

IHON KUNNON SEURANTA JA PAINEHAAVOJEN EHKÄISY

Opas tilaajalle



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hämeenlinnan korkeakoulukeskus

Hoitotyön koulutus, sairaanhoitaja

Syksy, 2020

Janita Koskinen

Emmi Mäkinen

Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja
Hämeenlinnan korkeakoulukeskus

Tekijä	Janita Koskinen & Emmi Mäkinen	Vuosi 2020
Työn nimi	Ihon kunnon seuranta ja painehaavojen ehkäisy	
Työn ohjaaja/t	Salla Mäkelä	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyömme aihe valikoitui tilaajan toiveesta ja meille oli tärkeää, että työmme palvelisi mahdollisimman hyvin tilaajan ja henkilökunnan tarpeita. Tilaajamme haluaa pysyä nimettömänä ja siksi emme mainitse heitä nimeltä.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli luoda opas, jonka avulla tilaaja saisi mahdollisimman kattavasti ja helposti tietoa ihon kunnon seurannasta sekä painehaavojen ehkäisystä. Tavoitteena on muodostaa tilaajalle sekä henkilökunnalle parempi tietopohja ja osaaminen aiheesta. Näin olisi mahdollista parantaa asukkaiden elämänlaatua sekä vähentää kustannuksia, kun painehaavoja ilmenisi vähemmän ja siten kalliiden haavanhoitotuotteiden käyttö vähenisi.

Opinnäytetyömme koostuu tietopohjasta, jonka pohjalta opas on rakennettu. Käsitteimme ihon rakennetta sekä toimintaa, kävimme läpi eri asteiset painehaavat sekä lyhyesti, mitä niiden hoitaminen keskeisesti pitää sisällään. Lisäksi työssämme tarkasteltiin painehaavojen ehkäiseminen ihon hoidolla, seurannalla ja arvioinnilla, ravitsemuksella, apuvälineillä sekä asentohoidolla. Otimme myös huomioon luotettavuuden ja eettisyyden sekä mitä opinnäytetyön prosessi piti sisällään.

Avainsanat Iho, painehaava, painehaavan ennaltaehkäisy, opas

Sivut 28 sivua, joista liitteitä 6 sivua

Degree Programme in Nursing
Hämeenlinna University Center

Authors	Janita Koskinen & Emmi Mäkinen	Year 2020
Subject	Tracking of Skin Condition and Prevention of Pressure Sores	
Supervisor	Salla Mäkelä	

ABSTRACT

The subject to the Bachelor's thesis was selected by the orderer and the thesis was made to benefit the orderer and the employees as well as possible. The orderer wanted to remain anonymous and therefore and the name was not mentioned in the thesis.

The purpose of the thesis was to create a guide to the orderer. The guide provides information on tracking skin condition and pressure sores easily but extensively. The aim of the thesis was to develop a better knowledge and understanding to the orderer and the employees. Having less pressure sores improves the quality of life of the residents as well as reduces cost since expensive wound care products were used less frequently.

The thesis is consist of basic information that forms the basis to the guide. The thesis covers the structure and function of skin and all levels of pressure sores. The thesis briefly covers the essential points of treating an existing pressure sore. The thesis discusses the prevention of pressure sores by taking care of skin condition and tracking and evaluation of the skin. Other factors discussed are nutrition, patient positioning and ancillary. Reliability and ethics are taken into consideration throughout the process of conducting the thesis.

Keywords Skin, Pressure Sore, Prevention Of Pressure Sores, Guide

Pages 28 pages including appendices 6 pages

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA OPINNÄYTETYÖKYSYMYKSET.....	2
3	IHO.....	2
3.1	Ihon rakenne.....	3
3.1.1	Epidermis.....	3
3.1.2	Dermis.....	4
3.1.3	Subkutis.....	4
3.2	Ihon toiminta.....	4
4	PAINEHAAVAT.....	5
4.1	Painehaavojen syntyminen.....	6
4.2	Painehaavojen luokittelu.....	7
4.2.1	Ensimmäisen asteen painehaava.....	7
4.2.2	Toisen asteen painehaava.....	7
4.2.3	Kolmannen asteen painehaava.....	8
4.2.4	Neljännän asteen painehaava.....	8
4.2.5	Luokittelematon painehaava.....	9
5	PAINEHAAVOJEN EHKÄISY.....	9
5.1	Ihon hoito.....	10
5.2	Ravitsemus.....	11
5.3	Asentohoito.....	12
5.4	Apuvälineet.....	12
5.5	Ihon kunnon seuranta ja arviointi.....	14
6	OPINNÄYTETYÖN PROSESSI.....	15
6.1	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	15
6.2	Suunnittelu ja työstäminen.....	16
6.3	Tiedonhaku.....	17
6.4	Opas.....	17
7	EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	18
8	POHDINTA.....	19
	LÄHTEET.....	21

Liitteet

Liite 1 PAINEHAAVAHELPPERI

Liite 2 Nutritional risk screening

Liite 3 MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT

Liite 4 BRADEN MITTARI

1 JOHDANTO

Iho on ihmisen suurin elin ja sillä on iso merkitys ihmisen terveydessä. Se kertoo elimistön terveydentilasta monin eri tavoin. Ihon tehtävät ovat moninaiset ja se toimii yhteistyössä muun elimistön kanssa. Ihon kautta voidaan annostella myös erilaisia lääkkeitä, jolloin ne ohittavat maksan verenkierron ja täten säilyttävät aktiivisuutensa pidempään kuin suun kautta otettavat lääkkeet. (Leppäluoto ym., 2013, s. 59)

Sairaalapotilaista keskimäärin 2–40 %:lla esiintyy painehaavoja. Niitä esiintyy terveyskeskusten vuodeosastoilla, kotihoidossa ja vanhainkodeissa. Painehaavojen riskiryhmään kuuluvat vanhukset sekä potilaat, joiden liikuntakyky on joko tilapäisesti tai pysyvästi heikentynyt. Painehaavojen tuomat taloudelliset vaikutukset ovat huomattavia. Painehaavojen hoitaminen on kallista ja halvemmaksi tulisi ehkäistä niitä tehokkaasti. (Soppi, 2010)

Suomessa arvioidaan olevan vuosittain 55 000–80 000 potilaalla painehaava, perustuen potilaspaikkojen määrään ja esiintyvyyteen. Yhden painehaavan lisäkustannukseksi on eurooppalaisessa selvityksessä saatu 5 000–6 650 euroa. Vuodessa näistä laskettuna painehaavojen kustannusvaikutus Suomessa olisikin 280–532 miljoonaa euroa. Painehaavat asettuvat kymmenen sairausryhmän joukkoon, jotka eniten tuottavat kustannuksia. (Soppi, 2014)

Opinnäytetyönä olemme tehneet tilaajalle oppaan, jonka tavoitteena on parantaa henkilökunnan osaamista sekä tietämystä aiheesta. Tilaaja ei tahdo nimeään näkyväksi työssä, joten mainitsemme sen olevan eteläsuomalainen ikäihmisten asumisyksikkö. Tilaaja toivoi opasta aiheesta, jonka tavoitteena on tehostaa henkilökunnan osaamista ja tietoa painehaavoista sekä niiden ehkäisystä. Ihon kunnon seuranta oli oleellinen osa opasta.

Meille tämä aihe tulee olemaan läsnä koko tulevan työuramme ajan, joten siksi aihe oli meillekin tärkeä. Myös terveydenedistämisen näkökulma on tärkeä työssämme. Halusimme työmme avulla ennaltaehkäistä painehaavoista johtuvia terveysongelmia sekä niistä johtuvia kustannuksia.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA OPINNÄYTETYÖKYSYMYKSET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tarjota tilaajalle kattavasti näyttöön perustuvaa tietoa ihon kunnon seurannasta sekä painehaavojen ehkäisystä. Tämä toteutetaan tekemällä opas tilaajalle. Tieto tulee olemaan helposti ja nopeasti koko hoito-henkilökunnan saatavilla sähköisessä ja painetussa muodossa.

Tavoitteena on oppaan myötä kehittää tilaajan henkilökunnan osaamista sekä tietoa aiheesta. Näin ollen he voivat vaikuttaa asukkaiden sekä asiakkaiden elämäntilaan tällä saralla. Painehaavojen ehkäisyllä voidaan vaikuttaa kustannuksiin, joita painehaavat mukanaan tuovat. Ihon kuntoa seuraamalla pystyy ennaltaehkäisemään painehaavojen syntymistä. Erilaisilla apuvälineillä ja taustasairauksien hoitotasapainolla voidaan vaikuttaa ehkäisevästi painehaavojen syntymiseen.

Aiheen rajaus tehtiin jo heti alussa niin, että painehaavoista käsitellään vain niiden eri tyypit. Niiden hoitopolkua ei lähdetä avaamaan kuin pintapuolisesti. Ihoa ja sen eri osia sekä toimintaa käsitellään melko pinnallisesti. Painehaavojen ehkäisystä kerromme kattavammin, koska työn toiminnallinen osuus perustuu tähän osioon. Halusimme pitää opinnäytetyön sisällön selkeänä ja tiiviinä sekä rajata samalla aiheita tehokkaasti.

Opinnäytetyökysymyksiksi valikoitui: ”Miten tarkkailla ihon kuntoa?”, ”Miten hoi-taa ihoa?” ja ”Miten ehkäistä painehaavoja?” Kysymysten avulla teoriatietoa läh-dettiin rajaamaan ja siitä lähti muodostumaan kattava teoriapaketti.

3 IHO

Iho on ihmisen isoin sekä uloin elin. Se kattaa jopa 15–20 % ihmisen elinpainosta. Pinta-alaltaan se on noin 1,2–2,3 m². Ihon tehtävänä on suojata ihmisen elimistöä kemikaaleilta, auringon ultraviolettilta, mikrobeilta sekä iskuilta ja hankautumiselta. Iho toimii lämmönsäätelijänä. Ihokarvat sekä ihossa oleva rasva estävät läm-mönhukkaa ja taas hikoilu sekä verenkierron vilkastuminen lisäävät lämmönpoistu-mista. (Rautava-Nurmi ym., 2014, ss. 226–227; Terveyskirjasto, 2016)

Iho tuottaa D-vitamiinia ja välittää tuntoaistimuksia erilaisten reseptorien avulla. Näitä eri reseptoreita on kosketukselle, kivulle, paineelle sekä lämmölle. Iho toimii rasvavarastona. Ihossa tapahtuu aineenvaihduntaa, kun ihossa olevien tali- ja hiki-rauhasten kautta poistuu kuona-aineita. (Rautava-Nurmi ym., 2014, ss. 226–227; Terveyskirjasto, 2016)

3.1 Ihon rakenne

Rakenteellisesti ihosta voidaan erottaa kolme eri kerrosta. Näitä ovat epidermis eli orvaskesi, dermis eli verinahka ja subkutis eli rasvakudos. Ihon rakenne ja sen ulkonäkö muuttuvat ihmisen iän mukana. Muutoksiin tärkeimmät vaikuttajat ovat ikä ja sukuominaisuudet. Sen jälkeen, kun ihminen täyttää 70 vuotta, ihon vanheneminen nopeutuu. Altistuminen auringon uv-säteilylle ja tupakointi vaikuttavat ihon vanhenemiseen. (Terveyskirjasto, 2016)

Ensimmäiset ikääntymismuutokset ihossa ilmenevät noin 30 vuoden iässä. Silloin iho alkaa ohentumaan, löystymään sekä muuttumaan hauraammaksi ja kuivemmaksi. Hauraampi iho iän myötä on alttiimpi vaurioille. Epidermis ohenee vaikkakin sen solukerrosten määrä säilyy muuttumattomana, myös sen solujen uusiutuminen hidastuu. Sidekudoksen muutokset vähentävät ihon kestävyyttä sekä joustavuutta. Verinahassa olevat verisuonet muuttuvat hauraiksi, jolloin mustelmia syntyy herkemmin. Ihonalainen rasvakerroskin vähenee iän myötä, jolloin ihovaurioiden riski suurenee sekä elimistön kyky pitää yllä riittävää lämpötilaa kylmässä vähenee. (Juutilainen & Hietanen, 2018, ss. 25–26)

3.1.1 Epidermis

Ihon ulommainen kerros, epidermis on ohut kerros ja muodostaa vain murto-osan koko ihon paksuudesta, joka on 1–4 millimetriä. Tässä ihon kerroksessa ei ole verisuonia. (Tasanen-Määttä & Peltonen, 2011) Epidermiksen uloin kerros on sarveiskerros eli marraskesi, joka sisältää keratiinia eli sarveisainetta. Tämän kerroksen solut ovat kuolleet ja ne kulkeutuvat hiljalleen kohti ihon pintaa, mistä ne hilseilevät vähitellen pois. Pintaan noustessaan soluista tulee kovempia ja litteämpiä. Lopulta ne ovat limittäin kuin tiilet ja täten se on tehokas suoja ulkopuolisia ärsykeitä vastaan. (Leppäluoto ym., 2013, s. 60)

