

Painehaavat – Kenelle ne kuuluvat? Haastattelututkimus painehaavojen ennalta- ehkäisy- ja hoitokäytännöistä ja vastuunja- osta

Kiia Räsänen

Opinnäytetyö

Lokakuu 2019

Sosiaali- terveys- ja liikunta-ala

Fysioterapeutti (AMK), Fysioterapeutin tutkinto-ohjelma

Tekijä(t) Räsänen, Kiia	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Lokakuu 2019
	Sivumäärä 62+3	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Painehaavat - Kenelle ne kuuluvat? Haastattelututkimus painehaavojen ennaltaehkäisy- ja hoitokäytänteistä ja vastuunjaosta		
Tutkinto-ohjelma Fysioterapian tutkinto-ohjelma		
Työn ohjaaja(t) Pirjo Mäki-Natunen, Tiina Kuukkanen		
Toimeksiantaja(t) Unikulma Oy		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Painehaavat eli makuuhaavat ovat luisten ulokkeiden kohdalle syntyneitä ihon tai ihonalaisen kudoksen vaurioita, jotka syntyvät kudokseen kohdistuvasta paineesta tai venytyksestä. Niiden ennaltaehkäisyn on arvioitu maksavan vain kymmenesosan hoidon kustannuksista, minkä takia ennaltaehkäisyyn tulisi selvästi panostaa enemmän.</p> <p>Työn tarkoituksena oli tuottaa Unikulma Oy:lle tietoa painehaavojen ehkäisystä ja hoidosta, sekä patjojen merkityksestä osana ehkäisyä ja hoitoa. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää painehaavojen kanssa työskentelevien asiantuntijoiden käsityksiä ja näkemyksiä ennaltaehkäisy- ja hoitokäytännöistä sekä siitä kenelle vastuu niistä kuuluu.</p> <p>Tutkimuksen aineisto kerättiin teemahaastattelulla viideltä painehaavojen kanssa työskentelevältä asiantuntijalta Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä. Teemoina haastattelussa toimivat painehaavojen ennaltaehkäisy- ja hoitokäytänteet, vastuukysymykset sekä patjojen merkitys painehaavojen ennaltaehkäisyssä ja hoidossa.</p> <p>Tutkimuksen tulokset osoittivat painehaavojen ennaltaehkäisyn ja hoidon toteutuksessa olevan puutteita. Estäviksi tekijöiksi käytäntöjen toteutumiselle nousivat resurssit, kiire, tiedon puute ja asenteet. Edistäviksi tekijöiksi puolestaan vastuuhenkilöt, koulutus, motivoituneet työntekijät ja välineistö. Patjojen merkitys ennaltaehkäisyssä nähtiin merkittävänä. Parhaimpina patjoina painehaavojen riskiryhmille pidettiin korkealuokkaisia vaahtomuovipatjoja sekä vaihtuvapaineisia tai minimipaineisia ilmapatjoja. Hoidon ja ennaltaehkäisyn vastuun nähtiin jakautuvan potilaan tarpeen mukaan kaikille hoidossa mukana olleille ammattilaisille sekä omaisille. Tuloksia voidaan hyödyntää lisäämään tietoisuutta ennaltaehkäisyn ja moniammatillisen yhteistyön tärkeydestä painehaavojen hoidossa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) painehaavat, ennaltaehkäisy, haastattelututkimus, teemahaastattelu		
Muut tiedot (Salassa pidettävät liitteet)		

Author(s) Räsänen, Kiia	Type of publication Bachelor's thesis	Date October 2019 Language of publication: Finnish
	Number of pages 62+3	Permission for web publication: x
Title of publication Pressure ulcers – Whose responsibility? Interview study on pressure ulcer prevention and management and division of responsibility		
Degree programme Degree Programme in Physiotherapy		
Supervisor(s) Pirjo Mäki-Natunen, Tiina Kuukkanen		
Assigned by Unikulma Oy		
Abstract <p>Pressure ulcers, also known as bedsores, are damage of the skin or subcutaneous tissue that result from pressure or stretching of the tissue at bony prominences. Their prevention is estimated to cost only one tenth of the treatment costs, which is why more should be invested in their prevention.</p> <p>The purpose of the thesis was to produce information about the prevention and treatment of pressure ulcers and the role of mattresses as part of the prevention and treatment for the assignor, Unikulma Oy. The aim of the study was to examine the perceptions and views on the prevention and treatment practices and on the related responsibility issues held by experts working with pressure ulcers. The data was collected by conducting theme interviews with five experts working with pressure ulcers in the Central Finland Health Care District. The themes of the interviews included pressure ulcer prevention and treatment practices, responsibility issues and the role of mattresses in pressure ulcer prevention and treatment.</p> <p>The results of the study showed deficiencies in the implementation of pressure ulcer prevention and treatment. Resources, haste, lack of knowledge and attitudes emerged as obstacles to the implementation. On the other hand, responsible persons, education, motivated employees and equipment were highlighted as promoting factors. Moreover, mattresses were seen significant in the prevention. Higher-specification foam mattresses, as well as alternating-pressure or low-pressure air mattresses were considered the best mattresses for the risk groups. The responsibility for care and prevention was seen to be shared by all professionals involved in the treatment as well as by relatives, as needed by the patient. The results can be used to raise awareness of the importance of prevention and multi-professional co-operation in the treatment of pressure ulcers.</p>		
Keywords/tags (subjects) pressure ulcers, prevention, interview study, theme interview		
Miscellaneous (Confidential information)		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Painehaavat.....	5
2.1	Painehaavojen synty.....	5
2.2	Painehaavojen luokittelu.....	6
3	Painehaavojen ennaltaehkäisy- ja hoitokäytänteet	9
3.1	Ennaltaehkäisy.....	10
3.2	Hoito	12
3.3	Tukipintojen rooli ja vaikutus hoidossa.....	16
3.4	Esteet ja edistävät tekijät käytäntöjen toteutumiselle	20
4	Moniammatillisuus ja vastuun jakautuminen	21
5	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	23
6	Tutkimuksen toteutus.....	24
6.1	Kohderyhmä	24
6.2	Tiedonkeruumenetelmä.....	26
6.3	Aineiston analyysi.....	29
6.4	Eettisyys ja luotettavuus	30
7	Tutkimuksen tulokset	31
7.1	Painehaavojen ennaltaehkäisyn ja hoidon käytänteet	31
7.2	Vastuunjako ja moniammatillisuus	36
7.3	Patjojen merkitys ennaltaehkäisyssä ja hoidossa	43
8	Johtopäätökset.....	49
8.1	Asiantuntijoiden näkemykset ja kokemukset painehaavojen ennaltaehkäisy- ja hoitokäytänteistä	49
8.2	Kenelle vastuu painehaavojen ennaltaehkäisystä ja hoidosta kuuluu?....	51
8.3	Patjojen merkitys ennaltaehkäisyssä ja parhaimmat patjat riskiryhmille	52
9	Pohdinta.....	52
9.1	Eettisyys ja luotettavuus	55
9.2	Jatkotutkimusaiheet	57

Lähteet	59
Liitteet	63
Liite 1. Teemahaastattelun runko.....	63
Liite 2. Saatekirje.....	64

Kuvat

Kuva 1. Painehaava I. aste (Juutilainen & Hietanen 2018, 332).	7
Kuva 2. Painehaava II. aste (Juutilainen & Hietanen 2018, 332).	7
Kuva 3. Painehaava III. aste (Juutilainen & Hietanen 2018, 332).	8
Kuva 4. Painehaava IV. aste (Juutilainen & Hietanen 2018, 332).	8
Kuva 5. Luokittelematon painehaava (Juutilainen & Hietanen 2018, 333).	9
Kuva 6. Epäily syvien kudosten vauriosta (Juutilainen & Hietanen 2018, 333).	9
Kuva 7. 30° kylkimakuussa tulisi kiinnittää huomiota hartian ja lantion linjaukseen, alemman yläraajan lapaluun asentoon ja kantapäihin.	15
Kuva 8. Kantapään alkava painehaava, jossa epidermis on jo vaurioitunut (Suhonen & Cajanus 2006).	16

Kuviot

Kuvio 1. Painehaavojen ennaltaehkäisyssä ja hoidossa vastuu voi kuulua monelle henkilölle.	40
---	----

Taulukot

Taulukko 1. Haastatteluiden perusteella parhaimmat patjat eri riskiryhmille.	49
---	----

1 Johdanto

Suomessa hoidetaan arviolta noin 55 000-80 000 yhden tai useamman painehaavan saanutta potilasta vuosittain (Soppi 2018). Kaikista kroonisista haavoista painehaavojen osuus on suuri ja niiden hoito on työlästä ja aikaa vievää. Painehaavat kehittyvät herkästi muiden sairauksien komplikaationa ja niiden ilmeneminen voidaan tietyssä määrin yhdistää myös hoidon laatuun. (Juutilainen & Hietanen 2018, 322.) Haavojen kehittyminen voi johtaa sekä pitkittyneeseen sairaalassaoloaikaan että korkeampiin terveydenhuollon kustannuksiin (Källman & Suserud 2009). Painehaavojen hoidon aiheuttamien kustannusten on arvioitu olevan 420-630 miljoonaa euroa, mikä on noin 2-3 % terveydenhuollon menoista. Ehkäisy on puolestaan laskettu maksavan vain kymmenesosan hoidon kustannuksista. (Soppi 2018.) Painehaavat ovat siis merkittävä kansanterveydellinen ja -taloudellinen ongelma, ja niiden ehkäisyyn tulisi selvästi panostaa enemmän (Tuuliranta, Pihlainen & Solonen 2017).

Painehaavat, painevauriot tai vanhalta nimeltään makuuhaavat ovat luisten ulokkeiden kohdalle syntyneitä ihon tai ihonalaisen kudoksen vaurioita, jotka aiheutuvat kudokseen kohdistuvasta paineesta tai venytyksestä (Juutinen & Hietanen 2018, 322; Soppi 2018). Tyypillisesti painehaavat syntyvät pitkäjaksoisen muuttumattoman makuuasennon seurauksena, mutta ne voivat myös syntyä pitkäkestoisen istumisen seurauksena istuinkyhmyjen seudulle. Kudosvaurio voi kuitenkin syntyä muustakin kuin istuin- tai makuualustan aiheuttamasta kontaktista. (Juutilainen & Hietanen 2018, 322.) On todettu, että painehaavoja kehittyy herkemmin tavallisella sairaalapatjalla lepääville potilaille kuin erikoispatjoilla nukkuville (Iivanainen & Syväoja 2012, 365). Tukipinnan, kuten patjan tai istuintyynyn merkitys painehaavojen ennaltaehkäisyssä nähdäänkin suurena. Potilaan riskiluokitukseen sopivan patjan voidaan sanoa olevan kaiken perusta sekä painehaavojen ennaltaehkäisyssä, että niiden hoidossa niin sairaaloissa, hoitolaitoksissa kuin kotiympäristössäkkin.

Jotta painehaavojen ehkäisy onnistuu, vaatii se ohjausta ja sitoutumista hoidon toteuttamiseen ja apuvälineiden käyttöön niin henkilökunnalta, potilaalta kuin tämän omaisiltakin (Juutilainen & Hietanen 2018, 335). Tällä hetkellä käsityksenä on, että vastuu painehaavojen hoidosta kuuluu sairaalaympäristössä ja hoitolaitoksissa pääosin hoitohenkilökunnalle. Vastaavasti kotiympäristössä hoidosta vastaavat avustaja tai omaiset. Painehaavojen ennaltaehkäisyssä ja hoidossa tarvitaan kuitenkin monesti osaamista erilaisilta osa-alueilta, joten moniammatillisen yhteistyön avulla työmäärää, tietotaitoa ja vastuuta voitaisiin tietyissä toimissa jakaa enemmän eri ammattiedustajien kesken.

Painehaavojen ennaltaehkäisyn merkitys on viime vuosina noussut paremmin tietoisuuteen niin työelämässä oleville kuin opiskelijoillekin. Hoitotyön opiskelijat ovat tehneet paljon opinnäytetöitä aiheeseen liittyen. Fysioterapia-alan opinnoissa aihetta on käsitelty vähemmän, mikä antaa myös syyntä tutkia aihetta alalla lisää. Painehaavojen hoidon tarkastelusta jätettiin tarkoituksella pois haavanhoidon, tiettyjen hoitotoimenpiteiden ja perussairauksien käsitteleminen, sillä aiheiden nähtiin koskevan enemmän hoitoalan osaamista. Tutkimuksessa käsiteltiin kuitenkin lyhyesti ihon arviointia, sillä toimenpiteen koettiin olevan sellainen, johon jokaisen potilaan kanssa työskentelevän ihmisen tai omaisen olisi hyvä osata kiinnittää huomiota, koska tässä vaiheessa painehaavat ovat vielä parhaiten ennaltaehkäistävissä.

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Unikulma Oy, ja työn tarkoituksena on tuoda yritykselle tietoa painehaavojen ehkäisystä ja hoidosta sekä patjojen merkityksestä osana hoitoa. Tutkimuksesta jätettiin pois pyörätuolien ja niiden istuinalustojen käsitteleminen, jotta aiheesta ei tulisi liian laaja. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää painehaavojen parissa työskentelevien asiantuntijoiden käsityksiä ja näkemyksiä painehaavojen ennaltaehkäisy- ja hoitokäytänteistä sekä sitä kenelle vastuu niistä kuuluu. Opinnäytetyö toteutettiin haastattelututkimuksena Keski-Suomen sairaanhoitopiirin (KSSHP) erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa työskenteleville ammattilaisille, joiden peruskoulutus oli fysioterapeutti tai sairaanhoitaja, ja joilla oli henkilökohtaista kokemusta painehaavojen ennaltaehkäisy- ja hoitokäytänteistä ja niiden toteutuksesta.

2 Painehaavat

2.1 Painehaavojen synty

Painehaava määritellään ihon tai ihonalaisen kudoksen paikalliseksi vaurioksi, joka syntyy paineen aiheuttaman kudosten verenkierron ja hapensaannin vähenemisen seurauksena. Painehaava voi kehittyä luisten ulokkeiden kohdalle, ja yleisimmät esiintymispaikat ovat kantapää, ristiselkä, istuinkyhmyt, lonkan seutu, polvet, kyynärpäät, olkapää, lapaluut ja kallon takaosa. Noin kolmannes painehaavoista kehittyy alaraajoihin, etenkin kantapäiden alueelle. (Juutilainen & Hietanen 2018, 322-323.) Selinmakuulla riskialueita ovat takaraivo, ristiluu ja kantapää, vatsamakuulla korva ja polvet ja kylkimakuulla korva, olkapää ja lonkka. Näihin alueisiin kohdistuva paine pehmytkudoksissa voi lyhyellä aikavälillä nousta jopa 70 mmHg. (Ylinen 2015, 202.)

Painehaavojen riskiryhmään kuuluvat vuodepotilaat, joiden liikuntakyky on akuutisti tai pitkäaikaisesti rajoittunut, kuten selkäydinvauriopotilaat sekä potilaat, joilla on kiiputunnon häiriöitä sairaudesta tai lääkityksestä johtuen (Soppi 2018). Selkäydinvauriopotilailla voidaan nähdä olevan korkein riski (25-66 %) painehaavan kehittymiseen tuntopuutosten ja immobiliteetin eli liikkumattomuuden (Boyko ym. 2018). Kertaalleen sairastetun painehaavan jälkeen potilaalla on elinikäinen riski uuteen haavaan (Juutilainen & Hietanen 2018, 360).

Painehaavojen syntyyn vaikuttavat tekijät voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoisiin riskitekijöihin. Riskinarvioinnissa tulisi kiinnittää huomiota ulkoisten riskien havainnointiin: lisääntyneeseen lämpötilaan, kosteuteen, leikkausvoimiin, kitkaan ja paineeseen; sekä potilaskohtaisten sisäisten riskien havainnointiin: heikentyneeseen verenkiertoon, tupakointiin, diabetekseen, korkeaan verenpaineeseen, vajaaravitsemukseen, nestehukkaan, ikääntymiseen sekä historiaan aikaisemmista ihorikoista (Walls & Walls 2015). Sisäisiin riskitekijöihin voidaan lukea myös immuunivasteen heikkeneminen, selkäydinvaurio, kontraktuurat, pitkittynyt immobilisaatio, ruumiinlämmön lasku, paikalliset kudokset sekä anatomiset ominaisuudet kuten lannerangan lordoosi. Ulkoisiin riskitekijöihin voidaan lisätä kovilla pinnoilla makaaminen, vuoteiden

reunat ja päädyt, pyörätuolin selkänöja ja jalkalaudat, huonosti istuvat proteesit, lääkinnälliset laitteet, huono ihohygieneia, potilaan rajoitukset sekä hoitokodit. (Boyko, Longaker & Yang 2018; Juutilainen & Hietanen 2018, 324-326.)

Yleisimpien kroonisten sairauksien aiheuttamat sisäiset riskitekijät ovat ratkaisevassa asemassa painehaavojen patogeneesissä. Pitkittyneet krooniset sairaudet vaikuttavat heikentyneeseen mobiliteettiin sekä painon laskuun ja ovat siten painehaavojen riskitekijöitä. (Jaul, Barron, Rosenzweig & Menczel 2018.) Muita altistavia tekijöitä ovat hiertymät, pehmytkudosten vammat, eritteiden aiheuttamat ihovauriot ja tulehdukset sekä huono yleiskunto (Arokoski, Alaranta, Pohjolainen, Salminen & Viikari-Juntura 2009, 279).

Mikä tahansa ulkoapäin tuleva kosteus voi johtaa haavoittuvan ihon vaurioitumiseen (Mitchell 2018). Painehaavan synnyssä vaikuttavat olennaisesti materiaalit, joka estävät kosteuden, veden ja kuumuuden haihtumisen iholta. Siksi tekokuitujen käyttöä tulisi välttää niin vuodevaatteissa kuin vaatetuksessakin. Vuodepotilaalla lakanoiden kuivuudesta ja rypyttömyydestä tulisi huolehtia asennonvaihdon yhteydessä, jottei lakanan laskokset tai kosteus aiheuta painaumia tai kosteutta iholle. Kosteus heikentää ihon vastustuskykyä. (Iivanainen & Syväoja 2012, 369.)

Ajallisesti painehaavan syntymiseen johtava kudosisvaurio voi kehittyä jo muutamassa tunnissa (Ylinen 2015, 202). Tästä syystä myös pitkäkestoisiin leikkauksiin liittyy suurentunut riski painehaavoille, mikä johtuu ruumiinlämmön laskemisesta ja komplikaatoriskin kasvusta (Juutilainen & Hietanen 2018, 326). Toisaalta painehaava voi syntyä viiveellä sen varsinaisesti aiheuttamasta tilanteesta, ja itse haava todetaankin vasta myöhemmin eri osastolla tai toisessa hoitopaikassa. Painehaavariskiinkin tulisikin kiinnittää huomiota hoitoprosessin jokaisessa vaiheessa. (Soppi 2018.)

