
HAAVANHOITOPROSESSI VALKEAKOSKEN SOSIAALI- JA TERVEYSKESKUKSESSA

Potilaan ohjaus omahoitoon



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Valkeakoski, 6.11.2012

Kirsi Kauppinen

Tarja Ylinen

VALKEAKOSKI
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijät	Kirsi Kauppinen ja Tarja Ylinen	Vuosi 2012
Työn nimi	Haavanhoitoprosessi Valkeakosken sosiaali- ja terveyskeskuksessa. Potilaan ohjaus omahoitoon.	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, kuinka haavanhoitoprosessi toteutetaan Valkeakosken sosiaali- ja terveyskeskuksessa. Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, kuinka haavanhoitoprosessi toteutuu sairaanhoitajan toteuttamana. Työssä tarkasteltiin myös, kuinka potilaan ohjaus omahoitoon toteutui.

Opinnäytetyö on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus ja aineisto kerättiin elokuussa 2012 teemahaastatteluin. Haavanhoitoa tekeviä sairaanhoitajia haastateltiin Valkeakosken sosiaali- ja terveyskeskuksen avosairaanhoidossa. Haastattelun avulla selvitettiin, mitä sairaanhoitajat ajattelivat haavanhoitoprosessista ja kuinka uskoivat sen toteutuneen. Haastatteluai-
neisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Kroonisten haavojen ilmaantuvuus kasvaa merkittävästi tulevina vuosina väestön ikääntymisen sekä verisuonisairauksien ja diabeteksen lisääntymisen vuoksi. Ylipaino, päihteiden käytön kasvu ja liikunnan vähäisyys ovat myös terveysuhkia. Akuutit ja krooniset haavat ovat merkittävä ongelma perusterveydenhuollossa, ja ne lisäävät huomattavasti inhimillistä kärsimystä. Opinnäytetyössä käsiteltiin pääosin kroonisen alaraajahaavapotilaan hoitotyötä.

Hoitaja vahvistaa potilaan omahoitoa tukemalla potilaan voimaantumista, autonomiaa, motivaatiota ja pystyvyyden tunnetta tämän ratkoessa terveysongelmiaan ja tehdessään hoitopäätöksiä. Potilaalta omahoito vaatii tietoisuutta hoidon tavoitteista ja hoitokeinoista sekä valmiutta ottaa vastuu omasta hoidostaan ja elintavoistaan, samoin kuin uskoa omiin voimavaroihin ja pystyvyyteen.

Opinnäytetyö selvensi hoitoprosessin kulun sekä sairaanhoitajien valmiudet antaa ohjausta ja tukea potilaan omahoitoon. Saatua tietoa voidaan hyödyntää uusien sairaanhoitajien perehdytyksessä.

Avainsanat Haavanhoito, haavapotilas, omahoito, ohjaus
Sivut 29 s. + liitteet 4 s.

VALKEAKOSKI
Degree Programme in Nursing
Nursing

Authors Kirsi Kauppinen and Tarja Ylinen **Year** 2012

Subject of Bachelor's thesis The Wound Care Process in Valkeakoski Social and Health Center. Guiding a Patient to Self Care.

ABSTRACT

The purpose of the thesis was to produce information for Valkeakoski social and health center on how the wound care process is implemented. The aim was for to solve how the care process is implemented by the nurses. This thesis also studied how the guidance of patients to self care was implemented.

This thesis is a qualitative study and the material for the thesis was gathered by theme interviews in August 2012. The nurses were involved in the wound care process in Valkeakoski social and health center in community care. The study showed what nurses thought about the care process and how well they thought it was implemented. The method used for analysis was content analysis.

Chronic wounds are a growing problem during the next years because the people are aging and vascular diseases and diabetes are increasing. People have also other health risks such as overweight and increased use of intoxicants and lack of exercise. In primary health care acute and chronic wounds are a major problem and they will increase human suffering. This thesis discusses mainly the nursing care of a patient who suffers from a chronic lower limb wound.

When treating a patient a nurse will reinforce self-help by supporting the empowering of the patient and autonomy and motivation and the feeling that the patient is capable of solving his or her health problems and to make decisions of the care. When patients need self-help they have to know about the aims of the treatments and the treatments themselves and have an ability to take responsibility of his or her own care and lifestyle and a belief in one's own resources and capability.

The study showed how the care process is implemented and the nurses' capabilities to guide and support the patient's self care. It was found out that the knowledge of the thesis could be useful when orientating new nurses.

Keywords Wound care, patient with a wound, self-help, guidance.

Pages 29 p. + appendices 4 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	OHJAUS JA TUKEMINEN OMAHOITOON	2
2.1	Ohjaus hoitotyössä	3
2.2	Potilaan omahoidon tukeminen.....	3
2.3	Hoitoon sitoutuminen.....	4
3	HAAVAPOTILAS	5
3.1	Väestön terveyttä uhkaavat riskitekijät	6
3.2	Haavojen hoidon ongelmat.....	6
3.3	Akuutit ja krooniset haavat	7
3.4	Kroonisen alaraajahaavapotilaan haavanhoito	8
3.4.1	Haavanhoitotuotteiden järkevä käyttö	8
3.4.2	Hoitomenetelmien arviointi.....	9
3.5	Haavakipu ja sen hoitaminen	9
3.5.1	Akuutti haavakipu	10
3.5.2	Krooninen haavakipu.....	10
3.5.3	Yleistä haavakivun hoidosta.....	10
4	HOITOSUUNNITELMA.....	11
4.1	Hoitotyön tarpeen määrittäminen.....	11
4.2	Hoitotyön tavoitteet.....	12
4.3	Hoitotyön toiminnot	12
4.4	Hoitotyön arviointi	13
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT	13
6	OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSMENETELMÄT	14
6.1	Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus	14
6.2	Teemahaastattelu	14
6.3	Induktiivinen sisällönanalyysi.....	14
7	HAASTATTELUJEN TULOKSET.....	16
7.1	Sairaanhoitajan kuvaus kroonisen alaraajahaavapotilaan hoitoprosessista ja omasta toiminnasta tässä prosessissa.....	16
7.2	Sairaanhoitajan kuvaus potilaan omahoidon tukemisesta.....	17
7.3	Sairaanhoitajan kuvaus kroonisen alaraajahaavapotilaan ohjauksesta.....	18
7.4	Haavanhoitoprosessi.....	19
8	OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	21
9	YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	22
10	POHDINTA.....	24
	LÄHTEET	27

Liite 1	Teemahaastattelurunko
Liite 2	Analysointi mallikaavio
Liite 3	Hoitoprosessikaavio
Liite 4	Ongelmia haavanhoidossa

1 JOHDANTO

Kroonisten haavojen ilmaantuvuus on kasvanut merkittävästi viime vuosina väestön ikääntymisen sekä verisuonisairauksien ja diabeteksen lisääntymisen vuoksi. Opinnäytetyö käsittelee ainoastaan kroonisen alaraajahaavapotilaan hoitoprosessia. Alaraajahaavalla tarkoitetaan yli neljä viikkoa avoinna ollutta säären tai jalkaterän alueella olevaa haavaa. (Vaalasti, Heikkilä, Juutilainen, Kuokkanen, Malanin, Nissinen-Paatsamala, Reunala, Tuuliranta, Valve & Viljamaa 2007, 1–2.)

Kroonisten haavojen hoitoon kuluu paljon voimavaroja. Haavanhoito tulee aloittaa tehokkaasti heti haavan ilmaannuttua, sillä hoidon viivästyessä paranemisen todennäköisyys huononee. Hoidon ratkaisee etiologia, joka mahdollistaa haavanhoidon tavoitteen asettamisen ja hoitosuunnitelman tekemisen tavoitteeseen pääsemiseksi. Hoitosuunnitelmassa tulee huomioida potilaan kokonaistilanne. (Iivanainen 2010, 6.)

Hoitotyön toiminnoista monet ovat varsin monipuolisia, vankkaa ammatillista tietotaitoa vaativia, kuten erilaisten haavojen hoitamista. Hyvä, laadukas haavojen hoitaminen edellyttää sairaanhoitajalta tietoa ihmisen biologisista ja fysiologisista mekanismeista, ihon ja erilaisten kudosten merkityksestä, paranemisprosesseista ja hoitojen vaikuttavuudesta. Hoitotyö edellyttää myös tietoa ihmisten kokemuksista (huolista, toiveista, kivusta, pelosta), heidän toiminnallisista kyvyistään (työstä ja perheestä), taloudellisista mahdollisuuksistaan, omaa hoitoaan koskevasta tiedosta tai heidän eettisistä perusoletuksistaan. Sairaanhoitajan tulee kyetä yhdistämään erilaiset hoitoon liittyvät tekijät yksilölliseksi asiakokonaisuudeksi yksittäisen potilaan kohdalla ja siten edistää potilaan kokemusta oman tilanteensa hallinnasta. (Leino-Kilpi 2007, 4.)

Ohjauksella on paljon mahdollisuuksia, mutta ne eivät aina toteudu. Ohjauksen sisältö vaihtelee ja on jopa ristiriitaista, ja se koetaan usein myösi riittämättömäksi. Näin ollen ohjauksen hyöty jää vähäiseksi. Oikein ajoitettu ohjaus mahdollistaa potilaan huolehtimisen itsestään omiin voimavaroihinsa uskoen. (Eloranta & Virkki 2011, 16.)

Opinnäytetyöntekijät työskentelevät Valkeakosken kaupungin palveluksessa. Nykypäivänä haavanhoito on yksi osa kokonaisvaltaista moniammatillista potilaan hoitoa. Avosairaanhoidon osastonhoitajan kanssa keskustellessa ilmeni tarve tehdä kirjallinen selvitys, kuinka haavanhoitoprosessi toimii Valkeakosken sosiaali- ja terveyskeskuksen avosairaanhoidossa.

Opinnäytetyössä tarkastellaan, kuinka potilaan ohjaus omahoitoon toteutuu ja selvennetään moniammatillisen yhteistyön merkityksen tärkeyttä haavanhoitoprosessissa. Opinnäytetyössä tarkastellaan myös, miten omahoitoa tulisi kehittää haavanhoitoprosessin yhtenä tärkeänä osa-alueena.

2 OHJAUS JA TUKEMINEN OMAHOITOON

Sairaanhoitajien omaa ja vahvaa aluetta on potilasohjaus. Ohjaus kulkee potilassuhteessa punaisena lankana koko hoitoprosessin ajan. Sairaanhoitajien hyvä koulutus, vankka teoretieto, hyvät hoitokäytännöt ja vuorovaikutustaidot takaavat onnistuneen ohjauksen. Ohjauksessa korostuvat sairaanhoitajan persoonalliset taidot sekä luovuus. Tilanteet eivät toistu samankaltaisina ja tulisi muistaa, että potilaalle tilanne on ainutkertainen ja jännittäväkin. Potilasohjauksesta ei saisi tulla pelkkä välttämätön rutiini kaiken kiireen keskellä. (Ohtonen 2006.) Ohjaus on useimmiten potilaslähtöistä, jolloin on tarpeen kiinnittää huomiota potilaan kontekstiin, kuten hänen tarpeisiinsa ja elämäntilanteeseensa. Ohjauksen onnistumisen edellytys on potilaslähtöisyyden tiedostaminen. Ohjaukseen tulisi olla riittävästi aikaa ja henkilökunnan tulisi asennoitua ohjaukseen myönteisesti. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005, 14.)

Lain mukaan potilaalle on annettava riittävästi tietoa ymmärrettävällä tavalla. Ohjaus on toteutettava potilaan suostumuksella ja yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Ohjauksessa tulee kunnioittaa potilaan ihmisarvoa, itsemääräämisoikeutta, vakaumusta ja yksityisyyttä. Oikeus hyvään hoitoon sisältää tarvittavan ohjauksen. Ohjaajan ja ohjattavan välinen ohjaussuhde on luonteeltaan yhteistyötä ja perustuu keskinäiseen arvontoon. Keino, jolla rakennetaan luottamuksellista ohjaussuhdetta, on kaksisuuntainen vuorovaikutus. Jos potilas ja hoitaja ovat aktiivisia ohjaussuhteessa, he yhdessä suunnittelevat ja rakentavat tavoitteellista ohjausprosessia. Laadukas ja onnistunut ohjaus vaatii asianmukaiset resurssit, laadukkaan ohjauksen tulee olla riittävä. Laadukas ohjaus on monitahoinen ja ilmiöltään kontekstisidonnainen. (Eloranta & Virkki 2011, 11–14; Kääriäinen 2008, 10, 13.)

Ohjaus perustuu ihmisen autonomiaan sekä hänen oikeuteensa sivistykseen ja terveyteen. Autonomia sisältää toisen ihmisen ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen. Autonomian kunnioittaminen tarkoittaa itsenäisen päätöksenteon ja selviytymisen edellytysten vahvistamista. Potilas itse pääosin päättää toimintatavastaan riittävän tiedon varassa. Ohjaustyössä on tärkeää tiedostaa, että moraalii ei tarkoita samaa kuin moralismi. Moralisoiva nuhtelee, arvostelee, moittii ja antaa ymmärtää, miten asioiden kuuluisi olla. Eettinen tietoisuus mahdollistaa moraalisen käytöksen eli ohjattavan kohtaamisen ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. Eettinen toiminta perustuu luotettavaan ja ajantasaiseen tietoon, mikä perustuu näyttöön tai hyviin käytäntöihin. Eettisesti kestävä toiminnan perusta on ammattitaidon ylläpitäminen. Ammattitaidon ylläpitäminen on jokaisen hoitotyön ammattilaisen velvollisuus. Ammattietiikan ja lakien lisäksi hoitoa ja ohjausta sen osana ohjaavat kansainväliset ja kansalliset terveyden ja hyvinvointiin liittyvät ohjelmat sekä laatusuositukset. Laadukkaan hoidon yksi osatekijä on ohjaus. (Eloranta & Virkki 2011, 11–14.)

2.1 Ohjaus hoitotyössä

Ohjaus on hoitotyön auttamismenetelmä, jossa hoitaja vuorovaikutuksen avulla tukee potilaan omatoimisuutta, toimintakykyä ja itsenäisyyttä. Ohjausta annetaan kaikenikäisille, sairaille ja terveille, yksilöille ja ryhmille sekä eri kulttuurien edustajille. Menetelmänä ohjaus on haasteellinen. Ohjaajan tulee hallita keskeinen tietotaito paitsi ohjattavasta asiasta myös ohjauksesta menetelmänä. Ohjaajan tulee ohjaussuhteessa kyetä välittämään substanssiosaamistaan (ydinosaaminen) mielekkäällä tavalla. Ohjaajan tulee auttaa ohjattavaa tunnistamaan oleellinen ja tarvittava tieto. Ohjaus on suunnitelmallista, muutokseen tähtäävää työtä ja siinä tarvitaan monenlaisia osaamista. (Eloranta & Virkki 2011, 7–8.)