Epidermiksen alaosassa on tyvikalvo, joka erottaa sen verinahasta. Iho uusiutuu tyvikalvon avulla, kun sen päällä olevat tyvikerroksen solut jakaantuvat ja siirtyvät siitä vähitellen marrasketeen. Tyvisolukerrokseen sisältyy melanosyyttisoluja, jotka saavat aikaan ihmisen ihon ruskehtavan tai tumman värin. (Leppäluoto ym., 2013, s. 60) Epidermis uusiutuu aina alhaalta käsin, kun sen alimman kerroksen eli tyvisolukerroksen keratinosyytit jakautuvat. Tyvisolun jakautuessa toinen syntyneistä soluista siirtyy ylemmäs liittyen okasolukerrokseen, jossa on 5–10 keratinosyyttikerrosta. Okasolujen siirtyessä ylöspäin ne erilaistuvat ja jyväissolukerros syntyy okasolukerroksen päälle. Keratinosyytin matka tyvisolukerroksesta sarveissolukerroksen pintaan kestää 50–75 vuorokautta. Kämmissä ja jalkapohjissa, missä orvaskesi sekä sarveiskerros ovat paksumpia, menee uusiutumisessa aikaa jopa 3–4 kuukautta. (Tasanen-Määttä & Peltonen, 2011)

Keskimäärin epidermiksen paksuus on noin 0,1 millimetriä, mutta kulutukselle alttiissa paikoissa, kuten esimerkiksi kämmissä ja jalkapohjissa paksuus voi olla jopa yli 0,5 millimetriä. Ikääntyneillä ihon kerrokset ohenevat sekä sen toiminnot hidastuvat, ja täten heidän ihonsa on herkemmin alttiimpi vaurioille ja heidän ihonsa parantuu hitaammin. (Leppäluoto ym., 2013, s. 60)

3.1.2 Dermis

Dermis tai corium on ihon toinen kerros orvaskeden jälkeen. Se sisältää runsaasti verisuonia. Verinahan paksuus on noin 1 millimetri. (Leppäluoto ym., 2013, s. 61; Rautava-Nurmi ym., 2014, s. 227)

Dermis koostuu fibroblasteista, kollageenien, elastiinin sekä proteoglykaanien muodostamasta säikeisestä sidekudoksesta. Niiden välissä sijaitsee mukopolysakkariidien muodostama geelimäinen sidekudos. Dermiksen tehtävänä on tuoda iholle mekaanisen tuen lisäksi ravinteet sekä hermotus. Fibroblastit ovat sukkulamaisia soluja ja ne tuottavat suurimman osan ihon sidekudoksesta. Dermiksessä on myös syöttösoluja sekä makrofageja ja vähäisiä määriä lymfosyyttejä. (Tasanen-Määttä & Peltonen, 2011) Syöttösolut ovat valkosoluja, jotka ovat tärkeässä roolissa tulehdusreaktioissa. Ne sisältävät pieniä rakkuloita, joiden sisällä on välittäjäaineita. (ALK, n.d.) Nämä välittäjäaineet ovat muun muassa histamiini ja hepariini (Terveyskirjasto, 2020). Makrofagit ovat puolestaan suuria liikuntakykyisiä syöjäsoluja. Ne sulkevat sisäänsä ja tuhoavat vieraita bakteereita sekä elimistön omia tuhoutuvia osia vieraiden kiinteiden osien lisäksi. (Terveyskirjasto, 2020b.) Lymfosyyttejä on veren valkosoluista noin 20–30 %. Ne osallistuvat vieraiden molekyylien sekä syöpäsolujen tunnistamiseen sekä niiden tuhoamisprosessiin. Lymfosyytit aktivoituvat ja lisääntyvät elimistössä etenkin kroonisissa tulehduksissa. (Solunetti, 2006)

Kollageenit muodostavat ihon kuivapainosta noin 70 % ja ovat täten keskeinen dermiksen rakenneosia. Ihon elastisuudesta vastaava elastiini on toinen ihon toiminnallisesti tärkeä rakenneosia ja sitä on alle 1 % ihon kuivapainosta. Elastiinisäieverkko saa ihon palautumaan venytyksen jälkeen. (Tasanen-Määttä & Peltonen, 2011)

3.1.3 Subkutis

Dermiksen alla on subkutis, joka on rasvakudosta ja jakautuu sidekudoksien väliseiniin eli septojen muodostamiin lohkoihin. Subkutis toimii siteenä ihon ja muiden kudosten esimerkiksi jänteiden ja lihaskalvojen välillä. (Tasanen-Määttä & Peltonen, 2011) Rasvakudos suojaa iskuilta ja eristää lämpöä. Ihonalaiskudoksen paksuus vaihtelee sijainnin, iän sekä hormonaalisen tilan mukaan. (Leppäluoto ym., 2013, s. 61; Rautava-Nurmi ym., 2014, s. 227)

Naisilla on ihonalaista rasvakudosta lähes kaikkialla, kun taas miehillä rasvakudosta on enemmän vartalossa kuin raajoissa. Rasvakudoksen määrää voidaan arvioida ihopoimujen paksuudesta. (Leppäluoto ym., 2013, s. 61; Rautava-Nurmi ym., 2014, s. 227)

3.2 Ihon toiminta

Iholla on monia erilaisia tehtäviä, joita se toteuttaa omanlaisensa rakenteen avulla. Ihossa on runsaasti sensorisia hermopäätteitä, jotka aistivat lämpöä, painetta, kipua, tärinää ja kosketusta sekä kutinaa. Eniten niitä sijaitsee kasvojen alueella ja

käsissä sekä jaloissa, mutta vähemmän selässä. Ihossa on kaksi autonomiseen hermostoon kuuluvaa hermopäätettä. Ihossa on todella runsas verisuonisto. Subkutaneeseen rasvakudokseen tulee suuria arterioleja eli pikkuverisuonia. Niistä lähtee pienempiä suonia pintaa kohden. Pienemmät suonet muodostavat dermiksen alaosassa syvemmän verisuonipunoksen. Jokaiseen dermisapillaan eli nystyyn on oma arterioli ja vastaava laskimo. Ihon tulehduksellisissa sairauksissa ja ihokasvain-ten kehittymisessä sekä leviämisesä on ihon verisuonilla suuri merkitys. (Tasanen-Määttä & Peltonen, 2011)

Iho suojaa elimistöä vammoilta. Verinahassa olevan vahvan sidekudoksen vuoksi kudokset pysyvät koossa. Sarveiskerroksen tehtävänä on estää veden haihtuminen ihonalaisista kudoksista. Ihon uloin kerros orvaskeksi kestää kulumista sekä veden ja kemikaalien kuluttavaa vaikutusta. Ihonalainen rasvakudos sekä verinahka ovat joustavia ja täten pystyvät ottamaan vastaan iskuja. Yksi ihon merkittävimmistä tehtävistä on toimia suojavyöhykkeenä mikro-organismeja vastaan. Mikro-organismit eivät pysty terveellä iholla lisääntymään, koska ihon pH on niin matala. Iho suojaa myös elimistöä auringon haitalliselta ultraviolettisäteilyltä, millä kuitenkin on tärkeä merkitys D-vitamiinin muodostumisessa. (Rautava-Nurmi ym., 2014, s. 227)

Iho toimii porttina nesteen imeytymiselle sekä sen poistumiselle. Hikirauhasten kautta erittyy erilaisia elektrolyyttejä sekä muita aineenvaihdunnantuotteita. Hikirauhasten tehtävänä on säädellä elimistön lämpötilaa. Kuumassa ilmassa niiden toiminta kiihtyy ja elimistöstä haihtuu nesteitä sekä kehon lämpötila laskee. Kylmässä ilmassa taas verisuonet supistuvat, joten verenkierto hidastuu ja lämpöä näin ollen säästyy. Ihmisen iho toimii myös verivarastona, koska ihossa kiertää verta 5–10 kertaa enemmän kuin mitä ihon ravitseminen tarvitsee. Verenkiertoa ihossa säätelevät sekä hormonit että hermot. (Rautava-Nurmi ym., 2014, s. 227)

Iho on suurin immunologinen elin ja sen yksi tärkeimmistä tehtävistä on torjua synnynnäisen ja hankitun immunitietin mekanismein infektioita. Synnynnäiseen immunitettiin osallistuvat monet solutyypit kuten makrofagit, neutrofiilit, eosinofiilit, syöttösolut ja tappajasolut. Hankittuun immunitettiin kuuluu spesifisyys ja muisti. Nämä tarkoittavat sitä, että hankittu immunitetti suuntautuu vain jo kertaalleen viholliseksi tunnistettuja rakenteita vastaan. Hankitulla immunitetilla menee käynnistymiseen päiviä siitä, kun vihollinen on tunnistettu. Oleellisessa osassa hankitun immuunivasteen käynnistämistä on Langerhansin solut, jotka sijaitsevat epidermiksen keskellä. Epidermiksen soluista 2–4 % on Langerhansin soluja. (Tasanen-Määttä & Peltonen, 2011)

4 PAINHAAVAT

Painehaava on vaurio paikallisella iholla tai sen alla olevassa kudoksessa. Painehaavoja syntyy erityisesti vuoteessa olevilla potilaille, jotka eivät kykene itse liikkumaan ja kääntymään vuoteessa. Ratkaiseva tekijä niiden syntymisessä on kudoksissa oleva puutteellinen verenkierto sellaisella ihoalueella, jossa luu painaa ihoa. (Juutilainen ym., 2016; Lumio, 2019)

Riskitekijät, jotka lisäävät painehaavan muodostumista ovat kosteus, kuten haavasta tuleva erite tai hikoilu, inkontinenssi ja vajaaravitsemus. Liikkumattomuus sekä kehon lämpötilan lasku vaikuttavat samalla tavalla painehaavan muodostumiseen. Paineen nähdään olevan hallitseva tekijä painehaavan syntymiselle, joten tärkein ehkäisy- sekä hoitokeino on paineen poistaminen. Lisäksi apuvälineiden käyttö ihon hankautumisen estämisessä on suosittavaa. (Juutilainen ym., 2016; Lumio, 2019)

4.1 Painehaavojen syntyminen

Painehaavojen syntymiseen vaikuttavat monet tekijät erikseen sekä yhdessä. Ulkopuolinen voima kuten kova pinta aiheuttaa kudoksessa painetta, joka kohdistuu erityisesti pieniin verisuoniin. Kudoksessa muodostuu tällöin paikallisesti hapenpuutos, kun verenkierto on häiriintyneenä paineesta. Tällä tavoin voi myös aiheutua kudoksenkuoliota. Syvemmällä olevat kudokset sietävät painetta paljon huonommin verrattuna ihoon, kuitenkin syvemmällä esiintyvä vaurio ei automaattisesti näy ulospäin iholla. Lisäksi painehaavan syntymiseen vaikuttavat kitka ja kudosten venyminen. Kitkaan vaikuttavat esimerkiksi vaatetus, ihon kosteus sekä alustan materiaali. Kun kudoksesta venyy vastakkaisiin suuntiin ja paine tulee kohtisuoraan, paineen aiheuttaman vaurio on pahempaa. Isoin venytys tapahtuu silloin, kun ihon ja alustan välillä on paljon kitkaa. Yleisiä paikkoja painehaavalle ovat kantapäät, pakarat, alaselkä ja lonkat. (Juutilainen ym., 2016; Lumio, 2019)

Painehaavan syntymiselle on altistavia tekijöitä, joista merkittävä on liikkumattomuus. Varsinkin iäkkäät ihmiset ovat alttiita liikkumattomuudelle. Myös tuntohäiriö on altistava tekijä painehaavan syntymiselle, koska potilas ei kykene tuntemaan tarvetta vaihtaa asentoa. Lisäksi ihon kunto, vajaaravitsemus, kehon lämpötila, ikä sekä perussairaudet altistavat potilasta saamaan painehaavan. (Juutilainen ym., 2016; Lumio, 2019; Grey, Harding & Enoch, 2006)

Ympäristön kosteuspuutos johtuen esimerkiksi hikoilusta, haavan erityksestä tai virtsainkontinenssista vaikuttaa painehaavan syntymiseen. Kosteus lisää paineen vahingollista vaikutusta jopa viisinkertaisesti verrattuna, mikäli kosteutta ei olisi. Vajaaravitsemus vaikuttaa painehaavojen määrään, laajuuteen ja ankaruuteen sekä se vaikuttaa myös hidastavasti haavojen parantumiseen. Ikä ei yksinään ole riskitekijä, mutta ne ongelmat, jotka iäkkäiden kohdalla esiintyvät ovat yhteydessä painehaavoihin. Tällaisia ovat esimerkiksi tupakointi, kuiva iho, lonkkamurtumat, uloste- ja virtsainkontinenssi sekä krooniset sairaudet ja terminaaliset eli parantumattomat sairaudet. (Grey, Harding & Enoch, 2006)

