

Sari Rouvinen

Painehaavojen ehkäisemisen osaaminen palveluasumisen yksikössä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidaja

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

28.11.2016

Tekijä(t) Otsikko	Sari Rouvinen Painehaavojen ehkäisemisen osaaminen palveluasumisen yksikössä.
Sivumäärä Aika	22 sivua + 1 liitettä 28.11.2016
Tutkinto	Sairaanhoitaja
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja(t)	THT, yliopettaja, dosentti Elina Haavisto
<p>Suomessa arvioidaan olevan 55 000 – 80 000 potilaalla yksi tai useampi painehaava. Painehaavoista aiheutuu suurta kärsimystä potilaille ja huomattavia kustannuksia yhteiskunnalle. Painehaavojen hoitoon kuluu 2-3 % terveydenhuollon rahoituksesta, arviolta 350 – 525 miljoonaa euroa. Painehaavojen ehkäisyyn käytetään vain 10 % hoitoon kuluvista kustannuksista, vaikka 98 % painehaavoista olisi ehkäistävissä.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää palveluasumisessa työskentelevän hoitohenkilökunnan osaamista painehaavojen ehkäisemisessä, sekä onko taustatekijöillä merkitystä osaamiseen. Vastauksia pyydettiin myös lisäkoulutustarpeesta ja millaista koulutusta toivottiin. Tavoitteena on hoitotyöntekijöiden aktivoiminen kiinnostumaan painehaavojen ehkäisemisestä ja organisaation havahduttaminen järjestämään lisäkoulutusta ja tarpeellisia välineitä hoitajien avuksi.</p> <p>Opinnäytetyö tehtiin kvantitatiivisena tutkimuksena kyselykaavakkeella. Aineisto kerättiin Painehaavojen ehkäisemisen osaamisen mittarilla. Mittari sisältää 15 taustakysymystä ja 39 osaamista mittaavaa väittämää. Asteikko oli oikein, väärin, en osaa sanoa. Osa-alueita oli seitsemän; syntyyn vaikuttavia tekijöitä, painehaavaluokat, riskin arvioiminen, asento ja liikkuminen, apuvälineet, ihon arviointi ja hoito ja ravitsemushoito. Tutkimukseen osallistui 24 sairaanhoitajaa, 62 lähi- tai perushoitajaa sekä 7 muuhun ammattialaan kuuluvaa. Kyselykaavakkeita jaettiin 149, ja vastauksia saatiin 96. Aineisto tallennettiin SPSS-ohjelmalla ja analysoitiin se käyttäen kuvailevaa ja selittävää tilastotiedettä.</p> <p>Tulokset osoittivat, että painehaavojen ehkäisyyn osaaminen oli puutteellista. 58,5 % vastaajista oli osannut vastata oikein 90 % kysymyksistä, mutta 41,5 % oli vastannut niihin väärin. Tutkimuksesta nostetuilla taustatekijöillä, koulutus ja työkokemus, oli vaikutusta osaamiseen. Sairaanhoitajat osasivat n.90 % vastauksista paremmin, kun muut ammattikunnat. Myös pitkä työkokemus toi enemmän oikeita vastauksia kuin lyhyt. Lisäkoulutustarvetta koki tarvitsevänsä 98 % vastaajista. Eniten toivottiin koulutusta haavahoitotuotteista.</p> <p>Tulosten perusteella voi päätellä, että lisäkoulutus on tarpeen ja sen tuoma osaamisen lisääntyminen. Painehaavaluokkien tunnistamiseen ja painehaavariskin arviointiin olisi hyvä saada taulukoita arviointia tukemaan ja yhtenäistämään.</p>	
Avainsanat	painehaava, ikäänntynyt, palveluasuminen

Author(s) Title Number of Pages Date	Sari Rouvinen Pressure Ulcer Prevention Competence in The Elderly Care Facility 22 pages + 1 appendices 28.11.2016
Degree	Nurse
Degree Programme	Bachelor of Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Elina Haavisto, THT, principal lecturer, docent
<p>Finland is estimated to have 55000-80000 patients who have one or more pressure ulcers. Pressure ulcers are causing great suffering to the patients and are a substantial costs to society. Pressure ulcer treatments are using 2-3 % of health care's funding, estimate at 350-525 million euros. To cost of preventing pressure ulcers are used only 10% of treatment. Although 98% of pressure ulcers could be preventable.</p> <p>The purpose of thesis is find out nursing staffs skills in the prevention of pressure ulcers in Service Homes, and to find out if there is any importance attached to background knowledge in factors of prevention and cure of pressure ulcers.</p> <p>Questions were asked to also the find out if there was the need for additional training and what kind of training was hoped for. The aim is to activate nursing staffs to be interested in prevention of pressure ulcers and to wake up organization to get the necessary tools to help nurses and organize additional training.</p> <p>The aim was made with research of quantitative questionnaires. Data was collected by meter to know-how prevent pressure ulcers. Meter includes 15 background questions and 39 statements what measure know-how. Scale was right, wrong and I don't know. There was seven areas; the emergence of an impressive factors, scale of pressure ulcers, assessing the risk, posture and movement, assessment and treatment of the skin and nutrition care. There were 24 nurses, 62 practical nurses and 7 other part of the professional field attended to the research. Questionnaires were divided 149 and 96 responses were received. The material was recorded with SPSS-program and analyzed with using descriptive and explanatory statistical science.</p> <p>The results showed that pressure ulcers preventing knowledge was inadequate. 58,5 % of respondents had answers right in 90% of issues, but 41,5% got it wrong. Study found that background factors, training and work experience have impact on knowledge. Nurses knew about 90% answers better than other professions. People who have had longer work experience had more right answers than people who have shorter experience. 98% of respondents feel the need for additional training. Most of the participants hoped there was more training in the area wound care products.</p> <p>According to the results, it can be concluded that additional training is necessary and the added increased knowledge. It would be good to have tables to support evaluation and to harmonize identification of category of pressure ulcers and evaluation of risk in pressure ulcers.</p>	
Keywords	pressure sore, bed sores, decubitus ulcer, elderly person, old person, nursing homes.

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tietoperusta	2
2.1	Painehaava ja sen syntyminen	2
2.2	Painehaavan riskitekijät	2
2.3	Painehaavaluokat	3
2.4	Painehaavan ehkäisy	4
2.5	Painehaavan ehkäisyn hoitosuositus	4
2.6	Painehaavojen ehkäisemisen osaaminen	7
3	Tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset	9
4	Menetelmä	9
5	Tulokset	10
5.1	Taustatiedot	10
5.2	Painehaavojen ehkäisemisen ja varhaisen tunnistamisen osaaminen	12
6	Pohdinta	18
6.1	Tulosten tarkastelu	18
6.2	Eettisyys	19
6.3	Luotettavuus	21
	Lähteet	23
	Liitteet	
	Liite 1. Saatekirje	

1 Johdanto

Painehaavoista aiheutuu yhteiskunnalle huomattava kustannuserä vuosittain ja suurta kärsimystä potilaalle, minkä vuoksi niiden ehkäisyyn kannattaa panostaa kouluttamalla henkilökuntaa tunnistamaan ja ehkäisemään niitä.

Suomessa arvioidaan 55 000 - 80 000 potilaalla olevan yksi tai useampia painehaavoja. Painehaavojen hoitoon kuluu 2-3 % terveydenhuollon rahoituksesta, arviolta 350 – 525 miljoonaa euroa vuodessa. Painehaavojen ehkäiseminen toisi merkittäviä säästöjä, investoinnit ehkäisevään toimintaan ovat vain 10 % painehaavojen hoitoon kuluvasta kustannuksista. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2016).

Painehaavojen hoito vie usein pitkiä aikoja. Potilaat, joilla on painehaava, ovat usein pidempään sairaalahoidossa. Jopa 60 % painehaavoista jää huomaamatta terveyden huollossa, lisäksi niiden tunnistamista ei osata ja ne voidaan sekoittaa inkontinenssin aiheuttamiin haavoihin. Painehaavojen tunnistaminen ajoissa on tärkeää ja se alkaa riskipotilaiden tunnistamisesta. Painehaavojen ehkäisyssä tärkeintä on poistaa paine tai vähentää sitä. Pahimmillaan painehaavaan voi tulla infektio ja jopa sepsis, joka on hengenvaarallinen tila.

Painehaava on haittatapahtuma, josta täytyy tehdä aina haittailmoitus. Suomessa tehtiin vuosina 2010- 2014, joka vuosi 30- 50 vahinkoilmoitusta painehaavoista potilasvakuutuskeskukselle. Näistä ilmoituksista noin neljännes johti korvauksen maksamiseen. Painehaavan ehkäisy kuuluu potilasturvallisuuteen ja on sekä hoitohenkilökunnan että potilaan yhteinen asia. Jokainen työntekijä on vastuullinen edistämään potilasturvallisuutta ja kehittämään omaa osaamistaan (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015).

