

Niina Rokosa

HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSIA BRADEN- RISKI-
LUOKITUSMITTARIN KÄYTÖSTÄ ERIKOISSAIRAANHOI-
DOSSA

Hoitotyön koulutusohjelma
2016

HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSIA BRADEN- RISKILUOKITUSMITTARIN KÄYTÖSTÄ ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

Rokosa, Niina
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Syyskuu 2016
Ohjaaja: Kanerva, Anne- Maria
Sivumäärä: 33
Liitteitä: 5

Asiasanat: painehaava, riskinarviointi, ennaltaehkäisy, hoitohenkilökunta

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia Braden-riskiluokitusmittarin käytöstä erikoissairaanhoidossa. Tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia, miten Braden-riskiluokitusmittari soveltui painehaavariskin arviointiin, ja mitä positiivista sen käyttöönotto oli tuonut hoitajien työhön. Lisäksi selvitettiin systemaattisen painehaavariskin arvioinnin mahdollisia haasteita ja ehdotuksia painehaavariskin arvioinnin toimintamallin kehittämiseksi. Saatuja tuloksia verrattiin Tiia Stenroosin (2015) keräämään aineistoon. Tavoitteena oli tuottaa tietoa systemaattisen painehaavariskin arvioinnin kehittämiseen Satakunnan sairaanhoitopiirissä.

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin kolmen yhteistyöosaston hoitohenkilökunnalta puolistrukturoidulla kyselylomakkeella keväällä 2016. Kyselyyn vastasi 55 yhteistyöosastoilla työskentelevää hoitajaa. Tutkimusaineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tutkimustuloksista käy ilmi, että hoitajat kokevat Braden-riskimittarin soveltuvan hyvin tai kohtuullisesti painehaavariskin arviointiin omassa työyksikössä. Painehaavariskin arvioinnin suurimpina haasteina koettiin kiire, sekä riskinarvioinnin tulkinnan ja kirjaamisen vaikeus. Kehittämisehdotuksina esitettiin lisätiedon saamista Braden-mittarin käytöstä ja Braden-mittarin vaihtamista helpokäyttöisempään mittariin.

Opinnäytetyön tulokset olivat hyvin samansuuntaisia Tiia Stenroos (2015) tekemään opinnäytetyön tuloksiin verrattuna. Erityisesti Braden-mittarin käytön haasteet olivat hyvin samankaltaisia. Tiia Stenroosin (2015) opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että systemaattisen painehaavariskin arvioinnin kehittämisen yhtenä pääkohtana painottui asianmukainen kirjaaminen. Tässä tutkimuksessa hoitajat eivät kokeneet, että tarvitsisivat käytännön ohjetta systemaattiseen kirjaamiseen. Hoitajat toivoivat, että saataisiin sähköiseen potilaskertomukseen selkeä kohta, johon voitaisiin kirjata painehaavariskinarvioinnin tulos.

Jatkotutkimusehdotuksena esitetään vastaavan tutkimuksen tekemistä hoitohenkilökunnalle, jotta voitaisiin seurata hoitohenkilökunnan kokemuksia Braden-mittarin käytöstä myös jatkossa. Lisäksi ehdotetaan painehaavaan ehkäisyyn liittyvän teemapäivän järjestämistä hoitohenkilökunnan tiedon lisäämiseksi.

NURSING STAFF'S EXPERIENCES OF THE USE OF THE BRADEN SCALE IN SPECIALIZED NURSING

Rokosa, Niina
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
September 2016
Supervisor: Kanerva, Anne-Maria
Number of pages: 33
Appendices: 5

Key words: pressure sore, risk assessment, prevention, nursing staff

The purpose of this thesis was to explore the experiences of the nursing staff of the use of the Braden scale for predicting the risks for pressure sores in specialized nursing. The first aim was to find out, whether the Braden scale is suitable for assessing the risk for pressure sores and what positive effects its use has on the nurses' work. Secondly, the thesis aimed at charting the possible challenges in the systematic assessment of the risk for pressure sores and suggestions for developing a model for assessing the risk for pressure sores. The results were compared with Tiia Stenroos's material collected in 2015. The third aim was to produce information to develop the systematic assessment of the risk for pressure sores in Satakunta Nursing District.

The study is qualitative and the data were collected by a semi-structured questionnaire in spring 2016. The target group consisted of the nursing staff of three wards and 55 nurses answered the questionnaire. The data were analysed by content analysis.

The results show that the nurses think that the Braden scale suits well or fairly well to the assessment of the risk for pressure sores in their work setting. The most challenging factors were lack of time and difficulties in the interpretation and recording of the risk assessment results. In the nurses' opinion more information should be given of the use of the Braden scale or an easier scale should be used.

The results are very similar to the results of Tiia Stenroos's thesis from 2015. In particular, the detected challenges in using the Braden scale resembled each other. In Stenroos's study recording was identified as one of the factors which needed development. In this study, the nurses did not feel that they needed practical information of systematic recording. However, they hoped that the electrical form of the patient's record would include a place, where the result of risk assessment could be entered.

Further studies could be made on the use of the Braden scale among nursing staff. As a result, the experiences of the use of the scale could be charted even in the future. In addition, a theme day should be arranged for nursing staff to train the staff in preventing pressure sores.

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	6
2. PAINEHAAVA JA ETIOLOGIA	8
3. PAINEHAAVAN ENNALTAEHKÄISY	9
3.1 Riskiluokitusmittarit	9
3.2 Braden- riskiluokitusmittari	10
3.3 Hoitotyön suositus painehaavan ehkäisystä	11
4. AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	11
5. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE	15
6. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	16
6.1 Opinnäytetyön taustatietoja	16
6.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston kerääminen	16
6.3 Tutkimusaineiston analysointi	18
7. TUTKIMUSTULOKSET	19
7.1 Hoitohenkilökunnan kokemuksia Braden- painehaavariskiluokitusmittarin käytöstä työssään	19
7.2 Hoitohenkilökunnan kokemat haasteet systemaattisessa painehaavariskin arvioinnissa	21
7.3 Hoitohenkilökunnan positiiviset kokemukset systemaattisesta painehaavariskin arvioinnista	23
7.4 Hoitohenkilökunnan kehittämissuhteet painehaavariskin toimintamallin kehittämiseksi	24
8. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	26
8.1 Tutkimustulosten tarkastelu	26
8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	28
8.3 Oman osaamisen kehittyminen	30
8.4 Jatkotutkimus- ja projektiaiheet	31
LÄHTEET	32
LIITTEET	

1. JOHDANTO

Painehaava on yleinen kudosisvaurio: sitä esiintyy noin 5 - 15 %:lla kotihoidossa, hoitolaitoksissa ja sairaaloissa olevista potilaista. Painehaavat ovat kivuliaita, huonontavat elämänlaatua, lisäävät infektiotilaa, kuolemanvaaraa, hoitohenkilökunnan työtaakkaa sekä aiheuttavat huomattavia kustannuksia. (Soppi 2010.) Paineesta aiheutuvien kudosisvaurioiden ehkäisyn ensimmäinen askel on käyttää riskinarviointimittareita, joiden avulla voidaan tunnistaa painehaavariskissä olevat henkilöt. (Joanna Briggs Institute 2008.)

Suomessa havaitaan vuosittain noin 55 000- 80 000 painehaavaa ja yhden jo syntyneen painehaavan on arvioitu maksavan sairaalalle noin 500- 6 500 euroa. Kokonaisuudessaan painehaavat maksavat valtiolle noin 400 miljoonaa euroa vuosittain. (Molnlycke www- sivut, 2013.) Painehaavojen ennaltaehkäisy tulisikin paljon halvemmaksi kuin niiden hoito. (Soppi 2010, 263- 264.). Ensimmäinen askel painehaavojen ehkäisyssä on tunnistaa riskitapaukset (EPUAP 1998, www.epuap.org). Yhdysvaltalaisen ohjeiden mukaan arvio pitää tehdä viimeistään 12 tunnin kuluessa potilaan joutuessa sairaalaan ja 48 tunnissa, jos potilaan tila oleellisesti huonontuu. (Soppi 2010, 265.) Suomessa on myös laadittu suositus Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä – hoitosuositus, jossa ensisijaisena tavoitteena on tunnistaa painehaavariskissä olevat potilaat vaiheessa, jolloin ehkäisevät toimet ovat potilaan kannalta vaikuttavia, merkityksellisiä ja turvallisia sekä kustannusvaikuttavia potilaan ja yhteiskunnan kannalta (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015.)

Painehaavalle altistavien tekijöiden tunnistamiseksi on kehitetty lukuisia riskiluokitusmittareita, jotka on ensisijaisesti tarkoitettu akuutti- tai pitkäaikaishoidossa oleville aikuispotilaille. Suomessa riskiluokitusmittareiden rutiininomainen käyttö on vielä vähäistä (Juutilainen & Hietanen 2012, 312- 313; Kaunisto 2014,

38- 39.) Braden- riskiluokitusmittari on systemaattisessa käytössä joillakin akuuteilla ja pitkäaikaisvuodeosastoilla. (Juutilainen & Hietanen 2012, 312, 318.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia Braden-riskiluokitusmittarin käytöstä erikoissairaanhoidossa. Tarkoituksena on selvittää hoitajien kokemuksia, miten Braden-riskiluokitusmittari soveltuu painehaavariskin arviointiin, ja mitä positiivista sen käyttöönotto on tuonut potilaiden hoitoon ja työhön. Lisäksi selvitetään systemaattisen painehaavariskin arvioinnin mahdollisia haasteita ja ehdotuksia painehaavariskin arvioinnin toimintamallin kehittämiseksi. Yhteistyötahona toimi Satakunnan sairaanhoitopiiri. Yhteyshenkilöinä toimivat kehittämissylihoitaja Marita Koivunen, sekä haavahoitaja Eija Luotola, joka myös toimi projektisuunnittelijana Satakunnan sairaanhoitopiirin omassa tutkimuksessa, Painehaavojen ennaltaehkäisy ja hoidon kehittäminen Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Opinnäytetyö liittyy tähän hankkeeseen. Aineisto kerätään Tiia Stenroosin (2015) laatimalla puolistrukturoidulla kyselylomakkeella. Lomaketta muokattiin hieman tähän tutkimukseen sopivaksi. Saatuja tuloksia verrataan Stenroosin tutkimuksen tuloksiin.

2. PAINEHAAVA JA ETIOLOGIA

Painehaavalla tarkoitetaan ihon tai ihonalaisen kudoksen paikallista vauriota, jonka on aiheuttanut paine, venyttäminen tai hankaus, yhdessä tai erikseen. Se sijaitsee tavallisesti luisen ulokkeen kohdalla. (European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel 2009.)

Painehaava nimitys voi olla osin harhaanjohtava, koska ongelmien taustalla on monia muitakin tekijöitä kuin kudokseen kohdistuva ulkoinen paine. Painehaavojen osuus kaikista kroonisista haavoista on suuri, ja niiden hoito on työlästä ja pitkäkestoista. Lisäksi ne aiheuttavat inhimillisen kärsimyksen ohella huomattavia kustannuksia. (Juutilainen & Hietanen 2012, 300.)

