

Painehaavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen -  
interventiotutkimus:  
potilasasiakirjojen sisällön analyysi

Hoitotyön koulutusohjelma  
sairaanhoitaja  
Opinnäytetyö

---

Jenni Koskimies 0602908  
Minna Lahtinen 0602909  
Virve Niura 0602938  
Petra Palmgren 0602913

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyön koulutusohjelma		Sairaanhoitaja	
Tekijä/Tekijät			
Jenni Koskimies, Minna Lahtinen, Virve Niura ja Petra Palmgren			
Työn nimi			
Painehaavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen - interventiotutkimus: potilasasiakirjojen sisällön analyysi			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Kevät 2009	33 + 5 liitettä	
TIIVISTELMÄ			
<p>Opinnäytetyömme aiheena oli painehaavojen hoidon kirjaamisen analysointi. Opinnäytetyömme liittyy vuonna 2007 käynnistyneeseen Helsingin terveyskeskuksen Akuuttisairaalan ja Metropolia ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman tutkimus- ja kehittämishankkeeseen ”Painehaavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen - Interventiotutkimus Laakson sairaalassa”. Tutkimuksen tarkoitus oli kehittää ja kuvata potilaan painehaavojen tunnistamisen ja ehkäisyn interventio sekä arvioida intervention käyttökelpoisuutta ja käytön vaikutuksia painehaavojen tunnistamiseen ja ehkäisyyn. Tavoitteena on, että intervention käyttöönoton ja sen tulosten avulla painehaavojen tunnistaminen ja ehkäisy kehittyi.</p> <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli analysoida hoitotyön dokumenteista sitä, miten intervention toteuttaminen näkyi hoitotyön kirjaamisessa. Tutkimusaineisto saatiin 62 potilaasta. Jokaisesta potilaasta saimme analysoitavaksi hoitosuunnitelman (Hosu), päivittäiset kirjaukset ja hoitotyön yhteenvedot. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä käyttäen intervention osa-alueiden pohjalta tehtyä luokittelurunkoa. Luokittelurungot oli jaettu interventiotutkimuksen osa-alueiden mukaisesti painehaavariskin kartoittamiseen, kudoseheyden säilymiseen, ravitsemustilan korjautumiseen, henkiseen vireyteen/orientoitumiseen ja vuorovaikutukseen.</p> <p>Tuloksien pohjalta kävi ilmi, että osastolla suoritettu interventio ei ilmene juurikaan hoitajien kirjaamisissa. Hosuissa oli parhaiten kirjattu ihon kunto, liikkuminen ja asentohoito. Päivittäisissä kirjauksissa eniten kirjauksia oli edellä mainituiden lisäksi virtsaamisesta, syömisestä ja henkisestä vireydestä. Yhteenvedoissa eniten oli kirjauksia ihon kunnosta, liikkumisesta ja ravitsemustilasta. Painehaavariski- ja vajaaravitsemuspisteet oli yleisesti laskettu, mutta niiden pistemääriä ei oltu avattu kirjauksissa. Peseytymistä ja puhtautta ei oltu kirjattu tarpeeksi Hosuihin ja yhteenvetoihin. Kaikissa potilasasiakirjoissa oli liian vähän kirjauksia potilaan ja omaisen ohjauksesta, vuorovaikutuksesta sekä painehaavan ehkäisyn apuvälineiden käytöstä ja niiden vaikutuksesta hoitoon.</p> <p>On tärkeää että haavanhoidolle kehitetään yhteiset hoitokäytännöt ja termit. Mutta jos niiden käyttö on automaattista jokaisen potilaan kohdalla, saattaa tästä tulla enemmän hoitajan tapa kirjata kuin potilaan tarpeista lähtevä hoitotoimenpide. Kehitysehdotuksenamme tähän olisi osaston termien laajentaminen sopimaan erilaisille potilaille, sekä jo käytössä olevien termien muuttaminen yksityiskohtaisimmiksi. Tämä helpottaisi myös sijaisten ja uusien työntekijöiden perehtymistä osaston kirjaamismalleihin.</p>			
Avainsanat			
painehaava, painehaavojen ennaltaehkäisy, hoitotyön dokumentointi			

Degree Programme in Nursing and Health Care		Degree Bachelor of Health Care	
Author/Authors Jenni Koskimies, Minna Lahtinen, Virve Niura and Petra Palmgren			
Title Prevention of Pressure Ulcers - An Intervention Study an an Analysis of Patient Documents			
Type of Work Final Project	Date Spring 2009	Pages 33 + 5 appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>The purpose of our final project was to analyse patient documents concerning pressure ulcer treatment at the Laakso Hospital, Helsinki, Finland. Our final project was part of a research and development project conducted by the Health Centre of the City of Helsinki and Helsinki Metropolia University of Applied Sciences, Finland. The purpose of the study was to develop, implement and evaluate a nursing intervention for medium risk pressure ulcer patients. The areas of the study were assessment of pressure ulcer risk, skin evaluation, positioning patient and pressure reducing devices, nutrition and nursing documentation.</p> <p>The patient documents consisted of care and service plan, daily nursing documents and nursing summary. The documents were collected for us by the nursingstaff of the hospital. There was a total of 62 patient documents.</p> <p>The results showed that the pressure ulcer intervention did not show in documentation. The patient documents lacked the evaluation of the nursing and treatment. Documentation was mechanical and very focused on nurses' work rather than patients' experiences. Some of the terms which the nurses used were limited and unclear.</p> <p>The development of the terms used in wound care and nursing methods is highly important. Incorrect documentation can lead to inadequate wound care or the wound could stay untreated. Having a pressure ulcer can be hard for the patient. In addition, pressure ulcers take a lot of the nursing staff's time and are expensive for society. Pressure ulcers can be prevented easily with correct guidelines and nursing staff training.</p>			
Keywords pressure ulcer, prevention of pressure ulcers, nursing documents			

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	PAINEHAAVA	2
2.1	Etiologia	2
2.2	Diagnostiikka	3
2.3	Painehaavojen arviointi ja hoito	4
3	PAINEHAAVAININTERVENTION OSA-ALUEET JA SEN TOTEUTTAMINEN	5
3.1	Intervention kuvaus	6
3.2	Painehaavariskin arviointi	7
3.3	Ihon tarkkailu	7
3.4	Asentohoito ja apuvälineet	7
3.5	Ravitsemus	8
3.6	Kirjaaminen	9
4	TUTKIMUSKYSYMYKSET	11
5	TUTKIMUSAINEISTON KERUU JA ANALYYSI	12
5.1	Sisällön analyysi	12
5.2	Hoitoasiakirjojen analyysi	12
6	TULOKSET	13
6.1	Intervention osa-alueiden ilmeneminen hoitosuunnitelmassa	13
6.1.1	Painehaavariskin kartoittaminen	13
6.1.2	Kudoseheyden säilyttäminen	14
6.1.3	Ravitsemustilan korjautuminen	16
6.2	Intervention osa-alueiden ilmeneminen päivittäisessä kirjaamisessa	16
6.2.1	Painehaavariskin kartoittaminen	17
6.2.2	Kudoseheyden säilyminen	17
6.2.3	Ravitsemustilan korjautuminen	20
6.2.4	Henkinen vireys ja orientoituminen	21
6.2.5	Vuorovaikutus	21
6.3	Intervention osa-alueiden ilmeneminen yhteenvedossa	22
6.3.1	Painehaavariskin kartoittaminen	22
6.3.2	Kudoseheyden säilyttäminen	23
6.3.3	Ravitsemustilan korjautuminen	25
6.3.4	Henkinen vireys ja orientoituminen	25
6.3.5	Vuorovaikutus	26
6.4	Yhteenveto tuloksista	26
6.5	Tulokset, joita ei voitu luokitella	28
7	POHDINTA	29
7.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	29
7.2	Tulosten tarkastelu	30
7.3	Kehittämisehdotukset	32
	LÄHTEET	34
	LIITTEET 1-5	

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aiheena on painehaavojen hoidon kirjaamisen analysointi. Opinnäytetyömme liittyy vuonna 2007 käynnistyneeseen Helsingin terveystieteiden keskuksen Akuutti-sairaalan ja Metropolia ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman tutkimus- ja kehittämishankkeeseen ”Painehaavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen - Interventiotutkimus Laakson sairaalassa”. Tutkimuksessa kehitetään ja kuvataan potilaan painehaavojen tunnistamisen ja ehkäisynterventio sekä arvioidaan intervention käyttökelpoisuutta ja käytön vaikutuksia painehaavojen tunnistamiseen ja ehkäisyyn. Interventio sisältää painehaavariskin määrittämisen, ehkäisytoimien toteuttamisen ja toiminnan tarkan dokumentoinnin. (Mattila - Rekola - Wikberg - Eriksson 2007: 3.) Opinnäytetyömme tarkoituksena on analysoida hoitotyön dokumenteista sitä, miten intervention toteuttaminen näkyy kirjaamisessa. Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää kustannustehokas hoitotyön interventio painehaavojen ehkäisyyn, toimeenpanna se ja arvioida kehitettyä interventiota ja sen vaikutuksia. Tavoitteena on, että intervention käyttöönoton ja sen tulosten avulla painehaavojen tunnistaminen ja ehkäisy kehittyvät. (Mattila ym. 2007.) Interventio-osastolla noudatetaan uusia painehaavojen hoito-ohjeita, ja vertailuosastolla ovat käytössä Laakson sairaalan yleiset ohjeet koskien painehaavoja (Helsingin kaupunki terveystieteiden keskus 2002).

Painehaavalla tarkoitetaan ihon tai ihonalaisen kudoksen paikallista vauriota, jonka aiheuttanut paine, venyttäminen tai hankaus yhdessä tai erikseen. Lisäksi ulkoisen painevaurion taustalla voi olla moni muukin tekijä kuten kipsi, ortoosi tai muu hoitoväline. (Hietanen - Iivanainen - Seppänen - Juutilainen 2002: 186.)

Terveystieteiden keskeinen tehtävä on tarjota mahdollisimman tehokasta, laadukasta ja taloudellisesti edullista hoitoa potilaille. Painehaavojen osalta se tarkoittaa tarkoituksenmukaista ennaltaehkäisevää hoitoa ja painehaavojen tunnistamista mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Helsingin kaupunki terveystieteiden keskus 2002: 3.) Haavan arvioinnin monimutkaisuus voi johtaa epä johdonmukaiseen ja väärään dokumentointiin ja riittämättömään haavanhoitoon. Potilaan haavaan liittyvää tietoa on vaikea löytää, jos se on kirjattu moninkertaisesti useaan eri paikkaan potilaskertomukseen. Lisäksi jos potilaalla on useita eri haavoja, johtaa se vielä suurempiin haasteisiin haavan ja haavan hoidon kuvaamiseen, kirjaamiseen ja arvioinnin osalta. Hoitoa vaikeuttaa lisäksi hoidon antajien

erilainen tiedon taso. Potilaskertomus on todiste potilaalle annetusta hoidon laadusta. (Kinnunen - Ensio - Saranto 2008: 73.) Painehaavan kanssa eläminen on raskasta potilaalle ja hänen omaisilleen. Lisäksi painehaavan hoito vie paljon hoitohenkilöstön aikaa ja on kallista sekä yhteiskunnalle että potilaalle. (Hietanen ym. 2002: 186.) Painehaavojen hoidossa kalleinta on vuodeosastohoito sekä hoitohenkilöstön tekemä työ, mikä on 80–90 prosenttia kaikista kuluista. Lääkkeiden, haavanhoitotuotteiden ja apuvälineiden osuus kustannuksista on suhteellisen pieni. Avoin painehaava edellyttää sairaanhoitajan tekemää sidevaihtoa ja haavanhoitoa yleensä 1–2 päivän välein. (Korjonen 2005: 10.)

Väestö ikääntyy, ja sairauksien aiheuttamat muutokset saattavat lisätä painehaavojen määrää, ellei toimenpiteisiin ryhdytä. Kaikissa terveydenhuollon toimipisteissä on kiinnitettävä erityisesti huomiota potilaiden riskiin saada painehaava. Suurin osa painehaavoista voidaan estää, ja on tärkeää, että on käytettävissä ohjeet sekä painehaavojen ehkäisyä että henkilöstön koulutusta varten. Näiden on perustuttava parhaaseen saatavilla olevaan tutkimusaineistoon. Painehaavojen ehkäisy tavoitteet ja keinot tulee kirjata, jotta tavoitteisiin päästään. (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2009.)

## 2 PAINEHAAVA

Painehaavat (aiemmin makuuhaavat, nimi vaihdettu painehaavaksi, sillä niiden syntyyn vaikuttaa nimenomaan paine ei niinkään makuuasento) syntyvät erityisesti potilaille, jotka joutuvat makaamaan pitkiä aikoja aloillaan vuoteessa. Liikkumattomuuden lisäksi niiden kehittymiseen vaikuttavat mekaaninen kuormitus, inkontinenssi ja potilaan korkea ikä. Ravitsemuksellakin on epäilty olevan vaikutusta painehaavojen kehittymiseen. (Huovinen 2007.)

### 2.1 Etiologia

Painehaavojen syntymistä edesauttaa verenkierron heikkeneminen. Painehaavoja on tutkittu paljon, ja on ehdotettu erilaisia teorioita koskien painehaavojen syntymiseen vaikuttavista tekijöistä kuten soluvälinesteen virtauksen ja lymfakierronhäiriöt sekä solujen vääntymisen. (Huovinen 2007.)

Painehaava on paikallinen vaurio iholla tai sen alla olevassa kudoksessa. Vaurion on aiheuttanut paine, ihon venyntyminen, hankaus ja/tai nämä yhdessä. Edellä esitetty määritelmä perustuu tämänhetkiseen tutkimukseen ja teoriaan. Uusia teorioita painehaavan synnystä ja hoidosta kehitetään jatkuvasti. Tarvitaan kuitenkin lisää tutkimustyötä ennen kuin määritelmä voidaan niiden perusteella muuttaa. (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry.: 1).

## 2.2 Diagnostiikka

Painehaavojen diagnostiikassa olisi hyvä käyttää Eurooppalaisen painehaavojen neuvottelukunnan (EPUAP) suosittamaa syvyysluokitusta (asteet I-IV). Syvyysluokituksessa haavan syvyyden ilmoittamiseen vaikuttaa se, mitkä anatomiset rakenteet ovat tulleet haavan pohjalta esille. Diagnoosista tulisi tulla esille arvio haavan koosta, syvyydestä, nekroosin ja infektion asteesta. Jotta paranemista voidaan seurata luotettavasti, tulisi haavan koko ja syvyys kirjata ylös piirrosta tai valokuvausta apuna käyttäen. (Hietanen - Iivanainen - Seppänen - Juutilainen 2005: 188.)

Painehaavat jaetaan EPUAP:in ohjeiden mukaan neljään asteeseen:

1. aste: Ihon punoitus, joka ei häviä asentoa vaihtaessa. Myös ihon värin muutos, kuumotus, turvotus sekä ihon ja ihonalaiskudoksen kovettuminen voivat olla myös merkkejä painevaurioista. Värimuutoksen tunnistaminen voi olla hankalaa tummaihoisilla ihmisillä. Nämä potilaat, joilla on 1. asteen painehaava kuuluvat Laakson sairaalan interventio tutkimukseen.

2. aste: Pinnallinen ihon tasossa oleva haava, joka ulottuu epidermikseen, dermikseen tai molempiin saakka. Haava on pinnallinen ja kliiniseltä kavaltaan se edustaa nirhaumaa, rakkulaa tai pinnallista punaista haavaa.

3. aste: Ihon läpi, ihonalaiseen rasvaan ulottuva haava, joka ei lävistä faskiaa. Ihon lävistää haava, jossa ihonalainen rasvakudos voi olla nekroosissa. Haava saattaa ulottua alla olevan lihaksen peitinkalvoon eli faskiaan saakka mutta ei lihakseen.

4. aste: Syvä lihakseen tai luuhun ulottuva haava. Laaja kudostuho, jossa nekroosi tai vaurio ulottuu lihakseen, jänteisiin, luuhun tai niveliin asti. Vaurion pinnalla oleva iho on vaurioitunut, mutta voi olla silti ehjäkin. (European Pressure Ulcer Advisory Panel 2008.)

### 2.3 Painehaavojen arviointi ja hoito

Riskiluokitusmittarien avulla tunnistetaan painehaavan syntymiselle alttiit potilaat. Mikään riskiluokitusmittari ei kykene ennustamaan 100-prosenttisesti potilaan vaaraa saada painehaava. Mitä tahansa käytetäänkin tulee erityisesti kiinnittää huomiota haavan etiologiaan ja vaikuttaa etiologian mukaisiin tekijöihin. Tunnetuimmat ja käytetyimmät mittarit ovat Bradenin, Nortonin ja Waterlowin asteikot. Bradenin asteikko (Liite 1) soveltuu vuodeosastoilla käytettäväksi ja se on käytössä Laakson sairaalassa. Se on suunniteltu aikuispotilaille. Bradenin asteikko koostuu kuudesta osatekijästä. Pisteytys (risk score) vaihtelee 6-23 pistettä. Normaali pistemäärä terveelle ihmiselle ilman riskiä on 23. Kohonneessa painehaavariskissä pisteytys on 18 tai sen alle. Nortonin asteikko koostuu viidestä osasta ja pisteytys on välillä 5-20. Tämän asteikon mukaan kriittinen raja saada painehaava on 14 tai alempi. Nortonin asteikosta muokattu Waterlow'n asteikko koostuu kahdeksasta osatekijästä ja pisteitä saa eri osista vaihdellen, mitä suurempi pistemäärä tässä asteikossa sitä suurempi riski saada painehaava. (Hietanen ym. 2005: 190-191).

Vajaaravitsemusta voidaan arvioida Isossa Britanniassa kehitetyllä MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) menetelmällä. MUST on helppo työkalu vajaaravitsemusriskin löytämiseksi vuodeosastoilla ja avosairaanhoidossa, jolloin ravitsemuskuntoutus voidaan aloittaa riittävän varhain. Näin toipuminen edistyy ja omatoimisuus säilyy. Hyvä ravitsemustila vähentää infektiotaltiutta, edesauttaa haavojen paranemista ja parantaa hoitovastetta sekä elämänlaatua. (Pakarinen 2005.)

Painehaavoja yleensä hoidetaan konservatiivisin menetelmin. Asentohoitojen ja painehaavapatjojen avulla pyritään vähentämään painetta kuormituskohdalla. Hoidossa on olennaista myös kiinnittää huomiota potilaan yleiskuntoon ja ravitsemustilaan sekä perussairauksien hoitotasapainoon.



Jos haavan pinnalle on kehittynyt paksu kudoksetekroosi, poistetaan se kirurgisesti revidoimalla. Operaation jälkeen haavaa hoidetaan konservatiivisin keinoin. Tavoitteena on puhdistaa haava kuolleesta kudoksesta ja saada haava granuloivaan vaiheeseen. (Hietanen ym. 2005: 202.) Hoidossa on tärkeintä poistaa alueelle kohdistuvaa painetta, koska vaarana on, että potilaalle kehittyy useampia painehaavoja.

Kirurginen haavahoito tulee kyseeseen silloin, kun haava on III-IV asteen syvä ja laaja painehaava, eikä paraneminen edisty selvästi 2-3 kuukauden kuluessa. Painehaavan kirurgisella revisiolla tarkoitetaan kuolleen kudoksen poistoa, joka useinkin voidaan suorittaa yksinkertaisesti ilman anestesiaa potilaan vuodeosastolla tai poliklinikalla veistä ja pinsettiä käyttäen. Tällöin edetään siihen kudoksetekroosiin, missä alkaa näkyä verenvuotoa tai alkaa tuntua kipua. Jos painehaavaneuroosiin liittyy vaikea infektio, saatetaan tarvita perusteellisempaa revisiota leikkaussaliolosuhteissa. Revisio tehdään tarvittaessa toistuvasti ja haavan jatkopuhdistuminen varmistetaan paikallishoidon keinoin. (Hietanen ym. 2005: 207.)

### 3 PAINEHAAVAINTERVENTION OSA-ALUEET JA SEN TOTEUTTAMINEN

#### 3.1 Intervention kuvaus

Laakson sairaalassa toteutettava interventio on jaettu osa-alueisiin joihin interventio kohdentuu. Niitä ovat painehaavariskien arviointi, ihon tarkkailu, asentohoito ja apuvälineet, ravitsemus ja kirjaaminen. Interventiotutkimus tarkoittaa hoitotyön toiminnan vaikuttavuuden tutkimista luonnollisissa olosuhteissa ja se liittyy hoidon laadun kannalta keskeiseen aiheeseen. Interventiolla tarkoitetaan tässä hoitotyön toimintojen sarjaa, joka sisältää painehaavariskin määrittämisen, ehkäisytoimien toteuttamisen ja toiminnan tarkan dokumentoinnin. Hoitotyöntekijät voivat toteuttaa intervention toistuvasti tutkimukseen mukaan tuleville potilaille. Intervention on tarkoituksena olla yksinkertainen käyttää hoitotyössä. (Mattila ym. 2007.)

Toteutettava interventio suunniteltiin yhteistyössä asiantuntijaryhmän kanssa syksyn 2007 ja alkuvuoden 2008 aikana siten, että se otettiin käyttöön 5.5.2008. Painehaavojen ehkäisyyn ja tunnistamiseen tähtäävä koulutus sairaalan hoitohenkilökunnalle alkoi syksyllä 2007 Laakson sairaalassa. Koulutuksessa käytiin läpi mm. intervention sisältöä ja Bradenin asteikon käyttöä painehaavariskin tunnistamisessa. Koko Laakson sairaalan

hoitohenkilökunta osallistui Braden-koulutukseen, koska Braden on käytössä koko sairaalassa. Interventio-osaston henkilökunta osallistui maaliskuussa 2008 intervention toimeenpanokoulutukseen. (Mattila ym. 2007.)

Osa-alueet, joihin interventio osastolla kohdentuu, ovat painehaavariskin arviointi, ihon tarkkailu, asentohoito ja apuvälineet sekä ravitseminen. Asentohoidoilla ja apuvälineillä ehkäistään ja hoidetaan painehaavoja. Potilasta ja hänen omaisiaan tulee ohjata näihin liittyvissä asioissa. Ravitsemuksen arviointi, ruokailun seuranta ja yksilöllinen ruokavalio ovat osana painehaavojen ehkäisyä ja hoitoa.

TAULUKKO 1. Intervention osa-alueet.

Intervention osa-alueet	Toteutus
Painehaavariskin arviointi	Käytetään Bradenin -asteikkoa potilaan sisään- ja uloskirjaamisvaiheessa.
Ihon tarkkailu	Painehaavakohtien havainnointi.
Asentohoito ja apuvälineet	Paineen poistaminen tai keventäminen asentohoidon ja apuvälineiden avulla. Fysioterapeutin ohjeet hoitajille vuodepotilaiden, istuvien ja liikkuvien potilaiden hoidossa.
Ravitseminen	MUST (The Malnutrition Universal Screening Tool) -asteikon käyttö potilaan sisään- ja uloskirjaamisvaiheessa sekä potilaan ruokailun ja ravitsemuksen havainnointi ja kirjaus.
Kirjaaminen	Interventioiden kirjaaminen potilasasiakirjoihin.

### 3.2 Intervention toteutus

Interventio toteutettiin osastolla 9. Intervention toimeenpantiin 5.5. - 31.12.2008 osastolla 9. Osasto on marraskuussa 2007 avattu 25 paikkainen haava-osasto. Osastolla on kirurgisia jatkohoito-potilaita, kuten palovammapotilaita ja pehmytosakirurgisia potilaita. Intervention toteuttamisen ulkopuolelle jäivät palovammapotilaat, potilaat, joilla on muu kuin I-asteen painehaava tullessa sairaalaan, ihonsiirto kuormitusalueella tai vaikea infektio ja terminaalivaiheen potilaat. Vertailuosastona on osasto 7, joka on 26 paikkainen akuuttiosasto. (Mattila ym. 2007: 3-4.) Laakson sairaalan edellä mainitut osastot keräsivät tutkimusta varten potilasdokumentteja. Potilasdokumentit oli kirjoitettu Pegasos-potilastietojärjestelmään ja ne sisälsivät hoitosuunnitelman, päivittäisen kirjaamisen ja hoitotyön yhteenvedon. (Mattila ym. 2007.)

### 3.3 Painehaavariskin arviointi

Bradenin riskiluokitusmittaria käytettiin painehaavojen riskin arvioinnissa. Sen avulla tunnistetaan painehaavan syntymiselle alttiit potilaat (liite 1). Riskiluokitus tehtiin heti sairaalaan tullessa tai viimeistään vuorokauden aikana ja sen jälkeen parin vuorokauden kuluttua tai kun tilanne muuttui. Sen jälkeen luokituksen tekemisen tiheys riippui potilaan terveydentilasta ja sairaalassaoloajasta. (Hietanen ym. 2005: 190-191.)

### 3.4 Ihon tarkkailu

Painehaavariskiä arvioitiin ihoa tarkkailemalla ja kartoitettiin yksilölliset riskit. Ihon tarkkailussa kiinnitettiin huomiota punoitusalueiden havaitsemiseen sekä merkitsemällä kehoa esittävään kuvioon mahdolliset muutokset. Ihon kunto tarkistettiin luu-ulokekohdilta päivittäin. (Mattila ym. 2007.)

### 3.5 Asentohoito ja apuvälineet

EPUAP: in suositusten mukaan ensimmäisenä tavoitteena on tunnistaa ne potilaat, joilla suurentunut riski saada painehaava. Arvioinnin apuna käytetään yleisesti riskiluokitusmittareita. Toisena tavoitteena on ylläpitää ja edistää kudoksen paineensietokykyä huolehtimalla asentohoidoista ja potilaan ravitsemuksesta sekä hänen ihon kunnostaan. Yhtenä tavoitteena EPUAP: in suosituksissa on suojella potilaan ihoa paineelta, hankaukselta ja venyttymiseltä asentohoitojen ym. apuvälineiden avulla. Tärkeää on myös opastaa potilasta ja läheisiä siitä, miten voi omalla toiminnallaan vaikuttaa painehaavojen ennaltaehkäisyyn. (Hietanen ym. 2005: 194-195.) Fysioterapeutti laati osastolle yksityiskohtaiset ohjeet asentohoidon toteutusta varten.

Jos potilas makaa vuoteessa eikä pysty itse kääntymään, tulee hänen asentoaan muuttaa kahden tunnin välein käyttäen tyynyjä hänen asentonsa tukemiseksi. Potilas tulisi tukea asentoon, jossa hänen vartalonsa on 30 asteen kallistuskulmassa paineen alentamiseksi. Tähän suositellaan kiilatyynyjen käyttöä. Kantapäiden tulisi olla irti patjasta tyynyjen avulla. Istuessa potilasta olisi myös hyvä tukea tyynyillä. Tyynyjen asettamisessa on varmistettava, etteivät nämä heikennä muiden painetta vähentävien apuvälineiden hyötyä. (Hietanen ym. 2005; Isoaho 2006.)

Painehaavojen ehkäisyyn on olemassa mm. erityisiä pehmusteita, siirtymiseen käytettäviä apuvälineitä ja asentohoitotyynyjä. Pitkäaikaisilla vuodepotilailla tulisi käyttää painehaavojen ehkäisemiseksi tarkoitettuja patjoja, kuten Decubitus-patjaa. Erilaiset vaahdotomuvipohjaiset tai korkeampaa teknologiaa edustavat painetta alentavat erikoispatjat ja päälliset näyttävät olevan painehaavapatjojen ja sänkyjärjestelmien vaikuttavuudesta saatujen kliinisten tutkimusten mukaan selvästi parempi vaihtoehto painehaavojen ehkäisyssä ja hoidossa kuin tavanomaiset sairaaloiden peruspatjat (Hietanen ym. 2005: 199).

### 3.6 Ravitseminen

Vaikka painehaavojen yleisesti katsotaan johtuvan lähinnä liikkumattomuudesta, kuitenkin myös ravitsemuksen ja painehaavojen välillä saattaa olla syy-yhteys. Tätä oletusta ei ole vielä todistettu tieteellisesti, eikä näyttöön perustuvissa tutkimuksissa ole toistaiseksi pystytty osoittamaan yhteyttä huonon ravitsemustilan ja painehaavojen esiintymisen välillä. Huono ravitsemustila saattaa kuitenkin lisätä kudosten alttiutta ulkoisten tekijöiden kuten paineen vaikutuksille. On tärkeää huomata, että vain muutama riskitekijään pystytään vaikuttamaan ja niistä tärkeimmät ovat kudosten kuormitus ja ravitseminen. Potilaan ravitsemuksessa huomioidaan riittävä kalorimäärä ja runsas proteiinien ja aminohappojen saanti. Painehaavapotilaan ruokavalio tulee sisältää myös tarpeeksi C-vitamiinia ja sinkkiä, joiden on todettu nopeuttavan painehaavojen paranemista. (Huovinen ym. 2005: 202.)

Nykyisissä Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvoston (EPUAP) hoitoperiaatteissa ja toimintalinjoissa käsitellään lyhyesti vajaaravitsemuksen merkitystä painehaavojen kehittymisen ja hoidon kannalta. Niissä sanotaan esimerkiksi seuraavaa:

- Potilaiden täydelliseen painehaavariskin arviointiin pitää kuulua yleiskunnon, ihon, liikuntakyvyn, (ihon) kosteuden ja inkontinenssin, ravitsemustilan ja kivun arviointi.
- Vajaaravitsemuspotilaalle on tehtävä arvioinnin jälkeen suunnitelma sopivasta tuki- ja/tai lisäravinnosta, joka täyttää hänen ravitsemustarpeensa ja vastaa hoidon tavoitteita.

- Varmista painehaavapotilaan tarvitsema ravintoaineiden saanti ehkäistäkseen aliravitsemusta (vajaaravitsemusta). Huomioi ravitsemushoidossa potilaan kunto ja toivomukset.

Tämän suosituksen tarkoitus on selittää nykyisten EPUAP- ohjeiden viittauksia vajaaravitsemukseen ja antaa käytännön työntekijöille ohjeita ravitsemustilan seulontaa ja arviointia sekä sen jälkeisiä toimenpiteitä varten. Suositukset on tarkoitettu kaikkiin hoitotilanteisiin, mutta on selvää, ettei kaikissa toimipisteissä ole käytettävissä tarvittavia välineitä, kuten vaakoja tai ravitsemukseen perehtynyttä henkilökuntaa, kuten ravitsemusterapeutteja. (EPUAP 2003.)

Brittiläisen ravitsemuksen yhdistyksen BAPENin kehittämä MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) on menetelmä, joka sopii kaikenikäisten aikuisten vajaaravitsemusriskin seulontaan niin akuuttisairaalassa, pitkäaikaishoitolaitoksessa kuin kotonakin. MUST-menetelmän kehittämiseen on osallistunut lääkäreitä, hoitajia ja ravitsemusterapeutteja, ja se on käytännössä todettu luotettavaksi, nopeaksi ja helppokäyttöiseksi. MUST:issa tarkistetaan potilaan kehon painoindeksi (BMI), tahaton painon putoaminen sekä akuutin sairauden vaikutus syömiseen. Näiden tekijöiden pohjalta lasketaan vajaaravitsemusriski ja päätetään ravitsemushoidon toteuttamisesta. MUST myös opastaa toimenpiteisiin vajaaravitsemusriskin löytyessä: se ohjaa harkitsemaan, voidaanko tilannetta seurata muutaman päivän ajan, tarvitaanko ravitsemusterapeutin konsultaatiota vai onko ravitsemushoitoa tehostettava välittömästi esimerkiksi tarjoamalla täydennysravintovalmisteita tai aloittamalla letkuruokinta. (Pakarinen 2005.). 0 MUST-pistettä tarkoittaa vähäistä vajaaravitsemusriskiä, 1 MUST-piste tarkoittaa kohtalaista riskiä ja suuri vajaaravitsemusriski on potilaalla, jolla pisteitä on 2 tai enemmän. (MUST - vajaaravitsemusriskin seulonta.) Ravitsemusterapeutti laati osastolle ohjeet potilaan ravitsemushoidosta, jotka perustuivat MUST-lomakkeen käyttöön ja potilaan ruokailun seurantaan.

### 3.7 Kirjaaminen

Potilaan hoitamisen näkökulmasta potilaskertomus mahdollistaa päivittäisen tiedonkulun, avustaa päätöksenteossa ja on hoidon suunnittelun tiedonlähde. Hoitaja tekee prosessin jokaisessa vaiheessa hoidollisia päätöksiä, jotka näkyvät rutiininomaisen kirjaa-

misen vähenemisenä. Juridisesti terveydenhuollon ammattihenkilöitä sitoo mm. sosiaali- ja terveysministeriön asetus (STM 99/2001), joka edellyttää että potilasasiakirjoihin merkitään potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan kannalta tärkeät tiedot. Näistä tulee selvittää sekä hoitoa koskevat päätökset että päätösten perusteet. (Kauppila 2008: 10.)

Käytännössä hoitotyö lähtee potilaan yksilöllisestä kokemuksesta, mutta sen ilmaiseminen kirjallisesti koetaan usein vaikeaksi. Epätasällinen kirjaaminen korostaa enemmän hoitajien toimintaa tai yksilön rutiineja, siinä voi myös olla tulkinnanvaraisia ilmaisuja tai paikallista murreta. Todellisuudessa hoitajat tekevät hoidollisia päätöksiä jatkuvasti muuttuvissa tilanteissa ja erilaisissa toimintaympäristöissä. Hoitotyön prosessin eri vaiheita tehdään yhtä aikaa ja päätöksentekoon osallistuu useita eri ammattiryhmiä. (Kauppila 2008: 10.)

Kinnunen, Ensio ja Saranto (2008) ovat tutkineet hoitotyön kirjaamista haavahoidon osalta. Tulosten mukaan kirjaamisessa ei käytetä yhtenäistä termistöä, jonka vuoksi haavahoidon onnistumista on vaikea arvioida, sekä hankala kehittää. Tutkimuksen mukaan haavahoidon kirjaamisessa on parantamisen varaa. Potilaskertomus on todiste potilaalle annetusta hoidon laadusta, joten dokumentoinnin tulee olla oikea-aikaista, virheetöntä ja täsmällistä. Yhteisen termistön kehittäminen/ käyttäminen olisi tärkeää, jotta vältetään väärinymmärryksiltä Sähköinen järjestelmä luo lisähaasteita haavahoidon kirjaamiselle. (Kinnunen ym. 2008.)

Haavahoidon kirjaamisen lisäksi on tärkeää kirjata potilaan kipukokemuksia potilasasiakirjoihin. Kivun kirjaaminen on koettu vaikeaksi ja se on usein puutteellista. Hyvin kirjatut potilaan kiputunteukset saattavat jopa nopeuttaa potilaan toipumista ja helpottavat oikean hoitomenetelmän valintaa. Jos kipua ei ole kirjattu tarpeeksi hyvin, on sen hoitaminen hankalaa ja potilaan toipuminen pitkittyä. (Kauppila 2008.)

11.4.2002 valtioneuvoston tekemän päätöksen mukaan sähköinen sairaskertomus otetaan käyttöön vuoden 2007 loppuun mennessä. Tarkoituksena on, että sähköinen potilasjärjestelmä on käytössä kaikissa terveydenalanorganisaatioissa niin julkisella kuin yksityisellä sektorilla. (Hallila 2005: 51.) Sähköinen potilasjärjestelmä takaa paremman potilasturvallisuuden ja parantaa osaltaan hoidon laatua. Se myös mahdollistaa parem-

min tilanteen seurannan ja tilastoinnin. Sähköisen potilasjärjestelmän avulla potilaan tiedot siirtyvät kätevästi hänen vaihtaessa hoitopaikkaa. Tämä ennen kaikkea takaa hoidon jatkuvuuden ja lisäksi säästää hoitokustannuksia, kun ei tarvitse tehdä kalliita hoitotutkimuksia uudelleen uudessa sairaalassa.

2008 vuodesta lähtien sähköisessä kirjaamisessa tulee käyttää ydintietomääritysten mukaisia tietorakenteita (Kinnunen ym. 2008). Näillä tarkoitetaan tärkeimpiä potilaan terveyden- ja sairaanhoitoa kuvaavia tietoja, jotka on kuvattu yhdenmuotoisella tavalla. Tällaisia ydintietoja on mm. hoidon tarve, hoitotyön toiminnot ja hoidon tulokset sekä hoitotyön yhteenveto. Ydintiedot antavat kokonaisen kuvan potilaan terveys- ja sairaushistoriasta. Tavoitteena on, että nopeasti löydetään hoidon kannalta keskeinen tieto. Ydintietojen kirjaaminen edellyttää yleisesti ja yhteisesti sovittuja sanastoja, nimikkeistöjä ja luokituksia. (Kinnunen ym. 2008).

Osastohoidon työasema kuuluu järjestelmän keskeisiin osiin muun Pegasos – järjestelmän osana siten, että osastojen toiminta voidaan liittää saumattomasti avohoidon järjestelmään. Potilaan hoitokaksot muodostavat perustoiminnon osastohoidon ohjelmalle. Järjestelmään on kehitetty kattava ja monipuolinen hoitotyön osio, jossa hoitosuunnitelman ja hoitotyön toteutuksen kirjausten avulla seurataan tarkasti potilaan hoitoa osastolla. Hoitotaulukkoon (ent. kuumekurva) on koottuna potilaskohtaisesti erilaisia seurattavia asioita ja yhteenvetoja. Hoitosuunnitelma voidaan mukauttaa eri yksiköiden tarpeisiin, sen pohjaksi voidaan laatia vaikkapa osastokohtaiset hoitosuunnitelmarungot, joiden avulla hoitotyön kirjaukset yhtenäistyvät. Osastonlääkitys täydentää potilaan lääkehoitoa ja siinä voidaan määrittellä potilaan lääkitykselle lääkkeen jakoajat sekä seurata osaston lääkityksiä potilaskohtaisesti tai osastokohtaisesti. (Pegasos-potilastietojärjestelmä 2005.)

#### 4 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinäytetyömme tarkoituksena on analysoida hoitotyön dokumenteista sitä, miten intervention toteuttaminen näkyy kirjaamisessa.

Tutkimuskysymyksinämme on:

1. Miten intervention mukaiset osa-alueet ilmenevät hoitosuunnitelmassa?
2. Miten intervention mukaiset osa-alueet ilmenevät päivittäisessä seurannassa?

### 3. Miten intervention mukaiset osa-alueet ilmenevät hoitotyön yhteenvedossa?

## 5 TUTKIMUSAINEISTON KERUU JA ANALYYSI

Hoitajat keräsivät potilasasiakirjat intervention toteuttamisaikana. Potilasasiakirjoja tulostettiin tutkimukseen osallistuvista potilaista kuukauden ensimmäisenä ja kolmantena viikkona. Tutkimusaineistoa säilytettiin osastolla. Tutkimusajan aikana tutkimusaineistoa saatiin 62 potilaasta, jotka olivat kyseisenä aikana osastolla potilaina. Jokaisesta potilaasta saimme analysoitavaksi kolme lomaketta: hoitosuunnitelman, päivittäisiä kirjaamisia ja yhteenvedot. Potilaiden hoitajaksojen pituus vaihteli kahdesta päivästä 343 päivää.

### 5.1 Sisällön analyysi

Sisällönanalyysi on tekstianalyysia. Analyysissa tuotettu aineisto voidaan kvantifioida, eli analyysia jatketaan siten, että sanallisesti kuvatusta aineistosta tuotetaan määrällisiä tuloksia. Sisällönanalyysilla pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään empiiristä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkitavasta ilmiöstä. (Tuomi – Sarajärvi 2002: 105-115.)

Kun tarkastellaan hoitotyön kirjaamisia, on ensin määriteltävä kirjaamisen kriteerit, joiden ilmenemistä tarkastellaan kirjaamisista. Niiden pohjalta laadittiin luokittelurunko, jonka avulla pystytään analysoimaan kirjaamisia. Kun asiakirjoja analysoidaan, ongelmaksi voivat muodostua hoitotyöntekijöiden erilaiset ilmaisut samasta asiasta, jolloin joudutaan päättämään miten ilmaus luokitellaan.

### 5.2 Hoitoasiakirjojen analyysi

Analyysissä käytettiin aiemmin laadittuja (litteet 3-5). Luokittelurunkoja oli kolme kappaletta yhtä potilasta kohden: päivittäiseen hoitotyöhön, hoitosuunnitelmalomakkeeseen ja hoitotyön yhteenvedoon. Luokittelurungot oli jaettu interventiotutkimuksen osa-alueiden mukaisesti painehaavariskin kartoittamiseen, kudoseheyden säilymiseen, ravitsemustilan korjautumiseen, henkiseen vireyteen ja orientoitumiseen sekä vuorovaikutukseen. Lisäksi rungoissa oli tilaa omille muistiinpanoille. Omiin muistiinpanoi-



hin kokosimme mm. termejä, joita emme pystyneet luokittelemaan, emmekä analysoidaan. Teimme niistä erikseen oman taulukon työhömmme. Lisäsimme luokittelurunkoihin kaksi luokkaa (syöminen ja nestetasapaino). Luokittelurungoihin kerätyt aineistot analysoitiin SPSS tilasto-ohjelmalla, ja niistä laskettiin frekvenssejä ja prosentteja.

Työskentelimme pareittain analysoidessamme potilasasiakirjoja. Aloitimme analysoinnin 18.11.08 ja lopetimme 22.1.09 Kävimme osastolla vuoropäivinä, jottei meille osoitetussa pienessä tilassa tullut ahdasta. Kävimme osastolla 13 kertaa. Päivässä työskentelimme 3-8 tuntia kerrallaan. Osa potilasdokumenteista oli kerätty pitkältä ajalta ja niiden läpikäymiseen saattoi kulua kauan aikaa, tällöin analysointi vaati tauon. Osittain analysoimme yksin ja osittain yhdessä. Osaston henkilökunta oli ystävällistä ja avulias-ta. Työskentelymme sujui joustavasti, ja suoritimme analysoinnin oman aikataulumme mukaisesti.

## 6 TULOKSET

### 6.1 Intervention osa-alueiden ilmeneminen hoitosuunnitelmassa

Hoitopäivät osastolla vaihtelivat muutamasta päivästä jopa vajaaseen vuoteen, keskimäärin potilaat olivat osastolla 38 päivää. Potilaille oli hoitosuunnitelmaan määritelty päätavoite ja hoitotyön diagnoosi. Valtaosalla oli sama hoitotyön diagnoosi painehaavojen osalta.

#### 6.1.1 Painehaavariskin kartoittaminen

Painehaavariskiä arvioitiin määrittelemällä Braden- sekä MUST-pisteet (taulukko 2).Potilaista 11 %:lla oli laskettu Braden-pisteet kuusi kertaa hoitajakson aikana. Mitä kauemmin potilaat olivat osastolla, sitä useammin Braden-pisteet oli laskettu. Maksimissaan Braden-pisteet oli laskettu 57 kertaa. Braden-pisteet vaihtelivat osastolla olleilla potilailla 9-22 pisteen välillä. Eniten potilaat saivat 22 pisteen arvon eli painehaavariski heillä oli pieni.

MUST-pisteet oli laskettu 21 %:lla potilaista neljä kertaa. Maksimissaan MUST-pisteet oli laskettu 25 kertaa. Suurin osa potilaista oli saanut MUSTia arvioitaessa 0 pistettä, eli

heillä oli vähäinen vajaaravitsemusriski. Yksi potilaista oli saanut korkeamman arvon kuin muut eli 4 pistettä.

TAULUKKO 2. Painehaavariskin kartoittaminen hoitosuunnitelmassa (n=62).

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Braden-pistemäärä	1-5	15 (24)
	6-10	22 (36)
	11-14	8 (13)
	16-25	7 (11)
	26-35	5 (8)
	36-57	5 (8)
MUST-pisteet	0	1 (2)
	1-5	36 (58)
	6-10	12 (19)
	11-18	8 (13)
	20-25	5 (8)

### 6.1.2 Kudoseheyden säilyttäminen

Useimmissa hoitosuunnitelmassa oli kuvailtu jollain tavalla potilaan liikkumista. Merkinnät liikkumisesta jakoutuivat niin, että eniten HOSUissa mainittiin liikkuminen yhden kerran eli 26 %:lla potilaiden HOSUssa oli näin (taulukko 3). Suurin osa potilaista liikkui rollaattorin turvin itsenäisesti tai hoitajan avustamana. Muita liikkumisen apuvälineitä, joita potilaat käyttivät olivat mm. pyörätuoli ja Eva-teline.

