

# **Ikääntyneiden haavanhoito palveluasumi- sessa**

**Haavanhoito-opas Mainiokoti Kosken henkilökunnalle**

LAB-ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitaja (AMK), Hoitotyön koulutusohjelma  
2021  
Ilkka, Emilia  
von Schoultz, Kati

## Tiivistelmä

Tekijä(t) Ilkka, Emilia von Schoultz, Kati	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK Sivumäärä 38 (sis. 20 liitesivua)	Valmistumisaika 2021
Työn nimi <b>Ikääntyneiden haavanhoito palveluasumisessa</b> Haavanhoito-opas Mainiokoti Kosken henkilökunnalle		
Tutkinto Sairaanhoitaja AMK		
Toimeksiantajan nimi, titteli ja organisaatio Mainiokoti Koski, Hoiva Mehiläinen		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä Mainiokoti Koskelle. Mainiokoti Koski on Kouvolan Myllykoskella sijaitseva 61 paikkainen asumispalveluyksikkö ikääntyneille. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää haavanhoito-opas Mainiokoti Kosken hoitajille. Tarkoituksena oli kehittää hoitajien kykyä tunnistaa ikääntyneiden erilaisia yleisimpiä haavatyyppejä sekä edistää haavanhoidon osaamista.</p> <p>Yleisimmiksi kroonisiksi haavoiksi valittiin painehaavat, diabeettiset haavat, laskimoperäiset säärihaavat, sekä valtimoperäiset säärihaavat perustuen Duodecimin Käypähoito-suositukseen kroonisista alarajaahaavoista. Oppaan teoria koottiin käyttäen avuksi näyttöön perustuvaa tietoa niin suomalaisista kuin ulkomaalaisista lähteistä.</p> <p>Opinnäytetyön tuotos annettiin Mainiokoti Kosken henkilökunnalle luettavaksi. Oppaasta laadittiin palautekysely, jonka tulosten perusteella opas koettiin hyödylliseksi. Yksiin kansiin koottu tieto haavanhoidosta koettiin selkeyttäväksi ja tarpeelliseksi, sillä tutkitun tiedon avulla turvataan asiakaslähtöinen hoito, sekä lisätään tuottavuutta.</p>		
Asiasanat ikäntyminen, iho, diabeettiset haavat, painehaavat, laskimoperäiset säärihaavat, valtimoperäiset säärihaavat.		

## Abstract

Author(s) Ilkka, Emilia von Schoultz, Kati	Type of Publication Bachelor's thesis	Published 2021
	Number of Pages 38	
Title of Publication <b>Wound care for elderly in a housing service unit</b> Wound care guide for the staff of Mainiokoti Koski		
Name of Degree Bachelor of nursing		
Name, title and organization of the client Mainiokoti Koski, Hoiva Mehiläinen		
Abstract <p>Thesis was produced as a practice-based thesis for housing service unit Mainiokoti Koski. Mainiokoti Koski is a housing service unit for elderly people. It is located in Myllykoski Kouvola. The objective of the thesis was to produce a wound care guide for the nurses of Mainiokoti Koski. The aim of the thesis was to improve nurse's ability to identify the most common ulcers of elder people and to promote their wound care skills.</p> <p>The most common ulcers were chosen pressure ulcers, diabetic wounds, venous leg ulcers and arterial leg ulcers. The choice was based on Duodecim Current Care Guidelines of chronic leg ulcers. Theory of the guide was collected from various evidence-based sources. The sources were from Finland and other countries.</p> <p>The guide was given to nurses of Mainiokoti Koski to read. The nurses were also given a questionnaire about the guide for them to fill up. The questionnaire was then analysed and the feedback from it was that the guide founded useful for nurses. Nurses found out that one guide was necessary for their daily work with wounds and cleared their work.</p>		
Keywords Aging, skin, diabetic wounds, pressure ulcer, venous leg ulcer, arterial leg ulcer,		

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
2	OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT .....	6
2.1	Tarkoitus ja tavoite .....	6
2.2	Mainiokoti Koski.....	6
3	IHO JA HAAVA .....	7
3.1	Ihon kerrokset.....	7
3.2	Haava ja sen tunnistaminen .....	8
3.3	Haavojen luokittelu .....	8
3.4	Haavan paranemisen vaiheet.....	10
4	RAVITSEMUS JA KIRJAAMINEN .....	12
4.1	Ravitsemuksen merkitys haavan paranemisessa .....	12
4.2	Ravitsemustilan arviointi.....	13
4.3	Ikääntymisen vaikutus ravitsemukseen .....	15
4.4	Ravitsemuksen tehostaminen .....	15
4.5	Kirjaaminen.....	17
5	HAAVANHOITO .....	20
5.1	Yleisimmät haavanhoidossa huomioitavat tekijät.....	20
5.2	Diabeettiset haavat.....	20
5.3	Painehaavat.....	22
5.4	Laskimoperäinen haava .....	23
5.5	Valtimoperäinen haava.....	25
5.6	Haavanhoitotuotteet .....	25
6	HAAVANHOITO-OPPAAN TOTEUTUS .....	27
6.1	Toiminnallinen opinnäytetyö .....	27
6.2	Haavanhoito-oppaan laatiminen.....	28
6.3	Palautekyselyn laatiminen .....	28
6.4	Palautekyselyn tulokset.....	29
7	POHDINTA .....	31
7.1	Johtopäätökset .....	31
7.2	Luotettavuus ja eettisyys .....	32
7.3	Opinnäytetyön prosessin arviointi ja palaute .....	32
7.4	Kehittämisideat .....	33
	LÄHTEET .....	34
	LIITTEET .....	40

## 1 JOHDANTO

Haavanhoidon tulee aina tukeutua parhaaseen saatavilla olevaan näyttöön. Hyvin usein kuitenkin haavanhoidossa käytettävä tieto perustuu paljon kollegoilta ja tuote-esittelijöiltä opittuihin tapoihin. Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2014 tekemän tutkimuksen perusteella viidennes vastaajista koki tarvitsevansa lisäosaamista haavanhoidossa. Keskeisiä lisäosaamisen kohtia olivat haavanhoitotuotteiden käyttö sekä vaikuttavuus. Tietoa kaivattiin myös haavanhoidon arvioinnista, seurannasta ja kirjaamisesta. Tutkimuksen mukaan hoitajat eivät esimerkiksi tunne tarpeeksi hyvin haavan patofysiologiaa ja etiologiaa.

Tutkimusten perusteella hoitohenkilökunta ei aina erota näyttöön perustuvia tietolähteitä eivätkä silloin osaa välttämättä perustella toimintaansa. Osaamista tulisi päivittää ja pitää aktiivisesti ajan tasalla. Oikean tiedon avulla lisätään tuottavuutta, sekä turvataan asiakaslähtöinen hoito. (Jalonen & Ylönen 2016, 17.)

Kroonisten haavojen hoito nousee kustannuksiltaan korkeaksi johtuen pääosin hoidon kestosta sekä työvoimakustannuksista. Suomessa kroonisten haavojen hoitokustannukset ylittävät jo 3–5 %: iin terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. (Lääkäriliitto 2015.)

Suomessa arvioidaan syntyvän painehaavoja vuosittain 55 000–85 000 potilaalle. Painehaava aiheuttaa potilaalle suoraa kipua ja kärsimystä, heikentäen elämänlaatua ja toimintakykyä. Hoito on pitkäkestoista ja jopa yli puolet painehaavoista jää havaitsematta terveydenhuollon piirissä. Painehaavojen aiheuttamista suorista kustannuksista yli puolet ovat henkilöstökuluja ja noin 20 % tarvikkeisiin meneviä kustannuksia. Sen sijaan ehkäisykustannukset painehaavoissa ovat vain kymmenesosa niiden hoitokustannuksista. (Kinnunen ym. 2013, 4.)

Diabetespotilaista jalkahaavan saa vuosittain arviolta 2–5 % ja elinaikanaan 20–35 % (Kavola & Laine 2020). Kroonisen alaraajahaavan saa elämänsä jossain vaiheessa 1,3–3,6 % suomalaisista. (Käypä hoito 2021.)

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäyte, jonka lopullinen tuotos oli haavanhoitoparas toimeksiantajalle, Mainiokoti Koskelle. Tuloksena oli hoitajille suunnattu helppokäyttöinen ja selkeä paras, jossa on tuoretta tutkimukseen perustuvaa tietoa, sekä selkeät ohjeet yksissä kansissa yleisimpien asumispalvelun parissa asuvien ikääntyneiden haavojen hoitamiseen.

## 2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Mainiokoti Kosken hoitajien kykyä tunnistaa ikään-tyneiden yleisimpiä haavatyyppejä, sekä edistää haavanhoito-osaamista. Opinnäytetyön ta-voitteena oli tuottaa opas ikääntyneiden yleisimmistä haavoista ja niiden hoidosta Mainio-koti Kosken hoitajille. Opas toimii myös perehdytysmateriaalina uudelle työntekijälle.

Toimeksiantajan tarpeesta kehitimme hoitajille helppokäyttöisen ja selkeän oppaan, jossa on tuoretta tutkimukseen perustuvaa tietoa, sekä selkeät ohjeet yksissä kansissa yleisim-pien asumispalvelun parissa asuvien ikääntyneiden haavojen hoitamiseen.

### 2.2 Mainiokoti Koski

Toimeksiantaja Mainiokoti Koski, on Mainiokotien ikääntyneiden asumispalveluyksikkö. Se sijaitsee Myllykoskella noin 14 kilometriä Kouvolan keskustasta. Toimeksiantaja tuottaa ym-päri vuorokautista palveluasumista ikääntyneille. Pääasiassa asukkaat tulevat Mainiokoti Koskeen kaupungin sijoittamana ostopalvelu- tai palveluseteliasiakkaana, mutta hoivako-dissa on myös itsemaksavia asukkaita. (Mehiläinen oy 2020.)

Mainiokoti Koski on yksi asumispalveluyksiköistä, joista Kymenlaakson sosiaali- ja terveys-palvelujen kuntayhtymä ostaa ikääntyville asumispalvelupaikkoja. Tällöin Kymenlaakson sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä vastaa palvelukokonaisuuden suunnittelusta ja järjestämisestä. Vaihtoehtoisesti Kymenlaakson sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhty-mältä on mahdollisuus hakea palvelusetelitä, joilla kustantaa asumispalvelua. (Kymen-laakson sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä 2020, 2.)

Jokaisella asukkaalla on Mainiokoti Koskessa käytössään oma 25 neliön huone, jossa on myös oma kylpyhuone. Huoneen saa sisustaa mieleisekseen omilla huonekaluillaan ja teks-tiileillään. Yhteisten tilojen värimaailman, kuvioiden ja hahmotuspintojen suunnittelussa on huomioitu erityisesti muistisairaat. Asukkaat pääsevät halutessaan itsenäisesti ulkoilemaan aidatulle sisäpihalle. Lisäksi käytössä on tilava sivupiha, josta löytyy esimerkiksi hyötypuu-tarha. (Mehiläinen oy 2020.)

Henkilökunnan osaaminen painottuu geriatrisen ja muistiosaamisen lisäksi kuntoutukseen, sairaanhoitoon ja saattohoitoon. Asukkaille nimetään omahoitaja heidän muuttaessaan Mainiokoti Koskeen, sekä laaditaan yhteistyössä omaisten kanssa oma henkilökohtainen hoito- ja palvelusuunnitelma. (Mehiläinen oy 2020.)

### 3 IHO JA HAAVA

#### 3.1 Ihon kerrokset

Iho, eli cutis on elimistön suurin elin, joka muodostuu useasta kudoksesta. Sen pinta-ala on aikuisella lähes kaksi neliometriä. Sillä on useita merkittäviä tehtäviä, joista yksi tärkeimmistä on elimistön suojaaminen mekaanisilta ja kemiallisilta haittatekijöiltä (Vierimaa & Laurila 2013, 43). Iho myös suojelee alla olevia kudoksia, osallistuu elimistön lämmönsäätelyyn, sekä toimii verivarastona. Näiden lisäksi iho välittää tuntoaistimuksia, sekä tuottaa D-vitamiina. (Hannuksela-Svahn 2016.)

Orvaskesi eli epidermis on ihon uloin kerros. Se kuuluu pinnastaan jatkuvasti, mutta uusiutuu samalla tyvikerroksestaan, joka sisältää runsaasti mitosisoluja. (Nienstedt ym. 2016, 93–94.) Epidermis muodostuu kerrostuneista keratinosyyttisoluista. Orvaskeden alimmassa kerroksessa niitä kutsutaan tyvisoluiksi, seuraavassa okasoluiksi, sitten jyväsoluiksi ja pintakerroksessa sarveissoluiksi. Keratinosyytit erilaistuvat niiden siirtyessä ihon pintakerrosta kohti. Tällöin muuttuvat sekä niiden rakenne että tehtävät. Orvaskesi uudistuu tyvisolujen jakautuessa. (Hannuksela-Svahn 2016.)

Epidermiksiä alla on verinahka eli korium, joka koostuu sidekudoksesta, verisuonista, imusuonista, hermopäätteistä, karvoista, sekä tali- ja hikirauhasista. Sidekudoksen ansiosta iho on joustavaa ja lujaa. Sidekudoksen keskeisiä rakenneosia ovat kollageenit sekä ihon kimmoisuudesta ja venytyksestä palautumisesta vastaava elastiini. (Hannuksela-Svahn 2016.)

Koriumin monet verisuonet ovat tärkeässä roolissa elimistön lämmönsäätelyssä. Levossa ja viileässä ilmassa ihon kautta kulkee verta noin 0,20–0,35 litraa, mutta hellesäällä sitä kulkee jopa 3,5 litraa. Tämä lisää tuntuvasti sydämen työtaakkaa ja voi olla kohtalokasta, mikäli sydän on heikko. (Nienstedt ym. 2016, 97–98.)

Ikääntyessä vähenevät sekä epidermiksessä sijaitsevien Langerhansin solujen määrä, että melanosyyttien määrä. Pigmentaatio tulee epätasaisemmaksi ja talineritys vähenee. Ihon verisuonitus vähenee, mikä vaikuttaa haavan paranemiskykyyn sitä huonontaan. Hermopäätteiden väheneminen heikentää ihotuntoa. (Peltonen & Tasanen-Määttä 2011.)

Epidermiksiä oheneminen kiihtyy 70 ikävuoden jälkeen. Kollageenin rakenne muuttuu jäykemmäksi ja vähemmän liukoiseksi kollageenimolekyylien välisten niin sanotusti pysyvien poikkisidosten määrän lisääntyessä. Ihon elastiset säikeet alkavat hajota noin 50–

60 ikävuoden jälkeen, mistä johtuen ikääntyneiden iho ei ole niin kimmoisaa kuin nuorilla. (Peltonen & Tasanen-Määttä 2011.)

### 3.2 Haava ja sen tunnistaminen

Haavaksi kutsutaan ehjän ihon tai sen alaisen kudoksen vauriota. Haavat voivat syvyytensä ja sijaintinsa perusteella ulottua ihonalaiskerrokseen, rasvaan, lihakseen, luuhun tai sisäelimiin asti. Haava syntyy yleensä jonkin ulkoisen tekijän tai sisäisen sairauden pohjalta. Haavoihin liittyy aina haittaa yksilölle. Haitta voi olla kipua, toiminnanvajausta, esteettistä tai psykososiaalista haittaa tai jopa taloudellisia ongelmia. (Juutilainen & Hietanen 2018, 12–13.)

Verisuonten häiriön tai pitkäaikaisen ihoon kohdistuvan paineen aiheuttama haavauma vaatii yleensä toisenlaista hoitoa kuin trauman aiheuttama haava. Haavan hoito tulee yleensä aloittaa viimeistään kuuden tunnin sisällä sen synnystä. (Saarelma 2021.)