Painehaavat syntyvät useimmiten muiden sairauksien tai niiden hoitojen komplikaatioina ja niiden ilmaantumisesta voidaan tietyssä määrin pitää hoidon laadun mittarina. (Juutilainen & Hietanen 2012, 300.) Painehaavat sijaitsevat yleisimmin ristiselän, istuinkyhmyjen ja lonkkien sekä kantapäiden luisten ulokkeiden kohdilla. Epätavallisemmat sijaintipaikat ovat kasvot (Posket, nenä, korvat), takaraivo ja yläraajat (Olkapäät, kyynärpäät). (Juutilainen & Hietanen 2012, 301.)

Painehaavan etiologisista tekijöistä tärkein on pitkittynyt, kohtisuora, staattinen ulkoinen paine kehon luisen ulokkeen kohdalla. Pitkittynyt kudospaineen nousu, joka ylittää kapillaarien sulkeutumispaineen, johtaa kudosiskemiaan ja edelleen palautumattomaan kudoksen nekroosiin 4- 12 tunnin kuluessa. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 187.) Muita painehaavojen syntyyn vaikuttavia tekijöitä ovat kitka ja kudosten venyminen kehon luisen ulokkeen kohdalla. Lisäksi ihon kosteudella sekä potilaan yksilöllisellä alttiudella on merkitystä kudoksen vaurion synnyssä. Pitkittynyt hapenpuute on ratkaisevassa asemassa kudoksen vaurion synnyssä. (Juutilainen & Hietanen 2012, 301- 303.)

Potilaaseen liittyviä painehaavalle altistavia tekijöitä ovat liikkumattomuus, ravitsemushäiriö, ruumiinlämmön lasku, vanhuus ja huonot paikalliset kudokset,

myös muun muassa vartalon muoto, korkea tai matala painoindeksi (BMI), tupakointi, psyykkiset tekijät ja paikallista verenkiertoa heikentävät tekijät altistavat painehaavoille. (Juutilainen & Hietanen 2012, 304, 313.)

3. PAINEHAAVAN ENNALTAEHKÄISY

Painehaavat ovat useimmiten ehkäistävissä, jos potilaan yksilölliset painehaavariskiä suurettavat tekijät oivalletaan ajoissa. Painehaavojen syntymisen ehkäisy on inhimillisesti ja taloudellisesti ajatellen tehokkain tapa vähentää painehaavoihin liittyviä ongelmia. Painehaavariskin arviointi on yksi painehaavojen ennaltaehkäisyn menetelmä. Painehaavan ehkäisyssä olennaista on painehaavariskissä olevien potilaiden tunnistaminen ja luu-ulokekohtiin kohdistuvan paineen ja venytyksen minimointi tai poistaminen. (Juutilainen & Hietanen 2012, 312 & Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015.)

3.1 Riskiluokitusmittarit

Painehaavan riskitekijöiden tunnistamiseksi on kehitetty lukuisia riskimittareita, joita suositellaan ensisijaisesti käytettävän akuutti- tai pitkäaikaishoidossa aikuispotilaille. (Juutilainen & Hietanen 2012, 312). Hoitotyössä tarvitaan painehaavojen riskiluokitusmittareita, sillä niiden tuottaman tiedon avulla voidaan löytää potilaat, joilla on kohonnut riski painehaavan synnylle, sekä resursoida henkilökuntaa, kartoittaa hoitotyön laatua, tarvittavia apuvälineitä ja henkilökunnan koulutustarvetta. Näin ollen riskiluokituksen käyttäminen on lisännyt painehaavaongelman tiedostamista, auttaen puuttumaan siihen ja suunnittelemaan sekä arvioimaan potilaan hoitotyötä. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2005, 190; Lepistö 2008, 35–36.)

Painehaavariskimittareissa yleisesti esiintyviä riskitekijöitä ovat muun muassa potilaan liikuntakyky, ravitsemus ja yleinen terveydentila, ihon tunto ja kosteus sekä kitka ja kudosten venyminen. (Juutilainen & Hietanen 2012, 313.)

Ensimmäinen riskinarvio on suositeltavaa tehdä heti, kun potilas tulee hoitoon. Arvio toistetaan yksilöllisen suunnitelman mukaan ja uudelleenarviointi tehdään aina, kun potilaan terveydentila, aktiivisuus ja liikuntakyky muuttuvat. Sairaskertomustietoihin dokumentoitu painehaavan riski- indeksi antaa moniammatillisessa työyhteisössä ja hoitoketjussa nopean käsityksen potilaan painehaavariskistä. Riskiluokitusten avulla voidaan myös arvioida toteutettujen ehkäisevien hoitojen vaikuttavuutta ja laatua. (Juutilainen & Hietanen 2012, 318 & Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015.)

3.2 Braden- riskiluokitusmittari

Bradenin ja Bergströmin kehittämä riskimittari vuodelta 1988 on kansainvälisissä tutkimuksissa eniten testattu ja todettu luotettavimmaksi painehaavariskin kuvaajaksi. Bradenin asteikko on kehitetty aikuispotilaille. Mittari ennustaa painehaavariskiä erityisesti akuutisti sairastuneilla, mutta riskimittari soveltuu myös hyvin vuodeosastokäyttöön. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 191; Juutilainen & Hietanen 2012, 313.)

Asteikko koostuu kuudesta osatekijästä: tuntoaisti, kosteus, aktiivisuus, liikkuvuus, ravitsemus sekä kitka ja kudosten venyminen. Asteikon alaosioissa selitetään pääpiirteittäin, mitä kullakin otsikolla tarkoitetaan. Jokainen osatekijä pisteytetään 1- 4, paitsi kitka ja ihon venyminen, jotka pisteytetään asteikolla 1- 3. Pistemäärä voi olla välillä 6- 23 pistettä. Mitä pienemmät riskipisteet potilas saa, sitä suurempi hänen painehaavariskinsä on (Liite 5). Kun yhteen laskettu pistemäärä on 15- 18, silloin riski on olemassa ja pisteiden ollessa 13- 14, riski on kohtalainen. Riski on suuri, kun pisteitä on 10- 12, ja kun pisteitä on yhdeksän tai sen alle, niin potilaan riski saada painehaava on erittäin suuri. Yhteisesti sovitut selventävät ja yhteneväisyyttä tukevat lisäohjeet kirjataan erikseen mittarin yhteyteen. (Juutilainen & Hietanen 2012, 313.)

3.3 Hoitotyön suositus painehaavan ehkäisystä

Hoitotyön tutkimussäätiön laatima suositus; Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä, suositus koskee aikuispotilaan painehaavan ehkäisyä ja tunnistamista, joita suosituksessa on käsitelty otsikoilla riskin arviointi, asentohoito, makuu tai istuinalustan valinta, ihonhoidon kunnan arviointi ja hoito, ravitseminen sekä kirjaaminen (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015.)

Suosituksen tavoitteena on koota yhteen paras mahdollinen näyttö aiheesta. Näytön avulla voidaan tunnistaa painehaavariskissä olevat potilaat vaiheessa, jolloin ehkäisevät toimet ovat potilaan kannalta vaikuttavia, merkityksellisiä ja turvallisia sekä kustannusvaikuttavia potilaan ja yhteiskunnan kannalta. Ehkäisevät hoitotyön toiminnot kuuluvat hoidon jokaiseen vaiheeseen (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015.)

4. AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Aikaisempia tutkimuksia haettiin käyttämällä hakusanoja: painehaava, braden, riskiluokitus, riski, pressure ulcer ja risk assessment. Tiedonhaut tehtiin Medic, Melinda, PubMed ja Theseus tietokannoista. Haun rajauksina oli koko teksti ja tiivistelmä saatavilla, myös piti olla suomen- tai englanninkielinen versio saatavilla, sekä rajauksessa pois suljettiin yli 10 vuotta vanhat tutkimukset. Lisäksi mukaanottokriteerinä oli, että tutkimus käsitteli painehaavariskin arviointiin käytettävän mittarin käyttöönottoa.

Taulukko 1. Tiedonhaun kuvaus

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Mukaan otetut tutkimukset
Medic	Braden*	3	1
	Painehaa* AND riski*	19	0
Melinda	braden? painehaav?	6	1
PubMed	Pressure Ulcer [MeSH Terms] AND Risk Assessment [MeSH Terms] AND braden	11	0
Theseus	braden* painehaa*	62	2

Medic tietokannasta löytyi ensimmäisellä haulla 3 tulosta, hakusanalla braden*. Otsikon mukaan valittiin kaksi mukaan. Tiivistelmän luettua valittiin yksi tutkimus mukaan. Melinda tietokannasta löytyi kuusi tulosta ja otsikon perusteella valittiin kaksi tutkimusta. Tiivistelmän luettua valittiin yksi tutkimus ja hylättiin toinen. PubMed tietokannasta tarkennetulla haulla mainituilla kriteereillä löytyi 11 tulosta. Otsikon mukaan valittiin kolme tutkimusta ja hylättiin loput. Tiivistelmän luettua valittiin kaksi tutkimusta. Näistä kahdesta tutkimuksesta, toista tutkimusartikkelitiedostoa ei saatu auki ja toinen tutkimus ei vastannut hakemaa tietoa, joten molemmat hylättiin. Tästä tietokannasta ei ole mukana yhtäkään tutkimusta. Theseus tietokannasta löytyi 62 tulosta. Otsikon mukaan valittiin 12 tulosta ja hylättiin loput. Tiivistelmän luettua hyväksyttiin neljä tutkimusta. Tekstiin tutustumisen kautta valittiin lopulta kaksi tutkimusta. Aikaisemman tutkimuksien tiedonhausta löytyi yhteensä neljä mukaan otettavaa tutkimusta.

Satakunnan sairaanhoitopiirissä on toteutettu 2015 opinnäytetyönä (AMK) selvitys siitä, miten hoitohenkilökunta (n=65) koki systemaattisen painehaavariskin arvioinnin työssään, miten Braden-riskimittari soveltui painehaavariskin arviointiin ja mitä positiivista sen käyttöönotto oli tuonut potilaiden hoitoon ja työhön. Lisäksi selvitettiin systemaattisen painehaavariskin arvioinnin mahdollisia haasteita (Stenroos 2015). Opinnäytetyössä käytettiin puolistrukturoitua kyselylomaketta. Tutkimusaineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Kyselyihin vastasi 65 hoitajaa. Tutkimustulosten mukaan hoitajat (n=65) kokivat Braden-riskimittarin soveltuvan pääasiassa hyvin (40 %) tai kohtuullisesti (57 %) painehaavariskin arviointiin omassa työyksikössä. Kolmen vastaajan mielestä Braden-mittari soveltuu erinomaisesti painehaavariskin arviointiin ja yksikään vastaajista ei valinnut ”Braden ei ole hyvä mittari painehaavariskin arviointiin työyksikössäni.” – vaihtoehtoa. Mittarin käyttöönotto oli parantanut potilaiden saamaa hoitoa monella eri osa-alueella, kuten painehaavojen ennaltaehkäisyn tehostuminen, kiputilojen väheneminen, asentohoidon tehostuminen, hoitojaksojen lyheneminen ja kokonaisvaltaisen hoitotyön korostuminen.

Myös painehaavojen ennaltaehkäisyyn kiinnitettiin enemmän huomiota Braden-riskimittarin käyttöönoton myötä. Suurimpia haasteita todettiin olevan riskinarvioinnin ja kirjaamisen systemaattisuus. Systemaattista arviointia ja kirjaamista hankaloittavia tekijöitä olivat muun muassa työntekijän asenteisiin, organisaatioon, potilaaseen ja Braden-riskimittariin liittyvät haasteet. (Stenroos 2015.)

