso vaikutus kotihoidon henkilöstön toimivuuteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 39, 53.) Henkilöstöllä on oltava riittävä asiantuntemus, jotta asiakkaan tarpeet saadaan arvioitua mahdollisimman monipuolisesti ja hoito sekä palvelut ajoitettua oikeaan aikaan (Karlsson ym. 2014, 40). Resursseja suunniteltaessa ja arvioitaessa tulee huomioida henkilöstön riittävyys, osaaminen ja saatavuus myös erityistilanteissa. Ympäristötekijät voivat vaikuttaa asiakkaan terveydentilaan. Resursseissa on huomioitava asiakkaan tilan mahdollinen muutos, joka voi tarkoittaa esimerkiksi, erityisosaamista vaativia hoitotehtäviä. Jotta voidaan varmistaa turvallinen lääkehoito, tulee resursseissa olla tarpeeksi lääkehoitokoulutuksen saaneita lähihoitajia myös sijaisina, vakituisen hoitohenkilöstön poissa ollessa. Resurssien tulee olla suhteessa kotihoidolle asetettuihin tavoitteisiin. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010, 62-64.)

3.1.3 Haavanhoito kotona

Kroonisten alaraajahaavojen hoito kuuluu kotisairaanhoidossa toteutuviin tehtäviin. Haavanhoito kotioloissa eroaa monin tavoin sairaalaloissa tapahtuvasta haavahoidosta ja tuo mukanaan omat haasteensa. (Rynkiewicz 2014, 24.) Haasteita, joita hoitajat ovat kotisairaanhoidossa kohdanneet, ovat esimerkiksi tietojen kulku hoitajien välillä, asiakkaan tai omaishoitajan psykologisten tarpeiden huomioiminen, sekä vieraan toimintaympäristön mukanaan tuomat haasteet. (EWMA 2014, 28, 30). Haavahoitoasiakkailta on usein taustalla myös kroonisia sairauksia, kuten diabetesta tai verenkiertoelimistön sairauksia, mitkä hidastavat haavan paranemisprosessia (Rynkiewicz 2014, 24; EWMA 2014, 19).

Haavahoidossa tulee keskittyä oikean hoitotekniikan ja infektioiden torjunnan lisäksi oikeaan ruokavalioon, sillä asiakkaan ravitsemustila vaikuttaa olennaisesti haavan paranemisprosessiin. Monipuolinen ruokavalio tukee parhaiten haavan paranemista sekä kudosten uudelleen muodostumista. Runsas haavaeritys tai tulehdus lisäävät ravintoaineiden tarvetta entisestään. Kroonisesta alaraajahaavasta kärsivän potilaan on saatava ravinnostaan riittävästi proteiinia, rasvoja, hiilihydraatteja sekä vitamiineja ja kivennäisaineita, jotta paraneminen on mahdollista. (Vento, Nironen & Lahtela 2015, 1.) Proteiinin tarve saattaa olla jopa kaksinkertainen vuorokaudessa, mikäli haava on suuri ja erittävä. Suuret ja erittävät haavat aiheuttavat myös nestehukkaa. (Murtola & Tuuliranta 2008, 20.)

Asiakkaat, jotka eivät itse pysty huolehtimaan aterioidensa valmistuksesta, voivat hyödyntää kotihoidon tukipalveluista ateriapalvelua. Kuntien tehtävänä on huolehtia, että ateriapalveluiden tarjoamien aterioiden ravintoainesisältö täyttää kansalliset ravitsemussuositukset. Asiakkaalla on halutessaan myös mahdollista tilata runsasenergisiä tai runsaasti proteiinia sisältäviä aterioita. (Grek-Stjernberg 2016, 32-33.)

Eri-ikäinen väestö kohtaa ravitsemuksen saralla erilaisia terveystaasteita, mikä tulee ottaa hoitotyössä huomioon. Sairaanhoidajan työnkuvaan kuuluu ravitsemussuosituksiin pohjautuvan ravitsemushoidon ohjaus potilaalle yhteistyössä muiden asiantuntijoiden kanssa. Asiakkaan ollessa tietoinen ruokavalion vaikutuksesta terveyteen, on elämäntapamuutokseen sekä itsehoitoon helpompi motivoida ja ohjata. Ravitsemustilan tarkkailu eri menetelmiä käyttäen, kuuluu olennaisesti sairaanhoidajan ammattitaitoon. Vajaa-ravitsemuksen riskissä olevat potilaat on pystyttävä tunnistamaan, sekä arvioimaan vajaaravitsemuksen merkitys potilaan sairauden hoidolle. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moiso 2015, 39.)

Kroonisen haavan kanssa eläminen vaatii sairastuneelta jatkuvaa mukautumista ja asiointia terveydenhuoltojärjestelmän kanssa (EWMA 2014, 19). Pitkittyneen haavanhoidon on todettu vaikuttavan asiakkaiden elämänlaatuun huonontavasti ja lisäävän asiakkaan ja omaisten stressiä. Aiemmat hoitokokemukset vaikuttavat potilaan hoitomotivaatioon, minkä vuoksi hyvä yhteystyösuhde kotihoidon ja potilaan sekä hänen omaistensa välillä, on tärkeä tekijä, kun pyritään saamaan haavahoidolle parempi vaste. Potilaan aktiivisen osallistumisen hoidon päätöksentekoon onkin todettu parantavan hoitotyytyväisyyttä sekä hoitotuloksia. (Bearden 2014, 10,19.) Vastaaan tulee ajoittain myös tilanteita, jolloin

hoitajan ja asiakkaan kokemus ohjauksen riittävydestä eivät kohtaa. Tutkimus säärihaavojen potilasohjauksesta kotihoidossa toteaa, että asiakkaat kokevat tarvitsevansa enemmän ohjausta haavan etiologiaan ja paranemiseen vaikuttaviin tekijöihin liittyen. (Halonen 2008, 34.)

Hoitajalta vaaditaan tarkkaa silmää ja kokemusta tunnistaa sekä ehkäistä asiakkaan terveyttä uhkaavia tekijöitä. Tärkeää kyseisissä hoitotyötilanteissa on kannustaa ja ohjata asiakasta aktiivisen toimijan rooliin ja ottamaan vastuuta omasta terveydestä sekä hoidosta. Hoitajalla on oltava taitoa tunnistaa ja arvioida asiakkaan voimavaroja sekä hänen kokemustaan sairauden vaikutuksesta elämäntilanteeseen. On hyvä osata hyödyntää asiakkaan ja läheisten kokemuksellista tietoa asiakkaan terveydentilasta, sekä sairauden hoidosta. (Eriksson ym. 2015, 36, 44.)

3.2 Hoitajan ammatillinen osaaminen haavanhoidossa

Sairaanhoitajan ammatillista toimintaa ohjaavat voimassa oleva lainsäädäntö sekä sosiaali- ja terveystieteelliset linjaukset. Sairaanhoitajan tulee hoitotyön asiantuntijana vastata väestön palvelutarpeisiin sekä lainsäädännön asettamiin muutoksiin, uuteen tutkimustietoon, palvelurakenteen kehittämiseen, että sosiaali- ja terveystieteisiin ohjelmiin. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen koostuu yhdeksästä osa-alueesta, jotka ovat: asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjyys, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö sekä sosiaali- ja terveystieteiden laatu ja turvallisuus. (Eriksson ym. 2015, 7-8, 11.)

Vanhuspalvelulain toimeenpano seurantatutkimuksen (2015) yhteenvedosta käy ilmi, että vuosina 2013-2014 kolmannes ikäihmisten palveluissa toimivasta henkilöstöstä työskenteli kotihoidossa ja he olivat suurimmaksi osaksi lähi- ja perushoitajia. Sairaanhoitajien ja kodinhoitajien osuus oli yksi kymmenestä molempien kohdalla. Haavahoitoa kotihoidossa suorittavat sairaanhoitajien lisäksi lähi- ja perushoitajat. Opinnäytetyössä hoitotyötä ja hoitajan ammatillista osaamista käsitellään kotisairaanhoidon näkökulmasta. Asiakaslähtöisyys korostuu kotisairaanhoidossa aina, sillä hoitotyö tapahtuu asiakkaan kotona, hänen lähtökohdistaan käsin. (Noro, Alastalo, Mäkelä & Finne-Soveri 2015. 1-4.) Turjamaan, Hartikaisen ja Pietilän (2011) mukaan yksi voimavara kotona asuvan

ikäihmisen arjessa on luottamuksellinen, vastavuoroista keskustelua ja kuuntelemista sisältävä suhde kotihoidon henkilökunnan kanssa.

Sairaanhoidossa esille nousevat myös johtamistaidot. Kyky suunnitella ja johtaa omaa toimintaa, on hoitajan työssä oleellista. Johtaminen ja yrittäjäyys näkyvät esimerkiksi asiakkaan hoidon suunnittelussa, organisoinnissa sekä oman työn suunnittelussa siten, että ajankäyttö on järkevää ja työskentelytapa on taloudellinen ja turvallinen. Hoitajat arvioivat päivittäin työvuoron alussa työtehtävät, työryhmän resurssit sekä jakavat ja priorisoivat työtehtävät. Ilman työn johtamista ja suunnittelua työ ei ole johdonmukaista, eivätkä resurssit jakaannu tasaisesti. (Eriksson ym. 2015, 38.)

3.2.1 Haavanhoidon potilasohjaus

Ohjaus- ja opetusosaaminen nousevat hyvin tärkeään rooliin kotisairaanhoidossa, sillä asiakas ei ole ympärivuorokautisessa seurannassa, vaan hoitaja tapaa häntä ainoastaan kotikäynneillä. Asiakasohjaus ja asiakkaan omahoito kotona ovat erittäin tärkeitä hoidon jatkuvuuden kannalta. Hoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa on tärkeää ottaa potilas mukaan. Potilasta tulee informoida riittävästi hoitotoimenpiteestä, jotta potilas sitoutuisi hoitoon. Haavanhoito ei ole tehokasta, mikäli potilas ei sitoudu hoitoon ja ole hoitomyönteinen. Potilaan ohjaus, opetus ja motivointi ovat hyvin tärkeitä seikkoja haavanhoidossa ja potilaan terveyden ylläpitämisessä sekä edistämässä. (Castrén 2008, 40.)

Hoitajan hyvään ammattitaitoon kuuluu varmistaa, että tarvittava tieto on sisäistetty. Asiakasta voi pyytää omin sanoin kertomaan haavan paranemiseen vaikuttavista tekijöistä omassa elämässään, sekä konkreettisesti näyttämään, miten asiakas toteuttaa haavan hoitoa, esimerkiksi suihkutusta tai haavataitosten vaihtoa. Näin hoitaja pystyy varmistumaan tiedon oikeellisuudesta ja tarvittaessa korjata virheellisiä käsityksiä. (Halonen 2008, 34.)

