PAINEHAAVAN ENNALTAEHKÄISY

Opas FSHKY:n henkilökunnalle

HAMK
HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU
HÄME UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hoitotyön koulutus, sairaanhoitaja

kevät, 2019

Riina Eteläkoski
Jenniina Vaahtera

HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU
HÄME UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hoitotyön koulutus, sairaanhoitaja
Forssa

Tekijät Riina Eteläkoski, Jenniina Vaahtera **Vuosi** 2019

Työn nimi Painehaavan ennaltaehkäisy - Opas FSHKY:n henkilökunnalle

Työn ohjaaja Heta-Maija Leino

TIIVISTELMÄ

Tässä opinnäytetyössä käsiteltiin aikuispotilaiden painehaavojen varhaista tunnistamista hoitotyössä. Työn toimeksiantaja oli Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä (FSHKY), Forssan sairaala. Opinnäytetyön toteutustapa oli toiminnallinen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä opas hoitohenkilökunnalle painehaavojen ennaltaehkäisystä. Tavoitteena oli edistää painehaavariskissä olevien potilaiden tunnistamista mahdollisimman varhain ja estää painehaavojen syntyminen.

Painehaavat ovat yksi suurimmista hoitoon liittyvistä haitoista terveydenhuollossa. Painehaava aiheuttaa potilaalle kipua ja huonontaa elämänlaatua sekä altistaa tulehduksille. Painehaavojen hoitaminen lisää hoitohenkilökunnan työmäärää. Lisäksi painehaavojen hoidosta aiheutuu huomattavia kustannuksia yhteiskunnalle vuosittain. Painehaavariskin arvioinnilla pyritään tunnistamaan ne potilaat, joilla on riskitekijöitä painehaavan syntymiselle. Painehaavariskin arvioinnin jälkeen voidaan suunnitella ja toteuttaa haavan syntymistä ehkäisevät toimenpiteet. Painehaavariskin arviointi vähentää potilaan ja terveyspalveluiden kuormitusta. Hoitajien tiedot painehaavojen ennaltaehkäisystä ja hoidosta ovat merkittävässä roolissa painehaavojen optimaalisessa hoitotyössä. Oikein kohdennetulla koulutuksella saadaan hoitajien tietoja täydennettyä ja sitä kautta painehaavojen hoitoa paremmaksi.

Tämän opinnäytetyön lähdeaineisto pohjautui uusimpiin hoitosuosituksiin, kansallisiin ja kansainvälisiin tutkimuksiin. Oppaan avulla saatiin ajankohtaista ja tutkittua tietoa tiiviissä muodossa hoitohenkilökunnalle. Palauteen perusteella opas oli käytännönläheinen ja toimiva ratkaisu hoitotyön henkilökunnalle.

Avainsanat painehaava, ennaltaehkäisy, riskinarviointi, opas

Sivut 27 sivua, joista liitteitä 1 sivu

HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU
HÄME UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree Programme in Nursing
Forssa

Authors Riina Eteläkoski, Jenniina Vaahtera **Year** 2019

Subject Prevention of Pressure Ulcer - Guide for FSHKY Nursing Staff

Supervisor Heta-Maija Leino

ABSTRACT

The subject of this thesis was the early prevention of pressure ulcers. The commissioner of the thesis was FSHKY, the Forssa Regional Welfare Association, Forssa hospital. The aim of this functional thesis was to create a guide for nursing staff on the prevention of pressure ulcers, i.e. to promote the early recognition of patients with a risk of developing a pressure ulcer.

A pressure ulcer causes a lot of pain to the patient. It affects the patient's quality of life and increases infection risk. The pressure ulcer treatment and nursing also increase nurse´s work load. In addition, the treatment of pressure ulcers causes considerable costs for the society every year. Since the early recognition of pressure ulcers decreases the load on patient and health care services, a nurse's knowledge of pressure ulcer prevention and care plays a significant role in nursing. With targeted and tailor-made education, it is possible to improve the nurse's know-how on pressure ulcers.

The source material of this thesis was based on the latest guidelines of nursing including both national and international studies. The designed guide was the most convenient way to give the nursing staff the current outcomes of pressure ulcer studies. Based on the feedback, the guide was a practical and functional solution for the nurses.

Keywords pressure ulcer, prevention, early recognition, guide

Pages 27 pages including appendices 1 page

SISÄLLYS

1 JOHDANTO 1

2 PAINEHAAVAN HOITOTYÖN SUOSITUKSET 1

3 PAINEHAAVAN LUOKITTELU 2

4 PAINEHAAVARISKIN ARVIOINTI 3

4.1 Painehaavariskin arvioinnin mittarit 4
4.2 Painehaavariskipotilaan ihon kunnon arviointi 6
4.3 Ravitsemuksen merkitys painehaavojen ennaltaehkäisyssä 7
4.4 Painehaavariskipotilaan asennonmuutos 8
4.5 Painehaavan hoitotyön kirjaaminen 11
4.6 Painehaavapotilaiden ja heidän omaistensa ohjaus 13

5 HOITOHENKILÖKUNNAN OSAAMINEN PAINEHAAVOJEN TUNNISTAMISESSA 15

6 OPPAAN MERKITYS HOITOTYÖN KEHITTÄMISESSÄ 16

7 OPINNÄYTETYÖN SISÄLTÖ 17

7.1 Tarkoitus ja tavoite 17
7.2 Toteutustapa 17
7.3 Oppaan toteutustapa 18
7.4 Eettisyys ja luotettavuus 19
7.5 Tiedonhaku 19
7.6 Aikataulu 20

8 POHDINTA 20

8.1 Johtopäätökset 21
8.2 Jatkosuunnitelmat ja kehittämisehdotukset 21

LÄHDELUETTELO 22

Liitteet
Liite 1 Saatekirje

1 JOHDANTO

Painehaavat ovat yleisiä kudosvaurioita terveydenhuollon potilailla. Niiden esiintyvyys on 5—25 % kaikissa sairaaloissa, kotihoidossa ja hoitolaitoksissa esiintyvistä haavoista. (Soppi, 2016) Painehaava määritellään paikalliseksi ihon ja/tai sen alla olevan kudoksen vaurioksi. Painehaava sijaitsee yleisimmin luisen ulokkeen, kuten lonkkien, kantapäiden, alaselän tai pakaroiden alueella. Aiheuttajana on paine tai venytys ja paine yhdessä. Painehaavojen syntyyn liittyy muitakin edistäviä tekijöitä, joiden merkitystä vielä selvitetään. Painehaavat luokitellaan neljään asteeseen ja lisäksi on olemassa kaksi lisäluokkaa. Asteet määritellään ihon ja sen alla olevien pehmytkudosten näkyvien vaurioiden perusteella. (Hotus, 2015, s. 3; NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014, s. 11)

Painehaavat ovat yksi suurimmista hoitoon liittyvistä haitoista terveydenhuollossa. Suomessa hoidetaan arviolta 55 000—88 000 potilasta vuosittain, joilla on yksi tai useampi painehaava. (Soppi, 2016) Painehaavat aiheuttavat potilaalle kipua, huonontavat elämänlaatua ja lisäävät infektioriskiä. Lisäksi hoitohenkilökunnan työmäärä lisääntyy ja hoidosta aiheutuu huomattavia kustannuksia yhteiskunnalle vuosittain. (Soppi, 2010, s. 261) Painehaavojen hoitamisen arvioidut kustannukset ovat vuosittaisella tasolla 350—520 milj. €, joka on 2—3 % terveydenhoidon menoista. On arvioitu, että painehaavojen ennaltaehkäisyn kustannukset ovat noin 10 % hoidon kustannuksista. (Soppi, 2017, s. 45)

Tässä opinnäytetyössä käsitellään aikuispotilaiden painehaavojen varhaista tunnistamista hoitotyössä. Työn toimeksiantaja on Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä (FSHKY), Forssan sairaala. Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä opas toimeksiantajalle painehaavojen ennaltaehkäisystä. Tavoitteena on edistää painehaavariskissä olevien potilaiden tunnistamista mahdollisimman varhain ja estää painehaavojen syntyminen. Toteuttamistapana on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka avulla edistetään painehaavariskissä olevien potilaiden tunnistamista (Vilkka & Airaksinen, 2003, s. 9). Toiminnallisuus tässä opinnäytetyössä on oppaan laatiminen hoitohenkilökunnalle painehaavojen ennaltaehkäisystä.

2 PAINEHAAVAN HOITOTYÖN SUOSITUKSET

Painehaavojen ennaltaehkäisyyn on laadittu kansainväliset ja kansalliset hoitosuositukset. Kansainväliset suositukset on laadittu yhteistyössä Yhdysvaltain kansallisen painehaava-asiantuntijaneuvoston (NPUAP), Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvoston (EPUAP) ja Pan Pacific Pressure Injury Alliancen (PPPIA) kanssa. Kansainvälisen yhteistyön tarkoituksena oli

kehittää painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon suositukset, jotka perustuvat näyttöön ja joita terveydenhuollon ammattilaiset voivat hyödyntää työssään maailmanlaajuisesti. Hoitosuositukseen on koottu paras mahdollinen tutkimusnäyttö painehaavojen ennaltaehkäisyyn liittyen. Suomen hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus) on laatinut kansallisen hoitosuosituksen painehaavojen ennaltaehkäisyyn, jotka pohjautuvat kansainvälisiin suosituksiin. (NPUAP ym., 2014, s. 1; Hotus, 2015, s. 6) Hoitosuositusten avulla pystytään vaikuttamaan hoidon laatuun, vähentämään tarpeettomia toiminnan vaihteluita ja virheitä (Kinnunen, Tervo-Heikkinen, Hynninen, Seppänen, Iivanainen, Ahtila & Holopainen, 2017, s. 169–178). Kansainvälisiä hoitosuosituksia päivitetään parhaillaan ja vuoden 2019 lopulla pitäisi ilmestyä suositusten uusi versio (NPUAP, 2017).

