



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Kartoitus haavojen määrästä ja laadusta Vantaan sosiaali- ja terveydenhuollossa - Vertailu vuosina 2008 ja 2015

Kirjavainen, Sanna
Kuukka, Sarita

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Kartoitus haavojen määrästä ja laadusta
Vantaan sosiaali- ja terveydenhuollossa
- Vertailu vuosina 2008 ja 2015

Sanna Kirjavainen
Sarita Kuukka
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Helmikuu, 2016

Sanna Kirjavainen ja Sarita Kuukka

**Kartoitus haavojen määrästä ja laadusta Vantaan sosiaali- ja terveydenhuollossa
- Vertailu vuosina 2008 ja 2015**

Vuosi 2016 Sivumäärä 36

Haavojen kroonistumisen yleisin syy on epäonnistunut diagnoosi ja siitä seurannut väärä hoitomuoto. Tämä asettaa haasteita erityisesti hoitotyölle, sillä haavan kroonistuminen aiheuttaa potilaalle turhaa kärsimystä sekä kustannuksia niin potilaalle kuin yhteiskunnalle. Haavan kroonistumisen ennaltaehkäisyssä tärkeää on selvittää ja korjata taustalla olevat etiologiset tekijät. Suomessa väestöstä 1,3 - 3,6 % saa jossakin elämän vaiheessa kroonisen alaraajahaavan. Haavaa voidaan sanoa krooniseksi, kun se on ollut avoinna yli neljän viikon ajan ja sen paraneminen on joko hidastunut tai pysähtynyt. Haavanhoitotyön kehittäminen on tärkeää, sillä haavojen määrä lisääntyy jatkuvasti. Opinnäytetyö on osa Haavanhoito-hanketta ja se toteutettiin yhteistyössä Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa haavojen määrää ja laatua Vantaan kaupungin perusterveydenhuollon yksiköissä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa haavojen määrän ja laadun muutoksista Vantaan sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena ja tiedonkeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta. Opinnäytetyön aineistoina käytettiin vuosien 2008 ja 2015 kerättyjen samanmuotoisten haavankyselyiden tuloksia. Haavojen määrän ja laadun kartoitus tehtiin yhtenä päivänä poikkileikkausselvityksenä terveysasemilla, kotihoidossa, palvelutaloissa, terveyskeskussairaaloiden osastoilla sekä hoivakodeissa. Ostopalveluna hankittavat palvelut rajattiin tutkimuksesta pois. Opinnäytetyön tulokset analysoitiin Excel-ohjelmalla. Vuonna 2008 kroonisia haavoja esiintyi Vantaan perusterveydenhuollossa yhteensä 147 ja vuonna 2015 yhteensä 245. Opinnäytetyön tulokset osoittivat haavojen määrän kasvaneen 67 % vuodesta 2008. Vuonna 2015 kroonisista haavoista esiintyi eniten monisyisiä haavoja ja vähiten iskeemisiä haavoja. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää yhtenäisemmän haavanhoidon kehittämisessä, koulutuksessa sekä haavanhoidon resurssien määrittämisessä Vantaan sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Asiasanat: Krooninen haava, esiintyvyys, hoitotyöntekijät

Sanna Kirjavainen and Sarita Kuukka

A survey on the quality and quantity of wounds in the health and social welfare department of the city of Vantaa - Comparison during years 2008 and 2015

Year	2016	Pages	36
------	------	-------	----

The most common causes of chronic wounds include a wrong diagnoses which lead to erroneous treatment. This presents challenges especially in nursing care, because chronic wounds cause unnecessary pain and costs to the patient. The costs do not only affect the patient, but the whole society. To prevent wounds from becoming chronic it is important to find out the etiological factors behind them and take care of them. In Finland, 1.3 - 3.6% of the population will develop a chronic lower limb wound at some point in their lives. The wound is considered chronic, when it has been open for over four weeks and its healing has either slowed down or completely stopped. Developing the treatment of wounds is important, because the number of wounds is increasing constantly. The thesis is part of the wound treatment project which was carried out in collaboration with the health and social welfare department of the city of Vantaa. The purpose of the thesis was to survey the quality and quantity of wounds in the health and social welfare department of the city of Vantaa. The goal was to provide information about the change in quality and quantity of wounds in the health and social welfare department of the city of Vantaa.

The thesis was conducted as quantitative research. Questionnaires were used as the data collecting method. The data used for the thesis consisted of the results from collected questionnaires during the years 2008 and 2015. The survey on the quantity and quality of wounds was done as a one day study cross-sectionally in health care centres, district nursing services, sheltered homes as well as on different hospital wards and in nursing homes. Services bought as an outsourcing service were omitted from the study. The results were analysed using the Excel programme. In 2008, 147 chronic wounds were diagnosed in the health and social welfare department of the city of Vantaa. In 2015 the number came up to 245. The results show that the quantity of wounds has grown by 67% since 2008. In 2015, mixed-etiology wounds were the most common wound types, whereas arterial wounds were the rarest. The results of the thesis can be used to develop a more constructed way of wound treatment, education and determining the resources for wound treatment in the health and social welfare department of the city of Vantaa.

Key words: Chronic wound, incidence, nursing staff

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Krooniset haavat hoitotyön haasteena	7
3	Krooniset haavat	8
3.1	Kroonisten haavojen esiintyvyys.....	9
3.2	Laskimoperäinen haava	10
3.3	Iskeeminen haava	11
3.4	Painehaava	12
3.5	Diabeettinen jalkahaava	12
3.6	Monisyinen haava.....	13
4	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset.....	13
5	Aineistonkeruu ja analyysimenetelmät	14
6	Tulokset.....	16
7	Pohdinta	23
7.1	Tulosten tarkastelu	23
7.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	26
7.3	Johtopäätökset	28
	Lähteet	30
	Kuviot	34
	Liitteet.....	35

1 Johdanto

Haavojen kroonistumisen yleisin syy on epäonnistunut diagnoosi ja siitä seurannut väärä hoitomuoto. Ongelmahaavojen hoito kuormittaa terveydenhuoltoa merkittävästi. Tämä asettaa haasteita erityisesti hoitotyölle, sillä haavan kroonistuminen aiheuttaa potilaalle turhaa kärsimystä sekä kustannuksia niin potilaalle kuin yhteiskunnalle. (Korhonen & Lepäntalo 2012, 2; Juutilainen ym. 2007, 13 - 14.) Haavan kroonistumisen ennaltaehkäisyssä tärkeää on selvittää ja korjata taustalla olevat etiologiset tekijät. (Juutilainen 2012, 78; Juutilainen & Hietanen 2012, 389.) Suomessa väestöstä 1,3 - 3,6 % saa jossakin vaiheessa elämää kroonisen alaraaja-haavan (Käypähoito 2014). Laskimoperäistä alaraajahaavaa sairastaa Suomessa arviolta noin 11 000 - 15 000 henkilöä. Kriittistä alaraajaiskemiamia sairastavia on arviolta 2500 - 5000. (Vikatmaa 2012, 266, 278.) Arviolta 5 - 15 %:lla sairaalahoidossa olevista potilaista on jonkin tyyppinen painehaava. (Juutilainen 2012, 12.) Kokonaisuudessaan Suomessa hoidetaan vuosittain noin 55 000 - 80 000 painehaavaa eri terveydenhuollon yksiköissä (Hoitotyön suositus 2015, 5; Soppi 2013). Suomen väestöstä noin 550 000 sairastaa diabetesta ja heistä suunnitteen 25 % saa jossain vaiheessa elämänsä jalkahaavan (Juutilainen 2012, 12; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015). Kaikista kroonisista haavoista monisyisiä haavoja on arvioitu esiintyvän noin 10 - 15 % (Seppänen & Hjerppe 2008, 4). Merkittävä osa haavoista olisi mahdollista ehkäistä tai hoitaa varhaisessa vaiheessa, mutta usein voimavarat kohdistetaan komplisoituneiden haavojen hoitoon (Lepäntalo, Ahokas, Heinänen, Heiskanen-Kuisma, Hietanen, Iivanainen, Iso-Aho, Juutilainen, Tukiainen, Sane & Valtonen 2009). Jotta vaativilta haavanhoidoilta vältyttäisiin, tulisi perusterveydenhuollossa vahvistaa asiantuntijuutta opettamalla hoitamaan haavat riittävän ajoissa ja tehokkaasti (Pernaa & Reiman-Möttönen 2013). Kroonisten haavojen hoito on haasteellista, jonka vuoksi tarvitaan jatkuvaa tutkimustyötä sekä hoitohenkilökunnan koulutusta (Seppänen & Hjerppe 2008, 4).

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja tärkeä, sillä kroonisten haavojen määrä on kasvussa ja tämän vuoksi haavojen kroonistumisen ennaltaehkäisyyn tulisi kiinnittää huomiota (Juutilainen 2012, 14; Korhonen & Lepäntalo 2012, 1-2). Lisäksi haavojen määrää ja laatua on tärkeää selvittää, jotta resursseja ja haavanhoidon koulutuksia voidaan kohdentaa oikein ja näin kehittää hoitotyötä. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. Se kuului Haavanhoidon-hankkeeseen, jonka tavoitteena on ennaltaehkäistä haavojen syntymistä ja kroonistumista, parantaa hoidon vaikuttavuutta ja nopeuttaa paranemista sekä lisätä potilasturvallisuutta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa haavojen määrää ja laatua Vantaan kaupungin perusterveydenhuollon yksiköissä. Kartoitus tehtiin poikileikkausselvityksenä yhtenä päivänä terveysasemilla, terveyskeskussairaalassa, kotihoidossa, palvelutaloissa ja hoivakodeissa. Tutkimuksesta rajattiin pois ostopalveluna hankittavat palvelut. Opinnäytetyössä aineistoina käytettiin vuonna 2008 Vantaan perusterveydenhuollossa tehdyn haavakyselyn tuloksia ja vuonna 2015 samanmuotoisella kyselylomakkeella kerättyjä

tuloksia. Vuoden 2008 ja 2015 haavakyselyiden tuloksia verrattiin. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa haavojen määrän ja laadun muutoksista Vantaan sosiaali- ja terveydenhuollossa.

2 Krooniset haavat hoitotyön haasteena

Haavojen kroonistumisen yleisin syy on epäonnistunut diagnoosi ja siitä seurannut väärä hoitomuoto. Ongelmahaavojen hoito kuormittaa terveydenhuoltoa merkittävästi. Oikean hoidon käynnistäminen ja haavojen oikea diagnosointi sekä ongelmahaavojen selvittämisen aikaistaminen lyhentävät hoitoaikoja ja pienentävät kustannuksia. (Korhonen & Lepäntalo 2012, 2; Juutilainen ym. 2007, 14.) Terveydenhuollon määrärahoista haavojen hoito kuluttaa 2 - 5 %. Eryteisesti krooniset haavat aiheuttavat kustannuksia potilaalle sekä yhteiskunnalle ja haavanhoidot tulisivat toteuttaa mahdollisimman kustannustehokkaasti. (Juutilainen 2012, 14; Seppänen & Hjerppe 2008, 4.) Tärkeää on selvittää ja korjata taustalla olevat etiologiset tekijät ja paranemista hidastavat tekijät, jotta haavojen hoito olisi tuloksellista (Juutilainen 2012, 78; Juutilainen & Hietanen 2012, 389). Kroonisen haavan parantamiseksi voidaan valita oikea hoitolinja vain, jos haavan aiheuttaja on tiedossa (Seppänen & Hjerppe 2008, 4).

Merkittävä osa haavoista olisi mahdollista ehkäistä tai hoitaa varhaisessa vaiheessa, mutta usein voimavarat kohdistetaan komplisoituneiden haavojen hoitoon. Perusterveydenhuollon näkökulmasta haavanhoidon ongelmakohtia ovat, ettei haavojen ehkäisyyn ole laadittu selkeää strategiaa eivätkä hoitoketjut toimi. Potilaita hoidetaan usein ilman selkeää hoitosuunnitelmaa sekä ilman asianmukaista diagnoosia. (Hietanen & Juutilainen 2012, 388-389; Lepäntalo ym. 2009.) Haavanhoito on moniammatillista yhteistyötä (Pernaa & Reiman-Möttönen 2013). Haavan diagnosointi on lääkärin vastuulla. Paikallisvalmisteiden valinta, hoito ja mitaukset puolestaan kuuluvat haavahoitajalle. Haavanhoitotuotteiden käyttö perusterveydenhuollossa ei ole yhtenäistä ja tuotteiden käytön sekä valinnan ohjeistus on puutteellista. Eryteisesti haavojen paikallishoidon osalta hoitolinjaukset ovat vaihtelevia ja osin ristiriitaisia. Myös haavahoitajia ja haavanhoitoon perehtyneitä hoitajia on perusterveydenhuollossa liian vähän eikä tietotaitoa pystytä koulutuksien puutteellisuuden vuoksi ylläpitämään. Perusterveydenhuollon osaaminen ei siis ole aina riittävää. (Hietanen & Juutilainen 2012, 388-389; Lepäntalo ym. 2009.) Jotta vaativilta haavanhoidoilta vältyttäisiin, tulisi perusterveydenhuollossa vahvistaa asiantuntijuutta opettamalla hoitamaan haavat riittävän ajoissa ja tehokkaasti (Pernaa & Reiman-Möttönen 2013). Kroonisten haavojen ehkäisyyn ja hoitoon tulisi kehittää selkeät ohjeet hoitohenkilökunnalle ja potilaille. Selkeä ohjeistus on välttämätöntä, jotta potilas saa toimivan hoitoketjun ja haavanhoito on mahdollisimman kustannustehokasta. Niin kunnissa kuin sairaanhoitopiireissä tarvitaan määrätietoista johtamista yhtenäisemmän haavanhoidon kehittämiseksi. (Hietanen & Juutilainen 2012, 388-389; Lepäntalo ym. 2009.) Hoitokäytäntöjä tulisi yhtenäistää niin, että kaikilla potilailla olisi yhtäläiset mahdollisuudet saa-

da parasta mahdollista tutkimusnäyttöön perustuvaa hoitoa riippumatta hoitopaikasta (Hoitotyön tutkimussäätiö 2016).