Hoitosuunnitelmassa määriteltiin potilaiden ihon kunto osastolle tullessa. 45 %:lla potilaista mainittiin ihon kunnosta HOSUssa yhden kerran hoitajakson aikana. Eniten ihon kuntoa kuvailtiin sanalla ”siisti”. Hoitosuunnitelmassa mainittiin myös, jos potilaalla oli tullessa ihorikkoja, esimerkiksi ”varpaan välit rikki”.

Suurimmalla osalla (98 %) potilaista ei mainittu erittämisestä mitään, ainoastaan yhdellä potilaalla oli mainittu haavan erittämisestä. Potilaiden hikoilemisesta ei hoitosuunnitelmissa ole mainittu mitään. 66 %:lla ei mainittu hoitosuunnitelmassa mitään virtsaamisesta. HOSUun oli kirjattu, jos potilaalla oli inkontinenssia tai kestopatetti. Valtaosalla (84 %) potilaista ei ollut kirjattu hoitosuunnitelmaan mitään ulostamiseen liittyvää.

62 potilaasta 17:llä potilaalla oli HOSUssa kirjattu kahdesti ihon kunnosta. Yleisesti potilaiden ihoa kuvailtiin sanalla ”siisti”. Hoitosuunnitelmissa oli kirjattu melko vähän painehaavojen ehkäisyn apuvälineistä. 27 %:lla potilaista oli kirjattu kahdesti ja 19 %:lla kerran. Yleensä apuvälineistä mainittiin, minkälainen patja potilaalle oli laitettu.

Potilaille käytettiin myös muun muassa vaahtogeelityynyä istuessa ja asentohoitotyynyjä.

Keskimäärin 8 %:ssa hoitosuunnitelmista oli kirjattu potilaalle annetusta ohjauksesta. Eniten potilaille ohjattiin ihonsa tarkkailua ja asennon vaihtamista sekä itsenäistä liikkumista. Potilaita ohjattiin myös yleisesti päivittäisissä toiminnoissa. Hoitosuunnitelmista 68 %:iin ei oltu kirjattu mitään omaisten ohjauksesta. Omaisia ohjattiin potilaiden ihon kunnon tarkkailuun ja heidän asentohoitonsa huomioimiseen sekä kannustamaan potilasta liikkumaan.

Hoitosuunnitelmaan oli kirjattu enimmäkseen hoitajien toimintaa potilaiden asentohoitoon liittyen. Erityisesti oli kirjattu, jos hoitajan täytyi öisin huomioida potilaiden asentohoito. 62 HOSUsta 16:een ei ollut kirjattu mitään potilaiden asentohoidoista. Sekä peseytymisestä että puhtaudesta 62 hoitosuunnitelmasta 50:ssä ei oltu kirjattu mitään. 36 %:lla potilaiden HOSUissa ei ollut kirjattu potilaiden vaatetukseen tai vuodevaatteisiin liittyen mitään. Vuodevaatteista oli kirjattu, että hoitajan tulee huomioida, etteivät lakanat ole rypyssä.

TAULUKKO 3. Kudoseheyden säilyttäminen hoitosuunnitelmassa (n=62).

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Liikkuminen	0	4 (7)
	1-5	40 (65)
	6-10	12 (19)
	11-55	6 (10)
Ihon kunto tullessa	0	13 (21)
	1-6	49 (79)
Erittäminen	0	61 (98)
	1	1 (2)
Virtsaaminen	0	41 (66)
	1-5	15 (24)
	6-15	6 (10)
Ulostaminen	0	52 (84)
	1-12	9 (14)
Hikoileminen	0	62 (100)
Ihon kunnon tarkkailu	0	9 (15)
	1-5	42 (68)
	6-10	6 (10)
	11-19	5 (8)
Painehaavojen ehkäisyn apuvälineet	0	8 (13)
	1-5	44 (71)
	6-10	5 (8)
	11-18	5 (8)
Potilaan ohjaus	0	9 (15)
	1-5	46 (74)
	6-16	7 (11)
Omaisien ohjaus	0	42 (68)

	1-4	20 (32)
Asentohoito	0	16 (26)
	1-8	46 (74)
Potilaan vaatetus ja vuodevaatteet	0	22 (36)
	1-7	40 (64)
Peseytyminen	0	50 (81)
	1-4	8 (13)
	5-11	4 (6)
Puhtaus	0	50 (81)
	1-7	12 (19)

### 6.1.3 Ravitsemustilan korjautuminen

Hoitosuunnitelmista 92 %:ssa ei oltu määritelty MUST-pisteiden mukaan ohjautuvaa toimintaa kertaakaan (taulukko 4). Saatua MUST-pisteiden määrää oli tulkittu sanoin, esimerkiksi: potilaan MUST-arvo 1 eli potilaalla on vähäinen vajaaravitsemusriski. Yli puolella (53 %) oli mainittu kerran painon seurannan tarpeesta. Yleisin kirjausmerkintä oli, että potilas punnitaan kerran viikossa. Kirjaukset potilaiden ruokavalioista jakautuivat niin, että enimmäkseen oli kirjattu yhdestä kolmeen kertaan. Ruokavalioon liittyvät kirjaukset koskivat ruoan koostumusta, kuten ”sosemäinen ruokavalio”. Hoitosuunnitelmissa oli mainita, jos potilaalle oli jonkinlainen ravintovalmiste. 44 %:lla potilaista oli lisätty ruokavalioon jokin ravintovalmiste.

TAULUKKO 4. Ravitsemustilan korjautuminen hoitosuunnitelmassa (n=62).

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
MUST-pisteiden mukaan ohjautuva toiminta	0	57 (92)
	1-2	5 (8)
Painon seuranta	0	5 (8)
	1-8	57 (92)
Ruokavalio	0	4 (7)
	1-5	53 (86)
	7-16	5 (8)
Ravintovalmisteet	0	35 (57)
	1-6	27 (44)

### 6.2 Intervention osa-alueiden ilmeneminen päivittäisessä kirjaamisessa

Päivittäiseen hoitosuunnitelmaan kirjataan vuorokohtaisesti potilaan päivittäiseen hoitoon liittyvät asiat.

### 6.2.1 Painehaavariskin kartoittaminen

Painehaavariskiä arvioitiin määrittelemällä Braden- sekä MUST-pisteet (taulukko 5). Yleisesti Braden- ja MUST-pistemääriä ei ollut merkitty päivittäiseen kirjaamiseen. Braden-pisteet oli merkitty päivittäiseen hoitosuunnitelmaan enintään 3 kertaa (3 %) ja MUST-pisteet enintään kerran (8 %).

TAULUKKO 5. Painenhaavariskin kartoittaminen päivittäisessä kirjaamisessa (n=62).

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Braden pistemäärä	0	47 (76)
	1-3	15 (24)
MUST-pisteet	0	57 (92)
	1	5 (8)

### 6.2.2 Kudoseheyden säilyminen

Kudoseheyden säilymistä ja ihon kuntoa oli tarkkailtu aktiivisesti (taulukko 6). Merkin­nät vaihtelivat nol­lasta merkinnästä (3 %) 198 merkintään (2 %). Useasti oli kirjattu lause ”iho siisti luu-ulo­ke­kohdilta” tai ”ihon kunto tarkistettu luu-ulo­ke­kohdilta”, nämä lauseet toistuivat joidenkin potilaiden kohdalla päivittäin.

Painehaavan ehkäisyn apuvälineitä oli kirjattu, jos niiden käyttö alkoi. Jos apuvälineiden käyttö jatkui, niin niitä ei enää mainittu, myöskään niiden toimivuudesta tai avusta painehaavojen ehkäisyssä ei kirjattu. Yleisimmät kirjatut painehaavan ehkäisyn apuvälineet olivat decubitus- patjat ja tyynyt ja Allevyn-kantapäättynyt.

Potilaan ohjauksesta oltiin kirjattu harvoin, yleensä ohjaus oli kehotuksia tai rohkaisuja päivittäisissä toiminnoissa. Omaisten ohjauksesta ei oltu kirjattu (96 %). Analysoimis­samme päivittäisissä hoitosuunnitelmissa oli vain kahden potilaan kohdalla kirjattu omaisen ohjauksesta.

Liikkumista (taulukko 6) oli kirjattu eniten. Merkin­nät vaihtelivat kolmesta merkinnästä (2 %) 222 merkintään (2 %). Päivittäin oli kirjattu kuinka potilas liikkuu, esim. millä apuvälineillä, omatoimisesti jne. Asentohoitoa oli kirjattu vuodepotilailla. Ne oli kirjattu hoitajalähtöisesti, esim. ”asentoa muutettu”. Potilaan oma toiminta asentohoidossa oli kuitenkin otettu hyvin huomioon, esim. ”itsenäisesti vaihtanut asentoa”.

Potilaan vaateuksesta ja vuodevaatteista oli kirjattu harvoin. Peseytymistä oli kirjattu paljon. Joidenkin potilaiden kohdalla oli mainittu miten potilas pystyi itse osallistumaan pesuihin. Toisaalta usein oltiin kirjattu taas hoitajälhtöisesti, esim. ”aamupesut tehty”. Puhtaudesta oli kirjattu vähemmän kuin peseytymisestä, puhtaudesta oli eniten viisi tai alle merkintää (65 %). Analysoidessamme merkitsimme vaipan vaihdon puhtauteen, ja siitä tulikin eniten merkintöjä tähän kohtaan.

Erittämisestä oli mainittu vain vähän, 57 % potilasdokumenttiin ei oltu merkitty yhtään erittämissiä. Jos potilas oli oksentanut, erittänyt limaa tai haava oli vuotanut, ne oli kirjattu hyvin. Virtsaamisia oli kirjattu paljon (kerrasta 167 kertaan). Potilaasta oli kirjattu onko hän virtsannut, kuinka paljon ja mihin (vaippa, alusastia, katetri, sorsa, wc jne.). Useasti käytettiin myös kirjausta ”kastellut”, joka ei anna selkeää tietoa potilaan virtsaamisesta. Ulostamisesta oli kirjattu erittäin usein. Kirjauksiin oltiin mainittu ulosteen määrä, koostumus, väri ja mihin potilas oli ulostanut (wc, vaippa, portatiivi, alusastia jne.). Ulostamisesta oli merkitty myös mahdolliset vatsan pehmikkeet (laksatiivit). Hikoilemista ei oltu kirjattu paljon. Suurimmalle osalle potilaista ei tullut tälle kohdalle merkintöjä ollenkaan (87 %). Vain kahdeksalle potilaalle tuli merkintöjä hikoilemisesta, yksi merkintä seitsemälle potilaalle (11 %) ja kolme merkintää yhdelle potilaalle (2 %).

TAULUKKO 6. Kudoseheyden säilyttäminen päivittäisessä kirjaamisessa (n=62)

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Kudoseheyden säilyminen	0	61 (98)
	1-10	1 (2)
Ihon kunnon tarkkailu	0	2 (3)
	1-5	11 (18)
	6-10	9 (14)
	11-15	6 (10)
	16-20	8 (13)
	21-30	9 (14)
	31-50	6 (10)
	51-70	7 (11)
	71-100	2 (3)
	101-130	1 (2)
	131-200	1 (2)
Painehaavan ehkäisyn apuvälineet	0	41 (66)
	1-5	17 (27)
	10-15	4 (6)
Potilaan ohjaus	0	16 (29)
	1-5	33 (54)
	6-10	9 (15)
	11-20	3 (5)
	21-30	1 (2)
Omaisien ohjaus	0	60 (97)
	1-4	2 (3)
Liikkuminen	1-10	3 (5)

	11-20 21-30 31-40 41-50 51-60 61-70 71-90 91-120 121-150 151-200 201-225	6 (10) 10 (16) 6 (10) 6 (10) 6 (10) 6 (10) 3 (5) 5 (8) 6 (10) 3 (5) 2 (3)
Asentohoito	0 1-5 6-10 11-20 21-30 31-40 41-50 51-80	16 (26) 22 (35) 11 (18) 4 (6) 3 (5) 3 (5) 2 (3) 1 (2)
Potilaan vaatetus	0 1-5 6-10 11-15	25 (40) 33 (48) 5 (8) 2 (3)
Potilaan vuodevaatteet	0 1-5	51 (82) 11 (18)
Peseytyminen	0 1-5 6-10 11-20 21-30 31-40 41-50 51-70 71-80	3 (5) 13 (21) 9 (14) 21 (32) 7 (11) 6 (10) 1 (2) 1 (2) 1 (2)
Puhtaus	0 1-5 6-10 11-20 21-33	15 (24) 25 (40) 13 (21) 6 (10) 3 (5)
Erittäminen	0 1-5 6-15 16-30 31-39	35 (57) 19 (31) 5 (8) 2 (3) 1 (2)
Virtsaaminen	0 1-10 11-20 21-30 31-50 51-80 81-110 111-167	4 (7) 15 (24) 19 (31) 12 (19) 2 (3) 5 (8) 3 (5) 2 (3)
Ulostaminen	0 1-10 11-20 21-30 31-60 61-93	6 (10) 36 (58) 10 (16) 6 (10) 2 (3) 2 (3)
Hikoileminen	0 1-3	54 (87) 8 (13)

### 6.2.3 Ravitsemustilan korjautuminen

Yleisesti ravitsemustilan korjautumiseen (taulukko 7) oli kirjattu vain vähän. Painon seurantaan yli puolella potilaista oli nolla kirjausta (89 %), kuudella potilaalla oli yksi merkintä (10 %) ja yhdellä potilaalla oli kaksi merkintää (2 %). Ruokavalioon oli 50 potilaalla nolla merkintää (81 %), yhdeksällä potilaalla oli yksi merkintä (15%) ja kolmella potilaalla kolme merkintää (5 %). Ravintovalmisteissa oli myös vähän kirjauksia, suurimmalla osalla potilaista oli nolla merkintää tässä kohdassa (74 %).

Potilasdokumentteihin oli kuitenkin kirjattu potilaan ravitsemuksesta ja nestetasapainosta. Potilailla oli yleisesti ottaen hyvin paljon merkintöjä syömisestä ja juomisesta, merkinnät vaihtelivat 2 merkinnästä 172 merkintään. Potilaista oli kirjattu miten he syövät, mitä syövät ja yleisestä ruokahalusta. Nestetasapainoon merkitsimme analysoidessamme nestelistan, iv ja po nesteytyksen. Myös nestetasapainosta oli kirjattu hyvin, merkinnät vaihtelivat nollassa merkinnästä 76 merkintään.

TAULUKKO 7. Ravitsemustilan korjautuminen päivittäisessä kirjaamisessa (n=62)

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Ravitsemustilan korjautuminen	0	62 (100)
Painon seuranta	0	55 (89)
	1-2	7 (11)
Ruokavalio	0	50 (81)
	1-3	12 (19)
Ravintovalmisteet	0	46 (74)
	1-2	14 (23)
	3-5	2(3)
Syöminen	0	0 (0)
	1-10	11 (18)
	11-20	17 (37)
	21-30	10 (16)
	31-40	13 (21)
	41-60	7 (11)
	61-100	2 (3)
	101-175	2 (3)
Nestetasapaino	0	14 (23)
	1-5	11 (18)
	6-10	11 (18)
	11-20	11 (18)
	21-30	5 (8)
	31-50	6 (10)
	51-76	4 (6)



#### 6.2.4 Henkinen vireys ja orientoituminen

Henkistä vireyttä/orientoitumista (taulukko 8) oli kirjattu paljon. Merkinnät vaihtelivat nollassa merkinnästä 102 merkintään. Henkiseen vireyteen oli kuvattu potilaan käyttäytymistä osastolla. Jos potilas oli ollut osastolla passiivinen/alakuloinen, tämä oltiin kirjattu. Jos potilas taas oli ollut aggressiivinen/hoitokielteinen, oltiin tämäkin kirjattu yksityiskohtaisesti. Potilasdokumentteihin oli kirjattu myös potilaan mielialasta, esim. ”pirteä”, ”asiallinen”, ”rauhallinen”, ”tyytyväinen”, ”itkuinen”, ”levoton”, ”sekava” jne.

TAULUKKO 8. Henkinen vireys/orientoituminen päivittäisessä kirjaamisessa (n=62)

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Henkinen vireys/orientoituminen	0	3 (5)
	1-5	14 (23)
	6-10	10 (16)
	11-20	15 (24)
	21-30	7 (11)
	31-40	3 (5)
	41-50	5 (8)
	51-70	3 (5)
	71-100	1 (2)
	101-102	1 (2)

#### 6.2.5 Vuorovaikutus

Yleiseen vuorovaikutukseen (taulukko 9) ei oltu kirjattu selkeästi. Vuorovaikutukseen hoitoon osallistuvan henkilökunnan kanssa oli kirjattu potilaan käyttäytymisestä ja vuorovaikutuksesta hoitajien kanssa sekä potilaan ja hoitajien yhteistyöstä hoitotoimenpiteissä. Monet kirjaukset tällä osa-alueella koskivat potilaan hoitokielteisyyttä. Oli myös kerrottu potilaan aktiivisuudesta hoitoon ja potilaan ja hoitajan ”hyvästä yhteishengestä”. Lisäksi potilaan huolenaiheet esim. kotiutumisesta olivat kirjattu hyvin. Vuorovaikutukseen omaisten kanssa oli kirjattu omaisten vierailut osastolla, yleensä omaisten kanssa tapahtuneesta vuorovaikutuksesta ei oltu kirjattu muuta kuin ”omaisen käymässä” tai ”omaisen soittanut”. Vuorovaikutukseen toisten potilaiden kanssa ei oltu kirjattu paljon. Merkinnät tästä osa-alueesta vaihtelivat nollassa merkinnästä (69 %) yhteentoista merkintään (2 %).

TAULUKKO 9. Vuorovaikutus päivittäisessä kirjaamisessa (n=62)

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Vuorovaikutus	0	58 (94)
	1-5	2 (3)
	6-10	1 (2)
	11-20	1 (2)
Hoitoon osallistuvan henkilökunnan kanssa	0	19 (31)
	1-5	23 (37)
	6-10	16 (26)
	11-20	3 (5)
	21-25	1 (2)
Omaisten kanssa	0	19 (31)
	1-5	25 (41)
	6-10	7 (11)
	11-20	6 (10)
	21-35	5 (8)
Toisten potilaiden kanssa	0	43 (69)
	1-5	16 (26)
	6-10	2 (3)
	11-15	1 (2)

### 6.3 Intervention osa-alueiden ilmeneminen yhteenvedossa

Hoitotyön yhteenvetolomakkeelle kirjataan potilaiden tulo-, väli- ja loppuarvioinnit.

#### 6.3.1 Painehaavariskin kartoittaminen

Yhteenvedo lomakkeisiin myös merkittiin potilaiden Braden- ja MUST -pisteet (taulukko 10). Braden-pisteet jakautuivat 9-22 pistearvon välille. Eniten potilaat saivat Braden-pisteitä laskettaessa arvon väliltä 16-21. 15 %:lta potilaista Braden-pisteet laskettiin osastolla ollessa kolme kertaa. Yhteenvetolomakkeisiin suurin kirjattu laskettu määrä oli 20 kertaa.

Enimmistöltä (81 %) laskettiin hoitajakson aikana MUST-pisteet yhdestä kolmeen kertaan. Arvot vaihtelivat väliltä 0-4. Yleensä pistemäärien yhteydessä oli myös mainittu sanallisesti oliko painehaavariski tai aliravitsemusriski matala, keskisuuri vai korkea.

TAULUKKO 10. Painehaavariskin kartoittaminen yhteenvedossa (n=62)

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Braden-pistemäärän laskeminen	0	3 (5)
	1-9	44 (71)
	10-20	15 (24)
MUST-pistemäärän laskeminen	0	8 (13)
	1-4	54 (87)

### 6.3.2 Kudoseheyden säilyttäminen

Yhteenvedoissa potilaiden ihon kuntoa arvioitiin enimmäkseen siistiksi, mutta kirjattuna oli myös, jos oli jotain huomioitu kuten ihorikot, ihottumat ja ihon kuivuus. Hoitojakson aikana kirjaamiskertoja ihon kuntoon liittyen oli keskimäärin neljä kertaa (taulukko 11). Ihon kuntoa oltiin arvioitu selkeästi, ihoa oltiin kuvailtu yhteenvedoissa paljon, esim. ”hilseilevä”, ”punoittaa”, ”hauras”, ”ihorikkoja”. Myös yhteenvedoissa käytettiin paljon kirjausta ”iho siisti luu-ulokekohdilta”.

Painehaavan ehkäisymenetelmistä yhteenvedoissa mainittiin melko vähän. Noin 70 %:ssa yhteenvedoista ei niitä mainittu kertaakaan. 19 potilaalla (31 %) oli kirjauksia painehaavan ehkäisyn apuvälineiden käytöstä. Kirjauksissa oli maininta käytetyistä apuvälineistä, esim. geelipatja, moottoroitu patja, Allevyn Hill-pehmuste.

Yhteenvetoihin kirjattiin enimmäkseen, jos potilas tarvitsi ohjausta päivittäisissä toiminnoissa, esim. ”tarvitsee ohjausta pesuissa”. Kirjaukset potilaan ohjauksesta vaihtelivat nollassa kirjauksesta (60 %) kahdeksaan kirjaukseen (3 %). Yleisesti yhteenvetoihin oli kirjattu melko vähän potilaiden tai omaisten ohjaamisesta. Potilaista 60 %:ia ei oltu ohjattu yhteenvedon kirjaamisten perusteella lainkaan. Omaisista 95 % ei ollut saanut ohjausta koskien potilasta. Omaisten ohjauksesta oli kirjattu vain kolmelle potilaalle (5 %).

Potilaiden liikkumisesta oli kirjattu melko monta kertaa yhteenvetoihin, keskimäärin kuusi kertaa hoitojakson aikana. Potilaat enimmäkseen liikkuivat rollaattorin turvin itsenäisesti tai hoitajan tukemana. Yhteenvetoihin oli myös kirjattu minkälaista potilaan kävely oli ollut, kuten ”kävely epävarmaa”. Kirjaukset liikkumisesta vaihtelivat nollassa merkinnästä (8 %) kuuteentoista merkintään (2 %). Potilaiden asentohoidoista oli melko vähän merkintöjä, 69 %:lla ei ollut mitään kirjausmerkintää asiaan liittyen. Yleisimmät kirjaamismaininnat olivat potilas vaihtaa itse asentoa tai hoitaja huomioi asennon vaihdon.

Yhteenvedossa oli melko vähän merkintöjä liittyen potilaiden peseytymiseen ja puhtauteen. Peseytymisestä liittyviä kirjauksia ei ollut 48 %:ssa lainkaan. Kirjaamiset peseytymisestä vaihtelivat nollassa merkinnästä (48%) neljään merkintään (2 %). Yhdellä potilaalla oli lisäksi 22 merkintää peseytymisestä (2 %). Puhtauteen liittyviä merkintöjä

ei ollut 58 %:ssa. Kirjaukset puhtaudesta vaihtelivat nollassa (58%) kolmeen (2 %) merkintään. Peseytymisessä ja puhtaudessa kirjaukset kertoivat myös siitä tarvitseeko potilas niissä apua.

Myös erittämisestä oli vähän merkintöjä, 90 %:ssa ei ollut lainkaan merkintöjä siihen liittyen. Erittämisestä oli mainittu, jos potilas oli oksentanut tai haavat olivat erittäneet. Erittämisessä oli merkintöjä kahdeksalla potilaalla (10%). Virtsaamiseen liittyen merkintöjä oli jonkun verran. Kirjaamiskerrat jakoutuivat kerran ja kuuden kerran välille, kuitenkin 36 %:ssa ei oltu mainittu kertaakaan virtsaamiseen liittyen. Yhteenvedossa oli mainittu, jos oli tehty jotain erityistoimenpiteitä kuten ”kertakatetroitu” tai ”kestokatetri poistettu”. Virtsaamisessa oli usein mainittu virtsaako potilas vaippaan, katetriin vai wc-pönttöön. Ulostamisesta oli kirjaamismerkintöjä myös kerran ja kuuden kerran väliltä. 22 %:lla oli mainittu kerran ulostamiseen liittyen, 53 %:lla ei oltu mainittu kertaakaan. Samoin kuin virtsaamisen suhteen, kirjattuna oli, jos potilaalla oli jotain erityistä, kuten ”ripuli” tai ”avanne”. Hikoilemisesta ei oltu kirjattu kertaakaan.

TAULUKKO 11. Kudoseheyden säilyttäminen yhteenvedossa (n=62)

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Ihon kunnon arviointi	0	10 (16)
	1-4	32 (52)
	5-8	15 (24)
	9-12	5 (8)
Painehaavojen ehkäisyn apuvälineet	0	43 (69)
	1-4	19 (31)
Potilaan ohjaus	0	37 (60)
	1-5	19 (31)
	6-8	6 (10)
Omaisien ohjaus	0	59 (95)
	1-2	3 (10)
Liikkuminen	0	5 (8)
	1-5	24 (39)
	6-10	26 (42)
	11-16	7 (11)
Asentohoito	0	43 (69)
	1-2	19 (31)
Peseytyminen	0	30 (48)
	1-22	32 (52)
Puhtaus	0	36 (58)
	1-3	26 (42)
Erittäminen	0	56 (90)
	1-5	6 (10)
Virtsaaminen	0	22 (36)
	1-6	40 (65)
Ulostaminen	0	33 (53)
	1-6	29 (47)
Hikoileminen	0	62 (100)

### 6.3.3 Ravitsemustilan korjautuminen

62 hoitotyön yhteenvedosta yhdeksään (15 %) oli kirjattuna kerran liittyen painon seurantaan (taulukko 12). Yhteenvedoja, joissa ei ollut ollenkaan painon seurannan merkintöjä oli 61 %. Kirjaamiset koskivat painoindeksiä ja punnitusta sekä obesiteettia.

Ruokavaliosta (taulukko 12) mainittiin hoitotyön yhteenvedoissa eniten kerran tai kaksi kertaa (47 %). Kirjaamiset koskivat yleensä ruoan koostumusta, esim. ”sosemainen”, ”nestemäinen”, ja erityisruokavalioita sekä mahdollisia rajoituksia, kuten fosforirajoi- tus. Usein oli mainittu myös onko potilaalla ruoka-aineallergioita. Myös perusruokavaliot oli mainittu erikseen hoitotyön yhteenvedoissa. Ravintovalmisteista (taulukko 12) oli kirjattu, jos potilaalla meni joku lisäravinnevalmiste, kuten Cupitan tai Nutridrink. Kirjauksissa oli mainittu käytetyn ravintovalmisteen nimi ja käyttökerrat. Kirjaamisten perusteella 24 potilaalla oli lisäravinne käytössä.

Kirjaukset syömisestä vaihtelivat nollassa kirjauksesta (36 %) kahdeksaantoista kirjaukseen (2 %). Syömisestä kirjauksissa oli mainittu potilaan ruokahalusta ja siitä, kuinka potilas syö, esim. ”itsenäisesti”, ”autettuna”.

TAULUKKO 12. Ravitsemustilan korjaantuminen yhteenvedossa (n =62)

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Painon seuranta	0	38 (61)
	1-4	19 (31)
	5-8	5 (8)
Ruokavalio	0	17 (27)
	1-5	40 (66)
	6-13	5 (8)
Ravintovalmisteet	0	38 (61)
	1-4	19 (31)
	5-18	5 (8)
Syöminen	0	22 (36)
	1-7	30 (49)
	8-18	10 (16)

### 6.3.4 Henkinen vireys ja orientoituminen

Potilaiden orientoitumisesta (taulukko 13) 26 %:iin hoitotyön yhteenvedoista ei oltu kirjattu lainkaan. Yhteen hoitotyön yhteenvedoon oli kirjattu maksimissaan 16 kertaa henkisestä vireydestä/orientoitumisesta. Eniten käytettyjä kirjaamistermejä olivat ”asiallinen”, ”muistamaton”, ”orientoitunut”/ ”desorientoitunut”, ”aggressiivinen” ja ”seka-

va” sekä ”levoton”. Muita merkintöjä olivat kirjaukset potilaan käyttäytymisestä, esim. ”masentunut”, ”piristynyt”, ”aggressiivinen”, ”muistamaton”.

TAULUKKO13 . Henkinen vireys/orientoituminen yhteenvedossa (n=62)

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Henkinen vireys/orientoituminen	0	16 (26)
	1-6	36 (58)
	7-16	10 (16)

### 6.3.5 Vuorovaikutus

Potilaiden vuorovaikutuksesta (taulukko 14) oli vähän merkintöjä hoitotyön yhteenvedoissa. Vuorovaikutuksesta 19 %:ssa oli kirjattu hoitohenkilökunnan kanssa. Vuorovaikutusta oli kuvattu muun muassa sanoin ”vastailee lyhyesti” ja ”erittäin puhelias”. Kirjauksissa oli myös mainittu potilaan hoitomyönteisyys tai aggressiivinen käytös, esim. ”rauhoituu seurusteltaessa”, ”hoitomyönteinen”, ”aggressiivinen hoitohenkilökuntaa kohtaan”, ”ei hyväksy hoitajien avustusta siirroissa”.

Hoitotyön yhteenvedoista 6 %:ssa oli kirjattuna potilaiden vuorovaikutuksesta omaisten kanssa. Vuorovaikutuksesta omaisten kanssa oli merkintöjä neljällä potilaalla, esim. ”vaimo käy päivittäin auttamassa ruokailussa”. Yhdelläkään potilaalla ei ollut kirjauksia vuorovaikutuksesta toisten potilaiden kanssa.

TAULUKKO 14. Vuorovaikutus yhteenvedossa (n=62).

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Hoitoon osall. henk.kunnan kanssa	0	50 (81)
	1-2	12 (19)
Omaisten kanssa	0	58 (94)
	1-3	4 (7)
Toisten potilaiden kanssa	0	62 (100)

### 6.4 Yhteenvedo tuloksista

Hoitosuunnitelmassa painehaavariskin kartoittaminen huomioitiin pisteyttämällä potilas Braden- ja MUST-luokituksen mukaisesti. Interventiotutkimukseen sisältyneiden potilaiden Braden pisteet jakautuivat 9-22 pistearvon välille ja MUST-pisteet jakautuivat 0-4 pistearvon välille. Hoitosuunnitelmassa ei oltu avattu näiden pisteiden merkitystä mitenkään. Harvoissa hoitosuunnitelmissa oli yhdellä lauseella kuvattu MUST-pisteen

merkitys. Yksi suuri osa-alue oli kudoseheyden säilyttäminen, johon sisältyi muun muassa potilaan ihon kunnon tarkkailu, asentohoito ja painehaavojen ehkäisyn apuvälineet ja se, miten potilas liikkui. Kudoseheyden säilyttämisen osalta eniten kirjaamismerkintöjä oli liikkumisesta. Hoitosuunnitelmissa oli mainittuna, jos potilaalle oli laitettu jokin erityispatja, muita merkintöjä apuvälineistä ei yleensä ollut. Hoitosuunnitelmissa oli kirjattuna minkälainen ruokavalio potilailla oli, ja jos hänellä meni jokin lisäravinnevalmiste. Myös syömistä ja nestetasapainoa oli kirjattu hoitosuunnitelmiin.

Päivittäisissä kirjauksissa Braden- ja Must-pisteitä ei oltu juurikaan merkitty, myös näissä kirjauksissa pisteitä ei oltu avattu. Kudoseheyden säilymisestä oli kirjauksia eniten. Suurin määrä kirjauksia oli liikkumisessa, asentohoidossa, ihon kunnon tarkkailussa, virtsaamisessa ja ulostamisessa. Potilaan tai omaisten ohjauksesta oli kirjattu vain vähän. Päivittäisissä kirjaamisissa ei oltu mainittu oliko käytetty jotain painehaavan ehkäisyn apuvälinettä.

Yhtenä osa-alueena oli ravitsemustilan korjautuminen, johon kiinnitettiin interventiotutkimuksessa huomiota. Päivittäisissä kirjauksissa ei juurikaan käynyt ilmi ravitsemustilan muutokset. Potilasdokumentteihin oli kuitenkin kirjattu potilaan ravitsemuksesta ja nestetasapainosta. Kirjaukset eivät kuitenkaan sopineet valmiin luokittelurungon osa-alueisiin, joten kirjasimme ne erikseen luokittelurunkoihin. Potilailla oli yleisesti ottaen hyvin paljon merkintöjä syömisestä ja juomisesta, päivittäisissä kirjauksissa merkinnät vaihtelivat kahdesta merkinnästä 172 merkintään. Potilaista oli kirjattu miten he söivät, mitä söivät ja yleisestä ruokahalusta. Nestetasapainoon merkitsimme analysoidessamme nestelistan, iv ja po nesteytyksen. Myös nestetasapainosta oli kirjattu hyvin. Henkistä vireyttä/orientoitumista oli kirjattu paljon päivittäisissä potilasdokumenteissa. Potilaan käyttäytymistä osastolla ja hänen mielialaansa oli kuvattu kattavasti.

Hoitotyön yhteenvedoissa oli Braden- ja MUST-pisteet mainittu, mutta niitä ei oltu avattu näissäkään kirjauksissa. Potilaan liikkumisesta oli kirjattu miten ja millä mahdollisella apuvälineellä potilas liikkui. Ihon nykyinen kunto oli kuvattu yhteenvedoissa käyttäen osastolle tyypillisiä termejä, esim. ”iho siisti luu-ulokekohdilta”. Painehaavojen ehkäisyn apuvälineitä oli kirjattu hyvin vähän. Myöskään ohjausta ei oltu kirjattu, varsinkaan omaisen ohjauksesta oli vain muutama merkintä. Peseytymisestä ja puhtaudesta oli nolla merkintää noin puolella potilaista. Vuorovaikutuksesta ei myöskään ollut

kuin harvoja merkintöjä. Yhteenvedoissa potilaista oli kirjattu miten he söivät, mitä söivät ja yleisestä ruokahalusta, syömisessä merkinnät vaihtelivat yhden ja 18 välillä.

## 6.5 Tulokset, joita ei voitu luokitella

Kirjaamisissa esiintyi ilmauksia, jotka eivät mielestämme kertoneet analyysin tekijöille potilaan voinnista tai toimintakyvystä tarpeeksi, jotta kirjaamismerkintä olisi voitu sijoittaa sisältöluokkaan. Ohessa on taulukko, johon kokosimme kyseisiä ilmauksia ja niistä meille heräviä kysymyksiä, joita jäimme pohtimaan (taulukko 15).

TAULUKKO 15. Tuoksia, joita ei voitu luokitella.

Omatoiminen	Missä omatoiminen?
Vointi ennallaan.	Mikä oli aikaisempi vointi? Mihin verraten ennallaan?
Vointi OK.	Millä perusteella?
Vointi hyvä.	???
Vointi huonontunut.	Missä suhteessa huonontunut? Kuinka paljon huonontunut?
Ajoittain avustettava.	Missä avustettava? Miten?
Tehty aamupesut, tehty iltapesut	Kumpi teki hoitaja vai potilas? Mitä tehty?
Hoidettu vuoteeseen.	Mitä on hoidettu?
Käynyt vessassa.	Onko virtsannut? Onko vatsa toiminut?
Virtsaus +	Onko virtsannut? Kuinka paljon? Miten, wc:ssä ym.?
Ulostaminen---	Onko ulostanut? Vaivaako ulostamattomuus potilasta?
Katetri/cystofix toimii hyvin.	Kirjaus ei potilaasta.
Vaippa siisti.	Onko virtsannut?
Hoitokielteinen.	Miten? Onko aggressiivinen? Vastusteleeko hoitoa?
Ruoka maistuu.	Paljonko on syönyt? Onko juonut?
Haava hoidettu ohjeen mukaan. On saanut antibiootin ohjeen mukaan.	Miten? Mikä on ollut ohjeena?
Liikuskellut itsenäisesti sängyssä.	Asentohoito?
Paljon omatoiminen herra.	Miten omatoiminen?
Asentohoidettu	Miten hoidettu? Mitä tehty?



## 7 POHDINTA

Painehaavat ovat haasteellinen osa hoitotyötä. Painehaavojen hoito on vaativaa ja kallista yhteiskunnalle sekä potilaalle. (Hietanen ym. 2002: 186). Niitä voi kuitenkin ennaltaehkäistä jokapäiväisillä hoitotyön toiminnoilla. Kirjaaminen on tärkeä osa hoitotyötä, joka edesauttaa hoitajia ja lääkäreitä yhteistyössä. Huolimattoman kirjaamisen vuoksi haava voidaan hoitaa väärin, pahimmassa tapauksessa esimerkiksi haava voi jopa jäädä hoitamatta. Kirjaamisen kuuluisi olla yhtenäistä ja hoitohenkilökunnalla täytyisi olla yhtenäiset termit ja sanasto päivittäisten toimintojen kuvaamiseen. Opinnäytetyössämme analysoimme Laakson sairaalan interventio-osaston kirjaamia painehaavojen osalta. Opinnäytetyömme tulosten avulla voidaan kehittää painehaavojen ehkäisyä ja hoitotyön kirjaamista.

### 7.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Potilasasiakirja on arkaluonteista tietoa sisältävä henkilökisteri, jonka tiedot ovat salassa pidettäviä ja luottamuksellisia (Hallila 2005: 114). Tutkimus toteutettiin osallistuvan toimintatutkimuksen periaatteiden mukaisesti, jolloin hoitohenkilökunta on keskeisessä roolissa tutkimuksen toteuttamisessa. Tietoja, joiden perusteella yksittäinen potilas voitaisiin tunnistaa, ei tullut esiin tutkimusaineistoa kerätessä eikä raportoitaessa. Tutkijat eivät olleet vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa, vaan aineiston keruu toteutui hoitohenkilökunnan toteuttamana. Analysoitavat asiakirjat olivat tulostettu meille valmiiksi. Interventio-osaston hoitotyöntekijät ovat osallistuneet koulutuspäivään, jossa he ovat saaneet ohjauksen intervention käyttöön. Heille toteutetuissa kyselyissä ja tuloksia raportoitaessa ei tule esiin tietoja, joista yksittäinen työntekijä voitaisiin tunnistaa. (Matti ym. 2007:6.)

Potilasdokumenteista oli poistettu potilaan henkilöllisyystiedot. Potilaita käsiteltiin anonyymeina potilaskohtaisilla numerotunnisteilla. Potilasdokumenttien analysointi tapahtui Laakson sairaalan järjestämissä tiloissa, dokumentit eivät poistuneet sairaalasta. Dokumenteista selviää hoitavan henkilön nimi, joka ei kuitenkaan tule esiin analyysissä. Analysoijat eivät tunteneet osastoa tai sen henkilökuntaa, josta aineisto oli kerätty. Työskentelimme pareittain analysoidessamme, jolloin pystyimme keskustelemaan ongelmakohdista.

Yleensä työskentelimme päiväsalin yhteydessä olevassa huoneessa. Huoneeseen kuuluivat osastolta tulevat äänet. Välillä työskentely keskeytyi ja muutaman kerran osasto tarvitsi tilaa muuhun tarkoitukseen. Tällöin meille järjestettiin toinen tila työskentelyyn.

Tulostetun asiakirjan tekstin koko vaihteli paljon. Välillä teksti oli liian pientä, jolloin täytyi lukea teksti läpi moneen kertaan. Tämä häiritsi aineiston analysointia. Analysoimme korkeintaan 5- 6 tuntia kerralla, jotteivät huolimattomuus ja väsymys vaikuttaisivat aineiston analysointiin. Analysointiaika vaihteli asiakirjojen paksuuden mukaan. Pitkiä potilasdokumentteja ei voinut analysoida montaa peräkkäin, samantyyppistä tekstiä pitkään lukiessa keskittymiskyky heikkeni. Tietyillä hoitajilla oli selkeästi oma tyyli kirjata, jonka alkoi tunnistaa analysoinnin kuluessa. Tämä ei kuitenkaan vaikuttanut analysoinnin luotettavuuteen.

Ohjaajat olivat laatineet luokittelurungot. Analysoinnin edetessä huomasimme luokittelurungossa analysointia haittaavia tekijöitä. Joistakin osa-alueista tuli enemmän merkintöjä kuin meillä oli rungossa tilaa. Tämä koitui meille ongelmaksi, koska ei ollut mahdollista tehdä analyysia tietokoneelle, vaan analysoimme käsin kirjoittamalla. Koska emme itse tehneet kyseistä runkoa, muutamassa kohdassa tuli erilaisia tulkintaongelmia. Esimerkiksi jouduimme tulkitsemaan mitä tarkoitetaan luokittelurungossa olevalla puhtaudella, mitä se tarkoittaa käytännössä ja miten se ilmenee potilasasiakirjoissa.

## 7.2 Tulosten tarkastelu

Intervention käyttöönoton ja sen tulosten avulla oli tavoitteena kehittää painehaavojen tunnistamista ja ehkäisyä laatuvaatimuksen ”painehaava ei synny” täyttäväksi (Mattila ym. 2007). Kirjaamisissa interventio osa-alueet eivät ilmenneet kovin monipuolisesti. Kirjaamisten pääpaino oli vain tietyillä osa-alueilla, kuten potilaan liikkuminen.

Yksi intervention osa-alue oli painehaavariskin arviointi. Sitä arvioitiin laskemalla Braden pisteet kerran viikossa ja MUST-pisteet hoitajakson alussa ja lopussa. Kirjaamisista kävi selkeästi ilmi, että pisteet oli laskettu, mutta niiden mukaan ohjautuvaa toimintaa ei oltu kirjattu. Toinen intervention osa-alue oli potilaan ihon kunnon tarkkailu. Usein kirjaamisissa toistui samoja ilmaisuja, kuten ”ihon kunto tarkastettu” tai/ ja ”iho siisti”. Nämä eivät kuitenkaan kuvaa, minkälainen potilaan iho todellisuudessa on. Lisäksi use-

at termit kuvasivat enemmänkin hoitajan tekemisiä. Kolmas intervention osa-alue oli asentohoito ja apuvälineiden käyttö. Kirjaamisten pohjalta tuli selkeä kuva, jos potilaalla oli käytössä jokin erityispatja, mutta päivittäisissä kirjauksissa ei selvinnyt mitä siirtymisen apuvälineitä potilaan hoitotyössä oli käytetty. Ravitsemus oli yksi intervention osa-alue. Potilasasiakirjoihin oli kirjattu hyvin ravitsemukseen liittyen, mutta puuttumaan jäi ravitsemuksen seuranta, esimerkiksi vajaaravitsemuksen korjautuminen.

Kirjaaminen osastolla oli selkeää ja ymmärrettävää. Toisaalta kirjaamisista meille tuli ajoittain sellainen kuva, että hoitohenkilökunta on koulutettu toistamaan samoja termejä ilman, että ne kuvaisivat välttämättä kyseistä tilannetta parhaalla mahdollisella tavalla. Esimerkiksi ihon kunnosta kirjattiin usein lauseilla ”iho siisti luu-ulokekohdilta” tai ”ihon kunto tarkistettu luu-ulokekohdilta”. Analysoidessamme potilasdokumentteja, mietimme ovatko tällaiset lauseet esim. kirjaamisohjeissa ja muistivatko hoitajat tosiaan tarkistaa ihon kunnan vai kirjattiinko asia vain ohjeen mukaisesti. Kirjaaminen ihon kunnan tarkistamisesta ei anna kuvaa siitä millaisessa kunnossa iho on, mistä se on tarkistettu jne. Tällaisissa kirjaamisissa luetellaan hoitajan tekemisiä, ei niinkään potilaan vointia. Myös yleisesti käytössä ollut termi ”kastellut” ei ole tarpeeksi kuvaava, vaikka sen toki ymmärtää virtsaamiseksi. Muutamille potilaille, joilla oli katetri, oli kirjattu vain ”katetri toimii”, joka ei myöskään kerro tarkemmin potilaan voinnista. Kirjauksia ”katetri toimii” emme analysoidessamme merkinneet luokittelurungon kohtaan virtsaaminen, koska se ei mielestämme kertonut mitään potilaan virtsaamisesta vaan pelkän katetrin toiminnasta.