Yleensä painehaavan syntymiseen tarvitaan ihmisen makuulla olo usean päivän ajan. Vakavasti sairailta potilailta se voi syntyä jopa muutaman tunnin kuluessa, mikäli sietokyky kudoksissa on huono sekä paineelle altistuminen on riittävän voimakasta. (Juutilainen ym., 2016; Lumio, 2019)

4.2 Painehaavojen luokittelu

Painehaavat luokitellaan kansainvälisen EPUAP/NPUAP-painehaavaluokituksen mukaisesti (European Pressure Ulcer Advisory panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel). Luokittelussa haavan tai kudoksen ulottuvuus arvioidaan syvyyssuunnassa orvaskedestä katsottuna. (Juutilainen ym., 2016)

Luokittelussa on yksinkertaisesti neljä painehaavan jaottelua ja lisäksi vielä luokittelu painehaava. Ihanteellista luokittelusysteemiä ei ole olemassa ja EPUAP/NPUAP:n luokittelussakin ensimmäistä astetta on vaikea havaita sellaisilta ihmisiltä, jolla on tummempipigmenttinen iho. (Grey, Harding & Enoch, 2006) Suomen Haavahoitoyhdistys on kehittänyt painehaavojen luokittelun avuksi ”painehaavahelpperin”. Tämä esiteltiin uudistettuna vuonna 2011. Painehaavahelpperin luokittelu perustuu EPUAP/NPUAP-luokitukseen ja siihen on lisätty kosteusvaurion kuvailu, sekä siinä on myös jokaisesta luokituksesta esimerkkikuva. (Juutilainen & Hietanen, 2018, s. 331) Saimme Suomen Haavahoitoyhdistykseltä luvan käyttää tätä opinnäytetyössämme sekä oppaassamme ja se on lisätty liitteeseen 1.

Valitsimme opinnäytetyöhön käytettäväksi kyseisen painehaavaluokituksen sen ollessa kansainvälinen. Luokitus on käytettyin muihin luokituksiin verrattuna ja sitä on myös hyödynnetty lukuisissa muissa lähteissä ja siksi myös se valikoitui käytettäväksi opinnäytetyöhön. Painehaavojen luokittelun lisäksi jokaisessa luvussa on selvitetty painehaavatyypin keskeinen hoito lyhyesti.

4.2.1 Ensimmäisen asteen painehaava

Ensimmäisen asteen painehaavassa iho on ehjä, mutta punoitusta esiintyy paikallisesti useasti ulokkeen kohdalla, jossa luu on. Alueella voi olla kipua, se voi olla kiinteä tai pehmeä sekä ympäröivä kudoks voi olla viileä tai lämmin. Jos potilas on ihonsävyltään tumma voi ensimmäisen asteen painehaavaa olla haastavaa huomata, mutta vaurioituneen alueen saattaa tunnistaa muusta ympäröivästä kudoksesta. (Juutilainen ym., 2016)

Ensimmäisen asteen painehaavan hoitoon kuuluu ensimmäiseksi ja tärkeimpänä paineen poistaminen. Aluetta ei tule hieroa ja mikäli iho on kuiva, siihen voidaan levittää taputtelemalla perusvoidetta tai ihoöljyä. Tarvittaessa voidaan polyuretaanikalvolla suojata ihoa kosteudelta ja hankaamiselta. Jos ihon alla on huomattavissa kovettumaa, se voi olla merkki, että ihon syvempi kudoks on mennyt kuolioon. (Suomen verisuonikirurginen yhdistys, n.d.)

4.2.2 Toisen asteen painehaava

Toisen asteen painehaavassa vaurio on nähtävissä haavana, joka on avoin ja pinnallinen. Sen haavapohja on punainen tai vaaleanpunainen. Yleistä on, ettei katetta esiinny eikä mustelmaa ole näkyvissä, mutta vaurio esiintyy kuivana tai kiiltävänä

haavana. Myös kudoksen täyttämä rakkula joko ehjänä tai rikkoutuneena on toiselle asteelle mahdollista. (Juutilainen ym., 2016)

Kuten ensimmäisenkin asteen haavassa, tulee paine poistaa ensimmäiseksi. Ihoalue tulee suojata kosteudelta, hankaukselta ja myös infektoitumisen mahdollisuudelta. Aluetta tulee puhdistaa kehonlämpöisellä vedellä suihkuttaen tai huuhtelemalla joko juomakelpoisella vedellä tai keittosuolaliuoksella. Haavatuotteina voidaan käyttää silikonipintaisia tuotteita, polyuretaanivaahtolevyä, polyuretaanikalvoa, ohutta hydrokolloidilevyä sekä avohaavaan voidaan käyttää hydrogeeliä. Iho tulee suojata ihonsuojakalvolla tarvittaessa, jotta ennakoidaan ettei liimakiinnitteinen tuote aiheuta lisävahinkoa. Vaikka haavan aluetta tulee seurata jatkuvasti, jotta on mahdollista huomata haavan mahdollinen syveneminen, haavasidoksen vaihtoväli voi olla harva kuten kaksi kertaa viikossa. (Suomen verisuonikirurginen yhdistys, n.d.)

4.2.3 Kolmannen asteen painehaava

Kolmannessa asteessa painehaava kattaa läpäisevyydeltään koko ihon. Ominaista kolmannen asteen painehaavalla on onkaloituminen ja taskumaiset kohdat, subkutaaninen rasva voi olla mahdollista nähdä, mutta kuitenkin lihas, luu tai jänne eivät ole näkyvissä eikä niitä ole mahdollista suoraan palpoida. Katetta voi ilmetä, mutta kuitenkin se ei ole este haavan syvyyden näkemiselle. Syvyys vaihtelee riippuen painehaavan anatomisesta sijainnista. Esimerkiksi takaraivolla, nenänselässä, kehräsluissa tai korvanlehdessä ei ole subkutaanista rasvaa, joten myös haavat ovat siten matalia. Taas kehonosissa, joissa rasvaa on paljon, kolmannen asteen haavat voivat olla todella syviä. (Juutilainen ym., 2016)

Kuten ensimmäisen ja toisen asteen haavassa tulee myös kolmannen asteen haavassa poistaa paine. Kuitenkin kolmannen asteen haava harvoin paranee ilman korjaavaa leikkausta. Puhdistus tulee tehdä samalla tavalla kuin toisessa asteessa. Tässä lisänä poistetaan mekaanisesti kaikki kuollut kudokset sekä kate aina sidevaihtojen yhteydessä. Apuna voidaan siinä käyttää atuloita, veitsiä, saksia, kauhaa sekä kyrettiä. Myös mahdollisten onkaloiden ja taskujen puhdistamisesta tulee huolehtia huuhtelemalla ne keittosuolaliuoksella ruiskun ja katetrin avulla huolellisesti. Jos haava on punainen väriltään ja siisti, siihen käytetään tuotteena esimerkiksi algi-naattia tai hydrofibersidosta ja mahdollisiin onkaloihin käytetään hydrofobista sidosta. Keltaiseen haavaan käytetään entsyymaattista valmistetta, ja hopeatuotteita voidaan käyttää infektion ennaltaehkäisemisessä. Päällimmäiseksi laitetaan haava-tyyny sekä polyuretaanikalvo. (Suomen verisuonikirurginen yhdistys, n.d.)

4.2.4 Neljännen asteen painehaava

Neljännen asteen painehaavassa vaurio ylettyy ihosta ja ihonalaiskudoksesta luumun, jänteeseen ja lihakseen asti, jolloin ne ovat visuaalisesti nähtävissä. Tavan-

omaista on, että taskumaisia kohtia sekä onkaloitumista on useassa haavassa ja kättä tai kudoksen nekroosia voi olla havaittavissa. Luun tai lihaksen suora palpaatio on myös mahdollista ja haava voi ulottua myös tukikudokseen kuten faskiaan, jänteeseen tai nivelkapseliin. Kuten myös kolmannen asteen painehaavassa, tietyissä kehon osissa syvyys voi olla kuitenkin matala, kun rasvakudosta ei ole. (Juutilainen ym., 2016)

Neljännestä asteen painehaava ei parane ilman korjaavaa leikkausta. Hoito tapahtuu kuten kolmannen asteen haavassa: puhdistus ja tuotteet ovat samat. Neljännessä asteessa ilmenee haavassa usein taskuja sekä onkaloita ja se on myös infektioitunut. Myös fistelin muodostuminen niveleen asti on mahdollista. Kostutetulla hydrofibrosidoksella voidaan huolehtia, että todennäköisesti paljastuneet jänteet sekä luu ovat kosteat. (Suomen verisuonikirurginen yhdistys, n.d.)

4.2.5 Luokittelematon painehaava

Luokittelemattomassa painehaavassa syvyyttä ei osata määrittellä sillä sen todellinen syvyys on kokonaan haavakatteen peitossa, myös haavapohjassa olevan kudoksen nekroosin vuoksi syvyyttä ei voida määrittellä. Haavakate voi olla vaihtelevan väristä kuten keltaista, harmaata, vihreää tai ruskeaa, samoin kudoksen nekroosin väri voi vaihdella kellanruskeasta mustaan. Kun haavakate tai kudoksen nekroosi on poistettu ja haavan pohja tulee esiin, voidaan arvioida minkä asteen painehaava on kyseessä. (Juutilainen ym., 2016). Hoito tapahtuu sen syvyysluokituksen edellyttämällä tavalla. Yleensä haava on syvä ja onkalomainen, kuten myös kolmannen ja neljännessä asteen painehaavat. (Juutilainen & Hietanen, 2018, s. 354)

Mikäli nekroosi on laaja, on paras tapa poistaa se kirurgisesti. (Juutilainen & Hietanen, 2018, s. 354) Joskus nekroosi voi olla stabiili eli kuiva, ehjäpintainen eikä se punoita ja on pohjassaan kiinni. Mikäli kyseinen nekroosi myös sijaitsee kantalämpäällä, toimii se luonnollisena suojana eikä sen poistolle ole tarvetta. (Juutilainen, ym. 2016)

5 PAINHAAVOJEN EHKÄISY

Painehaavojen aiheuttajana on venymä, paine tai hankaus. Nämä voivat esiintyä joko yhdessä tai erikseen. Tärkein edellytys painehaavan ehkäisylle ja sen parantamiselle on paineen poistaminen. Painehaavan syntyä voidaan myös ennaltaehkäistä tiedottamisella, kouluttamisella, riskiarvioinnilla sekä apuvälineillä ja ihon hoidolla. (Terveyskylä, 2019)

Väestön ikääntyessä painehaavojen esiintyvyys tulee lisääntymään tulevaisuudessa. Painehaavat ovat ehkäistävissä, kunhan siihen on henkilökunnalla riittävästi

tahtoa, tietoa ja kannustimia. Painehaavan ehkäisy on rakennettava koko hoitoketjun kattavaksi ja saumattomaksi prosessiksi, jotta se olisi mahdollisimman tehokasta. Se tulisi alkaa toistuvalla riskin arvioinnilla sekä sitä seuraavilla toimenpiteillä heti potilaan tullessa kosketuksiin terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Hoitohenkilökunnan panos on keskeistä painehaavojen ehkäisyssä. (Soppi, 2014)

Hoitohenkilökunnan tarkkaavaisuus, taidot ja tietoperusta ovat tärkeässä asemassa jo painehaavojen riskin havaitsemisessa. Varsinkin sairaaloissa ja pitkäaikaishoitopaikoissa nämä ovat tärkeitä. Hoitotiede-lehdessä julkaistu tutkimus selvitti, painehaavojen ehkäisyyn liittyvän koulutuksen tarvetta hoitohenkilökunnalle. Tutkimus myös arvioi koulutusintervention merkitystä, kun painehaavoja ehkäistään ja riskejä arvioidaan. Kyseisessä Koivusen, Luotolan, Hjerppen, Kaukon sekä Asikaisen tutkimuksessa (2017) aineisto kerättiin kyselylomakkeella, jonka avulla selvisi, että hoitohenkilökunnan osaaminen painehaavojen ehkäisystä on kohtalaisella tasolla. Tutkimuksessa selvisi myös, että eniten koulutusta kaivattiin apuvälineiden käytössä, kun haavoja ehkäistään. Myös kirjaaminen nousi asiaksi, johon kaivataan koulutuksia. Näin myös on huomattavissa, että opinnäytetyömme palvelee tilaajaa, sillä parannettavaa vielä on hoitajien tiedossa painehaavojen ehkäisystä parhaalla mahdollisella tavalla.