Asiakaslähtöinen ohjaus on ohjattavan ja ohjaajan välistä aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka voidaan jakaa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Ohjauksen tarpeellisuutta pitää perustella ja asettaa yhdessä ohjattavan kanssa tavoitteita. Ohjattavaa pitää motivoida sekä tarjota ohjattavalle työkaluja tavoitteiden saavuttamiseksi. Ohjaajan tulee nähdä samanaikaisesti niin kokonaisuus, tulevaisuus kuin tämä hetkikin. Ohjaustyössä olennaista on vuorovaikutusosaaminen ja sitä luonnehtii vastavuoroisuus ja yhteisen ymmärryksen rakentaminen toista kunnioittaen. Hoitajaresurssien niukkuus sekä lyhentyneet hoitoajat johtavat potilaiden lisääntyneeseen vastuuseen omasta hoidostaan. Ohjauksen avulla tuetaan potilasta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan ja sitoutumaan siihen. (Eloranta & Virkki 2011, 7–8; Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005, 27.)

Potilaalla tulee olla mahdollisuus ilmaista omat tavoitteet, koska ne ohjaavat hänen omaa toimintaa todennäköisesti enemmän kuin muiden asettamat tavoitteet. (Laapotti-Salo & Routasalo 2004, 27). Läheisten kanssa keskustelu hoitoon liittyvistä asioista mahdollistaa läheisten osallistumisen hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon. (Aura, Paavilainen, Asikainen, Heikkilä, Lipponen & Åstedt-Kurki 2010, 20). Ohjauksella voidaan vaikuttaa potilaan kokemuksiin ja valmiuksiin myönteisellä tavalla. Ohjattavan pitää saada riittävästi tietoa. Tiedon perusteella ohjattavalla on mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon ja näin ottaa hoidostaan vastuuta ja sitoutua siihen. Ohjauksella voidaan edistää ohjattavan valmiuksia itsensä hoitamiseen, jolloin potilaalla on mahdollisuus selviytyä itsenäisesti kotona. Ohjauksen avulla voidaan myös vähentää sairauten ja erilaisiin muutostilanteisiin liittyvää ahdistusta ja pelkoa. Ohjauksen avulla voidaan edistää potilaan tyytyväisyyttä hoitoon ja tätä kautta potilaan elämänlaatu ja hyvinvointi voivat parantua. (Eloranta & Virkki 2011, 15; Kääriäinen ym. 2005, 14.)

2.2 Potilaan omahoidon tukeminen

Vastuu potilaan omasta terveydestä ja sairauden hoidosta on siirtymässä yhä enemmän potilaille itselleen. Hoitoaikojen lyhentäminen, uusien hoitomenetelmien ja teknologian kehittäminen sekä lääkehoidon toteuttamisen mahdollistuminen kotona tukevat tätä kehitystä. Omahoito ei ole sama asia kuin itsehoito. Itsehoidossa potilas hakee vaihtoehtoisia eiläketieteellisiä hoitoja ilman ammattihenkilön apua. Omahoito on ammat-

tihenkilön kanssa yhdessä räätälöityä potilaan tilanteeseen parhaiten sopivaa näyttöön perustuvaa hoitoa. Tasavertainen kumppanuus, itsesäädely omahoito, autonomia sekä voimaantumisen, pystyvyydentunteen ja motivaation tukeminen kuuluu omahoitovalmennukseen. (Eloranta & Virkki 2011, 15.)

Pitkäaikaisesta sairaudesta kärsivän omahoidossa on kolme ulottuvuutta 1) taito hoitaa itseään lääketieteellisesti hyvin, 2) kyky luoda ja ylläpitää uusia merkityksellisiä rooleja sairaudesta huolimatta sekä 3) sopeutua sairauteen ja siihen liittyviin tunteisiin. Omahoito on omien rajojen ja avuntarpeen tunnistamista sekä omien voimavarojen oikeaa kohdentamista tilanteiden mukaan. Omahoito korostaa ihmisen autonomiaa sekä oikeutta tehdä omaa hoitoaan ja elämäntapaansa koskevat päätökset. Pitkäaikaisairausta poteva löytää tasapainon sairauden vaatimusten, elämäntapojen, hoidon ja jokapäiväisen elämänsä välillä. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009, 5–6.)

Siirryttäessä asiantuntijalähtöisestä hoitomyöntyvyyssajattelusta ja sitoutumisesta korostamaan potilaan hoidosta sopimista, ammattihenkilöille ja potilaille tulee uusia haasteellisia tehtäviä ja rooleja. Asiantuntijauktoiteetista tulee potilaan yhteistyökumppani ja valmentaja, jonka kanssa potilas neuvottelee itselleen parhaiten sopivan hoidon. Asiantuntijauktoiteetti vahvistaa omahoitoa tukemalla potilaan voimaantumista, autonomiaa, motivaatiota ja pystyvyyden tunnetta potilaan ratkoessa terveysongelmiaan ja tehdessä hoitopäätöksiä. (Routasalo ym. 2009, 1.)

Yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa pohditaan hoidon päämääriä sekä tehdään päätöksiä. (Aura ym. 2010, 20). Omahoito vaatii tietoisuutta hoidon tavoitteista ja hoitokeinoista. Potilaalla pitää olla valmius ottaa vastuu omasta hoidostaan ja elintavoistaan. Potilaan pitää uskoa myös omiin voimavaroihin ja pystyvyyteen. Parantamalla omahoitoa on mahdollista edistää ihmisen vastuunottoa omasta terveydestään. Omahoidossa korostuu valmentajasuhde, jossa hoitosuunnitelma pohjautuu potilaan toiveisiin ja se räätälöidään realistiseksi ja potilaan arkielämään sopivaksi. (Routasalo ym. 2009, 1–2.)

2.3 Hoitoon sitoutuminen

Hoitomyöntyvyydestä hoitoon sitoutumiseen ja edelleen hoidosta sopeutumiseen asettaa ammattihenkilön ja potilaan uudenlaisiin rooleihin keskinäisessä vuorovaikutuksessa ja hoitopäätöksen teossa. Hoitomyönteisyys tarkoittaa potilaan kuuliaisuutta ja kykyä noudattaa lääkärin ohjeita. Kun hoitosuhde on tasavertaisuutta korostava ja siinä on neuvotteleva vuorovaikutus, on kyseessä potilaan sitoutuminen hoitoon. Ammatillaisen asiantuntijuus on lähtökohtana, mutta potilas on aktiivinen neuvottelija suunniteltaessa hoitoa. Hoidon onnistumisesta ja vastuun hoitopäätöksestä jakavat potilas ja ammattihenkilö keskenään. (Routasalo ym. 2009, 2–3.)

Ohjauksen onnistumiseksi on tärkeää tunnistaa, mitä potilas jo tietää, mitä hänen täytyy ja mitä hän haluaa tietää sekä mikä on hänelle paras tapa omaksua asia. Kun potilaalla on riittävästi tietoa, hän pystyy viime kädessä

sä itse arvioimaan, mikä on hänelle hyväksi. Ilman riittävää tietoa tämä ei ole mahdollista. Kun ohjaus perustuu potilaan ja hoitajan yhteiseen näkemykseen hoidosta, parantaa se potilaan tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista. Onnistunut ohjaus rakentuu riittävien taustatietojen varaan. Hoitajan on tunnistettava potilaan taustatiedot, mutta hänen tulee olla myös tietoinen omista taustatekijöistään, jotka vaikuttavat ohjaussuhteen syntyymiseen ja sen etenemiseen. Onnistunut vuorovaikutus vaatii sekä potilaalta että hoitajalta halua työskennellä yhdessä, samoja odotuksia, tavoitteellisuutta ja uskoa auttamisen mahdollisuuksiin. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors, 2007, 47–48.)

Hyvä ohjaus parantaa hoitoon sitoutumista ja sairauteen sopeutumista. Luottamuksellisessa vuorovaikutuksessa tapahtuva ohjaus vähentää sairauksien mukanaan tuomaan epävarmuuden tunnetta, ahdistusta ja pelkoa. Luottamuksellisessa suhteessa potilas uskaltaa sanoa ääneen epäselvät tai mieltä askarruttavat asiat. Sairaanhoidajan kuuluu varmistaa, että ohjattava on ymmärtänyt ohjauksen. Kaikki potilaat eivät voi omaksua asioita samassa tahdissa. Potilaan taitoja ei saa vähätellä, vaan ohjauskertoja on lisättävä ohjauksen ymmärtämisen helpottamiseksi. (Ohtonen 2006.) Potilaan muistin tueksi kotiin laaditaan selkeät kirjalliset kotihoito-ohjeet. Varmistetaan, että potilas ja hänen läheisensä ovat ymmärtäneet ohjeet oikein. Potilaan hoidon onnistumisen kannalta on kirjallisella ohjeella suuri merkitys. (Salminen-Tuomaala, Kaappola, Kurikka, Leikkola, Vanninen & Paavilainen 2010, 26.)

3 HAAVAPOTILAS

Yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan nousevan nykyisestä 16 prosentista 26 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä ja pysyvän lähes samanalaisena seuraavat kymmenen vuotta. (Suomen virallinen tilasto: Väestöennuste 2007). Väestön ikääntyessä edelleen, yleistyvä ongelma on kroonisten alaraajahaavojen yleisyys. (Vaalasti ym. 2007, 2).

Akuutit ja krooniset haavat ovat merkittävä ongelma sekä erikoissairanhoidossa että perusterveydenhuollossa ja ne lisäävät huomattavasti inhimillistä kärsimystä. Näistä aiheutuu myös arviolta 100–200 miljoonan euron vuosittaiset kustannukset suomalaiselle terveydenhuollolle. (Jokinen, Sipponen, Lohi & Salo 2009, 1.)

Haava ja sen oireet vaikuttavat potilaan elämään kokonaisvaltaisesti tuoden mukanaan fyysisiä, psyykkisiä sekä sosiaalisia ongelmia ja muutoksia. Pitkäaikaisen alaraajahaavan vaikutuksia potilaan arkielämään ovat toimintakyvyn heikkeneminen ja avuntarpeen lisääntyminen, peseytymisen ja pukeutumisen rajoittuminen, henkisen hyvinvoinnin muutokset, sosiaalisen elämän ja harrastusten rajoittuminen sekä haavanhoitoon liittyvien kustannusten lisääntyminen. Pitkäaikaista alaraajahaavaa sairastavan potilaan elämä on ymmärtämistä, hyväksymistä ja sopeutumista, elämistä haavan ehdoilla ja sen kanssa, elämistä haavakivun kanssa ja sen ehdoilla sekä elämistä erittävän ja tulehtuneen haavan kanssa. Haavahoidot ovat osa potilaan elämän sisältöä ja se vaihtelee haavan prosessin mukaan. (Eronen 2011, 56.)

Pitkäaikaista alaraajahaavaa sairastavan potilaan hoitotyö on tärkeä hoitotyön osa-alue. Hoitohenkilökunnan rooli on hyvin tärkeä niin haavojen synnyn ennaltaehkäisyssä, potilaan itsehoitotaitojen luomisessa kuin potilaan oireiden ja haavan hoitamisessakin. Laadukas ja kokonaisvaltainen haavapotilaan hoitotyö edellyttää, että hoitohenkilöstöllä on riittävästi tietoa pitkäaikaiseen haavaan liittyvistä tekijöistä sekä niiden vaikutuksista potilaan elämään. (Eronen 2011, 6.)

3.1 Väestön terveyttä uhkaavat riskitekijät

Edelleenkin väestöllä on elintapoihin liittyviä terveysuhkia. Terveyspolitiikalla ja väestön terveystietoisuuden lisäämisellä on pystytty vaikuttamaan myönteisesti moniin väestön terveyttä uhkaaviin riskitekijöihin. Valtimotautien ilmaantuvuus on väestössä pienentynyt parantuneen ruokavalion, verenpaineen ja veren lipidien hoidon ja tupakoinnin vähenemisen ansiosta. Kuitenkin valtimotautien riski on edelleen olemassa. Suomalaisilla on myös uusia terveysuhkia kuten ylipaino, lisääntyvä diabetes, alkoholin kulutuksen kasvu ja liikunnan vähyys. (Routasalo ym. 2009,1.)

Diabetes on kasvava kansanterveysongelma kaikkialla maailmassa. Diabetes on yksi Suomessa nopeimmin lisääntyvistä kansansairauksista. Suomalaisesta aikuisväestöstä sitä sairastaa noin 10 prosenttia. Diabetesta sairastaa jo yli 500 000 suomalaista, diabetesta sairastaneiden määrän arvioidaan jopa kaksinkertaistuvan 10–15 vuoden kuluessa. Diabeteksen aiheuttamien lisäsairauksien ilmaantuminen moninkertaistaa terveydenhuollon kustannuksia. Tavallista yleisemmin todettavia sairauksia diabetesta sairastavilla ovat erilaiset valtimotautien ilmentymät, kuten alaraajojen verenkiertohäiriöt. (Groop, Antikainen, Isomaa, Laakso, Laine, Lindström, Nikkanen, Puurunen, Saltevo, Syväne, Toivonen & Tulokas 2011.)

Vuosittain 2–5 prosenttia diabetesta sairastavista saa jalkahaavan. Diabeetikoilla on 15–25 prosentin riski saada jalkahaava elinaikanaan. (Ebeling, Heikkilä, Hiltunen, Juutilainen, Järvinen, Kanerva, Laine, Lahtela, Lepäntalo, Niinimäki, Saarikoski, Sane, Toivonen, Tukiainen, Vaalasti, Valve & Vernerio 2009.) Diabetesta sairastavien aikuisten jalkojenhoidon kulmakiviä ovat vammojen ennaltaehkäisy, oikea-aikaisuus ja hoidon porrastus. Jokaisella vastaanottokäynnillä pitää tehdä jalkojen perustutkimus. Vähintään kerran vuodessa tulee arvioida jalkojen riskiluokka. Jos jaloissa havaitaan tuntoaistin, luiden rakenteen, ihon tai verenkierroksen poikkeavuutta, kannattaa tiivistää jalkojen seuranta ja samalla arvioidaan onko konsultaatioon tarvetta. (Koski 2010, 34.)

