



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

HAAVAPOTILAAN HOITO- POLKU SUOLAHDEN KOTIHOI- DOSSA

Opinnäytetyö

TEKIJÄ/T:

Jenni Nevalainen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Tutkinto-ohjelma Hoitotyön kliininen asiantuntija, haavahoito -tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä(t) Jenni Nevalainen	
Työn nimi Haavapotilaan hoitopolku Suolahden kotihoidossa	
Päiväys	7.2.2022
Sivumäärä/Liitteet	71 + 10
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Äänekosken kaupunki	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Haavat ovat merkittävä haaste terveydenhuollolle. Ne ovat usein pitkäkestoisia ja vaativat jopa päivittäistä hoitoa. Haavanhoitoon kuuluu paljon hoitohenkilöstön aikaa. Haavojen esiintyvyys kasvaa väestön ikääntyessä sekä niiden syntyyn vaikuttavien pitkäaikaissairauksien, kuten diabeteksen, lisääntyessä. Myös monilla elämäntapatekijöillä, kuten ylipainolla on vaikutusta niiden esiintyvyyteen. Haavojen hoitoa on keskitetty viime vuosikymmeninä enemmän kotiin, mikä lisää kotihoidon kuormitusta. Samaan aikaan henkilöstöresurssit ovat niukentuneet. Siksi on tärkeää löytää keinoja tehostaa haavanhoitoa. Haavanhoidon tulee olla lisäksi näyttöön perustuvaa ja laadukasta.</p> <p>Opinnäytetyössä selvitettiin ensin haavanhoidon nykytilaa Suolahden kotihoidossa, jonka jälkeen rakennettiin hoitopolku-malli yhtenäistämään ja tehostamaan haavanhoidon käytänteitä. Haavanhoidon nykytilaa selvitettiin tutkimushaastattelun keinoin. Haastateltavat (n = 12) olivat ammatiltaan sairaanhoitajia ja lähihoitajia. Tuloksissa esiin nousseet kehittämistarpeet huomioitiin hoitopolkua laadittaessa. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin haavapotilaan hoitoketju ohjaa haavapotilaiden hoitoa Keski-Suomen kunnissa. Opinnäytetyönä tuotettu hoitopolku täydentää paikallisella tasolla tätä hoitoketjua.</p> <p>Tulosten mukaan hoitajat olivat kiinnostuneita haavanhoidosta ja pitivät tärkeänä oman osaamisensa kehittämistä. Haavanhoidon osaamista tuloksissa kuvautui monipuolisesti. Haavanhoito kotihoidossa on usein kuitenkin haastavaa useista eri tekijöistä johtuen. Koti toimintaympäristönä tuo hoitamiseen haasteita, lisäksi asiakkaasta johtuvat seikat korostuvat toimittaessa hänen omassa kodissaan. Osa haasteista liittyy yksikön ja organisaation toimintatapoihin ja käytäntöihin. Vastauksissa korostui, että haavanhoidossa paikallishoito nähdään usein hoidon keskeisimpänä tekijänä ja etiologisten tekijöiden huomioiminen sekä haavojen diagnosointi eivät toteudu. Tuloksissa kuvautui myös useita kehittämisideoita. Lähes kaikissa vastauksissa korostui toive käytäntöjen yhtenäistämisestä. Haavojen hoitamisen tulisi olla suunnitelmallisempaa, hoidon tavoitteet ja keinot tulisi selkeästi määritellä ja kirjata ja omahoitajan tulisi ottaa vastuu hoidon kokonaisuuden koordinoinnista ja haavan paranemisen seurannasta. Myös asiantuntijahoitajan saaminen hoito-organisaatioon oli keskeinen toive.</p> <p>Hoitopolku ohjaa haavaa sairastavan asiakkaan hoitoa. Sen myötä haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät tulevat huomioiduksi laaja-alaisesti ja oikea-aikaisesti. Hoitopolkua voidaan hyödyntää kotihoidon lisäksi myös asumispalveluyksiköissä. Lisäksi opinnäytetyön tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää muilla tavoilla haavanhoidon käytäntöjen kehittämisessä.</p>	
Avainsanat Haavanhoito, hoitopolku, kotihoito	

Field of Study Social Services, Health and Sports		
Degree Programme Master's Degree Programme in Advanced Practice Nursing		
Author(s) Jenni Nevalainen		
Title of Thesis Wound Patient Care Clinical Pathway in Suolahti Home Care Services		
Date	7.2.2022	Pages/Appendices 71 + 10
Client Organisation /Partners The city of Äänekoski		
<p>Abstract</p> <p>Wounds are a major challenge to healthcare. They are often a long-lasting problem and may require daily care. Wound care takes a lot of nurses' time. The incidence of wounds increases as the population ages. In addition, many underlying health conditions such as diabetes are on the rise. Lifestyle factors, such as obesity, also play a role. Wound care has shifted from hospitals to home care in recent decades, putting pressure on the resources in home care. Simultaneously, human resources are decreased. Therefore, it is important to find ways to make wound care more effective. Moreover, wound care must be evidence-based and of high quality.</p> <p>The thesis project was undertaken by firstly studying the current state of wound care in Suolahti home care. Secondly, the clinical pathway was created. It aimed to harmonize wound care practice and, thus, facilitate efficiency. The research method was a semi-structured interview. All in all, there were 12 respondents, nurses and practical nurses. The development identified in the results of the interviews were considered in making the clinical pathway. Central Finland hospital district has published the clinical pathway for wound patients. The clinical pathway created with the thesis is a complementary model at the local level.</p> <p>In conclusion, according to the results of the interview survey, wound care was considered interesting, and nurses were willing to develop their know-how. Furthermore, wound care expertise was widely evident in the responses. However, wound care in home care is often challenging for many different reasons. Client's home as an operating environment brings challenges. Issues due to the client, such as self-determination, are also highlighted when working at a home setting. Some of the challenges are related to organizational practices and ways of working. The results emphasized that local wound care, such as dressing selection, usually seemed to be the most important issue in wound care. Definition of etiology and wound diagnoses were often overlooked. Importantly, many development ideas also emerged. Several interviewees considered consistent development of coherent practices important. Wound care should be more planned. More precisely, treatment goals, ways and means should be better defined and documented. Each patient's own nurse should have more central role in the coordination of overall care and monitoring of wound healing. Engagement of an expert nurse to the health care organization is also considered a key.</p> <p>The clinical pathway guides the care of wound patients. As a result, factors affecting wound healing will be considered extensively and in a timely manner. In addition to home care, it can be used in housing services. Information produced by the study can be used in a versatile manner in the development of wound care.</p>		
<p>Keywords Wound care, clinical pathway, home care</p>		

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	LAADUKAS HAAVANHOITO	6
2.1	Haavan paranemiseen vaikuttavat systeemiset tekijät	8
2.2	Haavan paranemiseen vaikuttavat paikalliset tekijät	15
2.3	Haavapotilaan hoidon suunnittelu.....	17
2.3.1	Haavadiagnoosi	17
2.3.2	Hoitosuunnitelma.....	18
2.3.3	Haavan paikallishoito	19
2.3.4	Haavasidokset	24
2.3.5	Haavan paranemisen seuranta	28
2.3.6	Konsultointi ja eteenpäin lähettäminen	28
2.3.7	Haavanhoidon kirjaaminen	29
3	HAAVANHOITO KOTIHOIDOSSA.....	30
4	HOITOPOLKU.....	35
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	38
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	39
6.1	Tutkimus haavanhoidon nykytilanteesta kotihoidossa	40
6.1.1	Puolistrukturoitu haastattelu	41
6.1.2	Sisällönanalyysi	42
6.1.3	Tutkimuksen toteutus.....	42
6.1.4	Tulokset.....	43
6.2	Haavapotilaan hoitopolun tuottaminen.....	50
7	POHDINTA.....	50
7.1	Opinnäytetyön arviointi	53
7.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	56
7.3	Ammatillinen kasvu.....	59
7.4	Hyödynnettävyys ja kehittämisideat	59
	LÄHTEET	61
	LIITE 1 TUTKIMUSHAASTATTELUN KYSYMYKSET	72
	LIITE 2 TIEDONHAKU	73
	LIITE 3 TUTKIMUSTAULUKKO.....	74
	LIITE 4 HOITOPOLKU.....	81

1 JOHDANTO

Haavat ovat merkittävä kansanterveydellinen ongelma. Ne heikentävät potilaiden elämänlaatua ja aiheuttavat merkittäviä kustannuksia terveydenhuollolle. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021.) Arvioiden mukaan 2–5 % terveydenhuollon kustannuksista länsimaissa syntyy haavojen hoidosta. Eniten kustannuksia muodostuu hoitohenkilökunnan työstä, jonka osuus kaikista kuluista on 80–90 %. (Juutilainen 2018, 14.) Euroopassa haavanhoidosta toteutetaan perusterveydenhuollossa 70–90 %. Vähintään 50 % perusterveydenhuollossa työskentelevien hoitajien työajasta kuluu haavanhoitoon. (EWMA 2014.)

Haavat ovat usein pitkäkestoisia ja edellyttävät jopa päivittäistä hoitoa. Haavojen määrä kasvaa jatkuvasti, sillä korkea ikä lisää niiden ilmaantuvuutta ja elinajanodote jatkaa kasvuaan. (Jemec, Martinussen & Zarchi 2015; Lindholm & Searle 2016, 5–6.; Juutilainen 2018, 12–14.) Tilastokeskuksen mukaan Suomessa vuonna 2020 65-vuotiaiden miesten elinajanodote oli 18,6 vuotta ja naisten 22 vuotta. Verrattuna vuoteen 1990 on elinajanodote kasvanut 65-vuotiaiden miesten osalta 4,9 vuodella ja naisten 4,3 vuodella. (Findikaattori 2021.) EWMA:n (EWMA 2014) mukaan Euroopassa on viimeisten vuosikymmenien aikana tapahtunut merkittävä muutos haavanhoidossa sen painopisteen siirtyessä sairaaloista kotiin. Kuitenkaan kotihoidon resursseja ei ole lisätty samassa suhteessa. Lisäksi haavapotilaat ovat yhä monisairaampia ja kotiutuvat sairaalasta aikaisempaa nopeammin, mikä lisää haasteita erityisesti kotihoitoon. Suomalaisen tutkimuksen (THL 2017) mukaan kotihoidon henkilöstöstä lähes puolet koki, ettei ehdi tehdä työtään kunnolla. Tanskalaisen tutkimuksen mukaan (Lindholm & Searle 2016, 7) nykyään 72 hoitajaa tekee työn, jonka vuonna 2001 teki 100 hoitajaa.

Kasvavat potilasmäärät ja hoitohenkilöstön kuormitus pakottavat etsimään uusia keinoja kohdentaa resursseja ja tehostaa toimintoja. Yksi mahdollisuus vastata näihin haasteisiin on hoitopolkujen käyttäminen. Hoitopolku kuvaa potilaan kliinisen hoidon tarpeen ja ohjaa ammattilaisia potilaan hoitamisessa. Hoitopolkua käyttämällä voidaan lyhentää hoitajaksojen kestoa sekä lisätä kustannustehokkuutta. (Asmirajanti, Hariyati & Syuhaimie 2018.) Haavan paraneminen voidaan optimoida arvioimalla haavapotilaita kokonaisvaltaisesti, sillä tuolloin huomioidaan kaikki hoitoon ja paranemiseen vaikuttavat tekijät (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021). Haavat heikentävät potilaan elämänlaatua monella tavalla. Haavojen nopeampi paraneminen vähentää niiden aiheuttamaa inhimillistä kärsimystä. (Juutilainen 2018, 13–14.)

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Äänekosken kaupungin kotihoito. Opinnäytetyö on kehittämistyö. Kotihoidossa haavanhoitokäytänteet ovat hyvin vaihtelevia. Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää haavanhoidon toimivat käytänteet ja haasteet sekä hoitajien kokemat kehittämistarpeet ja osaaminen Suolahden kotihoidossa. Tutkimusmenetelmänä on puolistrukturoitu haastattelu. Tutkimuksen jälkeen tuotetaan näyttöön ja parhaaseen käytäntöön perustuva hoitopolku haavanhoidon

laadun parantamiseksi. Hoitopolkua rakennettaessa huomioidaan erityisesti tutkimuksen tuloksissa esiin nousseet asiat. Hoitopolku on toteutettu siten, että se on käytettävissä myös mobiililaitteilla asiakkaan kotoa käsin. Hoitopolkua käyttävät kotihoidon perus- ja lähihoitajat sekä sairaanhoitajat. Hoitopolku helpottaa hoitajien työtä ja mahdollistaa työajan tehokkaamman käytön. (Courtney ym. 2013; Asmirajanti ym. 2018.) Opinnäytetyön tavoite on, että hoitopolun myötä hoito yhdenmukaistuu eikä ole enää riippuvaista yksittäisen työntekijän osaamisesta. Haavanhoitoajat lyhenevät, koska ongelmiin tartutaan oikea-aikaisesti ja tarpeeksi laaja-alaisesti eikä keskitytä ainoastaan haavan paikallishoitoon. Näin ollen haavojen kroonistuminen pystytään estämään.

2 LAADUKAS HAAVANHOITO

Haavalla tarkoitetaan ehjän ihon vauriota, johon saattaa liittyä ihon alaisen kudoksen vaurioita. Haavan aiheuttaa jokin sisäinen tai ulkoinen tekijä. Akuutit haavat syntyvät yleensä jonkin ulkoisen tekijän seurauksena. Näitä voivat olla erilaiset mekaaniset voimat, palo- ja paleltumavammat, erilaisten kemikaalien aiheuttamat syöpymävammat sekä säteilyn aiheuttamat ihovauriot. Kroonisenkin haavan taustalla voi olla ulkoinen tekijä, kuten paine tai hankaus, mutta yleensä siihen liittyy myös sisäinen sairaustekijä. (Hietanen & Juutilainen 2012, 27–29.) Haava luokitellaan krooniseksi, jos se ei ole parantunut noin kuukaudessa. Iskeemisen haavan ja diabeettisen jalkahaavan kohdalla aikaraja on kaksi viikkoa. Haavan kroonistumiseen on aina jokin syy, joka on selvitettävä. (Ahmajärvi & Isoherranen 2017.) Länsi-Euroopan väestössä kroonisen alaraajahaavan esiintyvyys on 0,04–1 %. Väestöstä 1,3–6 % saa elämänsä aikana alaraajahaavan. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021.) Ikääntymisen lisäksi diabeteksen ja ylipainoisuuden lisääntyminen ovat tärkeimmät syyt kroonisten haavojen määrän lisääntymiseen. Suurimmat haavaryhmät ovat laskimoperäinen säärihaava, painehaava ja diabeetikon jalkahaava. (Juutilainen 2018, 12). 18–27 % kroonista haavaa sairastavista sairastaa myös diabetesta (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021). Muita haavan paranemiseen vaikuttavia sairauksia ovat esimerkiksi reuma, verenkiertosairaudet, verenpainetauti sekä sydämen vajaatoiminta. (Ahmajärvi & Isoherranen 2017; Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021.) Haava onkin nähtävä oireena tai sairauden komplikaationa, jonka diagnostiikka kuuluu lääkärille. Diagnostiikalla on keskeinen rooli haavan hoidossa ja paranemisessa. (Ahmajärvi & Isoherranen 2017.)

Haavanhoidossa voidaan saavuttaa hyviä tuloksia ainoastaan silloin, kun haavan syy tunnistetaan ja korjataan (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021). Haavanhoidon tulee olla näyttöön ja parhaaseen käytäntöön perustuvaa. Näytöllä tarkoitetaan ajantasaista ja luotettavaa tutkimustietoa. Mikäli tutkimustietoa ei ole saatavilla, näytöllä voidaan tarkoittaa myös asiantuntijoiden yksimielistä näkemystä asiasta. (Näyttöön perustuva toiminta 2018.) Paras käytäntö puolestaan tarkoittaa

hoitoa, joka on lääketieteen asiantuntijoiden näkemyksen mukaan hyväksyttyä ja asianmukaista tietäntyyppistä sairautta sairastaville, ja jota terveydenhuollon ammattilaiset käyttävät laajalti (Medical terminology database 2021). Courtney ym. (2013) totesivat tutkimuksessaan, että haavaa sairastavan alkaessa saada näyttöön perustuvaa hoitoa hoitotulokset paranivat merkittävästi. Kun heidän tilaansa arvioitiin näyttöön perustuen, heidän oli mahdollista saada myös parhaaseen käytäntöön pohjautuvaa hoitoa ja haavan paranemiseen kuluvan ajan mediaani laski 22 viikosta 12:sta viikkoon.

Suurin osa kroonisista alaraajahaavoista on seurausta laskimovajaatoiminnasta. Kaikista alaraajahaavoista laskimoperäisiä on 32–51 % (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021). Laskimoiden paine nousee, kun vaurioituneet läpät päästävät veren virtaamaan takaisinpäin. Lisäksi potilaan ylipaino ja liikkumattomuus tai pohjelihaspumpun heikentynyt toiminta myötävaikuttavat laskimopaineen kohoamiseen. Laskimohaavan taustalta saattaa löytyä myös ahtauma tai tukos laskimossa. Laskimopaineen kohoaminen aiheuttaa iholle laskimohaavalle tyypillisiä ihomuutoksia kuten hyperpigmentaatiota, staasiekseemaa ja turvotusta. Laskimohaavat erittävät usein runsaasti ja ovat granuloivia tai fibriinikatteisia. Ne sijaitsevat tyypillisesti kehräsluun seudussa tai säären alakolmanneksessa. Haava on yleensä pinnallinen, mutta se saattaa olla hyvin laaja. Hoidossa keskeisintä on kompressiohoito, mutta myös muut haavan paranemista heikentävät tekijät tulee huomioida. Potilas tulee lähettää verisuonikirurgin arvioon. Hoitona voidaan käyttää vaahtoruiskutusta, termoablaatiota sekä kirurgisia toimenpiteitä. (Eskelinen, Halmesmäki, Isoherranen & Saarinen 2017; Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021.)

Toiseksi yleisin alaraajahaava on valtimohaava. Sen osuus kaikista alaraajahaavoista on 11–27 %. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021.) Valtimohaava on seurausta alaraajojen tukkivasta valtimotaudista johtuvasta puutteellisesta valtimoverenkierrosta, joka liittyy ateroskleroosiin. Valtimohaava sijaitsee usein jalkaterässä tai varpaissa, mutta se voi sijaita myös pohkeessa tai sääressä. Haava on usein syvä ja haavapohja nekroottinen ja katteinen. Potilaalla on usein leposärkyä raajassa ja raaja on viileä, eivätkä nilkan ja jalkaterän sykkeet ole tunnettavissa. Valtimohaavan tärkeimmät riskitekijät ovat diabetes sekä tupakointi. Muita riskitekijöitä ovat munuaisten vajaatoiminta, hyperkolesterolemia sekä verenpainetauti. Haava voi olla myös sekamuotoinen, jolloin siinä yhdistyy laskimohaavan ja valtimohaavan löydöksiä. (Alaraajojen tukkiva valtimotauti: Käypä hoito -suositus, 2021; Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021.)

Kroonista haavaa sairastavista 18–27 %:lla on diabetes (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021). Diabeettisen alaraajahaavan taustalla on diabetekseen liittyvä neuropatia eli ääreishermoston sairaus sekä jalan heikentynyt verenkierto. Haava voi sijaita nilkassa, jalkaterässä tai varpaissa useimmiten luisten ulkonemien kohdalla. Neuropaattinen haava on kivuton ja sen reuna paksuuntunut. Diabeettiseen haavaan liittyy usein infektio. (Juutilainen, Lahtela & Sane 2018, 362–367.) Diabeettisen haavan hoidossa keskeistä on paineen poistaminen haava-alueelta käyttämällä

erilaisia kevennyksiä. Myös riittävä verenkierto on varmistettava ja mahdollinen haavainfektio hoidettava. Diabeetikon jalkojen hoitoon on kiinnitettävä erityistä huomiota. (Diabeetikon jalkaongelmat: Käypä hoito -suositus 2021.)

Painehaavat syntyvät yleisimmin luisten ulokkeiden kohdalle ulkoisten mekaanisten voimien, kuten paineen, kitkan ja kudosten venymisen seurauksena. Painehaavalle altistavia tekijöitä ovat liikkumattomuus, suojatunnon heikentyminen ja vajaaravitsemus. Myös paikalliset tekijät, kuten verenkierron riittävyys sekä kudosten kimmoisuus ja elastisuus, vaikuttavat painehaavariskiini. Painehaavan reumat ovat usein säännöllisen muotoiset ja selkeät. Haava voi olla pinnallinen tai syvä, myös onkaloituva. Haavassa voi olla katetta ja nekroosia. Painehaavan hoidossa keskeistä on paineen poistaminen haava-alueelta. Myös ravitsemus ja perussairaudet on tärkeää huomioida ja korjata. (Hietanen & Juutilainen 2018, 322–352.)

Näiden lisäksi esiintyy joukko epätyypillisiä haavoja. Kroonisista haavoista epätyypillisten haavojen osuus on 10–20 %. Reumahaava on seurausta reumakyhmyistä, virheasenoista sekä glukokortikoidilääkityksestä. Pyoderma gangraenosum liittyy usein tulehduksellisiin suolistosairauksiin, nivelreumaan sekä hematologisiin syöpiin. Vaskuliittihaavat ovat seurasta monimutkaisesta immunologisesta reaktiosta sekä verisuonten tulehduksesta. Niille saattavat altistaa reuma- ja sidekudossairaukset sekä infektioaudit. Martorellin haavan riskitekijöitä ovat verenpainetauti sekä II-typin diabetes, kalsifylaksiahaavan taas munuaisten vajaatoiminta, verenpainetauti, II-typin diabetes, lihavuus sekä varfariinihoito. Vaskulopatioiden riskitekijöitä ovat tukostaipumus, sidekudossairaudet sekä kolesteroliembolisaatio. Kasvaimet ja kihtikyhyt voivat aiheuttaa haavoja. Myös joihinkin ihosairauksiin ja lääkkeisiin saattaa liittyä ihon haavautumista. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021.)

2.1 Haavan paranemiseen vaikuttavat systeemiset tekijät

Ikä vaikuttaa merkittävästi haavan paranemiseen. Ihon rakenne alkaa muuttua 70 ikävuoden jälkeen. Osaltaan siihen vaikuttavat myös altistuminen UV-säteilylle sekä tupakointi. Iän myötä iho ohenee ja sen toimintakyky muuttuu heikommaksi. Ikääntyvä iho kuivuu helposti, sillä rasvan määrä orvaskedessä vähenee. Iho muuttuu myös helpommin vaurioituvaksi, sillä tyvikalvovyöhyke ohenee. Tämä johtaa orvaskeden ja verinahon sidosten heikkenemiseen. Myös kollageenin määrä verinahassa vähenee ja verisuonet rikkoutuvat herkästi. Lisäksi verisuonien määrä ihossa vähenee. Ihonalaisen rasvakudoksen määrä vähenee. (Hannuksela-Svahn 2016.) Ikääntyvä iho on alttiimpi infektioille. Sidekudoksessa elastiinin määrä vähenee. Iän myötä kudosten uudistuminen heikkenee. Lisäksi kudokset korvataan aiempaa huonolaatuisemmalla arpikudoksella. Ihmisen ikääntyessä iho hau-

rastuu ja haavariski kasvaa sekä haavojen paraneminen heikkenee, sillä epidermis ja dermis ohentuvat ja solujen määrä sekä niiden aktiivisuus vähenee. Myös tulehdusreaktiiovaste muuttuu heikommaksi ja uudiskudoksen muodostus hidastuu. (Lagus 2018, 43.) Upton (2020) selvitti kirjallisuuskatsauksessa traumaattisen haavan paranemiseen vaikuttavia tekijöitä. Keskeisin näistä osoittautui olevan ikä. Iäkkäillä potilailla haavan paraneminen oli viivästynyt, sairaalahoito pitkittyi ja kuolleisuus oli korkeampaa.

Toinen tärkeä haavan paranemiseen vaikuttava tekijä on solujen käytettävissä oleva happi. Solut tarvitsevat happea pystyäkseen tuottamaan tehokkaasti energiaa. Happea tarvitaan solun mitokondrioissa tapahtuvaan soluhengitykseen, jossa energiaa muodostuu. Solut muodostavat glukoosista energiaa glykolyysin avulla. Tuo energia varastoidaan ATP:n muotoon. Glukoosia solut saavat joko solun ulkopuolelta tai solun sisäpuolella olevasta glykokeenistä. Hapettomissa olosuhteissa energiantuotto on huomattavasti heikompaa. (Solunetti 2006.) Noin 95 % kaikesta hengitetystä hapestä käytetään elimistössä soluhengitykseen (Wikström 1993). Haavan paraneminen ja kudosta korjaavat prosessit vaativat paljon energiaa. Näin ollen happivaje hidastaa haavan paranemista (Lagus 2018, 41–42).

Happi kulkee verenkierrossa sitoutuneena punasoluissa olevaan hemoglobiiniin. Verenkierrosta happi siirtyy kudoksiin diffuusion kautta eli suuremmasta pitoisuudesta pienempään. Näin ollen happea siirtyy solujen käyttöön hyvin silloin, kun veren happipitoisuus on korkeampi kuin ympäröivissä kudoksissa. (Lagus 2018, 41). Happipitoisuus ei ole tasainen kaikissa soluissa, vaan se pienenee sitä mukaa, kun siirrytään kauemmas hiussuonista, sillä diffuusion aikana solut kuluttavat osan hapestä. Näin ollen jälkimmäiset solut kärsivät hapenpuutteesta herkimmin. (Wikström 1993.)

Hapenpuute haavassa voi olla seurausta useista eri sairauksista. Keuhkosairaudet vaikuttavat veren hapettumiseen. Sydänsairaudet taas puolestaan saattavat heikentää sydämen pumppausvoimaa ja verisuonisairaudet, kuten ahtauttava valtimosairaus ja vaskuliitit, veren pääsyä kudoksiin. Myös verisairaudet sekä verta muodostavien kudosten sairaudet saattavat aiheuttaa ongelmia heikentämällä hapenkuljetuskapasiteettia. Diabeteksen aiheuttamat muutokset kudoksessa liittyvät tulehdusreaktioon sekä verisuonissa tapahtuviin muutoksiin, jotka estävät veren virtausta kudoksiin. Myös kudosturvotus voi heikentää kudosten hapensaantia. (Lagus 2018, 42.) Haavan kärsiessä hapenpuutteesta ihon puolustuskyky heikkenee, sillä valkosolut tarvitsevat happea pystyäkseen tappamaan bakteereja. Kasvutekijöiden erittyminen sekä fibroblastien jakaantuminen kollageenin muodostuksessa vaativat myös happea ja näin ollen kudoksen uudisrakennuskin häiriintyy hapenpuutteen vuoksi. (Lagus 2018, 41.)

Tupakointi heikentää haavan paranemista. Lisäksi se on valtimohaavan riskitekijä. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021.) Tupakointi heikentää kudosten hapensaantia. Tupakka

sisältää noin 4000 kemikaalia. Haitallisimpia näistä ovat nikotiini, hiilimonoksidi sekä vetysyanidi. Hiilimonoksidi eli häkä syrjäyttää hapen hemoglobiinista, mikä häiritsee soluhengitystä. Lisäksi tupakointi supistaa verisuonia. Nikotiini vaikuttaa kapillaarisuonin voimakkaasti, mikä aiheuttaa ihon verenkierron vähenemistä jopa 40 %. Vaikutus kestää tupakoinnin jälkeen noin 90 minuuttia. Nikotiini aiheuttaa myös pienten verisuonien tukostaipumusta, sillä se vaurioittaa verisuonien sisäseinämiä ja lisää verihiutaleiden takertumista sekä vähentää fibrinolyysiä. Lisäksi nikotiini lisää infektioalttiutta, sillä se estää makrofagien jakaantumista ja lisää niiden kasaantumista sekä takertumista ympäristöönsä. Nikotiini vaikuttaa myös elimistön C-vitamiinivarastoihin. Niiden niukkuus vaikuttaa haitallisesti sidekudoksen muodostukseen. Vetycyanidi puolestaan estää hapen kuljetuksessa tarvittavien entsyymien toimintaa. (Lagus 2018, 42.) Tupakoivilla haavapotilailla epitelisaatio hidastuu ja ihon vähäinen kollageenimäärä lisää haavarepeämän riskiä. (Koljonen, Patja & Tukiainen 2006.)

Myös ravitsemus vaikuttaa merkittävästi haavan paranemiseen ja ravitsemukseen liittyvät ongelmat ovat yleisiä haavapotilailla (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021). Huono ravitsemustila vaikuttaa haavan paranemiseen aiheuttamalla solujen heikentyneitä jakautumista ja verisuonten uudismuodostusta eli angiogeneesiä sekä pitkittämällä tulehdusreaktiovaihetta (Ahmajärvi & Isoherranen 2017). Haavaa sairastavan perusterveen aikuisen energiantarve on 25–30 kcal/kg ja proteiinintarve 1–1,2 g/kg vuorokaudessa. Fyysinen aktiivisuus vaikuttaa energiantarpeeseen. Monisairailta, aliravituilta henkilöillä sekä iäkkäillä energiantarve on suurempi, 30–35 kcal/kg vuorokaudessa, myös proteiinintarve on korkeampi, 1,2–1,5 g/kg. (Kemppainen 2021.) Laajat haavapinnat saattavat aiheuttaa katabolian, jossa kehon omia kudoksia hajotetaan solujen energiantarpeeseen. Tuolloin keho suosii energianlähteenä mieluummin lihaskudosta kuin rasvakudosta ja tämä johtaa lihasmassan vähenemiseen. Haavapotilas tarvitsee energian ja proteiinin lisäksi erilaisia vitamiineja ja hivenaineita sekä rasvahappoja. Hyvä muistisääntö haavapotilaan tarvitsemille vitamiineille on englanninkielinen CAKE-B. Lisäksi tarvitaan sinkkiä, rautaa, kuparia ja magnesiumia. (Lagus 2018, 43–44.)

Ylipaino vaikuttaa haavan paranemiseen monella mekanismilla (Lagus 2018, 43). Euroopassa 52 % aikuisväestöstä on ylipainoisia (EWMA 2014). THL:n (THL 2020d) mukaan vuonna 2017 yli 60-vuotiaista suomalaisista lihavia oli noin kolmannes. Lihavuus määritellään painoindeksin perusteella, jolloin huomioidaan myös henkilön pituus. Yli 65-vuotiailla tavoiteltava painoindeksi on 23–29. Painoindeksi 35–40 ilmaisee vaikeaa lihavuutta ja yli 40 sairaalloista lihavuutta. (Mustajoki 2020.) Lihavuus voidaan määritellä myös vyötärönympäryksen perusteella. Miehillä raja on 100 cm ja naisilla 90 cm. (THL 2020d.)

Rasvasolut tuottavat adipokiinejä. Ne vaikuttavat immuunipuolustukseen sekä tulehdusreaktiovaiheeseen. Lisäksi rasvakudoksessa on vain vähän verisuonia ja siksi verenkierto häiriintyy herkästi. Ylipaino heikentää keuhkojen toimintaa pienentämällä keuhkojen toiminnallista tilavuutta. Alaraaja-turvotus on yleistä, sillä alaraajojen laskimoiden ja imusuonien vajaatoiminta lisääntyy lihavilla.

Tämä aiheuttaa ongelmia alaraajahaavojen osalta. Ylipainoon liittyy usein myös sokeriaineenvaihdunnan häiriö, mikä vaikuttaa haitallisesti haavan paranemiseen. Ihon puhtaana pitäminen hankaloituu ja poimuihin kertyy usein mikrobeja, jotka saattavat aiheuttaa haavainfektioita. Iho on myös alttiimpi rikkoontumaan. (Lagus 2018, 43.) Allen ym. tutkivat vuonna 2012 kantasolujen vaikutusta haavan paranemiseen lihavilla. Lihavaksi määriteltiin tutkittavat, joiden painoindeksi oli yli 30. Ihmisiin kohdentuneen tutkimuksen rinnalla tehtiin kokeita ylipainoisille hiirille. Tutkimuksessa havaittiin, että lihavuus häiritsi kantasolujen liikkumista ja toimintaa, mikä johti heikentyneeseen verisuonien uudismuodostukseen ja hidastuneeseen haavan sulkeutumiseen.

Vaikka ylipainosta on haittaa haavan paranemiselle, iäkkään haavapotilaan kohdalla ei kuitenkaan aina pyritä painonpudotukseen. Iäkkään ylipainoisen haavapotilaan ravitsemushoidon tavoitteena on nykyisen painon ylläpitäminen tai noin 5 % painonpudotus. Mikäli henkilö kärsii sarkopeniasta, eli lihasmassan ja lihasvoiman vähenemisestä, on painonpudotuksessa riskejä. Jos menetetty paino palaa siten, että rasvakudoksen määrä suhteessa lihaskudokseen kasvaa entisestään, tilanne on entistä huonompi ja fyysinen toimintakyky heikkenee entisestään. Siksi on arvioitava tapauskohtaisesti painonpudotuksen hyödyt suhteessa haittoihin. (Kemppainen 2021.) Useimmiten ikääntyneille, joiden painoindeksi on 25–29, suositellaan terveellistä ruokavaliota ja painon vakaana pitämistä sekä säännöllistä fyysistä aktiivisuutta. Joissakin tapauksissa painonpudotusta voidaan harkita, jos painoindeksi iäkkäällä ylittää 30 kg/m². (Jyväkorpi & Strandberg 2020.)

Ikääntyneiden ravitsemukseen on kiinnitettävä erityistä huomiota (Schwab 2020). Ikääntyneellä henkilöllä tarkoitetaan Suomen lainsäädännössä vanhuseläkkeeseen oikeutettua eli yli 65-vuotiaasta henkilöä (Ikätalo.fi). Vain 11 % kotihoidon asiakkaista on alle 65-vuotiaita (THL 2020a). Ikääntyvillä ravintoaineiden imeytyminen sekä metabolia on usein heikentynyt seurauksena maksan ja ruuansulatuselimistön toiminnan heikkenemisestä. Lisäksi huono ravitsemus liittyy usein vähentyneeseen ruokahaluun sekä janon tunteeseen, pieniin ruoka-annoksiin, ravinnon yksipuolisuuteen, ruokailuun liittyvään avuntarpeeseen, kognitiivisiin toimintoihin, toistuviin akuutteihin sairauksiin sekä ruokahalu vähentäviin lääkkeisiin ja tietoiseen juomisen rajoittamiseen inkontinenssin vuoksi. Myös hampaiden kuntoa ja nielemistä on arvioitava. (EWMA 2014; Schwab 2020.) Lisäksi ravitsemukseen vaikuttaa myös taloudellinen tilanne. Tuoreet kasvikset ja hedelmät ovat usein kalliita, joten niiden sijasta valitaan ravintoaineköyempiä, täyttävämpiä ja edullisia vaihtoehtoja. (Bold 2020.)

Iäkkäiden ravitsemustilaa on hyvä seurata ja arvioida säännöllisesti (Schwab 2020). Kotihoidossa ravitsemustilanteen arvioiminen on toisinaan haasteellista. Ravitsemustilaa tulisi arvioida haavapotilaiden lisäksi sellaisilla potilailla, joilla on riski saada haava. (EWMA 2014.) Ravitsemuksen arviointiin on kehitetty erilaisia mittareita. Näyttöön perustuvien suositusten (JBI: Malnutrition risk assessment (older people): Community settings) mukaan MNA-mittaria suositellaan ikääntyvien vajaaravitsemuksen seulontaan. MNA eli Mini Nutritional Assessment sisältää 18 kohtaa, joissa arvioidaan esimerkiksi

painoa, painoindeksiä, liikkumista, olkavarren ja pohkeen ympärysmittaa ja ruokailutottumuksia. Kokonaispistemäärä on enintään 30 pistettä. Ravitsemustilan arviointiasteikko 24–30 pistettä tarkoittaa normaalia ravitsemustilaa, 17–23,5 pistettä kasvanutta riskiä virheravitsemukselle ja alle 17 pistettä virheravitsemusta.