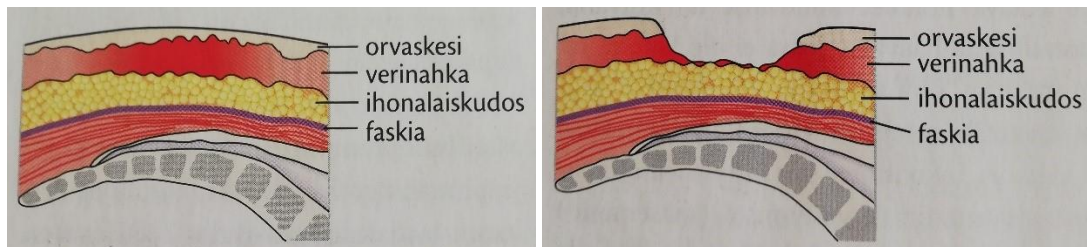
2.2 Painehaavojen luokittelu

Painehaavojen luokittelusta on hyötyä sekä kliiniselle työlle että tutkimukselle. Hyvin tehty luokitus ohjaa hoidon linjausta ja kuvaa haavan paranemisen ennustetta. Haavan paranemisen yhteydessä ei käytetä käänteistä luokittelua, eli esimerkiksi kolmannen asteen haava ei muutu paranemisen myötä toisen asteen haavaksi. (Juutilainen

& Hietanen 2018, 331.) Painehaavat voidaan luokitella neljään asteeseen sekä kah-
teen lisäluokkaan kansainvälisen painehaavojen luokittelujärjestelmä National Pres-
sure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) ja European Pressure Ulcer Advisory Panel
(EPUAP):n mukaan:

I aste: Ihon vaalenematon punoitus: Ehjä iho, jossa on paikallisesti luisen ulokkeen
kohdalla vaalenematonta punoitusta. Alue voi olla kivulias, pehmeä, kiinteä tai ympä-
röivää kudosta lämpimämpi tai viileämpi. Vaalenematon punoitus on uhka painehaa-
van syntymisestä (Kuva 1). (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta
2014; Juutilainen & Hietanen 2018, 331.) Tummapigmenttiseltä iholta ihon punoittu-
mista voi olla haastavaa huomata (Mitchell 2018).

II aste: Ihon pinnallinen vaurio: Epidermoksen (orvaskesi) tai dermoksen (verinahka)
osittainen vaurioituminen ilmenee ihon pinnallisena avoimena haavana, joka voi olla
väriltään punainen tai vaaleanpunainen. Haavassa ei ole katteisuutta eikä mustel-
maa, mutta se voi esiintyä myös kudosten tai verensekaisen nesteen täyttämänä
ehjänä tai rikkoutuneena rakkulana (Kuva 2). (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivis-
telmä suosituksesta 2014; Juutilainen & Hietanen 2018, 331-333.)

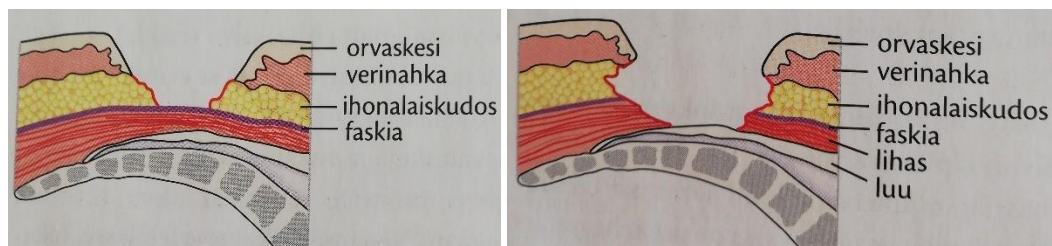


Kuva 1. Painehaava I. aste (Juutilainen & Hietanen 2018, 332).

Kuva 2. Painehaava II. aste (Juutilainen & Hietanen 2018, 332).

III aste: Koko ihon läpäisevä vaurio: Kudosvaurio, joka läpäisee koko ihon. Ihonalai-
nen rasva voi olla näkyvässä, mutta lihaskalvo (faskia) on ehkä. Luu, jänne ja lihas ei-
vät näy. Katteisuutta voi esiintyä, mutta se ei estä havaitsemasta haavan syvyyttä.
Haava saattaa sisältää haavataskuja ja onkaloitumista. Painehaavan syvyys vaihtelee
sen anatomisen sijainnin ja rasvakudoksen määrän mukaan (Kuva 3). (Painehaavojen
ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014; Juutilainen & Hietanen 2018, 333.)

IV aste: Ihon, ihonalaiskudoksen ja lihaskalvon läpäisevä vaurio: Koko ihon ja ihonalaisen kudoksen vaurio, joka ulottuu luuhun, jänteeseen, niveleen ja lihakseen asti. Katteisuutta ja kudoksen nekroosia sekä taskumaisia kohtia ja onkaloitumista voi esiintyä. Kuten asteen III painehaavassa, haavan syvyys vaihtelee sen anatomisen sijainnin ja rasvakudoksen määrän mukaan. Näin esimerkiksi kehräsluiden alueella haavan syvyys voi olla matala verrattuna lonkanseudulla sijaitsevaan painehaavaan (Kuva 4). (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014; Juutilainen & Hietanen 2018, 333-334.)

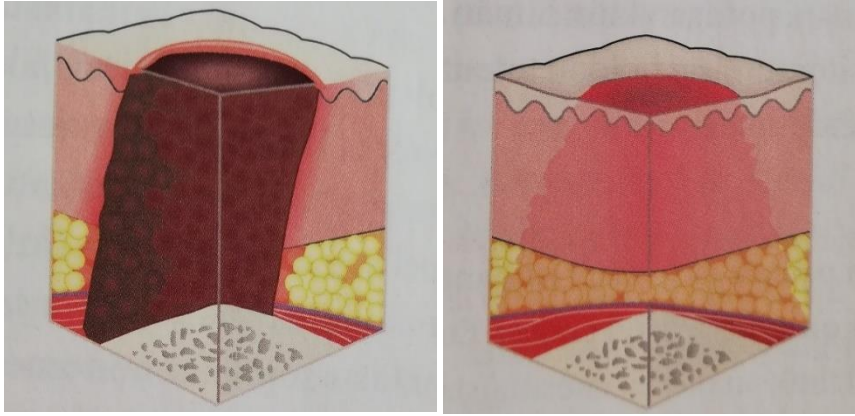


Kuva 3. Painehaava III. aste (Juutilainen & Hietanen 2018, 332).

Kuva 4. Painehaava IV. aste (Juutilainen & Hietanen 2018, 332).

Luokittelematon: Syvyys tuntematon: Koko ihon läpäisevä kudoksen vaurio, jonka syvyys on tuntematon. Haava on täysin haavakatteen (keltainen, kellanruskea, harmaa, vihreä tai ruskea) peitossa ja/tai haavapohjassa on kudoksen nekroosia (kellanruskea, ruskea tai musta). Syvyys voidaan määrittää vasta katteen poistamisen jälkeen, mutta se vastaa kolmannen tai neljännen asteen painehaavaa (Kuva 5). (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014; Juutilainen & Hietanen 2018, 334.)

Epäilty syvien kudosten vaurio, jonka syvyys on tuntematon: Purppuranvärinen tai punaruskea paikallinen ehjän ihon värjäytymä tai veren täyttämä rakkula, joka johtuu alla olevan pehmytkudoksen paineen tai venymisen aiheuttamasta vauriosta. Tätä vaihetta voi edeltää ensimmäisen asteen luokan oireet (Kuva 6). (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014; Juutilainen & Hietanen 2018, 334.)



Kuva 5. Luokittelematon painehaava (Juutilainen & Hietanen 2018, 333).

Kuva 6. Epäily syvien kudosten vauriosta (Juutilainen & Hietanen 2018, 333).

3 Painehaavojen ennaltaehkäisy- ja hoitokäytännöt

Suomessa laaditut hoitosuositukset ja toimintamallit pohjautuvat kansainväliseen painehaavojen ennaltaehkäisy ja hoitosuositukseen, jonka ovat laatineet National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) ja Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Niin pohjautuu myös Hoitotyön tutkimussäätiön luoma hoitosuositus ”Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä”, johon vastaavasti alla oleva HUS:n malli pohjautuu. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015.)

HUS:n malli on Helsingin yliopistollisen sairaalan kehittämä 6-portainen selkeä malli painehaavojen ennaltaehkäisyyn ja tunnistamiseen, jossa arvioidaan alkuun potilaan riskiluokka ihon kunnon ja liikuntakyvyn mukaan. Potilas luokitellaan näiden perusteella liikennevalomallin mukaan matalaan (vihreä), keskisuureen (keltainen) tai suureen riskiryhmään (punainen). Toisena ja kolmantena kohtana tarkistetaan ihon kunto ja huolehditaan ihon ja inkontinenssin hoidosta. Neljännessä ja viidennessä kohdassa kevennetään painetta asentohoidolla, mobilisoidaan ja arvioidaan vajaaraavitsemuksen riski, ja viimeisenä kohtana on tehtyjen toimien kirjaaminen. (Estä painehaavat: HUS:n –malli 2014.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri on luonut HUS:n malliin pohjautuvat samankaltaiset toimintaohjeet painehaavojen tunnistamiseksi ja ennaltaehkäisemiseksi, ja mallia käytetään koko Keski-Suomen alueella perusterveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidossa. Toimintamallista on tehty kuusi eri toimintaympäristöihin sopivaa versiota vuodeosastoille, leikkausosastoille, teho- ja valvontaosastoille sekä lapsille ja nuorille. Lisäksi on ohjeistukset kotihoidolle ja kotiin. (Painehaavan riskin tunnistaminen ja ennaltaehkäisy n.d.)

3.1 Ennaltaehkäisy

EPUAP:in oppaan mukaan painehaavojen ennaltaehkäisy koostuu riskin arvioinnista ja riskitekijöiden tunnistamisesta, päivittäisistä toimista, asentohoidon toteuttamisesta, erikoisapuvälineistä sekä kouluttamisesta. Päivittäisiin toimiin kuuluvat ihon ja kudoksen arviointi, ihon ja hygienian hoito ja ravitsemustilasta huolehtiminen. Asentohoidon toteuttamisessa tärkeintä on säännöllisyys, kirjaaminen ja riskipotilaalle sopivien makuu- tai istuinalustojen käyttäminen. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014.)

Riskinarviointi ja kliininen tutkiminen

Painehaavojen kehittymisriskin arviointi tulee tehdä kaikille potilaille, jotta voidaan ryhtyä asianmukaisiin ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin riskipotilailla. Arvio tulee tehdä aina uudelleen potilaan liikkumiskyvyn tai terveydellisen tilan muuttuessa. (Bo-yko ym. 2018.) Sopin (2018) ja Mitchellin (2018) mukaan riskiarvio tulisi tehdä potilaan tullessa hoitopaikkaan, viimeistään 8 tunnin kuluessa. Mikäli potilaalla on aikaisemmin ollut painehaava, hänet sijoitetaan saman tien erittäin korkean riskin ryhmään. (Mitchell 2018; Soppi 2018.)

KSSH:n toimintamallissa matalaan riskiin luokitellaan liikuntarajoitukseton henkilö, jonka iho on hyväkuntoinen. Keskisuuren riskiin luokitellaan henkilö, jolla on rajoittunut liikuntakyky, hauras iho tai tuntopuutoksia. Mikäli potilaalla on kaksi kolmesta oi-

reesta, hänet luokitellaan suuren riskiin. Suureen riskiin luokitellaan myös painehaavan ja muut voimakkaan liikuntarajoituksen omaavat henkilöt. (Painehaavan riskin tunnistaminen ja ennaltaehkäisy n.d.)

Riskiä voidaan liikennevalomallin ohella arvioida mittarein, joista yleispotilaille suositellaan käytettäväksi Braden 2- tai Shape Risk Scale (SRS) -mittaria (Soppi 2018). Bradenin asteikossa arvioidaan tuntoaistia, ihon kosteutta, aktiivisuutta, liikkuvuutta, ravitsemusta, kitkaa ja leikkausvoimia. Mitä vähemmän pisteitä Bradenin asteikon mukaan saa, sitä suurempi on potilaan riski ihovaurion kehittymiseen. (Walls & Walls 2015.) Braden-mittari on todettu luotettavimmaksi painehaavariskin kuvaajaksi, ja se ennustaa riskiä etenkin akuutisti sairastuneilla. HUS-malli on kuitenkin todettu yksinkertaisemmaksi ja helpommin toteutettavaksi, eikä painehaavariskin ennustamisessa todettu eroa näiden kahden menetelmän avulla vuosina 2013-2014 tehdyn pilottitutkimuksen mukaan. (Juutilainen & Hietanen 2018, 336, 342.)

SRS – mittari on sisätautien erikoislääkäri Esa Sopin kehittämä validoitu arviointimittari, jota voidaan käyttää Braden mittarin rinnalla tai yhdessä sen kanssa. Mittari arvioi vartalomallin, painoindeksin, fyysisen aktiivisuuden ja liikkuvuuden, tajunnan tason, tuntoaistin sekä ruumiinlämmön perusteella painehaavariskiä. Muita arviointimittareita ovat Jackson ja Cubbin painehaavariskin arviointimittari, Nortonin asteikko, Gosnellin mittari, Waterlow'n mittari sekä Mervi Lepistön suomalainen riskiluokitusmittari. Viimeisenä mainittu ei ole kuitenkaan levinnyt yleiseen käyttöön. (Juutilainen & Hietanen 2018, 342-343.)

Päivittäinen ihon arviointi luisten ulokkeiden kohdalta ja lääkinnällisten laitteiden kontaktialueelta on välttämätöntä ihovaurion ehkäisemiseksi, olemassa olevan painehaavan hoitamiseksi ja uusien ihorikkojen välttämiseksi (Mitchell 2018). Ihon kuntoa arvioidaan; näkykö ihossa paikallista punoitusta ja sen vaalenemista painettaessa. Ihoa voidaan myös palpoida ja katsoa näkykö paikallista kuumotusta, turvotusta tai ihon alaisen kudoksen kovettumista, pinnallisia ihovaurioita tai ylimääräistä kosteutta. (Juutilainen & Hietanen 2018, 351, 360; Mitchell 2018.)

Kliiniseen tutkimiseen kuuluvat taustatietojen kuten painehaavaan altistavien sisäisten ja ulkoisten riskitekijöiden selvittämisen lisäksi haavan arviointi, potilaan yleistutkimus ja joskus kontaktipaineen mittaaminen. Etenkin liikuntakykyyn, yleiskuntoon, vajaaravitsemuksen merkkeihin, lääkityksiin ja taustasairauksiin tulisi kiinnittää huomiota. (Juutilainen & Hietanen 2018, 327-328.)

3.2 Hoito

Painehaavan syvyysluokituksen voidaan nähdä ennustavan haavan luonnollisen paranemisen mahdollisuuksia melko hyvin. Ensimmäisen ja toisen asteen painehaavat paranevat usein jopa 1-3 kuukaudessa, mutta vastaavasti kolmannen ja neljännen asteen haavojen parantumisaika on pitkä, eivätkä kaikki parane koskaan parhaasta konservatiivisesta hoidosta huolimatta. (Juutilainen & Hietanen 2018, 352.)

Ensimmäisen ja toisen asteen painehaavoja hoidetaan konservatiivisesti eli keventämällä painetta, haavanhoidolla sekä ravitsemuksen ja perussairauksien hoidolla. Kolmannen ja neljännen asteen painehaavoissa käytetään tarvittaessa kirurgista hoitoa, joka voidaan toteuttaa haavaa puhdistavana leikkauksena (revisio), luisen ulokkeen poistamisena tai kielekeleikkauksena. Luokittelemattomassa haavassa revisiokirurgia on yleensä aiheellinen. Mikäli on epäily syvien kudosten vauriosta, on lääkärin konsultaatio tarpeellista. (Berg 2016.)

Ravinnon puute ja tahaton painonpudotus ovat keskeisiä riskitekijöitä aliravitsemukselle, ja sitä kautta painehaavan kehittymiselle ja heikentyneelle haavan paranemiselle. Vaikka ihanteellista ravintoaineiden saantia haavan paranemiseksi ei tunneta, on energian lisäämistä, proteiinia, sinkkiä, A-, C-, ja E-vitamiineja ja aminohappoja kuten arginiinia ja glutamiinia todistettavasti käytetty. Nesteytyksellä on elintärkeä rooli ihon eheyden säilyttämisessä ja korjaamisessa. Nestekato häiritsee solujen aineenvaihduntaa ja haavan paranemista. Riittävä nesteen saanti on välttämätöntä haavoittuneiden kudosten verenkierron tukemiseksi ja ihon lisävaurioiden ehkäisemiseksi. (Saghaleini, Dehghan, Shadvar, Sanaie, Mahmoodpoor & Ostadi 2018.) Sopin (2018) mukaan riskipotilaiden ravinnonsaannissa tulisi ottaa huomioon potilaan ke-

honkoostumus, rasvakudoksen määrä, energiankulutus ja terveydentila. Hän suosittelee myös energian, proteiinin, nesteiden käytön lisäksi vitamiinien sekä lisäravinteiden käyttöä tarvittaessa. (Soppi 2018.)

Asentohoito

Tärkein toimenpide painehaavojen ehkäisyssä ja hoidossa on asennon vaihtaminen, jotta saadaan vähennettyä kudoksen altistusta paineelle (Boyko ym. 2018; Soppi 2018). Tässä yhteydessä asentohoidolla tarkoitetaan lepoasentoja vuoteessa. Lepoasentojen tavoitteena on ehkäistä painehaavoja, ylläpitää nivelten liikkuvuutta, antaa tuntoaistimuksia sekä edesauttaa tasaisempaa keuhkotuuletusta (Forsbom, Kärki, Leppänen & Sairanen 2001, 77). Asentohoidolla ehkäistään lihaskireyksiä, virheasentojen ja kivun syntymistä, lievitetään spastisuutta (jäykkyyttä) ja estetään lihasten ylivenyttymistä sekä turvotusta (Leppänen, Stigzelius & Hokkinen 2011, 10). Aivo-ohjauspotilailla asentohoidon avulla pyritään myös ehkäisemään riskialttiiden lihasten lyhentymistä ja jäykkyyden syntymistä (Carr & Shepherd 2010, 253).

Kudokseen kohdistuvaa paikallista painetta voidaan alentaa tai se voidaan poistaa kokonaan. Laajemmalle alueelle jakautuessaan paine luonnollisesti pienenee. Asennonvaihtamisen lisäksi, sopivilla tukipinnoilla, apuvälineillä ja hoitomenetelmillä voidaan vähentää kudosten venymistä ja siihen kohdistuvaa kuormaa. (Juutilainen & Hietanen 2018, 334-335.) Myös tyynyjä, lastoja, tukia ja teippausta voidaan käyttää apuna (Leppänen ym. 2011, 10). Kääntelyssä syntyvää kitkaa ja leikkausvoimia voidaan vähentää manuaalisen käsittelyn tekniikoiden avulla kuten käyttämällä apuna liukulautaa tai muita liukuvia pintoja (White 2019). Asennonvaihdossa on hyvä olla mukana useampi henkilö potilaan ihon venyttämisen, hankautumisen ja rikkoutumisen estämiseksi (Iivanainen & Syväoja 2012, 361).

Mikäli potilas kykenee omatoimiseen asennonvaihtamiseen, tulisi häntä ohjata ja kannustaa siihen (Iivanainen & Syväoja 2012, 368). Muussa tapauksessa potilasta tulisi aktivoida asennonvaihtamisessa mahdollisimman paljon tämän ollessa hereillä. Öisin asennonvaihto tehdään passiivisesti häiriten mahdollisimman vähän potilaan

unta. (Forsbom ym. 2001, 77.) Whiten (2019) mukaan Pilkington (2013) on havainnut, että unen puute voi johtaa pidempään toipumisaikaan, immuunijärjestelmän heikentymiseen sekä muuttuneisiin kognitiivisiin toimintoihin, jotka lisäävät kaatumisia etenkin ikääntyneillä potilailla. Henkilökunnan on siis tasapainoitettava potilaan unen tarpeen ja asennonvaihdon välillä. (White 2019.) Asentohoidon toteuttaminen saattaa tuntua potilaasta epämukavalta tai kivuliaalta, siksi potilaalle tulisi perustella sen merkitys painehaavan ehkäisyssä (Iivanainen & Syväoja 2012, 361). Mahdollisuuksien mukaan potilasta tulisi olla kääntämättä punoittavien ihoalueiden päälle, koska punoitus osoittaa, että iho ei ole palautunut edellisestä painekuormasta (Mitchell 2018).