Kaikkien haavanhoitoasiakkaiden luona ei käydä päivittäin, minkä vuoksi asiakkaan vastuu haavan seurannasta ja hoidosta on suurempi kuin laitoshoidossa. Kotisairaanhoidon käyntien välillä asiakkaan tai hänen omaisensa on tarvittaessa osattava puhdistaa haava ja vaihtaa siteet itsenäisesti. Erityisesti kotisairaanhoidossa asiakkaiden ja omaisten ohjauksen tärkeys korostuu. Heidän ei ole kuitenkaan tarpeellista hallita haavanhoitoa ja

haavan paranemisprosessiin vaikuttavia tekijöitä samalla tasolla ammattilaisen kanssa. Asiakasohjauksessa on olennaista keskittyä perusasioihin, jotta olennaisin tieto välittyi ohjattavalle. Asiakkaalle ja omaisille kannattaa ohjata haavan paranemiseen vaikuttava ravitsemus, haavan aseptinen puhdistus- ja siteiden vaihtotekniikka sekä yleisimmät infektioiden merkit, kuten haavan värin, eritteiden ja hajun tarkkailu. Hyvän yhteistyön asiakkaan omaisten ja kotihoidon työntekijöiden välillä on huomattu vähentävän haavan infektoitumisen riskiä sekä parantavan hoitovastetta. Kun omaisilla on riittävä taito tunnistaa ongelmatilanteet sekä tieto, miten asiakkaan voimien muutostilanteissa toimitaan, tarpeettomien soittojen ja kotikäyntien määrä vähenee. Hoitajien työtaakka pienenee ja hoitotyö on tuloksellista. (Bearden 2014, 10-11, 19.)

Ohjaus- ja opetusprosessiin sisältyvät vaiheet: ohjauksen tarpeen arviointi ja suunnittelu, ohjauksen toteutus, vaikuttavuuden arviointi sekä ohjaustilanteen kirjaaminen. Oppimistapoja on useita erilaisia ja sairaanhoitajalta vaaditaan herkkyyttä löytää asiakaslähtöinen ja tilanteeseen sopiva opetusmenetelmä. Kokonaisuudessaan hoitajan täytyy osata ohjata asiakasta ja tarvittaessa hänen läheisiään ymmärrettävästi haavanhoidon toteutuksessa, jotta asiakas osaa hoitaa haavaa hoitokäyntien välillä itsenäisesti. Ohjaamista tapahtuu lisäksi hoitajalta toiselle haavanhoidon seurannan ja dokumentoinnin muodossa. (Eriksson ym. 2015, 43.)

3.2.2 Kliiniset taidot haavanhoidossa

Kliininen hoitotyö on näkyvin osa-alue kotihoidossa tapahtuvassa haavan hoidossa ja sen seurannassa. Asiakkaan hoidon tarpeen arviointi tapahtuu kliinisiin ja fysiologisiin mitaus- ja arviointimenetelmiin perustuen. Kun asiakkaan tarpeet on todettu, ne priorisoidaan. Hoitotyötä ohjaavat kansalliset ja kansainväliset hoitosuosituksset sekä -ohjeistukset. (Eriksson ym. 2015, 39,41.) Näyttöön perustuva hoitotyö ohjaa hoitajan toimintaa haavanhoidossa.

Tärkein mikrobien leviämistä estävä tekijä on hyvä aseptiikka. Yksi olennainen infektioiden tartunnan mahdollistava tekijä on riittämätön käsihygienia. Huonon käsihygienian myötä mikrobit pääsevät kulkemaan hoitajan käsien välityksellä asiakkaalta toiselle. Hyvä käsihygienia, aseptiikka hoitotyössä sekä tarvittavien suojainten käyttö kuuluvat hoitajan työhön infektioiden torjunnassa. (Iivanainen, Skarp & Alahuhta. 2008, 25.) Mi-

käli hoitajalla on saman työvuoron aikana monta haavaa hoidettavana, on haavojen hoitojärjestys mietittävä myös aseptiikan näkökulmasta. Haavat, joissa on moniresistenttiä bakteeria, hoidetaan viimeisenä. (Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sairaanhoidollisten palveluiden liikelaitos 2015, 1-2).

Lääkehoito, hoitotoimenpiteet, asiakkaan psykososiaalinen tukeminen ja teknologian eli haavanhoitovälineiden käyttö ovat tärkeitä taitoja haavanhoidossa siinä missä aseptiikka ja kivunhoitokin. Hoitajan on selvitettävä potilaalta mahdollinen haavanhoidosta aiheutuva kipu, sen laatu ja voimakkuus ja osattava hoitaa sitä haavanhoito hetkellä tai jo ennen sitä. (Eriksson ym. 2015, 28-30.) Hoitajan oleellista kliinistä osaamista on vastata asiakkaan hoidon tarpeeseen käyttämällä erilaisia hoitotyön auttamismenetelmiä, (esimerkkinä FinCC) sekä kirjata hoitotyön toiminnot rakenteisesti yhtenäistä luokitusta käyttäen (Eriksson ym. 2015, 39).

3.2.3 Haavanhoidon dokumentointi

Sosiaali- ja terveysministeriön antaman asetuksen potilasasiakirjoista (298/2009) mukaan on hoitohenkilökunnan merkittävä potilasasiakirjoihin hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan takaamiseksi tarpeelliset tiedot (Iivanainen & Luukkanen 2015, 14; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009). Näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko on tärkeä osa-alue sairaanhoitajan ammatillisessa osaamisessa. Päätöksentekoprosessiin sisältyy hoitotyön tarpeen määrittely, hoitotyön suunnittelu, toteutus, arviointi ja dokumentointi. Terveysala on jatkuvasti kehittyvä ala, ja hoitosuositukset päivittyvät tasaisin väliajoin. (Eriksson ym. 2015, 41.) Sairaanhoitajan on tärkeää pysyä ajan tasalla viimeisimmistä hoitosuosituksista, haavanhoitotuotteista ja koko ajan kehittyvästä dokumentoinnista.

On toivottavaa, että haavanhoitoasiakkaille määritellään kotisairaanhoidosta omahoitaja, joka käy säännöllisin väliajoin hoitamassa haavaa. Saman hoitajan on helpompi vertailla haavan paranemista ja infektion merkkejä, kun hän tuntee potilaan ja on seurannut haavaa pidemmän aikaa. (Rynkiewicz 2014, 25.) Valitettavasti kotisairaanhoidossa omahoitajuus ei ole aina mahdollista, minkä vuoksi kattavan kirjaamisen merkitys korostuu. ”Haa-

vanhoito on tietoista ja tavoitteellista toimintaa, jossa haavanhoidon vaikuttavuus tarkastellaan säännöllisesti.” (Castrén 2008, 40-41). Haavanhoidon aikana tehdyt havainnot haavasta sekä hoidon kaikki vaiheet kirjataan huolellisesti. Haavasta kirjataan haavan laajuus, syvyys mahdollisten suurten verisuonten, jänteiden ja luiden näkyvyys ja fistelit sekä onkalot. Haavapinnan ilmiöt ja erityis sekä erityksen määrä kirjataan. Dokumentointi on tärkeää, jotta haavanhoidon jatkuvuus on turvattu (Castrén 2008, 40,41.) Vaikka kirjaaminen tapahtuu hoitajan toimesta haavanhoidon hoitajille suunnaten, on sen todettu tuottavan merkittävää hyötyä myös potilaalle, mutta myös koko potilaan hoitoon osallistuville terveydenhuollon ammattihenkilöille, organisaation johdolle, kehittäjille ja tutkijoille. (Kinnunen 2015, 6-7.)

Luukkasen ja Iivanaisen (2015) mukaan puutteita haavanhoidon dokumentoinnissa ilmenee haavan kuvauksessa. Osasyynä tähän tutkimuksen mukaan oli tietämättömyys ja ajan puute. Kirjaukset ovat tutkimuksen mukaan vähäisiä ja ne saisivat olla täsmällisempiä. Dokumentoinnilla osoitetaan tehty työ, joten kirjaaminen on kiinteä osa hoitotyötä. (Kinnunen 2015, 7.) Mikäli potilaalla on useampi haava, tulee jokaiselle haavalle luoda oma tarve, tavoite ja hoitotyöntoiminnot. Hoitosuunnitelman päivittäminen tulisi tehdä heti kun siihen on tarvetta. (Luukkanen & Iivanainen 2015, 18.)

3.3 Krooninen alaraajahaava

Kroonisten haavojen paranemisprosessi eroaa akuuttiin haavaan verraten siten, että sen tulehdusvaihe on jostain syystä pitkittynyt (Castrén 2008, 40-41). Haavan paraneminen alkaa hemostaasista eli veren hyytymisestä. Seuraavaksi haavan paranemisprosessissa alkaa inflammaatiovaihe. Tässä vaiheessa kroonisen haavan paraneminen on jostain syystä häiriintynyt. Haavassa käynnistyy infektio ja haava muuttuu punoittavaksi paikallisten kapillaarisuonien laajetessa ja haava on näin ollen verkkas. Veren mukana haavaan kulkeutuu tulehdussoluja, jotka kerääntyvät haava alueelle. (Iivanainen, & Soppi 2012, 8-11.) Prosessista poiketen kroonisen haavan pohja ei puhdistu bakteereista ja seuraava vaihe paranemisprosessissa, proliferaatio, on heikko. Tässä vaiheessa haavassa pitäisi tapahtua solujen uudelleen muodostuminen. Viimeinen haavan paranemisvaihe, maturaatio eli kypsymisvaihe, viivästyy ja tilanne voi pysyä ennallaan jopa kymmeniä vuosia. (Valve 2008, 17; Iivanainen & Soppi 2012, 8-11.) Tuulirannan (2010) mukaan krooninen haava ei ainakaan vielä kuulu perinnöllisiin sairauksiin sillä syytä ei ole pystytty osoittamaan

perimämuutoksia tutkimalla. Lähes kaikki krooniset alaraajahaavat ovat kolonisoituneet bakteereilla ja yli kahdessa kolmesta haavasta kasvaa useampi kuin yksi bakteerilaji (Valve 2008, 17).

3.3.1 Esiintyvyys ja aiheuttajat

Kroonisen alaraajahaavan riski lisääntyy ikääntymisen myötä. On arvioitu, että väestöstä 1,3- 3,6% saavat jossain kohtaa elämänsä aikana kroonisen alaraajahaavan. Tulevaisuudessa suurten ikäjoukkojen ikääntyessä yhä useammalla kotisairaanhoidon asiakkaalla tulee olemaan tarve haavan hoitoon. Naissukupuoli on alttiimpi sairastumaan alaraajahaavan kroonistumiseen kuin miehet. Kroonisesta alaraajahaavasta puhutaan, kun haavan ilmaantumiseen tai huonoon paranemiseen liittyy jokin haavaa ylläpitävä sisäinen tai ulkoinen tekijä. Tällöin haava on ollut avoin neljä viikkoa. Mikäli puhutaan iskeemisestä haavasta, on aikaraja kaksi viikkoa. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2014.)

