

Inka Myllymaa, Laura Pudas & Ulla Uusi-Illikainen

**HAAVANHOIDON KIRJAAMINEN HOITOTYÖN LOPPUARVIOINNEISSA LAS-  
TENKIRURGIAN OSASTOLLA 60**

**HAAVANHOIDON KIRJAAMINEN HOITOTYÖN LOPPUARVIOINNEISSA LAS-  
TENKIRURGIAN OSASTOLLA 60**

Inka Myllymaa, Laura Pudas  
& Ulla Uusi-Illikainen  
Opinnäytetyö  
Syksy 2016  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Oulun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

---

Tekijät: Inka Myllymaa, Laura Pudas ja Ulla Uusi-Illikainen

Opinnäytetyön nimi: Haavanhoidon kirjaaminen hoitotyön loppuarvioinneissa lastenkirurgian osastolla 60

Työn ohjaajat: Marja-Liisa Majamaa ja Pia Mäenpää

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2016

Sivumäärä: 44

---

Kirjaaminen on oleellinen osa kaikkea hoitotyötä ja se liittyy olennaisesti myös haavanhoitoon. On tärkeää, että haavasta huomioidaan ja kirjataan ylös kaikki tarvittava tieto, jotta potilaan mahdollinen jatkohoito voidaan turvata ja toteuttaa asianmukaisesti. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla, minkälaisia asioita haavasta ja sen hoidosta kirjataan hoitotyön loppuarviointeihin Oulun yliopistollisen sairaalan lastenkirurgian osastolla 60. Tavoitteena oli tuottaa tietoa lasten haavanhoidon kirjaamisen nykyisestä tilasta ja asianmukaisuudesta sekä mahdollisista kehittämistarpeista.

Tämän tutkimuksen kohdejoukoksi valittiin osasto 60:n potilasasiakirjat, joita tarkasteltiin hoitotyön loppuarviointien osalta. Mukaan tutkimukseen valittiin harkinnanvaraisella otannalla 50 potilasasiakirjaa, joista haavanhoidon kirjaamisen toteutumista tutkittiin tiettyä kriteeristöä apuna käyttäen. Tutkimusaineisto koostui 35 osasto- ja polikliinisen potilaan sekä 15 päiväkirurgisen potilaan hoitotyön loppuarvioinneista. Toteutimme opinnäytetyömme kvalitatiivisella eli laadullisella lähestymismenetelmällä ja aineisto analysoitiin sisällönanalyysia käyttäen.

Aineistosta tutkittiin, kuinka monta kertaa hyvän haavanhoidon arviointikriteereitä oli käytetty loppuarvioinneissa, ja mitä haavoista oli kirjattu niihin liittyen. Eniten oli kirjattu koti- ja jatkohoito-ohjeista, jotka oli huomioitu lähes kaikissa loppuarvioinneissa. Seuraavaksi eniten oli kirjattu haavanhoitotuotteista sekä haavavuodon määrästä. Päiväkirurgisten potilaiden kirjauksista löytyi vain tietyt kriteereitä ja niiden käytössä oli havaittavissa yhtenäinen tapa. Osasto- ja polikliinisten potilaiden loppuarvioinneissa kaikki kriteerit esiintyivät vähintään kerran ja niitä oli käytetty monipuolisesti erityisesti palovammapotilaiden kohdalla.

Tulevaisuudessa haavanhoidon kirjaamista voisi kehittää esimerkiksi muokkaamalla tässä tutkimuksessa käytettyä kriteeristöä eri osastojen tarpeisiin. Siten potilaan jatkohoito voitaisiin haavanhoidon osalta turvata asianmukaisten kirjausten avulla. Jatkotutkimuksia voitaisiin tehdä analysoimalla esimerkiksi vuorokohtaisia kirjauksia haavasta, selvittämällä polikliinisen potilaan hoitopolku haavanhoitoon liittyen tai suorittamalla vastaavanlainen tutkimus aikuisten osastoilla.

---

Asiasanat: Lapset, haava, haavanhoito, kirjaaminen, potilasasiakirjat, hoitotyön loppuarviointi

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

---

Authors: Inka Myllymaa, Laura Pudas and Ulla Uusi-Ilkainen

Title of thesis: Wound Care Documentation in Nursing Evaluations at Children's Surgical Ward

Supervisors: Marja-Liisa Majamaa and Pia Mäenpää

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2016

Number of pages: 44

---

Documentation is a significant part of all nursing and wound care. It is important that all the information about wound is taken into consideration so patient's follow-up care can be properly accomplished. This study was commissioned by the Children's Surgical Ward of Oulu University Hospital.

The purpose of the study was to describe what things about wound and its care are written into final evaluations of nursing. The aim of this study was to produce information about the current state of children's wound care documentation, its accuracy and possible needs of development.

This is a qualitative study. The data was collected from medical records of the ward and was analyzed by using content analysis. 50 final evaluations of nursing were discretionarily selected and they were analyzed by comparing only their wound care contents to certain criteria.

Results revealed that follow-up care instructions were mentioned in almost every evaluation. There were also several documentations about wound care products and some about wound leakage. The results also showed that the wound care criteria were used differently in the evaluation of ward patients compared to day surgery patients.

As a conclusion, the final evaluations of the ward contain essential information about wounds. However, there are some parts that will need further development. Wound care documentation could be improved for example by developing the criteria used in this study for the needs of different wards. That way patient's follow-up care could be secured by accurate documentation of wound care.

---

Keywords: Children, wound, wound care, documentation, medical records, final evaluation of nursing

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	7
2	KIRURGISEN LAPSIPOTILAAN HOITOTYÖ .....	9
2.1	Kirurgisen lapsipotilaan hoidon erityispiirteet .....	9
2.2	Hoitotyön periaatteet lastenhoitotyössä .....	10
3	HAAVANHOIDON KIRJAAMINEN .....	12
3.1	Haavojen jaottelu .....	12
3.2	Haavan paranemisprosessi .....	12
3.3	Haavan paranemisen edellytykset sekä paranemista haittaavat tekijät .....	14
3.4	Potilasasiakirjat ja sähköinen kirjaaminen .....	16
3.5	Haavanhoidon rakenteinen kirjaaminen .....	17
3.6	Hoitotyön loppuarviointi .....	18
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....	20
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	21
5.1	Tutkimusmetodologia .....	21
5.2	Tutkimuksen kohdejoukko ja tutkittavien valinta .....	21
5.3	Aineiston keruu ja tutkimusmenetelmä .....	22
5.4	Tutkimuskriteeristön käyttö ja soveltaminen .....	24
5.5	Aineiston analysointi .....	24
6	TUTKIMUSTULOKSET .....	26
6.1	Haavan infektoituminen ja puhdistus .....	27
6.2	Haavan koko ja vuodon määrä .....	28
6.3	Haavaympäristö ja -sidokset .....	29
6.4	Jatkohoito-ohjeet ja muut haavanhoitoon liittyvät asiat .....	30
6.5	Tulosten tarkastelu ja vertailu .....	31
6.6	PÄIKI- ja osastopotilaiden loppuarviointien vertailu .....	32
7	POHDINTA .....	35
7.1	Tutkimuksen luotettavuus .....	35
7.2	Eettisyys .....	37
7.3	Johtopäätökset .....	37
7.4	Jatkotutkimushaasteet .....	39

7.5 Omat oppimiskokemukset aiheesta sekä hyödyt työelämälle.....	40
LÄHTEET .....	42

# 1 JOHDANTO

Kirjaaminen on tärkeä osa potilaan kokonaisvaltaista hoitotyötä ja tähän pätee hyvin usein käytetty sanonta: “mitä ei ole kirjattu, sitä ei ole tehty”. Lisäksi kirjaaminen on laissa määritelty hoitohenkilökunnan velvollisuudeksi. Vuoden 2015 lokakuun alusta lähtien Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä (PPSHP) hoitotyön loppuarvioinnit ovat siirtyneet Kansalliseen terveysarkistoon Kantaan, jossa on mahdollista tarkastella omia potilastietojaan sähköisesti. Arkistossa olevat tiedot ovat potilaan suostumuksella käytettävissä myös niissä terveydenhuollon toimintayksiköissä, jotka niitä potilaan hoidossa tarvitsevat. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2016, viitattu 22.11.2016.) Tämä uudistus vaikuttaa merkittävästi kirjaamisen laadun entistä tarkempaan huomioimiseen, sillä osa arkistoon siirretystä tiedosta on potilaan nähtävissä. Viimeisimmän muutoksen myötä huoltajilla on muutamia poikkeustilanteita lukuun ottamatta mahdollisuus tarkastella alle 10-vuotiaan lapsensa hoitotietoja Kannasta. Vanhempien lasten kohdalla huoltajat voivat nähdä vain tietoja, jotka on kirjattu ennen kuin lapsi on täyttänyt 10 vuotta. Lisäksi alle 18-vuotiaat lapset voivat itse katsella omia potilastietojaan, jotka on kirjattu 10 vuoden iän saavuttamisen jälkeen. (Kansallinen Terveysarkisto (Kanta) 2016, viitattu 22.11.2016.) Asianmukaisen ja turvallisen jatkohoidon varmistamiseksi potilaalle tehdyt hoitotoimenpiteet, nykyinen tila ja tarvittavat hoito-ohjeet on kirjattava selkeästi ja ymmärrettävästi hoitotyön loppuarviointiin. Tämä turvaa hoidon jatkuvuuden muissa terveydenhuollon toimintayksiköissä tai potilaan kotona.

Opinnäytetyömme aiheena on haavanhoidon kirjaaminen hoitotyön loppuarvioinneissa lastenkirurgian osastolla 60. Valitsimme kyseisen aiheen, koska se kiinnostaa meitä kaikkia, on yleishyödyllinen tulevaisuuden ammatissamme ja palvelee niitä hoitotyön suuntautumisvaihtoehtoja, joihin aiomme erikoistua. Halusimme myös toteuttaa sellaisen tutkimuksen, joka tulisi työelämän tarpeeseen. Tämän vuoksi yhteistyökumppaniksemme valikoitui PPSHP ja teimme opinnäytetyömme yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) lastenkirurgisen- ja gastroenterologisen yksikön, osasto 60 kanssa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvailla, minkälaisia asioita haavasta ja sen hoidosta kirjataan hoitotyön loppuarviointeihin osastolla 60. Tavoitteenamme oli tuottaa tietoa lasten haavanhoidon kirjaamisen asianmukaisuudesta sekä nykyisestä tilasta hoitotyön loppuarviointien osalta. Lisäksi tavoitteenamme oli kehittää lasten haavanhoidon kirjaamista tuomalla julki toimivia käytäntöjä ja

vaikuttamalla kirjaamisen mahdollisiin epäkohtiin. Valitsimme osastolla elokuun 2016 aikana kirja-  
tuista potilasasiakirjoista harkinnanvaraisella otannalla 50 hoitotyön loppuarviointia, jotka tutkimme  
haavanhoidon kirjaamisen osalta tiettyä kriteeristöä apuna käyttäen. Toteutimme opinnäyte-  
työmme kvalitatiivisella eli laadullisella lähestymismenetelmällä ja aineisto analysoitiin sisällönana-  
lyysia käyttäen.



## 2 KIRURGISEN LAPSIPOTILAAN HOITOTYÖ

### 2.1 Kirurgisen lapsipotilaan hoidon erityispiirteet

Aikaisemmat sairaalakokemukset voivat vaikuttaa lapsen hoitoon joko positiivisesti tai negatiivisesti. Lapsen toimenpiteeseen valmistaminen on tehtävä aina lapsen ikä ja kehitystaso huomioon ottaen. Siihen on varattava rauhallinen ympäristö ja riittävästi aikaa, sillä kiireesti ja hätäillen tehdyt valmistelut voivat lisätä lapsen ja vanhempien jännitystä ja pelkoa. Aikaa on varattava myös mahdollisten kysymysten tekemiseen ja muihin mieltä painavien asioiden läpikäymiseen. Leikki-ikäisen ajattelu on konkreettista, eikä hän ymmärrä käsitteitä samalla tavalla kuin esimerkiksi murrosikäinen nuori. Tutkimusten mukaan pienet lapset kokevat pelottaviksi esimerkiksi sanat "leikkaaminen", "pistäminen" ja "verisuonet". Tämän vuoksi on hyvä miettiä valmiiksi, mitkä sanat kuvaavat asiaa, johon lapsi valmistellaan. Valmistelujen tukena voidaan käyttää myös esimerkiksi sairaala-leikkivälineitä ja erilaisia hoitotarvikkeita. Hyvin valmisteltu lapsi tai nuori on yhteistyökykyisempi ja kokee vähemmän kipua ja stressiä. (Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuo & Uotila 2012, 304–306.)

Imeväisikäinen lapsi kokee sairastumisen ja sairaalan joutumisen hyvin kokonaisvaltaisesti, mutta ei kuitenkaan pysty ilmaisemaan kokemuksiaan muuten kuin itkulla, kosketusarkuudella, hätäisellä katseella tai levottomuudella. Hoitajan ja vanhempien on pystyttävä tulkitsemaan näiden tekijöiden perusteella vauvan voinnissa tapahtuvia muutoksia. Koska imeväisikäistä ei juurikaan voi valmistaa sairaalahoitoon tai toimenpiteisiin etukäteen, ohjaus ja valmistaminen kohdistuu lapsen vanhempiin. Vanhempien käytös heijastuu lapseen ja esimerkiksi levottomasti käyttäytyvän vanhemman lapsi vaistoa ja heijastaa levottomuuden. Vaikka lapsi ei itse ohjeita tai puhetta ymmärtäisikään, kannattaa hänelle silti aina kertoa tulevasta toimenpiteestä, sillä lapsi vaistoa turvallisen äänen ja käsittelyn. (Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori & Palo 2006, 191–195.)