Tällä hetkellä potilaan asentoa suositellaan vaihtamaan 1-2 tunnin välein ympäri vuorokauden, mikäli painetta lieventäviä apuvälineitä ei ole saatavilla (Ylinen 2015, 202; Juutilainen & Hietanen 2018, 343). Sopin (2018) mukaan tälle ajalle ei kuitenkaan ole juurikaan tieteellistä taustaa (Soppi 2018). Britanniassa yleisenä käytäntönä on myös vaihtaa asentoa 2 tunnin välein, mutta asennon vaihtamisen säännöllisyys tulisi arvioida yksilöllisesti jokaiselle potilaalle ja mahdollisuuksien mukaan myös potilaan kanssa yhteisymmärryksessä keskustellen (White 2019). Öisin asentoa voidaan vaihtaa harvemmin, mikäli potilaan uni on rauhallista (Forsbom ym. 2001, 77).

Viime vuosina on pyritty vaihtamaan vuodepotilaan asentoa täydestä kylkimakuusta kohti kallistettua 30 asteen kylkiasentoa eli puolikylkimakuuasentoa (Kuva 7), joka tuetaan laadukkailla tyynyillä. Käytännön kokemuksen perusteella potilailla on ollut muutoin taipumus helposti liikkua asennosta pois ja maata pidempiä aikoja selällään. (White 2019.) Asentohoito toteutetaan käyttäen 30 asteeseen kallistettua kumpaakin kylkiasentoa, sekä selin- ja vatsamakuuta mikäli potilas sietää nämä asennot ja potilaan tila mahdollistaa ne. Ne estävät paineen nousun liian korkeaksi riskialueilla. Vastaavasti 90 asteen kylkiasentoa tai puoli-istuvaa asentoa tulisi välttää, jotta paine ei kohdistu paikallisesti liian suureksi. Tiheästi toistuva kääntely aiheuttaa huomattavia kustannuksia, joten halvemmaksi tulee luisten ulokkeiden pehmustaminen tyynyillä ja korkealuokkaisten vaahtomuovipatjojen käyttö. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014; Ylinen 2015, 202-203.)

Puolilylkimakuuasennossa hartia ja lantio ovat samassa linjassa. Vartalo ei saisi kiertyä, sillä se voi aiheuttaa venyttymistä lihaksissa ja hermokudoksessa. Selän taakse ja jalkojen väliin asetettavilla tyynyillä voidaan tukea puolilylkimakuuasentoa. (Leppänen ym. 2011, 15.) Kevyesti koukistettujen alaraajojen väliin asetettavalla tyynyllä estetään lonkkien adduktio ja toisaalta myös luisten polvien painautuminen toisiaan vasten (Carr & Shepherd 2010, 287). Tärkeää on huomioida alimmaisena olevan yläraajan lapaluun ja hartian asento etenkin halvaantuneilla potilailla. Puolilylkimakuuasento on potilaalle miellyttävämpi ja kivuttomampi kuin täysin kylkimakuuasennossa oleminen, jossa alempana olevaan olkaniveleen kohdistuva paine voi aiheuttaa kipua. (Leppänen ym. 2011, 15.)



Kuva 7. 30° kylkimakuussa tulisi kiinnittää huomiota hartian ja lantion linjaukseen, alemman yläraajan lapaluun asentoon ja kantapäihin.

Vuoteen päätä kohottamalla pyritään lisäämään potilaan mukavuutta ja hengitystoimintoja. Tämä kuitenkin aiheuttaa tukipinnan kääntymisen ikään kuin rampiksi ja pakottaa potilaan valumaan vuoteessaan alaspäin. Alaspäin valuminen lisää painetta ja venymistä lantion, häntäluun, ja istuinkyhmyjen seudulle. Paine ristiluun ja kantapäiden alueella lisää riskiä painehaavojen kehittymiselle. (Hermans & Call 2015; Mitchell

2018.) Taittamalla sänkyä polvitaiteiden kohdalta vuoteen päädyn ollessa kohotettuna, voidaan estää kehon valuminen jalkopään suuntaan. Puoli-istuvaa asentoa olisi hyvä käyttää lähinnä ruokaillessa kudosten vaurioitumisen riskin minimoimiseksi ja istuma-ajan rajoittamiseksi. Puoli-istuvassa asennossa on riski kantapäiden haavautumiselle (Kuva 8), mikäli potilas pyrkii omatoimisesti kohottamaan asentoaan työntämällä itseään vuoteessa kantapäiden avulla ylöspäin. Painetta kantapäiden ja akillesjänteen alueelta voidaan poistaa asettamalla tyyny koko säären pituudelta pohkeiden alle, jolloin saadaan kantapää irti alustasta. Asennossa tulee huomioida, etteivät polvet ole yliojennuksessa eikä paine tule akillesjänteen päälle. (Juutilainen & Hieta-nen 2018, 344.)



Kuva 8. Kantapään alkava painehaava, jossa epidermis on jo vaurioitunut (Suhonen & Cajanus 2006).

Yhteistyö ja sujuva kommunikointi terapeuttien ja hoitajien kesken on tärkeää asento-hoidon toteutuksessa. Tällöin tiedetään missä asennossa potilas on ollut ja mihin asentoon hän terapian tai hoitotoimenpiteen jälkeen jää. Apuna voidaan käyttää myös potilaan huoneen seinälle asetettuja kuvallisia ohjeita tai aikataulua asento-hoidon toteutuksesta. (Leppänen 2011, 11.)

3.3 Tukipintojen rooli ja vaikutus hoidossa

Tukipinnan merkitys painehaavojen ennaltaehkäisyssä ja hoidossa korostuu etenkin liikuntakyvyttömillä vuodepotilailla, jotka viettävät suurimman osan ajastaan vuo-

teessa. Tukipintoja ovat patjat, päällyspatjat, istuinalustat ja kevennystyyny (Juutilainen & Hietanen 2018, 335). Leikkaussalien kovien makuualustojen tai ambulanssilla tapahtuvien pitkänmatkan siirtokuljetusten on todettu aiheuttavan painehaavoja potilaille, joten painehaavojen operatiivisen hoidon hyödyt menetetään vääränlaisen makuualustan takia pahimmassa tapauksessa jo siirtokuljetusten aikana (Tuuliranta ym. 2017).

Sopin (2018) mukaan jopa yli puolella potilasta on vääränlainen makuualusta riskiluokkaansa nähden. Potilas tulisi sijoittaa arvioitua riskiluokkaansa vastaavalle alustalle, kuten erittäin korkean riskin potilaalle soveltuvalle patjalle. (Soppi 2018.) Potilaan yksilöllisen painehaavariskin ja kliinisen arvion mukaan päätetään, tarvitseeko hän korkean vai matalan riskin patjan (Juutilainen & Hietanen 2018, 345). Kotiolosuhteisiin keskiriskin patja luovutetaan, kun ”riski on kohtalainen” ja korkean riskin patja kun ”riski on suuri” tai ”riski on erittäin suuri” Braden-luokituksen tai HUS painehaava riskiluokituksen perusteella (Valtakunnalliset lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusperusteet – Opas apuvälinetyötä tekeville ammattilaisille ja ohjeita asiakkaille 2018).

Makuualustan hankintaan kotiolosuhteisiin vaikuttavat potilaan ominaisuudet, patjan käyttöön liittyvät seikat sekä taloudelliset tekijät. Potilaan ominaisuuksissa tulisi kiinnittää huomiota kokoon ja painoon, painehaavariskiin, liikuntakykyyn, mikroilmaston säätelyn tarpeeseen ja venytyksen minimoimiseen sekä olemassa olevien painehaavojen määrään, sijaintiin ja vakavuuteen. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014). Muita potilaaseen liittyviä tekijöitä ovat potilaan virheasennot, spastisiteetti, patjan ajallinen tarve sekä aikaisempi kokemus erikoispatjoista. Taloudellisiin tekijöihin kuuluvat kysymykset muun muassa patjan hankinnasta (vuokrataanko vai ostetaanko), huoltokustannuksista, takuuajasta sekä lisävarusteista. (Juutilainen & Hietanen 2018, 346.) Oikein valittuna painehaavatuotteet ehkäisevät kustannustehokkaasti kallishoitoisten painehaavojen syntymistä ja hoitoa, vaikka alkuhankintana ne voivat tuntua kalliilta (Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluiden saatavuusperusteet 2017).

Mikäli potilaan toimintakyky on sairauden tai vamman vuoksi alentunut niin, ettei hän kykene omatoimisesti vaihtamaan asentoa vuoteessa, tai hänen painehaavariskinsä on kohonnut, voidaan painehaavapatjoja luovuttaa näillä perustein lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineenä. Valintaan vaikuttaa ensisijaisesti se, onko kyseessä painehaavojen ennaltaehkäisy vai hoito. Patjan luovuttaminen on mahdollista myös niissä tapauksissa, jos patjan nähdään vähentävän avun tarvetta kotona esimerkiksi yöaikaan tapahtuvissa asennonvaihdossa ja tukevan siten omaisten/avustajan jaksamista ja mahdollistaa täten potilaan kotona asumisen. (Valtakunnalliset lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusperusteet – Opas apuvälinetyötä tekeville ammattilaisille ja ohjeita asiakkaille 2018.)

Patjojen painehaavaa ehkäisevä vaikutus perustuu passiiviseen patjan muovautuvuuteen kehon muotojen mukaan tai patjan moottoroituun aktiiviseen paineenkevenysjärjestelmään. Passiivisia ja aktiivisia erikoispatjoja ja patjanpäällisiä, jotka on tarkoitettu painehaavan ehkäisyyn, on runsaasti. (Juutilainen & Hietanen 2018, 345.) Erikoispatjojen käyttö ei silti poista potilaan asento- ja liikehoidon tarvetta (Iivanainen & Syväoja 2012, 365).

Matalan tai keskisuuren painehaavariskin potilaat

Passiiviset (staattiset) erikoispatjat sopivat matalan ja keskisuuren riskin potilaille, jotka viettävät vuoteessa suurimman osan ajastaan, mutta pystyvät vaihtamaan asentoa itsenäisesti ja joilla ihon tunto on lähes normaali. Pitkän vuoteessa olon seurauksena patja mukautuu kehon kontaktipinnan muotoon lämmön ja painovoiman vaikutuksesta. Paine jakaantuu laajemmalle alueelle, ja painehuiput kevenevät luisien ulokkeiden kohdalla. Staattisuus viittaa kehon pintaan kohdistuvan paineen muuttumattomuuteen potilaan ollessa liikkumatta. (Juutilainen & Hietanen 2018, 346.)

Passiivisia erikoispatjoja valmistetaan viskoelastisesta vaahtogeelistä ja erikoiskuiduista. Tutkimustulokset puhuvat tasokkaiden vaahtogeelipatjojen puolesta painehaavojen ehkäisyssä standardoituihin vaahtomuovisiin sairaalapatjoihin verrattuna. Ohuempia ja monikerroksisia vaahtogeelisiä päällyspatjoja voidaan käyttää lisäpehmusteena sairaalapatjan, parien, tutkimuspöytien ja leikkauspöytien päällä

etenkin alipainoisilla, luisevilla tai spastisilla potilailla painehaavariskin pienentämiseksi ja mukavuuden lisäämiseksi. (Juutilainen & Hietanen 2018, 346-347.)

Sairaaloissa käytetty sairaalapatja on vähintään 13-15cm paksuinen, kehon muotoihin hieman mukautuva hygieniapäällysteinen vaahtomuovipatja. Sen tehtävä on tukea kehoa, mutta ei kevennä luisten ulokkeiden kohdalle tulevaa painetta yhtä hyvin kuin erikoispatjat. (Juutilainen & Hietanen 2018, 345.) Standardi vaahtopatja ei kuitenkaan ole riittävä painehaavapotilaille (Mitchell 2018).

Suuren painehaavariskin potilaat

Aktiiviset (dynaamiset) erikoispatjat tai päällyspatjat ovat tarkoitettu suuren tai erittäin suuren painehaavariskin potilaille, joilla on asentorajoituksia tai asennon vaihtaminen itsenäisesti ei onnistu. Aktiivisia patjoja voidaan kutsua myös vaihtuvapaineisiksi patjoiksi tai itsestään säätyviksi minimipainepatjoiksi. Dynaamisuus tulee patjan ilmatäytteisten kennojen koneellisesta ohjaamisesta, jolloin paine poistuu tai pienenee patjalle ominaisen toiminnan mukaisesti kullakin kontaktialueella. (Juutilainen & Hietanen 2018, 347.) Dynaamisten makuualustojen puolesta on saatu kohtalaista tutkimusnäyttöä korkean riskin potilailla, jolle säännöllistä asentohoitoa ei voidaan toteuttaa (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015).

Aktiivisen ilmapatjan avulla verenkiertoa heikentävää painetta voidaan lieventää kohdistamalla ilmakehnojen painetta tasaisemmin eri puolille patjaa. Dynaamisessa lokeroitussa ilmakiertopatjajärjestelmässä puolestaan ihoon kohdistuva paine vaihtelee. Viskoelastisten matalan pintapaineen vaahtomuovipatjojen on tutkimuksissa todettu vähentävän huomattavasti riskiä painehaavaan eikä eroa ilmapatjaan verrattuna ole todettu. Taloudellisesta näkökulmasta vaihtuvapaineinen ilmakiertopatja on todettu käytössä edullisemmaksi verrattuna varsinaisen patjan päällä olevaan ilmakiertoiseen pintapatjaan. (Ylinen 2015, 203.) Aktiivisten patjojen määrä sairaaloissa ja hoitolaitoksissa lisääntyy, sillä ne vähentävät hoitohenkilökunnan työtä, koska asennonvaihtoja ei tarvitse tehdä öisin niiden ansiosta niin tiheään (Ylinen 2015, 203; Juutilainen & Hietanen 2018, 347-348).

Teknologisesti kehittyneiden, painetta uudelleen jakavien aktiivisten tukipintojen avulla voidaan vähentää riskiä painehaavojen syntymiselle ja edesauttaa jo olemassa olevien painehaavojen paranemista. On saatu hyviä todisteita siitä, että vaihtuvapaineiset patjat ovat tavalliseen sairaalapatjaan verrattuna parempia. Lisäksi on todisteita, että vaihtuvapaineiset patjat ja muut aktiiviset tukipinnat eivät ole huonompia kuin korkealuokkaiset vaahtopatjat ja muut reagoivat tukipinnat painehaavojen ehkäisyssä. (Haesler 2018.) Toisen tutkimuksen mukaan moottoroidut aktiiviset ilmapatjat vähentävät todennäköisesti painehaavojen ilmaantuvuutta 58%, mutta ovat standardoituun sairaalapatjaan verrattuna vähemmän mukavampia (Shi, Dumville & Cullum 2018).

Vahvaa tutkimusnäyttöä on saatu korkealuokkaisten vaahtomuovipatjojen käytöstä painehaavariskin omaavalla potilaalla tavallisten vaahtomuovipatjojen sijaan. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015). Korkealuokkaisia vaahtopatjoja tulisi käyttää ainakin toissijaiseen hoitoon tulevilla aikuisilla, korkean riskin potilailla, leikkaukseen menevillä potilailla sekä pitkään pyörätuolissa istuvilla potilailla (Pressure ulcers: prevention and management 2014).

3.4 Esteet ja edistävät tekijät käytäntöjen toteutumiselle

Kansainvälisen painehaavojen ennaltaehkäisy- ja hoitosuosituksen mukaan esteet ja edistävät tekijät tulisi arvioida ammatillisella ja organisaatiollisella tasolla ennen painehaavojen ehkäisyyn tarkoitetun ohjelman toteuttamista. Näihin kuuluvat muun muassa hoitohenkilökunnan tietämys ja asenteet, välineistö (patjat, istuinalustat, lääkinnälliset välineet) sekä henkilöstövoimavarojen hallintaan liittyvät tekijät kuten henkilöstön pätevyys ja potilashoitoon käytetty aika. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014.)

Brittiläisen tutkimuksen mukaan, jossa arviotiin terveydenhuollon ammattilaisten osallistumiselle painehaavojen ehkäisyyn esteitä ja edistäviä tekijöitä, terapeutit raportoivat useita esteitä painehaavojen ehkäisyyn ja vain muutamia edistäviä teki-

jöitä. Ensisijaiset esteet olivat resurssit, välineet ja koulutus. (Worsley, Clarkson, Bader & Schoonhoven 2016.) Ruotsalaisen hoitohenkilökunnalle suunnatun tutkimuksen mukaan ilmenevät esteet painehaavojen hoidossa olivat puolestaan ajan puute ja vakavasti sairaat potilaat. Edistävät tekijät olivat tietämys ja painetta lieventävien varusteiden saanti. (Strand & Lindgren 2010.)

4 Moniammatillisuus ja vastuun jakautuminen

Moniammatillisen yhteistyön tarkoituksena on eri ammattihenkilöiden toimiminen yhdessä yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Tällöin yhteistyötä tekevät ammattilaiset muodostavat tiimin, jolla on toisiaan täydentäviä taitoja ja joilla on yhteinen päämäärä, toimintamalli ja yhteiset käsitteet. Tällöin tiimin jokainen yksilö tuo oman koulutuksensa ja ammattitaitonsa mukaiset tiedot ja taidot osaksi yhteistä toimintaa. (Forsbom ym. 2001, 149.) Moniammatillista yhteistyötä tarvitaan painehaavariskin arvioinnissa, painehaavan hoidossa ja paineen vähentämiseen valittavien apuvälineiden hankinnassa (Valtakunnalliset lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusperusteet - Opas apuvälinetyötä tekeville ammattilaisille ja ohjeita asiakkaille 2018).

Kroonisten haavojen hoito toteutetaan pääasiassa perusterveydenhuollossa vastaanotolla. Lääkärin tehtävänä on arvioida haavan syntyperä, suunnitella pahenemisen ehkäisy sekä tehdä hoitolinjaus. Tämän jälkeen sairaanhoitajat suorittavat suurimman osan hoidosta ja lisäksi useissa hoitopaikoissa on haavojen hoitoon erikoistuneita sairaanhoitajia. (Painehaavat eli makuuhaavat 2018.)

Sairanhoitajien tehtävänä on arvioida potilaan riski kehittyvälle painehaavalle käyttäen näyttöön perustuvaa käytäntöä, riskinarviovälineitä ja suorittamalla kokonaisvaltaista arviointia. Heidän tulisi tunnistaa kehittyvien painehaavojen riskitekijät ja

toteuttaa sopivia hoitotoimenpiteitä turvallisen hoidon takaamiseksi. Asennon vaihtaminen, potilaan seuranta ja jatkuvat hoitostrategiat ovat välttämättömiä toimia painehaavojen ehkäisyyn. (Mitchell 2018.)

Lisäksi Sopin (2010) mukaan hoitajan vastuulla on painehaavoja ehkäisevien apuvälineiden käyttöönotto ja hankinta sekä potilaan ja hänen omaistensa kouluttaminen ymmärtämään, mistä painehaavan synnyssä ja ehkäisyssä on kysymys. Myös Wallsien (2015) mukaan hoitajien tulisi tunnistaa apuvälineitä tarvitsevat riskipotilaat, ja kouluttaa potilasta niiden oikeanlaisesta käytöstä ja hoidosta.

Perusterveydenhuollon terveyskeskuksen haavahoitotiimissä on lääkärin ja hoitajien ohella myös fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja sekä ravitsemusasiantuntijoita. (Painehaavat eli makuuhaavat 2018). Fysioterapeuteilla ja toimintaterapeuteilla on olennainen rooli pyörätuolin istuinpatjojen ja liikkumisen välineiden arvioinnissa, suosittelussa ja käyttöönoton harjoittelussa (Walls & Walls 2015).

Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan, jossa tutkittiin terapeuttien (fysioterapeutti/toimintaterapeutti) roolia painehaavojen hoidossa selkäydinvauriopotilailla, todettiin terapeutin roolin haavanhoidossa tulevan lääkärin määräyksestä ja olevan sähköstimulaation sekä postoperatiivisen protokollan toteuttamista potilaalle sekä haavan parantuaessa liikkeellelähdön harjoittelua, liikehoidon ja asentohoidon toteuttamista, ihon sietokyvyn arviointia sekä turvallisten siirtojen ja paineenvähennystekniikoiden opetusta (Guihan, Hastings & Garber 2009).

Edellä mainittujen asiantuntijoiden lisäksi yhteistyötä voidaan tehdä esimerkiksi apuvälinekeskuksen kanssa, joilla on spesifiä asiantuntijuutta omasta valikoimastaan. Apuvälineitä myyvät palveluntuottajat luokittelevat tuotteensa eri tavoin, joten tuotetta valittaessa voidaan konsultoida alueellista apuvälinekeskusta tai haavahoitajia. (Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluiden saatavuusperusteet 2017; Soppi 2018). Potilaalle sopiva patja arvioidaan hoitovastuuyksikössä ja tarvittaessa alueellisessa apuvälinekeskuksessa. Lopullisen päätöksen apuvälineen myöntämisestä tekee kuitenkin kuntoutuksen vastuulääkäri (Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluiden saatavuusperusteet 2017).

Kotioloissa potilaan, omaisten sekä avustajien rooli painehaavojen hoidossa korostuu merkittävästi. Aktiivinen ote omaisilta ja ammattilaisten antama hyvä ohjeistus tukevat painehaavojen ennaltaehkäisyä ja hoitoa myös kotioloissa. Potilaan kotona toteuttama itsehoito on kuitenkin keskeisintä hoidon onnistumiselle (Painehaavat eli makuuhaavat 2018). Kansainvälisessä hoitosuosituksessa kehoitetaan potilasta ja hänen omaisiaan hankkimaan aktiivisesti tietoa painehaavoista ja niiden ehkäisystä itsenäisesti ja terveydenalan ammattilaisilta, toimimaan yhteistyössä terveydenalan ammattilaisten kanssa sekä tunnistamaan mahdolliset vastoinkäymiset painehaavojen kanssa pärjäämiseen. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014).

Koska nykyisellä terveydenhuollolla ja organisaatiolla on rajalliset mahdollisuudet tuottaa painehaavojen ehkäisyyn riittävästi resursseja, voi potilaan olla vaikeaa ottaa osaa painehaavojensa ehkäisyprosessiin. Erään empiirisen tutkimuksen mukaan potilaat kuitenkin ilmaisivat halukkuutta osallistua painehaavojensa ehkäisyyn. Tätä kuitenkin vaikeuttivat organisaation huonosti määrittelemät käytännöt siitä, saako potilas osallistua hoitoonsa vai ei. Tulokseksi saatiin näkemys yhteistyöhön perustuvasta lähestymistavasta painehaavojen ehkäisemiseksi, missä potilas nähdään hoidossa tasa-arvoisena kumppanina. (Latimer, Chaboyer & Gillespie 2013.)

5 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Haastattelututkimuksen tarkoituksena on tuottaa Unikulma Oy:lle tietoa painehaavojen ehkäisystä ja hoidosta sekä patjojen merkityksestä osana ennaltaehkäisyä ja hoitoa. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää painehaavojen kanssa työskentelevien asiantuntijoiden käsityksiä ja näkemyksiä nykyisistä painehaavojen hoitokäytänteistä ja siitä kenelle vastuu niistä kuuluu. Asiantuntijoiden näkemyksiä asiasta lähdetään selvittämään seuraavien tutkimuskysymyksen kautta:

- 1. Minkälaiset ovat asiantuntijoiden näkemykset ja kokemukset tämänhetkisestä painehaavojen ennaltaehkäisy- ja hoitokäytänteistä?*
- 2. Kenelle vastuu painehaavojen ennaltaehkäisystä ja hoidosta kuuluu?*
- 3. Mikä on patjojen merkitys ennaltaehkäisyssä ja hoidossa?*
- 4. Minkälaiset patjat ovat parhaimpia matalan, keskisuuren tai suuren painehaavariskin potilaille?*

6 Tutkimuksen toteutus

Opinnäytetyöprosessi lähti käyntiin tammikuussa 2019 yhteydenotolla Unikulma Oy:n Jyväskylän toimipisteeseen mahdollista toimeksiantoa tiedustellen. Tieto painehaavoihin liittyvästä opinnäytetyöstä varmistui helmikuun aikana, jolloin alkoi myös opinnäytetyösuunnitelman kirjoittaminen. Suunnitelma hyväksyttiin kesäkuun alussa, jolloin myös haettiin tarvittavat tutkimusluvut mukana olleilta organisaatioilta sekä allekirjoitettiin yhteistyösopimus toimeksiantajan kanssa. Tutkimuslupien saatua heinäkuun puolessa välissä, alkoi osallistujien rekrytointi opinnäytetyöhön. Haastattelut ja niiden purkaminen toteutettiin elokuussa. Aineiston analyysi tapahtui elo-syyskuun aikana sekä tulosten, johtopäätösten ja pohdinnan raportointi syys-lokakuun aikana. Raporttia kirjoittaessa opinnäytetyöntekijä oli yhteydessä toimeksiantajan yhteyshenkilöön työn rajaukseen ja palautteen antoon liittyvissä asioissa. Opinnäytetyö valmistui lokakuussa.

6.1 Kohderyhmä

Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole pyrkiä tilastollisiin yleistyksiin. Sen sijaan taustalla on ajatus kuvailla tiettyä tapahtumaa tai ilmiötä, ymmärtää tietynlaista toimintaa tai antaa teoreettisesti järjestelmäinen tulkinta jollekin ilmiölle. Siksi laadulli-

sessä tutkimuksessa on tärkeää, että tutkittavalla kohderyhmällä on tietoa tai kokemusta tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 98.) Tutkimuksen tiedonkeruumenetelmänä toimii teemahaastattelu. Haastattelun etuna on, että kohderyhmäksi suunnitellut henkilöt saadaan yleensä mukaan tutkimukseen ja heidät voidaan tavoittaa helposti myös myöhempää yhteydenoton tarvetta ajatellen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 206).

Laadullisessa tutkimuksessa tarkoituksena ei ole etsiä tilastollisia säännönmukaisuuksia tai keskimääräisiä yhteyksiä, joten tutkimusaineisto voidaan kerätä pieneltäkin joukolta (Hirsjärvi ym. 2009, 181). Tutkimuksen otokseksi valittiin 5 painehaavojen kanssa työskentelevää asiantuntijaa Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä. Asiantuntijat valikoituivat harkitusti kahdesta eri ammattiryhmistä, jotta näkemyksiä saadaan eri työtehtävissä toimivilta henkilöiltä. Tästä syystä tiedonkeruumenetelmäksi valikoitui syvähaastattelun sijaan teemahaastattelu; haluttiin kuulla useamman henkilön näkemyksiä, jota ei syvähaastattelulla saataisi yhdeltä tai kahdelta asiantuntijalta kerättyä.

Lumipallo-otannassa tutkija etsii avainhenkilöitä, jotka ovat mukana siinä toiminnassa, jota ollaan tutkimassa. Haastattelun jälkeen heitä pyydetään ehdottamaan muita henkilöitä, jotka saattaisivat puhua täydentäen jo saatua tietoa. Tämä ryhmä antaa jälleen uuden ryhmän nimet. Lumipalloilu jatkuu, kunnes ei enää tule uusia nimiä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 59-60.) Otanta kerääntyi lumipallo-otannan tavoin, sillä tutkija sai keväällä työharjoittelussaan harjoittelunohjaajaltaan ehdotuksen henkilöstä, joka sopisi opinnäytetyön kohderyhmään sekä tämän yhteystiedot. Tämä puolestaan ehdotti lisää potentiaalisia haastateltavia, ja antoi heidän yhteystietonsa. Kolmas yhteyshenkilö ehdotti opinnäytetyön esittelemistä harjoittelun aikana kokouksessa, josta voisi mahdollisesti löytyä loput haastateltavat. Varsinainen rekrytointi aloitettiin kuitenkin vasta tutkimuslupien saavuttua kesä-heinäkuussa. Tutkijalla oli kuitenkin tiedossa joukko, johon ottaa yhteyttä, jotka olivat ilmaisseet mielenkiintonsa opinnäytetyötä kohtaan keväällä pidetyssä kokouksessa.

Kutsu opinnäytetyöhön osallistumisesta lähetettiin viidelle henkilölle, joista kaikki suostuivat haastatteluun. Haastattelututkimuksen lopulliseen otantaan kuului Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä erikoissairanhoidossa tai perusterveydenhuollossa

työskenteleviä asiantuntijoita, joiden pohjakoulutus oli fysioterapeutti tai sairaanhoitaja. Valikoidut asiantuntijat sopivat otokseen, sillä he kohtaavat työssään paljon painehaavapotilaita, osa on erikoistunut haavanhoitoon ja he ovat käyneet koulutuksissa ja kouluttaneet myös itse asian tiimoilta. Työkokemusta alaltaan haastateltavilla oli yhdeksästä vuodesta yli kolmeenkymmeneen vuoteen.

6.2 Tiedonkeruumenetelmä

Teemahaastattelu

Tiedonkeruumenetelmänä päätettiin käyttää teemahaastattelua, joka sijoittuu strukturoinnissa lomakehaastattelun ja syvähaastattelun väliin. Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu on yksi laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumuoto, jossa edetään etukäteen valittujen, viitekehukseen perustuvien teemojen ja tarkentavien kysymysten varassa. Etuna tämän tyyppisessä haastattelussa on mahdollisuus esittää haastattelutilanteessa haastateltavan vastauksiin perustuen syventäviä ja tarkentavia kysymyksiä tarvittaessa. Teemahaastattelussa korostuvat haastateltavien tulkinnat asioista, heidän asioillensa antamat merkitykset, sekä se, miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. Opinnäytetyön aiheen koskiessa haastateltavien näkemyksiä ja kokemuksia painehaavojen ehkäisy- ja hoitokäytänteistä, saadaan teemahaastattelun avulla tutkimuksen tarkoituksen, tutkimusongelmien ja tutkimustehtävän kannalta oletettavasti relevantteja vastauksia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 87-88.) Haastattelua voidaanakin käyttää menetelmänä, kun halutaan syventää saatavia tietoja tai halutaan perusteluja esitetyle mielipiteelle (Hirsjärvi ym. 2009, 205).

Teemoina haastattelussa toimivat nykyiset painehaavojen hoito ja ennaltaehkäisykäytänteet, vastuukysymykset sekä patjojen merkitys painehaavojen hoidossa ja ehkäisyssä. Teemat haastatteluun nousivat toimeksiantajan tarpeesta saada näistä aiheista tutkittua tietoa.

Haastattelun toteutus

Teemahaastattelun toteutus voi vaihdella avoimesta haastattelusta aina strukturoidusti etenevään ja jokainen tutkija toteuttaa haastattelua omalla tavallaan. Yhdenmukaisuus voi vaihdella tutkimuksesta toiseen ja esimerkiksi toisissa tutkimuksissa voi olla tarkempaa esittää kysymykset haastateltaville sanatarkasti ja samassa järjestyksessä kuin toisissa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 88.) Tässä tutkimuksessa haastateltaville esitettiin samat suunnitellut kysymykset teemahaastattelurungon (Liite 1) mukaan. Kysymysten järjestyksen ei tarvinnut noudattaa runkoa, sillä teeman ilmetessä jo aiemmin keskustelussa, voitiin se nostaa esille jo aiemmin. Myös mikäli täydentäviin kysymyksiin saatiin kattava vastaus jo aiemmin, ei niitä välttämättä nostettu enää uudestaan esille. Kysymyksiä ei esitetty sanatarkasti jokaiselle haastateltavalle, mutta kysymysten sisältö pyrittiin pitämään kuitenkin aina samana. Haastattelu toteutettiin yksilöhaastatteluna, mikä saattoi lisätä vapautuneisuutta keskusteluun.

Tutkimuslupien saavuttua haastateltavat rekrytoitiin 15.7.2019. lähetetyllä sähköpostilla, joka sisälsi myös liitteenä saatekirjeen (Liite 2) tutkimuksesta. Sähköpostiosoitteet saatiin haastateltavien organisaatioiden sähköpostiosoitteiden kautta, sekä yhden osallistujan sähköpostiosoite saatiin tutkimusluvan yhteyshenkilöltä. Haastattelupäivä ja -aika sovittiin sähköpostitse yhdessä haastateltavan kanssa. Haastattelut suoritettiin 6.8.2019-29.8.2019 haastateltavan työpaikalla, jotta osallistuminen tutkimukseen olisi mahdollisimman vaivatonta. Haastateltavaa pyydettiin varamaan haastattelua varten aikaa noin tunti. Teemahaastattelua ei esitettävä, sillä tähän oli haastavaa löytää otokseen sopivaa henkilöä tutkittavien ulkopuolelta lyhyellä aikataululla.

Etuna paikan päällä tehtävässä haastattelussa oli mahdollisuus tehdä tarkentavia lisäkysymyksiä tilanteessa. Haasteena saattoi olla rauhallisen paikan löytyminen haastattelun ajaksi, sillä suuremmissa organisaatioissa käytäviltä kuuluu taustamelua. Haastateltava sai kuitenkin itse ehdottaa sopivaa tilaa haastatteluun omalta työpaikaltaan, joten haastattelupaikkoina toimivat muun muassa sairaalan kirjasto tai haastateltavien työhuoneet. Haastattelutilanne pyrittiin pitämään kiireettömänä ja antamaan haastateltavalle aikaa vastata jokaiseen kysymykseen riittävän kauan. Haastateltavat antoivat luvan olla yhteydessä heihin uudelleen, mikäli tarkennettavaa tai lisäkysymyksiä ilmenisi haastattelun jälkeen.

Haastattelun nauhoitus

Saatekirjeessä kerrottiin haastattelun nauhoituksesta, johon nauhoitettiin vielä suullinen lupa haastattelun alkuun. Samalla allekirjoitettiin haastateltavan kanssa kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumista. Haastatteluiden pituus vaihteli 17 minuutista 55 minuuttiin. Yhteensä haastattelut kestivät 2h 25 minuuttia.

Haastatteluvaiheessa aineiston keruun laadukkuutta voidaan parantaa huolehtimalla teknisen välineistön kunnosta (Hirsjärvi & Hurme 2008, 184). Haastattelut nauhoitettiin kahdella puhelimella, jotta puhelimeen mahdollisesti tapahtuvan häiriön vuoksi nauhoitettu aineisto ei tuhoutuisi. Molemmat puhelimet olivat nauhoitushetkellä lentokonetilassa häiriöiden poissulkemiseksi. Lisäksi toista puhelinta ei oltu lainkaan yhdistetty verkkoon, mikä lisäsi nauhoitusten tietoturvaa. Haastattelujen aikana varmistettiin muutamaa otteeseen nauhoitusten olevan päällä. Molemmat nauhoitukset olivat laadultaan hyviä, eikä nauhoituksessa esiintynyt epäselviä kohtia muutamaa sanaa lukuun ottamatta juuri ollenkaan. Haastattelun tunnistetietoja sisältäviä materiaaleja, kuten suostumuslomakkeita ja nauhoitettua aineistoa säilytettiin tutkimuksen ajan tutkijan hallussa niin, ettei kukaan ulkopuolinen pääsyt tietoihin käskiksi. Nauhoitukset ja muut tunnistetiedot hävitettiin tutkimuksen valmistuttua loka-kuussa 2019. Tutkimuksesta laadittiin keväällä myös tietosuojaseloste.

Litterointi

Litteroinnin avulla nauhoitettu aineisto saadaan kirjoitettuun muotoon. Litterointi voidaan tehdä koko kerätystä aineistosta tai valikoiden esimerkiksi teema-alueiden mukaisesti. Päätelmät voidaan tehdä myös suoraan nauhoista, mutta litterointi on tavallisempi menetelmä. (Hirsjärvi ym. 2009, 222.) Haastattelusta saatu aineisto pyrittiin litteroimaan kokonaan mahdollisimman pian haastattelun jälkeen, eli samana päivänä tai heti seuraavana, mikä parantaa haastattelun luotettavuutta. Tällöin haastattelu on vielä tuoreessa muistissa eikä muistin rajallisuus tule esteeksi litteroinnin luotettavuuden arvioinnissa (Kananen 2015, 340). Kaikki haastattelut litteroitiin samalla tavalla sanatarkasti samaan Word-tiedostoon haastattelujärjestyksen mukaan. Litteroinnin jälkeen aineistoa kertyi 33 sivua. Litteroinnissa haastateltavista käytettiin

tunnistekirjaimia H1, H2, H3, H4 ja H5 haastatteluiden järjestyksen mukaan. Täten vain opinnäytetyön tekijä pystyy identifioimaan haastateltavat ja haastateltavien anonymiteetti säilyy.

Litteroinnissa käytettiin seuraavia merkkejä merkitsemään puheessa tapahtuvia poikkeavuuksia:

... = pidempi tauko puheessa

(N) = naurahdus

(x) = sana, josta ei ole saatu selvää

(1) = päällekkäin puhumista

6.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Sitä voidaan pitää yksittäisenä metodina sekä väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Useimmat eri nimillä kulkevat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat periaatteessa tavalla tai toisella sisällönanalyysiin, jos sisällönanalyysilla tarkoitetaan kuultujen, kirjoitettujen tai nähtyjen sisältöjen analyysia väljänä teoreettisena kehyksenä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 103-104.)

Luokittelussa, teemoittelussa ja tyypittelyssä on kyse kerätyn aineiston pilkkomisesta ja ryhmittelystä erilaisten aihepiirien mukaan. Luokittelun avulla aineisto voidaan järjestää luokkiin ja laskea sen mukaan montako kertaa jokainen luokka aineistossa esiintyy. Teemoittelussa painottuu mitä kustakin teemasta on sanottu. Aineisto voidaan ryhmitellä esimerkiksi tiedonantajien sukupuolen tai iän mukaan. Ideana teemoittelussa on etsiä tiettyä teemaa kuvaavia näkemyksiä. Tyypittelyssä puolestaan aineisto ryhmitellään tietyiksi tyypeiksi. Tiettyjen teemojen sisältä etsitään näkemyksille yhteisiä ominaisuuksia ja muodostetaan näistä yhteisistä näkemyksistä eräänlainen yleistys, tyyppiesimerkki. Tässä tiivistetään tiettyä teemaa koskevat näkemykset yhdeksi joukoksi ja niistä luodaan yleistys. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 105-107.) Teemoittamisessa voidaan hyödyntää teemahaastattelun valmiita teemoja (Hirsjärvi &

Hurme 2008, 173). Tyypittelyä ei tässä aineistossa ollut järkevää lähteä toteuttamaan otoksen ollessa pieni.

Aineiston analyysivaiheessa aineisto oli tullut esille jo haastattelutilanteessa ja purkamisvaiheessa. Tämän jälkeen aineisto luettiin useaan otteeseen läpi. Teemahaastattelurungon mukaisesti aineistosta pyrittiin etsimään painehaavojen ennaltaehkäisyn ja hoidon käytänteisiin, vastuukysymyksiin sekä patjojen rooliin kuuluvia vastauksia ja luokittelemaan nämä oman alaotsikkonsa alle sekä erottelemaan ne eri väreillä teemojen mukaisesti. Aineistosta nousi esille myös teemojen ulkopuolisia aiheita, jotka jätettiin analyysistä pois. Tässä työssä aineistolähtöiseen analyysiin kuului aineiston purkaminen, läpikäyminen, teemoihin jakaminen sekä yhteenvedon kirjaaminen.