5.1 Ihon hoito

Painehaavojen ehkäisyssä on tärkeää pitää iho puhtaana ja kuivana. Kosteustasapainon ylläpitäminen on tärkeää välttämällä liiallista kosteutta, mutta on kuitenkin huolehdittava, ettei iho kuivu liikaa. Kuivaa ihoa voi rasvata oikeilla kosteusrasvoilla, kuten esimerkiksi Apobase- tai Aqualan-voiteilla. Mikäli on todettu jo riski painehaavalle, ei ihoa saa hangata tai hieroa. Kivun lisäksi tämä saattaa tuottaa ihorikkoa, mikäli iho on hauras. Lämmittimiä, kuten vuoteen lämmitin tai lämpötyyny, ei saa laittaa suoraan kosketukseen ihoa vasten. (Hotus, 2015)

Ihon puhdistukseen suositellaan käytettävän pesuaineita, jotka olisivat lievästi happamia, eli joiden pH olisi 4–7. Suunniteltaessa ihonhoitoa tulee miettiä, halutaanko ihoa kosteuttaa vaiko suojata ihoa liialliselta kosteudelta. Perusvoiteen valintaan helppo neuvo on, että mitä kuivempi iho sitä rasvaisempi voide. Liian rasvainen voide voi kuitenkin aiheuttaa sen, ettei iho pääse hengittämään. Mikäli rasvan imeytymisen jälkeen iho tuntuu normaalilta, on rasva silloin sopiva. Kosteusrasvan teho lisääntyy, mikäli sen levittää kostealle iholle. (Juutilainen & Hietanen, 2018, s. 351)

Terveen ihon hoidon tarve perustuu siinä ilmenneeseen kuivumiseen. Orvaskeden kuolleen kerroksen eli marraskeden vesipitoisuuden tulee olla 10–15 %:n välillä, jotta iho olisi terve. Parhaan mahdollisen vesipitoisuuden säilyttäminen vaatii sitä, ettei vettä pääse haihtumaan liikaa. Sarveiskerroksessa näkyvät ihon kosteuden muutokset. Mikäli suhteellinen kosteus sarveiskerroksessa vähenee, tuntuu iho kiireältä ja se kutisee sekä hilseilee. (Rautava-Nurmi ym., 2014, s. 188)

Ihon liiallinen kosteus hoidetaan eliminoimalla sen aiheuttajat. Lakanat sekä vaatteet oikaistaan niin, ettei niihin jää poimuja eikä ryppyjä. Niistä myös tarkistetaan, etteivät ne ole kosteita. Mikäli potilas hikoilee, vaihdetaan häneltä petivaatteita ja vaatteita niin usein, että iho pysyy kuivana. Hengittämättömien tekokuituisten vaatteiden sekä muovien käyttöä tulisi välttää. Patja päästetään välillä viilenemään vaihtamalla potilaan asentoa. Tulee myös tarpeeksi usein huolehtia potilaan vaipan vaihdosta, jotta myöskään siellä ei olisi kosteutta eikä ulostetta, mikä polttaisi hänen ihoaan. (Juutilainen & Hietanen, 2018, s. 352)

5.2 Ravitsemus

Ravitseminen on iso osa painehaavojen ehkäisyä. Vajaaravitseminen altistaa painehaavoille. Mikäli vajaaravitsemuksen vaara on nähtävissä, on tärkeää varmistaa energian ja proteiinin riittävä saanti. Jokaisella aterialla, välipalat mukaan lukien, tulisi tarjota proteiinipitoista ruokaa. Ensisijaisesti energian saantia tehostetaan pehmeän rasvan lähteillä. Niitä ovat esimerkiksi kasviöljyt, juoksevat margariinit ja suositeltavat leipärasvat. Joskus ikääntyneillä voi olla tarpeen käyttää tehostettua ravitsemushoitoa, jolloin käytetään ruuan lisäksi täydennysravintovalmisteita, jotka voivat olla sellaisenaan nautittava juoma tai ruokaan sekoitettava jauhe. (Terveyskirjasto, 2020a.)

Ikääntyneen ruokavalion tulee sisältää vähintään 1 600 kcal energiaa vuorokaudessa. Tämä toteutuu syömällä kolme ateriaa päivässä sekä lisäksi kaksi tai kolme välipalaa. On olemassa myös tehostettu ruokavalio, mikäli ruokahalu on huono. Siinä on annoskoko tavallista pienempi, mutta sisältää runsaammin energiaa ja proteiineja. (Terveyskirjasto, 2020a.)

Riittämätön proteiinin saanti aiheuttaa ikääntyneillä sarkopeniaa eli lihaskatoa. Tämä puolestaan heikentää toimintakykyä ja kehon hallintaa sekä altistaa infektioille. Proteiinit nopeuttavat haavojen paranemista sekä vaikuttavat ihon kuntoon. Kotihoidon piirissä ja laitoshoidossa oleville vanhuksilla on suurin riski saada liian vähän proteiineja. Myös ylipainoinen voi kärsiä proteiinin puutteesta. Yli 64-vuotiaiden pitäisi saada 1,2–1,4 grammaa proteiinia painokiloa kohden vuorokaudessa. (Terveyskirjasto, 2020a.)

Vajaaravitseminen on yleistä ja tämän vuoksi ravitsemustilaa tulisi arvioida kaikilta heidän painostaan riippumatta. Ravitsemustilan määrittäminen on helppoa, mutta valitettavan usein se jää tekemättä, koska hoitoketjussa ei ole sovittu kenen vastuulle sen tekeminen kuuluu. Vajaaravitsemuksen tai sen riskin arvioimisessa tulisi tietää potilaan painohistoria sekä sen hetkinen paino. Arvioinnin avuksi on kehitetty validoituja seulontamenetelmiä. Lihavakin potilas voi olla vajaaravittu, mikäli ravitseminen on ollut yksipuolista tai paino on tippunut huomattavasti. (Juutilainen & Hietanen, 2018, s. 90)

Nutritional Risk Screening eli NRS (liite 3) on ensisijaisesti erikoissairaanhoidon kehitetty seulontamenetelmä. Siinä otetaan huomioon potilaan BMI, painonlasku, ravinnonsaanti, sairauden vaikeusaste sekä potilaan ikä, mikäli hän on vähintään 70-

vuotias. Mikäli seulonnasta saa vähintään kolme pistettä, tulisi potilaalle tehdä ravitsemushoitosuunnitelma. Jos pisteitä saa alle kolme, suositellaan viikoittaista seurantaan. Ilman systemaattisia jatkotoimia, on vajaaravitsemusriskin seulominen hyödytöntä. (Juutilainen & Hietanen, 2014, s. 91) MNA eli Mini Nutritional Assessment (liite 4) on etenkin ikääntyneille potilaille kehitetty. Tässä lomakkeessa kartoitetaan kattavammin ikääntyneen ravitsemustilaa kysymällä liikkumisesta sekä neuropsykologisista ongelmista. Mikäli seulonnan kokonaispistemäärä on 11 tai enemmän, tulee lomake jatkaa loppuun asti. Lopussa selvitetään, asuuko vastaaja kotona ja ruokaileeko hän omatoimisesti. (Juutilainen & Hietanen, 2018, s. 93)

5.3 Asentohoito

Asentohoidon tarkoituksena on poistaa tai vähentää painetta sekä hankausta haavariskille alttiilta kohdalta. Esimerkiksi liikuntakyvytön ihminen ei kykene itse vaihtamaan asentoaan tai tuntopuutoksista kärsivällä ei kipuärsyke välttämättä ole kertomassa asennonvaihdon tarpeesta. Vuodepotilaalla tulisi välttää kohtisuoraa kylkiasentoa, koska tämä luo lonkaseudulle painetta ja täten altistaa painehaavalle. Asentoa vaihdetaan vuorotellen kyljeltä toiselle. Jo pienikin asennonvaihto auttaa painetta siirtymään. Apuvälineiden avulla voidaan vähentää painehaavojen riskiä. Vuodepotilaalla painuvat helposti myös raajat yhteen, joka estetään esimerkiksi tyynyjen avulla. Myös kantapäät painuvat etenkin puoli-istuvassa asennossa nopeasti vuodetta vasten. Tämäkin voidaan helposti estää huolehtimalla, etteivät kantapäät ole kiinni vuoteessa. (Juutilainen & Hietanen, 2018, ss. 343–344)

Asentohoito on osa hyvää ihon hoitoa, mikäli se tapahtuu riittävän usein. Asentohoitoihin tulisi kiinnittää huomiota istuessa ja maatessa. Mikäli iho on kostea tai liian kovaa alustaa vasten voi lyhytaikainenkin paine iholle aiheuttaa alkavan painehaavauman. Asentoa tulisi vaihtaa vuoteessa 2–4 tunnin välein. (Terveyskylä, 2017) Asennonvaihdon aikavälit ovat asiantuntijoiden kokemukseen perustuvia suosituksia, joten yksiselitteisiä aikarajoja ei ole. Alttius saada painehaava vaihtelee yksilöittäin. Potilaan asentoa vaihtaessa tulee myös muistaa huolehtia, etteivät kateetrien letku tai muut letkut jää puristuksiin ja aiheuta osaltaan painevaurioita. (Juutilainen & Hietanen, 2018, s. 343)

5.4 Apuvälineet

Yksilölliset tarpeet määrittelevät jokaisen potilaan hoidossa käytettäviä apuvälineitä, jotka suojaavat sekä paineelta että hankaukselta. Kuitenkaan apuvälineen käyttö ei saa estää tai hankaloittaa potilasta tekemästä päivittäisi toimintoja. Pääasiassa painehaavoja estävät apuvälineet liittyvät siirtymiseen, peseytymiseen ja wc:ssä käymiseen sekä pyörätuolissa istumiseen ja sängyssä olemiseen. (Juutilainen & Hietanen, 2018, s. 345)

Painehaavapatjoja on kahta eri tyyppiä. Aktiivinen painehaavapatja on moottoroitu patja, jonka ehkäisyteho perustuu paineenkevennysjärjestelmään. Toinen vaihtoehto passiivinen painehaavapatja, joka mukautuu kehon muotoihin. Aktiivisia eli dynaamisia painehaavapatjoja tai päällyspatjoja on suositeltavaa käyttää niissä tapauksissa, kun potilaalla on suuri tai erityisen suuri riski saada painehaava. Niitä käytetään niillä potilailla, jotka eivät pysty itsenäisesti muuttamaan asentoaan tai joilla on jonkinlaisia rajoituksia asennon kanssa. Aktiivisten patjojen toiminta perustuu ilmatäytteisiin kennoihin, jotka vaihtelevat kooltaan, määrältään sekä ohjausjärjestelmän toiminnalta riippuen valmistajasta. Patjoissa kennojärjestelmän koneellinen aktiivinen ohjaaminen poistaa kontaktialueella paineen joko kokonaan tai pienentää sitä tietyn aikasyklin mukaisesti. Tällöin tietyn alueen verenkierto pääsee palautumaan aika ajoin. Oleellisia tekijöitä ovat kennojen muoto, koko sekä kuinka monen kennon välein paine vähenee tai poistuu. Myös se, kuinka paljon aikaa paineen poistumiseen tai vähenemiseen menee aikaa ovat oleellisia. Nämä tekijät mahdollistavat pintapaineen kevenemisen sekä paineen poistumisen. Nollapainepatja, itsestään säätyvä minimipainepatja tai vaihtuvapaineinenpatja ovat myös nimityksiä aktiiviselle patjalle. (Juutilainen & Hietanen, 2018, ss. 345–347)

Passiivisia erikoispatjoja tai painehaavapatjoja tulee käyttää niillä potilailla, joilla on pieni tai kohtalainen riski mahdollisesti saada painehaava. Potilailla tulee olla kyky vaihtaa asentoa itsenäisesti, tunto tulee olla ihossa normaali tai lähes normaali. Tällaisia patjoja käytetään potilailla, jotka viettävät suurimman osan ajastaan sängyssä. Passiiviset erikoispatjat muotoutuvat kehon kontaktipintojen muotoihin siten, että kohdistuvat paine jakautuu suuremmalle alueelle ja painehuiput keventyvät luisten ulkonemien kohdissa. Kehon lämpö sekä painovoima saavat aikaan patjan muotoutumisen. (Juutilainen & Hietanen, 2018, s. 346)

