

Heli Kavola ja Merja K. Laine

Kroonisten haavojen ehkäisy on tehokkainta haavanhoitoa

Krooninen haava on haava, jonka paraneminen ei etene normaalin vaiheittaisen aikataulun mukaisesti pysyvään paranemiseen (1). Haavan ilmaantumiseen tai huuonoon paranemiseen liittyy tyypillisesti jokin haavaa ylläpitävä sisäinen tai ulkoinen tekijä. Terveillä ihmisillä kroonisia haavoja ei käytännössä esiinny. Kroonisista haavoista suurimman ryhmän muodostavat verisuoniperäiset haavat, diabeettiset haavat ja painehaavat. Merkittävä osa kroonisista haavoista on monitekijäisiä (2).

Etiologian mukainen haavadiagnoosi on ensiarvoisen tärkeä asianmukaisen hoidon aloittamiseksi. Muiden haavan paranemista hidastavien tekijöiden kartoitus on oleellista paitsi hoidon onnistumisen kannalta myös haavan uusiutumisen ehkäisyssä.

Ikä, ylipaino, tupakointi, vähäinen liikunta ja vajaaravitsemus ovat perussairauksien ohella tunnettuja haavan kroonistumisen riskitekijöitä (1,3–5). Näistä muihin kuin ensimmäiseen voivat terveydenhuolto ja ennen kaikkea potilas itse vaikuttaa.

Eurooppalaisten tutkimusten mukaan kroonisten haavojen hoitokustannukset ovat 3–5 % terveydenhuollon kokonaismenoista (6,7). Väestön ikääntymisen sekä diabeteksen ja lihavuuden yleistymisen myötä haavanhoitokulujen oletetaan suurenevan entisestään. Rajallisten resurssien takia painopistettä tulisi suunnata entistä enemmän ehkäiseviin toimiin. Perussairauksien asianmukainen hoito, riskiryhmien tunnistaminen ja kroonistumisen taustalla olevien riskitekijöiden huomioiminen ovat haavojen menestyksellään ehkäisyä edellyttäväksi.

Painehaavan ehkäisyyn on kansallisia ja kansainvälisiä suosituksia, joissa korostetaan etenkin painehaavariskin tunnistamista (8,9). Painehaavariskin arviointiin on käytössä useita mittareita (10). Niissä huomioidaan painehaavan kannalta merkittävimpiä riskitekijöitä, kuten potilaan liikkumiskyky, ihon kunto, tuntopuutokset, ravitsemustila ja aiemmat painehaavat. Mikään riskimittari ei itsessään vähennä painehaavoja, vaan suurentuneen painehaavariskin toteamisen tulee johtaa ehkäiseviin toimenpiteisiin.

Suosittelujen mukaisia ehkäisytoimenpiteitä eli ihon kunnan arviointia ja seurantaa, asianmukaisen makuu- ja istuma-alustan valintaa, asentohoitoa sekä ravitsemusta noudattamalla voidaan merkittävästi vähentää painehaavojen esiintymistä (11,12). Riittävän henkilökunnan ja asianmukaisten apuvälineiden saatavuuden osalta vedotaan usein kustannussäästöihin, vaikka painehaavan ehkäisyä arvioidaan maksavan vain 10 % jo syntyneen painehaavan hoitokustannuksista (13). Näennäisten kustannussäästöjen sijaan painehaavojen ilmaantuvuus tulisikin ottaa yhdeksi hankintakriteeriksi muun muassa vanhusten hoidon kilpailutuksessa.

Laskimo- ja turvotusperäisen alaraajahaavan uusiutumisen estossa kompressiohoito on avainasemassa (14, Kallio ym. tässä numerossa). Hoidon toteutus jää kuitenkin usein riittämättömäksi. Osaltaan tähän vaikuttaa potilaan motivaatio sitoutua elinikäiseen kompressiohoitoon, mutta turvotuksen hoidon apuvälineiden saatavuudessa on myös suurta alueellista vaihtelua ja maksusitoumuskäytännöt ovat by-

Riskitekijöiden
huomiointi ja
potilaan motivointi
omahoitoon on
keskeisintä

mukaisen makuu- ja istuma-alustan valintaa, asentohoitoa sekä ravitsemusta noudattamalla voidaan merkittävästi vähentää painehaavojen esiintymistä (11,12). Riittävän henkilökunnan ja asianmukaisten apuvälineiden saatavuuden osalta

TAULUKKO. Diabeetikon jalkojen haavariskiluokitus (17).

