



Jenni Jänkälä
Kimmo Kohonen
Tiina Tero

Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto
Sairaanhoitaja (AMK)
Sairaanhoitaja (AMK) -diakoninen hoitotyö
Opinnäytetyö, 2022

TEHOHOITOPOTILAAN PAINEEHAAVOJEN ENNALTAEHKÄISY

Toimintamalli

TIIVISTELMÄ

Jenni Jänkälä

Kimmo Kohonen

Tiina Tero

Tehohoitopotilaan painehaavojen ennaltaehkäisy -toimintamalli

45 sivua, 2 liitettä

Kevät 2022

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveystieteiden ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitaja (AMK), Sairaanhoitaja (AMK) -diakoninen hoitotyö

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä toimintamalli ja sen teorian pohjautuva posteritahohoidossa toimivien työntekijöiden avuksi ehkäisemään tehohoitopotilaan painehaavojen syntymistä sekä yhtenäistämään hoitajien toimintakäytäntöjä. Opinnäytetyön tavoitteena on, että toimintamallin ja posterin avulla voidaan tunnistaa tehohoitopotilaan painehaavariski, vähentää painehaavojen syntymistä, yhtenäistää toimintakäytäntöjä sekä tuoda uusin tutkittu teorian tieto käytännön hoitotyöhön.

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan teho- ja tehoavontaosastojen kanssa. Opinnäytetyö on kehittämispainotteinen. Opinnäytetyö toteutettiin kehittämispainotteisen opinnäytetyön lineaarisesta mallista hyödyntäen. Opinnäytetyössä kehitettiin yhteistyökumppanin tarpeita vastaava toimintamalli ja sitä tukeva kuvallinen posterit, jotka tulivat teho-osastoille käyttöön.

Toimintamalli painottui painehaavojen ennaltaehkäisyn keinoihin, muun muassa asentohoitoon ja oikeanlaisen patjan valintaan. Toimintamallista tukevasta posterista henkilökunta näkee nopealla vilkaisulla oikean toimintatavan erilaisissa tilanteissa.

Asiasanat: tehohoito, tehohoitopotilas, painehaava, ennaltaehkäisy, toimintamalli

ABSTRACT

Jenni Jänkälä

Kimmo Kohonen

Tiina Tero

Advanced treatment of pressure- prevention model

45 pages and 2 appendices

Spring 2022

Diakoniam University of Applied Sciences

Bachelor's Degree Programme in Health Care

Bachelor's Degree Programme in Health Care, option in Diaconal Nursing

Registered Nurse

The purpose of the thesis was to make an operating model and a poster based on its theoretical knowledge to help intensive care workers to prevent the development of pressure ulcers in intensive care patients and to harmonize the operating practices of nurses. The aim of the thesis is that the operating model and the poster can be used to identify the risk of pressure ulcers in intensive care patients, reduce the occurrence of pressure ulcers, harmonize operating practices, and bring the latest researched theoretical knowledge into practical nursing work.

The thesis was done in collaboration with the intensive care unit departments of Oulu University Hospital. The thesis is development - oriented. The thesis was implemented using the linear model of a development - oriented thesis. In the thesis, an operating model corresponding to the needs of the partner and a pictorial poster supporting it were developed, which became available to the intensive care units.

The operating model focused on the means of preventing pressure ulcers, including posture and choosing the right mattress. From the poster that supports the operating model, the staff sees at a glance the right course of action in different situations.

Keywords: intensive care, intensive care patient, pressure ulcer, prevention, operating model

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 TEHOHOITOPOTILAAN PAINEHAAVAUMAN TOIMINTAMALLI	5
2.1 Teho-osasto ja tehohoitopotilas	7
2.2 Painehaavan määrittely ja ehkäisymenetelmät	9
2.3 Painehaavojen ehkäiseminen tehohoidossa	13
2.4 Toimintamalli	20
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	21
4 OPINNÄYTETYÖN KEHITTÄMISMENETELMÄ.....	22
4.1 Kehittämistarpeen tunnistaminen.....	24
4.2 Ideointivaihe.....	24
4.3 Suunnitteluvaihe	26
4.4 Toteutus.....	30
4.5 Valmis tuotos	33
4.6 Arviointi	34
4.7 Päätösvaihe, tulosten levittäminen.....	35
5 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	36
LÄHTEET.....	40
LIITE 1. Ehkäise painehaava ja tunnista riski -toimintamalli tehohoitopotilailla	45
LIITE 2. Ehkäise painehaava ja tunnista riski -posterit.....	45

1 JOHDANTO

Tehohoidon tavoitteena on henkeä uhkaavan hetkellisen tilan hoitaminen parhaalla mahdollisella tavalla. Tehohoito on vaativaa erikoissairaanhoitoa, jossa potilasta tarkkaillaan ja hoidetaan erityislaitteilla koko hoidon ajan. Tehohoidon potilasryhmiä ovat yleensä sydän- ja neurokirurgiset potilaat, vaikeaa infektiota sairastavat ja monivammapotilaat sekä isoissa leikkauksissa olleet potilaat. (Hagström & Hantikainen, 2018. s. 95–96.) Tutkimusten mukaan (Kauppi ym., 2018) tehohoito- ja tehovalvontapotilailla esiintyy enemmän painehaavoja kuin muilla terveydenhuollon potilasryhmillä. Tehohoitopotilaan kudoksiin kohdistuu painetta tai venytystä, mikä nostaa riskiä saada ihovaurio. Painehaavoista aiheutuu potilaalle kipua ja kärsimystä. Painehaavat vaikuttavat heikentävästi toimintakykyyn ja näin ollen myös elämänlaatu heikkenee. Painehaavariskin tunnistaminen on ensisijaisen tärkeää ennaltaehkäistäessä painehaavoja. Tunnistamalla painehaavariski varhaisessa vaiheessa voidaan ennaltaehkäistä painehaavojen eteneminen. Pahimmillaan painehaavat pitkittävät hoitoa, aiheuttavat komplikaatioita tai johtavat jopa potilaan menehtymiseen.

Suomessa painehaavojen esiintyvyys on noin 1–2 %, mikä tarkoittaa 55000–85000 potilasta vuodessa. Suurin riski saada painehaava on akuutisti sairastuneilla ja pitkäaikaishoidossa olevilla liikuntakyvyltään rajoittuneilla henkilöillä. (Soppi, 2020, s. 60.) Tehohoitoa saavista potilaista noin 4–7 prosentille kehittyy painehaava tehohoitojakson aikana (Karjula & Klasila, 2020, s. 1). Suomessa painehaavojen kustannukset nousevat vuodessa yli 500 miljoonaan euroon. Tämä on suuri haaste terveydenhuollolle ja kansantaloudelle, sillä painehaavojen ehkäisyyn kustannukset ovat tästä vain 10 %. Panostamalla painehaavojen ehkäisyyn olisi mahdollista saada ainakin 2 miljardin euron säästöt. (Soppi, 2020, s. 60.)

Tärkeässä osassa ennaltaehkäistäessä painehaavoja on yhtenäiset käytännöt, ennakoiva työote, näyttöön perustuva tietotaito ja vastuullinen toiminta. Hoitotyön

perustana on näyttöön perustuvan tiedon tuominen käytännön työhön. Näyttöön perustuva tieto tulisikin tuoda hoitohenkilöstön tietoon, tämä ei kuitenkaan ole helppo tehtävä. Tulevaisuudessa tarvitaankin lisää tietoa, miten näyttöön perustuvaa tietoa olisi hyvä oppia ja opettaa hoitohenkilöstölle. Yksi hoidon laadun mittareista on, saako potilas hoidon aikana painehaavan. (Kauppi ym., 2018, s. 117–118.)

Teho- ja tehovalvontaosastoille tarvitaan kohdennettu toimintamalli ja posterit, koska siellä on käytössä Jackson & Cubbin painehaavariskimittari, joka ei ole sama kuin vuodeosastoilla käytettävä riskimittari. Tämän kehittämispainotteisen opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä kohdennettu toimintamalli ja posterit teho- ja tehovalvontaosastoille sopiviksi. Opinnäytetyön tarkoitus oli lisätä hoitajien teoriaosaamista painehaavojen ennaltaehkäisyssä, yhtenäistää toimintatapoja ja vähentää painehaavojen syntymistä tehohoitopotilailla. Painehaavojen ennaltaehkäiseminen vähentää tehohoitopotilaan kokemaa kärsimystä ja pienentää hoidon kustannuksia (Kauppi, 2018, s. 114).

2 TEHOHOITOPOTILAAN PAINEHAAVAUMAN TOIMINTAMALLI

Tehohoito on ohimeneviksi arvioitujen mutta hengenvaarallisten elintoimintahäiriöiden hoitoa, joiden hoito ei ole mahdollista tavallisella vuodeosastolla. Tehohoidon tarkoituksena on turvata tärkeimmät elintoiminnot ja estää lisävauriot. (Vahtera, 2016.) Tehohoidon tarpeen tärkeimmät syyt ovat useimmiten verenkierron, hengityksen sekä tajunnan häiriöt (Reinikainen & Varpula, 2018, s. 162). Perustan tehohoidolle muodostaa potilaan jatkuva peruselintoimintojen seuranta, tällöin voidaan havaita mahdolliset häiriöt välittömästi sekä aloittaa tukihoidot viipymättä. Hoitoon käytetään vaativia ja usein kajoavia valvonta-, arviointi- sekä hoitomenetelmiä. Tehohoidon hyödyt ja haitat tulee arvioida tarkasti, koska

tehohoito itsessään altistaa potilaan erilaisille komplikaatioille. (Vahtera, 2016.) Tehohoidon tavoitteena on tilapäisen hengenvaaran torjunta sekä potilaan toipuminen vakavasta sairaudesta taikka vammasta (Kari ym., 2020 s. 597).

Vaikeasti sairaita ja yhä iäkkäämpiä potilaita hoidetaan aiempaa aktiivisemmin, uusia hoitomuotoja on enemmän tarjolla ja niiden katsotaan lisäävän tehohoidon tarvetta (Uusaro, 2020). Vuosittain teho-osastoilla hoidetaan noin 20 000 potilasta. Potilaista alle 40-vuotiaita on 15 % ja noin kolmannes on yli 70-vuotiaita. (Kari ym., 2020, s. 597.) Hoitoaika keskimäärin yleisteho-osastolla on noin kolme vuorokautta ja tehohoitoon tulee noin kolmannes potilaista suunnitellusti vaativan leikkauksen jälkeen (Uusaro, 2020). Potilaan ennusteeseen vaikuttaa tehohoitoa vaativan sairauden taso ja suurta merkitystä on, onko tehohoito suunnitellusti toimenpiteen jälkeen vai onko kyseessä akuutti sairaus (Reinikainen & Varpula, 2018, s. 162).

Tehohoito on moniammatillista ja monialaista yhteistyötä. Sairaalan eri erikoisalojen tulee olla tämän vuoksi mutkattomasti ja ympärivuorokautisesti valmiudessa vastaamaan konsultaatiopyyntöihin teho-osastolta. (Uusaro, 2020.) Hyviin hoitotuloksiin päästäkseen potilaan hoitoon osallistuvilta edellytetään hyvää yhteistyötä potilaan parhaaksi (Karlsson ym., 2017). Eettisesti korkealaatuisen tehohoidon kulmakivi on jatkuva laadunvalvonta (Kari ym., 2017, s. 598). Tehohoitoa voidaan toteuttaa vain sellaisessa yksikössä, jossa on tehohoidon vaatimat edellytykset huonetilojen, osaston sijainnin, henkilökunnan ammattitaidon ja määrän, välineistön sekä tarvittavien teknisten valmiuksien suhteen. (Uusaro, 2020.)

2.1 Teho-osasto ja tehohoitopotilas

Teho-osastojen toiminta on lähes muuttumatonta ympäri vuorokauden sekä teknologialtaan ne ovat sairaalan kehittyneimpiä paikkoja (Meriläinen ym., 2017). Teho-osastolla hoidetaan usein sairauksia, joiden esiintyminen on vähäisempää ja hoidossa joudutaan turvautumaan erityislaitteisiin ja hoitoihin. Tehohoito on moniammatillista ja monialaista yhteistyötä, jotta tehohoito olisi laadukasta vaaditaan hyvätasoista tehohoitotyötä. (Uusaro, 2020.) Vaativimmilla teho-osastoilla sairaanhoitajien määrä potilaspaikkaa kohden tulisi olla 1:1 ja toisilla teho-osastoilla 1:1,6 (Tohmo & Kuosa, 2020). Tehohoitotyön luokitusjärjestelmä eli THLJ on tehohoidon tietojärjestelmässä oleva tietojen keruu- ja analyysijärjestelmä. Potilaan ja heidän omaisten terveysongelmia, hoitotyötä sekä tuloksia kuvataan THLJ:n avulla koko tehohoitajakson ajalta. Tehohoidon tietojärjestelmään tallennetaan manuaalisesti omaisten yhteydenotot sekä potilaan psyykkiseen ja fyysiseen vointiin kuuluvat tiedot. THLJ sisältää elintoimintojen tukemisen ja psyykkisen tukemisen terveysongelmat, yhteensä 16 muuttujaa. Kohdat ovat luokiteltu sekä määritelty mitattavissa olevaan neljään vaikeusasteeseen: mahdollinen, lievä, vaikea sekä erittäin vaikea ja hoidon vaativuuteen: ennaltaehkäisevä, tukeva, säilyttävä/lievittävä, korvaava/helpottava hoitotyö. Pistemäärän ollessa 40 tai yli on kyseessä erittäin vaikea hoitoisuus. Kirjaamisen luotettavuudella on merkitystä potilaan hoidon kustannuksiin sekä tehohoidon suunnitteluun. THLJ:n avulla seurataan ja arvioidaan henkilöstöresurssien kohdentamista, riittävyttä, kuormittavuuden jakautumista sekä vuositasolla seurataan mahdollisia muutoksia potilaiden hoitoisuudessa. (Karjula ym., 2016, s. 3–5.)

Teho-osaston hyvällä suunnittelulla voidaan parantaa hoitotuloksia, lyhentää potilaan hoitoaikaa, vähentää hoidon kustannuksia sekä vähentää teho-osasto ympäristön aiheuttamia epäsuotuisia vaikutuksia potilaaseen (Meriläinen ym., 2017). Teho-osaston suunnittelun keskeisiä lähtökohtia ovat esteettömän näköyhteyden luominen hoitohenkilökunnan ja potilaiden välille sekä osaston työntekijöiden kommunikoinnin turvaaminen (Meriläinen, 2012 s. 22–23.) Hoitoympäristö, jonka potilas kokee tehohoidossa, muodostuu osaston sosiaalisesta,

fyysisestä, psyykkisestä sekä symbolisesta ympäristöstä. Potilaalle aiheutuu teho-osastolla kuormitusta teknologian sekä henkilökunnan ja muiden ihmisten tuottamista äänistä. Tehohoidossa olevat kriittisesti sairaat potilaat ovat alttiita ympäristön aiheuttamille ärsykkeille kuten melulle, hälinälle, kirkkaille valoille sekä ympäristölle, joka on vaikeasti hahmoteltavissa. (Meriläinen ym., 2017.) Henkilökunta voi toiminnallaan vaikuttaa hoitoympäristön tekijöihin, jotka vaikuttavat potilaan psyykkiseen toipumiseen. Tällaisia toimia ovat muun muassa potilaslähtöinen hoitotyön suunnittelu, hoitoympäristön rauhoittaminen, vuorokausirytmien noudattaminen, sekä tiedonanto oikeaan aikaan. (Meriläinen, 2012 s. 10.)

Suomen perustuslaki takaa yhdenvertaisen kohtelun ja jokaisella ihmisellä on hengenvaaraan jouduttuaan tasavertainen oikeus tehohoitoon. Harkittaessa tehohoidon aloittamista tai siitä pidättäytymistä tulee ottaa kuitenkin huomioon potilaan pitkäaikaissairauksiin ja heikkoon toimintakykyyn liittyvät riskit toipua vaikeista sairauksista sekä hoitoon liittyvien komplikaatioiden lisääntynyt riski. (Valtonen & Launis, 2020.) Viivästynyt tehohoidon aloitus lisää kuolleisuutta noin 1,5 prosenttia jokaista viivästynyttä tuntia kohden (Ala-Kokko & Pettilä, 2018, s. 166–165.) Tehohoitopäätöksessä on aina selkeä tavoite saada potilas toipumaan (Lund, 2018). Tavoitteena on, että potilaan terveydentila muistuttaisi hoitojakson jälkeen sairastumista edeltävää tilaa (Niittyvuopio & Pikkupeura, 2017, s. 275). Tehohoitoa annetaan sellaiselle potilaalle, jolla on vamman, akuutin sairauden, kirurgisen toimenpiteen seurauksena ohimeneviä useampia elintoiminnanhäiriötä ja näiden häiriöiden tukemiseen tarvitaan erityisteknologiaa (Ala-Kokko & Pettilä, 2018, s. 166–165.) Teho-osastoilla ei tule hoitaa liian hyväkuntoisia potilaita, sillä tehohoito altistaa potilaan erilaisille komplikaatioille kuten infektioille. Vuodelepo ja kanyylien laitto ovat myötävaikuttamassa infektioiden syntyyn. (Vahtera, 2016.) Kokonaisvaltaiseen ja inhimilliseen hoitoon kuuluu, että huomioidaan ihmisen fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeet. Kun ihmisen terveyden toimintakyky on heikentynyt, voivat hengelliset tarpeet tarjota voimavaraa vaikeaan tilanteeseen. (Vähä-Savo-Väänänen, 2015, s. 15.) Tehohoito ja sairaus aiheuttavat potilaalle myös psyykkisiä ja fyysisiä oireita, joita ovat muun muassa delirium, unihäiriöt sekä posttraumaattinen stressireaktio. Nämä

vaikuttavat potilaan toipumiseen tehohoidosta ja vointiin vielä vuosia hoidon jälkeen. (Meriläinen ym., 2017.)

Tehohoidossa olevan potilaan monitorointiin kuuluu yleisimmin pulssioksimetria, invasiivinen verenpaineen mittausta sekä 3- tai 5- kytkeäinen EKG nämä mahdollistavat jatkuvien vitaalielintoimintojen seurannan (Huttunen, 2021). Invasiivinen eli kajoava verenpaineen mittausta mahdollistuu valtimokanyylin avulla (Metsävainio, 2021). Uloshengityksen hiilidioksidipitoisuutta ja minuuttitilavuutta seurataan invasiivisessa hengityslaittehoidossa olevilta. (Huttunen, 2021.) Potilaan nestetasapainon arviointikeinoja ovat tuntidiureesin seuraaminen, kapillaarireaktio, periferian lämpö, passiivinen jalkojen nostokoe sekä sydämen kaikututkimus (Huttunen, 2021). Tehohoidossa potilaan lämpötilaa seurataan toistuvasti, jolloin mittausta tapahtuu invasiivisesti virtsarakosta taikka nenänielusta (Metsävainio, 2021). Tehohoidossa olevilla potilailla on vähintään yksi perifeerinen kanyyli sekä usein lisäksi CVK eli keskuslaskimokatetri ravinto- sekä lääkeluoksia varten. Keuhkovaltimokatetri eli Swan- Ganzin katetri voidaan potilaalle laittaa tarvittaessa, tämän avulla voidaan seurata laskimoveren happikylläisyyttä, sydämen kiilapainetta ja minuuttitilavuutta. (Huttunen, 2021.)