Pyörätuoleissa käytettäviä istuinalustoja on erilaisia ja ne on yleensä valmistettu vaahtogeelistä, polystyreenirouheesta, vaahtomuovista sekä näiden yhdistelmistä. Potilaalle muotoillaan tyyny hänen omien tarpeidensa mukaisesti. Istuinalusta ja pyörätuoli yhdessä muodostavat kokonaisuuden apuvälineitä. Jotta käyttäminen olisi optimaalista, täytyy pyörätuolin ja siinä käytettävän istuinalustan suunnitteluun käyttää aikaa. Asioita, joita täytyisi ottaa huomioon ovat anatomia sekä toiminnallisuus. Pyörätuolin ja istuinalusta valinnassa merkittäviä tekijöitä ovat potilaan koko, ruumiinrakenne sekä mahdolliset kehon ja raajojen virheasennot. Esimerkiksi pyörätuolin ollessa liian pieni aiheuttaa se painetta myös sivuilta ja selkänokasta. Liikunnallinen aktiivisuus, spastisiteetti, tuntohäiriöt ja lihasten hallintakyky ovat huomioitava. Lisäksi tyynyn pohjamateriaalin ei tule liukua, tyynyn tulee sopia pyörätuoliin ja sen pitää olla helposti puhdistettavissa. Informaatio, joka on saatu riskiluokituksesta on asia, mikä tulee ottaa huomioon potilaan istuintyynyn valinnassa. (Juutilainen & Hietanen, 2018, ss. 324–325)

Vuoteessa apuvälineinä voi käyttää erilaisia tyynyjä. On olemassa asentohoitotyynyjä, mutta myös normaalit päätyynyt ovat hyviä käyttää. Näillä voi tukea potilaan asentoa, mutta myös kohottaa kantapäitä irti vuoteesta tai estää polvia painumasta yhteen. Vuodepotilaalla on hyvä myös käyttää kevennystossuja, jotka tuovat kanta-

päihin pehmeyttä ja täten estävät niitä painumasta vuoteeseen. Liukulakana vuoteessa estää potilaan asentoa kohottaessa kitkaa. Näitä olisi hyvä vuodepotilailla hyödyntää. (Laitinen, 2016)

Lisäksi painehaavan ehkäisyssä on mahdollista apuvälineenä käyttää painehaavariskin laskemisessa erilaisia mittareita. Kahdeksan tunnin kuluessa potilaan saapumisesta hoitoon tulisi arvio olla tehtynä ja se tulisi toistaa aina, kun potilaan tila muuttuu ja jatkossa vähintään kerran viikossa. Erilaisia mittareita on muun muassa Braden-mittari, Jackson and Cubbin -mittari, Nortonin riskimittari sekä Waterlow'n riskimittari. Vuonna 1988 kehitetty Braden-mittari on eniten testattu painehaavojen riskiä ennustava mittari ja se on todettu luotettavimmaksi verrattuna muihin. Pisteteiden lasku on asteikoittain yhdestä neljään, pois lukien kitkan ja ihon venymisen jossa pisteytys on yhdestä kolmeen. Pistemäärä voi vaihdella välillä 6–23. Kuitenkin jos riskipisteet ovat 19–23, täytyy ihon sekä kudosten kuntoa siitä huolimatta tarkkailla. (Juutilainen ym., 2016) Braden-mittari on lisätty liitteeseen numero neljä.

5.5 Ihon kunnan seuranta ja arviointi

Ihon kunnan arviointi ja seuranta ovat osa päivittäistä painehaavojen ehkäisyä, jota tulisi toteuttaa jokaisessa työvuorossa. Alkavat painehaavat tulisi huomata ajoissa, jotta voidaan ehkäistä tilanteen paheneminen. Ihoa tarkkailtaessa huomioidaan ihon punoitus sekä sen vaaleneminen sitä painaessa. Tulee myös tunnustella, onko iho kuuma, turvoksissa tai onko ihon alainen kudokseksi kovettunut. Kaikki pinnalliset ihovauriot, hiertymät, rakkulat sekä ihon ylimääräinen kosteus tulee myös huomioida. (Juutilainen & Hietanen, 2018, ss. 351–352)

Haavoja ja ihon kuntoa olisi hyvä dokumentoida joko kuvallisesti tai kirjallisesti mahdollisimman tarkasti sekä yksiselitteisesti. Tämän tulisi tapahtua hyvin, että kaikki hoitoon osallistuvat pystyvät mahdollisimman helposti löytämään potilaan hoidon suunnitteluun sekä seurantaan tarvittavan tiedon. Tämän myös tulisi olla jatkuvaa, jotta muutokset saadaan kirjattua ajantasaisesti. Haavanhoitoon liittyvät toiminnot kirjataan hoitotyön tarve ja toimintaluokituksen (SHTaL sekä SHToL) kudoseheyskomponentin pää- sekä alaluokkien avulla. (Juutilainen & Hietanen, 2018, ss. 70–72)

Haavoista ja ihon kunnosta kirjatessa tulisi kuvailla näitä mahdollisimman tarkasti. Haavasta sen koko, miltä haava ja sen pohja näyttävät, tuleeko haavasta jokin haju, onko siinä katetta sekä sitä hoitaessa kertoa, miten sitä on hoitanut, mitä tuotteita siihen on käyttänyt ja hoito-ohjeet jatkossa. Näin seuraavan on helppo vertailla seuraavalla hoitokerralla, onko haavassa tapahtunut muutoksia parempaan tai huonompaan, sekä seuraava osaa hoitaa haavan tarvittaessa samalla tavalla. Valokuvaaminen on luotettavin dokumentointi tapa ja kuvasta on helppo vertailla, mihin suuntaan haavan paraneminen on mahdollisesti menossa. Valokuvassa voi käyttää apuna mittatikkua, jotta voidaan kuvista vertailla haavan kokoa. Kirjaaminen on kuitenkin aina subjektiivista, mutta valokuvat ovat objektiivisia. Kirjaaminen mahdollistaa sen, että haavanhoito pysyy jatkuvana sekä sen toimivuutta pystytään muokkaamalla haavanhoitoa ja hoitotuotteita. (Kinnunen, 2007, s. 30)

6 OPINNÄYTETYÖN PROSESSI

Opinnäytetyön tekeminen on oppimisprosessi. Se kehittää opiskelijan tutkivaa, analysoivaa sekä kehittävää työtettä. Opinnäytetyössä keskeistä on, että työn aihe tulee pääsääntöisesti työelämästä sekä se edistää opiskelijan ammatillista osaamista ja työllistymistä. Tavoitteena opinnäytetyössä on vahvistaa yleisiä työelämävalmiuksia sekä alakohtaisia ammatillisia pätevyyskäsitteitä. Usein opinnäytetyö liittyy työelämän kehittämiseen tai ammattikorkeakoulun omaan tutkimus- ja tuotekehitystoimintaan. Työssä tärkeää on kuvata työn tarkoitus sekä tavoitteet selkeästi. Työ tulee rakentaa tutkimuksellisella otteella sekä siinä tulee käyttää kehittävää näkökulmaa. (Hämeen ammattikorkeakoulu, 2018, ss. 1–2)

Tässä luvussa käsittelemme opinnäytetyömme prosessia. Käymme läpi, mikä on toiminnallinen opinnäytetyö. Kerromme miten opinnäytetyön suunnittelu ja toteutus tapahtui ja millaisella aikataululla. Avaamme myös tiedonhakua työssämme. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää tilaajalle opas ihon kunnon seurannasta.

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Hämeen Ammattikorkeakoulussa opinnäytetyö voi olla esimerkiksi toiminnallinen tai tutkimuspainotteinen. Toiminnallisen opinnäytetyön aihe nousee työelämän tarpeista ja etenkin tilaajan tarpeista. Opinnäytetyön tavoitteena on myös kehittää käytännön toimintaa työelämässä esimerkiksi ohjeistuksilla tai kehittämisideoilla. Kaikissa opinnäytetyöissä määritellään tutkimusongelmat tai -kysymykset ja näitä työssä ratkaistaan. Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää teoreettisen sekä toiminnallisen osuuden. Toiminnallinen osuus voi olla esimerkiksi tapahtuma, opas, video tai simulaatio tilaajalle. (Hämeen ammattikorkeakoulu, 2018, ss. 1, 7–8)

Jokin konkreettinen tuote on aina toiminnallisen opinnäytetyön tuotos. Tämän vuoksi opinnäytetyön raportissa on selvitettävä keinoja, joita on käytetty konkreettisen tuotoksen saavuttamiseksi. On tärkeää perehtyä oman ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeisiin, jotta voi varmistaa oman tuotoksen olevan ohjeiden mukainen. Usein valitaan tuotettavaksi ohjeistuksia ja tietopaketteja osana toiminnallista opinnäytetyötä. Tällöin valittavaksi tulee painotuote, kansion kokoaminen tai sähköinen muoto tuotteelle. Painotuotteessa tulee pohtia, minkälaisia mielikuvia halua kohderyhmälle viestittää. (Vilka & Airaksinen, 2004, ss. 51–52)

Lähdekritiikki on isossa asemassa oppaiden, ohjeistusten, käsikirjojen sekä tietopakettien rakentamisessa. Pitää pohtia, mistä tieto on hankittu sekä pystyä kuvaamaan miten käytettyjen tietojen oikeellisuus ja luotettavuus on varmistettu. Joskus on myös hyvä kertoa konkreettisesti, miten opinnäytetyöhön on tietoa hankittu tai miten sen käytännön toteutus on viety eteenpäin. (Vilka & Airaksinen, 2004, ss. 53–55)

Opinnäytetyön raportti etenee sen mukaan, millainen projekti ja työprosessi on ollut. Raportista selviää lukijalle, miten aihe on löytynyt, millaisia kysymyksiä opinnäytetyössä on ja miten ne on ratkennut. Olennaisin osa toiminnallisessa opinnäytetyössä on tuotos, mutta raportti sekä tutkimuksellisuus, joka käy ilmi raportista ovat osa työprosessia. Olennaista on kokonaisuus sekä osien yhteensopivuus eli miten raportti ja tuotos sopivat keskenään yhteen. (Vilkkä & Airaksinen, 2004, s. 83)

Mikäli tavoittelee onnistunutta ohjetta, on hyvä pitää mielessä seuraavat kolme asiaa: käskymuodon käyttäminen, ohjattavan toiminnan olennaisten tietojen ja vaiheiden tunnistaminen ja ohjeiden esittäminen helposti hahmotuvassa muodossa. (Kotimaisten kielten keskus, n.d.)

Hyvän ohjeen rakenne etenee loogisesti. Kerrottavat asiat liittyvät luontevasti toisiinsa eikä lukijalle tule yllättäviä hyppäyksiä. Etenemisjärjestys on tavallisimmin tärkeysjärjestys. Virkkeet ovat rakenteeltaan helposti hahmotettavia sekä sanat yleiskielisiä. Hyvässä ohjeessa oikeinkirjoitus on viimeistelty. Hyvän ohjeen kirjoittaminen ei kuitenkaan ole helppoa. Tekstin tulee olla helposti ymmärrettävää, mutta sisällöltään kattavaa. Pääotsikon tulisi kertoa, mitä ohje sisältää, väliotsikot taas voivat olla lyhyitä, yhden sanan sisältäviä. Näin ne ovat toimivia ja selkeitä. Lauseiden ja virkkeiden tulee olla selkeitä, jotta ne voi ymmärtää jo ensimmäisellä lukukerralla. (Hyvärinen, 2005)

Tämän opinnäytetyön toiminnallisena osuutena tuotettiin opas tilaajan henkilökunnalle. Opas on koottu teoreettisen viitekehysten pohjalta. Tarkoituksena oppaalla on toimia henkilökunnan apuna painehaavojen ehkäisyssä.

6.2 Suunnittelu ja työstäminen

Opinnäytetyön suunnittelu alkoi loppuvuodesta 2019. Mietimme valmiiksi itsellemme mielenkiintoisia ja tulevaisuuden työelämässä hyödyllisiä aiheita, joita tarjosimme mahdolliselle tilaajalle. Tilaajana toimii eteläsuomalainen ikäihmisten asumisyksikkö. Tilaajan toiveesta emme mainitse yrityksen nimeä. Tilaajan henkilökunnalta kysyttiin kahden eri aiheen väliltä, kummasta aiheesta he haluaisivat meidän tekemän oppaan heidän käyttöönsä. Näin ollen saimme tilaajan ja heille varmasti hyödyllisen aiheen opinnäytetyöllemme. Tärkeää oli tuottaa tilaajalle tarpeellinen hyödyllinen ja hyvin palveleva aihe, josta olisi hyötyä asukkaiden hyvinvoinnin kannalta.

