

**YHTENÄISET KÄYTÄNTEET KROONISEN
HAAVANHOIDON KIRJAAMISESSA**

Tarkistuslista hoitohenkilökunnalle



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Forssa, hoitotyön koulutusohjelma

Syksy 2018

Niina Aakala
Jenna Andersson

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	OPINNÄYTETYÖN SUUNNITTELU JA PROSESSI	2
2.1	Tarkoitus ja tavoitteet	2
2.2	Aikataulu.....	3
2.3	Luotettavuus ja eettisyys	3
3	HAAVANHOIDON KIRJAAMINEN OSANA HOITOTYÖTÄ	5
3.1	Haavanhoito	6
3.2	Haavan arviointi	7
3.2.1	Havainnointi	8
3.2.2	Mittaaminen	8
3.2.3	Jäljentäminen	9
3.2.4	Valokuvaaminen	9
3.3	Rakenteinen kirjaaminen	10
3.4	Haavanhoidon kirjaaminen	11
4	KROONINEN HAAVA	13
4.1	Diabeettinen haava	13
4.2	Painehaava	14
4.3	Krooninen alaraajahaava.....	15
5	HAAVAN PARANEMISEN VAIHEET	16
5.1	Inflammaatio- eli tulehdusvaihe	16
5.2	Proliferaatiovaihe eli uudelleenmuodostumisvaihe	17
5.3	Maturaatiovaihe eli kypsymisvaihe.....	18
5.4	Kroonisen haavan paranemisen erityispiirteet	18
6	HYVÄ OPAS	19
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	20
7.1	Tarkistuslistan suunnittelu	21
7.2	Palautekysely ja sen suunnittelu	22
8	TARKISTUSLISTASTA SAADUN PALAUTTEEN ANALYSOINTI.....	22
8.1	Tarkistuslistan sisältö	23
8.2	Tarkistuslistan toimivuus ja ulkoasu	24
8.3	Palautteen perusteella tehdyt muokkaukset.....	24
9	POHDINTA.....	24
	LÄHTEET	26

Liitteet

Liite 1	Tiedonhaku
Liite 2	Kudoseheys-komponentin pää- ja alaluokat (SHTal 3.0)
Liite 3	Kudoseheys-komponentin pää- ja alaluokat (SHTol 3.0)
Liite 4	Texasin yliopiston luokitus ja Wagnerin luokitus
Liite 5	Painehaavojen NPUAP-EPUAP-syvyysluokitus
Liite 6	Tarkistuslistan ensimmäinen versio
Liite 7	Palautekyselylomake
Liite 8	Induktiivinen sisällönanalyysi
Liite 9	Palautteen perusteella muokattu tarkistuslista

Hoitotyön koulutusohjelma
Forssa

Tekijät	Niina Aakala, Jenna Andersson	Vuosi 2018
Työn nimi	Yhtenäiset käytänteet kroonisen haavanhoidon kirjaamisessa – tarkistuslista hoitohenkilökunnalle	
Työn ohjaaja	Heta-Maija Leino	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä yhtenäinen ohjeistus kroonisten haavojen hoidon kirjaamiseen. Opinnäytetyön tavoitteena on yhtenäistää ja kehittää haavanhoidon kirjaamista. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä yhteistyössä Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymän kanssa. Opinnäytetyön aihe oli työelämälähtöinen, koska kroonisten haavojen hoidon yhtenäisille kirjaamisohjeille koettiin olevan tarvetta. Ohjeistus on suunnattu koko Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymän hoitohenkilökunnalle.

Opinnäytetyön toiminnallinen osuus oli tarkistuslistan laatiminen haavanhoidon kirjaamisesta. Tarkistuslistan tekoa varten haettiin tietoa erilaisista kroonisista haavoista, haavanhoidosta ja haavanhoidon kirjaamisesta. Opinnäytetyössä käytettiin monipuolisesti näyttöön perustuvia lähteitä suomen ja englannin kielellä.

Tarkistuslista sisältää lyhyesti ja yksinkertaisesti osa-alueet, jotka tulee ottaa huomioon kroonisten haavojen hoidon kirjaamisessa. Nämä osa-alueet ovat kroonisen haavan luokittelu tai tyyppi, haavan sijainti, koko, pohja ja väriluokitus, erityys, haavaa ympäröivä alue, kipu, infektion merkit sekä muu dokumentointi.

Tarkistuslistasta kerättiin Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymän henkilökunnalta palautetta. Palautteen perusteella sen koettiin olevan tarpeellinen ja selkeä. Lisäksi listan sisältöä muokattiin saadun palautteen perusteella. Tarkistuslistan avulla voidaan edistää potilaiden haavanhoidon jatkuvuutta.

Avainsanat Haava, haavanhoito, kirjaaminen, tarkistuslista

Sivut 46 sivua, joista liitteitä 12 sivua

Degree Programme in Nursing
Forssa

Authors	Niina Aakala, Jenna Andersson	Year 2018
Subject	Guide for an Adequate Chronic Wound Documentation – Checklist for Nursing Personnel	
Supervisor	Heta-Maija Leino	

ABSTRACT

The purpose of the thesis was to design and develop an adequate and standardised guide and checklist for nurses on chronic wound documentation. The practice-based thesis was carried out in collaboration with Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä, i.e. the Municipal Authority of Forssa. In the functional part of the thesis, the checklist on wound documentation based on sources related to different chronic wounds, wound management and documentation, was provided. The main sources were found both in Finnish and in English.

The starting point of the checklist content was to gather detailed information that should be taken into account in chronic wound documentation, i.e. the chronic wound classification or type, the location of the wound, size, wound bed and wound color classification, secretion, surrounding skin, pain, the signs of infection and other significant factors.

Based on the feedback received, the guide was found useful and clear. In addition, the content of the checklist was edited and modified accordingly. In the future, through the checklist, the continuity of patient care can also be improved.

Keywords Wound, wound management, documentation, checklist

Pages 46 pages including appendices 12 pages

1 JOHDANTO

Rakenteista kirjaamista käyttämällä voidaan varmistaa näyttöön perustuvien menetelmien käyttö ja rakenteisen kirjaamisen avulla on mahdollista toteuttaa moniammatillista ja laadukasta hoitotyötä. Terveystieteiden muuttuu monimutkaisemmaksi ja tämän vuoksi tiedottamisen tehokkuus ja sen laatu potilaan hoidossa korostuvat. Hoitotyössä tarvitaan kirjaamista, tietojen vaihtamista ja siirtämistä vuorokauden jokaisena hetkenä. (Kinnunen 2013, 6, 13.) Sosiaali- ja terveysministeriö on määritellyt laissa, millaista hoitotyön kirjaamisen tulisi olla ja miten sitä tulisi toteuttaa. Potilasasiakirjamerkitöjä koskevien periaatteiden ja vaatimusten mukaan potilaan hoidon turvaamiseksi potilasasiakirjoihin tulee merkitä tarpeelliset ja riittävän laajat tiedot hoidon järjestämisestä, suunnittelusta, toteuttamisesta ja seurannasta. Potilasasiakirjoihin tehtävien merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä, ja merkinnöissä käytettävien käsitteiden ja lyhenteiden on oltava yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009/298 § 7.)

Hoitotyössä potilaan hoidon kannalta oleelliset tiedot kirjataan sähköiseen potilaskertomukseen (Virkkunen, Mäkelä-Bengs & Vuokko 2015, 13), mutta kirjaamisen rakenne ja sisältö ovat edelleen useissa tapauksissa epätarkkoja, eikä kirjaamisen rakenne ole yhtenäistä. Sähköisen potilaskertomuksen käyttö edellyttää yhteisesti sovittujen ydintietojen käyttämistä keskeisissä potilaskertomusten tiedoissa. Näitä ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus sekä hoitotyön yhteenveto. (Kinnunen 2013, 13.) Sarannon ja Kinnusen (2009, 474) sairaanhoitajien kirjaamista arvioivan kirjallisuuskatsauksen johtopäätöksissä todettiin, että vaikka manuaalisesta kirjaamisesta sähköiseen kirjaamiseen siirtymisestä on aikaa jo kymmeniä vuosia, hoitajat vertaavat niitä edelleen toisiinsa. Tämän vertailun vuoksi sähköiseen kirjaamiseen sopeutuminen on voinut olla hidasta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymän hoitohenkilökunnalle yhtenäinen ohjeistus kroonisten haavojen hoidon kirjaamisesta. Opinnäytetyön tuotoksena syntyneestä tarkistuslistasta pyydettiin palautetta, jonka perusteella tarkistuslistaan tehtiin muutoksia. Opinnäytetyön tavoitteena on yhtenäistää ja kehittää haavanhoidon kirjaamista. Tarkistuslista tuli käyttöön koko Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymälle. Tarkistuslistassa käytetty tieto perustuu kansalliseen hoitotyön kirjaamismalliin sekä aiheeseen liittyvään tutkittuun, näyttöön perustuvaan tietoon. Tässä opinnäytetyössä keskitytään kroonisiin haavoihin: diabeettiseen haavaan, painehaavaan sekä krooniseen alaraajahaavaan, ja niihin liittyvään haavanhoidon kirjaamiseen. Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat haava, haavanhoito, kirjaaminen ja tarkistuslista.

2 OPINNÄYTETYÖN SUUNNITTELU JA PROSESSI

Opinnäytetyön tavoitteena on osoittaa osaamista valitulla aihealueella. Toiminnallisen opinnäytetyön tekeminen alkaa aiheanalyysillä eli aiheen ideoinnilla, ja aiheen tulee motivoida ja kiinnostaa tekijöitä. Aiheanalyysin jälkeen luodaan toimintasuunnitelma. Toimintasuunnitelmassa mietitään valmiiksi mitä, miten ja miksi tehdään. Toimintasuunnitelma laaditaan opinnäytetyön tekijöitä varten. Sen tulee olla realistinen ja siihen tulee sitoutua. Toimintasuunnitelmaa laatiessa tulee kartoittaa omat tiedot aiheesta, aiheen kohderyhmä, aiheen tarpeellisuus, aiheeseen liittyvä lähdekirjallisuus sekä muut lähteet. Taustatietoja kartoittaessa tapahtuu aiheen rajausta ja aiheen merkitys kohderyhmälle tarkentuu. Toimintasuunnitelmassa pohditaan seuraavaksi, miten aiheen tavoitteet saavutetaan sekä mistä tarvittava materiaali ja tieto hankitaan. Toimintasuunnitelmaan kuuluu myös opinnäytetyön aikataulun suunnittelu. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 23–28.)

Toiminnallisen opinnäytetyön työprosessista laaditaan opinnäytetyöraportti. Opinnäytetyöraportissa kerrotaan mitä on tehty, miksi on tehty ja miten on tehty. Raportissa pohditaan myös prosessia, tuloksia ja johtopäätöksiä. Raportin tulee täyttää tutkimusviestinnän vaatimukset. Raportin tulee olla johdonmukainen ja yhtenäinen teksti, joka perehdyttää lukijan opinnäytetyöprosessiin. Laadukkaan raportin laatiminen vaatii aikaa ja se kannattaa tehdä vaiheittain. Opinnäytetyöprosessin aikana omaa tietoa tulee päivittää ja tarkistaa koko prosessin ajan. Opinnäytetyöraportin lopuksi arvioidaan työn luotettavuutta ja onnistumista. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 65–69.)

Tämän opinnäytetyön aiheeksi valikoitui haavanhoito ja siihen liittyvä kirjaaminen. Idea tästä aiheesta saatiin syksyllä 2017 pidetystä opinnäytetyön ideaseminaarista, jossa esiteltiin Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymän ehdottamia mahdollisia aiheita opinnäytetöihin. Haavanhoidon yhtenäisille kirjaamisen ohjeille koettiin olevan tarvetta, ja sen lisäksi aiheen valintaan vaikutti tekijöiden oma kiinnostuneisuus aihetta kohtaan. Tämä opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Opinnäytetyötä varten haettiin tietoa haavanhoidosta ja siihen liittyvästä kirjaamisesta.

2.1 Tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymän hoitohenkilökunnalle yhtenäinen ohjeistus kroonisten haavojen hoidon kirjaamisesta. Tarkoituksena oli tehdä selkeä, yksinkertainen ja helppokäyttöinen tarkistuslista, joka sisältää oleelliset asiat kroonisen haavanhoidon kirjaamiseen liittyen.

Opinnäytetyön tavoitteena on yhtenäistää ja kehittää haavanhoidon kirjaamista. Ohjeistus tarkistuslistan muodossa toimii hoitajien tukena kroonisten haavojen hoidon kirjaamisen eri vaiheissa. Yhtenäisen haavanhoidon kirjaamisen avulla hoidon laatu ja jatkuvuus sekä hoitajien välinen kommunikaatio paranevat.

2.2 Aikataulu

Tämän opinnäytetyön idea esiteltiin lokakuussa 2017, jolloin aihe myös hyväksyttiin. Opinnäytetyön suunnitelma esiteltiin joulukuussa pidetyssä suunnitelmaseminaarissa. Suunnitelmaseminaarin jälkeen opinnäytetyön suunnitelmaan tehtiin esille tulleet lisäys- ja korjausehdotukset. Tavoitteena oli, että suunnitelma on valmis ja hyväksytty ohjaavan opettajan puolesta viimeistään tammikuussa 2018. Suunnitelma hyväksyttiin 31.1., ja tämän jälkeen valmis suunnitelma lähetettiin hyväksyttäväksi opinnäytetyön toimeksiantajalle. Opinnäytetyön tekijät sopivat tapaamisen opinnäytetyön toimeksiantajan kanssa helmikuun 2018 alkuun, jolloin myös opinnäytetyösopimus allekirjoitettiin.