Suurin aiheuttaja krooniselle alaraajahaavalle on alaraajan verenkierron häiriöt. 37-76 prosentissa kroonisen alaraajahaavan aiheuttajana on laskimovajaatoiminta ja 9-22%:a valtimoverenkierron häiriö. Valtimoverenkierron häiriöstä käytetään nimitystä perifeerinen valtimotauti. Laskimohaavan riskitekijöitä ei tiedetä tarkasti, mutta perifeerisen valtimotaudin suurimpina aiheuttajina pidetään ikääntymistä, tupakointia sekä diabetesta. Haava voi olla kombinoitunut tai sekamuotoinen, jossa aiheuttajana voivat olla molemmat. Näistä arvioidaan olevan 7-26%:a diagnosoiduista kroonisista alaraajahaavoista. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2014.)

Muita aiheuttajia krooniselle alaraajahaavalle voivat olla sidekudossairaudet, vaskuliitti (verisuonten tulehdus) ja pahanlaatuiset kasvaimet. Ennen haavanhoidon aloittamista tutkitaan potilaan esitiedot sekä toteutetaan kliininen tutkimus. Esitietoihin kirjataan potilaan perussairaudet, paino ja vajaaravitsemuksen riski. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2014.) Vajaaravitsemus voi vaikuttaa haavojen syntyyn ja haavan kroonistumiseen (Jäntti 2006, 25-26). Potilaan lääkitys huomioidaan ja tarkistetaan. Elämäntavat, etenkin tupakointi, ovat merkittävä tekijä haavan kroonistumiselle. Huomioon tulee ottaa mahdolliset alaraajoihin kohdistuneet vammat ja toimenpiteet, etenkin verisuonitoi-

menpiteet. Esitietoihin merkitään tarkasti haavan anamneesi, sen syntymekanismi ja haavan ikä. Mikäli haavalla on käytetty jotain haavanhoitotuotteita, on ne kirjattava ylös sekä mahdolliset niistä aiheutuneet iho allergiat. Mahdollinen turvotuksenestohoito ja sen toteutuminen kirjataan ylös. Huomioon otetaan myös mahdolliset matkat, etenkin tropiikin alueelle. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2014.)

3.3.2 Kroonisen alaraajahaavan diagnosointi

Korhosen (2012) mukaan haavan paranemisen pitkittyessä tulee selvittää haavadiagnoosi, jonka tekee aina lääkäri. Haavanhoito alkaa huolellisesta kliinisestä tutkimuksesta. Täytyy tietää mitä hoidetaan, jotta tiedetään, miten hoidetaan. Haavan diagnosoinnissa käytetään apuna kuvantamistutkimuksia. Näillä pyritään selvittämään verenkierron tila. Mikäli nousee epäily, että haavan on aiheuttanut muu kuin verenkierron häiriö, käytetään diagnosoinnissa apuna kudoksenäytteenottoa. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2014.)

Kliinisessä tutkimuksessa huomioidaan haavan koko ja sen muutokset haavan syvyydessä ja ulkonäössä. Haavaa ympäröivän ihon mahdolliset pigmentaatiot, ekseemat, vaalea fibroottinen ihoalue, lipodermatoskleroosi (ihokudoksen arpeutuminen) ja ihokarvoituksen puuttuminen ovat huomion arvoisia asioita. Kliinisessä tutkimuksessa huomioidaan valtimoverenkierron riittävyys ja mahdollinen laskimovajaatoiminta. Haavalta ja sen ympäröivältä iholta huomioidaan mahdollisia infektion merkkejä. Näitä ovat kuume, punoitus, kipu, haju ja muut yleisireet. Infektiosta voivat viestiä asiakkaan yleistilan lasku ja mahdollinen kuume. Ihotunto tutkitaan monofilamenttikokeella (kosketustunnon tutkimusmenetelmä). Raajasta tarkistetaan mahdollinen turvotus ja nilkan liikkuvuus. NykYTEknologia mahdollistaa haavan kuvaamisen potilastietojärjestelmiin. Kliinisessä tutkimuksessa tutkittuja seikkoja seurataan koko haavanhoito prosessin ajan. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2014.)

Kliinisiä löydöksiä perifeerisessä valtimotaudissa ovat ihon viileys, kalpeus tai mahdollisesti ihon syanoottisuus. Jalkapöydän laskimotäyttö on vähentynyt. Varpaat ja jalkaterät punoittavat etenkin raajaa riiputettaessa. Painamisen jälkeen väri palautuu hitaasti iholle.

Kroonisessa iskemiassa ilmenee myös kynsien epämuodostuneisuutta, karvoituksen vähenemistä ja lihasatrofiaa. Mikäli haava on kuoliassa viittaa löydös kriittiseen iskeemiaan. (Krooninen alaraajahaavan: Käypä hoito -suositus 2014.)

Laskimovajaatoiminnat kliiniset löydökset jaetaan kuuteen kliiniseen luokkaan taudin vaikeusasteesta riippuen. Laskimovajaatoiminta kuvataan kliinisellä luokituksella C0 - C6. Ensimmäinen luokka C0 tarkoittaa tervettä laskimotoimintaa eli ei löydöksiä. Luokka C1 kuvaa komplisoitumatonta laskimovajaatoimintaa, mutta löydöksinä ovat teleangiektasioita (hiussuoniluomi) tai retikulaarisia (verkkomainen) ihonalaisia laskimoita. Luokassa C2 esiintyy edellisten lisäksi suonikohjuja, mutta ei turvotusta tai laskimovajaatoimintaan liittyviä ihomuutoksia toisin, kun luokassa C3 löytyvät jo turvotukset muiden löydösten lisäksi. Luokat C4- 6 kuvaavat komplisoitunutta laskimovajaatoimintaa. C4:ssä löytyy jo selkeitä ihomuutoksia, joita ovat hyperpigmentaatio, ekseema ja lipodermatoskleroosi. Seuraavassa luokassa C5 löytyy edellä mainittuja löydöksiä ja taustalla on jo parantunut laskimohaava. Viimeisessä luokassa C6 todetaan löydöksiä sekä avoin laskimohaava. (Krooninen alaraajahaavan: Käypä hoito -suositus 2014; Saarinen 2008, 25.)

Kroonisen haavan ollessa laskimoperäinen on haavan sijainti säären tai nilkan alueella. Haava on yleensä matala, kosteapohjainen, erittävä ja usein haavalla on kellertävä fibrinikate. Raajassa oleva kipu hellittää, kun raaja on kohoasennossa. Raaja on lämmin ja siinä voi olla turvotusta sekä staasiekseemaa ja suonikohjuja. Ympäröivä iho on panssaroitunut ja pigmentoitunut. Alueella voi esiintyä myös atrophie blanche- muutosta (pintalaskimokuvioitus). (Krooninen alaraajahaavan: Käypä hoito -suositus 2014.)

Haavan ollessa jalkaterän tai varpaiden alueella on kyse perifeerisestä valtimoperäisestä haavasta. Valtimoperäinen haava voi olla myös ylempänä raajassa. Tällöin haava on kuivapohjainen ja kalpea tai haavassa on tummapohjainen nekroottinen kate. Haavaa ympäröivä iho punoittaa ja iho on ohut, sekä lihakset ovat atrofiset (surkastunut) ja ihokarvoitus puuttuu. Perifeeriset sykkeet ovat heikot tai puuttuvat kokonaan. Raaja on viileä ja kivulias ja kipu hellittää raajaa riiputettaessa. (Krooninen alaraajahaavan: Käypä hoito -suositus 2014.)

Krooninen alaraajahaava voi olla pienten suonten vaskuliitti, jolloin säären alueella on symmetrisesti nekrotisoituvia purppuraleesioita. Mikäli haava on keskisuurten suonten

vaskuliitti, sijaitsee haava pohkeen alueella ja haavat ovat kivuliaita sekä suuria. Haavojen reuna-alueet ovat sinertävät ja haavan reunalla voi olla mustaa katetta sekä livedo reticularis (sinikalpeus) on tyypillistä. Kyseessä voi olla myös pyoderma gangrenosum (haavautuva ihotulehdus), joka muistuttaa vaskuliittihaavaa. Aluksi on kuitenkin ollut märkänäppyä muistuttava leesio, joka on haavautunut ja laajentunut poimureunaisesti. Reuma voi myös aiheuttaa kroonisia alaraajahaavoja, mutta näissä kliininen kuva vaihtelee merkittävimpien etiologisten tekijöiden mukaan. Aiheuttajina voivat olla myös levyepiteelikarsinooma tai primaarinen pahanlaatuinen kasvain, kuten ihon tyvisolusyöpä tai muu syövän etäpesäke. Tällöin potilaalla on haavan pohjan paikallista epätyypillistä liikkakasvua pitkään oireilleessa haavassa tai kliinisesti epätyypillinen haava. Iholla voi olla myös vähitellen kasvavia, kivuttomia, ihosta koholla olevia muutoksia. (Krooninen alaraajahaavan: Käypä hoito -suositus 2014.)

3.3.3 Kroonisen alaraajahaavan hoito

Haavalle on asetettava jo hoitoa suunniteltaessa tavoitteet ja kirjallinen hoitosuunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä miten, missä, millä haavaa hoidetaan ja kuka sitä hoitaa (Castrén 2008, 40-41). Haavahoidon vaikuttavuutta tulee tarkastella säännöllisesti dokumentoinnilla. Kroonisen alaraajahaavan hoito lähtee liikkeelle haavan aiheuttaneen syyn hoidosta. Mikäli taustalla on systeemisairauden aiheuttama haava, kohdistuu hoito perussairauden hoitoon. Mitä nopeammin hoito aloitetaan, sitä todennäköisempää alaraajahaavan on parantua. Täytyy kuitenkin muistaa, että kun haava on jo kroonistunut, todennäköisyys paranemiselle on jo heikentynyt. (Krooninen alaraajahaavan: Käypä hoito -suositus 2014.)