Palveluasumisen yksiköissä tehdyistä painehaavojen ehkäisemisen ja tunnistamisen osaamisen kartoituksista ei löydy suomalaisia tutkimuksia. Kuitenkin iäkkäiden laitoshoido on useassa kunnassa muuttumassa vanhainkodeista ja pitkäaikaissairaalahoidosta tehostetuksi palveluasumiseksi. Iäkkäät ihmiset tulevat yhä huonokuntoisempina ympärivuorokautisen hoidon pariin, ja se vaikuttaa painehaavojen syntyyn, minkä vuoksi juuri näiden asumisyksiköiden painehaavojen tunnistamiseen ja ehkäisyyn osaamiseen kannattaa panostaa.

2 Tietoperusta

Tietoa haettiin useista tietokannoista: Duodecim, Medic, Cinahl ja Internetistä Googlen kautta. Hakusanoina olen käyttänyt; painehaava, ikääntynyt, palveluasuminen, pressure sore, bed sores, decubitus ulcer, elderly person, old person ja nursing homes.

2.1 Painehaava ja sen syntyminen

Painehaavaksi luokitellaan haava, joka syntyy ihoon tai sen alaiseen kudokseen, paineen tai paineen ja venytyksen yhdessä aiheuttamana. Useimmin painehaava syntyy luisen ulokkeen kohdalle. Suurimmassa riskissä ovat potilaat, joilla on tuntohäiriöitä tai vaikeuksia liikkumisessa (Soppi 2016).

Painehaavan syntymisen arvioidaan johtuvan ihon ja ihonalaiseen kudokseen kohdistuvan liian suuren paineen aiheuttamasta kapillaariverisuonien painautumisesta, mikä taas aiheuttaa verenkierron estymisen kudokseen ja siitä aiheutuu kudosten kuolio.

Liiallinen paine ja venytys kudoksessa aiheuttavat mikrotraumoja ja paikallisesti pienien verisuonien trombosoitumista sekä tulehdusreaktion ja proteolyyttisten entsyymien vapautumista. Mikrotraumoista jo aiemmin kärsinyt kudos vaurioituu uudelleen herkemmin. Painehaavojen komplikaatioita ovat infektiot ja sepsis, joita kehittyy jopa neljännekselle parantumattomista painehaavoista kärsiville. Potilaan elämänlaatu heikkenee, he kärsivät kivuista ja usein depressiosta (Soppi 2010).

2.2 Painehaavan riskitekijät

Painehaavariskiä voidaan arvioida erilaisilla painehaavan riskitunnistamiseen kehitetyillä taulukoilla. Niistä yksi on Bradenin-asteikko. Asteikossa on kuusi osiota, joita tarkkailaan. Jokaisessa osiossa on neljä eri vaihtoehtoa, jotka on pisteytetty niin, että mitä suurempi pistemäärä sitä pienempi painehaavariski. Asteikon kuusi osiota ovat; Tuntoaisti, iho kostea, fyysinen aktiivisuus, liikkuvuus, ravinnon nauttiminen ja venyttävät ja hankaavat voimat.

Tuntoaistia arvioidaan pistein: 1. puuttuu, 2 huomattavasti heikentynyt, 3 jonkin verran heikentynyt ja 4 normaali.

Iho kostea arvioidaan pistein: 1 jatkuvasti, 2 usein, 3 ajoittain, 4 harvoin.

Fyysinen aktiivisuus arvioidaan pistein: 1 sänkyyn hoidettava, 2 kykenee istumaan, 3 kävelee ajoittain, 4 kävelee usein.

Liikkuvuus arvioidaan pistein: 1 täysin liikkumaton, 2 hyvin rajoittunut, 3 osittain rajoittunut, 4 rajoittumaton.

Ravinnon nauttiminen arvioidaan pistein: 1 riittämätön, 2 todennäköisesti riittämätön, 3 kohtalainen, 4 hyvä.

Venyttävät ja hankaavat voimat arvioidaan pistein: 1 huomattavia, 2 ajoittaisia, 3 ei esiinny.

Suurimmassa riskissä oleva, jolla on kaikissa osioissa suurin riski, voi saada tulokseksi 6 pistettä. Siitä pisteet suurenevat sitä mukaa, kuin riski pienenee. Pienimmän mahdollisen riskin kanssa pisteet yltävät 21 (Braden-asteikko painehaavariskin arviointiin).

2.3 Painehaavaluokat

Painehaavojen ehkäisyn pikaopas 2009 on NPUAP:n ja EPUAP:n kehittämä yhteinen kansainvälinen painehaavojen luokittelujärjestelmä ja määritelmä painehaavoista. Opaassa luokitellaan painehaavat neljään asteeseen.

Ensimmäisen aste: Iholla on punoitus joka ei vaalene paineen poistuttua, se voi merkitä painehaavariskiä potilaalla. Punoitus on yleensä paikallista, ja esiintyy luisella kohdalla. Alue voi olla viileämpi tai lämpöisempi, kuin ympäröivä kudoks. Se voi olla kiinteä tai pehmeä sekä kivulias. Tummassa ihossa tämän kategorian erottaminen voi olla vaikeaa.

Toinen aste: Iholla on pinnallinen vaurio. Iholla on pinnallinen haava, jonka pohja on vaaleanpunainen tai punainen eikä haavassa ole katetta. Iholla voi myös olla rakkula joka on ehjä, kudosten tai verensekaisen nesteen täyttämä. Tai rikkoutunut rakkula joka ilmenee kuivana tai kiiltävänä pinnallisena haavana.

Kolmas aste: Vaurio ulottuu koko ihon läpäiseväksi kudoksen vauriona. Vaurio voi ulottua rasvakerrokseen saakka. Haavassa voi olla katetta, mutta haavan syvyys on nähtävissä. Haava saattaa olla onkaloinen ja siinä voi olla taskumaisia kohtia. Haava voi olla matala tai syvä riippuen rasvakudoksen paksuudesta esiintymiskohdassa. Haava ei kuitenkaan uletu jänteeeseen eikä luuhun saakka.

Neljäs aste: Vaurion syvyys on koko ihon ja ihonalaiskudoksen paksuudella, ulottuen lihakseen, jänteeeseen tai luuhun saakka. Haavassa esiintyy usein onkaloita ja taskumaisia kohtia. Haavassa voi esiintyä katetta ja kudosten nekroosia. Haavan syvyys vaihtelee kudoksen syvyydestä riippuen.

Näiden asteiden lisäksi voidaan epäillä syvien kudosten vauriota, kun iholla on punaruskea tai purppuranvärinen paikallinen alue jonka iho on ehjä, mutta haalentunut. Tai iholla on veren täyttämä rakkula, jonka syntyyn on osallisena alla olevan pehmytkudoksen paine tai venyntyminen. Näiden vaurioiden syvyys on tuntematon.

2.4 Painehaavan ehkäisy

Vuonna 2010 julkaistussa saksalaisessa kirjakatsaukseen perustuvassa artikkelissa on keskitytty painehaavojen ehkäisyyn. Artikkelissa on selvitetty syitä jotka altistavat painehaavoille ja keinoja ehkäistä painehaavan syntyminen.

Tutkimuksessa selvisi, että painehaavojen ehkäisyssä ensimmäisenä on saatava kontakti potilaaseen, selvitettävä potilaan kyky hoitaa itseään ja ehkäistä painehaavauman syntyminen.

Painehaavoja esiintyy usein iäkkäillä, joilla on jo heikentynyt kognitio, ja heikentyneen kognition tiedetään lisäävän painehaavariskiä. Ehkäisyssä selvitetään mahdolliset aiemmat haavat, tarkastetaan ihon kunto ja liikkumiskykyä arvioidaan. Painehaavariskin arvioimiseen on käytettävissä useita mittareita, joista iäkkäiden arviointiin suositellaan Braden-asteikkoa, koska se huomioi useampia riskitekijöitä. Mittareiden käytön on huomattu lisäävän painehaavariskin huomioimista. Mittarit ovat kuitenkin vain suuntaa-antavia painehaavariskin arvioimisessa, eivätkä korvaa kokeneen sairaanhoitajan tai lääkärin arviota.

Tärkein tekijä painehaavojen ehkäisyssä on edistää potilaan liikkumista ja ehkäistä paineen syntymistä, painetta ehkäisee säännöllinen painopisteen muuttaminen ja paineen jakaminen tasaisesti, tarvittaessa apuvälineiden avulla. Painehaavariskissä oleville pitäisi laatia henkilökohtainen ja yksilöllinen suunnitelma painehaavan ehkäisemiseksi ja sitä pitäisi noudattaa jatkuvasti.

Paineen ehkäiseminen asentoa muuttamalla perustuu tieteelliseen tutkimukseen, ja on kuntouttavaa hoitotyötä. Liikkumista edistävät aktiiviset toimenpiteet ehkäisevät liikuntaesteisten painehaavojen syntyä. Potilaalle ja hänen omaisilleen tulisi opettaa painehaavoja ehkäiseviä toimenpiteitä (Anders ym.2010).

