



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Painehaavojen ennaltaehkäisysuunnitelma palvelutalossa

Renko, Virpi

2016 Laurea





LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Painehaavojen ennaltaehkäisysuunnitelma palvelutalossa

Virpi Renko
Terveys- ja hyvinvointipalvelujen
kehittäminen ja johtaminen
YAMK Opinnäytetyö
Marraskuu, 2016

Virpi Renko

Painehaavojen ennaltaehkäisysuunnitelma palvelutalossa

Vuosi

2016

Sivumäärä

56

Painehaavojen ennaltaehkäisysuunnitelma on osa asiakkaan laadukasta ja turvallista hoitoa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää palvelutalossa painehaavoja ennaltaehkäisevää hoitoa. Tehtävänä oli tuottaa palvelutaloon työkalu, jonka avulla voitaisiin kartoittaa painehaavariskissä olevat asiakkaat ja toteuttaa heille ennaltaehkäisevää hoitoa.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin toimintatutkimusta. Tutkimusaineistoa kerättiin alkuun kyselylomakkeella, jonka tarkoituksena oli kartoittaa henkilökunnan valmiuksia tunnistaa riskejä sekä käytössä olevia riskiarviointimenetelmiä. Ennaltaehkäisysuunnitelma kehitettiin Learning Café -työskentelymenetelmän avulla, tuotoksena tuli palvelutaloon painehaavojen ennaltaehkäisysuunnitelma.

Palvelutalon henkilökunnalla oli valmiuksia tunnistaa asiakkaiden riskejä ja osasivat myös tunnistaa erilaisia käytössä olevia riskiarviointimenetelmiä. Henkilökunta koki, että tiedon jakamista sekä ennaltaehkäisyä tulisi kehittää palvelutalossamme. Koulutuksia toivottiin lisää esimerkiksi ihonhoitotuotteista, haavahoidosta ja asentohoidosta.

Asiasanat: painehaava, ennaltaehkäisy, riskienarviointi

Virpi Renko

Pressure Ulcer Prevention Plan in Supported Living

Year	2016	Pages	56
------	------	-------	----

A pressure ulcer prevention plan is part of the customer's high-quality and secure care. The purpose of this study was to develop the pressure ulcer prevention care of the customer in supported living. The main target was to provide a tool that can be used in identifying the pressure ulcer risk customers, and provide them with preventive care.

Action research was used as the research method in this study. The research material was collected with a questionnaire, the purpose of which was to identify employees' current capacity and methods in identifying risks. The prevention plan was developed by using the Learning Café method, and resulted in a Pressure Ulcer Prevention Plan in Supported Living.

The employees in supported living had the capacity to identify the risks in pressure ulcer care, and were able to recognise a variety of existing risk assessment methods. They felt that information sharing and preventive care should be developed more, and training in skin care products, wound care and reposition was also requested.

Keywords: pressure ulcer, prevention, risk assessment

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Painehaavojen ennaltaehkäisy.....	7
2.1	Painehaavan määrittely	7
2.2	Painehaavojen ennaltaehkäisyn lähtökohdat	9
2.2.1	Riskitekijät ja arviointimittarit	9
2.3	Ihon ja kudoksen arviointi	11
2.4	Ravitsemuksen arviointi.....	13
2.5	Kuntoutus ja apuvälineet	14
2.5.1	Asentohoito.....	15
2.5.2	Makuualustat	17
2.5.3	Istuvan asiakkaan apuvälineet	19
2.6	Kirjaaminen	19
3	Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävä	21
4	Tutkimuksen menetelmä ja toteutus.....	21
4.1	Toimintatutkimus	21
4.2	Aineiston keruu	24
4.3	Aineiston analyysi	26
4.4	Luotettavuus	27
4.5	Eettisyys	27
5	Tulokset.....	29
5.1	Nykytilan kartoitus kyselylomakkeen avulla.....	29
5.2	Kehittämistyön tulos: Painehaavojen ennaltaehkäisysuunnitelma	35
6	Pohdinta	37
	Lähteet	40
	Kuviot.. ..	43
	Taulukot	44
	Liitteet.....	45

1 Johdanto

Vuosittain Suomessa arvioidaan syntyvän 55 000 - 85 000 painehaavaa, joiden kustannukset valtiolle maksavat noin 420 miljoonaa euroa. Painehaavojen aiheuttamat kustannukset ovat terveydenhuollon budjetista noin 2 - 3 % ja yhden painehaavan lisäkustannus on noin 5000 - 6650 euroa. Yli puolet kustannuksista on henkilöstökuluja ja noin 20 % tarvikkekuja. Noudattamalla painehaavojen ennaltaehkäisyohjelmaa voidaan välttää painehaavojen syntyä sekä tehdä selviä kustannussäästöjä. Painehaavojen ennaltaehkäisy parantaa asiakkaan elämänlaatua sekä on kannattavampaa taloudellisesti kuin niiden hoito. (Duodecim -oppiportti; Hoitotyön tutkimussäätiö 2015; Soppi 2016.)

Opinnäytetyöni pohjautuu kansainvälisen ja Euroopan painehaavatyöryhmän (NPUAP/EPUAP) sekä hoitotyön tutkimussäätiön (HOTUS) laatimiin suosituksiin, joiden mukaan ennaltaehkäisy-suunnitelma pitäisi olla kaikissa terveydenhuollon toimipisteissä. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystalouden alainen palvelutalo on ympäristö, jonne opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää painehaavoja ennaltaehkäisevää hoitoa. Palvelutalo tarjoaa ympärivuorokautista hoitoa, jossa asiakaspaikkoja on 71. Asiakkaiden ikäjakauma on 65-102-vuotta. Tutkimus toteutetaan toimintatutkimuksena ja tehtävänä on tuottaa palvelutaloon työkalu, jonka avulla voidaan kartoittaa painehaavariskissä olevat asiakkaat ja toteuttaa heille ennaltaehkäisevää hoitoa.

Väestömme ikääntymisen myötä on todennäköistä, että painehaavojen lisääntyneisyys on tulevaisuudessa huomattavaa. Kuitenkin painehaavat ovat ehkäistävissä, kun siihen on riittävästi kannustimia ja tahtoa. (Soppi 2010, 266.) Ikääntyminen itsessään on jo riski painehaavoille sekä ikääntymisen mukana tuomat erilaiset sairaudet ja varsinkin liikkumattomuus ovat isoja riskejä saada painehaavoja. Ennaltaehkäisyssä on olennaista asiakkaiden tunnistaminen, jotka ovat painehaavariskissä sekä paineen ja venytyksen poistaminen tai minimointi, joka kohdistuu luu-ulokekohtiin. Riskien tunnistamisessa käytetään validoitua mittaria yhdistettynä kliiniseen arviointiin. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015.) Opinnäytetyöni olen rajannut riskitekijöihin ja niiden arviointiin, pääpaino on ravitsemuksessa, ihon kunnossa sekä kuntoutuksessa ja apuvälineissä. Nämä kolme aluetta nousi esille myös tutkimustuloksissa, joita hyödynnettiin ennaltaehkäisy-suunnitelman kehittämistyössä.

2 Painehaavojen ennaltaehkäisy

2.1 Painehaavan määrittely

Yhdysvaltain kansallisen painehaava-asiantuntijaneuvoston ja Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvoston mukaan ”painehaavalla tarkoitetaan paikallista ihon tai sen alla olevaa kudoksen vauriota, joka ilmaantuu yleensä kehon luisen ulokkeen kohdalle ja sen aiheuttaa paine tai paine ja venytys yhdessä” (Juutilainen & Hietanen 2012, 300; hoitotyön tutkimussäätiö; Soppi 2016). Nimitys painehaava voi olla myös harhaanjohtava, taustalla on monia muitakin tekijöitä kuin ulkoinen paine joka kohdistuu kudokseen. Kaikista kroonisista haavoista, painehaavojen osuus on suurin ja niiden hoito on työlästä sekä pitkäkestoista. (Juutilainen ym. 2012, 300.)

Painehaavoista yli puolet syntyy yleisimmin lantion alueelle. Tyypillisimmät paikat ovat istuinkyhmyt, ristiluu ja lonkkien sivut. Alaraajoissa kantapään alueella sijaitsee noin kolmannes painehaavoista. Haavat syntyvät joko kehon kontaktista makuu- tai istuinalustaan tai liikumisen apuvälineeseen. Asiakkaat, jotka jäävät vuodepotilaiksi akuutin sairauden tai vamman takia ovat erityisen alttiita saamaan painehaavoja. (Juutilainen ym. 2012, 300 – 301.)

Kansainvälisen painehaavojen luokittelujärjestelmän mukaan painehaavat jaetaan neljään luokkaan ja kahteen lisäluokkaan (taulukko 1). Luokittelu perustuu haavan anatomiseen syvyyteen, jolloin arvio tehdään haavan tai kudoksen vaurion ulottuvuus syvyyssuunnassa. Luokittelu palvelee haavan kliinistä tutkimusta. Hyvä luokittelu, ennustaa haavan paranemista sekä ohjaa hoidon linjausta. Luokittelun avuksi Suomen haavanhoitoyhdistys on tehnyt ”painehaava-helpperin” (Liite 4.) (Juutilainen ym. 2012, 309; Duodecim oppiportti.)

Luokka / Aste	Kuvaus
I luokka: Vaalenematon punoitus	Iho ehjä, jossa vaalenematonta punoitusta paikallisesti. Yleensä on luisen ulokkeen kohdalla. Alue saattaa olla kivulias, kiinteä tai pehmeä.
II luokka: Ihon pinnallinen vaurio	Dermiksen osittainen vaurio, joka ilmenee kiiltävänä tai kuivana pinnallisena avoimena haavana. Haavassa on punainen tai vaaleanpunainen haavapohja, ei katetta eikä mustelmaa. Voi ilmetä myös ehjänä tai rikkoutuneena kudoksen nesteen täyttämänä rakkulana. <i>* Jos on ihon repeämiä, teipin aiheuttamia ihorikkoja tai inkontinenssiin liittyvää dermatiittia, niin näiden kuvailemiseen ei tule käyttää tätä astetta.</i>

III luokka: Koko ihon vaurio	Kyseessä on koko ihon läpäisevä kudოსvaurio, mutta luu, jänne tai lihas ei ole näkyvissä. Haavassa voi olla taskumaisia kohtia ja onkaloitumista. III asteen painehaava syvyys vaihtelee haavan anatomisen sijainnin mukaan.
IV luokka: Vaurio koko ihon ja ihonalaiskudoksen paksuudelta	Kyseessä on kudoksen läpäisevä kudostuho, joka ulottuu luuhun, jänteeeseen tai lihakseen asti (paljastunut luu tai lihas on palpoitavissa ja nähtävissä). Katteisuutta ja kudосnekkroosia saattaa esiintyä.
Luokittelematon : Syvyys tuntematon	<ul style="list-style-type: none"> Koko ihon läpäisevä kudoksen vaurio, jossa haavan todellinen syvyys on täysin haavakatteen peitossa ja/tai haavapohjassa on kudосnekkroosia. Epäily syvällä sijaitsevasta kudostuhosta: purppuranvärinen tai punaruskea paikallinen ehjän ihon värjäytymä tai veren täyttämä rakkula johtuen alla olevan pehmytkudoksen paineen ja/tai venyttymisen aiheuttamasta vauriosta.

Taulukko 1 Painehaavojen luokittelu

III ja IV asteen painehaavojen syvyys riippuu anatomisesta sijainnista. Mitä vähemmän ihmisellä on rasvakudosta, sitä nopeammin painehaavat saattavat kehittyä. Kyseisellä asteikolla ei voi arvioida käänteisesti painehaavan parantumista syvästä vauriosta pinnalliseksi, esimerkiksi IV asteen painehaavan parantumista ei voi luokitella II tai III asteen painehaavaksi. (Soppi 2016a; Painehaavojen ehkäisy ja hoito: tiivistelmä suosituksesta 2014, 11.) Haavadiagnoosia tehtäessä arvion tulisi sisältää: arvio haavan koosta ja syvyydestä sekä kudoksen tyypistä haavalla. Yleensä vaurio sijaitsee jonkin luisen ulokkeen kohdalla. (Juutilainen ym. 2012, 306.)

2.2 Painehaavojen ennaltaehkäisyn lähtökohdat

Painehaavojen ennaltaehkäisyn lähtökohtana on riskiasiakkaiden tunnistaminen ja tätä kautta voimme löytää ne asiakkaat, jotka tarvitsevat ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä. Tällöin voidaan ehkäistä painehaavojen syntymistä. Painehaava voi syntyä hyvinkin nopeasti, mutta se on mahdollista estää, mikäli painehaavariskiä suurentavat tekijät oivalletaan ajoissa. Painehaavan syntyminen on haittatapahtuma, josta on tehtävä HaiPro ilmoitus (Soppi 2010; Soppi 2016a.) HaiPro on raportointimenetelmä ja tietotekninen työkalu, jolla ilmoitetaan potilasturvallisuutta vaarantavat haittatapahtumat. Järjestelmä on tarkoitettu toiminnan kehittämiseen yksikön sisäisessä käytössä. Työkalu on käytössä yli kahdessa sadassa sosiaali- ja terveydenhuoltoalan yksikössä. (awanic.com.)

Painehaavat ovat ehkäistävissä useimmiten, jos yksilölliset riskit oivalletaan ajoissa. Niiden syntymisen ehkäisyyn on taloudellisesti ajateltuna tehokkain tapa vähentää ongelmia, jotka painehaavoihin liittyvät. Näitä ehkäisyn menetelmiä ovat haavariskien arviointi, ravitsemustilan ja ihon kunnon arviointi/ hoito sekä asentohoito ja apuvälineet. (Juutilainen ym. 2012, 312.)

Asiakkaan taustatekijöiden kartoittamisen merkitys korostuu painehaavojen ennaltaehkäisyssä, varsinkin jos asiakkaalla on uusiutuva haava. Pitää selvittää kuinka kauan asiakas on maannut liikkumatta sekä millaisella makuualustalla? Mikä on asiakkaan sairaustausta sekä millainen lääkitys hänellä on? Minkälainen asiakkaan fyysinen ja psyykinen kunto on? Millainen asiakkaan liikuntakyky on ollut aiemmin sekä onko hänellä mahdollisia ravitsemushäiriöitä? Asiakkaan haavahistoria pitäisi tietää sekä millaisia apuvälineitä hän on mahdollisesti käyttänyt? (Juutilainen ym. 2012, 305.)

Painehaavariski pitää tiedostaa kaikkialla hoito-organisaatiossa. Johdon tulee taloudellisista syistä kannustaa henkilökuntaa ottamaan vastuuta päivittäisestä ehkäisystä sekä apuvälineiden käytöstä. Organisaatiotasolla tulee luoda painehaavojen hallitsemiseksi prosessi ja ottaa painehaavojen esiintyvyys yhdeksi terveydenhuollon organisaation toiminnan laatumittariksi. (Ayello 2002; Soppi 2010; Soppi 2013.)

2.2.1 Riskitekijät ja arviointimittarit

Yleisimmät painehaavoille altistavat tekijät ovat ravitsemushäiriöt, liikkumattomuus, alentunut tuntoaisti ja ikääntyminen. Yli 70% painehaavoista tulee yli 65-vuotiaille. Tähän on ilmeisesti syynä ikääntymiseen liittyvät sairastavuuden lisääntyminen, liikkuminen sekä vitaalitointojen heikkeneminen. Ikääntyvän ihmisen iho on ohuempaa sekä vähemmän elastisempaa

kuin nuoremmilla. Tämän vuoksi paine, kitka ja hankaus aiheuttavat tavallista helpommin ihon vaurioitumista ikääntyneillä. (Juutilainen ym. 2012, 304.)

Riskienarviointia tehdään kliinisesti tarkastelemalla sekä lisäksi voidaan hyödyntää erilaisia validoituja mittareita. Tärkeintä on, että riskiarviointia tehdään säännöllisesti. Riskiarviointi pitäisi tehdä suosituksen mukaan asiakkaan tullessa hoitopaikkaan, kuitenkin viimeistään 8 tunnin kuluessa. Esimerkiksi jos asiakkaan tilassa tapahtuu merkittäviä muutoksia, tehdään heti uusi arviointi. (Ayello 2002; Soppi 2010; hoitotyön suositus 2015, 11; Duodecim -oppiportti; Soppi 2016a.)

Riskienarvioinnissa on otettava huomioon asiakkaan kokonaistilanne. Arviointiin on sisällettävä kattava ihon kunnon arviointi, jotta saadaan selville ehjän ihon kaikki muutokset sekä aktiivisuuden/liikuntakyvyn arviointia. Huomioon on otettava vuoteessa ja/tai pyörätuolissa olevat asiakkaat, heillä on riski painehaavan kehittymiselle ja heille on tehtävä täydellinen riskienarviointi. Kiinnitä huomiota riskienarvioinnissa myös seuraaviin asioihin: verenkierto sekä huono ravitsemustila. Korkealla iällä, tuntoaistin heikkenemisellä ja yleisellä terveydentilalla on mahdollinen vaikutus painehaavariskiin. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: tiivistelmä suosituksesta 2014, 13.)