Riskiluokka	Haavariski
0	Ei riskiä
1	Kaksinkertainen
2	Viisinkertainen
3	Yli kymmenkertainen

rokraattisia. Kompressiohoitoa alaraajahaavan paranemisen jälkeen tulisi korostaa selkeämmin osana haavan ehkäisevää hoitoa.

Tupakointi on tukkivan valtimotaudin merkittävin riskitekijä. Tupakoinnin lopettaminen sekä muiden riskitekijöiden (dyslipidemia, diabetes, kohonnut verenpaine) huomioiminen ja liikunta ovat valtimohaavan ehkäisyyn kulkakivet (15).

Diabetespotilaiden jalkahaavat ovat yleisimpiä kuin ei-diabeetikoiden: vuosittain arviolta 2–5 % ja elinaikanaan 20–35 % diabeetikoista saa jalkahaavan (16). Valtaosa tapaturmaan liittymättömistä amputaatioista tehdään diabeetikoille. Diabeetikon jalkaongelmien ehkäisyssä keskeistä on diabeteksen hyvä kokonaisvaltainen hoito, joka käsittää valtimotautiriskitekijöiden minimoimisen (17,18).

Diabeetikon jalkojen kunnan seuranta ja jalkaongelmien ehkäisy tulee aloittaa heti, kun diabetes todetaan. Diabeetikon jalkojen perustutkimus tulee tehdä vähintään kerran vuodessa, tarvittaessa useamminkin (17,19). Jalän perustutkimus kattaa tiedot potilaan aiemmista amputaatioista ja jalkahaavoista, jalän rakenteen, suojatunnon ja verenkierron tutkimisen sekä jalkineiden tarkistamisen.

Jalän perustutkimuksesta saatavien tietojen perusteella arvioidaan potilaan jalkojen riskiluokka (**TAULUKKO**) (17). Diabeetikot, joilla on jalkahaavan riskitekijöitä, tulee ohjata jalkojen-

hoitajien, jalkaterapeuttien tai muiden vastaavien terveydenhuollon ammattilaisten seurantaan ja hoitoon. Varhaisella diagnosoinnilla ja tehokkaalla hoidolla suurin osa amputaatioista olisi estettävissä (17).

Vuonna 2019 julkaistun Diabetesbarometrin mukaan diabetesta sairastavien omahoidon tuen resurssit ovat riittämättömät muun muassa jalkojenhoidon ja jalkaterapian osalta (20). Jalkojenhoitajilla ja jalkaterapeuteilla on oleellinen osa potilaan hyvän hoidon onnistumisessa, joten julkisen terveydenhuollon jalkojenhoitajien ja jalkaterapeuttien virat tulisi saattaa riittäviksi.

Hoidon toteutumisen kannalta potilaan motivointi on keskeistä. Uudenlaista lähestymistapaa edustavat yhteisölliset matalan kynnyksen Jalkaklubit (21). Niiden toiminnasta vastaavat julkisen terveydenhuollon ammattihenkilöt, mutta merkittävässä roolissa ovat myös vertaistukea tarjoavat jäsenet, vapaaehtoistyöntekijät, yhdistykset ja yritykset. Jalkaklubien tavoitteena on rohkaista potilaita osallistumaan omahoitoonsa, edistää hoitomyöntyvyyttä ja parantaa varhaisvaiheen hoitoa.

Avoterveydenhuollon toiminnassa korostuvat haavapotilaiden ohjaus hyvään omahoitoon sekä haavaongelmien ehkäisy. Oleellista on haavaongelmien varhainen tunnistaminen ja hoidon varhainen aloittaminen sekä hoidon aktiivinen seuranta ja tarvittaessa potilaan lähettäminen jatkohoitoon erikoissairaanhoidon.

Erikoissairaanhoidon vastuulla on vaikeahoitosten haavaongelmien diagnosointi ja hoito. Toimipaikkojen moniammatilliset työryhmät sekä hoitoketjut perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä auttavat tehokkaiden ja oikea-aikaisten hoitotoimenpiteiden kohdentamisessa potilaiden parhaaksi. ■



HELI KAVOLA, LT, plastiikkakirurgian erikoislääkäri, haavanhoidon erityispätevyys
Tukielin- ja plastiikkakirurgia,
HUS Töölön sairaala ja
Hyvinkään sairaala



MERJA K. LAINE, LT, dosentti, yleislääketieteen erikoislääkäri, diabeteksen hoidon, haavanhoidon ja lääkärikouluttajan erityispätevyys
Perusterveydenhuollon yksikkö, HUS
Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto, Clinicum, Helsingin yliopisto
Folkhälsanin tutkimuskeskus, Helsinki