2.5 Painehaavan ehkäisyn hoitosuositus

Hoitotyön tutkimussäätiö on julkaissut 2015 hoitosuosituksen *Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä*. Suosituksessa käydään läpi yhdeksän eri osaluuetta, joilla on merkitystä painehaavojen synnyn ehkäisyssä.

Ensimmäinen osio on riskitekijät ja riskin arviointi. Suosituksena on tehdä potilaan riskiarviointi välittömästi potilaan saapuessa hoitoon tai viimeistään kahdeksan tunnin sisällä. Arvioinnissa pitää käyttää luotettavaa mittaria ja kliinistä arviota. Siinä pitää arvioida potilaan liikkumiskykyä ja aktiivisuutta sekä ihon kuntoa.

Toinen osio on ihon ja kudosten arviointi sekä ihon hoito. Kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioista tulee löytyä toimintaohje painehaavariskin arviointiin. Toimintaohjeen pitää sisältää ihon ja kudosten arviointi. Henkilökuntaa pitää kouluttaa riittävästi, jotta he osaavat kokonaisvaltaisesti arvioida ihoa ja kudoksia. Kokonaisvaltainen ihon arviointi pitää tehdä välittömästi painehaavariskin omaavan potilaan tullessa hoitoyksikköön, tai viimeistään kahdeksan tunnin kuluessa. Kotihoidon potilaille arviointi tehdään ensimmäisellä kotikäynnillä. Iho arvioidaan kokonaisvaltaisesti aina, kun tehdään uudeleen painehaavariskin arviota sekä potilaan siirtyessä toiseen hoitolaitokseen tai kotiin. Ihon arvioinnin tulee sisältää ihon punotuksen, turvotusten, kudosten kiinteyden ja lämpötilan vertailu ympäröivään ihoon.

Potilaat joilla on inkontinenssia, iho täytyy arvioida jokaisen pesun yhteydessä, ja jos mahdollista inkontinenssia pyritään hoitamaan tai hallitsemaan.

Lääkinnällisten laitteiden ollessa ihoon kosketuksessa, iho pitää tarkastaa vähintään kaksi kertaa päivässä.

Jos, potilaan ihossa on punotusta, täytyy välttää painetta kyseisellä alueella. Iho täytyy pitää puhtaana ja suojata liialta kosteudelta. Painehaavariskisen potilaan ihoa ei saa koskaan hangata eikä hieroa.

Potilaan istuma- ja makuualustaksi valitaan materiaaleja, jotka eivät aiheuta kuumotusta tai hiosta. Vuodevaatteiden materiaaliksi suositellaan liukuvia, silkkimäisiä kankaita. Jos, käytetään lämmittäviä laitteita, ne eivät saa koskettaa suoraan ihoa. Painehaavan riskikohtaan voidaan laittaa suojaavia haavasidoksia, mutta haavan tarkkailua ja arviointia ei silti saa unohtaa.

Kolmas osio on ravitsemus. Painehaavariskissä olevalle potilaalle tulee tehdä kotihoidossa ja laitoshoidossa sekä terveydentilan muuttuessa ravitsemustilan arviointi luotettavalla mittarilla. Potilaille joilla on painehaava, tai he ovat sen riskissä, täytyy tehdä ravitsemushoitosuunnitelma, joka kirjataan hoitosuunnitelmaan. Ravitsemuksen arvioinnissa täytyy kiinnittää huomiota ja arvioida erityisesti potilaan tahattomaan painonlaskuun, energian saantiin, stressiin ja neuropsykologisiin tekijöihin.

Potilaille, joilla on sekä painehaavariski, että vajaaravitsemuksen riski täytyy huolehtia riittävän energiapitoisen ruuan saannista ja kannustaa riittävään nesteiden saantiin. Potilas, jolla on jo painehaava tai on sen riskissä sekä vajaaravitsemusriskissä oleva, tarvitsee proteiinipitoista ruokaa. Painehaavapotilasta tulee tukea tasapainoiseen ruokailuun, mutta jos se ei riitä, täytyy turvautua kliinisiin täydennysravintovalmisteisiin.

Neljäs osio on asentohoito ja kuntoutus. Potilaan asentoa tulee aina vaihtaa, jos hänen terveydentilansa sallii sen ja hän on painehaavariskissä, jos asennon vaihto ei ole mahdollista täytyy potilaalla olla korkean riskin makuualusta. Asennon vaihdossa tulee huomioida potilaan liikkumiskyky sekä aktiivisuus ja asennonmuutoksen pitää aina jakaa ja vähentää kudoksen painetta.

Vuodepotilaan asentoa vaihdetaan kyljeltä toiselle tyynyjen avulla. Asentoa voidaan myös vaihdella vatsalleen ja selälleen, jos potilaan terveys sen sallii, vatsamakuulla täytyy huomioida makuualustan soveltuvuus kasvojen ja vartalon painetta vähentävänä.

Istuma-asennossa pitää huomioida tasapainoinen asento, painon jakautuminen tasaisesti kummallekin puolelle. Kantapäiden kohottamiseen ei saa käyttää donitsin muotoisia tai pyöreitä apuvälineitä eikä keinokarvaa tai vedellä täytettyjä suojakäsineitä.

Viides osio on yleissuosituksia makuualustoista ja istuintyynyistä. Makuualustaa valitessa otetaan huomioon potilaan henkilökohtainen tarve, sen soveltuvuus sekä toimivuus. Makuualustoista voi tulla komplikaatioita jotka täytyy tunnistaa. Täytyy myös huomioida, ettei painetta jakava makuualusta poista asentohoidon tarvetta. Vuodesuojien ja vuodevaatteiden määrää rajoitetaan tarvittaessa.

Painehaavariskissä olevalle potilaalle suositellaan korkealuokkaista vaahtomuovipatjaa tai jos asentohoidon toteuttamisessa on ongelmia niin dynaamista makuualustaa. Painetta jakavaa istuintyynyä täytyy käyttää potilailla, jotka eivät saa muutettua itse asentoon.

Kuudes osio on lääkinnällisten hoitovälineiden ja -laitteiden aiheuttamien painehaavojen ehkäisy. Lääkinnällisiä laitteita valitessa pitää huomioida, että ne aiheuttava mahdollisimman vähän painetta ja venytystä iholle. Laitteiden ja potilaan asentoa pitää vaihdella ja välttää laittamasta potilasta lääkinnällisen laitteen päälle, jos mahdollista.

Seitsemäs osio ovat erityisryhmät. Jokaisella erityisryhmällä on omia juuri tälle ryhmälle tarkoitettuja suosituksia. Ryhmiä ovat leikkauspotilaat, tehohoitopotilaat, selkäydinvammutuneet, ylipainoiset potilaat, iäkkäät potilaat ja palliatiivisessa hoidossa olevat potilaat.

Kahdeksas osio on painehaavan hoitotyön kirjaaminen. Yhdenmukaista kirjaamista edistää rakenteinen kirjaaminen; haava, hoito ja tulos. Kirjaamisen apuna pitää olla riskimitari, mieluiten sähköisenä versiona.

Yhdeksäs osio on ammattihenkilöiden osaaminen ja koulutus. Henkilökunnan osaamista ja asenteita pitää arvioida validoiduilla ja luotettavilla osaamisen arvioinnin mittareilla. Organisaatiolla tulee olla koulutussuunnitelma, missä henkilökunnalle tarjotaan heidän osaamistarpeisiinsa, näyttöön perustuvaa ja arvioinnilla todettua painehaavojen ehkäisykoulutusta säännöllisesti.

2.6 Painehaavojen ehkäisemisen osaaminen

Keväällä 2013 on tehty tutkimus erikoissairaanhoidossa työskentelevän hoitohenkilökunnan painehaavojen ehkäisyn ja hoidon osaamisesta sekä koulutustarpeista. Tutkimus tehtiin keskussairaalan vuodeosastoilla. Tutkimukseen osallistui 66 henkilöä, joista 75 % ilmoitti hoitavansa painehaavoja vähintään kuukausittain.

Painehaavojen ehkäisyn ja hoidon osaamiseen tehtiin erillinen kysely, joka arvioitiin kouluarvosanoin 4-10. Kokonaisarvosanaksi muodostui 7,31. Arvioinnin kohteina olivat painehaavojen syntyyn vaikuttavat tekijät, ehkäiseminen yleensä, ravitsemus, asentohoito, apuvälineet, psyykinen tila, ihon hoito, potilaan/omaisen ohjaus ja kirjaaminen.

Parasta osaaminen oli painehaavojen ehkäisyn osaamisessa keskiarvon ollessa 7,94, ja heikointen osattiin psyykkisen tilan vaikutus painehaavojen syntyyn keskiarvolla 6,31. Koulutuksessa oli käynyt omassa organisaatiossa kahden vuoden sisällä vähintään kerran 44 %, kun taas 56 % ei ollut käynyt kertaakaan. Organisaation ulkopuolisissa koulutuksissa oli käynyt 23 % ja 77 % ei ollut käynyt kertaakaan.