Erityisesti niukka proteiinin, D-vitamiinin sekä pehmeiden rasvojen saanti voi johtaa lihaskatoon, joka taas heikentää liikunta- ja toimintakykyä ja altistaa kaatumisille. Myös infektioalttius lisääntyy. Ikääntyneiden painoa on tarpeellista seurata vähintään kerran kuukaudessa. Ravitsemustilaa tulee arvioida myös ylipainoisten ikääntyneiden osalta, sillä ravintoaineiden saanti saattaa olla niukkaa myös ylipainoisilla. Huolestuttavia merkkejä ovat, jos ikääntynyt syö hyvin pieniä määriä, hänellä on tahatonta painonlaskua, painoindeksi on alle 24, ruokavalio koostuu soseutetuista tai nestemäisistä ruuista tai ikääntyneellä on toistuvia infektioita tai painehaavoja. (Schwab 2020.) Kotona asuvien iäkkäiden henkilöiden ravitsemuksessa on tutkimusten mukaan suurimpana puutteena riittämätön monitydyttymättömien rasvahappojen, C-vitamiinin, folaatin ja kalsiumin saanti. (THL 2020e.)

Kotihoidossa on yhtenä tukipalveluna tarjolla kotiateriapalvelu. Tämä tarkoittaa kerran päivässä kotiin toimitettavaa ateriaa, joka kattaa noin kolmanneksen päivän energian ja ravintoaineiden tarpeesta. Ateriakokonaisuus sisältää energiaa noin 400–600 kcal ja proteiinia noin 25–30 grammaa. (Vireyttä seniorivuosiin 2020.) Äänekosken kaupunki tarjoaa ateriapalvelua hintaan 7e / annos, hintaan lisätään lisäksi kuljetusmaksu 2,5e. Ruokavaliota voidaan täydentää myös erilaisilla täydennysravintovalmisteilla. Haavapotilaille valitaan runsasproteiinisia valmisteita. (Kempainen 2021.) Äänekoskella asiakkaalle voidaan tilata samaan hintaan proteiinirikastettu ruoka, mikäli kotihoidon työntekijä arvioi tämän tarpeelliseksi. Tämä vaihtoehto sisältää proteiinipitoisen lisäravinteen, kuten proteiinirahkan.

Ravitsemuksen ohessa myös liikunnalla on vaikutusta haavan paranemiseen. Aslam, Mutlak & Standfield (2018) tutkivat liikunnan vaikutusta laskimoperäisen jalkahaavan paranemiseen. Tutkittavat oli jaettu neljään ryhmään, kontrolliryhmään, ryhmään, jolla toteutettiin ainoastaan kompressiohoitoa, liikuntaharjoittelua saavien ryhmään sekä ryhmään, jolla toteutettiin sekä kompressiohoitoa että liikuntaharjoittelua. Harjoittelu toteutettiin nilkan koukistuksilla, joita tutkittavat tekivät 10 yhden tunnin aikana. Tutkimuksessa todettiin, että niissä ryhmissä, jotka toteuttivat liikuntaharjoittelua, haavojen koko oli 3 kuukauden aikana pienentynyt ja merkittäviin muutoksiin oli tapahtunut ryhmässä, joka sekä harjoitti liikuntaa että toteutti kompressiohoitoa.

Alkoholi ja huumeet vaikuttavat potilaan kykyyn huolehtia itsestään sekä sitoutua hoitoonsa, mutta myös monilla muilla mekanismeilla. Alkoholi vaikuttaa lisäämällä haavainfektioita, vähentämällä neutrofiilien kemiallista houkuttelua vaurioalueelle, häiritsemällä fagosytoosia sekä vähentämällä proinflammatoristen sytokiinien määrää. Alkoholi vaikuttaa myös uudisverisuonimuodostukseen, re-

epitelisaatioon sekä kollageenin tuotantoon. (Lagus 2018, 47–48.) Rotille suoritettussa kokeessa (Freitas, Goncalves, Novaes, Pelúzio, Rosa & Sarandy 2018) tutkijat havaitsivat, että eniten haavan paranemista hidastaa runsas alkoholinkäyttö yhdistettynä rasvaiseen ruokavalioon. Runsaammin alkoholia ja rasvaa saaneilla rotilla haavan reunojen kontraktio väheni. Viivästynyt haavan paraneminen johti tutkimuksessa hauraan ja vähemmän kestävästä arpikudoksen muodostukseen. Suonensisäisesti käytettävät huumeet saattavat aiheuttaa verisuonten tukkeutumista sekä kudostuhoa. Lisäksi ne lisäävät infektioalttiutta, sillä likaisten neulojen mukana verenkiertoon voi päätyä bakteereita ja vierasesineitä. (Lagus 2018, 47–48.)

Perussairausten hyvä hoito on tärkeä osa haavanhoitoa (Ahmajärvi & Isoherranen 2017). Perussairaudet vaikuttavat haavariskiin sekä haavan paranemiseen monin eri mekanismein. Yleisimmät haavojen paranemiseen vaikuttavat sairaudet ovat verenpainetauti, diabetes, nivelrikko, sepelvaltimotauti sekä syöpä (Carroll ym. 2015). Monet perussairaudet altistavat haavojen syntymiselle sekä hidastavat niiden paranemista. Valtimoperäinen jalkahaava liittyy alaraajojen tukkivaan valtimotautiin. Laskimohaavan riskitekijöitä puolestaan ovat laskimovajaatoiminta, ylipaino, vähäinen fyysinen aktiivisuus sekä verenpainetauti. Nivelreumaan liittyviä haavalle altistavia tekijöitä ovat pohjelihaspumpun heikkous, nivelten virheasennot sekä jäykkyys, reumakyhmyt sekä reuman hoitoon käytettävä glukokortikoidilääkitys, joka ohentaa ihoa sekä verisuonten seinämiä. Pitkäkestoinen verenpainetauti altistaa Martorellin haavalle. Lisäksi siihen liittyy usein II-tyyppin diabetes. Munuaisten vajaatoiminta puolestaan voi altistaa kalsifylaksiahaavalle. Syöpäsairauksiin liittyy toisinaan kasvaimien haavautumista. Myös eräät ihosairaudet, harvinaiset infektiot sekä kihti voivat aiheuttaa haavatumista. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021.)

Diabetes on tärkein haavojen syntyyn ja niiden huonoon paranemiseen liittyvä sairaus (Lagus 2018, 46). Korkea verensokeritaso vaikuttaa valkosoluihin haitallisesti vähentämällä ja hidastamalla niiden siirtymistä haava-alueelle. Näin tulehdusreaktiovaihe pitkittyy ja infektioriski kasvaa. Korkea verensokeritaso vaikuttaa myös heikentävästi fibroblastien ja endoteelisolujen toimintaan. (Ahmajärvi & Isoherranen 2017.) Verensokeritason ollessa yli 10 mmol/l infektioriski kasvaa huomattavasti. Korkea verensokeri vaikuttaa paitsi valkosolujen vaeltamiseen myös niiden toimintaan. Valkosolut eivät pysty pitämään haava-aluetta puhtaana ja infektioriski kasvaa. Punasolujen ”sokeroituminen” puolestaan johtaa niiden joustavuuden laskuun, mikä heikentää mikroverenkiertoa. Näin ollen suurentunut HbA1c ennakoii haavan huonoa paranemista. Diabetekseen liittyy lisäksi usein myös makroverenkierron häiriöitä sekä neuropatiaa, jotka voivat altistaa haavan syntymiselle. (Lagus 2018, 46.)

Diabeteksen lisäksi huomioitavia aineenvaihduntasairauksia ovat kihti, kilpirauhasen vajaatoiminta sekä lisämunuaisen kuorikerroksen liikatoiminta. Proteiinin tuotantoa heikentävät maksasairaudet sekä proteiinin menetyksiä lisäävät munuaissairaudet vaikuttavat haavan paranemista heikentävästi. (Lagus 2018, 46.) Kihti aiheuttaa kihtikyhmyjä virtsahappokiteiden kertyessä niveliin. Nämä kyhmyt voivat haavautua. (Epätyypilliset haavat.) Tulehdusreaktiovaihetta ja proliferaatiovaihetta häiritseviä

sairauksia ovat immuunijärjestelmään vaikuttavat sairaudet, kuten syöpä, LED, reuma, HIV sekä perinnölliset valkosolujen toimintahäiriöt. Ravintoaineiden imeytymistä heikentävät sairaudet voivat myös vaikuttaa negatiivisesti haavojen paranemiseen. Tällaisia ovat mahalaukun, ohutsuolen sekä haiman toimintaan liittyvät sairaudet. Suojatunnon ja liikuntakyvyn puute selkäydin- ja hermovamoihin sekä erilaisiin neurologisiin sairauksiin liittyen saattaa myös lisätä haavariskiä sekä hidastaa paranemista. (Lagus 2018, 46–47.)

Perussairauksien hoitoon käytettävä lääkitys pitäisi arvioida lääkärin toimesta aina tapauskohtaisesti. Esimerkiksi asetyylisalisyylihappo hidastaa haavan paranemista vaikuttamalla trombosyyttien kasautumiseen. Lääkkeenkäyttöä haavapotilaalla on hyvä välttää, ellei sen käyttö ole välttämätöntä. (Alastair ym. 2013.) Lääkkeistä huomioitavia ovat erityisesti antikoagulantit, hydroksiurea sekä immunosuppressantit (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021). Myös NSAID-lääkkeillä eli anti-inflammatorisilla lääkkeillä, kortikosteroideilla sekä solunsalpaajilla on vaikutusta haavan paranemiseen. (Carroll ym. 2015; Lagus 2018 47–48). Antibioottien käytöllä voi olla myös haitallisia vaikutuksia, sillä ne vähentävät haavan vetolujuutta. Siksi niitä suositellaan käytettäväksi vain kliinisesti todettuihin infektioihin. (Alastair ym. 2013.)

Potilaan halu ja kyky noudattaa hoito-ohjeita ja sitoutua hoitoonsa vaikuttaa haavan paranemiseen. Lisäksi stressillä on vaikutuksia haavan paranemiseen myös immuunivasteen kautta, sillä stressi lisää adrenaliinin ja kortikosteroidien eritystä, mikä heikentää immuunivastetta. (Lagus 2018, 48.) Hoitosuunnitelmaa laadittaessa on huomioitava myös potilaan psykososiaalisen tuen tarve (EWMA 2014). Courtney ja työryhmän mukaan (2013) mukaan ennen haavaa sairastavien hoidon yhdenmukaistamista geriatrisella depressioasteikolla (GDS) mitattuna kolmannes osallistujista sai lievään depression ja 12 % vaikeaan depression viittaavat pisteet. He kertoivat myös kärsivänsä suhteellisen kovista kivuista haavan vuoksi ja 79 % osallistujista tarvitsi apua joissakin päivittäisissä toiminnoissa, kuten kotitöissä tai kodin ulkopuolisessa asiointissa.

Potilaan hoitoon sitoutumista helpottaa aktiivinen ja avoin kommunikaatio hänen ja tarvittaessa hänen omaistensa kanssa. Elämänlaadun kartoittamiseen voidaan käyttää apuna erilaisia mittareita, kuten SF-36-, EQ-5D- tai 15D-mittareita. Myös haavakipu tulee huomioida ja hoitaa siten, ettei se rajoita haavapotilaan elämää. Onnistunut haavanhoito edellyttää potilaan sitoutumista. Tämä on toisinaan haasteellista esimerkiksi silloin, jos kompressiohoito itsessään haittaa elämänlaatua haavaa enemmän. Potilasta voi motivoida sitoutumaan hoitoonsa keskustelemalla hänen kanssaan siitä, mihin tekijöihin hän voi itse vaikuttaa. Näin ollen haavapotilaan hoitoa suunniteltaessa tulisi yhtenä tavoitteena huomioida potilaan elämänlaadun ja toimintakyvyn ylläpitäminen (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021).

Haavakipu tulee hoitaa hyvin, ettei se estä potilaan hoitoon sitoutumista. Haavojen aiheuttama kipu on yleensä luonteeltaan nosiseptiivista eli kudოსvauriosta johtuvaa ja inflammatorista eli tulehduskipua. Lisäksi haavoihin saattaa liittyä neuropaattista eli hermovaurion aiheuttamaa kipua. Haavalla voi esiintyä lepopkipua tai kipu voi liittyä hoitotoimenpiteisiin. Lääkäri arvioi sopivan kipulääkityksen tapauskohtaisesti. Hoitotoimenpiteisiin liittyvän kivun lievitykseen suun kautta otettavat kipulääkkeet tulisi ottaa 30–60 minuuttia ennen haavanhoitoa. (Järves & Kontinen 2018, 97–105.)

2.2 Haavan paranemiseen vaikuttavat paikalliset tekijät

Riittävä verenkierto on haavan paranemisen edellytys. Kun verenkierto on heikentynyt, kudος ei saa tarpeeksi tarvitsemiaan ravinteita eikä kasvutekijöitä. Tämä johtaa fibroblastien toiminnan häiriintymiseen sekä kollageenin valmistamisen pysähtymiseen. (Ahmajärvi & Isoherranen 2017.) Verenkierto voi heikentyä haava-alueella seurauksena valtimonkovettumataudista, kudosturvotuksesta, kiristävästä ompeleista tai haavasidoksista. Pahimmillaan kudος voi mennä kuolioon. Kudosturvotus heikentää kapillaariverenkiertoa ja estää näin ollen hapen ja ravintoaineiden pääsyä haava-alueelle. Turvotuksen taustalla on usein laskimovajaatoiminta, mutta muita syitä ovat munuaisten, sydämen tai maksan vajaatoiminta, imunestekierron vajuus, aikaisemmin sairastettu ruusuinfektio, ylipaino, potilaan vähäinen liikkuminen, runsas istuminen tai pohjelihaksen toiminnanvajuus. (Ahmajärvi & Isoherranen 2017; Ahmajärvi, Kallio, Ranta & Viljamaa 2020.) Turvotus voi johtua myös vammasta tai leikkaustraumasta. Myös verenkierron palautuminen kudoksen eli reperfuusio voi olla turvotuksen taustalla. Reperfuusiovaiheessa valkosolut vapauttavat tulehdusreaktiota edistäviä tekijöitä sekä happiradikaaleja. Tästä seuraa mikroverenkierron heikkeneminen sekä kudosturvotuksen lisääntyminen. (Lagus 2018, 49.)

Laskimovajaatoiminnassa laskimoita pitkin palaava veri kertyy alaraajojen verisuoniin. Tämä johtaa paineen kasvamiseen verisuonissa ja nesteen tihkumiseen ympäröivään kudokseen, mikä aiheuttaa turvotusta. Laskimovajaatoiminta on yleinen sairaus, sitä esiintyy suomalaisessa aikuisväestössä 30–40 %:lla. (Hotus 2019.) Kompressiohoito on keskeinen tekijä laskimohaavan hoidossa sekä ennaltaehkäisyssä. Mikäli raajan valtimoverenkierto on normaali, kompressiohoito täytyy aloittaa nopeasti. (Hietanen 2018, 306–307.) Kompressiohoito kasvattaa kudosten painetta, mikä auttaa nesteen siirtymisessä laskimoihin ja imusuoniin. Lisäksi kompressio tukee laskimoiden läppiä ja pohjelihaspumpua. (Hotus 2019.) Kompressiota pidetään koko jalkeilla oloaika. Raajan koko saattaa muuttua runsaasti kompressiohoidon alkuvaiheessa, mistä syystä hoito on järkevintä aloittaa kompressiosidoksin. Mikäli kompressio toteutetaan sitomalla, ei sidoksia ole välttämätöntä purkaa yöksi. Kompressiosidoksia on saatavilla vähä- sekä runsaselastisina. Runselastinen tukisidos laajenee ja supistuu mukautuen jalan muotoon kävellessä. Paineen vaihtelu pohkeessa on vähäistä. Runselastinen tukisidos säilyttää paineen pitkiä aikoja myös levossa. Sidokset sidotaan aamulla ennen vuoteesta nousua ja poistetaan yöksi. Ne sopivat liikuntakyvyttömille potilaille. Vähäelastinen tukisidos puolestaan ei

mukaudu raajan mittojen muutokseen. Paine on korkea pohkeen työskennellessä ja lepopaine alhainen. Vähäeleastisia tukisidoksia ei tarvitse poistaa yöksi. Niitä käytetään vain liikkuville potilaille. (Hietanen 2018, 306–307.) Ehdottomia vasta-aiheita kompressiohoidolle ovat keuhkopöhö ja vakava alaraajaiskemia, sydämen vajaatoimintaa sairastavilla tilannetta on arvioitava tapauskohtaisesti. Diabeetikoiden kohdalla on muistettava, ettei nilkka-olkavarsipainesuhteen mittaustulos eli ABI-arvo ole välttämättä luotettava mittari valtimoverenkierron arvioimiseksi. (Ahmajärvi ym. 2020.)

Kompressiohoito voidaan toteuttaa myös käyttäen lääkinällistä hoitosukkaa. Hoitosukan puristusluokan määrittelee lääkäri. (Hietanen 2018, 308.) Tutkimusten mukaan puristusluokan 2 hoitosukka on käytössä tehokkaampi kuin vähäelastinen kompressiosidos. Hoitosukan käyttäminen puolen vuoden ajan haavan paranemisen jälkeen on todettu vähentävän haavan uusiutumisriskiä. (Hotus 2019.) Haavanhoidossa haasteeksi nousee se, ettei hoitosukan alla voida käyttää paksuja haavasidoksia, sillä ne lisäävät painetta sidoksen kohdalle (Hietanen 2018, 308).

Paine, kitka sekä kudoksen ristivenytys voivat aiheuttaa kroonisen haavan (Lagus 2018, 49). Paineen vaikutuksesta verenkierto heikkenee. Tämä aiheuttaa kudostuhoa. (Ahmajärvi & Isoherranen 2017.) Kudosiskemia syntyy, kun ulkoinen paine on korkeampi kuin kapillaarien verenpaine ja hius-suonet painuvat kasaan. Tämä on tavallista etenkin luisten ulokkeiden kohdalla. (Lagus 2018, 49.) Ihoon kohtisuoraan vaikuttava paine aiheuttaa kudoksen sisällä sivusuuntaisia, venyttäviä voimia, jotka myös vaurioittavat kudosta. Lisäksi on todettu, että paine aiheuttaa solutasolla deformaatiota ja kudosten vaurioitumista, joka ei siis riipu verenkierron muutoksista. (Hietanen & Juutilainen 2018, 323–324.)

Kuollut kudos haavassa estää haavaa paranemasta. Mikäli haavan pinnassa on kuollutta kudosta, fibroblastien toiminta estyy eikä uutta kudosta pääse kasvamaan (Ahmajärvi & Isoherranen 2017). Kuollut kudos sekä muu vieras materiaali haavassa pitävät yllä tulehdusreaktiota, mikä estää fibroblastien hallitseman paranemisvaiheen käynnistymistä. Lisäksi tällainen aines toimii hyvänä kasvualustana bakteereille altistaen näin ollen haavainfektioille. (Lagus 2018, 49.)

Jos haava ei parane, taustalta löytyy usein myös infektio. Haavainfektio häiritsee haavan paranemista usealla eri mekanismilla. Bakteerien aiheuttama infektio estää haavan paranemisen korjausvaiheen käynnistymistä pitkittämällä tulehdusreaktiovaihetta. Proteolyyttisten entsyymien määrä lisääntyy infektiossa ja nämä hajottavat tervettä kudosta. Haavalla kasvavat bakteerit käyttävät osan haavasta ja ravinnosta, joten kudoksen omat solut joutuvat kilpailemaan niiden kanssa. Lisäksi haavalla oleva märkäerite vähentää kudoksen happiosapainetta. Bakteerit erittävät toksineja, jotka vaurioittavat terveitä soluja. Lisäksi infektiin voi liittyä esimerkiksi paiseontelo, joka mekaanisesti estää haavan sulkeutumisen. Haavainfektioriskiinkin vaikuttavat vastustuskyky, kudoksen verenkierto sekä bakteerien määrä ja niiden virulenssi eli kyky aiheuttaa tautia. (Lagus 2018, 48.)

Parantuakseen haava tarvitsee sopivan kostean ympäristön. Kuiva haava karstoittuu, solukko kuolee ja solujen vaeltaminen hidastuu. Jos taas kosteutta on liikaa, haavaympäristö vettyy eli maseroituu. Kosteusvaurio saa ihon sidekudossäikeet liukenemaan erilleen, jolloin ihon kerrokset irtoavat toisistaan eikä kontraktiota ja epitelisaatiota tapahdu. Lisäksi maseroitunut iho on herkästi haavautuva ja infektoituva. (Lagus 2018, 50.) Haava vaippa-alueella on usein ongelmallinen, sillä ihon pitkittynyt kosteus altistaa haavaumille sekä infektioille, koska vettyminen heikentää ihon suojaavaa pintarakennetta. Lisäksi virtsa ja uloste sisältävät voimakkaasti ihoa ärsyttäviä kemikaaleja. (Hietanen & Juutilainen 2018, 326.)

Kosteuden lisäksi lämpötilalla on vaikutusta haavan paranemiseen. Haavanhoidossa on syytä huomioida, ettei haavan lämpötilaan vaikuteta haitallisesti liian usein toistuvilla sidosvaihoilla tai haavan huuhtelemisella viileillä nesteillä. Haavan paranemisen kannalta suotuisin lämpötila on + 37 astetta. Mikäli lämpötila laskee vähänkin alle kehon normaalin lämpötilan, haavan paranemisen hidastuu, koska solujen jakaantuminen, granulaatiokudoksen muodostus ja epitelisaatio häiriintyvät. Lisäksi lämpötilan lasku heikentää makrofagien toimintaa ja häiritsee solujen fagosytoosia. Lämpötila vaikuttaa myös haavakudoksen hapensaantiin, sillä kylmässä happimolekyylit eivät helposti irtoa hemoglobiinista. (Lagus 2018, 50.) Barbini ym. (2015) tutkivat haavan lämpötilan ja haavapohjan tilan välistä korrelaatiota. Tutkimuksen tulokset osoittivat selvän yhteyden näiden kahden välillä siten, että mitä lämpimämpi haava oli, sitä paremmat pisteet haavapohja sai. Kriittinen piste näyttäytyi olevan +33 astetta.

2.3 Haavapotilaan hoidon suunnittelu

2.3.1 Haavadiagnoosi

Onnistuneen haavanhoidon edellytys on haavan etiologian selvittäminen ja haavadiagnoosi (Ahmajärvi & Isoherranen 2017; Kavola & Laine 2020). Kun uusi haava todetaan, on haavan etiologia aina selvitettävä (KSSHP 2020). Silti vain harva haavapotilas päätyy lääkärin vastaanotolle. EWMA:n (2014) mukaan useimmilta kotihoidon asiakkailta puuttuu haavadiagnoosi. Haavan kroonistumiseen on aina jokin syy, sisäinen tai ulkoinen tekijä, joka estää haavaa paranemasta. Hoidon kohdentaminen tuohon syyhyn luo mahdollisuudet onnistua haavanhoidossa. (Ahmajärvi & Isoherranen 2017.) Perusterveillä ihmisillä kroonisia haavoja ei esiinny. (Kavola & Laine 2020.)

Haavadiagnoosia tehtäessä arvioidaan valtimoverenkierron tilannetta, turvotusta, kudokseen kohdistuvaa painetta, infektion merkkejä, suurentunutta verensokeritasoa, haavaa ympäröivän ihon kuntoa sekä haavapohjaa. Mikäli etiologia jää epäselväksi, otetaan haavasta koepala. Tämä on tarpeellista myös esimerkiksi silloin, jos laskimoperäiseksi ajateltu haava ei hyvästä kompressio- ja paikallishoidosta huolimatta osoita paranemisen merkkejä kuukauden kuluessa. (Ahmajärvi & Isoherranen 2017.)

Tutkimusten mukaan haavadiagnoosi puuttuu usein. Englannissa vuonna 2016 tehdyn tutkimuksen mukaan haavadiagnoosi oli tehty vain puolelle kotihoidon haavaa sairastavista asiakkaista (Clark ym. 2018) ja vuonna 2015 englantilaisessa tutkimuksessa todettiin, että joka kolmannelta haavalta puuttui diagnoosi (Ayoub ym. 2015). Moore & Skerritt (2014) havaitsivat tutkimuksessaan, että haavadiagnoosi puuttui noin 30 %:lta haavapotilaista ja tämä johti usein huonoon hoitotulokseen sekä kustannusten kasvuun. Tutkimuksen mukaan tilanne tulee pahenemaan tulevaisuudessa, ellei haavapotilaita arvioida enemmän kokonaisvaltaisesti.

2.3.2 Hoitosuunnitelma

Kotihoidon asiakkaan ovat nykyään yhä monisairaampia. Lisäksi heillä on usein monia liikuntakykyä alentavia tekijöitä. Tämä korostaa tarvetta suunnitella hoitoa kokonaisvaltaisesti. (EWMA 2014.) Suomessa vuonna 2014 tehdyn tutkimuksen (Aalto, Sainio, Sinervo & Vehko 2016) mukaan hoitosuunnitelma oli tehty vain puolelle pitkäaikaissairautta sairastavista. Hoitosuunnitelma voidaan nähdä siltana hoitosuosittelusten ja potilaan hoidon välillä. Hoitosuunnitelmasta hyötyvät etenkin sellaiset potilaat, joilla on monia sairauksia. Hoitosuunnitelman avulla voidaan saavuttaa hoidossa holistinen näkemys. Usein monisairaiden potilaiden hoidon haasteena on jatkuvuus ja hoidon koordinaatio. (Kuronen, Liira, Mikkola & Winell 2019.) Moniammatillinen yhteistyö on edellytys huonosti paranevien haavojen kokonaisvaltaiselle hoidolle (EWMA 2014). Haavapotilaan hoidossa hoitajien lisäksi mukana olevia ammattiryhmiä ovat lääkärit, jalkaterapeutit, toimintaterapeutit, fysioterapeutit, ravitsemusterapeutit sekä sosiaalityöntekijät (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021). Haavapotilailla elämäntapatekijöiden ja perussairauksien vaikutus haavan paranemiseen korostaa tarvetta suunnitella hoitoa kokonaisvaltaisesti eikä ainoastaan keskittyä haavojen paikallishoittoon. Huomioimalla kaikki hoitoon vaikuttavat tekijät voidaan optimoida paraneminen. (Carroll, Chambers, Cullen, Khalil & Walker 2015; EWMA 2014). Käyttämällä johdonmukaista, näyttöön perustuvaa hoitosuunnitelmaa voidaan tutkimuksen mukaan saavuttaa 75–78 % haavojen paranemisaste. (Ennis Gordon, Gurtner, Hoffman & Kirsner 2017.)

Hoitosuunnitelma olisi hyvä laatia yhdessä potilaan kanssa. Kun potilaalla on mahdollisuus osallistua hoidon tavoitteiden asettamiseen sekä keinojen pohtimiseen niiden saavuttamiseksi, hän yleensä

myös sitoutuu hoitoon paremmin. (Aalto ym. 2016; Kuronen ym. 2019.) Hoitosuunnitelma vaikuttaa myös kokemukseen hoidon laadusta (Aalto ym. 2016). Kokonaisvaltaisessa hoitosuunnitelmassa kuvataan kaikkia potilaan terveysongelmia koskevat suunnitelmat. Hoitosuunnitelma sisältää tietoja hoidon tarpeesta, hoidon tavoitteesta, hoidon toteutuksesta ja keinoista sekä hoidon seurannasta ja arvioinnista. (Komulainen, Mäkelä & Vuokko 2011.) Haavanhoidossa voidaan saavuttaa korkea laatu ja hyvä paranemistulos käyttämällä hyvin suunniteltuja ja sovittuja toimintamalleja. Tämä edellyttää hyvää hoidon suunnittelua. (Ennis ym. 2017.) Usein haavanhoidossa hoidon päätavoitteena on haavan paraneminen ja haavan uusiutumisen ehkäisy, mutta hoitosuunnitelmassa tulisi tavoitteena huomioida myös potilaan elämänlaadun sekä toimintakyvyn ylläpitäminen. Olisi myös tärkeää nostaa hoitosuunnitelmassa esiin ne tekijät, jotka vaikuttavat haavan paranemiseen sekä se, miten potilas voisi niihin itse vaikuttaa ja mitkä ovat yhdessä asetetut tavoitteet. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021.) Tutkimuksen mukaan hoitosuunnitelman puuttuminen vaikutti kielteisesti potilaiden kokemukseen lääkärin vastaanottokäynnin laadusta sekä vastaanottoajan riittävytydestä (Aalto ym. 2016). Pitkäaikaissairautta sairastavat potilaat, joiden kanssa oli laadittu hoitosuunnitelma, olivat yhtä tyytyväisiä hoitoon kuin sellaiset potilaat, joilla ei ollut pitkäaikaissairautta.

Haavapotilaan hoitosuunnitelmassa tulisi määritellä hoidolle tavoite. Hoidon tavoite voi olla haavan paraneminen konservatiivisella hoidolla tai valmistelu kirurgista sulkua varten. Toisinaan haavanhoidon tavoitteena voi olla ylläpitävä konservatiivinen hoito, jolloin haavan paraneminen kiinni ei näytä todennäköiseltä, vaan haavan aiheuttamat haitat, kuten kipu, haju ja eritteet pyritään pitämään hallinnassa siten, että ne heikentävät mahdollisimman vähän elämänlaatua. Hoitosuunnitelmassa tulee myös huomioida etiologiset tekijät sekä suunnitella niiden hoito. Lisäksi haavanpaikallishoito suunnitellaan huomioiden haavan puhdistaminen, tulehduksen ja infektion hallinta, kosteustasapainon optimointi sekä epitelisaation tukeminen. (Juutilainen 2018, 83–88.) Hoitosuunnitelmassa on jo heti alkuvaiheessa suunniteltava myös se, missä vaiheessa haavapotilas tapaa lääkärin. Tämä tulisi tehdä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta lääkäri voi suorittaa kliinisen tutkimuksen ja määrätä tarvittavia lisätutkimuksia etiologian selvittämiseksi. Lääkärin vastaanoton lisäksi hoitosuunnitelmaan on hyvä määritellä, milloin ja missä tilanteessa haavapotilas tulee lähettää erikoissairaanhoidon. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021.)

2.3.3 Haavan paikallishoito

Haavan paikallishoidon suunnittelussa on keskeistä arvioida haavaa ja muodostaa haavanhoidon tavoitteet tuon arvioinnin pohjalta (Bishop 2021) sekä tunnistaa haavan paranemista hidastavat tekijät ja keskittyä niiden eliminaatioon (Juutilainen 2018, 85). Haavasidokset ovat vain yksi osa haavanhoidon kokonaisuutta eikä haavanhoidon suunnittelussa tulisi keskittyä ainoastaan niihin (Bishop 2021). Ei ole näyttöä siitä, että jokin haavatuote olisi toista parempi haavan paranemisen suhteen, mikäli tuote on valittu haavan kudostyyppiin sekä erityksen mukaan (Krooninen alaraajahaava: Käypä

hoito -suositus, 2021). Haavan paikallishoitoa suunniteltaessa arvioidaan sopiva hoitotiheys, valitaan sopiva puhdistusmenetelmä, suunnitellaan haavaa ympäröivän ihon hoito ja suojaaminen sekä valitaan sopivat haavasidokset. Myös haavakipu pitää huomioida ja hoitaa. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021.)

Haavanhoidon tehostamisessa haavasidoksen hinta ei ole niin merkitsevä tekijä kuin hoidon kesto. Krasowski ym. (2014) tutkivat Puolassa uudenlaisen toimintamallin vaikutuksia alaraajahaavan hoitokustannuksiin. Tutkimuksessa todettiin, että vaikka uudentyypiset haavasidokset olivat kaksi kertaa kalliimpia kuin vanhemmat sidokset, niiden myötä syntyi kuitenkin säästöä haavanhoidon kokonaiskustannuksissa. Säästöä syntyi jopa 64 %, mikä oli seurausta viikoittaisten hoitokertojen vähenemisestä sekä haavojen nopeammasta paranemisesta. Ennen uuden toimintamallin käyttöönottoa haavojen keskimääräinen paranemisaika oli 10 kuukautta vuonna 2010, tarkasteluvaiheessa vuonna 2012 se oli 5 kuukautta. Samankaltaisia tuloksia saivat Walesissa 2015 Chamberlain ym. tutkiessaan kroonista haavaa sairastavan hoidosta aiheutuvia kustannuksia. Puolen vuoden seurantajakson aikana haavanhoidon kokonaiskustannus oli 118 miljoonaa puntaa, josta haavasidosten osuus oli vain 9,7 miljoonaa puntaa, kun taas hoitajien työstä aiheutuva kustannus 60 miljoonaa puntaa. Haavanhoitoon kuluva aika vaihteli eräässä tutkimuksessa (Moore & Skerritt 2014) 5 minuutista 60 minuuttin keskiarvon ollessa 20 minuuttia.

Haavan paikallishoidon suunnittelussa voidaan käyttää apuna TIME-toimintamallia. Sen avulla haavasta arvioidaan keskeisimmät tekijät. T (tissue) tarkoittaa kudoksen arviointia, I, (inflammation, infection) tulehdusreaktion ja infektion arviointia, M, (moisture balance) kosteustasapainon arviointia ja E (edge of the wound) haavan reunan arviointia. (Juutilainen 2018, 85.)

Haavan puhdistaminen (T) on tärkein haavan paranemista edistävä toimenpide. Haavasta puhdistetaan erilaisia menetelmiä apuna käyttäen huono ja eloton kudos, biofilmi sekä vierasmateriaali, kuten hoitotuotejämmät. Puhdistusmenetelmä valitaan haavan ominaisuuksien, käytettävissä olevien välineiden, hoitopaikan, henkilöstön ja kokonaistilanteen perusteella. Kuollut kudos haavassa ylläpitää tulehdusreaktiota, mikä estää paranemista. Nopein ja tehokkain keino puhdistaa haava on tehdä haavan kirurginen poisto eli ekskisio. Tuolloin haava leikataan pois terveen kudoksen myötäisesti ja kroonisesta haavasta saadaan taas puhdas pohjainen akuutti haava, jolla on paremmat paranemisedellytykset. Revisiossa haavasta poistetaan leikkaavia instrumentteja apuna käyttäen kaikki eloton ja tulehtunut kudos terveen ja sairaan kudoksen rajalle saakka esimerkiksi silloin, jos haavassa on runsaasti nekroottista kudosta. (Juutilainen 2018, 86.)

Mekaanisessa puhdistuksessa voidaan mikrokuituisten haavanpuhdistustyynyjen ja -liinojen sekä harsotaitosten avulla poistaa haavalta karstat, ruvet, pehmeä fibriinikate sekä kuivunut kudoserite. Näin voidaan puhdistaa myös haavaa ympäröivä iho. Puhdistuksen tehoa voidaan lisätä käyttämällä

haavanpuhdistusliuoksia. Terävä puhdistus suoritetaan käyttäen haavakauhaa, atuloita, saksia, rengaskyrettiä tai veistä. Tämä menetelmä sopii fibrinikatteen ja nekroosin poistoon. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021.) Autolyttinen puhdistus pyrkii hyödyntämään elimistön omia proteolyttisiä entsyymejä sekä makrofagisoluja, jotka hajottavat kosteissa oloissa nekroottista kudosta. Autolyttinen puhdistus sopii pienten ja ohuiden nekroosien sekä fibrinikatteen poistamiseen. Sen toteuttamiseksi valitaan kosteutta tuovat ja ylläpitävät haavanhoitotuotteet. Usein autolyttinen puhdistus toimii mekaanisen ja terävän puhdistuksen tukena. Entsymaattisessa puhdistuksessa puolestaan salvamaisen haavatuotteen aktiiviset proteolyttiset entsyymit hajottavat kosteissa oloissa fibrinikatetta ja nekroosia. Tuotteet ovat erityisluvallisia valmisteita. Entsymaattinen puhdistus valitaan ensisijaisesti silloin, kun mekaaninen tai terävä puhdistus ei ole mahdollinen. Näiden lisäksi haavanhoidon tukena voidaan 1-2 viikon kuureina käyttää infektoituneissa, katteisissa tai nekroottisissa haavoissa myös antiseptisiä liuoksia, vetyperoksidia, biofilmin hajottajia, antibakteerisia haavasidoksia tai antiseptisesti vaikuttavia tuotteita, kuten hopeaa ja jodia. Nämä kemialliset puhdistusmenetelmät vähentävät haavan mikrobikuormaa ja irrottavat ja hajottavat likaa sekä kuollutta kudosta. Pehmeän katteen poistoon kroonisilta haavoilta sopii myös biologinen puhdistus, jossa hyödynnetään toukkia. (Juutilainen 2018, 86-87; Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021.)

Tulehduksen tunnistaminen ja hallinta (I) on toinen keskeinen osa haavanhoitoa. Infektoitunut haava ei parane ja toisaalta infektio ei parane, ennen kuin elinkelvoton kudos ja märkäerite on poistettu haavalta. Kroonisissa haavoissa on aina bakteereja. Kontaminaatio tarkoittaa sitä, että haavassa on bakteereja, jotka eivät lisäänty tai aiheuta kudolvaurioita eivätkä näin ollen hidasta haavan paranemista. Haavainfektiossa puolestaan bakteerit lisääntyvät sekä tuhoavat elävää kudosta. (Juutilainen 2018, 87; Kielo-Viljamaa 2021.)

Haavan kosteustasapainon hallitseminen (M) on kolmas keskeinen tekijä haavan paikallishoidon suunnittelussa. Eritelisaatio on nopeampaa kosteassa haavassa. Kosteus myös tukee autolyttistä puhdistusta sekä aiheuttaa vähemmän kipua potilaalle. Toisaalta liika kosteus on haitallista ja voi aiheuttaa kosteusvaurion, jolloin haavaympäristö vettyy eli maseroituu. Sopivan kosteustasapainon luomiseksi tulee valita haavalle sopivat paikallishoitotuotteet, jolloin niiden avulla joko tuodaan haavalle lisää kosteutta tai hallitaan liiallista erityistä kosteutta lukitsevien sidosten avulla. (Juutilainen 2018, 88; Kielo-Viljamaa 2021.)

Haavan epitelisoituminen tapahtuu pääasiassa haavan reunoilta käsin, mutta myös haavan keskeltä. Eritelisaatiota voidaan tukea huolehtimalla kaikista yllä mainituista seikoista sekä poistamalla uudisihon kasvun esteet paikallisesti. Haavan reunoilla saattaa esiintyä hyperkeratoosia tai kallusta ja haavalla hypergranulaatiokudosta. Nämä tulee aina poistaa. (Juutilainen 2018, 88; Kielo-Viljamaa 2021.)

Sittemmin TIME-toimintamalliin on liitetty myös kudosten uusiutumisen tukeminen (R), joka käsittää uudenaikaisten ja edistyneiden paikallishoitomenetelmien, kuten alipaineimun tai keinoihon, käyttöä sekä sosiaaliset ja potilaskohtaiset tekijät (S). (Kiello-Viljamaa 2021.)

Haavan paikallishoidon suunnittelussa voidaan käyttää apuna myös avoimen haavan VPKM-väriiluokitusta. V, vaaleanpunainen haava sisältää epiteelikudosta. Se sijaitsee ihon uloimmassa kerroksessa, epidermiksessä. (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry 2019.) Hoitoperiaatteena on suojata herkästi vaurioituvaa ihon uudiskudosta. Sidos vaihdetaan 3–7 vuorokauden välein. Sidosvaihdon yhteydessä haava suihkutetaan. Suihkutuksessa käytetään kevyttä painetta ja kuivataan taputtelemalla. (Hietanen & Kuokkanen 2018.) Sidokseksi valitaan kevyesti kiinnittyvä, epiteelikudosta suojaava sidos (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021). Sidokseksi sopii vaahtosidos, silikonipintainen verkkosidos tai rasvaverkkosidos. (KSSHP 2020.) Peittosidokseksi valitaan tarttumaton ja kosteutta ylläpitävä sidos. (Hietanen & Kuokkanen 2018).

Punainen haava sisältää granulaatiokudosta. Sitä alkaa muodostua haavalle, kun haavapohja on puhdas. (Hietanen & Kuokkanen 2018.) Granulaatiokudos on tervettä, pienijyväistä uudiskudosta, joka on edellytys haavan paranemiselle. Granulaatiokudos tarvitsee kostean paranemisympäristön, mutta liika kosteus on haitallista. (Shhy 2019.) Hoidon tavoitteena on suojata uudiskudoksen kasvua (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021). Hoito valitaan erityksen mukaan. Haava suihkutetaan sidosvaihdon yhteydessä. Mikäli erityks on runsasta, suihkutusaikaa pidennetään. (Hietanen & Kuokkanen 2018). Haavanhoidossa tulee huolehtia sopivasta kosteustasapainosta. Mikäli erityks on vähäistä, kosteutta voidaan lisätä esimerkiksi hydrogeelin avulla. Haavaerityksen ollessa vähäistä sidosvaihdon väli voi olla 3–5 vuorokautta. Haavatuotteeksi sopii vaahtosidos tai silikonipintainen verkkosidos. Mikäli erityks on runsasta, tulee valita imukykyisempiä haavatuotteita ja tehdä sidosvaihto useammin, 1–3 vuorokauden välein. Haavasidokseksi sopii vaahtosidos, geelilytyvä sidos tai silikonipintainen verkkosidos. Päälyssidos valitaan erityksen mukaan. (KSSHP 2020.) Yleensä sidosvaihto tehdään silloin, kun sidoksen imukyky on täyttynyt (Castren 2017).

Hypergranulaatio tarkoittaa granulaatiokudoksen liikakasvua. Tämä estää haavan epitelisoitumisen. Tällaisen kudoksen väri on tumman- tai vaaleanpunaista. Kudos saattaa kasvaa ihon tason yläpuolelle. (Shhy 2019.) Mikäli haavaan ilmaantuu hypergranulaatiokudosta, tulee se poistaa mekaanisesti tai laapistaa. Hypergranulaatiokudos aiheutuu yleensä haavan liiallisesta kosteudesta. Haavatuote tulee vaihtaa imukykyisempään ja hengittävämpään sekä tehdä sidosvaihto useammin. Myös maligniteettimahdollisuus tulee pitää mielessä. (KSSHP 2020.) Hypergranulaatio saattaa liittyä myös infektiin. (Hietanen & Kuokkanen 2018.)

Keltainen haava sisältää fibriinikatetta, joka voi olla sitkeää tai pehmeää. Katteen väri riippuu haavan kosteudesta. (Shhy 2019.) Hoidon tavoitteena on puhdistaa haava katteesta niin, että puhdas

verekäs haavapohja saadaan näkyville. (Hietanen & Kuokkanen 2018.) Hoitoperiaatteena on poistaa tuota katetta haavalta mekaanisen puhdistuksen avulla. Tämän tukena käytetään sidoksia, jotka kosteuttavat sekä edistävät autolyysiä eli elimistön omaa kykyä puhdistaa haavaa. Haava suihkutetaan sidosvaihdon yhteydessä. Suihkuttaminen pehmittää katetta (Hietanen & Kuokkanen 2018). Mikäli haavaeritys on vähäistä, pyritään pehmittämään katetta. Haavatuotteeksi sopii hydrogeeli, geelilytyvä sidos kostutettuna, lääkehunaja tai vaahtosidos. Erityistä huomiota haavan kosteana pitämiseen tulee kiinnittää silloin, jos haavassa on näkyvissä luu tai jänne. (KSSHP 2020.) Luu tuntuu kovalta instrumenttiin. Terve jänne on vaaleaa, symmäistä kudosta. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021.) Sidosvaihtoväli voi olla 2–4 vuorokautta. Runsaammin erittävälle katteiselle haavalle sopivat imukykyisemmät haavatuotteet, kuten geelilytyvä sidos kuivana, hydrofobinen sidos tai vaahtosidos. Sopiva sidosvaihtoväli on 1–3 vuorokautta. (KSSHP 2020.) Haavaa hoidetaan aktiivisesti, kunnes haavapohja on puhdistunut. Sen jälkeen hoitoväliä voidaan pidentää. (Castren 2017.)

Musta haava sisältää nekroottista kudosta, joka voi olla pehmeää tai kovaa. Nekroosin väri riippuu haavan kosteudesta. (Shhy 2019.) Mustan haavan kohdalla tulee muistaa, että sitä ei tule puhdistaa mekaanisesti ennen kuin valtimoverenkierron tilanne on selvitetty, vaan haava pyritään pitämään kuivana. (KSSHP 2020.) Iskeeminen haava sijaitsee yleensä jalkaterässä. Se on seurausta raajan verenkierron ongelmista (Shhy 2019). Mikäli nekroosin alta tulee märkäistä eritystä tai haavassa on selkeä infektio, nekroosi tulee kuitenkin poistaa (Hietanen & Kuokkanen 2018). Mikäli kyseessä on vaskuliitti, haavan mekaaninen puhdistaminen aloitetaan vasta vaskuliitin ollessa rauhallinen. (KSSHP 2020.)

Kun lääkäriä on konsultoitu ja mekaaninen puhdistus voidaan aloittaa, pyritään nekroottinen kudos pehmittämään ja poistamaan. Haava suihkutetaan sidosvaihdon yhteydessä. Suihkutuksen aikana haavaa voidaan pyyhkiä pesusienellä tai kuitutaitoksella, jotta saadaan poistettua helposti irtoavat kudosjäämät. Mekaaninen puhdistus tehdään heti suihkutuksen jälkeen. Mikäli nekroosi on kuiva ja kova, siihen tehdään viiltoja, jotta hoitoaineet pääsevät vaikuttamaan. (Hietanen & Kuokkanen 2018.) Mikäli haava on kuiva ja vähän erittävä, haavasidokseksi sopii hydrogeeli, geelilytyvä sidos tai vaahtosidos. Sopiva sidosvaihtoväli on 1–3 vuorokautta. Runsaasti erittävä haava hoidetaan useammin, 1–2 vuorokauden välein ja sidokseksi sopii geelilytyvä sidos kuivana, hydrofobinen sidos, vaahtosidos tai superimevä sidos. (KSSHP 2020.) Infektoriskin vähentämiseksi voidaan käyttää myös antibakteerisia sidoksia (Hietanen & Kuokkanen 2018).

Infektoituneen haavan paikallishoidon tavoitteena on poistaa haavalta mikrobikuormaa sekä kuollutta kudosta, solujätettä ja eritettä (Hietanen & Kuokkanen 2018). Infektoituneen haavan paraneminen hidastuu tai pysähtyy. Siinä saattaa esiintyä kipua. (Shhy 2019.) Infektoitunut haava on usein haavaympäristöstään punoittava ja kuumottava. Turvotus ja haavaerityksen määrä lisääntyvät, lisäksi haavaeritys saattaa muuttua koostumukseltaan ja hajultaan erilaiseksi. (KSSHP 2020.)

Infektoituneen haavan hoitoon valitaan tuotteita, jotka sitovat tai tappavat bakteereja. Sidosvalinnassa huomioidaan haavaeritys. Infektoituneen haavan sidosten ei tule olla ilmatiiviit. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021.) Sidosvaihtojen yhteydessä haava suihkutetaan, myös haavanpuhdistuspyyhkeitä voidaan käyttää. Tarvittaessa käytetään antimikrobisia aineita. (KSSHP 2020.) Infektoitunutta haavaa suihkutetaan kohtisuoraan 2–5 minuutin ajan. Suihkun painetta voidaan lisätä kivun sallimissa rajoissa. (Hietanen & Kuokkanen 2018.) Bakteeriviljelynäyte otetaan puhdistetulta haavalta kyretillä. Sidokset vaihdetaan 1–2 vuorokauden välein. Infektoituneelle haavalle sopivia haavatuotteita ovat hopeasidokset, lääkehunaja tai hydrofobiset sidokset. (KSSHP 2020.) Mikäli infektio on vakava, voidaan sidevaihto joutua tekemään jopa 2–3 kertaa vuorokaudessa (Hietanen & Kuokkanen 2018).

Runsaasti erittävä haava suihkutetaan ja taputellaan kuivaksi kuitutaitoksella, jonka jälkeen haavaeritystä voidaan arvioida. Runsaasti erittävälle haavalle valitaan sidokset, jotka lukitsevat eritteen sidokseen paineenkin alla. Mikäli haava on syvä tai epätasainen eikä imevä sidos näin ollen asetu suoraan haavapohjaa vasten, voidaan alimmaisena sidoksena käyttää geelityvää sidosta tai syvään haavaan tarkoitettua polyuretaanivaahtosidosta. Sidokset vaihdetaan aina, kun ne ovat kastuneet läpi. Haavaympäristö tulee suojata kosteudelta. Runsaan erityksen syy on yleensä infektio, kudosturvotus tai kudoksen mekaaninen vaurio, kuten paine. (Hietanen & Kuokkanen 2018.) Tärkeä osa hoitoa on tuolloin runsaan erityksen syyn hoitaminen. Mikäli raajan valtimoverenkierto on normaali, tulisi kompressiohoito aina aloittaa nopeasti. Kompressiota tulee pitää koko jalkeilla oloaika. Mikäli kompressio toteutetaan sitomalla, ei sidoksia ole välttämätöntä purkaa yöksi. Ehdottomia vasta-aiheita kompressiohoidolle ovat keuhkopöhö ja vakava alaraajaiskemia, sydämen vajaatoimintaa sairastavilla tilannetta tulee arvioida tapauskohtaisesti. (Ahmajärvi, Kallio, Ranta & Viljamaa 2020.)

Mikäli haavassa on onkaloita tai fisteleitä, hoidon tavoitteena on estää haavan sulkeutuminen pinnalta. Lisäksi tavoitteena on puhdistaa haava kuolleesta kudoksesta ja liiallisesta eritteestä. Onkalot ja fistelit puhdistetaan tarvittaessa ruiskun ja katetrin avulla fysiologisella keittosuolaliuoksella tai haavanhuuhtelunesteellä. Huuhtelua jatketaan, kunnes ulos tuleva neste on kirkasta. Lisäksi tehdään tarvittaessa mekaaninen puhdistus. Onkalohaava kuivataan ennen sidosten laittamista imeyttämällä kosteus kuitukankaaseen tai pumpulitikkuun. Nauhamainen haavasidos laitetaan onkaloon kevyesti. Valitaan sellainen tuote, joka ei hajoa kostuessaan, jotta se saadaan vedettyä ulos. Nauhan pää jätetään onkalon ulkopuolelle. (Hietanen & Kuokkanen 2018.)

2.3.4 Haavasidokset

Haavanhoidossa käytettäviä tuotteita ovat puhdistusaineet ja -pyyhkeet, haavan huuhtelunesteet, haavan ympäristön suojaamiseen tarkoitettut tuotteet, haavan paikallishoitotuotteet, peittosidokset ja

kiinnityssidokset. Valittaessa sopivaa haavatuotetta tulee huomioida haavadiagnoosi, haavan sijainti, haavan paranemisvaihe, haavanhoidon tavoite, haavan koko, haavaeritys sekä haavaympäristön kunto sekä mahdollinen infektio ja kipu. Mikäli potilas hankkii haavatuotteet omakustanteisesti, tulee arvioida myös haavatuotteiden hintaa. Myös mahdollinen tukihoido, kuten kompressiohoito, tulee huomioida. Haavasidosten tulisi olla käytössä mahdollisimman miellyttävät ja kivuttomat. (Hietanen & Kuokkanen 2018, 149–151.)

Haavatuotteet jaetaan aktiivisiin ja passiivisiin tuotteisiin. Aktiiviset haavatuotteet ovat aktiivisia joko itse valmistena tai sitten ne vapauttavat aktiivisia aineita haavaan. Passiiviset haavasidokset eivät sisällä vaikuttavia aineita. Tällaisia ovat esimerkiksi haavatyyny, teipit, harso- ja kuitutaitokset sekä kiinnityssidokset. (Hietanen & Kuokkanen 2018.) Haavapintaan kosketuksissa olevasta sidoksesta käytetään nimitystä ensisijainen sidos. Sen tehtävänä on kosteuttaa ja suojata haavaa. Sillä voi olla myös bakteereja sitovia tai tappavia ominaisuuksia. Esimerkkejä ensisijaisesta sidoksesta ovat geelit ja geelityvät sidokset, salvat ja voiteet, verkkosidokset, vaahtosidokset sekä hydrokolloidit. Haavan toissijaisesta sidoksesta käytetään myös nimityksiä peittosidos, suojasidos sekä päällyssidos. Sen tehtävänä on suojata haavaa sekä imeä haavaeritettä. Se voi toimia myös kiinnityssidoksena. Tähän tarkoitukseen sopivat erilaiset haavatyyny ja vaahtosidokset. Kiinnityssidos kiinnittää alla olevat haavatuotteet paikoilleen. Tähän sopivat haavakalvot, kierresidokset, putkisidokset sekä verkko-sidokset. Yhdistelmäsidoksissa yllä olevien sidostyyppien ominaisuudet yhdistyvät. Niissä on usein verkkomainen tai geelityvä pinta haavaa vasten, haavaeritettä imevä kerros, kosteutta ja eritteitä läpäisemätön päällyspinta sekä ihoon kiinnittyvä liima-, silikon- tai hydrokolloidireuna. (Hietanen & Kuokkanen 2018.)

Markkinoilla on tarjolla runsaasti erilaisia haavatuotteita, mikä aiheuttaa usein pulmia niiden valitsemisessa. Suomessa on saatavilla yli 700 erilaista valmistetta. Haavatuotteet on jaoteltu geneerisesti ensisijaisen vaikuttavan aineen tai valmistusmateriaalin mukaan. Yleisimpiä Suomessa käytettäviä aktiivisia haavatuotteita ovat hopeatuotteet, hydrofobiset tuotteet, hydrokolloidit, geelityvät kuitusidokset, alginaattisidokset, hydrogeelit, vaahtosidokset, jodituotteet ja hunajatuotteet. Passiivisia haavatuotteita ovat haavatyyny ja harsotaitokset, superimukykyiset haavatyyny, verkkosidokset sekä putkisidokset ja kierresiteet. (Kielo-Viljamaa & Kuokkanen 2021.)

Hopeasidokset sisältävät hopeaa, joka tappaa mikrobeja häiritsemällä niiden metaboliaa sekä hajottamalla soluseiniä. Hopean antimikrobinen kirjo on laaja. Siksi hopeatuotteet soveltuvat infektoituneiden haavojen hoitoon. Niitä suositellaan käytettäväksi 1–2 viikon kuureina. Hopea on yhdistetty erilaisiin sidoksiin, kuten vaahtosidoksiin ja geelityviin kuitusidoksiin. (Hietanen & Kuokkanen 2018, 162–163; Kielo-Viljamaa & Kuokkanen 2021.) Hydrofobiset tuotteet on valmistettu puuvillakuidusta tai asetaattisilkistä, joka on käsitelty rasvahappoesterillä (DACC). Hydrofobiset sidokset sitovat itseensä bakteereita ja hiivasieniä ja soveltuvatkin täten infektoituneille haavoille tai puhtaisiin haavoihin ennalta ehkäisemään infektiota. Sidos tulee laittaa suoraan haavapintaa vasten. Saatavilla on

hydrofobisia sidoksia yhdistettynä polyuretaanisidoksiin sekä geelidoksiin, kirurgisina sidoksina, haavatyynyinä, nauhoina, sidetaivoksina sekä sykeröinä. (Hietanen & Kuokkanen 2018, 156; Kielo-Viljamaa & Kuokkanen 2021.)

Hydrokolloidit imevät itseensä haavaeritettä ja geeliiytyvät kosteuden ja lämmön vaikutuksesta. Näin ne luovat haavalle sopivan kostean paranemisympäristön. Hydrokolloidit soveltuvat epitesoivien, granuloivien sekä fibriinikatteisten, hieman tai kohtalaisesti erittävien haavojen hoidoksi. Hydrokolloidit muotoutuu hyvin haavapintaan ja kiinnittyy tiiviisti, erillistä kiinnitystä ei tarvita. Hydrokolloidit sisältävät pinnassa olevan haavakalvon ja jakautuvat läpäisemättömiin eli okklusiivisiin sekä puoliläpäiseviin eli semiokklusiivisiin sidoksiin. Okklusiivinen ominaisuus voi lisätä bakteerikasvun riskiä ja siksi niitä ei suositella infektoituneille haavoille tai haavoille, joissa on suuri infektioriski, kuten diabeettiset jalkahaavat, vaskuliittihaavat tai iskeemiset haavat. Hydrokolloidi asetetaan haavalle siten, että se ulottuu noin 3 cm haavareunojen yli. Haavaerityksestä riippuen se voi olla paikallaan jopa viikon. (Hietanen & Kuokkanen 2018, 159; Kielo-Viljamaa & Kuokkanen 2021.)

Hydrofiber- eli geeliiytyvät kuitusidokset on valmistettu valmistettu natriumkarboksimeetyyliselluloosakuidusta (CMC) tai polyvinyylialkoholikuidusta (PVA). Tuotteita on saatavilla levyinä, kuitukankaina, onkalonauhana, osana yhdistelmäsidoksia sekä hopeaa sisältävinä tuotteina. Geeliiytyvät kuitusidokset geeliiytyvät haavaeritteen vaikutuksesta ja mukautuvat näin ollen hankaliinkin haavapintoihin. Ne soveltuvat kohtalaisesti tai runsaasti erittäviin, fibriinikatteisiin ja infektoituneisiin haavoihin sekä myös vettyneen haavaympäristön päälle. Kostutettuna geeliiytyvät kuitusidokset soveltuvat myös kuivien haavojen hoidoksi. Ne tarvitsevat peitto- tai kiinnityssidoksen. Haavapintaa vasten oleva sidoks voi olla paikallaan 3–5 vuorokautta. (Hietanen & Kuokkanen 2018, 157; Kielo-Viljamaa & Kuokkanen 2021.) Alginaattisidos on valmistettu ruskolevästä sekä kalsiumista ja natriumista. Saatavilla on myös sidoksia, joihin on yhdistetty hunajaa, aktiivihiljää tai hopeaa. Sidoksissa oleva kalsium tyrehdyttää lievää verenvuotoa. Kuten geeliiytyvät kuitusidokset, myös alginaattisidokset geeliiytyvät haavaeritteen vaikutuksesta ja soveltuvat myös kohtalaisesti tai runsaasti erittäviin, fibriinikatteisiin tai infektoituneisiin haavoihin. Alginaattisidokset eivät sovellu kuiville haavoille eivätkä ole suositeltavia onkalohaavoille, sillä niiden vetolujuus on heikko. Sidokset muotoillaan haavan kokoiseksi ja ne tarvitsevat peitto- tai kiinnityssidoksen. (Hietanen & Kuokkanen 2018, 154; Kielo-Viljamaa & Kuokkanen 2021.)

Hydrogeelit sisältävät pääasiassa vettä sekä geeliä muodostavaa polymeeriä. Niitä käytetään kostuttamaan kuivia haavoja ja fibriinikatteisille haavoille tuomaan lisäkosteutta autolyysin tukemiseksi. Tuotteita on saatavilla geeleinä, geelilevyinä sekä -sidoksina. (Hietanen & Kuokkanen 2018, 158; Kielo-Viljamaa & Kuokkanen 2021.) Vaahtosidokset on valmistettu polyuretaanivaahdosta tai silikonivaahdosta. Niissä voi olla lisäksi esimerkiksi hopeaa. Vaahtosidokset ovat pehmeitä ja helposti muotoutuvia. Tuotteita on saatavilla levyinä, nauhoina ja yhdistelmäsidoksissa, eri paksuisina ja

kiinnittyvinä sekä kiinnitettävänä. Uloimman kerroksen muodostaa puoliläpäisevä kalvo. Vaahtosidokset sopivat herkälle iholle. Niitä käytetään sekä vähän, kohtalaisesti että runsaasti erittävälle haavolle. Vaahtosidokset eivät jätä jäämiä haavapintaan. Ne imevät eritteen suoraan ylöspäin ja lukitsevat sen sisäänsä soveltuen näin ollen myös tukisidosten alle sekä vaurioituneen haavaympäristön päälle. Sidosvaihtoväli voi erityksen mukaan olla 3–5 vuorokautta. (Hietanen & Kuokkanen 2018, 160–161; Kielo-Viljamaa & Kuokkanen 2021.)

Jodituotteita on saatavilla haavalevynä, jauheina, voiteina, pastana ja verkkosidoksina. Ne soveltuvat infektoituneiden haavojen hoitoon 1–2 viikon kuureina. Jodi on tehokas sienä, hiivoja, viruksia ja bakteereja vastaan. (Hietanen & Kuokkanen 2018, 164; Kielo-Viljamaa & Kuokkanen 2021.) Hunajatuotteilla on myös antibakteerisia ja anti-inflammatorisia vaikutuksia. Lisäksi ne muodostavat haavalle kostean paranemisympäristön. Lääkehunaja sisältää noin 80 % sokeria ja 20 % vettä. Hunajatuotteita on saatavilla yhdistettynä verkko-, alginaatti- ja vaahtosidoksiin sekä geeleinä ja voiteina. Hunajatuotteita suositellaan infektoituneisiin sekä infektioherkkiin haavoihin. Hunajatuotteet puhdistavat haavaa osmoosin avulla, mikä lisää haavaeritystä etenkin hoidon alussa. Tuolloin sidosvaihto tulee tehdä päivittäin, hoidon jatkuessa 2–5 vuorokauden välein. (Hietanen & Kuokkanen 2018, 166–167; Kielo-Viljamaa & Kuokkanen 2021.) Lisäksi saatavilla on myös muita harvemmin käytettyjä aktiivisesti vaikuttavia haavasidoksia, kuten aktiivihiihsidokset, akryylipolymeerit, PHMB, sinkkisidokset, kipulääkesidokset, pihka, bioaktiiviset tuotteet kuten keinotekoiho, kasvutekijät, hemoglobiinivalmisteet sekä entsymaattiset valmisteet (Kielo-Viljamaa 2021).

Passiiviset haavasidokset imevät haavaeritettä sekä suojaavat haavaa. Lisäksi ne voivat estää muita sidoksia tarttumasta haavapintaan. Haavatyyny ja harsotaitokset ovat edullisia haavanhoidon perustuotteita. Ne on valmistettu viskoosista, polyesteristä, selluloosasta tai puuvillasta. Tuotteita on saatavilla imukyvyltään erilaisia. Osa sisältää sisäpinnan, joka ei tartu kiinni haavapintaan sekä kosteudenpitävän suojakalvon tai reunan. Superimukykyiset haavatyynyt pystyvät imemään suuria määriä eritettä ja soveltuvat myös tukisidosten alle. Ne pysyvät pinnaltaan kuivina, mikä estää ihon maseoitumista. Verkkosidoksia käytetään suojaamaan haavapintaa sidosten tarttumiselta. Niitä on saatavilla eri materiaaleista valmistettuna, polyamidi-, polyetyleni-, rasva- ja silikoniverkkoina. Kierresiteitä ja putkisidoksia käytetään kiinnitykseen ja tukemiseen sekä esimerkiksi ihon suojaamiseen kompressiosidosten alla. Ne ovat joustavia ja mukautuvia. Kierresiteitä on saatavilla myös tukea antavina ja pehmustamiseen tarkoitettuina. (Hietanen & Kuokkanen 2018, 173–176; Kielo-Viljamaa & Kuokkanen 2021.)

2.3.5 Haavan paranemisen seuranta

Haavan mittaaminen on helpoin tapa seurata haavan paranemista. Mittaamiseen on käytettävissä kertakäyttöisiä mittanauhoja ja mittatikkuja. Haavaa mitattaessa potilaan tulee olla samassa asennossa siten, ettei haavaan kohdistu venytystä tai kuormitusta. Haavasta mitataan suurin pituus ja sen jälkeen kohtisuoraan tuohon nähden suurin leveys. Haavan syvyys mitataan käyttämällä apuna esimerkiksi pumpulitikkua. Tärkeintä on kuitenkin arvioida, mihin kudokseen asti haava ulottuu. (Hietanen & Juutilainen 2018, 61–62.)

Valokuvaaminen on hyvä keino seurata haavan paranemista. Silti sitä käytetään melko vähän. Englannissa toteutetun tutkimuksen (Clark ym. 2018) mukaan alle 20 % haavoista oli valokuvattu. Valokuvaamisessa tulee muistaa peittää potilaan kasvot sekä intiimialueet, ellei haava sijaitse näillä alueilla. Taustaksi valitaan mahdollisimman neutraali väri, esimerkiksi valkoinen tai vaaleanharmaa. Haavasta otetaan lähikuvien lisäksi myös yleiskuva, jotta nähdään potilaan asento sekä haavan anatominen sijainti. Haava kuvataan kohtisuoraan haavaan nähden. Mittatikku on hyvä apuväline, jotta kuvista voidaan arvioida haavan kokoa. Haava kuvataan ennen puhdistusta sekä sen jälkeen. (Juutilainen & Hietanen 2018; Kuisma 2021.)

2.3.6 Konsultointi ja eteenpäin lähettäminen

Heti kun haava on havaittu, tulee konsultoida lääkäriä, joka selvittää potilaan terveydentilan, pitkäaikais sairaudet, lääkitykset, toimintakyvyn ja ravitsemuksen. Lääkäri myös tutkii potilaan ja määrää tarvittavia lisätutkimuksia. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021.) Lääkäriä tulee konsultoida uudelleen viipymättä, jos paraneminen ei etene odotetulla tavalla tai haavan ulkonäkö, haju tai esimerkiksi erityy muuttuu. (Hietanen & Juutilainen 2018, 64–67.)

Mikäli haavan etiologia ei selviä perusterveydenhuollossa tai haava ei parane, tulee haavapotilas lähettää erikoissairaanhoidon arvioon. Laskimohaavaa sairastava potilas on lähetettävä erikoissairaanhoidon arvioon, ellei haava ole parantunut kuukauden aikana noin 30 %:a lähtötilanteesta (Eskelinen ym. 2017). Usein laskimohaavaa sairastava potilas lähetetään kuitenkin erikoissairaanhoidon vasta, kun haava on ollut jo pitkään, vaikka epäiltäessä laskimohaavaa tulee potilas lähettää verisuonikirurgin arvioon viipymättä, sillä laskimonsisäiset toimenpiteet voivat tuoda merkittävää apua haavan paranemiselle. (Ahmajärvi ym. 2020.) Valtimohaavan osalta on tehtävä kiireellinen lähete verisuonikirurgin tutkimuksiin, jos valtimohaava ei osoita paranemisen merkkejä 2 viikon kuluessa (HUS Haavakeskus 2019). Epätyypilliset haavat kuuluvat erikoissairaanhoidon. Erikoisala riippuu haavasta. Epäily epätyypillisestä haavasta syntyy, jos haava ei asianmukaisesta hoidosta huolimatta

osoita paranemisen merkkejä 4–12 viikon kuluessa. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin läheteindikaatioiden (KSSH 2020) mukaan haavapotilas on lähetettävä päivystyksellisesti sairaalaan, mikäli valtimoperäiseksi epäillyssä haavassa esiintyy infektion merkkejä, jos potilas oireilee septisesti, syntyy epäily nekrotisoivasta faskiitista tai diabeetikolla on jalkahaavainfektio. Kiireellinen lähete verisuonikirurgian poliklinikalle tehdään, jos kahden viikon aikana sopivan paikallishoidon aloittamisesta säären tai jalkaterän haava ei osoita paranemisen merkkejä ja on epäily laskimo- tai valtimovajaatoiminnasta. Potilas on lähetettävä verisuonikirurgian poliklinikalle myös silloin, jos hänellä epäillään krooniseen laskimovajaatoimintaan liittyvää turvotusta tai ihottumaa säärissä. Kiireellisellä läheteellä lähetetään erikoissairaanhoitoon myös neuropatiaan liittyvä tulehduksellinen luutuho (Charcot´n jalka). Diabeettinen jalkahaavapotilas lähetetään erikoissairaanhoitoon, ellei haava osoita paranemisen merkkejä kuukauden kuluttua sopivan paikallishoidon aloittamisesta. Painehaavapotilaat lähetetään plastiikkakirurgian poliklinikalle, mikäli kyseessä on 3. tai 4. luokan painehaava, haava ulottuu luuhun saakka tai on yhteydessä niveleen, haavanhoitotuotteen sopivuudessa tai mekaanisessa puhdistuksessa ilmenee ongelmia tai haavaan liittyy akuutti infektio. Ihotautien poliklinikalle lähetetään potilaat, joilla on krooninen haava, jonka paraneminen on pitkittynyt, etiologia epäselvä tai jossa epäillään harvinaista etiologiaa. Myös haavapoliklinikalle voidaan lähettää etiologialtaan epäselvää haavaa sairastavia potilaita. Mikäli haavassa on epäily pahanlaatuisuudesta, koepala otetaan perusterveydenhuollossa. Muut epätyypilliseksi haavoiksi epäiltyjen haavojen koepalat otetaan erikoissairaanhoidossa. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021.)

2.3.7 Haavanhoidon kirjaaminen

Kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu puutteita ja epäyhtenäisyyttä haavanhoidon kirjaamisessa (Kinnunen 2013). Kirjaamisen tarkoituksena on dokumentoida hoitoon liittyviä asioita siten, että tieto on löydettävissä hoidon suunnittelua ja seuranta varten. Tämä on erittäin tärkeää potilaan liikkua hoitoyksiköstä toiseen. Dokumentoinnin tulee olla jatkuvaa ja mahdollisimman tarkkaa ja yksiselitteistä. (Juutilainen & Hietanen 2018.) Huono kirjaaminen voi pahimmillaan johtaa potilaan huonoon hoitoon. Kirjaamisen puutteita on mahdollista korjata rakenteisen kirjaamisen keinoin, otsakkeet ohjaavat kirjaamista. Suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuudessa (FinCC) haavanhoito kirjataan kudoseheys-komponentin alle. Tuo komponentti käsittää ihoon ja ihonalaisiin kerroksiin liittyviä asioita. (Kinnunen 2013.) Kirjaamisen ylin taso, eli komponenttitaso, sisältää pää- ja alaluokkia, joista kirjatessa valitaan toimintoa mahdollisimman hyvin kuvaava termi (Juutilainen & Hietanen 2018). Pääluokkia haavanhoitoon liittyen ovat muun muassa avoimen haavan seuranta, haavaeritteen määrän arviointi, haavaeritteen laadun arviointi, haavan puhdistaminen, haavasidoksen laittaminen jne. (FinCC 2020.)

Usein haavanhoidon kirjaaminen pelkistyy sen kuvaamiseen, mitä on tehty. Haavaa tulee kuitenkin kirjauksessa myös kuvailla ja arvioida. Haavan paranemisvaihe sekä mahdollisen infektion merkit ovat tärkeitä huomioitavia seikkoja. Kirjauksessa kuvaillaan myös haavan muotoa ja sijaintia sekä sitä, mihin kudokseen asti haava ulottuu ja mitä kudosta haavan pohjalla on. Kirjauksessa huomioidaan mahdolliset haavataskut, onkalot ja fistelit. Myös haavaeritteen määrää ja laatua arvioidaan ja kuvaillaan, samoin ympäröivän ihon kuntoa ja haavan reunoja. Haavan paranemisen vaihe kirjataan. Haavan paranemista on helppoa arvioida haavan mittojen perusteella. Haava mitataan ainakin muutamana viikon välein. Haavasta mitataan suurin pituus ja siihen nähden kohtisuoraan suurin leveys. Haavan ääriviivat voidaan myös piirtää esimerkiksi haavakalvolle. Myös haavan syvyyttä arvioidaan esimerkiksi pumpulipuikon avulla. Kudoksen väriä ja lämpötilaa tarkkailemalla arvioidaan haava-alueen verenkiertoa. Kapillaarireaktio on myös yksinkertainen keino arvioida ihon verenkiertoa. Siinä tutkittavaa ihoaluetta painetaan sormella tai läpinäkyvällä levyllä. Kun verenkierto on normaali, väri palautuu, kun paine poistetaan. Mikäli potilaalla on valtimoverenkierron häiriö, iho on usein kalpea eikä kapillaarireaktiota saada esiin. Laskimoverenkierron häiriöistä kärsivällä puolestaan kapillaarireaktio on nopeutunut ja iho punakka tai sinertävä. (Juutilainen & Hietanen 2018.) Myös haavakipua tulee arvioida sekä hoidon aikana että muutoin. Kirjauksessa kuvataan, millaista ja kuinka voimakasta kipu on. Kivun mittaamisessa voidaan käyttää apuna erilaisia mittareita. Lisäksi kirjataan haavakivunhoito ja arvioidaan sen riittävyttä. (Järves & Kontinen 2018.)

Haavan paikallishoidon kirjaaminen on tärkeää haavanhoidon jatkuvuuden kannalta. Paikallishoidosta kirjataan, miten haava on puhdistettu ja millainen oli lopputulos puhdistuksen jälkeen ja mitä haavatuotteita haavalla on käytetty sekä ihon ja haavaympäristön hoito. Mikäli on päädytty muuttamaan aikaisempaa hoitosuunnitelmaa, perustellaan muutokset. Myös mahdolliset tukihoidot, kuten turvotuksen estohoito tai kevennyshoito, kirjataan. Haavan paranemisen seurannan ja arvioinnin tulisi olla jatkuvaa läpi koko haavanhoitoprosessin. Haavan nykytilannetta tulee verrata aikaisempaan sekä arvioida, oliko esimerkiksi sidosten imukyky riittävä. Myös suunnitelman kirjaaminen on tärkeää, jotta turvataan hoidon jatkuvuus. (Kinnunen 2013.)

3 HAAVANHOITO KOTIHOIDOSSA

Kotihoidon palveluiden avulla tuetaan kotona selviytymistä (STM). Kotihoito kattaa kotisairaanhoidon ja sosiaalihuoltolain mukaisen kotiavun. Kunnat voivat järjestää kotisairaanhoidon ja kotiavun yhdeksi yksiköksi, kotihoidoksi. Kotipalvelu kattaa avustamisen toiminnoissa, jotka tähtäävät henkilön arjessa selviytymiseen. Kotipalvelua on saatavilla myös iltaisin ja viikonloppuisin sekä öisin. Kotipalvelun työntekijät ovat useimmiten lähihoitajia, kodinhoitajia tai kotiavustajia. Kotisairaanhoidon puo-

lestaan on kotona tapahtuvaa terveydenhuollon toimintaa, jota toteuttavat sairaanhoitajat ja lähihoitajat. (THL 2020c; Valvira 2015.) THL:n (THL 2021a) toukokuussa 2021 tekemän laskelman mukaan 74 % kotihoidon työntekijöistä oli lähihoitajia ja 12 % sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia. Valtaosa kotihoidon asiakkaista on ikääntyneitä. Viimeisimmän Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL 2020b) laskennan mukaan säännöllisen kotihoidon asiakkaista 75–84-vuotiaita on 31 % ja 85–94-vuotiaita 39 %. (STM 2020.) Vuonna 2020 75 vuotta täyttäneistä noin 16 % oli kotihoidon palvelujen piirissä. Kotihoidon asiakkaat ovat usein yhä raskashoitaisempia. Vuonna 2020 kotihoidon asiakkaista joka viidennen luo tehtiin päivässä vähintään kolme käyntiä. (THL 2021a.) EWMA:n (2014) raportin mukaan lähes puolella yli 65-vuotiaista perusterveydenhuollon ja kotihoidon asiakkaista on riski merkittävään fyysiseen haurauteen, 16,4 %:lla on kognitiivisen heikentymisen riski, 20,2 %:lla vajaaravitsemuksen riski ja 30,8 %:lla kohonnut kaatumisriski.

Kansallinen tavoite on, että iäkkäät henkilöt voisivat mahdollisimman kauan asua omassa kodissaan. (THL 2020c.) Kotipalvelua voidaan myöntää iäkkäiden ohella vammaisille tai sairaille henkilöille, joiden toimintakyky on alentunut. Myös lapsiperheillä on oikeus saada kotipalvelua, jos se on välttämätöntä lapsen hyvinvoinnin turvaamisen vuoksi. (STM; Valvira 2015.) THL:n mukaan kotihoidon asiakasmäärät ovat kasvussa. Vuodesta 2016 vuoteen 2018 kotihoidon päivittäinen asiakasmäärä kasvoi 4000:lla. Päivittäin kotihoidossa hoidettiin vuonna 2018 noin 51700:aa asiakasta. (THL 2020f.) Vuonna 2019 säännöllisen kotihoidon asiakasmäärä oli 114 938 ja päivittäisiä käyntejä tehtiin 67 195:en säännöllisen kotihoidon piirissä olevan asiakkaan luo (THL 2020b). Kaikkiaan vuonna 2019 kotihoidon asiakkaita Suomessa oli 199 840 (THL 2020a). Kotihoidon kuormitus on kasvanut, mikä tuo haasteita hoidon laadun ja turvallisuuden ylläpitämiseen. Norjassa vuonna 2020 tehdyn tutkimuksen (Aase, Bal, Johannessen, Ree & Wiig 2020) mukaan lisääntynyt ulkopuolinen paine vaikutti mahdollisuuksiin kehittää työtä ja siihen sitoutumista. Johto kamppailee jatkuvasti työstä poissaolojen ja ulkopuolelta tulevien muutosprosessien kanssa, työntekijät puolestaan lisääntyvän työkuorman, pienempien resurssien, niukentuneen ajankäytön ja huonon hoidonlaadun kanssa.

Koti toimintaympäristönä tuo hoitotyöhön erilaisia haasteita. Työntekijän toimiessa asiakkaan kotona asiakkaan koti tuo rajoituksia työhön. Työntekijän on kunnioitettava asiakkaan arvoja ja hänen tapansa toimia. Toisaalta asiakas on riippuvainen työntekijästä, koska hän ei muuten pystyisi asumaan omassa kodissaan. Kotihoito on samalla työtä, mutta myös työntekijän ja asiakkaan välinen suhde. (Andersson, Haverinen & Malin 2004, 488–490.) Kotihoidon resurssit ovat kiristyneet. Tämä aiheuttaa aikapainetta ja kuormittaa työntekijöitä. Toisinaan resurssien puutetta voidaan käyttää perusteluna sille, kun asiakkaan tarpeisiin ei haluta vastata (Andersson ym. 2004, 489). Työntekijät näkevät useimmiten asiakaslähtöisyyden keskeisenä toimintaa ohjaavana periaatteena (Andersson ym. 2004, 488–490; Fagerström & Vaartio-Rajalin 2019). Hoitajille asiakaslähtöisyys merkitsee kiireettömyyttä ja aikaa vastata asiakkaan monenlaisiin tarpeisiin. Usein hoitajilla on halu tehdä sovittua enemmän asiakkaan hyväksi (Andersson ym. 2004, 488–490; Jorgensen & Nielsen 2016.) Hoitajien työhön sitoutumista tutkittaessa on huomattu hoitajien jakautuvan kolmeen ryhmään sen suh-

teen, millaisista asioista työn kuormittavuus muodostuu kotihoidossa. Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat haluaisivat tehdä ja antaa enemmän ja heidän vuorovaikutuksessaan asiakkaiden kanssa korostuu tunteiden jakaminen. Toiseen ryhmään kuuluvat kaipaavat ammatillisia haasteita, joita kotihoito ei aina tarjoa. Kolmanteen ryhmään kuuluvat kaipaavat työltään lähinnä taloudellista vakautta ja toimeentuloa. (Jorgensen & Nielsen 2016.) On selvää, että tällaiset hoitajat myös suhtautuvat työhönsä eri tavalla ja kokevat kuormittavuutta erilaisista asioista.

Kotihoidon sairaanhoitajilla on haavanhoidossa keskeinen rooli, sillä usein päätökset pohjautuvat heidän havaintoihinsa. Hyvin toimiva yhteistyö lääkäreiden ja sairaanhoitajien välillä on keskeistä, jotta tehdään oikea diagnoosi ja aloitetaan asianmukainen hoito. (Haugaard, Hjalager, Jemec, Latif & Zarchi 2014.) Kotihoidon hoitajat työskentelevät pääasiassa yksin ilman kollegiaalista tukea tai valvontaa (Fagerström & Vaartio-Rajalin 2019). Tämä asettaa paineita hoitajien osaamiselle. Heillä tulee olla osaamista akuuttihoitotyöstä, mutta toisaalta myös syöpätaudeista, gerontologiasta ja saattohoidosta. Heiltä vaaditaan myös hyvää asiakkaan psykososiaalista huomioimista, kommunikatio- ja yhteistyöosaamista, teknologista osaamista, näyttöön perustuvaa toimintaa sekä kirjaamis- ja johtamisosaamista. Yksin työskentely luo paineita osaamiselle ja toisaalta niukentuneet resurssit luovat haasteita oman osaamisen ylläpitämiseen, sillä kiireisestä työstä on usein vaikea päästä irrottumaan koulutuksiin ja toisaalta tiedon jakaminen muille työntekijöille on haasteellista (Aase ym. 2020). Kotihoidon hoitajiin kohdistuu monia osaamistarpeita, mutta toisaalta henkilöstön saatavuudessa on ongelmia eikä kriteereitä henkilöstövalintoja silmällä pitäen näin ollen ole helppoa asettaa. Moniammatillisen yhteistyö olisi ensiarvoisen tärkeää hoidon tuloksia silmällä pitäen, mutta usein tämä ei toteudu niukkojen resurssien sekä osaltaan myös toimimattomien tietojärjestelmien sekä pirstaleisen tiedon vuoksi. (Fagerström & Vaartio-Rajalin 2019.)

Kotihoidon asiakkaat ja heidän omaisensa ovat tutkimusten mukaan yleensä tyytyväisiä hoitoonsa. (Fagerström & Vaartio-Rajalin 2019). Kotihoidossa toteutetaan yleensä vuosittain asiakastyytyväisyyskyselyitä. Esimerkiksi Hämeenlinnassa 2020 kotihoidon asiakkaista 78 % kertoi olevansa hyvin tai erittäin tyytyväinen kotihoitoon. Suurimpana haasteena vastaajat kokivat tiedonkulun hoitajien ja omaisten välillä sekä heidän itse saamansa tiedon puutteen. (Hämeenlinna 2020.) Helsingissä puolestaan keväällä 2021 kotihoidon asiakkaat arvioivat palvelua kouluarvosanalla 8,19 (Helsingin kaupunki 2021). Fagerström & Vaartio-Rajalin (2019) kirjallisuuskatsauksen mukaan ongelmakohtia ovat hoidon suunnittelu ja arviointi sekä asiakkaiden valikoituminen kotihoitoon lähinnä sen perusteella, että sairaalahoitoa voidaan välttää. Omaishoitajat ja muut asiakkaan omaiset ovat nousseet merkittävään rooliin hoidon antajina. Heidän ohjaamisensa ja opettamisensa sekä tukemisensa on kotihoidossa keskeistä. Parhaimmillaan kotihoidon suunnittelun tulisi olla tasavertaista toimintaa, jossa asiakas osallistuu päätöksentekoon yhdessä työntekijän ja omaisten kanssa. Toistuvia ja säännöllisiä palveluita tarvitsevalle asiakkaalle onkin laadittava hoito- ja palvelusuunnitelma yhteismääräyksessä asiakkaan kanssa. Tämä pohjautuu sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia määrittävään lakiin. (Finlex 2012; STM 2020.) Asiakas-termin käyttäminen potilaan sijaan viittaa Koti-

maisten kielten keskuksen mukaan siihen, että asiakas nähdään aktiivisempänä ja tasavertaisempänä toimijana sekä itsensä asiantuntijana, eikä ainoastaan hoidon ja toimenpiteiden kohteena (Dufva 2019).

Kotihoidon toimintaa voidaan tutkimusten mukaan tehostaa lisäämällä hoitajien osaamista. 2008–2014 tehdyn tutkimuksen mukaan (Finne-Soveri, Mäkelä, Noro, Nurme & Partanen 2014) lisäämällä kotihoitoon geriatrista osaamista sekä parantamalla lääkäriyhteistyötä voidaan lisätä kotihoidon laatua ja samalla säästää kustannuksissa. Tutkimuksessa selvitettiin uuden toimintamallin tuomia muutoksia. Hoitaja-lääkäripari laati jokaiselle asiakkaalle hoitosuunnitelman. Hoitajien työnkuvan muutoksilla pystyttiin vastaamaan asiakkaiden muuttuvaan terveydentilaan ja lääkäriä oli mahdollista konsultoida välittömästi. Joka viikko puhelinkierrolla käsiteltiin jokaisen asiakkaan asioita ja lääkäri teki kotikäynnin kerran vuodessa, tarvittaessa useammin. Näillä muutoksilla saavutettiin vuoden 2013 aikana säästöä 1,2 miljoonaa euroa. Siitä huolimatta hoidon laatu parani.

Haavoja hoidetaan aiempaa enemmän kotona. Parin viimeisen vuosikymmenen ajan Euroopassa on vähennetty sairaalapaikkojen määrää ja keskitetty hoitoa kotiin. European Wound Management Association (EWMA) on eurooppalainen haavanhoitoyhdistys, joka toimii yhteistyössä kansallisten ja kansainvälisten järjestöjen kanssa tarkoituksenaan lisätä haavanhoidon tietotaitoa, laatua ja koulutusta. EWMA:n (EWMA 2014) raportin mukaan Euroopassa noin 70–90 % haavoista hoidetaan perusterveydenhuollossa ja näistä 25–35 % kotihoidossa. Kotihoitoon ei ole kuitenkaan investoitu samassa suhteessa. Kotihoitoa on Suomessa saatavilla lähes kaikille haavapotilaille, jotka eivät toimintakykynsä vuoksi pysty asioimaan terveyskeskuksissa. Kotihoito on osa kansallista sosiaali- ja terveystalouden kokonaisuutta. (EWMA 2014.) Kotihoidon hoitajat ovat keskeisessä roolissa kroonisten haavojen arvioinnissa sekä paranemisen seurannassa, sillä he tapaavat asiakkaitaan usein (Krasowski, Olejniczak-Nowakowska & Wajda Robert, 2014). Kotihoidossa haasteena on usein kuitenkin hoitajien vaihtuvuus. Haavanhoidon onnistumisen kannalta olisi tärkeää, että haavapotilaan ja hoitajan välille muodostuu luottamuksellinen suhde (Lumbers 2019). Kotihoidossa tämä ei aina toteudu, sillä haava saattaa jokaisella kerralla hoitaa eri hoitaja.

Eri maissa on hyvin erilaisia käytäntöjä haavanhoidon järjestämisestä kotihoidossa (EWMA 2014). Esimerkiksi Saksassa vakuutusyhtiöt rahoittavat haavanhoidon mukaan lukien haavatuotteet. Hoito on usein lääkärivetoista. Toisaalta lääkärit ovat myös vastuussa budjetista, mikä voi johtaa säästötoimiin potilaan hoidossa. Englannissa haavoja hoitavat kotihoidossa hoitajat, jalkojenhoitajat ja joukko terveydenhuollon avustavaa henkilöstöä. Terveystalouden rahoitetaan verotuksen kautta. Haavatuotteet jaetaan määräysten perusteella tai keskitetyn järjestelmän kautta. Suomessa ei ole yhtenäisiä suosituksia haavanhoidon järjestämisestä kotihoidossa. Riippuu kunnasta, hankkiiko asiakas itse haavanhoitotuotteet. Suomessa näitä tuotteita ei määrätä reseptillä eikä kansallinen korvausjärjestelmä niitä näin ollen korvaa. Usein asiakas ostaa tuotteet itse, kun taas esimerkiksi Ruotsissa ja Tanskassa asiakkaan ei tarvitse maksaa haavatuotteista. (EWMA 2014.) Haavatuotteiden

jäädessä asiakkaan itsensä maksettaviksi aina ei käytettävissä ole parhaita hoitotarvikkeita hinnasta tai asiakkaan tietotaidosta johtuen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan (STM 2014) kuntien hoitotarvikejakelussa on vaihtelua ja työntekijöillä epätietoisuutta asioista. Noin puolessa kaikista kunnista haavatarvikkeet kuuluvat kotihoidon maksuihin vasta, jos haavanhoito on kestänyt yli 3 kuukautta.

Kotihoidossa on myös laajaa vaihtelua työntekijöiden osaamisessa ja koulutuksessa auktorisoiduista haavanhoitajista lähihoitajiin (EWMA 2014). EWMA:n kotihoidon haavanhoitoa koskevan raportin mukaan suomalaiset hoitajat kokevat tarvetta haavanhoitokoulutukselle. Lisäksi hoitajat ajattelevat, että asiakkaiden tulisi saada haavanhoitotuotteet veloituksetta, ettei haavanhoidon toteutuminen olisi riippuvaista potilaan tulotasosta. Hoitajat tiedostavat myös, että haavan etiologia tulisi selvittää, vaikka aina näin ei toimita. Yleisiä suuntaviivoja haavanhoitoa ohjaamaan kaivataan. Kotihoidossa on EWMA:n mukaan ollut haastetta hoitosuosituksiin sitoutumisessa esimerkiksi painehaavojen ja säärihaavojen osalta. Tämä voi osaltaan olla seurausta huonosta tiedonkulusta ja tuen puuttumisesta käytännön työssä. Lisäksi koti toimintaympäristönä luo omat haasteensa hoitamiseen. Kotiolot eivät aina ole parhaat mahdolliset ja asiakkaat eivät välttämättä sitoudu hoitoonsa. Hoitaja joutuu asiakkaan kotona toimiessaan olemaan tasavertainen toimija ja näin ollen yhteistyössä rakentamaan hoitoa. (Andersson ym. 2004; EWMA 2014). Yksin työskentely koetaan usein haastavana (Lumbers 2019).

Hoitajien työmäärä on kasvanut jatkuvasti potilasmäärien kasvun sekä hoitoalan jättävien hoitajien myötä. Tämän vuoksi on etsittävä uusia keinoja käyttää niukkaa henkilöstöresurssia tehokkaammin. Vuonna 2016 72 hoitajaa teki saman työn, jonka vuonna 2001 teki 100 hoitajaa. Lisäksi potilaita pyritään entistä nopeammin siirtämään erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. (Lindholm & Searle 2016.) Myös kotihoidon niukkenevat resurssit vaativat toimintojen tehostamista. Vanhuspalveluyksiköihin kohdennetun tutkimuksen (THL 2017) mukaan kotihoidon hoitajat kokevat muita vanhuspalveluiden työntekijöitä enemmän kiirettä ja stressiä. Lisäksi he arvioivat tuottamansa palvelunlaadun heikommaksi. 25 % kotihoidon työntekijöistä arvioi, että heidän yksikkönsä henkilöstömäärä on välttävä tai huono. Toisaalta vastaajat tunnistivat myös työn organisoinnin merkityksen kiireen kokemukseen.

Osaamista lisäämällä sekä erilaisten toimintamallien avulla voidaan tutkimusten mukaan tehostaa haavanhoitoa, mikä tuo säästöjä ja parempia hoitotuloksia. Keskittymällä muutamiin pieniltäkin tuntuviin, yksittäisiin seikkoihin voidaan saavuttaa merkittäviä parannuksia hoidossa. (Clark, Fallon & Ivins 2018.) Jørgensen, Nygaard & Posnett (2013) tutkivat Tanskassa kotihoidossa järjestetyn järjestelmällisen haavanhoitokoulutuksen vaikutuksia. Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida, voidaanko koulutuksen avulla parantaa haavanhoidon käytänteitä ja siten pienentää hoidosta aiheutuvia kustannuksia. Tulosten mukaan koulutuksella saavutettiin merkittävää laskua kroonisten haavojen mää-

rässä, päivittäisen sidosvaihdon vaativien haavojen määrässä, keskimääräisessä sidosvaihtotiheydessä, keskimääräisessä hoitajan haavanhoitoon viikoittain käyttämässä ajassa sekä haavanhoidon kokonaiskustannuksissa. Myös Clark ym. (2018) saivat samanlaisia tuloksia tutkiessaan Englannissa vuosina 2016 ja 2017 kehitysohjelman vaikutuksia haavanhoidon laatuun ja dokumentointiin. Tutkimuksen aloitusvaiheessa vuonna 2016 haavanhoitokäytännöissä havaittiin suuria puutteita, kuten ainoastaan alle 40 %:lla kotihoidossa hoidetulla haava-asiakkaalla oli ensisijainen haavasidos valittu asianmukaisesti ja 50 %:lla ei ollut oikeaa haavadiagnoosia. 8-vaiheisen parannusohjelman käyttöönoton jälkeen huomattiin huomattavia parannuksia haavanhoidon käytännöissä ja dokumentoinnissa erityisesti juuri kotihoidossa. Kotihoidon osalta eniten kehitystä oli tapahtunut kattavan haavan arvioinnin sekä hoitosuunnitelmien ja sidosvalintojen osalta. Lisäksi kotihoidossa oli saavutettu huomattavaa parannusta haavan etiologiaan, kokoon ja haavapohjaan liittyvien seikkojen dokumentoinnissa. EWMA:n (2014) mukaan hoitohenkilöstön lisäksi myös omaishoitajien osaamista on lisättävä ja heidät on nähtävä osana hoitotiimiä, jotta tulevaisuudessa lisääntyvään haavapotilaiden määrään pystytään vastaamaan. Myös teknologiaa pitäisi hyödyntää nykyistä enemmän tiedon tallentamiseen ja jakamiseen.

4 HOITOPOLKU

Hoitopolku on työkalu näyttöön perustuvan hoitotyön ohjaamiseen. Hoitopolkuja on alettu käyttää yhä enemmän 1980-luvun jälkeen. Hoitopolku voidaan ajatella strukturoiduksi, monitieteelliseksi hoitosuunnitelmaksi, jossa kuvataan tietyn potilasryhmän hoidon keskeisimmät vaiheet. Näin ollen se vähentää vaihtelua kliinisessä hoidossa. Hoitopolku voi olla laajemmassa käytössä tai keskittyä vain tiettyyn terveydenhuollon toimintaympäristöön tai yksikköön. (Baatenburg, Evans, Kinsman, Ronellenfitsch & Rotter 2019.) European Pathway Associationin (E-P-A) mukaan ei ole vakiintunutta tapaa hoitopolun määritelmälle tai sille, miten niitä kehitetään. Englanninkielisessä terminologiassa hoitopolkuun viitataan useilla eri termeillä: clinical / care pathways, critical pathways, care paths, integrated care pathways, case management plans sekä clinical care pathways or care maps. Keskeisimpiä hoitopolun ominaispiirteitä on E-P-A:n mukaan viisi. Hoitopolku määrittelee hoidolle tavoitteen ja keskeisimmät tekijät perustuen näyttöön, parhaaseen käytäntöön, potilaan odotuksiin sekä ominaisuuksiin. Hoitopolku tehostaa kommunikaatiota ryhmän jäsenten sekä potilaan ja heidän omaistensa kesken. Hoitopolku koordinoi hoitoa määrittelemällä eri ammattiryhmien sekä potilaan ja omaisten roolit. Hoitopolku ohjaa tulosten dokumentointia, seurantaa ja arviointia sekä tarvittavien resurssien tunnistamista. Hoitopolkuja hyödynnetään maailmanlaajuisesti. Niiden vaikuttavuus eri tutkimuksissa on näyttäytynyt hyvin erilaisena. (European Pathway Association).

James, Kinsman, Rotter, Snow ja Willis (2010) tekivät kirjallisuuskatsauksen määrittäläkseen termin hoitopolku. Hoitopolulla on neljä keskeistä tavoitetta. Nämä ovat kansallisten näyttöön perustuvien

kliinisten ohjeiden saattaminen paikallisiksi ohjeistuksiksi ja hoitopolkuun sisältyvän hoidon komponenttien määrittelemine sekä sellaisten toimintamallien vakiinnuttaminen, jotka ohjaavat terveydenhuollon järjestelmissä etenemistä sovittujen kriteerien mukaisesti sekä yksittäisten terveysongelmien hoitoa paikallisessa väestössä. Hoitopolku siis sisältää tietyn potilasryhmän hoidon tietyn ajanjaksona. Sen voidaan ajatella olevan jäsenelty hoitosuunnitelma, jonka myötä hoito yhdenmuikaistuu ja moniammatillinen yhteistyö toteutuu. Hoitopolku määrittelee hoidon keskeiset tekijät sekä tavoitteet perustuen parhaaseen kliiniseen käytäntöön ja näyttöön. Hoitopolku voi keskittyä myös yksittäisen kliinisen ongelman hoitamiseen. Hoitopolun myötä hoitoa dokumentoidaan, seurataan ja arvioidaan, mikä helpottaa myös tiedonkulkua potilaalle. Myös EWMA:n (2014) mukaan hoitopolku koordinoi eri toimijoiden rooleja ja määrittää moniammatillista yhteistyötä sekä potilaan ja omaisten rooleja. Sen tarkoituksena on hoidon laadun parantaminen, riskien vähentäminen, potilastytyvyyden sekä käytettävissä olevien resurssien tehokkaan käytön lisääminen.

Hoitopolun avulla voidaan kehittää myös haavapotilaiden hoitoa. Haavan optimaalinen paraneminen saavutetaan ainoastaan tarkastelemalla haavapotilaita kokonaisvaltaisesti ja huomioimalla kaikki hoitoon vaikuttavat tekijät. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyö ja sujuva kommunikaatio on keskeisessä asemassa haavanhoidon parhaan käytännön toteutumisessa. Hoitopolkuja kehittämällä voidaan vastata tähän tarpeeseen. (EWMA 2014.) Murrayn & Norrien (2019) tutkivat näyttöön perustuvan hoitopolun vaikutuksia haavanhoidon tuloksiin. Näyttöön perustuva hoitopolku vähentää heidän mukaansa vaihtelua hoidossa ja parantaa paranemisennustetta. Hoitopolku lisää merkittävästi potilaiden elämänlaatua lyhentämällä haavan paranemiseen kuluva aikka, sillä optimaaliset paranemistulokset vaativat johdonmukaista hoitoa. Kuitenkin haavojen hoidon kokonaisuus on usein hajanainen ja hoitopolut puuttuvat. (Courtney ym. 2013.)

Haavanhoidon kehittäminen ja tehostaminen on välttämätöntä kasvavien kustannuksien vuoksi. Kun haavanhoitoa halutaan toteuttaa tehokkaammin, tulee kiinnittää huomiota haavojen paranemisnopeuteen, sidosvaihtojen tiheyteen sekä komplikaatioiden ilmaantuvuuteen. Käyttämällä strukturoitua haavanhoito-ohjelmaa pystyttiin Ruotsissa lyhentämään haavan paranemiseen kuluva aikka 130 vuorokautta vuodesta 2009 vuoteen 2012. (Lindholm & Searle 2016.) Helsingissä on kehitetty haavapotilaan hoitoketjua. Siinä käytetyt laskelmat perustuvat Helsingin asukaslukuun, joka on 600 000. Laskelmien mukaan haavanhoidon kokonaiskulut ovat Helsingissä vuosittain noin 7–14 miljoonaa euroa. Kansainvälisten tutkimuksien perusteella on arvioitu, että järjestelmällinen hoitoketju voisi tuottaa seuraavien 10 vuoden aikana Helsingissä säästöä 23 miljoonaa euroa. Mikäli ongelmahaava diagnosoidaan jo perusterveydenhuollossa ja hoito aloitetaan siellä, on mahdollista vähentää erikoissairaanhoidon polikliinista toimintaa sekä osastohoitojaksoja erikoissairaanhoidossa. Lisäksi tehokas ja nopea ongelmahaavojen hoito estää potilaiden toimintakyvyn heikkenemisen tuoden merkittäviä säästöjä. (Korhonen & Lepäntalo 2012.) Hoitopolkujen avulla on myös mahdollista lyhentää hoitokausien kestoa sekä vähentää komplikaatioita sairaalahoidon aikana. Lisäksi kirjaamisen on todettu parantuvan. (Baatenburg ym. 2019.) Myös Gothe ym. (2010) totesivat tutkimuksessaan, että hoito-

polun avulla on mahdollista lyhentää hoitoaikoja sekä parantaa kirjaamista. Merkittävin vaikutus heidän mukaansa on hoitokomplikaatioiden väheneminen ja näin ollen potilasturvallisuuden lisääntyminen. Asmirajanti, Hariyati & Syuhaimie (2018) saivat samanlaisia tuloksia hoitoaikojen lyhenemisen hoidon laadun paranemisen osalta. Heidän mukaansa hoitoprosessin optimoimiseksi hoitopolku tulisi toteuttaa moniammatillisena yhteistyönä. Hoitopolku kuvaa potilaan kliinisen hoidon tarpeen ja ohjaa ammattilaisia potilaan hoitamisessa. Se nopeuttaa potilaan saamaa hoitoa, kun eri ammattiryhmiä ei tarvitse erikseen konsultoida.

Jaye, Reyneke & Stokes (2018) tutkivat uusien hoitopolkujen käyttöönottoon liittyviä hidastavia ja edistäviä tekijöitä lääkäreiden osalta. Hoitopolkujen käyttöä vähensivät ajanpuute, skeptisyys niitä kohtaan, vaikeus määrittellä potilaan kliinisen tilan perusteella hänelle sopivaa hoitopolkua, tekniset vaikeudet ja tuen puute. Lisäksi vastaajat kokivat hankaluuksia ottaa hoitopolut käytännössä osaksi päivittäistä työtä. Tutkimuksen mukaan hoitopolkuja käytettiin silloin, kun yksikön mielipidejohtaja suhtautui niiden käyttöön myönteisesti, niiden koettiin vaiheittain ohjaavan työntekoa ja potilaan hoidon järjestämistä kohti eteenpäin lähettämistä ja jos ne sisälsivät keskitettyä tietoa saatavilla olevista konsultaatiomahdollisuuksista. Lisäksi hoitopolkuja käytettiin enemmän, kun huomattiin, että niiden pohjalta tehdyt lähetteet useammin hyväksyttiin. Baatenburg ym. (2019) mukaan johtajien ja lääkäreiden tuki on välttämätöntä, jos hoitopolku halutaan saada implementoitua käytäntöön.

Haavanhoito kotihoidossa on usein yksin työskentelyä. Lisäksi siihen tuo omat haasteensa asiakkaiden aikainen kotiutuminen sairaalasta ja monet liitännäissairaudet. Kliinisen päätöksenteon sekä näyttöön perustuvan hoidon tueksi tarvitaan tuolloin ohjeita, toimintamalleja, hoitosuunnitelmia ja hoitopolkuja. (Lumbers 2019.) Haavapotilaiden määrän kasvaessa on tärkeää miettiä, miten voidaan vähentää haavanhoidon kustannuksia, mutta säilyttää kuitenkin hoidon laatu hyvänä. Ennisin ym. (2017) mukaan käyttämällä johdonmukaista hoitosuunnitelmaa, huomioiden odotettavissa olevat haavojen paranemisajat, haavoista parani 75–78 %. Näyttöön perustuvan hoitosuunnitelman käyttäminen potilaille, joilla on huonosti paranevia haavoja, on tehokasta ja toistettavissa eri potilaille. Hyviä tuloksia voidaan saavuttaa käyttämällä johdonmukaisia ja hyvin suunniteltuja hoitokokonaisuuksia. Tärkeää on myös tunnistaa korkean riskin potilaat ja tehostaa heidän hoitoaan. (Ennis ym. 2017.) Esimerkiksi painehaavan ehkäisyyn arvellaan maksavan vain noin 10 % jo syntyneen haavan hoitokustannuksista (Kavola & Laine 2020). Toisen tutkimuksen mukaan (Grothier & Stephenson 2015) hoitopolku on tehokas keino haavainfektioiden ennaltaehkäisyssä. Hoitopolun myötä lähes 90 %:lla korkean riskin potilaista pystyttiin estämään haavan infektio tai kriittinen bakteerikolonisaatio.

Tässä työssä hoitopolulla tarkoitetaan jäsenneltyä hoitokokonaisuutta, joka ohjaa haavaa sairastavien asiakkaiden hoitoa. Hoitopolussa on nostettu esiin ne seikat, jotka haavaa sairastavan asiakkaan kohdalla tulee kussakin vaiheessa kartoittaa ja huomioida sekä se ohjaa hoitosuunnitelman laatimiseen. Tällä hetkellä työyksikössäni Suolahden kotihoidossa haavanhoidon ajatellaan enimmäkseen käsittävän haavan paikallishoidon, vaikka se on vain pieni osa haavanhoidon kokonaisuutta.

Kuitenkin keskeisintä haavanhoidossa on hoitaa haavan taustalla oleva syy. Haavan paikallishoito luo optimaaliset olosuhteet haavan paranemiselle ja puhdistaa haava. Kroonista haavaa sairastava asiakas tarvitsee kokonaisvaltaista hoitoa. Usein hän hyötyy moniammatillisen työryhmän hoidosta. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021.) Hoitopolku ohjaa haavapotilaan hoitoa siten, että oikeat asiat tulevat tehdyiksi oikeaan aikaan.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyö on kehittämistyö. Sen tarkoitus on haavanhoidon kehittäminen kotihoidossa tuottamalla hoitopolku. Hoitopolkua rakennettaessa huomioidaan erityisesti tutkimuksen tuloksissa esiin nousseet asiat. Hoitopolku yhtenäistää haavanhoitoa ja takaa näyttöön perustuvan ja laadukkaan haavanhoidon kaikille asiakkaille. Hoitopolku koostuu kaikista niistä tekijöistä, jotka tulee huomioida, kun asiakkaalla todetaan haava tai arvioidaan asiakkaan haavariskiä. Hoitopolku toimii tarkastuslistana ja sitä seuraamalla hoitaja voi omasta osaamistaustastaan riippumatta varmistua siitä, että kaikki tarvittava tulee tehtyä oikea-aikaisesti. Hoitopolussa huomioitavat asiat pohjautuvat näyttöön sekä tutkimustietoon.

Opinnäytetyön tavoitteena on, että hoitopolun myötä hoito yhdenmukaistuu, sillä se ei ole enää riippuvaista työntekijän osaamisesta, haavanhoitoajat lyhenevät, koska ongelmiin tartutaan sen myötä oikea-aikaisesti ja tarpeeksi laaja-alaisesti eikä ainoastaan toteuteta haavan paikallishoitoa. Ehkäisemällä haavojen kroonistumisen voidaan säästää hoitajien työaikaa, mikä vähentää kustannuksia ja haavojen aiheuttamaa inhimillistä kärsimystä. Tavoitteena on myös hoitopolun myötä vähentää hoitajien kokemaa epävarmuutta haavanhoidossa.

Opinnäytetyön tutkimustehtävänä ovat:

1. Selvittää hoitajien kokemuksia siitä, millaisia vahvuuksia ja haasteita haavanhoidossa on kotihoidossa ja miten sitä tulisi kehittää.
2. Tuottaa hoitopolku, jonka myötä haavanhoito kotihoidossa on laadukasta ja näyttöön perustuvaa.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tarve tälle kehittämistyölle nousi käytännöstä. Haavanhoito Suolahden kotihoidossa on tällä hetkellä laadultaan hyvin vaihtelevaa. Haavadiagnoosit puuttuvat eikä etiologisia tekijöitä selvitetä ja hoideta, hoitosuunnitelmat ovat puutteellisia ja sitoutuminen niiden noudattamiseen on usein heikkoa. Haavaa saatetaan jokaisella hoitokerralla hoitaa hieman eri tavalla, hoidon tulosten arviointi on vaihtelevaa ja kirjaaminen suppeaa.

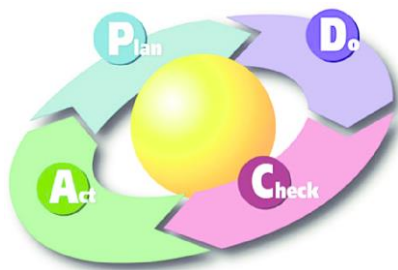
Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Äänekosken kaupunki, kotihoito. Äänekosken kaupungilla kotipalvelu sekä kotisairaanhoidon toimivat yhdessä kotihoitona. Äänekosken kotihoito jakaantuu neljään tiimiin, Äänekoski, Suolahti, Konginkangas ja Sumiainen, joista kolme jälkimmäistä olivat ennen kuntaliitosta itsenäisiä kuntia. Tiimit sijaitsevat siis maantieteellisesti kaukana toisistaan. Hoitajia on yhteensä noin 60, josta sairaanhoitajien osuus 9. Lisäksi yöpartiossa työskentelee 4 hoitajaa ja varahenkilöstössä 7 hoitajaa, liikkuvissa hoitajissa 6 hoitajaa, kotiutustiimissä 2 hoitajaa ja lisäksi kotihoitossa työskentelee 1 fysioterapeutti ja 1 toimintaterapeutti. Asiakkaita kotihoidossa on yhteensä näillä neljällä alueella noin 400. Suolahden asiakasmäärä tammikuussa 2022 oli 136. Itse työskenteleen sairaanhoitajana Suolahden kotihoidossa. Olen työskennellyt kyseisessä tehtävässä vuodesta 2014. Tilastotietoja haavapotilaiden määrästä kotihoidossa tai paranemisajoista ei valitettavasti ole saatavilla.

Opinnäytetyön tavoitteena on tukea tasalaatuista hoitoa. Äänekosken kotihoidossa hoidonlaatua seurataan vuosittaisten asiakastytyväisyysskyselyiden ja kotihoidon palveluvastaavien tekemien sisäisten tarkastusten kautta. Työyksikkömme omavalvontasuunnitelman (Äänekoski, Omavalvontasuunnitelmat, kotihoito, 2020) mukaan

Kotihoidossa toimintaa suunnitellaan ja toteutetaan niin, että mahdolliset epäkohtaa ja uhkaa aiheuttavat tilanteet pystyttäisiin tunnistamaan ennakoita ja näin näitä riskejä on mahdollisuus ehkäistä ja korjata. Riskinhallinta sisältää asiakkaaseen, työntekijöihin, toimintaan ja työtapoihin sekä ympäristöön liittyvät osa-alueet. Toimintaan liittyvät epäkohdat, riskit ja laatu-epäkohdat, tai niiden mahdollisuus tulevat esille päivittäisissä raportointitilanteissa tai säännöllisissä tiimi, kuukausi – ja asiakaspalaverissa. Riskienhallinta perustuu jokaisen työntekijän havainnointiin ja käytännön työstä esille nouseviin riski- ja vaaratekijöihin. Jokainen työntekijä on omalta osaltaan vastuussa siitä, että nostaa esille havaitsemiaan epäkohtia. Työyhteisöpalaverissa asioista keskustellaan avoimesti ja ohjeistuksia esille nousevista vaaratilanteista tehdään.

Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksen (STM 2020) mukaan juuri asiakkailta, omaisilta ja työntekijöiltä saatu palaute on keskeistä palvelujen laadun varmistamisen kannalta. Palautteesta nousee esiin niitä osa-alueita, jotka sujuvat hyvin ja toisaalta ne, joissa vielä on kehitettävää. Omavalvonta on tärkeä keino varmistaa palvelujen laatu sekä asiakasturvallisuus. Sitä toteuttavat työntekijät, palvelutuottajat sekä kunnat.

Kehittämistoimintaa voidaan ajatella erilaisten mallien kautta. Tässä työssä käytettiin PDCA-mallia, joka tunnetaan myös nimellä Demingin ympyrä. PDCA-mallissa kehittäminen nähdään jatkuvana toimintana, jossa kehä alkaa aina uudelleen, sillä toiminnan lopputuloksesta tulee uusi lähtöpiste, jota taas arvioidaan ja suunnataan toimintaa uudelleen. Kehittämiseen sisältyvät seuraavat vaiheet: Plan - suunnittele, Do - tee, Check - tarkista ja Act – toimi, korjaa. P, Plan-vaiheessa tunnistetaan ongelma ja määritellään tavoite. Mitä halutaan kehittää? D, Do-vaiheessa suunnitelma ja suunnitellut muutokset toteutetaan. C, Check-vaiheessa arvioidaan, mihin toiminta on johtanut, onko se johtanut odotettuun lopputulokseen. A, Act-vaiheessa arvioidaan, mikä onnistui ja jatketaan sen tekemistä, korjataan tarvittaessa virheet ja toimitaan niiden estämiseksi. Sitten siirrytään uudelleen vaiheeseen P. (Management for everyone; Patterson 1996, 53.)



KUVA 3. PDCA. (Deming cycle 2015.)

6.1 Tutkimus haavanhoidon nykytilanteesta kotihoidossa

Opinnäytetyö aloitettiin kartoittamalla haavanhoidon nykytilannetta Äänekosken kotihoidossa sairaanhoitajien ja lähihoitajien näkökulmasta tutkimushaastattelun keinoin. Tällainen lähestymistapa valittiin, jotta hoitopolkua rakennettaessa voidaan huomioida nykyisen toiminnan vahvuudet ja sisällyttää toimivaksi koetut toimintatavat hoitopolkuun teoretietoon peilaten. Lisäksi haluttiin tietoa siitä, mitkä seikat haavanhoidossa eivät tällä hetkellä toteudu laadukkaasti ja näyttöön perustuen, jotta hoitopolkua rakennettaessa voidaan keskittyä kehittämään niitä. Tutkimus toteutettiin puolistrukturoituna haastatteluna ja tulokset analysoitiin sisällönanalyysin keinoin.

6.1.1 Puolistrukturoitu haastattelu

Tutkimusmenetelmäksi valittiin puolistrukturoitu haastattelu. Haastattelu voidaan ajatella keskusteluna, jolla on jokin tavoite. Se on keino kerätä tietoa ihmisten tulkinnoista sekä asioille antamista merkityksistä. Haastattelun etu tutkimusmenetelmänä on se, että tutkija voi suunnata huomiota tiedonhankinnan kannalta oleelliseen suuntaan haastattelun aikana. Lisäksi hän voi tarvittaessa esittää tarkentavia kysymyksiä tai pyytää haastateltavaa selittämään sanomaansa tarkemmin. (Juuti & Puusa 2020, 99–103.) Haastattelulajeja on useita erilaisia. Eroavaisuudet syntyvät siitä, kuinka vapaamuotoisesti haastatteluissa edetään. Strukturoidussa haastattelussa kysymysten lisäksi myös vastausvaihtoehdot on laadittu etukäteen. Puolistrukturoitu haastattelun on tutkimusmenetelmänä strukturoitua haastattelua vapaamuotoisempi, sillä tutkittava vastaa kysymyksiin vapaasti. Tällöin tutkija saattaa saada selville myös sellaisia asioita, joita ei osannut odottaa etukäteen. Puolistrukturoitu haastattelu etenee ennalta valittujen kysymysten mukaan. Puolistrukturoidun haastattelun etuna on se, että tutkija saa juuri sitä tietoa, jota on lähtenyt tavoittelemaan, mutta tieto tuotetaan haastateltavien itse sanoittamana. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Juuti & Puusa 2020, 105–107.)

Haastattelututkimuksessa tulee huomioida, että tutkijan tulee puhua samaa kieltä tutkittavan kanssa ja ilmapiirin tulee olla luottamuksellinen. Tutkijan on hyvä tiedostaa, että toisinaan ihmisillä on tapana antaa sosiaalisesti hyväksytyjä vastauksia. Tutkijan tulee huomioida, ettei hän johdattele kysymysten asettelulla vastauksia tiettyyn suuntaan ja että hän keskittyy aidosti kuuntelemaan haastateltavaa. (Juuti & Puusa 2020, 103–105.)

Tässä opinnäytetyössä puolistrukturoitu haastattelu valittiin siksi, että tutkijalla on etukäteen aiheesta kokemusta ja tietoa ja tutkimuksessa haettiin vastauksia juuri tiettyihin tutkimuskysymyksiin. Haastateltavien haluttiin vastaavan kysymyksiin omin sanoin, jotta heidän henkilökohtaiset näkemyksensä ja kokemuksensa saadaan esiin. Haavanhoitoa toteuttavilla työntekijöillä ajateltiin olevan näkemyksiä niin vahvuuksista kuin heikkouksistakin koskien haavanhoidon nykytilaa. Nämä näkemykset haluttiin tuoda esiin. Puolistrukturoitu haastattelu on myös kohtalaisen nopea toteuttaa, millä oli merkitystä tutkimuksen toteuttamiseksi tutkittavien työaikana. Tutkittaessa toimivia ja kehitettäviä kohtia haavanhoitokäytännöissä ei ole tavoitteena muodostaa syvempää ymmärrystä aiheesta, vaan saada yksittäisiä, tarkkoja näkemyksiä ja mielipiteitä selville ja myös siksi tämä tutkimusmenetelmä on myös perusteltu.

6.1.2 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysin keinoin pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä selkeä sanallinen kuvaus. Aineisto järjestetään selkeään ja tiiviiseen muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Sisällönanalyysiä ohjaa tutkimustehtävä sekä aineiston laatu. Tutkija määrittelee analyysiyksiköt, jotka voivat olla yksittäisiä sanoja, lauseita tai ajatuskokonaisuuksia. (Sarajärvi & Tuomi 2018, 90–92.) Ensimmäinen vaihe sisällönanalyysissä on aineiston pelkistäminen eli redusointi. Tämä voidaan toteuttaa siten, että aineistosta etsitään tutkimuskysymystä kuvaavia ilmaisuja, jotka merkitään esimerkiksi eri värisillä kynillä ja listataan sitten allekkain. Tämän jälkeen alkuperäiset ilmaisut muutetaan pelkistetyiksi ilmaisuiksi. Tätä vaihetta seuraa aineiston ryhmittely eli klusterointi, jolloin aineistosta etsitään samankaltaisuuksia. Samaa ilmiötä kuvaavista pelkistetyistä ilmiöistä muodostetaan alaluokkia. Näistä alaluokista muodostetaan sitten edelleen yläluokkia ja pääluokkia yhdistelemällä niitä. (Sarajärvi & Tuomi 2018, 92–94.)

6.1.3 Tutkimuksen toteutus

Tutkimushaastatteluun osallistui 12 henkilöä. Tutkimushaastattelut toteutuivat joulukuussa 2020 sekä tammikuussa 2021. Haastateltavista 5 oli ammatiltaan sairaanhoitajia ja 7 lähihoitajia. Haastattelut toteutuivat pääosin työpaikalla kasvotusten ja osittain puhelimitse. Haastattelut nauhoitettiin tietokonetta apuna käyttäen. Haastattelukysymykset löytyvät liitteestä 1. Tulokset analysoitiin käyttäen sisällönanalyysiä. Haastattelut kuunneltiin ensin kokonaisuudessaan läpi ja sitten niitä lähdettiin litteroimaan tekstinkäsittelyohjelmalla haastateltava kerrallaan. Litteroidut haastattelut tulostettiin. Aineistoon tutustuttiin lukemalla sitä läpi kokonaiskuvan muodostamiseksi. Sen jälkeen aineistosta etsittiin ilmaisuja, jotka kuvaavat työyksikön vahvuuksia haavanhoidossa, työyksikössä olevaa haavanhoidon osaamista, työyksikössä ja kotihoidon toimintaympäristössä ilmeneviä haavanhoidon haasteita sekä henkilöstön kokemia kehittämistarpeita. Tulosteista väritettiin eri värisillä yliviivaustuseilla kohtia, joissa haastateltava toi esiin näihin liittyviä seikkoja. Sen jälkeen nämä alkuperäisilmaukset koottiin taulukoihin ja muodostettiin niiden rinnalle pelkistetyt ilmaukset. Pelkistettyjä ilmauksia lähdettiin ryhmittelemään ja muodostamaan näin alaluokkia tekstinkäsittelyohjelmaa ja taulukkoja apuna käyttäen. Alaluokkia tarkasteltiin ja muodostettiin niitä kokoavia yläluokkia, joista sitten edelleen muodostettiin pääluokkia.

6.1.4 Tulokset

Työyksikön vahvuuksia haavanhoidossa löytyi melko niukasti. Vahvuuksina nousi esiin työntekijöihin ja organisaatioon liittyviä tekijöitä. Vastaajat kertoivat olevansa kiinnostuneita haavanhoidosta ja omaavansa perustiedot aiheesta. Vahvuutena nousi esiin myös se, että vastaajat omasivat motivaatiota oman haavanhoidon osaamisensa ylläpitämiseen kouluttautumalla.

“... se (haavanhoito) on ollut sellanen, mikä mua on aina kiinnostanut.” “Että mielellään kävis (koulutuksissa) ja vuosittain olis kaikille sairaanhoitajille ajankohtaista ja tärkeitä pästä.”

Myös kirjaamisen mainittiin toisinaan toteutuvan hyvin, vaikka suurin osa vastaajista kokikin siinä olevan puutteita. Haavatuotevalikoima koettiin pääosin riittäväksi. Vastaajien mukaan haavadiagnoseja tehdään hieman enemmän kuin aiemmin. Haavapotilaiden pääsy Keskussairaalaan haavanhoitajalle on sujunut suhteellisen helposti.

Yksikössämme olevaa haavanhoidon osaamista kuvaavat tekijät jakautuivat kolmeen pääluokkaan: haavan paikallishoidon osatekijöiden tunnistaminen, haavan paranemiseen vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen sekä hoidon koordinointiin liittyvien tekijöiden tunnistaminen. Haavan paikallishoidon osatekijät jakautuivat hoitajaan ja hoitamiseen liittyviin. Hoitajiin liittyen mainittiin, että hoitajilla on haavanhoidon perustiedot ja perusosaamista. Lisäksi tunnistettiin, että paranemiseen vaikuttaa se, jos kukaan ei ota päävastuuta haavanhoidosta ja sen vaikuttavuuden seurannasta. Hoitamiseen liittyvää osaamista kuvasi, että haavan mekaanisen puhdistamisen tärkeys tunnistettiin ja haavanhoitotiheyden merkitys haavan paranemiselle tunnistettiin.

“... että mä esimerkiksi olen henkilökohtaisesti melko arka puhdistamaan semmoista kätteistä haavaa. Ja sitten taas jos mä en uskalla ottaa sitä kunnolla ja mä käynkin sillä ihmisellä monta kertaa, niin se ei varmaan oo kauheen hyvä sille haavalle.”

Hoitotiheys nousi esiin useissa vastauksissa. Vastaajat tiedostivat, että haavalle on haitallista hoitaa sitä sekä liian usein että liian harvoin. Vastauksista kävi myös ilmi, että vastaajat tunnistivat, ettei sidevaihtoa tarvitsisi tehdä aina ensisijaista sidosta myöten.

“... jotenkin ehkä kotihoidossa hirveen herkästi pohjia myöten aina vaihetaan ne, että sekin, kun oppii, että aina ei tarttis, niin sit kuitenkin tehään pohjia myöten.”

Paikallishoitotuotteisiin liittyvää osaamista nousi esiin useista ilmaisuista. Vastaajat tiesivät, että kaikki paikallishoitotuotteet eivät sovi kaikille haavoille ja että vääränlainen paikallishoito voi hidastaa haavan paranemista. Lisäksi vastaajat mainitsivat, ettei haavanhoitotuotteita tulisi vaihtaa liian usein toisenlaisiksi, vaan seurata ensin riittävän kauan, millaisia vaikutuksia valituilla tuotteilla haavan paranemiselle on. Vastaajat tunnistivat myös sen, että tuotteiden vaihtamiselle toisiin tulee olla perusteltu syy ja myös uusille valinnoille perustelu, miksi juuri tietyn tyyppinen tuote tietylle haavalle juuri siinä tilanteessa valitaan.

Haavan paranemiseen vaikuttavista tekijöistä tunnistettiin sekä paikallisia että systeemisiä tekijöitä. Paikalliset tekijät vastauksissa olivat infektiot, mekaaniset voimat sekä turvotus. Systemiset tekijät luokiteltiin vastauksissa elintapoihin liittyviin sekä sisäisiin sairaustekijöihin liittyviin tekijöihin. Elintapoihin liittyvistä tekijöistä vastaajat tunnistivat haavan paranemiseen vaikuttavan ravitsemuksen, hygienian, aseptiikan, tupakoinnin sekä liikumattomuuden. Ravitsemuksen merkitys tunnistettiin monissa vastauksissa. Tiedettiin, että ravinnon laatu sekä proteiinin ja vitamiinien niukka saanti vaikuttavat haavan paranemiseen. Tunnistettiin, ettei ikääntyneiden ravitsemus ole suositusten mukaista.

“... haava paranee sieltä sisältä päin. Vitamiinit ja kaikki...” “... kun vanhuksilla on hirveen huono ravitsemus. Syövät huonosti ja vääränlaista ruokaa.” Vastaajat tunnistivat myös täydennysravintovalmisteiden merkityksen. *“Mutta oon yrittänyt haavaihmisillä kovasti sitä proteiinilisää tarjota...” “Ja onhan näitä nyt paljon kaikkia lisäravinnejuomiakin, mitkä on niin kun tarkotettu, jos on haavoja tai tämmösiä, niin kai niitäkin pitäis enemmän mainostaa ja tiedottaa asiakkaille.”*

Sisäisistä sairaustekijöistä vastaajat tunnistivat diabeteksen, verenkierto-ongelmat sekä reuman.

“... että kun on näitä diabeetikoita ja verenkierto-ongelmaisia, että mitä siellä on taustalla...”

Myös ikä mainittiin paranemiseen vaikuttavana tekijänä.

Vastaajat tunnistivat, että puutteet hoidon koordinoinnissa vaikuttavat myös haavan paranemiseen. Hoidon koordinointi jakautui dokumentointiin sekä konsultointiin ja eteenpäin lähettämiseen. Vastaajat tiesivät, että haavoja tulisi valokuvata ja mitata säännöllisesti ja enemmän. Tunnistettiin myös, että haavanhoidon kirjaamisella on vaikutusta hoitoon.

“Ja joku erittäminenkin, että kerrot, että se on erittänyt runsaasti, mutta et, että mitä se on erittänyt, että kudostestettä vai märkiikö se vai verta vai mitä.”

Konsultointia ja mahdollista jatkohoitoon lähettämistä koskevista tilanteista tunnistettiin, että se on aiheellista tehdä, jos haava ei parane tai se kasvaa, jos etiologiset tekijät ovat selvittämättä tai tarvitaan ohjeita paikallishoidon toteuttamiseen.

“... että sitä on hoidettu jonkun aikaa ja se ei mene suuntaan eikä toiseen se haava ja siinä on kuitenkin mahdollisuudet siihen...” “Kun aatellaan tätä meidän asiakaskuntaa, ne on kaikki iäkkäitä lähestulkoon, niin se verenkierto on huono, niin kyllä siitä jo aikalailla äkkiä pitää lähteä, ainakin, että saa kunnon ohjeet, että saadaan se hoito alkuun.”

Lisäksi tunnistettiin konsultoinnin tarve, jos haavassa on näkyvissä luu, haavan ulkonäkö tai haavaveritys muuttuu tai haavaan ilmaantuu infektion merkkejä.

“No jos tuota verenkierrossa epäilee, että on ongelma. Tai sitten haava muuttuu hyvin oudon väriseksi ja jos on kokeillut jotain tuotetta ja tuntuu, että mikään ei auta.”

Haasteita kotihoidossa toteutettavassa haavanhoidossa nousi esiin runsaasti. Nämä jaettiin toimintaympäristöön, asiakkaaseen sekä toimintakulttuuriin liittyviin haasteisiin. Toimintaympäristön haasteita olivat asuntoon fyysisenä tilana liittyvät haasteet sekä hoitotyön toteuttamiseen kotona liittyvät haasteet. Asiakkaaseen liittyviä haasteita olivat elämäntavat ja hoitomyönteisyys. Toimintakulttuuriin liittyvät haasteet jaettiin hoitajien osaamiseen sekä yksikön toimintatapoihin liittyviin haasteisiin.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
				TOIMINTAYMPÄRISTÖÖN LIITTYVÄT
"No siis ergonomia ei välttämättä oo kauheen hyvää."	Ergonomia ei ole hyvä.	Ergonomia.	ASUNTOON LIITTYVÄT	
"No ergonomia."	Ergonomia.			
"... asennot on hirveen hankalia kotona..."	Hankalat työasennot.			
"... ergonomiahan tuo haasteita..."	Ergonomia on haastavaa.			
"Se, että sä teet huonossa asennossa, huonossa valossa, arvuuttelet, että mikähän tää nyt oikeesti on."	Huonot työasennot. Huono valaistus.	Valaistus.		
"Valaistus voi olla tosi huonoa."	Valaistus voi olla huono.			
"... yleensä se hygienia siellä kotona."	Hygienia kotona.	Hygienia.		
"Ja puhtaus, hygienia. Siellä on välillä aika likaista."	Hygienia. Toisinaan on likaista,			
"... tarvikkeita ei pysty aina laskemaan oikein puhtaalle tasolle, että pitäis olla aina mukana jollain joku liina vaikka minkä päälle tarvittaessa niitä levitetään ja tota tosiaan siisteystaso vaihtelee eri kodeissa."	Tarvikkeita ei saa laskettua puhtaalle alustalle.			
"... että siellä ainut puhas kohta siellä tuvassa on se, kun levität sen kroonikon sen haavan alle."	Joka puolella on likaista.			
"... hyvin epäsiistiä ja tuhrusta oli joka puolella..."	Epäsiistiä.			
"Ihan ne työskentelytilat jo on sellaset. Että siis verrattuna mitä ne on jossakin tuolla muualla."	Työskentelytilat kotona haastavat.	Tilat.		
"Koti on sellanen, kun se on. Elikä siellähän ei kaikki työskentelytasot ole hyvät. Ja että miten hyvin se on varusteltu se koti."	Työskentelytasot ja varustelu eivät aina ole hyvät.			
"Koti voi olla niin, että sulla ei välttämättä tule esimerkiksi lämmintä vettä."	Lämmintä vettä ei välttämättä ole käytettävissä.	Vesi.		
"... ja ihan sitten hengityselimistöön, saattaa olla tupakointia kodeissa, saattaa olla eläimiä ynnä muuta."	Tupakointi ja eläimet ärsyttävät hengitysteitä.	Tupakointi. Eläinpöly.		

KUVA 1. Esimerkki sisällönanalysista 1.

Asiakkaan koti fyysisenä tilana tuo haasteita hoitajien työhön. Lähes kaikki vastaajat mainitsivat hygienian, ergonomian sekä valaistuksen tekijöiksi, joissa on usein puutteita. Lisäksi haasteita saattaa tulla juoksevan ja lämpimän veden puuttuminen sekä sisällä tupakointi ja lemmikkieläimet. Hoitotyön toteuttaminen asiakkaan kotona tuo vastaajien mukaan työhön paljon haasteita. Vastaajat kokivat, että yksintyöskentely on haastavaa sekä se, että haavatuotteet ovat toimistolla varastossa usein pitkän matkan päässä. Asiakkaan kotona ei aina ole haavatuotteita ja hoitovälineitä valmiina. Toisinaan niitä on unohdettu viedä sinne tai tieto tarvikkeiden loppumisesta ei ole kulkenut. Tuolloin haavalle laitetaan sitä, mitä on saatavilla eli hoidetaan sitä epätarkoituksenmukaisella tavalla.

"Tyyli vaihtuu, kun hoitaja vaihtuu. Sovelletaan sitten, jos sattuu, ettei siellä kotona ole niitä tuotteita. Jos siellä on jotakin, niin sitten laitetaan sitä jotakin. Ja sitten se on sen näköistä sitten."

Toisaalta jos asiakkaan luo viedään etukäteen paljon tarvikkeita, joita ei sitten käytetäkään hoidon muuttuessa tai haavan parantuessa, niitä ei voida enää viedä toisen asiakkaan luo ja kalliita tuotteita menee hukkaan. Haasteita tuo myös se, jos asiakkaan tulisi hankkia haavatuotteet itse ja hän ei tee niin tai hankkii erilaisia tuotteita, kuin on suositeltu.

”Kun sitten taas tulee sekin, että hänellä on oma päätävävaltaa ostaa, mut sitten taas se, että mitä sieltä tulee. Että sitä pitäis käyttää sitten, mitä hän on ostanu.”

Tämä on ongelma myös silloin, jos asiakas on hankkinut suuren määrän jotakin tuotetta, joka sitten pitäisikin vaihtaa toiseen, eikä asiakas halua, kun kallista tuotetta menee hukkaan.

Asiakkaan elämäntavoista vastaajat kokivat suurimpana haasteena huonon ravitsemuksen. Lisäksi korostui asiakkaan oma asenne haavanhoitoon. Kotona tämä haaste korostuu, sillä kotioloissa myös asiakkaiden itsemääräämisoikeus korostuu. Vastaajien mukaan asiakkaat eivät aina anna hoitaa itseään. He eivät toisinaan sitoudu tai motivoitu hoitoonsa, vähättelevät haavoja eivätkä esimerkiksi suostu peseytymään.

”... että on näitä, jotka voi ihan hyvin kaks viikkoa olla menemättä pesulle ja... tuntuu, että on ihan turha puhua ravitsemuksesta tai tupakanpoltosta, että toiset ottaa enemmän vastaan, toiset vähän vähemmän.”

Nykyään haasteeksi muodostuu toisinaan myös tiedon saatavuus. Asiakkaat ovat hyvin tietoisia asioista ja heillä on korkeat odotukset hoitoa kohtaan. Kokonaisuutta ei silti ehkä osata katsoa, vaan odotukset kohdistuvat tiettyyn haavatuotteeseen tai hoitajaan.

”... ihmisillä on välillä vähän, että eikö siihen voisi laittaa jotakin muuta tuotetta, että syytetään tavallaan niitä tuotteita tai jopa sitä hoitajaa. Ajatellaan, että on se autuaaksi tekevä asia.”

Toisinaan asiakkailla on erilaisia näkemyksiä haavanhoidosta, ja he purkavat pois hoitajan laittamat haavasidokset sekä laittavat itse jotakin muuta haavalle. Toisinaan syynä tällaiseen toimintaan on muistisairaus.

”Haavoissa voi olla ihan mitä tahansa, naapurin rasvat ja sidokset ja vaikka jonkun nenäliina.”

Vastaajat kokivat suurena haasteena myös oman osaamisensa puutteet koskien haavan paikallishoitotuotteita. Haavatuotevalikoima koettiin liian suureksi ja epäselväksi sekä haavatuotteiden nimet hankaliksi. Vastaajat kertoivat, että he eivät tunnista, mitkä tuotteet kuuluvat samaan geneeriseen tuoteryhmään tai mitä tuotteita tietynlaiselle haavalle tulisi valita. Tuotteita saatetaan myös yhdistellä väärin.

”... että on lähihoitajilla puutteita ihan perustiedoissa... että pannaan välillä vähän hölmöjä yhdistelmiä.”

Uusista haavatuotteista kaivattaisiin myös lisää koulutusta ja tietoa. Ammatillisen epävarmuuden kokemus nousi vastauksissa esiin ja toisaalta myös se, että omaa osaamista arvioidaan väärin niin, että jätetään konsultoimatta lääkäriä tai haavanhoitajaa, kun oman osaamisen ajatellaan riittävän.

”... että kuvitellaan osaavan enemmän kuin mitä osataan, eikä välttämättä konsultoida sillon, kun olis tarvetta konsultoida.”

Lisäksi ongelmana koettiin, että terveyskeskuksessa toimivilla yleislääkäreilläkään ei ole riittävästi osaamista haavanhoidosta. Omasta osaamisesta vastaajat olivat huolissaan myös kirjaamisen osalta sekä siitä, että koulutuksiin ei ole viime vuosina ollut mahdollisuutta osallistua juuri lainkaan.

Hoitotyötoimintapojen osalta esiin nousi myös monenlaisia haasteita. Vastaajien mukaan hoitosuunnitelmia ei ole tai niitä ei päivitetä. Hoidon jatkuvuus kärsii tästä.

”No se hoidon jatkuvuus. Eliikkä mun mielestä suurin ongelma on se, että jos siihen ei ole tehty kunnan suunnitelmaa siihen haavanhoitoon, niin siellä ollaan kaikki ihan pihalla niiden lippulappujen kanssa, että mitä tähän työnnetään nytten.”

Hoitosuunnitelmalle ei nykyisessä tietojärjestelmässä ole sopivaa paikkaa ja paperiversiot katoavat. Lisäksi haavadiagnoosit puuttuvat usein. Lähes kaikki vastaajat toivoivat, että yhdellä hoitajalla, mieluiten sairaanhoitajalla, olisi päävastuu asiakkaan haavanhoidosta. Hoitajien vaihtuvuus johtaa siihen, että haavan paranemisen seuranta on heikkoa eikä hoitosuunnitelmaa näin ollen päivitetä.

”Kyllä just se sohlaaminen, että aina tehdään vähän eri tavalla ja kun hoitajat vaihtuu, ei kukaan oikein tiedä, miten on tehty ja onko se haava mennyt mihin suuntaan.”

Sairaanhoitajien vastauksista nousi esiin, että työnjaollisista syistä he eivät voi käyttää haavanhoitoon niin paljon aikaa, kun haluaisivat.

”... suunniteltu täällä meidän työpisteessä, että vähän kaikki tekee kaikkea, niin se sairaanhoitaja ei näistä rakenteellisista syistä pääse kovin usein kun ehkä haluais, niin käydä kattomassa ja hoitamassa niitä haavoja.”

Haasteeksi koettiin myös se, ettei kotihoidossa ole haavoista vastaavaa hoitajaa eikä ole mahdollisuutta konsultoida ketään.

”Se on tää, että kaipais aina välillä vähän tukea noille omille ajatuksilleen ja sitten sitä ei oikein saa.”
”Ja sit sellasta mitään kunnollista haavavastaavaa ei kotihoidossa oo.”

Vastaajat kokivat haasteita myös haavan paikallishoito-ohjeissa. Usein ohjeita ei ole tai ne eivät ole ajan tasalla. Kotoa saattaa löytyä myös useamman laisia ohjeita, joissa ei ole päiväystä.

”Että välillä siellä kotonakin on niitä ohjeita, mutta kun et aina oikein tiedä, mitkä on uusia, niitä voi olla miljoonanlaisia, kun ei oo aina päivämäärää, että mikä on viimesin.”

Toisinaan haasteena on myös se, että hoito-ohjeita noudatetaan, vaikka hoitaja ajattelisi, että ne eivät ole enää sopivia haavan sen hetkiseen tilanteeseen nähden.

”... että se ohje, joka siihen on laitettu, ei ehkä ole oikeassa ja oisin ite hoitanut sitä vähän eri tavalla ja eri tuotteilla...”

Haavatuotteiden saatavuudessa koetaan välillä ongelmia. Toisinaan keskusvarastolta ei saada tuotteita riittävän nopeasti tai ei saada lainkaan niitä tuotteita, joita Keskussairaala on määrätty.

Vastaajat myös ajattelivat, että hankintasopimuksessa on luultavasti enemmän tuotteita, kuin keskusvaraston tilauslistalla ja näin ollen näitä tuotteita ei osata tilata käyttöön. Myös hoitovälineissä koetaan välillä puutteita. Tämä saattaa johtaa siihen, ettei mekaanista puhdistusta voida tehdä.

”Että paljon on mun mielestä haavoja, joita pitäis varmaan aina tehokkaammin puhdistaa, kun mihin on mahkut.”

Lisäksi vastauksissa nousi esiin haasteita kirjaamisessa. Niiden ajateltiin johtuvan osaamattomuudesta ja kiireestä.

”Loppujen lopuksi itekin sorrun siihen, että sä vaan luettelet, että millä sä oot sen huuhtonu ja mitä tuotteita sä laitat siihen pakettiin päällekkäin. Että just tavallaan se itse haava, niin siitä se kirjaamisenhan on loppujen lopuks hyvin onnetonta.”

Haavojen paranemista ei vastaajien mukaan seurata riittävästi valokuvaamalla ja mittaamalla. Myös tiedonkulussa Keskussairaalan ja terveyskeskuksen välillä koettiin ongelmia.

Kehittämisideoita haavanhoidon suhteen vastauksista nousi runsaasti. Vastaajat kokivat, että organisaatioon tarvittaisiin haavanhoidon asiantuntija, jota olisi mahdollisuus konsultoida ja joka voisi lähteä mukaan kotikäynneille sekä opettaa asioita todellisessa tilanteessa, esimerkiksi mekaanista puhdistusta.

”... ois joku, joka tietää haavoista, niin vastuussa, vaikka yks ois Äänekosken alueella, joka tietäs ja keltä sais ohjeet.” ... että kädestä pitäen näytettäis sitä, että miten paljon sä osaat sitä rassata sitä huonoa pois.”

Lähes kaikki vastaajat toivoivat myös haavanhoitokoulutusta.

”Koulutusta pitäisi saada enemmän... että ois niin kun tavallaan niitä työkaluja hoitaa niitä asiakkaitten haavoja ja hoitoajat lyhenis sitä kautta varmaan ihan mukavasti.”

Koulutuksen keskeisimmät toivotut aiheet koskivat haavan paikallishoitotuotteita ja kirjaamista.

”No ihan näistä haavatuotteista, kun kaikki haavat on erilaisia. Mikä sidos sopii millekin haavalle. Ihan semmoista käytännön juttua.”