6.4 Eettisyys ja luotettavuus

Kaikessa tutkimustoiminnassa tulisi pyrkiä välttämään virheitä, joten tehdyn tutkimuksen luotettavuutta on hyvä arvioida yksittäisessä tutkimuksessa. Tutkimusmenetelmien luotettavuutta käsitellään yleensä validiteetin ja reliabiliteetin käsitteiden avulla. Käsitteiden käyttöä laadullisessa tutkimuksessa kritisoidaan usein siksi, että ne vastaavat lähinnä määrällisen tutkimuksen tarpeita niiden ollessa syntyneinä määrällisen tutkimuksen piirissä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 158-160.) Reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta ja kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Validius tarkoittaa puolestaan tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä mitata sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

Aineistoa kvalitatiivisesti analysoitaessa lähimmäksi perinteistä reliaabeliuden käsitettä tullaan niillä alueilla, jotka koskevat aineiston laatua. Reliaabelius koskee tällöin pikemminkin tutkijan toimintaa kuin haastateltavien vastauksia. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 189.) Siksi laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimuksen eri vaiheiden tarkka selostus (Hirsjärvi ym. 2009, 232). Luotettavuuden arviointiin ei ole selkeitä ohjeita, mutta arvioidessa olisi hyvä muistaa arvioida tutkimuksen kohdetta ja tarkoitusta, tutkijan sitoutumista tutkittavassa kohteessa, aineiston keruuta, tutkimuksen tiedonantajia, tutkija-tiedonantaja-suhdetta, tutkimuksen kestoja, aineiston analyysiä, luotettavuutta ja raportointia (Tuomi & Sarajärvi 2018, 163-164). Etenkin

haastattelututkimuksessa tulisi kuvata aineiston keräämisen olosuhteet mahdollisimman selvästi ja totuudenmukaisesti, kuten aineistonkeruun olosuhteet ja paikat, käytetty aika, mahdolliset häiriötekijät, virhetulkinnat haastattelussa ja tutkijan oma itsearviointi tilanteesta. Tulosten tulkinnassa lukijalle on kerrottava perusteet tulkintojen esittämiselle ja mihin tutkija päätelmänsä perustaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 232-233.)

Tutkimuksen luotettavuutta lisää kahden eri ammattiryhmän edustajien mukaan ottaminen tutkimukseen, jolloin otos on heterogeeninen ja näkemyksiä saadaan painehaavojen kanssa eri tehtävissä työskenteleviltä asiantuntijoilta. Toisaalta pieni otanta ei kata kaikkia eri ammattiryhmien edustajia, joten tulokset kertovat vain pienen ihmismäärän ajatuksista. Käsitysten ja näkemysten tutkiminen on jo itsestään subjektiivista, mutta niiden perusteella saadaan ilmi painehaavojen äärellä eniten työskentelevien asiantuntijoiden kokemuksia tämän hetkisen ennaltaehkäisy- ja hoitokäytänteiden toimivuudesta ja vastuun jakautumisesta.

Opinnäytetyön tekijän tulisi pyrkiä objektiivisesti tarkastelemaan eri ammattiryhmien edustajien vastauksia ja luomaan päätelmiä puolueettomasti, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Hänen tulisi luoda päätelmiä samalla tavalla oman alansa sekä muiden alojen edustajien vastauksista.

Toimeksiantaja Unikulma Oy:n osallisuus opinnäytetyössä ei vaikuttanut tutkimuksen luotettavuuteen, sillä tutkimuksessa ei tarkasteltu yrityksen tuotteita eikä täten tuotu kaupallista etua yritykselle vaan tuotettiin sen sijaan tietoa painehaavojen ehkäisyyn sopivista tutkittuun tietoon ja asiantuntijoiden kokemukseen perustuvista patjoista yleensä.

7 Tutkimuksen tulokset

7.1 Painehaavojen ennaltaehkäisyyn ja hoidon käytänteet

Haastateltavien työpaikoilla on käytössä HUS:in ”Estä painehaava”- toimintamallia jäljittelevä malli painehaavojen tunnistamiseen ja ennaltaehkäisyyn. Mallissa on huo-

mioitu 6 eri toimintaympäristöä ja jokaiseen näistä on luotu kirjalliset ja kuvalliset ohjeet. Toimintamallin pohjalta on järjestetty organisaation sisäisiä sekä maakunnanlaajuisia moniammatillisia käytännön koulutuksia henkilökunnalle, opiskelijoille ja muille terveydenalan ammattilaisille. Lisäksi on nimitetty haavavastuuhenkilöitä viemään tietoa eteenpäin osastoille ja ylläpitämään tietoisuutta painehaavojen ennaltaehkäisyn tärkeydestä. Kysyttäessä tutkittavilta käytänteiden toimivuudesta olivat vastaukset yhteneviä:

”No mun mielestä tää ”Estä painehaava”- toimintamalli mikä nyt on Keski-Suomen alueelle otettu käyttöön, niin se on kaikessa yksinkertaisuudessaan todella nopea ja helppo, eikä tarvii mitään pisteitä laskea, vaan pystyy jo potilasta arvioimalla, näkemällä tekemään sen riskinarvion, että onko hän suuren riskin potilas, matalan riskin potilas, et mikä on se liikuntakyky ja ja minkälainen on se ihon kunto ja onko siinä painehaavaa aikasempaa taustalla, että aika simppele. Et liikennevalojen perusteella luokitellaan punaset suuren riskin ja matalat vihreeseen.” H4

”Tota käytännöt on toimivia, ohjeet on selkeet, yksinkertaiset, kolmiportainen, elikkä onko matala korkea tai keskisuuri riski ja niiden tunnistaminen... ei oo vaikeeta. Mutta se, että mitenkä sitten henkilökunta nää on mieltäny, kuinka henkilökunta ne toteuttaa... Se on vähän sitten ollu ongelmallista.” H2

Toimintamallin ohjeistusta ja etenkin riskiluokitusta pidettiin kokonaisuudessaan hyvin selkeänä ja yksinkertaisena, mutta käytäntöjen toteutuksessa nähtiin puutteita.

Estävät tekijät

Kysyttäessä estäviä ja edistäviä tekijöitä käytäntöjen toteutumiseksi, heijastui kaikista haastatteluista estäväksi tekijäksi ajan puute. Muita aineistosta usein nousevia estäviä tekijöitä olivat resurssit, tiedon puute sekä henkilökunnan, potilaiden ja omaisten asenteet.

”No esteitä on ilmeisesti asenne, kiire, ja ei tiedetä, eikä tota... välitetä. Ne on esteitä. --” H2

”--. Ja sitten ehkä myöskin se että ei tunnisteta painehaavaa, et juuri se ensimmäisen asteen painehaava, vaalenematon punotus niin se on monelle semmonen hankala vieläkin, että ei mielletä että se on painehaava. --” H4

Kotiolosuhteissa yksi haastateltavista ajatteli vaihtelevan osaamisen ja tiedon puutteen vaikuttavan asenteisiin ja sitä kautta ennaltaehkäisyyn ja hoidon toteuttamiseen:

”-- semmonen tiedon puutekin voi olla, et mitä kauemmaks mennään niinku tästä sairaala-ammattilaisista, mennään sinne niinku kotiympäristön lähelle niin sitten siellä sitten tietenki sen henkilöstön osaaminen voi vaihdella -- ja sitten tietenki voi olla sitten tämmöset asenteet, et tavallaan ei mielletä sitä tärkeeks, ja ei niinku ymmärretä miten tota vakava asia se on, tai sitten ei tiedetä minkälaisia apuvälineitä on, minkälaisia asentoja voidaan tota niinku opastaa ohjata sille potilaalle --” H5

Sairaaloissa ja hoitolaitoksissa yksilön asenteen käytänteiden toteutusta kohtaan uskottiin johtuvan taustalla vaikuttavasta resurssipulasta:

”--. Ehkä osittain asenne vois sanoa, mutta luulen että se asennekin liittyy aika paljon siihen kiireeseen, et jos on ihan rauhallinen ja kerkeää keskittymään rauhassa työhönsä niin silloin varmaan se asennekaan ei tuu esteeks.” H3

Edistävät tekijät

Käytäntöjen toteutumista edistävinä tekijöinä nähtiin välineistö, motivoituneet ja asian tärkeydestä tietoiset työntekijät, vastuuhenkilöt sekä koulutus.

“...Mutta se että mikä on hyvää niin sitten on erittäin suuri joukko, suuri osa hoitajista, ketkä ovat nähneet painehaavaa, haavoja. Tietävät mitä se on, erittäin motivoituneita siihen, että se ennaltaehkäisy on kaikkein tärkeintä...” H2

“Edistäviä tekijöitä on ainakin se, että on pyritty hankkimaan semmosia välineitä, että se ennaltaehkäisy on mahdollista. Sitten on luotu tai se on ollu oikeestaan jo aikasemminkin toiminnassa, että on tiettyjä vastuuhenkilöitä, että on tämmösiä haavavastaavia, jotka pyrkii viemään sitä asiaa jatkuvasti eteenpäin ja ylläpitämään tietosuutta, hankkimaan näitä erilaisia esimerkiksi patjoja tai tynnyjä ja sitten tietenki tää koulutus on yks semmonen, että se on niinkun edistävä tekijä...” H3

“-- heillä (haavavastuuhenkilöt) on sitten ääni jatkuvasti siellä yksiköissä, että aika ajoin sit aina muistuttaa niistä käytännöistä – H5

Välineistö nähtiin suurilta osien edistäväksi tekijäksi, vaikka korkean riskin patjoista saattoi osalla osastoista olla yhä pulaa.

“...jos aatellaan niinkun sairaalatasoa ja myöskin sitten meidän apuvälinepalvelua niin hyvin on materiaalia kyllä saatavana, et toki toivotaan sairaalaan että ois enemmänkin vielä esimerkiksi korkeenriskinpatjoja, mutta ymmärtää sen taloudellisen puolen että eihän se oo meidän käsissä.” H4

Painopisteet

Painehaavojen ennaltaehkäisyä korostettiin tärkeimpänä toimenpiteenä painehaavojen vähentämiseksi. Vaikka ennaltaehkäisyn toimintamallin kaikkia kuutta kohtaa pidettiin tärkeänä, painotettiin haastatteluissa eniten riskin tunnistamista sekä paineen kevennystä ja poistamista oikeanlaisten apuvälineiden ja asentohoidon avulla:

“Tunnistaminen, kaikkein tärkeintä. Niin tunnistetaan se potilas, tunnistetaan paikat, paikat mihinkä se painehaava tulee herkimmin, missä tilanteessa se tulee kaikkein herkiten, siitä lähtien ennaltaehkäisy... elikkä asentohoito. Kaikkein tärkeimpänä. Paineen kevennys. Paineen poisto.” H2

Asian toistamista ja kertaamista pidettiin myös tärkeänä toimena ennaltaehkäisyssä. Jokaisen painehaavapotilaiden parissa työskentelevän terveydenalan ammattilaisen toivottiin perehtyvän toimintamalliin omatoimisesti sekä osallistuvan järjestettyihin koulutuksiin.

“-- tärkein siinä ennaltaehkäisyssä on se asian jatkuva tapetilla pitäminen, että tasasin väliajoin muistuttelua ihan samalla tavoin niin kun käsihygienian osalta, että kun sitä aina toistuvasti tuodaan ehkä vähän eri näköisesti tai eri tyyppisesti esille, niin sit se pysyy paremmin mielessä. --” H3

“--ne, jotka on aktiivisesti osallistunu näihin koulutuksiin mitä on käyty, niin taas huomaa, että sit sitä taas enempi kiinnitetään siihen (toimintamalliin) huomiota. --” H3

Sairaalaympäristössä tiedon kirjaamisen ja suullisen tiedottamisen merkitystä korostettiin potilaiden kulkiessa eri hoitoyksiköissä ja organisaatioissa:

“-- täällä sairaalaympäristössä on tärkeätä et sit se tieto liikkuu, et se kirjataan siten, kun se on ohjattu ja sitten myöskin suullisesti kerrotaan seuraavaan vuoroon tai viestitään sit selkeesti seuraavaan hoitopaikkaan. Koska tässä on myös

sitäkin, että sitten kun ne painehaavat syntyy nopeesti ja potilaat kulkee eri yksiköissä eri organisaatioissa, niin sitten meidän on mahdotonta sanoa, että missä se on syntynyt. --” H5

7.2 Vastuunjako ja moniammatillisuus

Hoitajat

Kaikkien viiden haastateltavan mukaan sairaaloissa ja hoitolaitoksissa hoitohenkilökunnalla on suurin vastuu painehaavojen ennaltaehkäisyn ja hoidon käytännön toimenpiteiden toteuttamista.

”Mut sitten kun on näitä vuodepotilaita, ketkä on täysin vuodepotilaita, täysin autettavia, laitoksessa asuvia... niin silloin se on sen hoitavan yksikön, hoitavan henkilökunnan vastuu. Joka aamupesulla, kun käännetään ja katotaan, niin ne pitää kattoo. Joka vaipanvaihdolla, joka alusastialla käynnillä, kaikilla, jokaikinen kerta, kun sitä potilasta käsitellään, niin se on siinä sen hoitohenkilökunnan vastuulla kattoo, et miltä se iho näyttää... ja rupeeko se punottamaan, rupeeko se painumaan ja välittömästi pitää ruveta toimenpiteisiin siinä vaiheessa. Jos-sain sanotaan jopa, että se on hoitovirhe, kun tulee painehaavapotilaita laitoksissa ja sairaaloissa.” H2

*”No koko hoitohenkilökunnan ja jos lääkärit eritellään hoitohenkilökunnasta niin myös lääkäreitten vastuulla. Kaikkien niitten vastuulla ketkä sitä potilasta hoitaa. Toki, se on niinku vähän eri näkövinkkelistä, että se arjen käytäntö ja se jatkuva huolehtiminen esimerkiksi asentohoitojen toteutuksesta, niin se on väkisin hoitajalla, koska hoitaja on se, joka on jatkuvasti ja ympäri vuorokauden potilaan kanssa tekemisissä, että väkisin se niinku suurin sen esimerkiksi asento-
hoitojen ja kyllä ihosta huolehtimisen ja ravitsemuksen niin vastuu väkisin lankeaa eniten sille hoitajalle, mutta kaikkien pitää olla tietosia asiasta.” H3*

”No tietysti haavahoitajaa konsultoidaan paljon, vaikeimmissa painehaavoissa, mutta nykyään on lisääntynyt myös se, että kysytään myös siitä ennaltaehkäisystä, mikä on tosi tärkeitä -- ” H4

Tiivistettynä voidaan sanoa suurimman työn käytännön toteutuksesta lankeavan hoitajille, heidän ollessaan potilaan kanssa tekemisissä ympäri vuorokauden. Heiltä vaaditaan monenlaista osaamista. Haastatteluiden perusteella hoitajien tehtäviin kuuluvat muun muassa riskinarvion tekeminen, tilan tarkkailu, ihon kunnon arviointi ja puhtaanapito, asentohoidon toteutus, apuvälinetarpeen arviointi, ravitseminen ja omaisten ohjaus.

Lääkärit

Lääkärien nähtiin vastaavan hoitolinjan, lääkkeiden ja tutkimusten määräämisestä sekä kirurgisten toimenpiteiden tekemisestä:

”No lääkärihän tietysti niinkun määrittää sen et niinku sen ja päättää sen hoidon ihan selkeesti, että sehän on ihan selvä näin, eli että missä vaiheessa päätetään hoitolinja, millaset hoitolinjat valitaan, seurataanko vielä, leikataanko ja tota toki näistä ennaltaehkäisyn toimintamalleista, et heidän pitää olla niinkun niitten takana, ja hyväksyä ne, tietosia niistä -- tietysti ne lääkehoidot, et missä vaiheessa antibioottia on syytä aloittaa, mitä näytteitä otetaan, mitä tutkimuksia tehdään, koska ainahan se sitten niinkun joskus joutuu sitä etiologiaa selvittämään vähän enemmän --” H5

Lääkäreillä nähdään olevan vaikutusvaltaa painehaavojen ennaltaehkäisyn ja hoidon käytäntöjen toteutumiseen, ja eräs haastateltavista toivoikin heiltä vastuuta enemmän kiinnittämällä määräyksien avulla huomiota esimerkiksi asentohoitoon tai apuvälineen tarpeeseen.

”-- mä näen tosi tärkeänä, että lääkärit myös ottaa kantaa vaikka niihin painelustoihin, patjoihin ja niihin asentohoitoihin, et kun hehän aina jos he haluaa hoitohenkilökunnan, terapeuttien tekvän jotain erityisesti niin hän kirjoittaa aina määräyksiä ja niitä ohjeita. Silloin kun määräykseen on kirjattu jotain, niin se on vielä enemmän tapetilla se asia. Se on vielä paremmin muistissa. --”

H3

Fysioterapeutit

Fysioterapeuttien rooli nostettiin haastatteluiden perusteella myös tärkeäksi, etenkin ennaltaehkäisyssä. Haastateltavat näkivät fysioterapeutin työnkuvana asentohoidon ohjauksen henkilökunnalle ja omaisille sekä potilaan apuvälinetarpeen arvioinnin ja hankinnan.

”-- heiltä saa todella hyvää vinkkiä, justiin näissä asentohoidossa, apuvälineissä, että heilläkin on iso vastuu, mutta eihän hekään kaikkia tietysti kohtaa potilaita.” H4

Eräs haastateltava toi tärkeän huomion esille, jonka voidaan nähdä koskevan fysioterapeuttien lisäksi myös muita terapeutteja:

”Mut tosiaan sitten, jos onkin vaikka potilas, joka ei missään vaiheessa tuu fysioterapian piiriin, niin sit se ei tavallaan se vastuu voi olla sillä, että fysioterapeutti kattoo kaikki potilaat --” H3

Tämän perusteella voidaan vastuun ennaltaehkäisystä ja hoidosta sanoa kuuluvan fysioterapeuteille niissä tapauksissa, jolloin potilas kuuluu sen piiriin tai fysioterapeutin konsultaatiota tarvitaan apuvälineen tai erikoispatjan arvioinnissa ja hankkimisessa tai asentohoitoon liittyvissä asioissa.

Muut ammattilaiset

Kysyttäessä keitä kaikkia ammattilaisia hoitoprosessiin kuuluu, eräs haastateltava nosti esille edellä mainittujen ammattiryhmien lisäksi laitoshuoltajien ja laitosapulais-ten sekä teknisen huollon, apuvälinepalvelun ja hoitotarvikepalvelun rooli painehaavojen ennaltaehkäisyssä ja hoidossa, sillä puhtaus sekä apuvälineet ja niiden toimivuus nähtiin tärkeänä osana kokonaisuutta. Patjayrityksillä ja apuvälinekeskuksilla nähtiin kahden haastateltavan mukaan olevan parhain osaaminen omasta valikoi- mastaan, ja heidän kanssaan voidaan tehdä yhteistyötä sopivan erikoispatjan tai apu- välineen hankinnassa.