Huonosti hoidettu kipu voi aiheuttaa lapselle tai nuorelle pelkoa esimerkiksi hoitotilannetta tai henkilökuntaa kohtaan. Toistuvat kipukokemukset voivat jättää lapsen muistiin ja kipujärjestelmään elinikäisen jäljen. Riittävän kivunhoidon kannalta hoitohenkilökunnan on tärkeää hallita eri-ikäisten lasten kivun arviointi sekä lääkkeetön ja lääkkeellisen kivunhoito. Lapsilla kipua mitataan yleensä erilaisilla kipumittareilla, mutta niiden ongelmana pidetään tulkinnan luotettavuutta. Aina ei ole selvää, mittaavatko ne oikeasti lapsen kipua, vai kertovatko ne esimerkiksi lapsen muusta huonosta

olosta, ikävästä tai pelosta. Lapsen tai nuoren kipua arvioitaessa on hyvä tietää hänen yksilölliset tapansa ilmaista kipua tai mahdollista muuta huonoa oloa. Haasteena tässä ovat erityisesti keskoset, imeväis- ja leikki-ikäiset sekä kehitysvammaiset lapset ja nuoret, sillä heidän kommunikatiiviskykynsä eivät ole riittävät kivun ilmaisuun. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 322–323.)

Lapsen kipukokemus sekä hänen kykynsä ymmärtää kipua muuttuvat koko kasvu- ja kehitysprosessin ajan (Ivanoff ym. 2006, 191). On tutkittu, että pienelläkin lapsella on olemassa omia keinoja akuutista kivusta selviytymiseen ja kivun lieventämiseen. Tällaisia ovat esimerkiksi mielikuva-ajattelu, puhe, passiivinen käytös tai kipeään paikan hierominen ja silittäminen. Parhaiten lapsi selviytyy kivusta toiminnan avulla eli huomion kiinnittämisellä esimerkiksi musiikkiin, videoihin tai leikkeihin. (Bui, Heinonen & Koivisto 2007, 19–23.) Varsinkin passiivisesti kipua ilmaisevan lapsen kivun tunnistamiseen ja hoitoon tulee kiinnittää erityistä huomiota, sillä näiden lasten kipu jää helpommin hoitamatta. (Ivanoff ym. 2006, 191.)

Lapsilla lääkkeitä esimerkiksi ketoprofeeni on yleisesti hyvin siedetty. Tutkimusten mukaan postoperatiivisen kivun hoidossa ketoprofeeni on hyvin tehokas lääke useiden erilaisten leikkausten ja eri antoreittien yhteydessä. (Kokki 2010, viitattu 14.11.2016.) Tulehduskipulääkkeet ovat hyödyllisiä postoperatiivisen kivun hoidossa, koska leikkaus aiheuttaa sekä kipua että inflammaation eli tulehduksen (Kokki 2003, viitattu 14.11.2016). Kivunhoidon jatkaminen kotona päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen on erittäin olennaista. Lääkkeellisen kivunhoidon turvallisuus on parantunut uusien lääkkeiden kehittämisen avulla ja lisäksi ymmärrys niiden farmakologisista vaikutuksista lapsipotilailla on lisääntynyt. (Lönngqvist & Morton 2005, viitattu 14.11.2016.)

## **2.2 Hoitotyön periaatteet lastenhoitotyössä**

Lasten hoitotyötä ohjaavia periaatteita ovat yksilöllisyys, perhekeskeisyys, kasvun ja kehityksen tukeminen, turvallisuus, jatkuvuus, omatoimisuuden tukeminen sekä kokonaisvaltainen hoito. Hyvin toteutuessaan ne takaavat lapsen ja nuoren hyvän hoitotyön perustan. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 104, 106.) Sekä lapsella että hänen vanhemmillaan on oikeus saada tietoa lapsen voinnista, hoidosta ja tutkimuksista. Tiedonsaantia määrittelee laki potilaan asemasta ja oikeuksista. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 2:5§, 2:7§, 2:9§, viitattu 15.12.2015.)

Yksilöllisyyden periaate lasten ja nuorten hoitotyössä näkyy käytännössä siinä, että lasta tai nuorta pyritään mahdollisuuksien mukaan hoitamaan sairaalassa samoin periaattein kuin kotona. Tämä

edellyttää perusteellista tulohaastattelua ja hoidon tarpeiden määrittämistä. Perhekeskeisyyden toteutumisen kannalta on tärkeää, että vanhemmat ja sisarukset ovat mukana ja osallistuvat hoitoon koko hoitotyön prosessin ajan. Tämä luo turvallisuuden tunnetta sekä lapselle että muulle perheelle. Lisäksi hoitaja saa vanhemmilta arvokasta tietoa lapsen hoitoa ajatellen, sillä he tuntevat lapsensa parhaiten ja osaavat esimerkiksi kuvata, millainen lapsi on terveenä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 105.)

Lapsi kasvaa ja kehittyy omassa tahdissaan eri kehitysvaiheiden kautta. Kehitysvaiheet ja niiden järjestys ovat kaikilla lapsilla samat, mutta niiden ajankohta vaihtelee yksilöllisesti. Esimerkiksi perintötekijät ja kasvuympäristö vaikuttavat eri kehitysvaiheiden suorittamisajankohtaan. Lisäksi pitkäaikaiset ja vakavat sairaudet voivat aiheuttaa erilaisia ongelmia lapsen fyysisen, sosioemotionaalisen ja emotionaalisen kehityksen osa-alueilla. Hoitotyössä on tiedettävä ja tunnistettava lapsen kasvun ja kehityksen eri vaiheet, jotta niitä voidaan tukea. Lapsen kehitystä voidaan hoitotyössä edistää esimerkiksi tukemalla lapsen omatoimisuutta ja itsenäistä selviytymistä niistä asioista, joista hän jo suoriutuu itse. Sairaalahoidon aikana on myös tärkeää kannustaa lasta tai nuorta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan ja selviytymisestään. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 106–107, 109.)

Hoitotyön jatkuvuudella tarkoitetaan lapsen tai nuoren hoitosuunnitelman toteuttamista sovitusti työvuorosta toiseen. Lisäksi tarkoituksena on, että lapsen tai nuoren siirtyessä kotiin tai toiseen hoitopaikkaan hänen hoitonsa jatkuu parhaalla mahdollisella tavalla. Tämä edellyttää hyvää ja kattavaa kirjaamista työvuorojen aikana sekä hoitotyön loppuarviointia tehtäessä. Jatkuvuutta ja turvallisuutta luovat myös omahoitajuussuhde, hoitohenkilöstön ammattitaito sekä yhtenäiset hoito-ohjeet. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 107–108.) Kokonaisvaltaisen hoitotyön periaate puolestaan edellyttää, että lasta tai nuorta hoidetaan fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Lisäksi on tärkeää huomioida iän mukaiset sekä yksilölliset kasvun, kehityksen ja kypsymisen tuomat erityistarpeet. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 109.)

## **3 HAAVANHOIDON KIRJAAMINEN**

### **3.1 Haavojen jaottelu**

Haavat voidaan jakaa akuutteihin tai kroonisiin haavoihin niiden paranemisprosessin, aiheuttajan, keston ja iän mukaan. Akuutti haava syntyy jonkin ulkoisen fyysikaalisen voiman vaikutuksesta, joko trauman seurauksena tai leikkauksessa, ja paranee normaalisti ilman suurempia komplikaatioita. Traumaattisiin haavoihin kuuluvat palo- ja paleltumavammat, pinnalliset ihorikot, pienet ja syvät kudonsvauriot, ruhjevammat, purema- ja ampumavammat, kemikaalien aiheuttamat syöpymävammat ja säteilyn aiheuttamat ihovauriot. Akuutit haavat voidaan jaotella puhtaisiin ja likaisiin haavoihin. Kirurginen leikkaushaava lukeutuu puhtaisiin haavoihin, kun taas esimerkiksi kaatumisen seurauksena syntyneet ruhjevammat tai puremat ovat likaisia haavoja. (Juutilainen & Hietanen 2012, 26, 28.)

Krooniseksi haavoiksi taas määritellään yleensä sellaiset haavat, jotka ovat olleet avoimena vähintään neljä viikkoa. Tämä ei kuitenkaan kaikkien haavojen kohdalla ole sopiva määritelmä, sillä myös monen akuutin haavan paraneminen voi kestää yhtä kauan. Näin ollen on johdonmukaisempaa määritellä krooniseksi haavoiksi sellaiset haavat, joiden ilmaantumiseen tai huonoon paranemiseen liittyy jonkin ulkoisen mekaanisen tekijän lisäksi jokin elimistön sisäinen sairaustekijä, kuten alaraajojen verenkiertosairaudet, diabetes tai syöpä. Toisinaan myös akuutti haava voi kroonistua infektion tai vääränlaisen hoidon seurauksena. Näin käy esimerkiksi silloin, kun leikkaushaava tuulehtuu ja sen paraneminen viivästyy. (Juutilainen & Hietanen 2012, 26, 28.)

### **3.2 Haavan paranemisprosessi**

Kaikki haavat paranevat tietyn biologisen prosessin mukaan, mutta niiden paranemisajoissa tapahtuu vaihtelua (Iivanainen & Syväoja 2013, 343). Akuuttien haavojen paranemisprosessi alkaa heti kudoksen vaurioitumisen jälkeen ja se voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen. Ne ovat osittain päällekkäisiä ja toisistaan riippuvaisia, mutta prosessin aikana jokainen vaihe voidaan kuitenkin erikseen tunnistaa. (Juutilainen & Hietanen 2012, 29–30.)

Ensimmäisenä paranemisprosessin vaiheena pidetään inflammaatiovaihetta, joka kestää muutamia päiviä. Vaihe alkaa heti haavan synnyttyä ja sen aikana haava puhdistuu mikrobeista, vieraista

aineista sekä soluväliaineesta (Iivanainen & Syväoja 2013, 343). Inflammatiovaiheen jälkeen alkaa proliferaatio- eli uudelleenmuodostusvaihe. Tämä vaihe käsittää granulaatiokudoksen synty-  
misen, kontraktion eli haava-alueen supistumisen sekä ihon pintakerroksen yhteen kasvamisen eli  
epitelisaation. Granulaatiokudoksen muodostuminen edellyttää uuden hiussuonituksen kasvamista  
haavapohjaan, mikä alkaa noin 36 tunnin kuluttua haavan synnystä. (Juutilainen & Hietanen 2012,  
35.) Paranemisprosessin viimeinen vaihe on kypsymis- eli maturaatiovaihe, joka alkaa 2-3 viikon  
kuluttua vammasta ja voi kestää useita kuukausia. Tällöin sidekudoksen kollageenit muokkautuvat  
ja korvautuvat vahvemalla soluväliaineella muodostaen kestävämpää arpikudosta. Arpikudos  
saavuttaa kolmen kuukauden kuluttua vammasta lopullisen vetolujuutensa, joka on 70–80 % ku-  
doksen alkuperäisestä vetolujuudesta. (Juutilainen & Hietanen, 2012, 37.)

Vaaleanpunainen haava on merkki siitä, että ihon pintakerros, epiteeli, alkaa kasvaa tai on kasva-  
nut haavan pinnalle. Tällöin haava ei enää eritä, joten haavasidoksista voidaan luopua. Tarvitta-  
essa epiteelikudos suojataan. Punainen haavapohja on edellytys haavan paranemiselle. Haavan  
pohja on puhdas ja siinä on granulaatiokudosta, joka kasvaa haavan reunoilta tai haavapohjasta.  
Terve granulaatiokudos on kirkkaan punainen, kiiltävä, kivuton, pinnaltaan ryynimäinen sekä ve-  
restävä, mutta se ei vuoda verta. Tällöin haavanhoidon tavoitteena on, että granulaatiokudoksen  
kasvua ei häiritä ja haavan päälle valitaan suojaava sidos haavapohjan syvyyden ja erityksen mu-  
kaan. Sidoksen tulee myös säilyttää haavassa sen paranemiselle optimaalinen lämpötila ja kos-  
teus. Granulaatiokudos tarvitsee kostean paranemisympäristön, mutta toisaalta liiallinen kosteus  
voi aiheuttaa haavan reunojen maseroitumisen eli vettymisen. Sidokset tulee vaihtaa potilaan diag-  
noosista, haavan erityksestä ja haavanhoitotuotteesta riippuen 1-7 päivän välein. (Iivanainen &  
Syväoja 2013, 345; Juutilainen & Hietanen 2012, 67.)

Keltaisella fibriinikatteella tarkoitetaan haavapohjassa olevaa kuollutta joko pehmeää tai paksua  
sitkeää kudosta, jonka väri vaihtelee vaaleasta tummaan keltaiseen, jopa vihertävään. Haavan eri-  
tyksen määrä voi vaihdella vähän erittävästä runsaasti erittävään. Nekroottisen haavan pohjassa  
on mustaa, harmaata tai ruskeaa kiinni tarttunutta, kuollutta kudosta. Se ei vuoda verta, eikä tunne  
kipua. Haava voi olla kuiva tai erittävä. Paikallishoidon periaatteena on kuolleen kudoksen mekaa-  
ninen poistaminen, sillä kate on otollinen kasvualusta bakteereille. Näin ollen se altistaa haavain-  
fektioille ja estää haavan paranemisen. Ennen katteen poistamista sitä voidaan pehmentää esi-  
merkiksi haavan suihkutuksella tai vetyperoksidilla. Mekaaninen puhdistus voidaan tehdä esimer-  
kiksi pinseteillä, saksilla, kauhalla, rengaskyretillä tai kirurgin veitsellä. Kun kuollut kudos on saatu

poistetuksi, granulaatiokudos pääsee kasvamaan. Tämän jälkeen haavaa hoidetaan kuin punaista haavaa. (Iivanainen & Syväoja 2013, 345–346; Juutilainen & Hietanen 2012, 67–68.)