Jokaisessa hoitosuunnitelmassa toistui sama hoitotyön diagnoosi liittyen painehaavoihin. Tämä herätti meissä kysymyksiä, kuten onko kyseistä diagnoosia pohdittu potilaslähtöisesti. Saman potilaan hoitotyön yhteenvedoissa toistui sama teksti eri päivinä tehdyissä yhteenvedoissa (copy-paste menetelmällä tehty?).

Laakson sairaalassa tehdyn auditoinnin mukaan omaiset toivoivat lisää mahdollisuuksia osallistua läheisensä hoidon suunnitteluun ja hoitoa koskevaan päätöksentekoon sekä kuntoutustiimiin kokouksiin. Yksilöllisen hoidon mahdollistamiseksi omaiset toivoivat lisää henkilökuntaa. Henkilökunnan vaihtuvuuden koettiin heikentävän yhteistyötä omahoitajasuhteessa. Omaiset toivoivat myös mahdollisuutta tavata useammin lääkäri. (Isola ym. 2007: 2). Kirjaamisista ei käynyt ilmi, olivatko omaiset saaneet informaatiota

heidän läheistensä hoidosta ja hoitoon liittyvistä asioista. Kirjauksia oli melko vähän omaisten ohjauksesta. Ohjaukset koskivat yleensä päivittäisiä toimia.

### 7.3 Kehittämissuhteet

Analyysia tehdessämme me samalla pohdimme, miten voisimme kehittää omaa kirjaamista sekä miten osaston kirjaamista voisi kehittää. Olisi tärkeää *kirjoittaa potilaasta potilaskohtaisesti* niin, ettei joka potilaan kohdalla toisteta samoja asioita mitä on esimerkiksi koulutuksessa opittu. Niin sanotusti tulisi ”persoonallistaa” oma kirjaaminen. Samalla kirjaamisista kävisi ilmi osaston antaman hoidon olevan *potilaslähtöistä* ja, että *potilas huomioidaan nimenomaan yksilönä*. Osaston kirjaamisista huomasin, että yhä kirjataan enemmänkin hoitajalähtöisesti kuin potilaslähtöisesti, mitä on päivän aikana tehty: ”Aamupesut tehty, syötetty aamupala..” jne. Aivan kuin olisi tarve todistaa seuraavalle hoitajalle, että on tehnyt potilaan kanssa tietyt asiat, mitä oletetaankin tehtävän työvuoron aikana. Kirjaamisista täytyy käydä ilmi *mitä potilas on tehnyt ja missä hän on tarvinnut apua*. Näin saadaan tietää minkä tasoinen toimintakyky potilaalla on. Hoitajakeskeisestä kirjaamisesta ei käy selväksi ulkopuoliselle, missä asioissa potilas tarvitsee hoitajan tukea/apua ja mitkä hän pystyy itse tekemään. Tärkeää on tukea potilaan *omaa toimintakykyä*. Jos tulisimme opiskelijoina töihin osastolle, emme saisi tietää kirjausten perusteella mikä on potilaan sen hetkinen vointi. Myös luettelomaisuudesta olisi päästävä eroon.

Osastolla käytetään paljon tiettyjä termejä, jotka eivät kerro ulkopuoliselle mitään potilaan sen hetkisestä voinnista (taulukko 15). *Termejä olisi hyvä kirjauksissa avata*, kuten omatoiminen -> potilas on ollut itsenäisesti liikkeellä rollaattorin turvin, tai käynyt vessassa -> virtsaus +/- jolloin myös uusi työntekijä tietää enemmän potilaasta. Myös *omatoimisista potilaista olisi mielestämme hyvä kirjata muutakin, kuin omatoiminen*.

*Hoitosuunnitelmien selkeyttä pitäisi parantaa*. Kaikista ei käynyt esimerkiksi selväksi analysoinnin yhteydessä, milloin mikäkin Braden piste oli laskettu. Oli melko haastavaa pysyä mukana, minkä tuloksen on jo analysoinut. Voi olla, että tämä johtui jotenkin ohjelmasta tai siitä, että aineistot olivat tulostettu meille eri ajankohtina. Jäimme kaipaamaan kuitenkin kronologisempaa järjestystä teksteihin. Hoitosuunnitelmissa miltei jokaisessa toistui samat asiat, mitkä jäivät meitä mietityttämään, koskiko kaikki kyseistä potilasta. *Braden ja MUST-pisteiden mukaan ohjautuvan toiminnan kirjaamista pitäisi*

*kehittää.* Hoitosuunnitelmissa myös harvemmin esiintyi potilaan oma tahto. Kirjaamisessa täytyy näkyä *potilaan oma tahto ja toiminta, ei vain hoitajan työt.*

Jokinen (2005: 18, 21) tuo esiin tutkimuksessaan käsitteiden ja termien merkityksen korostumisen viime vuosina. Termien standardisoinnilla tarkoitetaan niiden yhtenäistämistä, yhdenmukaistamista tai vakioimista. Tietotekniikan käytön yleistymisen, mahdollisuus systemaattiseen tietojenkäsittelyyn ja tiedon hyödyntämiseen ovat lisänneet tarvetta yhtenäistää ja luokitella käytettäviä ilmauksia. Hoitotyön tiedon käsittely tietojärjestelmissä helpottuu, jos se *esitetään kielellisesti yhdenmukaisella ja yhdisteltävällä tavalla.* Yhtenäinen kieli tukee hoitotyöstä saatavan informaation keruuta, yhdistämistä, vertailua ja levittämistä sekä hoitotyön näkyvyyttä potilaan hoidossa.

Kinnusen ym. (2008) tutkimuksessa on käynyt ilmi, että myös haavanhoidon sanaston standardointiin on olemassa tarvetta. Heidän tutkimuksessaan analysoitu kirjaaminen oli ollut hyvin värikästä ja vaihtelevaa. (Kinnunen ym. 2008: 77). Omassa analyysissämme taas huomasimme yhtenäisten termien suppeuden ja toiston, joka sai meidät epäilemään niiden oikeaa ja potilaslähtöistä käyttöä.

On tärkeää että haavanhoidolle *kehitetään yhteiset hoitokäytännöt ja termit.* Potilasdokumenteissa toistuvat lauseet, kuten ”iho siisti luu-ulokekohdilta” tai ”ohjataan potilasta vaihtamaan asentoa”, ovat näin ollen hyviä, mutta niitä pitäisi myös *tarkastella kriittisesti.* Jos niiden käyttö on automaattista jokaisen potilaan kohdalla, saattaa tästä tulla enemmän hoitajan tapa kirjata kuin potilaan tarpeista lähtevä hoitotoimenpide. *Kehitysehdotuksena tähän olisi osaston termien laajentaminen sopimaan erilaisille potilaille sekä jo käytössä olevien termien muuttaminen yksityiskohtaisimmiksi.* Tämä auttaisi myös sellaisten hoitajien työtä, jotka eivät ole syystä tai toisesta perehtyneitä osastolla käytettyihin kirjaamismalleihin, esim. uudet työntekijät, ”keikkalaiset” ja opiskelijat.

## LÄHTEET

- European Pressure Ulcer Advisory Panel. Verkkodokumentti. <<http://www.epuap.org/guidelines/finnish1.html>>. Luettu 2.10.2008.
- Hallila, Liisa (toim.) 2005: Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi.
- Helsingin kaupunki terveystoimisto 2002: Painehaavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen. Kehittämishanke.
- Hietanen, Helvi – Iivanainen, Ansa – Seppänen, Salla – Juutilainen, Vesa 2005: Haava. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Hietanen, Helvi - Iivanainen, Ansa - Seppänen, Salla - Juutilainen, Vesa 2002: Haava. WSOY, Porvoo.
- Huovinen, Pentti 2007: Painehaavat. Duodecim. Verkkodokumentti. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_haku=painehaava&p\\_artikkeli=dlk00313](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=painehaava&p_artikkeli=dlk00313)>. Luettu 18.9.2008.
- Isoaho, Marja-Leena 2006: Pressure Ulcer Prevention Protocol – adult. Haava 4. 40-41.
- Isola, Arja - Elo, Satu - Rautsiala, Tarja - Paasivaara, Leena - Routasalo, Pirkko 2007: Akuuttisairaalan hoitotyön ulkopuolinen tarkastus. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Jokinen, Taina 2005: Standardoitu termistö hoitotyön toimintojen kirjaamisessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Kuopion yliopisto, terveyshallinnon ja – talouden laitos. Pro gradu – tutkielma. Verkkodokumentti. <<http://www.uku.fi/tht/opinnaytteet/TainaJokinengradu.pdf>>. Luettu 26.3.2009.
- Jouni Tuomi – Anneli Sarajärvi 2002: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

- Kauppila, Marjo 2008: Potilaan oma kokemus kivusta kirjaamalla näkyväksi. Haava 3. 10-11.
- Kinnunen, Ulla-Mari - Ensio, Anneli - Saranto, Kaija 2008: Haavanhoidon sähköisen kirjaamisen kehittäminen. Hoitotiede 20 (2). 70-81.
- Kinnunen, Ulla-Mari - Saranto, Kaija - Ensio, Anneli 2007: Haavan arviointi, tärkeä osa haavanhoitoa. Haava 4. 42-44.
- Korjonen, Kerttuli 2005: Painehaavakirurgian kustannusvaikuttavuutta selvitettävä. Impakti 5. 9-11. Verkkodokumentti. <[http://finohta.stakes.fi/NR/rdonlyres/6A27EBCE-EE55-4E36-81C2-2D657E2221DF/0/impakti2005\\_5.pdf](http://finohta.stakes.fi/NR/rdonlyres/6A27EBCE-EE55-4E36-81C2-2D657E2221DF/0/impakti2005_5.pdf)>. Luettu 26.3.2009.
- Mattila, Lea-Riitta - Rekola, Leena - Wikberg, Elisabeth - Eriksson, Elina 2007: Painehaavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen - Interventiotutkimus Laakson sairaalassa. Tutkimussuunnitelma. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.
- MUST - Vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmä 2005. Verkkodokumentti. <<http://nutriciafi.numico.com/NR/rdonlyres/3AAD413D-4BE5-4E45-9BD5-53C5B3B36DAA/0/MUSTkaavio.pdf>>. Luettu 10.3.2009.
- Painehaava 2008. Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri. Verkkodokumentti. <[http://www.terveysportti.fi/kotisivut/kotisivut.sivut.nayta?p\\_sivu=17048](http://www.terveysportti.fi/kotisivut/kotisivut.sivut.nayta?p_sivu=17048)>. Luettu 24.9.2008.
- Pakarinen, Päivi 2005: MUST löytää vajaaravitsemusriskin. Nutricia Clinical Oy:n tiedotuslehti. Verkkodokumentti. <[http://nutriciafi.numico.com/NR/rdonlyres/9BB44BBC-739F-40FC-9F42-B53ED34C4A3B/0/News\\_maaliskuu.pdf](http://nutriciafi.numico.com/NR/rdonlyres/9BB44BBC-739F-40FC-9F42-B53ED34C4A3B/0/News_maaliskuu.pdf)>. Luettu 2.10.2008.
- Pegasos-potilastietojärjestelmä. WM-data 2005. Verkkodokumentti. <[http://www.wmdata.fi/wmwebb/Services/files/Pegasos\\_yleisesite2005.pdf](http://www.wmdata.fi/wmwebb/Services/files/Pegasos_yleisesite2005.pdf)>. Luettu 24.9.2008.

Pukki, Tiina 2006: Painehaava – tiedon tuominen käytäntöön. Haava 4. 30-32.

Ravitsemussuositukset painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon. Epuap. Verkkodokumentti.  
<<http://www.epuap.org/guidelines/finnish1.html>>. Luettu 18.9.2008.

Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2009: Painehaavan ehkäisyn toimintalinjat. EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel). Verkkodokumentti.  
<[http://www1.autoalanverkkopalvelu.fi/mediakone/aineistot/1024/painehaavanehkaisy.pdf?tiedosto=YWluZWlzdG90LzEwMjQvcGFpbmVoYWF2YW5laGthaXN5LnBkZg&tyyppi=AP&jul\\_id=3908&ain\\_id=&suoj=&jul\\_nimi=Painehaavojen+ehk%E4isyntoimintalinjat+%28pdf%29](http://www1.autoalanverkkopalvelu.fi/mediakone/aineistot/1024/painehaavanehkaisy.pdf?tiedosto=YWluZWlzdG90LzEwMjQvcGFpbmVoYWF2YW5laGthaXN5LnBkZg&tyyppi=AP&jul_id=3908&ain_id=&suoj=&jul_nimi=Painehaavojen+ehk%E4isyntoimintalinjat+%28pdf%29)>. Luettu 27.3.2009.

Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2009: Painehaavan hoitoperiaatteet. EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel). Verkkodokumentti.  
<[http://www1.autoalanverkkopalvelu.fi/mediakone/aineistot/1024/painehaavanhoitoperiateet.pdf?tiedosto=YWluZWlzdG90LzEwMjQvcGFpbmVoYWF2YW5ob2l0b3BlcmllhYXR0ZWV0LnBkZg&tyyppi=AP&jul\\_id=7411&ain\\_id=&suoj=&jul\\_nimi=EPUAP%3A+painehaavan+hoitoperiaatteet](http://www1.autoalanverkkopalvelu.fi/mediakone/aineistot/1024/painehaavanhoitoperiateet.pdf?tiedosto=YWluZWlzdG90LzEwMjQvcGFpbmVoYWF2YW5ob2l0b3BlcmllhYXR0ZWV0LnBkZg&tyyppi=AP&jul_id=7411&ain_id=&suoj=&jul_nimi=EPUAP%3A+painehaavan+hoitoperiaatteet)>. Luettu 27.3.2009.



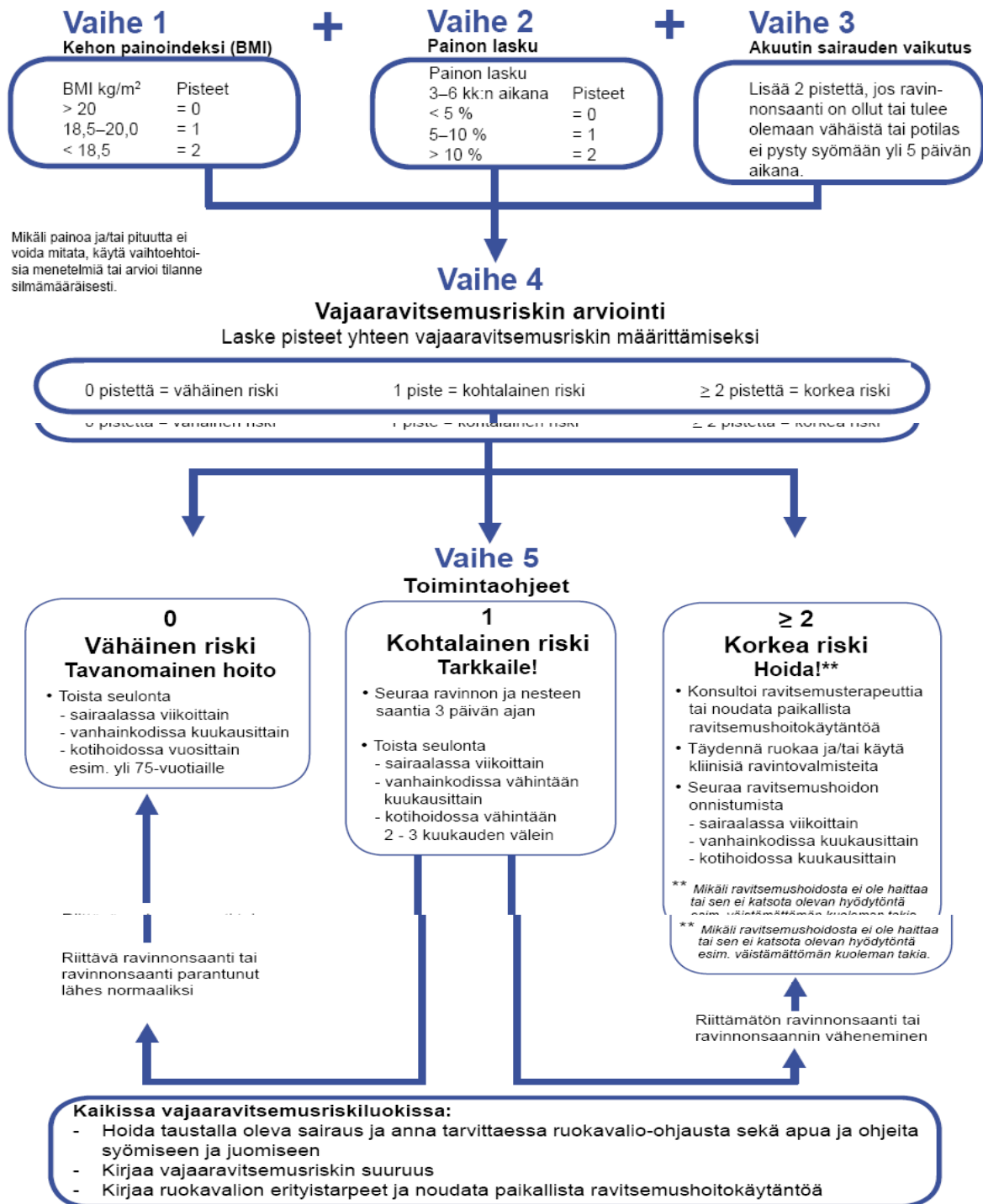
Bradenin asteikko

osa-alue	1	2	3	4	Pisteet
Tuntoaisti kyky reagoida tarkoituksen mukaisesti paineesta aiheutuvaan epämukavuuteen	Täysin rajoittunut ei kykene reagoimaan kivuliaaseen ärsykkeeseen, koskatietoisuus (taju) alentunut tai psyykkisesti kykemätön. Kyky tuntea kipua on rajoittunut suurimmalla osalla kehon pintaa. Esim. tajuton potilas.	Hyvin rajoittunut reagoi vain kivuliaaseen ärsykkeeseen. Ei osaa ilmaista epämukavuuttaan paitsi valittamalla tai levotytomuutena. ihon tunto heikentynyt, mikä rajoittaa tuntea kipua tai epämukavuuttaan osassa kehoa. Esim dementoitunut , lonkkamurtumapotilas, kestokuudutus, esim epiduraalipuudutus, neuropatia, hemiplegia.	Hieman rajoittunut reagoi suullisiin kehotuksiin. Ei aina kykene ilmaisemaan epämukavuuttaan tai tarvetta vaihtaa asentoa. Esim. masentunut, sairaudesta uupunut, vahvasti kipulääkitty, täsmä puudutus esim. pleksus puudutus.	Normaali, ei tuntoaisti vajausta	
Ihon kosteus ihon altistuminen kosteudella	Jatkuvasti kosteaa iho lähes koko ajan kostea hiestä, virtsasta, ulosteesta, dreeni/haavaeritteestä esim. askitesdreeni juuri vuotaa totaalli virtsan tai ulosteen inkotinenssi, ummetus/vatsan toimitus säännöllisesti, korkea kuume	Lähers aina kosteaa iho on usein kostea, muttei kuitenkaan koko päivää. Lakana, poikkilakana, vaippa haava sidos vaihdetaan 2-4 x vrk. Esim. runsas hikoilu, kuumeen aletessa.	Ajoittain kostea. Iho on ajoittain kostea. Lakana/pyjamavaihdetaan kerran päivässä. Potilas hikoilee.	Harvoin jkosteaa iho on yleensä kuiva. Lakana pyjämä vaihdetaan hoitokäytännön mukaan. Esim lääkityksen aiheuttamana.	
Aktiivisuus fyysinen toimintakyky	Vuodepotilas täysin liikunta kyvytön. Ei kykene istumaan edes autettuna. Esim pitkälle edennyt alzheimerin tauti, tujuton, pitkälle edennyt osteoporoosi.	Istuu ajoittain. Kykenee ottamaan muutaman askeleen. Ei kykene kannattamaan omaa painoaan. Tarvitsee runsaasti apua/apuvälineitä siirtyessä tuoliin. Esim hemiplegia, vanhuuden haikkous, luutumaton lonkkamurtuma, toimenpiteen takia asento tai liikuntarajoituksia, esim. tibia tai kalloveto, akuuttikieleke siirto.	Kävelee ajoittain. Kävelee päivittäin muutaman kerran lyhyen matkan hoitajan/apuvälineen kanssa yksin. viettää suurimman osan päivästä vuoteessa tai tuolissa.	Kävelee toistuvasti. Kävelee huoneensa ulkopuolella ainakin kahdesti päiväaikaan ja huoneessaan päivisin ainakin kerran kahdessa tunnissa.	
Liikkuminen kyky muuttaa ja kontrolloida kehon asentoa.	Täysin liikunta kyvytön ei kykene laisinkaan muuttamaan asentoaan ilman apua. Esim tajuttomuus.	Hyvin rajoittunut. Pystyy muuttamaan asentoaan joko vähän tai tahattomasti. Kynemätön itsenäisesti muuttamaan asentoa säännöllisesti tai tiettyyn asentoon. Esim. dementoitunut lonkkamurtuma potilas, hemipllegia, kalloveto	Jonkin verran rajoittunut kykenee itsenäisesti usein vaihtamaan asennosta toiseen. Esim. vahvasti lääkityspotilas kesto puudutus.	Muuttaa asentoaan. Ei tarvitse hoitajan apua muuttamaan asentoa.	

	1	2	3	4	Pisteet
Ravitsemus ruuan saannin toteutuminen	Erittäin heikko. Ollut syömättä trauman tai yleisen heikkouden vuoksi. Ei syö koskaan kaikkea tarjottua ruokaa. Nauttii päivittäin liian vähän nesteitä. Ei nauti lisäravinto valmisteita. Ei iv-ravitsemusta tai saa vaan perusnesteet iv:sti. Esim saattohoito potilaat, potilas kieltäytyy syömästä. Pitikittynyt odottaminen leikkaukseen kuivumisoireet.	Todennäköisesti riittämätön. Syö harvoin kaiken tarjotun ruuan. Yleensä syö vain noin puolet tarjotusta annoksesta. Nauttii toisinaan lisäravinteita. esim. dementia alkoholisti, nielimis vaikeuksista kärsivä, hemiplegia, edennyt MS-tauti	Riittävä syö enemmän kuin puolet annoksestaan. Toisinaan kieltäytyy syömästä ruokaansa. Saa lisäravinteita . Ravinto annetaan lisäletkun tai gastrooman avulla. Täydellinen parenteraalinen ravitsemus.	Erinomainen syö enimmäns osan ruuastaan. On normaali ruokahalu. Syö toisinaan välipaloja.	
Kudosten venytyminen ja hankautuminen	Ongelma ei lainkaan lihas voimia tai kykyä vaihtaa asentoa. Tarvitsee hoitajia tai hydraulisia apuvälineitä siirtämisessä tai asennon vaihtamisessa. Esim tajuttomuus, pitkälle edennyt alzheimerin tauti ja MS-tauti, saattohoitopotilaat.	Todennäköinen ongelma on kykyä muttei lihas voimaa liikkuu. Tarvitsee hoitajan tuekseen liikkussa. Ei pysty pitämään asentoaan istuessaan tuolissa tai vuoteessa. Esim. hemiplegia tai huonokuntoinen potilas.	Ei muodosta ongelmaa Liikuttaa itseään vuoteessa ja tuolissa itsenäisesti. Riittävästi lihasvoimia korjaamaan asentoa. Säilyttää koko ajan hyvän asennon tuolissa tai vuoteessa.	Ei muodosta ongelmaa. Liikuttaa itseän vuoteessa ja tuolissa itsenäisesti. On riittävästi lihas voimia korjaamaan asentoa. Säilyttää koko ajan hyvän asennon tuolissa tai vuoteessa.	

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

## MUST Vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmä



**LUOKITTELURUNKO: Hoitosuunnitelmalomakkeet HoSU Osaston numero:****Potilasnumero:**

Päätavoite:

Sairaalassaoloaika (lasketaan tulopäivästä):

Potilaan hoitotyön diagnoosi:

Sisältöluokka/ Intervention osa-alue	Merkintöjen lukumäärä	Huomattavaa
<b>1. Painehaavariskin kartoittaminen</b>		
1.1 Braden pistemäärä	pistemäärä:	
1.2 MUST-pisteet	pistemäärä:	
<b>2. Kudoseheyden säilyminen</b>		
2.1 Liikkuminen		miten liikkuu:
2.2 Ihon kunto tullessa		millainen:
2.3 Erittäminen		miten:
2.3.1 Virtsaaminen		miten:
2.3.2 Ulostaminen		miten:
2.3.3 Hikoileminen		mitä huomattu:
2.4 Ihon kunnon tarkkailu		mitä huomattu:
2.5 Painehaavojen ehkäisyn. apuvälineet		mikä/mitkä:  kuinka usein käytetty:  käytön jatkuvuus/ tilapäisyys:
2.6 Potilaan ohjaus		mitä ohjattu:
2.7 Omaisen ohjaus		mitä ohjattu:
2.8 Asentohoito		potilaan toiminta:

		hoitajan toiminta:
2.9 Potilaan vaatetus vuodevaatteet		mitä huomioitu:
2.10 Peseytyminen		mitä huomioitu:
2.11 Puhtaus		mitä huomioitu:
<b>3. Ravitsemustilan korjautuminen</b>		
3.1 1 MUST-pisteiden mukaan ohjautuva toiminta		mitä:
3.2 Painon seuranta		
3.3 Ruokavalio		mitä huomioitu, erikoisruokavalio:
3.4 Ravintovalmisteet		mitä:

Muuta

huomioitavaa: \_\_\_\_\_ Syöminen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nestetasapaino \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**LUOKITTELURUNKO: Päivittäinen hoitosuunnitelma, toteutus ja arviointi Potilaan numero:**

Sisältöluokka/Intervention osa-alue/	Merkintöjen lukumäärä	Huomattavaa, Braden pisteet, MUST-pisteet
<b>1. Painehaavariskin kartoittaminen</b>		
1.1 Braden pistemäärän laskeminen		pistemäärä/t:
1.2 MUST-pistemäärän laskeminen		pistemäärä:
<b>2. Kudoseheyden säilyminen</b>		
2.1 Ihon kunnon tarkkailu		mitä havaintoja:
2.2 Paineh. ehk. apuvälineet		mikä/mitkä: kuinka usein käytetty: käytön jatkuvuus/tilapäisyys:
2.3 Potilaan ohjaus		mitä ohjattu:
2.4 Omaisen ohjaus		mitä ohjattu:
2.5 Liikkuminen		miten: kuinka usein:
2.6 Asentohoito		potilaan toiminta: hoitajan toiminta:
2.7 Potilaan vaatetus		mitä huomioitu:
2.8 Potilaan vuodevaatteet		mitä huomioitu:
2.9 Peseytyminen,		miten, useus:
2.10 Puhtaus		mitä huomioitu:
2.11 Erittäminen		
2.11.1 Virtsaaminen		
2.11.2 Ulostaminen		
2.11.3 Hikoileminen		

<b>3. Ravitsemustilan korjautuminen</b>		
3.1 Painon seuranta		kuinka usein:
3.2 Ruokavalio		mitä huomioitu, erikoisruokavalio:
3.2 Ravintovalmistet		mitä:
<b>4. Henkinen vireys/orientoituminen</b>		mitä huomioitu;
<b>5. Vuorovaikutus</b>		
5.1 hoitoon osallistuvan henk. kunnan kanssa		mitä huomioitu:
5.2 omaisten kanssa		mitä huomioitu:
5.3 toisten potilaiden kanssa		mitä huomioitu:

Muuta huomioitavaa: \_\_\_\_\_ Syöminen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nestetasapaino \_\_\_\_\_

**LUOKITTELURUNKO: Hoitotyön yhteenveto Potilaan numero:**

Sisältöluokka/Intervention osa-alue	Merkintöjen lukumäärä	Huomattavaa
<b>1. Painehaavariskin kartoittaminen</b>		
1.1 Braden pistemäärän laskeminen	pistemäärä:	
1.2 MUST-pistemäärän laskeminen	pistemäärä:	
<b>2. Kudoseheyden säilyminen</b>		
2.1 Ihon kunnon arviointi		mitä huomattu:
2.2 Paineh. ehk. apuvälineet		mikä/mitkä: kuinka usein käytetty: käytön jatkuvuus/tilapäisyys:
2.3 Potilaan ohjaus		mitä:
2.4 Omaisen ohjaus		mitä:
2.5 Liikkuminen		miten liikkuu:
2.6 Asentohoito		potilaan toiminta/missä tarvitsee apua:
2.7 Peseytyminen		mitä huomioitu:
2.8 Puhtaus		mitä huomioitu:
2.9 Erittäminen		
2.9.1 Virtsaaminen		mitä:
2.9.2 Ulostaminen		mitä:
2.9.3 Hikoileminen		mitä:
<b>3. Ravitsemustilan korjautuminen</b>		
3.1 Painon seuranta		miten arvioitu:
3.2 Ruokavalio		mitä arvioitu: erikoisruokavalio:




3.3 Ravintovalmisteet		mitä:
<b>4. Henkinen vireys/orientoituminen</b>		mitä arvioitu:
<b>5. Vuorovaikutus</b>		
5.1 Hoitoon osall. henk. kunnan kanssa		mitä arvioitu:
5.2 Omaisten kanssa		mitä arvioitu:
5.3 Toisten potilaiden kanssa		mitä arvioitu:

Muuta huomioitavaa:

Syöminen

Nestetasapaino

Copyright©Lea-Riitta Mattila, Leena Rekola ja Elina Eriksson



Painehaavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen -  
interventiotutkimus:  
potilasasiakirjojen sisällön analyysi

Hoitotyön koulutusohjelma  
sairaanhoitaja  
Opinnäytetyö

---

Jenni Koskimies 0602908  
Minna Lahtinen 0602909  
Virve Niura 0602938  
Petra Palmgren 0602913

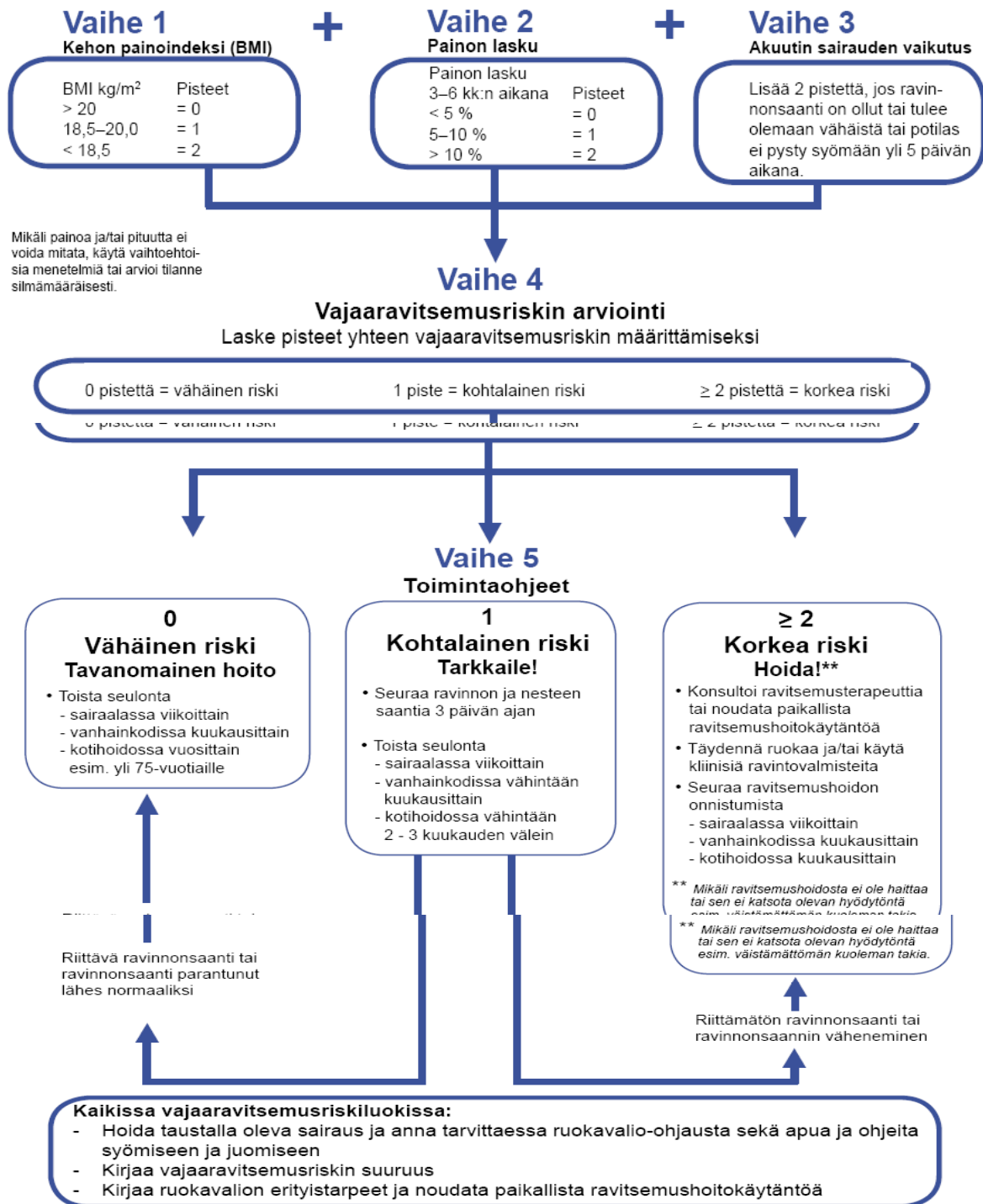
Bradenin asteikko

osa-alue	1	2	3	4	Pisteet
Tuntoaisti kyky reagoida tarkoituksen mukaisesti paineesta aiheutuvaan epämukavuuteen	Täysin rajoittunut ei kykene reagoimaan kivuliaaseen ärsykkeeseen, koskatietoisuus (taju) alentunut tai psyykkisesti kykemätön. Kyky tuntea kipua on rajoittunut suurimmalla osalla kehon pintaa. Esim. tajuton potilas.	Hyvin rajoittunut reagoi vain kivuliaaseen ärsykkeeseen. Ei osaa ilmaista epämukavuuttaan paitsi valittamalla tai levotytomuutena. ihon tunto heikentynyt, mikä rajoittaa tuntea kipua tai epämukavuuttaan osassa kehoa. Esim dementoitunut , lonkkamurtumapotilas, kestokuudutus, esim epiduraalikuudutus, neuropatia, hemiplegia.	Hieman rajoittunut reagoi suullisiin kehotuksiin. Ei aina kykene ilmaisemaan epämukavuuttaan tai tarvetta vaihtaa asentoa. Esim. masentunut, sairaudesta uupunut, vahvasti kipulääkitty, täsmä puudutus esim. pleksus puudutus.	Normaali, ei tuntoaisti vajausta	
Ihon kosteus ihon altistuminen kosteudella	Jatkuvasti kosteaa iho lähes koko ajan kostea hiestä, virtsasta, ulosteesta, dreeni/haavaeritteestä esim. askitesdreeni juuri vuotaa totaalli virtsan tai ulosteen inkotinenssi, ummetus/vatsan toimitus säännöllisesti, korkea kuume	Lähers aina kosteaa iho on usein kostea, muttei kuitenkaan koko päivää. Lakana, poikkilakana, vaippa haava sidos vaihdetaan 2-4 x vrk. Esim. runsas hikoilu, kuumeen aletessa.	Ajoittain kostea. Iho on ajoittain kostea. Lakana/pyjamavaihdetaan kerran päivässä. Potilas hikoilee.	Harvoin jkosteaa iho on yleensä kuiva. Lakana pyjämä vaihdetaan hoitokäytännön mukaan. Esim lääkityksen aiheuttamana.	
Aktiivisuus fyysinen toimintakyky	Vuodepotilas täysin liikunta kyvytön. Ei kykene istumaan edes autettuna. Esim pitkälle edennyt alzheimerin tauti, tujuton, pitkälle edennyt osteoporoosi.	Istuu ajoittain. Kykenee ottamaan muutaman askeleen. Ei kykene kannattamaan omaa painoaan. Tarvitsee runsaasti apua/apuvälineitä siirtyessä tuoliin. Esim hemiplegia, vanhuuden haikkous, luutumaton lonkkamurtuma, toimenpiteen takia asento tai liikuntarajoituksia, esim. tibia tai kalloveto, akuuttikieleke siirto.	Kävelee ajoittain. Kävelee päivittäin muutaman kerran lyhyen matkan hoitajan/apuvälineen kanssa yksin. viettää suurimman osan päivästä vuoteessa tai tuolissa.	Kävelee toistuvasti. Kävelee huoneensa ulkopuolella ainakin kahdesti päiväaikaan ja huoneessaan päivisin ainakin kerran kahdessa tunnissa.	
Liikkuminen kyky muuttaa ja kontrolloida kehon asentoa.	Täysin liikunta kyvytön ei kykene laisinkaan muuttamaan asentoaan ilman apua. Esim tajuttomuus.	Hyvin rajoittunut. Pystyy muuttamaan asentoaan joko vähän tai tahattomasti. Kynemätön itsenäisesti muuttamaan asentoa säännöllisesti tai tiettyyn asentoon. Esim. dementoitunut lonkkamurtuma potilas, hemiplegia, kalloveto	Jonkin verran rajoittunut kykenee itsenäisesti usein vaihtamaan asennosta toiseen. Esim. vahvasti lääkityspotilas kesto puudutus.	Muuttaa asentoaan. Ei tarvitse hoitajan apua muuttamaan asentoa.	

	1	2	3	4	Pisteet
Ravitsemus ruuan saannin toteutuminen	Erittäin heikko. Ollut syömättä trauman tai yleisen heikkouden vuoksi. Ei syö koskaan kaikkea tarjottua ruokaa. Nauttii päivittäin liian vähän nesteitä. Ei nauti lisäravinto valmisteita. Ei iv-ravitsemusta tai saa vaan perusnesteet iv:sti. Esim saattohoito potilaat, potilas kieltäytyy syömästä. Pitikittynyt odottaminen leikkaukseen kuivumisoireet.	Todennäköisesti riittämätön. Syö harvoin kaiken tarjotun ruuan. Yleensä syö vain noin puolet tarjotusta annoksesta. Nauttii toisinaan lisäravinteita. esim. dementia alkoholisti, nielimis vaikeuksista kärsivä, hemiplegia, edennyt MS-tauti	Riittävä syö enemmän kuin puolet annoksestaan. Toisinaan kieltäytyy syömästä ruokaansa. Saa lisäravinteita . Ravinto annetaan lisäletkun tai gastrooman avulla. Täydellinen parenteraalinen ravitsemus.	Erinomainen syö enimmäns osan ruuastaan. On normaali ruokahalu. Syö toisinaan välipaloja.	
Kudosten venytyminen ja hankautuminen	Ongelma ei lainkaan lihas voimia tai kykyä vaihtaa asentoa. Tarvitsee hoitajia tai hydraulisia apuvälineitä siirtämisessä tai asennon vaihtamisessa. Esim tajuttomuus, pitkälle edennyt alzheimerin tauti ja MS-tauti, saattohoitopotilaat.	Todennäköinen ongelma on kykyä muttei lihas voimaa liikkuu. Tarvitsee hoitajan tuekseen liikkussa. Ei pysty pitämään asentoaan istuessaan tuolissa tai vuoteessa. Esim. hemiplegia tai huonokuntoinen potilas.	Ei muodosta ongelmaa Liikuttaa itseään vuoteessa ja tuolissa itsenäisesti. Riittävästi lihasvoimia korjaamaan asentoa. Säilyttää koko ajan hyvän asennon tuolissa tai vuoteessa.	Ei muodosta ongelmaa. Liikuttaa itseän vuoteessa ja tuolissa itsenäisesti. On riittävästi lihas voimia korjaamaan asentoa. Säilyttää koko ajan hyvän asennon tuolissa tai vuoteessa.	