”No jos kuvataan sairaalan tasoa, niin sieltä ihan lähetään laitoshuoltajista, lai- tosapulaisista, perushoitajat, lähihoitajat, sairaanhoitajat, haavahoitajat, fy- sioterapeutit, lääkärit ja ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä sitten tekninen huolto ja apuvälinepalvelu, hoitotarvikepalvelu--” H4

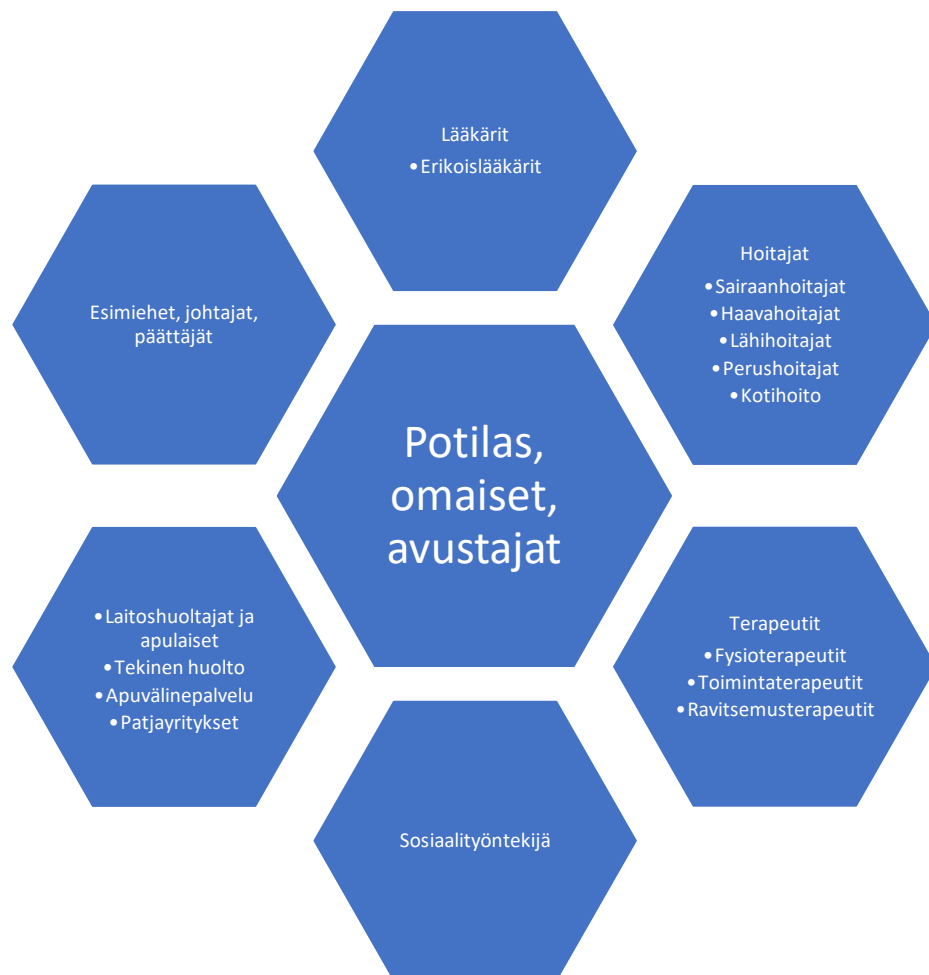
” apuvälinekeskus ja ne niin nehän on sitten asiantuntijoita että mitä heillä on tarjota.” H3

Sosiaalityöntekijän roolina nähtiin potilaan taloudellisten asioiden selvittely, mikäli potilaan nähdään kuuluvan tämän piiriin. Toimintaterapeuttia voidaan konsultoida yksilöllisissä apuvälinetarpeissa, esimerkiksi lastojen tai tukien muokkaamisessa poti- laalle sopivaksi etenkin kirurgisten toimenpiteiden jälkeen. Ravitsemusterapeutilta voidaan pyytää apua haastavammassa ravitsemusasioissa. Kuvio 1 havainnollistaa ketä kaikkia vastuu painehaavojen hoidosta ja ennaltaehkäisystä voi koskettaa.

Myös esimiesten ja päättäjien rooli tuotiin esille. Esimiehille nähtiin kuuluvan vastuu esimerkiksi henkilöstön kouluttamisesta ja päättäjille taloudellisista asioista, kuten välineistön hankinnasta.

”--Toki sitten koulutus ja se muu on sitten ylempien esimiesten vastuulla, että sitä (ennaltaehkäisyä) pystytään toteuttamaan.” H1

”—toki toivois, että enemmänkin ois niinkun täällä päättäjät esimerkiksi vierailulla sairaalassa että sais niinkun näkyvämmäksi sitä, että mitä oikeesti tehdään ja kaikkihan ei oo meidän käsissä vaikka niin haluttaiskin” H4



Kuvio 1. Painehaavojen ennaltaehkäisyssä ja hoidossa vastuu voi kuulua monelle henkilölle.

Moniammatillinen yhteistyö

Haastatteluiden perusteella vastuu painehaavojen hoidosta ja ennaltaehkäisystä ei kuitenkaan ole pelkästään yhden ihmisen tai yhden ammattiryhmän vastuulla, vaan

niissä korostettiin merkittävästi yhteistyötä ja moniammatillisuutta niin hoitajien, terapeuttien ja lääkärien kuin muidenkin tahojen kanssa. Potilaan tarpeen mukaan tulee prosessiin osata pyytää mukaan myös muita terveydenalan tai sen ulkopuolella olevia ammattilaisia.

”--oikeestaan kaikkia tarvitaan siinä, että ei voi ajatella, että se olis pelkästään niinkun haavahoitaja tai pelkästään fysioterapeutti tai pelkästään lääkäri, et kyllä tää nyky maailma on semmosta, että kaikilla on se oma osaaminen, joka pitää sitten sen potilaan tarpeen mukaan sitten pyytää siihen mukaan.” H5

Kommunikointia ja tiedottamista pidettiin tärkeänä, mikäli havaitsee hoitotoimenpiteen tai terapian yhteydessä alkavia merkkejä painehaavasta:

”-- tää on yhteistyötä, tää oon niinkun että yhdessä tehdään, yhdessä hoidetaan ja yhdessä otetaan otetaan vastuuta siitä painehaavan ehkäisystä, että jos joku huomaa on se kuka tahansa niin sit sen tehtävä on tiedottaa siitä eteenpäin et ‘ootteko nyt huomannu et painaa ja muuta et nyt punottaa ja et nyt on hankala tilanne’ niin se on yhteistyötä, mutta kyllä se suurin vastuu jää sinne hoitohenkilökunnalle. Ja sitten se toteuttaminen, paineenpoiston toteuttaminen jää sitten niille, tai sinne kotiin.” H2

Potilaan ohjauksessa ja apuvälineiden hankinnassa moniammatillisuus nähtiin hyvänä asiana:

”No sekin lähtee mun mielestä siitä potilaan tarpeesta, että tota niin niin mä veikkaisin, että näillä niinku joilla jo on painehaava jos niitä, sitä ryhmää aattee niin varmaan tarvitaan niinkun lähes aina kummankin (hoitajan ja fysioterapeutin) ohjausta. Että se hoitajan osaaminen ei välttämättä riitä, toki hän tietää miten asentoja laitetaan ja mitä apuvälineitä on mutta sitten taas se ei välttämättä riitä siihen ja sitten niinkun aina kuitenkin nään että et vaikka se nyt tulis sitten kahdelta taholta vaikka tulis kolmelta taholta se sama viesti niin sehän vaan niinku on silloin sitä painavampaa --” H5

Sitten tota joskus niin niin voi olla jotakin semmosta yhteistyötä, että mietitään että mikä olis sitten parempi, että ei tulis niitä painehaavoja... Tai tai sitten niitä hommataan jotain korkean luokan riskin istuinalusia tai jotakin yhteistyössä -- No ne on ehkä siitä justinsa, että ne apuvälineitten ja semmosten hommaaminen on sitten niinkun fysioterapeuttien kautta toimintaterapeuttien toimenkuva --” H1

Moniammatillisuuden nähtiin kuitenkin toteutuvan yhden haastateltavan mielestä pelkästään korkean riskin potilaiden kanssa, joiden hoidossa tarvitaan osaamista usealta osaamisalueelta:

”No se ei toteudu tavallaan semmosten potilaiden kanssa, jotka ei oo korkeessa riskissä, mut jos on yhtään semmonen potilas, jota pelätään, että olis tulossa painehaava tai on jo jotain alkua, niin sitten se toteutuu. Mutta jos on ettei oo paljon perussairauksia ja muuta niin silloin ei tavallaan oo siihen painehaavoihin liittyen mitään moniammatillista yhteistyötä.” H1

Vastuu kotioloissa

Haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että potilaan ollessa sairaalassa tai muussa hoitolaitoksessa, vastuu painehaavojen ennaltaehkäisystä ja hoidosta on hoitohenkilökunnalla. Kotiolosuhteissa vastuu siirtyy puolestaan potilaalle, potilaan avustajille ja omaisille. Ohjeistuksen ja tiedotuksen kotioloissa pärjäämiseen tulisi silti tulla terveydenalan ammattilaisilta.

”No omaisten rooli tulee siinä vaiheessa sitten korostuu, jos tää potilas siirtyy sinne kotiin, et minun mielestä täällä sairaalaympäristössä niin et se on hoitohenkilökunnan vastuulla sillon se painehaavojen ennaltaehkäisy. Siirtymisvaiheessa, jos vaikka on omaishoitaja, puoliso tai joku siinä potilas on siirtymässä niin sit siinä vaiheessa tulis pohjata myöskin tota omaisille sitä painehaavojen ennaltaehkäisyä -- siinä vaiheessa kotiinsiirtymisvaiheessa se on tärkeä, että

ne omaiset on tietosia siitä tai se hoitaja kuka siinä on niin että tääkin pitää ottaa huomioon.” H3

”-- siellä missä sitä painehaavapotilasta hoidetaan niin toki henkilökunnan pitää ohjata myöskin omaisia, mutta sitten siellä myöskin kotona, kotihoidon henkilökunta, terveysasemat, mitä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita sitten ikinä käyttäkään niin kyllähän se (vastuu) kuuluu kaikille, mutta tota... Sitä osaamista on varmasti vaihtelevasti. -- ” H4

”Jos on tämmönen alaraajahalvauspotilas, joka istuu pyörätuolissa ja muuten liikkuu täysin, tai näitä myelocelopotilaita, joilla on synnynnäinen selkäydinvamma, istunut koko elämänsä pyörätuolissa, niin se on heidän, heidän perheen, heidän avustajien... suurin osa vastuu on heillä. Koska he tietää sen, heidät on opetettu siihen, he tunnistaa ne riskit, heidän pitää ne vahtia. --” H2

Myös itse potilaalla nähtiin olevan suurin vastuu ennaltaehkäisyn ja hoidon onnistumisesta:

”--. Mutta myöskin potilaiden ja omaisten, että sitä tietoahan voi antaa ja hoitoa toteuttaa, mutta et jos esimerkiksi se potilas ei oo sitoutunut siihen niin kaikki voi vielä kääntyä ihan vielä pääläelleen. --” H4

7.3 Patjojen merkitys ennaltaehkäisyssä ja hoidossa

Kysyttäessä patjojen merkityksestä ennaltaehkäisyssä ja hoidossa, olivat vastaukset selkeitä ja yhteneviä:

”No sillä on tosi iso merkitys! Jos on tavallinen vahtomuovipatja missä takapuoli ottaa sängynpohjaan kiinni niin siinä ihan varma juttu on ja siinä on todella iso, iso merkitys. --” H2

”No kyllähän se paineen tasaaminen on se tärkeä juttu, että toki se ei oo semmonen autuaaksi tekevä, että kun on esimerkiksi korkean riskin ilmapatja käytössä, niin se vapauttais mistään asennonvaihtamisesta, toki vähentää ja sitä ja on tarkoituskin --” H4

”Mutta ne peruspatjat mitä on niin, kyllä niin, jos ei hoitaja tee hoitotyötään niin sitten on kyllä ongelma.” H1

Patjoilla nähtiin olevan merkitystä painehaavojen ennaltaehkäisyssä, ja etenkin patjan laadulla koettiin olevan vaikutusta siihen, syntyykö painehaava vai ei. Taulukossa 1 kuvataan tulosten perusteella parhaimmat patjat eri riskiluokille. Peruspatjoissa ei ole samaa painetta keventävää teknologiaa, mitä erikoispatjoissa on, ja siksi riskiryhmään kuuluvilla vuodepotilailla painehaavojen saamisen riski on peruspatjoilla suurempi. Päivittäisen asentohoidon merkitystä korostettiin etenkin peruspatjoilla maakaavilla, vaikka erikoispatjojen kohdallakaan ei asentohoitoa tule unohtaa.

Jotta patja hyödyttäisi potilasta parhaalla mahdollisella tavalla, patjan valinnassa tulisi niin hoitolaitoksissa kuin kotona kiinnittää huomiota riskiluokitukseen, kehon ominaisuuksiin ja taloudellisiin seikkoihin.

”Se on tota riippuen siitä potilaan koosta ja painosta elikkä semmonen patja mikä hyvin tasaa sen paineen juuri sen potilaan kohdalta --” H2

”Mut sekin, et se pitää sit niinkun osata sitten sen potilaan mukaan valita oikein patja, että sen ei välttämättä kaikki tarttee sitä semmosta vaihtuvapaineista ilmapatjaa, kun on hyviä monikerrospatjoja, jotka toimii ihan yhtä hyvin. Et ei tarttee heti lähtee sieltä kalleimmasta ja monimutkaisimmasta patjasta, mutta patja on, se on se kaiken a ja o.” H2

Lisäksi patjasta saadaan parhain hyöty irti, kun patjaa osataan käyttää oikein ja muistetaan huoltaa. Patjan käyttäjällä nähtiin olevan vastuu kotiolosuhteissa huolehtia patjan kunnosta ja tekniikan toimivuudesta. Patja tulisi muistaa vaihtaa riittävän usein uuteen.

”No sen, että taas kerran se käyttäjän vastuu ne (patjat) pitää aina tarkistaa aika ajoin, että ne on edelleenkin kunnossa. -- Vaihtuvapaineisessa pitää katkoa, että se on ehjä, tekniikka toimii ja se ilma vaihtuu siellä alla ja sitten näistä korkeen riskin patjoista, matalan, keskisuuren riskin patjoista niin pitää katkoa että ne on puhtaita, ne on hygieenisia ja sitten että niissä se palautuvuus ja se paineenjakautuminen pysyy et niitä pitää viiden vuoden välein suurin piirtein vähintään jopa kolmen vuoden välein jossakin niin vaihtaa ne patjat, että ne toimii. Et jos kymmenen vuotta makaa samalla patjalla niin sit ollaan jo viis vuotta myöhässä. Niitä pitää uusia.” H2

Matalan ja keskisuuren riskin potilaat

Matalan riskin potilailla patjan roolia ei mielletty yhtä tärkeäksi kuin keskisuuren tai suuren riskin potilailla, potilaan ollessa liikuntakykyinen, omatoiminen ja kykenevä itse vaihtamaan asentoaan. Tarvetta painetta keventävälle tekniikalle ei juurikaan ole, mutta patjan laatuun on silti hyvä kiinnittää huomiota. Haastateltavilta kysyttiin tulisiko matalan riskin potilailla olla joku tietty patja:

”No tota, sillan riittää hyvä tällöinen matalan riskin hyvä patja, mut sekään ei saa olla semmonen perus vanha superlonpatja.” H2

”No periaatteessa ei tarvitse. Että jos potilas on liikuntakykyinen täysin ja pystyy liikkumaan ja pystyy itse vaihtamaan asentoaan niin riskiä painehaavan muodostukseen ei tavallisesti ole. Ja jos on niinkun ihon kunto normi ja tuntoaisti normaali. Että välttämättä ei tarvitsis olla, mutta se on minusta hyvä ajatus, että jos kaikki patjat on jo valmiiks sitä keskisuuren riskin patjoja niin sitten ainakaan kellekään ei vahingossa tule sellasta niin sanottua tavallista patjaa. Ja

sillä jo vähän ennaltaehkäistään sitten niitä ykkösluokan painehaavojen muodostumista.” H3

”...toki tommosilla normi sairaalahygieniapatjoilla voi matalan riskin potilas olla yhtä hyvin, mutta ei poissulje sitä, etteikö hän sais käyttää sitä korkean riskinpatjaa.” H4

Keskisuuren riskin potilailla on enemmän riskitekijöitä painehaavan muodostumiseen kuin matalan riskin potilailla. Tästä syystä painetta lieventävä tukipinta on hoidossa tärkeämpi matalaan riskiin verrattuna. Kuitenkin haastatteluissa tuotiin esille, että matalan ja keskisuuren riskin potilailla voidaan käyttää myös samoja patjoja painehaavojen ehkäisyyn:

”Mut sit jos on keskisuuren riskin potilas, niin silloin tiedetään jo että hänellä on jonkin näkösiä tota riskejä joko siitä että hän on ylilihava tai obeesi (sairaalloisesta lihavuudesta kärsivä) taikka hän on hyvin laiha, hoikka taikka että liikkuminen on huonoa, ei pääse itseään niin hyvin liikuttamaan, asentoansa vaihtamaan niin siellä pitää sit heti olla keskisuuren riskin patja.” H2

”--mutta mun mielestä niinkun just vähän edelliseen vastaukseen liittyen niin matalan ja keskisriskin potilailla niinkun vähintään olis samanlainen korkealuokan vaahtomuovipatja, joka siis täyttää nämä kaikki standardit ja siitä on niinku että on lujuuutta ja sitkeyttä ja sitä tota sitten tota kimmoa --” H5

Haastateltavat toivat ilmi, että toimintamallin taustalla olevan hankkeen myötä heidän työpaikoillaan pyritään vaihtamaan vähitellen kaikki sairaalahygieniapatjat keskisuuren tai suuren riskin patjoihin:

”Et meidän tavoite on uuteen sairaalaan, että ne on keskisuuren tai suuren riskin patjoja niinkun kaikki. Ei tarvii enää miettiä, et kun potilas tulee ovesta sisälle, että pannaanko sille mikä patja sille pannaan vaan sit voidaan automaattisesti pistää niille patjoille, mitkä meillä on --” H2

Matalan ja keskisuuren riskin potilailla tulisi haastateltavien mukaan olla sairaaloissa painehaavojen muodostumista ennaltaehkäisevä korkealuokkainen vaahtomuovipatja. Kotiolosuhteissa matalan riskin potilaan nähtiin todennäköisesti pärjäävän tavallisellakin patjalla.

Korkean riskin potilaat

Korkean riskin potilailla korkealuokkainen vaahtomuovipatja ei kaikissa tapauksissa ole riittävä poistamaan painetta luisten ulokkeiden kohdalta. Liikuntakyvyttömyyden tai muun rajoitteen vuoksi dynaamiset painehaavapatjat nähtiin haastatteluiden mukaan parhaimpina korkean riskin potilaille:

”...korkean riskin potilaille sitten suositellaan minimipaineisen tämmösen ilma-patjan pitämistä” H3

Teho-osastolla potilaat voivat olla nukutettuina pitkiäkin aikoja elintoimintojen ollessa epävakaita. Asentona on usein selinmakuu, joten riski painehaavojen kehittymiseen kehon dorsaaliselle puolelle on suuri. Vaihtuvapaineilla patjoilla saadaan pienennettyä painetta etenkin ristiluun, kantapäiden ja lapaluiden alueelta.

”--teholla on syytä olla sitten ihan tämmöset niinkun tämmöset vaihtuvapaineiset sen tyyppiset niinku patjat, koska siellä ne potilaat on muutenkin niinkun kaikki elintoiminnot voi olla niinku tota vaihtelevia tai heikkoja, et sitten se ihokin on tota niinkun vielä alttiimpi --” H5

Vaikka riskiluokitus suosittelee käyttämään dynaamista patjaa riskipotilaille, potilaan toiveiden kuunteleminen patjan valinnassa nähtiin yhden haastateltavan mielestä tärkeänä:

“No riippuu tietysti potilaasta, et jos meillä on suuren riskin potilas tai hänellä on painehaavoja, niin totta kai automaattisesti siellä riskiluokitus ohjaa siihen että pitäisi olla korkean riskin patja, mutta voi olla tilanteita, että potilas ei halua sitä tai on vuoteesta sitten ehkä lähtemässä liikkeelle omin avuin tai kokee muulla tavalla sen hankalana, että kun se paine vaihtelee siellä ja on ilmakennot että kyllä meillä on suuren riskin potilaita ollut näillä geelipatjoilla ja on silti hyväksi havaittu. --” H4

Tämän hetkiset tiedot dynaamisista patjoista ovat kuitenkin epäselviä. Yksi haastateltavista toi esille käsityksensä tämän hetkisestä tutkimustiedosta:

“...mulla on semmonen käsitys, että se ei oo ihan selkeä se tutkimustieto mitä siitä on tullu, että tällä hetkellä meillä on semmonen ajatus että minimipaineinen tämmönen ilmapatja olis tutkimusten perusteella se kaikkein paras, ja että vaihtuvapaineisesta ilmapatjasta vois tulla jopa venytystä iholle, kun siinä vaihtuu paineet eri tota kennojen välillä, mutta se ei oo ihan selkeä, että siinä meidän toimintamallissa on, että se ois niinku vaan se, että se ois tavallaan se ilmapatja se mitä suositellaan paineilmapatja, mutta että onko se todella niin että se vaihtuvapaineinen patja ei ole niin hyvä, kun se minimipaineinen, niin onko se todella niin.” H3

Taulukko 1. Haastatteluiden perusteella parhaimmat patjat eri riskiryhmille.

