



HAAVANHOIDON KEHITTÄMINEN TERVEYSTALOLLA

Haavanhoito-ohjeet hoitohenkilökunnalle

**Liisa Kaartinen
Pilvi Kallioinen**

**Opinnäytetyö
Marraskuu 2008**

Sosiaali- ja terveysala



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Tekijä(t) KAARTINEN, Liisa KALLIOINEN, Pilvi	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 35+80	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka	
Työn nimi Haavanhoidon kehittäminen Terveystalolla - Haavanhoito-ohjeet hoitohenkilökunnalle		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) PALOVAARA, Marjo PERTTUNEN, Jaana		
Toimeksiantaja(t) Terveystalo Jyväskylä		
Tiivistelmä <p>Haavapotilaita tulee olemaan yhä enemmän johtuen väestömme ikärakenteen muutoksesta. Haavan hoidon kokonaisvaltainen osaaminen koostuu kyvystä suunnitella, toteuttaa ja arvioida hoitoa. Tämä kertoo hoitohenkilökunnan ammatillisen osaamisen tasosta. Terveystalossa taloudelliset tekijät määräävät myös yhteiskunnan haavanhoidon osaamisen ja koulutusmahdollisuudet, jotka kertovat haavanhoidon tasosta yhteiskunnassa. Kustannuksien vähentämiseksi tulee hoitohenkilökunnalla ja lääkäreillä olla tarkka tieto haavan syntytavasta ja haavan tilasta, mikä mahdollistaa tehokkaan hoidon. Tällöin estetään myös komplikaatiot ja hoidon pitkittyminen. Yli puolet haavanhoidon kustannuksista tulee sairaalakustannuksista.</p> <p>Opinnäytetyön aihe tuli pyyntönä Terveystalolta. Terveystalon hoitohenkilökunta Jyväskylässä kokee, että heidän nykyiset haavanhoito-ohjeistuksensa eivät ole ajantasaiset eivätkä toimivat. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa haavanhoito-ohjeet Terveystalon hoitohenkilökunnan käytännön hoitotyön avuksi. Tavoitteena on, että näyttöön perustuvat, ajantasaiset sekä selkeät haavanhoito-ohjeet kehittävät Terveystalon tuottamaa haavanhoidon laatua.</p> <p>Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään haavanhoidon merkitystä ja haavanhoidon kustannuksia sekä ohjekirjan laatimiseen liittyviä seikkoja. Haavanhoito-ohjeet koostuvat neljästä osasta. Ensimmäinen osa selvittää ihon rakennetta, haavan syntyä ja paranemista. Toinen osa koostuu haavanhoidon aseptiikasta ja haavan erilaisista puhdistusmenetelmistä. Kolmas osa kertoo haavoista ja niiden hoitomenetelmistä. Viimeinen osio käsittelee haavanhoitotuotteita.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Haava, Hoitomenetelmä, Hoito - ohje		
Muut tiedot Liitettä 1 ei julkaista		

Author(s) KAARTINEN, Liisa KALLIOINEN, Pilvi	Type of Publication Bachelor's Thesis	
	Pages 35+80	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title Improvement of Wound Care in Terveystalo - Wound Care Instructions For Personnel		
Degree Programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) PALOVAARA, Marjo PERTTUNEN, Jaana		
Assigned by Terveystalo Jyväskylä		
Abstract <p>The changes of Finnish age composition leads to high rate of wound care patients in the near future. Occupational knowledge of the nursing personnel influences ability to plan, to complete and to evaluate wound care. Economic factors of the health care also determine the knowledge of the society and education possibilities, which are the factors of wound care level. To reduce the cost for society, health personnel and doctors has to have accurate information about the way wounds are originated and also the condition of the wound which allows effective care. This also helps preventing complications and possible delays of the care. More than half of the wound care cost comes from hospital treatment.</p> <p>The subject of this thesis came as a request from Terveystalo. The nursing personnel in Jyväskylä feel that their current wound care instructions are out of date and not functional. The intention of this thesis is to produce wound care instructions for the personnel of Terveystalo for practical help of health care. The objective for this thesis is that the instructions are evidence based, up-to-date and distinct. They also improve the quality of wound care in Terveystalo.</p> <p>The theoretical context of this thesis handles meaning and cost of the wound care and facts to produce instructions. The wound care instructions are categorised in four different parts. The first part tells the way how wound is originated and healed. The second part defines asepticism and general wound care methods. Third part tells about wounds and the care policies. The last part introduces wound care products.</p>		
Keywords Wound, Wound cure, Instructions		
Miscellaneous Attachment file 1 confidential		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT	4
2.1 Työn tarkoitus ja tavoitteet.....	4
2.2 Toiminnallinen opinnäytetyö	4
3 HAAVAN PARANEMISEN MERKITYS	5
3.1 Potilaan sitoutuminen haavanhoitoon.....	5
3.2 Hoitohenkilökunnan tehtävät	7
3.3 Yhteiskunnan rooli.....	8
4 HAAVANHOIDON KUSTANNUKSISTA	8
4.1 Haavanhoidon kustannukset potilaalle	8
4.2 Kustannukset yhteiskunnalle	9
5 OHJEKIRJAN LAATIMINEN	11
5.1 Sisällölliset seikat	11
5.2 Näyttöön perustuva hoitotyö	14
5.3 Typografia	14
6 OPINNÄYTETYÖN PROSESSI	17
6.1 Opinnäytetyön päämäärät.....	17
6.2 Ajanhallinta	18
6.3 Työskentelymenetelmät	19
7 HAAVANHOITO-OHJEIDEN TUOTTAMINEN	20
7.1 Sisältö.....	20
7.2 Näyttöön perustuvat haavanhoito-ohjeet	21
7.3 Kieliasu	22
7.4 Ulkoasu	23
7.5 Kokonaisuus	24
8 POHDINTA.....	24
8.1 Työn onnistuminen	24

8.2	Jatkotoimintaehdotukset.....	27
8.3	Ammatillisen kasvun prosessi	28
	LÄHTEET	30
	LIITTEET.....	33
	Liite 2. Vaitiolo velvollisuussopimukset.	34
	Liite 3. Lupa opinnäytetyön tekemiseen.....	35
	Liite 4. Haavanhoito-ohje kansiossa käytettyjen kuvien luvat.....	37
	Liite 5. Keskeisiä tutkimuksia haavanhoidosta.	39
	Liite 6. Keskeisiä kirjallisuuskatsauksia ja artikkeleita haavanhoidosta.	40
	Liite 7 Saatekirje asiantuntijoille haavanhoito-ohjeiden arvioimiseksi.....	42
	KUVIOT	
	KUVIO 1. Terveysaineiston laatukriteerit.....	12
	KUVIO 2. Opinnäytetyön prosessin ajankäyttö.....	19
	KUVIO 3. Yhteenveto asiantuntija-arvioinnista.....	26

1 JOHDANTO

Haavapotilaita hoidetaan Suomessa kaikilla terveydenhuollon sektoreilla, niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin. Erityisesti kroonisten haavapotilaiden hoito sitoo paljon resursseja. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 3; Iivanainen & Seppänen 2001.) Terveydenhuollon kokonaiskustannuksista haavojen hoidon osuus on noin 4 %, ja kustannusten odotetaan nousevan väestön ikääntymisen myötä (Asko-Seljavaara 2005, 13). Myös diabeteksen yleistyminen ja leikkaustoiminnan lisääntyminen kasvattavat haavaongelmia ja luovat haasteita terveydenhuoltojärjestelmällemme, niin akuuttien kuin kroonistenkin haavojen hoitamiseksi (Juutilainen & Niemi 2007).

Terveydenhuoltojärjestelmän rakenteet ja resurssit sekä työntekijöiden ammattitaito määrittävät, kuinka hyvin haavapotilaiden terveydettä, elämänlaatua sekä toimintakykyä ylläpidetään ja parannetaan. Haavanhoito on moniammatillista yhteistyötä, joka vaatii eri asiantuntijoiden työpanoksen. Jotta tietämystä ja taitoa haavanhoidossa voidaan kasvattaa, tarvitaan hyvää yhteistyötä ammattilaisten, koulutuksen ja käytännön työn välillä. (Iivanainen & Seppänen 2001; Seppänen & Hietanen 2000.)

Iivanainen ja Seppänen (2001) toteavat, että hoitotyöntekijöiden roolia haavanhoidossa ei ole määritelty, vaikka heillä on suurin vastuu haavapotilaan hoidon suunnittelussa, toteutuksessa sekä arvioinnissa. Jokaisen hoitotyöntekijän tulisi hallita haavanhoidon perustietotaito. Korkealaatuinen haavanhoito vaatii tutkittuun tietoon perustuvaa systemaattista koulutusta haavanhoidossa, lisäksi tietoa tulee päivittää. Haavanhoidon onnistumiseksi hoitotyöhön on osallistuttava riittävä määrä koulutettua henkilöstöä, joilla on yhtenäiset toimintatavat ja ohjeet. (Hietanen ym. 2002, 3; Seppänen & Hietanen 2000.)

Ammattikorkeakoulun opinnäytetyön tarkoituksena on rakentaa ja syventää oman ammattialan tietoperustaa. On tavoiteltavaa, että opiskelijat hankkivat opinnäytetyölleen toimeksiannon työelämästä, jolloin tarpeet ja aiheet tulevat käytännön työstä. (Opinnäytetyö Jyväskylän ammattikorkeakoulussa 2005.) Hyvä opinnäytetyön aihe nousee koulutusohjelman opinnoista ja lisäksi liittyy vahvasti työelämään. Työelämästä saatu aihe myös tukee opiskelijan ammatillista kasvua. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 16 - 17).

Opinnäytetyön aihe tuli pyyntönä Terveystalolta, Jyväskylän yksiköstä. Terveystalon hoitohenkilökunta Jyväskylässä kokee, etteivät heidän nykyiset haavanhoito-ohjeistuksensa ole ajantasaiset eivätkä toimivat. Opinnäytetyö vastaa tähän haasteeseen.

2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Työn tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa näyttöön perustuvat haavanhoito-ohjeet Terveystalon hoitohenkilökunnan työvälineeksi hoitotyöhön. Tavoitteena on laatia hoito-ohjeet, jotka osaltaan kehittävät Terveystalon haavanhoidon laatua. Terveystalo kokee, että ongelmana on ollut yhtenäisten haavanhoito-ohjeiden puuttuminen. Tämä on johtanut hoitajien erilaisiin ratkaisuihin hoitokäytäntöjä valittaessa. Opinnäytetyön tuloksena syntyvät hoito-ohjeet luovat yhdenmukaiset käytännöt haavanhoitoon Terveystalolla. Jotta hoito-ohjeita voidaan pitää luotettavana ja käyttökelpoisina, niiden tulee olla näyttöön perustuvat, ajantasaiset sekä selkeät.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei yleensä aseteta tutkimuskysymyksiä tai tutkimusongelmia. Kysymysten asettelu kuitenkin auttaa tekijää täsmentämään mitä on tekevässä. (Vilka & Airaksinen 2003, 30.) Tästä syystä työlle asetettiin seuraavat kysymykset.

- Millainen on hyvä ohjekirja?
- Millaiset ovat näyttöön perustuvat haavanhoito-ohjeet?
- Mitkä ovat haavan hoitoon ja paranemiseen liittyvät peruseräperiaatteet?

2.2 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto ammattikorkeakoulun tutkimukselliselle opinnäytetyölle (Vilka & Airaksinen 2003, 9). Yleensä toiminnallisessa opinnäytetyössä on toimeksiantaja, jolloin tekijä voi näyttää osaamistaan laajemmin. Samalla

opiskelija voi peilata omaa osaamistaan työelämän senhetkisiin tarpeisiin. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on palvella työelämää tuottamalla esimerkiksi ohjeistuksia, perehdyttämisoppaita tai ympäristöohjelmia alasta riippuen. (Vilka & Airaksinen 2003, 9 - 10; 16 - 17.) Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on haavanhoito-ohjeistuksen tuottaminen käytännön hoitotyön työvälineeksi.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tulee yhdistää käytännön toteutus sekä raportointi tutkimusviestinnän avulla. Opinnäytetyö aloitetaan toimintasuunnitelman teolla, jolloin opinnäytetyön idea tulee tiedostetuksi, harkituksi ja perustelluksi. Vilka ja Airaksinen toteavatkin: ”Toimintasuunnitelmassa vastataan kysymyksiin, mitä tehdään, miten tehdään ja miksi tehdään”.