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

## MUST Vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmä



**LUOKITTELURUNKO: Hoitotyön yhteenveto Potilaan numero:**

Sisältöluokka/Intervention osa-alue	Merkintöjen lukumäärä	Huomattavaa
<b>1. Painehaavariskin kartoittaminen</b>		
1.1 Braden pistemäärän laskeminen	pistemäärä:	
1.2 MUST-pistemäärän laskeminen	pistemäärä:	
<b>2. Kudoseheyden säilyminen</b>		
2.1 Ihon kunnon arviointi		mitä huomattu:
2.2 Paineh. ehk. apuvälineet		mikä/mitkä: kuinka usein käytetty: käytön jatkuvuus/tilapäisyys:
2.3 Potilaan ohjaus		mitä:
2.4 Omaisen ohjaus		mitä:
2.5 Liikkuminen		miten liikkuu:
2.6 Asentohoito		potilaan toiminta/missä tarvitsee apua:
2.7 Peseytyminen		mitä huomioitu:
2.8 Puhtaus		mitä huomioitu:
2.9 Erittäminen		
2.9.1 Virtsaaminen		mitä:
2.9.2 Ulostaminen		mitä:
2.9.3 Hikoileminen		mitä:
<b>3. Ravitsemustilan korjautuminen</b>		
3.1 Painon seuranta		miten arvioitu:
3.2 Ruokavalio		mitä arvioitu: erikoisruokavalio:

3.3 Ravintovalmisteet		mitä:
<b>4. Henkinen vireys/orientoituminen</b>		mitä arvioitu:
<b>5. Vuorovaikutus</b>		
5.1 Hoitoon osall. henk. kunnan kanssa		mitä arvioitu:
5.2 Omaisten kanssa		mitä arvioitu:
5.3 Toisten potilaiden kanssa		mitä arvioitu:

Muuta huomioitavaa:

Syöminen

Nestetasapaino



Copyright©Lea-Riitta Mattila, Leena Rekola ja Elina Eriksson

**LUOKITTELURUNKO: Hoitosuunnitelmalomakkeet HoSU Osaston numero:****Potilasnumero:**

Päätavoite:

Sairaalassaoloaika (lasketaan tulopäivästä):

Potilaan hoitotyön diagnoosi:

Sisältöluokka/ Intervention osa-alue	Merkintöjen lukumäärä	Huomattavaa
<b>1. Painehaavariskin kartoittaminen</b>		
1.1 Braden pistemäärä	pistemäärä:	
1.2 MUST-pisteet	pistemäärä:	
<b>2. Kudoseheyden säilyminen</b>		
2.1 Liikkuminen		miten liikkuu:
2.2 Ihon kunto tullessa		millainen:
2.3 Erittäminen		miten:
2.3.1 Virtsaaminen		miten:
2.3.2 Ulostaminen		miten:
2.3.3 Hikoileminen		mitä huomattu:
2.4 Ihon kunnon tarkkailu		mitä huomattu:
2.5 Painehaavojen ehkäisyn. apuvälineet		mikä/mitkä:  kuinka usein käytetty:  käytön jatkuvuus/ tilapäisyys:
2.6 Potilaan ohjaus		mitä ohjattu:
2.7 Omaisen ohjaus		mitä ohjattu:
2.8 Asentohoito		potilaan toiminta:

		hoitajan toiminta:
2.9 Potilaan vaatetus vuodevaatteet		mitä huomioitu:
2.10 Peseytyminen		mitä huomioitu:
2.11 Puhtaus		mitä huomioitu:
<b>3. Ravitsemustilan korjautuminen</b>		
3.1 1 MUST-pisteiden mukaan ohjautuva toiminta		mitä:
3.2 Painon seuranta		
3.3 Ruokavalio		mitä huomioitu, erikoisruokavalio:
3.4 Ravintovalmisteet		mitä:

Muuta

huomioitavaa: \_\_\_\_\_ Syöminen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nestetasapaino \_\_\_\_\_

**LUOKITTELURUNKO: Päivittäinen hoitosuunnitelma, toteutus ja arviointi Potilaan numero:**

Sisältöluokka/Intervention osa-alue/	Merkintöjen lukumäärä	Huomattavaa, Braden pisteet, MUST-pisteet
<b>1. Painehaavariskin kartoittaminen</b>		
1.1 Braden pistemäärän laskeminen		pistemäärä/t:
1.2 MUST-pistemäärän laskeminen		pistemäärä:
<b>2. Kudoseheyden säilyminen</b>		
2.1 Ihon kunnon tarkkailu		mitä havaintoja:
2.2 Paineh. ehk. apuvälineet		mikä/mitkä: kuinka usein käytetty: käytön jatkuvuus/tilapäisyys:
2.3 Potilaan ohjaus		mitä ohjattu:
2.4 Omaisen ohjaus		mitä ohjattu:
2.5 Liikkuminen		miten: kuinka usein:
2.6 Asentohoito		potilaan toiminta: hoitajan toiminta:
2.7 Potilaan vaatetus		mitä huomioitu:
2.8 Potilaan vuodevaatteet		mitä huomioitu:
2.9 Peseytyminen,		miten, useus:
2.10 Puhtaus		mitä huomioitu:
2.11 Erittäminen		
2.11.1 Virtsaaminen		
2.11.2 Ulostaminen		
2.11.3 Hikoileminen		

<b>3. Ravitsemustilan korjautuminen</b>		
3.1 Painon seuranta		kuinka usein:
3.2 Ruokavalio		mitä huomioitu, erikoisruokavalio:
3.2 Ravintovalmisteet		mitä:
<b>4. Henkinen vireys/orientoituminen</b>		mitä huomioitu;
<b>5. Vuorovaikutus</b>		
5.1 hoitoon osallistuvan henk. kunnan kanssa		mitä huomioitu:
5.2 omaisten kanssa		mitä huomioitu:
5.3 toisten potilaiden kanssa		mitä huomioitu:

Muuta huomioitavaa: \_\_\_\_\_ Syöminen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nestetasapaino \_\_\_\_\_

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	PAINEHAAVA	2
2.1	Etiologia	2
2.2	Diagnostiikka	3
2.3	Painehaavojen arviointi ja hoito	4
3	PAINEHAAVAINTERVENTION OSA-ALUEET JA SEN TOTEUTTAMINEN	5
3.1	Intervention kuvaus	6
3.2	Painehaavariskin arviointi	7
3.3	Ihon tarkkailu	7
3.4	Asentohoito ja apuvälineet	7
3.5	Ravitsemus	8
3.6	Kirjaaminen	9
4	TUTKIMUSKYSYMYKSET	11
5	TUTKIMUSAINEISTON KERUU JA ANALYYSI	12
5.1	Sisällön analyysi	12
5.2	Hoitoasiakirjojen analyysi	12
6	TULOKSET	13
6.1	Intervention osa-alueiden ilmeneminen hoitosuunnitelmassa	13
6.1.1	Painehaavariskin kartoittaminen	13
6.1.2	Kudoseheyden säilyttäminen	14
6.1.3	Ravitsemustilan korjautuminen	16
6.2	Intervention osa-alueiden ilmeneminen päivittäisessä kirjaamisessa	16
6.2.1	Painehaavariskin kartoittaminen	17
6.2.2	Kudoseheyden säilyminen	17
6.2.3	Ravitsemustilan korjautuminen	20
6.2.4	Henkinen vireys ja orientoituminen	21
6.2.5	Vuorovaikutus	21
6.3	Intervention osa-alueiden ilmeneminen yhteenvedossa	22
6.3.1	Painehaavariskin kartoittaminen	22
6.3.2	Kudoseheyden säilyttäminen	23
6.3.3	Ravitsemustilan korjautuminen	25
6.3.4	Henkinen vireys ja orientoituminen	25
6.3.5	Vuorovaikutus	26
6.4	Yhteenveto tuloksista	26
6.5	Tulokset, joita ei voitu luokitella	28
7	POHDINTA	29
7.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	29
7.2	Tulosten tarkastelu	30
7.3	Kehittämisehdotukset	32
	LÄHTEET	34
	LIITTEET 1-5	

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aiheena on painehaavojen hoidon kirjaamisen analysointi. Opinnäytetyömme liittyy vuonna 2007 käynnistyneeseen Helsingin terveystieteiden keskuksen Akuutti-sairaalan ja Metropolia ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman tutkimus- ja kehittämishankkeeseen ”Painehaavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen - Interventiotutkimus Laakson sairaalassa”. Tutkimuksessa kehitetään ja kuvataan potilaan painehaavojen tunnistamisen ja ehkäisyn interventio sekä arvioidaan intervention käyttökelpoisuutta ja käytön vaikutuksia painehaavojen tunnistamiseen ja ehkäisyyn. Interventio sisältää painehaavariskin määrittämisen, ehkäisytoimien toteuttamisen ja toiminnan tarkan dokumentoinnin. (Mattila - Rekola - Wikberg - Eriksson 2007: 3.) Opinnäytetyömme tarkoituksena on analysoida hoitotyön dokumenteista sitä, miten intervention toteuttaminen näkyy kirjaamisessa. Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää kustannustehokas hoitotyön interventio painehaavojen ehkäisyyn, toimeenpanna se ja arvioida kehitettyä interventiota ja sen vaikutuksia. Tavoitteena on, että intervention käyttöönoton ja sen tulosten avulla painehaavojen tunnistaminen ja ehkäisy kehittyvät. (Mattila ym. 2007.) Interventio-osastolla noudatetaan uusia painehaavojen hoito-ohjeita, ja vertailuosastolla ovat käytössä Laakson sairaalan yleiset ohjeet koskien painehaavoja (Helsingin kaupunki terveystieteiden keskuksen 2002).

Painehaavalla tarkoitetaan ihon tai ihonalaisen kudoksen paikallista vauriota, jonka aiheuttanut paine, venyttäminen tai hankaus yhdessä tai erikseen. Lisäksi ulkoisen painevaurion taustalla voi olla moni muukin tekijä kuten kipsi, ortoosi tai muu hoitoväline. (Hietanen - Iivanainen - Seppänen - Juutilainen 2002: 186.)

Terveystieteiden keskeinen tehtävä on tarjota mahdollisimman tehokasta, laadukasta ja taloudellisesti edullista hoitoa potilaille. Painehaavojen osalta se tarkoittaa tarkoituksenmukaista ennaltaehkäisevää hoitoa ja painehaavojen tunnistamista mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Helsingin kaupunki terveystieteiden keskuksen 2002: 3.) Haavan arvioinnin monimutkaisuus voi johtaa epä johdonmukaiseen ja väärään dokumentointiin ja riittämättömään haavanhoitoon. Potilaan haavaan liittyvää tietoa on vaikea löytää, jos se on kirjattu moninkertaisesti useaan eri paikkaan potilaskertomukseen. Lisäksi jos potilaalla on useita eri haavoja, johtaa se vielä suurempiin haasteisiin haavan ja haavan hoidon kuvaamiseen, kirjaamiseen ja arvioinnin osalta. Hoitoa vaikeuttaa lisäksi hoidon antajien

erilainen tiedon taso. Potilaskertomus on todiste potilaalle annetusta hoidon laadusta. (Kinnunen - Ensio - Saranto 2008: 73.) Painehaavan kanssa eläminen on raskasta potilaalle ja hänen omaisilleen. Lisäksi painehaavan hoito vie paljon hoitohenkilöstön aikaa ja on kallista sekä yhteiskunnalle että potilaalle. (Hietanen ym. 2002: 186.) Painehaavojen hoidossa kalleinta on vuodeosastohoito sekä hoitohenkilöstön tekemä työ, mikä on 80–90 prosenttia kaikista kuluista. Lääkkeiden, haavanhoitotuotteiden ja apuvälineiden osuus kustannuksista on suhteellisen pieni. Avoin painehaava edellyttää sairaanhoitajan tekemää sidevaihtoa ja haavanhoitoa yleensä 1–2 päivän välein. (Korjonen 2005: 10.)

Väestö ikääntyy, ja sairauksien aiheuttamat muutokset saattavat lisätä painehaavojen määrää, ellei toimenpiteisiin ryhdytä. Kaikissa terveydenhuollon toimipisteissä on kiinnitettävä erityisesti huomiota potilaiden riskiin saada painehaava. Suurin osa painehaavoista voidaan estää, ja on tärkeää, että on käytettävissä ohjeet sekä painehaavojen ehkäisyä että henkilöstön koulutusta varten. Näiden on perustuttava parhaaseen saatavilla olevaan tutkimusaineistoon. Painehaavojen ehkäisyyn tavoitteet ja keinot tulee kirjata, jotta tavoitteisiin päästään. (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2009.)

## 2 PAINEHAAVA

Painehaavat (aiemmin makuuhaavat, nimi vaihdettu painehaavaksi, sillä niiden syntyyn vaikuttaa nimenomaan paine ei niinkään makuuasento) syntyvät erityisesti potilaille, jotka joutuvat makaamaan pitkiä aikoja aloillaan vuoteessa. Liikkumattomuuden lisäksi niiden kehittymiseen vaikuttavat mekaaninen kuormitus, inkontinenssi ja potilaan korkea ikä. Ravitsemuksellakin on epäilty olevan vaikutusta painehaavojen kehittymiseen. (Huovinen 2007.)

### 2.1 Etiologia

Painehaavojen syntymistä edesauttaa verenkierron heikkeneminen. Painehaavoja on tutkittu paljon, ja on ehdotettu erilaisia teorioita koskien painehaavojen syntymiseen vaikuttavista tekijöistä kuten soluvälinesteen virtauksen ja lymfakierronhäiriöt sekä solujen vääntymisen. (Huovinen 2007.)



Painehaava on paikallinen vaurio iholla tai sen alla olevassa kudoksessa. Vaurion on aiheuttanut paine, ihon venyntyminen, hankaus ja/tai nämä yhdessä. Edellä esitetty määritelmä perustuu tämänhetkiseen tutkimukseen ja teoriaan. Uusia teorioita painehaavan synnystä ja hoidosta kehitetään jatkuvasti. Tarvitaan kuitenkin lisää tutkimustyötä ennen kuin määritelmä voidaan niiden perusteella muuttaa. (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry.: 1).

## 2.2 Diagnostiikka

Painehaavojen diagnostiikassa olisi hyvä käyttää Eurooppalaisen painehaavojen neuvottelukunnan (EPUAP) suosittamaa syvyysluokitusta (asteet I-IV). Syvyysluokituksessa haavan syvyyden ilmoittamiseen vaikuttaa se, mitkä anatomiset rakenteet ovat tulleet haavan pohjalta esille. Diagnoosista tulisi tulla esille arvio haavan koosta, syvyydestä, nekroosin ja infektion asteesta. Jotta paranemista voidaan seurata luotettavasti, tulisi haavan koko ja syvyys kirjata ylös piirrosta tai valokuvausta apuna käyttäen. (Hietanen - Iivanainen - Seppänen - Juutilainen 2005: 188.)

Painehaavat jaetaan EPUAP:in ohjeiden mukaan neljään asteeseen:

1. aste: Ihon punoitus, joka ei häviä asentoa vaihtaessa. Myös ihon värin muutos, kuumotus, turvotus sekä ihon ja ihonalaiskudoksen kovettuminen voivat olla myös merkkejä painevaurioista. Värimuutoksen tunnistaminen voi olla hankalaa tummaihoisilla ihmisillä. Nämä potilaat, joilla on 1. asteen painehaava kuuluvat Laakson sairaalan interventio tutkimukseen.

2. aste: Pinnallinen ihon tasossa oleva haava, joka ulottuu epidermikseen, dermikseen tai molempiin saakka. Haava on pinnallinen ja kliiniseltä kavaltaan se edustaa nirhaumaa, rakkulaa tai pinnallista punaista haavaa.

3. aste: Ihon läpi, ihonalaiseen rasvaan ulottuva haava, joka ei lävistä faskiaa. Ihon lävistää haava, jossa ihonalainen rasvakudos voi olla nekroosissa. Haava saattaa ulottua alla olevan lihaksen peitinkalvoon eli faskiaan saakka mutta ei lihakseen.

4. aste: Syvä lihakseen tai luuhun ulottuva haava. Laaja kudostuho, jossa nekroosi tai vaurio ulottuu lihakseen, jänteisiin, luuhun tai niveliin asti. Vaurion pinnalla oleva iho on vaurioitunut, mutta voi olla silti ehjäkin. (European Pressure Ulcer Advisory Panel 2008.)

### 2.3 Painehaavojen arviointi ja hoito

Riskiluokitusmittarien avulla tunnistetaan painehaavan syntymiselle alttiit potilaat. Mikään riskiluokitusmittari ei kykene ennustamaan 100-prosenttisesti potilaan vaaraa saada painehaava. Mitä tahansa käytetäänkin tulee erityisesti kiinnittää huomiota haavan etiologiaan ja vaikuttaa etiologian mukaisiin tekijöihin. Tunnetuimmat ja käytetyimmät mittarit ovat Bradenin, Nortonin ja Waterlowin asteikot. Bradenin asteikko (Liite 1) soveltuu vuodeosastoilla käytettäväksi ja se on käytössä Laakson sairaalassa. Se on suunniteltu aikuispotilaille. Bradenin asteikko koostuu kuudesta osatekijästä. Pisteytys (risk score) vaihtelee 6-23 pistettä. Normaali pistemäärä terveelle ihmiselle ilman riskiä on 23. Kohonneessa painehaavariskissä pisteytys on 18 tai sen alle. Nortonin asteikko koostuu viidestä osasta ja pisteytys on välillä 5-20. Tämän asteikon mukaan kriittinen raja saada painehaava on 14 tai alempi. Nortonin asteikosta muokattu Waterlow'n asteikko koostuu kahdeksasta osatekijästä ja pisteitä saa eri osista vaihdellen, mitä suurempi pistemäärä tässä asteikossa sitä suurempi riski saada painehaava. (Hietanen ym. 2005: 190-191).

Vajaaravitsemusta voidaan arvioida Isossa Britanniassa kehitetyllä MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) menetelmällä. MUST on helppo työkalu vajaaravitsemusriskin löytämiseksi vuodeosastoilla ja avosairaanhoidossa, jolloin ravitsemuskuntoutus voidaan aloittaa riittävän varhain. Näin toipuminen edistyy ja omatoimisuus säilyy. Hyvä ravitsemustila vähentää infektiotaltiutta, edesauttaa haavojen paranemista ja parantaa hoitovastetta sekä elämänlaatua. (Pakarinen 2005.)

Painehaavoja yleensä hoidetaan konservatiivisin menetelmin. Asentohoitojen ja painehaavapatjojen avulla pyritään vähentämään painetta kuormituskohdalla. Hoidossa on olennaista myös kiinnittää huomiota potilaan yleiskuntoon ja ravitsemustilaan sekä perussairauksien hoitotasapainoon.

Jos haavan pinnalle on kehittynyt paksu kudoksenkroosi, poistetaan se kirurgisesti revidoimalla. Operaation jälkeen haavaa hoidetaan konservatiivisin keinoin. Tavoitteena on puhdistaa haava kuolleesta kudoksesta ja saada haava granuloivaan vaiheeseen. (Hietanen ym. 2005: 202.) Hoidossa on tärkeintä poistaa alueelle kohdistuvaa painetta, koska vaarana on, että potilaalle kehittyy useampia painehaavoja.

Kirurginen haavahoito tulee kyseeseen silloin, kun haava on III-IV asteen syvä ja laaja painehaava, eikä paraneminen edisty selvästi 2-3 kuukauden kuluessa. Painehaavan kirurgisella revisiolla tarkoitetaan kuolleen kudoksen poistoa, joka useinkin voidaan suorittaa yksinkertaisesti ilman anestesiaa potilaan vuodeosastolla tai poliklinikalla veistä ja pinsettiä käyttäen. Tällöin edetään siihen kudoksenkroosiin, missä alkaa näkyä verenvuotoa tai alkaa tuntua kipua. Jos painehaavanekroosiin liittyy vaikea infektio, saatetaan tarvita perusteellisempaa revisiota leikkaussaliolosuhteissa. Revisio tehdään tarvittaessa toistuvasti ja haavan jatkopuhdistuminen varmistetaan paikallishoidon keinoin. (Hietanen ym. 2005: 207.)

### 3 PAINEHAAVAINTERVENTION OSA-ALUEET JA SEN TOTEUTTAMINEN

#### 3.1 Intervention kuvaus

Laakson sairaalassa toteutettava interventio on jaettu osa-alueisiin joihin interventio kohdentuu. Niitä ovat painehaavariskien arviointi, ihon tarkkailu, asentohoito ja apuvälineet, ravitsemus ja kirjaaminen. Interventiotutkimus tarkoittaa hoitotyön toiminnan vaikuttavuuden tutkimista luonnollisissa olosuhteissa ja se liittyy hoidon laadun kannalta keskeiseen aiheeseen. Interventiolla tarkoitetaan tässä hoitotyön toimintojen sarjaa, joka sisältää painehaavariskin määrittämisen, ehkäisytoimien toteuttamisen ja toiminnan tarkan dokumentoinnin. Hoitotyöntekijät voivat toteuttaa intervention toistuvasti tutkimukseen mukaan tuleville potilaille. Intervention on tarkoituksena olla yksinkertainen käyttää hoitotyössä. (Mattila ym. 2007.)

Toteutettava interventio suunniteltiin yhteistyössä asiantuntijaryhmän kanssa syksyn 2007 ja alkuvuoden 2008 aikana siten, että se otettiin käyttöön 5.5.2008. Painehaavojen ehkäisyyn ja tunnistamiseen tähtäävä koulutus sairaalan hoitohenkilökunnalle alkoi syksyllä 2007 Laakson sairaalassa. Koulutuksessa käytiin läpi mm. intervention sisältöä ja Bradenin asteikon käyttöä painehaavariskin tunnistamisessa. Koko Laakson sairaalan

hoitohenkilökunta osallistui Braden-koulutukseen, koska Braden on käytössä koko sairaalassa. Interventio-osaston henkilökunta osallistui maaliskuussa 2008 intervention toimeenpanokoulutukseen. (Mattila ym. 2007.)

Osa-alueet, joihin interventio osastolla kohdentuu, ovat painehaavariskin arviointi, ihon tarkkailu, asentohoito ja apuvälineet sekä ravitseminen. Asentohoidoilla ja apuvälineillä ehkäistään ja hoidetaan painehaavoja. Potilasta ja hänen omaisiaan tulee ohjata näihin liittyvissä asioissa. Ravitsemuksen arviointi, ruokailun seuranta ja yksilöllinen ruokavalio ovat osana painehaavojen ehkäisyä ja hoitoa.

TAULUKKO 1. Intervention osa-alueet.

Intervention osa-alueet	Toteutus
Painehaavariskin arviointi	Käytetään Bradenin -asteikkoa potilaan sisään- ja uloskirjaamisvaiheessa.
Ihon tarkkailu	Painehaavakohtien havainnointi.
Asentohoito ja apuvälineet	Paineen poistaminen tai keventäminen asentohoidon ja apuvälineiden avulla. Fysioterapeutin ohjeet hoitajille vuodepotilaiden, istuvien ja liikkuvien potilaiden hoidossa.
Ravitseminen	MUST (The Malnutrition Universal Screening Tool) -asteikon käyttö potilaan sisään- ja uloskirjaamisvaiheessa sekä potilaan ruokailun ja ravitsemuksen havainnointi ja kirjaus.
Kirjaaminen	Interventioiden kirjaaminen potilasasiakirjoihin.

### 3.2 Intervention toteutus

Interventio toteutettiin osastolla 9. Intervention toimeenpantiin 5.5. - 31.12.2008 osastolla 9. Osasto on marraskuussa 2007 avattu 25 paikkainen haava-osasto. Osastolla on kirurgisia jatkohoito-potilaita, kuten palovammapotilaita ja pehmytosakirurgisia potilaita. Intervention toteuttamisen ulkopuolelle jäivät palovammapotilaat, potilaat, joilla on muu kuin I-asteen painehaava tullessa sairaalaan, ihonsiirto kuormitusalueella tai vaikea infektio ja terminaalivaiheen potilaat. Vertailuosastona on osasto 7, joka on 26 paikkainen akuuttiosasto. (Mattila ym. 2007: 3-4.) Laakson sairaalan edellä mainitut osastot keräsivät tutkimusta varten potilasdokumentteja. Potilasdokumentit oli kirjoitettu Pegasos-potilastietojärjestelmään ja ne sisälsivät hoitosuunnitelman, päivittäisen kirjaamisen ja hoitotyön yhteenvedon. (Mattila ym. 2007.)

### 3.3 Painehaavariskin arviointi

Bradenin riskiluokitusmittaria käytettiin painehaavojen riskin arvioinnissa. Sen avulla tunnistetaan painehaavan syntymiselle alttiit potilaat (liite 1). Riskiluokitus tehtiin heti sairaalaan tullessa tai viimeistään vuorokauden aikana ja sen jälkeen parin vuorokauden kuluttua tai kun tilanne muuttui. Sen jälkeen luokituksen tekemisen tiheys riippui potilaan terveydentilasta ja sairaalassaoloajasta. (Hietanen ym. 2005: 190-191.)

### 3.4 Ihon tarkkailu

Painehaavariskiä arvioitiin ihoa tarkkailemalla ja kartoitettiin yksilölliset riskit. Ihon tarkkailussa kiinnitettiin huomiota punoitusalueiden havaitsemiseen sekä merkitsemällä kehoa esittävään kuvioon mahdolliset muutokset. Ihon kunto tarkistettiin luulokekoilta päivittäin. (Mattila ym. 2007.)

### 3.5 Asentohoito ja apuvälineet

EPUAP: in suositusten mukaan ensimmäisenä tavoitteena on tunnistaa ne potilaat, joilla suurentunut riski saada painehaava. Arvioinnin apuna käytetään yleisesti riskiluokitusmittareita. Toisena tavoitteena on ylläpitää ja edistää kudoksen paineensietokykyä huolehtimalla asentohoidoista ja potilaan ravitsemuksesta sekä hänen ihon kunnostaan. Yhtenä tavoitteena EPUAP: in suosituksissa on suojella potilaan ihoa paineelta, hankaukselta ja venyttymiseltä asentohoitojen ym. apuvälineiden avulla. Tärkeää on myös opastaa potilasta ja läheisiä siitä, miten voi omalla toiminnallaan vaikuttaa painehaavojen ennaltaehkäisyyn. (Hietanen ym. 2005: 194-195.) Fysioterapeutti laati osastolle yksityiskohtaiset ohjeet asentohoidon toteutusta varten.

Jos potilas makaa vuoteessa eikä pysty itse kääntymään, tulee hänen asentoaan muuttaa kahden tunnin välein käyttäen tyynyjä hänen asentonsa tukemiseksi. Potilas tulisi tukea asentoon, jossa hänen vartalonsa on 30 asteen kallistuskulmassa paineen alentamiseksi. Tähän suositellaan kiilatyynyjen käyttöä. Kantapäiden tulisi olla irti patjasta tynnyjen avulla. Istuessa potilasta olisi myös hyvä tukea tynnyillä. Tynnyjen asettamisessa on varmistettava, etteivät nämä heikennä muiden painetta vähentävien apuvälineiden hyötyä. (Hietanen ym. 2005; Isoaho 2006.)

Painehaavojen ehkäisyyn on olemassa mm. erityisiä pehmusteita, siirtymiseen käytettäviä apuvälineitä ja asentohoitotyynyjä. Pitkäaikaisilla vuodepotilailla tulisi käyttää painehaavojen ehkäisemiseksi tarkoitettuja patjoja, kuten Decubitus-patjaa. Erilaiset vaahdotomuvipohjaiset tai korkeampaa teknologiaa edustavat painetta alentavat erikoispatjat ja päälliset näyttävät olevan painehaavapatjojen ja sänkyjärjestelmien vaikuttavuudesta saatujen kliinisten tutkimusten mukaan selvästi parempi vaihtoehto painehaavojen ehkäisyssä ja hoidossa kuin tavanomaiset sairaaloiden peruspatjat (Hietanen ym. 2005: 199).

### 3.6 Ravitseminen

Vaikka painehaavojen yleisesti katsotaan johtuvan lähinnä liikkumattomuudesta, kuitenkin myös ravitsemuksen ja painehaavojen välillä saattaa olla syy-yhteys. Tätä oletusta ei ole vielä todistettu tieteellisesti, eikä näyttöön perustuvissa tutkimuksissa ole toistaiseksi pystytty osoittamaan yhteyttä huonon ravitsemustilan ja painehaavojen esiintymisen välillä. Huono ravitsemustila saattaa kuitenkin lisätä kudosten alttiutta ulkoisten tekijöiden kuten paineen vaikutuksille. On tärkeää huomata, että vain muutama riskitekijään pystytään vaikuttamaan ja niistä tärkeimmät ovat kudosten kuormitus ja ravitseminen. Potilaan ravitsemuksessa huomioidaan riittävä kalorimäärä ja runsas proteiinien ja aminohappojen saanti. Painehaavapotilaan ruokavalio tulee sisältää myös tarpeeksi C-vitamiinia ja sinkkiä, joiden on todettu nopeuttavan painehaavojen paranemista. (Huovinen ym. 2005: 202.)

Nykyisissä Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvoston (EPUAP) hoitoperiaatteissa ja toimintalinjoissa käsitellään lyhyesti vajaaravitsemuksen merkitystä painehaavojen kehittymisen ja hoidon kannalta. Niissä sanotaan esimerkiksi seuraavaa:

- Potilaiden täydelliseen painehaavariskin arviointiin pitää kuulua yleiskunnon, ihon, liikuntakyvyn, (ihon) kosteuden ja inkontinenssin, ravitsemustilan ja kivun arviointi.
- Vajaaravitsemuspotilaalle on tehtävä arvioinnin jälkeen suunnitelma sopivasta tuki- ja/tai lisäravinnosta, joka täyttää hänen ravitsemustarpeensa ja vastaa hoidon tavoitteita.

- Varmista painehaavapotilaan tarvitsema ravintoaineiden saanti ehkäistäkseen aliravitsemusta (vajaaravitsemusta). Huomioi ravitsemushoidossa potilaan kunto ja toivomukset.

Tämän suosituksen tarkoitus on selittää nykyisten EPUAP- ohjeiden viittauksia vajaaravitsemukseen ja antaa käytännön työntekijöille ohjeita ravitsemustilan seulontaa ja arviointia sekä sen jälkeisiä toimenpiteitä varten. Suositukset on tarkoitettu kaikkiin hoitotilanteisiin, mutta on selvää, ettei kaikissa toimipisteissä ole käytettävissä tarvittavia välineitä, kuten vaakoja tai ravitsemukseen perehtynyttä henkilökuntaa, kuten ravitsemusterapeutteja. (EPUAP 2003.)

Brittiläisen ravitsemuksen yhdistyksen BAPENin kehittämä MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) on menetelmä, joka sopii kaikenikäisten aikuisten vajaaravitsemusriskin seulontaan niin akuuttisairaalassa, pitkäaikaishoitolaitoksessa kuin kotonakin. MUST-menetelmän kehittämiseen on osallistunut lääkäreitä, hoitajia ja ravitsemusterapeutteja, ja se on käytännössä todettu luotettavaksi, nopeaksi ja helppokäyttöiseksi. MUST:issa tarkistetaan potilaan kehon painoindeksi (BMI), tahaton painon putoaminen sekä akuutin sairauden vaikutus syömiseen. Näiden tekijöiden pohjalta lasketaan vajaaravitsemusriski ja päätetään ravitsemushoidon toteuttamisesta. MUST myös opastaa toimenpiteisiin vajaaravitsemusriskin löytyessä: se ohjaa harkitsemaan, voidaanko tilannetta seurata muutaman päivän ajan, tarvitaanko ravitsemusterapeutin konsultaatiota vai onko ravitsemushoitoa tehostettava välittömästi esimerkiksi tarjoamalla täydennysravintovalmisteita tai aloittamalla letkuruokinta. (Pakarinen 2005.). 0 MUST-pistettä tarkoittaa vähäistä vajaaravitsemusriskiä, 1 MUST-piste tarkoittaa kohtalaista riskiä ja suuri vajaaravitsemusriski on potilaalla, jolla pisteitä on 2 tai enemmän. (MUST - vajaaravitsemusriskin seulonta.) Ravitsemusterapeutti laati osastolle ohjeet potilaan ravitsemushoidosta, jotka perustuivat MUST-lomakkeen käyttöön ja potilaan ruokailun seurantaan.

### 3.7 Kirjaaminen

Potilaan hoitamisen näkökulmasta potilaskertomus mahdollistaa päivittäisen tiedonkulun, avustaa päätöksenteossa ja on hoidon suunnittelun tiedonlähde. Hoitaja tekee prosessin jokaisessa vaiheessa hoidollisia päätöksiä, jotka näkyvät rutiininomaisen kirjaa-

misen vähenemisenä. Juridisesti terveydenhuollon ammattihenkilöitä sitoo mm. sosiaali- ja terveysministeriön asetus (STM 99/2001), joka edellyttää että potilasasiakirjoihin merkitään potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan kannalta tärkeät tiedot. Näistä tulee selvittää sekä hoitoa koskevat päätökset että päätösten perusteet. (Kauppila 2008: 10.)

Käytännössä hoitotyö lähtee potilaan yksilöllisestä kokemuksesta, mutta sen ilmaiseminen kirjallisesti koetaan usein vaikeaksi. Epätasällinen kirjaaminen korostaa enemmän hoitajien toimintaa tai yksilön rutiineja, siinä voi myös olla tulkinnanvaraisia ilmaisuja tai paikallista murretta. Todellisuudessa hoitajat tekevät hoidollisia päätöksiä jatkuvasti muuttuvissa tilanteissa ja erilaisissa toimintaympäristöissä. Hoitotyön prosessin eri vaiheita tehdään yhtä aikaa ja päätöksentekoon osallistuu useita eri ammattiryhmiä. (Kauppila 2008: 10.)

Kinnunen, Ensio ja Saranto (2008) ovat tutkineet hoitotyön kirjaamista haavahoidon osalta. Tulosten mukaan kirjaamisessa ei käytetä yhtenäistä termistöä, jonka vuoksi haavahoidon onnistumista on vaikea arvioida, sekä hankala kehittää. Tutkimuksen mukaan haavahoidon kirjaamisessa on parantamisen varaa. Potilaskertomus on todiste potilaalle annetusta hoidon laadusta, joten dokumentoinnin tulee olla oikea-aikaista, virheetöntä ja täsmällistä. Yhteisen termistön kehittäminen/ käyttäminen olisi tärkeää, jotta välttyään väärinymmärryksiltä Sähköinen järjestelmä luo lisähaasteita haavahoidon kirjaamiselle. (Kinnunen ym. 2008.)

Haavahoidon kirjaamisen lisäksi on tärkeää kirjata potilaan kipukokemuksia potilasasiakirjoihin. Kivun kirjaaminen on koettu vaikeaksi ja se on usein puutteellista. Hyvin kirjatut potilaan kiputunteukset saattavat jopa nopeuttaa potilaan toipumista ja helpottavat oikean hoitomenetelmän valintaa. Jos kipua ei ole kirjattu tarpeeksi hyvin, on sen hoitaminen hankalaa ja potilaan toipuminen pitkittyy. ( Kauppila 2008.)

11.4.2002 valtioneuvoston tekemän päätöksen mukaan sähköinen sairaskertomus otetaan käyttöön vuoden 2007 loppuun mennessä. Tarkoituksena on, että sähköinen potilasjärjestelmä on käytössä kaikissa terveydenalanorganisaatioissa niin julkisella kuin yksityisellä sektorilla. (Hallila 2005: 51.) Sähköinen potilasjärjestelmä takaa paremman potilasturvallisuuden ja parantaa osaltaan hoidon laatua. Se myös mahdollistaa parem-



min tilanteen seurannan ja tilastoinnin. Sähköisen potilasjärjestelmän avulla potilaan tiedot siirtyvät kätevästi hänen vaihtaessa hoitopaikkaa. Tämä ennen kaikkea takaa hoidon jatkuvuuden ja lisäksi säästää hoitokustannuksia, kun ei tarvitse tehdä kalliita hoitotutkimuksia uudelleen uudessa sairaalassa.

2008 vuodesta lähtien sähköisessä kirjaamisessa tulee käyttää ydintietomääritysten mukaisia tietorakenteita (Kinnunen ym. 2008). Näillä tarkoitetaan tärkeimpiä potilaan terveyden- ja sairaanhoitoa kuvaavia tietoja, jotka on kuvattu yhdenmuotoisella tavalla. Tällaisia ydintietoja on mm. hoidon tarve, hoitotyön toiminnot ja hoidon tulokset sekä hoitotyön yhteenveto. Ydintiedot antavat kokonaisen kuvan potilaan terveys- ja sairaushistoriasta. Tavoitteena on, että nopeasti löydetään hoidon kannalta keskeinen tieto. Ydintietojen kirjaaminen edellyttää yleisesti ja yhteisesti sovittuja sanastoja, nimikkeistöjä ja luokituksia. (Kinnunen ym. 2008).

Osastohoidon työasema kuuluu järjestelmän keskeisiin osiin muun Pegasos – järjestelmän osana siten, että osastojen toiminta voidaan liittää saumattomasti avohoidon järjestelmään. Potilaan hoitokaksot muodostavat perustoiminnon osastohoidon ohjelmalle. Järjestelmään on kehitetty kattava ja monipuolinen hoitotyön osio, jossa hoitosuunnitelman ja hoitotyön toteutuksen kirjausten avulla seurataan tarkasti potilaan hoitoa osastolla. Hoitotaulukkoon (ent. kuumekurva) on koottuna potilaskohtaisesti erilaisia seurattavia asioita ja yhteenvetoja. Hoitosuunnitelma voidaan mukauttaa eri yksiköiden tarpeisiin, sen pohjaksi voidaan laatia vaikkapa osastokohtaiset hoitosuunnitelmarungot, joiden avulla hoitotyön kirjaukset yhtenäistyvät. Osastonlääkitys täydentää potilaan lääkehoitoa ja siinä voidaan määritellä potilaan lääkitykselle lääkkeen jakoajat sekä seurata osaston lääkityksiä potilaskohtaisesti tai osastokohtaisesti. (Pegasos-potilastietojärjestelmä 2005.)

#### 4 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinäytetyömme tarkoituksena on analysoida hoitotyön dokumenteista sitä, miten intervention toteuttaminen näkyy kirjaamisessa.

Tutkimuskysymyksinämme on:

1. Miten intervention mukaiset osa-alueet ilmenevät hoitosuunnitelmassa?
2. Miten intervention mukaiset osa-alueet ilmenevät päivittäisessä seurannassa?

### 3. Miten intervention mukaiset osa-alueet ilmenevät hoitotyön yhteenvedossa?

## 5 TUTKIMUSAINEISTON KERUU JA ANALYYSI

Hoitajat keräsivät potilasasiakirjat intervention toteuttamisaikana. Potilasasiakirjoja tulostettiin tutkimukseen osallistuvista potilaista kuukauden ensimmäisenä ja kolmantena viikkona. Tutkimusaineistoa säilytettiin osastolla. Tutkimusajan aikana tutkimusaineistoa saatiin 62 potilaasta, jotka olivat kyseisenä aikana osastolla potilaina. Jokaisesta potilaasta saimme analysoitavaksi kolme lomaketta: hoitosuunnitelman, päivittäisiä kirjaamisia ja yhteenvedot. Potilaiden hoitajaksojen pituus vaihteli kahdesta päivästä 343 päivää.

### 5.1 Sisällön analyysi

Sisällönanalyysi on tekstianalyysia. Analyysissa tuotettu aineisto voidaan kvantifioida, eli analyysia jatketaan siten, että sanallisesti kuvatusta aineistosta tuotetaan määrällisiä tuloksia. Sisällönanalyysilla pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään empiiristä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkitavasta ilmiöstä. (Tuomi – Sarajärvi 2002: 105-115.)

Kun tarkastellaan hoitotyön kirjaamisia, on ensin määriteltävä kirjaamisen kriteerit, joiden ilmenemistä tarkastellaan kirjaamisista. Niiden pohjalta laadittiin luokittelurunko, jonka avulla pystytään analysoimaan kirjaamisia. Kun asiakirjoja analysoidaan, ongelmaksi voivat muodostua hoitotyöntekijöiden erilaiset ilmaisut samasta asiasta, jolloin joudutaan päättämään miten ilmaus luokitellaan.

### 5.2 Hoitoasiakirjojen analyysi

Analyysissä käytettiin aiemmin laadittuja (litteet 3-5). Luokittelurunkoja oli kolme kappaletta yhtä potilasta kohden: päivittäiseen hoitotyöhön, hoitosuunnitelmalomakkeeseen ja hoitotyön yhteenvedoon. Luokittelurungot oli jaettu interventiotutkimuksen osa-alueiden mukaisesti painehaavariskin kartoittamiseen, kudoseheyden säilymiseen, ravitsemustilan korjautumiseen, henkiseen vireyteen ja orientoitumiseen sekä vuorovaikutukseen. Lisäksi rungoissa oli tilaa omille muistiinpanoille. Omiin muistiinpanoi-

hin kokosimme mm. termejä, joita emme pystyneet luokittelemaan, emmekä analysoidaan. Teimme niistä erikseen oman taulukon työhömmе. Lisäsimmе luokittelurunkoihin kaksi luokkaa (syöminen ja nestetasapaino). Luokittelurungoihin kerätyt aineistot analysoitiin SPSS tilasto-ohjelmalla, ja niistä laskettiin frekvenssejä ja prosentteja.

Työskentelimme pareittain analysoidessamme potilasasiakirjoja. Aloitimme analysoinnin 18.11.08 ja lopetimme 22.1.09 Kävimme osastolla vuoropäivinä, jottei meille osoitetussa pienessä tilassa tullut ahdasta. Kävimme osastolla 13 kertaa. Päivässä työskentelimme 3-8 tuntia kerrallaan. Osa potilasdokumenteista oli kerätty pitkältä ajalta ja niiden läpikäymiseen saattoi kulua kauan aikaa, tällöin analysointi vaati tauon. Osittain analysoimme yksin ja osittain yhdessä. Osaston henkilökunta oli ystävällistä ja avulias-ta. Työskentelymme sujui joustavasti, ja suoritimme analysoinnin oman aikataulumme mukaisesti.

## 6 TULOKSET

### 6.1 Intervention osa-alueiden ilmeneminen hoitosuunnitelmassa

Hoitopäivät osastolla vaihtelivat muutamasta päivästä jopa vajaaseen vuoteen, keskimäärin potilaat olivat osastolla 38 päivää. Potilaille oli hoitosuunnitelmaan määritelty päätavoite ja hoitotyön diagnoosi. Valtaosalla oli sama hoitotyön diagnoosi painehaavojen osalta.

#### 6.1.1 Painehaavariskin kartoittaminen

Painehaavariskiä arvioitiin määrittelemällä Braden- sekä MUST-pisteet (taulukko 2).Potilaista 11 %:lla oli laskettu Braden-pisteet kuusi kertaa hoitajakson aikana. Mitä kauemmin potilaat olivat osastolla, sitä useammin Braden-pisteet oli laskettu. Maksimissaan Braden-pisteet oli laskettu 57 kertaa. Braden-pisteet vaihtelivat osastolla olleilla potilailla 9-22 pisteen välillä. Eniten potilaat saivat 22 pisteen arvon eli painehaavariski heillä oli pieni.

MUST-pisteet oli laskettu 21 %:lla potilaista neljä kertaa. Maksimissaan MUST-pisteet oli laskettu 25 kertaa. Suurin osa potilaista oli saanut MUSTia arvioitaessa 0 pistettä, eli

heillä oli vähäinen vajaaravitsemusriski. Yksi potilaista oli saanut korkeamman arvon kuin muut eli 4 pistettä.

TAULUKKO 2. Painehaavariskin kartoittaminen hoitosuunnitelmassa (n=62).

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Braden-pistemäärä	1-5	15 (24)
	6-10	22 (36)
	11-14	8 (13)
	16-25	7 (11)
	26-35	5 (8)
	36-57	5 (8)
MUST-pisteet	0	1 (2)
	1-5	36 (58)
	6-10	12 (19)
	11-18	8 (13)
	20-25	5 (8)

### 6.1.2 Kudoseheyden säilyttäminen

Useimmissa hoitosuunnitelmassa oli kuvailtu jollain tavalla potilaan liikkumista. Merkinnät liikkumisesta jakoutuivat niin, että eniten HOSUissa mainittiin liikkuminen yhden kerran eli 26 %:lla potilaiden HOSUssa oli näin (taulukko 3). Suurin osa potilaista liikkui rollaattorin turvin itsenäisesti tai hoitajan avustamana. Muita liikkumisen apuvälineitä, joita potilaat käyttivät olivat mm. pyörätuoli ja Eva-teline.

Hoitosuunnitelmassa määriteltiin potilaiden ihon kunto osastolle tullessa. 45 %:lla potilaista mainittiin ihon kunnosta HOSUssa yhden kerran hoitajakson aikana. Eniten ihon kuntoa kuvailtiin sanalla ”siisti”. Hoitosuunnitelmassa mainittiin myös, jos potilaalla oli tullessa ihorikkoja, esimerkiksi ”varpaan välit rikki”.

Suurimmalla osalla (98 %) potilaista ei mainittu erittämisestä mitään, ainoastaan yhdellä potilaalla oli mainittu haavan erittämisestä. Potilaiden hikoilemisesta ei hoitosuunnitelmissa ole mainittu mitään. 66 %:lla ei mainittu hoitosuunnitelmassa mitään virtsaamisesta. HOSUun oli kirjattu, jos potilaalla oli inkontinenssia tai kestopatetti. Valtaosalla (84 %) potilaista ei ollut kirjattu hoitosuunnitelmaan mitään ulostamiseen liittyvää.

62 potilaasta 17:llä potilaalla oli HOSUssa kirjattu kahdesti ihon kunnosta. Yleisesti potilaiden ihoa kuvailtiin sanalla ”siisti”. Hoitosuunnitelmissa oli kirjattu melko vähän painehaavojen ehkäisyn apuvälineistä. 27 %:lla potilaista oli kirjattu kahdesti ja 19 %:lla kerran. Yleensä apuvälineistä mainittiin, minkälainen patja potilaalle oli laitettu.

Potilaille käytettiin myös muun muassa vaahtogeelityynyä istuessa ja asentohoitotyynyjä.

Keskimäärin 8 %:ssa hoitosuunnitelmista oli kirjattu potilaalle annetusta ohjauksesta. Eniten potilaille ohjattiin ihonsa tarkkailua ja asennon vaihtamista sekä itsenäistä liikkumista. Potilaita ohjattiin myös yleisesti päivittäisissä toiminnoissa. Hoitosuunnitelmista 68 %:iin ei oltu kirjattu mitään omaisten ohjauksesta. Omaisia ohjattiin potilaiden ihon kunnon tarkkailuun ja heidän asentohoitonsa huomioimiseen sekä kannustamaan potilasta liikkumaan.

Hoitosuunnitelmaan oli kirjattu enimmäkseen hoitajien toimintaa potilaiden asentohoitoon liittyen. Erityisesti oli kirjattu, jos hoitajan täytyi öisin huomioida potilaiden asentohoito. 62 HOSUsta 16:een ei ollut kirjattu mitään potilaiden asentohoidoista. Sekä peseytymisestä että puhtaudesta 62 hoitosuunnitelmasta 50:ssä ei oltu kirjattu mitään. 36 %:lla potilaiden HOSUissa ei ollut kirjattu potilaiden vaatetukseen tai vuodevaatteisiin liittyen mitään. Vuodevaatteista oli kirjattu, että hoitajan tulee huomioida, etteivät lakanat ole rypyssä.

TAULUKKO 3. Kudoseheyden säilyttäminen hoitosuunnitelmassa (n=62).