Kyselytutkimuksessa tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajien käytössä olevia hoitotyön toimintoja painehaavariskin varhaisessa tunnistamisessa ja painehaavan ennaltaehkäisemisessä. Tavoitteena oli selvittää sairaanhoitajien painehaavaosaimista, jota haavahoitajat voivat hyödyntää kehittäessään painehaavariskin varhaisesta tunnistamista ja painehaavan ennaltaehkäisemistä. Kyselyyn vastasi 83 sairaanhoitajaa. Aineisto analysoitiin SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 18.0 -ohjelmalla. Tuloksista kävi ilmi, että riskiarviointimittari auttoi potilaan painehaavariskin arvioinnissa 74 %:n mielestä, 18 %:a sairaanhoitajista jätti vastaamatta kysymykseen. Potilaan painehaavariskin arvioinnissa riskimittaria oli käyttänyt 7 %:a vastaajista. Bradenin riskiluokitus oli käytetyin riskinarvi-

ointimittari. Lisäksi painehaavan riskiluokitusmittari koetaan hyvänä apuvälineenä ja sen käyttöönotto katsotaan tarpeelliseksi (Pakkanen & Tossavainen 2013.)

Kirjallisuuskatsauksena tehdyssä opinnäytetyössä tarkoituksena oli selvittää, mitä haasteita painehaavojen riskiluokitusmittareiden käytössä on. Tavoitteena oli karottaa riskiluokitusmittareiden haasteet ja tuoda niitä hoitohenkilökunnan tietoisuuteen, jotta riskiluokitusmittareiden käyttöä voidaan kehittää luotettavammaksi. Aineisto kerättiin kirjallisuuskatsauksella, jonka sisältö analysoitiin tutkimuskysymyksen teeman mukaisesti deduktiivisella sisällön analyysillä. Tuloksista kävi ilmi, että mittareiden reliabiliteettia ja validiteettia on tutkittu, ja useissa hoitotyön suosituksissa suositellaan painehaavojen riskimittareiden käyttöä (Virtanen 2013.)

Pitkäaikaissairanhoidossa tutkittiin Bradenin riskiluokituksen käyttöä. Tutkimuksessa tarkoituksena oli seurata Bradenin riskiluokituksen käytön tuloksia puolen vuoden seurannalla. Tavoitteena oli saada todellista tietoa painehaavatilanteesta ja tulosten perusteella kehittää ja tehostaa ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä entisestään. Mukaan otettiin kaikki potilaat, jotka olivat seurantatutkimuksen ajankohdalla osastolla, sisältäen myös intervallipotilaat. Tutkimuksessa seurannan tiedot koottiin hoitotyön lehdeltä ja niitä täydennettiin havainnoiden potilaiden ihon ja painehaavojen kuntoa, sekä haastatellen hoitajia. Seurannan tuloksena painehaavoja esiintyi seurannan aikana 42 %:lla koko potilasjoukosta. Näistä potilaista 71 %:lla oli yksi painehaava ja 29 %:lla enemmän kuin yksi painehaava. Seurantatutkimuksessa ilmeni, että pitkäaikaissairanhoidon osastolla ei välttämättä esiinny enemmän painehaavoja kuin muissa hoitopaikoissa. Riskiluokituksen käyttö edesauttaa hoitohenkilökuntaa tiedostamaan painehaavan ennaltaehkäisyn kannalta keskeisiä asioita (Leppänen & Ylönen 2005.)

Mattilan, Rekolan ja Erikssonin (2011) tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää ja toteuttaa interventio painehaavojen ehkäisyyn, sekä arvioida kehitettyä interventiota ja sen merkitystä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla painehaavojen tunnistaminen ja ehkäisy kehittyvät akuuttisairaalan laatuvaatimuksen ”painehaavaa ei synny” täytettäväksi. Vertailuosastolla toimittiin Laakson sairaalassa voimassa olevien painehaavan ehkäisyn ohjeiden mukaan. Interventio kohdennettiin

62 potilaalle, vertailu-osastolla kerättiin 103 potilaan tiedot. Ennen intervention alkua ja sen päätyttyä molempien osastojen hoitajille tehtiin painehaavoja ja niiden ehkäisyä koskeva tietotesti. Tuloksena hoitajat tarvitsivat lisäkoulutusta painehaavojen luokittelusta ja ravitsemuksesta molemmilla osastoilla. Interventio-osastolla käytettiin systemaattisesti Bradenin asteikkoa painehaavariskin arviointiin, vertailuosastolla asteikkoa ei käytetty. Vertailuosastolla tuli erityisesti kehittää painehaavariskin arviointia käyttäen apuna Bradenin asteikkoa systemaattisesti.

5. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia Braden-riskiluokitusmittarin käytöstä erikoissairaanhoidossa. Saatuja tuloksia verrataan Tiia Stenroosin (2015) keräämään aineistoon. Tavoitteena on tuottaa tietoa systemaattisen painehaavariskin arvioinnin kehittämiseen Satakunnan sairaanhoitopiirissä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset

1. Minkälaisena hoitohenkilökunta kokee Braden-painehaavariskimittarin käytön työssään?
2. Mitä haasteita hoitohenkilökunta kokee systemaattisessa painehaavariskin arvioinnissa?
3. Mitä positiivista systemaattinen painehaavariskin arviointi on tuonut?
4. Miten painehaavariskin arvioinnin toimintamallia voisi kehittää?

6. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Opinnäytetyön taustatietoja

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Satakunnan sairaanhoitopiirin kanssa. Opinnäytetyön yhdyshenkilöinä toimivat kehittämissylihoitaja Marita Koivunen ja haavahoitaja Eija Luotola. Aihealue oli jo selvä, kun opinnäytetyön tekemisestä aloitettiin puhumaan vuonna 2013, ja aihe täsmentyi samana vuonna, kun koululle tuli eri organisaatioista kertomaan opinnäytetyönaihetarpeita ja kehittämissideoita.

6.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston kerääminen

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää tutkimuksen kohteena olevien ilmiöitä tutkimuksen osallistujien subjektiivisesta näkökulmasta. Laadullinen tutkimus kohentuu ensisijaisesti tutkittavan ilmiön laatuun, ei sen määrään. Laadullista tutkimusta ohjaavat mitä-, miksi- ja miten- kysymykset. Laadullisen tutkimuksen avulla tuotettu tieto on kontekstuaalista eli asiayhteyttä koskeva tieto, sillä tutkimuksen avulla kerätty tieto on sidoksissa tutkimukseen osallistuvien elämäntilanteeseen, aikaan ja paikkaan. Laadullista tutkimusmenetelmää käytetään silloin, kun halutaan tuottaa uutta tietoa (Kylmä & Juvakka 2012, 26- 30.)

Yksi tapa kerätä itse aineistoa on puolistrukturoitu kysely, jossa vastaajat voivat vapaasti kirjoittaa ajatuksiaan kysyttävästä asiasta. Tutkimusta suunniteltaessa on tarpeellista pohtia, milloin kohdehenkilöiden olisi saatava toimia vapaasti, milloin taas on taloudellista ja järkevää käyttää strukturoidumpia aineiston keruun muotoja. Puolistrukturoidun kyselyn etuna on se, että voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto: tutkimukseen voidaan saada paljon henkilöitä ja voidaan myös kysyä monia asioita (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 193- 195.)

Opinnäytetyön muoto on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jossa aineisto kerätään Tiia Stenroosin (2015) kehittämällä puolistrukturoidulla kyselylomakkeella (Liite 3). Lomaketta kehitettiin edelleen tähän opinnäytetyöhön sopivaksi.

Lomakkeeseen lisättiin kysymys, jolla haetaan tietoa, miten voitaisiin kehittää painehaavariskin arvioinnin toimintamallia. Aineisto kerättiin keväällä 2016 kolmelta Satakunnan Keskussairaalan osastolta.

Ennen kyselylomakkeiden toimittamista osastoille otettiin yhteyttä Marita Koivu-seen, jotta voitiin sopia ajankohdat kuntoon. Tutkimuksen kohteeksi valittiin toiminnaltaan ja potilasainekseltaan erilaisia osastoja, jotka eivät olleet osallistuneet Tiia Stenroosin (2015) toteuttamaan tutkimukseen. Kohdeosastoista yksi oli konservatiiviselta ja kaksi operatiiviselta toimialueelta. Kysely oli suunnattu näillä osastoilla työskentelevälle hoitohenkilökunnalle. Laadulliselle tutkimukselle tyypillisesti osallistujat valitaan tarkoituksenmukaisesti, sillä heillä on kokemusta tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2012, 26.)

Kyselylomakkeita vietiin yhteensä 79 kappaletta kolmelle osastolle. Kyselylomakkeet toimitettiin osastoille viikolla 17 henkilökohtaisesti. Kyselylomakkeiden mukana oli saatekirje (Liite 2) ja vastauskuori. Hoitohenkilöstöllä oli vastausaikaa kolme viikkoa. Osastonhoitajien kanssa sovittiin, miten kyselylomakkeet laitettiin jakoon ja minne ne palautettiin, sekä missä täytettyjä kyselylomakkeita säilytetään. Kyselylomakekansion haettiin sovitusti kolmen viikon kuluttua vientipäivästä. Kyselylomakkeessa on seitsemän kysymystä, joista kaksi oli strukturoituja. Kyselylomake muokattiin yhteistyössä opinnäytetyötä ohjaavan opettajan Anne-Maria Kanervan kanssa. Lupa muokkaamiseen saatiin alkuperäisen kyselylomakkeen laatijalta Tiia Stenroosilta (2015).

Opinnäytetyön kyselylomakkeet toimitettiin tutkittaville osastoille toukokuussa 2016 ja tulokset analysoitiin kesä- heinäkuussa 2016. Opinnäytetyön teoriaosuutta valmisteltiin yhtäaikaaisesti muiden työosuuksien ohella. Opinnäytetyöraportti saatiin valmiiksi syyskuussa 2016. Raportointiseminaari suoritetaan syyskuussa 2016.

6.3 Tutkimusaineiston analysointi

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analysointi tapahtuu käyttäen laadullisia aineiston analyysimenetelmiä, opinnäytetyössä käytetään aineistolähtöistä sisällönanalyysia, koska sitä pidetään joustavana tekstimuodossa olevan tutkimusaineiston analyysikeinona. Laadullisen tutkimuksen ja aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla voidaan tuottaa tietoa näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisen tarpeisiin. Sen avulla voidaan saada tietoa, joka ei ole tavoitettavissa pelkästään määrällisillä tutkimusmenetelmillä. Sisällönanalyysin tavoitteena on tuottaa aineiston avulla tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä (Kylmä, ym. 2008, 23- 24, 28.)

Sisällönanalyysi on monivaiheinen prosessi, jossa tutkimusaineisto pelkistetään, ryhmitellään ja käsitteellistetään eli abstrahoidaan. Pelkistettäessä merkitykselliset ilmaukset tiivistetään siten, että niiden olennainen sisältö säilyy. Ryhmittelyssä on kyse pelkistettyjen ilmauksien erojen ja yhtäläisyyksien etsimisestä. Ryhmittelyssä yhdistetään sisällöllisesti samankaltaiset asiat samaan luokkaan eli kategoriiaan. Analyysia jatketaan samalla yhdistämällä saman sisältöiset luokat eli kategoriat toisiinsa muodostaen niistä yläkategorioita, ja näin antaa vastauksen tutkimuksen tarkoitukseen ja tehtäviin (Kylmä, ym. 2008, 24- 25.)