Valtimohaavan hoitona käytetään verenkierron korjausta joko kirurgisesti tai endovaskulaarisesti. Laskimohaavassa hoito perustuu turvotuksen hallintaan ja laskimotoimenpiteisiin. Paikallishoito koostuu haavalle suotuisan paranemisympäristön luomisella, puhdistamalla haava ja suojaamalla haava kontaminaatiolta. Haavan paikallishoitoa toteutettaessa tulee muistaa, että tapahtumassa hoidetaan potilasta. Paikallishoitoon kuuluu kivunhoito, joka tulee toteuttaa riittäväällä kipulääkityksellä. Kipu haavanhoito potilaalla voi olla iskeemistä, neuropaattista tai tulehduksellista ja tämä tulee huomioida kipulääkitystä

suunniteltaessa. Kipua tulee arvioida pitkin hoitoprosessia. Kipua voidaan hoitaa suun kautta annosteltavilla kipulääkkeillä ja paikallisia pintapuudutteita käyttäen. (Krooninen alaraajahaavan: Käypä hoito -suositus 2014; Castrén 2008, 40-41)

Paikallishoidon tavoitteena on luoda haavalle otollinen ympäristö parantua. Tämä tarkoittaa haavan puhtauden, lämmön, kosteuden ja suojaamisen seuranta. Kosteaa haava paranee paremmin kuin kuiva sillä kudokseneste sisältää kasvutekijöitä. Kudokseneste myös pitää haavan pH:n sopivana. (Korhonen 2012, 18-21). Alaraajahaavan tavoite lämpö on kehon, eikä periferian lämpötila. Haavan jäähtyessä paraneminen hidastuu ja lopulta pysähtyy, joten raajan lämmön seuranta on tärkeää paranemisen kannalta. Haavan hoitoperiaate ja tuotteet valitaan haavan kudostyyppiin, erittämisen ja haavan värin perusteella. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2014.)

Kroonista haavaa hoidettaessa on käytettävä tehdaspuhtaita suojakäsineitä ja ne on vaihdettava uusiin toimenpide- ja haavakohtaisesti. Jokaisen vaihdon välissä on käytettävä käsidesinfektioainetta. Haavasidokset avataan vasta juuri ennen kuin haavaa aletaan puhdistaa. Sidosten toimivuus, haavaeritteen määrä, haju ja väri arvioidaan. Haavan ympäristön kunnan arviointi on hyvä muistaa tehdä. (Korhonen 2012, 18-21.) Kun haavaa lähdetään hoitamaan, puhdistetaan se ensin pelkällä juoksevalla vedellä suihkutellen. Mikäli tämä ei ole mahdollista voi haavan huuhdella keittosuolaliuoksella tai Ringer-liuoksella. Haava olisi hyvä suihkuttaa jokaisen sidosvaihdon yhteydessä. Mahdolliset onkalot huuhdellaan keittosuolalla esimerkiksi katetria apuna käyttäen. (Castrén 2008, 40-41.)

Haavan ollessa epiteelikudoksessa on sen väri vaaleanpunainen. Haava ei eritä, joten haavalle riittää hoidoksi kevyesti kiinnittyvät ja epiteelikudosta suojaavat sidokset. Haavan ollessa granulaatiokudoksessa on haava punainen ja kuiva tai erittävä. Haava tarvitsee suojaajan ja sopivan kostean haavaympäristön. Haavalle laitetaan kosteutta imevät tai kosteuttavat haavasidokset haavan erityksestä riippuen. Mikäli haavalla on liikakasvua eli hypergranulaatiokudosta on haavan epitelisoituminen tällöin estynyt ja haavaa tarvitsee käsitellä mekaanisesti joko kauhan tai kyretin avulla. Kudoksen liikakasvu johtuu haavan liiallisesta kosteudesta ja kudoksen väri on väriltään vaalean- tai tummanpunaista ja se kasvaa ihon tason yläpuolelle. Haavalle on parasta laittaa tällöin ilmavat ja haavaa kuivattavat sidokset. Fibriinikate haavalla on poistettava ja sen voi tarvittaessa pehmentää ennen poistoa riippuen onko kate pehmeää vai sitkeää. Fibriinikatteen väri vaihtelee kosteuden mukaan. Suojaus haavan päälle valitaan kosteuden ja erityksen mukaan. Nekroottinen,

musta kudoslöydös voi olla pehmeää tai sitkeää ja katteen väri riippuu haavan kosteudesta. Katteen voi poistaa, mikäli kyseessä ei ole iskeeminen haava. Nekroottisen haavan suojaus valitaan myös kosteuden mukaan. Mikäli haavalta on havaittavissa jännettä ja/tai luuta, on haava pidettävä kosteana, sillä jänne ja luu eivät saa kuivua. On tärkeää valita haavalle riittävän kosteat ja kosteutta ylläpitävät hoitotuotteet. Luu tuntuu kovalta instrumenttiin ja terve jänne on vaaleaa, syymäistä kudosta. Mikäli haavalla tai haavaa ympäröivällä iholla on havaittavissa punoitusta, kuumotusta tai turvotusta on haava todennäköisesti infektoitunut. Haavaerite voi haista ja olla märkäistä. Haavan kivuliaisuus voi lisääntyä, jolloin kipulääkityksen tarve on erityisesti huomioitava. Haavalta poistetaan ja vähennetään bakteerien määrää ja haavalle valitaan bakteereja sitovat/vähentävät/tappavat tuotteet ja sidokset. Haavan suojasidos valitaan erityksen mukaan, mutta se ei saa olla ilmatiivis eli okluusiosidos. (Krooninen alaraajahaavan: Käypä hoito -suositus 2014.)

Haavan puhdistuksessa on tavoitteena poistaa haavasta kaikki kuollut kudos. Haavan pohja tulisi saada punaiseksi ja granuloivaksi (Castrén 2008, 40-41). Haavan paranemisen edellytyksenä on toimiva verenkierto (Korhonen 2012, 18-21). Haavan puhdistuksessa voidaan käyttää neljää eri tapaa. Mekaaninen puhdistus on ensisijainen menetelmä. Menetelmä sopii paksukatteisen haavan puhdistukseen ja puhdistus on mahdollista toteuttaa kotihoidossa. Kate poistetaan terävän veitsen, saksien, pinsettien tai kyretin avulla ja menetelmä on tehokas. Toimenpiteeseen on hyvä varata paikallispuudutusaine. Toinen puhdistus menetelmä on entsyymaattinen puhdistus ja tätä käytetään tarvittaessa vain mekaanisen puhdistuksen tukena. Haavan tulee pysyä kosteana, jotta puhdistus olisi tehokas. Haavalle laitetaan kollageenia pilkkovaa kollageenivalmistetta, jotta kuollut kudos saadaan irti terveestä kudoksesta. Autolyttinen puhdistusmenetelmä on myös tukimenetelmä mekaaniselle puhdistukselle eikä siis käytetä yksinään. Menetelmässä hyödynnetään okluusio tilannetta hydrogeelin avulla, joka edistää autolyyttistä luonnollista kudoksen hajoamista. Menetelmä sopii parhaiten fibriinikatteiselle haavalle ja se on helppo ja kivuton. Autolyttinen menetelmä vaatii aikaa ja on siis hidas. Haittapuolena menetelmässä on haavaympäristön hautuminen. (Krooninen alaraajahaavan: Käypä hoito -suositus 2014.)

Haavan puhdistuksessa voidaan käyttää myös biologista puhdistusta. Puhdistus perustuu kärpäsentoukkien käyttöön katteen hajottamiseen, pehmittämiseen ja lopulta sen syömiseen haavasta. Puhdistusmuoto vaatii päivittäistä haavan tarkistamista ja hoito voi olla

kivulias. Hoito on osattava ennakoida, sillä toukat on tilattava etukäteen. (Krooninen alaraajahaavan: Käypä hoito -suositus 2014.)

Haavalla käytettävät sidokset valitaan kosteuden, hajun sitovuuden ja bakteereja tappavien ominaisuuksien mukaan. Haavasidosta valittaessa on mietittävä myös haavaympäristön ihon sietokykyä ja haavasidoksen kiinnitystapaa. Sidoksista ensimmäinen on kontaktissa haavaan ja suojaava, imevä, kosteuttava sidos laitetaan sen päälle. Kolmannen sidoksen tehtävä on peittää haava. Kiinnityssidos, joka voi olla kierre- tai putkisidos, teipit tai haavakalvo, kiinnittää muut sidokset paikalleen. Mahdolliset hoidossa tarvittavat apuvälineet kiinnitetään harso-, kierre-putki- tai verkkosidoksilla tai liimapohjaisilla kuitukankailla. (Korhonen 2012, 18-21.)

Haavasidokset ja -tuotteet jaetaan interaktiivisiin, aktiivisiin ja passiivisiin. Interaktiiviset sidokset ja tuotteet luovat haavalle optimaalisen kosteuden ja vaikuttavat ainesosat aktivoituvat kudoseritteestä. Ainesosat voidaan myös aktivoida nesteellä. Interaktiivisiin tuotteisiin kuuluvat muun muassa hiiltä, hopeaa, pihkaa, ruskolevää, sinkkiä ja hunajaa sisältävät tuotteet. Aktiiviset sidokset sisältävät bioaktiivista materiaalia kuten kasvutekijöitä. Tekoihovalmisteet kuuluvat myös aktiivisidoksiin. Tuotteiden käyttö perustuu haavan omien kasvutekijöiden stimuloimiseen. Passiivisia haavasidoksia käytetään haavan suojaamiseen, eritteen imemiseen ja estämään toisten haavasidosten tarttumista kiinni haavan pintaan. Haavasidoksissa ei ole vaikuttavaa ainetta. Tuotteet ovat imukyvyltään vaihtelevia ja ne ovat haavatyynyjen tai harsotaitosten muodossa. Haavanhoidossa voidaan käyttää myös muita sidoksia, jotka ovat edellä mainittujen sidostyyppien yhdisteitä. Saatavilla on myös aktivoivia sidoksia, jotka aktivoidaan tuotteen mukana tulevalla liuoksella. (Krooninen alaraajahaavan: Käypä hoito -suositus 2014.)

Kun haava on puhdistettu ja haavalle on laitettu haavan vaatimat tuotteet ja sidokset, toteutetaan haavalle turvotuksenestohoito eli kompressioterapia. Tätä käytetään sääriturvotuksen poistamiseen laskimohaavan hoidossa. Tämä on merkittävin hoitotoimenpide laskimohaavan hoidossa ja haava voi parantua muutamassa kuukaudessa säännöllisellä turvotuksenestohoidolla. Turvotuksenestohoito myös ehkäisee laskimohaavan uusiutumista. Ennen hoidon aloittamista tulee arvioida valtimoverenkierron riittävyys. Turvotuksenestohoidon aloittamisessa tarkistetaan ABI-mittauksen tulos. Mikäli ABI-arvo on 0,8 tai suurempi on kyseistä hoitomuotoa turvallista käyttää. Mikäli ABI-mittauksen arvo on 0,5 tai alle kyseinen hoitomuoto ei sovellu haavalle. Hoitoon voi liittyä tukkeutumisen riski,

mikäli potilaalle on aiemmin tehty raajaan valtimo-ohitus. Tällöin hoidon aloittamisesta tulee keskustella verisuonikirurgin kanssa. (Krooninen alaraajahaavan: Käypä hoito -suositus 2014.)