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksen valmistuessa kielellistetään työprosessi raportiksi. Raportissa selviää, mitä, miksi ja miten on tehty, millaisia tuloksia saavutettiin ja mihin johtopäätöksiin päädyttiin. Olennaista on myös tuotoksen arviointi, näin lukija voi päätellä, kuinka työssä on onnistuttu.

3 HAAVAN PARANEMISEN MERKITYS

3.1 Potilaan sitoutuminen haavanhoitoon

Potilas voi vaikuttaa haavan paranemiseen edistävästi tai ehkäisevästi potilaan fyysisen, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden kautta. Fyysisiä tekijöitä ovat esimerkiksi potilaan yleinen terveyden- ja ravitsemustila. Mieliala ja hoitoon sitoutuminen ovat psyykkisiä tekijöitä. Sosiaaliset tekijät (sosiaaliset kontaktit ja omat uskomukset) vaikuttavat nekin omalta osaltaan haavan paranemiseen. (Hietanen ym. 2002, 41 - 43.)

Haava voi vaikuttaa potilaan elämään monin tavoin. Erityisesti krooniset haavat aiheuttavat avuttomuuden tunnetta ja rajoittavat toimintakykyä sekä sosiaalista kanssakäymistä. Stressiä aiheuttavat haavakipu, eritteet sekä haju. Stressi heikentää ihmisen immuunisysteemiä vapauttamalla glukokortikoideja, jotka pidentävät haavan tulehdusvaiheen kestoa. Stressi kohottaa myös elimistön katekoliamiinitasoa, mikä heikentää verisuonten supistumista ja verenkiertoa haavalla. (Hietanen ym. 2002, 42.)

Ihmisen saadessa haavan, hänen toimintakykynsä saattaa rajoittua. Haavan parantues-
sa toimintakyky palautuu ennalleen. Myös pienen akuutin haavan on todettu rajoitta-
van ihmisen päivittäisiä toimintoja, kuten henkilökohtaisen hygienian ja kotitöiden
suorittamista. Apua ja tukea haavapotilaat saavat läheisiltään. (Hietanen & Koljonen
2004, 16 - 17.) Aukiolevien säärihaavojen on todettu aiheuttavan potilaalle kipua,
häpeää ja erityisesti jatkuvaa hoidon tarvetta. Tämä voi johtaa ahdistukseen ja masen-
nukseen ja se voi taas estää haavan kiinnikasvamistaipumusta. (Hjerppe & Seppänen
2005, 20.) Haavakivun hoito vähentää potilaan ahdistusta ja pelkoa sekä helpottaa
arki-elämän sujumista. Fysiologisella tasolla kipu aiheuttaa verenpaineen ja pulssin
nousua, jotka omalta osaltaan hidastaa haavanparanemista. (Hietanen ym. 2002, 98 -
99.)

Kullakin haavanhoidon asiakkaalla on eri määrä tietoa haavanhoidosta. Jollain on tie-
toa, muttei taitoa käyttää sitä. Joku on saanut tietonsa useasta eri lähteestä eikä osaa
soveltaa sitä. Jollain saattaa olla virheellisiä toimintatapoja. Tällöin hoitohenkilökun-
nan tehtäväksi jää hoidonohjaus, jossa määritetään asiakkaan tuntemus haavanhoidos-
ta ja annetaan lisäohjausta. Tavoitteena on, että asiakas pystyy omien voimavarojensa
mukaan toteuttamaan hyvää haavanhoitoa ja vaikuttamaan omaan käyttäytymiseensä,
jotta elämänlaatu paranisi. (Poskiparta 2005, 8.)

Ihmisten terveystietoisuutta ja elintapoihin liittyviä tottumuksia on vaikea muuttaa.
Näiden tottumusten muuttaminen on lähestulkoon mahdotonta, elleivät muutokset
lähde yksilön omasta motivaatiosta, vaan tulevat käskyinä ulkoapäin. Koska käskyihin
perustuva terveysneuvonta on lähes tuloksetonta, nykypäivän terveysneuvonnassa
keskitytään voimavarakeskeiseen terveysneuvontaan. Yksilöllisesti räätälöidyn, asiak-
kaan lähtökohdat, tarpeet ja voimavarat huomioonottavan terveysneuvonnan on todet-
tu edistävän tehokkaasti terveystietoisuuden muutoksia (Poskiparta 2002, 24).

Voimavara- ja elämäntapa-asiakkaan terveysneuvonnassa asiakas on keskeisessä roolissa ja häntä
kannustetaan kriittiseen ajatteluun ja itsearviointiin (Kettunen 2001, 71 - 75). Sovellet-
tuna haavanhoitoon asiakas valitsee itse hoitotoimenpiteensä, eikä asiantuntija arvioi
ongelmanlaatua hänen puolestaan. Ohjaaja jakaa neutraalia tietoa asiakkaan itsearvi-
oinnin tueksi. (Poskiparta 2005, 8.) Tällaisen toiminnan kautta asiakas tulee tietoiseksi
omista voimavaroistaan ja muutosmahdollisuuksista elinympäristössään. Asiakas on
mukana päättämässä terveysneuvonnan sisällöstä ja ratkaisuista, ja näin ollen myös

kantaa päätöksistään vastuuta eri tavalla. (Kettunen 2001, 80.) Haavanhoidossa voimavaralähtöinen ohjaus onkin keskeisessä asemassa pyrittäessä ennaltaehkäisemään laajempia komplikaatioita (Poskiparta 2005, 8).

Haavanhoitoasiakas nostetaan asiantuntijan kanssa samalle viivalle ja hänen taitoihinsa ja mahdollisuuksiin luotetaan. Tällaisen roolin kautta asiakas saa hallinnan tunteen elämäänsä. Yksilöllä on henkilökohtaista valtaa päättää asioistaan, myös vapaus valita epäterveelliseksi katsottu elämäntapa. Lopullinen hoitovastuu ja johtopäätösten tekeminen saadusta ohjauksesta jää asiakkaalle. Tällaisen voimavaralähtöisen terveysneuvonnan perimmäinen ajatus onkin asiakkaan tietoisuuden lisääminen ja tuen ja harjoittelun tarjoaminen niin, että elämäntapa muutos onnistuu, ei käyttäytymisen muuttaminen. (Kettunen 2001 78 - 91; Poskiparta 2002 24 - 35; Poskiparta 2005, 8 - 9.)

3.2 Hoitohenkilökunnan tehtävät

Hoitajan sitoutumiseen haavanhoidossa vaikuttavat hoitajan motivaatio ja osaaminen sekä työpaikan sisäinen kulttuuri. Ammatillinen mielenkiinto säätelee työmotivaatiota, johon vaikuttavat luonnollisesti myös hoitajan voimavarat. Tiedot ja taidot sekä hoitajan yksilölliset ominaisuudet sisältyvät voimavaroihin. Työpaikan sisäiseen ilmapiiriin vaikuttavat kollegiaalisuus, avoimuus ja toisten kunnioittaminen ryhmän jäsenenä. Esimiehet ja organisaatio voivat vahvistaa hoitajien voimavaroja ja hoitoon sitoutumista tarjoamalla uutta ja ajankohtaista tietoa haavanhoidosta esimerkiksi koulutustilaisuuksilla. Hoitohenkilökunnan ammatillinen osaaminen vaikuttaa positiivisesti kykyyn suunnitella, toteuttaa ja arvioida haavanhoitoa osana potilaan kokonaisuhoitoa. (Schroderus 2003, 12 - 13.)

Haavan paikallishoidon toteuttaminen onnistuu, kun haavaa hoitavat osaavat haavan paranemisprosessin ja tunnistavat haavassa tapahtuvat muutokset, kuten infektiot (Niskasaari 2007, 18 - 19). Hoitajan tulee tietää haavan vaikuttavat niin yksilölliset tekijät (muun muassa ikä, sairaudet, ravitsemus) kuin paikallisetkin tekijät (lämpö, kosteus, happi) (Schroderus 2003, 12). Haavanhoidon vaikuttavuutta arvioitaessa tarkastellaan haavan ja haavanympäristön paranemista ja sitä, kuinka haavanhoidosta on kirjattu. Dokumentointiin tarvitaan tietoa niin haavan syntymisestä ja sen oireista kuin potilaan kokonaisvaltaisesta voinnistakin. (Hietanen ym. 2002, 49, 56.)

Haavan paranemisen kannalta tulee kaikkien haavaa hoitavien tietää, kuinka kutakin haavanhoitotuotetta käytetään. Myös hoitotuotteen käyttäytyminen haavalla tulee tunnistaa, jottei turhia väärinkäsityksiä esiinny. Taloudellisuus huomioitaessa kannattaa muistaa, ettei hoitotuotteen hinta kerro haavan paikallishoidon hintaa. Harvoin halvin haavanhoitotuote on se taloudellisin vaihtoehto. Tieto haavanhoitotuotteista antaa tilaa myös taloudellisuudelle, koska silloin tuotteita käytetään oikein esimerkiksi haavasiidoksen vaihtovälejä suunnitellessa. Hoitohenkilökunnan tulee osata perustella haavanhoitotuotteen käyttö, mutta taloudellisuus ei saa olla ainut valintakriteeri. (Niskaari 2007, 18 - 19.)

3.3 Yhteiskunnan rooli

Yhteiskunnassamme vaikuttaa tietyt kulttuuriset, uskonnolliset, taloudelliset, tekniset fyysiset sekä poliittis-lainsäädännölliset tekijät, joilla kaikilla on merkityksensä potilaan haavan paranemisessa. Taloudellis-lainsäädännölliset tekijät vaikuttavat, mitä terveyspalveluja haavapotilaan on mahdollista saada ja miten haavapotilas saa tarvitsemiaan hoitotuotteita (ks. 4.1 Haavanhoidon kustannukset potilaalle). Terveystalouden huollon taloudelliset tekijät määräävät myös yhteiskunnan haavanhoidon osaamisen ja koulutusmahdollisuudet, jotka kertovat haavanhoidon tasosta yhteiskunnassa. Hoitotyössä on tärkeää ymmärtää nämä yhteiskunnalliset tekijät. Tulee kuitenkin huomioda, ettei yksittäinen hoitaja pysty välttämättä vaikuttamaan näihin tekijöihin. Asioiden ymmärtäminen auttaa huomioimaan kaikki mahdolliset voimavarat haavapotilasta hoidettaessa. (Seppänen & Iivanainen 1999, 22.)

4 HAAVANHOIDON KUSTANNUKSISTA

4.1 Haavanhoidon kustannukset potilaalle

Haavapotilaita tulee olemaan yhä enemmän johtuen väestömme ikärakenteen muutoksesta ja tyypin 2 diabeteksen nopeasta lisääntymisestä (Hjerppe & Seppänen 2005, 20). Sairausvakuutuskorvaus järjestelmässä toimii lääkekustannusten maksukattojärjestelmä, joka vuonna 2008 on 643,14 euroa. Summan täytyttyä asiakas maksaa lääkkeestään omavastuuosuuden 1,5 euroa. Haavanhoitotuotteet luokitellaan Suomessa hoitotarvikkeiksi, eikä hoitotarvikkeiden hankinnasta aiheutuvat kustannukset kuulu

lääkkeiden maksukattojärjestelmään. (Sairausvakuutuskorvaukset 2007.) Asiakas joutuu siis maksamaan haavanhoitotuotteet itse. Tämä saattaa aiheuttaa eriarvoisuutta, jos asiakkaalla ei ole varaa ostaa haavalle tarpeellisia tuotteita. (Hjerppe & Seppänen 2005, 20.)

Haavasta aiheutuvat hoidonkustannukset eivät myöskään oikeuta eläkkeensaajan korkeampaan hoitotukeen. Hoitotuen myöntämisen edellytyksenä on toimintakyvyn heikkeneminen, joka tarkoittaa vaikeutunutta kykyä huolehtia itsestään ja toiminnoistaan sairauden tai vamman johdosta. (Eläkkeen saajan hoitotuki 2008.) Haava saattaa pitkittyessään aiheuttaa juuri toimintakyvyn ja itsensä huolehtimisen heikkenemistä.

Kansanterveyslain mukaan haavanhoitotarvikkeet voidaan antaa potilaalle maksutta kolmen kuukauden kuluttua haavanhoidon alkamisesta (L 28.1.1972/66). Tämä on kuitenkin kunnasta riippuvaista, kuinka lakia tulkitaan (Hjerppe & Seppänen 2005, 20-21). Haavanhoidossa voidaan joutua kokeilemaan useita eri vaihtoehtoja ennen paranemistulosten näkymistä, mikä tuo lisää kustannuksia asiakkaalle. Jos tuote ei saa aikaan vastetta, on asiakas ostanut sen turhaan. Tämä on ongelmallinen ja hoitomyöntyvyyttä heikentävä seikka haavanhoidossa.