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Liikkuminen	0	4 (7)
	1-5	40 (65)
	6-10	12 (19)
	11-55	6 (10)
Ihon kunto tullessa	0	13 (21)
	1-6	49 (79)
Erittäminen	0	61 (98)
	1	1 (2)
Virtsaaminen	0	41 (66)
	1-5	15 (24)
	6-15	6 (10)
Ulostaminen	0	52 (84)
	1-12	9 (14)
Hikoileminen	0	62 (100)
Ihon kunnon tarkkailu	0	9 (15)
	1-5	42 (68)
	6-10	6 (10)
	11-19	5 (8)
Painehaavojen ehkäisyn apuvälineet	0	8 (13)
	1-5	44 (71)
	6-10	5 (8)
	11-18	5 (8)
Potilaan ohjaus	0	9 (15)
	1-5	46 (74)
	6-16	7 (11)
Omaisien ohjaus	0	42 (68)

	1-4	20 (32)
Asentohoito	0	16 (26)
	1-8	46 (74)
Potilaan vaatetus ja vuodevaatteet	0	22 (36)
	1-7	40 (64)
Peseytyminen	0	50 (81)
	1-4	8 (13)
	5-11	4 (6)
Puhtaus	0	50 (81)
	1-7	12 (19)

### 6.1.3 Ravitsemustilan korjautuminen

Hoitosuunnitelmista 92 %:ssa ei oltu määritelty MUST-pisteiden mukaan ohjautuvaa toimintaa kertaakaan (taulukko 4). Saatua MUST-pisteiden määrää oli tulkittu sanoin, esimerkiksi: potilaan MUST-arvo 1 eli potilaalla on vähäinen vajaaravitsemusriski. Yli puolella (53 %) oli mainittu kerran painon seurannan tarpeesta. Yleisin kirjausmerkintä oli, että potilas punnitaan kerran viikossa. Kirjaukset potilaiden ruokavalioista jakautuivat niin, että enimmäkseen oli kirjattu yhdestä kolmeen kertaan. Ruokavalioon liittyvät kirjaukset koskivat ruoan koostumusta, kuten ”sosemäinen ruokavalio”. Hoitosuunnitelmissa oli mainita, jos potilaalle oli jonkinlainen ravintovalmiste. 44 %:lla potilaista oli lisätty ruokavalioon jokin ravintovalmiste.

TAULUKKO 4. Ravitsemustilan korjautuminen hoitosuunnitelmassa (n=62).

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
MUST-pisteiden mukaan ohjautuva toiminta	0	57 (92)
	1-2	5 (8)
Painon seuranta	0	5 (8)
	1-8	57 (92)
Ruokavalio	0	4 (7)
	1-5	53 (86)
	7-16	5 (8)
Ravintovalmisteet	0	35 (57)
	1-6	27 (44)

### 6.2 Intervention osa-alueiden ilmeneminen päivittäisessä kirjaamisessa

Päivittäiseen hoitosuunnitelmaan kirjataan vuorokohtaisesti potilaan päivittäiseen hoitoon liittyvät asiat.

### 6.2.1 Painehaavariskin kartoittaminen

Painehaavariskiä arvioitiin määrittelemällä Braden- sekä MUST-pisteet (taulukko 5). Yleisesti Braden- ja MUST-pistemääriä ei ollut merkitty päivittäiseen kirjaamiseen. Braden-pisteet oli merkitty päivittäiseen hoitosuunnitelmaan enintään 3 kertaa (3 %) ja MUST-pisteet enintään kerran (8 %).

TAULUKKO 5. Painehaavariskin kartoittaminen päivittäisessä kirjaamisessa (n=62).

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Braden pistemäärä	0	47 (76)
	1-3	15 (24)
MUST-pisteet	0	57 (92)
	1	5 (8)

### 6.2.2 Kudoseheyden säilyminen

Kudoseheyden säilymistä ja ihon kuntoa oli tarkkailtu aktiivisesti (taulukko 6). Merkin­nät vaihtelivat nol­lasta merkinnästä (3 %) 198 merkintään (2 %). Useasti oli kirjattu lause ”iho siisti luu-ulo­ke­kohdilta” tai ”ihon kunto tarkistettu luu-ulo­ke­kohdilta”, nämä lauseet toistuivat joidenkin potilaiden kohdalla päivittäin.

Painehaavan ehkäisyn apuvälineitä oli kirjattu, jos niiden käyttö alkoi. Jos apuvälineiden käyttö jatkui, niin niitä ei enää mainittu, myöskään niiden toimivuudesta tai avusta painehaavojen ehkäisyssä ei kirjattu. Yleisimmät kirjatut painehaavan ehkäisyn apuvälineet olivat decubitus- patjat ja tyynyt ja Allevyn-kantapäättynyt.

Potilaan ohjauksesta oltiin kirjattu harvoin, yleensä ohjaus oli kehotuksia tai rohkaisuja päivittäisissä toiminnoissa. Omaisten ohjauksesta ei oltu kirjattu (96 %). Analysoimis­samme päivittäisissä hoitosuunnitelmissa oli vain kahden potilaan kohdalla kirjattu omaisen ohjauksesta.

Liikkumista (taulukko 6) oli kirjattu eniten. Merkin­nät vaihtelivat kolmesta merkinnästä (2 %) 222 merkintään (2 %). Päivittäin oli kirjattu kuinka potilas liikkuu, esim. millä apuvälineillä, omatoimisesti jne. Asentohoitoa oli kirjattu vuodepotilailla. Ne oli kirjattu hoitajalähtöisesti, esim. ”asentoa muutettu”. Potilaan oma toiminta asentohoidossa oli kuitenkin otettu hyvin huomioon, esim. ”itsenäisesti vaihtanut asentoa”.

Potilaan vaateuksesta ja vuodevaatteista oli kirjattu harvoin. Peseytymistä oli kirjattu paljon. Joidenkin potilaiden kohdalla oli mainittu miten potilas pystyi itse osallistumaan pesuihin. Toisaalta usein oltiin kirjattu taas hoitajälhtöisesti, esim. ”aamupesut tehty”. Puhtaudesta oli kirjattu vähemmän kuin peseytymisestä, puhtaudesta oli eniten viisi tai alle merkintää (65 %). Analysoidessamme merkitsimme vaipan vaihdon puhtauteen, ja siitä tulikin eniten merkintöjä tähän kohtaan.

Erittämisestä oli mainittu vain vähän, 57 % potilasdokumenttiin ei oltu merkitty yhtään erittämisistä. Jos potilas oli oksentanut, erittänyt limaa tai haava oli vuotanut, ne oli kirjattu hyvin. Virtsaamisia oli kirjattu paljon (kerrasta 167 kertaan). Potilaasta oli kirjattu onko hän virtsannut, kuinka paljon ja mihin (vaippa, alusastia, katetri, sorsa, wc jne.). Useasti käytettiin myös kirjausta ”kastellut”, joka ei anna selkeää tietoa potilaan virtsaamisesta. Ulostamisesta oli kirjattu erittäin usein. Kirjauksiin oltiin mainittu ulosteen määrä, koostumus, väri ja mihin potilas oli ulostanut (wc, vaippa, portatiivi, alusastia jne.). Ulostamisesta oli merkitty myös mahdolliset vatsan pehmikkeet (laksatiivit). Hikoilemista ei oltu kirjattu paljon. Suurimmalle osalle potilaista ei tullut tälle kohdalle merkintöjä ollenkaan (87 %). Vain kahdeksalle potilaalle tuli merkintöjä hikoilemisesta, yksi merkintä seitsemälle potilaalle (11 %) ja kolme merkintää yhdelle potilaalle (2 %).

TAULUKKO 6. Kudoseheyden säilyttäminen päivittäisessä kirjaamisessa (n=62)

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Kudoseheyden säilyminen	0	61 (98)
	1-10	1 (2)
Ihon kunnon tarkkailu	0	2 (3)
	1-5	11 (18)
	6-10	9 (14)
	11-15	6 (10)
	16-20	8 (13)
	21-30	9 (14)
	31-50	6 (10)
	51-70	7 (11)
	71-100	2 (3)
	101-130	1 (2)
	131-200	1 (2)
	Painehaavan ehkäisyn apuvälineet	0
1-5		17 (27)
10-15		4 (6)
Potilaan ohjaus	0	16 (29)
	1-5	33 (54)
	6-10	9 (15)
	11-20	3 (5)
	21-30	1 (2)
Omaisien ohjaus	0	60 (97)
	1-4	2 (3)
Liikkuminen	1-10	3 (5)



	11-20 21-30 31-40 41-50 51-60 61-70 71-90 91-120 121-150 151-200 201-225	6 (10) 10 (16) 6 (10) 6 (10) 6 (10) 6 (10) 3 (5) 5 (8) 6 (10) 3 (5) 2 (3)
Asentohoito	0 1-5 6-10 11-20 21-30 31-40 41-50 51-80	16 (26) 22 (35) 11 (18) 4 (6) 3 (5) 3 (5) 2 (3) 1 (2)
Potilaan vaatetus	0 1-5 6-10 11-15	25 (40) 33 (48) 5 (8) 2 (3)
Potilaan vuodevaatteet	0 1-5	51 (82) 11 (18)
Peseytyminen	0 1-5 6-10 11-20 21-30 31-40 41-50 51-70 71-80	3 (5) 13 (21) 9 (14) 21 (32) 7 (11) 6 (10) 1 (2) 1 (2) 1 (2)
Puhtaus	0 1-5 6-10 11-20 21-33	15 (24) 25 (40) 13 (21) 6 (10) 3 (5)
Erittäminen	0 1-5 6-15 16-30 31-39	35 (57) 19 (31) 5 (8) 2 (3) 1 (2)
Virtsaaminen	0 1-10 11-20 21-30 31-50 51-80 81-110 111-167	4 (7) 15 (24) 19 (31) 12 (19) 2 (3) 5 (8) 3 (5) 2 (3)
Ulostaminen	0 1-10 11-20 21-30 31-60 61-93	6 (10) 36 (58) 10 (16) 6 (10) 2 (3) 2 (3)
Hikoileminen	0 1-3	54 (87) 8 (13)

### 6.2.3 Ravitsemustilan korjautuminen

Yleisesti ravitsemustilan korjautumiseen (taulukko 7) oli kirjattu vain vähän. Painon seurantaan yli puolella potilaista oli nolla kirjausta (89 %), kuudella potilaalla oli yksi merkintä (10 %) ja yhdellä potilaalla oli kaksi merkintää (2 %). Ruokavalioon oli 50 potilaalla nolla merkintää (81 %), yhdeksällä potilaalla oli yksi merkintä (15%) ja kolmella potilaalla kolme merkintää (5 %). Ravintovalmisteissa oli myös vähän kirjauksia, suurimmalla osalla potilaista oli nolla merkintää tässä kohdassa (74 %).

Potilasdokumentteihin oli kuitenkin kirjattu potilaan ravitsemuksesta ja nestetasapainosta. Potilailla oli yleisesti ottaen hyvin paljon merkintöjä syömisestä ja juomisesta, merkinnät vaihtelivat 2 merkinnästä 172 merkintään. Potilaista oli kirjattu miten he syövät, mitä syövät ja yleisestä ruokahalusta. Nestetasapainoon merkitsimme analysoidessamme nestelistan, iv ja po nesteytyksen. Myös nestetasapainosta oli kirjattu hyvin, merkinnät vaihtelivat nollassa merkinnästä 76 merkintään.

TAULUKKO 7. Ravitsemustilan korjautuminen päivittäisessä kirjaamisessa (n=62)

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Ravitsemustilan korjautuminen	0	62 (100)
Painon seuranta	0	55 (89)
	1-2	7 (11)
Ruokavalio	0	50 (81)
	1-3	12 (19)
Ravintovalmisteet	0	46 (74)
	1-2	14 (23)
	3-5	2(3)
Syöminen	0	0 (0)
	1-10	11 (18)
	11-20	17 (37)
	21-30	10 (16)
	31-40	13 (21)
	41-60	7 (11)
	61-100	2 (3)
	101-175	2 (3)
Nestetasapaino	0	14 (23)
	1-5	11 (18)
	6-10	11 (18)
	11-20	11 (18)
	21-30	5 (8)
	31-50	6 (10)
	51-76	4 (6)

#### 6.2.4 Henkinen vireys ja orientoituminen

Henkistä vireyttä/orientoitumista (taulukko 8) oli kirjattu paljon. Merkinnät vaihtelivat nollassa merkinnästä 102 merkintään. Henkiseen vireyteen oli kuvattu potilaan käyttäytymistä osastolla. Jos potilas oli ollut osastolla passiivinen/alakuloinen, tämä oltiin kirjattu. Jos potilas taas oli ollut aggressiivinen/hoitokielteinen, oltiin tämäkin kirjattu yksityiskohtaisesti. Potilasdokumentteihin oli kirjattu myös potilaan mielialasta, esim. ”pirteä”, ”asiallinen”, ”rauhallinen”, ”tyytyväinen”, ”itkuinen”, ”levoton”, ”sekava” jne.

TAULUKKO 8. Henkinen vireys/orientoituminen päivittäisessä kirjaamisessa (n=62)

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Henkinen vireys/orientoituminen	0	3 (5)
	1-5	14 (23)
	6-10	10 (16)
	11-20	15 (24)
	21-30	7 (11)
	31-40	3 (5)
	41-50	5 (8)
	51-70	3 (5)
	71-100	1 (2)
	101-102	1 (2)

#### 6.2.5 Vuorovaikutus

Yleiseen vuorovaikutukseen (taulukko 9) ei oltu kirjattu selkeästi. Vuorovaikutukseen hoitoon osallistuvan henkilökunnan kanssa oli kirjattu potilaan käyttäytymisestä ja vuorovaikutuksesta hoitajien kanssa sekä potilaan ja hoitajien yhteistyöstä hoitotoimenpiteissä. Monet kirjaukset tällä osa-alueella koskivat potilaan hoitokielteisyyttä. Oli myös kerrottu potilaan aktiivisuudesta hoitoon ja potilaan ja hoitajan ”hyvästä yhteishengestä”. Lisäksi potilaan huolenaiheet esim. kotiutumisesta olivat kirjattu hyvin. Vuorovaikutukseen omaisten kanssa oli kirjattu omaisten vierailut osastolla, yleensä omaisten kanssa tapahtuneesta vuorovaikutuksesta ei oltu kirjattu muuta kuin ”omaisen käymässä” tai ”omaisen soittanut”. Vuorovaikutukseen toisten potilaiden kanssa ei oltu kirjattu paljon. Merkinnät tästä osa-alueesta vaihtelivat nollassa merkinnästä (69 %) yhteentoista merkintään (2 %).

TAULUKKO 9. Vuorovaikutus päivittäisessä kirjaamisessa (n=62)

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Vuorovaikutus	0	58 (94)
	1-5	2 (3)
	6-10	1 (2)
	11-20	1 (2)
Hoitoon osallistuvan henkilökunnan kanssa	0	19 (31)
	1-5	23 (37)
	6-10	16 (26)
	11-20	3 (5)
	21-25	1 (2)
Omaisten kanssa	0	19 (31)
	1-5	25 (41)
	6-10	7 (11)
	11-20	6 (10)
	21-35	5 (8)
Toisten potilaiden kanssa	0	43 (69)
	1-5	16 (26)
	6-10	2 (3)
	11-15	1 (2)

### 6.3 Intervention osa-alueiden ilmeneminen yhteenvedossa

Hoitotyön yhteenvetolomakkeelle kirjataan potilaiden tulo-, väli- ja loppuarvioinnit.

#### 6.3.1 Painehaavariskin kartoittaminen

Yhteenvedo lomakkeisiin myös merkittiin potilaiden Braden- ja MUST -pisteet (taulukko 10). Braden-pisteet jakautuivat 9-22 pistearvon välille. Eniten potilaat saivat Braden-pisteitä laskettaessa arvon väliltä 16-21. 15 %:lta potilaista Braden-pisteet laskettiin osastolla ollessa kolme kertaa. Yhteenvetolomakkeisiin suurin kirjattu laskettu määrä oli 20 kertaa.

Enimmistöltä (81 %) laskettiin hoitajakson aikana MUST-pisteet yhdestä kolmeen kertaan. Arvot vaihtelivat väliltä 0-4. Yleensä pistemäärien yhteydessä oli myös mainittu sanallisesti oliko painehaavariski tai aliravitsemusriski matala, keskisuuri vai korkea.

TAULUKKO 10. Painehaavariskin kartoittaminen yhteenvedossa (n=62)

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Braden-pistemäärän laskeminen	0	3 (5)
	1-9	44 (71)
	10-20	15 (24)
MUST-pistemäärän laskeminen	0	8 (13)
	1-4	54 (87)

### 6.3.2 Kudoseheyden säilyttäminen

Yhteenvedoissa potilaiden ihon kuntoa arvioitiin enimmäkseen siistiksi, mutta kirjattuna oli myös, jos oli jotain huomioitu kuten ihorikot, ihottumat ja ihon kuivuus. Hoitojakson aikana kirjaamiskertoja ihon kuntoon liittyen oli keskimäärin neljä kertaa (taulukko 11). Ihon kuntoa oltiin arvioitu selkeästi, ihoa oltiin kuvailtu yhteenvedoissa paljon, esim. ”hilseilevä”, ”punoittaa”, ”hauras”, ”ihorikkoja”. Myös yhteenvedoissa käytettiin paljon kirjausta ”iho siisti luu-ulokekohdilta”.

Painehaavan ehkäisymenetelmistä yhteenvedoissa mainittiin melko vähän. Noin 70 %:ssa yhteenvedoista ei niitä mainittu kertaakaan. 19 potilaalla (31 %) oli kirjauksia painehaavan ehkäisyn apuvälineiden käytöstä. Kirjauksissa oli maininta käytetyistä apuvälineistä, esim. geelipatja, moottoroitu patja, Allevyn Hill-pehmuste.

Yhteenvetoihin kirjattiin enimmäkseen, jos potilas tarvitsi ohjausta päivittäisissä toiminnoissa, esim. ”tarvitsee ohjausta pesuissa”. Kirjaukset potilaan ohjauksesta vaihtelivat nollassa kirjauksesta (60 %) kahdeksaan kirjaukseen (3 %). Yleisesti yhteenvetoihin oli kirjattu melko vähän potilaiden tai omaisten ohjaamisesta. Potilaista 60 %:ia ei oltu ohjattu yhteenvedon kirjaamisten perusteella lainkaan. Omaisista 95 % ei ollut saanut ohjausta koskien potilasta. Omaisten ohjauksesta oli kirjattu vain kolmelle potilaalle (5 %).

Potilaiden liikkumisesta oli kirjattu melko monta kertaa yhteenvetoihin, keskimäärin kuusi kertaa hoitojakson aikana. Potilaat enimmäkseen liikkuivat rollaattorin turvin itsenäisesti tai hoitajan tukemana. Yhteenvetoihin oli myös kirjattu minkälaista potilaan kävely oli ollut, kuten ”kävely epävarmaa”. Kirjaukset liikkumisesta vaihtelivat nollassa merkinnästä (8 %) kuuteentoista merkintään (2 %). Potilaiden asentohoidoista oli melko vähän merkintöjä, 69 %:lla ei ollut mitään kirjausmerkintää asiaan liittyen. Yleisimmät kirjaamismaininnat olivat potilas vaihtaa itse asentoa tai hoitaja huomioi asennon vaihdon.

Yhteenvedossa oli melko vähän merkintöjä liittyen potilaiden peseytymiseen ja puhtauteen. Peseytymisestä liittyviä kirjauksia ei ollut 48 %:ssa lainkaan. Kirjaamiset peseytymisestä vaihtelivat nollassa merkinnästä (48%) neljään merkintään (2 %). Yhdellä potilaalla oli lisäksi 22 merkintää peseytymisestä (2 %). Puhtauteen liittyviä merkintöjä

ei ollut 58 %:ssa. Kirjaukset puhtaudesta vaihtelivat nollassa (58%) kolmeen (2 %) merkintään. Peseytymisessä ja puhtaudessa kirjaukset kertoivat myös siitä tarvitseeko potilas niissä apua.

Myös erittämisestä oli vähän merkintöjä, 90 %:ssa ei ollut lainkaan merkintöjä siihen liittyen. Erittämisestä oli mainittu, jos potilas oli oksentanut tai haavat olivat erittäneet. Erittämisessä oli merkintöjä kahdeksalla potilaalla (10%). Virtsaamiseen liittyen merkintöjä oli jonkun verran. Kirjaamiskerrat jakoutuivat kerran ja kuuden kerran välille, kuitenkin 36 %:ssa ei oltu mainittu kertaakaan virtsaamiseen liittyen. Yhteenvedossa oli mainittu, jos oli tehty jotain erityistoimenpiteitä kuten ”kertakatetroitu” tai ”kestokatetri poistettu”. Virtsaamisessa oli usein mainittu virtsaako potilas vaippaan, katetriin vai wc-pönttöön. Ulostamisesta oli kirjaamismerkintöjä myös kerran ja kuuden kerran väliltä. 22 %:lla oli mainittu kerran ulostamiseen liittyen, 53 %:lla ei oltu mainittu kertaakaan. Samoin kuin virtsaamisen suhteen, kirjattuna oli, jos potilaalla oli jotain erityistä, kuten ”ripuli” tai ”avanne”. Hikoilemisesta ei oltu kirjattu kertaakaan.

TAULUKKO 11. Kudoseheyden säilyttäminen yhteenvedossa (n=62)

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Ihon kunnon arviointi	0	10 (16)
	1-4	32 (52)
	5-8	15 (24)
	9-12	5 (8)
Painehaavojen ehkäisyn apuvälineet	0	43 (69)
	1-4	19 (31)
Potilaan ohjaus	0	37 (60)
	1-5	19 (31)
	6-8	6 (10)
Omaisien ohjaus	0	59 (95)
	1-2	3 (10)
Liikkuminen	0	5 (8)
	1-5	24 (39)
	6-10	26 (42)
	11-16	7 (11)
Asentohoito	0	43 (69)
	1-2	19 (31)
Peseytyminen	0	30 (48)
	1-22	32 (52)
Puhtaus	0	36 (58)
	1-3	26 (42)
Erittäminen	0	56 (90)
	1-5	6 (10)
Virtsaaminen	0	22 (36)
	1-6	40 (65)
Ulostaminen	0	33 (53)
	1-6	29 (47)
Hikoileminen	0	62 (100)

### 6.3.3 Ravitsemustilan korjautuminen

62 hoitotyön yhteenvedosta yhdeksään (15 %) oli kirjattuna kerran liittyen painon seurantaan (taulukko 12). Yhteenvedoja, joissa ei ollut ollenkaan painon seurannan merkintöjä oli 61 %. Kirjaamiset koskivat painoindeksiä ja punnitusta sekä obesiteettia.

Ruokavaliosta (taulukko 12) mainittiin hoitotyön yhteenvedoissa eniten kerran tai kaksi kertaa (47 %). Kirjaamiset koskivat yleensä ruoan koostumusta, esim. ”sosemainen”, ”nestemäinen”, ja erityisruokavalioita sekä mahdollisia rajoituksia, kuten fosforirajoitus. Usein oli mainittu myös onko potilaalla ruoka-aineallergioita. Myös perusruokavaliot oli mainittu erikseen hoitotyön yhteenvedoissa. Ravintovalmisteista (taulukko 12) oli kirjattu, jos potilaalla meni joku lisäravinnevalmiste, kuten Cupitan tai Nutridrink. Kirjauksissa oli mainittu käytetyn ravintovalmisteen nimi ja käyttökerrat. Kirjaamisten perusteella 24 potilaalla oli lisäravinne käytössä.

Kirjaukset syömisestä vaihtelivat nollassa kirjauksesta (36 %) kahdeksaantoista kirjaukseen (2 %). Syömisestä kirjauksissa oli mainittu potilaan ruokahalusta ja siitä, kuinka potilas syö, esim. ”itsenäisesti”, ”autettuna”.

TAULUKKO 12. Ravitsemustilan korjaantuminen yhteenvedossa (n =62)

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Painon seuranta	0	38 (61)
	1-4	19 (31)
	5-8	5 (8)
Ruokavalio	0	17 (27)
	1-5	40 (66)
	6-13	5 (8)
Ravintovalmisteet	0	38 (61)
	1-4	19 (31)
	5-18	5 (8)
Syöminen	0	22 (36)
	1-7	30 (49)
	8-18	10 (16)

### 6.3.4 Henkinen vireys ja orientoituminen

Potilaiden orientoitumisesta (taulukko 13) 26 %:iin hoitotyön yhteenvedoista ei oltu kirjattu lainkaan. Yhteen hoitotyön yhteenvedoon oli kirjattu maksimissaan 16 kertaa henkisestä vireydestä/orientoitumisesta. Eniten käytettyjä kirjaamistermejä olivat ”asiallinen”, ”muistamaton”, ”orientoitunut”/ ”desorientoitunut”, ”aggressiivinen” ja ”seka-

va” sekä ”levoton”. Muita merkintöjä olivat kirjaukset potilaan käyttäytymisestä, esim. ”masentunut”, ”piristynyt”, ”aggressiivinen”, ”muistamaton”.

TAULUKKO13 . Henkinen vireys/orientoituminen yhteenvedossa (n=62)

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Henkinen vireys/orientoituminen	0	16 (26)
	1-6	36 (58)
	7-16	10 (16)

### 6.3.5 Vuorovaikutus

Potilaiden vuorovaikutuksesta (taulukko 14) oli vähän merkintöjä hoitotyön yhteenvedoissa. Vuorovaikutuksesta 19 %:ssa oli kirjattu hoitohenkilökunnan kanssa. Vuorovaikutusta oli kuvattu muun muassa sanoin ”vastailee lyhyesti” ja ”erittäin puhelias”. Kirjauksissa oli myös mainittu potilaan hoitomyönteisyys tai aggressiivinen käytös, esim. ”rauhoituu seurusteltaessa”, ”hoitomyönteinen”, ”aggressiivinen hoitohenkilökuntaa kohtaan”, ”ei hyväksy hoitajien avustusta siirroissa”.

Hoitotyön yhteenvedoista 6 %:ssa oli kirjattuna potilaiden vuorovaikutuksesta omaisten kanssa. Vuorovaikutuksesta omaisten kanssa oli merkintöjä neljällä potilaalla, esim. ”vaimo käy päivittäin auttamassa ruokailussa”. Yhdelläkään potilaalla ei ollut kirjauksia vuorovaikutuksesta toisten potilaiden kanssa.

TAULUKKO 14. Vuorovaikutus yhteenvedossa (n=62).

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Hoitoon osall. henk.kunnan kanssa	0	50 (81)
	1-2	12 (19)
Omaisten kanssa	0	58 (94)
	1-3	4 (7)
Toisten potilaiden kanssa	0	62 (100)

### 6.4 Yhteenvedo tuloksista

Hoitosuunnitelmassa painehaavariskin kartoittaminen huomioitiin pisteyttämällä potilas Braden- ja MUST-luokituksen mukaisesti. Interventiotutkimukseen sisältyneiden potilaiden Braden pisteet jakautuivat 9-22 pistearvon välille ja MUST-pisteet jakautuivat 0-4 pistearvon välille. Hoitosuunnitelmassa ei oltu avattu näiden pisteiden merkitystä mitenkään. Harvoissa hoitosuunnitelmissa oli yhdellä lauseella kuvattu MUST-pisteen



merkitys. Yksi suuri osa-alue oli kudoseheyden säilyttäminen, johon sisältyi muun muassa potilaan ihon kunnon tarkkailu, asentohoito ja painehaavojen ehkäisyn apuvälineet ja se, miten potilas liikkui. Kudoseheyden säilyttämisen osalta eniten kirjaamismerkintöjä oli liikkumisesta. Hoitosuunnitelmissa oli mainittuna, jos potilaalle oli laitettu jokin erityispatja, muita merkintöjä apuvälineistä ei yleensä ollut. Hoitosuunnitelmissa oli kirjattuna minkälainen ruokavalio potilailla oli, ja jos hänellä meni jokin lisäravinnevalmiste. Myös syömistä ja nestetasapainoa oli kirjattu hoitosuunnitelmiin.

Päivittäisissä kirjauksissa Braden- ja Must-pisteitä ei oltu juurikaan merkitty, myös näissä kirjauksissa pisteitä ei oltu avattu. Kudoseheyden säilymisestä oli kirjauksia eniten. Suurin määrä kirjauksia oli liikkumisessa, asentohoidossa, ihon kunnon tarkkailussa, virtsaamisessa ja ulostamisessa. Potilaan tai omaisten ohjauksesta oli kirjattu vain vähän. Päivittäisissä kirjaamisissa ei oltu mainittu oliko käytetty jotain painehaavan ehkäisyn apuvälinettä.

Yhtenä osa-alueena oli ravitsemustilan korjautuminen, johon kiinnitettiin interventiotutkimuksessa huomiota. Päivittäisissä kirjauksissa ei juurikaan käynyt ilmi ravitsemustilan muutokset. Potilasdokumentteihin oli kuitenkin kirjattu potilaan ravitsemuksesta ja nestetasapainosta. Kirjaukset eivät kuitenkaan sopineet valmiin luokittelurungon osa-alueisiin, joten kirjasimme ne erikseen luokittelurunkoihin. Potilailla oli yleisesti ottaen hyvin paljon merkintöjä syömisestä ja juomisesta, päivittäisissä kirjauksissa merkinnät vaihtelivat kahdesta merkinnästä 172 merkintään. Potilaista oli kirjattu miten he söivät, mitä söivät ja yleisestä ruokahalusta. Nestetasapainoon merkitsimme analysoidessamme nestelistan, iv ja po nesteytyksen. Myös nestetasapainosta oli kirjattu hyvin. Henkistä vireyttä/orientoitumista oli kirjattu paljon päivittäisissä potilasdokumenteissa. Potilaan käyttäytymistä osastolla ja hänen mielialaansa oli kuvattu kattavasti.

Hoitotyön yhteenvedoissa oli Braden- ja MUST-pisteet mainittu, mutta niitä ei oltu avattu näissäkään kirjauksissa. Potilaan liikkumisesta oli kirjattu miten ja millä mahdollisella apuvälineellä potilas liikkui. Ihon nykyinen kunto oli kuvattu yhteenvedoissa käyttäen osastolle tyypillisiä termejä, esim. ”iho siisti luu-ulokekohdilta”. Painehaavojen ehkäisyn apuvälineitä oli kirjattu hyvin vähän. Myöskään ohjausta ei oltu kirjattu, varsinkaan omaisen ohjauksesta oli vain muutama merkintä. Peseytymisestä ja puhtaudesta oli nolla merkintää noin puolella potilaista. Vuorovaikutuksesta ei myöskään ollut

kuin harvoja merkintöjä. Yhteenvedoissa potilaista oli kirjattu miten he söivät, mitä söivät ja yleisestä ruokahalusta, syömisessä merkinnät vaihtelivat yhden ja 18 välillä.

## 6.5 Tulokset, joita ei voitu luokitella

Kirjaamisissa esiintyi ilmauksia, jotka eivät mielestämme kertoneet analyysin tekijöille potilaan voinnista tai toimintakyvystä tarpeeksi, jotta kirjaamismerkintä olisi voitu sijoittaa sisältöluokkaan. Ohessa on taulukko, johon kokosimme kyseisiä ilmauksia ja niistä meille heräviä kysymyksiä, joita jäimme pohtimaan (taulukko 15).

TAULUKKO 15. Tuoksia, joita ei voitu luokitella.

Omatoiminen	Missä omatoiminen?
Vointi ennallaan.	Mikä oli aikaisempi vointi? Mihin verraten ennallaan?
Vointi OK.	Millä perusteella?
Vointi hyvä.	???
Vointi huonontunut.	Missä suhteessa huonontunut? Kuinka paljon huonontunut?
Ajoittain avustettava.	Missä avustettava? Miten?
Tehty aamupesut, tehty iltapesut	Kumpi teki hoitaja vai potilas? Mitä tehty?
Hoidettu vuoteeseen.	Mitä on hoidettu?
Käynyt vessassa.	Onko virtsannut? Onko vatsa toiminut?
Virtsaus +	Onko virtsannut? Kuinka paljon? Miten, wc:ssä ym.?
Ulostaminen---	Onko ulostanut? Vaivaako ulostamattomuus potilasta?
Katetri/cystofix toimii hyvin.	Kirjaus ei potilaasta.
Vaippa siisti.	Onko virtsannut?
Hoitokielteinen.	Miten? Onko aggressiivinen? Vastusteleeko hoitoa?
Ruoka maistuu.	Paljonko on syönyt? Onko juonut?
Haava hoidettu ohjeen mukaan. On saanut antibiootin ohjeen mukaan.	Miten? Mikä on ollut ohjeena?
Liikuskellut itsenäisesti sängyssä.	Asentohoito?
Paljon omatoiminen herra.	Miten omatoiminen?
Asentohoidettu	Miten hoidettu? Mitä tehty?

## 7 POHDINTA

Painehaavat ovat haasteellinen osa hoitotyötä. Painehaavojen hoito on vaativaa ja kallista yhteiskunnalle sekä potilaalle. (Hietanen ym. 2002: 186). Niitä voi kuitenkin ennaltaehkäistä jokapäiväisillä hoitotyön toiminnoilla. Kirjaaminen on tärkeä osa hoitotyötä, joka edesauttaa hoitajia ja lääkäreitä yhteistyössä. Huolimattoman kirjaamisen vuoksi haava voidaan hoitaa väärin, pahimmassa tapauksessa esimerkiksi haava voi jopa jäädä hoitamatta. Kirjaamisen kuuluisi olla yhtenäistä ja hoitohenkilökunnalla täytyisi olla yhtenäiset termit ja sanasto päivittäisten toimintojen kuvaamiseen. Opinnäytetyössämme analysoimme Laakson sairaalan interventio-osaston kirjaamia painehaavojen osalta. Opinnäytetyömme tulosten avulla voidaan kehittää painehaavojen ehkäisyä ja hoitotyön kirjaamista.

### 7.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Potilasasiakirja on arkaluonteista tietoa sisältävä henkilökisteri, jonka tiedot ovat salassa pidettäviä ja luottamuksellisia (Hallila 2005: 114). Tutkimus toteutettiin osallistuvan toimintatutkimuksen periaatteiden mukaisesti, jolloin hoitohenkilökunta on keskeisessä roolissa tutkimuksen toteuttamisessa. Tietoja, joiden perusteella yksittäinen potilas voitaisiin tunnistaa, ei tullut esiin tutkimusaineistoa kerätessä eikä raportoitaessa. Tutkijat eivät olleet vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa, vaan aineiston keruu toteutui hoitohenkilökunnan toteuttamana. Analysoitavat asiakirjat olivat tulostettu meille valmiiksi. Interventio-osaston hoitotyöntekijät ovat osallistuneet koulutuspäivään, jossa he ovat saaneet ohjauksen intervention käyttöön. Heille toteutetuissa kyselyissä ja tuloksia raportoitaessa ei tule esiin tietoja, joista yksittäinen työntekijä voitaisiin tunnistaa. (Matti ym. 2007:6.)

Potilasdokumenteista oli poistettu potilaan henkilöllisyystiedot. Potilaita käsiteltiin anonymoimalla potilaskohtaisilla numerotunnisteilla. Potilasdokumenttien analysointi tapahtui Laakson sairaalan järjestämissä tiloissa, dokumentit eivät poistuneet sairaalasta. Dokumenteista selviää hoitavan henkilön nimi, joka ei kuitenkaan tule esiin analyysissä. Analysoijat eivät tunteneet osastoa tai sen henkilökuntaa, josta aineisto oli kerätty. Työskentelimme pareittain analysoidessamme, jolloin pystyimme keskustelemaan ongelmakohtista.

Yleensä työskentelimme päiväsalin yhteydessä olevassa huoneessa. Huoneeseen kuulivat osastolta tulevat äänet. Välillä työskentely keskeytyi ja muutaman kerran osasto tarvitsi tilaa muuhun tarkoitukseen. Tällöin meille järjestettiin toinen tila työskentelyyn.

Tulostetun asiakirjan tekstin koko vaihteli paljon. Välillä teksti oli liian pientä, jolloin täytyi lukea teksti läpi moneen kertaan. Tämä häiritsi aineiston analysointia. Analysoimme korkeintaan 5- 6 tuntia kerralla, jotteivät huolimattomuus ja väsymys vaikuttaisivat aineiston analysointiin. Analysointiaika vaihteli asiakirjojen paksuuden mukaan. Pitkiä potilasdokumentteja ei voinut analysoida montaa peräkkäin, samantyyppistä tekstiä pitkään lukiessa keskittymiskyky heikkeni. Tietyillä hoitajilla oli selkeästi oma tyyli kirjata, jonka alkoi tunnistaa analysoinnin kuluessa. Tämä ei kuitenkaan vaikuttanut analysoinnin luotettavuuteen.

Ohjaajat olivat laatineet luokittelurungot. Analysoinnin edetessä huomasimme luokittelurungossa analysointia haittaavia tekijöitä. Joistakin osa-alueista tuli enemmän merkintöjä kuin meillä oli rungossa tilaa. Tämä koitui meille ongelmaksi, koska ei ollut mahdollista tehdä analyysia tietokoneelle, vaan analysoimme käsin kirjoittamalla. Koska emme itse tehneet kyseistä runkoa, muutamassa kohdassa tuli erilaisia tulkintaongelmia. Esimerkiksi jouduimme tulkitsemaan mitä tarkoitetaan luokittelurungossa olevalla puhtaudella, mitä se tarkoittaa käytännössä ja miten se ilmenee potilasasiakirjoissa.

## 7.2 Tulosten tarkastelu

Intervention käyttöönoton ja sen tulosten avulla oli tavoitteena kehittää painehaavojen tunnistamista ja ehkäisyä laatuvaatimuksen ”painehaava ei synny” täyttäväksi (Mattila ym. 2007). Kirjaamisissa interventio osa-alueet eivät ilmenneet kovin monipuolisesti. Kirjaamisten pääpaino oli vain tietyillä osa-alueilla, kuten potilaan liikkuminen.

Yksi intervention osa-alue oli painehaavariskin arviointi. Sitä arvioitiin laskemalla Braden pisteet kerran viikossa ja MUST-pisteet hoitajakson alussa ja lopussa. Kirjaamisista kävi selkeästi ilmi, että pisteet oli laskettu, mutta niiden mukaan ohjautuvaa toimintaa ei oltu kirjattu. Toinen intervention osa-alue oli potilaan ihon kunnon tarkkailu. Usein kirjaamisissa toistui samoja ilmaisuja, kuten ”ihon kunto tarkastettu” tai/ ja ”iho siisti”. Nämä eivät kuitenkaan kuvaa, minkälainen potilaan iho todellisuudessa on. Lisäksi use-

at termit kuvasivat enemmänkin hoitajan tekemisiä. Kolmas intervention osa-alue oli asentohoito ja apuvälineiden käyttö. Kirjaamisten pohjalta tuli selkeä kuva, jos potilaalla oli käytössä jokin erityispatja, mutta päivittäisissä kirjauksissa ei selvinnyt mitä siirtymisen apuvälineitä potilaan hoitotyössä oli käytetty. Ravitsemus oli yksi intervention osa-alue. Potilasasiakirjoihin oli kirjattu hyvin ravitsemukseen liittyen, mutta puuttumaan jäi ravitsemuksen seuranta, esimerkiksi vajaaravitsemuksen korjautuminen.

Kirjaaminen osastolla oli selkeää ja ymmärrettävää. Toisaalta kirjaamisista meille tuli ajoittain sellainen kuva, että hoitohenkilökunta on koulutettu toistamaan samoja termejä ilman, että ne kuvaisivat välttämättä kyseistä tilannetta parhaalla mahdollisella tavalla. Esimerkiksi ihon kunnosta kirjattiin usein lauseilla ”iho siisti luu-ulokekohdilta” tai ”ihon kunto tarkistettu luu-ulokekohdilta”. Analysoidessamme potilasdokumentteja, mietimme ovatko tällaiset lauseet esim. kirjaamisohjeissa ja muistivatko hoitajat tosiaan tarkistaa ihon kunnan vai kirjattiinko asia vain ohjeen mukaisesti. Kirjaaminen ihon kunnan tarkistamisesta ei anna kuvaa siitä millaisessa kunnossa iho on, mistä se on tarkistettu jne. Tällaisissa kirjaamisissa luetellaan hoitajan tekemisiä, ei niinkään potilaan vointia. Myös yleisesti käytössä ollut termi ”kastellut” ei ole tarpeeksi kuvaava, vaikka sen toki ymmärtää virtsaamiseksi. Muutamille potilaille, joilla oli katetri, oli kirjattu vain ”katetri toimii”, joka ei myöskään kerro tarkemmin potilaan voinnista. Kirjauksia ”katetri toimii” emme analysoidessamme merkinneet luokittelurungon kohtaan virtsaaminen, koska se ei mielestämme kertonut mitään potilaan virtsaamisesta vaan pelkän katetrin toiminnasta.

Jokaisessa hoitosuunnitelmassa toistui sama hoitotyön diagnoosi liittyen painehaavoihin. Tämä herätti meissä kysymyksiä, kuten onko kyseistä diagnoosia pohdittu potilaslähtöisesti. Saman potilaan hoitotyön yhteenvedoissa toistui sama teksti eri päivinä tehdyissä yhteenvedoissa (copy-paste menetelmällä tehty?).

Laakson sairaalassa tehdyn auditoinnin mukaan omaiset toivoivat lisää mahdollisuuksia osallistua läheisensä hoidon suunnitteluun ja hoitoa koskevaan päätöksentekoon sekä kuntoutustiimiin kokouksiin. Yksilöllisen hoidon mahdollistamiseksi omaiset toivoivat lisää henkilökuntaa. Henkilökunnan vaihtuvuuden koettiin heikentävän yhteistyötä omahoitajasuhteessa. Omaiset toivoivat myös mahdollisuutta tavata useammin lääkäri. (Isola ym. 2007: 2). Kirjaamisista ei käynyt ilmi, olivatko omaiset saaneet informaatiota

heidän läheistensä hoidosta ja hoitoon liittyvistä asioista. Kirjauksia oli melko vähän omaisten ohjauksesta. Ohjaukset koskivat yleensä päivittäisiä toimia.

### 7.3 Kehittämissuhteet

Analyysia tehdessämme me samalla pohdimme, miten voisimme kehittää omaa kirjaamista sekä miten osaston kirjaamista voisi kehittää. Olisi tärkeää *kirjoittaa potilaasta potilaskohtaisesti* niin, ettei joka potilaan kohdalla toisteta samoja asioita mitä on esimerkiksi koulutuksessa opittu. Niin sanotusti tulisi ”persoonallistaa” oma kirjaaminen. Samalla kirjaamisista kävisi ilmi osaston antaman hoidon olevan *potilaslähtöistä* ja, että *potilas huomioidaan nimenomaan yksilönä*. Osaston kirjaamisista huomasin, että yhä kirjataan enemmänkin hoitajalähtöisesti kuin potilaslähtöisesti, mitä on päivän aikana tehty: ”Aamupesut tehty, syötetty aamupala..” jne. Aivan kuin olisi tarve todistaa seuraavalle hoitajalle, että on tehnyt potilaan kanssa tietyt asiat, mitä oletetaankin tehtävän työvuoron aikana. Kirjaamisista täytyy käydä ilmi *mitä potilas on tehnyt ja missä hän on tarvinnut apua*. Näin saadaan tietää minkä tasoinen toimintakyky potilaalla on. Hoitajakeskeisestä kirjaamisesta ei käy selväksi ulkopuoliselle, missä asioissa potilas tarvitsee hoitajan tukea/apua ja mitkä hän pystyy itse tekemään. Tärkeää on tukea potilaan *omaa toimintakykyä*. Jos tulisimme opiskelijoina töihin osastolle, emme saisi tietää kirjausten perusteella mikä on potilaan sen hetkinen vointi. Myös luettelomaisuudesta olisi päästävä eroon.

Osastolla käytetään paljon tiettyjä termejä, jotka eivät kerro ulkopuoliselle mitään potilaan sen hetkisestä voinnista (taulukko 15). *Termejä olisi hyvä kirjauksissa avata*, kuten omatoiminen -> potilas on ollut itsenäisesti liikkeellä rollaattorin turvin, tai käynyt vessassa -> virtsaus +/- jolloin myös uusi työntekijä tietää enemmän potilaasta. Myös *omatoimisista potilaista olisi mielestämme hyvä kirjata muutakin, kuin omatoiminen*.