Potilaan näkökulmasta krooniseen haavaan liittyy aina jonkinasteista kärsimystä ja haittaa. Haittoja voivat olla kipu, alentunut toimintakyky, esteettinen haitta sekä psykososiaaliset ja taloudelliset ongelmat. Pelkästään haavasta aiheutuva kipu ja siihen liittyvä lääkehoito saattavat alentaa potilaan toimintakykyä. Toiminnallinen haitta riippuu olennaisesti haavan sijainnista ja suuruudesta. Jos haava sijaitsee näkyvällä paikalla, on runsaasti erittävä tai hai-seva aiheuttaa se potilaalle niin esteettistä kuin psykososiaalista haittaa. Jos haavan paraneminen ei edisty tai hoito pitkittyy, voi tästä seurata potilaalle ahdistus- ja masennusoireita. Lisäksi potilas on sidoksissa haavanhoidon aikatauluihin, mikä rajoittaa hänen vapaata liikkumistaan. Taloudellisesti kroonisen haavan hoito tulee potilaalle kalliiksi. Yleensä yhteiskunta ei korvaa haavanhoitotuotteisiin liittyviä kuluja. (Juutilainen 2012, 13-14.) Kuitenkaan potilaan taloudellinen tilanne ei saisi olla este asianmukaiselle haavanhoidolle (Lepäntalo ym. 2009).

Kroonisten haavojen hoito on haasteellista, jonka vuoksi tarvitaan jatkuvaa tutkimustyötä sekä hoitohenkilökunnan koulutusta. (Seppänen & Hjerppe 2008, 4.) Sairaanhoidoalan koulutuksen opinto-ohjelmaan ei varsinaisesti kuulu haavanhoitoa. Haavanhoitokoulutuksen tehostaminen sairaanhoidoalalla edistäisi haavojen hoidon laadun kehittymistä. (Juutilainen & Hietanen 2012, 391.) Hoitotyön suosituksen (2015) mukaan painehaavojen ennaltaehkäisyssä tärkeää on henkilöstön osaaminen, tietoperusta sekä sitoutuminen haavojen ehkäisyyn. Nämä asiat voidaan varmistaa henkilöstön riittävällä koulutuksella. Organisaatioissa tulee olla osaamistarpeen mukainen koulutussuunnitelma, joka pohjautuu näyttöön perustavaan tietoon. Koulutuksia tulee olla säännöllisesti, kuitenkin henkilöstön osaamistarpeet huomioiden. Painehaavan ehkäisyn toteutumisen suurimpina esteinä hoitotyöntekijät kokevat ajanpuutteen, henkilöstön puutteen sekä potilaan tilan. On todettu, että riittävä hoitohenkilökunnan määrä vähentää painehaavojen esiintymistä paremmin kuin hoitotyöntekijöiden koulutustaso. (Hoitotyön suositus 2015, 25.)

3 Krooniset haavat

Haava aiheutuu ehjän ihon tai sen alaisten kudosten rikkoutumisesta. Haava voi syntyä joko ulkoisen tekijän tai sisäisen sairauden perusteella. (Juutilainen 2012, 12.) Haavat jaetaan akuutteihin ja kroonisiin haavoihin niiden aiheuttajan, paranemisprosessin sekä keston perusteella (Hietanen, Iivanainen, Seppänen, Juutilainen 2002, 17). Riippuen haavan syvyydestä ja sijainnista, se voi ulottua ihonalaiseen rasvaan, lihakseen, luuhun, hermo- ja verisuonirakenteisiin tai sisäelimiin (Juutilainen & Hietanen 2012, 12). Haavan etiologia voidaan useimmiten selvittää kliinisen tutkimuksen avulla. Haavan erotusdiagnoosi on tärkeä, jotta voidaan

taata haavan etiologian mukainen hoito. (Juutilainen 2012, 78; Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri 2010; Käypähoito 2014; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Krooninen alaraajahaava on haava, jonka paraneminen on joko hidastunut tai pysähtynyt (Lagus 2012, 49). Alaraajahaavaa voidaan sanoa krooniseksi, kun se on ollut avoinna yli neljän viikon ajan (Viljamaa & Vaalasti 2014). Kroonisessa haavassa paranemisprosessi keskeytyy jonkin tekijän tai tekijöiden vaikutuksesta. Krooniset haavat liittyvät yleensä kroonisiin sairauksiin tai ulkoisiin tekijöihin. Diabeettiset jalkahaavat, laskimoperäiset säärihaavat ja painehaavat ovat yleisimpiä kroonisia haavoja. (Lagus 2012, 49.) Krooniset haavat ovat usein pitkäkestoisia ja vaikeasti hoidettavia. Pienikin haava voi muuttua suureksi ongelmaksi, jos haava ei parane toivotulla tavalla tai siihen kehittyy lisäkomplikaatioita kuten infektio. Haavojen vajavainen ja viivästynyt diagnosointi on yksi suurimmista syistä haavojen kroonistumiseen. Väestön ikääntyminen, diabetes ja ylipaino ovat merkittävimmät syyt siihen, miksi krooniset haavat tulevat lisääntymään tulevaisuudessa. (Juutilainen 2012, 12; Juutilainen & Hietanen 2012, 389; Lagus 2012, 49; Sen, Gordillo, Roy, Kirsner, Lambert, Hunt, Gottrup, Gurtner & Longaker 2009, 763.)

Haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät voidaan jakaa systeemisiin ja paikallisiin tekijöihin. Systeemiset tekijät ovat potilaaseen liittyviä tekijöitä ja paikalliset tekijät ovat haavaan liittyviä tekijöitä. Haavan paranemisen kannalta olennaisia systeemisiä tekijöitä ovat potilaan ikä, sairaudet sekä niiden hoito, elämäntavat ja ravinto. Paikallisia tekijöitä ovat haavaan ja sen ympäröivään ihoon kohdistuvat mekaaniset voimat, verenkierto haava-alueella, kosteusolot, kemialliset ärsykkeet ja lämpötila. Haavan paranemiseen vaikuttavat myös psykososiaaliset tekijät. Kroonisen haavan paraneminen voidaan jakaa inflammatioon eli tulehdusreaktiovaiheeseen, proliferaatioon eli korjausvaiheeseen sekä maturaatioon eli muokausvaiheeseen. Kroonisille haavoille tyypillistä on tulehdusreaktiovaiheen pitkittyminen, koska tulehdussolujen määrä säilyy suurena pidempään kuin paranevissa haavoissa. (Lagus 2012, 39, 52.)

3.1 Kroonisten haavojen esiintyvyys

Suomessa väestöstä 1,3 - 3,6 % saa jossakin vaiheessa elämää kroonisen alaraajahaavan (Käypähoito 2014). Laskimoperäinen alaraajahaava on yleisin krooninen alaraajahaava ja sitä esiintyy arviolta noin 11 000 - 15 000 henkilöllä (Castrén 2011; Käypähoito 2014; Vikatmaa 2012, 266). Kriittistä alaraajaiskemiam sairastavia on arviolta 2500 - 5000. (Vikatmaa 2012, 278). Arviolta 5 - 15 %:lla sairaalahoidossa olevista potilaista on jonkin tyyppinen painehaava (Juutilainen 2012, 12). Kokonaisuudessaan Suomessa hoidetaan vuosittain noin 55 000 - 80 000 painehaavaa eri terveydenhuollon yksiköissä (Hoitotyön suositus 2015, 5; Soppi 2013). Suomen väestöstä noin 550 000 sairastaa diabetesta ja heistä suunnilleen 25 % saa jossain vaiheessa elämänsä jalkahaavan (Juutilainen 2012, 12; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015). Kaikista

kroonisista haavoista monisyisiä haavoja on arvioitu esiintyvän noin 10 - 15 % (Seppänen & Hjerppe 2008, 4).

Haavojen esiintyvyys on Suomessa kasvussa (Juutilainen 2012, 14; Korhonen & Lepäntalo 2012, 1-2). Haavojen määrä lisääntyy jatkuvasti väestön ikääntymisen ja diabeteksen yleistymisen vuoksi (Juutilainen, Vikatmaa, Kuukasjärvi & Malmivaara 2007, 1; Juutilainen & Hietanen 2012, 12; Käypähoito 2014; Lepäntalo ym. 2009; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015). Krooniset haavat ovat yleisempiä ikääntyneillä yli 65 -vuotiailla potilailla (Harrison, Graham, Lorimer, Friedberg, Pierscianowski, & Brandys 2005; Seppänen & Hjerppe 2008, 5). Vuonna 2010 yli 65 -vuotiaita oli Suomen väestöstä 17,5 %. Väestöennusteen mukaan vuonna 2060 yli 65 -vuotiaiden osuus tulee olemaan 28,8 %. (Tilastokeskus 2015.)

Helsingissä on kartoitettu kroonisten haavojen esiintyvyyttä perusterveydenhuollossa. Vuonna 2011 tehdyn poikkileikkausselvityksen mukaan Helsingin terveysasemilla ja kotihoidossa arvioitiin olevan noin 1000 - 1500 haavapotilasta jatkuvasti hoidossa. Kaupunginsairaalan eri osastoilla oli hoidettavana yhden päivän aikana noin 100 haavapotilasta. (Korhonen & Lepäntalo 2012, 1-2.) Pirkanmaalla on myös kartoitettu kroonisten haavojen esiintyvyyttä vuosina 1984, 1995 ja 2005. Kartoituksessa käytettiin kyselyä, jolla selvitettiin yhtenä päivänä hoidettavat haavapotilaat. Haavapotilaiden määrä oli lisääntynyt jokaisen kartoituksen välillä. Vuonna 1984 Pirkanmaan hoitoyksiköissä oli 83 haavapotilasta. Vuodesta 1984 todettiin haavapotilaiden määrän kasvaneen 28 % vuoteen 1995 mennessä, jolloin haavapotilaiden määrä oli yhteensä 106. Vuonna 2005 haavapotilaita oli 145 ja haavapotilaiden määrä oli kasvanut 37 % vuodesta 1995 Pirkanmaalla. (Hjerppe, Paananen, Huhtala & Vaalasti, 2006, 6.)

3.2 Laskimoperäinen haava

Tyypillisesti laskimoperäinen haava sijaitsee säären alaosassa tai nilkan alueella. Tällä alueella laskimopaine on korkein. Haava on yleensä matala eikä ulotu jänteisiin tai luuhun. (Vikatmaa 2012, 266-267.) Laskimoperäinen haava on erittävä ja kosteapohjainen, johon ei liity nekroosia. Haavasta voidaan usein selkeästi erottaa kellertävää fibriinikatetta. Haavan koko ja muoto vaihtelevat ja haavoja voi olla useita samaan aikaan. Haavan kipua voi vaihdella kivuttomasta todella kivuliaaseen. Kipu yleensä hellittää, kun raajan nostaa kohoasentoon. (Vikatmaa 2012, 266-267; Käypähoito 2014.) Raajassa, jossa laskimoperäinen haava on, voi esiintyä turvotusta, staasiekseemaa tai suonikohjuja. Raaja on myös lämmin. Haavaa ympäröivä iho voi olla panssaroitunut ja pigmentoitunut. Laskimoperäiset haavat hoidetaan ensisijaisesti perusterveydenhuollossa. (Käypähoito 2014.)