4.2 Kustannukset yhteiskunnalle

Suomessa on tehty vähän tutkimuksia haavanhoidon kustannuksista. Marja Hyrylä (1993) tutki väitöskirjassaan leikkaushaavatulehdusten yhteiskunnallisia kustannuksia vuosina 1988-1990. Näiden kahden vuoden ajalta leikkaushaavatulehdukset tulivat maksamaan yhteiskunnalle 3,5 miljoona markkaa (noin 590 000 €). Tästä on jo kaksikymmentä vuotta, joten kustannukset ovat nousseet yleisen inflaation myötä. Samalla ovat tosin kehittyneet niin haavatulehdusriskien tunnistaminen kuin tilastointikin. Hyrylän tutkimuksessa leikkaushaavatulehduksen tilastointi oli sairaanhoitopiiristä riippuvainen. (Hyrylä 1993, 72 - 74, 81.)

Posnett, Drew ja Rusling (2007) ovat tutkineet Iso-Britanniassa haavanhoidon kustannuksia, jotka heidän mukaansa ovat yleistettävissä myös muualle Eurooppaan. Tutkimuksessa oli mukana 1644 potilasta, joilla oli yhteensä 2300 erilaista haavaa. Sairaalassa oloaika vaihteli kuudesta kahteentoista viikkoon. Vuosina 2005 - 2006 arvioitu haavanhoidon hinta oli 2 500 000 - 3 100 000£ (noin 3,3 - 4 M€) 100 000 ihmistä

kohden. Haavanhoidot vaativat 88,5 kokoikäistä sairaanhoitajaa. Näiden tutkimustulosten mukaan haavat ovat merkittävä terveydenhoidon kustannusten lähde. Isot kustannukset muodostuvat erityisesti haavakomplikaatioista, jotka tarvitsevat sairaalahoitoa. Lisäksi komplikaatiot hidastavat potilaan sairaalasta kotiin pääsyä. (Posnett ym. 2007.)

Kustannuksien vähentämiseksi tulee hoitohenkilökunnalla ja lääkäreillä olla täsmällinen tieto haavan syntytavasta ja haavan tilasta. Tällöin tarkka ja ajankohtainen diagnoosi on mahdollisia, jolloin myös hoito on tehokkainta. Tällöin estetään myös komplikaatiot ja ylimääräiset potilaan siirrot sairaaloihin. (Emt.)

Posnett on arvioinut kroonisten haavojen kustannuksia myös Suomessa, mitkä perustuvat kansainvälisten tilastojen pohjalta tehtyihin arvioihin. Posnettin arvion mukaan 34 000 suomalaispotilasta vuodessa saa kroonisen haavan. Näistä haavoista 6 500 olisi kroonisia säärihaavoja, jolloin Suomessa kuluisi vuosittain 8-16 miljoonaa euroa säärihaavojenhoitoon. Diabeetikon jalkahaavan vuosittaiset kustannukset ovat Euroopassa 6-16 000 euroa. Kustannukset koostuvat teollisuusmaissa haavanhoitotuotteista (5-20 %) ja loput avohoidosta tai sairaalahoidosta. Yli puolet haavanhoidon kustannuksista tuleekin sairaalakustannuksista. (Tuuliranta 2007, 11.)

Hjerppe ja Seppänen (2005) tarkastelevat artikkelissaan säärihaavan hoidon kustannuksia eri hoitovaihtoehtojen välillä potilaan ollessa kotisairaanhoidossa. Tuloksissa huomioitiin kotisairaanhoitajan käyntien kustannukset niin kunnalle kuin potilaallekin, sekä hoitotarvikkeiden ja sidontavälineiden hinnat. Kunnan kustannukset vaihtelivat 175 eurosta 1230 euroon riippuen kotisairaanhoitajan käyntien lukumäärästä. Potilaan kustannukset olivat 225 eurosta 420 euroon riippuen, mitä hoitovaihtoehtoa käytettiin. Tästä huomataan, ettei haavanhoitotuotteen hinta yksin kerro haavan paikallishoidon hintaa, vaan kokonaiskustannuksiin kuuluvat myös hoitoon kuluva työaika sekä hoitokäyntien määrä. Ongelmana on, ettei haavanhoitotuotteen sopivuutta tiedetä täsmällisesti, vaan saatetaan joutua kokeilemaan useita vaihtoehtoja. Tämä tuo lisäkustannuksia potilaalle, joka joutuu ostamaan haavanhoitotuotteet itse. (Hjerppe & Seppänen 2005, 20 - 23.)

Juha Laine (2005) on tutkinut tuotannollista tehokkuutta vanhusten laitoshoidossa. Hänen väitöskirjansa tutkimustulokset kertovat, että tuotannollisen tehokkuuden ja hoidon laadun välillä vallitsee suhde; tuotannollinen tehokkuus saatetaan saavuttaa hoidon laadun kustannuksella. Tämä tulisi huomioida hoidon tuottavuusvertailussa. (Laine 2005, 79 - 81.) Tämä tulos voidaan yhdistää myös haavanhoitoon; mitä halvemmalla yritetään suoriutua haavanhoitotuotteissa ja hoitoajan määrässä, sitä huomattavampia tulokset saadaan haavan paranemisessa. Jotta saataisiin täysin paikkansapitäviä kustannustuloksia haavanhoidosta, laskentaan tarvittaisiin tieto kaikista hoitoon liittyvistä kustannuksista. (Hjerppe & Seppänen 2005, 23.)

5 OHJEKIRJAN LAATIMINEN

5.1 Sisällölliset seikat

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa näyttöön perustuvat haavanhoito-ohjeet Terveystalon tarpeista lähtien hoitohenkilökunnan työvälineeksi hoitotyöhön. Tavoitteena on kehittää Terveystalon haavanhoidon laatua tuottamalla näyttöön perustuvat, selkeät sekä ajantasaiset haavanhoito-ohjeet.

Tavoitteiden saavuttamiseksi on kiinnitettävä huomiota sekä haavanhoito-ohjeiden sisältöön että ulkoasuun. Ohjeistuksen luomisen pohjana käytetään mukailtuja Terveystalon edistämisen keskuksen laatimia terveysaineiston laatukriteereitä (kuvio 1). Terveystalon edistämisen keskus käyttää samoja laatukriteerejä arvioidessaan terveyden edistämiseen liittyviin ohjelmiin kuuluvaa terveysaineistoa, jota eri tahot (kansanterveys- ja raittiusjärjestöt, potilasjärjestöt, lääketeollisuusyritykset, keskusvirastot) tuottavat (Parkkunen, Vertio & Koskinen-Ollonqvist 2001, 3). Voidaan katsoa, että tämän opinnäytetyön tuloksena syntyvät haavanhoito-ohjeet ovat terveysaineistoa, joten edellä mainittujen kriteerien käyttö on perusteltua.

KUVIO 1. Terveysaineiston laatukriteerit. Mukailten Terveyden edistämisen keskuksen laatukriteereitä. (Parkkunen ym. 2001, 10.)

Sisältö:

1. oikeaa ja virheetöntä tietoa
2. sopiva määrä tietoa

Kieliasu:

3. helppolukuinen

Ulkoasu:

4. sisältö selkeästi esillä
5. helposti hahmoteltavissa
6. kuvitus tukee tekstiä

Kokonaisuus:

7. kohderyhmä on selkeästi määritelty
8. kohderyhmän kulttuuria on kunnioitettu

Terveyden edistämisen keskuksen terveystalon laatukriteereissä tuodaan esille kohderyhmän määrittämisen merkitys. Tekstin sopivuus vastaanottajalle on edellytys sen vaikuttavuudelle (Emt, 18). Kohderyhmän determinaatiota ovat korostaneet myös Pesonen (2007, 3), Sinkkonen, Kuoppala, Parkkinen & Vastamäki (2006, 29) sekä Mansikkamäki (2002, 166 - 167). Kohderyhmän määrittäminen ja tunteminen määrittävät kirjoitustavan ja esimerkiksi ammattisanaston käyttämisen.

Haavanhoito-ohjeiden kohderyhmänä on Terveystalon Jyväskylän yksikön hoitohenkilökunta. Hoitohenkilökunta työskentelee sekä välillisessä että välittömässä potilastyössä; osa hoitohenkilökunnasta on jatkuvasti mukana hoitotyössä, osa työskentelee Terveystalon vastaanotossa ja ajanvarauksessa. Henkilökunnassa on sekä sairaanhoitajia että lähihoitajia.

Tämä asettaa haasteita sille, että haavanhoito-ohjeiden tulee olla selkeitä myös heille, jotka eivät ole jatkuvasti mukana hoitotyössä. On kuitenkin muistettava, että kaikilla ohjeiden lukijoilla on terveydenhuoltoalan koulutus (vähintään toisen asteen ammattitutkinto). Näin ollen tarvittaessa voidaan käyttää myös ammattisanastoa. Pääsääntönä kuitenkin on, että teksti on helppolukuista, eivätkä vaikeat termit saa hankaloittaa sisällön ymmärtämistä.

Haavanhoito-ohjeistus tulee olemaan työvälineenä hoitotyössä Terveystalossa Jyväskylän yksikössä. Terveystalo haluaa tarjota asiakkailleen parhaat, luotettavimmat ja tehokkaimmat hoitomuodot ja palvelut (Lääkäriasema- ja sairaalapalvelut 2008). Haavanhoito-ohjeiden noudattaessa Terveystalon yleisiä tavoitteita, tulee ohjeiden sisältämän tiedon olla virheetöntä, objektiivista, ajan tasalla olevaa ja tutkittuun tietoon perustuvaa (Parkkunen ym. 2001, 12). Jotta haavanhoito-ohjeista tulee Terveystalon toiveiden mukaiset ja heidän käyttötarkoituksiinsa sopivat, tulee valmiita ohjeita testata. On merkittävää, että ohjeita testataan nimenomaan kohderyhmän edustajilla (Ewles & Simnett 1992, 235).

Tiedon määrän rajaaminen on merkittävä osa haavanhoito-ohjeiden onnistumista. Ohjeiden käyttäjän tulee saada riittävästi perusteluja toiminnalleen, mutta antaa myös mahdollisuuden kriittiseen ja arvioivaan ajatteluun. Haavanhoito-ohjeistuksen tulee antaa perusteluja, millaisia haavanhoitotuotteita missäkin tilanteessa käytetään, jotta haavan paranemisolosuhteet ovat optimoituja. Myös hoitajan omalle kriittiselle ajattelulle annetaan tilaa. On muistettava, ettei lukijaa saa kouluttaa yli hänen tavoitteidensa tarjoamalla liikaa tietoa tilanteeseen nähden (Sinkkonen ym. 2006, 65).

Torkkola, Heikkinen ja Tiainen (2002, 39) toteavat, että tekstiä kirjoittaessa on hyvä tuoda tärkein asia ensimmäiseksi esille. Tällöin tärkein sanoma tavoittaa myös lukijan, joka lukee vain alun. Lauseen sisällä tieto jaetaan kertomalla tuttu asia lauseen alussa ja painotettava asia virkkeen lopussa. Tutulla tiedolla tarkoitetaan jo aiemmin mainittuja asioita ja asioita, joita oletetaan lukijan tietävän jo aihepiirin perusteella. Hyvä muistisääntö on, että yhdessä virkkeessä esitetään vain yksi asia. (Mansikkamäki 2002, 167; Torkkola ym. 2002, 49.)

5.2 Näyttöön perustuva hoitotyö

Näyttöön perustuva hoitotyö (englanniksi *evidence based nursing*) voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen; tieteellisesti havaittuun tutkimusnäyttöön, hyväksi havaittuun toimintanäyttöön sekä kokemukseen perustuvaan näyttöön. Myös näyttöön perustuva haavanhoito koostuu näistä osa-alueista (Hietanen 2005, 8 - 9). Leino-Kilpi ja Lauri (2003, 7) määrittävät näyttöön perustuvan hoitotyön parhaaksi ajan tasalla olevan tiedon arvioinniksi ja käytöksi potilaan terveyttä ja hoitoa koskevaksi päätöksenteoksi ja itse toiminnan toteuttamiseksi.

Kun toteutetaan näyttöön perustuvaa hoitotyötä, voidaan ajatella tieteellisen tiedon yhdistyvän hoitotyöntekijän ammattikokemukseen, käytettävissä oleviin resursseihin sekä potilaan yksilölliseen näkemykseen elämäntilanteestaan. Näin toimittaessa tieto, toiminta ja sen arviointi perustuvat näyttöön, joka on objektiivisesti todistettu parhaimmaksi ja tuloksekkaimmaksi toiminnaksi. (Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin hoitotyössä 2004; Leino-Kilpi & Lauri 2003, 7.)