Painehaavojen ennaltaehkäisy on merkittävä osa potilasturvallisuutta (Kinnunen ym., 2017, s. 169–178). Potilasturvallisuuden toteuttaminen tarkoittaa laadukasta, turvallista ja asianmukaisia hoito- ja toimintakäytäntöjä, jotka perustuvat tutkimusnäyttöön (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 8). Kansallinen potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia sisältää toimintaohjelman vuosille 2017—2021, jonka tarkoituksena on kehittää yhtenäistä turvallisuuskulttuuria ja sen toteutumista. Riskienhallinnan avulla edistetään potilasturvallisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2017, s. 12–14)

Aikuispotilaan painehaavan ehkäisemisen ja tunnistamisen osa-alueita ovat riskin arviointi, ihon sekä kudosten arviointi ja hoito, ravitsemus, asentohoito ja kuntoutus. Lisäksi ennaltaehkäisyssä hyödynnetään lääkinnällisiä hoitovälineitä ja -laitteita. Riskitekijöiden tunnistaminen korostuu erityisryhmien hoidossa. Erityisryhmiä ovat leikkauspotilaat, tehohoitopotilaat, selkäydinvammautuneet, ylipainoiset ja iäkkäät sekä palliatiivisessa hoidossa olevat potilaat. (Hotus, 2015)

3 PAINEHAAVAN LUOKITTELU

Ensimmäisen asteen painehaavassa iho on ehjä ja paikallisesti esiintyy vaalenematonta punoitusta. Näkyvää vaalenemista ei välttämättä ole havaittavissa tummapigmenttisessä ihossa, jossa vauriokohdan väri voi muulla tavoin erottua ympäröivästä ihosta. Vaurio alue voi tuottaa kipua, olla kiinteä, pehmeä, muuta ihoa lämpimämpi tai viileämpi. (NPUAP ym., 2014, s. 11)

Toisen asteen painehaavassa vaurio ilmenee pinnallisena avoimena haavana. Haavapohja on punainen tai vaaleanpunainen ilman katteisuutta. Vaurio voi esiintyä myös kudosnesteen täyttämänä rakkulana, joka on ehjä tai rikkoutunut. (NPUAP ym., 2014, s. 11)

Kolmannen asteen painehaavassa ihon läpäisee kudosvaurio. Ihon alainen rasva voi näkyä ja katteisuutta voi esiintyä. Luu, jänne ja lihas eivät näy

paljaana vauriossa, eivätkä ole suoraan palpoitavissa. Haavassa voi esiintyä taskumaisia kohtia ja onkaloita sekä syvyys vaihtelee sijainnin mukaan. Merkittävästi rasvaa sisältävillä alueilla voi kehittyä huomattavan syviä haavoja, kun taas alueilla, joissa ei esiinny rasvakudosta, kuten nenänselkä ja korvalehti, painehaava voi olla matala. (NPUAP ym., 2014, s. 11)

Neljännen asteen painehaavassa vaurio on koko ihon ja ihonalaisen kudoksen alueella. Luu, jänne tai lihas näkyvät paljaana ja ovat palpoitavissa. Haavassa saattaa esiintyä katteisuutta tai kudosneuroosia sekä usein on taskumaisia ja onkalomaisia kohtia. Syvyys vaihtelee sijainnin mukaan. (NPUAP ym., 2014, s. 12)

Luokittelemattomassa painehaavassa on koko ihon läpäisevä kudoksen vaurio, jonka syvyyttä on vaikeaa määrittää haavakatteen ja kudosnekroosin johdosta, ilman haavan pohjan paljastamista katteen tai kudoksen poistamisella. Haavakate voi olla keltaista, kellanruskeaa, harmaata, vihreää tai ruskeaa. Kudosnekroosi haavapohjassa voi olla kellanruskeaa, ruskeaa tai mustaa. Kyseessä on joko kolmannen tai neljännen asteen painehaava. Kantapäässä esiintyvä stabiili eli kuiva, pohjassa kiinni oleva, ehjäpintainen ja ilman punoitusta ja satunnaisvaihtelua oleva nekroosi toimii kehon luonnollisena suojana, eikä sitä tule poistaa. (NPUAP ym., 2014, s. 12)

Epäily syvien kudosten vauriosta ilmenee paikallisen ehjän ihon värjäytymänä tai rakkulana, joka on veren täyttämä. Värjäytymä voi olla purppuranvärinen tai punaruskea. Vaurio on aiheutunut alla olevan pehmytkudoksen paineen ja/tai venytyksen johdosta. Syvyyttä on vaikeaa määrittää. Kipu, ihon kiinteys, pehmeys, kimmoisuuden menetys, lämpö tai viileys voivat edeltää vauriota. Tummapigmenttisiltä voi olla vaikeaa havaita syvän kudoksen vauriota ja haavapohjalla voi ilmetä ohut rakkula, edeten ohuen ruven muodostumiseen. (NPUAP ym., 2014, s. 12)

4 PAINEHAAVARISKIN ARVIOINTI

Painehaavariskin arvioinnin tarkoituksena on tunnistaa ne potilaat, jotka ensisijaisesti tarvitsevat haavan syntymistä ehkäiseviä toimenpiteitä (Koivunen, Luotola, Hautaoja, Laine & Asikainen, 2014, s. 15). Painehaavoja syntyy ensisijaisesti vuodepotilaille, jotka eivät itse pääse liikkumaan vuoteessa ja joutuvat olemaan pitkiä aikoja paikallaan (Lumio, 2018). On todettu, että yli kolme päivää kestävä teho-osastojakso ja matala hemoglobiini taso (alle 100 g/l) ovat merkittäviä riskitekijöitä painehaavojen kehittymiselle (Ahtiala, Soppi & Tallgren, 2018, s. 41). Erityisen suuressa riskissä ovat iäkkäät, selkäydinvauriopotilaat ja muita vaikeita sairauksia sairastavat potilaat (Lumio, 2018). Muita painehaavalle altistavia riskitekijöitä ovat potilaan alhainen happisaturaatio sekä korkeat veren laktaatti ja kreatiniini arvot (Alderden, Zhao, Zhang, Thomas, Butcher, Zhang & Cummins, 2018,

s. 475–476). Joka kymmenellä pitkäaikaispotilaalla on painehaava (Lumio, 2018). Painehaava aiheuttaa potilaalla aina kipua, heikentää toimintakykyä ja huonontaa elämänlaatua. Pidemmälle edetessä painehaavaan voi kehittyä infektio ja hoitamattomana sepsis eli mikrobien aiheuttama yleisinfektio. Painehaavan syntyä ennustaa kivun tunteminen paineelle altistuneessa kehon osassa. (Hotus, 2015, s. 3, 7)

Painehaavariskin arviointi tulee tehdä heti potilaan saavuttua hoitoon, mutta viimeistään kahdeksan tunnin kuluessa (Soppi, 2016; Hotus, 2015, s. 5; NPUAP ym., 2014, s. 13). Riskin arvioinnin tulee olla säännöllistä ja uusia aina, kun muutoksia potilaan tilassa tapahtuu (Hietanen, 2017; Soppi, 2016; NPUAP ym., 2014, s. 13). Painehaava tulee arvioida uudelleen vähintään kerran viikossa (NPUAP ym., 2014, s. 36). Potilaskertomukseen tulee kirjata arvion ajankohta ja tulos (Soppi, 2016). Painehaavariskin arvioilla pyritään tunnistamaan painehaavariskissä olevat potilaat, jolloin voidaan suunnitella ja aloittaa ehkäisytoimenpiteet painehaavan syntymiselle. Painehaavariskin arviointi vähentää potilaan ja terveyspalveluiden kuormitusta. (NPUAP ym., 2014, s. 13)

Painehaavan riskinarviointiin käytetään jäsenneltyä lähestymistapaa, joka sisältää aktiivisuuden ja liikuntakyvyn sekä ihon kunnon arvioinnin. Vuoteessa ja tuolissa olevilla sekä liikkumisen rajoittuneilla potilailla huomioidaan painehaavariskin kehittyminen. Riskitekijöiden arvioinnissa huomioidaan myös painehaavan paheneminen ja uusien painehaavojen kehittyminen. Verenkierrolla ja happeutumisella, huonolla ravitsemustilalla ja ihon kosteuden lisääntymisellä on vaikutusta painehaavan kehittymiseen. Painehaavariskiä lisääviä tekijöitä ovat myös kehon lämpötilan nouseminen, korkea ikä, tuntoaistin heikkeneminen, verenkierrolliset muutokset sekä yleinen terveydentila. (NPUAP ym., 2014, s. 14)

4.1 **Painehaavariskin arvioinnin mittarit**

Painehaavariskin arviointiin on kehitetty mittareita, joiden avulla voidaan pisteyttää tekijöitä tai potilaan ominaisuuksia, joita pidetään merkittävinä painehaavan kehittymiselle. Mittarien avulla saadaan kohdennettua ehkäisytoimenpiteet optimaalisesti ja niiden avulla saadaan kartoitettua riskiluokkiin kuuluvien potilaiden määrää osastoilla. (Ahtiala, Kinnunen, Aaltonen & Roine, 2017, s. 2615; Koivunen ym., 2014, s. 15) Käyttöönotetun riskinarviointimittarin tulee olla luotettava ja sen valintaan vaikuttaa soveltuvuus kyseiselle potilasryhmälle (NPUAP ym., 2014, s. 14). Tunnetuimpia mittareita ovat Nortonin, Waterlow'n, Bradenin ja erityisesti tehohoitopotilaiden painehaavariskin arviointiin on kehitetty oma Jackson-Cubbin riskimittari. (Ahtiala ym., 2017, s. 2615; Koivunen ym., 2014, s. 15)

Suomalaisen Esa Sopin kehittämä SRS -mittari on uusi ja helppokäyttöinen työkalu painehaavariskin arviointiin. SRS -mittari huomioi potilaan painoindeksin, vartalonmallin, fyysisen aktiivisuuden ja liikkuvuuden, tajun-

nan tason ja tuntoaistin sekä ruumiinlämmön. Pisteytys on vähäisestä riskistä suureen riskiin asteikossa 6—24. Osana mittarin validointiohjelmaa, sitä on verrattu Braden -mittariin ja näyttää siltä, että SRS -mittarin avulla havaitaan etenkin matalan ja keskivaiheen painehaavariskissä olevat potilaat paremmin. Mittari on kuitenkin vielä vain tutkimuskäytössä. (Soppi, Iivanainen & Korhonen, 2012, s. 611)

Kansainvälisessä painehaavan ennaltaehkäisyn suosituksessa mainitaan, että aikuispotilaiden palliatiivisessa hoidossa voidaan painehaavariskin kartoittamisen apuna käyttää Marie Curie Centre Hunters Hill Risk Assessment Tool -arviointimenetelmää. Menetelmästä on kuitenkin vain niukasti tutkimusnäyttöä ja kyseistä arviointimenetelmää ei ole viime vuosina tutkittu. (NPUAP ym., 2014, s. 63)

Edellä mainituista Braden -mittari on yleisimmin käytössä oleva, laajan soveltuvuuden vuoksi. Se soveltuu aikuispotilaiden painehaavariskin arviointiin erikoissairaanhoidosta kotihoitoon. (Ahtiala ym., 2017, s. 2615) Braden -mittarin asteikko koostuu kuudesta eri osatekijästä, joita ovat tuntoaisti, kosketus, aktiivisuus, liikkuvuus, ravitsemus sekä kitka ja kudosten venyminen. Jokainen osatekijä pisteytetään asteikolla yhdestä neljään, paitsi kitka pisteytetään asteikolla yhdestä kolmeen. Lopullinen pistemäärä voi olla 6—23 välillä. Mitä pienemmät ovat riskipisteet, sen suurempi on painehaavariski. (Juutilainen & Hietanen, 2012, s. 313)

Potilaan painehaavariskiä arvioidessa pelkästään riskinarviointimittariin ei voida luottaa. Riskinarviointimittarin lisäksi tulee lisätekijöitä, kuten verenkiertoa, ihon kuntoa ja muita asiaan kuuluvia tekijöitä tarkastella osana riskinarviointia. (NPUAP ym., 2014, s. 14) Riskinarviointimittarin lisäksi tarvitaan terveydenhuollon ammattilaisen tekemää kliinistä arviointia potilaasta, riittävää kirjaamista ja raportointia. Luotettava ja yhdenmukainen painehaavariskin arviointi edellyttää myös hoitohenkilökunnan kouluttamista riskimittarin käyttämiseen ja riskimittarin järjestelmällistä harjoittelua. (Ahtiala ym., 2017, s. 2615; Koivunen ym., 2014, s. 15)

Varhaisten kudosvaurioiden havaitsemiseen on kehitelty SEM (Sub-Epidermal Moisture) -skanneri, joka mittaa kosteustasapainoa ihonalaiskudoksissa. SEM-skanneri on monissa tutkimuksissa todettu toimivaksi havaitsemaan paineesta johtuvan solukuoleman aiheuttamia kudosvaurioita, jo ennen kuin ensimmäisen asteen painehaava on silmillä nähtävissä. Solukuolemien tapahtuessa kudosten nestepitoisuus nousee, joka aiheuttaa tulehdusreaktion, joka näkyy päivien päästä iholla ensimmäisen asteen painehaavana. Skannerin avulla pystytään havaitsemaan ensimmäisen asteen painehaavan kehittyminen noin viikkoa ennen sen näkymistä iholla. (Gefen, 2018, s. 34–35)