Opinnäytetyöraportin työstäminen aloitettiin heti kun suunnitelma oli hyväksytty ohjaavan opettajan sekä toimeksiantajan puolesta. Opinnäytetyön tekijät pyrkivät olemaan mahdollisimman paljon yhteydessä opinnäytetyön toimeksiantajaan, ja aina tarvittaessa ohjaavaan opettajaan. Opinnäytetyötä työstettiin suurimmaksi osaksi sähköisen viestinnän välityksellä, mutta aina tarvittaessa opinnäytetyön tekijät tapasivat myös kasvotusten. Tavoitteena oli, että opinnäytetyön tulos esitetään toimeksiantajalle huhtikuussa 2018, jonka jälkeen opinnäytetyön tekijät keräsivät palautteen oppaasta. Tämä tavoite saavutettiin, ja työhön tehtiin palautekyselyssä esille tulleet ehdotukset. Tavoitteena oli opinnäytetyön valmistuminen viimeistään alkusyksystä 2018, ja tämäkin tavoite saavutettiin.

Opinnäytetyö esiteltiin Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymän osastonhoitajien kokouksessa kesäkuussa 2018. Opinnäytetyön tekijät osallistuivat kypsyyskokeeseen kesäkuussa. Valmis opinnäytetyö julkaistiin Theseuksessa, kun opinnäytetyön tekijät saivat siihen ohjaavalta opettajalta luvan.

2.3 Luotettavuus ja eettisyys

Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymässä tarvitaan monipuolista tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon ilmiöistä suunnittelu- ja kehittämistyötä varten. Opinnäytetyön avulla henkilökunnan asiantuntijuus, ammattitaito ja valmiudet lisääntyvät ja siten ovat hyödyksi myös asiakkaille ja potilaille. (Tutkimusluvan myöntäminen Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymässä 2016, 1.)

Tässä opinnäytetyössä noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjetta hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja sen loukkausepäilyjen käsittelystä. Ohjeen tavoitteena on hyvän tieteellisen käytännön edistäminen, ja samalla voidaan varmistaa loukkausepäilyjen käsittely asiantuntevalla ja oikeudenmukaisella tavalla, niin nopeasti kuin mahdollista. Opinnäytetyössä noudatettiin hyviä tieteellisiä käytäntöjä, joita ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 4, 6.) Opinnäytetyössä käytettiin myös tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä (Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 364). Opinnäytetyössä huomioitiin muiden tutkijoiden työ ja saavutukset, ja heidän julkaisuihinsa viitattiin asianmukaisella ja arvostavalla tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6).

Opinnäytetyöhön haettiin tutkittua, näyttöön perustuvaa tietoa hoitotyön kirjaamisesta ja haavanhoidosta, tämän teorian pohjalta suunniteltiin ja tehtiin lopullinen haavanhoidon tarkistuslista. Tietoa haettiin elektronisista tietokannoista: Finnasta, Medicistä, Google Scholarista ja Cinahlistasta. Tietoa haettiin suomen ja englannin kielellä, ja hakusanoina käytettiin ainakin sanoja haava/wound, haavanhoito/wound management, rakenteinen kirjaaminen/wound documentation, etiikka/ethics, opas/guide ja tarkistuslista/checklist. Näitä hakusanoja katkaistiin ja tehtiin myös erilaisia sanaliittoja. Teoriatietoa haettiin myös manuaalisesti hoitotyön ja hoitotieteen lehdistä ja kirjoista. Tietoa haettiin vuosilta 2007–2018, mutta tätä ajanjaksoa aikaisempikin tieto huomioidaan, jos lähde oli luotettava ja opinnäytetyön kannalta tarpeellinen. Hakuprosessin tuloksia on liitteessä (Liite 1).

Lähteen laatuun ja luotettavuuteen vaikuttavat sen ikä, tekstin laadukkuus ja uskottavuus. Mahdollisimman uusien lähteiden käyttö on suositeltavaa, sillä tutkittu tieto saattaa muuttua ajan myötä nopeasti. Luotettavia lähteitä etsittäessä kannattaa ottaa selvää tiedonlähteen auktoriteetista sekä tunnettuudesta. Tätä voi arvioida lähdeluetteloiden perusteella. Jos jokin lähde toistuu usein, on tekstin kirjoittajalla todennäköisesti auktoriteettia. Tämän kyseisen lähteen kirjoittajan julkaisuja kannattaa etsiä ja tutustua niihin. Muutenkin laadukkaiksi havaittujen lähteiden lähdeluettelosta voi saada lisää hyviä lähteitä. (Vilka & Airaksinen 2003, 72–73.)

Opinnäytetyössä käytettiin hyödyksi erilaisia tutkimuksia ja muuta tutkittua, luotettavaa tietoa. Jotta näitä tutkimuksia voisi käyttää opinnäytetyössä, oli osattava arvioida tutkimusten ja muun teorian luotettavuutta eettisesti. (Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 360.) Groven, Burns ja Grayn (2013, 28) mukaan näyttöön perustuvaa toimintaa käyttämällä potilas saa hoitoa, joka perustuu parhaaseen saatavilla olevaan ja ajantasaiseen tietoon. Tutkimusten eri vaiheiden eettiset vaatimukset ja tutkittavien oikeudet on myös tunnettava. Opinnäytetyöhön kerättävät tietolähteet valitaan sen perusteella, mihin haetaan vastausta. Tietolähteiden va-

linnalla voidaan varmistaa opinnäytetyön yleinen ja eettinen luotettavuus. Omat asenteet, epäilykset ja odotukset opinnäytetyön aiheeseen liittyen on osattava tunnistaa ja niistä on pyrittävä vapautumaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 366, 370.)

3 HAAVANHOIDON KIRJAAMINEN OSANA HOITOTYÖTÄ

Hoitotyössä laadultaan hyvä ja oikea-aikainen kirjaaminen on tärkeä osa potilasturvallisuutta. Kirjaamisen merkitys korostuu etenkin tilanteissa, joissa potilaan hoitovastuu siirtyy hoitotyön ammattilaiselta toiselle. Hoitotyön kirjaaminen onnistuu parhaiten silloin, kun kirjaamisen pelisäännöt ja käytänteet ovat yhtenäiset ja kaikille selvät, ja kun kirjaaminen toteutuu näiden pelisääntöjen ja käytänteiden mukaisesti. (Haatainen 2015, 11.)

Haava määritelmänä tarkoittaa ihon eheyden sen eri kerrosten rikkoutumista (National best practice and evidence based guidelines for wound management 2009, 12), jonka aiheuttajana voi olla trauma tai jokin elimellinen sairaus (Iivanainen & Syväoja 2012, 342). Trauman aiheuttamasta haavasta puhuttaessa käytetään sanaa vulnus, ja elimistön sisäisen sairauksiprosessin aiheuttamasta haavasta käytetään sanaa ulcus. Paineen aiheuttamaa kudosaivautta kutsutaan painehaavaksi. (Iivanainen & Syväoja 2012, 342.) Haavan syvyydestä ja sen sijainnista riippuen haava voi ulottua rasvakudokseen, lihakseen, luiden, hermoihin ja verisuonirakenteisiin sekä myös sisäelimiin (Juutilainen & Hietanen 2012, 26). Haavat voidaan yleisesti ottaen luokitella akuutiksi tai krooniseksi (National best practice and evidence based guidelines for wound management 2009, 12).

Akuutti haava syntyy usein jonkin ulkoisen tekijän vaikutuksesta. Useimmiten akuutti haavan aiheuttaa kitka ja hankaus, jokin leikkaava mekanismi tai tylppä, kudoksia venyttävä voima. Näiden edellä olevien tekijöiden yhdistelmä on yleinen. (Juutilainen & Hietanen 2012, 26.) Akuutti haava paranee yleensä ajallaan paranemisprosessin mukaisesti (National best practice and evidence based guidelines for wound management 2009, 12), mutta paranemisprosessin pitkittyessä haava voi kuitenkin muuttua krooniseksi (Juutilainen & Hietanen 2012, 26).

Kuten akuutti haava, krooninen haava ei parane paranemisprosessin mukaisesti. Paranemisen pitkittyminen ja toistuvat infektiot ovat tunnusomaisia krooniselle haavalle. (National best practice and evidence based guidelines for wound management 2009, 12.) Kroonisesta haavasta voidaan puhua, kun haava on ollut avoimena vähintään kuukauden ajan. Tähän aikamääreeseen ei kuitenkaan pidä turvautua liikaa, sillä monella akuutillakin haavalla voi kestää parantua kuukausia. Kroonisesta haavasta määriteltäessä olennaisempaa on keskittyä mahdollisen sisäisen tai ulkoi-

sen mekaanisen tekijän lisäksi mahdolliseen elimistön sisäiseen sairauteen. (Juutilainen & Hietanen 2012, 26–28.) Kroonisiin haavoihin liittyykin usein vähintään yksi liitännäissairaus, useimmiten korkea verenpaine, diabetes, sydän- ja verisuonisairaudet tai neurologiset häiriöt (National best practice and evidence based guidelines for wound management 2009, 13). Kehon ulkoa tuleva paine ja ihon venyminen ovat yleisiä ulkoisia tekijöitä, jotka aiheuttavat kroonisia haavoja. (Juutilainen & Hietanen 2012, 28.)

3.1 Haavanhoito

Haavan tyyppi, koko, syvyys ja sijainti vaikuttavat siihen, miten haavaa hoidetaan. Haavanhoidossa hoidon tavoitteen tulee olla realistinen, ja potilasta tulee tiedottaa arvioidusta haavan paranemisaikataulusta. Haavanhoidossa tavoite tulee määritellä selkeästi. (Juutilainen & Hietanen 2012, 77.) Haavanhoidon osaaminen edellyttää tuntemusta ihon anatomista ja fysiologiasta sekä haavan etiologiasta. Haavanhoidon tavoitteet ja haavan paranemisen vaiheet on myös tunnettava. Hyvä käsihygienia, aseptiikka, kivun huomioon ottaminen hoidon aikana, parhaan mahdollisen paranemisympäristön luominen sekä oikeiden haavanhoitotuotteiden valinta ovat periaatteita, joiden tulee kuulua haavanhoitoon. (Iivainen & Syväoja 2012, 342–343.)

Haavan paranemiseen vaikuttavat potilaiden yksilölliset tekijät, kuten ikä, sairaudet, yleiskunto ja motivaatio sekä taito hoitaa haavaa. Paikallisia haavan paranemiseen vaikuttavia tekijöitä ovat kosteus, lämpötila ja pH-tasapaino. (Korhonen 2012, 18.) Sopivan haavanhoitotuotteen avulla kosteus haavalla säilyy optimaalisena (Munro 2017, 90), ja kostea haava paranee nopeammin kuin kuiva haava (Korhonen 2012, 18). Jäähtyminen hidastaa haavan paranemista, ja haavalla tulisikin säilyä 37 asteen lämpötila (Korhonen 2012, 18). Solujen jakaantumisessa, granulaatiokudoksen muodostumisessa ja epitelisaatiossa esiintyy häiriöitä, jos lämpötila haavalla laskee vähänkin alle kehon normaalin lämpötilan (Juutilainen & Hietanen 2012, 48). Kudosteneste sisältää kasvutekijöitä ja pitää haavan happamuuden sopivana (Korhonen 2012, 18). Haavan happamat olosuhteet ehkäisevät bakteerien kasvua (Juutilainen & Hietanen 2012, 48).

Suomalaisessa hoitotyön luokituskokonaisuudessa haavanhoito kirjataan Kudoseheys-komponentin alle (Kinnunen 2013, 13). Tämä komponentti pitää sisällään pää- ja alaluokkia, joilla kuvataan hoidon eri tarpeita tai terveyteen liittyviä ongelmia. Niillä kuvataan myös mahdollisia muutoksia iholla, ihonalaisessa kudoksessa tai limakalvoilla. Potilaalla voi myös ilmetä hoidon tarvetta, jos ihon kunnossa tapahtuu muutoksia, tai jos haavan hoidossa ja seurannassa ilmenee tarvetta lisäohjaukselle. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 36.)

3.2 Haavan arviointi

Yksi haavanhoidon kirjaamisen periaatteista on arviointi. Potilaalle informoidaan kokonaisvaltaisen arvioinnin tarpeesta ja arvioinnin avulla selvitetään oleelliset haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät. Ikä ja kognitiivinen tila huomioiden potilaalle tulee antaa tietoa tehdystä arvioinnista ja suunnitelluista hoitovaihtoehdoista. Potilas, ja hänen salliessaan myös omaiset, otetaan mukaan päätöksentekoon. Potilaan hoidon arvioinnissa ja ohjauksessa tulisi huomioida ainakin potilaan hoitohistoria, nykyiset ja aikaisemmin käytetyt lääkkeet sekä mahdolliset riskitekijät haavan syntymiselle. (National best practice and evidence based guidelines for wound management 2009, 27.)

Haavan paranemiseen vaikuttavat monet eri tekijät, jonka vuoksi sitä voi olla vaikea arvioida. Haavan paranemista arvioimalla saadaan tietoa, jonka perusteella voidaan suunnitella haavanhoitoa, tehdä johtopäätöksiä, raportoida mahdollisista muutoksista, mahdollistaa haavanhoidon jatkuvuus ja seuranta sekä arvioida haavanhoidossa käytettyjä hoidollisia menetelmiä. Tietojen perusteella hoitoa voidaan jatkaa samanlaisena, tai jos hoito ei edisty, voidaan haavanhoito arvioida uudelleen. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 49.)

Haavaa arvioitaessa tulisi huomioida ainakin haavan tyyppi ja etiologia, sijainti, koko, haavan pohja, erityis sekä infektion merkit (National best practice and evidence based guidelines for wound management 2009, 27). Infektion merkkejä haavassa ja haavan ympäristössä ovat punoitus, kuumotus, turvotus ja kosketusarkuus. Infektoituneessa haavassa esiintyy lisääntyntä kipua, haavaeritteen haju muuttuu pahaksi ja haava vuotaa herkemmin. Haava voi laajentua ja syventyä, ja paraneminen hidastua. (Iivanainen & Syväoja 2012, 346.) Myös mahdolliset vierasesineet haavassa tulee ottaa huomioon. Arvioinnissa tulee esittää myös todisteita siitä, onko sen hetkisen hoidon vaikutuksesta haavan tila paranemassa vai huononemassa. (National best practice and evidence based guidelines for wound management 2009, 27.)

Haavaa arvioitaessa on oltava tietoa haavan paranemisen vaiheista ja siihen vaikuttavista tekijöistä. On myös tiedettävä, miten haava on alun perin syntynyt ja on tunnettava potilaan sen hetkinen elämäntilanne. (Hietanen ym. 2002, 49.) Potilaan riskit ja muut mahdolliset hoitoon vaikuttavat tekijät on huomioitava hoidon aikana. Ne ovat tärkeitä haavan kehityssuunnan määrittelyssä, sekä siinä miten haava paranee, vai paraneeko haava ollenkaan. (Benbow 2016, 40.) Haavan anatominen sijainti tulee kirjata tarkasti käyttämällä siihen sopivia termejä. Sijaintia kirjatessa tulee myös ottaa huomioon se, kummalla puolella kehoa haava on. (Benbow 2016, 42–43).

3.2.1 Havainnointi

Haavan paranemista voidaan arvioida havainnoimalla. Potilaan yleistilan tarkkailu ja tuntemukset kuuluvat seurantaan, ja infektioepäilyissä lämmön ja kivun seuranta ovat myös oleellisia. Avoimen haavan paranemisen kesto voi olla muutamista päivistä jopa vuosiin, arviointimenetelmät ja niiden useus valitaan aina potilaskohtaisesti. (Hietanen ym. 2002, 49.) Haavan vuodosta arvioidaan väriä, kirkkautta, hajua, määrää ja sitä, onko erityys lisääntynyt, vähentynyt vai pysynyt ennallaan edelliseen arviointikertaan verrattuna (Iivanainen & Syväoja 2012, 348). Haavaa arvioivan on myös tunnettava erilaisia haavanhoitotuotteita sekä niiden käyttäytymistä ollessaan haavan kanssa kosketuksissa. Haavan ja sen ympäristön arviointi tulee tehdä vasta haavan huuhtelun ja kuolleen kudoksen poistamisen jälkeen. (Hietanen ym. 2002, 49–50.)

Havainnoinnissa voidaan käyttää apuna avoimen haavan väriluokitusta. Epiteelikudoksen, ihon uloimman kerroksen, väriluokitus on vaaleanpunainen. Vaaleanpunaisen väriluokituksen hoitoperiaatteena on suojata ihon ohutta uudiskudosta, joka vaurioituu herkästi. Granulaatiokudoksen väriluokituksena on punainen. Granulaatiokudos on tervettä, pienijyväistä uutta kudosta, joka on edellytyksenä haavan paranemiselle. Hoitoperiaatteena on huolehtia haavan kosteustasapainosta. Fibriinikatteinen haava luokitellaan keltaiseksi, ja tällöin haavalla on kuollutta kudosta. Kudos voi olla pehmeää tai sitkeää, ja katteen väri on riippuvainen haavan kosteudesta. Haavan kate tulee poistaa tai pehmittää. Nekroottisen kudoksen väriluokituksena on musta tai ruskea. Kudos on kuollutta, ja se voi olla pehmeää tai kovaa. Kuolleen kudoksen väri riippuu haavalla olevasta kosteudesta, toimintaperiaatteena on pehmittää tai poistaa kuollut kudos haavalta. (Avoimen haavan VPKM -väriluokitus helpperi 2011.)

3.2.2 Mittaaminen

Haavan koon mittaaminen on yksi keinoista, joilla haavaa voidaan arvioida. Kokoa mittaamalla saadaan myös arvio menetetyn kudoksen määrästä. (Benbow 2016, 44.) Avointa haavaa ja sen paranemista voidaan arvioida mittaamalla haavan pituutta, leveyttä, syvyyttä ja tilavuutta (Hietanen ym. 2002, 51). Haava tulisi mitata leveimmästä ja pisimmästä kohdasta, käyttämällä esimerkiksi viivoitinta (Benbow 2016, 44). Pituuden ja leveyden mittaaminen onkin ehkä yleisin haavan mittaamistapa nopeutensa ja helppoutensa puolesta, mutta esimerkiksi haavan ollessa epä säännöllisen muotoinen, mittaamistavan luotettavuus heikkenee (Qi, Ding, Huang, Wen, Guo & Zhang 2016, 150).

Mittaussuuntia kirjatessa voidaan käyttää apuna kellotaulua, jolloin klo 12 tarkoittaa kohti potilaan päätä ja klo 6 tarkoittaa kohti potilaan jalkoja. Syvyys ilmoitetaan millimetreinä tai senttimetreinä ihon pinnasta kohti haavan syvintä kohtaa. Mittaamisessa voidaan käyttää apuna esimerkiksi pumpulipuikkoa, ja sen avulla voidaan tutkia mihin kudokseen saakka

haava ulottuu. (Hietanen ym. 2002, 50–51.) National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014, 39) suosittelee painehaavan syvyyden arvioimista, mutta haavan tilavuutta ei tule mitata rutiininomaisesti. Haavan syvyyden mittaaminen ja sen hyödyllisyys on usein kyseenalaistettu, sillä luotettavan mittaamistuloksen saaminen on vaikeaa (Benbow 2016, 44).

3.2.3 Jäljentäminen

Haavan ja sen paranemisen arvioinnissa voidaan käyttää apuna jäljentämistä. Se tarkoittaa haavan ääriviivojen jäljentämistä jollekin läpinäkyvälle kalvolle. Tällä menetelmällä on myös mahdollista mitata haavan pinta-ala ruudukon avulla. Jäljennökseen voidaan merkitä haavassa esiintyvät eri kudostyyppit sekä iho-ongelmien ulottuvuus. Kolmiulotteisia merkintöjä siihen ei kuitenkaan ole mahdollista tehdä, mutta haavan syvin kohta ja mahdolliset onkalot, taskut ja fistelit voidaan laittaa näkyviin. Haavaa jäljentämällä voidaan konkreettisesti osoittaa siinä tapahtuneet muutokset. (Hietanen ym. 2002, 53.) Tämän menetelmän avulla haavan arviointi voi olla tarkempaa kuin pituutta ja leveyttä mittaamalla, mutta tämä menetelmä edellyttää haavan koskettamista (Qi ym. 2016, 150). Myös haavan epäsäännöllinen muoto ja hankala sijainti tekevät jäljentämisestä vaikeaa, ja potilaan asento voi vaikuttaa haavan tilavuuteen. Olisikin suotavaa, että potilas olisi aina haavaa mitattaessa samassa asennossa. (Hietanen ym. 2002, 51, 53.)

3.2.4 Valokuvaaminen

Kamera on hyvä apuväline haavan mittaamisessa ja arvioinnissa, ja sen käyttö haavanhoidossa lisääntyy maailmanlaajuisesti koko ajan (Qi ym. 2016, 150). Haavan valokuvaamisella voidaan havainnollistaa haavassa tapahtuneet muutokset selkeästi (Juutilainen & Hietanen 2012, 74), eikä tämä menetelmä edellytä haavan koskettamista (Qi ym. 2016, 150), jolloin myös infektion riski vähenee (Fletcher 2012, 124). Haavan valokuvaaminen tukee haavanhoidon kirjaamista (Wound Ostomy and Continence Nurses Society 2012, 1) ja valokuvasta ilmenee helposti haavan sijainti, sen muoto ja ympärillä olevan kudoksen tila. Mittasuhteiden ymmärtämiseksi voidaan valokuvauksen ajaksi asettaa haavan vierelle esimerkiksi mittanauha tai muu vastaava väline. (Juutilainen & Hietanen 2012, 74.) Haavan heterogeenisyys sekä huonot valaistusolosuhteet ovat kuitenkin usein ongelmana haavan ja haava-alueen valokuvaamisessa (Qi ym. 2016, 150), ja tietynlainen valaistus voikin vääristää haavan väriä (Hietanen ym. 2002, 54).

Haavojen valokuvaaminen on kehittynyt vuosien aikana, ja nykyään on olemassa erilaisia kameroita ja ohjelmia, joiden avulla haavaa voidaan valokuvata ja arvioida. Haavaa on mahdollista kuvata siten, että lopulta siitä muodostuu 3D-valokuva tietojärjestelmään (Fletcher 2012, 122). Etuna

tietojärjestelmään tallennetuissa valokuviissa onkin se, että niiden avulla on mahdollista saada haavasta jälkeinpäin tietoa, joka on voinut jäädä kirjaamatta. Haavan paranemista on myös mahdollista arvioida vertaamalla jokaisella hoitokerralla haavasta otettuja valokuvia keskenään. (Fletcher 2012, 122, 124.) Potilaan yksityisyyttä tulee kunnioittaa valokuvavatsessa, ja heitä tulee informoida valokuvien käyttötarkoituksesta (Wound Ostomy and Continence Nurses Society 2012, 1).

3.3 Rakenteinen kirjaaminen

Kirjaaminen on yksi osa hoitotyön osaamisen ydinalueesta, sillä hoitotyötä kirjaamalla tallennetaan tietoa potilaan saamasta hoidosta. Hoitotyön kirjaamisen tulee olla potilaslähtöistä, yksilöllistä, kunnioittavaa, turvallista ja jatkuvaa. (Henttonen, Ojala, Rautava-Nurmi, Vuorinen & Westergård 2015, 40.) Systemaattisella kirjaamisella tavoitellaan kirjaamiskäytäntöjen vakiointia, ja systemaattisuus vaatii sovitut käytänteet siitä mitä kirjataan ja miten. Tarkoituksena on edistää hoitoon liittyvien tietojen käyttöä potilaan parhaaksi yhtenäistä kieltä käyttämällä. (Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2010, 11.) Tietojen suojaaminen, totuudenmukaisuus ja hoitoon liittyvien määräysten toimeenpano ovat hoitohenkilökunnan vastuulla. Jotta kirjaaja voidaan jälkikäteen tarvittaessa tunnistaa, tulee kirjaaminen varmentaa kirjaajan nimellä. (Henttonen ym. 2015, 40.) Sähköisessä kirjaamisessa kirjaajan nimi tallentuukin automaattisesti potilaan asiakirjoihin.

Kirjaamista ja asiakirjojen säilyttämistä ohjaavat lait, erilaiset säännökset sekä organisaation sisäiset ohjeistukset. Muun muassa perustuslaissa ilmaistaan terveydenhuollon asiakkaiden yleisiä oikeuksia. Rikoslaki, hallintolaki ja potilasvahinkolaki ohjaavat kirjaamisen seuraamuksia. Tietosuojalla varmistetaan asiakkaiden oikeusturva ja yksityisyys. (Henttonen ym. 2015, 40–41.) Arkistoihin tallennetut potilastiedot ovat käytettävissä terveyden ja sairauden hoidossa potilaan antamien suostumusten tai mahdollisten kieltojen määrittelemissä rajoissa. Potilaskertomuksessa olevia tietoja voidaan käyttää dokumentoinnin lisäksi hyödyksi esimerkiksi hoidon saavutettavuuden sekä laadun seurannassa, hoidon vaikuttavuuden ja vertailtavuuden arvioinnissa sekä valtakunnallisesti tehtävään tilastointiin ja tutkimuksiin. (Virkkunen ym. 2015, 5.)

Rakenteisen kirjaamisen perustana toimivat hoitoprosessin eli hoitoon liittyvän päätöksenteon eri vaiheet. Hoitoprosessin eri vaiheet ovat hoidon tarve, suunnittelu, toteutus ja lopuksi arviointi. Vaiheet kirjataan Suomalaisen Finnish Care Classification -luokituskokonaisuuden (FinCC) avulla systemaattisesti potilaalle laadittuun hoitokertomukseen. FinCC sisältää komponentteja, pääluokkia ja alaluokkia, joilla kuvataan hoitoon liittyviä tarpeita sekä toimintoja. Suomalainen luokituskokonaisuus sisältää kolme eri luokkaa, jotka ovat Suomalainen hoidon tarveluokitus (SHTal), Suomalainen hoitotyön toimintaluokitus (SHToL) ja Suomalaisen hoitotyön tulosluokitus (SHTul). Kirjaamisen rakenne muodostetaan luokitusten avulla niin, että komponentti kuvastaa asiakokonaisuutta ja pää-

ja alaluokilla täsmennetään kirjaamista. Pää- ja alaluokkia tarkennetaan vapaamuotoisella tekstillä, jonka tulee olla selkeää ja ymmärrettävää. (Liljamo ym. 2012, 10; Luukkanen & Iivanainen 2015, 14.)

Rakenteisessa muodossa esitetty ja tallennettu tieto tuottaa merkittävää hyötyä potilaan hoidossa. Rakenteista kirjaamista käyttämällä voidaan osoittaa hoitotyön toimintojen tuottama hyöty potilaalle ja saadaan tehty työ näkyväksi. Rakenteisesti kirjattua tietoa on myös helppo hakea sähköisestä potilaskertomuksesta, ja tiedon nopea hyödynnettävyys voi osaltaan vaikuttaa myös hoidon laadun paranemiseen. (Kinnunen 2013, 39.)

Tarkastikin kirjattu hoito saattaa johtaa puutteelliseen tai huonoon hoitoon, jopa uhaten potilasturvallisuutta, mikäli kirjaamista ei pidetä tärkeänä osana hoitotyön prosessia. Potilaan asiakirjoihin tulee aina kirjata hoidon suunnitelma, toteutettu hoito sekä arvio hoidon toteutuksesta ja vaikutuksesta. Käyttämällä samoja sanastoja, termejä, koodeja, nimikkeitä ja luokituksia saadaan aikaseksi potilastiedon rakenteinen kirjaaminen. (Kinnunen 2015, 6.)