3.2 Haavojen hoidon ongelmat

Kroonisten haavojen järjestäytymätön hoito on kallista, siihen arvioidaan kuluvan sairaanhoitoalueella useita miljoonia euroja vuosittain. Voimavarat kohdistuvat komplisoituneiden haavojen hoitoon, vaikka suuri osa haa-

voista voitaisiin ehkäistä tai hoitaa jo hyvin varhaisessa vaiheessa. Hyvä hoito on kustannusvaikuttavaa, kun taas viivästynyt hoito ja toimimaton hoitoketju kuluttavat rahaa ja resursseja. Henkilökunnan haavanhoitoon erikoistuminen parantaa tuloksia. (Lepäntalo, Ahokas, Heinänen, Heiskanen-Kuisma, Hietanen, Iivanainen, Iso-Aho, Juutilainen, Tukiainen, Sane & Valtonen, 2009, 1.) Potilaiden kokemukset huomioivalla ja laadukkaalla hoitotyöllä voidaan luoda paremmat edellytykset haavojen ennaltaehkäisylle ja paranemiselle ja näin vaikuttaa myös terveydenhuollon kustannuksiin. (Eronen 2011, 7).

Hoitoketjut eivät toimi tai ovat puutteellisia. Lääkäreiden osaaminen ja paneutuminen haavanhoitoon on pinnallista. Potilaita hoidetaan useinkin ilman asianmukaista diagnoosia ja kokonaisvaltaista hoitosuunnitelmaa. Erityisesti haavojen paikallishoidon osalta hoitolinjaukset ovat vaihtelevia ja osin ristiriitaisia. Ongelmapotilaita hoidetaan usein väärissä paikoissa, joten potilaiden hoito ei ole optimaalista. Haavapotilaiden hajaantunut hoito usein johtaa päällekkäisiin toimintoihin eri yksiköissä. Uusien ja kalliiden hoitomenetelmien ja -tuotteiden käyttöönotto on yleensä hallitsematonta. Suomessa haavojen hoito on pirstoutunutta ja yleisohjaus on puutteellista. (Lepäntalo ym. 2009, 2.)

Haavojen ehkäisyyn ei ole olemassa selkeää strategiaa. Erikoissairaanhoidon ohjeistus on usein riittämätöntä. Perusterveydenhuollon osaaminen ei ole usein riittävää eikä se pysty tarjoamaan aina sopivaa hoitopaikkaa. Haavanhoitotuotteiden käyttö ei ole yhtenäistä. Haavanhoitotuotteiden käytön ja hoitotuotteen valinnan ohjeistus on puutteellista. Haavanhoitajia, jalkaterapeutteja tai haavanhoitoon perehtyneitä hoitajia ei perusterveydenhuollossa ole riittävästi. Kattava koulutusjärjestelmä puuttuu ja tietotaitoa on vaikea ylläpitää. (Lepäntalo ym. 2009, 2.)

3.3 Akuutit ja krooniset haavat

Akuutti haava syntyy vahingossa tai tarkoituksellisesti trauman tai leikkauksen seurauksena. Akuutteja haavoja ovat esim. purema-, ampuma-, viilto-, pisto- ja ruhjehaavat. Pitkäaikainen eli krooninen haava syntyy elimistön sisäisen sairauden seurauksena, myös jokin ulkoinen trauma voi olla vaikuttamassa kroonisen haavan syntyyn. Kroonisella haavalla tarkoitetaan haavaa, jonka paraneminen on pitkittynyt (2–3 kk) tai haava on uusiutunut samaan paikkaan tai paranemisen kestoa on vaikea ennakoida. Kroonisille haavoille on tyypillistä tulehduksen pitkittyminen ja rakentavan vaiheen heikentyminen. Yleisimmät krooniset haavat ovat laskimo- ja valtimonkovettumataudin aiheuttamia jalkahaavoja. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen ja Juutilainen 2005, 19–22.) Kroonisen alaraajahaavan Käypä hoito -suosituksen (2007) mukaan haava määritellään krooniseksi, kun haava on ollut yli neljä viikkoa sekä iskeemisen haavan ollessa kyseessä haava on ollut yli kaksi viikkoa. (Vaalasti ym. 2007, 2.)

3.4 Kroonisen alaraajahaavapotilaan haavanhoito

Haavanhoidossa keskeistä on haavan etiologiaan kohdistunut hoito. Syynmukaisen hoidon rinnalle haavan paikallishoidolla on tärkeä asema. Paikallishoidon tavoitteena on luoda suotuisa kostea paranemisympäristö, suojata sitä kontaminaatiolta ja puhdistaa haava. Haavan hoidossa käytettävien menetelmien, laitteiden ja hoitovalmisteiden suuri kirjo on lähes hämmentävä. Suomessa on markkinoilla satoja erilaisia haavojen paikallishoitoon tarkoitettua tuotetta. Hyvät ja myös toimivat menetelmät ovat usein yksinkertaisia. Suomalaisia haavapotilaita on viime vuosina hoidettu niin uutta teknologiaa edustavalla alipaineimulla kuin vanhaan lääketieteen perustuvalla toukka- ja pihkahoidolla. Alipainelaitteella saadaan haavapinnalle aikaan alipaine, jolla on osoitettu olevan haavan paranemista edistäviä ominaisuuksia. Alipainehoito puhdistaa haavaa kuolleesta kudoksesta. Toukkien ja pihkan tehosta on kertynyt vuosien ajan kokemusta erityisesti infektoituneiden haavojen hoidossa, joissa paraneminen edellyttää antimikrobista komponenttia ja kuolleen kudoksen sekä bakteerimassan mekaanista poistoa. (Jokinen ym. 2009, 1.)

Hoitojen kehittyminen ja tulokset mahdollomalta kuulostavista hankkeista, kuten biologisen ihon korvaaminen tehtaassa kasvatetulla tekoiholla, ovat pitäneet lupauksensa vaikeiden haavojen hoitamisesta. Tällä menetelmällä saadaan nopeutettua haavan paranemisprosessia ja lisätään terveen kudoksen määrää asteen verran paremmin kuin aiemmin. Tätä ei ole aiemmin pidetty mahdollisena. (Thomas 2008, 46.)

3.4.1 Haavanhoitotuotteiden järkevä käyttö

Tutkimustietoa ja kriittisen tarkastelun kestävä näyttö tulee käyttää laadittaessa selkeitä linjauksia haavanhoitotuotteiden käyttöön ja pyrkimykseen hoitokäytänteiden yksinkertaistamiseen. Haavanhoitotuotteiden kehittymisen ansiosta haavojen paikallishoito on parantunut, mutta hoito on entistä vaativampaa ja edellyttää haavoja hoitavilta jatkuvaa opiskelua ja tietojen päivitystä. (Lepäntalo ym. 2009, 1.)

Potilaan varallisuus ei saa olla esteenä asianmukaiselle haavanhoidolle. Haavapotilaan hoito-ohjeita, lähetekäytäntöjä ja eri tahojen vastuunjakoja tulee selkeyttää ja tulee luoda yhtenäiset toimintaperiaatteet. Osaavat ammattilaiset, lääkärit, haavahoitajat ja jalkaterapeutit kouluttavat oman toimintansa ohella kenttää, tuottavat sinne hyviä ja selkeitä ohjeita. Haavapotilaan diagnosointi on lääkäreiden tehtävä ja paikallisvalmisteiden valinta sekä hoito ja mittaukset haavahoitajien tehtäviä. Potilaan rooli haavanhoidossa on hyvin merkittävä. Potilaan ohjausta ja ohjeistusta tulee parantaa selvästi nykyisestä. Tavoitteeksi tulee ottaa, että potilas liikkuu hoitoketjussa sujuvasti, saa parhaan mahdollisen hoidon oikea-aikaisesti sovitun tehtävijaon mukaan. Yhteisesti sopimalla tulee varmistaa tiedon kulku terveydenhuollon eri toimijoiden kesken ja samalla huomioida potilaan tiedonsaanti. (Lepäntalo ym. 2009, 1.)

Haavanhoitotuotteen tehtävänä on suojata haavaa ulkoapäin tulevalta liialta, kosteudelta ja mekaaniselta ärsytykseltä sekä estää infektio ja minimoi-

da bakteerikasvua. Haavanhoitotuote ei saa vaikeuttaa haavalla verenkiertoa eikä haavaympäristössä. Haavasidoksen valintaan vaikuttaa haavan etiologia, haavan koko, ikä, haavan syvyys, haavan sijainti, paranemisen vaihe, erityis, haju, mahdollinen infektio, haavaympäristön sekä potilaan kunto. (Korhonen 2012, 18, 21.)

3.4.2 Hoitomenetelmien arviointi

Arvioitaessa haavahoidon vaikuttavuutta, on haavan ja haavaympäristön paranemisen arviointi, sekä havaintojen dokumentointi eli kirjaaminen ensiarvoisen tärkeää. Kirjaamisen avulla varmistetaan haavahoidon jatkuvuus ja tiedon siirto jatkohoitopaikkaan. Kirjaamisen avulla varmistetaan myös, että potilas saa haavaansa parhaan mahdollisen hoidon, sekä varmistetaan hoitajan ja potilaan oikeusturva. Haavan paranemisen arviointi edellyttää aina haavadiagnoosin ja vammamekanismin tuntemista, sekä haavan aiheuttajiin vaikuttamista, jos se vaan on mahdollista. Jokaisen potilaan kohdalla valitaan yksilöllisesti haavan paranemisen arviointitapa. Valokuvaaminen on tänä päivänä hyvä seurantaväline, mutta ei poissulje muita menetelmiä. Haavan mittaaminen ja jäljentäminen ovat tärkeitä, kun puhutaan hoidon jatkuvuuden turvaamisesta ja ajantasaisen tiedon siirtymisestä muille hoitaville tahoille. Haavapotilaan arvioinnissa ja asioiden kirjaamisessa täytyy kiinnittää huomiota myös kokonaistilanteen kartoitukseen. Potilaan tuntemukset, haavan vaikutus potilaan elämänlaatuun ja psykososiaalisiin tekijöihin, hänen selviytymiskeinonsa ja hoitoon sitoutuminen ovat asioita jotka vaikuttavat hoidon onnistumiseen. Potilaan toimintakyky, ravitsemustila, sosiaaliset suhteet sekä asuinolosuhteet ovat jatkohoittoa suunniteltaessa tärkeä tieto dokumentoida. Hoitosuunnitelmaan tulee merkitä myös keinot, millä haavaa hoidetaan, miten sitä seurataan ja arvioidaan. Hyvä tapa on käyttää arviointilomakkeita, jotka mahdollistavat johdonmukaisen tietojen keräämisen ja tallentamisen sekä tiedon siirron jatkohoitopaikkaan. (Hietanen ym. 2005, 49; Iivanainen & Hietanen 2005, 30.)

3.5 Haavakipu ja sen hoitaminen

Kipu on yleinen kokemus potilaille, jotka kärsivät akuuteista ja kroonisista haavoista. Haavaan liittyvä kipu voi olla intensiivistä, mikä voi vaikuttaa kielteisesti potilaan fyysiseen toimintaan, aiheuttaa psykologista ahdistusta ja alentaa elämänlaatua. Kipu on epämiellyttävä tunne- tai aistikokemus, joka liittyy uhkaavaan tai jo tapahtuneeseen kudosvaurioon. Kivun tarkoitus on informoida kudosvauriosta tai sen uhasta ja siten suojella meitä. Potilaan asenteet, uskomukset ja persoonallisuus vaikuttavat vahvasti hänen kokemukseensa kivusta. Kipu on aina yksilöllinen ja monimutkainen tapahtuma, siksi kivun hoidossa potilaan oma arvio on aina kivun selvittelyn ja hoidon arvioinnin lähtökohta. Vanhuksilla on kipuja enemmän kuin nuorilla potilaille. Vanhuksilla kivun ja kärsimyksen hiljaiseen hyväksymiseen liittyy eri aikakausien näkemyseroja. (Huotari 2007, 26; Korhonen 2006, 29; White 2009, 36.)

Akuutilla kivulla tarkoitetaan äkillisesti alkavaa ja lyhytkestoista kipua eli kivun sammumista kudosvaurion paranemisen myötä. Jos kipu jatkuu kudosaivaurion paranemisen jälkeenkin, kipu on kroonista. Äkilliseen kudosaivaurioon liittyvä kipu on useimmiten kestoltaan alle kuukauden, mutta joissakin tapauksissa vamman paraneminen ja kipuilu saattavat kestää jopa yli puoli vuotta. Kipu on kroonista, kun se on kestänyt yli 3–6 kuukautta, tai kun kipu jatkuu pidempään kuin mitä kudosten normaalin paranemisen olisi pitänyt kestää. Akuutin kivun kroonistumista voidaan estää hoitamalla akuutti kipu mahdollisimman hyvin. Kivuttomuus on elämänlaatua ja kivun hoito edistää myös haavan paranemista, parantaa toimintakykyä ja eheyttää yöunta. Kivunhoito vaatii aina kivun arviointia. (Huotari 2007, 26.)

3.5.1 Akuutti haavakipu

Akuutti kudosaivuriokipu on kestoltaan rajallinen, mutta jos haavat paranevat hitaasti voi pitkittynyt tulehdusvaste lisätä haavan ja sen ympäristön herkkyyttä. Puudutuksella voidaan vähentää merkittävästi akuuttia haavakipua. Akuuttia haavakipua voidaan estää ja hoitaa myös kipulääkkeillä. Ensisijaisena lääkityksen valintaa ohjaavana kriteerinä toimii kivun voimakkuus. Lääke tulee annostella aina ensisijaisesti suun kautta, kun se on vaan mahdollista. Hoitamaton akuutti kipu voi kroonistua ja näin haavan paraneminen hidastuu. (Huotari 2007, 26; Korhonen 2006, 28.)

3.5.2 Krooninen haavakipu

Kipu hidastaa kroonisen haavan paranemista ja kivun paheneminen voi olla merkki haavan infektiosta. Iäkkäät potilaat kärsivät usein kroonisesta haavakivusta. Iäkkäiden kokema kipu voi johtaa helposti passivoitumiseen, sosiaaliseen eristäytymiseen ja masennukseen. Pitkäaikainen kipu voi olla kudosaivuriokipua tai hermoperäistä. Kudosaivuriokipu hoidetaan pitkälti samoin keinoin kuin akuutti kipu. Haavan puhdistuksessa, ennen toimenpidettä laitettu puudutegeeli lievittää kipua merkittävästi. Hermoperäiselle kivulle on tyypillistä tuntoaistimuksen muuttuminen: erilaiset tunto- ja tunteet voivat heikentyä, voimistua tai voivat muuttua epämiellyttäviksi. Kudosaivuriokipuun saattaa liittyä tuntoaistin herkistyminen. Kudosaivurioalueen kuten haavan ja sen ympäristön ärsytys, turvotus, infektio tai toistuva trauma voivat johtaa kudosaivurioalueen ylituntevuuteen koskeukselle ja kivulle. (Huotari 2007, 27.)