### 3.3 Haavojen luokittelu

Yleisiä haavatyyppejä ovat pinta- haava, viiltohaava, pistohaava sekä ruhjehaava. Pinta- haava syntyy monesti ihmisen kaatuessa, jolloin iho saattaa rikkoutua laajaltakin alueelta. Viilto- tai pistohaavan aiheuttaa yleensä jokin terävä esine. Syvä haava voi ulottua ihonalaiseen kudokseen vaurioittaen samalla lihaksia, hermoja, verisuonia ja jänteitä. Haavan reunat ovat yleensä siistit. (Castrén ym. 2012.) Haavan syvyyden arviointi on merkityksellistä haavan paranemisprosessin arvioinnin mahdollistumiseksi (Nuutinen 2019). Eri- tyistä vaaraa aiheuttavat vartaloon osuneet pistot tai viillot. Ruhjehaavan taas aiheuttaa usein tylppä esine, joka rikkoo ihon. Vamma-alue on repaleinen ja verenvuoto voi olla niukkaa tai runsasta. (Castrén ym. 2012.)

Haavat voidaan jakaa ulkonäkönsä perusteella neljään eri luokkaan. Ensimmäinen luokka on vaaleanpunainen epitelisoiva haava. Siinä epitelisoivaa vaaleanpunaista kudosta kasvaa haavan reunoilta ja ihon keskellä olevien apuelinten epiteelisoluista. Epiteelikudos on hentoa ja helposti repeytyvää, kunnes se vahvistuu koko haavan peittäväksi haavapinnaksi. (Suomen haavanhoitoyhdistys 2011.)

Toinen luokka on punainen granuloiva haava. Granulaatiokudosta kasvaa punaisena ja verkkäänä ja se on edellytys päälle tulevan epiteelikudoksen muodostumiseen. Granulaatiokudos on pienijyväistä, ryynimäistä, kiiltävää, verestävää vähän tai kohtalaisesti erittävää terveen näköistä kudosta. (Castrén ym. 2021.)

Kolmas luokka on keltainen fibriininen haava. Tämänkaltaisessa haavassa kasvaa keltaista fibriinikatetta. Se on nauhamaista ja löyhästi tai tiukasti kiinni haavan pinnassa. Kate voi olla pehmeää, ohutta, kuollutta tai sitkeää kudosta. Katteen kosteus vaikuttaa kudoksen väriin, joka voi vaihdella vaaleasta tummankeltaiseen. (Juutilainen & Hietanen 2018, 69–70.) Haavassa sijaitseva rasvakudos saattaa olla myös vaaleaa eikä sitä pidä sekoittaa fibriinikatteeseen Yleensä matalissa haavoissa esiintyy fibriinikatetta. (Castrén ym. 2021.)

Neljäs ja viimeinen luokka on musta eli nekroottinen haava. Nekroottinen kudos on elotonta, kiinni tarttunutta kudosta. Väritään se on harmahtavaa, ruskeaa tai mustaa. Nekroottinen kudos on erinomainen kasvualusta bakteereille ja se altistaa helposti haavan infektiolle. Kudos ei vuoda verta eikä siinä tunnu kipua. (Juutilainen & Hietanen 2018, 69–70.) Valtimoverenkierron heikkouden aiheuttamaa haavan nekroottista kudosta ei koskaan pidä lähteä poistamaan mekaanisesti tai pehmittämään ennen verisuonikirurgin tutkimusta ja arviota. (Castrén ym. 2021.)

Haavoja voidaan jakaa myös akuutteihin ja kroonisiin haavoihin. Akuutille haavalle on tyypillistä, että se syntyy jonkin ulkoisen tekijän vaikutuksesta ja sen syynä on mekaaninen voima kuten hankaus, kitka, leikkaava mekanismi, kudosta ruhjova tai repivä, tylppä tai terävä voima. (Juutilainen & Hietanen 2018, 27–29.) Akuutin haavan kroonistumiselle altistaviin tekijöihin luetaan muun muassa ikä, tupakka, alkoholi, lihavuus sekä aliravitsemus. (Viitala 2018, 3.)

Joskus akuutin haavan paraneminen saattaa kestää yli kuukauden. Se ei siltikään ole vielä krooninen haava. Haavan paranemiskykyyn vaikuttaa haavan syvyys, sekä kudoksen uusiutumiskyky. (Castrén ym. 2021.) Laskimoperäinen haava määritellään krooniseksi, kun se on ollut avoimena vähintään kuukauden. Iskeemisen haavan kohdalla kroonisuuden raja on vain kaksi viikkoa. Tämän määritelmän lisäksi suositellaan, että krooniseksi haava määritellään, kun sen syntyyn on vaikuttanut jonkin ulkoisen, toistuvan mekanismin lisäksi jokin elimistön sisäinen sairaustekijä. (Käypähoito 2021.)

### 3.4 Haavan paranemisen vaiheet

Haavan paraneminen käynnistyy heti kun haava syntyy. Se on monimutkainen biologinen tapahtuma, jonka nopeus riippuu haavasta itsestään, sekä haavan ympärillä olevien kudosten vallitsevista olosuhteista. Haavan paranemisesta voidaan erotella neljä vaihetta. (Castrén ym. 2021.)

Ensimmäisenä on haavan hyytymisvaihe. Verisuonet supistuvat haavan syntymisen jälkeen, mikä vähentää verenvuotoa. Supistustila voi kestää jopa 20 minuuttia ja sen aikana verihiutaleet kerääntyvät vauriokohtaan muodostamaan väliaikaisen tulpan. (Hietanen ym. 2002, 28.) Tulppa muodostuu elimistön hyytymistekijöistä, joiden tehtävänä on tuottaa trombiinia, eli seerumin proteaasientsyymejä. Tämä trombiini muuttaa verihiutaleissa kiinni olevan fibrinogeenin eli veressä olevan proteiinin fibriniiksi. Fibrini ketjuuntuu ja lopulta siitä muodostuu suojaava fibriniverkko. Fibriniverkon tehtävänä on liimata takertuvien verihiutaleiden sekaan muita verisoluja, jolloin hyytymä tiivistyy. Samalla kun keho muodostaa hyytymää haavan päälle, se myös pitää huolen siitä, ettei hyytymä tuki verisuonia ja estä verenkiertoa. Tämän jälkeen käynnistyy hyytymän hajotusprosessi eli fibrinolyyysi. (Heljasvaara ym. 2017.)

Haavan paranemisen toinen vaihe on tulehdusreaktiovaihe eli inflammaatio. Se käynnistyy myös välittömästi haavan synnyttyä ja kestää puhtaassa haavassa muutaman päivän, puhdistuen haava-alueen ja saattaen uudissuonten kasvun alulle. Tulehdusreaktiovaiheen merkkejä ovat punoitus, kuumoitus, turvotus sekä kipu. (Hietanen ym. 2002, 30.)

Kivun haava-alueelle aiheuttaa alueen muuttunut pH, turvotus, sekä kudoksen happipitoisuuden pieneneminen. Tulehdusreaktiovaiheen alussa ihon epiteelisolut eli keratinosyytit, hyytymään jääneet verihiutaleet, sekä neutrofiilit vapauttavat välittäjäaineita, joiden kutsusta valkosolut tulevat puolustamaan ja puhdistamaan vaurioitunutta kudosta. Valkosoluista neutrofiilit ja makrofagit puhdistavat kudosta fagosytoimalla, mikä tarkoittaa sitä, että ne "nielevät" itseensä kuolleen kudoksen ja vierasmateriaalin, sekä tappavat alueelle tunkeutuvat mikrobit. Voimakkaimmillaan tulehdusreaktiovaihe on 1–3 vuorokauden kuluttua haavan synnystä, mikäli haava ei infektoitu. Tulehdusreaktiovaihe rauhoittuu muutamassa päivässä. (Juutilainen & Hietanen 2018, 32–33.)

Tulehdusreaktiovaihe on normaali kehon tapa reagoida kudsvaurioon. Ikääntyminen hidastaa tulehdusreaktiovaihetta. Tulehdussolut saapuvat haava-alueelle hitaammin sillä alueella verenkierto on heikentynyt hiussuonten hidastuneen kasvun vuoksi. Myös uudiskudoksen eli epiteelikudoksen muodostus hidastuu ja heikkenee. (Castrén ym. 2021.)

Kolmas vaihe on korjaus- eli granulaatiovaihe. Haavan pohja täyttyy granulaatiokudoksella, minkä jälkeen epiteelisolukko alkaa paikkaamaan haavaa sen reunoilta lähtien. (Hietanen ym. 2002, 31.) Korjausvaiheen alussa kudospuutosalue on täyttynyt verihyytymästä muodostuneella soluväliaineella, johon alkaa vähitellen kasvamaan verisuonia sekä kollageenisäikeitä. Lopulta sen peittää epiteelisolukko. Epiteelisolukko alkaa syntyä keratino-syyttien irrottautuessa alustastaan jakautuen ja alkaen vaeltaa haavan reunoilta haavan pinnalle, sekä haavan keskusta ja lopulta peittäen sen kokonaan. Kun haava on peitetty, keratinosyytit kerrostuvat ja erilaistuvat. Solujen jakaantuminen jatkuu niin kauan, kunnes monikerroksinen epidermis on muodostunut uudelleen. (Juutilainen & Hietanen 2018, 35–36.) Korjausvaihetta kutsutaan myös proliferaatiovaiheeksi (Heljasvaara 2017).

Kroonisessa haavassa tulehdusreaktiovaihe ei etene normaalisti korjausvaiheeseen. Tähän on useita eri syitä. Haavassa sijaitsevat solut eivät jakaudu normaalisti tai haavaeritteen valkuaisaineita pilkkoutuu liiallisesti. Haava saattaa myös olla vähähappinen, mikä vähentää haavassa sijaitsevien kasvutekijöiden määrää estäen granulaatiokudoksen syntymisen. (Castrén ym. 2021.)

Neljäs vaihe on nimeltään maturaatio- eli kypsymisvaihe. Tämä voi kestää kuukausia tai jopa vuosia. Sen aikana arpikudos korvaa vähitellen granulaatiokudoksen muuttaen haavakudoksen kestävämmäksi. (Nienstedt ym. 2009.) Muokausvaihe alkaa noin 2–3 viikon kuluttua vamman syntymisestä. Pääasiassa elimistö korvaa tyyppin III kollageenia sisältävää soluväliainetta tyyppin I kollageeniä sisältävällä soluväliaineella seuraavan 6–12 kuukauden ajan. (Heljasvaara 2017.)

## 4 RAVITSEMUS JA KIRJAAMINEN

### 4.1 Ravitsemuksen merkitys haavan paranemisessa

Ravitsemus on keskeinen tekijä haavapotilaan hoidossa. Haavapotilaan ravitsemuksessa tulisi olla runsaasti energiaa, sekä riittävästi proteiinia, hiilihydraattia, kivennäisaineita, rasvoja ja vitamiineja. Haava itsessään altistaa potilaan vajaaravitsemuksen kehittymiselle, sillä ravintoaineita menetetään haavaeritteen mukana, sekä kehon muodostaessa uudiskasvua haava-alueelle. Nämä vievät itsessään runsaasti energiaa. Tällöin energian saannin tulee olla suurempaa kuin energian kulutuksen. (Käypähoito 2021.)

Riittävä happipitoisuus on edellytys solujen aerobiselle aineenvaihdunnalle mahdollistaen näin energiaa sisältävien ravintoaineiden käyttöönoton soluissa. Kun haava on inflammatiovaiheessa, haavassa kuuluu olla hypoksia. Sen tehtävä on stimuloida angiogeneesiä turvaten näin riittävä kudosten hapensaanti haavan paranemisen edistyessä. Hypoksia haavassa lisää myös energiantarvetta. Elimistön happivarastot ovat vähäiset, jolloin paranemiseen tarvittava lisäenergia vapautuu hajottamalla elimistön proteiini- ja rasvavarastoja. (Hietanen ym. 2002, 43–44.)

Ravinnossa tulee olla riittävästi proteiineja, hiilihydraatteja ja rasvoja, jotta vältytään kataboliselta lihasten hajotukselta. Kataboliassa keho hajottaa omia solujaan tyydyttääkseen energiantarpeensa. Keho suosii lihasten hajottamista rasvakudoksen sijaan, sillä hajotetusta lihaksesta saadaan aminohappoja uudissokerituotantoon. Katabolinen vaste on aina suhteessa vamman vakavuuteen. (Juutilainen & Hietanen 2018, 43.) Suuntaa antavaksi energiantarpeeksi Terveyskylän ihotautitalo suosittelee noin 30–35 kcal/kg/vrk (Ihotautitalo.fi). Ravintoaineiden määrää tiettyä energiayksikköä kohti kutsutaan ravintoainetiheydeksi. Yleisesti ikääntyneiden energian saanti on noin 1500–1900 kcal/vrk. Lisääntynyt aktiivisuus, pitkäaikaissairaus tai tulehdustila nostavat energiantarvetta. (Ikääntyneiden ruokasuositus 2020, 79.)

Ikääntyneillä proteiinin puutos on yleisin aliravitsemuksen muoto. Proteiinin puutos heikentää angiogeneesiä, fibroblastien jakautumista sekä kollageenin valmistusta pitkittäen näin tulehdusreaktiovaihetta. Myös haavan paraneminen ja lujittuminen hidastuu ja infektoriski suurenee. Proteiininpuutos aiheuttaa kudokseen turvotusta, mikä huonontaa kudoksen haettumista ja ravinnon kuljetusta. Fibroblastien toimintaa haittaa jo lyhytkin sairastuminen ja lievä proteiinin vähennys. Tärkeimpiä proteiineista saatavia rakennusaineita haavan paranemisen kannalta ovat erilaiset aminohapot sekä glutamiini. (Juutilainen & Hietanen 2018, 44.) Hyviä proteiininlähteitä ovat maitovalmisteet, kala, liha, kananmunat sekä palko-

kasvit. Suositeltu proteiinin määrä on 1–1,5 g/kg/vrk. Proteiinin määrää ei kannata kuitenkaan omin päin kasvattaa tästä ylemmäs, varsinkaan jos munuaisten toiminnassa on häiriöitä. (Ihotautitalo.fi.)

Hiilihydraatit toimivat valkosolujen energian lähteinä ja ovat rasvojen kanssa ensisijaisia energian lähteitä haavan paranemisessa. Glukoosi on tärkein polttoaine ATP tuotannossa, kun soluille tuotetaan energiaa. Sen tuotto on tärkeää, jottei kehon aminohappo- ja proteiiniraaka-aineet ehtyisi kokonaan. (Juutilainen & Hietanen 2018, 43.)

Rasvahapot ovat solukalvon tärkeitä rakenneosia ja niiden tarve lisääntyy huomattavasti vamman jälkeen. Varsinkin omega-3 rasvahapoilla on inflammatorisia ominaisuuksia. Ne mukauttavat immuunivastetta muun muassa estämällä eikosanoidien ja muiden välittäjäaineiden tuotantoa. Rasvahapot vähentävät verihituleiden kasaantumista ja pidentävät hie-man vuotoaikaa mikä tulee ottaa huomioon esimerkiksi ennen leikkauksia. (Juutilainen & Hietanen 2018, 44–45.) Ikääntyneiden ruokasuositus suosittelee rasvansaanniksi keskikokoiselle naiselle 60 g/vrk josta 40 g pehmeitä rasvoja, ja miehelle 85 g/vrk, josta vähintään 60 g pehmeitä rasvoja (Ikääntyneiden ruokasuositus 2020, 82).

Solut tarvitsevat myös vitamiineja ja hivenaineita riittävästi, jotta solujen aineenvaihdunta ja viestintä turvataan. Suurin osa hivenaineista ei vaikuta suoraan haavan paranemiseen, vaan ne ovat aputekijöitä tai sellaisten entsyymien osia, joita tarvitaan haavan paranemiseen. Antioksidantit vähentävät kudostraumaa vähähappisissa olosuhteissa. Tutkituimpia näistä ovat A-, C-, E- vitamiinit, sinkki, kupari, seleeni ja ginko biloba eli neidonhiuspuu. C-vitamiinin puute heikentää fibroblastien jakautumista, kollageenisynteesiä sekä immuunivastetta. (Juutilainen & Hietanen 2018, 43–45.) Lisäksi se voi aiheuttaa väsymystä, heikkoutta ja masennusta. A- vitamiini on rasvaliukoinen vitamiini. (Viitala 2018 18–19.) Se stimuloi haavan paranemisprosessin käynnistymistä muun muassa tukemalla makrofagien saapumista haava-alueelle, sekä kollageenisynteesiä ja epitelisaatiota. Vamman lisäksi myös stressi lisää A- vitamiinin tarvetta. E- vitamiini on voimakas rasvaliukoinen antioksidantti. Se vähentää haavan aiheuttamia vaurioita puhdistamalla radikaaleja. Radikaalien runsas vapautuminen infektoituneesta kudoksesta voi johtaa E- vitamiinin kulumiseen. Ei kuitenkaan ole näyttöä normaalitarvetta suuremman E-vitamiinimäärän antamisen hyödyistä. (Juutilainen & Hietanen 2018, 43–45.)