2.2 Painehaavan määrittely ja ehkäisymenetelmät

Painehaava on ihoon tai ihon alle kudokseen muodostuva paikallinen vaurio (NPUAP, EPUAP). Painehaavan aiheuttaa yhteen kohtaan syntyvä paine tai paineen ja ihon venytyksen yhteisvaikutus sekä kudoksen heikko verenkierto (Lumio, J., 2019). Painehaavat syntyvät yleensä luisen ulokkeen alueelle. (Juutilainen & Hietanen, 2018, s. 322.) Yleisimmin paine haavat syntyvät sacrumin eli ristiluun alueelle tai kantapäihin. Painehaavojen ajatellaan syntyvän vain pitkäaikaispotilaille, mutta tämä on virheellistä tietoa. (Kansainvälinen tutkimus 2020.) Uudet tutkimukset ovat osoittaneet, että solut kestävät suoraa painetta ja

hapenpuutetta melko hyvin. Paine ja hapenpuute yhdistettynä venytykseen aiheuttavat solujen tukirakenteiden hajoamisen ja tämä johtaa solujen kuolemiseen. Soluvaurio kudoksessa voi alkaa kehittymään jo muutamien minuuttien aikana. (Soppi, 2020, s. 60.) Kaikkia painehaavan syntyyn johtavia tekijöitä ei ole vielä pystytty selvittämään. Ulkoisen paineen tai venytyksen aiheuttamaa kudosaauriota pidetään merkittävänä syynä. (Hoitotyön tutkimussäätiö, 2015.)

Painehaavojen ennaltaehkäisyyn lähtökohtana on riskipotilaiden tunnistaminen. Riskipotilaiden tunnistusta helpottamaan on kehitetty useita erilaisia riskimittareita. Riskiluokituksen käyttöönoton myötä, tietoisuus painehaavoista on parantunut. Riippumatta käytettävästä mittarista, kliininen arviointi ja muut painehaavaan kuuluvat riskitekijät ovat osa kattavaa riskinarviointia. Riskinarvio tehdään mielellään heti, kun potilas on saapunut osastolle tai viimeistään 8 tunnin kuluttua osastolle saapumisesta. Lisäksi riskiarvio on hyvä tehdä aina, kun potilaan kliininen tila muuttuu (Soppi & Ahtiala, 2020, s. 20). Perusteellinen riskinarviointi sisältää ihon kunnon, aktiivisuuden ja liikuntakyvyn arvioinnin. Edellä mainittujen lisäksi on hyvä arvioida myös muita riskitekijöitä kuten ravitsemus ja verenkierto. Riippumatta siitä, mitä riskinarviointimittaria käytetään, on kliininen tutkimus välttämätöntä. (Hoitotyön tutkimussäätiö, 2015.)

Ihon kunnon arviointi on tärkeää painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Alkava painehaava näkyy ihon ja kudosten muutoksina, joten säännöllinen ja huolellinen ihon tarkkailu auttaa ennaltaehkäisemään painehaavoja. Ihon kunnon tutkiminen tulisi tehdä heti potilaan saavuttua osastolle tai viimeistään kahdeksan tunnin kuluttua saapumisesta. Potilaan, jolla on pidätyskyvyttömyyttä, iho tulee tarkastaa jokaisen eritteiden pesun yhteydessä. Jos potilaan yleistila heikkenee, iho tulee tarkastaa useammin (EPUAP, 2014). Lääkinnälliset laitteet, jotka ovat suoraan kosketuksissa potilaan ihoon, tarkastetaan ainakin kahdesti päivässä. Potilaan asentoa vaihdetaan siten, että punoittavalle ihon alueille ei kohdistu painetta. Iho tulee pitää puhtaana ja kosteana käyttämällä neutraaleja pesuaineita ja kosteuttavia voiteita. Potilaan, jolla on todettu painehaavariski, ihoa ei saa hieroa tai hangata. (Hoitotyön tutkimussäätiö, 2015.)

Potilaan ravitsemustila tulee arvioida, koska vajaaravitsemus on mahdollinen riskitekijä painehaavojen synnyssä. Ravitsemustila arvioidaan siihen tarkoitettulla validoidulla mittarilla ja se tehdään potilaan saapuessa osastolle. Lisäksi potilaan ravitsemustila tulee arvioida, jos potilaan yleistila muuttuu (EPUAP, 2014). Potilaille, joilla on riski saada painehaava tai joilla jo on painehaava, tehdään ravitsemushoitosuunnitelma. On tärkeää huolehtia, että riskipotilaat saavat ravintoa, missä on riittävästi energiaa ja proteiineja. Riittävä nesteiden nauttiminen on myös tärkeää, sopiva määrä nesteitä on noin 30 ml/tavoitepainokilo. (Hoitotyön tutkimussäätiö, 2015.)

Asentohoidolla helpotetaan painetta potilaan luisten ulokkeiden kohdalla ja asentoa tulee vaihtaa säännöllisesti, jos potilaan terveydentila sen sallii. Mikäli potilaan kunto ei kestä asennonvaihtoja, käytetään painehaavoja ehkäisevää makuualustaa. Vuodepotilaalle asentohoito voidaan toteuttaa tyynyjen avulla asettamalla potilas kylkiasentoon. Painetta jakavaa patjaa pitää käyttää silloin, jos potilas asetetaan vatsalleen makaamaan. Istuvan potilaan asennon tulee olla miellyttävä ja tasapainoinen. (Hoitotyön tutkimussäätiö, 2015.) Lisäksi istuvan potilaan istuintyynyihin tulee kiinnittää erityistä huomiota, koska istuessa kehon koko paino kohdistuu pienelle alueelle (Soppi & Ahtiala, 2020, s. 20).

Painehaavat luokitellaan kansainvälisellä NPUAPn/EPUAPn järjestelmällä neljään eri asteeseen ja kahteen luokittelemattomaan kategoriaan. (EPUAP, 2014.) Ensimmäisen asteen painehaavassa iho ja punoittava eikä se vaalene asentoa vaihdettaessa. Alue saattaa olla kivulias ja tuntua palpoitaessa kiinteämmältä tai pehmeämmältä kuin alueen ympärillä oleva iho. Punoittavan alueen lämpö saattaa olla myös erilainen verrattuna ympäröivään ihoon. (EPUAP, 2014.) Ihossa ei kuitenkaan vielä ole rikkeymiä, vaan se on ehjä. Ensimmäisen asteen painehaavan havaitseminen on huomattavasti vaikeampaa henkilöillä, joilla on tumma iho. (Dziedzic, 2014.)

Toisen asteen painehaavassa ihossa on pinnallinen avoin haava. Haavassa on yleensä punainen tai vaaleanpunainen pohja, eikä siinä ole katetta. Toisen asteen painehaava saattaa olla joko ehjä tai rikkeytynyt ja siinä voi olla rakkula. Toisen asteen painehaavan iho voi olla kuiva ja kiiltävä. (EPUAP, 2014.) Toisen asteen painehaavaa ei tule sekoittaa tavalliseen ihon repeämään tai haavateipin aiheuttamaan ihovaurioon. (Dziedzic, 2014.)

Kolmannen asteen painehaavassa kudosis on vaurioitunut koko ihon syvyydeltä ja ihonalainen rasvakudos saattaa olla näkyvissä. Lihaks, jänne tai luu ei kuitenkaan ole esillä (Dziedzic, 2014). Haavassa voi olla katetta, mutta sitä ei ole niin paljon, etteikö haavan syvyyttä pystyisi näkemään. Haava saattaa myös olla onkaloitunut. Kolmannen asteen painehaavan syvyys riippuu siitä, mihin kohtaan kehoa se syntyy. Alueilla, joissa on väin vähän tai ei ollenkaan ihonalaista rasvakudosta, kuten kehräsluut tai takaraivo, haavat ovat matalia. Vastaavasti alueilla, joissa on runsaasti ihonalaista rasvakudosta painehaava voi olla huomattavan syvä. (EPUAP, 2014.)

Neljännän asteen painehaavassa vaurio ulottuu ihon läpi ja myös ihonalainen kudosis on vaurioitunut. Neljännän asteen painehaavoissa voi olla joko katetta tai kudosisnekroosia ja niissä esiintyy usein onkaloita. Sijaintipaikasta riippuen, neljännän asteen painehaava voi ulottua lihaksen tai tukikudokseen saakka ja ne ovat selvästi nähtävissä. (EPUAP, 2014.) Painehaavan syvyys riippuu, mihin kohtaan kehoa se on syntynyt. Esimerkiksi nenän selässä tai korvassa neljännän asteen painehaava on matala, kun taas pakarassa painehaava on huomattavan syvä. (Dziedzic, 2014.)

Luokittelemattoman painehaavan syvyys on tuntematon, eikä sen syvyyttä pystytä toteamaan, koska se on katteen peitossa tai haavan pohjalla on kudosisnekroosia. Haava voidaan luokitella vasta sitten, kun riittävästi katetta tai nekroottista kudosta on poistettu ja haavan pohja saatu näkyviin. (EPUAP, 2014.)

Kantapäissä olevaa nekroottista kudosta ei saa poistaa, koska se toimii kehon biologisena suojana (Dziedzic, 2014).

Syvien kudosten vaurioepäily syntyy, kun vaurion syvyyttä ei tiedetä. Ehjässä ihossa on purppura tai punaruskea läiskä tai veren täyttämä rakkula. Nämä vauriot aiheutuvat ihonalaisen pehmytkudoksen vahingoittumisesta, joka on saattanut aiheutua paineesta tai venymisestä. Ennen ihonalaiskudoksen vaurioitumista kudokos voi olla kipeä ja tuntua erilaiselta, kuin ympärillä oleva terve kudokos. (EPUAP, 2014; Ahtiala, ym., 2017e.)

2.3 Painehaavojen ehkäiseminen tehohoidossa

Riskimittari auttaa tunnistamaan tehohoitopotilaat, joilla on riski saada painehaava. Hoitotyön toiminnoilla voidaan ennaltaehkäistä painehaavoja, kun riski on tunnistettu. Jokaisessa terveydenhuollon toimipisteessä tulisi olla toimintamalli riskiarviointiin ja henkilökunnalla tarvittava osaaminen sen käyttöön. Riskiarviointi tulee myös kirjata. Tehohoitopotilaille on kehitetty oma Jackson & Cubbin riskimittari tunnistamaan painehaavariskiä. (Kauppi ym., 2018, s. 114, s. 116.) Kliininen arviointi tulisi tehdä mahdollisimman nopeasti, kun potilas on tullut teho-osastolle. Tämän jälkeen riskiarviointi tehdään kerran vuorokaudessa. Jackson & Cubbin riskimittarissa on kaksitoista alaluokkaa, joita ovat ikä, paino tai kudosten kunto, taustasairaudet, ihon kunto, vireystila, liikuntakyky, hemodynamiikka, hengitys, hapen tarve, ravitsemus, inkontinenssi ja hygienia. Mitä vähemmän riskimittarista saa pisteitä, sitä suurempi todennäköisyys potilaalla on saada painehaava. (Hietanen & Juutilainen, 2018, s. 340, s. 342.) Mittarissa on kolme lisäkohtaa, jotka nostavat painehaavariskiä. Nämä ovat teho-osaston ulkopuolella tehty leikkaus tai tutkimus 48 tunnin sisällä, verituotteiden tiputtaminen vuorokauden sisällä tai alilämpöisyys arviointihetkellä. Jokainen toteutunut lisäkohta vähentää yhden pisteen riskimittarista saadusta tuloksesta. (Karjula & Klasila, 2020,

s. 4.) Potilaan tietoihin tulee kirjata riskiarvioinnista saadut tulokset. Kirjauksessa tulee olla tarkasti määritelty ihon kunto ja mikä makuualusta on valittu. Kirjaukseen kuuluu myös muut toiminnot, joilla ehkäistään painehaavojen syntymistä. Painehaavojen ehkäiseminen on edullisempaa ja helpompaa, kuin niiden hoitaminen. Jos painehaava on päässyt syntymään, siitä tulee tehdä haittatapahtumailmoitus. (Ahtiala ym., 2017a, s. 517–518.)

Painehaavariskiä nostaa potilaan perussairaudet, kuten diabetes, valtimonkoveutumatauti ja munuaisten vajaatoiminta. Painehaavariski kasvaa potilailla, jotka käyttävät vasopressori lääkitystä, on saanut selkäydinvamman, joilla on ihosairauksia alueilla, jotka ovat paineherkkiä. (Kauppi ym., 2018, s. 114, s. 117.) Riskiä saada painehaava kasvattaa keuhkohtaumatauti, steroidilääkitys, reuma, tai jokin autoimmuunisairaus. Yli- ja alipaino nostavat painehaavariskiä. Yli- tai alipainoisen painehaavariski kasvaa suuremmaksi, mikäli potilaalla on yli- tai alipainon lisäksi kudosturvotusta. Kudosturvotus nostaa myös normaalipainoisen riskiä saada painehaava. (Hietanen & Juutilainen, 2018, s. 340–341.) Halvaantuneella tai jo painehaavan saaneella potilaalla on aina erittäin korkea riski saada painehaava riippumatta siitä, mitä pisteitä riskimittarista on saanut. (Karjula & Klasila, 2020, s. 3).

Ihon hoito on tärkeä osa painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Ensimmäiset merkit painehaavojen syntymisestä näkyy ihon ja kudosten muutoksina, tästä syystä ihon säännöllinen arviointi on tärkeää. Havaitut muutokset voidaan suojata oikeanlaisilla hoitotoimenpiteillä ja näin ennaltaehkäistä painehaavan kehittyminen. Ihon eheyden säilyttäminen korostuu painehaavojen ehkäisyssä. (Karjula & Klasila, 2020, s. 5.) Tehohoidossa olevan potilaan kohdalla ehkäistäessä painehaavoja on tärkeä huolehtia, ettei hoidossa käytettävät laitteet tai muut käytettävät apuvälineet aiheuta pistepainekohtaa. Happimaskin, intubaatioputken ja nenämahaletkun laittamisessa tulee kiinnittää erityistä huomioita sijaintiin ja kiinnittämiseen. (Soppi, 2020, s. 62.) Yli puolet hoitolaitteiden aiheuttamista painehaavoista sijaitsee korvien ja kasvojen alueella. Hoitolaitteista happiviikset ja suumahaletku aiheuttavat eniten painehaavoja. Painehaavoja aiheuttaa myös erilaiset

lastat ja kaularankatuet. Hoitolaitteista johtuvat painehaavat syntyvät ajallisesti nopeampaa, kuin ei-hoitolaitteista johtuvat. (Kauppi ym., 2018, s. 115.) Hoitolaitteiden alle jäävä iho tulisi tarkistaa usein työvuoron aikana. Tarvittaessa tulee vaihtaa kiinnityskohtaa, kiinnitystekniikkaa tai suojata ihoa haavanhoitotuotteilla. (Ahtiala ym., 2017b, s. 518.)

Iho tulee arvioida koko kehosta. Erityisesti tulee huomioida luiset luu-ulokkeet, kuten iso sarvennoisen alue, sacrum, istuinkyhmyt ja kantapäiden iho. (Karjula & Klasila, 2020, s. 5.) Ihon kuntoa arvioitaessa kiinnitetään huomiota muun muassa ihon väriin ja muutoksiin, yleiseen kuntoon, infektion merkkeihin, turvotukseen, maseraatioihin, ihorikkeymiin sekä iholta tihkuvaan nesteeseen (Ahtiala ym., 2017c). Lisäksi arvioidaan potilaan tuntemaa kipua, joka paineelle altistuessaan ennustaa painehaavan syntymistä. Punoittava iho saattaa olla merkki alkavasta painehaavasta. On tärkeä tunnistaa punoituksen aiheuttaja, punoituksen syvyys ja laajuus. Punoitusta voidaan testata painamalla kolme sekuntia ihoa joko sormella tai läpinäkyvän muovilevyn avulla. Samalla tarkkaillaan ihon vaalenemista paineen vaikutuksesta. Mikäli iho ei vaalene paineen vaikutuksesta, se kertoo vauriosta mikroverenkierron ja hiussuonissa. Tämä ihovaurio kertoo ensimmäisen asteen painehaavan syntymisestä ja ennustaa toisen asteen painehaavan syntymisen luotettavasti. Toisen asteen painehaavassa iho on jo mennyt rikki. (Karjula & Klasila, 2020, s. 5.)

Hyvä hygienia auttaa ihoa pysymään ehjänä. Rikkoutunut ja kuiva iho tulee hoitaa niille tarkoitetuilla valmisteilla. Ihopoimut tulee huomioida ihon kuntoa tarkistettaessa. Märät ja kosteat tekstiilit ovat tärkeä vaihtaa kuiviin. Pehmeitä haavasidoksia voidaan käyttää suojana alueilla, joissa on suuri painehaavariski. (Ahtiala ym., 2017a, s. 517.) Sidoksen valinnassa tulee huomioida sen vaikutus mikroilmastoon ja mahdollisuus ihon säännölliseen arviointiin. Sidokset eivät poista ihon arvioinnin säännöllistä tarvetta. Esimerkiksi pehmeät silikonireunukset on helppo irrottaa ihon arviointia varten, teipistä saattaa jäädä jälkiä ihoon tai syntyä ihovaurioita. Sidoksen sopiva koko tulee myös arvioida. Irronnut, vaurioitunut, löystynyt tai kostunut sidos on vaihdettava. Hoitolaitteiden alle laitettavan

sidoksen paksuus tulee huomioida. Liian paksu sidos saattaa lisätä välineen aiheuttamaa painetta iholle. Pitkittynyt kosteus iholla johtaa ihon vettymiseen, tämä altistaa haavoille ja infektioille. Kosteus iholla lisää kitkaa ja tangentiaalisten voimien vaurioittava vaikutus kasvaa. Mikäli pidätyskyvyttömyydestä on aiheutunut ihotulehduksia, tulee ne hoitaa. Infektoitunut iho altistaa painehaavan syntymiselle. (Karjula & Klasila, 2020, s. 9.) Ihoa voidaan suojata hyvin kosteudelta käyttämällä virtsakatetria ja ulosteenhallintajärjestelmää. (Soppi, 2020, s. 62). Lakanat ja potilaan vaatteet tulee suoristaa, ettei niistä jää painekohtaa ihon ja patjan väliin. Tulee myös varmistaa, ettei ihon ja patjan välissä ole hoitotoimilta jäänyt esim. muovisia korkkeja, tyhjiä ruiskuja tai muuta roskaa. Potilaan iho tulee tarkistaa jokaisen vuoron aikana perusteellisesti. (Kauppi ym., 2018, s. 117.) Vuodevaatteet ja pyjama tulee vaihtaa kerran työvuoron aikana ja useammin, jos iho on kostea. Vuodevaatteissa on hyvä suosia silkkiä muistuttavaa kangasta, koska se vähentää kitkaa ja ihon venymistä. Ihon puhdistuksessa oli hyvä käyttää pH-tasapainotettua puhdistusainetta. Kuiva iho rasvataan paikallisesti ihovoiteella. Ihoa ei saa hieroa eikä hangata, mikäli potilaalla on todettu painehaavariski. Hieronta voi aiheuttaa kipua ja lieviä kudosisvaurioita tai jopa tulehdusreaktioita. (Karjula & Klasila, 2020, s. 9.)