5.3 Typografia

Tekstin typografialla tarkoitetaan tekstin ulkoasua. Ulkoasulla on suuri merkitys tekstin sanoman perillemenossa. Onnistunut typografia herättää lukijan mielenkiinnon ja tukee tekstin sanomaa. Typografia käsittää tekstin ja kuvien asettelun sekä kirjasyntyyppin valinnan ja muut asiat, joita lukija havainnoi pelkästään katselemalla. Ohjetta tehdessä olisi varmintu luoda asettelumalli, jotta koko ohjeistus noudattaisi yhtenäistä linjaa. (Pesonen 2007, 13; Torkkola ym. 2002, 55.)

Ohjeistusta tehdessä ei tarvitse pelätä tyhjää tilaa. Liian täysi ohjeistus on sekavan ja luotaantyöntävän näköinen. Tyhjä tila antaa lukijalle mahdollisuuden jäsentää tekstiä ja pohtia omia ajatuksiaan. Toisaalta sattumanvarainen tyhjä tila voi antaa lukijalle vaikutelman jonkin tärkeän asian puuttumisesta. Tyhjää tilaa voi jättää esimerkiksi kappaleiden väliin ja kuvien ympärille. Tyhjiä kohtia ei pidä täyttää ylimääräisillä kuvilla. (Pesonen 2007, 47; Torkkola ym. 2002, 53.)

Kappale- ja palstajako

Jotta teksti on looginen ja esitykseltään selkeä, on hyvä kiinnittää huomiota kappalejakoon. Tekstin ymmärrettävyyttä lisää, jos yhdessä kappaleessa on esitetty yksi asiakokonaisuus. Kappaleet voidaan tasata joko oikealla tai vasemmalla liehulla, tai tasaamalla. Suosituimmat tavat ovat tasaaminen ja oikea liehu. Tasaamista käytettäessä ongelmaksi voi muodostua liian tiheä tai harva merkkiväli. Kappaleet erotetaan toisistaan helpoiten tyhjällä tilalla. (Pesonen 2007, 35; Torkkola ym. 2002, 59.)

Teksti voidaan jakaa yhteen tai useampaan palstaan. Niiden määrä riippuu sivun koosta. Ihanteellinen leipätekstin palsta käsittää 2/3 sivun leveydestä. Liian kapeassa palstassa lukija joutuu jatkuvasti siirtymään riviltä toiselle, lisäksi sanoja joudutaan jatkuvasti tavuttamaan. (Torkkola ym. 2002, 58.) Liian leveään palstaa lukiessaan lukijan katse saattaa harhailla riviltä toiselle siirryttäessä (Pesonen 2007, 12, 38).

Lauseiden ja rivien pituudet

Rivien pituudesta on erilaisia suosituksia. Pesosen (2007, 34) mukaan sopiva merkkimäärä on 55-60 merkkiä per rivi. Näin toteavat myös Torkkola ja muut (2002, 58). Rivien välitys valitaan fontin suuruuden mukaisesti. Mitä suuremmat rivivälit ovat, sitä ilmavampaa ja luettavampaa teksti on (Torkkola ym. 2002, 58).

Pitkät virkkeet ovat vaikeampia ymmärtää kuin lyhyet. Virkkeen enimmäispituutena voidaan pitää 15 sanaa. Monimutkaiset lauserakenteet heikentävät luettavuutta, joten niitä on vältettävä. Lauserakenteissa ei tule myöskään esiintyä käskymuotoja. Tällöin lukija voi tuntea itsensä mitään ymmärtämättömäksi. (Parkkunen ym. 2001, 13; Torkkola ym. 2002, 37, 49.)

Marginaalit

Marginaalit ovat optimaalinen paikka tyhjälle tilalle. Lisäksi marginaalit vaikuttavat sivun ja aukeaman tunnelmaan, ne toimivat ikään kuin sivun kehyksinä. Marginaaleja voi myös hyödyntää kuvien numeroinnin ja kuvatekstien sijoituspaikkana. (Pesonen 2007, 11 - 12; Torkkola ym. 2002, 58.)

Fontti

Tekstin typografian tärkein valinta on fontti. Olennaista on kirjainten erottuminen selkeästi toisistaan ja fontin helppolukuisuus. Suositeltavin kirjaintyyppi on selkeä ja yksinkertainen. Leipätekstiin on varmintä valita Antiikva-sukuinen fontti. Tällaisia fontteja ovat esimerkiksi Times New Roman ja Garamond (Pesonen 2007, 24 - 30; Torkkola ym. 2002, 59.)

Fontin valinnassa olisi järkevää käyttää selkeää linjaa. Monen eri fontin käyttö johtaa helposti sekavaan yleisilmeeseen, eikä lukija erota tekstien hierarkisuutta. Jos tekstiin valitaan kuitenkin useampi kuin yksi fontti, niiden on selkeästi erotuttava toisistaan. Eri fonttien käyttö voi olla perusteltua esimerkiksi otsikoiden ja leipätekstin välillä. Eri kirjaintyyplejä käytettäessä tulee olla johdonmukainen koko tekstin ajan. (Pesonen 2007, 29.)

Tekstin tärkeitä asioita voidaan tuoda esille korostamalla. Korostamisessa täytyy kuitenkin olla maltillinen, koska liika korostaminen menettää tehonsa. Parhaita tapoja korostamiseen on kursivoiminen ja lihavoiminen. Alleviivaaminen ja suuraakkosten käyttäminen tehokeinona ei ole suositeltavaa. Alleviivaaminen sotkee tekstiä katkomalla kirjaintyylin alapidennyksiä. Suuraakkosten käyttäminen taas saa tekstin näyttämään epäesteettiseltä. Lisäksi suuraakkoset ovat vaikealukuisia. (Pesonen 2007, 40.)

Pitkissä teksteissä tulee siis suosia pienaakkosia. Niiden kirjaimet poikkeavat enemmän toisistaan suuraakkosiin verrattuna, mikä helpottaa lukemista. Suuraakkoset voivat olla paikallaan esimerkiksi otsikoinneissa, mutta pitkissä otsikoissa tulee niitä välttää. (Pesonen 2007, 30 - 31; Torkkola ym. 2002, 59.)

Tekstin ja taustan tulisi väreilykseltään muodostaa riittävän suuren kontrastin erottuakseen toisistaan. Sekä tekstin että taustan väri vaikuttaa luettavuuteen. Suositelluimpia tekstin värejä ovat musta, tummanvihreä ja tummansininen. Taustan on hyvä olla yksivärinen ja mieluiten valkoinen. (Parkkunen ym. 2001, 16; Pesonen 2007, 60 - 61.)

Kuvitus

Kuvituksella on tärkeä merkitys tekstin havainnoimisessa ja lukijan mielenkiinnon herättämisessä. Oikein valittuna kuvat tukevat tekstin sanomaa ja auttavat sanoman ymmärtämisessä. Hyvä kuva esittää asian selkeämmin ja ytimekkäämmin kuin pelkkä teksti. Kuvia ei tule käyttää tyhjän tilan täyteenä, vaan kuvalla tulee aina olla tarkoitus. (Parkkunen ym. 2001, 17; Pesonen 2007, 49.) Kuvat tulee sijoittaa oikein. Ei ole suositeltavaa sijoittaa kuvia niin, että tekstin reuna väistää kuvaa. Tällöin rivin loppua on vaikea hahmottaa. Kuvia ei tule myöskään sijoittaa tekstin taustalle tai päälle. (Parkkunen ym. 2001, 18.)

Kuvalla tulee aina olla kuvateksti. Se ohjaa kuvien luentaa, ja auttaa lukijaa ymmärtämään kuvan merkityksen (Torkkola ym. 2002, 40 - 41). Kuvateksti on hyvä paikka tärkeille asioille, täsmennyksille ja yhteenvedoille (Pesonen 2007, 45). Kuvia käyttäessä tulee huomioida, että kuvat ja piirrokset on suojattu tekijänoikeuslailla. Tekijänoikeudella suojattuja teoksia ei tule levittää ilman tekijän lupaa. (L 8.7.1961/404.)

6 OPINNÄYTETYÖN PROSESSI

6.1 Opinnäytetyön päämäärät

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa haavanhoito-ohjeet Terveystalon hoitohenkilökunnan työvälineeksi käytännön hoitotyöhön (liite 1). Tavoitteena oli kehittää Terveystalon haavanhoidon laatua näyttöön perustuvilla, ajantasaisilla sekä selkeillä haavanhoito-ohjeilla.

Työn alussa työlle asetettiin tavoitekysymykset, jotka ohjasivat työssä tehtäviä valintoja. Vastauksia kysymykseen, millainen on hyvä ohjekirja, etsittiin Terveystalon tutkimuskeskuksen terveysaineiston laatukriteereistä sekä julkaisun tekemistä koskevista teoksista. Näyttöön perustuva hoitotyö määriteltiin ennen vastaamista kysymykseen, millaiset ovat näyttöön perustuvat haavanhoito-ohjeet. Tämän määritelmän perusteella valittiin lähdeaineisto tuotoksen tekoa varten. Edellä mainitusta lähdeaineistosta saatiin myös vastaus kysymykseen haavan hoitoon ja – paranemiseen liittyvistä perusperiaatteista.

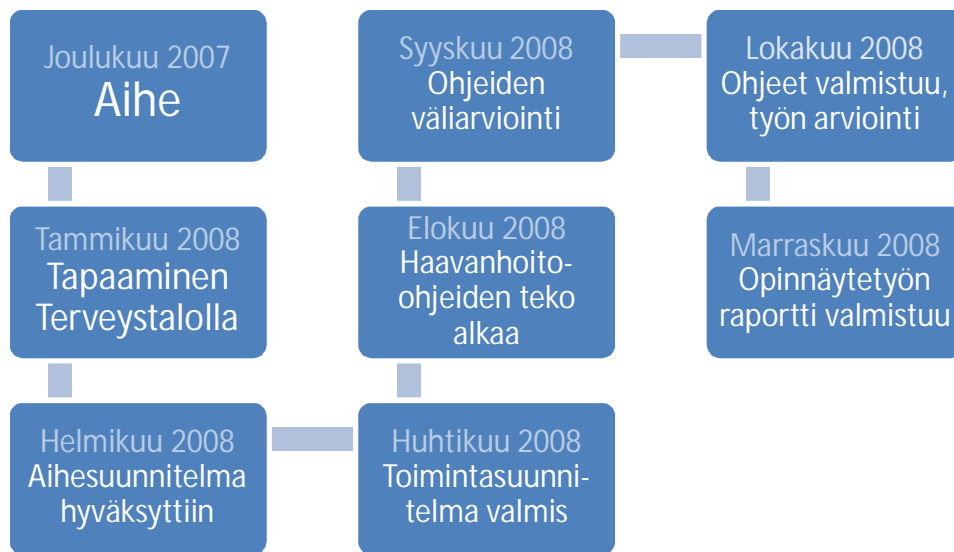
6.2 Ajanhallinta

Syksyllä 2007 sairaanhoitajaopintojen tutoropettaja ehdotti opinnäytetyön aiheen kysymistä yksityiseltä sektorilta. Opinnäytetyöaihe-ehdotus tulikin Terveystalolta, Jyväskylän yksikön leikkausosastolta joulukuussa 2007. Aiheena haavanhoito-ohjeet Terveystalon hoitohenkilökunnalle oli kiinnostava, koska se tukee tekijöiden periooperatiivista hoitotyön suuntautumista ja työ onnistuessaan vahvistaa myös työelämäosaamista. Samalla opinnäytetyö on työelämälähtöinen. Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessi kesti noin vuoden (kuvio 2).

Terveystalon yhteyshenkilöt tavattiin tammikuun 2008 lopulla, jolloin he saivat kertoa omista toivomuksistaan. Lisäksi allekirjoitettiin vaitiolosopimukset koskien tekijöitä ja Terveystaloa (liite 2). Perusperiaate oli alusta asti tehdä haavanhoito-ohjeet Terveystalon näkökulmasta ja tarpeista: käsitellään haavoja, joita he näkevät vastaanotoilla. Alustavasti ohjeiden valmistumisen aikatauluksi sovittiin syksy 2008. Aihesuunnitelma hyväksyttiin helmikuun alussa, jonka jälkeen alkoi toimintasuunnitelman kirjoittaminen. Yhdessä ohjaavien opettajien kanssa koottiin suunnitelman teemat: hyvän ohjemateriaalin raaka-aineet sekä haavanhoidon merkitys yhteiskunnallisesti.