Turvotuksenestohoito toteutetaan joko pohjepituisilla lääkinällisillä hoitosukilla tai vähä-, keski-, tai runsaselastisilla sidoksilla. Kustannustehokkaimpana pidetään monikerrossidos. Ennen säären sidontaa voidaan toteuttaa manuaalista lymfahierontaa, mikäli raaja on huomattavasti turvoksissa. Vuorokauden kestävä kohoasento on yksi turvotuksenestoon käytettävä ensihoidollinen hoitotoimenpide. (Krooninen alaraajahaavan: Käypä hoito -suositus 2014.)

Tukisidostyypeistä monikerrossidos koostuu 2-4:stä eri sidoskerroksesta. Sidos antaa voimakkaan tuen ja sopii potilaille, joilla haavanhoitoväli on pitkä. Monikerrossidos pysyy hyvin paikoillaan ja sidonta tapahtuu kerran viikossa. Mikäli turvotus poistuu nopeasti ja sidos jää löysäksi tulee sidonta tehdä uudestaan. Vähäelastinen sidos sopii hyvin liikkuville potilaille. Sidos antaa kohtalaisien voimakkaan tuen ja tukee pohjelihastoimintaa. Sidokset voivat olla paikoillaan useamman päivän, sillä sidosten paine levossa on vähäinen. Sidos sidotaan säären anatomiaa mukailten. Keski- ja runsaselastinen sidos sopii liikuntakyvyttömille potilaille. Sidonta tapahtuu spiraalimallia mukailten aamulla ennen vuoteesta nousua ja sidokset poistetaan yöksi, sillä sidos antaa voimakkaan tuen. (Krooninen alaraajahaavan: Käypä hoito -suositus 2014.)

Turvotuksenestohoidon alkuvaiheessa on suositeltavaa käyttää enemmän tukisidoksia kuin sukkia, sillä hoidon edetessä säären ympärystymä muuttuu nopeasti turvotuksen poistuessa. Lääkinällinen hoitosukka on ajankohtainen hoidossa, kun suurin turvotus on poistunut raajasta. Lääkinällinen hoitosukka tulisi olla puristusluokaltaan kaksi tai suurempi mikäli potilas suostuu ja pystyy sellaista käyttämään. Turvotuksenestohoitoa toteutettaessa on huomioitava potilaan hoitomyöntyvyys puristusluokkaa valittaessa. Kun lääkinälliset hoitosukat ovat hoidossa ajankohtaiset tulee koulutetun henkilön ottaa mitat säärestä. Samalla potilaan kanssa valitaan sukkien pukemiseen potilaalle sopiva ja mieluisin apuväline. Apuvälineen käyttöön tulee antaa opastus. Hoitosukkien turvallinen käyttöikä on noin 6 kuukautta. Tällöin sukkien kimmoisuus heikkenee ja sääristä täytyy ottaa uudet mitat uusia sukkia varten. (Krooninen alaraajahaavan: Käypä hoito -suositus 2014.)

3.4 Tarkistuslista

Terveydenhuoltolain 2010/1326 mukaan tehtävän työn tulee olla turvallista, laadukasta ja näyttöön perustuvaa. Tarkistuslista on hoitotyön tukena käytettävä työkalu, jonka avulla pystytään lisäämään ja ylläpitämään potilasturvallisuutta (Järvinen & Routasalo 2016). Tarkistuslistan on tarkoitus olla lyhyt ja yksinkertainen, sekä vähentää muistinvaraista toimintaa (Suomen Potilasturvallisuusyhdistys 2017). ”Sen käytön on todettu olevan sekä edullinen, että tehokas keino välttää virheitä ja varmistaa, että toimenpiteen kulku sujuu asianmukaisesti” (Mustajoki ym. 2014, 1335-1336).

Tarkistuslistaa käyttämällä voidaan taata suositusten mukaisen toiminnan toteutuminen jokaisen potilaan kohdalla tasa-arvoisesti riippumatta hoitotyön tekijästä. Tarkistuslistojen käyttö mahdollistaa toiminnan vieraissakin tilanteissa ja ympäristöissä. ”Toiminnan seuraamisella ja kirjaamisella on vaikuttavuutta sinänsä, koska ne vähentävät laatu-ongelmia.” (Salmenperä 2013, 111). Tarkistuslistat ovat olleet käytössä työelämässä toisilla aloilla, kuten lentoliikenteessä jo pidemmän aikaa (Pesonen 2011, 18). Tarkistuslista on kehitetty hoitotyöhön WHO:n toimesta vasta vuonna 2008. Sairaanhoidossa hoitotyön tukena käytettävät tarkistuslistat ovat varsin tuore ilmiö. Tutkimukset tarkistuslistojen soveltamisesta terveysalalla ovat muutamaa tutkimusta lukuun ottamatta tehty viimeisen kymmenen vuoden sisällä (Pesonen 2011, 18).

3.4.1 Tarkistuslistan käyttö hoitotyössä

Tunnetuin sovellus tarkistuslistan käytöstä terveysalalla on WHO:n alun perin kehittämä tarkistuslista leikkaussalitoimintaa varten. WHO:n listassa huomioidaan operaatioon liittyvät kolme vaihetta: ennen anestesiaa, ennen viiltoa ja toimenpiteen lopuksi huomioitavat asiat. Ennen anestesian aloitusta tarkistetaan muun muassa potilaan henkilöllisyys, leikkausalue, lääkitys, allergiat ja anestesiavälineistö. Ennen viiltoa tapahtuvaa vaihetta kutsutaan myös ”aikalisäksi”, jolloin käydään läpi toimenpiteen kulku sekä kriittiset tekijät. Kolmannessa vaiheessa huolehditaan, että instrumentit sekä näytteet hoidetaan asianmukaisesti ja tarkistetaan, että jatkohoitomääräykset ovat ajan tasalla. Tarkistuslistan vahvuus on, ettei tarkistus jää työntekijöiden muistin varaan vaan kohdat luetaan yksi

vaihe kerrallaan paperista. (Mustajoki ym. 2014, 1335-1336.) WHO:n leikkaussalitoimintaan tehdyn tarkistuslistan on tutkimuksissa havaittu vähentävän toimenpidekuolleisuutta ja leikkauskomplikaatioita. Tutkimustulosten valossa leikkaussalin tarkistuslistan hyödyllisyys on ollut kiistaton. (Salmenperä 2013, 110; Pesonen 2011, 19.)

Tarkistuslistan käyttö on leikkaussalitoimintaan suunnitellun tarkistuslistan jälkeen yleistynyt hoitotyön erilaisissa ympäristöissä. Tarkistuslistoja on olemassa harvoin toistuviin ja usein toistettaviin työtehtäviin. Jotta potilasturvallisuus toteutuu, on tärkeää valita työtehtävään sopiva tarkistuslista. (Suomen Potilasturvallisuusyhdistys, 2014.) Turvalliseen toimintaan hoitotyössä vaikuttaa moni tekijä, kuten puutteelliset tiedot, taidot ja resurssit. Vaikka edellä mainitut asiat olisivat kunnossa, toimintaan vaikuttaa kuitenkin puutteellinen motivaatio, ymmärrys hoidon tavoitteista, vastuista ja hoidon merkityksestä. Tarkistuslistasta on helppo varmistaa hoitotyön toiminnan kannalta oleelliset tekijät. (Pietikäinen, Ruuhilehto & Heikkilä 2010, 37.)

Rutiininomaisessa työssä tapahtuu herkästi virheitä työntekijän sitä tiedostamatta. Tarkistuslistalla pyritään vähentämään hoidon turvallisuuteen liittyviä vaaratapahtumia. Vaaratapahtuma tarkoittaa potilaan turvallisuuden vaarantavaa tapahtumaa, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa haittaa potilaalle. Potilasturvallisuus koostuu laitehoidon, lääkehoidon ja hoitotyön turvallisuudesta. Myös tiedonkulussa ja hallinnassa syntyy vaaratapahtumia. Rutiininomainen työskentely voi altistaa vaaratapahtumille, eikä niitä ole aina helppo tunnistaa. Kun vaaratapahtuma jää tunnistamatta, ei sitä myöskään raportoida. (Pietikäinen ym. 2010, 11.)

3.4.2 Tarkistuslistan käyttöönottoprosessi

Uuden tarkistuslistan käyttöönotto työyhteisössä vaatii totuttelua. Vie aikaa ennen kuin tarkistuslista saadaan systemaattiseksi osaksi työtä. Olemassa olevia tarkistuslistoja voidaan hyödyntää yksiköissä, joissa vastaavia toimenpiteitä tehdään tai muokata ja soveltaa paremmin yksikön tarpeisiin sopivaksi (Järvinen & Routasalo, 2016, 14,16; Mustajoki ym. 2014, 1335-1336). Tarkistuslistan käyttöönottoprosessi vaatii selkeän suunnitelman, vastuuhenkilöt, henkilökunnan kouluttamista, viestintää ja seurantaa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016). Suurimman muutoksen on tapahduttava hoitotyöntekijöiden asenteissa. Heistä riippuu, miten laajaan käyttöön tarkistuslista käytännön työssä tulee.

Kun tarkistuslista saadaan systemaattiseksi osaksi työtä, on mahdollista saavuttaa yhtenäiset hoitokäytännöt työyhteisössä. (Järvinen & Routasalo, 2016, 14,16; Mustajoki ym. 2014, 1335-1336).

Tarkistuslistan käyttöönotto yksikössä vaatii muutosjohtamista. Tämä tarkoittaa, että henkilökunnan työskentely jatkuu ongelmitta muutoksen keskellä. Projektilla tulisi olla selkeä keulakuva, joka huolehtii muutoksen suunnittelusta ja toteutuksesta. Henkilökunta tulisi saada sitoutettua yhteisiin kehittämistehtäviin, joten muutosjohtaminen tapahtuu yhdessä koko henkilöstön kanssa. Kehittämistyön vetäjältä edellytetään kykyä toimia muutoksessa, samalla motivoiden muuta henkilökuntaa. (Huttunen 2013, 18-19.)

Tarkistuslista on kokonaan uudenlainen työväline kotihoidossa tehtävän haavanhoidon tueksi. Käytön ja toimivuuden seuranta on tärkeää. Mahdollinen tarkistuslistan jatkokehittäminen tulee tapahtua yhdessä kotihoidon henkilöstön kanssa, koska se on edelleen muutosjohtamista ja muutoksen onnistumisen varmistamista. Tarkistuslistan käyttöönottoprosessiin kuuluu varmistaa tarkistuslistan käytön toimivuus pidemmällä aikavälillä. (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d, 1-6).