Joskus haavalla voi esiintyä myös granulaatiokudoksen liikakasvua eli hypergranulaatiota. Tällöin haavalla on selvästi havaittavissa olevaa suuriyväistä, ryynimäistä kudosta, joka voi kasvaa myös haavapinnan yläpuolelle estäen haavan epitelisoitumisen. Kudoksen väri vaihtelee haava-alueen verenkierron mukaan vaaleanpunaisesta tummanpunaiseen ja se voi vuotaa herkästi verta. (Juutilainen & Hietanen 2012, 68.) Kosteassa ympäristössä granulaatiokudosta muodostuu tehokkaammin kuin kuivassa haavassa (Juutilainen & Hietanen 2012, 81). Tämä on hyvin yleistä erityisesti lapsipotilailla, sillä lapsen elimistön prosentuaalinen nestemäärä sekä solujen määrä ja niiden aktiivisuus ovat suurempia kuin aikuisella. Lisäksi lapsilla uutta kudosta muodostuu verenkierron vilkkaudesta johtuen nopeammin. (Iivanainen & Syväoja 2013, 422; Juutilainen & Hietanen 2012, 41–42.)

Kirurgiset haavat ovat useimmiten suljettuja haavoja. Haavan sulkemisella pyritään saamaan haavan reunat hyvin yhteen, jotta uutta kudosta tarvitsisi muodostua paranemisen aikana mahdollisimman vähän (Laato & Kössi 2016, viitattu 15.1.2016). Haava voidaan sulkea joko sulavilla tai sula-mattomilla ompeleilla, liimalla, teipillä tai metallihakasilla eli agraffeilla. Leikkaushaava pidetään kuivana ja hoidetaan steriilisti ensimmäisen vuorokauden ajan, jonka jälkeen haavan katsotaan olevan suojassa ulkoiselta kontaminaatiolta. Tällöin sitä voidaan käsitellä tehdaspuhtailla käsineillä ja tuotteilla. Sidosten tilalle voi laittaa esimerkiksi teipin tai jättää haavan avohoitoon. Jos haava kuitenkin erittää runsaasti tai sidokset kastuvat vuorokauden sisällä kirurgisesta toimenpiteestä, vaihdetaan ne steriilisti. (Juutilainen & Hietanen 2012, 219, 220.) Ompeleiden tai haavahakasten poistoajankohta määräytyy yksilöllisesti toimenpiteen, haavan sijainnin ja paranemisen mukaan (Hammar 2011, 39). Kirurgisesti suljetun haavan kuntoa tulee seurata päivittäin haavainfektion välttämiseksi. Ompeleiden, hakasten ja katetriin juuressa oleva lievä turvotus, punoitus ja mustel-maisuus kuuluvat kuitenkin inflammaatiovaiheessa haavan normaaliin paranemiseen, eikä niitä tule sekoittaa haavainfektion oireisiin. (Juutilainen & Hietanen 2012, 220.)

### **3.3 Haavan paranemisen edellytykset sekä paranemista haittaavat tekijät**

Haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät jaetaan useimmiten systeemisiin eli potilaaseen liittyviin tekijöihin sekä paikallisiin eli haavoihin liittyviin tekijöihin. Näiden lisäksi myös psykososiaalisilla

tekijöillä, esimerkiksi potilaan hoitoon sitoutumisella, on vaikutusta haavan paranemiseen. Systemisiin tekijöihin lukeutuvat muun muassa potilaan ikä, sairaudet ja niiden hoidot, ravitsemustila sekä elämäntavat. Näistä tekijöistä oleellisimpia ovat vaurioituneen alueen riittävä hapen ja ravintoaineiden saanti verenkierron kautta. Mikäli hapeta ei ole riittävästi, energian vapautuminen vähenee ja haavan paraneminen hidastuu. (Juutilainen & Hietanen 2012, 39.)

Ravitsemustila vaikuttaa haavan paranemiseen, sillä solujen jakaantuminen, proteiinien valmistus ja entsyymien toiminta vaativat runsaasti energiaa ja ravintoaineita. Tärkeimpiä ravintoaineita ovat proteiinit, hiilihydraatit, rasvat, vitamiinit ja hivenaineet. Sekä aliravitsemuksella että ylipainolla on haavan paranemista hidastavia vaikutuksia. (Juutilainen & Hietanen 2012, 41–42.) Lisäksi monet yleiset sairaudet voivat vaikuttaa haavan paranemiseen verenkierron ja immuunijärjestelmän kautta. Näitä sairauksia ovat esimerkiksi diabetes, erilaiset aineenvaihduntasairaudet, immuunijärjestelmän ja ruuansulatuselimistön sairaudet, selkäydin- ja hermovammat sekä neurologiset sairaudet. Yleissairauksien vaikutuksesta tulehdusriski lisääntyy ja proliferaatio- sekä maturaatiovaihe voivat häiriintyä ja pitkittyä. Myös jotkin lääkkeet ja immuunivastetta heikentävät aineet vaikuttavat haavan paranemisprosessin eri vaiheisiin. Esimerkiksi sytostaatit vähentävät solujen jakautumista ja häiritsevät solujen normaalia toimintaa. (Juutilainen & Hietanen 2012, 44.)

Haavan paranemiseen vaikuttavia paikallisia tekijöitä ovat muun muassa haavan aiheuttaja, haavan ikä, koko ja sijainti, kudosaaurion syvyys, kudospuutoksen laajuus, haavaan ja sen ympärysihohon kohdistuvat mekaaniset ärsykkeet, haitalliset aineet, haavan kosteus ja lämpötila sekä erityisesti haava-alueen verenkierto. Leikkaushaavan reunat ovat yleensä siistit ja tasaiset ja kaikki kudokset on asetettu haavan sulkemisen yhteydessä kiristyksettä vastakkain. Tämä edistää haavan paranemista, joten samaan pyritään myös traumaattisesti syntyneen haavan kohdalla poistamalla repeytyneet reunat ja kuollut kudos. Tapaturmainen haava tulee saada hoitoon alle kuuden tunnin kuluessa sen synnystä, jotta haavaan ei pääse bakteereita ja sen paranemisprosessi voi käynnistyä. Joskus traumaattisissa haavoissa kudospuutosalue voi olla niin laaja, ettei haavaa pystytä suoraan sulkemaan. Tällöin haava paranee granulaatiokudoksen kasvun kautta, mikä on kuitenkin hitaampaa kuin suljetun haavan paraneminen. Jos haava sijaitsee kehon liikkuvassa osassa, venytykselle alttiilla alueella tai alueella, johon kohdistuu kovaa mekaanista rasitusta, saattaa se vaikeuttaa ja hidastaa haavan paranemista. Vastaavasti haavan paranemista edistää sen sijainti kudoksessa, jossa on hyvä verenkierto esimerkiksi limakalvolla tai päänahassa. (Hammar 2011, 24–25; Juutilainen & Hietanen 2012, 46–49.)

Haavainfektio on yleisin haavan paranemista haittaava tekijä ja sitä voidaan myös pitää yhtenä merkittävimpänä kroonisten haavojen aiheuttajana. Pelkkä bakteeriviljelyvastaus ei yksinään riitä osoittamaan haavainfektiota, sillä iholla on aina bakteeriflooraa. Infektion merkkejä ovat muun muassa märkäinen erite haavalta, eritteen paha haju, turvotus, kipu, kuumotus ja lämmön nousu. Tavallisimmat haavainfektion aiheuttajat perusterveellä potilaalla ovat *Staphylococcus aureus* ja *A-ryhmän streptokokit*. Infektoitunut haava on avattava niin laajasti, että märkäerite pääsee kunnolla poistumaan. Sen jälkeen haava jätetään paranemaan sekundaarisesti eli granulaatiokudoksen kasvun kautta. (Laato & Kössi 2015, viitattu 15.12.2015.) Suun kautta tai suonensisäisesti annettava mikrobilääkehoitoa tarvitaan, jos haavan ympärillä on selkeä infektio, potilaalla on yleisoireita tai hänen tulehdusarvonsa ovat infektion vuoksi kohonneet. Bakteeriviljelynäytteet on syytä ottaa ennen antibiootihoidon aloitusta, jotta hoito voidaan kohdentaa tarkasti infektion aiheuttajaan. (Hammar 2011, 26; Juutilainen & Hietanen 2012, 107.)

Huonon hemostaasin seurauksena haavaan voi muodostua verikertymä eli hematooma, joka työntää haavan reunoja erilleen toisistaan hidastaen haavan paranemista ja aiheuttaen herkästi infektion. Hematoomien syntymistä voidaan ehkäistä jättämällä leikkauksen lopussa haava-alueelle lasakuputki eli dreeni, jota pitkin veri ja kudoserite pääsevät poistumaan. Tämä on hyvä tehdä varsinkin, jos leikataan verekästä aluetta. Dreeni poistetaan, kun erityis haavalta on loppunut. Hematooma voidaan myös poistaa avaamalla haava uudelleen steriileissä olosuhteissa. (Laato & Kössi 2015, viitattu 15.1.2016.)

Haavan paraneminen ei siis aina sujuu toivotulla tavalla, vaan se voi häiriintyä monista eri syistä ja monin eri tavoin. Tällöin seurauksena voi olla parantumaton tai jopa paheneva haava. Haavan paranemista häiritsevät tekijät on tärkeä selvittää ja korjata ennen vakavampien vaurioiden syntymistä. Myöhäisvaiheessa haavan paranemishäiriöt liittyvät yleensä arpiongelmiin tai haavan uusiutumiseen. (Juutilainen & Hietanen 2012, 39.)

### **3.4 Potilasasiakirjat ja sähköinen kirjaaminen**

Hoitotyön kirjaamista säätelevät monet lait ja asetukset EU-tasolta aina terveydenhuollon erityislainsäädäntöön sekä erilaisiin ohjeisiin ja suosituksiin asti. Kirjaamisessa tulee huomioida myös sen eettiset velvoitteet ja periaatteet. (Hallila 2005, 19, 23.) Vuonna 2002 Valtioneuvosto teki päätöksen, jonka tavoitteena oli, että sähköisen potilaskertomuksen käyttö olisi vakiintunut sekä julkisella että yksityisellä sektorilla kaikissa terveydenhuollon organisaatioissa vuoden 2007 loppuun



mennessä. Sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöönotolla oli määrä lisätä myös potilasturvallisuutta ja hoidon laatua sekä parantaa kustannustehokkuutta. (Hallila 2005, 51.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa 298/2009 potilasasiakirjoihin määritellään kuuluvaksi potilaskertomus sekä siihen liittyvät potilastiedot tai asiakirjat, lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät tiedot sekä muut potilaan hoidon järjestämiseen ja toteuttamiseen liittyvät tiedot ja asiakirjat. Saman asetuksen 7 § kertoo, että potilasasiakirjoihin tulee merkitä tarpeelliset tiedot riittävän laajasti potilaan hyvän hoidon järjestämiseksi sekä suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi. (STM 298/2009, viitattu 29.1.2016.) Potilasasiakirjoihin tehtävien merkintöjen tulee olla myös selkeästi kirjattu ja niissä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja lyhenteitä ja käsitteitä (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, viitattu 15.12.2015).

### **3.5 Haavanhoidon rakenteinen kirjaaminen**

Maailman terveysjärjestö WHO:n kehittämä päätöksenteon prosessimalli on ollut Suomessa käytössä hoitotyön kirjaamisen rakenteena 1980-luvulta lähtien. Tämä hoitotyön prosessimalli on voitu vaihteistaa 3 - 6 päätöksenteon vaiheeseen, mutta prosessin kuvaaminen näyttää vakiintuneen neljään vaiheeseen. Nämä vaiheet voidaan nimetä hoitotyön tarpeiksi, tavoitteiksi, toteutukseksi ja arvioinniksi. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2007, 13.) Liljamo ja muut kertovat FinCC -luokituskokonaisuuden käyttöoppaassaan, että hoitotyön kirjaamisessa käytetään rakenteisia hoitotyön ydintietoja, jotka ovat kansallisesti määritellyjä. Näitä ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulos, hoitoisuus sekä hoitotyön yhteenveto (2012, 10, viitattu 15.12.2015). Sähköisen potilaskertomuksen ydintietoihin kuuluvat lisäksi standardoidut termistöt sekä niitä tarkentavat tekstit (Saranto ym. 2007, 14).

Kinnunen (2013, 63) on tutkinut väitöskirjassaan haavanhoidon kirjaamista ja kehittänyt tutkimustensa pohjalta haavanhoidon kirjaamismallin kliiniseen hoitotyöhön. Tutkimustuloksista selviää, että vuoden 2003 sähköisessä potilaskertomusaineistossa akuuttien haavojen kohdalla oli kirjattu usein haavavuodon määrästä, haavasidoksen vaihtamisesta sekä dreenin toiminnasta. Kirjaukset olivat kuitenkin termien osalta epätarkkoja ja maininnat leikkaushaavassa esiintyvistä klassisista tulehduksen merkeistä puuttuivat. (Kinnunen 2013, 63.)

Samassa väitöskirjassa tutkittiin myös vuosien 2010–2011 kirurgisten vuodeosastojen sähköisiä haavanhoidon hoitokertomuskirjauksia. Useimmissa kirjauksissa käytettiin pääluokkina haavan

seuranta sekä haavan hoitoa. Alaluokkina käytettiin haavan vuodon ja erittämisen seuranta, haavadreenin toiminnan tarkkailua ja huoltoa sekä haavasidoksen vaihtoa. Myös ihon kunnan seurannasta oli kirjattu. (Kinnunen 2013, 72.) Vuosien 2010–2011 aineistosta löytyi uusia haavanhoidon kirjaamismallin termejä, jotka olivat puuttuneet tai hyvin puutteellisesti kirjattu vuoden 2003 aineistossa. Näitä uusia käyttöönotettuja termejä olivat haavan pituuden, syvyyden ja leveyden mittaaminen; haavaympäristö; haavan reunat; haavasidos; haavainfektio sekä leikkaushaavan klassiset tulehduksen merkit eli punoitus, turvotus, kuumotus, kipu ja toiminnallinen häiriö. (Kinnunen 2013, 74.)