Toimintasuunnitelmaa kirjoitettiin kevään 2008 aikana. Terveystalon yhteyshenkilöt tavattiin jälleen huhtikuussa ja he hyväksyivät suunnitelman. Samalla tutustuttiin Terveystalon käyttämiin haavanhoito-tuotteisiin. Tällöin laadittiin myös sopimus opinnäytetyön tekemiseen (liite 3). Itse haavanhoito-ohjeita ryhdyttiin tekemään elokuussa 2008. Terveystalo näki työn keskeneräisenä syyskuussa ja oli tyytyväinen sen hetkiin saatuun tuotokseen. Lokakuussa 2008 Terveystalo sai haavanhoito-ohjeiden raakaversioon ja työn arviointilomakkeen.

KUVIO 2. Opinnäytetyöprosessin ajankäyttö.



6.3 Työskentelymenetelmät

Haavanhoito on laaja kokonaisuus ja työn alussa oli tarpeellista rajata aihe ohjeiden työstämisen helpottamiseksi. Yhdessä Terveystalon yhteyshenkilöiden kanssa päätettiin työssä käsiteltävät haavat sekä työn laajuus.

Hoito-ohjeita tehdessä työskenneltiin sekä yhdessä että itsenäisesti. Itsenäinen työskentely mahdollisti runsaaseen lähdeaineistoon perehtymisen, joka ajallisesti olisi ollut yhdessä mahdotonta. Tekstistä kirjoitettiin raakaversiot ja yhdessä muokattiin teksteistä yhtenäistä. Yhdessä muokkaaminen auttoi molempia perehtymään käsitelyihin aihealueisiin. Koko haavanhoito-ohjeiden sisältö ”eli” jatkuvasti; tekstiä muokattiin koko ajan uusia lähteitä löydettyä.

Ohjausta haettiin säännöllisesti, aina suuremman kokonaisuuden valmistuttua. Opettajien kommentit auttoivat tekstinkäsittelyssä ja antoivat tukea valinnoillemme. Jotkut opettajien ehdottamat rakenteelliset muutokset tekivät työstä selkeämmän. Yhteistyö työelämän edustajien kanssa sujui ongelmitta. Työn alusta lähtien oltiin yhtä mieltä työn kokonaisuuksista ja laajuuksista. He olivat tyytyväisiä aikaansaatuihin tuotoksiin aina toimintasuunnitelmasta lopulliseen työhön. Työelämän edustajilta saimmapua ongelmatilanteissa. Terveystalo myös auttoi kansion haavanhoitotuotekuvien aikaansaamisessa.

7 HAAVANHOITO-OHJEIDEN TUOTTAMINEN

7.1 Sisältö

Haavanhoito-ohjeet tehtiin Terveystalon edistämisen keskuksen laatimia terveystalon suunnittelun ja arvioinnin oppaan ohjeita noudattaen (ks. luku 5.1). Laatuksiteerien mukaan käyttäjän tulee voida luottaa, että aineiston tieto on luotettavaa ja tutkittuun tietoon perustuvaa (Parkkunen ym. 2001, 12). Jotta saatiin varmistettua aineiston luotettavuus, lähdeaineisto valittiin kappaleessa 7.2 esitetyllä tavalla. Haavanhoito-ohjeisiin valittiin hoitomenetelmiä, jotka esiintyivät useammassa kuin yhdessä lähdeaineistossa. Yksittäin esiintyneitä hoito-ohjeita ei valittu, koska silloin ei voitu olla varmoja niiden näyttöön perustuvuudesta. Haavanhoidon kustannusten huomioiminen tuotiin esille painottamalla sidoksen valinnan tärkeyttä; yksittäisen haavasidoksen hinta ei ole haavan paikallishoidon hinta.

Tiedon määrää rajattaessa valittiin, tarjoavatko haavanhoito-ohjeet vain keskeiset asiat vai kattavat perustiedot. Ohjeista päätettiin tehdä kattavat, jotta haavanhoidon valintoja olisi helpompi perustella ja lukija saisi kokonaiskuvan haavanhoidosta, eikä vain yksittäistä tietoa jonkun tietyn haavan hoidosta. Ohjeet alkavatkin perustiedoista, ihosta ja haavanparanemisprosessista. Näin haavanhoidosta saa laadukkaampaa, kun hoitaja tietää, mitä tekee ja miksi. Ohjeissa ei kuitenkaan tarjota kuin enimmillään muutama hoitovaihtoehto, jotta lukijan on helpompi ja nopeampi tehdä hoidollisia päätöksiä. Isojen tekstikokonaisuuksien hallintaa helpottamaan tehtiin jokaisen käsiteltävän haavan yhteyteen tiivistelmäosiot.

Terveystalo antoi selkeät linjaukset, millaisia haavoja haavanhoito-ohjeissa tulisi käsitellä. Esimerkiksi painehaavat jätettiin työstä pois, koska Terveystalon vastaanotoilla ei tapaa painehaavapotilaita. Toimeksiantajan toiveiden pohjalta jaoimme haavat akuutteihin ja kroonisiin haavoihin työn rytmittämiseksi. Yhdessä työelämän edustajan kanssa pohdittiin, mitä muuta haavanhoitoon liittyvää työssä tulisi käsitellä. Haavanhoito-ohjeiden ensimmäinen osa selvittääkin ihon rakennetta, haavan syntyä ja paranemista. Toinen osa koostuu haavanhoidon yleisistä peruseriaatteista (muun muassa aseptiikka, kivunhoito, haavan puhdistusmenetelmät). Kolmas osa kertoo haavoista ja niiden hoitomenetelmistä. Viimeinen, neljäs osio käsittelee haavanhoitotuotteita. Kokonaisuus sisältyen painotus muuttui jonkin verran toimintasuunnitel-

man jälkeen. Esimerkiksi infektioiden torjunta-kappale sai pienemmän osuuden toteutuneessa työssä. Toimeksiantaja oli muutoksista tietoinen työn edetessä.

7.2 Näyttöön perustuvat haavanhoito-ohjeet

Tavoitteena oli tuottaa näyttöön perustuvat haavanhoito-ohjeet. Näyttöön perustuva tieto pohjautuu tieteellisesti havaittuun tutkimusnäyttöön, hyväksi havaittuun toimintanäyttöön sekä kokemukseen perustuvaan näyttöön (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 7). Hoitotyö ei ole lääketieteeseen verrattuna samalla tavalla kansainvälistä, joten kansainvälisiin hoitotyön julkaisuihin pitää suhtautua kriittisesti. Hietanen ja muut (2002, 4) toteavat, että erityisesti haavoihin liittyvä englanninkielinen kirjallisuus on kirjavaa ja monilta osin tutkittua tietoa ei ole edes saatavissa. (Lauri 2003, 4.)

Ennen kuin haavanhoito-ohjeisiin lähdettiin kartoittamaan lähdeaineistoa, konsultoitiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin haavanhoidon erityispätevyuden omaavalta sairaanhoitajalta neuvoa lähteiden etsimiseen. Haavahoitaja yhtyi Lauriin (2003, 4) toden englanninkielisen kirjallisuuden olevan kirjavaa, eivätkä niissä esiintyvät haavanhoitomenetelmät välttämättä noudata kotimaisia toimintatapoja. Haavanhoitaja ohjeisti, että ensisijaiseksi lähteeksi haavanhoito-ohjeisiin kannattaa käyttää Suomen Haavanhoitoyhdistys ry:n ammattijulkaisua, *Haava-* lehteä.

Suomen Haavanhoitoyhdistys on moniammatillinen yhdistys, joka kuvaa tavoitteekseen, edistää vuorovaikutusta kaikkien ammattiryhmien välillä, jotka ovat vastuussa haavapotilaiden hoidosta, ja edistää haavanhoidon tutkimus-, kehittämis- ja opetustyötä. Lisäksi Suomen Haavanhoitoyhdistyksen päämääränä on tehdä yhteistyötä sekä kansainvälisten haavayhdistysten että haavahoitoon liittyvien yritysten kanssa. (Yhdistys-info 2008.)

Suomen Haavanhoitoyhdistys ry:n julkaisemassa ammattijulkaisussa *Haava-*lehdessä julkaistaan haavanhoitoon liittyviä artikkeleita, tutkimusraportteja ja kirjallisuusreferaatteja. Ennen julkaisua lehden toimituskunta arvioi kirjoitukset. Lisäksi toimitusneuvosto hyödyntää asiantuntijoiden osaamista artikkeleiden arvioinnissa. (Artikkelin kirjoitusohjeet 2008.) Koska *Haava-*lehdessä olevat artikkelit ovat asiantuntijoiden

arvioimia ja toimituskunnan tarkastamia voidaan niitä pitää relevantteina lähteinä haavahoito-ohjeisiin.

Haava-lehden lisäksi lähteinä käytettiin lääkärin ja sairaanhoitajan tietokannoista löytyviä artikkeleita, käypähoito-suosituksia (lääketieteen näyttöön perustuva suositus), Hietasen ym. (2002) Haava-kirjaa sekä yksittäisiä muita artikkeleita. Yksi lähteiden valintakriteeri oli tuoreus; valittiin vain 2000 – luvulla julkaistuja artikkeleita. Tärkeänä pidettiin myös artikkelin kirjoittajan asiantuntijuutta omalla alallaan (auktorisoi-tu haavanhoitaja, erikoislääkäri). Lähdemateriaalia läpikäydessä huomattiin kirjoittajina toistuvan usein samat tekijät. Tämä lisää lähteiden uskottavuutta ja kirjoittajien auktoriteettia sekä tunnettavuutta (Vilkkä & Airaksinen 2003, 72).

7.3 Kieliasu

Haavanhoito-ohjeiden tekstin tuli olla selkeää, eikä vaikeita haavanhoitosanoja saanut käyttää lukemista hankaloittamaan. Oletettiin kuitenkin lukijan tuntevan hoitoalan perussanastoa (esimerkiksi aseptiikka). Vieraiden sanojen käyttöä pyrittiin tekstiä kirjoittaessa välttämään, mutta niiden esiintyessä muutamissa kohdissa sana suomennettiin heti sulkujen sisällä. Samaa sanaa suomennettiin vain kerran turhan toiston välttämiseksi.

Riittävän hyvä tekstin luettavuuden taso vaikuttaa lukijan kokemaan aineiston hyödyllisyyteen (Parkkunen ym. 2001, 13). Tämän vuoksi haavanhoito-ohjeiden lauserakenteisiin kiinnitettiin huomiota. Esimerkiksi liian pitkiä ja useita sivulauseita sisältäviä virkkeitä vältettiin, koska ne kuormittavat ihmisen lähimuistia (Parkkunen ym. 2001, 13). Kuitenkin asiat pyrittiin selittämään, jotta lukija oppisi ymmärtämään haavanhoidon periaatteita. Leipätekstissä ei käytetty käskymuotoja, mutta haavanhoito-ohjeiden tiivistelmä osioissa niitä käytettiin ryhdittämään tekstiä. Kokonaisuudessaan tuotoksesta pyrittiin tekemään runsas, mutta tiivis kokonaisuus. Ohjeissa tarjotaan kattavat perustiedot hyvästä haavanhoidosta, halutessaan lukija voi perehtyä lisää. Lisäkirjallisuutta löytää tuotoksen lähdeluettelosta. Haavanhoito-ohjeissa lähdeviitteitä ei mainita tekstissä, koska se olisi hankaloittanut tekstin luettavuutta. Lähdekirjallisuuden sijoittamisesta ohjeiden loppuun päätettiin yksimielisesti toimeksiantajan ja ohjaavien opettajien kanssa.

7.4 Ulkoasu

Kappaleessa 5.3 määriteltiin millainen on typografialtaan hyvä ja selkeä ohjekirja. Jotta haavanhoito-ohjeiden ulkoasu noudattaisi yhtenäistä linjaa, luotiin sivuille asetelumalli ennen ohjeiden kirjoittamista. Alareunaan lisättiin alatunniste, johon kirjoitettiin kansion nimi, luomispäivä, sekä toimeksiantajan logo. Tyhjää tilaa jätettiin vasempaan marginaaliin, jotta ohjeistuksesta ei tullut sekava tai täysinäinen. Näin leipäteksti täytti noin 2/3 sivun leveydestä, joka on ihanteellinen leipätekstin palsta (Pesonen 2007, 12, 38).