3.5.3 Yleistä haavakivun hoidosta

Potilaan hoitotilanteessa on luontevaa antaa potilasohjausta ja rohkaista häntä kivun ilmaisuun. Kivun sijainti, luonne ja voimakkuus määrittellen aina hoidon alussa ja aina tarvittaessa. On olennaista, että potilas itse kertoo kivustaan ja kiputuntemuksistaan. Jos potilas ei itse kykene arvioimaan kipuaan, vain tällaisessa tilanteessa käytetään ulkopuolista arvioijaa. Potilaan yksilöllisiä keinoja hallita kipuaan tulee tunnistaa ja tukea. (Korhonen 2006, 28–29; Kankkunen, Nousiainen & Kylmä 2009, 19.)

Haavan hoidossa lähdetään olettamuksesta, että sekä akuutti että krooninen haava on kivulias ja aikaa myöten haavan kipu voi lisääntyä. Haava-alueetta ympäröivä iho voi muuttua kivuliaaksi ja herkäksi, silloin valitaan mahdollisimman kudosystävälliset haavanhoitotuotteet. Vähäinenkin ärsyke herkistyneelle ihoalueelle voi olla hyvin tuskallinen tuntemus. Haavan hoidossa tulee käyttää asianmukaista kipulääkitystä tai kipulääkkeiden yhdistelmiä. Haavan paikallishoidossa käytetty puudutegeeli on usein tehokas kivunlievittäjä. Kivunhoidon tehokkuutta tukee arvioida säännöllisesti, ongelmatilanteissa tulee konsultoida herkästi. Haavan paranemista edistää tehokas kivunhoito, se ehkäisee kivun kroonistumista ja vähentää komplikaatioita. Jollei haavakipua hoideta optimaalisesti, se johtaa potilaiden kärsimykseen ja terveydenhuollon kannusten nousuun. Kivuttomuus on elämänlaatua. (Huotari 2007, 27; Flanagan 2006, 28.)

4 HOITOSUUNNITELMA

Hoitosuunnitelma on potilasta koskeva kirjallinen suunnitelma, lakisääteinen asiakirja, jossa on kokonaiskuva potilaan saamasta hoitotyön palveluista. Hoitosuunnitelma voi olla myös sähköisenä versiona potilaskertomuksen osana. Hoitosuunnitelmaan kootaan potilaan kaikki terveysongelmat sekä niihin suunnitellut toimenpiteet yhdeksi kokonaisuudeksi. Potilaan tulee osallistua hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Potilasturvallisuuden kannalta on hoitosuunnitelma keskeinen asiakirja. Sen avulla turvataan potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa, riskien ymmärtäminen sekä potilaan omahoidon onnistuminen. Suunnitelman lähtökohtana on potilaan kokemaa hoidon tarve ja hänen asettama tavoite. Potilasturvallisuuden kannalta on tärkeää, että potilas tuo ilmi tarvittavat taustatiedot, vaikka hän ei välttämättä ole aina perillä siitä, millä tiedoilla on merkitystä hoidon onnistumisen kannalta. Potilas ja terveydenhuollon ammattihenkilö yhteistyössä laativat suunnitelman huomioiden kuitenkin, että vain lääkäri voi päättää lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja hoidosta. Potilaalla on oikeus myös kieltäytyä tarjotusta hoidosta, jolloin häntä voidaan hoitaa muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Laadittaessa hoitosuunnitelmaa potilaalle annetaan tietoa hänen sairauksistaan ja sairauksien hoitovaihtoehtoista sekä niihin liittyvistä riskeistä. Hoitosuunnitelmassa sovitaan myös asioista, joista potilas itse huolehtii sairauksiensa hoidossa. Hoitosuunnitelmaan kirjataan hoidon tarve ja tavoite, hoidon toteutus, keinot hoidon toteutukseen, työnjako, hoidon seuranta ja arviointi sekä diagnoosi- ja lääkehoito. Suunnitelmalle nimetään aina vastuuhenkilö, joka koordinoi hoitosuunnitelmaa. (Komulainen, Vuokko & Mäkelä 2011, 17–18.)

4.1 Hoitotyön tarpeen määrittäminen

Hoidon tarve on hoitohenkilöstön laatima kuvaus potilaan terveyden tilaan liittyvistä, jo olemassa olevista tai mahdollisesti tulevista ongelmista, joita voidaan poistaa tai ainakin lievittää hoitotoimien avulla. Keräämällä ja analysoimalla potilaalta saatuja tietoja (haastattelu, havainnointi, mittauk-

set) saadaan kartoitettua potilaan hoidon tarve. Tietolähteenä voidaan käyttää myös potilaan omaisia/läheisiä sekä aikaisempia potilaskertomuksia. Potilaan toimintakyvyn sekä voimavarojen selvittäminen kuuluu osana hoidon tarpeen määrittämiseen. Tietoja kerätään potilaan näkökulmasta, oleellista on miettiä mitä hoitavien tulee tietää potilaasta, jotta potilasta voidaan auttaa hänen sairautensa mahdollisimman hyvin. Potilaalla voi olla voimavaroja, joita hän ei perussairautensa vuoksi voi hyödyntää. Tarpeet asetetaan tärkeysjärjestykseen. Potilaan ongelmat ovat joko olemassa olevia tai sellaisia, jotka mahdollisesti uhkaavat potilaan tavoiteltavaa terveydentilaa. Potilaan kokemat ongelmat voivat olla subjektiivisia eli henkilökohtaiseen kokemukseen liittyviä, siis yleensä potilas kykenee kuvaamaan sitä, tai objektiivisia ongelmia, jotka pohjautuvat hoitajan havaintoihin. (Iivanainen & Syväoja 2008, 651–652.)

4.2 Hoitotyön tavoitteet

Hoidon tavoite on se muutos potilaan terveydentilassa, johon yhdessä sovitulla hoidolla ja hoitotyöllä pyritään. Tavoitetta asetettaessa terveydenhuollon ammattihenkilö toimii potilaan tukena. Vapaamuotoisesti kirjataan potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen yhdessä asettamat tavoitteet. Tavoitteiden tulee olla realistisia sekä sellaisia, joihin potilaan tulee voida sitoutua. (Komulainen ym. 2011, 20.)

Hoitotyön tavoitteet tulee aina asettaa suhteessa hoidon tarpeisiin ja niihin odotuksiin mitä muutoksia odotetaan potilaan tilassa tapahtuvan ja mitä potilas itse odottaa. Tavoitteet asetetaan ongelman poistamiseksi tai vähentämiseksi tietyn ajan kuluessa. Hoitotyön tavoitteet eivät kuvaa hoitajan tekemiä hoitotoimenpiteitä ja toimintaa, vaan niiden tulee olla potilaskeskeisiä. Tavoitteet voivat olla kokonaistavoitteita/-tavoite tai osatavoitteita/-tavoite sekä lopputavoite, näiden tavoitteiden pyrkimyksenä on helpottaa potilaan tilaa. Tavoitteiden tulee olla yksilöllisiä, potilaslähtöisiä, konkreettisia sekä realistisia. Kokonaistavoite kuvaa lopullista potilaan tilaa, johon hoidolla ja hoitotyöllä pyritään. Hoidon alussa pyritään asettamaan kokonaistavoite, mutta aina se ei ole mahdollista, tällöin kokonaistavoite asetetaan heti kun potilaan tila sen sallii. (Iivanainen & Syväoja 2008, 652.) Tavoitteet asetetaan määrääjäksi, jonka jälkeen niitä tulee arvioida uudestaan. (Komulainen ym. 2011, 20.)

4.3 Hoitotyön toiminnot

Hoitotyön toiminnot eli auttamismenetelmät ja -keinot valitaan tavoitteiden mukaan ja niin että ne ovat tarkoituksen mukaisia. Auttamismenetelmiä valittaessa ja niiden käytössä otetaan huomioon hoitotyön periaatteet, henkilökunnan määrä, potilaan itsehoitoisuus sekä hoitovälineiden saataavuus. Hoitotyön auttamiskeinoja ovat tukeminen, ohjaaminen, rohkaisu, kuunteleminen, avustaminen, seuranta ja jonkin hoitotoimenpiteen tekeminen. Hoitotyön toiminnoissa noudatetaan hoitotyön periaatteita mm. yksilöllisyys, omatoimisuus, kokonaisvaltaisuus, turvallisuus, ammatillisuus ja jatkuvuus. (Iivanainen & Syväoja 2008, 653.)

Jos potilas ei itse kykene, silloin hoitaja tekee potilaan puolesta. Esim. keskustelu, kosketus, kannustus, hymy ja huolenpito ovat tuen antamista potilaalle. Näillä keinoilla pyritään tukemaan potilaan voimavaroja, jotta potilas selviytyisi mahdollisimman itsenäisesti. Pienikin edistyminen tulee palkita positiivisella palautteella. Ohjauksen tarkoitus on siirtää vastuuta hoidosta potilaalle tai hänen läheiselleen, jotta potilas saavuttaisi mahdollisimman suuren riippumattomuuden ja näin mahdollistuisi esim. kotona asuminen. Opetusta ja ohjausta tulee antaa sekä suullisesti että kirjallisesti. Ohjaus ja opetus lähtevät potilaan halusta sekä hänen elämäntilanteestaan. Opetus voi sisältää mm. terveyden edistämistä, sairauden tuomien rajoitteiden kanssa elämistä sekä apuvälineiden käyttöä. Ohjauksella ja opetuksella pyritään varmistamaan, että potilas ja hänen omaisensa/läheisensä ymmärtävät potilaan tilanteen ja ottavat vastuun hoidosta ja potilas mukautuu sairauden tuomiin rajoituksiin. Varmistaminen on potilaan tunteusten ja voinnin seuranta sekä niiden huomioonottamista. (Iivanainen & Syväoja 2008, 653.)

Hoitotoimenpiteissä korostuu käden taitojen hallinta ja tieto. Ne ovat lääkärin määräämiä tai hoitajan asiantuntemukseen perustuvia toimia. Hoidon toteuttaja voi olla hoitaja, potilas tai hänen omaisensa tai läheisensä joko yhdessä tai yksinään. Hoitotyön toiminnot kirjataan potilaskertomukseen, samoin tavoitteiden toteutuminen. (Iivanainen & Syväoja 2008, 653–654.)

4.4 Hoitotyön arviointi

Hoitotyön arviolla pyritään selvittämään hoidon vaikutusta potilaaseen, onko tavoitteet saavutettu, mitä muutoksia potilaan tilassa tapahtui sekä kuvataan miten potilas on kokenut hoidon. Tavoitteiden arvioinnissa selvitetään oliko asetetut tavoitteet liian korkeat vai liian matalat vai sopivat ja realistiset. Jos tavoitteita ei ole saavutettu, tulee asettaa uudet tavoitteet ja aloitetaan uudelleen hoitotyön tarpeen määrittely. Prosessi jatkuu niin kauan, että kaikki tavoitteet on saavutettu. (Komulainen ym. 2011, 20.) On myös hyvä arvioida hoitotyön vaikuttavuutta potilaan tavoitteisiin, kokeeko potilas, että ongelma on poissa tai lievittänyt. Muuttuvissa tilanteissa suoritetaan arviointi lyhyin aikavälein. Arviointia varten hoitaja kerää tietoa kyselemällä, havainnoimalla ja mittaamalla, jotka liittyvät potilaan tavoitteisiin. Kerättyä tietoa verrata asetettuihin tavoitteisiin ja tulosten perusteella päätellään onko potilaan tilassa tapahtunut muutos. (Iivanainen & Syväoja 2008, 653–654.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää kuinka haavanhoitoprosessi toteutuu sairaanhoitajan toteuttamana. Opinnäytetyössä pyrkimyksenä on löytää vastaukset seuraaviin tutkimustehtäviin:

- 1) Millainen on haavanhoitoprosessi Valkeakosken sosiaali- ja terveyskeskuksessa?

2) Millaisin keinoin tuetaan potilasta omahoitoon?

Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat: haavapotilas, ohjaus ja omahoito.

6 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSMENETELMÄT

6.1 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on kokonaisvaltaista tiedon hankintaa. Aineisto kootaan luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa. Tutkimuksessa luotetaan enemmän omiin havaintoihin ja keskusteluihin tutkittavien kanssa. Tutkimuksessa käytetään induktiivista sisällön analyysia ja pyrkimyksenä on paljastaa odottamattomia seikkoja. Lähtökohtana ei ole teorian tai hypoteesin testaaminen, vaan aineiston yksityiskohtainen ja monitahoinen tarkastelu. Tutkija ei määrää sitä, mikä on tärkeää. Aineiston hankinnassa suositaan laadullisia metodeja, joissa tutkittavien ”ääni” ja näkökulmat pääsevät esille. Näitä metodeja ovat mm. teemahaastattelu, osallistuva havainnointi, ryhmähaastattelut ja erilaisten tekstien ja dokumenttien diskursiiviset analyysit (puhetapojen tarkkailu). Tutkimukseen valitaan kohdejoukko tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotoksen menetelmää käyttäen. Tutkimuksen edetessä tutkimussuunnitelma muotoutuu ja suunnitelmia voidaan muuttaa olosuhteiden mukaisesti. Tutkimuksessa tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja sen mukaan tulkitaan aineistoa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160.)

6.2 Teemahaastattelu

Teemahaastattelu on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto ja siinä on tyypillistä, että haastattelun aihepiirit eli teema-alueet ovat tiedossa. Kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Aineisto voidaan saattaa tilastollisen analyysin edellyttämään muotoon ja tuloksia voidaan analysoida ja tulkita monin eri tavoin. Aineistosta voidaan myös laskea frekvenssejä. (Hirsjärvi ym. 2007, 203.) Teemahaastattelussa pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaisesti. Etukäteen valitut teemat perustuvat tutkimuksen viitekehykseen eli tutkittavasta ilmiöstä jo tiedettyyn. Haastattelun avoimuudesta riippuen teemojen sisältämien kysymysten suhde tutkimuksen viitekehyyksessä esitettyyn kuitenkin vaihtelee intuitiivisten ja kokemuseräisten havaintojen sallimisesta varsin tiukasti vain etukäteen tiedetyissä kysymyksissä pitäytymiseen. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 75.)