Kun aineisto on kerätty, se täytyy analysoida, jotta tutkimuksen tulokset saadaan näkyviin. Kokonaiskuvan saaminen vaatii usein useampia aineiston lukukertoja. Sisällön analyysi on systemaattinen aineiston analyysimenetelmä, jonka avulla voidaan kuvata analyysin kohteena olevaa tekstiä. Sisällönanalyysissä on keskeistä tunnistaa sisällöllisiä väittämiä, jotka ilmaisevat jotain tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2012, 112- 113.)

Hyvän aineiston kokonaiskuvan saamiseksi käytiin läpi kyselylomakkeet. Kysymykset 1 ja 3 strukturoidut kysymyksen analysoin määrällisellä analyysimenetelmällä, käyttäen apuna Excel- taulukointia. Kysymykset 2, 3, 4,5,6 ja 7 analysoin aineistolähtöistä sisällönanalyysia apuna käyttäen, ensin ruutupaperille käsin ja sen jälkeen koneelle selkeämpään taulukkoon (Liite 4). Analyysissä kysymykset

on käyty läpi kysymys kerrallaan. Aloitettiin kirjottamalla ensimmäiseen sarakkeeseen koko vastaus, seuraavaan sarakkeeseen vastaus on pelkistetty. Kolmannessa sarakkeessa pelkistetyt ilmaukset nimettiin sopivilla nimittäjillä, joista muodostui alakategoriat eli alaluokat. Alaluokista saatiin vastaus kokonaisuuksia. Opinnäytetyön analyysissä on käytetty avuksi Tiia Stenroosin (2015) opinnäytetyössä käytettyjä alaluokkien nimityksiä, koska käytetyn kyselylomakkeen kysymyksien ja opinnäytetöiden teemat ovat samankaltaisia Tiia Stenroosin opinnäytetyön kanssa, ja näin ollen on helpompi verrata tutkimustuloksia.

Aineisto tulkittiin pelkistettyjen ilmauksien ja niistä muodostuneiden alakategorioiden avulla. Tulkintojen tukena opinnäytetyössä on esitetty suoria lainauksia kerätystä aineistosta.

7. TUTKIMUSTULOKSET

Kyselylomakkeita jaettiin osastoille 79 kappaletta (N=79). Kyselylomakkeita palautui 55 kappaletta (n=55). Vastausprosentti on 70 %. Operatiiviselta toimialueelta palautui 42 kappaletta ja konservatiiviselta toimialueelta palautui 13 kappaletta. Kyselyyn vastanneista hoitajista suurin osa 76 % (n= 61) työskenteli operatiivisella toimialueella ja loput (n=18) työskentelivät konservatiivisella toimialueella.

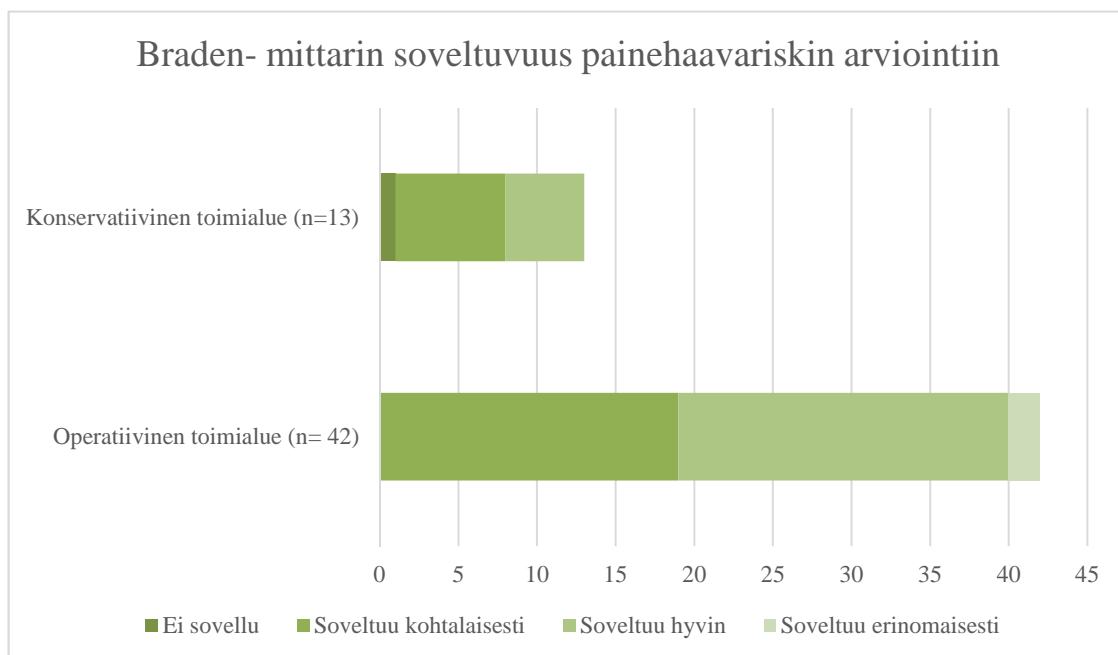
7.1 Hoitohenkilökunnan kokemuksia Braden- painehaavariskiluokitusmittarin käytöstä työssään

Yli puolet (61 %) vastaajista (n=48) vastasi työyksikössä käytettävän Braden- mittaria ja hieman yli kolmasosa (39 %) myös toi esiin silmämääräisen/ hoitajien aisteihin perustuvan arvioinnin, joko Braden- mittarin ohella tai ainoana menetelmänä.

Vastaajista (n= 26) noin puolet (47 %) koki Braden- painehaavariskiluokitusmittarin soveltuvan työyksikkönsä kohtalaisesti, sekä toiset 47 % hoitajista koki Braden- painehaavariskiluokitusmittarin soveltuvan hyvin painehaavariskin arviointiin työyksikössään. Vastaajista kaksi oli sitä mieltä, että Braden- painehaavariskiluokitusmittari soveltuu erinomaisesti painehaavariskin arviointiin työyksikössään. Yhden vastaajan mielestä Braden- painehaavariskiluokitusmittari ei sovellut työyksikköön painehaavariskin arviointiin.

Vastaajien (n= 14) käsityksen mukaan Braden- mittari on hyvä ja ryhtyessään toimeen arvioinnin tekemiseksi on helppokäyttöinen ja nopea, ja että braden- mittarissa on selkeät ohjeet. Suurin osa (96 %) vastaajista esitti kritiikkiä Braden-mittarin käyttöön liittyen. Haasteena koettiin mittarin tulkintaohjeiden vaikea tulkittavuus, hektinen työ ja kiire. Braden- mittarin käyttö ei ole rutiinia, eikä sitä useinkaan muisteta tehdä. Yksi vastaajista toi vastausperusteluissaan esille, että Braden- mittarin käyttö on hyvin hoitajakohtaista ja riippuu paljon asenteesta, käyttäkö sitä vai ei.

Tiia Stenroosin (2015) opinnäytetyössä suurin osa kyselyyn vastanneista koki, että Braden- mittari soveltuu kohtalaisesti (57 %) tai hyvin (40 %) painehaavariskin arviointiin ja tässä opinnäytetyössä vastaukset jakautuivat suuremmalti osin myöskin näiden kahden vastauksen ympärille. Vastauksissa eroa oli se, että yksi valitsi vaihtoehdon, ettei Braden- mittari sovellu painehaavariskin arviointiin työyksikkönsä ja Tiia Stenroosin kyselyssä yksikään ei kokenut, että Braden- mittari ei soveltuisi painehaavariskin arviointiin.



Kuvio 1. Braden- painehaavariskiluokitusmittarin soveltuminen painehaavariskin arviointiin työyksikössä.

7.2 Hoitohenkilökunnan kokemat haasteet systemaattisessa painehaavariskin arvioinnissa

Systemaattisen painehaavariskin arvioinnin haasteet liittyivät organisaatioon tai työntekijän asenteisiin. Hoitajat kokivat, että hektinen työ, kiire, vähäinen hoitohenkilökunta ja suuret potilasvaihtuvuudet vaikeuttivat Braden- painehaavariskiluokitusmittarin käyttöä. Yli puolet vastaajista (63 %) myös kokivat, että tarvitsisivat enemmän aikaa arvioinnin tekoon, koska Braden- painehaavariskiluokitusmittari on monikohtainen ja tämän vuoksi se koetaan myös monimutkaisena. Sen koetaan vievän liikaa aikaa muulta työltä, siksi se myös usein jää muiden työtehtävien varjoon ja unohtuu. Vastauksista kävi ilmi, että joillakin osastoilla Bradenmittaria ei käytetä sovittujen ohjeiden mukaisesti, eikä se lomitu sujuvasti muuhun työhön. Paljon luotettiin ihon kunnon tarkkailuun ja sanalliseen tai dokumentoituun arvioon. Muutaman vastaajan (n= 4) mielestä Braden- mittarin käyttöä olisi lisättävä.

”Kiire. Osastolla koetaan, että asiat hoituvat ilman kartoitustakin.”

”Kiire! Paljon asioita yhtä aikaa tehtävänä, arviointia tehtävä muiden asioiden lomassa, pesuilla, hoitokierroilla, ym. Makuuhaavoja ei ole ilmennyt paljoo osastolla. Muualta tulleilla joskus ollut.”

”Ei ole työssä vielä ”rutiinia”, jää helposti pisteytys tekemättä. mutta silti potilaan hoidossa huomiointi on mielestäni erinomaista.”

Kirjaaminen jää usein tekemättä. Syyksi mainittiin usein kiire, Braden- painehaavariskiluokitusmittarin monimutkaisuus ja työn kuormittavuus. Myös Kuumekurvaan kirjaaminen mainitaan useasti. Osa vastaajista (27 %) kokevat sen kaksoiskirjaamiseksi, johon ei ole aikaa.

- *”- ei ole vielä kehittynyt rutiinia merkata Braden- luokkaa kurvaa.”*
- *”- Nyt jo liikaa kirjaamista eri taulukoihin eri asioista.”*

Työntekijän asenteisiin liittyviä haasteita olivat kliinisen arviointiin luottaminen. Braden- mittarin systemaattinen käyttö on vähäistä ja näin ollen ei olisi luotettavaa. Tiedon puute Braden- painehaavariskiluokitusmittarin käytöstä, sekä yleiset olettamukset ja asenteet toivat haasteita Braden- mittain käyttöön työssään.

Vastaajista monet (41 %) olivat sitä mieltä, että ilman kartoitustakin huomioidaan patja potilaalle, silmämääräinen arviointi ja hoitajien käyttämät aistit riittävät painehaavojen riskin mittariksi, koska taulukoiden katsominen työn touhussa koettiin vaikeaksi.

”Vaikka luokituksen tekemiseen menisi hetki, se on kuitenkin lisänä kaiken muun työn ohella. Asennekysymys.”

”Painehaavoja vähän, huolimatta, että Bradenia vähän käytetään.”

”Mielestäni asiaan kiinnitetään ilman kartoitustakin hyvin huomiota.”