Kussakin kappaleessa pyrittiin esittämään vain yksi asiakokonaisuus. Tämä lisää tekstin loogisuutta ja selkeyttä (Pesonen 2007, 35). Kappaleet tasattiin, huomioiden kuitenkin, ettei merkkipäälly muodostu liian pitkäksi. Kappaleiden väliin jätettiin tyhjää tilaa, jotta ohjeistus olisi riittävän väljä ja antaisi tilaa lukijan ajatuksille. Rivien merkkimäärät vaihtelevat hieman yli 60 merkin. Tämä ylittää suositetun merkkimäärän, mutta se ei aiheuta Pesosen (2007, 12, 38) mainitsemaa lukijan katseen harhailemista riviltä toiselle siirryttäessä. Lukemisen selkeyttämisen virkkeiden pituuden ei annettu ylittää ohjeistukseksi annettua 15 sanaa.

Fontiksi valittiin Antiikva- sukuinen Garamond. Fontin käytössä pyrittiin selkeyteen ja johdonmukaisuuteen. Koko haavanhoito-ohjeissa käytettiin samaa fonttia niin otsikoinneissa kuin leipätekstissäkin. Otsikointeja korostettiin suuremmalla fonttikoolla ja suuraakkosin. Leipätekstissä tärkeitä kohtia korostettiin lihavoimain ja luettelomerkein. Korostamista harkittiin tarkoin, jotta sitä ei käytetty liikaa. Fontin väriksi valittiin musta, jotta se muodostaisi riittävän suuren kontrastin taustan kanssa. Haavanhoito-ohjeiden taustaksi valittiin vaaleansininen, joka toistaa toimeksiantajan logossa esiintyviä värejä.

Kuvitus koettiin tärkeäksi osaksi haavanhoito-ohjeita. Sen tärkeyttä korostivat niin tekijät kuin toimeksiantaja ja ohjaajat. Kuvat valittiin siten, että niillä oli selkeä rooli. Jokaisella kuvalla haluttiin olevan tarkoitus tekstin havainnoinnissa. Kuvien valintaan käytettiin paljon aikaa ja huomioita. Tekstiä havainnollistettiin kuvien lisäksi kaavioilla.

Tekijänoikeudet rajoittivat kuvien saamista. Kuvia valittaessa pidettiin tarkasti huolta siitä, että jokaiseen kansiossa esiintyvään kuvaan on käyttöoikeudet. Kuvia hankittiin kansainvälisiltä haavasivustoilta. Sivustojen ylläpitäjien ja artikkeleiden kirjoittajien kanssa käytiin sähköpostikeskustelua (liite 4), jotta kuvien käyttö mahdollistui. Osa kuvista otettiin itse.

7.5 Kokonaisuus

Ohjeiden kirjoittamista aloittaessa määritettiin aineiston kohderyhmä. Tapaamiset Terveystalon henkilökunnan kanssa helpottivat kohderyhmän määrittelyä. Henkilökunta, jolle ohjeet tehtiin, koostui hoitoalan ammattilaisista, joiden tutkinto on vähintään toisen asteen ammattitutkinto (lähihoitaja). Olennaista oli kuitenkin huomioida, ettei osa ohjeita käyttävistä hoitajista kohtaa haavapotilaita usein. He työskentelevät vastaanotossa, eikä potilaskontakteja tule arkipäivisin. Viikonlopun päivystysaikaan voi potilaaksi tulla kuka tahansa, myös haavapotilas.

Tuotosta testattiin antamalla Terveystalon yhteyshenkilöiden lukea vielä keskeneräisiä ohjeita. Näin saatiin tärkeää tietoa, ovatko aihevalinnat riittävän laajat heidän tarpeisiinsa. Esimerkiksi säärihaavanhoitoa käsittelevän tekstin laajuutta pohdittiin yhdessä; säärihaavojen hoidosta on olemassa paljon tietoa, mutta säärihaavat ovat pieni osa Terveystalolla hoidettavista haavoista eikä niistä ollut hyödyllistä tehdä laajaa kokonaisuutta.

8 POHDINTA

8.1 Työn onnistuminen

Toimintasuunnitelman huolellinen kirjoittaminen oli tärkeä osa opinnäytetyön tekemistä. Teoreettinen viitekehys antoi selkeän suunnan haavanhoito-ohjeiden tekemiseen erityisesti typografisissa valinnoissa. Tarkastellessa haavanhoitoa eri näkökulmista (hoitohenkilökunta, potilas, yhteiskunta) hahmottui haavanhoidon moniulotteisuus. Työn keskeiset haavanhoitojulkaisut on esitetty taulukoidusti raportin lopussa (liite 5 ja 6).

Opinnäytetyön tuotos on mielestämme onnistunut. Noudatimme toimintasuunnitelmassa yhteisesti (tekijät, toimeksiantaja) sovittuja tavoitteita sekä typografialle asetettuja vaatimuksia. Pyysimme asiantuntija-apua lähdemateriaalin valintaa koskeviin kysymyksiin. Kattavan, ajantasaisen ja näyttöön perustuvan lähdeaineiston avulla saimme koottua haavanhoito-ohjeisiin laadukasta ja luotettavaa sisältöä. Työn onnistumista kuvaa myös aikataulussa pysyminen.

Työn graafinen toteutus oli haastava, erityisesti kuvien sovittelu tekstiin onnistuneesti oli ajoittain vaativaa. Koulutukseemme ei sisälly graafista suunnittelua. Koemme, että ulkoasultaan työ voisi olla laadukkaampi, mutta olemme kuitenkin tyytyväisiä ulkoasun selkeyteen.

Jotta työn arviointi ei jää subjektiiviseksi, on hyvä kerätä palautetta tavoitteiden saavuttamisesta kohderyhmältä oman arvioinnin lisäksi. Palautteen tarkoituksena on pyytää kommentteja tuotoksen käytettävyydestä ja toimivuudesta suhteessa tavoitteisiin, työn visuaalisesta ilmeestä sekä tekstin luettavuudesta. (Vilka & Airaksinen 2004, 157.)

Haavanhoito-ohjeiden valmistuttua toimitimme ohjeet Terveystalon hoitohenkilökunnan luettavaksi ja arvioitavaksi. Pyysimme heiltä kirjallista palautetta työn tavoitteiden onnistumisesta. Heidän mukaan haavanhoito-ohjeiden sisältö vastaa Terveystalon tarpeita; aihetta on käsitelty laajalti ja tietoa on paljon. Arvioitsijat kokivat lähdekirjallisuutta olevan runsaasti ja se on uskottavaa. Tämä tekee tekstistä luotettavaa. Tuotoksen sisältö on kohderyhmälle sopivaa ja tarkoituksenmukaista. Arvioitsijat kertoivat ulkoasun olevan siisti ja selkeä. Kuvat olivat hyvin valittuja ja auttavat tekstin ymmärtämisessä. Hoito-ohjeiden yhteydessä olevat tiivistelmäosiot koettiin ansioiksi; tiivistelmät nopeuttavat ja helpottavat asiakokonaisuuksien ymmärtämistä.

Asiantuntija arviointi

Opinnäytetyössä tarkoituksena on osoittaa kykyä teoreettisen tiedon ja ammatillisen taidon yhdistämiseen. Tämän synteessin tavoitteena on tuottaa alan ihmiselle hyödyllistä ja käytettävää tietoa. (Vilka & Airaksinen 2004, 159.) Siinä onnistuimme tämän synteessin tekemisessä, on mahdotonta tekijöidenkään subjektiivisesti arvioida. Asiantuntija-arviointi antaa lisää objektiivisia mielipiteitä työn onnistumisesta. Koimme

Terveystalolta saamamme arvioinnin suppeaksi ja kritiikittömäksi, joten päätimme hankkia perusteellista arviointia haavanhoito-ohjeista.

Kolme auktorisoitua haavahoitajaa Jyväskylästä luki työmme. Saatekirjeessä (liite 7) toivoimme saavamme mielipiteitä työn soveltumisesta hoitotyön käytännön tarpeisiin ja palautetta siitä, noudattavatko valitut haavanhoitokäytännöt yleisesti tunnettuja haavanhoitoperiaatteita (kuvio 3).

Kaikki haavahoitajat olivat yhtä mieltä meidän valitsemista haavanhoitomenetelmistä; ne noudattavat näyttöön perustuvia haavanhoidon periaatteita. Saimme myös positiivista palautetta työn soveltuvuudesta käytännön tarpeisiin. Haavahoitajien mukaan työ on laaja, mutta kuitenkin tiivis tietopaketti. Suurimmaksi ongelmaksi haavahoitajat kokivat työn eri osioiden keskinäisen jaon, osa asioista oli väärän kokonaisuuden alla. Palautteen jälkeen lisäsimme yhden osion käsittelemään yleisiä haavanhoidon periaatteita (puhdistus, kivunhoito, arviointi), jotta osioiden keskinäinen jako olisi loogisempi. Korjasimme myös yksittäiset asiavirheet, jotka koskivat lähinnä haavanhoitotuotteiden valintaa.

Haavahoitajat kuvasivat työtä esimerkiksi seuraavasti:

”Olette tehneet laajan työn!”

”Voisiko kappaleiden järjestystä muuttaa?”

”Olette ahkeroineet kovasti työn eteen.”

”Työssä on paljon hyvää.”

”Tällä työllä tulee olemaan käyttöä!”

KUVIO 3. Yhteenveto asiantuntija-arvioinnista.

Kehittämishaasteet	Ansiot
<ul style="list-style-type: none"> - Osiot liian raskaita - Osa asioista väärän osion alla - Muutamia vääriä sidosvalintoja - Teksti ajoittain epätasällista 	<ul style="list-style-type: none"> - Asiasisältö - Hoitolinjaukset oikeita - Laaja työ, paljon tietoa → lukija oppii - Tiivis tietopaketti - Kokonaisuudessaan hyvä työ

8.2 Jatkotoimintaehdotukset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa haavanhoito-ohjeet Terveystalon hoitohenkilökunnalle. Terveystalo saa ohjeet CD-muodossa, jonka he teettävät ja laminoivat kansioksi. Haavanhoito-ohjeiden päivittäminen jää Terveystalon vastuulle.

Tavoitteena oli kehittää Terveystalon haavanhoitoa luomalla yhtenäiset hoitokäytännöt haavanhoito-ohjeiden antamien neuvojen perusteella. Opinnäytetyömme prosessi päättyi toimitettaessa haavanhoito-ohjeet Terveystalolle. Näin emme voi tietää, kuinka Terveystalon haavanhoitokäytännöt muuttuvat uusien hoito-ohjeiden myötä. Jatkossa voisi tutkia haavanhoidon laadun kehittymistä opinnäytetyömme ansiosta hoitohenkilökunnan kuvaamana.

Haavanhoito-ohjeita tehtäessä lähdeaineistossa toistuvasti korostui potilasohjauksen tarpeellisuus. Heti työn alusta kuitenkin sovittiin työelämän edustajien kanssa pidättäytymisestä ainoastaan haavojen hoidossa ja potilasohjauksen jättämisestä tekstin ulkopuolelle. Poskiparran (2005) mukaan haavapotilailla on liian vähän ymmärrystä haavanhoitoa koskevan tiedon soveltamisesta käytäntöön. Hoitohenkilökunnalle jää vastuu potilaan ohjaamisesta haavanhoidossa. Puutteellisen ohjaamisen seurauksena voi olla haavan paranemisen hidastuminen tai komplisoituminen. Näin ollen laadukkaalla voimavaralähtöisellä ohjaamisella voidaan osaltaan vähentää haavanhoidosta aiheutuvia kustannuksia. (Poskiparta 2005, 8.)

Tärkeäksi jatkotoimintaehdotukseksi asetamme potilasohjausoppaan tekemisen osaksi haavapotilaiden kokonaisvaltaista hoitoprosessia Terveystalon hoitohenkilökunnan käyttöön. Lisäksi tarvittaisiin tutkimusta haavanhoidon kokonaiskustannuksista, jotta saataisiin käsitys kaikista tekijöistä, jotka aiheuttavat kustannuksia haavanhoidossa. Kun ollaan selvillä kaikista tekijöistä, voidaan kustannustehokkuutta lisätä minimoimalla turhia kustannuksia. Myös Hjerppe ja Seppänen (2005, 23) ovat huomanneet puutteellisuuden paikkansapitävistä kokonaiskustannuksista haavanhoidossa.

8.3 Ammatillisen kasvun prosessi

Terveydenhuollon koulutuksen (esimerkiksi sairaanhoitaja) tavoitteena on laaja-alainen osaaminen, jota ammattihenkilö voi päivittää ja syventää omien mielenkiinnon kohtien mukaisesti. Suomessa haavahoitajille tehdyn kyselytutkimuksen mukaan sairaanhoitajan koulutusohjelmassa on liian vähän haavahoito-opintoja. (Iivanainen & Seppänen 2001, 21.) Myöskään Jyväskylän ammattikorkeakoulun hoitotyön opetussuunnitelmaan ei sisälly oppimistavoitteita haavanhoitoa koskien (Opetussuunnitelmat ja opintojaksokuvaukset 2008).