Riskiarvioinnin tulisi aina johtaa toimenpiteisiin ja jokainen asiakas olisi hyvä sijoittaa riskiluokkansa mukaiselle makuualustalle (taulukko 2). Riskiluokka saadaan käyttämällä riskimittarilla saatua luokkaa sekä kliinisen arvioinnin perusteella (Soppi 2013). Kaikilla painehaavariskissä olevilla asiakkailla kehitetään ja toteutetaan ennaltaehkäisy suunnitelmaa. Ihon kunnosta tehtävän säännöllisen kliinisen arvioinnin pohjalta voidaan todeta, ovatko ehkäisymenetelmät riittävät. (Soppi 2010; Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 12; Duodecim -oppiportti; Soppi 2016a; Juutilainen ym. 2012, 318.)

Riskimittareita on kehitelty lukuisia painehaavojen tunnistamiseksi. Mittareiden tulee olla validoituja, joita käytetään riskienarviointiin. Lisäksi mittarin on sovellettava kyseiselle asiakasryhmälle ketä mitataan. Mikään mittari ei kuitenkaan pysty ennustamaan asiakkaan vaaraa saada painehaava, joten mittareiden käyttö on vain osa riskien arviointia. (Juutilainen ym. 2012, 313-314; Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 11.)

Yleisimmät mittarit, jota käytetään arviointiin ovat Norton-, Waterlow- ja Braden- arviointimenetelmät. Näistä mittareista Braden - mittarin katsotaan yleiskäytössä olevan parhaiten toimivin. (Soppi 2009.) Yhdessä riskiluokitusmittarissa ei kuitenkaan arvioida esimerkiksi organisaatiosta johtuvista tekijöistä, kuten henkilökunnan määrästä tai apuvälineiden saatavuudesta tai käytöstä. Kuitenkin kirjallisuudessa on viitteitä näiden tekijöiden merkityksestä painehaavojen synnyssä. (Lepistö 2005, 193.)

Braden- riskimittari on kehitetty vuonna 1988. Mittari on kansainvälisesti eniten testattu ja todettu luotettavaksi. Erityisesti se ennustaa painehaavariskiä akuutisti sairastuneilla. Braden -mittari koostuu kuudesta osa-alueesta, jotka arvioidaan ja pisteytetään. Mittarin alueet ovat: tuntoaisti, kosteus, aktiivisuus, liikkuvuus, ravitsemus sekä kitka ja kudosten venyminen. Minimipistemäärä on kuusi ja maksimi 23. Mitä pienemmän riskipisteen asiakas saa, sitä suurempi on hänen painehaavariskinsä. (Ayello 2002; Soppi 2009; Juutilainen ym. 2012, 313.)

Nortonin asteikko on vanhin käytössä oleva riskimittari, jossa on viisi osatekijää: fyysinen kunto, henkinen tila, toiminta- ja liikuntakyky ja inkontinenssi. Nortonin mittarissakin on, että mitä vähemmän asiakas saa pisteitä, sitä todennäköisempää on saada painehaava. (Juutilainen ym. 2012, 313.) Palvelutalossamme on ohjeistuksena käyttää Braden - riskimittaria riskien arvioinnissa.

Esa Soppi on kehittänyt uusimman suomalaisen painehaavariskin arviointimittarin (SRS, Shape Risk Scale). Se tarjoaa yksinkertaisen ja helppokäyttöisen mittarin Bradenin rinnalle tai yhdessä käytettäväksi. Arviointiperusteet siinä ovat vartalomalli, BMI, fyysinen aktiivisuus ja liikkuvuus, tajunnan taso ja tuntoaisti sekä ruumiinlämpö. SRS-mittarissa puolestaan mitä enemmän saadaan pisteitä, sitä korkeammassa riskiluokassa ollaan. Mittari on toistaiseksi vain tutkimuskäytössä, eikä se ole validi. (Juutilainen ym. 2012, 318; Soppi 2009.)

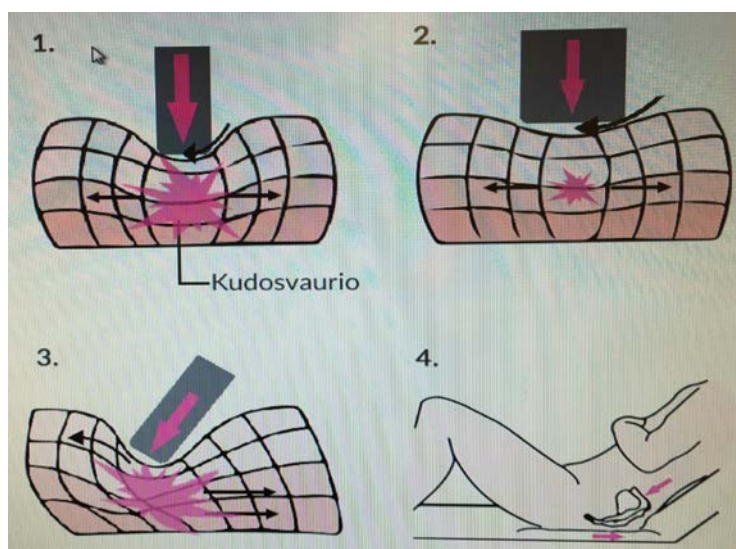
RAI-mittari eli "Resident Assessment Instrument" on kansainvälinen laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä. Mittarilla kehitetään hoitoa ja palveluita kansallisen ja kansainvälisen vertailun avulla iäkkäillä henkilöillä. Suomessa RAI-järjestelmää hallinnoi terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.) Palvelutalossa käytetään kotihoidon RAI-järjestelmää, joka tehdään puolivuositain jokaiselle asiakkaalle. Arvioinnit tulee tehdä määräaikaan mennessä, joka on THL määritellyt ja jonne ne arviointien jälkeen lähtevät. Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta tulee palauteraportti koko talon tuloksista ja ne käydään yhdessä henkilökunnan kanssa läpi.

2.3 Ihon ja kudoksen arviointi

Ihonkunnon kattava arviointi on iso osa riskienarviointia. Painehaavan kehittymisen ensimmäiset merkit havaitaan ihon ja ihonalaisten kudosten muutoksina. Ihon kuntoa pitäisi arvioida päivittäin painehaavojen ehkäisyssä. Kaikki muutokset tulee havaita ajoissa, jotta paheneminen voidaan estää välittömällä ehkäisevillä toimilla. Tarkkailussa otetaan huomioon ihon paikallinen punoitus ja sen vaaleneminen painettaessa. Paikallinen imusuonten ja kapillaarien repeytyminen johtaa ihon punoitukseen, joka ei ole painettavissa pois (I asteen painehaava). Tummapigmenttisestä ihosta voi olla vaikeaa tunnistaa punoitusta. Ensimmäinen merkki kudosaauriosta voi olla ihon lämmön muutokset tai paikalliset turvotukset. Kaikki pinnalliset

ihovauriot, värimuutokset ja ylimääräinen kosteus otetaan huomioon arvioinnissa. Myös on hyvä ottaa huomioon muutkin löydökset esimerkiksi ihottumat ja sieni-infektiot. Paikallinen kipu saattaa olla oire ihon tai sen alaisen kudoksen painevauriosta. (Juutilainen ym. 2012, 326; Soppi 2013; Duodecim -oppiportti.)

Ihoon ja sen alla olevaan kudokseen kohdistuu tangentiaalisia voimia, kun kehoa liikutetaan sivusuuntaan kontaktipintaa vasten (Kuvio 1). Esimerkkinä voisi mainita asiakkaan, joka on makuulla ja jota siirretään sängyssä hinaamalla tai vetämällä, jolloin patjan ja ihon välinen kontaktissa oleva kitka pyrkii jarruttamaan liikettä ja näin ollen ihonalaisissa kudoksissa tapahtuu venytystä sekä ihon pinnalla hankautumista. Toinen tilanne, jossa syntyy tangentiaalisia voimia on sängyn päädyn nostaminen ylöspäin, tällöin keho alkaa valumaan alaspäin jalkopään suuntaan. Nämä paikalliset tangentiaaliset voimat pahentavat kudosisäureiota. Mitä enemmän kitkaa iho ja alustan välillä on, sitä suurempi venyttävä voima kohdistuu kudoksiin. (Juutilainen ym. 2012, 303; Duodecim -oppiportti.)



Kuvio 1 Kudosisäurion riski

Pitkittynyt ihon kosteus johtaa taas vettymiseen ja näin ollen heikentää ihoa suojaavaa pintakerrosta. Ihon kosteus on myös kitkaa lisäävä, jolloin tangentiaalisten voimien vaurioittava vaikutus kasvaa. Inkontinenssiasiakkailta on suuri riski ihon vaurioitumiselle, heille pitäisi tehdä yksilöllinen pidätyskyvyttömyyden hallinta- ja hoitosuunnitelma. Hoidolla ja hallinnalla voidaan vähentää painehaavojen kehittymisriskiä. Hiostavat asusteet, patja- tai vuodemateriaalit sekä haavasidokset pahentavat kosteusongelmaa iholla. (Juutilainen ym. 2012, 303; Duodecim -oppiportti.)

Suunniteltaessa ihonhoitoa tulee miettiä, halutaanko sitä kosteuttaa vai suojata liialliselta kosteudelta. Perusohje voiteen valintaan on, että mitä kuivempi iho, sitä rasvaisempi voide valitaan. Voide on oikeanlainen, kun rasvaamisen jälkeen iho tuntuu normaalilta voiteen imeytymisen jälkeen. Painehaavariskiasiakkaan ihoa ei saa hangata tai hieroa, vaan kuivataan varovasti taputtelemalla. Kaikki liiallisen kosteuden syyt pitäisi eliminoida. Vaatteet ja vuodevaatteet on hyvä tarkistaa, etteivät ole liian kosteita. Hikoilevalta asiakkaalta pitäisi vaihtaa vaatteet ja vuodevaatteet niin usein, että hänen ihonsa pysyy kuivana. Hyvä on välttää tekokuitujen ja hengittämättömien vaatteiden käyttöä. Vuodemateriaaleissa suositellaan silkkiä muistuttavia kankaita. (Juutilainen ym. 2012, 326-327; Duodecim -oppiportti.)

2.4 Ravitsemuksen arviointi

Ikääntyessä nousee ravitsemustilan keskeiseksi ongelmaksi energian ja ravintoaineiden riittävä saanti. Ravinnon saanti voi olla vähäistä tai liian yksipuolista. Nämä johtavat ravitsemustilan heikkenemiseen tai yksittäisten ravintoaineiden puutteeseen. Ikääntyessä kehon koostumus muuttuu, veden osuus elimistössä vähenee ja luuston mineraalipitoisuus pienenee. Lihaskudoksen määrä vähenee noin 15% ja rasvakudoksen suhteellinen osuus taas lisääntyy. Lihasmassan menetys huonontaa toiminnallista kapasiteettia, ja lihasvoimalla on tärkeä merkitys tasapainon ja kävelykyvyn ylläpidossa. (Aro & Mutanen & Uusitupa 2012.) Vajaaravitsemuksessa vaikutukset voivat olla elimistön toimintaan laajoja, muun muassa sydämen, keuhkojen ja suoliston toiminta voi huonontua. Lisäksi se heikentää vastustuskykyä, lisää sekavuutta ja mäsennusta. (Jäntti 2005, 224.)

Ravitsemustila on keskeinen asia painehaavojen paranemiseen vaikuttava tekijä. Ravitsemuksen yhteydessä voidaan puhua virheravitsemuksesta ja vajaaravitsemuksesta. Virheravitsemus voi olla ylipäätösästä esimerkiksi lihavuus tai vitamiinien liikasaanti. Vajaaravitsemus on yksi keskeinen tekijä painehaavojen synnyssä ja huonossa paranemisessa. Vajaaravitsemuksessa asiakas saa vähäisemmin energiaa, proteiinia ja vitamiineja. On hyvä muistaa, että ylipainoisellakin voi olla vajaaravitsemustila, joka aiheutuu yksipuolisesta ravinnonsaannista tai tiukoista laihdutuskuureista. Vajaaravitsemuksen ennaltaehkäisy on helpompaa kuin sen hoito. (Juutilainen ym. 2012, 83-86; Jäntti 2005, 223.)

Ravitsemustila tulee arvioida ikääntyneiltä asiakkailta ja arviointiin on kehitetty validoituja seulontamenetelmiä. Ikääntyneiden asiakkaiden ravitsemustilan arviointiin on kehitetty (MNA) Mini Nutritional Assessment menetelmä. (Juutilainen ym. 2012, 83-86; Jäntti 2005, 223.) MNA menetelmä on kattava ja se sisältää painon, pituuden ja painonmuutosten vaihtelun arvion sekä arvion liikuntakyvystä, lääkityksestä ja ravitsemuksesta (Jäntti 2005, 226). Asiakkailta, joilla on painehaava tai painehaavariski sekä MNA mukaan vajaaravitsemusriski, näille asiakkaille tulisi tehdä kattava ravitsemustilan kokonaisarvio. Arviointiin sisältyy säännöllinen pai-

nonmittaus, havainnot asiakkaan kyvystä syödä itsenäisesti sekä arvio asiakkaan energian, proteiinin ja nesteensaannin riittävyydestä. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: tiivistelmä suosituksesta 2014, 19; Duodecim -oppiportti.) Asiakkaalle tulee kehittää yksilöllinen ravitsemushoitosuunnitelma moniammatillisen asiantuntijaryhmän kanssa ja valita sopiva tapa ravitsemuksen tehostamiseen, ensisijaisesti valitaan suun kautta perusruoalla ja lisäksi täydennysravintovalmisteilla (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: tiivistelmä suosituksesta 2014, 19; Jäntti 2005, 223).

Riittävä energiansaanti on oleellinen asia ravitsemuksessa, sen ohella pitää myös huolehtia vitamiinien, hivenaineiden sekä proteiinien riittävästä saannista. Geriatrisilla monisairailta haava -asiakkailla, päivittäinen energiansaanti pitäisi olla 35 - 40kcal/kg. Proteiinia pitäisi saada 1.25 - 1.5g/vrk painokiloa kohti ja nesteen tarve on 30 - 35ml/vrk painokiloa kohti. Yöpaasto ei saisi olla yli 10-11 tunnin mittainen ravitsemushoitosuositusten mukaan. Lyhyt yöpaasto on varsinkin tärkeää vajaaravituilla tai vajaaravitsemusriski asiakkailla, sen avulla ehkäistään yöllistä kataboliaa. (Juutilainen ym. 2012, 86-87; Duodecim -oppiportti; Painehaavojen ehkäisy ja hoito: tiivistelmä suosituksesta 2014, 20.)

2.5 Kuntoutus ja apuvälineet

Liikkumattomuus on tärkeä painehaavalle altistava tekijä, joka voi johtua akuutista vammasta tai sairaudesta. Liikkumattomuus voi johtua ihon tuntohäiriöstä esimerkiksi neuropatia tai hermovammaan liittyvät suojatunnon puutokset, jolloin asiakas ei tunne tarvetta vaihtaa asentoaan. Liikkumattomuus voi johtua myös motorisesta häiriöstä, jolloin asiakas on kyvytön liikkumaan. (Juutilainen ym. 2012, 304; Duodecim -oppiportti.) Asiakkaan aktiivisuutta tulee lisätä niin nopeassa tahdissa kuin asiakas sen sietää, varsinkin vuodepotilailla istumista ja liikkumista (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: tiivistelmä suosituksesta 2014, 22).

Apuvälineitä on runsaasti tarjolla, ja käyttö on suunniteltava asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Apuvälineet liittyvät siirtymisiin, sängyssä olemiseen ja pyörätuolissa istumiseen painehaavojen ehkäisyssä. Asiakkaat, joilla on liikuntarajoitus, heidän nostoon ja siirtämiseen on runsaasti erilaisia apuvälineitä (erilaiset nosturit sekä nostoliinat, siirtymä- ja liukulakanat ja siirtovyöt). Näiden apuvälineiden avulla voidaan vaihtaa asiakkaan asentoa ilman, että hänelle tulee ihovaurioita eikä avustajalle aiheudu liiallista fyysistä rasitusta. Asiakkaan omia voimavaroja käytetään aina, kun se on mahdollista. (Juutilainen ym. 2012, 320.)

Painehaavan ehkäisyssä makuualustat ja istuintyyny ovat painetta alentavia ja jakavia erityisvälineitä, jotka on suunniteltu vähentämään kudoksiin kohdistuvaa kuormitusta. Lisäksi näillä välineillä voi olla muita terapeuttisia toimintoja. Makuu- ja istuinlasket valitaan aina yksilöllisesti. Käytettäessä kyseisiä apuvälineitä, tulee noudattaa valmistajan antamia käyttö-

ja ylläpitosuosituksia, sekä seurata apuvälineiden vaikutusta asiakkaaseen. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 18; Painehaavojen ehkäisy ja hoito: tiivistelmä suosituksesta 2014, 28.)

Kantapään alueen painehaavoissa ei saa käyttää pyöreitä tai donitsinmuotoisia apuvälineitä tai synteettisiä lampaankarvoja. Rengastyyny on vanhanaikainen painehaavojen ehkäisyssä käytetty apuväline. Lampaankarva on yleisin lisäpehmuste patjojen ja istuintyynejien päällä, tämä saattaa auttaa painehaavojen ehkäisyssä. Näitä suositellaan kuitenkin enemmän lämmikkeeksi tai suojaamaan kolhuilta eikä varsinaiseen painehaavan ehkäisyyn. (Juutilainen ym. 2012, 320; Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 18.)

