

Johanna Patanen ja Riikka Rautio

Painehaavojen ehkäisy osastojaksolla: työkalukortti hoitohenkilökunnalle

Sairaanhoitaja
sosiaali- ja terveysala
Smm21sRaa
Kevät 2024



**KAMK • University
of Applied Sciences**

Tiivistelmä

Tekijä(t): Patanen Johanna & Rautio Riikka

Työn nimi: Painehaavojen ehkäisy osastojaksolla: työkalukortti hoitohenkilökunnalle

Tutkintonimike: Sairaanhoidtaja (AMK), sosiaali- ja terveysala

Asiasanat: haava, painehaava, makuuhaava, työkalukortti

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietämystä painehaavojen synnystä ja niiden ehkäisystä Raahan sairaalan osastoilla. Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella, toteuttaa ja arvioida (=tuottaa) painehaavojen ehkäisemiseksi työkalukortti, joka helpottaa painehaavojen ennakoinnin muistamista ja mieleen palauttamista. Opinnäytetyö rajattiin käsittelemään ainoastaan painehaavan ehkäisyä. Työkalukorttiin koottiin tärkeimmät muistettavat asiat painehaavan ehkäisystä, kuten asentohoito, yleisimmät painehaavapaikat ja tärkeä Braden riskiluokitusmittari. Opinnäytetyön kirjallinen osuus koostui teoriasta, jossa avattiin painehaavan riskitekijöitä, tunnistamista, luokittelua ja esiintyvyyttä sekä tärkeimpänä, miten painehaavoja ennaltaehkäistään. Työssä käytettiin luotettavia tieteellisiä artikkeleita ja teoksia lähteenä.

Opinnäytetyö oli toiminnallinen ja tuotoksena oli työkalukortti. Työkalukortin suunnittelussa huomioitiin kohderyhmä eli osaston hoitohenkilökunta, joka koostuu lähi- ja sairaanhoitajista, sekä potilaat, joiden hoidossa työkalukorttia hyödynnetään. Työkalukorttia suunniteltiin syksyllä 2023 ja se oli koekäytössä Raahan sairaalan osasto 6:lla tammikuussa 2024. Koekäytön aikana kerättiin palautetta Webropolilla tehdyllä kyselylomakkeella, ja palautteiden perusteella työkalukorttia muokattiin.

Palautteista kävi ilmi, että työkalukortti koettiin hyödylliseksi painehaavariskiä arvioitaessa. Työkalukortissa tärkeimmiksi asioiksi koettiin selkeät kuvat painehaavojen paikoista ja asentohoidosta, sekä Braden riskiluokitusmittari.

Opinnäytetyö auttaa osaston henkilökuntaa painehaavariskien kartoittamisessa ja arvioimisessa. Painehaavan ehkäisy on edullisempaa ja vähemmän aikaa vievää kuin painehaavan hoito. Braden riskiluokitusmittarin käyttöön toivottiin koulutusta ja ohjeistusta kirjaamiseen. Kehittämisideana olisi lisätä kirjaamisen fraaseihin painehaavariskiluokitus, jolloin Braden riskiluokitusmittaria käytettäisiin säännöllisesti.

Abstract

Author(s): Patanen Johanna & Rautio Riikka

Title of the Publication: Prevention of Pressure Ulcers during the Ward Period: a reference card for nursing staff

Degree Title: Bachelor of Health Care, Nursing

Keywords: ulcer, pressure ulcer, bedsore, reference card

The goal of the thesis was to increase knowledge about the development of pressure ulcers and their prevention. The purpose was to make it easier to remember and recall the identification of patients at risk for pressure sores with the help of a reference card. The card contains the most important things to remember about pressure ulcer prevention, such as posture therapy, the most common pressure ulcer locations, and the Braden scale for predicting pressure sore risks. The written part of the thesis discusses the risk factors, identification, classification, and prevalence of pressure ulcers, and most importantly, how to prevent pressure ulcers and is based on topic-related scientific articles and reliable sources.

The thesis is functional, and the product is a reference card. The card was designed in the fall of 2023, and it was put into trial use at ward 6 of Raahe Hospital in January 2024. During the trial period, feedback was collected using a questionnaire, and the reference card was modified based on the feedback. The questionnaire was made with the Webropol program and filled out on paper.

The feedback showed that the reference card was useful when assessing pressure ulcer risk. The most important features of the reference card were the clear images of pressure sore locations and posture treatment, as well as the Braden scale. It is important to carry out a risk assessment of pressure ulcers as soon as the patient enters the ward and record this in the patient information system.

This thesis will help nurses to scan and assess pressure ulcer risks. Pressure ulcer prevention is cheaper and less time-consuming than pressure ulcer treatment. Nurses think a user manual for the Braden scale would be necessary. One development idea would be to add a pressure ulcer risk classification to the charting phrases used in documentation so that the Braden scale would be used more regularly.

Sisällys

1	JOHDANTO.....	1
2	PAINEHAAVA.....	3
2.1	Painehaavan syntyminen ja riskitekijät.....	3
2.2	Painehaavojen tunnistaminen.....	6
2.3	Painehaavojen esiintyvyys.....	7
2.4	Painehaavojen luokittelu.....	8
3	PAINEHAAVOJEN EHKÄISY.....	9
3.1	Ihon hoito, seuranta ja arviointi.....	10
3.2	Ravitsemus.....	11
3.3	Asentohoito.....	12
3.4	Apuvälineet.....	12
3.5	Kirjaaminen.....	13
4	TARKOITUS/ TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ.....	15
5	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ.....	16
6	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	19
7	POHDINTA.....	21
7.1	Luotettavuus.....	21
7.2	Eettisyys.....	22
7.3	Ammatillinen kehittyminen.....	22
7.4	Jatkotutkimus- ja kehittämisideat.....	23
	LÄHTEET.....	25

Liitteet

1 JOHDANTO

Suomessa terveydenhuollon hoidon jatkuvuus on heikentynyt, joka on vaikeuttanut palvelun tarpeen tunnistamista ja toteutumista hoitotyössä. Nykyinen henkilöstöpula terveydenhuollossa ja koronavuosiina syntynyt hoito- ja palveluvelka ovat vaikeuttaneet palvelujen oikea-aikaista saataavuutta. Terveydenhuollon alueellisissa kehittämishankkeissa on vahvistettu perustason palveluja ja painopistettä on siirretty ehkäisevään työhön. (Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Suomessa 2023.)

Painehaavoja esiintyy Suomessa vuosittain 55 000–80 000 potilaalla. Suorat kustannukset painehaavojen hoidosta ovat noin 480 miljoonaa euroa eli 2–3 % Suomen terveydenhuollon menoista. Kustannusten lisäksi painehaavat ovat potilaalle kivuliaita, lisäävät infektioalttiutta ja kuolemanvaaraa sekä huonontavat elämänlaatua. Ennaltaehkäisy kannattaa, koska siihen liittyvät kustannukset ovat ainoastaan kymmenesosa painehaavan hoidon aiheuttamista kuluista. (Painehaavan ennaltaehkäisy 2021.)

Opinnäytetyö käsittelee painehaavojen ehkäisyä potilaalla osastojaksolla. Aihetta pohtiessamme päädyimme rajaamaan opinnäytetyön aiheen painehaavojen ennaltaehkäisyyn hoidon sijaan, jolloin saimme tehokkaamman työkalun hoitajille käyttöön. Tutkimuskysymykset mitä painehaavojen ennaltaehkäisyn työkalukortin tulee sisältää ja millainen painehaavoja ennaltaehkäisevä työkalukortti edistää painehaavojen ehkäisyä hoitotyössä, ohjasivat työtämme opinnäytetyöprosessin aikana.

Opinnäytetyö on tuotteistettu, jossa tuotteistamisprosessiin käytetään Jämsä & Mannisen kirjoittamaa Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla -kirjaa. Toivomme, että työkalukortti tulisi käyttöön kaikilla sairaalan osastoilla, ja näin saisimme edistettyä potilasturvallisuutta sekä ehkäistyä painehaavojen syntymistä.

Raahen sairaalan yleislääketieteen osastoilla 4, 5 ja 6 painehaavat olivat yleistyneet huolestuttavasti, joten saimme toiveen osastoilta tehdä opinnäytetyön painehaavojen ehkäisyyn ja potilasturvallisuuden parantamiseen. Osasto 6 valikoitui kohteeksemme toisen opinnäytetyön tekijän työskennellessä siellä, jolloin yhteistyö osaston hoitajan ja henkilökunnan kanssa toimii jouhevasti. Osastolla työskentelee 13 sairaanhoitajaa ja 13 lähihoitajaa, sekä toimintaterapeutti ja fy-

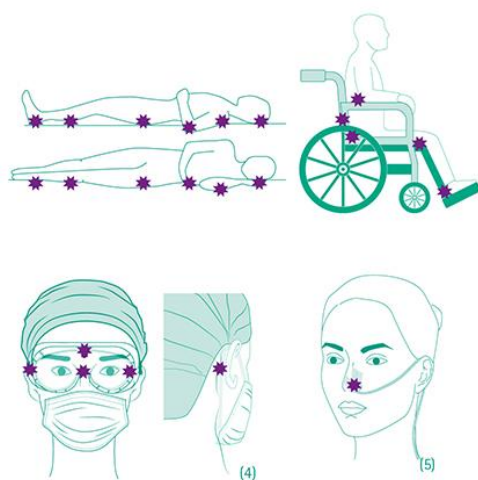
sio-terapeutteja. Osastolla hoidetaan postoperatiivisia leikkauspotilaita, AVH kuntoutujia ja palliatiivisia –ja saattohoitopotilaita, joiden hoitoon on erikoisosaamista tällä osastolla. Potilaat ovat usein iäkkäitä ja osastojaksot voivat olla pitkiä. (Osastonhoitaja, osasto 6.)

2 PAINEHAAVA

Painehaavoja on aiemmin kutsuttu makuuhaavoiksi. Termimuutos on tullut etiologian tarkentumisen vuoksi. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) ja Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) määrittelevät painehaavan paikalliseksi ihon tai sen alla olevan kudoksen vaurioksi. Painehaava sijaitsee tavallisesti luisen ulokkeen kohdalla, ja sen aiheuttaja on paine tai ihon venytys ja paine yhdessä. Painehaava ja sen vakavuus luokitellaan kansainvälisen suosituksen mukaan neljään asteeseen sekä kahteen lisäluokkaan. Luokituksessa painehaavan jokainen aste määrittellään ihon ja sen alla olevien pehmytkudoksien näkyvien vaurioiden mukaan. (Hotus-hoitosuositus 2023.)

2.1 Painehaavan syntyminen ja riskitekijät

Painehaava muodostuu sellaiselle alueelle ihossa, jossa luu painaa ihoa ja estää sen normaalia verenkiertoa. Useimmiten painehaavat syntyvät lonkkiin, alaselkään, pakaroihin tai kantapäihin. (Kuva 1.) Yleensä painehaavan muodostumiseen tarvitaan usean päivän makuulla olo, mutta joskus se voi tulla vakavasti sairaille jo parin tunnin aikana. (Painehaavat eli makuuhaavat 2019.) Paineaurion aiheuttajia sängyn ja tuolin lisäksi voivat olla kipsit ja ortoosit, dreenit ja nenämahaletkut, sänkyjen päädyt ja reunat sekä pyörätuolin selkänoja ja jalkalaudat. (Juutilainen & Hietanen 2018, 301).



Kuva 1. Yleiset painehaavapaikat. (BBraun 2011)

Painehaavat eivät rajoitu ihon pinnalle, vaan esimerkiksi painevammoja voi esiintyä limakalvon päällä, sisällä tai alla, jossa sijaitsee kostea limakalvo. Painehaava voi kehittyä myös kehon onte- loon, kuten hengityselimiin, maha-suolikanavaan ja virtsaelimiin Lääkinnällisten laitteiden, tyypil- lisesti putkien jatkuva rasitus, liittyy ensisijaisesti limakalvon painehaavojen syntyyn. (European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance, 2019.)

Painehaavan syntyyn vaikuttavat paikalliset mekaaniset tekijät, kuten paine, kitka ja kudosten ve- nyminen luisen ulokkeen kohdalla. Kehon ja istuin- tai makuualustan välinen paine on kääntäen verrannollinen kontaktissa olevan alustan pinta-alaan. Kun paino jakaantuu suuremmalle alu- eelle, tiettyä pinta-alayksikköä kohden tuleva paine sekä kudokseen kohdistuva rasitus on pie- nempi. Esimerkiksi istuessa yli 2/3 osaa kehon painosta kohdistuu takapuoleen pienelle alueelle, istuessa myös kontaktipaine alustaan on paljon suurempi kuin maatessa. (Juutilainen ym. 2018, 323.)

Painehaavan syntymisestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä on saatu viime vuosina uutta tietoa. Painehaavan kehittymisen käynnistää solujen muodonmuutos eli deformaatio. Kynnys muodon- muutokselle soluissa voi ylittyä jo lyhyessä ajassa esimerkiksi ambulanssikuljetuksen tai toimen- piteen aikana. Solut kestävät suoraa painetta ja hapenpuutetta melko hyvin, mutta paine ja ve- nytykset yhdessä johtaa nopeasti solurakenteiden romahtamiseen ja solukuolemaan. Tämän seu- rauksena käynnistyy tulehdusreaktio, joka aiheuttaa nesteen kertymisen eli turvotuksen kudok- siin ja paikallisen kudospaineen nousun, tästä syystä kapillaariverenkierto heikentyy ja hapen kul- kema matka verisuonista pitenee ja seurauksena on solujen hapenpuute. Solujen vaurioituminen jatkuu hapenpuutteen vuoksi ja kudostuho laajenee. Syvien ja pinnallisten painehaavojen synty- mekanismit ovat erilaiset solutasolla tehtyjen tutkimuksien mukaan. Syvien painehaavojen syn- tymisprosessissa solujen muodonmuutuskynnyksen ylittyminen on merkittävämpi tekijä luu- ulokkeiden kohdissa kehossa, kun taas pinnallisissa painehaavoissa happeutumiskynnyksen alit- tumisella on isompi rooli. Tämä voi johtaa noidankehään (Kuva 2), jonka tuloksena on painehaava. Painehaavan syntyprosessi aiheuttaa lisäksi kipua. Kivun noidankehä koostuu tulehdusreaktion seurauksena ilmenevästä kivusta, kudosaivuriokivusta sekä kudosten hapenpuutteesta johtuvasta kivusta. (Hotus-hoitosuositus 2023.)



Kuva 2. Painehaavan syntyyn johtava noidankehä. (Mukaiillen Hotus 2023)

Kudosvaurio ilmaantuu tyypillisesti ensin syvällä luisen ulokkeen vieressä olevaan lihakseen tai rasvakudokseen, jotka sietävät huomattavasti enemmän painetta ja iskemiaa eli hapenpuutetta kuin kehon pinnalla oleva iho. Tällöin iho saattaa olla täysin kunnossa, mutta syvissä kudoksissa on jo kehitymässä kuolio. Kriittinen kudosvaurion synnyn aikaraja voi vaihdella 30 minuutista noin 4 tuntiin. Pitkittynyt hapenpuute on ratkaisevassa asemassa kudosvaurion synnyssä. (Juutilainen ym. 2018, 324.)

Pitkittynyt ihon kosteus johtaa vettymiseen, joka heikentää ihon suojaavaa pintarakennetta ja altistaa haavaumille ja infektioille. Kosteus lisää myös kitkaa, jolloin tangentiaalisten voimien vaikutus kasvaa. Haitallinen ihon kosteus voi johtua hikoilusta, haavaeritteistä tai virtsasta ja ulosteesta. Inkontinenssipotilailla ihon vaurioitumisen riski on suuri, koska virtsa ja uloste sisältävät ihoa ärsyttäviä kemikaaleja. (Juutilainen ym. 2018, 326.)

Potilaan yksilölliseen alttiuteen saada painehaava luetaan seuraavat tekijät: liikkumattomuus, ravitsemushäiriö, ruumiinlämmön lasku, vanhuus ja huonot paikalliset kudolosot. Liikkumattomuus on näistä tärkein altistava tekijä, se voi johtua akuutista vammasta tai sairaudesta tai tuntohäiriöstä. Tuntohäiriössä neuropatiaan tai hermovammaan liittyvä suojatunnon puute johtaa siihen, että potilas ei tunne pitkittyneestä kudospaineesta varoittavaa iskeemistä, eli jomottavaa tai puristavaa kipua, joka normaalisti tuntevalla ihmisellä johtaisi asennon vaihtamiseen. Potilaan va-

jaaravitsemus vaikeuttaa painehaavoja ja niiden parantumista. Vajaaravitsemuksessa proteiiniarvot ovat alentuneet sitä enemmän, mitä vaikeammasta painehaavasta on kyse. Näillä potilailla on myös yleisesti sinkin ja C-vitamiinin vajaus. Leikkauksen aikana potilaalla on liikkumattomuuden ja kehon ydinlämmön merkittävän laskun vuoksi suurentunut riski saada painehaava muiden komplikaatioiden ohella. Vanhuuteen liittyvä sairastavuuden lisääntyminen, liikkumisen ja vitamiinilitoimintojen heikkeneminen lisäävät painehaavojen riskiä. Ihon kunto heikentyy iän myötä, iho voi olla ohutta ja vähemmän elastista sekä haurasta, jolloin rikkeimiä ja painehaavoja tulee herkemmin. Alaraajan valtimosairautta sairastavalla potilaalla on erityisen suuri riski kantapäähän painehaavaan. (Juutilainen ym. 2018, 326–327.) Esimerkiksi alaraajoja ahtaavassa taudissa verenkierto valtimoissa heikentyy tukosten tai ahtaumien vuoksi, jolloin jalkojen kudoksissa syntyy hapenpuute eli iskemia. (Alaraajojen tukkiva valtimotauti huonontaa jalkojen verenkiertoa, 2021). Rasvakudos vähenee iän myötä ihonalaiskudoksessa ja lihasten atrofia johtaa kehon luiden ulokkeiden korostumiseen. Korostunut lannerangan kaareutuminen eteenpäin eli hyperlordoosi kallistaa lantiota eteenpäin, jolloin ristiluu työntyy taaksepäin ja on alttiimpi painehaavalle. (Juutilainen ym. 2018, 326–327.)

2.2 Painehaavojen tunnistaminen

Potilaan kliiniseen tutkimiseen kuuluu painehaavan arvioinnin lisäksi potilaan yleistutkimus. Tutkimuksessa kiinnitetään huomiota potilaan yleiskuntoon ja liikuntakykyyn sekä vajaaravitsemuksen merkkeihin. Taustasairaudet, kuten diabetes tai alaraajoja tukkiva valtimotauti, sekä lääkitykset ovat tärkeä huomioida painehaavariskin arvioinnissa. (Juutilainen ym. 2018, 329.)

Painehaava voi syntyä useiden päivien makuulla olon seurauksena, joskus se voi myös syntyä vakavasti sairaille muutamassa tunnissa. Aluksi iholla nähdään painekohdassa punoitus, joka ei häviä asennonvaihdosta, sen jälkeen kudoksiin tulee turvotusta ja lopuksi ihoon tulee rakkula tai ihorikko. Painehaava on usein kivulias, mutta diabetesta sairastavilla kipu ei aina tunnu. Muistisairaiden tai vammautuneiden tai ilmaisukyvyltään rajoittuneiden henkilöiden voi olla vaikea ilmaista kipua, tämä on tärkeä huomioida painehaavariskin arvioinnissa. (Painehaavat 2023.)

Pidemmälle edetessään painehaavasta kehittyy hankalasti hoidettava kraaterimainen syvä haava, johon vielä tulee usein bakteeri-infektio. Infektiot haavassa voivat hoitamattomina johtaa verenmyrkytykseen. (Painehaavat eli makuuhaavat 2019.) Haavan koko mitataan ja haavataskut, fistelit ja onkalot arvioidaan silmämääräisesti, käsin tunnustelemalla ja sonditikulla. Haavaluokituksen ja

hoidon kannalta on tärkeä tutkia, mihin anatomisiin rakenteisiin haava ulottuu. (Juutilainen ym. 2018, 331.)

Painehaavan tunnistaminen voi joskus olla haastavaa. Ihon vaalenevan ja vaalenemattoman punoituksen tunnistaminen voi olla vaikeaa, kuten myös kosteuden aiheuttaman ihovaurion erottaminen painehaavasta. Kosteusvaurioita, hiertymiä tai hankausta voi ilmetä kuitenkin yhtä aikaa painehaavan kanssa. Jos ihovaurio ei sijaitse selkeästi luisen ulokkeen kohdalla, on syytä epäillä jotain muuta kuin painehaavaa. Vaalenevan ja vaalenemattoman ihon punoituksen erottamisen voi tehdä helpolla testillä: jos punoittavaa aluetta painetaan kevyesti ja tasaisesti sormenpäällä ja ihoalue vaalenee, alueen mikroverenkierto on kunnossa. Punoituksen vaalenemista voi testata myös vaihtamalla potilaan asentoa, yleensä punoitus häviää asennon vaihdon myötä lyhyessä ajassa. Jos punoittava alue ei vaalene puolesta tunnissa, kyseessä on vaalenematon punoitus eli 1. asteen painehaava. Tämän tunnistaminen on tärkeää, koska kudოსvaurio syvenee herkästi, jos painetta ja hankausta ei poisteta välittömästi. Ihon kosteusvauriot sijaitsevat painehaavalle epätyypillisissä paikoissa, kuten pakaroiden sisäpuolella, peräaukon ympärillä tai taivealueilla. Jos painehaavan paraneminen ei edisty paineen poistolla ja haavan hoidolla reilussa viikossa, voi kyseessä olla kostea ihovaurio. Jos taas kosteusvaurion näköinen muutos ei ala paranemaan inkontinenssin hoidolla, ihon suojaamisella ja runsaasti imevien sidosten käytössä parissa vuorokaudessa, saattaa kyseessä olla painehaava. (Juutilainen ym. 2018, 331–334.)

2.3 Painehaavojen esiintyvyys

Painehaavoja syntyy erityisesti vuodepotilaille, jotka makaavat pidempiä aikoja eivätkä pysty itse kääntymään tai vaihtamaan asentoa vuoteessa. Myös teho-osastoilla hoidossa olevat saavat herkästi painehaavoja, joten vaikeita sairauksia potevat ja hyvin iäkkäät sekä selkäydinvaurion saaneet potilaat ovat erityisen suuressa riskissä saada painehaava. Pitkäaikaista hoitoa tai hoivaa saavista potilaista noin joka kymmenennellä on painehaava. (Painehaavat eli makuuhaavat 2019.) Painehaava syntyy tavallisesti luisen ulokkeen kohdalle, suurin riski painehaavalle on liikuntarajoitteisella ja kiputunnon häiriöstä kärsivillä. (Painehaavan ehkäisy ja hoito 2020).

Painehaavoista yli puolet esiintyy akuuttihoiton yksiköissä. Painehaava kehittyy yleensä kahden ensimmäisen viikon aikana sairaalaan joutumisesta, mutta voi ilmaantua hyvinkin nopeasti, esimerkiksi leikkauksen tai kuljetuksen aikana. Painehaavoista noin 70 % esiintyy yli 70-vuotiailla,

mutta 10–20 %:lla riskiryhmään kuulumattomista (Bradenin pisteet yli 20) on myös esiintynyt painehaava. (Painehaava - esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy 2010, 261.)

2.4 Painehaavojen luokittelu

Painehaavoja on luokiteltu jo yli 50 vuotta. Vuonna 1975 kehitettiin ensimmäinen luokittelujärjestelmä, joka perustui pehmytkudoksen vaurioon ja patologiaan. Nykyisissä luokittelujärjestelmissä pyritään eliminoimaan aikaisempien luokitusten epäkohtia tai puutteita. (Painehaava - esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy 2010, 261.)

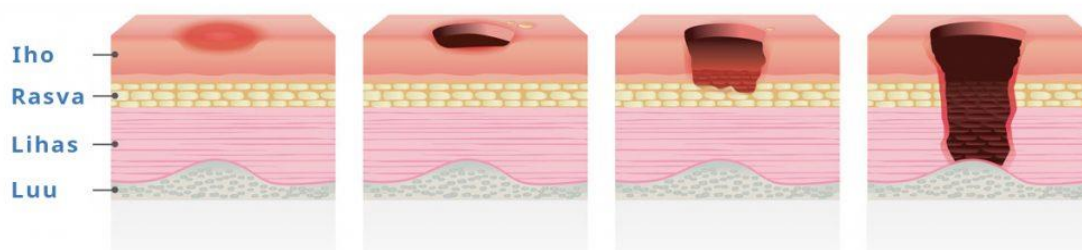
Ensimmäinen aste: ehjällä ihoalueella on punoitusta, joka ei häviä asentomuutoksella eikä paineen poistolla. Merkkeinä on ihon värimuutos, kuumotus, punoitus, ihon ja ihonalaisen kudoksen kovettuminen. (Kuva 3)

Toinen aste: ihossa on osittainen vaurio, tai iho on rikkoutunut, vaurio ulottuu epidermikseen, dermikseen tai molempiin asti. (Kuva 3)

Kolmas aste: ihon syvimmissä kerroksissa on vaurio, jossa ihonalainen kudos on vaurioitunut tai nekroottinen. Peitinkalvo eli faskia on ehjä. (Kuva 3)

Neljäs aste: ihokudoksessa on laaja vaurio, jossa on nekroosia tai vaurio ulottuu lihakseen, luuhun tai jäniteisiin. Kudostuho voi olla pahempi ihon syvimmissä kerroksissa kuin ihon pinnalla havaittavista merkeistä voisi päätellä. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 729.) (Kuva 3)

Luokittelematon: haavan syvyys on tuntematon, kudoksen läpäisevä kudostuho, haavapohja on katteen tai nekroosin peittämä. Syvällä sijaitseva kudostuho, jos ihoalue on purppuran värinen tai tummanpunainen. Iholla voi olla veren täyttämä rakkula, jos ihon alla oleva pehmeä kudos on vaurioitunut paineen tai siihen liittyneen venytyksen tai hankauksen vuoksi. (Painehaavan ehkäisy ja hoito 2020.)



Kuva 3. Painehaavan eteneminen. (Haavatar 2022)

3 PAINEHAAVOJEN EHKÄISY

Painehaavojen ehkäisyssä on lähtökohtana riskipotilaiden tunnistaminen. Painehaavaongelmista tietoisuutta on lisännyt riskiluokituksen käyttöönotto. Tutkimukselliseen ja kliiniseen käyttöön on kehitetty useita riskimittareita ja näistä 11 kappaletta on validoitu. Riippumatta siitä, minkälainen riskinarviointimittari on käytössä, potilaan kliininen tutkiminen ja arviointi on aina välttämätöntä. (Hotus-hoitosuositus 2023.)

TUNTOAISTI Reagointi paineesta johtuvaan epämukavuuden tunteeseen.	1. TÄYSIN RAJOITTUNUT Ei reagoi lainkaan kipuun (esim. ei sävähdä tai tartu kiinni) tajunnan heikentymisen tai rauhoittavan lääkityksen vuoksi. TAI Kiputunto rajoittunutta suurimmassa osassa kehoa.	2. HYVIN RAJOITTUNUT Reagoi vain kipuun. Pystyy ilmaiseen kivun ja epämukavuuden tunteen vain valittamalla tai rauhattomana käytöksenä TAI Tuntopuutos rajoittaa kivun tai epämukavuuden aistimista yli puolessa kehon osista	3. HIEMAN RAJOITTUNUT Reagoi puheeseen, muttei aina pysty ilmaisemaan omaa epämukavuuttaan tai tunne tarvetta vaihtaa asentoa. TAI Tuntopuutos rajoittaa kivun ja epämukavuuden tunnetta yhdessä tai kahdessa raajassa.	4. NORMAALI Reagoi puheeseen. Tunto normaali. Kykenee tuntemaan ja ilmaisemaan sekä kipua että epämukavuutta. Vaih- taa itsenäisesti asentoa.
KOSTEUS Ihon kosteus	1. JATKUVASTI KOSTEA Iho pysyy koko ajan kosteana (hiki, virtsa, tms. erite). Aina potilasta liikuttaessa havaitaan kosteutta.	2. ERITTÄIN KOSTEA Iho on usein, muttei aina, kostea. Petivaatteet ja pyjama täytyy vaihtaa vähintään kerran jokaisen työvuoron aikana (8h).	3. SATUNNAISESTI KOSTEA Iho on ajoittain kostea. Petivaatteet ja pyjama täytyy vaihtaa kerran vuorokaudessa.	4. HARVOIN KOSTEA Iho on tavallisesti kuiva. Petivaatteet ja pyjama vaihdetaan tavanomaisin väliajoin.
AKTIIVISUUS Fyysisen toiminta kyvyn vertailuaste	1. VUODEPOTILAS Hoidetaan vuoteessa	2. ISTUMAKYKYINEN Kävelykyky huonoo tai puuttuu kokonaan. Ei pysty kannattamaan painoaan tai tarvitsee apua siirtymisessä tuoliin tai pyörätuoliin.	3. KÄVELEE SILLOIN TÄLLÖIN Kävelee silloin tällöin päivän aikana ilman apua tai auletta, mutta hyvin lyhyitä matkoja. Viettää enimmäkseen ajastaan sängyssä tai tuolissa.	4. KÄVELEE SÄÄNNÖLLISESTI Kykenee merkittäviin ja toistuviin asennonmuutoksiin ilman ulkopuolista apua.
LIIKKUVUUS Kyky muuttaa ja hallita kehon asentoa	1. EI PYSTY LAINKAAN ILMAN APUALIUKKUMAANTAI LIIKUTTAMAAN RAAJOJAAN.	2. ISTUMAKYKYINEN Kykenee satunnaisesti liikuttamaan vähän kehoaan tai raajojaan, muttei kykene toistuviin merkityksellisiin asennonmuutoksiin ilman apua.	3. LIIKKUMINEN VÄHÄN RAJOITUNUTTA. Kykenee itsenäisesti toistuviin, vaikkakin vähäisiin, kehon tai raajojen asennonmuutoksiin.	4. LIIKKUMINEN NORMAALIA Kykenee merkittäviin ja toistuviin asennonmuutoksiin ilman ulkopuolista apua.
RAVITSEMUS Perusruokamäärän saanti	1. HYVIN HUONO Ei syö koskaan koko ateriaa. Harvoin syö 1/3 tarjotusta ruoasta. Syö kaksi annosta (liha- tai maitotuotteet) tai vähemmän proteiinia päivässä. Ei ota nestemäisiä lisäravintovalmisteita. TAI Ei syö mitään muuta kuin kirkkaita nesteitä suun kautta, tai on täydellinen parenteraalinen ravitsemus yli 5 vrk.	2. TODENNÄKOISESTI RIITTÄMÄTÖN Syö harvoin koko ateria ja syö yleensä vain 1/2 tarjotusta ruoasta. Syö vain kolme annosta (liha- tai maitotuotteet) proteiinia päivässä. Ottaa silloin tällöin lisäravintovalmisteita. TAI Ei saa normaalia määrää ravintoa nestemäisestä tai ravinnonsiirtoleikuroasta.	3. RIITTÄVÄ Syö yli puolet aterioista. Syö neljä annosta proteiinipitoista ruokaa päivässä (liha- tai maitotuotteet). TAI Saa ravintonsa ravintonsiirtoleikun kautta tai suonensisäisesti, jolloin mahdollisesti ravitsemustarpeen saanti on riittävä.	4. ERINOMAINEN Syö suurimman osan jokaisesta aterialta. Syö aina tarjotut ateriat. Syö yleensä 4 annosta liha- tai maitotuotteita. Ei tarvitse lisäravintovalmisteita.
KUDOKSEN VENYMINEN JA LEIKKAUSVOIMAT	1. MERKITTÄVÄ ONGELMA Tarvitsee paljon apua liikkamisessa. Nostaminen on mahdotonta ilman liu'uttamista lakanoita vasten. Valahtaa usein kasaan tuolissa tai sängyssä istuessa eikä pysty itse korjaamaan asentoaan. Kudoksiin kohdistuu jatkuvaa venytystä ja hankausta spastisuuden, kontraktuuran tai levottomuuden vuoksi.	2. MAHDOLLINEN ONGELMA Liikkuu sujuvasti tai tarvitsee vain vähän apua liikkumiseen. Liikkuessa iho luultavasti hankautuu lakanoita, tuolia, laitoja tai muita apuvälineitä vasten. Pystyy pitämään suhteellisen hyvin asennon tuolissa tai sängyssä. Mahdollisesti silloin tällöin valuu kuitenkin jossakin määrin kasaan.	3. EI HAVAITTAVAA ONGELMAA Liikkuu sängyssä tai tuolissa itsenäisesti ja omaa riittävästi lihasvoimia itsensä nostamiseen, ei hankausta siirryttäessä toiseen asentoon. Ylläpitää hyvin asennon vuoteessa ja tuolissa.	PISTEMÄÄRÄT Riski on olemassa: 15 - 18 Riski on kohtalainen: 13 - 14 Riski on suuri: 10 - 12 Riski on erittäin suuri: < 9

Kuva 4. Braden riskiluokitusmittari. (icf.fi 2024)

Painehaavan riskinarviointi tulee tehdä validoidulla mittarilla esim. Braden riskimittarilla (Kuva 4) ja kliinisesti arvioiden heti potilaan hoitoon saavuttua tai viimeistään kahdeksan tunnin kuluttua potilaan hoitoon saapumisesta. Potilailla, joille tehdään riskin arviointi sairaalaan tulovaiheessa, on pienempi todennäköisyys saada painehaava kuin potilailla, joille arviointia ei tehdä. Riskinarviointi toistetaan tarvittaessa, mikäli potilaan tilassa tapahtuu mikä tahansa merkittävä muutos. Kattava ihon arviointi lisätään osaksi riskinarviointia, jotta ehyen ihon kaikki muutokset tulevat

arvioituiksi. Potilailla, joilla on uloste- tai virtsainkontinenssi, on suurentunut riski saada painehaava. Painehaavariskipotilaalle tulisi tehdä aina painehaavanehkäisy suunnitelma. Pelkästään riskinarvioinnin teko ei estä painehaavan syntyä. (Hotus-hoitosuositus 2023.)

Riskinarvioinnin tulee sisältää aktiivisuuden, liikuntakyvyn, ihon kunnon arvioinnin ja verenkierron tarkastelun. Liikkumattomuus ja liikunnan vähäisyys ovat merkittäviä riskitekijöitä painehaavan syntymiseen. Vuoteessa ja/tai tuolissa pääasiallisesti olevilla potilailla on suuri riski painehaavan kehittymiselle. Riskinarvioinnissa huomioidaan asentohoidon lisäksi myös potilaan riittävä ravitsemus, makuu- ja istuinalustat sekä hyvä ihonhoito. Huomioidaan seuraavien tekijöiden vaikutus painehaavariskiin: verenkierto ja hapettuminen, huono ravitsemustila ja ihon kosteuden lisääntyminen. Huomioidaan potilaan painehaavanriskiin mahdollisesti muita vaikuttavia tekijöitä: kehon lämpötilan nousu, korkea ikä, tuntoaistin heikkeneminen, veriarvojen muutokset (esimerkiksi alhainen Hb ja albumiini) ja yleinen terveydentila sekä esimerkiksi kortikosteroidi-lääkityksen käyttö. Painehaavanriskiin vaikuttavia tekijöitä voivat olla myös pidentynyt hoitoon pääsaika ja vakavat perussairaudet, kuten diabetes, perifeerinen laskimosairaus tai dementia. (Hotus-hoitosuositus 2023.)

3.1 Ihon hoito, seuranta ja arviointi

Ihon kuntoon ja toimintaan vaikuttavat iän lisäksi erilaiset sisäiset ja ulkoiset tekijät, kuten perussairaudet, lääkkitykset, ravitsemus, tupakointi ja UV-säteily. Ensimmäiset ikään liittyvät muutokset ihossa tulevat noin 30 vuoden iässä, jolloin iho alkaa ohentumaan, löystymään ja muuttumaan hauraammaksi ja kuivemmaksi. Muun muassa ihonalainen rasvakerros ohenee iän myötä, mikä edistää ihovaurion riskiä. (Juutilainen ym. 2018, 25.)

Ihon kunnon arviointia tulisi tehdä päivittäin, alkuvaiheen muutokset ihossa tulisi havaita ajoissa, jotta painehaavaa ei pääsisi syntymään. Tarkkailussa tulisi huomioida ihon paikallinen punoitus ja sen vaaleneminen painettaessa, kuumotus, turvotus, ihonalaisen kudoksen kovettuminen, pinnalliset ihovauriot, kuten hiertymät, rikkeymät ja rakkulat sekä ylimääräinen kosteus iholla. (Juutilainen ym. 2018, 326.)

Kaiken asteisissa painehaavoissa on olennaisinta minimoida ja poistaa paine kaikkia ehkäisyssä käytettäviä toimenpiteitä soveltaen (asentohoito, erikoispatjat, istuintyynt). Ensimmäisen as-

teen painehaavoissa punoittavia alueita ei saa hieroa, hieronta voi aiheuttaa lieviä kudonvaurioita. Toisen, kolmannen ja neljännen asteen painehaavoissa on tärkeää suojata ihoalue hankaukselta, kosteudelta ja infektoitumiselta. (Painehaavan ehkäisy ja hoito 2020.)

3.2 Ravitseminen

Huonoa ravitsemustilaa on pidetty yhtenä riskitekijänä painehaavan muodostumiselle, eritoten vanhuksilla. Hyvää ravitsemustilaa ja ravitsemuksen optimointia myös lisäravinteita käyttäen pidetään hyödyllisenä painehaavojen estossa ja hoidossa. (Painehaava - esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. 2010, 261.) Ravitsemushoidon tulee olla kiinteä osa muuta hoitoa ja ravitsemustilaa tulisi arvioida kaikilta painehaavariskipotilailta. Vajaaravitsemuksen riskin arvioinnissa olennaista on tietää potilaan paino ja sen mahdollinen muutos vuosien aikana. Tärkeää on huomioida, että lihavakin potilas voi kärsiä vajaaravitsemuksesta, jos ravinto on yksipuolista. (Juutilainen ym. 2018, 90.)

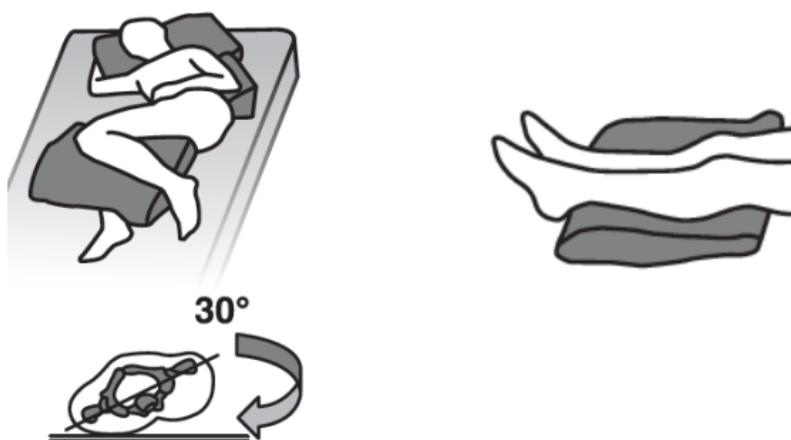
Ravitsemustilan arviointimenetelmänä voi käyttää avoterveydenhuollossa esimerkiksi Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) seulontamenetelmää, jossa huomioidaan potilaan painoindeksi (BMI), painonlasku edellisten 3–6 kk aikana ja akuutti sairauden vaikutus ravinnon saamiseen. Kaksivaiheinen Nutritional Risk Screening (NRS) on kehitetty erikoissairaanhoidon, siinä alkuseulonnassa huomioidaan potilaan painoindeksi, painonlasku edellisten kolmen kuukauden aikana, syödyn ruoan väheneminen edeltävän viikon aikana ja potilaan sairaus. Varsinaisessa seulonnassa huomioidaan potilaan ravinnonsaanti, painonlasku ja BMI yhdistyneenä potilaan heikentyneeseen yleistilaan, sairauden vakavuus ja potilaan ikä, jos potilas on yli 70-vuotias. Vähintään kolme pistettä saaneelle potilaalle tulee tehdä ravitsemushoitosuunnitelma. Kolmas vajaaravitsemuksen arviointimenetelmä on Mini Nutritional Assessment (MNA), joka on kehitetty varsinkin ikääntyneiden potilaiden arviointiin. (Juutilainen ym. 2018, 90.)

Riittävän energiansaanti on oleellista ravitsemuksessa, kuten myös vitamiinien, hivenaineiden ja proteiinien riittävä saanti. Päivittäinen energiantarve terveellä ihmisellä on n. 30–35 kcal/kg, monisairailta haavapotilailta päivittäisen ravinnon energiamäärä pitäisi olla 35–40 kcal/kg. Yö paasto ei tulisi olla yli 10–11 h varsinkaan vajaaravituilla tai vajaaravitsemusriskipotilailta, koska liian pitkä yö paasto voi aiheuttaa yöllistä kataboliaa lihaksissa. Jos ruokahalu on huono potilaalla, hänelle tulee tarjota runsasenerginen ja –proteiininen vaihtoehto sekä klinisiä täydennysravintotuotteita. (Juutilainen ym. 2018, 93.)

Haavapotilaiden tulisi saada ruoasta riittävästi energiaa, proteiineja, nesteitä sekä välttämättömiä suojaravintoaineita haavan paranemiselle (mm. A-, C- ja D-vitamiineja, sinkkiä). Nesteen perustarve potilaalla on 30–35 ml/kg/vrk ja runsaasti erittävän haavan aiheuttama nesteenmenetys on korvattava. Proteiinintarve haavapotilailla on 1,25–1,5 g/kg/vrk ja isojen, laajojen ja runsaasti erittävien haavojen proteiinintarve on 1,5–2,0 g/kg/vrk. (Ravitsemushoitosuositus 2023.)

3.3 Asentohoito

Säännölliset asennonmuutokset ehkäisevät painehaavoja. Säännöllinen asentohoito, esimerkiksi kahden tunnin välein, on yhteydessä alhaisempaan painehaavojen esiintymiseen. (Kuva 5) Kaikilla potilailla ei toimi samanlainen kevennys, ja on tärkeää huomioida jokaisen yksilöllinen anatomia. Asennonvaihtojen tiheys ja arvio asennonvaihdon onnistumisesta kirjataan potilasasiakirjoihin. Potilaan aktiivisuustaso sekä kyky itse vaihtaa asentoa helpottaa asennonvaihtotiheyden ja potilaan avun tarpeen määrittämistä. Levottomasti asentoa vaihtavan henkilön iho saattaa vahingoittua. (Hotus-hoitosuositus 2023.)



Kuva 5. Painehaavoja ehkäisevä asentohoito. (Haavatalo)

3.4 Apuvälineet

Vaihtuvapaineisten ilmapatjojen käytöstä painehaavojen ehkäisyssä on ristiriitaista näyttöä. Tutkimusnäyttö kuitenkin osoittaa, että niitä voidaan käyttää potilailla, joilla on riski saada painehaavoja. Tärkeintä on kuitenkin asennonvaihdot patjasta riippumatta. (Hotus-hoitosuositus 2023.)

Kudokseen kohdistuvaa painetta vähentäviä makuualustoja, petauspatjoja, patjoja ja integroituja sänkykokonaisuuksia on olemassa useita, sekä staattisia (erikoisrakenteita ja -täytteitä) että dynaamisia. Näissä painetta säädetään esimerkiksi muuttamalla ilmapatjan kennostojen painetta pumppuyksikön avulla. Useissa tutkimuksissa myös tavallista tiheämpi ja paksumpi lampaantalja sekä erikoisrakenteiset vaahtomuoviset petauspatjat ja patjat ovat toistuvasti vähentäneet painehaavojen esiintymistä. Neljästätoista dynaamisia ja staattisia makuualustoja ja patjoja vertaillevassa tutkimuksessa ainoastaan kolmessa havaittiin dynaaminen paremmaksi ja yhdessä molemmat paremmaksi kuin tavallinen sairaalapatja. O:n ja U:n muotoisten renkaiden tai tukien käyttö paineen alennukseen ja kohdepaikan hieronta ovat vahingollisia. (Painehaava - esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy 2010, 261.)

Vuonna 2006 Englannissa julkaistussa suuressa monikeskustutkimuksessa vertailtiin vaihtuvapainaisia patjoja ja petauspatjoja - molemmat teknologiat olivat yhtä tehottomia painehaavojen estossa. Tutkimuksessa puolet potilaista tuli sairaalaan akuutin syyn vuoksi ja näille potilaille syntyi uusia painehaavoja viisi kertaa enemmän kuin suunnitellusti sairaalaan tulleille. Tämän lisäksi uuden painehaavan syntymistä ennustivat aikaisempi painehaava, ikä, hemoglobiinipitoisuus, diabetes ja se, että potilas oli sairaalahoidossa. (Painehaava - esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy 2010, 261.)

3.5 Kirjaaminen

Hoitotyön kirjaamisen tarkoituksena on potilaan laadukas ja turvallinen hoito. Potilasasiakirjoihin kirjaamisella varmistetaan hoitoprosessin asianmukainen toteutus, seuranta ja jatkuvuus. Potilaan oikeusturva ja tiedonsaantioikeus turvataan kirjaamisella. (L 785/1992.)

Rakenteinen kirjaaminen edistää yhdenmukaista kirjaamista painehaavoista ja näin edistää hoidon tulosten seuranta ja tehokkuutta. Jokin painehaavan riskiarviomittareista tulisi olla hoitohenkilökunnalla käytössä ja sen käyttöön olisi hyvä saada koulutusta. Potilaan hoitosuunnitelmaan kirjataan ennaltaehkäisevät hoitotoimet sekä painehaavariskin arvioinnin tulokset. Painehaavojen ehkäisyä edesauttavat toimivat tietojärjestelmät, hyvin suunnitellut kirjaamistavat sekä painehaavojen valokuvaus ja dokumentointi potilastietoihin. Potilaalle tullut painehaava on haittatapahtuma, joka voidaan tulkita myös potilasvahingoksi. Painehaavasta tulee tehdä aina HaiPro-ilmoitus. (Hotus-hoitosuositus 2023.)

Potilasturvallisuus sisältää sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan toimintoja ja periaatteita, joiden kautta varmistetaan hoidon ja palveluiden turvallisuus sekä suojataan potilasta vahingoittumiselta. Turvallisuudella tarkoitetaan myös tilojen, laitteiden ja tietojärjestelmien sekä tarvikkeiden ja lääkkeiden asianmukaista ja turvallista käyttöä ja toimivaa tiedonkulkua. Näyttöön perustuva potilasturvallisuustyön tehtävänä on edistää turvallisuutta kaikessa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnoissa. Näillä toimilla ehkäistään järjestelmään liittyvät virheet ja ne myös tukevat hoitohenkilökunnan mahdollisuuksia tehdä työnsä laadukkaasti. (Asiakas- ja potilasturvallisuus 2022.)

4 TARKOITUS/ TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena on suunnitella, toteuttaa ja arvioida (=tuottaa) painehaavojen ehkäisemiseksi työkalukortti, jolla helpotetaan painehaavojen ennakoinnin muistamista ja mieleen palauttamista. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietämystä painehaavojen synnystä ja niiden ehkäisystä Raahen sairaalan osastoilla. Opinnäytetyö rajattiin käsittelemään ainoastaan painehaavan ehkäisyä.

Tutkimuskysymyksinä opinnäytetyössä ovat:

1. Mitä painehaavojen ennaltaehkäisyn työkalukortin tulee sisältää?
2. Millainen painehaavoja ennaltaehkäisevä työkalukortti edistää painehaavojen ehkäisyä hoitotyössä?

5 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

Tuotekehitys etenee prosessina, josta voidaan erottaa viisi eri vaihetta: ongelman tai kehittämistarpeen tunnistaminen, ideointi ratkaisujen löytämiseksi, tuotteen luonnostelu, kehittäminen ja lopuksi viimeistely. Tuotekehittäminen on useiden asiantuntijoiden ja tahojen välistä yhteistyötä. (Jämsä & Manninen 2000, 28.)

Ongelmien ja kehittämistarpeiden tunnistaminen lähtee usein asiakas- tai potilastyytyväisyyskyselyistä, joista nousee esiin kehittämistarpeita joko organisaatioon tai palvelumuotoihin. Myös erilaiset tilastot toiminnasta, palvelujen käytön määrästä, kustannuksista, epäkohdista ja virheistä tukevat ongelman tunnistamista. Tavoitteena on usein jo käytössä olevien palvelumuotojen parantaminen tai tuotteen kehittäminen paremmaksi, jos nämä eivät vastaa enää tarkoitustaan. Tavoitteena voi olla myös täysin uuden palvelun tai tuotteen kehittäminen vastaamaan nykyistä tarvetta. (Jämsä ym. 2000, 29–30.)

Ideointivaiheessa käynnistetään ideointiprosessi eri vaihtoehtojen löytämiseksi. Jos kyseessä ei ole jo valmiin tuotteen tai palvelun uudistaminen, voidaan ottaa käyttöön luovan toiminnan ja ongelmanratkaisun menetelmiä, kuten aivoriihi ja tuplatiimi. Ratkaisuja voidaan löytää myös palauteita ja aloitteita keräämällä ja tallentamalla niitä ideapankkiin. Ideointiprosessin tuotoksena saadaan tuotekonsepti, eli esitys, millainen palvelu tai tuote on asianmukaisin ja käyttökelpoisin. (Jämsä ym. 2000, 35–40.)

Luonnosteluvaiheessa tehdään analyysi siitä, mitkä eri tekijät ja näkökohdat vaikuttavat tuotteen tai palvelun suunnitteluun ja valmistukseen, sekä rahoitusvaihtoehdot ja -lähteet. Tuotteen tai palvelun laatu turvataan käymällä kaikki osa-alueiden ydinkysymykset ja näkökohdat läpi ja optimoidaan ne tukemaan toisiaan. Selvitetään suunniteltavan tuotteen tai palvelun ensisijaiset hyödynsaajat ja millaisia he ovat palvelun tai tuotteen käyttäjinä. Sidosryhmien näkökohtien selvittäminen eli moniammatillisuus kuuluu olennaisena luonnosteluvaiheeseen, silloin käydään läpi eri ammattiryhmien ja yhteistyötahojen näkemykset ja ehdotukset tuotteesta tai palvelusta. (Jämsä ym. 2000, 43–51.)

Tuotteen kehittämissä vaiheissa edetään luonnosteluvaiheesta valittujen ratkaisujen, periaatteiden, rajausten ja moniammatillisen yhteistyön mukaisesti. Tuotteen valmistamisen ensimmäinen työvaihe on työpiirustusten tekeminen. Jos tuotteen keskeinen ominaisuus on sen välittämä infor-

maatio, asiasisällöstä laaditaan jäsentely. Monet terveyden- ja sosiaalihuollon tuotteet ovat tarkoitettu informaation välitykseen joko asiakkaille, henkilökunnalle tai yhteistyötahoille, keskeisin sisältö muodostuu tosiasioista, jotka tulisi kertoa mahdollisimman täsmällisesti, ymmärrettävästi ja ottaen huomioon vastaanottajan tiedontarve. Esimerkiksi painotuotteen, kuten ohjelehtisen tai työkalukortin varsinaisessa tekovaiheessa tehdään lopulliset valinnat tuotteen sisältöön ja ulkoasuun. Sisällön valinta riippuu siitä, kenelle ja missä tarkoituksessa tietoa välitetään. (Jämsä ym. 2000, 54–56.)

Kehittelyn eri vaiheissa tarvitaan palautetta ja arviointia esim. koekäyttäjiltä, jotka voivat koostua tuotteen tilaajista ja asiakkaista, tai tuotteen loppukäyttäjistä, jotka eivät tunne tuotetta ennestään. Koekäyttötilanteiden tulisi olla mahdollisimman todellisia arjen tilanteita ja rinnalla tulisi käyttää mahdollista vanhaa tuotetta. Vertailussa tuotteen edut ja puutteet korostuvat, jolloin saadaan palautetta korjaamis- ja kehittämistarpeisiin. Saatujen palautteiden pohjalta tuotteen tai palvelun viimeistely käynnistyy, jolloin hiotaan yksityiskohtia, laaditaan käyttö- tai toteutusohjeita ja suunnitellaan huoltoa tai päivittämistä jatkossa. Myös tuotteen jakelun suunnittelu sisältyy viimeistelyvaiheeseen, mietitään markkinointia ja miten turvataan tuotteen käyttöönotto. (Jämsä ym. 2000, 80–81.)

Opinnäytetyössä ongelman tai kehittämistarpeen tunnistaminen lähti Raahen sairaalan osasto 6 henkilökunnalta, koska painehaavat olivat yleistyneet potilailla, työ osastoilla oli kiireistä ja potilaiden toimintakyky oli usein vaihtelevaa. Saimme ehdotuksen opinnäytetyöhön, millä tavalla painehaavojen syntyä voisi ehkäistä ja miten voitaisiin helpottaa hoitajien painehaavariskin arviointia.

Ideointivaiheessa ratkaisujen löytämiseksi pidimme usean aivoriihen yhdessä, jossa heitimme ilmoille ideoita ja aluksi suunnittelimme painehaavaopasta tai posteria osastolle sekä rajasimme aihetta ennaltaehkäisyyn. Mietimme kuitenkin, onko opas tai posterit tarpeeksi tehokas työväline painehaavojen ehkäisyssä. Silloin saimme idean, että teemme työkalukortin, jota hoitaja voisi kantaa mukanaan ja tarkistaa tärkeimmät asiat, miten painehaavan riski tunnistetaan, painehaavojen yleisimmät paikat kehossa, ja muistutus asentohoidon tärkeydestä. Jätimme painehaavojen hoidon kokonaan pois tuotteen suunnittelusta, koska halusimme panostaa ennakointiin, ettei painehaavoja ehtisi syntyä potilaille.

Tuotteen luonnosteluvaiheessa haimme näyttöön perustuvaa tietoa painehaavoista ja niiden synnystä, joiden pohjalta valitsimme tärkeimmät tiedot työkalukorttiin. Meillä molemmilla on pitkä työura takana vanhuspuolella, joten painehaavat ja niiden syntyminen olivat meille molemmille

tuttuja. Mietimme luonnosteluvaiheessa, millaisen työkalukortin olisimme itse tarvinneet vanhusten hoidossa. Työkalukortin suunnittelimme Canva-kuvankäsittelyohjelmalla, joka on graafiseen suunnitteluun tarkoitettu helppokäyttöinen ja ilmainen verkkosivusto. Se oli toiselle meistä tuttu suunnitteluohjelma, joten helppokäyttöisyytensä ja edullisuuden vuoksi ohjelma valikoitui käyttöömmme. Teimme työkalukortista selkeän ja helposti luettavan, pohjaväriä oli valkoinen ja tekstit olivat mustalla. Fonttina Buenard Black, koko 9,6–12. Painehaavojen paikat -kuvassa on väreinä vihreä ja violetti. Braden riskiluokitusmittari oli vaaleanvihreällä pohjalla, mutta tulostaessa huomasimme värin tekevän tekstistä epäselvän, sekä saatujen palautteiden perusteella, vaihdoimme pohjaväriä valkoiseksi. Ajatuksena oli aluksi tehdä kortista kaksipuolinen, mutta korttia luonnostellessamme huomasimme tarvitsevamme lisää tilaa ja Braden riskiluokitusmittarin ollessa tärkeä osa korttia, muutimme suunnitelmaa ja teimme työkalukortista taitettavan, jolloin saimme keskiaukeamalle mahtumaan hyvin Braden riskiluokitusmittarin.

Kehittelyvaiheessa työkalukortti (LIITE 1) oli hoitajilla koekäytössä 8.1–4.2.2024 välisen ajan. Veimme 8.1.2024 työkalukortit osastolle ja pidimme samalla hoitohenkilökunnalle lyhyen esittelyn opinnäytetyöstämme sekä työkalukortin käytöstä. Pyysimme heitä antamaan palautetta kirjallisesti (LIITE 2). Osastolla 6 on kolme solua A, B ja C. Jokaisessa osaston solun kansliassa oli työkalukortteja, saatekirje sekä palautelomakkeet ja lomakkeille palautuskuori. Työkalukortin koekäytön aikana osastolla oli noroepidemia, joka harmiksemme vähensi työkalukortin käyttöä ja palautteiden määrää.

Viimeistelyvaiheessa muokkasimme korttia saatujen palautteiden perusteella, vaihdoimme Braden riskiluokitusmittarista kuvan selkeämpi tekstiseen, jolloin saimme tulostettua työkalukortin helpommin luettavana kuin aikaisempi kortti oli. Pohdimme myös kortissa olevia värejä punavihersokeuden kannalta, mutta päätimme jättää värit ennalleen, koska kortin voi tulostaa tarvittaessa mustavalkoisena. Lähetimme lopullisen version osastonhoitajalle ja hän halutessaan tulostaa ja laminoi kortit hoitajille käyttöön. Tilasimme myös työkalukortteja Raahen Painotalosta pienen erän (20 kpl) omakustanteisena.

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Työkalukortista saimme palautteita yhteensä kahdeksan kappaletta, palautetta antoi neljä lähihoitajaa, kolme sairaanhoitajaa ja yksi sairaanhoitajaopiskelija, joka lasketaan näissä palautteissa sairaanhoitajaksi. Palautetta antaneista lähihoitajista puolet olivat käyttäneet korttia hyödyksi työssään, sairaanhoitajista yksi ei ollut käyttänyt korttia työssään. Palautusprosentiksi muodostui 30 % osaston hoitajista.

Lähihoitajien palautteista, jotka eivät käyttäneet korttia hyödyksi työssään mutta olivat katsoneet sitä, nousi esille kortin koko, se ei mahtunut rintataskuun sekä teksti oli liian pientä tai suttuista, sekä kortti voisi olla värikkäämpi ja houkuttelevampi. Hyvänä koettiin, että kortista löytyivät perusasiat ja että asiasta muistutettiin. Ne lähihoitajat, jotka käyttivät korttia, kokivat kortista olevan hyötyä. Korttia oli käytetty ihon kunnon arvioimisessa ja asentohoidon toteuttamisessa, sekä paljon avustamista tarvitsevan kotiutuvan potilaan painehaavariskin arvioinnissa. Osa koki kortin koon sopivana sekä kortin sisältämän ajatuksen hyvänä, ja kokivat, että hyvä olisi muistaa ulkoa asiat, jottei korttia tarvitsisi pitää mukana / kädessä. Braden riskiluokitusmittarin pisteiden laskuun toivottiin ohjetta, sekä selvyttä siihen, minne pisteet tulisi kirjata.

Sairaanhoitajista yksi ei ollut ehtinyt käyttää työkalukorttia hyödyksi työssä, mutta oli ehtinyt kuitenkin tutustua korttiin ja koki, että kortista olisi hieman hyötyä työssä. Hänestä tekstin fontti oli liian epätarkka, mutta korttiin oli koottu hyvin ja tiiviisti asiat sekä kortti oli helppokäyttöinen. Kortti oli hänen mielestään sopivan kokoinen. Braden riskiluokitusmittari sai plussaa. Sairaanhoitajat, jotka käyttivät työkalukorttia, katsoivat yleisimpiä riskipaikkoja painehaavoille kortin kuvista, asentohoito-ohjeita sängyssä hoidettavalle potilaalle sekä yleisesti muistin virkistykseksi. Hyvää palautetta sai kortin etu- ja takakansi, teksti oli tiivistä ja kuvat selkeät. Keskiarkeaman Braden riskiluokitusmittari oli sumea ja haastava lukea. Kortin koko oli liian iso ja fontti liian pientä, kehittämisideana oli yksinkertaisempi kortti.

Palautteiden perusteella muokkasimme kortin keskiarkeaman Braden riskiluokitusmittarin tekstiä selkeämmäksi ja kortin kokoa hieman pienemmäksi. Kuvista saadun positiivisen palautteen perusteella jätimme ne ennalleen. Lähetimme lopullisen version osastonhoitajalle ja hän halutesaan tulostaa ja laminoi kortit hoitajille käyttöön. Tilasimme työkalukortteja Raahen Painotalosta pienen erän (20 kpl) omakustanteisena.

Kokemustemme ja saamiemme palautteiden perusteella hyvä painehaavoja ennaltaehkäisevä työkalukortti on taskuun sopiva, selkeä ja helposti luettavissa. Työkalukortin tärkeimmät asiat ovat selkeät kuvat painehaavojen paikoista ja asentohoidosta sekä Braden riskiluokitus taulukko. Myös erillinen ohjeistus työkalukortin käytöstä ja painehaavanriskin kirjaamisesta olisi tarpeellinen. Pelkästään työkalukortin olemassaolo ei edistä potilasturvallisuutta, tärkeimmässä asemassa ovat asentohoidosta huolehtiminen ja riskiluokituksen tekeminen sekä sen kirjaaminen potilasasiakirjoihin.

Toimiva työkalukortti ja sen säännöllinen käyttö edistää potilasturvallisuutta, hoitotyön sujuvuutta ja ehkäisee painehaavojen syntyä, jolloin osastojaksot potilailla voivat parhaassa tapauksessa lyhentyä.

7 POHDINTA

Opinnäytetyön suunnittelun aloitimme hyvissä ajoin keväällä 2023. Aihetta miettiessämme keskustelussa nousi esille painehaavat, joista aluksi ajattelimme tehdä painehaavaoppaan tai posterin osastolle. Innostuimme ajatuksesta, mutta rajasimme aiheen painehaavojen ehkäisyyn ja samalla saimme idean tehdä työkalukortin hoitajille, jos sillä saisimme ehkäistyä painehaavojen syntymistä. Painehaavojen synnystä ja ehkäisystä teoriaan löytyi paljon kirjallisia teoksia ja sähköisiä artikkeleita, joten sen kirjoittaminen tuntui helpoimmalta opinnäytetyössä. Työkalukortti laadittiin ilmaisella Canva-ohjelmalla, joka oli myös helppokäyttöinen. Työkalukortista saimme harmiksemme todella vähän palautetta osastolta. Työkalukortin koekäyttöaikaa olisi voinut jatkaa parilla viikolla, ilman että opinnäytetyön aikataulu olisi tästä kärsinyt.

7.1 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat mm. uskottavuus, siirrettävyys ja vahvistettavuus. Tutkimuksen uskottavuus määräytyy sen mukaan, miten luotettavuus, jonka osatekijöitä ovat totuusarvo, sovellettavuus, pysyvyys ja neutraalisuus toteutuvat, sekä vastaavatko tutkijan tekemä käsitteellistäminen ja tulkinta tutkittavien käsityksiä. Myös tutkimukseen osallistuneiden riittävä kuvaus ja arvio kerätyn aineiston totuudenmukaisuudesta vaikuttaa uskottavuuteen. Tutkimustulosten siirrettävyys toiseen kontekstiin riippuu siitä, miten samankaltainen tutkittu ympäristö ja sovellusympäristö ovat. Vahvistettavuus varmistetaan erilaisten tekniikoiden avulla, tutkimuksen totuusarvo ja sovellettavuus sekä tehdyt ratkaisut esitetään niin seikkaperäisesti mutta selkeästi, että lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä ja arvioimaan sitä. (Tuomi & Sarajärvi 2017.)

Opinnäytetyössämme uskottavuutta lisää tutkittuun tietoon perustuvat lähteet, joita etsimme kriittisesti ja uusimpia artikkeleita ja teoksia. Käyttämämme kuvat löytyvät avoimesta verkosta, jotka ovat kaikkien saatavilla. Työkalukortissa käytetyt kuvat ovat samat kuin opinnäytetyössä, jolloin kuvien lähteet löytyvät lähdeluettelosta. Toisen opinnäytetyön tekijän työskentely osastolla ei vaikuttanut tuloksiin virheellisesti. Työkalukortin koekäyttö lisäsi opinnäytetyön uskottavuutta.

Opinnäytetyön tuotoksena tehty työkalukortti on suunniteltu osasto 6:n kanssa, mutta on tarkoitettu kaikkien Raahan sairaalan osastojen käyttöön. Kaikilla osastoilla hoidetaan potilaita, joilla

voi olla suurentunut painehaavariski toimintakyvyn heikentyessä, jolloin hoitajat voivat hyödyntää työkalukorttia arvioidessa potilaan painehaavariskiä.

Vahvistettavuus ilmenee opinnäytetyössä tekstin selkeytenä ja sujuvuutena, joten opinnäytetyöprosessia on lukijan helppo seurata. Prosessin eri vaiheet on myös kuvattu opinnäytetyössä.

Opinnäytetyösuunnitelman alussa teimme toimeksiantosopimuksen Raahan sairaalan osasto 6:n osastonhoitajan kanssa. Tutkimuslupahakemuksen teimme Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen eli Pohteen kanssa, jonka allekirjoitti hoitotyön johtaja keväällä 2023. Toimeksiantaja on ollut mukana opinnäytetyöprosessissa, olemme tavanneet toimeksiantajaa osastolla sekä olemme olleet yhteydessä sähköpostitse. Yhteistyötä olemme tehneet myös ohjaavan opettajan kanssa säännöllisin väliajoin ja olemme olleet tyytyväisiä koululta saamaamme tukeen opinnäytetyöprosessissa.

7.2 Eettisyys

Tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava, sekä sen tulokset ovat uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tiedevilpin määrittelyssä, epäilyjen tutkinnassa ja sanktioiden määräämisessä toimintalinjoja on kaksi: lakiin perustuva malli ja tiedeyhteisön itsesääntelymalli. Suomessa on käytössä itsesääntelyjärjestelmä, joka perustuu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) laatimaan kansalliseen ohjeeseen hyvän tieteellisen käytännön (HTK) loukkausten tunnistamisesta ja tutkinnasta. (Tiedevilppi 2021.)

Teimme opinnäytetyömme eettisten ohjeiden mukaisesti, lähdeviittaukset ja lähdeluettelon kirjassimme Kajaanin ammattikorkeakoulun APA6-ohjeella. Tutkimustulokset ja työkalukortista saamamme palautteet kirjassimme opinnäytetyöhön totuudenmukaisina mitään muokkaamatta. Palautelomakkeissa ei näy henkilötietoja ja käsittelimme dokumentteja aineistohallintasuunnitelman mukaisesti sekä eettisesti. Palautelomakkeet säilytimme lukitussa laatikossa ja hävitimme ne opinnäytetyön valmistuttua tietoturvajätteenä.

7.3 Ammatillinen kehittyminen

Ammatillinen kehittyminen on jatkuva itsensä kehittämisen ja uusien asioiden oppimisen prosessi. Valmistuessamme sairaanhoitajiksi olemme saaneet työkalut, joilla tehdä sairaanhoitajan työtä,

mutta matka asiantuntijaksi on vasta alussa. Ajan myötä tiedot ja taidot sekä kokemukset karttuvat. Hoitoala kehittyy jatkuvasti, joten meidän täytyy pysyä kehityksen mukana. Opinnäytetyö kehitti myös vuorovaikutus- ja yhteistyötaitoja, välillä oli raskasta yhdistää molempien aikatauluja opintojen, töiden ja perheen kanssa.

Suomessa sairaanhoitajatutkintoa säätelee kansallisen lainsäädännön ohella EU-direktiivi (2013/55/EU). Yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoitajan opintojen laajuus on 180 op, joka sisältyy EU:n jäsenvaltioiden sairaanhoitajakoulutukseen. Meillä Suomessa sairaanhoitajakoulutuksen laajuus on 210 op. Osaamisvaatimukset on jaoteltu eri kompetensseihin: ammatillisuus ja eettisyys, asiakaslähtöisyys, kommunikointi ja moniammatillisuus, terveyden edistäminen, johtaminen ja työntekijyysosaaminen, informaatioteknologia ja kirjaaminen, ohjaus- ja opetusosaaminen sekä omahoidon tukeminen, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta, tutkimustiedon hyödyntäminen ja päätöksenteko, yrittäjäyys ja kehittäminen, laadun varmistus, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä ja potilas- ja asiakasturvallisuus. (Osaamisen ja arvioinnin yhtenäistäminen sairaanhoitajakoulutuksessa –YleSHarviointi-hanke 2020, 3–8.)

Kompetensseista eli osaamisalueista opinnäytetyöprosessi kehitti etenkin potilasturvallisuuden huomioimista, terveyden edistämisen osaamista ja tutkimustiedon hyödyntämistä. Painehaavojen ennaltaehkäisy liittyy olennaisesti potilasturvallisuuden edistämiseen ja tämä on mielestämme yksi tärkeimmistä kompetensseista. Potilasturvallisuuden parantamisessa kehityimme painehaavariskin arvioimisessa ja suunnittelimme kirjaamisen kehittämistä potilasasiakirjoihin. Osastonhoitajan kanssa olemme sopineet Braden riskiluokitusmittari-kohdan lisäämisestä kirjaamisen fraaseihin, jonka päivitys tehdään kesän aikana, kun olemme osastolla töissä. Terveyden edistämisen osaaminen vahvistui, koska opimme painehaavojen ennaltaehkäisykeinoista ja niiden merkityksistä. Tutkimustiedon hyödyntäminen vahvistui koko opinnäytetyöprosessin aikana. Teoriatietoa kirjoittaessa etsimme näyttöön perustuvia lähteitä, joita käytimme myös työkalukortissa.

7.4 Jatkotutkimus- ja kehittämisideat

Saamiemme palautteiden perusteella Braden riskiluokitusmittarin käyttöön toivottiin koulutusta ja kirjaamiseen ohjeistusta, tätä voitaisiin osastokokouksissa käydä yhdessä läpi ja asiasta tehdä myös kirjallinen ohje. Kehittämisideana olisi lisätä myös potilasasiakirjojen kirjaamisen fraaseihin

Braden riskiluokitus, jolloin työkalukorttia käytettäisiin säännöllisesti, kun pisteet tulisi laskea potilailta tietyin väliajoin. Jatkossa voisi tutkia, onko työkalukortti ollut käytössä hoitajilla ja kuinka sen käyttö on vaikuttanut painehaavojen ehkäisyyn, sekä ovatko painehaavat vähentyneet työkalukortin lisääntyneen käytön myötä?

LÄHTEET

Alaraajojen tukkiva valtimotauti huonontaa jalkojen verenkiertoa. (2021). Duodecim terveyskirjasto. Saatavilla 24.4.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/khp00093#s3>

Asiakas- ja potilasturvallisuus. (2022). Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla 12.5.2023. <https://stm.fi/asiakas-ja-potilasturvallisuus>

Braden riskiluokitusmittari. (2013). ICF Group Oy. Saatavilla 27.3.2024. https://icf.fi/wp-content/uploads/2022/04/Braden_kortti_11_21.pdf

European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2019). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: <https://static1.squarespace.com/sttic/6479484083027f25a6246fcb/t/6553d3440e18d57a550c4e7e/1699992399539/CPG2019edition-digital-Nov2023version.pdf>

Hotus-hoitosuositus. (2023). Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuisilla. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä: Kinnunen U, Ahtiala M, Berg L, Iivanainen A, Seppänen S, Tervo-Heikkinen T. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. (viitattu 18.1.2024). <https://www.hotus.fi/hoitosuositukset>

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. (2006). Sairauksien hoitaminen. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi.

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

Jämsä, K. & Manninen, E. (2000). Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.

L 785/17.8.1992 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L4P12-2>

Osaamisen ja arvioinnin yhtenäistäminen sairaanhoitajakoulutuksessa –YleSHarviointi-hanke. (2020). Silén-Lipponen, M. & Korhonen, T. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020111089877>

Osastonhoitajan haastattelu 24.5.2023. Raahen Sairaala osasto 6

Painehaava - esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. (2010). Soppi, E. Duodecim 126(3), 261–8. <https://www.duodecimlehti.fi/duo98591>

Painehaavan ennaltaehkäisy. (2021). Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. Saatavilla 8.5.2023. https://www.shhy.fi/wp-content/uploads/2021/11/Shhy_pdf_terveyskyla_painehaavan_ennaltaehkaisy.pdf

Painehaavat. (2023). Lääkärikirja Duodecim, Halinen, M. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00313>

Painehaavat Ennaltaehkäisy & hoito. (n.d). B. Braun. Saatavilla 27.3.2024. <https://www.bbraun.fi/fi/Terapia-alueet-ja-indikaatiot/haavanhoito/painehaavat.html>

Painehaavat eli makuuhaavat. (2019). Duodecim Terveyskirjasto. Saatavilla 29.2.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00313?q=painehaava>

Painehaavan ehkäisy ja hoito. (2020). Lääkärin käsikirja. Soppi, E. [https://www.kamk.finna.fi, Terveysportti](https://www.kamk.finna.fi/Terveysportti)

Painehaavojen hoitoon ja ennaltaehkäisyyn. (2022). Sawake. Saatavilla 27.3.2024. <https://haavatar.fi/>

Ravitsemushoitosuositus. (2023). Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-977-1>

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Suomessa. (2023). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-199-3>

Tiedevilppi. (2021). Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Saatavilla 4.5.2023. <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi>

Tuomi J. & Sarajärvi A. (2017) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

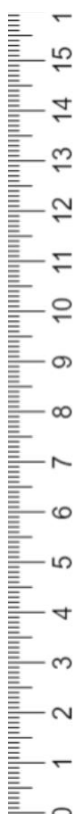
Kuva 1. Yleiset painehaavapaikat. (BBraun 2011)

Kuva 2. Painehaavan syntyyn johtava noidankehä. (Mukaillen Hotus 2023)

Kuva 3. Painehaavan eteneminen. (Haavatar 2022)

Kuva 4. Braden riskiluokitus asteikko (icf.fi 2023)

LIITE 1 Työkalukortti



Huomioitavia asioita ihon kunnossa:

- kuivuus / kosteus
- punoitus ja sen laajuus, muut värimuutokset
- kuumotus / turvotus
- arkuus / kipu
- kovettumat

Arvioi vitaalireaktio painamalla ihoa 3s ajan ja seuraa vaaleneeko painettava iho.

Huom! Jos iho ei vaalene, kyseessä on 1. asteen painehaava.

Toimenpiteet:

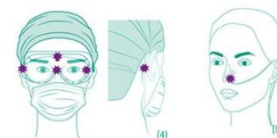
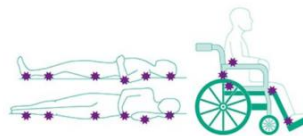
- Ihon punoitus -> asentohoito, paineen poisto alueelta
- Jatkuva punoitus -> ihon rasvaus, suojaaminen kosteudelta, välttä ihon hankaamista ja venymistä
- Painehaava -> hoitotuote

Kirjaa potilastietoihin:

- riskiluokka
- ennaltaehkäisy ja hoitosuunnitelma
- toteutuneet toimenpiteet ja niiden vaikutukset

Jos painehaava syntyy, kirjaa Haipro.

PAINEEHAAVAN EHKÄISY



- Ihon kunnan tarkistus 2-4h potilaan saapumisesta osastolle ja jokaisessa työvuorossa väh. kerran.
- Asentohoito 2 - 4h välein vuodepotilaalle, 1h välein pyörätuolissa istuvalle.



30°



Braden
painehaava
riskimittari

Tee riskiarviointi
potilaan saavuttua
osastolle 2 - 4 h
kuluessa.

Riski arvioidaan
uudelleen potilaan
tilan muutuessa /
osastohoidossa
1 x vko.

TUNTOAISTI Reagoiti paineesta johtuvaan epämukavuuden tunteeseen.	1. TÄYSIN RAJOITTUNUT Ei reagoi lainkaan kipuun (esim. ei sävähdä tai tartu kiinni) tajunnan heikentymisen tai rauhoittavan lääkityksen vuoksi. TAI Tuntopuutos rajoittunutta suurimmassa osassa kehoa.	2. HYVIN RAJOITTUNUT Reagoi vain kipuun. Pystyy ilmaiseen kivun ja epämukavuuden tunteen vain valittamalla tai rauhoittomana käytöksensä TAI Tuntopuutos rajoittaa kivun tai epämukavuuden aistimista yli puolessa kehon osista	3. HIEMAN RAJOITTUNUT Reagoi puheseen, muttei aina pysty ilmaisemaan omaa epämukavuuttaan tai tunne tarvetta vaihtaa asentoa. TAI Tuntopuutos rajoittaa kivun ja epämukavuuden tunnetta yhdessä tai kahdessa raajassa.	4. NORMAALI Reagoi puheseen. Tunto normaali. Kykenee tuntemaan ja ilmaisemaan sekä kipua että epämukavuutta. Vaih- taa itsenäisesti asentoa.
KOSTEUS Ihon kosteus	1. JATKUVASTI KOSTEA Iho pysyy koko ajan kosteana (hiki, virtsa, tms. erite). Aina potilasta liiku- tettaessa havaitaan kosteutta.	2. ERITTÄIN KOSTEA Iho on usein, muttei aina, kostea. Petivaatteet ja pyjama täytyy vaihtaa vähintään kerran jokaisen työvuoron aikana (8h).	3. SATUNNAISESTI KOSTEA Iho on ajoittain kostea. Petivaatteet ja pyjama täytyy vaihtaa kerran vuorokaudessa.	4. HARVOIN KOSTEA Iho on tavallisesti kuiva. Petivaatteet ja pyjama vaihdetaan tavanomaisin väliajoin.
AKTIIVISUUS Fyysisen toiminta kyvyn vertailuaste	1. VUODEPOTILAS Hoidetaan vuoteessa	2. ISTUMAKYKYINEN Kävelekyky huonoo tai puuttuu kokonaan. Ei pysty kannattamaan painoaan tai tarvitsee apua siirtymisessä tuoliin tai pyörätuoliin.	3. KÄVELEE SILLOIN TÄLLÖIN Kävelee silloin tällöin päivän aikana ilman apua tai autettuna, mutta hyvin lyhyitä matkoja. Viettää enemmän ajastaan sängyssä tai tuolissa.	4. KÄVELEE SAÄNNÖLLISESTI Kykenee merkittäviin ja toistuviin asennonmuutoksiin ilman ulkopuo- lista apua.
LIIKKUVUUS Kyky muuttaa ja hallita kehon asentoa	1. EI PYSTY LAINKAAN ILMAN APUALIIKKUMAAN TAI LIIKUTTA- MAAN RAAJOJAAN.	2. ISTUMAKYKYINEN Kykenee satunnaisesti liikkutamaan vähän kehoaan tai raajojaan, muttei kykene toistuviin merkityksellisiin asennonmuutoksiin ilman apua.	3. LIIKKUMINEN VÄHÄN RAJOIT- TUNUTTA. Kykenee itsenäisesti toistuviin, vaika- kkin vähäisiin, kehon tai raajojen asennonmuutoksiin.	4. LIIKKUMINEN NORMAALIA Kykenee merkittäviin ja toistuviin asennonmuutoksiin ilman ulkopuo- lista apua.
RAVITSEMUS Perusruokamää- rän saanti	1. HYVIN HUONO Ei syö koskaan koko ateriaa. Harvoin syö 1/3 tarjotusta ruoasta. Syö kaksi annosta (liha- tai maitotuotteet) tai vähemmän proteiinia päivässä. Ei ota nestemäisiä lisäravintovaimisteita. TAI Ei syö mitään muuta kuin kirkkaita nesteitä suun kautta, tai on täydellinen parenteraalinen ravitsemus yli 5 vrk.	2. TODENNÄKÖISESTI RIITTA- MÄTON Syö harvoin koko ateria ja syö yleensä vain 1/2 tarjotusta ruoasta. Syö vain kolme annosta (liha- tai maitotuotteet) proteiinia päivässä. Ottaa silloin tällöin lisäravintovaimisteita. TAI Ei saa normaalia määrää ravintoa nestemäisestä tai ravinnonsiirtolet- kuruoasta.	3. RIITTÄVÄ Syö yli puolet ateriaista. Syö neljä annosta proteiinipitoista ruokaa päivässä (liha- tai maitotuotteet). TAI Saa ravintonsa ravintosiirtolaitteiden kautta tai suonsisäisesti, jolloin mahdollisesti ravitsemustarpeen saanti on riittävä.	4. ERINOMAINEN Syö suurimman osan jokaisesta ateriaista. Syö aina tarjotut ateriat. Syö yleensä 4 annosta liha- tai maitotuotteita. Ei tarvitse lisäravinto- vaimisteita.
KUDOKSEN VENYMINEN JA LEIKKAUSVOI- MAT	1. MERKITTÄVÄ ONGELMA Tarvitsee paljon apua liikkumisessa. Nostaminen on mahdollonta ilman luuttavasti hankautuu lakanoita, tuolia, laitoja tai muita apuvälineitä vasten. Pystyy pitämään suhteellisen hyvin asennon tuolissa tai sängyssä. Mahdollisesti silloin tällöin valuu kuitenkin jossakin määrin kasaan.	2. MAHDOLLINEN ONGELMA Liikkuu sujuvasti tai tarvitsee vain vähän apua liikkumiseen. Liikkuessa iho luuttavasti hankautuu lakanoita, tuolia, laitoja tai muita apuvälineitä vasten. Pystyy pitämään suhteellisen hyvin asennon tuolissa tai sängyssä. Mahdollisesti silloin tällöin valuu kuitenkin jossakin määrin kasaan.	3. EI HAVAITTAVAA ONGELMAA Liikkuu sängyssä tai tuolissa itsenäisesti ja omasta riittävästi lihasvoimia itsensä nostamiseen, ei hankausta siirryttäessä toiseen asentoon. Ylläpitää hyvin asennon vuoteessa ja tuolissa.	PISTEMÄÄRÄT Riski on olemassa: 15 - 18 Riski on kohtalainen: 13 - 14 Riski on suuri: 10 - 12 Riski on erittäin suuri: < 9

LIITE 2 Palautelomake

**Opinnäytetyö Painehaavojen ennaltaehkäisy, työkalukortti
PALAUTEKYSELY
Johanna Patanen ja Riikka Rautio, KAMK**

1. Ammatti

- lähihoitaja
 sairaanhoitaja
 jokin muu, mikä?

2. Käytitkö työkalukorttia hyödyksi työssäsi kokeilun aikana?

- Kyllä
 En

3. Oliko kortista apua työssäsi?

- Kyllä, paljonkin!
 Kyllä, vähän.
 Ei yhtään, aivan turha!
 En tiedä.

4. Missä tilanteessa käytit korttia?

5. Mitä hyvää ja huonoa kortissa oli?

6. Mitä kehittämistä kaipaisit korttiin?

7. Vapaa sana