Laskimovajaatoiminta aiheuttaa suurimman osan kroonisista alaraajahaavoista. Se on syynä 37 - 76 %:ssa laskimoperäisissä haavoissa. Laskimovajaatoiminta aiheuttaa usein laskimohypertension, jonka yleisin syy on laskimorefluksi eli veren takaisinvirtaus laskimoissa, joiden läpät ovat vaurioituneet. Tämän seurauksena syntyy laskimoperäinen haava. Laskimohaavan riskitekijöitä tunnetaan yleisesti vähän, mutta laskimovajaatoiminnan riskitekijöitä ovat ikääntyminen, naissukupuoli, aiemmat synnytykset ja vajaatoiminnan esiintyminen suvussa. (Käypähoito 2010, 2014.) Laskimoperäisen haavan ennaltaehkäisyssä tärkeää on erityisesti turvotuksien hoito esimerkiksi tukisukilla ja kohoasennolla (Vikatmaa 2012, 289-290).

3.3 Iskeeminen haava

Iskeeminen haava sijaitsee usein jalkaterässä tai varpaissa, mutta se voi olla ylempänäkin raajassa. Iskeeminen haava on kuivapohjainen. Haavaa peittää tumma nekroottinen kate. Haavaa ympäröivä iho on punoittava, ohut ja kuiva. Iskeeminen haava on kivulias, mutta kipu usein helpottaa raajaa riiputtaessa. Raaja on viileä ja siitä puuttuu karvoitus. Raajasta puuttuvat myös perifeeriset sykkeet tai ne ovat heikot. (Käypähoito 2014.)

Tavallisesti iskeemisen haavan taustalla on valtimoverenkierron vajaus. Se on syynä 8 - 22 %:ssa tapauksissa. (Käypähoito 2014; Sieggreen, Kline, Sibbald & Weir 2012, 398.) Heikentynyt valtimoverenkierto hidastaa haavan paranemista, jonka seurauksena haava ei saa tarpeeksi happea ja ravintoaineita (Suomen verisuonikirurginen yhdistys 2015). Valtimoverenkierron vajauksesta johtuen valtimoverenkierron riittävyys on syytä arvioida jokaiselta kroonista iskeemistä alaraajahaavaa sairastavalta. Hoidon tarpeen arvioinnissa tarvitaan aina verisuonikirurgin arvio. (Käypähoito 2014.) Iskeemisten haavojen syntyyn liittyy usein myös mekaaninen tekijä, kuten hankaus, iskun aiheuttama haava, ihonalainen verenpurkauma, sopimattomat jalkineet sekä heikko jalkojen ja kynsien hoito (Hietanen ym. 2002, 160). Ahtauttava valtimotauti eli ASO on sairaus, joka johtaa alaraajan valtimoiden ahtautumiseen ja tukkeutumiseen (Vikatmaa 2012, 276). Tämän seurauksena raajaan kulkee liian vähän happea ja verta, joka voi pahimmillaan aiheuttaa raajaan kuolion (Suomen verisuonikirurginen yhdistys 2015). Iskeemisen haavan ennaltaehkäisyssä ja hoidossa on tärkeää kiinnittää huomiota potilaan elämäntapaohjaukseen, sillä haavan ennaltaehkäisyssä ja paranemisessa tulee huomioida monipuolinen ravitsemus, hyvä sokeritasapaino sekä tupakoinnin lopettaminen. Iskeemisen haavan riskiä voidaan arvioida ABI-mittauksella eli nilkka-olkavarsipainesuhteen mittaamisella, jolla selvitetään valtimoverenkierron tilannetta. (Hietanen ym. 2002, 161, 167; Vikatmaa 2012, 278-279.)

3.4 Painehaava

Painehaavalla tarkoitetaan paineesta, venytyksestä tai hankauksesta johtuvaa ihon - tai ihonalaiskudoksen vauriota. Se kehittyy yleensä luu-ulokkeiden kohdalle. (Ayello, Baranoski, Lyder, Cuddigan & Harris 2012, 324; Seppänen & Hjerppe 2008, 4; Soppi 2010.) Suurin osa painehaavoista sijaitsee ristiluun, istuinkyhmyjen tai lonkkaluiden kohdalla. Kolmannes painehaavoista sijaitsee alaraajoissa, tavallisimmin kantapäissä. (Juutilainen & Hietanen 2012, 301; Seppänen & Hjerppe 2008, 4.) Painehaavan syntyyn vaikuttaa olennaisesti ihokohtaan kohdistuvan kuormitusajan pituus (Kortekangas-Savolainen & Helander 2010). Painehaavan suurin riskitekijä on liikkumattomuus (Hietanen ym. 2002, 186 - 187). Lisäksi krooniset sairaudet, aliravitsemus, hermovauriot sekä hauras ja ohut iho altistavat painehaavoille (Kortekangas-Savolainen & Helander 2010). Riskiryhmään kuuluvat potilaat, joiden liikuntakyky on joko pysyvästi tai tilapäisesti rajoittunut (Sen ym. 2009, 764; Soppi 2010). Painehaavat voivat syntyä myös muiden sairauksien ja niiden hoitojen komplikaatioina (Juutilainen & Hietanen 2012, 300). Painehaavojen ennaltaehkäisyssä on tärkeää haavariskin arviointi, ihon kunnon arviointi ja hoito, ravitsemuksesta ja nesteytyksestä huolehtiminen, asentohoidosta huolehtiminen sekä apuvälineiden kuten makuualustojen ja istuintyyntyjen käyttö (Hoitotyön suositus 2015, 13-19; Hietanen & Juutilainen 2012, 312).

Kroonisista haavoista painehaavojen osuus on suuri (Juutilainen & Hietanen 2012, 300). Silti osa painehaavoista jää diagnosoimatta ja toisaalta muita haavoja saatetaan tulkita painehaavoiksi (Soppi 2013). Painehaavojen hoito on pitkäkestoista ja työlästä. Tietoisuus painehaavojen todenmukaisesta esiintyvyydestä on puutteellista, sillä painehaavojen syntyä ei usein kirjjata potilastietojärjestelmään. (Juutilainen & Hietanen 2012, 300-301.)

3.5 Diabeettinen jalkahaava

Diabeettinen jalkahaava on vaikeasti paraneva haava (Hietanen ym. 2002, 167). Se sijaitsee usein nilkan, jalkaterän tai varpaiden alueella (Sane 2012, 338). Tyypillisesti diabeettinen jalkahaava on soikea tai pyöreä. Haavan pohja on punainen ja sitä ympäröi kova sekä vaalea reunus. Haava ei yleensä ole kovin kivulias, sillä neuropatian eli hermovaurion takia jalkojen tuntoaisti on heikentynyt. (Mustajoki 2015.)

Diabeettisen jalkahaavan taustalla on diabeteksestä johtuva neuropatia, jalan heikentynyt verenkierto tai infektio (Sane 2012, 338; Lavery, McGuire, Baranoski, Ayello & Kravitz 2012, 422, 426). Haavan synty sekä huono paraneminen johtuvat siis olennaisesti diabeteksestä (Hietanen ym. 2002, 167). Diabeetikon vuositarkastuksessa perusterveydenhuollossa on aina arvioitava jalkojen verenkierto ja neuropatiamuutokset (Vikatmaa, Ebeling & Lepäntalo 2014). Diabeetikolla on kohonnut riski saada jalkaongelmia, diabeetikon jalkojen riskiluokitus

selventää tämän vaaran suuruutta. Neuropatia, verisuonimuutokset, asentovirheet ja aikaisempi jalkahaava tai amputaatio ovat riskiluokituksen kriteereitä. (Kiviaho-Tiippa 2012, 12.) Erityisesti jalkahaavojen vaaraa lisäävät diabetekseen liittyvät vaikeat komplikaatiot, huono glukoositasapaino, iskemia ja tupakointi (Käypähoito 2009). Lisäksi epäsoivat jalkineet ja jalkojen puutteellinen hoito altistavat diabeettiselle jalkahaavalle. (Alexiadou & Doupis 2012; Käypähoito 2009; Lavery ym. 2012, 421.) Riskiä jalkahaavalle lisää olennaisesti myös ikä ja diabeteksen kesto. (Alexiadou & Doupis 2012; Käypähoito 2009.) Diabeetikot, joiden omahoito on hyvällä tasolla, tulevat todennäköisesti välttymään suurimmalta riskiltä saada diabeettinen jalkahaava (Kiviaho-Tiippa 2012, 13). Diabeettisen jalkahaavan ennaltaehkäisyssä tärkeää on potilasohjaus, jolla pyritään sitouttamaan diabeetikko hyvään hoitotasapainoon sekä jalkojen omahoitoon ja seurantaan (Sane 2012, 344).

3.6 Monisyinen haava

Kroonisen haavan syntyyn voivat vaikuttaa useat eri tekijät eivätkä mitkään kroonisen haavan aiheuttajat sulje toisiaan pois (Seppänen & Hjerppe 2008, 4). Monisyisen haavan syntyyn voivat vaikuttaa muun muassa sekä laskimo- että valtimoperäiset tekijät. Näiden tekijöiden taustalla voi olla esimerkiksi tukkeutuneet ja kaventuneet verisuonet sekä vaurioituneiden laskimoiden aiheuttama turvotus (Ballantyne & Sarkar 2000, 674: The Pennine Acute Hospitals NHS 2006, 2-3.) Monisyinen haava voi olla kosketusarka, kutiava, kuiva ja kivulias. Riskitekijöitä monisyiselle haavalle ovat tupakointi, korkea verenpaine, sydänsairaus, suonikohjut, murtumat, vammat, diabetes, ylipaino, selluliitti-infektio ja korkea kolesteroli. (The Pennine Acute Hospitals NHS 2006, 2-3.)

4 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa haavojen määrää ja laatua Vantaan kaupungin perusterveydenhuollon yksiköissä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa haavojen määrän ja laadun muutoksista Vantaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lisäksi koko Haavanhoito-hankkeen tavoitteena on tuottaa tietoa laadukkaan, suunnitelmallisen ja yhtenäisen haavanhoidon kehittämiseksi Vantaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kartoittamalla haavapotilaiden määrää ja laatua saadaan tärkeää tietoa haavojen määrän muutoksista Vantaan kaupungin perusterveydenhuollossa, joka auttaa haavanhoidon resurssien määrittämisessä.

Tutkimuskysymykset

1. Kuinka monta yli kuukauden avoinna ollutta haavaa on Vantaan kaupungin perusterveydenhuollossa tutkimuspäivänä?

2. Minkälaisia haavoja laadultaan on Vantaan kaupungin perusterveydenhuollossa hoidettavilla haavapotilailla?
3. Miten haavojen määrä ja laatu ovat muuttuneet vuodesta 2008 verrattuna vuoteen 2015 Vantaan kaupungin perusterveydenhuollossa?

5 Aineistonkeruu ja analyysimenetelmät

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveystalouden kanssa. Tarkoituksena oli vertailla haavojen määrän ja laadun kehitystä vuosina 2008 ja 2015 sekä tuottaa luotettavaa tietoa haavojen määrästä ja laadusta Vantaan kaupungin perusterveydenhuollossa, joten opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä eli kvantitatiivisena tutkimuksena. (Anttila 2005, 180, 223; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55.) Opinnäytetyössä mitattiin kroonisten haavojen määrää ja laatua. Opinnäytetyön aineistoina käytettiin vuosina 2008 ja 2015 kerättyjä samanmuotoisten haavankyselyiden tuloksia. Aineistot kerättiin vuosina 2008 ja 2015 Vantaan perusterveydenhuollon yksiköistä lukuun ottamatta ostopalveluna hankittavia palveluita. (Anttila 2005, 180; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 113.) Opinnäytetyössä verrattiin vuosien 2008 ja 2015 haavakyselyiden tulosten välisiä suhteita. Saatuja tuloksia kuvattiin prosenttein ja frekvenssein. (Kananen 2011, 12,18; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55.)