## 4.2 Ravitsemustilan arviointi

Haavapotilaan ravitsemustilaa tulee arvioida säännöllisesti. Näin tunnistetaan ne potilaat, joilla on kohonnut riski vajaaravitsemukseen. Yksinkertaisimpia ravitsemustilan arviointimenetelmiä ovat potilaan ulkoisen olemuksen havainnointi sekä BMI:n laskeminen painon ja

pituuden mittaamisen kautta. Jos painoindeksi on 25 tai alle, tutkimuksien mukaan kuolleisuusriski lisääntyy. (Suominen & Pitkälä 2016.)

Vuonna 2000 brittiläinen BAPEN- seuran vajaaravitsemusryhmä julkaisi ravitsemustilan arviointiohjeen, joka perustuu painoindeksiin sekä potilaan tahattomaan painonlaskuun. Näiden lisäksi arvioidaan myös potilaan vaatteiden ja sormusten löystyminen. Lisäapuna käytetään myös laboratoriotutkimuksia. Määritelmän mukaan vajaaravitsemusriskissä on potilas, jonka painoindeksi on 18,5–20, painonlasku yli 5 % kuukaudessa tai 10 % puolessa vuodessa, joka kokee ruokahaluttomuutta, jonka seerumin rauta-arvo alle 120 g/l, albumiini alle 33 g/l, transferrini alle 1800 mg/l ja lymfosyytit alle 1800 solua/mm<sup>3</sup>. (Hietanen ym. 2002, 46–47.)

Avoterveydenhuoltoon kehitetty MUST eli Malnutrition Universal Screening Tool on yksinkertainen vajaaravitsemuksen riskin arviointityökalu. Siinä huomioidaan potilaan kehon painoindeksi BMI, painonlasku edellisen 3–6 kuukauden aikana ja akuutti sairauden vaikutus ravinnon nauttimiseen. 0 pistettä testissä tarkoittaa vajaaravitsemuksen riskin olevan pieni ja testi suosittelee viikoittaista seurantaa. 1 piste testissä suosittaa 3 vuorokauden ruoan käytön ja nesteen nauttimisen kirjaamista. Suuri riski eli 2 pistettä tai enemmän, suosittaa potilaan ruoan rikastamista energia- proteiinipitoisemmaksi ja tekemään ravitsemushoitosuunnitelman potilaalle. Optimaalista olisi, mikäli ravitsemussuunnitelman tekisi ravitsemusterapeutti. (Juutilainen & Hietanen 2018, 46.)

NRS-2002 eli Nutritional Risk Screening on toinen vajaaravitsemusriskin seulontatyökalu. Se huomioi potilaan BMI:n, painonlaskun, ravinnonsaannin, sairauden vaikeusasteen sekä potilaan iän, mikäli potilas on yli 70- vuotias. Jos potilas saa kolme pistettä tai enemmän, suositellaan hänelle tehtävän ravitsemussuunnitelma. NRS-2002 suositellaan tehtäväksi potilaan hoidon ensimmäisen 24–48 tunnin aikana, sekä kontrolloitavan säännöllisesti. (Reber ym. 2019, 3.)

Vielä tarkempi ravitsemustilan arviointiväline on ravintoanamneesi. Se tehdään potilaan ja hänen läheistensä haastattelulla. Anamneesin tarkoitus on selvittää potilaan ruokailutottumukset, ruokahalu, ruokahalun muutokset, erikoisruokavaliot ja ruoka-ainerajoitukset, allergiat, sekä muut mahdolliset ravinnon imeytymishäiriöt. Apuna tässä voidaan käyttää Mini Nutritional Assessment- mittaria (MNA) ja Subjective Global Assessment- mittaria (SGA). (Hietanen ym. 2002, 46–47.)

Vajaaravitsemusriskin seulonta on hyödytöntä ilman systemaattista jatkohoitoa. Onkin tärkeää, että yksikössä määritellään käytettävä seulontamenetelmä sekä missä vaiheessa hoitoketjua ravitsemustila määritellään. (Juutilainen & Hietanen 2018, 93–95.)

Liiallinen ylipaino hidastaa omalta osaltaan myös haavan paranemista, sillä runsaassa rasvakudoksessa on vain vähän kapillaarisuonia. Tällöin tämän alueen verenkierto on vähäistä. Alueilla, joissa rasvakudosta on runsaasti, paranee haava hitaammin, mutta voi myös infektoitua helpommin. Runsas rasvakudos menee myös helpommin nekroosiin. (Castren ym. 2021.)

#### 4.3 Ikääntymisen vaikutus ravitsemukseen

Ikääntyneillä usein ruokahalu ja nälän tunne heikkenevät. Tämä johtuu hypotalamuksen säätelykeskuksen toiminnan muutoksista. Säätelykeskus myös herkistyy häiriöille iän myötä. Lisäksi maku- ja hajuaisti heikkenevät ihmisen ikääntyessä. Heikkeneminen johtuu maku- ja hajureseptorien määrän vähenemisestä. Näiden aistien heikkeneminen altistaa heikolle nälän tunteelle ja sitä myöten huonolle ruokahalulle. (Ikääntyneiden ruokasuositus 2020, 92.)

Ikääntyneillä perusaineenvaihdunta hidastuu oleellisesti. Ensisijaisena syynä tähän pidetään lihasmassan pienenemistä. Poikkijuovaisten lihassäikeiden lukumäärä laskee oleellisesti. Rasvoittumisen ja lihaskadon tärkeimpiä seurauksia ovat insuliiniresistenssiin liittyvä glukoosimetabolian heikentyminen. Hormonaalisista muutoksista kasvuhormonin ja sukupuolihormonin määrä laskee ja kortisolituotanto kasvaa. Sytokiinireaktiot kiihdyttävät sarkopeniaa eli lihaskatoa, kuten myös lihasten vähäinen käyttö. Anatomisesti kehon solujen sisäinen vesipitoisuus ja elektrolyyttivarastot pienenevät. Tämä altistaa neste- ja elektrolyyttitasapainon häiriöille. (Suominen & Pitkälä 2016.)

Tutkimuksissa on todettu, että suomalaisilla kotihoidon asiakkailla tai asumispalveluyksiköissä asuvilla ikääntyneillä heikko ravitsemustila on yhteydessä naissukupuoleen, vähäiseen syömiseen, nielemisvaikeuteen, painonlaskuun, heikentyneeseen toimintakykyyn, ummetukseen sekä monilääkitykseen. Tahaton painonlasku ja virheellinen ravitsemustila ovat suuri terveysriski ikääntyneille ja siihen tulisi puuttua välittömästi ja tehokkaasti. On syytä muistaa, että esimerkiksi muistisairauden ensimmäisiä oireita on tahaton painonlasku. Tällöin myös lihaskato ja toimintakyvyn heikentyminen kiihtyvät. (Suominen ym. 2012, 172.)

#### 4.4 Ravitsemuksen tehostaminen

Haavapotilaan ravitsemuksen tehostaminen on erittäin tärkeää. Yksinkertaisia ja helppoja keinoja tehostaa potilaan ravinnonsaantia on suosia potilaan mieliruokia, täydentää ruokia energiatiheillä elintarvikkeilla kuten rasvalisällä ja kliinisillä ravintovalmisteilla sekä lisätä

nautintovalmiita kliinisiä ravintovalmisteita ruokailun ohelle. Viimeisiä ja radikaalimpia keinoja ovat letkuravitsemus ja parenteraalinen ravitsemus, mikäli helpommat tavat eivät ole tuottaneet tulosta. Ravitsemushoitosuositusten mukaan yö paaston ei tulisi kestää yli 10–11 tuntia. (Viitala 2018,13.) Ylipaino ei takaa riittävää tärkeiden ravintoaineiden saantia. Kemppaisen (Käypä hoito. 2021) näytönastekatsauksessa todetaan osalla potilaista olleen suurentuneesta BMI:stä huolimatta matala omega 3 –rasvahappojen, C-vitamiinin sekä sinkin saanti. Suurentuneen BMI:n todettiin olleen yhteydessä haavan paranemisen hidastumiseen. (Juutilainen & Hietanen 2018, 94.)

Mikäli potilaalla on huono ruokahalu, hänelle voidaan tarjota niin kutsuttua repropuokaa, joka on runsasenerginen ja -proteiininen vaihtoehto. Annoskoko ruoassa on puolet tai kolme neljäsosaa pienempi kuin normaalisti, mutta annos sisältää normaalin annoksen verran energiaa. (Juutilainen & Hietanen 2018, 94.) On kuitenkin otettava huomioon, että runsas proteiinin saanti lisää mahdollisesti nesteen tarvetta. Nesteen tarvetta kartoittaessa huomioidaan haavapotilaan haavaeritys, kuume, oksentelu, ripuli sekä hikoilu. Merkittävää on tarkkailla kuivumisen oireita. (Viitala 2018, 11.) Tärkeää haavapotilaan ruokavaliossa on huomioida, ettei lisätä ravinnon energiapitoisuutta rasvaisilla maitovalmisteilla. Rasvaiset maitovalmisteet sisältävät kovaa rasvaa, joka lisää tulehdusvälittäjäaineiden määrää kehossa. Tulehdusvälittäjäaineiden määrä on jo valmiiksi korkealla haavapotilaalla, sillä haavapotilaan kehossa on lisääntynyt tulehdusaktiiviteetti. Sen sijaan pehmeät rasvat ovat hyvä lisä, sillä ne vähentävät tulehdusvälittäjäaineiden määrää. Muun muassa kasviöljy on 100 % rasvaa ja on erinomainen lisä haavapotilaan ruokavalioon. Rasvan laadulla on myös merkitystä aterian jälkeiseen glukoosiaineenvaihduntaan, mikä on tärkeää huomioida varsinkin diabeetikkojen kohdalla. (Juutilainen & Hietanen 2018, 94.)

Ravitsemuksen tehostamisen ohella tulee huomioida myös vitamiinien saanti. Tutkimuksissa on todettu, että yli 60-vuotiailla ympärivuotisesti käytetty 20 mikrogramman D-vitamiinilisä on ehkäissyt kaatumisia ja murtumia. Tutkimuksen mukaan ikääntyneiden D-vitamiinin saanti ravinnosta lisääntyi lähinnä kalan runsaammalla syömisellä. Huomattiin myös, että muistisairaille tarkoitetuissa hoitokodeissa monen asukkaan ravinnonsaanti oli alle suosituksen. Hoitohenkilökunnalle tehdyillä kirjallisilla ravinnon tehostamisen ohjeilla asukkaiden ravinnonsaanti parani energian, proteiinin ja monien ravintoaineiden kohdalla. (Suomi-nen ym. 2012, 173–176.)

## 4.5 Kirjaaminen

Hoitotyössä tapahtuvaa kirjaamista määrittävät monet juridiset ja ammattieettiset säädökset. Nämä säännökset vaativat, että terveydenhuollon yksikön tulee pitää jokaisesta potilaastaan jatkuvaan muotoon laadittua, aikajärjestyksessä loogisesti etenevää potilaskertomusta. Hoitotyön ammattilaisen laatima hoitokertomus on osa potilaskertomusta. Potilasasiakirjojen tulee palvella hoidon suunnittelua ja toteutusta sekä edistää hoidon jatkuvuutta. Asianmukaisesti laaditut asiakirjat palvelevat myös potilaan tiedonsaantioikeutta, oikeusturvaa sekä henkilökunnan oikeusturvan toteutumista. (Nykänen & Junttila 2012, 15.) Kirjaamista tehdään yhteensä kolmesta syystä. Nämä syyt ovat hoidon jatkuvuuden turvaaminen, potilaan sitouttaminen hoitoonsa sekä potilasturvallisuus. Kirjaamisessa yritetään välttää lääketieteellisiä termejä ja ottaa huomioon jatkohoitopaikan tiedontarve. (Kinnunen ym. 2020, 11.) Hoitokertomukseen tulee kirjata hoidon kokonaissuunnitelma, potilaan vointia kuvailevat päivittäiset merkinnät sekä hoitoa kuvaavat merkinnät. Hoitokertomuksen on tarkoitus palvella moniammatillisesti kaikkia potilaan hoitoon osallistuvia ammattiryhmiä. (Nykänen & Junttila 2012, 15.)

Suomessa käytetään ainakin kolmea erilaista tapaa kirjata hoitotyötä. Ensimmäinen on Suomessa kehitetty hoitotyön kansallinen kirjaamismalli. Toinen on yliopistollisten sairaaloiden keittämä moniammatillinen hoitokertomuksen otsikkorakenteen mukaan kirjaaminen. Kolmas on hoitoisuuden arviointiin käytettävien mittareiden osa-alueiden mukaan kirjaaminen. Muitakin malleja on käytössä erityisesti yksiköissä, joissa kirjataan edelleen paperille. Suomessa kehitetty oma kansallinen hoitotyön kirjaamismalli on tarkoitettu sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuoltoon. Mallin tavoitteena on mahdollistaa potilaan hoidon kirjausten yhtenäistä käyttöä hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Kirjaamismalli on rakenteinen sisältäen hoitotyön ydintiedot kuten hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitotyön yhteenvedon ja hoitoisuuden. Mallissa kirjataan sähköisesti hoidollisen päätöksenteon mallin mukaisesti ja hyödynnetään FinCC (Finnish Care Classification) luokituskokonaisuutta. Kuitenkin erityisesti lääkärit kokivat FinCC pohjaisen kirjaamisen mallin epäkäytännölliseksi ja hankalaksi käyttää. (Nykänen & Junttila 2012, 15–17.)

Terveyden ja hyvinvointilaitoksen FinCC luokituksen käyttäjäoppaan (2020, 11) mukaan FinCC luokituksen mukainen yhtenäisten potilastietojen rakenne ja sisältömääritys edistävät potilastiedon käytettävyyttä ja siirrettävyyttä eri järjestelmien välillä ottaen huomioon potilaan suostumukset ja kiellot. Yhdenmukaiset käsitteet edistävät potilaskertomuksien hyödyntämistä eri järjestelmissä ja organisaatioissa. Erilaisten yhdessä sovittujen termien avulla voidaan ilmaista hoitoa ja potilaan toimintaa yhdenmukaisesti.

Kansainvälisten sekä Suomessa tehtyjen tutkimusten mukaan sähköisten hoitokertomuksien käyttöönotto paransi dokumentoidun tiedon laatua, luettavuutta, saatavuutta, hoitajien oikeusturvaa sekä tiedon uudelleenkäyttöä. Tutkimuksissa on kuitenkin todettu, ettei sähköinen hoitokertomus parantanut hoitajien ja lääkäreiden välistä tiedonvaihtoa eikä hoitajien keskinäistä tiedonvälitystä, eikä myöskään vähentänyt määrättyjä päällekkäisiä tutkimuksia. (Nykänen & Junntila 2012, 17–18.)