2.5.1 Asentohoito

Painehaavojen ehkäisy ja hoito suosituksen mukaan ”Kaikkien painehaavariskissä olevien tai jo painehaavan saaneiden potilaiden asentoa on muutettava, ellei sille ole vasta-aiheita” (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: tiivistelmä suosituksesta 2014, 22).

Painehaavojen ehkäisyssä tärkeä osa on paineen keventäminen ja mobilisointi. Asiakas, joka on yhteistyö- ja liikuntakykyinen, niin häntä ohjataan ja kannustetaan itsenäiseen paineen keventämiseen sekä asennonvaihdoiksiin säännöllisin väliajoin. Liikuntakyvyttömän tai immobilisoidun asiakkaan paineen keventämisestä huolehditaan säännöllisin väliajoin asentohoidolla. (Duodecim -oppiportti.) Asentohoidon tarkoituksena on vähentää paineen kestoa ja voimakkuutta luisten ulokkeiden kohdalla, kuntoutuksella vähennetään yleiskunnon heikkenemistä, joka liittyy pitkittyneeseen vuodelepoon (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 17). Asennonmuutoksilla vaikutetaan asiakkaan hyvinvointiin, hygieniaan, arvokkuuteen ja toimintakykyyn (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: tiivistelmä suosituksesta 2014, 22).

Asentohoidon tiheyteen vaikuttavat useat asiakkaasta lähtevät tekijät. Asentohoidossa huomioidaan asiakkaan yleinen terveydentila, aktiivisuus ja liikuntakyky, ihon kunto sekä kudosten paineen sieto kyky. Luodaan aikavälit asentohoidolle ja arvioidaan säännöllisesti ihon kuntoa ja yleistä hyvinvointia. Asennonmuutoksen tiheyttä täytyy arvioida uudelleen, jos vaste ei ole odotetunlainen. (Juutilainen ym. 2012, 318; Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 17; Painehaavojen ehkäisy ja hoito: tiivistelmä suosituksesta 2014.) Aikavälit, jotka ovat laitettu asentohoitoon ovat asiantuntijoiden kokemukseen perustuvia suosituksia. Keskimääräisenä ohjeena liikuntakyvyttömälle ja halvausasiakkaalle on vuoteessa ollessa 1-2 tuntia, jos painetta keventäviä apuvälineitä ei ole saatavilla. Mikäli asiakkaan terveydentila ei salli asentohoitoa, tällöin tulee käyttää painetta jakavaa korkean riskin patjaa. (Juutilainen ym. 2012, 318; Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 17.)

Muutetaan asiakkaan asentoa siten, että kudoksiin kohdistuva paine vähenee tai jakautuu uudelleen. On hyvä välttää asentoja, joissa paine kohdistuu luu-ulokealueille joilla on vaalene-matonta punoitusta. Tämä on merkki painevauriosta. Jos asetetaan paine tai venytys suoraan kyseiselle alueelle, niin estetään ihon verenkiertoa ja näin voimme pahentaa vauriota tai joh-taa jopa vaikeamman painehaavan kehittymiseen. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: tiivistel-mä suosituksesta 2014, 22.)

Vuoteessa olevalle asiakkaalle tulee välttää kohtisuoraa 90 asteen kylkiasentoa, jolloin luiset ulokkeet ovat suorassa kontaktissa alustaan. Parhain asento on 30 asteen kallistus kyljelleen toteutettuna tyynyjen avulla. Asennonvaihdokset vuorotellen molemmille kyljille sekä seläl-leen tai vatsalleen, jos asiakkaan tila sallii sen. Tyynyillä estetään raajojen (polvet ja nilkat) painuminen toisiaan vasten. Hengityksen helpottamiseksi sängyn pääpuolen kohottaminen voi olla tarpeellista, tällöin suositellaan 30 asteen kohoasentoa. Puoli-istuvaa asentoa tulee ra-jottaa lähinnä ruokailuihin liittyväksi, koska asento voi aiheuttaa painetta ja venymistä paka-roiden ja ristiluun alueille vartalon valuessa kohti jalkapäätyä. Tämän vuoksi jos esimerkiksi sängyssä on jalkapäädyn säätövara, niin tätä on syytä käyttää. Sillä ehkäistään valuminen. Puoli-istuvaan asentoon liittyy kantapäiden haavautumisen riski. Kantapäiden alueelle kohdis-tuu herkästi liiallista painetta ja kantapään alueelta tulee poistaa kokonaan paine aina, kun se on mahdollista. Keventävä tyyny tulee asettaa koko säären pituudelta pohkeiden alle ja kantapää ilmaan alustasta. (Duodecim -oppiportti; Juutilainen ym. 2012, 318; Hoitotyön tut-kimussäätiö 2015, 17; Painehaavojen ehkäisy ja hoito: tiivistelmä suosituksesta 2014, 27.)

Istuma-asennon pitää olla sellainen, että asiakas on tasapainossa sekä pystyy säilyttämään kaikki toimintamahdollisuutensa, ja se tuntuu hänestä hyvälle. Hyvä on varmistaa, että ihoon sekä pehmytkudoksiin kohdistuva paine ja venytys olisivat minimaaliset. Tuolissa istuvalla pi-tää varmistaa, että istuinkorkeus on sopiva, lantio taittuu hieman eteenpäin ja jalat ovat kohtisuorassa linjassa. Lantion tulee olla aivan tuolin perällä, selkä nojaa tuolin selkänojaa vasten ja on suorana. Istuttaessa jalat tuetaan lattiaan tai käytetään apuna jalkatukia tai muuta alustaa. Jos asiakkaan takareiden kiristävät, tulee välttää kohottavien jalkatukien käyttöä. Näin vältetään häntä- ja ristiluuhun kohdistuvan paineen lisääntymistä. (Juutilainen ym. 2012, 320; Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 17; Painehaavojen ehkäisy ja hoito: tiivistelmä suosituksesta 2014, 28.)

Istuvalle asiakkaalle on hyvä harkita vuodelepojaksuja, jolloin edistetään haavan paranemis-ta. Jos kuitenkin tuolissa istuminen on välttämätöntä asiakkaalle, jolla on painehaavoja risti-luun tai istuinluiden alueella, tulee istumista rajoittaa tuntiin tai sitä lyhyempään aikaan ker-rallaan kolme kertaa päivässä. Istuminen on kuitenkin tärkeää, koska se helpottaa syömistä ja hengittämistä sekä edistää kuntoutumista. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: tiivistelmä suosi-tuksesta 2014, 28.)

2.5.2 Makuualustat

Makuualusta valitaan yksilöllisesti asiakkaan tarpeiden mukaan ja se tulisi valita riskiluok-
kaansa perustuvalla makuualustalle (taulukko 2). Alkuun arvioidaan asiakkaan liikuntakyky ja
aktiivisuus, huomioidaan koko ja paino sekä arvioidaan riski saada uusi painehaava. Lisäksi
otetaan huomioon olemassa olevien painehaavojen määrä, sijainti ja vaikeusaste. Käytön ai-
kana pitäisi tehdä arviointia makuualustasta, että se toimii kuten on tarkoitettu. Asiakkaan
asentohoitoa tulee jatkaa painetta jakavasta makuualustasta huolimatta. (Hoitotyön tutki-
mussäätiö 2015, 18, Painehaavojen ehkäisy ja hoito: tiivistelmä suosituksesta 2014, 28.)

Suosituksien mukaan harkitaan patjan korvaamista makuualustalle, joka jakaa tehokkaammin
kudoksiin kohdistuvaa painetta sekä vähentää venytystä, jos:

- asiakkaan asentoa ei voi vaihtaa niin, että asiakkaan paino ei kohdistu painehaavalle
- painehaavoja on kahdella tai useammalla puolen kehoa, joka rajoittaa asennonmuu-
toshallittavuutta
- painehaava ei parane tai osoittaa pahenemisen merkkejä
- asiakkaalla on korkea riski saada painehaava
- nykyinen makuualusta ei ole riittävä, vaan painuu kasaan asiakkaan painon alla.

Kun painehaavat eivät parane tai pahenevat, tulee harkita makuualustan korvaamista sellai-
selle, jolla saadaan oikeanlainen vaikutus paineeseen kudoksissa. Alustan vaihto on yksi mo-
nista harkittavista strategioista. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: tiivistelmä suosituksesta
2014, 29.)

<i>Makuualusta tyyppi</i>	<i>Potilaan riskiluokka</i>
Hygienia- eli tavanomaiset polyuretaanipat- jat	Matalan riskin potilaat
Dynaamiset, jatkuvatoimiset, vaihtuvapainei- set patjat	Korkeintaan valitut keskisuuren riskin potilaat
Muut staattiset patjat	Korkeintaan keskisuuren riskin potilaat
Staattiset erikoispatjat	Keskisuuren riskin ja tietyt suuren riskin (esim. korkealuokkainen vaahtomuovi/ poly- uretaanipatja potilaat ja säädettävät ilma- kennorakenteiset sijauspatjat, tai näiden yh- distelmät)
Dynaamiset erikoispatjat (esim. automaattisesti säätävät ilmakennora- kenteiset sijauspatjat)	Keskisuuren ja suuren riskin potilaat
Minimipainemakuualustat eli dynaamiset po- tilaan painon, asennon ja ruumiinrakenteen mukaan automaattisesti säätävät	Suuren ja erittäin suuren riskin potilaat * (tie- tyillä erityisryhmillä käytössä ainoana makuu- alustana, esim. erittäin kivuliaat ja moni-

	vammapotilaat, kaula- ja selkärankamurtumapotilaat, ja hypotermiahoito. Palliatiivinen hoito elämän loppuvaiheessa)
--	---

Taulukko 2 Makuualustojen luokittelu tällä hetkellä

* Potilaan riski on erittäin suuri, jos hänellä on painehaava tai hänellä on joskus ollut painehaava.

Painehaavapatjat jaetaan passiivisiin eli staattisiin ja aktiivisiin eli dynaamisiin patjoihin. Painehaavapatjan valinnassa tulee kiinnittää huomiota siihen, onko tarkoitus keventää vai poistaa painetta? Keventämiseen voidaan valita staattinen erikoispatja, kun taas poistamiseen valitaan dynaaminen patja painehaavan hoitamiseksi. Standardi hygieniapatja ei ole painehaavapatja, koska sen materiaali on vaahtomuovia (polyuretaania). (Iivanainen & Grek-Stjernberg & Kallio & Korhonen, A. & Korhonen, S. & Pukki. 2013.)

Staattisia patjoja valmistetaan muun muassa polyuretaanivaahdosta (viskoelastinen vaahtogeeli), patja muotoutuu vartalon muotojen mukaan kehon lämmöstä ja paineen vaikutuksesta. Patjoja on eri paksuisia sekä eri kovuuksia. Staattisen patjan käyttäjällä tulee olla kyky vaihtaa asentoa tai henkilökunta tekee säännöllisesti asentohoidon. Dynaaminen painehaavapatja on vaihtuvapaineinen ja/tai automaattinen. Vaihtuvapaineinen patja rakentuu useista ilmakehnoista, jotka täyttyvät tietyn syklin mukaan. Ilmakehnojen määrä vaihtelee patjoittain. Automaattisessa patjassa paine säätyy asiakkaan ja asennonmuutosten mukaan automaattisesti patjan määrittämänä. (Iivanainen ym. 2013.) On olemassa tieteellistä näyttöä, ettei vaihtuvapaineiset patjat soveltuisi korkean tai erittäin korkean riskin asiakkaille. Joten nyt olisi aika osoittaa randomoiduilla kliinisillä tutkimuksilla näiden teho korkean riskin asiakkaiden hoidossa. (Soppi 2016b.)

Lisäksi hoitopatjoja valittaessa on syytä huomioida kansainvälinen sairaala- ja hoitosänkyjä koskeva standardi (IEC60601-2-52:2009), jonka mukaan makuualustan pinnan ja sängyn laidan ylimmän kohdan korkeusero tulee olla vähintään 220mm. Standardi on otettava huomioon, jotta asiakkaan putoamisen riski sängystä olisi minimoitu. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 18.)

2.5.3 Istuvan asiakkaan apuvälineet

Pyörätuoli ja sen istuintyyppi muodostavat yhden apuvälinekokonaisuuden. Asiakkaalla tulee olla sopivan kokoinen ja mallinen pyörätuoli, jonka säädöt on katsottu yksilöllisesti optimaalisen istuma-asennon löytämiseksi. Hankausta ja painetta voi syntyä pyörätuolissa istuessa myös sivuilta ja selkänöjan suunnasta, ellei mitoitus ole oikea. (Juutilainen ym. 2012, 324.)

Istuinalustoja on erilaisia ja varsinkin, jos asiakkaalla on painehaava, silloin tulisi tarkistaa pyörätuolissa istuvan tyynyn kunto ja sopivuus. Painetta jakavaa istuintyyppiä suositellaan niille asiakkaille, joiden liikuntakyky on alentunut. Istuintyyppien pintamateriaalin hengittävyys ja joustavuus on hyvä arvioida, ettei se aiheuta hikoilua. Istuintyyppien päällä ei saisi laittaa mitään ylimääräisiä suojia, koska ne heikentävät tyynyn painetta keventäviä ominaisuuksia. Siirtoliinoja käytettäessä suositus on, ettei niitä jätettäisi istuvan asiakkaan alle. (Juutilainen ym. 2012, 324; Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 18.)

Asiakasta hoitavan henkilökunnan on osattava käyttää ja puhdistaa istuintyyppiä sekä tarkkailla sen vaikutusta ihoon (Duodecim -oppiportti). Jos painehaava pahenee tai ei osoita paranemisen merkkejä, on hyvä muokata istuma-aikatauluja sekä arvioida istuinalusta ja asiakkaan asento uudelleen (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: tiivistelmä suosituksesta 2014, 30.)

2.6 Kirjaaminen

Asiakaslähtöinen sekä asiakaskeskeinen kirjaaminen on hoitotyön osaamisen ydinaluetta. Hoitotyön kirjaamisella tarkoitetaan tallennettua tietoa, jolla perustellaan asiakkaan saama hoito tai joka toimii todisteena hoidon vaikuttavuudesta. Hoitotyön kirjaamista ohjeistaa muun muassa lainsäädäntö, hoitajan eettiset velvoitteet, organisaation sisäiset kirjaamisohjeet sekä yksikkökohtaiset ohjeet ja suositukset. (Rautava-Nurmi & Westergård & Henttonen & Ojala & Vuorinen 2012, 40.)

Systemaattinen ja luotettava kirjaaminen mahdollistaa hoidon vaikuttavuuden ja laadun seurannan. Kirjatulla tiedolla on suuri merkitys asiakkaan päivittäisen hoidon toteuttamisessa. Systemaattisuudella tarkoitetaan ennen kaikkea sitä, mitä kirjataan (sisältö) ja miten kirjataan (rakenne). Käytettäessä sähköistä asiakastietojärjestelmää systemaattisen kirjaamisen merkitys korostuu. Asiakastietojärjestelmää käyttää useat ammattiryhmät, jolloin on tärkeää, että olennainen tieto löytyy runsaasta tietomassasta. Tutkimusten mukaan hoitajilla on ollut vaikea päättää, mitä ja miten kirjataan asiakkaan hoitoa.

Kirjaamiskäytännön vakioimisen tavoitteena on tukea hoidollista päätöksentekoa sovitulla kirjaamisrakenteella. (Saranto & Sonninen 2008, 12.)

Hoitosuunnitelmaa pidetään hoidon ja kehittämisen apuvälineenä, jonka vuoksi sen on oltava aina ajan tasalla. Hoitosuunnitelman avulla koko henkilökunta saa tiedon siitä, mihin asiakkaan hoidossa pyritään. Hyvä on huimoida laadittaessa suunnitelmaa asiakkaan oikeus osallistua hoitoaan koskeviin päätöksentekoon. Hoitoa koskevat päätökset, pyritään tekemään asiakkaan läsnäollessa. Suunnitelmaan tulee myös merkitä asiakkaan hoitotahto. Huolellisesti laadittu hoitosuunnitelma, on tärkeä luottamukselliseen hoitosuhteeseen kuuluva osatekijä ja sillä on suuri merkitys asiakkaan ja terveydenhuoltohenkilöstön oikeusturvan kannalta. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 45.)

Painehaavoihin liittyvä kirjaaminen tulisi olla yhdenmukaista, jotta se edistäisi ennaltaehkäisyä ja hoidon seuranta. (Duodecim -oppiportti). Painehaavan hoitotyön kirjaamisen tulisi olla rakenteista ja koodattua. Virallinen painehaavojen riskimittari tulee olla käytössä ja henkilökunta koulutettu sen käyttämiseen. Painehaavariskimittari tulee käyttöönottaa sähköiseen asiakastietojärjestelmään. Painehaava ja ennaltaehkäisevät toimenpiteet tulee kirjata asiakkaan hoitosuunnitelmaan. Haavat pitää lisäksi valokuvata hoitosuunnitelman ja riskiarvioinnin tueksi. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 24.)

Palvelutalossamme on käytössä potilastietojärjestelmä Terveys Efficia. Hoitotyön asiakirjojen tekemisestä sekä ajan tasalla pitämisestä huolehtii vastuuhoitaja, joka välittää myös tietoa korvaavalle hoitajalle. Vastuuhoitajan vastuulla on tiedon välittäminen hoidon tavoitteista sekä valituista hoitotyön keinoista, asiakkaan tilasta ja tavoitteiden mahdollisista muutoksista korvaavalle hoitajalle. Korvaava hoitaja/muu henkilöstö huolehtii kirjaamisesta silloin, kun vastuuhoitaja ei ole paikalla. Hoidon jatkuvuuden parhaiten takaa, kun sama henkilö vastaa hoitotyön suunnitelmasta, toteutuksesta sekä arvioinnista. Osastonhoitajan vastuulla on valvoa, että vastuuhoitaja ja korvaavahoitaja huolehtivat tehtävistään. (TEF-kirjaamisopas.)

3 Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävä

Tarkoituksena on kehittää palvelutalossa painehaavoja ennaltaehkäisevää hoitoa.

Tämän toimintatutkimuksen tehtävänä on tuottaa palvelutaloon työkalu, jonka avulla voidaan kartoittaa painehaavariskissä olevat asiakkaat ja toteuttaa heille ennaltaehkäisevää hoitoa.

Tehtävä 1: Saada tietoa kyselylomakkeen avulla palvelutalon henkilökunnan valmiuksista tunnistaa asiakkaidemme riskejä sekä kartoittaa käytössä olevat riskiarviointimenetelmät.

Tehtävä 2: Kehittää palvelutalon painehaavojen ennaltaehkäisy suunnitelma yhdessä henkilökunnan kanssa Learning cafe työskentelyn kautta.

4 Tutkimuksen menetelmä ja toteutus

4.1 Toimintatutkimus

Opinnäytetyö toteutuu toimintatutkimuksena, joka nojaa laadulliseen tutkimukseen. Toimintatutkimuksella on tarkoitus tuottaa tietoa, jolla kehitetään käytäntöä entistä paremmaksi järkeä käyttämällä. (Heikkinen 2010, 16). Tämän opinnäytetyön lähestymistapana on henkilökuntaa osallistava toimintatutkimus. Toimintatutkimus, joka osallistaa, sillä pyritään edistämään vuorovaikutusta eri osapuolten välillä toiminnan kehittämiseksi (Heikkinen 2010, 32). Laadullinen tutkimus niin kuin toimintatutkimus, tutkii yksittäistä ilmiötä. Laadullinen tutkimus antaa myös uuden tavan ymmärtää ilmiötä eli sitä käsitellään perusteellisesti. (Kananen 2014, 22.)

Toimintatutkimus etenee sykleittäin; suunnittelu, toiminta, havainnointi ja arviointi. Nämä eri vaiheet vuorottelevat uudelleen tutkimuksen edetessä. Ensin valitaan päämäärä ja määritellään kehittämisiongelma sekä asetetaan työn tavoitteet. Sen jälkeen selvitetään kirjallisuudesta sekä muusta lähteaineistosta, onko samanlaisia aiheita jo tutkittu. Kehittämistehtävää ja sen tavoitteita voidaan tämän pohjalta vielä täsmentää. Varsinainen työ aloitetaan tutkimalla millaisia käytännön mahdollisuuksia päämäärän etenemiseksi on. Lopuksi analysoidaan saatua aineistoa, tarkennetaan päämäärää, tehdään käytännön kokeiluja sekä arvioidaan niitä. Prosessissa vuorottelevat siis suunnittelu, toiminta ja toiminnan arviointi. Toimintatutkimus voi viedä aikaa, sillä kyseessä on toimintatapojen todellinen muutos. (Ojasalo & Moilanen & Ritalahti 2014, 60.)

Taulukossa 3 on kuvattu opinnäytetyöni syklistyys. Työssäni oli kolme sykliä, josta ensimmäisessä vaiheessa suunniteltiin kyselylomake ja toteutettiin se käytännössä. Toisessa vaiheessa kehitettiin Learning cafe työpajoissa painehaavojen ennaltaehkäisy-suunnitelma. Kolmannessa vaiheessa otettiin käyttöön ennaltaehkäisy-suunnitelma, jota ei raportoida tässä tutkimuksessa.

Tutkimusprosessin Syklit/ ajan-kohta	Tutkimustehtävät	Tutkimukseen osallistujat ja aineistot	Aineistojen analyysi
I Sykli Heinä- Elokuu 2016	1. Saada tietoa sidosryhmän osaamisesta painehaavojen ennaltaehkäisyssä 2. Kartoittaa riskien arvioinnin osaamista sekä käytössä olevia riskiarviointimenetelmiä	Sidosryhmä: lähihoitajia, sairaanhoitajia, toimintaterapeutti. Avoin kyselylomake	Sisällön analyysi
II Sykli Syys - Lokakuu 2016	3. Kehittää painehaavojen ennaltaehkäisy suunnitelma henkilökunnan kanssa	Learning café: kolmesta tiimistä osallistujia: sairaanhoitaja (n=3kpl), lähihoitajia (n=9-12/ 3-4/per tiimi), toimintaterapeutti	
III Sykli Marraskuu 2016	4. Ennaltaehkäisy-suunnitelman käyttöönotto ja arviointi (raportoinnin ulkopuolella)	3 hoitotiimiä, käyttökokemukset suunnitelman toivuudesta	

Taulukko 3 Tutkimusprosessi

Toimintatutkimus on tutkimusstrategia, joka pyrkii käytännön toiminnan ja teoreettisen tutkimuksen vuorovaikutukseen. Toimintatutkimuksen oppi-isänä pidetään Kurt Lewiniä, joka vaikutti 1940-luvulla. Lewisin tutkimuskäytännöille oli tyypillistä ryhmässä toimiminen sekä pyrkiminen yhteisvastuulliseen toiminnan kehittämiseen. (Suojanen 2004; Kuula 1999, 29.) Toimintatutkimuksen syvät juuret ovat myös Englannissa. Siellä toimintatutkimuksesta sovellettiin työläisten ja sotavankeudesta palanneiden tutkimiseen. Tutkijat olivat ulkopuolisia havainnoitsijoina hiilikaivoksessa, jossa seurasivat työskentelyä ja organisoitumista ryhmiin.

Havaintojen pohjalta tutkijat esittivät työskentelytapojen uudelleenorganisointia ja myöhemmässä vaiheessa työntekijät itse saivat kehittää työskentelytapojaan parempaan suuntaan tutkijoiden toimiessa avustajina. Tämä ns. Tavistock -ryhmä oli yksi ensimmäinen kokeilu toimintatutkimuksessa. (Kananen 2014, 18.)

Lähtökohtana toimintatutkimukselle on yleensä jokin käytännön työelämän tilanne, jonka tutkija itse, työympäristö tai muu organisaatio kokee ongelmalliseksi tai epätyytyttäväksi. (Suojanen 2014) Parhaiten toimintatutkimus soveltuu tilanteisiin, jossa kohteena on ryhmä ja sen toiminta. Toimintatutkimus kohdistuu lähes aina toiminnan muuttamiseen. (Kuula 1999, 11; Kananen 2014, 15.) Heikkinen lainaa Kemmis & Wilkinsonin määritelmää toimintatutkimuksesta ”Toimintatutkimuksen tarkoituksena on auttaa ihmisiä tutkimaan todellisuutta, jotta sitä voitaisiin muuttaa. Samalla voidaan sanoa, että se myös auttaa ihmisiä muuttamaan todellisuutta, jotta sitä voitaisiin tutkia” (Heikkinen 2001, 214). Carrisin ja Kemmisin (1983) mukaan kaksi keskeistä tavoitetta toimintatutkimukselle on: toiminnan kehittäminen ja ongelmalliseksi koettuun tilanteeseen vaikuttaminen (Kiviniemi 1999). Opinnäytetyössäni on selkeä toiminnan kehittämisen lähtökohta ja ongelma, johon pyritään vaikuttamaan tekemällä ennaltaehkäisy-suunnitelma.

Toimintatutkimus on yhteisöllinen prosessi. Tutkija osallistuu työyhteisön toimintaan ja pyrkii ratkaisemaan ongelman yhdessä työyhteisön jäsenten kanssa. Lähtökohtana voidaan pitää, että keitä tutkimus koskee ja toteuttavat yhdessä kehittämishanketta täysivaltaisina jäseninä. Tämä lähestymistapa edellyttää työyhteisöltä muutosvalmiutta sekä valmiutta kehittää itseään, samalla pitää panostaa oman toimintansa arvioivaan tarkasteluun. Keskeistä toimintatutkimuksessa on tukea toinen toisiaan ammatillisessa oppimisprosessissa ja syventää yhteistä uudistamisprojektia. (Kiviniemi 1999, 63.) Työntekijät jotka eivät itse osallistu toimintansa kehittämiseen vaan ongelmien ratkaisut tulevat ulkopuoliselta tutkijalta, silloin ei tapahdu todellista muutosta eikä myöskään työntekijöiden henkistä kasvua. (Suojanen 2014.)

Tutkittavan toiminnan kehittämiseen voidaan soveltaa useita lähestymistapoja. Hyvä onkin jo heti alkuun valita omaan tutkimukseen sopiva lähestymistapa. Tässä opinnäytetyössä käytetään osallistavia menetelmiä lähestymistapana. Osallistavat menetelmät mahdollistavat pääsyn työntekijöiden ammattitaitoon, hiljaiseen tietoon ja kokemukseen. Tutkimusaineistoa on mahdollisuus kerätä esimerkiksi kyselyllä, aivoriihi-työskentelyllä, haastattelemalla sekä haavainnoimalla. Lisäksi materiaalina käytetään kirjallista aineistoa sekä asiakirjoja. Menetelmien valintaan vaikuttavat muun muassa kohdeorganisaation koko ja kehittämiskohteen laajuus. (Ojasalo ym. 2014, 61.) Eri osallistavia menetelmiä käytettäessä kaikilla on mahdollisuus osallistua ja yhteisten tavoitteiden saavuttaminen on helpompaa sekä rikkaampaa. Alkuun on kuitenkin hyvä määritellä, mitä osallistavat menetelmät on tässä tutkimuksessa. Osallistavilla

menetelmillä nostetaan ryhmän energiatasoa, luodaan myönteinen ilmapiiri sekä luottamus ryhmäläisten välille. (Taipale 2005, 2.)

Toimintatutkimuksessa tutkija yleensä toimii ryhmän aktiivisena jäsenenä. Kaikki osallistujat ovat tasavertaisia koko tutkimusprosessin ajan. Varsinkin jos tutkimuksella pyritään kehittämään toimintaa ja saada aikaan muutosta, ei tutkimusprosessia voida suunnitella ”ulkopuolella” tai jättää ulkopuolisten arvioitavaksi. (Suojanen 2014.) Tutkijan ei tarvitse olla käsiteltävän aiheen asiantuntija, mutta hänen tulee hallita tutkimusprosessin vaiheet ja ryhmäkäyttäytyminen. Avainasia on ihmissuhdetaidot, tutkija osaa kuunnella, tehdä yhteistyötä ja johdattaa ihmisiä. Tutkijan tulee kannustaa avoimeen vuorovaikutukseen ryhmäläisiä ja kuunnella heitä. Ensisijainen tehtävä on ryhmähengen luominen ja ongelman määrittämisprosessin läpivieminen. Selkeän kuvan luominen tavoitteista sekä avoin tiedottaminen auttavat prosessin läpiviemisessä. (Kananen 2014, 68.) Tutkija on kiinteässä vuorovaikutuksessa ryhmän jäsenten kanssa ja hän kokoaa, analysoi ja integroi ryhmäläisten käsityksiä kehittämistyön tavoitteista ja menetelmistä. Tutkija on toiminnallinen vastuhenkilö, joka vastaa tutkimuksen etenemisestä ja seurannasta, ei niinkään sisällöstä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 120.)

Ryhmässä on aina erilaisia persoonia ja työyhteisössä eivät aina henkilökemiat pelaa. Jos ei tunne ihmisten perustyyppejä, koko projekti voi kaatua siihen. (Kananen 2014, 72.) Erilaisia rooleja ryhmässä tarvitaan, eikä kaikkien tarvitse työskennellä samalla tavalla. Roolien avulla työskentely etenee parhaalla mahdollisella tavalla. Hyvä on muistaa, että mukavaan ryhmään halutaan tulla ja se motivoi toimintaan. (Taipale 2005, 4) Ryhmän muodostumiseen menee oma aikansa. Alussa kommunikointi on varovaista ja mielipiteitä ei välttämättä uskalleta tuoda julki. Ryhmäläisten on hyvä tutustua toisiinsa, ryhmän vetäjään sekä toimintatutkimuksen prosessiin. Ryhmään on hyvä saada mukaan eri osa-alueiden asiantuntijoita, jotta tutkittavaa ilmiötä voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Tehokas ryhmä edellyttää ryhmän jäsenten erilaisuutta. (Kananen 2014, 74.)

4.2 Aineiston keruu

Tutkielman ensimmäisessä syklissä aineisto kerätään kyselylomakkeen (liite 1) avulla. Kysymysten tekemisessä tulee olla huolellinen koska kysymysten muotoilu saattaa aiheuttaa virheitä tutkimustuloksiin. Kysymyksiä tehdään tutkimuksen tavoitteiden ja tutkimusongelmien mukaisesti. Lomakkeen valmistelussa on hyvä käyttää esitutkimusta, jonka jälkeen voidaan muotoilua vielä korjata varsinaista tutkimusta varten. Lomakkeen rakennetta laadittaessa on hyvä kiinnittää huomiota pituuteen ja kysymysten määrään. Hyvä on kiinnittää huomiota myös lomakkeen ulkoasuun, selkeyteen sekä vastausohjeiden tarpeellisuuteen. Kyselylomakkeen hyviä puolia on, että vastaaja saa rauhassa pohtia vastauksia ja kysymykset ovat samanlaisia kaikille vastaajille. Heikkouksia on, että vastausprosentti saattaa jäädä alhaiseksi, varsinkin

postikyselyssä. (Valli 2001, 100; Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2008, 188.) Avointen kysymysten etu on se, että vastausten joukossa voi olla hyviä ideoita sekä vastaajan mielipide saadaan perusteellisesti selvitettyä. Kysymyksiä voidaan muotoilla monella tavalla ja yleensä käytetään kolmea muotoa: avoimia kysymyksiä, monivalintakysymyksiä tai asteikkoihin perustuvia kysymyksiä. Avoimissa kysymyksissä esitetään yksi kysymys ja jätetään tyhjä tila vastaukselle. Avoimet kysymykset sallivat vastaajan ilmaista asian omin sanoin sekä ei ehdota vastauksia. (Hirsjärvi ym. 2008, 193.) Avoimissa kysymyksissä huono puoli on, että niihin saatetaan jättää vastaamatta tai vastaukset ovat epätarkkoja. Tämä johtaa työlääseen analysointiin. (Valli 2001, 100.)

Opinnäytetyön kyselylomake koostuu neljästä avoimesta kysymyksestä sekä yhdestä väittämiä sisältävästä kysymyksestä. Kyselylomakkeessa henkilökunnalta halutaan tietoa palvelutalon asiakkaiden painehaava riskeistä sekä riskienarviointimenetelmistä. Tässä opinnäytetyössä henkilökunnalla tarkoitetaan lähihoitajia, sairaanhoitajia ja toimintaterapeuttia. Kyselylomakkeen kysymykset rakentuivat ensimmäisen syklin tehtävän mukaisesti. Tavoitteena on, että henkilökunta vastaa avoimiin kysymyksiin tämän hetkisen ammatillisen näkemyksensä ja osaamisensa mukaan. Lisäksi kyselylomakkeeseen tulee yksi väittämiä sisältävä kysymys, jolla arvioidaan työntekijöiden toimintaa painehaavariskin arvioinnissa.

Aineiston keruu tapahtuu 18.7.2016 ja 21.8.2016 välisenä aikana. 45 kyselylomakkeesta palautettiin määräaikana 26kpl. Vastausprosentti oli 58%

Toisessa syklissä lopullinen aineisto saadaan kehittämällä henkilökunnan kanssa ennaltaehkäisysuunnitelma Learning cafe työpajoissa. Työpajoja pidetään kolme kertaa syksyn aikana; 8.9.2016, 29.9.2016 ja 13.10.2016. Työryhmään tultiin mukaan, joko itse ilmoittautumalla tutkimuksen tekijälle sähköpostitse tai esimiehen kanssa yhdessä sovitusti.

Learning café eli oppimiskahvila, on hyvä tapa ideoida ja oppia yhdessä. Menetelmänä se on yksinkertainen ja siinä keskitytään joidenkin kysymysten tai teemojen ratkaisuun ryhmässä. Tarkoituksena on jakaantua pienryhmiin pöytäkunnittain (esimerkiksi 4-6 henkeä) ja jokaisessa pöydässä valitaan puheenjohtaja. Puheenjohtajan tarkoitus on ylläpitää keskustelua sekä avustaa kirjaamisessa. Keskustelutuokio kestää noin 20-30 minuuttia, jonka jälkeen ryhmän jäsenet vaihtavat pöydästä toiseen, paitsi puheenjohtaja, joka pysyy omassa pöydässään. Puheenjohtaja tekee yhteenvedon seuraavalle ryhmälle edellisestä keskustelusta ja pöytäkunnassa jatketaan pohdintaa aiemmasta tuotoksesta sekä ideointia eteenpäin. Lopuksi puheenjohtajat tekevät yhteenvedon, jonka he esittelevät kaikille osallistujille. Learning café -menetelmä opettaa yhteisten ratkaisujen tekemistä ja tavoitteeseen pääsyä. (Suomen ympäristöopisto, 2008; Verkostojohtaminen, 2010).

Kolmannessa syklissä ennaltaehkäisysuunnitelma otetaan käyttöön palvelutalon hoitotiimeissä. Kolmannen syklin raportointi jää aikataulusyistä raportin ulkopuolelle.

4.3 Aineiston analyysi

Kyselylomakkeen kautta saatu aineisto analysoidaan sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysillä pyritään kuvaamaan aineistoa sanallisesti tiiviissä muodossa, tuotetaan sanallinen ja selkeä kuvaus mitä, aineistolla tarkoitetaan. (Kananen 2014, 111.) Sisällönanalyysillä rakennetaan selkaisia malleja, jotka esittävät tiivistetyssä muodossa tutkittavaa ilmiötä sekä niiden avulla voidaan käsitteellistää tutkittavaa ilmiötä. Lopputuloksena on tarkoitus tuottaa tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä tai malli. Sisällönanalyysi voidaan tehdä kahdella tavalla joko lähtien aineistosta (induktiivisesti) tai deduktiivisesti jolloin käytetään aikaisempaa luokittelurunkoa. (Kynäs 1999.) Tässä tutkimuksessa sisällönanalyysi tehdään lähtien aineistosta, josta saadaan tiivistetyt ryhmittelyt siitä, miten tällä hetkellä henkilökuntamme osaa tunnistaa asiakkaiden riskejä sekä mitä menetelmiä meillä on käytössä riskien tunnistamiseen.

Induktiivisessa analyysiprosessissa käytetään pelkistämistä, jolla tarkoitetaan että alkuperäisestä aineistosta koodataan eli luokitellaan ilmaisuja. Ilmaisut kerätään listoiksi ja seuraava vaihe analyysissä on ryhmittely. Ryhmittelyvaiheessa etsitään kysymysten pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia sekä yhtäläisyyksiä. Ilmaisut, jotka tarkoittavat samaa yhdistetään yhteen kategorian ja annetaan sille kategorialle sisältöä hyvin kuvaava nimi. Tässä vaiheessa tutkija päättää, mitkä asiat voidaan yhdistää samaan kategoriaan ja mitä ei, tähän vaiheeseen liittyy jo käsitteellistäminen. (Kynäs, 1999.)

Aineiston analyysi etenee siten, että ensin kootaan alkuperäisilmaukset, sen jälkeen ne pelkistetään ja luokitellaan sisältöjensä kautta. Esimerkki taulukko sisällönanalyysistä alla

Autenttinen ilmaus/ tiedonantaja	Pelkistetty ilmaus	Sisältöluokka	Pääluokka
"ruoka ei maistu" (9)	Huono ruokahalu	Ruokahalu	Ravitsemus
"lisäravitsemuksen tarvetta ei huomioida" (22)	Lisäravitsemustarpeet	Lisäravitseminen	
"ravitsemustason heikentyminen" (19)	Heikentynyt ravitseminen	Ravitsemustaso	

Taulukko 4 esimerkki taulukko sisällönanalyysistä

Tutkimuksen sisällönanalyysin tulokset liite 3.

4.4 Luotettavuus

Toimintatutkimuksessa on joukko erilaisia tutkimusmenetelmiä ja -otteita, näin ollen luotettavuustarkastelua voidaan lähestyä tämän näkemyksen pohjalta. Se ei ole vain yksi tutkimus, vaan tutkimus joukko, joilla ilmiötä tarkastellaan. (Kananen 2014, 127.) Toimintatutkimuksessa tulokset ovat harvoin yleistettävissä eikä ole toistettavissa samanlaisena missään olosuhteissa. Tulokset kuitenkin voivat antaa luotettavaa tietoa siitä, ovatko kehittämistehtävän tavoitteet ja käytetyt uudet interventiot sovellettavissa käytäntöön. (Paunonen ym. 1998, 121.)

Tässä tutkimuksessa teoreettisen osan luotettavuuteen on pyritty, lisäämällä näyttöön perustuvia lähteitä sekä käyttämällä painehaavojen ennaltaehkäisyn tunnistamiseen ja hoitoon laadittuja suosituksia. Suositukset ovat näyttöön perustuvia ja niiden ensisijainen tavoite on koota yhteen paras mahdollinen näyttö aiheesta. (Hoitotyön tutkimussäätiö; Painehaavojen ehkäisy ja hoito: tiivistelmä suosituksesta.) Työpajojen luotettavuutta vahvistaa tutkimusryhmän samana pysyminen koko ajan. Lisäksi materiaali, joka työpajoissa tuotetaan säilytetään tutkimuksen loppuun saakka. Tutkimuksen lopullisen tuotoksen luotettavuutta lisää, että ennaltaehkäisy suunnitelman on nähnyt jokainen työryhmän jäsen ja antanut oman hyväksynnän suunnitelmalle.

Sisällönanalyysissä tulosten luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkija pystyy osoittamaan tulosten ja aineiston välisen yhteyden. Yhtenä ongelmana sisällönanalyysin luotettavuuden kannalta on pidetty sitä, että tutkija ei pysty tarkastelemaan prosessia objektiivisesti vaan tutkimuksen tulos perustuu tutkijan subjektiiviseen näkemykseen. Tutkijan pitäisi pystyä pelkistämään aineisto niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. (Kyngäs, 1999.)

4.5 Eettisyys

Hyvä tutkimus edellyttää eettisesti tieteellisiä tietoja ja taitoja sekä hyviä toimintatapoja tutkimuksen teossa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on tehnyt ohjeistuksen, hyvän tieteellisen käytännön keskeisistä lähtökohdista. Näiden noudattamisesta vastaa ensisijaisesti tutkija sekä tutkimusryhmän jäsenet itse. Vastuu kuuluu myös koko tiedeyhteisölle sekä organisaation johtajalle. (Kuula 2006, 34.) Tieteellisen tutkimuksen menetelmiä ja luotettavien tulosten esittämistä ohjaa tutkimuksessa, totuuden etsimistä ja tiedon luotettavuutta ilmentävät normit. Normiin liittyy olennaisesti tutkimusaineiston keruu ja käsittely sekä asianmukaisesti tehty arkistointi. Tutkittavien ja heidän yhteisöjensä itsemääräämisoikeuden kunnioittamista korostaa tutkittavien ihmisarvoa ilmentävät normit. Aina, kun kerätään ihmisiltä tietoa tutkimustarkoitukseen on tärkeä kunnioittaa normeja. (Kuula 2006, 24.)

Opinnäytetyölle haetaan lupa Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden kesäkuussa 2016. Tutkimusaineistoa kerättäessä kirjekyselyllä, lähetetään tutkittaville lomakkeiden yhteydessä informaatiota tehtävästä tutkimuksesta sekä tutkimus aineiston käytöstä (Kuula 2006, 99). Kyselylomakkeen mukana lähetetään saatekirje, jossa kerrotaan tutkimuksen tarkoituksesta sekä siitä etteivät vastaajat ole tunnistettavissa. Palvelutalon johtajalta on saatu henkilökunnan lukumäärä ja kyselylomakkeet toimitettiin osastojen esimiehille, jotka jakoivat ne henkilökunnalle. Henkilökunta palauttaa kyselylomakkeet suljetussa kirjekuoressa tutkijan postilokeroon. Kyselylomakkeet hävitetään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen tietosuojajätteen mukana.

Tutkimukseeni liittyi työpaja, joihin osallistuminen oli vapaaehtoista. Tutkittavalle on kerrottava konkreettisesti mitä osallistuminen tutkimukseen tarkoittaa. Keskeinen asia joka vaikuttaa henkilön osallistumispäätökseen on, että kuinka paljon se vie aikaa tutkittavalta. (Kuula 2006, 106.) Henkilökunnalle laitetaan etukäteen sähköpostia, jossa kerrottiin tutkimuksesta ja sen hyödyistä sekä siitä, että työpajoihin osallistujille se on työaikaa.

5 Tulokset

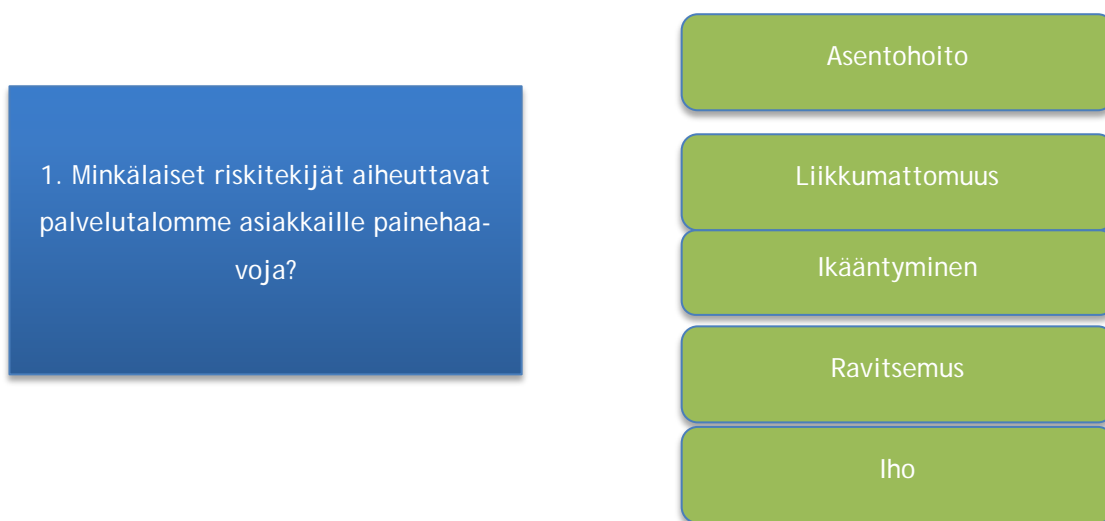
5.1 Nykytilan kartoitus kyselylomakkeen avulla

Tutkimustehtäviin 1 ja 2. vastattiin (1. Saada tietoa sidosryhmän osaamisesta painehaavojen ennaltaehkäisyssä ja 2. Kartoittaa riskien arvioinnin osaamista sekä käytössä olevia riskiarviointimenetelmiä) kyselylomakkeen kysymysten 1, 3 ja 5 kautta.

Kysymykset olivat:

1. Minkälaiset riskitekijät aiheuttavat palvelutalomme asiakkaille painehaavoja?
2. Mitä riskiarviointimenetelmiä on käytössä palvelutalossamme? Jos sinulla on itselläsi käytössä omia menetelmiä jolla arvioit asiakkaan riskiä, niin minkälaisia?
3. Miten voitaisiin kehittää painehaavojen riskiarviointia sekä ennaltaehkäisyä palvelutalossamme?

Riskitekijöihin, jotka aiheuttavat palvelutalomme asiakkaille painehaavoja sisältyvät 1) asentohoito, 2) liikkumattomuus, 3) ikääntyminen, 4) ravitsemus ja 5) iho (Kuvio 2.)



Kuvio 2 Minkälaiset riskitekijät aiheuttavat palvelutalomme asiakkaille painehaavoja?

Henkilökunnassa tunnistettiin useita erilaisia riskitekijöitä, jotka mahdollisesti voivat aiheuttaa asiakkaillemme painehaavoja. Vastauksista löytyi muun muassa seuraavanlaisia ilmaisuja:

"jos asukas on pitkää aikaa samassa asennossa"

"Vuodepotilaan asentoa ei vaihdeta riittävän usein"

"liikkumattomuus"

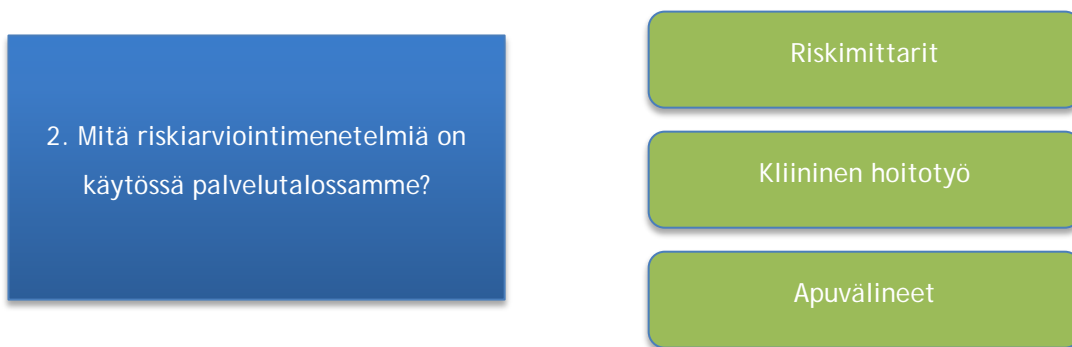
"pitkään istuminen pyörätuolissa"

"huono ravitsemus"

"jos perussairautena esim. diabetes"

"ihon kosteus myös edistää painehaavojen syntyä"

Riskiarviointimenetelmiä palvelutalossamme on 1) riskimittarit, 2) kliininen hoitotyö ja 3) apuvälineet (Kuvio 3.) Kysymykseen oli jättänyt kolme henkilöä vastaamatta.



Kuvio 3 Mitä riskiarviointimenetelmiä on käytössä palvelutalossamme?

Käytössä oleviksi riskimittareiksi oli tunnistettu Braden, RAI, MNA eli ravitsemustilan kartoitus ja painoindeksi. Henkilökunta oli käyttänyt menetelminä myös havainnointia, seuranta, erilaisia toimenpiteitä, joita kuvattiin muun muassa seuraavanlaisilla ilmauksilla:

"seurataan säännöllisesti ihon kuntoa"

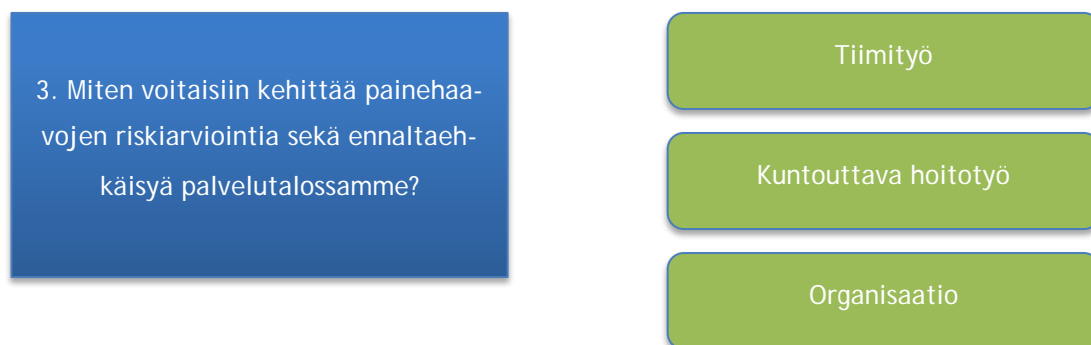
"ihon rasvaus"

"asentohoito"

"arvioin asiakkaan liikkumisen perusteella painehaavariskiä, esim. kykeneekö itse liikkumaan vuoteessa"

Henkilökunnasta kaksi oli nostanut riskiarviointimenetelmiksi myös istuintyyny ja dequbitus patjat, joiden mukaan tuli apuväline pääluokka.

Riskiarviointien ja ennaltaehkäisyyn kehittämiseksi nousi 1) Tiimityö, 2) Kuntouttava hoitotyö ja 3) organisaatio (Kuvio 4.) Kahdessa vastauslapussa ei oltu vastattu kysymykseen ollenkaan.

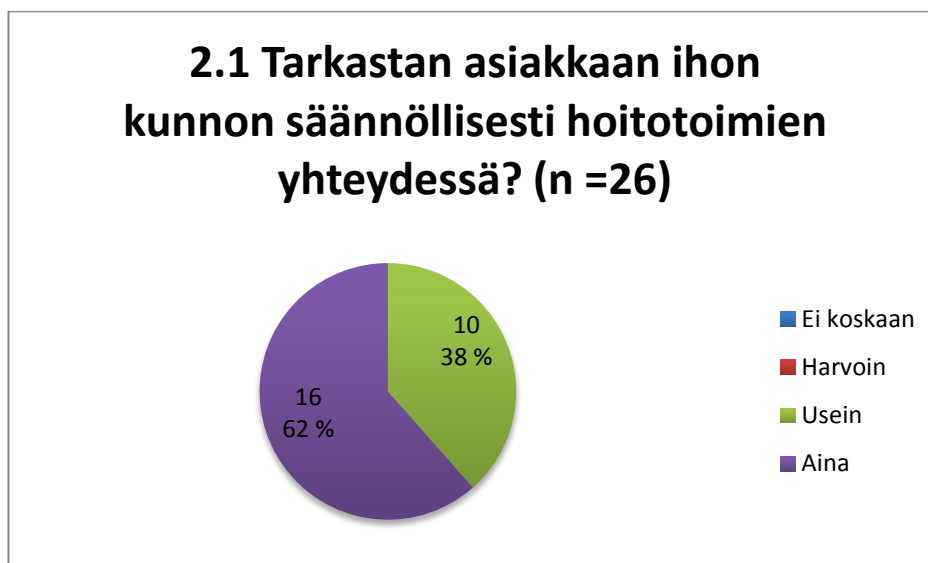


Kuvio 4 Miten voitaisiin kehittää painehaavojen riskiarviointia sekä ennaltaehkäisyä palvelutalossamme?

Henkilökunnassa koettiin, että havaituista riskeistä sekä yleisesti painehaavojen ennaltaehkäisystä pitäisi puhua enemmän tiimin sisällä. Tarvittiin myös yhteisiä ohjeita, tiedonkulun vahvistusta ja koulutuksia lisää. Esille nousi myös, että asiakkaiden ravitsemukseen, ihon hoitoon, asentohoitoihin ja apuvälineisiin tarvitsee kiinnittää huomiota ennaltaehkäisyyn näkökulmasta.

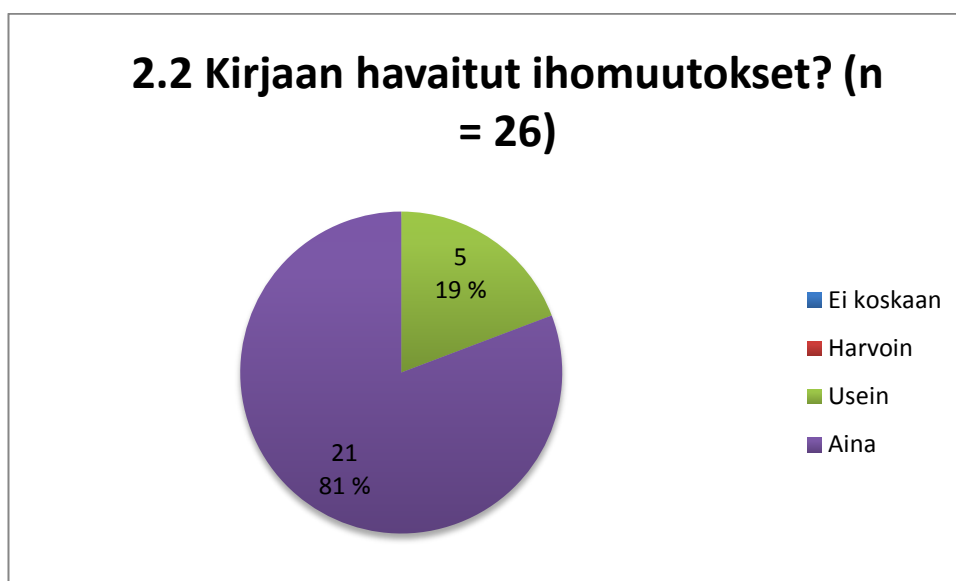
Kyselylomakkeessa oli mukana yksi väittämiä sisältävä kysymys (Kuinka arvioin painehaavariskiä?), jolla arvioitiin työntekijöiden toimintaa painehaavariskin arvioinnissa. Väittämissä ympeyryttiin neljästä vaihtoehdosta (Ei koskaan, Harvoin, Usein tai Aina) yksi tapa, joka kuvasi henkilön omaa tapaa toimia kyseisessä tilanteessa. 26 vastaajasta painehaavariskin kuuden eri kohdan arvioinnissa, keskiarvollisesti arvioi toimivansa 46,83% aina ja 45,50% usein.

26 vastaajasta 62% tarkasti aina ihon kunnon hoitotoimien yhteydessä ja 38% usein.



Kuvio 5 Ihon kunnon tarkastaminen.

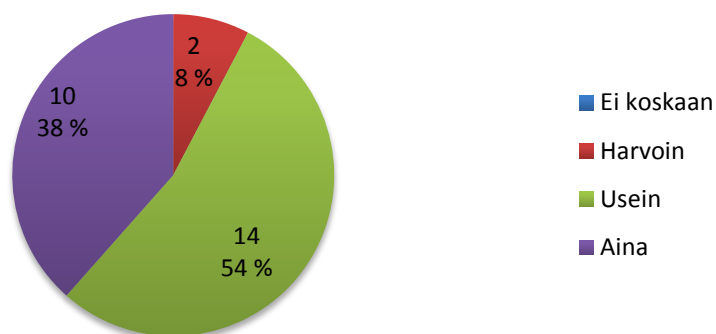
Havaitut ihomuutokset kirjasi 26 vastaajasta 81% aina ja 19% vastaajista usein.



Kuvio 6 Kirjaaminen.

26 vastaajasta 38% tutki aina asiakkaan painehaavoille alttiit alueet 54% usein ja 8% harvoin.

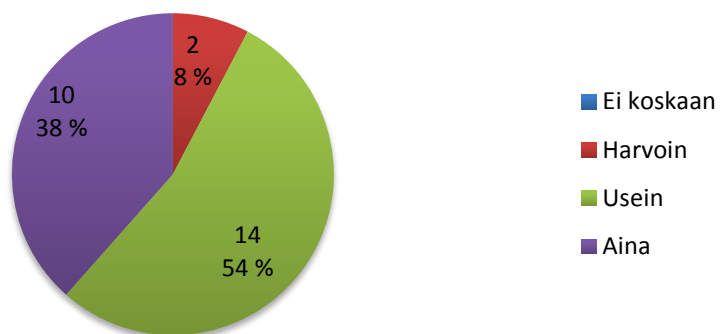
2.3 Tutkin asiakkaan painehaavoille alttiit alueet? (n = 26)



Kuvio 7 Painehaava alttiiden alueiden tutkiminen.

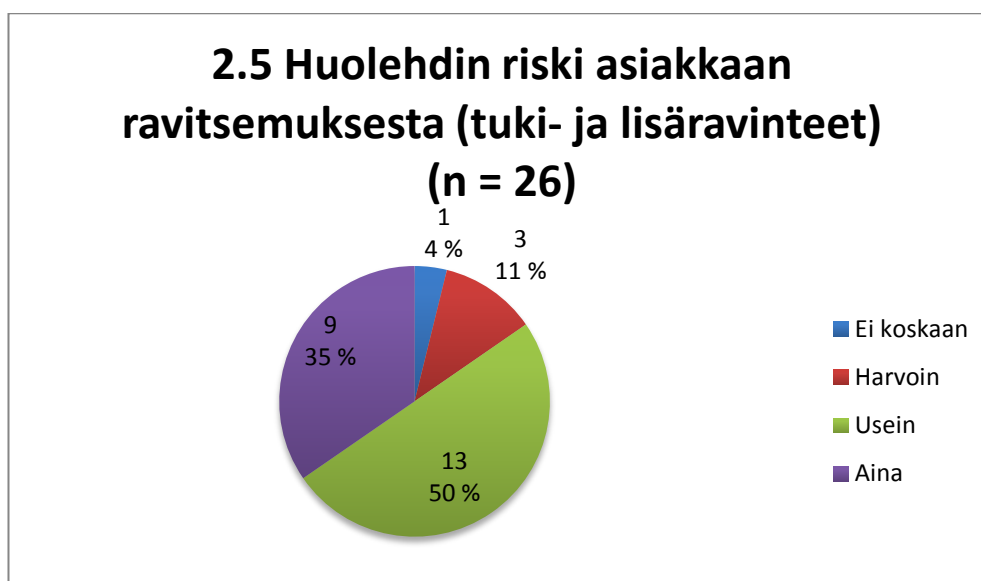
Säännöllisen asentohoidon riskiasiakkaille 26 vastaajasta teki 38% aina, 54% usein ja 8% harvoin.

2.4 Teen säännöllisen asentohoidon riski asiakkaille (n = 26)



Kuvio 8 Asentohoito riskiasiakkaille.

26 vastaajasta, 35% huolehti aina riski asiakkaan ravitsemuksesta 50% usein, 11% harvoin ja 1 vastaajista ei huolehtinut koskaan riski asiakkaan ravitsemuksesta. Kysymyksessä tarkoitettiin sitä, jos on vajaaravitsemusriski niin käyttääkö tuki- tai lisäravinteita.



Kuvio 9 Riski asiakkaan ravitsemus.

Inkontinenssin huomioi tehostetusti 26 vastaajasta 27% aina, 58% usein ja 15% vastaajista harvoin.



Kuvio 10 Inkontinenssin huomioiminen tehostetusti.

5.2 Kehittämistyön tulos: Painehaavojen ennaltaehkäisysuunnitelma

Työpajojen kehittämiskohteeksi nostettiin kyselyiden pohjalta nousseet kolme näkökulmaa, jotka myös teoriaosuudessa ovat olleet lähtökohtana. Näitä olivat: 1) ravitseminen, 2) iho ja 3) kuntoutus. Alla olevassa kuviossa 11 on esitelty työpajojen sykli ja tehtävät.



Kuvio 11 Työpaja sykli ja tehtävät

Työpajat pidettiin palvelutalossa, jossa työntekijät sekä tutkimuksen tekijä työskentelevät. Työntekijät saivat osallistua työpajoihin työaikana. Yksi työpaja oli kestoaltaan 3h ja niitä pidettiin kolme kertaa syys- lokakuun 2016 aikana.

Ensimmäisessä työpajassa 8.9.2016 oli mukana 11 osallistujaa. Alussa esittelin aiheen ja kerroin tutkimusmenetelmästä, jonka avulla osallistetaan ryhmäläiset kehittämään painehaavojen ennaltaehkäisysuunnitelmaa palvelutaloomme. Pöytäkuntia oli kolme, joihin jokaiseen annettiin yksi pääaiheista. Tehtävänä oli miettiä: miten voitaisiin kehittää ennaltaehkäisyä palvelutalossamme esimerkiksi ravitsemuksen näkökulmasta sekä toimenpiteitä näille kehittämis ehdotuksille. Työpajan jälkeen kokosin aihe-alueittain samaa tarkoittavat alkuperäisilmauksien kehittämiskohteet sekä toimenpiteet.

Toisessa työpajassa 29.9.2016 oli mukana 9 osallistujaa. Alussa näytin ensimmäisen työpajan tuotokset ja näiden pohjilta jatkoimme kehittämistyötä. Toisen työpajan tehtävänä oli kehittää ennaltaehkäisysuunnitelmaa eteenpäin ja aukaisemaan/pilkkomaan ensimmäisen työpajan tuotoksia selkeämpään muotoon. Ryhmäläisten tehtävänä oli tuottaa ravitsemuksen, ihon kunnon ja kuntoutuksen suunnitelmiin mittarit sekä ennaltaehkäisyn toimenpiteet. Lopuksi yhdessä ryhmäläisten kanssa otettiin näiden kolmen eri aihealueen tärkeimmät toimenpiteet

ja mittarit yhdelle A3 paperille. Työpajan jälkeen loin alustavan painehaavojen ennaltaehkäisysuunnitelman, jonka käytin kommenttikierroksella palvelutalon johtajalla.

Viimeisessä työpajassa 13.10.2016 oli mukana 11 osallistujaa. Esittelin ryhmäläisille ennaltaehkäisysuunnitelman. Työpajan tehtävänä oli arvioida ja parantaa suunnitelmaa yhdessä työryhmän kanssa. Teimme vielä lisäohjeistuksena toimintaohjeita ennaltaehkäisysuunnitelman rinnalle, jota voimme käyttää esimerkiksi esitellessä suunnitelmaa palvelutalossamme. Näitä ohjeita oli tullut matkan varrella esille, jotka henkilökunta koki tärkeänä aiheeseen liittyen.

Suunnitelmassa ennaltaehkäisy alkaa riskiarvioinnilla. Arvioinnin tekee vastuuhoitaja yhdessä fysioterapeutin kanssa käyttäen braden-mittaria, joka kirjataan efficalle hoipis-lomakkeelle. Riskiarviointia tehdään jatkossa sen mukaan mihin riskiluokkaan asiakas sijoittuu. Riskiluokat ovat matala-, keskisuuri- ja korkeariski. Riskiluokille määriteltiin luokkaan kuuluva makuu-alusta.

Ravitsemusta arvioidaan asiakkailta puolen vuoden välein MNA -arvioinnilla sekä painoa seurataan kerran kuukaudessa. Ravitsemuksessa nostettiin tärkeänä asiana erityisruokavalioiden ja välipalojen huomioiminen sekä ruokavalioiden arvioiminen ja tarkastaminen. Ihon kunnosta tehdään tarkka kuvaus heti alkuun uuden asiakkaan tullessa taloon. Ihon kunto tarkastetaan kerran vuorossa sekä arvioidaan mahdolliset painehaavat. Painehaavojen luokituksen tekemiseen otetaan käyttöön painehaavahelpperi (liite 4.). Ihon kunnosta nostettiin yhtenä tärkeänä asiana esille päivittäinen kirjaaminen sekä ihonhoito-ohjeiden noudattaminen. Kuntoutuksen alla fysioterapeutti ja toimintaterapeutti tekevät asiakkaille toimintakykymittaukset sekä yksilölliset kuntoutussuunnitelmat. Jatkossa tarkoituksena on arvioida yhdessä vastuuhoitajan kanssa asiakkaan toimintakykyä 6 kuukauden välein. Asentohoitoa toteutetaan ja arvioidaan moniammatillisesti sekä käytetään tarvittavia apuvälineitä. Tarkoituksena on kannustaa ja ohjata asiakasta omatoimisuuteen. Painehaavojen ennaltaehkäisysuunnitelma liitteenä 5.

6 Pohdinta

Painehaavat ovat asiakkaille hyvin kivuliaita ja hoitokustannukset kalliita. Hyvällä ennaltaehkäisyllä voidaan vaikuttaa, ettei painehaavoja syntyisi. Ikääntyvällä ihmisellä on erilaisia sairauksia, jotka saattavat vaikuttaa muun muassa ihon kuntoon, liikkumiskykyyn sekä ruokaluun. Ennaltaehkäisy vaatii koko henkilöstön yhteistä linjaa hyvän hoidon toteutumiselle. Moniammatillisuus on tärkeä osa ennaltaehkäisyä ja mielestäni yksin kukaan hoitohenkilökunnasta ei voi painehaavoja ennaltaehkäistä.

Kanadalaisessa pilotti hankkeisessa tutkimuksessa todettiin, että organisaation sitoutuneisuudella painehaavojen ehkäisyohjelmaan on positiivisi vaikutuksia pitkäaikaishoidon asukkaille. Tutkimuksessa oli tuotu esille, että useat tutkimukset ovat osoittaneet, kun toteutetaan painehaavojen ehkäisyohjelmaa joka perustuu näyttöön niin sillä voi olla positiivisia vaikutuksia hoitotuloksiin. (Timmerman, T. & Teary, G. & Walling, E. & Delaney, C. 2007.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää palvelutalossa painehaavoja ennaltaehkäisevää hoitoa ja tehtävänä oli tuottaa työkalu, jonka avulla voidaan kartoittaa painehaavariskissä olevat asiakkaat ja toteuttaa heille ennaltaehkäisevää hoitoa. Ennaltaehkäisevän hoidon kehittämistyö lähtee käyntiin, kun työkalu on saatu tehtyä yhdessä henkilökunnan kanssa. Kehittämistyö vaatii pitkäjänteisyyttä ja sitoutumista suunnitelmaan koko henkilökunnalta.

Kyselyn pohjalta henkilökunta osaa tunnistaa asiakkaidemme riskejä sekä käytössä olevia riskiarviointimenetelmiä. Huono ravitsemustila tai vajaaravitsemus ovat riskitekijöitä painehaavojen synnyssä. Jokaiselle asiakkaalla tulee olla yksilöllinen ravitsemushoitosuunnitelma, jonka laatii moniammatillinen työryhmä. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015.) Ravitsemuksen osalta kehitettävää palvelutalossamme on ravitsemuksen kokonaisvaltaisessa huomioinnissa, muun muassa huomioidaan asiakkaiden lempiruokat, nesteytyksen lisääminen erityisesti veden osalta ettei tarjota aina mehua, tehovälipalojen syönnin tehostaminen ja lisäravinteiden mukaan ottaminen. Ympäristö koettiin myös haasteelliseksi, ruokasali on meluisa ja ahdas sekä ruokaurahaa ei ole. Yhdeksi ravitsemuksen kehittämisen kohteeksi otettiin hoitoneuvotteluihin ja kuntokokouksiin ravitsemuksen puheeksiotto ja tarkastaminen.

Painehaavan kehittymisen merkit havaitaan ihon ja kudosten muutoksina, minkä vuoksi säännöllinen ja huolellinen arviointi on edellytys painehaavan ehkäisemiselle (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015). Ihon kunnon ja hoidon osalta kehitettävää on oikeanaikaisessa kuivituksessa sekä oikeanlaisten ihonhoitotuotteiden käytössä. Henkilökunta halusi ihonhoitotuotteisiin koulutusta sekä haavanhoitokoulutusta toivottiin tunnistamisen ja hoidon avuksi. Yleisesti ihon hoidon osalta kehitettävää on ihon kunnon tarkastamisessa sekä ohjeiden noudattamisessa, joka tuli esille sekä kyselyn pohjalta että työpajoissa.

Kuntoutukseen liittyvät asentohoito, mobilisointi sekä apuvälineet. Näillä kaikilla on merkitystä painehaavojen ehkäisyssä ja hoidossa. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015.) Kuntoutuksen kohdalla asentohoidot, niiden puutteellisuus sekä osaaminen asentohoidon toteuttamiseen nousi esille voimakkaasti. Säännöllisyyteen sekä oikeanlaiseen asentohoitoon tarvitaan selkeitä ohjeita ja koulutusta. Asiakkaiden liikuttamiseen tulee kiinnittää huomiota enemmän ja siihen on tehtykin jo ratkaisuja hoitotiimeissä, esimerkiksi on otettu motomedin polkemislista käyttöön. Apuvälineet ja varsinkin patjat nousevat esille aiheesta keskustellessa. Makuualustoihin ja istuintyynyihin on tehty suosituksia, joita tulisi arvioida yksilöllisesti asiakkaan tarpeiden mukaan. palvelutalossamme käytetään pääsääntöisesti makuualustoina perushygieniapatjoja sekä korkealuokkaista antidequbitus patjaa. palvelutalossa noudatamme Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden tekemää ohjeistusta suuren riskin patjojen vuokraamisessa. Pohdittiin, että jatkossa yhdessä moniammatillisesti arvioidaan asiakkaan toimintakykyä, apuvälineitä ja olemassa olevia kuntoutussuunnitelmia. Selkeästi asennemuutos kuntoutukseen tarvitaan sekä asiakkailta että henkilökunnalta.