*Hoitosuunnitelmien selkeyttä pitäisi parantaa*. Kaikista ei käynyt esimerkiksi selväksi analysoinnin yhteydessä, milloin mikäkin Braden piste oli laskettu. Oli melko haastavaa pysyä mukana, minkä tuloksen on jo analysoinut. Voi olla, että tämä johtui jotenkin ohjelmasta tai siitä, että aineistot olivat tulostettu meille eri ajankohtina. Jäimme kaipaamaan kuitenkin kronologisempaa järjestystä teksteihin. Hoitosuunnitelmissa miltei jokaisessa toistui samat asiat, mitkä jäivät meitä mietityttämään, koskiko kaikki kyseistä potilasta. *Braden ja MUST-pisteiden mukaan ohjautuvan toiminnan kirjaamista pitäisi*

*kehittää.* Hoitosuunnitelmissa myös harvemmin esiintyi potilaan oma tahto. Kirjaamisessa täytyy näkyä *potilaan oma tahto ja toiminta, ei vain hoitajan työt.*

Jokinen (2005: 18, 21) tuo esiin tutkimuksessaan käsitteiden ja termien merkityksen korostumisen viime vuosina. Termien standardisoinnilla tarkoitetaan niiden yhtenäistämistä, yhdenmukaistamista tai vakioimista. Tietotekniikan käytön yleistymisen, mahdollisuus systemaattiseen tietojenkäsittelyyn ja tiedon hyödyntämiseen ovat lisänneet tarvetta yhtenäistää ja luokitella käytettäviä ilmauksia. Hoitotyön tiedon käsittely tietojärjestelmissä helpottuu, jos se *esitetään kielellisesti yhdenmukaisella ja yhdisteltävällä tavalla.* Yhtenäinen kieli tukee hoitotyöstä saatavan informaation keruuta, yhdistämistä, vertailua ja levittämistä sekä hoitotyön näkyvyyttä potilaan hoidossa.

Kinnusen ym. (2008) tutkimuksessa on käynyt ilmi, että myös haavanhoidon sanaston standardointiin on olemassa tarvetta. Heidän tutkimuksessaan analysoitu kirjaaminen oli ollut hyvin värikästä ja vaihtelevaa. (Kinnunen ym. 2008: 77). Omassa analyysissämme taas huomasimme yhtenäisten termien suppeuden ja toiston, joka sai meidät epäilemään niiden oikeaa ja potilaslähtöistä käyttöä.

On tärkeää että haavanhoidolle *kehitetään yhteiset hoitokäytännöt ja termit.* Potilasdokumenteissa toistuvat lauseet, kuten ”iho siisti luu-ulokekohdilta” tai ”ohjataan potilasta vaihtamaan asentoa”, ovat näin ollen hyviä, mutta niitä pitäisi myös *tarkastella kriittisesti.* Jos niiden käyttö on automaattista jokaisen potilaan kohdalla, saattaa tästä tulla enemmän hoitajan tapa kirjata kuin potilaan tarpeista lähtevä hoitotoimenpide. *Kehitysehdotuksena tähän olisi osaston termien laajentaminen sopimaan erilaisille potilaille sekä jo käytössä olevien termien muuttaminen yksityiskohtaisimmiksi.* Tämä auttaisi myös sellaisten hoitajien työtä, jotka eivät ole syystä tai toisesta perehtyneitä osastolla käytettyihin kirjaamismalleihin, esim. uudet työntekijät, ”keikkalaiset” ja opiskelijat.

## LÄHTEET

- European Pressure Ulcer Advisory Panel. Verkkodokumentti. <<http://www.epuap.org/guidelines/finnish1.html>>. Luettu 2.10.2008.
- Hallila, Liisa (toim.) 2005: Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi.
- Helsingin kaupunki terveystoimisto 2002: Painehaavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen. Kehittämishanke.
- Hietanen, Helvi – Iivanainen, Ansa – Seppänen, Salla – Juutilainen, Vesa 2005: Haava. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Hietanen, Helvi - Iivanainen, Ansa - Seppänen, Salla - Juutilainen, Vesa 2002: Haava. WSOY, Porvoo.
- Huovinen, Pentti 2007: Painehaavat. Duodecim. Verkkodokumentti. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_haku=painehaava&p\\_artikkeli=dlk00313](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=painehaava&p_artikkeli=dlk00313)>. Luettu 18.9.2008.
- Isoaho, Marja-Leena 2006: Pressure Ulcer Prevention Protocol – adult. Haava 4. 40-41.
- Isola, Arja - Elo, Satu - Rautsiala, Tarja - Paasivaara, Leena - Routasalo, Pirkko 2007: Akuuttisairaalan hoitotyön ulkopuolinen tarkastus. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Jokinen, Taina 2005: Standardoitu termistö hoitotyön toimintojen kirjaamisessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Kuopion yliopisto, terveyshallinnon ja – talouden laitos. Pro gradu – tutkielma. Verkkodokumentti. <<http://www.uku.fi/tht/opinnaytteet/TainaJokinengradu.pdf>>. Luettu 26.3.2009.
- Jouni Tuomi – Anneli Sarajärvi 2002: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.



- Kauppila, Marjo 2008: Potilaan oma kokemus kivusta kirjaamalla näkyväksi. Haava 3. 10-11.
- Kinnunen, Ulla-Mari - Ensio, Anneli - Saranto, Kaija 2008: Haavanhoidon sähköisen kirjaamisen kehittäminen. Hoitotiede 20 (2). 70-81.
- Kinnunen, Ulla-Mari - Saranto, Kaija - Ensio, Anneli 2007: Haavan arviointi, tärkeä osa haavanhoitoa. Haava 4. 42-44.
- Korjonen, Kerttuli 2005: Painehaavakirurgian kustannusvaikuttavuutta selvitettävä. Impakti 5. 9-11. Verkkodokumentti. <[http://finohta.stakes.fi/NR/rdonlyres/6A27EBCE-EE55-4E36-81C2-2D657E2221DF/0/impakti2005\\_5.pdf](http://finohta.stakes.fi/NR/rdonlyres/6A27EBCE-EE55-4E36-81C2-2D657E2221DF/0/impakti2005_5.pdf)>. Luettu 26.3.2009.
- Mattila, Lea-Riitta - Rekola, Leena - Wikberg, Elisabeth - Eriksson, Elina 2007: Painehaavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen - Interventiotutkimus Laakson sairaalassa. Tutkimussuunnitelma. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.
- MUST - Vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmä 2005. Verkkodokumentti. <<http://nutriciafi.numico.com/NR/rdonlyres/3AAD413D-4BE5-4E45-9BD5-53C5B3B36DAA/0/MUSTkaavio.pdf>>. Luettu 10.3.2009.
- Painehaava 2008. Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri. Verkkodokumentti. <[http://www.terveysportti.fi/kotisivut/kotisivut.sivut.nayta?p\\_sivu=17048](http://www.terveysportti.fi/kotisivut/kotisivut.sivut.nayta?p_sivu=17048)>. Luettu 24.9.2008.
- Pakarinen, Päivi 2005: MUST löytää vajaaravitsemusriskin. Nutricia Clinical Oy:n tiedotuslehti. Verkkodokumentti. <[http://nutriciafi.numico.com/NR/rdonlyres/9BB44BBC-739F-40FC-9F42-B53ED34C4A3B/0/News\\_maaliskuu.pdf](http://nutriciafi.numico.com/NR/rdonlyres/9BB44BBC-739F-40FC-9F42-B53ED34C4A3B/0/News_maaliskuu.pdf)>. Luettu 2.10.2008.
- Pegasos-potilastietojärjestelmä. WM-data 2005. Verkkodokumentti. <[http://www.wmdata.fi/wmwebb/Services/files/Pegasos\\_yleisesite2005.pdf](http://www.wmdata.fi/wmwebb/Services/files/Pegasos_yleisesite2005.pdf)>. Luettu 24.9.2008.

Pukki, Tiina 2006: Painehaava – tiedon tuominen käytäntöön. Haava 4. 30-32.


Ravitsemussuositukset painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon. Epuap. Verkkodokumentti.  
<<http://www.epuap.org/guidelines/finnish1.html>>. Luettu 18.9.2008.

Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2009: Painehaavan ehkäisyn toimintalinjat. EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel). Verkkodokumentti.  
<[http://www1.autoalanverkkopalvelu.fi/mediakone/aineistot/1024/painehaavanehkaisy.pdf?tiedosto=YWluZWlzdG90LzEwMjQvcGFpbmVoYWF2YW5laGthaXN5LnBkZg&tyyppi=AP&jul\\_id=3908&ain\\_id=&suoj=&jul\\_nimi=Painehaavojen+ehk%E4isyntoimintalinjat+%28pdf%29](http://www1.autoalanverkkopalvelu.fi/mediakone/aineistot/1024/painehaavanehkaisy.pdf?tiedosto=YWluZWlzdG90LzEwMjQvcGFpbmVoYWF2YW5laGthaXN5LnBkZg&tyyppi=AP&jul_id=3908&ain_id=&suoj=&jul_nimi=Painehaavojen+ehk%E4isyntoimintalinjat+%28pdf%29)>. Luettu 27.3.2009.

Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2009: Painehaavan hoitoperiaatteet. EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel). Verkkodokumentti.  
<[http://www1.autoalanverkkopalvelu.fi/mediakone/aineistot/1024/painehaavanhoitoperiateet.pdf?tiedosto=YWluZWlzdG90LzEwMjQvcGFpbmVoYWF2YW5ob2l0b3BlcmllhYXR0ZWV0LnBkZg&tyyppi=AP&jul\\_id=7411&ain\\_id=&suoj=&jul\\_nimi=EPUAP%3A+painehaavan+hoitoperiaatteet](http://www1.autoalanverkkopalvelu.fi/mediakone/aineistot/1024/painehaavanhoitoperiateet.pdf?tiedosto=YWluZWlzdG90LzEwMjQvcGFpbmVoYWF2YW5ob2l0b3BlcmllhYXR0ZWV0LnBkZg&tyyppi=AP&jul_id=7411&ain_id=&suoj=&jul_nimi=EPUAP%3A+painehaavan+hoitoperiaatteet)>. Luettu 27.3.2009.

Degree Programme in Nursing and Health Care		Degree Bachelor of Health Care	
Author/Authors Jenni Koskimies, Minna Lahtinen, Virve Niura and Petra Palmgren			
Title Prevention of Pressure Ulcers - An Intervention Study an an Analysis of Patient Documents			
Type of Work Final Project	Date Spring 2009	Pages 33 + 5 appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>The purpose of our final project was to analyse patient documents concerning pressure ulcer treatment at the Laakso Hospital, Helsinki, Finland. Our final project was part of a research and development project conducted by the Health Centre of the City of Helsinki and Helsinki Metropolia University of Applied Sciences, Finland. The purpose of the study was to develop, implement and evaluate a nursing intervention for medium risk pressure ulcer patients. The areas of the study were assessment of pressure ulcer risk, skin evaluation, positioning patient and pressure reducing devices, nutrition and nursing documentation.</p> <p>The patient documents consisted of care and service plan, daily nursing documents and nursing summary. The documents were collected for us by the nursingstaff of the hospital. There was a total of 62 patient documents.</p> <p>The results showed that the pressure ulcer intervention did not show in documentation. The patient documents lacked the evaluation of the nursing and treatment. Documentation was mechanical and very focused on nurses' work rather than patients' experiences. Some of the terms which the nurses used were limited and unclear.</p> <p>The development of the terms used in wound care and nursing methods is highly important. Incorrect documentation can lead to inadequate wound care or the wound could stay untreated. Having a pressure ulcer can be hard for the patient. In addition, pressure ulcers take a lot of the nursing staff's time and are expensive for society. Pressure ulcers can be prevented easily with correct guidelines and nursing staff training.</p>			
Keywords pressure ulcer, prevention of pressure ulcers, nursing documents			

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyön koulutusohjelma		Sairaanhoitaja	
Tekijä/Tekijät			
Jenni Koskimies, Minna Lahtinen, Virve Niura ja Petra Palmgren			
Työn nimi			
Painehaavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen - interventiotutkimus: potilasasiakirjojen sisällön analyysi			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Kevät 2009	33 + 5 liitettä	
TIIVISTELMÄ			
<p>Opinnäytetyömme aiheena oli painehaavojen hoidon kirjaamisen analysointi. Opinnäytetyömme liittyy vuonna 2007 käynnistyneeseen Helsingin terveyskeskuksen Akuuttisairaalan ja Metropolia ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman tutkimus- ja kehittämishankkeeseen ”Painehaavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen - Interventiotutkimus Laakson sairaalassa”. Tutkimuksen tarkoitus oli kehittää ja kuvata potilaan painehaavojen tunnistamisen ja ehkäisyn interventio sekä arvioida intervention käyttökelpoisuutta ja käytön vaikutuksia painehaavojen tunnistamiseen ja ehkäisyyn. Tavoitteena on, että intervention käyttöönoton ja sen tulosten avulla painehaavojen tunnistaminen ja ehkäisy kehittyi.</p> <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli analysoida hoitotyön dokumenteista sitä, miten intervention toteuttaminen näkyi hoitotyön kirjaamisessa. Tutkimusaineisto saatiin 62 potilaasta. Jokaisesta potilaasta saimme analysoitavaksi hoitosuunnitelman (Hosu), päivittäiset kirjaukset ja hoitotyön yhteenvedot. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä käyttäen intervention osa-alueiden pohjalta tehtyä luokittelurunkoa. Luokittelurungot oli jaettu interventiotutkimuksen osa-alueiden mukaisesti painehaavariskin kartoittamiseen, kudoseheyden säilymiseen, ravitsemustilan korjautumiseen, henkiseen vireyteen/orientoitumiseen ja vuorovaikutukseen.</p> <p>Tuloksien pohjalta kävi ilmi, että osastolla suoritettu interventio ei ilmene juurikaan hoitajien kirjaamisissa. Hosuissa oli parhaiten kirjattu ihon kunto, liikkuminen ja asentohoito. Päivittäisissä kirjauksissa eniten kirjauksia oli edellä mainituiden lisäksi virtsaamisesta, syömisestä ja henkisestä vireydestä. Yhteenvedoissa eniten oli kirjauksia ihon kunnosta, liikkumisesta ja ravitsemustilasta. Painehaavariski- ja vajaaravitsemuspisteet oli yleisesti laskettu, mutta niiden pistemääriä ei oltu avattu kirjauksissa. Peseytymistä ja puhtautta ei oltu kirjattu tarpeeksi Hosuihin ja yhteenvetoihin. Kaikissa potilasasiakirjoissa oli liian vähän kirjauksia potilaan ja omaisen ohjauksesta, vuorovaikutuksesta sekä painehaavan ehkäisyn apuvälineiden käytöstä ja niiden vaikutuksesta hoitoon.</p> <p>On tärkeää että haavanhoidolle kehitetään yhteiset hoitokäytännöt ja termit. Mutta jos niiden käyttö on automaattista jokaisen potilaan kohdalla, saattaa tästä tulla enemmän hoitajan tapa kirjata kuin potilaan tarpeista lähtevä hoitotoimenpide. Kehitysehdotuksenamme tähän olisi osaston termien laajentaminen sopimaan erilaisille potilaille, sekä jo käytössä olevien termien muuttaminen yksityiskohtaisimmiksi. Tämä helpottaisi myös sijaisten ja uusien työntekijöiden perehtymistä osaston kirjaamismalleihin.</p>			
Avainsanat			
painehaava, painehaavojen ennaltaehkäisy, hoitotyön dokumentointi			



Painehaavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen -  
interventiotutkimus:  
potilasasiakirjojen sisällön analyysi

Hoitotyön koulutusohjelma  
sairaanhoitaja  
Opinnäytetyö

---

Jenni Koskimies 0602908  
Minna Lahtinen 0602909  
Virve Niura 0602938  
Petra Palmgren 0602913

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyön koulutusohjelma		Sairaanhoitaja	
Tekijä/Tekijät			
Jenni Koskimies, Minna Lahtinen, Virve Niura ja Petra Palmgren			
Työn nimi			
Painehaavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen - interventiotutkimus: potilasasiakirjojen sisällön analyysi			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Kevät 2009	33 + 5 liitettä	
TIIVISTELMÄ			
<p>Opinnäytetyömme aiheena oli painehaavojen hoidon kirjaamisen analysointi. Opinnäytetyömme liittyy vuonna 2007 käynnistyneeseen Helsingin terveyskeskuksen Akuuttisairaalan ja Metropolia ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman tutkimus- ja kehittämishankkeeseen ”Painehaavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen - Interventiotutkimus Laakson sairaalassa”. Tutkimuksen tarkoitus oli kehittää ja kuvata potilaan painehaavojen tunnistamisen ja ehkäisyn interventio sekä arvioida intervention käyttökelpoisuutta ja käytön vaikutuksia painehaavojen tunnistamiseen ja ehkäisyyn. Tavoitteena on, että intervention käyttöönoton ja sen tulosten avulla painehaavojen tunnistaminen ja ehkäisy kehittyi.</p> <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli analysoida hoitotyön dokumenteista sitä, miten intervention toteuttaminen näkyi hoitotyön kirjaamisessa. Tutkimusaineisto saatiin 62 potilaasta. Jokaisesta potilaasta saimme analysoitavaksi hoitosuunnitelman (Hosu), päivittäiset kirjaukset ja hoitotyön yhteenvedot. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä käyttäen intervention osa-alueiden pohjalta tehtyä luokittelurunkoa. Luokittelurungot oli jaettu interventiotutkimuksen osa-alueiden mukaisesti painehaavariskin kartoittamiseen, kudoseheyden säilymiseen, ravitsemustilan korjautumiseen, henkiseen vireyteen/orientoitumiseen ja vuorovaikutukseen.</p> <p>Tuloksien pohjalta kävi ilmi, että osastolla suoritettu interventio ei ilmene juurikaan hoitajien kirjaamisissa. Hosuissa oli parhaiten kirjattu ihon kunto, liikkuminen ja asentohoito. Päivittäisissä kirjauksissa eniten kirjauksia oli edellä mainituiden lisäksi virtsaamisesta, syömisestä ja henkisestä vireydestä. Yhteenvedoissa eniten oli kirjauksia ihon kunnosta, liikkumisesta ja ravitsemustilasta. Painehaavariski- ja vajaaravitsemuspisteet oli yleisesti laskettu, mutta niiden pistemääriä ei oltu avattu kirjauksissa. Peseytymistä ja puhtautta ei oltu kirjattu tarpeeksi Hosuihin ja yhteenvetoihin. Kaikissa potilasasiakirjoissa oli liian vähän kirjauksia potilaan ja omaisen ohjauksesta, vuorovaikutuksesta sekä painehaavan ehkäisyn apuvälineiden käytöstä ja niiden vaikutuksesta hoitoon.</p> <p>On tärkeää että haavanhoidolle kehitetään yhteiset hoitokäytännöt ja termit. Mutta jos niiden käyttö on automaattista jokaisen potilaan kohdalla, saattaa tästä tulla enemmän hoitajan tapa kirjata kuin potilaan tarpeista lähtevä hoitotoimenpide. Kehitysehdotuksenamme tähän olisi osaston termien laajentaminen sopimaan erilaisille potilaille, sekä jo käytössä olevien termien muuttaminen yksityiskohtaisimmiksi. Tämä helpottaisi myös sijaisten ja uusien työntekijöiden perehtymistä osaston kirjaamismalleihin.</p>			
Avainsanat			
painehaava, painehaavojen ennaltaehkäisy, hoitotyön dokumentointi			

Degree Programme in Nursing and Health Care		Degree Bachelor of Health Care	
Author/Authors Jenni Koskimies, Minna Lahtinen, Virve Niura and Petra Palmgren			
Title Prevention of Pressure Ulcers - An Intervention Study an an Analysis of Patient Documents			
Type of Work Final Project	Date Spring 2009	Pages 33 + 5 appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>The purpose of our final project was to analyse patient documents concerning pressure ulcer treatment at the Laakso Hospital, Helsinki, Finland. Our final project was part of a research and development project conducted by the Health Centre of the City of Helsinki and Helsinki Metropolia University of Applied Sciences, Finland. The purpose of the study was to develop, implement and evaluate a nursing intervention for medium risk pressure ulcer patients. The areas of the study were assessment of pressure ulcer risk, skin evaluation, positioning patient and pressure reducing devices, nutrition and nursing documentation.</p> <p>The patient documents consisted of care and service plan, daily nursing documents and nursing summary. The documents were collected for us by the nursingstaff of the hospital. There was a total of 62 patient documents.</p> <p>The results showed that the pressure ulcer intervention did not show in documentation. The patient documents lacked the evaluation of the nursing and treatment. Documentation was mechanical and very focused on nurses' work rather than patients' experiences. Some of the terms which the nurses used were limited and unclear.</p> <p>The development of the terms used in wound care and nursing methods is highly important. Incorrect documentation can lead to inadequate wound care or the wound could stay untreated. Having a pressure ulcer can be hard for the patient. In addition, pressure ulcers take a lot of the nursing staff's time and are expensive for society. Pressure ulcers can be prevented easily with correct guidelines and nursing staff training.</p>			
Keywords pressure ulcer, prevention of pressure ulcers, nursing documents			





## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	PAINEHAAVA	2
2.1	Etiologia	2
2.2	Diagnostiikka	3
2.3	Painehaavojen arviointi ja hoito	4
3	PAINEHAAVAININTERVENTION OSA-ALUEET JA SEN TOTEUTTAMINEN	5
3.1	Intervention kuvaus	6
3.2	Painehaavariskin arviointi	7
3.3	Ihon tarkkailu	7
3.4	Asentohoito ja apuvälineet	7
3.5	Ravitsemus	8
3.6	Kirjaaminen	9
4	TUTKIMUSKYSYMYKSET	11
5	TUTKIMUSAINEISTON KERUU JA ANALYYSI	12
5.1	Sisällön analyysi	12
5.2	Hoitoasiakirjojen analyysi	12
6	TULOKSET	13
6.1	Intervention osa-alueiden ilmeneminen hoitosuunnitelmassa	13
6.1.1	Painehaavariskin kartoittaminen	13
6.1.2	Kudoseheyden säilyttäminen	14
6.1.3	Ravitsemustilan korjautuminen	16
6.2	Intervention osa-alueiden ilmeneminen päivittäisessä kirjaamisessa	16
6.2.1	Painehaavariskin kartoittaminen	17
6.2.2	Kudoseheyden säilyminen	17
6.2.3	Ravitsemustilan korjautuminen	20
6.2.4	Henkinen vireys ja orientoituminen	21
6.2.5	Vuorovaikutus	21
6.3	Intervention osa-alueiden ilmeneminen yhteenvedossa	22
6.3.1	Painehaavariskin kartoittaminen	22
6.3.2	Kudoseheyden säilyttäminen	23
6.3.3	Ravitsemustilan korjautuminen	25
6.3.4	Henkinen vireys ja orientoituminen	25
6.3.5	Vuorovaikutus	26
6.4	Yhteenveto tuloksista	26
6.5	Tulokset, joita ei voitu luokitella	28
7	POHDINTA	29
7.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	29
7.2	Tulosten tarkastelu	30
7.3	Kehittämisehdotukset	32
	LÄHTEET	34
	LIITTEET 1-5	

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aiheena on painehaavojen hoidon kirjaamisen analysointi. Opinnäytetyömme liittyy vuonna 2007 käynnistyneeseen Helsingin terveystieteiden keskuksen Akuutti-sairaalan ja Metropolia ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman tutkimus- ja kehittämishankkeeseen ”Painehaavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen - Interventiotutkimus Laakson sairaalassa”. Tutkimuksessa kehitetään ja kuvataan potilaan painehaavojen tunnistamisen ja ehkäisyn interventio sekä arvioidaan intervention käyttökelpoisuutta ja käytön vaikutuksia painehaavojen tunnistamiseen ja ehkäisyyn. Interventio sisältää painehaavariskin määrittämisen, ehkäisytoimien toteuttamisen ja toiminnan tarkan dokumentoinnin. (Mattila - Rekola - Wikberg - Eriksson 2007: 3.) Opinnäytetyömme tarkoituksena on analysoida hoitotyön dokumenteista sitä, miten intervention toteuttaminen näkyy kirjaamisessa. Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää kustannustehokas hoitotyön interventio painehaavojen ehkäisyyn, toimeenpanna se ja arvioida kehitettyä interventiota ja sen vaikutuksia. Tavoitteena on, että intervention käyttöönoton ja sen tulosten avulla painehaavojen tunnistaminen ja ehkäisy kehittyvät. (Mattila ym. 2007.) Interventio-osastolla noudatetaan uusia painehaavojen hoito-ohjeita, ja vertailuosastolla ovat käytössä Laakson sairaalan yleiset ohjeet koskien painehaavoja (Helsingin kaupunki terveystieteiden keskuksen 2002).

Painehaavalla tarkoitetaan ihon tai ihonalaisen kudoksen paikallista vauriota, jonka on aiheuttanut paine, venyttäminen tai hankaus yhdessä tai erikseen. Lisäksi ulkoisen painevaurion taustalla voi olla moni muukin tekijä kuten kipsi, ortoosi tai muu hoitoväline. (Hietanen - Iivanainen - Seppänen - Juutilainen 2002: 186.)

Terveystieteiden keskeinen tehtävä on tarjota mahdollisimman tehokasta, laadukasta ja taloudellisesti edullista hoitoa potilaille. Painehaavojen osalta se tarkoittaa tarkoituksenmukaista ennaltaehkäisevää hoitoa ja painehaavojen tunnistamista mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Helsingin kaupunki terveystieteiden keskuksen 2002: 3.) Haavan arvioinnin monimutkaisuus voi johtaa epä johdonmukaiseen ja väärään dokumentointiin ja riittämättömään haavanhoitoon. Potilaan haavaan liittyvää tietoa on vaikea löytää, jos se on kirjattu moninkertaisesti useaan eri paikkaan potilaskertomukseen. Lisäksi jos potilaalla on useita eri haavoja, johtaa se vielä suurempiin haasteisiin haavan ja haavan hoidon kuvaamiseen, kirjaamiseen ja arvioinnin osalta. Hoitoa vaikeuttaa lisäksi hoidon antajien

erilainen tiedon taso. Potilaskertomus on todiste potilaalle annetusta hoidon laadusta. (Kinnunen - Ensio - Saranto 2008: 73.) Painehaavan kanssa eläminen on raskasta potilaalle ja hänen omaisilleen. Lisäksi painehaavan hoito vie paljon hoitohenkilöstön aikaa ja on kallista sekä yhteiskunnalle että potilaalle. (Hietanen ym. 2002: 186.) Painehaavojen hoidossa kalleinta on vuodeosastohoito sekä hoitohenkilöstön tekemä työ, mikä on 80–90 prosenttia kaikista kuluista. Lääkkeiden, haavanhoitotuotteiden ja apuvälineiden osuus kustannuksista on suhteellisen pieni. Avoin painehaava edellyttää sairaanhoitajan tekemää sidevaihtoa ja haavanhoitoa yleensä 1–2 päivän välein. (Korjonen 2005: 10.)

Väestö ikääntyy, ja sairauksien aiheuttamat muutokset saattavat lisätä painehaavojen määrää, ellei toimenpiteisiin ryhdytä. Kaikissa terveydenhuollon toimipisteissä on kiinnitettävä erityisesti huomiota potilaiden riskiin saada painehaava. Suurin osa painehaavoista voidaan estää, ja on tärkeää, että on käytettävissä ohjeet sekä painehaavojen ehkäisyä että henkilöstön koulutusta varten. Näiden on perustuttava parhaaseen saatavilla olevaan tutkimusaineistoon. Painehaavojen ehkäisy tavoitteet ja keinot tulee kirjata, jotta tavoitteisiin päästään. (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2009.)

## 2 PAINEHAAVA

Painehaavat (aiemmin makuuhaavat, nimi vaihdettu painehaavaksi, sillä niiden syntyyn vaikuttaa nimenomaan paine ei niinkään makuuasento) syntyvät erityisesti potilaille, jotka joutuvat makaamaan pitkiä aikoja aloillaan vuoteessa. Liikkumattomuuden lisäksi niiden kehittymiseen vaikuttavat mekaaninen kuormitus, inkontinenssi ja potilaan korkea ikä. Ravitsemuksellakin on epäilty olevan vaikutusta painehaavojen kehittymiseen. (Huovinen 2007.)

### 2.1 Etiologia

Painehaavojen syntymistä edesauttaa verenkierron heikkeneminen. Painehaavoja on tutkittu paljon, ja on ehdotettu erilaisia teorioita koskien painehaavojen syntymiseen vaikuttavista tekijöistä kuten soluvälinesteen virtauksen ja lymfakierronhäiriöt sekä solujen vääntymisen. (Huovinen 2007.)

Painehaava on paikallinen vaurio iholla tai sen alla olevassa kudoksessa. Vaurion on aiheuttanut paine, ihon venyntyminen, hankaus ja/tai nämä yhdessä. Edellä esitetty määritelmä perustuu tämänhetkiseen tutkimukseen ja teoriaan. Uusia teorioita painehaavan synnystä ja hoidosta kehitetään jatkuvasti. Tarvitaan kuitenkin lisää tutkimustyötä ennen kuin määritelmä voidaan niiden perusteella muuttaa. (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry.: 1).

## 2.2 Diagnostiikka

Painehaavojen diagnostiikassa olisi hyvä käyttää Eurooppalaisen painehaavojen neuvottelukunnan (EPUAP) suosittamaa syvyysluokitusta (asteet I-IV). Syvyysluokituksessa haavan syvyyden ilmoittamiseen vaikuttaa se, mitkä anatomiset rakenteet ovat tulleet haavan pohjalta esille. Diagnoosista tulisi tulla esille arvio haavan koosta, syvyydestä, nekroosin ja infektion asteesta. Jotta paranemista voidaan seurata luotettavasti, tulisi haavan koko ja syvyys kirjata ylös piirrosta tai valokuvausta apuna käyttäen. (Hietanen - Iivanainen - Seppänen - Juutilainen 2005: 188.)

Painehaavat jaetaan EPUAP:in ohjeiden mukaan neljään asteeseen:

1. aste: Ihon punoitus, joka ei häviä asentoa vaihtaessa. Myös ihon värin muutos, kuumotus, turvotus sekä ihon ja ihonalaiskudoksen kovettuminen voivat olla myös merkkejä painevaurioista. Värimuutoksen tunnistaminen voi olla hankalaa tummaihoisilla ihmisillä. Nämä potilaat, joilla on 1. asteen painehaava kuuluvat Laakson sairaalan interventio tutkimukseen.

2. aste: Pinnallinen ihon tasossa oleva haava, joka ulottuu epidermikseen, dermikseen tai molempiin saakka. Haava on pinnallinen ja kliiniseltä kavaltaan se edustaa nirhaumaa, rakkulaa tai pinnallista punaista haavaa.

3. aste: Ihon läpi, ihonalaiseen rasvaan ulottuva haava, joka ei lävistä faskiaa. Ihon lävistää haava, jossa ihonalainen rasvakudos voi olla nekroosissa. Haava saattaa ulottua alla olevan lihaksen peitinkalvoon eli faskiaan saakka mutta ei lihakseen.

4. aste: Syvä lihakseen tai luuhun ulottuva haava. Laaja kudostuho, jossa nekroosi tai vaurio ulottuu lihakseen, jänteisiin, luuhun tai niveliin asti. Vaurion pinnalla oleva iho on vaurioitunut, mutta voi olla silti ehjäkin. (European Pressure Ulcer Advisory Panel 2008.)

### 2.3 Painehaavojen arviointi ja hoito

Riskiluokitusmittarien avulla tunnistetaan painehaavan syntymiselle alttiit potilaat. Mikään riskiluokitusmittari ei kykene ennustamaan 100-prosenttisesti potilaan vaaraa saada painehaava. Mitä tahansa käytetäänkin tulee erityisesti kiinnittää huomiota haavan etiologiaan ja vaikuttaa etiologian mukaisiin tekijöihin. Tunnetuimmat ja käytetyimmät mittarit ovat Bradenin, Nortonin ja Waterlowin asteikot. Bradenin asteikko (Liite 1) soveltuu vuodeosastoilla käytettäväksi ja se on käytössä Laakson sairaalassa. Se on suunniteltu aikuispotilaille. Bradenin asteikko koostuu kuudesta osatekijästä. Pisteytys (risk score) vaihtelee 6-23 pistettä. Normaali pistemäärä terveelle ihmiselle ilman riskiä on 23. Kohonneessa painehaavariskissä pisteytys on 18 tai sen alle. Nortonin asteikko koostuu viidestä osasta ja pisteytys on välillä 5-20. Tämän asteikon mukaan kriittinen raja saada painehaava on 14 tai alempi. Nortonin asteikosta muokattu Waterlow'n asteikko koostuu kahdeksasta osatekijästä ja pisteitä saa eri osista vaihdellen, mitä suurempi pistemäärä tässä asteikossa sitä suurempi riski saada painehaava. (Hietanen ym. 2005: 190-191).

Vajaaravitsemusta voidaan arvioida Isossa Britanniassa kehitetyllä MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) menetelmällä. MUST on helppo työkalu vajaaravitsemusriskin löytämiseksi vuodeosastoilla ja avosairaanhoidossa, jolloin ravitsemuskuntoutus voidaan aloittaa riittävän varhain. Näin toipuminen edistyy ja omatoimisuus säilyy. Hyvä ravitsemustila vähentää infektiotaltiutta, edesauttaa haavojen paranemista ja parantaa hoitovastetta sekä elämänlaatua. (Pakarinen 2005.)

Painehaavoja yleensä hoidetaan konservatiivisin menetelmin. Asentohoitojen ja painehaavapatjojen avulla pyritään vähentämään painetta kuormituskohdalla. Hoidossa on olennaista myös kiinnittää huomiota potilaan yleiskuntoon ja ravitsemustilaan sekä perussairauksien hoitotasapainoon.

Jos haavan pinnalle on kehittynyt paksu kudoksetekroosi, poistetaan se kirurgisesti revidoimalla. Operaation jälkeen haavaa hoidetaan konservatiivisin keinoin. Tavoitteena on puhdistaa haava kuolleesta kudoksesta ja saada haava granuloivaan vaiheeseen. (Hietanen ym. 2005: 202.) Hoidossa on tärkeintä poistaa alueelle kohdistuvaa painetta, koska vaarana on, että potilaalle kehittyy useampia painehaavoja.

Kirurginen haavahoito tulee kyseeseen silloin, kun haava on III-IV asteen syvä ja laaja painehaava, eikä paraneminen edisty selvästi 2-3 kuukauden kuluessa. Painehaavan kirurgisella revisiolla tarkoitetaan kuolleen kudoksen poistoa, joka useinkin voidaan suorittaa yksinkertaisesti ilman anestesiaa potilaan vuodeosastolla tai poliklinikalla veistä ja pinsettiä käyttäen. Tällöin edetään siihen kudoksetekrooseen, missä alkaa näkyä verenvuotoa tai alkaa tuntua kipua. Jos painehaavaneuroosiin liittyy vaikea infektio, saatetaan tarvita perusteellisempaa revisiota leikkaussaliolosuhteissa. Revisio tehdään tarvittaessa toistuvasti ja haavan jatkopuhdistuminen varmistetaan paikallishoidon keinoin. (Hietanen ym. 2005: 207.)

### 3 PAINEHAAVAINTERVENTION OSA-ALUEET JA SEN TOTEUTTAMINEN

#### 3.1 Intervention kuvaus

Laakson sairaalassa toteutettava interventio on jaettu osa-alueisiin joihin interventio kohdentuu. Niitä ovat painehaavariskien arviointi, ihon tarkkailu, asentohoito ja apuvälineet, ravitsemus ja kirjaaminen. Interventiotutkimus tarkoittaa hoitotyön toiminnan vaikuttavuuden tutkimista luonnollisissa olosuhteissa ja se liittyy hoidon laadun kannalta keskeiseen aiheeseen. Interventiolla tarkoitetaan tässä hoitotyön toimintojen sarjaa, joka sisältää painehaavariskin määrittämisen, ehkäisytoimien toteuttamisen ja toiminnan tarkan dokumentoinnin. Hoitotyöntekijät voivat toteuttaa intervention toistuvasti tutkimukseen mukaan tuleville potilaille. Intervention on tarkoituksena olla yksinkertainen käyttää hoitotyössä. (Mattila ym. 2007.)

Toteutettava interventio suunniteltiin yhteistyössä asiantuntijaryhmän kanssa syksyn 2007 ja alkuvuoden 2008 aikana siten, että se otettiin käyttöön 5.5.2008. Painehaavojen ehkäisyyn ja tunnistamiseen tähtäävä koulutus sairaalan hoitohenkilökunnalle alkoi syksyllä 2007 Laakson sairaalassa. Koulutuksessa käytiin läpi mm. intervention sisältöä ja Bradenin asteikon käyttöä painehaavariskin tunnistamisessa. Koko Laakson sairaalan

hoitohenkilökunta osallistui Braden-koulutukseen, koska Braden on käytössä koko sairaalassa. Interventio-osaston henkilökunta osallistui maaliskuussa 2008 intervention toimeenpanokoulutukseen. (Mattila ym. 2007.)

Osa-alueet, joihin interventio osastolla kohdentuu, ovat painehaavariskin arviointi, ihon tarkkailu, asentohoito ja apuvälineet sekä ravitseminen. Asentohoidoilla ja apuvälineillä ehkäistään ja hoidetaan painehaavoja. Potilasta ja hänen omaisiaan tulee ohjata näihin liittyvissä asioissa. Ravitsemuksen arviointi, ruokailun seuranta ja yksilöllinen ruokavalio ovat osana painehaavojen ehkäisyä ja hoitoa.

TAULUKKO 1. Intervention osa-alueet.

Intervention osa-alueet	Toteutus
Painehaavariskin arviointi	Käytetään Bradenin -asteikkoa potilaan sisään- ja uloskirjaamisvaiheessa.
Ihon tarkkailu	Painehaavakohtien havainnointi.
Asentohoito ja apuvälineet	Paineen poistaminen tai keventäminen asentohoidon ja apuvälineiden avulla. Fysioterapeutin ohjeet hoitajille vuodepotilaiden, istuvien ja liikkuvien potilaiden hoidossa.
Ravitseminen	MUST (The Malnutrition Universal Screening Tool) -asteikon käyttö potilaan sisään- ja uloskirjaamisvaiheessa sekä potilaan ruokailun ja ravitsemuksen havainnointi ja kirjaus.
Kirjaaminen	Interventioiden kirjaaminen potilasasiakirjoihin.

### 3.2 Intervention toteutus

Interventio toteutettiin osastolla 9. Intervention toimeenpantiin 5.5. - 31.12.2008 osastolla 9. Osasto on marraskuussa 2007 avattu 25 paikkainen haava-osasto. Osastolla on kirurgisia jatkohoito-potilaita, kuten palovammapotilaita ja pehmytosakirurgisia potilaita. Intervention toteuttamisen ulkopuolelle jäivät palovammapotilaat, potilaat, joilla on muu kuin I-asteen painehaava tullessa sairaalaan, ihonsiirto kuormitusalueella tai vaikea infektio ja terminaalivaiheen potilaat. Vertailuosastona on osasto 7, joka on 26 paikkainen akuuttiosasto. (Mattila ym. 2007: 3-4.) Laakson sairaalan edellä mainitut osastot keräsivät tutkimusta varten potilasdokumentteja. Potilasdokumentit oli kirjoitettu Pegasos-potilastietojärjestelmään ja ne sisälsivät hoitosuunnitelman, päivittäisen kirjaamisen ja hoitotyön yhteenvedon. (Mattila ym. 2007.)

### 3.3 Painehaavariskin arviointi

Bradenin riskiluokitusmittaria käytettiin painehaavojen riskin arvioinnissa. Sen avulla tunnistetaan painehaavan syntymiselle alttiit potilaat (liite 1). Riskiluokitus tehtiin heti sairaalaan tullessa tai viimeistään vuorokauden aikana ja sen jälkeen parin vuorokauden kuluttua tai kun tilanne muuttui. Sen jälkeen luokituksen tekemisen tiheys riippui potilaan terveydentilasta ja sairaalassaoloajasta. (Hietanen ym. 2005: 190-191.)

### 3.4 Ihon tarkkailu

Painehaavariskiä arvioitiin ihoa tarkkailemalla ja kartoitettiin yksilölliset riskit. Ihon tarkkailussa kiinnitettiin huomiota punoitusalueiden havaitsemiseen sekä merkitsemällä kehoa esittävään kuvioon mahdolliset muutokset. Ihon kunto tarkistettiin luulokekohdilta päivittäin. (Mattila ym. 2007.)

### 3.5 Asentohoito ja apuvälineet

EPUAP: in suositusten mukaan ensimmäisenä tavoitteena on tunnistaa ne potilaat, joilla suurentunut riski saada painehaava. Arvioinnin apuna käytetään yleisesti riskiluokitusmittareita. Toisena tavoitteena on ylläpitää ja edistää kudoksen paineensietokykyä huolehtimalla asentohoidoista ja potilaan ravitsemuksesta sekä hänen ihon kunnostaan. Yhtenä tavoitteena EPUAP: in suosituksissa on suojella potilaan ihoa paineelta, hankaukselta ja venyttymiseltä asentohoitojen ym. apuvälineiden avulla. Tärkeää on myös opastaa potilasta ja läheisiä siitä, miten voi omalla toiminnallaan vaikuttaa painehaavojen ennaltaehkäisyyn. (Hietanen ym. 2005: 194-195.) Fysioterapeutti laati osastolle yksityiskohtaiset ohjeet asentohoidon toteutusta varten.

Jos potilas makaa vuoteessa eikä pysty itse kääntymään, tulee hänen asentoaan muuttaa kahden tunnin välein käyttäen tyynyjä hänen asentonsa tukemiseksi. Potilas tulisi tukea asentoon, jossa hänen vartalonsa on 30 asteen kallistuskulmassa paineen alentamiseksi. Tähän suositellaan kiilatyynyjen käyttöä. Kantapäiden tulisi olla irti patjasta tyynyjen avulla. Istuessa potilasta olisi myös hyvä tukea tyynyillä. Tyynyjen asettamisessa on varmistettava, etteivät nämä heikennä muiden painetta vähentävien apuvälineiden hyötyä. (Hietanen ym. 2005; Isoaho 2006.)



Painehaavojen ehkäisyyn on olemassa mm. erityisiä pehmusteita, siirtymiseen käytettäviä apuvälineitä ja asentohoitotyynyjä. Pitkäaikaisilla vuodepotilailla tulisi käyttää painehaavojen ehkäisemiseksi tarkoitettuja patjoja, kuten Decubitus-patjaa. Erilaiset vaahdotomuvipohjaiset tai korkeampaa teknologiaa edustavat painetta alentavat erikoispatjat ja päälliset näyttävät olevan painehaavapatjojen ja sänkyjärjestelmien vaikuttavuudesta saatujen kliinisten tutkimusten mukaan selvästi parempi vaihtoehto painehaavojen ehkäisyssä ja hoidossa kuin tavanomaiset sairaaloiden peruspatjat (Hietanen ym. 2005: 199).

### 3.6 Ravitseminen

Vaikka painehaavojen yleisesti katsotaan johtuvan lähinnä liikkumattomuudesta, kuitenkin myös ravitsemuksen ja painehaavojen välillä saattaa olla syy-yhteys. Tätä oletusta ei ole vielä todistettu tieteellisesti, eikä näyttöön perustuvissa tutkimuksissa ole toistaiseksi pystytty osoittamaan yhteyttä huonon ravitsemustilan ja painehaavojen esiintymisen välillä. Huono ravitsemustila saattaa kuitenkin lisätä kudosten alttiutta ulkoisten tekijöiden kuten paineen vaikutuksille. On tärkeää huomata, että vain muutama riskitekijään pystytään vaikuttamaan ja niistä tärkeimmät ovat kudosten kuormitus ja ravitseminen. Potilaan ravitsemuksessa huomioidaan riittävä kalorimäärä ja runsas proteiinien ja aminohappojen saanti. Painehaavapotilaan ruokavalio tulee sisältää myös tarpeeksi C-vitamiinia ja sinkkiä, joiden on todettu nopeuttavan painehaavojen paranemista. (Huovinen ym. 2005: 202.)

Nykyisissä Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvoston (EPUAP) hoitoperiaatteissa ja toimintalinjoissa käsitellään lyhyesti vajaaravitsemuksen merkitystä painehaavojen kehittymisen ja hoidon kannalta. Niissä sanotaan esimerkiksi seuraavaa:

- Potilaiden täydelliseen painehaavariskin arviointiin pitää kuulua yleiskunnon, ihon, liikuntakyvyn, (ihon) kosteuden ja inkontinenssin, ravitsemustilan ja kivun arviointi.
- Vajaaravitsemuspotilaalle on tehtävä arvioinnin jälkeen suunnitelma sopivasta tuki- ja/tai lisäravinnosta, joka täyttää hänen ravitsemustarpeensa ja vastaa hoidon tavoitteita.