4.2 **Painehaavariskipotilaan ihon kunnon arviointi**

Painehaavan riskinarvioinnissa korostuvat ihon ja kudosten arviointi. (NPUAP ym., 2014, s. 15). Ihon ja kudosten kuntoa tulee arvioida päivittäin potilailla, joilla on riski painehaavaan. Etenkin iäkkäillä potilailla tulee huomioida hauraan ihon venytyksen ja paineen aiheuttamien vaurioiden estäminen. Ihon kunnon arvioinnissa tarkastellaan ihon punoitusta, lämpötilaa, turvotusta ja kudoksen kiinteyttä suhteessa ympäröivään ihoon ja kudokseen sekä kipuaistimusta. (Hotus, 2015, s. 7–24) Ihon punoitusta tutkiessa selvitetään punoituksen syy ja laajuus. Ihon vaalenevuuden tai vaalenemattomuuden arviointiin käytetään sormi- tai levymenetelmää. Sormimenetelmässä punoitusaluetta painetaan kolmen sekunnin ajan, jonka jälkeen arvioidaan ihoalueen vaalenemista. Levymenetelmässä punoitusaluetta painetaan läpinäkyvällä levyllä ja vaalenemista arvioidaan levyn lävitse. Tummapigmenttisessä ihossa korostuvat ihon lämpötila, turvotus ja kudoksen kiinteyden muutokset. (NPUAP ym., 2014, s. 15)

Painehaavoista tulee osata erottaa muut ihovauriot, kuten inkontinenssiin eli virtsan tai ulosteen pidätyskyvyttömyyteen liittyvä dermatiitti eli ihotulehdus ja ihon repeämät (Yates, 2018, s. 1100, Hotus, 2015, s. 24). Potilaalla, jolla on painehaavariski ja inkontinenssi tulee jokaisella ihon puhdistuskerralla arvioida ihon kunto, sillä ihon altistuminen liialliselle kosteudelle edistää painehaavan kehittymistä. Erityisesti huomiota tulee kiinnittää iäkkäiden ja tehohoidossa olevien potilaiden ihon arvioon. Potilaalla, jolla on käytössä ihon kanssa kosketuksissa lääkinnällinen laite, tulee ihoa tarkistaa vähintään kaksi kertaa päivässä. (Hotus, 2015, s. 7) Potilaan taipumus elimistön nesteen jakautumisen muutoksille tai hypoproteinemia eli veren proteiinien niukkuus voivat aiheuttaa paikallisen tai yleistyneen turvotuksen, jonka seurauksena lääkinnällinen laite alkaa painamaan ihoa, joka johtaa painehaavan kehittymiseen (NPUAP ym., 2014, s. 16).

Ihon kunnon arviointiin, etenkin perianaali- ja sakraalialueella on kehitetty Incontinence-Associated Dermatitis and its Severity -mittari (IADS). Mittarin avulla inkontinenssista aiheutuvat ihon vauriot voidaan havaita riittävän ajoissa ja suunnitelmallinen ihon hoito aloittaa tarpeeksi ajoissa. Hyvällä ihon hoidolla voidaan ehkäistä painehaavan kehittymistä. (Park & Kim, 2014)

Ihon tulee olla puhdas ja kosteustasapainon optimaalinen, sillä liiallinen kosteus altistaa vaurioille, jotka syntyvät paineesta, hankauksesta, hieronnasta ja kitkasta (Hotus, 2015, s. 8–9). Ihonpuhdistusaineena tulee käyttää pH-tasapainotettua ainetta ja ihoa on suojattava voimakkaalta kosteudelta käyttäen ihoa suojaavaa tuotetta. Kosteudesta aiheutunut ihovaurio ei ole painehaava, mutta se voi lisätä painehaavan riskiä. Ihoalueen hieronta ja hankaus voivat aiheuttaa kipua, lieviä kudosvaurioita ja tulehdusreaktioita, etenkin haurasihoisilla iäkkäillä ihmisillä. (NPUAP ym., 2014, s. 16–17)

Painehaavan kehittymistä voidaan vähentää inkontinenssin hoidolla ja hallinnalla sekä makuu- ja istuinalustojen materiaalien valinnalla. Materiaalien valinnassa tulee huomioida ihon kosteuden ja lämmön haihtuminen, sillä lämpö kiihdyttää aineenvaihduntaa, aiheuttaa hikoilua ja vähentää kudoksen paineensietokykyä. Vuodevaatemateriaaleiksi ensisijaisesti soveltuvat silkkiä muistuttavat kankaat. Iholle ei saa laittaa suoraan lämmittimiä, kuten lämpötyynyjä tai vuoteen lämmittimiä. (Hotus, 2015, s. 8–9)

Painehaavalle alttiina olevilla kehon alueilla voidaan käyttää haavasidoksia suojaamaan ihoa. Haavasidosta valittaessa tulee huomioida sidoksen vaikutus ihon kosteuteen ja lämpötilaan, laittopaikan sijainti, sidoksen koko, laittamisen ja poistamisen helppous sekä säännöllinen arviointi. Sidosta tulee arvioida vähintään päivittäin ja jokaisen vaihdon yhteydessä. Sidoksen vaurioituessa, irrotessa, löystyessä tai kostuessa voimakkaasti, tulee se vaihtaa. Sidoksesta huolimatta ihoa tulee arvioida perusteellisesti ja säännöllisesti. (Hotus, 2015, s. 9) Polyuretaanivaahtosidoksilla voidaan ehkäistä painehaavojen syntyä hankaukselle ja venytykselle alttiina olevilla alueilla, kuten luisten ulokkeiden päällä. Sidoksen rakenne usein mahdollistaa ihon säännöllisen arvioinnin, sillä sidoksen pehmeä silikonireuna on kohotettavissa ihoa tarkistettaessa aiheuttamatta muita ihovaurioita. (NPUAP ym., 2014, s. 18)

4.3 **Ravitsemuksen merkitys painehaavojen ennaltaehkäisyssä**

Ravitsemus on tärkeässä roolissa painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Vajaaravitsemus on yksi painehaavan syntyyn vaikuttava tekijä. Oikeaoppisella ravitsemustilan arvioinnilla ja ruokavaliolla voidaan vaikuttaa painehaavojen syntyyn. (Iizaka, Okuwa, Sugama, & Sanada, 2010, s. 47–52) Ravitsemushoidon tulisi olla kiinteä osa painehaavapotilaan hoitoa. Ravitsemushoidon tarkoituksena on ehkäistä painehaavojen syntymistä ja nopeuttaa niiden paranemista. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010, s. 179)

Ravitsemus jää usein pienelle huomiolle, kun potilas joutuu sairaalan osastolle. Riittämättömästä ravitsemuksesta voi kuitenkin olla haitallisia seurauksia potilaille. (VanBlarcom & McCoy, 2018, s. 51) Ravitsemustilan arvioinnissa tulee käyttää vajaaravitsemuksen riskin arviointiin tarkoitettuja menetelmiä. Sairaaloissa on käytössä NRS 2002 (Nutritional Risk Screening), avoterveydenhuollossa MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) ja yli 65- vuotiaille käytetään MNA -menetelmää (Mini Nutritional Assessment). (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010, s. 28) Ravitsemustilan arviointia käytetään kaikilla painehaavariskissä olevilla potilailla, jos potilaan terveydentilassa tapahtuu merkittäviä muutoksia tai painehaavan paraneminen ei etene. Potilailla, joilla on painehaava, tulee hoitosuunnitelmassa olla kirjallisena yksilöllinen ravitsemushoitosuunnitelma, jota tulee noudattaa. Ravitsemusta arvioidessa huomio kiinnitetään erityisesti energiansaantiin, tahattomaan painonlaskuun, stressiin ja neu-

ropsykologisiin ongelmiin sekä niiden arviointiin. Ylipainoisilla potilailla tulee laskea BMI eli painoindeksi, konsultoida ravitsemusterapeuttia ja moniammatillisessa työryhmässä arvioida ravitsemusta sekä laatia painonhallintaohjelma. (Hotus, 2015, s. 10–23)

Painehaavariskissä olevan potilaan riittävästä energian, proteiinin sekä nesteen saannista tulee huolehtia. Haavapotilaille suositeltu energiansaanti on 30–35 kcal tavoitepainokiloa kohden ja proteiinin saanti 1–1,5 g tavoitepainokiloa kohden. Proteiinia sisältävä ravinto ylläpitää positiivista typpitasapainoa. Runsaan proteiinimäärän soveltuvuus tulee kuitenkin arvioida munuaisten toiminnan kliinisellä arviolla. (Hotus, 2015, s. 11) Nesteen tarve aikuisella normaalitilanteessa on 30–35 ml tavoitepainokiloa kohden. Nestetasapaino on tärkeä munuaisten, sydämen, verenkierron ja keuhkojen toiminnan kannalta. Lisäksi riittävä nesteen saanti on olennainen osa ruoansulatusta, ravintoaineiden imeytymistä, aineenvaihduntaa ja erittämistä sekä kehon lämmönsäätelyä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010, s. 34, 180) Nesteen saantia on lisättävä, jos potilaalla esiintyy kuivumisen merkkejä, lämmönnousua, oksentamista, hikoilemista, ripulointia tai runsaasti erittäviä haavoja. Painehaavariskissä olevaa potilasta tulee kannustaa noudattamaan tasapainoista ruokavalioita, joka sisältää vitamiineja ja kivennäisaineita. (NPUAP ym., 2014, s. 21)

Kliinisillä täydennysravintovalmisteilla voidaan tukea potilaan riittävää energian ja ravintoaineiden saantia tavanomaisen ruoan lisäksi. (Hotus, 2015, s. 11) Etenkin vajaaravittujen painehaavapotilaiden haavojen paraneminen tehostuu, kun potilaat nauttivat päivittäin arginiinillä, sinkillä ja antioksidanteilla täydennettyä täydennysravintovalmistetta. Lisäksi täydennysravintovalmisteiden oikeaoppisella käytöllä voidaan vaikuttaa hoitokustannuksiin alentavasti. (Elia, Normand, Norman & Laviano, 2016, s. 379; Cerada, Klersy, Serioli, Crepsi & D'Andrea, 2015) Letku- tai suonensisäinen ravitsemus tulee harkita potilaan hoidon tavoitteiden mukaisesti silloin, kun suun kautta saatava ravinto on riittämätöntä. (Hotus, 2015, s. 12)

4.4 **Painehaavariskipotilaan asennonmuutos**

Painehaavariskipotilaan asennon vaihtamista tulee toteuttaa hänen terveydentilansa salliessa sen. Asentoa vaihdettaessa huomioidaan potilaan aktiivisuus ja liikuntakyky sekä ihon kunto ja kudosten paineen sietokyky, joiden perusteella määritellään asennonmuutosten tiheys ja kesto. Asennon vaihtamisella vähennetään paineen kestoa ja voimakkuutta helposti vahingoittuvilla ihoalueilla sekä vaikutetaan potilaan hyvinvointiin, hygieniaan, arvokkuuteen ja toimintakykyyn. (Hotus, 2015, s. 13; NPUAP ym., 2014, s. 22) Asennonmuutoksessa tulee huomioida, ettei kehon paine kohdistu punoittavalle alueelle ja asennon vaihtamisen jälkeen kudoksiin kohdistuvan paineen tulee vähentyä tai jakaantua. Apuvälineitä tulee käyttää

potilasta siirrettäessä kitkan ja venytyksen välttämiseksi. Apuvälineet, kuten henkilönostimen nostoliina, on poistettava potilaan alta välittömästi siirron jälkeen. (NPUAP ym., 2014, s. 23)