Kirjaaminen tuli esille työpajoissa. Kirjaaminen on puutteellista, sitä ei osata tehdä oikein tai jopa jätetään kirjaamatta, kirjaamisohjeet koettiin olevan hankalia. palvelutalossamme on käytössä kirjaamiseen liittyvät ohjeet, jotka löytyvät sähköisenä sekä paperisena versiona ja jokaiselle ammattiryhmälle on omat dokumentointiin liittyvät fraasit. Itse opas on toki 97 sivua pitkä, mutta asiat löytyvät sieltä helposti. Hoitotyön osalta kirjaamiseen liittyviä fraaseja on aika paljon, joten ymmärrän, että henkilökunta kokee kirjaamisen hankalaksi. Voisimmeko mahdollisesti ottaa kirjaamisoppaasta ne meille tärkeimmät fraasit käyttöön ja sitä kautta yrittää selkeyttää kirjaamista? Kirjaamiseen voidaan saada parannuksia aikaan näyttöön perustuvan kirjaamisen rakenteistamisen avulla (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015).

Työkalu painehaavojen ennaltaehkäisyyn on saatu alulle. Onnistuin luomaan osallistavan ja hyvän hengen työpajoihin. Tutun työyhteisön kanssa tekeminen on helppoa, mutta myös haastavaa. Puheet lähtevät rönsyilemään ja ryhmän aktiivisella ohjaamisella on merkitystä, jossa mielestäni onnistuin. Annoin keskusteluvapautta aiheen vierestäkin, mutta sain myös ohjattua henkilökunnan takaisin aiheen pariin. Työyhteisö piti kyseisestä tavasta osallistaa heitä kehittämään omaa työtään. Työryhmä, joka on ollut tekemässä suunnitelmaa, on sitoutunut painehaavojen ennaltaehkäisyn kehittämiseen ja toteuttamiseen. Muun henkilökunnan saaminen sitoutuneeksi noudattamaan ennaltaehkäisy-suunnitelmaa on projektin seuraava vaihe, joka alkaa ottamalla suunnitelma käyttöön palvelutalossamme.

Ennaltaehkäisy-suunnitelmaa tulee arvioida esimerkiksi puolen vuoden päästä, onko se käytönotettu ja onko siitä ollut hyötyä? Arvioinnin perusteella voimme tehdä uusia johtopäätöksiä sekä tavoitteita suunnitelmaan liittyen. Kehittämistyön laatumittarina voimme käyttää esimerkiksi PDCA-mallia (Plan - Do - Check - Act). Mallin tarkoituksena on varmistaa suunnit-

telman toteuttamisen onnistuminen. Syklissä on neljä vaihetta, jotka ovat suunnitteluvaihe (Plan), toteuttamisvaihe (Do), arviointivaihe (Check) jossa tarkastetaan ja mitataan vaikutuksia sekä viimeisenä toimivaihe (Act), mitä opittiin ja tarvitaanko muutoksia? (Outinen yms. 1999.)

Aihe on itselle tärkeä ja mielenkiintoinen. Huomasin, että työpaikallamme tehdään paljon asioita oikein liittyen ennaltaehkäisyyn, mutta nyt tehdessä tutkimusta siitä tuli vielä konkreettisempaa. Jokaisella ammattiryhmällä yksilöinä sekä tiiminä on opeteltavaa sekä kehitettävää, mutta yhdessä tekeminen ja arvioiminen tekevät työstämme mielekkäämpää. Työtä tehdessä olen samalla tehnyt ammatillista arviointia omasta osaamisestani painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Olen huomannut asioita, mihin tulee jatkossa kiinnittää enemmän huomiota. Esimerkiksi apuvälineisiin liittyen löytyi uutta tietoa itselleni, varsinkin koskien makuualustoja. Olen oppinut, että meillä on ohjeistuksia ja sääntöjä liittyen kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön. Ohjeistuksia on syytä välillä tarkistaa sekä mahdollisesti tehdä niihin uusia tavoitteita. Yhdessä osaavan henkilökunnan kanssa ohjeiden uudelleen arviointi tai uusien ohjeiden tekeminen voimistaa työntekijöitä sekä luo yhteishenkeä henkilökunnan kesken.

Lähteet

- Aro, A., Mutanen, M., & Uusitupa, M. 2012. Ravitsemustiede. 4. uud. p. *Helsinki: Kustannus Oy Duodecim*. Luettu 24.8.2016. <http://www.oppiporrtti.fi/op/koti#f=.op-materiaali-opk&m=.op-materiaali-opk&u=false&s=false&q>
- Awanic. HaiPro: terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Luettu 17.11.2016. <http://awanic.com/haipro/>
- Ayello, E. A., & Braden, B. (2002). How and why to do pressure ulcer risk assessment. *Advances in Skin & Wound Care*, 15(3), 125-131. Luettu 8.10.2016. http://journals.lww.com/aswcjournal/Fulltext/2002/05000/How_and_Why_to_Do_Pressure_Ulcer_Risk_Assessment.8.aspx
- Duodecim -oppiporrtti. 2016. Estä painehaava -verkkokurssi. Luettu 20.6.2016. <http://www.oppiporrtti.fi>
- Heikkinen, H. L.T. 2001. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Heikkinen, H. L.T. Teoksessa Heikkinen, H. L., Rovio, E., & Syrjäla, L. (toim.) 2010. (3.korj.painos). Toiminnasta tietoon toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. 2008. Tutkija kirjoita. 13-14., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hoitotyön tutkimussäätiö. 2015. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Tulostettu 15.8.2016. <http://www.hotus.fi/system/files/Painehaava%20lopullinen111215.pdf>
- Iivanainen, A. & Grek-Stjernberg, P. & Kallio, H. & Korhonen, A. & Korhonen, S. & Pukki, T. 2013. Valitse oikea painehaavapatja. *Haava* 4/2013, 34.
- Juutilainen, V., & Hietanen, H. 2012. Haavanhoidon periaatteet. *Helsinki: Sanoma Pro Oy*.
- Jäntti, M. Teoksessa Hietanen, H., & Iivanainen, A. (toim.) 2005. Haavanhoidon vuosikymmen. Espoo: Suomenhaavahoitoyhdistys, 223-232.)
- Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. *Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä*.
- Kiviniemi, K. Teoksessa Heikkinen, H., Huttunen, R., & Moilanen, P. (toim.) 1999. Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: Atena kustannus.
- Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus kenttätöitä ja pyrkimyksiä. 2.painos. Tampere: Vastapaino.
- Kuula, A. 2006 Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11/1999, 3-12.
- Lepistö, M. Teoksessa Hietanen, H., & Iivanainen, A. (toim.) 2005. Haavanhoidon vuosikymmen. Espoo: Suomenhaavahoitoyhdistys, 193-197.
- Ojasalo, K., Moilanen, T., & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. Uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Outinen, M. & Lempinen, K. & Holma, T. & Haverinen, R. 1999. Seitsemän laatupolkua: vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Luettu 16.10.2016.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76128/p070116095759T.pdf?sequence=1>

Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Rautava-Nurmi, H. & Westergård, A. & Henttonen, T. & Ojala, M. & Vuorinen, S. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: SanomaPro.

Saranto, K & Sonninen, A-L. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K., & Sonninen, A-L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Soppi, E. 2009. Uusi, helppokäyttöinen painehaavariskin arviointimenetelmä – Shape Risk Scale. Haava 3/2009, 12 – 17.

Soppi, E. 2010. Painehaava - esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. Luettu 31.5.2016.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo98591.pdf>

Soppi, E., & Iivanainen, A. 2013. Makuualustan valinnalla kustannushyötyä painehaavariskissä olevalle potilaalle. Haava 4/2013, 12-17.

Soppi, E. 2013. Painehaavan synnyn mekanismeja. Haava 4/2013, 6-7.

Soppi, E. 2016a. Painehaavan ehkäisy ja hoito. Luettu 15.8.2016.
http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00352&p_haku=painehaava

Soppi, E. 2016b. Makuualustojen rooli painehaavojen ehkäisyssä – Näyttöä tarvitaan. Luettu 8.10.2016.

Suojanen, U. 2004. Toimintatutkimus ammatillisen kehittymisen välineenä. Viitattu 6.4.2016.
<https://metodix.fi/category/artikkeli/artikkelit/>

Suomen ympäristöopisto. 2008. Ryhmätyöt ja keskustelut. Luettu 15.8.2016.
<http://draivi.sykli.fi/sivu/124>

Taipale, T. 2005. Osallistavat menetelmät. Tuki- ja virikeaineisto. Luettu 6.4.2016
<http://www.ksl.fi/images/osallistavatmenetelmat.pdf>

TEF-kirjaamisopas. 2015. Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ikääntyneiden palvelujen RAI-vertailukehittäminen. Luettu 6.9.2016. www.thl.fi

Timmerman, T. & Teary, G. & Walling, E. & Delaney, C. 2007. Evaluating the implementation and outcomes of the Saskatchewan pressure ulcer guidelines in long-term care facilities. Ostomy wound manage 2007; 53(2):28-43. Luettu 21.11.2016. <http://www.o->

[wm.com/content/evaluating-implementation-and-outcomes-saskatchewan-pressure-ulcer-guidelines-long-term-care](http://www.wm.com/content/evaluating-implementation-and-outcomes-saskatchewan-pressure-ulcer-guidelines-long-term-care)

Valli, R. 2001. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä: PS-kustannus.

Verkostojohtaminen. 2010. Verkostojohtamisen opas: Verkostotyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. Luettu 15.8.2016. <http://verkostojohtaminen.fi/wp-content/uploads/2010/12/Verkostojohtamisen-opas-versio-1-0-30-12-2010.pdf>

Kuviot

Kuvio 1 Kudosvaurion riski.....	12
Kuvio 2 Minkälaiset riskitekijät aiheuttavat palvelutalomme asiakkaille painehaavoja? ...	29
Kuvio 3 Mitä riskiarviointimenetelmiä on käytössä palvelutalossamme?.....	30
Kuvio 4 Miten voitaisiin kehittää painehaavojen riskiarviointia sekä ennaltaehkäisyä palvelutalossamme?	31
Kuvio 5 Ihon kunnon tarkastaminen.	32
Kuvio 6 Kirjaaminen.	32
Kuvio 7 Painehaava alttiiden alueiden tutkiminen.....	33
Kuvio 8 Asentohoito riskiasiakkaille.	33
Kuvio 9 Riski asiakkaan ravitsemus.	34
Kuvio 10 Inkontinenssin huomioiminen tehostetusti.....	34
Kuvio 11 Työpaja sykli ja tehtävät.....	35

Taulukot

Taulukko 1 Painehaavojen luokittelu.....	8
Taulukko 2 Makuualustojen luokittelu tällä hetkellä.....	18
Taulukko 3 Tutkimusprosessi.....	22
Taulukko 4 esimerkki taulukko sisällönanalyysistä.....	26

Liitteet

Liite 1: Saatekirje.....	46
Liite 2 Kyselylomake	47
Liite 3 Kyselylomakkeen sisällönanalyysi	48
Liite 4 Painehaavahelpperi	54
Liite 5 Painehaavojen ennaltaehkäisysuunnitelma palvelutalossa	56

Liite 1: Saatekirje

SAATEKIRJE

HYVÄ VASTAAJA

Opiskelen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Tikkurilan Laureassa (terveyden- ja hyvinvoinnin kehittämistä ja johtamista). Tarkoituksena on kehittää palvelutalossamme painehaavoja ennaltaehkäisevää hoitoa. Päätötyön tuloksena on tarkoitus saada aikaan yhdessä henkilökunnan kanssa painehaavojen ennaltaehkäisy-suunnitelma.

Työni pohjautuu kansainvälisen ja Euroopan painehaava työryhmän (NPUAP/EPUAP) sekä hoitotyön tutkimussäätiön (HOTUS) laatimiin suosituksiin, joiden mukaan ennaltaehkäisy-suunnitelma pitäisi olla kaikissa terveydenhuollon paikoissa. Riskienarviointi pitäisi aloittaa mahdollisimman pian painehaavariskissä olevien tunnistamiseksi. Kehitetään ja toteutetaan painehaavariskiä perustuvaa ehkäisy-suunnitelmaa, joilla on painehaavariski.

Kyselylomakkeen avulla selvitän henkilökuntamme tietoutta painehaava riskeistä sekä riskiarviointimenetelmistä joita on käytössä. Toivon sinun vastaavan kyselyyn, joka auttaa työni eteenpäin viemisessä. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja lomakkeet käsitellään luottamuksellisesti. Lomakkeet hävitetään tutkimuksen loputtua.

Kyselylomakkeet palautetaan kirjekuoressa (kirjekuoren päällä lukee valmiiksi Virpi Renko) suljettuna, terapeuttien postilokeroon joka sijaitsee C-talossa kopiokone huoneessa 21.8.2016 mennessä.

Syys- Lokakuussa on tarkoitus järjestää kolme kertaa työpajoja, joiden aikana tehdään ennaltaehkäisy-suunnitelma palvelutaloomme. Työpajoihin haluaisin saada mukaan hoitajia ja sairaanhoitajia jokaisesta tiimistä. Ennakkoon voi ilmoittautua työpajaan tulijaksi ja ennaltaehkäisy-suunnitelman kehittäjäksi allekirjoittaneen sähköpostiin.

Ystävällisin terveisin

Virpi Renko, Ft.

YAMK -opiskelija/ Terveysten- ja hyvinvoinnin kehittäminen ja johtaminen
Laurea, Tikkurila

Email: virpi.renko@student.laurea.fi

Liite 2 Kyselylomake

KYSELYLOMAKE

Painehaavojen ennaltaehkäisy-suunnitelma palvelutalossa

1. Minkälaiset riskitekijät aiheuttavat palvelutalomme asiakkaille painehaavoja?

2. Kuinka arvioin painehaavariskiä?

(vastaa väittämiin ympyröimällä yksi vaihtoehto joka kuvaa tapaasi toimia)

	Ei koskaan	Harvoin	Usein	Aina
2.1 Tarkastan asiakkaan ihon kunnon säännöllisesti hoitotoimien yhteydessä	1	2	3	4
2.2 Kirjaan havaitut iho muutokset?	1	2	3	4
2.3 Tutkin asiakkaan painehaavoille alttiit alueet?	1	2	3	4
2.4 Teen säännöllisen asento-hoidon riski asiakkaille?	1	2	3	4
2.5 Huolehdin riski asiakkaan ravitsemuksesta (tuki- ja lisäravinteet)?	1	2	3	4
2.6 Inkontinenssin huomioinen tehostetusti?	1	2	3	4

3. Mitä riskiarviointimenetelmiä on käytössä palvelutalossamme? Jos sinulle on itselläsi käytössä omia menetelmiä jolla arvioit asiakkaan riskiä, niin minkälaisia?

4. Oletko saanut haavahoitokoulutusta ja milloin viimeksi (vuosi riittää, jos koulutuksesta on useita vuosia niin arvio riittää vastaukseksi)?