Huono ravitsemus nostaa riskiä saada painehaava. (Kauppi ym., 2018, s. 117.) Potilaan ravitsemus hoidetaan aina ensisijaisesti suun kautta ja jos tämä ei onnistu niin suonensisäisesti. Ravitsemus voidaan toteuttaa myös näiden yhdistelmänä. Suun kautta annettu ravitsemus tukee potilaan kuntoutumista, omatoimisuutta, ehkäisee limakalvovaurioita, suun kuivumista sekä vahvistaa tuntoaistia ja makuaistia. (Ritmala-Castren & Lundgren-Laine, 2017, s. 427–428.) Tehohoidossa pyritään aloittamaan ravitsemushoito 24–48:n tunnin kuluessa potilaan saapumisesta osastolle (Saarnio ym., 2014). Ravitsemushoidon tarkoitus on turvata potilaan riittävä nesteytys ja tärkeät ravintoaineet (Bäcklund, 2017, s. 300). Keskimääräinen energiantarve tehohoitopotilaalla on 20–35 kcal/kg/vrk (Ritmala-Castrén & Lundgrén-Laine, 2017). Proteiinien tarve 1,3 g/kg/vrk (Bäcklund, 2020). Tehohoidossa aliravitsemus on yleinen ongelma maailmanlaajuisesti (Nurkkala & Liisanantti, 2019, s. 293). Aliravitsemus heikentää vastustuskykyä, heikentää lihasten ja hengityksen toimintaa. Aliravitsemus hidastaa haavan

paranemista, vähentää valkuaisainesynteesiä ja suolen toimintaa. (Bäcklund, 2017, s. 300.) Ravitsemushoidon tavoitteena on turvata elinten normaali toiminta ja mahdollistaa paraneminen. Näin ehkäistään lisävaurioiden syntyminen. Hyvä ravitsemus auttaa myös ylläpitämään vastustuskykyä. Ravitsemusta voidaan tukea täydennysravintovalmisteilla (Ritmala-Castren & Lundgren-Laine, 2017, s. 427.) Teho-osastolle tulon jälkeen tulisi potilaalle suositusten mukaan tehdä 48:n tunnin sisällä ravitsemusriskikartoitus (Nurkkala & Liisanantti, 2019, s. 293). Ehkäistäessä vajaaravitsemustilan syntymistä tulisi varhaisessa vaiheessa hyödyntää ravitsemusterapeutin asiantuntijuutta (Saarnio ym., 2014).

Jo tulovaiheessa riskin arviosta saadut tulokset pitäisi ottaa huomioon valitessa potilaalle makuualustaa. Makuualusta on tärkeä painehaavan syntyyn vaikuttava tekijä. Makuualustan valintaan vaikuttaa kokonaisvaltainen riskiarvio, joka muodostuu kliinisestä arviosta, sekä riskimittarista. (Soppi, 2020, s. 62, s. 64.) Makuualusta vaikuttaa potilaan ihon lämpötilaan ja kosteuteen eli mikroilmastoon. Lämpö aiheuttaa hikoilua ja nopeuttaa aineenvaihduntaa ja näin vähentää kudoksen paineensietokykyä. (Karjula & Klasila, 2020, s. 9.) Tehohoitopotilaan eivät yleensä pysty vaihtamaan asentoaan itse. He eivät myöskään usein pysty itse kertomaan tarpeestaan vaihtaa asentoa. Yleensä tehohoitopotilaat tarvitsevat dynaamisesti korkean tai erittäin korkean riskin makuualustan. (Ahtiala ym., 2017b, s. 518.)

Asentohoidon tarkoitus on saada paine ja venytys pois alueelta, jossa on painehaavariski. Yleinen ohjeistus on, että asentoa tulisi vaihtaa 1–2 tunnin välein. Ihon muutoksia tulee kuitenkin seurata ja arvioida onko asentohoidon tiheys riittävä. (Hietanen & Juutilainen, 2018, s. 343–344.) Potilaan siirroissa ja nostoissa riittävän henkilökunnan sekä apuvälineiden hyödyntäminen estävät ihon venymisen ja hankautumisen (Ahtiala ym., 2017d). Vuodepotilaan asentohoidossa potilas tuetaan kylkiasentoon niin, että paine jakautuu mahdollisimman laajalle alueelle lantion seudulla. Asentoa vaihdellaan puolelta toiselle, vatsalleen ja selälleen, jos potilaan tila sen mahdollistaa. Tyynyjä apuna käyttäen varmistetaan, ettei raajat pääse painamaan toisiaan vasten. Kantapäihin kohdistuva paine tulee poistaa

aina, kun se on mahdollista. Painehaavan ehkäisemiseksi riittää pienikin kohoasento, kunhan kantapäät ovat irti alustasta. Jalka tulee tukea kohoasentoon koko säären ja pohkeen alueelta. (Hietanen & Juutilainen, 2018, s. 343–344.)

Tehohoitopotilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu tärkeänä osana mobilisointi ja kehon hahmottamisen ylläpitäminen. Nämä lisäävät potilaan hyvinvointia ja tukevat kuntoutumisessa, sekä ehkäisevät komplikaatioita. Psykkiseen ja fyysiseen toimintakykyyn vaikuttaa heikentävästi pitkittynyt vuoteessa olo aika. (Hagström & Hantikainen, 2018, s. 96.) Ihmiselle liikkumattomuus on luonnon tila. Liikkeestä riippuvaisia elintoimintoja ovat muun muassa ruuansulatus, hengitys sekä verenkierto. Potilaan kuntoutus tulee aloittaa jo tehohoitoon tullessa. Varhaisella kuntoutuksella sekä mobilisoinnilla voidaan ylläpitää ja palauttaa toimintakykyä, parantaa elämänlaatua, ehkäistä painehaavojen syntymistä ja infektiokomplikaatioita, lyhentää tehohoito-, sekä kuntoutumisaikaa. Vähimmäistavoitteena on, että ennen vuodeosastolle siirtymistä potilas pystyisi hetken aikaa istumaan vuoteen reunalla. Kuntouttamista edistävällä työotteella tarkoitetaan moniammatillista varhaista potilaan mobilisointia ja kuntoutusta. Kuntoutuksen toteuttamisessa määritellään potilaan kuntoutustaso, tuetaan potilasta omatoimisuuteen, toteutetaan asentohoitoa, hengityksen tehostamista ja liikehoitoa apuvälineitä hyödyntäen. Potilaan toimintakyvyn mukaan apuvälineiden tarvetta arvioidaan, niiden avulla kevennetään henkilökunnan fyysistä kuormitusta sekä potilaan siirtymistä, liikkumista ja kääntymistä. (Heikura ym., 2017.)

Hoitotoimenpiteiden yhteydessä voidaan toteuttaa potilaan kuntoutusta, tällöin se on säännöllistä sekä mahdollistaa riittävän levon. Puolesta ei tehdä asioita vaan avustetaan liikkumisessa, potilas ei ole passiivinen toimija. Potilas saadaan mukaan asennonvaihtoon, hoitotoimenpiteeseen tai liikeharjoitukseen kertomalla mitä tehdään ja miksi. Tuetaan potilasta varmoilla ja rauhallisilla otteilla, tämä lisää luottamusta ja turvallisuudentunnetta. Pienapuvälineiden avulla voidaan tukea omatoimisuutta. Pienapuvälineitä ovat esimerkiksi paksuvartisten ruokailuvälineet, juomamuki, liukuestealusta, monitoimiremmi sekä paksunnosputki hammasharjaan ja kynään. (Heikura ym., 2017.) Suunnitelmallisella kuntouttamisella

pystytään yleensä lisäämään fyysistä toimintakykyä ja vähentämään vamma-as-
tetta. Vuorovaikutuksella hoitajan ja potilaan välillä on merkittävä rooli voimava-
rojen tukemisessa. Ympäristön ja oman tilanteen hahmottamisessa potilasta aut-
taa, kun hoitaja kertoo rauhallisesti ja selkeästi mitä on tapahtunut ja mitä ollaan
tekemässä. (Hagström & Hantikainen, 2018, s. 96–98.)

Liikehoitoa voidaan tehdä passiivisilla, avustetuilla taikka aktiivisilla liikkeillä. Pas-
siivisella liikehoidolla tarkoitetaan liikettä, joka tehdään potilaan puolesta, kun po-
tilas ei itse pysty. Avustetussa liikehoidossa potilas pyrkii tekemään liikkeen
oman voinnin mukaan ja avustetaan liikkeessä vain tarvittavan verran. Aktiivi-
sessä liikehoidossa potilas tekee itsenäisesti annettujen ohjeiden mukaisesti liik-
keet. Potilaan ollessa vielä liian uupunut harjoittelemaan osallistetaan mielikuva-
harjoituksen avulla. Mielikuvaharjoituksessa kuvaillaan tehtävää liikettä, tällöin
potilas voi miettiä mielessään liikkeen toteuttamista. Liikehoidon harjoitteisiin
kuuluu raajojen sekä kaularangan harjoitteita muun muassa pään kääntämistä
puolelta toiselle, sormien nyrkkiin puristamista, nilkkojen sekä polvien koukista-
mista sekä käsien nosto liikkeitä. (Heikura ym., 2017.) Tehohoitopotilaan liikutta-
mista pidetään usein riskinä. Varhain aloitetutulla kuntoutuksella voidaan kuiten-
kin vähentää tehohoidossa tulevia yleisiä komplikaatioita, joita ovat keuhko-
kuume, keuhkojen kasaan painuminen, anemia sekä lihasjäykkyys. (Hagström &
Hantikainen, 2018, s. 96.)

Kinestetiikka eli voimavaralähtöinen toimintamalli perustuu ihmisen omien liike-
mallien ja aistitoimintojen ymmärtämiseen. Sen tarkoitus on tukea ihmistä perus-
toiminnoissa, joissa hän on itse aktiivinen toimija omien voimavarojensa mukaan.
Hoitajan tehtävä on mahdollistaa potilasta ylläpitämään ja käyttämään omaa tuki-
ja liikuntaelimistöä. Näin voidaan vahvistaa potilaan tuki- ja liikuntaelimistön ter-
veyttä. Voimavaralähtöinen toimintamalli mahdollistaa potilaan yksilöllisen koh-
taamisen, aktiivisen osallistumisen ja oppimisen, sekä oman toimintakyvyn yllä-
pitämisen ja kuntoutumisen. (Kinestetiikka, 2021.) Painehaava syntyy liikkumat-
tomuudesta. Tehohoidossa käytetään usein moottoroituja erikoispatjoja, jotka
ovat pehmeitä ja näin vaikeuttavat potilaan aktiivista liikkumista. Tämä taas

altistaa oman kehon hahmottamisen häiriölle. Riski saada painehaava kasvaa, kun oman kehon hahmottaminen on häiriintynyt. Tehokkain tapa ennaltaehkäistä painehaavan syntymistä on liikuttamalla potilaan kehonosia ja näin vähentää ihoon ja kudoksiin kohdistuvaa painetta. Tästä syystä on tärkeää tukea potilasta liikkumiseen ja jos se ei onnistu, niin hoitajan velvollisuus on huolehtia riittävästä liikkuttamisesta. (Hagström & Hantikainen, 2018, s. 102.)

2.4 Toimintamalli

Toimintamalli on tiivistetty kuvaus hyväksi havaituista toimintatavoista. Toimintamallin avulla voidaan tehokkaasti levittää uutta tietoa. Mitä laajemmalle tietoa jaetaan, sitä tehokkaammin tieto saadaan levitettyä ja otettua käyttöön. Kehittämistyön tulosten levittämiseen toimintamalli on hyvä väline. (Innokylä, i.a.) Toimintamalli on konkreettinen toimintasuunnitelma, josta ilmenee, kenelle se on tehty ja lyhyesti mihin tarkoitukseen se soveltuu (Hoitotyön tutkimussäätiö, i.a).

Toimintamallit ja -ohjeet tehdään hoitosuosituksen pohjalta. Hoitosuosituksen tarkoitus on tuoda näyttöön perustuva paras mahdollinen tieto hoidon ja terveyden edistämiseksi ja näin mahdollistaa paras mahdollinen hoito. Terveydenhuollon vaatimus on, että terveydenhuollon palveluita ja toimintoja kehitetään ja arvioidaan. Vanhentuneet, potilaalle haitalliset, sekä tarpeettomat hoitotoimet jätetään pois. Aloite päivitetystä hoitosuosituksesta voi tulla terveydenhuollon ammattilaiselta, potilaan omaiselta tai potilaalta itseltään. Näyttöön perustuvaa toimintaa edistää hoitosuositukset, jotka edustavat parasta mahdollista tietoa. Hoitosuosituksen pohjalta jokainen organisaatio voi laatia itselleen toimivan toimintamallin tai -ohjeen. Näin voidaan varmistaa, että jokainen osaa toimia hoitosuosituksen mukaisesti omassa yksikössään. (Kinnunen ym., 2017, s. 169–170, s. 176.) Hyvän toimintamallin tavoitteena on palvella työntekijöitä ja potilaita. Toimintamallin tarkoitus on helpottaa käyttäjänsä. Ensimmäisenä olisi hyvä pohtia kenelle ohjetta tehdään ja mihin sillä pyritään. Toimintamallin alussa tulisi olla

tärkein ohjeistus. Toimintamallin luettavuuden kannalta hyvä otsikointi on tärkeä. Otsikon tehtävä on kertoa, mitä kyseinen kappale sisältää. Väliotsikoinnin tehtävä on jakaa teksti sopiviin lukukappaleihin. Otsikoinnin tulisi herättää lukijan mielenkiinto luettavaa tekstiä kohtaan. (Heikkinen ym., 2002, s. 34–35, s. 39–40.)

Toimintamallien tärkein tehtävä on vahvistaa näyttöön perustuvaa toimintaa hoitotyössä ja selkeyttää työntekijöiden vastuualueita eri työtehtävissä (Hoitotyön tutkimussäätiö, i.a). Tarve tehdä yhtenäisiä toimintamalleja terveydenhuoltoon voi nousta uudesta teorian tiedosta, hoitajien eriävistä tai vanhentuneista toimintatavoista, sekä haittatapahtumien määrästä. On todella tärkeää, että näyttöön perustuva uusi tieto uusista hoitosuosituksista saadaan tehokkaasti käyttöön ammattilaisten ja potilaiden keskuudessa. Uusien hoitosuosituksien vieminen käytännön hoitotyöhön on haasteellista, koska se vaatii uusien toimintamallien ja työtapojen omaksumista. On tärkeää saada uudet hoitosuositukset käytäntöön valtakunnallisesti, alueellisesti ja organisaatiotasolla. Organisaatiossa tehty systemaattinen suunnitelma viedä uusi hoitosuositus hoitotyöhön on osoittautunut toimivaksi. Hoitohenkilöstölle tulee antaa aikaa perehtyä uusiin hoitosuosituksiin ja toimintamalleihin työajalla ja tarvittaessa järjestää koulutusta. Tärkeä osa potilasturvallisuutta on painehaavan ehkäisy. Hoidon laatua tarkasteltaessa, painehaavojen ennaltaehkäisyä voidaan pitää keskeisenä mittarina hoidon onnistumisesta. (Kinnunen ym., 2017, s. 171, s. 176–177.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä toimintamalli ja sen teorian tietoon pohjautuva posterit. Toimintamalli ja posterit tehdään tehohoidossa toimivien työntekijöiden avuksi ehkäisemään tehohoitopotilaan painehaavojen syntymistä ja yhtenäistämään hoitajien toimintakäytäntöjä. Toimintamallin ja posterin tarkoituksena

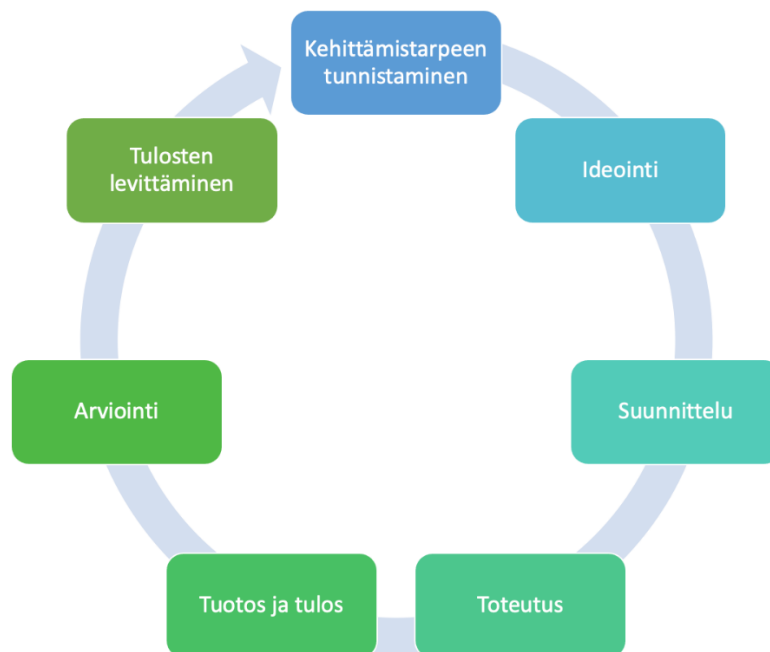
on tukea tehohoidossa työskenteleviä työntekijöitä tunnistamaan painehaavariski ja käyttämään näyttöön perustuvia keinoja painehaavan ehkäisyssä.

Opinnäytetyön tavoitteena on, että toimintamallin ja posterin avulla tunnistetaan tehohoitopotilaan painehaavariski ja näin vähennetään tehohoitopotilaiden painehaavojen syntymistä, yhtenäistetään toimintakäytäntöjä sekä tuodaan uusin tutkittu teorian tieto käytännön hoitotyöhön.

4 OPINNÄYTETYÖN KEHITTÄMISMENETELMÄ

Kehittämispainotteinen opinnäytetyö voi olla tuote, opas, tapahtuma tai ohjeistus. Tehtävä produktio tulee sitoa ajantasaiseen teorian tietoon, jonka lopputuloksen tarkoituksena on kehittää oman ammattialan toimintakulttuuria. (Vilkkä & Airaksinen, 2003, s. 41–43.) Kehittämistoiminnalla tähdätään muutokseen ja tavoitellaan tehokkaampia tai parempia toimintatapoja, kuin aiemmat toimintatavat. Kehittämisen kohde voi olla työyhteisö, organisaatio, konkreettinen tuote, yksittäisten ihmisten toiminta tai toimintaprosessi. Kehittäminen voi olla uusien ideoiden keksimistä, idean levittämistä sekä vakiinnuttamista. Kehittäminen on luonteeltaan käytännöllistä asioiden edistämistä, parantamista ja korjaamista. Onnistuessaan se voi levitä myös laajemmin muiden toimijoiden ja organisaatioiden käyttöön. Kehittämistoiminnassa lähtökohta menetelmälle on tutkimusongelmien sijaan käytännöllisempi. Kehittämismenetelmät yleensä turvautuvat oletukseen, jonka mukaan kyseisellä menetelmällä saavutetaan tulokset. (Toikko & Rantanen, 2009, s. 16–18.) Yleisesti menetelmissä on kysymys työskentelytavoista ja käytännön keinoista, joiden avulla päästään tavoitteisiin kehittämistoiminnassa. (Salonen ym., 2017, s. 55.)