Tiia Stenroosin (2015) opinnäytetyön tuloksiin verrattuna hoitajien tuomat kritiikit ja haasteet painehaavariskin arvioinnista ovat samoja kuin tässä tutkimuksessa. Suurimmat haasteet hoitajien mukaan olivat hektinen työ, vähäiset resurssit, kiire,

riskinarvioinnin käytäntöjen vaihtelevuus, kirjaamisen haasteet sekä kliiniseen arviointiin luottaminen.

7.3 Hoitohenkilökunnan positiiviset kokemukset systemaattisesta painehaavariskin arvioinnista

Braden- painehaavariskiluokitusmittarin käytöllä on hoitajien mukaan saatu positiivisia vaikutuksia, niin omaan työhön kuin potilaiden hoitoon ja opiskelijoiden ohjaukseen. Yhdessä kyselylomakkeessa mainittiin, että Braden- mittarin ja painehaavojen ennaltaehkäisyn esittelemine ja ohjaus esimerkiksi opiskelijalle on helpompaa, kun mittari on osastolla käytössä.

Hoitajat kokivat, että Braden- mittarin käyttöönoton myötä potilaiden kokonaisvaltainen huomiointi ja hoito ovat parantuneet, asentohoito on tehostunut, ja on enemmän aktiivisempaa kuin aiemmin. Lisäksi osastot ovat saaneet lisää kattavammin painehaavariskiä vähentävää välineistöä, kuten korkeanriskin patjoja. Myös tietotaito painehaavoista ja niiden ennaltaehkäisystä on hoitajien mukaan lisääntynyt. Braden- painehaavariskiluokitusmittarin käyttöönotto on helpottanut hoitajien työtä.

”Kiinnitetään entisestään lisää huomiota potilaan hoitoon ja sen parantamiseen.”

- ”- ”Näkymätön työ tulee näkyväksi”.”

”Hoidon laatu ja taso paranee, tarkkailu tehostuu, tietotaito painehaavoista lisääntyy.”

Braden- mittarin käyttöönoton myötä on kiinnitetty tarkemmin huomiota ennaltaehkäisyyn ja tunnistetaan painehaavariskit ajoissa, tarkkailu on tehostunut.

”Painehaavariskit saadaan arvioitua ennen niiden syntymistä. Asiaan voidaan reagoida.”

”Itsekin olen oppinut kiinnittämään huomiota pot. voinnissa moniin asioihin, jotka vaikuttavat painehaavojen syntyyn.”

”Painehaava- arviointia on aina tehty, mutta nyt toivottavasti mittarin avulla se on täsmällisempää.”

”Painehaavat ovat vähentyneet, kun asiaan on paneuduttu.”

Ravitsemuksellisiin asioihin painehaavojen ja niiden ennaltaehkäisyn osalta on alettu kiinnittämään enemmän huomiota, ja hoitajat kokivat, että ravitsemusasiat ovat paremmin.

”Ravitsemusasiat paremmin kuin ennen.”

- *”- Se kenellä se riski on suurempi myös ruokavalioon kiinnittää enemmän huomiota.”*

Muutama vastaajista (n= 3) toi esille, että Braden- mittarin arviointi on tuonut lisäarvoa potilaiden hoitoon. Hoitajat ovat saaneet positiivista palautetta potilailta. Omaiset ja potilaat kokevat sen tärkeäksi.

”Yksi uusi asia, jonka ohjaaminen potilaalle ja hänen omaiselleen tuo lisäarvoa hoidolle.”

”Potilaat ja heidän omaisensa kokevat asian tärkeäksi. Potilailta saa positiivista palautetta.”

”Potilas saa laadukkaampaa hoitoa.”

Tiia Stenroosin (2015) opinnäytetyössä tuloksissa oli muutama eroava kohta tähän opinnäytetyön tuloksiin verraten, kuten kiputilojen väheneminen ja hoitojaksojen lyheneminen osa- alueet potilaan hoidon paranemisessa. Muuten tulokset olivat hyvin samansuuntaiset Tiia Stenroosin (2015) tuloksiin verrattuna.

7.4 Hoitohenkilökunnan kehittämisehdotukset painehaavariskin toimintamallin kehittämiseksi

Tutkittavilta kysyttiin, että mitä kehitettävää painehaavariskin toimintamallissa on. Kehittämisehdotukset liittyivät Braden-mittarin käytön haasteisiin, lisätiedon saamiseen ja Braden-mittarin vaihtamiseen helppokäyttöisempään mittariin. Braden- mittarin käytön haasteita olivat ajanpuute. Hoitajat kokivat, että tarvitsisi varata enemmän aikaa arvioinnin tekemiselle. Hoitajat kokivat myös, että braden-

mittarin käyttö olisi systemaattisempaa osastoilla, ja tarvitsisivat osastoille omat Braden- vastuualueiden vetäjät. Lisäksi hoitajat toivoivat, että Braden- mittarista saataisiin yksinkertaisempi ja helppokäyttöisempi, sekä Efficaan selkeä kohta/sivu, johon arvioinnin tuloksen voisi merkata/ kirjoittaa. Yksi vastaajista toi ehdotukseksi, että Braden- mittari taulukkoa kuljetettaisiin mukana kuume kierrolla.

”Pitäisi yksinkertaistaa.”

”Tuntuu, että voisiko olla lyhyempi ja ytimekkäämpi.”

”Varaamalla aika arvioinnille. Tehtävä asiasta kerran vuorokaudessa huomioitava.”

”Taulukko voisi kulkea kuume kierrolla mukana. Samalla voisi merkitä tuloksen tietokoneelle, kun muitakin arvoja mitataan.”

”Efficaan selkeä kohta Hokeen, ei monen klikkauksen päähän.”

”Efficaan sivu, pelkkä numero on tyhmä – > Ei kerro ihon tilanteesta mitään.”

”Braden- vastuualueille omat ”vetäjät”. Käytännönläheisempi lähestymistapa. Ehkä olisi helpompi tehdä käytännössä.”

Kyselyyn vastanneet hoitajat toivoivat saavan tietoa painehaavoista, niiden ennaltaehkäisystä ja Braden- mittarista tutummaksi, jotta asia jäisi paremmin mieleen, esimerkiksi teemaviikolla tai – päivällä.

”Arviointi tulisi sisällyttää jokapäiväiseen hoitotyöhön esim. pitämällä ensin teemaviikkoa tai – päivää, jolloin aihe tulee tutummaksi ja nivoutuu automaattiseksi osaksi hoitotyötä ja arviointiluokat ja pisteytykset jäävät muistiin.”

Tutkimuksessa nousi esille tarve saada aiheeseen lisää koulutusta, sekä uusien työntekijöiden, että sijaisten perehdyttämiseen panostaminen. Teoreettista tietoa ihosta ja ihon kunnossa pidosta toivottiin ja asian esille ottamista aina uudestaan, jotta asian tärkeys ei unohtuisi.

”Kaikilla osastoilla ei olla yhtä hyvin perillä asiasta. Uusien työntekijöiden ja sijaisten perehdyttämiseen pitää panostaa lisää.”

”Enemmän koulutusta, esim. ortopedisen potilaan painehaavariskin arvioimiseen ja toteutukseen.”

Braden- mittarin käytöstä luopumiseen liittyen toivottiin toisenlaista mittaria, jossa olisi vähemmän täytettäviä kohtia tai arvioinnissa olisi selkeämpi laskumalli tai sovellus arvioinnin tekemiselle. Vastaajat toivat esille myös sähköisenä toimivan painehaavariski- laskurin, joka laskisi automaattisesti pisteet. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, että ei tarvittaisi mittareita arvioimaan painehaavariskiä.

”Painehaavariskin arviointi voisi olla sähköisenä esim. Efficassa valmiina ja kone laskisi pisteet sitten tulisi useammin täytettyä.”

”Selkeämpi laskumalli tai sovellus?”

”Noh, vain tehty työ auttaa (Vrk käännöt nostot riittävän usein).”

Vastauksista kävi ilmi, että vastaustuloksissa on paljon samoja piirteitä kuin Tiia Stenroosin (2015) opinnäytetyössä. Painehaavariskin arviointimittari, ajan puute ja kirjaamisen vaikeudet olivat vastauksissa päällimmäiset haasteet.

8. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

8.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia braden-riskiluokitusmittarin käytöstä erikoissairaanhoidossa. Tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia, miten Braden-riskiluokitusmittari oli soveltunut painehaavariskin arviointiin, ja mitä positiivista sen käyttöönotto oli tuonut potilaiden hoitoon ja työhön. Lisäksi selvitettiin systemaattisen painehaavariskin arvioinnin mahdollisia haasteita ja ehdotuksia painehaavariskin arvioinnin toimintamallin kehittämiseksi. Saatuja tuloksia verrattiin vuonna Tiia Stenroosin (2015) keräämään aineistoon. Tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset puolistrukturoidulla kyselylomakkeella. Kyselylomakkeet vietiin yhteen konservatiiviselle osastolle ja kahteen

operatiiviselle osastolle. Vastausprosentiksi saatiin 70 %. Tutkimustuloksista käy ilmi, että hoitajat kokevat Braden-riskimittarin soveltuvan hyvin tai kohtuullisesti painehaavariskin arviointiin omassa työyksikössä. Painehaavariskin arvioinnin suurimpia haasteita Satakunnan sairaanhoitopiirissä ovat hoitajien kokema kiire, ja riskinarvioinnin tulkinnan ja kirjaamisen vaikeus.

Tämän opinnäytetyön tulokset ovat hyvin samansuuntaisia Tiia Stenroosin (2015) tulosten kanssa. Tiia Stenroosin (2015) opinnäytetyössä suurin osa kyselyyn vastanneista koki, että Braden- mittari soveltuu kohtalaisesti tai hyvin painehaavariskin arviointiin ja tässä opinnäytetyössä vastaukset jakautuivat myöskin näiden kahden vastauksen ympärille. Vastauksissa eroa oli se, että yksi valitsi vaihtoehdon, ettei Braden- mittari sovellu painehaavariskin arviointiin työyksikköönsä. Tiian kyselyssä yksikään ei kokenut, että Braden- mittari ei soveltuisi painehaavariskin arviointiin. Suurimmat haasteet hoitajien mukaan olivat hektinen työ, vähäiset resurssit, kiire, riskinarvioinnin käytäntöjen vaihtelevuus, kirjaamisen haasteet sekä kliiniseen arviointiin luottaminen. Tiia Stenroosin (2015) opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että systemaattisen painehaavariskin arvioinnin kehittämisen yhtenä pääkohtana painottui asianmukainen kirjaaminen. Tässä tutkimuksessa hoitajat eivät kokeneet, että tarvitsisivat käytännön ohjetta systemaattiseen kirjaamiseen. Hoitajat toivoivat, että saataisiin sähköiseen potilaskertomukseen selkeä kohta, johon voitaisiin kirjata painehaavariskinarvioinnin tulos. Opinnäytetöissä oli paljon samoja tuloksia joka saralla, ainoastaan positiivisista käyttöönoton kokemuksista kaksi kohtaa erosi ja esiintyi Tiia Stenroosin opinnäytetyön tuloksissa (Kiputilojen vähentyminen ja hoitajaksojen lyheneminen).