Jos asennon vaihtaminen ei onnistu terveydentilasta johtuen, tulee käyttää painehaavoja ehkäisevää painetta jakavaa korkean riskin makuualustaa (Hotus, 2015, s. 13). Soppi ja Iivanainen (2015, s. 13–14) toteavat tutkimuksessaan, että lähes 40% painehaava tai painehaavariskissä olevalla potilaalla on vääränlainen patja käytössään. Makuualusta tulee valita yksilöllisesti ja sen sopivuus ja toimivuus arvioidaan potilaan ja hoitoympäristön mukaan. Oikealla makuualustan valinnalla ja käytöllä voidaan ehkäistä mahdolliset käytöstä aiheutuvat komplikaatiot, esimerkiksi moottoroidut makuualustat saattavat tuottaa lämpöä ja liikettä. Makuualustasta huolimatta asentohoitoa toteutetaan. Korkealuokkainen vaahtomuovipatja on tavanomaista vaahtomuovipatjaa soveltuvampi painehaavariskissä olevalle potilaalle. Dynaamista makuualustaa tulee käyttää korkean riskin potilailla, joille asentohoidot eivät ole toteutettavissa säännöllisesti. (Hotus, 2015, s. 14–16) Makuualustan kanssa käytettävien vuodevaatteiden ja suojien määrää tulee rajoittaa (NPUAP ym., 2014, s. 29).

Asentohoitoa toteutettaessa ei tule käyttää synteettisiä lampaantaljoja, pyöreitä tai donitsinmuotoisia apuvälineitä, eikä vedellä täytettyjä suojakäsineitä. Pyörätuoli ja istuinalusta sekä muut niihin liittyvät laitteet valitaan asiantuntijan toimesta sekä niissä huomioidaan asento ja paineen jakautuminen. Istuma-asennossa korostuu oikea asento ja ryhti. Oikeaa ryhtiä ja paineen jakautumista tukevat jalkatuet ja käsinojat. Painetta jakavaa istuintyynyä tulee käyttää, kun liikuntakyky on alentunut. (Hotus, 2015, s. 14–22) Istuintyynynpäällisen on oltava joustava ja hengittävä, jotta se pystyy muotoutumaan kehon ääriviivojen mukaan (NPUAP ym., 2014, s. 30). Painehaavan riskiä saattaa lisätä pitkäaikainen istuminen wc-istuimilla. Painehaavariskin vähentämiseksi suositellaan erikoisvalmisteisia tyynyjä potilaille, jotka istuvat wc-istuimilla pitkiä aikoja. (Lustig, Levy, Kopplin, Ovadia-Blechman & Gefen, 2018, s. 29)

Painehaavojen yleinen esiintymispaikka on kantapäiden alue. Kantapäiden näkyvien painevaurioiden esiintyvyys vaihtelee 7,3 prosentista 18,2 prosenttiin. Yleisyydestä huolimatta, kantapäiden painehaavat ovat huonosti ymmärrettyjä ja vaikeasti hoidettavia. Kantapäiden painehaavat aiheuttavat kipua ja heikentävät fyysistä toimintakykyä sekä niillä voi olla vaikutusta kuntoutumiseen ja komplikaatioiden esiintymiseen, kuten verenmyrkytykseen, luutulehdukseen, selluliittiin ja amputaatioihin. Kantapään takareuna on erityisen altis haavaumille sen ohuen ihon, suojaavan rasvan puutteen ja lihasten peittämättömyyden vuoksi. Tutkimusmalleissa on tunnistettu kolme tekijää, jotka altistavat kantapään paineelle, etenkin makuuasennossa. Nämä kolme altistavaa tekijää ovat raskaampi jalka, kantaluun terävyys ja ohut pehmytkudos kantaluun päällä. Kantapäiden painehaavariskin arviointiin on kehitetty menetelmä, jota kuitenkaan ei ole vahvistettu. (Rivolo & Marcadelli, 2018, s. 15–16) Suosituksena on, että

kantapäät eivät kosketa makuualustan pintaan, jolloin niihin ei kohdistu painetta. Vaahtotyynyä käytettäessä tyynyn tulisi ulottua koko pohkeen pituudelle ja polven yliojennusta tulee välttää. (NPUAP ym., 2014, s. 27) Painetta vähentävien jalkineiden on todettu olevan tehokkaampia kantapäiden painehaavojen ehkäisyssä kuin tyynyjen käyttäminen (Rivolo & Marcadelli, 2018, s. 20).

Vuodepotilaan asennonmuutos toteutuu tyynyjen avulla potilaan ollessa kallistettuna 30 asteen kulmaan oikealla tai vasemmalla kyljellä sekä potilaan voinnin salliessa selkä- ja vatsamakuulla. Vatsallaan makuulla olevalla tulee käyttää painetta jakavaa makuualustaa, joka keventää kasvojen ja kehon painekohtaa. Istuma-asennossa olevalla huomioidaan potilaan tunne istumisesta ja tasapainon säilyminen sekä minimoidaan ihoon ja pehmytkudoksiin kohdistuva paine ja venytys. (Hotus, 2015, s. 14)

Selkäydinvammautuneille tulee antaa jatkuvaa ohjausta painehaavan ehkäisystä. Akuuttihoidossa tulee konsultoida terveydenhuollon ammattihenkilöä mahdollisimman pian tilanteissa, joissa kyseessä on potilaan siirtämisen varmistaminen kovalta alustalta tai ensihoidon säädettävän tukikauluksen vaihtaminen pehmeämpään kaulukseen. Sähköstimulaation käyttäminen on mahdollista suuren painehaavariskin kudosalueilla. (Hotus, 2015, s. 21–22) Sähköstimulaation avulla saadaan aikaan ajoittaisia, ylläpitäviä lihassupistuksia, joilla vähennetään painehaavan syntyä ihon riskialueilla (NPUAP ym., 2014, s. 18).

Leikkauspotilailla tulee huomioida toimenpiteisiin liittyvät riskitekijät. Leikkauspöydällä tulee käyttää painehaavariskissä olevalla potilaalla painetta vähentävää ja jakavaa makuualustaa. Leikkauksenaikainen asento tulee olla sellainen, jossa minimoidaan painehaavan esiintyminen. Leikkauspöydällä potilaan kantapäät on hyvä olla hieman ilmassa, jos siihen on mahdollisuus. Potilaan asentoon kiinnitetään huomiota leikkausta ennen ja sen jälkeen. (Hotus, 2015, s. 18)

Tehohoidossa potilaalla käytetään painetta jakavaa makuualustaa, jos hänellä on huonontunut paikallinen ja systeeminen happeutuminen ja kudoshapetus tai asentohoitoa ei voida toteuttaa lääketieteellisistä syistä. Elintoimintojen vakaantumisen turvaamiseksi potilaan kääntäminen tehdään harkitusti asteittain tai pienissä erissä. Kantapäät kohotetaan makuualustasta ylös ja apuna voidaan käyttää vaahtotyynyä. Vatsa-asentohoito, jota käytetään kriittisesti sairailla tehohoitopotilailla, parantaa happeutumista mutta lisää painehaavan riskiä. Iho tulee tarkistaa venytysvaurioilta säännöllisesti. (Hotus, 2015, s. 19–20)

Lääkinnällisten laitteiden valinnassa tulee huomioida, etteivät ne aiheuta paineesta ja venytyksestä tai niiden yhdistelmästä johtuvia vaurioita, esimerkiksi erilaisten letkujen kiinnittäminen niin, ettei kudoksiin aiheuteta painetta. (Hotus, 2015, s. 17) Tutkimuksissa on todettu, että lääkinnällisten

laitteiden alla oleva iho tulee suojata painehaavojen ennaltaehkäisemiseksi. Painettava jakava geelipehmuste on todettu edulliseksi, kestäväksi ja helppokäyttöiseksi ehkäisemään lääkinnällisten laitteiden aiheuttamia painehaavoja. (Swan, 2018, s. 46–47) Lääkinnällisten laitteiden asennosta aiheutuvan painon tulee jakautua tasaisesti ja venytyksen tulee olla minimoitua. Lääkinnällisen laitteen päälle ei tule asettaa suoraan potilasta, jos se on vältettävissä. (Hotus, 2015, s. 17)

4.5 **Painehaavan hoitotyön kirjaaminen**

Painehaavan hoitotyön kirjaamista koskevissa tutkimuksissa on todettu puutteita erityisesti painehaavariskin arvioinnin ja painehaavan hoitotyön suunnittelun kirjaamisessa (Vowden & Vowden, 2015, s. 9). Käytössä tulee olla virallinen painehaavan riskinarviointimittari. Potilaan yksilölliseen hoitosuunnitelmaan tulee kirjata painehaavariskin arvioinnin tulokset ja ennaltaehkäisevät toimenpiteet. (Hotus, 2015, s. 26) Hoitajat kirjaavat paljon, mutta sisältöön tulisi vielä kiinnittää huomiota. Painehaavan hoitotyön kirjaaminen on olennainen osa haavahoidon prosessia. (Kinnunen 2013, s. 88)

Rakenteinen kirjaaminen parantaa potilastietojen laatua ja tietojen kirjaaminen on yhtenäisempää kuin ennen. Sähköisen potilaskertomuksen ja valtakunnallisen potilastietojärjestelmän ansiosta ajantasaista tietoa voidaan hyödyntää eri toimipaikoissa ja terveydenhuollon organisaatioissa, riippumatta organisaatiosta tai siitä, kuka tiedon on kirjannut. Rakenteisesti kirjattua tietoa voidaan hyödyntää päivittäisen potilastyön lisäksi myös laajemmin. Sen avulla voidaan tehdä sähköiset lääkemääräykset, lähetteet, hoitopalautteet, hoitoilmoitukset ja lakisääteiset rekisteri-ilmoitukset. Rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa annettujen hoito-ohjeiden liittämisen potilaskertomukseen. Organisaatiotasolla rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa raportoinnin automatisoinnin, joka mahdollistaa palveluiden ja toiminnan ohjauksen ja seurannan entistä paremmin. Samalla myös lakisääteiset seurannat helpottuvat. (THL, 2018, s. 14)

Potilaan hoidon laatu paranee, kun potilaan tiedot ovat aiempaa yhtenäisemmät, helpommin haettavissa ja löydettävissä. Kun kirjaaminen ohjaa noudattamaan hoitoprosessia ja -suosituksia, hoidon laatu paranee. Potilasturvallisuutta lisää tiedon nopea saatavuus organisaatiosta riippumatta. Lisäksi tietojen käyttöä voidaan seurata entistä tarkemmin. Yhteiset käsitteet vähentävät tulkinnasta aiheutuvia epäselvyyksiä. Potilas pystyy seuraamaan tietojaan Omakanta -palvelusta ja sen avulla kertyvän tiedon oikeellisuutta. Tulevaisuudessa potilas pystyy itse tuottamaan terveystietojaan Omakannan omatietovarantoon ennen hoitokäyntiä. Terveydenhuollon ammattilainen hyväksyy hoitopäätöksen perusteena olevat potilaan tuottamat tiedot hoitokertomukseen. Potilaan osallistuminen sähköisen asioinnin avulla voimaannuttaa potilasta ja sitouttaa häntä paremmin hoi-

toon. Lisäksi osallistuminen voi parantaa hoitoprosessin joustavuutta potilaan näkökulmasta ja välillisesti lisätä terveydenhuollon tuottavuutta. (THL, 2018, s. 15)

Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hoidon järjestäminen, suunnittelu, toteuttaminen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja riittävän laajat tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä, niissä tulee käyttää yleisesti tunnettuja ja hyväksyttyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Palvelutapahtumaa koskevissa tiedoissa tulee käydä ilmi tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveysriski, johtopäätökset, hoidon suunnittelut, toteutus ja seuranta, sairauden kulku ja loppulausunto. Potilasasiakirjamerkinnöistä tulee käydä ilmi perustelut taudinmääritykselle, valituille hoidoille ja hoitoratkaisuille. Hoitoon osallistuneen tulee tarvittaessa osata selvittää ja merkinnöistä tulee käydä ilmi, miten hoitoa on toteutettu, onko hoidon aikana tapahtunut jotain erityistä ja millaista hoitoa koskevia ratkaisuja on tehty. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009)

Suomessa käytetään hoitotyön prosessin kirjaamiseen Finnish Care Classification eli FinCC -luokituskokonaisuutta. FinCC -luokitus muodostuu suomalaisen hoidon tarveluokituksesta (SHTaL), suomalaisen hoitotyön toimintaluokituksesta (SHToL) ja suomalaisesta hoidon tulosluokituksesta (SHTuL). (THL, 2012, s. 9−10) Kirjaamisen kautta saadaan hoitotyö näkyväksi ja potilaan tiedot painehaavariskistä tai jo syntyneestä painehaavasta välitettyä eteenpäin. Kansanvälisten painehaavoja koskevan suosituksen mukaan organisaatioiden tulisi laatia selkeä ja yhdenmukainen kirjaamiskäytäntö. (NPUAP ym., 2014) Yhdenmukainen kirjaaminen parantaa hoidon tulosten ja vaikuttavuuden seurantaa. Kirjaamisen tulee olla rakenteista ja koodattua sekä termistön tulee tukea hoitotyön tietoja ja hoidon tuloksia. (Hotus, 2015, s. 26)

Turun yliopistollisen keskussairaalan aikuisten teho-osastolla toteutetussa tutkimuksessa painehaavan kirjaaminen on kehittynyt vuodesta 2010 vuoteen 2012. Kehitettävää on vielä painehaavan sijainnin ja syvyysluokan kirjaamisessa. Tietojärjestelmän rakenteeseen ei saada muutosta, mutta yksinkertaisempia kirjaamiskäytänteitä voidaan kehittää ja koulutusta suositellaan käytänteiden toteuttamisen tueksi. (Ahtiala, 2014)

Painehaavariskin arvioinnissa tulisi ottaa huomioon moniammatillisen hoitotiimin kirjaukset potilaasta. Painehaavariskin arviointia ja ennaltaehkäisyä pidetään yleisesti laadun ja potilasturvallisuuden mittarina. (Vowden & Vowden, 2015, s. 9) Kirjaamisessa huomioidaan asentohoidon toteutuminen, potilaan toiveet ja lääketieteelliset tarpeet (Hotus, 2015, s. 25). Haittatapahtumailmoitus (HaiPro) tehdään painehaavan syntymisestä. Suomessa vuosina 2007-2014 on potilasvahinkokeskukselle tehty 30–50 potilasvahinkoilmoitusta, jotka koskevat painehaavoja. Näistä ilmoituksista joka neljäs on johtanut korvauksiin. (Hotus, n.d.)

4.6 **Painehaavapotilaiden ja heidän omaistensa ohjaus**

Potilaiden ja omaisten ohjaaminen on tärkeässä asemassa sairaanhoitajan toteuttamassa painehaavojen ennaltaehkäisyssä, koska hoidon jaksot sairaaloissa ovat usein lyhyitä. Hoidon jatkuvuuden näkökulmasta myös potilaiden ja omaisten tulee olla selvillä mahdollisista riskeistä ja painehaavan ehkäisyyn liittyvistä asioista. (Koivunen ym., 2014, s. 15) Potilaan sitoutuminen terveydenhoitoon ja oikeus olla osallisena hoitoprosessissa ovat tärkeitä terveydenhuollon toteuttamisessa (Patton, Moore, O´Connor, Shanley, De Oliveira, Vitoriano, Walsh & Nugent, 2018, s. 23–26). Hoitoon sitoutuminen parantaa muun muassa elämänlaatua, tietoa omasta sairaudesta ja lisää henkilökohtaisia voimavaroja. Potilaiden hoitoon sitoutumista voidaan parantaa laadukkaalla ohjauksella. Ohjausmuotona voi olla yksilö- tai ryhmänohjaus ja teknologian hyödyntämistä suositellaan. (Kurikka, Kääriäinen, Kyngäs & Elo, 2015, s. 14)

Terveydenhuollon palveluissa potilaan osallistuminen riskinarviointiin ja ehkäisyyn on tähän asti ollut rajoitettua. Potilaiden sitouduttua omaan terveydenhoitoon, vaikutuksia on saatu potilaiden paremmista kokemuksista, lisääntyneestä tyytyväisyydestä ja kliinisistä tuloksista sekä taloudellisista hyödyistä. Potilaita tulee tukea omissa kodeissaan asumiseen niin pitkään kuin on mahdollista ja osallistumaan omaan terveydenhoitoonsa. (Patton ym., 2018, s. 23–26)

Teknologiaa voidaan hyödyntää painehaavan ehkäisemisessä riskiryhmään kuuluvilla ihmisillä varhaisessa vaiheessa, joilla sairaalahoito ei ole vielä aiheellinen. Teknologian avuin voidaan tunnistaa varhaisia vaurioita, jolloin sopiva itsehoito voidaan aloittaa välittömästi. Eurooppa 2020 –digitaalistrategian menetelmin parannetaan painehaavojen kehittymisen riskiä ja biomarkkerien tunnistamista, joka edellyttää älykkäämpien järjestelmäperusteisien lähestymistapojen kehittämistä. Teknologian avuin korostuu biomarkkerien tunnistamisen merkitys, sillä painehaava muodostuu syvempien kudosten kerroksissa, jonka jälkeen painehaava ilmenee ihon muutoksina. Tässä vaiheessa on myöhäistä ehkäistä syvempien kudoskerrosten vaurioita. Teknologian optimaalisen hyödyntämisen edellytyksenä on potilaiden ohjaaminen sähköisen terveydenhuollon tekniikasta koulutuksien ja harjoittelemisen keinoin. Tekniikan toimivuuden on oltava potilaille ja hoitajille helppokäyttöinen. Teknologia vähentää perheisiin kohdistuvia rasitteita ja pienentää palvelujen rasitteita. (Patton ym., 2018, s. 23–26)

Lipponen (2014, s. 72–73) tutkimuksessa ilmenee, että hoitohenkilöstön tiedot ja taidot potilasohjauksesta ovat pääosin hyvää tasoa ja asenteet ovat myönteisiä potilasohjausta kohtaan. Kirurgisen hoitohenkilöstön kehittämiskohteita ovat tietojen vahvistaminen potilaiden toipumisajasta, hoitovaihtoehdoista, kuntoutusvaihtoehdoista ja sosiaalietuuksista. Potilaita tulisi myös enemmän ohjata käyttämään vertaistukea ja omaisten oh-

jaaminen tulisi huomioida. Perusterveydenhuollossa kehittämisen kohteiksi on ilmennyt tietojen vahvistaminen potilaan hoidon jälkeisestä voinnista. Tiedollista tukea, perehdyttämistä ja erikoisalakohtaista koulutusta sekä kannustusta tarvitsevat erityisesti nuoret ja työuran aloittaneet työntekijät vahvan ammatti-identiteetin rakentumiseksi. Ohjausmenetelmien monipuolisempaa käyttöönottoa ja potilaskohtaisien menetelmien valintoihin tulee kiinnittää enemmän huomiota. Lisäkoulutustarpeita ilmenee audiovisuaalisen ohjauksen käyttöön. Potilasohjauksen työympäristöä, työmenetelmiä ja perehdytystä on kehitettävä niin, että siihen tarvittavat tilat, välineistö ja aika ovat riittävät. Organisaation ja yksilöiden kannalta potilasohjauksen kehittäminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä tuottaa myönteisiä tuloksia. Kehittämistyön onnistumisessa merkittävä osuus on johtamisella ja esimiestoiminnalla. Kehittämistyöhön osallistuminen vaatii motivaatiota, sitoutumista, yhteistyökykyä, avoimuutta, keskinäistä arvostamista ja vastavuoroisuutta. Kehittämistyö lisää ammatillista kehittymistä, parantaa yksilöllistä ja kollektiivista osaamista sekä vahvistaa hoitotyön asiantuntijuutta. Itseohjautuva tiimityön mahdollistaa osallistujien tietotaidon hyödyntämisen ja innovatiivisen toiminnan. Hoitotyön käytäntöjen kehittämiseen voidaan suositella hyvin suunniteltua ja toteutettua verkostokehittämistä.

Potilasohjauksessa näyttöön perustuvan tiedon käyttämisellä on myönteinen merkitys. Potilasohjauskoulutuksissa tulee vahvistaa tiedonhakutaitoja ja erilaisia tiedonlähteitä potilasohjausosaamisen kehittämiseksi. Hoitohenkilökunnan tulee saada ohjausta erilaisten tietokantojen käyttöön ja aikaa tiedon hakemiseen. Potilasohjauksen osa-alueet toteutuvat sitä paremmin, mitä enemmän hoitohenkilökunta käyttää aikaa potilasohjaukseen. Potilasohjauksen perustana on lainsäädäntö, hoitohenkilökunnan etiikka ja ammattitaito sekä koulutuksellinen vastuu työnantajan ja työntekijän näkökulmasta. Potilasohjausosaamisen osa-alueista heikoimmaksi on arvioitu kirjaaminen. Potilasohjauskoulutuksessa tulisi kiinnittää huomioita kirjaamisen kehittämiseen ja etenkin potilasohjauksen arvioinnin kirjaamiseen. (Tervo-Heikkinen, Huurre, Saaranen & Turunen, 2018, s. 179–189)

Hoitotyöntekijöiden myönteistä kehittymistä ohjaustaitojen ja ohjauksen laajenemisen osalta on havaittu vuodesta 2001 vuoteen 2010. Tarkasteltuna ajanjaksona heikentymistä on esiintynyt potilaiden ohjaustarpeen arvioinnissa, ohjauksellisten tavoitteiden asettamisessa, ohjauksen tuloksellisuuden arvioinnissa sekä ohjausmenetelmien monipuolisessa hyödyntämisessä. Kehittämiskohteiksi ilmenee potilasohjauksen käytännön toiminnan edistäminen. Ohjaustoimintoja kehittämällä voidaan vastata potilaan tiedollisiin tarpeisiin ja potilasta tuetaan aktiiviseen osallistumiseen. (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi, 2014, s. 63, 71)

5 HOITOHENKILÖKUNNAN OSAAMINEN PAINEHAAVOJEN TUNNISTAMISESSA

Hoitajien tiedot painehaavojen ennaltaehkäisystä ja hoidosta ovat merkittävässä roolissa painehaavojen optimaalisessa hoitotyössä. Hoitajilla on tietoa painehaavojen ennaltaehkäisystä, riskien arvioinnista ja hoidosta, mutta tiedot ovat puutteellisia. Oikein kohdennetulla koulutuksella saadaan hoitajien tietoja täydennettyä ja sitä kautta painehaavojen hoitoa paremmaksi. (Gul, Andsoy, Ozkaya & Zeydan, 2017)