Kehittämistoimintaan kuuluu seitsemän eri vaihetta. Vaiheita ovat kehittämistarpeen tunnistaminen, ideointi-, suunnittelu- ja toteutusvaihe, tuotos ja tulos, arviointivaihe ja päätösvaihe eli tulosten levittäminen. Kehittämistoiminnassa vaiheet harvemmin etenevät suoraviivaisesti vaiheesta toiseen, vaan ne saattavat olla yhtäaikaisia tai limittyä toisiinsa. (Salonen ym., 2017, s. 52.) (ks. Kuva 1)



Kuva 1. Lineaarinen eteneminen kehittämistoiminnassa. (mukaillen Salonen ym., 2017)

Kuvassa 1 esitetään lineaarinen malli, jonka mukaan tämä kehittämispainotteinen opinnäytetyö on tehty. Lineaariseen malliin kuuluu kehittämistarpeen tunnistaminen, ideointi, suunnittelu, toteutus, tuotokset ja tulokset, arviointi ja tulosten levittäminen. Kehittämistyönä tehtiin toimintamalli ja posterit.

4.1 Kehittämistarpeen tunnistaminen

Kehittämistoiminta alkaa kehittämistarpeen tunnistamisella. Työelämässä voi ilmetä tarve muutokselle, minkä takia kehittämistoimintaa aletaan toteuttamaan. Tässä vaiheessa on olennaista, että kaikilla on yhteinen näkemys siitä mitä kehitetään ja että aihealue on riittävästi rajattu. Kehittämistarpeiden tunnistamisessa on hyödyllistä ottaa huomioon eri sidosryhmien näkemykset. (Salonen ym., 2017, s. 56.) Kehittämistarpeen tunnistamiseen organisaatioilla on käytössä omia menetelmiä, joita ovat palautteen kerääminen, tilastointi, korkeat kustannukset ja vanhentuneiksi todetut menetelmät. Kun käytössä oleva tuote ei enää vastaa tarkoitusta voidaan ongelmalähtöisten toimintatapojen kautta parantaa jo olemassa olevaa tuotetta. Terveysalan tuotetta kehitettäessä on tärkeää huomioida organisaation tarpeet. Terveystieteiden tutkimuksessa asiakas ei aina itse ole ensisijaisesti tuotteen käyttäjä. Asiakas voi saada hyödyn tuotteesta välillisesti henkilökunnan kautta. (Jämsä & Manninen, 2000, s. 29, s. 44.)

Tarve toimintamallin ja posterin kehittämiseksi tuli yhteistyökumppanilta. Yhteistyökumppanilla oli tarve teho- ja tehovalvontaosastoille kohdennettuun toimintamalliin ja posteriin painehaavojen ennaltaehkäisyyn teho- ja tehovalvontapotilailla. Teho- ja tehovalvontapotilailla on käytössä paljon erilaisia hoitoon tarvittavia välineitä, jotka pitää huomioida ennaltaehkäistäessä painehaavoja.

4.2 Ideointivaihe

Tuotteen kehittämistarpeen varmistuttua käynnistyy sen ideointivaihe. Tässä vaiheessa lopullisia ratkaisukeinoja ei ole vielä päätetty. Ideointivaihe pyrkii löytämään oikeat ratkaisut kehittämistarpeeseen. Ideointivaihe saattaa olla ajallisesti melko lyhyt, varsinkin jos uudistetaan tai päivitetään jo olemassa olevia tuotteita vastaamaan paremmin käyttötarkoitustaan. Ideointivaiheen tyypillinen työtapa on

aivoriihi. Aivoriihessä voidaan huumorin ja kekseliäisyyden avulla luoda uusia toimintatapoja tai etsiä ratkaisua tiettyyn ongelmaan. Aivoriihen tarkoituksena on tuottaa mahdollisimman paljon ideoita. Ideoiden suuri volyymi parantaa todennäköisyyttä sille, että niiden joukossa on myös laadukkaita ideoita. Aivoriihen kesto ei ole aikaan sidottu. Esitettyjen ideoiden arviointi aloitetaan vasta sitten, kun uusia ajatuksia ei enää synny. Benchmarking-menetelmää käyttäen voidaan vertailla tekeillä olevaa tuotetta jo olemassa olevaan tuotteeseen. Tällöin voidaan tunnistaa jo olemassa olevat laatutekijät ja hyödyntää niitä uutta tuotetta kehitettäessä. Vertailtavan tuotteen käyttökelpoisuus riippuu siitä, miten hyvin se vastaa uuden tuotteen tavoitetta. Ideointivaiheen jälkeen siirrytään suunnitteluvaiheeseen ja tässä vaiheessa päätetään, minkä tyyppinen tuote aiotaan suunnitella ja valmistaa. (Jämsä & Manninen, 2000, s. 35–37, s. 43.)

Toimintamallin ja posterin ideointivaihe käynnistyi syksyllä 2020 aiheen löydyttyä. Yhteistyökumppani valikoitui Oulun yliopistollisen sairaalan operatiivisen tulosalueen teho- ja tehovalvontaosastoilta. Työn ideointi alkoi yhteisellä sähköpostiviestittelyllä, jossa aiheeksi saatiin perushoidon merkitys tehohoitopotilaalla ja sovittiin yhteinen palaveriaika. Palaveriin osallistui hoitotyön kliininen asiantuntija, opetuskoordinaattori, apulaisosastonhoitaja ja opinnäytetyön tekijät. Palaverissa aiheeksi tarkentui tehohoitopotilaan painehaavojen ennaltaehkäisyn toimintamalli ja siihen kuuluva posterit. Teho-osaston asiantuntijat esittivät toiveen painehaavojen ennaltaehkäisyn toimintamallista ja posterista. Toimintamalli ja posterit on jatkoa Oulun yliopistollisen sairaalan painehaavojen ennaltaehkäisyn kampanjavuotta, joka oli vuonna 2019. Tavoitteena oli tehdä toimintamalli ja posterit tukemaan teho- ja tehovalvontaosaston työntekijöitä tunnistamaan painehaavaa riski sekä ennaltaehkäisemään painehaavojen syntyä käyttämällä näyttöön perustuvia menetelmiä. Palaverissa sovittiin alustava aikataulu töiden tekemisestä. Tavoite oli saada työt valmiiksi vuoden 2021 loppuun mennessä. Palaverissa yhteistyökumppani esitteli olemassa olevaa painehaavan ennaltaehkäisyn toimintamallia sekä posteria. Niiden avulla hahmotettiin, millaista työtä ollaan tekemässä yhteistyökumppanille. Tässä vaiheessa saatiin käsitys tulevan työn rakenteesta ja posterin värimaailmasta. Toimintamallia ja posteria ideoitiin opinnäytetyön tekijöiden yhteisissä tapaamisissa. Tapaamiset järjestettiin kasvokkain ja

etäyhteyksin. Työskentelytapana ideoinnissa käytettiin aivorihtä. Aivoriihissä kukin opinnäytetyön tekijä esitti omia ideoitaan vapaasti.

Ideointivaiheessa tehtiin alustavia kirjallisuushakuja, vapailla hakusanoilla. Haku-sanoina käytettiin tehohoito, tehohoitopotilas, painehaava, Jackson & Cubbin riskimittari. Hakukoneina käytettiin Google Scholaria, Mediciä ja Ebscoa. Alustavien kirjallisuushakujen avulla tutustuttiin tulevaan kehittämistyön aiheeseen. Sisältöä ideoitiin yhdessä yhteistyökumppanin kanssa useaan kertaan, koska toimintamallin sisältö oli epäselvää. Yhteistyökumppanin kanssa järjestettiin palaveri, jossa tarkentui toimintamallin ja posterin sisältö. Palaverissa esiteltiin jo olemassa olevat toimintamalli ja posterit. Käytiin yhdessä läpi tulevan toimintamallin ja posterin sisältö ja ulkoasu. Toimintamallissa tulee olemaan lyhyesti keskeiset asiat tehohoitopotilaan painehaavojen ennaltaehkäisyyn. Toimintamallin alustava otsikointi oli: Johdanto, tunnista painehaava, arvioi painehaavariski, arvioi ihon kunto, arvioi vajaaravitsemusriski, toteuta asentohoitoa, toteuta ihon hoitoa, teho-osaston potilastietojärjestelmään kirjaaminen ja lähteet. Posterin sisältö tulee olemaan tiivistelmä toimintamallista, joka sisältää kuvia ja tekstiä. Palaverin jälkeen kierrettiin opetuskoordinaattorin kanssa teho- ja tehovalvontaosastot läpi, mistä saatiin ymmärrys miltä teho- ja tehovalvontaosastoilla näyttää. Keväällä 2021 tehtiin kehittämissuunnitelma, joka hyväksyttiin kesäkuussa 2021. Toimintamallin ja posterin tutkimuslupa hyväksyttiin kesäkuussa 2021.

4.3 Suunnitteluvaihe

Suunnitteluvaiheessa tarkennetaan ideavaiheen ajatuksia, kehittämisen tavoitteita ja toteuttamisedellytyksiä. Taustatyö tehdään perehtymällä kirjallisuuteen ja tutkittuun tietoon. Kehittämistoiminnan vaatimuksena on teorian tiedon perustuvuus näyttöön ja tutkittuun tietoon. (Salonen ym., 2017, s. 60). Tuotetta kehitellessä tai uutta suunniteltaessa, sen asiasisältö pitää selvittää. Asiasisällön selvittäminen saattaa edellyttää tutustumista aiheesta tehtyihin tutkimuksiin.

Terveysalan tuotteiden kehittämissä ja suunnittelussa on ratkaisevan tärkeää tuntea uusimmat ja ajantasaisimmat tutkimukset sekä hoitokäytänteet. Tutkimuksiin tutustuttaessa, ulkomaisia tutkimuksia ei kannata rajata pois, sillä ne saattavat olla kaikista ajantasaisimpia ja laadukkaimpia. (Jämsä & Manninen, 2000, s. 47.) Tiedonkeruun menetelmiä ovat keskustelut ja osallistuva havainnointi ja siitä tehdyt muistiinpanot. Aineistona voidaan käyttää myös työn aikana syntyneitä kirjallisia aineistoja, kuten sähköpostiviestejä ja muistioita. (Huovinen, 2006, s. 104.)

Syksyn 2021 aikana perehdyttiin kirjallisuuteen kirjallisuuskatsauksen muodossa. Hakusanat valikoituivat tulevan työn aihepiiriin ja toimintaympäristön mukaan. Kirjallisuuskatsausta tehdessä käytettiin hakusanoina tehohoito, tehohoitopotilas, painehaava, painehaavan ennaltaehkäisy, painehaavojen luokittelu sekä pressure ulcer. Tietokantoina käytettiin Mediciä, Ebscoa, OUTI kirjastoa, Diak Finnaa, Terveysporttia, Duodecimia, Käypä hoito suosituksia ja Google Scholaria. Haku rajattiin koskemaan vuosien 2011–2021 välisiä aineistoja, jotta teoria-tieto olisi mahdollisimman uutta. Hakutulokset rajattiin suomenkielisiin sekä englanninkielisiin julkaisuihin.

Medicistä löytyi hakusanoilla “pressure” and “ulcer” 142 osumaa. Haku rajattiin koskemaan vuosien 2018–2020 välisiä aineistoja. Edellä mainituilla rajauksilla Medic antoi 15 osumaa. Medicistä hakusanalla “painehaava” ja rajaamalla vuosivälin vuosiin 2018–2020 saatiin 14 osumaa. Medicissä hakusanat “painehaava” AND “ennaltaehkäisy” vuosivälillä 2018–2020, kieleksi valittuna suomi, saatiin tulokseksi 8 osumaa. Näistä kahdeksasta artikkelista aineistoon valikoitui kolme artikkelia. OUTI kirjastojen tarkennetulla haullla “painehaava” AND “ehkäisy”, kielinä suomi ja aineistona kirja löytyi kaksi osumaa. Molemmat kirjat olivat niin vanhoja teoksia, että niitä ei valittu lähdeaineistoksi. Hakusanaksi vaihdettiin painehaav*, tarkennettuna hakuna, kieli suomi ja aineisto kirja, saatiin 6 osumaa. Näistä hakutuloksista yksi kirja valikoitui lähdeaineistoksi. Muut kirjat olivat yli 10 vuotta vanhoja. EBSCOn ensimmäisellä haullla, hakusanoilla “pressure” and “ulcer” rajaamatta vuosia mitenkään, saatiin yli 12000 osumaa. Haun ensimmäinen tulos oli kuitenkin liian hyvä jäädäkseen pois kirjallisuuskatsauksestamme.

Kirja on hoitajille tarkoitettu opas painehaavojen havainnointiin, niiden ehkäisyyn ja hoitamiseen. Lisäämällä edelliseen hakuun fraasin "icu or intensive care unit or critical care" saatiin yli 4000 osumaa, mutta julkaisujen otsikoiden ja niiden ydinsanojen selailun perusteella tämä haku ei ollut katsauksen kannalta olennainen haku.

Aikakausikirja Duodecimista hakusanalla "tehoahoito". Hakutuloksia tuli yhteensä 422 artikkelia. Hakuun rajattiin vuosien 2018–2020 lehdet ja julkaisut. Hakutulokset olivat samat 422 artikkelia. Haku rajattiin pelkkiin katsauksiin ja täten hakutuloksia tuli yhteensä 32. Hakusanalla "Tehoahoitopotilas" löytyi yhteensä 10 artikkelia. Kyseisistä artikkeleista, ei valikoitunut kirjallisuuskatsaukseen yhtäkään. Medicistä hakusanalla "tehoahoito", rajattiin haku suomenkielisiin ja vuosien 2018–2020 välisiin julkaisuihin. Hakutuloksia tuli näillä rajauksilla yhteensä 104. Haku rajattiin laittamalla "NOT" "COVID-19", koska moni hakutulos koski koronavirusta. Näiden rajausten jälkeen hakutuloksia oli yhteensä 93. Näistä artikkeleista valikoitui kirjallisuuskatsaukseen kolme artikkelia. Medicistä hakusanalla "tehoahoitopotilas" ei löytynyt yhtään hakutulosta. Hakusanoja muutettiin "tehoahoito "AND" potilas" ja vain suomenkieliset julkaisut. Hakutuloksia tuli yhteensä 40. Tarkentamalla hakua vuosiin 2015–2020, hakutuloksia tuli yhteensä 7. Näistä ei löytynyt sopivia lähteitä kirjallisuuskatsaukseen. Käypä hoito suosituksista löytyi hakusanalla "tehoahoito" osumia yhteensä 172. Haulla "tehoahoitopotilas" ei löytynyt yhtäkään osumaa. Sieltä ei valikoitunut yhtään artikkelia kirjallisuuskatsaukseen. Terveysportista hakusanalla "tehoahoito", tuloksia tuli 1307. Akuuttihoitoppaasta valikoitui kirjallisuuskatsaukseen yksi lähde. Hakusanalla "tehoahoitopotilas" hakutuloksia tuli 43. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui yksi lähde teho- ja valvontahoitotyön oppaasta.

Teoriatietoa löytyi runsaasti eri tietokannoista kyseisillä hakusanoilla ja niiden läpi käymisen jälkeen kirjallisuuskatsaukseen valikoitui yhteensä 13 eri lähdeä Medicistä, OUTI kirjastosta, Terveysportista ja Ebscosta. Lähteet valittiin niiden luotettavuuden, ajantasaisuuden sekä jäljitettävyyden perusteella. Käytetyt lähteet olivat vertaisarvioituja tieteellisiä artikkeleita tai kirjoja. Kirjallisuuskatsauksen

avulla saatiin käsitys toimintaympäristöstä, minne tulevat toimintamalli ja posterit tehdään. Suunnitelma vaiheessa teoreettinen viitekehys rakennettiin löydetyn tutkitun tiedon ympärille, jota täydennettiin yhteistyökumppanilta saaduilla materiaaleilla.

Suunnitelmaa täydennettiin yhteistyökumppanin kanssa käytyjen sähköpostiviestien, palavereitten aikana tehtyjen muistiinpanojen sekä teho- ja tehovalvontaosastojen vierailun aikana tehtyjen havaintojen pohjalta. Teoriatiedon ja tehtyjen havaintojen avulla alkoi toimintamallin ja posterin luonnostelu. Suunnitelman pohjana käytettiin vuodeosastoille suunniteltua toimintamallia ja posteria "Ehkäise painehaava ja tunnista riski", yhteistyökumppanin toiveiden mukaisesti. Ensimmäisenä suunniteltiin, millainen otsikointi toimintamalliin tulisi. Toimintamalli suunniteltiin Word tiedostolle. Toimintamallin rakenne suunniteltiin olemassa olevan toimintamallin mukaan, jotta ne olisivat yhtenäiset. Toimintamalli rakentuu kappaleista. Kappale alkaa otsikolla, jonka alle kirjoitetaan aiheen ydinasiat ranskalaisilla viivoilla. Ydinasioiden jälkeen kappaleeseen avataan laajemmin aiheen teoria.

Posterit suunniteltiin olemassa olevan ehkäise painehaava ja tunnista riski -toimintamallin posterin mukaisesti. Posterit suunniteltiin PowerPoint ohjelmalle. Ensimmäisenä posterin suunnittelussa tehtiin alustavat otsikoinnit, jonka jälkeen hahmoteltiin tekstilaatikot ja niiden asiasisältö. Viimeisenä posteriin valittiin värit, jotka noudattavat alkuperäisen posterin värimaailmaa. Yhteistyökumppanilta saatujen materiaalien lisäksi toimintamallin ja posterin suunnittelussa käytettiin luotettavia ja tutkittuja lähteitä. Suunnittelu vaiheessa oltiin yhteydessä yhteistyökumppaniin sähköpostitse kolme kertaa toimintamallin ja posterin rakenteesta ja sisällöstä.

4.4 Toteutus

Suunnitelman hyväksynnän jälkeen alkaa ammatillisesti tietoa lisäävä, mutta haastava toteutusvaihe. Vaiheessa työskennellään suunnitelman mukaisesti. (Salonen ym., 2017, s. 62.) Toteutusvaiheessa on hyödyllistä tutustua varsinaiseen toimintaan siinä toimintaympäristössä, jonne tuotetta ollaan tekemässä. Painettavan tuotteen tekeminen etenee tuotekehityksen vaiheiden mukaan. Lopulliset tuotteen sisältöä ja ulkoasua koskevat valinnat tehdään tekovaiheessa. Asiasisältöön vaikuttaa se, kenelle ja mihin tarkoitukseen tuote tehdään. Yleensä terveysalalle tehtyjen painotuotteiden tarkoitus on opastaa viestin vastaanottajaa, jolloin asiapitoinen tekstityyli palvelee tarkoitusta parhaiten. Kirjoitetun tekstin tulee olla selkeää ja hyvin jäsenneiltyä, että tuotteen keskeinen ajatus aukeaa lukijalle. Tuotekehityksen kaikissa vaiheissa, tuotteesta tarvitaan arviointia ja palautetta. Palautteen antaminen ja arviointi on helpompaa, mikäli uuden tuotteen rinnalla käytetään vanhaa tuotetta. Vertailtaessa uutta ja vanhaa tuotetta rinnakkain, on helpompaa havaita puutteet ja edut, sekä uuden tuotteen mahdolliset kehittämistarpeet. (Jämsä & Manninen, 2000, s. 45, s. 56.)