Rakenteisella kirjaamisella on todettu olevan merkittävästi hyötyä, niin potilaille kuin kaikille potilaiden hoitoon osallistuvillekin. Siitä on hyötyä myös organisaation johdolle sekä sen kehittäjille ja tutkijoille. Rakenteinen kirjaaminen vaikuttaa myönteisesti hoidon ja tallennetun tiedon laatuun. Myös johtajien tulisi ymmärtää, kuinka tarpeellinen ja kiinteä osa hoitotyötä rakenteinen kirjaaminen on. Johtajien tulee huolehtia tarvittavista resursseista ja tuesta, ja rakenteisen kirjaamisen koulutukseen tulee panostaa. (Kinnunen 2015, 7.)

3.4 Haavanhoidon kirjaaminen

Haavanhoito on tietoista ja tavoitteellista toimintaa, joka tulee kirjata potilaan tietoihin, ja sen vaikuttavuus tulee tarkastaa säännöllisesti. Hoidon tavoitteena on haavan parantuminen mahdollisimman nopeasti, parhaalla mahdollisella tavalla. (Korhonen 2012, 18.) Kirjaamisella voidaan varmistaa haavan hoidon jatkuvuus ja tiedon siirtyminen eri hoitopaikkojen välillä. Haavan etiologian ja kliinisten oireiden lisäksi on kerättävä kokonaisvaltaista tietoa potilaasta. Näiden tietojen perusteella tehdään kirjallinen hoitosuunnitelma, jossa tulee huomioida myös potilaan sekä hänen omaistensa ohjaus. (Hietanen ym. 2002, 56.)

Kinnusen, Sarannon ja Ension (2008, 72) mukaan monimutkaisuus haavan arvioinnissa voi johtaa väärin kirjaamiseen tai kirjaamisen epäjohtamukseen. Nämä voivat taas johtaa siihen, että haavanhoito ei ole riittävä. Haavanhoitoa koskevaa tietoa on vaikea löytää, jos se on kirjattu useaan kertaan eri paikkoihin potilaskertomuksessa. Haavaa ja sen hoitoon liittyvää kirjaamista, kuvaamista ja arviointia voi vaikeuttaa entisestään myös se, jos potilaalla on samanaikaisesti useampi haava hoidetta-

vana. (Kinnunen ym. 2008, 72.) Täsmällinen ja harkittu haavan arviointi on välttämätöntä, jotta potilasta ja haavaa voidaan hoitaa tarkoituksenmukaisella tavalla (Benbow 2016, 40).

Potilaskertomukseen kirjatut hoitoon liittyvät asiat ovat todiste potilaalle annetun hoidon laadusta, jonka vuoksi kirjaamisen tulee tapahtua oikeaan aikaan ja sen on oltava virheetöntä ja täsmällistä. Olennaista virheettömän ja täsmällisen kirjaamisen kannalta on haavanhoidossa käytettävä yhtenäinen termistö (Kinnunen ym. 2008, 72), joka edesauttaa näyttöön perustuvan hoitotyön osoittamista (Kinnunen 2013, 39). Epäyhtenäiset termistöt voivat aiheuttaa väärinkäsityksiä ja haavan paranemista sekä hoidon laatua voi olla vaikea seurata (Kinnunen ym. 2008, 72). Haavan paikkansapitävä arviointi on riippuvainen ammatinharjoittajan tietämyksestä, kokemuksesta ja taidoista, jonka vuoksi on tärkeää, että arvioinnin perustana toimii oikea ja näyttöön perustuva tieto (Benbow 2016, 41).

Kroonisten haavojen hoitaminen on kivuliasta, se kestää pitkään ja se on kallista niin potilaalle kuin yhteiskunnallekin. Kroonisten haavojen hoitaminen vaatii moniammatillista yhteistyötä, joka edellyttää aina erittäin tarkkaa kirjaamista. Jotta haavoja pystytään ehkäisemään ja vähentämään, ovat yhtenevät ohjeet haavojen hoidosta ja niiden kirjaamisesta välttämättömiä. Epäyhtenevät termit vaikeuttavat haavojen hoitoa, arviointia ja myös kirjaamista. Riittämätön ja epätarkka kirjaaminen heikentää haavanhoidon turvallisuutta ja laatua. Riippumatta siitä kuka tai missä kirjataan, tulisi kirjaamisen olla aina yhdenmukaista. Jos organisaatiolla on käytössään kansallinen kirjaamismalli, tulisi silloin rakenteisen kirjaamisen toteutua. (Kinnunen 2014, 24.)

Suomalaisessa hoitotyön luokituskokonaisuudessa (FinCC) haavanhoito kirjataan rakenteisesti Kudoseheys-komponenttia käyttämällä. Kudoseheydellä tarkoitetaan osatekijöitä, jotka liittyvät lima- ja sarveiskalvon sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon. Luokituskokonaisuutta päivitettiin viimeksi vuonna 2012, jolloin käyttöön tuli versio 3.0. (Kinnunen 2013, 40.) Liljamon ym. (2012, 36–37) mukaan päivitetystä Suomalaisesta hoidon tarveluokituksessa (SHTal) Kudoseheys-komponentissa on kuusi pääluokkaa ja 14 alaluokkaa (Liite 2). Komponentti sisältää pää- ja alaluokkia, joiden avulla kuvataan potilaan hoidon tarpeita tai terveyteen liittyviä ongelmia.

Vuonna 2012 päivitetystä Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksessa (SHTol) Kudoseheys-komponenttiin kuuluu 10 pääluokkaa ja 24 alaluokkaa (Liite 3). Komponenttiin sisältyy hoitotyön toimintoja, joilla kuvataan potilaan ihon ja limakalvojen kunnan seuranta sekä hoitoa. Haavan hoito -pääluokkaan kirjataan hoidettavan haavan hoitotyön toiminnot ja alaluokkien avulla on mahdollista selkeyttää ja yhdenmukaistaa haavan hoidon kirjaamista. (Liljamo ym. 2012, 52.) Haavanhoidon kirjaamismallin avulla kirjaamisesta tulee hyödyllisempää, selkeämpää ja yhdenmukaisempää. Haavanhoitoa kirjataan paljon, mutta kirjaamisen määrää tärke-

ämpää olisi kiinnittää huomiota kirjaamisen laatuun. Vuosien saatossa kirjaaminen on kyllä kehittynyt, mutta edelleen on parannettavaa. (Kinnunen 2014, 25.) Tämän opinnäytetyön kannalta olennaisin Kudoseheyskomponentin pääluokka on Haavan hoito ja siihen sisältyvät 15 alaluokkaa.

Kirjaaminen potilaan tietoihin helpottaa kommunikointia ja edistää hoidon jatkuvuutta kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien kesken. Hoidon jatkuvuuden ja kommunikoinnin helpottumisen lisäksi kirjaamista edellytetään laissa, ja se myös toimii laillisena turvana. Haavan paranemista arvioidaan tarkkailemalla haavaa, mutta arvioinnissa käytetään hyödyksi myös potilaan aikaisempia haavanhoidosta tehtyjä kirjauksia. (National best practice and evidence based guidelines for wound management 2009, 29.)

4 KROONINEN HAAVA

Krooninen haava on haava, jonka paranemisprosessi ei etene inflammatiovaiheesta eteenpäin oikea-aikaisella tavalla (Munro 2016, 88). Yleisimmät krooniset haavat ovat diabeettinen jalkahaava, painehaava sekä krooninen alaraajahaava (Juutilainen & Hietanen 2012, 49).

Kroonisilla haavoilla on merkittäviä vaikutuksia potilaan hyvinvointiin. Niistä aiheutuva kipu, lisääntynyt stressi ja ahdistus sekä taloudelliset lisämenot heikentävät elämänlaatua. Krooniset haavat voivat myös aiheuttaa suuria muutoksia potilaan päivittäisiin toimintoihin sekä terveydentilaan. Krooniset haavat aiheuttavat suuria terveydenhuollon menoja, ja mitä isommasta ja kroonistuneemmasta haavasta on kyse, sitä isommat kustannukset ovat. (Munro 2016, 94.) Vaikeat ja huonompaan suuntaan menneet haavat aiheuttavat viikossa 2–6 kertaa enemmän kustannuksia kuin normaalin paranemisprosessin mukaan paranevat haavat. (Graves, Finlayson, Gibb, O'Reilly & Edwards 2014, 164).

4.1 Diabeettinen haava

Diabeteksen aiheuttamat jalkoihin liittyvät ongelmat ovat merkittävä kansanterveydellinen haitta ja ne aiheuttavat paljon sairauskuluja. Diabetes yleistyy koko ajan ja sen myötä myös jalkoihin liittyvät ongelmat lisääntyvät. Diabeteksen yleistyminen näkyy sairaanhoitokuluissa ja avun tarpeen lisääntymisenä. (Diabeetikon jalkaongelmat 2009.) Diabeetikkoja oli Suomessa vuonna 2016 noin 500 000, ja se on kaksinkertainen määrä verrattuna kymmenen vuoden takaiseen tilanteeseen. Diabeetikoista noin kaksikymmentä prosenttia saa jalkahaavan ja näistä jalkahaavan saaneista kahdeltakymmeneltä prosentilta joudutaan amputoimaan alaraaja. (Juutilainen 2016, 23.)

Ääreisverenkierron valtimosairaus, infektio sekä neuropatia, joko yhdessä tai erikseen, ovat useimmiten diabeetikon jalkahaavan taustalla. Näiden lisäksi kudoksen joustavuus vähenee ja diabeetikolle tulee liikerajoituksia sidekudosten glykosylaation eli sokeroitumisen vuoksi. Krooninen hyperglykemia johtaa hiljalleen perifeeriseen neuropatiaan, ja sensorinen neuropatia aiheuttaa puutoksia suojatuntoon. Motorinen neuropatia aiheuttaa virheasentoja ja painekuormitusta. (Juutilainen 2016, 23.)

Ihon halkeilu ja kuivuminen sekä ihon verenkierron muutokset johtuvat autonomisesta neuropatiasta. Heikosta verenkierrosta johtuva hapenpuute tai valtimotauti vaikeuttaa haavojen paranemista ja voi johtaa jopa raajan osittaiseen kuolioon. Diabeetikolla ketoosi ja hyperglykemia ovat riski hankalille infektioille. Yleisin syy jalkainfektion syntyyn on bakteeri, joka on päässyt ihorikosta syvempiin kudoksiin. (Juutilainen 2016, 23.)

Diabeetikon jalkahaavan kliinisen arvioinnin avulla voidaan ennustaa haavan paranemista. Arviointiin on olemassa useita erilaisia luokituksia, kuten Texasin yliopiston luokitus ja Wagnerin luokitus (Liite 4). Texasin yliopiston luokitus on yksinkertainen ja kattavin, ja sen käyttöä suositellaan. Texasin yliopiston luokituksessa huomioidaan haavan syvyys, infektoituminen sekä alaraajan iskemia. Wagnerin luokituksessa ei huomioida iskemian ja infektion merkitystä pinnallisessa tai jänteeseen tai nivelkapseliin saakka ulottuvassa haavassa. (Diabeetikon jalkaongelmat 2009.)

4.2 Painehaava

Painehaavalla tarkoitetaan paikallista ihon tai sen alaisen kudoksen vauriota, joka syntyy paineen, venytyksen (National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance 2014, 11) ja kitkan vaikutuksesta tai näiden yhdistelmästä (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015, 4). Näihin tekijöihin liittyy usein myös potilaan kyvyttömyys vaihtaa asentoaan itsenäisesti. Patofysiologisia tekijöitä painehaavan synnyssä ei ole vielä kyetty täysin selvittämään. Tärkeänä syy-seuraus -tekijänä pidetään kuitenkin kudosten stressin käynnistämää kudostenvauriota, joka syntyy ulkoisesta paineesta. Kudosten heikentynyt joustavuus, potilaan heikko ravitsemustila, ihon kosteus ja ihon sekä kudosten venyminen hankauksesta johtuen voivat yksinään tai yhdistettynä toimia myötävaikuttavana tekijänä painehaavan synnyssä. Painehaava voi syntyä myös jonkin hoitovälineen tai -laitteen, esimerkiksi dreenin, painaessa ihoa. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015, 4.)

Painehaavojen hoito on pitkäkestoista ja työlästä, ja painehaavojen osuus kaikista kroonisista haavoista on suuri. Painehaavat aiheuttavat potilaalle kärsimystä, ja sen lisäksi painehaavat ja niiden hoitaminen aiheuttavat suuria kustannuksia. (Juutilainen & Hietanen 2012, 300.) Vuositasolla painehaavoja syntyy Suomessa noin 55 000–85 000 potilaalle, ja niistä ai-

heutuvat suorat kustannukset ovat noin 420 miljoonaa euroa. Tämä on noin 2–3 prosenttia kaikista terveydenhuollon kuluista. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015, 5.)

Painehaavan arvioinnissa käytetään kansainvälistä NPUAP/EPAUP-luokittelujärjestelmää (Liite 5). Tämän luokittelujärjestelmän avulla kuvaillaan painehaavan iho- ja kudosaaurion laajuutta (National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance 2014, 34). Luokituksessa on neljä astetta ja kaksi lisäluokkaa, lisäluokkien avulla on mahdollista selventää epäselvien ihovaurioiden tunnistamista ja määrittelemistä (Juutilainen & Hietanen 2012, 308).

4.3 Krooninen alaraajahaava

Krooninen alaraajahaava on haava, jonka syntymiseen tai paranemisen viivästymiseen liittyy jokin sitä ylläpitävä sisäinen tai ulkoinen tekijä. Krooniset alaraajahaavat ovat yleisiä, ja ne yleistyvät entisestään väestön ikääntymisen myötä. Verenkiertohäiriöt alaraajoissa aiheuttavat suurimman osan kroonisista alaraajan haavoista (Krooninen alaraajahaava 2014), yleisin verisuoniperäinen syy on laskimovika ja toiseksi yleisin syy on valtimovika (Hietanen ym. 2002, 137). Laskimoiden vajaatoiminta on syynä 37–76 prosentissa tapauksista ja valtimoiden vajaatoiminta 9–22 prosentissa tapauksista. Laskimohaavaa voidaan pitää kroonisena neljän viikon jälkeen, kun taas iskeemisessä haavassa aikarajana voidaan pitää kahta viikkoa. (Krooninen alaraajahaava 2014.)

Laskimoperäisen haavan taustalla on ihossa ja sen alaisissa kudoksissa vallitseva ylipaine. Laskimoperäinen säärihaava syntyy yleensä säären alakolmannekseen, jossa laskimoiden paine on korkeimmillaan. Laskimoiden yläpaine voi johtua takaisinvirtauksesta, tukoksesta tai laskimopumpun toimimattomuudesta. (Vikatmaa 2012, 6.) Tyypillisesti haavauma sijaitsee säären sisäosalla, nilkassa olevan kehräluun yläpuolella (Hannuksela 2012), harvemmissa tapauksissa säären ulkosivulla (Hietanen ym. 2002, 146). Haavan ympäristö on väriltään ruskea tai punaruskea, sääressä esiintyy turvotusta ja iho on kuiva ja hilseilevä. Haavan ympärillä oleva iho sekä ihonalainen kudoks on kovettunutta ja se voi olla myös arka. Haavat ovat yleensä matalia ja haavan reunat ovat useimmiten epäsäännölliset. (Hietanen ym. 2002, 146.)

Valtimoperäinen haava sijaitsee yleensä jalkaterän ja varpaiden alueella, mutta se voi sijaita ylempänäkin raajassa. Haavan pohja on kuiva ja kalpea ja haavan ympäristö on usein punoittava. (Krooninen alaraajahaava 2014.) Haavaa ympäröivä iho on hauras ja ohut, karvoitus alueella on vähäistä tai se voi puuttua kokonaan. Haavan reunat ovat tarkkarajaiset ja haava on usein syvä, se voi ulottua jopa jäniteisiin ja luuhun saakka. Valtimoperäisessä haavassa voi olla myös taskuja ja onkaloita. Tulehdusreak-

tiosta ja hapenpuutteesta johtuen valtimoperäinen haava on yleensä kivulias. (Juutilainen & Hietanen 2012, 277.)

5 HAAVAN PARANEMISEN VAIHEET

Haavanhoidon kirjaamisen kannalta on oleellista tietää haavan paranemisen vaiheet. Hietasta ym. (2002, 28) mukaillen haavan paraneminen on monimutkainen biologinen tapahtuma, jossa voidaan erottaa selvästi kolme eri vaihetta. Nämä vaiheet ovat inflammaatio- eli tulehdusvaihe, uudelleenmuodostumis- eli proliferaatiovaihe sekä kypsymis- eli maturaatiovaihe. Nämä kolme vaihetta tapahtuvat osittain päällekkäin ja vaiheet ovat riippuvaisia toisistaan.

5.1 Inflammaatio- eli tulehdusvaihe

Inflammaatio- eli tulehdusvaihe käynnistää haavan paranemisprosessin (Juutilainen & Hietanen 2012, 31), ja sen avulla elimistö pyrkii suojelemaan itseään lisävaurioilta. Tässä vaiheessa haavan verenvuoto tyrehtyy ja sen myötä vaurioituneet verisuonet supistuvat, syntyy veritulppia ja lopulta veri hyytyy. (Hietanen ym. 2002, 28.) Vaikka tässä yhteydessä puhutaankin tulehdusvaiheesta, kyseessä ei kuitenkaan ole bakteerien, virusten tai sienten aiheuttama tulehdus. Kyseessä on elimistön normaali reaktio ärsytykseen tai kudokseen kohdistuneeseen vaurioon. Suomen kielessä ei ole hyvää vastinetta termille inflammaatio, ja tulehdus-termi tässä yhteydessä saattaakin olla hämäävä. (Juutilainen & Hietanen 2012, 31.)

Haavaan vuotanut veri alkaa hyytyä, kun se on kosketuksissa haavalta paljastuneen sidekudoksen kanssa (Hietanen ym. 2002, 30). Hyytymisen tarkoituksena on saada vaurioituneet verisuonet suljettua mahdollisimman tehokkaasti (Sand, Sjaastad, Haug, Bjålie & Toverud 2015, 329). Verihiutaleet aktivoituvat hyytymistapahtuman edetessä ja niistä alkaa vapautua erilaisia solujen jakautumista, liikkumista ja proteiinisynteesiä stimuloivia aineita ja kasvutekijöitä. Verisuonten supistumisen jatkuessa verenvuoto vähenee entisestään ja hyytymä vahvistuu. Veressä oleva fibrinogeeni muodostaa haavalle verkon, jonka avulla valkosolut siirtyvät haavalle. Hyytymisketjun loppuun haavalle syntyy rupi, jonka tarkoituksena on sulkea haava väliaikaisesti. (Hietanen ym. 2002, 30.)

Histamiinia ja muita välittäjäaineita alkaa vapautua kudoksen vahingoituessa ja solujen mennessä rikki (Hietanen ym. 2002, 30), ja haavalla tapahtuvan tulehdusreaktion tunnuspiirteet ovat samanlaiset kuin bakteerien, virusten tai sienten aiheuttamissa infektioissa (Juutilainen & Hietanen 2012, 31). Välittäjäaineet saavat aikaan verisuonten laajenemista ja näin verenkierto haavalla lisääntyy. Haava ja sitä ympäröivä alue muuttuu

punaiseksi ja lämpimäksi, ja verisuonten läpäisevyys haava-alueella paranee. Haavalla alkaa esiintyä turvotusta, joka johtuu proteiinipitoisen nesteen siirtymisestä kapillaariverisuonista solunsisäiseen tilaan. Turvotus ja haavalla esiintyvä kipu yhdessä aiheuttavat sen, ettei haava-aluetta haluaisi liikuttaa, ja näin ollen haavan paraneminen edistyy. (Hietanen ym. 2002, 30).

Tulehdusreaktio käynnistyy verihyytymään jääneiden verihitaleiden ja neutrofiilien vapauttaessa valkosoluja kutsuvia välittäjäaineita. Valkosolujen tarkoituksena on puolustaa ja puhdistaa vaurioitunutta aluetta. (Juutilainen & Hietanen 2012, 31.) Ensimmäiset haavalle saapuvat valkosolut ovat syöjäsoluina toimivia neutrofiileja, jotka suojelevat haavaa mikroorganismeilta. Neutrofiilien elinikä on kuitenkin lyhyt, ja niiden jälkeen haavalle saapuu noin 48–96 tunnin kuluttua monosyytit. Monosyytit muuttuvat makrofageiksi, syöjäsoluiksi, ja ne ovat tärkein valkosolutyyppi kolmantena tai neljäntenä päivänä haavan synnystä. Haavalle alkaa siirtyä soluja, solut alkavat jakautua ja sidekudosta alkaa muodostua. Makrofagit fagosytoivat haavalta kuollutta kudosta ja bakteereita ja puhdistavat haavan pohjaa. Makrofagien osuus haavan paranemisen kannalta on oleellinen, sillä parantuukseen haavan pohjan on oltava puhdas. (Hietanen ym. 2002, 30–31.)

5.2 Proliferaatiovaihe eli uudelleenmuodostumisvaihe

Proliferaatiovaiheessa haavalle syntyy granulaatiokudosta, haavan reunat alkavat lähentyä toisiaan ja epiteeli alkaa kasvaa yhteen. Tässä haavan paranemisvaiheessa hallitsevina soluina ovat fibroplastit, jotka pystyvät toimimaan niukkahappisessakin ympäristössä. Fibroplastit saapuvat paikalle toisena päivänä haavan synnystä. Ne jakautuvat haavalla ja kulkeutuvat haavan reunoilta kohti haavan keskustaa samalla kun uusia verisuonia alkaa kasvaa haavan pohjassa. (Hietanen ym. 2002, 31.) Uusien verisuonten syntymistä kutsutaan angiogeneesiksi ja uusien verisuonten avulla lisääntynyt hapen ja ravinnon tarve haava-alueella turvaantuu (Juutilainen & Hietanen 2012, 34), epiteelin muodostuminen kiihtyy ja kollageenisäikeitä alkaa muodostua haavalla (Hietanen ym. 2002, 31).

Haavalle syntyvä granulaatiokudos muodostuu uusista hiussuonista, kollageenisäikeistä, fibroplasteista, valkosoluista ja sidekudoksesta. Sen syntyminen on riippuvainen haavalle syntyvien uusien hiussuonten muodostumisesta ja sen lisäksi haavan pohjan on oltava puhdas. (Hietanen ym. 2002, 31.) Granulaatiokudosta alkaa muodostua noin 3–5 vuorokauden kuluttua haavan synnystä (Juutilainen & Hietanen 2012, 36). Mitä enemmän haavalla esiintyy kudospuutosta, sitä enemmän tarvitaan uutta granulaatiokudosta. Granulaatiokudos on merkki siitä, että haava paranee. (Hietanen ym. 2002, 31.)

Kollageenin muodostus haavalla alkaa jo toisena päivänä haavan synnystä (Hietanen ym. 2002, 31), laajemmin sitä alkaa kuitenkin muodostua 3–7

vuorokauden kuluttua haavan peittämisestä (Juutilainen & Hietanen 2012, 36). Kollageeni on proteiini, joka antaa haavalle vetolujuuden. Sen tuotanto on korkeimmillaan noin 5–7 vuorokauden kuluttua siitä, kun haava on syntynyt, jonka jälkeen sen tuotanto alkaa hiipua. Iho alkaa kuroutua noin 4–5 vuorokauden kuluttua, ja tällöin haavan pinta-ala pienenee. (Hietanen ym. 2002, 31–32.) Kuroutuminen on suurimmillaan 5–15 vuorokauden kuluttua siitä, kun vaurio on syntynyt. Kuroutumisen avulla haava pienenee noin 0,6–0,7 millimetriä vuorokaudessa. (Juutilainen & Hietanen 2012, 36.) Epiteeliä alkaa kasvaa muutama tunti sen jälkeen, kun haava on syntynyt ja sitä kasvaa noin 0,2 millimetriä päivässä siihen saakka, kunnes epiteelisolut yhdistyvät. Avoimissa haavoissa epiteelin kasvu edellyttää granulaatiokudoksen muodostumisen haavan pohjaan, ja avoimissa haavoissa epiteelisolukkoa kasvaa vain haavan reunoilta. On siis ymmärrettävää, että avoimien haavojen sulkeutuminen kestää kauemmin. Proliferaatiovaiheen lopussa haavan pohjaan on muodostunut läpikuultavaa, vaaleanpunaista granulaatiokudosta, jonka tarkoituksena on suojata haavaa. (Hietanen ym. 2002, 32.)

5.3 Maturaatiovaihe eli kypsymisvaihe

Haavan maturaatiovaihe eli kypsymisvaihe alkaa noin 2–3 viikon kuluttua vaurion aiheutumisesta (Juutilainen & Hietanen 2012, 37). Tämä vaihe alkaa, kun haava on täyttynyt kokonaan sidekudoksella ja epitelisaatio on päättynyt. Haavan kypsymisvaihe kestää kuukausia, jopa vuosia. (Hietanen ym. 2012, 32.) Pienet, haavalle syntyneet verisuonet yhdistyvät isoimmiksi verisuoniksi ja samalla niiden kokonaismäärä vähenee. Paranemisvaiheessa mukana olleista soluista suurin osa käy läpi ohjelmoidun solukuoleman tai poistuu kudoksesta. (Juutilainen & Hietanen 2012, 37.)

Kollageenin määrä sidekudoksessa ei lisäännä kypsymisvaiheessa, vaan sen rakenne vahvistuu ja muuttuu kiinteämmäksi (Hietanen ym. 2002, 32). Kollageenin ja elastaanin muodostama kehikko korvaa haavalle syntyneen granulaatiokudoksen ja tämän aikana kollageenin muodostamisen ja hajottamisen välille syntyy tasapaino. Kudoksen vetolujuus lisääntyy (Juutilainen & Hietanen 2012, 37) ja se on lopulta noin 60–70 prosenttia alkuperäisen ihon vetolujuudesta. Kypsymisvaiheessa olevassa haavakudoksessa ei ole ihokarvoja eikä hiki- tai talirauhasia. (Hietanen ym. 2002, 32.)

5.4 Kroonisen haavan paranemisen erityispiirteet

Kroonisten haavojen tulehdusvaihe on usein pitkittynyt. Haavan kroonistumisen syynä voi olla myös uudelleenmuodostumisvaiheen pitkittyminen. Krooninenkin haava voi kuitenkin parantua, mikäli se etenee paranemisprosessissa kypsymisvaiheeseen. Haavan kroonistumiseen johtaneet tekijät on silloin onnistuttu korjaamaan. (Juutilainen & Hietanen 2012, 52.)

Kroonisen haavan parantuessa jokin yksittäinen tai jotkin yksittäiset tekijät yhdessä haittaavat ja keskeyttävät haavan paranemisen etenemisen. Syynä voi olla esimerkiksi jokin sairaus, kuten diabetes tai jokin paikallinen tekijä, kuten kudosten riittämätön hapen saanti. Bakterin aiheuttama infektio kroonisessa haavassa voi muuttua helposti krooniseksi piileväksi infektioksi, joka silloin tällöin pahentuu. (Juutilainen & Hietanen 2012, 49–50.)

Haavan krooninen tulehdus saattaa aiheuttaa haavan solujen vanhentumisen, jolloin kaikki solut eivät enää pysty jakaantumaan tai kasvamaan. Kroonisessa haavassa aktiivisia kasvutekijöitä on vähän. Tulehdusreaktioita tukevien sytokiinien toiminta on lisääntynyt ja tulehdusreaktioita rauhoittavien sytokiinien aktiivisuus on vähentynyt. Kroonisen haavan solujen soluväliaineen kokoaminen ja tuhoaminen eivät ole enää tasapainossa. (Juutilainen & Hietanen 2012, 51.)

6 HYVÄ OPAS

Kirjallista ohjetta suunniteltaessa tulisi kiinnittää huomiota sen ymmärrettävyyteen. Vaikeaselkoisen ohjeen voi ymmärtää väärin, ja ohjausmateriaalin tulisikin olla selkeä niin sisällöltään kuin kieliasultaankin. Ohjeen tarkoitus on hyvä ilmoittaa, kuten myös se kenelle ohje on suunnattu. Sisältö olisi hyvä esittää pääkohdittain, jotta tietoa ei olisi liikaa. Ohjeen kirjasintyyppin on oltava selkeä ja kirjasinkoon on oltava riittävän suuri, jotta ohjetta pystyy lukemaan vaivattomasti. Tekstin jaottelun ja asettelun tulee olla selkeää ja tekstikappaleissa on hyvä esittää yksi asia kerrallaan. Lukijan olisi hyvä saada jo ensisilmäyksellä käsitys siitä, mitä ohje sisältää. Asian ymmärtämisen helpottamiseksi ohjeeseen voi liittää kuvia, kuvioita, kaavioita sekä taulukoita. Niiden on kuitenkin oltava tarkasti tehtyjä sekä ohjeen lukijan mielenkiintoa herättäviä. Oleellisia ja tärkeitä asioita voi korostaa alleviivauksin tai korostuksin ja ohjeistuksen väriin sekä kokoon on hyvä kiinnittää huomiota. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 125–127.)

Opasta tehtäessä visuaalisesti ja viestinnällisesti luodaan kokonaisuus, josta pystytään tunnistamaan päämäärä, jota on lähdetty alun perin tavoittelemaan. Valittaessa ohjeistuksen toteutustapaa tulee miettiä, mikälainen muoto palvelee parhaiten kohderyhmää. Opasta laatiessa vaihtoehtoina voi olla painettu tai sähköinen versio. Ohjeistusta tehtäessä tulee miettiä tuotteen, tekstin ja kirjainten kokoa. Jotta tuote erottuu edukseen muiden joukosta, tulee sen olla persoonallisen näköinen ja yksilöllinen. Toimivuus on opasta tehdessä tärkeää. Oppaan tulee olla helposti saavutettavissa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51–53, 129.)

Hyvää opasta tehtäessä pohdittavia asioita ovat myös muun muassa ympäristö, jossa opasta käytetään, kohderyhmälle sopiva asiasisältö, johdonmukaisuus ja informatiivisuus. Erityisessä asemassa ohjeistusta laatiessa on lähdekritiikki. Opinnäytetyössä tulee kertoa, miten on varmistettu käytetyn tiedon luotettavuus. Käytetyn tiedon tulee olla ajankohtaista, ja on myös tärkeää kertoa, miten tieto on haettu ja hankittu. Ohjeistuksen toimivuutta voi testata kohderyhmän tai tulevien käyttäjien kanssa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 54–55, 129.)

Hoitoalan ammattilaisilla on käytössään useita eri metodeja, joilla voidaan vähentää potilasvahinkoja sekä muita hoitovirheitä. Tarkistuslistojen käyttö tällaisena metodina kasvattaa suosiotaan enenevässä määrin. Tiedon, taidon ja kokemuksen määrä on tänä päivänä niin suurta ja moninaista, että se on ylittänyt yksilöllisen kykymme kohdistaa sen hyötyjä oikein, turvallisesti ja luotettavasti. Lisääntynyt tiedon määrä on kehittynyt ja parantanut hoitotyötä, mutta saatavilla olevan tiedon runsauden myötä myös tiedon hakeminen ja käyttö on vaikeutunut. (Health Research & Educational Trust 2013, 2.) Hyvä ja onnistunut tarkistuslista on helppokäyttöinen ja tehokas. Liian pikkutarkat ja moninaiset tarkistuslistat voivat aiheuttaa ärtymystä ja turhautumista, jolloin listan hyöty voi heiketä tai jopa hävitä kokonaan. (Blomgren & Pauniahho 2013, 286.)

Tarkistuslistojen käyttö hoitoalalla voi edistää prosessien etenemistä ja lisätä potilasturvallisuutta. Formalisoidut prosessit vähentävät tiedon vähydestä ja epäyhenteväisistä toimintatavoista johtuvia virheitä. Sen lisäksi että tarkistuslistat lisäävät potilasturvallisuutta, niitä käyttämällä voidaan varmistaa, että prosessi on tehty oikein ja perusteellisesti. Tarkistuslistojen käytöllä voi olla merkittäviä positiivisia vaikutuksia terveyteen. Niiden avulla esimerkiksi komplikaatiot, vammat ja kuolleisuus voivat vähentyä. (Health Research & Educational Trust 2013, 3.)

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön tarkoituksena on yhdistää teoreettinen tieto käytäntöön ja kehittää tiedon avulla toimintaa. Teoreettinen näkökulma toiminnallisessa opinnäytetyössä on usein jokin käsite tai käsitteet ja niiden määrittely. Hyvin määritellyt käsitteet ovat apuväline opinnäytetyössä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 41–43.)

Tässä opinnäytetyössä on luotu ensin viitekehys opinnäytetyön keskeisistä käsitteistä. Tähän viitekehukseen perustuen tehtiin hoitohenkilökunnan käyttöön sähköisessä muodossa oleva tarkistuslista haavanhoidon kirjaamisesta. Tarkistuslistan valmistuttua siitä pyydettiin palautetta ja sitä muokattiin saadun palautteen perusteella. Lopuksi pohdittiin ja arvioitiin koko opinnäytetyöprosessia.

7.1 Tarkistuslistan suunnittelu

Tarkistuslistasta suunniteltiin luonnos (Taulukko 1), jonka tarkoituksena on helpottaa ja yhtenäistää haavanhoidon kirjaamista. Tarkistuslista suunniteltiin opinnäytetyön viitekehyksen perusteella. Lyhyet tekstit sopivat hyvin työelämään (Torppa 2014, 21), ja tämän vuoksi tarkistuslista taulukon muodossa on perusteltu ja selkeä. Tarkistuslista on myös mahdollista tulostaa taskukokoisena versiona. Luonnoksen avulla aloitettiin varsinaisen tarkistuslistan laatiminen (Liite 6).

Taulukko 1. Luonnos haavanhoidon kirjaamisen tarkistuslistasta

YHTENÄINEN HAAVANHOIDON KIRJAAMINEN	
Millainen haava/Kroonisen haavan tyyppi	Diabeettinen haava Painehaava Krooninen alaraajahaava
Haavan sijainti	Tässä voi käyttää apuna anatomisia suuntauksia (esim. lateraalinen, distaalinen, dorsaalinen ym.)
Haavan koko	Senttimetreinä, millimetrin tarkkuudella Pituus x leveys x syvyys Huomioi painehaavoissa syvyyssluokitus
Infektion merkit	Punoitus Kuumotus/Kuume Turvotus Haju Kipu
Haavan pohja ja erityis	Kate/Väri Luita/jäniteitä näkyvissä? Haavan reunat Tyyppi/Koostumus Määrä, haju/Tuoksu
Haavaa ympäröivä alue	Rikkinäinen/Ehjä/Kovettunut Väri, turvotus Kosteus, lämpö
Kipu	VAS-asteikko/NRS Sijainti Milloin kipu tuntuu? Kivun kuvailu?

Maaliskuussa 2018 opinnäytetyön tekijät ottivat sähköpostitse yhteyttä Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymän Efficia-asiantuntijaan, ja kysyivät hänen mielipidettään siitä, missä muodossa tarkistuslista olisi järkevintä tehdä. Alustavasti opinnäytetyön tekijät olivat pohtineet valmiin tarkistuslistan olevan Excel- tai pdf-muodossa. Pdf-tiedosto on samanlaisena käytettävissä kaikilla Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymän tie-

tokoneille, joten opinnäytetyön tekijät päätyivät tekemään tarkistuslistan pdf-muodossa. Tarkistuslista liitetään Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymän Intraan ja se voidaan tarvittaessa liittää myöhemmin myös Effican navigaattoriin.

7.2 Palautekysely ja sen suunnittelu

Tarkistuslistan suunnittelussa pitää ottaa huomioon sen sisältö ja ulkomuoto ja näitä on hyvä arvioida testaamalla tarkistuslistaa käytännössä ja pyytämällä siitä palautetta (Walker, Reshamwalla & Wilson 2012, 48). Tarkistuslistan valmistuttua siitä pyydettiin kirjallista palautetta Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymän hoitohenkilökunnalta, palautetta kerättiin kahden viikon ajan. Tavoitteena oli aloittaa palautteen kerääminen viimeistään huhtikuussa ja tässä tavoitteessa onnistuttiin. Palautteen avulla voitiin varmistaa tavoitteiden saavuttaminen (Ahonen & Lohtaja-Ahonen 2011, 9) ja palautteen avulla oppaaseen tehtiin tarvittavat muutokset. Palaute kerättiin paperisena versiona neljältä eri osastolta. Palautekyselylomakkeet (Liite 7) ja palautteenkeräyslaatikot toimitettiin osastoille. Kyselyyn saivat osallistua niin sairaanhoitajat, lähihoitajat kuin opiskelijatkin.

Kirjallista palautetta kerättiin tarkistuslistan toimivuudesta, käytännöllisyydestä, selkeydestä ja siitä, onko oppaassa käytetty tietoa oikeaa ja paikkansapitävää. Suulliseen palautteeseen verrattuna kirjallinen palaute sopi menetelmänä opinnäytetyön tekijöille paremmin, sillä kirjallinen palaute säilyy sellaisena, kuin palautteen antaja sen tarkoittikin. Suullinen palaute säilyy vain muistissa, ellei tee muistiinpanoja. Toisaalta, suullisen palautteen saaminen johtaa usein keskusteluun, kirjallinen taas harvemmin. (Ahonen & Lohtaja-Ahonen 2011, 145.) Palautteen lopuksi pyysimme palautteen vastaajaa antamaan tarkistuslistalle kokonaisarvosanan 1–5, 1 on huonoin mahdollinen ja 5 paras mahdollinen arvosana.

8 TARKISTUSLISTASTA SAADUN PALAUTTEEN ANALYSOINTI

Tarkistuslistasta tehtyyn kyselyyn vastasi yhteensä 16 hoitajaa. Tarkistuslistasta kerätty sanallinen palaute analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä (Liite 8). Sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti ja sen avulla voidaan järjestää ja kuvailla tutkittavana olevaa ilmiötä. Sisällönanalyysin avulla pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä siten, että se on tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Induktiivisessä sisällönanalyysissä haetaan vastausta tutkimustehtävän mukaiseen kysymykseen pelkistämällä, ryhmittelemällä ja abstrahoimalla sisältöä. Pelkistetyt ilmaukset tulee kirjata mahdollisimman tarkkaan samoilla termeillä, kuin ne on mainittu itse aineistossakin. Kategorioiden ensimmäisessä vaiheessa nämä pelkistetyt

ilmaukset kerätään listoiksi, jonka jälkeen pelkistykset ryhmitellään. Ryhmittelyvaiheessa etsitään pelkistysten yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia, ja ne yhdistetään saman, sisältöä hyvin kuvaavan, kategorian alle. Analyysi jatkuu yhdistämällä samansisältöiset kategoriat, muodostamalla niistä yläkategorioita. Yläkategoria nimetään sisältöä hyvin kuvaavalla nimellä ja tätä jatketaan niin kauan, kunnes se on sisällön kannalta mahdollista ja mielekästä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4–7.)

Hoitajat antoivat palautetta tarkistuslistan sisällöstä, toimivuudesta ja ulkoasusta. Palautekyselyyn vastanneista kuudestatoista hoitajasta kaksi hoitajaa kertoi käyttäneensä tarkistuslistaa apuna haavanhoidon kirjaamisessa palautteenkeruun aikana. Tarkistuslistan sisältö koettiin hyväksi, mutta siihen annettiin myös kehittämissuhteita. Myös tarkistuslistan aihe koettiin hyväksi ja tärkeäksi, pituus sopivan mittaiseksi ja jaottelu hyväksi. Tarkistuslistan sisältö oli oikeellinen, kattava, hyvä, ymmärrettävä ja asianmukainen. Kaksitoista hoitajaa antoi tarkistuslistalle kokonaisarvosanaksi 4, kaksi hoitajaa antoi arvosanaksi 3 ja kaksi hoitajaa antoi arvosanaksi 5 (Taulukko 2).

8.1 Tarkistuslistan sisältö

Yhdeksän hoitajaa antoi tarkistuslistan sisällön arvosanaksi 4, neljä hoitajaa antoi arvosanaksi 3 ja kolme hoitajaa antoi arvosanaksi 5. Tarkistuslistan sisällön kehittämissuhteiksi mainittiin anatomisten suuntausten, vieraskielisten sanojen sekä kellotaulun poistaminen listasta. Sisällöstä annettiin hyvinkin erilaista palautetta, osa vastaajista koki sisällön pikkutarkaksi ja osa ylimalkaiseksi. Lääketieteellistä sanastoa ja muutakin tekstiä koettiin olevan liikaa. Toiset kokivat listassa olevat asiat jo tutuiksi. Listasta koettiin puuttuvan; haavan koon arviointi kolikon koon avulla, haavanhoitotuotteet, haavan puhdistaminen, haavan arviointi ennen ja jälkeen puhdistuksen, haavan valokuvaaminen, haavan muuttuminen, nekroottinen haava, potilaan taustatiedot, kivun lääkehoito, mikrobilääkehoito, jatkohoito, onko haava laskimo- vai valtimoperäinen, haavan hoito-ohjeet, ali-painehoito, haavanpohjan väri, haavan väri, esimerkkisanoja sekä autolyttiset ja entsyymaattiset sidokset.

Taulukko 2. Tarkistuslistan kokonaisarvosana



8.2 Tarkistuslistan toimivuus ja ulkoasu

Palautekyselyyn vastanneista hoitajista 11 hoitajaa antoi tarkistuslistan käytännöllisyydelle arvosanaksi 4, kolme hoitajaa arvosanaksi 3, yksi hoitaja arvosanaksi 2 ja yksi hoitaja arvosanaksi 5. Toimivuudessa positiiviseksi koettiin se, että tarkistuslista on tarpeellinen, yhtenäistää käytänteitä ja parantaa laatua. Tarkistuslistan avulla kiinnostus ja innostus haavanhoitoon ja sen kirjaamiseen lisääntyy. Tarkistuslistan toivottiin tulevan käyttöön, sillä tarkistuslista koettiin käytännölliseksi, johdonmukaiseksi, helposti ymmärrettäväksi ja helposti luettavaksi. Tarkistuslista on hyvä kokemattomille hoitajille, uusille työntekijöille ja opiskelijoille, ja se auttaa raportoinnissa, kirjaamisessa, haavan arvioinnissa ja haavan tarkailussa. Tarkistuslistan käytön haasteiksi mainittiin, että tarkistuslista on käytännössä hankala käyttää, listat ovat vanhanaikaisia, eikä niitä tule käytettyä.

Tarkistuslistan ulkoasu sai ainoastaan positiivista palautetta. Palautekyselyyn vastanneista hoitajista yhdeksän antoi tarkistuslistan ulkoasulle arvosanaksi 4, viisi hoitajaa arvosanaksi 5 ja kaksi hoitajaa arvosanaksi 3. Ulkoasu koettiin siistiksi, hyväksi sekä selkeäksi ja ulkoasun väriytyksensä hyväksi.

8.3 Palautteen perusteella tehdyt muokkaukset

Tarkistuslistasta ja koko opinnäytetyöstä oli laajuuden vuoksi rajattava haavanhoitotuotteet kokonaan pois. Saadun palautteen perusteella poitimme lopullisesta tarkistuslistasta (Liite 9) kellotaulun ja vieraskieliset anatomiset suuntaukset, jätimme kuitenkin otsakkeen anatomiset suuntaukset muistutukseksi, jos joku niitä tahtoo käyttää. Lisäsimme tarkistuslistaan haavan väriluokituksen, haavan valokuvaamisen sekä krooniseen alaraajahaavaan liittyen, onko kyse laskimo- vai valtimoperäisestä haavasta, näitä asioita olimmekin käsitelleet jo opinnäytetyömme kirjallisuuskatsauksessa.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön tuotoksena syntyi kroonisen haavanhoidon kirjaamisen tarkistuslista, jonka tavoitteena on yhtenäistää haavanhoidon kirjaamista. Opinnäytetyön työstäminen aloitettiin syksyllä 2017, tavoitteena oli valmistua alkusyksystä 2018. Hyvä ja tarkasti tehty suunnitelma takasi sen, että aikataulussa pysyttiin ja opinnäytetyö valmistui ajallaan. Opinnäytetyöprosessin aikana saatu ohjaus ohjaavalta opettajalta tuki työn etenemistä ja varmisti työn etenemisen oikeaan suuntaan. Yhteistyö opinnäytetyön toimeksiantajan kanssa toi hyvää kokemusta työelämälähtöisyydestä ja saimme opinnäytetyöhömmme hoitotyön näkökulmasta hyviä ehdotuksia.

Tiedonhaku aiheesta tehtäessä löytyi paljon tietoa hyvän oppaan kriteereistä potilaan ja potilaan ohjaamisen näkökulmasta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä sähköisessä muodossa oleva opas kroonisen haavanhoidon kirjaamisesta hoitohenkilökunnalle, mutta sähköisen oppaan tekemisestä löytyi melko niukasti tietoa. Tämän vuoksi hakua päädyttiin laajentamaan hakusanalla ”tarkistuslista”.

Opinnäytetyöhön kerätyn tiedon avulla oma osaamisemme haavanhoidosta ja sen kirjaamisesta kehittyi. Työhön haettiin luotettavaa ja tutkittua tietoa kotimaisista ja kansainvälisistä lähteistä, jonka avulla tiedonhakuaittomme sekä lähdekriittisyytemme kehittyivät entisestään opinnäytetyöprosessin aikana. Opinnäytetyöprosessin aikana yhteistyö- ja ongelmanratkaisutaitomme kehittyivät erityisesti. Saimme kokemusta myös palautteen keräämisestä ja sen analysoinnista.

Haasteena opinnäytetyön teossa oli opinnäytetyöntekijöiden erilaiset aikataulut opintojen ja viimeisen harjoittelun ajankohdan suhteen sekä asuminen eri paikkakunnilla. Opinnäytetyöstä keskusteltiin kuitenkin aktiivisesti harjoitteluidenkin aikana, eikä työn tekeminen pysähtynyt kokonaan missään vaiheessa. Sisällön analyysin luotettavuuden kannalta haastetta toi analyysiprosessin tarkastelu. Analysoitavaa aihetta piti tarkastella objektiivisesti, sillä tulokset perustuvat helposti tutkijan subjektiiviseen näkemykseen tutkittavasta asiasta. Luotettavuuden kannalta aineiston pelkistäminen ja niistä muodostettujen kategorioiden tuli myös kuvata tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman tarkasti. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.)

Opinnäytetyön toimeksiantajalta saadun palautteen mukaan opinnäytetyön aihe vastaa työelämän toimeksiantajan tarpeeseen. Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite oli määritelty selkeästi sekä kehittämis- ja tutkimusote oli kuvattu ja perusteltu työssä. Opinnäytetyöllä osoitettiin asiantuntijuutta. Keskeiset käsitteet on määritelty ja ne kytkeytyvät ratkaistavaan ongelmaan. Tiedonhaun prosessi on kuvattu kattavasti ja työ sisälsi kansainvälisiä artikkeleita. Työtöteimme kuvattiin aloitteelliseksi, kehitäväksi ja reflektiiviseksi. Osasimme tarkastella opinnäytetyössämme tuloksia, teorioita ja käyttämiämme menetelmiä. Raportointia kuvattiin johdonmukaiseksi ja perustelluksi, ja se on jäsentynyttä. Opinnäytetyön tavoitteiden kannalta kerätty aineisto on riittävä ja luotettava. Opinnäytetyölle asetetut tavoitteet saavutettiin ja toimeksiantajalta saatu palaute on hyvää.

Olemme erittäin tyytyväisiä opinnäytetyömme tuotoksena syntyneeseen tarkistuslistaan. Se on helppokäyttöinen ja kattava. Uskomme tarkistuslistan helpottavan kirjaamista ja toimivan käytännössä hyvin. Koska tarkistuslista tehtiin sähköiseen muotoon, on se helposti saatavilla. Sähköisessä muodossa olevaa tarkistuslistaa on myös helppo muokata ja päivittää, haavanhoidon ja kirjaamisen kehittyessä koko ajan.

LÄHTEET

Ahonen, R. & Lohtaja-Ahonen, S. (2011). *Palaute kuuluu kaikille*. Helsinki: Infor Oy.

Avoimen haavan VPKM -väriluokitus helpperi (2011). Suomen haavanhoitoyhdistys ry. Haettu 26.5.2018 osoitteesta https://www.shhy.fi/site/assets/files/1041/avoimen_haavan_helpperi.pdf

Benbow, M. (2016). *Best practice in wound assessment*. Nursing standard 30(27), 40–47. Haettu 16.1.2018 osoitteesta https://rcni.com/sites/rcni_nspace/files/ns.30.27.40.s45.pdf

Blomgren, K. & Pauniahho, S-L. (2013). Terveysthuollon tarkistuslistat. Teoksessa L-M. Rosenberg & P. Rosenberg (toim.) *Potilasturvallisuuden perusteet*. 1. painos. Helsinki: Duodecim Oy, 274–292.

Diabeetikon jalkaongelmat (2009). Käypä hoito -suositus. Haettu 24.11.2017 osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50079>

Fletcher, J. (2012). The use of electronic data capture devices in wound care settings. *Wounds UK* 8(4), 119–124. Haettu 5.5.2018. Cinahl-tietokanta.

Graves, N., Finlayson, K., Gibb, M., O'Reilly, M. & Edwards, H. (2014). Modelling the economic benefits of gold standard care for chronic wounds in a community setting. *Wound Practice and Research* 22(3), 163–168. Haettu 17.2.2018 osoitteesta http://www.woundsaustralia.com.au/journal/2203_09.pdf

Grove, S. K., Burns, N. & Gray, J. R. (2013). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*. 7th ed. Elsevier Inc. E-kirja. Haettu 22.12.2017 osoitteesta https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=r32jPNVYlacC&oi=fnd&pg=PA4&dq=the+practice+of+nursing+research&ots=vip3Q0c4eN&sig=FNQ-decANxWb0_iVyFA7caiUkNk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

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

Hannuksela, M. (2012). *Säärihaava*. Lääkärikirja Duodecim. Haettu 19.12.2017. Terveyskirjasto-tietokanta.

Health Research & Educational Trust (2013). *Checklists to Improve Patient Safety*. Chicago: IL. Illinois. Health Research & Educational Trust. Haettu 28.12.2017 osoitteesta http://www.hpoe.org/Reports-HPOE/CkLists_PatientSafety.pdf

Henttonen, T., Ojala, M., Rautava-Nurmi, H., Vuorinen, S. & Westergård, A. (2015). *Hoitotyön taidot ja toiminnot*. 4. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. (2002). *Haava*. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. (2012). *Hoida ja kirjaa*. 7. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Juutilainen, V. (2016). Diabeetikon jalkahaava. *Haava* 19(2), 23–26.

Juutilainen, V. & Hietanen, H. (2012). *Haavanhoidon periaatteet*. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kinnunen, U-M. (2015.) Kirjaamisen merkitys potilaan hoidossa ja potilasturvallisuudessa. *Haava* 18(3), 6–7.

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

Kinnunen, U-M. (2013). *Haavanhoidon kirjaamismalli – innovaatio kliiniseen hoitotyöhön*. Väitöskirja. Haettu 8.11.2017 osoitteesta http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1209-1/urn_isbn_978-952-61-1209-1.pdf

Kinnunen, U-M., Saranto, K. & Ensio, A. (2008). Haavanhoidon sähköisen kirjaamisen kehittäminen. *Hoitotiede* 20(2), 70–81.

Korhonen, A. (2012). Haavan hoidon peruseriaatteet. *Haava* 15(2), 18–21.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. (2007). *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: WSOY.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. (1999). Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11(1), 3–11.

Krooninen alaraajahaava (2014). Käypä hoito -suositus. Haettu 24.11.2017 osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50058>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (2010). *Etiikka hoitotyössä*. 5.–6. painos. Helsinki: WSOY.

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. (2012). *FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas*. Haettu 10.11.2017 osoitteesta https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteenä%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1

Luukkanen, S. & Iivanainen, A. (2015). Haavahoidon kirjaaminen hyvällä mallilla. *Haava* 18(3), 14–19.

Munro, G. (2017). Causes and consideration with chronic wounds: a narrative review of the evidence. *Wound Practice and Research* (25)2, 88–97. Haettu 16.1.2018 osoitteesta http://www.woundsaustralia.com.au/journal/2502_05.pdf

National best practice and evidence based guidelines for wound management (2009). Health Service Executive. Haettu 16.1.2018 osoitteesta http://www.wmai.ie/wp-content/uploads/2011/09/wound_guidelines_2009.pdf

National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Pressure ulcers: prevention and management*. Clinical guideline. Haettu 16.2.2018 osoitteesta <https://www.nice.org.uk/guidance/cg179/resources/pressure-ulcers-prevention-and-management-pdf-35109760631749>

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia (2014). Haettu 24.11.2017 osoitteesta <https://shhy.fi/site/assets/files/1043/finnish-guideline-jan2015.pdf>

Nykänen, P., Viitanen, J. & Kuusisto, A. (2010). *Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys*. Haettu 26.11.2017 osoitteesta <http://www.sis.uta.fi/cs/reports/dsarja/D-2010-7.pdf>

Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä (2015). Hoitosuositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Haettu 21.12.2017 osoitteesta <http://www.hotus.fi/system/files/Painehaava%20lopullinen111215.pdf>

Qi, X., Ding, L., Huang, W., Wen, B., Guo, X. & Zhang, J. (2016). An improved automated type-based method for are assessment of wound surface. *Wound Repair and Regeneration* 25(1), 150–158. Haettu 16.2.2018. Cinahl-tietokanta.

Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., Bjålie, J. G. & Toverud, K. C. (2015). *Ihminen – Fysiologia ja anatomia*. 8.–12. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Saranto, K. & Kinnunen, U-M. (2009). Evaluating nursing documentation – research designs and methods: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* (65)3, 464–476. Haettu 24.11.2017. Cinahl-tietokanta.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009/298. Haettu 19.12.2017 osoitteesta
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2009/20090298>

Torppa, T. (2014). *Työssään kirjoittavan opas*. Helsinki: Talentum Oy.

Tutkimusluvan myöntäminen Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymässä (2016). Ohjeita tutkimusluvan hakijalle. Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä. Haettu 29.11.2017 osoitteesta
<http://www.fstky.fi/client/fshky/userfiles/tutkimuslupien-myontaminen-fshkyssa-2016.pdf>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Haettu 23.11.2017 osoitteesta
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vilka, H. & Airaksinen, T. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vikatmaa, P. (2012). Laskimoperäinen säärihaava. *Haava* 15(4), 6–9.

Virkkunen, H. & Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. (2015). *Terveystieteiden rakenteisen kirjaamisen opas*. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen – osa 1. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Ohjaus 2/2015. Haettu 23.11.2017 osoitteesta
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126020/URN_ISBN_978-952-302-479-3.pdf?sequence=1

Walker, A., Reshamwalla, S. & Wilson, I. H. (2012). Surgical safety checklists: do they improve outcomes? *British Journal of Anaesthesia* 109(1), 47–54. Haettu 24.1.2018. Google Scholar-tietokanta.

Wound Ostomy and Continence Nurses Society (2012). *Photography in Wound Documentation: Fact Sheet*. Haettu 16.2.2018 osoitteesta
http://c.ymcdn.com/sites/www.wocn.org/resource/resmgr/Publications/Photography_in_Wound_Documen.pdf

TIEDONHAKU

Tietokanta	Hakusana(t)	Rajaus	Hakutulokset/Hyväksytyt	Hyväksymiskriteeri(t)	Hylkäämiskriteeri(t)
<i>Cinahl</i>	Chronic, Wounds, Documentation	2007–2017	1/0		Ei ollut saatavilla
	Chron* Wound* Docum*	2007–2018	5434/4	Näyttöön perustuvia lähteitä, aiheeseen liittyvää, tuoretta tietoa	
<i>Google Scholar</i>	Wound Documentation, Nursing	2007–2017	16 600/2	Näyttöön perustuvia lähteitä, aiheeseen liittyvää, tuoretta tietoa	Ei liittynyt aiheeseen, ei ollut saatavilla/oli maksullinen
	Haavanhoito, Kirjaaminen	2007–2017	777/3	Näyttöön perustuvaa ja aiheeseen liittyvää tietoa. Opinnäytetöistä hyödynnettiin lähdeluetteloita	Opinnäytetyö, ei ollut saatavilla, ei liittynyt aiheeseen
	”Tarkistuslista haavanhoito”	2007–2017	1/0	Lähdeluettelo hyödynnettiin	Opinnäytetyö
<i>Medic</i>	Wound*, Document*	2007–2017	14/0		Ei ollut saatavilla
	Haava*, Kirj*	2007–2017	21/0		Ei ollut saatavilla
	Haavanhoito, kirjaaminen	2007–2017	0/0		
	Haavanh*, Kirjaaminen	2007–2017	8/0		Ei ollut saatavilla
<i>Finna</i>	Haavanhoito kirjaaminen	2007–2017	10/0		Ei liittynyt aiheeseen, opinnäytetyö
	Wound care documentation	2007–2017	1/0		Ei liittynyt aiheeseen, opinnäytetyö
	Haava	2007–2017	48/0		Ei liittynyt aiheeseen, opinnäytetyö
	”ethic* nursing”	Ei rajattu	22/1	Näyttöön perustuva lähde, liittyi aiheeseen	

KUDOSEHEYS-KOMPONENTIN PÄÄ- JA ALALUOKAT (SHTal 3.0)

Pääluokka	Alaluokka
Ihon eheyden muutos	Ihorikko
	Ihon rikkoutumisen riski
	Kanyylin pistokohdan tulehdus
	Ulkoisen fiksaatiolaitteen aiheuttama ihovaurio
	Ihottuma
Limakalvojen eheyden muutos	
Akuutti haava	Kirurginen haava
	Ihosiirre
	Ihonotto kohta
Krooninen haava	Säärihaava
	Painehaava
	Infektoitunut haava
	Diabeettinen haava
Traumaattinen haava	Palovamma
	Palelutumavamma
Kudoseheyteen liittyvä tiedon tarve	

KUDOSEHEYS-KOMPONENTIN PÄÄ- JA ALALUOKAT (SHTol 3.0)

Pääluokka	Alaluokka
Ihon kunnon seuranta ja hoito	Kanyyliä ympäröivän ihon hoito
	Ulkoisen fiksaatiolaitteen juuren hoito
	Avannetta ympäröivän ihon hoito
Ihon hoitoon liittyvä ohjaus	
Ihottuman seuranta ja hoito	Hoitokylvyn antaminen
	Hauteiden laitto
	Ihottuman penslaus
	Ihottuman rasvaus
	Ihottuman valohoito
Hoitosidokset	
Ihottuman hoitoon liittyvä ohjaus	
Limakalvojen kunnon seuranta ja hoito	
Suun ja limakalvojen hoitoon liittyvä ohjaus	
Silmien kunnon seuranta ja hoito	
Silmien hoitoon liittyvä ohjaus	
Haavan hoito	
	Haavan vuodon ja erittämisen seuranta
	Haavasidoksen vaihto
	Haavan suihkutus tai kylvetys
	Haavan antiseptinen puhdistus
	Haavan huuhtelu
	Haavan mekaaninen puhdistus
	Ontelon ja fistelin huuhtelu
	Alipaineimuhoidon toteutus
	Ompeleiden poisto
	Ihosulkuhakasten poisto
	Haavaliiman laitto haavaan
	Ihosiirteen hoito
	Ihonottokohdan hoito
Asennonvaihdosta huolehtiminen	
Ilmapatja tai muu erikoispatja	
Haavan hoitoon liittyvä ohjeistus	

TEXASIN YLIOPISTON LUOKITUS JA WAGNERIN LUOKITUS

Haavan syvyys	Wagnerin luokka	Haavan etiologinen ryhmittely Texasin yliopiston luokituksen mukaan			
		<i>Puhdas haava</i>	<i>Haavan infektio</i>	<i>Haavan iskemia</i>	<i>Haavan infektio ja iskemia</i>
Iho ja ihonalaiskudos	1	A1	B1	C1	D1
Jänne tai nivelkapseli	2	A2	B2	C2	D2
Luu tai niveltelo	3	A3	B3	C3	D3
Osittainen kuolio	4				
Koko jalan kuolio	5				

PAINEHAAVOJEN NPUAP-EPUAP-SYVYYSLUOKITUS

1. aste	Ihon vaalenematon punoitus
2. aste	Ihon pinnallinen vaurio
3. aste	Koko ihon läpäisevä vaurio
4. aste	Ihon, ihonalaiskudoksen ja lihaskalvon läpäisevä vaurio
Luokittelematon painehaava	
Epäily syvien kudosten vauriosta	

TARKISTUSLISTAN ENSIMMÄINEN VERSIO

KROONISEN HAAVANHOIDON KIRJAAMISEN TARKISTUSLISTA	
Kroonisen haavan luokittelu/tyyppi	Diabeettinen haava Painehaava Krooninen alaraajahaava
Haavan sijainti	Kehonosa Anatomiset suuntaukset - mediaalinen/lateraalinen - proksimaalinen/distaalinen - dorsaalinen/palmarinen/plantaarinen Kellotaulu
Haavan koko	Senttimetreinä, millimetrin tarkkuudella Pituus, leveys, syvyys Huomioi painehaavoissa syvyysluokitus - 1. aste: ihon vaalenematon punoitus - 2. aste: ihon pinnallinen vaurio - 3. aste: koko ihon läpäisevä vaurio - 4. aste: ihon, ihonalaiskudoksen ja lihas- kalvon läpäisevä vaurio - luokittelematon painehaava - epäily syvien kudosten vauriosta
Haavan pohja	Väri Kate Luut, jännteet
Eritys	Koostumus Määrä - ennallaan, lisääntynyt, vähentynyt Haju
Haavaa ympäröivä alue	Rikkinäinen Ehjä Kovettunut Väri Turvotus Kosteus Lämpö
Kipu	VAS/NRS Sijainti Milloin kipu tuntuu Kivun kuvailu
Infektion merkit	Punoitus Kuumotus Turvotus Haju Kipu Eritys Kuume

PALAUTEKYSELYLOMAKE

PALAUTEKYSELY

Niina Aakala niina.aakala@student.hamk.fi

Jenna Andersson jenna.andersson@student.hamk.fi

HAMK sairaanhoitajaopiskelija

Keräämme palautetta kroonisen haavanhoidon kirjaamiseen suunnittelemastamme tarkistuslistasta. Palautetta kerätään kahden viikon ajan, palauta täytetty lomake osastolla olevaan palautelaatikkoon **viimeistään 25.4.2018**. Palautteet kerätään anonyymisti ja palaute käsitellään luottamuksellisesti. Lomakkeet hävitetään opinnäytetyön ollessa valmis.

1. Käytitkö suunnittelemaamme tarkistuslistaa apuna haavanhoidon kirjaamisessa palautteen keruun aikana?

Kyllä

En

2. Miten tarkistuslista toimi käytännössä?

3. Mitä mieltä olet tarkistuslistan selkeydestä ja ulkoasusta?

4. Mitä mieltä olet tarkistuslistan sisällöstä ja sen oikeellisuudesta?

5. Puuttuuko Sinun mielestäsi tarkistuslistasta jotakin oleellista? Jos puuttuu, niin mitä?

6. Minkä arvosanan antaisit tarkistuslistan käytännöllisyydestä asteikolla 1– 5?
(1= huonoin mahdollinen arvosana, 5 = paras mahdollinen arvosana)

1 2 3 4 5

7. Minkä arvosanan antaisit tarkistuslistan ulkoasusta asteikolla 1–5?

1 2 3 4 5

8. Minkä arvosanan antaisit tarkistuslistan sisällöstä asteikolla 1–5?

1 2 3 4 5

9. Minkä kokonaisarvosanan antaisit tarkistuslistalle?

1 2 3 4 5

10. Muuta kommentoitavaa:

Kiitos palautteestasi!

INDUKTIIVINEN SISÄLLÖNANALYYSI

Pelkistys

- Tarkistuslistan sisältö oikeellista
 - Ei puutteita
 - Sisältö kattava
 - Sisältö hyvä
- Ymmärrettävä
- Jaottelu hyvä
 - Aihe hyvä
 - Aihe tärkeä
- Asianmukainen
- Sopivan mittainen

Alakategoria

Tarkistuslistan sisällössä
hyvää

Pelkistys

- Anatomiset suuntaukset pois
 - Kellotaulu pois
 - Pikkutarkka
 - Ylimalkainen
- Liikaa lääketieteellistä sanastoa
 - Tekstiä liikaa
- Listassa olevat asiat jo tuttuja
 - Vieraskieliset sanat pois
- Haavan koon arviointi kolikon koon avulla
 - Haavanhoitotuotteet puuttuvat
 - Haavan puhdistaminen puuttuu
- Haavan arviointi ennen ja jälkeen puhdistuksen puuttuu
 - Haavan valokuvaaminen puuttuu
 - Haavan muuttuminen puuttuu
 - Nekroottinen haava puuttuu
 - Potilaan taustatiedot puuttuu
 - Kivun lääkehoito puuttuu
 - Mikrobilääkehoito puuttuu
 - Jatkohoito puuttuu
- Laskimoperäinen vai valtimoperäinen haava puuttuu
 - Haavan hoito-ohjeet puuttuvat
 - Alipainehoito puuttuu
 - Haavan pohjan väri puuttuu
 - Haavan väri puuttuu
 - Esimerkkisanoja puuttuu
 - Jotakin puuttuu
- Autolyttiset ja entsyymaattiset sidokset puuttuvat

Alakategoria

Tarkistuslistan sisältöön
kehittämisehdotuksia

Pelkistys

- Yhtenäistää käytänteitä
 - Tarpeellinen
 - Parantaa laatua
- Kiinnostus haavanhoitoon lisääntyy
- Innostus haavanhoitoon lisääntyy
 - Toivotaan käyttöön
 - Käytännöllinen
 - Johdonmukainen
 - Helppokäyttöinen
- Helposti ymmärrettävä
- Helposti luettava
- Hyvä kokemattomille hoitajille
- Hyvä uusille työntekijöille
 - Hyvä opiskelijoille
- Auttaa raportoinnissa
- Auttaa kirjaamisessa
- Auttaa haavan arvioinnissa
- Auttaa haavan tarkkailussa

Alakategoria

Tarkistuslistan käytössä hyvää

Pelkistys

- Käytännössä hankala käyttää
- Listat vanhanaikaisia
- Tarkistuslistoja ei tule käytettyä

Alakategoria

Tarkistuslistan käytön haasteita

Pelkistys

- Ulkoasu siisti
- Ulkoasu hyvä
- Väritys hyvä
- Ulkoasu selkeä

Alakategoria

Tarkistuslistan ulkoasussa hyvää



PALAUTTEEN PERUSTEELLA MUOKATTU TARKISTUSLISTA

KROONISEN HAAVANHOIDON KIRJAAMISEN TARKISTUSLISTA	
Kroonisen haavan luokittelu/tyyppi	Diabeettinen haava Painehaava Krooninen alaraajahaava - laskimoperäinen - valtimoperäinen
Haavan sijainti	Kehonosa Anatomiset suuntaukset
Haavan koko	Senttimetreinä, millimetrin tarkkuudella Pituus, leveys, syvyys Huomioi painehaavoissa syvyysluokitus - 1. aste: ihon vaalenematon punoitus - 2. aste: ihon pinnallinen vaurio - 3. aste: koko ihon läpäisevä vaurio - 4. aste: ihon, ihonalaiskudoksen ja lihaskalvon läpäisevä vaurio - luokittelematon painehaava - epäily syvien kudosten vauriosta
Haavan pohja	Väri Kate Luut, jänteet
Haavan väriluokitus	Vaaleanpunainen Punainen Keltainen Musta
Eritys	Koostumus Määrä - ennallaan, lisääntynyt, vähentynyt Haju
Haavaa ympäröivä alue	Rikkinäinen Ehjä Kovettunut Väri Turvotus Kosteus Lämpö
Kipu	VAS/NRS Sijainti Milloin kipu tuntuu Kivun kuvailu
Infektion merkit	Punoitus Kuumotus Turvotus Haju Kipu Eritys Kuume
Muu dokumentointi	Haavan valokuvaaminen