KIRJALLISUUTTA

1. Frykberg RG, Banks J. Challenges in the treatment of chronic wounds. *Adv Wound Care (New Rochelle)* 2015;4:560–82.
2. Ahmajärvi KM, Isoherranen KM, Mäkelä A, ym. A change in the prevalence and the etiological factors of chronic wounds in Helsinki metropolitan area during 2008–2016. *Int Wound J* 2019;16:522–6.
3. Avishai E, Yeghiazaryan K, Golubnitschaja O. Impaired wound healing: facts and hypotheses for multi-professional considerations in predictive, preventive and personalised medicine. *EPMA J* 2017;8: 23–33.
4. Pierpont YN, Dinh TP, Salas RE, ym. Obesity and surgical wound healing: a current review. *ISRN Obes*, julkaistu verkossa 20.2.2014. DOI:10.1155/2014/638936.
5. Coleman S, Gorecki C, Nelson EA, ym. Patient risk factors for pressure ulcer development: systematic review. *Int J Nurs Stud* 2013;50:974–1003.
6. Posnett J, Gottrup F, Lundgren H, ym. The resource impact of wounds on health-care providers in Europe. *J Wound Care* 2009;18:154–61.
7. Phillips CJ, Humphreys I, Fletcher J, ym. Estimating the costs associated with the management of patients with chronic wounds using linked routine data. *Int Wound J* 2016;13:1193–7.
8. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö 2008. www.hotus.fi.
9. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: quick reference guide. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance 2019.
10. Moore ZEH, Patton D. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*, julkaistu verkossa 31.1.2019. DOI:10.1002/14651858.CD006471.pub4.
11. Tippet AW. Reducing the incidence of pressure ulcers in nursing home residents: a prospective 6-year evaluation. *Ostomy Wound Manage* 2009;55:52–8.
12. Barker AL, Kamar J, Tyndall TJ, ym. Implementation of pressure ulcer prevention best practice recommendations in acute care: an observational study. *Int Wound J* 2013;10:313–20.
13. Demarre L, Verhaeghe S, Annemans L, ym. The cost of pressure ulcer prevention and treatment in hospitals and nursing homes in Flanders: a cost-of-illness study. *Int J Nurs Stud* 2015;52:1166–79.
14. O'Meara S, Cullum N, Nelson EA, ym. Compression for venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*, julkaistu verkossa 14.11.2012. DOI:10.1002/14651858.CD000265.pub3.
15. Alaraajojen tukkiva valtimotauti. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verisuonikirurgisen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2010. www.kaypahoito.fi.
16. Armstrong DG, Boulton AJM, Bus SA. Diabetic foot ulcers and their recurrence. *N Engl J Med* 2017;376:2367–75.
17. Diabeetikon jalkaongelmat. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Diabetesliiton lääkärineuvoston, Suomen Endokrinologiyhdistyksen ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2009. www.kaypahoito.fi.
18. Diabetes. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärien yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2018 [päivitetty 26.3.2018]. www.kaypahoito.fi.
19. Microvascular complications and foot care: Standards of medical care in diabetes – 2019. American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2019;42(Suppl 1): 124–38.
20. Koski S. Diabetesbarometri 2019. Tampere: Suomen Diabetesliitto ry 2019. www.diabetes.fi/files/11454/Diabetesbarometri_2019_web.pdf.
21. Suomalainen jalkaklubi. Terveyskylä. www.terveyskyla.fi/haavatalo/tukea/vertaistuki/suomalainen-jalkaklubi.

SIDONNAISUDET

Heli Kavola: Apuraha (UPM Biomedicals, Herantis Pharma Oyj), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (UPM Biomedicals), luottamustoimet (HUS Painehaavatyöryhmä (puheenjohtaja), Suomen Lääkäriliitto, Haavanhoidon erityispätevyys toimikunta (puheenjohtaja), European Reference Network on Rare Multisystemic Vascular Disease: pediatric and primary lymphedema (HCP full member))

Merja Laine: Luento-/asiantuntijapalkkio (Amgen, Ascencia, Astra-Zeneca, BI, Novo Nordisk Farma Oy, Pfizer, Sanofi, Fioca), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Novo Nordisk Farma Oy), luottamustoimet (SYLY:n hallituksen jäsen, Suomen Hammaslääkäriliiton ja Diabetesliiton yhteistyöryhmän jäsen, Haavanhoidon erityispätevyys -työryhmän jäsen, Lihavuuden Käypä hoito -työryhmän jäsen, Diabetesliiton lääkärineuvoston varapuheenjohtaja), hankkeet (Syventävien opintojen ohjaus, Tohtorikoulutettavien ohjaus, Väitöskirjatutkijoiden seurantaryhmän jäsen)