Toimintamallia ja posteria tehtiin yhteistyössä yhteistyökumppanin kanssa. Yhteistyö tapahtui sähköpostin välityksellä. Yhteistyökumppanilla oli selkeä visio, minkälainen valmiin toimintamallin ja posterin asiasisällön ja visuaalisen ilmeen tulee olla, jotta se vastaa työelämän tarvetta. Yhteistyökumppanilta saadut korjausehdotukset olivat selkeitä ja kohdennettuja juuri heidän tarpeitaan ajatellen. Toimintamalliin tehtiin ensimmäisenä otsikoinnit, joita täydennettiin yhteistyökumppanin toiveiden mukaisesti ja kohdennettiin teho- ja tehovalvontaosastoille sopiviksi. Valmiiden otsikoiden jälkeen alkoi teorian tiedon kirjoittaminen toimintamalliin. Teoriatieto lisätiin toimintamalliin opinnäytetyön raportista, jota täydennettiin yhteistyökumppanilta saadulla materiaaleilla. Otsikoinnin ja teorian tiedon valmistuttua, työstä lähetettiin ensimmäinen versio lokakuussa 2021 sähköpostilla yhteistyökumppanille. Työstä saatiin palautetta ja korjausehdotuksia. Yhteistyökumppanin toiveiden mukaisesti lähteet jätettiin tekstistä pois, koska se

paransi ja selkeytti tekstin luettavuutta sekä lisättiin asentohoidon merkitys painehaavojen ennaltaehkäisyssä.

Yhteistyökumppanin toiveiden mukaisesti teoritiedosta nostettiin otsikoiden alle ranskalaisilla viivoilla tärkeimmät asiasisällöt. Ydinasiat kirjoitettiin käskymuotoon, jotta lukija ymmärtää ne käytännön työn ohjeistukseksi. Tämän jälkeen oltiin sähköpostitse yhteydessä yhteistyökumppanin kanssa tekstin asiasisällöstä. Yhteistyökumppani toivoi asiasisältöön lisättäväksi varhaisen kuntoutuksen merkityksen tehohoitopotilaan painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Saadun palautteen perusteella etsittiin teoritietoa varhaisen kuntoutuksen merkityksestä tehohoitopotilailla. Hakusanoina käytettiin ”varhainen kuntoutus”, ”tehoitopotilas” ja ”kinestetiikka”. Haut tehtiin Outi kirjastosta ja Google Scholarista. Lähteeksi valittiin Teho- ja valvontahoitotyön opas, kinestetiikka.fi internet sivusto ja Kinestetiikka-toimintamalli voimavarojen ylläpitämiseen liikkeen avulla -kirja. Teoritiedon löydyttyä, kirjoitettiin toimintamalliin oma kappale tehohoitopotilaan varhaisesta kuntoutuksesta. Tämän jälkeen toimintamalli lähetettiin yhteistyökumppanille sähköpostilla. Saadun palautteen avulla tekstiä täydennettiin yhteistyökumppanin tarpeita vastaavaksi.

Kliinisenhoitotyön asiantuntija lisäsi työhön linkit Painehaavahelpperiin ja yleiseen PPSHP:n toimintamalliin. Nämä linkit avautuvat PPSHP:n Intranettiin ja ovat käytettävissä vain kyseisessä tietojärjestelmässä. Kliinisenhoitotyön asiantuntija, painehaavavastuuryhmän vetäjä ja opetuskoordinaattori hyväksyivät toimintamallin. Kliinisenhoitotyön asiantuntija lähetti toimintamallin tehohoidon ylilääkärille tarkistettavaksi. Ylilääkärin ehdotuksesta toimintamallin teoriaosaan lisättiin virtsakatetrin kiinnityksen tärkeys, kuntoutus protokollan noudattaminen määritetyn kuntoutustason mukaisesti ja tekstiä on tarkennettu muuttamalla yksittäisiä sanoja. Tehohoidon ylilääkäri toivoi toimintamalliin lisättäväksi, että sisälönohjauksesta on vastannut kliinisenhoitotyön asiantuntija, painehaavavastuuryhmän vetäjä. Viimeisessä vaiheessa tehohoidon ylilääkäri hyväksyi toimintamallin ja posterin.

Toimintamallin asiasisällön ollessa lähes valmis, aloitettiin posterin tekeminen PowerPoint ohjelmalla. Visuaaliseen ulkoasuun otettiin mallia jo olemassa olevasta posterista. Olemassa olevasta posterista hyödynnettiin rakenne, värimaailma, kuva ihmisestä, johon on merkattu yleisimmät painehaavariski kohdat, ja teksteille tehdyt laatikot noudattivat jo olemassa olevan posterin rakennetta. PowerPoint ohjelmaan tehtiin ensimmäisenä otsikoinnit ja niille asiasisältöä varten laatikot. Laatikoihin lisättiin toimintamallin ydinasiat: arvioi ihon kunto, arvioi painehaavariski, arvioi vajaaravitsemusriski, Jackson & Cubbin riskimittari. Tästä tuli PowerPointin dia 2. Kolmanteen diaan kirjattiin olennaisimmat asiat toimintamallista: toteuta asentohoitoa, toteuta ihonhoitoa sekä kirjaa. Otsikoiden alle kirjoitettiin ranskalaisilla viivoilla olennaisimmat asiat aiheesta. Viimeisenä tehtiin PowerPointin ensimmäinen dia, johon tuli tekijöiden nimet. Posterin ensimmäinen versio lähetettiin yhteistyökumppanille marraskuussa 2021.

Yhteistyökumppani oli tyytyväinen visuaaliseen ulkoasuun. Posterin rakenne oli selkeä ja värimaailmaan oltiin tyytyväisiä. Posterin asiasisältöön saatiin korjaus ehdotuksia, joita olivat luu-ulokkeiden ja hoitovälineiden merkitys painehaavojen synnyssä. Posteriiin tehtiin yhteistyökumppanin toiveiden mukaiset korjaukset. Posterin asiasisältöä täydennettiin heidän toiveidensa mukaisesti, jotta työ vastaisi heidän tarpeitaan. Asiasisällön ja ulkoasun ollessa valmis, varmistettiin oppilaitokselta posteriin tuleva koulun logo sähköpostitse. Oppilaitoksen logo lisättiin ensimmäiseen diaan. Tässä vaiheessa myös yhteistyökumppani lisäsi ensimmäiseen diaan kuvan ja heidän oman logonsa. Kliinisen hoitotyön asiantuntija, painehaavavastuuryhmän vetäjä ja opetuskoordinaattori hyväksyivät posterin. Viimeisessä vaiheessa posterin tarkasti tehohoidon ylilääkäri, joka ehdotti posteriin lisättäväksi pidätyskyvyttömän potilaan genitaalialueen ja peräaukon seudun puhdistamisen merkityksen painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Lisäyksien jälkeen posterin hyväksyttiin.

4.5 Valmis tuotos

Valmis toimintamalli on tehty Word-tiedostolle ja valmiissa toimintamallissa on 15 sivua. Fonttina toimintamallissa on käytetty Arialia, koska se on selkeä ja helppo lukea. Otsikoinnissa fontin koko on 16 ja asiatekstissä 12, rivivälinä toimintamallissa on käytetty 1,5. Kansilehdellä on työn otsikko “Ehkäise painehaava ja tunnista riski”- toimintamalli tehohoitopotilailla ja tekijöiden nimet, kansilehden jälkeen sivulla kaksi on sisällysluettelo. Sisällysluettelon jälkeen työssä on johdanto ja kahdeksan asiakappaletta. Viimeisenä työhön on lisätty käytetyt lähteet. (ks. Liite 1)

Valmis posterit on kolmiosainen posterisarja ja posterin otsikointi on tehty Calibri-light-fontilla. Fontti valittiin, koska se on helppolukuinen ja selkeä. Otsikoinnin fontin koko on 36 ja asiasisältö on kirjoitettu Calibri-fontilla, koko vaihtelee 12–14 välillä. Fontin kokoa vaihtelemalla saatiin asiasisällön teksti mahtumaan laatikoihin oikein tavutettuna. Posterin asiasisällön otsikoinnit on kirjoitettu isoilla kirjaimilla, jotta ne kiinnittävät lukijan huomion. Ylimmäisenä osana posterissa on työn otsikko “Ehkäise painehaava ja tunnista riski tehohoitopotilaalla”, kolme kuvaa, oppilaitoksen, sekä yhteistyökumppanin logot ja työntekijöiden nimet. Keskimäisessä osassa posterissa on 11 asiasisältöistä laatikkoa. Laatikoista kolmessa on tummansininen pohja ja valkoinen teksti. Kolme laatikkoa on oranssipohjaisia, joissa teksti on mustalla. Viimeiset viisi laatikkoa ovat turkoosilla pohjalla ja niiden teksti on valkoista. Posterisarjan alin osa sisältää kolme turkoosipohjaista laatikkoa, joissa teksti on valkoisella. (ks. Liite 2)

4.6 Arviointi

Tulokset ja tuotokset kuvaavat kehittämistoiminnan kohteen muutoksia ja saatuja hyötyjä. Tekijöiden ja yhteistyökumppanin näkemykset tuloksista ja muutoksista ovat keskeisessä roolissa. (Salonen ym., 2017, s. 63.) Kehittämistoiminnassa arvioidaan työn idea, johon kuuluu ongelman tai idean kuvaus, työlle asetetut tavoitteet, tietoperusta ja teoreettinen viitekehys. Työn arvioinnissa tärkeintä on tuoda esille, miten työlle asetetut tavoitteet on saavutettu. Arvioinnissa on hyvä kertoa asioista, jotka ovat muuttuneet tai jääneet kokonaan tekemättä työn edetessä (Vilkkä & Airaksinen, 2003, s. 154–155.) Arvioinnissa pohditaan kriittisesti kehittämistavoitteiden saavuttaminen suhteessa suunnitelmaan (Salonen ym., 2017, s. 64).

Kehittämispainotteinen opinnäytetyö oli menetelmänä oikea valinta, koska yhteistyökumppanille luotiin uusi toimintamalli ja posterit. Aivoriihi menetelmänä toimi ideoinnissa hyvin. Ideoita syntyi runsaasti toimintamallin ja posterin tekemiseen. Tästä oli hyvä lähteä hahmottamaan tulevaa kehittämistyötä. Kirjallisuuskatsauksen avulla saatiin luotua hyvä teoriapohja viitekehykselle. Kirjallisuuskatsauksen avulla saatiin käsitys siitä, mitä on tehohoitotyö ja tehohoitopotilas, koska opinnäytetyön tekijöillä ei ollut aiempaa tietoa tehohoitotyöstä. Lähteiden valinnassa käytetyt laatuksiteerit lisäsivät opinnäytetyön luotettavuutta. Toimintamallin ja posterin ympärille oli helppo rakentaa viitekehys, koska ajantasaista teoriatietoa löytyi runsaasti. Viitekehystä toimintamallille ja posterille syvensi yhteiset palaverit, muistiinpanot palavereista, sähköpostiviestit, vierailu teho- ja tehovalvontaosastoilla ja yhteiset keskustelut yhteistyökumppanin kanssa ja opinnäytetyön tekijöiden kesken. Vertailemalla alkuperäistä ja tekeillä olevaa painehaavojen ennaltaehkäisyyn toimintamallia ja posteria saatiin teho- ja tehovalvontaosastojen toimintamallin ja posterin rakenne vastaamaan jo olemassa olevaa vuodeosastoille tehtyä toimintamallia ja posteria. Näin töistä saatiin yhtenäiset aiempien töiden kanssa. Vertailua tehtiin työn kaikissa vaiheissa. Vertailu jo olemassa oleviin töihin selkeytti ja nopeutti toimintamallin ja posterin tekemistä. Vertailu aiemmin tehtyihin toimintamalliin ja posteriin oli yhteistyökumppanin toive.

Toimintamalli ja posterit täyttivät lähes kaikki yhteistyökumppanin niille asettamat tavoitteet niin asiasisällöltään kuin visuaaliselta ulkoasultaan. Yhteistyökumppani toivoi tekijöiden lisäävän asiaa silkkipoikkilakanasta toimintamalliin. Yhteistyökumppanilta pyydettiin kirjallista lähdemateriaalia, mutta heillä ei ollut kirjallisuutta kyseisestä aiheesta. Lähdemateriaalia haettiin myös sähköisesti hakusanoilla ”poikkilakana”, ”silkkipoikkilakana” ja ”poikkari”. Etsinnöistä huolimatta lähdemateriaalia ei löytynyt. Yhteistyökumppanin kanssa sovittiin, että mainintaa silkkipoikkilakanasta ei toimintamalliin kirjoiteta.

Toimintamallin ja posterin työn kaikissa vaiheissa yhteistyökumppanilta saatiin palautetta niiden asiasisällöstä sekä ulkoasusta. Työt lähetettiin sähköpostitse useita kertoja yhteistyökumppanin luettavaksi ja näin työn asiasisältöä, luettavuutta, luotettavuutta sekä rakennetta arvioitiin monen eri toimijan puolesta kaikissa työn vaiheissa. Tiiviin yhteistyön ansioista työt saatiin kohdennettua yhteistyökumppanin tarpeita vastaaviksi. Yhteistyökumppanien ammattitaidon sekä käytännön hoitotyön kokemuksen avulla töihin saatiin tuotua olennaisin asia ja vältettiin vääränlaisen tiedon tuominen toimintamalliin sekä posteriin. Toimintamallin ja posterin asiasisällön, rakenteen ja ulkoasun on tarkastanut kliinisen hoitotyön asiantuntija, painehaavavastuuryhmän vetäjä sekä opetuskoordinaattori. Edellä mainittujen henkilöiden arviointi kierroksen jälkeen työ eteni tehohoidon ylilääkärin arvioitavaksi, joka hyväksyi lopulliset työt.

4.7 Päätösvaihe, tulosten levittäminen

Kehittäminen katsotaan suoritetuksi, kun tavoitteet ja tulokset on saavutettu ja loppuraportti on kirjoitettu. Päätösvaiheessa suunnitellaan mitä tuloksille tapahtuu jatkossa, miten niitä aiotaan levittää ja ottaa käyttöön. Tulosten juurruttaminen ja levittäminen on usein haasteellista. (Salonen ym., 2017, s. 66.)

Toimintamalli ja posterit esitettiin yhteistyökumppanin osastotunnilla joulukuussa 2021. Osastotunnilla kerrottiin lyhyesti työn ideoinnista, suunnittelusta, toteutuksesta ja valmiista tuotoksista. Tulosten levittämisestä vastaa Oulun yliopistollinen sairaala. Esityksen jälkeen oli mahdollisuus kommentoida, sekä kysyä työstä. Työmme pohjalta syntyi hyvää keskustelua painehaavojen ennaltaehkäisystä tehohoitopotilailla.

Toimintamalli ja posterit on julkaistu sähköisessä muodossa Oulun yliopistollisen sairaalan Intranetissä ja tehotietojärjestelmä Clinisoftin hoitotyön ohjeissa. PowerPointille suunnitellusta työstä on tehty teho- ja tehovalvontaosastoille kolme osainen posterisarja. Työ on tulostettu vaakatasoon käännettylle A4 paperille. Yhdessä tulosteessa on aina yksi PowerPoint dia. Tulosteet on aseteltu seinälle allekkain ja näin siitä syntyy ehjä kokonaisuus. PowerPointistä on tehty lisäksi kolme osainen tulostettu ja laminoitu sarja, joka on jokaisen työntekijän saatavilla ja luettavissa teho- ja tehovalvontaosastojen taukotiloissa.

5 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyötä tehdessä noudatettiin ARENE:n (2018) ammattikorkeakouluille tekemää suositusta eettisestä ja hyvän tieteellisen käytännön mukaisesta opinnäytetyön prosessista. ARENE:n suositukset perustuvat lainsäädäntöön ja tiedeyhteisön kansallisiin ja kansainvälisiin tutkimuseettisiin periaatteisiin ja suosituksiin. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti opinnäytetyötä tehdessä noudatettiin rehellisyyttä, huolellisuutta, tarkkuutta, tulosten tallentamista sekä säännöllistä arviointia. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012). Sopimus sisältää olennaiset opinnäytetyön tekemiseen liittyvät asiat. Sopimuksessa käydään läpi mahdolliset kustannukset ja niiden korvaaminen, luottamuksellisten ja salassa pidettävien aineistojen käyttäminen, mahdollisten henkilötietojen käyttäminen

opinnäytetyössä ja vastuista ja vastuiden rajaamisista. (ARENE, 2019.) Noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä, tehtiin yhteistyökumppanin kanssa opinnäytetyösopimus. Opinnäytetyötä tehdessä noudatettiin kaikkia sopimuksessa sovit-
tuja kohtia.

Hoitajan vastuulla on käyttää ajantasaista ja tutkittua tietoa hoitotyössä, joka on potilaan parhaaksi. Ajantasaisen tiedon tulee olla luotettavaa ja tutkittua. Kansainvälistä näyttöä edustavat muun muassa käypä hoito suositukset ja hoitotyön tutkimussäätiö, Hotus. Laadullisten tutkimusten tulokset potilaan ja asiakkaiden kokemuksista hoitotyössä ovat myös erinomaista tietoa näyttöön perustuvassa toiminnassa (Hoitotyön tutkimussäätiö, 2018.)

Toimintamallin ja posterin asiasisällön luotettavuutta arvioitiin koko töiden tekemisen ajan. Toimintamalli ja posterit kävivät useita kertoja yhteistyökumppanin arvioitavana työn jokaisessa vaiheessa. Toimintamallin ja posterin arvioi teho- ja tehovalvontatyön ammattilaiset, joilla on vaadittava tietotaito töiden asiasisällön luotettavuuden arvioimiseen. Näin saatiin varmistettua töiden luotettavuus. Toimintamallia ja posteria tehtäessä on käytetty runsaasti erilaisia lähteitä. Lähteet ovat olleet laadukkaita, luotettavia ja ajantasaisia. Lähteet on merkitty tekstiin ja lähdeluetteloon asianmukaisesti. Toimintamallin ja posterin tekemisessä käytettiin maltillisesti englanninkielisiä lähteitä, näin on voitu välttyä käännösvirheiltä. Käännösvirheet heikentävät opinnäytetyön luotettavuutta

JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tuomalla uusin tutkittu teoriatieto hoitajien saataville käytännön hoitotyön avuksi voidaan ehkäistä painehaavojen syntyvyyttä. Painehaavojen ehkäisyyn tulee olla osa päivittäisiä hoitotoimia. Teho- ja tehovalvontaosastoilla pitää olla painehaavojen ehkäisyyn tarvittavat apuvälineet saatavilla. (Strand & Lindgren, 2010.)