Hoitohenkilökunnan asenne ja osaaminen tulee arvioida, jonka perusteella koulutusta tulee toteuttaa (Hotus, 2015, s. 27). Hoitohenkilökunnan kokemus painehaavojen hoitamisesta vaihtelee. Hoitoon ja ehkäisyyn liittyvä osaaminen on kuitenkin kohtuullisen hyvällä tasolla. Painehaavojen ennaltaehkäisyn näkökulmasta koulutustarpeiksi ilmenee painehaavariskin arviointi, potilaan psyykkisen tilan merkitys ja painehaavojen ehkäisyssä käytettävissä olevat apuvälineet. (Koivunen ym., 2014, s. 14–20)

Osaamisen arvioinnin mittareita tulee käyttää arvioidessa hoitohenkilökunnan tietoja ja asenteita painehaavan ehkäisyyn. Kansainvälisiä luotettavia mittareita henkilöstön tiedon arviointiin ovat "Pieper-Zulkowski Pressure Ulcer Knowledge Test" (PZ-PUKT) ja henkilöstön asennetta arvioiva mittari " Attitude towards Pressure Ulcer Prevention" (APuP). Näyttöön perustuva ja arvioinnilla todettu osaamistarpeen mukainen koulutussuunnitelma painehaavan ehkäisyyn tulee olla organisaation käytössä. Henkilöstön ja organisaation osaamistarpeen mukaisesti koulutusta tulee toteuttaa säännöllisesti. (Hotus, 2015, s. 25–27) Koulutusmenetelmästä riippumatta, opitut asiat alkavat unohtua kolmen kuukauden kuluttua. Suosituksena on neljännesvuosittain tapahtuva koulutus tiedon ylläpitämiseksi. Luento- ja tietokonepohjainen opetus soveltuvat yhtäläisesti painehaavan ennaltaehkäisyn tiedon hankintaan ja säilyttämiseen. (Cox, Roche & Van Wynen, 2011)

Painehaavojen järjestelmällisen toimintamallin käyttöönotto tulisi suunnitella huolella ja siihen pitäisi liittää näyttöön perustuvia koulutusinterventioita. Painehaavojen ennaltaehkäisyyn liittyvää keskustelua on tärkeää pitää yllä ja tasaisin väliajoin järjestää tietoiskuja hoitohenkilökunnalle aiheeseen liittyen. Myös uusien työntekijöiden perehdytyksessä tulisi huomioida painehaavojen ennaltaehkäisyn toimenpiteet ja hoitokäytännöt. (Koivunen, Luotola, Hjerppe, Kauko & Asikainen, 2017, s. 62)

6 OPPAAN MERKITYS HOITOTYÖN KEHITTÄMISESSÄ

Opasta laadittaessa tulee huomioida, mitä sillä halutaan viestittää kohderyhmälle. Luettavuuteen vaikuttavat tuotteen koko, tekstikoko ja typografian valinta sekä paperin laatu. Tavoitteena on tuottaa yksilöllinen ja persoonallinen tuotos, joka eroaa muista aiemmin tuotetuista oppaista. Ensisijaisina kriteereinä ovat tuotteen muoto, käytettävyys kohderyhmässä ja ympäristössä, asiasisällön sopivuus, tuotteen houkuttelevuus, informatiivisuus, selkeys ja johdonmukaisuus. Lähdekritiikki korostuu ohjeistusten, oppaiden, käsikirjojen ja tietopakettien kohdalla. (Vilkka & Airaksinen, 2003, s. 52–53)

Opas kertoo, kuvaa ja näyttää. Kun oppaat kuvaavat toimintatapaa, tarvitaan niihin neuvova ja opastava tyyli. Yleensä opas sisältää valokuvia, piirroksia tai infograafeja. Opas on hyvä kirjoittaa kuva lähtökohtana sen sijaan, että ajattelisi kuvan vahvistavan tekstiä. Oppaan lukija kiinnittää huomiota ensin kuviin ja vasta sitten pysähtyy lukemaan tekstiä. Oppaan viesti muodostuu lukijalle kokonaisuudesta. (Torppa, 2014, s. 83−84)

Oppaan on tarkoitus myydä asiaansa. Myyvyys tarkoittaa, että asia on tehty kiinnostavaksi ja asian hyöty konkretisoituu lukijalle. Oppaassa toimii hyvin selkeä yleiskieli ja siinä voi käyttää tarinoita ja esimerkkejä. (Torppa, 2014, s. 84) Lukijan tulisi hahmottaa opasta lukiessaan mitä hänen täytyy tehdä. Usein selkein tapa ohjeiden antamiseen on käyttää käskymuotoa. Ohjeista tulee selvitä, miksi käskymuodossa ilmaistua asiaa on syytä noudattaa. Käskymuoto ei vaikuta määräilevältä, kun se on selvästi oman edun ja tavoitteiden mukaista. (Kotimaisten kielten keskus, n.d.)

Oppaan rakenne kannattaa pitää yksinkertaisena ja käyttää vain muutamaa eri kirjoitustyyliä. Oppaasta saadaan selkeä, kun faktat tiivistetään laatikkoon ja vierellä kulkee käytännön esimerkit sekä kuvaileva teksti. (Torppa, 2014, s. 84) On tärkeää muistaa, kenelle opasta laaditaan ja miettiä sitä tulevan lukijan näkökulmasta. Tarvittaessa avataan erikoissanastoa ja selitetään termit ja käytetyt lyhenteet. Ohjeissa käytetään täsmällisiä ja täydellisiä päiväyksiä, kuten esimerkiksi 8.11.2018. Lisäksi kannattaa miettiä, tarvitseeko ohjeeseen liittää yhteystietoja. (Kotimaisten kielten keskus, n.d.)

Nykyään painetut esitteet siirretään lähes aina verkkoon PDF-muotoon tai ne ovat lähtökohtaisesti sähköisessä muodossa. Opasta laatiessa on hyvä miettiä, kumpi on ensisijainen julkaisumuoto. Verkossa opasta selataan usein tablettitietokoneella, tietokoneella tai mobiililaitteella. Toisaalta lukija voi haluta tulostaa oppaan. (Torppa, 2014, s. 84) Sähköisen oppaan käyttö saattaa tuoda säästöjä, sillä sen läpikäyminen voi tapahtua yksilöllisesti ajasta ja paikasta riippumatta. Sähköinen opas ei kuitenkaan voi kokonaan korvata asiantuntijan kanssa käytävää keskustelua. (Koivunen ym., 2017, s. 60)

7 OPINNÄYTETYÖN SISÄLTÖ

Tämän opinnäytetyön sisältö pohjautuu HAMK:n yhtenäisiin opinnäytetyön toimintaohjeisiin. Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat työelämälähtöisiä tutkimus- ja kehittämistehtäviä. Opinnäytetyön tekeminen kehittää opiskelijan ammatillista osaamista ja edistää työllistymistä. (Hämeen ammattikorkeakoulu, 2018, s. 1)

7.1 Tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia opas painehaavojen ennaltaehkäisystä toimeksiantajalle. Tavoitteena on edistää painehaavariskissä olevien potilaiden mahdollisimman varhaista tunnistamista ja estää painehaavojen syntyminen. Tavoitteena oli opinnäytetyön tekijöiden ammatillinen kasvu ja opittujen asioiden soveltaminen opinnäytetyönprosessin aikana. Opinnäytetyön aihe haluttiin rajata selkeästi, jonka johdosta aiheen rajaus tehtiin painehaavojen tunnistamiseen.

7.2 Toteutustapa

Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistetään ammatillista teoreettista tietoa ammatilliseen käytäntöön. Alan teorioiden ja käsitteiden avulla pohditaan käytännön ratkaisuja ja kehitetään oman alan ammattikulttuuria. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön sisältyy konkreettinen tuotos, kuten painotuote, tapahtuma tai näyttely. Tavoitellut päämäärät tunnistetaan viestinnän ja visuaalisuuden avuin kokonaiskuvasta. Toteutustavaksi valitaan sellainen, joka palvelee kohderyhmää parhaiten. Toiminnallisen opinnäytetyön toteutustavan laajuuden ja monitasoisuuden vuoksi se tehdään usein parityönä. Idean tai tuotteen toteutustapaan, esimerkiksi oppaan toteutukseen voi kuulua tutkimuksellinen selvitys. Tutkimuksellisia menetelmiä ei ole välttämätöntä käyttää, sillä työn laajuus voi kasvaa kohtuuttomaksi opinnäytetyön opintopisteiden määrää kohden. Toteutustapa muodostuu omista resursseista, toimeksiantajan toiveista, kohderyhmän tarpeista ja oppilaitoksen vaatimuksista. Määrällisen tutkimusmenetelmän keinoja tulee käyttää, kun tarvitaan mitattavaa ja tilastollisesti ilmoitettavaa numeraalista tietoa. Laadullisen tutkimusmenetelmän keinoja käytetään, kun tavoitellaan kokonaisvaltaista ymmärrystä uskomusten, halujen, ihanteiden ja käsityksien vaikutuksesta ihmisten toimintaan. (Vilkka & Airaksinen, 2003, s. 40, 51–58) Toiminnallisen opinnäytetyön viitekehyksessä tutkimusviestinnän vaatimuksia ovat lähteiden käyttö ja merkintä, tietoperustan käsitteet ja termit, väitteiden, valintojen ja ratkaisuiden perusteleminen, asiatyylinen teksti, täsmällinen sanavalinta sekä aika- ja persoonamuotojen johdonmukaisuus (Vilkka & Airaksinen, 2003, s. 66).

Tämän opinnäytetyön toteuttamistapa oli toiminnallinen. Toiminnallisuus opinnäytetyössä oli oppaan laatiminen. Oppaaseen tarvittava teoriatieto

pohjautuu ajankohtaisiin hoitotyön suosituksiin ja tutkimuksiin, jonka vuoksi tutkimuksellisia menetelmiä ei tässä opinnäytetyössä käytetty. Oppaan avulla saadaan ajankohtaisinta tietoa tiivistetyssä muodossa hoitohenkilökunnan käyttöön. Toimeksiantajan toiveesta opas tehtiin painotuotteena ja sähköisessä muodossa. Valmis opinnäytetyö tallennettiin Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry:n tuottamaan verkkopalvelu Theseukseen. Opinnäytetyön liitteisiin ei lisätty opasta, vaan opas toimitettiin ainoastaan tilaajalle.

7.3 **Oppaan toteutustapa**

Opas toteutettiin Piktochart verkkopalvelussa. Piktochart on infograafien, esitysten, raporttien, esitteiden ja posterien laadintaan kehitetty palvelu. Palvelu on ilmainen ja käyttöönotto edellyttää kirjautumista. Palvelussa on mahdollista ostaa lisäominaisuuksia. Piktochartilla laaditut tiedostot voi tallentaa verkkopalveluun tai ladata käytössä olevalle laitteelle. Verkkopalvelussa on valmiita esityspohjia. Esityspohjia voi muokata tai suunnitella itse alusta alkaen. Palvelun valokuvissa on vapaat käyttöoikeudet ja kuvia saa muokata ja kopioida esityksiin. Opas laadittiin verkkopalvelussa ja ladattiin tietokoneelle PDF-muotoisena. PDF eli Portable Document Format on luotettava tiedostomuoto. Se on riippumaton käyttöjärjestelmistä, ohjelmistoista ja laitteistoista. (Adobe, 2019) PDF -muotoinen opas ei edellytä tilaajaa verkkopalvelun käyttöön.