Koulutustarpeiden toiveista oli sama taulukko, kun osaamisen arvioinnissa. Koulutustarpeesta eniten toivottiin apuvälineiden käytön koulutusta, osallistuneita 65 hoitajasta 44 valitsi tämän tarpeeksi. Vähiten kaivattiin koulutusta psyykkisen tilan huomioimisessa, vain 6 hoitajaa halusi tähän lisäkoulutusta. Koulutusta koki tarvitsevansa 98 % hoitajista, jopa 54 % katsoi tarvitsevansa kohtalaisesti koulutusta. Vain yksi vastaaja (2 %) katsoi, ettei tarvitse lainkaan koulutusta. Vapaaseen kommentointiin vastanneilla oli toiveena koulutusta ravinnon merkityksestä painehaavojen ehkäisyssä ja hoidossa sekä koulutusta haavahoitotarvikkeiden osalta. (Koivunen ym. 2014).

Belgialaisessa hoitokodissa tehdyssä tutkimuksessa painehaavojen ehkäisyn osaamisen tiedoista oli kysytty; painehaavojen syntymekanismista, luokittelusta ja havainnoista, riskien arvioinnista, ravitsemuksen merkityksestä, paineen vaikutuksesta ja paineen keston vaikutuksesta.

Tehdyssä tutkimuksessa todettiin hoitajilla olevan heikot tiedot ja taidot painehaavojen ehkäisemiseen. Asentohoidon toteutus oli heikkoa ja etenkin tuolissa istuvien asento-
hoito olematonta.

Painehaavariskissä olevista asukkaista vain 6 % sai täysin ohjeen mukaista asento-
hoitoa, 66 % sai osittain ohjeen mukaista asento-
hoitoa ja 26 % ei saanut sitä lainkaan. Vain
16 % hoitohenkilökunnasta piti tuolissa istuvien asento-
hoitoa tärkeänä.

Hoitajien tietämys painehaavoille altistavista tekijöistä oli puutteellista. Vain 9 % henkilö-
kunnasta tiesi ravitsemuksen merkityksen painehaavojen syntyyn. Parasta tietämys oli
riskiarvioinnissa 57 %, mutta keskiarvo tiedoista jäi 28 % asteikolla 1-100 %.

Vaikka hoitokodissa oli suositukset painehaavojen ehkäisyyn, niitä käytettiin vähän. Tut-
kimuksessa oli todettu, että asenteet vaikuttavat enemmän kuin tieto painehaavojen eh-
käisyssä. (Demarre ym. 2012).

Laakson sairaalassa tehtiin vuosina 2007–2009 interventiotutkimus painehaavojen eh-
käisystä ja varhaisesta tunnistamisesta. Tutkimukseen tarkasteltiin interventio-osaston
ja verrokkiosaston käytäntöjä.

Suuri ero oli ihon hoidossa niiden potilaiden kohdalla, joilla näkyi ihoa tarkastettaessa
painaumia, interventio-osastolla iho rasvattiin 80 % näistä potilaista, mutta verrokkiosas-
tolla ei lainkaan. Interventio-osastolla ihon tarkastusta tehtiin jokaisessa työvuorossa luu-
ulokekohdista 61 % potilaista ja verrokkiosastolla vain 22 %.

Ravitsemustilan arvioinnissa interventio-osastolla käytettiin kaikilla potilailla MUST-lo-
maketta, joka on kehitetty vajaaravitsemuksen riskin seulontaan. Verrokkiosastolla lo-
make ei ollut käytössä.

Ruokailua seurattiin interventio-osastolla 36 % potilaista ja käytössä oli apteekin täyden-
nysravintovalmisteita 43 % sekä runsasenerginen ruokavalio 17 % potilaista. Verrokki-
osastolla seurattiin ruokailua 28 % potilaista ja apteekin täydennysravintovalmisteita käy-
tettiin 17 % potilaista ja runsasenerginen ruokavalio vain 2 potilaalla. Ravinnon merkitys
painehaavariskinä on heikosti tunnistettu hoitajien keskuudessa, vaikka se koetaan tär-
keäksi. Hoitajille oli tehty tietotesti painehaavoista ennen ja jälkeen interventiota, kum-
mallakin osastolla hoitajien tiedot olivat lisääntyneet intervention jälkeen. (Mattila–Re-
kola–Eriksson, 2011).

3 Tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ja selittää palveluasumisessa toimivien hoitajien osaamista painehaavojen ehkäisemisessä. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää henkilöstön osaamista ja painehaavojen ehkäisemistä. Tavoitteena on myös, että palveluasumisen yksiköiden johto kiinnittäisi huomiota koulutuksen tarpeeseen ja koko organisaatiotaholla lisääntyisi koulutuksen tarjonta.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälaista on hoitohenkilökunnan osaaminen painehaavojen ehkäisemisessä?
2. Mitkä taustatekijät ovat yhteydessä painehaavojen ehkäisemisen osaamiseen?
3. Millaista lisäkoulutusta hoitohenkilökunta toivoo painehaavojen ehkäisemiseen?

4 Menetelmä

Opinnäytetyö tehtiin kvantitatiivisena tutkimuksena kyselykaavakkeella pääkaupunkiseudun palveluasumisen yksikössä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mitataan muuttujia tilastollisin menetelmin ja tarkastellaan muuttujien välisiä yhteyksiä. Tutkimukseni on survey-tutkimus, siinä aineisto kerätään valmiilla strukturoidulla kyselykaavakkeella (Kankunen–Vehviläinen–Julkunen 2009: 41 - 42.)

Kysely kohdistettiin n. 150:lle hoitotyötä tekeväälle sairaanhoitajalle, lähihoitajalle, perushoitajalle ja sosionomeille, jotka tekevät myös hoitotyötä.

Tutkimusluvan saatuaani kävin esittelemässä tutkimustani osastonhoitajille, jotka kertoivat siitä hoitajille osastokokouksessa.

Vastausaika oli kaksi viikkoa ja lomakkeet palautettiin osastoille toimitettuihin vastauslaatikkoihin.

Aineisto kerättiin Painehaavojen ehkäisemisen osaaminen - mittarilla, joka on edelleen kehitetty aikaisemmasta painehaavojen ehkäisemisen osaamisen mittarista (Mattila–Rekola–Eriksson 2011, Koivunen 2014 ym.).

Mittarin päivittäminen perustuu kansainvälisiin painehaavojen ehkäisemisen suosituksiin (NPUAP, EPUAP, PPIA 2014). Se sisältää 39 väittämää painehaavojen ehkäisemisestä seitsemällä osa-alueella (summamuuttujat): painehaavaan ja sen syntyyn vaikuttavia tekijöitä (viisi kysymystä), painehaava-alueet (viisi kysymystä), painehaavojen riskin arvioiminen (viisi kysymystä), asento ja liikkuminen (kuusi kysymystä), apuvälineet (kahdeksan kysymystä), ihon arviointi ja hoito (viisi kysymystä) ja ravitsemushoito (viisi kysymystä).

Vastaajia pyydettiin arvioimaan ovatko väittämät oikein vai väärin (asteikko on kyllä, ei, en osaa sanoa). Oikeasta vastauksesta sai yhden pisteen ja väärästä tai siitä, ettei osannut vastata sai 0 pistettä.

Osaamisen lisäksi vastaajilta kysyttiin 19 taustatietoa, jotka liittyvät demograafisiin tietoihin, työkokemukseen sekä omaan arvioon painahaavojen ehkäisemisen osaamisesta ja koulutustarpeesta.

Lomakkeita jaettiin 149 kappaletta ja vastauksia saatiin 98, joista 2 kappaletta oli hylättävä liian vähäisten vastausten vuoksi. Vastausprosentiksi tuli 64,5 % hyväksytyillä lomakkeilla.

Lomakkeisiin vastaaminen tapahtui rastittamalla oikea vaihtoehto. Osa taustatiedoista sisälsi valmiiden vastausten lisäksi kohdan muu, johon pystyi vastaamaan valmiista vastauksista poikkeavan vastauksen. Väittämiin oli valmiit vaihtoehdot, joihin vastattiin laittamalla rasti ruutuun. Aineisto tallennettiin SPSS-ohjelmalla. Mitta-asteikkoina käytettiin myös nominaali-asteikkoa erottelemaan eri ammatteja. Tuloksia saatiin ohjelmasta ristiintaulukoinnin ja Khiin neliötestin ja summamuuttujia käyttämällä. Lisäksi laskettiin perinteisesti laskimella keskiarvoja ja vastausprosentteja. Tulosten analysoinnissa käytettiin kuvailevaa ja selittävää tilastotiedettä. Aineistoa kuvailtiin frekvenssien ja prosenttien avulla joko selittäen tai taulukoilla. Väittämiä tarkasteltiin osittain yksittäisprosentteilla ja osin väittämien osa-alueilla.