- Varmista painehaavapotilaan tarvitsema ravintoaineiden saanti ehkäistäkseen aliravitsemusta (vajaaravitsemusta). Huomioi ravitsemushoidossa potilaan kunto ja toivomukset.

Tämän suosituksen tarkoitus on selittää nykyisten EPUAP- ohjeiden viittauksia vajaaravitsemukseen ja antaa käytännön työntekijöille ohjeita ravitsemustilan seulontaa ja arviointia sekä sen jälkeisiä toimenpiteitä varten. Suositukset on tarkoitettu kaikkiin hoitotilanteisiin, mutta on selvää, ettei kaikissa toimipisteissä ole käytettävissä tarvittavia välineitä, kuten vaakoja tai ravitsemukseen perehtynyttä henkilökuntaa, kuten ravitsemusterapeutteja. (EPUAP 2003.)

Brittiläisen ravitsemuksen yhdistyksen BAPENin kehittämä MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) on menetelmä, joka sopii kaikenikäisten aikuisten vajaaravitsemusriskin seulontaan niin akuuttisairaalassa, pitkäaikaishoitolaitoksessa kuin kotonakin. MUST-menetelmän kehittämiseen on osallistunut lääkäreitä, hoitajia ja ravitsemusterapeutteja, ja se on käytännössä todettu luotettavaksi, nopeaksi ja helppokäyttöiseksi. MUST:issa tarkistetaan potilaan kehon painoindeksi (BMI), tahaton painon putoaminen sekä akuutin sairauden vaikutus syömiseen. Näiden tekijöiden pohjalta lasketaan vajaaravitsemusriski ja päätetään ravitsemushoidon toteuttamisesta. MUST myös opastaa toimenpiteisiin vajaaravitsemusriskin löytyessä: se ohjaa harkitsemaan, voidaanko tilannetta seurata muutaman päivän ajan, tarvitaanko ravitsemusterapeutin konsultaatiota vai onko ravitsemushoitoa tehostettava välittömästi esimerkiksi tarjoamalla täydennysravintovalmisteita tai aloittamalla letkuruokinta. (Pakarinen 2005.). 0 MUST-pistettä tarkoittaa vähäistä vajaaravitsemusriskiä, 1 MUST-piste tarkoittaa kohtalaista riskiä ja suuri vajaaravitsemusriski on potilaalla, jolla pisteitä on 2 tai enemmän. (MUST - vajaaravitsemusriskin seulonta.) Ravitsemusterapeutti laati osastolle ohjeet potilaan ravitsemushoidosta, jotka perustuivat MUST-lomakkeen käyttöön ja potilaan ruokailun seurantaan.

### 3.7 Kirjaaminen

Potilaan hoitamisen näkökulmasta potilaskertomus mahdollistaa päivittäisen tiedonkulun, avustaa päätöksenteossa ja on hoidon suunnittelun tiedonlähde. Hoitaja tekee prosessin jokaisessa vaiheessa hoidollisia päätöksiä, jotka näkyvät rutiininomaisen kirjaa-

misen vähenemisenä. Juridisesti terveydenhuollon ammattihenkilöitä sitoo mm. sosiaali- ja terveysministeriön asetus (STM 99/2001), joka edellyttää että potilasasiakirjoihin merkitään potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan kannalta tärkeät tiedot. Näistä tulee selvittää sekä hoitoa koskevat päätökset että päätösten perusteet. (Kauppila 2008: 10.)

Käytännössä hoitotyö lähtee potilaan yksilöllisestä kokemuksesta, mutta sen ilmaiseminen kirjallisesti koetaan usein vaikeaksi. Epätasällinen kirjaaminen korostaa enemmän hoitajien toimintaa tai yksilön rutiineja, siinä voi myös olla tulkinnanvaraisia ilmaisuja tai paikallista murreta. Todellisuudessa hoitajat tekevät hoidollisia päätöksiä jatkuvasti muuttuvissa tilanteissa ja erilaisissa toimintaympäristöissä. Hoitotyön prosessin eri vaiheita tehdään yhtä aikaa ja päätöksentekoon osallistuu useita eri ammattiryhmiä. (Kauppila 2008: 10.)

Kinnunen, Ensio ja Saranto (2008) ovat tutkineet hoitotyön kirjaamista haavahoidon osalta. Tulosten mukaan kirjaamisessa ei käytetä yhtenäistä termistöä, jonka vuoksi haavahoidon onnistumista on vaikea arvioida, sekä hankala kehittää. Tutkimuksen mukaan haavahoidon kirjaamisessa on parantamisen varaa. Potilaskertomus on todiste potilaalle annetusta hoidon laadusta, joten dokumentoinnin tulee olla oikea-aikaista, virheetöntä ja täsmällistä. Yhteisen termistön kehittäminen/ käyttäminen olisi tärkeää, jotta välttyään väärinymmärryksiltä Sähköinen järjestelmä luo lisähaasteita haavahoidon kirjaamiselle. (Kinnunen ym. 2008.)

Haavahoidon kirjaamisen lisäksi on tärkeää kirjata potilaan kipukokemuksia potilasasiakirjoihin. Kivun kirjaaminen on koettu vaikeaksi ja se on usein puutteellista. Hyvin kirjatut potilaan kiputunteukset saattavat jopa nopeuttaa potilaan toipumista ja helpottavat oikean hoitomenetelmän valintaa. Jos kipua ei ole kirjattu tarpeeksi hyvin, on sen hoitaminen hankalaa ja potilaan toipuminen pitkittyä. (Kauppila 2008.)

11.4.2002 valtioneuvoston tekemän päätöksen mukaan sähköinen sairaskertomus otetaan käyttöön vuoden 2007 loppuun mennessä. Tarkoituksena on, että sähköinen potilasjärjestelmä on käytössä kaikissa terveydenalanorganisaatioissa niin julkisella kuin yksityisellä sektorilla. (Hallila 2005: 51.) Sähköinen potilasjärjestelmä takaa paremman potilasturvallisuuden ja parantaa osaltaan hoidon laatua. Se myös mahdollistaa parem-

min tilanteen seurannan ja tilastoinnin. Sähköisen potilasjärjestelmän avulla potilaan tiedot siirtyvät kätevästi hänen vaihtaessa hoitopaikkaa. Tämä ennen kaikkea takaa hoidon jatkuvuuden ja lisäksi säästää hoitokustannuksia, kun ei tarvitse tehdä kalliita hoitotutkimuksia uudelleen uudessa sairaalassa.

2008 vuodesta lähtien sähköisessä kirjaamisessa tulee käyttää ydintietomääritysten mukaisia tietorakenteita (Kinnunen ym. 2008). Näillä tarkoitetaan tärkeimpiä potilaan terveyden- ja sairaanhoitoa kuvaavia tietoja, jotka on kuvattu yhdenmuotoisella tavalla. Tällaisia ydintietoja on mm. hoidon tarve, hoitotyön toiminnot ja hoidon tulokset sekä hoitotyön yhteenveto. Ydintiedot antavat kokonaisen kuvan potilaan terveys- ja sairaushistoriasta. Tavoitteena on, että nopeasti löydetään hoidon kannalta keskeinen tieto. Ydintietojen kirjaaminen edellyttää yleisesti ja yhteisesti sovittuja sanastoja, nimikkeistöjä ja luokituksia. (Kinnunen ym. 2008).

Osastohoidon työasema kuuluu järjestelmän keskeisiin osiin muun Pegasos – järjestelmän osana siten, että osastojen toiminta voidaan liittää saumattomasti avohoidon järjestelmään. Potilaan hoitokaksot muodostavat perustoiminnon osastohoidon ohjelmalle. Järjestelmään on kehitetty kattava ja monipuolinen hoitotyön osio, jossa hoitosuunnitelman ja hoitotyön toteutuksen kirjausten avulla seurataan tarkasti potilaan hoitoa osastolla. Hoitotaulukkoon (ent. kuumekurva) on koottuna potilaskohtaisesti erilaisia seurattavia asioita ja yhteenvetoja. Hoitosuunnitelma voidaan mukauttaa eri yksiköiden tarpeisiin, sen pohjaksi voidaan laatia vaikkapa osastokohtaiset hoitosuunnitelmarungot, joiden avulla hoitotyön kirjaukset yhtenäistyvät. Osastonlääkitys täydentää potilaan lääkehoitoa ja siinä voidaan määrittellä potilaan lääkitykselle lääkkeen jakoajat sekä seurata osaston lääkityksiä potilaskohtaisesti tai osastokohtaisesti. (Pegasos-potilastietojärjestelmä 2005.)

#### 4 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinäytetyömme tarkoituksena on analysoida hoitotyön dokumenteista sitä, miten intervention toteuttaminen näkyy kirjaamisessa.

Tutkimuskysymyksinämme on:

1. Miten intervention mukaiset osa-alueet ilmenevät hoitosuunnitelmassa?
2. Miten intervention mukaiset osa-alueet ilmenevät päivittäisessä seurannassa?

### 3. Miten intervention mukaiset osa-alueet ilmenevät hoitotyön yhteenvedossa?

## 5 TUTKIMUSAINEISTON KERUU JA ANALYYSI

Hoitajat keräsivät potilasasiakirjat intervention toteuttamisaikana. Potilasasiakirjoja tulostettiin tutkimukseen osallistuvista potilaista kuukauden ensimmäisenä ja kolmantena viikkona. Tutkimusaineistoa säilytettiin osastolla. Tutkimusajan aikana tutkimusaineistoa saatiin 62 potilaasta, jotka olivat kyseisenä aikana osastolla potilaina. Jokaisesta potilaasta saimme analysoitavaksi kolme lomaketta: hoitosuunnitelman, päivittäisiä kirjaamisia ja yhteenvedot. Potilaiden hoitajaksojen pituus vaihteli kahdesta päivästä 343 päivää.

### 5.1 Sisällön analyysi

Sisällönanalyysi on tekstianalyysia. Analyysissa tuotettu aineisto voidaan kvantifioida, eli analyysia jatketaan siten, että sanallisesti kuvatusta aineistosta tuotetaan määrällisiä tuloksia. Sisällönanalyysilla pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään empiiristä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkitavasta ilmiöstä. (Tuomi – Sarajärvi 2002: 105-115.)

Kun tarkastellaan hoitotyön kirjaamisia, on ensin määriteltävä kirjaamisen kriteerit, joiden ilmenemistä tarkastellaan kirjaamisista. Niiden pohjalta laadittiin luokittelurunko, jonka avulla pystytään analysoimaan kirjaamisia. Kun asiakirjoja analysoidaan, ongelmaiksi voivat muodostua hoitotyöntekijöiden erilaiset ilmaisut samasta asiasta, jolloin joudutaan päättämään miten ilmaus luokitellaan.

### 5.2 Hoitoasiakirjojen analyysi

Analyysissä käytettiin aiemmin laadittuja (litteet 3-5). Luokittelurunkoja oli kolme kappaletta yhtä potilasta kohden: päivittäiseen hoitotyöhön, hoitosuunnitelmalomakkeeseen ja hoitotyön yhteenvedoon. Luokittelurungot oli jaettu interventiotutkimuksen osa-alueiden mukaisesti painehaavariskin kartoittamiseen, kudoseheyden säilymiseen, ravitsemustilan korjautumiseen, henkiseen vireyteen ja orientoitumiseen sekä vuorovaikutukseen. Lisäksi rungoissa oli tilaa omille muistiinpanoille. Omiin muistiinpanoi-

hin kokosimme mm. termejä, joita emme pystyneet luokittelemaan, emmekä analysoidaan. Teimme niistä erikseen oman taulukon työhömmе. Lisäsimme luokittelurunkoihin kaksi luokkaa (syöminen ja nestetasapaino). Luokittelurungoihin kerätyt aineistot analysoitiin SPSS tilasto-ohjelmalla, ja niistä laskettiin frekvenssejä ja prosentteja.

Työskentelimme pareittain analysoidessamme potilasasiakirjoja. Aloitimme analysoinnin 18.11.08 ja lopetimme 22.1.09 Kävimme osastolla vuoropäivinä, jottei meille osoitetussa pienessä tilassa tullut ahdasta. Kävimme osastolla 13 kertaa. Päivässä työskentelimme 3-8 tuntia kerrallaan. Osa potilasdokumenteista oli kerätty pitkältä ajalta ja niiden läpikäymiseen saattoi kulua kauan aikaa, tällöin analysointi vaati tauon. Osittain analysoimme yksin ja osittain yhdessä. Osaston henkilökunta oli ystävällistä ja avulias-ta. Työskentelymme sujui joustavasti, ja suoritimme analysoinnin oman aikataulumme mukaisesti.

## 6 TULOKSET

### 6.1 Intervention osa-alueiden ilmeneminen hoitosuunnitelmassa

Hoitopäivät osastolla vaihtelivat muutamasta päivästä jopa vajaaseen vuoteen, keskimäärin potilaat olivat osastolla 38 päivää. Potilaille oli hoitosuunnitelmaan määritelty päätavoite ja hoitotyön diagnoosi. Valtaosalla oli sama hoitotyön diagnoosi painehaavojen osalta.

#### 6.1.1 Painehaavariskin kartoittaminen

Painehaavariskiä arvioitiin määrittelemällä Braden- sekä MUST-pisteet (taulukko 2).Potilaista 11 %:lla oli laskettu Braden-pisteet kuusi kertaa hoitajakson aikana. Mitä kauemmin potilaat olivat osastolla, sitä useammin Braden-pisteet oli laskettu. Maksimissaan Braden-pisteet oli laskettu 57 kertaa. Braden-pisteet vaihtelivat osastolla olleilla potilailla 9-22 pisteen välillä. Eniten potilaat saivat 22 pisteen arvon eli painehaavariski heillä oli pieni.

MUST-pisteet oli laskettu 21 %:lla potilaista neljä kertaa. Maksimissaan MUST-pisteet oli laskettu 25 kertaa. Suurin osa potilaista oli saanut MUSTia arvioitaessa 0 pistettä, eli

heillä oli vähäinen vajaaravitsemusriski. Yksi potilaista oli saanut korkeamman arvon kuin muut eli 4 pistettä.

TAULUKKO 2. Painehaavariskin kartoittaminen hoitosuunnitelmassa (n=62).

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Braden-pistemäärä	1-5	15 (24)
	6-10	22 (36)
	11-14	8 (13)
	16-25	7 (11)
	26-35	5 (8)
	36-57	5 (8)
MUST-pisteet	0	1 (2)
	1-5	36 (58)
	6-10	12 (19)
	11-18	8 (13)
	20-25	5 (8)

### 6.1.2 Kudoseheyden säilyttäminen

Useimmissa hoitosuunnitelmassa oli kuvailtu jollain tavalla potilaan liikkumista. Merkinnät liikkumisesta jakoutuivat niin, että eniten HOSUissa mainittiin liikkuminen yhden kerran eli 26 %:lla potilaiden HOSUssa oli näin (taulukko 3). Suurin osa potilaista liikkui rollaattorin turvin itsenäisesti tai hoitajan avustamana. Muita liikkumisen apuvälineitä, joita potilaat käyttivät olivat mm. pyörätuoli ja Eva-teline.

Hoitosuunnitelmassa määriteltiin potilaiden ihon kunto osastolle tullessa. 45 %:lla potilaista mainittiin ihon kunnosta HOSUssa yhden kerran hoitajakson aikana. Eniten ihon kuntoa kuvailtiin sanalla ”siisti”. Hoitosuunnitelmassa mainittiin myös, jos potilaalla oli tullessa ihorikkoja, esimerkiksi ”varpaan välit rikki”.

Suurimmalla osalla (98 %) potilaista ei mainittu erittämisestä mitään, ainoastaan yhdellä potilaalla oli mainittu haavan erittämisestä. Potilaiden hikoilemisesta ei hoitosuunnitelmissa ole mainittu mitään. 66 %:lla ei mainittu hoitosuunnitelmassa mitään virtsaamisesta. HOSUun oli kirjattu, jos potilaalla oli inkontinenssia tai kestopatetti. Valtaosalla (84 %) potilaista ei ollut kirjattu hoitosuunnitelmaan mitään ulostamiseen liittyvää.

62 potilaasta 17:llä potilaalla oli HOSUssa kirjattu kahdesti ihon kunnosta. Yleisesti potilaiden ihoa kuvailtiin sanalla ”siisti”. Hoitosuunnitelmissa oli kirjattu melko vähän painehaavojen ehkäisyn apuvälineistä. 27 %:lla potilaista oli kirjattu kahdesti ja 19 %:lla kerran. Yleensä apuvälineistä mainittiin, minkälainen patja potilaalle oli laitettu.

Potilailla käytettiin myös muun muassa vaahtogeelityynyä istuessa ja asentohoitotyynyjä.

Keskimäärin 8 %:ssa hoitosuunnitelmista oli kirjattu potilaalle annetusta ohjauksesta. Eniten potilaille ohjattiin ihonsa tarkkailua ja asennon vaihtamista sekä itsenäistä liikkumista. Potilaita ohjattiin myös yleisesti päivittäisissä toiminnoissa. Hoitosuunnitelmista 68 %:iin ei oltu kirjattu mitään omaisten ohjauksesta. Omaisia ohjattiin potilaiden ihon kunnon tarkkailuun ja heidän asentohoitonsa huomioimiseen sekä kannustamaan potilasta liikkumaan.

Hoitosuunnitelmaan oli kirjattu enimmäkseen hoitajien toimintaa potilaiden asentohoitoon liittyen. Erityisesti oli kirjattu, jos hoitajan täytyi öisin huomioida potilaiden asentohoito. 62 HOSUsta 16:een ei ollut kirjattu mitään potilaiden asentohoidoista. Sekä peseytymisestä että puhtaudesta 62 hoitosuunnitelmasta 50:ssä ei oltu kirjattu mitään. 36 %:lla potilaiden HOSUissa ei ollut kirjattu potilaiden vaatetukseen tai vuodevaatteisiin liittyen mitään. Vuodevaatteista oli kirjattu, että hoitajan tulee huomioida, etteivät lakanat ole rypyssä.

TAULUKKO 3. Kudoseheyden säilyttäminen hoitosuunnitelmassa (n=62).

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Liikkuminen	0	4 (7)
	1-5	40 (65)
	6-10	12 (19)
	11-55	6 (10)
Ihon kunto tullessa	0	13 (21)
	1-6	49 (79)
Erittäminen	0	61 (98)
	1	1 (2)
Virtsaaminen	0	41 (66)
	1-5	15 (24)
	6-15	6 (10)
Ulostaminen	0	52 (84)
	1-12	9 (14)
Hikoileminen	0	62 (100)
Ihon kunnon tarkkailu	0	9 (15)
	1-5	42 (68)
	6-10	6 (10)
	11-19	5 (8)
Painehaavojen ehkäisyn apuvälineet	0	8 (13)
	1-5	44 (71)
	6-10	5 (8)
	11-18	5 (8)
Potilaan ohjaus	0	9 (15)
	1-5	46 (74)
	6-16	7 (11)
Omaisien ohjaus	0	42 (68)



	1-4	20 (32)
Asentohoito	0	16 (26)
	1-8	46 (74)
Potilaan vaatetus ja vuodevaatteet	0	22 (36)
	1-7	40 (64)
Peseytyminen	0	50 (81)
	1-4	8 (13)
	5-11	4 (6)
Puhtaus	0	50 (81)
	1-7	12 (19)

### 6.1.3 Ravitsemustilan korjautuminen

Hoitosuunnitelmista 92 %:ssa ei oltu määritelty MUST-pisteiden mukaan ohjautuvaa toimintaa kertaakaan (taulukko 4). Saatua MUST-pisteiden määrää oli tulkittu sanoin, esimerkiksi: potilaan MUST-arvo 1 eli potilaalla on vähäinen vajaaravitsemusriski. Yli puolella (53 %) oli mainittu kerran painon seurannan tarpeesta. Yleisin kirjausmerkintä oli, että potilas punnitaan kerran viikossa. Kirjaukset potilaiden ruokavalioista jakautuivat niin, että enimmäkseen oli kirjattu yhdestä kolmeen kertaan. Ruokavalioon liittyvät kirjaukset koskivat ruoan koostumusta, kuten ”sosemäinen ruokavalio”. Hoitosuunnitelmissa oli mainita, jos potilaalle oli jonkinlainen ravintovalmiste. 44 %:lla potilaista oli lisätty ruokavalioon jokin ravintovalmiste.

TAULUKKO 4. Ravitsemustilan korjautuminen hoitosuunnitelmassa (n=62).

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
MUST-pisteiden mukaan ohjautuva toiminta	0	57 (92)
	1-2	5 (8)
Painon seuranta	0	5 (8)
	1-8	57 (92)
Ruokavalio	0	4 (7)
	1-5	53 (86)
	7-16	5 (8)
Ravintovalmisteet	0	35 (57)
	1-6	27 (44)

### 6.2 Intervention osa-alueiden ilmeneminen päivittäisessä kirjaamisessa

Päivittäiseen hoitosuunnitelmaan kirjataan vuorokohtaisesti potilaan päivittäiseen hoitoon liittyvät asiat.

### 6.2.1 Painehaavariskin kartoittaminen

Painehaavariskiä arvioitiin määrittelemällä Braden- sekä MUST-pisteet (taulukko 5). Yleisesti Braden- ja MUST-pistemääriä ei ollut merkitty päivittäiseen kirjaamiseen. Braden-pisteet oli merkitty päivittäiseen hoitosuunnitelmaan enintään 3 kertaa (3 %) ja MUST-pisteet enintään kerran (8 %).

TAULUKKO 5. Painenhaavariskin kartoittaminen päivittäisessä kirjaamisessa (n=62).

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Braden pistemäärä	0	47 (76)
	1-3	15 (24)
MUST-pisteet	0	57 (92)
	1	5 (8)

### 6.2.2 Kudoseheyden säilyminen

Kudoseheyden säilymistä ja ihon kuntoa oli tarkkailtu aktiivisesti (taulukko 6). Merkin­nät vaihtelivat nol­lasta merkinnästä (3 %) 198 merkintään (2 %). Useasti oli kirjattu lause ”iho siisti luu-ulo­ke­kohdilta” tai ”ihon kunto tarkistettu luu-ulo­ke­kohdilta”, nämä lauseet toistuivat joidenkin potilaiden kohdalla päivittäin.

Painehaavan ehkäisyn apuvälineitä oli kirjattu, jos niiden käyttö alkoi. Jos apuvälineiden käyttö jatkui, niin niitä ei enää mainittu, myöskään niiden toimivuudesta tai avusta painehaavojen ehkäisyssä ei kirjattu. Yleisimmät kirjatut painehaavan ehkäisyn apuvälineet olivat decubitus- patjat ja tyynyt ja Allevyn-kantapäättynyt.

Potilaan ohjauksesta oltiin kirjattu harvoin, yleensä ohjaus oli kehotuksia tai rohkaisuja päivittäisissä toiminnoissa. Omaisten ohjauksesta ei oltu kirjattu (96 %). Analysoimis­samme päivittäisissä hoitosuunnitelmissa oli vain kahden potilaan kohdalla kirjattu omaisen ohjauksesta.

Liikkumista (taulukko 6) oli kirjattu eniten. Merkin­nät vaihtelivat kolmesta merkinnästä (2 %) 222 merkintään (2 %). Päivittäin oli kirjattu kuinka potilas liikkuu, esim. millä apuvälineillä, omatoimisesti jne. Asentohoitoa oli kirjattu vuodepotilailla. Ne oli kirjattu hoitajalähtöisesti, esim. ”asentoa muutettu”. Potilaan oma toiminta asentohoidossa oli kuitenkin otettu hyvin huomioon, esim. ”itsenäisesti vaihtanut asentoa”.

Potilaan vaateuksesta ja vuodevaatteista oli kirjattu harvoin. Peseytymistä oli kirjattu paljon. Joidenkin potilaiden kohdalla oli mainittu miten potilas pystyi itse osallistumaan pesuihin. Toisaalta usein oltiin kirjattu taas hoitajälhtöisesti, esim. ”aamupesut tehty”. Puhtaudesta oli kirjattu vähemmän kuin peseytymisestä, puhtaudesta oli eniten viisi tai alle merkintää (65 %). Analysoidessamme merkitsimme vaipan vaihdon puhtauteen, ja siitä tulikin eniten merkintöjä tähän kohtaan.

Erittämisestä oli mainittu vain vähän, 57 % potilasdokumenttiin ei oltu merkitty yhtään erittämisistä. Jos potilas oli oksentanut, erittänyt limaa tai haava oli vuotanut, ne oli kirjattu hyvin. Virtsaamisia oli kirjattu paljon (kerrasta 167 kertaan). Potilaasta oli kirjattu onko hän virtsannut, kuinka paljon ja mihin (vaippa, alusastia, katetri, sorsa, wc jne.). Useasti käytettiin myös kirjausta ”kastellut”, joka ei anna selkeää tietoa potilaan virtsaamisesta. Ulostamisesta oli kirjattu erittäin usein. Kirjauksiin oltiin mainittu ulosteen määrä, koostumus, väri ja mihin potilas oli ulostanut (wc, vaippa, portatiivi, alusastia jne.). Ulostamisesta oli merkitty myös mahdolliset vatsan pehmikkeet (laksatiivit). Hikoilemista ei oltu kirjattu paljon. Suurimmalle osalle potilaista ei tullut tälle kohdalle merkintöjä ollenkaan (87 %). Vain kahdeksalle potilaalle tuli merkintöjä hikoilemisesta, yksi merkintä seitsemälle potilaalle (11 %) ja kolme merkintää yhdelle potilaalle (2 %).

TAULUKKO 6. Kudoseheyden säilyttäminen päivittäisessä kirjaamisessa (n=62)

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Kudoseheyden säilyminen	0	61 (98)
	1-10	1 (2)
Ihon kunnon tarkkailu	0	2 (3)
	1-5	11 (18)
	6-10	9 (14)
	11-15	6 (10)
	16-20	8 (13)
	21-30	9 (14)
	31-50	6 (10)
	51-70	7 (11)
	71-100	2 (3)
	101-130	1 (2)
	131-200	1 (2)
	Painehaavan ehkäisyn apuvälineet	0
1-5		17 (27)
10-15		4 (6)
Potilaan ohjaus	0	16 (29)
	1-5	33 (54)
	6-10	9 (15)
	11-20	3 (5)
	21-30	1 (2)
Omaisien ohjaus	0	60 (97)
	1-4	2 (3)
Liikkuminen	1-10	3 (5)

	11-20 21-30 31-40 41-50 51-60 61-70 71-90 91-120 121-150 151-200 201-225	6 (10) 10 (16) 6 (10) 6 (10) 6 (10) 6 (10) 3 (5) 5 (8) 6 (10) 3 (5) 2 (3)
Asentohoito	0 1-5 6-10 11-20 21-30 31-40 41-50 51-80	16 (26) 22 (35) 11 (18) 4 (6) 3 (5) 3 (5) 2 (3) 1 (2)
Potilaan vaatetus	0 1-5 6-10 11-15	25 (40) 33 (48) 5 (8) 2 (3)
Potilaan vuodevaatteet	0 1-5	51 (82) 11 (18)
Peseytyminen	0 1-5 6-10 11-20 21-30 31-40 41-50 51-70 71-80	3 (5) 13 (21) 9 (14) 21 (32) 7 (11) 6 (10) 1 (2) 1 (2) 1 (2)
Puhtaus	0 1-5 6-10 11-20 21-33	15 (24) 25 (40) 13 (21) 6 (10) 3 (5)
Erittäminen	0 1-5 6-15 16-30 31-39	35 (57) 19 (31) 5 (8) 2 (3) 1 (2)
Virtsaaminen	0 1-10 11-20 21-30 31-50 51-80 81-110 111-167	4 (7) 15 (24) 19 (31) 12 (19) 2 (3) 5 (8) 3 (5) 2 (3)
Ulostaminen	0 1-10 11-20 21-30 31-60 61-93	6 (10) 36 (58) 10 (16) 6 (10) 2 (3) 2 (3)
Hikoileminen	0 1-3	54 (87) 8 (13)

### 6.2.3 Ravitsemustilan korjautuminen

Yleisesti ravitsemustilan korjautumiseen (taulukko 7) oli kirjattu vain vähän. Painon seurantaan yli puolella potilaista oli nolla kirjausta (89 %), kuudella potilaalla oli yksi merkintä (10 %) ja yhdellä potilaalla oli kaksi merkintää (2 %). Ruokavalioon oli 50 potilaalla nolla merkintää (81 %), yhdeksällä potilaalla oli yksi merkintä (15%) ja kolmella potilaalla kolme merkintää (5 %). Ravintovalmisteissa oli myös vähän kirjauksia, suurimmalla osalla potilaista oli nolla merkintää tässä kohdassa (74 %).

Potilasdokumentteihin oli kuitenkin kirjattu potilaan ravitsemuksesta ja nestetasapainosta. Potilailla oli yleisesti ottaen hyvin paljon merkintöjä syömisestä ja juomisesta, merkinnät vaihtelivat 2 merkinnästä 172 merkintään. Potilaista oli kirjattu miten he syövät, mitä syövät ja yleisestä ruokahalusta. Nestetasapainoon merkitsimme analysoidessamme nestelistan, iv ja po nesteetyksen. Myös nestetasapainosta oli kirjattu hyvin, merkinnät vaihtelivat nollassa merkinnästä 76 merkintään.

TAULUKKO 7. Ravitsemustilan korjautuminen päivittäisessä kirjaamisessa (n=62)

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Ravitsemustilan korjautuminen	0	62 (100)
Painon seuranta	0	55 (89)
	1-2	7 (11)
Ruokavalio	0	50 (81)
	1-3	12 (19)
Ravintovalmisteet	0	46 (74)
	1-2	14 (23)
	3-5	2(3)
Syöminen	0	0 (0)
	1-10	11 (18)
	11-20	17 (37)
	21-30	10 (16)
	31-40	13 (21)
	41-60	7 (11)
	61-100	2 (3)
	101-175	2 (3)
Nestetasapaino	0	14 (23)
	1-5	11 (18)
	6-10	11 (18)
	11-20	11 (18)
	21-30	5 (8)
	31-50	6 (10)
	51-76	4 (6)

#### 6.2.4 Henkinen vireys ja orientoituminen

Henkistä vireyttä/orientoitumista (taulukko 8) oli kirjattu paljon. Merkinnät vaihtelivat nollassa merkinnästä 102 merkintään. Henkiseen vireyteen oli kuvattu potilaan käyttäytymistä osastolla. Jos potilas oli ollut osastolla passiivinen/alakuloinen, tämä oltiin kirjattu. Jos potilas taas oli ollut aggressiivinen/hoitokielteinen, oltiin tämäkin kirjattu yksityiskohtaisesti. Potilasdokumentteihin oli kirjattu myös potilaan mielialasta, esim. ”pirteä”, ”asiallinen”, ”rauhallinen”, ”tyytyväinen”, ”itkuinen”, ”levoton”, ”sekava” jne.

TAULUKKO 8. Henkinen vireys/orientoituminen päivittäisessä kirjaamisessa (n=62)

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Henkinen vireys/orientoituminen	0	3 (5)
	1-5	14 (23)
	6-10	10 (16)
	11-20	15 (24)
	21-30	7 (11)
	31-40	3 (5)
	41-50	5 (8)
	51-70	3 (5)
	71-100	1 (2)
	101-102	1 (2)

#### 6.2.5 Vuorovaikutus

Yleiseen vuorovaikutukseen (taulukko 9) ei oltu kirjattu selkeästi. Vuorovaikutukseen hoitoon osallistuvan henkilökunnan kanssa oli kirjattu potilaan käyttäytymisestä ja vuorovaikutuksesta hoitajien kanssa sekä potilaan ja hoitajien yhteistyöstä hoitotoimenpiteissä. Monet kirjaukset tällä osa-alueella koskivat potilaan hoitokielteisyyttä. Oli myös kerrottu potilaan aktiivisuudesta hoitoon ja potilaan ja hoitajan ”hyvästä yhteishengestä”. Lisäksi potilaan huolenaiheet esim. kotiutumisesta olivat kirjattu hyvin. Vuorovaikutukseen omaisten kanssa oli kirjattu omaisten vierailut osastolla, yleensä omaisten kanssa tapahtuneesta vuorovaikutuksesta ei oltu kirjattu muuta kuin ”omaisen käymässä” tai ”omaisen soittanut”. Vuorovaikutukseen toisten potilaiden kanssa ei oltu kirjattu paljon. Merkinnät tästä osa-alueesta vaihtelivat nollassa merkinnästä (69 %) yhteentoista merkintään (2 %).

TAULUKKO 9. Vuorovaikutus päivittäisessä kirjaamisessa (n=62)

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Vuorovaikutus	0	58 (94)
	1-5	2 (3)
	6-10	1 (2)
	11-20	1 (2)
Hoitoon osallistuvan henkilökunnan kanssa	0	19 (31)
	1-5	23 (37)
	6-10	16 (26)
	11-20	3 (5)
	21-25	1 (2)
Omaisten kanssa	0	19 (31)
	1-5	25 (41)
	6-10	7 (11)
	11-20	6 (10)
	21-35	5 (8)
Toisten potilaiden kanssa	0	43 (69)
	1-5	16 (26)
	6-10	2 (3)
	11-15	1 (2)

### 6.3 Intervention osa-alueiden ilmeneminen yhteenvedossa

Hoitotyön yhteenvetolomakkeelle kirjataan potilaiden tulo-, väli- ja loppuarvioinnit.

#### 6.3.1 Painehaavariskin kartoittaminen

Yhteenveto lomakkeisiin myös merkittiin potilaiden Braden- ja MUST -pisteet (taulukko 10). Braden-pisteet jakautuivat 9-22 pistearvon välille. Eniten potilaat saivat Braden-pisteitä laskettaessa arvon väliltä 16-21. 15 %:lta potilaista Braden-pisteet laskettiin osastolla ollessa kolme kertaa. Yhteenvetolomakkeisiin suurin kirjattu laskettu määrä oli 20 kertaa.

Enimmistöltä (81 %) laskettiin hoitajakson aikana MUST-pisteet yhdestä kolmeen kertaan. Arvot vaihtelivat väliltä 0-4. Yleensä pistemäärien yhteydessä oli myös mainittu sanallisesti oliko painehaavariski tai aliravitsemusriski matala, keskisuuri vai korkea.

TAULUKKO 10. Painehaavariskin kartoittaminen yhteenvedossa (n=62)

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Braden-pistemäärän laskeminen	0	3 (5)
	1-9	44 (71)
	10-20	15 (24)
MUST-pistemäärän laskeminen	0	8 (13)
	1-4	54 (87)

### 6.3.2 Kudoseheyden säilyttäminen

Yhteenvedoissa potilaiden ihon kuntoa arvioitiin enimmäkseen siistiksi, mutta kirjattuna oli myös, jos oli jotain huomioitu kuten ihorikot, ihottumat ja ihon kuivuus. Hoitojakson aikana kirjaamiskertoja ihon kuntoon liittyen oli keskimäärin neljä kertaa (taulukko 11). Ihon kuntoa oltiin arvioitu selkeästi, ihoa oltiin kuvailtu yhteenvedoissa paljon, esim. ”hilseilevä”, ”punoittaa”, ”hauras”, ”ihorikkoja”. Myös yhteenvedoissa käytettiin paljon kirjausta ”iho siisti luu-ulokekohdilta”.

Painehaavan ehkäisymenetelmistä yhteenvedoissa mainittiin melko vähän. Noin 70 %:ssa yhteenvedoista ei niitä mainittu kertaakaan. 19 potilaalla (31 %) oli kirjauksia painehaavan ehkäisyn apuvälineiden käytöstä. Kirjauksissa oli maininta käytetyistä apuvälineistä, esim. geelipatja, moottoroitu patja, Allevyn Hill-pehmuste.

Yhteenvetoihin kirjattiin enimmäkseen, jos potilas tarvitsi ohjausta päivittäisissä toiminnoissa, esim. ”tarvitsee ohjausta pesuissa”. Kirjaukset potilaan ohjauksesta vaihtelivat nollassa kirjauksesta (60 %) kahdeksaan kirjaukseen (3 %). Yleisesti yhteenvetoihin oli kirjattu melko vähän potilaiden tai omaisten ohjaamisesta. Potilaista 60 %:ia ei oltu ohjattu yhteenvedon kirjaamisten perusteella lainkaan. Omaisista 95 % ei ollut saanut ohjausta koskien potilasta. Omaisten ohjauksesta oli kirjattu vain kolmelle potilaalle (5 %).

Potilaiden liikkumisesta oli kirjattu melko monta kertaa yhteenvetoihin, keskimäärin kuusi kertaa hoitojakson aikana. Potilaat enimmäkseen liikkuivat rollaattorin turvin itsenäisesti tai hoitajan tukemana. Yhteenvetoihin oli myös kirjattu minkälaista potilaan kävely oli ollut, kuten ”kävely epävarmaa”. Kirjaukset liikkumisesta vaihtelivat nollassa merkinnästä (8 %) kuuteentoista merkintään (2 %). Potilaiden asentohoidoista oli melko vähän merkintöjä, 69 %:lla ei ollut mitään kirjausmerkintää asiaan liittyen. Yleisimmät kirjaamismaininnat olivat potilas vaihtaa itse asentoa tai hoitaja huomioi asennon vaihdon.

Yhteenvedossa oli melko vähän merkintöjä liittyen potilaiden peseytymiseen ja puhtauteen. Peseytymisestä liittyviä kirjauksia ei ollut 48 %:ssa lainkaan. Kirjaamiset peseytymisestä vaihtelivat nollassa merkinnästä (48%) neljään merkintään (2 %). Yhdellä potilaalla oli lisäksi 22 merkintää peseytymisestä (2 %). Puhtauteen liittyviä merkintöjä



ei ollut 58 %:ssa. Kirjaukset puhtaudesta vaihtelivat nollassa (58%) kolmeen (2 %) merkintään. Peseytymisessä ja puhtaudessa kirjaukset kertoivat myös siitä tarvitseeko potilas niissä apua.

Myös erittämisestä oli vähän merkintöjä, 90 %:ssa ei ollut lainkaan merkintöjä siihen liittyen. Erittämisestä oli mainittu, jos potilas oli oksentanut tai haavat olivat erittäneet. Erittämisessä oli merkintöjä kahdeksalla potilaalla (10%). Virtsaamiseen liittyen merkintöjä oli jonkun verran. Kirjaamiskerrat jakoutuivat kerran ja kuuden kerran välille, kuitenkin 36 %:ssa ei oltu mainittu kertaakaan virtsaamiseen liittyen. Yhteenvedossa oli mainittu, jos oli tehty jotain erityistoimenpiteitä kuten ”kertakatetroitu” tai ”kestokatetri poistettu”. Virtsaamisessa oli usein mainittu virtsaako potilas vaippaan, katetriin vai wc-pönttöön. Ulostamisesta oli kirjaamismerkintöjä myös kerran ja kuuden kerran väliltä. 22 %:lla oli mainittu kerran ulostamiseen liittyen, 53 %:lla ei oltu mainittu kertaakaan. Samoin kuin virtsaamisen suhteen, kirjattuna oli, jos potilaalla oli jotain erityistä, kuten ”ripuli” tai ”avanne”. Hikoilemisesta ei oltu kirjattu kertaakaan.

TAULUKKO 11. Kudoseheyden säilyttäminen yhteenvedossa (n=62)

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Ihon kunnon arviointi	0	10 (16)
	1-4	32 (52)
	5-8	15 (24)
	9-12	5 (8)
Painehaavojen ehkäisyn apuvälineet	0	43 (69)
	1-4	19 (31)
Potilaan ohjaus	0	37 (60)
	1-5	19 (31)
	6-8	6 (10)
Omaisien ohjaus	0	59 (95)
	1-2	3 (10)
Liikkuminen	0	5 (8)
	1-5	24 (39)
	6-10	26 (42)
	11-16	7 (11)
Asentohoito	0	43 (69)
	1-2	19 (31)
Peseytyminen	0	30 (48)
	1-22	32 (52)
Puhtaus	0	36 (58)
	1-3	26 (42)
Erittäminen	0	56 (90)
	1-5	6 (10)
Virtsaaminen	0	22 (36)
	1-6	40 (65)
Ulostaminen	0	33 (53)
	1-6	29 (47)
Hikoileminen	0	62 (100)

### 6.3.3 Ravitsemustilan korjautuminen

62 hoitotyön yhteenvedosta yhdeksään (15 %) oli kirjattuna kerran liittyen painon seurantaan (taulukko 12). Yhteenvedoja, joissa ei ollut ollenkaan painon seurannan merkintöjä oli 61 %. Kirjaamiset koskivat painoindeksiä ja punnitusta sekä obesiteettia.

Ruokavaliosta (taulukko 12) mainittiin hoitotyön yhteenvedoissa eniten kerran tai kaksi kertaa (47 %). Kirjaamiset koskivat yleensä ruoan koostumusta, esim. ”sosemainen”, ”nestemäinen”, ja erityisruokavalioita sekä mahdollisia rajoituksia, kuten fosforirajoi- tus. Usein oli mainittu myös onko potilaalla ruoka-aineallergioita. Myös perusruokava- liot oli mainittu erikseen hoitotyön yhteenvedoissa. Ravintovalmisteista (taulukko 12) oli kirjattu, jos potilaalla meni joku lisäravinnevalmiste, kuten Cupitan tai Nutridrink. Kirjauksissa oli mainittu käytetyn ravintovalmisteen nimi ja käyttökerrat. Kirjaamisten perusteella 24 potilaalla oli lisäravinne käytössä.

Kirjaukset syömisestä vaihtelivat nollassa kirjauksesta (36 %) kahdeksaantoista kirjauk- seen (2 %). Syömisestä kirjauksissa oli mainittu potilaan ruokahalusta ja siitä, kuinka potilas syö, esim. ”itsenäisesti”, ”autettuna”.

TAULUKKO 12. Ravitsemustilan korjaantuminen yhteenvedossa (n =62)

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Painon seuranta	0	38 (61)
	1-4	19 (31)
	5-8	5 (8)
Ruokavalio	0	17 (27)
	1-5	40 (66)
	6-13	5 (8)
Ravintovalmisteet	0	38 (61)
	1-4	19 (31)
	5-18	5 (8)
Syöminen	0	22 (36)
	1-7	30 (49)
	8-18	10 (16)

### 6.3.4 Henkinen vireys ja orientoituminen

Potilaiden orientoitumisesta (taulukko 13) 26 %:iin hoitotyön yhteenvedoista ei oltu kirjattu lainkaan. Yhteen hoitotyön yhteenvedoon oli kirjattu maksimissaan 16 kertaa henkisestä vireydestä/orientoitumisesta. Eniten käytettyjä kirjaamistermejä olivat ”asi- allinen”, ”muistamaton”, ”orientoitunut”/ ”desorientoitunut”, ”aggressiivinen” ja ”seka-

va” sekä ”levoton”. Muita merkintöjä olivat kirjaukset potilaan käyttäytymisestä, esim. ”masentunut”, ”piristynyt”, ”aggressiivinen”, ”muistamaton”.

TAULUKKO13 . Henkinen vireys/orientoituminen yhteenvedossa (n=62)

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Henkinen vireys/orientoituminen	0	16 (26)
	1-6	36 (58)
	7-16	10 (16)

### 6.3.5 Vuorovaikutus

Potilaiden vuorovaikutuksesta (taulukko 14) oli vähän merkintöjä hoitotyön yhteenvedoissa. Vuorovaikutuksesta 19 %:ssa oli kirjattu hoitohenkilökunnan kanssa. Vuorovaikutusta oli kuvattu muun muassa sanoin ”vastailee lyhyesti” ja ”erittäin puhelias”. Kirjauksissa oli myös mainittu potilaan hoitomyönteisyys tai aggressiivinen käytös, esim. ”rauhoituu seurusteltaessa”, ”hoitomyönteinen”, ”aggressiivinen hoitohenkilökuntaa kohtaan”, ”ei hyväksy hoitajien avustusta siirroissa”.

Hoitotyön yhteenvedoista 6 %:ssa oli kirjattuna potilaiden vuorovaikutuksesta omaisten kanssa. Vuorovaikutuksesta omaisten kanssa oli merkintöjä neljällä potilaalla, esim. ”vaimo käy päivittäin auttamassa ruokailussa”. Yhdelläkään potilaalla ei ollut kirjauksia vuorovaikutuksesta toisten potilaiden kanssa.