Opinnäytetyön kirjoitusprosessi käynnistyi maaliskuussa 2020 ja eteni kovaa vauhtia eteenpäin. Teoreettinen viitekehys lähti muodostumaan kevään aikana. Koronatilanteen vuoksi emme tilaajan luokse päässeet paikan päälle keskustelemaan työstämme ja tulevasta oppaasta. Kuitenkin kävimme sähköpostitse keskustelua etenkin oppaan sisällöstä, jotta siitä tulisi heidän näköisensä ja toiveiden mukainen. Opasta lähdettiin rakentamaan tilaajan toiveiden sekä kommenttien perusteella. Tämä opinnäytetyön teoreettinen osuus toimii pohjana oppaalle. Tähän perustuu

oppaan sisältö. Tilaaja teetti henkilökunnalla kyselyn opinnäytetyön aiheesta ja tämä aihe voitti äänestyksen. Näin ollen tämä aihe on heille tarpeellinen ja toivottu.

Esittelimme työmme väliseminaarissa elokuussa 2020. Samaan aikaan lähetimme valmiin oppaan tilaajalle tarkasteltavaksi. Väliseminaarista saatujen kommenttien perusteella hioimme vielä opinnäytetyömme teoriaosuutta paremmaksi. Esittelimme valmiin oppaan loppuseminaarissa tilaajan henkilökunnalle lokakuussa 2020. Opas oli heidän tarpeisiinsa sopiva. Tilaaja oli erittäin tyytyväinen ja saimme positiivista palautetta.

Oppaan lopullinen muoto tulee tilaajalle sähköisenä sekä paperisena. Sähköistä muotoa he pääsevät itse päivittämään ja täydentämään. Täten se pysyy ajantasaisena ja heille tarpeellisena. Paperimuoto on taas helpommin saatavilla ja siitä henkilökunta pystyy nopeasti katsomaan tarvitsemansa asiat.

6.3 Tiedonhaku

Tiedonhaussa hyödynsimme koulun sekä kaupungin kirjastoja. Käytimme myös opikirjoja, jotka löytyivät meiltä jo valmiiksi. Käytimme myös tietokantoja kuten Finna, Cinahl, Terveysportti sekä Terveyskirjasto. Haimme myös paljon tietoa avoimella haulla Google-hakupalvelun kautta. Tiedonhaussa käytimme verkosta löytyvää sekä painettua materiaalia. Pyrimme työssämme käyttämään lähteitä, jotka oli julkaistu vuoden 2010 jälkeen. Vanhempiakin lähteitä käytimme, mutta nämäkin oli tarkasti valikoitu ja hyväksi todettuja. Hyödynsimme myös muiden tekemien opinnäytetöiden lähdeluetteloita, mikäli työn aihe liittyi joltakin osin meidän työmme aiheeseen. Käytettyiden lähteiden tuli olla maksuttomia ja helposti saatavilla.

Käytimme lähteinä ulkomaisia ja suomalaisia lähteitä. Kaikki lähteet olivat tieteellisiä tekstejä tai ammatillisia julkaisuja. Hyödynsimme myös tieteellisiä artikkeleita sekä tutkimuksia työssämme. Hakusanoja, joita käytimme tiedonhaussa, olivat ”painehaava”, ”painehaavojen ehkäiseminen”, ”ihon rakenne”, ”ihon kunto” ja ”ihon toiminta”.

6.4 Opas

Opas on tämän opinnäytetyömme toiminnallinen osuus. Tämän toteutus lähti tilaajan toiveista ja sisältökin on heidän toiveidensa mukainen. Opas on rakennettu teoreettisen viitekehäyksen pohjalta. Rakensimme oppaan PowerPoint-ohjelmalla, koska se tuntui olevan sopivin tapa saada opas selkeäksi. Oppaan sisältö koostuu painehaavoista, niiden riskitekijöistä, ehkäisystä sekä kirjaamisesta. Hyödynsimme oppaassa myös Braden-mittaria, jonka avulla on helppo laskea painehaavariski. Lisäsimme myös painehaavahelpperin oppaaseen, jotta se olisi kuvineen apuna, kun mietitään mihin luokkaan painehaava menee.

Tilaaaja toimitti meille kuvia asentohoidosta, joita hyödynsimme oppaassa. Kuvissa näkyy heidän henkilökuntaansa, joten emme voineet käyttää niitä opinnäytetyömme teoriapohjassa. Mahdollistimme tilaajalle myös oppaan näkemisen jo sen tekovaiheessa. Näin he pääsivät kommentoimaan ja täten osallistumaan oppaan rakentamiseen. Tilaaaja kehui opasta selkeäksi ja hyvältä näyttäväksi jo ennen kuin se oli valmis.

Oppaasta haluttiin todella pelkistetty, sillä opas tulostetaan paperille kansliaan. Väriallinen pohja saattaa suttaantua tulostaessa tai tulostua mustavalkoiseksi ja tämä helposti luo suttuisen ja epäselvän kuvan. Tilaaaja saa oppaan myös sähköisessä muodossa käyttöönsä.

7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Ammattikorkeakoulut ovat sitoutuneet noudattamaan tutkimuseettisen neuvottelukunnan eli TEKN:in laatimaa HTK-ohjetta. HTK-ohje eli Hyvä tieteellinen käytäntö -ohje määrittelee, mitä hyvä tieteellinen käytäntö on ja miten sen loukkausepäilyt tarkistetaan. Suositusten tavoitteena on yhdistää ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöprosessia, ennaltaehkäistä tieteellistä epärehellisyyttä ja samalla edistää hyvää tieteellistä käytäntöä. Tavoitteena on myös samalla edistää opinnäytetöiden laatua. (Arene, 2020 ss. 3–4)

Hämeen ammattikorkeakoulun ohjeissa eettisyyteen perustuen tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tekijät, jotka loukkaavat tätä käytäntöä ovat piittaamattomuus kuten puutteellinen viittaaminen aikaisempiin tutkimuksiin, törkeä laiminlyönti sekä vilppi kuten luvaton lainaaminen tai havaintojen tai tulosten vääristely. Myös luvaton lainaaminen eli plagiointi on hyvän tieteellisen käytännön vastaista ja HAMKissa on käytössä Urkund-plagioinnintunnistusverkkopalvelu. Sen tarkoituksena on tarkistaa osat, jotka voivat olla kopioituja, mutta niistä puuttuvat pätevät viittaukset. (HAMK, 2018 ss. 3–4)

Opinnäytetyö on tehty rehellisesti ilman vilppiä ja plagiointia. Ohjeita on noudatettu koko työn tekemisen aikana sekä lähteisiin on aina viitattu, eikä refroitua ole esitetty omana tekstinä. Opinnäytetyössä lähdeviitteet ovat merkitty HAMK:n ohjeituksen mukaisesti eikä lähteissä olevaa asiasisältöä ole muutettu, kun niihin on työssä viitattu. Tiedonhaussa on hyödynnetty siihen saatua ohjausta ja käytetty HAMK:n suosittelemia tietokantoja. Myös tarkennettujen hakusanojen käyttö tiedonhaussa toi lisää luotettavuutta, kuten myös lähdekriittisyys ja suomenkielisten sekä englanninkielisten lähteiden käyttäminen. Lähdekriittisyys tuli esiin sen suhteen, minkälaisilta sivuilta tai tietokannoista lähteitä valikoimme työtä varten.

Opinnäytetyön tilaaja, tekijät sekä koulu ovat toimineet yhteistyössä sekä allekirjoittaneet asianmukaiset sopimukset. Luotettavuus sekä tiedon ajantasaisuus on työssä säilytetty tiedonhakua rajaamalla sekä tarkalla lähdekriittisyydellä. Teoreettinen viitekehys on rakennettu useasta eri lähteestä, jotka keskustelevat keskenään. Nämä molemmat tukevat opinnäytetyön luotettavuutta. Tämäkin, kuten kaikki

opinnäytetyöt on tarkistettu plagiointitunnistusverkkopalvelussa. Työssä noudatetaan Hämeen ammattikorkeakoulun määrittelemään toiminnallisen opinnäytetyön rakennetta.

Opasta tehdessämme kiinnitimme huomiota, että teksti olisi selkeää ja tarkasti, mutta napakasti sanottua. Kirjoitusasu on siisti ja asiakielellä tehty. Lähteet on opaseenkin merkitty selkeästi ja koulun ohjeita noudattaen ja opas perustuu niihin, joten tieto on ajantasaista. Kuville on kysytty käyttö lupa ja nekin ovat merkittävänä lähdeluetteloon.

8 POHDINTA

Painehaava-termi on vakiintunut Suomessa viimeisten 20 vuoden aikana. Aikaisemmin painehaavasta on käytetty termiä makuuhaava. Nimenä painehaava voi olla harhaanjohtava, koska sen syntyyn vaikuttaa moni muukin tekijä, kuin vain kudokseen kohdistuva paine itsessään. Kaikista haavoista painehaavojen osuus on suuri. Painehaavojen hoito on pitkäkestoista sekä työlästä ja kärsimyksen lisäksi aiheuttavat huomattavasti kustannuksia terveydenhuollossa. (Juutilainen & Hieta, 2018, s. 322) Painehaavat tuovat mukanaan turhaa kärsimystä ja kipua. Niiden hoitaminen on työläämpää sekä kalliimpaa kuin niiden ennaltaehkäisy. Panostamalla ajallisesti painehaavojen ehkäisyyn, säästetään aikaa, joka menisi painehaavojen hoitoon. Tämä on hoitotyössä osa-alue, jossa voi aina parantaa ja kehittää toimintatapoja. Näin jopa voidaan säästää varoja ja hyödyntää niitä muihin osa-alueisiin. Painehaavat huonontavat elämänlaatua olemalla kipeitä ja vaikeahoitoisia. Kuitenkin painehaavat ovat ehkäistävissä pienillä toimilla. Painehaavojen hoito taas vaatii jo isompia toimia riippuen haavan asteesta.

Ihmisen elämänlaatua tulee vaalia ja hoitaa. Vuodepotilas ei kykene itse huolehtimaan painehaavojen ehkäisystä ja on täten täysin toisen ihmisen varassa tämän asian suhteen. Hoitajana asennonvaihto ei vie paljoakaan aikaa, mutta se voi tehdä potilaalle mukavamman olon ja ehkä jopa poistaa kivun, joka oli jo merkki painehaavasta, joka voisi kipualueelle kehittyä, mikäli painetta ei poisteta. Kuitenkin kuka tahansa voi olla vaarassa saada painehaavan. Se että on kykeneväinen liikkumaan, ei poissulje painehaavariskiä. Tämän vuoksi on onneksi kehitetty riskimittareita, joita on hyvä hyödyntää selvittäessä potilaan riskiä painehaavoihin.

Henkilökunnan tulisi tarkkailla kerran vuorossa potilaan tai asukkaan ihoa. Kirjata ylös sekä mahdollisesti valokuvata muutokset, jotta niiden kehitystä huonompaan tai parempaan voidaan seurata. Ihoa hoidetaan pitämällä sen kosteustasapaino oikeanlaisena, poistamalla kudoksiin kohdistuvaa painetta sekä huolehtia potilaan tai asukkaan ravitsemuksesta. Perussairauksien hoitotasapaino on myös tärkeää pitää hyvänä. Asennonvaihdosta huolehtiminen on tärkeä osa painehaavojen ehkäisyä. Kirjaaminen ja dokumentointi takaa hoidon jatkuvuuden.

Painehaavoista löytyi runsaasti materiaalia, niin painettua kuin verkossa olevaa. Hoito-ohjeet eivät juurikaan toisistaan eroa ja painehaavaluokittelu pysyi samana

jokaisessa lähteessä. Tämä teki opinnäytetyön tekemisestä helpompaa, koska ei tarvinnut miettiä, mikä lähteistä olisi todenmukaisin. Materiaalia löytyi suomeksi sekä englanniksi runsaasti. Tutkimuksia oli todella haastavaa löytää ja teimme niiden löytämiseksi paljon töitä. Kuvia, joita olisi saanut käyttää emme löytäneet, mutta löysimme painehaavahelpperin, joka on luotu avuksi haavojen luokitteluun. Kysyimme luvan tämän käyttöön opinnäytetyössä sekä oppaassa ja Suomen haavahoitoyhdistys ry antoi meille luvan käyttää tätä.

Aikataulutusta emme olleet etukäteen paljoa suunnitelleet. Se olisi ehkä vienyt opinnäytetyötä eri lailla eteenpäin, jos olisi ollut aikataulu tehtynä. Covid-19 pandemia Korona myös vaikutti tekemiseen keväällä ja kesällä 2020, koska emme päässeet tilaajan luokse henkilökohtaisesti sopimaan asioista. Kuitenkin sähköpostin välityksellä asiat hoituivat kohtuu hyvin. Olemme hyödyntäneet tilaajan ehdotuksia ja toiveita opasta tehdessä.

Halusimme työllämme vaikuttaa painehaavojen ehkäisemiseen. Näin myös voidaan vaikuttaa asiakkaiden elämänlaatuun edistävästi ja mahdollisesti parantavasti tulevaisuudessa, tuomalla tilaajalle ajankohtaista tietoa. Kasasimme myös itsellemme paljon uutta tietoa, jota voimme hyödyntää myös omassa työelämässä. Opimme arvioimaan lähteiden luotettavuutta ja etsimään tietoa.