Vuosien 2010–2011 aineistosta löytyi runsaasti kirjauksia myös ihonotokohdista, ihosiirteistä ja kielekkeistä. Haavapotilaan asentorajoituksia koskevat kirjat liittyivät enimmäkseen potilaan asennon vaihtamiseen ja vain noin yhteen kolmasosaan liittyi maininta asentoa tukevasta tai rajoitavasta apuvälineestä. Kirjauksia kipsien ja ortoosien käytöstä sekä niihin liittyen haavan kunnosta löytyi aineistosta jonkin verran. Lisäksi haavan punoituksesta, kuumotuksesta ja turvotuksesta oli kirjattu paljon. (Kinnunen 2013, 74–80.)

Vuonna 2010 julkaistussa australialaisessa tutkimuksessa todettiin, että yli puolella tutkimukseen osallistuneista kirurgisen vuodeosaston potilaista ei ollut lainkaan kirjauksia haavapohjasta, haavan reunoista, eritteestä tai ympäröivän ihon kunnosta. Haavan mitoista ja ihotuntemuksesta oli kirjattu alle 5 % tutkituista potilasasiakirjoista. (Gartlan, Smith, Clennett, Walshe, Tomlinson-Smith, Boas & Robinson 2010, 2207–2214.) Toisessa australialaisessa tutkimuksessa tutkittiin postoperatiivisia haavanhoito- ja arviointikäytäntöjä. Haavan arvioinnista oli kirjattu riittävästi alle puolessa tutkituista potilasasiakirjoista. Noin 10 % tutkimukseen osallistuneista potilaista oli saanut postoperatiivisia haavakomplikaatioita ja heistä noin kolmasosalle kehittyi kliinisiä oireita haavainfektioista, jotka diagnosoitiin 3-5 päivän päästä leikkauksesta. (Gillespie, Chaboyer, Kang, Hewitt, Nieuwenhoven & Morley 2014, 3250–3261.)

### **3.6 Hoitotyön loppuarviointi**

STM:n asetus 298/2009 potilasasiakirjoista määrittelee pykälässä 17 hoidon loppulausunnon. Sen mukaan hoidon loppulausunto tulee laatia jokaisesta sellaisesta hoitajaksosta, joka päättyy hoidon loppumiseen tai hoitovastuun siirtymiseen toiseen terveydenhuollon toimintayksikköön tai muulle terveydenhuollon ammatinharjoittajalle. Potilaan saaman hoidon lisäksi loppulausuntoon tulee olla kirjattuna selkeät ja yksityiskohtaiset ohjeet seurannan ja jatkohoidon toteuttamiseksi. Lausunnosta

pitää käydä ilmi myös mahdolliset poikkeavuudet, joita on saattanut olla potilaan toimenpiteen jälkeisessä toipumisessa sekä potilaan tila palvelutapahtuman päättymishetkellä. (STM 298/2009 17 §, viitattu 29.1.2016.)

OYS oli ensimmäinen suomalainen sairaala, joka otti käyttöön sähköisen potilastietojärjestelmän. Tämän järjestelmän nimeksi tuli Esko sanoista Elektroninen sairauskertomus. Esko on PPSHP:n oma potilastietojärjestelmä ja sitä on kehitetty edelleen sairaanhoitopiirin omana työnä. Nykyään Esko on käytössä myös useammassa muussa sairaanhoitopiirissä. (Ahlsten 2010, 9.) Esko - potilastietojärjestelmän Hoitosuunnitelmasta löytyy jatkuvana Hoitotyön yhteenveto -lehti. Yhteenvetoon tulee kirjata hoitajakson tapahtumat alkaen tulosyystä ja asetetuista hoidon tarpeista ja tavoitteista. Näiden lisäksi kirjataan tehdyt hoitotoiminnot ja niiden arvioidut vaikutukset hoidon tavoitteisiin nähden. Lopuksi kirjataan arvio potilaan nykytilanteesta sekä laaditut jatkohoitosuunnitelmat. (Saranto ym. 2007, 169.) Lisäksi hoitotyön ydintietoihin kuuluva hoitoisuusluokitus voidaan sisällyttää hoitotyön yhteenvetoon (Liljamo ym. 2012, 19, viitattu 2.2.2016). Yhdessä lääketieteellisen epikriisin kanssa hoitotyön yhteenveto toimii hoitopalautteena, joka voidaan lähettää potilaan luvalla jatkohoitopaikkaan (Hallila 2005, 59).

Remes (2006, 57) tutki pro gradussaan Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin sähköisiä hoitopalautteita. Tutkimuksesta käy ilmi, että operatiivisella osastolla kirjatuiissa hoitopalautteissa käytettiin eniten jatkohoidon, lääkehoidon, terveyskäyttäytymisen, turvallisuuden ja kudoseheyden osa-alueita. Jatkohoidosta oli kirjattu lähes kaikissa hoitopalautteissa. (Remes 2006, 57.)

## 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvailla, minkälaisia asioita haavasta ja sen hoidosta kirjataan hoitotyön loppuarviointeihin osastolla 60. Tavoitteenamme oli tuottaa tietoa lasten haavanhoidon kirjaamisen asianmukaisuudesta sekä nykyisestä tilasta hoitotyön loppuarviointien osalta. Lisäksi tavoitteenamme oli kehittää lasten haavanhoidon kirjaamista tuomalla julki toimivia käytäntöjä ja vaikuttamalla kirjaamisen mahdollisiin epäkohtiin.

Tarkoituksen ja tavoitteiden pohjalta valitsimme tutkimustehtäväksemme seuraavan kysymyksen:

1. Mitä hoitotyön loppuarvioinneissa kirjataan haavoista suhteessa haavanhoidon arviointikriteereihin?

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 5.1 Tutkimusmetodologia

Laadullisen tutkimuksen lähtökohta on todellisen elämän kuvaaminen ja sen pyrkimyksenä on ennemminkin löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 157.) Laadullinen tutkimus palvelee myös eräänlaisena tutkijan oppimisprosessina, jossa tutkijan tietoisuutta tarkastelun alla olevasta ilmiöstä pyritään kasvattamaan koko tutkimuksen ajan (Aaltola & Valli 2010, 76). Tässä opinnäytetyössä tutkimusmetodiksi valittiin laadullinen lähestymistapa, sillä tarkoituksena oli kartoittaa haavanhoidon kirjausten sisältöjä sekä tarkastella ja pohtia kirjaamisen kehittämistarpeita.

Laadullisessa tutkimuksessa ei ole etukäteen asetettuja hypoteeseja. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkijalla ei ole etukäteisolettamuksia tutkimuskohteesta tai tutkimustuloksista. (Eskola & Suoranta 2005, 19.) Tiedossa siis lähdetään teoriasta ja päädytään empiriaan. Tällainen ajattelutapa on osa Aristotelista tiedeperinnettä, jonka mukaan inhimillisen toiminnan rinnastaminen luonnon toimintaan on mahdotonta, eikä sitä voida tutkia objektiivisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 29.) Aristotelinen ajattelu liitetään yleensä laadullisen tutkimuksen yhteyteen, samoin kuin induktiivinen toimintatapa (Eskola & Suoranta 2005, 14). Induktiivisuudella tarkoitetaan asioiden yleistämistä yksittäisten huomioiden pohjalta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95). Tässä opinnäytetyössä induktiivisuudella tarkoitetaan, että kirjauksista tehtyjen havaintojen pohjalta pystytään muodostamaan yleiskäsitys osastolla kirjattujen loppuarviointien sisällöstä ja mahdollisista kehittämistarpeista haavanhoidon osalta.

### 5.2 Tutkimuksen kohdejoukko ja tutkittavien valinta

Tiedonantajien valinnan tulee olla harkittua ja tarkoitukseen sopivaa, mutta tutkimuksen tekijä päättää, mitä harkinnanvaraisuus ja sopivuus tarkoittavat (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–86). Pelkistetyimmillään laadullinen aineisto voi olla ilmiösultaan tekstiä, joka voi olla syntynyt myös tutkijasta riippumatta (Eskola & Suoranta 2005, 15). Tutkittavien elämään osallistumista ei pidetä ehdottomana edellytyksenä laadullisessa tutkimuksessa, koska kyseinen tutkimusmenetelmä on nykyään monimuotoinen jo käytettävissä olevien aineistojen puolesta (Eskola & Suoranta 2005, 16). Harkin-

nanvaraista aineiston keruuta voidaan kutsua myös eliittiotannaksi. Tällöin tutkimuksen perusjoukosta valitaan ne tiedonantajat, joiden oletetaan antavan parhaiten tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 86.)

Tämän kvalitatiivisen tutkimuksen kohdejoukoksi valittiin OYS:n osasto 60:n potilasasiakirjat, joita tarkasteltiin hoitotyön loppuarviointien osalta. Mukaan tutkimukseen valittiin harkinnanvaraisella otannalla elokuun alusta alkaen 50 potilasasiakirjaa, joista haavanhoidon kirjaamisen toteutumista voitiin tutkia. Edellytyksenä valinnalle oli, että potilaalla oli joko leikkauksella aiheutettu tai trauman seurauksena syntynyt haava. Tutkimuksen tilaajan mukaan 50 hoitotyön loppuarviointia, jotka täyttivät tutkimuksen edellyttämät vaatimukset, oli tutkimuksen luotettavuuden kannalta riittävä määrä tutkimusaineistoa. Tilaajan toiveesta aineisto päädyttiin vielä keräämään siten, että loppuarvioinneista 35 oli osasto- tai polikliinisten potilaiden ja 15 päiväkirurgisten (PÄIKI) potilaiden potilasasiakirjoista. Näin saatiin tutkittavaksi aineistoa samassa suhteessa kuin osastolla hoidetaan eri potilasryhmiä.

### **5.3 Aineiston keruu ja tutkimusmenetelmä**

Tutkimuslupien saamisen jälkeen aineiston kerääminen toteutettiin osaston tiloissa osastonhoitaja Mailis Mäkelän valvonnassa. Osaston sihteeriltä saadun potilaslistan avulla käytiin läpi elokuussa 2016 osastolla hoidossa olleiden sekä polikliinisten potilaiden potilasasiakirjoja, joista tutkimukseen otettiin 50 ensimmäistä tutkimuksen vaatimukset täyttävää hoitotyön loppuarviointia. Aineiston keräämisen yhteydessä pidettiin kirjaa kaikista potilaista, joiden potilasasiakirjoissa käytiin, huolimatta siitä otettiin heidän tietojaan mukaan tutkimukseen vai ei. Näiden potilaiden henkilötiedot toimitettiin osastonhoitajalle ja edelleen rekisterikeskukseen, jotta heidän potilasasiakirjojensa voitiin tehdä merkintä tutkimuksesta. Potilas voi halutessaan pyytää listaa tiedoissaan käyneistä henkilöistä, minkä vuoksi on tärkeää kirjata syy potilastietojen tarkastelulle. Anonymiteetin ja tietosuojan säilyttämiseksi mitään potilastietoja ei tulostettu tai viety pois osastolta, vaan potilasasiakirjojen tutkimisen yhteydessä tutkimukseen tarvittavat tiedot kirjoitettiin tutkijoiden omalle koneelle Word-tiedostoon anonymisoituna. Tästä tiedostosta potilaiden henkilöllisyyttä on mahdotonta tunnistaa, mutta sen kohdalla toimitaan siitä huolimatta tietosuojalain mukaisesti.

Tässä opinnäytetyössä tutkimusmenetelmänä käytettiin kriteereitä, jotka pohjautuvat Kinnusen tutkimaan ja kehittämään hyvän haavanhoidon kirjaamisen arviointikokonaisuuteen (Kinnunen 2007, 54–55). Kriteereitä täydennettiin ja muokattiin yhdessä ohjaajamme, apulaisosastonhoitaja Kirsti

Kähkösen kanssa tähän tutkimukseen sopiviksi. Osasto 60:n tarpeet ja mielenkiinnon kohteet huomioiden kriteeristöä päädyttiin poistamaan haavan mittaaminen, jonka katsottiin sisältyvän haavan koko ja muoto -kriteeriin. Sen sijaan tutkimuskohteiksi lisättiin haavan epitelisaatio/granulaatio, haavaan liittyvät liike- ja asentorajoitukset sekä keinot hoitomyöntyvyyden saamiseksi. Hoitomyöntyvyyden saamisella tarkoitetaan esimerkiksi keinoja potilaan motivointiin tai lapsen luottamuksen saavuttamiseen. Tutkimusmenetelmää eli tässä tapauksessa kriteeristöä ei esitetä käytännössä, mutta tilaaja tarkasti ja hyväksyi sen tutkimussuunnitelman ohessa.

Jokainen aineistoksi sopiva loppuarviointi tutkittiin vain haavaan liittyvien asioiden osalta. Haavasta kirjoitettua tekstiä verrattiin kriteereihin ja tutkittiin, onko loppuarvioinneissa mainittu kriteereitä lainkaan, mitä niistä on käytetty sekä mitä niihin liittyviä sisältöjä kirjauksista löytyy. Tässä opinnäytetyössä tutkittiin myös, miten kriteeristöä on mahdollisesti sovellettu haavaan liittyvissä kirjauksissa. Lisäksi selvitettiin mahdollisten uusien käsitteiden ilmaantuvuutta sekä esimerkiksi jonkinlaisen kirjaamiskaavan esiintyvyyttä. Saaduista tuloksista pystyttiin laskemaan tiettyjen mainintojen lukumäärä sekä tarkastelemaan esimerkiksi, kuinka usein ja millä tavalla tietynlainen haava tai operatio vaikutti kriteerien käyttöön tai niiden puuttumiseen.