Toimeksiantajaorganisaatiosta varmistettiin, että PDF -muotoiset tiedostot toimivat Forssan seudun kuntayhtymän laitteilla. Lopullinen opas voidaan ladata heidän palvelimelleen, jolloin se on koko organisaation luettavissa. Oppaan toteutuksessa huomioitiin sen soveltuvuus painotuotteeksi. Opas on koostettu opinnäytetyön teoriapohjasta. PDF -muodosta johtuen tilaaja ei pysty päivittämään oppaan sisältöä jatkossa.

Ensimmäinen versio oppaasta toimitettiin tilaajalle 15. helmikuuta painotuotteena ja 17. helmikuuta sähköpostin välityksellä. Oppaan liitteenä toimitettiin saatekirje, jossa pyydettiin tilaajalta palautetta oppaasta kohdennettujen kysymysten avuin (Liite 1. Saatekirje). Tilaajalla oli kolme viikkoa aikaa tutustua oppaaseen ja antaa siitä palautetta. Palaute oli positiivista. Oppaan ulkoasua kuvattiin huolitelluksi ja hyvin muotoilluksi sekä tekstiä sujuvaksi. Kehittämisehdotuksena oli sanan sairaanhoitaja korvaaminen hoitajaksi ja isi- päätteiden poistaminen tekstistä. Tilaaja toivoi Braden -mittarista enemmän tietoa oppaaseen. Opas vastasi tilaajan odotuksia erinomaisesti. Opinnäytetyön opponenteilta saadun palautteen perusteella oppaaseen lisättiin sisällysluettelo ja sivunumerointi. Oppaaseen tehtyjen muutosten jälkeen lopullinen versio oppaasta toimitettiin tilaajalle muistitikulla, sillä oppaan tiedostokoko oli liian suuri toimitettavaksi sähköpostin liitteenä.

7.4 Eettisyys ja luotettavuus

Tuotteessa tulee ilmetä, miten käytettyjen tietojen oikeellisuus ja luotettavuus on varmistettu. Tiedon tulee olla ajanmukaista ja tulee huomioida, ettei tuotoksessa ole ristiriitaista tietoa. Tiedon hankintatapa ja käytännön toteutuksen kulku tulee ilmetä opinnäytetyössä. (Vilkka & Airaksinen, 2003, s. 53, 55)

Tässä opinnäytetyössä on noudatettu hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Hyviin tieteellisiin käytäntöihin kuuluu rehellisyys, avoimuus, huolellisuus ja kunnioitus muiden tutkijoiden työtä kohtaan (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry, 2018, s. 8). Lähteinä on käytetty alkuperäisiä tutkimuksia ja lähteet on merkitty asianmukaisella tavalla. Opinnäytetyön teoria pohjautuu uusimpaan tutkittuun tietoon, eikä olettamuksia ole tehty. Tilaajan toiveita on kunnioitettu työn sisällöstä.

7.5 Tiedonhaku

Lähdeaineiston tulee olla mahdollisimman ajankohtaista nopeasti muuttuvan tutkimustiedon johdosta. Uusimmissa tutkimuksissa ilmenee myös aiempien tutkimuksien kestävä tieto. Alkuperäisiä eli ensisijaisia lähteitä tulee suosia, sillä toissijaiset lähteet ovat ensisijaisen lähteen tulkintaa, joka lisää tiedon muuttumisen mahdollisuutta. Oppikirjoja, käsikirjoja ja perustason johdantotyyppisiä julkaisuja ei tule käyttää niiden suodatetun ja tulkitun tiedon johdosta. (Vilkka & Airaksinen, 2003, s. 73)

Lähdeaineistoksi valittiin hoitotyön uusimmat suositukset ja kansainväliset ja kansalliset tutkimukset. Tietoa on haettu Medic-, Pubmed- ja Cinahl-tietokannoista, Hämeen ammattikorkeakoulun Finnasta ja Google Scholar hakupalvelusta sekä Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ylläpitämistä Käypä hoito –suosituksista, Terveysportista ja Terveyskirjastosta. Hakukoneissa ja tietokannoissa hakusanoina on käytetty pressure ulcer, prevention, documentation, risk assessment, nutrition, equipment and supplies, mattresses, guidance, painehaava, koulutus, kirjaaminen, painehaavariskin arviointi, painehaavan ehkäiseminen ja painehaavapotilaan ravitsemus sekä näiden yhdistelmiä. Hakusanoja on myös lyhennetty, jolloin hakutuloksiin on saatu taivutusmuotoja. Hakutuloksista on rajattu pois yli kymmenen vuotta vanha aineisto ja suosittu ensisijaisesti alle viisi vuotta vanhoja tutkimuksia. Tutkimukset ovat suomen- ja englanninkielisiä, ne ovat luettavissa ilmaiseksi tai saatavilla HAMK:n artikkelitilauksen kautta. Työssä on käytetty sähköisiä, painettuja ja alkuperäisiä lähteitä saatavuuden mukaan. HAMK:n artikkelitilauksen kautta saatiin viisi aineistoa, Soppi & Iivanainen 2015, Cox ym. 2011, Cerada ym. 2015, Iizaka, ym. 2010 ja Park & Kim 2014.

7.6 **Aikataulu**

Opinnäytetyön toteuttaminen käynnistyi toukokuussa 2018 aiheen valinnan, tilaajan tapaamisen ja aiheseminaarin myötä. Opinnäytetyön toteutustavaksi valikoitui toiminnallinen opinnäytetyö ajankohtaisen tiedon tarpeellisuuden ja aiempien tutkimustulosten johdosta. Suunnitelmaseminaari pidettiin syyskuussa 2018. Opinnäytetyön suunnitelma rakentui teoreettisen viitekehyksen kautta. Sopimus opinnäytetyöstä allekirjoitettiin tilaajan kanssa lokakuun 2018 lopussa. Marraskuussa 2018 mahdollistui osallistuminen painehaavojen esiintyvyydestä ja niiden aiheuttamista kustannuksista sekä ehkäisykeinoista alueelliseen haavakoulutukseen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä.

Opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin marraskuussa 2018. Suunnitelman hyväksymisen jälkeen työstettiin teoreettista viitekehystä ja aloitettiin oppaan laatiminen hoitohenkilökunnalle. Viitekehys ja opas valmistuivat helmikuussa 2019. Opas lähetettiin työn tilaajalle helmikuun 2019 puolessa välissä ja tilaajalla oli aikaa tutustua oppaaseen kolmen viikon ajan ja antaa siitä palautetta. Opasta muokattiin tilaajan palautteen jälkeen. Väliseminaaria varten laadittiin Piktochart palvelulla esityspohja, jonka avulla opinnäytetyö esiteltiin väliseminaarissa maaliskuussa 2019. Opponenttien palautteen jälkeen muokattiin vielä teoreettista viitekehystä ja opasta. Loppuseminaari pidettiin huhtikuussa 2019 FSHKY:n lähiesimiehille, johon tehtiin Piktochart palvelulla uusi esityspohja. Loppuseminaarin jälkeen teoreettista viitekehystä ja opasta vielä viimeisteltiin ja opinnäytetyö valmistui toukokuussa 2019.

8 **POHDINTA**

Varhainen painehaavariskin tunnistaminen on merkittävässä roolissa painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Aiemmissa tutkimuksissa on ilmennyt hoitohenkilökunnan tiedoissa puutteita ja koulutustarpeita painehaavan ennaltaehkäisystä ja hoidosta. Opinnäytetyön aihe rajattiin painehaavan ennaltaehkäisyyn, koska sairauksien ennaltaehkäiseminen on merkittävä osa hoitotyön toteuttamista ja terveyden edistämistä. Oppaan tarpeellisuus ilmenee muuttuneen tiedon vuoksi, kuten lampaantaljojen soveltumattomuus painehaavojen synnyn ehkäisemisessä. Opinnäytetyön toiminnallinen muoto palvelee toimeksiantajan toiveita. Aiheesta löytyy runsaasti ajankohtaista tutkimustietoa, joten tutkimuksellisia menetelmiä ei tässä opinnäytetyössä käytetty. Oppaan laatiminen perustui ammatilliseen teoreettiseen tietoon, jota on yhdistetty ammatilliseen käytäntöön. Lähdeaineistona käytettiin ensisijaisesti uusimpia hoitotyön tutkimustuloksia ja suosituksia. Painehaavan ennaltaehkäisyyn laaditut NPUAP, EPUAP & PPPIA (2014) ja Hotus (2015) hoitosuositukset ohjasivat teoreettisen viite-

kehyksen laadintaa. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin järjestämä haavakoulutus tuki opinnäytetyön tarkoitusta ja antoi vihjeitä luotettavista tiedonlähteistä.

Oppaan toteutustavaksi valittiin Piktochart verkkopalvelu, sillä sen visuaalisuus herätti mielenkiintoa ja sen käyttäminen oli uutta. Esityspohjia muokattiin ja suunniteltiin tarpeisiin nähden ja kuvat olivat valmiina käytettäväksi. Palvelu oli ilmainen, mutta PDF -tiedostomuodon lisäominaisuudesta maksettiin lisämaksu. Oppaassa käytettiin Suomen Haavanhoitoyhdistys ry (2011) painehaavahelpperi kuvaa, jonka käyttämisen lupa varmistettiin sähköpostitse kyseiseltä yhdistykseltä. Oppaan PDF -tiedostomuodon toimivuus Forssan seudun kuntayhtymän laitteilla varmistettiin toimeksiantajaorganisaatiosta sähköpostin välityksellä.

8.1 **Johtopäätökset**

Toimeksiantajalta saadun palautteen avulla tehtiin muutoksia oppaaseen, jotta se vastaisi paremmin tarkoitustaan. Palaute oli positiivista ja ulkoasua kuvattiin huolitelluksi ja hyvin muotoilluksi sekä tekstiä sujuvaksi. Kehittämisehdotuksena oli sanan sairaanhoitaja korvaaminen hoitajaksi ja isi –päätteiden poistaminen tekstistä. Braden -mittarista toimeksiantaja toivoi enemmän tietoa oppaaseen. Opas vastasi toimeksiantajan odotuksia erinomaisesti.

8.2 **Jatkosuunnitelmat ja kehittämisehdotukset**

Painehaavojen ennaltaehkäisystä on tulossa vuoden 2019 loppuun mennessä uudet hoitosuositukset, joten oppaan tiedot voivat osittain vanhentua. Oppaan PDF -tiedostomuodon vuoksi, toimeksiantaja ei valitettavasti pysty päivittämään oppaan sisältöä. Muuttuvan tiedon ja uusien tutkimustuloksien vuoksi tulevaisuudessa uuden oppaan tai koulutuksen laatiminen tulee aiheelliseksi. Mahdollisen riskinarviointimittarin, kuten Braden –mittarin käyttöönotosta voisi tulevaisuudessa tutkimuksellisin menetelmin selvittää painehaavariskin arviointia, järjestää henkilöstön ja organisaation osaamistarpeen mukaisesti koulutusta.

LÄHDELUETTELO

Adobe. (2019). Mikä PDF on? Haettu 13.2.2019 osoitteesta https://acrobat.adobe.com/fi/fi/acrobat/about-adobe-pdf.html

Ahtiala, M. (2014). TYKS teho-osaston painehaavatutkimus – yhteenveto kolmen vuoden tuloksista. *Tehohoito* 32(1), ss. 31–35.