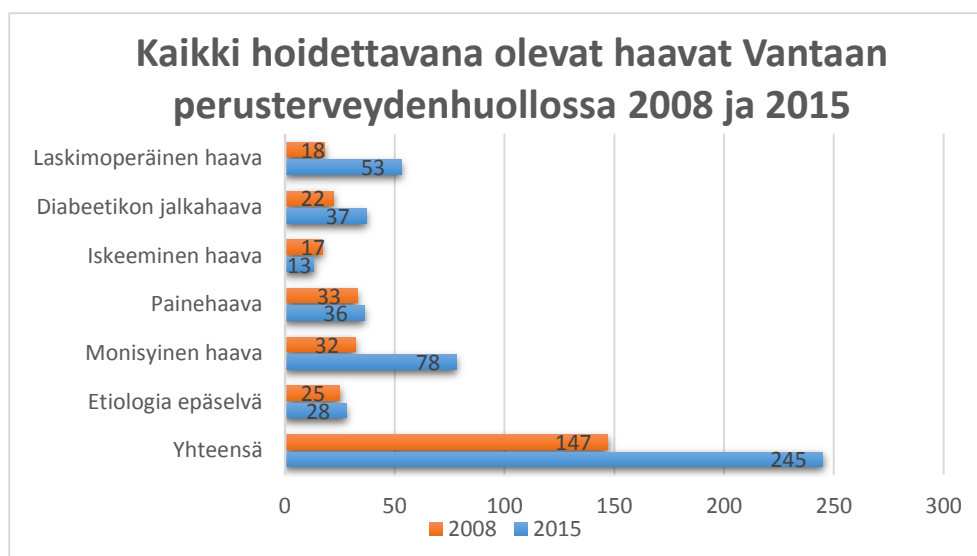
Vuoden 2008 aineisto saatiin valmiina Vantaan kaupungilta. Vuonna 2015 aineistonkeruu toteutettiin kyselylomakkeella, joka oli samanmuotoinen kuin vuonna 2008 käytetty kyselylomake. Kyselylomake sisälsi saatesanat, josta ilmeni tutkimuksen tekijät, tavoite ja ohjeistus kyselyn vastaamiseen sekä palautukseen (Hirsjärvi ym. 2012, 204; Vilka 2007, 80). Kyselylomakkeessa oli taulukko, joka sisälsi laskimoperäisen -, iskeemisen -, paine -, diabeettisen -, monisyisen ja etiologialtaan epäselvän haavan. Kyselylomake oli kaikille vastaajille täysin samanlainen eli aineisto kerättiin standardoidusti. (Hirsjärvi ym. 2012, 193; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 114.) Vuosien 2008 ja 2015 kyselylomakkeet erosivat ainoastaan siten, että haavan sijainti sekä leikkaushaava jätettiin pois tämän opinnäytetyön kyselylomakkeesta. Kyselylomakkeen käyttö oli perusteltua, sillä opinnäytetyössä tarvittiin laajaa aineistoa haavojen määrästä ja laadusta. (Anttila 2005, 180, 182; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2012, 195; Kananen 2011, 12.) Kyselylomakkeet (Liite 1.) lähetettiin sähköisesti (N=56) Vantaan kaupungin yhteistyökumppanin toimesta terveysasemille, kotihoitoon, palvelutaloihin, terveyskeskussairaaloiden osastoille ja hoivakoteihin. Haavanlaskupäivä oli 1.9.2015, jolloin kaikki Vantaan perusterveydenhuollossa esiintyvät yli kuukauden avoinna olleet haavat laskettiin yhteen. Kyselyyn vastasivat hoitohenkilökunnan jäsenet, jotka täyttivät kyselylomaketta yhden päivän ajan niin sanotulla tukkimiehen kirjanpidolla. Kyselylomakkeet palautettiin 9.9.2015 mennessä postitse takaisin Vantaan kaupungin yhteistyökumppanille, joka välitti ne edelleen opin-

näytetyön tekijöille. Kaikki Vantaan kaupungin perusterveydenhuollon yksiköt vastasivat kyselyyn (N=56) eli kyselyn vastausprosentti oli 100 %. (Hirsjärvi ym. 2012, 196.)

Aineisto analysoitiin Excel-ohjelman avulla. Tuloksista tehtiin Excel-ohjelmaa käyttäen kuvia, joiden sisältö raportoitiin sanallisesti. Kuvioista ilmeni kuinka monta erilaista kroonista haavaa kuuluu kuhunkin haavaluokitukseen ja Vantaan perusterveydenhuollon yksikköön. Aineiston luokitteluasteikollisten muuttujien kuvaamiseen käytettiin frekvenssejä, prosentteja, keskiarvoja sekä suoria jakaumia, jotka saatiin määritettyä Excel-ohjelman avulla (Anttila 2005, 241; Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2013, 119.)

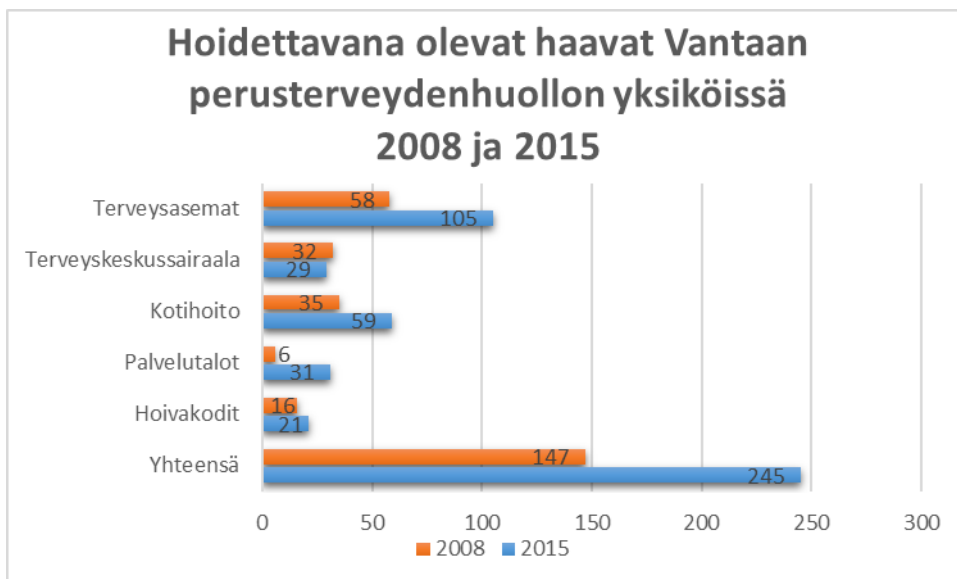
6 Tulokset

Haavojen määrän ja laadun kartoituksessa Vantaan perusterveydenhuollon yksiköissä hoidettavana olevia kroonisia haavoja esiintyi haavanlaskupäivänä yhteensä 147 vuonna 2008. Niistä laskimoperäisiä haavoja oli 18 (12 %), diabeettisia jalkahaavoja 22 (15 %), iskeemisiä haavoja 17 (12 %), painehaavoja 33 (22 %), monisyisiä haavoja 32 (22 %) ja etiologialtaan epäselviä haavoja 25 (17 %). Vuonna 2008 jokaista haavatyyppeä oli keskimäärin 25 kappaletta. Vuonna 2015 kroonisia haavoja esiintyi haavanlaskupäivänä yhteensä 245. Niistä laskimoperäisiä haavoja oli 53 (22 %), diabeettisia jalkahaavoja 37 (15 %), iskeemisiä haavoja 13 (5 %), painehaavoja 36 (15 %), monisyisiä haavoja 78 (32 %) ja etiologialtaan epäselviä haavoja 28 (11 %). Jokaista haavatyyppeä oli keskimäärin 41 kappaletta. Verrattaessa haavojen määrän muutoksia vuosina 2008 ja 2015, todettiin haavojen määrän kasvaneen 67 % (98). Verrattaessa haavojen määrää ja laatua vuosina 2008 ja 2015, todettiin laskimoperäisten haavojen kasvaneen 194 %, diabeettisten jalkahaavojen 68 %, painehaavojen 9 %, monisyisten haavojen 144 % ja etiologialtaan epäselvien haavojen 12 %. Ainoastaan iskeemisten haavojen määrä oli laskenut 24 % vuodesta 2008. (Kuvio 1.)



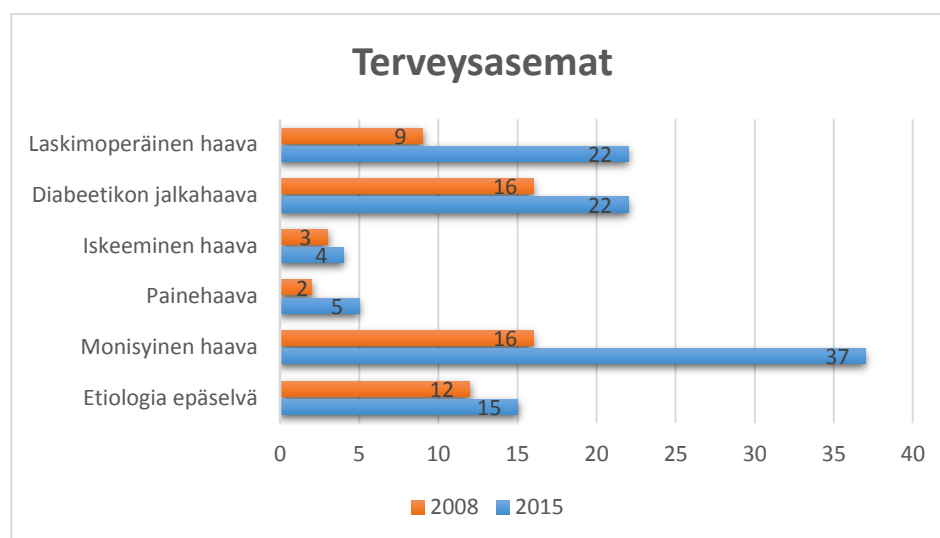
Kuvio 1: Kaikki hoidettavana olevat haavat Vantaan perusterveydenhuollossa haavanlaskupäivinä vuosina 2008 ja 2015

Vuonna 2008 kroonisia haavoja esiintyi haavanlaskupäivänä yhteensä terveysasemilla 58 (39 %), terveyskeskussairaalassa 32 (22 %), kotihoidossa 34 (24 %), palvelutaloissa 6 (4 %) ja hoivakodeissa 16 (11 %). Vuonna 2015 kroonisia haavoja esiintyi haavanlaskupäivänä yhteensä terveysasemilla 105 (43 %), terveyskeskussairaalassa 29 (12 %), kotihoidossa 59 (24 %), palvelutaloissa 31 (13 %) ja hoivakodeissa 21 (9 %). (Kuvio 2.)



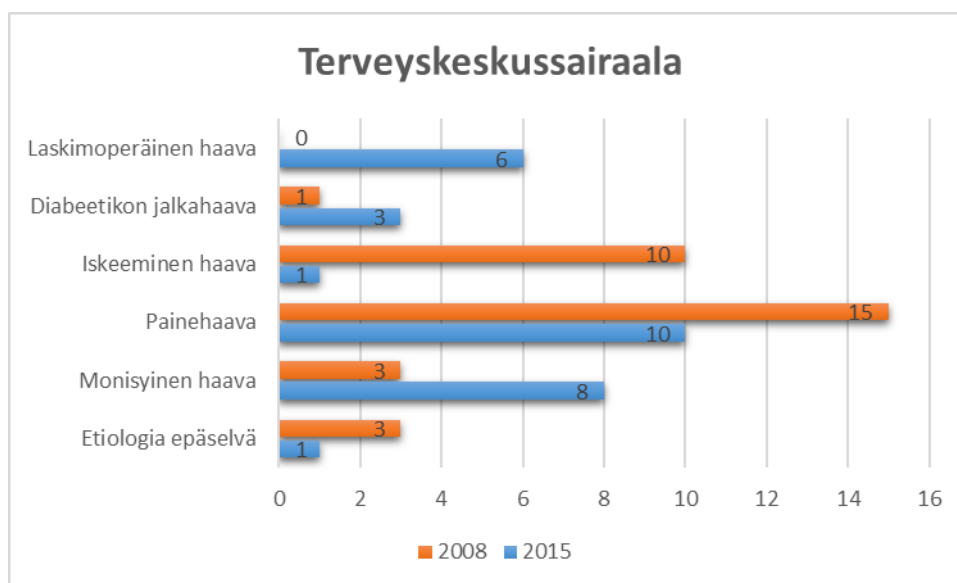
Kuvio 2: Haavat Vantaan perusterveydenhuollon yksiköissä vuosina 2008 ja 2015

Vuonna 2008 kroonisia haavoja terveysasemilla esiintyi haavanlaskupäivänä yhteensä 58. Niistä laskimoperäisiä haavoja oli 9 (16 %), diabeettisia jalkahaavoja 16 (28 %), iskeemisiä haavoja 3 (5 %), painehaavoja 2 (3 %), monisyisiä haavoja 16 (28 %) ja etiologialtaan epäselviä haavoja 12 (3 %). Vuonna 2015 terveysasemilla kroonisia haavoja esiintyi haavanlaskupäivänä yhteensä 105. Niistä laskimoperäisiä haavoja oli 22 (21 %), diabeettisia jalkahaavoja 22 (21 %), iskeemisiä haavoja 4 (4 %), painehaavoja 5 (5 %), monisyisiä haavoja 37 (35 %) ja etiologialtaan epäselviä haavoja 15 (14 %). Terveysasemilla hoidettavien haavojen määrä on kokonaisuudessaan kasvanut 81 % vuodesta 2008. Haavalaaduittain terveysasemilla hoidettavien laskimoperäisten haavojen määrä on kasvanut 144 %, diabeettisten jalkahaavojen määrä 38 %, iskeemisten haavojen määrä 33 %, painehaavojen määrä 150 %, monisyisten haavojen määrä 131 % ja etiologialtaan epäselvien haavojen määrä 25 % vuodesta 2008. Näin ollen voidaan todeta jokaisen haavatyypin lisääntyneen terveysasemilla seitsemän vuoden aikana. Vuonna 2008 terveysasemilla esiintyi haavanlaskupäivänä eniten diabeettisia jalkahaavoja sekä monisyisiä haavoja ja vähiten painehaavoja. Vuonna 2015 terveysasemilla esiintyi haavanlaskupäivänä eniten monisyisiä haavoja ja vähiten iskeemisiä haavoja. (Kuvio 3.)



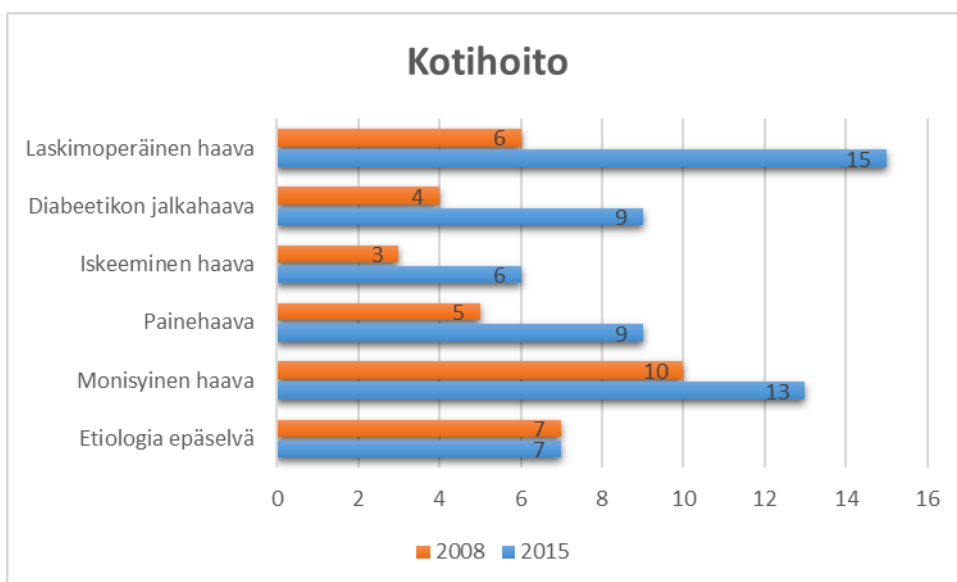
Kuvio 3: Haavat terveysasemilla haavanlaskupäivinä vuosina 2008 ja 2015

Vuonna 2008 terveyskeskussairaalassa kroonisia haavoja esiintyi haavanlaskupäivänä yhteensä 32. Niistä laskimoperäisiä haavoja oli 0 (0 %), diabeettisia jalkahaavoja 1 (3 %), iskeemisiä haavoja 10 (31 %), painehaavoja 15 (47 %), monisyisiä haavoja 3 (9 %) ja etiologialtaan epäselviä haavoja 3 (9 %). Vuonna 2015 terveyskeskussairaalassa kroonisia haavoja esiintyi haavanlaskupäivänä yhteensä 29. Niistä laskimoperäisiä haavoja oli 6 (21 %), diabeettisia jalkahaavoja 3 (10 %), iskeemisiä haavoja 1 (3 %), painehaavoja 10 (34 %), monisyisiä haavoja 8 (28 %) ja etiologialtaan epäselviä haavoja 1 (3 %). Terveyskeskussairaalassa hoidettavien haavojen määrä on kokonaisuudessaan laskenut 9 % vuodesta 2008. Haavalaaduittain terveyskeskussairaalassa hoidettavien laskimoperäisten haavojen määrä on kasvanut 600 %, diabeettisten jalkahaavojen määrä on kasvanut 200 %, iskeemisten haavojen määrä on laskenut 90 %, painehaavojen määrä on laskenut 33 %, monisyisten haavojen määrä on kasvanut 167 % ja etiologialtaan epäselvien haavojen määrä on laskenut 67 %. Vuonna 2008 terveyskeskussairaalassa esiintyi haavanlaskupäivänä eniten painehaavoja ja laskimoperäisiä haavoja ei esiintynyt ollenkaan. Vuonna 2015 terveyskeskussairaalassa esiintyi haavanlaskupäivänä eniten painehaavoja ja vähiten iskeemisiä haavoja sekä etiologialtaan epäselviä haavoja. (Kuvio 4.)



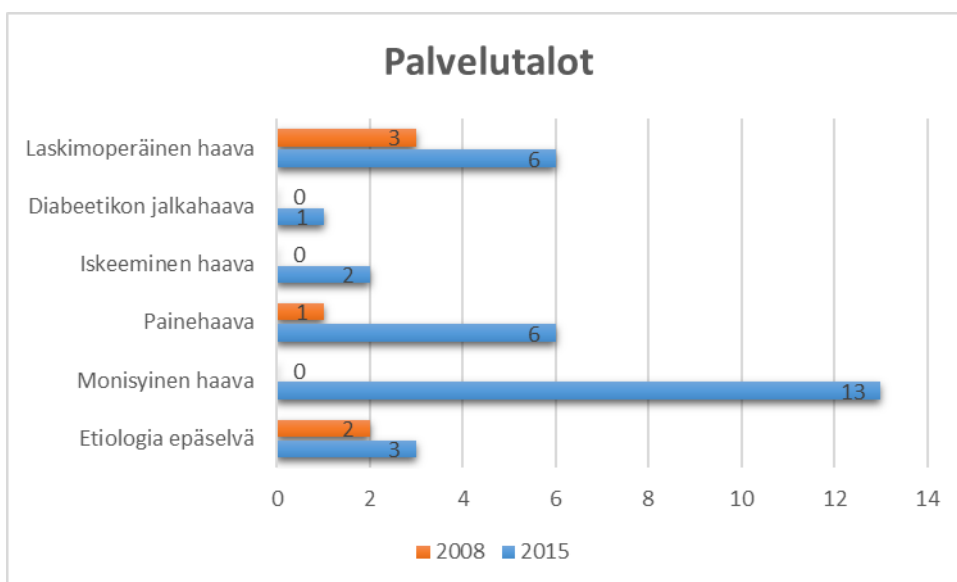
Kuvio 4: Haavat terveyskeskussairaalassa haavanlaskupäivinä vuosina 2008 ja 2015

Vuonna 2008 kotihoidossa kroonisia haavoja esiintyi haavanlaskupäivänä yhteensä 34. Niistä laskimoperäisiä haavoja oli 6 (18 %), diabeettisiä jalkahaavoja 4 (12 %), iskeemisiä haavoja 3 (9 %), painehaavoja 5 (15 %), monisyisiä haavoja 10 (29 %) ja etiologialtaan epäselviä haavoja 7 (21 %). Vuonna 2015 kotihoidossa kroonisia haavoja esiintyi haavanlaskupäivänä yhteensä 59. Niistä laskimoperäisiä haavoja oli 15 (25 %), diabeettisiä jalkahaavoja 9 (15 %), iskeemisiä haavoja 6 (10 %), painehaavoja 9 (15 %), monisyisiä haavoja 13 (22 %) ja etiologialtaan epäselviä haavoja 7 (12 %). Kotihoidossa hoidettavien haavojen määrä on kasvanut kokonaisuudessaan 69 % vuodesta 2008. Haavalaaduittain kotihoidossa hoidettavien laskimoperäisten haavojen määrä on kasvanut 150 %, diabeettisten jalkahaavojen määrä 125 %, iskeemisten haavojen määrä 100 %, painehaavojen määrä 80 %, monisyisten haavojen määrä 30 % ja etiologialtaan epäselvien haavojen määrä on pysynyt samana. Vuonna 2008 kotihoidossa esiintyi haavanlaskupäivänä eniten monisyisiä haavoja ja vähiten iskeemisiä haavoja. Vuonna 2015 kotihoidossa esiintyi haavanlaskupäivänä eniten laskimoperäisiä haavoja ja vähiten iskeemisiä haavoja. (Kuvio 5.)



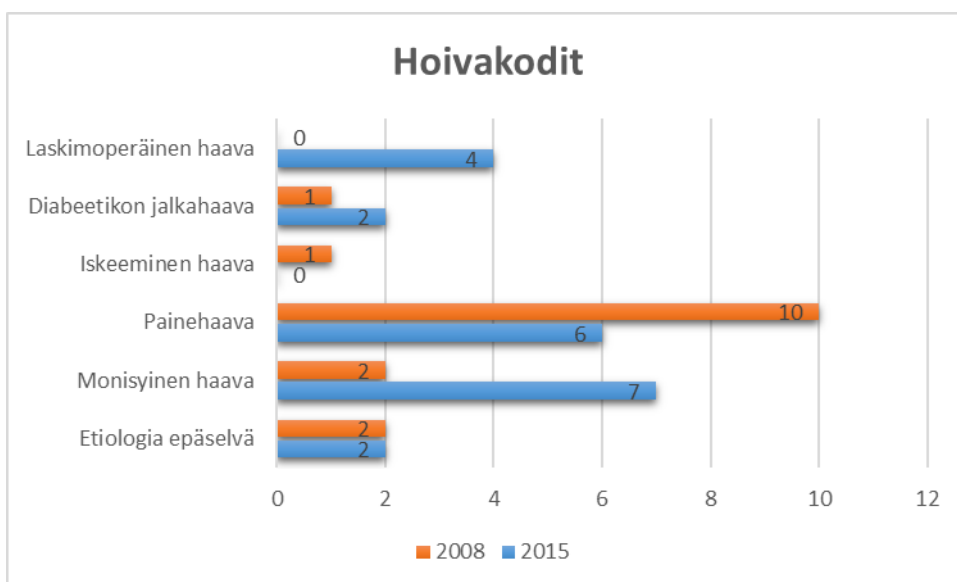
Kuvio 5: Haavat kotihoidossa haavanlaskupäivinä vuosina 2008 ja 2015

Vuonna 2008 palvelutaloissa kroonisia haavoja esiintyi haavanlaskupäivänä yhteensä 6. Niistä laskimoperäisiä haavoja oli 3 (50 %), diabeettisia jalkahaavoja 0 (0 %), iskeemisiä haavoja 0 (0 %), painehaavoja 1 (17 %), monisyisiä haavoja 0 (0 %) ja etiologialtaan epäselviä haavoja 2 (33 %). Vuonna 2015 palvelutaloissa kroonisia haavoja esiintyi haavanlaskupäivänä yhteensä 31. Niistä laskimoperäisiä haavoja oli 6 (19 %), diabeettisia jalkahaavoja 1 (3 %), iskeemisiä haavoja 2 (6 %), painehaavoja 6 (19 %), monisyisiä haavoja 13 (42 %) ja etiologialtaan epäselviä haavoja 3 (10 %). Palvelutaloissa hoidettavien haavojen määrä on kasvanut 417 % vuodesta 2008. Haavalaaduittain palvelutaloissa hoidettavien laskimoperäisten haavojen määrä on kasvanut 100 %, diabeettisten jalkahaavojen määrä 100 %, iskeemisten haavojen määrä 200 %, painehaavojen määrä 500 %, monisyisten haavojen määrä 1300 % ja etiologialtaan epäselvien haavojen määrä 50 %. Vuonna 2008 palvelutaloissa esiintyi haavanlaskupäivänä eniten laskimoperäisiä haavoja ja diabeettisia jalkahaavoja, iskeemisiä haavoja tai monisyisiä haavoja ei esiintynyt yhtäkään. Vuonna 2015 palvelutaloissa esiintyi haavanlaskupäivänä eniten monisyisiä haavoja ja diabeettisia jalkahaavoja vähiten. (Kuvio 6.)



Kuvio 6: Haavat palvelutaloissa haavanlaskupäivinä vuosina 2008 ja 2015

Vuonna 2008 hoivakodeissa kroonisia haavoja esiintyi haavanlaskupäivänä yhteensä 16. Niistä laskimoperäisiä haavoja oli 0 (0 %), diabeettisia jalkahaavoja 1 (6 %), iskeemisiä haavoja 1 (6 %), painehaavoja 10 (63 %), monisyisiä haavoja 2 (13 %) ja etiologialtaan epäselviä haavoja 2 (13 %). Vuonna 2015 hoivakodeissa kroonisia haavoja esiintyi haavanlaskupäivänä yhteensä 21. Niistä laskimoperäisiä haavoja oli 4 (19 %), diabeettisia jalkahaavoja 2 (10 %), iskeemisiä haavoja 0 (0 %), painehaavoja 6 (29 %), monisyisiä haavoja 7 (33 %) ja etiologialtaan epäselviä haavoja 2 (10 %). Hoivakodeissa hoidettavien haavojen määrä on kasvanut 31 % vuodesta 2008. Haavalaaduittain hoivakodeissa hoidettavien laskimoperäisten haavojen määrä on kasvanut 400 %, diabeettisten jalkahaavojen määrä on kasvanut 100 %, iskeemisten haavojen määrä on laskenut 100 %, painehaavojen määrä on laskenut 40 %, monisyisten haavojen määrä on kasvanut 250 % ja etiologialtaan epäselvien haavojen määrä on pysynyt samana. Vuonna 2008 hoivakodeissa esiintyi haavanlaskupäivänä eniten painehaavoja ja laskimoperäisiä haavoja ei esiintynyt yhtäkään. Vuonna 2015 hoivakodeissa esiintyi haavanlaskupäivänä eniten monisyisiä haavoja ja iskeemisiä haavoja ei esiintynyt ollenkaan. (Kuvio 7.)