#### TUTKIMUSKRITEERISTÖ:

- kuolleen kudoksen puhdistusmenetelmät (A)
- haavan puhdistus (B)
- haavainfektion merkit (C)
- haavavuodon määrä (D)
- eritteen laatu (E)
- haavan koko ja muoto (F)
- epitelisaatio/granulaatio haavapinnalla tai -pohjassa (G)
- haavaympäristö sekä mahdolliset infektion merkit tai allergiset reaktiot (H)
- haavanhoitotuote (I)
- koti-/jatkohoito-ohjeet (J)
- keinot hoitomyöntyvyyden saamiseksi (K)
- liike-/asentorajoitukset (L)

#### 5.4 Tutkimuskriteeristön käyttö ja soveltaminen

Tätä tutkimusta varten muokattuja hyvän haavanhoidon kriteerejä jouduttiin jonkin verran soveltamaan sisällöllisesti. Kriteerejä A ja B eli kuolleen kudoksen puhdistusmenetelmiä ja haavan puhdistamista ei sovellettu, vaan niihin hyväksyttiin vain suoraan niihin liittyvät maininnat. Haavainfektion merkkeihin (C) luettiin tässä tutkimuksessa myös maininnat haavan siisteydestä, koska näin haavan ulkonäkö ja siten myös mahdolliset tulehduksen merkit olivat tulleet huomioiduiksi. Haavavuodon määrään (D) sisällytettiin maininnat vuodon tarkemmasta määrästä sekä lisäksi maininnat haavalapun siisteydestä. Tässä tutkimuksessa tulkittiin, että haavalapun siisteyden huomioiminen tarkoittaa myös haavavuodon määrän arvioimista. Eritteen laatuun (E) hyväksyttiin vain tarkat sanalliset kuvaukset eritteen laadusta tai ulkonäöstä. Haavan kokoa ja muotoa (F) arvioivan kriteerin käyttöön ei tehty sisällön soveltamista. Haavapinnan tai -pohjan epitelisaatiota ja granulaatiota (G) kuvaavan kriteerin sisältöön luettiin tässä tutkimuksessa myös maininnat haavapohjan väristä ja haavan parantumisen edistymisestä.

Haavaympäristöön liittyviin mahdollisiin infektion merkkeihin tai allergisiin reaktioihin (H) luettiin esimerkiksi haavan lähetyvillä havaittu turvotus tai kuumotus, haavan ympärillä havaitut läiskät ja ihonvärin muutokset sekä teipistä tai muista haavanhoitotuotteista aiheutuneet ihoärsytykset. Haavanhoitotuotteisiin (I) sisällytettiin haavasidosten lisäksi loppuarvioinneissa mainitut rasvat ja haavaimut sekä sulavat tai sulamattomat ompeleet. Koti- ja jatkohoito-ohjeet (J) kattoivat yleisimmin tiedon siitä, että jonkinlaiset ohjeet oli annettu joko suullisesti, kirjallisesti tai molemmilla tavoilla. Koti- ja jatkohoito-ohjeisiin luettiin myös maininta seuraavan kontrollin ajankohdasta. Keinot hoito-myöntyvyyden saamiseksi (K) -kriteerin kohdalla ei tehty sisällön soveltamista. Liike- ja asentorajoitukset (L) -kriteeriin luettiin suoraan haavoista johtuvien rajoitusten lisäksi maininnat liikuntakielloista, erilaisista tukilastoista ja kipseistä sekä kipsatun raajan toimintakyvystä.

#### 5.5 Aineiston analysointi

Kerätyn aineiston analysointi on yksi tutkimuksen ydinasioista, mutta ennen kuin analysointiin päästään, tutkijan täytyy yleensä esikäsitellä ja järjestää aineisto tietojen tallennusta varten (Hirsjärvi ym. 2008, 216–217). Tämän opinnäytetyön aineiston analysointimenetelmäksi valittiin sisällönanalyysi. Se on yksi yleisimmistä analysointitavoista ja sitä voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen muodoissa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91). Sisällönanalyysi tarkoittaa pyrkimystä kuvata



aineiston sisältöä sanallisesti. Laadullisessa tutkimuksessa sisällön erittelyllä puolestaan tarkoitetaan analysointia, jossa tekstien sisältöä kuvataan määrällisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 106.) Tämän tutkimuksen tuloksia ei kuitenkaan tarkastella prosentuaalisesti, vaikka niitä kuvataan myös määrällisesti sisällön erittelyn avulla.

Sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmeen eri alatyypin teoreettisten lähtökohtien mukaan: aineistolähtöiseen, teoriaohjaavaan tai teorialähtöiseen sisällönanalyysiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–99). Tässä opinnäytetyössä käytetään teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä, koska teoreettisia käsitteitä ei luoda pelkästään aineiston pohjalta, vaan ne pohjautuvat jo olemassa oleviin haavanhoidon kirjaamista koskeviin arviointikriteereihin. Nämä kriteerit ohjaavat osittain tutkimusaineiston analysointia.

Analysointia varten jokaisesta tutkimusaineistoksi otetusta hoitotyön loppuarvioinnista kirjoitettiin Word-tiedostoon potilaan hoitoon tulon syy sekä haavanhoitoon liittyvä osuus siten, että yksi loppuarvio kirjoitettiin auki aina yhdelle sivulle. Joka sivulla oli kriteeristö valmiina, joten loppuarvioinnin sisältö pystyttiin jakamaan ja kirjoittamaan suoraan oikeiden kriteerien yhteyteen. Näin loppuarvioiteja oli selkeämpää myös vertailla keskenään. Aineiston käsittelyn yhteydessä suoritettiin lisäksi yksinkertaista kirjanpitoa siitä, kuinka usein mikäkin kriteeri loppuarvioinneissa esiintyi. Analysointia ja havainnollistamista varten kirjanpidon tulokset siirrettiin Excel-ohjelmaan, jonka avulla niitä on mahdollista esittää myös erilaisina kaavioina.

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimusta varten tarkasteltiin noin 120 hoitotyön loppuarviointia, joista aineistoksi valittiin 50 ensimmäistä tutkimuksen kriteerien perusteella sopivalta vaikuttavaa potilastapausta. Tutkimusaineisto jakaantui siten, että loppuarvioinneista 30 oli osaston potilaiden, 5 oli poliklinikapotilaiden ja 15 päiväkirurgisten potilaiden loppuarviointeja. Näistä 50:stä kolmessa loppuarvioinnissa ei oltu kirjattu mitään potilaan haavasta tai siihen liittyvistä asioista. Kaikissa muissa hoitotyön loppuarvioinneissa oli kirjattu vähintään kahteen eri haavanhoidon arviointikriteeriin sisältyviä asioita. Osasto- ja poliklinikapotilaiden loppuarvioinneissa jokaista kriteeriä oli käytetty vähintään kerran. Päiväkirurgisten potilaiden loppuarvioinneissa puolestaan oli käytetty vain kriteerejä haavainfektion merkit (C), haavavuodon määrä (D), eritteen laatu (E), haavanhoitotuote (I), koti- ja jatkoahoito-ohjeet (J) sekä liike- ja asentorajoitukset (L). Analysoinnissa käytettyjä haavanhoidon arviointikriteerejä on yhteensä 12 ja niitä on jaoteltu alla olevassa kuviossa (KUVIO 1).

<b>A, B, C, D, E:</b> infektoitumiseen, infektion seurantaan, haavan puhdistamiseen ja hoitoon liittyvät asiat	haavan nykyisen tilan seuraaminen sekä hoidon toteuttaminen	haavan tilasta ja hoidosta kirjaaminen	
<b>F, G, H, I:</b> haavan kokoon, ympäristöön, parantumisen seurantaan ja suojaamiseen liittyvät asiat	haavan koon, ympäristön ja suojaamisen huomioiminen	haavan ympäristöstä ja suojaamisesta kirjaaminen	Mitä hoitotyön loppuarvioinneissa kirjataan haavasta suhteessa haavanhoidon arviointikriteereihin?
<b>J, K, L:</b> jatkoahoitoon, hoitomyöntyvyyteen ja haavan aiheuttamiin rajoitteisiin liittyvät asiat	hoitomyönty- vyyteen sekä haavan paranemiseen vaikuttavien ohjeiden huomioiminen	haavan paranemiseen vaikuttavista ohjeista kirjaaminen	

KUVIO 1. Analyysipolku

Tutkimusaineistosta käy ilmi, että lasten kirurgian osastolla 60 hoitotyön loppuarviointeihin kirjataan oleellisia asioita haavoista suhteessa haavanhoidon arviointikriteereihin. Haavoista kirjatut asiat voidaan jakaa pääpiirteittäin kolmeen eri kokonaisuuteen: haavan tilasta ja hoidosta kirjaamiseen, haavan ympäristöstä ja suojaamisesta kirjaamiseen sekä haavan paranemiseen vaikuttavista jatko-ohjeista kirjaamiseen.

Aineiston perusteella osaston loppuarviointeihin on kirjattu yleisesti haavan tilan seuraamisesta osastolla. Infektioiden ilmaannuttua oli kirjattu, että klassisista haavainfektion merkeistä etenkin punoitusta ja turvotusta oli seurattu. Lisäksi oli kirjattu infektion rauhoittumisesta ennen kotiutumista. Yleisimmin osastolla käytettiin haavojen puhdistamiseen tavallista suihkua tai fysiologista keittosuolaliuosta. Mekaanista puhdistusta oli jouduttu tekemään jonkin verran ja siinä välineinä oli käytetty esimerkiksi harsotaitoksia, pinsettejä ja palovammaharjaa. Lisäksi loppuarviointeihin oli kirjattu arvioita haavavuodon määrästä sekä kuvailtu haavasta tullutta eritettä selkeästi ja ymmärrettävästi.

Loppuarvioinneissa oli kirjattu myös haavan ympäristöstä ja suojaamisesta. Haavan koosta ja muodosta löytyi vain muutama kirjaus, mutta ne oli tehty hyvin tarkasti. Samoin haavaympäristöstä oli tehty tarkkoja havaintoja silloin, kun siitä oli kirjattu. Haavan suojaamiseen liittyvistä asioista eli haavasidoksista ja -ompeleista oli runsaasti kirjauksia ja loppuarvioinneissa oli mainittu myös käytettyjen sidosten kauppanimiä. Lisäksi kirjauksia löytyi haavan paranemisasteesta sekä siitä kertovasta haavapohjan väristä.

Tutkimusaineiston perusteella osastolla 60 loppuarviointeihin kirjataan paljon haavan jatkohoito-ohjeista pääasiassa siten, että jatkohoito-ohjeet on annettu suullisina ja/tai kirjallisina. Joskus ne oli myös käyty läpi yhdessä potilaan ja omaisten kanssa. Liike- ja asentorajoituksista oli myös kirjauksia, mutta useimmat niistä liittyivät murtumien lastoittamiseen ja kipsaamiseen. Keinoista hoitomyöntyvyyden saamiseksi oli kirjattu koko aineistossa vain yhdessä loppuarvioinnissa.

## **6.1 Haavan infektoituminen ja puhdistus**

Kriteeri A eli kuolleen kudoksen puhdistusmenetelmät mainittiin aineistossa kaikkiaan kuusi kertaa (n=6). Viisi näistä maininnoista liittyi palovammoihin ja yksi painehaavaan:

*"Harjataan palovamma-alueet palovammaharjalla."*

*”Hieman irtosi kuollutta ihoa paloalueiden reunoilta harsotaitosten avulla.”*

*”Leikkaushaavalla kuivaa rupea, josta osa irtosi. Kantapäässä kuiva tumma rupiakakku, josta saatiin hieman irti reunoista.”*

*”...pinseteillä vielä siistitty palovamma-alueen reunoja.”*

Haavan puhdistuksesta (B) oli kirjattu useammassa loppuarvioinnissa (n=15). Haavan puhdistuksesta mainittiin esimerkiksi seuraavaa:

*“...puhdistettu NaCl:lla ja pumpulitikulla.”*

*”Haavoja huuhdeltu osastolla keittosuolalla päivittäin.”*

*”Haavaa suihkutettu päivittäin.”*

Kriteeri C ja siihen sisällytetyt asiat eli haavainfektion merkit ja haavan siisteyden huomioiminen mainittiin tutkimusaineistossa yhteensä 15 kertaa (n=15). Näistä kuusi mainintaa oli päiväkirurgisten potilaiden hoitotyön loppuarvioinneista. Kriteeriä C oli sovellettu seuraavasti:

*”Palovamma-alueet siistit.”*

*”Haava siisti kalvon alla.”*

*”Punoittava. Infektio rauhoittunut.”*

## **6.2 Haavan koko ja vuodon määrä**

Haavavuodon määrää (D) ja siihen liittyen haavasidosten siisteyttä oli arvioitu melkein puolessa loppuarvioinneista (n=21). Näistä maininnoista lähes puolet eli kymmenen oli päiväkirurgisista loppuarvioinneista. Haavavuotoon liittyvistä asioista oli kirjattu esimerkiksi:

*”Ei vuotoa.”*

*”Kotiutuspäivänä haava alkoi vuotaa. Kirurgi laittanut Lidocain c. Adrenalin 10 mg/ml + 10 µg/ml s.c. Haavan vuoto loppui.”*

*"Haavalaput siistit. Pientä vuotoa niissä."*

*"Vasemmassa pakarassa vielä erittävä alue ja Mepilex Ag:hen tullut n. 5x5 cm erittävä pläntti. Oikea pakara jo kuiva."*

Kriteeriä E eli eritteen laatua kuvailtiin koko aineistossa yhteensä neljä kertaa (n=4), joista kolme oli päiväkirurgisiin toimenpiteisiin liittyviä. Tähän kriteeriin hyväksyttiin vain tarkat sanalliset kuvaukset, ja kaikissa neljässä loppuarvioinnissa eritteen laatu kuvailtiin vereksi tai veriseksi karstaksi. Haavan kokoa ja muotoa (F) kuvailtiin myös kaikkiaan neljässä (n=4) loppuarvioinnissa seuraavin kirjauksin:

*"Sisäpuolella n. kolikon kokoinen rikkeymä."*

*"Oikeassa jalkaterässä oikealla puolella noin 7x3 cm alue."*

*"Haavan halkaisija n. 4 cm."*

*"Oikeassa kyljessä/rinnalla syvimät palovammat."*

### **6.3 Haavaympäristö ja -sidokset**

Kriteeristä G eli epitelisaatio/granulaatio haavapinnalla tai -pohjassa löytyi aineistosta seitsemän kirjausta (n=7), esimerkiksi:

*"Selän sekä pakaran palovamma-alueella pieni valkoinen alue keskellä. Muut alueet punertavat."*

*"Haavat hyvin paranemassa."*

*"Paloalueet vaaleanpunaiset."*

Kriteeri H sisälsi merkinnät haavaympäristöstä sekä mahdollisista infektiomerkkeistä tai allergisista reaktioista. Tutkimusaineistossa tätä kriteeriä oli käytetty neljä kertaa (n=4). Haavaympäristöstä oli kirjattu esimerkiksi seuraavaa:

*"Oikea nilkka turvoksissa, haavan ympäristö ollut punoittava ja kuumottava."*

*”Jalkapöytä turvoksissa ja kipeä. Jalkaterän sisäsyryllä kehräsluun kohdalla kaksi pientä tummaa kohtaa, samoin nilkassa pieni tumma läiskä.”*

*”Turvotusta kasvoilla. – Turbaanin teipit yltäneet oikealla puolella poskeen asti. Teipeistä jäänyt liimaa poskeen, ihon pinta hieman rikki siitä.”*

Toiseksi käytetyin kriteeri oli I eli haavanhoitotuote, joka oli jätetty mainitsematta vain yhdeksässä loppuarvioinnissa (n=41). Haavanhoitotuote mainittiin esimerkiksi kaikissa 15 päiväkirurgisessa loppuarvioinnissa. Haavanhoitotuotteesta oli kirjattu muun muassa:

*”Toimenpiteen jälkeisenä päivänä käsikirurgin läsnä ollessa sidos avattu ja Mepilex Lite laitettu sormeen, jonka päälle Kleinert lasta.”*

*”Haavalla sulava, jatkuva ommel + haavakalvo.”*

*”Rasvattu Novalanilla, paitsi olkavarteen Mepilex Ag. Kiinnitetty sideharsolla kevyesti.”*

*”Haavalle laitettu Pico-imu.”*

#### **6.4 Jatkoahoito-ohjeet ja muut haavanhoitoon liittyvät asiat**

Aineiston perusteella käytetyin kriteeri oli koti- ja jatkoahoito-ohjeet (J), joka löytyi kaikista 15 päiväkirurgisesta ja 32 osaston ja poliklinikan loppuarvioinnista (n=47). Hyvin useassa loppuarvioinnissa oli joko maininta, että kirjalliset ja/tai suulliset kotihoito-ohjeet oli annettu tai jatkokontrolli sovittu. Kriteeriä K eli keinot hoitomyöntyvyyden saamiseksi oli käytetty ainoastaan yhden kerran (n=1):

*”Pelkää kovasti hoitoja, mutta rauhoittuu nopeasti hoitotauoilla.”*

Liike- ja asensorajoitukset eli kriteeri L oli huomioitu 20 loppuarvioinnissa (n=20), joista seitsemän oli päiväkirurgisten potilaiden kirjauksista. Tästä kriteeristä oli kirjattu esimerkiksi:

*”Kipsi tuntuu hyvältä, sormet liikkuvat ja ovat lämpimät.”*

*”Kleinert lasta istui hyvin käteen, ei puristanut, eikä painanut.”*

*”Urheilu- ja liikuntakielto 10 pv. Kouluun saa pyöräillä.”*

## 6.5 Tulosten tarkastelu ja vertailu

Tutkimukseen osallistumisen kriteerit täyttävien 50 loppuarvioinnin joukossa oli kolme loppuarviointia, joissa haavaa ei mainittu millään tavalla. Niissä loppuarvioinneissa, joissa haavasta oli kirjattu, yleisimmin käytetyt kriteerit olivat koti- ja jatkohoito-ohjeet, haavanhoitotuote sekä haavavuodon määrä. Tämä viittaa samankaltaisiin tuloksiin, joita Remes sai tutkiessaan rakenteisesti kirjatua tietoa operatiivisen ja konservatiivisten osastojen hoitopalautteissa. Kyseisessä pro gradussa todettiin, että operatiivisella osastolla jatkohoito ja Lääkehoito olivat kirjaamisessa useimmin käytetyt komponentit. Jatkohoidosta oli kirjattu lähes kaikissa (95 %) hoitopalautteissa. (Remes 2006, 53–54.) Tässä tutkimuksessa koti- ja jatkohoito-ohjeista mainittiin 47 loppuarvioinnissa 50:stä. Koti- ja jatkohoito-ohjeista oli yleensä kirjattu mainitsemalla, että ohjeet on annettu kirjallisesti ja/tai suullisesti. Kirjauksissa oli jätetty erittelemättä tarkemmin, millaisia ohjeita potilaalle ja heidän omaisilleen on annettu.

Tutkimusaineistosta löytyi paljon kirjauksia myös haavanhoitotuotteista. Kinnunen vertasi väitöskirjassaan haavanhoidon kirjaamismallia kirurgisten vuodeosastojen sähköisiin haavanhoidon hoitokertomuskirjauksiin. Väitöskirjassa havaittiin, että vuoden 2003 aineistossa oli kirjattu hyvin puutteellisesti esimerkiksi haavasidoksista, kun taas vuoden 2010–2011 aineistosta niistä löytyi runsaasti kirjauksia. Haavanhoitotuote oli mainittu kaupanimellä noin neljäsosassa vuosien 2010–2011 aineistoa, muuten oli käytetty esimerkiksi termejä haavasidos, puhtaat sidokset, leikkaushaavasidos ja kalvositeet. (Kinnunen 2013, 72, 75, 80.) Tässä tutkimuksessa saatiin yhteneväisiä tuloksia, sillä haavasidoksista ja haavanhoitotuotteista oli runsaasti mainintoja aineistossa (n=41). Lähes puolessa kirjauksista mainittiin vähintään yksi haavanhoitotuote kaupanimellä. Muissa haavanhoitotuotetta kuvailtiin esimerkiksi sanoilla haavalappu tai -sidos, haavakalvo tai rasvalappu. Lähes kaikissa päiväkirurgisissa loppuarvioinneissa mainittiin sulavat ompeleet ja haavakalvo.

Kolmanneksi eniten aineistossa oli kirjattu haavavuodon määrästä. Tässä tutkimuksessa haavavuodon määrän arvioinniksi tulkittiin myös maininnat haavalapun tai -sidoksen siisteydestä. Kinnusen väitöskirjan vuoden 2003 aineistossa oli kirjattu usein haavavuodon määrästä akuuttien haavojen yhteydessä (Kinnunen 2013, 63). Myös Kinnusen 2010–2011 aineistossa oli runsaasti kirjauksia haavan vuodon ja erittämisen seurannasta. Väitöskirjassa aineistoon oli laskettu mukaan myös yleisesti käytetty maininta haavasidoksen tai -lapun siisteydestä. (Kinnunen 2013, 75.) Tämän opinnäytetyön aineistossa haavavuodon määrästä oli kirjattu 21 kertaa, mikä on alle puolet

kokonaisaineistosta. Tässä suhteessa tutkimustulos poikkeaa jonkin verran aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna.

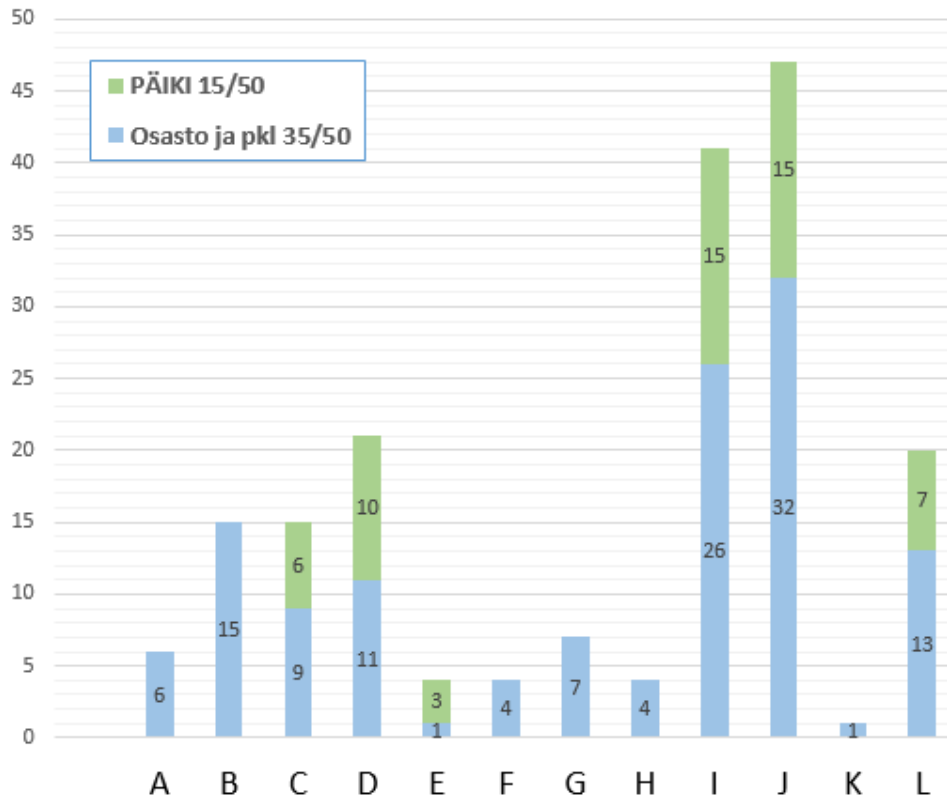
Vuonna 2010 julkaistussa australialaisessa tutkimuksessa tarkasteltiin 49 kirurgisesta potilaasta tehtyjä kirjauksia akuutin haavan ja sen hoidon osalta. Tutkimuksessa todettiin, että yli puolella potilaista ei ollut minkäänlaisia kirjauksia haavapohjasta, haavan reunoista, eritteestä ja ympäröivän ihon kunnosta. Haavan mitat ja ihotuntemus oli kirjattu alle 5 %:ssa aineistoa. (Gartlan & all 2010, 2207–2214.) Vastaavanlaisia havaintoja tehtiin myös tässä tutkimuksessa, sillä eritteen laadusta, haavan koosta ja muodosta sekä haavan ympäristöstä oli jokaisesta ainoastaan neljä mainintaa aineistossa. Kutakin kriteeriä oli käytetty siis 8 %:ssa koko aineistosta. Haavapohjan tai pinnan epitelisaatiosta/granulaatiosta oli kirjattu seitsemässä loppuarvioinnissa.

Tutkimusaineistoa analysoitaessa havaittiin, että palovammojen kohdalla kirjaamiseen oli panostettu paljon enemmän kuin muiden haavojen yhteydessä. Palovammoja käsittelevissä loppuarvioinneissa haavojen ulkonäkö, koko, erittäminen, tehdyt toimenpiteet, käytetyt haavanhoitotuotteet sekä jatkohoito-ohjeistukset oli erityisen tarkasti kirjattu. Yhtä palovammaa oli jopa valokuvattu myöhemmän vertailun tueksi.

## **6.6 PÄIKI- ja osastopotilaiden loppuarviointien vertailu**

Tutkimuksessa ilmeni joitakin eroja PÄIKI- ja osasto- tai poliklinikkapotilaiden loppuarvioinneissa. Kaikkia haavanhoidon arviointikriteerejä oli käytetty osaston ja poliklinikan kirjauksissa vähintään kerran, kun taas päiväkirurgisissa kirjauksissa oli käytetty vain kriteerejä haavainfektion merkit (C), haavavuodon määrä (D), eritteen laatu (E), haavanhoitotuote (I), koti- ja jatkohoito-ohjeet (J) sekä liike- ja asentorajoitukset (L). Haavojen kuvailu oli siis PÄIKI-potilaiden osalta huomattavasti vähäisempää. Eroja havainnollistetaan alla olevassa kuviossa (KUVIO 2). Jokaisessa päiväkirurgisessa loppuarvioinnissa oli mainittu koti- tai jatkohoito-ohjeista. Useasti oli kirjattu, että kirjalliset ja/tai suulliset kotihoito-ohjeet on annettu sekä kuinka kauan haavasidos tulee pitää paikoillaan. Kahdesti oli kirjattu, että kotihoito-ohjeet oli käyty yhdessä läpi. Myös lähes kaikissa osaston ja poliklinikan loppuarvioinneissa oli kirjattu jatkohoito-ohjeista, mutta kirjaukset olivat sisällöltään monipuolisempia useiden erilaisten toimenpiteiden vuoksi.





- (A) Kuolleen kudoksen puhdistusmenetelmät
- (B) Haavan puhdistus
- (C) Haavainfektion merkit
- (D) Haavavuodon määrä
- (E) Eritteen laatu
- (F) Haavan koko ja muoto
- (G) Eitelisaatio/granulaatio haavapinnalla tai -pohjassa
- (H) Haavaympäristö sekä mahdolliset infektiot tai allergiset reaktiot
- (I) Haavanhoitotuote
- (J) Koti-/jatkohoito-ohjeet
- (K) Keinot hoitomyyntityydyden saamiseksi
- (L) Liike-/asentorajoitukset

KUVIO 2. Erot osasto- ja poliklinikka- sekä PÄIKI-potilaiden haavanhoidon kirjauksissa.

Haavanhoitotuotteesta oli kirjattu kaikissa PÄIKI teksteissä. Niistä kolmasosassa mainittiin tuote kaupananimellä tai muuten tunnistettavasti, kun taas kahdessa kolmasosassa käytettiin ilmaisuja haavakalvo tai -lappu sekä sulavat ompleet. Osaston ja poliklinikan teksteissä taas oli käytetty enemmän kaupan nimiä ja kirjattu myös muulla tavoin haavasidoksen tyypistä.

