

LAMK Lahden ammattikorkeakoulu
Lahti University of Applied Sciences

Krooniset haavat, niiden tunnistaminen, ennaltaehkäisy ja niistä kirjaaminen

Opas kotihoidon työntekijöille

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyö
Opinnäytetyö
Kevät 2018
Selja Anttolainen
Janette Laine

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

ANTTOLAINEN, SELJA
LAINE, JANETTE:

Krooniset haavat niiden
tunnistaminen, ennaltaehkäisy ja
niistä kirjaaminen
Opas kotihoidontyöntekijöille

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 30 sivua, 7 liitesivua

Kevät 2018

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön aiheena on krooniset haavat, niiden tunnistaminen ja ennaltaehkäisy sekä niistä kirjaaminen. Tuotimme toiminnallisen opinnäytetyön Helsingin kaupungin kotihoidolle, Haaga 1:lle. Valmis tuotos on haavanhoito opas, joka käsittelee kolmen yleisimmän kroonisen haavan eli painehaavan, diabeettisen haavan sekä laskimoperäisen haavan ennaltaehkäisyä, tunnistamista sekä kirjaamista. Opas on kirjallisena ja sähköisenä versiona.

Oppaan tavoitteena oli olla selkeä, tiivistetty ja lyhyt tietopaketti aiheesta. Opinnäyte koostuu kahdesta osasta raporttiosiota sekä oppaasta. Opinnäytetyö valmistui kevään 2018 aikana.

Tulevaisuudessa opasta voi laajentaa kattavammaksi lisäämällä haavanhoidon eri osa-alueita, joita työntekijät ja opiskelijat voivat hyödyntää työssään.

Asiasanat: Haavahoito, krooninen haava, systemaattinen kirjaaminen,

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in nursing

ANTTOLAINEN, SELJA
LAINE, JANETTE:

Identification, prevention and
recognition of chronic ulcer
-A guide for home care workers

Bachelor's Thesis in nursing

30 pages, 7 pages of appendices

Spring 2018

ABSTRACT

The subject of thesis is identification, prevention and recognition of chronic ulcer. We produced a functional thesis for home care in the city of Helsinki, Haaga 1. The finished output is a wound care guide on prevention, identification and documenting of the three most common chronic ulcer. The complete guide is both in written and electronic form.

The aim of the ready-to-use guide is to provide a clear, summarized and brief information package. The thesis consists of the report and the guide. The thesis is completed during spring 2018.

In future, the guide can be extended to include more comprehensive areas of wound care that employees and students can take utilize in their work.

Key words: Chronic ulcer, venous leg ulcer, pressure ulcer, diabetic ulcer

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN TAUSTAA	2
2.1	Tarkoitus ja tavoite	2
2.2	Aiheen valinta ja rajaus	2
2.3	Helsingin kaupungin Kotihoito	3
3	KROONISET HAAVAT	4
3.1	Kroonisen haavan määrittely	4
3.2	Ihon rakenne	4
3.3	Ihon tehtävä	6
3.4	Haavan hoito	6
3.5	Painehaava	7
3.6	Diabeettinen jalkahaava	11
3.7	Laskimoperäinen haava	14
4	RAKENTEINEN KIRJAAMINEN KUDOSEHEYDESTÄ	17
4.1	Kirjaaminen	17
4.2	FinCC-luokitus	17
4.3	Kudoseheyden kirjaaminen	19
5	OPPAAN TOTEUTUS	22
5.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	22
5.2	Eettisyys ja luotettavuus	22
5.3	Oppaan tuottaminen	23
5.4	Palaute ja arviointi oppaasta	24
	LÄHTEET	25

1 JOHDANTO

Väestön ikääntyessä ja diabeteksen yleistyessä krooniset haavaongelmat ovat kasvava haaste terveydenhuollolle (Palve 2017). Suomessa kroonisia alaraajahaavoja esiintyy 0,09-0,8 prosentilla väestöstä. Kroonisten alaraajahaavojen esiintyvyys moninkertaistuu iän myötä, ja naisilla ne ovat yleisempiä kuin miehillä. (Käypähoito 2014.)

Suomessa oli säännöllisen kotihoidon asiakkaita marraskuussa 2016 yhteensä noin 73 500. Edellisestä vuodesta asiakasmäärä nousi 0,3 prosenttia. Asiakkaista oli naisia 66 prosenttia ja yli 75 vuotta täyttäneitä oli 77 prosenttia. Helsingissä oli tällöin yhteensä 6 732 säännöllisen kotihoidon asiakasta, joista yli 75 vuotta täyttäneitä oli 5183. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017, 1-7.)

Krooniset haavat aiheuttavat suuria kustannuksia ja alentavat asiakkaan elämänlaatua. Jos haavalla on huono paranemisennuste, tulee se tunnistaa riittävän ajoissa. Haavan ilmaantuessa aloitetaan heti tehokas hoito, jotta paranemismahdollisuudet ovat mahdollisimman hyvät. (Palve 2017.)

2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTAA

2.1 Tarkoitus ja tavoite

Opinnäytteen tarkoitus on täydentää kotihoidon sairaanhoitajien ja lähihoitajien osaamista ja tietoa haavanhoidon osalta. Tarkoitus on lisätä tietoa yleisimmistä kroonisista haavoista ja näiden tunnistamisesta sekä kudoseheyden kirjaamisesta. Oppaan on myös tarkoitus auttaa kehittymään ammatillisesti.

Haavanhoito-opas on tarkoitettu avuksi niin uusille kuin kokeneemmillekin kotihoidon sairaanhoitajille ja lähihoitajille. Sen on myös tarkoitus olla hyödyksi kotihoidon asiakkaille, sillä oikeanlainen haavan hoito parantaa ennen kaikkea asiakkaan elämänlaatua.

Tavoitteena on tuottaa tiivistetty haavanhoito-opas, jossa asiat esitetään selkeästi ja tiivistetysti. Tavoitteena on tehdä oppaasta selkeä ja helppo lukuinen, josta löytää tarvittavan tiedon nopeasti. Oppaaseen kokosimme luotettavaa ja uusinta tietoa yleisimmistä kroonisista haavoista, joita ovat diabeettinen jalkahaava, painehaava ja laskimoperäinen haava.

Kerromme myös haavojen kirjaamisen pääkohdista, joka on oleellinen osa haavan hoitoa. Oppaan tavoitteena on auttaa työntekijöitä tunnistamaan näitä yleisimpiä kroonisia haavoja, hoitamaan niitä sekä kirjaamaan oikeaoppisesti haavan hoidosta.

2.2 Aiheen valinta ja rajaus

Aiheenamme on haavanhoito. Idean aiheeseen saimme opinnäytetyömme toimeksiantajalta, Helsingin kaupungin kotihoidolta, Haaga 1:ltä. Pyyntö tuli suoraan yksikön sairaanhoitajilta. Haavanhoito on hyvin laaja käsite, joten rajasimme aiheen yleisimpiin kroonisiin haavoihin, niiden tunnistamiseen ja haavan hoidon kirjaamiseen.

Aihe oli rajattava tarkasti, sillä tutkittua tietoa haavanhoidosta on paljon ja haavanhoito on aiheena todella laaja. Kaikkia haavanhoidon osa-alueita ei

olisi ollut mahdollista ottaa oppaaseen mukaan, aikataulun ja suuren aineiston määrän vuoksi. Aiheen rajausta mahdollistaa oppaan kehittämisen jatkossa, työyhteisön sisällä tai uutena opinnäytetyönä.

2.3 Helsingin kaupungin Kotihoito

Kotihoidon lainsäädännön valmistelusta, yleisestä suunnittelusta sekä ohjauksesta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palveluilla on tarkoitus tukea selviytymistä kotona. Kunta voi yhdistää kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kotihoidoksi. Kotipalveluita voivat saada ikäihmiset, sairaat, vammaiset tai henkilöt, joiden toimintakyky on laskenut jostain muusta syystä. Myös lapsiperheillä on tarvittaessa mahdollisuus saada kotipalvelua. (Sosiaali- ja terveysministeriö.)

Helsingin kaupungin julkinen kotihoito on jaettu kahdeksaan kotihoidon yksikköön, joista yksikkö vastaa yhtä ilmansuuntaa. Yksiköihin sisältyy eri määrä lähipalvelualueita. Helsingissä on yhteensä 69 kunnallisen kotihoidon lähipalvelualueita. Haaga 1 on lähipalvelualue, joka kuuluu lounaiseen kotihoidon yksikköön. (Stadin seniori info 2017.)

Kotihoito auttaa ja tukee asiakasta selviytyäkseen arjen askareista ja henkilökohtaisista toiminnoista. Työntekijät seuraavat myös asiakkaan vointia ja antavat neuvoa liittyen eri palveluihin. Kotihoidon työntekijät ovat pääasiassa lähihoitajia tai kodinhoitajia, mutta kotihoidossa työskentelee myös sairaanhoitajia. Kotihoitoa on mahdollisuus saada iltaisin, öisin ja viikonloppuisin. (Sosiaali- ja terveysministeriö.) Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Asiakasta autetaan niissä päivittäisissä asioissa, joihin tämä ei itse kykene, kuten esimerkiksi peseytymisessä, ruokailussa, pukeutumisessa. Kotihoidon asiakkaat saavat myös tarvitsemansa terveyden- ja sairaanhoidon kotiin, mikäli sitä ei saada muuten järjestymään. (Stadin seniori info 2017.)