5. Miten voitaisiin kehittää painehaavojen riskiarviointia sekä ennaltaehkäisyä palvelutalossamme?

Liite 3 Kyselylomakkeen sisällönanalyysi

1. Minkälaiset riskitekijät aiheuttavat palvelutalomme asiakkaille painehaavoja (n=26)	Pelkistys	Sisältöluokka	Pääluokka
"Hoitajan välinpitämättömyys"(26)	välinpitämättömyys hoitajalla	laiminlyönti	ASENTOHOITO
"pyörätuoli asiakkaat asentohoidon laiminlyönti"(13)	Asentohoidon laiminlyönti	laiminlyönti	
"Asentohoitajien huomiotta jättäminen"(2)	huomiotta jättäminen	laiminlyönti	
"huono asentohoito"(18)	huono asentohoito	laiminlyönti	
"makuuttaminen"(12)	makuuttaminen	laiminlyönti	
"asentohoidon huono toteutus"(21)	ei toteuteta	laiminlyönti	
"Asiakkaat eivät itsenäisesti vaihda asentoa"(1,4)	Ei vaihda asentoa itsenäisesti	Tuntoaisti	
"Samassa asennossa makaaminen vuoteessa"(5)	sama asento vuoteessa	Tuntoaisti	
"jos asukas on pitkää aikaa samassa asennossa"(10)	sama asento ollut pitkään	Tuntoaisti	
"samassa asennossa vuoteessa pitkiä aikoja"(12)	sama asento vuoteessa pitkiä aikoja	Tuntoaisti	
"Liian kauan istuminen samassa asennossa"(15)	sama asento istuessa liian pitkään	Tuntoaisti	
"pitkään istuminen tai makaaminen samassa asennossa"(17)	Pitkään sama asento istuessa tai makuulla	Tuntoaisti	
"liikkumattomuus vuoteessa"(19)	Ei liiku vuoteessa ollessaan	Tuntoaisti	
"sama asento pyörätuolissa liian pitkään"(24)	sama asento pyörätuolissa	Tuntoaisti	
"Vuodepotilaan asentoa ei vaihdeta riittävän usein"(6)	asentoa ei vaihdeta tarpeeksi usein	vähäinen asentohoito	
"ei asento hoideta riittävästi"(3)	riittämättömyys asentohoidossa	vähäinen asentohoito	
"koko päivän pyörätuolissa istuminen. Varsinkin jos asiakas ei pysty itse korjaamaan asentoa"(14)	pitkään istuminen samassa asennossa	vähäinen asentohoito	
"liian vähäinen asentojen vaihto vuodeasiakkaille"(16)	ei vaihdeta asentoja vuodeasiakkaille	vähäinen asentohoito	
"asukkaat pitkään "samassa paikassa", joko pyörätuolissa tai sängyssä"(22)	sama asento pitkään joko sängyssä tai pyörätuolissa	vähäinen asentohoito	

"korkeariskin patja lähes mahdoton saada"(25)	Korkeariskin patjojen saanti huono	apuvälineet	
"liikkumattomuus"(13,20,21,26)	Liikkumattomuus	Liikuntakyky	LIKKUMATTOMUUS
"liikuntakyvyttömyys"(18)	liikuntakyvytön	Liikuntakyky	
"pyörätuolissa istuminen"(8)	istuu pyörätuolissa	Liikuntakyky	
"vuoteessa paljon olevat asiakkaat"(11)	paljon vuoteessa	Liikuntakyky	
"vähentynyt liikkuvuus"(7)	vähäinen liikkuvuus	Liikuntakyky	
"jos asiakas on paljon vuoteessa tai istuu pyörätuolissa"(26)	paljon vuoteessa tai pyörätuolissa	Liikuntakyky	
"Vuodevetoisuus"(3)	vuodevetoisuus	Yleistila	
"Huono yleistila"(1)	yleistila heikko	Yleistila	
"pitkään jatkunut vuodelepo"(14)	jatkuva vuodelepo	Yleistila	
"vuoteen omaksi joutuminen"(20,21)	joutuminen vuoteeseen	Yleistila	
"vuoteessa pitkiä aikoja jos joutuu olemaan"(24)	Joutuu olemaan vuoteessa pitkään	Yleistila	
"turvotukset etenkin jaloissa"(9)	turvotukset	Yleistila	
"kova tuoli"(12)	kova tuoli	ympäristö	
"liikunnan puute"(23)	liikunnan puute	ympäristö	
"Pitkään istuminen pyörätuolissa"(2,5,12,16,19)	Pitkään istuminen pyörätuolissa	Apuvälineet	
"Vuoteessa makaaminen"(8)	makaa vuoteessa	Apuvälineet	
"iltapäivisin turhan pitkiä vuodelepoja"(25)	pitkään vuoteessa	Aika	
"aamulla ja illalla "kuntoutetaan hyvin"(25)	kuntoutus vaihtelee	aika	
"yölepo joillakin todella pitkä"(22)	pitkä yölepo	aika	
"päivälepojen vähyyss"(9)	Ei käy päivälevolla	Aika	
"Jos perussairautena esim. diabetes"(4,7,11,23)	perussairaus	Perussairaudet	IKÄÄNTYMINEN
"Hemiplegia"(23)	halvaus	Perussairaudet	
"Spastisuus"(23)	jäykkä	Perussairaudet	
"verenkiertohäiriöt"(23)	verenkiertohäiriö	Perussairaudet	
"Huono verenkierto" (4)	verenkiertohäiriö	Perussairaudet	
"asiakkaiden ikä"(7)	ikä	ikä	

"Huono ravitseminen"(1,6,20,21,26) "asiakas ei suostu syömään"(1) "ruoka ei maistu"(9) "Nielemisvaikeudet"(1) "huono ruokahalu"(18,25) "Heikko ravitseminen"(2,22) "huono ruokavalio"(15) "aliravitseminen"(7) "riskit ravitsemuksessa"(9) "ravitsemustason heikentyminen"(19) "lisäravitsemuksen tarvetta ei huomioida"(22) "vajaa ravitseminen"(23)	Ravitseminen huono ei syö huono ruokahalu nielemisvaikeudet huono ruokahalu syö liian vähän huono ruokavalio Ei saa tarpeeksi ravintoaineita Ravitsemuksessa riskejä Heikentynyt ravitseminen lisäravitseminen Ei saa tarpeeksi ravintoaineita	Ruokahalu Ruokahalu Ruokahalu Sairaudet Ruokahalu Ruokahalu Ruokavalio Ravitsemustaso Ravitsemustaso Ravitsemustaso Lisäravitseminen Ravitsemustaso	RAVITSEMUS
"ihon kosteus"(7) "kosteus, märät vaipat"(13) "ihon kosteus myös edistää painehaavojen syntyä"(5) "Inkontinenssi"(1,3) "ihon huono kunto"(26) "iho tyyppi"(7) "iän myötä jollain asiakkailla ohut, paperinen iho"(11) "Ihon kuntoa ei seurata säännöllisesti/ei kirjata"(6) "ihon kuntoon ei välttämättä kiinnitetä riittävästi huomiota"(25)	kostea iho Märät vaipat kostea iho inkontinenssi huonokuntoinen iho iho tyyppi ohut iho Ei tehdä säännöllistä seurantaa/kirjausta huomion kiinnittäminen ihon kuntoon	Kosteus Kosteus Kosteus Kosteus Ihotyyppi Ihotyyppi ihotyyppi seuranta seuranta	IHO
"Tiedonkulussa katkos"(25) "Ajoittainen resurssipula"(16)	Katkoja tiedonkulussa Ajoittain resurssipula	Tiedonkulku Resurssit	

3. Mitä riskiarviointimenetelmiä on käytössä palvelutalossamme (n=23)	Pelkistys	Sisältöluokka	Pääluokka
"braden"(1,2,4,5,6,7,9,11,13,14,15,17,18,19,21,23,26) "RAI"(4,7,19,20,21,22,23,25) "MNA"(7) "bmi-laskuri" (9,18,23) "ravitsemuksen kartoitus"(13)	Braden RAI MNA Bmi MNA	Riskiluokka mittari Laatu mittari Ravitsemustilan arviointi Painoindeksi Ravitsemustilan arviointi	RISKIMITTARI
"asiakkaiden anamneesin tunteminen"(25) "säännöllinen painon seuranta"(1) "päivittäinen kirjaaminen ja niiden lukeminen"(17) "hoitosuunnitelmat ja niiden toteutus"(4) "seurataan ja kirjataan ruokailusta"(1) "seurataan säännöllisesti ihon kuntoa (1,16,23,25) "tutkin asukkaan ihon hyvin pesujen aikana"(10) "lähinnä punoitukset joita seurataan"(24) "seurataan säännöllisesti riskialueita"(1) "havainnointi"(15) "arvioin asiakkaan liikkumisen perusteella painehaavavarsia, esim. kykeneekö itse liikkumaan vuoteessa"(22) "ihon rasvaus"(16) "säännöllinen perusrasvaus" (1) "asentohoito"(16) "muistaa kirjata hyvin"(4) "yhteistyö"(1) "moniammatillinen yhteistyö"(25)	Asiakkaan tunteminen Painon seuranta Päivittäisten kirjaamisten lukeminen Hoitosuunnitelmien toteutuminen Ruokailun seuranta seurataan ihon kuntoa Tutkin asukkaan ihon pesun aikana Seurataan punoituksia Riskialueiden seuranta Havainnointi Asiakkaan liikkumisen arviointia Rasvataan iho Rasvataan iho säännöllisesti Asentohoito Kirjataan hyvin Yhteistyö Moniammatillisuus	Seuranta Seuranta Seuranta Seuranta Havainnointi Havainnointi Havainnointi Havainnointi Havainnointi Havainnointi Havainnointi Toimenpide Toimenpide Toimenpide Toimenpide Tiedon jakaminen Tiedon jakaminen	KLIININEN HOITOTYÖ

"dequibus patjat"(11,16)	Patjat	Makuualustat	APUVÄLINEET
"istuintyynt"(16)	Apuvälineet	Istumisen apuvälineet	

5. Miten voitaisiin kehittää painehaavojen riskiarviointia sekä ennaltaehkäisyä palvelutalossamme (n=24)	Pelkistys	Sisältöluokka	Päälouokka
"puhutaan tiimissä havaituista riskeistä, jotta kaikki ovat tietoisia ja keskustellaan mitä voitaisiin tehdä"(1,4)	Puhutaan riskeistä ja niiden hoidosta tiimissä	Keskustelu	TIIMITYÖ
"tiedon jakaminen"(8,11)	Tiedon jakaminen	Keskustelu	
"yleistä keskustelua aiheesta ja ennaltaehkäisymenestelmistä"(9)	Puhutaan ennaltaehkäisystä yleisesti	Keskustelu	
"tiimissä tiedonkulun reittien vahvistaminen"(25)	Tiedonkulun vahvistaminen	Keskustelu	
"ennaltaehkäisyä voi kehittää esim. henkilökunnan asenteiden kohdalla"(26)mm. asentohoidot ja kuivutukset jäävät välillä tekemättä	Henkilökunnan asenteet ja kehittämisen	Keskustelu	
"yhteiset ohjeet ja niitä noudatettaisiin"(3)	Yhteisten ohjeiden noudattaminen	Yhteinen linja	
"kun syntynyt riski havaittu siihen puututtaisiin ripeästi"(9)	Nopea puuttuminen riskeihin	Yhteinen linja	
"otettaisiin enemmän huomioon ennaltaehkäisevät keinot hoitotyössä"(22)	Ennaltaehkäisevät keinot hoitotyöhön	Yhteinen linja	
"opastaa kaikki työntekijät tarkistamaan asukkaan iho tarpeeksi usein"(10)	opastetaan työntekijöitä tarkistamaan asukkaiden ihoa	Perehdytys	
"työntekijöiden yhteinen linja"(4)	Yhteinen linja työntekijöillä	Perehdytys	
"hyvä raportointi/kirjaus"(4)	Hyvä kirjaaminen/raportointi	Perehdytys	
"huomion kiinnittäminen ravitsemukseen"(2)	Huomio ravitsemukseen	Ravitsemus	

"lisäravinteisiin turvautumalla heti jos asiakkaan ruokahalu heikkenee tai muuttuvat yksipuoliseen suuntaan" (19)	Lisäravinteet mukaan ruokailuun	Ravitsemus	KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ
"aliravitsemukseen, tehoruokavalio + lisäravinteet"(7)	Kiinnitetään huomiota aliravitsemukseen	Ravitsemus	
"ihon kosteus, kunto-->sopivat vaipat+suojavaide"(7)	Inkontinenssiin kiinnitetään huomiota	Ihon hoito	
"ihon hoito"(12)	Huomio ihon hoitoon	Ihon hoito	
"ihon kunnon tarkkailua tehostamalla"(14)	Tehostetaan ihon kunnon tarkkailua	Ihon hoito	
"huomioida tehostetusti asukkaat, jotka eivät itse pääse liikkumaan/vaihtamaan asentoa"(12)	Huomioidaan asukkaat tehokkaammin, jotka eivät pääse liikkumaan	Kuntoutus	
"istuma-ajan voisi määrittää kullekin asiakkaalle yksilöllisesti"(16)	Huomioidaan yksilöllisesti istuma-ajat	Kuntoutus	
"liikunta"(16)	Liikunta	Kuntoutus	
"asentohoito"(2,4,5,7,11,14,15,16,17,19)	Asentohoito	Kuntoutus	
"riski asiakkaille dequibus patja"(7,11)	Riski asiakkaille tarvittava patja	Kuntoutus	
"tarpeenmukaisen patjat/apuvälineet"(12)	Tarpeelliset apuvälineet	Kuntoutus	
"koulutuksia"(5,8,16,19,20,21,24)	Koulutusta	Koulutus	ORGANISAATIO
"lisää tietoa ja koulutusta asiasta"(13)	Koulutusta ja tietoa ennaltaehkäisystä	Koulutus	
"koulututetaan hoitajia mikroasentohoitoon"(17)	Mikroasento koulutusta hoitajille	Koulutus	
"kinestetiikan tuomista kaikkien tietoon sekä mikroasentohoitoa"(23)	Kinestiikan tuomista kaikkien tietoon	Koulutus	
"talon sisällä koulutusta säännöllisesti" (25)	sisäistä koulutusta säännöllisesti	Koulutus	
"yöksi 3 hoitajaa, jotta saataisiin tehostettua asento- hoitoa"(22)	Lisää hoitajia yöksi	Resurssit	

Liite 4 Painehaavahelpperi

PAINHAHAHAHELPPERI

@NPUAP – EPUAP painehaavojen syvyydenluokitus I-IV

Painehaava on paikallinen ihon ja/tai sen alla olevan kudoksen vaurio. Se sijaitsee tavallisesti luisen ulokkeen kohdalla ja sen aiheuttaja on paine tai paine ja venytys yhdessä.

I aste

Vaalenematon punoitus

Ehjä iho, jossa on vaalenematonta punoitusta (eryteema) paikallisesti, yleensä luisen ulokkeen kohdalla. Vaalenematon punoitus voi olla merkki potilaan painehaavariskistä. Älä hiero punoittavaa aluetta.



II aste

Ihon pinnallinen vaurio

Verinahan (dermisen) osittainen vaurio, joka ilmenee pinnallisena avoimena haavana. Voi olla myös ehjä tai rikkoutunut rakkula, muttei ihon repeämä, teipin aiheuttama ihorikko, inkontinenssiin liittyvä ihotulehdus (dermatiitti), vettäminen (maseraatio) tai hirtymä (ekskoriaatio), joissa verinahka on paljastunut.



III aste

Koko ihon vaurio

Koko ihon läpäisevä kudosaavio, jossa ihonalainen (subkutaaninen) rasva voi olla näkyvissä, mutta lihas, jänne tai luu eivät ole paljaana. Haavassa voi olla katetta tai nekroosia. Siinä saattaa olla taskumaisia kohtia ja onkaloitumista. Syvyys vaihtelee haavan anatomisen sijainnin mukaan. Konsultoi lääkäriä.



IV aste

Koko ihon ja ihonalaiskudoksen vaurio

Koko ihon ja ihonalaiskudoksen vaurio, jossa luo, jänne tai lihas on paljaana. Haavassa voi olla katetta tai nekroosia. Siinä on usein taskumaisia kohtia ja onkaloitumista. Syvyys vaihtelee niiden anatomisen sijainnin mukaan. Konsultoi lääkäriä.



Haavanhoidon tiheys ja puhdistusmenetelmä sekä haavanhoitotuote valitaan painehaavassa olevan kudostyyppin, syvyyden ja haavaeritteen määrän mukaan. Suojaa haavaympäristö ja painehaavan reunat kosteudelta.

POISTA PAINA JA ESTÄ IHON VENTYMINEN

NPUAP – EPUAP KANSAINVÄLISEN PAINEHAAVA- LUOKITTELUJÄRJESTELMÄN LISÄLUOKAT

Luokittelematon

Koko ihon tai kudoksen vaurio, jonka syvyys on tuntematon.

Haava on täysin katteen tai nekroosin peitossa. Haavan syvyyttä ei voida määrittää ennenkuin kate ja nekroosi on poistettu. Kyseessä on joko III tai IV asteen painehaava. Älä poista kantapäältä kiinteää, kuivaa, pohjassa kiinnolevaa, ehjapintaista rupea tai nekroosia, joka ei hylly (fluktoi).

Hoitoperiaate: Seuraa päivittäin vauriota. Poista paine ja estä ihon venyminen. Konsultoi lääkärää.



Luokittelematon

Epäily syvien kudosten vauriosta, jonka syvyys on tuntematon.

Sinertävä tai punaruskea ehjä iho tai veren täyttämä rakkula, joka johtuu alla olevan pehmytkudoksen paineen ja/tai venymisen aiheuttamasta vauriosta. Haavan kehittyminen voi olla nopeaa paljastaen alla olevia kudokset hyvästä hoidosta huolimatta. Hoitoperiaate: Seuraa päivittäin vauriota. Poista paine ja estä ihon venyminen. Konsultoi lääkärää.



©NPUAP – EPUAP 2009

Kosteusvaurio

Kosteassa vauriossa (kosteaa leesio) iho on kiiltävä, hautunut, punoittava ja siinä on ihorikkoja, joissa ei ole nekroosia.

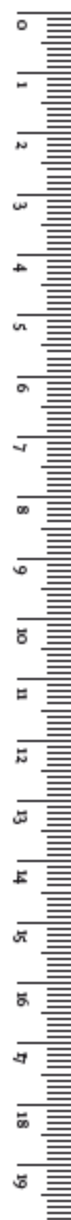
Haavan reunat ovat epäsäännöllisiä. Syvällä pakaravaossa, tai peräaukon (anus) ympärillä oleva punoitus ja ihorikot ovat yleensä virtsa- tai ulosteinkontinenssin aiheuttamia.

Kosteusvaurio sijaitsee painehaavalle epätyypillisessä paikassa, mutta voi kehittyä myös luisen ulokkeen päälle.

Hoitoperiaate: Kosteuden ehkäisy ja hoito.



© Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2011 • www.shy.fi



Liite 5 Painehaavojen ennaltaehkäisysuunnitelma palvelutalossa