Lisäksi päiväkirurgisissa loppuarvioinneissa oli kirjattu haavainfektion merkeistä, haavavuodon määrästä sekä eritteen laadusta. Yleisimmin näissä loppuarvioinneissa oli kuitenkin mainittu lyhyesti vain haavan tai haavasidoksen olleen siisti. Tämä selittyy osittain sillä, että päiväkirurgisilla

potilailla on leikkauksessa aiheutettu haava, joka tulee pitää steriilinä vähintään ensimmäisen vuorokauden ajan. Koska poikkeustapauksia lukuun ottamatta päiväkirurgiset potilaat kotiutuvat jo toimenpidepäivänä, ei sidoksia avata osastolla ilman erityistä syytä. Vuonna 2014 julkaistussa australialaisessa tutkimuksessa tutkittiin leikkauksen jälkeisen haavan arviointi- ja hoitokäytäntöjä. Tutkimuksen aineistona oli 152 potilaskertomusta, joista 106 oli elektiivisistä leikkauksista. Kokonaisaineistosta 15 potilaalle oli tullut postoperatiivisia haavakomplikaatioita ja näistä neljälle kehittyi kliinisiä merkkejä haavainfektioista. (Gillespie & all 2014, 3250–3261.) Tämän opinnäytetyön aineistossa kuuden päiväkirurgisen potilaan loppuarvioinnissa oli kirjattu haavan, leikkaushaavan tai leikkausalueen olevan siisti, minkä tulkittiin tarkoittavan, että mahdolliset infektion merkit oli huomioitu. Myös osaston ja poliklinikan potilaiden teksteissä klassisista haavainfektion merkeistä sekä haavan siisteydestä oli kirjattu, mutta suhteessa vähemmän, sillä niistä oli mainittu yhdeksässä loppuarvioinnissa.

## 7 POHDINTA

Tämän laadullisen tutkimuksen tekeminen on ollut meille pitkä, mutta antoisa oppimisprosessi. Aloitimme opinnäytetyön tekemisen syksyllä 2015 ja se on tarjonnut haasteita prosessin alusta lähtien. Niistä on kuitenkin selvitty pitkäjänteisellä ja hyvällä yhteistyöllä tutkijoiden ja yhteistyöta-  
hojen välillä. Yhdeksi suurimmista haasteista osoittautui tutkimuksen aikatauluttaminen ja siinä py-  
syminen. Saimme viimeistelyä tietoperustan keväällä 2016, minkä jälkeen laadimme tutkimus-  
suunnitelman. Suunnitelmamme valmistui toukokuussa 2016 ja tarkoituksena oli hakea tutkimus-  
lupaa PPSHP:ltä heti kesän alussa tai viimeistään alkusyksystä 2016. Elokuun alussa saimme yh-  
teyden OYS:n opiskelijakoordinaattori Anne Lukkariin ja sitä myöten myös lupaprosessin käyntiin.  
Tutkimusluvut myönnettiin syyskuun puolivälissä, minkä jälkeen meidän täytyi hakea vielä erillisiä  
tunnuksia päästäksemme työasemille sekä potilastietojärjestelmään aineiston keräämistä varten.

Tunnusten saamisen jälkeen saimme toteutettua aineistonkeruun tehokkaasti ja pääsimme aloitta-  
maan analysointivaiheen lokakuun alkupuolella. Olemme pystyneet toteuttamaan hyvää työnjakoa  
keskenämme ja siten myös tehostamaan työskentelyämme. Joitakin tutkimuksen osia olemme kir-  
joittaneet kukin tahoillamme ja katsoneet ne myöhemmin yhdessä läpi, kun taas jotkin osat olemme  
kirjoittaneet yhteisesti. Erityisesti aineiston keruun ja analysoinnin olemme toteuttaneet yhdessä.  
Keskinäinen yhteistyömme on sujunut hyvin ja olemme oppineet tekemään kompromisseja suun-  
taan ja toiseen sekä kunnioittamaan toistemme mielipiteitä ja muiden tekemää työtä. Tämän tutki-  
musprosessin kautta olemme saaneet arvokasta oppia työelämäyhteistyöstä, vastuunkantami-  
sesta sekä keskustelun ja joustamisen tärkeydestä. Opinnäytetyön tietoperustan kokoaminen on  
lisännyt ammattiimme liittyvää teoriaosaamista. Myös aineiston käsittely ja analysointi sekä ylipää-  
tään tutkijan roolissa työskentely on ollut opettavaista, ja antanut valmiuksia vastaavanlaisten tut-  
kimusten tekemiseen myös työelämässä.

### 7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen pyrkimyksenä on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tut-  
kimuksen luotettavuuden arvioinnissa selvitetään, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on  
kyetty tuottamaan. Arviointi on välttämätöntä tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyn-  
tämisen kannalta. Esimerkkeinä laadullisen tutkimuksen arvioinnissa käytettävistä luotettavuuskri-  
teereistä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007,

127.) Tutkimuksen luotettavuuteen liittyy oleellisesti käsite validiteetti. Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkimustulos vastaa asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Toisin sanoen, tutkimuksessa on tutkittu sitä, mitä on luvattu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136.) Olemme pyrkineet vastaamaan asetettuun tutkimustehtävään tutkimalla aineistoa monipuolisesti ja esittämällä tutkimustulokset kattavasti.

Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuuden osoittamista tutkimuksessa (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Tässä opinnäytetyössä uskottavuutta lisää se, että tietoperustan kokoamiseen sekä aineiston keräämiseen ja analysointiin varattiin riittävästi aikaa ja niihin valmistaututtiin suunnitelmallisesti. Lisäksi tietoperustaa kirjoitettaessa on käytetty mahdollisimman uutta ja luotettavaa lähdekirjallisuutta. Tutkimussuunnitelma tehtiin huolella ja aineiston analysointiin käytettyjä kriteerejä muokattiin yhdessä työelämäohjaajan kanssa, jotta niistä saataisiin mahdollisimman käyttökelpoiset ja siten luotettavat tutkimusta ajatellen. Aineistonkeruuvaiheessa tutkijat sopivat yhdessä, minkä kriteerin alle mikäkin kirjaus tulee. Näin saadut tutkimustulokset eivät siis perustu ainoastaan yhden henkilön tekemiin päätöksiin kriteereiden soveltamisesta, vaan ne ovat yhteisen havainnoinnin ja käsittelyn tulosta.

Tutkimukseen mukaan otettavia potilasasiakirjoja ei millään tavalla valikoitu, vaan aineistoksi otettiin järjestelmällisesti 35 ensimmäistä tutkimukseen soveltuvaa hoitotyön loppuarviointia osaston ja poliklinikan kirurgisista toimenpiteistä. Osastonhoitajan toivomuksesta aineistoon otettiin vielä tarkoituksella mukaan 15 päiväkirurgista loppuarviointia, jotka myös tutkittiin potilaslistan mukaisessa järjestyksessä. Yhteensä 50 loppuarviointia oli tutkimuksen tilaajan mielestä riittävä määrä aineistoa tulosten luotettavuuden kannalta. Lisäksi aineistoa kerätessä ja käsitellessä havaittiin jo tiettyjen tekijöiden toistumista eli yleistymistä, mikä myös kertoo aineiston riittävydestä.

Vahvistettavuus edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista siten, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteissään. Refleksiivisyys puolestaan edellyttää tutkijan tietoisuutta omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Viimeinen luotettavuuskriteeri, siirrettävyys, tarkoittaa tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tässä tutkimuksessa kerrotaan tarkasti, kuinka tutkimusaineisto on kerätty, miten sitä on analysoitu ja kuinka saatuihin tuloksiin on päästy. Näin lukijan on helppo seurata tutkimuksen etenemistä alusta loppuun. Lisäksi opinnäytetyössä käy ilmi tutkijoiden omat lähtökohdat aiheen valintaan sekä tutkimuksen tilanneen osaston luonne, joten lukija, kuten sairaanhoitaja, voi arvioida sen perusteella tutkimustiedon siirrettävyyttä eli soveltamista esimerkiksi omalle osastolleen.

## 7.2 Eettisyys

Eettisyys liittyy läheisesti tutkimuksen laatuun, sillä hyvää tutkimusta ohjaa aina eettinen sitoutuneisuus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127). Tutkimusaineistoon ja siitä saatujen tietojen käsittelyyn liittyy olennaisesti kaksi käsitettä, luottamuksellisuus ja anonymiteetti (Eskola & Suoranta 2005, 56). On tärkeää, että tutkimuksen eettisiin näkökohtiin, esimerkiksi tulosten esittämiseen ja raportointiin, harjaannutaan jo ensimmäisestä tutkimusprosessista lähtien (Hirsjärvi ym. 2008, 26–27).

Koska tutkijat eivät kuuluneet sairaalan omaan tutkijaryhmään, tarvittiin tutkimuksen toteuttamiseen erillinen tutkimuslupa. Tutkimuslupien saaminen osoittautui kuitenkin luultua monimutkaisemmaksi prosessiksi, sillä varsinaisen tutkimusluvan lisäksi tarvittiin lupahakemus rekisteritutkimukselle, tieteellisen tutkimuksen rekisteriseloste, potilasasiakirjalainauslomake tutkimustyötä varten, PPSHP:n ulkopuolisen työntekijän kirjautumistunnusanomus, käyttöoikeuslomake Esko -potilastietojärjestelmään, salassapitovelvollisuuslomake sekä opinnäytetyön yhteistyösopimus, jonka osapuolina olivat tutkijat, OAMK ja PPSHP. Kaikkien näiden lupalomakkeiden tarkoituksena on turvata potilastietojen asianmukainen käyttö, estää henkilötietojen joutuminen väärin käsiin sekä varmistaa, että tutkijoilla on pätevä syy potilasasiakirjojen tutkimiselle.

Kun tutkimusluvut oli saatu, tutkimuksessa käytettävän aineiston kerääminen tapahtui osasto 60:n tiloissa osastonhoitajan valvonnassa. Anonymiteetin ja tietosuojan säilyttämiseksi hoitotyön loppuarviointeja ei tulostettu, vaan potilasasiakirjojen tutkimisen yhteydessä tutkimukseen tarvittavat tiedot kirjoitettiin tutkijoiden omalle koneelle Word-tiedostoon anonymisoituna. Tästä tiedostosta potilaiden henkilöllisyyttä on mahdotonta tunnistaa, mutta sen kohdalla toimitaan siitä huolimatta tietosuojalain mukaisesti. Myöskään osaston sihteeriltä saatuja potilaiden henkilötietoja sisältäviä listoja ei missään vaiheessa viety osaston ulkopuolelle, vaan tutkijoiden poistuessa ne toimitettiin aina osastonhoitajan haltuun.

## 7.3 Johtopäätökset

Tutkimusaineistossamme kriteeriä A eli kuolleen kudoksen puhdistusmenetelmiä oli käytetty kaikkiaan kuusi kertaa, joista viisi kirjausta liittyi palovammoihin. Kuolleen kudoksen puhdistamista käytetään yleensä juuri trauman seurauksena syntyneiden tai kroonisten haavojen hoidossa. Tämän

vuoksi kirjausten vähäistä määrää voidaan pitää myös positiivisena, sillä suurin osa tutkimusaineistomme haavoista oli leikkauksessa aiheutettuja puhtaita haavoja ja hoidon tavoitteena on yleensä niiden nopea parantuminen ilman komplikaatioita tai infektoita.

Opinnäytetyössämme tutkittiin myös, mainitaanko aineistossa mitään keinoista lapsen hoitomyöntyvyyden saavuttamiseksi (K). Mielenkiintoista oli, että vain yhdessä loppuarvioinnissa oli kirjattu kyseiseen kriteeriin liittyvä maininta. Lasten hoitotyöhön liittyy oleellisesti lapsen iän ja kehitystason huomioiminen myös valmisteltaessa haavanhoitoa, koska se voi olla pitkä ja kivulias toimenpide. Jos lapsen rauhoittamiseksi ja luottamuksen saavuttamiseksi hoitotilanteessa löytyy jokin hyväksi havaittu keino, sen kirjaaminen olisi tärkeää jatkohoitoa ajatellen. Tämän opinnäytetyön aineistossa keinona oli käytetty hoidon tauottamista, mikä toisaalta pitkittää hoidon toteuttamista, mutta antaa kuitenkin lapselle aikaa valmistautua hoitoon paremmin. Tuloksen perusteella voidaan päätellä, että useimpien osasto 60 potilaiden haavanhoidossa ei tarvita erityisiä keinoja hoitomyöntyvyyden saavuttamiseksi tai sitten niiden käytöstä ei ole kirjattu loppuarviointeihin.

Yksi tämän tutkimuksen oleellisimmista tuloksista oli, että kaikissa päiväkirurgisten ja lähes kaikissa osaston ja polikliinisten potilaiden loppuarvioinneissa oli mainittu jotain koti- tai jatkohoito-ohjeista (J). Etenkin päiväkirurgisten potilaiden kohdalla tulisi kiinnittää erityistä huomiota koti- ja jatkohoito-ohjeiden kirjaamiseen, sillä näiden potilaiden jatkohoito tapahtuu useimmiten potilaan omassa terveyskeskuksessa tai kotona. Näin ollen haavanhoito-ohjeiden tulisi olla kirjattuna niin selkeästi, että haavanhoidon jatkaminen muun tahon toimesta sujuisi tarkoituksenmukaisesti. Jos jatkohoito-ohjeena käytetään jotain valmista ohjetta tiettyyn toimenpiteeseen liittyen, olisi hyvä kirjata ylös, mikä ohje on annettu sekä pääkohdat sen sisällöstä. Tutkimuksen perusteella voidaan kuitenkin päätellä, että osastolla 60 annetaan riittävästi koti- ja jatkohoito-ohjeita ja niitä myös käydään läpi yhdessä potilaiden ja omaisten kanssa ennen kotiutusta.

Postoperatiivisen vaiheen hoitoon kuuluu haavaan liittyvien liike- ja asentorajoitusten ohjaaminen ja niiden ymmärtämisen ja toteutumisen seuraaminen. Etenkin vatsan alueen leikkauksissa asentorajoitusten noudattaminen on tärkeää, sillä esimerkiksi sängystä ylös noustessa väärä tekniikka voi aiheuttaa vatsansisäisen paineen kasvun ja vaurioittaa haava-aluetta. Lisätessämme liike- ja asentorajoitukset kriteeristöön, ajatuksenamme oli etsiä sen avulla tarkkoja kirjauksia juuri haavan aiheuttamista rajoituksista tiettyihin liikkeisiin tai asentoihin. Tämän tutkimuksen aineistosta löytyi 20 mainintaa liike- ja asentorajoituksista, mutta vain harva kirjauksista liittyi pelkästään haavasta

johtuviin rajoitteisiin. Suurin osa kirjauksista käsitteli kipsin tai lastan sopivuutta tai vapautusta koulu liikunnasta. Näiden kirjausten kohdalla ei voitu suoraan todeta rajoitteiden johtuvan ainoastaan haavasta, mutta päädyimme kuitenkin hyväksymään ne kuuluvaksi L -kriteeriin. Jos tekisimme tutkimuksen uudelleen, päättäisimme selkeästi heti alussa, minkä tyyppiset kirjaukset tämän kriteerin kohdalle hyväksytään. Tulosten perusteella voidaan kuitenkin päätellä, että postoperatiiviset liike- ja asentorajoitukset sekä niiden seuranta huomioidaan osastolla hyvin esimerkiksi liittyen erilaisiin murtumiin tai kipsattujen raajojen verenkierron tarkkailuun.

Aineiston perusteella oli myös havaittavissa tiettyjen asioiden toistumista kirjaustyylissä ja kriteerien käytössä, etenkin päiväkirurgisten potilaiden loppuarvioinneissa. PÄIKI -potilaiden haavoja kuvailtiin pääasiassa C ja D kriteereillä siten, että haavojen ja haavalappujen kirjattiin olevan siistit. Lisäksi muutamissa loppuarvioinneissa oli mainittu eritteestä, jonka oli kirjattu olleen verta. Myös osaston ja poliklinikan loppuarvioinneista huomattiin joitakin toistuvuuksia kriteerien määrässä ja niiden käytössä. Esimerkiksi palovammapotilaiden loppuarvioinneissa oli käytetty monipuolisesti eri kriteereitä ja haavaan liittyvistä asioista oli kirjattu tarkasti ja kuvailevasti.

#### **7.4 Jatkotutkimushaasteet**

Opinnäytetyöprosessimme aikaa vievin vaihe oli tutkimussuunnitelman ja siinä eritoten tietoperustaosion kirjoittaminen. Myös tutkimuslupien hakeminen osoittautui haastavammaksi, kuin olimme alun perin ajatelleet. OYS:n opetuskoordinaattori teki suuren työn selvittäessään, minkälaisia tutkimuslupia ylipäätään tarvitsemme päästäksemme käsiksi potilasasiakirjoihin. Opinnäytetyössämme nämä asiat on nyt esitelty selkeästi, joten jatkossa joku toinen tutkija voi hyödyntää tähän tutkimukseen kirjattua tietoa suunnitellessaan ja aikatauluttaessaan omaa tutkimustaan.

Me valitsimme tutkittavaksi aineistoksi hoitotyön loppuarvioinnit, mutta mahdollisuuksia on kuitenkin monia. Tutkimusaineistoksi voi valita esimerkiksi vuorokohtaiset kirjaukset haavasta. Tämä kuitenkin sulkisi pois päiväkirurgiset ja polikliiniset potilaat, sillä heidän kohdallaan vuorokohtaisia kirjauksia ei yleensä tehdä, vaan tarvittavat tiedot ja tehdyt toimenpiteet kirjataan suoraan hoitotyön loppuarvioon. Aineistoa voisi myös kerätä enemmän ja pidemmältä ajalta tai käyttää esimerkiksi pelkästään polikliinisten potilaiden potilasasiakirjoja ja tutkia haavanhoidon osalta potilaan koko hoitopolun. Mietimme osastonhoitajan kanssa myös lääkäreiden kirjoittamien epikriisien vertaamista hoitajien kirjoittamiin hoitotyön loppuarviointeihin, mikä sekin voisi olla tulevaisuudessa hyvä tutkimuksen kohde.

Vastaavanlaisen tutkimuksen toteuttaminen voisi olla mielenkiintoista myös aikuisten osastoilla, sillä se saattaisi tuoda esiin hyvinkin erilaisia tuloksia haavanhoidon kirjaamisesta. Aikuispuolella krooniset haavat ovat yleisiä ja niiden hoito jatkuu useimmiten perusterveydenhuollossa. Näiden haavojen hoito voi kestää jopa vuosia, jolloin haavanhoidon asianmukainen kirjaaminen ja ohjeistus ovat välttämättömiä potilaan hoidon toteutumiseksi parhaalla mahdollisella tavalla. Aikuispuolella myös haavaan liittyvien liikerajoitusten kirjaamista saattaisi esiintyä enemmän. Siellä esimerkiksi vatsan alueen leikkauksiin liittyviin liikerajoituksiin kiinnitetään yleensä useammin huomiota, koska aikuisen suurempi massa aiheuttaa haavalle enemmän painetta ja altistaa helpommin vaurioille haava-alueella.

Mielestämme haavanhoidon kirjaamista voisi kehittää esimerkiksi siten, että jokaisella osastolla, jossa haavoja hoidetaan, olisi käytössä kyseisen osaston tarpeisiin muokattu haavanhoidon kirjaamisen kriteeristö. Tässä tutkimuksessa käytettyä kriteeristöä voisi vielä kehittää ja täydentää vastaamaan eri osastojen kirjaustarpeita. Sen voisi tulostaa ja asettaa näkyvälle paikalle työpisteiden läheisyyteen, jotta kirjauksia tehdessään hoitajan olisi helppo käyttää sitä apunaan. Näin haavasta tulisi huomioitua ja kirjattua kaikki oleellinen. Tämä myös selkiyttäisi kirjauksia ja olisi siten turvaamassa haavanhoidon asianmukaista jatkumista perusterveydenhuollossa.

## **7.5 Omat oppimiskokemukset aiheesta sekä hyödyt työelämälle**

Yksi peruste opinnäytetyön aiheen valinnalle oli, että se liittyisi olennaisesti tulevaan työnkuvaamme sairaanhoitajina. Tietoperustan kokoamisen yhteydessä saimme tärkeää tietoa lasten hoitotyöhön liittyvistä käytännöistä ja periaatteista, joita voimme hyödyntää työelämässä. Nykyisin perhekeskeisyys on olennainen osa lastenhoitotyötä, ja erityisesti hoitoaikojen lyhentyessä vanhempien ohjaus on yhä suuremmassa roolissa sairaalassa tapahtuvan hoidon sekä kotona tapahtuvan jatkohoidon suhteen.

Kuten olemme todenneet, lasten haavanhoidon asianmukainen kirjaaminen on tärkeää sujuvan jatkohoidon turvaamiseksi. Opinnäytetyössämme olemme perehtyneet tähän aiheeseen kattavasti ja uskomme, että voimme saamiemme tietojen avulla parantaa haavanhoidon kirjaamista omalta osaltamme sekä tuoda julki toimivia käytänteitä työyhteisöissämme. Tulevaisuutta ajatellen on ollut hyödyllistä tutkia haavojen jaottelua ja paranemisprosessia sekä perehtyä siihen, mitkä asiat vai-



kuttavat haavojen paranemiseen. Näiden tietojen avulla voimme käytännössä vaikuttaa jo syntyneiden haavojen paranemisennusteeseen sekä joissain tapauksissa myös haavojen ennaltaehkäisemiseen.

Tutustuimme myös kirjaamista ohjaaviin säädöksiin ja lakeihin. Niistä saamamme tiedon koemme tärkeäksi, sillä kirjaamisen merkitys on nykyään korostunut hoitohenkilökunnan siirryttyä yhä useammassa työyksikössä hiljaiseen raportointiin. Asianmukainen kirjaaminen on edellytys sekä hoitajan oikeusturvalle, että myös potilaan hoidon onnistumiselle parhaalla mahdollisella tavalla. Perehdyttyämme rakenteiseen kirjaamiseen, voimme todeta sen mahdollistavan hyvän ja selkeän kirjauksen haavanhoidosta. Tulevaisuudessa voimme hyödyntää omassa työssämme tässä tutkimuksessa käytettyä haavanhoidon kirjaamisen kriteeristöä, jotta kaikki olennaiset asiat tulevat kirjattua.

Tavoitteenamme oli tuottaa tietoa lasten haavanhoidon kirjaamisen asianmukaisuudesta sekä nykyisestä tilasta hoitotyön loppuarviointien osalta sekä kehittää kirjaamista tuomalla julki toimivia käytäntöjä ja vaikuttamalla kirjaamisen mahdollisiin epäkohtiin. Koemme saavuttaneemme nämä työelämää hyödyttävät tavoitteet, sillä tutkimuksemme antaa selkeän kuvan lasten haavanhoidon kirjaamisen nykyisestä tilasta lasten kirurgian osastolla 60. Olemme myös miettineet mahdollisia kehittämissuunnitelmia muun muassa kriteeristön soveltamiseen ja käyttöönottoon liittyen sekä ehdottaneet kattavasti mahdollisia jatkotutkimushaasteita.

## LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. (toim.). 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. 3. uud. ja täyd. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Ahlsten, M. 2010. Esko on oma. Pohjanpiiri 1/2010, s. 9. Viitattu 29.1.2016

[https://www.ppshp.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/19327\\_Pohjanpiiri\\_1.2010\\_nettiin.pdf](https://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/19327_Pohjanpiiri_1.2010_nettiin.pdf)

Bui, T., Heinonen, H. & Koivisto, L. 2007. Leikki-ikäisen 2-3-vuotiaan lapsen selviytymiskeinot kivusta. AMK-opinnäytetyö. Stadia. Helsingin ammattikorkeakoulu. Viitattu 14.11.2016

<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/29112/stadia-1194269545-0.pdf?sequence=1>

Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7. painos. Jyväskylä: Vastapaino. Gummerus Kirjapaino Oy.

Finlex. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 298/2009. Viitattu 29.1.2016 <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

Finlex. 2015. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992. Viitattu 15.12.2015 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Gartlan, J., Smith, A., Clennett, S., Walshe, D., Tomlinson-Smith, A., Boas, L. & Robinson, A. 2010. An audit of the adequacy of acute wound care documentation of surgical inpatients. *Journal of Clinical Nursing* 19 (15–16), 2207–2214.

Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Kang, E., Hewitt, J., Nieuwenhoven, P., Morley, N. 2014. Postsurgery wound assessment and management practices: a chart audit. *Journal of Clinical Nursing* 23 (21–22), 3250–3261. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12574/full>

Hallila, L. (toim.). 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. 1. painos. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Otavan Kirjapaino Oy.

- Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13. - 14., osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2013. Hoida ja kirjaa. 7. - 8. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2006. Hoidatko minua. 3.painos. Helsinki: WSOY.
- Juutilainen, V. & Hietanen, H. 2012. Haavanhoidon periaatteet. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kansallinen Terveysarkisto (Kanta). 2016. Potilastiedon arkisto. Viitattu 22.11.2016  
<http://www.kanta.fi/earkisto-esittely>
- Kinnunen, U-M. 2007. Rakenteinen tieto haavanhoidon kirjaamisessa. Kuopion yliopisto. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Kinnunen, U-M. 2013. Haavanhoidon kirjaamismalli - innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business Studies. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Kuopio. Kopijyvä. Väitöskirja.
- Kokki, H. 2003. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for postoperative pain: a focus on children. Pediatric Drugs 5 (2), 103–23. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12529163>
- Kokki, H. 2010. Ketoprofen Pharmacokinetics, Efficacy, and Tolerability in Pediatric Patients. Pediatric Drugs 12 (5), 313–329. <http://link.springer.com/article/10.2165%2F11534910-000000000-00000>
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laato, M. & Kössi, J. 2016. Kirurgia. Haavan hoito. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 15.12.2015 [http://www.oppiportti.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=inf04494&p\\_selaus=18530](http://www.oppiportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04494&p_selaus=18530)

Laato, M. & Kössi, J. 2015. Kirurgia. Haavan paranemista huonontavat tekijät. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 15.1.2016 [http://www.oppiportti.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=inf04494&p\\_selaus=18530](http://www.oppiportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04494&p_selaus=18530)

Liljami, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC - luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 2.2.2016 [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas\\_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1)

Lönnqvist, P-A. & N. S. Morton. 2005. Postoperative analgesia in infants and children. British Journal of Anaesthesia 95 (1), 59-68. Viitattu 14.11.2016 <http://bjaoxfordjournals.org/content/95/1/59.full>

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2016. Potilastiedon arkisto käyttöön Pohjois-Pohjanmaalla. Viitattu 22.11.2016 [https://www.ppshp.fi/tietoa\\_toiminnasta/prime101/prime125.aspx](https://www.ppshp.fi/tietoa_toiminnasta/prime101/prime125.aspx)

Remes, K-M. 2006. Rakenteisesti kirjattu tieto hoitopalautteissa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Terveystieteiden ja - talouden laitos. Pro gradu - tutkielma.

Saranto, K. Ensio, A. Tanttu, K. & Sonninen, A-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Storvik-Sydänmaa, S., Talvensaari, H., Kaisvuori, T. & Uotila, N. 2013. Lapsen ja nuoren hoitotyö. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Gummerus Kirjapaino Oy.