Braden- mittari koetaan hyvänä apuvälineenä ja sen käyttöönotto katsotaan tarpeelliseksi (Pakkanen & Tossavainen 2013.). Tämän opinnäytetyön positiivisissa hoitajien kokemuksissa nousi esille myös se, että Braden- mittarin käyttöönoton myötä potilaiden kokonaisvaltainen huomiointi ja hoito ovat parantuneet, asentohoito on tehostunut, ja on enemmän aktiivisempaa kuin aiemmin. Riskiluokituksen käyttö edesauttaa hoitohenkilökuntaa tiedostamaan painehaavan ennaltaehkäisyn kannalta keskeisiä asioita (Leppänen & Ylönen 2005.). Painehaavariskiin kiinnitetään helpommin huomiota. Braden- mittari on tuonut kolmen hoita-

jan mielestä lisäarvoa potilaiden hoidolle. Tania Virtasen (2013) kirjallisuuskat-
saustutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että mittareiden reliabiliteettia ja validiteet-
tia on tutkittu, ja useissa hoitotyön suosituksissa suositellaan painehaavojen riski-
mittareiden käyttöä (Virtanen 2013.). Tämä tukee hyvin tämän tutkimuksen tulok-
sia.

Laakson sairaalassa tehty interventiotutkimuksessa interventio-osastolla käytettiin
systemaattisesti Bradenin asteikkoa painehaavariskin arviointiin, vertailuosastolla
asteikkoa ei käytetty. Vertailuosastolla tuli erityisesti kehittää painehaavariskin ar-
viointia käyttäen apuna Bradenin asteikkoa systemaattisesti (Mattila, Rekola &
Eriksson 2011.). Interventiotutkimuksen ja tämän opinnäytetyön tuloksista voi-
daan todeta, että Braden- painehaavariskiluokitusmittarin käyttöönotto on helpot-
tanut hoitajien työtä.

8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Satakunnan korkeakoulut ovat sitoutuneet noudattamaan tutkimuseettisen neuvot-
telukunnan sekä ihmistieteisiin lukeutuvien alojen eettisiä periaatteita (Satakorkea
www- sivut 2014). Tutkimusta suorittaessa on noudatettu tutkimuseettisen neu-
vottelukunnan tunnustamia toimintatapoja: rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja
tarkkuutta tutkimustyössä, tutkimustulosten analysoinnissa, raportoinnissa sekä
arvioinnissa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta www-sivut 2014).

Hyvään tieteelliseen käytäntöön perustuen, ennen opinnäytetyön tutkimuksellisen
osuuden aloittamista, Satakunnan sairaanhoitopiiriltä anottiin tutkimuslupaa opin-
näytetyön suorittamiseen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta www-sivut 2014).
Opinnäytetyön tutkimussuunnitelmassa on huomioitu Satakunnan sairaanhoitopii-
rin kirjalliset tutkimusohjeet ja tutkimussuunnitelman on hyväksynyt opinnäyte-
työtä ohjaava opettaja, ennen kuin se on lähetetty kehittämistyöryhmän arvioita-
vaksi. Opinnäytetyön suunnitelman teko ja valmiin suunnitelman lähetys hoito-
työn kehittämisryhmälle tapahtui huhtikuussa 2016. Satakunnan sairaanhoitopii-
riltä saatiin hyväksytty tutkimuslupa opinnäytetyölle huhtikuussa 2016 (Liite 1).

Luotettavasta tutkimusraportista löytyy kerronta, minkälaisilla menetelmillä tutkimusaineisto on kerätty sekä analysoitu (Tuomi & Sarajärvi 2012, 140- 141).

Opinnäytetyön teoria osuus on hankittu alan ammattikirjallisuudesta, lehtiartikkeleista, julkaisuista ja näyttöön perustuvasta painehaavasuosituksesta, painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Näyttöön perustuvan toiminnan tavoitteena on vastata hoidon tarpeeseen käyttäen vaikuttaviksi tunnistettuja menetelmiä ja hoitokäytäntöjä. Parhaalla ajantasaisella tiedolla tarkoitetaan luotettavaa tutkimustietoa tai sen puuttuessa, muuta luotettavaksi arvioitua, tällä, sekä lähdekriittisyyden periaatteella on toimittu lähdemateriaalin kanssa (Näyttöön perustuva toiminta, Hotus 2016.)

Kyselylomakkeeseen vastaaminen perustui vapaaehtoisuuteen. Saatekirjeessä kerrottiin kyselyn tarkoituksesta, yhteistyökumppanista ja tutkimustulosten julkaisemisesta. Saatekirjeessä myös ilmoitettiin valmiin opinnäytetyön julkaisemisesta Theseus- tietokannasta. Lisäksi saatekirjeestä löytyi opinnäytetyöntekijän ja opinnäytetyötä ohjaavan opettajan yhteystiedot (Kylmä & Juvakka 2007, 150.)

Opinnäytetyön luotettavuutta lisäävät työssä käytettävät lähteet, jotka ovat ajantasaiset, aiheeseen sopivat ja ajankohtaiset. Luotettavasta tutkimusraportista löytyy kerronta, minkälaisilla menetelmillä tutkimusaineisto on kerätty sekä analysoitu (Tuomi & Sarajärvi 2012, 140- 141). Opinnäytetyössä kunnioitetaan muiden tekemää työtä ja heidän teoksiinsa viitataan asianmukaisesti. Kaikki teokset, joihin opinnäytetyössä on viitattu, löytyvät opinnäytetyön lähdeluettelosta. Opinnäytetyössä käytettyjä lähteitä on arvioitu lähdekriittisin menetelmin. Opinnäytetyössä on pyritty käyttämään enimmillään kymmenen vuotta vanhoja lähteitä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta [www-sivut](http://www.sivut) 2014.)

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa kvalitatiivisessa tutkimuksessa tuotettuja tuloksia tullaan tarkastelemaan myös siitä näkökulmasta, että ne ovat aina yhteydessä myös tutkijan persoonalliseen näkemyskseen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei myöskään pyritä yleistettävyyteen. Tässä opinnäytetyötutkimuksessa tulokset muodostuvat opinnäytetyöntekijän tekemistä tulkinnoista yhden keskussairaalan osastojen hoitajien kokemuksista, eikä täten opinnäytetyön tuloksia voida

pitää yleistettävänä. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 135–139). Aineistolähtöisen sisälönanalyysin luotettavuutta voidaan arvioida laadullisen tutkimuksen yleisillä luotettavuuskriteereillä. Uskottavuus kuvaa sitä, miten hyvin tutkimuksen aineisto ja sen pohjalta toteutettu analyysi kuvaavat tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä. Luotettavuuden arvioinnissa on lisäksi keskeistä vahvistettavuus. Se edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista siten, että toinen tutkija voi seurata tutkimusprosessin kulkua (Kylmä, ym. 2008, 26.)

Luotettavuutta lisää, jos vastausprosentti on mahdollisimman korkea. Tähän pyrittiin varmistamalla osastonhoitajien kanssa jakelutavasta ja vastausajasta. Myös kyselylomakkeen selkeä ohjeistus ja ulkoasu, johon on helppo vastata, takasi luotettavuutta. Luotettavuutta lisää se, että käytettävää kyselylomaketta on käytetty aikaisemmassa opinnäytetyössä (Stenroos 2015, 46- 47.), joten sen käyttökelpoisuutta on jo testattu. Sitä muokattiin hieman edelleen muotoilemalla vastausohjeita ja yhden kysymyksen (3) vastausvaihtoehtoja sekä lisättiin yksi kysymys (7) (Liite 3).

Tutkimuksen tekeminen kietoutuu monella tavalla tutkimusetiikkaan eli hyvän tieteellisen käytännön noudattamiseen. Tutkimusetiikka kulkee mukana tutkimusprosessin ideointivaiheesta tutkimustulosten kautta tiedottamiseen. Hyvä tieteellinen käytäntö myös edellyttää, että tutkijan on toimittava vilpittömästi ja rehellisesti toisia tutkijoita kohtaan. Rehellinen ja vilpitön toiminta tarkoittaa, että tutkijan tulee kunnioittaa toisten tutkijoiden työtä ja saavutuksia (Vilka 2015, 41- 42.)

Kyselylomakkeeseen vastanneiden yksityisyyttä kunnioitetaan ja opinnäytetyössä tulokset raportoidaan niin, ettei yksittäistä vastaajaa kyetä tunnistamaan. Vastatut kyselykaavakkeita tullaan säilyttämään ja hävittämään opinnäytetyön valmistuttua asianmukaisesti salassapidon turvaamiseksi (Tuomi & Sarajärvi 2012, 132-133; Kuula 2011, 34- 35.)

8.3 Oman osaamisen kehittyminen

Prosessina opinnäytetyö on pitkä ja haasteellinen, mutta opinnäytetyöhön sitoutuminen, motivaatio ja mielenkiinto painehaavoja kohtaan veivät työtäni hyvin

eteenpäin. Opinnäytetyön tekeminen on edellyttänyt useiden tavoitteiden asettamista ja oman tekstin kriittistä arviointia. Itselleni opinnäytetyön tärkeimmäksi tavoitteeksi kehittyi oma ammatillinen kasvu. Opinnäytetyön kautta olen kehittänyt merkittävästi omaa ammattiosaamistani, olen myös syventänyt aiempaa osaamistani painehaavoista. Terveyden edistäminen on merkittävässä osassa terveydenhoitajan työtä, siksi koen opinnäytetyön kautta saaneeni uutta osaamista painehaavojen ennaltaehkäisystä terveyden edistämiseen.

Opinnäytetyön tekemisen haastavin osuus oli ehdottomasti tutkimussuunnitelman teko, siksi myös suunnitteluvaihe pitkittyi. Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan tuki ja ohjaus auttoivat saamaan tutkimussuunnitelmasta valmiin. Opinnäytetyön teoriaosuutta on kirjotettu pitkin opinnäytetyöprosessia, mutta syyskuussa 2016 opinnäytetyön raportti sai valmiin asunsa.

8.4 Jatkotutkimus- ja projektiaiheet

Tämän opinnäytetyön ja Tiia Stenroosin (2015) opinnäytetyön välillä oli kulunut vuosi. Opinnäytetyön tutkimustulokset osoittavat, että Braden- mittarin käyttöönotto osastoilla ei ole vielä rutinoitunut osaksi jokapäiväistä hoitotyötä, joten muutamana vuoden kuluttua jatkotutkimusaiheena tehtävä vastaavanlainen kyselytutkimus hoitohenkilökunnalle olisi tarpeellinen, jotta voitaisiin seurata braden- mittarin omaksumista ja laajemman käytön vaikutusta hoitotyöhön.

Toisena jatkotutkimus-/ projektiaiheeksi nousi opinnäytetyön tutkimustuloksista esiin lisätiedon saaminen ja päivitys, joten tarvetta varmasti olisi jonkinlaiselle teemapäivälle, jonka aiheena olisivat kattavasti painehaavat ja ennaltaehkäisy. Teemapäivässä voisi olla opiskelijoiden pitämiä luentoja aiheesta, ja ehkäpä opetus braden- painehaavariskimittarin käyttöön. Pieni muotoinen havainnointi/ demonstrointi painehaavariskin arvioinnista braden- mittarin avulla voisi sisällyttää luentojen loppuun, ehkä näin hoitohenkilöstö saa tarvittavaa osaamista rutiin omaiseen potilaiden painehaavariskin arviointiin.

LÄHTEET

European Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Finnish.pdf

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. Haava. 1. -2. painos. Helsinki: WSOY.

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2005. Haava. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. Uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Hotus www- sivut. 2016. Näyttöön perustuva toiminta. Viitattu 8.7.2016. <http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>

Joanna Briggs Institute. 2008. Painehaavat- Paineesta johtuvien kudosaivurioiden ehkäisy. Best Practice vol (12). Viitattu 6.10.2015. http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2008-2_0.pdf

Juutilainen, V. & Hietanen H. 2012. Haavahoidon periaatteet. 1. Painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kaunisto, A. 2014. Kirjallisuuskatsaus painehaavariskin ennaltaehkäisyyn, arviointiin ja riskiluokitusmittareiden käyttöön. AMK- Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 6.10.2015. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/81014/kaunisto_anni.pdf?sequence=1

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka- Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2., uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. Painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1.- 2- Painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kylmä, J., Rissanen, M-L., Laukkanen, E., Nikkonen, M., Juvakka, T. & Isola, A. 2008. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen- Esi-merkkinä syöpää sairastavan nuoren vanhemman toivon vahvistaminen. Tutkiva hoitotyö 6 (2), 23- 29.

Lepistö, M. 2008. Painehaavojen riskiluokituksen kehittäminen. Haava 11/2008, 35–36.

Leppänen, N. & Ylönen, M. 2005. Bradenin riskiluokituksen käyttö pitkäaikaissairaanhoidon yhdellä osastolla. Haava 3/ 2005, 13- 15.

Mattila L-R., Rekola L. & Eriksson, E. 2011. Painehaavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen - interventiotutkimus Laakson sairaalassa vuosina 2007 - 2009. Raportti intervention suunnittelusta, toimeenpanosta ja tuloksista. Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja 2011: 3. Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskus. <http://www.hel.fi/>

Mölnlycke www- sivut. Viitattu 6.10.2015. <http://www.molnlycke.fi/>

National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Finnish.pdf

Painehaavojen ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Hoitotyön suositus. Hoitotyön Tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö, 2015 (Viitattu 4.7.2016.) Saatavilla: www.hotus.fi.

Pakkanen, J. & Tossavainen, L. 2013. Sairaanhoidajien käyttämät hoitotyön toiminnot painehaavan varhaisessa tunnistamisessa ja ennaltaehkäisemisessä. AMK-Opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/69359/Pakkanen_Jutta_Tossavainen_Laura.pdf?sequence=1

Satakorkea www-sivut. Viitattu: 8.7.2016. <http://www.satakorkea.fi>

Soppi, E. 2010. Painehaava – esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. Duodecim, 126: 261 – 268.

Stenroos, T. 2015. Hoitohenkilökunnan näkemyksiä systemaattisesta painehaavariskin arvioinnista. AMK- Opinnäytetyö. Diakonia- Ammattikorkeakoulu. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/104591/Stenroos_Tiia.pdf?sequence=1


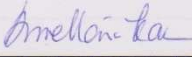
Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki; Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta www-sivut. Viitattu: 8.7.2016. <http://www.tenk.fi/>

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettu painos. Helsinki: PS- kustannus.

Virtanen, T. 2013. Painehaavojen riskiluokitusmittareiden kartoitus. YAMK-Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/65244/ONT_Virtanen_Tania_10.11.2013.pdf?sequence=1

Opinnäytetyön/tutkimuksen lupahakemus

 SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRI <small>-kumppanuudella terveyttä ja toimintakykyä-</small>		OPINNÄYTETYÖN/TUTKIMUKSEN LUPAHAKEMUS
Hakija/ Hakijat	Nimi/nimet Niina Rokosa <hr/> <hr/> Yhteyshenkilön puh: 040-7448016 Osoite: Isolinnankatu 20 A 35 Postino: 28100 Postitoimipakka: Pori Email: niina.rokosa@student.samk.fi	Opiskelu- tai työpaikka Satakunnan Ammattikorkeakoulu <hr/> Virka/toimi (ei koske opiskelijoita) <hr/> Opinnäytetyö/tutkimus <input checked="" type="checkbox"/> opinnäytetyö/AMK <input type="checkbox"/> ylempi AMK <input type="checkbox"/> pro gradu tutkielma <input type="checkbox"/> lisensiaatin tutkielma <input type="checkbox"/> väitöskirjatutkimus <input type="checkbox"/> muu
Kuvaus	<p>TUTKIMUKSEN / OPINNÄYTETYÖN TIIVISTETTY KUVAUS (mm. nimi, kohderyhmä, menetelmät, aineisto) LIITTEET, opinnäytetyösuunnitelma (ks. erill.ohje)</p> <p>Hoitohenkilökunnan näkemyksiä Braden- riskiluokitusmittarin käytöstä erikoissairaanhoitossa.</p> <p>Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jossa aineisto kerätään Tiia Stenroosin (2015) kehittämällä puolistrukturoidulla kyselylomakkeella. Lomaketta on kehitetty edelleen tähän opinnäytetyöhön sopivaksi. Lomakkeen lisättiin kysymys, jolla haetaan tietoa, kehitysehdotuksia painehaavariskin arvioinnin toimintamalliin.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan näkemyksiä Braden-riskiluokitusmittarin käytöstä erikoissairaanhoitossa. Tarkoituksena on selvittää hoitajien kokemuksia miten Braden-riskiluokitusmittari soveltuu painehaavariskin arviointiin ja mitä positiivista sen käyttöönotto on tuonut potilaiden hoitoon ja työhön. Lisäksi selvitetään systemaattisen painehaavariskin arvioinnin mahdollisia haasteita ja ehdotuksia painehaavariskin arvioinnin toimintamallin kehittämiseksi.</p> <p>Liite Opinnäytetyö suunnitelma Hoitohenkilökunnan näkemyksiä Braden- riskiluokitusmittarin käytöstä erikoissairaanhoitossa</p>	
Aiheen valinta	Opinnäytetyöstä on keskusteltu sairaanhoidopiirin edustajan kanssa ja olen saanut periaatteellisen hyväksynnän opinnäytetyön valmistelun käynnistämiseksi. <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä , kenen kanssa: Kehittämisylihoitaja Marita Koivunen <input type="checkbox"/> Ei	
Oppilaitoksen ohjaaja(t) ja yhteystiedot e-mail	Päiväys <u>6.4.2016</u>  <u>ANNELI KÄRNÄ</u>	Päiväys _____

Satakunnan sairaanhoidopiiri | Sairaalan tie 3, 28500 Pori | puh. (02) 627 71 | fax (02) 627 7799 | etunimi.sukunimi@satshp.fi | www.satshp.fi



puh.	Allekirjoitus ja nimenselvennys	Allekirjoitus ja nimenselvennys
	E-mail:	E-mail:
	Puh:	Puh:
Opiskelijan/ tutkijan sitoumus	Sitoudun noudattamaan sairaanhoidopiirin ohjeistusta salassapitovelvollisuudesta ja hyvää tutkimuskäytäntöä	
	Päiväys: <u>16. 3. 2016</u>	Päiväys: _____
	<u>Niina Rokosa</u>	_____
	Allekirjoitus ja nimenselvennys Niina Rokosa	Allekirjoitus ja nimenselvennys
Eettinen toimikunta	<input type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan lausunto saatu (liitteenä) _____	
	<input type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvita.	
Tutkimus- luvan myön- täminen	Sairaanhoidopiirin toimialueen / yksikön tutkimus- tai kehittämishanke, johon opinnäyte-työ / tutkimus liittyy (luvan myöntäjä täyttää):	
	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty	
	<input type="checkbox"/> Ei myönnetä, perustelut:	
Ylihoitaja(t) Palvelu- päällikö(t)	Päiväys: <u>22. 4. 2016</u>	Päiväys: _____
	<u>Katriina Hakanen</u> ^{toimialue- valtuutettu}	_____
	Allekirjoitus ja nimenselvennys Katriina Hakanen	Allekirjoitus ja nimenselvennys
Yli lääkäri(t)	Päiväys: _____	Päiväys: _____
	_____	_____
	Allekirjoitus ja nimenselvennys	Allekirjoitus ja nimenselvennys

Saatekirje

Olen terveydenhoitajaopiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulusta. Selvitän osana opinnäytetyötäni, miten hoitohenkilökunta kokee painehaavariskin arvioinnin ja mitä positiivisia asioita tai haasteita se on työhön tuonut ja mitä kehitettävää painehaavariskin arvioinnin toimintamallissa on. Opinnäytetyö toteutetaan osana Satakunnan sairaanhoitopiirissä tapahtuvaa painehaavojen ehkäisyn hanketta. Vastauksesi on tärkeä, sillä kyselyn tuottaman tiedon avulla pyritään kehittämään potilaiden painehaavariskin arvioinnin toteuttamista Satakunnan sairaanhoitopiirissä.

Pyydän Sinua ystävällisesti osallistumaan tutkimukseen vastaamalla kyselyyn. Osallistuminen on vapaaehtoista. Vastaukset käsitellään siten, ettei yksittäistä vastaajaa kyetä tunnistamaan ja vastauksia käytetään vain opinnäytetyössäni. Tutkimustulokset julkaistaan Theseus- tietokannassa opinnäytetyöni valmistuttua viimeistään syksyn 2016 aikana.

Vastaaminen vie aikaa noin 15 minuuttia. Täytetyt kyselylomakkeet voi jättää ohessa olevaan kirjekuoreen ja kirjekuoret antaa osastonhoitajalle, haen kirje-kuoret osastonhoitajalta. Vastausaikaa on XXXX asti. Opinnäytetyön ohjaajani on lehtori Anne-Maria Kanerva. Vastaamme mielellämme tutkimukseen liittyviin kysymyksiin.

Kiitos etukäteen arvokkaasta vastauksestasi!

Yhteistyöterveisin

Niina Rokosa

040 7448016

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Pori

niina.rokosa@student.samk.fi

Lehtori, TtT Anne- Maria Kanerva

044 7103418

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Pori

anne-maria.kanerva@samk.fi

Kysely hoitohenkilökunnan kokemuksia BRADEN- RISKILUOKI-TUSMITTARIN KÄYTÖSTÄ ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA.

Ympyröi Sinulle sopiva vaihtoehto tai kirjoita vastauksesi sille varattuun tilaan.

1. Toimialue, jolla työskentelen

- a) Työskentelen operatiivisella toimialueella.
- b) Työskentelen konservatiivisella toimialueella.

2. Miten painehaavariskin arviointi toteutetaan työyksikössäsi?

3. Miten Braden-mittari soveltuu painehaavariskin arviointiin työyksikössäsi?

Ympyröi Sinulle sopiva vaihtoehto ja perustele vastauksesi sille varattuun tilaan.

- a) Braden ei sovellu painehaavariskin arviointiin työyksikössäni.
- b) Braden soveltuu kohtalaisesti painehaavariskin arviointiin työyksikössäni.
- c) Braden soveltuu hyvin painehaavariskin arviointiin työyksikössäni.
- d) Braden soveltuu erinomaisesti painehaavariskin arviointiin työyksikössäni.

4. Mitä haasteita koet systemaattisessa painehaavariskin arvioinnissa työssäsi?

5. Mitä positiivista systemaattinen painehaavariskin arviointi on tuonut työhösi?

6. Mitä positiivista systemaattinen painehaavariskin arviointi on tuonut potilaiden hoitoon?

7. Mitä kehitettävää painehaavariskin arvioinnin toimintamallissa on?

Esimerkki sisällön analyysistä

Pelkistetty ilmaus	Alakategoriat	Yläkategoria
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Panostaminen uusien työntekijöiden ja sijaisten perehdyttämiseen ➤ Asian esille ottaminen aina uudestaan ➤ Sanallista tietoa ihosta ➤ Enemmän koulutusta ➤ Painehaavariskin arviointi yksinkertaisemmaksi ja helppokäyttöisemmäksi ➤ Ajan varaaminen arvioinnille ➤ Arviointi ei ole rutinoitunutta ➤ Aihe tutummaksi, jotta jäisi paremmin mieleen, esim. Teemaviikko- tai päivä ➤ Efficiaan selkeä kohta/sivu, johon kirjoittaa/merkata ➤ Taulukon kuljettaminen kuumekierrolla ➤ Systemaattisempaa käyttöä, jotta saadaan ymmärretyksi asian tärkeys ➤ Osastolle oma braden-vetäjä ➤ Arviointi hoitajakohtaista ➤ Esitietojen mukaan varataan antidecupituspatja ➤ Selkeämpi laskumalli tai sovellus ➤ Painehaavariski- laskuri sähköisenä, joka laskisi automaattisesti pisteet ➤ Mittari, jossa vähemmän täytettäviä kohtia ➤ Vain tehty työ auttaa 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tiedon lisääminen ➤ Braden- mittarin käyttöön liittyvät haasteet ➤ Braden- mittarin käytöstä luopuminen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Painehaavariskin arvioinnin toimintamallin kehittäminen
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enemmän aikaa arviointiin ➤ Braden- mittarin käyttöä lisäävä ➤ Ei toteudu käytännössä ➤ Suuri potilasvaihtuvuus ➤ Hoitohenkilökunnan vähyys ➤ Ei lomitu sujuvasti muuhun työhön ➤ Mittari on monikohtainen, vie aikaa ➤ Työn hektisyys ➤ Kiire ➤ Ei käytetä ➤ Sovitut ohjeet eivät toteudu käytännössä ➤ Sanallinen tai dokumentoitu arvio ➤ Ihon kunnon tarkistus ➤ Lyhyet hoitoajat ➤ Braden- mittarin käyttöön ei sitouduta ➤ Ohjekartta vaikea tulkita ➤ Kova työtahti 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Haasteet organisaatiossa 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Braden- mittarin arvioinnin haasteet
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ei ole kehitettävää ➤ Hoitajat käyttävät aistejaan 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Työntekijän asenteisiin liittyvät haasteet 	

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Taulukoiden katsominen työn touhussa vaikeaa ➤ Silmämääräinen huomiointi riittävä ➤ Braden- mittarin käyttö unohtuu helposti ➤ Ilman arvioitakin tietää riskin olevan suuri lonkkamurtumapotilailla ➤ Painehaavoja alun alkaen vähän ➤ Ilman kartoitustakin huomioidaan, esim. patjan valinta potilaalle ➤ Asennekysymys ➤ Braden- mittari soveltuu hyvin kirurgiselle potilaalle ➤ Asentohoito aktiivisempaa ➤ Osastolla kattavasti painehaavariskiä vähentäviä välineistöä ➤ Huomion tarkempi kiinnittäminen ennaltaehkäisyyn ja riskeihin ➤ Painehaavariskit tunnistetaan ajoissa ➤ Potilaan kokonaisvaltainen huomiointi ➤ Tietotaito painehaavoista lisääntyy ➤ Tarkkailu tehostunut ➤ Helpottanut työtä ➤ Asentohoito tehostunut ➤ Painehaavojen arviointi tuo lisäarvoa potilaan hoidolle ➤ Arviointi on täsmällisempää ➤ Painehaavojen synty vähentynyt ➤ Ravitsemusasiat paremmin ➤ Osasto saanut lisää korkeanriskinpatjoja ➤ Positiivinen palaute potilailta ➤ Omaiset ja potilaat kokevat tärkeäksi ➤ Kuntoutus parantunut ➤ Terveyttä edistävää ➤ Opiskelijan ohjaus helpompaa ➤ Jos vain ryhtyy toimeen, niin braden on helppokäyttöinen ja nopea ➤ Braden- mittarissa on selkeät ohjeet ➤ Braden- arvio auttaa tarvittaessa työssä ➤ Braden- mittari toimii hyvin ➤ Arvio tehdään havainnoimalla ja braden- mittaria käyttäen ➤ Potilashaastattelut jäävät tekemättä bradenilla arvioidessa, ei ole luotettava tulos ➤ Arviointi onnistuu, mutta ennaltaehkäisyyn ei tarpeeksi resursseja ➤ Braden- mittari tuo lisää stressiä ➤ Ei mitään 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hoidon laadun paraneminen ➤ Opiskelijaohjauksen paraneminen ➤ Braden- mittarin käyttö 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Braden- mittarin käytön positiiviset vaikutukset ➤ Braden- mittarin käytön kokemukset
--	---	--

Braden asteikko painehaavariskin ennustamiseksi. (Juutilainen & Hietanen 2012, 314.)

<p>Tuntoaisti Reagointi paineesta johtuvaan epämukavuuden tunteeseen.</p>	<p>1.Täysin rajoittunut. Ei reagoi lainkaan edes kipuun (esim. ei valita, sävähdä tai tartu kiinni) tajunnan heikentymisen tai rauhoittavan lääkityksen vuoksi. TAI Kiputunto rajoittunutta suurimmassa osassa kehoa.</p>	<p>2.Hyvin rajoittunut Reagoi vain kipuun. Pystyy ilmaisemaan kivun ja epämukavuuden tunteen vain valittamalla tai rauhattomana käytöksensä. TAI Tuntopuutos rajoittaa kivun tai epämukavuuden aistimista yli puolessa kehon osista.</p>	<p>3.Hieman rajoittunut Reagoi puheeseen, muttei aina pysty ilmaisemaan omaa epämukavuuttaan tai tunne tarvetta vaihtaa asentoa. TAI Tuntopuutos rajoittaa kivun ja epämukavuuden tunnetta yhdessä tai kahdessa raajassa.</p>	<p>4.Normaali Reagoi puheeseen. Tunto normaali. Kykenee tuntemaan ja ilmaisemaan sekä kipua, että epämukavuutta. Vaihtaa itsenäisesti asentoa.</p>
<p>Kosteus Ihon kosteus.</p>	<p>1.Jatkuvasti kostea Iho pysyy koko ajan kosteana (hiki, virtsa, tms. erite). Aina potilasta liikutettaessa havaitaan kosteutta.</p>	<p>2.Erittäin kostea Iho on usein, muttei aina, kostea. Petivaatteet ja pyjama täytyy vaihtaa vähintään kerran jokaisena työvuoron aikana (8h).</p>	<p>3.Satunnaisesti kostea Iho on ajoittain kostea. Petivaatteet ja pyjama täytyy vaihtaa kerran vuorokaudessa.</p>	<p>4.Harvoin kostea Iho on tavallisesti kuiva. Petivaatteet ja pyjama vaihdetaan tavanomaisin väliajoin.</p>
<p>Aktiivisuus Fyysisen toimintakyvyn vertailuaste</p>	<p>1.Vuodepotilas Hoidetaan vuoteessa.</p>	<p>2.Istumakykynen Kävelykyky huonoa tai puuttuu kokonaan. Ei pysty kannattamaan painoaan tai tarvitsee apua siirtymisessä tuoliin tai pyörätuoliin.</p>	<p>3.Kävelee silloin tällöin Kävelee silloin tällöin päivän aikana ilman apua tai autettuna, mutta hyvin lyhyitä matkoja. Viettää enemmän osan ajastaan sängyssä tai tuolissa.</p>	<p>4.Kävelee säännöllisesti Kävelee huoneen ulkopuolella ainakin kahdesti päivässä ja huoneessaan vähintään kerran kahdessa tunnissa valveillaoloaikana.</p>
<p>Liikkuvuus Kyky muuttaa ja hallita kehon asentoa</p>	<p>1.Ei pysty lainkaan ilman apua liikkumaan tai liikuttamaan raajojaan</p>	<p>2.Liikkuminen erittäin rajoittunutta Kykenee satunnaisesti liikuttamaan</p>	<p>3.Liikkuminen vähän rajoittunutta Kykenee itsenäisesti toistuviin,</p>	<p>4.Liikkuminen normaalia Kykenee merkittäviin ja toistuviin</p>

		maan vähän kehoaan tai raajojaan, muttei kykene toistuviin tai merkityksellisiin asennonmuutoksiin ilman apua.	vaikkakin vähäisiin, kehon tai raajojen asennonmuutoksiin.	asennonmuutoksiin ilman ulkopuolista apua.
Ravitsemus Perusruokamäärän saanti	1.Hyvin huono Ei syö koskaan koko ateriala. Harvoin syö 1/3 tarjotusta ruoasta. Syö kaksi annosta (liha- tai maitotuotteet) tai vähemmän proteiinia päivässä. Ottaa nesteitä vähän. Ei ota nestemäisiä lisäravintovalmisteita. TAI Ei syö mitään muuta kuin kirkkaita nesteitä suun kautta, tai on täydellinen parenteraalinen ravitsemus yli 5 vrk.	2.Todennäköisesti riittämätön Syö harvoin koko aterian ja syö yleensä vain ½ tarjotusta ruoasta. Syö vain kolme annosta (liha- tai maitotuotteet) proteiinia päivässä. Ottaa silloin tällöin lisäravintovalmisteita. TAI Ei saa normaalia määrää ravintoa nestemäisestä tai ravinnonsiirtokuruaasta.	3.Riittävä Syö yli puolet aterioista. Syö neljä annosta proteiinipitoista ruokaa päivässä (liha- tai maitotuotteet). TAI Saa ravintonsa ravintosiirtoletkun kautta tai suonensisäisesti, jolloin mahdollisesti ravitsemustarpeen saanti on riittävä.	4.Erinomainen Syö suurimman osan jokaisesta ateriala. Syö aina tarjotut ruoat. Syö yleensä vähintään 4 annosta liha- tai maitotuotteita. Ei tarvitse lisäravintovalmisteita.
Kudoksen venyminen ja leikkausvoimat	1.Merkittävä ongelma Tarvitsee paljon apua liikkamisessa. Nostaminen on mahdollonta ilman liu'uttamista lakanoita vasten. Valahtaa usein kasaan tuolissa tai sängyssä istuessa eikä pysty itse korjaamaan asentoaan. Kudoksiin kohdistuu jatkuvaa venytystä ja hankausta spastisuuden, kontraktuurien tai levottomuuden vuoksi.	2.Mahdollinen ongelma Liikkuu sujuvasti tai tarvitsee vain vähän apua liikkumiseen. Liikkuessa iho luultavasti hankautuu lakanoita, tuolia, laitoja tai muita apuvälineitä vasten. Pystyy pitämään suhteellisen hyvin asennon tuolissa tai sängyssä. Mahdollisesti silloin tällöin valuu kuitenkin jossakin määrin kasaan.	3.Ei havaittavaa ongelmaa Liikkuu sängyssä tai tuolissa itsenäisesti ja omaa riittävästi lihasvoimia itsensä nostamiseen, ei hankausta siirtyessään toiseen asentoon. Ylläpitää hyvin asennon vuoteessa ja tuolissa.	