Opinnäytetyömme tarkoitus oli tehdä tilaajalle opas painehaavojen ehkäisystä. Tavoitteenamme oli parantaa tilaajan henkilökunnan tietoa ja taitoja painehaavojen ehkäisystä ja täten vähentää näistä johtuvia kustannuksia ja parantaa asiakkaiden elämänlaatua. Teoriapohjalle saimme hyvän kehityksen rajaamalla aiheen tiiviiksi sekä muodostamalla tutkimuskysymykset. Tarkka tiedonhaku ja lähteiden rajaus auttoi meitä rakentamaan vankan teoriapohjan aiheesta. Opas tilaajalle on rakennettu tämän teoreettisen viitekehityksen perusteella.

Uskomme oppaan hyödyttävän monia osapuolia. Kattavan oppaan avulla painehaavat vähenevät ja täten tilaajalta säästyy rahaa sekä työntekijöiltä aikaa. Asukkaiden elämänlaatu paranee ilman painehaavoja ja niistä syntyvää kipua. Työntekijät voivat käyttää ajan, joka menisi haavanhoitoon esimerkiksi asukkaan kanssa keskusteleminen ja haavanhoitoon menevät varat voidaan sijoittaa yhteiseen hyvään. Annamme tilaajalle vapauden muuttaa opasta tarpeen mukaan. Mikäli esimerkiksi painehaavojen ehkäisyyn tulisi uusia apuvälineitä tai painehaavojen hoitoon tulisi uusia ohjeistuksia.

LÄHTEET

ALK. (n.d.) Sanasto. Haettu 11.8.2020 osoitteesta <https://www.alk.fi/allergia/sanasto>

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry (2020). *Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset*. Haettu 28.7.2020 osoitteesta <http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf? t=1578480382>

Braden, B. & Bergstrom, N. (1988). Braden scale for predicting pressure sore risk. Haettu 24.6. osoitteesta <http://bradenscale.com/images/bradenscale.pdf>

Grey, J. E., Harding, K. G. & Enoch, S. (2006). Pressure ulcers. *BMJ (Clinical research ed.)* 332 (7539), ss. 472–475. US National Library of Medicine National Institutes of Health. Haettu 19.5. osoitteesta <https://dx.doi.org/10.1136%2Fbmj.332.7539.472>

Hotus. (2015). Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Hoitotyön tutkimussäätiö. Haettu 29.3.2020 osoitteesta <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/painehaava-hs-lyh.pdf>

Hyvärinen, R. (2005). Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 16/2005, ss. 1769–1773 Haettu 11.8.2020 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo95167>

Juutilainen, V. & Hietanen, H. (2018). *Haavanhoidon periaatteet*. Helsinki: Sanoma Pro.

Juutilainen, V., Kavola, H., Mäntymäki, J., Orell-Kotikangas, H., Heikkilä, A., Kivelä, A., Kuokkanen, O., Lagus, H., Leppäniemi, E., Saine, L. & Pukki, T. (2016). Estä painehaava. Oppiportti verkkokurssit. Helsinki: Duodecim. Haettu 21.4. osoitteesta <https://www.oppoportti.fi/op/dvk00056>

Kinnunen, U. (2007). *Rakenteinen tieto haavanhoidon kirjaamisessa*. Pro gradu -tutkielma. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Kuopion yliopisto. Haettu 11.8.2020 osoitteesta https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20090008/urn_nbn_fi_uef-20090008.pdf

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

Kotimaisten kielten keskus. (n.d.). Vinkkejä ohjetekstin tekijöille. Haettu 11.8.2020 osoitteesta https://www.kotus.fi/ohjeet/virkakielihojeita/ohjeita_ohjeiden_tekijoille

Laitinen, E. (2016). Painehaava- Kallista kärsimystä. Hoitotyön keinot ehkäistä painehaavoja, käytännön näkökulma. Diaesitys 20.10.2016. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Haettu 11.8.2020 osoitteesta <https://www.essote.fi/wp-content/uploads/sites/2/2016/10/painehaavapaiva-2016.pdf>

Leppäluoto, J., Kettunen, R., Rintamäki, H., Vakkuri, O., Vierimaa, H. & Lätti, S. (2013). *Anatomia ja fysiologia*. Helsinki: Sanoma Pro.

Lumio, J. (2019). Painehaavat eli makuuhaavat. Terveyskirjasto. Haettu 31.3. osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00313#s1

Nestlé Nutrition Institute (n.d.). *Full MNA®Form*. Haettu 16.6.2020 osoitteesta https://www.mna-elderly.com/mna_forms.html

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. (2014). *Hoitotyön taidot ja toiminnot*. Helsinki: Sanoma Pro.

Ruokavirasto. (n.d.). NRS2002-menetelmä vajaaravitsemuksen riskin seulontaan. Haettu 16.6.2020 osoitteesta <https://www.ruokavirasto.fi/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemus--ja-ruokasuositukset/ikaantyneet/>

Solunetti. (2006). Lymfosyytti. Haettu 11.8.2020 osoitteesta <http://www.solunetti.fi/fi/histologia/lymfosyytti/>

Soppi, E. (2014). Painehaavojen ehkäisyyn pitää panostaa. *Potilaan lääkirilehti* 46/2014. Haettu 29.4.2020 osoitteesta <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/painehaavojen-ehkaisyyn-pitaa-panostaa/>

Soppi, E. (2010). Painehaava - esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 126(3), ss. 261–268. Haettu 29.4.2020 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo98591>

Suomen verisuonikirurginen yhdistys. (n.d.). Painehaava. Haettu 26.5. osoitteesta <https://verisuonikirurgit.yhdistysavain.fi/hoito-ohjelma/painehaava/>

Tasanen-Määttä, K. & Peltonen, S. (2011). Epidermis eli orvaskesi. Teoksessa *Ihotaudit*. M. Hannuksela, S. Peltonen, T. Reunala & R. Suhonen (toim.) Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Oppiportti. Haettu 23.4.2020 osoitteesta <https://www.oppiportti.fi/op/iht00002/do>

Terveyskirjasto. (2016). Ihon rakenne ja muutokset ikääntyessä. Haettu 18.3.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01124

Terveyskirjasto. (2020a). Ikääntyneiden ravitsemus. Haettu 29.4.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086&p_hakusana=ravitsemus#s2

Terveyskirjasto. (2020b). Lääketieteen sanasto. Syöjäsolu. Haettu 11.8.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt03383

Terveyskylä. (2017). Huomioi asentohoito. Haettu 29.4.2020 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/kuntoutujalle/selk%C3%A4ydinvamma/ihon-itsehoito-selk%C3%A4ydinvamman-j%C3%A4lkeen/huomioi-asentohoito>

Terveyskylä. (2019). Yleistä painehaavoista. Haettu 29.4.2020 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/haavatalo/tietoa/krooniset-ja-kroonistumisen-riskiss%C3%A4-olevat-haavat/painehaavat/yleist%C3%A4-painehaavoista>

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

PAINEEHAVAHELPPERI, SUOMEN HAAVANHOITOYHDISTYS RY



PAINEEHAVAHELPPERI

©NPUAP – EPUAP painehaavojen syvyyssluokitus I-IV

Painehaava on paikallinen ihon ja/tai sen alla olevan kudoksen vaurio. Se sijaitsee tavallisesti luisen ulokkeen kohdalla ja sen aiheuttaja on paine tai paine ja venytys yhdessä.

I aste

Vaalenematon punoitus

Ehjä iho, jossa on vaalenematonta punoitusta (eryteema) paikallisesti, yleensä luisen ulokkeen kohdalla. Vaalenematon punoitus voi olla merkki potilaan painehaavariskistä. Älä hiero punoittavaa aluetta.



II aste

Ihon pinnallinen vaurio

Verinahan (dermiksen) osittainen vaurio, joka ilmenee pinnallisena avoimena haavana. Voi olla myös ehjä tai rikkoutunut rakkula, muttei ihon repeämä, teipin aiheuttama ihorikko, inkontinenssiin liittyvä ihotulehdus (dermatiitti), vettyminen (maseraatio) tai hiertymä (ekskoriaatio), joissa verinahka on paljastunut.



III aste

Koko ihon vaurio

Koko ihon läpäisevä kudonvaurio, jossa ihonalainen (subkutaaninen) rasva voi olla näkyvässä, mutta lihas, jänne tai luu eivät ole paljaana. Haavassa voi olla katetta tai nekroosia. Siinä saattaa olla taskumaisia kohtia ja onkaloitumista. Syvyys vaihtelee haavan anatomisen sijainnin mukaan. Konsultoi lääkäriä.



IV aste

Koko ihon ja ihonalaiskudoksen vaurio

Koko ihon ja ihonalaiskudoksen vaurio, jossa luu, jänne tai lihas on paljaana. Haavassa voi olla katetta tai nekroosia. Siinä on usein taskumaisia kohtia ja onkaloitumista. Syvyys vaihtelee niiden anatomisen sijainnin mukaan. Konsultoi lääkäriä.



Haavanhoidon tiheys ja puhdistusmenetelmä sekä haavanhoitotuote valitaan painehaavassa olevan kudostyyppin, syvyyden ja haavaeritteen määrän mukaan. Suojaa haavaympäristö ja painehaavan reunat kosteudelta.

POISTA PAINETÄ JA ESTÄ IHON VENTYMINEN

NPUAP – EPUAP KANSAINVÄLISEN PAINENHAAVA- LUOKITTELUJÄRJESTELMÄN LISÄLUOKAT

Luokittelematon

Koko ihon tai kudoksen vaurio, jonka syvyys on tuntematon.

Haava on täysin katteen tai nekroosin peitossa. Haavan syvyyttä ei voida määrittää ennenkuin kate ja nekroosi on poistettu. Kyseessä on joko III tai IV asteen painehaava. Älä poista kantapäätä kiinteää, kuivaa, pohjassaan kiinniolevaa, ehjäpintaista rupea tai nekroosia, joka ei hylly (fluktoi).

Hoitoperiaate: Seuraa päivittäin vauriota. Poista paine ja estä ihon venyminen. Konsultoi lääkäriä.



Luokittelematon

Epäily syvien kudosten vauriosta, jonka syvyys on tuntematon.

Sinertävä tai punaruskea ehjä iho tai veren täyttämä rakkula, joka johtuu alla olevan pehmytkudoksen paineen ja/tai venymisen aiheuttamasta vauriosta. Haavan kehittyminen voi olla nopeaa paljastaen alla olevia kudokset hyvästä hoidosta huolimatta.

Hoitoperiaate: Seuraa päivittäin vauriota. Poista paine ja estä ihon venyminen. Konsultoi lääkäriä.



©NPUAP – EPUAP 2009

Kosteusvaurio

Kosteassa vauriossa (kosteaa leesio) iho on kiiltävä, hautunut, punoittava ja siinä on ihorikkoja, joissa ei ole nekroosia. Haavan reunat ovat epäsäännöllisiä. Syvällä pakaravaossa, tai peräaukon (anus) ympärillä oleva punoitus ja ihorikot ovat yleensä virtsa- tai ulosteinkontinenssin aiheuttamia. Kosteusvaurio sijaitsee painehaavalle epätyypillisessä paikassa, mutta voi kehittyä myös luisen ulokkeen päälle.

Hoitoperiaate: Kosteuden ehkäisy ja hoito.