Nykyiset potilastietojärjestelmät eivät välttämättä palvele haavapotilaiden hoidon dokumentointia parhaalla mahdollisella tavalla. Kroonisista haavoista kärsivien potilaiden haavojen tilan dokumentointiin tarvittaisiin haavaluokitukseen, riskiarvioon sekä annetun hoidon dokumentointiin liittyviä mittareita. Tämänhetkiset olemassa olevat mittarit liittyvät hoitoisuuden arviointiin, mihin toki haavat liittyvät olennaisesti. Yleisimpiä käytössä olevia mittareita ovat RAVA, RAI, RAFAELA, Hilmo, Vasa, MMSE ja GDS. Ongelma näissä mittareissa kuitenkin on se, että ne antavat tietoa vasta jälkikäteen, joten niitä ei voi käyttää ennakoimaan potilaan tämänhetkistä hoidon tarvetta. Hoitokertomuksessa haavanhoitoon liittyvät toiminnot tulisi kirjata Suomalaisen hoitotyön tarve ja toimintaluokituksen kudoseheyskomponentin pää- sekä alaluokkien avulla. Kirjaamisen laadun parantamiseksi sekä kirjatun tiedon yhtenäistämiseksi, yksikön tulisi määrittää kirjaamisen minimivaatimukset. Minimivaatimukseen voi liittää erilaisia riskimittareiden käyttöä kuten Braden tai NRS- mittarin käyttö. (Juutilainen & Hietanen, 72–74.) Painehaavariskistä kirjattaessa, täytyy ilmaista selkeästi mitä taulukkoa tai mittaria on käytetty ja mikä mittauksen tulos oli (Kinnunen ym. 2020, 25).

Myös haavanhoidossa pätee vanha hoitoalan sanonta: “mitä ei ole kirjattu, sitä ei ole tehty”. Kirjaamisen avulla voidaan varmistaa, että haavanhoito on toteutettu ohjeen mukaisesti. Haavanhoidon kirjaaminen toimii myös sekä haavanhoidon kirjaamisen, että itse haavanhoidon oppimismateriaalina. Haasteena kirjaamisessa ovat tapaukset, joissa yhdellä potilaalla on useita haavoja. (Kinnunen 2013.)

Haavan valokuvaaminen on kaikista havainnollisin keino kuvata haavan olemusta. Siitä nähdään haavan sijainti, koko, muoto sekä haavan ympärillä olevan kudoksen tilanne ja väri. Koon havainnollistamiseksi kuvaan voi laittaa haavan viereen mittatikun. Haavan valokuvaamisessa on tiettyjä periaatteita, joita toteuttamalla saadaan vakioitua kuvausolot. Huoneen valot tulisi säätää kirkaalle ja kuvata ilman salamaa, mikäli taustavalo riittää. Potilas asetellaan aina samaan kuvausasentoon, muistaen suojata potilaan kasvot ja intiimi-alueet, jos niitä ei kuvata. Kuvat tulisi ottaa niin läheltä, että haavan lähikuva täyttää 80 % kuvan pinta-alasta. Kuvaus tulisi suorittaa ennen ja jälkeen haavan mekaanisen puhdistuk-

sen. Kuvan tulee olla tarkka sekä kuvan värisävyjen tulee olla mahdollisimman lähellä todellisuutta. Kuvaan tulee liittää potilaan tunnistetiedot sekä kuvauspäivämäärä. (Juutilainen & Hietanen 2018, 72–74.)

Avoimen haavan säännöllinen pituuden, leveyden, syvyyden ja tilavuuden mittaaminen antavat myös tarkkaa ja luotettavaa tietoa haavan koon muutoksista. Mittavälineenä käytetään viivoitinta tai mittanauhaa. Pituuden ja leveyden kirjaamisessa tulee käyttää hyväksi kellotaulua. Tällöin ajatellaan, että kello 12 on potilaan päätä kohti ja kello 6 potilaan varpaita kohti. Pituus mitataan kellotaulun mukaisesti pisimmästä paikasta esimerkiksi kello kolmesta kello yhdeksään. Haavassa sijaitsevat onkalot ja taskut tulee kirjauksessa myös ilmaista. Haavan syvyyttä mitattaessa syvyys ilmoitetaan ihon pinnan ja haavan syvimmän kohdan välisenä etäisyytenä. Mittaamisessa voidaan käyttää nuppisondia tai pumpulitikkua. Samalla tutkitaan myös, ulottuuko haava niveleen tai luuhun. Metallista sondia apuna käytettäessä, sondi kilahtaa osuessaan luuhun. Syvyyssmittaa kirjattaessa ilmoitetaan myös mihin kudokseen asti haava ulottuu, sillä kudoksen paksuus vaihtelee eri kohdissa kehoa. Haavan koossa tapahtuvista muutoksista tulisi kirjata vähintään kahden viikon välein ja aina kun haavan tilanne oleellisesti muuttuu. (Hietanen ym. 2002, 50–53.)

Haavaympäristöä voidaan myös palpoida. Ihon jänteveydestä saadaan viitteitä painamalla ihoa kevyesti etusormella. Ihoon painettu kuoppa häviää nopeammin nuorilta kuin vanhoilta, koska vanhuksilla kimmosyyt ovat rappeutuneet. Palpaation tulosta kirjattaessa tulee käyttää ymmärrettäviä käsitteitä kuten, lämmin- kylmä, kivulias- kivuton, karhea- tasainen, kova- pehmeä, ohut- paksu. Hyvä haavanhoidon kirjaaminen edellyttää haavan etiologian ja kliinisten oireiden tuntemusta sekä kokonaisvaltaisen tiedon keräämistä potilaasta. (Hietanen ym. 2002, 53–58.)

## 5 HAAVANHOITO

### 5.1 Yleisimmät haavanhoidossa huomioitavat tekijät

Aseptiikka tarkoittaa toimia, joilla pyritään ehkäisemään infektioiden syntyä. Haavanhoidossa tulisi aina edetä aseptisen järjestyksen mukaan. Ennen haavanhoidon toteuttamista tulee kerätä valmiiksi kaikki haavanhoidossa käytettävät tarvikkeet, joita käsitellään desinfioiduin käsin. Haavanhoidossa käytetään vain steriilejä instrumentteja. Haavanhoitoa ei tule suorittaa pesutiloissa. Paikalle varataan myös jättestia. Haavanhoitoa toteuttaessa tulee käyttää suojäkäsineitä, suu-nenäsuojusta sekä suojatakia tai -esiliinaa. Suu-nenäsuojuksella suojataan haavaa sekä hoitajasta peräisin olevilta mikrobeilta että hoitajaa haava-alueen roiskeilta. Mikäli suoritetaan vain sidosten vaihto, voi suojauksen tarpeen arvioida tilannekohtaisesti. Vanhat sidokset poistetaan suojäkäsineet käsissä. Tämän jälkeen käsineet laitetaan jättestiaan, desinfioidaan kädet ja puetaan puhtaat käsineet. Haava-alueelle kosketaan vain steriileillä instrumenteilla tai steriileillä käsineillä. Steriilien pakkausten avaamisen yhteydessä on vältettävä kontaminoitumista eli ei toivottujen mikrobin pääsemistä haava-alueelle. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2019.)

Kivunhoito on toinen tärkeä haavanhoidossa huomioitava tekijä. Hoitamaton kipu vaikuttaa paitsi potilaan elämänlaatuun, myös itse paranemisprosessiin sitä pitkittäen. Kudosvaurio-kipu on haavaan luontaisesti liittyvä kiputyyppe. Neuropaattisen kivun aiheuttajana on yleensä hermovaurio, jonka aiheuttajana voi olla esimerkiksi infektio, aineenvaihduntahäiriö tai syöpä. Haavanhoidon yhteydessä voidaan käyttää kipulääkkeitä kuten parasetamolia joko yksin tai yhdessä muiden kipulääkkeiden kanssa 1–2 tuntia ennen haavanhoitoa, paikallispuudutteita esimerkiksi lidokaiini tai opioideja. Haavanhoidon lääkkeettömään kivunhoitoon kuuluu potilaan asento, rauhallinen ympäristö ja esimerkiksi musiikki. Kivunhoitoon kuuluu myös oikean sidoksen valitseminen. Haavan tilanteen muuttumisen myötä tulee harkita myös sidoksen vaihtamista. Mikäli sidos on kasteltava sen pois saamiseksi tai sen poistaminen aiheuttaa verenvuotoa, on sidosvalintaa harkittava uudelleen. (World Union of Wound Healing Societies 2003.)

### 5.2 Diabeettiset haavat

Diabetesta sairastavilla esiintyy tavanomaista enemmän jalkaongelmia. Tähän on syynä neuropatian, heikentyneen valtimoverenkierron sekä kudosten ja nivelten jäykistymisen yhteisvaikutus. Neuropatia vaikuttaa kivun tuntemiseen sitä heikentäen, mikä puolestaan mahdollistaa ihon vahingoittumisen esimerkiksi kenkien hiertämisen, kengässä olevan kiven tai paleltumisen seurauksena. Se vaikuttaa myös siihen, ettei vauriota välttämättä

huomata ajoissa ja näin ollen hoito viivästyy. Hoidon viivästyttyä vamman kohtaan voi kehittyä bakteeritulehdus, jonka syntyä heikentynyt verenkierto edistää. Infektio leviää syvemmälle ja näin syntyy pitkäaikainen, vaikeasti hoidettava haava. (Mustajoki 2019.)

Jalkariskiä tuleekin diabeetikkojen kohdalla arvioida säännöllisesti käyttämällä jalkahaavan ja amputaation riskiä ennustavaa riskiluokitusta. Vuosittain tulee tehdä kliininen tutkimus. Haavan jo ilmaannuttua arvioidaan sen vaikeusaste University of Texas luokitusta (kuva 1) käyttäen. (Käypähoito 2009.)

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

Kuva 1. University of Texas luokitus (Käypähoito 2009)

Paikallishoitona jalkaan tullut rakkula pyritään tulehdusriskin välttämiseksi pitämään ehjänä. Se suojataan harsotaitoksella, joka vaihdetaan päivittäin. Haavan syntyessä se puhdistetaan joko klooriheksidiini-liuoksella esimerkiksi klorhexol, tai polyvidonijodiliuoksella esimerkiksi betadine ja suojataan harsotaitoksella. Taitos vaihdetaan tarpeen mukaan niin että haava pysyy kuivana. (Mustajoki 2019.)

Tavoitteena diabeettisen haavan hoidossa on puhdistaa haava kuolleesta kudoksessa sekä estää haavan tulehtuminen. Haavan hoidossa huomioidaan myös paineen poistaminen haava-alueelta muun muassa hoitokengän, kyynärsauvojen ja asentohoidon avulla. Diabeettisen haavan kohdalla on syytä harkita hopeatuotteiden käyttöä infektioriskin pienentämiseksi. Suositeltavia ovat silikonipintaiset hopeatuotteet. Päälle riittää steriili taitos; näin haava ei pääse vettymään. Haavaan kohdistuvan paineen välttämiseksi sidoskerrostuma pidetään kevyenä. Sidokset vaihdetaan erityksen mukaan. (Suomen verisuonikirurginen yhdistys ry 2021.)

### 5.3 Painehaavat

National Pressur Ulcer Advisory Panelin (NPUAP), European Pressur Ulcer Advisory Panelin (EPUAP) sekä Pan Pacific Pressure Injury Alliancen (PPPIA) mukaan painehaava on ihon tai sen alla olevan kudoksen vaurio joka useimmiten sijaitsee useimmiten luisen ulokkeen kohdalla ja aiheuttajana toimii yleensä paine tai paine ja venytys yhdessä. Painehaavan aste määritellään ihon ja sen alla olevan kudoksen näkyvien vaurion mukaan. (Kinnunen ym. 2015, 4.) Merkittävä tekijä painehaavan syntymiselle on paineen tai venymisen aiheuttama solun muodon muuttuminen. Solukalvo ja sen tukiranka vaurioituvat ja lopulta tuloksena on solukuolema. Verenkierto palautuu alueelle, kun paine saadaan poistettua. Olosuhteiden muutokset aiheuttavat imunestekierron häiriintymisen. Tästä johtuen alueelle kertyy ylimääräistä nestettä. (Karppinen ym. 2020.)

Painehaavat ovat haaste etenkin vuodepotilailla, joiden asentoa tulisi painehaavan syntymisen ehkäisemiseksi vaihtaa noin kahden tunnin välein. Niitä esiintyy noin joka kymmenennellä vuodepotilaalla. Painehaava voi kehittyä jopa muutamassa tunnissa, mutta yleensä painehaavan syntyyn kuluu vuorokausia. Yleisimmät paikat painehaavoille ovat lonkat, kantapäät, pakarat ja alaselkä. (Lumio 2019.) Huonon verenkierron lisäksi painehaavalle altistavia tekijöitä ovat muistisairaus, hauras iho, huono ravitsemustila sekä ongelmat rakon tai suoliston hallinnassa (Medline Plus 2020). Ihon haurauden lisäksi sairastavuuden lisääntyminen, liikkumisen vähentyminen sekä vitaalitoimintojen heikkeneminen vaikuttavat ilmeisesti osaltaan siihen, että valtaosa painehaavoista (n. 70 %) syntyy yli 65-vuotiaille. (Juutilainen & Hietanen 2018, 327.)

Mikäli painehaavassa ei ole keltaista märkää erittävää infektiota, huuhdotaan haavasta eritteitä ja kuollutta kudosta pois vedellä valelemalla tai suihkuttamalla. Tarkoitukseen käy vesijohtovesi. Mikäli haavassa on runsaasti nekroottista kudosta, tulee se poistaa lääkärin toimesta. Jos nekroottista kudosta on vain vähän, voi siihen käyttää sitä pilkkovia voiteita. Muita painehaavaan suositeltuja tuotteita ovat antiseptiset aineet lyhyinä jaksoina, hopeapitoinen salva, paikallisesti laitettava kudokasvutekijä sekä keinoiho. Haavaan ei tule käyttää antibioottisia voiteita, joiden toimesta haavan bakteerikantaan valikoituu antibioottiresistenttejä bakteereja. Niiden johdosta tulehtuneen haavan hoito vaikeutuu. (Lumio 2019.)

Painehaavat voidaan luokitella neljään eri luokkaan:

- I asteen painehaava. Vaalenematon punoitus (eryteema). Iho on ehjä, mutta siinä on punoitusta, joka ei vaalene. Alueessa saattaa olla lämpöeroa ympäröivään ihoon nähden ja se saattaa olla kivulias tai pehmeä.

- II asteen painehaava. Ihon pinnallinen vaurio. Voi ilmetä rakkulana, joka sisältää kudostenestettä, verensekaista nestettä tai katteettomana, pinnallisena haavana, jonka pohja on punainen tai vaaleanpunainen.
- III asteen painehaava. Koko ihon vaurio. Koko ihon läpäisevä kudonvaurio, jossa saattaa ilmetä katetta. Saattaa käsittää taskumaisia kohtia ja onkaloituminen on mahdollista.
- IV asteen painehaava. Vaurio koko ihon ja ihonalaiskudoksen paksuudelta. Koko ihon sekä ihonalaiskudoksen läpäisevä vaurio. Luu, jänne tai lihas on näkyvissä. Saattaa esiintyä katetta tai nekroosia. Käsittää usein taskumaisia kohtia sekä onkaloitumista. (NPUAP-EPUAP 2009.)

Painehaavariskin kartoittamiseksi on kehitetty erilaisia mittareita, joista luotettavimmaksi painehaavariskin kuvaajaksi on kansainvälisissä tutkimuksissa todettu Bradenin ja Bergströmin kehittämä riskimittari (engl. Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk). Asteikossa pisteytetään kuusi osatekijää: tuntoaisti, kosteus, aktiivisuus, liikkuvuus, ravitsemus sekä kitka ja kudosten venyminen. Kitkan ja ihon venymisen kohdalla pisteitä annetaan 1–3, muissa kohdissa 1–4. Kokonaispisteet ovat näin ollen 6–25 pistettä. Alhaiset pisteet kertovat suuresta painehaavariskistä. Bradenin riskiluokitusmittarin lisäksi käytössä ovat Jackson ja Cubbin painehaavariskin arviointimittari sekä Nortonin asteikko. (Juutilainen & Hietanen 2018, 324.)

Eryityisesti vuodepotilaiden kohdalla asentohoito on merkittävässä roolissa painehaavojen ehkäisyssä. Suositeltava asento on 30 asteen kylkiasento, jolloin paine jakaantuu lantion kohdalla mahdollisimman laajalle alueelle. Raajojen painuminen toisiaan vasten estetään tyynyillä. Istuvaa ja jopa puoli-istuvaa asentoa suositellaan käytettäväksi lähinnä ruokailutilanteissa. Asentohoitojen aikavälit ovat yksilöllisiä. Liikuntakyvyttömän vuodepotilaan asentoa suositellaan kuitenkin vaihtamaan 1–2 tunnin välein. Tuolissa istuvan potilaan tulisi kohottaa ja kallistaa kehoaan noin 15 minuutin välein. (Juutilainen & Hietanen 2018, 343–344.)