Oman koulutuksemme aikana on haavanhoitoa käsitelty teoriassa yhden luennon verran. Lisäksi olemme harjoittelujaksoilla päässeet jonkin verran toteuttamaan haavanhoitoa, mutta koemme puutteellisen teorian tiedon vaikeuttavan käytännön haavanhoidon ymmärtämistä. Koska haavapotilaita hoidetaan jokaisella terveydenhuollon sektorilla, tulee jokaisen sairaanhoitajan osata haavanhoidon peruseriaatteet.

Koska haavanhoito-ohjeet tuotettiin hoitohenkilökunnalle, joilla on perustiedot haavanhoidosta, oli työ haasteellinen. Opinnäytetyön tekemisen ansiosta hallitsimme nyt itsekkin haavanhoidon peruseriaatteet. Lisäksi saimme kattavat tiedot haavanhoitotuotteista, niiden käytöstä ja käyttäytymisestä. Tunnumme haavan paranemisprosessin, joten osaamme tarkkailla haavan paranemista kriittisesti ja huomata siinä tapahtuvat edistymiset ja komplikaatiot.

Työprosessin aikana ei tullut vastaan lähde teoksia hoitohenkilökunnalle suunnattujen ohjeiden tekemiseen. Näin ollen kehitimme ohjeiden ulkoasun ja sisällölliset ratkaisut muokaten Terveystalon edistämisen keskuksen terveysaineiston laatukriteereitä ja julkaisuun liittyviä teoksia sekä käyttäen omaa innovatiivista kehitystyötä.

Toiminnallinen opinnäytetyö on ollut mielenkiintoinen ja opettavainen prosessi. Olemme saaneet konkreettisia välineitä haavanhoitoteorian ja käytännön hoitotyön yhdistämiseen. Teimme tuotoksen Terveystalon toiveita noudattaen, mutta työn raportoinnissa tuli huomioida tutkimusviestinnän vaatimusten täyttymisestä. Työelämäyhteistyön ansiosta olemme saaneet olla mukana työelämän kehittämisessä. Terveystalon hoitohenkilökunnalta puuttuivat selkeät haavanhoito-ohjeet ja me vastasimme tähän

haasteeseen tuottamalla kattavat hoito-ohjeet työelämän käyttöön ja sitä kautta haavanhoidon laadun kehittämiseksi.

LÄHTEET

Artikkelin kirjoitusohjeet 2008. Suomen haavanhoitoyhdistys ry. Viitattu 9.10.2008. [Http://www.suomenhaavanhoitoyhdistys.fi](http://www.suomenhaavanhoitoyhdistys.fi), haava-lehti.

Asko-Seljavaara, S. 2005. Juhlapuhe ja onnittelet. Teoksessa Haavanhoidon vuosikymmen. Suomen haavanhoitoyhdistys ry:n juhlakirja. Toim. Hietanen H. & Iivanainen A. Espoo: Suomen haavanhoitoyhdistys.

Eläkkeen saajan hoitotuki 2008. Viitattu 20.3.2008. [Http://www.kela.fi](http://www.kela.fi), eläkkeelle, eläkettä saavan hoitotuki.

Ewles, L. & Simnett, I. 1992. Terveysten edistämisen opas. Keuruu: Otava.

Hietanen, H. 2005. Näyttöön perustuva haavanhoito. Haava. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. 8, 1, 8 - 9.

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. Haava. WSOY: Porvoo.

Hietanen, H. & Koljonen, V. 2004. Pienen akuutin haavan vaikutus potilaan elämäntilaan. Artikkelikatsaus artikkelista The Impact of minor acute wound on quality of life. Haava. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu 7, 1, 16 - 17.

Hjerpe, A. & Seppänen, S. 2005. Säärihaavanhoito, kuka maksaa ja mistä? Haava. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu 8, 4, 20 - 23.

Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin hoitotyössä. 2004. Käsikirja hoitotyön suositusten laadintaan. Päivitetty 12.4.2004. Viitattu 10.10.2008. [Http://www.sairaanhoitajaliitto.fi](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi), asiantuntijatyöryhmät, näytöllä tuloksiin.

Hyrylä, M. 1993. Leikkaushaavatulehdukset leikkausten riskeinä ja niiden yhteiskunnalliset kustannukset Suomessa 1988 - 1990. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Terveystalouden ja -talouden laitos.

Iivanainen, A. & Seppänen, S. 2001. Haavapotilaan hoitoon osallistuvan hoitotyöntekijän rooli ja tehtävät. Haava. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu 4, 2, 21 - 23.

Juutilainen, V. & Niemi, T. 2007. Uusia ajatuksia ja välineitä haavan hoitoon. Viitattu 9.10.2008. [Http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), lääkärin tietokannat, lääkärikirja Duodecim.

Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta.

L 28.1.1972/66. Kansanterveyslaki. Viitattu 20.3.2008. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö, 1972.

L 8.7.1961/404. Tekijänoikeuslaki. Viitattu 18.3.2008. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö, 1961.

- Laine, J. 2005. Laatu ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. Kuopion yliopisto. Väitöskirja. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus: Helsinki.
- Lauri, S. 2003. Johdanto. Teoksessa näyttöön perustuva hoitotyö. Toim. S. Lauri. Juva: WSOY, 3 - 4.
- Leino-Kilpi, H. & Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa näyttöön perustuva hoitotyö. Toim. Lauri S. Juva: WSOY, 7 - 19.
- Lääkäriasema- ja sairaalapalvelut. 2008. Terveystalo. Viitattu 17.3.2008 [Http://www.terveystalo.com/suomeksi](http://www.terveystalo.com/suomeksi), palvelut.
- Mansikkamäki, T. 2002. Ammattilaiset mediassa. Teoksessa Terveysviestintä Toim. S. Torkkola Vammala: Tammi, 163 - 177.
- Niskasaari, M. 2007. Haavan paikallishoidon suunnittelu. Haava. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu 10, 1, 18 - 19.
- Opetussuunnitelmat ja opintojaksokuvaukset. 2008. Päivitetty 6.10.2008. Viitattu 20.10.2008. [Http://www.jamk.fi](http://www.jamk.fi), JAMKin opiskelijoille, opinto-opas, AMK-tutkinto, koulutusohjelmat ja opetussuunnitelmat.
- Opinnäytetyö Jyväskylän ammattikorkeakoulussa. 2005. Opinnäytetyön tehtävät ja arvioinnin kohteet. Viitattu 19.3.2008. [Http://www.kirjasto.jamk.fi](http://www.kirjasto.jamk.fi), opinnäytetyöt, opinnäytetyö ammattikorkeakoulussa.
- Parkkunen, N., Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja – sarja 7/2001. Viitattu 17.3.2008. [Http://www.health.fi](http://www.health.fi), julkaisut, laatuun ja arviointiin liittyvät julkaisut.
- Pesonen, E. 2007. Julkaisijan käsikirja. Porvoo: Docendo.
- Poskiparta, M. 2002. Neuvonnan keinoin kohti terveyskäyttäytymisen muutosta. Teoksessa Terveysviestintä. Toim. S. Torkkola. Vammala: Tammi.
- Poskiparta, M. 2005. Miten tuen potilaan itsehoitoa. Haava. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu 8, 3, 8 - 9.
- Posnett, J., Drew, P. & Rusling, L. 2007. The cost of wound care for a local population in England. International Wound Journal 4, 2 149 - 155. Viitattu 11.3.2008. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli - tiedonhakuportaali, Ovid (Cinahl).
- Schroderus, S. 2003. Haavahoitoon sitoutuminen. Haava. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu 6, 2, 12 - 13.
- Sairausvakuutuskorvaukset 2007. Viitattu 20.3.2008. [Http://www.stm.fi](http://www.stm.fi), vastuualueet, sosiaalivakuutus, sairausvakuutus, sairausvakuutuskorvaukset.

Seppänen, S. & Hietanen, H. 2000. Wound healing and management in Finland. European Tissue Repair Society 7,4. Viitattu 9.10.2008. [Http://www.etrso.org](http://www.etrso.org), recent bulletins.

Seppänen, S. & Iivanainen, A. 1999. Haavan paraneminen. Haavapotilaan, perheen, hoitotiimin ja yhteiskunnan yhteinen tavoite. Sairaanhoidaja. Sairaanhoidaja-lehden eripainot vuonna 1999 julkaistuista haavanhoitoartikkeleista, 20 - 22.

Sinkkonen, I., Kuoppala, H., Parkkinen, J. & Vastamäki, R. 2006. Käytettävyyden psykologia. 3 uud. p. Helsinki: Edita.

Torkkola, S., Heikkinen, H., Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi – opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammi.

Tuuliranta, M. 2007. Haavanhoidon kustannukset Suomessa. Perustuu J. Posnettiin luentoön Suomen haavanhoitopäivillä 1.-2.2.2007. Haava. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu 2, 10, 11.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.

Yhdistys-info. 2008. Suomen haavanhoitoyhdistys ry. Viitattu 9.10.2008. [Http://www.suomenhaavanhoitoyhdistys.fi](http://www.suomenhaavanhoitoyhdistys.fi).

LIITTEET**LIITE 1. Haavanhoito-ohjeet Terveystalon henkilökunnalle**

HAAVANHOITO

Terveystalo

Liisa Kaartinen

Pilvi Kallioinen

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

Marraskuu 2008

Jyväskylän Ammattikorkeakoulu

Liite 3. Lupa opinnäytetyön tekemiseen



1/2

OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS / LUPA-ANOMUS

Olemme Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystalon opiskelijoita. Pyydämme lupaa toteuttaa opinnäytetyötämme yhteisössänne.

Opinnäytetyön aihe/nimi

Haavanhoito-ohjeistus Terveystalon hoitohenkilökunnalle

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tuottaa ajantasainen ja näyttöön perustuva haavanhoito-ohjekansio

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta

Syys-lokakuu 2008

Opinnäytetyön tekijät sitoutuvat

Tuottamaan terveystalon käyttöön haavanhoito-ohjeistuksen kansiomuotoisena sovittujen aihealueiden pohjalta sovitussa aikataulussa pysyen.

Opinnäytetyön suunnitelma on hyväksytty

7.4.2008

Ohjaava opettaja

Marjo Palovaara ja Jaana Perttunen

Opinnäytetyön yhteistyötaho

Terveystalo

Hyväksyn opinnäytetyön tekemisen yhteisössämme ja sitoudumme
(esim. ohjaamaan opinnäytetyön tekijää, avustamaan materiaalikuluissa)

Opinnäytetyön tekijät veloitetaan (esim. raportoimaan yhteistyötaholle)

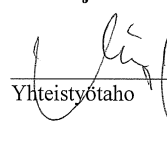
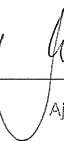
En hyväksy opinnäytetyön tekemistä yhteisössämme, miksi

Tarvitaanko muita lupa-anomuksia ei kyllä, mitä

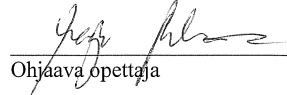

**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**
 Sosiaali- ja terveysala
 Opinnäytetyöryhmä

2/2

Jyväskylä 1,9. 2008
Paikka ja aika

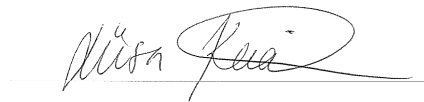


**Suomen
Terveystalo**
 Vainonkatu 30
 40100 Jyväskylä
 Ajanvaraus 020 789 7007

Yhteistyötaho




 Ohjaava opettaja

Jyväskylä
Paikka ja aika 2,19. 2008



 Opinnäytetyön tekijä
 Liisa Kaartinen
 Yhteystiedot
D2446@jamkf.fi
 050-5714569



 Opinnäytetyön tekijä
 Pilvi Kallioinen
 Yhteystiedot
D2442@jamk.fi
 040-7573084

Liite 4. Haavanhoito-ohje kansiossa käytettyjen kuvien luvat.

Sähköpostikeskustelut kansainvälisten haavasivustojen kanssa:

Woundcare Journal: <http://www.worldwidewounds.com>

ja

The Royal College of Surgeons of Edingburgh: www.edu.rcsed.ac.uk

Alkuperäinen viesti:

From: Liisa Kaartinen [mailto:liisa.kaartinen.sho@jamk.fi]

Sent: 15 September 2008 11:25

To: RCSEd Information Desk

Subject: About the wound pictures

Hello,

We are two nursestudents from Finland. We are working our Bachelor thesis about wound care. We are planning to do a instructions for wound care to local hospital. Pictures are very important part in our work, so we are asking if we could use your wound pictures from Your website? Of course, we will mention the source.