TAULUKKO 14. Vuorovaikutus yhteenvedossa (n=62).

	Kirjauksien lukumäärä	Potilasasiakirjojen osuus (n, %)
Hoitoon osall. henk.kunnan kanssa	0	50 (81)
	1-2	12 (19)
Omaisten kanssa	0	58 (94)
	1-3	4 (7)
Toisten potilaiden kanssa	0	62 (100)

### 6.4 Yhteenvedo tuloksista

Hoitosuunnitelmassa painehaavariskin kartoittaminen huomioitiin pisteyttämällä potilas Braden- ja MUST-luokituksen mukaisesti. Interventiotutkimukseen sisältyneiden potilaiden Braden pisteet jakautuivat 9-22 pistearvon välille ja MUST-pisteet jakautuivat 0-4 pistearvon välille. Hoitosuunnitelmassa ei oltu avattu näiden pisteiden merkitystä mitenkään. Harvoissa hoitosuunnitelmissa oli yhdellä lauseella kuvattu MUST-pisteen

merkitys. Yksi suuri osa-alue oli kudoseheyden säilyttäminen, johon sisältyi muun muassa potilaan ihon kunnon tarkkailu, asentohoito ja painehaavojen ehkäisyn apuvälineet ja se, miten potilas liikkui. Kudoseheyden säilyttämisen osalta eniten kirjaamismerkintöjä oli liikkumisesta. Hoitosuunnitelmissa oli mainittuna, jos potilaalle oli laitettu jokin erityispatja, muita merkintöjä apuvälineistä ei yleensä ollut. Hoitosuunnitelmissa oli kirjattuna minkälainen ruokavalio potilailla oli, ja jos hänellä meni jokin lisäravinnevalmiste. Myös syömistä ja nestetasapainoa oli kirjattu hoitosuunnitelmiin.

Päivittäisissä kirjauksissa Braden- ja Must-pisteitä ei oltu juurikaan merkitty, myös näissä kirjauksissa pisteitä ei oltu avattu. Kudoseheyden säilymisestä oli kirjauksia eniten. Suurin määrä kirjauksia oli liikkumisessa, asentohoidossa, ihon kunnon tarkkailussa, virtsaamisessa ja ulostamisessa. Potilaan tai omaisten ohjauksesta oli kirjattu vain vähän. Päivittäisissä kirjaamisissa ei oltu mainittu oliko käytetty jotain painehaavan ehkäisyn apuvälinettä.

Yhtenä osa-alueena oli ravitsemustilan korjautuminen, johon kiinnitettiin interventiotutkimuksessa huomiota. Päivittäisissä kirjauksissa ei juurikaan käynyt ilmi ravitsemustilan muutokset. Potilasdokumentteihin oli kuitenkin kirjattu potilaan ravitsemuksesta ja nestetasapainosta. Kirjaukset eivät kuitenkaan sopineet valmiin luokittelurungon osa-alueisiin, joten kirjasimme ne erikseen luokittelurunkoihin. Potilailla oli yleisesti ottaen hyvin paljon merkintöjä syömisestä ja juomisesta, päivittäisissä kirjauksissa merkinnät vaihtelivat kahdesta merkinnästä 172 merkintään. Potilaista oli kirjattu miten he söivät, mitä söivät ja yleisestä ruokahalusta. Nestetasapainoon merkitsimme analysoidessamme nestelistan, iv ja po nesteytyksen. Myös nestetasapainosta oli kirjattu hyvin. Henkistä vireyttä/orientoitumista oli kirjattu paljon päivittäisissä potilasdokumenteissa. Potilaan käyttäytymistä osastolla ja hänen mielialaansa oli kuvattu kattavasti.

Hoitotyön yhteenvedoissa oli Braden- ja MUST-pisteet mainittu, mutta niitä ei oltu avattu näissäkään kirjauksissa. Potilaan liikkumisesta oli kirjattu miten ja millä mahdollisella apuvälineellä potilas liikkui. Ihon nykyinen kunto oli kuvattu yhteenvedoissa käyttäen osastolle tyypillisiä termejä, esim. ”iho siisti luu-ulokekohdilta”. Painehaavojen ehkäisyn apuvälineitä oli kirjattu hyvin vähän. Myöskään ohjausta ei oltu kirjattu, varsinkaan omaisen ohjauksesta oli vain muutama merkintä. Peseytymisestä ja puhtaudesta oli nolla merkintää noin puolella potilaista. Vuorovaikutuksesta ei myöskään ollut

kuin harvoja merkintöjä. Yhteenvedoissa potilaista oli kirjattu miten he söivät, mitä söivät ja yleisestä ruokahalusta, syömisessä merkinnät vaihtelivat yhden ja 18 välillä.

## 6.5 Tulokset, joita ei voitu luokitella

Kirjaamisissa esiintyi ilmauksia, jotka eivät mielestämme kertoneet analyysin tekijöille potilaan voinnista tai toimintakyvystä tarpeeksi, jotta kirjaamismerkintä olisi voitu sijoittaa sisältöluokkaan. Ohessa on taulukko, johon kokosimme kyseisiä ilmauksia ja niistä meille heräviä kysymyksiä, joita jäimme pohtimaan (taulukko 15).

TAULUKKO 15. Tuoksia, joita ei voitu luokitella.

Omatoiminen	Missä omatoiminen?
Vointi ennallaan.	Mikä oli aikaisempi vointi? Mihin verraten ennallaan?
Vointi OK.	Millä perusteella?
Vointi hyvä.	???
Vointi huonontunut.	Missä suhteessa huonontunut? Kuinka paljon huonontunut?
Ajoittain avustettava.	Missä avustettava? Miten?
Tehty aamupesut, tehty iltapesut	Kumpi teki hoitaja vai potilas? Mitä tehty?
Hoidettu vuoteeseen.	Mitä on hoidettu?
Käynyt vessassa.	Onko virtsannut? Onko vatsa toiminut?
Virtsaus +	Onko virtsannut? Kuinka paljon? Miten, wc:ssä ym.?
Ulostaminen---	Onko ulostanut? Vaivaako ulostamattomuus potilasta?
Katetri/cystofix toimii hyvin.	Kirjaus ei potilaasta.
Vaippa siisti.	Onko virtsannut?
Hoitokielteinen.	Miten? Onko aggressiivinen? Vastusteleeko hoitoa?
Ruoka maistuu.	Paljonko on syönyt? Onko juonut?
Haava hoidettu ohjeen mukaan. On saanut antibiootin ohjeen mukaan.	Miten? Mikä on ollut ohjeena?
Liikuskellut itsenäisesti sängyssä.	Asentohoito?
Paljon omatoiminen herra.	Miten omatoiminen?
Asentohoidettu	Miten hoidettu? Mitä tehty?

## 7 POHDINTA

Painehaavat ovat haasteellinen osa hoitotyötä. Painehaavojen hoito on vaativaa ja kallista yhteiskunnalle sekä potilaalle. (Hietanen ym. 2002: 186). Niitä voi kuitenkin ennaltaehkäistä jokapäiväisillä hoitotyön toiminnoilla. Kirjaaminen on tärkeä osa hoitotyötä, joka edesauttaa hoitajia ja lääkäreitä yhteistyössä. Huolimattoman kirjaamisen vuoksi haava voidaan hoitaa väärin, pahimmassa tapauksessa esimerkiksi haava voi jopa jäädä hoitamatta. Kirjaamisen kuuluisi olla yhtenäistä ja hoitohenkilökunnalla täytyisi olla yhtenäiset termit ja sanasto päivittäisten toimintojen kuvaamiseen. Opinnäytetyössämme analysoimme Laakson sairaalan interventio-osaston kirjaamia painehaavojen osalta. Opinnäytetyömme tulosten avulla voidaan kehittää painehaavojen ehkäisyä ja hoitotyön kirjaamista.

### 7.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Potilasasiakirja on arkaluonteista tietoa sisältävä henkilökisteri, jonka tiedot ovat salassa pidettäviä ja luottamuksellisia (Hallila 2005: 114). Tutkimus toteutettiin osallistuvan toimintatutkimuksen periaatteiden mukaisesti, jolloin hoitohenkilökunta on keskeisessä roolissa tutkimuksen toteuttamisessa. Tietoja, joiden perusteella yksittäinen potilas voitaisiin tunnistaa, ei tullut esiin tutkimusaineistoa kerätessä eikä raportoitaessa. Tutkijat eivät olleet vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa, vaan aineiston keruu toteutui hoitohenkilökunnan toteuttamana. Analysoitavat asiakirjat olivat tulostettu meille valmiiksi. Interventio-osaston hoitotyöntekijät ovat osallistuneet koulutuspäivään, jossa he ovat saaneet ohjauksen intervention käyttöön. Heille toteutetuissa kyselyissä ja tuloksia raportoitaessa ei tule esiin tietoja, joista yksittäinen työntekijä voitaisiin tunnistaa. (Matti ym. 2007:6.)

Potilasdokumenteista oli poistettu potilaan henkilöllisyystiedot. Potilaita käsiteltiin anonyymeina potilaskohtaisilla numerotunnisteilla. Potilasdokumenttien analysointi tapahtui Laakson sairaalan järjestämissä tiloissa, dokumentit eivät poistuneet sairaalasta. Dokumenteista selviää hoitavan henkilön nimi, joka ei kuitenkaan tule esiin analyysissä. Analysoijat eivät tunteneet osastoa tai sen henkilökuntaa, josta aineisto oli kerätty. Työskentelimme pareittain analysoidessamme, jolloin pystyimme keskustelemaan ongelmakohtista.

Yleensä työskentelimme päiväsalin yhteydessä olevassa huoneessa. Huoneeseen kuuluivat osastolta tulevat äänet. Välillä työskentely keskeytyi ja muutaman kerran osasto tarvitsi tilaa muuhun tarkoitukseen. Tällöin meille järjestettiin toinen tila työskentelyyn.

Tulostetun asiakirjan tekstin koko vaihteli paljon. Välillä teksti oli liian pientä, jolloin täytyi lukea teksti läpi moneen kertaan. Tämä häiritsi aineiston analysointia. Analysoimme korkeintaan 5- 6 tuntia kerralla, jotteivät huolimattomuus ja väsymys vaikuttaisivat aineiston analysointiin. Analysointiaika vaihteli asiakirjojen paksuuden mukaan. Pitkiä potilasdokumentteja ei voinut analysoida montaa peräkkäin, samantyyppistä tekstiä pitkään lukiessa keskittymiskyky heikkeni. Tietyillä hoitajilla oli selkeästi oma tyyli kirjata, jonka alkoi tunnistaa analysoinnin kuluessa. Tämä ei kuitenkaan vaikuttanut analysoinnin luotettavuuteen.

Ohjaajat olivat laatineet luokittelurungot. Analysoinnin edetessä huomasimme luokittelurungossa analysointia haittaavia tekijöitä. Joistakin osa-alueista tuli enemmän merkintöjä kuin meillä oli rungossa tilaa. Tämä koitui meille ongelmaksi, koska ei ollut mahdollista tehdä analyysia tietokoneelle, vaan analysoimme käsin kirjoittamalla. Koska emme itse tehneet kyseistä runkoa, muutamassa kohdassa tuli erilaisia tulkintaongelmia. Esimerkiksi jouduimme tulkitsemaan mitä tarkoitetaan luokittelurungossa olevalla puhtaudella, mitä se tarkoittaa käytännössä ja miten se ilmenee potilasasiakirjoissa.

## 7.2 Tulosten tarkastelu

Intervention käyttöönoton ja sen tulosten avulla oli tavoitteena kehittää painehaavojen tunnistamista ja ehkäisyä laatuvaatimuksen ”painehaava ei synny” täyttäväksi (Mattila ym. 2007). Kirjaamisissa interventio osa-alueet eivät ilmenneet kovin monipuolisesti. Kirjaamisten pääpaino oli vain tietyillä osa-alueilla, kuten potilaan liikkuminen.

Yksi intervention osa-alue oli painehaavariskin arviointi. Sitä arvioitiin laskemalla Braden pisteet kerran viikossa ja MUST-pisteet hoitajakson alussa ja lopussa. Kirjaamisista kävi selkeästi ilmi, että pisteet oli laskettu, mutta niiden mukaan ohjautuvaa toimintaa ei oltu kirjattu. Toinen intervention osa-alue oli potilaan ihon kunnon tarkkailu. Usein kirjaamisissa toistui samoja ilmaisuja, kuten ”ihon kunto tarkastettu” tai/ ja ”iho siisti”. Nämä eivät kuitenkaan kuvaa, minkälainen potilaan iho todellisuudessa on. Lisäksi use-

at termit kuvasivat enemmänkin hoitajan tekemisiä. Kolmas intervention osa-alue oli asentohoito ja apuvälineiden käyttö. Kirjaamisten pohjalta tuli selkeä kuva, jos potilaalla oli käytössä jokin erityispatja, mutta päivittäisissä kirjauksissa ei selvinnyt mitään siirtymisen apuvälineitä potilaan hoitotyössä oli käytetty. Ravitsemus oli yksi intervention osa-alue. Potilasasiakirjoihin oli kirjattu hyvin ravitsemukseen liittyen, mutta puuttumaan jäi ravitsemuksen seuranta, esimerkiksi vajaaravitsemuksen korjautuminen.

Kirjaaminen osastolla oli selkeää ja ymmärrettävää. Toisaalta kirjaamisista meille tuli ajoittain sellainen kuva, että hoitohenkilökunta on koulutettu toistamaan samoja termejä ilman, että ne kuvaisivat välttämättä kyseistä tilannetta parhaalla mahdollisella tavalla. Esimerkiksi ihon kunnosta kirjattiin usein lauseilla ”iho siisti luu-ulokekohdilta” tai ”ihon kunto tarkistettu luu-ulokekohdilta”. Analysoidessamme potilasdokumentteja, mietimme ovatko tällaiset lauseet esim. kirjaamisohjeissa ja muistivatko hoitajat tosiaan tarkistaa ihon kunnan vai kirjattiinko asia vain ohjeen mukaisesti. Kirjaaminen ihon kunnan tarkistamisesta ei anna kuvaa siitä millaisessa kunnossa iho on, mistä se on tarkistettu jne. Tällaisissa kirjaamisissa luetellaan hoitajan tekemisiä, ei niinkään potilaan vointia. Myös yleisesti käytössä ollut termi ”kastellut” ei ole tarpeeksi kuvaava, vaikka sen toki ymmärtää virtsaamiseksi. Muutamille potilaille, joilla oli katetri, oli kirjattu vain ”katetri toimii”, joka ei myöskään kerro tarkemmin potilaan voinnista. Kirjauksia ”katetri toimii” emme analysoidessamme merkinneet luokittelurungon kohtaan virtsaaminen, koska se ei mielestämme kertonut mitään potilaan virtsaamisesta vaan pelkän katetrin toiminnasta.

Jokaisessa hoitosuunnitelmassa toistui sama hoitotyön diagnoosi liittyen painehaavoihin. Tämä herätti meissä kysymyksiä, kuten onko kyseistä diagnoosia pohdittu potilaslähtöisesti. Saman potilaan hoitotyön yhteenvedoissa toistui sama teksti eri päivinä tehdyissä yhteenvedoissa (copy-paste menetelmällä tehty?).

Laakson sairaalassa tehdyn auditoinnin mukaan omaiset toivoivat lisää mahdollisuuksia osallistua läheisensä hoidon suunnitteluun ja hoitoa koskevaan päätöksentekoon sekä kuntoutustiimiin kokouksiin. Yksilöllisen hoidon mahdollistamiseksi omaiset toivoivat lisää henkilökuntaa. Henkilökunnan vaihtuvuuden koettiin heikentävän yhteistyötä omahoitajasuhteessa. Omaiset toivoivat myös mahdollisuutta tavata useammin lääkäri. (Isola ym. 2007: 2). Kirjaamisista ei käynyt ilmi, olivatko omaiset saaneet informaatiota



heidän läheistensä hoidosta ja hoitoon liittyvistä asioista. Kirjauksia oli melko vähän omaisten ohjauksesta. Ohjaukset koskivat yleensä päivittäisiä toimia.

### 7.3 Kehittämissuhteet

Analyysia tehdessämme me samalla pohdimme, miten voisimme kehittää omaa kirjaamista sekä miten osaston kirjaamista voisi kehittää. Olisi tärkeää *kirjoittaa potilaasta potilaskohtaisesti* niin, ettei joka potilaan kohdalla toisteta samoja asioita mitä on esimerkiksi koulutuksessa opittu. Niin sanotusti tulisi ”persoonallistaa” oma kirjaaminen. Samalla kirjaamisista kävisi ilmi osaston antaman hoidon olevan *potilaslähtöistä* ja, että *potilas huomioidaan nimenomaan yksilönä*. Osaston kirjaamisista huomasin, että yhä kirjataan enemmänkin hoitajalähtöisesti kuin potilaslähtöisesti, mitä on päivän aikana tehty: ”Aamupesut tehty, syötetty aamupala..” jne. Aivan kuin olisi tarve todistaa seuraavalle hoitajalle, että on tehnyt potilaan kanssa tietyt asiat, mitä oletetaankin tehtävän työvuoron aikana. Kirjaamisista täytyy käydä ilmi *mitä potilas on tehnyt ja missä hän on tarvinnut apua*. Näin saadaan tietää minkä tasoinen toimintakyky potilaalla on. Hoitajakeskeisestä kirjaamisesta ei käy selväksi ulkopuoliselle, missä asioissa potilas tarvitsee hoitajan tukea/apua ja mitkä hän pystyy itse tekemään. Tärkeää on tukea potilaan *omaa toimintakykyä*. Jos tulisimme opiskelijoina töihin osastolle, emme saisi tietää kirjausten perusteella mikä on potilaan sen hetkinen vointi. Myös luettelomaisuudesta olisi päästävä eroon.

Osastolla käytetään paljon tiettyjä termejä, jotka eivät kerro ulkopuoliselle mitään potilaan sen hetkisestä voinnista (taulukko 15). *Termejä olisi hyvä kirjauksissa avata*, kuten omatoiminen -> potilas on ollut itsenäisesti liikkeellä rollaattorin turvin, tai käynyt vessassa -> virtsaus +/- jolloin myös uusi työntekijä tietää enemmän potilaasta. Myös *omatoimisista potilaista olisi mielestämme hyvä kirjata muutakin, kuin omatoiminen*.

*Hoitosuunnitelmien selkeyttä pitäisi parantaa*. Kaikista ei käynyt esimerkiksi selväksi analysoinnin yhteydessä, milloin mikäkin Braden piste oli laskettu. Oli melko haastavaa pysyä mukana, minkä tuloksen on jo analysoinut. Voi olla, että tämä johtui jotenkin ohjelmasta tai siitä, että aineistot olivat tulostettu meille eri ajankohtina. Jäimme kaipaamaan kuitenkin kronologisempaa järjestystä teksteihin. Hoitosuunnitelmissa miltei jokaisessa toistui samat asiat, mitkä jäivät meitä mietityttämään, koskiko kaikki kyseistä potilasta. *Braden ja MUST-pisteiden mukaan ohjautuvan toiminnan kirjaamista pitäisi*

*kehittää.* Hoitosuunnitelmissa myös harvemmin esiintyi potilaan oma tahto. Kirjaamisessa täytyy näkyä *potilaan oma tahto ja toiminta, ei vain hoitajan työt.*

Jokinen (2005: 18, 21) tuo esiin tutkimuksessaan käsitteiden ja termien merkityksen korostumisen viime vuosina. Termien standardisoinnilla tarkoitetaan niiden yhtenäistämistä, yhdenmukaistamista tai vakioimista. Tietotekniikan käytön yleistymisen, mahdollisuus systemaattiseen tietojenkäsittelyyn ja tiedon hyödyntämiseen ovat lisänneet tarvetta yhtenäistää ja luokitella käytettäviä ilmauksia. Hoitotyön tiedon käsittely tietojärjestelmissä helpottuu, jos se *esitetään kielellisesti yhdenmukaisella ja yhdisteltävällä tavalla.* Yhtenäinen kieli tukee hoitotyöstä saatavan informaation keruuta, yhdistämistä, vertailua ja levittämistä sekä hoitotyön näkyvyyttä potilaan hoidossa.

Kinnusen ym. (2008) tutkimuksessa on käynyt ilmi, että myös haavanhoidon sanaston standardointiin on olemassa tarvetta. Heidän tutkimuksessaan analysoitu kirjaaminen oli ollut hyvin värikästä ja vaihtelevaa. (Kinnunen ym. 2008: 77). Omassa analyysissämme taas huomasimme yhtenäisten termien suppeuden ja toiston, joka sai meidät epäilemään niiden oikeaa ja potilaslähtöistä käyttöä.

On tärkeää että haavanhoidolle *kehitetään yhteiset hoitokäytännöt ja termit.* Potilasdokumenteissa toistuvat lauseet, kuten ”iho siisti luu-ulokekohdilta” tai ”ohjataan potilasta vaihtamaan asentoa”, ovat näin ollen hyviä, mutta niitä pitäisi myös *tarkastella kriittisesti.* Jos niiden käyttö on automaattista jokaisen potilaan kohdalla, saattaa tästä tulla enemmän hoitajan tapa kirjata kuin potilaan tarpeista lähtevä hoitotoimenpide. *Kehitysehdotuksena tähän olisi osaston termien laajentaminen sopimaan erilaisille potilaille sekä jo käytössä olevien termien muuttaminen yksityiskohtaisimmiksi.* Tämä auttaisi myös sellaisten hoitajien työtä, jotka eivät ole syystä tai toisesta perehtyneitä osastolla käytettyihin kirjaamismalleihin, esim. uudet työntekijät, ”keikkalaiset” ja opiskelijat.

## LÄHTEET

European Pressure Ulcer Advisory Panel. Verkkodokumentti.  
<<http://www.epuap.org/guidelines/finnish1.html>>. Luettu 2.10.2008.

Hallila, Liisa (toim.) 2005: Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi.

Helsingin kaupunki terveystoimisto 2002: Painehaavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen. Kehittämishanke.

Hietanen, Helvi – Iivanainen, Ansa – Seppänen, Salla – Juutilainen, Vesa 2005: Haava. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Hietanen, Helvi - Iivanainen, Ansa - Seppänen, Salla - Juutilainen, Vesa 2002: Haava. WSOY, Porvoo.

Huovinen, Pentti 2007: Painehaavat. Duodecim. Verkkodokumentti.

<[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_haku=painehaava&p\\_artikkeli=dlk00313](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=painehaava&p_artikkeli=dlk00313)>. Luettu 18.9.2008.

Isoaho, Marja-Leena 2006: Pressure Ulcer Prevention Protocol – adult. Haava 4. 40-41.

Isola, Arja - Elo, Satu - Rautsiala, Tarja - Paasivaara, Leena - Routasalo, Pirkko 2007: Akuuttisairaalan hoitotyön ulkopuolinen tarkastus. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Jokinen, Taina 2005: Standardoitu termistö hoitotyön toimintojen kirjaamisessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Kuopion yliopisto, terveyshallinnon ja – talouden laitos. Pro gradu – tutkielma. Verkkodokumentti.  
<<http://www.uku.fi/tht/opinnaytteet/TainaJokinengradu.pdf>>. Luettu 26.3.2009.

Jouni Tuomi – Anneli Sarajärvi 2002: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Kauppila, Marjo 2008: Potilaan oma kokemus kivusta kirjaamalla näkyväksi. Haava 3. 10-11.

- Kinnunen, Ulla-Mari - Ensio, Anneli - Saranto, Kaija 2008: Haavanhoidon sähköisen kirjaamisen kehittäminen. *Hoitotiede* 20 (2). 70-81.
- Kinnunen, Ulla-Mari - Saranto, Kaija - Ensio, Anneli 2007: Haavan arviointi, tärkeä osa haavanhoitoa. *Haava* 4. 42-44.
- Korjonen, Kerttuli 2005: Painehaavakirurgian kustannusvaikuttavuutta selvitettävä. *Impakti* 5. 9-11. Verkkodokumentti. <[http://finohta.stakes.fi/NR/rdonlyres/6A27EBCE-EE55-4E36-81C2-2D657E2221DF/0/impakti2005\\_5.pdf](http://finohta.stakes.fi/NR/rdonlyres/6A27EBCE-EE55-4E36-81C2-2D657E2221DF/0/impakti2005_5.pdf)>. Luettu 26.3.2009.
- Mattila, Lea-Riitta - Rekola, Leena - Wikberg, Elisabeth - Eriksson, Elina 2007: Painehaavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen - Interventiotutkimus Laakson sairaalassa. Tutkimussuunnitelma. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.
- MUST - Vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmä 2005. Verkkodokumentti. <<http://nutriciafi.numico.com/NR/rdonlyres/3AAD413D-4BE5-4E45-9BD5-53C5B3B36DAA/0/MUSTkaavio.pdf>>. Luettu 10.3.2009.
- Painehaava 2008. Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri. Verkkodokumentti. <[http://www.terveysportti.fi/kotisivut/kotisivut.sivut.nayta?p\\_sivu=17048](http://www.terveysportti.fi/kotisivut/kotisivut.sivut.nayta?p_sivu=17048)>. Luettu 24.9.2008.
- Pakarinen, Päivi 2005: MUST löytää vajaaravitsemusriskin. *Nutricia Clinical Oy:n tiedotuslehti*. Verkkodokumentti. <[http://nutriciafi.numico.com/NR/rdonlyres/9BB44BBC-739F-40FC-9F42-B53ED34C4A3B/0/News\\_maaliskuu.pdf](http://nutriciafi.numico.com/NR/rdonlyres/9BB44BBC-739F-40FC-9F42-B53ED34C4A3B/0/News_maaliskuu.pdf)>. Luettu 2.10.2008.
- Pegasos-potilastietojärjestelmä. WM-data 2005. Verkkodokumentti. <[http://www.wmdata.fi/wmwebb/Services/files/Pegasos\\_yleisesite2005.pdf](http://www.wmdata.fi/wmwebb/Services/files/Pegasos_yleisesite2005.pdf)>. Luettu 24.9.2008.
- Pukki, Tiina 2006: Painehaava – tiedon tuominen käytäntöön. *Haava* 4. 30-32.

Ravitsemussuositukset painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon. Epuap. Verkkodokumentti. <<http://www.epuap.org/guidelines/finnish1.html>>. Luettu 18.9.2008.

Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2009: Painehaavan ehkäisyn toimintalinjat. EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel). Verkkodokumentti. <[http://www1.autoalanverkkopalvelu.fi/mediakone/aineistot/1024/painehaavanehkaisy.pdf?tiedosto=YWluZWlzdG90LzEwMjQvcGFpbmVoYWF2YW5laGthaXN5LnBkZg&tyyp-pi=AP&jul\\_id=3908&ain\\_id=&suoj=&jul\\_nimi=Painehaavojen+ehk%E4isyntoimintalinjat+%28pdf%29](http://www1.autoalanverkkopalvelu.fi/mediakone/aineistot/1024/painehaavanehkaisy.pdf?tiedosto=YWluZWlzdG90LzEwMjQvcGFpbmVoYWF2YW5laGthaXN5LnBkZg&tyyp-pi=AP&jul_id=3908&ain_id=&suoj=&jul_nimi=Painehaavojen+ehk%E4isyntoimintalinjat+%28pdf%29)>. Luettu 27.3.2009.

Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2009: Painehaavan hoitoperiaatteet. EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel). Verkkodokumentti. <[http://www1.autoalanverkkopalvelu.fi/mediakone/aineistot/1024/painehaavanhoitoperiaatteet.pdf?tiedosto=YWluZWlzdG90LzEwMjQvcGFpbmVoYWF2YW5ob2l0b3BlcmllhYXR0ZWV0LnBkZg&tyyppi=AP&jul\\_id=7411&ain\\_id=&suoj=&jul\\_nimi=EPUAP%3A+painehaavan+hoitoperiaatteet](http://www1.autoalanverkkopalvelu.fi/mediakone/aineistot/1024/painehaavanhoitoperiaatteet.pdf?tiedosto=YWluZWlzdG90LzEwMjQvcGFpbmVoYWF2YW5ob2l0b3BlcmllhYXR0ZWV0LnBkZg&tyyppi=AP&jul_id=7411&ain_id=&suoj=&jul_nimi=EPUAP%3A+painehaavan+hoitoperiaatteet)>. Luettu 27.3.2009.



Bradenin asteikko

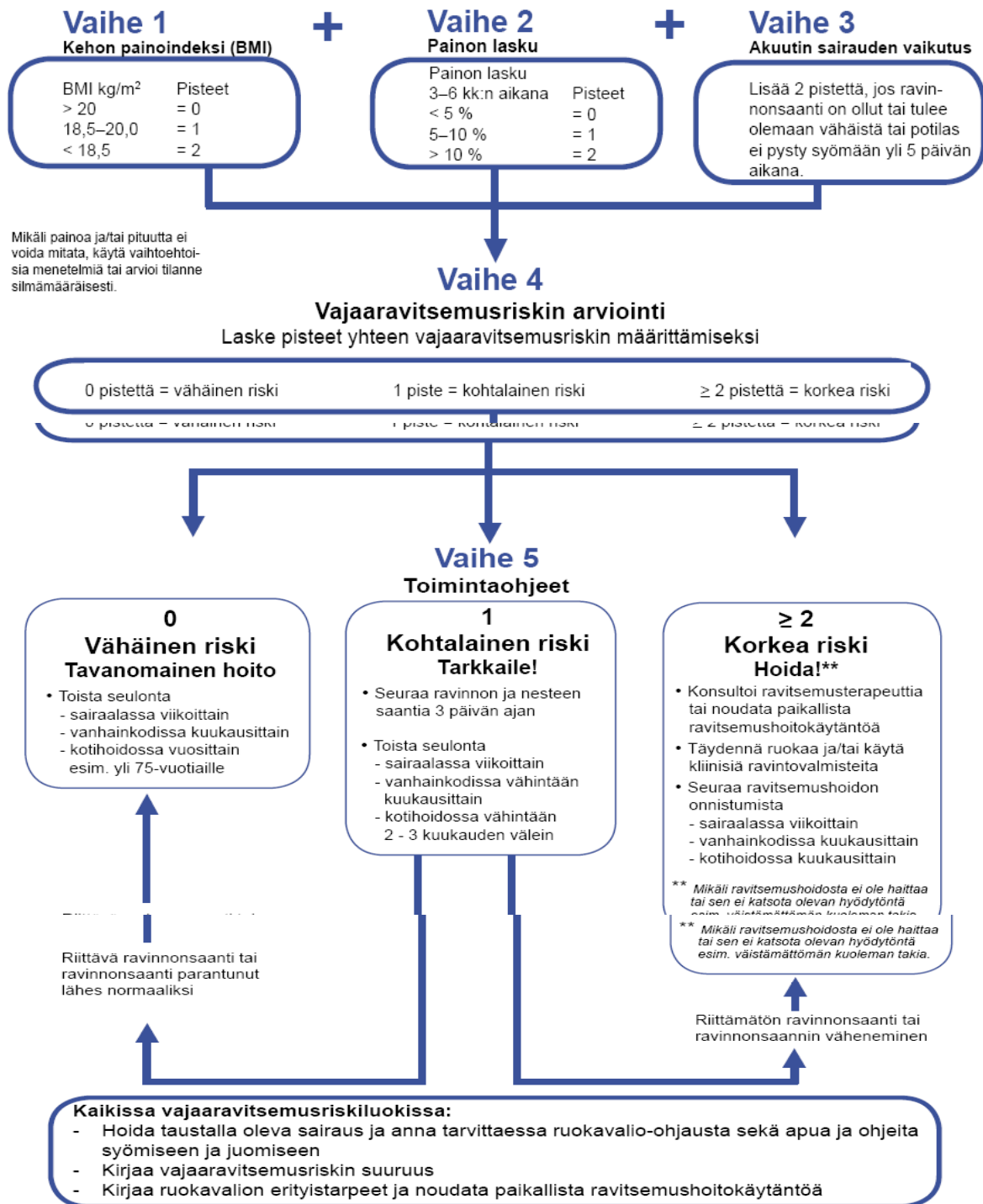
osa-alue	1	2	3	4	Pisteet
Tuntoaisti kyky reagoida tarkoituksen mukaisesti paineesta aiheutuvaan epämukavuuteen	Täysin rajoittunut ei kykene reagoimaan kivuliaaseen ärsykkeeseen, koskatietoisuus (taju) alentunut tai psyykkisesti kykemätön. Kyky tuntea kipua on rajoittunut suurimmalla osalla kehon pintaa. Esim. tajuton potilas.	Hyvin rajoittunut reagoi vain kivuliaaseen ärsykkeeseen. Ei osaa ilmaista epämukavuuttaan paitsi valittamalla tai levotytomuutena. ihon tunto heikentynyt, mikä rajoittaa tuntea kipua tai epämukavuuttaan osassa kehoa. Esim dementoitunut , lonkkamurtumapotilas, kestopuudutus, esim epiduraalipuudutus, neuropatia, hemiplegia.	Hieman rajoittunut reagoi suullisiin kehotuksiin. Ei aina kykene ilmaisemaan epämukavuuttaan tai tarvetta vaihtaa asentoa. Esim. masentunut, sairaudesta uupunut, vahvasti kipulääkitty, täsmä puudutus esim. pleksus puudutus.	Normaali, ei tuntoaisti vajausta	
Ihon kosteus ihon altistuminen kosteudella	Jatkuvasti kosteaa iho lähes koko ajan kostea hiestä, virtsasta, ulosteesta, dreeni/haavaeritteestä esim. askitesdreeni juuri vuotaa totaalli virtsan tai ulosteen inkotinenssi, ummetus/vatsan toimitus säännöllisesti, korkea kuume	Lähers aina kosteaa iho on usein kostea, muttei kuitenkaan koko päivää. Lakana, poikkilakana, vaippa haava sidos vaihdetaan 2-4 x vrk. Esim. runsas hikoilu, kuumeen aletessa.	Ajoittain kostea. Iho on ajoittain kostea. Lakana/pyjamavaihdetaan kerran päivässä. Potilas hikoilee.	Harvoin jkosteaa iho on yleensä kuiva. Lakana pyjämä vaihdetaan hoitokäytännön mukaan. Esim lääkityksen aiheuttamana.	
Aktiivisuus fyysinen toimintakyky	Vuodepotilas täysin liikunta kyvytön. Ei kykene istumaan edes autettuna. Esim pitkälle edennyt alzheimerin tauti, tujuton, pitkälle edennyt osteoporoosi.	Istuu ajoittain. Kykenee ottamaan muutaman askeleen. Ei kykene kannattamaan omaa painoaan. Tarvitsee runsaasti apua/apuvälineitä siirtyessä tuoliin. Esim hemiplegia, vanhuuden haikkous, luutumaton lonkkamurtuma, toimenpiteen takia asento tai liikuntarajoituksia, esim. tibia tai kalloveto, akuuttikieleke siirto.	Kävelee ajoittain. Kävelee päivittäin muutaman kerran lyhyen matkan hoitajan/apuvälineen kanssa yksin. viettää suurimman osan päivästä vuoteessa tai tuolissa.	Kävelee toistuvasti. Kävelee huoneensa ulkopuolella ainakin kahdesti päiväaikaan ja huoneessaan päivisin ainakin kerran kahdessa tunnissa.	
Liikkuminen kyky muuttaa ja kontrolloida kehon asentoa.	Täysin liikunta kyvytön ei kykene laisinkaan muuttamaan asentoaan ilman apua. Esim tajuttomuus.	Hyvin rajoittunut. Pystyy muuttamaan asentoaan joko vähän tai tahattomasti. Kynemätön itsenäisesti muuttamaan asentoa säännöllisesti tai tiettyyn asentoon. Esim. dementoitunut lonkkamurtuma potilas, hemiplegia, kalloveto	Jonkin verran rajoittunut kykenee itsenäisesti usein vaihtamaan asennosta toiseen. Esim. vahvasti lääkityspotilas kesto puudutus.	Muuttaa asentoaan. Ei tarvitse hoitajan apua muuttamaan asentoa.	

	1	2	3	4	Pisteet
Ravitsemus ruuan saannin toteutuminen	Erittäin heikko. Ollut syömättä trauman tai yleisen heikkouden vuoksi. Ei syö koskaan kaikkea tarjottua ruokaa. Nauttii päivittäin liian vähän nesteitä. Ei nauti lisäravinto valmisteita. Ei iv-ravitsemusta tai saa vaan perusnesteet iv:sti. Esim saattohoito potilaat, potilas kieltäytyy syömästä. Pitikittynyt odottaminen leikkaukseen kuivumisoireet.	Todennäköisesti riittämätön. Syö harvoin kaiken tarjotun ruuan. Yleensä syö vain noin puolet tarjotusta annoksesta. Nauttii toisinaan lisäravinteita. esim. dementia alkoholisti, nielimis vaikeuksista kärsivä, hemiplegia, edennyt MS-tauti	Riittävä syö enemmän kuin puolet annoksestaan. Toisinaan kieltäytyy syömästä ruokaansa. Saa lisäravinteita . Ravinto annetaan lisäletkun tai gastrooman avulla. Täydellinen parenteraalinen ravitsemus.	Erinomainen syö enimmän osan ruuastaan. On normaali ruokahalu. Syö toisinaan välipaloja.	
Kudosten venytyminen ja hankautuminen	Ongelma ei lainkaan lihas voimia tai kykyä vaihtaa asentoa. Tarvitsee hoitajia tai hydraulisia apuvälineitä siirtämisessä tai asennon vaihtamisessa. Esim tajuttomuus, pitkälle edennyt alzheimerin tauti ja MS-tauti, saattohoitopotilaat.	Todennäköinen ongelma on kykyä muttei lihas voimaa liikkuu. Tarvitsee hoitajan tuekseen liikkussa. Ei pysty pitämään asentoaan istuessaan tuolissa tai vuoteessa. Esim. hemiplegia tai huonokuntoinen potilas.	Ei muodosta ongelmaa Liikuttaa itseään vuoteessa ja tuolissa itsenäisesti. Riittävästi lihasvoimia korjaamaan asentoa. Säilyttää koko ajan hyvän asennon tuolissa tai vuoteessa.	Ei muodosta ongelmaa. Liikuttaa itseän vuoteessa ja tuolissa itsenäisesti. On riittävästi lihas voimia korjaamaan asentoa. Säilyttää koko ajan hyvän asennon tuolissa tai vuoteessa.	

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



## MUST Vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmä



**LUOKITTELURUNKO: Hoitosuunnitelmalomakkeet HoSU Osaston numero:****Potilasnumero:**

Päätavoite:

Sairaalassaoloaika (lasketaan tulopäivästä):

Potilaan hoitotyön diagnoosi:

Sisältöluokka/ Intervention osa-alue	Merkintöjen lukumäärä	Huomattavaa
<b>1. Painehaavariskin kartoittaminen</b>		
1.1 Braden pistemäärä	pistemäärä:	
1.2 MUST-pisteet	pistemäärä:	
<b>2. Kudoseheyden säilyminen</b>		
2.1 Liikkuminen		miten liikkuu:
2.2 Ihon kunto tullessa		millainen:
2.3 Erittäminen		miten:
2.3.1 Virtsaaminen		miten:
2.3.2 Ulostaminen		miten:
2.3.3 Hikoileminen		mitä huomattu:
2.4 Ihon kunnon tarkkailu		mitä huomattu:
2.5 Painehaavojen ehkäisyn. apuvälineet		mikä/mitkä:  kuinka usein käytetty:  käytön jatkuvuus/ tilapäisyys:
2.6 Potilaan ohjaus		mitä ohjattu:
2.7 Omaisen ohjaus		mitä ohjattu:
2.8 Asentohoito		potilaan toiminta:

		hoitajan toiminta:
2.9 Potilaan vaatetus vuodevaatteet		mitä huomioitu:
2.10 Peseytyminen		mitä huomioitu:
2.11 Puhtaus		mitä huomioitu:
<b>3. Ravitsemustilan korjautuminen</b>		
3.1 1 MUST-pisteiden mukaan ohjautuva toiminta		mitä:
3.2 Painon seuranta		
3.3 Ruokavalio		mitä huomioitu, erikoisruokavalio:
3.4 Ravintovalmisteet		mitä:

Muuta

huomioitavaa: \_\_\_\_\_ Syöminen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nestetasapaino \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**LUOKITTELURUNKO: Päivittäinen hoitosuunnitelma, toteutus ja arviointi Potilaan numero:**

Sisältöluokka/Intervention osa-alue/	Merkintöjen lukumäärä	Huomattavaa, Braden pisteet, MUST-pisteet
<b>1. Painehaavariskin kartoittaminen</b>		
1.1 Braden pistemäärän laskeminen		pistemäärä/t:
1.2 MUST-pistemäärän laskeminen		pistemäärä:
<b>2. Kudoseheyden säilyminen</b>		
2.1 Ihon kunnon tarkkailu		mitä havaintoja:
2.2 Paineh. ehk. apuvälineet		mikä/mitkä: kuinka usein käytetty: käytön jatkuvuus/tilapäisyys:
2.3 Potilaan ohjaus		mitä ohjattu:
2.4 Omaisen ohjaus		mitä ohjattu:
2.5 Liikkuminen		miten: kuinka usein:
2.6 Asentohoito		potilaan toiminta: hoitajan toiminta:
2.7 Potilaan vaatetus		mitä huomioitu:
2.8 Potilaan vuodevaatteet		mitä huomioitu:
2.9 Peseytyminen,		miten, useus:
2.10 Puhtaus		mitä huomioitu:
2.11 Erittäminen		
2.11.1 Virtsaaminen		
2.11.2 Ulostaminen		
2.11.3 Hikoileminen		

<b>3. Ravitsemustilan korjautuminen</b>		
3.1 Painon seuranta		kuinka usein:
3.2 Ruokavalio		mitä huomioitu, erikoisruokavalio:
3.2 Ravintovalmisteet		mitä:
<b>4. Henkinen vireys/orientoituminen</b>		mitä huomioitu;
<b>5. Vuorovaikutus</b>		
5.1 hoitoon osallistuvan henk. kunnan kanssa		mitä huomioitu:
5.2 omaisten kanssa		mitä huomioitu:
5.3 toisten potilaiden kanssa		mitä huomioitu:

Muuta huomioitavaa: \_\_\_\_\_ Syöminen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nestetasapaino \_\_\_\_\_

**LUOKITTELURUNKO: Hoitotyön yhteenveto Potilaan numero:**

Sisältöluokka/Intervention osa-alue	Merkintöjen lukumäärä	Huomattavaa
<b>1. Painehaavariskin kartoittaminen</b>		
1.1 Braden pistemäärän laskeminen	pistemäärä:	
1.2 MUST-pistemäärän laskeminen	pistemäärä:	
<b>2. Kudoseheyden säilyminen</b>		
2.1 Ihon kunnon arviointi		mitä huomattu:
2.2 Paineh. ehk. apuvälineet		mikä/mitkä: kuinka usein käytetty: käytön jatkuvuus/tilapäisyys:
2.3 Potilaan ohjaus		mitä:
2.4 Omaisen ohjaus		mitä:
2.5 Liikkuminen		miten liikkuu:
2.6 Asentohoito		potilaan toiminta/missä tarvitsee apua:
2.7 Peseytyminen		mitä huomioitu:
2.8 Puhtaus		mitä huomioitu:
2.9 Erittäminen		
2.9.1 Virtsaaminen		mitä:
2.9.2 Ulostaminen		mitä:
2.9.3 Hikoileminen		mitä:
<b>3. Ravitsemustilan korjautuminen</b>		
3.1 Painon seuranta		miten arvioitu:
3.2 Ruokavalio		mitä arvioitu: erikoisruokavalio:

3.3 Ravintovalmisteet		mitä:
<b>4. Henkinen vireys/orientoituminen</b>		mitä arvioitu:
<b>5. Vuorovaikutus</b>		
5.1 Hoitoon osall. henk. kunnan kanssa		mitä arvioitu:
5.2 Omaisten kanssa		mitä arvioitu:
5.3 Toisten potilaiden kanssa		mitä arvioitu:

Muuta huomioitavaa:

Syöminen

Nestetasapaino

Copyright©Lea-Riitta Mattila, Leena Rekola ja Elina Eriksson