

Camilla Forsberg ja Niina Pitkä

# Säärihaavan hoito

## Ohjeistuksen laatiminen Koskenrinteen henkilöstölle

Opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

Helmikuu 2016



**KYAMK**  
University of Applied Sciences

<b>Tekijä/Tekijät</b>	<b>Tutkinto</b>	<b>Aika</b>
Camilla Forsberg & Niina Pitkä	Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidaja	Helmikuu 2016
<p><b>Opinnäytetyön nimi</b></p> <p>Säärihaavan hoito. Ohjeistuksen laatiminen Koskenrinteen henkilöstölle.</p>		
<p><b>Toimeksiantaja</b></p> <p>Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry</p>		
<p><b>Ohjaaja</b></p> <p>Koulutusjohtaja Päivi Mäenpää</p>		
<p><b>Tiivistelmä</b></p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää käytännöllinen ja kattava säärihaavojen hoito-ohjeistus Koskenrinteen henkilöstölle. Tulevaisuudessa säärihaavat muodostavat suuren haasteen hoitotyölle. Syynä tähän ovat väestön ikääntyminen ja elintasosairaudet. Ajoissa huomattu alkava säärihaava, jonka hoito on aloitettu välittömästi sekä tehokkaasti, antaa paremman paranemisennusteen. Viivästynyt hoito voi olla esteenä haavan paranemiselle.</p> <p>Haavanhoidon tulee aina olla tavoitteellista toimintaa, jonka tarkoituksena on parantaa haava nopeasti. Opinnäytetyön tavoitteena oli etsiä ajankohtaista tietoa säärihaavoista sekä säärihaavojen hoidosta, jota voidaan hyödyntää asumispalveluyksiköissä. Opinnäytetyö tehtiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, ja sen tarkoituksena on kehittää hoitotyön käytännön osaamista. Aineiston käsittelyyn käytettiin deduktiivista sisällönanalyysiä.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksena syntyi säärihaavojen hoito-ohjeistus, joka annettiin sähköisenä versiona palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE r.y:lle. Hoito-ohjeistus koottiin luotettavista lähteistä. Yhteistyö työelämän yhteyshenkilön kanssa ja kuvaileva kirjallisuuskatsaus mahdollistivat käytännöllisen ja luotettavan hoito-ohjeistuksen tekemisen.</p> <p>Säärihaavojen hoito-ohjeistuksesta laadittiin selkeä ja helppolukuinen, joka kattaa kaiken oleellisen tiedon säärihaavoista ja niiden hoidosta. Haavanhoidon toteutus riippuu haavan paranemisen vaiheista ja haavakudoksen ominaisuudet vaikuttavat olennaisesti haavan hoitoon.</p>		
<p><b>Asiasanat</b></p> <p>säärihaava, alaraajahaava, haava, hoito-ohjeistus, hoito-ohje</p>		



# KYAMK

University of Applied Sciences

<b>Author (authors)</b>	<b>Degree</b>	<b>Time</b>
Camilla Forsberg & Niina Pitkä	Degree Programme in Nursing, Nurse	February 2016
<b>Thesis Title</b>		
Leg ulcer care. Establishment of guidelines for staff of Koskenrinne.		
<b>Commissioned by</b>		
Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry		
<b>Supervisor</b>		
Director of Education Päivi Mäenpää		
<b>Abstract</b>		
<p>The purpose of this thesis was to develop practical and comprehensive guidelines for the treatment of varicose ulcers for the staff of Koskenrinne. In the future, varicose ulcers will cause a major challenge for nursing. This is due to the ageing of the population and diseases of affluence. The prognosis is better for a varicose ulcer whose onset has been detected early and whose treatment has been started immediately and effectively. Delayed treatment can be an obstacle for the response to treatment.</p> <p>Wound care must always be goal-oriented and have the aim to quickly cure the ulcer. The aim of this thesis was to seek current information about varicose ulcers and their treatment which could be utilised in the assisted living facilities. The thesis was conducted as a descriptive literature review and had the aim of improving practical competence in nursing. Deductive content analysis was used in analysing the data.</p> <p>This thesis resulted in the compiled guidelines for the treatment of varicose ulcers. Electronic version of these was provided to KOSKENRINNE association for assisted living facilities. The treatment guidelines were compiled from reliable sources. Cooperation with a contact person in the labour market and the descriptive literature review enabled compiling guidelines that were practical and reliable.</p> <p>The guidelines for the treatment of varicose ulcers were prepared to be clear and easy to read, covering all essential information about varicose ulcers and their treatment. The implementation of the treatment of ulcers is dependent on the stages of healing of the ulcer and the characteristics of the ulcer tissue have a significant impact on the care.</p>		
<b>Keywords</b>		
varicose ulcer, lower-extremity ulcer, ulcer, treatment guidelines, treatment guideline		

## SISÄLLYS

1	TAUSTA, TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	6
2	TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	7
3	KUVAILEVA KIRJALLISUUSKATSAUS JA TIEDONHAKU .....	7
4	SISÄLLÖNANALYYSI.....	11
5	SÄÄRIHAAVA.....	11
5.1	Laskimoperäinen säärihaava .....	12
5.2	Valtimoperäinen säärihaava .....	14
5.3	Diabeettinen säärihaava .....	15
5.4	Sekahaava.....	16
6	SÄÄRIHAAVOJEN PARANEMISEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT.....	16
7	ASEPTIIKKA.....	18
8	ALARAAJATURVOTUKSEN HOITO .....	19
8.1	Kompressiosidokset.....	20
8.1.1	Vähäelastinen sidos .....	21
8.1.2	Runsaselastinen sidos .....	22
8.1.3	Monikerrossidos .....	22
8.2	Hoitosukat.....	22
9	HAAVAN PUHDISTAMINEN .....	24
9.1	Haavan mekaaninen puhdistaminen.....	24
9.2	Haavan entsyymaattinen ja autolyyttinen puhdistus .....	26
9.3	Biologinen puhdistus.....	26
10	HAAVANHOITO JA HAAVANHOITOTUOTTEIDEN VALINTA.....	26
10.1	Haavasidosten luokittelu vaikutusmekanismien mukaan .....	27
10.2	Haavanhoitotuotteiden valinta geneerisen nimen mukaan .....	28
10.3	Haavanhoito ja haavanhoitotuotteiden valinta haavojen luokittelun mukaan .....	31
10.4	Haavakipu.....	34
10.5	Kustannukset.....	35
11	HAAVANHOIDON KIRJAAMINEN .....	35
12	OHJEISTUKSEN LAATIMINEN .....	36

13	KEHITTÄMISTYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS .....	38
14	POHDINTA .....	39
	LÄHTEET .....	42

#### LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Liite 2. Säärihaavojen hoito-ohjeistus

## 1 TAUSTA, TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tulevaisuudessa säärihaavat muodostavat suuren haasteen hoitotyölle. Tähän ovat syynä väestön ikääntyminen ja elintasosairaudet, kuten diabetes ja verenpainetauti. (Juutilainen, Koljonen & Lassus 2012.) Muita syitä säärihaavojen syntyyn ovat lihavuus, valtimoiden kalkkeutuminen ja sydämen vajaatoiminta. Noin kaksi kolmasosaa säärihaavoista aiheutuu laskimoiden huonosta kunnosta. Valtimosairauksista johtuvia säärihaavoja on noin joka viidennes, ja kymmenesosa säärihaavoista johtuu muista syistä. (Hannuksela 2012.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia ajankohtainen, käytännöllinen ja kattava säärihaavojen hoito-ohjeistus Koskenrinteen henkilöstölle. Yhtenevät ohjeet tukevat oikeanlaista hoitoa. Hoitajien tulee tunnistaa alkava säärihaava ja valita oikeanlaiset, edulliset tuotteet haavanhoitoon. Haavan paranemisen seuranta ja arviointi kuuluvat jokaiselle hoitajalle. Koskenrinteellä koulutetaan parhaillaan jokaiseen yksikköön haavahoitajaa.

Säärihaavojen hoito-ohjeistuksen tilaajana on KOSKENRINNE RY, joka tuottaa yksityisiä vanhustenhuollon palveluita vanhuksille. Koskenrinne on toiminut kotkalaisen vanhustenhuollon yksityisenä palveluntuottajana vuodesta 1955 lähtien. Asiakkaita on noin 800, joista noin 200 asuu Koskenrinteen Kotien asunnoissa. Koskenrinteen palveluihin kuuluvat asuminen ryhmäkodissa, kotihoito, ateriapalvelut, päiväkeskustoiminta sekä kerhotilojen vuokraus. KOSKENRINNE ry on mukana alueellisissa ja valtakunnallisissa vanhustyön kehittämishankkeissa. (KOSKENRINNE ry.)

Palvelutaloyhdistyksen toimipisteet, eli Koskenrinteen kodit sijaitsevat Kotkassa. Koskenrinteen kotien toimipaikkoja ovat Karhula-Koti Sudenkadulla Karhulassa, Kotka-Koti Itäkadulla Kotkansaarella, Koskenrinteen Koti Närhitiellä Metsolassa, Kulman päiväkeskus Karhunkadulla Karhulassa ja Sapokan Helmen Senioritalot Gutzeitintiellä Kotkansaarella. (KOSKENRINNE ry.) Opinnäytetyön työelämän yhteyshenkilönä toimii palvelujohtaja Palvelutaloyhdistykseltä. Lisäksi Karhula-Kodin vastaava hoitaja osallistui myös opinnäytetyön seminaareihin ja antoi kehittämissuhteita työhön.

Säärihaavojen hoito-ohjeistus tulee jokaiseen Koskenrinteen yksikköön, josta jokainen hoitaja voi tarvittaessa hyödyntää ohjeistusta. Säärihaavojen hoito-ohjeistukseen koottiin tietoa säärihaavoista, niiden parantumiseen vaikuttavista tekijöistä sekä säärihaavojen hoidosta, jota voidaan hyödyntää asumis- palveluyksiköissä.

Opinnäytetyö on tehty kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jonka tavoitteena on kehittää hoitotyön käytännönosaamista. Tietolähteinä on käytetty kirjallisuutta sekä aiheesta tehtyjä aikaisempia tutkimuksia.

## 2 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tässä opinnäytetyössä tarvittiin kattavasti tietoa säärihaavoista sekä säärihaavojen hoidosta, joiden perusteella muodostuivat tutkimuskysymykset:

1. Mikä säärihaava on?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat säärihaavojen paranemiseen?
3. Miten säärihaavoja hoidetaan?
4. Millainen on hyvä haavanhoito-ohje?

## 3 KUVAILEVA KIRJALLISUUSKATSAUS JA TIEDONHAKU

Kirjallisuuskatsauksia tarvitaan hoitotyössä kehittämään käytännön toimintaa, kehittämään hoitotieteellistä tietoperustaa sekä hoitotieteellisten tutkimuksen suunnittelun ja toteutuksen perustaksi (Engelhardt 2014, 5).

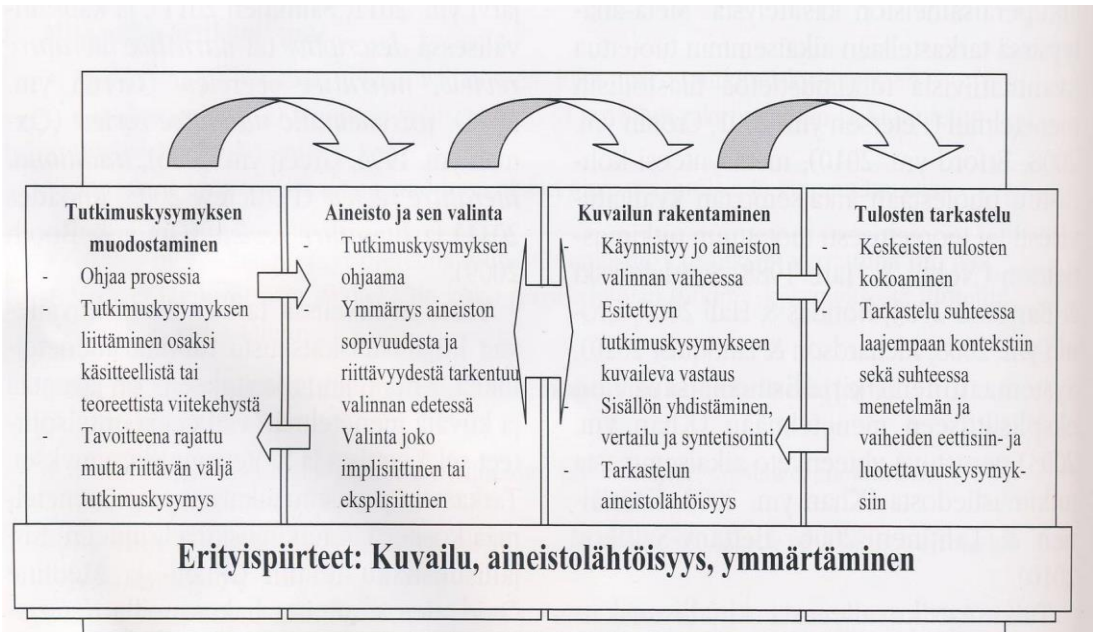
Kirjallisuuskatsauksessa määritellään jokainen vaihe. Karkeasti jaoteltuna kirjallisuuskatsauksen vaihteita on kolme (3): suunnittelu, toteuttaminen ja raportointi. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 4–5.) Suunnitteluvaihe on aikaa vievä prosessi. Siihen kuuluu aiheen rajaaminen, näkökulman valinta, työn tarkoitus ja tavoite, kehittämistehtävän ja toimintaympäristön kuvailu. Suunnitteluvaiheeseen kuuluu myös lähteiden etsintä ja käsitteiden määrittäminen. Aineiston hankinta ja menetelmän valinta ovat myös tärkeä osa suunnitteluvaihetta. (Opinnäytetyöryhmä 2010, 10.) Toteutusvaiheessa tulee olla taidot hankkia ja käyttää tietoa. Ongelmanratkaisutaitoa ja kriittistä ajattelua tarvitaan. Vaiheeseen kuuluu myös tiivistelmän ja abstraktin teko. (Opinnäytetyöryhmä 2010, 18–25.) Viimeiseen vaiheeseen kuuluu tulosten raportointi, johtopäätökset sekä suositukset tai kehittämissuositukset (Johansson ym. 2007, 7).

Tämän opinnäytetyön menetelmäksi valittiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus, sillä hoito-ohjeiden laadintaan tarvittiin ajankohtaista ja luotettavaa tietoa säärihaavojen hoidosta. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on etsiä teoriatietoa säärihaavoja käsittelevistä tutkimuksista. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen erityispiirteitä ovat kuvailu, aineistolähtöisyys sekä ymmärtäminen (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 294).

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valinta kuvataan implisiittiseksi tai eksplisiittiseksi valinnaksi. Implisiittisessä aineiston valinnassa valittuja tietokantoja tai sisäänotto- ja arviointikriteerejä ei raportoida erikseen. Eksplisiittisessä aineiston valinnassa valintaprosessin vaiheet raportoidaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaisesti. Eksplisiittisessä valinnassa hyödynnetään kieli- ja aikarajauksia mutta niistä voidaan tarvittaessa poiketa. Tutkimuskysymykset ohjaavat aineiston hakua. (Kangasniemi ym. 2013, 295–296).

Tässä opinnäytetyössä hyödynnettiin eksplisiittistä aineiston valintaa. Aineiston valinnassa hyödynnettiin kieli- ja aikarajauksia. Opinnäytetyössä ei poikettu kieli- ja aikarajauksista mutta tiedonhakua tehtiin aktiivisesti koko opinnäytetyöprosessin ajan.





Kuvio 1. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet ja erityispiirteet.

Kuva 1. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet ja erityispiirteet (Kangasniemi ym. 2013, 294)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on tehty alusta alkaen huolellisesti, huomioiden selkeät sisäänotto- ja laadunarviointikriteerit. Sisäänotto- ja laadunarviointikriteereillä vähennetään virheiden määrää ja ne tekevät katsauksen toteutuksesta luotettavan. Sisäänottokriteereinä aineiston tuli olla maksuton, vuosilta 2005 – 2015 ja teoksen kielenä tuli olla suomi tai englanti. Tutkimusten ja artikkeleiden tuli vastata sisällöltään vähintään yhteen tutkimuskysymykseen. Poissulkukriteereinä olivat vuoden 2004 tai vanhemmat julkaisut. Ammattikorkeakoulutasoisia opinnäytetöitä ei hyväksytty mukaan kirjallisuuskatsaukseen, joten niistä selattiin vain lähdeluettelot. Opinnäytetöiden lähdeluetteloista löydettiin Internet-lähteitä, joita muuten ei olisi löydetty.

Kieliharhat vältettiin hakemalla aineistoa elektronisesti sekä manuaalisesti. Tietoa haettiin elektronisesti seuraavista tietokannoista: Medic, Melinda, Terveysportti, Kaakkuri, Kyyti ja Arto sekä Cinahl. Terveysportissa haettiin Sairaanhoidajan- ja Lääkärintietokantoja. Manuaalisesti tietoa etsittiin kirjallisuudesta ja lehtiartikkeleista. Manuaalisesti läpi käytiin Hoitotiede-, DUODECIM-, Sairaanhoidaja- ja Haava-lehtiä.

Säärihaavojen hoidosta ei ole tehty pro gradu-tutkimuksia eikä väitöskirjoja. Säärihaavoihin ja alaraajahaavoihin liittyvät teokset käsittelevät potilaan kokemuksia elämästä säärihaavojen kanssa eikä säärihaavojen hoitoa ole tutkittu yliopistotasolla.

Taulukko 1. Tiedonhaku

Tietokanta	Hakusanat	Tulokset	Mukaan valitut teokset/artikkelit/tutkimukset
Arto	Säärihaava	0	0
Kaakkuri	Säärihaa* OR alaraajahaa* OR krooninenhaa*	8	1
Kyyti-kirjastot	Säärihaa*	2	2
Terveysportti	Säärihaava	28	3
Sairaanhoitajan tietokannat	Säärihaavan hoito	6	2
Terveysportti Lääkärin tietokannat	Säärihaavan hoito	141	1
Medic	Säärihaav*	41	7
	Alaraajahaa*	6	1
	Säärihaa* AND hoito	23	2
Melinda	Säärihaa?	20	1
	Haav? AND Kirjaa?	30	1
CINALH	Leg ulcer AND Care AND Guide	12	0
	EWMA AND leg ulcer	9	1
	Diagnosis and Treatment of Venous Ulcers	54	1

## 4 SISÄLLÖNANALYYSI

Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla dokumentteja analysoidaan objektiivisesti ja systemaattisesti. Sisällönanalyysissä etsitään tekstin merkityksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 1031.) Sisällönanalyysillä pyritään muuttamaan aineisto selkeään ja tiiviiseen muotoon sen sisältöä kuitenkaan muuttamatta. Hajanaisesta aineistosta pyritään kokoamaan yhdenmukainen ja selkeä kokonaisuus. Sisällönanalyysi on aikaa vievä prosessi. (Engelhardt 2014, 10.)

Sisällönanalyysi jaetaan deduktiiviseen eli teorialähtöiseen ja induktiiviseen eli laadulliseen sisällönanalyysiin. Analyysiyksikön määrittämistä ohjaavat aineiston laatu sekä tutkimustehtävä. Analyysiyksikkö voi olla sana, lause tai ajatuskokonaisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)

Opinnäytetyön sisällönanalyysi tehtiin kaksivaiheisena. Deduktiivisen sisällönanalyysin avulla koottiin ensin luotettavista lähteistä opinnäytetyön teoriaosuus. Toisessa vaiheessa deduktiivisella sisällönanalyysillä valittiin teoriaosuudesta hoito-ohjeistukseen oleellimmat tutkimuskysymyksiin vastaavat tutkimukset, lehtiartikkelit sekä kirjallisuus. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tuloksena syntyi säärihaavojen hoito-ohjeistus.

## 5 SÄÄRIHAAVA

Säärihaavalla tarkoitetaan säären ihon tai ihonalaiskudoksien rikkoutumista. Säärihaava voi ulottua ihon alle, lihakseen, luuhun sekä hermo- ja verisuonirakenteisiin. (Juutilainen & Hietanen 2012, 26.) Usein säärihaavojen taustalla on verisuoniperäinen syy.

Akuutilla haavalla tarkoitetaan trauman seurauksena syntynyttä haavaa. Akuutti haava voi muuttua ajan myötä krooniseksi haavaksi. Kroonisella haavalla tarkoitetaan haavaa, joka on ollut avoimena vähintään yhden kuukauden ajan. Kroonisen haavan paranemisaikaa on vaikea arvioida. (Juutilainen & Hietanen 2012, 28.) Ajoissa huomattu alkava säärihaava, jonka hoito on aloitettu välittömästi sekä tehokkaasti, antaa paremman paranemisennusteen. Viivästynyt hoito voi olla esteenä haavan paranemiselle. (Krooninen alaraaja-haava: Käypä hoito –suositus 2014.)

Haavanhoito perustuu verenkierron parantamiseen, haavaan kohdistuvan painekuormituksen vähentämiseen ja haavan paikallishoitoon. Tarvittaessa turvaututaan revisio- ja rekonstruktiiiviseen kirurgiaan. (Hietanen 2015b). Haavojen syyt ovat moninaiset, minkä takia ongelmahaavojen hoito on hajautunutta perusterveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidossa. Hoitokäytäntöjen vaihtelun vuoksi hoitoketjut eivät toimi sujuvasti. Tehoton organisaatio hukkaa käytettävissä olevia resursseja. (Juutilainen & Hietanen 2012, 14.) Juutilainen ja Hietanen (2012, 269) kertovat tutkimuksessaan potilaiden kuvaavan säärihaavojen alkamisen joko mitättömänä vauriona tai, että säärihaava on puhjennut itsestään.

Säärihaavojen ennaltaehkäisyyn kuuluvat ihon säännöllinen tarkastaminen, kompressiohoito, turvotuksen hoito, aseptinen työskentely, ravitseminen sekä liikunta. Säärihaavojen ennalta ehkäisyyn kuuluu olennaisesti ihon eheyden säännöllinen tarkastaminen. Molemmista jaloista tulee tarkastaa ihon eheys, lämpö, väri, turvotus, suonikohjut, ekseema ja ihonalaiskovettumat. (Juutilainen & Hietanen 2012, 285.) Ihoa tulee rasvata säännöllisesti ja kovettumat poistaa ajoissa.

Perusterveydenhuoltoon kuuluu potilaan valtimoverenkierron arvioiminen. Alaraajan valtimoverenkierron riittämättömyyden oireita ovat raajan sinerrys, viileys ja leposärky. Verenkierron riittämättömyys voi aiheuttaa katkokävelyä. (Kauhanen 2010, 28.) Jalkaterien pulssit on hyvä palpoida (Juutilainen & Hietanen 2012, 285).

Työelämän yhteistyökumppanimme toivomuksen mukaisesti keskitymme työsämme jo syntyneiden haavojen hoitoon, emmekä niinkään ennaltaehkäisyyn.

## 5.1 Laskimoperäinen säärihaava

Vikatmaan (2012, 6) mukaan Suomessa on arvioitu olevan noin 11 000 – 15 000 laskimoperäistä säärihaavaa sairastavaa henkilöä. Laskimoperäisen säärihaava potilaan hoito sitoo paljon resursseja sairaaloissa sekä kotisairaanhoidossa.

Tavallisesti laskimoperäinen säärihaava sijaitsee nimensä mukaisesti säären sisäosivulla, nilkan kehräluun yläpuolella (Hannuksela 2012). Laskimoperäisen säärihaavan taustalla on usein kohonnut laskimopaine (Juutilainen & Hietanen 2012, 269). Laskimoperäisen säärihaavan syntyyn vaikuttavat isot suonikohjut sekä alaraajan syvässä laskimossa ollut tukos. Tämä aiheuttaa laskimoiden läppien tuhoutumisen ja paineen kohdistumisen ihoon. Paikallisesti sääri turpoaa, valtimoverenvirtaus vaikeutuu ja laskimoperäinen säärihaava muodostuu. (Hannuksela 2012.) Laskimoperäiset haavat uusiutuvat herkästi (Hjerppe 3/2010, 25).

Laskimoperäinen säärihaava on yleensä matala sekä fibriinikatteinen. Raaja voi olla turvonnut, raajassa voi olla staasiekseemaa sekä suonikohjuja. Haavaa ympäröivä iho on usein panssaroitunut ja pigmentoitunut. Laskimoperäistä säärihaavaa sairastavan raaja on lämmin ja kipu hellittää pidettäessä raajaa kohoasennossa. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito –suositus, 2014.) Haava erittää usein kudostenestettä ja haavan muodostuminen on hidasta (Hietanen 2015b).

Pääperiaatteina laskimoperäisen säärihaavan hoidossa ovat haavan umpeutuminen sekä estää haavan uusiutuminen (Juutilainen & Hietanen 2012, 274). Hoitotapoja ovat muun muassa turvotuksen estohoito, sidostekniikat ja lääkinälliset hoitosukat sekä haavan paikallishoito. Jaksottaisen painepuristushoidon vaikuttavuudesta laskimoperäisen säärihaavan hoitoon ei ole riittävästi näyttöä. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito –suositus 2014.)



Kuva 2. Laskimohaava (Suomen Verisuonikirurginen yhdistys r.y.)

## 5.2 Valtimoperäinen säärihaava

Kaikista säärihaavoista valtimoperäisiä haavoja on n. 9 – 22 % (Hjerppe 2010, 23). Valtimoperäinen haava sijaitsee usein jalkaterän tai varpaiden alueella, mutta haava voi olla myös sääressä. Valtimoperäinen haava on kalpea, kuivapohjainen, haavassa on musta nekroottinen kate, haavan ympäristö punoittaa ja iho on ohut. Iho ja lihakset ovat myös usein atrofisia eli surkastuneita, perifeeriset sykkeet voivat olla hyvin heikot tai puuttua kokonaan ja usein raajan karvoitus puuttuu. Valtimoperäistä säärihaavaa sairastavan raaja on viileä ja hyvin kivulias. Säärihaavan kipu voi hellittää riiputtaessa raajaa. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito –suositus 2014.) Haavan kehittyminen on nopeaa (Hietanen 2015b).

Valtimoperäisen haavanhoidon tavoitteena on kivun hallinta, haavan laajenemisen ja infektion estäminen, katteen ja kuolleen kudoksen poistaminen sekä kosteuden ylläpitäminen tai liiallisen kosteuden poistaminen (Carea 2012, 36).

Valtimoperäiset säärihaavat hoidetaan pääsääntöisesti erikoissairaanhoidossa, sillä niiden taustalla on usein kriittinen iskemia (Hjerppe 2010, 23). Kriittisellä iskemialla tarkoitetaan valtimoverenkierrosta johtuvaa hapenpuutetta, joka on uhka raajan elinkelpoisuudelle.



Kuva 3. Valtimoperäinen eli iskemian aiheuttama haava. (Suomen verisuonikirurginen yhdistys r.y.)

### 5.3 Diabeettinen säärihaava

Diabeetikoista noin 2 – 5 % saa vuosittain jalkahaavan ja 15 – 25 % diabeetikoista tulee saamaan sen elinaikanaan (Juutilainen & Hietanen 2012, 338). Diabeettinen säärihaava sijaitsee yleensä kantapäässä tai päkiässä mutta se voi esiintyä myös varpaissa. Haavan syntymisen taustalla on ihohermojen heikentynyt toiminta ja heikentynyt valtimoverenkierto tai vain toinen näistä. Haava alkaa usein hiertymänä, mitättömänä naarmuna tai haavaumana. (Hannuksela 2012.) Diabeettinen säärihaava paranee suurimmalla osalla potilaista. Diabeetikon alaraajahaava voi johtaa jalan amputaatioon nilkan yläpuolelta tai jopa kuolemaan (Juutilainen & Hietanen 2012, 338).

Diabeettinen jalkahaava on usein infektoitunut eli tulehtunut, joten diabeetikon haavojen hoidossa on hyvä käyttää haavaan tarttumattomia, edullisia tuotteita, joiden hyödyistä on tutkimusnäyttöä (Juutilainen & Hietanen 2012, 345–347).

Diabeetikon jalat tulee rasvata päivittäin ja kynnet leikata parin viikonvälein (Juutilainen & Hietanen 2012, 345). Varpaanvälit myös hautuvat helposti, joten haavojen syntymisen riski on suuri.



Kuva 4. Diabeettinen haava. (Suomen Verisuonikirurginen yhdistys r.y.)

## 5.4 Sekahaava

Kaikista säärihaavoista sekahaavoja on noin 20 % (Mölnlycke Health Care 2013). Sekahaava on seurausta laskimo- ja valtimoverenkierron heikkoudesta (Hietanen 2015a). Ulkonäöltään sekahaava on vaikeasti havaittavissa. (Mölnlycke Health Care 2013).

Sekahaavojen hoitaminen on hyvin haastavaa, joten eri hoitovaihtoehtojen punnitseminen on tärkeää. Hoitovaihtoehtoja ovat revaskularisaatio eli verisuonten laajentaminen pallolaajennuksen avulla, leikkaushoito ja kompressiohoito. Yhdistelmähoitoja suositellaan potilaalle, jolla on sekahaava. Sekahaavat infektoituvat helposti, joten ne vaativat jatkuvaa tarkkailua. Kosteaa haavaympäristö auttaa haavan paranemisessa. (Mölnlycke Health Care 2013.)

## 6 SÄÄRIHAAVOJEN PARANEMISEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Haavan paranemiseen vaikuttavat monet tekijät ja hoitohenkilökunnalla on suuri merkitys haavanhoidon onnistumiseen. Potilaasta johtuvia systeemisiä tekijöitä ovat ikä, perussairaudet, perintötekijät, ravitsemustila sekä lääkitykset. Potilaasta johtuvia psykososiaalisia tekijöitä ovat taloudelliset tekijät, hoitoon sitoutuminen, omaisten tuki, liikkuminen, tupakointi sekä alkoholin ja huumeiden käyttö. Hoitoympäristöstä ja hoitohenkilökunnasta johtuvia tekijöitä ovat ammattitaito, asenne, motivaatio, arvot, kustannukset, työvälineet ja työtilat (Ahonen ym. 2013, 116).

Haavan paranemiseen vaikuttavia paikallisia tekijöitä ovat haavan aiheuttaja, trauma, haavan ikä, haavan sijainti, koko ja kudonvaurion syvyys sekä mahdollinen leikkaus. Haava-alueen verenkierto vaikuttaa olennaisesti haavan paranemiseen. Haavan paranemista hidastavia tekijöitä ovat tulehdus, turvotus, kuolio kudoksessa sekä mahdollinen vierasesine. (Ahonen ym. 2013, 116). Potilaan perussairaudet vaikuttavat suuresti haavan paranemiseen. Sairauksilla on lähes aina negatiivinen vaikutus paranemisprosessiin.



Taulukko 2. Muokattu. Haavan paranemiseen vaikuttavia sairauksia (Ahonen ym. 2013, 116)

<b>Haavan paranemiseen vaikuttavia sairauksia</b>	
Hengityselinsairaudet	COPD Pneumonia Bronkiitti
Imeytymissairaudet	Chronin tauti Colitis ulserosa
Immuunijärjestelmän sairaudet	Syöpä HIV LED Reuma
Metaboliset sairaudet	Diabetes Maksan vajaatoiminta Munuaisten vajaatoiminta
Sydän- ja verisuonisairaudet	Anemia Arterioskleroosi
Tunto- ja liikuntakyvyn puutoksia aiheuttavat sairaudet	Hemiplegia Neuropatia

Oikeanlaisen ravinnon tiedetään edesauttavan haavan paranemisessa. Haavan umpeutumisen kannalta on tärkeää saada ravinnosta tarpeeksi energiaa ja proteiinia, jotta solut pystyvät uudelleenmuodostumaan. Haavapotilaan energiansaannin tulee olla suurempi kuin terveeseen ihmiseen. Kroonisesta haavasta kärsivän potilaan energiantarve on 35–40 kcal/kg/vrk, kun perusterveen ihmisen energiantarve on 30–35 kcal/kg/vrk. Ravitsemushoitosuosituksen mukaan säännöllisiä täydennysravintovalmisteita suositellaan kroonisista haavoista kärsiville potilaille. Runsasenergisestä ravinnosta tiedetään helpottavan hoitajien työmäärää, vähentävän haavasidosten tarvetta ja vähentävän yhteiskunnan kuluja. (Eriksson 2010, 40–43.) Usein ravinnon merkitys unohdetaan haavanhoidossa, ja näinkin yksinkertaisella asialla on suuri merkitys potilaan elämänlaatuun. Elämänlaatua ei voi rahassa mitata.

Haavan paraneminen voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: tulehdusvaiheeseen, kasvuvaiheeseen ja kypsyysvaiheeseen. Tulehdusvaihe (inflammatorinen vaihe) kestää 3–4 päivää alkaen tapaturmasta. Kasvun vaihe (proliferaatio vaihe) kestää kolme viikkoa, jolloin kudoksessa tapahtuu paranemista. Vaihetta kutsutaan myös granulaatiovaiheeksi. Kypsyysvaihe (maturaatiovaihe) on haavan paranemisen viimeinen vaihe joka kestää vuodesta kahteen vuoteen. Kypsyysvaiheen aikana haavan reunat kasvavat yhteen ja muodostuu arpikudosta. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2013, 228.)

## 7 ASEPTIIKKA

Hyvät käsihygieniataidot ovat osa onnistunutta haavanhoitoa. Yleisin infektioiden leviämistapa on kosketustartunta ja siksi hoitohenkilökunnan tulee noudattaa hyvää aseptista työtettä. (Einimö 2012, 22.)

Kädet tulee pestä saippuavedellä, kun käsissä on näkyvää likaa ja aina wc-käynnin jälkeen (Juutilainen & Hietanen 2012, 115). Kädet tulee desinfioida työyksikköön tultaessa ja työyksiköstä poistuttaessa, ennen potilaskontaktia ja sen jälkeen. Käsien desinfiointi tulee tehdä myös jokaisen työvaiheen välillä, ennen suojakäsineiden pukemista, suojakäsineiden vaihdon yhteydessä ja suojakäsineiden riisumisen jälkeen. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 101.)

Suojakäsineiden käyttöön tulee kiinnittää erityistä huomiota. Suojakäsineet tulee vaihtaa aina työvaihekohtaisesti, sidosta poistettaessa ja uutta sidosta laitettaessa, jotta mikrobeja ei levitetä kontaminoituneilla käsineillä muualle ympäristöön. (Einimö 2012, 22.) Suojakäsineitä käyttämällä estetään taudinaiheuttajan siirtyminen henkilökunnasta potilaaseen sekä estetään infektioiden leviäminen ympäristöön käsienvälityksellä (Rautava-Nurmi ym. 2013, 102). Suojakäsineet suojaavat potilasta sekä henkilökuntaa.

Haavanhoidossa voidaan käyttää tehdaspuhtaita käsineitä, nitrilikäsineitä, vinyyliekäsineitä, lateksi käsineitä tai synteettisiä neopreeniekäsineitä. Tehdaspuhtaat käsineet, nitrilikäsineet ja vinyyliekäsineet soveltuvat haavanhoitoon, jossa ei käytetä mekaanista rasiitetta. Haavanhoidossa, jossa altistutaan eritteille ja verelle, voidaan käyttää lateksiekäsineitä. Invasiivisissa eli kajoavissa toimenpiteissä, joissa tarvitaan steriliteettiä, käytetään puolestaan synteettisiä

neopreenikäsineitä, jotka tunnetaan paremmin leikkauskäsineinä. Neopreenikäsineet soveltuvat potilaan hoitoon, jolla on lateksiallergia. (Juutilainen & Hietanen 2012, 117.)

Myös erilaisten suojainten käyttöä vaaditaan tietyissä haavanhoitotilanteissa. Kun haava erittää tai roiskeet ovat mahdollisia, on käytettävä suojaesiliinaa. Suu-nenäsuojaa käytetään, jos haavapotilaalla on todettu MRSA tai roiskevaara. (Juutilainen & Hietanen 2012, 118; Einimö 2012, 22.)

Haavanhoito tulee suunnitella huolellisesti, jotta aseptiikka onnistuisi hyvin. Tarvittavat tarvikkeet tulee kerätä valmiiksi ja hoitaa potilas ilman kiirettä. (Einimö 2012, 23.) Käsineitä ei myöskään tule varastoida työtakin taskuun, koska ne voivat kontaminoitua (Juutilainen & Hietanen 2012, 117).

## 8 ALARAAJATURVOTUKSEN HOITO

Alaraajaturvotus hidastaa merkittävästi säärihaavan paranemista ja turvotus voi myös itsessään johtaa säärihaavan syntyyn. Yleisin turvotuksen syy on infektio, jonka oireita ovat turvotus, kuumotus, punoitus ja kipu. Alaraajaturvotus on syytä huomioida ajoissa, sillä turvonnut jalka on usein hyvin kipeä ja kipu saattaa estää tukisidosten ja lääkinnällisten hoitosukkien käytön. (Jahkola 2012, 18.) Turvotuksen ennaltaehkäisy ja jo syntyneen turvotuksen poistaminen estävät säärihaavan syntymisen. Kudosten verenkierto paranee ja haavaveritys vähenee, kun turvotus saadaan poistettua raajasta. (Juutilainen & Hietanen 2012, 285.) Kohoasennolla voidaan onnistuneesti poistaa jo syntynyttä turvotusta.

Lääkinnällisen hoitosukan tai tukisidoksen avulla toteutetaan kompressiohoitoa. Kompressiohoidolla poistetaan tai ehkäistään turvotusta puristamalla jalkaa ulkoapäin. Tarkoituksena on parantaa laskimoverenvirtausta aorttaan. (Juutilainen & Hietanen 2012, 285; Paananen 2012, 24.) Kompressiohoito voi olla jopa elinikäinen hoito, sillä oireet usein palaavat, jos hoito keskeytetään (Juutilainen & Hietanen 2012, 285). Alaraajaturvotuksen estohoito tulee aloittaa tukisidoksella, sillä raajan koko voi muuttua hyvinkin paljon turvotuksen eri vaiheissa (Paananen 2012, 24). Kompressiohoitoa ei voida toteuttaa, jos potilaalla on alaraajojen tukkiva valtimotauti (Juutilainen & Hietanen 2012, 286).

Collinsin ja Serajin (2010, 993) tutkimuksen mukaan jalan kohohoito yhdessä kompressiohoidon kanssa on suositusten mukaista. Jalka tulisi olla kohoasennossa sydämen tason yläpuolella. Kohoasennon tavoitteena on vähentää turvotusta, parantaa verenkiertoa ja hapen kuljetusta sekä nopeuttaa haavan paranemista. Jotta hoito olisi tehokasta, tulisi sitä toteuttaa noin 30 minuuttia 3 - 4 kertaa päivässä.

Jørgensen (2008, 25) on tutkinut laskimoperäistenhaavojen kompressiohoitoa. Hänen tutkimuksestaan tulee ilmi, että kotihoidon toteuttama kompressiohoito on aikaa vievää ja tehotonta. Tutkimuksen mukaan EWMA:n ohjeita eikä ammattilaisten näkemyksiä ole huomioitu käytännön hoitotyössä.

## 8.1 Kompressiosidokset

Laskimoperäisten säärihaavojen ja sekahaavojen hoidossa tulee pohtia, mikälainen sidos raajaan valitaan. On hyvin tärkeää, ettei kompressiosidosta laiteta liian tiukalle, sillä liian tiukalla oleva sidos uhkaa raajan elinkelpoisuutta. (Jørgensen 2008, 25.) Hoitajan tulee osata sitoa tukisidos oikein, jotta se pysyy paikallaan eikä tuota potilaalle kipua. Alaraajan sidontatekniikoita on kolme: anatominen, spiraali ja tähkämalli. (Juutilainen & Hietanen 2012, 286–287.)

**Anatominen sidonta** tehdään kahdella sidoksella. Ensimmäinen rulla aloitetaan varpaiden tyvestä ja edetään pohkeen muodon mukaisesti alhaalta ylös, ylhäältä alas ja vielä kerran ylös. Toisella rullalla sitominen tulee aloittaa nilkasta. Anatomiseen sidontaan käytettävien sidosten tulee olla vähän joustavia. (Juutilainen & Hietanen 2012, 287.)

**Tähkämallinen sidonta** kierretään ala- ja ylviistoon vuoron perään, aloittaen varpaiden tyvestä ja etenemällä niin, että peitetään koko kantapää ja sidos päättyy polven alapuolelle. Tähkämallinen sidonta tulee tehdä runsaasti joustavalla sidoksella ja paineen tulee kohdistua nilkkaan. (Juutilainen & Hietanen 2012, 287.)

**Spiraalinmallinen sidonta** aloitetaan varpaiden tyvestä ja edetään kiertäen säärtä kohti. Sidoksen tulee peittää ainakin 1/3 edellisestä kierroksesta. Mitä enemmän kierrokset menevät päällekkäin, sitä enemmän painetta voidaan kohdistaa raajaan. Sidoksen tulee olla ominaisuudeltaan runsaasti joustavaa. (Juutilainen & Hietanen 2012, 287.)



Kuva 5. Sidosmallit. A. Anatominen B. Tähkämalli C. Monikerros. (ESSHP 2013)

Kaikissa sidosmalleissa nilkka täytyy sitoa 90 asteen kulmaan. Nivelten kohdalla sidoksen tulee olla riittävän tukeva ja voimakas, kuitenkin estämättä liikettä. Jotta polvea on helppo taivuttaa, tulee sidoksen loppua noin 2 senttimetriä ennen polvitaivetta. (Juutilainen & Hietanen 2012, 287.)

### 8.1.1 Vähäelastinen sidos

Vähäelastinen sidos eli joustamaton sidos tukee melko voimakkaasti raajaa. Sidosten aiheuttama paine on melko vähäinen, joten sidoksia voidaan pitää paikoillaan parin päivän ajan. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito –suositus 2014.) Vähäelastiset sidokset eivät sovellu liikuntakyvyttömille potilaille, alhaisen lepopaineen takia (Juutilainen & Hietanen 2012, 288; Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito –suositus 2014).

### 8.1.2 Runsaselastinen sidos

Runsaselastiset eli runsaasti joustavat sidokset mukautuvat jalan muotoon kävellessä (Juutilainen & Hietanen 2012, 287). Runsaasti joustavia sidoksia suositellaan varsinkin liikuntakyvyttömille potilaille. Runsaselastinen sidos on joko spiraali- tai tähtimallinen sidonta tavaltaan. Sidokset tulee sitoa aamuisin ja poistaa ennen nukkumaan menoa. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito – suositus 2014.)

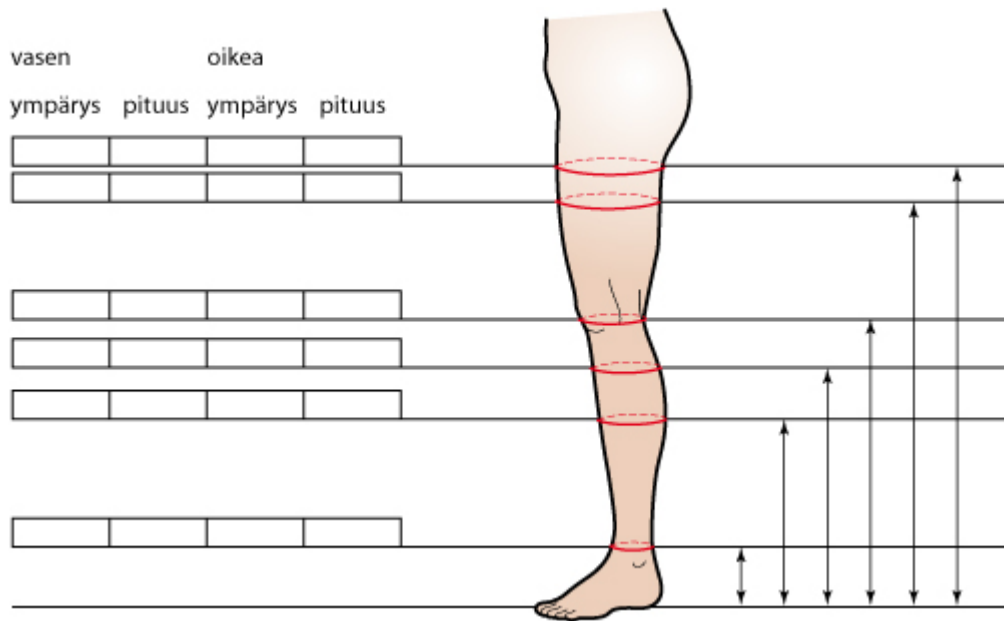
### 8.1.3 Monikerrossidos

Monikerroksisissa sidoksissa on 2 - 4 sidoskerrosta. Sidokset sisältävät pehmustekerroksen, kierre- ja kreppisidoksia sekä vähän tai runsaasti elastisia sidoksia päällimmäisenä kerroksena. (Juutilainen & Hietanen 2012, 287.) Sidos pysyy hyvin paikoillaan ja se sidotaan noin kerran viikossa (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito –suositus 2014).

## 8.2 Hoitosukat

Lääkärin tehtävänä on arvioida hoitosukan puristusluokka ( I – IV ) ja huomioida potilaan lääketieteelliset syyt, kun lääkinnällistä hoitosukkaa päädytään käyttämään (Paananen 2012, 25). Hoitosukkien käyttöön voidaan siirtyä, kun alaraajaturvotus on laskenut ja haavan erittäminen on vähentynyt. Hoitosukat valitaan aina raajan piteuden ja paksuuden mukaan. Alaraajan mittausta tulee suorittaa aamulla. Hoitosukkien kanssa ei voida käyttää paksuja haava-sidoksia, sillä paksu haavasidos voi aiheuttaa yhdessä hoitosukan kanssa ylipainetta raajaan. Hoitosukkia on erilaisia, kuten umpi- ja avokärkisiä. (Juutilainen & Hietanen 2012, 288.)

Hoitajia tulisi opastaa oikeanlaisen ympärysmittan mittaamisessa, jotta potilaat saavat oikeanlaiset sukat (Dowsett 2011, 116). Hietasen (2013) mukaan alaraajan mitat tulee ottaa kuudesta kohdasta; nilkasta, pohkeen paksuimmasta kohdasta, polvitaiteen ja pohkeen puolivälistä, polvitaiteen kohdalta, reidestä sekä pakaralan alapuolelta.



Kuva 6. Hoitosukan mittaaminen (Hietanen 2013)

Taulukko 3. Puristusluokat (Juutilainen & Hietanen 2012, 289)

Puristus- luokka	Käyttö	Paine mmHg
I	Laskimoiden vajaatoiminta Syvän laskimoveritulpan ehkäisy	15 – 23
II	Laskimoperäinen turvotus ja säärihaavat Imutieperäinen turvotus	23 – 34
III	Vaikea laskimoperäinen turvotus ja säärihaavat Vaikeampi imutieperäinen turvotus	35 – 49
IV	Vaikea imutieperäinen turvotus	Yli 50

Käypä hoito –suositusten (Krooninen alaraajahaava 2014) mukaan puristusluokan tulisi olla 2 tai jopa korkeampi, jos potilas siihen suostuu. Jotta iäkkäimpien potilaiden hoitomyöntyvyys säilyisi, iäkkäimmille potilaille riittää puristustehoksi luokka 1.

Yksi pari hoitosukkaa kestää käytössä noin kuusi kuukautta, joten hoitosukat eivät ole ikuisia. Potilaalla olisi hyvä olla ainakin kaksi paria hoitosukkaa, sillä sukat täytyy pestä, kun ne ovat likaiset. (Paananen 2012, 25.)

## 9 HAAVAN PUHDISTAMINEN

Haavan puhdistaminen on haavanhoidon ensimmäinen ja tärkein vaihe. Puhdistamisen tarkoituksena on aina poistaa epäpuhtaudet, kuollut kudokset, eritteet ja haavanhoitotuotteiden jäämät. (Juutilainen & Hietanen 2012, 186.) Haavat voidaan puhdistaa käyttämällä juomakelpoista vettä, keittosuolaliuosta (NaCl 0,9 %), ringerin liuosta tai haavojen puhdistamiseen tarkoitettuja tuotteita. Haavojen puhdistamiseen tarkoitettuja tuotteita on puhdistuspyyhkeinä (UCS) tai vaihtoehtoisesti liuoksina (Dermacyn, Prontosan). (Carea 2012, 5.)

Hoitokylvyn tarkoituksena on puhdistaa ja hoitaa tulehtunutta säärihaavaa. Hoitokylvyn suorittamiseen tarvitaan korkea pesuväli ja aktiivisesti vaikuttavaa ainetta (kaliumpermanganaatti 0,5 g/l, tehoavat bakteereihin). Raajaa kylvetetään vedessä 10 - 15 minuuttia ja hoito tulee toteuttaa parin päivän ajan, kerran vuorokaudessa. Varpaiden välit täytyy kuivata huolellisesti hoitokylvyn jälkeen. (Juutilainen & Hietanen 2012, 188–189.)

Haava ei saa jäähtyä, joten haavasidokset tulee poistaa haavalta juuri ennen aiottua haavanpuhdistamista. Haavasidokset tarttuvat herkästi ihoon kiinni ja ne tulee poistaa hyvin varovaisesti käyttäen apuna kädenlämpöistä juomakelpoista vettä, kostuttamalla poistettavat sidokset keittosuolaliuoksella (NaCl 0,9 %) tai Ringerliuoksella. Haavanhoitoon tarkoitettua öljyä (Ceridal) voidaan myös käyttää apuna haavasidosten poistossa. Öljy pehmittää kiinni tarttuneita sidoksia. (Carea 2012, 5.)

### 9.1 Haavan mekaaninen puhdistaminen

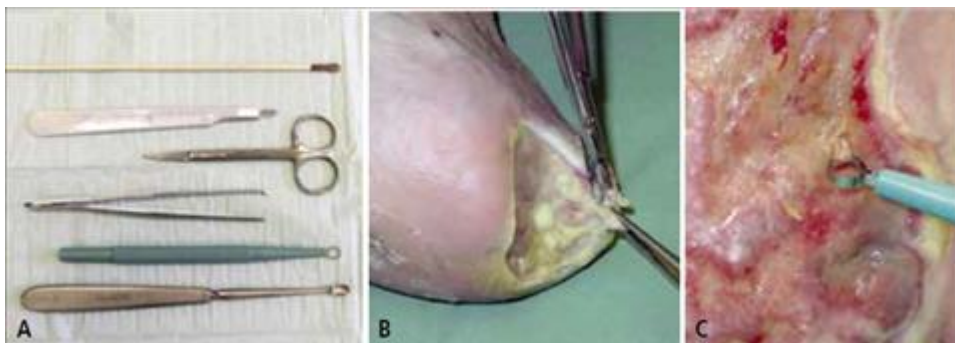
Haavan mekaanisella puhdistuksella tarkoitetaan haavan katteisen ja kuolleen kudoksen poistamista kauhalla, pienillä saksilla, atuloilla eli pinseteillä, kirurgisella veitsellä, haavakauhoilla tai rengaskyretillä (Carea 2012, 5). Kyretti on pitkävartinen, kauhantapainen haavan puhdistamiseen tarkoitettu työväline.



Haavan paranemisvaihe ja haavalla oleva kudus on aina arvioitava ennen kudoksen poistamista (Juutilainen & Hietanen 2012, 189). Mekaanisessa puhdistuksessa täytyy noudattaa aseptista työjärjestystä. Aluksi kerätään tarvittavat välineet ja tarkistetaan haava-alueen kudus. Tärkeää on arvioida, onko haavassa havaittavissa onkaloitumista.

Aluksi haavalle laitetaan paikallispuudutetta (Xylocain 2 % -geeli) noin 30 - 60 minuuttia ennen haavan puhdistamista. Haava tulee puhdistaa välittömästi, kun puudute on pyyhitty pois haavan pinnalta. (Korhonen 2012, 18). Haava puhdistetaan puhdistuspyyhkeellä (USC), haavan puhdistukseen tarkoitettulla liuoksella (Dermacyn, Prontosan) tai 0,9 % keittosuolaliuoksella. Puhdistuksen jälkeen voidaan aloittaa mekaaninen puhdistaminen tarttumalla atuloilla eli pinseteillä poistettavaan kudokseen, joka leikataan kirurgisella veitsellä tai steriileillä saksilla. Pehmeä nekroosi ja keltainen/vihreä fibriinikate on helpoin puhdistaa kauhomalla käyttäen apuna haavakauhoja ja/tai rengaskyrettiä. Haava voi vuotaa toimenpiteen jälkeen verta ja verenvuoto voidaan tyrehdyttää joko kuivalla tai vetyperoksidiliuokseen kostutetulla taitoksella. (Juutilainen & Hietanen 2012, 189.)

Mekaanista puhdistusta ei tule tehdä, jos potilas kokee kipua, haava vuotaa runsaasti verta, haavan kudus on epäselvä tai kudosta epäillä pahanlaatuisiksi (Juutilainen & Hietanen 2012, 190).



Kuva 7. Mekaaninen puhdistus. A. Välineet B. Puhdistaminen saksilla ja C. puhdistaminen rengaskyretin avulla. (Juutilainen 2011)

## 9.2 Haavan entsyymaattinen ja autolyyttinen puhdistus

Entsyymaattista haavanpuhdistusta käytetään pienissä nekroottispohjaisissa haavoissa, mekaanisen puhdistuksen apukeinona. (Juutilainen 2011; Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito –suositus 2014). Menetelmässä valkuaisaineita pilkkovat entsyymit tuhoavat kuollutta kudosta, kuitenkin elävää kudosta vahingoittamatta (Juutilainen & Hietanen 2012, 80).

Mekaanisen puhdistuksen tukena voidaan käyttää myös autolyyttistä puhdistusta, joka perustuu valkuaisaineita pilkkovien entsyymien ja makrofagien kykyyn hajottaa kuollutta kudosta kosteassa ympäristössä. Kuollutta kudosta pehmitetään ensin esimerkiksi hydrogeeleillä, jolloin kudosta irtoaa puhdistusvaiheessa helpommin. (Juutilainen 2011.) Autolyyttinen puhdistus on kivutonta ja sopii fibriinikatteisten haavojen puhdistukseen (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito –suositus 2014).

## 9.3 Biologinen puhdistus

Biologisella puhdistuksella eli toukkahoidolla tarkoitetaan, että laboratorio-olosuhteissa kasvatetaan kärpäsien toukkia haavanhoitoa varten. Toukkia on 50, 100 tai 150 yhdessä pussissa ja toukkia sisältävä pussi laitetaan haavan päälle puhdistamaan haavaa. Toukat syövät kuollutta kudosta ja katetta mutta eivät tuhoa tervettä kudosta. (Juutilainen & Hietanen 2012, 195–197.)

Toukkien puhdistavan vaikutuksen takia hoitoa kutsutaan biologiseksi puhdistukseksi. Hoito on hyvin kallista mutta, jos hoito voidaan toteuttaa polikliinisesti kustannukset pienenevät huomattavasti. (Juutilainen & Hietanen 2012, 195–197.)

## 10 HAAVANHOITO JA HAAVANHOITOTUOTTEIDEN VALINTA

Haavanhoidon tulee olla tietoista ja tavoitteellista toimintaa, jonka tavoitteena on aina parantaa haava nopeasti (Korhonen 2012, 18).

Erilaisilla haavanhoitotuotteilla tarkoitetaan haavanpuhdistusaineita ja -pyyhkeitä, liuoksia, haavanhoitoon ja sen peittämiseen tarkoitettuja valmisteita sekä sidoksia ja haavan ympäristöä suojaavia tuotteita (Juutilainen & Hietanen 2012, 136). Eri valmistajien haavanhoitotuotteissa on eroja, mutta niiden paremmuudesta toisiinsa nähden ei ole tutkittua tietoa (Korhonen 2012, 21). Haavakipua ja haavanhoitokertoja on kuitenkin pystytty nykyaikaisilla tuotteilla vähentämään (Juutilainen & Hietanen 2012, 136).

Useat tekijät vaikuttavat siihen, mitä haavanhoitotuotteista käytetään. Ensimmäisiä tekijöitä ovat potilaasta johtuvat tekijät, kuten perussairaudet ja allergiat. Huomiota tulee kiinnittää myös haavan luonteeseen, haavan kokoon ja sijaintiin, haavan ympäröivän ihon kuntoon sekä tarvikkeiden hintoihin. (Juutilainen & Hietanen 2012, 136.) Haavanhoitotuotteiden hinnoissa on monien kymmenien eurojen eroja.

Haavanhoitotuotteiden valinnassa tulisi suosia aktiivisia sidoksia passiivisten sidoksien sijaan. Passiivisilla tuotteilla on enemmän haittavaikutuksia ks. luku 10.1. Haittavaikutuksia ovat haavapinnan kuivuminen ja ylimääräisen kivun aiheuttaminen haavasidoksen tarttuessa kiinni haavapintaan. (Juutilainen & Hietanen 2012, 137.)

### 10.1 Haavasidosten luokittelu vaikutusmekanismien mukaan

**Aktiiviset haavasidokset** vaikuttavat paranemiseen erilaisten mekanismien kautta. Aktiivisiin haavasidoksiin kuuluvat tuotteet, jotka sisältävät lääkeaineita, erikoisvalmisteita, pieneliöitä tuhoavia (antiseptisiä) tai niiden kasvua estäviä (antimikrobisia) aineita sekä tekoihovalmisteita ja kasvutekijöitä. (Juutilainen & Hietanen 2012, 139.)

**Passiivisissa haavasidoksissa** eli perussidoksissa ei ole mukana vaikuttavaa ainetta eli lääkeainetta. Sidokset imevät haavaeritettä ja suojaavat haavaa. Passiivisia tuotteita ovat haavatyyny, harso- ja kuitutaitokset, kiinnitys-, tuki- ja verkkosidokset. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito –suositus 2014;Carea 2012, 8.)

**Interaktiiviset haavasidokset** sisältävät joko vaikuttavaa ainetta tai ne aktivoituvat haavaeritteestä. Sidokset voidaan myös tarvittaessa aktivoida natriumkloridilla (NaCl). Interaktiivisia tuotteita ovat vaahtosidokset, hydrokuitu- ja geelilytyvät kuitukangastuotteet, hydrogeelit, vettä hylkiviksi käsitellyt kankaat, algiinaatit ja hydrokolloidit. (Juutilainen & Hietanen 2012, 139.)

## 10.2 Haavanhoitotuotteiden valinta geneerisen nimen mukaan

**Hydrofobiset sidokset** (Sorbact®) ovat vihreän värisiä asetaatti- tai puuvillakuitusidoksia, jotka on käsitelty rasvahappoesterillä. Sidokset ovat myös vettä hylkiviä ja sitovat puoleensa sieniä ja bakteereja. Kun sidos poistetaan, poistuvat myös mikrobit. Sidoksia on saatavilla haavatyynyinä, polyuretaanisidoksina, geeli- ja sidetaitoksina, nauhoina sekä sykeröinä. Hydrofobisia sidoksia voidaan käyttää infektion ehkäisyyn erittävissä haavoissa, kuiville haavoille sekä pinnallisten ja syvien haavojen hoitoon. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito –suositus 2014;Carea 2012, 8.)

**Hydrokolloidi** haavanhoitotuotteita (DuoDERM ExtraThin®) on levyinä, kuituna, pastana sekä geelinä, joka on yhdistetty alginaattisidokseen tai hydrokuitusidokseen. Tuotteen ominaisuuksiin kuuluu haavaeritteen imukyky mutta samalla haava pysyy sopivan kosteana. Hydrokolloidisidoksen läpi voidaan seurata haavaerityksen määrää, joka helpottaa eritteen määrän arviointia. Tuotteet soveltuvat kohtalaisesti erittäville haavoille, epitelisoiville, granuloiville ja fibrinikatteisille haavoille. (Juutilainen & Hietanen 2012, 147.)

**Hydrokuitusidoksia** on saatavissa levyinä (Aguacel™) ja nauhoina, jotka tarvitsevat kiinnityssidoksen (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito –suositus 2014). Hydrokuitusidokset ovat tarkoitettu runsaasti erittävien, kroonisten ja akuuttien haavojen hoitoon. (Juutilainen & Hietanen 2012, 152.) Osa hydrokuitusidoksista sisältää hopeaa (Aguacel™ Ag). Hopeasidosta käytetään runsaasti erittävissä haavoissa, joissa on usein tulehdus tai tulehdusriski (Linctus oy).

**Hydrogeelivalmisteita** on saatavissa geeleinä (Purilon-geeli®) ja levyinä (Elasto-Gel®). Geelituotteiden kanssa on käytettävä erillistä peittosidosta. Valmisteet antavat lisäkosteutta, joten ne soveltuvat erinomaisesti kuiville, katteisille ja vähän erittäville haavoille. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito – suositus 2014.)

**Alginaattisidoksia** on levyinä, nauhana ja sitä on käytetty myös geeleissä ja yhdistelmäsidoksissa. Tuotteen ominaisuuksia ovat nopea imukyky sekä geellytyminen, joka estää haavanreunojen maseraation eli vettymisen/pehmentymisen. Alginaatteja käytetään erittäville kroonisille haavoille, kuten jalkahaavoille ja onkalohaavoille (Juutilainen ja Hietanen 2012, 151–152), joissa on fibriinikate tai haava erittää runsaasti (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito - suositus 2014.) Alginaatti voi myös sisältää hopeaa (Acticoat™ Absorbent), lääkkeellistä hunajaa (Algivon™) tai aktiivihiihtä (Juutilainen & Hietanen 2012, 152).

**Entsyyntuote** (Irujol mono®, Varidase) on saatavilla voidemaisena tuotteena, jonka vaikuttavana aineena on kollageenaasi. Kollageenaasi irrottaa terveestä kudoksesta kuolleen kudoksen. (Carea 2012, 9.) Valmistetta käytetään fibriini- ja nekroosikatteisissa haavoissa. Entsyyntuote tarvitsee suojasidoksen, joka ylläpitää kosteutta (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito –suositus 2014).

**Lääkkeellinen hunaja** toimii bakteerien lisääntymistä estävänä (antibakteerisena), tulehdusta vähentävänä (anti-inflammatorisena) ja hajua neutralisoivana tuotteena. Hunaja luo haavalle kostean ja suotuisan ympäristön. Haavanhoitoon tarkoitettuja hunajatuotteita on saatavilla geeleinä (Medical honey 80 – 100 % Manuka) ja voiteina (Activon Tube®). Lääkkeellistä hunajaa on myös imeytettynä alginaattiin ja haavaverkkoon (L-Mesitran®). Hunaja pehmentää haavassa olevaa katetta ja kuollutta kudosta, joten se helpottaa mekaanista puhdistusta. Sidos, joka sisältää hunajaa tulee vaihtaa 2–5 vrk välein, alussa päivittäin. Hunajatuotteet sopivat syvien, pinnallisten ja infektoituneiden haavojen hoitoon. Hunaja sopii myös diabeetikon alaraajahaavojen hoitotuotteeksi. (Juutilainen & Hietanen 2012, 156–157).

**Lääkkeellinen pihka** (Abilar® 10 %) sopii avoimiin, nekroottisiin ja infektoituneisiin haavoihin. Pihkalla on bakteerien lisääntymistä ehkäisevä vaikutus, ja pihkasalvaa voidaan tarvittaessa käyttää koko haavanhoitoprosessin ajan (Juutilainen & Hietanen 2012, 157–158).

**Polysakkaridivalmisteita on** saatavilla pastana, levyinä ja jauheena (IODOSORB®). Polysakkaridivalmisteet ovat haavaeritettä imeviä tuotteita, joita käytetään fibriinisen- ja nekroottisen kudoksen poistamiseen. Valmisteet soveltuvat myös infektoituneille haavoille mutta kuiviin haavoihin tuotetta ei saa käyttää. Valmisteet sisältävät jodia, joten sitä ei suositella myöskään jodiallergisille. (Carea 2012, 5)

**Polyuretaanikalvot** (Hydrofilm®) ovat puoliläpäiseviä ja hengittäviä kalvoja, jotka pitävät haavan kosteana. Polyuretaanikalvot eivät ole imukykyisiä, eivätkä täten sovellu infektoituneille haavoille. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito –suositus 2014.) Ensimmäiseksi sidokseksi polyuretaanikalvo sopii haavoihin, jotka ovat pinnallisia ja vähän erittäviä. Polyuretaanikalvoa voidaan pitää myös toisena sidoksena kompressien ja imevien sidosten päällä niin sanottuna kiinnittäjänä. (Carea 2012, 9.)

**Vaahdosidokset** eli foamit ovat imukykyisiä pehmeitä haavalevyjä, joita voidaan valmistaa polyuretaanivaahdosta (Advasorb, Allewyn™, Suprasorb® P, Permafoam®), silikonivaahdosta tai polyuretaani- ja silikonivaahdonyhdistelmistä (Advasil®-, Conform™-, Mepitel™ –tuotteet) (Juutilainen & Hietanen 2012, 150). Polyuretaanivaahdosidokset eivät tartu haavan pohjaan ja niitä on saatavilla kiinnittymättöminä ja itsestään kiinnittyvinä. Polyuretaanivaahtolevyt eivät sovellu runsaasti erittäville haavoille. (Carea 2012, 8.)

**Aktiivihiihsidokset** (Askina Carbosorb®, Carbonet®) ovat monikerroksia sidoksia, jotka sisältävät aktiivihiihtä. Aktiivihiihi sijaitsee sidoksien välissä, joten sidosta ei saa leikata, jotta vaikuttava-aine ei pääse valumaan pois sidoksesta. Aktiivihiihsidosta käytetään erittäviin ja infektoituneisiin haavoihin ja ne toimivat myös hajun poistajana pahanhajuisissa haavoissa. (Carea 2012, 9.) Sidokset voivat sisältää myös hydrokuituja ja polyuretaanivaahtoa. Kiinnittyäkseen aktiivihiihsidokset tarvitsevat kiinnityssidoksen. Hiilen vaikutuksesta haavan ympäristö saattaa muuttua tummaksi. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito –suositus 2014.)

### 10.3 Haavanhoito ja haavanhoitotuotteiden valinta haavojen luokittelun mukaan

Haavanhoidon toteutus riippuu haavan paranemisen vaiheista ja haavakudoksen ominaisuudet vaikuttavat myös olennaisesti haavan hoitoon. Haavan hoitoon vaikuttavat haavan koko, syvyys ja onko näkyvillä jännettä, luuta tai hermoa. Avoimen haavan VPKM-väriluokituksen mukaan haavat voidaan jakaa neljään eri luokkaan. (Juutilainen & Hietanen 2012, 66, 200.)

**Vaaleanpunainen haava** on umpeen kasvanut ja parantunut (Rautava-Nurmi ym. 2013, 228). Vaaleanpunaisessa haavassa on epitelisaatiokudosta, joka on ohutta ja helposti vaurioituvaa uudiskudosta (Juutilainen & Hietanen 2012, 66). Vaaleanpunaisen haavan haavanhoitoon käytetään kosteutta ylläpitäviä sidoksia, kuten hydrokolloidituotteita, hydrogeelejä, polyuretaanivaahtosidoksia, polyuretaanikalvoja sekä verkkosidoksia (Carea 2012, 6).

**Punainen haava** on paranemassa oleva haava, jossa on verestä uudiskudosta eli granulaatiokudosta (Juutilainen & Hietanen 2012, 67; Rautava-Nurmi ym. 2013, 228). Yleensä punainen haava ei eritä ja on kivuton, mutta se voi olla myös infektoitunut, jolloin haava erittää ja on hyvin kivulias (Rautava-Nurmi ym. 2013, 228). Punaisen haavan haavanhoitoon käytettävät sidokset vaihtelevat haavan erityksen runsauden mukaan. Kudostenestettä runsaasti erittävään haavaan tulee käyttää tuotteita, jotka imevät eritettä ja ehkäisevät turvotusta. Kohtalaisesti erittävään haavaan voidaan käyttää verkkosidoksia, polyuretaanivaahtolevyä, yhdistelmäsidoksia tai hydrokolloidisidosta. Hydrokolloidisidos on ihon värinen levy, joka on itsestään kiinnittyvä. (Hietanen 2015b.) Runsaasti erittävään haavaan voidaan käyttää alginaatteja, hydrofibersidoksia ja polyuretaanivaahtosidoksia (Carea 2012, 6).

**Keltaisessa haavassa** on fibriinikatetta. Fibriinikate voi olla pehmeää, ohutta, paksua tai venyvää kudosta, jota on yleensä matalassa haavassa. (Juutilainen & Hietanen 2012, 67–68.) Keltainen haava tulee puhdistaa mekaanisesti. Haavasidoksen tulee olla kostuttava tai katetta irrottava. Haavan sidoksiksi soveltuvat hydrokolloidi, polyuretaanivaahtosidos, entsyymattinen tuote, hydrogeeli tai keittosuolageeli, hydrofibersidos ja geelityväsidosis. Fibriinikatteeseen haavaan voidaan käyttää myös sidosta, joka sisältää lääkkeellistä hunajaa tai pihkaa. (Hietanen 2015b.).

**Mustassa haavassa** on nekroottista kudosta. Nekroottinen kudos on kuollutta kudosta, joka on tarttunut kiinni haavapohjaan. Kudos hidastaa haavan paranemista. (Juutilainen & Hietanen 2012, 68.) Mustan eli nekroottisen haavanhoitoon, kuuluu olennaisesti kuolleen kudoksen poistaminen. Kuolleen kudoksen poistoa ei saa tehdä, ennen kuin lääkäri on tehnyt raajan verisuonientilan selvityksen. Kun verisuonientila on selvitetty ja päädytään kuolleen kudoksen poistoon, tehdään kudoksen poisto kirurgisesti tai mekaanisesti. (Hietanen 2015b.) Vähän erittävälle nekroottiselle kudokselle sopivia haavanhoitosidoksia ovat entsyymaattinen valmiste, hydrogeelit, hunaja- ja pihkatuotteet. Runsaasti erittävälle nekroottisella kudoksella sopivia tuotteita ovat alginaatit, hunajasidokset, polysakkaridivalmisteet sekä entsyymaattiset valmisteet. (Carea 2012, 6.)

**Infektoituneen** eli tulehtuneen haavan hoitoon voidaan käyttää antiseptisiä tuotteita, kuten hopeasidoksia tai hydrofobiasidoksia. Lääkkeellinen pihka ja hunaja soveltuvat myös hyvin infektoituneen haavan hoitoon. (Hietanen 2015a.) Runsaasti erittävälle infektoituneelle haavalle voidaan käyttää hopea- ja hunajasidosten lisäksi aktiivihiihisidoksia, alginaatteja tai polysakkaridivalmisteita (Carea 2012, 6).

**Avoin haava**, jossa on näkyvillä luuta, jännettä tai hermoa. Paikallishoidolla pyritään estämään luun, janteen tai hermon kuivuminen. Tärkeää on suojata myös näiden elinkelpoisuus, jolloin haavan pitäminen puhtaana ja kosteana on ensisijaisen tärkeää. Haavan kuivumisella voi olla vakavia seurauksia. Kuivuminen nostaa infektioriskiä, kudoksen pinnalliset solut vaurioituvat ja pysyvät toimintahäiriöt ovat mahdollisia. (Juutilainen ja Hietanen 2012, 208.) Luun, janteen ja hermon hoitoon sopivia sidoksia ovat muun muassa geeli- ja geelityvät tuotteet, jotka ylläpitävät haavan kosteutta. Hydrokolloidilevyjä voidaan käyttää pinnallisissa ja tasaisissa haavoissa. Avomurtumissa käytetään hydrogeeliä. Jos haava ei eritä, haavan pysymistä kosteana ylläpidetään käyttämällä vaahtosidoksia. (Juutilainen & Hietanen 2012, 209.)



Taulukko 4. Haavatuotteen valinta kudostyyppin ja erityksen mukaan (Muokattu. Carea 2012, 8;Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2014.)

Kudostyyppi	Hoidon tavoite	Lievästi erittävään haavaan sopivat tuotteet	Runsaasti erittävään haavaan sopivat tuotteet
Epiteelikudos	Suojaa haava sidoksilla, jotka suojaavat epiteelikudosta.  Sidosten tulee olla kosteutta ylläpitäviä.	Elasto-Gel®,  DuoDERM ExtraThin®,  Mepilex Lite®, Mebilex Border Lite®,  Allevyn gentle border-Lite®	Aquacel®,  Mepilex®,  Allevyn®, Allevyn Adhesive®
Gnanulaatiokudos	Suojaa haava.  Haava tarvitsee kostean kasvuympäristön. HUOM! Liiallinen kosteus ei ole hyväksi – sidosten valinta.	Purilon-geeli®,  <b>Kostutettu</b> Aquacel®,  DuoDERM ExtraThin®  Mepilex Lite®, Mebilex Border Lite®,  Allevyn Gentle border-Lite®	Seasorb®,  Aquacel®  Mepilex®,  Mepilex Border®,  Allevyn®, Allevyn Adhesive®,  Polymem®
Fibriinikate	Puhdista ja poista fibriini kudos.  Haavasidoksen tulee olla kostuttava tai katetta irrottava.	Irujol mono®,  Purilon-geeli®  Aquacel®,  Mepilex®  Allevyn®  Sorbact®, Sorbact Gel®  Activon Tube®  Abilar®	Seasorb®,  Aquacel®  Sorbact®,  Mepilex®, Mepilex Border®,  Allevyn®  Allevyn Adhesive®  Irujol Mono®  Activon Tube®
Nekroosi	Poista kuollut kudos.  HUOM! verisuonikirurgin arvio AINA ennen poistoa!	Irujol Mono®,  Activon Tube®,  Purilon-geeli®,  Sorbact-geeli®,  Abilar®	Seasorb®,  Activon Tube®,  Irujol Mono®,  Iodosorb®
Infektio	Bakteerien määrän poistaminen haavasta. Estetään bakteerien lisääntymisen.  Antiseptiset tuotteet.	Aquacel Ag®,  Mepilex Ag®,  Allevyn Ag®,  Polymem Silver®,  Activon Tube®,  Sorbact®	Carbonet®,  Seasorb®,  Aquacel Ag®,  Mebilex Ag®,  Allevyn Ag®,  Polymem Silver®,

			Activon Tube® Sorbact®, Iodosorb®
Pahanhajuinen haava	Poista hajua.	Carbonet® Activon Tube® Aquacel Ag® Mepilex Ag® Allevyn Ag® Polymem Silver®	

#### 10.4 Haavakipu

”Haavanhoidossa on muistettava että ei hoideta vain haavaa vaan ihmistä, jolla on haava!” (Korhonen 2012, 21).

Haavanhoito tulee tehdä siten, että se aiheuttaa mahdollisimman vähän kärsimystä potilaalle (Korhonen 2012, 18). Hoitotieteessä kipu määritellään subjektiiviseksi ja kokonaisvaltaiseksi kokemukseksi. Haavakipu syntyy kudostuuriosta, ja potilas voi tuoda kivun esille sanoin tai elein. Kivun esiintyvyys kasvaa iän myötä ja kipu on yleistä iäkkäillä ihmisillä. Kipu voi aiheuttaa kärsimystä, alentaa toimintakykyä ja vaikuttaa elämänlaatuun. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 84–85.) Kipu pitkittää haavan paranemista, joten hoitajan on ymmärrettävä haavakipuun vaikuttavien syiden ja tekijöiden merkitys hoitoon. Haavakipuun vaikuttavia tekijöitä ovat psykologinen stressi, kipukynnys, kipulääkkeiden ja puudutteiden käyttö, sidosten valinta ja vaihto ja oikea työskentelytapa/työotteet. (White 2009, 36–37.)

Kivun hoitoon hyvä esilääke on Paracetamol, joka tulee ottaa 1-2 tuntia ennen haavanhoitoa. Tulehduskipulääkkeitä (NSAID) voidaan myös ottaa 1-2 tuntia ennen haavanhoitoa ja tulehduskipulääkkeet auttavat toimenpiteen jälkeiseen jomottavaan ja sykkivään kipuun. (Korhonen 2012, 18.)

Haavakipua voidaan lievittää antamalla riittävä määrä kipulääkettä ennen haavanhoitoa, käyttämällä puudutteita, vaihtamalla sidokset säännöllisesti ja selittämällä potilaalle työn vaiheet sekä keskustelemalla potilaan kanssa kipuun liittyvistä peloista.

## 10.5 Kustannukset

Suomessa alaraajahaavojen hoitokustannuksia on tutkittu hyvin vähän. Haavanhoidossa kustannuksia muodostuu hoitotarvikkeista, hoitajien työaikakustannuksista, poliklinikka- ja/tai avohoitokäyntien määristä sekä auktorisoidun haavahoitajan käynneistä (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito –suositus 2014). Helsingissä on arvioitu haavanhoidon kokonaiskustannusten olevan noin 7 - 14 miljoonaa euroa vuodessa (Korhonen & Lepäntalo 2012). Kansainvälisen tutkimuksen mukaan yhden (1) potilaan haavanhoidon kustannukset ovat noin 5000 - 7000 € vuodessa. Hoitohenkilökunnan käyttämä työaika on ehdottomasti suurin menoerä. (Seppänen & Hjerppe 2007, 6.)

Useat haavanhoitotuotteet ovat suurina levyinä ja kalvoina. Kun potilaalla on pienikokoinen haava, tulee haavanhoitotuotteesta mahdollisuuksien mukaan leikata useita haavankokoisia paloja aseptiikka huomioon ottaen – näin säästetään kuluissa. Koskenrinteen Kotien asiakkaat maksavat itse haavanhoitotuotteensa, joten kokonaiskustannukset ovat tärkeä ottaa huomioon haavanhoito tuotteita valittaessa.

## 11 HAAVANHOIDON KIRJAAMINEN

Yksi oleellinen osa haavapotilaan hoitotyötä on kirjaaminen (Juutilainen & Hietanen 2012, 71). FinCC-luokitus, hoitotyön ydintiedot ja hoitotyön prosessi muodostavat kansallisen hoitotyön kirjaamismallin. FinCC:hen kuuluvat Suomalaisen hoidon tarveluokitus (SHTaL), Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus (SHToL) sekä Suomalainen hoidon tuloluokitus (SHTuL). Nämä kaikki sisältävät komponentti-, pää- ja alaluokkatasot. (Kinnunen 2013, 15.)

Haavanhoidon kirjaamisen toteuttamisessa tulee käyttää laadukasta, tarkkaa, yhdenmukaista ja hyvää kirjaamista. Näin taataan moniammatillisen yhteistyön onnistuminen ja haavan paraneminen. (Kinnunen 2013, 15.) Juutilaisen ja Hietasen (2012, 74) mukaan hyvä kirjaaminen on tärkeä osa kokonaisvaltaista haavanhoitoa ja kirjaamisessa tulee olla yhtenäiset käytännöt.

Kirjaamisalustana haavanhoidossa käytetään Kudoseheys-komponenttia, joka sisältää seuraavat pääluokat: ihon eheyden muutos, limakalvon eheyden muutos, akuutit haavat, krooniset haavat ja kudoseheyteen liittyvän tiedon tarpeen. Säärihaavasta tulee kirjata kohtaan krooniset haavat. (Juutilainen & Hietanen 2012, 72.)

Haavan paikallishoidon kirjaamisesta tulee ilmetä haavan sijainti, koko, syvyys, kudostyyppi, haavaympäristö, miten haavaa hoidetaan ja kuinka usein, haavan puhdistaminen, haavanhoitoon käytetyt tuotteet, palpaatio, haavakipu sekä mahdolliset laboratoriokokeet. Haavanhoitoa tulee myös arvioida kolmiportaisesti, onko haava mahdollisesti ennallaan, huonontunut tai parantunut. Arvioinnissa tulee näkyä potilaan vointi ja kokemus sekä ammattilaisen näkemys hoidon vaikuttavuudesta. (Carea 2012, 47–48.)

Kinnusen tutkimuksen (2013, 65–66) mukaan kirjaaminen on parantunut järjestettävien koulutuksien myötä ja kirjaamista toteutetaan myös aiempaa useammin. Kirjaamisen heikkouksina on koettu ajan puute, puutteelliset kirjaamiset ja vääriin paikkoihin kirjaaminen. Kirjaamiseen tulee varata riittävästi aikaa ja työpaikan sisällä tulee sopia yhtenevät säännöt kirjaamisen toteuttamiseen.

## 12 OHJEISTUKSEN LAATIMINEN

Kaikille hoito-ohjeille on yhteistä, että ne kertovat kuinka päästä aiottuun lopputulokseen. Toimivien ohjeiden laatiminen säästää aikaa ja vaivaa henkilökunnalta. Epäselvistä hoito-ohjeista voi seurata jopa vahinkoa. (Kankaanpää & Piehl 2011, 295.)

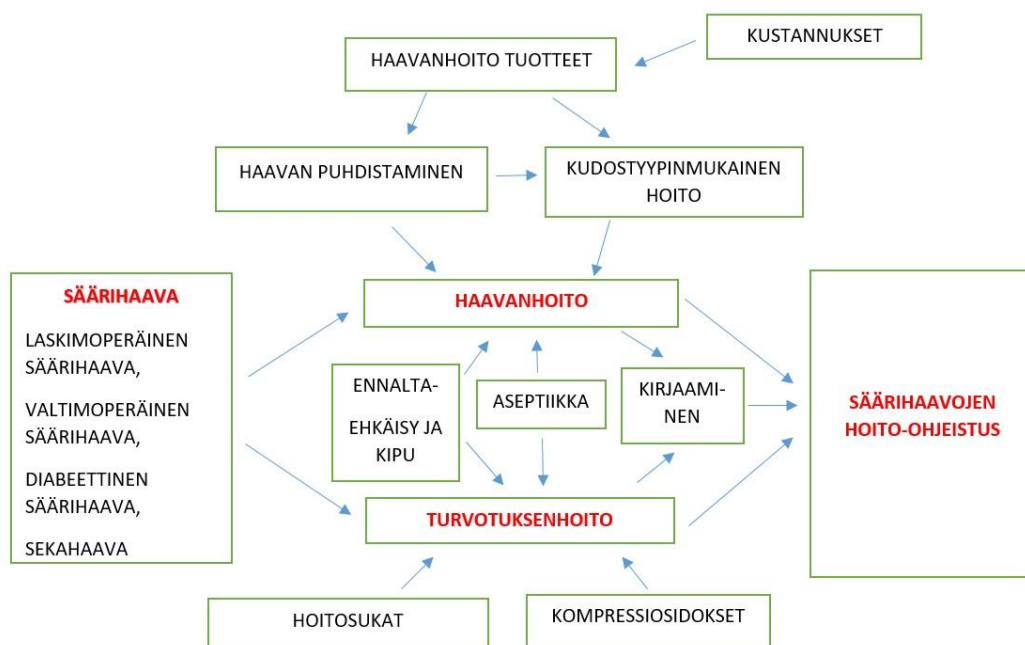
Hoito-ohjeen alussa tulee olla ikään kuin johdanto, josta tulee ilmi ohjeiden tarkoitus. Hoito-ohjeistuksen tulee olla myös aikajärjestyksessä, jossa hoitajan tulee edetä. Toiminnan vaiheet on syytä numeroida. Numerointi tekee ohjeesta helposti seurattavan. (Kankaanpää & Piehl 2011, 296–297.) Ohjeistuksen lukija voi epäillä ohjeen laatijan ammattipätevyyttä, jos tekstissä on kielipvirheitä tai teksti on vaikealukuista (Hyvärinen 2005). Tekstin tulee olla oikoluettu toisella henkilöllä ennen käyttöön ottamista. Opinnäytetyön tuloksena syntynyt säärihaavojen hoito-ohjeistus oikoluettiin ohjaavalla opettajalla sekä työelämän yhteistyökumppaneilla.

Ohjeiden laatimisessa tulee ottaa huomioon, että kaikki tarvittavat asiat on tuotu selkeästi esille (Kankaanpää & Piehl 2011, 296). Hoito-ohjeistuksen tulee olla helppolukuinen, selkeä ja ytimekäs, joka kuitenkin sisältää kaiken olennaisen tiedon.

Tärkeä huomioon otettava seikka ohjetta laatiessa on pitää mielessä, kenelle ohje on laadittu ja kuka sitä käyttää (Hyvärinen 2005). Säärihaavojen hoito-ohjeistus on suunniteltu lähihoitajien ja sairaanhoitajien käyttöön. Tässä opinäytetyössä huomioitiin, että tieto haavojen hoidosta voi olla hyvinkin eritasoisista. Hietasen ja Iivanaisen (2005, 91) tutkimuksessa 84:stä haavahoitajasta 56 hoitajaa kertoi haavahoidon opintoja olleen minimaalisesti tai ei ollenkaan.

Säärihaavojen hoito-ohjeistukseen valittiin haavanhoidosta oleelliset asiat, kuten haavan puhdistaminen, haavakudoksen mukainen hoito ja oikeanlaisten haavatuotteiden valinta. Ks. Kuva 8. Säärihaavojen hoito-ohjeistuksen laatiminen.

Kuva 8. Säärihaavojen hoito-ohjeistuksen laatiminen



Ohjeistus lähetettiin kommentoitavaksi ja hyväksyttäväksi opinnäytetyön työelämänohjaajalle ennen työhön liittämistä. Palautteen perusteella muokkasimme säärihaavojen hoito-ohjeistusta vastaamaan Koskenrinteen henkilöstön tarpeita. Säärihaavojen hoito-ohjeistus toteutettiin sähköisenä Word-tiedostona työelämän yhteistyökumppanin toiveen mukaisesti. Sähköisessä muodossa olevaa ohjeistusta on tulevaisuudessa helpompi päivittää.

### 13 KEHITTÄMISTYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimusmenetelmänä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta on kritisoitu sen sattumanvaraisuuden ja subjektiivisuuden eli omakohtaisen tulkinnan takia. Kuvailuvan kirjallisuuskatsaus menetelmän vahvuutena pidetään kuitenkin sen argumentoitavuutta eli asian tarkastelua kriittisesti, omien mielipiteiden esille tuomista sekä mahdollisuutta ohjata tarkastelu valittuihin erityiskysymyksiin. Jotta kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luotettavuus säilyisi, tulee tutkijan/tutkijoiden perehtyä kirjallisuuskatsauksen menetelmään. (Kangasniemi ym. 2013, 292.) Molemmat opinnäytetyön tutkijat perehtyivät kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmään. Luotettavuutta kuitenkin heikentää se, että kuvaileva kirjallisuuskatsaus tehtiin ensimmäistä kertaa.

Laadullisen tutkimusmenetelmän yksi luotettavuuden tekijä on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä. Tutkijan tekemät teot, valinnat ja ratkaisut ovat arvioinnin kohteena. (Vilkka 2015, 196.) Opinnäytetyön luotettavuutta lisää useampi tutkija. Yhden tutkijan mielipiteet ja asenteet olisivat voineet vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen heikentävästi. Tässä opinnäytetyössä tehdyt valinnat ja ratkaisut ovat molempien tutkijoiden hyväksymiä.

Opinnäytetyön alkuperäisenä tarkoituksena oli tehdä systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö päädyttiin toteuttamaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, koska mukaan ei löytynyt tarpeeksi yliopistotasoisia pro gradu -tutkimuksia ja väitöskirjoja, jotka olisivat täyttäneet sisäänottokriteerit. Kuvailuvan kirjallisuuskatsauksen avulla työn luotettavuus säilyi.

Tässä opinnäytetyössä hyödynnettiin Carean alueellisen haavanhoitotyöryhmän tekemää haavanhoito-ohjeistusta. Ohjeistuksesta saatiin luotettavaa tietoa, joka perustuu ammattilaisten näkemyksiin haavanhoidosta. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää Haava-lehtien artikkelit sekä mukaan valittu väitöskirja.

Opinnäytetyössä kunnioitettiin alkuperäisten tutkimusten tekijöiden töitä referoimalla tekstit totuudenmukaisesti ja merkitsemällä lähteet oikeaoppisesti. Eettisyys huomioitiin myös potilaan kokonaisvaltaisena huomioon ottamisena, johon sisältyy potilaan tuntemukset hoidosta sekä kustannukset.

## 14 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia käytännöllinen, kattava ja luotettava säärihaavojen hoito-ohjeistus Koskenrinteen henkilöstölle. Tapasimme heti opinnäytetyöprosessin alussa Kymenlaakson ammattikorkeakoulun kirjaston informaattikon, jolta saimme apua monipuoliseen ja laajaan tiedonhakuun. Näyttöön perustuvaa tietoa etsittiin elektronisesti ja manuaalisesti. Manuaalisesti aineiston käsittely oli aikaa vievää ja työlästä. Vietimme paljon aikaa Kymenlaakson ammattikorkeakoulun ja Kotkan kaupungin kirjastossa. Tiedonhaku manuaalisesti oli kuitenkin kannattavaa, sillä löysimme useita artikkeleita opinnäytetyöhömmme. Monipuolinen tiedonhaku mahdollisti kattavan ja luotettavan säärihaavojen hoito-ohjeistuksen laatimisen.

Haavojen paranemiseen vaikuttavat useat eri tekijät, kuten haavan sijainti, koko, verenkierto sekä mahdollinen leikkaus. Hoitajan ammattitaito, motivaatio, asenne ja kiire vaikuttavat oleellisesti haavan paranemiseen ja haavan hoidon onnistumiseen. Kiire voi pahimmillaan aiheuttaa haavan hoidon laiminlyömisestä. Tuleekin pohtia, onko hoitohenkilökuntaa tarpeeksi työyksiköissä.

Einimön (2012, 12) mukaan kosketustartunta on yleisin infektioiden leviämistapa. Hoitohenkilökunnan tulee noudattaa aseptista työtettä, edetä puhtaasta likaiseen ja osata oikeanlaisten suojainten käyttö. Tärkeää on, että jokainen hoitaja osaa toimia ja toimii aseptisesti. Aseptiikka on olennainen osa haavojen hoitoa ja aseptiikkaa ei voi korostaa liikaa.

Haavanhoito ja haavasidosten vaihtaminen voivat aiheuttaa kipua asiakkaalle. Kipu on yleistä iäkkäillä ihmisillä, joten hoitajien tulee osata tunnistaa ja hoitaa kipua. Ajoissa annettu kipulääke tekee haavanhoidosta asiakkaalle miellyttävämpää.

Juutilaisen ja Hietasen (2012, 66) mukaan haavojen VPKM-väriluokitus on käytännönhoitotyössä käytännöllinen, koska haavan paikallishoidossa tietyn värinen kudosis vaatii tietynlaista hoitoa.

Säärihaavojen hoito-ohjeistuksessa on tietoa säärihaavoista ja säärihaavojen hoidosta. Ohjeistus on helppolukuinen ja käytännöllinen. Hoito-ohjeistukseen mukaan valitut kuvat tekevät ohjeistuksen lukemisesta mielekästä ja ne auttavat erilaisten säärihaavojen tunnistamisessa. Hoitajien tulee tunnistaa ajoissa alkava säärihaava, jotta haavan paraneminen ei esty ja välttyään kalliilta haavanhoidolta. Ajoissa hoidettu säärihaava parantaa asiakkaan elämänlaatua, jota ei voi rahassa mitata.

*”Oleellista on kouluttaa perushaavanhoitotyötä tekevät hoitajat tunnistamaan ongelmahaavat ja viipymättä konsultoimaan haavahoitajaa” (Korhonen & Lepäntalo 2012, 3120)* Koskenrinteellä koulutetaan parhaillaan haavahoitajaa jokaiseen yksikköön. Tutkimuksen perusteella haavahoitajan kouluttaminen ja perushaavanhoitotyötä tekevien tiedon lisääminen haavoista on nykypäivänä oleellista.

Hyvä kirjaaminen on tärkeä osa kokonaisvaltaista haavanhoitoa ja kirjaamisessa tulee olla yhtenäiset käytännöt (Juutilainen & Hietanen 2012, 74). Mielestämme on tärkeää kiinnittää haavanhoidossa huomiota laadukkaaseen kirjaamiseen. Hoitohenkilökunnan tulee tietää, mitkä olennaiset asiat haavasta ja haavanhoidosta tulee kirjata potilaskertomukseen, jotta tiedonkulku on sujuvaa. Hoitotyössä päteekin sanonta: ”Se mitä ei ole kirjattu, ei ole tehty”.

Haavanhoidossa on tärkeää huomioida myös kustannukset. KOSKENRINNE ry toimii yksityisenä palveluntuottajana ja asukkaat maksavat hoitotarvikkeensa itse. Eettisesti ei ole oikein laittaa asukasta maksamaan turhaan kalliita tuotteita vaan asiakkaan taloudellinen tilanne tulee ottaa huomioon haavanhoitotuotteita valitessa. Hoitajilla tulee olla valmius tuotteiden vertailuun uusien tuotteiden tullessa markkinoille.



Opinnäytetyön tuloksena syntynyt säärihaavojen hoito-ohjeistus tulee Koskenrinteen henkilöstön käyttöön, joka lisäsi motivaatiotamme työntekoon. Uskomme, että laatimastamme ohjeistuksesta on hyötyä hoitajille käytännön hoitotyössä.

Opintojemme aikana haavojen hoitoa on käsitelty hyvin minimaalisesti. Haavasadosten sitomistekniikoita harjoittelimme koulussa ensimmäisenä lukukautena. Aikaa sidostekniikoiden harjoitteluun oli suunniteltu vähän. Haavojen kustomustyyppejä ja haavojen hoitoa käsiteltiin hajanaisesti eri kursseissa. Tämän takia säärihaavojen hoito oli aiheena hyvin mielenkiintoinen ja kehitimme myös omaa osaamistamme haavojen hoidosta, erityisesti säärihaavojen hoidosta. Opinnäytetyön tekeminen lisää ammattipätevyyttämme, sillä erilaisten haavojen hoito on yksi tärkeä osa-alue sairaanhoitajan työtä ja tulevaisuudessa säärihaavojen on ennustettu lisääntyvän. Nyt meillä on valmius tunnistaa alkava säärihaava ajoissa ja hoitaa haavaa oikeaoppisesti.

Opinnäytetyö tehtiin melko nopealla aikataululla. Opinnäytetyön alkuperäisenä tarkoituksena oli valmistua huhtikuussa 2016. Aiheen mielenkiintoisuus tempaisi meidät mukaansa ja opinnäytetyö saatiin valmiiksi tammikuussa 2016 ja päättöseminaari pidettiin helmikuussa 2016. Työnjako on ollut tasapuolista ja aikataulut saatiin sovitettua hyvin yhteen, vaikka osa syksystä menikin työharjoittelussa.

Jatkotutkimusehdotuksemme on opinnäytetyö haavanhoidon kirjaamisesta.

#### Kehittämisehdotuksia

- kysely, kuinka säärihaavojen hoito-ohjeistus on lisännyt hoitajien tietoutta säärihaavoista ja säärihaavojen hoidosta
- säärihaavojen hoito-ohjeistuksen käytön seuranta
- ohjeistus on toteutettu sähköisessä muodossa (Word-asiakirja), joten sitä tulisi päivittää tietyin väliajoin.
- henkilökunnalle olisi hyvä järjestää säännöllisesti koulutustilaisuuksia haavojenhoidosta.

## LÄHTEET

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2013. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja. Kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoitotyö. Helsinki: Sanomapro Oy.
- Carea. 2012. Ohjeita haavanpotilaiden hoitoon. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän Carean alueellinen haavanhoitotyöryhmä. 17.12.2012.
- Collins, L. & Seraj, S. 2010. Diagnosis and Treatment of Venous Ulcers. American Family Physician. 8/2010, 989-996. Päivitetty:15.4.2010. Saatavissa: <http://www.aafp.org/afp/2010/0415/p989.pdf> [viitattu 19.10.2015].
- Dowsett, C. 2011. Treatment and prevention of recurrence of venous leg ulcers using RAL hosiery. Wounds UK. 1/2011. Saatavissa: [http://www.wounds-uk.com/pdf/content\\_9835.pdf](http://www.wounds-uk.com/pdf/content_9835.pdf) [viitattu 19.10.2015].
- Einimö, C. 2012. Haavanhoito haastaa käsihygieniataidot. Suomen Haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 1/2012, 22-23.
- Engelhardt, S. 2014. Sisällönanalyysi. PowerPoint-diaesitys 2014. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Saatavissa: [https://moodle.xamk.fi/pluginfile.php/436161/mod\\_resource/content/2/Sis%C3%A4ll%C3%B6nanalyysi.pdf](https://moodle.xamk.fi/pluginfile.php/436161/mod_resource/content/2/Sis%C3%A4ll%C3%B6nanalyysi.pdf) [viitattu 10.9.2015].
- Eriksson, T. 2010. Ravitsemushoitoa haavapotilaalle. Suomen Haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 3/2010, 40–43.
- ESSPH. 2013. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Saatavissa; [file:///C:/Users/Camilla/Downloads/12885-ESSHP\\_haavanhoitopas\\_WEB\\_02014%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Camilla/Downloads/12885-ESSHP_haavanhoitopas_WEB_02014%20(4).pdf) [viitattu 04.11.2015].
- Hannuksela, M. 2012. Säärihaava. Lääkärikirja Duodecim [verkkojulkaisu]. Päivitetty 24.9.2012. Saatavissa: [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi) [viitattu 10.9.2015].
- Hietanen, H. 2013. Lääkinnällisen hoitosukan mitoitus. Sairaanhoitajan käsikirja. Päivitetty 10.4.2013. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/shk/koti> [viitattu 21.10.2015].

Hietanen, H. 2015a. Säärihaavan konservatiivinen hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Päivitetty:10.3.2015. Saatavissa; <http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.ky-amk.fi:2048/dtk/shk/koti> [viitattu 20.10.2015].

Hietanen, H. 2015b. Säärihaavan paikallishoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Päivitetty:10.3.2015. Saatavissa; <http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.ky-amk.fi:2048/dtk/shk/koti> [viitattu 20.9.2015].

Hjerppe, A. 2010. Miten krooninen säärihaavapotilas tutkitaan? Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 3/2010, 23–27.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa perillemenon. Saatavilla: [http://www.duodecim-lehti.fi/web/guest/haku?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_lifecycle=0&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_hakusana=Millainen+on+toimiva&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_p\\_frompage=haku&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_viewType=viewArticle&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_tunnus=duo95167](http://www.duodecim-lehti.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=Millainen+on+toimiva&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo95167) [viitattu 25.9.2015].

Jahkola, T. 2012. Haavapotilaan turvotuksen hoito. Suomen Haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 4/2012, 18–19.

Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Åbo Akademis Tryckeri/Digipaino – Turun Yliopisto.

Juutilainen, V. 2011. Likaisen haavan hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 13/2011, 1366–1372. Saatavissa; [http://www.duodecim-lehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99639](http://www.duodecim-lehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99639) [viitattu 10.09.2015].

Juutilainen, V. & Hietanen, H. 2012. Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro.

Juutilainen, V., Koljonen, V. & Lassus, P. 2012. Säärihaavan korjaava kirurgia. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 9/12 [verkojulkaisu]. Saatavissa: [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleport-let&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo10554](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleport-let&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo10554) [viitattu 10.9.2015].

Jørgensen, S. 2008. Compression therapy for venous leg ulcers – how to get more value for money. EWMA Journal. 3/2008, 25–31. Saatavissa; [http://ewma.org/fileadmin/user\\_upload/EWMA/pdf/journals/287625\\_Journal\\_3-2008\\_net.pdf](http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/journals/287625_Journal_3-2008_net.pdf) [viitattu 19.10.2015].

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenneltyyn tietoon. Hoitotiede 4/2013, 291–299.

Kankaanpää, S. & Piehl, A. 2011. Tekstintekijän käsikirja opas työssä kirjoittaville. Helsinki: Suomen yrityskirjat Oy.

Kauhanen, S. 2010. Krooniset alaraajahaavat plastiikkakirurgin näkökulmasta. Suomen Haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 3/2010, 28–33.

Kinnunen, U-M. 2013. Haavanhoidon kirjaamismalli – innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.

Korhonen, A. 2012. Haavanhoidon peruseriaatteet. Suomen Haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 2/2012, 18–21.

Korhonen, K. & Lepäntalo, M. 2012. Ongelmahaavojen hoitoketjun kehittäminen tehostaa hoitoa ja tuo säästöjä. Suomen lääkärilehti. 43/2012, 3119–3123. Saatavissa; [http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2012/nosto43\\_2.pdf](http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2012/nosto43_2.pdf) [viitattu 20.10.2015].

KOSKENRINNE ry. Saatavissa; <http://www.koskenrinne.fi/?p=2> [viitattu 20.10.2015].

Käypä hoito –suositus: Krooninen alaraajahaava. 2014. Suomalaisen lääkäri-seuran Duodecimin ja Suomen ihotautiyhdistyksen asettama työryhmä [verkkojulkaisu]. Saatavissa: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi) [viitattu 19.10.2015].

Linctus Oy. Haavanhoitotuotteet. Saatavilla; <http://www.haavanhoitotuotteet.fi/tuotteet.html?id=7/41> [viitattu 20.10.2015].

Mölnlycke Health Care. 2013. Yleistä säärihaavoista. Saatavissa; <http://www.molnlycke.fi/tietoa/saarihaavat/yleista/> [viitattu 20.10.2015].

Opinnäytetyöryhmä. 2010. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyön ohje.

Paananen, S. 2012. Kompressiohoito teoriassa helppoa, käytännössä haastavaa. Suomen Haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 4/2012, 24–25.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2013. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanomapro.

Seppänen, S. & Hjerppe, A. 2007. Haavanhoitotuotteiden saatavuus Suomessa -Selvitys vuosina 2006–2007. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu: Julkaisusarja nro 3. PDF. Saatavissa: <http://shhy.fi/site/assets/files/1042/haavanhoitotuotteiden-saatavuus-suomessa.pdf> [viitattu 26.9.2015].

Suomen haavanhoitoyhdistys r.y. 2010. Avoimen haavan VPKM – väriluokitus helpperi. Saatavissa: [http://shhy.fi/site/assets/files/1041/avoimen\\_haavan\\_helpperi.pdf](http://shhy.fi/site/assets/files/1041/avoimen_haavan_helpperi.pdf) [viitattu 04.11.2015].

Suomen verisuonikirurginen yhdistys r.y. 2015. Saatavissa: <http://verisuonikirurgit.yhdistysavain.fi/> [viitattu 04.11.2015].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vikatmaa, P. 2012. Laskimoperäinen säärihaava. Suomen Haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 4/2012, 6–9.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

White, R. 2009. Haavaan liittyvä kipu hidastaa paranemista ja lisää hoitokuluja. Suomen Haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 3/2009, 36–37.

## Tutkimustaulukko

Tekijä, vuosi	Tarkoitus	Tulokset
<p>Collins Laura, MD &amp; Seraj Samina, MD. Thomas Jefferson University Hospital, Philadelphia, Pennsylvania Diagnosis and Treatment of Venous Ulcers. American Family Physician. 15.4.2010</p>	<p>Artikkelin tarkoituksena oli kertoa säärihaavoihin mahdollisesti johtavista syistä, säärihaavan ensisijaisista riskitekijöistä, uusiutumismahdollisuudesta ja säärihaavan hoidosta.</p>	<p>Artikkelin mukaan akuuteilla haavoilla on 71-80 % mahdollisuus parantua kuuden kuukauden aikana, kun taas kroonisten haavojen paranemisen mahdollisuus on vain 22 %. Kompressiosidokset nopeuttavat haavojen paranemista mutta haava sidosten valinnassa kalliiden hydrokolloidisidosten paremmuutta ei ole pystytty näyttämään. Tutkimuksen mukaan suun kautta otettavilla antibiooteilla ei ole säärihaavan parantavaa vaikutusta.</p>
<p>Einimö Carina. Hygieniahoitaja, HUS Hyvinkään sairaala. Haavanhoito haastaa käsihygieniataidot. Suomen Haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 1/2012</p>	<p>Lehtiartikkelin tarkoituksena oli kertoa hyvistä käsihygieniataidoista ja aseptiseen työskentelyyn vaikuttavista tekijöistä haavanhoidossa.</p>	<p>Lehtiartikkelin mukaan haavanhoitoa tulee toteuttaa aseptiikan periaatteiden mukaisesti. Tarvittavia suojaimia tulee käyttää, jotta mikrobin leviäminen voidaan estää. Käsihygieniataidot ovat yksi oleellinen osa potilasturvallisuutta.</p>
<p>Eriksson Tiina. TtM, laillistettu ravitsemusterapeutti, tuotepäällikkö Nutricia Medical Oy. Ravitsemushoitoa haavapotilaalle. Suomen Haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 3/2010</p>	<p>Lehtiartikkelin tarkoituksena oli kertoa ravinnon merkityksestä kroonisten haavojen ja painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon.</p>	<p>Artikkelin mukaan ravitsemustilasta on pidettävä hyvää huolta kroonisten haavojen parantumisen jälkeenkin, ettei uusia haavoja pääse muodostumaan. Täydennysravintovalmisteilla voidaan ehkäistä vajaaravitsemusta.</p>
<p>Hjerppe Anna. Ihotautien- ja allergologian erikoislääkäri, TAYS. Ihotautiopin apulaisopettaja, TaY. Miten krooninen säärihaavapotilas tutkitaan?</p>	<p>Lehtiartikkelin tarkoituksena oli selvittää mitkä taustalla olevat syyt vaikuttavat säärihaavan syntyy ja mikä merkitys po-</p>	<p>Lehtiartikkelin mukaan esitiedot tulee täyttää potilaasta huolellisesti, jotta tiedetään, mitkä tekijät voivat vaikuttaa parantamattomaan säärihaavaan (esim. ikä tai tupakointi).</p>

Haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 3/2010	tilaan huolellisella tutkimisella on säärihaavan paranemisessa.	
Jahkola Tiina. LT, Plastiikkakirurgi HUS, Jorvin sairaala. Haavapotilaan turvotuksen hoito. Suomen Haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 4/2012	Lehtiartikkelin tarkoituksena oli kuvata haavanhoidon osatekijät turvotuksen osa-alueelta. Tarkoituksena on tuoda tietoon, millaiset olosuhteet haavan paraneminen vaatii.	Lehtiartikkelin mukaan turvotuksen ennaltaehkäisy on haavojen ennaltaehkäisyä. Hoitoa sovelletaan potilaan tilanteen mukaan ja hoidon tulee olla jatkuvaa.
Jørgensen Susan F. Tissue viability nurses. Compression therapy for venous leg ulcers – how to get more value for money. EWMA Journal. 3/2008	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia kuutta eri kompressiohoidon tyyppiä, materiaalin hintaa ja työvoiman hintaa verrattuna kolmeen eri potilastapaukseen. Näillä on todettu yhteys haavan paranemisen ja potilaan hoitomyöntyvyyden suhteen.	Lehtiartikkelin tutkimuksen mukaan kompressiohoito täytyy pitää yksinkertaisena ja onnistuakseen se tarvitsee laajan joukon hoitajia ja muita terveydenhuollon ammattilaisia.
Kauhanen Susanna. LT Plastiikkakirurgi HUS, Jorvin sairaala. Krooniset alaraajahaavat plastiikkakirurgin näkökulmasta. Suomen Haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu: Haava 3/2010	Lehtiartikkelin tarkoituksena oli tehostaa perusterveydenhuollon hoitajien ja lääkäreiden tietoa kroonisten alaraajahaavojen ehkäisystä sekä hoidosta. Tarkoituksena on kulujen minimoiminen ja henkilökunnan kuormittavuuden vähentyminen.	Lehtiartikkelin mukaan alaraajahaavat ovat yleistyneet. Ongelmahaavat kuormittavat terveydenhuollon henkilöstöä ja aiheuttavat kärsimystä potilaalle. Ongelmahaavat tulisi keskittää moniammatillisiin osaamiskeskukseen.
Kinnunen Ulla-Mari 2013. Väitöskirja, Kuopion yliopisto, Haavanhoidon kirjaamismalli – innovaatio kliiniseen hoitotyöhön	Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää haavanhoidon kirjaamista sekä arvioida sen soveltuvuutta hoitotyöhön.	Kirjaamismallista on luotu helppokäyttöinen ja se tukee hoitotyön kirjaamista. Kirjaamisesta on tullut täsmällisempää ja tietoisuus sekä ymmärrys on lisääntynyt. Puutteina kuitenkin koettiin ajan riittämättömyys kirjaamisen tekemiseen ja kirjaamisessa oli yleensä jätetty pois käytetty haavanhoitotuote, haavaympäristö sekä haavan koko.
Korhonen Arja. Sh, Auktorisoitu haavahoitaja Kainuun keskussairaala. Haavanhoidon perusperiaatteet. Suomen Haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 2/2012	Lehtiartikkelin tarkoituksena oli kertoa haavanhoidon perusperiaatteista.	Haavan hoidossa tulee huomioida aseptiikka, käsihygienia, paikallishoito, haavanhoitotuotteiden valinta ja kivunhoito.