4 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Tutkimukset ovat yhä enenevässä määrin työelämälähtöisiä ja tietoa tutkitaan sekä tuetaan nykyisin käytännön merkitystä ajatellen. Tutkimuksellinen tieto on yhä enemmän alueellista, paikallista ja yksinoikeudella omistettua. Tutkimuksella haetaan ongelmanasettelussa hyötyä toimeksiantajan näkökulmasta ja tavoitteista. Eettisyys tutkimuksissa on rinnastettavissa ammattietiikkaan ja tutkimukset ovat ammatillista sekä tieteellistä sivistystä. Toiminnallinen opinnäytetyö, jossa toteutuu tuotos, ei ole puhtaasti tutkimus. Kuitenkin ammattikorkeakouluissa selvitystä toiminnallisen tuotoksen toteuttamiseksi kutsutaan tutkimukseksi. (Vilka 2015, 30, 52-53.)

Salosen (2013) mukaan toiminnallisen opinnäytetyön yksi tunnusmerkki on uuden toiminnan tuottaminen. Toinen toiminnallisen opinnäytetyön kriteeri on tutkimusten hyödyntäminen. Keskeinen tehtävä toiminnallisella opinnäytetyöllä on jatkoohjelmittämisyys ja tämä toteutuu opinnäytetyössä jatkoohjelmittävyytenä työn tilanneen yksikön sisäisessä työskentelyssä ja työtapojen jatkokehittämissä.

Toiminnallinen opinnäytetyö tarkoittaa tuotokseen painottuvaa opinnäytetyötä. Se on vaihtoehto ammattikorkeakoulun määrälliselle ja laadulliselle tutkimukselle. Tuotokseen painottuva opinnäytetyö tavoittelee käytännön toiminnan opastamista, ohjeistamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Työn tarkoituksena on tuottaa ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohje, ohjeistus tai opastus, kuten perehdyttämisoas tai turvallisuusohjeistus. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena voi olla myös jonkin tapahtuman, kuten näyttelyn tai messuosaston, järjestäminen. Toteutustapoja on useita, joista valitaan parhaiten kohderyhmää palveleva vaihtoehto. Tuotos voi olla esimerkiksi kansio, opas, cd, video tai kotisivut. Tärkeää ammattikorkeakoulun toiminnallisessa opinnäytetyössä on käytännön toteutuksen ja sen raportoinnin yhdistyminen tutkimusviestinnän keinoin. Toiminnallisen opinnäytetyön tulee olla käytännönläheinen, työelämälähtöinen, tutkimuksellisella asenteella toteutettu, sekä ammatillisten tietojen ja taitojen riittävää hallintaa osoittava. (Vilka & Airaksinen 2003, 9-10.)

Opinnäytetyön prosessi jakaantuu viiteen työskentelyvaiheeseen, jotka ovat ideataso, sitoutuminen, toteuttaminen, kirjoittaminen ja tiedottaminen (Vilkka 2015, 56). Toiminnallinen opinnäytetyö on kaksiosainen kokonaisuus, joka sisältää itse tuotoksen sekä opinnäytetyöraportin. Opinnäytetyöraportti on kirjallinen esitys hankkeesta, jonka tuloksena on syntynyt erillinen tuotos eli produkti. Raportin on siis oltava enemmän kuin pelkkä valmis tuotos. (Salonen 2013, 25; Lumme ym. 2006.)

Opinnäytetyöprosessin alkuvaiheilla laaditaan toimintasuunnitelma, jonka avulla opinnäytetyön tekijät jäsentävät itselleen mitä ovat tekemässä. Toimintasuunnitelman avulla osoitetaan, että opinnäytetyön tekijät pystyvät johdonmukaiseen päättelyyn ideaa ja tavoitteita laatiessaan. Opinnäytetyön idean ja tavoitteiden tulee olla tarkkaan harkittuja, tiedostettuja ja perusteltuja. Toimintasuunnitelma toimii myös lupauksena siitä, että tekijät ovat sitoutuneet työhönsä. (Vilkka & Airaksinen 2003, 26–27; Vilkka 2015, 78.)

4.2 Opinnäytetyön prosessi

Kyseinen opinnäytetyön aihe on valittu opinnäytetyön tekijöiden yhteisen kiinnostuksen perusteella haavanhoitoa kohtaan. Opinnäytetyön tekijät suuntautuvat molemmat sisätauti-kirurgiseen hoitotyöhön, joten haavanhoito on keskeinen osa työnkuvaa riippumatta siitä, missä yksikössä sairaanhoitaja työskentelee.

Opinnäytetyö on tilattu Tampereen kaupungin erään kotihoidon yksikön toimesta. Työelämäyhteys henkilön mukaan kyseisessä yksikössä työskentelee 32 lähihoitajaa ja perushoitajaa, joista noin kymmenen tekee haavanhoitoja. Kotihoidon yksikön asiakkaista kymmenellä on tarpeena säännöllinen haavanhoito. Asiakkaiden haavat ovat kroonisia alaraajahaavoja ja haavojen paranemisajat ovat pitkiä. Työelämäpalaverissa todettiin kroonisen alaraajahaavan hoitoa koskevan tiedon ja taidon olevan yksikön hoitajilla ajan tasalla. Opinnäytetyön tekijöille annettiin vapaat kädet tuottaa tuotos, joka tukisi haavahoitajien työtä ja edistäisi haavojen paranemista.

Opinnäytetyön työelämäyhteyspalaveri pidettiin maaliskuussa 2016, jonka pohjalta aihepiirin rajausta pohdittiin opinnäytetyön tekijöiden ja ohjaavan opettajan kanssa. Lokakuussa 2016 opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat saatiin rajattua lopulliseen muotoonsa, sekä opinnäytetyön suunnitelma saatiin valmiiksi. Opinnäytetyön suunnitelmaa

hiottiin pitkään, jotta se olisi koko opinnäytetyöprosessin ajan seurattava ja ymmärrettävä, kuten Vilkka (2015) kirjoittaa. Silti opinnäytetyön aiheajasta pohdittiin ja muokattiin useita kertoja ennen kuin se sai lopullisen muotonsa. Opinnäytetyön tekijät kartoittivat olemassa olevaa aineistoa ja tutkimuksia kotisairaanhoidosta ja kroonisten alaraajahaavojen hoidosta jo suunnitelmaa aloitettaessa. Aineistoa haettiin erityisesti sosiologi- ja terveysalan verkko-tietokannoista Medic:sta ja CINAHL:sta sekä Suomen haavanhoidoyhdistyksen Haava-lehdistä ja Tutkiva Hoitotyö-lehdistä. Valmiista opinnäytetyösuunnitelmasta kävi ilmi alustava ja suuntaa antava työn teoreettiset lähtökohdat, tarkoitus, tavoite ja tehtävät, sekä opinnäytetyön toiminnallinen lähestymistapa. Suunnitelmaan kirjattiin työn alustava aikataulu, sekä raportointia ja budjetointia koskevat asiat.

Opinnäytetyön raportin kirjoittaminen aloitettiin heti tutkimusluvan myöntämisen jälkeen. Lähdekirjallisuutta tarkasteltiin läpi opinnäytetyöprosessin. Opinnäytetyöntekijät jakoivat raportin teoriaosuudet vastuualueisiin, joita työstettiin aluksi itsenäisesti. Tämän jälkeen tekstejä hiottiin yhdessä. Keskustelevuus opinnäytetyön kirjoittamisen vaiheessa oli tekijöillä jatkuvaa ja tulosta tuottavaa. Opinnäytetyö on ollut matkan varrella muuttuva ja paljon hiottu prosessi, joten suunnitelmassa olleet suunnat muuttuivat paremmiksi loppua kohden tiedon tutkimisen myötä. Lopullinen opinnäytetyön raportti ja tuotos palvelevat paremmin tutkittua aihetta ja työelämätahoa kuin alkuperäisen suunnitelma.

Opinnäytetyön teoreettisissa lähtökohdissa tarkastellaan kotihoitoa, tarkistuslistaa, kroonisen alaraajahaavan hoitoa sekä hoitajan ammatillista osaamista. Kerätyn teoretiedon pohjalta muodostettiin tarkistuslista. Alla olevaan taulukkoon on koottu tarkemmin opinnäytetyön työskentelyvaiheet ja aikataulu.

1/2016- 3/2016	Opinnäytetyön aiheen valinta Alustavaa tiedonhakua ja työelämäpalaveri
4/2016-7/2016	Tiedonhakua sekä opinnäytetyön aiheen rajaamista Alustavan opinnäytetyösuunnitelman tekoa
8/2016-10/2016	Opinnäytetyön lopulliset raamit löydetään Opinnäytetyösuunnitelma valmiiksi ja tutkimuslupa saadaan
11/2016-2/2017	Tiedonhakua Opinnäytetyön raportin kirjoittaminen
3/2017	Opinnäytetyön raportin ja tuotoksen hiominen ja viimeistely Valmiin opinnäytetyön palautus Tarkistuslista työelämäyhteyden nähtäville

4.3 Tarkistuslistan kuvaus

Kroonisen alaraajahaavan tarkistuslistaan on koottu yhteen asiat, jotka hoitajan on huomioitava kotihoidon asiakkaan haavojen hoidossa ja hoitotyön kirjaamisessa. Tarkistuslistan sisältö perustuu opinnäytetyötä varten koottuun tutkittuun tietoon. Tarkistuslistan on tarkoitus olla jokaisen haavoja hoitavan hoitajan mukana ja se on henkilökohtainen. Tarkistuslistan tulisi olla aina mukana kotikäynneillä, esimerkiksi hoitajan henkilökohtaisessa työtarvikerepussa. Hoitotyön kuvaava kirjaaminen ja jatkuvuus ovat haavahoidossa tärkeitä. Juuri tähän tarkistuslista on hyvä ja aikaa säästävä apuväline.

Tarkistuslistan käytön tarkoitus on olla monivaiheinen. On tarkoitus, että hoitaja ottaa tarkistuslistan esille ennen haavanhoidon aloitusta. Mahdollisesti jo työvuoron alussa, asiakasjärjestystä suunnitellessaan. Seuraavan kerran tarkistuslistaan on hyvä palata asiakkaan luona ennen haavahoidon aloittamista. Listasta voi tarkistaa haavanhoidossa huomiota vaativat asiat. Lista olisi hyvä jättää näkyville haavanhoidon ajaksi. Tarkistuslista on laminoitu, joten sen voi pyyhkiä alkoholipitoisella puhdistusaineella. Tarkistuslista tulee puhdistaa aina asiakkaalta poistuttaessa. Listan toiselta puolella on koottua tietoa haavanhoitoon liittyen, jotka kotihoidossa tulee huomioida. Näitä asioista voi ottaa puheeksi asiakkaan kanssa haavanhoitoa tehdessä. Kun haava on hoidettu, voi tarkistuslistasta tarkistaa muut huomiota vaativat asiat haavan hoidon jatkuvuuden kannalta.