6.3 Induktiivinen sisällönanalyysi

Aineistolähtöinen eli induktiivinen sisällönanalyysi voidaan jakaa karkeasti kolmivaiheiseksi prosessiksi: 1) aineiston pelkistäminen eli redusointi, 2) aineiston ryhmittely eli klusterointi ja 3) teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Sisällönanalyysi aloitetaan haastattelujen kuuntelemisella ja aukikirjoituksella sana sanalta eli litteroimalla. Seuraavaksi haastattelut luetaan ja perehdytään niiden sisältöön. Haastatteluista etsitään pelkistetyt ilmaukset ja listataan ne. Samankaltaisuudet ja erilaisuudet etsitään pelkistetyistä ilmauksista ja ne yhdistetään. Näistä muodostetaan alakategoriat. Alakategoriat yhdistetään ja niistä muodostetaan yläkategoriat. Lopuksi yläkategoriat yhdistetään ja muodostetaan kokoava käsite. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)

Haavanhoitoa tekeviä sairaanhoitajia haastateltiin Valkeakosken sosiaali- ja terveyskeskuksen avosairaanhoidossa. Opinnäytetyön haastatteluun valittiin neljä sairaanhoitajaa, jotka ovat tehneet haavanhoitoja jo pidemmän ajan työssään. Kolmella sairaanhoitajalla oli haavanhoitokoulutus työnantajan järjestämänä. Osalla hoitajista oli pitkä työkokemus haavanhoidosta eri toimipisteissä. Sairaanhoitajia informoitiin etukäteen opinnäytetyön tarkoituksesta ja toteutuksesta suullisesti ja kirjallisesti viikkoa ennen haastattelua. Sairaanhoitajien haastattelut tehtiin kahtena eri päivänä, yksi sairaanhoitaja kerrallaan. Haastatteluissa toinen haastattelija esitti kysymykset ja toinen havainnoi haastattelutilannetta.

Kyselyn ja haastattelun avulla selvitetään, mitä henkilöt ajattelevat, tuntevat ja uskovat. Havainnoinnin etuna on, että sen avulla saadaan tietoa yksilöiden, ryhmien tai organisaatioiden toiminnasta. Havainnointi sopii hyvin kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmäksi. Havainnoinnilla kerätään mielenkiintoista ja monipuolista aineistoa. (Hirsjärvi ym. 2007, 207–209.)

Haastattelut tapahtuivat avosairaanhoidon tiloissa. Haastattelun kesto oli noin 30 minuuttia. Haastattelut nauhoitettiin tutkimukseen osallistujien suostumuksella. Haastattelutilanne oli kaikille sairaanhoitajille uusi ja he sanoivat jännittävänsä sitä.

Aineiston käsittely aloitettiin kuuntelemalla nauhoitetut haastattelut läpi ja näin perehdyttiin paremmin aineistoon. Seuraavaksi haastattelunauhat litteroitiin eli kirjoitettiin haastattelut puhtaaksi sanasta sanaan analysointia varten. Puhtaaksi kirjoitettua tekstiä kertyi 10 sivua. Puhtaaksikirjoitettu aineisto auttoi syventymään kerättyyn aineistoon ja saamaan siitä paremman kokonaiskuvan, mikä helpotti analyysin tekoa. Haastattelun tukena käytettiin vapaamuotoista havainnointia, mikä nauhoitettiin heti haastattelun jälkeen. Havainnointia hyödynnettiin aineiston analyysivaiheessa.

Liitteessä 2 litteroitu aineisto analysoitiin kysymys kerrallaan ja näistä muodostettiin pelkistetyt ilmaukset. Pelkistetyistä ilmauksista tiivistettiin yhdistävät ilmaukset, joista muodostettiin alakategoriat. Alakategorioista syntyi vastaukset tutkimuskysymyksiin. Alakategoriat yhdistettiin ja niistä muodostettiin yläkategoriat. Lopuksi yläkategoriat yhdistettiin ja näistä muodostettiin kokoavat teemat. Teemoiksi muodostuivat käsitteet: hoitaminen, ohjaaminen, motivointi ja dokumentointi. Sisällönanalyysiä tehtäessä erilaiset teemat muodostuivat selkeästi ja suurilta osin ne olivat jo tiedossa.

7 HAASTATTELUJEN TULOKSET

7.1 Sairaanhoidajan kuvaus kroonisen alaraajahaavapotilaan hoitoprosessista ja omasta toiminnasta tässä prosessissa

Usein potilas on hoitanut haavaa jo jonkin aikaa kotona, mutta haava ei ole parantunut kotikonstein. Potilas varaa ajan joko hoitajan tai lääkärin vastaanotolle. Potilas voi siirtyä haavanhoitoon terveyskeskuksen avosairaanhoidon myös erikoissairaanhoidon tai vuodeosastohoidon jälkeen. Hoitajan alkuhaastattelussa selvitetään potilaan sairaudet, miten haava on syntynyt ja miltä haava näyttää.

”Usein se potilas tulee suoraan hoitajalle ja on hoitanut sitä haavaansa kotona jo ensin pitkään monestihan se on kolauttanut vaikka sen johonkin ja lähtenyt pieni haava ja sitten sinnikkäästi hoitanut sitä kotona ja sit se vaan ei parane ja tulee sitten näyttää... (C)”

Hoitaja arvioi haavaa ulkonäön perusteella, huomioi mahdollisen turvotuksen ja tulehduksen sekä haastattelee potilaan kiputunteukset. Haavan koko mitataan ja dokumentoidaan. Potilaan elintavat ja elinolosuhteet kartoitetaan sekä selvitetään potilaan alkoholin ja muiden päihteiden käyttö. Jos haava näyttää tulehtuneelta ja siinä on hajua, otetaan haavasta bakteeriviljelynäyte. Jos potilaalla on sairaalajaksoja edeltävästi, otetaan yleensä potilaasta MRSA-näytteet.

”...sairaudet mitä on vaikuttaa ja sitten sen potilaan elintavat ja niin kuinka se pystyy ottaa ohjeita vastaan ja tupakointi alkoholin käyttö ja tietysti niin ne elinolosuhteetkin... (A)”

”...haava on tulehtunut niin siitä otetaan bakteeriviljelynäyte, automaattisesti ei oteta mutta jos se näyttää tulehtuneelta niin otetaan ja jos sillä on ollut sairaalajaksoja siinä lähiaikoina niin otetaan MRSA-näyte... (C)”

Hoidon tarpeen arvioinnissa sairaanhoitaja, itsenäisesti tai lääkäriä konsultoiden, päättää minkälaista hoitoa haava tarvitsee. Kartoitetaan millaiset valmiudet ja/tai mahdollisuudet potilaalla on selviytyä haavanhoidosta kotioloissa itsenäisesti. Jos haavapotilas ei pysty toteuttamaan suunniteltua haavanhoitoa kotona, kartoitetaan mahdollisuus käyttää kotihoitoon palveluja. Jos kotihoito ei ole mahdollista, aloitetaan haavanhoito suunnitelmallisesti sairaanhoitajan vastaanotolla. Sairanhoitaja aloittaa haavan paikallishoidon.

”...arvioidaan sitä että hoidetaanko haavat meillä vai pystyykö hoitaan kotona tai sitten onko mahdollista että olis kotisairaanhoito. (B)”

Käynnit sairaanhoitajan vastaanotolla mitoitetaan haavanhoitotarpeen mukaan. Tarvittaessa sairaanhoitaja konsultoi moniammatillista työryhmää kuten lääkäriä, jalkahoitajaa, diabeteshoitajaa tai ravitsemusterapeuttia. Kollegiaalisuutta hyödynnetään ja pyydetään toisen sairaanhoitajan konsultointia tarvittaessa. Ongelmatilanteissa lääkäri vastaanotolla tutkii potilaan ja tarvittaessa tekee lähetteen tai konsultoi erikoissairaanhoidon lää-

käriä. Ongelmatilanne voi olla esimerkiksi se, jos haava ei hoidosta huolimatta parane, viimeistään kahden kuukauden kuluessa. Diagnostiikka tekee aina lääkäri. Iskeemiset ja valtimoperäiset haavapotilaat lähetetään erikoissairaanhoidon.

”...voidaan käyttää jalkahoitajaa apuna, diabeteshoitaja voi siihen hoitoon myös osallistua koska siinä voi olla verensokeriarvot niin pielessä et siinä tarttee myös sitäkin säätää samalla...(D)”

Haavanhoidon jälkeen sairaanhoitaja kirjaa tarkasti potilaskertomukseen millainen, minkä kokoinen ja missä haava on, haavan erityksestä ja määrästä sekä mahdollisesta haavakatteesta, haavassa esiintyneestä hajusta ja raajan turvotuksesta. Potilaskertomukseen kirjataan myös haavan mekaanisesta hoidosta, käytetyistä haavanhoitotuotteista ja mahdollisesti käytetyistä puudutteista. Tulevat haavan hoidon ajankohdat merkitään potilaskertomukseen. Annetut kotihoito-ohjeet kirjataan.

”Kyllä mä pyrin ne kirjaamaan ja tietysti mittaamaan sen haavan koon et sitten pystyy seuraan sitä...(C)”

”Mekaaninen puhdistus on tärkeä et suihkuttelut ja sitten mekaanisesti puhdistella sitten valitaan oikeita hoitotuotteita...(A)”

Sairaanhoitajat kokivat, että potilaan ohjaus on ensiarvoisen tärkeää. Potilaalle ja tarvittaessa omaisille annetaan selkeät ja hyvät kotihoito-ohjeet, jotta potilas selviää haavan kanssa kotona seuraavaan hoitokertaan saakka. Kotihoito-ohjeiden lisäksi potilaalle annetaan yhteydenottotiedot mahdollisen ongelmatilanteen varalta.

”Potilaan ohjaus on tärkeä, että annetaan riittävän hyvät ohjeet, kotihoito-ohjeet ja vaikka omaisillekin tarvittaess, että siä kotona pärjälis ja ja että missä tapauksessa ottaa yhteyttä uudestaan. Tarvittaessa ihan kirjallisiakin ohjeita annetaan sinne kotiin.(A)”

7.2 Sairaanhoitajan kuvaus potilaan omahoidon tukemisesta

Haavanhoitotilanteessa sairaanhoitaja pyrkii luomaan hyvän motivoivan vuorovaikutussuhteen potilaaseen. Sairaanhoitaja motivoi potilasta osoittamalla haavanhoidon merkityksen ja tärkeyden. Toiminnalla luodaan potilaalle turvallinen olo ja annetaan toivoa haavan paranemisesta, vaikka haavanhoitoprosessista tulisikin pitkä. Pyritään siihen, että potilas kokee tulleensa hyvin hoidetuksi.

”...kannustaa että kyllä se hoitaminen auttaa sitten kuitenkin loppupeleissä...(B)”

”No sillai että tietysti että kun hän on täällä hoidossa että kokee tulleensa hyvin hoidetuks että se on se vuorovaikutussuhde siinä hoitotilanteessa semmonen miellyttävä hänelle...(A)”

Potilaalle annetaan tietoa sairaudesta, hoidosta ja sen vaikutuksesta potilaan elämään. Kerrotaan potilaalle haavan ennusteesta ja siitä, kuinka hän

pärjää haavan kanssa kotioloissa. Annetaan potilaalle ja/tai potilaan omaisille selkeät ohjeet. Neuvotaan ja kannustetaan terveellisiin elämäntapoihin huomioiden potilaan voimavarat. Kerrotaan terveellisten elintapojen kuten liikunnan sekä hyvän ravitsemuksen merkityksestä haavan paranemiseen. Potilasta kannustetaan turvotuksen hoitamiseen, vaikka tukisukkien/tukisiteiden käyttö voi olla kivuliasta ja vaikeaa toteuttaa kotioloissa. Ohjataan potilasta tekemään ennen haavan hoitoa (mahdollisuuksien mukaan) kotona esivalmisteluja, kuten suihkuttamaan haavaa, mahdollisen puudutteen laittaminen haavaan sekä kipulääkkeen ottaminen. Ohjaus ja neuvonta vähentävät potilaan pelkoja ja lisäävät potilaan turvallisuuden tunnetta. Tuetaan potilasta voimaantumiseen eli löytämään omat voimavaransa ja ottamaan vastuuta omasta elämästään.

”...korostaa sitä turvotuksen hoitoa et kun sen se on monille niin potilaille sitten sellanen vaikee juttu että ne ei millään pitäis niitä comprilaneja harvahan pystyy tukisukkaa pitää siinä vaiheessa kun se on se haava on niin kipee ja sitten jos se potilas pystyy kotona vaikka välillä vaihtaa niitä sidoksia niin tietysti opastan sen että miten sitten. Kannustan siihen että hän suihkuttaa sen kotona valmiiksi ennen tänne tuloa ja jotkuthan puuduttaakin sen kotona harvemmin mutta sekin on mahdollista että puuduttaa sen valmiiks laittaa sen geelin kotona ja sit ainakin se että ottaa särky-lääkkeen ennenkö tulee tänne. (C)”

”...motivoiva vuorovaikutus elikkä et tuetaan sitä potilasta niinkö siihen voimaantumiseen et se jaksaa sen haavansa kanssa. Tosiaan antaa sitä tietoo et mistä niinkö saa yhteyttä ja mihin voi mennä jos tulee jotain ongelmia niin se antaa sille potilaalle sitä semmosta just sitä turvaa ja tukee. (D)”

7.3 Sairaanhoitajan kuvaus kroonisen alaraajahaavapotilaan ohjauksesta

Ohjausta tapahtuu koko haavanhoitoprosessin ajan, mutta sairaanhoitajien mielestä enemmänkin pitäisi potilasta ohjata. Sairaanhoitajista osa koki tarvitsevansa lisäkoulutusta ohjaukseen. Potilaan pelot, korkea ikä, muistamattomuus/muistisairaus sekä mahdolliset muut sairaudet saattavat hankaloittaa ohjauksen ymmärtämistä.