Suuri riski	<ul style="list-style-type: none"> • Korkean riskin patja (dynaaminen) • Vaihtuvapaineinen ilmapatja • Minimipaineinen ilmapatja
Keskisuuri riski	<ul style="list-style-type: none"> • Keskisuuren riskin patja • Korkealuokkainen vaahtomuovipatja
Matala riski	<ul style="list-style-type: none"> • Matalan riskin patja • Korkealuokkainen vaahtomuovipatja

8 Johtopäätökset

Opinnäytetyön aihe saatiin toimeksiantona Unikulma Oy:ltä tarkoituksena tuottaa yritykselle haastattelututkimuksen avulla tietoa painehaavojen ennaltaehkäisystä ja hoidosta sekä patjojen merkityksestä osana ehkäisyä ja hoitoa. Työn tavoitteena oli selvittää asiantuntijoiden käsityksiä ja näkemyksiä painehaavojen ennaltaehkäisy- ja hoitokäytännöistä sekä sitä, kenelle vastuu niistä kuuluu. Tutkimuksen avulla saatiin vastaukset kaikkiin tutkimuskysymyksiin.

8.1 Asiantuntijoiden näkemykset ja kokemukset painehaavojen ennaltaehkäisy- ja hoitokäytännöistä

Teemahaastattelulla saatiin tietoa KSSH:n alueella toimivan toimintamallin toimivuudesta sekä tekijöistä, jotka vaikuttavat painehaavojen ennaltaehkäisy- ja hoitokäytännöiden toteutumiseen. Tuloksista voidaan päätellä, että painehaavojen ennaltaehkäisyn ja hoidon ohjeistusta pidettiin selkeänä ja yksinkertaisina. Havainnollistavat kirjalliset ja kuvalliset ohjeet eri toimintaympäristöihin vietyinä ohjaavat henkilö-

kuntaa tai omaisia kädestä pitäen, kuinka toimia, ja missä järjestyksessä ennaltaehkäisyn toimia tulisi toteuttaa. Vaikka toimintamalli nähtiin helposti ymmärrettävänä, koettiin ohjeiden vieminen käytäntöön puutteellisena.

Käytäntöjen toteutumista estävät tekijät koostuivat osittain asioista, joihin työntekijöiden voi olla haastavaa vaikuttaa. Haastatteluiden perusteella toimintamallin puutteellisen toteutuksen syynä oli enemmistön mukaan ajan puute. Muita tekijöitä olivat resurssit, asenteet ja tiedon puute niin henkilökunnalla, potilailla kuin omaisillakin. Estävien tekijöiden voidaan nähdä olevan yhteydessä toisiinsa. Johtopäätöksenä voidaan sanoa resurssipulan vaikuttavan yksilön kasvaneeseen työmäärään, mikä aiheuttaa kiirettä ja voi herkästi vaikuttaa asenteisiin, kuten välinpitämättömyyteen. Potilaan ja omaisten asenteiden taustalla käytäntöjen toteutumisessa voi olla myös tiedonpuute; asiaa ei mielletä tärkeäksi, koska ei tiedetä sen merkitystä ennaltaehkäisyssä. Tästä syystä potilaan voi olla vaikea sitoutua omatoimiseen asennon vaihtamiseen tai omaisen asentohoidon toteutukseen kotona. Henkilökunnan tiedon puute voidaan nähdä johtuvan yksilön passiivisuudesta koulutuksiin ja tiedonhakuun, sillä haastateltavien mukaan moniammatillisia koulutuksia on kuitenkin järjestetty ja toimintamalli on helposti kaikkien saatavilla. Toimintamallia ja ennaltaehkäisyn tärkeyttä tulisikin tuoda vastuuhenkilöiden avulla säännöllisesti esille, jotta se ei unohdaisi kaiken muun työn ohella.

Haastatteluista esille nousseiden edistävien tekijöiden perusteella voidaan sanoa motivoituneiden työntekijöiden, vastuuhenkilöiden sekä koulutuksen tukevan käytäntöjen toteutumista. Johtopäätöstä puoltaa edellä esille tuotu ajatus toimintamallin säännöllisestä esille tuomisesta. Säännöllisellä henkilökunnan koulutuksella ja vastuuhenkilöiltä tulevalta muistuttelulla ylläpidetään terveydenalan ammattilasten osaamista ja tietotaitoa ennaltaehkäisystä. Kun työntekijä kokee riittävää osaamista ennaltaehkäisystä ja on tietoinen sen tärkeydestä, on käytäntöjen toteutus todennäköisempää ja varmempaa myös työntekijälle itselleen.

Haastatteluiden perusteella välineistöä pidettiin ennaltaehkäisyä ja hoitoa tukevana tekijänä ja materiaalia nähtiin olevan riittävästi saatavilla. Välineistön voidaan nähdä tarkoittavan niin apuvälineitä, erikoispatjoja kuin lääkinnällisiä laitteita ja hoitotarvik-

keita. Korkean riskin patjojen tarve nähtiin vaihtelevan aalloittain. Välillä patjoja riittää kaikille niitä tarvitseville ja toisinaan niistä voi olla pulaa. Korkean riskin patjoja toivottiinkin osastoille lisää, jotta välttyttäisiin tilanteilta, joissa potilaiden patjan tarvetta joudutaan priorisoimaan. Patjojen hankinnassa vastuuhenkilöillä nähtiin olevan vaikutusvaltaa, vaikka päätökset uusien patjojen hankinnoista loppujen lopuksi tekevät päättäjät.

8.2 Kenelle vastuu painehaavojen ennaltaehkäisystä ja hoidosta kuuluu?

Tulosten perusteella voidaan sanoa vastuun painehaavojen ennaltaehkäisystä ja hoidosta kuuluvan sairaaloissa ja hoitolaitoksissa kaikille potilaan hoitoon osallistuville ja mukana oleville ammattilaisille, joiden piiriin potilas kuuluu. Moniammatillista yhteistyötä lääkärien, hoitajien, fysioterapeuttien, toimintaterapeuttien, ravitsemusterapeuttien, sosiaalityöntekijän, apuvälinepalvelun tai hoitotarvikepalvelun kanssa voidaan hyödyntää etenkin korkean riskin potilaiden kanssa, jotka vaativat usein erityisosaamista hoidon tueksi, mutta yhden haastateltavan mukaan moniammatillisuudesta olisi hyötyä myös matalan tai keskisuuren riskin potilailla. Lääkäreiden nähtiin määräysten avulla voivan vaikuttaa ennaltaehkäisyyn ja hoidon tarkempaan toteutukseen tai potilaan apuvälineetarpeeseen. Useamman kerran päivässä tapahtuvien asennonvaihtojen ja muiden hoitotoimenpiteiden osalta on kokonaisuuden kannalta tärkeää huomioida, mikäli huomioida, mikäli niissä olisi jotain normaaleista käytänteistä poikkeavaa, mihin hoitohenkilökunnan tai terapeuttien tulisi erityisesti kiinnittää huomiota.

Kotiolosuhteissa vastuu ennaltaehkäisystä ja hoidosta siirtyy potilaalle ja tämän omaisille/avustajille, joiden tulisi olla aktiivisia ja toimia yhteistyössä sosiaali- ja terveyspalveluita tarjoavan yksikön ammattilaisten kanssa. Kotiolosuhteissa tietoa ennaltaehkäisystä ja hoidosta on vaihtelevasti, mikä nähtiin myös estävänä tekijänä niiden toteutukselle. Ohjeistuksen kotiolosuhteisiin olisi hyvä tulla moniammatillisesti usealta taholta, kunhan ohjeistus on keskenään yhtenevää. Mitä useampi henkilö tuo

samoja ohjeistuksia ennaltaehkäisyyn ja hoitoon, sitä varmempana potilas ja omaiset niitä pitävät.

8.3 Patjojen merkitys ennaltaehkäisyssä ja parhaimmat patjat riskiryhmille

Patjojen roolin painehaavojen ennaltaehkäisyssä ja hoidossa voidaan sanoa olevan merkittävä. Tämä perustuu haastatteluiden mukaan patjojen painetta keventäviin ominaisuuksiin etenkin keskisuuren tai korkean riskin potilailla. Potilaan kehon ominaisuuksien mukaan valittu patja vähentää asennonvaihtamisen tarvetta, muttei poista sitä. Patjan voidaankin sanoa tukevan asentohoitoa ja asennonvaihtamista, sillä etenkin dynaamisten patjojen ansiosta asennonvaihtoja ei tarvitse tehdä yhtä tiheään kuin staattisilla patjoilla. Tämän voidaan nähdä helpottavan niin hoitohenkilökunnan työtä hoitolaitoksissa kuin omaisten tai avustajan työtä kotona. Asennonvaihdon tarpeen harveneminen etenkin hoitolaitoksissa vie vähemmän resursseja ja voi tuoda helpotusta kiireeseen.

Tällä hetkellä parhaimpina patjoina matalan ja keskisuuren riskin potilailla nähtiin korkealuokkaiset vaahtomuovipatjat ja korkean riskin potilailla vaihtuvapaineiset tai minimipaineiset ilmapatjat. Potilaan liikuntakyvyn, riskiluokan ja kehon ominaisuuksien mukaan valittu patja poistaa parhaiten painetta juuri kyseisen potilaan tarpeen mukaan. Minimipaineisista ja vaihtuvapaineisista ilmapatjoista tutkimustieto ei kuitenkaan ollut aivan selkeää ja dynaamisista patjoista kaivataankin lisää tutkimustietoa.

9 Pohdinta

Vaikka painehaavat ovat aina olleet olemassa, on niiden ennaltaehkäisy noussut viime vuosina hyvin ajankohtaiseksi etenkin hoitoalalla. Fysioterapeutin peruskoulutuksessa painehaavoja on puolestaan käsitelty tutkijan kokemuksen mukaan todella

vähän, mikä toi haastetta myös tutkimuksen tekoon, sillä tietoa painehaavoista ei tutkimusta aloittaessa juurikaan ollut. Tämä kuitenkin lisäsi mielenkiintoa perehtyä aiheeseen ja tuoda painehaavojen ennaltaehkäisyn tärkeyttä näkyvämmäksi myös fysioterapia-alalla. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää koko sosiaali- ja terveysalalla kasvattamaan tietoisuutta painehaavojen ennaltaehkäisyn ja moniammatillisen yhteistyön merkityksestä niiden hoitoprosessissa.

Ajanpuute ja resurssit voidaan nähdä maailmanlaajuisena ongelmana terveydenhuollossa niin viitekehyksen kuin tutkimuksen tulostenkin perusteella. Terveydenhuollossa resurssit ovat rajalliset, joten kaikkea potilasta mahdollisesti hyödyttävää hoitoa ei pystytä järjestämään. Saatavilla olevat resurssit tulisi käyttää tehokkaasti ja oikeudenmukaisesti. Tästä syystä joudutaan pohtimaan, mitä hoitoja järjestetään, millä tavalla ja mille potilasryhmille. (Priorisointi terveydenhuollossa n.d.) Kiireen ja resurssipulan takia joudutaan herkästi tinkimään juuri ennaltaehkäisystä, mikä toisaalta olisi kokonaisuuden kannalta kustannustehokkain tapa välttää painehaavojen syntyminen. Käytännössä tämä voi näkyä niin, että riskiarviota ei tehdä, asentohoito unohdetaan tai on puutteellista tai uusia työntekijöitä ei ehditä perehdyttämään talon käytäntöihin. Perehdytys ja tietotaidon vieminen eteenpäin uusille ja myös vanhoille työntekijöille olisi tärkeää, jotta kaikilla potilaan kanssa työskentelevillä olisi yhteiset käytännöt eri toimien suhteen.

Suurimmaksi osaksi välineistö nähtiin haastatteluiden perusteella edistävänä tekijänä, vaikka korkean riskin patjoista saattoi olla osalla osastoista pulaa. Viitekehyksessä välineistö puolestaan nähtiin estävänä tekijänä, mikä voi johtua lääkinnällisten laitteiden ja hoitovälineiden aiheuttamista painehaavoista tai yksinkertaisesti vain apuvälineiden puutteesta tietyssä yksikössä. Patjoja suositellaan käytettäväksi suuren painehaavariskin omaavilla potilailla, johon kuuluvat niin palliatiivisessa hoidossa olevat, tehohoito-, lapsi- ja leikkauspotilaat, ylipainoiset potilaat, selkäydinvammautuneet ja iäkkäät potilaat (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014). Patjojen puute voi herättää terveydenhuollossa eettisiä pulmia, mikäli joudutaan priorisoimaan, kuka tarvitsee patjaa eniten. Kaikilla riskipotilailla patjan tarve

voi olla yhtä suuri, mutta saattohoitopotilailla tulisi huomioida loppuvaiheen arvokkuus ja vastaavasti selkäydinvammautuneilla patjan jatkuva tarve liikuntakyvyttömyyden vuoksi.

Viitekehysten perusteella hoitajien tulisi ottaa vastuuta niistäkin toimenpiteistä, joista toisella ammattiryhmällä voisi olla kattavammin osaamista, kuten fysioterapeuteilla on apuvälineistä ja asentohoidosta. Tutkimuksen perusteella syynä tähän nähtiin se, että kaikki potilaat eivät kuulu välttämättä muiden terveydenalan ammattilasten palveluiden piiriin, eikä vastuu painehaavojen ennaltaehkäisystä ja hoidosta voi luonnollisesti niissä tapauksissa heillä ollakaan. Moniammatillisuuden lisääminen voisi kuitenkin mahdollistaa työmäärän ja vastuun jakautumisen useammalle henkilölle. Tietotaidon ja tiettyjen työtehtävien jakaminen erityisesti hoitajien ja terapeuttien kesken voisi tuoda helpotusta ajankäyttöongelmiin ja tietämyksen lisäämistä molemmiin puolin. Moniammatillisuus edellyttääkin sujuvaa tiedon kulkeutumista ammattilaisten välillä.

Myöskään työnjako eri ammattilaisten välillä ei aina ole mustavalkoista, vaikka eri ammattilaisilla onkin osaamista ja vastuuta tietyistä toimista enemmän kuin toisilla. Potilaan riskitekijöiden arviointi miellettiin viitekehysten perusteella hoitajien tehtäväksi, mutta esimerkiksi ihon kunnon tarkkailun tulisi olla toimi, jonka niin terveydenalan ammattilaiset, asiaan perehdytetyt omaiset kuin omaishoitajatkin osaisivat tehdä, jotta painehaavoja voitaisiin paremmin ennaltaehkäistä. Niiden ihmisten, jotka viettävät eniten aikaa potilaan kanssa tulisi huomata ihossa tapahtuvat muutokset. (Blenman & Marks-Maran 2017.) Ensimmäisen ja toisen asteen painehaavat ovat kuitenkin vielä hoidettavissa konservatiivisesti, joten pienillä ennaltaehkäisevillä toimilla voidaan myös vaikuttaa kalliiden painehaavojen hoitokustannuksiin.

Tulosten perusteella matalan ja keskisuuren riskin potilailla tulisi käyttää korkealuokkaista vaahtomuovipatjaa ja korkean riskin potilailla dynaamisia vaihtuvapaineisia tai minimipaineisia ilmapatjoja etenkin sairaaloissa ja hoitolaitoksissa. Vaikka toimintamalli ohjaa käyttämään tiettyä patjaa riskipotilailla, toi eräs haastateltavista esille, että sairaalassa korkean riskin potilaita on siitä huolimatta ollut geelipatjoilla, ja ne on havaittu toimivaksi. Osalla osastoista korkealuokkaiset patjat voivat ollakin riittä-

viä ja monissa tutkimuksissa suositellaankin käyttämään korkealuokkaista vaahtomuovipatjaa myös korkean riskin potilailla. Australialaistutkimus suosittelee korkealuokkaisten vaahtomuovipatjojen käyttöä korkean riskin potilailla standardoitujen sairaalavaahtopatjojen sijaan. Korkealuokkaisten patjojen suhteelliset edut vakioituu matalapaineiseen ja vaihtuvapaineiseen tukipintaan painehaavojen ehkäisemiseksi ovat tutkimuksen mukaan epäselvät, mutta vaihtuvapaineiset patjat voivat olla kustannustehokkaampia kuin vaihtuvapaineiset päällyspatjat, ainakin Yhdistyneiden Kansakuntien kontekstissa. (McInnes, Jammali-Blasi, Bell-Syer, Dumville, Middleton & Cullum 2015.) Korkealuokkaiset vaahtomuovipatjat vaikuttavat siis joka tapauksessa olevan standardoituun sairaalapatjaan verrattuna parempi valinta kaikilla riskipotilailla, vaikka niissä ei olekaan moottoroitua paineenkevennysjärjestelmää eikä patjoja KSSHP:n toimintamallin perusteella suositella käytettäväksi korkean riskin potilailla. Kotiolosuhteissa korkean riskin potilas voisi tämän perusteella pärjätä myös korkealuokkaisella vaahtomuovipatjalla, kunhan asentohoidot muistetaan yhä toteuttaa säännöllisesti. Vastaavasti sairaaloiden teho-osastoilla vaaditaan lähes poikkeuksetta dynaamisia patjoja potilaiden elintoimintojen ollessa epävakaat.

9.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimus suoritettiin käyttäen hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkittavat olivat tietoisia tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista, ja mahdollisuudesta keskeyttää tutkimus halutessaan koska tahansa. Aineistossa säilytettiin vastaajien anonymiteetti, eikä vastaajia pysty aineistosta tunnistamaan. Raportointivaiheessa tutkija pyrki viittaamaan käytettyihin lähteisiin asianmukaisesti, raportoimaan eri tutkimusvaiheet, menetelmät ja tulokset mahdollisimman tarkasti sekä säilyttämään tunnistetietoja sisältävät aineistot ulkopuolisten ulottumattomissa tutkimuksen ajan. Tutkimuksen lopuksi tunnistetietoja sisältävät aineistot hävitettiin.

Luotettavuutta arvioidessa on syytä huomioida, että viiden asiantuntijan haastattelussa esiin tulleita näkemyksiä ja käsityksiä ei voida yleistää koskemaan kaikkien terveydenalan asiantuntijoiden näkemyksiä hoitokäytänteistä. Laadullisessa tutkimuk-

nessa ei kuitenkaan pyritä yleistykseen vaan ennemminkin ymmärtämään ilmiötä (Kananen 2015, 353). Kohderyhmällä oli painehaavapotilaiden parissa työskentelystä useiden vuosien, osalla jopa kymmenten vuosien työkokemus, joten kohderyhmän soveltuvuus tutkimukseen oli erinomainen. Lumipallo-otannalla valikoidulla otoksella nähtiin olevan parhaiten ajantasaista tietoa sekä käytännön hoitotyöstä, että taustalla vaikuttavista käytänteistä ja koulutuksista. Toisaalta kohderyhmällä saattoi olla myös keskivertoa enemmän tietoa ja kokemusta painehaavoista, ja he saattavat kiinnittää eri tavalla huomiota painehaavojen hoitokäytänteisiin ja painottaa asiaa työssään verrattuna muihin terveydenalan ammattilaisiin. Työn tavoitteeseen nähden kohderyhmältä saatiin kuitenkin kattavasti tietoa tutkittavaan aiheeseen ja otoksen koostuminen kahden eri ammattikunnan edustajista toi näkökulmaa myös eri aloilta.