3 KROONISET HAAVAT

3.1 Kroonisen haavan määrittely

Haava on ehjän ihon tai sen alaisten kudosten rikkoutumista. Kroonisessa haavassa yksi tai useampi tekijä katkaisee paranemisprosessin. Haava määritellään krooniseksi, kun se on ollut avoinna vähintään kuukauden. Haava on kuitenkin perustellumpaa määrittää krooniseksi, jos sen ilmaantumiseen tai huonoon paranemiseen liittyy ulkoisen tekijän lisäksi jokin sairaus. Tuore diabeetikon neuropaattinen haava on syytä luokitella heti krooniseksi haavaksi, sillä sen syntymekanismi ja paranemisprosessi tapahtuvat kroonisen haavan tavoin. Akuutti haava voi myös muuttua krooniseksi paranemisvaiheen joutuessa epätasapainoon. (Hietanen & Juutilainen 2012, 26 – 28, 49.)

Krooniset haavat paranevat huonosti, ja taustalla on monesti jokin krooninen sairaus tai ulkoinen mekaaninen tekijä (Hietanen & Juutilainen, 2012 49). Haavan taustalta löytyy yleensä useampia etiologisia tekijöitä. Mitä useampia syitä on, niin sitä huonompi on paranemisennuste. (Palve 2017.) Yleisimmät krooniset haavatyypit ovat diabeettiset jalkahaavat, laskimoperäiset säärihaavat ja painehaavat (Hietanen & Juutilainen 2012, 49).

3.2 Ihon rakenne

Iho (cutis) on pinta-alaltaan elimistön suurin elin. Keskimäärin ihon paksuus on 2 – 3 mm. Ihon sekä ihonalaiskudoksen yhteenlaskettu paino on noin 15 prosenttia elimistön painosta. Iho voidaan jakaa kahteen kerrokseen: uloimpana olevaan orvasketeen (epidermis) ja verinahkaan (dermis). (Hietanen & Juutilainen 2012. 16.) Näiden alla on ihonalaiskerros, joka muodostuu enimmäkseen rasvakudoksesta (Bjälle, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2015, 96). Orvaskesi ja verinahka kiinnittyvät toisiinsa niiden välissä olevan tyvikalvon avulla (Hannuksela-Svahn 2016).

Orvaskesi muodostuu kerrostuneesta, sarveistuneesta levyepiteelistä. Sen paksuus on useimmiten 0,1 mm, mutta voi olla myös 1 mm tai enemmänkin. Paksuimmat kohdat ovat kantapäässä ja kämmenissä. Orvaskedessä ei ole verisuonia. Se saa tarvitsemansa ravinnon verinahan verisuonista diffundoitumalla eli sekoittumalla kalvon läpi. Tämän takia ihon pintanaarmuista ei vuoda verta. (Bjålie ym. 2015, 96 – 97.)

Orvaskeden uusiutuminen tapahtuu tyvisolujen jakautuessa (Hannuksela-Svahn 2016). Tällöin orvaskeden pintaa kohti nousee uusia soluja, joihin on kertynyt proteiinia, keratiinia eli sarveisainetta. Keratiinilla on merkittävä osa ihon suojaitehtävissä. (Bjålie ym. 2015, 96.)

Orvaskeden pinnallisin kerros on marraskesi. Marraskeden solut suojaavat ihoa ulkoisilta ärsykkeiltä muodostaen tiiviin kerroksen. Marraskeden alla on kirkassolukerros tai jyväissolukerros, jonka jälkeen tulee okasolukerros. Kirkassolukerros puuttuu muualta paitsi jalkapohjista ja kämmenistä. (Hietanen & Juutilainen 2012, 17 – 18.) Orvaskeden tyvikerroksessa on väriainetta, melaniinia tuottavia pigmenttisoluja eli melanosyyttejä. Ihonväri riippuu melaniinimäärän perinnöllisestä vaihtelusta. Melaniini suojaa ihoa haitallisilta säteiltä, kuten auringon ultraviolettisäteilyltä. (Bjålie ym. 2015, 97.) Orvaskeden tyvikerros on tyvikalvon pinnalla (Hietanen & Juutilainen 2012, 18).

Verinahka sijaitsee orvaskeden alla ja on 0,5-3 mm paksu. Verinahassa on sidekudosta, verisuonia, hermokudoksia, imusuonia, nestemäistä kudosta, karvatuppia ja niihin kiinnittyvää sileää lihasta, sekä tali- ja hikirauhasia. (Bjålie ym. 2015, 97). Sidekudos tekee ihon joustavaksi ja vahvaksi. Sen keskeiset rakenneosat ovat kollageenit ja elastiini. Elastiini tekee ihosta kimmoisan ja palauttaa sen venytyksen jälkeen. (Hannuksela-Svahn 2016.) Verinahan pinnallisin kerros on nystykerros. Sen alla sijaitsee verkkokerros. Ihon apuelimet, kuten karvatupet, sekä tali- ja hikirauhaset lähtevät verkkokerroksesta. (Hietanen & Juutilainen 2012, 20.)

3.3 Ihon tehtävä

Iholla ja ihonalaiskudoksella on monia eri tehtäviä. Se suojaa elimistöä ulkoisilta fysikaalisilta ja kemiallisilta tekijöiltä. Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi kuumuus, kylmyys, säteily, kemialliset aineet, mikrobit ja mekaaniset voimat. Iho osallistuu elimistön lämmönsäätelyyn. Iho aistii kivun, kosketuksen, paineen, värinän ja lämpötilan. (Hietanen & Juutilainen 2012, 17.)

Ihon tehtävänä on estää elimistön lämmönhukka karvoituksella ja ihon alaisella rasvalla. Elimistön jäähdytys ihon avulla taas tapahtuu hikoilulla ja verenkierron vilkastuttamisella. (Hietanen & Juutilainen 2012, 17.) Iho muuttaa kolesterolin D₃-vitamiiniksi auringosta saatavien ultraviolettisäteiden vaikutuksesta (Bjälle ym. 2015, 96). Iho varastoi rasvaa ja osallistuu näin energia-aineenvaihduntaan. Rasvan varastoimisen lisäksi se varastoi myös vettä ja suojaa elimistöä nestehukalta. Eri aineet pystyvät imeytymään ihon kautta, kuten esimerkiksi lääkaineet, typpi, happi ja pieninä määrinä myös hiilidioksidi. Kuona-aineet poistuvat ihon kautta hiki- ja talirauhasten eritteiden avulla. Ihon tehtävänä on myös osallistua kommunikointiin ja sosiaaliseen kanssakäymiseen. (Hietanen & Juutilainen 2012, 17.)

3.4 Haavan hoito

Haavan konservatiivinen hoito pohjautuu haavan paranemisen esteinä olevien tekijöiden tunnistamiseen ja poistamiseen, sekä systemaattiseen paikallishoitoon. Hoidon lähtökohtia voivat esimerkiksi olla perussairauden hoitaminen, jalan virheasennon korjaaminen ja turvotusten hallinta. Tupakkoinnin lopettaminen on aina tarpeellista haavan hoidossa. Haavan paikallishoidon tärkeimmät asiat ovat haavan puhdistaminen elottomasta ja infektoituneesta kudoksesta, kosteustasapainosta huolehtiminen ja uudisihon kasvun, epitelisaation tukeminen. (Palve 2017.)

Haavanhoidossa noudatetaan aina aseptisia työskentelytapoja (Flink, Saarikoski, Stolt & Väyrynen 2017, 368). Paikallishoitoon on olemassa lukuisia eri tuotteita. Hoidossa kuitenkin pyritään yksinkertaisuuteen (Palve

2017). Tuotteiden valintaan vaikuttavat ensisijaisesti asiakkaasta lähtevät tekijät sekä haavan luonne, sijainti, koko, haavaympäristön kunto ja tuotteen hinta. Vääränlainen tuote voi hidastaa paranemista ja aiheuttaa asiakkaalle turhia kustannuksia. (Hietanen & Juutilainen 2012, 136.)

3.5 Painehaava

Painehaavoista käytetään usein myös nimitystä makuuhaava. Painehaavat muodostuvat usein luisten ulokkeiden kohdille, joihin paine kohdistuu. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) ja Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) määrittelevät painehaavan paikalliseksi ihon ja/tai sen alla olevan kudoksen vaurioksi. (Agrawal & Chauhan 2012.) Painehaavan syntyyn vaikuttaa moni tekijä: paine, kitka sekä kudosten venyminen luisen ulokkeen kohdalta. Ihon kosteudella, sekä yksilöllisellä alttiudella on vaikutusta haavan syntyyn. (Virtanen 2013.)

Painehaavat syntyvät usein vuodepotilaille, jotka eivät pysty itse liikkumaan tai kääntymään vuoteessa. Erityisesti riski saada painehaava on iäkkäillä, vaikeasti sairailta ja selkäydinvaurion saaneilla. Myöskin tehohoidossa hoidettavat potilaat ovat erityisen riskialttiita saamaan painehaavan. Tyypillisiä kohtia painehaavoille ovat kantapäät, lonkka, alaselkä ja pakarat. (Lumio 2017.)