<p>Korhonen Kari &amp; Lepäntalo Mauri. 2012. Ongelmahaavojen hoitoketjun kehittäminen tehostaa hoitoa ja tuo säästöjä. Suomen lääkirilehti 43/2012, 3119-3123</p>	<p>Verkkoartikkelin tarkoituksena oli kertoa haavanhoidon kustannuksista.</p>	<p>Perusterveydenhuollossa on tärkeää nopeuttaa haavojen diagnostiikkaa sekä hoitoa. Perushaavanhoitotyötä tekevät hoitajat on oleellista koulutuu tunnistamaan ongelmahaavat.</p>
<p>Paananen Sirpa. TtM, Auktorisoitu haavahoitaja Oh Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Kompressiohoito teoriassa helppoa, käytännössä haastavaa. Suomen Haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 4/2012</p>	<p>Lehtiartikkelin tarkoituksena oli tuoda terveydenhuollonammattilaisten tietoon kompressiohoidon vaikutukset laskimoverenkiertoon ja alaraajaturvotukseen. Lisäksi tarkoituksena oli kertoa, miten kompressiohoito toteutetaan oikein.</p>	<p>Oikein toteutetulla kompressiohoidolla parannetaan potilaan elämänlaatua. Nilkka-olkavarsipaine tulee mitata säännöllisesti.</p>
<p>Vikatmaa Pirkka. LT, Verisuonikirurgian erikoislääkäri HUS. Laskimoperäinen säärihaava. Suomen Haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 4/2012</p>	<p>Lehtiartikkelin tarkoituksena oli kertoa laskimoperäisen säärihaavan syntyyn vaikuttavista tekijöistä, diagnostiikasta ja hoidosta.</p>	<p>Kaikkia potilaita ei voida auttaa verisuonikirurgisin keinoin, mutta on tärkeää tutkia kaikki potilaat. Pitkäaikaisen haavan taustalla saattaa olla syy, joka voidaan hoitaa helposti perusterveydenhuollossa.</p>

# SÄÄRIHAAVOJEN HOITO-OHJEISTUS

Camilla Forsberg & Niina Pitkä

Ohjeistus päivitetty: Tammikuu 2016

Säärihaavojen hoito-ohjeistus koottiin luotettavista lähteistä. Lähdemerkinnät on merkitty numeroin tekstien loppuun ks. Lähdeluettelo Liite 1/26

## Säärihaava

Säärihaavalla tarkoitetaan säären ihon tai ihon alaiskudoksien rikkoutumista. Säärihaava voi ulottua ihon alle, lihakseen, luuhun sekä hermo- ja verisuonirakenteisiin. (11)

Säärihaava voi alkaa mitättömänä vauriona tai se voi puhjeta itsestään. (11)

### Säärihaavojen hoito perustuu

- Verenkierroksen parantamiseen
- Haavaan kohdistuvan painekuormituksen vähentämiseen ja
- Haavan paikallishoitoon
- Tarvittaessa turvaututaan revisio- ja rekonstruktiviseen kirurgiaan (8)

### Säärihaavoja on erilaisia

- Laskimoperäinen säärihaava
- Valtimoperäinen säärihaava
- Diabeettinen säärihaava
- Sekahaava

## Laskimoperäinen säärihaava

Tavallisesti laskimoperäinen säärihaava sijaitsee nimensä mukaisesti säären sisäsvilla nilkan kehräluun yläpuolella. Laskimoperäisen säärihaavan syntyyn vaikuttavat isot suonikohjut sekä alaraajan syvässä laskimossa ollut tukos. Paikallisesti sääri turpoaa ja valtimoverenvirtaus vaikeutuu. (5)

Tunnusmerkit:

- Laskimoperäinen säärihaava on yleensä matala sekä fibrini katteinen
- Turvotus, raajassa voi olla staasiekseemaa sekä suonikohjuja
- Haavaa ympäröivä iho on usein panssaroitunut ja pigmentoitunut
- Raaja on lämmin
- Kipu hellittää pidettäessä raajaa kohoasennossa (14)
- Haava erittää usein kudosnestettä
- Haavan kehittyminen on hidasta (6)

Pääperiaatteina laskimoperäisen säärihaavan hoidossa ovat haavan umpeutuminen sekä estää haavan uusiutuminen. (11) Hoitotapoja ovat turvotuksen estohoito, sidostekniikat ja lääkinälliset hoitosukat sekä haavan paikallishoito. (14)



Kuva 1. Laskimoperäinen haava. (20)

## Valtimoperäinen säärihaava

Valtimoperäinen haava sijaitsee usein jalkaterän tai varpaiden alueella, mutta haava voi olla myös sääressä. (14)

Tunnusmerkit:

- Valtimoperäinen haava on kalpea, kuivapohjainen ja haavassa on musta nekroottinen kate
- Haavan ympäristö punoittaa ja iho on ohut
- Iho ja lihakset ovat myös usein surkastuneita
- Perifeeriset sykkeet voivat olla hyvin heikot tai puuttua kokonaan
- Usein raajan karvoitus puuttuu
- Raaja on viileä
- Raaja on hyvin kivulias. Kipu voi hellittää riiputtaessa raajaa (14)
- Haavan kehittyminen on nopeaa (8)

Haavanhoidon tavoitteena on kivun hallinta, haavan laajenemisen ja infektion estäminen, katteen ja kuolleen kudoksen poistaminen sekä kosteuden ylläpitäminen tai liiallisen kosteuden poistaminen. (1)



Kuva 2. Valtimoperäinenhaava (20)

**Laskimoperäinen säärihaava vs valtimoperäinen säärihaava**

	Laskimoperäinen haava	Valtimoperäinen haava
Sijainti	Sääri ja nilkka	Sääri ja jalkaterä
Haavan muoto	Matalareunainen	Syvä
Eritys	Kudosneste	-
Raajan lämpö	Lämmin	Viileä/kylmä
Ihomuutokset	Kutina, punoitus, ekseema.	Karvoitus puuttuu
Turvotukset	On	Vain vuodepotilaalla.
Kipu	Kivuton / Hieman kivu- lias	Hyvin kipeä.
Kehittyminen	Melko hidas	Nopea

Taulukko 1. Vertailu. (6)

## Diabeettinen säärihaava

Diabeettinen säärihaava sijaitsee yleensä kantapäässä tai päkiässä ja voi esiintyä myös varpaissa. Synnyn taustalla on ihohermojen heikentynyt toiminta ja heikentynyt valtimoverenkierto. Haava alkaa usein hiertymänä tai mitättömänä naarmuna tai haavaumana. (5)

Diabeettinen säärihaava paranee suurimmalla osalla potilaista. Diabeetikon ala-raaja-haava voi johtaa jalan amputaatioon nilkan yläpuolelta tai jopa kuolemaan. (11)

Tunnusmerkit:

- Diabeettinen jalkahaava on usein infektoitunut eli tulehtunut. (11)

Diabeetikon haavojen hoidossa on hyvä käyttää haavaan tarttumattomia, edullisia tuotteita, joiden hyödyistä on tutkimusnäyttöä. Diabeetikon jalat tulee rasvata päivittäin ja kynnet leikata parin viikonvälein. (11) Varpaanvälit myös hautuvat helposti, joten haavojen syntymisen riski on suuri.



Kuva 3. Diabeettinen haava. (20)

## Sekahaava

Sekahaava on seurausta laskimo- ja valtimoverenkierron heikkoudesta. (7) Ulkonäöltään sekahaava on vaikeasti havaittavissa. (16) Sekahaava voi muistuttaa laskimoperäistä säärihaavaa ja/tai valtimoperäistä säärihaavaa.

Sekahaavojen hoitaminen on hyvin haastavaa, joten eri hoitovaihtoehtojen punnitseminen on tärkeää.

Hoitovaihtoehtoja ovat

- Revaskularisaatio eli verenkierron palauttaminen, joka tehdään pallolaajennuksen avulla
- Leikkaushoito
- Kompressiohoito
- Yhdistelmähoitoja suositellaan (16)

Sekahaavat infektoituvat helposti, joten ne vaativat jatkuvaa tarkkailua. Kosteaa haavaympäristöä auttaa sekahaavan paranemisessa. (16)



## Aseptiikka haavanhoidossa

Hyvät käsihygieniataidot ovat osa onnistunutta haavanhoitoa. Yleisin infektioiden leviämistapa on kosketustartunta ja siksi hoitohenkilökunnan tulee noudattaa hyvää aseptista työtettä. (2)

### Kädet pestään saippuavedellä, kun

- Kädet ovat näkyvästi likaiset
- Wc käynnin jälkeen (11)

### Kädet desinfioidaan

- Työyksikköön tultaessa ja poistuttaessa työyksiköstä
- Ennen asiakaskontaktia ja sen jälkeen
- Ennen suojäkäsineiden pukemista
- Käsineiden vaihdon yhteydessä
- Käsineiden riisumisen jälkeen
- Jokaisen työvaiheen välillä (18)

### Suojäkäsineiden käyttö

Suojäkäsineitä käyttämällä estetään taudinaiheuttajan siirtyminen henkilökunnasta asiakkaaseen. Suojäkäsineiden avulla estetään infektioiden leviäminen ympäristöön ja asiakkaasta toiseen asiakkaaseen. Suojäkäsineet suojaavat myös henkilökuntaa. (18)

Suojäkäsineet tulee vaihtaa työvaihekohtaisesti, sidosta poistettaessa ja uutta sidosta laittaessa. (2)

### **Suojakäsineiden valinta**

- *Tehdaspuhtaat käsineet* soveltuvat haavanhoitoon, jossa ei käytetä mekaanista rasitetta.
- *Lateksikäsineitä*, nitrilikäsineitä ja vinyyliekäsineitä käytetään haavanhoidossa, jossa altistutaan eritteille ja verelle.
- *Neopreeniekäsineitä*, jotka tunnetaan paremmin leikkauskäsineinä, käytetään kajoavissa toimenpiteissä, joissa tarvitaan steriliteettiä. Käsineet sopivat lateksiallergiikoille. (11)

### **Suojaesiliinaa käytetään, kun**

- Haava erittää
- Roiskeet ovat mahdollisia (2)

### **Suunenäsuoja käytetään, kun**

- Haavapotilaalla on todettu MRSA tai roiskevaara. (2 & 11)

Jotta aseptiikka haavanhoidossa toteutuisi hyvin, tulee haavanhoito suunnitella kunnolla. Tarvittavat tarvikkeet tulee kerätä valmiiksi ja hoitaa asiakas ilman kiirettä. (2)

## Alaraajaturvotuksenhoito

Alaraajaturvotus hidastaa merkittävästi säärihaavan paranemista ja turvotus voi myös itsessään johtaa säärihaavan syntyyn. Alaraajaturvotus on syytä huomioida ajoissa, sillä turvonnut jalka on usein hyvin kipeä ja kipu saattaa estää tukisidosten ja lääkinnällisten hoitosukkien käytön. (9)

Lääkinnällisen hoitosukan tai tukisidoksen avulla toteutetaan kompressiohoitoa. Kompressiohoidolla poistetaan tai ehkäistään turvotusta puristamalla jalkaa ulkoapäin. (11) Kompressiohoitoa ei voida toteuttaa, jos asiakkaalla on alaraajojen tukkiva valtimotauti. (9)

## Kompressiosidokset

### Anatominen sidonta

- Tehdään kahdella sidoksella.
- Sidosten tulee olla vähän joustavia.
- Ensimmäinen rulla aloitetaan varpaiden tyvestä ja edetään pohkeen muodon mukaisesti alhaalta ylös, ylhäältä alas ja vielä kerran ylös. Toisella rullalla sitominen tulee aloittaa nilkasta. (11)



Kuva 24. Anatominen malli (MKS)

Kuva 4. Sidos. (3)

### Tähkämallinen sidonta

- Tehdään runsaasti joustavalla sidoksella.
- Kierretään ala- ja yläviistoon vuoron perään, aloittaen varpaiden tyvestä ja etene- mällä niin, että peitetään koko kantapää ja sidos päättyy polven alapuolelle.
- Paineen tulee kohdistua nilkkaan. (11)



Kuva 25. Tähkämalli (MKS)

Kuva 5. Sidos (3)

### Spiraalinmallinen sidonta

- Sidoksen tulee olla runsaasti joustavaa.
- Aloitetaan varpaiden tyvestä ja edetään kiertäen säärtä kohti.
  - Sidoksen tulee peittää ainakin 1/3 edellisestä kierroksesta.
    - Mitä enemmän kierrokset menevät päällekkäin, sitä enemmän painetta voidaan kohdistaa raajaan. (11)



Kuva 23. Monikerrossidos (MKS)

Kuva 6. Sidos. (3)

Kaikissa sidosmalleissa:

- Nilkka täytyy sitoa niin, että se on 90 asteen kulmassa.
- Nivelten kohdalla sidoksen tulee olla riittävän tukeva ja voimakas, kuitenkin estämättä liikettä.
- Sidoksen loppua n. 2 senttimetriä ennen polvitaivetta, jotta polvea on helppo taivuttaa. (11)

Vähäelastinen sidos	Tukee melko voimakkaasti raajaa. Sidoksia voidaan pitää paikoillaan parin päivän ajan. Eivät sovellu liikuntakyvyttömille asiakkaille.
Runsaselastinen sidos	Mukautuvat jalan muotoon kävellessä. Suositellaan varsinkin liikuntakyvyttömille. Spiraali- tai tähtimallinen sidonta Sidokset tulee sitoa aamuisin ja poistaa ennen nukkumaan menoa.
Monikerrossidokset	2-4 sidoskerrosta. Pysyy hyvin paikoillaan Sidotaan noin kerran viikossa

Taulukko 2. Sidokset. (11 & 14)

## Hoitosukkien käyttö

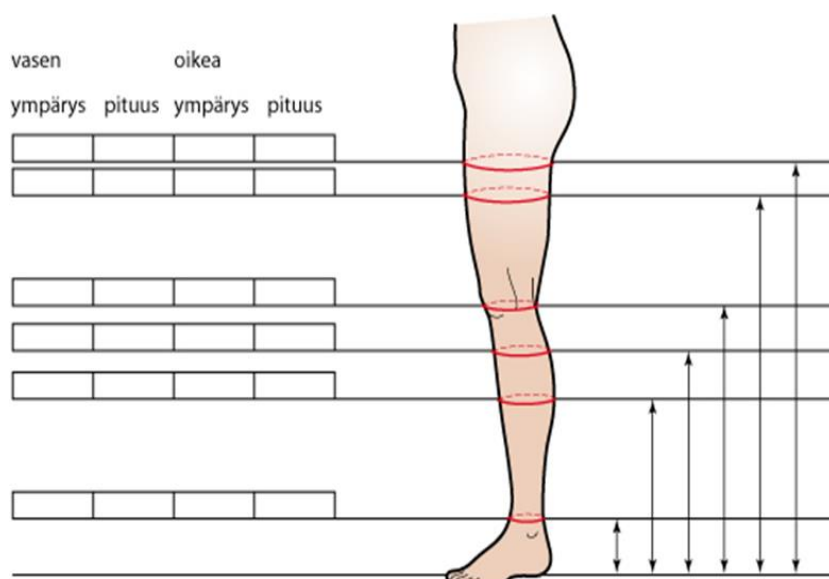
Hoitosukkien käyttöön voidaan siirtyä, kun alaraajaturvotus on laskenut ja haavan erittäminen on vähentynyt. (11)

Lääkärin tehtävänä on arvioida hoitosukan puristusluokka. (17)

Hoitosukat valitaan raajan pituuden ja paksuuden mukaan. Alaraajan mittaus tulee suorittaa aamulla. (6)

Alaraajan mitat tulee ottaa kuudesta kohdasta;

- Nilkasta
- Pohkeen paksuimmasta kohdasta
- Polvitaiteen ja pohkeen puolivälistä
- Polvitaiteen kohdalta
- Reidestä sekä
- Pakaran alapuolelta. (6)



Kuva 7. Hoitosukan mitoitus. (6)

## Haavan puhdistaminen

Haavan puhdistaminen on haavanhoidon ensimmäinen ja tärkein vaihe.

Puhdistamisen tarkoituksena on aina poistaa epäpuhtaudet, kuollut kudος, eritteet ja haavanhoitotuotteiden jäämät. (11)

Haava ei saa jäähtyä, joten haavasidokset tulee poistaa haavalta juuri ennen aiottua haavanpuhdistamista. Haavasidokset tarttuvat herkästi ihoon kiinni ja ne tulee poistaa hyvin varovaisesti käyttäen apuna kädenlämpöistä juomakelpoista vettä, kostuttamalla poistettavat sidokset keittosuolaliuoksella (NaCl 0,9 %) tai Ringerliuoksella. haavanhoitoon tarkoitettua öljyä (Ceridal) voidaan tarvittaessa käyttää apuna haavasidosten poistossa. Öljy pehmittää kiinni tarttuneita sidoksia. (1)

Haavat voidaan puhdistaa

- Käyttämällä juomakelpoista vettä
- Keittosuolaliuosta (NaCl 0,9%)
- Ringerliuosta tai
- Haavojen puhdistamiseen tarkoitettuja tuotteita
  - Puhdistuspyyhkeet (UCS) tai
  - Liuokset (Dermacyn, Prontosan, UCSol). (1)



Kuva 8. UCSliuos. (15)



Kuva 9. NaCl. (4)

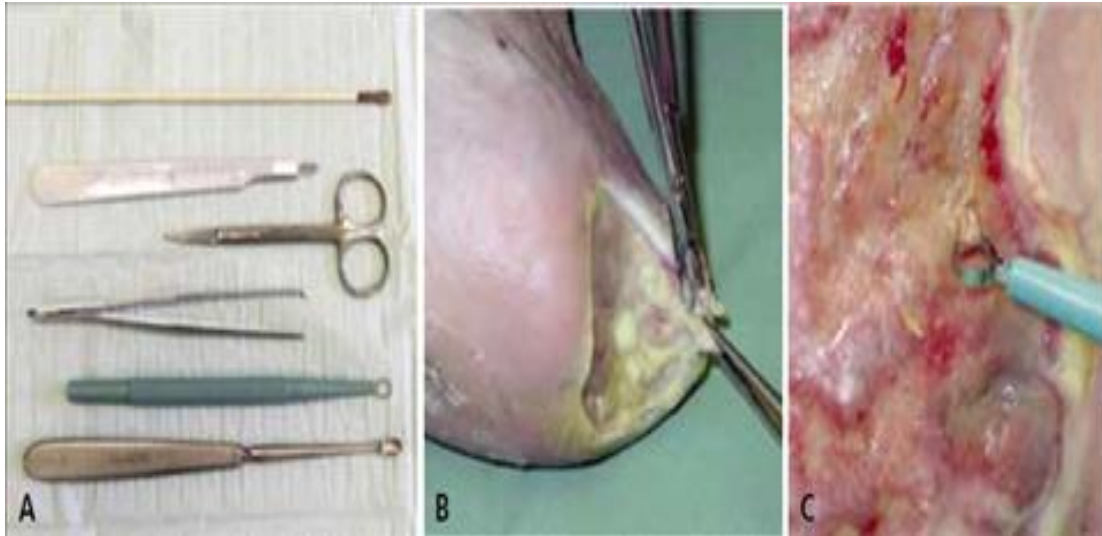
## Haavan mekaaninen puhdistaminen

Mekaanisella puhdistuksella tarkoitetaan haavan katteisen ja kuolleen kudoksen poistamista kauhalla, pienillä saksilla, atuloilla eli pinseteillä, kirurgisella veitsellä, haavakauhoilla tai rengaskyretillä. (1)

Mekaaninen puhdistaminen voi aiheuttaa kipua. Kivun hoitoon hyvä esilääke on Parasetamol tai Burana, joka tulee ottaa 1 - 2 tuntia ennen haavanhoitoa. (13)

1. Arvioi haavan paranemisvaihe ja haavalla oleva kudus. (11)
2. Haavalle laitetaan paikallispuudutetta (Xylocain 2 % -geeli) n. 30 – 60 minuuttia ennen haavan puhdistamista. Huom! Haava tulee puhdistaa välittömästi, kun puudute on pyyhitty pois haavan pinnalta. (13)
3. Haava puhdistetaan puhdistuspyyhkeellä (USC), haavan puhdistukseen tarkoitetulla liuoksella (Dermacyn, Prontosan) tai 0,9 % keittosuolaliuoksella. (1)
4. Puhdistuksen jälkeen voidaan aloittaa mekaaninen puhdistaminen tarttumalla atuloilla eli pinseteillä poistettavaan kudokseen, joka leikataan kirurgisella veitsellä tai steriileillä saksilla. Pehmeä nekroosi ja keltainen/vihreä fibriinikate on helpoin puhdistaa kauhamalla käyttäen apuna haavakauhoja ja/tai rengaskyrettiä. (11)





Kuva 10. Mekaaninen puhdistus. A. Välineet B. Puhdistaminen saksilla ja C. puhdistaminen rengaskyretin avulla. (10)

Mekaanista puhdistusta ei tehdä, jos asiakas kokee kipua, haava vuotaa runsaasti verta, haavan kudokset ovat epäselviä (hoitajan arvio) tai kudosta epäillään pahanlaatuisiksi. (11)

HUOM! Haava voi vuotaa toimenpiteen jälkeen verta ja verenvuoto voidaan tyrehdyttää joko kuivalla tai vetyperoksidiliuokseen kostutetulla taitoksella. (11)

## Entsyymattainen ja autolyttinen puhdistaminen

Mekaanisen puhdistuksen apuna voidaan käyttää entsyymattista puhdistusta tai autolyttistä puhdistusta. (10 & 14)

Entsyymattista haavanpuhdistusta käytetään pienissä nekroottis pohjaisissa haavoissa (10 & 14) Menetelmässä valkuaisaineita pilkkovat entsyymit tuhoavat kuollutta kudosta. (11)

Autolyttistä puhdistusta käytetään pehmittämään kuollutta kudosta esimerkiksi Hydrogeelleillä, jolloin kudokset irtoavat puhdistusvaiheessa helpommin. (10) Autolyttinen puhdistus on kivutonta ja sopii fibriinikatteisten haavojen puhdistukseen. (14)

## Haavasidokset

<p><b>Aktiiviset haavasidokset</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vaikuttavat paranemiseen erilaisten mekanismien kautta.</li> <li>○ Aktiivisiin haava-sidoksiin kuuluvat tuotteet, jotka sisältävät: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lääkeaineita,</li> <li>- Erikoisvalmisteita,</li> <li>- Pieneliöitä tuhoavia (antiseptisiä) tai niiden kasvua estäviä (anti-mikrobisia) aineita sekä</li> <li>- Tekoihovalmisteita ja kasvutekijöitä (11)</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Passiiviset haavasidokset</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eivät sisällä lääkkeitä.</li> <li>○ Sidokset imevät haavaeritettä ja suojaavat haavaa.</li> <li>○ Passiivisia tuotteita ovat: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Haavatyyny,</li> <li>- Harso- ja kuitutaitokset,</li> <li>- Kiinnitys-, tuki- ja verkkosidokset (1 &amp; 14)</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Interaktiiviset haavasidokset</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sisältävät joko vaikuttavaa ainetta tai ne aktivoituvat haavaeritteestä.</li> <li>○ Sidokset voidaan myös tarvittaessa aktivoida nesteellä (NaCl).</li> <li>○ Näitä tuotteita ovat muun muassa: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vaahtosidokset,</li> <li>- Hydrokuitu- ja geelityvät kuitukangastuotteet,</li> <li>- Hydrogeelit,</li> <li>- Vettä hylkiviksi käsitellyt kangaat, Alginaatit</li> </ul> </li> </ul> <p>Hydrokolloidit (11)</p>

Taulukko 3. Haavasidokset. (1, 11 &amp; 14)

## Haavanhoito väriluokituksen mukaisesti

Haavan hoitoon vaikuttavat haavan koko, syvyys ja onko näkyvillä jännettä, luuta tai hermoa. Avoimen haavan VPKM-väriluokituksen mukaan haavat voidaan jakaa neljään eri luokkaan. (11)

# AVOIMEN HAAVAN VPKM -VÄRILUOKITUS HELPPERI

### Epiteelikudos

#### VAALEANPUNAINEN

Ihon uloin kerros (epidermis).

**Hoitoperiaate:**

Suojaa ohutta ihon uudiskudosta, joka on herkkä vaurioitumaan.



### Granulaatiokudos

#### PUNAINEN

Terve, pienijyväinen uudiskudos, joka on edellytys haavan paranemiselle.

**Hoitoperiaate:**

Huolehdi kosteustasapainosta. Granulaatiokudos tarvitsee kostean paranemisympäristön, mutta liiallinen kosteus on haitallista.



### Fibriinikate

#### KELTAINEN

Kuollut kudos, joka voi olla pehmeää tai sitkeää. Katteen väri riippuu haavan kosteudesta.

**Hoitoperiaate:**

Pehmitä ja/tai poista fibriinikate.



### Nekroottinen kudos

#### MUSTA, RUSKEA

Kuollut kudos, joka voi olla pehmeää tai kovaa. Nekroosin väri riippuu haavan kosteudesta.

**Hoitoperiaate:**

Pehmitä ja/tai poista nekroottinen kudos.



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



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

## Vaaleanpunainen haava

Haava on umpeen kasvanut ja parantunut. (18) Vaaleanpunaisessa haavassa on epiteeli-saatiokudosta, joka on ohutta ja helposti vaurioituvaa uudiskudosta. (11)

Haavanhoitosidosten tulee suojata epiteelikudosta sekä olla kosteutta ylläpitäviä. (14)

### Lievästi erittävään haavaan suositellaan käytettäväksi

- Hydrogeelilevyjä (Elasto-Gel®)
- Ohuita hydrokolloideja (DuoDERM ExtraThin®)
- Ohuita polyuretaanivaahtosidoksia (Mepilex Lite®, Mebilex Border Lite®, Allewyn Gentle border lite®)
- Verkkosidoksia (Mepitel®) (1)

### Runsaasti erittävään haavaan suositellaan käytettäväksi

- Hydrofibersidoksia (Aquacel®)
- Polyuretaanivaahtosidoksia (Mepilex®, Allewyn®, Allewyn Adhesive®) (1)

## Punainen haava

Paranemassa oleva haava, jossa on verekästä uudiskudosta eli granulaatiokudosta (11 & 18). Yleensä punainen haava ei eritä ja on kivuton, mutta se voi olla myös infektoitunut, jolloin haava erittää ja on hyvin kivulias. (18)

Haavanhoidon tavoitteena on suojata haava ja käyttää kosteutta ylläpitäviä tuotteita.  
Huom! Liiallinen kosteus ei ole hyväksi.(14)

### Lievästi erittävään haavaan suositellaan käytettäväksi

- Hydrogeelejä (Purilon-geeli®)
- **Kostutettu** hydrofibersidoksia (Aquacel®)
- Ohuita hydrokolloideja (DuoDERM ExtraThin®)
- Ohuita polyuretaanivaahdosidoksia (Mepilex Lite®, Mebilex Border Lite®, Allewyn Gentle border lite®) (1)

### Runsaasti erittävään haavaan suositellaan käytettäväksi

- Alginaatteja (Seasorb®)
- Hydrofibersidoksia (Aquacel®)
- Polyuretaanivaahdosidoksia (Mepilex®, Mepilex Border®, Allewyn®, Allewyn Adhesive®, Polymem®) (1)

## Keltainen haava

Haavassa on fibriinikatetta. Fibriinikate voi olla pehmeää, ohutta, paksua tai venyvää kudosta, jota on yleensä matalassa haavassa. (10)

Haava tulee puhdistaa ja fibriinikate poistetaan mekaanisesti. Haavasidoksen tulee olla kostuttava tai katetta irrottava. (8)

### Lievästi erittävään haavaan suositellaan käytettäväksi

- Entsymaattinen valmiste (Irujol mono®)
- Hydrogeelejä (Purilon-geeli®)
- **Kostutettuja** hydrofibersidoksia (Aquacel®)
- Polyuretaanivaahtosidoksia (Mepilex®, Allevyn®)
- Hydrofobisia geelidoksia, (Sorbact Gel®)
- Hunajasidoksia (Activon Tube®)
- Pihkavoiteita (Abilar®) (1)

### Runsaasti erittävään haavaan suositellaan käytettäväksi

- Alginaatteja (Seasorb®)
- Hydrofibersidoksia (Aquacel®)
- Hydrofibisiasidoksia (Sorbact®)
- Polyuretaanivaahtosidoksia (Mepilex®, Mepilex Border®, Allevyn® Allevyn Adhesive®)
- Entsymaattinen valmiste (Irujol Mono®)
- Hunajasidoksia (Activon Tube®) (1)

## Musta haava

Mustassa haavassa on nekroottista kudosta. Nekroottinen kudos on kuollutta kudosta, joka on tarttunut kiinni haavapohjaan. Kudos hidastaa haavan paranemista. (11)

Nekroottisen haavanhoitoon, kuuluu kuolleen kudoksen poistaminen. Kudoksen poistoa ei saa tehdä ennen kuin lääkäri on tehnyt raajan verisuonientilanteen selvityksen. (8)

### Lievästi erittävään haavaan suositellaan käytettäväksi

- Entsymaattinen valmiste (Iruxol Mono®)
- Hunajasidoksia (Activon Tube®)
- Hydrogeelejä (Purilon-geeli®)
- Hydrofobisia geelidoksia (Sorbact-geeli®)
- Pihkavoide Abilar® (1)

### Runsaasti erittävään haavaan suositellaan käytettäväksi

- Alginaatteja (Seasorb®)
- Hunajasidoksia (Activon Tube®)
- Entsymaattinen valmiste (Iruxol Mono®)
- Polysakkaridivalmisteita (Iodosorb®) (1)

## Infektoitunut haava

Tulehtuneen haavanhoitoon voidaan käyttää antiseptisiä tuotteita, kuten hopeasidoksia tai hydrofobiasidoksia. (7) Haavanhoidon tavoitteena on estää bakteerien lisääntyminen.(14)

### Lievästi erittävään haavaan suositellaan käytettäväksi

- Hopeasidoksia Aquacel Ag®,Mepilex Ag®,Allevyn Ag®,Polymem Silver®
- Hunajasidoksia Activon Tube®
- Hydrofobiasidoksia Sorbact® (1)

### Runsaasti erittävään haavaan suositellaan käytettäväksi

- Aktiivihiihsidoksia (Carbonet®)
- Alginaatteja (Seasorb®)
- Hopeasidoksia (Aquacel Ag®,Mebilex Ag®,Allevyn Ag®,Polymem Silver®)
- Hunajasidoksia (Activon Tube®)
- Hydrofobiasidoksia (Sorbact®)
- Polysakkaridivalmisteita (Iodosorb®) (1)



## Haiseva haava

Haavanhoidon tavoitteena on poistaa haju. (14)

### Haavaan suositellaan käytettäväksi

- Aktiivihiilisdoksia (Carbonet®)
- Hunajasidoksia (Activon Tube®)
- Hopeasidoksia (Aquacel Ag®, Mepilex Ag®, Allevyn Ag®, Polymem Silver®) (1)

## Avoim haava

Avoimen haavan hoidolla pyritään estämään luun, jänteen tai hermon kuivuminen. Haavan pitäminen puhtaana ja kosteana on ensisijaisen tärkeää. (11)

Luun, jänteen ja hermon hoitoon sopivia sidoksia ovat mm. geeli- ja geelityvät tuotteet, jotka ylläpitävät haavan kosteutta. Avomurtumissa käytetään hydrogeeliä. Jos haava ei eritä, haavan pysymistä kosteana ylläpidetään käyttämällä vaahtosidoksia. (11)

## Haavanhoidon kirjaaminen hoitokertomukseen

Haavanhoidon kirjaamisen toteuttamisessa tulee käyttää laadukasta, tarkkaa, yhdenmu-  
kaista ja hyvää kirjaamista (12).

Kirjaamisalustana haavanhoidossa käytetään **Kudoseheys-komponenttia** (11).

Säärihaavasta kirjataan kohtaan **krooniset haavat** (11).

Haavan paikallishoidon kirjaamisesta tulee ilmetä seuraavat asiat:

- Haavan sijainti
- Koko ja syvyys
- Kudostyyppi
- Haavaympäristö
- Miten haavaa hoidetaan ja kuinka usein
- Haavan puhdistaminen
- Haavanhoitoon käytetyt tuotteet
- Palpaatio
- Haavakipu
- Laboratoriokokeet (1)

Haavanhoitoa tulee myös arvioida kolmiportaisesti:

- Haava on ennallaan
- Huonontunut tai
- Parantunut (1)

Arvioinnissa tulee näkyä asiakkaan vointi ja kokemus sekä ammattilaisen näkemys hoidon vaikuttavuudesta. (1)

## LÄHTEET

1. Carea. 2012. Ohjeita haavanpotilaiden hoitoon. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän Carean alueellinen haavanhoitotyöryhmä. 17.12.2012.
2. Einimö, C. 2012. Haavanhoito haastaa käsihygieniataidot. Suomen Haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 1/2012, 22–23.
3. ESSPH. 2013. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Saatavissa; file:///C:/Users/Camilla/Downloads/12885-ESSHP\_haavanhoitopas\_WEB\_02014%20(4).pdf [viitattu 04.11.2015].
4. Grovet. 2015. The veterinary warehouse. Saatavissa: <http://www.grovet.com/>
5. Hannuksela, M. 2012. Säärihaava. Lääkärikirja Duodecim [verkojulkaisu]. Päivitetty 24.9.2012. Saatavissa: [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi) [viitattu 10.9.2015].
6. Hietanen, H. 2013. Lääkinnällisen hoitosukan mitoitus. Sairaanhoitajan käsikirja. Päivitetty: 10.4.2013. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.ky-amk.fi:2048/dtk/shk/koti> [viitattu 21.10.2015].
7. Hietanen, H. 2015 A. Säärihaavan konservatiivinen hoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Päivitetty 10.3.2015. Saatavissa; <http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.ky-amk.fi:2048/dtk/shk/koti> [viitattu 20.10.2015].
8. Hietanen, H. 2015 B. Säärihaavan paikallishoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Päivitetty: 10.3.2015. Saatavissa; <http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.ky-amk.fi:2048/dtk/shk/koti> [viitattu 20.09.2015].
9. Jahkola, T. 2012. Haavapotilaan turvotuksen hoito. Suomen Haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 4/2012, 18–19.

10. Juutilainen, V. 2011. Likaisen haavan hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 13/2011, 1366–1372.
11. Juutilainen, V. & Hietanen, H. 2012. Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro.
12. Kinnunen, U-M. 2013. Haavanhoidon kirjaamismalli – innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.
13. Korhonen, A. 2012. Haavanhoidon peruseriaatteet. Suomen Haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 2/2012, 18–21.
14. Käypä hoito –suositus: Krooninen alaraajahaava 2014. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen ihotautiyhdistyksen asettama työryhmä [verkkajulkaisu]. Saatavissa: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi) [viitattu 19.10.2015].
15. Linctus Oy. 2015. Haavanhoitotuotteet. Saatavilla; <http://www.haavanhoitotuotteet.fi/tuotteet.html?id=7/41> [viitattu 11.12.2015].
16. Mölnlycke Health Care. 2013. Yleistä säärihaavoista. Saatavissa; <http://www.molnlycke.fi/tietoa/saarihaavat/yleista/> [viitattu 20.10.2015].
17. Paananen, S. 2012. Kompressiohoito teoriassa helppoa, käytännössä haastavaa. Suomen Haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu: Haava 4/2012, 24–25.
18. Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2013. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanomapro
19. Suomen haavanhoitoyhdistys ry. 2010. Avoimen haavan VPKM – väri-luokitus helpperi. Saatavissa: [http://shhy.fi/site/assets/files/1041/avoimen\\_haavan\\_helpperi.pdf](http://shhy.fi/site/assets/files/1041/avoimen_haavan_helpperi.pdf) [viitattu 04.11.2015].
20. Suomen verisuonikirurginen yhdistys r.y. 2015. Saatavissa: <http://verisuonikirurgit.yhdistysavain.fi/> [viitattu 04.11.2015].