Yksilöhaastatteluna toteutettu teemahaastattelu sopi tiedonkeruumenetelmäksi hyvin, sillä haastateltavat saivat vapaasti tuoda mieleen tulevia näkemyksiään ja käsityksiään eri teemoista ja aineistoa tutkimukseen saatiin kattavasti. Saturatiosta eli aineiston kylläntymisestä voidaan puhua silloin, kun haastatteluiden vastaukset alkavat toistaa itseään eivätkä uudet haastattelut tuo enää tutkimukseen mitään uutta. Saturatiion saavuttaminen riippuu tutkimusongelman asettelusta, mutta saturatiolla voidaan mitata luotettavuutta. (Kananen 2015, 355). Tutkimusaineiston saturatiota on tässä tapauksessa haastavaa määritellä, sillä tutkittavat edustivat kahta eri ammattiryhmää, ja työympäristöt ja -tehtävät vaihtelivat tutkittavien kesken. Vastauksissa toistui paljon samoja havaintoja ja käsityksiä, mutta viimeisessä haastattelussa saatiin esille myös uusia näkemyksiä, joten aineiston ei voida sanoa kylläntyvän.

Tutkittaville lähetetyssä saatekirjeessä mainittiin haastattelussa läpikäytävät teemat, mutta tutkittavat eivät tienneet haastattelun tarkentavia kysymyksiä, joten vastaukset syntyivät spontaanisti haastattelutilanteessa eikä vastauksia siten voitu pohtia valmiiksi. Tämä lisää työn luotettavuutta, sillä vastaukset syntyivät asiantuntijoiden sen hetkisten näkemysten ja käsitysten kautta, mitä työssä tavoiteltiin.

Tutkimuksessa käytetyt lähteet kerättiin suomenkielisistä ja englanninkielisistä kirjoista, hoitosuosituksista, oppaista ja eri tietokantojen, kuten Terveystieteen, PubMedin ja EBSCO:n tutkimuksista ja artikkeleista, joista osaan pääsi tutustumaan vain

koulun tunnusten kautta. Suurin osa tutkimuksista oli toteutettu lääketieteiden ja hoitotieteiden alalla, mutta muutamassa tutkimuksessa oli mukana myös fysioterapeutteja. Haastavinta olikin löytää aiheesta oman alan lähteitä, sillä aiheesta on kovin vähän fysioterapia-alan julkaisuja ja tutkimuksia. Tästä syystä joillekin näkemyksille oli haastavaa löytää vahvistusta alan kirjallisuudesta tai tutkimuksista. Suomessa käytetyt hoitosuositukset tai toimintamallit pohjautuivat kansainväliseen hoitosuositukseen ja lähes kaikissa tutkimusartikkeleissa tämä kansainvälinen näyttöön perustuva hoitosuositus oli mainittu yhtenä lähteenä. Tutkimuksessa pyrittiin käyttämään korkeintaan 20 vuotta vanhoja teoksia ja 10 vuotta vanhoja artikkeleita ja tutkimuksia lähteenä, jotta tieto olisi mahdollisimman luotettavaa.

Laadullinen tutkimus on joustavuutensa takia altis virheille. Luotettavuutta voivat heikentää tutkijan virheelliset tulkinnat ja johtopäätökset aineistosta. (Kananen 2015, 341.) Tulosten ja johtopäätösten antaminen tutkittaville arvioitavaksi olisi lisännyt tutkimuksen luotettavuutta. Mikäli he vahvistaisivat niiden osuvuuden, voitaisiin tutkimusta pitää luotettavana. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 165.) Tutkimuksen tekeminen yksin vaikuttaa myös luotettavuuteen, sillä tuloksista tehtyjä päätelmiä ei pystynyt vertailemaan tässä tapauksessa kenenkään kanssa. Kahden henkilön päätyessä samaan tulokseen, voidaan tulosta pitää reliabelina (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Opin näytetyö oli tutkijalle ensimmäinen, joten kokemattomuus voidaan nähdä yhtenä luotettavuutta heikentävänä tekijänä.

9.2 Jatkotutkimusaiheet

Painehaavoja koskevia tutkimuksia ja opinnäytetöitä on tehty kovin vähän fysioterapia-alalla, mikä antaa jo itsessään syyn tutkia aihetta alallamme lisää. Toimeksiantajan tarvetta ajatellen, tutkimuksessa käsiteltiin tukipinnoista pelkästään patjojen merkitystä tarkemmin, mutta pyörätuolien istuinalustoilla vaikutti haastatteluissa esiin tulleiden näkemysten mukaan olevan myös suuri rooli potilaiden viettäessä pitkiä aikoja pyörätuolissa istuen. Kontaktipainemittausten, case-henkilön ja tämän hetkisen tutkimustiedon avulla voitaisiin tutkia, minkälaiset istuintyynyt ovat tämän hetkisen tutkimustiedon mukaan parhaita painehaavapotilaille.

Eräs haastateltavista toi ilmi, että nykyinen tutkimustieto parhaista patjoista ei ole selkeää minimipainepatjojen ja vaihtuvapaineisten patjojen osalta. Haastateltavan käsityksen mukaan minimipainepatja olisi painehaavojen ehkäisyssä ja hoidossa paras vaihtuvapaineisen patjan tuottaessa venytystä iholle. Opinnäytetyöntekijä ei löytänyt aihetta tukevia tutkimuksia eikä täten voinut vertailla, mikä tilanne on tällä hetkellä. Tutkimustieto dynaamisista patjoista painehaavojen hoidossa on monissa lähteissä yhä epäselvää, joten aihe vaatiikin jatkotutkimuksia.

Lähteet

Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. 2009. Fysiatria. Duodecim. 4. painos. Otava. 279.

Berg, L. 2016. Painehaavojen synty, hoito ja kustannukset. Hoitosuositus. Viitattu 4.9.2019. <https://www.essote.fi/wp-content/uploads/sites/2/2016/10/painehaavojensyntyhoitokustannukset2016-yhteensopivuustila.pdf>.

Blenman, J. & Marks-Maran, D. 2017. Pressure ulcer prevention is everyone's business: the PUPS project. Viitattu 16.10.2019. <https://janet.finna.fi/>, EBSCO.

Boyko, T., Longaker, M. & Yang, G. 2018. Review of the Current Management of Pressure Ulcers. PubMed. Artikkele. Viitattu 31.3.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5792240/>.

Carr, J. & Shepherd, R. 2010. Neurological rehabilitation: optimizing motor performance. 2. painos. Edinburgh: Churchill Livingstone. 253, 287.

Estä painehaavat: HUS:n malli. 2014. Viitattu 14.8.2019. <https://www.hus.fi/hus-tietoa/materiaalipankki/esitysmateriaalit/Koottu%20tiedostokirjasto%20%20kaikki%20tapahtumat/Est%C3%A4%20painehaava.pdf>.

Forsbom, M.-B., Kärki, E., Leppänen, L. & Sairanen, R. 2001. Aivovauriopotilaan kuntoutus. Helsinki: Tammi. 77, 149.

Guihan, M., Hastings, J. & Garber, SL. 2009. Therapists' role in pressure ulcer management in persons with spinal cord injury. PubMed. Artikkele. Viitattu 22.7.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2792462/>.

Haesler, E. 2018. Evidence Summary: Pressure injuries: Active support surfaces for preventing and treating pressure injuries. Artikkele. Viitattu 29.7.2019. <https://janet.finna.fi/>, EBSCO.

Hermans, M. & Call, E. 2015. Failure to Reposition After Sliding Down in Bed Increases Pressure at the Sacrum and Heels. Pubmed. Artikkele. Viitattu 16.5.2019. <https://www.woundsresearch.com/article/failure-reposition-after-sliding-down-bed-increases-pressure-sacrum-and-heels>.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki. 59-60, 173, 184, 189.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. painos. Helsinki: Tammi. 181-184, 205-206, 222, 231-233.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2016. Hoida ja kirjaa. 9. painos. Helsinki: Sanoma Pro. 361-369.

- Jaul, E., Barron, J., Rosenzweig, J. & Menczel, J. 2018. An overview of co-morbidities and the development of pressure ulcers among older adults. PubMed. Artikkele. Viitattu 19.6.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6290523/>.
- Juutilainen, V. & Hietanen, H. 2018. Haavanhoidon periaatteet. 4. uud. painos. Sanoma Pro. 322-360.
- Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas: näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. 340-343, 353-355.
- Källman, U. & Suserud, B.-O. 2009. Knowledge, attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer prevention and treatment – a survey in a Swedish healthcare setting. Artikkele. Viitattu 30.3.2019. <https://janet.finna.fi/>, EBSCO.
- Latimer, S., Chaboyer, W. & Gillespie, B. 2013. Patient participation in pressure injury prevention: giving patient's a voice. Scandinavian Journal Of Caring Sciences. Viitattu 17.9.2019. <https://janet.finna.fi/Record/janet.332260>, EBSCO.
- Leppänen, P., Stigzelius, K. & Hokkinen, E.-M. 2011. Selkäydinvammapotilaan asento- ja liikehoito-opas. Helsinki: Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus. 10-15.
- Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluiden saatavuusperusteet. 2017. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Toim. Ulla Komolainen. Päivitetty 19.10.2017. Viitattu 27.9.2019. [file:///C:/Users/Omistaja/Downloads/Apuv%C3%A4lineiden%20saatavuusperusteet%20versio%202.9%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Omistaja/Downloads/Apuv%C3%A4lineiden%20saatavuusperusteet%20versio%202.9%20(1).pdf).
- McInnes, E., Jammali-Blasi, A., Bell-Syer, SE., Dumville, JC., Middleton, V. & Cullum, N. 2015. Support surfaces for pressure ulcer prevention. PubMed. Artikkele. Viitattu 6.10.2019.8 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26333288>.
- Mitchell, A. 2018. Adult pressure area care: preventing pressure ulcers. Artikkele. Viitattu 22.7.2018. <https://janet.finna.fi/>, EBSCO.
- Painehaavan riskin tunnistaminen ja ennaltaehkäisy. N.d. KSSH. Hoitoketju. Viitattu 4.9.2019. <https://www.kssh.fi/painehaava/>.
- Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. 2015. Hotus – Hoitotyön tutkimussäätiö. Hoitosuositus. Viitattu 29.9.2019. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/painehaava-hs.pdf>.
- Painehaavat eli makuuhaavat. 2018. Duodecim-Terveyskirjasto. Viitattu 19.8.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00313.
- Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta. 2014. Käännetty artikkelista: National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. 2014. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia. Viitattu 29.9.2019. <https://www.shhy.fi/site/assets/files/1043/finnish-guideline-jan2016.pdf>.

Pressure ulcers: prevention and management. 2014. National Institute for Health and Care Excellence. Clinical guideline 179. London: NICE. Viitattu 22.7.2019. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg179>.

Priorisointi terveydenhuollossa. N.d. Suomen lääkäriliitto. Viitattu 3.10.2019. <https://www.laakariliitto.fi/laakarinetiikka/laakari-ja-yhteiskunta/priorisointi-terveydenhuollossa/>.

Saghaleini, S.H., Dehghan, K., Shadvar, K., Sanaie, S., Mahmoodpoor, A & Ostadi, Z. 2018. Pressure Ulcer and Nutrition. PubMed. Viitattu 18.9.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29743767>.

Shi, C., Dumville, J. & Cullum, N. 2018. Support surfaces for pressure ulcer prevention: A network meta-analysis. Viitattu 16.10.2019. <https://janet.finna.fi/>, EBSCO.

Soppi, E. 2018. Painehaavan ehkäisy ja hoito. Artikkel. Lääkärin käsikirja. Viitattu 28.9.2019. <https://janet.finna.fi/>. Terveystietä. Duodecim.

Soppi, E. 2010. Painehaava - esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. Artikkel. Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 26.4.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/duo98591>.

Strand, T. & Lindgren, M. 2010. Knowledge, attitudes and barriers towards prevention of pressure ulcers in intensive care units: a descriptive cross-sectional study. PubMed. Artikkel. Viitattu 22.7.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21401859/>.

Suhonen, R. & Cajanus, S. 2006. Painehaava kantapäässä. Viitattu 15.9.2019. <https://janet.finna.fi/Record/janet.318775>. Terveystietä.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi. 87-88, 98, 103-107, 158-164.

Tuuliranta, M., Pihlainen, V. & Solonen, U. 2017. Painehaavojen riskin tunnistamisen ja ennaltaehkäisyn tehostamisen hanke Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä 2015 – 2016. Selvitysraportti. Viitattu 22.9.2019. [file:///C:/Users/Omistaja/Downloads/Julkaisu_2017_136%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/Omistaja/Downloads/Julkaisu_2017_136%20(6).pdf).

Valtakunnalliset lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusperusteet - Opas apuvälinetyötä tekeville ammattilaisille ja ohjeita asiakkaille. 2018. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 35/2018. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 27.9.2019. <file:///C:/Users/Omistaja/Downloads/Valtakunnalliset%20apuv%C3%A4lineiden%20luovutusperusteet.pdf>.

Walls, G. & Walls, M. 2015. Safe Practices for Clients who need Wheelchairs: Considerations for Clients, Caregivers, and Health Care Facilities. Artikkel. Viitattu 16.9.2019. <https://janet.finna.fi/Record/janet.318764>, EBSCO.

White, R. 2019. Pressure ulcers prevention: mobility matters but does turning work?. Wound UK. Artikkel. Viitattu 15.9.2019. <https://janet.finna.fi/>, EBSCO.

Worsley, PR., Clarkson, P., Bader, DL. & Schoonhoven, L. 2016. Identifying barriers and facilitators to participation in pressure ulcer prevention in allied healthcare professionals: a mixed methods evaluation. PubMed. Artikkele. Viitattu 22.7.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27033782>.

Ylinen, J. 2015. Nukkumisergonomia. Muurame: Medirehabook. 202-203.

Liitteet

Liite 1. Teemahaastattelun runko

Taustatiedot

- Haastateltavan nimi
- Pohjakoulutus ja työtehtävä nykyisessä työpaikassa
- Työkokemus alalta
- Mitä työnkuvaasi kuuluu tällä hetkellä liittyen painehaavoihin?

Teema 1. Nykyiset painehaavojen ennaltaehkäisy- ja hoitokäytännöt

- Mitkä ovat ennaltaehkäisyn ja hoidon painopisteet?
- Kokemuksesi perusteella, onko nykyinen käytäntö toimiva?
- Onko ennaltaehkäisyn ja hoidon toteutumiseksi esteitä/edistäviä tekijöitä?

Teema 2. Vastuukysymykset ennaltaehkäisy- ja hoitokäytännöistä

- Kenen/keiden vastuulla painehaavojen ennaltaehkäisy ja hoito mielestäsi on?
- Keitä terveydenalan ammattilaisia prosessiin kuuluu?*
- Mitä mieltä olet omaisten roolista?*
- Miten vastuu on jakautunut eri terveydenalan ammattilaisten keskuudessa?
- Tulisiko jonkun tahon ottaa enemmän vastuuta?*
- Toteutuuko moniammatillisuus ennaltaehkäisyssä ja hoidossa?*
- Millainen työnjako on tällä hetkellä eri ammattien edustajien välillä kokemuksesi perusteella?

Teema 3. Patjojen merkitys painehaavojen ennaltaehkäisyssä ja hoidossa

- Kerro patjojen ja patjamateriaalien roolista osana ennaltaehkäisyä ja hoitoa
- Mitkä ovat parhaimmat patjat/patjamateriaalit painehaavojen hoidossa tällä hetkellä
- matalan, keskisuuren tai suuren painehaavariskin potilaille?*

Liite 2. Saatekirje

Saatekirje

15.7.2019.

Hyvä terveydenalan asiantuntija,

Sinua pyydetään osallistumaan opinnäytetyöhön, jonka aiheena on ”Painehaavat – Kenelle ne kuuluvat? Haastattelututkimus asiantuntijoille hoidon vastuusta, asenteista ja mielipiteistä.”

Työn tavoitteena on tutkia painehaavojen kanssa työskentelevien terveydenalan asiantuntijoiden asenteiden ja mielipiteiden kautta, kenelle kaikille vastuu painehaavojen hoidosta ja ennaltaehkäisystä kuuluu. Opinnäytetyö toteutetaan haastattelututkimuksena sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille, joilla on henkilökohtaista työkokemusta painehaavojen hoidosta ja ennaltaehkäisystä.

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Unikulma Oy ja työn tarkoituksena on tuottaa yritykselle tietoa painehaavojen ehkäisystä ja hoidosta sekä patjien merkityksestä ja niiden roolista osana painehaavojen hoitoa. Opinnäytetyössä ei tarkastella yrityksen tuotteita vaan painehaavojen ennaltaehkäisyyn ja hoitoon sopivia patjoja ja patjamateriaaleja yleensä. Unikulma Oy ei toimi opinnäytetyön rahoittajana.

Yhteystietonne tähän yhteydenottoon on saatu kevään aikana vieraillessani Haavanhoitoyhdistyksen kokouksessa työharjoitteluni aikana sekä edustamamme organisaation sähköpostiosoitenumua hyödyntäen. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voitte keskeyttää tutkimuksen koska tahansa. Tutkimuksesta kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta millään tavalla kohteluunne. Ennen tutkimukseen osallistumista annetaan kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumista ja vaadittava tutkimuslupa on haettu edustamaltanne organisaatiolta.

Aineistonkeruumuotona on teemahaastattelu ja haastattelun teemoina toimivat nykyinen painehaavojen hoitoprosessi, vastuukysymykset hoitoprosessista, mahdolliset muutostarpeet sekä patjien merkitys painehaavojen ehkäisyssä ja hoidossa. Haastattelut tullaan nauhoittamaan ja tähän kysytään vielä lupa ennen haastattelun toteuttamista. Haastattelut ja niiden litterointi on tarkoitus toteuttaa kesän aikana opinnäytetyöntekijän toimesta. Haastattelupaikka sovitaan sähköpostitse yhdessä tutkimukseen osallistuvan kanssa, niin ettei hänelle koidu ylimääräistä vaivaa tutkimukseen osallistumisesta. Haastatteluun on hyvä varata aikaa noin tunti.

Vastauksianne tullaan käsittelemään luottamuksellisesti. Aineistoja (nauhoitukset, suostumuslomakkeet, tunnistetiedot) tullaan säilyttämään tutkimuksen ajan (enintään vuoden 2019 loppuun asti) opinnäytetyöntekijän hallussa sähköisesti (nauhoitukset, tunnistetiedot) ja paperisena versiona (suostumuslomakkeet) niin, ettei kukaan muu kuin tutkimuksen tekijä pääse niihin käsiksi. Tutkimuksen tuloksista ja raportoinnissa teitä ei voi tunnistaa vastaajaksi. Tutkimusaineisto kerätään ainoastaan tutkimukseen, johon tämä saatekirje liittyy. Tutkimuksen lopuksi nauhoitetut haastattelut tullaan poistamaan ja tunnistetiedot ja suostumuslomakkeet hävittämään niin, ettei tutkimukseen osallistujia voida niistä tunnistaa.

Opinnäytetyön on tarkoitus valmistua loppusyksystä 2019. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla eikä yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista. Opinnäytetyön valmistuttua työ julkaistaan Theseuksessa, josta työtä pääsee lukemaan. Lisäksi mukana oleville organisaatioille lähetetään valmis opinnäytetyö luettavaksi.

Pyydän teitä tarvittaessa esittämään tutkimukseen liittyviä kysymyksiä opinnäytetyöntekijälle numeroon (xxx) tai sähköpostiin (xxx)

Ystävällisin terveisin,

Fysioterapiaopiskelija Kiia Räsänen sekä

Menetelmäohjaaja Tiina Kuukkanen

Sisällönohjaaja Pirjo Mäki-Natunen