Ahtiala, M., Kinnunen, M., Aaltonen, L. & Roine, R. (2017). Painehaavoja ei pitäisi syntyä. *Lääkärilehti* 72(45), ss. 2614–2615. Haettu 5.9.2018 Medic –tietokanta.

Ahtiala, M., Soppi, E. & Tallgren, M. (2018). Specific risk factors for pressure ulcer development in adult critical care patients- a retrospective cohort study. *EWMA Journal* 19(1), ss. 35–40.

Alderden, J., Zhao, Y., Zhang, Y., Thomas, D., Butcher, R., Zhang, Y. & Cummins, R. (2018). Outcomes Associated With Stage 1 Pressure Injuries: A Retrospective Cohort Study. *American Journal of Critical Care* 27(6), ss. 471–475.

Cerada, E., Klersy, C., Serioli, M., Crepsi, A. & D'Andrea, F. (2015). A Nutritional Formula Enriched With Arginine, Zinc and Antioxidants for the Healing of Pressure Ulcers: A Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine* 162(3), ss. 167–174.

Cox, J., Roche, S. & Van Wynen, E. (2011). The effects of various instructional methods on retention of knowledge about pressure ulcers among critical care and medical –surgical nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 42(2), ss. 71–78.

Elia, M., Normand, C., Norman, A. & Laviano, A. (2016). A systematic review of the cost and cost effectiveness of using standard oral nutritional supplements in the hospital setting. *Clinical Nutrition* 35(2), ss. 370–380. Haettu 5.10.2018 osoitteesta https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.05.010

Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. (2014). Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? *Hoitotiede* 20(1), ss. 63–73.

Gefen, A. (2018). The Sub-Epidermal Moisture Scanner: the principles of pressure injury prevention using novel early detection technology. *Wound International* 9(3), ss. 30–35.

Gul, A., Andsoy, I., Ozkaya, B, & Zeydan, A. (2017). A Descriptive, Cross-sectional Survey of Turkish Nurses' Knowledge of Pressure Ulcer Risk, Prevention, and Staging. *Ostomy Wound Management* 63(6), ss. 40–46.

Haettu 23.8.2018 osoitteesta https://www.o-wm.com/article/descriptive-cross-sectional-survey-turkish-nurses-knowledge-pressure-ulcer-risk-prevention

Hietanen, H. (2017). Painehaavojen ehkäisy. Sairaanhoitajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Haettu 5.10.2018 Terveysportti -tietokanta.

Hotus. (n.d). Hankkeen tausta. Hoitotyön tutkimussäätiö. Päivitetty 17.1.2019. Haettu 21.1.2019 osoitteesta http://www.hotus.fi/hankkeen-tausta-0

Hotus. (2015). Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Hoitosuositus. Haettu 23.08.2018 osoitteesta http://www.hotus.fi/system/files/SUOSITUS_PAINEHAAVA_2_10_2015_LINKIT_1.pdf

Hämeen ammattikorkeakoulu. (2018). Opinnäytetyöopas. Haettu 12.11.2018 osoitteesta http://intra.hamk.fi

Iizaka, S., Okuwa, M., Sugama, J. & Sanada, H. (2010). The impact of malnutrition and nutrition-related factors on the development and severity of pressure ulcers in older patients receiving home care. *Clinical Nutrition* 29, ss. 47–53.

Juutilainen, V. & Hietanen, H. (2013). *Haavanhoidon periaatteet*. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro

Kinnunen, U. (2013). *Haavanhoidon kirjaamismalli - innovaatio kliiniseen hoitotyöhön.* Väitöskirja. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business Studies no 60. Haettu osoitteesta 17.12.2018 http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-1209-1

Kinnunen, U., Tervo-Heikkinen, T., Hynninen, N., Seppänen, S., Iivanainen, A., Ahtiala, M. & Holopainen, A. (2017). Näyttöön perustuvan hoitosuosituksen laatiminen- esimerkkinä aikuispotilaan painehaavojen ehkäisy ja tunnistaminen. *Hoitotiede* 29(3), ss. 169–179.

Koivunen, M., Luotola, E., Hautaoja, P., Laine, K. & Asikainen, P. (2014). Painehaavojen ehkäisy, osaaminen ja koulutustarpeet erikoissairaanhoidossa- pilottitutkimus hoitohenkilökunnalle. *Tutkiva Hoitotyö* 12(3), ss. 14–22.

Koivunen, M., Luotola, E., Hjerppe, A., Kauko, T. & Asikainen, P. (2017). Hoitohenkilökunnan painehaavojen ehkäisyn osaaminen sekä systemaattisen koulutusintervention merkitys osaamiselle. *Hoitotiede* 29(1), ss. 51– 63.

Kurikkana, P., Kääriäinen, M., Kyngäs, H. & Elo, S. (2015). Hoitoon sitoutumisen edistämiseksi toteutetut interventiot ja niiden vaikutukset ikääntyneillä. *Hoitotiede* 27(1), ss. 3−17.

Kotimaisten kielten keskus (n.d.) Vinkkejä ohjetekstien tekijöille. Haettu 23.10.2018 osoitteesta https://www.kotus.fi/ohjeet/virkakieliohjeita/ohjeita_ohjeiden_tekijoille

Lipponen, K. (2014). *Potilasohjauksen toimintaedellytykset.* Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 1236. Haettu 18.12.2018 osoitteesta http://urn.fi/urn:isbn:9789526203720

Lumio, J. (2018). Painehaavat eli makuuhaavat. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. Haettu 31.8.2018 osoitteesta http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00313

Lustig, M., Levy, A., Kopplin, K., Ovadia-Blechman, Z. & Gefen, A. (2018). Beware of the toilet: The risk for a deep tissue injury during toilet sitting. *Journal of Tissue Viability* 27(1), ss. 23−31. Haettu 20.11.2018 osoitteesta https://doi.org/10.1016/j.jtv.2017.04.005

NPUAP. (2017). Meeting of the International Pressure Ulcer Guideline Governance Group in Belfast, Ireland. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Haettu 17.12.2018 osoitteesta http://www.npuap.org/meeting-of-the-international-pressure-ulcer-guideline-governance-group-in-belfast-ireland/

NPUAP, EPUAP & PPPIA. (2014). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers. Quick Refence Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Haettu 1.9.2018 osoitteesta http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/finnish-guideline-jan2016.pdf

Park, K & Kim, K. (2014). Effect of a structured skin care regimen on patients with fecal incontinence: a comparison cohort study. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing* 41(2), ss. 161–167.

Patton, D., Moore, Z., O´Connor, T., Shanley, E., De Oliveira, A.L., Vitoriano, A., Walsh, S.G. & Nugent, L.E. (2018). Using technology to advance pressure ulcer risk assessment and self-care: Challenges and potential benefits. *EWMA Journal* 19(2), ss. 23–27.

Rivolo, M. & Marcadelli, S. (2018). Heel Pressure Injuries: The need for a structured evidence-based approach for assessment and treatment. A preliminary literature rewiew. *EWMA Journal* 19(2), ss. 15–21.

Soppi, E. (2017). Painehaava- keskeinen terveydenhuollon ongelma. *Haava* 20(3), s. 45.

Soppi, E. (2016). Painehaavan ehkäisy ja hoito. Lääkärin käsikirja Duodecim. Haettu 23.8.2018 Terveysportti –tietokanta.

Soppi, E. (2010). Painehaava- esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. *Duodecim* 126(3), ss. 261–268. Haettu 23.8.2018 osoitteesta https://www.duodecimlehti.fi/duo98591

Soppi, E. & Iivanainen, A. (2015). Painehaavariski ja makuualustojen käyttö. *Erikoislääkäri* 25(1), ss. 11−15.

Soppi, E., Iivanainen, A. & Korhonen, P. (2012). Concordance of Shape Risk Scale, a new pressure ulcer risk tool, with Braden Scale. *International Wound Journal* 11/2014, ss. 611–615. Haettu 12.10.2018 osoitteesta https://doi.org/10.1111/iwj.12015

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Haettu 17.12.2018 osoitteesta https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2017). Valtioneuvoston periaatepäätös. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. Haettu 29.10.2018 osoitteesta http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/80352

Swan, J. (2018). Use of dermal gel pads in preventing and managing pressure ulcers on ICU: an audit. *British Journal of Nursing* 27(20), ss. 42−47. Haettu 17.12.2018 Cinahl –tietokanta.

THL. (2012). FinCC- luokituskokonaisuuden käyttöopas. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Haettu 17.12.2018 osoitteesta http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-675-5

THL. (2018). Potilastietojen rakenteisen kirjaamisen opas osa 1. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Haettu 17.12.2018 osoitteesta https://thl.fi/documents/920442/2902744/Kirjaamisopas+osa+1++final+2018 .pdf/5395585e-324f-4ac5-86d6-106e27979e77

Terveydenhuoltolaki. 1326/2010. Haettu 29.10.2018 osoitteesta https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326

Tervo-Heikkinen, T., Huurre, T., Saaranen, T. & Turunen, H. (2018). Hoitohenkilökunnan arviot potilasohjausosaamisestaan – kyselytutkimus yliopistollisessa sairaalassa. *Hoitotiede* 30(3), ss. 179–190.

Torppa, T. (2014). *Työssään kirjoittavan opas.* Viro: Print Best.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. (2010). Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Haettu 23.10.2018 osoitteesta https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ravitsemushoito_netti_2.painos.pdf

VanBlarcom, A. & McCoy, M. (2018). New Nutrition Guidelines: Promoting Enteral Nutrition via a Nutrition Bundle. *Critical Care Nurse* 38(3), ss. 46–52.

Vilkki, H. & Airaksinen, T. (2003). Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vowden, K. & Vowden, P. (2015). Documentation in pressure ulcer prevention and management. *Wounds UK* 11(3), ss. 6−9. Haettu 17.12.2018 Cinahl –tietokanta.

Yates, A. (2018). Incontinence- associated dermatitis: what nurses need to know. *British Journal of Nursing* 27(19), ss. 1094–1100.

Liite 1

SAATEKIRJE

15.2.2019

Hei!

Tässä meidän opinnäytetyömme pohjalta laadittu opas painehaavojen ennaltaehkäisyyn. Opas on laadittu sähköiseen muotoon Piktochart ohjelmalla ja tallennettu PDF-muotoisena tietokoneelle. Lopullinen versio oppaasta on käytettävissä PDF- muodossa kuntayhtymän koneilla ja mahdollista tulostaa. PDF- muoto ei edellytä Piktochart ohjelman käyttöä. Valitettavasti oppaan laadinta tavasta ja tiedostomuodosta johtuen valmiin oppaan päivittäminen ei ole mahdollista.

Toivoisimme teiltä palautetta oppaasta ja vastauksia ainakin seuraaviin kysymyksiin.

Miltä oppaan ulkoasu vaikuttaa?
Onko opas sisällöllisesti tarpeeksi kattava?
Millaista uutta tietoa opas tarjoaa?
Vastaako opas odotuksianne?
Millaisia kehitysehdotuksia teillä on oppaaseen liittyen?

Toivoisimme, että saisimme palautteen 8.3.2019 mennessä, jotta ehdimme käsittelemään sen ennen väliseminaaria. Palautteen voi lähettää meille sähköpostilla osoitteeseen jenniina.vaahtera@student.hamk.fi.

Ystävällisin terveisin,
Jenniina Vaahtera ja Riina Eteläkoski