Toimintamallissa ja posterissa on tiivistettynä kaikki painehaavojen ennaltaehkäisyyn tarvittava tieto. Toimintamalli ja posterit mahdollistavat sen, että painehaavojen ennaltaehkäisyyn tarvittava teoretinen tieto on saatavilla päivittäin.

Opinnäytetyön tarkoitus oli tehdä yhteistyökumppanin tarpeita vastaava toimintamalli ja kuvallinen posterit. Lisäksi yhteistyökumppanin kanssa asetettiin yhteiseksi tavoitteeksi yhtenäistää tehohoidossa käytettäviä painehaavojen ennaltaehkäisyä menetelmiä. Toimintamallille ja posterille asetettiin tavoitteeksi niiden valmistuminen vuoden 2021 loppuun mennessä ja se saavutettiin. Toimintamallin ja posterin tavoitteena oli ennaltaehkäistä teho- ja tehovalvontapotilaiden painehaavoja sekä tuoda uusin tutkittu teoretinen tieto osaksi käytännön hoitotyötä. Suullisen ja kirjallisen palautteen perusteella tavoitteet saavutettiin. Yhteistyö oli hyvää ja sujuvaa koko projektin ajan.

Opinnäytetyötä tehdessä osaaminen painehaavojen ennaltaehkäisystä lisääntyi. Sairaanhoidtaja pystyy omalla toiminnallaan ehkäisemään painehaavojen syntymisen. Teoretinen tieto teho- ja tehovalvontaosastojen toiminnasta sekä tehohoitopotilaan hoidosta lisääntyi. Opinnäytetyötä tehdessä opittiin, miten tärkeässä osassa painehaavojen ennaltaehkäisy on hoitotyössä. Painehaavojen syntymisen voidaan ehkäistä ennakoivilla hoitotyön toiminnoilla. Painehaavojen ehkäiseminen on huomattavasti edullisempaa kuin syntyneen painehaavan hoitaminen. Painehaavan syntyminen lisää potilaan kokemaa kärsimystä ja voi pitkittää hoitoaikaa. Opinnäytetyönä tehdyt toimintamalli ja posterit tulevat helpottamaan teho- ja tehovalvontapotilaiden painehaavojen ennaltaehkäisyä.

Opinnäytetyötä tehdessä opittiin tekemään tiedonhakuja eri tietokannoista ja löytämään laadullisesti hyviä lähteitä ja kirjoittamaan lähteistettyä tekstiä. Lähdekirjallisuutta opinnäytetyöhön löytyi runsaasti ja aluksi tuntui haastavalta lähteä valitsemaan työhön parhaiten soveltuvat lähteet. Lähteitä rajattiin ajallisesti, näin saatiin kaikkein ajankohtaisin tieto käyttöön. Haastavinta lähteiden läpikäymisessä ja valitsemisessa tuotti englanninkieliset lähteet. Niissä käytetty kieli oli

paikoitellen todella vaikeaa ja runsaasti erikoissanastoa sisältävää tekstiä. Englanninkielinen teksti oli vaikeaa suomentaa luotettavasti. Tästä syystä suurin osa englanninkielisistä lähteistä rajattiin opinnäytetyön ulkopuolelle. Opinnäytetyön sisältö ei kärsinyt englanninkielisten lähteiden vähäisestä käytöstä. Suomenkieliset lähteet tarjosivat runsaasti luotettavaa ja tutkittua tietoa opinnäytetyötä varten. Opinnäytetyössä on käytetty pelkästään luotettavia ja tutkittuun tietoon pohjautuvia lähteitä. Toimintamalli ja posterit pohjautuvat luotettavaan teorian tietoon.

Yhteistyö Oulun yliopistollisen sairaalan teho- ja tehovalvontaosastojen henkilökunnan kanssa oli sujuvaa ja heiltä saatiin säännöllisesti palautetta ja muutosehdotuksia. Heiltä saatu palaute oli positiivista, rakentavaa ja kannustavaa. Toimintamallia ja posteria paranneltiin heidän antamien ohjeiden mukaan ja lopputuloksena syntyi laadukas toimintamalli ja posterit. Opinnäytetyötä tehdessä noudatettiin yhteistyökumppanin kanssa tehtyjä sopimuksia.

Tulevaisuudessa toimintamallin ja posterin pohjalta voidaan tehdä kehittämistyötä. Kehittämistyön aiheena voisi olla onko painehaavojen syntymistä saatu vähennettyä teho- ja tehovalvontaosastoilla toimintamallin käyttöönoton jälkeen. Kehittämistyöhön voidaan myös sisällyttää mahdolliset parannus- ja muutosehdotukset toimintamalliin. Ennen kuin aiheesta ruvetaan tekemään uutta kehittämistyötä, on tärkeää antaa henkilökunnalle riittävästi aikaa perehtyä toimintamalliin ja käyttää sitä hoitotyössä. Näin mahdolliselle kehittämistyölle saadaan riittävän kattavasti aineistoa.

LÄHTEET

- Ahtiala, M., Kangas, R-B. & Rojo, S. (2017a). Painehaavan ehkäisy. Teoksessa M. Ritmala-Castren, M. Lönn, H. Lundgren-Laine, M. Meriläinen & M. Peltomaa (toim.), *Teho- ja valvontahoitotyön opas* (s. 517–518). Duodecim.
- Ahtiala, M., Kangas, R-B. & Rojo, S. (2017b). Painehaavoja ehkäisevä asento-
hoito ja sen toteutus. Teoksessa M. Ritmala-Castren, M. Lönn, H. Lundgren-Laine, M. Meriläinen & M. Peltomaa (toim.), *Teho- ja valvontahoitotyön opas* (s. 518–519). Duodecim.
- Ahtiala, M., Kangas, R-B., & Rojo, S. (2017c). Painehaavojen ehkäisy. *Teho- ja valvontahoitotyön opas*. Duodecim. <https://www-terveysportti-fi.anna.diak.fi/dtk/aho/koti>
- Ahtiala, M., Kangas, R-B., & Rojo, S. (2017d). Painehaavojen ehkäisevä asento-
hoito ja sen toteutus. *Teho- ja valvontahoitotyön opas*. Duodecim. <https://www-terveysportti-fi.anna.diak.fi/dtk/aho/koti>
- Ahtiala, M., Kangas, R-B., & Rojo, S. (2017e). Painehaavan luokittelu ja hoito-
periaatteet. *Teho- ja valvontahoitotyön opas*. Duodecim. <https://www-terveysportti-fi.anna.diak.fi/dtk/aho/koti>
- Ala-Kokko, T. & Pettilä, V. (2018). Kenelle tehohoitoa annetaan?. Tehohoito-
lääketiede pääkirjoitus, *Duodecim*, 134, 165–166.
- ARENE. (2019). Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto. *Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset*. Saatavilla 31.1.2022 <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTI-KORKEAKOULU-JEN%20OPINNÄYTETÖIDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>
- ARENE. (2018). Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto. *Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset*. Saatavilla 24.5.2021 <https://www.arene.fi/julkaisut/ammattikorkeakoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>

- Bäcklund, M. (2017). Ravitsemushoidon periaatteet. Teoksessa S. Karlsson, T. Ala-Kokko, V. Pettilä, M. Tallgren & M. Valtonen (toim.), *Tehohoito-opas* (s. 300–302). Duodecim.
- Bäcklund, M. (2020) Ravitsemustilan ja ravinnontarpeen arviointi ja ravinteet. *Anestesiologia, teho-, ensi- ja kivunhoito*. Duodecim.
<https://www.oppiportti.fi/op/ajt00776/do>
- Dziedzic, Mary Ellen. (2014). Fast facts about pressure ulcer care for nurses: How to prevent, detect and resolve them in a nutshell. <https://web-a-ebscohost-com.anna.diak.fi/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzY3NTc5OV9fQU41?sid=1ab4adc5-6490-4725-94e9-17d4ff77bc3c@sessionmgr4007&vid=1&format=EB&rid=1>
- EPUAP. (2014). *Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä Suosituksesta*. Saatavilla 14.5.2021 <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/finnish-guideline-jan2016.pdf>
- Hagström, K & Hantikainen, V. (2018). Tehohoitopotilaan aikainen mobilisointi on mahdollista ja suotavaa. Teoksessa V. Hantikainen (toim.), *Kinestetiikka, toimintamalli voimavarojen ylläpitämiseen liikkeen avulla* (s. 95–115). PS-Kustannus.
- Heikkinen, H., Tiainen, S. & Torkkola, S. (2002). *Potilasohjeet ymmärrettäviksi, opas potilasohjeiden tekijöille*. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Heikura, J., Juopperi, R., Klasila, M., & Pesonen, L. (2017). Kuntouttamista edistävä työote. *Teho- ja valvontahoitotyön opas*. Duodecim.
- Heikura, J., Juopperi, R., Klasila, M., & Pesonen, L. (2017). Liikehoito. *Teho- ja valvontahoitotyön opas*. Duodecim.
- Hietanen, H. & Juutilainen, V., (2018). Painehaava. Teoksessa H. Hietanen & V. Juutilainen (toim.), *Haavanhoidon periaatteet* (4. uud. p., s. 322–361). Sanoma Pro
- Hoitotyön tutkimussäätiö. (2015). *Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä*. Saatavilla 16.5.2021 <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/painehaava-hs.pdf>
- Hoitotyön tutkimussäätiö. (2018). Näyttöön perustuva toiminta. *Hoitotyöntekijän näyttöön perustuva päätöksenteko*. Saatavilla 11.4.2021

<https://www.hotus.fi/hoitotyontekijan-nayttoon-perustuva-paatoksenteko/>

Hoitotyön tutkimussäätiö. (i.a). *Asiantuntijuustoimintamalli*. Saatavilla 18.4.2022

<https://www.hotus.fi/asiantuntijuustoimintamalli/>

Hoitotyön tutkimussäätiö. (i.a). *Tukirakenteet ja toimintamallit*. Saatavilla

18.4.2022 <https://www.hotus.fi/tukirakenteet-ja-toimintamallit/>

Huovinen, T. (2006). Tutkimusaineiston kerääminen. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.), *Toiminnasta tietoon, toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat* (s. 104–108). Dark Oy.

Huttunen, T. (2021). *Anestesiologian ja tehohoidon perusteet*. Tehohoito käytännössä. Duodecim. https://www.oppiportti.fi/op/atd00135/do?p_haku=tehoahoito#q=tehoahoito

https://www.oppiportti.fi/op/atd00135/do?p_haku=tehoahoito#q=tehoahoito

https://www.oppiportti.fi/op/atd00135/do?p_haku=tehoahoito#q=tehoahoito

Innokylä. (i.a.). Ohjeita käyttäjille. Saatavilla 1.3.2022 [https://innokyla.fi/fi/oh-](https://innokyla.fi/fi/ohjeita-kayttajille)

[jeita-kayttajille](https://innokyla.fi/fi/ohjeita-kayttajille)

Jämsä, K. & Manninen, E. (2000) Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalla. Kustannusosakeyhtiö Tammi

Kari, A., Reinikainen, M., & Valtonen, M. (2020). Tehohoidon uudet eettiset ohjeet. Pääkirjoitus, *Duodecim*, 136 (6), 597–598. [https://www.duode-](https://www.duodecimlehti.fi/duo15461)

[cimlehti.fi/duo15461](https://www.duodecimlehti.fi/duo15461)

Karjula, E. & Klasila, S. (2020). *Ehkäise painehaava ja tunnista riski-toimintamalli*. PPSHP.

Karjula, E., Majabacka, A., Katisko, R., Leppänen, S., Ikonen, M., & Alakärppä, A. (2016). *Tehohoitotyön luokitusjärjestelmä THLJ ohjekirja*. Oulun yliopistollinen sairaala.

Karlsson, S., Ala-Kokko, T., Pettilä, V., Tallgren, M., & Valtonen, M. (2017). Vai-

kuttavampaa tehoahoitoa. *Tehohoito-opas*. Duodecim. [https://www-](https://www-terveysportti-fi.anna.diak.fi/dtk/aho/koti)

[terveysportti-fi.anna.diak.fi/dtk/aho/koti](https://www-terveysportti-fi.anna.diak.fi/dtk/aho/koti)

Kauppi, O., Kotila, J. & Heikkilä, A. (2018). Painehaavoja tulee ehkäistä teho- ja tehovalvontapotilailla. *Tehohoito* 36 (2), s. 114–118.

Kinestetiikka,(2021). Kinestetiikka. Saatavilla 12.11.2021 [https://www.kineste-](https://www.kinestetiikka.fi/)

[tiikka.fi/](https://www.kinestetiikka.fi/)

Kinnunen, U-M., Tervo-Heikkinen, T., Hynninen, N., Seppänen, S., Iivanainen, A., Ahtiala, M. & Holopainen, A. (2017). Näyttöön perustuvan

- hoitosuosituksen laatiminen - esimerkkinä aikuispotilaan painehaavojen ehkäisy ja tunnistaminen. *Hoitotiede*. 29(3). 169–179.
- Lumio, J. (2019). Painehaavat eli makuuhaavat. *Duodecim*. Saatavilla 16.5.2021 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00313>
- Lund, V. (2018). Potilaiden valinta tehohoitoon. *Akuuttihoito- opas*. Terveysportti.
- Meriläinen, M. (2012). *Tehohoitopotilaan hoitoympäristö. Psykkinen elämänlaatu ja toipuminen*. [Väitöskirja, Oulun yliopisto]. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514298004.pdf>
- Meriläinen, M., Hakio, N., & Tiainen, M. (2017). Teho-osasto hoitoympäristönä. *Teho- ja valvontahoitotyön opas*. Duodecim.
- Metsävainio, K. (2021). Hengityksen tehostettu valvonta. *Anestesiologian ja tehohoidon perusteet*. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/atd00190/do>
- Metsävainio, K. (2021). Muiden peruselintoimintojen valvonta. *Anestesiologian ja tehohoidonperusteet*. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/atd00051/do>
- Metsävainio, K. (2021). Tajunnan tehostettu valvonta. *Anestesiologian ja tehohoidon perusteet*. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/atd00011/do>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014. *Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta*. Saatavilla 10.3.2021 <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/finnish-guideline-jan2016.pdf>
- Niittyvuopio, M., & Pikkupeura, J. (2017). Tehohoitopotilaan hoitajakson jälkeiset ongelmat ja elämänlaatu akuutin kriittisen sairauden jälkeen. *Finnanest*, 50 (4), 274–279. http://www.finnanest.fi/files/niittyvuopio-pikkupeura_tehohoitopotilaan.pdf
- Nurkkala, J., & Liisanantti, J. (2019). Tehohoitopotilaan ravitsemuksen toteutumisen sudenkuoppia. *Finnanest*, 52 (4), 293–296.

- Reinikainen, M. & Varpula, T. (2018). Suomalainen tehohoito. *Duodecim*, 134 (2), 161-163. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14120>
- Ritmala-Castren, M. & Lundgren-Laine, H. (2017). Ravitsemushoidon yleisperiaatteet. Teoksessa M. Ritmala-Castren, M. Lönn, H. Lundgren-Laine, M. Meriläinen & M. Peltomaa (toim.), *Teho- ja valvontahoitotyön opas* (s. 427–428). Duodecim.
- Ritmala-Castrén, M., & Lundgrén-Laine, H. (2017). Potilaan energiatarve. *Teho- ja valvontahoitotyön opas*. Duodecim. <https://www.lukusali.fi/index.html?p=Suo-men%20yleisl%C3%A4%C3%A4k%C3%A4rit%20GPF%20ry&i=4d89fa30-1dc1-11eb-8e1c-00155d64030a>
- Saarnio, J., Pohju, A., & Ahtola, H. (2014). Enteraalisen ravitsemuksen aiheet ja toteuttaminen. *Duodecim*, 130(21), 2239–44. <https://www.duodecimlehti.fi/duo11943>
- Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T., & Kinos, S. (2017). *Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa*. (Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 108). Turun ammattikorkeakoulu. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>
- Soppi, E. & Ahtiala, M. (2020). Painehaavan synty, tunnistaminen ja ehkäisy. *Yleislääkäri*, 6/20, 18–21.
- Soppi, E. (2020). Painehaava – patofysiologiasta ehkäisyyn. *Tehohoito* 38 (1), 60–65.
- Strand, T. & Lindgren, M. (2010). Knowledge, attitudes and barriers towards prevention of pressure ulcers in intensive care units: A descriptive cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 26 (6), 335-342. [Knowledge, attitudes and barriers towards prevention of pressure ulcers in intensive care units: A descriptive cross-sectional study - ScienceDirect](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.05.002)
- Tohmo, H. & Kuosa, R. (2020). Tehohoito-osasto. *Anestesiologian, teho-, ensi- ja kivunhoito*. Duodecim. https://www.oppiportti.fi/op/ajt00008/do?p_haku=teho-osasto#q=teho-osasto
- Tohmo, H., & Kuosa, R. (2020). Leikkaus-, anestesia- ja tehohoito-osastojen tilat ja laitteet. *Anestesiologia, teho-, ensi- ja kivunhoito*. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/ajt00009/do>

Toikko, T. & Rantanen, T. (2009). *Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon*. Tampereen Yliopistopaino Oy-Juvenes Print.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012). Saatavilla

19.12.2021 <https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/HTK-ohje-2012>

Uusaro, A. (2020). Tehohoidon järjestely. *Anestesiologia, teho-, ensi- ja kivunhoito*. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/ajt00002/do>

Vahtera, A. (2016). Tehohoidon aiheet ja vasta-aiheet. *Anestesiologian ja tehohoidon perusteet*. Duodecim. https://www.oppiportti.fi/op/atd00130/do?p_haku=tehoahoito#q=tehoahoito

Valtonen, M., & Launis, V. (2020). Eettisesti ongelmallisia tilanteita. *Anestesiologia, teho-, ensi- ja kivunhoito*. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/ajt00977/do>

Villkka, H. & Airaksinen, T. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Tammi.

Vähä-Savo-Väänänen, T. (2015). Potilaan hengellisyyden huomioiminen hoitotyössä [Opinnäytetyö, Laurea-ammattikorkeakoulu]. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2015112517788>

LIITE 1. Ehkäise painehaava ja tunnista riski -toimintamalli tehohoitopotilailla

LIITE 2. Ehkäise painehaava ja tunnista riski -posterit

LIITE 1. Ehkäise painehaava ja tunnista riski -toimintamalli tehohoitopotilailla



EHKÄISE PAINEHAAVA JA TUNNISTA RISKI -TOIMINTAMALLI TEHOHOITOPOTILAILLA

Jenni Jänkälä g1900302
Kimmo Kohonen g1900139
Tiina Tero g1900134
Diakonia-ammattikorkeakoulu
24.5.2022

SISÄLLYS

<u>1 JOHDANTO</u>	5
<u>2 TUNNISTA PAINEHAAVA</u>	6
<u>3 ARVIOI PAINEHAAVARISKI</u>	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
<u>4 ARVIOI IHON KUNTO</u>	8
<u>5 ARVIOI VAJAARAVITSEMUSRISKI</u>	9
<u>6 TOTEUTA ASENTOHOITOA</u>	10
<u>7 TOTEUTA VARHAISTA KUNTOUTUSTA</u>	10
<u>8 TOTEUTA IHON HOITOA</u>	12
<u>9 TEHO-OSASTON POTILASTIETOJÄRJESTELMÄÄN KIRJAAMINEN</u>	15
<u>LÄHTEET</u>	17

1 JOHDANTO

Suomessa painehaavojen esiintyvyys on noin 1–2 %, mikä tarkoittaa 55000–85000 potilasta vuodessa. Suurin riski saada painehaava on akuutisti sairastuneilla ja pitkäaikaishoidossa olevilla liikuntakyvyltään rajoittuneilla henkilöillä. Suomessa painehaavojen kustannukset nousevat vuodessa yli 500 miljoonaan euroon. Tämä on suuri haaste terveydenhuollolle ja kansantaloudelle, sillä painehaavojen ehkäisyn kustannukset ovat tästä vain 10 %. Panostamalla painehaavojen ehkäisyyn olisi mahdollista saada ainakin 2 miljardin euron säästöt. Tutkimusten mukaan tehohoitopotilailla esiintyy enemmän painehaavoja, kuin muilla terveydenhuollon potilasryhmillä. Tehohoidon aikana kudoksiin kohdistuu painetta ja/ tai venytystä, mikä nostaa riskiä saada ihovaurio. Painehaavoista aiheutuu potilaalle kipua ja kärsimystä. Painehaavat vaikuttavat heikentävästi toimintakykyyn ja näin ollen myös elämänlaatu heikkenee. Painehaavariskin tunnistaminen on ensisijaisen tärkeää ennaltaehkäistäessä painehaavoja. Tunnistamalla painehaavariski varhaisessa vaiheessa voidaan ennaltaehkäistä painehaavojen etenemisen. Pahimmillaan painehaavat pitkittävät hoitoa, aiheuttavat komplikaatioita tai johtavat jopa potilaan menehtymiseen.

PPSHP:ssä on laadittu [Ehkäise painehaava ja tunnista riski -toimintamalli](#) vuonna 2017. Tämä toimintamalli on tehty opinnäytetyönä Oulun yliopistollisen sairaalan teho-osastolle täydentämään yleistä PPSHP:n toimintamallia. Toimintamallin tarkoituksena on tukea tehohoidossa työskenteleviä työntekijöitä tunnistamaan painehaavariski ja käyttämään näyttöön perustuvia keinoja painehaavan ehkäisyssä. Sisällön ohjauksesta ovat vastanneet kliinisen hoitotyön asiantuntija Elina Karjula sekä painehaavavastuuryhmän vetäjä sairaanhoitaja Leena Pesonen. Toimintamallin on hyväksynyt tehohoidon ylilääkäri Tero Ala-Kokko.

2 TUNNISTA PAINEHAAVA

Painehaavat luokitellaan kansainvälisten, NPUAP ja EPUAP, järjestelmien mukaan 4 asteeseen ja 2 luokittelemattomaan kategoriaan.

1. Asteen painehaavassa iho punoittaa, eikä vaalene asentoa vaihtaessa. Alue saattaa olla kipeä ja tuntua palpoitaessa erilaiselta kuin ympäröivä iho.
2. Asteen painehaavassa ihossa on pinnallinen vaurio. Haavan pohja on vaaleanpunainen tai punainen, eikä siinä ole katetta. Iho voi olla kuiva ja kiiltävä tai siinä voi olla rakkula.
3. Asteen painehaavassa kudokset on vaurioitunut koko ihon syvyydeltä ja ihonalainen rasvakudos saattaa olla näkyvissä. Haavassa voi olla katetta ja haava saattaa olla onkaloitunut. Haavan syvyys riippuu sen syntypaikasta, luisten ulokkeiden alueella haava ei ole yhtä syvä kuin alueilla, joissa on enemmän rasvakudosta.
4. Asteen painehaavassa vaurio ulottuu koko ihon läpi ihonalaiskudokseen saakka. Haavan sijaintipaikasta riippuen, haava voi ulottua lihakseen tai tukikudokseen saakka ja ne ovat selvästi näkyvissä. Haavassa voi olla joko katetta tai kudokset nekroosissa ja se on usein onkaloitunut.
5. Luokittelematon painehaava, jonka syvyys on tuntematon. Haavaa ei pystytä luokittelemaan, koska se on joko katteen tai nekroottisen kudoksen peitossa. Haava voidaan luokitella vasta sen jälkeen, kun se on puhdistettu ja haavan pohja on näkyvissä.
6. Syvien kudosten vaurioepäily, minkä syvyyttä ei tiedetä. Iho on ehjä, purpura tai punaruskea ja siinä voi olla verinen rakkula, jotka ovat merkkejä ihonalaiskudoksen vaurioitumisesta. Ennen ihonalaiskudoksen vaurioitumista, kudokset voi olla kipeä ja tuntua erilaiselta kuin ympäröivä kudokset.

[Painehaavahelppi](#)

3 ARVIOI PAINEHAAVARISKI

- Käytä Jackson & Cubbin painehaavariskin arviointimittaria. Mitä pienemmät pisteen, sitä suurempi riski potilaalla on saada painehaava.
- Arvioi heti, kun mahdollista, mutta viimeistään 8 tunnin sisällä potilaan saapumisesta.
- Tee uusi arvio päivittäin.

Kliininen arviointi painehaava riskistä tulisi tehdä mahdollisimman nopeasti, kun potilas on tullut teho-osastolle. Tämän jälkeen riskiarviointi tehdään kerran vuorokaudessa. Tehohoidossa on käytössä Jackson & Cubbin riskimittari. Jackson & Cubbin riskimittarissa on kaksitoista alaluokkaa, joita ovat ikä, paino tai kudosten kunto, taustasairaudet, ihon kunto, vireystila, liikuntakyky, hemodynamiikka, hengitys, hapen tarve, ravitsemus, inkontinenssi ja hygienia. Mitä vähemmän riskimittarista saa pisteitä, sitä suurempi todennäköisyys potilaalla on saada painehaava. Mittarissa on kolme lisäkohtaa, jotka nostavat painehaavariskiä. Nämä ovat teho-osaston ulkopuolella tehty leikkaus tai tutkimus 48 tunnin sisällä, verituotteiden tiputtaminen vuorokauden sisällä tai alilämpöisyys arviointihetkellä. Jokainen toteutunut lisäkohta vähentää yhden pisteen riskimittarista saadusta tuloksesta.

Painehaavariskiä nostaa potilaan perussairaudet, kuten diabetes, valtimonkoveutumatauti ja munuaisten vajaatoiminta. Painehaavariski kasvaa potilailla, jotka käyttävät vasopressori lääkitystä, ovat saaneet selkäydinvamman, joilla on ihosairauksia alueilla, jotka ovat paineherkkiä. Riskiä saada painehaava kasvattaa keuhkohtaumatauti, steroidilääkitys, reuma, tai jokin autoimmuunisairaus. Yli- ja alipaino nostavat painehaavariskiä. Yli- tai alipainoisen painehaavariski kasvaa suuremmaksi, mikäli potilaalla on yli- tai alipainon lisäksi kudosturvotusta. Kudosturvotus nostaa myös normaalipainoisen riskiä saada painehaava. Halvaantuneella tai jo painehaavan saaneella potilaalla on aina erittäin korkea riski saada painehaava riippumatta siitä, mitä pisteitä riskimittarista on saanut.

4 ARVIOI IHON KUNTO

- Tarkkaile ihon punoitusta, turvotusta, kosteutta, eheyttä ja lämpötilaeroja.
- Tarkasta luu-ulokkeiden alueet useita kertoja työvuoron aikana.
- Tarkasta iho hoitolaitteiden alueelta. Kiinnitä erityistä huomiota ihoon happiviiksien, happimaskin, NML:n, suumahaletkun, intubaatioputken, kanyyliin ja katetriin, kaularankatuen ja lastojen, sekä antiemboliasukkien alla. Tarkista iho myös hoitolaitteiden kiinnityskohdista. Tee tarkistus useita kertoja työvuoron aikana.
- Pidätyskyvyttömältä aina puhdistuksen yhteydessä.
- Testaa punoittava iho painamalla sitä noin 3 sekuntia. Jos iho ei vaalene paineen vaikutuksesta, mikroverenkierto ja hiussuonet ovat vaurioituneet. Tämä on merkki 1. asteen painehaavasta.

Ihon hoito on tärkeä osa painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Ensimmäiset merkit painehaavojen syntymisestä näkyy ihon ja kudosten muutoksina, tästä syystä ihon säännöllinen arviointi on tärkeää. Havaitut muutokset voidaan suojata oikeanlaisilla hoitotoimenpiteillä ja näin ennaltaehkäistä painehaavan kehittyminen. Ihon eheyden säilyttäminen korostuu painehaavojen ehkäisyssä. Tehohoidossa olevan potilaan kohdalla ehkäistäessä painehaavoja on tärkeä huolehtia, ettei hoidossa käytettävät laitteet tai muut käytettävät apuvälineet aiheuta pistepainekohtaa. Happimaskin, intubaatioputken ja nenämahaletkun laittamisessa tulee kiinnittää erityistä huomioita sijaintiin ja kiinnittämiseen. Yli puolet hoitolaitteiden aiheuttamista painehaavoista sijaitsee korvien ja kasvojen alueella. Hoitolaitteista happiviikset ja suumahaletku aiheuttavat eniten painehaavoja. Painehaavoja aiheuttaa myös erilaiset lastat ja kaularankatuet. Hoitolaitteista johtuvat painehaavat syntyvät ajallisesti nopeampaa, kuin ei-hoitolaitteista johtuvat. Hoitolaitteiden alle jäävä iho tulisi tarkistaa usein työvuoron aikana. Tarvittaessa tulee vaihtaa kiinnityskohtaa, kiinnitystekniikkaa tai suojata ihoa haavanhoitotuotteilla. Kliininen hoitotyö on osoittanut, että painehaavoja syntyy antiemboliasukkien silikonista reunoista reiden ympäristöön.

Iho tulee arvioida koko kehosta. Erityisesti tulee huomioida luiset ulokkeet, kuten iso sarvennoisen alue, sacrum, istuinkyhmyt ja kantapäiden iho. Ihon arvioinnissa kiinnitetään huomiota ihon lämpötilaan, punoitukseen, turvotukseen ja kudoksen kiinteyden muutoksiin suhteessa ympäröivään ihoon. Lisäksi arvioidaan potilaan tuntemaa kipua, joka paineelle altistuessaan ennustaa painehaavan syntymistä. Punoittava iho saattaa olla merkki alkavasta painehaavasta. On tärkeä tunnistaa punoituksen aiheuttaja, punoituksen syvyys ja laajuus. Punoitusta voidaan testata painamalla kolme sekuntia ihoa joko sormella tai läpinäkyvän muovilevyn avulla. Samalla tarkkaillaan ihon vaalenemista paineen vaikutuksesta. Mikäli iho ei vaalene paineen vaikutuksesta, se kertoo vauriosta mikroverenkierron ja hiussuonissa. Tämä ihovaurio kertoo ensimmäisen asteen painehaavan syntymisestä ja ennustaa toisen asteen painehaavan syntymisen luotettavasti. Toisen asteen painehaavassa iho on jo mennyt rikki.

5 ARVIOI VAJAARAVITSEMUSRISKI

- Arvioi vajaaravitsemusriski 48:n tunnin sisällä tehohoitoon tulosta.
- Toteuta riittävä nesteiden saanti noin 30 ml/kg/vrk.
 - o Ensisijaisesti suun kautta tai NML.
- Turvaa riittävä energian (20–35 kcal/kg/vrk) ja proteiinien (1,3 g/kg/vrk) saanti.
 - o Täydennysravintovalmisteet ravitsemuksen tukemiseksi.
- Konsultoi tarvittaessa ravitsemusterapeuttia.

Huono ravitsemus nostaa riskiä saada painehaava. Potilaan ravitsemus hoidetaan aina ensisijaisesti suun kautta ja jos tämä ei onnistu niin suonensisäisesti. Ravitsemus voidaan toteuttaa myös näiden yhdistelmänä. Suun kautta annettu ravitsemus tukee potilaan kuntoutumista, omatoimisuutta, ehkäisee limakalvovaurioita, suun kuivumista sekä vahvistaa tuntoaistia ja makuaistia. Tehohoidossa pyritään aloittamaan ravitsemushoito 24–48:n tunnin kuluessa potilaan saapumisesta osastolle. Ravitsemushoidon tarkoitus on turvata potilaan riittävä

nesteytys ja tärkeät ravintoaineet. Tehohoidossa aliravitsemus on yleinen ongelma maailmanlaajuisesti. Aliravitsemus heikentää vastustuskykyä, sekä lihasten ja hengityksen toimintaa. Aliravitsemus hidastaa haavan paranemista, vähentää valkuaisainesynteesiä ja suolen toimintaa. Ravitsemushoidon tavoitteena on turvata elinten normaali toiminta ja mahdollistaa paraneminen. Näin ehkäistään lisävaurioiden syntyminen. Hyvä ravitsemus auttaa myös ylläpitämään vastustuskykyä.

Teho-osastolle tulon jälkeen tulisi potilaalle suositusten mukaan tehdä 48:n tunnin sisällä ravitsemusriskikartoitus. Potilaan ravitsemustila tulee arvioida, koska vajaaravitsemus on mahdollinen riskitekijä painehaavojen synnyssä. Ravitsemustila arvioidaan siihen tarkoitettulla validoidulla mittarilla. Lisäksi potilaan ravitsemustila tulee arvioida, jos potilaan yleistila muuttuu.

Ehkäistäessä vajaaravitsemustilan syntymistä tulisi varhaisessa vaiheessa hyödyntää ravitsemusterapeutin asiantuntijuutta. Potilaille, joilla on riski saada painehaava tai joilla jo on painehaava, tehdään ravitsemushoitosuunnitelma. On tärkeää huolehtia, että riskipotilaat saavat ravintoa, missä on riittävästi energiaa ja proteiineja. Keskimääräinen energiantarve tehohoitopotilaalla on 20–35 kcal/kg/vrk. Proteiinien tarve 1,3 g/kg/vrk. Riittävä nesteiden nauttiminen on myös tärkeää, sopiva määrä nesteitä on noin 30 ml/tavoitepainokilo. Potilaan ravitsemusta voidaan tukea täydennysravintovalmisteilla.

6 TOTEUTA ASENTOHOITOA

- Poista paine riskialueilta. Tue kantapäät irti alustasta. Poista paine luumokkeiden alueelta.
- Tue jalat kohoasentoon koko säären ja pohkeen alueelta.
- Poista painetta tyynyjen ja kiilojen avulla.
- Toteuta asentohoitoa aina vähintään 2 h välein, mikroasentohoito 20–30 minuutin välein.

- Arvioi asentohoidon riittävyys yksilöllisesti.
- Toteuta liikehoitoa ja mobilisointia mahdollisimman varhain potilaan kunnon sallimissa rajoissa.
- Korkean riskin potilaille aina moottoroitu vaihtuvapaineinen patja.

Jo tulovaiheessa riskin arviosta saadut tulokset pitäisi ottaa huomioon valitessa potilaalle makuualustaa. Makuualusta on tärkeä painehaavan syntyyn vaikuttava tekijä. Makuualustan valintaan vaikuttaa kokonaisvaltainen riskiarvio, joka muodostuu kliinisestä arviosta, sekä riskimittarista. Makuualusta vaikuttaa potilaan ihon lämpötilaan ja kosteuteen eli mikroilmastoon. Lämpö aiheuttaa hikoilua ja nopeuttaa aineenvaihduntaa ja näin vähentää kudoksen paineensietokykyä. Tehohoitopotilaan eivät usein pysty vaihtamaan asentoaan itse. He eivät myöskään välttämättä kykene kertomaan tarpeestaan vaihtaa asentoa. Yleensä tehohoitopotilaat tarvitsevat dynaamisesti korkean tai erittäin korkean riskin makuualustan.

Asentohoidon tarkoitus on saada paine ja venytys pois alueelta, jossa on painehaavariski. Yleinen ohjeistus on, että asentoa tulisi vaihtaa vähintään 1–2 tunnin välein. Ihon muutoksia tulee kuitenkin seurata ja arvioida onko asentohoidon tiheys riittävä. Vuodepotilaan asentohoidossa potilas tuetaan kylkiasentoon niin, että paine jakautuu mahdollisimman laajalle alueelle lantionseudulla. Asentoa vaihdellaan puolelta toiselle, vatsalleen ja selälleen, jos potilaan tila sen mahdollistaa. Tyynyjä apuna käyttäen varmistetaan, ettei raajat pääse painamaan toisiinsa vasten. Kantapäihin kohdistuva paine tulee poistaa aina, kun se on mahdollista. Painehaavan ehkäisemiseksi riittää pienikin kohoasento, kunhan kantapääät ovat irti alustasta. Jalka tulee tukea kohoasentoon koko säären ja pohkeen alueelta.

7 TOTEUTA VARHAISTA KUNTOUTUSTA

- Aloita varhainen kuntoutus jo tulovaiheessa.
 - o Noudata kuntoutusprotokollaa määritetyn kuntoutustason mukaisesti.
 - o Asentohoito, liikehoito, hengityksen tehostaminen, omatoimisuuteen tukeminen ja kannustaminen.
 - o Moniammatillinen yhteistyö.
- Muista kuntouttava työote sekä potilaslähtöisyys hoitotoimenpiteiden yhteydessä, istumaan ja seisomaan nousut, alaraajojen lihasharjoittelu ja kävelyharjoitukset.
- Käytä kinestetiikan toimintamallia potilaan siirroissa ja kuntoutuksessa.
- Käytä apuvälineitä sekä pienapuvälineitä potilaan hoidossa.

Potilaan kuntoutus tulee aloittaa jo tehohoitoon tullessa. Varhaisella kuntoutuksella sekä mobilisoinnilla voidaan ylläpitää ja palauttaa toimintakykyä, parantaa elämänlaatua, ehkäistä painehaavaumia ja infektiokomplikaatioita, lyhentää tehohoito-, sekä kuntoutumisaikaa. Kuntouttamista edistävällä työotteella tarkoitetaan moniammatillista varhaista potilaan mobilisointia ja kuntoutusta. Kuntoutuksen toteuttamisessa määritellään potilaan kuntoutustaso, tuetaan potilasta omatoimisuuteen, toteutetaan asentohoitoa, hengityksen tehostamista ja liikehoitoa apuvälineitä hyödyntäen. Potilaan toimintakyvyn mukaan apuvälineiden tarvetta arvioidaan, niiden avulla kevennetään henkilökunnan fyysistä kuormitusta sekä potilaan siirtymistä, liikkumista ja kääntymistä.

Hoitotoimenpiteiden yhteydessä voidaan toteuttaa potilaan kuntoutusta, tällöin se on säännöllistä sekä mahdollistaa riittävän levon. Puolesta ei tehdä asioita vaan avustetaan, potilas ei ole passiivinen toimija. Potilas saadaan mukaan asennonvaihtoon, hoitotoimenpiteeseen tai liikeharjoitukseen kertomalla mitä tehdään ja miksi. Tuetaan potilasta varmoilla ja rauhallisilla otteilla, tämä lisää luottamusta ja turvallisuudentunnetta. Pienapuvälineiden avulla voidaan tukea omatoimisuutta. Pienapuvälineitä ovat esimerkiksi paksuvartistet ruokailuvälineet,

juomamuki, liukuestealusta, monitoimiremmi sekä paksunnosputki hammasharjaan, kynään, ruokailuvälineisiin.