Kuvio 7: Haavat hoivakodeissa haavanlaskupäivinä vuosina 2008 ja 2015

7 Pohdinta

7.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tulokset antoivat vastaukset tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen tulokset osoittivat kuinka monta yli kuukauden avoinna ollutta haavaa oli Vantaan perusterveydenhuollossa haavanlaskupäivänä. Lisäksi tutkimuksesta ilmeni, minkälaisia haavoja laadultaan on Vantaan kaupungin perusterveydenhuollossa hoidettavilla haavapotilailla. Tutkimuksen tuloksista saatiin myös tärkeää tietoa haavojen määrän ja laadun muutoksista vertaamalla vuosina 2008 ja 2015 tehtyjen samanmuotoisten haavakyselyiden tuloksia.

Tässä tutkimuksessa haavapotilaiden ikä ei ollut tiedossa, mutta väestöennusteen mukaan yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä tulee kasvamaan, joten näin ollen myös haavojen määrä lisääntyy (Tilastokeskus 2015). Krooniset haavat ovat yleisempiä ikääntyneillä yli 65-vuotiailla potilailla (Harrison ym 2005; Seppänen & Hjerppe 2008, 5). Haavojen määrän kasvun syitä on vaikea määrittää, mutta kasvun voidaan epäillä johtuvan väestön ikääntymisestä ja diabeteksen yleistymisestä (Juutilainen ym. 2007, 1; Juutilainen 2012, 12; Käypähoito 2014; Lepäntalo ym. 2009; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015). Syitä, miksi haava kroonistuu voi olla monia. Haavan kroonistumisen ennaltaehkäisyssä tärkeää on haavan oikea diagnosointi ja yhtenäinen haavanhoito (Juutilainen 2012, 78; Juutilainen & Hietanen 2012, 389). Haavanhoito voi olla tuloksellista vain, jos taustalla olevat etiologiset tekijät ja paranemista hidastavat tekijät selvitetään ja korjataan. Haavan kroonistumisen syynä voi olla esimerkiksi hoitamaton tai tunnistamaton sairaus. Ilman haavan oikeaa diagnosointia ei voida valita oikeaa hoitolinjaa (Seppänen & Hjerppe 2008, 4).

Tämän tutkimuksen mukaan näyttää siltä, että Vantaan perusterveydenhuollossa hoidettavien kroonisten haavojen määrä on lisääntynyt. Vuosien 2008 ja 2015 haavanlaskupäivien perusteella voidaan todeta, että vuonna 2015 haavoja on 67 % (98) enemmän kuin vuonna 2008. Tämä tulos on samansuuntainen aiempien tutkimusten kanssa, joiden mukaan haavojen esiintyvyys on Suomessa kasvussa (Juutilainen 2012, 12, 14; Juutilainen ym. 2007, 1; Korhonen & Lepäntalo 2012, 1-2; Käypähoito 2014).

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että **laskimoperäisten** haavojen määrä on korkea ja Vantaan perusterveydenhuollossa sitä esiintyi toiseksi eniten vuonna 2015. Aiempien tutkimusten mukaan laskimoperäistä alaraajahaavaa sairastavia on Suomessa noin 11 000 - 15 000 henkilöä ja se on yleisin krooninen haava (Castrén 2011; Käypähoito 2014; Vikatmaa 2012, 266). Vantaan perusterveydenhuollossa **iskeemisiä** haavoja oli vähiten kaikista kroonisista haavoista vuonna 2015. Kriittistä alaraajaiskemiamia sairastavia on Suomessa noin 2500 - 5000 henkilöä, joka on suhteellisen vähäinen osa kaikista haavapotilaista (Vikatmaa 2012, 278).

Vuonna 2015 **diabeettisia** haavoja sekä **painehaavoja** oli lähes saman verran eli 15 % kaikista kroonisista haavoista eikä niiden määrä ollut huomattavasti suurempi verrattuna muihin haavatyyppeihin. Aiempien tutkimusten mukaan diabeetikoista noin 25 % saa elämänsä aikana jalkahaavan ja myös painehaavojen osuus kroonisista haavoista on todettu olevan suuri. Painehaavoja hoidetaan vuosittain Suomessa noin 55 000 - 85 000. (Hoitotyön suositus 2015, 5; Juutilainen & Hietanen 2012, 300; Juutilainen 2012, 12; Soppi 2013.)

Vuonna 2015 **monisyisiä** haavoja oli 32 % eli eniten kaikista kroonisista haavoista. Tämä tutkimustulos eroaa aiemmasta tutkimuksesta, sillä aiemman tutkimuksen mukaan kaikista kroonisista haavoista monisyisiä haavoja on arvioitu esiintyvän noin 10 - 15 % (Seppänen & Hjerpe 2008, 4). Toisaalta aiempi tutkimus on vuodelta 2008, jolloin monisyisiä haavoja oli myös Vantaan perusterveydenhuollossa noin puolet vähemmän kuin vuonna 2015.

Etiologialtaan epäselvien haavojen määrää on kartoitettu ainoastaan kerran aiemmin Vantaan perusterveydenhuollossa vuonna 2008. Etiologialtaan epäselvien haavojen määrästä ei löytynyt tutkimustietoa, joten vuoden 2015 tuloksia voidaan verrata ainoastaan vuoden 2008 haavakyselyn tuloksiin. Etiologialtaan epäselvien haavojen määrä oli kasvanut 12 % vuoteen 2008 verrattuna. Etiologialtaan epäselviä haavoja oli tämän tutkimuksen mukaan toiseksi vähiten kaikista haavatyypeistä.

Vantaan perusterveydenhuollossa monisyisiä haavoja oli selvästi eniten (32 %) ja niiden määrä oli myös kasvanut eniten vuodesta 2008. Termiä monisyinen haava käytettiin kirjallisuudessa ajoittain, mutta mistään tutkimuksista tai lähteistä ei löytynyt selkeää määritelmää käsitteelle. Tämän vuoksi hoitohenkilökunnan käsitys monisyisestä haavasta voi vaihdella. Saattaa olla, että esimerkiksi traumaperäiset - tai leikkaushaavat on kirjattu monisyisiksi haavoiksi, koska niitä ei huomioitu kyselylomakkeessa. Tämän asian varmistamiseksi olisi kyselylomakkeessa voinut olla kohdat ”muu haava”, ”traumaperäinen haava” ja ”leikkaushaava”. Haavakyselyssä kartoitettiin myös etiologialtaan epäselvien haavojen määrää, joita oli 11 % (28) kaikista kroonisista haavoista. Pohdittavaksi jää, minkä takia haavan syntyyn ja paranemiseen vaikuttavia tekijöitä ei ole tunnistettu. Etiologialtaan epäselvien haavojen määrään on saatanut myös vaikuttaa se, että haavan diagnosointi on ollut haavanlaskupäivänä vielä kesken. Sekä monisyisten haavojen että etiologialtaan epäselvien haavojen kroonistumisen ennaltaehkäisyssä ja hoitamisessa on siis olennaista tunnistaa ja selvittää haavan taustalla olevat tekijät, jotta haavan oikea diagnosointi ja hoito ovat mahdollisia.

Verrattaessa haavalaaduittain eniten ja vähiten esiintyvien haavojen määrää ja laatua yksikökohtaisesti vuosina 2008 ja 2015, todettiin vuonna 2008 laskimoperäisiä haavoja, diabeettisia jalkahaavoja, monisyisiä haavoja sekä etiologialtaan epäselviä haavoja esiintyi eniten ter-

veysasemilla. Iskeemisiä haavoja sekä painehaavoja esiintyi eniten terveyskeskussairaalassa. Laskimoperäisiä haavoja esiintyi vähiten terveyskeskussairaalassa ja hoivakodeissa, joissa ei esiintynyt yhtäkään laskimoperäistä haavaa. Diabeettisia jalkahaavoja, iskeemisiä haavoja, painehaavoja sekä monisyisiä haavoja esiintyi vähiten palvelutaloissa. Etiologialtaan epäselviä haavoja esiintyi vähiten palvelutaloissa sekä hoivakodeissa. Vuonna 2015 laskimoperäistä haavoja, diabeettista jalkahaavoja, monisyisiä haavoja sekä etiologialtaan epäselviä haavoja esiintyi eniten terveysasemilla. Iskeemisiä haavoja esiintyi eniten kotihoidossa ja painehaavoja eniten terveyskeskussairaalassa. Vähiten laskimoperäisiä -, monisyisiä - ja iskeemisiä haavoja esiintyi hoivakodeissa. Diabeettisia jalkahaavoja esiintyi vähiten palvelutaloissa. Painehaavoja esiintyi vähiten terveysasemilla. Etiologialtaan epäselviä haavoja vähiten oli terveyskeskussairaalassa.

Kokonaisuudessaan haavojen määrä oli kasvanut lähes kaikissa Vantaan perusterveydenhuollon yksiköissä vuodesta 2008. Ainoastaan terveyskeskussairaalassa haavojen määrä oli vähentynyt. Toisaalta, koska laskenta on suoritettu vain yhtenä päivänä vuosina 2008 ja 2015, ei voida suoraan todeta, että hoidettavien haavojen määrä ja laatu on todellisuudessa kasvanut opinnäytetyössä saatujen prosenttilukujen mukaisesti. Jos haavanlaskupäivä olisi ollut jokin toinen päivä, olisi haavojen määrä voinut olla erilainen. Palvelutaloissa haavojen määrä oli kasvanut reilusti eniten verrattuna muihin yksiköihin. Vuodesta 2008 vuoteen 2015 mennessä haavojen määrä oli kasvanut palvelutaloissa yhteensä 417 % ja jokaisen haavalaadun määrä oli lisääntynyt merkittävästi. Tiedossa ei ole vuoden 2008 palvelutalojen määrää, joten näin olen ei voida tietää, mitkä tekijät ovat vaikuttaneet haavojen määrän suureen nousuun palvelutaloissa. Tähän saattaa vaikuttaa esimerkiksi se, että palvelutaloja on rakennettu lisää vuodesta 2008. Toisaalta ei ole tiedossa onko hoitohenkilökuntaa riittävästi, minkälaisia haavakoulutuksia palvelutalojen hoitohenkilökunnalle järjestetään ja olisiko haavakoulutusten lisäämisellä vaikutusta haavojen määrään.

Kroonisten haavojen jatkuvan lisääntymisen vuoksi, on tärkeää kiinnittää huomiota haavanhoidon koulutukseen. Terveysalan koulutuksen opinto-ohjelmaan ei varsinaisesti kuulu haavanhoitoa, vaikka haavoja hoidetaan monissa eri hoitoalan työympäristöissä. (Juutilainen & Hietanen 2012, 391; Seppänen & Hjerppe 2008, 4.) Laurea ammattikorkeakoulun opetussuunnitelman opintokokonaisuuksista tai sisällönkuvauksista ei löydy mainintaa haavanhoidosta (Laurea opetussuunnitelma 2015 - 2016). Metropolia ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmasta löytyy ainoastaan kirurgisen haavan hoito (Metropolia opetussuunnitelma 2013 - 2014). Voi myös olla, että haavanhoitoa opetetaan ammattikorkeakouluissa, mutta sitä ei ole kirjattu opetussuunnitelmaan. Myös työharjoittelupaikoista riippuen, opiskelijoilla voi olla mahdollisuus saada tietoa ja kokemusta haavojen hoidosta. Kuitenkin vähäinen haavanhoitokoulutus opetussuunnitelmassa voidaan nähdä puutteena, joka saattaa vaikuttaa sairaanhoitajien tietouteen haavoista sekä haavanhoidosta. Haavanhoitokoulutuksen tehostaminen sairaanhoi-

toalalla edistäisi haavojen hoidon laadun kehittymistä (Juutilainen & Hietanen 2012, 391). Terveysalan työympäristöissä haavanhoidon koulutuksia tulisi lisätä, sillä Lepäntalon ym. (2009) mukaan perusterveydenhuollossa on liian vähän haavanhoitajia sekä haavanhoitoon perehtyneitä hoitajia eikä koulutuksien puutteellisuuden vuoksi pystytä ylläpitämään hoitajien tietotaitoa. Resurssien lisääminen haavanhoitoon ja haavanhoidon koulutuksiin mahdollistaisi yhtenäisemmän haavanhoidon työyksiköissä kuin myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Selkeä strategia haavanhoidossa voisi taata haavapotilaille toimivamman hoitoketjun. (Lepäntalo ym. 2009.)