**NRS 2002 -menetelmä
vajaaravitsemuksen riskin seulonnassa¹**

Päiväys _____

POTILAAN PERUSTIEDOT			
Potilaan nimi			Henkilötunnus
Pituus (cm)	Nykypaino (kg)	Painoindeksi BMI (kg/m ²)	Paino (1-2) 3 kk sitten kg
	<input type="checkbox"/> punnitus <input type="checkbox"/> ilmoitus		

1 ARVIO RAVITSEMUSTILASTA

BMI	Laihtuminen edeltävän 3 kuukauden aikana	Ruuan määrä edeltävällä viikolla
<input type="checkbox"/> Yli 20,5 = 0 p.	<input type="checkbox"/> Ei ole laihtunut = 0 p.	<input type="checkbox"/> Syönyt normaalin määrän = 0 p.
	<input type="checkbox"/> 5-10 % = 1 p.	<input type="checkbox"/> Syönyt yli puolet = 1 p.
<input type="checkbox"/> 18,5-20,5 = 2 p.	<input type="checkbox"/> 10-15 % (yli 5 % / 2 kk) = 2 p.	<input type="checkbox"/> Syönyt noin puolet tai alle = 2 p.
<input type="checkbox"/> Alle 18,5 = 3 p.	<input type="checkbox"/> Yli 15 % (yli 5 % / 1 kk) = 3 p.	<input type="checkbox"/> Syönyt erittäin vähän = 3 p.
Merkitse tähän suurin pistemäärä kohdista BMI, laihtuminen ja ruuan määrä		

2 SAIRAUDEN VAIKEUSASTE RAVITSEMUSTILANTEEN KANNALTA

	0 pistettä	1 piste	2 pistettä	3 pistettä	Pisteet
Vaikeusaste	Normaali tilanne	Lievä <ul style="list-style-type: none"> • heikentyneestä yleisistä muista huolimatta jällellä oleva potilas • kroonisesti sairas potilas, jolla akuutti komplikaatio • krooninen haava alle 25 cm², paineavaa II astia • dialyysihoito • paikallinen syöpä • lonkkamurtuma, nivelin murtuma • krooninen keuhkosairaus esim. COPD vakaa vaiheessa • maksakirroosi vakaa vaiheessa • pienkirurgia tulossa tai vastaavasti tehty • Parkinsonin tauti, MS-tauti, motoneuronitauti kuten ALS • muuttaminen 	Kohtalainen <ul style="list-style-type: none"> • vuodepotilas • useita vaikeita kroonisia sairauksia, monivamma • oasitohoitaa vaativa krooninen sairauden pahenevaihe • äskettäinen tai suunniteltu laaja leikkaus, toistuvat leikkaukset • rielenhäiriöt • levinyt syöpä, hematologinen syöpä • vaikea suoliston tulehdussairaus • äskettäinen aivohalvauk • vaikea tulehdus, vaikea keuhkokuume • painavampi 20-30 % • paineavaa III-IV astia, krooninen haava yli 25 cm² • hengitystukihoitoa tarviva potilas • vaikea rakkautus ja paikalliset kuten vaikea Parkinsonin tauti 	Vakava <ul style="list-style-type: none"> • leikkohito • hyvin laaja leikkaus, tulossa lähtökoina tai akuutti postoperatiivinen tila • pään alueen vamma • keuhkotulehdus 	

3 JOS IKÄ ON 70 VUOTTA TAI YLI LISÄÄ YKSI PISTE

SEULONTAPISTEET YHTEENSÄ (laske yhteen pisteet kohdista 1, 2 ja 3)

SEULONNAN TULOS JA TOIMENPITEET ERI RISKILUOKISSA

<input type="checkbox"/> 0 pistettä: Ei vajaaravitsemuksen riskiä
• Kirjaa seulontatulokset.
• Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.
<input type="checkbox"/> 1-2 pistettä: <u>Vähäinen</u> vajaaravitsemuksen riski
• Kirjaa seulontatulokset.
• Motivoi potilasta hyvään ravitsemukseen.
• Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.
<input type="checkbox"/> 3-4 pistettä: <u>Kohtalainen</u> vajaaravitsemuksen riski
• Kirjaa seulontatulokset.
• Tee tarkempi ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoitosuunnitelma sekä tehosta ja seuraa ravitsemushoitoa moniammatillisesti (lääkäri, hoitaja, tarvittaessa ravitsemusterapeutti).
• Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.
<input type="checkbox"/> 5-7 pistettä: <u>Vakava</u> vajaaravitsemuksen riski
• Kirjaa seulontatulokset.
• Tee tarkempi ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoitosuunnitelma sekä tehosta ja seuraa ravitsemushoitoa moniammatillisesti (lääkäri, hoitaja, tarvittaessa ravitsemusterapeutti).
• Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.

1 Jens Kondrup on hyväksynyt 25.2.2010 Tampereen yliopistollisen sairaalan alkuperäisestä NRS-2002 -lomakkeesta muokkaaman version käytettäväksi NRS-2002 -menetelmänä. Kela ja THL. Kansallinen koodistopalvelu (<https://koodistopalvelu.kanta.fi/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=2483&versionKey=2763>).



Mini Nutritional Assessment MNA®

Sukunimi:		Etunimi:		
Sukupuoli:	ikä:	Paino, kg:	Pituus, cm:	Päivämäärä:

Merkitse pisteet ruutuihin ja laske yhteen. Jos seulonnan kokonaispistemäärä on 11 tai vähemmän jatka loppuun asti.

Seulonta		J Päivittävät lämpimät ateriat (sisittää puurot ja veitit)	
A Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia	0 - kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti 1 - kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman 2 - ei muutoksia	0 - 1 aterial 1 - 2 aterial 2 - 3 aterial	<input type="checkbox"/>
B Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana	0 - painonpudotus yli 3 kg 1 - ei tiedä 2 - painonpudotus 1-3 kg 3 - ei painonpudotusta	K Sisältääkö ruokavalio vähintään	
	<input type="checkbox"/>	• yhden annoksen maitovalmistetta (maito, juusto, pilmä, villi) päivässä	kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>
C Liikkuminen	0 - vuode- tai pyörätuolipottias 1 - pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona 2 - liikkuu ulkona	• kaksi annosta tai enemmän kananmunia vilkossa (myös ruuissa, esim. laatikot)	kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	• lihaa, kalaa tai kanaa joka päivä	kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>
D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti salraus?	0 - kyllä 2 - ei	0.0 - jos 0 tai 1 kyllä-vastaus 0.5 - jos 2 kyllä-vastaus 1.0 - jos 3 kyllä-vastaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E Neuropsykologiset ongelmat	0 - dementia tai masennus 1 - lievä dementia 2 - ei ongelmia	L Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annokseen hedelmiä tai kasviksia	0 - ei 1 - kyllä <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		
F Painoindeksi eli BMI (= paino / (pituus)² kg/m²)	0 - BMI on alle 19 1 - BMI on 19 tai yli mutta alle 21 2 - BMI on 21 tai yli mutta alle 23, 3 - BMI on 23 tai enemmän .	M Päivittäinen nesteen juonti (esim. kahvi, tee, maito, mehu...)	0.0 - alle 3 lasillista 0.5 - 3-5 lasillista 1.0 - enemmän kuin 5 lasillista <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		
Seulonnan tulos (välisumma maksimi 14 pisteestä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	N Ruokailu	0 - tarvitsee paljon apua tai on syötettävä 1 - syö itse, mutta tarvitsee hieman apua 2 - syö itse ongelmitta <input type="checkbox"/>
12 pistettä tai enemmän:	riski viherarvitukselle ei ole kasvanut, arviointia ei tarvitse jatkaa	O Oma näkemys ravitsemustilasta	0 - valkea värhe- tai aliravitsemus 1 - on epävarma ravitsemustilastaan 2 - ei ravitsemuksellisia ongelmia <input type="checkbox"/>
11 pistettä tai vähemmän:	riski viherarvitukselle on kasvanut, jatka arviointia	P Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muuhin samanikäisiin	0.0 - ei yhtä hyvä 0.5 - ei tiedä 1.0 - yhtä hyvä 2.0 - parempi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Arviointi		Q Oikavarren keikkikohdan ympäröimä (OVY cm)	0.0 - OVY on alle 21 cm 0.5 - OVY on 21-22 cm 1.0 - OVY on yli 22 cm <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G Asuuko haastatettava kotona	1 - kyllä 0 - ei <input type="checkbox"/>	R Pohkean ympäröimä (PYM cm)	0 - PYM on alle 31 cm 1 - PYM on 31 cm tai enemmän <input type="checkbox"/>
H Onko päivittäisessä käytössä enemmän kuin kolme reseptilääkettä	0 - kyllä 1 - ei <input type="checkbox"/>	Arviointi (maksimi 16 pisteestä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
I Painohaavauksia tai muita haavoja iholla	0 - kyllä 1 - ei <input type="checkbox"/>	Seulonta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pisteestä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ref.	Vellas B, Vellas H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10:456-465. Rubenstein LZ, Herker JO, Salvo A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001;56A: M388-377. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487. © Nestlé, 1994, Revision 2006. N87200 12/99 10M Enemmän tietoa löydät: www.mna-elderly.com -sivulta.	Ravitsemustilan arviointiasteikko	
		17-23,5 pistettä	<input type="checkbox"/> riski viherarvitukselle kasvanut
		alle 17 pistettä	<input type="checkbox"/> kärkeä värhe- tai aliravitsemuksesta

<p>Tuntoaisti Pystyy reagoimaan paineesta johtuvaan epämuksuun tunteeseen</p>	<p>1. Täysin rajoittunut Ei pysty reagoimaan kipuun tajunnan tason tai sedaatiolääkityksen takia tai kiputunto on rajoittunut</p>	<p>2. Hyvin rajoittunut Reagoi pelkätään kivuliaaseen ärsykyseen, ei pysty kommunikoidaan kivusta muuten kuin valittamalla tai tuntepuutos rajoittaa kiputunteusta yli puolessa kehosta</p>	<p>3. Hieman rajoittunut Reagoi sanallisiin komentoihin mutta ei kykene kertoamaan epämuksuudesta tai tuntepuutos hieman vaikuttaa kykyyn tuntea kipua yhdessä tai kahdessa raajassa</p>	<p>4. Normaali Reagoi puheeseen eikä ole tuntepuutoksia jotka vaikuttisivat kiputunteuksen kokeamiseen, kykenee itse vaihtamaan asentoon</p>
<p>Kosteus</p>	<p>1. Jatkuvasti kostea Iho on kostea lähes jatkuvasti hiestä, virtsasta tai muusta eritteestä, kääntäessä huomaa kosteuden aina</p>	<p>2. Todella kostea, Iho on kostea useasti mutta ei aina, vuodevaatteet on tarve vaihtaa vähintään joka hoitajan työvuoron ajan</p>	<p>3. Ajoittain kostea, iho on ajoittain kostea ja vuodevaatteita tarvitsee vaihtaa noin kerran päivässä</p>	<p>4. Harvoin kostea, Iho on kuiva ja vuodevaatteet vaihdetaan rutiiinien mukaisesti</p>
<p>Aktiivisuus</p>	<p>1. Vuodepotilas, hoidetaan vain pedissä</p>	<p>2. Kykenee istumaan, kävelykyky on rajoittunutta, täytyy auttaa tuoliin siirtymisessä</p>	<p>3. Kävelee satunnaisesti, päivällä satunnaisesti kävelee hyvin lyhyitä matkoja mutta viettää aikaa enemmän tuolissa tai sängyssä</p>	<p>4. Kävelee toistuvasti, kävelee huoneen ulkopuolella vähintään kahdesti päivän aikana tai vähintään kahden tunnin välein päiväsaikaan huoneen sisällä</p>
<p>Liikkuvuus</p>	<p>1. Täysin liikkumaton, ei kykene vaihtamaan asentoon ollenkaan ilman avustusta</p>	<p>2. Hyvin rajoittunutta, ajoittain kykenee vähäisiin asennonmuutoksiin mutta ei yksin kykene huomattaviin muutoksiin ilman apua</p>	<p>3. Lievästi rajoittunut, itsenäisesti kykenee vähäisiin asennonmuutoksiin mutta kuitenkin useasti</p>	<p>4. Ei rajoituksia, kykenee merkittäviin ja useasti tapahtuviin asennonmuutoksiin ilman apua</p>

Ravitsemus	1. Hyvin heikko, ei koskaan syö kokonaista ateriala ja syö kaksi annosta tai vähemmän proteiinia päivässä TAI ei syö muita kun kirkkaita nesteitä suun kautta tai parenteraalinen ravitsemus kestää yli 5 vrk	2. Luultavasti puutteellinen, harvemmin syö kokonaista ateriala ja proteiinia saa kolme annosta ja joskus ottaa ravintolisän TAI saa vähemmän kuin optimaalisen annoksen nestemäisestä ruokavaliosta	3. Puutteellinen, syö yli puolet useasta annoksesta ja proteiinia saa neljä annosta päivässä TAI saa ruuan ravintosiirtoletkun kautta joten ravinnon tarpeet täyttyvät	4. Erinomainen, syö melkein kaiken jokaisesta ruuasta, proteiinia saa neljä annosta tai enemmän sekä ei tarvitse ravintolisää
Kudoksen venyminen ja leikkausvoimat	1. Ongelma, tarvitsee kohtuullisesta maksimaaliseen avun tarpeeseen liikkumisessa ja liukuu alaspäin tuolissa tai sängyssä sekä kitka on melkein jatkuva	2. Potentiaalinen ongelma, tarvitsee minimaalista avustusta, liikkuessa jonkin verran kitkaa iholla ja toisinaan liukuu alaspäin sängyssä tai tuolissa	3. Ei selvää ongelmaa, itsenäisesti liikkuu tuolissa ja sängyssä eikä liu'u sekä lihasvoimaa on sen verran että pystyy nousemaan kokonaan siirtymisen aikana	
Pistemäärät	Riski on erittäin suuri < 9	Riski on suuri 10- 12	Riski on kohtalainen 13-14	Riski on olemassa 15-18