”...jos on muistamattomuutta tai jollain lailla semmonen joku sairaus tai asia mikä sitä ymmärtämistä hankaloittaa... (A)”

Potilas voi pelätä haavasidosten avaamista kotona. Useille potilaille haavanhoito on hankala toteuttaa kotona ja haavanhoitotuotteiden hinta on esteenä kotihoidon toteutumiseen. Tukisukkien käytön tärkeyttä korostetaan hoidon ohjauksessa. Osalla potilaista tukisukkien/tukisidosten käyttö on kivuliasta ja hankalaa sekä kallista ja siksi potilaat eivät ohjauksesta huolimatta niitä hanki/käytä. Sairaanhoitajat korostavat ohjauksessa liikunnan merkitystä haavan paranemiseen, mutta usein ikä ja sairaudet ovat esteenä liikunnan toteuttamiselle. Elämäntapaohjauksessa kerrotaan tupakoinnin/päihteiden vaikutuksesta haavan paranemiseen. Ravitsemusohjausta ei juurikaan anneta ja ravintoasiat jäävät vähälle huomiolle. Sairaanhoitaja kokivat, että yli- tai alipainon puheeksi ottaminen on hankalaa, vaikka sen

tärkeys on tiedossa. Sairaanhoitajat eivät ohjaa potilaita ravitsemusterapeutille. Ohjauksessa on mahdollisuus hyödyntää moniammatillista osaamista työyhteisössä, kuten lääkäriä, diabeteshoitajaa, jalkahoitajaa sekä muita sairaanhoitajakollegoita. Sairaanhoitajat kokivat, että työyhteisössä hoitajilla on yhteinen hoitolinja haavan hoidoissa.

”... semmonen potilasryhmä jota pelottaa kauheesti niinku avata niitä sidoksia siä kotona...(A)”

”...tukisukat ja niiden käytön tärkeys että se on monille potilaille semmonen hankala että ne ei tahdo niitä oikein hankkia ja tietysti ne on ikävät pitää ku puristaa mut että yrittää sitä sitä niin ku näyttää toteen kuinka tärkeetä se on ja kuinka paljon se merkittee siinä haavan paranemisessa ja sitten tietysti liikunnan merkitys että kuinka paljon liikkuu sen verran mitä nyt pystyy...(B)”

7.4 Haavanhoitoprosessi

Liitteessä 3 käsitellään haavanhoitopotilaan hoitoprosessia sairaanhoitajan vastaanotolla. Kun potilaan haava ei ole parantunut kotikonstein, varaa hän ajan joko hoitajan tai lääkärin vastaanotolle. Potilas voi siirtyä haavanhoitoon myös erikoissairaanhoidon tai vuodeosastohoidon jälkeen. Alkuhaastattelussa selvitetään potilaan sairaudet, lääkitys, elintavat ja elinolosuhteet, kotona selviytyminen sekä päivittäinen liikkuminen. Potilaan alkoholin ja muiden päihteiden käyttö kartoitetaan.

Sairaanhoitaja arvioi haavaa ulkonäön perusteella. Hän huomioi raajan turvotuksen, lämpötilan, mahdollisen haavatulehduksen sekä haastattelee potilaan kiputunteukset. Hoitaja havainnoi haavaympäristöä ja siinä esiintyviä oireita mm. kosketusarkuutta, turvotusta, punoitusta ja kuumotusta, lisääntynyttä hajua ja eritystä. Haavan koko ja syvyys mitataan ja dokumentoidaan. Jos haava näyttää tulehtuneelta, otetaan puhdistetusta haavasta bakteeriviljelynäyte kyretillä. Jos potilaalla on sairaalajaksoja edeltävästi, otetaan yleensä potilaasta MRSA-näytteet haavasta. MRSA-viljely otetaan puhdistamattomasta haavasta vanutikulla.

Hoidon tarpeen arvioinnissa sairaanhoitaja itsenäisesti tai lääkäriä konsultoiden päättää minkälaista hoitoa haava tarvitsee. Sairaanhoitaja kartoittaa millaiset valmiudet ja/tai mahdollisuudet potilaalla on selviytyä haavanhoidosta kotioloissa itsenäisesti. Jos haavapotilas ei pysty toteuttamaan suunniteltua haavanhoitoa kotona, selvitetään mahdollisuus käyttää kotihoidon palveluja. Jos kotihoito ei ole mahdollista, aloitetaan haavanhoito suunnitelmallisesti sairaanhoitajan vastaanotolla. Sairaanhoitaja aloittaa haavan paikallishoidon.

Sairaanhoitaja kerää hoitotarvikkeet haavanhoitoa varten vain kerralla tarvittavan määrän. Hoituhuoneeseen järjestetään riittävä työskentelytila. Sairaanhoitaja desinfioi kädet ennen ja jälkeen haavanhoitoa, suojakäsineiden riisumisen jälkeen ja siirryttäessä likaisemmasta työstä puhtaaseen työhön. MRSA-potilaan ollessa hoidettavana suojaudutaan tarkemmin suojavarustein. Sairaanhoitaja suihkuttaa tai pesee haava-alueen. Kipu huomioidaan

aloitettaessa hoito. Potilas voi ottaa särkylääkkeen jo kotona ennen haavanhoitoa. Tarvittaessa laitetaan puudutegeeli haavalle, jonka annetaan vaikuttaa noin 10–15 minuuttia. Haava puhdistetaan puudutegeelistä ennen mekaanista puhdistusta. Aseptinen työskentely tarkoittaa, että haavanhoito aloitetaan puhtaammasta ja edetään likaisempaan. Haava suojataan mikrobeilta estämällä mikrobien pääsy haavaan sitä hoidettaessa. Ympäristö suojataan, jotta haavan mikrobit eivät leviä haavaa hoidettaessa. Sairaanhoidajalla tulee olla aseptinen omatunto. Haavan mekaaninen puhdistus tehdään käyttämällä erilaisia atuloita, kyrettiä ja/tai kirurgista veistä.

Tarvittaessa sairaanhoidaja konsultoi moniammatillista työryhmää kuten lääkäriä, jalkahoidajaa, diabeteshoitajaa tai ravitsemusterapeuttia. Kollegiaalisuutta hyödynnetään ja pyydetään toisen sairaanhoidajan konsultointia tarvittaessa. Sairaanhoidajan antaa tarvittaessa potilaalle suulliset ja kirjalliset hoito-ohjeet.

Sairaanhoidaja valitsee haavatuotteen haavaan erityksen, haavan ongelman ja ulkonäön mukaan. Haavanhoitotuotteita on markkinoilla jo useita satoja. Pääperiaate on, että katteeseen haavaan laitetaan puhdistava sidos, erittävään haavaan imevä sidos, kuivaan haavaan kosteuttava sidos ja infektioituneeseen haavaan aseptinen sidos. Hoitoa ja hoitotuotetta muutetaan haavan tilanteen mukaan.

Sairaanhoidaja pyrkii luomaan hyvän vuorovaikutussuhteen potilaaseen. Potilasta tuetaan uskomaan omiin voimavaroihin ja pystyvyyteen sekä valmiutta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan ja elintavoistaan. Potilaan omahoito on omien rajojen ja avuntarpeen tunnistamista. Potilaan omahoitoa vahvistetaan tukemalla potilaan voimaantumista, autonomiaa, motivaatiota ja pystyvyyden tunnetta.

Ohjauksella sairaanhoidaja tukee potilaan omatoimisuutta, toimintakykyä ja itsenäisyyttä. Ohjauksen avulla tuetaan potilasta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan ja sitoutumaan siihen. Motivoimalla potilasta sairaanhoidaja auttaa häntä voimaantumaan.

Sairaanhoidaja kirjaa potilastietojärjestelmään potilaan esitiedot, haavan syntymekanismin, haavan koon, millainen haava on, miten haavaa on hoidettu, käytetyn haavanhoitotuotteen, annetut hoito-ohjeet sekä seuraavan haavanhoitoajan.

Liitteessä 4 käsitellään haavanhoidossa ilmeneviä ongelmia, jolloin potilaalle varataan vastaanottoaika lääkärille. Vastaanotolla lääkäri tutkii potilaan ja tarvittaessa tekee lähetteen tai konsultoi erikoissairaanhoidon lääkärinä. Mukailleen kroonisen alaraajahaavapotilaan hoitoketjua Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä lääkäri tekee päivystyslähetteen erikoissairaanhoitoon tilanteessa, jolloin potilaalla on: haava ja akuutti kriittinen iskemia, diabeettinen haava ja keskivaikea tai vaikea infektio tai krooninen haava (> 4vk) ja yleisoireinen infektio. Kiireellinen lähete erikoissairaanhoitoon tehdään tilanteessa, jolloin potilaalla on: krooninen haava ja kriittinen iskemia, krooninen nopeasti paheneva laskimoperäinen haava, vaskuliitti tai etiologialtaan epäselvä haava, diabeetikon jalkahaava ja lievä infektio (jo-

ka ei parane < 2 vko) tai infektoitunut, kirurgista revisiota vaativa haava. Kiireettömät potilaat lähetetään erikoissairaanhoidon tilanteessa, jolloin potilaalla on valtimoperäinen haava, diabeettinen neuropaattinen jalkahaava, painehaava tai traumaattinen haava sekä muut haavat, joiden etiologia epäselvä. Avoimen laskimoperäiseksi epäillyn säärihaavan diagnostiikka tehdään myös erikoissairaanhoidossa. (Valkeakosken sosiaali- ja terveystieteiden keskus, esitelmä 26.10.2012.)

8 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Eettiset vaatimukset edellyttävät eettistä vastuullisuutta. Eettinen vastuullisuus pitää sisällään laadullisen tutkimusaineiston hankinnan ja tutkimuksen kaikkien vaiheiden tarkan ja rehellisen toteuttamisen. Opinnäytetyön tutkimusetiikka on sopusoinnussa paitsi yleisen tutkimuksen etiikan myös hoitotyön etiikan kanssa. Opinnäytetyö suoritettiin hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, noudatettiin rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta kaikissa prosessin vaiheissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, 3.)

Eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sovellettiin ja toteutettiin tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta tutkimuksen tuloksia julkaistessa. Haastatteluun osallistujilta varmistettiin, että he olivat tietoisia tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Haastatteluun osallistujien luottamuksellisuuden, nimettömyyden ja yksityisyyden säilyminen varmistettiin kaikissa tutkimuksen vaiheissa käsittelemällä aineistoa siten, ettei haastatteluun osallistuvien henkilöllisyys paljastunut ja ettei osallistujat ole tunnistettavissa.

Tuomen ja Sarajärven (2009, 140–141) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole minkäänlaisia yksiselitteisiä ohjeita. Tutkimusta kuitenkin arvioidaan kokonaisuutena, jolloin sen sisäinen johdonmukaisuus painottuu. Tutkimusraportista pitää löytyä: tutkimuksen kohde ja tarkoitus (mitä ja miksi tutkitaan), omat sitoumuksesi tutkijana tutkimuksessa (miksi tutkimus on tärkeä), aineiston keruu (miten aineiston keruu on tapahtunut), tutkimuksen tiedonantajat (perusteet tiedonantajien valintaan), tutkija-tiedonantaja-suhde (miten suhde toimi), tutkimuksen kesto (aikataulu), aineiston analyysi (miten aineisto analysoitiin), tutkimuksen luotettavuus (eettisyys, luotettavuus) ja tutkimuksen raportointi (aineiston kokoaminen ja analysoiminen).

Tätä opinnäytetyötä tehdessä pidettiin huoli siitä, että haastattelutilanteet olivat rauhallisia ja kiireettömiä. Haastatteluun osallistuneilta ei kerätty taustatietoja, koska nämä tiedot eivät olleet oleellisia tähän tutkimukseen.

9 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Krooninen alaraajahaava on väestön ikääntyessä yleistynyt ongelma. Valtaosa kroonisista alaraajahaavoista on laskimoverenkierron vajaatoiminnan aiheuttamia. Myös valtimoverenkierron häiriöillä on merkittävä osuus haavojen synnyssä. Diabeteksen huomioiminen on tärkeää, koska se mahdollisesti myötävaikuttaa haavan syntyyn. Muita kroonisen alaraajahaavan aiheuttajia ovat esimerkiksi nivelreuma, vaskuliitti (verisuonitulehdus) ja pahanlaatuiset kasvaimet. Hoito on aloitettava tehokkaasti heti haavan ilmaannuttua, sillä hoidon viivästyessä paranemisen todennäköisyys vähenee. (Vaalasti ym. 2007, 1–2, 9.)

Haavan paikallishoito osa-alueita ovat haavan puhdistus, kuolleen kudoksen ja haavaeritteen poistaminen, haavaympäristön hoito ja haavatyypin mukainen sidosten valinta ja käyttö sekä kivunhoito. (Hietanen ym. 2005, 70.) Paikallishoidon tavoitteena on myötävaikuttaa haavan paranemiseen luomalla suotuisa paranemisympäristö, puhdistaa haava ja suojata se kontaminaatiolta. (Vaalasti ym. 2007, 12.)

Haavapotilaan hoitamisessa on tärkeää olla selvillä kaikista toimenpiteistä, joilla voidaan ehkäistä haavainfektion syntymistä ja leviämistä. Näitä toimenpiteitä ovat aseptiikka, haavaympäristön siisteys, haavasidosten ja instrumenttien jälkikäsitteily sekä käsidesinfektio ja suojakäsineiden oikea käyttö. Käsihygienialla tarkoitetaan kaikkia niitä toimenpiteitä, joilla pyritään estämään sekä vähentämään infektioita ja mikrobin siirtymistä käsiin välityksellä. Oikein toteutettu käsihygienia on tärkein ja tehokkain keino ehkäistä haavainfektioita. Suojakäsineiden käyttämisellä torjutaan ja estetään mikrobin tarttumista haavoista käsiin, infektioiden leviämistä käsiin välityksellä sekä torjutaan veritartuntaa. Suojakäsineet tulee pukea aina kuiviin, desinfioituihin käsiin ja kädet desinfioidaan aina myös käsineiden riisumisen jälkeen. (Hietanen ym. 2005, 66–69.)

Tärkeintä laskimoperäisen alaraajahaavan hoidossa on sääriturvotuksen poistaminen. Turvotuksenestoa on syytä käyttää muidenkin kuin laskimoperäisten haavojen hoidossa, jos raajassa on selkeää turvotusta. Ennen tukisidosten tai hoitosukkien käytön aloitusta lääkäri selvittää potilaan valtimoverenkierron riittävyuden. Turvotuksenestohoidon alkuvaiheessa tukisidos on suositeltavampi vaihtoehto kuin hoitosukka, koska jalan ympärystymä muuttuu tällöin nopeasti. Lääkinnällisen hoitosukan käyttöön voidaan siirtyä, kun ensin turvotus on raajasta poistunut. Koulutettu henkilö ottaa mitat hoitosukkaa varten säärestä, josta turvotus on poistettu. (Vaalasti ym. 2007, 10–11.)

Kirjaamisella varmistetaan haavan paranemisen seuranta sekä mahdollistetaan haavahoidon jatkuvuus ja tiedon siirtyminen. (Hietanen ym. 2002, 56.) Hoitajan tärkeimpiä tehtäviä on tiedonvaihto potilaan voinnista ja hoitotyön suunnitelmasta. Tärkeä työväline ja tiedon lähde on hoitotyön kirjaaminen. Kirjaaminen vaikuttaa hoitotyön tuloksiin ja sitä kautta potilasturvallisuuteen sekä potilasta koskevaan päätöksentekoon. Hoitotyön kirjaaminen tukee myös hoitotyön jatkuvuutta. (Kinnunen 2009, 19.)

Ohjaus muodostuu potilaan sairaudesta ja sen hoidosta ja niiden vaikutuksesta potilaan arkielämään. Ohjauksessa on tärkeää, että potilas ymmärtää haavan synnyn ja siihen vaikuttaneet tekijät, samoin kuin haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät. Potilas motivoituu haavan hoitoon ja ymmärtää elintapatekijöiden merkityksen haavan paranemisessa sekä mahdollisten uusien haavojen ennaltaehkäisyssä. On tärkeää mitä ohjataan ja miten ohjataan. (Hietanen ym. 2005, 253–254.)

Voimaantuminen on potilaan henkilökohtainen prosessi, jossa potilas yhdessä hoitajan kanssa pohtien ja keskustellen löytää merkityksen elämäntapamuutoksille, joita onnistunut haavanhoito edellyttää. (Hietanen ym. 2005, 252.)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa Valkeakosken sosiaali- ja terveyskeskuksen avosairaanhoitoon tietoa kroonisen alaraajahaavapotilaan hoitoprosessista. Tietoa voidaan hyödyntää uusien sairaanhoitajien perehdytyksessä. Prosessikuvausta haavanhoidosta ei ole Valkeakosken sosiaali- ja terveyskeskuksessa aiemmin tehty. Tutkimus aloitettiin keväällä 2011 valitsemalla aihe ja tutkimus saatiin päätökseen syksyllä 2012.

Tutkimusaineistossa sairaanhoitajat kuvailivat omia näkemyksiään haavanhoitoprosessin kulusta, potilaan ohjauksesta ja tukemisesta omahoitoon. Sairaanhoitajat kuvasivat haavanhoitoprosessia hyvin samansuuntaisesti. Kroonisia alaraajahaavoja esiintyy vanhusväestöllä ja ne ovat yleisiä etenkin naisilla. Suurin osa kroonisista haavoista esiintyy säären tai jalkaterän alueella. Haastatteluissa ilmeni, että krooniset haavat ovat pitkäkestoisia, kivuliaita, helposti uusiutuvia ja rajoittavat potilaan jokapäiväistä elämää sekä sosiaalista kanssakäymistä. Diabetekseen liittyvät jalkaongelmat ovat myös merkittävästi lisänneet haavanhoitoja.

Sairaanhoitajat kokivat puutteelliseksi, ettei potilastietojärjestelmässä ole haavanhoitopotilaalle erillistä kohtaa hoitosuunnitelmalle. Hoitosuunnitelma haastateltavien mukaan tukisi potilaan kokonaisvaltaista hoitotyötä. Haavanhoitoon varattu vastaanottoaika koettiin liian lyhyeksi. Haavanhoidon lisäksi aikaa ei ollut riittävään ohjaukseen, motivointiin ja omahoidon tukemiseen. Omaisten/läheisten huomioiminen ja tukeminen jäi myös vähälle huomiolle. Sairaanhoitajat kokivat myös tarvitsevansa lisäkoulutusta haavanhoitoon ja potilaan ohjaukseen. Moniammatillisen työryhmän (lääkäri, jalkahoitaja ja diabeteshoitaja) sekä haavanhoitoja tekevät kollegojen tuki koettiin ensiarvoisen tärkeäksi. Tuki kollegalta auttoi jaksamaan usein pitkässä haavanhoitoprosessissa.

Ongelmakohtia haavanhoitoprosessissa olivat potilaan motivoiminen elintapamuutoksille (ravitseminen, päihteet, liikunta) ja turvotuksen hoito. Usein potilaat kokivat turvotuksen hoidon hankalaksi. Tukisukat/siteet koettiin hankaliksi laittaa turvonneeseen raajaan, myös kipu oli esteenä niiden käytölle. Hoitajan tulee kuitenkin aina kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja miettiä muita vaihtoehtoja. Ravintoasiat jäivät vähälle huomiolle eikä ravitsemusterapeutin ammattitaitoa hyödynnetty. Vaikka potilaalle annettiin hyvät kirjalliset ja suulliset hoito-ohjeet, ei ohjaus omahoitoon aina onnistunut. Pelot, kipu, ikä ja mahdollinen muistisairaus olivat este-

nä omahoidon toteutukseen. Myös puoliso/läheinen saattaa olla iäkäs ja sairas ja/tai muu tukiverkko puuttuu. Haavanhoitotuotteiden kallis hinta oli usein esteenä haavan kotona hoitamiseen. Haavanhoitotuotteet saa ilmaiseksi vastaanotolla tehtyyn haavanhoitoon, mutta ne eivät kuulu ilmaisjakelun piiriin useamman kuukauden kestäneestä haavanhoitoprosessista huolimatta.

Kun tietää mistä haava johtuu, haavaa voi hoitaa. Huolellinen esitietojen ja kliinisen statuksen merkitystä ei voi liikaa korostaa. Puuttumalla taustalla vaikuttaviin tekijöihin, voidaan parantaa haavan paranemisedellytyksiä. Hoidetaan anemia ja ravitsemus sekä pyritään optimoimaan diabeteksen hoitotasapaino. Haavanhoitotuotteet valitaan haavan ulkonäön perusteella ja haavaeritys määrää niiden vaihtovälin. Avoterveydenhuollossa tulee aloittaa turvotuksen estohoito, mikäli sille ei ole estettä. (Hjerppe 2010, 27.)

Pro gradu -tutkielmassa Westman on tutkinut haavapotilaan osallistumista hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksentekoon. Tiedon saaminen sairaudesta ja hoidosta edisti potilaan mahdollisuuksia osallistua hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksentekoon. Riittävä tieto on edellytys oman haavan paikallishoidon toteuttamiselle joko kokonaan tai osittain. Tiedon myötä potilaat kykenevät paremmin tarkkailemaan haavassa tapahtuvia muutoksia ja kertomaan näistä havainnoistaan sairaanhoitajalle. Erityisen tärkeää on potilaiden oma tieto oman haavansa hoidosta tilanteissa jolloin haavaa hoitaa sellainen sairaanhoitaja, jolla ei ole aikaisempaa tietoa haavapotilaan hoitamisesta. (Westman 2000, 49.)

10 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessi on ollut aikaa vievä ja haastava. Opinnäytetyön aihe oli molemmille tekijöille ennalta tuttu, koska molemmat ovat tehneet jonkin verran haavanhoitoja. Opinnäytetyön aihetta miettiessä haavanhoito kiinnosti molempia ja aiheesta haluttiin lisää tietoa. Opinnäytetyöprosessi avasi kuitenkin uusia näkökulmia aiheeseen. Opinnäytetyö eteni verkkaisesti, mutta lähes alkuperäisen aikataulun mukaisesti. Opinnäytetyön tarkoituksena oli ensin tuottaa haavanhoito-opas avosairaanhoitoon sairaanhoitajien käyttöön. Avosairaanhoidon osastonhoitaja esitti kuitenkin tutkimuksen aiheeksi haavanhoitoprosessin avaamisen, koska prosessikuvausta ei ollut aiemmin tehty.

Työn suunnittelu aloitettiin keväällä 2011 tutustumalla aineistoihin ja alan kirjallisuuteen. Opinnäytetyön prosessin edetessä tietoa on hankittu aikaisemmista Pro gradu -tutkielmista, ammattilehdistä, kirjoista ja alan tutkimuksista. Opinnäytetyön alkuvaiheessa oli vaikeuksia löytää hoitotyön näkökulmasta tietoa haavaprosessista. Tietoa haavoista ja etiologiasta oli runsaasti.

Opinnäytetyön prosessin edetessä tekijät ovat toimineet hyvässä yhteisymmärryksessä, vaikka kahden perheellisen aikataulujen sovittaminen välillä tuotti ongelmia. Oman haasteen aikataulujen sovittamiseen toi opin-

näytetyön toisen tekijän epäsäännöllinen kolmivuorotyö. Opinnäytetyön tekijöillä on kuitenkin ollut yhteinen näkemys työn suunnittelusta ja toteutuksesta. Opinnäytetyön tekijät ovat saaneet yhteistyöstä tukea ja vahvistusta omalle näkemykselle opinnäytetyön aiheesta.

Haavanhoitolinjojen valintaa ohjaavat Käypä hoito -suositukset, jotka on laadittu terveydenhuoltohenkilökunnan käyttöön huomioiden suomalaiset olosuhteet. Ohjeet perustuvat uusimpaan tutkimusnäyttöön ja ohjeistavat haavan hoitoa. Alaraajahaavojen hoitoon on laadittu neljä suositusta: Alaraajojen laskimoiden vajaatoiminta (2010), Alaraajojen tukkiva valtimotauti (2010), Diabeetikon jalkaongelmat (2009) ja Krooninen alaraajahaava (2007). (Iivanainen 2010, 6.)

Opinnäytetyön haastattelujen tuloksissa selvisi, että ravitsemusohjausta ei juurikaan annettu. Ravitsemusterapeutti on käytettävissä ja hänen ammattitaitoaan on mahdollisuus hyödyntää haavapotilaan kokonaisvaltaisessa hoitotyössä.

Ravitsemushoidon tiedetään nopeuttavan haavan paranemista ja siten helpottavan sairaanhoitajien työmäärää ja vähentävän haavan hoitoon tarvittavien haavasidosten tarvetta. Nämä tekijät vähentävät yhteiskunnan kuluja haavojen hoidossa. Haavojen nopeampi paraneminen vaikuttaa merkittävästi potilaan elämänlaatuun, mitä rahassa ei pysty mittaamaan. Hyvästä ravitsemustilasta on pidettävä huolta kroonisen haavan parantumisen jälkeenkkin, ettei uusia haavoja pääse syntymään. (Eriksson 2010, 43.)

Haastatteluissa ilmeni, että kirjaamisessa olisi suuri apu hoitosuunnitelman olemassaolosta. Jokainen haavanhoitoa tekevä sairaanhoitaja etsii potilaan sairaskertomuksen useasta eri kohdasta potilaan esitiedot, potilaan sairaudet, lääkityksen, mahdolliset laboratoriotulokset sekä hoitotyön merkinnät. Samaa tietoa voi löytyä monesta eri tekstistä. Varsinkin haavanhoitoprosessissa olisi hoitosuunnitelmasta paljon hyötyä.

Hoitajan tärkeimpiä tehtäviä potilaan hoitamisen lisäksi on tiedon vaihto potilaan voinnista ja hoitotyön suunnitelmasta. Kirjaaminen vaikuttaa hoitotyön tuloksiin ja sitä kautta potilasturvallisuuteen sekä potilasta koskevaan päätöksentekoon. Hoitotyön kirjaaminen tukee myös hoidon jatkuvuutta. Haavanhoidon kirjaaminen on edelleen tutkimusten mukaan huonoa, tietoa ei ole kirjattu ollenkaan, kirjaaminen on puutteellista tai hoitajalla ei ole ollut aikaa kirjata. Systemaattinen kirjaaminen on uusi tapa kirjata. Käytön myötä sähköisen potilaskertomusjärjestelmän käytöstä tulee osa jokapäiväistä hoitotyötä. Hoitotyön luokitusten ja potilaskertomusjärjestelmän avulla saadaan hoitotyö entistä näkyvämmäksi. Kaikki tämä vaatii hoitotyön johtajien tukea, riittävästi aikaa, riittävästi koulutusta, päteviä kouluttajia ja riittävästi tietokoneita. (Kinnunen 2009, 19.)

Tulevaisuudessa haasteena on haavanhoitopotilaan omahoidon tukeminen ja motivoinnin korostaminen hoitotyössä. Haavanhoidon lisääntyvät kustannukset ovat taloudellinen rasite yhteiskunnalle. Mistä saadaan rahat lisääntyviin kustannuksiin? Haavanhoidon merkitys potilaan psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin, voisi olla yksi jatkotutkimusaihe. Muita jatko-

tutkimusaiheita voisi olla: tarkastuslista haavanhoitoa tekeville sairaanhoitajille, haavanhoitopotilaan hoitosuunnitelman laatiminen potilastietojärjestelmään sekä haavanhoitopotilaan kivun huomioiminen.

LÄHTEET

Aura, M., Paavilainen, E., Asikainen, P., Heikkilä, A., Lipponen, V. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. Tutkiva Hoitotyö Vol. 8 (2), 14–21.

Ebeling, T., Heikkilä, E., Hiltunen, L., Juutilainen, V., Järvinen, A., Kanerva, M., Laine, H-J., Lahtela, J., Lepäntalo, M., Niinimäki, J., Saarikoski, H., Sane, T., Toivonen, T., Tukiainen, E., Vaalasti, A., Valve, K. & Venermo, M. 2009. Diabeetikon jalkaongelmat. Käypä hoito. Viitattu 3.10.2012.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50079>

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki:Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Eriksson, T. 2010. Ravitsemushoitoa haavapotilaalle. Haava 3, 37.

Eronen, P. 2011. Elämä pitkäaikaisen alaraajahaavan kanssa - potilaan kuvauksia. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma.

Flanagan, M. 2006. Suom. Laurila, S. 2008. Haavakivun hoito perusterveydenhuollossa. Haava 3, 28–29.

Groop, L., Antikainen, A., Isomaa, B., Laakso, M., Laine, M., Lindström, J., Nikkanen, P., Puurunen, M., Saltevo, J., Syväne, M., Toivonen, J., & Tulokas, S. 2011 Diabetes. Käypä hoito. Viitattu 26.6.2012. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056?hakusana=2010>

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2005. Haava. Porvoo: WSOY.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu:Otavan Kirjapaino Oy.

Hjerppe, A. 2010. Miten krooninen säärihaavapotilas tutkitaan? Haava 3, 27.

Huotari, A-M. 2007. Tunnista ja hoida haavakipu. Haava 2, 26–27.

Iivanainen, A. 2010. Krooninen haava on ollut avoinna yli neljä viikkoa. Haava 3, 6.

Iivanainen, A. & Hietanen, H. 2005. Avoimen haavan parantumisen arviointi ja kirjaaminen. Haava 8, 30.

- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Jokinen, J. Sipponen, A. Lohi, J. & Salo, H. 2009. Haavanhoidon uusia ja vanhoja tuulia. Duodecim 24/09.
- Kankkunen, P., Nousiainen, H. & Kylmä, J. 2009. Pitkäaikaisesta kivusta kärsivän voimavarat. Tutkiva Hoitotyö Vol. 7 (2), 13–19.
- Kinnunen, U-M. 2009. Haavanhoidon systemaattisen kirjaamisen kehittäminen ja käyttö. Haava 3, 18–19.
- Komulainen, J., Vuokko, R. & Mäkelä, M. 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 26.2.2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/890688ae-578c-4ab0-aada-1d16c3a7f79f>
- Korhonen, A. 2012. Haavan hoidon peruseriaatteet. Haava 2, 18–21.
- Korhonen, M. 2006. Haavapotilaan kivun hoito – sairaanhoitajan näkökulma. Haava 2, 28–29.
- Koski, S. 2010. Diabetesbarometri. Viitattu 6.10.2012. http://www.diabetes.fi/files/1377/Diabetesbarometri_2010.pdf
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva Hoitotyö Vol. 3 (1), 10–15.
- Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva Hoitotyö Vol. 3 (3), 27–31.
- Laapotti-Salo, A. & Routasalo, P. 2004. Iäkkään potilaan tieto omasta sairaudestaan, hoidostaan ja kotiutussuunnitelmastaan. Tutkiva Hoitotyö Vol. 2 (1), 23–28.
- Leino-Kilpi, H. 2007. Ei unohdeta, että hoidamme ihmisiä. Haava 2, 4.
- Lepäntalo, M. Ahokas, T. Heinänen, T. Heiskanen-Kuisma, K. Hietanen, H. Iivanainen, A. Iso-Aho, M. Juutilainen, V. Tukiainen, E. Sane, T. & Valtonen, V. 2009. Haavapotilaan hoitopolku HYKS:n sairaanhoitoalueella. Duodecim. 4/09. Viitattu 25.2.2012. http://www.terveysportti.fi.proxy.hamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=haava%20hoitopolku

Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus- hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoitajalehti 10. Viitattu 29.10.2012.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2006/paakirjoitus/potilasohjaus_hoitotyon_punainen/

Routasalo, P. Airaksinen, M. Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Duodecim. Viitattu 25.2.2012.
http://www.terveysportti.fi.proxy.hamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=omahoidon%20tukeminen

Salminen-Tuomaala, M., Kaappola, A., Kurikka, S., Leikkola, P., Vanninen, J. & Paavilainen, E. 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. Tutkiva Hoitotyö Vol. 8 (4), 21–28.

Suomen virallinen tilasto: Väestöennuste 2007. Viitattu 27.2.2012
http://www.stat.fi/til/vaenn/2007/vaenn_2007_2007-05-31_tie_001.html

Thomas, C. 2008. Skin & wound care. Clinical guide. The United States of America: Lippincott Williams & Wilkins. Viitattu 11.9.2012.
http://books.google.fi/books?id=VaJ84CryFmwC&printsec=frontcover&q=skin+%26+wound+care&source=bl&ots=N71X-3_BXf&sig=gieqlpK3WKquwnkR2jI4r3-9PIQ&hl=fi#v=onepage&q=skin%20%26%20wound%20care&f=false

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Viitattu 26.4.2012
http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanta/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf

Vaalasti, A., Heikkilä, E., Juutilainen, V., Kuokkanen, O., Malanin, K., Nissinen-Paatsamala, K., Reunala, T., Tuuliranta, M., Valve, K. & Viljamaa, J. 2007. Krooninen alaraajahaava. Duodecim. Viitattu 27.2.2012.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50058.pdf>

Valkeakosken sosiaali- ja terveyskeskus. 2012. Haavanhoitokoulutus. Kroonisen alaraajahaavapotilaan hoitoketju Pirkanmaan sairaanhoitopiirisä. Valkeakoski 26.10.2012. Valkeakosken kaupunki.

Westman, T. 2000. Tiedonkulku säärihaavapotilaan hoidossa potilaan, perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon hoitajien ja lääkäreiden välillä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma.

White, R. Suom. Roering, M. 2009. Haavaan liittyvä kipu hidastaa paranemista ja lisää hoitokuluja. Haava 3, 36–37.

TEEMAHAASTATTELURUNKO

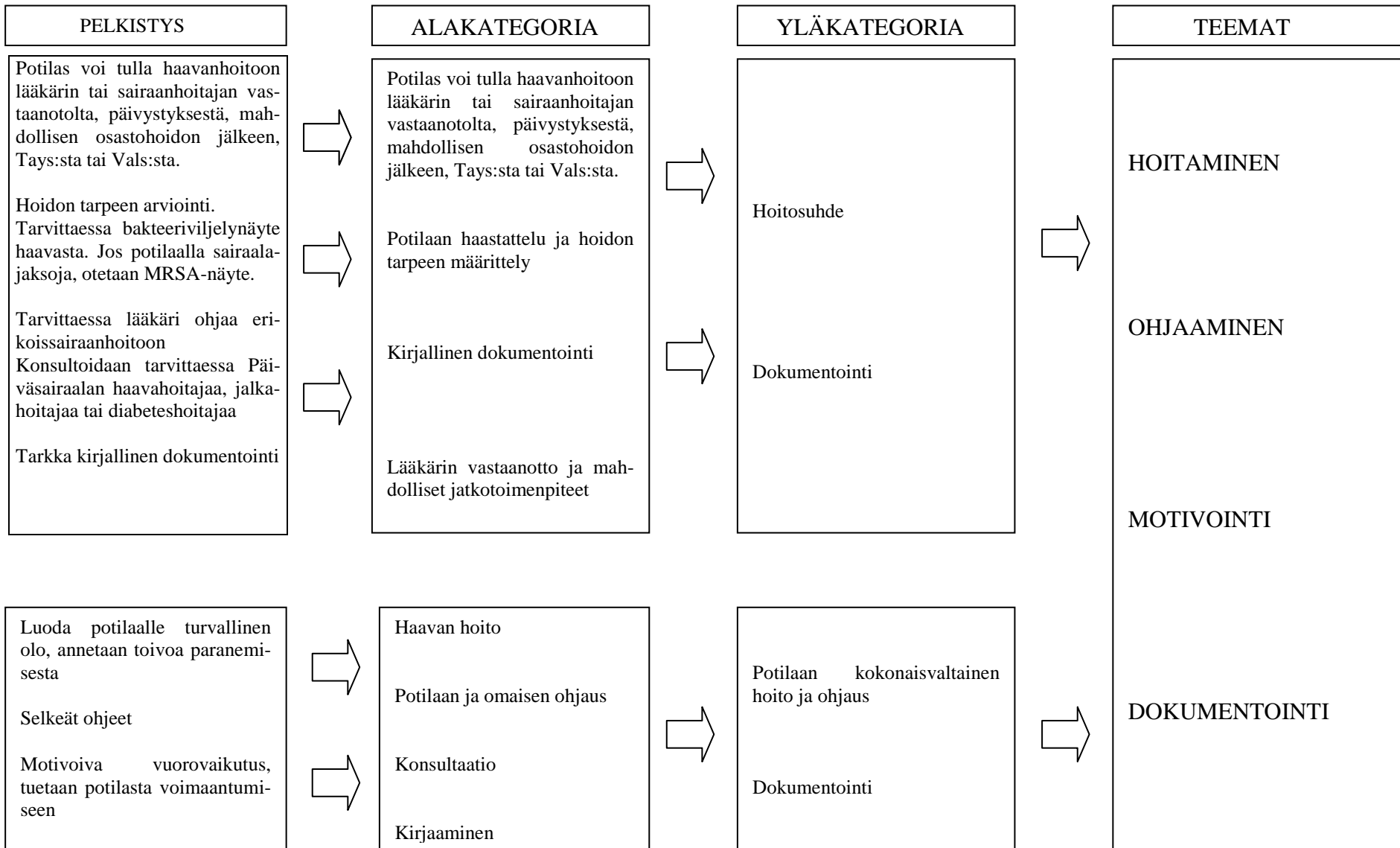
1. Haastateltavan kuvaus kroonisen alaraajahaavapotilaan hoitoprosessista Valkeakosken sosiaali- ja terveystieteiden keskuksessa
 - Aikataulu jolla ohjataan lääkärille tai erikoissairaanhoidon, jollei haava ala paranemaan
 - Moniammatillisen työyhteisön konsultointi

2. Haastateltavan tehtävät tässä prosessissa
 - Haavanhoitosuunnitelma
 - Kirjaaminen potilaskertomukseen
 - Hoitosuunnitelman tarpeellisuus

3. Potilaan omahoidon tukeminen
 - Potilaan motivointi haavan kotona hoitamiseen

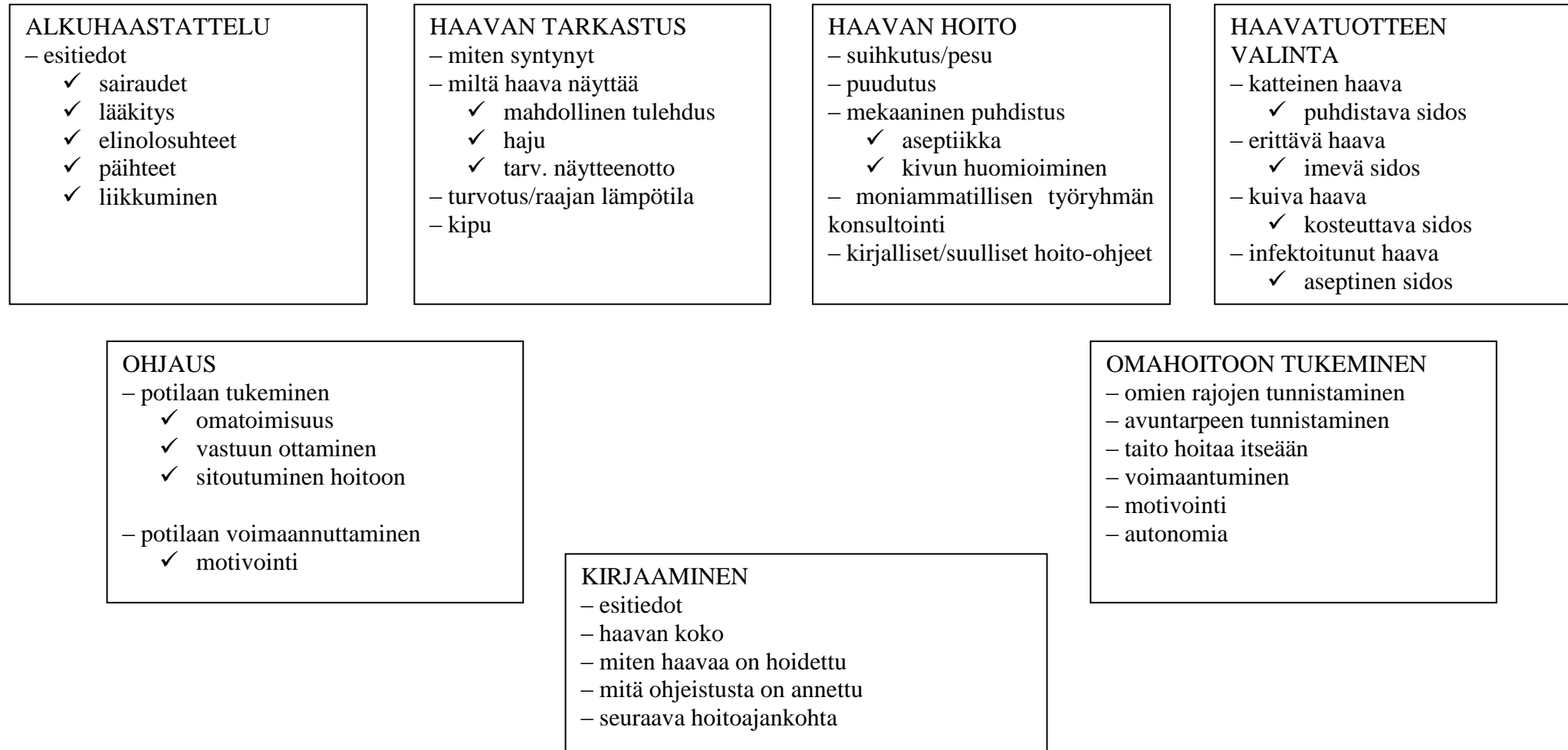
4. Kroonisen alaraajahaavapotilaan ohjauksen toteutuminen
 - Ravitsemusohjauksen antaminen
 - Potilaan ohjaus ravitsemusterapeutille
 - Potilaan elintapojen ja elinolosuhteiden huomioiminen

SISÄLLÖNANALYYSI MALLIKAAVIO



HOITOPROSESSIKAAVIO

HAAVANHOITOPOTILAS SAIRAAHOITAJAN VASTAANOTOLLA



ONGELMIA HAAVANHOIDOSSA



LÄÄKÄRIN VASTAANOTTO

PÄIVYSTYSLÄHETE
erikoissairaanhoidon

- ✓ haava ja akuutti kriittinen iskemias
- ✓ diabeettinen haava ja keskivaikea tai vaikea infektio
- ✓ krooninen haava (> 4 vk) ja yleisoireinen infektio

KIIREELLINEN LÄHETE
erikoissairaanhoidon

- ✓ krooninen haava ja kriittinen iskemias → verisuonikir.pkl
- ✓ krooninen nopeasti paheneva laskimoperäinen-, vaskuliitti tai etiologialtaan epäselvä haava → ihotautien pkl
- ✓ diabeetikon jalkahaava ja lievä infektio, joka ei parane < 2 vko → sisätautien pkl jalkatyöryhmä
- ✓ infektoitunut, kirurgista revisiota vaativa haava → plastiikkakir.pkl

KIIREETTÖMÄT POTILAAT
erikoissairaanhoidon

- ✓ valtimoperäiset haavat → verisuonikir.pkl
- ✓ diabeettiset neuropaattiset jalkahaavat → sisätautien pkl jalkatyöryhmä
- ✓ painehaavat tai traumaattiset haavat → plastiikkakir.pkl
- ✓ muut haavat, joiden etiologia epäselvä ja hoito-ongelmat → ihotautien pkl
- ✓ avoimen laskimoperäiseksi epäillyn säärihaavan diagnostiikka → TAYS kir.pkl