Suomessa arvioidaan painehaavoja esiintyvän 55 000-85 000 potilaalla vuosittain, joista uusia potilaita on 25 000-40 000. Vuosittain haavojen aiheuttamat suorat kustannukset ovat noin 480 miljoonaa euroa. (Aaltonen, Ahtiala, Kinnunen & Roine 2017.) Yksittäisen painehaavan hoitokustannukset alkavat arviolta 5500 eurosta (Kataja 2015). Painehaavojen ehkäisykustannukset ovat kymmenesosa hoitokustannuksista (Aaltonen ym. 2017). Painehaavat vaikuttavat merkittävästi asiakkaan terveyteen, sekä elämänlaatuun. Samalla ne nostavat hoidon kustannuksia asiakkaalle. Koska painehaavat ovat suurelta osin ennaltaehkäistävissä, niiden esiintyvyyttä voidaan pitää indikaattorina asiakkaan hoidon laatuun. (Porter & Kelly 2014.)

Painehaavojen luokittelu

Painehaavat ovat hoidettavissa, mutta jos hoitoa ei aloiteta ajoissa, voi haavoista aiheutua kohtalokkaita komplikaatioita. Haavat jaetaan eri luokkiin, aikaisessa vaiheessa luokittelu mahdollistaa hoidon ja vähentää komplikaatioiden riskiä. Painehaavat voidaan luokitella neljään eri ryhmään niiden syvyyden perusteella: (Nordqvist 2017.)

TAULUKKO 1. Painehaavojen luokittelu (Esa Soppi)

1. aste	Ihon vaalenematon punoitus
2. aste	Ihon pinnallinen vaurio, jossa on matala vaaleanpunainen tai punoitava haavapohja, ilman kuollutta kudosta.
3. aste	Koko ihon läpäisevä vaurio. Rasvakudos voi näkyä, mutta luu, lihas tai jänne ei ole näkyvissä.
4. aste	Kudoksen läpäisevä kudostuho, joka ulottuu luuhun, lihakseen tai jänteeeseen.
Luokittelematon	Haavan syvyys on tuntematon, haava on katteen tai nekroosin peittämä. Epäily syvällä sijaitsevasta kudostuhosta, paikallinen purppuran tai tummanpunaisen värinen ihoalue tai veren täyttämä rakkula johtuen alla olevan pehmeän kudoksen vaurioitumisesta paineen tai siihen

	liittyneen venytyksen/hankauksen vuoksi.
--	--

Painehaavojen ehkäiseminen

Painehaavat ovat ehkäistävissä, mikäli riskitekijät huomataan ajoissa ja niihin puututaan. Ehkäiseminen on kaikista taloudellisin ja inhimillisin ratkaisu. Haavojen ehkäisyä on haavariskin arviointi, ravitsemustilan seuranta, ihon kunnon hoito ja seuranta, sekä erikoisapuvälineet ja asentohoito. (Juutilainen & Hietanen 2012, 312.) Ihon rasvaamisella ei ole todettu olevan vähentävää vaikutusta painehaavan kehittymiseen (Lumio 2017). Asennon vaihtoa kahden tunnin välein pidetään painehaavojen ehkäisyn perustana. Kahden tunnin säännölle ei ole kuitenkaan näyttöön perustuvaa tietoa. (Soppi 2016.) Paineen poistaminen on tärkein haavojen ehkäisykeino. Paikallista painetta voidaan keventää, tai se voidaan poistaa kokonaan (Hietanen & Juutilainen 2012, 312.)

Painehaavoja altistaville tekijöille on tehty useita eri riskimittareita. Mittarit ovat ensisijaisesti tarkoitettu akuutti- tai pitkäaikaishoidossa oleville asiakkaille. Mittarit eivät arvioi samanarvoisesti riskiä eri potilasryhmien välillä. (Hietanen & Juutilainen 2012, 312-313.) Riskimittarin lisäksi tehdään asiakkaalle aina kliininen arviointi, johon kuuluu kattava ihon kunnon tarkistaminen. Vaikka asiakkaan riskiarvion tulos olisi vähäinen, on ihon ja kudosten kuntoa tarkkailtava. Riskiarvio myös dokumentoidaan aina. (Hietanen 2017b.)

Bradenin riskiluokitusmittaria pidetään luotettavimpana painehaavariskin kuvaajana. Erityisesti mittari ennustaa painehaavariskiä akuutisti sairastuneille. Asteikko koostuu kuudesta eri osatekijästä: aktiivisuus, tuntoaisti, kosteus, liikkuvuus, ravitsemus ja kitka, sekä kudosten venyminen. Asteikon alaosioissa kerrotaan pääpiirtein, mitä kullakin pääkohdalla tarkoitetaan. Jokainen kohta pisteytetään, pistemäärä voi olla 6-23 pistettä. Mitä pienemät pisteet, sitä suurempi riski on saada painehaava. (Hietanen &

Juutilainen 2012, 313.) Braden-mittarin on havaittu hyväksi myös kotihoi-
don ja erikoissairaanhoidon käytössä (Kataja 2015).

Painehaavan tunnistaminen

Painehaavoista 60 prosenttia jää havaitsematta terveydenhuollossa. Aina
painehaavaa ei osata tunnistaa ja se sekoitetaan esimerkiksi
inkontinenssin aiheuttamaan ihovaurioon. (Ahtiala, Hynninen, Iivanainen,
Kinnunen, Seppänen & Tervo-Heikkinen 2015.)

Haavan sijainti erottaa painehaavan kosteusvauriosta. Painehaavaan koh-
distuu kuormitusta ja se sijaitsee kehon luu- ulokekohdissa. (Hietanen
2017c.) Riskikohtia painehaavan muodostumiseen ovat; ristiselkä,
lonkkaluut, istuinkyhmy, kantapäät, sääriluu, takaraivo, korvalehdet,
kynärpäät ja selkäranka (Lumio 2017). Kosteusvaurio sijaitsee
inkontinenssialueella, pakaravaossa, ja runsaasti erittävän haavan
läheisyydessä. Painehaava voi samalla olla myös kosteusvaurio. (Hie-
tanen 2017c.)

Kuka tahansa voi saada painehaavan ja haava voi syntyä nopeassakin
ajassa (Kataja 2015). Monesti painehaavan syntymiseen tarvitaan kuiten-
kin useamman päivän makuulla olo. Painekohtaan ilmestyy ensin punoi-
tusta, jonka jälkeen kudoksiin muodostuu turvotusta ja lopuksi iho menee
riikki. Useimmiten painehaavassa tuntuu ainakin jonkin verran kipua. Pit-
källe edennyt painehaava on kraaterimainen ja syvä, johon tulee usein
myös bakteeri-infektio. (Lumio 2017.) Erikoisapuvälineitä haavojen eh-
käisyyn on istuinalustat, erikoispatjat, kiilatyynyt ja ihoon liimattavat
pehmusteet (Hietanen 2017c).

Painehaavojen hoito

Painehaavojen hoidon tavoitteena on aina painehaavojen ehkäisy. Niiden
syntymistä voidaan ehkäistä tekemällä riskiarviointia. Riskiarvio tulee
tehdä mahdollisimman nopeasti ja siinä arvioidaan asiakkaan liikuntakyky,
ihon kunto ja tuntopuutokset. Riskiarvio toistetaan aina asiakkaan tilan sel-
västi muuttuessa. (Hietanen 2017b.)

Painehaavoja ehkäistään myös poistamalla kuormitus asentohoidon ja apuvälineiden avulla. Asiakkaan ihon venyttämistä, hankaamista ja kiristämistä tulee varoa. Ihon ehjänä ja kuivana pitämisestä tulee huolehtia. Asiakas osallistuu myös itse painehaavojen ehkäisyyn liikkumalla tai liikuttamalla itseään mahdollisuuksien mukaan. Asiakasta kannustetaan ja aktivoidaan liikkumaan. (Hietanen 2017b.)

3.6 Diabeettinen jalkahaava

Diabetesta sairastaa yli puoli miljoonaa suomalaista, sen hoitokustannukset kattavat 15 prosenttia suomalaisen terveydenhuollon kuluista. Diabetes on yksi nopeimmin yleistyvä sairaus Suomessa ja maailmalla. (Käypähoito 2018.) On arvioitu, että vuonna 2040 maailmassa on 642 miljoonaa diabetesta sairastavaa ihmistä (Maruhashi & Nwabudike 2017). Joka vuosi noin neljälle miljoonalle ihmiselle kehittyy diabeettinen jalkahaava (Kataja 2015).

Yleisimmät diabeetikon jalkaongelmia ovat krooniset haavat. Haavaumia voidaan estää tehokkaasti diabeteksen hyvällä hoidolla, sekä huolehtimalla jalkojen hyvinvoinnista. (Mustajoki 2018.) Diabeettiset jalkahaavat ovat seurausta useista tekijöistä, kuten ääreishermoston neuropatiasta, vähentyneestä verenkierrosta, hallitsemattomasta hyperglykemiasta ja korkeasta iästä. (Ambika, Karakkattu, Shalbha, Shilpa, Sudam & Vedavati 2014.) Jalkaterän virheasennot ovat myös yksi altistava tekijä haavojen syntyyn (Flink ym. 2017, 366). Altistavat tekijät eivät yksistään johda jalkasairauksiin, vaan taustalla on usein jokin laukaiseva tekijä. Laukaiseva tekijä on usein jalkaa vahingoittava tapahtuma. Tällainen tapahtuma voi olla; terävän kiven tai naulan aiheuttama vamma, kengän aiheuttama rakko tai ihon rikkoutuminen, myös kynsien leikkaamisen yhteydessä voi syntyä vaurio. (Mustajoki 2018.)

Diabeteksen yleisin pitkäaikainen komplikaatio on perifeerinen polyneuropatia eli ääreishermoston laaja-alainen sairaus. Se on keskeinen tekijä diabeetikon jalkaterän ja nilkan alueen ongelmassa, kuten haavoissa, infektioissa ja syvien kudosten tuhoutumisessa. (Flink ym. 2017, 356.)

Jalan haava tulehtuu usein, sillä ihon rikkoutumista ei huomata neuropatian vuoksi. Neuropatia ei aiheuta samanlaista kipua kuin normaalisti, jolloin haavan hoito viivästyy. Hoidon viivästyessä vammaan syntyy bakteeritulehdus, jota elimistö ei pysty torjumaan heikentyneen verenkierron takia. (Mustajoki 2018.) Haavat lisäävät amputaation ja kuolleisuuden riskiä. Noin 15 prosenttia diabeettisista jalkahaavoista päättyy amputaatioon. (Ambika 2014.)

Diabeettisen jalkahaavan tunnistaminen

Asiakas saattaa hakeutua hoitoon jalkahaavan takia ja saada vasta silloin diabetesdiagnoosin. Tällöin terveydenhuollossa ei osata kiinnittää huomiota jalkojen hyvinvointiin. Asiakas ei välttämättä itsekkään huomaa haavaa heti tuntuu puutosten vuoksi. Suomessa on arvioilta 150 000 ihmistä, jotka sairastavat II tyypin diabetesta tietämättään. (Kataja 2015.)

Diabeettinen haava sijaitsee useimmiten nilkan tai jalkaterän alueella (Ambika 2014). Neuropaattinen haava muodostuu yleensä kuormitus- tai painealueelle. Kuormitus kohdissa iho yrittää puolustautua paineelta muodostaen siihen kovettuman. Neuropaattisessa haavassa ei tunnu kipua ja iho on lämmin. (Flink ym. 2017, 366-367.)

Diabeettisen jalkahaavan ehkäisy

Diabeettinen jalkahaava on hyvin ehkäistävässä. Diabeetikon jalat tulisi tarkistaa kerran vuodessa tai tarpeen mukaan useammin, diabeteshoitajan, jalkahoitajan tai –terapeutin toimesta. Samalla pyritään löytämään mahdollisia riskitekijöitä, kuten huonosti istuvat kengät. Tutkiessa tulee palpoida jalkojen pulssi, testata jalkojen tunto ja särky. Samalla tulee tarkastaa, onko jaloissa kovettumia tai känsiä. Asiakas tulee arvioida riskiluokituksen mukaan, jotta pystytään kohdentamaan erityshuomiota, heille jotka hyötyvät eniten hoidosta. (Turns 2015.) Riskiluokka selvitetään hermosto- ja verenkiertomuutosten, virheasentojen ja kuormitusmuutosten perusteella. Diabeetikon aikaisempi jalkahaava tai jalan amputaatio, ovat suoraan aihe korkeimpaan riskiluokkaan (Flink ym. 2017, 353.) Vuodepotilaalta jalkojen

iho tulee tarkistaa päivittäin ja kantapäitä täytyy suojata painehaavoilta (Ebeling 2016).

Perusterveydenhuollon tehtävänä on saada asiakas sitoutumaan omahoitoon, jalkaongelmien välttämiseksi. Varhainen haavoihin puuttuminen vähentää amputaation riskiä. Oleellista ehkäisyssä on paineen ja kitkan kevennys erilaisten apuvälineiden avulla. (Käypä hoito 2009.)

Diabeettisen haavan hoito

Hoito alkaa selvittämällä diabeettisen haavan taustatekijät ja syntytyyppi. Syntymekanismista antavat viitteitä; haavan sijainti, mahdolliset jalkaterän virheasennot ja käytössä olevien jalkineiden tutkiminen. On myös selvitetävä, kuinka kauan haava on ollut ja sen aikaisemmat hoitomuodot. Hoitosuunnitelmassa huomioidaan myös diabeetikon yleiskunto, muu diabeteksen hoito ja omahoito. (Flink ym. 2017, 367.) On osoitettu, että moniammatillinen yhteistyö ja haavapotilaiden keskittäminen niihin erikoistuneisiin yksiköihin parantaa hoidon tuloksia ja ehkäisee amputaatioita (Juutilainen & Vikatmaa 2017).

Neuropaattisten haavojen hoidon yksi tärkeimmistä asioista on kevennys- hoito. Haavalle kohdistuva paine ja hankaus minimoidaan yksilöllisen pohjallisen, hoitojalkineen, kipsin tai ortoosin avulla. Kuormitusta kevennetään myös kyynärsauvoilla tai tarvittaessa käytetään pyörätuolia. (Juutilainen & Vikatmaa 2017.) Epäsopivista jalkineista tulee luopua (Flink ym. 2017, 368).

Paikallishoidossa on tärkeää poistaa kuollut kudos. Haavan ympärillä olevaa hyperkeratoottista kallusta ohennetaan haavahoitojen yhteydessä. Haava suojataan neutraalilla, tarpeeksi imevällä ja kosteutta ylläpitävällä, sidosmateriaalilla. Hautovien sidosten käyttöä vältetään. Näyttöä on myös saatu ylipainehappihoidon ja alipaineimuhoidon nopeuttavan diabeettisten haavojen paranemista. Sairaalahoidon tarve arvioidaan, jos haava on infektoitunut tai on tarve leikkaushoidolle. Infektoituneeseen haavan aloitetaan mikrobilääkehoito. Jos konservatiiviset hoidot eivät tuota tulosta,

tulee esiin kirurgia ja verenkiertoa parantavat toimenpiteet. (Juutilainen & Vikatmaa 2017.)

3.7 Laskimoperäinen haava

Kroonisten alaraajahaavojen suurin aiheuttaja on laskimoiden vajaatoiminta (Eskelinen, Halmesmäki, Isoherranen & Saarinen 2017). Noin 0,5-1 prosentilla kroonista laskimoiden vajaatoimintaa sairastavilla on säärihaava (Hietanen & Juutilainen 2012). Laskimoperäisen haavan taustalla voi joissain tapauksissa myös olla syvien laskimoiden virtauseste. Molemmat syyt hoidetaan suonensisäisin menetelmin. (Eskelinen ym. 2017.) Haavan uusiutuminen on yleistä laskimoperäisissä säärihaavoissa. Useilla asiakkailla haava on ollut yli 12 kuukautta. Laskimoperäiset haavat ovat asiakkaalle kivuliaita, tuskallisia ja vaikuttavat merkittävästi hänen elämänlaatuun. Ne ovat myös kalliita hoitaa. (Chapman 2017.)

Laskimoperäinen säärihaava on alussa monesti mitätön vaurio ja jopa itsestään puhjennut. Alaraajan laskimosairauden taustalta löytyy kohonnut laskimopaine. Se aiheuttaa ihon ja sen alaisen rasvan paksuuntumista ja kovettumista, jolloin näiden kudosten paranemismahdollisuus heikkenee. Kohonnut laskimopaine myös aiheuttaa punasolujen ja makromolekyyliden siirtymisen suonien ulkopuolelle, jossa ne aiheuttavat tulehdusreaktion. Tulehdusreaktio lisää entisestään kudosturvotusta ja heikentää solujen hapensaantia ja lopulta ihoon muodostuu haava spontaanisti tai traumasta. Paikallisten olosuhteiden vuoksi haava alkaa yleensä vain suurenemaan, jos kohonneeseen laskimopaineeseen ja turvotukseen ei puututa. (Hietanen & Juutilainen 2012.)

Laskimoperäisen haavan tunnistaminen

Laskimoperäinen haava sijaitsee yleensä säären tai nilkan alueella (Chapman 2017). Haava on matala ja kosteapohjainen, sekä siinä on monesti kellertävä fibriinikate (Käypä hoito 2014). Siinä voi olla kipua tai se voi myös olla kivuton. Haava voi vaihdella kooltaan ja muodoltaan. Se voi joskus myös ulottua säären ympäri tai haavoja voi olla useampia vierekkäin. (Hietanen & Juutilainen 2012.) Raajassa voi olla turvotusta, staasieksee-

maa ja suonikohjuja. Laskimoperäisen haavan ympäröivä iho on pigmentoitunut ja panssaroitunut, sekä siinä voi esiintyä atrophie blanche – ihomuutosta. Raaja on lämmin ja siinä esiintyvä kipu helpottaa raajan ollessa kohoasennossa. (Käypä hoito 2014.)

90% Säärihaavoista johtuu verenkiertoelinten sairauksista. Yleisin säärihaavojen aiheuttaja on laskimoperäiset ongelmat, ihon rikkoutumiseen voivat johtaa monet muut syyt, kuten valtimoperäiset ongelmat tai diabetes. (Kuokkanen & Malanin 2016.)

Laskimoperäisen haavan ehkäiseminen

Laskimoperäisten haavoja voidaan ehkäistä, kun riskiryhmään kuuluva asiakas huomataan terveydenhuollossa ja riskit huomioidaan, sekä niihin puututaan. Sääriturvotuksen poistaminen ja mahdolliset laskimokirurgiset toimenpiteet ovat tärkeintä laskimohaavan ehkäisyssä ja hoidossa. Suuri osa haavoista paranee muutamassa kuukaudessa turvotuksenesto hoidolla. (Kuokkanen & Malanin 2016.)

Laskimoperäisen haavan syntymistä voidaan ehkäistä tukemalla laskimoiden toimintaa. Pohjelihaspumpun toimintaa voidaan parantaa eri harjoitteilla, kuten esimerkiksi; ojentamalla ja koukistamalla nilkkoja useita kertoja päivässä, nousemalla varpaille tai kävelemällä portaita, säännöllisellä hyötyliikunnalla, sekä lepuuttamalla jalkoja säännöllisesti. Laskimopainetta saadaan vähennettyä pitämällä jalkoja usein koholla, esimerkiksi laittamalla yön ajaksi tyyny jalkojen alle. (Kauppinen 2017.)

Alaraajaturvotuksen perustana on kompressiohoito. Kompressiohoito; poistaa turvotusta, tukee pohjelihaspumpun toimintaa, alentaa pinnallisten laskimoiden verenpainetta, auttaa laskimoläppien toimintaa ja ehkäisee säärihaavan syntymistä. Hoidon toteutuksena käytetään kompressiosidosta tai lääkinällistä hoitosukkaa. (Hietanen 2017a.)

Elintapojen muuttaminen tarvittaessa on myös osa laskimoperäisen haavan ehkäisemistä. Mahdollinen ylipaino tulee hoitaa, sillä rasvakudos ei tue laskimoita. Tupakointi tulee myös lopettaa, sillä se heikentää veren-

kiertoa. Vaatetuksessa huomioidaan, että ei käytetä kiristäviä sukkia tai vaatteita. (Kauppinen 2017.)

Laskimoperäisen haavan hoito

Laskimoperäisen haavan hoidon tavoite on haavan umpeutuminen ja uusiutumisen ehkäiseminen. Hoidolla on tarkoitus vaikuttaa taustalla olevaan etiologiseen syyhyn ja sen kautta lopettamaan haavaa ylläpitävä prosessi. (Hietanen & Juutilainen 2012, 274.)

Turvotuksen estohoito nopeuttaa laskimoperäisen haavan parantumista, sekä ennaltaehkäisee haavan uusiutumista. Aluksi suositetaan käytettävän monikerroksisia tukisidoksia. (Vaalasti 2014.) Paikallishoidon tarkoituksena on taas haavauman puhdistaminen kuolleesta kudoksesta ja märkäeritteestä. Puhdistaminen jälkeen luodaan otolliset olosuhteet haavan paranemiselle. Noin 500:sta tarjolla olevasta paikallishoitotuotteesta tulee valita muutama valmiste jotka sopivat haavan eri vaiheisiin. (Kuokkanen & Malanin 2016.)

4 RAKENTEINEN KIRJAAMINEN KUDOSEHEYDESTÄ

4.1 Kirjaaminen

Kirjaaminen kuuluu osaksi potilaskertomusta ja se perustuu lainsäädäntöön ja kansallisiin ohjeisiin (Peltonen 2017). Terveystieteiden ammattilaisen tulee kirjata potilasasiakirjoihin asiakkaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi välttämättömät tiedot (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 12 §). Kirjaamisen tulee olla asiakaslähtöistä, riittävää, virheetöntä, asiallista ja siitä tulee tulla ilmi tiedon kirjaaja (Peltonen 2017). Sen tulee olla myös selkeää ja ymmärrettävää, sekä siinä tulee käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä lyhenteitä ja käsitteitä (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, 7§). Potilasasiakirjat tulee säilyttää oikeaoppisesti, pitää salassa, sekä huolehtia, että niiden sisältämät tiedot ovat voimassa (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 16§).

Kirjaaminen antaa mahdollisuudet päätöksentekoon ja toiminnan laadun arvioimiseen. Se myös antaa turvan asiakkaan hoidon jatkuvuudelle. Terveystieteiden ammattilaisille kirjaaminen takaa taas oikeusturvan. Näiden lisäksi kirjaaminen auttaa tiedonkulussa eri toimijoiden välillä. (Peltonen 2017.)

4.2 FinCC-luokitus

Kansallinen hoitotyön sähköinen kirjaamismalli perustuu WHO:n päätöksenteon prosessimalliin, rakenteiseen ja sähköiseen kirjaamiseen. Perusta rakenteelliselle kirjaamiselle on FinCC (Finnish Care Classification). Se perustuu Virginia Saban perustamaan kirjaamismalliin. FinCC muodostuu kolmesta eri tekijästä; suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTal), Suomalaisesta hoitotyön toimintaluokituksesta (SHToL) ja Suomalaisesta hoidon tulosluokittelusta (SHTuL). Tarve- ja toimintoluokitus jakautuu kolmeen kohtaan; komponentti, pääluokka ja alaluokka. Tulosluokittelu on jakautunut myös kolmeen eri kohtaan; parantunut, ennallaan ja huonontunut.

nut. Kirjaamiseen kuuluu myös vapaata tekstiä, jotta asiakkaan tila saadaan tarkoin kuvattua. (Iivanainen & Syväoja 2012, 15.)

Hoidon tarve ja tavoite

Hoitotyön henkilöstö laatii kuvauksen asiakkaan terveydentilaan liittyvistä, olemassa olevista tai mahdollisista tarpeista tulevaisuudessa, joita voidaan lievittää tai poistaa hoitotyön toimintojen avulla (Iivanainen & Syväoja 2012, 16). Hoitajan tulee yhdessä asiakkaan kanssa arvioida hoidon tarve ja käyttää apuna omaisia (Ensio 2012, 14). Asiakkaan tarve on joko aktuaalista tai potentiaalista. Aktuaaliset tarpeet ovat havaittavia, mittavia tai olemassa olevia. Potentiaaliset tarpeet ovat mahdollisesti asiakkaan terveydentilaa uhkaavia. Asiakkaan tarpeet voivat olla myös asiakkaan oma henkilökohtainen kokemus, tai hoitajan havaintoon perustuva. Tarpeet voivat olla fyysisiä, psyykkisiä ja/tai sosiaalisia. (Iivanainen & Syväoja 2012, 16.)

Hoidon tavoitetta kirjatessa käytetään tarveluokituksen komponenttien pää- ja alaluokkia, sekä vapaata tekstiä. Tavoitteet asetetaan suhteessa hoidon tarpeisiin sekä siihen, minkälaista muutosta asiakkaan tilassa odotetaan tapahtuvan. Tavoitteiden tulee olla asiakaslähtöisiä. Hoidon alussa pyritään asettamaan kokonaistavoite, joka ilmaisee asiakkaan lopullisen tilan. Kokonaistavoite voi esimerkiksi olla haavan paraneminen. Välitavoitteita voi olla useita hoidon aikana. Tavoitteiden tulee olla realistisia ja saavutettavissa. Tavoite ei saa perustua toiveeseen tai toiveajatteluun. Tavoite ei saa olla liian matala, sillä se ei motivoi asiakasta toimintaan. (Iivanainen & Syväoja 2012, 16.)

Suunnitellut toiminnot, hoitotyön toiminnot ja toteutus

Hoitotyön toiminnot valitaan tavoitteen mukaan niin, että ne ovat tarkoituksenmukaisia. Valintaa tehdessä tulee ottaa huomioon hoitotyönperiaatteet, näyttöön perustuva tieto, asiakkaan itseohjautuvuus ja henkilöstön määrä. Suunniteltuja toimintoja voi olla esimerkiksi; tukeminen, tarkkailu, avustaminen, seuranta ja hoitotoimenpiteen tekeminen. (Iivanainen & Syväoja 2012, 17.)

Hoitotyön toteutuksella tarkoitetaan suunniteltujen hoitotyön toimintojen toteuttamista. Toiminnoissa noudatetaan hoitotyön periaatteita kuten; kokonaisvaltaisuutta, omatoimisuutta, turvallisuutta ja jatkuvuutta. Tukemisella tarkoitetaan keskustelua, kannustamista ja kuuntelemista. (Iivanainen & Syväoja 2012, 17.)

Hoidon tulokset ja hoitotyön yhteenveto

Hoidon tuloksella kuvataan asiakkaassa tapahtuvaa muutosta. Asiakkaan sen hetkistä tilaa arvioidaan suhteessa hoidon tarpeeseen, tavoitteisiin ja toteutuneeseen hoitoon. Hoidon tuloksia arvioidaan asteikon avulla. Asteikossa on kolme kohtaa; parantunut, ennallaan ja huonontunut. Tarvittaessa sitä täydennetään vapaalla tekstillä. (Ensio, Kinnunen & Liljamo 2012, 18.)

Hoitotyön yhteenveto turvaa hoidon jatkuvuutta, sekä kokoaa keskeisimmät hoitajakson tiedot, kansallisesti sovittujen ydintietojen mukaan. Yhteenveto antaa loogisen kuvan asiakkaan sen hetkisestä tilasta siirtovaiheessa vastaanottavalle yksikölle. Yhteenveto sisältää kuvauksen asiakkaan fyysisistä ja psyykkisistä terveysongelmista ja näiden hoidosta, vaikka ongelmia ei siirto hetkellä enää ole. Yhteenvetoon kuuluu myös tarkat ja konkreettiset hoitotyön tavoitteet ja ohjeet niiden saavuttamiseksi. (Peltonen 2017.)

4.3 Kudoseheyden kirjaaminen

Kudoseheyteen kirjataan ihon ja ihonalaistenkerrosten, sekä lima- ja kudoseheyteen liittyvät asiat. Kudoseheys on komponentti, joka sisältää pää- ja alaluokkia. Luokilla kuvataan hoidon tarpeita, terveysongelmia ja muutoksia limakalvoilla tai iholla. (Ensio ym. 2012, 36.) Suomalaisessa tarve luokituksessa versiossa 3.0. on kuusi pääluokkaa ja 14 alaluokkaa. Vastaavasti Suomalaisessa hoitotyön toiminto luokituksessa kudoseheyden komponentissa on kymmenen pääluokkaa ja alaluokkia 24. (Kinnunen 2013, 40.)

TAULUKKO 2. Suomalaisen hoidon tarveluokitus (Itä-Suomen Yliopisto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos)

Pääluokka	Alaluokka
Ihon eheyden muutos	Ihorikko Ihon rikkoutumisen riski Kanyylin pistokohdan tulehdus Ulkoisen fiksaatiolaitteen aiheuttama ihovaurio Ihottuma
Limakalvon eheyden muutos	
Akuutti haava	Kirurginen haava Ihosiirre Ihonotto kohta
Krooninen haava	Säärihaava Painehaava Infektoitunut haava Diabeettinen jalkahaava
Traumaattinen haava	Palovamma Paleltumavamma
Kudoseheyteen liittyvä tiedon tarve	

Haavan tarkkailu ja kirjaaminen

Haavasta tulee mitata sen pituus, leveys ja syvyys, nämä mitataan 2-3 viikonviikon välein. Haavan syvyys voidaan mitata sondilla ja kirjataan lisäksi, mihin kudokseen haava ylettyy. (Hietanen 2017.) Valokuvaus on hyvä keino kuvailla ja dokumentoida haavan ulkonäön muuttumista. Valokuvasta näkee haavan sijainnin kehossa, haavan muodon ja haavan ympäröivän kudoksen tilanteen. (Hietanen & Juutilainen 2012, 74.) Pinnallisiin haavoihin piirretään näiden ääriviivat, haavojen taskut merkitään kellotaulun mukaisesti, mikäli valokuvausta ei voida toteuttaa. Haavaa tulee tarkkailla mahdollisen turvotuksen, punoituksen tai kivun varalta. Punoitus tulee tunnustella käsin. Eritteiden määrä, väri ja haju tulee kirjata asiakkaan tietoihin, infektion tunnistamiseksi. (Hietanen 2017.) Haavaa ympäröivää ihoa arvioidaan joka päivä, vaikka sidoksia ei vaihdettasi. Systemaattinen kirjaaminen helpottaa arviointia ja tiedonsiirtoa. Hoidon yhteydessä arvioidaan tuotteiden vaikuttavuutta. Saadun tiedon perusteella voidaan tarvittaessa, tehostaa hoitoa, vaihtaa tuotetta hoitavammaksi tai siirtyä suojaamaan esimerkiksi puhdasta granuloivaa haavaa. (Tolvanen 2017.)

Painehaavan virallinen riskiarviointimittari tulee olla käytössä ja hoitohenkilökunnan on saatava riittävä koulutus sen käyttöön. Arviointimittari tulee implementoida potilastietojärjestelmään. Mittarista saadut pisteet merkitään asiakkaan tietoihin. (Ahtiala ym. 2015.)

5 OPPAAN TOTEUTUS

5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnalliset ja tutkimukselliset opinnäytetyöt ovat usein samankaltaisia. Tärkeänä erona tutkimuksellisen opinnäytetyön ja toiminnallisen opinnäytetyön välillä on se että, toiminnallisessa opinnäytetyössä tehdään jokin tuotos kuten opas, esite, perehdytyskansio tai prosessikuvaus. Tässä tapauksessa syntyi opas. Tutkimuksellisessa opinnäytetyössä taas tuloksena syntyy uutta tietoa, usein tutkimusraportin muodossa. Toinen suurempi ero on siinä, että toiminnallisessa opinnäytetyössä työn kehittäminen edellyttää eri vaiheissa mukana olevia toimijoita. Tutkimuksellisessa opinnäytetyössä keskeisenä toimijana toimii opiskelija, toimijoita on usein mukana vain tiedon hankinnan aikana esimerkiksi haastatteluja tehtäessä. (Salonen 2013, 5-6.)

Toiminnallinen opinnäytetyö on toimintaoppimista mikä tarkoittaa sitä että, opiskelija pystyy kehittämään ajatteluaan ja ammatillista osaamistaan siten että, siitä jää tapa työstää samankaltaisia hankkeita tai projekteja myös valmistumisen jälkeen. Toiminta oppiminen on työelämän tärkeä kvalifikaatio eli, laadun määrittäminen. (Salonen 2013, 5.)

Olemme työskennelleet lineaarisen mallin vaiheiden mukaan. Lineaariset vaiheet etenevät tavoitteiden määrittelystä suunnitteluun, toteutukseen ja prosessin päättämisestä arviointiin (Salonen 2013, 15).

5.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikka käsitettä käytetään laajassa merkityksessä, se käsittää kaiken tutkimukseen ja tieteeseen liittyvän eettisen näkökulman arvioinnin. Työ voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa vain jos, työ on tehty hyvän tieteellisen käytön edellyttämällä tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 4-6.)

Tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta niin työssä, tallentamisessa, esittämisessä kuin arvioinnissa. Muiden tutkijoiden työ huomioidaan asianmukaisesti, eli viitataan heidän julkaisuihinsa oikeaoppisesti. Tutkimus suunnitellaan, toteutetaan, raportoidaan ja tallennetaan huomioiden tieteellisen tiedon vaatimusten mukaisesti. Ennen tutkimuksen aloittamista tulee hankkia vaadittavat tutkimusluvut. Ensin on myös sovittava kaikkien osapuolten – niin toimeksiantajan kuin ryhmän jäsenten – vastuut, velvollisuudet sekä oikeudet. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 7-6.)

Työssä käytimme luotettavia ja ajankohtaisia lähteitä. Työn luotettavuutta lisää lähteiden rajaaminen enintään kymmeneen vuoteen. Suurin osa lähteistämme on kuitenkin alle viisi vuotta vanhoja. Perehdyimme huolellisesti lähteisiin ja arvioimme niiden luotettavuutta, ennen niiden käyttöä. Työssä käytimme suomalaisia sekä ulkomaalaisia lähteitä. Ulkomaalaisissa lähteissä huolehdimme tarkasta käännöstyöstä. Lähteitä haimme muun muassa Terveystietokannasta, Medicista sekä Cinahl Esbcosta. Kunnioitimme muiden tutkijoiden työtä viittaamalla asianmukaisesti heidän julkaisuihin ja merkitsemällä lähteet lähdeluetteloon.

Olemme itse arvioineet työtä jokaisessa kehitysvaiheessa. Meidän lisäksi työtä ovat arvioineet myös kotihoidon esimies ja sairaanhoitajat, ohjaava opettajamme sekä opponoitsijat. Olemme toimineet rehellisesti koko prosessin ajan, ja vastaamme ensisijaisesti itse tieteellisen käytännön noudattamisesta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 7).

5.3 Oppaan tuottaminen

Opinnäytetyö tehtiin toiminnallisena opinnäytteenä, valmis työ on haavanhoito-opas. Opas tehtiin Helsingin kaupungin lähipalvelualue Haaga 1:lle. Haavanhoito aihe tuli Haaga 1:n esimieheltä ja sairaanhoitajilta, muuten saimme aiheen rajaamiselle ja toteuttamiselle vapaat kädet. Hankimme toimeksiantajalta tutkimusluvan ja sovimme jokaisen vastuut ja velvollisuudet.

Oppaan tavoitteena oli olla selkeä ja tiivistetty opas kroonisten haavojen tunnistuksesta, ennaltaehkäisystä ja kirjaamisesta. Tavoitteena oli kerätä käytännönläheistä ja helposti asiakaskäynneillä hyödynnettävää tietoa. Asetimme kriteereiksi tiivistetyn oppaan pitkän ja laajan haavahoitokansion sijaan. Halusimme oppaan olevan visuaalisesti selkeä ja tiedon tulevan helposti esiin. Käytimme kuvia elävöittämään ja tukemaan tekstiä.

Oppaan tuottaminen alkoi aiheen rajaamiselle sekä tiedonhauulla. Ennen oppaan tuottamista kirjoitimme opinnäytetyön kirjallistaosuutta oppaan kokoamisen helpottamiseksi. Etsimme oppaaseen ajankohtaista, luotettavaa ja laadukasta tietoa. Oppaan kokoaminen oli helppoa ja nopeaa taustatyön jälkeen. Oppaan sisällön asetteleminen ja kuvien löytäminen ei vienyt suuresti aikaa. Opinnäytetyöprosessien vaiheista oppaan tuottaminen oli vaivattomin.

5.4 Palaute ja arviointi oppaasta

Lähetimme oppaan toimeksiantajallemme heidän luettavaksi ja kommentoitavaksi. Saadun palautteen perusteella pystyimme vielä muokkaamaan opasta toimeksiantajan toiveita ja palautetta kuullen.

Toimeksiantajalta saamamme lopullinen palaute oli positiivista, eikä palautteesta ilmennyt parannusehdotuksia. Heidän mielestään työ oli selkeä, käytännöllinen ja hyödyllinen. Ulkoasultaan työ oli siisti, ja kuvat olivat hyvä lisä oppaaseen. Toimeksiantaja piti työtä käytännönläheisenä, ja se uskoi työstä olevan hyötyä asiakastyössä.

Saavutimme mielestämme asettamamme tavoitteet oppaan ja luomamme aikataulun suhteen. Oppaasta tuli selkeä, lyhyt ja tiivistetty paketti, joka antoi käytännönläheistä tietoa. Syvensimme opinnäytetyötä tekemällä omaa osaamistamme haavanhoidon osalta. Laajensimme myös haavahoito osaamista kotihoidon työntekijöiden keskuudessa valmiilla haavahoito oppaalla.

LÄHTEET

Aaltonen, L-M. Ahtiala, M., Kinnunen, M. & Roine, R. 2017. Painehaavoja ei pitäisi syntyä. Lääkärilehti. 45/2017, 2614-2615 [viitattu 20.3.2018].

Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi.aineistot.lamk.fi/tyossa/kantapaan-kautta/painehaavoja-ei-pitaisi-syntya/>

Agrawal, K. & Chauhan, N. 2012. Pressure ulcers: Back to the basics.

PMC. 45/2012, 244-254 [viitattu 18.3.2018]. Saatavissa:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3495374/>

Ahtiala, M., Hynninen, N., Iivanainen, A., Kinnunen, U-L., Seppänen, S. & Tervo-Heikkinen, T. 2015. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen

aikuispotilaan hoitotyössä. Hotus [viitattu: 26.3.2018]. Saatavissa:

<http://www.hotus.fi/system/files/Painehaava%20lopullinen111215.pdf>

Ambika, C. U., Karakkattu, V. K., Shalbha, T., Shilpa, S. B., Sudam, K &

Vedavati, B. P. 2014. Choice of wound care in diabetic foot ulcer: A

practical approach. World journal of diabetes. 15/2014, 546-556 [viitattu

27.3.2018]. Saatavissa: [https://www.wjgnet.com/1948-](https://www.wjgnet.com/1948-9358/full/v5/i4/546.htm)

[9358/full/v5/i4/546.htm](https://www.wjgnet.com/1948-9358/full/v5/i4/546.htm)

Bjålie, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø. & Toverud, K. 2015. Ihminen.

Anatomia ja fysiologia. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Chapman, S. 2017. Venous leg ulcers: An evidence review. British Journal of Community Nursing [viitattu 27.3.2018]. Saatavissa:

<file:///C:/Users/anttsel1/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/FJFCZHAN/ContentServer.pdf>

Ebeling, T. 2016. Diabeetikon jalkaongelmat. Terveysportti [viitattu

29.3.2018]. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00570&p_haku=diabeettinen%20jalkahaava

Ensio, A., Kinnunen, U-M. & Liljamo, P. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. THL [viitattu 13.3.2018]. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1

Eskelinen, E., Halmesmäki, K., Isoherranen, K. & Saarinen, J. 2017. Laskimohaavat ja niiden hoito. Lääkärilehti. 8/2017, 498-504 [viitattu 27.3.2018]. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/laskimohaavat-ja-niiden-hoito/>

Flink, A., Saarikoski, R., Stolt, M. & Väyrynen, P. (toim.) 2017. Jalkaterveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hannuksela-Svahn, A. 2016. Tietoa potilaalle: Ihon rakenne ja muutokset ikääntyessä. Terveysportti [viitattu 14.3.2018]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=ihon%20rakenne

Hietanen 2017a. Alaraajaturvotuksen kompressiohoito. Terveysportti [viitattu 21.4.2018]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=kompressio%20hoito

Hietanen, H. 2017b. Painehaavojen ehkäisy. Terveysportti [viitattu 16.4.2018]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=painehaava

Hietanen, H. 2017c. Painehaavojen hoito. Terveysportti [viitattu 19.3.2018]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=painehaavojen%20ehk%C3%A4isy

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

Iivanainen, A. & Syväoja, P. (toim.) 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Juutilainen, V. & Vikatmaa, P. 2017. Diabeetikon jalkahaava. Lääkärilehti. 8/2017, 505- 511a [viitattu 2.4.2018]. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi.aineistot.lamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/diabeetikon-jalkahaava/>

Kauppinen, A. 2017. Alaraajojen laskimoiden vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoito. Terveysportti [viitattu 21.4.2018]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=laskimo

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

Kuokkanen, H. & Malanin, K. 2016. Alaraajahaavan hoito. Terveysportti [viitattu 17.4.2018]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00152&p_haku=laskimoper%C3%A4inen%20s%C3%A4%C3%A4rihaava

Käypähoito. 2018. Diabetes [viitattu 27.3.2018]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50056#K1>

Käypähoito. 2014. Krooninen alaraajahaava [viitattu 19.3.2018]. Saatavissa: <http://www.kaypahoitolibguides.lamk.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50058julkaisijalle/viittaaminen>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Finlex [viitattu 16.3.2018]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Finlex [viitattu 16.3.2018]. Saatavissa:

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Lumio, J. 2017. Tietoa potilaalle: Painehaavat eli makuuhaavat.

Terveysportti [viitattu 18.3.2018]. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=painehaavojen%20ehk%C3%A4isy

Maruhashi, E. & Nwabudike, L. C. 2017. Patient education, self-care and medical grade honey — managing diabetic ulcer. Wounds international. 4/2017, 40-43 [viitattu 27.3.2018]. Saatavissa:

<http://web.b.ebscohost.com.aineistot.lamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=05e9f7af-729d-4ec2-b646-bfb605c0bc6a%40pdc-v-sessmgr01>

Nordqvist, C. 2017. Bed sores or pressure sores: What you need to know. MedicalNewsToday [viitattu 18.3.2018]. Saatavissa:

<https://www.medicalnewstoday.com/articles/173972.php>

Palve, J. 2017. Kroonisten haavojen konservatiivisen hoidon mahdollisuudet. Lääkärilehti. 8/2017, 518-523 [viitattu 8.3.2018].

Saatavissa:

<http://www.laakarilehti.fi.aineistot.lamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/kroonisten-haavojen-konservatiivisen-hoidon-mahdollisuudet/>

Peltonen, L-M. 2017. Hoitotyön kirjaaminen. Terveysportti [viitattu 16.3.2018]. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=hoitoty%C3%B6n%20kirjaaminen

Porter, M. & Kelly, J. 2014. Pressure ulcer treatment in a patient with spinal bifida. Nursing standart. 35/2014, 28,35,60-69 [viitattu 20.3.2018].

Saatavissa:

<http://web.a.ebscohost.com.aineistot.lamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=9b406a3a-eea2-473d-9ef3-00adaf3b128d%40sessionmgr4008>

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön- Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 72. Turku [viitattu 24.5.2018]

Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Soppi, E. 2016. paine haavan ehkäisy ja hoito. Lääkärin käsikirja [viitattu 20.3.2018] Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=painehaava%20luokitus

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.

Finlex [viitattu 16.3.2018]. Saatavissa:

<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Kotihoito ja kotipalvelut [viitattu 17.4.2018].

Saatavissa: <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Stadin seniori info. 2017. Kotihoito. Helsingin kaupunki [viitattu 28.2.2018].

Saatavissa: <https://www.hel.fi/seniorit/fi/apua/kotihoito/>

TAULUKKO 1. Esa Soppi. Painehaavojen luokittelu [viitattu 20.4.2018].

Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00352&p_haku=painehaavan%20luokittelu

TAULUKKO 2. Itä-Suomen Yliopisto. & Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Suomalaisen hoidon tarveluokitus [viitattu 20.4.2018]. Saatavissa:

https://www2.uef.fi/documents/1084483/1438202/SHTaL_ver+3.0.pdf/c37fa754-2792-41bb-9ccb-d08d43ee1472

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Tilastoraportti. Julkaisussa

Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2016. Saatavissa:

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134680/Tr19_17.pdf?sequence=3&isAllowed=y

- Tolvanen, R. 2017. Haavan hoidon arviointi. Terveyskirjasto [viitattu 26.3.2018]. Saatavissa:
http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=haavan%20hoidon%20arviointi
- Turns, M. 2015. Prevention and management of diabetic foot ulcers. British Journal Of Community Nursing. 20/2015, 30-37 [viitattu 27.2.2018]. Saatavissa:
<http://web.b.ebscohost.com.aineistot.lamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=76d645ed-8693-4aac-950c-45222b41fc19%40sessionmgr102>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa [viitattu 24.5.2018]
Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Vaalasti, A. 2014. Turvotuksen estohoito ja laskimoperäinen alaraajahaava. Terveysportti [viitattu 19.4.2018]. Saatavissa:
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00145&p_haku=laskimoper%C3%A4inen%20haava
- Virtanen, T. 2013. Painehaavojen riskiluokitusmittareiden kartoitus: Kirjallisuuskatsaus. Kliinisen asiantuntijuuden koulutusohjelma opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu

LIITTEET

Kroonisten haavojen tunnistaminen, ennaltaehkäisyminen ja kirjaaminen

Janette Laine & Selja Anttolainen

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU | OPINNÄYTETYÖ 2018

TUNNISTAMINEN

-Painehaava sijaitsee luisten ulokkeiden kohdilla, jossa luu painaa ihoa estäen normaalin verenkierron.

-Painehaavojen riskialueet;

- Lantion seudulla lonkkaluut, ristiselkä ja istuinkyhmy
- Alaraajoissa kantapäät, kehräsluut ja sääriluu
- Päässä korvalehdet ja takaraivo
- Näiden lisäksi selkäranka, kynärpäät ja lapaluiden kärkialueet

-Painekohdissa on ensin punoitusta, jonka jälkeen kudoksiin muodostuu turvotusta. Lopputuloksena on ihon rikkoutuminen.

-Painehaavassa voi tuntua kipua.

-Pitkälle edenneeseen ihorikkoon syntyy vaikeasti hoidettava kraaterimainen syvä haava, johon muodostuu monesti bakteeri infektio.

ENNALTAEHKÄISEMINEN

-Painehaavojen ehkäiseminen on myös osa niiden hoitoa

- Syntymistä voidaan ehkäistä tekemällä riskiarviota. Se tulee tehdä mahdollisimman nopeasti. Riskiarvioinnissa arvioidaan potilaan liikuntakyky, ihon kunto ja tuntopuutokset. Riskiarvio toistetaan aina potilaan tilanteen muuttuessa.

-Painehaavoja ehkäistään myös poistamalla kuormitus asentohoidon ja apuvälineiden avulla.

- Ihon venyttämistä, hankaamista ja kiristämistä tulee välttää. Iho pidetään ehjänä ja kuivana.

- Asiakas osallistuu myös itse painehaavojen ehkäisyyn liikkumalla tai liikuttamalla itseään mahdollisuuksien. Asiakasta kannustetaan ja aktivoidaan omatoimiseen liikkumiseen.



© R. Suhonen

KUVA 1. Painehaava kantapäässä (Raimo Suhonen 2006.)

PAINEHAAVAHELPPERI

©NPUAP – EPUAP painehaavojen syvyyshankitus I-IV

Painehaava on paikallinen ihon ja/tai sen alla olevan kudoksen vaurio. Se sijaitsee tavallisesti luisen ulokkeen kohdalla ja sen aiheuttaja on paine tai paine ja venytys yhdessä.

I aste

Vaalenematon punoitus

Ehjä iho, jossa on vaalenematonta punoitusta (eryteema) paikallisesti, yleensä luisen ulokkeen kohdalla. Vaalenematon punoitus voi olla merkki potilaan painehaavariskistä. Älä hiero punoittavaa aluetta.



II aste

Ihon pinnallinen vaurio

Verinahan (dermiksen) osittainen vaurio, joka ilmenee pinnallisena avoimena haavana. Voi olla myös ehjä tai rikkoutunut rakkula, muttei ihon repeämä, teipin aiheuttama ihorikko, inkontinenssiin liittyvä ihotulehdus (dermatiitti), vettyminen (maseeraatio) tai hiertymä (ekskoriaatio), joissa verinahka on paljastunut.



III aste

Koko ihon vaurio

Koko ihon läpäisevä kudospainevaurio, jossa ihonalainen (subkutaaninen) rasva voi olla näkyvässä, mutta lihas, jänne tai luu eivät ole paljaana. Haavassa voi olla kaletta tai nekroosia. Siinä saattaa olla taskumaisia kohtia ja onkaloitumista. Syvyys vaihtelee haavan anatomisen sijainnin mukaan. Konsultoi lääkäriä.



IV aste

Koko ihon ja ihonalaiskudoksen vaurio

Koko ihon ja ihonalaiskudoksen vaurio, jossa luu, jänne tai lihas on paljaana. Haavassa voi olla kaletta tai nekroosia. Siinä on usein taskumaisia kohtia ja onkaloitumista. Syvyys vaihtelee niiden anatomisen sijainnin mukaan. Konsultoi lääkäriä.



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

POISTA PAINEN JA ESTÄ IHON VENTYMINEN

TUNNISTAMINEN

- Diabeettinen haava muodostuu usein kuormitus- tai painealueelle.
- Yleensä haava sijaitsee:
 - päkiässä
 - varpaan päässä
 - kantapäässä
 - nilkassa
- Haavassa ei tunnu kipua ja raaja on lämmin, punakka ja laskimot voivat olla pullollaan.
- Jalkaterän tuntopuutosten takia haava jää usein huomaamatta.
- Haavan merkinä on monesti tarkkarajainen ja paksu kovettuma, jonka alla on hematooma.
- Tyypillisen haavan ympärillä on kovettuma.

ENNALTAEHKÄISEMINEN

- Diabeteksen hyvä hoitotasapaino on tärkeää haavojen syntymisen ehkäisemiseksi.
- Haavoja ehkäistään tutkimalla jalkoja päivittäin; tarkastamalla jalkojen iho, jalkapohjat, varvasvälit ja kynnet.
- Tärkeimmät ulkoiset ehkäisykeinot ovat oikean kokoiset kengät ja sukat. Kenkien ja sukien sisusta tarkistetaan aina ennen pukemista.
- Jalka hygieniasta ja ihon hoidosta pidetään hyvää huolta. Esimerkiksi. varpaiden väliin lampaanvillaa, ihon rasvaus ja pesun jälkeen hyvä kuivaus. Jalkakylpyjä ja kovettumien raspaamista tulee välttää.
- Kynnet leikataan varovasti ja niiden viilaamista suositellaan.
- Alaraajavoimistelu ja tasapainoharjoitukset ovat hyödyksi.



KUVA 2. Diabeteksen jalkahaava isovarpaan alla. (Tapani Rönnemaa 2009.)

TUNNISTAMINEN

- Laskimoperäinen haava sijaitsee yleensä säären tai nilkan alueella.
- Haava on matala- ja kosteapohjainen, jossa voi olla fibrinikatetta.
- Haava voi olla kivulias tai kivuton.
- Haavan koko ja muoto voivat vaihdella. Se voi ulottua säären ympäri, tai haavoja voi olla useampi vierekkäin.
- Haavan ympäröivä iho on pigmentoitunut ja panssaroitunut.
- Raajassa voi olla turvotusta, staassieksemaa ja suonikohjuja.
- Raaja on lämmin ja sen kipu helpottaa kohoasennossa.

ENNALTAEHKÄISY

- Pohjelihaspumpun parantaminen esim. varpaille nousulla, sekä nilkkojen koukistamisella ja ojentamisella.
- Jalkojen koholla pitäminen laskimopaineen alentamiseksi. Esimerkiksi yöksi voi laittaa tyynyn jalkojen alle.
- Kompressiohoito turvotuksen hoitoon ja ennaltaehkäisemiseksi.
- Tarvittaessa ylipaino vähentäminen, sillä rasvakudos ei tue laskimoiden toimintaa.
- Tarvittaessa myös tupakoinnin lopettaminen, tupakointi heikentää verenkiertoa.
- Kiristäviä sukia ja vaatteita tulee välttää.



KUVA 3. Krooninen haava sääressä (Raimo Suhonen 2010.)

KIRJAAMINEN

Haavahoidon hyvä kirjaaminen on tärkeä osa kokonaisvaltaista hoitoa, joka edellyttää yhtenäisiä kirjaamiskäytäntöjä. Systemaattinen helpottaa arviointia ja tiedonsiirtoa. Saadun tiedon perusteella voidaan tarvittaessa, tehostaa hoitoa, vaihtaa tuotetta hoitavammaksi tai siirtyä suojaamaan esimerkiksi puhdasta granuloivaa haavaa.

HAAVANHOIDON KIRJAAMINEN

- Haavanhoitoon liittyvät asiat kirjataan kudoseheyskomponentin pää- ja alaluokkien avulla.
- Kirjaamisessa tulee käydä ilmi konkreettisesti haavan hoito ja mitä haavanhoito tuotteita on käytetty. Esimerkiksi pelkkä "haava hoidettu ohjeen mukaisesti" ei riitä.
- Valokuvaus on hyvä keino kuvailla ja dokumentoida haavan ulkonäön muuttumista.
- Haavaan pituus, leveys ja syvyys mitataan vähintään 2-3 viikon välein. Kirjata tulee myös, mihin kudokseen haava ylettyy.
- Pinnalisiin haavoihin piirretään ääriviivat ja haavojen taskut merkitään kellotaulun mukaisesti.
- Haavaa ympäröivää ihoa arvioidaan joka päivä, vaikka sidoksia ei vaihdettaisi.
- Haavan eritteiden väri, haju ja määrä kirjataan asiakkaan tietoihin, infektioiden tunnistamiseksi.
- Haavan mahdollinen turvotus, punoitus tai kipu tulee myös kirjata.
- Potilastietojärjestelmään tulee kirjata käytössä oleva painehaavan riskiarviomittari, sekä mittarista saadut pisteet.

LÄHTEET

HIETANEN, H. 2017. Painehaavojen hoito. Terveysportti. [Viitattu 19.3.2018]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=hoitoty%C3%B6n%20kirjaaminen

KAUPPINEN, A. 2017. Alaraajojen laskimoiden vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoito. Terveysportti. [Viitattu 21.4.2018]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=laskimo

KUVA 1. Raimo Suhonen. Painehaava kantapäässä. [Viitattu 20.4.2018]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=ima01934>

KUVA 2. Tapani Rönnemaa. Diabeteksen jalkahaava isovarpaan alla. [Viitattu 20.4.2018]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ldk00376

KUVA 3. Raimo Suhonen. Krooninen haava sääressä. [Viitattu 20.4.2018]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ldk00499

KÄYPÄHOITO. 2014. Krooninen alaraajahaava. [Viitattu 19.3.2018]. Saatavissa: <http://www.kaypahoitolibguides.lamk.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50058julkaisijalle/viittaaminen>

TAULUKKO 1. Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2011. Painehaavahelpperi. [Viitattu 20.4.2018]. Saatavissa: https://www.shhy.fi/site/assets/files/1041/painehaavahelpperi_a5_pysty-1.pdf