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen eettisyys otettiin huomioon kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Lähteiden käytössä, tutkimusluvan hakemisessa, tutkimustyössä, aineiston keruussa ja kuvaamisessa, tulosten tallentamisessa ja analysoinnissa, tulosten kuvaamisessa sekä luotettavuuden arvioinnissa noudatettiin rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Lähteinä käytettiin luotettavia aineistoja sekä lähdeviittaukset merkittiin asianmukaisesti. Tutkimuslupa haettiin ennen tutkimuksen toteuttamista. Potilaat eivät olleet missään vaiheessa tunnistettavissa, koska tutkimuksessa tarkasteltiin haavojen määrää ja laatua. Muita potilastietoja ei kerätty tai talletettu mihinkään. Tutkimus ei vaarantanut potilaiden tietosuojaa eikä potilasturvallisuutta. Kyselyyn vastanneet hoitohenkilökunnan jäsenet eivät olleet myöskään tunnistettavissa ja kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Tietosuojan säilymisen sekä tunnistamisen riskin takia raportointi tehtiin yksikkökohtaisesti eikä työssä erikseen mainita minkään terveysaseman, terveyskeskussairaalan, kotihoidon, palvelutalon tai hoivakodin nimiä tai osastojen/tiimien nimiä. Tutkimuksessa kerätty aineisto käsiteltiin huolellisesti ja haavakyselylomakkeiden jokainen vastaus otettiin huomioon aineiston analyysissä. Kyselylomakkeiden vastaukset syötettiin Excel-ohjelmaan kahden tutkijan toimesta mahdollisten virheiden ehkäisemiseksi. Vastausten tallentamisen jälkeen aineisto tarkistettiin. Aineisto ja tulokset analysoitiin ja raportoitiin objektiivisesti sekä tarkasti eivätkä tutkijoiden mielipiteet vaikuttaneet tutkimusprosessiin. Kyselylomakkeet hävitettiin Vantaan kaupungin käytäntöjen mukaisesti. Tutkimuksessa verrattiin saatuja tuloksia aikaisempaan samanmuotoiseen tutkimukseen, jonka käyttöön saatiin lupa. Tutkimuksen tulosten raportoinnissa noudatettiin avoimuutta ja rehellisyyttä. (Heikkilä 2001, 30 - 31; Hirsjärvi ym. 2012, 23 - 24; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 129; Karjalainen, Launis, Pelkonen & Pietarinen 2002, 246; Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 365, 370; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014.)

Validiteetti tarkoittaa mittarin pätevyyttä eli sen kykyä mitata sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2012, 231-232; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189-190.) Tässä tutkimuksessa kartoitettiin haavojen määrää sekä laatua, jotka saatiin selvitettyä valitun mittarin eli kyselylomakkeen avulla. Tutkimuksen mittarina oli standardoitu, aiemmin käytet-

ty kyselylomake, joka vahvistaa tutkimuksen sisäistä validiteettia. Sisäistä validiteettia arvioitaessa ei voida kuitenkaan tietää, ovatko kyselyyn vastanneet hoitohenkilökunnan jäsenet käsittäneet kysymykset samalla tavalla kuin tutkijat ovat ne ajatelleet. (Hirsjärvi ym. 2012, 231-232; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190.) Tutkimuksen kyselylomakkeessa ei ollut mahdollisuutta valita ”en tunnista haavaa” tai ”muu haava” kohtaa, joka olisi saattanut lisätä mittarin luotettavuutta. Voi olla mahdollista, että muita haavoja on kirjattu esimerkiksi monisyisen haavan ja etiologialtaan epäselvän haavan kohdalle, sillä kyselylomakkeessa ei ole ollut mahdollisuutta valita muuta sopivaa kohtaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190.) Kriteerivaliditeetilla tarkoitetaan samalla mittarilla eri mittauskerroilla saatujen tulosten vertaamista. Tässä tutkimuksessa vuosien 2008 ja 2015 samanmuotoisella mittarilla saatuja tuloksia oli mahdollista vertailla keskenään, joka antoi tärkeää tietoa haavojen määrän ja laadun muutoksista Vantaan perusterveydenhuollossa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 192.)

Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksesta saatujen mittaustulosten pysyvyyttä ja toistettavuutta eli sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tutkimus haavojen määrästä ja laadusta on tehty kerran aikaisemmin samanmuotoisena kyselynä Vantaan kaupungin perusterveydenhuollossa vuonna 2008 haavojen määrän ja laadun kartoittamiseksi. Tutkimus haluttiin toistaa samanmuotoisella kyselylomakkeella tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi. Tutkimus on edelleen tarvittaessa toistettavissa uudelleen, mikä vahvistaa tutkimuksen reliabiliteettia. (Hirsjärvi ym. 2012, 231; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 189-190, 194)

Ulkoisen validiteetti tarkoittaa tulosten yleistettävyyttä tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. Opinnäytetyö toteutettiin kaikissa Vantaan kaupungin perusterveydenhuollon yksiköissä, joten tutkimuskohde oli melko laaja. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tarvitaan riittävästi havaintoyksiköitä eli tutkimuksen kohteita, jotta tulokset ovat luotettavia ja yleistettäviä. Tämän tutkimuksen tuloksista ei voida tehdä luotettavia yleistyksiä koko Suomen alueelle, koska tutkimus on toteutettu vain Vantaan alueella. Toisaalta voidaan pitää todennäköisenä, että haavojen määrä on lisääntynyt myös muualla Suomessa, sillä useiden lähteiden mukaan haavojen määrä on kasvussa. Tämä lisää tutkimuksen tulosten ulkoista validiteettia. (Juutilainen 2012, 12, 14; Juutilainen ym. 2007, 1; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189, 193; Korhonen & Lepäntalo 2012, 1-2; Käypähoito 2014; Ronkainen ym. 2013; 122, 129.)

Opinnäytetyön tulosten luotettavuuden kannalta hoitohenkilökunta oli merkittävässä roolissa haavojen oikein tunnistamisessa ja arvioinnissa. Hoitohenkilökunnan tietous erilaisista kroonisista haavoista oli siis olennaisessa osassa tutkimuksen onnistumisen kannalta. Hoitohenkilökunnan vastuulla oli myös muistaa merkitä haavojen määrä ja laatu kyselylomakkeeseen. Näin ollen on olemassa virheen mahdollisuus, johon tutkijat eivät itse voi vaikuttaa. Tutkimuksen tulosten luotettavuutta saattaa siis heikentää myös mahdolliset virheet haavojen laskussa ja

laadun arvioinnissa. Lisäksi ei voida olla varmoja, onko jokainen hoitohenkilökunnan jäsen muistanut kirjata haavan kyselylomakkeelle ja onko mahdollisesti jokin haava kirjattu kahden kertaan. Joissakin yksiköissä kyselyyn oli vastannut sekä hoitajat että haavanhoitaja/jalkaterapeutti. Kyselyn vastauksista ei ollut pääteltävissä, oliko sama haava kirjattu sekä hoitajan että haavanhoitajan/jalkaterapeutin toimesta. Toisaalta voi olla mahdollista, että jonkun hoitohenkilökunnan jäsenen poissaolo haavanlaskupäivänä on saattanut vaikuttaa kokonaisuudessaan haavojen määrään. Satunnaiset virheet eivät välttämättä vaikuta olennaisesti tutkimustuloksiin, sillä kysely toteutettiin useissa yksiköissä. Lisäksi tulosten luotettavuutta lisää kyselyn korkea vastausprosentti, joka oli 100 % eli kyselyyn vastasi jokainen Vantaan perusterveydenhuollon yksikkö. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190.) Verrattaessa haavojen määrän ja laadun muutoksia yksiköiden välillä tutkimuksen tulosten luotettavuutta saattaa heikentää yksiköiden erilaiset potilasmäärät. Kyselylomakkeessa kysyttiin vain haavapotilaiden määrää eikä potilasmäärää kokonaisuudessaan. Potilasmäärät vaihtelevat eri yksiköissä. Joissain yksiköissä hoidetaan potilaita kokonaisuudessaan enemmän, jolloin todennäköisesti haavapotilaidenkin määrä on suurempi kuin yksiköissä, joissa potilaita hoidetaan vähemmän. Mahdollisesti myös haavan sijainnin lisääminen kyselylomakkeeseen olisi voinut tehdä tutkimuksesta luotettavamman. Toisaalta haavojen sijainnin määrittäminen ei olisi vastannut tutkimuskysymyksiin eikä sijainnin lisääminen kyselylomakkeeseen näin ollen ollut oleellista tämän tutkimuksen kannalta. (Ronkainen ym. 2013; 122)

7.3 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tuloksista on hyötyä yhteiskunnallisesti, työyksiköissä esimiehille sekä hoitotyöntekijöille kuin myös potilaille. Opinnäytetyön tulosten perusteella laskentapäivinä esiintyvien haavojen määrä on kasvanut merkittävästi seitsemän vuoden aikana Vantaan perusterveydenhuollossa. Suuri osa haavoista olisi mahdollista ehkäistä tai hoitaa varhaisessa vaiheessa, joten haavanhoidon koulutuksessa tärkeää olisi kiinnittää huomiota erityisesti haavojen kroonistumisen ennaltaehkäisyyn sekä haavan taustalla olevan syyn selvittämiseen ja hoitamiseen. Yhteiskunnallisesti kroonisten haavojen hoito kuluttaa paljon terveydenhuollon määrärahoja. Tämän vuoksi voisi olla hyödyllisempää kohdentaa resursseja haavoja ennaltaehkäisevään koulutukseen, sillä ennaltaehkäisy säästää sairaanhoidollisia kustannuksia. Opinnäytetyö antaa erityisesti Vantaan kaupungin perusterveydenhuollossa tärkeää tietoa haavojen määrän ja laadun muutoksista. Vantaan perusterveydenhuollossa voidaan hyödyntää opinnäytetyöstä saatuja tuloksia esimerkiksi toteuttamalla samanmuotoinen kysely jatkossa uudelleen, jolloin saadaan selville tarkkaa tietoa haavojen määrän ja laadun muutoksista. Tuloksia voidaan verrata myös esimerkiksi haavojen esiintyvyyteen muissa kaupungeissa, jos samanmuotoinen haavakysely halutaan toteuttaa myös muualla. Yhteiskunnallisesti haavanhoitokoulutusta voisi kohdentaa myös sairaanhoitajien koulutukseen ammattikorkeakouluissa, sillä tällä hetkellä opetussuunnitelma sisältää vain vähän haavanhoitoa. Opinnäytetyötä voidaan osaltaan käyt-

tää myös hoitotyön kehittämisessä. Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että monisyiset haavat aiheuttavat haastetta hoitotyölle, sillä niitä esiintyi huomattavasti enemmän kuin muita haavalaatuja. Monisyisen haavan varsinainen syy ei välttämättä ole tiedossa, vaikka keskeinen edellytys tarkoituksenmukaiselle hoidolle on haavan taustalla olevan syyn selvittäminen ja hoitaminen. Näin ollen erityisesti monisyisten haavojen kohdalla tulisi kiinnittää huomiota koulutukseen ja tiedon lisäämiseen.

Opinnäytetyön tuloksista on hyötyä myös perusterveydenhuollon yksiköiden esimiehille. Esimiehet saavat tietoa siitä, millaista osaamista eri työyksiköissä tarvitaan ja jos työyksikössä esiintyy jotain yksittäistä haavalaatua huomattavasti enemmän kuin muita, voi esimerkiksi haavanhoitokoulutuksia kohdentaa tälle tietylle osa-alueelle. Esimiehet voivat kartoittaa henkilöstön osaamista ja koulutustarvetta ja järjestää haavanhoitokoulutuksia työyksikön tarpeiden mukaisesti. Hoitotyöntekijöiden kannalta työyksiköissä tarvitaan lisäkoulutusta haavanhoidosta, jotta haavanhoito-osaaminen työyksikössä kehittyisi ja hoitotyöntekijät osaisivat kohdentaa huomiota ja ohjausta haavojen ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen hoitoon. Selkeä ohjeistus haavanhoitoon sekä haavanhoitotuotteiden käyttöön edesauttaisi hoitotyöntekijöiden yhtenäisempiä hoitokäytäntöjä. Lisäksi haavapotilaiden hoitolinjaukset yhtenäistyisivät, kun hoitohenkilökunnalla olisi selkeät ohjeet ja tarvittava koulutus haavojen hoitoon. Opinnäytetyöstä on hyötyä myös potilaille, sillä haavan kroonistuminen ja pitkittynyt hoito aiheuttavat potilaalle turhaa kärsimystä sekä ylimääräisiä kustannuksia. Ennaltaehkäisyn merkitys korostuu erityisesti potilaan näkökulmasta. Opinnäytetyössä on käsitelty haavan taustalla olevan syyn selvittämisen ja korjaamisen tärkeyttä sekä haavan oikeaa diagnosointia. Potilaat voivat myös itse vaatia tarkempaa haavan syyn selvittämistä, jotta haavan oikeanlainen hoito voidaan aloittaa heti ja haava ei pääse kroonistumaan. Potilaiden on tärkeää myös itse sitoutua haavanhoitoon ja haavan taustalla olevien tekijöiden korjaamiseen omalta osaltaan.