Tarkistuslistasta on haluttu tehdä selkeä ja helposti luettava. Väreiksi on valittu neutraaleja ja rauhallisia sävyjä. Tarkistuslistassa yksi sävy, kirkkaampi keltainen, on valittu tarkoituksella herättämään huomiota. Näihin lokeroihin on valittu asiat, jotka hoitajan tulee löytää listasta ensisilmäyksellä (infektion merkit ja yhteystiedot kollegalle). Muut lokerot on jaoteltu ja sijoiteltu tarkistuslistaan haavanhoidon etenemisen mukaiseen järjestykseen. Tarkistuslistan koko on suunniteltu olemaan A5. Perustelut koolle ovat, että fonttikoko pysyy riittävänä, jotta lukeminen on helppoa sekä tarpeeksi suuri löydettäväksi nopeasti muiden tarvikkeiden joukosta repusta. Käytetty fontti on 'Times New Roman' ja fonttikoko on pääotsikoissa 16 ja muualla tekstissä 12. Teksti huomiolokeroissa on lihavoitua. Tarkistuslistan käytöstä ja olemassa olosta ei koidu hoitajille lisätyötä, sillä tarkistuslista on kevyt kantaa, eikä se lisää dokumentoinnin työtä, sillä kaikki tiedot kirjataan suoraan potilastietojärjestelmään. Tarkistuslista on liitetty työhön liitteeksi, liite 1.

5 POHDINTA

Työelämäyhteys toivoi opinnäytetyöltä tuotosta tai apuvälinettä hoitajien työskentelyyn haavojen parissa. Tuotoksena syntyi tarkistuslista, jonka tavoitteena on helpottaa kroonisen alaraajahaavan hoidon toteutusta, hoidon vaikuttavuuden seuranta ja dokumentointia. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä tarkistuslista kroonisen alaraajahaavan hoidon tueksi Tampereen kaupungin erään kotihoidon yksikön hoitajien käyttöön. Tuotos perustuu tuoreeseen, alle kymmen vuotta vanhaan tutkittuun tietoon. Opinnäytetyön teoria vastaa asetettuihin tehtäviin, jotka olivat: Mitkä tekijät vaikuttavat kotihoidon asiakkaan kroonisen alaraajahaavan hoitoon ja millainen on toimiva tarkistuslista kroonisen alaraajahaavan hoidon tueksi. Näin ollen teorian tiedon mukaan tarkistuslistassa olevan tiedon pitäisi vastata kuvausta apuvälineestä työskentelyn ja dokumentoinnin tueksi.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut mielenkiintoinen, kasvattava ja uusi kokemus. Opinnäytetyön alkuvaiheessa pitkittynyt aiheen rajaamisen ja viitekehyksen luomisen vaikeus oli työlästä ja aikaa vievää, mutta tiimityöskentelytaitoja kehittävää. Aihetta rajatessa ongelmia tuotti se, että hetkellisesti ajatus lähti rönsyilemään liian laajasti. Onneksi sopiva näkökulma opinnäytetyöhön kuitenkin löytyi ja prosessin tuotos muodostui.

Opinnäytetyön palavereita pidettiin koko prosessin aikana lähemmäs kaksikymmentä, joista vain muutama opettajan läsnä ollessa. Palaverit olivat joka kerta hyödyllisiä ja auttoivat eteenpäin. Palavereissa kehittyi aina uusia ideoita ja saimme työstettyä raporttia. Opinnäytetyön teko on kehittänyt ammatillista osaamista sekä opettanut paljon tiedonhausta, opinnäytetyöraportin kirjoittamisesta sekä yhteistyön merkityksestä. Tiedonhaku vaihe oli pitkä, sillä läpi käytävää aineistoa oli paljon. Tietoa löytyi, mutta toisinaan se ei sopinut tuoreeseen aika-ikkunaan, josta haluttiin pitää tiukasti kiinni. Opinnäytetyöhön valittuihin aineistoihin perehdyttiin hyvin ja aihe on molempien opinnäytetyön tekijöiden mielestä mielenkiintoinen sekä tarpeellinen tulevaisuuden työelämää ajatellen. Tiedon soveltaminen ja yhdisteleminen on vaatinut ajoittain pitkäjänteisyyttä ja tekstin lukemista yhä uudelleen.

5.1 Eettisyys ja luotettavuus

Suomessa ammattikorkeakoulut noudattavat Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistusta hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja sen loukkausepäilyjen käsittelemisestä. Hyvän tieteellisen käytännön mukaista on, että tutkimuksen teossa noudatetaan yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta niin tutkimustyössä, kuin tulosten tallentamisessa ja arvioinnissa. Tutkimuksen teossa sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia tutkimus-, tiedonhankinta- ja arviointimenetelmiä. Tutkimuksen on oltava eettisen tarkastelun kestävä. Tutkimuksen on olennaista toteuttaa tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa vastuullisuutta, avoimuutta ja rehellisyyttä, joka näkyy esimerkiksi lähdeviitteiden asianmukaisessa merkitsemisessä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 8.) Opinnäytetyöraportille tunnusomaisia ja luotettavuutta lisääviä piirteitä ovat argumentointi, erityiskielen termien ja käsitteiden määrittely, lähteiden asianmukainen käyttö ja merkitseminen, tiedon varmuus ja täsmällisyys sekä tekstin rakenteen johdonmukaisuus (Vilkkä & Airaksinen 2003, 81; Vilkkä 2015, 45-46).

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotokseksi valittiin kroonisen alaraajahaavan hoitoa ja seurantaa tukeva tarkistuslista, koska se on työelämää palveleva. Tutkimusta tarkistuslistojen käytöstä ja toimivuudesta on tehty vasta vähän, minkä vuoksi soveltuvaa lähdekirjallisuutta tai tutkimuksia aiheesta oli vaikeaa löytää. Opinnäytetyön raportissa on käytetty runsaasti kansainvälisiä lähteitä, mikä lisää työn luotettavuutta. Vieraskielisen aineiston kääntäminen tehtiin huolella, jotta tutkimusaineisto ja tulokset pysyvät muuttumattomina. Opinnäytetyössä on pyritty muutenkin lähdekriittisyyteen. Erityisesti lähteiden laatuun, luotettavuuteen ja ikään on kiinnitetty huomiota. Opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään mahdollisimman tuoreita ja ajankohtaisia lähteitä. Muutama suhteellisen vanha lähde opinnäytetyössä on kuitenkin käytössä. Uudempaa soveltuvaa aineistoa ei ollut saatavilla ja opinnäytetyön tekijöiden mielestä lähteiden aineisto on sisällöltään vielä käyttökelpoista.

Opinnäytetyön luotettavuutta heikentää muutama seikka. Yhteistyötä työelämäyhteyden kanssa ei ole ollut opinnäytetyön alkuvaiheen jälkeen. Myös opinnäytetyön yhteyshenkilö vaihtui kertaalleen opinnäytetyön aikana toimenkuvan vaihdoksesta johtuen. Opinnäytetyö ja tuotos vastaisivat mahdollisesti vielä paremmin työelämän tarpeita, jos yhteistyö olisi ollut läpi prosessin tiiviimpää. Toinen asia, mikä heikentää opinnäytetyön

luotettavuutta on tarkistuslistan testaamattomuus. Tarkistuslistaa ei lähetetty työelämäyhteisöille arvioitavaksi, minkä vuoksi tarkistuslistaa ei ehditty käytännössä testaamaan.

Opinnäytetyö on tehty noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä, mikä lisää opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta ja tekee sen läpinäkyväksi. Viittaukset ja lähdeviitteet on pyritty merkitsemään tarkasti. Opinnäytetyötä tehdessä on kiinnitetty huomiota lähdeviitteiden asianmukaiseen ja täsmälliseen käyttöön. Raportissa esiintyvät hoitotieteelliset käsitteet pyrittiin määrittelemään lukijalle selkeästi. Opinnäytetyön raportti on kirjoitettu Tampereen ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeiden mukaisesti ja teksti on äidinkiellisesti hyvin toteutettua. Opinnäytetyön rakenne on tehty johdonmukaiseksi, jotta opinnäytetyö on selkeä lukea. Opinnäyteprosessi kuvataan raportissa mahdollisimman tarkasti ja autenttisesti lukijalle. Edellä olevat seikat lisäävät opinnäytetyön luotettavuutta. Opinnäytetyö on tehty hyvää tieteellistä käytäntöä ja eettisiä periaatteita noudattaen, parhaan taitomme mukaisesti.

5.2 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Toiminnallisessa opinnäytetyössä työn pääpaino on tuotoksella, eikä varsinaisia tutkimustuloksia tai johtopäätöksiä ole. Opinnäytetyön tuloksena on laadittu kroonisen alaraajahaavan tarkistuslista, jonka muodostus oli myös opinnäytetyön tavoite. Opinnäytetyön raportti pohjautuu kirjallisuuteen, tutkimuksiin ja artikkeleihin. Suurin osa työn lähteistä on verkkoaineistoja.

Raportin teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään haavahoidon kannalta oleelliset hoitajan ammatillisen osaamisen aihealueet, sekä jo käytössä olevien tarkistuslistojen hyödyllisyys työn kannalta. Esimerkiksi leikkaussaleissa ja lentoliikenteessä tarkistuslistat ovat olleet jo jonkun aikaa käytössä ja havaittu hyödyllisiksi. Opinnäytetyön tuotoksen toimivuudesta ei ole vielä käytännöntietoa, sillä lopullinen arvio tarkistuslistan hyödyllisyydestä muodostuu työelämässä. Jos tehdyn kroonisen alaraajahaavan tarkistuslistan koetaan helpottavan ja yhdenmukaistavan kotihoidon hoitajien työtä, on opinnäytetyö onnistunut.

Jatkotutkimuksen aiheena voisi olla haavanhoidon rakenteisen kirjaamisen ja dokumentoinnin edistäminen. Toinen jatkotutkimus aihe voisi olla tarkistuslistan vaikuttavuudesta

hoitotyössä tarkistuslistan käytön vakiinnuttua. Jatkotutkimuksen voisi tehdä myös tarkistuslistan käytön yleisyydestä ja käytön hyödyllisyydestä. Vaikutusta tarkistuslistan käytöstä dokumentointiin voisi myös tutkia.