Asiantuntijahoitajan lisäksi vastaajat toivoivat hoitovastuun keskittämistä yhdelle hoitajalle, mieluiten sairaanhoitajalle. Vastaajat ajattelivat, että keskittämällä hoitovastuu yhdelle osaavalle henkilölle haavan paranemisen seuranta toteutuisi paremmin. Lisäksi vastaajat toivoivat hyvin tehtyjä, ajantasaisia hoitosuunnitelmia, joita myös noudatettaisiin ja jota muutettaisiin tarvittaessa, mikäli paraneminen ei edisty.

”Mutta tavallaan se jatkohoitosuunnitelma, että jos ei tämä tehoa siihen ja siihen mennessä, niin mitä sitten. Tai joku kontrolli silloin tällön.”

Haavanhoidon kirjaamista haluttiin kehittää ja yhdenmukaistaa. Vastaajat kertoivat, että kirjaamisen tulisi olla monipuolisempaa, kuvailevampaa ja enemmän arvioivaa. Kirjaamisen kaikkiaan tulisi olla tarkempaa ja huolellisempaa esimerkiksi sen osalta, mitä on tehty, mitä tuotteita on käytetty ja miltä haava on näyttänyt.

”Ja se, että ihmiset ymmärtäis sen kirjaamisen merkityksen ja se kuvaileva kirjaaminen., että kerrot muutakin kun mitä sinä olet tehnyt. Että miltä se näyttää se tekemisen kohde.”

Lisäksi vastaajat kokivat, että haavoja tulisi nykyistä enemmän mitata ja valokuvata, jotta haavassa tapahtuvat muutokset olisi helpompaa huomata.

”... hoito pitäis päästä suunnittelemaan mahdollisimman hyvin ja sitten toteuttamaan sitä suunnitelmaa.”	Toive, että hoitosuunnitelma olisi tehty hyvin ja sitä noudatettaisiin.	Hoitosuunnitelma.	DOKUMENTOINTI	
”Mutta se (hoitosuunnitelma) ei oo semmosessa virallisessa paperissa, missä sen ois toisaalta hyvä olla. Mutta se vaatis aikaa ja asennemuutosta ja kaikkea.”	Hoitosuunnitelmia ei ole kirjattuna.			

	Hoitosuunnitelman laatiminen vaatis aikaa ja asennemuutosta.			
”Mutta tavallaan se jatkohoitosuunnitelma, että jos ei tämä tehoa siihen ja siihen mennessä, niin mitä sitten. Tai joku kontrolli silloin tällöin.”	Hoitosuunnitelman tarkastaminen etukäteen määritellyissä tarkastuspisteissä.			
”... niin se ois tosi kätevä, kun sulla ois se hoitopolku siinä (mobiililaitteella), että sä niin kun näkisit, että tammöönkin vois olla hyvä kokeilla ja...”	Hoitopolku muistin tueksi.	Hoitopolku.		
”Että monipuolisemmin pitäis kirjata, myös sitä arviointia ja että mitä on tehty.”	Kirjaamisen tulisi olla monipuolisempaa enemmän arvioivaa. Tulisi kirjata, mitä on tehty.	Haavanhoidon kirjaaminen.		
”Siis kyllähän sitä pitäis kirjata tarkemmin.”	Tulisi kirjata tarkemmin.			
”Justiin, että mitä tuotteita on käytetty, että ne on oikein siellä.”	Tulisi kirjata huolellisesti, mitä tuotteita on käytetty.			
”Kyllä ehdottomasti tärkeää ois kirjata se, että miten on hoidettu ja minkälainen se haava oli.”	Tulisi kirjata, miten haava on hoidettu. Pitäisi kirjata arvioivasti.			
”Ja eihän niitä joka kerta kirjata, että minkälainen se haava on ollut, että varsinkaan näin, että minkä kokoon ja minkä näköön se on ollu.”	Haavan kuvaileva kirjaaminen ei toteudu aina. Haavan kokoa ja ulkonäköä tulisi kuvailla.			
”Ja se, että ihmiset ymmärtäis sen kirjaamisen merkityksen ja se	Kuvailevaa kirjaamista			

KUVA 2. Esimerkki sisällönanalysista 2.

6.2 Haavapotilaan hoitopolun tuottaminen

Haavapotilaan hoitopolku Suolahden kotihoitoon rakennettiin siten, että se etenee kyllä-ei-kysymysten kautta. Hoitopolku alkaa hetkestä, kun haava todetaan. Tavoitteena on haavan paraneminen, mutta myös valmistelu kirurgista sulkua varten sekä pysyvä konservatiivinen hoito. Hoitopolussa on huomioitu lisäksi haavan ennaltaehkäisy. Hoitopolku ohjaa käyttäjää kiinnittämään huomiota oikea-aikaisesti keskeisiin asioihin, esimerkiksi heti haavan toteamisen jälkeen siihen, onko haavassa infektion merkkejä ja onko haavan etiologia selvitetty. Hoitopolku rakentuu siten, että se ohjaa käyttäjää linkkien kautta eteenpäin lisätiedon äärelle. Lähteinä hoitopolussa on käytetty Keski-Suomen sairaanhoitopiirin haavapotilaan hoitopolkua ohjeistuksineen, käypä hoito -suosituksia sekä haavanhoidon viimeisintä kirjallisuutta. Hoitopolun ensimmäinen sivu on opinnäytetyön liitteenä (liite 4).

7 POHDINTA

Opinnäytetyön tutkimushaastattelun tuloksissa nousee esiin monia samoja asioita, kuin aiemmin tehdyissä tutkimuksissa, myös kansainvälisesti. Hoidon kehittämisen haasteet ja toisaalta esteet ovat hyvin samankaltaisia, samoin kotona tapahtuvaan hoitotyöhön liittyvät pulmat. Tutkimushaastattelun tuloksista ilmeni, että hoitosuunnitelmat puuttuvat hyvin usein. Tämä on todettu myös aikaisemmissa tutkimuksissa. Asiaa selvitettiin Suomessa vuonna 2016 (Aalto ym. 2016), jolloin todettiin, että vain puolelle pitkäaikaissairaista oli laadittu hoitosuunnitelma. Haastattelun vastauksista ilmeni toisaalta, että vaikka hoitosuunnitelma olisi, sitä ei välttämättä noudateta. Silti lähes kaikki vastaajat toivat esiin sen, että hoitosuunnitelmien noudattamatta jättäminen hidastaa haavan paranemista. Myös Carroll ym. (2015) totesivat tutkimuksessaan hoitosuunnitelman noudattamatta jättämisen olevan merkittävä tekijä haavan paranemisen kannalta. Lähes kaikki haastateltavat toivat esiin tarpeen haavanhoidon koulutukselle sekä useat myös sen, että vaikka koulutuksia olisi, niin niihin ei ole aikaa osallistua. Myös Aase ym. (2020) saivat samankaltaisia tuloksia kotihoitoa koskevassa tutkimuksessaan. Hoitajilla ei ole aikaa osallistua koulutuksiin tai jakaa niistä saamansa tietoa muille työntekijöille ja tiedottaminen on muutenkin puutteellista. Johdon aika kuluu kamppaillessa työstä poissaolojen ja ulkopuolelta tulevien muutosprosessien kanssa, työntekijät puolestaan taistelevat lisääntyvän työkuorman, pienempien resurssien ja niukentuneen ajankäytön kanssa.

Haavadiagnoosien puuttuminen on yhtä ongelmallista kuin hoitosuunnitelmien puuttuminen. Vaikkakin haastattelun vastauksista ilmeni, että haavadiagnoseja on tehty yksikössämme hieman aikaisempaa enemmän, ne edelleenkin usein puuttuvat kokonaan. Tämä on todettu myös aikaisemmissa tutkimuksissa. Ayoub ym. (2015) mukaan haavadiagnosi puuttuu 30 %:lla haavapotilaista ja usein tämä korostuu juuri kotihoidossa (Jemec ym. 2015). Toisinaan syynä on lääkäreiden osaamattomuus

(Ayoub ym. 2015; Ebbeskog 2011). Tämä ilmeni myös haastattelun vastauksissa. Useat haastateltavat kokivat, ettei terveyskeskuslääkäreillä ole riittävästi haavanhoidon osaamista. Osaamispuutteita on myös hoitajilla. Englannissa toteutetun tutkimuksen (Clark ym. 2018) mukaan kotihoidon haavapotilaista vain puolella oli tehtynä oikea haavadiagnoosi ja alle 40 %:lla oli ensisijainen haavasidos valittu asianmukaisesti. Myös Moore & Skerrett (2014) totesivat tutkimuksessaan, että haavasidoksia käytetään paljon epätarkoituksenmukaisella tavalla ja haavadiagnoosit puuttuvat. Lähes kaikki tutkimushaastateltavat toivat esiin, että haavanhoidon kokonaisuus ei ole selkeästi kenenkään hoitajan vastuulla, vaikka vastaajat ajattelivatkin, että sen tulisi olla. Ehkä kukaan ei silloin uskalla ottaa veto vastuuta haavanhoidosta ja tehdä päätöksiä sekä toteuta haavan arviointia ja seuranta. Tämän asian parantaminen vaatisi selkeämpää roolijakoa ja suunnitelmallisuutta. Myös suomalaisessa hoitohenkilöstön työhyvinvointia käsittelevässä tutkimuksessa (THL 2017) hoitajat tunnistivat työn hyvän organisoinnin olevan keskeinen tekijä kiireen hallinnassa.

Haastatteluissa ilmeni paljon haavanhoidon osaamista yksikössämme. Esimerkiksi haavan paranemiseen vaikuttavia tekijöitä tunnistettiin laajasti. Siltikin moni haastateltavista kertoi, että käytännössä näitä asioita ei kuitenkaan juuri huomioida tai arvioida. Yksi eniten esiin noussut teema oli ravitsemus. Samanlaisia tuloksia sai tutkimuksessaan Bold (2020), jonka tutkimuksen mukaan ravitsemustilan merkitys haavojen paranemiseen tunnistetaan yleisesti, mutta silti ravitsemustilan arviointi jää hyvin usein tekemättä. Sen sijaan tutkimuksessa mainittu ylipainoisten yhtäläinen riski vajaaravitsemukseen jäi haastatelluilla huomiotta. Nyt Keski-Suomen alueella laajemmin käyttöön otettava RAI-arviointi ja seurantajärjestelmä (THL 2021b) ohjaa tulevaisuudessa huomioimaan asiakkaan ravitsemustilaa paremmin, mikä hyödyttää myös haavaa sairastavien asiakkaiden hoitoa. Haavojen paranemisen kannalta on hyödyllistä myös RAI-arvioinnin mukanaan tuoma tehokkaampi toimintakyvyn arviointi ja sen tukemisen huomioiminen. Haastattelussa haavan paranemiseen vaikuttavista tekijöistä lähes kaikissa vastauksissa tunnistettiin ravitsemuksen lisäksi iän sekä perussairauksien ja niiden hyvän hoitotasapainon merkitys. Aiemmassa tutkimuksessa (Upton 2020) on todettu iän ja haurauden olevan merkittävimmät haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät. Iäkkäillä myös perussairauksien merkitys korostuu. Siksi ikäänntyvien osalta geriatrinen osaaminen ja kokonaisvaltainen arviointi olisi ensiarvoisen tärkeää. Näin toteavat myös Isoherranen ym. (2020). Kuitenkin usein kroonisista haavaa saatetaan hoitaa kuukausia ilman, että haavadiagnoosia on tehty tai hoitovastetta arvioitu. Etiologian selvittäminen on edellytys kroonisen haavan onnistuneelle hoidolle (Ahmajärvi & Isoherranen 2017). Opinnäytetyönä rakennettu hoitopolku ohjaa jo alkuvaiheessa huomioimaan diagnostiikan ja etiologisten tekijöiden selvittämisen. Kotihoidossa hoitajat ja sairaanhoitajat ovat avainasemassa tässä, sillä mikäli he vain tyytyvät toteuttamaan haavan paikallishoitoa, ei asiakas välttämättä koskaan ohjautu lääkäriin ja eteenpäin erikoissairaanhoidon tai ohjautuu vasta sitten, kun aikaa on jo kulunut ja tilanne heikkenee.

On ilahduttavaa, että haastatellut hoitajat ovat kiinnostuneita haavanhoidosta ja oman osaamisensa kehittamisestä. Työn kehittäminen on tuloksellisempaa, kun haavanhoito koetaan tärkeäksi ja merki-

tykselliseksi. Monia asioita haavanhoidossa on mahdollista tehdä toisin ja prosesseja kehittää. Kotihoidossa koti hoitotyön toimintaympäristönä tuo kuitenkin työhön myös sellaisia haasteita, joihin yksittäisen työntekijän tai koko organisaation yhdessäkään on hankalaa vaikuttaa. Holmbergin, Lundgrenin ja Valmarin (2012) mukaan kotihoidossa asiakkaan itsemääräämisoikeus korostuu. Toimittaessa asiakkaan kotona työntekijän tulee kunnioittaa hänen tapojaan ja näkemyksiään. Hoitaja ja asiakas ovat tasavertaisessa suhteessa. Tämä näkyi myös haastattelun vastauksissa. Vastaajat kertoivat, että usein asioita ei ole mahdollista tehdä parhaalla mahdollisella tavalla, jos asiakkaalla on hyvin eriävä näkemys. Tuolloin hoidon lopputuloskaan ei ehkä ole niin hyvä, kuin se voisi olla. Lisäksi hyvä ergonomia työssä ei aina toteudu ja kaikki tarvittavat välineet on vietävä mukana. Toisinaan tämä johtaa siihen, että joudutaan tekemään epätarkoituksenmukaisia haavatuotevalintoja, jos oikeaa tuotetta ei ole muistettu viedä asiakkaan kotiin tai hoitotilanteessa haavan arvioinnin pohjalta tarvittaisiinkin toisenlaisia tuotteita. Valaistus- ja hygieniaolosuhteet ovat myös hyvin vaihtelevia. Samoja havaintoja on tehty aiemmassa tutkimuksessa (Ebbeskog ym. 2011), jonka tuloksissa korostui ergonomian, valaistuksen, välineiden sekä hygienian puutteiden lisäksi yksintyöskentelyn merkitys ja sen tuomat haasteet. Samanlaisia ajatuksia oli haastattelun vastaajilla. Asiakkaan kotona ollaan lähes aina yksin, joten ei ole kollegaa, jolta kysyä neuvoja tai miettiä yhdessä ratkaisuja. Tässä yhteydessä korostuu myös haavanhoitajan puuttuminen organisaatiosta. Rinnalle kaivattaisiin asiantuntijaa, joka tarvittaessa voisi tulla mukaan kotikäynnille auttamaan ja neuvomaan.

Hoitopolun rakentamisessa käytettiin runkona Keski-Suomen sairaanhoitopiirin haavapotilaan hoitoketjua sekä ajantasaisia Käypä hoito -suosituksia. Niitä täydennettiin paikallisilla ohjeistuksilla ja toimintatavoilla. Tavoitteena oli koostaa kaikki huomioitavat asiat yhteen paikkaan ja ohjata käyttäjää linkkien kautta eteenpäin näyttöön perustuvan tiedon äärelle. Hoitopolku ohjaa kyllä ja ei -kysymysten kautta hoidon toteutusta ja sen sisältämien linkkien kautta aukeaa tarkempaa tietoa kyseessä olevasta asiasta. Tutkimusten (Asmirajanti ym. 2018; Gothe ym. 2010) perusteella hoitopolun keinoin on mahdollista tehostaa hoitotyötä sekä lyhentää hoitoaikoja. Haasteeksi nousee se, miten saada hoitopolku työyhteisössä laajalti käyttöön. Tämä haaste nousee esiin myös tämän opinnäytetyön myötä tuotetun hoitopolun osalta. Hoitopolun implementointi käytäntöön edellyttäisi hyvää tiedottamista esihenkilöiden taholta. Yksi keino voisi olla myös pitää hoitopolku konkreettisesti näkyvillä esimerkiksi paperiversiona paikassa, jossa haavanhoitotarvikkeita säilytetään. Oheen liitetty QR-koodi ohjaa käyttäjän nopeasti mobiiliversioon. Työyhteisössämme hyödynnetään vielä melko vähän sähköisiä viestintäkanavia. Hoitopolku on kuitenkin löydettävissä myös Teams-sovelluksesta kotihoidon haavanhoito -ryhmästä. Tutkimuksen (Jae, Reyneke & Stokes 2018) mukaan hoitopolkujen käytön esteenä on usein ajanpuute, skeptisyys sekä tekniset vaikeudet. Nämä ovat varmasti haasteita myös tämän työn osalta. Kotihoidon arki on hyvin kiireistä. Tiedon tulee olla helposti saatavilla eikä sen käyttämiseen saa liittyä haasteita teknisen osaamisen suhteen. Haastattelun tulosten mukaan toisinaan myös omaan osaamiseen luotetaan liikaa eikä saatavilla olevaa tietoa haluta hyödyntää. Tarvittaisiin siis myös tahtoa ottaa uusia työkaluja käyttöön.

7.1 Opinnäytetyön arviointi

Opinnäytetyö on työelämälähtöinen, tarve nousee käytännön ongelmasta. Haavanhoidon käytännöt ovat olleen hyvin hajanaisia ja toiminta riippuvaista yksittäisen työntekijän osaamisesta. Opinnäytetyönä toteutettu haavapotilaan hoitopolku kotihoidossa vastaa hyvin hoidon hajanaisuudesta nousevaan haasteeseen. Hoitopolku ohjaa hoitoa haavan ilmenemisestä eteenpäin johdonmukaisesti ja sen myötä haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät tulevat huomioiduiksi kokonaisvaltaisesti.

Haavat vaativat parantuakseen usein moniammatillista osaamista. Opinnäytetyöprosessissa on pyritty huomioimaan alusta saakka moniammatillisen näkökulman kehittämiseen. Aiheesta on käyty keskustelua kotihoidon lääkärin, fysioterapeutin sekä toimintaterapeutin kanssa. Lisäksi prosessin aikana on käyty useita keskusteluja toisten sairaanhoitajien sekä lähihoitajien kanssa siitä, millainen kehittäminen auttaisi heitä heidän päivittäisessä työssään. Sairaanhoitopiiriin julkaistua haavapotilaan hoitoketjun tutustuttiin siihen yhdessä toisten hoitajien kanssa ja pohdittiin sen käytettävyyttä päivittäisessä työssä. Haavapotilaan hoitoketju todettiin kattavaksi, mutta sitä täydentämään kaivattiin konkreettisia toimintaohjeita erityisesti paikallistasolla. Hoitajat kokivat, että tarvitsevat tarkempia ja yksityiskohtaisempia paikallistason ohjeita työnsä tueksi esimerkiksi siitä, mitkä kaikki tekijät voivat estää haavan paranemista, mitä asioita hoitosuunnitelmaan tulisi kirjata ja miten haavanhoidosta kirjataan sekä esimerkiksi mitä tehdään epäiltäessä haavainfektiota. Hoitotyön arki on kiireistä ja useinkaan hoitajilla ei ole aikaa etsiä tietoa useista eri lähteistä. Siksi koettiin tärkeäksi koota kaikki tieto samaan paikkaan. Tämä auttaa myös työhön perehdytyksessä.

Opinnäytetyön teoriaosa koostuu työn kannalta keskeisistä käsitteistä. Laadukas haavanhoito muodostaa hoitopolun sisällön ja kotihoidon kontekstin ja hoitopolun käsitteiden määrittely sekä aikaisempi aiheita koskeva tutkimus ovat työn kannalta keskeisiä. On tärkeää ymmärtää haavanhoidon osuus osana suurempaa kokonaisuutta, kun ajatellaan haavanhoidon kustannuksia ja hoitajien työajan käyttöä esimerkiksi liian tiuhaan tehtävien sidosvaihtojen kautta. Lisäksi on tärkeää tiedostaa, millaisia haasteita koti toimintaympäristönä tuo hoitajien työhön. Ilman tätä tietoa on mahdotonta kehittää kotona annettavia palveluita. Hoitopolkujen hyödyistä löytyy paljon tutkimusnäyttöä. Tätä tarvitaan, jotta hoitopolku saadaan implementoitua käytäntöön.

Tiedonhaku teoriaa varten suoritettiin käyttämällä luotettavia terveystietokantoja. Osa materiaalista löydettiin käytettyjen tutkimuksien ja artikkeleiden lähdeluetteloista. Käytettyjä tietokantoja olivat CINAHL Complete, Mediq, PubMed, JBI (Joanna Briggs Institute) sekä Terveysportti. Lisäksi on käytetty haavanhoidon kotimaista kirjallisuutta. Lähteet ovat ajantasaisia ja monipuolisia. Prosessin aikana tiedonhaku dokumentoitiin ja valitut tutkimukset taulukoitiin. Tutkimustaulukko on opinnäytetyön liitteenä (liite nro 3).

Opinnäytetyöprosessiin omat haasteensa toi Keski-Suomen sairaanhoitopiirin haavapotilaan hoitoketjun julkaiseminen yllättäen keväällä 2021. Se asetti opinnäytetyön aiheen uudelleen tarkasteltavaksi. Aluksi työn jatkaminen tuntui tarpeettomalta. Pohdinnan kautta työlle löytyi kuitenkin uusi näkökulma, joka osoittautui prosessin aikana oikeaksi valinnaksi. Hoitoketjun läpi käyminen yhdessä kollegojen kanssa auttoi löytämään uusia tarpeita opinnäytetyölle. Hoitotyötä helpottamaan kaivattiin selkeitä ja yksinkertaisia, paikallistason ohjeistuksia. Samalla huomattiin, että näitä tarvittaisiin myös uuden työntekijän perehdytyksen tueksi. On paljon sellaista tietoa ja toimintamalleja, joita ei ole kirjattu mihinkään. Tietoa ei ehditä etsiä useista eri paikoista ja siksi toimintatavat eivät ole yhtenäisiä. Toisaalta kävi myös ilmi, ettei Keski-Suomen sairaanhoitopiirin haavapotilaan hoitoketju ollut lainkaan tuttu työntekijöille. Opinnäytetyönä tuotetun hoitopolun kautta voidaan lisätä tietoisuutta tuosta hoitoketjusta, sillä paikallinen hoitopolku on rakennettu sitä täydentämään ja ohjaa hyödyntämään sitä.

Haavanhoidon nykytilan kartoittaminen hoitopolun taustaksi oli oikea valinta. Haastattelun keinoin tarjoutui mahdollisuus selvittää, miksi haavanhoito ei hoitajien kokemuksen mukaan toteudu tällä hetkellä aina laadukkaasti ja tasalaatuisesti. Tämä kysymys on kehittämistyön kannalta keskeinen. Haastattelujen kautta muodostui hyvä kokonaiskuva siitä, miten hoitajat kokevat haavanhoidon ja sen ongelmakohdat. Kotihoidon arki on usein hyvin kiireistä eikä työyhteisössä ehditä keskustella asioista kovinkaan usein. Päivittäin haavanhoitoa toteuttavat hoitajat olivat pohdiskelleet haavanhoitoon liittyviä kysymyksiä usein. Haastattelujen myötä heiltä saatiin paljon arvokasta tietoa. Tuloksista kävi ilmi, että yksikössämme on paljon osaamista, mutta se jakaantuu epätasaisesti. Useilla hoitajilla osaamista on paljon, mutta toisilla taas hyvin vähän ja he kokivat tarvetta koulutukselle. Tämä on varmasti merkittävä ongelma. Tutkimuksen otos oli sopivan kokoinen tutkimuskysymyksiä ajatellen. Vastaukset alkoivat nopeasti satureitua. Oli yllättävää, miten yhtenäinen käsitys haavanhoidon haasteista ja toimimattomista käytänteistä vastaajilla oli, mutta silti asioihin ei ollut osattu tarttua. Tässä korostui se, ettei haavanhoidon kokonaisuus ollut selkeästi kenenkään hoitajan vastuulla, vaikka koettiin, että sen tulisi olla.

Haastattelut olivat hyvä lähtökohta kehittämistyölle myös siitä näkökulmasta, että työntekijöille tarjoutui mahdollisuus tulla kuulluksi ja vaikuttaa kehittämiseen. Hoitopolun rakentamisessa huomioitiin erityisesti niitä tekijöitä, joiden koettiin olevan epäselviä ja hankalia. Näitä olivat hoitosuunnitelmien ja haavadiagnoosien puuttuminen, paikallishoidon suunnitteluun vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen ja haavan etiologisten tekijöiden tunnistaminen, selvittäminen sekä hoitaminen. Haastattelutilanteet etenivät luontevasti ja vastaukset olivat laajoja. Haastattelijan tuttuus voi ohjata vastauksia tiettyyn suuntaan, esimerkiksi siten, mitä vastaajat ajattelevat haastattelijan odottavan heidän vastaavan. Haavanhoito ei aihepiirinä ole kuitenkaan sensitiivinen ja haastatteluissa vallitsi avoin ilma-

piiri. Haastattelut tuntuivat etenevän luontevasti ja luottamuksellisesti, vaikka haastattelija oli haastateltaville tuttu. Haastateltavien rekrytoiminen oli helppoa. Kaikki haastateltavat tunnustivat paljon haasteita ja pulmia haavanhoidossa ja olivat halukkaita kehittämään sitä.

PDCA-malli oli sopiva kehittämismenetelmä. Opinnäytetyön tavoite oli alusta saakka haavanhoidon laadun kehittäminen ja käytäntöjen yhtenäistäminen. Prosessin aikana tuon tavoitteen saavuttamiseksi on kuitenkin etsitty erilaisia keinoja, joita sitten on lähdetty toteuttamaan. Arvioinnin jälkeen on huomattu erilaisia epäkohtia, joita on korjattu ja taas laadittu uusia suunnitelmia. Opinnäytetyön alkuvaiheessa suurimpana haasteena näyttäytyi se, että haavanhoidossa ei ollut lainkaan yhtenäistä toimintamallia. Haavanhoito näyttäytyi usein vain haavan paikallishoitona, joka sekini oli laadultaan hyvin vaihtelevaa. Opinnäytetyössä lähdettiin etsimään keinoja yhtenäistää toimintatapoja. Tavoitteena oli koota kaikki tärkeimmät huomioitavat asiat yhteen. Vaihtoehtoja oli kaksi, hoitopolku tai hoitosuunnitelma. Pitkin matkaa nämä kaksi vaihtoehtoa vielä kilpailivat keskenään. Hoitosuunnitelmaan olisi ollut mahdollista koota valmiiden otsikoiden alle huomioitavia asioita, kuten haavan paranemiseen vaikuttavia tekijöitä. Nämä otsikot olisivat avautuneet valmiiksi aina, kun hoitosuunnitelmaa olisi alettu laatia. Ne olisivat siten ohjanneet kirjaamista, mutta myös hoidon suunnittelua. Ongelmaksi muodostui kuitenkin potilastietojärjestelmä. Opinnäytetyöprosessin alkupuolella näytti vielä ilmeiseltä, että potilaskertomusjärjestelmä vaihtuu viimeistään vuonna 2022, joten nykyiseen ei enää oltu halukkaita tekemään muutoksia. Matkan varrella kuitenkin Sote-uudistus viivästyi ja lisäksi sairaanhoitopiiriin jo valitsema potilastietojärjestelmä hylättiin. Hoitopolku alkoi tuntua paremmalta vaihtoehdolta hoidon yhtenäistämiseksi, sillä se ei ollut riippuvainen näistä muutoksista. Sairaanhoitopiiriin julkaistua oman hoitopolkunsaa yllättäen aihe joutui taas tarkasteluun. Uusi suunta kuitenkin löytyi pian, sillä työntekijät kokivat tarvitsevänsä yksityiskohtaisempia ja paikallistasoisempia ohjeita tuon sairaanhoitopiiriin haavanpotilaan hoitopolun rinnalle.

Opinnäytetyöprosessissa haasteeksi nousi se, ettei organisaatiolla ollut valmiina käytössä verkkooppimisympäristöä. Alun perin hoitopolku oli tarkoitus rakentaa tällaiseen ympäristöön. Hyödynsin tietohallintopalvelujen henkilöstöä, mutta ohjelmistovalikoima osoittautui melko suppeaksi. Käytännön testaamisen ja kokeilujen myötä parhaaksi osoittautui julkaista hoitopolku Power Point-tiedostona ja jakaa sen Teamsin kautta. Olin jo aikaisemmin luonut sinne ryhmän haavanhoidon verkkokurssien jakamista varten. Teams-mobiilisovelluksen kautta Power Point-tiedosto aukeaa selkeänä myös mobiililaitteen näytölle, dioja on mahdollista zoomata ja linkit toimivat oikein. Tiedostoon on mahdollista jakaa suora linkki, jotta sen käyttäminen on yksinkertaisempaa ja nopeampaa. Ensimmäisellä käyttökerralla puhelimeen on asennettava sovelluskaupasta Teams-mobiilisovellus. Sovellus vaatii sisäänkirjautumisen. Yksinkertaisinta olisi, että hoitopolku löytyisi nettisivuna, jolloin se toimisi parhaiten kaikilla laitteilla eikä vaatisi erillisten sovellusten lataamista. Toisaalta on hyvä, että tiedoston katselu vaatii sisäänkirjautumisen, sillä tuolloin sen sisältämä tieto on vain organisaatioon kuuluvien henkilöiden käytettävissä.

7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene on julkaissut eettiset suositukset ammattikorkeakouluissa tehtäviä opinnäytetöitä varten (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2020). Nämä pohjautuvat Tutkimuseettisen neuvottelulautakunnan (TENK) suosituksiin koskien hyvää tieteellistä käytäntöä. Opinnäytetyön laatijan on huomioitava oma mahdollinen esteellisyytensä sekä ilmoitettava sidonnaisuutensa. Esteellisyys tarkoittaa, että opinnäytetyön tekijä on sellaisessa suhteessa tutkittaviin, että hänen puolueettomuutensa voi vaarantua. Sidonnaisuudet tarkoittavat rahoituslähteen ja muiden tutkimuksen kannalta merkityksellisten sidonnaisuuksien ilmoittamista tutkimukseen osallistuville. Tämän opinnäytetyön osalta esteellisyyttä tai sidonnaisuuksia ei ole.

Opiskelijalla tulee olla riittävän perehtynyt aiheeseen ja noudattaa hyvää tutkimusetiikkaa. Lisäksi opinnäytetyön tekijän tulee arvioida, tarvitaanko eettistä ennakoarviointia ja tutkimuslupaa (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2020). Tutkimuslupa kotioidon nykytilanteen selvittämiseksi haettiin omalta organisaatiolta ja sen myönsi perusturvajohtaja. Ohjaus- ja hankkeistamis-sopimus tehtiin Savonian ohjaavan opettajan ja kotioidon johtajan kanssa. Tutkimuksesta tiedotettiin kirjallisesti työpaikalla. Haastateltavat saivat tiedotteen tutkimuksesta sekä allekirjoittivat suostumuksensa osallistua siihen. He olivat tietoisia, että haastattelut nauhoitetaan. Kaikilla työntekijöillä oli mahdollisuus halutessaan osallistua tutkimukseen.

Henkilötietoja käsitellessä tulee huomioida, että ainoastaan tarkoituksen kannalta tarpeellisia tietoja saa käsitellä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019). Opinnäytetyön tekijän tulee huolehtia tietojen asianmukaisesta säilyttämisestä ja hävittämisestä. Rekisterinpitäjän tulee turvata rekisteröidyn oikeudet tietosuojaan. Tämä käsittää esimerkiksi henkilötietojen keräämiseen, säilyttämiseen, käsittelyyn ja tuhoamiseen liittyviä asioita. (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2020). Tutkittavien taustatiedoista kysyttiin ainoastaan ammatti ja työkokemus vuosina. Nämä tiedot eivät käy ilmi opinnäytetyön raportista eivätkä haastateltavat ole tunnistettavissa. Kaikki materiaali on säilytetty siten, ettei ulkopuolisilla ole mahdollisuutta päästä siihen käsiksi. Kun valmis työ on julkaistu, puolen vuoden kuluttua materiaali tuhoetaan. Opinnäytetyö on toteutettu hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Tutkimus on suoritettu noudattaen rehellisyyttä, avoimuutta ja tarkkuutta. Tutkimuksen analyysivaiheessa kuljetettiin mukana alkuperäisilmaukset pelkistettyjen ilmausten rinnalla. Opinnäytetyö sisältää esimerkkejä sisällönanalyysistä.

Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa ohjeistuksia, joita noudattamalla tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävää ja tulokset luotettavia. Tämä vaatii tutkijalta rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää myös eettisesti kestävien tutkimusmenetelmien valintaa, muiden tutkijoiden tuloksien huomioimista ja heidän tekemän työnsä kunnioittamista. Sidonnai-

suudet ja esteellisyys tulee selvittää ja raportoida. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja tutkittavilla on oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta milloin tahansa. Tästä on tärkeää huolehtia erityisesti silloin, kun tutkittavalla on jokin suhde tutkivaan organisaatioon. Lisäksi hänen tulee saada tarpeeksi tietoa, tutkimuksen tavoitteista ja tietojen säilyttämisestä sekä henkilötietojen käsittelystä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelusta on olemassa erilaisia näkemyksiä eikä se ole yhtä yksiselitteistä, kuten määrällisen tutkimuksen osalta. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulee aina huomioida totuus ja objektiivisuus. Tutkijan tulee pyrkiä kuulemaan ja ymmärtämään suodattamatta vastauksia oman kehüksensä läpi. Tutkija ei saa vaikuttaa vastausten sisältöön, vaan hänen tulee raportoida ne huolellisesti siten, ettei sisältö muutu. Myös tutkijan puolueettomuus tulee huomioida. (Sarajärvi & Tuomi 2018.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida seuraavien luotettavuuskriteerien kautta: uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys (Juvakka & Kylmä 2007).

Uskottavuus laadullisessa tutkimuksessa tarkoittaa sitä, että tutkija varmistaa, että tulokset vastaavat osallistujien käsitystä tutkimuskohteesta. Tämä voidaan toteuttaa esimerkiksi antamalla tulokset prosessin aikana osallistujien arvioitaviksi. Toinen mahdollisuus on keskustella samaa aihetta tutkivien henkilöiden kanssa. Uskottavuutta vahvistaa myös se, että tutkija on riittävän kauan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. (Juvakka & Kylmä 2007, 128.) Tässä opinnäytetyössä uskottavuutta lisää se, että tutkija työskentelee samassa ympäristössä ja samojen työtehtävien parissa, joten vastaajien näkökulman ja asiayhteyksien ymmärtäminen helpottuu.

Vahvistettavuus tarkoittaa tutkimusprosessin raportoimista siten, että toinen tutkija voi sitä pääpiirteissään seurata. Laadullisessa tutkimuksessa kuitenkin hyväksytään se, että toinen tutkija saattaa päätyä saman aineiston osalta hyvin erilaisiin tulkintoihin. (Juvakka & Kylmä 2007, 129.) Tässä työssä menetelmälliset valinnat on kuvattu ja perusteltu sekä tutkimusprosessi kuvattu.

Reflektiivisyys tarkoittaa sitä, että tutkija huomioi sen, kuinka hän mahdollisesti itse vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa. (Juvakka & Kylmä 2007, 129.) Tässä työssä asiaa on tarkasteltu etenkin tutkijan tuttuuden näkökulmasta. Siirrettävyys taas tarkoittaa tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Se edellyttää, että tutkimuksen tekijä kuvailee riittävän tarkasti tutkimuksen osallistujia sekä ympäristöä. (Juvakka & Kylmä 2007, 129.) Tässä työssä teoreettisessa viitekehyksessä on kuvattu kotihoito ja haavanhoito kotihoidossa. Myös Äänekosken kotihoitoa, johon Suolahden kotihoito kuuluu, on kuvailtu. Tutkimukseen osallistuneiden määrä sekä ammatit on raportoitu.

Laadullisen tutkimuksen aineiston sopivaa kokoa voidaan arvioida kylläntymisen eli saturaation kautta. Tämä tarkoittaa sitä, ettei aineiston kasvattaminen, esimerkiksi haastateltavien määrän lisääminen, tuo enää mitään uutta, vaan tutkimustulokset alkavat toistua. (Sarajärvi & Tuomi 2018, 75.) Tutkimukseni otos on laadullista tutkimusta ajatellen sopiva. Vastaukset alkoivat saturoitua eikä viimeisistä haastatteluista juurikaan noussut esiin enää uusia näkökulmia. Haastateltaviksi valittiin lähihoitajia ja sairaanhoitajia, sillä työnkuvat hieman eroavat toisistaan ja näin ollen saatiin molempien ammattiryhmien näkemykset esiin. Tutkimuksesta tiedotettiin koko työyhteisössä ja jokaisella työntekijällä oli mahdollisuus ilmoittautua mukaan.

Tutkittaessa oman organisaation työntekijöiden mielipiteitä tulee huomioida tutkijan tuttuus. Tutkijan tulisi voida tarkastella tutkittavaa ilmiötä objektiivisesti, ikään kuin ulkopuolelta, ja olla vaikuttamatta itse tuotettuun tietoon. (Puusniekka & Saaranen-Kauppinen 2009, 24). Haavanhoidon käytännöt on kuitenkin tutkimusaiheena neutraali eikä sisällä arkaluontoisia asioita. Teemat koskevat hyvin toimivia menetelmiä sekä haavanhoidon ongelmakohtia työyksikössämme. Tällaisten asioiden kohdalla tutkijan tuttuus ei todennäköisesti vaikuta tutkittavien vastauksiin. Tutkijan täytyy kuitenkin olla tarkkana, etteivät hänen omat mielipiteensä heijastu vastauksissa ja etenkin tulosten analysoinnissa. Haastatteluissa olisi ollut mahdollista ohjata haastateltavien huomiota asioihin, joita he eivät itse tuoneet esille, esimerkiksi ravitsemuksen merkitykseen alipainoisten ohella myös ylipainoisten haavaa sairastavien kohdalla. Haastattelussa haluttiin kuitenkin tuoda esiin haastateltavien näkemys vaikuttamatta siihen ja siksi haastattelu eteni ennalta suunniteltujen kysymysten mukaan. Puusniekka & Saaranen-Kauppinen (2009, 24) toteavat, ettei täydellinen objektiivisuus yleensä ole täysin mahdollista, mutta on erittäin tärkeää, että tutkija itse tiedostaa omat asenteensa ja uskomuksensa ja pyrkii aktiivisesti pitämään ne tutkimuksen ulkopuolella. Tutkijan puolueettomuus on yksi tärkeä seikka tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa. Tutkijan tulisi keskittyä kuulemaan tutkittavien näkemyksiä ilman, että hänen oma asemansa vaikuttaa syntyviin havaintoihin. (Sarajärvi & Tuomi 2018, 119.)

Opinnäytetyötä kirjoitettaessa plagiointi eli luvaton lainaaminen on kiellettyä (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2020). Tässä työssä lähdemerkinnät on tehty huolellisesti. Lähdekirjallisuuden sisältö on pyritty omin sanoin kuvaamaan siten, ettei alkuperäinen ajatus muutu. Kaikki opinnäytetyöt on tarkastettava plagiaattitunnistusjärjestelmässä (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2020). Tämä opinnäytetyö on tarkastettu Turnitin-plagioinnin tarkastusohjelmalla.

Opinnäytetyö on julkinen asiakirja eikä se saa sisältää salassa pidettäviä tietoja (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2020). Tutkimuksessa mukana olleet henkilöt eivät saa olla tunnistettavissa julkaistavista tutkimustuloksista ja raporteista (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019). Tämä opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettäviä tietoja ja tutkimuksen tulokset on käsitelty siten, ettei niistä voi tunnistaa haastateltavia.

7.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekeminen on vahvistanut omaa haavanhoidon kokonaisvaltaista osaamista. Läpi prosessin olen peilannut haavanhoidon nykytilaa myös havaintojeni perusteella suhteessa tekeillä olevaan hoitopolkuun. Työyksikön arjessa korostuvat toistuvasti samanlaiset haasteet ja nämä olen pyrkinyt huomioimaan työssä koko opinnäytetyöprosessin ajan. Opinnäytetyön myötä kriittinen ajattelu sekä uudenlaisten toimintatapojen etsiminen on vahvistunut. Asiat on myös aiempaa helpompaa nähdä osana suurempaa kokonaisuutta huomioiden myös yhteiskunnalliset kysymykset. Opinnäytetyön myötä olen ymmärtänyt, kuinka pienistä puroista todella kasvaa suuria virtoja. Jokainen haavatuotevalinta ja haavanhoitokäynti asiakkaan luona muodostavat lopulta suuria kustannuksia. Siksi hoidon suunnittelu ja hoidon toteuttaminen näyttöön perustuvalla ja laadukkaalla tavalla on ensiarvoisen tärkeää.

Teoriaosan kirjoittaminen ja alan viimeisimpiin tutkimuksiin tutustuminen on antanut uudenlaisia näkökulmia, mutta myös kasvattanut omaa tietoperustaa. Opinnäytetyöprosessin myötä olen myös oppinut sen, miten oman kokemuksen jonkin toimintavan toimimattomuudesta ja kehittämistarpeesta voi perustella näytöllä. Opinnäytetyön tekeminen on antanut uudenlaista rohkeutta tarttua asioihin. Toisinaan kehittämistyössä kohtaa vastarintaa. Näyttöön perustuvan tiedon etsimisen ja käyttämisen osaaminen tuo varmuutta omaan työhön ja sen kehittämiseen. Opinnäytetyöprosessin myötä olen myös oppinut hakemaan ja arvioimaan tutkittua tietoa kansainvälisistä tietokannoista. Lisäksi kiinnostus tutkimustyöhön on kasvanut. Kansainvälisiin tutkimuksiin perehtyminen on antanut laajempaa näkökulmaa siihen, että saman tyyppiset ongelmat esiintyvät haavanhoidossa maailmanlaajuisesti ja tutkittua tietoa voidaan hyödyntää monin tavoin tutkimusmaasta riippumatta.

Opinnäytetyön myötä myös tekninen osaaminen on kasvanut. Verkkoympäristöjen hyödyntäminen oppimisessa ja tiedon jakamisessa lisääntyy koko ajan. On tärkeää pohtia, kuinka tavoittaa kohderyhmä ja miten lisätä verkkomateriaalien helppokäyttöisyyttä.

7.4 Hyödynnettävyys ja kehittämisideat

Kotihoidon haava-asiakkaita varten kehitetty hoitopolku olisi sovellettavissa myös muualla arjen tuen alueella, esimerkiksi palveluasumisyksiköissä. Kiinnostava tutkimuksen aihe olisi selvittää, tuoko sen käyttöönotto laadukkuutta ja tehokkuutta haavanhoitoon. Ongelmalliseksi tässä muodostuu se, ettei potilastietojärjestelmä tällä hetkellä mahdollista aineiston keräämistä, joten esimerkiksi haavojen määristä ja paranemisajoista ei ole saatavilla tietoa. Hoitopolku voitaisiin julkaista tulevaisuudessa

jollakin toisella alustalla, esimerkiksi verkko-oppimisympäristössä. Tuolloin sen käytettävyys olisi parempi.

LÄHTEET

Aalto, Anna-Mari, Sainio, Salla, Sinervo, Timo & Vehko Tuulikki 2016. Potilaiden tyytyväisyys terveysaseman palveluihin. Suomen lääkirilehti:38. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016101024949>. Viitattu 8.5.2021.

Aase, Ingunn, Bal, Roland, Johannessen Terese, Ree, Eline & Wiig, Siri 2020. Exploring challenges in quality and safety work in nursing homes and home care - a case study as basis for theory development. DOI: 10.1186/s12913-020-05149-x. Viitattu 3.9.2021.

Ahmajärvi, Kirsti & Isoherranen, Kirsi 2017. Kroonisten haavojen hoito perusterveydenhuollossa. Suomen lääkirilehti 8/2017. Pdf-tiedosto. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/237179/SLL82017_524.pdf?sequence=1. Viitattu 12.9.2020.

Ahmajärvi, Kirsti, Kallio, Milla, Ranta, Tomi & Viljamaa, Jaakko 2020. Kompressio – vaikuttavaa haavojen hoitoa. Duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo15704.pdf>. Viitattu 23.3.2021.

Alaraajojen tukkiva valtimotauti 2021. Käypä hoito -suositus. Julkaistu 18.2.2021. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verisuonikirurgisen Yhdistyksen asettama työryhmä. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50083>. Viitattu 4.8.2021.

Alastair, Richards, Bosanquet, David, Harding, Keith, Holloway, Samantha, Shoib, Hassan, Turvey, Suzanne & Wigston, Charlotte 2013. Impact of medications and lifestyle factors on wound healing: A pilot study. UK. Viitattu 16.4.2021.

Allen Jr. Robert, Canizares, Orlando, Davidson, Edward, Saadeh, Pierre, Szpalski, Caroline, Wagner, Janelle & Warren, Stephen 2012. Obesity impairs wound closure through a vasculogenic mechanism. DOI: 10.1111/j.1524-475X.2012.00803.x. Viitattu 28.5.2021.

Andersson, Sirpa, Haverinen, Riitta & Malin, Maili 2004. Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Pdf-tiedosto. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117049>. Viitattu 10.9.2020.

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2020. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 2020. <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>. Viitattu 29.8.2021.

Aslam, Mohammed, Mutlak, Omar & Standfield, Nigel 2018. The influence of exercise on ulcer healing in patients with chronic venous insufficiency. DOI: 10.23736/S0392-9590.18.03950-0. Viitattu 28.5.2021.

Asmirajanti, Mira, Hamid, Achir Yani Syuhaimie & Sri Hariyati, Tutik 2018. Clinical care pathway strengthens interprofessional collaboration and quality of health service: a literature review. *Enferm Clin*. 2018. <https://www.elsevier.es/en-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-clinical-care-pathway-strengthens-interprofessional-S1130862118300767>. Viitattu 13.9.2020.

Ayoub, Nadia , Gerrish , Alyson, Guest , Julian, McIlwraith, Tracey, Uchegbu, Ijeoma, Vowden, Kathryn, Vowden, Peter & Weidlich, Diana, 2015. Health economic burden that wounds impose on the National Health Service in the UK. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009283. Viitattu 7.5.2021.

Baatenburg de Jong, Robert, Evans Lacko, Sara, Kinsman, Leigh, Ronellenfitch, Ulrich & Rotter, Thomas 2019. Clinical pathways as a quality strategy. Teoksessa Busse, Reinhard, Klazinga, Niek, Panteli, Dimitra & Quentin, Wilm 2019. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/improving-healthcare-quality-in-europe-characteristics,-effectiveness-and-implementation-of-different-strategies-2019>. Viitattu 20.8.2021.

Barbini, Alessandro, Dini, Valentina, Di Francesco, Fabio, Janowska, Agata, Romanelli, Marco & Salvo, Pietro 2015. Correlation between wound temperature obtained with an infrared camera and clinical wound bed score in venous leg ulcers. *Wounds: Volume 27 - Issue 10 - October 2015*. <https://www.woundsresearch.com/article/correlation-between-wound-temperature-obtained-infrared-camera-and-clinical-wound-bed-score>. Viitattu 3.6.2021.

Bishop, Alexandra 2021. Wound assessment and dressing selection: an overview. DOI: 10.12968/bjon.2021.30.5.S12. Viitattu 21.5.2021.

Bold, Justine 2020. Supporting evidence-based practice in nutrition and hydration. *Wounds UK* 16(2):22-28. <https://www.wounds-uk.com/journals/issue/615/article-details/supporting-evidence-based-practice-nutrition-and-hydration1>. Viitattu 3.5.2021.

Carroll, Matthew, Chambers, Helen, Cullen, Marianne, Khalil, Hanan & Walker, Judi 2015. Elements affecting wound healing time: An evidence-based analysis. Australia. DOI: 10.1111/wrr.12307. Viitattu 15.4.2021.

Castren, Heidi 2017. Haavanhoitoa. Julkaistu 24.4.2017. Edis.fi. <https://edis.fi/news/55/haavanhoitoa#c1>. Viitattu 18.3.2021.

Chamberlain, George, Fletcher, Jacqui, Harding, Keith, Humphreys, Ioan, Macey, Steven & Phillips, Ceri, 2015. Estimating the costs associated with the management of patients with chronic wounds using linked routine data. DOI: 10.1111/iwj.12443. Viitattu 31.5.2021.

Clark, Michael, Fallon, Maureen & Ivins, Nicola 2018. An initiative to improve wound management within community services across one Clinical Commissioning Group in England. Wounds UK 2018; 14(5). Viitattu 7.5.2021.

Courtney, Mary, Edwards, Helen, Finlayson, Kathleen, Gibb, Michelle, Graves, Nick & Parker, Christina 2013. Health service pathways for patients with chronic leg ulcers: identifying effective pathways for facilitation of evidence based wound care. BMC Health Services Research 2013, 13:86. DOI:10.1186/1472-6963-13-86. Viitattu 24.8.2021.

De Bleser, Leentje, De Waele, Katrijn, Depreitere, Roeland, Sermeus, Walter, Vanhaecht, Kris & Vlayen, Joan 2006. Defining pathways. DOI: 10.1111/j.1365-2934.2006.00702.x. Viitattu 22.10.2020.

Deming cycle 2015. Research gate. https://www.researchgate.net/figure/Deming-cycle-PDCA-cycle_fig1_282425842. Viitattu 5.8.2021.

Diabeetikon jalkaongelmat 2021. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Diabetes Käypä hoito -neuvottelukunnan nimeämä työryhmä. Julkaistu 24.3.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50079>. Viitattu 4.8.2021.

Dufva, Elisa. Onko terveydenhuollon palvelujen käyttäjä potilas vai asiakas? Ajankohtaista virka-kielstä. Kotimaisten kielten keskus. Julkaistu 27.9.2019. https://www.kotus.fi/kielitieto/virka-kieli_ja_sen_huoltaminen/ajankohtaista_virkakielesta/onko_terveydenhuollon_palvelujen_kayttaja_potilas_vai_asiakas.31540.news. Viitattu 11.9.2020.

Ennis, William, Gordon, Hanna, Gurtner, Geoffrey, Hoffman, Rachel & Kirsner, Robert 2017. Wound healing outcomes: Using big data and a modified intent-to-treat method as a metric for reporting healing rates. [https://DOI: 10.1111/wrr.12575](https://doi.org/10.1111/wrr.12575). Viitattu 13.9.2020.

Epättyypilliset haavat. Haavatalo.fi. Päivitetty 23.1.2019. <https://www.terveyskyla.fi/haavatalo/tieto/krooniset-ja-kroonistumisen-riskiss%C3%A4-olevat-haavat/ep%C3%A4tyypilliset-haavat>. Viitattu 1.6.2021.

Eskelinen, Elina, Halmesmäki, Karoliina, Isoherranen, Kirsi & Saarinen Jukka 2017. Laskimohaavat ja niiden hoito. Suomen Lääkärilehti 08/2017. <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/0/08/58/383/sl82017-498.pdf>. Viitattu 4.8.2021.

European Pathway Association. Care pathways. <http://e-p-a.org/care-pathways/>. Viitattu 14.5.2021.

EWMA 2014. Kotihoito -Haavanhoito. Yleiskatsaus, haasteet ja tulevaisuuden näkymät. Pdf-tiedosto. https://www.shhy.fi/site/assets/files/1042/woundcare_homecare_k_nn_s_final.pdf. Viitattu 18.4.2021.

Fagerström, Lisbeth & Vaartio-Rajalin, Heli 2019. Professional care at home: Patient-centredness, interprofessionalism and effectiveness? A scoping review. [https:// DOI: 10.1111/hsc.12731](https://doi.org/10.1111/hsc.12731). Viitattu 11.9.2020.

FinCC 2020. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttäjäopas FinCC 4.0. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 18.3.2020. <https://www.julkari.fi/handle/10024/139267>. Viitattu 7.3.2021.

Findikaattori 2021. Elinajanodote. Päivitetty 22.10.2021. <https://findikaattori.fi/fi/46>. Viitattu 19.11.2021.

Finlex 2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>. Viitattu 12.1.2022.

Finne-Soveri, Harriet, Mäkelä, Matti, Noro, Anja, Nurme, Pia & Partanen, Soili 2014. Vanhusten hoidon kustannustehokkuutta ja laatua voidaan parantaa. Suomen lääkäri-lehti: 50–52. <http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/vanhusten-hoidon-kustannustehokkuutta-ja-laatua-voidaan-parantaa/>. Viitattu 16.4.2021.

Freitas, M., Gonçalves, R., Novaes, R., Pelúzio, M., Rosa, D. & Sarandy, M. 2018. High-Fat Diet and Alcohol Intake Promotes Inflammation and Impairs Skin Wound Healing in Wistar Rats. DOI: <https://doi.org/10.1155/2018/4658583>. Viitattu 1.6.2021.

Gothe, Holger, James, Erica, Kinsman, Leigh, Kugler, Joachim, Machotta, Andreas, Rotter, Thomas, Snow, Pamela & Willis, Jon 2010. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 3. [https://DOI: 10.1002/14651858.CD006632.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006632.pub2). Viitattu 13.9.2020.

Grothier, Lorraine & Stephenson, John 2015. An audit to determine the clinical effectiveness of a pathway for managing wound infection. Wounds International. <https://www.woundsinternational.com/resources/details/an-audit-to-determine-the-clinical-effectiveness-of-a-pathway-for-managing-wound-infection>. Viitattu 13.9.2020.

- Hannuksela-Svahn, Anna. Ihon rakenne ja muutokset ikääntyessä. Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 21.11.2016. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01124>. Viitattu 28.7.2021.
- Haugaard, Vibeke, Hjalager, Ida, Jemec, Gregor, Latif, Seemab & Zarchi, Kian 2014. Significant differences in nurses' knowledge of basic wound management - implications for treatment. DOI: 10.2340/00015555-1770. Viitattu 10.8.2020.
- Helsingin kaupunki 2021. Kotihoidon asiakkaat ovat pääosin tyytyväisiä saamaansa palveluun. Julkaistu 18.3.2021. <https://www.hel.fi/uutiset/fi/sosiaali-ja-terveysvirasto/kotihoidon-kyselytulokset-2020>. Viitattu 27.7.2021.
- Hietanen, Helvi & Juutilainen, Vesa 2018. Haavan määritelmä ja haavatyypit. Teoksessa Vesa Juutilainen & Helvi Hietanen (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 27–29.
- Hietanen, Helvi & Juutilainen, Vesa 2018. Haavapotilaan tutkiminen. Teoksessa Vesa Juutilainen & Helvi Hietanen (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 57-82.
- Hietanen, Helvi & Juutilainen, Vesa 2018. Painehaava. Teoksessa Vesa Juutilainen & Helvi Hietanen (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 322-361.
- Hietanen Helvi 2018. Tukisidosten ominaisuudet. Teoksessa Vesa Juutilainen & Helvi Hietanen (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 306–308.
- Hietanen, Helvi & Juutilainen, Vesa 2018. Painehaava. Teoksessa Vesa Juutilainen & Helvi Hietanen (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 322–361.
- Hietanen, Helvi & Kuokkanen, Opri 2018. Haavanhoidossa käytettävät tuotteet. Teoksessa Vesa Juutilainen & Helvi Hietanen (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Holmberg, Marie, Lundgren, Solveig & Valmari Gudrun 2012. Patients' experiences of homecare nursing: balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.00983.x. Viitattu 3.12.2021.
- Hotus 2019. Mikä on kompressiohoidon merkitys laskimovajaatoiminnasta johtuvan alaraajaturvotuksen estohoidossa? Näyttövinkki 10/2019. Pdf-tiedosto. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/10/nayttovinkki10-2019-002.pdf>. Viitattu 28.5.2021.

HUS Haavakeskus 2019. Hoitoketju valtimoperäinen haava. https://www.hus.fi/sites/default/files/2020-09/Hoitoketju%20Valtimoper%C3%A4iset%20haavat_0.pdf. Viitattu 4.8.2021.

Hämeenlinna 2020. Asiakastyytyväisyys 2020, ikäihmisten palvelut. [https://www.hameenlinna.fi > uploads > 2021/03](https://www.hameenlinna.fi/uploads/2021/03). Viitattu 27.7.2021.

Ikätaalo.fi. Ikääntynyt, iäkäs vai vanha? Päivitetty 7.11.2019. <https://www.terveyskyla.fi/ika-talo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/ik%C3%A4-ja-arki/ik%C3%A4%C3%A4ntynyt-ik%C3%A4k%C3%A4s-vai-vanha>. Viitattu 1.5.2021.

James, Erica, Kinsman, Leigh, Rotter, Thomas, Snow, Pamela & Willis, Jon 2010. What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate. DOI: 10.1186/1741-7015-8-31. Viitattu 14.5.2021.

Jaye, Chrystal, Reyneke, Aenl & Stokes, Tim 2018. Local clinical pathways: from 'good ideas' to 'practicality' for general practitioners. DOI: 10.1071/HC18023. Viitattu 17.8.2021.

JBI. Malnutrition risk assessment (older people): community settings. Julkaistu 12.4.2021. Viitattu 3.6.2021.

Jemec, B. E. Gregor, Martinussen, Torben & Zarchi, Kian 2015. Wound healing and all-cause mortality in 958 wound patients treated in home care. [https:// DOI: 10.1111/wrr.12335](https://doi.org/10.1111/wrr.12335). Viitattu 12.9.2020.

Jorgensen, Frances & Strange Nielsen, Mette 2016. Meaning creation and employee engagement in home health caregivers. [https:// doi: 10.1111/scs.12221](https://doi.org/10.1111/scs.12221). Viitattu 11.9.2020.

Jørgensen S. F., Nygaard, R. & Posnett, J. 2013. Meeting the challenges of wound care in Danish home care. *Tanska*. DOI: 10.12968/jowc.2013.22.10.540. Viitattu 16.4.2021.

Juuti, Pauli & Puusa Anu 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus Oy.

Juutilainen, Vesa 2018. Haavanhoidon osatekijät. Teoksessa Vesa Juutilainen & Helvi Hietanen (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 83–89.

Juutilainen, Vesa & Hietanen, Helvi 2018. Haavapotilaan tutkiminen. Teoksessa Vesa Juutilainen & Helvi Hietanen (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 57–80.

Juutilainen, Vesa, Lahtela, Jorma & Juutilainen, Vesa 2018. Diabeetikon jalkahaava. Teoksessa Vesa Juutilainen & Helvi Hietanen (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 362–385.

Juvakka, Taru & Kylmä, Jari 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Jyväkorpi, Satu & Stranberg, Timo 2020. Ikääntyneiden ravitsemus, lihavuus ja laihdutus – yleisiä näkökohtia. Julkaistu 3.3.2020. <https://www.kaypahoito.fi/nix02720>. Viitattu 7.8.2021.

Järves, Kirsi & Kontinen, Vesa 2018. Kipu haavanhoidossa. Teoksessa Vesa Juutilainen & Helvi Hietanen (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 97–109.

Kaivola, Heli & Laine, Merja K. 2020. Kroonisten haavojen ehkäisy on tehokkainta haavanhoitoa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15703>. Viitattu 13.9.2020.

Kemppainen, Tarja. 2021. Energian ja ravintoaineiden tarpeen sekä ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoito potilaalla, jolla on krooninen alaraajahaava. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. Julkaistu 9.4.2021. <https://www.kaypahoito.fi/nix02036>. Viitattu 3.5.2021.

Kemppainen, Tarja 2021. Ravitsemusohjaus potilaalle, jolla on krooninen alaraajahaava. Julkaistu 9.4.2021. <https://www.kaypahoito.fi/nix02037>. Viitattu 31.5.2021.

KSSHP 2020. Haavapotilaan hoitoketju. Julkaistu 22.10.2020. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/shp01327>. Viitattu 16.4.2021.

Kielo-Viljamaa, Emilia 2021. Haavapohjan systemaattista valmistelua varten kehitetty kansainvälinen TIMERS-malli. Julkaistu 9.4.2021. <https://www.kaypahoito.fi/nix02884#R2>. Viitattu 31.5.2021.

Kielo-Viljamaa, Emilia & Kuokkanen, Opri 2021. Haavanhoitotuotteet. Julkaistu 9.4.2021. <https://www.kaypahoito.fi/nix02883#R2>. Viitattu 31.5.2021.

Kinnunen, Ulla-Mari 2013. Haavanhoidon kirjaamismalli – innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/12878/urn_isbn_978-952-61-1209-1.pdf. Viitattu 4.5.2021.

Kohonnut verenpaine. Käypä hoito –suositus. Julkaistu 10.9.2020. <https://www.kaypahoito.fi/hoi04010>. Viitattu 13.8.2021.

- Koljonen, Virve, Patja, Kristiina & Tukiainen, Erkki 2006. Tupakoinnin vaikutukset haavan paranemiseen. Duodecim Käypä Hoito. <https://www.kaypahoito.fi/sll26316>. Viitattu 28.7.2021.
- Komulainen, Jorma, Mäkelä, Matti & Vuokko, Riikka 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085285>. Viitattu 8.5.2021.
- Korhonen, Kari & Lepäntalo, Mauri 2012. Ongelmahaavojen hoitoketjun kehittäminen tehostaa hoitoa ja tuo säästöjä. Suomen Lääkärilehti 2012;43:3119-23. Viitattu 24.8.2021.
- Krasowski Grzegorz, Olejniczak-Nowakowska Małgorzata & Wajda Robert, 2014. Economic outcomes of a new chronic wound treatment system in Poland. EWMA Journal, Oct2014. Viitattu 21.5.2021.
- Krooninen alaraajahaava 2021. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Julkaistu 9.4.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50058#T4>. Viitattu 31.5.2021.
- Kuronen, Risto, Liira, Helena, Mikkola, Ilona & Winell, Klas 2019. Hoitosuunnitelma yhteiseksi työkaluksi pitkäaikaissairauksien avohoitoon. Suomen lääkäri-lehti. Vuosikerta. 74, Nro 1–2. <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2019/SLL12019-41.pdf>. Viitattu 8.5.2021.
- Kuisma, Jarkko 2021. Valokuvaustekniikat – kohti parempia haavakuvia. Haava 2/2021.
- Lagus, Heli 2018. Haavan paraneminen. Teoksessa Juutilainen, Vesa & Hietanen Helvi (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Lindholm, Christina & Searle, Richard 2016. Wound management for the 21st century: combining effectiveness and efficiency. Review article. International wound journal. <https://doi:10.1111/iwj.12623>. Viitattu 11.9.2020.
- Lumbers, Melanie 2019. Challenges in wound care for community nurses: a case review. Community Wound Care March 2019. DOI: 10.12968/bjcn.2019.24.Sup3.S25. Viitattu 4.5.2021.
- Management for everyone. PDCA – Improvement cycle. Video. YouTube-videopalvelu, julkaistu 31.5.2019. <https://www.youtube.com/watch?v=50CRnoSD1A4&t=309s>. Viitattu 14.9.2020.
- Medical terminology database 2021. Best practice. <https://www.medicalterminologydb.com/best-practice>. Viitattu 24.8.2021.

Moore, Zena & Skerritt, Louise 2014. The prevalence, aetiology and management of wounds in a community care area in Ireland. *Community Wound Care* June 2014. DOI: 10.12968/bjcn.2014.19.sup6.s11. Viitattu 4.8.2021.

Murray, Sue & Norrie, Lorraine 2020. Reducing variation in care: Implementation of a leg ulcer pathway including treatment with UrgoStart Plus and UrgoKTwo compression system. *Wounds UK | Vol 16 | No 1 | 2020*. <https://www.wounds-uk.com/journals/issue/608/article-details/reducing-variation-care-implementation-leg-ulcer-pathway-including-treatment-urgostart-plus-and-urgoktwo-compression-system>. Viitattu 13.9.2020.

Mustajoki, Pertti 2020. Painoindeksi (BMI). *Lääkärikirja Duodecim*. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01001>. Viitattu 28.5.2021.

Näyttöön perustuva toiminta 2018. Hoitotyön tutkimussäätiö. <https://www.hotus.fi/nayttoon-perustuva-terveydenhuolto/>. Viitattu 24.8.2021.

Puusniekka, Anna & Saaranen-Kauppinen, Anita 2009. Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. *Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV*. Tampereen yliopisto: Yhteiskuntatieteellinen tietoarasto. Pdf-tiedosto. <https://courses.helsinki.fi/sites/default/files/course-material/4453723/kvalitatiivisten%20menetelmien%20verkko-oppikirja.pdf>. Viitattu 2.9.2020.

Puusniekka, Anna & Saaranen-Kauppinen, Anita 2006. *KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto* [verkkójulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarasto. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/>. Viitattu 14.9.2020.

Sarajärvi, Anneli & Tuomi, Jouni 2018. *Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Schwab, Ursula 2020. Ikääntyneiden ravitsemus. *Lääkärikirja Duodecim*. Julkaistu 22.4.2020. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01086>. Viitattu 1.5.2021.

Solunetti 2006. *Metabolia*. <https://www.solunetti.fi/fi/solubiologia/metabolia/>. Viitattu 28.5.2021.

STM. *Kotihoito ja kotipalvelut*. <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>. Viitattu 3.9.2020.

STM 2014. *Selvitys kuntien hoitotarvikejakelusta*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:28. Julkaistu 15.8.2014. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70294/URN_ISBN_978-952-00-3514-3.pdf?sequence=1. Viitattu 21.10.2020.

STM 2020. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM_2020_29_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 27.8.2021.

Suomen Haavanhoitoyhdistys ry 2019. Avoimen haavan väriluokitushelpperi. https://www.shhy.fi/site/assets/files/1041/2019_avoimahaavanhelpperi.pdf. Viitattu 18.3.2021.

THL 2017. Henkilöstön hyvinvointi vanhuspalveluissa – kotihoidon kehitys huolestuttava. Tutkimuksesta tiiviisti 11. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134678/URN_ISBN_978-952-302-876-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 12.1.2022.

THL 2019. Säännöllisen kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2018. Pdf-tiedosto. Jul-kaistu 29.5.2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019052917651>. Viitattu 20.10.2020.

THL 2020a. Avohilmo: Kaikki kotihoidon asiakkaat. Päivitetty 30.9.2020. https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/avo/perus11/summary_kotih1102. Viitattu 24.4.2021.

THL 2020b. Avohilmo: Säännöllisen kotihoidon asiakkaat. Päivitetty 30.9.2020. https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/avo/perus11/summary_kotih1101. Viitattu 24.4.2021.

THL 2020c. Ikääntyminen. Päivitetty 8.7.2020. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/kotihoito>. Viitattu 3.9.2020.

THL 2020d. Lihavuuden yleisyys. Päivitetty 17.9.2020. <https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/lihavuus/lihavuuden-yleisyys>. Viitattu 28.5.2021.

THL 2020e. Vireyttä seniorivuosiin. Ikääntyneiden ruokasuositus. Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139415/THL_OHJ_4_2020_Vireytt%c3%a4%20seniorivuosiin_verkko.pdf?sequence=4&isAllowed=y. Viitattu 1.5.2021.

THL 2020f. Yli puolella säännöllisen kotihoidon asiakkaista palvelujen käyttö on päivittäistä. Julkaistu 1.10.2020. <https://thl.fi/fi/-/yli-puolella-saannollisen-kotihoidon-asiakkaista-palvelujen-kaytto-on-paivittaista?redirect=%2Ffi%2F>. Viitattu 24.4.2021.

THL 2021a. Kotihoito. Päivitetty 10.9.2021. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/kotihoito>. Viitattu 16.10.2021.

THL 2021b. Tietoa RAI-järjestelmästä. Päivitetty 30.9.2021. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta>. Viitattu 3.12.2021.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Viitattu 31.8.2021.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf. Viitattu 31.8.2021.

Tyyppin 2 diabetes. Käypä hoito –suositus. Julkaistu 18.5.2020. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärin yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50056>. Viitattu 13.8.2021.

Upton, Larelle. 2020. What is the effect of age on wound healing in the acute trauma setting? A scoping review. <https://doi.org/10.33235/wpr.28.3.115-126>. Viitattu 28.7.2021.

Valvira. Kotiin annettavat palvelut. Päivitetty 28.10.2015. <https://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/sosiaalihuollon-palvelut/kotiin-annettavat-palvelut>. Viitattu 11.9.2020.

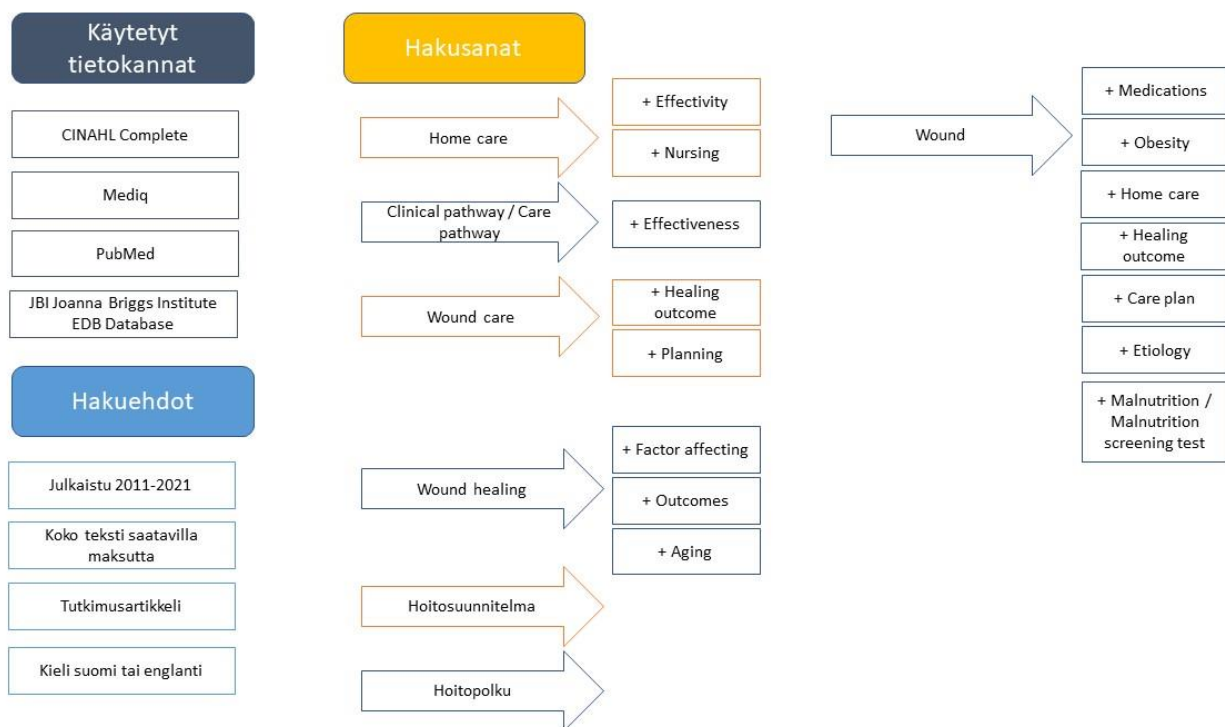
Wikström, Mårten 1993. Happi, solujen välttämätön ravinto. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/duo30396>. Viitattu 28.5.2021.

Äänekoski, Omavalvontasuunnitelma, kotihoito 2021. Doc-tiedosto. <https://www.aanekoski.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/vanhuspalvelut/omavalvontasuunnitelmat>. Viitattu 26.8.2021.

LIITE 1 TUTKIMUSHAASTATELUN KYSYMYKSET

1. Ammattisi?
2. Kauanko olet työskennellyt kotihoidossa?
3. Millaisia haasteita koti toimintaympäristönä tuo työhösi? Entä haavanhoitoon?
4. Millaisia haavoja olet kotihoidossa hoitanut?
5. Oletko havainnut epäkohtia haavanhoidon toimintatavoissa kotihoidossa? Jos kyllä, millaisia?
6. Ovatko haavatuotteet kotihoidossa olleet sellaisia, joiden olet ajatellut parhaiten sopivan asiakkaan haavalle sillä hetkellä?
7. Onko kotihoidon käytössä oleva haavatuotevalikoima riittävä? Onko muita hoitovälineitä käytettävissä tarpeeksi?
8. Onko asiakas hankkinut haavatuotteita itse?
9. Oletko saanut koulutusta haavanhoitoon liittyen työskennellessäsi kotihoidossa?
10. Koetko, että osaamisesi haavanhoidossa on riittävä? Ellei, millaisissa asioissa koet tarvitsevasi lisäkoulutusta?
11. Onko hoitamillasi haava-asiakkailta ollut yleensä haavadiagnoosi tehtynä?
12. Millaisessa tilanteessa mielestäsi tulee kääntyä lääkärin tai haavanhoitajan puoleen?
13. Mitkä asiat mielestäsi hidastavat haavan paranemista ja mitkä edistävät?
14. Onko haava-asiakkaille yleensä laadittu hoitosuunnitelma? Noudatetaanko sitä? Ellei, mistä ajattelet sen johtuvan?
15. Millaisia kehittämisideoita tai -toiveita sinulla on haavanhoidon kehittämisen suhteen? Mikä helpottaisi sinun työtäsi?
16. Millaisia asiakkaasta johtuvia haasteita olet kohdannut haavanhoidossa?
17. Miten haavanhoidon kirjaaminen toteutuu tällä hetkellä? Pitäisikö sitä mielestäsi kehittää? Jos, miten?

LIITE 2 TIEDONHAKU



LIITE 3 TUTKIMUSTAULUKKO

Tekijä, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus (Purpose/ Aim of the study)	Osallistujat ja käytetty tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
Aalto, A-M, Sainio, S., Sinervo, T. & Vehko, T., 2016, Suomi	Selvittää asiakastytyväisyyttä terveysaseman palveluihin sen mukaan, onko asiakkaalla perussairautta vai ei sekä pitkäaikaissairaiden osalta sen mukaan, oliko heille tehty hoitosuunnitelmaa vai ei.	THL:n suorittama kysely, jossa vastattiin väittämiin asteikolla 1–5. 8128 vastaajaa, joista 62 % pitkäaikaissairaita.	Vain puolelle pitkäaikaissairaista oli laadittu hoitosuunnitelma. Pitkäaikaissairaat, joille oli laadittu hoitosuunnitelma, olivat tyytyväisempiä hoitoonsa, yhtä tyytyväisiä, kuin he, joilla ei ollut pitkäaikaissairautta. Myös lääkärin vaihtuvuus vaikutti tyytyväisyyteen. Hoitosuunnitelman puuttuessa vastaanottoajan riittävyys sekä hoidonlaatu koettiin huonommiksi.
Aase, I., Bal, R., Johannessen., Ree, E. & Wiig, S., 2020, Norja	Tutkia työturvallisuuteen ja laatuun liittyviä haasteita johtajien ja työntekijöiden näkökulmasta hoitokodeissa ja kotihoidossa.	Tapaustutkimus, jossa mukana 2 hoitokotia ja 2 kotihoidon yksikköä.	Lisääntynyt ulkopuolinen paine vaikutti mahdollisuuksiin kehittää työtä ja siihen sitoutumista sekä laadun ja turvallisuuden pitämiseen työn tavoitteena. Johto kamppaili työstä poissaolojen ja jatkuvien ulkopuolelta tulevien muutosprosessien kanssa, työntekijät puolestaan lisääntyvän työkuorman, pienempien resurssien, niukentuneen ajankäytön ja huonon hoidonlaadun kanssa. Tiedonkulku nähtiin ongelmana. Jos työntekijä käy ulkopuolisissa koulutuksissa, tuntuu hankalalta jakaa tietoa kaikkien edessä eteenpäin. Lisäksi hoitotyöstä on vaikea irrottautua koulutuksiin.
Alastair, R., Bosanquet, D., Harding, K., Holloway, S., Shoib, H., Turvey, S. & Wigston, C., 2013, UK	Tutkia, miten lääkitys, tupakointi ja alkoholi vaikuttavat haavan paranemiseen.	Prospektiivinen tutkimus. 73 potilasta, joilla avonainen haava. Tiedot kerätty potilastiedoista ja syötetty järjestelmään kahden viikon aikana 2011.	Ainoa tilastollisesti merkitsevä löydös oli alkoholin liikakäytön vaikutus haavojen paranemiseen. Mielenkiintoisia havaintoja kuitenkin useita. Jotakin lääkettä käyttävien haavat paranivat huonommin kuin niiden, jotka eivät käyttäneet lääkkeitä. Antibiooteilla oli vaikutusta. Niitä tulisi käyttää ainoastaan varmistetun infektion hoitoon, sillä ne vähentävät vetolujuutta haavalla. ASA hidastaa haavan paranemista ja tulisi harkita haavapotilailla, onko tarpeellinen.
Allen Jr. R., Canizares, O., Davidson, E., Saadeh, P., Szpalski, C., Wagner, J. & Warren, S., 2012, USA	Tutkia, miten lihavuus vaikuttaa haavan paranemiseen. Tutkimushypoteesina, että se on ainakin osittain riippuvaista vaskulogeenisten esisolujen liikkumisesta ja toiminnasta.	Kvantitatiivinen tutkimus. Aineistossa kerättiin näytteitä ihmisiltä, mutta myös hiiriä käytettiin.	Lihavuuden aiheuttamat ongelmat haavan paranemiseen liittyvät moniin tekijöihin. Heikentynyt kantasolujen toiminta ja niiden alentunut määrä liittyy vähentyneeseen uusien verisuonien muodostumiseen sekä heikentyneeseen haavan sulkeutumiseen.
Andersson, Sirpa, Haverinen, Riitta & Malin, Maili 2004, Suomi	Selvittää, onko kotihoidosta tullut kotipalvelun ja kotisairaanhoidon integraation myötä saumaton ja joustavasti toimiva kokonaisuus saajan ja toteuttajan näkökulmasta.	Teemahaastattelu. Yhteensä 22 ikääntynyttä ja 17 lähityöntekijää 2 eri kunnasta.	Työntekijöiden mukaan ikääntyneet asiakkaat tiesivät, mitä palveluja kotihoitoon kuuluu. He kaipasivat enemmän aikaa ja käyntejä, kuljetusapua, siivousapua ja omaishoidon tukea. Työntekijät joutuvat tasapainoilemaan normitetun työn ja asiakkaiden toiveiden välillä. Kotihoidon tehostamisesta, henkilöstön niukkuudesta sekä palvelutarpeiden ja resurssien kohtaamattomuudesta seuraa se, että asiakas joutuu mitoittamaan omat tarpeensa palvelujen saatavuuskriteereiden ja tarjolla olevien palvelujen suhteen. Tavoitteet ja arki ovat jännitteisessä suhteessa keskenään eikä asiakaskeskeyttä voida toteuttaa toivotulla tavalla.

Aslam, M., Mutlak, O. & Standfield, N., 2018, UK	Arvioida, onko säännöllisellä kotona tapahtuvalla liikuntaharjoittelulla vaikutusta laskimoperäisen alaraajahaavan paranemiseen.	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. 80 osallistujaa, keski-ikä 65,13 vuotta. 12 viikon seuranta-aika. Ryhmät jaettu: kontrolliryhmä, kompressiohoitoryhmä, harjoitteleva ryhmä sekä kompressio+harjoitteleva ryhmä.	Harjoittelulla oli merkittävä vaikutus laskimoperäisen jalkahaavan paranemiseen ja tätä vaikutusta voidaan tehostaa käyttämällä kompressiohoitoa.
Asmirajanti, M, Hamid, A. & Sri Hariyati, T., 2018, Espanja	Tutkimuksen tarkoitus on tarkastella hoitopolun tehokkuutta moniammatillisessa yhteistyössä sekä terveystalveluiden laadun kannalta.	Kirjallisuuskatsaus vuonna 2000–2015 julkaistuun aineistoon hakusanoilla hoitopolku ja moniammatillinen yhteistyö, aineistona lopulta 24 soveltuvaa artikkelia.	Hoitopolkujen avulla voidaan lyhentää hoitajaksojen kestoja, lisätä kustannustehokkuutta ja näin ollen parantaa hoidon laatua. Hoitoprosessin optimoimiseksi hoitopolku tulisi toteuttaa moniammatillisena yhteistyönä. Hoitopolku kuvaa potilaan kliinisen hoidon tarpeen ja ohjaa ammattilaisia potilaan hoitamisessa. Se nopeuttaa potilaan saamaa hoitoa, kun eri ammattiryhmiä ei tarvitse erikseen konsultoida.
Ayoub, N., Gerish, A., Guest, J., McIlwraith, T., Uchegbu, I., Vowden, K., Vowden, P. & Weidlich, D., 2015, UK	Arvioida haavojen esiintyvyyttä sekä niiden hoitamista ja siihen liittyviä kustannuksia.	Retrospektiivinen kohorttianalyysi. Vuosina 2012–2013 1000 haavapotilasta verrattiin samankokoiseen verrokki-ryhmään, jolla ei koskaan ollut ollut haavaa.	Seurantavuoden aikana 61 % haavoista parani. Diabetes ja heikko ravitsemus olivat paranemisen riskitekijöitä. Vuosittain haavojen tai niiden liitännäissairauksien hoidosta aiheutuu 18,6 miljoonaa sairaanhoitajan käyntiä, 10,9 hoitajan käyntiä, 7,7 miljoonaa lääkärikäyntiä ja 3,4 miljoonaa sairaalan avohoidon käyntiä. Vuosittain tämä tarkoitti 5,3 miljooanan kustannusta. Samanaikaisella liitännäissairauksien hoitamisella kustannus laski 4,5–5,1 miljoonaan. Haavanhoito on sairaanhoitajavetoista. Diagnoosi puuttui 30 % haavapotilaista, mikä johtuu osaltaan lääkäreiden osaamattomuudesta. Lisääntynyt tietoisuus ja parannetut hoitojärjestelmät voivat tuoda säästöjä.
Bold, J., 2020, UK	Selvittää ruuan, ravitsemuksellisen tilan ja haavojen paranemisen yhteyttä haavanhoidon edistämiseksi.	Kirjallisuuskatsaus: PubMed, Scopus, EMBASE. Narratiivinen analyysi.	Ravitsemuksen merkitys haavan paranemiseen tunnustetaan yleisesti, mutta silti ravitsemustilan arviointi jää usein käytännössä tekemättä. Ravitsemus vaikuttaa sekä paranemisnopeuteen että infektiokerkkyyteen. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulisi tiedostaa, että myös lihavuuteen voi liittyä vajaaravitsemusriski vitamiinien ja hivenainesten puuttumisen vuoksi. Ravitsemustilan tarkastelu käyttämällä painoindeksiä ei tuo tätä esiin.
Carroll, M., Chambers, H., Cullen, M., Khalil, H. & Walker, J., 2015, Australia	Tunnistaa keskeisimmät haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät (asiakkaaseen liittyvät, perussairaudet)	Prospektiivinen tutkimus. 2350 potilasta. Huhtikuu 2010 – toukokuu 2012, Victoriassa. Sairaanhoitajat keräsivät tietoja tietokannasta, mukana 3 sairaalaa ja 1 terveyskeskus.	Suurimpia haavan paranemiseen vaikuttavia tekijöitä ovat ikä, liikuntarajoitteet, ylipaino, tupakointi, huono ravitsemustila sekä paine/hankaus/kitka. Suurimmat haavan paranemiseen vaikuttavat perussairaudet ovat verenpainetauti, diabetes, infektio, nivelrikko sekä sepelvaltimotauti. Lääkityksistä vaikutti antibiootit, antikoagulantit, NSAID-lääkkeet sekä kortikosteroidit. Yhteensä näistä kaikista eniten vaikuttivat ääreisverisuonisairaudet, paine/hankaus/kitka, yli 65 vuoden ikä, verenpaine, infektio sekä hoitosuunnitelman noudattamatta jättäminen.
Chamberlain, G., Fletcher, J., Harding, K., Humphreys, I., Macey, S. &	Määritellä kroonista haavaa sairastavien hoidon kustannuksia käyttäen tietokantoja.	SAIL tietokannasta kerätyt tiedot Walesissa 2012–2013. Tietokannassa oli tuolloin käytet-	Kroonisten haavojen esiintyvyys oli 6 % ja niiden hoitamiseen kului 5,5 % Britannian julkisen terveydenhuoltojärjestelmän kustannuksista, mikä oli enemmän, kuin aiemmin oli esitetty. 6 kuukauden jakson aikana

Phillips, C., 2015, UK		tävissä 41 % lääkäreiden vastaanottoiedoista.	sidoksista muodostuva kokonaiskustannus oli 9,7 miljoonaa punttaa, hoitajan työn osuus tuona aikana oli 60 miljoonaa punttaa.
Clark, M., Fallon, M. & Ivins, N., 2018, UK	Tarkastella haavanhoidon tiilannetta ja dokumentointia aloitushetkellä sekä vuosi sen jälkeen, kun uusi toimintamalli on otettu käyttöön.	Laadullinen kehittämissyö. Tiedot kerättiin elektronisen työkalun avulla. 2016 auditoinnissa mukana 60 hoitajaa, 147 potilasta, joista suurinta osaa hoidettiin kotona. vuonna 2017 77 potilasta, joista kotihoitossa 43.	Lähtötilanteessa käytännössä oli suuria puutteita, kuten kotihoitossa alle 40 %:lla haavaa sairastavista asiakkaista oli ensisijainen sidos valittu asianmukaisesti ja 50 %:lla kotihoitossa hoidetuista haava-asiakkaista ei ollut oikeaa haavadiagnoosia. 8-vaiheisen parannusohjelman käyttöönoton jälkeen huomattiin huomattavia parannuksia haavanhoidon käytännössä ja dokumentoinnissa erityisesti kotihoitossa.
Courtney, M., Edwards, H., Finlayson, K., Gibb, M., Graves, N. & Parker, C., 2013, Australia	Tunnistaa tehokkaat terveydenhuollon hoitopolut, joiden avulla alaraajahaavaa sairastavien hoito on näyttöön perustuvaa.	70 haavapotilasta. Havainnointitutkimus ja kysely. Osallistujien taustietoja kerättiin edellisen vuoden ajalta. Tietoja potilaista kerättiin 24 viikkoa tutkimukseen sisään ottamisesta lähtien.	Näyttöön perustuva hoito ei toteutunut, esimerkiksi vain 31 %:lla alaraajahaavaa sairastavista oli valtimoverenkierto arvioitu (ABI/Duplex) edellisen vuoden aikana ja laskimohaavaa sairastavista vain 6% käytti kompressiohoitoa. Diabeettista haavaa sairastavista 3 potilaalta 6:sta oli arvioitu jalkojen tilanne. Haavaklinikalle pääsyn jälkeen 91% potilaille oli tehty ABI-mittaus, 84% laskimohaavaa sairastavista käytti kompressiota ja 83% diabeetikoista oli tehty jalkojen riskiarvio. Haavojen paranemisajan mediaani oli 22 viikkoa ennen tutkimusta. Kun potilaat pääsivät haavaklinikalle ja keskeisimmät tekijät hoidossa huomioitiin näyttöön perustuen, mediaani laski 12 viikkoon. Näyttöön perustuvan hoidon käyttöönotto paransi merkittävästi hoidon tuloksia.
Ebbeskog, B., Friman, A. & Klang, B., 2011, Ruotsi	Kuvailla terveystieteissä ja kotihoitossa työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia haavapotilaiden hoidosta.	Laadullinen, kuvaileva tutkimus.	Hoitosuunnitelman ja säännöllisen dokumentoinnin tarve nousi esille vastauksissa. Ihotautilääkärin konsultoimiseen haluttiin kehittää oma, suora järjestelmä. Organisaation epäselvyyksistä nousi esiin ajan puutteesta johtuva haavanhoitojen siirtäminen lähihoitajille. Myös hoituhuoneiden ja välineiden saatavuudessa ongelmaa. Kotihoitossa ongelmana oli välineiden puute, huono ergonomia, valaistus sekä hygienia. Yksintyöskentelystä huolimatta haluttiin tarjota laadukasta hoitoa.
Ennis, W., Gordon, H., Gurtner, G., Hoffman, R. & Kirsner, R., 2017, USA	Esittelee muokatun, hoitoaikeen mukaisen analyysin mukaisen tavan mitata haavan paranemistuloksia	Retrospektiivinen observatiivinen analyysi. 626 sairaalan klinikkaa sekä 1 erikoissairaanhoidon klinikka. 667,291 haavaa, vuosina 2006-2009.	Käyttämällä johdonmukaista, näyttöön perustuvaa hoitosuunnitelmaa yhdistettynä standardoituun tapaan laskea haavojen paranemisnopeutta kokonaisparantumisaste on 75–78%.
Fagerström, L. & Vaartio-Rajalin, H., 2018, Suomi	Tutkimuksen tarkoitus on kuvata osaamista kotihoitossa koskien potilaskeskeyttä eri näkökulmista, hoidon sisältöä, moniammatillista yhteistyötä, osaamista ja hoidon vaikuttavuutta. Tutkimuskysymykset olivat: Mitä tiedetään potilaskeskeytydestä kotihoitossa? Mitä tiedetään kotihoiton sisällöstä? Mitä tiedetään moniammatillisesta yhteistyöstä? Mitä tiedetään hoi-	Kartoittava kirjallisuuskatsaus. Analyysimenetelmänä kuvaileva sisällönanalyysi. Mukaan otettiin vuosilta 2001–2018 suomeksi, ruotsiksi tai englanniksi julkaistuja julkaisuja, joista 28 oli tutkimuksia ja 7 artikkeleita.	Potilaskeskeytyys näyttää olevan yksi kotihoiton tavoitteista. Selkeys toimintatavoissa puuttuu asiakkaiden valikoitumisessa, hoidon suunnittelussa ja arvioinnissa sekä tulosten analysoinnissa. Yksilölliseen hoitoon ja hoidon jatkuvuuteen pyrittäessä moniammatillisen tiimin tai kokeneen sairaanhoitajan tulisi suorittaa kotikäynnit. Tämä on keskeistä potilaskeskeytyttä ja kliinistä vastuuta ajatellen. Omaishoitajista tulee usein epävirallisia hoidosta vastaavia. Heidän ohjaamisensa ja opettamisensa on tärkeää. Laadukkaam hoidon takaamiseksi tarvitaan monenlaista osaamista ja koulutustu-

	don vaikuttavuudesta koti-hoidossa eri näkökulmista tarkasteltuna?		mista: kokemusta akuuttihoitotyöstä, syöpä-taudeista ja gerontologiasta, asiakkaan psykososiaalista huomioimista, kommunikatio- ja yhteistyötaitoja, teknologiaosaamista, näyttöön perustuvaa toimintaa sekä kirjaa-misosaamista. Osaavat hoitajat saattavat päästä lääkäreitä parempaan lopputulokseen hoitamisessa. Kotihoito lisää asiakkaiden elämänlaatua ja tukee itsemääräämisoi-keutta. Asiakkaat ovat keskimäärin tyyty-väisiä hoitoon. Hoitajat työskentelevät enimmäkseen yksin, mikä lisää koulutuksen tarvetta ja huonot, pirstaleiset tietojärjestel-mät hankaloittavat moniammatillisen yhteis-työn toteutumista. Näihin panostaminen vaatisi rahaa, mutta toisaalta maksaisi itsensä takaisin myöhemmin vähentämällä komplikaatioita, epävarmuutta ja epäamma-tillisuutta sekä tarpeetonta sairaalahoitoa. Kotihoidon tulosten mittaamiseksi ei ole olemassa yhtenäistä ja selkeää järjestelmää. On vielä paljon tehtävää koskien potilaskes-keisyyttä, asiakkaaksi valikoitumista, poti-laiden ja henkilöstön koulutusta, toimiala-kohtaisen yhteistyön organisointia ja vaikut-tavuuden analysointia. Hoitajien osaamises-takaan ei ole hyötyä, jos kotihoidon resurssit ovat tulevaisuudessakin niukat ja enemmän ja enemmän vastuuta sysätään asiakkaille ja heidän perheilleen.
Finne-Soveri, H., Mäkelä, M., Noro, A., Nurme, P. & Partanen, S., 2014, Suomi	Porvoon kaupunki oli tehnyt muutoksia purkamalla laitoshoitopaikkoja, mutta samalla tehostamalla kotihoidossa geriatriasta osaamista sekä lääkärin saavutettavuutta. Tutkimus selvitti näiden muutosten vaikutuksen koti-hoidon laatuun.	125931 kotihoidon asia-kasta. Tiedot kerätty RAI-arvioinneista.	Kotihoidon asiakkaiden sairaalajaksot vähe-nivät 26 % uudistuksen alkamisesta ja 35 % lähtötasosta. Erityisesti alle 3 kk kotihoitoa saaneiden terveydentila muuttui vakaam-maksi. Turvallisuus kehittyi paremmaksi ja psyykenlääkkeiden käyttö väheni.
Freitas, M., Gonçalves, R., Novaes, R., Pelúzio, M., Rosa, D. & Sarandy, M., 2018, Brasilia	Tutkia alkoholin ja rasvaisen ruokavalion vaikutusta haa-van paranemiseen.	Rottakokeet.	Runsasrasvainen ruokavalio ja runsas alko-holin kulutus yhdessä vaikuttivat sideku-dokseen aiheuttaen biokemiallisia muutoksia, jotka vaikuttivat haitallisesti kudoksen uudelleenmuodostuk-seen 21 päivän kuluessa ja heikensivät siten haavan reunojen kontraktiota ja haavan pa-ranemista. Viivästynyt haavan paraneminen johti tutkimuksessa hauraan ja vähemmän kestäväen arpikudoksen muodostukseen
Gothe, H., James, E., Kinsman, L., Kugler, J., Machotta, A., Rotter, T., Snow, P. & Willis, J., 2010 Saksa	Arvioida hoitopolkujen vai-kutusta hoitotyön ammatti-laisten toimintaan, hoidon tuloksiin, hoitajaksojen kes-toon sekä kustannuksiin.	Kirjallisuuskatsaus, löy-tyi yli 3000 tutkimusta, 27 tutkimusta valikoitui mukaan.	Hoitopolut vähensivät hoitokomplikaatioita ja paransivat kirjaamista, lyhensivät hoitoai-koja. Merkittävin vaikutus oli hoitokompli-kaatioiden väheneminen ja näin ollen poti-lasturvallisuuden lisääntyminen.
Grothier, L. & Stephenson, J., 2015, UK	Selvittää hoitopolun vaiku-tusta haavainfektioihin, Uu-dessa hoitopolussa oli vih-reä, keltainen ja punainen reitti sen mukaan, kuinka to-dennäköisesti haava infektoi-tuu.	Deskriptiivinen tutki-mus. 128 haavapoti-lasta.	Kriittinen kolonisaatio tai haavainfektio es-tettiin 4 viikon seurantajakson aikana 90 %:lla potilaista. Hoitamalla potilaat asian-mukaisesti ja ennaltaehkäisemällä infektio voidaan välttää kalliiden antibakteeristen sekä esimerkiksi superimevien sidosten käyttöä. Tunnistamalla korkeassa haavain-fektoriskissä olevat potilaat ja kehittämällä

			turvallisia ja tehokkaita tapoja ehkäistä infektiota voidaan vähentää systeemisen antibiootihoidon tarvetta. Käyttöönottamalla hoitopolku voitiin lisätä henkilöstön tietoisuutta haavainfektioiden riskistä sekä tarpeesta suunnitella hoitoa tämä huomioiden. Varhainen havaitseminen ja puuttuminen varmistavat, että potilasturvallisuus säilyy keskeisenä prioriteettina.
Haugaard, V., Hjalager, I., Jemec, G., Latif, S. & Zarchi, K., 2014, Tanska	Selvittää sairaanhoitajien haavanhoidon osaamista erilaisissa toimintaympäristöissä ja pyrkiä tunnistamaan osaamiseen liittyviä tekijöitä.	Kyselytutkimus, jonka laativat haavanhoidon asiantuntijat. Kohderyhmänä 136 sairaanhoitajaa kotihoidosta sekä sairaalasta, vuodeosastoilta sekä yksiköistä, joiden yhteydessä on haavaklinikka. Tulokset analysoitu käyttäen monimuuttujaregressioanalyysiä.	Sairaanhoitajilla on haavanhoidossa keskeinen rooli, kun he toteuttavat lääkäreiden määräyksiä ja usein hoitopäätökset pohjautuvat heidän havaintoihinsa. Hyvin toimiva yhteistyö lääkäreiden ja sairaanhoitajien välillä on keskeistä, jotta tehdään oikea diagnoosi ja aloitetaan asianmukainen hoito. Kotihoidon sairaanhoitajilla oli enemmän haavanhoidon osaamista kuin sellaisilla osastotyötä tekeville sairaanhoitajilla, joiden työyksikössä ei toimi haavaklinikkaa.
James, E., Kinsman, L., Rotter, T., Snow, P. & Willis, J., 2010, Australia	Määritteli termi hoitopolku.	Cochrane-katsaus.	Hoitopolku-termiä käytetään kirjallisuudessa tarkoittamaan monia eri asioita eikä selkeää määritelmää ole. Tutkijat pyrkivät löytämään kriteereitä hoitopolku-termin käytölle. Löytyi 5 kriteeriä: se sisälsi monialaisen hoitosuunnitelman, sen avulla näyttöön perustuva tieto ja ohjeistukset saatiin osaksi paikallista käytäntöä, se määritteli hoidon keskeiset pisteet ja vaiheet, sen avulla hoito eteni aikataulutettuna tai perustuen tiettyihin kriteereihin sekä sen avulla pyrittiin standardoimaan tietyn kliinisen ongelman hoito tietyllä väestöllä.
Jae, C., Reyneke, A. & Stokes, T., 2018, Uusi-Seelanti	Tunnistaa 2011 käyttöön otettujen The Bay Navigator Pathways-hoitopolkujen käyttämistä estävät ja edistävät tekijät tietyllä terveydenhuollon alueella.	Haastattelu tutkimus, 15 yleislääkärinä haastatettiin. Tulokset käsiteltiin teemoittelemalla.	Tunnistettiin 4 teemaa: hoitopolkujen käytön oppiminen, suostumus ja päätös käyttää niitä, toimeenpano ja käytön ylläpitäminen. Esteet hoitopolkujen käytölle olivat ajanpuute, skeptisyys, vaikeus arvioida potilaan kliinisen tilan perusteella sopiva hoitopolku, tekniset vaikeudet sekä tuen puute tiedon hankkimisessa ja vaikeudet hoitopolkujen siirtämisessä käytäntöön osaksi päivittäistä työtä. Hoitopolkujen käyttöä helpotti, jos ns. mielipidejohtajat hyväksyivät niiden käytön, jos hoitopolkujen koettiin ohjaavan työnteon ja hoitoa vaiheittain kohti eteenpäin lähettämistä, jos niiden avulla oli saatavilla keskitetyksi tietä konsultaatiomahdollisuuksista sekä jos jatkohoitoon lähetettyjen potilaiden lähteiden hyväksyminen lisääntyi hoitopolkuja käyttämällä.
Jemec, B., Martinussen, T. & Zarchi, K., 2015, Tanska	Tutkia kotihoitoympäristössä hoidettujen haavojen paranemista ja potilaiden kuolleisuutta.	958 kotisairaanhoidon piirissä olevaa haavasiakasta tammikuussa 2010 – joulukuussa 2011. Havainnoiva kohorttitutkimus. Sairaanhoitajat keräsivät tietoa.	Haavatyypin todettiin olevan merkittävä paranemisen ja kuolleisuuden ennustetekijä. Syöpä- ja painehaavat johtivat heikkoon ennusteeseen. Kaiken kaikkiaan havaittiin merkittäviä eroja haavan paranemisen todennäköisyydessä iän, haavatyypin ja haavan sijainnin mukaan, kun taas vain haavatyypin osoittautui merkittäväksi kuolleisuuden ennustejaksi. Kirurgiset haavat paranivat parhaiten, mutta yli 3 viikkoa jatkuvana muodostuivat haasteellisiksi.

			Usein kotihoidon haavapotilailta puuttuu diagnoosi.
Jørgensen S. F., Nygaard, R. & Posnett, J., 2013, Tanska	Arvioida, voidaanko koulutuksen avulla parantaa haavanhoidon käytänteitä ja siten pienentää hoidosta aiheutuvia kustannuksia.	Vuosittaisissa auditoinneissa kirjattiin potilaiden ikä, haavojen lukumäärä ja tyyppi, haavanhoidon kesto, sidoksen vaihtotiheys ja hoitajan sidosvaihtoihin kulunut aika. Lähtötilannetta verrattiin vuosiin 1 ja 3. Tilastollinen analyysi.	Saavutettiin merkittävää laskua kroonisten haavojen määrässä, päivittäisen sidosvaihdon vaativien haavojen määrässä, keskimääräisessä sidosvaihtotiheydessä, keskimääräisessä hoitajan haavanhoitoon käyttämässä ajassa viikoittain sekä haavanhoidon kokonaiskustannuksissa. Haavanhoitokäytäntöjä on mahdollista parantaa järjestelmällisen koulutusohjelman avulla ja vähentää siten haavanhoidon kustannuksia.
Jørgensen, F. & Strange, M., 2016, Tanska	Tutkia kotihoidon työntekijöiden työhön sitoutumista ja siihen vaikuttavia tekijöitä sekä heidän kokemustaan työnsä tarkoituksesta.	Laadullinen tutkimus kahdessa kotihoidon yksikössä Tanskassa. ”Think-aloud”-menetelmä + haastattelut + tarkkailu.	Työntekijät jakaantuvat karkeasti kolmeen ryhmään. 1. Hoitajat, jotka kuormittuvat aikapaineesta ja halusivat antaa asiakkaille enemmän hoivaa ja käytännön apua. 2. Ammatilliset, jotka kokevat tarvitsevansa ammatillisesti riittävän haastavia työtehtäviä. 3. Työntekijät, joille keskeistä on turvattu taloudellinen toimeentulo. Nämä ryhmät tarvitsevat työssään erilaisia asioita, ensimmäiset aikaa, toiset haasteita, kolmannet pysyvyyttä.
Krasowski, G., Olejniczak-Nowakowska M. & Wajda R., 2014, Puola	Vertailla kustannuksia jalkahaavan hoidossa ennen ja jälkeen uuden järjestelmän käyttöönoton.	Vuosina 2010 ja 2012 verrattiin jalkahaavojen hoitokustannuksia. Suurin muutos järjestelmässä tapahtui hoidon siirtymisessä sairaalasta kotiin sekä nykyaikaisen, haavan paikallishoidosta ja kokonaisvaltaisesta hoidosta, koostuvan hoitamisen käyttöönotossa. Kustannuksia arvioitaessa huomioitiin haavan kesto, käytettyjen sidosten lukumäärä, hoitajan vierailujen lukumäärä sekä yhden sidosvaihdon keskimääräinen hinta.	Uudessa järjestelmässä 7 pääkohtaa: 1. Kroonisten haavojen nopea tunnistaminen, missä tärkeä rooli kotihoidon sairaanhoitajilla sekä perusterveydenhuollon lääkäreillä 2. Yhteistyö kroonisten haavojen diagnosointiin erikoistuneiden tahojen kanssa 3. Hoitohenkilöstön kouluttaminen haavan paikallishoidosta 4. Potilaiden ja omaisten osallistaminen hoitoon 5. EWMA:n ohjeistukseen pohjautuvan, nykyaikaisen haavanhoidon käyttöönotto 6. Säännöllinen osallistuminen haavanhoitokoulutukseen 7. Jatkuva kroonisten haavojen hoidon arviointi. Uuden järjestelmän myötä saatiin merkittäviä säästöjä. Vaikka uudenaikaiset sidokset maksoivat kaksi kertaa enemmän kuin vanhat, säästöä syntyi 64 % seurauksena viikoittaisten hoitokertojen vähenemisestä sekä haavojen nopeammasta paranemisesta (keskimääräinen paranemisaika lyheni 10 kuukaudesta 5 kuukauteen). Yhden haavan hoitaminen maksoi aikaisemmin 1500e ja uuden toimintamallin myötä 540e..
Kuronen, R., Liira, H., Mikkola, I. & Winell, K., 2019, Suomi	Selvittää hoitosuunnitelman vaikutusta sairauden hoitoon.	Kirjallisuuskatsaus.	Ei yhteyttä terveydenhuollon kustannuksiin. Sen sijaan myönteisiä vaikutuksia fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen. Sitä paremmat tulokset, mitä enemmän keskustelua ja mitä useammin lääkäri mukana.
Moore, Z. & Skerrit, L., 2014, Irlanti	Selvittää haavojen esiintyvyyttä ja etiologiaa sekä haavanhoitoon käytettyä hoitajien työaikaa ja haavasidosten käyttöä.	Poikkileikkaustutkimus. Tietoja kerättiin viikon ajan huhtikuussa 2013 kaikilta henkilöiltä, joiden haavoja hoidettiin terveyskeskuksessa.	Monissa tapauksissa haavadiagnoosi puuttui ja haavasidoksia käytettiin epä tarkoituksenmukaisella tavalla. Tämä lisäsi riskiä kustannusten kasvuun sekä huonojen hoitotulosten saavuttamiseen. Jatkuvan koulutuksen ja auditoinnin merkitys korostui.
Murray, S. & Norrie, L., 2020, UK	Selvittää näyttöön perustuvan hoitopolun vaikutuksia hoitotuloksiin.	13 laskimohaavapotilasta seurattiin 12 viikkoa. Potilaat iältään 34–89 vuotta.	Seurantajakson aikana kaikkien potilaiden haavat paranivat yhtä lukuun ottamatta. Näyttöön perustuva hoitopolku vähentää vaihtelua hoidossa ja parantaa paranemisenustetta. Hoitopolku lisää merkittävästi potilaiden elämänlaatua lyhentämällä haavan paranemiseen kuluvaa aikaa. Optimaaliset

			paranemistulokset vaativat johdonmukaista hoitoa, ajoittain kompressiohoitoa sekä sopivia, näyttöön perustuvia, haavatuotevalintoja.
Upton, L., 2020, Australia	Selvittää, mikä on iän vaikutus paranemiseen akuuteissa haavoissa.	Kartoittava kirjallisuuskatsaus. 56 artikkelia.	Ikä oli merkittävä itsenäinen huonoa haavan paranemista ennustava tekijä. Hauraus oli vielä ikäkin merkitsevämpi tekijä haavan paranemisessa. Ikääntyvien potilaiden kohdalla geriatrasta erityisosaamista sekä ohjeistusta tarvitaan parhaan kliinisen käytännön toteutumiseksi. Iäkkäillä haavapotilailla on erityisen tärkeää huomioida liitännäissairaudet, kuten verenkiertohäiriöt ja diabetes sekä hyvä ravitsemus.

LIITE 4 HOITOPOLKU