Liikehoitoa voidaan tehdä passiivisilla, avustetuilla taikka aktiivisilla liikkeillä. Passiivisella liikehoidolla tarkoitetaan liikettä, joka tehdään potilaan puolesta, kun potilas ei itse pysty. Avustetussa liikehoidossa potilas pyrkii tekemään liikkeen oman voinnin mukaan ja avustetaan liikkeessä vain tarvittavan verran. Aktiivisessa liikehoidossa potilas tekee itsenäisesti annettujen ohjeiden mukaisesti liikkeitä. Potilaan ollessa vielä liian uupunut harjoittelemaan osallistetaan mielikuvarajoituksen avulla. Mielikuvaharjoituksessa kuvaillaan potilaalle tehtävää liikettä, tällöin potilas voi miettiä mielessään liikkeen toteuttamista. Liikehoidon harjoitteisiin kuuluu raajojen sekä kaularangan harjoitteita muun muassa pään kääntämistä puolelta toiselle, sormien nyrkkiin puristamista, nilkkojen sekä polvien koukistamista sekä käsien nosto liikkeitä.

Kinestetiikka eli voimavaralähtöinen toimintamalli perustuu ihmisen omien liike-mallien ja aistitoimintojen ymmärtämiseen. Sen tarkoitus on tukea ihmistä perustoiminnoissa, joissa hän on itse aktiivinen toimija omien voimavarojensa mukaan. Hoitajan tehtävä on mahdollistaa potilasta ylläpitämään ja käyttämään omaa tuki- ja liikuntaelimistöä. Näin voidaan vahvistaa potilaan tuki- ja liikuntaelimistön terveyttä. Voimavaralähtöinen toimintamalli mahdollistaa potilaan yksilöllisen kohtaamisen, aktiivisen osallistumisen ja oppimisen, sekä toimintakyvyn ylläpitämisen ja kuntoutumisen.

Teho- ja tehovalvontaosaston tavoitteena on edistää potilaan toipuminen, sille tasolle, kuin se oli ennen tehohoitoon saapumista. Tavoitteena on aloittaa kuntoutus varhaisessa vaiheessa potilaan voinnin ja aiemman toimintakyvyn sallimissa rajoissa. Harjoitteita ovat alaraajojen lihasharjoittelut, istumaan ja seiso-maan nousemiset, sekä kävelyharjoitukset. Potilasta kannustetaan omatoimi-seen toimintaan jokapäiväisissä toiminnoissa. Hoitohenkilöstö opastaa läheisiä osallistumaan potilaan toipumisen tukemiseen ja kuntoutukseen. Jälkiseuranta-poliklinikalla tuetaan ja ohjataan pitkään tehohoidossa olleita potilaita kotiutumisen jälkeen.

8 TOTEUTA IHON HOITOA

- Pidä iho kuivana ja puhtaana, rasvaa vain tarvittaessa.
- Huolehdi kuivat vaatteet ja vuodevaatteet.
- Vaihda kuivat suojat riittävän usein-
- Suojaa iho tarvittaessa käyttämällä virtsakatetria ja/ tai ulosteenhallinta-järjestelmää.
 - o Huomioi näiden aiheuttama painehaavariski!
 - o Kiinnitä virtsakatetrin letku miehillä alavatsalle ja naisilla reiteen hankaamisen ja ärsytyksen välttämiseksi.
- Älä hiero punoittavia alueita, jos potilaalla on painehaavariski.
- Käytä ennaltaehkäiseviä sidoksia luisten ulokkeiden ja hoitovälineiden alueilla. Se ei poista tarvetta säännölliseen ihon kunnon tarkistukseen.
- Laita hoitolaitteiden alle suojaksi ohut sidos. Liian paksu sidos lisää painehaavariskiä.
- Huolehdi hoitotoimilta jäävät ruiskut, korkit ja muut roskat pois, etteivät aiheuta pistepainekohtaa potilaan ja patjan väliin.
- Suosi vuodevaatteissa silkkiä muistuttavaa kangasta, joka vähentää kitkaa ja venytystä iholla.

Hyvä hygienia auttaa ihoa pysymään ehjänä. Rikkoutunut ja kuiva iho tulee hoitaa niille tarkoitetuilla valmisteilla. Ihopoimut tulee huomioida ihon kuntoa tarkistettaessa. Märät ja kosteat tekstiilit ovat tärkeä vaihtaa kuiviin. Pehmeitä haavasidoksia voidaan käyttää suojana alueilla, joissa on suuri painehaavariski. Sidoksen valinnassa tulee huomioida sen vaikutus mikroilmastoon ja mahdollisuus ihon säännölliseen arviointiin. Sidokset eivät poista ihon arvioinnin säännöllistä tarvetta. Esimerkiksi pehmeät silikonireunukset on helppo irrottaa ihon arviointia varten, teipistä saattaa jäädä jälkiä ihoon tai syntyä ihovaurioita. Sidoksen sopiva koko tulee myös arvioida. Irronnut, vaurioitunut, löystynyt tai kostunut sidos on vaihdettava. Hoitolaitteiden alle laitettavan sidoksen paksuus tulee huomioida. Liian paksu sidos saattaa lisätä välineen aiheuttamaa painetta iholle.

Pitkittynyt kosteus iholla johtaa ihon vettymiseen, tämä altistaa haavoille ja infektiolle. Kosteus iholla lisää kitkaa ja tangentiaalisten voimien vaurioittava vaikutus kasvaa. Mikäli pidätyskyvyttömyydestä on aiheutunut ihotulehduksia, tulee ne hoitaa. Infektoitunut iho altistaa painehaavan syntymiselle. Ihoa voidaan suojata hyvin kosteudelta käyttämällä virtsakatetria ja ulosteenhallintajärjestelmää.

Lakanat ja potilaan vaatteet tulee suoristaa, ettei niistä jää painekohtaa ihon ja patjan väliin. Tulee myös varmistaa, ettei ihon ja patjan välissä ole hoitotoimilta jäänyt esim. muovisia korkkeja, tyhjiä ruiskuja tai muuta roskaa. Potilaan iho tulee tarkistaa jokaisen vuoron aikana perusteellisesti.

Vuodevaatteet ja pyjama tulee vaihtaa kerran työvuoron aikana ja useammin, jos iho on kostea. Vuodevaatteissa on hyvä suosia silkkiä muistuttavaa kangasta, koska se vähentää kitkaa ja ihon venymistä. Ihon puhdistuksessa on hyvä käyttää pH-tasapainotettua puhdistusainetta. Kuiva iho rasvataan tarvittaessa paikallisesti ihovoiteella. Ihoa ei saa hieroa eikä hangata, mikäli potilaalla on todettu painehaavariski. Hieronta voi aiheuttaa kipua ja lieviä kudonvaurioita tai jopa tulehdusreaktioita.

9 TEHO-OSASTON POTILASTIETOJÄRJESTELMÄÄN KIRJAAMINEN

- Kirjaa riskiluokka.
- Kirjaa päivittäin hoitotoimenpiteet ja ihon kunto.
 - o Huomioi erityisesti iho hoitolaitteiden alla.
- Kirjaa syntynyt painehaava tietojärjestelmän haava -sivulle.
 - o Koko, syvyys, sijainti ja hoitotoimenpiteet.
 - o Hoidon vaikuttavuuden arviointi.
- Kuvaa painehaava ja siirrä se Nearis järjestelmään.
- Tee aina Haipro syntyneestä painehaavasta.
- Kirjaa jatkohoitoon siirtyvän potilaan loppuarvioon painehaavariski hoidon tarve kohtaan.

Clinisoft potilastietojärjestelmäsovelluksesta löytyy Jackson & Cubbin painehaavariskin arviointimittari. Clinisoftin perushoito ikkunaan kirjataan ennaltaehkäisyohjeet ja toteutus. Vähintään kaksi kertaa päivässä tähän kirjataan myös ihon kunto. Erityishuomiot kirjataan huomioihin, esimerkiksi hoitolaitteiden alle jäävän ihon kunto. Clinisoft haava ikkunaan kirjataan syntynyt painehaava. Painehaava kuvataan ja siirretään Nearis järjestelmään. Kuvaaminen mahdollistaa hoidon seurannan. Jatkohoitoon siirtyvän potilaan loppuarvioon kirjataan painehaavariski Hoidon tarve kohtaan. Kirjaus tehdään numeraalisesti ja sanallisesti. Esimerkiksi, että potilaalla on korkea riski saada painehaava, J/C pisteet 29. Jos painehaava on päässyt syntymään, siitä täytyy tehdä haittatapahtumailmoitus.

LÄHTEET

- Ahtiala, M., Kangas, R-B. & Rojo, S. (2017). Painehaavan ehkäisy. Teoksessa M. Ritmala-Castren, M. Lönn, H. Lundgren-Laine, M. Meriläinen & M. Peltomaa (toim.), *Teho- ja valvontahoitotyön opas* (s. 517–518). Duodecim.
- Bäcklund, M. (2017). Ravitsemushoidon periaatteet. Teoksessa S. Karlsson, T. Ala-Kokko, V. Pettilä, M. Tallgren & M. Valtonen (toim.), *Tehohoito-opas* (s. 300–302). Duodecim.
- Bäcklund, M. (2020) Ravitsemustilan ja ravinnontarpeen arviointi ja ravinteet. *Anestesiologia, teho-, ensi- ja kivunhoito*. Duodecim.
- Dziedzic, Mary Ellen. (2014). Fast facts about pressure ulcer care for nurses: How to prevent, detect and resolve them in a nutshell.
<https://web-a-ebscohost-com.anna.diak.fi/ehost/ebookviewer/ebook/bmx-YmtfXzY3NTc5OV9fQU41?sid=1ab4adc5-6490-4725-94e9-17d4ff77bc3c@sessionmgr4007&vid=1&format=EB&rid=1>
- EPUAP. (2014). Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä Suosituksesta. Saatavilla 14.5.2021
<https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/finnish-guideline-jan2016.pdf>
- Heikura, J., Juopperi, R., Klasila, M., & Pesonen, L. (2017). Kuntouttamista edistävä työote. *Teho- ja valvontahoitotyön opas*. Duodecim.
- Heikura, J., Juopperi, R., Klasila, M., & Pesonen, L. (2017). Liikehoito. *Teho- ja valvontahoitotyön opas*. Duodecim.
- Hietanen, H. & Juutilainen, V., (2018). Painehaava. Teoksessa H. Hietanen & V. Juutilainen (toim.), *Haavanhoidon periaatteet* (4. uud. p., s. 322–361). Sanoma Pro
- Hoitotyön tutkimussäätiö. (2015). Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Saatavilla 16.5.2021
<https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/painehaava-hs.pdf>
- Karjula, E. & Klasila, S. (2020). *Ehkäise painehaava ja tunnista riskitoimintamalli*. PPSHP.

- Kauppi, O., Kotila, J. & Heikkilä, A. (2018). Painehaavoja tulee ehkäistä teho- ja tehovalvontapotilailla. *Tehohoito* 36 (2), s. 114–118.
- Kinestetiikka, (2021). Kinestetiikka. Saatavilla 12.11.2021
<https://www.kinestetiikka.fi/>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.
Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta.
Saatavilla 15.5.2021
- Nurkkala, J., & Liisanantti, J. (2019). Tehohoitopotilaan ravitsemuksen toteutumisen sudenkuoppia. *Finnanest*, 52 (4), 293–296.
- PPSHP, (i.a.). Teho- ja tehovalvontaosasto. Saatavilla 12.11.2021
<https://www.ppsHP.fi/Toimipaikat/Tehohoito/Teho-osastot/Pages/default.aspx>
- Ritmala-Castren, M. & Lundgren-Laine, H. (2017). Ravitsemushoidon yleisperiaatteet. Teoksessa M. Ritmala-Castren, M. Lönn, H. Lundgren-Laine, M. Meriläinen & M. Peltomaa (toim.), *Teho- ja valvontahoitotyön opas* (s. 427–428). Duodecim.
- Ritmala-Castrén, M., & Lundgrén-Laine, H. (2017). Potilaan energiatarve. *Teho- ja valvontahoitotyön opas*. Duodecim.
- Soppi, E. (2020). Painehaava – patofysiologiasta ehkäisyyn. *Tehohoito* 38 (1), 60–65.
- Saarnio, J., Pohju, A., & Ahtola, H. (2014). Enteraalisen ravitsemuksen aiheet ja toteuttaminen. *Duodecim*, 130(21), 2239–44.
<https://www.duodecimlehti.fi/duo11943>

LIITE 2. Ehkäise painehaava ja tunnista riski -posteri



OYS
OULUN
YLIOPISTOLLINEN
SAIRAALA

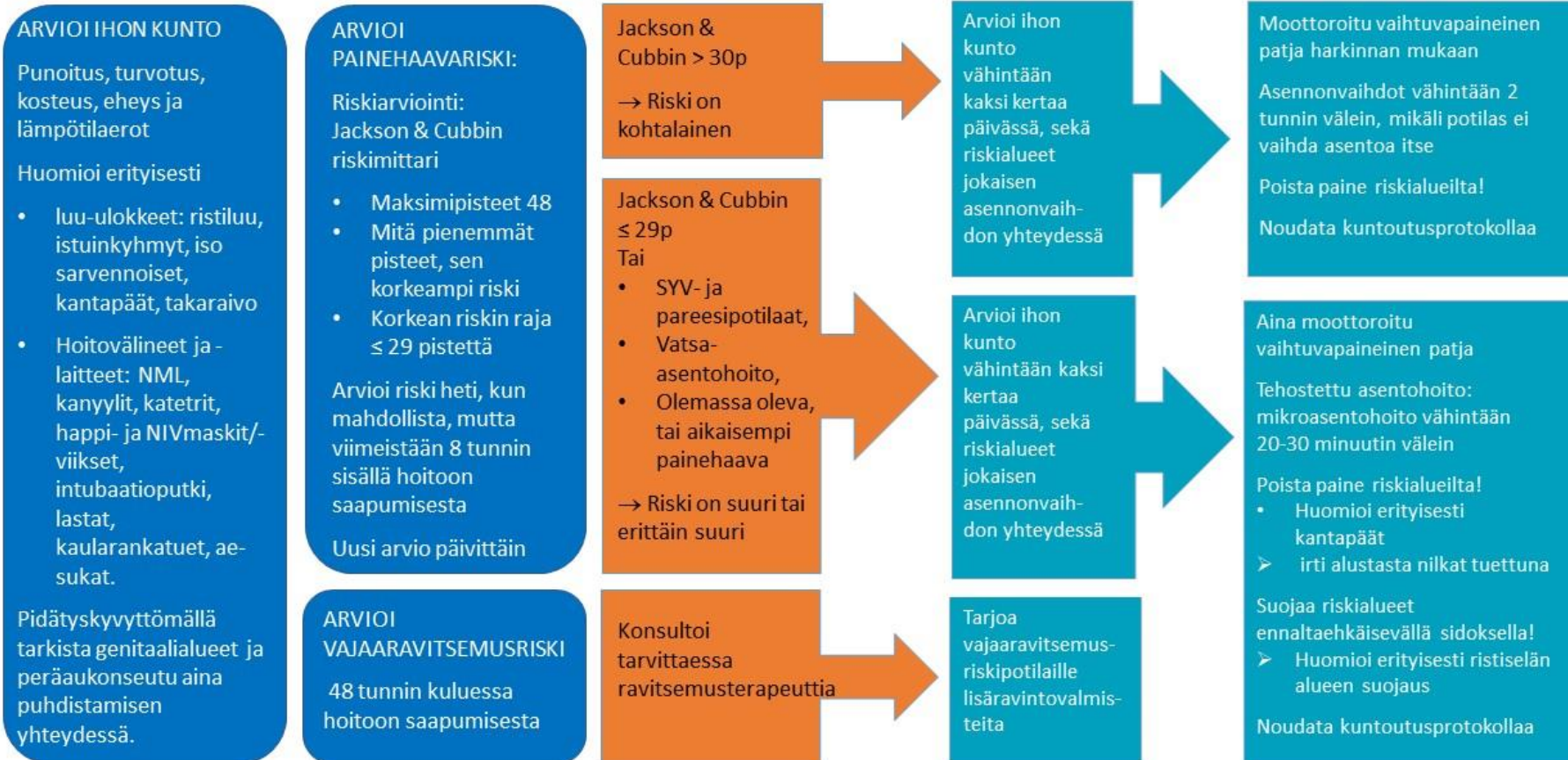


Jenni Jänkälä

Kimmo Kohonen

Tiina Tero

Diak



TOTEUTA ASENTOHOITOA:

- Kevennä painetta: asentohoito vähintään 2 tunnin välein, ellei potilas kykene itse vaihtamaan asentoaan.
 - korkean riskin potilailla vähintään 20 - 30 minuutin välein. Hyödynnä mikroasentohoitoa (= painonsiirto, painopisteen vaihto pienillä muutoksilla)
 - vältä kääntämästä potilasta sille puolelle, joka punoittaa aiemman painekuormitusjakson jälkeen.
- Vähennä painetta luu-ulokkeilta; kantapäät irti alustasta, tuki koko pohkeen alueelle.
- Vältä kitkaa ja ihon venytystä siirtotilanteissa.
 - käytä apuna silkkilakanaa.
- Toteuta varhaista mobilisointia potilaan kunnon sallimissa rajoissa ja kuntoutustason mukaisesti.

TOTEUTA IHON HOITOA:

- Suojaa iho kosteudelle altistumiselta erityisesti paineherkillä alueilla.
 - vaihda kuivat suojat riittävän usein.
- Älä hiero punoittavia alueita.
 - jos on näkyvässä ihon punoitusta, poista paine ko. alueelta ja tee uusi arvio 15min kuluttua.
 - testaa punoittava iho painamalla sitä noin 3 sekuntia. Jos iho ei vaalene paineen vaikutuksesta, mikroverenkierto ja hiussuonet ovat vaurioituneet.
 - merkki 1. asteen painehaavasta
- Suojaa riskialueet tarvittaessa ennaltaehkäisevällä polyuretaanivaahdosidoksella.
 - kantapäät, ristiluu, istuinkyhmyt, iso sarvennoiset (lonkkaluun kärki)
 - tarvittaessa myös iho hoitolaiteiden ja -välineiden alla
 - kiinnitä virtsakatetrin letku miehillä alavatsalle ja naisilla reiteen
- Huomioi, että hoitolaiteiden alle tuleva sidos ei ole liian paksu.

KIRJAA:

- Painehaavariskiluokka
- Ihon kunto ja hoitotoimenpiteet vähintään kaksi kertaa päivässä tietojärjestelmän perushoito –sivulle.
 - huomioi erityisesti ihon kunto hoitolaiteiden ja -välineiden alla.
- Syntyneen painehaavan sijainti, koko, syvyys ja hoito tietojärjestelmän Haava –sivulle.
- Tee aina Haipro syntyneestä painehaavasta.
- Valokuvaa 2. asteen, tai sitä syvempi painehaava, ja siirrä kuvat Nearis –järjestelmään.
- Jatkohoitoon siirtyessä painehaavariski ja mahdollisesti syntyneen painehaavan sijainti, koko, syvyys ja hoito Hoitotyön loppuarvioon.