LÄHTEET

Bearden, J. 2014. Education vital for successful wound management in the home. *Wound Care Advisor*. 4/2014.

Castrén, H. 2008. Haavanhoidon perusperiaatteet. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. *Haava* 2/2008.

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moiso, E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Ammattikorkeakoulujen terveystieteen verkosto ja Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Porvoo. Bookwell Oy. Lutu: 26.9.2016 <https://sairaanhoitajat.fi>.

EWMA. 2014. EWMA Document: HomeCare- Wound Care; Overview, Challenges and Perspectives.

Finne-Soveri, H., Mäkelä, M., Noro, A., Nurme, P. & Partanen, S. 2014. Vanhusten hoidon kustannustehokkuutta ja laatua voidaan parantaa. *Suomen lääkirilehti* 50-52/2014.

Grek-Stjernberg, P. 2016. Kotihoidon asiakkaiden ateriapalvelu. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. *Haava* 1/2016.

Halonen, I. 2008. Säärihaava kotihoidossa. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. *Haava* 4/2008.

Huttunen, P. 2013. Hoitotyönjohtamisosaaminen ja tulevaisuuden osaamishaasteet erikoissairaanhoidossa. Pro gradu -tutkielma. Itä- Suomen Yliopisto.

Iivanainen, A., Hietanen, H. & Kuokkanen O. 2011, VPKM avuksi avoimen haavan hoitoon. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. *Haava* 4/2011.

Iivanainen, A. & Luukkanen, S. 2015. Haavanhoidon kirjaaminen hyvällä mallilla. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. *Haava* 3/2015.

Iivanainen, A., Skarp, E. & Alahuhta, M. 2008. Aseptiikan toteutuminen haavan hoidossa. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. *Haava* 4/2008.

Iivanainen, A. & Soppi, E. 2012. Infektio vaiko inflammaatio? Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. *Haava* 1/2012.

Jäntti, M. 2006. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. *Haava* 1/2006.

Järvinen, T. & Routasalo, P. 2016. Tarkistuslista avuksi toimenpide- ja leikkausvalmisteluihin hoitoon liittyvien infektioiden vähentämiseksi. *Suomen sairaalahygienialehti* 1/2016.

Karlsson M. & Noro, A. 2014. Monipuolisia palveluita kotiin. *Tesso* 5/2014.

Kinnunen, U-M. 2015. Kirjaamisen merkitys potilaan hoidossa ja potilasturvallisuudessa. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. *Haava* 3/2015.

- Kiura, E., Reiman-Möttönen, P. & Mäkelä, M. 2012. Haavanhoito potilaan kotona sairaalan ja kotisairaanhoidon yhteistyönä. Arviointiseloste 3/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 26.9.2016. <http://www.thl.fi>.
- Korhonen, A. 2012. Haavanhoidon peruseriaatteet. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 2/2012.
- Krooninen alaraajahaava. 2014. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Luettu: 26.9.2016. <http://www.terveyskirjasto.fi>.
- Lumme, R., Leinonen, R., Leino, M., Falenius, M. & Sundqvist M. 2006. Monimuotoinen / toiminnallinen opinnäytetyö. Virtuaali ammattikorkeakoulu. Luettu: 27.2.2017 <http://www2.amk.fi/digma.fi>
- Murtola, T. & Tuuliranta, M. 2008. Haavan paranemisen optimointi. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 4/2008.
- Mustajoki, P., Kinnunen, M. & Aaltonen, L. 2014. Leikkaussalissa tapahtuu. Suomen lääkärilehti 18/2014.
- Noro, A., Alastalo, H., Mäkelä, M. & Finne-Soveri, H. 2015. Kotihoidon toimintamallit ja henkilöstä vuonna 2014 – vanhuspalvelulain toimeenpanon seurantatutkimus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Pesonen, E. 2011. Tarkistuslistan vaikutus potilasturvallisuuteen: Safe surgery saves lives. Finnanest 1/2011. Luettu 26.9.2016. <http://finnanest.fi>
- Perälä, M., Grönroos, E. & Sarvi, A. 2006. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Sosiaali- terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Pietikäinen, E., Ruuhilehto, K & Heikkilä, J. 2010. Vaaratapahtumista oppiminen. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Tutkimusraportti. Luettu: 18.3.2017.
- Rynkiewicz III, S. 2014. Developing a successful program for wound care in the home. Wound Care Advisor 6/2014.
- Salmenperä, M. 2013. Vähentääkö leikkaustiimin tarkistuslista leikkauskuolleisuutta? Duodecim 2/2013.
- Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. <http://julkaisut.turkuamk.fi>
- Saarinen, J. 2008. Kompresiohoidon ja laskimokirurgian vaikuttavuus laskimoperäisen säärihaavan hoidossa. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 2/2008.
- Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sairaanhoidollisten palveluiden liikelaitos. 2015. Ammattilaisohje. MRSA -kantajan kotihoito. Luettu: 19.3.2017

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasia-kirjoista 298/2009. Verkkojulkaisu. Luettu 27.4.2017. <http://www.finlex.fi>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Verkkojulkaisu. Luettu: 19.3.2017. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. n.d. Opas leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöön. Verkkojulkaisu. Luettu 27.4.2017. <https://www.thl.fi/documents>
- Suomen Potilasturvallisuusyhdistys. 2014. Potilasturvallisuuden työkaluja. Diaesitys. Luettu:18.3.2017 http://77.86.226.93/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/akm_Potilasturvallisuuden_tyokalut_2014.pdf
- Suomen Potilasturvallisuusyhdistys. 2017. Ammattilaisille ja opiskelijoille. Kirurginen tarkistuslista. Luettu: 18.3.2017. spty.fi/ammattilaisille/
- Suomalainen, T., Kumpu, A. & Mäkelä, M. 2015. Potkua muutokseen. Tesso 1/2015.
- Terveydenhuoltolaki. 2010. 25 §. Kotisairaanhoido. <http://www.finlex.fi>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Laatu ja potilasturvallisuus. Leikkaustiimin tarkistuslista. Luettu: 18.3.2017.
- Turjamaa, R. 2014. Older people's individual resources and reality in home care. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja.
- Turjamaa, R., Hartikainen, S. & Pietilä, A-M. 2011.Kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavarat – systemoitu kirjallisuuskatsaus. vol 9 (4).
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Luettu: 2.3.2017 <http://www.tenk.fi>
- Tuuliranta, M. 2010. Kroonisten haavojen kasvava taakka. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 3/2010
- Valta, A. 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Teoreettinen malli iäkkäiden kotona asuvien päivittäisestä suoriutumisesta kotisairaanhoidajien ja iäkkäiden näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto. 2010. Vanhuspalvelu. Säännöllinen kotihoito. Tuloksellisuus tarkastuskertomus 214/2010. Luettu: 19.3.2017 <https://www.vtv.fi>.
- Valve, K. 2008. Infektioiden merkitys kroonisten haavojen hoidossa. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 2/2008.
- Vento, P., Nironen, T. & Lahtela, H. 2015. Ravitsemus osana haavanhoitoa. Potilasohje. Carea. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Luettu: 10.3.2017. <http://www.carea.fi>

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannus-
osakeyhtiö Tammi.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. PS-kustannus. Bookwell Oy Juva.

Väyrynen, R. & Kuronen, R. 2016. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2015. Terveys-
den- ja hyvinvoinnin laitos. Tilastokatsaus.

Liite 1. Tarkistuslista

TARKISTUSLISTA KROONISEN HAAVAN HOITOON	
HAAVAN ERITYS <ul style="list-style-type: none"> ei eritystä eritystä Minkälaisia erityisiä on ja kuinka paljon sitä on? 	<ul style="list-style-type: none"> Ovatko sidokset olleet sopivat imulyyvythään? Ontko sidosten vaihtoväli sopiva?
HAAVAN POHJA <ul style="list-style-type: none"> EPITELISAATTOKUDOS vaaletarpeuttaminen GARNULAAITOKUDOS punainen FIBRIINKATETTA kelainen (Kate on kermanvalkoista/ keltaisen vihreää/ ruskeaa.) NEKROOTTINEN KUDOS musta (harmat/ ruskea/ violetin tumman ruskea/ musta.) 	<ul style="list-style-type: none"> Huuhtele ja suojaa haava. Huuhtele ja suojaa haava. Mekaaninen puhdistus ja haavan suojaus. Pehmitä haavan pintaa, mekaaninen puhdistus ja suojaus.
HAAVAN KOKO <ul style="list-style-type: none"> syvyys (pinnallinen / syvä) leveys pihtus Ontko haavassa ontkalotia? 	INFEKTION MERKIT: <ul style="list-style-type: none"> punoitus kunnonotus turvotus lämmätyvyt / muuttunut haavaeritys haavan voimakas haju muuttunut kipun tuntemus esim. kosketusherkyys tai jatkava kipu yleisvoimain muutosket, kuten kuumuus
HAAVAA VAPAROIVAA IHO <ul style="list-style-type: none"> hilseilevä / hantunut väri pehmeä / kova Ontko raajassa turvotusta? Ontko millään liikkuvuudet symmetriset? 	
TARKISTUSLISTA KROONISEN HAAVAN HOITOON	
RAVITSEMINEN <ul style="list-style-type: none"> Sarko asiakas ruokavalioistaan tarpeeksi proteiinia? Ontko asiakkaan ravitsemus riittävän monipuolista? Ontko lisäravinteiden tarvetta? 	<ul style="list-style-type: none"> Tarkista järkeä asiakkaalle vai tarvitseeko tuoda lisää: <ul style="list-style-type: none"> haavan puhdistus välineet haavasiidokset haavasiidosten kiinnitys puudute tubisiidokseista huolehtiminen
HAAVANHOITO TARVIKKEET	
HAAVANHOITO SUUNNITTELMIA <ul style="list-style-type: none"> Ontko hoitoaika riittävä / liian pitkä? Kohdavaivako haavan hoitosuunnitelmaa ja haavan hoidon tarve edelleen? Ontko mahdollinen uusi hoitosuunnitelma päivitetty haavanhoito tietoihin? 	
KYSY APUA TARVITTAESSA TERVEYDENHOITAJALTA	
MOISTIA: PUHDISTA TARKISTUSLISTA AINA ENNEN ASIAKKAALLE MENOA JA SIELTÄ POISTUSSA!	
LÄHTEET: <p>Krooninen alaraajahaava. 2014. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecim:n ja Suomen Ihotautilääkäriseuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim.</p> <p>Iivaniemi, A. Hietanen, H. & Koikkänen O. 2011, VPKM arvoksi avoimen haavan hoitoon. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 4/2011.</p>	

LIITTEET

Liite 1. Tarkistuslista