Sincerely,

Liisa Kaartinen

and

Pilvi Kallioinen

Jyväskylä University of Applied Sciences

the School of Health and Social Studies

Jyväskylä, Finland

Vastaukset:

I WORLD WIDE WOUND

16.9.2008

Dear Lisa

If you can let me which pictures you want to use I can check whether we can grant permission.

With best wishes

Kathy

Kathy Day

Editorial Project Manager & Assistant Editor, World Wide Wounds

Medical Education Partnership

Omnibus House

39-41 North Road

London N7 9DP

Direct tel: 020 7715 0392

Fax: 020 7715 0391

Home office: 01279 834976

Mobile: 07957 546296
Registered in England at the above address
Registered no: 4383862

3.10.2008

Dear Lisa

I have now heard back from the authors of these papers who are both happy for you to use the selected pictures in your thesis. I therefore am pleased to grant permission and request that you acknowledge the author, the title of the paper and when published, giving the web url.

With best wishes

Kathy

Kathy Day
Editorial Project Manager
Medical Education Partnership
Omnibus House
39-41 North Road
London N7 9DP
Direct tel: 020 7715 0392
Fax: 020 7715 0391
Home office: 01279 834976
Mobile: 07957 546296

II THE ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF EDINBURGH

15.9.2008

Dear Ms Kaartinen

Thank you for your email. We are happy for images and extracts from the skills website to be used by third parties provided, as you suggested, that the original source is credited.

Yours sincerely

Annalee Sims
Information and Examination Application Section (IEAS)
The Royal College of Surgeons of Edinburgh
The Adamson Centre
3 Hill Place
Edinburgh EH8 9DS
Tel: +44 (0) 131 6689222
Fax: +44 (0) 131 6689218
Email: information@rcsed.ac.uk

Liite 5. Keskeisiä tutkimuksia haavanhoidosta.

KESKEISIÄ TUTKIMUKSIA HAAVANHOIDOSTA				
Tutkija, vuosi	Mitä tutkittiin	Tutkimusmenetelmä ja otoskoko	Keskeiset tutkimustulokset	
Hyrylä, M. 1993.	Leikkaushaavatulehdukset leikkausten riskinä ja niiden yhteiskunnalliset kustannukset Suomessa 1988-1990.	Kokonaistutkimus. Potilasvahinko- ja sairaala-aineistot (leikkauksia 858 745), leikkaushaavatulehdusvahingot (N=1100).	Leikkaushaavatulehdusten määrän selvittämiseksi sairaala-ajan seuranta on riittämätön. Potilaasta riippumattomat tekijät (potilaiden sijoittelu huoneisiin sairaalassa, käsihygienia, leikkaussalin henkilömäärä) ovat tärkeitä leikkaushaavatulehdusriskissä. Kaikki leikkaushaavatulehdukset tulisi rekisteröidä puhtaustuokasta riippumatta. Leikkaushaavatulehdusten yhteiskunnalliset kustannukset olivat 1,2Mmk/vuosi, suurin osa kustannuksista koitui kotikunnalle ja valtiolle.	
Laine, J. 2005.	Vanhusten pitkäaikaisen laitoshoidon tuotannonlaadun ja tehokkuuden ja hoidon laadun välinen yhteys.	Taloustieteellinen tutkimus. Asiakkaita N=1787, osastoja N=68.	Osastojen voimavaroja ei kaikissa yksiköissä ole käytetty optimaalisesti suhteessa tuotettuun hoitopv:iin. Työvoiman käyttöä ja sen oikeuden mukaista jakautumista tulisi parantaa. Tuottavuuden parantaminen ei ole hyväksyttävää, jos se tapahtuu hoidon laadun tai vaikuttavuuden kustannuksella. Tämä tulisi huomioida tuottavuusvertailussa sekä toiminnan strategisessa ja operatiivisessa johtamisessa.	
Posnett, J., Drew, P. & Rusling L. 2007.	Haavanhoidon kustannukset paikallisväestölle Iso-Britanniassa.	Potilaita N=1644, erilaisia haavoja N=2300.	Vuosina 2005-2006 arvioitu haavanhoidon hinta oli 2 500 000 – 3 100 000£ (noin 3,3 – 4 M€) 100 000 ihmistä kohden. Haavanhoidot vaativat 88,5 kokoaikaisia sairaanhoitajaa ja 87 sairaalavuodepaikkaa. Haavakomplikaatiot ovat suuri korkeiden kustannusten syy, ne vürvyyttävät sairaalasta kotiutumista. Kustannusten vähentäminen vaatii systemaattista keskittymistä tehokkaaseen ja oikea-aikaiseen diagnoosiin. Nämä tulokset ovat yleistettävissä koko Iso-Britanniaan ja muulle Eurooppaan.	

Liite 6. Keskeisiä kirjallisuuskatsauksia ja artikkeleita haavanhoidosta.

KESKEISIÄ KIRJALLISUUSKATSAUKSIA JA ARTIKKEILEITA HAAVANHOIDOSTA				
Tutkija, vuosi	Mitä tutkittiin	Näkökulma	Keskeiset havainnot	
Hietanen, H. & Koljonen, V. 2004.	Pienen akuutin haavan vaikutusta elämänlaatuun	Pienen akuutin haavan vaikutusta elämänlaatuun potilaiden kuvaamana	Pieniä haavoja pidetään usein itsestään paranevina, ja niihin sultaudutaan usein vähättelevästi. Potilaat kuvaavat että pienikin haava voi rajoittaa heidän päivittäisiä toimintojaan ja vaikeuttaa hygieniaa ja kobsikareista suoritumista. Myös jonkin verran kipuja esiintyi. Tämä asettaa haasteita terveydenhuollolle, näiden potilaiden tunnistamiseksi ja tukemiseksi	
Hjerpe, A., & Seppänen, S. 2005.	Säärihaavojen hoidon kustannuksia	Selvitys kenelle kustannukset kasaantuvat säärihaavojen hoidossa	Useimmiten säärihaavan paikallishoidon kustannukset jäävät potilaan maksettavaksi. Tästä johtuu hoiton pitkittymistä ja komplisoitumista, koska ei voida käyttää parhaita mahdollisia hoitotuotteita. Hoidon pitkittyessä siitä aiheutuu lisäkustannuksia sekä yhteiskunnalle että potilaalle. Hoitokäytäntöjä tulisi kehittää yhdenmukaisemmiksi ja kustannustehokkaammiksi.	
Poskiparta, M. 2005.	Potilaan itsehoidon tukemista	Kuinka hoidonohjauksella voidaan lisätä potilaan itsehoitoa	Potilaalla voi olla tiedon puutetta, kyvyttömyyttä soveltaa tai kritisoida tietoa, tai virheellisiä käsityksiä omaa hoitoaan koskevassa päätöksenteossa. Voimavaralähtöisellä ohjauksella voidaan lisätä potilaan tietoisuutta ja sitä kautta ohjata potilasta tekemään oikeita päätöksiä. Tällaisessa ohjaustilanteessa hyödynnetään potilaan omia valmiuksia ja tietoja. Potilas nähdään tasavertaisena kumppanina, joka on mukana päätöksenteossa koskien omaa terveyttään.	
Niskaari, M. 2007.	Haavan paikallishoidon suunnittelua	Asiat, joihin pitää kiinnittää huomiota paikallishoidon suunnittelussa	Paikallishoitoa suunniteltaessa tulee haavan ulkonäköä arvioida säännöllisesti kuvaavilla adjektiveilla. Hoitolinjoja ohjaa myös haavan huokittelu, sidoksen valinnan voi perustella huokittelun avulla. Paikallishoidossa tulee olla kaikilla osapuolilla samat ja yhteiset tavoitteet. Hoitajan tulee myös tietää, mitä tuotetta käyttää ja miksi. Taloudellisuutta huomioissa tulee muistaa, ettei halvin tuote ole aina taloudellisin vaihtoehto. Sidoksen vaihtoväli ja paranemisnopeus ovat taloudellisuutta ohjaavia tekijöitä. Ihanteellinen haavasidos luo haavalle optimaaliset paranemisolosuhteet.	

Tutkija, vuosi	Mitä tutkittiin	Näkökulma	Keskeiset havainnot
Schroderus, S. 2003.	Haavanhoitoon sitoutumista	Haavanhoitoon sitoutumista hoitohenkilökunnan näkökulmasta	Haavanhoitoon sitoutumiseen vaikuttavat työntekijän ammatillinen osaaminen ja kiinnostus. Ammatillinen osaaminen lisää varmuutta ja vastuullisuutta. Hoitoyhteisön ilmapiirillä ja kollegiaalisuudella kuvattiin olevan merkitystä haavanhoitoon sitoutumisessa. Lisäksi organisaation ja johdon tuella on merkitystä.
Seppänen, S. & Iivanainen, A. 1999.	Haavan paranemista	Haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät haavapotilaan ja ympäristön näkökulmasta	Haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät voidaan jakaa potilaasta lähtöisin oleviin, ympäristöön sekä yhteiskunnallisiin. Potilaasta riippuvat tekijät ovat sisäisiä (ikä, sairaudet) ja ulkoisia tekijöitä (ravitseemus, haavanhoitokäytäntö). Haavapotilaan yhteisöllisiin tekijöitä haavan paranemisen kannalta voidaan lukea perheen ja läheisten huomioiminen sekä sosiaalinen tuki. Yhteiskunnallisiin tekijöihin kuuluvat terveyspalveluiden saatavuus, yleinen haavanhoitoon taso sekä taloudelliset ja poliittiset läinsäädännöt.
Seppänen, S. & Hietanen, H. 2000.	Haavanhoitoon tilanne Suomessa	Suomalaiselle haavanhoitajalle tyypillisiä piirteitä hoitajan näkökulmasta	Suomessa sekä akuutteja että kroonisia haavoja hoidetaan kaikilla terveydenhuollon sektoreilla. Krooniset haavat ovat haaste terveydenhuollose, koska ne rasittavat taloudellisesti sekä potilasta että kansantaloutta. Krooniset haavat vaikuttavat myös potilaan elämän laatuun negatiivisesti. Suomen haavanhoitoon suuntaus on siirtää haavanhoitoon vastuuta kotihoidolle perusterveydenhuoltoon. Tällöin vaaditaan hoitajilta enemmän haavanhoitoon osaamista ja taitojen päivittämistä. Hoitajien ongelmana on haavatuotteen valinta, hyviä tuotteita on useita satoja. Tähän ongelmaan on kehitetty "Helper" ohjaamaan tuotteen valintaa. Optimaalisen haavan pohjan huomiseksi Suomessa käytetään haavan kirurgista puhdistamista muuta Eurooppaa useammin. Haavanhoitoon laadun ylläpitämiseksi vaaditaan ammattitaitoista henkilöstöä ja sen kouluttaminen on haaste suomalaisen haavanhoitoon osaamiselle.

Liite 7 Saatekirje asiantuntijoille haavanhoito-ohjeiden arvioimiseksi

Hei,

9.10.08

Olemme vuodenvaihteessa valmistuvia sairaanhoitajaopiskelijoita Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyönä teemme haavanhoito-ohjeistusta Terveystalon hoitohenkilökunnalle.

Arvostamme halukkuuttanne lukea tekemämme haavanhoito-ohjeistus ja antaa siitä asiantuntijapalautetta. Se auttaa meitä tekemään objektiivista arviointia opinnäytetyön raportointi osioon. Lisäksi voimme vielä tarvittaessa muokata ohjeistusta ja tehdä siihen parannuksia.

Muutamia huomioitavia seikkoja; kansiossa käsitellyt haavat on valittu Terveystalon tarpeiden mukaan, joten he ovat määritelleet käsiteltyjen haavojen hoito-ohjeiden laajuuden. Myös työhön valitut haavanhoitotuotteet ovat heidän toiveistaan lähtöisin.

Toivomme, että Arvioitte haavanhoito-ohjeiden soveltuvuutta hoitotyöntekijöiden käytännön tarpeisiin. Lisäksi haluaisimme palautetta noudattavatko valitut hoitokäytännöt yleisesti tunnettuja haavanhoitoperiaatteita.

Olemme kiitollisia kaikesta saamastamme palautteesta!

Ohessa palautuskuori kansion ja arvioinnin takaisin palauttamista varten.

Toivomme palautetta 27.10 mennessä.

Yhteistyöterveisin,
Liisa Kaartinen, d2446@jamk.fi
Pilvi Kallioinen, d2442@jamk.fi

Jyväskylän Ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö