

KARELIA AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Pirjo Korkalainen

KROONISET JALKAHAAVAT JA NIIDEN HOITO
Koulutus Rautavaaran kunnan kotihoidon henkilökunnalle

Opinnäytetyö
Lokakuu 2013



OPINNÄYTETYÖ
Lokakuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijä
Pirjo Korkalainen

Nimeke
Krooniset jalkahaavat ja niiden hoito – Koulutus Rautavaaran kunnan kotihoidon henkilökunnalle

Toimeksiantaja
Rautavaaran kunta

Tiivistelmä

Kotihoidon ja palveluasuntojen asiakkaat ovat yleisimmin ikääntyneitä ja heillä on paljon pitkäaikaissairauksia. Ikääntyneiden määrän lisääntyessä myös erilaisia kroonisia jalkahaavoja tulee olemaan yhä enemmän. Pyrkimyksenä on laitoshoidon vähentäminen ja kotihoidon lisääminen. Kotihoidon henkilökunnalta vaaditaan osaamista haavojen ennaltaehkäisyssä ja hoidossa, sekä asiakkaan ja läheisten ohjauksessa.

Toiminnallisen opinnäytetyöni tarkoituksena oli päivittää Rautavaaran kunnan kotihoidon ja palveluasumisyksiköiden henkilökunnan haavanhoitotietoutta kroonisten jalkahaavojen osalta ja herättää kiinnostus haavanhoitoihin liittyvään jatkokoulutukseen. Tehtävänäni oli järjestää kaksi samansisältöistä haavanhoitokoulutusta Rautavaaran kunnan kotihoidon ja palveluasumisyksiköiden henkilökunnalle. Koulutettava henkilökunta koostui Rautavaaran kunnan perusturvaosaston lähi-, perus-, kodin- ja sairaanhoitajista sekä lähiavustajista. Koulutuksen pohjana oli opinnäytetyön kirjallisen raportin pohjalta tehty PowerPoint dia -esitys. Koulutuksessa kerätyn palautteen perusteella haavanhoito koulutus koettiin kiinnostavaksi sekä tärkeäksi ja aiheesta haluttiin lisää koulutusta.

Opinnäytetyön aiheen pohjalta nousi selkeästi esille kotihoidon ja palveluasumisyksiköiden henkilökunnan ammattitaidon kehittäminen jatkokoulutuksella erilaisiin haavahoitoihin. Jatkossa voisi toteuttaa esimerkiksi opinnäytetyönä kroonisten jalkahaavojen hoidon opetusvideon koulutuskäyttöä varten.

Kieli
suomi

Sivuja 37
Liitteet 5
Liitesivumäärä 34

Asiasanat
krooniset jalkahaavat, haavainfektio, haavanhoito



THESIS
October 2013
Degree Programme in
Nursing

Tikkarinne 9
FIN 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. 050 405 4816

Author
Pirjo Korkalainen

Title
Chronic foot and leg ulcers and their treatment – Education for the home care staff in Rautavaara municipality

Commissioned by
Rautavaara municipality

Abstract

The customers of home care and sheltered housing are most commonly older people who have a lot of chronic diseases. As the number of older people increases, there will also be an increase in the amount of different chronic foot and leg ulcers. The aim is to reduce institutional care and increase home care and consequently, the staff in home care is required to have expertise in the prevention and treatment of wounds.

The aim of this practice-based thesis was to update the skills and knowledge of the staff in Rautavaara municipality home care and sheltered housing units in the wound care for chronic foot and leg ulcers, and to arouse interest in wound treatment-related continuing education. The aim was to organize two identical wound care trainings for the staff in Rautavaara municipality home care and sheltered housing units, including practical nurses, home care nurses, nurses, and personal assistants. The training was based on a PowerPoint presentation compiled on the basis of the thesis report. According to the received feedback from the wound care training, the topic was seen interesting and important and more education was requested on the topic.

Based on the results of this thesis, there is a need for further education on wound care among the home care and sheltered housing staff. In the future, a thesis dealing with the care for chronic foot and leg ulcers care in the form of a teaching video for educational use could be implemented.

Language
Finnish

Pages 37
Appendices 5
Pages of Appendices 14

Keywords
chronic foot and leg ulcers, wound infection, wound care

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto.....	5
2	Haava.....	6
2.1	Krooniset jalkahaavat.....	7
2.1.1	Laskimoperäinen jalkahaava.....	7
2.1.2	Valtimoperäinen jalkahaava.....	8
2.1.3	Diabeettinen jalkahaava.....	9
3	Haavojen väriluokitus.....	9
4	Haavainfektio.....	10
5	Haavanhoito.....	11
5.1	Ennaltaehkäisy.....	12
5.2	Ravitsemuksen merkitys.....	14
5.3	Haavakipu ja sen hoito.....	15
5.4	Turvotuksen estohoito.....	16
5.5	Aseptiikka.....	17
5.6	Kroonisen jalkahaavan paikallishoito.....	18
5.7	Haavanhoitotuotteet.....	19
5.8	Itsehoidon ohjaus.....	20
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä.....	21
7	Opinnäytetyön toteutus.....	22
7.1	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	23
7.2	Tiedon keruu ja opinnäytetyön prosessin eteneminen.....	23
7.3	Opinnäytetyön arviointi.....	27
8	Pohdinta.....	28
8.1	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	31
8.2	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkokehitysideat.....	33
	Lähteet.....	35

Liitteet

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Avoimen haavan väriluokitus helpperi
Liite 3	Kutsu koulutukseen
Liite 4	Koulutuksen dia -esitys
Liite 5	Koulutuksen palautekysely

1 Johdanto

Väestön ikääntyessä pitkäaikaissairauksia sairastavien määrä lisääntyy, ja siksi myös krooniset haavat ovat vakava lisääntyvä ongelma. Krooniset haavat liittyvät useimmiten sydän- ja verisuonisairauksiin sekä diabetekseen. Suomen väestöstä 0,1–0,4 prosentilla on pitkäaikaisia jalkahaavoja. Krooniset jalkahaavat ovat vaikeita hoidettavia, ja ne ovat yksi kalleimpia sairauksia Suomessa. (Hannuksela 2012.) Krooninen jalkahaava aiheuttaa potilaalle aina toimintakyvyn laskua, kärsimystä sekä elämänlaadun heikkenemistä (Jokinen, Sipponen, Lohi & Salo 2009, 2187). Infektoituneen kroonisen haavan hoito on yleinen syy potilaan joutumiselle kotihoidon piiriin (Jussila & Lahtinen 2010, 392).

Lainsäädäntö, ohjeet, suositukset ja erilaiset organisaatiokohtaiset sopimukset ohjaavat kotihoidon laadun kehittämistä. Laatua on työntekijän ja työyhteisön toiminnan kehittäminen ja samalla niiden tuottamien palvelujen kehittäminen. Työntekijä on tärkeässä roolissa asiakaslähtöisen, oman työn ja työyhteisön toiminnan kehittämisessä. (Ikonen & Julkunen 2007, 208.) Toiminnallisella opinnäytetyöllä pyritään käytännön ohjeistukseen, opastukseen, toiminnan järjestämiseen tai järjeistämiseen. Se on yleensä työelämäntarpeista lähtevä, ja sillä on usein ulkopuolinen toimeksiantaja. Toiminnallisena tuotoksena syntyy tuote, joka voi olla ohje, ohjeistus tai opastus. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytäntö ja teoria kirjallisen työn muodossa. (Karelia ammattikorkeakoulu 2013, 7–8; Vilka & Airaksinen 2003, 9.)

Opinnäytetyöni on toiminnallinen ja käsittelee verisuoniperäisten kroonisten jalkahaavojen hoitoa. Opinnäytetyön aihe selkiintyi vuosi sitten, kun omalla työpaikallani, Rautavaaran kunnan kotihoidossa, tuli esille, ettei tietoa ja osaamista haavojenhoidosta ole riittävästi. Epävarmuus aiheuttaa myös pelkoa haavanhoitoja kohtaan. Ongelmana on välillä ollut haavanhoidon osaavan henkilökunnan saaminen työvuoroihin. Sijaishenkilökunnassa on työntekijöitä, joilla ei ole hoitotyön koulutusta, mutta heillä on pitkä työkokemus hoitotyöstä.

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli päivittää Rautavaaran kunnan kotihoidon ja palveluasumisyksiköiden henkilökunnan haavanhoitotietoutta kroonisista jalkahaavoista ja herättää kiinnostus haavanhoitoihin liittyvään jatkokoulutukseen. Tehtävänäni oli järjestää

kaksi samansisältöistä haavanhoitokoulutusta Rautavaaran kunnan kotihoidon ja palveluasumisyksiköiden henkilökunnalle. Koulutettava henkilökunta koostui Rautavaaran kunnan perusturvaosaston lähi-, perus-, kodin- ja sairaanhoitajista sekä lähiavustajista.

Rajasin aiheen yleisimpiin verisuoniperäisiin kroonisiin jalkahaavoihin ja niiden hoitoon, koska niitä haavoja on kotihoidossa selkeästi eniten ja koulutus ehdotus tuli toimeksiantajalta sille alueelle. Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Rautavaaran kunnan perusturvaosasto (liite 1). Kotihoidossa ja palveluasunnoissa asuu pääasiassa ikääntyneitä monisairaita asiakkaita ja tavoitteena on, että erikoissairaanhoidosta potilaat voisivat kotiutua entistä nopeammin suoraan kotiin. Kotipalvelu ja kotisairaanhoito tarjoavat hoitoa ja huolenpitoa yhteistyössä kotona selviytymisen tukemiseen. (Rautavaaran kunta 2013.) Hoitajat ovat avainasemassa potilaan sekä omaisten ohjauksessa haavojen ennaltaehkäisemiseksi ja haavanhoidon toteutuksessa.

2 Haava

Haava on ehjän ihon tai sen alla olevien kudoksien rikkoutumista. Haavan syvyys ja sijainti voi vaihdella ulottuen ihon alla olevaan rasvakudokseen, lihakseen, luuhun, hermo- ja verisuonirakenteisiin sekä sisäelimiin. Haavat jaotellaan sen mukaan, miten ne ovat syntyneet, sekä paranemisen, keston ja niiden ulkonäön perusteella joko akuutteihin tai kroonisiin haavoihin. (Hietanen & Juutilainen 2012, 26.)

Akuutti haava eli vulnus syntyy yleensä äkillisesti jonkin ulkoisen tekijän vaikutuksesta, esimerkiksi tapaturman tai leikkauksen seurauksena. Akuutti haava paranee yleensä normaalin paranemisprosessin mukaan ilman komplikaatioita. *Krooninen haava eli ulcus* on haava, jonka on aiheuttanut elimistön sisäinen sairaus tai ulkoinen trauma ja se ei ole parantunut 2–3 kuukaudessa. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 19–22.)

2.1 Krooniset jalkahaavat

Kroonisia jalkahaavoja aiheuttavat tavallisimmin alaraajojen verenkiertosairaudet. Suurimman osan niistä, 37–76 prosenttia, aiheuttaa laskimoverenkierron vajaatoiminta, ja valtimoverenkierron häiriöiden aiheuttamia on 9–22 prosenttia. Kroonisista haavoista 7–26 prosenttia on sekä laskimoiden että valtimoiden vajaatoiminnan yhdessä aiheuttamia. Kroonisia jalkahaavoja on enemmän naisilla kuin miehillä. (Hietanen & Juutilainen 2012, 28; Käypä hoito -suositus 2007.)

Käypä hoito -suosituksessa määritellään säären ja jalkaterän alueella oleva haava krooniseksi, kun se on ollut avoinna yli neljä viikkoa. Mikäli haava on iskeeminen eli valtimoperäinen, kroonisen haavan rajana pidetään kahta viikkoa. (Käypä hoito -suositus 2007.) Sen paranemisaikaa ajallisesti on vaikea ennustaa, ja se uusiutuu yleensä herkästi samaan paikkaan. Infektion tai epätarkoituksenmukaisen hoidon seurauksena myös akuutti haava voi muuttua krooniseksi. (Hietanen ym. 2002, 22.)

2.1.1 Laskimoperäinen jalkahaava

Alaraajoissa olevien laskimoiden vajaatoiminta on yleinen, krooninen ja tavallisesti etenevä sairaus, eikä siihen vielä ole olemassa parantavaa hoitoa. Riskitekijöitä laskimoiden vajaatoiminnalle ovat naissukupuoli, synnytykset, ikääntyminen ja sukurasite. Merkittäviä riskitekijöitä ovat myös ylipaino, verenpainetauti, sydämen vajaatoiminta, veren korkea rasva-arvo ja veren hyytymishäiriöt. (Käypä hoito -suositus 2010a.) Laskimoperäinen haava johtuu useimmiten pinnallisten laskimoiden vajaatoiminnasta. Laskimoiden vajaatoiminnassa laskimoläpät ovat vioittuneet ja siksi veren takaisinvirtaus laskimoissa pahenee, ja tämä johtaa laskimopaineen nousuun. Jalkoihin tulee turvotusta ja laskimoverenkierto iholla vaikeutuu minkä seurauksena iholle tulee haavauma. Potilaalla olevat suonikohjut tai tukos jalan syvissä laskimoissa ovat myös tavallinen syy. (Hietanen ym. 2002, 137–141; Hannuksela 2012.)

Laskimoperäinen haava sijaitsee yleensä säären alakolmanneksella. Raajassa on tavallisesti turvotusta, ja iho sekä ihonalaiskudos ovat paksuuntuneet, pigmentoituneet ja kovettuneet. Haava on tavallisesti pinnallinen, granuloiva ja kosteapohjainen, eikä siinä

yleensä ole nekroosia eli kuollutta mustaa kudosta. Laskimoperäisen haavapotilaan raaja on lämmin, ja se voi olla kivulias tai kivuton. Kipu helpottuu, kun raajaa pidetään kohoasennossa. Haava voi olla monimuotoinen ja koko vaihteleva tai useista haavoista muodostunut. Laskimoperäisen haavan sairastamisaika voi olla vuosia, jopa vuosikymmeniä. Sairastaneiden keski-ikä on yleensä korkea, 70–77 vuotta, mutta laskimoperäinen haava voi olla nuoremmillakin. Pitkäkestoinen haava aiheuttaa korjaamattomia ihomuutoksia, eristäytyneisyyttä, työkyvyttömyyttä ja jopa pysyvän vammautumisen. (Vikatmaa 2012, 266–267; Käypä hoito -suositus 2007.)

2.1.2 Valtimoperäinen jalkahaava

ASO eli valtimokovettumatauti on etenevä verisuonisairaus, joka aiheuttaa alaraajojen valtimoiden ahtautumisen ja tukkeutumisen. Suomessa on arvioitu, että 2500–5000 sairastaa kriittistä alaraajaiskemiamia eli verenvähyydestä johtuvaa leposärkyä. Alaraajojen valtimoita tukkivan sairauden merkittävin riskitekijä on tupakointi, joka kaksinkertaistaa riskin. Muita merkittäviä riskitekijöitä ovat huonossa tasapainossa oleva diabetes ja ikääntyminen. Diabetes viisinkertaistaa riskin, ja yli 65 vuoden ikä kaksinkertaistaa riskin. (Vikatmaa 2012, 276–278; Käypä hoito -suositus 2010b.) Yhdessä muiden riskitekijöiden kanssa taudin etenemiseen vaikuttavat verenpainetauti, korkea kolesteroli, munuaisten vajaatoiminta ja hyytymishäiriöt (Vikatmaa 2012, 278).

Valtimoperäiset haavat johtuvat valtimokovettumataudin aiheuttamasta valtimoiden ahtautumisesta eli ASO-taudista. Valtimoiden ahtaumasta johtuen kudoshapetus heikenee ja saa aikaan iskemiaan eli hapenpuutteen kudoksessa. Hapen puutteesta johtuen raaja on viileä, kalpea ja sinertävä. Iho on ohutta ja haurasta, ja karvoitusta on vähän tai se jopa puuttuu. Hapenpuute kudoksessa aiheuttaa haavauman ja jopa kudokuolion. Valtimoperäiset haavat sijaitsevat sääressä tai jalkaterässä, ja ne ovat kivuliaita ja yleensä niissä on kuollutta mustaa kudosta eli nekroosia. Haava on tarkkareunainen, ja se voi olla jänteisiin tai luuhun asti, ja siinä voi olla myös onkaloita ja taskuja. (Hietanen ym. 2002, 160–161; Vikatmaa 2012, 276) Raajassa tuntuu heikko perifeerinen syke tai syke voi puuttua kokonaan. Tyypillistä on, että raajassa tuntuva haavakipu helpottuu raajaa riiputtaessa. (Käypä hoito -suositus 2007.)

2.1.3 Diabeettinen jalkahaava

Diabetes on yksi nopeimmin lisääntyvä sairaus Suomessa. Suomalaisista yli 500 000 on sairastunut diabetekseen ja siitä johtuvat hoitokustannukset ovat 15 prosenttia terveydenhuollon kustannuksista. Diabeetikoista joka vuosi 2–5 prosenttia saa jalkahaavan ja elinaikainen riski saada jalkahaava on 15–25 prosenttia. Diabeteksen aiheuttamien ongelmien seurauksena syntyvät jalkahaavat altistavat alaraaja-amputaatioille, ja vuoden sisällä haavan syntymisestä 5–8 prosenttia johtaa nilkan yläpuolelta tehtävään amputaatioon. (Käypä hoito -suositus 2009; 2013.)

Diabetestä sairastavilla on 3–4 kertaa enemmän valtimoverenkierron häiriöitä verrattuna muihin. Diabeettiset haavat johtuvat heikentyneestä valtimoverenkierrosta eli ASO-taudista, ääreishermoston häiriöstä eli neuropatiasta ja infektiosta. Haava voi olla pelkästään neuropaattinen tai ASO-taudista johtuva tai molempia yhdessä. Valtimoiden seinämien jäykistyminen on diabeetikoilla myös yksi syy verenkierron heikkenemiseen. Diabeettinen haava on tavallisesti kantapäässä, päkiässä tai varpaissa. (Hietanen ym. 2002, 167–171; Rönnemaa 2009a, 193–195.)

Diabeetikoilla on lisääntynyt riski saada infektio haavalle. Verisuonten vajaatoiminta ja neuropatia aiheuttavat tuntomuutoksia diabeetikon jaloissa. Kivun ja lämmön tuntemus heikentyy ja esimerkiksi hiertymät ja rakkulat voivat tulla huomaamatta, jos kengässä on esimerkiksi kivi tai roska. Motorinen neuropatia aiheuttaa myös asentomuutoksia ja kenkä voi hangata herkästi haavauman. Ihon rikkouduttua kudokset altistuvat herkästi infektiolle. Haavainfektio voi alkaa pinnallisena, mutta koska diabeetikolla kehon puolustusmekanismit ovat heikentyneet ja verenkierto on huono, infektio voi levitä syvempään kudokseen ja riski alaraaja-amputaatiolle kasvaa. (Bader 2008.)

3 Haavojen väriluokitus

Haavoja luokitellaan erilaisilla luokituksilla, jotta vertailu ja kirjaaminen olisivat helpompia ja luokittelusta on apua myös haavadiagnoosia tehdessä. Haavaluokitusten avulla voidaan arvioida haavan paranemista, helpottaa hoidon suunnittelua ja seurata

hoidon vaikuttavuutta. (Mäntyvaara 2013.) Suomen Haavanhoitoyhdistyksen Avoimen haavan VPKM-väriluokitusta (liite 2) käytetään yleisesti kroonisten haavojen hoidon arvioinnissa ja seurannassa. Väriluokitusta voi käyttää apuna myös haavanhoitotuotteiden valinnassa. Nykyisessä luokituksessa on mukana myös värikuvina hypergranulaatiokudos, luu ja jänne, iskeeminen haava ja infektoitunut haava. (Suomen Haavahoitoyhdistys ry 2013; Mäntyvaara 2013.)

VPKM-lyhenne tulee sanoista vaaleanpunainen, punainen, keltainen ja musta.

1. *Vaaleanpunainen, epiteelikudos* on ohutta uudiskudosta haavan reunoilla ja keskellä saarekkeina. Se on erittäin herkkä vaurioitumiselle.
2. *Punainen, granulaatiokudos* on terveen näköinen kudos. Pinnaltaan se on ryytimäistä, pienijyväistä tai raemaista. Se on kiiltävää, verestävää ja voi erittää vähän.
3. *Keltainen, fibriinikate* on pehmeää, ohutta kuollutta kudosta tai paksua, sitkeää ja venyvää kudosta. Väri riippuu kudoksen kosteudesta ja esillä olevasta rasvakudoksesta. Se voi olla vaalean tai tumman keltaista ja sitä on yleensä matalassa haavassa.
4. *Musta, nekroottinen* on kuollutta kudosta. Kuolleen kudoksen väri voi olla mustaa, harmahtavaa tai ruskeaa ja se on kuiva tai jopa erittäin kostea. Se on kivuton ja eikä myöskään vuoda verta.

(Suomen Haavahoitoyhdistys ry 2013; Juutilainen & Hietanen 2012, 67–68.)

4 Haavainfektio

Infektio haavassa hidastaa paranemista, ja sen aiheuttaja tulee yleensä elimistöön ulkopuolelta. Huonosti paraneva krooninen haava on herkkä kontaminoitumaan moniresistenteille bakteereille varsinkin, jos asiakas on lisäksi muuten huonokuntoinen. Tavallisia haavainfektion aiheuttajia ovat streptokokit ja stafylokokit. Bakterien lisääntyminen haavalla aiheuttaa kudoksen tuhoutumista. (Hietanen ym. 2002, 229; Kanerva & Tenhunen 2012. 100–101; Jussila & Lahtinen. 2010, 392.)

Haavainfektion oireet voivat olla paikallis- tai yleisoireita. Paikallisoireet tulevat ensin ja aiheuttavat haavan reunojen punoitusta, kuumotusta, kipua ja turvotusta. Myöhemmin haavaeritteen määrä lisääntyy, koostumus muuttuu ja se haisee pahalle. Haavakatteen tai nekroosin eli kuolleen kudoksen määrä voi myös lisääntyä infektion edetessä, mutta pelkkä kate tai nekroosi haavalla ei kerro infektiosta. Hoitamaton haavainfektio aiheuttaa yleisoireina lämmön nousua, pahoinvointia, yleiskunnon laskua ja tulehdusarvojen (P-CRP ja fB-Leuk) kohoamista. Seurauksena voi olla sepsis eli hengenvaarallinen yleisinfektio, jos bakteerit pääsevät verenkiertoon. (Hietanen ym. 2002, 229; Kanerva & Tenhunen 2012, 100–101.)

Kotona haavainfektion diagnoosi vahvistetaan useimmiten kliinisin perustein. Diabeetikon jalkahaavalla voi olla niukasti tavallisimpia kliinisiä infektion tunnusmerkkejä. Kipu ja punoitus voivat puuttua johtuen ääreisverenkierron heikkoudesta, neuropatiasta ja hyperglykemian aiheuttamasta valkosolujen toiminnan heikkenemisestä. (Jussila & Lahtinen 2010, 392; Kanerva & Tenhunen 2012, 101–103.)

Henkilöistä, joilla on krooninen alaraajahaava 4–5 prosenttia saa haavainfektion. Tietyn bakteerikannan olemassaolo tai sen lisääntyminen haavalla ei tarkoita haavainfektion syntyä. Yli 80 prosentilla kroonisista jalkahaavoista on bakteerikasvua ilman kliinisiä infektion oireita. Bakteerinäytettä ei oteta automaattisesti, koska turhia mikrobilääkehoidoja tulee välttää. Mikrobilääkkeet aiheuttavat sivuvaikutuksia sekä lisäävät kustannuksia ja resistenssien bakteerikantojen lisääntymistä haavalla. Bakteereiden kasvu haavassa ilman kliinisiä infektion oireita ei yleensä heikennä haavan paranemista. Haavainfektio epäilyssä bakteerinäyte otetaan aina haavan puhdistamisen jälkeen. (Käypä hoito -suositus 2007; Kanerva & Tenhunen 2012. 104–106.)

5 Haavanhoito

Haavanhoito koostuu useista tekijöistä, kuten aseptiikasta, paikallishoidosta, haavasidoksista ja haavakivun hoidosta. Haavanhoidon tulee vaikuttaa ensisijaisesti haavan syntyyn vaikuttaviin syihin, kuten verenkierron parantamiseen tai taustalla olevien paranemiseen vaikuttavien tekijöiden esimerkiksi tupakoinnin ja vajaaravitsemuksen pois-

tamiseen. Hyvällä haavanhoidolla pyritään haavan nopeaan paranemiseen ja estämään potilaan lisäkärsimykset. (Hietanen ym. 2002, 65.) Haavanhoitoon tarvitaan moniammatillista yhteistyötä. Haavatyypin mukaan hoitoon osallistuvat lääkäri, sairaanhoitaja, jalkaterapeutti, ravitsemusterapeutti ja / tai fysioterapeutti. Edellytyksenä haavanhoidon onnistumiselle on haavan aiheuttajan syyn tiedostaminen. Tehokas hoito on aloitettava mahdollisimman nopeasti ja haavan kesto ja koko ennustaa paranemista parhaiten. (Vaalasti, Hjerppe & Kääriäinen 2011, 137.)

Hyvä haavahoito on kokonaisvaltaista. Yhdessä potilaan kanssa mietitään paranemiseen vaikuttavat estävät ja edistävät tekijät ja miten hän voi niihin itse vaikuttaa. Haavan paranemiseen vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi ikä, hygienia, ravitsemus, yleiskunto, tupakointi ja diabeteksen hoitotasapaino. Paranemiseen vaikuttavat myös potilaan muut sairaudet, mahdolliset lääketieteelliset hoidot, itsehoitotaidot ja motivaatio. Potilaan kanssa suunnitellaan yhdessä tavoite ja hoitosuunnitelma. Hyvä haavahoito on vaikuttavaa, kustannustehokasta, kivutonta ja se ei aiheuta komplikaatoriskejä. (Hietanen 2012. 183; Korhonen 2012. 18.) Yhden laskimoperäisen säärihaavan hoitokustannukset ovat keskimäärin 6 300 euroa vuodessa. Kotihoidossa kolme kertaa viikossa hoidetun kroonisen haavan puolen vuoden kustannukset ovat 3 172 euroa. Potilaan viiden vuorokauden osastohoidon hinta 1 288 euroa. (Jokinen ym. 2009, 2193.)

5.1 Ennaltaehkäisy

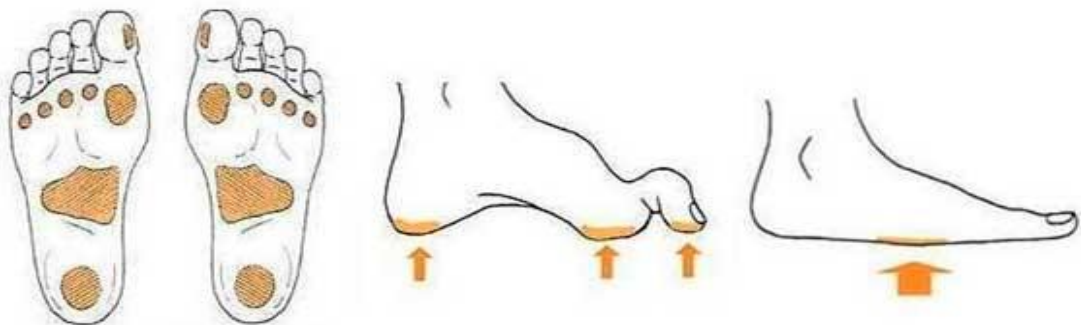
Parasta ja edullisinta haavojen hoitoa on niiden ennaltaehkäisy. Perusterveydenhuollossa on tärkeää tunnistaa riskitekijät ja kannustaa haavapotilaita riskitekijöiden poistamiseen. Tupakoinnin lopettaminen, liikunta ja painonhallinta ehkäisevät haavojen ilmaantumista ja myös nopeuttavat niiden paranemista. Rasva- ja sokeritasapainon hyvä ylläpitäminen ja monipuolinen ravitsemus ovat myös tärkeitä osatekijöitä. (Vaalasti ym. 2011, 141–142.)

Jalkojen päivittäinen omahoito on tärkeää haavojen ennaltaehkäisyssä, varsinkin diabeetikolla. Päivittäin jalat pestään ilman saippuaa, ja ne on kuivattava hyvin. Puhtaat jalat rasvataan perusvoiteella ja erityisesti on huomioitava kovettumat. Kynnet leikataan noin kahden viikon välein varpaan pään muodon mukaan, ja niitä ei saa leikata liian lyhyiksi.

Känsien ja kovettumien hoito on hyvä jättää ammattilaiselle. Hoitojen yhteydessä seurataan ihon lämpöä, väriä, hautumia, kovettumia, rakkuloita ja kynsien ympäräsihoa. Jalkojen kunnan tarkkailussa voi käyttää apuna peiliä. (Sane 2012, 344–345; Käypä hoito -suositus 2009.)

Jalkajumppa estää nivelten jäykistymistä, virheasentojen syntymistä, ja samalla jalan pienet lihakset voimistuvat. Varsinkaan diabeetikon ei tulisi kävellä paljain jaloin, koska suojatunto on heikentynyt. Sukat ja kengät eivät saa kiristää eivätkä myöskään olla liian löysät, koska ne aiheuttavat hiertymiä. Kengissä on hyvä olla noin 1,5 cm:n ylimääräinen tila kärjessä. Mikäli tarvitaan kevennys- tai tukipohjaa, tilaa on oltava riittävästi myös kengän korkeudessa. Ennen kenkien jalkaan laittamista ne on hyvä tunnistella kädellä sisältä, ettei siellä ole roskia tai kiviä, ja uudet kengät on totuteltava vähitellen jalkaan. (Sane 2012, 344–345; Käypä hoito -suositus 2009.)

Jalan anatomia on keskeinen kuormitusalueita määräävä tekijä



Myös jalkineet voivat aiheuttaa ihon kuormitusta ja haavataipumusta



Diabeetikon jalkaongelmat. (Kuva: Käypähoito -suositus 2009.)

Diabeetikon jalkahaavaumien syntymistä voidaan ehkäistä seurannalla. Erityisen tärkeää se on viimeistään silloin, kun havaitaan ensimmäiset ääreishermostojen häiriöt eli neuropatian merkit. Diabeetikon jalat tulisi tarkastaa joka päivä varsinkin, jos on kyseessä riskijalat eli verenkierto on heikentynyt, jalat ovat tunnottomat, jaloissa on virheasento

tai on aiemmin ollut jokin diabetekseen liittyvä jalkavamma. Päivittäisellä seurannalla varmistetaan, että iho on ehjä eikä ole rakkuloita tai tulehdukseen viittaavaa muun muassa kynsivallissa. Haavojen ennalta ehkäisemiseksi riskitilanteet on tunnistettava ja ongelmatilanteissa ohjattava asiakas jalkojenhoitajalle, jalkaterapeutille tai jatkohoitoon. Ammattilaisen tekemä jalkojen riskiarviointi diabeetikolle pitäisi tehdä kerran vuodessa. (Käypä hoito -suositus 2009; Rönnemaa 2009, 187–188; Mustajoki 2012.)

Riskiluokka	Suojatunto puuttuu	Rakennevirhe	Pulssien puute	Aiempi haava tai amputaatio	Toimet
0	EI	EI	EI	EI	Tarkastus ja riskiluokitus vuosittain Perusohjaus
1 Haavariski kaksinkertainen	KYLLÄ 1	EI	EI	EI	Tarkastus vastaanotolla vähintään vuosittain Perusohjaus ja jalkojen omaseuranta Jalkineohjaus
2 Haavariski yli viisinkertainen	KYLLÄ	KYLLÄ TAI EI Vähintään toinen näistä 2	KYLLÄ TAI EI	EI	Säännölliset käynnit jalkaterapeutilla Omahoidon tehostus Tarkastus vastaanotolla Verenkierron selvittely
3 Haavariski yli kymmenkertainen	EI MERKITYSTÄ			KYLLÄ 3	Säännölliset käynnit jalkaterapeutilla Valmius ongelmien hoitoon Tarkastus joka vastaanottokäynnillä

Taulukko1. Diabeetikon jalkojen riskiluokitus (Käypä hoito -suositus 2009)

5.2 Ravitsemuksen merkitys

Haavojen paranemiseen vaikuttaa merkittävästi potilaan ravitsemustila. Diabeettiset haavat ovat useimmiten ikääntyneillä diabeetikoilla, ja heillä vajaaravitsemuksen riski on vielä suurempi kuin muilla. Heikentynyt ravitsemustila lisää haavojen syntyä, haavainfektion riskiä ja hidastaa paranemista. Hyvä ravitsemushoito on oleellinen osa kokonaisvaltaista haavanhoitoa ja varsinkin diabetestä sairastavilla hyvä hoitotasapaino ja ravitsemustila ovat merkityksellisiä. Potilaan paino ja painohistoria ovat ravitsemustilan arvioinnissa keskeiset tiedot. Ravitsemustilan arviointiin on olemassa myös erilaisia seulontamenetelmiä. Kun vajaaravitsemusriski on olemassa, tärkeintä on riittävä energian ja proteiinien saanti, sekä mahdollisimman monipuolinen ruokavalio. Ravitsemus-

hoitosuunnitelma on hyvä tehdä yksilöllisesti, ja mahdollisuuksien mukaan sen voi tehdä ravitsemusterapeutti. (Schwab 2012, 83–85; Aro 2013, 14–15.)

Ravinnon tarve on yksilöllinen, ja siihen vaikuttavat esimerkiksi potilaan ikä, koko ja haavan koko. Vajaaravitsemus aiheutuu, kun energian, proteiinien, vitamiinien ja kivennäisaineiden saanti on vähäisempää kuin niiden tarve. Syynä voi olla riittämätön ravinnon saanti, ravinnon imeytymishäiriö tai lisääntynyt ravinnon tarve. Ravinnon tarve lisääntyy, kun ravintoaineita menetetään haavaeritteiden mukana ja haavalle muodostuu uudiskasvua. Vajaaravitsemus aiheuttaa fysiologisia ja rakenteellisia muutoksia kudoksissa ja elimissä, ja samalla vastuskyky heikkenee. Ravitsemuksella on merkitystä ihon kuntoon sekä potilaan vireyteen ja toimintakykyyn. Väsymys ja toimintakyvyn heikentyminen voivat aiheuttaa myös mielialan laskua ja jopa sekavuutta. (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry 2013.)

5.3 Haavakipu ja sen hoito

Haavapotilaat kokevat, että heidän elämänsä on elämistä kivun kanssa ja sen ehdoilla. Kipu on yleisin oire haavasta, ja se on vaihteleva lievästä kivuliaaseen. Haavakipu voi olla ajoittaista tai jatkuvaa ja vaihdella vuorokauden ja vuodenajan mukaan. Yöllinen haavakipu on tavallista, ja se aiheuttaa uniongelmia. On oltava liikkeellä yöaikaan kivun helpottumiseksi, ja se aiheuttaa väsymystä ja ärtyisyyttä. Kipulääkkeiden lisäksi haavapotilaat käyttävät kivun helpottamiseksi esimerkiksi asentohoitoa, liikuntaa ja kylmä- ja lämpöhoitoa. Monet haavapotilaat kuitenkin välttävät kipulääkkeitä, koska pelkäävät niiden liiallista käyttöä ja mahdollista riippuvuutta. (Eronen 2011, 58–59.)

Haavakipu voi lisääntyä ajan myötä, ja haavan ympäristö voi myös herkistyä sekä kipeytyä. Haavaa käsitellessä kipua aiheuttavat suihkutukset, mekaaninen puhdistus ja kiinni tarttuneet sidokset. Hyvä kivunhoito on tärkeää asianmukaisen paikallishoidon toteuttamiselle, ja samalla se helpottaa potilaan pelkoa ja ahdistusta. Kipulääke on otettava ajoissa, koska vain otettu lääke auttaa. Paikallisuudutetta voidaan käyttää ennen haavan mekaanista puhdistusta. (Korhonen 2012, 18.)

Kivunhoidon suunnittelussa on tärkeää potilaan oma arvio kivustaan. Potilasta haastellaan kiputuntemuksista ja jos potilas ei itse pysty kuvaamaan kipua, kysytään läheisiltä ja haavanhoitoon osallistuvilta. Tarkkailemalla potilaan kipukäyttäytymistä saadaan myös tietoa asiasta. Keskustelu ja arviointi tehdään kiireettömästi ja rauhallisessa ympäristössä. Kysymyksillä voidaan tarkentaa, missä ja kuinka kauan kipu tuntuu, mikä vaikuttaa kipuun helpottavasti ja mikä pahentaa sitä, onko eri vuorokauden aikoina kivussa vaihtelua ja haittaako kipu unta ja päivän puuhailuja. Kivun arvioinnin apuna voidaan käyttää myös kipumittaria. Kivun hoidon tavoite on turvallisuus ja riittävä teho sekä potilaan toimintakyvyn turvaaminen. (Malmgren & Kontinen 2012, 91–93.)

5.4 Turvotuksen estohoito

Laskimoperäisen haavan tärkein hoito on turvotuksen poisto sääreltä ennen paikallishoitoa. Mahdollisimman nopeasti aloitettu ja hyvin tehty turvotuksen estohoito parantaa pääosan laskimoperäisistä haavoista. Kompressiohoitona käytetään turvotuksen hoitoon erilaisia tukisidoksia tai lääkinnällisiä hoitosukkia. Kompressioidon tarkoituksena on parantaa pohjelihaspumpun toimintaa ja parantaa laskimoverenkiertoa. Alussa säären ympärysmitta muuttuu nopeasti, ja siksi sidokset ovat paremmat. Pahimman turvotuksen laskettua siirrytään hoitosukkiin, jolloin sääri mitataan tarkasti, jotta sukka olisi riittävän tehokas. Sukat olisi uusittava puolen vuoden välein, koska ne löystyvät käytössä. Säären mittaus on aina tehtävä uudelleen sukkaa hankittaessa. Lääkäri kirjoittaa potilaalle hoitosukista määräyksen. Esteenä kompressiohoidolle voi olla alaraajojen tukkiva valtimotauti eli ASO. (Käypä hoito -suositus 2007; Vaalasti ym.2011, 137–138; Pukki 2012, 285.)

Tukisidoksen valintaan vaikuttavat asiakkaan liikuntakyky, raajan koko ja haavaeritteiden määrä. Erilaisille tukisidoksille on oma sidontamalli, ja sidoksilla saatu tuki perustuu sidontatekniikan osaamiseen. Tavallisimmin käytetyt sidonnat ovat tähkä-, spiraali- ja anatominen sidontamalli. Tähkä- ja spiraalimallinen sidos tehdään hyvin elastisella siteellä, ja ne on poistettava yöksi. Elastisella siteellä saadaan voimakas tuki, ja se sopii vähemmän liikkuville. Anatominen sidonta tehdään useammalla heikosti elastisella siteellä, ja niitä ei tarvitse poistaa yöksi. Anatominen sidonta sopii liikkuville haava-asiakkaille. Monikerrossidonnassa tehdään 2–4 sidekerrosta, ja sillä saadaan useita vuorokausia kestävä kompressio. Monikerrossidonta sopii asiakkaille, joiden haavan hoito-

väli on pidempi. Eri sidosten ja lääkinnällisten hoitosukkien turvotuksen estohoidon tehokkuudessa ei ole merkittävää eroa. (Käypä hoito -suositus 2007; Pukki 2012, 285–288.)

Sitomisen tekniikan oppiminen ja hallinta perustuu harjoitteluun, koska jalan malli voi olla haasteellinen sidottaessa. Sitomisen alussa nilkan on oltava 90 asteen kulmassa. Sidos aloitetaan varpaiden tyvestä, kantapää peitetään kokonaan, ja se lopetetaan 2 cm polvitaiteen alapuolelle. Alussa side voi olla kapeampi, ja leveämpi side vaihdetaan säären paksuuntuessa. Haavan, luu-ulokkeiden ja kapeiden alueiden kohdalle laitetaan sidoksen alle pehmustetta. Sidoksen on oltava hyvätuntuinen, pysyä paikallaan ja muotoutua säären anatomian mukaan. Sidoksen on annettava riittävä kompressio, ja se ei saa estää liikettä nivelen kohdalla. Turvotuksen estohoitoa on jatkettava ennaltaehkäisevästi haavan paranemisen jälkeenkin, koska haavan uusiutumisriski on suuri. (Käypä hoito -suositus 2007; Lehtola & Hietanen 2002, 151–154; Pukki 2012, 285–288.)

Liike- ja asentohoito muiden hoitojen tukena on myös tärkeää turvotuksen estohoidossa. Se parantaa laskimoiden verenkiertoa ja siten nopeuttaa haavan paranemista. Seisomista pitkään paikallaan ja jalkojen päällä istumista jalat koukussa on vältettävä. Istuesssa on varottava polvitaiteita painumalta, ja jalkojen alla on hyvä käyttää koroketta. Jalkojen pitäminen kohoasennossa, yli sydämen tason, on myös tehokas tapa poistaa turvotusta. Noin puolen tunnin kohoasento kerrallaan kolme tai neljä kertaa päivässä on riittävä määrä. Saunassa ei jalkoja suositella nostettavaksi sydämen tason yläpuolelle. Säännöllinen päivittäinen liikunta ja jalkavoimistelu parantavat verenkiertoa ja vahvistavat lihaksia. (Chatterjee 2012; Lehtola & Hietanen 2002, 152.)

5.5 Aseptiikka

Haavojen hoidoissa on aina noudatettava hyvää hoitohygieniaa myös kotona. Potilaan kotiympäristössä on vaikeampi vaikuttaa työolosuhteisiin ja riskitekijöihin. Puhtaan hoitotilan toteutus haavanhoidon ajaksi on tärkeää, tosin se ei ole helppoa. Tärkeintä on hyvä käsihygienia ja tavanomaiset varotoimet eli hyvien hoitokäytäntöjen noudattaminen jokaisessa hoitotilanteessa. Hyvän ja huolellisen käsihygienian lisäksi suojaudutaan asianmukaisesti vereltä ja muilta eritteiltä. Jokaisella hoitokerralla käytetään puhtaita

välineitä ja aineita ja hoitovälineet viedään puhdistukseen ja desinfektioon käytön jälkeen. Hoitoympäristöstä poistetaan eritteet sekä ehkäistään veritapaturmien syntymistä käsittelemällä teräviä hoitovälineitä oikein. (Jussila & Lahtinen 2010, 392–393.)

Käsien desinfiointi alkoholipitoisella käsihuuhteella on tärkein käsihygieniamenetelmä. Kädet desinfioidaan potilaan kotiin mennessä ja sieltä poistuttaessa, ennen suojakäsineiden ja muiden suojainten pukemista sekä niiden riisumisen jälkeen. Käsien desinfiointi tehdään myös ennen ja jälkeen haavanhoidon, veren ja eritteiden käsittelyn jälkeen, ennen puhtaiden tarvikkeiden käsittelyä sekä likaisten hoitovälineiden käsittelyn jälkeen. Potilaan ja perheenjäsenten ohjaus oikeaan käsihygieniaan on myös tärkeää varsinkin, jos he osallistuvat haavanhoitoon. Käsien pesu vedellä ja saippualla ennen ja jälkeen hoitotoimenpiteiden on hyvä perheen käsihygieniamenetelmä, mutta myös käsi-desinfektiota on hyvä ohjata käyttämään. (Jussila & Lahtinen 2010, 393–394.)

5.6 Kroonisen jalkahaavan paikallishoito

Kroonisten jalkahaavojen paikallishoitoa toteutetaan yleisten haavanhoitoperiaatteiden mukaan. Haavan paikallishoidon toteutus on riippuvainen potilaaseen ja haavaan liittyvistä asioista sekä hoitoon käytettävistä voimavaroista. Asiakkaan perussairaudet ja terveydentila ovat hoidon valintaan vaikuttavia osatekijöitä. Haavadiagnoosi on tiedettävä sekä haavan koko, syvyys, paranemisvaihe ja kudoksen tyyppi. Voimavarat koostuvat hoitomenetelmistä, tarvikkeista, hoitopaikasta ja hoitoon osallistuvista hoitajista. (Hietanen 2012, 183.) Paikallishoidon tavoitteena on, että haava pysyy kosteana, haava puhdistuu ja se suojataan infektiolta. Haavanhoidon väli riippuu haavan kunnosta ja onko siinä infektio. Infektoitunut haava on hoidettava tiheämmin, mutta puhdas pohjaisen haavan hoitoväli voi olla jopa viikko. (Käypä hoito -suositus 2007.)

Haavan puhdistuksen tarkoituksena on poistaa eloton kudos, lika, haavaeritteet ja tuotejäämät haavalta. Haava puhdistetaan suihkuttamalla 1–5 minuuttia tai huuhtelemalla vedellä tai keittosuolaliuoksella. Haava ei saa kuivua eikä jäähtyä suihkutuksen jälkeen. Vetyperoksidiliuosta voi käyttää nekroottisen ja infektoituneen haavan puhdistukseen, mutta se on huuhdeltava pois kuohumisen jälkeen. Vetyperoksidia ei suositella jatkuvan käyttöön eikä onkalo- ja fistelihaavoihin. Jatkuvasti käytettynä se on haitaksi ter-

veille soluille ja saattaa estää muiden haavanhoitotuotteiden vaikutusta. Fistellihaavalta peroxidin vaikutuksesta voi irrota materiaalia, joka tukkii fistellin. Peroxidin on päästävä vapaasti pois haavalta ja siksi on haavapohjan muoto tiedettävä hyvin. (Käypä hoito -suositus 2007; Hietanen 2012a, 188.)

Mekaanisen puhdistuksen avulla haavalta puhdistetaan kuollut kudokset eli nekroottinen kudokset. Se tehdään instrumenttien avulla vahingoittamatta tervettä kudosta ja kipua lisäämättä. Sopivia instrumenttejä ovat pinsetit, kauha, sakset, kirurginen veitsi ja rengaskyretti. Kuolleen kudoksen poistoon voidaan tarvittaessa puhdistuksen tehostamiseksi käyttää autolyyttistä, entsyymattista, kemiallista tai biologista puhdistusta. Haavan puhdistusta aloittaessa tehdään arviointia haavan kudoksesta ja paranemista. Syvyyttä ja onkaloitumista ja reunojen tilannetta arvioidaan sitten puhdistuksen jälkeen. Mekaanista puhdistusta ei tehdä, jos kudosta ei tunnisteta, epäillä pahanlaatuisuutta tai haavan anatomia on epäselvä. Puhdistus lopetetaan, jos haavalla on runsasta verenvuotoa eikä vuotokohta ole nähtävissä tai siitä aiheutuu voimakasta kipua. (Käypä hoito -suositus 2007; Hietanen 2012a, 189–190.)

Diabeetikon jalkaan tulleen haavan hoito on aloitettava välittömästi, koska se voi johtaa amputaatioon. Diabeetikon iskeemisen ja muidenkin iskeemisten haavojen kuivaa nekroosia ei saa poistaa ennen verenkiertotilanteen selvittämistä, paitsi jos katteen alla on märkää. Neuropaattinen haava hoidetaan kuten muutenkin krooninen haava, mutta sitä on tarkkailtava useammin infektioriskin vuoksi. Haavapinta on pidettävä kosteana, mutta haavan ympäristö ei saa hautua ja kuollut kudokset on poistettava. Paikallishoidon valinta ei yksinään vaikuta haavan paranemiseen. Neuropaattisen haavan hoidossa on tärkeää poistaa mekaaninen rasitus eli toteuttaa kevennyshoitoa. Haavan synnyttyä asiakkaalle annetaan ohjausta kuormituksen vähentämiseksi haava-alueelta kävelyn vähentämisen, levon ja kyynärsauvojen avulla. (Käypä hoito -suositus 2009; Vaalasti ym. 2011, 137–138.)