#### 5.4 Laskimoperäinen haava

Krooniset säärihaavat ovat yleistynyt ongelma väestön ikääntymisen myötä. Yleisin syy niiden taustalla on laskimovajaatoiminta. (Käypä hoito 2014.) Syytä laskimovajaatoiminnan

syntyyn ei tiedetä, mutta laskimopaineen nousun taustalla on yleensä laskimoläppien toimintahäiriöstä johtuva takaisinvirtaus (Käypä hoito 2016). Laskimovajaatoiminta esiintyy joskus piilevänä säärihaavan esiintyessä sen ensimmäisenä oireena (Juutilainen & Hietanen 2018, 290). Laskimoperäinen haava luokitellaan krooniseksi neljä viikkoa sen synnystä. Tyypillinen laskimohaavapotilas on ikääntynyt nainen (Käypä hoito 2014). Laskimohaava on usein hyvin pitkäaikainen ongelma; tunnetaan tapauksia, joissa haava on ollut potilaalla jopa vuosikymmeniä (Juutilainen & Hietanen 2018, 286). Yleensä laskimohaavan syynä on laskimonsisäisen paineen nousu. Laskimohaavan tunnistaa usein haavaa ympäröivän ihon hyperpigmentaatiosta jonka aiheuttaa punasolujen tihkuminen kudokseen. (Halmesmäki ym. 2017.) Tästä syntyvä tulehdusreaktio aiheuttaa kudosturvotusta sekä heikentää solujen hapensaantia. Lopulta syntyy säärihaava joko spontaanisti tai pienenkin trauman johdosta. (Juutilainen & Hietanen 2018, 289.) Yleensä haava on punakka ja sijaitsee säären sisäisivulla nilkan kehräsluun yläpuolella (Airola 2019). Haavat ovat usein runsaasti erittäviä ja katteisia. Itse haavan hoito käsittää mekaanisen puhdistuksen sekä paikallishoidon, joka perustuu haavan arviointiin. (Halmesmäki ym. 2017.)

Tärkeää on myös haavaa ympäröivän ihon hoitaminen ja suojaaminen haavaeritteeltä. Selvää näyttöä ei ole eri haavasidosten paremmuudesta laskimoperäisten haavojen hoidossa. Mikäli haavaa ympäröivä iho ei ole maseroitunut tai rikki, voidaan hoidossa käyttää tukisidoksen alla sinkkioksidia, parafiinia ja valkovaseliinia sisältävää voidesukkaa, jonka käytöstä on saatu hyviä tuloksia. Laskimopainetta voidaan vähentää kohottamalla alaraaja sydämen tason yläpuolelle. Tätä kohoasentoa suositellaan käytettävän useita kertoja päivässä. (Juutilainen & Hietanen 2018, 309.) Turvotuksen poistaminen on avainasemassa laskimoperäisen haavan hoidossa. Apuna käytetään tukisukkia tai tukisidoksia. Hyvä haavanhoito yhdistettynä turvotuksen poistoon riittää usein parantamaan laskimoperäisen säärihaavan. (Lammintausta ym. 2002.)

Kompressiohoito nopeuttaa merkittävästi laskimoperäisen haavan parantumista. Tämä kuitenkin edellyttää, että kompressiohoitoa toteutetaan oikein. Esimerkiksi puristusluokaltaan 2 olevan lääkinällisen tukisukan käyttämisestä on enemmän hyötyä kuin vähäelastisen tukisidoksen käyttämisestä. (Hotus 2019.) Kompressiohoidon ja lääkinällisten hoitosukien käytön parantava vaikutus laskimoperäisen haavan yhteydessä perustuu turvotuksen vähentämiseen, laskimoiden koon pienentämiseen, laskimoiden vajaatoiminnan helpottamiseen sekä lihaspumpun toiminnan parantamiseen. Kompressiohoidon suunnittelussa on otettava huomioon potilaan tila. Diabetes, reumasairaus, infektio tai korkea ikä ovat syitä käyttää kevyempää kompressiota. (Juutilainen & Hietanen 2018, 294, 306.)

## 5.5 Valtimoperäinen haava

Verenkierto-ongelmat ovat suurin kroonisten haavojen aiheuttaja. Haavoista laskimoperäisiä on 32–51 % ja valtimoperäisiä 11–27 %. (Käypä hoito 2021.) Valtimoperäisen haavan taustalla on yleensä jalkojen verenkiertoa huonontava alaraajoja tukkiva valtimotauti (Duodecim 2021). Alaraajoja tukkiva valtimotaudin esiintyvyys on väestön ikääntymisen myötä kasvanut lähes neljänneksellä vuosina 2000–2010. Esiintyvyyden kasvuun vaikuttaa myös diabeteksen yleistyminen. Alaraajoja tukkiva valtimotauti on merkittävin alaraajaiskemian syy. (Käypä hoito 2021.) Laskimoperäisistä haavoista poiketen valtimoperäiset haavat sijaitsevat usein jalkaterän tai varpaiden alueilla. Tunnusmerkkeinä on viileä raaja, jossa valtimopulssi tuntuu heikosti, jos laisinkaan. Jalasta puuttuu karvoitus ja kipua on voimakas. (Häkli 2012.) Haava on syvä ja usein sen reunat ovat jyrkät. Yleensä haavapohja on kuiva ja siinä voi olla nekroottista katetta. (Käypä hoito 2021.) Kipua helpottaa jalan roikottaminen alaspäin. Valtimosairausten hoitovaihtoehtoina on verisuonileikkaus, suonensisäinen toimenpide sekä konservatiivinen hoito, johon lasketaan kävelyharjoitukset, kenkähuolto ja elintapamuutokset. Itse haavahoidon ensisijaisina tavoitteina on haavan laajenemisen ja infektion estäminen sekä haavakivun hallinta. (Häkli 2012.)

Valtimoperäinen haava voi syntyä esimerkiksi kengän aiheuttamasta hankauksesta tai jopa ilman ulkoista tekijää. Useimmiten haava ilmaantuu varpasiin, kantapäähän tai muuhun paikkaan, johon kohdistuu painetta. Hoitamaton valtimoperäinen haava johtaa usein amputaatioon. (Tarnanen ym. 2021.) Valtimoperäisen haavan paikallishoidossa suositetaan tarttumattomia sidoksia, lääkehunajaa ja pihkasalvaa. Okklusiivisia sidoksia ei tule käyttää. Haava ei saa olla liian kuiva eikä liian kostea. Valtimoperäisen haavan hoidossa korostuu sen puhdistus nekroottisesta kudoksesta. Iskeemisen haavan nekroottista kudosta ei kuitenkaan tule poistaa ennen kuin verisuonikirurginen tutkimus on tehty. Nekroottinen kudos toimii kehon omana sidoksena silloin, kun haavan paranemiseen riittävää verenkiertoa ei haava-alueella ole. Nekroottinen kudos poistetaan kuitenkin kiireellisesti, mikäli sen alta erittyy infektion paljastavaa märkää. (Juutilainen & Hietanen 2018, 310–311.)

## 5.6 Haavanhoitotuotteet

Haavanhoitotuotteita valittaessa otetaan huomioon haavan kudostyyppi, syvyys, mahdollinen infektio, erityksen määrä sekä ympäröivän ihon kunto. Haavan paranemiselle optimaalisen kosteuden ylläpitämiseksi valitaan runsaasti erittävään haavaan tuotteet, jotka imevät haavasta liiallisen eritteen sekä sitovat haavaeritettä. Haavaa ympäröivä iho on suojattava maseroitumiselta. Kuivaan haavaan valitaan tuotteet, jotka pitävät sen kosteana. Jollei

haava parane tavanomaisella hoidolla, voidaan käyttää tekoihoa erityisesti laskimoperäisissä haavoissa. (Käypä hoito 2021.)

Interaktiivisten haavasidosten vaikuttava ainesosa aktivoituu haavaeritteestä, kun sitä käytetään runsaasti erittävässä haavassa. Kuivassa haavassa käytettäessä aktivointi tapahtuu erikseen lisättävän nesteen avulla. Markkinoilla on myös hajua imeviä interaktiivisia haavasidoksia. Esimerkkejä interaktiivisista haavasidoksista:

- Hopeasidokset sisältävät nimensä mukaisesti hopeaa. Niitä käytetään kuuriluonteisesti.
- Hydrokolloidit pitävät haavan kosteana geelilyymällä haavaeritteen ja lämmön vaikutuksesta. Ne tarttuvat haavan ympäristöön kiinni ilman erillistä kiinnitystä. Ei suositella infektoituneisiin, valtimoperäisiin eikä diabeettisiin haavoihin.
- Hunajaa sisältävät tuotteet puhdistavat osmoosin avulla haavaa. Ne sopivat infektoituneisiin sekä infektioherkkiin haavoihin.
- Pihkavoide on antimikrobinen salva. Se ei sovi hartsiyliherkkydestä kärsiville.
- Sinkkisidokset rauhoittavat ärtynyttä ihoa. Tukisidosten alla käytettäviä jalkaan vedettäviä sukia, jotka sisältävät sinkkioksidia, parafiinia ja valkovaseliinia.
- Foamit eli haavatyyny ovat haavaan tarttumattomia. Ne sopivat sekä vähän että runsaasti erittäviin haavoihin. (Käypä hoito 2021.)

Aktiiviset haavasidokset sisältävät bioaktiivista materiaalia, kuten esimerkiksi kasvutekijöitä. Ne toimivat vaikeasti paraneviin haavoihin luomalla tilapäisen kasvualustan soluille tai stimuloimalla haavan omia kasvutekijöitä. Tekoihovalmisteet kuuluvat tähän ryhmään. (Käypä hoito 2021.)

Passiivisissa haavasidoksissa ei ole vaikuttavia aineita. Niitä käytetään eritteen imemiseen ja haavan suojaamiseen. Passiivisia haavasidoksia ovat muun muassa haavatyyny ja harsoitokset, sekä verkkosidokset. (Käypä hoito 2021.)

## 6 HAAVANHOITO-OPPAAN TOTEUTUS

### 6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Päädyimme aiheita ja tapaa pohtiessamme toiminnalliseen opinnäytetyöhön, sillä toimeksiantajan tarve oli saada konkreettisesti työntekijöitä hyödyttävä opas kenttätyöhön. Halusimme kehittää työelämää antamalla uusia työvälineitä työntekijöille. Tavoitteemme oli tuottaa haavanhoito-opas Mainiokoti Kosken henkilökunnan käyttöön.

Toiminnallisen opinnäytetyön peruseriaatteena on kehittää jokin fyysinen tuotos työelämän tarpeisiin. Tuotos tehdään tiiviissä yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. (Rinkinen ym. 2020.) Omassa opinnäytetyössämme teimme tuotoksen yhdessä palvelutalon henkilökunnan kanssa heidän ajatuksiaan ja toiveitaan kuunnellen. Toiminnallinen tutkimustyö kuten projektityö yleensä on vahvasti aikaan ja paikkaan sidonnaista käytännön kehittämisen, uudistamisen tai parannustyötä. Se on kertaluontoista ja siinä on aina tavoite ja määränpää. (Salonen ym. 2017, 35.) Omassa työssämme aikasidonnaisuus tuli vahvasti esille, sillä haavanhoito-ohjeet kehittyvät ja uudistuvat jatkuvasti.

Opinnäytetyömme eteni lineaarisen mallin mukaan, mikä on toiminnalliselle opinnäytteelle tyypillistä. Linearisessa mallissa projekti etenee suoraviivaisesti vaihe vaiheelta eteenpäin. (Salonen ym. 2017, 52.) Projektimme alkoi ensin tavoitteen ja tarkoituksen määrittämisellä, jonka jälkeen siirryimme suunnitteluvaiheeseen. Kun suunnitteluvaihe oli valmis, julkaisimme opinnäytetyösuunnitelman. Hyväksytyn opinnäytetyösuunnitelman julkaisun jälkeen siirryimme itse opinnäytetyön toteuttamisvaiheeseen. Toteuttamisvaiheessa loimme ensin toiminnallisen oppaan asumispalveluyksikölle kirjoittamamme teorian pohjalta. Koko prosessin ajan kävimme säännöllisesti opinnäytetyöohjauksissa, jotka auttoivat meitä suuntaamaan työtämme. Pidimme myös kahdestaan säännöllisesti etäpalavereja, jolloin pysyimme molemmat ajan tasalla työn etenemisvaiheesta.

Lopuksi kirjoitimme pohdinnat ja viimeistelimme opinnäytetyöraportin. Kirjoitimme auki asumispalveluyksikön henkilökunnalta saadun palautteen ja refleктоimme omaa työskentelyämme. Kun lopullinen raportti oli valmis, esitimme opinnäytetyön vaiheet, tuotoksen ja pohdinnan opinnäytetyöseminaarissa.

## 6.2 Haavanhoito-oppaan laatiminen

Aloimme työstää opasta tutkitun tiedon pohjalta liittyen ikääntyneiden yleisimpiin kroonisiin haavoihin. Ennen oppaan laatimista keräsimme aiheesta teoretietoa, jota kävimme yhdessä läpi rajaten sieltä työn tavoitetta ja tarkoitusta silmällä pitäen aiheita pois. Lopulta aiheeksi jäivät diabeettiset haavat, painehaavat, laskimoperäiset haavat, sekä valtimoperäiset haavat. Pois rajattuja aiheita olivat esimerkiksi reumahaavat sekä useat epätyypilliset haavat kuten vaskuliitti, pyoderma gangrenosum, erilaiset syöpähaavat, sekä erilaiset itseaiheutetut haavat. Nämä rajaukset tehtiin, koska koimme ettei näistä mainituista haavoista olisi hyötyä henkilökunnalle haavojen ollessa sen verran harvinaisia. Esittelimme aiheet ja oppaan toimeksiantajalle, jolta saimme vielä palautetta aiheen rajaamiseen. Rajasimme toimeksiantajan toiveesta oppaasta pois ylimääräiseksi koettua haavoihin liittyvää tietoa, kuten ihon kerrokset, jotta saisimme oppaasta tiiviimmän ja selkeämmin luettavan.

Toimeksiantajan toive oli, että opas olisi selkeä ja tiivis. Aloimme suunnitella oppaan ulkoasua Microsoft Power Pointilla, jolla saimme selkeästi tuotua otsikon ja tekstin sekä siistin ja virkeän ulkoasun oppaalle. Pyrimme pitämään lauseet selkeinä ja helposti luettavina, kuitenkin perustellen oppaassa olevia ohjeita kuten Hyvärinen (2005) artikkelissaan toteaa. Kehystimme otsikot ja tärkeät kohdat, jotta ne löytyisivät nopeasti. Haavanhoito-ohjeet luettiin loogisessa toimintajärjestyksessä, jotta lukijan olisi helpompi hahmottaa toimintajärjestys haavanhoitoon ryhtyessään. Käytimme oppaassa suomenkielisiä sanoja ja pyrimme selittämään vieraskieliset sanat maallikkotermein.

Oppaan ulkonäöllisessä muotoilussa pyrimme pitämään oppaan joka sivun saman näköisenä sekä fonttikoot samankokoisena. Pyrimme pitämään tekstin helppolukuisena ja sommittelemaan kuvat niin, että ne sopivat siististi tekstin alle. Lainasimme oppaassa käytetyt valokuvat vapaasti käytössä olevista hyvistä lähteistä, jolla varmistimme valokuvien hyvän valotuksen ja selkeyden. Kotimaisten kielten keskuksen ohjeen vinkkejä ohjetekstien tekijöille mukaisesti käytimme oppaassa lyhyitä lauseita, käskymuotoja sekä perustelimme ohjeita. Erittelimme eri vaiheet selkeässä järjestyksessä käyttäen aikajärjestystä vaiheiden erittelyssä.

## 6.3 Palautekyselyn laatiminen

Jotta saisimme kirjallista palautetta työstämme, laadimme oppaasta palautekyselylomakkeen (liite 1.) asumispalveluyksikön henkilökunnalle. Annettuamme oppaan henkilökunnalle luettavaksi, saivat he täytettäväksi myös kyseisen palautekyselylomakkeen. Vastausaika

kyselyyn pyrimme antamaan noin viikon. Vastausajan lyhyen ajan vuoksi päätimme tehdä kyselystä tiiviin, jotta siihen olisi helppoa ja nopeaa vastata. Kyselylomakkeen helppolukuisuuden ja selkeyden vuoksi laadimme kyselyyn vastausvaihtoehdot Osgoodin asteikon avulla. Loimme asteikon yhdestä viiteen, joiden ääripäät kuvasivat toistensa vastakohtia adjektiivein, esimerkkinä Ei hyötyä - Erittäin hyödyllinen. Vastaajan tuli valita näistä viidestä vaihtoehdosta omasta mielestään kuvaavin vaihtoehto omalle mielipiteelleen. Halusimme myös avointa palautetta, joten lisäsimme kyselyyn kysymyksen siitä, oliko oppaassa vastaajan mielestä jotain parannettavaa. Vaihtoehtoina tähän olivat vastaukset Kyllä tai Ei. Mikäli vastaaja vastasi Kyllä, hän sai avata vastaustaan myös avoimeen vastauskohtaan. Koimme tärkeäksi luoda avoimen vastauskohdan, jotta voisimme saada korjausehdotuksia työhön ja lisäksi henkilökunta saisi ilmaista mielipiteensä oppaasta omin sanoin.

#### 6.4 Palautekyselyn tulokset

Oppaan julkaisun yhteydessä jaetut palautekyselyt saimme jokaiselta lähes heti takaisin. Kysely oli nopea ja helppo täyttää. Saimme takaisin yhteensä 7 vastausta. Kaikki kyselyyn vastanneet olivat asumispalveluyksikön vakituista henkilökuntaa. Saimme oppaan julkaisun yhteydessä myös suullista palautetta, joka tuki kirjallisen kyselyn tuloksia.

Ensimmäisenä kysymyksenä kyselyssä oli ”Koitko saaneesi oppaasta uutta tietoa haavanhoidosta?”. Yksi (1) vastaajista koki saaneensa uutta tietoa oppaasta numero kahden arvoisesti. Neljä (4) vastaajaa koki saaneensa uutta tietoa oppaasta numero neljän arvoisesti ja kaksi (2) vastaajista koko saaneensa oppaasta hyötyä numero viiden arvoisesti. Vastauksen perusteella (taulukko 1.) oppaasta oli saatu uutta tietoa haavanhoidosta. Tämä vahvisti myös suullisesti saatua palautetta oppaasta.

	1	2	3	4	5	Vastaajien määrä= 7
<b>Ei hyötyä</b>	-	1	-	4	2	<b>Erittäin hyödyllinen</b>

Taulukko 1. Vastaus kysymykseen ”Koitko saaneesi oppaasta uutta tietoa haavanhoidosta?”

Toisena kysymyksenä kyselyssä kysyttiin ”Uskotko käyttäväsi opasta työssäsi?” Kyselyn vastauksista (Taulukko 2.) kävi ilmi, että kaksi vastaajaa koki käyttävänsä opasta varmasti työssään, kaksi (2) vastaajaa koki käyttävänsä opasta numero neljän arvoisesti, kaksi (2)

vastaajaa numero kolmen arvoisesti ja yksi (1) vastaaja ei uskonut käyttävänsä opasta työssään lainkaan.

	1	2	3	4	5	Vastaajien määrä=7
<b>En usko käyttäväni</b>	1	-	2	2	2	<b>Tulen varmasti käyttämään</b>

Taulukko 2. Vastaus kysymykseen ”Uskotko käyttäväsi opasta työssäsi?”

Kyselyn kolmannessa kysymyksessä halusimme vastauksia siihen, oliko oppaassa vastaajan mielestä jotain parannettavaa. Vastausvaihtoehtoina olivat Kyllä tai Ei. Seitsemästä vastaajasta kuusi (6) ympyröi vastauksen Ei, mikä viittasi siihen, että he olivat tyytyväisiä oppaaseen eivätkä keksineet mitään parannettavaa. Yksi (1) vastaaja ympyröi vastauksen Kyllä. Avoimeen kohtaan vastaaja oli avannut vastaustaan. Vastaaja toivoi oppaaseen lisää korostusta ravitsemuksen tärkeydestä, sekä erityisesti proteiinin merkityksestä haavanhoitopotilaalle. Vastaaja toivoi myös aukaisemaan lisää vieraskielisiä sanoja.

Kyselyssä käytimme spesifejä kysymyksiä, sillä yleisellä tasolla oleviin kysymyksiin sisältyy enemmän tulkinnan mahdollisuuksia kuin rajattuihin. Kuitenkin käyttämämme Osgoodin asteikon heikko puoli on se, että vastaaja voi valita sen vaihtoehdon mikä koetaan sosiaalisesti suotavaksi. Yhdeksi kysymykseksi valitsimme avoimen kysymyksen, jotta vastaajalla olisi mahdollisuus sanoa mitä hänellä on todella mielessään. Hirsijärvi (1997) kuitenkin näkee avoimen kysymyksen heikkoutena sen, että avoimet kysymykset tuottavat aineiston, joka on sisällöltään kirjavaa, sitä on vaikea käsitellä eli koodata ja se on luotettavuudeltaan kyseenalaista. (Hirsijärvi 1997, 201.)

## 7 POHDINTA

### 7.1 Johtopäätökset

Kroonisten haavojen hoitokustannukset muodostavat eurooppalaisten tutkimusten mukaan 3–5 % terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. Väestön ikääntymisen myötä kustannusten kasvaminen on oletettavaa. (Kavola & Laine 2020.) Pelkästään painehaavoja arvioidaan Suomessa vuosittain syntyvän 55 000–85 000 henkilölle ja jopa yli 60 % painehaavoista jää terveydenhuollon piirissä havaitsematta. (Hotus 2015.) Näiden lukujen johdosta on selvää, että haavanhoito-osaaminen on merkittävässä roolissa terveydenhuollon piirissä. Emilia Kielo-Viljamaan väitöstutkimuksen mukaan valmistumisvaiheessa olevien sairaanhoitajien haavanhoito-osaamisessa on puutteita erityisesti kroonisten haavojen osalta. (Kielo-Viljamaa 2021, 4.)

Hyvän haavanhoidon toteutumiseksi hoitajien tulee osata sekä tunnistaa eri haavatyypit, sekä valita niihin sopiva hoito. Haavanhoidossa tulee huomioida kokonaisvaltainen hoito. Itse haavan hoitamisen lisäksi hoidetaan muita haavan paranemiseen liittyviä seikkoja kuten esimerkiksi ravitsemus, turvotus sekä asentohoito. Kroonisten haavojen yleistyessä ikääntymisen myötä korostuu haavanhoito-osaaminen erityisesti kroonisten haavojen osalta ikääntyneiden palveluasumisen parissa. Tämän johdosta keskustelimme toimeksiantajan yksikön johtajan kanssa haavanhoito-oppaan tarpeesta yksikön käyttöön. Koska haavanhoito kehittyy koko ajan, koimme tärkeäksi tuottaa yksikölle ajantasaisen oppaan.

Haavanhoidon kokonaisvaltaisen osaamisen kannalta on tärkeää tunnistaa haavojen syntymekanismi, erilaiset haavatyypit sekä haavanhoitotuoteryhmät. Tämän takia lisäsimme oppaaseen myös teoretietoa haavojen synnystä ja ravitsemuksesta sekä kerroimme erilaisista haavanhoitotuotteista. Kerroimme myös aseptiikasta, sillä aseptiikka on haavanhoidon peruspilareita. Suunnittelimme oppaasta mahdollisimman helppolukuisen käyttämällä suurehkoa fonttia ja selkeyttämällä tekstiä esimerkiksi otsikoiden värityksellä. Kävimme läpi oppaaseen tulevaa teoretietoa useaan otteeseen, jotta saimme oleellisimman tiedon mahdollisimman tiiviiseen pakettiin. Selkeän sisällysluettelon avulla halusimme helpottaa oikean ohjeen vaivattoman löytymisen. Toimeksiantajan pyynnöstä laitoimme esimerkkejä Kymenlaakson sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen käyttämien tuotteiden nimistä.

Kun Mainiokoti Kosken hoitajat lukivat valmista tuotosta, saimme varmistuksen sille, että haavanhoito-opas oli sekä selkeä että tarpeellinen. Hoitajat kertoivat sekä saaneensa uutta tietoa että muistaneensa haavanhoitoon liittyviä asioita, jotka olivat jo unohtaneet.

## 7.2 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Opiskelijalle kuuluu vastuu hyvästä tieteellisestä käytännöstä, eikä esimerkiksi virheellistä tietoa saa levittää totena. On myös kunnioitettava tekijänoikeuksia. (Arene 2019, 6–8.)

Opinnäytetyön toteuttamisesta on tehty kaksi erillistä sopimusta toimeksiantajan, LAB-ammattikorkeakoulun sekä opiskelijoiden välillä. Prosessin aikana opiskelijat ovat olleet tiiviisti yhteydessä toimeksiantajaan, sekä saaneet sopimuksen mukaista säännöllistä ohjausta LAB-ammattikorkeakoulun taholta.

Hyvät tieteelliset käytännöt on opinnäytetyötä tehtäessä huomioitu käyttämällä luotettavia ja ajankohtaisia painettuja teoksia sekä verkkolähteitä, kuten esimerkiksi Käypä hoito –suositukset sekä Duodecimin arkistot. Mahdollisimman laajan lähdeotannon varmistamiseksi käytimme myös kansainvälisiä lähteitä. Muiden tutkijoiden työhön on viitattu asianmukaisella tavalla.

Toimeksiantajan henkilökunnan itsemääräämisoikeutta kunnioitimme korostamalla kyselylomakkeeseen vastaamisen vapaaehtoisuutta. Tietosuoja toteutui kyselyyn vastaamisen tapahtuessa anonyyminä. Kyselyn kohdalla luotettavuuden toteutumiseksi valitsimme vastaajat eri ammattiryhmistä; sairaanhoitaja, lähihoitaja ja yksikön johtaja.

Työmme luotettavuutta arvioimme palautekyselyn kohdalla. Valitsimme tehdä kyselyn anonyyminä, jotta vastauksiin ei vaikuttaisi vastaajan status. Yritimme pitää kyselyn tiiviinä, mutta antaa silti henkilökunnalle mahdollisuuden avata omaa mielipidettään omin sanoin avoimen kysymyksen avulla. Tässä kuitenkin riskinä on se, että tuloksen analysointi vaikeutuu ja vastausmateriaali on kirjavaa. (Hirsijärvi ym. 1997, 201.) Annoimme kyselyyn alle viikon vastausajan, mikä saattoi vaikuttaa siihen, ettei kysymyksiin ollut perehdytty huolella. Luotettavuutta arvioitaessa mietimme myös opinnäytetyön aikasidonnaisuutta. Haavanhoito päivittyi jatkuvasti, jonka vuoksi merkitsimme työhömme tekovuoden, jotta henkilökunta pystyy tulevaisuudessa päivittämään opasta tarpeen mukaan.

## 7.3 Opinnäytetyön prosessin arviointi ja palaute

Opinnäytetyöprosessi oli antoisa. Varsinaisen prosessin käynnistimme keskustelulla Mainiokoti Kosken yksikön johtajan kanssa mahdollisesta tarpeesta kyseiselle opinnäytetyölle. Tarve oli olemassa ja keskustelimme toimeksiantajan toiveista itse haavanhoito-oppaan toteutuksen suhteen sekä otimme ne toteutuksessa huomioon. Yhteistyö Mainiokoti Kosken kanssa oli tiivistä ja sujui saumattomasti. Näytimme opasta toimeksiantajalle useampaan

otteeseen sen työstön aikana, saimme ehdotuksia sen sisällön muokkaamiseen ja toteutimme ne. Toimitimme oppaan materiaalin Mainiokoti Koskelle sähköisesti sekä tulostettuna.

Työn etenemisestä pidimme palaveria säännöllisesti. Fyysisiä tapaamisia emme pystyneet järjestämään pitkän välimatkan vuoksi. Etäpalavereja pidimme viikoittain, välillä jopa päivittäin. Palautelomakkeen vastausprosentti oli korkea ja palaute oppaasta oli lähes pelkästään positiivista. Palautteessa oppaan selkeyttä kiiteltiin. Käyttämäämme kookasta fonttikokoa kiittivät sekä yksikön johtaja, että yksi lähihoitaja. Yksikön johtaja oli tyytyväinen kokonaisuudessaan oppaan työstön prosessiin ja hänen mielestään yhteistyö oli toiminut sujuvasti. Olimme itsekkin tyytyväisiä oppaan ulkoasuun. Palautteessa oppaan kerrottiin sekä antaneen uutta tietoa, että muistutelleen jo olemassa olevasta, mutta unohtuneesta tiedosta. Rakentavaa palautetta saimme siitä, että oppaassa olisi toivottu käsiteltävän enemmän proteiinien merkitystä haavan paranemisen suhteen.

#### 7.4 Kehittämisideat

Koska haavanhoito on alati muuttuva ala, olisi opas hyvä päivittää vuosittain. Tuotteet kehittyvät ja myös hoitosuositukset muuttuvat. Päivityksen yhteydessä oppaan voisi käydä esimerkiksi henkilökunnan viikkopalaverissa läpi, jotta tuore tieto tavoittaisi mahdollisimman monta hoitajaa. Haavanhoidosta vastaavalla sairaanhoitajalla olisi hyvä olla opas sähköisessä muodossa, jotta päivitykset onnistuisivat helposti. Jatkokehittämisideana mieleemme tulevat asiantuntijan esimerkiksi Kymenlaakson sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymän haavahoitajan järjestämät säännölliset haavanhoitokoulutukset Mainiokoti Koskessa.

## LÄHTEET

- Airola, K. 2019. Säärihaava. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 10.3.2021. Saatavilla: [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00511](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00511) 2018
- Arene. 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Viitattu 11.4.2021. Saatavilla: [https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene\\_ammattikoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset.pdf?t=1526903222](https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene_ammattikoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset.pdf?t=1526903222)
- Avoimen haavan väriluokitushelpperi. 2019. Helsinki. Suomen haavanhoitoyhdistys ry. Viitattu 3.3.2021. Saatavilla: <https://www.shhy.fi/hoito-toimintaohjeet/>
- Castren, H., Nuutinen, U. & Hietanen, H. 2018. Haavojen ABC. Duodecim Oppiportti. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 25.3.2021. Saatavilla: <https://www.oppiportti.fi/op/dvk00006>
- Castrén, M., Korte, H. & Myllyrinne K. 2012. Ensiapuopas. Haavat ja veren- vuodot. Terveyskirjasto. Viitattu 2.3.2021. Saatavilla: [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=spr00007](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00007)
- Dugdale, D., Zieve, D. & Conaway, B. 2020. How to care for pressure sores. Viitattu 13.2.2021. Saatavilla: <https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000740.htm>
- Haavaravitsemus- potilasohje. Terveyskylä. Ihotautitalo. Viitattu 4.3.2021. Saatavilla: [https://www.terveyskyla.fi/ihotautitalo/Documents/Haavaravitsemus\\_potilasohje.pdf](https://www.terveyskyla.fi/ihotautitalo/Documents/Haavaravitsemus_potilasohje.pdf)
- Halmesmäki, K., Eskelinen, E., Isoherranen, K. & Saarinen, J. 2017. Laskimohaavat ja niiden hoito. Potilaan lääkärilehti. Viitattu 4.3.2021. Saatavilla: <https://www.potilaanlaakari-lehti.fi/site/assets/files/0/08/58/383/sll82017-498.pdf>
- Hannuksela Svahn, A. 2016. Ihon rakenne ja muutokset ikääntyessä. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 11.10.2020. Saatavilla: [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01124](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01124)
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki. Edita Publishing Oy.
- Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. 2013. Gerontologia. 3., uudistettu painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- Helen, T., Salmi, L. & Heikkilä, K. 2019. Mikä on kompressiohoidon merkitys laskimovajaa- toiminnasta johtuvan alaraajaturvotuksen estohoidossa? Hoitosuositus. Viitattu 6.3.2021. Saatavilla: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/10/nayttovinkki10-2019-002.pdf>

Heljasvaara, R., Karppinen, S-M. Kubin, M. Tasanen, K. & Pihlajaniemi, T. 2018, Haavan paraneminen ja arpeutumisen häiriöt. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 22.11.2020. Saatavilla: <https://www.duodecimlehti.fi/duo14477>

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. Haava. 1–3. painos. Porvoo. Wsoy.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna. Tammi.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 2.4.2021. Saatavilla: <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2015/5/duo12146>

Häkli, T., Puustinen, I., Simpanen, S., Suntio, A., Piipponen, T., Vaija, S., Juuri, E., Lunden, M., Kautto, A., Niskanen, A., Kuokka, T., Kuusisto, P., Appelgren, J., Lahti, T. & Pykäläinen, M. 2012. Ohjeita haavapotilaiden hoitoon. Carea.

Jalonen, L., Ylönen, M. 2016. Näyttöön perustuva haavanhoito. Turku. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 20.12.2020 Saatavilla: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166296.pdf>

Juutilainen, V., Hietanen, H. 2018. Haavanhoidon periaatteet. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Karppinen, S-M., Heljasvaara, R., Pihlajaniemi T., Lagus, H. & Järveläinen, H. 2020. Haavan paraneminen – diabetes sekä muut esteet ja hidasteet. Duodecim-lehti. Viitattu 3.3.2021 Saatavilla: <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo15706.pdf>

Kavola, H., Laine, Merja. 2020. Kroonisten haavojen ehkäisy on tehokkainta haavanhoitoa. Duodecim-lehti. Viitattu 17.2.2021. Saatavilla: <https://www.duodecimlehti.fi/duo15703>

Kielo-Viljamaa, E. 2021. The wound care competence of graduating student nurses – development and testing of a competence assessment instrument. Viitattu 11.4.2021. Saatavilla: <http://urn.fi/URN.ISBN.978-951-29-8330-8>

Kinnunen, U-M. 2013. Haavanhoidon kirjaamista on tarvetta kehittää. Kustannus oy Duodecim. 2021. Viitattu 18.4.2021. Saatavilla: [https://terveysportti.mobi/tyoterveyskirjasto/uutismaailma.duodecimapi.uutisarkisto?p\\_arkisto](https://terveysportti.mobi/tyoterveyskirjasto/uutismaailma.duodecimapi.uutisarkisto?p_arkisto)

Kinnunen, U-M., Liljamo, P., Härkönen, M., Ukkola, T., Kuusisto, A., Hassinen, T. & Moilanen, K. FinCC luokituskokonaisuuden käyttäjäopas 4.0. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Helsinki. Viitattu 19.4.2021. Saatavilla: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139267/FinCC%20opas%20ver%200%20FINAL\\_20200429.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139267/FinCC%20opas%20ver%200%20FINAL_20200429.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Kinnunen, U., Ahtiala, M., Hynninen, N., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Tervo-Heikkinen, T. 2015. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitoyössä. Hoitosuositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 12.2.2021. Saatavilla: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/painehaava-hs.pdf>

Käypä hoito 2009. Diabeetikon jalkaongelmat. Helsinki. Kustannus oy Duodecim. Viitattu 13.2.2021. Saatavilla: <https://www.kaypahoito.fi/kht00095>

Käypä hoito 2016. Alaraajojen laskimovajaatoiminta. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 21.4.2021. Saatavilla: <https://www.kaypahoito.fi/hoi05030#s1>

Käypä hoito 2021. Alaraajojen tukkiva valtimotauti. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu: 21.4.2021. Saatavilla: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50083>

Käypä hoito 2021. Krooninen alaraajahaava. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 13.4.2021. Saatavilla: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50058>

Käypä hoito 2021. Ravitsemukseen liittyvät ongelmat kroonista alaraajahaavaa sairastavilla potilailla. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 19.4.2021. Saatavilla: <https://www.kaypahoito.fi/nak09577>

Lammintausta, K., Viitala, S., Vuori, A-L. & Jansen, C. Laskimoperäisen säärihaavan hoito keinohosiirteellä. Lääkärilehti. Viitattu 4.3.2021. Saatavilla: <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/laskimoperaisen-saarihaavan-hoito-keinohosiirteella>

Laurila, M., Vierimaa, H. 2013. Kehon anatomia ja fysiologia. Helsinki: Sanoma Pro.

Lumio, J. 2019. Painehaavat eli makuuhaavat. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 26.11.2020. Saatavilla: [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00313&p\\_hakusana](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00313&p_hakusana)

=painehaava

Lääkäriliitto. 2015. Viitattu 17.2.2021. Saatavissa: <https://www.laakariliitto.fi/palvelut/koulutukset/erityispatevyydet/haavanhoito/>

Mehiläinen oy. Viitattu 7.2.2021. Saatavilla: <https://hoivamehilainen.fi/hoivakodit/mainio-koti-koski>

Mustajoki, P. 2019. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 15.12.2020. Saatavissa: [https://www.terveyskirjasto.fi/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00768](https://www.terveyskirjasto.fi/tk.koti?p_artikkeli=dlk00768).

Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkqvist, S. 2016. Ihmisen fysiologia ja anatomia. 18.–20. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

NPUAP (Yhdysvaltain kansallinen painehaava-asiantuntijaneuvosto), EPUAP (Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto. 2009. Painehaavojen ehkäisy. Viitattu 8.3.2021. Saatavissa: [www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/qrg\\_prevention\\_in\\_finnish.pdf](http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/qrg_prevention_in_finnish.pdf)

Nuutinen, U. 2019. Haavan hoitoprosessi. Suomen haavanhoito oy. Viitattu 17.4.2021. Saatavissa: <https://suomenhaavahoito.fi>

Nykänen, P., Junttila, K. 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Helsinki. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 7.3.2021. Saatavilla: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL\\_RAP2012\\_040\\_verkko.pdf](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf)

Palvelukuvaus. 2020. Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalujen kuntayhtymä. Viitattu 16.4.2021. Saatavilla: <https://www.kymsote.fi/medias/lk-ntyneiden-palveluasumisen-palvelukuvaus.pdf?context=bWFzdGVyfHBkZi1hdHRhY2htZW50c3wyMzM3MTh8YXBwbGl-jYXRpb24vcGRmfGg1ZC9oZDEvODkzNTc1Mzg0MjcxcOC9Ja8Okw6RudHluZWl-kZW4gcGFsdmVsdWFzdW1pc2VulHBhbHZlbHVrdXZhdXMucGRm-fGM1NTA0MzA4MTQ4MwY0ZTM2YjU4MTI0MjE5MGZiZjM0MDQ1MDE1YjRhZjYyYmM5ODIzOTdjOTAzYzUyYTQ1ZWY>

Peltonen, S., Tasanen-Määttä, K. 2011. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 11.10.2020. Saatavilla: <https://www.oppiportti-fi.ezproxy.saimia.fi/op/iht00005/do>

Reber, E., Gomez, F., Vasiloglou, M., Schuetz, P. & Tanga, Z., Nutritional Risk Screening and Assessment. 2019. Journal of Clinical Medicine. Viitattu 12.4.2021. Saatavilla: <https://www.mdpi.com/2077-0383/8/7/1065/htm>

Saarelma, O. 2021. Haava. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 23.3.2021. Saatavilla: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00215/haava?q=haava>

Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 3.3.2021. Saatavilla: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>

Suomen verisuonikirurgien yhdistys ry. 2021. Diabeettinen haava. Viitattu 21.2.2021. Saatavilla: <https://verisuonikirurgit.yhdistysavain.fi/hoito-ohjelma/diabeettinen-haava/>

Suominen, M., Pitkälä, K. 2016. Ikääntymismuutokset ja ravitsemus. Duodecim Oppiportti. Kustannus Oy. Duodecim. Viitattu 25.3.2021. Saatavilla: [https://www.oppiportti.fi/op/ger03001/do?p\\_haku=ravitsemus#q=ravitsemus](https://www.oppiportti.fi/op/ger03001/do?p_haku=ravitsemus#q=ravitsemus)

Suominen, M., Pitkälä, K. 2016. Ravitsemustilan arviointi vanhuksilla. Duodecim oppiportti. Viitattu 12.4.2021. Saatavilla: [https://www-oppiportti-fi.ezproxy.saimia.fi/op/ger03004/do?p\\_haku=ravitsemustilan%20arviointi#q=ravitsemustilan%20arviointi](https://www-oppiportti-fi.ezproxy.saimia.fi/op/ger03004/do?p_haku=ravitsemustilan%20arviointi#q=ravitsemustilan%20arviointi)

Suominen, M., Soini, H., Muurinen, S., Strandberg, T. & Pitkälä, K. 2012. Ikääntyneiden ruokatottumukset, ravinnonsaanti ja ravitsemustila suomalaisissa tutkimuksissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. Viitattu 5.4.2021. Saatavilla: [https://www.gery.fi/site/assets/files/1317/ikaantyneiden\\_ruokatottumukset\\_ravinnonsaanti\\_ja\\_ravitsemustila\\_suomalaisissa\\_tutkimuksissa.pdf](https://www.gery.fi/site/assets/files/1317/ikaantyneiden_ruokatottumukset_ravinnonsaanti_ja_ravitsemustila_suomalaisissa_tutkimuksissa.pdf)

Tampereen yliopistollinen sairaala. 2019. Haavanhoidon aseptiikka. Viitattu 14.3.2021. Saatavilla: [https://tays.fi/fi-FI/Ohjeet/infektioiden\\_torjunta/Aseptiikka\\_hoitotoimenpiteissä/Haavanhoito](https://tays.fi/fi-FI/Ohjeet/infektioiden_torjunta/Aseptiikka_hoitotoimenpiteissä/Haavanhoito)

Tarnanen, K., Venermo, M., Saarinen, E. & Malmivaara, A. Alaraajojen tukkiva valtimotauti huonontaa jalkojen verenkiertoa. 2021. Käypä hoidon potilasversiot. Viitattu 6.3.2021. Saatavilla: [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=khp00093](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00093)

Vierimaa, H., Laurila, M. 2013. Keho anatomia ja fysiologia. 1.–3. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Viitala, H. Ravinto haavahoidon tukena. 2018. Gerontologinen ravitsemus ry. Viitattu 27.3.2021. Saatavilla: [https://www.gery.fi/site/assets/files/13777/viitala\\_hanna\\_060918.pdf](https://www.gery.fi/site/assets/files/13777/viitala_hanna_060918.pdf)

Vinkkejä ohjetekstin tekijöille. Kotimaisten kielten keskus. Viitattu 6.5.2021. Saatavilla: [https://www.kotus.fi/ohjeet/hyvan\\_virkakielen\\_ohjeita/ohjeita\\_ohjeiden\\_tekijoille#Kytksky-muotoa](https://www.kotus.fi/ohjeet/hyvan_virkakielen_ohjeita/ohjeita_ohjeiden_tekijoille#Kytksky-muotoa)

Vireyttä seniorivuosiin- ikääntyneiden ruokasuositus. 2020. Valtion ravitsemuslautakunta. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 7.3.2021. Saatavilla: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139415/THL\\_OHJ\\_4\\_2020\\_Vireyttä%20seniorivuosiin\\_verkko.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139415/THL_OHJ_4_2020_Vireyttä%20seniorivuosiin_verkko.pdf?sequence=4&isAllowed=y)

Voutilainen, P., Tiikkainen, P. 2009. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki. Wsoy oppimateriaalit Oy.

World Union of Wound Healing Societies. Kivun vähentäminen haavanhoidossa. Konsensusdokumentti. 2003. Viitattu 14.3.2021. Saatavilla: [https://www.shhy.fi/site/assets/files/1042/haava\\_4-2004\\_erikoispainos.pdf](https://www.shhy.fi/site/assets/files/1042/haava_4-2004_erikoispainos.pdf)



## LIITTEET

### Liite 1. Palautekysely

#### PALAUTEKYSELY

Vastaa kyselyyn rengastamalla omaa mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

#### Kysymys 1.

Koetko saaneesi oppaasta uutta tietoa haavanhoidosta?

Ei hyötyä 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Erittäin hyödyllinen

#### Kysymys 2.

Uskotko käyttäväsi opasta työssäsi?

En usko käyttäväni 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Tulen varmasti käyttämään

#### Kysymys 3.

Olisiko oppaassa mielestäsi jotain parannettavaa Ympyröi vastaus

Kyllä / Ei

Jos vastasit kyllä voit avata vastaustasi alla:

---

---

---

# HAAVANHOITO-OPAS

Mainiokoti Koski

# Lukijalle

Tämä opas on tehty opinnäytetyönä vuonna 2021  
LAB ammattikorkeakoulun  
sairaanhoitajakoulutuksessa.

Opas on tehty Mainiokoti Kosken henkilökunnan  
käyttöön. Se sisältää tietoa yleisimpien kroonisten  
haavojen hoidosta.

## Tekijät

Emilia Ilkka

Kati von Schoultz

# SISÄLLYSLUETTELO

1. Haava, sen luokittelu ja paraneminen
2. Ravitseminen
3. Kivunhoito
4. Aseptiikka
5. Diabeettiset haavat
6. Painehaavat
7. Laskimoperäiset säärihaavat
8. Valtimoperäiset säärihaavat
9. Haavahoitotuotteita
10. Kirjaaminen
11. Lähteet

# 1. HAAVA, SEN LUOKITTELU JA PARANEMINEN

- Haavaksi kutsutaan kudoksen tai limakalvon vaurioitumista ja siitä on aina potilaalle haittaa. Haitta voi olla kipua, toiminnanvajausta, esteettistä, psykososiaalista, tai taloudellista haittaa.
- Haavat jaetaan ulkonäkönsä perusteella neljään eri luokkaan.
- Ensimmäinen luokka on vaaleanpunainen epitelisoituva haava. Haava on ihon uloimmassa kerroksessa, epidermiksessä.
- Toinen luokka on punainen granuloiva haava. Granulaatiokudos on verestävää terveennäköistä kudosta.
- Kolmas luokka on keltainen fibriininen haava. Haavassa on katetta, jonka väri riippuu haavan kosteudesta.
- Viimeinen luokka on musta nekroottinen haava. Siinä ei tunnu kipua, eikä nekrotisoitunut kudos vuoda verta. Nekroosin väri on haavan kosteudesta riippuen ruskeaa tai mustaa.

# AVOIMEN HAAVAN VPKM -väriluokitushelppi

## Epiteelikudos

### Vaaleanpunainen

Ihon uloin kerros (epidermis).

**Hoitoperiaate:**

Suojaa ohutta ihon uudiskudosta, joka on herkkä vaurioitumaan.



## Granulaatiokudos

### Punainen

Terve, pienijyväinen uudiskudos, joka on edellytys haavan paranemiselle.

**Hoitoperiaate:**

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



## Fibriinikate

### Keltainen

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

**Hoitoperiaate:**

Pehmitä ja/tai poista fibriinikate.



## Nekroottinen kudos

### Musta

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

**Hoitoperiaate:**

Pehmitä ja/tai poista nekroottinen kudos.



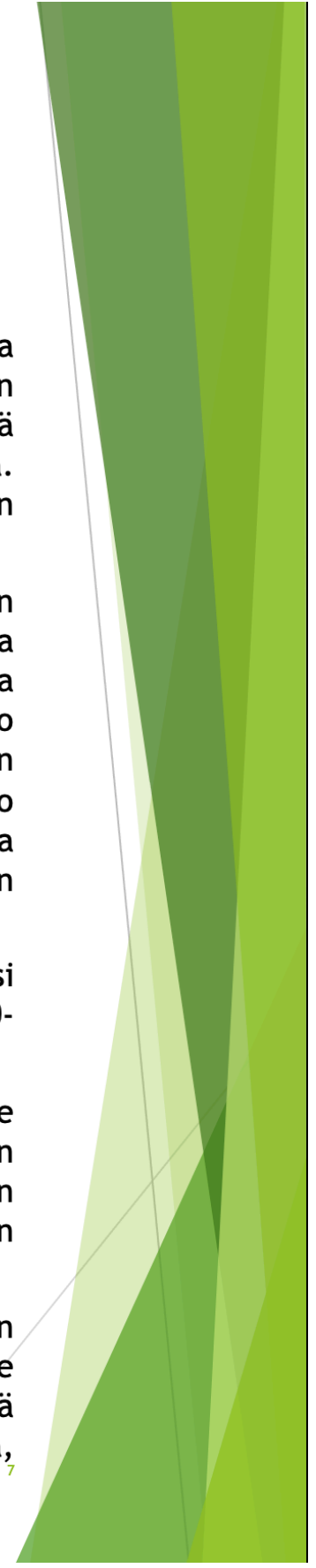
Haavanhoidon tiheys ja puhdistusmenetelmä sekä haavanhoitotuote valitaan haavassa olevan kudostyyppin, syvyyden ja haavaeritteen määrän mukaan. Suojaa haavaympäristö ja haavan reunat kosteudelta.



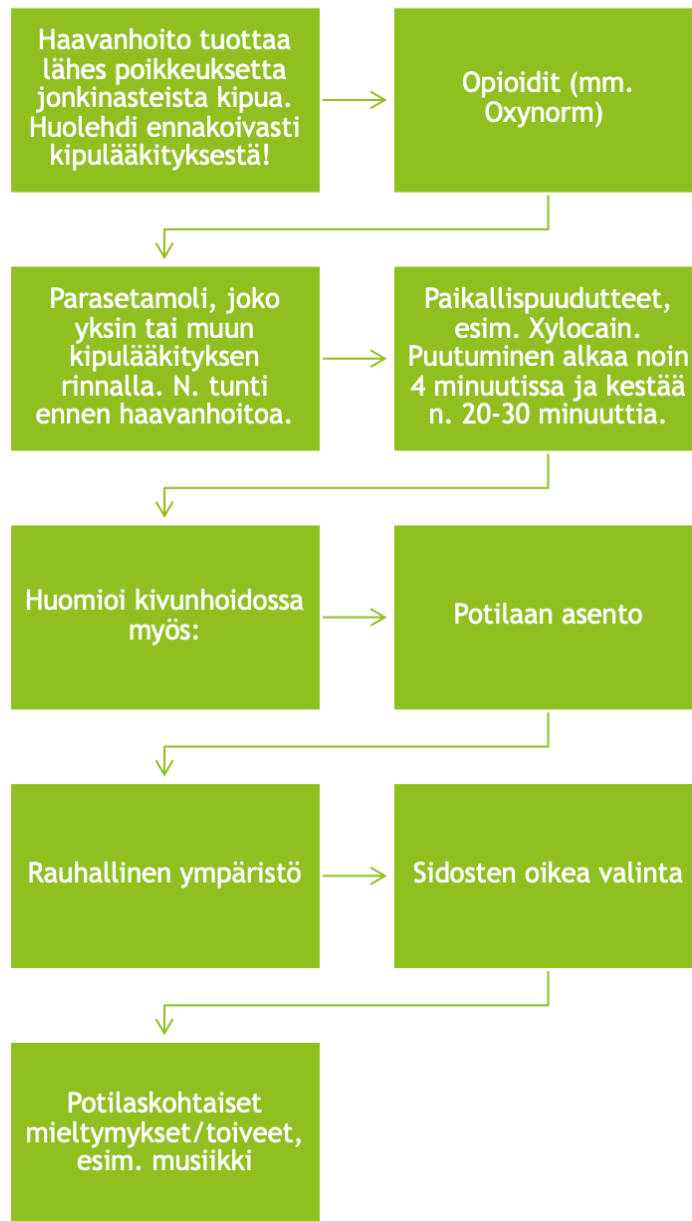
© Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2019 • www.shhy.fi

## 2. RAVITSEMUS

- ▶ Haavapotilaan ravitsemustilaa tulee arvioida säännöllisesti. Arviointia voi tehdä potilaan ulkoista olemusta havainnomalla, sekä laskemalla BMI:n pituuden ja painon avulla. Tarkempia ravitsemustilan mittareita ovat muun muassa NRS, MNA ja SGA.
- ▶ Haavapotilaan ravitsemuksen tehostaminen on erittäin tärkeää, sillä heikko ravitsemustila lisää katabolian sekä infektion riskiä ja hidastaa haavan paranemista. (Kataboliassa keho hajottaa omia solujaan tyydyttääkseen energiantarpeensa. Solujen hajottamisessa keho suosii lihasmassaa. Välttyäkseen katabolialta energiansaannin tulee olla suurempi kuin energiantarve).
- ▶ Haavapotilaan suuntaa antavaksi energiantarpeeksi suositellaan 30-35kcal/kg/vrk.
- ▶ Ravitsemuksen tehostamiseksi voi potilaalle tarjota hänen mieliruokiaan, lisätä ruokiin kaloripitoisia elintarvikkeita tai ottaa käyttöön klinisiä ravintovalmisteita kuten esim. NutriDrink.
- ▶ Vaikka ravintoa tehostetaan, tulee kuitenkin välttää rasvaisten maitotuotteiden käyttöä. Ne sisältävät kovaa rasvaa, joka lisää tulehdusvälittäjäaineiden määrää elimistössä, jossa on jo tulehdustila haavan vuoksi.



### 3. KIVUNHOITO



## 4. ASEPTIIKKA

- Kerää valmiiksi kaikki tarvitsemasi tarvikkeet esille. Käytä erillistä, puhdasta laskutasoa.
- Ota jätteastia lähelle.
- Desinfioi kädet. Suositeltava suojaus: tehdaspuhtaat käsineet, suu-nenäsuojain, esiliina/takki. Mikäli kyseessä on vain sidosten vaihto, voi suojauksen tarpeen arvioida tilannekohtaiseksi.
- Poista vanhat sidokset. Ota likaiset käsineet pois, desinfioi kädet ja puhtaata käsineet.
- Haava-alueelle kosketaan vain steriileillä välineillä.
- Steriilejä pakkauksia avatessa on huolehdittava kontaminoitumisen välttymiseltä, eli huolehditaan tarkasti ettei tuote osu muualle ennen haavaan laittoa. Haavaan kosketukseen tulevaan pintaan ei kajota.

## 5. DIABEETTISET HAAVAT

- Diabeettisen haavan syntyä edesauttaa usein diabeettinen neuropatia. Neuropatian johdosta jalan tunto heikkenee, eikä diabeetikko havaitse esim. hiertävän kengän aiheuttamaa kipua/vauriota. Tästä syystä diabeetikon jalat on tutkittava säännöllisesti ja huolella mahdollisten ihorikkojen varalta. Ensiarvoisen tärkeää on myös huolehtia siitä, että käytössä olevat kengät ovat jalkaan sopivat.



KUVA 2.

## DIABEETTISEN HAAVAN HOITO

- Poista paine haavan-alueelta (asentohoito, hoitokenkä). Paineen välttämiseksi myös sidoskerrokset pidetään kevyinä
- Puhdistukseen klooriheksidiini-liuos (esim. Klorhexol) tai polyvidonijodiliuos (esim. Betadine).
- Poista haavasta kuollut kudos mekaanisesti, eli käyttäen apuna kyrettiä, veistä, atuloita.
- INFEKTIORISKI: harkitaan hopeatuotteiden käyttöä, esim. Mepilex Ag, Aquacel Ag.
- Silikonipintaiset tuotteet suositeltavia, esim. Mepitel One.

## 6. PAINEHAAVAT

- Painehaava on yleensä luisen ulokkeen kohdalla sijaitseva ihon tai sen alla olevan kudoksen vaurio, jonka aiheuttajana toimii paine tai paineja venytys yhdessä.
- Ennaltaehkäisevä hoito:
  - 1. Asentohoito 2h välein. Suositeltava asento 30 asteen kylkiasento. Jalkojen väliin tyyny.
  - 2. Pidetään iho puhtaana ja kuivana.
  - 3. Käytetään suojavoidetta ehkäisemään kosteudesta aiheutuvilta ihovaurioilta.
  - 4. Huolehditaan hyvästä ravitsemustilasta, tarvittaessa lisäravinne, esim. Nutri Drink.



## PAINEHAAVAN HOITO

- Puhdista haava ja sen ympäristö vedellä huuhtelemalla. Tarvittaessa katteen poistaminen kyretillä.
- Suositeltavia tuotteita ovat hydrokolloidisidokset (esim. Duoderm Extra Thin), hopeapitoinen salva (esim. Askina Calgitrol Pasta) sekä antiseptiset aineet (esim. Prontosan haavahuuhde tai geeli) lyhyinä jaksoina.
- Antibioottisia voiteita **EI tule Käyttää!**



KUVA 4.

## 7. LASKIMOPERÄISET HAAVAT

- Aiheuttajana laskimovajaatoiminta. Yleensä punakka, runsaasti erittävä, katteinen. Haavaa ympäröivässä ihosta usein hyperpigmentaatiota.
- Avainasemassa turvotuksen poisto tukisidosten tai tukisukan avulla.
- Vältettävä pitkää yhtäjaksoista istumista, sillä se aiheuttaa painetta laskimoihin ja vaurioittaa laskimoiden läppiä.
- Jalkoja tulee lepuuttaa muutamia kertoja päivässä selin makuulla jalat ylös tyynyn avulla nostettuina.



KUVA 5.

## LASKIMOPERÄISEN HAAVAN HOITO

- ▶ -Katteen poisto mekaanisesti kyretillä. Katetta voi tarvittaessa pehmittää ennen poistoa 15min Prontosan-hauteella.
- ▶ Haava puhdistetaan vedellä, keittosuolaliuoksella, haavahuhteella (Prontosan) tai UCS-liinalla.
- ▶ Haavan reunat suojataan vettymisen estämiseksi Cavilon- tai Askina-suihkeella.
- ▶ Runsaasti erittävään haavaan imevä sidos, esim. Mesorb.
- ▶ Tukisidoksen alla voi käyttää voidesukkaa, joka sisältää sinkkioksidia, parafiinia sekä valkovaseliinia.

## 8. VALTIMOPERÄISET HAAVAT

- Tunnusmerkkeinä viileä raaja, karvoituksen puute, voimakas kipu.
- Taustalla huono valtimoverenkierto, usein myös diabetes. Ei parane, mikäli verenkiertoa ei saada parannettua.
- Nekroottista kudosta ei saa poistaa ennen verisuonikirurgista tutkimusta ellei sen alla ole märkää.
- Käytetään tarttumattomia sidoksia (esim. foamit), lääkehunaja (Medihoney, Activon) sekä pihkasalva (Abilar) suositeltuja tuotteita.



KUVA 6.

## 9. HAAVANHOITOTUOTTEITA

### PUHDISTUS

- UCS -haavapyyhe. Vähentää bakteerikasvua, vaikuttaa tulehdusta hillitsevästi.
- Prontosan haavahuuhde. Ennaltaehkäisee biofilmin syntyä, vaikuttaa tulehdusta hillitsevästi.
- Prontosan haavageeli. Pehmittää katetta, helpottaa tarttuneiden sidosten irroittamista, pitää haavan kosteana, poistaa haavahajuja.

## SIDOSTEN KIINNI TARTTUMISEN EHKÄISYYN

- Mepitel One, Silflex: Haavaan tarttumattomia silikoniverkkoja. Mukautuvat haavan muotoihin, estävät peittosidosten tarttumisen haavaan.
- Lomatuell H: Steriili rasvaside. Verkkomainen. Soveltuu esim. Painehaavoille.

## INFEKTOITUNEeseen HAAVAAN

- Abilar-voide: Antimikrobinen pihkasalva.
- Medihoney: Antibakteerinen. Puhdistaa kuollutta kudosta haavasta. Vähentää haavaeritystä.
- Mepilex Ag: Antimikrobinen vaahtosidos. Silikonilla päällystetty kontaktipinta.
- Aquacell Ag: Antimikrobinen hydrofibirosidos. Saa leikata. Asetetaan 1-2cm haavareunojen yli. Erittävään haavaan kuivana, kuivaan haavaan kostutettuna.

## RUNSAASTI ERITTÄVIIN HAAVOIHIN

Mesorb haavatyyny: Erittäin  
imukykyinen sidos, eritteitä  
läpäisemätön tausta.

## KUIVIIN JA NIUKASTI ERITTÄVIIN HAAVOIHIN

Aquacel Hydrofiber: Imee tehokkaasti  
eritteitä ja minimoi maseraatoriskin.  
Kuiviin haavoihin kostutettuna.

Acticoat flex 3 ja 7: Joustavia,  
tarttumattomia, kehon muotoon  
mukautuvia, sisältävät hopeaa.

Allevyn Gentle Border Lite:  
Vesitiivis, imukykyinen, hauraalle iholle.

## PAINEHAAVOIHIN

- ▶ Sorbact-nauha: Onkalohaavoihin tai syviin haavoihin. Ennaltaehkäisee ja hoitaa infektioita. Leikatut päät jätettävä aina haavan ulkopuolelle.
- ▶ Mepilex Border Sacrum: Muotoiltu sacrumin alueelle sopivaksi. Suihkunkestävä ja itsekiinnittyvä.
- ▶ Kliniderm Foam Heel: Muotoiltu kantapähän sopivaksi. Pehmeä ja imukykyinen.

## 10. Kirjaaminen

- Yksikössä on yhteisesti sovittava mitä asioita haavanhoitokirjauksesta tulee löytyä, sekä alakomponentti jonka alle kirjataan. Mainiokoti Koskessa haavanhoito kirjataan aina SÄÄ-lehdelle.
- Valokuvaa haava säännöllisesti esim. kahden viikon välein, tai aina kun haavan ulkonäössä tapahtuu muutosta. Muista hyvä valaistus ja valokuvaa haava aina samalta etäisyydeltä. Kuva lisätään KUVAT JA DOKUMENTIT -osioon.
- Mittaa haava säännöllisesti mittanauhalla. Syvyyden voit mitata pumpulipuikolla haavan pohjasta pintaan.
- Hyvä kirjaaminen edistää niin potilasturvallisuutta, kuin henkilökunnan oikeusturvaa!

## 11. LÄHTEET

- Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A., Björkqvist, S. 2016. Ihmisen fysiologia ja anatomia. 18.-20. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Peltonen, S., Tasanen-Määttä, K. 2011. Lääkärikirja Duodecim. [viitattu 11.10.2020]. Saatavilla: <https://www-oppiportti-fi.ezproxy.saimia.fi/op/iht00005/do>
- Juutilainen, V., Hietanen, H. 2018. Haavanhoidon periaatteet. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Avoimen haavan väriluokitushelpperi. 2019. Helsinki. Suomen haavanhoitoyhdistys ry.
- Pharmaca fennica
- Tampereen yliopistollinen sairaala. 2019. Haavanhoidon aseptiikka. [viitattu 14.3.2021]. Saatavilla: [https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Infektioiden\\_torjunta/Aseptiikka\\_hoitotoimenpiteissa/Haavanhoito](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Infektioiden_torjunta/Aseptiikka_hoitotoimenpiteissa/Haavanhoito)
- KUVA 1. Avoimen haavan väriluokitushelpperi. 2019. Helsinki. Suomen haavanhoitoyhdistys ry.
- KUVA 2. Säärihaava. 2019. Lääkärikirja Duodecim.
- KUVA 3. Iskeeminen haava. 2021. Suomen verisuonikirurginen yhdistys ry.
- KUVA 4. Säärihaava. 2019. Lääkärikirja Duodecim.
- KUVA 5. Painehaavan varhaismuoto tyypillisessä paikassaan kantapäässä. 2019. Lääkärikirja Duodecim.
- KUVA 6. Painehaava pitkälle edenneenä. 2019. Lääkärikirja Duodecim.
- Haavaravitsemus- potilasohje. Terveyskylä. Ihotautitalo. [viitattu 4.3.2021]. Saatavilla: [https://www.terveyskyla.fi/ihotautitalo/Documents/Haavaravitsemus\\_potilasohje.pdf](https://www.terveyskyla.fi/ihotautitalo/Documents/Haavaravitsemus_potilasohje.pdf)