

Jenni Mäntylä

**HOITAJIEN NÄKEMYKSIÄ PAINEHAAVOJEN
ENNALTAEHKÄISYSTÄ JA OMASTA
AMMATTITÄIDOSTAAN ENNALTAEHKÄISYN OSA-
ALUEILLA**

**Opinnäytetyö
KESKI-POHJANMAAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Lokakuu 2010**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Sosiaali- ja terveysalan yksikkö, Kokkola	Aika Lokakuu 2010	Tekijä Jenni Mäntylä
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja		
Työn nimi Hoitajien näkemyksiä painehaavojen ennaltaehkäisystä ja omasta ammattitaidostaan ennaltaehkäisyn osa-alueilla		
Työn ohjaaja Heleena Uusimäki, TtM	Sivumäärä 51 + 4 liitettä (16 s.)	
Työelämäohjaaja Nina Nyqvist, sairaanhoitaja		
Työn tarkastaja Annukka Kukkola, TtT		
<p>Opinnäytetyöni käsittelee painehaavojen ennaltaehkäisyä. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata painehaavojen ennaltaehkäisyä hoitajien näkökulmasta kolmen perusterveydenhuollon geriatrian ja yleislääketieteen osastoilla. Saadun tiedon avulla kuvattiin painehaavojen ennaltaehkäisyn menetelmien käyttöä sekä hoitajien arvioita ennaltaehkäisyn tärkeydestä ja omasta ammattitaidostaan. Lisäksi tuotiin esille hoitajien näkemys ennaltaehkäisevän työn nykytilasta sekä siihen liittyviä kehittämistarpeita.</p> <p>Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineiston keruu tapahtui tätä tutkimusta varten kehitetyllä kyselylomakkeella. Kyselylomake sisälsi 15 erilaista strukturoitua kysymystä/väittämää ja 2 avointa kysymystä. Tutkimukseen osallistui 76 Pohjanmaalla työskentelevää sairaan-/terveydenhoitajaa sekä lähi-, perus- tai apuhoitajaa. Tutkimuksen vastausprosentti oli 63 %. Vastaukset analysoitiin SPSS for Windows 18.0 tilasto-ohjelmalla. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysillä. Tulokset esitettiin vastausmäärien ja prosenttilukujen lisäksi taulukoiden ja kuvioiden avulla.</p> <p>Tulosten perusteella hoitajat kokevat painehaavojen ennaltaehkäisyn tärkeäksi. He arvioivat ammattitaitonsa yleisesti hyväksi ennaltaehkäisyn eri osa-alueilla. Ammattitaito koettiin heikoimmaksi riskiluokitusmittareiden sekä lisäravintovalmisteiden käytössä. Potilaan ja potilaan omaisten ohjaus painehaavojen ennaltaehkäisyssä ei toteudu riittävän hyvin. Potilaat, joilla on kohonnut riski saada painehaava, tunnistetaan usein. Riskiluokitusmittareiden käyttö ei ole vakiintunut osastojen hoitokäytäntöihin. Hoitajat ovat halukkaita kehittämään ammattitaitoaan, ja halukkuus koulutuksiin on korkea. Painehaavojen ennaltaehkäisyssä eniten kehittämistarpeita koettiin koulutuksen lisäämisen, potilaan ravitsemuksen parantamisen, asentohoidon tehostamisen, henkilökunnan lisäämisen sekä apuvälineiden hankkimisen osalta.</p>		
Asiasanat Ennaltaehkäisy, painehaava, painehaavojen ennaltaehkäisy		

ABSTRACT

CENTRAL OSTROBOTHNIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES, Department of Health Care and Social Services, Kokkola.	Date October 2010	Author Jenni Mäntylä
Degree programme Degree Programme in Nursing, Registered Nurse		
Name of thesis Nurses` Views on Preventing Pressure Ulcers and their Own Professionalism in Different Areas of Prevention		
Instructor Heleena Uusimäki, M.Sc.	Pages 51+4 appendices (16 p)	
Work- Life Supervisor Nina Nyqvist, RN		
Inspector Annukka Kukkola, PhD		
<p>This thesis deals with the prevention of pressure ulcers. The purpose of this study was to describe the pressure ulcer prevention from nurses' perspective in three primary health care general medical and geriatric wards. Information gained described pressure ulcer prevention methods and nurses' assessments of the importance of prevention and their own professional skills. Furthermore, nurses' views of the current state of preventive work and related development were described.</p> <p>This study used a quantitative research method. The study material was collected with a questionnaire which was developed for this study. The questionnaire included fifteen structured questions/ statements and two open ended questions. The study involved 76 registered and practical nurses who worked in Ostrobothnia Finland. The response rate was 63%. The answers were analyzed using SPSS for Windows 18.0 statistical software. Open ended questions were analyzed using content analysis. Results were presented with numbers, percentage figures, tables and graphs.</p> <p>The results of the study indicated that nurses felt pressure ulcer prevention to be important. They evaluated their professional skills generally good in various areas of pressure ulcer prevention. Professional skills were considered weakest in the use of risk assessment scales and dietary supplements. The guidance given to patients and relatives in pressure ulcer prevention was inadequate. Nurses recognized often patients who were at the risk of having pressure ulcer. The use of risk assessment scales is not settled in clinical practice. Nurses are willing to develop their practical skills and their willingness to education is high. Most development needs were considered to exist in increase of education, improvements in the patient's nutrition and positioning, increase in personnel resources and acquisition of assistive devices.</p>		
Key words Prevention, Pressure ulcer, Pressure ulcer prevention		

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	1
2	PAINEHAAVA	3
2.1	Painehaavaluokitus	3
2.2	Painehaavan kehittyminen ja riskitekijät	4
2.3	Riskiluokitusmittarit	7
3	HOITOTYÖN MENETELMÄT PAINEHAAVOJEN ENNALTAEHKÄISYSSÄ	11
3.1	Riskinarviointi	11
3.2	Asentohoito ja painetta alentavat välineet	12
3.3	Hygienia ja ihon hoito	13
3.4	Ravitsemus	14
3.5	Opetus ja ohjaus	15
3.6	Kirjaaminen	16
4	HOITAJIEN AMMATTITAITO PAINEHAAVOJEN ENNALTAEHKÄISYSSÄ	17
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	18
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	19
6.1	Tutkimusmenetelmät	19
6.2	Tutkimusaineistonkeruu ja analyysimenetelmät	21
7	TUTKIMUSTULOKSET	24
7.1	Vastaajien taustatiedot	24
7.2	Painehaavojen ennaltaehkäisyn menetelmien käyttö	25
7.2.1	Riskiluokitusmittarin käyttö ja riskipotilaiden tunnistaminen	25
7.2.2	Asentohoidon ja painetta alentavien välineiden käyttö	27
7.2.3	Hygieniasta ja ihon hoidosta huolehtiminen	28
7.2.4	Ravitsemukseen vaikuttavien menetelmien käyttö	28
7.2.5	Opetus- ja ohjausmenetelmien käyttö	29
7.2.6	Kirjaamiskäytännöt	30
7.3	Hoitajien arvio painehaavojen ennaltaehkäisyn tärkeydestä ja omasta ammattitaidostaan ennaltaehkäisyn osa-alueilla	32
7.4	Hoitajien arvio painehaavoja ennaltaehkäisevän työn nykytilasta ja siihen liittyviä kehittämisehdotuksia	38

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	42
8.1 Yhteenveto tuloksista	42
8.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointia	45
8.3 Tutkimuksen eettisyys	46
8.4 Omat oppimiskokemukset	46

LÄHTEET

LIITTEET

JOHDANTO

Painehaavat aiheuttavat kärsimystä potilaalle, rasitetta hoitavalle organisaatiolle ja taloudellisia kustannuksia yhteiskunnalle. Potilas, joka saa painehaavan, lisää merkittävästi hoitajan työmäärää. Suomessa painehaavojen esiintyvyys on 5,4 – 22 % vaihdellen eri hoitoyksiköittäin. (Lepistö 2002.) Painehaavan paranemisennuste ja hoitoon liittyvät kustannukset riippuvat haavan vaikeusasteesta ja esiintyvyydestä. Painehaavojen hoidossa kalleinta on vuodeosastohoito sekä hoitohenkilökunnan tekemä työ, mikä on jopa 90 % kaikista kuluista. Lääkkeiden, haavanhoitotuotteiden ja apuvälineiden osuus kustannuksista on suhteellisen pieni. Painehaavapotilaan keskimääräinen hoitoaika on yli kaksinkertainen verrattuna haavattoman potilaan hoitoaikaan. (Juutilainen 2005; Soppi 2010.)

Vuonna 2007 Suomessa arvioitiin olevan 21 000 - 24 000 painehaavapotilasta (EPUAP asteet 2 - 4). Samana vuonna Isossa-Britanniassa arvioitiin painehaavojen keskimääräisiksi kustannuksiksi 1 489 € (1-aste), 6 162 € (2-aste), 10 238 € (3-aste) ja 14 771 € neljännen asteen painehaavassa. Kustannukset ovat samaa luokkaa suomalaisissa arvioissa. Suomessa yhden painehaavapotilaan hoidon kustannukset ovat vuodessa noin 6 800 € (2007). Samalla keskimääräisellä hinnalla laskettuna painehaavapotilaiden hoidon kustannukset ovat vuodessa 143 - 163 miljoonaa euroa, nykyisin niiden on arveltu olevan jo noin 200 miljoonaa euroa. Terveystieteiden kokonaiskustannuksista painehaavojen aiheuttamat kustannukset ovat arviolta 2 – 4 %. (Iivanainen & Seppänen 2007; Franks 2007; Soppi 2010.)

Yksittäiselle potilaalle painehaavat aiheuttavat inhimillisen kärsimyksen lisäksi elämänlaadun heikkenemistä. Painehaavat ovat kivuliaita, helposti uusiutuvia ja niiden hoito on vaativaa. Niihin liittyviä vakavia komplikaatioita ovat mm. haavainfektiot ja sepsis. Painehaavat rajoittavat potilaan jokapäiväisen elämän toimintoja ja sosiaalista kanssakäymistä. (Eriksson, Lepistö, Hietanen & Juutilainen 2003; Soppi 2010.)

Suomessa yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan kasvavan nykyisestä 17 prosentista 27 prosenttiin vuoteen 2040 ja 29 prosenttiin 2060 mennessä. Tämä tarkoittaa, että yli 65-vuotiaiden määrä lähes kaksinkertaistuu nykyisestä 905 000:sta 1,79 miljoonaan vuoteen 2060 mennessä. (Tilastokeskus 2009.) Väestön ikääntymisen vuoksi on erittäin

todennäköistä, että painehaavojen esiintyvyys lisääntyy tulevina vuosina huomattavasti (Soppi 2010).

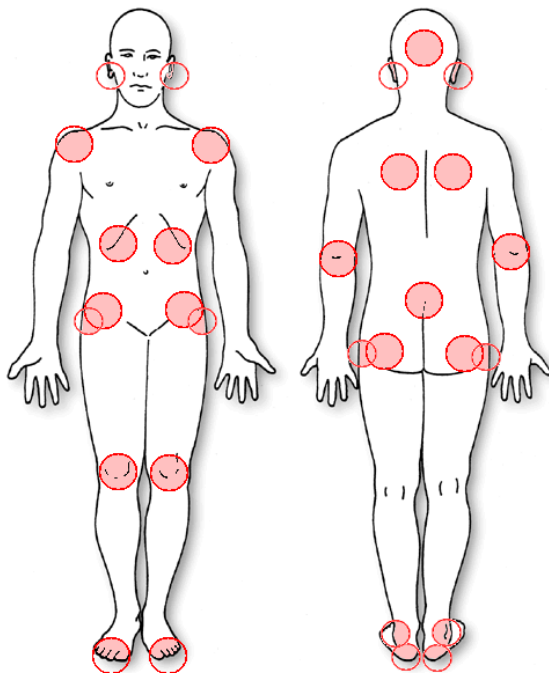
Painehaavojen ennaltaehkäisy kuuluu jokapäiväiseen hoitotyöhön. Onnistunut ennaltaehkäisy vaatii painehaavojen syntymekanismien, riskitekijöiden ja ennaltaehkäisyn keinojen tuntemista sekä tietoisia ponnisteluja ja asian jatkuvaa esillä oloa. Painehaavojen ennaltaehkäisy on mahdollista, ja se on kaikin puolin kannattavampaa kuin jo syntyneen haavan hoito. (Lepistö 2004; Pukki 2006; Hietanen 2005.) Tulevaisuudessa kroonisia haavoja sairastavia potilaita on yhä enemmän, ja rajatut resurssit edellyttävät niin rahan kuin hoitohenkilökunnan määränkin suhteen laadukasta ja tehokasta toimintaa. (Eronen & Kinnunen 2009).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata painehaavojen ennaltaehkäisyä hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tarkoituksena on kuvata painehaavojen ennaltaehkäisyn menetelmien käyttöä sekä hoitajien arvioita painehaavojen ennaltaehkäisyn tärkeydestä ja omasta ammattitaidostaan. Tarkoituksena on lisäksi tuoda esille hoitajien näkemys painehaavoja ennaltaehkäisevän työn nykytilasta sekä siihen liittyviä kehittämistarpeita. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa käytäntöön hoitotyön kehittämistä varten sekä kiinnittää huomiota painehaavojen ennaltaehkäisyn tärkeyteen. Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin perusterveydenhuollon kolmen geriatrian ja yleislääketieteen osaston hoitohenkilökunta. Valitsin opinnäytetyöni aiheeksi painehaavojen ennaltaehkäisyn, sillä aihe on mielenkiintoinen, opettavainen, aina ajankohtainen ja merkittävä tulevan työni kannalta.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys sisältää perustietoa painehaavoista, niiden luokituksista, painehaavojen kehittymisestä ja yleisimmistä riskitekijöistä sekä riskiluokitusmittareista. Painehaavojen ennaltaehkäisyn osalta käsitellään hoitotyön menetelmiä, kuten riskinarviointia, asentohoitoa, painetta alentavia välineitä, hygieniaa ja ihon hoitoa, ravitsemusta, opetusta ja ohjausta, kirjaamista sekä ammattitaitoa ja sen kehittämistä.

2 PAINEHAAVA

Painehaavalla (pressure ulcer, pressure sore) tarkoitetaan ihon tai ihonalaiskudoksen paikallista vauriota, jonka on aiheuttanut paine, venyntyminen tai hankaus tai näiden tekijöiden yhdistelmä. Mukana on myös joukko myötävaikuttavia tai harhauttavia tekijöitä, joiden merkitystä haavan synnyssä ei ole vielä täysin selvitetty. (EPUAP & NPUAP 2009; Soppi 2010.) Painehaavat syntyvät tavallisimmin sellaisille ihoalueille, joissa luu painaa ihoa ja estää sen normaalia verenkiertoa. Tavallisimpia painehaavojen syntyalueita ovat lonkat, ristiselkä, kantapäät ja kehräsluut sekä kyynärpäät ja lapaluiden kärkiosat (Huovinen 2009.) Painehaavojen yleisimmät esiintymisaluet on esitelty kuviossa 1.



KUVIO 1. Painehaavojen yleisimmät esiintymisaluet (EPUAP 2006)

2.1 Painehaavaluokitus

Painehaavaluokitusten (pressure ulcer classification) pyrkimyksenä on auttaa tunnistamaan painehaava ja sen vaikeusaste. Luokitukset ilmaistaan numeerisina lukuina niin, että pienin luku ilmaisee pinnallisinta ihon vauriota ja suurin luku syvintä vauriota kudoksessa.

Syvyysaste määräytyy siitä, mihin asti painehaava kudoksessa ulottuu. (Hietanen 2004.) Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto (EPUAP) ja Yhdysvaltain kansallinen painehaava-asiantuntijaneuvosto (NPUAP) ovat julkaisseet yhteiset kansainväliset painehaavaluokitukset (2009. liite 1). Luokitus jakaa painehaavat asteisiin I - IV sekä kohtiin ”luokittelematon” ja ”epäily syvästä kudostuhosta”, jotka Euroopassa sisällytetään kuitenkin asteeseen IV.

Ensimmäisen asteen painehaavassa iho on ehjä mutta punoittaa. Punoitus ei häviä iholta 30 minuutin kuluessa paineenpoiston/asennonvaihdon jälkeen. Toisen asteen painehaavassa ihossa on pinnallinen haava tai rakkula. Haava ulottuu epidermikseen ja/tai dermikseen mutta ei sen läpi. Kolmannessa asteessa haava ulottuu ihonalaiseen kudokseen ja voi olla nekroottinen. Neljännen asteen painehaavassa haava ulottuu ihonalaisiin kudoksiin, lihakseen, luuhun tai jännteisiin. (EPUAP & NPUAP 2009.)

Painehaavojen luokittelun avulla hoitotyön kirjaaminen yhtenäistyy ja selkeytyy, ja sen avulla voidaan arvioida hoidon tehokkuutta. Muita menetelmiä painehaavojen tilan määrittämiseksi haavaluokitusten lisäksi ovat väriluokitus (RYB, VPK-M), haavan koon ääriiviivojen mittaus sekä valokuvaaminen. Myös haavan kliiniset oireet (mm. haju, erityys) sekä potilaan yleistila ja tuntemukset tulee aina ottaa huomioon paranemista arvioitaessa ja hoitoa suunniteltaessa. (Hietanen 2004; Pukki 2006.)

2.2 Painehaavan kehittyminen ja riskitekijät

Painehaavoille altistavia riskitekijöitä on kirjallisuudessa lueteltu paljon. Yleisimmät ja eniten raportoidut ovat paine, liikkumattomuus, korkea ikä, vajaaravitsemus, ihon pitkittynyt kosteus ja inkontinenssi, heikentynyt yleiskunto, alentunut tietoisuuden tai tajunnan taso sekä perussairaudet ja toimenpiteet. Painehaavan kehittymiseen vaikuttavat sekä haavalle altistavat ulkoiset tekijät kuin myös potilaaseen liittyvät sisäiset tekijät. (Lepistö 2004; Hietanen, Iivanainen, Seppälä & Juutilainen 2005; Hokkanen 2000.)

Painehaavan syntymekanismeista tärkeimpänä on pidetty **painetta**, joka syntyy alustan ja luu-ulokkeen väliin. On arveltu, että kun ihoon ja ihonalaiskudoksiin kohdistuva paine on tarpeeksi suuri ja pitkittynyt, kapillaarit painuvat kokoon, kapillaariverenkierto estyy ja seuraa kudosiskemia, joka lopulta johtaa kudosnekroosiin ja painehaavan kehittymiseen.

(Soppi 2010.) Pinnalla oleva iho sietää pitkittynyttä paineennousua paremmin kuin syvällä oleva kudus, joten todellisuudessa pieneltä näyttävä haava saattaa olla seurausta suuremmasta kudostuhosta (Hietanen ym. 2005).

Suurimmassa painehaavariskissä ovat potilaat, joiden **liikuntakyky** on tilapäisesti tai pysyvästi alentunut tai jotka ovat kokonaan liikuntakyvyttömiä. Myös osittainen tai täydellinen tuntu puutos ja/tai kommunikaatiovaikeudet ja tajunnan tason aleneminen lisäävät riskiä painehaavan kehittymiselle. Liikkumattomuus ja alentunut tajunnan taso voi johtua esimerkiksi akuutista vammautumisesta, perussairaudesta, tuntohäiriöstä, psyykkisistä tekijöistä, voimakkaasta lääkityksestä tai heikentyneestä yleiskunnosta. Näiden tekijöiden mukaan suurimmassa riskissä ovat erilaiset halvauspotilaat, lonkkamurtumapotilaat, tehohoitoa vaativat potilaat sekä terminaalivaiheen potilaat. (Lepistö 2004; Heikkinen 1999; Hokkanen 2000.)

Ikääntyminen lisää riskiä painehaavan kehittymiselle. Ikääntymiseen liittyy ihon rakenteellisia muutoksia, joita ovat mm. verisuonien määrän väheneminen, talirauhasten määrän väheneminen sekä talin koostumuksen muuttuminen, ihon vesipitoisuuden ja kimmoisuuden väheneminen sekä hermopäätteiden määrän väheneminen. Nämä saavat aikaan sen, että kudosten verenkierto ja ravintoaineiden saanti heikkenee, iho kuivuu ja haurastuu sekä tuntoaisti heikkenee. Ihon rakenteellisten muutosten seurauksena ikääntyneen iho on usein haurasta ja siihen tulee helposti pinnallisia vaurioita. Myös muut rakenteelliset muutokset, kuten lihasten atrofioiduminen sekä lonkkien ja polvien lievätkin liikerajoitukset, voivat johtaa siihen, että lantion ja jalkaterien alueella syntyy herkästi paikallisia ylikuormituksia makuulla oltaessa. (Hietanen ym. 2005.)

Eräät **sairaudet**, kuten diabetes, erilaiset tuntu puutokset ja halvaukset, verisuonisairaudet, imeytymishäiriöt, dementia ja anemia, on yhdistetty riskiin saada painehaava. Ikääntymiseen liittyvä sairastavuuden lisääntyminen ja vitaalielintoimintojen heikkeneminen ovat syynä sille, että yli 70 % painehaavoista syntyy yli 65-vuotiaille. (Hietanen ym. 2005.; Heikkinen 1999, Hokkanen 2000.)

Vajaaravitsemusta on pidetty yhtenä painehaavojen riskitekijöistä erityisesti ikääntyneillä (Soppi 2010). Huono ravitsemustila ja riittämätön nesteytys saattavat lisätä kudosten alttiutta ulkoisten tekijöiden, kuten paineen, vaikutuksille (EPUAP 2004). Vajaaravitsemuksen myötä proteiini- ja suojaravintoaineiden puute vaikuttaa kudosten rakenteeseen, uusiutumiseen sekä verenkierron riittävyteen. Seerumin alhaiset

albumiiniarvot ovat merkkejä vajaaravitsemuksesta, ja useissa tutkimuksissa on osoitettu alhaisten albumiiniarvojen ja painehaavojen muodostumisen yhteys. Kivennäisaineista sinkkiä tarvitaan solujen rakennusaineena, ja se vaikuttaa erityisesti haavan paranemiseen. Rautaa tarvitaan punasolujen hemoglobiiniin muodostukseen, ja raudan puute vähentää hapen siirtymistä kudoksiin. Myös B12-vitamiini ja foolihappo osallistuvat punasolujen ja hemoglobiiniin muodostukseen, minkä takia niiden puute johtaa anemiaan. Anemia ja alhainen hemoglobiinipitoisuus on liitetty painehaavojen syntyyn. Lisäksi mm. C-vitamiinin puute aiheuttaa kapillaarien haurautta ja saattaa heikentää elimistön inflammatorista vastetta ja lisätä siten infektioriskiä. Tutkimuksissa on todettu, että painehaavapotilailla on usein alhaiset seerumin proteiiniarvot sekä sinkin ja askorbiinihapon vajausta. Myös ylipaino vaikuttaa suurentavasti painehaavariskiin, sillä rasvakudoksen huono verenkierto vähentää kudosten hapensaantia ja suuri massa altistaa paineelle. (Hietanen ym. 2005; Mustajoki 2009.)

Ihon liiallinen kosteus erityisesti virtsa- tai ulosteinkontinenssissa on yhdistetty painehaavojen kehittymiseen. Kosteudella voi olla myös muita lähteitä, kuten hikoilu, sylki/lima tai erityis haavoista. Liiallisen kosteuden seurauksena iho maseroituu (vettyy, hautuu), mikä puolestaan altistaa ihoärsytykselle, pinnallisille haavoille ja sieninfektioille. Kosteaa iho aiheuttaa myös kitkaa ja hankausta ihon ja alustan (mm. lakanoiden) väliin. Kitkaa ja hankausta esiintyy esimerkiksi siirrettäessä potilasta vuoteesta tai potilaan ”valuessa” istuma-asennossa. (Lepistö 2004; Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) 2005.)

Erilaisten **toimenpiteiden** ja painehaavojen kehittymisen välillä on yhteys. Tutkittaessa leikkausten aikana syntyneitä painehaavoja on todettu, että pitkiin, yli kaksi tuntia kestäviin leikkauksiin liittyvä kehon lämpötilan lasku lisää painehaavan syntymisen riskiä. Tätä havaintoa tukee myös se, että erilaisilla lämmityshoidoilla ja geelipatjoilla on pystytty vähentämään leikkauksen aikaisten painehaavojen syntyä. (Hietanen ym. 2005.) Myös muut kudosten hapensaantiin ja -tarpeeseen vaikuttavat tekijät, kuten infektiot, kuume, tupakoiminen, alhainen verenpaine ja happilisän tarve on yhdistetty painehaavoille altistaviin tekijöihin (Lepistö 2004).

Organisaatiosta johtuvia tekijöitä, kuten henkilökunnan määrää ja/tai rakennetta, virallisten tai käytössä olevien sairaansijojen määrää sekä painehaavojen ennaltaehkäisyyn apuvälineitä tai hoitokäytäntöjä yhdistetään kirjallisuudessa harvemmin painehaavojen

riskitekijöihin ja syntymiseen. Tutkimuksissa on kuitenkin tullut esiin, että painehaavojen tehokasta ennaltaehkäisyä estävät puutteelliset resurssit, esimerkiksi puute ajasta, henkilökunnasta tai välineistä, ja nämä asiat ovat suoraan yhteydessä painehaavojen esiintyvyyteen. (Lepistö 2004; Eronen & Kinnunen 2009.)

2.3 Riskiluokitusmittarit

Painehaavojen ennaltaehkäisyssä lähtökohta on riskipotilaiden tunnistaminen. Riskin arvioinnin tarkoituksena on tunnistaa painehaavoille alttiit potilaat. Riskiä voidaan arvioida numeerisella työkalulla, joka pisteyttää painehaavan kehittymisen suhteen merkittäviä tekijöitä tai potilaan ominaisuuksia. Riskiluokitusmittareita (risk assesment scale) on kehitelty kymmeniä, joista kliiniseen työhön suositeltavat mittarit ovat validoituja. Tunnetuimmat, käytetyimmät ja eniten testatut mittarit ovat Nortonin, Bradenin ja Waterlow'n asteikot. (Soppi 2010; Hietanen ym. 2005.)

Ensimmäinen tunnettu riskiluokitusmittari oli Nortonin asteikko (1962; taulukko 1). Asteikko on jaettu viiteen osa-alueeseen, joita ovat fyysinen kunto, henkinen tila, toimintakyky, liikuntakyky ja inkontinenssi. Henkistä tilaa arvioitaessa mitataan vireystasoa ja orientaatiota. Toimintakyvyllä arvioidaan kykyä suoriutua päivittäisistä toiminnoista. Liikuntakykyä arvioitaessa mitataan kykyä liikkua itsenäisesti, liikuttaa itseään vuoteessa tai istua ilman tukea. Inkontinenssilla tarkoitetaan virtsan tai ulosteen tai kummankin pidätyskyvyttömyyttä. Jokainen alue pisteytetään asteikolla 1 - 4. Enimmäispistemäärä on 20 ja minimi 5. Nortonin asteikon pisteluokitus on laskeva, eli mitä vähemmän pisteitä potilas saa, sitä suurempi on hänen riski saada painehaava. Riskirajana oli alun perin 14, mutta Norton on myöhemmin korjannut pisterajaksi 16. (Lepistö 2002; Hietanen ym. 2005.)

TAULUKKO 1. Nortonin riskiluokitusmittari (Hietanen ym. 2005)

Pisteet	Fyysinen kunto	Henkinen tila	Toimintakyky	Liikuntakyky	Inkontinenssi
4	Hyvä	Vireä	Täysin omatoiminen	Liikkuu päivittäin itsenäisesti useita kertoja	Ei esiinny. kestokatetri, cystofix
3	Kohtalainen	Apaattinen, masentunut	Hieman rajoittunut, syö ja juo itse autettuna. Puudutteet (epiduraali tai plexuspuudute)	Liikkuu talutettuna tai apuvälineiden avulla. Pystyy siirtymään vuoteesta. Tilapäisesti vuodepotilas	Satunnaisesti, kertakatetrointi, vatsan toimituspäivä
2	Heikko	Sekava, deliriumissa	Hyvin rajoittunut. Syötettävä ja juotettava	Istumakyykyinen, tarvitsee apua istumaan siirtymisessä, tuettava istumaan	Vaipat, urinaalikondomi, uloste saattaa valua ajoittain
1	Hyvin huono	Tylsistynyt, ei saa kontaktia, tajuton, hengityskoneessa	Täysin autettava, ei noudata kehoituksia	Liikuntakyvytön, ei kykene muuttamaan asentoa. Vuodepotilas	Virtsan tai ulosteen inkontinenssi

Alkuperäistä Nortonin asteikkoa on kritisoitu siitä, että siitä puuttuu muun muassa ravitsemuksellisen tilan huomioon ottaminen painehaavojen riskitekijänä. Ek on tutkinut ja testannut Nortonin mittaria ja tehnyt siihen muutoksia ravinnon ja nesteiden saannin osalta. Hän käyttää tutkimastaan mittarista nimeä Modifioitu (muunneltu) Nortonin asteikko (1987). Muunnellussa Nortonin asteikossa on seitsemän osa-alueita: henkinen tila, aktiivisuus, liikuntakyky, ravitsemus, nesteytys, inkontinenssi ja yleinen fyysinen kunto. Pisteytys lasketaan samalla periaatteella kuin alkuperäisessä Nortonin asteikossakin, ja enimmäispistemäärä on 28. 21 pistettä tai vähemmän merkitsee riskiä saada painehaava. (Lindgren, Unosson, Kranz & Ek 2002; Lepistö 2002; Hokkanen 2000.)

Bradenin asteikko kehitettiin vuonna 1987, ja sen on katsottu olevan yleisimmin käytössä oleva ja sairaalapotilailla parhaiten toimiva riskiluokitusmittari. Bradenin asteikko koostuu kuudesta osa-alueesta, joita ovat tuntoaisti, ihon kosteus, aktiivisuus, liikkuminen, ravitsemus sekä kudosten venyntyminen ja hankautuminen. Viidessä ensin mainitussa alueessa on neljä potilaan tilaa kuvaavaa alaluokkaa ja kuudennessa kolme. Pistemäärä on enintään 23 ja vähintään 6. Mitä vähemmän pisteitä potilas saa, sen suurempi on hänen

riskinsä saada painehaava. Riskirajana on pidetty 15-18 osaston luonteen mukaan. Joissakin Bradenin asteikoissa pisteytykset on eritelty myös sanallisesti erityisen korkean (6 - 9), korkean (10 - 12), keskisuuren (13 - 14), matalan (15 - 18) tai ei ollenkaan riskiä (19 - 23) mukaan. (Soppi 2009; Hokkanen 2000.) Bradenin asteikko on esitelty liitteessä 2.

Waterlow'n asteikko (1985) muodostuu kahdeksasta osa-alueesta, jotka jakautuvat edelleen pienempiin osiin. Näitä ovat painoindeksi, kuormituskohdan ihon kuvailu, ikä, sukupuoli, ruokahalu, pidätyskyky, liikkuminen sekä erityistekijät, kuten kudosten huono ravitsemuksellinen tila, neurologiset muutokset, kirurginen leikkaus tai trauma sekä lääkitys. Waterlow'n asteikossa korkea pistemäärä kuvastaa suurta painehaavariskiä, toisin kuin Nortonin ja Bradenin asteikoissa. (Hietanen ym. 2005; Hokkanen 2000; Waterlow 2005.)

Riskin arviointi tulisi tehdä potilaalle heti sairaalaan tullessa tai viimeistään kolmen vuorokauden kuluessa. Yleensä painehaava kehittyy kahden ensimmäisen hoitoviikon aikana, mutta voi ilmaantua hyvinkin nopeasti, esimerkiksi leikkauksen tai kuljetuksen aikana. Riskinarvioinnin tulee olla jatkuvaa ja säännöllistä, mutta yleisesti arviointi toistetaan aina potilaan tilanteen muuttuessa. (Hietanen ym. 2005; RNAO 2005; Soppi 2010.) Riskiluokituksista saadut tulokset kirjataan potilaan hoitosuunnitelmaan, ja niiden perusteella laaditaan yksilölliset ennaltaehkäisyn tavoitteet ja toimenpiteet (Lavikka, Oulasvirta, Mattila & Rekola 2009).

Riskiluokitusmittarit on todettu hyödyllisiksi apuvälineiksi painehaavariskiä arvioitaessa. Tutkimusten perusteella ei voida kuitenkaan varmuudella sanoa, että jonkin riskiluokitusmittarin käyttö vähentäisi painehaavojen ilmaantuvuutta terveydenhuollossa (Pancorbo-Hidalgo, Garcia-Fernandez, Lopez-Medina & Alvarez-Nieto 2006). On kuitenkin todennäköistä, että ottamalla käyttöön jokin riskiluokitus painehaavojen ilmaantuvuus vähenee, koska asiaan kiinnitetään huomiota. Riskiluokitus on myös erinomainen koulutuksen apuväline (Lepistö 2002).

Edellä mainittujen riskiluokitusmittareiden lisäksi potilaan painehaavariskiä voidaan arvioida myös laajapohjaisilla asiakkaan seuranta- ja arviointijärjestelmillä, joista ehkä yleisimmin tunnettu on RAI-järjestelmä (Resident Assessment Instrument). Järjestelmä sisältää useita eri toimintoja käsitteleviä osa-alueita. Kehon toimintojen osalta arvioidaan mm. potilaan aistitoimintoja, ihon kuntoa, kipua, mielialaa, ravitsemustilaa, sairauksia, tapaturma-alttiutta sekä muistia ja muuta kognitiota. Ihon kunnon osalta tarkastellaan

tarkemmin haavaumien esiintyvyyttä, haava tyyppiä ja haavan astetta sekä ihon/haavan hoitomenetelmiä. RAI-arvioinnissa on myös suoritukseen ja osallistumisiin liittyviä mittauksia, joissa tarkastellaan mm. potilaan apuvälineiden tarvetta, kykyä ilmaista itseään, kykyä selviytyä päivittäisistä toiminnoista, yksinäisyyttä sekä voimavaroja. (Noro, Finne-Soveri, Björkgren & Vähäkangas 2005; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

3 HOITOTYÖN MENETELMÄT PAINEHAAVOJEN ENNALTAEHKÄISYSSÄ

Painehaavat ovat kivuliaita, huonontavat elämänlaatua, lisäävät infektioalttiutta, kuolemanvaaraa, hoitohenkilökunnan työtaakkaa sekä aiheuttavat huomattavia kustannuksia (Soppi 2010). Onnistunut ennaltaehkäisy vaatii painehaavojen syntymekanismien, riskitekijöiden ja ennaltaehkäisykeinojen tuntemista sekä tietoisia ponnisteluja ja asian jatkuvaa esillä oloa. Painehaavojen ennaltaehkäisy on mahdollista, ja sen on kaikin puolin kannattavampaa kuin jo syntyneen haavan hoito. (Lepistö 2004; Pukki 2006.) Painehaavojen ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen ovat hoitotyön toiminnan lähtökohtia (Eronen & Kinnunen 2009).

3.1 Riskinarviointi

Ensimmäinen ja ehkäpä tärkein keino painehaavojen ennaltaehkäisyssä on riskipotilaiden tunnistaminen (Lepistö 2004). Riskipotilaiden tunnistaminen tapahtuu hoitajan tekemän kliinisen arvion perusteella sekä validoituja riskiluokitusmittareita ja ravitsemustilaa kuvaavia mittareita apuna käyttämällä. Kliiniseen arvioon kuuluu subjektiivinen ja objektiivinen arvio mm. yleiskunnosta, terveydentilasta, liikuntakyvystä, ihosta, kosteuden ja inkontinenssin esiintyvyydestä, ravitsemustilasta sekä kivusta. Myös lääkitys sekä aikaisemmat sairaudet/toimenpiteet, joilla voi olla yhteys painehaavojen syntyyn, tai aikaisempi painehaava tulee huomioida. (Hietanen ym. 2005; Stechmiller ym. 2008.)

Nyqvist (2005) on tehnyt painehaavojen ennaltaehkäisyä koskevan pienen tutkimuksen tämän tutkimuksen kohdeosastoille vuosina 2003 - 2004. Tutkimuksessa kartoitettiin riskipotilaiden määrää sekä apuvälineitä. Tutkimuksessa riskipotilaiden tunnistuksen apuna käytettiin riskiluokitusmittaria. Potilaiden painehaavariskiä kartoitettiin useilla mittauksilla muunnellun Nortonin asteikon avulla. Tuloksista ilmeni, että potilaiden keskimääräiset riskiluokituksista saadut pisteet olivat väliltä 18,83 - 21,5. Tarkasteltaessa pelkästään pitkäaikaispotilaiden pisteitä olivat ne keskimäärin 15,43 - 18,43. Lyhytaikaisten potilaiden pisteet olivat keskimäärin 20,84 - 25,82. Muunnellussa Nortonin asteikossa 21 pistettä tai vähemmän tarkoittaa kohonnutta riskiä. Voidaan siis todeta, että vuosina 2003 - 2004 keskimääräiset pisteet olivat kohonneen painehaavariskin rajoilla ja lähes kaikki pitkäaikaispotilaat kuuluivat riskiryhmään. Voidaan olettaa, että tämä tieto pätee edelleen,

sillä ikääntyneiden ja yhä enemmän avuntarpeessa olevien potilaiden määrän odotetaan vain kasvavan lähivuosina.

3.2 Asentohoito ja painetta alentavat välineet

Paineen tiedetään olevan ensisijainen syy painehaavojen syntyyn. Tämän takia juuri paineen (kuormituksen) poistaminen kudokselta tulee olla tärkein painehaavojen ehkäisymenetelmä. Asentohoidolla sekä painetta alentavilla apuvälineillä voidaan saada aikaan täydellinen paineenpoisto tai paineen väheneminen kuormitusalueelta. Vuodepotilaan asennon vaihtamista suositellaan noin 2 tunnin välein riippuen potilaan painehaavariskistä sekä käytössä olevasta alustasta. Liikuntakyvytön potilas tuetaan noin 30 asteen kylkiasentoon esimerkiksi tyynyjen tai vaahtomuovikiilojen avulla. 30 asteen kylkiasennossa paine lantion alueella jakaantuu mahdollisimman leveälle, ja tyynyillä estetään luu-ulokekohtien joutumista suoraan kosketukseen toisiansa vasten. Asentoja, jotka lisäävät paineen kohdistumista tietyille alueille, kuten 90 asteen kylkiasento tai puoli-istuva asento, tulee välttää. Kantapäitä suojaavia apuvälineitä, kuten tyynyjä, voidaan käyttää kantapäiden kuormituksen poistamiseksi. (Hietanen ym. 2005; EPUAP 2009.)

Mikäli potilaalla on riski saada painehaava istumisen aikana, tulisi hänellä olla myös istuimessa painetta alentava istuintyyny. Suositusten mukaan yhtäjaksoisen istumisen ei tulisi kestää kahta tuntia pidempään. Mikäli potilas kykenee, tulisi häntä ohjata vaihtamaan asennon painopistettä säännöllisin väliajoin. Potilassiirroissa ja asentohoidossa tulee käyttää siirron apuvälineitä, kuten nosto- tai siirtolakanaa, siirtolevyjä sekä nostolaitteita, kuten myös oikeaa siirtotekniikkaa. Näillä voidaan ehkäistä väriin siirtotapojen, kuten vetämisen ja työntämisen, aiheuttamaa ihon hankautumista ja venyttymistä. Ennen yleisestikin käytössä olleiden rengastyynyjen ja donitsien käyttöä ei enää suositella painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Rengastyyny aiheuttaa ihon painumisen renkaan keskiosaan, joka aiheuttaa painetta ja heikentää pintaverenkiertoa renkaan keskiosassa olevissa kudoksissa. (RNAO 2005; EPUAP 2009; Hietanen ym. 2005.)

Kudokseen kohdistuvaa painetta alentavia makuualustoja, petauspatjoja, patjoja ja integroituja sänkykokonaisuuksia on olemassa lukuisia, sekä staattisia että dynaamisia (Soppi 2010). Staattisessa patjassa ominaisuudet eivät muutu minkään syklin, potilaan painon tai asennon mukaan aktiivisesti. Staattisia patjoja ovat esimerkiksi

polyuretaanivaahтомуovipatjat, viskoelastiset patjat, vesipatjat, geelipatjat sekä ilmapatjat joissa ei ole itsetoimivaa pumppua. Staattiset patjat soveltuvat keski- ja matalan riskin potilaille, jos potilaat pystyvät itse jonkin verran muuttamaan asentoaan tai säännölliset asennonvaihdot voidaan toteuttaa ympärivuorokautisesti. Dynaamisessa patjassa ominaisuudet (esim. paine, pintapainejakauma, uppouma) muuttuvat asetetun syklin, potilaan painon ja/tai asennon mukaan aktiivisesti. Dynaamisissa patjoissa on useita ilmatäytteisiä kennoja, joiden ilmamäärää säätelee ilmapumppu. Dynaamiset patjat soveltuvat korkean- ja erittäin korkean riskin potilaille. Dynaamiset patjat mahdollistavat potilaan asennon vaihtamisen harvemmin kuin staattisia patjoja käytettäessä. (Mediteam 2009; Hietanen ym. 2005.)

Nyqvist (2005) kartoitti tutkimuksessaan tämän tutkimuksen kolmen kohdeosaston apuvälineitä ja apuvälineiden määrää vuosina 2003 - 2004. Osastoilla oli tutkimusaikana keskimäärin 39 potilasta, ja heistä riskipotilaita oli jopa 50 %. Osastoittain tarkasteltaessa pitkäaikaispotilaita oli 9 - 23. Apuvälineiden inventaariosta selvisi, että jokaisella osastolla oli painehaavapatjoja 12 kpl, eli määrä oli epäsuhtainen verrattuna riskipotilaiden määrään.

3.3 Hygienia ja ihon hoito

Ihon kunnon tarkkailu ja arviointi kuuluvat päivittäiseen hoitotyöhön ja painehaavojen ennaltaehkäisyyn. Ihon kunnossa tarkkaillaan mahdollisia muutoksia, kuten punoitusta, kuivuutta, halkeamia, kovettumia, liiallista kosteutta, lämpötilaeroja, kudosturvotusta, painaumuksia sekä hankaumuksia ja/tai nirhaumuksia. Ihon kunnon tarkkailua ja arviointia tulee tehdä säännöllisesti. Arviointia voidaan suorittaa esimerkiksi päivittäisten hoitotoimenpiteiden, kuten suihkutuksen tai vuodepesujen yhteydessä. Painehaavojen ennaltaehkäisemiseksi ihon kunto tulee saada mahdollisimman hyväksi. Kuivaa ihoa rasvataan säännöllisesti. Jos potilaan iho punoittaa, laitetaan rasvaa kevyesti taputtelemalla. Haavakalvo tai ohut hydrokolloidilevy suojaa luu-ulokkeiden ihoa venyttymiseltä ja kitkalta. Punoittavaa ihoaluetta ei saa hieroa, sillä hierominen saattaa aiheuttaa painetta ja kitkaa ihon ja luun välillä ja aiheuttaa kudosturvotusta ja helposti myös rakkulamuodostusta. (Stechmiller ym. 2008; Hietanen ym. 2005.)

Ihon liiallisen kosteuden tunnistaminen ja poistaminen on tärkeää painehaavojen ennaltaehkäisyn kannalta. Virtsa- ja/tai ulosteinkontinenssista tai haava- ja

dreenierityksestä johtuvaa ihon toistuvaa kostumista ja siitä seuraavaa ihon ärtymistä ja hautumista voidaan ehkäistä ihon säännöllisellä puhdistamisella, kuivaamisella sekä erilaisilla inkontinenssituotteilla (vaipat, siteet, vuoteensuojat, imevät haavataitokset). Saatavilla on myös ihon pinnalle suihkutettavia tai pyyhittäviä tuotteita, jotka muodostavat eritettä läpäisevän kalvon. Mikäli ristiselän tai pakaroiden iho on pahasti hautunut tai iho on rikki, suositellaan kestopakettien laittamista tilapäisesti. Kun iho on kostea liiallisesta hikoilusta, suositellaan vaatteiden ja vuodevaatteiden toistuvaa vaihtamista. Vuodepotilaan lakanat kiristetään asennonvaihdon jälkeen, jotta lakanan laskokset eivät aiheuttaisi painaumuksia iholle. (RNAO 2005; Iivanainen & Syväoja 2008.)

3.4 Ravitsemus

Ikääntyneillä ravitsemustila, ruokailu ja ravinnonsaanti ovat kiinteästi yhteydessä terveydentilaan ja toimintakykyyn. Toimintakyvyn heikkeneminen sekä sairastaminen liittyvät vahvasti ravitsemustilan heikkenemiseen. Heikentyneen ravitsemustilan ja vajaaravitsemuksen on todettu liittyvän masentuneisuuteen, yksinäisyyteen, monilääkitykseen, alkoholin liikkäyttöön ja lonkkamurtumiin. Myös syömistä hankaloittavat asiat, kuten nielemisvaikeudet, hampaattomuus ja suun kuivuminen, vaikeuttavat syömistä ja siten altistavat vajaaravitsemukselle. Ikääntyneillä tulee ottaa huomioon myös muut tahatonta laihtumista aiheuttavat sairaudet, kuten erilaiset ruuansulatuskanavan ongelmat, hypertyreoosi, hyperglykemia tai syöpä. Erityisen suuressa vajaaravitsemusriskissä ovat ne ikääntyneet, jotka ovat riippuvaisia toisten avusta. Tutkimusten mukaan iäkkäiden laitoksissa asuvien ihmisten ravitsemustila on usein heikentynyt. Esille on tullut myös, että sairaaloissa ei aina kiinnitetä tarpeeksi huomiota ravitsemukseen yhtenä hoidon osa-alueena. Ravitsemustilan onkin usein todettu heikkenevän sairaalahoidon aikana. (Suominen ym. 2009.)

Potilaan ravitsemustila ja mahdollinen vajaaravitsemus tulisi selvittää ja dokumentoida heti sairaalahoidon alussa, yhdessä painehaavariskin kanssa. Ravitsemustilaa voidaan seuloa ja arvioida monella tavoin. Yksinkertaisia ja tunnettuja menetelmiä ovat painon, pituuden ja vyötärön ympäryksen mittaaminen sekä painoindeksin laskeminen. Hoitaja selvittää myös potilasta tai potilaan omaisia haastatteleamalla potilaan ravintotottumuksia sekä viimeaikaisia nautittuja ruoka- ja juomamääriä. Validoitujen ravitsemustilan arviointiin kehitettyjen mittareiden, kuten MNA:n (Mini Nutritional Assessment) ja MUST:n

(Malnutrition Universal Screening Tool) käyttö on lisääntynyt. Elimistön tilaa kuvaavien laboratoriotutkimusten, kuten seerumin albumiinin, hemoglobiinin ja kaliumin, määrittämisestä saattaa olla apua ravitsemustilaa ja painehaavariskiä arvioitaessa. (EPUAP 2004.)

Mikäli potilaalla todetaan vajaaravitsemus, tulee hänelle laatia yksilöllinen suunnitelma sopivasta tuki- tai lisäravinnosta. Tarvittaessa apuna voidaan käyttää myös ravitsemusterapeuttia. Hoitomenetelmiksi suositellaan runsasproteiinista ja energiatiheää ruokaa, riittävästi nesteitä sekä potilaan ruokailun tukemista. Ellei perusruokavalion parantaminen riitä, suositellaan runsaasti proteiineja sisältävien täydennysravintovalmisteiden käyttöä. Täydennysravintovalmisteista on saatavilla erityisesti haavan paranemista ja inflammatorisia prosesseja sääteleviä ravintoaineita, kuten proteiineja, arginiinia, antioksidantteja (C- ja E- vitamiinia, karotenoideja, seleeniä), B-ryhmän vitamiineja sekä sinkkiä ja rautaa. Tutkimusten mukaan proteiini- ja energialisät, arginiini, antioksidanttivaikutteiset vitamiinit ja hivenaineet näyttävät edistävän painehaavojen paranemista ja siten soveltuvat hyvin myös niiden ennaltaehkäisyyn, vaikkakaan niistä ei ole annettu selvää suositusta. Ravitsemushoidon onnistumista on seurattava arvioimalla ravitsemustilaa säännöllisesti. Arviointitiheys riippuu potilaan yleiskunnosta. (EPUAP 2004.)

3.5 Opetus ja ohjaus

Hoitotyössä opetus- ja ohjausosaaminen käsittää potilaiden ja heidän omaistensa opettamisen ja ohjaamisen terveytensä edistämiseen sekä itsehoitotaitojensa lisäämiseen. Tavoitteena on pyrkiä auttamaan potilasta ymmärtämään paremmin omaa terveydentilaansa, sairauttaan, hoitoaan ja kuntoutustaan sekä hoitamaan itseään. Ohjauksen lähtökohtana on potilaan ohjaustarpeen arviointi. Arvioinnin pohjalta laaditaan ohjaukselle tavoitteet, joiden asettelun lähtökohtana on potilas ja hänen mahdollisuutensa, tietonsa, taitonsa ja kykynsä ymmärtää ja oppia sairauteen ja hoitoon liittyviä asioita. Ohjauksen toteutumiseen ja eri ohjausmenetelmien käyttöön vaikuttaa lisäksi ohjaajan perehtyneisyys ja taidot. Opetus ja ohjaus on tavoitteellista toimintaa, joka tulee kirjata potilaan päivittäiseen hoitosuunnitelmaan. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2006; Hietanen 2005.)

Painehaavojen ennaltaehkäisyn ohjauksessa on tärkeää, että potilas ja hänen omaisensa ymmärtävät painehaavojen synnyn ja siihen vaikuttavat tekijät, samoin kuin ennaltaehkäisyn merkityksen ja siihen liittyvät menetelmät. Ohjauksen tulee sisältää tietoa mm. painehaavojen syntymekanismeista, riskitekijöistä, ihon kunnon arvioinnista ja hoidosta, painetta alentavista apuvälineistä, asentohoidosta sekä ravitsemuksesta. Hoitotyön haasteena onkin kiinnittää yhä enemmän huomiota hoitojen yhteydessä potilaan ohjaamiseen niin, että potilas ymmärtäisi oman osuutensa painehaavojen ennaltaehkäisyssä. (Hietanen ym. 2005; Eronen & Kinnunen 2009.)

3.6 Kirjaaminen

Kirjaaminen eli dokumentointi on tärkeä työväline hoitotyössä. Hyvä kirjaaminen on työväline potilaan hyvän hoidon varmistamiseksi ja todistamiseksi. Sillä varmistetaan myös hoidon jatkuvuus ja hoitohenkilökunnan oikeusturva. (Kinnunen 2007; Kassara ym. 2006.) Potilaslain (L785/1992) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Hoitotyön prosessin mukaisesti kirjaamiseen sisältyy hoidon tarpeen arviointi, hoidon tavoitteiden asettaminen, hoitotyön toimintojen (auttamismenetelmien) valitseminen, toteutuneiden hoitotyön toimintojen sekä hoidon arvioinnin kirjaaminen. (Iivanainen & Syväoja 2008.)

Karvonen ja Nousiainen (2009) tutkivat opinnäytetyössään hoitotyön kirjaamista painehaavojen tunnistamisen ja ennaltaehkäisyn osalta. Tuloksia kartoitettiin 25 potilaan hoitosuunnitelmista, päivittäisestä kirjaamisesta sekä hoitotyön yhteenvedoista. Tuloksista ilmeni, että kirjaaminen on hyvin hajanaista ja hoitajasta riippuvaista. Kuvaava kirjaaminen oli vähäistä ja usein korvattu lyhenteillä. Kirjaaminen oli toisinaan myös kaavamaista ja hoidon kannalta vähän informaatiota antavaa. Kirjaaminen näkyi usein hoitajalähtöisenä ja hoitajan tekemään hoitotyöhön painottuvana.

4 HOITAJIEN AMMATTITAITO PAINEHAAVOJEN ENNALTAEHKÄISYSSÄ

Ammattitaitoa voidaan määritellä usealla tavalla. Se kuvaa yksilöllistä ammatillista pätevyyttä, jolloin se liittyy ammatilliseen osaamiseen ja ammattiin liittyviin taitoihin. Yleisesti ammattitaitoa määritellään kvalifikaatioina, pätevyysinä ja taitoina. Siihen voidaan katsoa kuuluvan persoonallinen, sosiaalinen ja tekninen pätevyys, joihin sisältyy mm. ongelmanratkaisu-, kommunikointi- ja tiimityötaidot. Ammattitaitoon ja sen kehittämiseen vaikuttavat käytännön tarjoamat mahdollisuudet sekä yksilön tai ryhmän halu hyödyntää niitä. Ammattitaitoon sisältyy yksilön ammatillinen asiantuntijuus, joka hankitaan koulutuksen avulla ja jossa kehittyminen jatkuu työssä ja työtehtävien kautta. (Katajamäki 2010; Laakkonen 2004.)

Painehaavojen ennaltaehkäisyssä ja hoitajien ammattitaidon kehittämisessä aktiivinen koulutus ja tiedon tarjoaminen ovat avainasemassa. Koulutus on myös avaintekijä laadukkaan hoitotyön tarjoamiseksi. Painehaavoja käsittelevät julkaisut, tutkimukset ja näyttöön perustuvat suositukset ovat lisääntyneet, mutta siitä huolimatta tieto ei aina tavoita käytäntöä. (Pukki 2006; Smith & Waugh 2009.) Tutkijat ovat pohtineet, miksi uudet tutkimustulokset ja suositukset eivät tavoita riittävästi käytännön hoitotyötä. Tämän on esitetty johtuvan mm. siitä, että hoitotyössä asioita omaksutaan paljon mallioppimisen kautta. Tutkijoiden mukaan hoitajat eivät myöskään lue riittävästi tieteellisiä julkaisuja. Suomalaisilla hoitajilla on kyllä tutkimustietoa saatavilla, mutta sen käyttöä ja hyödyntämistä tulisi lisätä. Työyhteisöjen tulisi panostaa yhä enemmän tutkimustietoon ja käytännön kokemukseen pohjautuvien ohjeiden ja toimintamallien laatimiseen. (Eriksson ym. 2003; Eronen & Kinnunen 2009.)

Hoitajien ammattitaito painehaavojen ennaltaehkäisyssä on tärkeä tekijä ennaltaehkäisyn toteutumisessa. Hoitohenkilökunnan osaamiseen, motivaatioon ohjata potilaita, toimia oikeanlaisesti, käyttää apuvälineitä oikein ja tiedostaa ja tunnistaa painehaavan syntymisen uhka omassa työssään, tulee panostaa kaikilla terveyden ja sosiaalihuollon laitosten tasoilla. Hoitohenkilökunnan ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen vaikuttavat oman aktiivisuuden ja halukkuuden lisäksi myös organisaation tarjoama tuki ja koulutus. (Hietanen 2009; Eriksson ym. 2003.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata painehaavojen ennaltaehkäisyä hoitajien näkökulmasta kolmen perusterveydenhuollon geriatrian ja yleislääketieteen osastoilla. Tarkoituksena on kuvata painehaavojen ennaltaehkäisyn menetelmien käyttöä, hoitajien arviota painehaavojen ennaltaehkäisyn tärkeydestä sekä omaa ammattitaitoaan siinä. Tarkoituksena on lisäksi tuoda esille hoitajien näkemys painehaavoja ennaltaehkäisevän työn nykytilasta sekä siihen liittyviä kehittämistarpeita. Tavoitteena on tuottaa tietoa käytäntöön hoitotyön kehittämistä varten sekä kiinnittää huomiota painehaavojen ennaltaehkäisyn tärkeyteen.

Tutkimuksella haetaan vastauksia seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Miten hoitajat arvioivat painehaavojen ennaltaehkäisyn menetelmien käyttöä työyksikössään?
2. Miten hoitajat arvioivat painehaavojen ennaltaehkäisyn tärkeyttä ja omaa ammattitaitoaan siinä?
3. Mitä mieltä hoitajat ovat painehaavoja ennaltaehkäisevän työn nykytilasta työyksikössään ja miten sitä voisi kehittää?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimusmenetelmät

Tässä tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Määrällisessä tutkimuksessa on tyypillistä, että tietoa tarkastellaan numeerisesti eli tutkittavia asioita ja niiden ominaisuuksia käsitellään yleisesti kuvaillen numeroiden avulla. Määrällisessä tutkimuksessa tutkittavia asioita voidaan selittää, kuvailla, kartoittaa sekä vertailla. Tarkoituksena on antaa tutkittavista asioista perusteltua lisätietoa ja esittää asian taustalla vaikuttavia syitä. Tarkoituksena on myös tehdä tutkittu asia ymmärrettäväksi sekä osoittaa, millä tavalla esimerkiksi asenteet, käsitykset ja mielipiteet eroavat tai liittyvät toisiinsa. (Vilka 2007.)

Tutkimuksen tiedot kerättiin kyselylomakkeen avulla. Kyselylomaketutkimuksen etuna ja luotettavuutta parantavana asiana on se, että kysymys esitetään jokaiselle vastaajalle täysin samassa muodossa ja samassa järjestyksessä. Tutkija ei myöskään vaikuta läsnäolollaan, olemuksellaan tai äänenpainollaan vastauksiin, kuten esimerkiksi haastattelussa. Etuna on myös se, että vastaaja voi vastata kyselyyn silloin, kun se hänelle parhaiten sopii, ja tarkastella vastauksiaan rauhassa ilman kiirettä. Kyselylomaketutkimuksessa on myös heikkouksia. Näitä voivat olla mm. alhainen vastausprosentti, kysymysten väärinymmärtäminen sekä epäselvät vastaukset. (Valli 2001.)

Kyselylomake suunniteltiin tätä tutkimusta varten käyttämällä apuna teorian tietoa, aiempia tutkimuksia sekä näyttöön perustuvia hoitosuosituksia. Lomake koostuu erilaisista strukturoiduista kysymyksistä ja väittämistä sekä kahdesta avoimesta kysymyksestä. Väittämiä voidaan käyttää kvantitatiivisissa tutkimuksissa, edellyttäen, että ne ovat perusteltuja. Väittämien asettaminen on yleistä etenkin selittämissä ja vertailevissa tutkimuksissa. Väittämiä voidaan esittää joko suuntaa osoittavina, tilastollisina tai ns. työhypoteeseina. Suuntaa osoittavat väittämät kuvaavat positiivisen tai negatiivisen riippuvuuden tutkimuksen kohteena olevan ilmiön välillä. Tilastolliset väittämät esittävät asian niin, ettei tutkittavien ilmiöiden välillä esiinny suhdetta. Työhypoteesit esittävät tutkijan odotuksia tuloksista. Tässä tutkimuksessa käytettiin suuntaa osoittavia väittämiä sekä työhypoteeseja. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008; Vilka 2007.) Kvantitatiivissa

tutkimuksissa voidaan käyttää myös avoimia kysymyksiä. Niitä voidaan analysoida sekä tilastollisesti että laadullisesti. (Aaltola & Valli 2007.)

Kyselylomakkeen kysymyksissä 1 - 6 tarkastellaan taustamuuttujia, kuten osastoa, jolla vastaaja työskentelee, ammatillista koulutusta sekä ikää. Kysymykset 7 ja 8 mittaavat hoitajien kokemaa ammattitaidon riittävyyttä painehaavojen ennaltaehkäisyssä sekä ennaltaehkäisyn tärkeyttä hoitotyön eri osa-alueilla. Näissä kysymyksissä vastausvaihtoehtoina käytettiin neliportaista riittävyys- ja tärkeysasteikkoa, jossa vastaukset valittiin väittämien ”riittävästi – ei lainkaan riittävästi” ja ”tärkeää – ei tärkeää” väliltä. Kysymys 9 sisälsi 21 erilaista väittämää mm. painehaavojen ennaltaehkäisyn menetelmien käytöstä sekä ennaltaehkäisyn toteutumisesta. Kysymyksessä 9 vastausvaihtoehtoina käytettiin viisiportaista Likertin asteikkoa. Vastaukset valittiin väittämien ”täysin samaa mieltä – ei lainkaan samaa mieltä” väliltä. Mukaan otettiin myös neutraaliluokka ”en osaa sanoa”, jolla suljettiin pois pakkovastaamisen ongelma. Kysymykset 10 - 14 käsittelevät yksittäisiä asioita mm. riskiluokitusmittarista, dokumentoinnista, riskipotilaiden tunnistuksesta sekä ennaltaehkäisyn toteutumisesta eri työvuoroissa. Kysymyksessä 16 pyydettiin hoitajia antamaan yleisarvosana (1 - 10) osastonsa toteuttamasta ennaltaehkäisystä. Kysymykset 15 ja 17 ovat avoimia kysymyksiä, jotka koskevat ennaltaehkäisyn kehittämistarpeita. Taulukossa 2 on esitetty millä kysymyksillä haettiin vastauksia kuhunkin tutkimusongelmaan.

TAULUKKO 2. Tutkimusongelmat ja niihin vastauksia hakevat kysymykset

Tutkimusongelma	Kysymys
1	9./ 1, 2, 3, 4, 14, 22, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 10. 11. 12. 13.
2	7. 8. 9./ 6, 10, 11, 12
3	9./ 5, 7, 8, 9, 14. 15. 16. 17.

Kyselylomake laadittiin sekä suomen että ruotsin kielelle (liitteet 3 ja 4). Kysely toteutettiin kaksikielisenä sen takia, koska tutkimuksen kohdealue ja kohdejoukko on vahvasti kaksikielinen. Myös tutkimuksen luotettavuus paranee, kun vastaajat voivat vastata omalla äidinkielellään. Kyselylomake pyrittiin rakentamaan sellaiseen muotoon, että kysymykset ovat helposti ymmärrettäviä ja kysymysten asettelu on selkeä. Myös ruotsin kielelle käännettyssä versiossa huolehdittiin, että käsitteiden merkitys pysyi samana. Aaltola ja Valli (2007) painottavat, että perusedellytyksenä vieraskielisten mittareiden kohdalla on käännöksen toimivuuden varmistaminen. Käännöksen tekijöiden tulee mieluiten hallita molemmat kielet sekä olla aihealueeseen perehtyneitä henkilöitä. Sain apua käännöstyöhön kahdelta äidinkieleltään ruotsia puhuvalta henkilöltä, ja ruotsinkielisen kyselylomakkeen tarkisti työelämäyhteyshenkilöni, joka on äidinkieleltään ruotsinkielinen.

Kyselylomake tulee aina esitellä ennen varsinaisen aineiston keräämistä. Esitelläminen tarkoittaa, että lomakkeesta tehdään koekysely. Esitelluksen tarkoituksena on varmistaa kysymysten ja ohjeiden selkeys ja ymmärrettävyys. (Vilka 2007). Kyselylomakkeen esitellös tehtiin kuudella sairaanhoitaja- ja/tai terveydenhoitajaopiskelijalla sekä kahdella sairaanhoitajalla. Esitelluksesta saatujen tulosten perusteella selkeytettiin muutamaa väittämää sekä poistettiin yksi samaa asiaa mittaava kysymys.

6.2 Tutkimusaineiston keruu ja analyysimenetelmät

Ennen kuin tutkimusta voidaan suorittaa, tarvitaan tutkimuslupa. Tutkimuslupa-anomus laadittiin kohdeorganisaation ohjeiden mukaan. Anomuksesta selvisi tutkijan henkilötiedot, tutkimuksen ohjaaja ja työelämäyhteyshenkilö, tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet, tutkimuksen kohderyhmä, tutkimusmetodi, aineistonkeruutapa sekä tutkimuksen aikataulutus. Liitteinä esitettiin tutkimussuunnitelma sekä kyselylomakkeet saatekirjeineen suomeksi ja ruotsiksi. Tutkimusluvan myönsi kohdeorganisaation hallinnollinen osastonhoitaja. Lupa myönnettiin 16.2.2010.

Aineiston keruu tapahtui kyselylomakkeella perinteisesti paperiversiona. Ennen kyselyn suorittamista olin yhteydessä jokaiseen kolmen kohdeosaston osastonhoitajaan aineiston keruumenetelmän suhteen. Kysyin heidän mielipidettään siitä, olisiko kysely hyvä suorittaa paperiversiona vai sähköisesti nettikyselynä. Kaikki kolme osastonhoitajaa olivat

sitä mieltä, että perinteisellä kyselylomakkeella tavoitetaan enemmän vastaajia. Kysely osoitettiin jokaiselle osastoilla tutkimusajankohtana työsuhteessa olevalle hoitajalle henkilökohtaisesti (n=120). Hoitajilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sairaanhoitajia, terveydenhoitajia, lähihoitajia sekä perus- ja apuhoitajia. Sain hoitajien nimilistat henkilökohtaisen kyselyn osoittamista varten kunkin osaston osastonhoitajalta tai apulaisosastonhoitajalta. Kyselyiden mukaan liitettiin saatekirje (liitteet 3 ja 4), jossa perusteltiin lyhyesti tutkimuksen merkitys, osallistumisvapaus ja luottamuksellisuus. Saatekirjeestä ilmeni myös kyselyn vastausaika, tutkimuksen julkaisuajankohta sekä tutkijan ja työelämäyhteystyöhenkilön yhteystiedot.

Tutkimusaineiston keruu tapahtui 20.5.–4.6.2010 välisenä aikana. Vastausaikaa oli 2 viikkoa. Vein kyselyt henkilökohtaisesti osastoille, ja täytetyt lomakkeet ohjattiin palauttamaan kansliassa olevaan palautuslaatikkoon. Osastoille jätettiin myös muutamia ylimääräisiä kyselylomakkeita siltä varalta, että henkilökohtaisesti osoitettu kysely ei olisi ollut vastaajan äidinkielellä. Vastausajan umpeuduttua hain henkilökohtaisesti palautuslaatikot osastoilta. Palautettuja kyselylomakkeita oli 76 kpl, ja vastausprosentti oli 63 %.

Ennen analyysivaihetta valmis tutkimusaineisto käytiin läpi yksitellen. Lomakkeista tarkistettiin mahdolliset virheellisuudet ja puuttuvat tiedot. Lomakkeissa oli myös puutteellisesti täytettyjä kohtia, mutta yhtäkään lomaketta ei hylätty tämän takia. Tulosten tarkastelussa tuon esille, mikäli kysymyksiin on jätetty vastaamatta, sekä ilmoitan kuvioissa vastaajien lukumäärän. Puuttuvia tietoja voidaan täydentää myös keskiarvotiedoilla. Aineisto analysoitiin SPSS for Windows 18.0 -tilasto-ohjelmalla. Kvantitatiivisen tutkimuksen analysoinnissa aineistosta muodostetaan muuttujia ja aineisto koodataan laaditun muuttujaluettelon mukaisesti. Tilasto-ohjelman avulla tuloksia voidaan käsitellä ja analysoida luotettavasti sekä tarkasti. (Hirsjärvi ym. 2008.) Tutkimuksesta saatuja tuloksia kuvattiin vastausmäärien ja prosenttilukujen lisäksi erilaisten graafisten pylväiden ja taulukoiden avulla. Taulukot ja kuvat muodostettiin Windowsin Excel-ohjelman avulla.

Avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysissä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Saatu aineisto hajotetaan aluksi osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan loogiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009.) Kirjasin saadut vastaukset muuttamattomana ylös, järjestelin ja

ryhmittelin vastauksia sekä kokosin ne aineistosta esille nousevien teemojen mukaan eri luokkiin. Avoimista kysymyksistä saatuja vastauksia esitettiin yhteenvetojen ja teemoittelun lisäksi myös suorina lainauksina tekstissä.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Vastaajien taustatiedot

Kysely lähetettiin 120 henkilölle. Vastauksia saatiin 76 kpl, joten vastausprosentiksi muodostui 63 %. Jokaiselta osastolta saatiin keskimäärin yhtä paljon vastauksia, joten saatuja tuloksia voi verrata luotettavasti keskenään ja tuloksia voi yleistää koskemaan koko aineistoa. (Taulukko 3.) Osastoittain tarkasteltaessa vastaajista 33 % työskentelee osasto 6:lla, 30 % osasto 7:llä ja 37 % osasto 8:lla. Vastaajista sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia oli 41 % (n= 31) ja lähi-, perus- tai apuhoitajia oli 58 % (n=44). Yksi henkilö ei ollut maininnut ammatillista koulutustaan.

TAULUKKO 3. Lähetetyt ja palautetut kyselylomakkeet osastoittain

Osasto	Lähetetyt	Palautetut	Vastaus -%
Osasto 6	43	25	58
Osasto 7	38	23	61
Osasto 8	39	28	72
Yhteensä	120	76	63

Vastaajista enemmistö sijoittui ikäluokaltaan 46–55-vuotiaisiin (n=27) sekä 36–45-vuotiaisiin (n=26). Loput vastaajista (n= 21) jakaantuivat melko tasaisesti muihin ikäluokkiin, kuitenkin vähiten oli alle 25 -vuotiaita. Kaksi vastaajaa ei ollut ilmoittanut ikäluokkaansa. Suurin osa vastaajista oli valmistunut viimeisimpään ammatilliseen tutkintoonsa vuosina 1991–2000 (29 %). Lähes yhtä moni oli valmistunut vuosina 1981–1990 (28 %). Kolmanneksi eniten vastaajat olivat valmistuneet vuosina 2001–2010 (25 %), ja 17 % oli valmistunut ennen vuotta 1980.

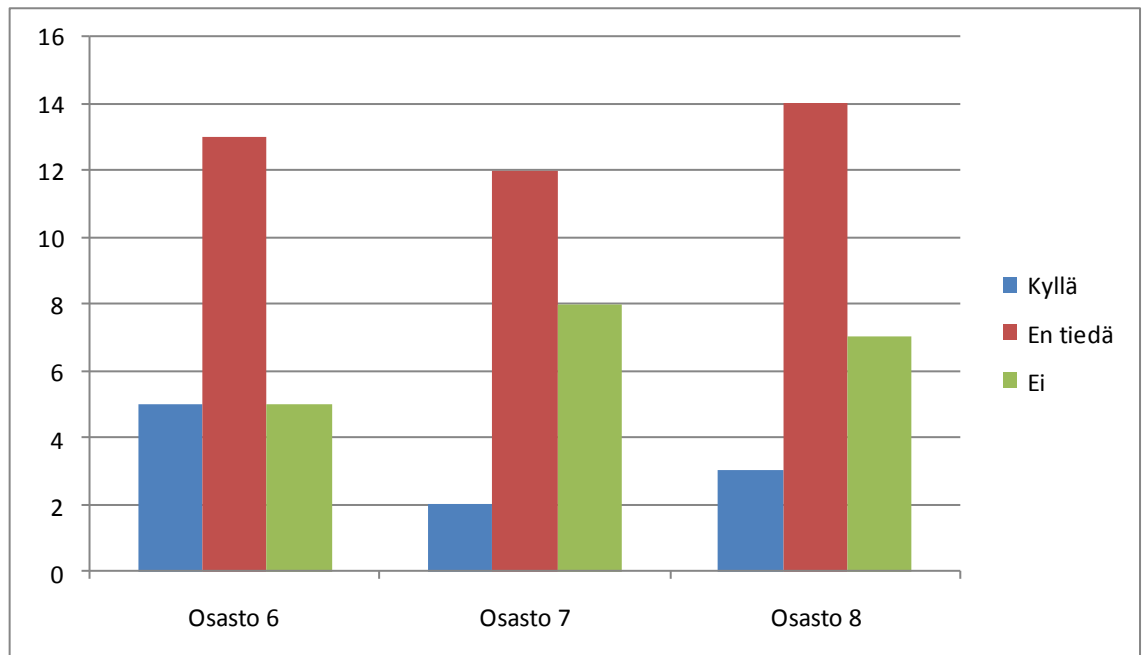
Enemmistö vastaajista eli 79 % (n=60) vastaajista ilmoitti työsuhteensa olevan vakituinen toimi. 18 % vastaajista tekee määräaikaista sijaisuutta, jonka pituus on yli 1 kuukausi (n=13). Vain 1 vastaaja oli maininnut tekevänsä lyhytaikaista sijaisuutta (yli 1 vrk), ja 2 vastaajaa oli jättänyt mainitsematta työsuhteen laatunsa. Lyhyiden sijaisuuksien määrän vähyys selittyy osittain sillä, että kysely lähetettiin vain heille, jotka olivat työsuhteessa kyselyn toteuttamisaikana. Näin ollen pelkkiä lyhyitä sijaisuuksia tekevät jäivät kyselyn ulkopuolelle. Vastaajista suurin osa (35 %) oli työskennellyt osastollaan yli 16 vuotta. Toiseksi eniten oli työskennelty 6–10 vuotta (24 %) ja kolmanneksi 1–5 vuotta (19 %). 11–15 vuotta työskennelleitä oli 15 % ja alle vuoden työskennelleitä 8 % vastaajista.

7.2 Painehaavojen ennaltaehkäisyn menetelmien käyttö

7.2.1 Riskiluokitusmittarin käyttö ja riskipotilaiden tunnistaminen

Riskiluokitusmittareiden käyttö osastoilla oli erittäin vähäistä. Vain 13 % (n=10) ilmoitti käyttävänsä riskiluokitusmittaria riskipotilaan tunnistamisen apuvälineenä. Riskiluokitusmittareista eniten käytettiin Bradenin asteikkoa (n=4). Muut maininnat olivat Nortonin asteikosta (n=1) ja RAI -arvioinnista (n=1). Neljä vastaajaa ei eritellyt käyttämänsä riskiluokitusmittarin nimeä. Vastaajista 51 % (n=39) ei tiennyt, onko osastolla käytössä riskiluokitusmittaria, ja 25 % (n=19) ilmoitti, että osastolla ei ole käytössä riskiluokitusmittaria. Kahdeksan vastaajaa jätti vastaamatta kysymykseen. (Kuvio 2.) Osastoittain tai ammattiryhmittäin tarkasteltaessa vastauksissa ei todeta eroja.

Hoitajista 34 % ei osannut arvioida, hyödynnetäänkö riskiluokitusmittareita riittävästi. Tämä selittyy osittain edellisestä kysymyksestä saaduilla vastauksilla. Kuitenkin 22 % oli sitä mieltä, että riskiluokitusmittareita ei hyödynnetä riittävästi, ja 22 % ilmoitti, että niitä hyödynnetään vain jonkin verran. Vastaajista 18 % oli sitä mieltä, että riskiluokitusmittareita hyödynnetään melko hyvin.



KUVIO 2. Riskiluokitusmittarin käyttö osastoittain tarkasteltuna (n=68)

Hoitajat olivat yleisesti sitä mieltä, että potilaat, joilla on kohonnut riski saada painehaava, tunnistetaan hyvin (kuvio 3).

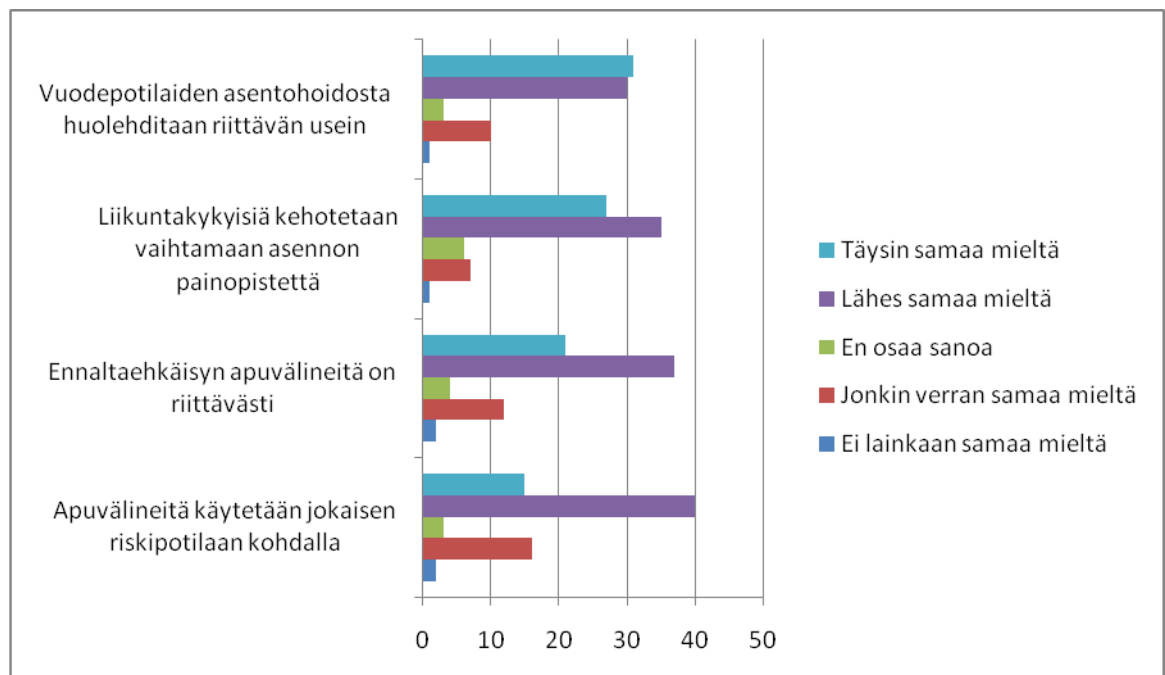


KUVIO 3. Hoitajien arvio riskipotilaiden tunnistamisesta (n=76)

7.2.2 Asentohoidon ja painetta alentavien välineiden käyttö

Enemmistö vastaajista oli sitä mieltä, että asentohoidosta huolehtiminen toteutuu hyvin (41 %) tai melko hyvin (40 %) ja potilaan asentoa vaihdetaan riittävän usein. Vastaajista suurin osa (46 %) oli sitä mieltä, että liikuntakykyisiä riskipotilaita kehoitetaan vaihtamaan asennon painopistettä säännöllisin väliajoin melko usein, ja 35 % oli sitä mieltä, että näin tehdään usein. 9 % vastaajista oli sitä mieltä, että tämä toteutuu harvoin.

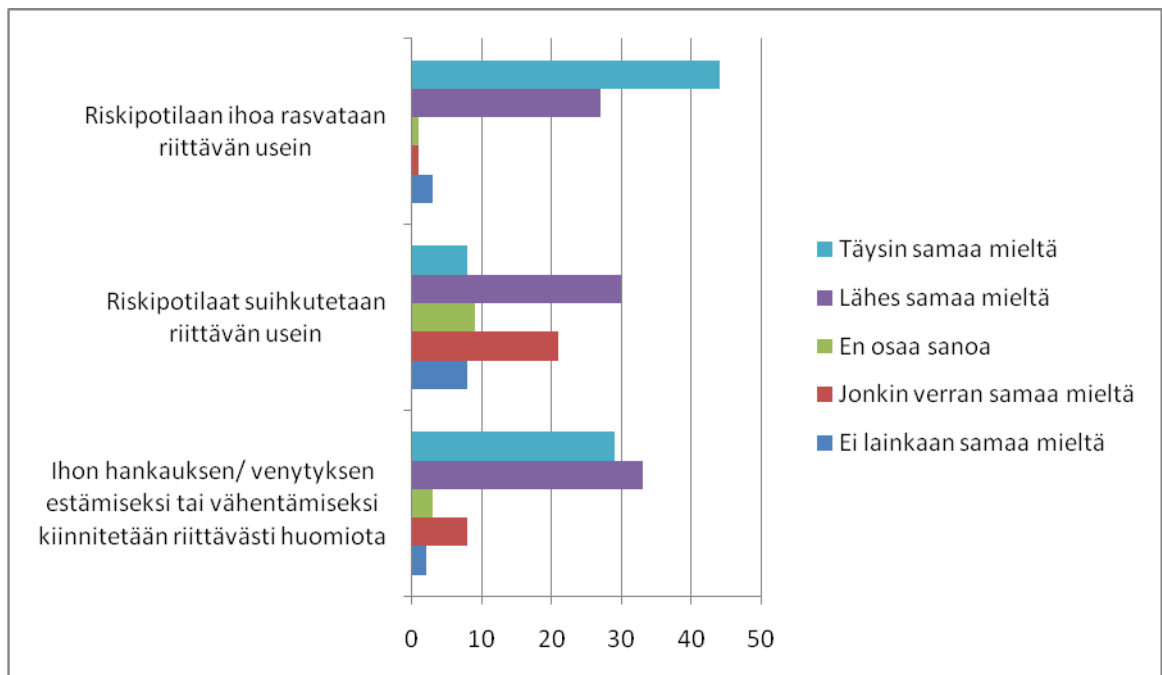
Apuvälineitä on osastoilla riittävästi tai melko riittävästi 76 %:n mielestä. 16 % oli sitä mieltä, että apuvälineitä ei ole aivan tarpeeksi, ja 3 % mielestä niitä ei ole ollenkaan riittävästi. 5 % vastaajista ei osannut määritellä apuvälineiden riittävyyttä. Tarkasteltaessa apuvälineiden käyttöä riskipotilaiden kohdalla vastaajista 73 % oli sitä mieltä, että niitä käytetään melko riittävästi tai riittävästi. 21 %:n mielestä niitä käytetään harvemmin. 3 % vastaajista oli sitä mieltä, että apuvälineitä ei käytetä riittävästi riskipotilaiden kohdalla. (Kuvio 4.)



KUVIO 4. Hoitajien arvio asentohoidon toteutumisesta ja apuvälineiden käytöstä (n= 75, 76, 76, 76)

7.2.3 Hygieniasta ja ihon hoidosta huolehtiminen

Vastaajista 95 % oli täysin tai lähes samaa mieltä siitä, että riskipotilaan ihoa rasvataan riittävän usein. 4 % oli asiasta täysin eri mieltä. Puolet vastaajista oli täysin tai lähes samaa mieltä siitä, että riskipotilaat suihkutetaan riittävän usein, ja 39 % oli puolestaan vain jonkin verran tai ei lainkaan samaa mieltä asiasta. 12 % vastaajista ei osannut arvioida mielipidettään suihkutuksen riittävydestä. Pyydettyessä hoitajia arvioimaan sitä, kuinka paljon riskipotilaan ihon hankauksen tai venytyksen estämiseksi tai vähentämiseksi kiinnitetään huomiota, 38 % mielestä siihen kiinnitetään riittävästi huomiota ja 43 % oli lähes samaa mieltä. 13 % vastaajista oli vain jonkin verran tai ei lainkaan samaa mieltä. (Kuvio 5.)

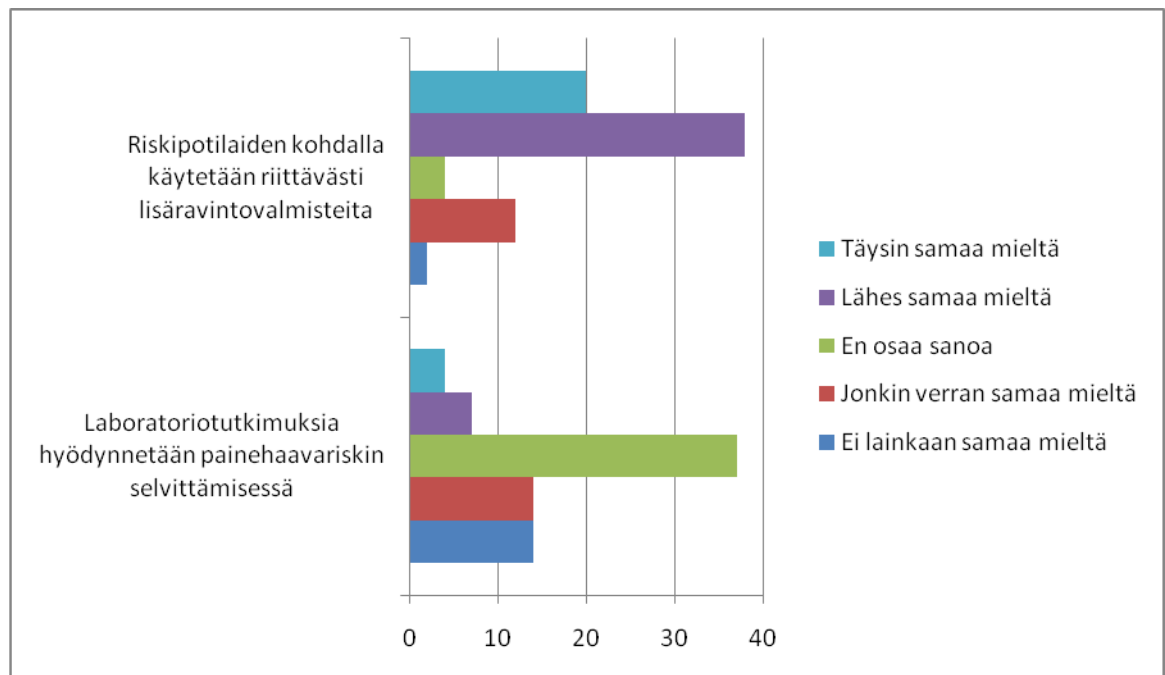


KUVIO 5. Hoitajien arvio hygienian ja ihon hoidon toteutumisesta (n=76)

7.2.4 Ravitsemukseen vaikuttavien menetelmien käyttö

Potilaiden ravitsemusta osana painehaavojen ennaltaehkäisyä tarkasteltiin lyhyesti lisäravintovalmisteiden käytön sekä laboratoriotutkimusten hyödyntämisen osalta. Puolet hoitajista (n=38) oli sitä mieltä, että lisäravintovalmisteita käytetään riskipotilaiden

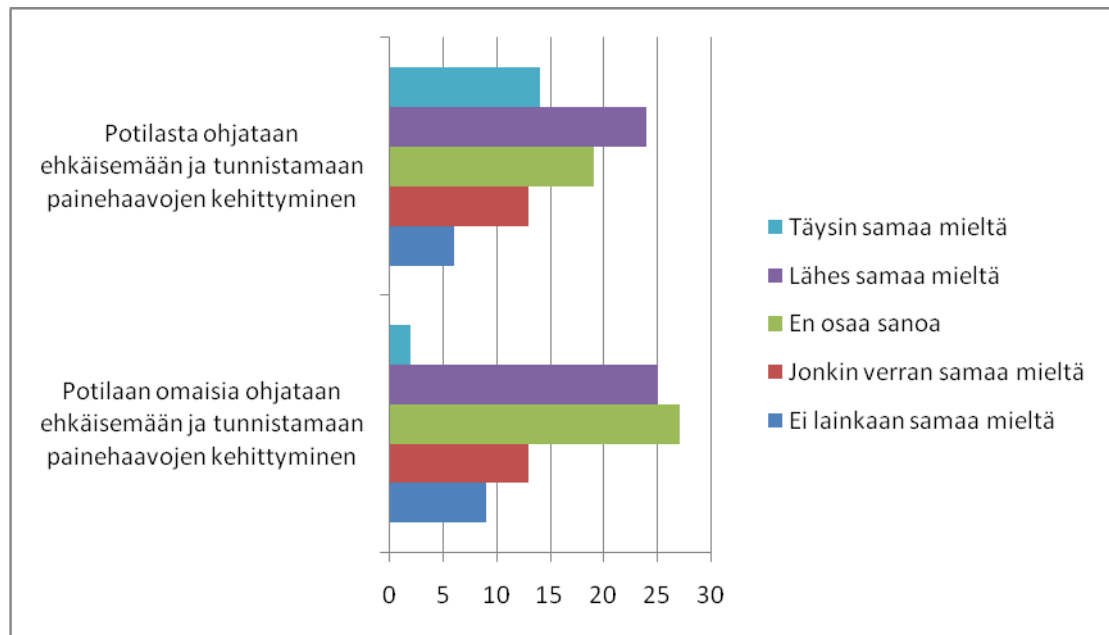
kohdalla melko riittävästi ja 26 % (n=20) mielestä riittävästi. 19 % hoitajista (n=14) oli sitä mieltä, että niitä hyödynnetään vain jonkin verran tai ei lainkaan riittävästi. Elimistön tilaa kuvaavien laboratoriotutkimusten, kuten esimerkiksi seerumin albumiinipitoisuuden hyödyntämistä painehaavariskin selvittämisessä, ei 24 hoitajan (38 %) mielestä hyödynnetä riittävästi. 37 hoitajaa (49 %) ei osannut sanoa, hyödynnetäänkö niitä, ja 11 hoitajaa oli lähes tai samaa mieltä siitä, että niitä hyödynnetään riskin selvittämisessä. (Kuvio 6.)



KUVIO 6. Hoitajien arvio lisäravintovalmisteiden käytöstä ja laboratoriotutkimusten hyödyntämisestä (n=76)

7.2.5 Opetus- ja ohjausmenetelmien käyttö

Puolet hoitajista oli lähes tai täysin samaa mieltä siitä, että potilaita ohjataan painehaavojen ennaltaehkäisyssä ja painehaavan merkkien tunnistamisessa. Kuitenkin 25 % oli vain jonkin verran tai ei lainkaan samaa mieltä ja 25 % ei osannut vastata ohjauksen toteutumiseen. Pyydettyäessä hoitajia arvioimaan potilaan omaisten ohjausta, suurin osa (36 %) ei osannut vastata ohjataanko omaisia edellä mainituissa asioissa. 29 % oli vain jonkin verran tai ei lainkaan samaa mieltä ja 33 % lähes samaa mieltä potilaan omaisten ohjaamisesta. (Kuvio 7.)

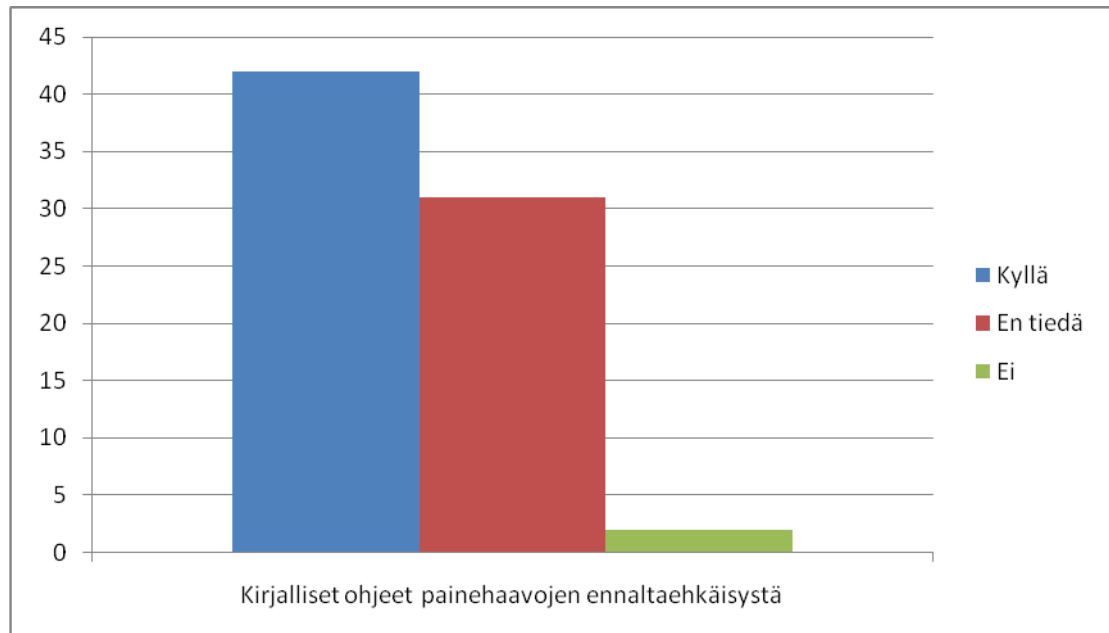


KUVIO 7. Ohjaaminen painehaavojen ennaltaehkäisyssä ja tunnistamisessa (n=76)

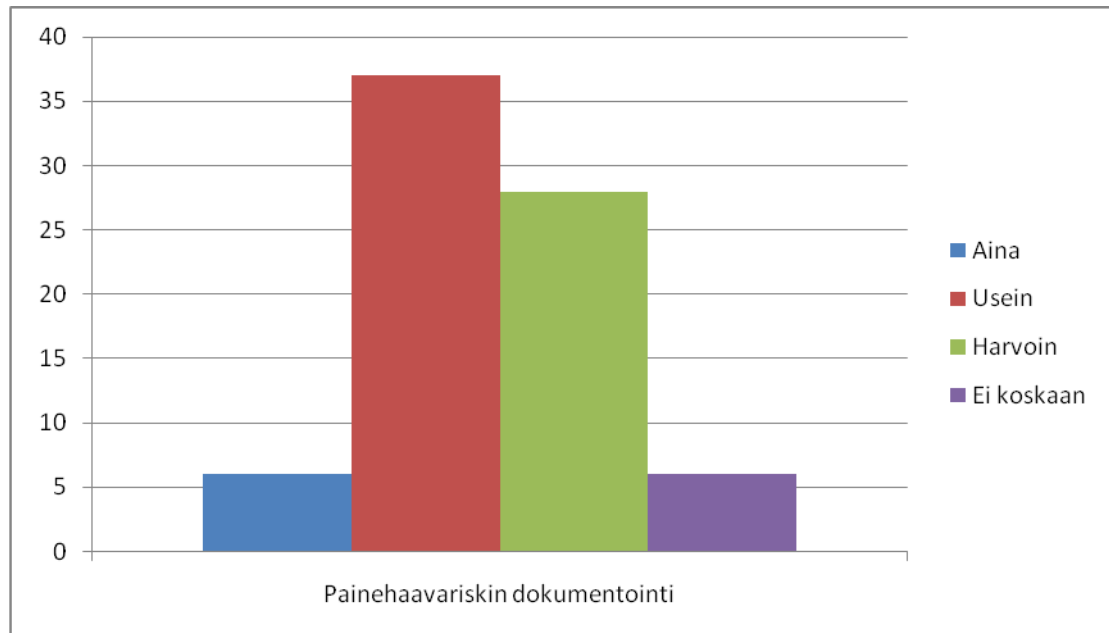
7.2.6 Kirjaamiskäytännöt

Osastojen ja hoitajien kirjaamiskäytäntöjä selvittävässä kysymyksissä tarkasteltiin, onko osastoilla käytössä painehaavojen ennaltaehkäisyyn kirjalliset ohjeet, dokumentoidaanko potilaan painehaavariski sekä kirjataanko ennaltaehkäisyyn käytettäviä menetelmiä potilaan päivittäiseen hoitosuunnitelmaan. 55 % vastaajista (n=42) ilmoitti osastollaan olevan kirjalliset ohjeet painehaavojen ennaltaehkäisystä. Kuitenkaan 41 % (n=31) vastaajista ei tiennyt, onko ohjeita olemassa. (Kuvio 8.) Vastaukset olivat samansuuntaisia joka osastolla. Noin puolet vastaajista (49 %) on sitä mieltä, että potilaan painehaavariski tai tieto potilaan todennäköisyydestä saada painehaava dokumentoidaan usein potilaan päivittäiseen hoitosuunnitelmaan. 28 vastaajaa (37 %) on sitä mieltä, että painehaavariski kirjataan harvoin. (Kuvio 9.)

Painehaavojen ennaltaehkäisyyn käytettäviä menetelmiä kirjataan potilaan päivittäiseen hoitosuunnitelmaan 42 % (n=32) mielestä melko hyvin ja 12 % (n=9) mielestä hyvin. 13 % hoitajista (n=10) oli sitä mieltä, että menetelmiä ei kirjata riittävästi ja 28 % mielestä (n=21) menetelmiä kirjataan vain jonkun verran. 4 hoitajaa (5 %) ei osannut sanoa, kirjataanko menetelmiä riittävästi.



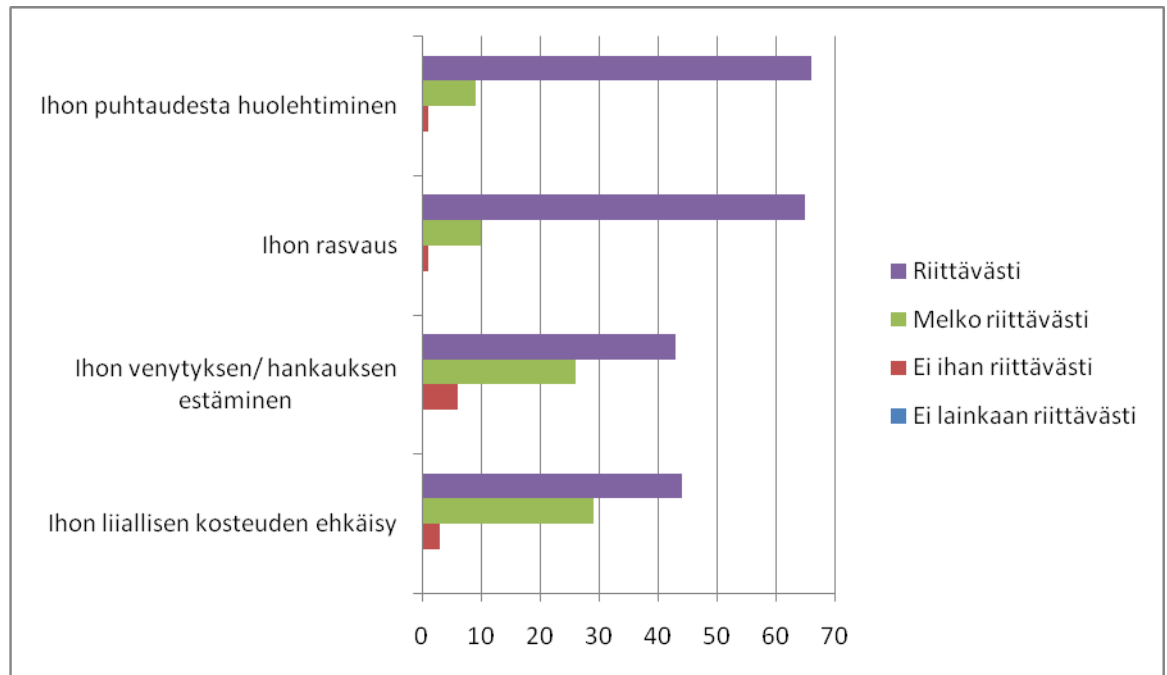
KUVIO 8. Painehaavojen ennaltaehkäisyn kirjallisten ohjeiden saatavuus (n=75)



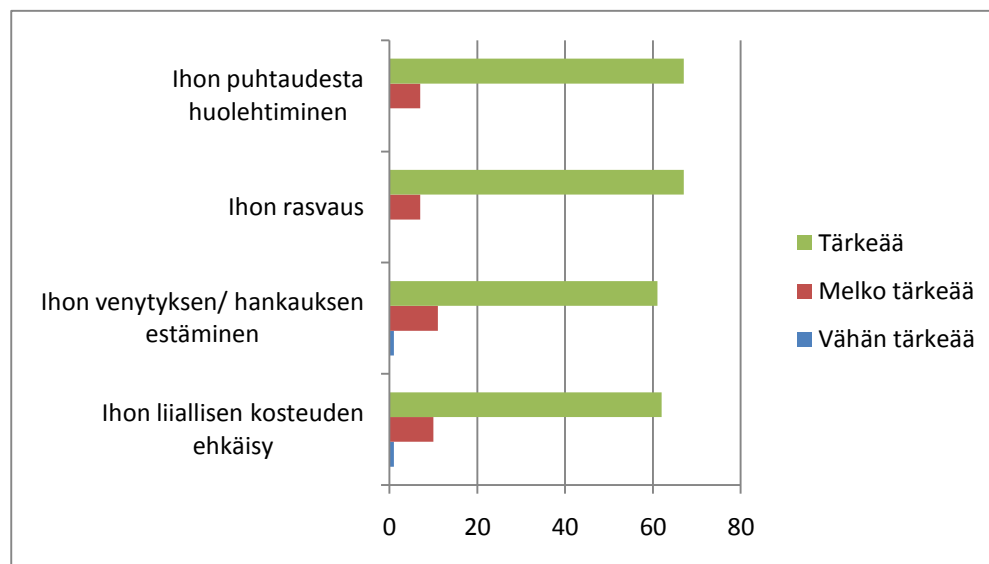
KUVIO 9. Potilaan painehaavariskin dokumentointi (n=76)

7.3 Hoitajien arvio painehaavojen ennaltaehkäisyn tärkeydestä ja omasta ammattitaidostaan ennaltaehkäisyn osa-alueilla

Hoitajista suurin osa arvioi ihon hoidon ja hygienian osalta ammattitaitonsa riittäväksi. He myös kokevat näiden osa-alueiden olevan tärkeitä painehaavojen ennaltaehkäisyssä. 8 % hoitajista kokee ammattitaitonsa heikommaksi ihon venytyksen/hankauksen estämisessä sekä 4 % ihon liiallisen kosteuden ehkäisyssä. (Kuvio 10 ja 11.)



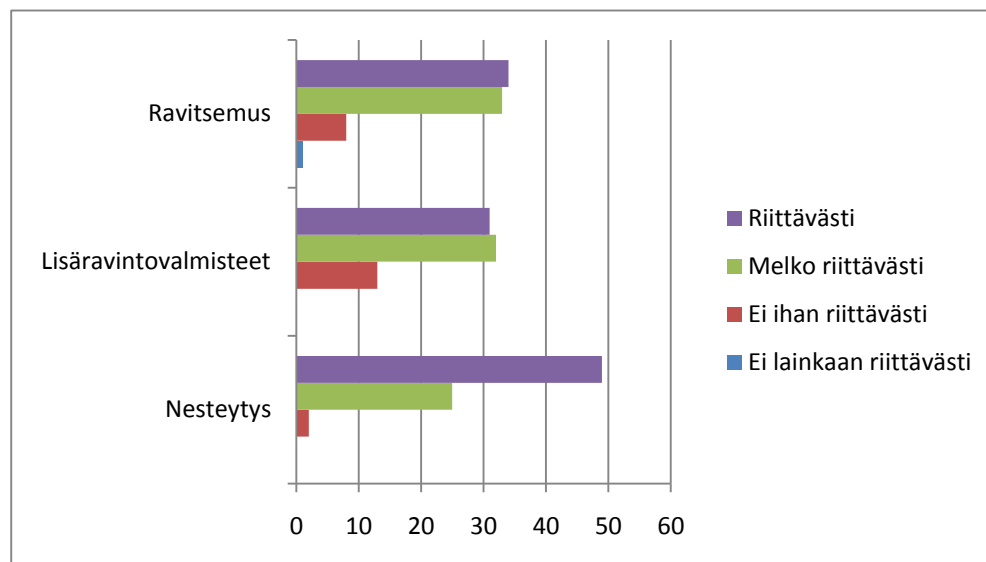
KUVIO 10. Hoitajien arvio ammattitaidostaan ihon hoidon ja hygienian osa-alueilla (n= 76, 76, 75, 76)



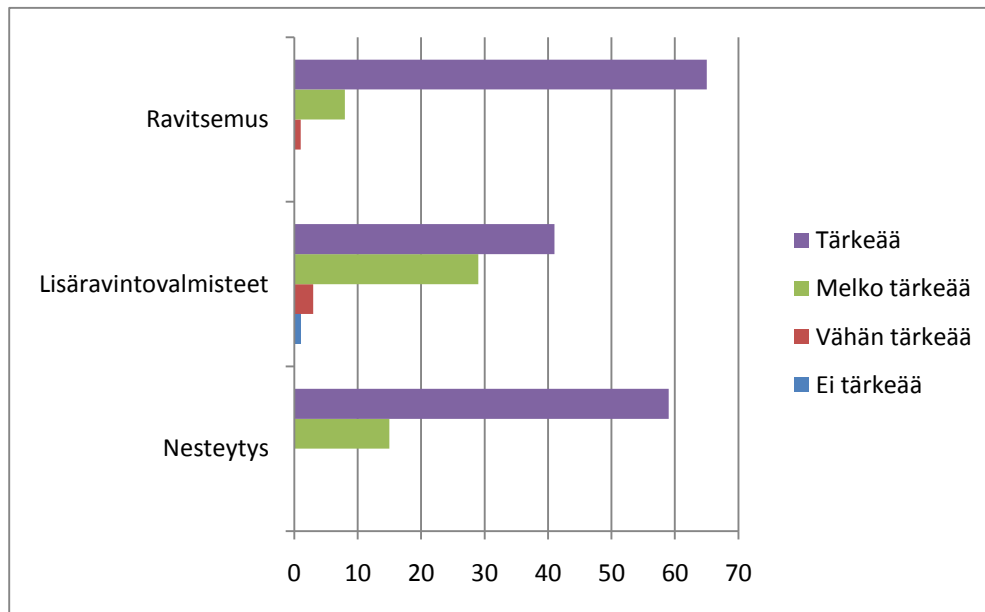
KUVIO 11. Hoitajien arvio ennaltaehkäisyn tärkeydestä ihon hoidon ja hygienian osa-alueilla (n= 74, 74, 73, 73)

Ravitsemuksen ja nesteytyksen osalta enemmistö hoitajista arvioi ammattitaitonsa riittäväksi tai melko riittäväksi. Lisäravintovalmisteiden osalta 17 % (n=13) ja ravitsemuksen osalta 11 % (n=8) kokee ammattitaitonsa heikommaksi. (Kuvio 12.) Suurin osa hoitajista kokee ravitsemuksen ja nesteytyksen tärkeäksi osaksi painehaavojen ennaltaehkäisyä. Lisäravintovalmisteiden käytön kokee tärkeäksi 54 % (n=41) ja melko tärkeäksi 38 % (n=29). 5 % vastaajista (n=4) ei koe lisäravintovalmisteita kovin tärkeäksi ennaltaehkäisyssä. Kaksi vastaajaa oli jättänyt vastaamatta kaikkiin kolmeen ravitsemuksen ja nesteytyksen tärkeyttä koskevaan kysymykseen. (Kuvio 13.)

Hoitajista 82 % (n=62) kokee ammattitaitonsa olevan riittävän hyvä ja 17 % (n=13) melko hyvä potilaan asentohoidon toteutuksessa. Kaikki (n=74) asentohoidon tärkeyttä arvioivaan kysymykseen vastanneet kokevat sen tärkeäksi. Potilaan liikkumisen ja liikkeellä/ylhälläolon merkitykseen painehaavojen ennaltaehkäisyssä 75 %:lla (n=57) on riittävästi ja 20 %:lla (n=15) melko riittävästi ammattitaitoa. 85 % vastaajista mainitsee liikkumisen merkityksen tärkeäksi. Apuvälineiden käytön osalta noin puolet vastaajista kokee ammattitaitonsa riittäväksi ja 40 % melko riittäväksi. 11 % vastaajista kokee ammattitaitonsa heikommaksi apuvälineiden käytössä. (Kuvio 14 ja 15.)



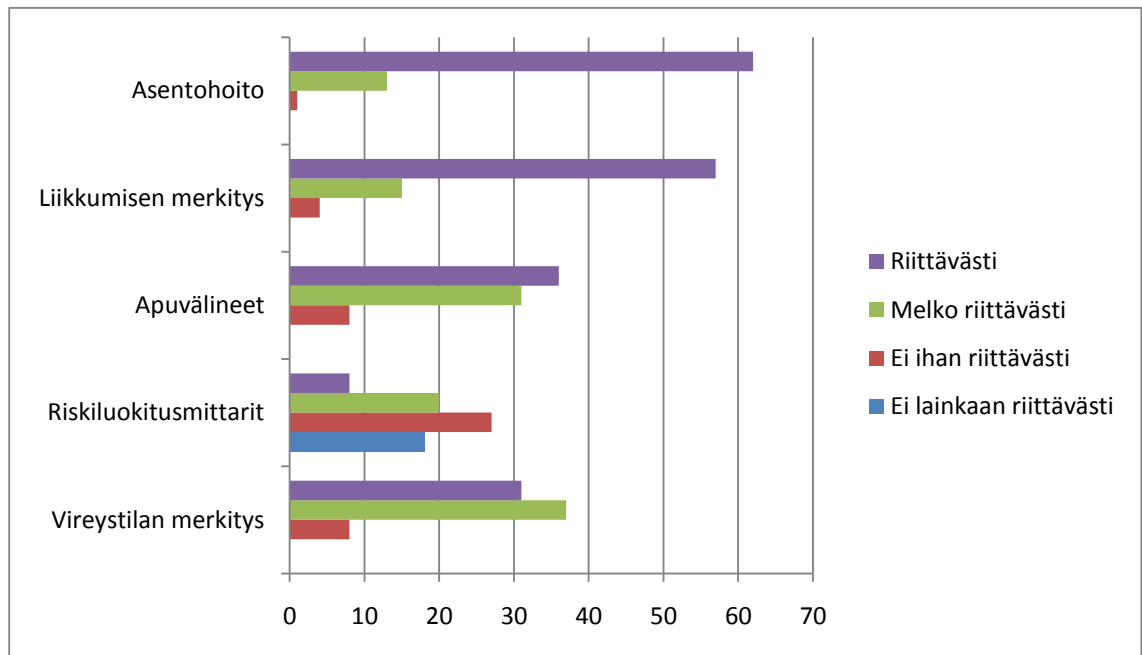
KUVIO 12. Hoitajien arvio ammattitaidostaan ravitsemuksen ja nesteytyksen osalueilla (n=76)



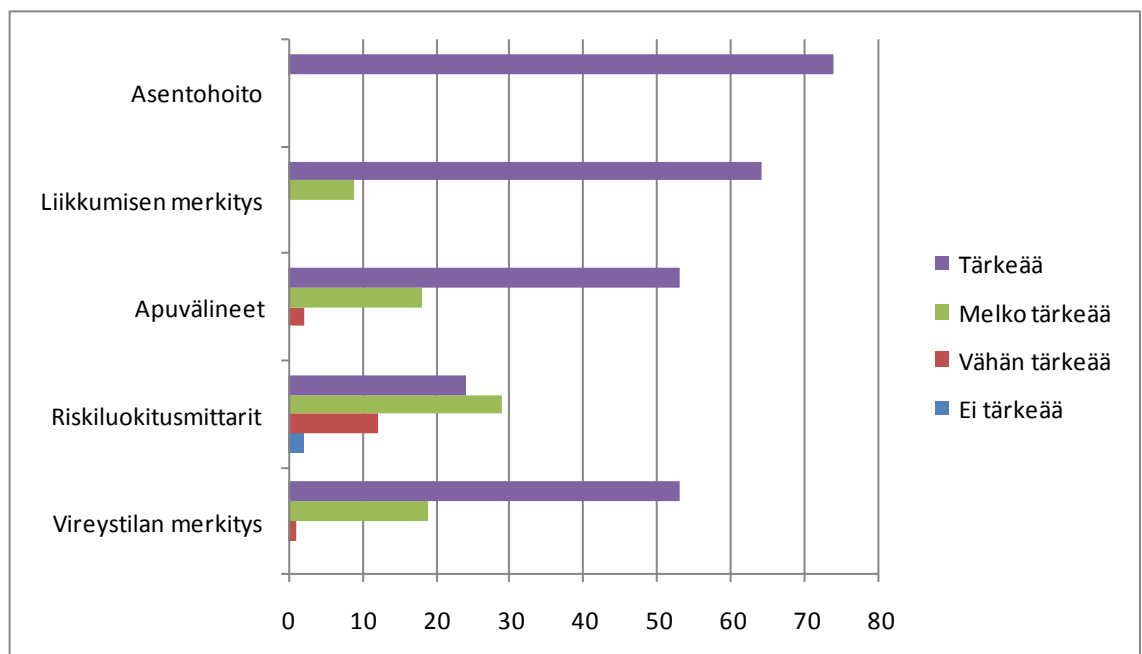
KUVIO 13. Hoitajien arvio ennaltaehkäisyn tärkeydestä ravitsemuksen ja nesteityksen osa-alueilla (n=74)

Riskiluokitusmittareiden käytössä hoitajista suurin osa kokee ammattitaitonsa heikoksi. 24 %:n (n=18) mielestä ammattitaitoa ei ole lainkaan riittävästi ja 36 %:n (n=27) mielestä ei ihan riittävästi. Kuitenkin 26 % (n=20) kokee ammattitaitoa olevan melko riittävästi ja 11 % (n=8) riittävästi riskiluokitusmittareiden käytössä. 3 henkilöä ei ollut vastannut riskiluokitusmittareita koskevaan kysymykseen. Painehaavojen ennaltaehkäisyssä riskiluokitusmittareiden käytön kokee kuitenkin tärkeäksi 32 % ja melko tärkeäksi 38 %. 16 % kokee sen jonkin verran tärkeäksi ja 3 % ei lainkaan tärkeäksi. 9 henkilöä (12 %) jätti vastaamatta tärkeyttä arvioivaan kysymykseen. Hoitajista 43 % (n=33) on täysin ja 29 % (n=22) lähes samaa mieltä siitä, että kokee tarvitsevansa lisäkoulutusta riskiluokitusmittareista.

Yli puolet vastaajista kokee, että heillä on riittävästi tai melko riittävästi ammattitaitoa potilaan yleiskunnon ja vireystilan merkityksestä painehaavojen ennaltaehkäisyssä. 70 % kokee potilaan yleiskunnon ja vireystilan tärkeäksi ja 25 % melko tärkeäksi painehaavojen ennaltaehkäisyn kannalta.

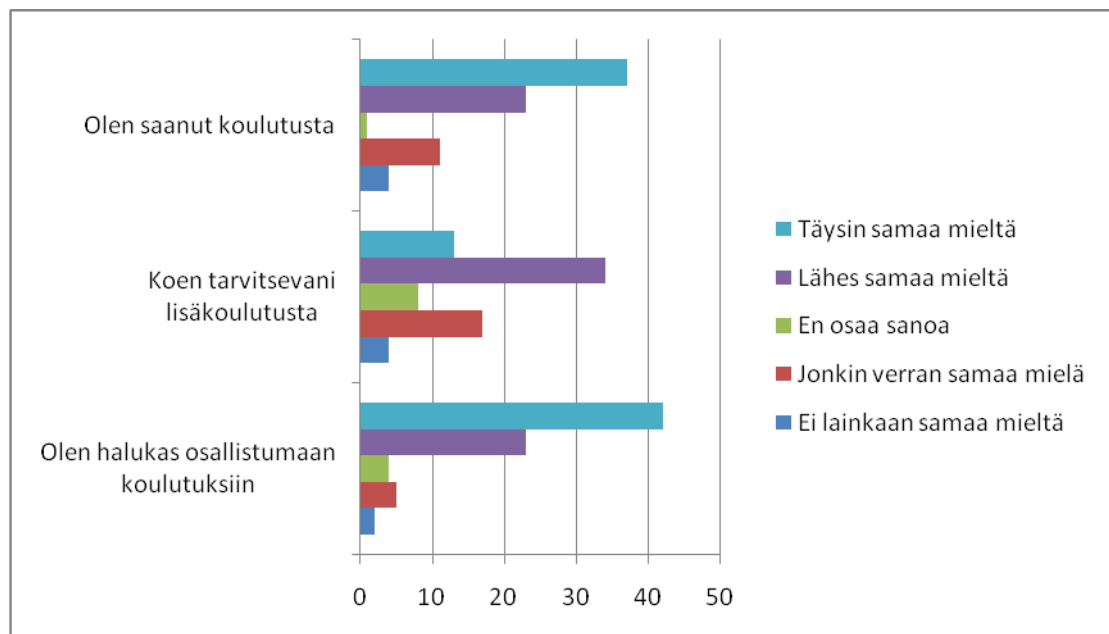


KUVIO 14. Hoitajien arvio ammattitaidostaan painehaavojen ennaltaehkäisyn eri osa-alueilla (n=76, 76, 75, 73, 76)



KUVIO 15. Hoitajien arvio ennaltaehkäisyn tärkeydestä hoitotyön eri osa-alueilla (n=74, 73, 73, 67, 73)

Hoitajista 79 % (n=61) kertoo saaneensa joskus koulutusta painehaavojen ennaltaehkäisystä. 5 % ei ole saanut koulutusta ja 15 % on jonkin verran samaa mieltä siitä, että on saanut koulutusta aiheesta. Saadusta koulutuksesta huolimatta enemmistö (62 %) on lähes tai samaa mieltä siitä, että kokee tarvitsevansa lisäkoulutusta painehaavojen ennaltaehkäisystä. Hoitajista 5 % ei koe tarvitsevansa lisäkoulutusta, ja 22 % on jonkin verran samaa mieltä koulutuksen tarpeesta. Hoitajista 86 % ilmoittaa olevansa halukkaita osallistumaan ennaltaehkäisyn koulutuksiin. (Kuvio 16.)

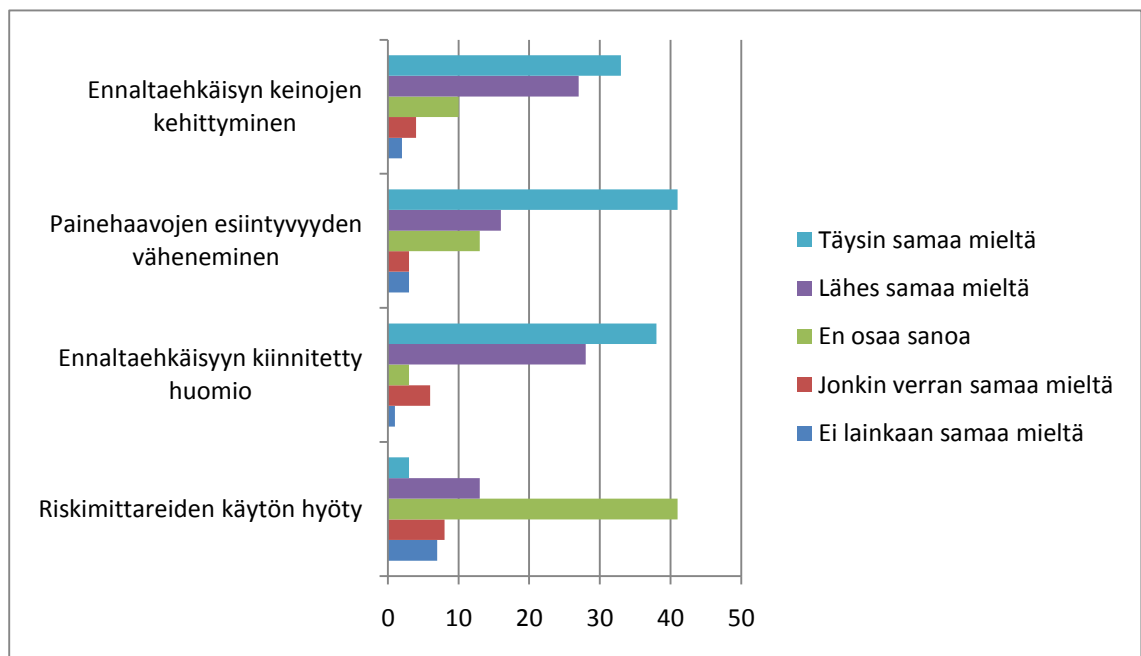


KUVIO 16. Hoitajien mielipiteitä painehaavojen ennaltaehkäisyn koulutuksista (n=76)

7.4 Hoitajien arvio painehaavoja ennaltaehkäisevän työn nykytilasta ja siihen liittyviä kehittämisehdotuksia

Hoitajien arviota painehaavojen ennaltaehkäisyn toteutumisesta pyrittiin selvittämään erilaisilla strukturoiduilla kysymyksillä ja väittämillä. Tarkoituksena oli selvittää mielipiteitä ennaltaehkäisyn keinojen kehittymisestä, painehaavojen esiintymisestä, ennaltaehkäisyyn kiinnitetystä huomiosta sekä riskimittareiden käytön hyödystä. Hoitajia pyydettiin myös arvioimaan ennaltaehkäisyn toteutumista eri työvuorojen aikana sekä antamaan yleisarvosanan osastonsa toteuttamasta painehaavoja ennaltaehkäisevästä työstä.

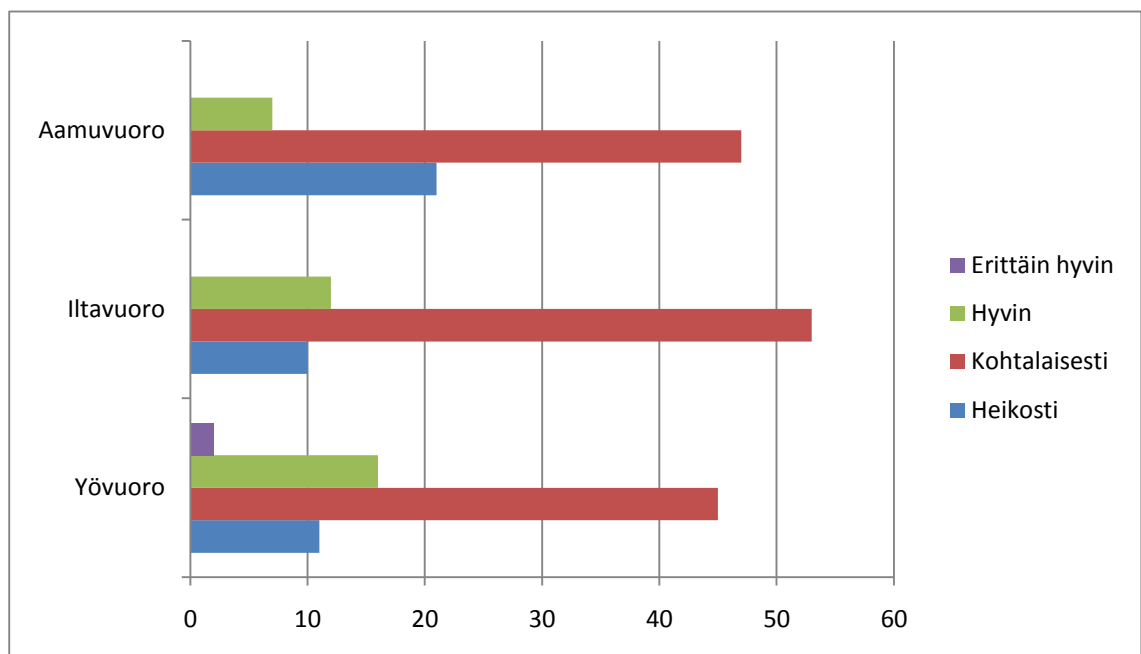
Hoitajista suurin osa (79 %, n=60) oli sitä mieltä, että painehaavojen ennaltaehkäisyn keinot ovat kehittyneet viime vuosina. Lähes yhtä moni (75 %, n=57) arvioi painehaavojen esiintyvyyden vähentyneen. Kuusi vastaajaa (8 %) oli jonkin verran tai kokonaan eri mieltä ennaltaehkäisyn keinojen kehittymisestä sekä painehaavojen vähentymisestä. Vastaajista 87 % (n=66) oli sitä mieltä, että painehaavojen ennaltaehkäisyyn kiinnitetään riittävästi huomiota. Yli puolet hoitajista (54 %, n=41) ei osannut vastata siihen, onko riskimittareiden käytöstä ollut hyötyä. (Kuvio 17.)



KUVIO 17. Hoitajien arvio painehaavojen ennaltaehkäisyn toteutumisesta (n= 76, 76, 76, 72)

Enemmistö hoitajista arvioi ennaltaehkäisyn toteutuvan kohtalaisesti joka työvuoron aikana (kuvio 18). Tarkasteltaessa lähemmin aamuvuoroa selviää, että 28 % hoitajista (n=21) arvioi ennaltaehkäisyn toteutuvan huonosti ja vain 9 % (n=7) hyvin. Iltavuorossa vastaavat luvut ovat 13 % (n=10) ja 16 % (n=12). Yövuorossa 21 % (n=16) arvioi ennaltaehkäisyn toteutuvan hyvin ja 15 % (n=11) huonosti.

Vaikka enemmistö hoitajista arvioi edellisessä kysymyksessä painehaavojen ennaltaehkäisyn toteutuvan kohtalaisesti, antoivat he kuitenkin toteuttamalleen ennaltaehkäisylle yleisarvosanan kahdeksan asteikolla 1–10. Osastoittain tarkasteltaessa keskiarvot olivat väliltä 7,9–8,2.



KUVIO 18. Hoitajien arvio painehaavojen ennaltaehkäisyn toteutumisesta eri työvuoroissa (n= 75, 75, 74)

Hoitajien kehittämisehdotuksia ennaltaehkäisevälle työlle pyrittiin selvittämään kahden avoimen kysymyksen avulla. Hoitajilta kysyttiin, miten ennaltaehkäisyä voisi kehittää ja mitä ennaltaehkäisyn apuvälineitä osastoille tarvittaisiin lisää. Avoimiin kysymyksiin oli vastannut 45 % hoitajista (n=34).

Eniten kehittämistarpeita koettiin koulutuksen lisäämisen, ravitsemuksen parantamisen, asentohoidon tehostamisen, henkilökunnan lisäämisen sekä apuvälineiden hankkimisen osalta.

Koulutuksen osalta esille tuotiin toiveita säännöllisistä koulutuksista, uuden henkilökunnan ja kesäsijaisten kouluttamisesta sekä koulutuksesta saadun tiedon hyödyntämisen kehittämisestä.

“Koulutus kaikille”

”Flere kort kurser (dagskurs)”

“Enemmän kursseja ja neuvontaa painehaavojen ehkäisystä”

“Det hjälper inte alltid att det finns personal med skolning på avd on hon inte delar med sig av detta”

Ravitsemuksen osalta toivottiin, että ravitsemukseen kiinnitetään enemmän huomiota osana ennaltaehkäisyä. Myös ravinnon laadun kehittäminen mainittiin usein. Riskipotilaille toivottiin runsasproteiinista ja energiarikasta ruokaa, sekä toivottiin enemmän vaihtelua ruuan laatuun erityisesti nestemäistä tai muusiruokaa syöville. Lisäravintovalmisteiden käyttöä riskipotilaiden kohdalla toivottiin enemmän. Yksittäisinä kehittämisehdotuksina mainittiin mm. lääkehoidon tarkistus/vähentäminen riskipotilaiden kohdalla sekä vitamiinilisän lisääminen riskipotilaille.

”Pitäisi kiinnittää enemmän huomiota ravitsemukseen osana haavanhoitoa ja ennaltaehkäisyä”

“Minska tablett mediciner för de som äter dåligt”

“Mera info om kostens betydelse också att de på sjukhus köket tillreder sådan kost”

”Cubitalia antaa useasti”

”Aktiv bedömna och gemensamt prata om vi behöver börja ge extra näringstillskott”

”Aliravitsemuksen esto; ei kevyt tuotteita vanhusten ruokavalioon”

Asentohoidon tehostaminen mainittiin usein kehittämisehdotuksena. Vuodepotilaiden asentohoidon toteuttamiseen toivottiin aktiivisuutta, säännöllisyyttä ja yhtenäistä hoitolinjaa. Yksittäisinä mainintoina tuotiin esille venyttymisen ja hankauksen vähentäminen mm. kiinnittämällä huomiota siihen, etteivät vaipat, housut tai muut vaatteet kiristä tai hankaa potilasta. Myös potilaan kuntouttamista, päivittäistä ylös ja istumaan avustamista toivottiin lisää. Asentohoidon tehostamisen ja parantumisen toteutumiseksi mainittiin usein henkilökunnan lisääminen. Myös muiden resurssitekiäjöiden lisääminen henkilökunnan määrän lisäksi nousi esille usein, ja näitä olivat mm. aika ja raha.

”Lägesändring regelbundet åt långvårdspatienter”

”Lisää resursseja; rahaa ja henkilökuntaa”

”Ylös nousua ja kävelyttämistä pyörätuolissa istuville”

”Mera personal. Som det nu vi är, hinner vi inte svänga patienter tillräckligt ofta”

”Lisää käsipareja toteuttamaan kuntouttavaa työtettä”

”Kuntoutushenkilökunnan lisääminen”

Apuvälineistä eniten tarvetta olisi erilaisille painehaavapatjoille sekä moottoroiduille sängyille. Patjoista eriteltiin tarkemmin antidecubituspatjat, sähköiset ja vaihtuvailmapatjat sekä yleisestikin korkean riskin potilaille tarkoitetut patjat. Myös erilaisille suojille ja tyynyille, kuten kantapäätynyille, geelisuojille ja antidecubitustyynyille olisi tarvetta. Hoitajat toivoivat osastoille myös lisää pyörätuoleja, siirtolakanoita sekä haavanhoitotuotteita ennaltaehkäisyn parantamiseksi.

Kehittämisehdotuksia tuli jonkin verran myös kirjaamisen parantamisen osalta sekä riskiluokitusmittareiden käytön lisäämisestä. Kirjaamisen osalta toivottiin kirjaamisen parantamista mm. enemmän kuvailevaksi. Toivottiin myös, että potilaan painehaavariski dokumentoidaan ja potilaan hoitosuunnitelmat päivitetään säännöllisesti. Riskiluokitusmittareiden osalta toivottiin niiden aktiivisempaa käyttöä, käyttöä jokaisen potilaan kohdalla sekä RAI -arvioinnin tehokkaampaa hyödyntämistä painehaavariskin arvioinnissa.

”Kirjaamista voisi kehittää enemmän painehaavaa kuvaavaksi (mihin suuntaan se on kehittynyt, hoitokeinot)”

”Uppdatera vårdplanerna regelbundet”

”Riskiluokitus tulee olla merkittynä päivittäin käytössä oleviin potilassivuihin. Jos riskiluokitus edellyttää hoitotoimenpiteitä tai siihen on kiinnitettävä huomiota, se tulee mainita päivittäin annettavissa hoitajaraporteissa”

”Painehaavojen riskin laskeminen jollakin asteikolla ”Nortonin””

Muutamia kehittämistoiveita tuli myös hygienian ja ihon hoidon osalta. Eniten merkintöjä oli ihon rasvauksesta ja pesusta. Toivottiin, että riskipotilaiden ihoa rasvataan perusvoiteella säännöllisesti ja potilaiden puhtaudesta huolehditaan kunnolla vuodepesujen ja suihkutusten osalta. Yksittäisinä kehittämisehdotuksina mainittiin omaisten opastaminen, työnjaon selkeyttäminen eri työvuoroissa sekä asiantuntijan suorittaman haavanhoidon seuraaminen.

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

8.1 Yhteenveto tuloksista

Hoitajat olivat yleisesti sitä mieltä, että potilaat, joilla on kohonnut riski saada painehaava, tunnistetaan usein. Riskiluokitusmittareiden käyttöä kuvaavista tuloksista voidaan päätellä, että riskiluokitusmittareiden käyttö ei ole vakiintunut osastoiden hoitokäytäntöön. Yli puolet vastaajista ei tiennyt, onko osastoilla käytössä riskiluokitusmittaria, vain 13 %:n tietäessä. Enemmistö hoitajista arvioi ammattitaitonsa heikoksi riskiluokitusmittareiden käytössä ja koki, ettei heillä ole riittävästi tietoa niiden käytöstä. Yli 70 % vastaajista koki tarvitsevansa lisäkoulutusta riskiluokitusmittareiden käytöstä. Mittareiden käyttö riskinarvioinnissa koetaan kuitenkin yleisesti tärkeäksi osaksi painehaavojen ennaltaehkäisyä.

Hoitajista enemmistö oli sitä mieltä, että potilaan asentohoidosta huolehditaan hyvin ja riittävän usein. Lähes kaikki arvioivat ammattitaitonsa hyväksi asentohoidon toteuttamisen osalta, ja kaikki vastaajat kokivat sen tärkeäksi osaksi painehaavojen ennaltaehkäisyä. Noin puolet vastaajista oli sitä mieltä, että ennaltaehkäisyn apuvälineitä on riittävästi osastoilla. Kuitenkaan 19 %:n mielestä niitä ei ole tarpeeksi. Puolet vastaajista koki myös, että apuvälineitä käytetään riittävästi riskipotilaiden kohdalla, neljänneksen ollessa osittain tai täysin eri mieltä. Apuvälineiden käytön osalta suurin osa hoitajista arvioi ammattitaitonsa riittäväksi, ja niiden käyttö koetaan tärkeäksi osaksi ennaltaehkäisyä. Asentohoidon ja apuvälineiden riittävyyttä tarkasteltaessa täytyy ottaa huomioon tutkijan ja vastaajien tulkinta riittävyydestä. Miten riittävyys tulkitaan? Tarkoittaako se sitä, että pärjätään juuri ja juuri, vai sitä, että tullaan ihan hyvin toimeen? Mahdollisten tulkintaerimielisyyksien takia onkin hyvä tarkastella tulosten eroavuutta ja kiinnittää huomio myös vähemmistön mielipiteeseen. Hoitajien kehittämisehdotusten ja -tarpeiden osalta keskeisiksi asioiksi nousivatkin juuri asentohoidon tehostaminen ja apuvälineiden hankinta.

Hygienian ja ihon hoidon osalta suurin osa hoitajista kokee ammattitaitonsa riittäväksi. Tältä osa-alueelta vähemmistö koki ihon venytyksen ja hankauksen vähentämisen/eston sekä ihon liiallisen kosteuden ehkäisyn heikoiksi alueiksi. Hygienia ja ihon hoito koetaan tärkeäksi osaksi painehaavojen ennaltaehkäisyä. Riskipotilaiden ihon hoidosta

huolehtiminen koetaan yleisesti hyväksi. Hoitajista 95 %:n mielestä riskipotilaan ihoa rasvataan riittävän usein, ja puolet oli sitä mieltä, että riskipotilaat suihkutetaan riittävän usein. Kuitenkin 39 % vastaajista on osittain tai täysin eri mieltä suihkutuksen riittävydestä.

Ravitsemuksen osalta enemmistö hoitajista kokee ammattitaitonsa riittäväksi tai melko riittäväksi. 17 % vastaajista kokee ammattitaitonsa heikommaksi lisäravintovalmisteiden ja 11 % ravitsemuksen osalta painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Suurin osa kokee ravitsemuksen ja nesteytyksen kuitenkin tärkeäksi osaksi ennaltaehkäisyä. Puolet hoitajista oli sitä mieltä, että lisäravintovalmisteita käytetään melko riittävästi riskipotilaiden kohdalla. 19 %:n mielestä niitä käytetään vain jonkin verran tai ei lainkaan riittävästi. Puolet vastaajista ei osannut sanoa, hyödynnetäänkö elimistön tilaa kuvaavia laboratoriotutkimuksia painehaavariskin selvittämisessä. 38 %:n mielestä niitä ei hyödynnetä tarpeeksi. EPUAPIN (2004) ravitsemussuosituksissa kuitenkin sanotaan, että on epätodennäköistä, että laboratoriotutkimuksista saadut arvot selittäisivät ravitsemustilaa paremmin kuin muut kliiniset merkit. Arvojen määrittämisestä saattaa olla kuitenkin apua riskinarvioinnissa. Ravitsemuksen osalta tässä tutkimuksessa olisi voitu tarkastella lähemmin myös ravitsemustilan arvioinnin menetelmiä sekä ravitsemustilan dokumentointia. Hoitajien mainitsemina kehittämistarpeina ravitsemus mainittiin usein. Hoitajat toivoivat mm. ruuan laadun parantamista sekä lisäravintovalmisteiden säännöllisempää käyttöä.

Potilaan ja omaisten ohjaus painehaavojen ennaltaehkäisyssä herätti paljon mielipiteitä ohjauksen toteutumisen puolesta ja vastaan. Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että potilaita ohjataan ennaltaehkäisyssä ja painehaavojen merkkien tunnistamisessa. Toiset 50 % jakaantuivat tasaisesti niihin, jotka eivät olleet täysin samaa mieltä tai eivät osanneet sanoa, ohjataanko potilaita. Voidaan myös pohtia, miksi ”en osaa sanoa” vaihtoehdon valinneet eivät ottaneet kantaa ohjauksen toteutumiseen. Keitä potilasryhmiä vastaajat ovat ajatelleet kysymykseen vastatessa? Täytyy muistaa, että kaikki potilaat eivät ole kykeneviä vastaanottamaan ohjausta fyysisen tai psyykkisen sairauden takia. Omaisten ohjaamisen voidaan todeta toteutuvan heikommin. 36 % vastaajista ei osannut määrittellä, ohjataanko omaisia, ja 29 %:n mielestä omaisia ei ohjata riittävästi. 35 % vastaajista oli kuitenkin sitä mieltä, että potilaan omaisia ohjataan ennaltaehkäisyssä ja painehaavojen merkkien tunnistamisessa.

Painehaavojen ennaltaehkäisyn kirjallisten ohjeiden saatavuuden osastoilla tiesi vähän yli puolet vastaajista. 41 % ei tiennyt, onko ohjeita saatavilla tai käytössä. Tätä tietoa voidaan hyödyntää esimerkiksi uusien työntekijöiden perehdyttämistä ajateltaessa. Voidaan myös pohtia, missä kirjallisia ohjeita säilytetään. Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että potilaan painehaavariski dokumentoidaan usein potilaan hoitosuunnitelmaan. Kuitenkin 37 % oli sitä mieltä, että riski kirjataan harvoin. Painehaavojen ennaltaehkäisyyn käytettäviä menetelmiä kirjataan potilaan päivittäiseen hoitokertomukseen 54 % mielestä melko hyvin tai hyvin. 41 %:n mielestä menetelmiä kirjataan vain jonkin verran tai ei lainkaan riittävästi. Kehittämisehdotuksissa tuotiin jonkin verran esille myös kirjaamisen kehittäminen. Hoitajat toivoivat kirjaamisesta enemmän kuvailevaa. He toivoivat myös, että hoitosuunnitelmia arvioidaan ja päivitetään säännöllisin väliajoin.

Hoitajat ovat yleisesti halukkaita kehittämään ammatitaitoaan, ja halukkuus koulutuksiin on korkea. Koulutusta koskevissa kysymyksissä selvisi, että suurin osa vastaajista on joskus osallistunut painehaavojen ennaltaehkäisyn koulutuksiin. Yli puolet vastaajista kokee kuitenkin tarvitsevansa lisäkoulutusta aiheesta, ja 86 % ilmoittaakin olevansa halukkaita osallistumaan ennaltaehkäisyn koulutuksiin. Hoitajien esittämissä kehittämistarpeissa koulutus oli yksi eniten mainituista. Hoitajat toivoivat säännöllisiä koulutuksia, myös uusille työntekijöille. Yhtenä kehittämistarpeena oli myös koulutuksista saadun tiedon hyödyntäminen niin, että kaikki tavoittaisivat koulutuksista saadun tiedon.

Hoitajista suurin osa (79 %) oli sitä mieltä, että painehaavojen ennaltaehkäisyn keinot ovat kehittyneet viime vuosina. Lähes yhtä moni (75 %) arvioi painehaavojen esiintyvyyden vähentyneen. Enemmistö (87 %) oli myös sitä mieltä, että painehaavojen ennaltaehkäisyyn kiinnitetään riittävästi huomioita. Hoitajat arvioivat yleisesti, että ennaltaehkäisy toteutuu hyvin osastoilla. He antoivat arvosanaksi toteuttamalleen ennaltaehkäisevälle työlle keskimäärin numeron kahdeksan. Pyydettyä hoitajia arvioimaan ennaltaehkäisyn toteutumista eri työvuoroissa arvioivat he ennaltaehkäisyn toteutuvan vain kohtalaisesti joka vuoron aikana. Mitä tekijöitä hoitajat ajattelivat vastatessaan tähän kysymykseen? Voidaanko olettaa, että vastaukset perustuvat henkilökunnan määrään eri työvuorojen aikana? Kehittämisehdotuksissa nousi usein esille resurssien puute, kuten henkilökunnan riittämättömyys, ajan puute sekä rahan puute.

8.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointia

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan reliabiliteetilla ja validiteetilla. Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tutkimuksen luotettavuus on siis sitä suurempi, mitä vähemmän sattuma on vaikuttanut tulokseen. Validiteetillä tarkoitetaan tutkimuksen kykyä mitata juuri sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoituskin mitata. (Valli 2001; Hirsjärvi ym. 2008.)

Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin parantamaan valitsemalla tutkimukseen mukaan kaikki perusjoukkoon kuuluvat, tässä tapauksessa kaikki kolmen geriatrian ja yleislääketieteen osaston hoitohenkilökunnasta. Otantamenetelmäksi suositellaan koko perusjoukkoa silloin, kun kyseessä on pieni perusjoukko tai otoskooksi tulisi vähintään puolet perusjoukosta (Vilka 2007). Luotettavuutta lisää myös kyselylomakkeesta suoritettu esitestaus. Saatujen vastausten ja tulosten luotettavuutta sekä yleistettävyyttä tukee myös se, että kyselyn kohdeosastot ovat potilasryhmiltään ja potilasmääriltään samanlaiset. Vastaajat ovat myös hoitotyön ammattilaisia, ja kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Tulosten analysointi tapahtui luotettavasti, eikä yksittäisiä vastaajia ollut mahdollista tunnistaa.

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta riittävänä vastausprosenttina voidaan pitää kuuttakymmentä (Valli 2001). Mitä suurempi toteutunut otos on, sitä paremmin se edustaa keskimääräistä mielipidettä, asennetta tai kokemusta tutkittavasta asiasta (Vilka 2007). Tutkimuksen vastausprosentti oli 63 %, joten se on tulosten kannalta riittävä. Jokaiselta osastolta saatiin keskimäärin yhtä paljon vastauksia, joten saatuja tuloksia voi verrata luotettavasti keskenään ja tuloksia voidaan yleistää koskemaan koko aineistoa.

Mahdollisia luotettavuutta heikentäviä tekijöitä tulee myös pohtia. Kyselylomakkeesta ja siitä saaduista tuloksista tulee mieleen, ovatko vastaajat käsittäneet kysymykset samalla tavalla kuin tutkija on ajatellut. Onko suomen- ja ruotsinkielisten kysymysten merkitykset saatu pysymään samana? Tuntuiko henkilöstöstä, että lomakkeen täyttämiseen oli riittävästi aikaa?

8.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksessa tulee noudattaa tutkimusetiikkaa, tutkijan ammattietiikkaa sekä hyvää tieteellistä käytäntöä. Tähän kuuluvat yleisesti eettiset periaatteet, kuten normit, arvot ja hyveet. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu yleinen huolellisuus ja tarkkuus sekä rehellisyys tutkimustyössä. Tutkimuksessa tulee käyttää eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimuksen tulosten raportoinnin tulee noudattaa tieteelliselle tiedolle asetettuja vaatimuksia. (Vilkkä 2007.) Olen pyrkinyt tutkimusta tehdessäni noudattamaan yleisiä eettisiä periaatteita. Tutkimuksen viitekehys pohjautuu tutkittuun tietoon sekä näyttöön perustuviin hoitosuosituksiin.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös tutkimuksen toteuttamiseen, aineiston keruuseen ja tulosten raportointiin liittyvät eettiset seikat. Ennen tutkimuksen suorittamista anottiin tutkimuslupa. Tutkimuslupaa varten laadittiin tutkimussuunnitelma, jossa pyrittiin kuvaamaan mahdollisimman tarkasti tutkimuksen tarkoitusta ja toteuttamismenetelmiä. Kyselylomakkeet saatekirjeineen laadittiin molemmille kotimaisille kielille. Kyselyyn vastaamisen mahdollistaminen omalla äidinkielellä on eettisesti oikein. Saatekirjeissä tuotiin selvästi esille tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus sekä tulosten luottamuksellinen käsittely. Kyselyiden henkilökohtaista osoittamista varten saadut nimilistat hävitettiin asianmukaisesti heti kyselyiden viennin jälkeen. Kyselyitä ei myöskään numeroitu tai muuten pyritty saamaan tunnistettavaksi aineiston keruuvaiheessa. Lomakkeissa ei myöskään kysytty vastaajan henkilötietoja. Palautetut lomakkeet numeroitiin tutkimustulosten tarkistamisen ja käsittelyn takia. Tulosten raportoinnista ei ole mahdollista tunnistaa yksittäisiä henkilöitä epäsuorien tunnistetietojen, kuten iän, osaston tai ammatin perusteella.

Kaiken kaikkiaan olen pyrkinyt kuvaamaan tutkimuksen toteuttamisen selkeästi ja tarkasti sekä esittämään käytetyille menetelmille perusteluja teoriasta. Tutkimuksen tulokset pyrin kuvaamaan selkeästi, avoimesti, vääristelemättä ja kohderyhmää kunnioittavasti.

8.4 Omat oppimiskokemukset

Opinnäytetyöni aiheen valintaan vaikutti useampi tekijä. Pidin painehaavojen ennaltaehkäisyä mielenkiintoisena ja opettavaisena. Halusin valita aiheen, josta opin paljon uutta ja joka on hyödyllinen ja tärkeä tulevan työni kannalta. Painehaavojen

ennaltaehkäisy on myös aina ajankohtaista ja tärkeää. Koin myös sen tärkeäksi, että tein työni oman kotikuntani terveyskeskuksen vuodeosastoille.

Jälkeenpäin pohdittuna olisin voinut tietysti tehdä monta asiaa toisin. Kyselylomakkeessa olisin voinut lisätä käsiteltäviä asioita eri aihealueilta ja kysyä joitakin asioita eri tavalla. Eteen tulee kuitenkin aina työn rajaamisen ongelmat. Haasteita työn tekemiseen toi myös erillinen kyselylomakkeen käännytyö ruotsin kielelle. Tutkimuksen tekeminen yksin oli välillä raskasta. Toisaalta sain tehdä työtä oman aikataulun ja jaksamisen mukaan, ja sinnikkyuden sekä periksiantamattomuuden ansiosta työ valmistui ajallaan. Sain myös tukea ja ohjausta työn ohjaajaltani ja työelämäyhteyshenkilöltäni. Kaiken kaikkiaan opinnäytetyön tekeminen on ollut pitkä ja haastava mutta myös mielenkiintoinen prosessi. Työn aikana olen oppinut paljon hoitotieteellisestä tutkimustyöstä. Koen oppineeni ja kehittyneeni myös paljon painehaavojen ennaltaehkäisyyn liittyvissä asioissa ja pidän ennaltaehkäisyä tämän työn jälkeen vielä tärkeämpänä. Vastaisuudessa osaan tunnistaa ja kiinnittää huomiota mahdollisiin riskipotilaisiin paremmin ja ryhtyä nopeammin tarvittaviin ennaltaehkäisyyn menetelmiin.

Painehaavojen ennaltaehkäisy on tutkimuksen kohdeosastoilla osa jokapäiväistä hoitotyötä, ja siten aihe on erittäin tärkeä ja ajankohtainen. Työlle voidaan olettaa olevan myös tarvetta, sillä Nyqvistin (2005) tekemässä riskipotilaiden kartoitustutkimuksessa jatkotoiveena oli, että riskipotilaiden kartoitusta jatketaan säännöllisesti hankkeen tuloksena. Vaikka tämä tutkimus ei keskittynytkään riskipotilaiden tai painehaavojen kartoitukseen, saadaan tuloksista laaja-alaista tietoa osastojen nykyisistä toimintatavoista ja hoitajien ammattitaidosta. Toivon, että kohdeosastojen hoitohenkilökunta kokee hyötyvänsä tutkimustuloksista ja että he saavat tutkimuksesta uusia näkökulmia, pohdittavaa ja uutta tietoa. Toivon myös, että tuloksia voidaan hyödyntää mm. toimintatapoja/hoitokäytäntöjä suunniteltaessa ja apuvälinehankintoja sekä tulevia täydennyskoulutuksia mietittäessä.

Tutkimuksen jatkotutkimusaiheina voisi olla uusi riskipotilaiden kartoittaminen osastoittain tai mahdollisten painehaavojen kartoitus. Kehittämisaiheena voisi olla riskiluokitusmittarin käyttöönotto osaksi säännöllistä hoitotyötä. Jatkotutkimusaiheena voisi olla myös riskipotilaiden ravitsemustilan kartoittaminen tai painehaavojen hoitoon keskittyminen.

LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. 2007. 2. painos. Jyväskylä: PS-Kustannus.

EPUAP. 2004. Ravitsemussuositukset painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon. Julkaisija suomenkielellä: Suomen haavanhoitoyhdistys ry. Pdf-dokumentti. Saatavissa: <http://www.shhy.fi/kuvat/Dokumentit/ravitsemussuositukset.pdf>. Luettu: 13.8.2010.

EPUAP. 2006. PUCLAS; luiset ulokkeet. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.puclas.ugent.be/puclas/sf/>. Luettu: 6.9.2010.

EPUAP & NPUAP. 2009. Pressure ulcer prevention. Quick reference guide. Pdf-dokumentti. Saatavissa: http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Prevention.pdf. Luettu: 30.6.2010.

Eriksson, E., Lepistö, M., Hietanen, H. & Juutilainen, V. 2003. Hoitosuositukset painehaavojen ennaltaehkäisyyn. Teoksessa Lauri, S. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. 1.painos. Juva: WSOY.

Eronen, P. & Kinnunen, P. 2009. Kroonista haavaa sairastavan potilaan hoito. Sairaanhoidaja 11/2009, 27–30.

Franks, P. 2007. The cost of pressure ulceration. EWMA Journal Vol 7, No 2, 15–17.

Heikkinen, T. 1999. Painehaavaumapotilaat Itä-Suomen läänin hoitolaitoksissa. Yleisyys, hoito- ja ehkäisymenetelmät sekä riskipotilaiden tunnistusluokitusten käyttö. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopio.

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppälä, S. & Juutilainen, V. 2005. Haava. Porvoo: WSOY.

Hietanen, H. 2005. Haavanhoitotutkimukset ja -kirjallisuus Suomessa 1990- ja 2000-luvuilla. Haava 1/2005, 18–21.

Hietanen, H. 2004. Painehaavaluokituksesta painehaava helpperi. Haava 1/2004, 22–25.

Hietanen, H. 2009. Tutkimustietoa painehaavoista - mitä uutta 2000-luvulta? Haava 3/2009.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13.-14. painos. Keuruu: Tammi.

Hokkanen, H. 2000. Painehaavat, ennaltaehkäisy ja ennaltaehkäisyn kehittämistarpeet. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Turku.

Huovinen, P. 2009. Painehaavat. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=painehaava. Luettu: 17.6.2010.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. 1. painos. Keuruu: Tammi.

- Iivanainen, A. & Seppänen, S. 2007. Haavanhoidon erityiskysymykset. *Haava* 2/2007.
- Juutilainen, V. 2005. Painehaavakirurgian kustannusvaikuttavuutta selvitettävä. *Impakti* 5/2005, 9–11.
- Karvonen, M.-L. & Nousiainen, M. 2009. Painehaavojen ehkäisyn ja varhaisen tunnistamisen ilmeneminen hoitotyön kirjaamisessa. Opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Saatavissa: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4976/opinnayte_nousiainen_ym.pdf?sequence=1. Luettu: 27.9.2010.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M.-L. & Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. 1.-2. painos. Porvoo: WSOY.
- Katajamäki, E. 2010. Moniammatillisuus ja sen oppiminen. Tapaustutkimus ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Tampere. Saatavissa: <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8152-9.pdf>. Luettu: 27.9.2010.
- Kinnunen, U.-M. 2007. Rakenteinen tieto haavanhoidon kirjaamisessa. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja taloudenlaitos. Kuopio.
- L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Luettu: 26.8.2010.
- Laakkonen, A. 2004. Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Tampere.
- Lavikka, M., Oulasvirta, E., Mattila, L.-R. & Rekola, L. 2009. Painehaava voidaan välttää. *Sairaanhoitaja* 6-7/2009, 31-33.
- Lepistö, M. 2004. Pressure ulcer risk assessment in long-term care. Developing an Instrument. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja. Osa 588. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Turku.
- Lepistö, M. 2002. Katsaus painehaavojen riskiluokituksiin. *Haava* 4/2002, 10–13.
- Lindgren, M., Unosson, M., Kranz, A.-M. & Ek, A.-C. 2002. A risk assessment scale for the prediction of pressure sore development: reliability and validity. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (2), 190-199. Saatavissa: <http://www.wirral.nhs.uk/uploads/documents/RsikassessscaleforPSstudy.pdf>. Luettu: 15.10.2010.
- Mediteam. 2009. Oikean patjan valinta. Mediteam Oy. 3-4.
- Mustajoki, P. 2009. Anemia. *Duodecim*. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00006. Luettu: 13.8.2010.

- Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Pdf-dokumentti. Saatavissa: <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/539AF5C4-13FA-40BC-A8D2-540BF5BA1FF2/3926/RAIraportti.pdf>. Luettu: 15.9.2010.
- Nyqvist, N. 2005. Raportti hankkeesta painehaavojen ehkäisy vuodeosastoilla vuosina 2003–2005.
- Pancorbo-Hidalgo, P.-L., Garcia-Fernandez, F. P., Lopez-Medina, I. M. & Alvarez-Nieto, C. 2006. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 54 (1), 94-110.
- Pukki, T. 2006. Painehaava - tiedon tuominen käytäntöön. *Haava* 4/2006, 30-32.
- Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). 2005. Risk assessment and prevention of pressure ulcers. Nursing best practice guideline. Pdf-dokumentti. Saatavissa: http://www.rnao.org/storage/12/638_BPG_pressure_ulcers_v2.pdf. Luettu: 19.11.2009.
- Smith, D. & Waugh, S. 2009. Research study: An assessment of registered nurses knowledge of pressure ulcers prevention and treatment. *The Kansas Nurse*, Vol 84, No:1, 3–5.
- Soppi, E. 2010. Painehaava - esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. *Duodecim* 3/2010, 261–268.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. *Tiedote*. 7.6.2006. 7–8.
- Stechmiller, J., Cowan, L., Whitney, J., Phillips, L., Aslam, R., Barbul, A., Gottrup, F., Gougl, L., Robson, M., Rodeheaver, G., Thomas, D. & Stotts, N. 2008. Guidelines for the prevention of pressure ulcers. *Wound Repair and Regeneration* 16, 151-168.
- Suominen, M., Finne-Soveri, H., Hakala, P., Hakala-Lahtinen, P., Männistö, S., Pitkälä, K., Sarlio-Lähteenkorva, S. & Soini, H. 2009. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Pdf-dokumentti. Saatavissa: http://wwwb.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/Suositus_ikaantyneet_080909.pdf. Luettu: 25.8.2010.
- Tilastokeskus 2009. Väestöennuste 2009–2060. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.tilastokeskus.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_09-30_tie_001_fi.html. Luettu: 30.6.2010.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. painos. Jyväskylä: Tammi.
- Valli, R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Tammi.

Waterlow, J. 2005. Waterlow pressure ulcer prevention/ treatment policy. Pdf-dokumentti. Saatavissa: <http://www.judy-waterlow.co.uk/downloads/Waterlow%20Score%20Card-front.pdf>. Luettu: 22.8.2010.

Wilskman, K. 2006. Painehaavat hallintaan. Sairaanhoitaja 1/2006. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/1_2006/muut_artikkelit/painehaavat_hallintaan/. Luettu: 25.8.2010.

Painehaavan luokka	EPUAP:n luokitus	NPUAPN:n luokitus
I	Ehjän ihon vaalenematon punoitus. Ihon värin muutos, kuumotus, turvotus tai kovettuminen voi olla painehaavan merkki erityisesti tummaihoisilla henkilöillä.	Ehjän ihon vaalenematon punoitus joka tavallisesti sijoittuu luu-ulokkeen kohdalle. Tummaihoisilla ei välttämättä ole näkyvää punoitusta, mutta ihon väri voi poiketa ympäröivän ihon väristä. <i>Tämä alue voi olla kivulias, kova tai pehmeä ja lämpimämpi tai kylmempi kuin ympäröivä iho.</i>
II	Osittainen ihovaurio, joka ulottuu epidermikseen ja/tai dermikseen saakka. Haava on pinnallinen ja kliinisesti se on hiertymä tai rakkula.	Osittainen dermikseen ulottuva ihovaurio, jossa on matala vaaleanpunainen tai punertava haavapohja ilman kuollutta kudosta. Vaurio voi ilmentyä myös kudoksen täyttämänä ehjänä tai rikkoutuneena rakkulana. <i>Näyttäytyy lisäksi kiiltävänä tai kuivana matalana kudovauriona ilman kuollutta kudosta tai mustelmaa (mustelma kuvastaa syvällä sijaitsevaa kudovauriota). Tätä vaurioluokkaa ei pidä käyttää kuvaamaan hankauksesta, hiertymästä tai kosteudesta, johtuvia ihovaurioita tai punoitusta, tai esim. teipin aiheuttamasta allergisesta reaktiosta johtuvaa vauriota.</i>
III	Koko ihon läpäisevä vaurio, johon liittyy ihonalaisen kudoksen vaurio tai nekroosi. Vaurio voi ulottua alla olevaan lihaksen peitinkalvoon (faskia) saakka, mutta ei läpäise sitä.	Koko ihon läpäisevä vaurio. Ihonalainen rasvakudos saattaa näkyä, mutta lihas, jänne tai luu eivät ole näkyvissä. Kuollutta kudosta voi esiintyä, mutta se ei vaikeuta syvyyden arviointia. Myös tunnelimuodostusta saattaa esiintyä. <i>Haavan syvyys voi vaihdella anatomisen paikan mukaan: nenän, korvien, takaraivon tai kehräsluiden seudussa ei ole ihonalaista kudosta, ja vaurion ei tarvitse olla kovin syvä. Alueilla, jossa on runsaasti ihonalaista rasvakudosta, haavat voivat olla hyvinkin syviä.</i>
IV	Laaja kudostuho, kudonekroosi tai lihakseen, luuhun tai tukikudoksiin ulottuva vaurio, joka ulottuu mahdollisesti koko ihon läpi.	Kudoksen läpäisevä laaja kudostuho, joka ulottuu jänteeeseen, lihakseen tai luuhun asti. Kuollutta kudosta tai nekroosia saattaa esiintyä osassa haavaa. Tunnelimuodostus on tavallista. Luokan IV haavat voivat ulottua lihaksen ja/tai tukirakenteisiin, kuten faskiaan, jänteeeseen tai nivelkapseliin, mikä mahdollistaa luun bakteeritulehduksen (osteomyeliitin) kehittymisen. Paljastunut jänne tai luu on suoraan nähtävissä tai palpoitavissa.
Epäily syvällä sijaitsevasta kudostuhosta	IV asteen painehaava sisältää myös tämän määrittelyn.	Paikallinen purppuranvärinen tai tummanpunainen ihoalue tai veren täyttämä rakkula, joka johtuu alla olevan kudoksen vaurioitumisesta paineen tai siihen liittyneen venytyksen/hankauksen vuoksi.
Luokittelematon	IV asteen painehaava sisältää myös tämän määrittelyn.	Kudoksen läpäisevä kudostuho, jossa haavapohja on kuolleen kudoksen, eritteen tai nekroosin peittämä. Vasta kun tarpeeksi kuollutta kudosta, eritettä tai arpea on poistettu niin, että haavan pohja paljastuu, voidaan haavan todellinen syvyys arvioida ja aste määrittää.

Liite 2. Bradenin riskiluokitusmittari (Hietanen ym. 2005)

LIITE 2

	1	2	3	4
Tuntoaisti Kyky reagoida tarkoituksenmukaisesti paineesta aiheutuvaan epämukavuuteen	Täysin rajoittunut. Ei kykene reagoimaan kivuliaaseen ärsykkeeseen, koska tietoisuus (taju) alentunut tai psykkisesti kykenemätön. Kyky tuntea kipua on rajoittunut suurimmalla osalla kehon pintaa	Hyvin rajoittunut. Reagoi vain kivuliaaseen ärsykkeeseen, ei osaa ilmaista epämukavuutta paitsi valittamalla tai levottomutena. Ihon tunto heikentynyt, mikä rajoittaa kykyä tuntea kipua tai epämukavuutta	Hieman rajoittunut. Reagoi suullisiin kehotuksiin. Ei aina kykene ilmaisemaan epämukavuuttaan tai tarvettaan vaihtaa asentoa	Normaali. Ei tuntoaistin vajausta
Ihon kosteus, ihon altistuminen kosteudelle	Jatkuvasti kostea. Lähes koko ajan kostea hiestä, virtsausta ulosteesta, dreeni-/ haavaeritteestä tms.	Lähes aina kostea. Iho on usein kostea muttei kuitenkaan koko päivää. Lakana, poikkilakana, vaippa, haavasidos vaihdetaan 2-4 kertaa vuorokaudessa	Ajoittain kostea. Lakana/ pyjama vaihdetaan kerran päivässä	Harvoin kostea, iho on yleensä kuiva. Lakana/ pyjama vaihdetaan hoitokäytäntöjen mukaan
Aktiivisuus, fyysinen toimintakyky	Vuodepotilas. Täysin liikuntakyvytön. Ei kykene istumaan edes autettuna	Istuu ajoittain. Kykenee ottamaan muutaman askeleen. Ei kykene kannattamaan omaa painoaan. Tarvitsee runsaasti apua/ apuvälineitä siirtyessään tuoliin	Kävelee ajoittain. Kävelee päivittäin muutaman kerran hoitajan/ apuvälineen kanssa tai yksin. Viettää suurimman osan päivästä vuoteessa tai tuolissa	Kävelee toistuvasti
Liikkuminen, kyky muuttaa ja kontrolloida kehon asentoa	Täysin liikuntakyvytön. Ei kykene lainkaan muuttamaan asentoaan ilman apua	Pystyy ajoittain muuttamaan asentoa mutta on kykenemätön toistuviin tai huomattaviin asentomuutoksiin avustamatta	Jonkin verran rajoittunut. Kykenee itsenäisesti usein vaihtamaan asennosta toiseen	Muuttaa itse asentoaan
Ravitseminen, ruuan saannin toteuttaminen	Erittäin heikko. Ollut syömättä trauman tai yleisen heikkouden vuoksi. Nauttii päivittäin liian vähän nesteitä. Ei nautti lisäravintovalmisteita. Ei iv-ravitsemusta tai saa vaan perusnesteet iv:sti	Todennäköisesti riittämätön. Syö harvoin kaiken tarjotun ruuan. Nauttii toisinaan lisäravintovalmisteita	Riittävä. Syö enemmän kuin puolet annoksestaan. Saa lisäravintovalmisteita. Ravinto annetaan syöttöletkun tai gastrostooman avulla. Täydellinen parenteraalinen ravitseminen	Erinomainen. On normaali ruokahalu.
Kudosten venyntyminen ja hankautuminen	Ongelma. Ei lainkaan lihasvoimia tai kykyä vaihtaa asentoa. Tarvitsee hoitajia tai hydraulisia apuvälineitä siirtämisessä tai asennon vaihtamisessa	Todennäköinen ongelma. On kykyä muttei lihasvoimaa liikkua. Tarvitsee hoitajan tuekseen liikkuessa. Ei pysty pitämään asentoaan tuolissa tai vuoteessa	Ei muodosta ongelmaa. Liikuttaa itseään vuoteessa ja tuolissa itsenäisesti. On riittävästi lihasvoimia korjaamaan asentoa	

Hei tulevat kollegat!

18.5.2010

Opiskelen Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikössä sairaanhoitajaksi. Teen opinnäytetyötä painehaavojen ennaltaehkäisystä Pietarsaaren sosiaali- ja terveysviraston geriatrian ja yleislääketieteen osastoille.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata painehaavojen ennaltaehkäisyä hoitajien näkökulmasta. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, ja käsittelen vastaukset luottamuksellisesti.

Täytetyn kyselylomakkeen voitte palauttaa **4.6.2010** mennessä kansliassa olevaan palautuslaatikkoon.

Lupa tutkimukseen on saatu sosiaali- ja terveysviraston hallinnon ylihoitajalta Riitta Lönnbäckiltä.

Tutkimustulokset julkaistaan syksyllä 2010 valmistuvassa opinnäytetyössä, ja toimitan valmiin opinnäytetyöni jokaiselle kyselyyn osallistuneelle osastolle.

Jos sinulla on jotain kysyttävää tutkimukseen liittyen, niin minä tai työelämäyhteyshenkilöni Nina Nyqvist (os.6, puh: 786xxxx) vastaamme mielellämme.

Yhteistyöstänne kiittäen

Jenni Mäntylä
jenni.mantyla@cou.fi
puh: 050-527xxxx

LIITE 3 (2)

Ympyröi sopivan vastausvaihtoehdon numero tai kirjoita vastaus sille varattuun tilaan.

1. Osasto jolla työskentelet

1. Osasto 6
2. Osasto 7
3. Osasto 8
4. Teen sijaisuuksia useammalla osastolla

2. Ammatillinen koulutuksesi

1. Sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja
2. Lähihoitaja / perushoitaja / apuhoitaja
3. Opiskelija
4. Muu, mikä? _____

3. Ikäsi

1. Alle 25 v.
2. 26-35 v.
3. 36-45 v.
4. 46-55 v.
5. Yli 56 v.

4. Minä vuonna olet valmistunut viimeisimpään ammatilliseen tutkintoosi

1. Ennen v. 1980
2. 1981-1990
3. 1991-2000
4. 2001-2010
5. Olen vielä opiskelija

5. Työsuhteesi

1. Vakinainen toimi
2. Määräaikainen sijaisuus (yli 1 kk)
3. Lyhytaikainen sijainen (yli 1 vrk)

6. Kuinka kauan olet työskennellyt kyseisellä osastolla

1. Alle vuoden
2. 1-5 v.
3. 6-10 v.
4. 11-15 v.
5. Yli 16 v.

LIITE 3 (3)

7. Seuraavassa sinua pyydetään arvioimaan ammattitaitosi riittävyttä painehaavojen ennaltaehkäisyssä hoitotyön eri osa-alueilla. Ympyröi mielipidettäsi parhaiten kuvaavan vaihtoehdon numero.

Miten **riittävästi** sinulla on ammattitaitoa painehaavojen ennaltaehkäisyssä? –ssä?

	Riittävästi	Melko riittävästi	Ei ihan riittävästi	Ei lainkaan riittävästi
1. Ihon puhtaudesta huolehtimisessa	1	2	3	4
2. Ihon rasvauksessa	1	2	3	4
3. Ihon venytyksen/hankauksen estämisessä	1	2	3	4
4. Ihon liiallisen kosteuden ehkäisyssä	1	2	3	4
5. Ravinnon merkityksestä	1	2	3	4
6. Lisäravintovalmisteista	1	2	3	4
7. Nesteytyksen merkityksestä	1	2	3	4
8. Asentohoidon toteutuksesta	1	2	3	4
9. Liikkumisen merkityksestä	1	2	3	4
10. Apuvälineiden käytöstä	1	2	3	4
11. Riskiluokitusmittareiden käytöstä	1	2	3	4
12. Vireystilan merkityksestä	1	2	3	4

LIITE 3 (4)

8. Seuraavassa sinua pyydetään arvioimaan miten tärkeänä pidät painehaavojen ennaltaehkäisyä hoitotyön eri osa-alueilla. Ympyröi mielipidettäsi parhaiten kuvaavan vaihtoehdon numero.

Miten **tärkeää** on painehaavojen ennaltaehkäisyssä seuraavat seikat?

	Tärkeää	Melko tärkeää	Vähän tärkeää	Ei tärkeää
1. Ihon puhtaudesta huolehtiminen	1	2	3	4
2. Ihon rasvaus	1	2	3	4
3. Ihon venytyksen/hankauksen estäminen	1	2	3	4
4. Ihon liiallisen kosteuden ehkäisy	1	2	3	4
5. Ravinnon merkitys	1	2	3	4
6. Lisäravintovalmisteet	1	2	3	4
7. Nesteytyksen merkitys	1	2	3	4
8. Asentohoidon toteutus	1	2	3	4
9. Liikkumisen merkitys	1	2	3	4
10. Apuvälineiden käyttö	1	2	3	4
11. Riskiluokitusmittareiden käyttö	1	2	3	4
12. Yleiskunnon ja vireystilan merkitys	1	2	3	4

LIITE 3 (5)

9. Missä määrin seuraavat väittämät vastaavat mielipidettäsi? Ympyröi mielipidettäsi parhaiten kuvaavan vaihtoehdon numero.

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En osaa sanoa	Jonkin verran samaa mieltä	Ei lainkaan samaa mieltä
1. Osastollani on riittävästi painehaavojen ennaltaehkäisyyn käytettäviä apuvälineitä	5	4	3	2	1
2. Apuvälineitä käytetään jokaisen riskipotilaan kohdalla	5	4	3	2	1
3. Potilaan päivittäiseen hoitosuunnitelmaan kirjataan riittävän tarkasti painehaavojen ennaltaehkäisy menetelmiä	5	4	3	2	1
4. Painehaavojen ennaltaehkäisyyn kehitetyjä riskimittareita hyödynnetään riittävästi	5	4	3	2	1
5. Riskimittareiden käytöstä on ollut hyötyä	5	4	3	2	1
6. Tarvitsen lisää tietoa riskimittareista ja niiden käytöstä	5	4	3	2	1
7. Painehaavojen ennaltaehkäisyn keinot ovat kehittyneet osastollani viime vuosina	5	4	3	2	1
8. Painehaavojen esiintyvyys on vähentynyt osastollani viime vuosina	5	4	3	2	1
9. Painehaavojen ennaltaehkäisyyn kiinnitetään riittävästi huomiota	5	4	3	2	1
10. Olen saanut koulutusta painehaavojen ennaltaehkäisystä	5	4	3	2	1
11. Koen tarvitsevani lisäkoulutusta painehaavojen ennaltaehkäisystä	5	4	3	2	1
12. Olen halukas osallistumaan painehaavojen ennaltaehkäisyn koulutuksiin	5	4	3	2	1

LIITE 3 (6)

13. Osastollani hyödynnetään riittävästi koulutuksista saatua tietoa	5	4	3	2	1
14. Riskipotilaiden painehaavojen ennaltaehkäisyyn käytetään riittävästi lisäravintovalmisteita (esim. Cubitan®)	5	4	3	2	1
15. Riskipotilaat suihkutetaan riittävän usein	5	4	3	2	1
16. Riskipotilaan ihoa rasvataan riittävän usein	5	4	3	2	1
17. Riskipotilaan ihon hankauksen/venytyksen estämiseksi tai vähentämiseksi kiinnitetään riittävästi huomiota	5	4	3	2	1
18. Liikuntakykyisiä riskipotilaita kehoitetaan vaihtamaan asennon painopistettä säännöllisin väliajoin	5	4	3	2	1
19. Vuodepotilaiden asentohoidosta huolehditaan riittävän usein	5	4	3	2	1
20. Potilasta ohjataan ehkäisemään ja tunnistamaan painehaavojen kehittyminen	5	4	3	2	1
21. Potilaan omaisia ohjataan ehkäisemään ja tunnistamaan painehaavojen kehittyminen	5	4	3	2	1
22. Elimistön tilaa kuvaavia laboratoriotutkimuksia (esim. S-Alb) hyödynnetään painehaavariskin selvittämisessä	5	4	3	2	1

10. Osastollani on käytössä painehaavojen riskiluokitusmittari

1. Kyllä, mikä/ kenen kehittämä _____
2. En tiedä
3. Ei

LIITE 3 (7)

11. Osastollani on kirjalliset ohjeet painehaavojen ennaltaehkäisystä

1. Kyllä
2. En tiedä
3. Ei

12. Osastollani tunnustetaan potilaat, jotka saattavat saada painehaavan

1. Aina
2. Usein
3. Harvoin
4. Ei koskaan

13. Tieto potilaan todennäköisyydestä saada painehaava on dokumentoitu potilaan sairauskertomukseen

1. Aina
2. Usein
3. Harvoin
4. Ei koskaan

14. Miten painehaavojen ennaltaehkäisy toteutuu nykyisellä osastollasi?

	Erittäin hyvin	Hyvin	Kohtalaisesti	Heikosti
1. Aamuvuorossa	4	3	2	1
2. Iltavuorossa	4	3	2	1
3. Yövuorossa	4	3	2	1

15. Mitä painehaavojen ennaltaehkäisyn apuvälineitä osastollenne tarvittaisiin lisää? Luettele 3 vaihtoehtoa.

16. Minkä yleisarvosanan (1-10) antaisit osastosi toteuttamalle painehaavojen ennaltaehkäisylle?

17. Miten painehaavojen ennaltaehkäisyä voisi kehittää osastollasi? Vastaa omin sanoin. Tarvittaessa voit jatkaa vastaustasi paperin kääntöpuolelle.

Hej blivande kollegor!

18.5.2010

Jag studerar till sjukskötare i Mellersta-Österbottens yrkeshögskola. Jag gör lärdomsprov om förebyggande av trycksår inom social- och hälsovårdsverkets geriatriska och allmän medicinska avdelningar i Jakobstad.

Undersökningens frågor berör vårdpersonalens syn på förebyggande av trycksår. Deltagande i undersökningen är frivilligt och jag behandlar svaren konfidentiellt.

Ifyllda frågeformular kan returneras till returneringslådan i kansliet t.o.m. **4.6.2010**.

Lov till undersökningen har getts av Jakobstads social- och hälsovårdsverkets adm.avdelningsskötare Riitta Lönnbäck.

Undersökningsresultaten offentliggörs i lärdomsprovet som blir klart hösten 2010. Mitt färdiga lärdomsprov ges till alla avdelningar som deltagit.

Om du har frågor som rör undersökningen, så svarar jag gärna eller min kontaktperson i arbetslivet (Nina Nyqvist avd.6 tfn: 786xxxx).

Tack för samarbete

Jenni Mäntylä
jenni.mantyla@cou.fi
tel: 050-527xxxx

LIITE 4 (2)

Ringa in passande svarsalternativ eller skriv ditt svar på angiven plats

3. Avdelning som du jobbar på

5. Avdelning 6
6. Avdelning 7
7. Avdelning 8
8. Jag vikarierar på flera avdelningar

4. Din yrkesutbildning

5. Sjukskötare eller hälsovårdare
6. Närvårdare/ primärskötare/ hjälpskötare
7. Studerande
8. Annan, vad? _____

3. Ålder

1. Under 25 år
2. 26-35 år
3. 36-45 år
4. 46-55 år
5. Över 56 år

4. Vilket år blev du färdig från din senaste yrkesutbildning

6. Före år 1980
7. 1981-1990
8. 1991-2000
9. 2001-2010
10. Jag är ännu studerande

5. Arbetsförhållande

4. Stadigvarande
5. Tidsbundet vikariat (över 1 mån.)
6. Kortvarigt vikariat (över 1 dygn.)

6. Hur länge har du arbetat på avdelningen

1. Under ett år
2. 1-5 år
3. 6-10 år
4. 11-15 år
5. Över 16 år

LIITE 4 (3)

7. I följande punkter ber jag dig värdera din tillräckliga yrkesskicklighet i förebyggandet av trycksår inom olika delområden. Ringa in numret på det alternativ som bäst motsvarar din åsikt.

Hur **tillräcklig** är din yrkesskicklighet vid förebyggandet av trycksår?

	Tillräckligt	Ganska tillräckligt	Inte helt tillräckligt	Inte alls tillräckligt
13. Sköta hudens renlighet	1	2	3	4
14. Hudens smörjning	1	2	3	4
15. Förhindra töjning av hud/ friktion	1	2	3	4
16. Förebygga hudens fuktighet	1	2	3	4
17. Kostens betydelse	1	2	3	4
18. Användning av nutritionspreparat	1	2	3	4
19. Vätskans betydelse	1	2	3	4
20. Förverkligande av lägesvård	1	2	3	4
21. Betydelse av aktivitet/ rörelse	1	2	3	4
22. Användning av hjälpmedel	1	2	3	4
23. Användning av mätinstrument vid trycksår	1	2	3	4
24. Allmänna tillståndets betydelse	1	2	3	4

LIITE 4 (4)

8. I följande punkter ber jag dig värdera hur viktig förebyggandet av trycksår inom olika delområden är enligt dig. Ringa in numret på det alternativ som bäst motsvarar din åsikt.

Hur **viktiga** är följande saker i förebyggandet av trycksår?

	Viktig	Ganska viktig	Mindre viktig	Inte viktig
13. Sköta hudens renlighet	1	2	3	4
14. Hudens smörjning	1	2	3	4
15. Förhindra töjning av hud/ friktion	1	2	3	4
16. Förebygga hudens fuktighet	1	2	3	4
17. Kostens betydelse	1	2	3	4
18. Näringstillskotts preparat	1	2	3	4
19. Vätskans betydelse	1	2	3	4
20. Förverkligande av lägesvård	1	2	3	4
21. Rörlighetens betydelse	1	2	3	4
22. Användning av hjälpmedel	1	2	3	4
23. Användning av mätinstrument vid trycksår	1	2	3	4
24. Almännas tillståndets betydelse	1	2	3	4

LIITE 4 (5)

9. I hur stor utsträckning motsvarar följande påståenden din åsikt. Ringa in numret på det alternativ som motsvarar din åsikt.

	Helt av samma åsikt	Nästan av samma åsikt	Kan inte säga	En aning av samma åsikt	Inte alls av samma åsikt
1. Det finns tillräckligt med hjälpmedel på min avdelning vid förebyggandet av trycksår	5	4	3	2	1
2. Hjälpmedel används vid varje riskpatient	5	4	3	2	1
3. I patientens dagliga vårdplan skrivs tillräckligt noggrant metoder om hur man förebygger trycksår	5	4	3	2	1
4. Utvecklade riskmätare vid förebyggande av trycksårs utnyttjas tillräckligt	5	4	3	2	1
5. Användningen av riskmätare har varit till nytta.	5	4	3	2	1
6. Jag behöver mera uppgifter om riskmätare och hur de används	5	4	3	2	1
7. Metoder vid förebyggande av trycksår har utvecklats på min avdelning under de senaste åren	5	4	3	2	1
8. Trycksår har minskat på min avdelning de senaste åren	5	4	3	2	1
9. Man fäster tillräcklig uppmärksamhet vid förebyggande av trycksår	5	4	3	2	1
10. Jag har fått skolning i förebyggande av trycksår	5	4	3	2	1
11. Jag känner att jag behöver tilläggs-skolning i förebyggande av trycksår	5	4	3	2	1
12. Jag är villig att delta i skolning av förebyggande av trycksår	5	4	3	2	1

LIITE 4 (6)

13. På min avdelning används information som man har fått på skolningar	5	4	3	2	1
14. Vid förebyggande av riskpatientens trycksår används tillräckligt med näringstillskotts preparat (t.ex Cubitan®)	5	4	3	2	1
15. Riskpatienter duschas tillräckligt ofta	5	4	3	2	1
16. Riskpatientens hud smörjs tillräckligt ofta	5	4	3	2	1
17. Man är tillräckligt uppmärksam om riskpatientens hudskav / förhindra eller minska friktion	5	4	3	2	1
18. Rörliga riskpatienter uppmanas byta ställningen regelbundet	5	4	3	2	1
19. Sängpatienternas lägesvård ombesörjs tillräckligt ofta	5	4	3	2	1
20. Patienten informeras om hur förebygga och känna igen utvecklande av trycksår	5	4	3	2	1
21. Patientens anhöriga informeras om hur förebygga och känna igen trycksårs utvecklande	5	4	3	2	1
22. Laboratorieprov (t.ex S-Alb) som visar kroppens tillstånd används i utredning för trycksår	5	4	3	2	1

10. På min avdelning använder vi mätinstrument för trycksår

4. Ja, vilken/ av vem utvecklad _____
5. Jag vet inte
6. Nej

LIITE 4 (7)

11. På min avdelning finns skriftliga beskrivningar om förebyggande av trycksår

- 4. Ja
- 5. Jag vet inte
- 6. Nej

12. På min avdelning känner vi igen patienter som kan få trycksår

- 5. Alltid
- 6. Ofta
- 7. Sällan
- 8. Aldrig

13. Uppgifter om patientens sannolikhet att få trycksår är dokumenterat i patientens sjukjournal

- 5. Alltid
- 6. Ofta
- 7. Sällan
- 8. Aldrig

14. Hur förverkligas förebyggande av trycksår på din nuvarande avdelning

	Mycket bra	Bra	Någorlunda	Svagt
4. I morgonskift	4	3	2	1
5. I kvällskift	4	3	2	1
6. I nattskift	4	3	2	1

15. Vilka fler hjälpmedel behöver du vid förebyggande av trycksår på din avdelningen? Räkna upp 3 alternativ.

16. Vilket medelvitsord (1-10) skulle du ge din avdelning vid förverkligande av förebyggande av trycksår? _____**17. Hur kunde förebyggande av trycksår utvecklas på din avdelning? Svara med egna ord. Vid behov kan du fortsätta ditt svar på papprets baksida.**