5.7 Haavanhoitotuotteet

Haavahoitotuotetta valittaessa on keskusteltava asiakkaan ja omaisten kanssa, että kuka ja missä haava hoidetaan. Asiakkaan sitoutumista hoitoon auttaa arvio haavan parane-

misen aikataulusta, mitä se maksaa ja mistä tuotteita hankitaan. Haavahoitotuotteen valintaan vaikuttavat monet tekijät, mutta asiakkaan tarpeet ovat ensisijaiset. Lisäksi on otettava huomioon haavan luonne, sijainti, koko, haavaa ympäröivän ihon kunto ja hinta. Tuotteiden käyttäjän on tutustuttava ennen niiden käyttämistä tuotteiden käyttöaiheisiin, vasta-aiheisiin ja opetella niiden oikea käyttö. Tuotteita on käytettävä valmistajien ohjeiden mukaan. (Hietanen 2012b, 136.)

Haavahoitotuotteissa on runsaasti eri vaihtoehtoja, ja tuote valitaan sen mukaan, tarvitaanko imevää, kostuttavaa, puhdistavaa ominaisuutta vai pelkkä sidos. Haavahoitotuotteet voivat aiheuttaa allergiaa, ja sen vuoksi on seurattava haavan ympärillä ärsytystä, punoitusta, ihottumaa tai onko rakkuloita. Erilaisten haavahoitotuotteiden paremmuudesta ei ole tutkimuksellista näyttöä. Hyvä haavahoitotuote ei tartu, ei vahingoita haavapintaa, se tuntuu käytössä hyvältä ja on myös hinnaltaan kohtuullinen. (Käypä hoito -suositus 2007; 2009.)

5.8 Itsehoidon ohjaus

Asiakkaan hoitoon sitouttaminen itsehoitoon vaatii häneltä itseltään vastuunottamista ja yhteistyötä eri ammattiryhmien kanssa. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi asiakkaan ikä, sukupuoli, koulutus sekä omat arvot ja asenteet. Lisäksi sitoutumiseen vaikuttavat asiakkaan erilaiset voimavarat, kuten sairaudet ja erilaiset elämäntilanteet ja miten hän on tottunut yleensä ratkaisemaan ongelmiaan. Asiakkaan sosiaalinen ja taloudellinen tilanne voi vaikuttaa sitoutumiseen, jos hoidon merkitystä ei ole perusteltu tarpeeksi tai ei ole yhdessä tehty sopimusta hoidosta. (Kyngäs & Hentinen 2009, 26–34.)

Ammattihenkilöiden ja asiakkaan suhteella ja vuorovaikutuksella on oleellinen osa hoidon oppimisessa ja siihen sitoutumisessa. Hoidon ja sen seurannan järjestäminen, sekä positiivisen palautteen antaminen hoidosta auttavat hoitoon sitoutumisessa. Perheen ja läheisten tuki sekä heidän välinen hyvä vuorovaikutus ovat myös oleellisia hoitoon sitoutumisessa, ja se vaatii ammattihenkilöiltä perheen huomiointia ja mukaan ottamista hoidossa. Vertaistuki samassa tilanteessa olevan henkilön kanssa auttaa usein niitäkin, joilla on ongelmia hoitoon sitoutumisessa. (Kyngäs & Hentinen 2009, 26–34.)

Itsehoidon onnistumiseksi on asiakkaalle ja hänen omaisilleen annettava riittävästi tietoa ja ohjausta. Ammattihenkilöiden tehtävänä on saada asiakas ottamaan vastuu itsensä hoitamisesta, ja ohjauksen tavoitteena on saada asiakas sitoutumaan hoitoon ja seurantaan. Onnistunut ohjaus vaatii tiedon siitä, mitä asiakas jo tietää, mitä hän haluaa ja tarvitsee tietää ja miten hän parhaiten oppii asian. Asiakkaille annetaan tiedollista, emotionaalista tai konkreettista ohjausta. Tiedollinen ohjaus on sitä, että asiakkaalle on kerrottu hoidon kannalta tärkeät tiedot ymmärrettävästi ja että hän on omaksunut ne. Emotionaalinen ohjaus on hoidon aiheuttamien tunteiden käsittelyä niin, että asiakas voi elää normaalia elämää. Konkreettisella ohjauksella tarkoitetaan esimerkiksi hoitovälineiden ja apuvälineiden sekä taloudellisen tuen ohjausta ja järjestämistä. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 41–48; Kyngäs & Hentinen 2009, 76.)

Asiakkaan sitoutuminen terveellisempiin elintapamuutoksiin ja oikeaan hoitoon parantaa terveyttä ja toimintakykyä, ja samalla elämänlaatu paranee, sekä turvallisuuden tunne ja elinvuodet lisääntyvät. Hoidon onnistumiseen ratkaisevasti vaikuttaa se, miten asiakas motivoituu hoitamaan itseään. Yksilöllisesti annettu ohjaus ja opetus ovat tehokkaampia, kuin ainoastaan annetut kirjalliset ohjeet. Yksilöohjauksen tukena voi olla myös ryhmäohjausta, jossa on mahdollisuus keskustella ja vaihtaa kokemuksia toisten kanssa. (Hietanen ym. 2002, 251; Käypä hoito -suositus 2009; Kyngäs ym. 2007, 12; Kyngäs & Hentinen 2009, 22–25.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Työ kotihoidossa on laaja-alaista ja kokonaisvaltaista hoito- ja huolenpitotyötä ja se edellyttää monenlaista osaamista. Vastuullinen ja vaativa työ edellyttää jatkuvaa opiskelua sekä itsensä kehittämistä. Ammattitaidon kehittäminen vaatii oman alan seuraamista, omien tietojen ja taitojen arviointia sekä aktiivista työtettä. Ammatti-identiteettiin kuuluu myös oman ammattitaidon ylläpitäminen. (Ikonen & Julkunen. 2007, 145–146.) Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) määrää työntekijän täydentämään osaamistaan, mutta myös työnantajan on järjestettävä henkilöstölle täydennyskoulutusta (Finlex 1994).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli päivittää Rautavaaran kunnan kotihoidon ja palveluasumisyksiköiden henkilökunnan haavahoitotietoutta kroonisten jalkahaavojen osalta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli myös herättää kiinnostus haavanhoitoihin liittyvään jatkokoulutukseen. Tehtävänäni oli järjestää kaksi samansisältöistä haavanhoitokoulutusta (liite 3) Rautavaaran kunnan kotihoidon ja palveluasumisyksiköiden henkilökunnalle. Koulutus oli tarpeen, koska haavahoito-ohjeet muuttuvat, ja kotihoidossa oleva asiakas itse sekä omaiset osallistuvat haavahoitoihin ja tarvitsevat myös ohjausta.

7 Opinnäytetyön toteutus

Ammattikorkeakoululaissa (351/2003) ja ammattikorkeakouluasetuksessa (352/2003) on määrätty, että opinnäytetyö on osa ammattikorkeakouluopintoja. Ammattikorkeakoulun tutkintosääntö määrittelee, että opiskelija kehittää ja näyttää opinnäytetyön avulla osaamistaan soveltaa tietoja ja taitoja käytännön asiantuntijatehtävissä, jotka liittyvät ammattiopintoihin. Opinnäytetyön aihe valitaan opiskelijan ammatillisen kiinnostuksen mukaan siten, että se liittyy opiskelijan koulutusohjelmaan. Mielellään se toteutetaan yhteistyönä työelämän kanssa esimerkiksi toimeksiantona. (Karelia-ammattikorkeakoulu 2013, 5-7.)

Minulla oli toiminnalliselle opinnäytetyölleni toimeksiantosopimus Rautavaaran kunnan perusturvaosaston kanssa (liite 1). Krooniset jalkahaavat ovat osa kirurgian hoitotyön opintoja, ja olin itse kiinnostunut aiheesta. Opinnäytetyön toteutuksen suunnittelussa tein aluksi yhteistyötä sähköpostitse ja puhelimitse Kuopion yliopistollisen sairaalan kirurgian poliklinikan auktorisoitujen haavahoitajien, Tuulikki Tähtivaaran ja Päivi Mäntyvaaran kanssa. Kirjallisen raportin lisäksi toiminnallisena osuutena oli kaksi samansisältöistä koulutustilaisuutta, johon valmistin aihetta käsittelevän PowerPoint-diasarjan (liite 4). Diasarja jäi koulutuksen jälkeen toimeksiantajan käyttöön.

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisella opinnäytetyöllä pyritään käytännön ohjeistukseen, opastukseen, toiminnan järjestämiseen tai järjeistämiseen. Se on yleensä työelämäntarpeista lähtevä, ja sillä on usein ulkopuolinen toimeksiantaja. Toiminnallisena tuotoksena syntyy tuote, joka voi olla ohje, ohjeistus, tietopaketti tai tapahtuma. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytäntö ja teoria kirjallisen työn muodossa. (Karelia-ammattikorkeakoulu 2013,7–8; Vilkka & Airaksinen 2003, 9, 15.)

Opinnäytetyöni on toiminnallinen ja toteutin toiminnallisen osuuden järjestämällä kaksi koulutustilaisuutta Rautavaaran kunnan kotihoidon ja palveluasumisyksiköiden henkilökunnalle 17. ja 18.4.2013 (liite 3). Kaksi samansisältöistä koulutustilaisuutta mahdollisti useamman työntekijän osallistumisen koulutukseen. Koulutettava henkilökunta koostui Rautavaaran kunnan perusturvaosaston lähi-, perus-, kodin- ja sairaanhoitajista sekä lähiavustajista. Koulutuksiin osallistui 33 työntekijää eli lähes koko Rautavaaran kunnan kotihoito- ja palveluasumisyksiköiden henkilökunta. Sijaishenkilökunnassa on työntekijöitä, joilla ei ole hoitotyön koulutusta, mutta heillä on pitkä työkokemus hoitotyöstä.

7.2 Tiedon keruu ja opinnäytetyön prosessin eteneminen

Tiedon etsiminen tulisi kohdistua alkuperäisiin lähteisiin. Ne voivat olla esimerkiksi yksittäisiä raportteja, tutkimuksia tai artikkeleita painettuna tai sähköisessä muodossa. (Hirsijärvi ym. 2002. 80–81.) Tiedon keruuta voi tehdä myös konsultoimalla asiantuntijoita. Konsultoimalla kerättyä tietoa käytetään opinnäytetyössä samoin kuin muulla lähteaineistolla saatua tietoa ja se on myös muun aineiston päättelyn tukena. Haastatteleamalla asiantuntijoita kerätään ja varmistetaan tietojen faktat. (Vilkka & Airaksinen 2003, 57–58.)

Aineiston keruussa hyödynsin Internetiä ja Karelia ammattikorkeakoulun sekä Nurmeksen kirjastopalveluja ja opinnäytetyön aihetta käsittelevää aineistoa löytyi hyvin. Kuopion yliopistollisen sairaalan kirurgian poliklinikan auktorisoidut haavahoitajat Tuulikki Tähtivaara ja Päivi Mäntyvaara ovat antaneet konsultaatioapua aiheen rajaukseen sekä huomioitaviin seikkoihin, ja heiltä sain myös ohjeita aineiston hankintaan. Sain ohjeis-

tusta auktorisoitu haavahoitaja Tuulikki Tähtivaaralta sähköpostitse ja kävin henkilökohtaisesti Kuopion yliopistollisen sairaalan kirurgian poliklinikalla tammikuussa 2013 haastattelemassa auktorisoitua haavahoitajaa Päivi Mäntyvaaraa.

Lähteinä olen käyttänyt tieteellisiä artikkeleita ja tutkimuksia, ammatillista kirjallisuutta sekä myös kansainvälisiä tietolähteitä. Englanninkielisiä tutkimuksia aiheesta olisi ollut runsaasti käytettävissä, mutta englanninkielen taitoni on melko heikko ja niiden tarkastelu sekä tulkinta oli hidasta ja paljon aikaa vievää. Käyttämäni lähdemateriaalien tekijät ovat kansainvälisestikin arvostettuja suomalaisia haava-asiantuntijoita. Otin vastaan opinnäytetyön ohjausta, jotka olivat ryhmäohjauskeskusteluja kerran kuussa. Ohjaus oli kannustavaa tavoitteiden saavuttamiseksi ja samalla sai tukea omille ajatuksille. Ohjaajalta sain myös ohjausta tietolähteille. Jätin kaksi ohjaukset väliin omista henkilökohtaisista syistä johtuen.

Päätin jo opintojen alkuvaiheessa, että teen opinnäytetyön yksin, koska silloin voin työskennellä itsenäisesti ja oman aikataulun mukaan. Keskustelussa vuoden 2012 syksyllä Rautavaaran kotihoidon sairaanhoitajan kanssa tuli toiveena esille koulutuspyyntö tavallisimpien kroonisten verisuoniperäisten jalkahaavojen hoidosta. Syksyllä 2012 aihe suunnitelman hyväksymisen jälkeen tehtiin toimeksiantosopimus Rautavaaran kunnan perusturvaosaston kanssa ja samalla sovittiin päivämäärät milloin koulutustilaisuudet pidetään.

Alkuperäinen suunnitelma oli työstää toiminnallista osuutta, koulutustilaisuutta, yhdessä auktorisoidun haavahoitajan Tuulikki Tähtivaaran kanssa. Koulutus oli tarkoitus toteuttaa yhdessä ja kutsua paikalle myös haavanhoitotuote-esittelijä. Yhteistyö kumppanini Tuulikki Tähtivaara vaihtoi työyksikköä loppuvuodesta 2012 ja luopui siten yhteistyötä. Sain toisen auktorisoidun haavahoitajan yhteystiedot ja otin häneen yhteyttä. Silloin auktorisoitu haavahoitaja Päivi Mäntyvaara lupasi antaa konsultointiapua, mutta aika ei riittäisi muuhun yhteistyöhön.

Aiheen löydyttyä sitä on yleensä rajattava. Aineistoa on hyvä kerätä vasta sitten, kun on miettinyt, mitä tietoa haluaa ja mitä aineistolla haluaa viestiä. Aihe voi olla liian laaja ja sitä on tarkennettava ja suunniteltava uudelleen aineistoa kerätessä. (Hirsijärvi ym. 2002. 71–72.) Opinnäytetyön aiheen rajaus oli vaikeaa, koska erilaiset krooniset jalka-

haavat ovat laaja kokonaisuus haavanhoitoalueessa. Aiheesta on runsaasti tietoa ja materiaalien tarkastelu on vienyt erityisen paljon aikaa. Rajasin aihetta aluksi vain laskimo- ja valtimoperäisiin jalkahaavoihin, mutta laajensin työn käsittämään myös diabeettisia jalkahaavoja. Lisäsin diabeettiset haavat työhön mukaan, koska ne ovat yksi suuri osa-alue kroonisissa jalkahaavoissa ja aihe nivoutuu yhteen valtimoperäisten haavojen kanssa. Vuoden 2012 syksyn aikana tutustuin aineistoon ja aloin kerätä sitä vähitellen kirjallista työtä varten.

Aiheen rajausta helpotti keskustelu auktorisoidun haavanhoitajan Päivi Mäntyvaaran kanssa. Hän ehdotti, että toteutan koulutuksen haavanhoidon perusasioista ja jos kiinnostusta löytyy, hän jatkaa haavakoulutuksia. Lopulta rajasin aihetta vielä niin, että käsittelem vain kroonisen jalkahaavan haavanhoidon peruseriaatteita ja tärkeimpiä haavanhoitoon vaikuttavia tekijöitä. Työntekijöissä on kouluttamattomia, ja heitä, jotka eivät ole hoitaneet haavoja, vaikka on hoitoalan koulutuskin. En ottanut mukaan työhön esimerkiksi haavanhoitoon kuuluvia lääkkeitä tai haavanhoitotuotteita, koska työstä olisi tullut minulle liian laaja. Opinnäytetyösuunnitelmaa tehdessäni luovuin haavatuote-esittelijän koulutustilaisuuteen kutumisesta, koska haavahoitotuotteet on myös oma iso alueensa.

Sain opinnäytetyösuunnitelman valmiiksi maaliskuussa 2013. Laatimani alkuperäinen opinnäytetyösuunnitelman mukainen aikataulu oli haasteellinen toteuttaa, ja se ei toteutunut aivan suunnitelman mukaan. Opinnäytetyön teorian kirjoittamista tehostin suunnitelman valmistuttua ja sain raportin tietoperustan lähes valmiiksi huhtikuussa 2013. Koulutusta työstin ajatuksissa koko kevään ajan ja varasin tilat sekä tietotekniset välineet koulutusta varten terveyskeskuksesta maaliskuun alussa. Valmistin PowerPoint-diasarjan keräämäni teorian perusteella vähän ennen koulutusta. PowerPoint-dioissa käyttämäni kuvat ovat Käypähoito -suosituksista ja Terveystietä poimittuja. Käytin niitä kuvia, koska niitä voi käyttää opetuskäytössä ja niiden käyttöön ei tarvittu erillistä lupaa.

Toteutin opinnäytetyön toiminnallisen osuuden keväällä 2013. Koulutuspäivät oli sovitettu toimeksiantajan kanssa toimeksiantosopimuksessa joulukuussa 2012 pidettäväksi 17.4. ja 18.4.2013. Toimeksiantaja oli ilmoittanut alustavasti työntekijöille koulutuksesta jo toimeksiantosopimuksen tekemisen jälkeen ja vahvistanut ne tammikuun 2013

osastokokouksissa. Koulutustilaisuudet otettiin huomioon työvuorosunnittelussa. Sovimme toimeksiantajan kanssa, että koulutukset pidetään terveystieteiden päivakeskuksessa. Kutsun koulutukseen tein jo tammikuun lopussa 2013. Päiväkeskuksen tilat valittiin siksi, koska ne ovat fyysisesti lähellä palvelutaloyksiköitä sekä kotihoidon toimistoa. Se oli hyvä ratkaisu, koska koulutuspaikka oli lähellä, niin myös se mahdollisti useamman työntekijän osallistumisen koulutukseen. Ongelmana päiväkeskustiloissa oli valkokankaan puuttuminen, johon diaesityksen voi heijastaa. Heijastin esityksen seinälle, mutta diaesityksen näkyvyyttä häiritsi epätasainen aaltoileva seinänpinta.

Aloitin koulutushetken kahvitarjoilulla, johon olin varannut aikaa 20 minuuttia. Olin ollut opintovapaalla omalta työpaikalta lähes vuoden, joten kahvittelun lomassa oli hyvä vaihtaa kuulumiset ja avata keskustelu. Jännitin koulutustilaisuutta, koska en aikaisemmin ole ollut samanlaisessa tilanteessa, mutta jännitys unohtui nopeasti tilaisuuden alettua. Koulutuksen pohjana olivat valmistamani PowerPoint-diasarjan aiheesta. Valitsin diaan yksinkertaisen vaaleanvihreän värin ja kuvion, koska myös käyttämäni kuvat näkyivät hyvin niissä. Haavanhoito liittyy kirurgiseen hoitotyöhön, ja vihreä väri on vieläkin tyypillinen kirurgiaan liittyvä väri. Itse koulutustilaisuus kesti tunnin ja viisitoista minuuttia, joten pysyin hyvin aikataulussa ja keskustelulle jäi vielä aikaa.

Toimeksiantaja maksoi koulutukseen liittyvät materiaalikustannukset, jotka koostuivat lähinnä koulutusmateriaalin monistuskuluista. Koulutustilat ja välineet toimeksiantaja antoi maksutta käyttöön. Matkakustannukset Nurmekselta Kuopion yliopistolliseen sairaalaan ja koulutuspaikkakunnalle Rautavaaralle maksoin itse. Yövyin Rautavaaralla poikani perheessä, joten koulutusmatkakustannukset puolittuivat. Koulutustilaisuuden alussa tarjoamani kahvin ja kahvileivän tarjosin myös omista varoistani. Olimme sopineet toimeksiantosopimuksessa kustannuksista.

Koulutustilaisuuksien jälkeen oli tarkoitus työstää raporttia niin, että se olisi ollut toukokuun 2013 seminaarissa esitettävänä, mutta en onnistunut siinä. Monien yhteensattumien vuoksi raportin kirjoittamiseen tuli lähes kahden kuukauden tauko ja lopullinen kirjoittaminen jäi syksyyn 2013. Heinäkuussa 2013 aloitin uudelleen kirjoittamisen. Raportin työstäminen oli tauon jälkeen vaikeaa, koska ajatusten ja asioiden jäsentely uudelleen vei aikaa. Ongelmana oli myös se, että en ollut pitänyt riittävästi opinnäytetyö päiväkirjaa ajatuksistani josta olisin voinut kerrata asioita. Opinnäytetyöseminaarissa

esittelin työn syyskuussa 2013. Seminaariin tein oman diasarjan, koska koulutuksessa käyttämäni diasarja oli niin pitkä, etten olisi sitä ehtinyt kokonaan esitellä.

7.3 Opinnäytetyön arviointi

Koulutuksen suunnittelua työstin mielessäni jo syksystä 2012 alkaen, mutta loppujen lopuksi tuli kiire ja kokonaisuus olisi pitänyt suunnitella huolellisemmin. PowerPoint-diasarjasta tuli melko pitkä, koska edelleen aiheen rajausta oli vaikea. Diasarjasta jäi puuttumaan myös kirjallisessa raportissa oleva itsehoitoa käsittelevä osio, koska se lisättiin raporttiin koulutuksen jälkeen. Asiasta kyllä keskusteltiin koulutuksen loppukeskustelussa. Tavoitteena oli jakaa perustietoutta verisuoniperäisten jalkahaavojen taustoista ja hoidosta. Mielestäni onnistuin toiminnallisen osuuden toteutuksessa melko hyvin. Diasarja oli pitkä ja sen loppuun olisi voinut koota pienen yhteenvedon.

Olin yllätynyt runsaasta koulutuksiin osallistujien määrästä sekä saamastani positiivisesta palautteesta. Osalle aihe oli tuttua, mutta yllättävän monelle oli myös uutta tietoa. Henkilökunta kertoi, että oli hyvä kerrata ja päivittää tietojaan, koska ne unohtuvat. Keskustelua syntyi paljon, ja hyvänä asiana pidettiin myös sitä, että tuli tietoa siitä, mistä jatkossa tietoa voi etsiä. Käypähoito -suositukset oli joillekin uusi asia ja osa kertoi tietävänsä, mutta niitä ei tule luettua. Koulutuksen alussa laitoin kiertämään opinnäytetyössä käyttämiäni lähdekirjoja ja Haavanhoitoyhdistyksen haavahelpperin sekä Valtion ravitsemuskeskuksen kotihoitoasiakkaille tarkoitetun MUST-vajaaravitsemuksen riskin seulontatestin. Materiaali herätti kiinnostusta ja keskustelua.

Keräsin palautteen koulutuksen lopussa osallistujilta kirjallisen palautekyselyn avulla. Tein kirjallisen palautekyselyn ja muotoilin vaihtoehtokysymykset niin, että niihin oli helppo vastata (liite 5). Kyselyn lopussa oli tilaa "ruusuille ja risuille". Palaute oli pääasiassa positiivista. Useimpiin kommentteihin oli kirjattu, että se koettiin tarpeelliseksi sekä haluttiin lisäkoulutusta asiasta. Koulutuksessa heräsi paljon keskustelua kompresiosidonnasta ja lääkinnällisten hoitosukkien käytöstä sekä haavanhoitoperiaatteista yleisesti. Palautteessa tuli esille, että esitys oli selkeä, hyvin kuuluva ja esimerkeillä hyvin täydennetty. Diaesityksen kuvista myös pidettiin ja kuulijoiden mielestä ne aut-

toivat asian ymmärtämisessä. Koulutusta pidettiin mielenkiintoisena, monipuolisena ja se sisälsi hyvää perustietoa.

Seuraavassa on muutamia poimintoja palautekommenteista.

"Osasit hyvin täsmentää "outoja" sanoja, tarkensit hyvin. Koulutus ei ollut liian laaja eikä pitkästyttävä. Kuvat oli plussaa. Selvä ja kuuluva esitys."

"Monipuolista ja uutta tietoa minulle, kiitos! 😊"

"Hyvä aihe ja tarpeellinen. oli tuttua asiaa ja uuttakin. Selkeä esitys, hyvä äänenkäyttö, rauhallinen olemus."

"Hyvää perustietoa ja ohjausta tietolähteille."

"Hyvät esimerkit kuvilla. Aihe tärkeä ja mielenkiintoinen."

"Heräsi lisäkiinnostus tietää enemmän / syvemmälle."

"Aihe laaja, itse kaipaisin pitempää kurssia. Hyvä peruspaketti."

8 Pohdinta

Olen aina ollut kiinnostunut erilaisten haavojen hoidoista, ja kun työpaikallani Rautavaaran kunnan kotihoidossa ilmeni tarve haava-aiheiselle koulutukselle, innostuin asiasta. Aiheen valinnan jälkeen rajaaminen oli alussa vaikeaa, koska tuntui, että kaikki asiaan liittyvä aineisto oli tärkeää. Kun sain rajattua aiheen pääasiat, krooniset verisuoniperäiset jalkahaavat, tuli vaikeus niihin liittyvän asian rajaamisesta. Rajaamisen pohdintaa oli vielä keväällä 2013. Diabeettisten haavojen osuus tässä työssä jäi niiden laajuuteen nähden melko lyhyeksi ja siitä aiheesta olisi saanut oman opinnäytetyön. Valitsin tämän opinnäytetyön teoriapohjaksi, perehtymisen jälkeen, minun mielestäni tärkeimmät kotihoidossa huomioitavat kroonisten jalkahaavojen hoitoon vaikuttavat tekijät.

Kotihoidon ja palveluasuntojen asiakkaat ovat tavallisimmin ikääntyneitä ja heillä on paljon erilaisia sairauksia. Väestön ikääntyessä myös pitkäaikaisia kroonisia jalkahaavoja on tulevaisuudessa yhä enemmän. (Käypähoito -suositus 2007.) Tavoitteena on laitoshoidon vähentäminen ja kotihoidon lisääntyminen, joten kotihoidon henkilökunnalta vaaditaan osaamista myös haavojen ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. On haasteellisempaa toteuttaa hyvää haavanhoitoa kotiolosuhteissa, kuin sairaalassa, koska koti ympäristönä

asettaa omat haasteensa työskentelylle. Hyvä aseptinen ja ergonominen työskentely vaatii mielikuvitusta ja potilaan sekä perheen kanssa sujuvaa yhteistyötä. Haavanhoidossa on muistettava myös taloudelliset asiat, mutta ne eivät saa olla este mahdollisimman hyvälle haavanhoidolle. Tarvittaessa on hoitajan osattava ohjata asiakasta hakemaan taloudellista tukea sosiaalitoimen tai kansaneläkelaitoksen kautta.

Palveluasunnoissa ja kotihoidossa on usein periaatteena, että kaikki tekevät kaikkea. Haavahoidot ovat lisääntymässä, koska sairaalassaoloaikoja lyhennetään. Perusterveydenhuollossa ongelmana on kuitenkin edelleen uusimman tiedon ja ohjeistuksen saaminen oikeanlaisen hoidon toteuttamiseksi. Nykyisin, kun koulutettua henkilökuntaa ei aina ole saatavilla, on työssä kouluttamattomia hyviä perushoitotyön tekijöitä. He joutuvat myös tekemään haavahoitoja ja heidät on myös opetettava siihen. Perusasioiden ymmärtäminen ja hallinta antaa varmuutta hoitajalle ja poistaa turhia pelkoja haavahoitoja kohtaan. Se luo myös turvallisuuden tunnetta haava asiakkaalle, kun hoitaja tietää mitä ja miksi tekee.

Koulutuksen jälkeen keskusteluissa tuli esille, ettei erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhoidon yhteinen kieli aina löydy. Termit ja käsitteet ovat vieraita osalle työntekijöistä. Kirjalliset ohjeet voivat olla suppeat, niitä ei ole ollenkaan tai ohjeita ei osata tulkita oikein. Tieto ei kohtaa muita työntekijöitä, jos yksi käy esimerkiksi erikoissairaanhoidossa koulutuksissa. Koulutusta tarvitaan kentälle toteutettuna niin, että mahdollisimman moni pääsee mukaan kuuntelemaan ja kokemaan. Useamman henkilön osallistuminen synnyttää keskustelua ja pohdintaa asiasta. Kun hoitajilla on tietoa, sitoudutaan paremmin myös yhteisiin hoitokäytäntöihin.

Usein iäkkäillä jalkahaava-asiakkailla on ongelmana jalkojen turvotus. Turvotuksen estohoito on tärkeä ennalta ehkäisevänä hoitona ja myös parantavana hoitona. Turvotuksen estohoidossa käytetään tavallisimmin erilaisia kompressiosidoksia. Henkilökunta koki, ettei heillä ole riittävästi siihen osaamista erilaisista sidontatekniikoista, kuten ei myöskään lääkinnällisten hoitosukkien pukemisesta. Henkilökuntaa on vähän ja asiakkaat eivät kykene itse sitomaan sidoksia ja omaisia ei useimmiten ole käytettävissä. Kotihoidossa kompressiosidontaa on vaikea toteuttaa oikein, koska usein asiakas riisuu sidokset tai tukisukat pois, koska ne tuntuvat pahalta. Sidontaa voi joutua korjaamaan kesken päivän ja se ei onnistu ikääntyneiltä yksin asuvilta asiakkailta. Muistisairaiden

asiakkaiden kanssa ongelma korostuu. Erilaisten tukisukkien käyttö on parempi vaihtoehto, mutta niidenkin oikea pukeminen on osattava. Lääkinnällisiä tukisukkia pukiessa voi helposti tulla uusia haavoja, jos tekniikkaa ei osaa oikein.

Diabeteksen ja lisääntyminen näkyy myös kotihoidossa ja heillä jalkahaavojen ennaltaehkäisevä hoitotyö korostuu. Hoitoon sitoutuminen on usein ongelmallista, ja asiakas on haluton muuttamaan elintapojaan. Jalkojen hoitoa ei koeta niin tärkeänä. Hoitajan tehtävänä on jalkojen tarkastus. Jalkojen hoito huomioidaan pukeutumisen- ja pesuapua tarvitseville, mutta kiireessä se jää huomioimatta muuten itsenäisesti toimivilta asiakkailta. Hoitajan on osattava tarkkailla jalkojen tilannetta ja ohjata tarvittaessa asiantuntijalle. Keskusteluissa tuli esille myös se, että ravitsemusasiat on usein heikosti hoidettu. On vaikea puuttua asioihin asiakkaan kotona.

Asiakkaan ohjaus ja motivointi itsehoitoon ei aina ole helppoa. On asiakkaita ja omaisia, jotka tekevät aina niin kuin itse haluavat ja opastuksella ja ohjeilla ei ole heille mitään merkitystä. Haavat hoidetaan omien ohjeiden mukaan ja asiakas antaa myös hoitajalle ohjeet. Asiakkaat vertailee tuttujen kesken kokemuksia ja luetaan esimerkiksi Internetistä asioita, joilla perustellaan omaa hoitoa. Hoitaja perustelee tutkimustiedolla toimintaansa, mutta se ei auta. Mikä on eettisesti oikein jättääkö asiakas ja antaa hoitaa itsensä vai käydä hoitamassa siitä huolimatta. Heidän kohdalla tarvitaan paljon aikaa pitkäjänteiseen ohjaukseen ja neuvontaan, mutta aina sekään ei auta.

Henkilökunta koki haasteena myös oikeanlaisten hoitotarvikkeiden joustavan saamisen kotiin, koska pienellä paikkakunnalla niitä voi hankkia vain apteekista. Valikoimat ovat pienet, ja usein joutuu tilauksia odottelemaan pikiäkin aikoja. Varsinkin iäkkäillä on pienet eläkkeet, ja hoitajana on ajateltava myös asiakkaan kustannuksia. Haavahoitotuote ja haavasidos voivat myös muuttua lyhyelläkin aikavälillä, ja ongelmaksi jäävät sitten jo aiemmin ostetut tuotteet. Toisaalta aina asiakkaat eivät ymmärrä, mikä merkitys on sidoksilla ja aseptiikalla. Haavanhoitotarvikejakeluissa on eroja paikkakuntakohtaisesti. Valtakunnallisesti olisi saatava yhtenevät käytännöt tarvikejakeluun, että tasarvoisuus toteutuisi tässäkin asiassa.

Toiminnallisen opinnäytetyön työstäminen on ollut haasteellista, mutta mielenkiintoista. Opinnäytetyön aiheen tarkastelu laajemmin on todistanut, että krooniset jalkahaavat

ovat iso haaste nyt ja vielä enemmän tulevaisuudessa perusterveydenhoidossakin. Perusterveydenhoidossa tehdään tärkeää ennaltaehkäisevää työtä. Asiakkaiden ohjaus perussairauksien hyvään hoitamiseen ja riskitekijöiden vähentämiseen on perusterveydenhoidon työtä. Tätä opinnäytetyötä tehdessä on vahvistunut usko siihen, että haavojen hoidon alueella tarvitaan lisää koulutusta perusterveydenhuoltoon. Koulutusta on päivitettävä koko ajan, koska tutkimustieto ja sen myötä hoitokäytännöt ja ohjeet muuttuvat.

8.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Lähteitä valitessa on oltava tarkka ja lähdemateriaalia valittaessa on otettava huomioon kirjoittajan luotettavuus ja arvostus. Lähteiden tulisi olla mahdollisimman uusia, mutta parasta olisi käyttää alkuperäisiä tutkimuksia, koska tieto on voinut muuttua useamman kerran tulkittaessa. Lähde on uskottava, jos sen julkaisija on arvostettu ja vastuuntuntoinen julkaisuissaan. On hyvä pyrkiä käyttämään aina uusimpia tunnettuja tieteellisiä julkaisuja, koska tutkimustieto muuttuu, mutta niissä on myös kestävä aikaisempi tutkimuksellinen tieto. Lähteiksi suositellaan alkuperäisiä eli ensisijaisia lähteitä. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2002, 99–100; Vilka & Airaksinen 2003, 72–73.)

Lähdemateriaalia oli aiheeseen liittyen runsaasti saatavilla, ja lähteiden etsiminen ja tarkastelu on vienyt paljon aikaa. Pyrin käyttämään uusimpia lähteitä, koska myös haavojen hoidossa käytännöt muuttuvat nopeasti tutkimustyön myötä. Käytin paljon Käypähoito-suosituksia lähteenä, koska ne perustuvat tutkimukselliseen näyttöön ja ovat myös työpaikoilla kaikkien käytettävissä. Haavanhoito-ohjeiden perusteena ovat Käypähoito-suositukset.

On hyvä pyytää palaute kohderyhmältä onnistumisesta, oppaan tai ohjeen käyttömahdollisuuksista ja toimivuudesta tavoitteisiin nähden. Opinnäytetyön olisi oltava mielenkiintoinen ja tärkeä niille, joille se on tarkoitettu. Myös toteutustavasta voi pyytää palautetta sekä käytännön järjestelyistä. (Vilka & Airaksinen 2003, 157–159.) Keräsin palautetta koulutustapahtuman jälkeen kirjallisesti ja myös keskustelujen avulla suullisesti. Opinnäytetyön toiminnallinen osuus oli omalla työpaikallani ja suurin osa osallistujista pitkäaikaisia työkavereita, joten palautteen luotettavuuden arviointi on vaikeampaa.

Tieteen etiikalla tarkoitetaan hyviä tieteellisiä käytänteitä, jotka ohjaavat tutkimuksen tekoa, ja tarkoituksena on estää muun muassa epärehellisyys. Toisten tekstiä ei saa plagioida eli kopioida. Tekstiä lainattaessa lainaus on merkittävä asianmukaisin lähdemerkinnöin. Tutkimus tuloksia ei saa keksiä eikä kaunistella, ja raportoinnin on oltava luotettavaa. Se ei saa olla harhaanjohtavaa eikä puutteellista. (Hirsijärvi ym. 2002, 25–28.) Tekstiä lainatessa tein asianmukaisesti lähdemerkinnät ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeistuksen mukaan. Käytin useita lähteitä rinnakkain, koska se ehkäisee plagioinnin vaaraa.

Terveystieteiden eettisten periaatteiden mukaan kotihoidon asiakkailta on oikeus hyvään hoitoon. Asiakkaalla ja hänen läheisillään on oltava luottamus asiantuntevasta ja turvallisesta hoidosta sekä oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun. Hoitajien eettisissä ohjeissa on periaatteina myös oikeudenmukaisuus ja vastuullisuus. Hoitajan kuuluu edistää asiakkaiden hyvinvointia ja huolehtia oman ammattitaidon ylläpitämisestä (Ikonen 2007, 158–161.) Etiikassa on tarkoituksena edistää toisen ihmisen hyvää. On eettisesti oikein noudattaa ihmis- ja tehtävävastuuseen liittyviä periaatteita työntekijänä. Ammatillinen hoitotyö alkaa terveyteen liittyvästä tehtävästä, joka toteutetaan toiselle tai yhdessä. Toiminnan hyvyttä ja oikeudenmukaisuutta tutkiessa on huomioitava molemmat vastuupuolet. (Leino-Kilpi 2008, 23–29.)

Työntekijöille järjestettiin tasapuolisesti mahdollisuus osallistua koulutukseen. Toimeksiantosopimuksessa sovittiin, että työnantaja huolehtii työvuorosuunnittelussa, että mahdollisimman moni pääsee koulutukseen. Työvuorosuunnitelmat oli tehty jo helmikuussa 2013. Välillä näytti, etten saa materiaalia koulutuspäiviin mennessä valmiiksi ja suunnittelin koulutuspäivien siirtämistä. Koulutuksen kanssa tuli kiire, mutta jos olisin siirtänyt koulutusta, työnantajalle olisi tullut hankaluuksia järjestää asia uudelleen. Koulutukseen osallistui lähes koko kotihoidon ja palveluasumisyksiköiden henkilökunta.

8.2 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkokehitysajat

Toiminnallisena osuutena oli PowerPoint-diasarja, joka jäi toimeksiantajan käyttöön. Opinnäytetyötäni voidaan hyödyntää kroonisten jalkahaavojen hoidon perusteiden keräämiseen työyksiköissä, ja sen pohjalta on hyvä suunnitella haavojen hoidon jatkokoulutusta Rautavaaran kunnan kotihoidon henkilökunnalle. Aloitin ennen seminaariesitystä syventävien opintojen harjoittelun Nurmeksen kotisairaanhoidossa ja siellä hoidetaan kroonisia jalkahaavoja. Voin hyödyntää itse opinnäytetyön kautta saamaani tietoa käytännössä ja hakea tarvittaessa lisää tietoa, koska tämän työn myötä olen saanut kokemusta uusimman tiedon etsimisestä.

Tämän opinnäytetyön yhtenä tarkoituksena oli saada aikaan kiinnostus haava-aiheisista jatkokoulutuksista. Koulutuksessa nousi esille, että jatkokoulutustarvetta ja koulutushalukkuutta on. Kuopion yliopistollisen sairaalan auktorisoitu haavahoitaja Päivi Mäntyvaara esitti haastattelussa tammikuussa 2013, että kun tämä peruskoulutus on pidetty, hän voi toteuttaa jatkokoulutussarjan erilaisista haavahoidoista Rautavaaran kunnan perusterveydenhoidon henkilökunnalle. Hän kertoi, että auktorisoiduilla haavahoitajilla on koulutusvelvollisuus ja koulutukset ovat maksuttomia toimeksiantajalleni oman sairaanhoitopiirin alueella.

Keskusteluissa nousi esille erilaisia toiveita jatkokoulutusaiheiksi henkilökunnan keskuudessa. Eniten koettiin olevan tarvetta harjoitella käytännössä erilaisista sitomistekniikoita kompressiosidonnassa ja lääkinällisten hoitosukkien pukemisesta ja käytön ohjeistamista. Haavanhoitotuotteet ja -välineet ovat myös kehittyneet, ja koulutusta tarvittaisiin myös niistä. Tärkeinä koulutusaiheina pidettiin myös ravitsemusta haavojen hoidossa, haavakivun hoitoa, painehaavatieta ja niiden ennaltaehkäisyä kotihoidossa. Painehaavat ovat lisääntyvä ongelma väestön ikääntyessä ja entistä huonokuntoisempien asiakkaiden lisääntyessä myös kotihoidossa. Koulutuksen jälkeen suunnitelmiin jäi, että esimiehet ovat yhteydessä auktorisoituun haavahoitajaan koulutusasiassa ja jatkokoulutukset voisivat alkaa jo syksyllä 2013.

Omaa koulutusta suunnitellessani etsin koulutukseen videoesitystä kroonisten jalkahaavojen tai kroonisten haavojen hoidosta. En löytänyt sellaista, vaikka eri tahoilta sitä kysyin ja etsin. Jatkokehitys ideana nousi esille, että haavanhoitovideon tekeminen, voisi

olla hyvä toiminnallisen opinnäytetyön aihe. Myös selkeää jalkojen hoidon hoito-opasta hoitajille kaivattiin. Pohdinnassa oli, että opiskelija tai henkilökunnasta joku asiasta kiinnostunut kokoaisi sen esimerkiksi kansion muotoon.

Lähteet

- Aro, E. 2013. Diabeetikon ravitsemus ja haava. *Haava* 16 (1), 14–15.
- Bader, MS. 2008. Diabetic Foot Infektion. *American Family Physician*. 78 (1), 71-79.
<http://www.aafp.org/afp/2008/0701/p71.html>. 20.2.2013.
- Chatterjee, SS. 2012. Venous ulcers of the lower limb: Where do we stand? *Indian Journal of Plastic Surgery* 45 (2), 266-74.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3495377/10.3.2013>.
- Eronen, P. 2011. Elämä pitkäaikaisen alaraajahaavan kanssa. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.
- Finlex. 1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 599/1994.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. 10.4.2013.
- Hannuksela, M. 2012. Säärihaava. *Duodecim Terveyskirjasto*.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00511. 10.1.2013.
- Hietanen, H. 2012. Haavan paikallishoito käytännössä. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) *Haavanhoidon periaatteet*. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 183231.
- Hietanen, H. 2012. Haavan paikallishoitoon käytettävät tuotteet. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) *Haavanhoidon periaatteet*. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 136.
- Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. *Haava*. Helsinki: WSOY.
- Hietanen, H. & Juutilainen, V. 2012a. Haavan määritelmä ja haavatyypit. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) *Haavanhoidon periaatteet*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 26–28.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2002. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.
- Ikonen, E.-R. & Julkunen, S. 2007. *Kehittyvä kotihoito*. Helsinki: Edita Prima
- Jokinen, J., Sipponen, A., Lohi, J. & Salo, H. 2009. Haavanhoidon uusia ja vanhoja tuulia. *Lääkärilehti* 64 (24), 2187–2193.
- Jussila, T. & Lahtinen, E-L. 2010. Infektioiden torjunta kotisairaanhoidossa. Teoksessa Anttila, J-V., Hellsten, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjäjä, H. & Vuento, R. (toim.) *Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta*. Porvoo: Suomen kuntaliitto WS Bookwell Oy, 389–399.
- Juutilainen, V. & Hietanen, H. 2012. Haavapotilaan tutkiminen. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) *Haavanhoidon periaatteet*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 54–76.
- Kanerva, M. & Tenhunen, E. 2012. Haavainfektio ja sairaalahygieeniset näkökohdat. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) *Haavanhoidon periaatteet*. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 100–123.
- Karelia-ammattikorkeakoulu. 2013. *Opinnäytetyön ohje*. Opinnäytetyöryhmä.
http://www.karelia.fi/lomakkeet/opinnayte/Karelia_Opinnaytetyon_ohje_2012_joulukuu.pdf. 7.10.2013.
- Korhonen, A. 2012. Haavan hoidon peruseriaatteet. *Haava* 15 (2), 18–21.
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. *Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö*. Helsinki. WSOY.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki. Wsoy.

- Käypä hoito-suositus. 2007. Krooninen alaraajahaava. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi50058>.
10.01.2013.
- Käypä hoito-suositus. 2009. Diabeetikon jalkaongelmat. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Diabetesliiton lääkarineuvoston, Suomen Endokrinologiyhdistyksen ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi50079>.
27.2.2013.
- Käypä hoito-suositus. 2010a. Alaraajojen laskimoiden vajaatoiminta. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verisuonikirurgisen Yhdistyksen asettama työryhmä
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi05030>.
3.2.2013.
- Käypä hoito-suositus. 2010b. Alaraajojen tukkiva valtimotauti. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verisuonikirurgisen Yhdistyksen asettama työryhmä.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50083>. 5.2.2013.
- Käypähoito-suositus. 2013. Diabetes. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkarineuvoston asettama työryhmä.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056>. 26.9.2013.
- Lehtola, V. & Hietanen, H. 2002. Krooninen haava. Teoksessa Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S., Juutilainen, V. Haava. Helsinki. WSOY.137–167.
- Leino-Kilpi, H. 2008. Hoitotyön etiikan perusta. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY. Oppimateriaalit, 23–35.
- Malmgren, K. & Kontinen, V. Kipu haavanhoidossa. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 90–99.
- Mustajoki, P. 2012. Diabeteksen jalkaongelmat ja niiden ehkäisy. Duodecim. Terveyskirjasto.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00768.
7.3.2013.
- Mäntyvaara, P. 2013. Auktorisoitu haavahoitaja. Kuopion yliopistollinen sairaala. Haastattelu 8.1.2013.
- Pukki, T. 2012. Verenkiertoperäisen alaraajahaavan konservatiivinen hoito. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 283–292.
- Rautavaara. 2013. Kotihoito.
http://www.rautavaara.fi/index.php?option=com_content&task=view&id=73&Itemid=75. 10.01.2013.
- Rönnemaa, T. 2009a. Diabeetikon jalkaongelmille altistavia tekijöitä. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. Helsinki: Duodecim, 191–195.
- Rönnemaa, T. 2009b. Jalat ja diabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. Helsinki: Duodecim, 187–204.
- Sane, T. 2012. Diabeetikon jalkahaava. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 338–358.

- Schwab, U. 2012. Haavapotilaan ravitseminen. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 83–89.
- Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2011. Avoimen haavan VPKM -väriluokitus helpperi. http://www.shhy.fi/kuvat/Avoimen_haavan_helpperi.pdf. 11.2.2013.
- Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2013. Haavapotilaan ravitseminen. <http://www.shhy.fi/koulutus/hoito-ja-toimintaohjeet/118-haavapotilaan-ravitseminen>. 8.3.2013.
- Vaalasti, A., Hjerpe, A. & Kääriäinen, M. 2011. Ihon krooniset haavat ja palovammat. Teoksessa Hannuksela, M., Peltonen, S., Reunala, T. & Suhonen, R. (toim.) Ihotaudit. Helsinki: Duodecim, 132–142.
- Vikatmaa, P. 2012. Verenkiertoperäinen alaraajahaava. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 266–299.
- Vilka, H & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Toimeksiantosopimus



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Rautavaaran kunta, perusturvaosasto
Toimeksiantajan edustaja:	Helvi Mustonen
Osoite:	Koulutie 1, PL 24, 73901 Rautavaara
Puhelinnumero:	040-8608206
Sähköposti:	helvi.mustonen@rautavaara.fi

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1001700 Pirjo Korkalainen
Puhelinnumero:	040-5027863
Sähköposti:	pirjo.korkalainen@edu.pkamk.fi

Toimeksiantajan sitoumukset
Vastaa koulutuksen materiaali kustannuksista (kopiointikulut ilmoituksista ja muu koulutuksessa jaettava materiaali) ja antaa koulutustilan käyttöön maksutta. Huolehtii opiskelijan laatiman koulutusilmoituksen jakamisesta eri työyksiköihin. Huomio ajoissa työvuorosuunnittelussa, että mahdollisimman moni työntekijä pääsee osallistumaan koulutukseen.

Opiskelijan sitoumukset
Järjestää kaksi samansisältöistä, kahden tunnin mittaista, Kroonisten haavojen hoito - koulutustilaisuutta 17.4.2013 ja 18.4.2013. Laatii koulutusilmoituksen ja lähettää sen sähköisesti toimeksiantajalle 1/2013 aikana. Koulutuksessa käytetty PowerPoint -materiaali jää työnantajan käyttöön. Ilmoittaa mahdollisista muutoksista ajoissa toimeksiantajalle.

Opinnäytetyön ohjaus PKAMK:ssa	
Ohjaaja(t): Haija Kankkunen	Haija.Kankkunen@pkamk.fi 050-4312927

Opinnäytetyön julkisuus
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.

Allekirjoitukset	
Päiväys <i>4.12.2012</i>	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys <i>Pirjo Korkalainen</i>
Päiväys <i>4.12.2012</i>	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys <i>Helvi Mustonen</i>

Avoimen haavan VPKM -väriluokitus

AVOIMEN HAAVAN VPKM -VÄRILUOKITUS HELPPERI

Epiteelikudos

VAALEANPUNAINEN

Ihon uloin kerros (epidermis).

Hoitoperiaate:

Suojaa ohutta ihon uudiskudosta, joka on herkkä vaurioitumaan.



Granulaatiokudos

PUNAINEN

Terve, pienijyväinen uudiskudos, joka on edellytys haavan paranemiselle.

Hoitoperiaate:

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



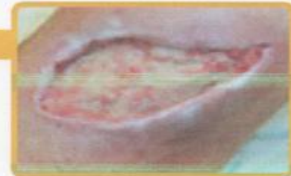
Fibriinikate

KELTAINEN

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

Hoitoperiaate:

Pehmitä ja/tai poista fibrinikate.



Nekroottinen kudos

MUSTA, RUSKEA

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

Hoitoperiaate:

Pehmitä ja/tai poista nekroottinen kudos.



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



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

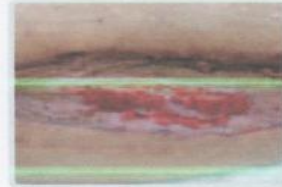
Avoimen haavan VPKM -väriluokitus

AVOIMEN HAAVAN VPKM -VÄRILUOKITUS HELPPERI

Hypergranulaatiokudos

Granulaatiokudoksen liikakasvu, mikä estää haavan epitelisoitumisen. Kudoksen väri on tumman- tai vaaleanpunaista ja se voi kasvaa ihon tason yläpuolelle.

Hoitoperiaate:
Poista mekaanisesti (kauha tai kyretti), laapista ja suojaa ilmavalla sidoksella.



Luu ja jänne

Haavan pohjalla oleva luu tuntuu kovalta instrumenttiin. Terve jänne on kellertävää, symmäästä kudosta.

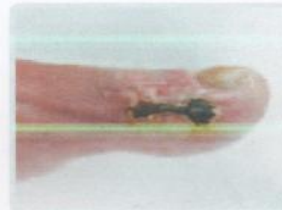
Hoitoperiaate:
Pidä kosteana, koska luu ja/tai jänne ei saa kuivua. Konsultoi lääkäriä.



Iskeeminen haava

Esiintyy yleensä jalkaterässä. Raajassa on huono valtimoverenkierto.

Hoitoperiaate:
Pidä kuivana. Ei mekaanista puhdistusta, jos nekroosi on kuiva ja sen alla ei tunnu hyllymistä (fluktaatiota). Konsultoi lääkäriä.

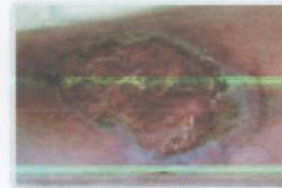


Diabeetikon jalkahaava
www.kaypahoito.fi / Diabeetikon jalkaongelmat

Infektoitunut haava

Paraneminen hidastuu tai pysähtyy. Haavaympäristössä esiintyy turvotusta, punoitusta ja kuumotusta. Haavaeritteen koostumus muuttuu, lisääntyy ja haisee. Kipu saattaa lisääntyä.

Hoitoperiaate:
Poista infektoitunut ja kuollut kudos. Konsultoi lääkäriä.



Kutsu koulutukseen

TERVETULO!

*Kotihoidon ja palveluasumisyksiköiden
työntekijät opinnäytetyönä tehtävään
koulutustilaisuuteen*

17.4 tai 18.4.2013 klo13-15

Paikka: Päiväkeskus

Aiheena:

KROONISET JALKAHAAVAT JA NIIDEN HOITO

Hoitotyön koulutusohjelma / sairaanhoitajaopiskelija

Pirjo Korkalainen



Sosiaali- ja terveysalan keskus

Koulutus dia -esitys

Dia 1



**KROONISET JALKAHAAVAT JA
NIIDEN HOITO
KOULUTUS RAUTAVAARAN
KOTIHOIDON HENKILÖKUNNALLE**

Opinnäytetyö 2013
Pirjo Korkalainen
Karelia ammattikorkeakoulu

Dia 2

TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä3 Luku15 §

- Ammattieettiset velvollisuudet

Terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/1994055>

9

Dia 3

KOULUTUSVELVOLLISUUS

- **Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä**
- [3 Luku](#)
- [18 §](#)
- Täydennyskoulutusvelvollisuus

Terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa

- <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/1994059>

Dia 4

JOHDANTOA AIHEESEEN

- Väestön ikääntyessä pitkäaikaissairauksia sairastavien määrä lisääntyy.
- Krooniset jalkahaavat ovat useimmiten sydän- ja verisuonisairauksista ja diabeteksestä johtuvia.
- Krooniset haavat ovat vaikeasti hoidettavia ja paranevia, sekä kalleimpia sairauksia maassamme.

Dia 5

- Krooninen jalkahaava aiheuttaa potilaalle pysyviä ihomuutoksia, toimintakyvyn laskua, elämän laadun heikkenemistä ja ylimääräistä kärsimystä.
- Infektoitunut krooninen haava on yleinen syy kotihoidon piiriin joutumiselle.
- Haavanhoitoa toteutetaan tutkimukselliseen näyttöön perustuvien ohjeiden mukaan.

Dia 6

HAAVA

- Haava on ehjän ihon tai sen alla olevien kudoksien rikkoutumista.
- Haavan syvyys ja sijainti voi vaihdella ulottuen ihon alla olevaan rasvakudokseen, lihakseen, luuhun, hermo- ja verisuonirakenteisiin sekä sisäelimiin.
- Haavat jaotellaan sen mukaan miten ne ovat syntyneet, paranemisen, keston ja niiden ulkonäön perusteella, joko **akuutteihin** tai **kroonisiin** haavoihin.

Dia 7

AKUUTTI HAAVA ELI VULNUS

- Haava syntyy yleensä äkillisesti jonkin ulkoisen tekijän vaikutuksesta esimerkiksi tapaturman tai leikkauksen seurauksena.
- Akuutti haava paranee yleensä normaalin paranemisprosessin mukaan ilman komplikaatioita.

Dia 8

KROONINEN HAAVA ELI ULCUS

- Haava, jonka on aiheuttanut elimistön sisäinen sairaus tai ulkoinen trauma ja se ei ole parantunut 2–3 kuukaudessa.
- Kroonisen haavan paranemisprosessi on hidastunut tai keskeytynyt yhden tai useamman tekijän vuoksi.
- Myös akuutti haava voi muuttua krooniseksi infektion tai epätarkoituksenmukaisen hoidon seurauksena

Dia 9

KROONISET JALKAHAAVAT

- Säären ja jalkaterän alueella oleva haava on krooninen, kun se on ollut avoinna yli neljä viikkoa.
- Valtimoperäisen eli iskemisen kroonisen haavan raja on kaksi viikkoa.
- Kroonisen haavan paranemisaikaa vaikea ennustaa ja se uusiutuu herkästi samaan paikkaan.

Dia 10

KROONISET JALKAHAAVAT

- Tavallisimmin aiheuttajana alaraajojen verenkiertosairaudet.
- Laskimoiden vajaatoiminnasta johtuvia 37-76%
- Valtimoiden verenkierron häiriöstä johtuvia 9-22%
- Ikääntyneillä usein samanaikaisesti sekä laskimoiden että valtimoiden vajaatoiminta.
- Diabeetikoista 2-5 % saa vuosittain jalkahaavan.

Dia 11

LASKIMOPERÄINEN HAAVA

- Syynä useimmiten pinnallisten laskimoiden vajaatoiminta
 - => turvotusta => laskimoverenkierto iholla vaikeutuu => haava, joka tulee sisäsyntyisesti tai mekaanisen ärsytyksen vuoksi.
- Tavallinen syy myös suonikohjut tai tukos syvissä laskimoissa.
- Sairastamisaika vuosia, jopa vuosikymmeniä.

Dia 12

LASKIMOPERÄISEN HAAVAN RISKITEKIJÖITÄ

- Ylipaino
- Verenpainetauti
- Veren korkea kolesteroli
- Sydämen vajaatoiminta
- Hyytymishäiriöt
- Naissukupuoli
- Synnytykset
- Ikääntyminen
- Sukurasite

Dia 13

LASKIMOVAJAATOIMINNAN AIHEUTTAMA TURVOTUS



Käypä hoito –kuvat
TAYS:n ihotautiklinikka

Dia 14

LASKIMOVAJAATOIMINNAN AIHEUTTAMAT IHOMUUTOKSET



Käypä hoito –kuvat
TAYS:n ihotautiklinikka

- Säären iho ja ihonalaiskudos alueella on pigmentoitunut, kovettunut ja paksuuntunut.

Dia 15

LASKIMOPERÄINEN HAAVA



Kuva: www.terveyskirjasto.fi

- Sijaitsee yleensä säären alakolmanneksella.
- Haava on pinnallinen ja koko ja muoto vaihteleva.
- Kivulias tai kivuton.
- Haavapohja granuloiva, kosteapohjainen, ei nekroosia.
- Raaja lämmin
- Kipu helpottuu kohoasennossa

Dia 16

VALTIMOPERÄINEN ELI ISKEEMINEN HAAVA

- ASO eli alaraajojen valtimoiden kovettumatauti on etenevä verisuonisairaus, jossa alaraajojen valtimot ahtautuu ja tukkeutuu.
- Valtimot ahtautuu => kudoshapetus heikkenee => iskemia eli hapenpuute kudoksessa => haavauma ja jopa kudoskuolio.

Dia 17

ASO TAUDIN RISKITEKIJÖITÄ

- Tupakointi
- Huonossa tasapainossa oleva diabetes
- Ikääntyminen

LISÄKSI TAUDIN KULKUUN VAIKUTTAVAT

- Verenpainetauti
- Korkea veren kolesteroli
- Munuaisten vajaatoiminta
- Hyytymishäiriöt

Dia 18

VALTIMOPERÄINEN HAAVA

- Haava sijaitsee yleensä sääressä tai jalkaterässä.
- Raaja on viileä, kalpea ja sinertävä.
- Iho ohut, hauras, karvoitus vähäistä tai puuttuu kokonaan.
- Haava on tarkkareunainen, se voi ulottua jänteisiin ja luuhun ja siinä voi olla onkaloita ja taskuja.
- Haavalla yleensä kuollutta mustaa kudosta eli nekroosia.
- Haava on kivulias ja kipu helpottuu raajaa riiputtaessa.
- Perifeerinen syke heikko tai puuttuu kokonaan.

Dia 19

VALTIMOPERÄINEN HAAVA**ASO -haava****Perifeerinen iskeeminen haava**Käypä hoito -kuvat
TAYS:n ihotautiklinikka

Dia 20

DIABEETTINEN HAAVA

- Johtuu ääreishermostojen häiriöstä eli neuropatiasta tai heikentyneestä valtimoverenkierrosta johon liittyy usein myös infektiio.
- Syynä voi olla myös laskimoiden vajaatoiminta, valtimotulehdus tai pienten valtimoiden vaurio.

Dia 21

DIABEETTINEN HAAVA

- On useimmiten kantapäässä, päkiässä tai varpaissa.
- Diabeetikolla ovat kipu- ja lämpötunto heikentyneet => hiertymiä ja rakkuloita helposti, jos kengässä esim. roska tai kivi.
- Neuropatia aiheuttaa myös asentomuutoksia ja sukka tai kenkä voi hangata huomaamatta.
- Ihorikko altistaa haavainfektiolle ja voi johtaa kudostuhoon ja alaraaja-amputaatioon.

Dia 22

DIABEETTINEN HAAVA**Diabeettinen haava
kantapäässä****Neropatian aiheuttamat
muutokset ja haavat jaloissa**

Käypä hoito -kuvat

Dia 23

HAAVANHOITO

- On kokonaisvaltaista ja moniammatillista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä yhdessä potilaan kanssa.
- Haavanhoidon onnistumiseksi tiedettävä haavan aiheuttajan syy.
- Tehokas hoito aloitettava nopeasti jolla pyritään nopeaan haavan paranemiseen ja estämään potilaan lisäkäsitykset.

Dia 24

HAAVAN PARANEMISEEN VAIKUTTAA

- Ikä ja yleiskunto
- Hygienia
- Ravitsemus
- Tupakointi
- Diabeteksen hoitotasapaino
- Muut sairaudet
- Mahdolliset lääketieteelliset hoidot
- Itsehoitotaidot
- Motivaatio
- Lääkkeet

Dia 25

HAAVOJEN VÄRILUOKITUS

- Haavoja luokitellaan erilaisilla luokituksilla, jotta vertailu ja kirjaaminen olisivat helpompaa ja niistä on apua myös haavadiagnoosia tehdessä.
- Haavaluokitusten avulla voidaan arvioida haavan paranemista, helpottaa hoidon suunnittelua ja seurata hoidon vaikuttavuutta.

Dia 26

HAAVOJEN VÄRILUOKITUS



http://www.shhy.fi/kuvat/Avoimen_haavan_helpperi.pdf

Dia 27

HAAVAINFEKTIO

- Infektio haavassa hidastaa paranemista ja sen aiheuttaja tulee yleensä elimistöön ulkopuolelta.
- Tavallisimpia haavainfektion aiheuttajia ovat streptokokit ja stafylokokit.
- Haavainfektio voi johtaa vaaralliseen yleisinfektioon eli sepsikseen.

Dia 28

HAAVAINFEKTION OIREET

Paikallisoireet

- Punoitus
- Kuumotus
- Turvotus
- Kivun lisääntyminen
- Eriyksen lisääntyminen
- Eriyksen koostumuksen muutos
- Erite haisee pahalle

Yleisoireet

- Lämmön nousu
- Pahoinvointi
- Yleiskunnon lasku
- Tulehdusarvot kohoaa

Dia 29

INFEKTOITUNUT HAAVA

Infektoitunut katteinen haava



Nekroosia, alkava infektio



Käypä hoito -kuvat
TAYS:n ihotautiklinikka

Dia 30

ENNALTAEHKÄISY

- Tärkein, paras ja edullisin hoito on ennaltaehkäisy.
- Tärkeää tunnistaa riskitekijät ja potilaiden kannustus niiden poistamiseen. Diabeteksen hyvä hoitotasapaino.
- Diabeetikon jalkojen säännöllinen seuranta ja tarkastus aloitetaan, kun diabetes on todettu. Riskijalat tulisi tarkastaa päivittäin.
- Diabeetikolle ammattilaisen tekemä jalkojen riskin arviointi kerran vuodessa.
- Potilasohjaus ja motivointi omatoimiseen jalkojen hoitoon, sekä kenkien ja sukkiin valintaan.

Dia 31

DIABEETIKON JALKOJEN RISKILUOKITUS

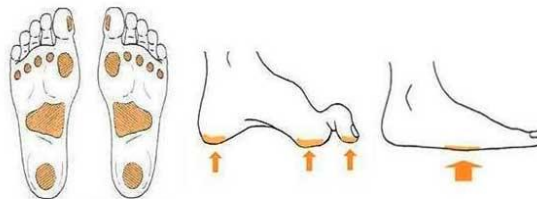
Riskiluokka	Suojatunto puuttuu	Rakennevirhe	Pulssien puute	Aiempi haava tai amputaatio	Toimet
0	EI	EI	EI	EI	Tarkastus ja riskiluokitus vuosittain Perusohjaus
1 Haavariski kaksinkertainen	KYLLÄ 1	EI	EI	EI	Tarkastus vastaanotolla vähintään vuosittain Perusohjaus ja jalkojen omaseuranta Jalkineohjaus
2 Haavariski yli viisinkertainen	KYLLÄ	KYLLÄ TAI EI Vähintään toinen näistä 2	KYLLÄ TAI EI	EI	Säännölliset käynnit jalkaterapeutilla Omahoidon tehostus Tarkastus vastaanotolla Verenkierron selvittely
3 Haavariski yli kymmenkertainen	EI MERKITYSTÄ		KYLLÄ 3		Säännölliset käynnit jalkaterapeutilla Valmius ongelmien hoitoon Tarkastus joka vastaanottokäynnillä

<http://www.kaypahoito.fi>

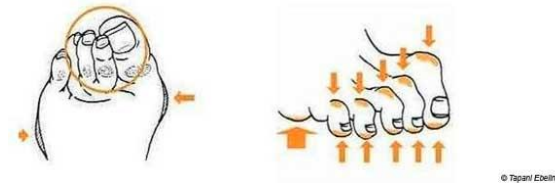
Dia 32

JALAN KUORMITUSALUEET

Jalan anatomia on keskeinen kuormitusalueita määräävä tekijä



Myös jalkineet voivat aiheuttaa ihon kuormitusta ja haavataipumusta



Käypä hoito -kuvat
Tapani Ebeling

Dia 33

ASEPTIIKKA

- Toimintojen huolellinen suunnittelu.
- Myös kotona hyvän hoitohygienian noudattaminen tärkeää.
- Tavanomaiset varotoimet eli hyvät hoitokäytänteet joka kerta.
- Järjestetään mahdollisimman puhdas hoitotila ja hyvä valaistus.

Dia 34

ASEPTIIKKA

- Tärkeintä on hyvä käsihygienia.
- Suojaudutaan vereltä ja muilta eritteiltä.
- Jokaisella hoitokerralla puhtaat välineet ja aineet.
- Hoitovälineet puhdistukseen ja desinfektioon aina hoidon jälkeen.
- Hoitoympäristön puhdistaminen eritteistä.
- Veritapaturmien ehkäisy käsittelemällä teräviä hoitovälineitä oikein.

Dia 35

KÄSIHYGIENIA

- Käsien desinfiointi alkoholipitoisella käsihuhuhteella
 - kotiin mennessä ja sieltä poistuttaessa
 - ennen suojakäsineiden ja muiden suojainten pukemista ja niiden riisumisen jälkeen
 - ennen ja jälkeen haavanhoidon
 - ennen puhtaiden tarvikkeiden käsittelyä
 - veren ja eritteiden käsittelyn jälkeen
 - likaisten hoitovälineiden käsittelyn jälkeen
- Likaiset kädet pestään vedellä ja saippualla ennen desinfektiota.

Dia 36

KÄSIHYGIENIA



- Potilaan ja perheen ohjaus oikeaan käsihygieniaan, jos he osallistuvat haavanhoitoon.
- Käsien pesu vedellä ja saippualla yleensä riittää kotiväelle, mutta käsidesinfektioitakin voi ohjata käyttämään.

Dia 37

HAAVAKIPU

- Haavakipu yleisin oire haavasta ja elämä on kivun ehdoilla elämistä.
- Yksilöllistä ja se vaihtelee lievästä vaikeaan kipuun.
- Ajoittaista tai jatkuvaa voi lisääntyä ajan myötä.
- Kipu tuntemukset vaihtelevat vuorokauden- ja vuodenaikojen mukaan.
- Yöllinen kipu aiheuttaa uniongelmia ja siitä seuraa väsymystä ja ärtyisyyttä.

Dia 38

HAAVAKIPU

- Haavaa käsitellessä kipua aiheuttaa
 - kiinni tarttuneet sidokset
 - suihkutus
 - mekaaninen puhdistus
- Hyvä kivunhoito
 - tärkeää hyvän paikallishoidon toteutumiselle
 - helpottaa potilaan pelkoa ja ahdistusta
 - kipulääke ennen haavanhoitoa ajoissa
 - paikallispuudutteen käyttö ennen mekaanista puhdistusta

Dia 39

HAAVAKIPU

- Haastatellaan potilas ja läheiset ja kartoitetaan kivun tuntemukset.
- Missä esiintyy ja kuinka pitkään kestää?
- Mikä pahentaa ja mikä lievittää?
- Onko vuorokausivaihtelua ja häiritseekö unta tai päivän puuhailuja?
- Kivun arvioinnin apuna voidaan käyttää kipumittaria.
- Kivun hoidon tavoitteena on turvallinen ja tehokas lääke ja potilaan toimintakyvyn säilyttäminen.

Dia 40

RAVITSEMUS

- Hyvä ravitsemushoito tärkeä osa kokonaisvaltaista haavanhoitoa.
- Heikentynyt ravitsemustila lisää haavainfektion riskiä ja hidastaa paranemista.
- Ravinnon tarve yksilöllinen ja siihen vaikuttavat, potilaan ikä, potilaan koko ja haavan koko.
- Ravitsemustilan arviointiin seulontamenetelmiä. Esim. MUST –seulonta on kotihoitoon kehitetty.
- Ravitsemushoitosuunnitelma tehtävä yksilöllisesti.

Dia 41

RAVITSEMUS

- Vajaaravitsemus aiheutuu, kun energian, proteiinien, vitamiinien ja kivennäisaineiden saanti on vähäisempää kuin niiden tarve.
- Syynä voi olla riittämätön ravinnon saanti, ravinnon imeytymishäiriö tai lisääntynyt ravinnon tarve.
- Ravinnon tarve lisääntyy, kun ravintoaineita menetetään haavaeritteiden mukana ja haavalle muodostuu uudiskasvua.
- Vajaaravitsemusriski potilaalle lisätään energiaa ja proteiineja.

Dia 42

HAAVAN PAIKALLISHOITO

- Hoidon valintaan vaikuttavat potilaan perussairaudet ja terveydentila ja käytettävissä olevat voimavarat
- Haavadiagnoosi tiedettävä sekä haavan koko, syvyys, paranemisvaihe ja kudoksen tyyppi hoitoa valittaessa.

Dia 43

TURVOTUKSEN ESTOHOITO =KOMPRESSIOTERAPIA

- Laskimoperäisen haavan tärkein hoito on turvotuksen poisto sääreltä tukisidosten tai lääkinnällisen hoitosukan avulla.
- Tukisidokset aluksi, koska ympärysmitta säärellä muuttuu. Turvotuksen laskettua käytetään hoitosukkaa.
- Hoitosukkaa varten sääri mitataan tarkasti ja sukat uusitaan puolenvuoden välein, jolloin säären mittaus on aina tehtävä uudelleen.

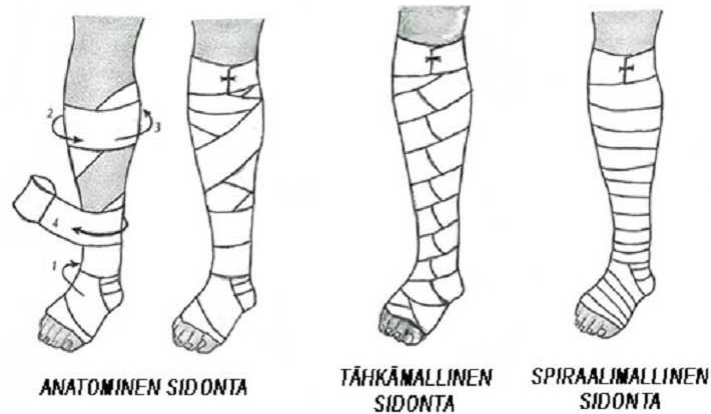
Dia 44

TURVOTUKSEN ESTO

- Huomioitava valtimoverenkierron riittävyys.
- Haavojen uusiutumisen ennaltaehkäisemiseksi hoitosukkaa käytetään haavojen paranemisen jälkeenkin.
- Lisäksi jalkoja pidetään kohoasennossa 3-4 x/ vrk puoli tuntia kerrallaan.
- Turvotuksenestohoitoa voi käyttää muidenkin haavojen hoidossa, jos raajassa on turvotusta ja riittävä valtimoverenkierto.

Dia 45

TUKISIDOKSET



Käypä hoito -kuvat

Dia 46

SIDONTATEKNIikka

- Jalan oltava 90 asteen kulmassa.
- Sidonta ei saa estää liikettä nivelten kohdalta.
- Haavan kohdalle pehmentäviä sidoksia alle.
- Sidonta aloitetaan varpaiden tyvestä sidotaan 2 cm polvitaiteen alapuolelle. Myös kantapää sidotaan.

Dia 47

TUKISIDOSTEN OMINAISUUDET

- **Anatominen sidonta** tehdään kahdella heikosti elastisella siteellä. Ei tarvitse poistaa yöksi.
- **Tähkämallinen ja spiraalimallinen sidonta** tehdään hyvin elastisella siteellä. Voimakas tuki. Poistettava yöksi.
- **Monikerrossidos** koostuu 2 – 4 eri sidoskerroksesta. Potilaille joilla haavanhoitoväli pitkä. Sidonta kerran viikossa.

Dia 48

HAAVAN PUHDISTUS

- Tarkoituksena poistaa eloton kudos, lika, haavaeritteet ja tuotejätteet.
- Suihkutus 1-5 min. Puhdas epitelisoituva ja granuloiva haava vain huuhdellaan vedellä.
- Haava ei saa jäähtyä eikä kuivua suihkutuksen jälkeen.
- Vetyperoksidia voi käyttää nekroottisen ja infektoituneen haavan puhdistukseen ennen ja jälkeen suihkutuksen, kun kuohuminen lakkaa se on aina huuhdottava huolellisesti.

Dia 49

HAAVAN PUHDISTUS

- Vetyperoksidia ei suositella jatkuvaan käyttöön eikä onkalo- ja fistellihaavoihin.
- Kroonisen avonaisen haavan kanssa voi mennä saunaan miettoon löylyyn, jos haava ei ole infektoitunut.
- Vesipesun jälkeen tehdään mekaaninen puhdistus instrumenttien avulla. Mekaanista puhdistusta tehostetaan tarvittaessa kemiallisella, autolyttisellä tai entsyymaattisella puhdistuksella.

Dia 50

MEKAANINEN PUHDISTUS

- Tarkoituksena poistaa fibriinikate ja kuollut kudos vahingoittamatta tervettä ihoa.
- Krooninen haava ei puhdistu kerralla vaan vaatii toistuvaa puhdistusta.
- Mekaaninen puhdistus tehdään instrumenttien avulla.
- Ennen puhdistusta arvioidaan kudos ja paranemisen vaihe. Puhdistuksen jälkeen arvioidaan haavan syvyys.
- Jos haava tihkuu verta, haavakohtaa painetaan kuivalla taitoksella.

Dia 51

MEKAANINEN PUHDISTUS

Puhdistus kyretillä



Puhdistus veitsellä



Käypä hoito -kuvat
Vesa Juutilainen

Dia 52

MILLOIN EI MEKAANISTA PUHDISTUSTA

- Jos et tunnista kudosta tai epäily pahanlaatuisuudesta.
- Haavan anatomia ja ympäröivä kudos epäselvä.
- Jos verenvuoto runsasta tai et tiedä mistä vuotaa.
- Puhdistuksesta tulee voimakasta kipua.

Dia 53

HAAVASIDOS

- Haavanhoito tuote valitaan sen mukaan tarvitaanko imevää, kostuttavaa, puhdistavaa ominaisuutta vai pelkkä sidos.
- Haavanhoito tuotteet voivat aiheuttaa allergiaa ja siksi on huomioitava haavan ympärillä ärsytys, punoitus, ihottuma tai rakkulat.
- Käytä teippikiinnitystä iholla harkiten.
- Hyvä haavanhoitotuote ei tartu, ei vahingoita haavapintaa, se tuntuu käytössä hyvältä ja on myös hinnaltaan kohtuullinen.

Dia 54

LASKIMOPERÄISEN HAAVAN PAIKALLISHOITO

- Tavoitteena on, että haava pysyy kosteana, puhdistuu ja suojataan infektiolta.
- Katteista ja infektoitunutta haava suihkutetaan vesijohtovedellä tai keittosuolaliuoksella.
- Puhdaspohjaista haavaa ei tarvitse suihkuttaa.
- Fibriinikate ja nekroottinen kudus on poistettava mekaanisesti ja paikallishoitovalmisteilla.
- Haavan ympärysihon huolellinen hoito.
- Katteinen, infektoitunut ja runsaasti erittävä haava hoidetaan 1-2 vrk:n välein.
- Puhdaspohjaisen haavan hoitoväli voi olla jopa viikko.

Dia 55

VALTIMOPERÄISEN HAAVAN PAIKALLISHOITO

- Valtimoperäinen haava ei saa olla liian kuiva eikä liian kostea. Haavan ympärysiho ei saa hautua.
- Nekroosia ei poisteta ennen verisuonikirurgisia tutkimuksia.
- Nekroosi on kehon oma biologinen sidos, jos verenkierto ei ole riittävä.
- Jos nekroosin alla märkää ja haava on infektoitunut, kuollut kudos poistetaan mekaanisesti.
- Kuivaa nekroottista haavaa ei suihkuteta.

Dia 56

DIABEETTISEN HAAVAN PAIKALLISHOITO

- Haavaan kohdistuvan mekaanisen rasituksen poisto eli kevennyshoito.
- Kuivaa haavanekroosia ei poisteta ennen verisuonikirurgisia toimenpiteitä.
- Neuropaattisen haavan ympärillä oleva kallus eli kovettuma poistetaan ja haavalla oleva nekroosi, jos alla on märkää.
- Haava pidettävä kosteana, mutta se ei saa hautua. Haavan ympärysihon huolellinen hoito.

Dia 57

KALLUKSEN POISTO NEUROPAATTISESTA
HAAVASTA

Käypä hoito -kuvat
TAYS:n ihotautiklinikka

Dia 58

TIETOLÄHTEITÄ

- <http://www.kaypahoito.fi>
 - krooninen alaraajahaava
 - diabeetikon jalkaongelmat
- <http://www.shhy.fi/>
- <http://www.terveysportti.fi/>
- <http://www.terveyskirjasto.fi/>
- KYS kirurgian poliklinikka / Auktorisoitu haavahoitaja
- Haava -lehti. Suomen haavahoitoyhdistys.

Dia 59

TIETOLÄHTEITÄ

- Haavanhoidon periaatteet. 2012. Juutilainen, V., Hietanen, H. Sanoma Pro Oy.
- Ihotaudit. 2011. Hannuksela, M., Peltonen, S., Reunala, T., Suhonen, R.(toim.) Duodecim.
- Diabetes.2009. Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T., Sane, T.(toim.) Duodecim.
- Haava. 2002. Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S., Juutilainen, V. WSOY.
- Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 2010. Anttila, V-J., Hellsten, S., Rantala, A. , Routamaa, M., Syrjälä, H., Vuento, R. (toim.) Kuntaliitto

Dia 60

KIITOS



Dia 60

Koulutuksen palautekysely

**PALAUTE KOULUTUKSESTA
KROONISET JALKAHAAVAT JA NIIDEN HOITO**

kyllä ei en osaa sanoa

Vastasiko koulutuksen sisältö
odotuksiasi?

Oliko koulutus johdonmukainen
ja tarpeeksi kiinnostava?

Oliko koulutuksen pituus sopiva?

Kommentoii,
ruusut ja risut koulutuksesta.