5 Tulokset

5.1 Taustatiedot

Tutkimukseen osallistuvat hoitajat työskentelevät palveluasumisen yksikössä julkisella sektorilla. Palveluasumisen osastot on jaettu ryhmäkoteihin, joissa asuu 14 -15 asukasta. Ryhmäkodeissa työskentelee 2 tai 3 sairaanhoitajaa sekä 6-8 lähihoitajaa.

Suurin osa ryhmäkodeista on pitkäaikaisen hoidon yksiköitä, joissa keskimääräinen asumisaika on 3v 6kk. Osa ryhmäkodeista on arviointi- ja kuntoutuspalveluihin erikoistunut ja niissä hoitoaika vaihtelee muutamista päivistä kuukausiin.

Tutkimukseen osallistujista oli 24 sairaanhoitajaa, 62 lähi- tai perushoitajaa, 7 muita ammatteja edustavaa, jotka osallistuvat myös hoitotyöhön.

Toimipisteessä ei ole haavahoitajaa, eikä auktorisoitunutta haavahoitajaa. Eikä kukaan ole suorittanut haavahoidon erikoistumisopintoja.

Keskimäärin työkokemusta terveydenhuoltoalalla oli hieman yli 12 vuotta. Lyhin työkokemus oli 3 kuukautta, ja pisin 44 vuotta 3 kuukautta. Pisin työsuhte oli 38 vuotta 9 kuukautta ja lyhin 3 kuukautta. Vastausprosentti kysymykseen oli 93,8 %.

Hoitohenkilökunnalta kysyttiin kuinka usein he ovat työssään tekemisissä painehaavojen ehkäisyn ja varhaisen tunnistamisen kanssa. Vastausvaihtoehtoina oli päivittäin, viikoittain, kuukausittain ja harvemmin. Yli puolet, 56 % vastaajista oli painehaavojen ehkäisyn ja varhaisen tunnistamisen kanssa tekemisissä päivittäin työssään.

Taulukko 1. Painehaavojen ehkäisyn parissa työskentely

Painehaavojen ja niiden ehkäisemisen ja tunnistamisen parissa työskentelyn tiheys.	Prosenttia
Päivittäin n=96	56 %
Viikoittain n=96	14 %
Kuukausittain n=96	3 %
Harvemmin n=96	23 %

Oman organisaation järjestämässä koulutuksessa kahden viimeisen vuoden aikana oli käynyt 40 % vastaajista ja organisaation ulkopuolisissa koulutuksissa 7 %. Yli puolet vastaajista, 57 % ei ollut käynyt lainkaan painehaavoja koskevassa koulutuksessa kahden viimeisen vuoden aikana.

Vastaajat arvioivat omaa osaamistaan painehaavojen ehkäisemisessä ja varhaisessa tunnistamisessa kouluarvosanalla 4-10. Vastausprosentti oli 92 % ja keskiarvoksi tuli 7,5. Suurin osa 32 % hoitajista oli arvioinut osaamistasonsa olevan 8.

Taulukko 2. Oman osaamisen arviointi

Asteikko 4-10	4	5	6	7	8	9	10
Oma arvio % n=92	3	6	14	18	32	19	7

Hoitajista lisäkoulutusta painehaavojen ehkäisystä ja varhaisesta tunnistamisesta katsoi tarvitsevansa paljon 20 %, kohtalaisesti 58 % ja vähän 21 %. Vain yksi vastaaja arvioi, ettei tarvitse lainkaan lisäkoulutusta.

Lisäkoulutus tarvetta selvitettiin 11 valittavissa olevan vaihtoehdon avulla. Eniten toivottiin koulutusta haavahoitotuotteista 80 % ja apuvälineistä painehaavojen ehkäisyssä 41 %. Vähiten koettiin tarvitsevan koulutusta potilaan/ omaisen ohjaus painehaavojen ehkäisyssä 20 % ja asentohoito/liikkuminen painehaavojen ehkäisyssä 22 %. Näiden valmiiden vaihtoehtojen lisäksi oli mahdollisuus kertoa mistä aiheesta haluaisi lisäkoulutusta. Luettelon ulkopuolelta toivottiin lisäkoulutusta haavojen komplikaatioista ja yleisesti haavahoidosta.

Taulukko 3. Lisäkoulutustarve

Lisäkoulutustarve n=96	%
1. Painehaavojen syntyyn vaikuttavat tekijät	27
2. Painehaavojen ehkäisyn menetelmät	32
3. Painehaavojen riskin arvioiminen	36
4. Asentohoito/ liikkuminen painehaavojen ehkäisyssä	22
5. Apuvälineet painehaavojen ehkäisyssä	41
6. Psykkinen tila painehaavojen ehkäisyssä	33
7. Ihon arviointi ja hoito painehaavojen ehkäisyssä	29
8. Ravitsemus painehaavojen ehkäisyssä	38
9. Potilaan/ omaisen ohjaus painehaavojen ehkäisyssä	20
10. Kirjaaminen painehaavojen ehkäisyssä	29
11. Haavahoitotuotteet	80

5.2 Painehaavojen ehkäisemisen ja varhaisen tunnistamisen osaaminen

Osaamisalueita arvioitiin prosentuaalisesti ottaen huomioon eri osa-alueiden väittämien määrät. Parhaiten hoitajat osasivat ravitsemukseen liittyvät väittämät, niihin oli osannut vastata 89 % oikein. Seuraavaksi eniten 87 % oikein oli vastattu asentoon liittyviin väittämiin. Syntyyn vaikuttaviin tekijöihin vastasi 82 % oikein. Riskin arviointiin 79 % ja ihon arviointiin 78 %. Heikoimmin tiedettiin apuvälineväittämät 65 % ja painehaavaluokat 64 % oikein.

Taulukko 4. Painehaavan ehkäisemisen osa-alueet

Painehaava osaamisen osa-alueet n=95-96	vastaajia %	oikein vastanneet %	väittämämäärä
Syntyyn vaikuttavat tekijät	100	82	5
Painehaavaluokat	100	64	5
Riskin arviointi	100	79	5
Asento	100	87	6
Apuvälineet	99	65	8
Ihon arviointi	99	78	5
Ravitsemus	99	89	5

Yksittäisiä väittämiä tarkasteltiin prosenttilukuina. Yksittäisväittämissä on laskettu prosentit niistä, jotka olivat vastanneet kysymyksiin, tyhjät vastauskohdat jätettiin huomioimatta.

Taulukko 5. Painehaavaan ja sen syntyyn vaikuttavia tekijöitä

Väittämät	Oikein %	Väärin/en osaa sanoa %
Painehaava on ihon tai ihonalaisen kudoksen vaurio	97,9 %	2,1 %
Tärkein painehaavan syntyyn vaikuttava tekijä on pitkittynyt kohtisuora, yhtäjaksoinen ulkoinen paine	88,5 %	11,5 %
Painehaava sijaitsee tavallisesti luisen ulokkeen kohdalla.	83,0 %	17,0 %
Kitka pahentaa yhtäjaksoisen kohtisuoran paineen aiheuttamaa kudosisvauriota.	78,0 %	22,0 %
Pitkittynyt ihon kosteus altistaa painehaavalle.	73,4 %	26,6 %

Painehaavaan ja sen syntyyn vaikuttavista tekijöistä parhaiten oli osattu painehaavan määritelmä, siihen oli vastannut 97,9 % oikein. Heikoiten oli tiedetty pitkittyneen kosteuden altistavan painehaavoille, yli neljännes 26,6 % ei ollut tiennyt sitä.

Taulukko 6. **Painehaavaluokat**

Väittämät	Oikein %	Väärin/en osaa sanoa %
Ensimmäisen asteen painehaavan punotus häviää noin 30 min kuluttua asennon vaihtamisesta	18,8%	81,3 %
Toisen asteen painehaava on ihon tasossa oleva rakkula tai haava	75,0 %	25,0 %
Kolmannen asteen painehaava lävistää lihaskalvon.	69,1 %	30,9 %
Sinertävän/ punertavan ehjän ihon alla voi olla kudonvaurio, joka voi ulottua syviin kudoksiin	84,4 %	15,6 %
Neljännän asteen painehaavassa on aina luu tai jänne paljaana.	72,9 %	27,1

Painehaavaluokista oli parhaiten tiedetty 84,4 %, sinertävän/ punertavan ehjän ihon alla voi olla kudonvaurio joka voi ulottua syviin kudoksiin. Koko tutkimuksen heikoin tulos oli ensimmäisen asteen painehaavan tunnistus, johon oli vastannut väärin 81,3 %.

Taulukko 7. **Painehaavojen riskin arvioiminen**

Väittämät	Oikein %	Väärin/en osaa sanoa %
Riippumatta käytetystä riskinarviointimittarista, potilaan ja ihon kliininen arviointi on välttämätön	87,5 %	12,5 %
Riskiluokitusmittarin avulla kaikki riskitekijät tulevat arvioiduksi samalla tavalla eri henkilöiden toimesta	58,5 %	41,5 %
Painehaavojen riskin arviointi tulisi suorittaa välittömästi potilaan tultua yksikköön tai viimeistään kahdeksan tunnin sisällä.	69,8 %	30,2 %
Tunnottomuutta ei tarvitse ottaa huomioon painehaavariskin arvioinnissa	87,5 %	12,5 %
Kipu ja kuumotus painealueella voi olla merkki alkavasta painehaavasta	92,7 %	7,3 %

Painehaavojen riskin arvioinnissa parhaiten 92,7 % oli osannut vastata oikein väittämään kivun ja kuumotuksen saattavan olla merkki alkavasta painehaavasta.

Heikoiden 58,5 % oikeita vastauksia oli väittämän riskiluokitusmittarin avulla kaikki riskitekijät tulevat arvioiduksi samalla tavalla

Taulukko 8. Painehaavojen ehkäisy/ asento ja liikkuminen

Väittämät	Oikein %	Väärin/en osaa sanoa %
Potilasta aktivoidaan omaehtoiseen liikkumiseen ja asennon vaihtoon	98,9 %	1,1 %
Istumaan nostettu potilas voi istua yhtäjaksoisesti enintään 6h ilman asennon vaihtamista	86,5 %	13,5 %
Liikuntarajoitteisen potilaan asento tulee vaihtaa päiväsaikaan 2-4 tunnin välein riippumatta siitä onko hänellä keskisuuri vai korkea painehaavariski.	85,4	14,6 %
Painehaavariskissä olevan potilaan asentoa tulee muuttaa, jos hänen terveydentilansa sallii sen	78,7 %	21,3 %
Potilaan kudoksiin kohdistuvan paineen tulee sekä vähentyä että jakaantua uudelleen asennon vaihtamisen myötä	92,6 %	7,4 %
Potilas tulee asettaa istumaan niin, että hän istuu tasapainossa, ja ettei kudoksiin tule kitkaa	83,2 %	16,8 %

Lähes kaikki, 98,9 % oli vastannut oikein väittämään, jossa potilasta aktivoidaan omaehtoiseen liikkumiseen ja asennonvaihtoon. Eniten vääriä vastauksia 21,3 % sai väittäjä, painehaavariskissä olevan potilaan asentoa tulee muuttaa, jos hänen terveyden tilansa sallii sen.

Taulukko 9. Painehaavojen ehkäisy/ Apuvälineet

Väittämät	Oikein %	Väärin/en osaa sanoa %
Istumaan nostetun potilaan siirtämisessä tulisi käyttää siirtolevyä, liukulakanaa tai nostovyötä	76,6 %	23,4 %
Keinokarva ehkäisee ihoon ja sen alaisiin kudoksiin kohdistuvaa painetta.	30,9 %	69,1 %
Vaahtoeelityyny kantapään alla poistaa kantapäästä paineen kokonaan.	59,1 %	40,9 %
Ilmatäytteisessä erikoispatjassa tulee olla hälytys toimintahäiriöstä	96,8 %	3,2 %
Korkeariskisellä potilaalla tulisi olla dynaaminen erikoispatja.	89,1 %	10,9 %
Kantapäiden kohottamiseksi käytetään donitsinmuotoisia apuvälineitä	18,5 %	81,5 %
Korkean riskin potilaat, joille ei voida toteuttaa säännöllistä asentohoitoa, tarvitsevat dynaamisen erikoispatjan	78,5 %	21,5 %

Makuualustan komplikaationa voi syntyä painehaava.	79,6 %	20,4 %
--	--------	--------

Parhaiten 96,8 %, oli osattu vastata väittämään, ilmatäytteisessä erikoispatjassa tulee olla hälytys toimintahäiriöstä. Huonoiten oli osattu vastata väittämään, kantapäiden kottamiseksi käytetään donitsin muotoisia apuvälineitä, jopa 81,5 % oli vastannut siihen väärin. Keinokarva ehkäisee ihon ja sen alaisiin kudoksiin kohdistuvaa painetta, väittämä oli saanut 69,1 % väriä vastauksi.

Taulukko 10. Painehaavojen ehkäisy/ Ihon arviointi ja hoito

Väittämät	Oikein %	Väärin/en osaa sanoa %
Ihon kuormituskohdat tulee säännöllisesti tarkistaa jokaisessa työvuorossa.	97,9 %	2,1 %
Punottavaa ehjää ihoa hierotaan luu-ulokekohdilta.	62,2 %	37,8 %
Liikuntarajoitteisen potilaan ihon kunto tarkistetaan samalla, kun potilasta siirretään vuoteeseen/ hän siirtyy vuoteeseen	84,2 %	15,8 %
Jos lääkinnällinen laite on kosketuksessa ihoon, iho tulee tarkistaa vähintään kaksi kertaa päivässä	72,0 %	28,0 %
Makuu- ja istuinalustaa valittaessa huomioidaan sen vaikutus ihon kosteuteen ja lämpötilaan	82,8 %	17,2 %

Ihon arvioinnissa ja hoidossa parhaiten osattiin vastata väittämään, ihon kuormituskohdat tulee säännöllisesti tarkistaa jokaisessa työvuorossa, siihen oli vastannut 97,9 % oikein. Väittämään, punottavaa ehjää ihoa hierotaan luu-uloke kohdilta, oli vastannut 37,8 % väärin.

Taulukko 11. Painehaavojen ehkäisy/ Ravitsemushoito

Väittämät	Oikein %	Väärin/en osaa sanoa %
Painoa seurataan säännöllisesti viikoittain, jos potilaan vajaaravitsemusriski on korkea	91,5 %	8,5 %
Kaikille painehaavariskissä oleville tehdään hoitajakson alkuvaiheessa ravitsemustilan arviointi	91,5 %	8,5 %
Vajaaravitsemuksen riskissä oleville potilaille tilataan runsasenergistä ja proteiiniirikasta ruokaa.	97,9 %	2,1 %

Proteiinipitoisella ravinnolla ei ole merkitystä painehaavan syntymiselle	79,8 %	20,2 %
Vajaaravitsemuksen riskin arviointiin tulee käyttää luotettavia mittareita.	90,5 %	9,5 %

Kaksi väittämää sai yhtä paljon oikeita vastauksia 91,5 %, painoa seurataan viikoittain, jos potilaan vajaaravitsemusriski on korkea ja kaikille painehaavariskissä oleville tehdään hoitajakson alkuvaiheessa ravitsemustilan arviointi. Viidennes vastaajista 20,2 % oli vastannut väärin väittämään, proteiinipitoisella ravinnolla ei ole merkitystä painehaavan syntymiselle

Tutkimuskysymykseen vaikuttaako taustatekijät osaamiseen, selvisi että sairaanhoitajat osasivat vastata n.90 %: iin väittämistä paremmin, kun muut ammattikunnat. Sairaanhoitajat pärjäsivät hieman keskiarvoa paremmin kaikilla seitsemällä kyselyn osa-alueella. Työkokemuksella oli myös vaikutusta osaamiseen. Vertailuun otettiin ääripäät, 30 vuotta tai yli ja 2 vuotta tai ali työkokemusta omaavat. Pidempi työkokemus toi enemmän oikeita vastauksia väittämiin. Vain yhdessä osiossa lyhyen työkokemuksen vastaajat osasivat paremmin, ravitsemuksessa.

6 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää palveluasumisen hoitohenkilökunnan osaaminen painehaavojen ehkäisemisessä ja varhaisessa tunnistamisessa, sekä saada vastaus tutkimuskysymyksiin. Tarkoituksena on myös tiedottaa tutkimuksen tulokset kyseiselle organisaatiolle ja sitä kautta vaikuttaa painehaavojen ehkäisyn lisääntymiseen sekä lisäkoulutuksen hankkimiseen.

6.1 Tulosten tarkastelu

Henkilökunnan osaaminen painehaavojen ehkäisyssä on puutteellista ja he tarvitsevat lisäkoulutusta. Vaikka väittämistä 92 %:iin oli vastannut vähintään 58,5 % hoitajista oikein, niin peräti 41,5 % vastasi väärin. Se tarkoittaa, että kymmenestä hoitajasta neljä ei osannut vastata suurimpaan osaan väittämistä oikein.

Yllättävää oli, että yksikään vastaajasta ei ollut saanut kaikkia väittämiä oikein. Moniin väittämiin oli osannut kuitenkin yli 90 % vastata oikein.

Painehaavan syntyyn vaikuttavat tekijät oli osattu hyvin, kuitenkin kitkan ja ihon kosteuden merkitys painehaavan syntymiseen, oli vielä yli viidennekselle epäselvää.

Painehaavaluokitus oli heikoiten osattu alue. Ensimmäisen asteen painehaavan tunnistamisen osasi vain 18,8 % hoitajista, mikä on huolestuttavaa, sillä juuri silloin viimeistään pitäisi reagoida ehkäisevillä toimilla. Painehaavaluokkien tunnistamiseen tarvitaan selkeästi lisäkoulutusta ja luotettavia mittareita.

Myös painehaavojen riskien tunnistamisessa oli puutteita. Organisaatioon olisi hyvä laatia selkeä ohje, milloin painehaavan riskiluokitus tehdään ja hankkia siihen riskiluokitusmittari. Kliinisen arvioinnin lisäksi riskimittarin käyttö yhtenäistäisi arviointia ja toisi esille kaikki arviointia vaativat osa-alueet.

Parhaiten oli osattu vastata ravitsemukseen ja asentohoitoon liittyviin osioihin. Ravitsemuksen merkitystä aletaan ymmärtää paremmin, jos verrataan vuonna 2012 tehtyyn tutkimukseen belgialaisessa hoitokodissa, jossa vain 9 % hoitajista tiesi ravitsemuksen merkityksen painehaavojen syntyyn (Demarre ym. 2012).

Hoitajien osaaminen asentohoidon toteutuksessa on hyvää. Se on tärkeimpiä taitoja painehaavojen ehkäisyssä. Vaikka kaikki muut riskitekijät voitaisiin poistaa, niin asentohoidon tärkeys ei vähene.

Yllättäen vanhoja painehaavojen hoitokeinoja, kuten keinokarvaa ja donitsin muotoisia vaahtomuovirenkaita, pidettiin vielä käyttökelpoisena, vaikka niiden käytöstä on luovuttu jo useita vuosia sitten.

Ihohoidossa oli epäselvää voiko punoittavaa ehjää ihoa hieroa luiselta alueelta ja lääkinnällisten laitteiden riski painehaavojen aiheuttajana. Lääkinnällisten laitteiden kohdalla vastauksiin vaikutti mahdollisesti se, ettei palveluasumisessa käytetä pitkäaikaisesti lääkinnällisiä laitteita.

Hoitajien taustalla oli merkitystä osaamiseen. Sairaanhoidajat olivat osanneet n. 90 % kysymyksistä paremmin, kuin muut ammattikunnat. Sairaanhoidajien keskiarvo oli hie- man korkeampi, mutta ei kuitenkaan huomattavasti korkeampi. Kaikki sairaanhoidajat oli- vat vastanneet oikein lääkinnällisten laitteiden merkitykseen painehaavariskiin, tässä koulutuksella on todennäköisesti merkitystä, sillä sairaanhoidajat ovat ainakin koulutuk- sen aikana käyttäneet lääkinnällisiä laitteita.

Työkokemuksella oli myös merkitystä osaamisen suhteen, vertailussa oli 30 vuoden ja yli työkokemus ja 2 vuoden ja alle työkokemus. Pitkän työkokemuksen vastaajilla oli kuusi väittämäosiota kaikkien vastaajien keskiarvoa korkeampia.

Koulutustarve tuli hyvin esille kyselyssä, 98 % hoitajista koki tarvitsevansa lisäkoulu- tusta. Hoitajat olivat käyneet vain vähän painehaavakoulutuksissa, yli puolet ei ollut käy- nyt lainkaan kahteen vuoteen. Luvut koulutustarpeesta ovat lähes vastaavat kuin ke- vällä 2013 erikoissairaanhoidossa tehdyssä tutkimuksessa. (Koivunen ym. 2014).

Eniten toivottiin lisäkoulutusta haavahoitotuotteista, apuvälineistä ja ravitsemuksesta. Vähiten katsottiin tarvitsevan koulutusta potilaan/ omaisen ohjauksessa.

6.2 Eettisyys

Tutkimusetiikkaan kuuluvat tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahin- goittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuojat. (Tutkimustieteellinen neuvottelu- kunta)

Jo valittaessa tutkimuksen aihetta, tutkijan täytyy pohtia tutkimuksen merkitystä yhteis- kunnallisesti sekä sen vaikutusta tutkittaviin. Tutkimisen tarkoituksena pitää olla sen hyö- dynnettävyys joko tutkittaviin tai tuleviin asiakkaisiin. (Kankkunen–Vehviläinen-Julkunen 2009: 176-177.)

Työn tavoitteena oli tuoda hyötyä palvelukeskuksen asukkaille vähentyneinä painehaavoina ja henkilökunnalle lisääntyneenä huomioimisena painehaavojen ehkäisyosaamiseen ja koulutukseen.

Tutkittavien itsemääräämisoikeus on ehdottomasti huomioitava koko tutkimuksen aikana, tutkittavien osallistumisen täytyy tapahtua vapaasta tahdosta ja tutkittaville täytyy korostaa mahdollisuutta keskeyttää tutkimus koska tahansa tutkimuksen aikana. Tutkittaville täytyy myös antaa mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä tutkimuksen suhteen (Kankkunen–Vehviläinen-Julkunen 2009: 177.).

Tutkimus tehtiin kyselylomakkeilla, jotka jaettiin kaikille hoitotyötä tekeville, mutta niihin vastaaminen oli täysin vapaaehtoista. Lomakkeeseen vastaaminen katsottiin hyväksymiseksi osallistua tutkimukseen, se ilmoitettiin saatekirjeessä. Minkäänlaista rekisteriä ei vastaajista tehty. Lisätietoja haluavia varten laitettiin saatekirjeeseen yhteystiedot.

Tutkimusetiikkaan kuuluu oikeudenmukaisuus. On tärkeää, että tutkittavaksi valitaan tasa-arvoisia tutkittavia, niin ettei tutkijalla ole heihin valta-asemaa tai etteivät he ole haavoittuvassa asemassa.

Eettisessä tutkimuksessa tutkittavat valitaan tasa-arvoisesti niin, ettei tutkimuksen ulkopuolelle jätetä tutkittavia jotka saattaisivat olla kriittisiä mielipiteissään. Tutkittavien anonymiteetti on varmistettava asettamalla kysyttävät tiedot niin, ettei niistä pystytä tunnistamaan vastaajaa. (Kankkunen–Vehviläinen-Julkunen 2009: 179.) Tutkimuksessa kyselykaavakkeet jaettiin kaikille hoitotyötä tekeville, eikä kyselykaavakkeisiin tullut nimiä eikä tunnistettavia tietoja.

Tutkimuskäytännöt voivat vaihdella eri tutkimuspaikoissa, mutta yleensä haetaan organisaatiolta tutkimuslupa. Jos tutkitaan potilaita, tarvitaan myös eettiseltä toimikunnalta puoltava lausunto (Kankkunen–Vehviläinen-Julkunen 2009: 180-181.).

Tutkimusta varten haettiin tutkimuslupa organisaatiolta. Tutkimuksen kohteena oli henkilökunta, joten erillistä eettistä lausuntoa ei tarvittu.

Tutkimusetiikkaan kuuluu myös tutkimuksen luotettavuuden varmistaminen ja hyvä kollegiaalisuus. Tutkimustuloksien rehellinen analysointi on tärkeää tuloksista huolimatta. Tutkimuksen eettisyyteen ja kollegiaalisuuteen kuuluu se, että tutkimus on tutkijan omaa tuotosta, eikä plagioitu kenenkään toisen tutkimuksesta sekä kaikkien tutkijoiden tasa-vertainen osallistuminen tutkimukseen ja tulosten julkaisuun (Kankkunen–Vehviläinen-Julkunen 2009: 182-183.).

Työn eettisyys toteutui kaikissa osioissa. Työlle saatiin organisaatiolta virallinen lupa. Kyselykaavakkeet jaettiin kaikille hoitotyöhön osallistuville henkilöille, ketään poissulke-
matta. Kaavakkeet jaettiin osastoille ja vastaajat ottivat ne satunnaisesti pinosta sekä
palauttivat ne suljettuun palautuslaatikkoon. Vastaja ei voinut tunnistaa.

Kaikki lomakkeet olivat numeroituja luotettavuuden tarkastamisen varalta. Numerointi oli
välttämätöntä, jotta voidaan tarkastaa tallennuksen oikeellisuus. Jokainen lomake tallen-
nettiin omalla numerolla SPSS- ohjelmaan. Lomakkeet tuhottiin asianmukaisesti silp-
purilla työn hyväksynnän jälkeen.

Tulokset analysoitiin niin, ettei vastaajia pystytä tunnistamaan. Pienet vastaajaryhmät,
joissa oli vain muutama vastaaja, jätettiin analysoimatta omissa ryhmissään tunnistami-
sen välttämiseksi.

Työ tarkastettiin Turnit- plagioinnin tunnistamisohjelmalla ja tulokseksi saatiin hyväksyty
alle 10 % yhtäläisyys muihin julkaisuihin.

Työ tulokset esitettiin organisaation henkilöstökokouksessa ja kaikilla on mahdollisuus
tutustua siihen kokonaisuudessaan internetissä opinnäytetöiden julkaisusivustolla,
www.theseus.fi.

6.3 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa kvantitatiivisessa tutkimuksessa tarkastellaan
tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti osoittaa sen, onko tutkimuksessa
mitattu oikeita asioita ja reliabiliteetti taas tulosten pysyvyyttä.

Mittarin sisältövaliditeettiin perustuu tutkimuksen luotettavuus. Hyvä sisältövaliditeetti
vaatii oikein valitun mittarin, jolla saadaan vastauksia haluttuihin ilmiöihin.

Mittarin on oltava tarpeeksi kattava, ettei tutkimustulokseen vaikuttavia osa-alueita jää
huomioimatta. Hyvässä mittarissa teoreettiset käsitteet pystytään luotettavasti operatio-
nalisoimaan mitattaviksi muuttujiksi. Suositeltavaa onkin käyttää tutkimuksessa jo ole-
massa olevia testattuja ja standardoituja mittareita, huomioiden kuitenkin niiden ikä, ter-
veydenhuolto ja hoitotyö kehittyvät jatkuvasti vaatien mittareilta uudistumista. (Kankku-
nen–Vehviläinen-Julkunen 2009: 152-153.)

Ulkoinen validiteetti on mittaamisesta riippumatonta vaikutusta tutkimustuloksiin. Yhtenä
tekijänä voi olla liian vähäinen vastausten määrä, jolloin tutkimuksen luotettavuus vähe-
nee.

Kvantitatiivisen tutkimuksen haasteena on, että tutkija ei voi tietää ovatko tutkittavat ym-
märtäneet kysymykset oikein, ovatko he vastanneet rehellisesti ja mikä on ollut heidän
tietämyksensä tutkittavasta asiasta. Kankkunen–Vehviläinen-Julkunen 2009: 49.)

Mittarin reliabiliteettia eli kykyä tuottaa vakiintuneita tuloksia arvioidaan mittarin sisäisen pysyvyyden, vastaavuuden ja johdonmukaisuuden perusteella. Mittarin pysyvyys kertoo sen kyvystä tuottaa eri mittauskerroilla sama tulos. Mittarin vastaavuus kertoo kahden eri mittajaan saamasta samalaisesta tuloksesta. Mittarin johdonmukaisuus näkyy siten, että osamittarin muuttujat mittaavat samaa asiaa ja korreloivat voimakkaasti keskenään. (Kankkunen–Vehviläinen-Julkunen 2009: 156-157.)

Opinnäytetyön luotettavuus varmistettiin käyttämällä luotettavaa mittaria.

Aineisto kerättiin Painehaavojen ehkäisemisen osaaminen - mittarilla, joka on edelleen kehitetty aikaisemmasta painehaavojen ehkäisemisen osaamisen mittarista (Mattila–Rekola–Eriksson 2011, Koivunen 2014 ym.).

Mittarin päivittäminen perustuu kansainvälisiin painehaavojen ehkäisemisen suosituksiin (NPUAP, EPUAP, PPIA 2014).

Lomakkeiden tiedot siirrettiin SPSS-ohjelmalle numeroituna luotettavuuden tarkastamisen vuoksi. Jokainen lomake säilytettiin mahdollista tarkastustarvetta varten työn julkaisuun saakka. Ulkoisen validiteetin luotettavuuden haasteena on saada tarpeeksi vastauksia, riittävän otoksen saamiseksi tutkimukseen. Vastausprosentti oli 64,5 % mikä on luotettavuuden kannalta vähäinen, mutta riittävä opinnäytetyölle.

Tulokset analysoitiin käyttämällä selittävää tilastotiedettä. Tulosten haettiin frekvenssien, ristiintaulukoiden ja keskiarvojen laskennalla.

Koska otos on pieni, vastausprosentti alhainen ja keskittyy vain yhteen palvelukeskukseen, ei tuloksia voi yleistää koko terveydenhuoltoa kattavaksi.

Lähteet

Anders J, Heinemann A, Leffmann C, Leutenegger M, Profener F, von Renteln-Kruse W, Decubitus ulcers: pathophysiology and primary prevention Deutsches Aerzteblatt International, 18660452, Vol. 107,2010.21.

Luettavissa myös verkkodokumenttina: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.metroplia.fi/ehost/detail/detail?vid=12&sid=67fb2f51-2781-4d07-921a-ec768b64ea39%40sessionmgr104&hid=105&bdata=JnN-pdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=105028767&db=ccm> Luettu 28.4.2016

Braden-asteikko painehaavariskin arviointiin. MediMattress. Verkkodokumentti.

<http://www.medimattress.fi/images/02_pdf/Braden2010_1.pdf>

Luettu 27.11.2016

Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä, Hoitotyön tutkimussäätiö Julkaistu 2.10.2015. Verkkodokumentti.

<<http://www.hotus.fi/system/files/Painehaava%20lopullinen111215.pdf>>.

Luettu 21.11.2016

Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Suosituslauseet. Hoitotyön tutkimussäätiö Julkaistu 2.10.2015. Verkkodokumentti.

http://www.hotus.fi/system/files/SUOSITUS_PAINEHAAVA_2_10_2015_LINKIT_1.pdf

Luettu 21.11.2016

Huomattavia säästöjä käytäntöjä yhtenäistämällä 2016. Hoitotyön tutkimussäätiö.

Verkkodokumentti.<<http://www.hotus.fi/hotus-fi/huomattavia-saastoja-kaytanta-ja-yhtenaistamalla>> Luettu 28.2.2016

Kankkunen, Päivi–Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: SanomaPro Oy. 49-183.

Koivunen, Marita–Luotola, Eija–Hautaoja, Päivi–Laine, Kirsi-Marja–Asikainen, Paula. Painehaavojen ehkäisy, osaaminen ja koulutustarpeet erikoisairaanhoidossa- pilottitutkimus hoitohenkilökunnalle. Tutkiva Hoitotyö Vol.12(3), 2014.

Liesbet, Demarre-Katrien, Vanderwee-Tom, Defloor-Sofie, Verhaeghe-Lisette, Schoonhoven- Dimitri, Beeckman.1.3.2012. Pressure ulcers: knowledge and attitude of nurses and nursing assistants in Belgian nursing homes. Journal of Clinical Nursing 21, 1425–1434).

Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa:

<<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=54&sid=5184c762-d6ed-4545-963f-6371a536f0cf%40sessionmgr114&hid=110>>

Mattila, Lea-Riitta–Rekola, Leena–Eriksson, Elina, Helsingin kaupunki, Raportteja, Painehaavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen-interventiotutkimus Laakson sairaalassa vuosina 2007–2009. 3: 2011

NPUAP, EPUAP, PPIA. 2014. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Ulcer Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily

Painehaavojen ehkäisyn pikaopas 2009. Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto ja USA:n kansallinen painehaava-asiantuntijaneuvosto. Verkkodokumentti. <http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Finnish.pdf> Luettu 24.5.2016.

Soppi, Esa. Painehaavan ehkäisy ja hoito. Lääkärin käsikirja 2016.

Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa:

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltkb/koti?p_artikkelid=00352&p_haku=painehaava> Luettu 14.5.2016

Soppi, Esa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2010. Verkkodokumentti.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo98591

Luettu 10.11.2016

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Eettinen ennakoarviointi ihmistieteessä. Verkkodokumentti:

<http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/eettiset-periaatteet>

Luettu 2.5.2016.

Liite 1

SAATEKIRJE

Hyvä vastaanottaja!

Olen sairaanhoitajaopiskelija Metropolian ammattikorkeakoulussa ja teen opinnäytetyötä painehaavojen ehkäisemisen osaamisesta tehostetussa palveluasumisen yksikössä. Työn tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää painehaavojen ehkäisemistä ja hoitohenkilökunnan lisäkoulutuksen tarve. Painehaavoista koituu kärsimystä potilaille ja niiden hoidosta mittavat kustannukset yhteiskunnalle.

Teen opinnäytetyöni xx-palveluasumisen yksikössä kyselytutkimuksena. Tutkimukseen kutsutaan 150 sairaan-, lähi- ja perushoitajaa sekä sosionomia. Kutsun Sinut osallistumaan. Osallistuminen kyselyyn on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Lomakkeet täytetään nimettöminä, eikä vastaajia voida tunnistaa kyselylomakkeista eikä kirjoitetusta raportista. Lomakkeen palauttaminen katsotaan tietoisesti suostumukseksi tutkimukseen osallistumiseen.

Kyselytutkimuksen tekemiseen on saatu asianmukainen lupa organisaatiolta. Kyselyyn vastausaika on kaksi viikkoa, ja kyselylomakkeen voi palauttaa taukuhuoneessa olevaan palautuslaatikkoon 18.9.2016 mennessä.

Opinnäytetyön ohjaajana toimii dosentti Elina Eriksson Metropolian ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyö julkaistaan Internetissä osoitteessa www.theseus.fi ja tulokset esitellään henkilökunnalle.

Vastaan mielelläni kaikkiin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin Sari Rouvinen,