Jatkotutkimusaiheina voisi olla haavojen kroonistumisen ennaltaehkäisy ja sen yhteiskunnalliset vaikutukset, eri haavanhoitomuotojen kustannustehokkuus, monisyisten haavojen tutkiminen sekä hoitohenkilökunnan haavanhoito-osaamisen ja koulutustarpeiden määrittäminen.

Lähteet

- Alexiadou, K. & Doupis, J. 2012. Management of Diabetic Foot Ulcers. Viitattu 18.5.2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3508111/>
- Anttila, P. 2005. Ilmaisu, teos, tekeminen ja tutkiva toiminta. Akatiimi Oy. Hamina.
- Ayello, E., Baranoski, S., Lyder, C., Cuddigan, J. & Harris, W. 2012. Wound care essentials - Practice Principles. Teoksessa Baranoski, S. & Ayello, E. Lippincott Williams & Wilkins. China.
- Ballantyne, S. & Sarkar, P K. 2000. Management of leg ulcers. Viitattu 9.12.2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1741806/pdf/v076p00674.pdf>
- Castrén, H. 2011. Laskimoperäisen turvotuksen ennaltaehkäisy ja hoito: potilasohje. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Viitattu 9.1.2016. http://shhy.fi/site/assets/files/1041/laskimoprinen_turvotuksen_ennaltaehkisy_ja_hoito_menetelm.pdf
- Harrison, M., Graham, I., Lorimer, K., Friedberg, E., Pierscianowski, T. & Brandys, T. 2005. Leg-ulcer care in the community, before and after implementation of an evidence-based service. Viitattu 17.12.2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC557980/>
- Heikkilä, T. 2001. Tilastollinen tutkimus. Oy Edita Ab. Helsinki.
- Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. Haava. WS Bookwell Oy. Porvoo.
- Hietanen, H. 2015. Säärihaavan konservatiivinen hoito. Duodecim. Viitattu 15.5.2015. http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk00537&p_haku=sekahaava
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2012. Tutki ja kirjoita. PAINOS 15.-17. Kariston kirjapaino Oy. Hämeenlinna.
- Hjerpe, A., Paananen, S., Huhtala, H. & Vaalasti, A. 2006. The number of leg ulcers increases - a 20-year-questionnaire study in Pirkanmaa Health Care in Finland. EWMA Journal. Viitattu 30.12.2015. http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/journals/EWMA_Journal_Vol_6_No_2_no_front_page.pdf
- Hoitotyön suositus. 2015. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö. Viitattu 5.11.2015. <http://www.hotus.fi/system/files/Painehaava%20lopullinen111215.pdf>
- Hoitotyön tutkimussäätiö. 2016. Näyttöön perustuva toiminta. Viitattu 19.1.2016. <http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>
- Juutilainen, V. & Hietanen, H. (Toim.) 2012. Haavanhoidon periaatteet. Sanoma Pro Oy. Helsinki.
- Juutilainen, V., Vikatmaa, P., Kuukasjärvi, P. & Malmivaara, A. 2007. Haavan alipaineimuhoiton vaikuttavuus ja turvallisuus. Suomen Lääkärilehti 36/2007. Viitattu 17.12.2015. http://www.thl.fi/attachments/halo/SLL_2007_ALIPAINEMU_070914.pdf
- Kananen, J. 2011. Kvantti. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Tampereen Yliopistopaino Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri. 2010. Kroonisen alaraajahaavapotilaan hoitoketju. Duodecim. Viitattu 15.5.2015.
http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp00028&p_haku=laskimoper%C3%A4inen%20haava

Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. 2002. Tutkijan eettiset valinnat. Tammer-Paino. Tampere.

Kiviaho-Tiippa, A. 2012. Diabeetikon jalkaongelmien ennaltaehkäisy Itä-Suomessa: jalkojen kunto, omahoitokäytänteet, ohjaus ja seuranta diabeetikoiden arvioimana. Hoitotieteen laitos. Kopijyvä Oy. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Korhonen, K. & Lepäntalo, M. 2012. Ongelmahaavojen hoitoketjun kehittäminen tehostaa hoitoa ja tuo säästöjä. Suomen Lääkärilehti 43/2012. Viitattu 8.5.2015.
http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2012/nosto43_2.pdf

Kortekangas-Savolainen, O. & Helander, I. 2010. Painehaavat. Duodecim. Viitattu 5.5.2015.
http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=ger02008&p_haku=painehaava

Käypähoito 2010. Alaraajojen laskimoiden vajaatoiminta. Viitattu 7.5.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi05030>

Käypähoito 2009. Diabeetikon jalkaongelmat. Viitattu 7.5.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50079>

Käypähoito 2014. Krooninen alaraajahaava. Viitattu 5.5.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=7EAECE09D5A2579A1A982BD0DB5DB148?id=hoi50058>

Lagus, H. 2012. Haavanhoidon periaatteet. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (Toim.) Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Laurea ammattikorkeakoulu. Opetussuunnitelma 2015-2016. Viitattu 20.1.2016.
https://soleops.laurea.fi/opsnet/disp/fi/ops_KoulOhjSel/tab2/tab/sea?koulohj_id=10040442&ryhmyttyp=1&lukuvuosi=2859840&stack=push

Lavery, L., McGuire, J., Baranoski, S., Ayello, E. & Kravitz, S. 2012. Wound care essentials - Practice Principles. Teoksessa Baranoski, S. & Ayello, E. Lippincott Williams & Wilkins. China.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Lepäntalo, M., Ahokas, T., Heinänen, T., Heiskanen-Kuisma, K., Hietanen, H., Iivanainen, A., Iso-Aho, M., Juutilainen, V., Tukiainen, E., Sane, T. & Valtonen, V. 2009. Haavapotilaan hoitopolku HYKS:n sairaanhoitoalueella. Duodecim. Viitattu 10.5.2015.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo97876

Metropolia ammattikorkeakoulu. Opetussuunnitelma 2013-2014. Viitattu 20.1.2016.
<http://opinto-opas-ops.metropolia.fi/index.php/fi/16183/fi/111/SHS13S1/year/2013>

Mustajoki, P. 2015. Diabeteksen jalkaongelmat ja niiden ehkäisy. Duodecim. Viitattu 7.5.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00768

Pernaa, M. & Reiman-Möttönen, P. 2013. Haavanhoito jalkautui. Sosiaali- ja terveystieteiden aikakauslehti. Viitattu 19.1.2016. <http://tesso.fi/artikkeli/haavanhoito-jalkautui>

- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2013. Kroonisen alaraajahaavapotilaan hoitoketju. Duodecim. Viitattu 15.12.2015.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp00028&p_haku=laskimoper%C3%A4in%20haava
- Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Yläne, S. & Paavilainen, E. 2013. Tutkimuksen voimasanat. Sanoma Pro Oy. Helsinki.
- Sane, T. 2012. Haavanhoidon periaatteet. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (Toim.) Sanoma Pro Oy. Helsinki.
- Sen, C.K., Gordillo, G.M., Roy, S., Kirsner, R., Lambert, L., Hunt, T.K., Gottrup, F., Gurtner, G.C. & Longaker, M.T. 2009. Human skin wounds: A major and snowballing threat to public health and the economy. Viitattu 18.5.2015.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2810192/>
- Seppänen, S. & Hjerpe, A. 2008. Haavahoitotuotteiden saatavuus Suomessa - Selvitys vuosina 2006-2007. Suomen haavanhoitoyhdistys ry. Viitattu 30.12.2015.
<http://www.shhy.fi/site/assets/files/1042/haavanhoitotuotteiden-saatavuus-suomessa.pdf>
- Sieggreen, M., Kline, R., Sibbald, R. & Weir, G. 2012. Wound care essentials - Practice Principles. Teoksessa Baranoski, S. & Ayello, E. Lippincott Williams & Wilkins. China.
- Soppi, E. 2013. Painehaavan ehkäisy ja hoito. Duodecim. Viitattu 5.5.2015.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00352&p_haku=painehaava
- Soppi, E. 2010. Painehaava - esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. Duodecim. Viitattu 5.5.2015.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo98591&p_haku=painehaava
- Suomen haavanhoitoyhdistys ry. 2011. Painehaavahelpperi. Viitattu 10.5.2015.
http://shhy.fi/site/assets/files/1041/painehaavahelpperi_a5_pysty.pdf
- Suomen verisuonikirurginen yhdistys. 2015. Iskeeminen haava: valtimoperäinen eli iskemian aiheuttama haava. Viitattu 6.5.2015. <http://verisuonikirurgit.yhdistysavain.fi/hoito-ohjelma/iskeeminen-haava/>
- Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Diabeteksen yleisyys. Viitattu 15.12.2015.
<https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/diabetes/diabeteksen-yleisyys>
- The Pennine Acute Hospitals NHS. 2014. Mixed aetiology ulcers. Viitattu 10.12.2015.
<http://www.pat.nhs.uk/downloads/patient-information-leaflets/vascular/233%20mixed%20aetiology%20ulcers.pdf>
- Tilastokeskus. Väestö - ja oikeustilastot. 2015. Viitattu 5.1.2016.
http://www.tilastokeskus.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tau_001_fi.html
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2014. Viitattu 8.1.2016.
<http://www.tenk.fi/>
- Vikatmaa, P. 2012. Haavanhoidon periaatteet. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (Toim.) Sanoma Pro Oy. Helsinki.
- Vikatmaa, P., Ebeling, T. & Lepäntalo, M. 2014. Verenkierron arviointi ja hoito diabeettisen jalkahaavan yhteydessä kansainvälisten tuoreiden hoitosuosituksen valossa. Viitattu 7.5.2015.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo11694.pdf>

Viljamaa, J. & Vaalasti, A. 2014. Krooninen alaraajahaava. Viitattu 7.5.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50058>

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa - Määrällisen tutkimuksen perusteet. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Kuviot

Kuvio 1: Kaikki hoidettavana olevat haavat Vantaan perusterveydenhuollossa haavanlaskupäivinä vuosina 2008 ja 2015	16
Kuvio 2: Haavat Vantaan perusterveydenhuollon yksiköissä vuosina 2008 ja 2015	17
Kuvio 3: Haavat terveysasemilla haavanlaskupäivinä vuosina 2008 ja 2015.....	18
Kuvio 4: Haavat terveyskeskussairaalassa haavanlaskupäivinä vuosina 2008 ja 2015.....	19
Kuvio 5: Haavat kotihoidossa haavanlaskupäivinä vuosina 2008 ja 2015.....	20
Kuvio 6: Haavat palvelutaloissa haavanlaskupäivinä vuosina 2008 ja 2015.....	21
Kuvio 7: Haavat hoivakodeissa haavanlaskupäivinä vuosina 2008 ja 2015	22

Liitteet

Liite 1 Kyselylomake	36
----------------------------	----

Liite 1 Kyselylomake

Haavanlaskupäivä 1.9.2015

Vantaan sosiaali- ja terveystalouksissa toimii haavahoitotyöryhmä, joka pyrkii kehittämään haavojen hoitoa ja ennaltaehkäisyä. Olemme Sarita Kuukka ja Sanna Kirjavainen, kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Laurea ammattikorkeakoulusta, ja teemme haavahoitotyöryhmän aloitteesta opinnäytetyötä, jossa kartoitetaan yhtenä ajankohtana pitkäaikaisten haavojen määrä ja niiden todennäköinen syy (etiologia).

Tavoitteena on laskea **kaikki yli kuukauden** avoinna olleet haavat, jotka ovat tulleet tietoonne tai hoitoonne ja ovat laskupäivänä edelleen avoimina. Laskenta suoritetaan terveysasemilla, kotihoidoissa ja tehostetussa kotihoidossa, palvelutaloissa, terveyskeskussairaalan osastoilla, vanhainkodeissa ja hoivakodeissa.

Seuraava taulukko on tarkoitettu helpottamaan laskentaa. Siihen merkitään ns. tukkimiehen kirjanpidolla erityyppisten **haavojen määrä ja todennäköisin syy**. Lukumäärä lasketaan Yhteensä-riville.

Yksikön tai osaston nimi, jossa laskenta suoritettu:

--

Haava	Laskimo- peräinen	Diabeetikon jalkahaava	Iskeeminen haava	Painehaava	Monisyinen haava	Etiologia epäselvä
Yht.						

Palauta tämä kaavake esimiehellesi laskennan jälkeen, joka lähettää sen edelleen
9.9. mennessä: