

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
Petra-Nora Siirilä

Hämeen ammattikorkeakoulu
Hyvinvointiosaamisen yksikkö Hämeenlinna
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
Mirka Suokas

Siirilä Petra-Nora ja Suokas Mirka

Haavanhoito-opas palvelutalon hoitohenkilökunnalle

Tiivistelmä

Petra-Nora Siirilä ja Mirka Suokas
Haavanhoito-opas palvelutalon henkilökunnalle, 46 sivua, 3 liitettä
Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö 2017
Ohjaaja: Yliopettaja Päivi Löfman, Saimaan ammattikorkeakoulu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa käytännöllinen ja selkeä haavanhoito-opas palvelutalon henkilökunnalle. Tavoitteena oli kehittää ja päivittää hoitohenkilökunnan haavanhoito-osaamista ja parantaa hoidon laatua. Haavanhoitoon kuuluu haavan ennaltaehkäisy, monipuolinen ruokavalio ja haavanhoito nykyaikaisiin haavasuosituksiin perustuen.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisen opinnäytetyön menetelmiä käyttäen ja tuotoksena tehtiin haavanhoito-opas. Opinnäytetyön aloitusvaiheessa kerättiin taustatietoa hoitohenkilökunnan haavanhoito-osaamisesta avoimen kyselyn avulla, jonka perusteella selvisi opinnäytetyön tarpeellisuus. Kyselyiden tulokset analysoitiin teema-analyysillä. Suunnitteluvaiheessa kerättiin teoretietoa eri haavojen hoidoista ja niiden ennaltaehkäisystä. Toteutusvaiheessa koottiin opas, johon kerättiin tietoa ravitsemuksesta, haavoista, niiden hoidoista ja ennaltaehkäisystä sekä haavanhoitotuotteista.

Oppaasta tehtiin kansio, johon kirjoitettiin tietokoneella teoretiedot ja liitettiin kuvat. Oppaasta pidettiin perehdytys ja valmis tuotos toimitettiin Onnelantien palvelutaloon.

Asiasanat: haavanhoito, ennaltaehkäisy, toiminnallinen opinnäytetyö

Abstract

Petra-Nora Siirilä and Mirka Suokas

Wound Care Guide for Staff at a Sheltered Home, 46 pages, 3 Appendices

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services Lappeenranta

Degree Programme in Nursing, Nurse

Bachelor's Thesis 2017

Instructor: Principal Lecturer Päivi Löfman, Saimaa University of Applied Science

The purpose of this thesis was to produce practical and clear wound care guide for staff in a sheltered home. The aim of the thesis was to develop and update wound care procedures and improve overall quality of care. Wound care includes prevention of wound, diverse diet and wound care based on modern wound recommendations.

This thesis is based on primary research and has resulted in a wound care guide being produced. An open questionnaire was given to nursing staff to establish some background information of the level of wound care skills staff have. As a result of the questionnaire it was clear that this thesis was necessary. The results of the questionnaires were analysed using thematic analysis. During the design phase theoretical information about wounds, wound care and prevention was collected. During the implementation phase this information gathered in the design phase was collated to produce a nutrition, wound care guide, this also included information on wound care products.

The guide was created on a computer and included the theoretical information and pictures also. The guide was delivered alongside a practical demonstration of wound care procedures; this was carried out at Onnelas sheltered home.

Keywords: Wound care, prevention, functional thesis

Sisällys

1	Johdanto.....	5
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet.....	6
3	Ihon rakenne ja osatekijät.....	7
4	Ravitsemus.....	8
5	Haava.....	12
5.1	Haavojen luokittelu.....	12
5.2	Haavan paranemisen vaiheet.....	13
5.3	Haavan puhdistaminen.....	15
6	Yleisimmät haavat ja niiden hoito Onnelantien palvelutalon asukkailla.....	18
6.1	Painehaava.....	18
6.2	Leikkaushaavat.....	24
6.2.1	Amputaatiohaava.....	25
6.2.2	Lonkkaleikkaushaava.....	26
6.3	Krooninen haava.....	29
6.4	Traumahaava.....	30
7	Haavojen ennaltaehkäisy.....	32
8	Kirjaaminen.....	32
9	Opinnäytetyön toiminnallisen osan toteutus.....	33
9.1	Toiminnallinen opinnäytetyö Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.	
9.2	Kohderyhmä.....	33
9.3	Kyselyn toteutus.....	34
9.4	Kyselyiden tulokset ja niiden analysointi.....	35
10	Oppaan kuvaus.....	37
11	Eettiset näkökohdat.....	37
12	Pohdinta.....	38
	Taulukot.....	41
	Kuvat.....	41
	Lähteet.....	41

Liitteet

Liite 1 Avoin kysely

Liite 2 Saate

Liite 3 Opas

1 Johdanto

Tämä opinnäytetyö käsittelee haavoja sekä niiden ehkäisyä ja hoitoa. Coronaria Hoiva Oy on palveluorganisaatio, jonka piiriin kuuluu muun muassa 25 palvelutaloa. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Onnelantien palvelutalon kanssa, joka sijaitsee Lappeenrannassa. Opinnäytetyötä aloittaessa tuli ilmi, että heillä ei ole haavanhoito-opasta tai olemassa olevaa opasta ei ole päivitetty. Opinnäytetyön aihe syntyi Onnelantien henkilökunnan tarpeista sekä tekijöiden omasta mielenkiinnosta haavanhoitoa kohtaan.

Näyttöön perustuvan tiedon mukaan painehaavoja esiintyy Suomessa 55 000-80 000 vuodessa. Terveystieteiden tutkimusten mukaan painehaavojen hoitokustannukset ovat arviolta 2-3 % eli noin 400 miljoonaa euroa vuodessa. Vaikka painehaavojen ennaltaehkäisy on hoitoa halvempaa, ei siihen kuitenkaan ole kiinnitetty riittävästi huomiota terveydenhuollossa. (Iivanainen & Soppi 2013.)

Iho muuttuu vanhuuden myötä heikommaksi sekä hauraammaksi. Ihon toiminta hidastuu ja sen rakenne muuttuu erilaiseksi kuin nuoremmilla. Ihon orvaskesi ja verinahka ohenevat, ja ihonalaiskudos vähenee ja heikkenee. Kun toiminnot heikkenevät, iho menettää kimmoisuutensa. Ihon verenkierto heikkenee ja ihon kosteus vähenee. Tämän vuoksi hauraaseen ihoon tulee herkemmin nirhaumia ja palkeenkieliä. Myös jotkin lääkeaineet vaikuttavat ihon kuntoon. (Kukko 2011.)

Haavanhoito on ajankohtainen aihe ja osa päivittäistä hoitorutiinia, sillä haavat yleistyvät jatkuvasti esimerkiksi potilaiden huonokuntoisuuden vuoksi. Haavanhoitoon kulmakiviä olivat aseptiikka, oikeat hoitovälineet sekä tietämys haavanhoitosta. Asukkaiden haavoihin kuuluvat esimerkiksi painehaavat, joiden hoito voi vaatia erityisiä haavanhoitotuotteita (Soppi 2013.)

Opinnäytetyöksi valittiin haavanhoito-opas, joka keskittyy yleisimpiin palvelutalon asukkailla esiintyviin haavoihin sekä niiden ehkäisyyn ja hoitoon. Opinnäytetyötä varten selvitetään muun muassa erilaisia haavanhoitomenetelmiä sekä niihin käytettäviä haavanhoitovälineitä.

Opinnäytetyössä käytetään toiminnallista menetelmää ja se toteutetaan yhteistyössä Onnelantien palvelutalon kanssa. Etukäteen on varmistettu, ettei samasta aihepiiristä ole tehty aiemmin opinnäytetyötä Saimaan ammattikorkeakoulussa. Ennen oppaan tekemistä hoitohenkilökunnalle toimitetaan alkukartoituskysely, jonka tarkoituksena on rajata toteutetun haavanhoito-oppaan sisältö ja selvittää palvelutalon henkilökunnan haavanhoito osaamista. Kysely toteutetaan avoimilla kysymyksillä. Oppaan sisältö kootaan näyttöön perustuvan tiedon pohjalta. Alkukartoituskyselyllä helpotetaan oppaan rajaamista.

Opas suunnitellaan ja toteutetaan erityisesti Onnelantien hoitohenkilökunnan tarpeisiin. Opas pohjautuu teorian tietoon ja sen tarkoituksena on kehittää haavanhoito-osaamista valitussa palvelutalossa. Opas tehdään päivittäiseen käyttöön haavanhoitoihin liittyvissä asioissa ja se tulee olemaan selkeä ja helppoluinen. Oppaaseen liittyen toteutetaan hoitohenkilökunnalle perehdytys oppaan käytöstä, jotta sen käyttö olisi mahdollisimman helppoa. Opinnäytetyön kirjallisessa osuudessa jokaisesta haavan aihealueesta kirjoitetaan teorian tietoa, joka pitää sisällään myös haavojen ehkäisyä ja hoitoa.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä ajankohtaiseen teorian tietoon pohjautuva haavanhoito-opas, joka perustuu nykyisiin haavanhoitosuosituksiin. Siihen kootaan yleisimpiin haavoihin liittyviä hoito-ohjeita, joita palvelutalon asukkailla esiintyi sekä niihin liittyviä haavanhoitotuotteita. Opas sisältää pienen osan yleistä teorian tietoa, jota on hyvä tietää osana haavanhoitoa.

Haavanhoito-opas painottuu Coronaria Hoiva Oy:n palvelutalojen tarpeisiin, joista keskitymme tuottamaan oppaan Onnelantien palvelutalon hoitohenkilökunnalle. Haavanhoito-opas toteutetaan Onnelantien palvelutalon henkilökunnan tarpeisiin ja se tehdään kirjallisessa muodossa. Haavanhoito-oppaan tavoitteena on kehittää Onnelantien palvelutalon henkilökunnan haavanhoito-osaamista sekä parantaa asiakkaiden hoidon laatua. Oikean hoidon löytäminen nopeuttaa haavan paranemista sekä parantaa potilaiden hyvinvointia.

Jokaisella hoitohenkilökunnan työntekijällä olisi hyvä olla perusosaaminen haavanhoidosta, joka perustuu koulutuksen saamaan tietoon ja taitoon. Työkokeimuksen karttuessa työpaikalla tulisi järjestää haavanhoitokoulutuksia säännöllisin väliajoin, jotta haavanhoito-osaaminen ja tieto säilyisivät. Sairaanhoitajan tulee osata työskennellä työryhmässä, jossa haavoja hoidetaan. Sairaanhoitajan tulee konsultoida haavanhoitajaa tarvittaessa sekä kuvailla haavaa mahdollisimman tarkasti lääkärille, jotta oikea hoitomuoto pystyttäisiin valitsemaan vastaamaan haavan luonnetta.

3 Ihon rakenne ja osatekijät

Iho on elimistön suurin elin ja se peittää koko elimistön ulkopintaa. Ihon tärkeimpiä tehtäviä ovat elimistön suojaaminen mikrobeilta, nestehukalta, mekaaniselta ja kemialliselta rasitukselta sekä esimerkiksi auringon haitalliselta ultravioletisäteilyltä. Iho myös säätelee ruumiinlämpöä, aistii painetta, kosketusta, lämpöä, kylmää ja kipua sekä välittää tunneviestejä ympäristöllemme. Auringon ultravioletisäteilystä iho muodostaa elimistölle D3-vitamiinia. (Bjälle, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2012, 96.)

Iho muuttuu vanhuuden myötä heikommaksi ja hauraammaksi. Ihon toiminta hidastuu ja sen rakenne muuttuu erilaiseksi kuin nuoremmilla. Ihon orvaskesi ja verinahka ohenevat sekä ihonalaiskudos vähenee ja heikkenee. Kun toiminnot heikkenevät, iho menettää kimmoisuutensa. Ihon verenkierto heikkenee ja ihon kosteus vähenee. Tämän vuoksi hauraaseen ihoon tulee herkemmin nirhaumia ja palkeenkieliä. Myös jotkin lääkeaineet vaikuttavat ihon kuntoon. (Kukko 2011.)

Iho koostuu kahdesta kerroksesta: orvaskedestä (epidermis) ja verinahasta (dermis). Näiden kerrosten alla on ihonalaiskerros (subcutis), joka on pääasiassa rasvakudosta. Ihossa on esimerkiksi hikirauhasia, talirauhasia sekä laskimoita ja valtimoita. Ihon apuelimet eli hiki- ja talirauhaset auttavat lämmönsäätelyssä ja rajapinnan ylläpitämisessä. (Bjälle ym. 2012, 96.)

Orvaskesi on rakenteeltaan levyepiteeliä, joka on lisäksi kerrostunutta ja sarveistunutta. Useimmilla alueilla sen paksuus on noin 0,1 millimetriä. Suuren ra-

situksien alueilla, esimerkiksi jalkapohjissa, orvaskesi voi olla yli yhden millimetrin paksuinen. Orvaskeden pintaa kutsutaan marraskedeksi, jonka pinta koostuu kuolleista sarveissoluista. Sen tyvikerroksessa on myös pigmenttisoluja, jotka tuottavat ihon väriainetta eli melaniinia. Orvaskeden alueella ei ole verisuonistoa, vaan sen tarvitsema ravinto diffundoituu siihen verinahnan verisuonista. Tämä selittää sen, että ihon pintanaarmuista ei vuoda verta. (Bjälle ym. 2012, 96–97.)

Verinahka sijaitsee orvaskeden alla ja se on noin 0,5-3 millimetrin paksuinen. Verinahka koostuu sidekudoksesta, verisuonista, imusuonista, nestemäisestä kudoksesta, hermokudoksesta, karvatupista, tali- ja hikirauhasista sekä sileästä lihaksesta. Suurin osa tästä ihon kerroksesta on sidekudosta. Sidekudos sisältää kollageenisäikeitä, jotka vahvistavat verinahkaa, sekä kimmosäikeitä, jotka antavat verinahalle joustavuutta. Kollageenisäikeet kulkevat eri suuntiin, pääsääntöisesti kuitenkin ihon pinnan suuntaisesti. Verinahalla on suuri merkitys elimistön lämmönsäätelyssä, sillä se sisältää paljon veri- ja imusuonia. (Bjälle ym. 2012, 97–98.)

Suurinta osaa ihosta peittää ohut, lyhyt, untuvainen karva eli velluskarva. Niin sanottuja peitinkarvoja on lähinnä pään alueella, kulmakarvoissa, kainaloissa ja sukuelinten ympärillä. Karvat kasvavat karvatupen eli follikkelin pohjasta ja niiden lähistöllä olevia sileitä lihaksia kutsutaan karvankohottajalihaksiksi. (Bjälle ym. 2012, 98.)

4 Ravitseminen

Ikäihmisillä on omat ravitsemussuositukset, joiden tavoitteena on turvata, että ikääntyneellä on mahdollisuus saada hänen tarvitsemaansa laadukasta ravitsemushoitoa kotona tai hoitolaitoksessa. Ravitsemussuositukset jaotellaan sairastavuuden ja toimintakyvyn mukaisesti neljään eri ryhmään. (Hakala 2015.) Kotona asuvan ikääntyneen ravitsemussuositukset perustuvat monipuoliseen ja terveelliseen ravitsemukseen. On myös huomioitava tarpeellinen d-vitamiinin saanti, suun terveys sekä toimintakykyä lisäävä liikunta. Hoitoa tarvitsevan ikääntyneen ravitsemussuositukset perustuvat samoihin asioihin, kuin kotona

asuvillakin iäkkäillä. Huomioitava on kuitenkin ikääntyneen omat toiveet ja avun tarve ruokailussa. Ravitsemussuositukset ovat esitetty kuvassa 1 ja 2.

Hyväkuntoiset ikääntyneet:

- ruokavalion energiamäärä on sopiva energiankulutukseen nähden
- ruokavalion tulee olla monipuolinen, värikäs ja sisältää riittävästi proteiinia
- suolan käytön kohtuullisuus ja hyvälaatuisten, pehmeiden rasvojen käyttö on tärkeää
- jos on tarpeen laihduttaa, sen on tapahduttava hitaasti
- sairauksien aikana huolehditaan riittävästä energian, proteiinin ja ravintoaineiden saannista, tehostettua ruokavaliota käytetään tarvittaessa
- käytetään 20 mikrogrammaa/vrk D-vitamiinilisää ympäri vuoden
- suun terveydestä pidetään huolta puhdistamalla hampaat, proteesit ja suun limakalvot päivittäin
- toimintakykyä ja lihaskuntoa ylläpitävää sekä energiankulutusta lisäävää liikuntaa on riittävästi
- ruokailun psykososiaalinen merkitys otetaan huomioon.

Kotona asuvat ikääntyneet, joilla on useita sairauksia ja haurastumisriskiä

Edellisten lisäksi tässä ryhmässä on erityisesti otettava huomioon:

- sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tulee aktiivisesti tunnistaa ja ehkäistä ikääntyneiden asiakkaiden painonvaihtelua ja tahatonta laihtumista
- kotona on pieni ruokavarasto eli kotivara
- iäkkäitä omaishoitajia tuetaan ja kannustetaan ruokailun järjestämisessä
- edelleen suositetaan pehmeitä rasvoja ja kohtuullista suolan käyttöä ottaen kuitenkin huomioon ikääntyneen tottumukset ja mieltymykset
- toimintakykyä ja lihaskuntoa ylläpitävä sekä energiankulutusta lisäävä liikunta soveltuu myös henkilölle, jolla on sairauksia ja lieviä toiminnanvajauksia.

Kuva 1. Kotona asuvan ikääntyneen ravitsemussuositukset (Finne-Soveri, Hakala, Hakala-Lahtinen, Männistö, Sarlio-Lähteenkorva, Soini, Suominen & Pitkälä 2010)

Kotihoidon asiakkaat, monisairaat ja ikääntyneet, joilla on toiminnanvauksia

Edellisten lisäksi tässä ryhmässä on erityisesti otettava huomioon:

- 🍓 ikääntyneen toiveet huomioon ottaen suunnitellaan päivittäinen ruokailu, joka turvaa riittävän ravinnonsaannin, tarvittaessa järjestetään kauppapalvelu ja kotiateria
- 🍓 arvioidaan avun tarve syömisessä, tarvittaessa muistutetaan syömisestä
- 🍓 ruokailutilanteen psykososiaaliset tekijät ja mielihyvä otetaan huomioon ruokailua suunniteltaessa
- 🍓 huolehditaan tarvittavasta avustamisesta hampaiden, proteesien ja suun limakalvojen pesussa ja suun terveydenhoidossa
- 🍓 otetaan omaiset mukaan ravitsemushoidon suunnitteluun ja toteutukseen
- 🍓 toimintakykyä ja lihaskuntoa ylläpitävä sekä energiankulutusta lisäävä liikunta suunnitellaan niin, että se soveltuu monisairaille, joilla on toiminnanvauksia.

Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevat ikääntyneet

Edellisten lisäksi tässä ryhmässä on erityisesti otettava huomioon:

- 🍓 ruokailutilanteen kodinomaisuutta edistetään
- 🍓 hoitajat ruokailevat tai istuvat muuten ruokapöydän ääressä yhdessä ikääntyneiden kanssa
- 🍓 toimintakykyä ylläpitävä liikunta tehdään mahdolliseksi.

Kuva 2. Hoitoa tarvitsevan ikääntyneen ravitsemussuositukset (Finne-Soveri ym. 2010)

Ikääntyessä ihmisen ruokahalu heikkenee ja erinäisiä syitä ovat hampaiden ja suun ongelmat, muistisairaudet, leikkausten ja murtumien jälkitilat sekä muut sairaudet. Suun ja hampaiden kunnosta tulisi huolehtia, koska niillä on suuri merkitys ikäihmisen ravitsemukseen. Oikean muotoiset ja kokoiset proteesit sekä hyvin hoidetut hampaat ehkäisevät ongelmien syntymistä ruoan puremisen ja nielemisen kanssa. Syljenerityksen väheneminen voi olla merkki suun ja hampaiden ongelmasta. Jotkin lääkkeaineet aiheuttavat maku- ja hajuaisti muutoksia, mitkä taas aiheuttavat muutoksia ruokahalussa.

Ruoan maku muuttuu tai hajuaistin katoamisen myötä ruoka ei maistu samalla ruokahalulla kuin ennen. Leikkauksen myötä tulee pahoinvointia mikä kestää normaalisti yhdestä kahteen päivään, jolloin ruokahalu vähenee. Vanhemmilla ihmisillä leikkauksesta toipuminen voi kestää kauemmin ja ravitsemuksen merkitys on suuressa roolissa toipumisessa. Monipuolisella ravitsemuksella nopeutetaan toipumista, ehkäistään lisäsairauksien syntyminen ja parannetaan ikään-

tyneen vointia ja vireystilaa. Muistisairauden myötä muisti huononee ja toimintakyky hiipuu hiljattain. (Hakala 2015.)

Ikääntyneen tulisi syödä monipuolisesti, useita aterioita päivässä ja kiinnittää huomiota ruoan laatuun. Vuorokaudessa tulisi syödä kolme pääateriaa ja kahdesta kolmeen välipalaa, jotta aterioväli ei ylittäisi kahdesta kolmea tuntia. Ruokavalion tulisi sisältää 1500 kcal energiaa vuorokaudessa. Aamupalaksi olisi hyvä syödä kuitupitoinen ateria, kuten esimerkiksi puuroa marjojen tai voisilmän kanssa. Proteiinia aamupalaan saa juomalla maitoa. Lounas ja päivällinen tulisi sisältää liha-, kala- tai kanaa peruna tai riisilisukkeen kanssa. Kasviksia ja salaattia tulee tarjota aterialla. Ruokajuomaksi olisi hyvä juoda maitoa tai piimää ja täysjyväleivän päälle rasvavitettä. Hyviä välipalavaihtoehtoja ovat mysli tai marjat jogurtin tai viilin kanssa, täysjyväleipää rasvavitteellä, leikkeleellä ja vihanneksilla tai hedelmiä ja marjapuuroa. Nesteitä tulisi juoda vuorokaudessa yhdestä puoleentoista litraan eli viidestä kahdeksaan lasia. (Hakala 2015.)

Proteiini eli valkuaisaineet ovat lihasten ja luuston rakennusaineita. Liian vähäinen proteiinin saanti aiheuttaa ikäihmisellä lihaskatoa, mikä taas huonontaa liikuntakykyä ja altistaa infektioille. Proteiinit vaikuttavat positiivisella tavalla haavojen paranemiseen ja ihon kuntoon. Proteiinia tulisi saada 1,2-1,4g painokiloa kohden eli noin 80-100g vuorokaudessa. Sairauksien myötä proteiinien tarve kasvaa, jolloin proteiinia tulisi saada vähintään 1,4g painokiloa kohden vuorokaudessa. Proteiinien saanti olisi hyvä jakaa tasaisesti vuorokaudessa jokaiselle aterialle, jolloin elimistö pystyy käyttämään sen parhaiten. Proteiineja saadaan liha- ja maitotuotteista, pähkinöistä ja pavuista. Esimerkiksi yksi lasillinen (2dl) tavallista maitoa sisältää 6-7 grammaa proteiinia. (Hakala 2015.) Proteiinien lähteitä on esitetty taulukossa 1.

	Annos	Proteiinia
Eläinproteiinien lähteitä*		
Tavalliset maidot, piimät, jogurtit ym.	2 dl (lasillinen)	6-7 g
Proteiinilla rikastetut maidot	2 dl (lasillinen)	10 g
Proteiinijuomat ja -jogurtit	2 dl (lasillinen)	12-16 g
Kovat juustot, leipäjuusto	100 g	20-30 g
Raejuusto	100 g	16 g
Maitorahka ja proteiinirahkat	100 g	10-12 g
Maitoon keitetyt puurot	200 g (pieni annos)	8-10 g
Kananmuna	1 kpl (60 g)	7 g
Kala	100 g	10-25 g
Liha	100 g	20-30 g
Liha- ja makkaraleikkeleet	100 g	10-30 g
Leivät	100 g (4-5 viip.)	5-10 g
Kaurahiutaleet, tumma makaroni	100 g	13-15 g
Soijapavut tai -rouhe, keitetty	100 g	15-16 g
Muut pavut, keitetyt	100 g	10-16 g
Herneet, tuoreet ja keitetyt	100 g	5-6 g
Linssit ja kikherneet, keitetyt	100 g	7-9 g
Pähkinät ja mantelit	100 g	14-20 g
Auringonkukan ym. siemenet	100 g	23-29 g
Soijamaito ja -jogurtti	2 dl (lasillinen)	6-8 g
* Mitä vähärasvaisempi elintarvike, sitä enemmän proteiinia		

Taulukko 1. Proteiinien lähteitä (Hakala 2015)

5 Haava

5.1 Haavojen luokittelu

Yleisimpiä haavatyyppejä ovat pintahaava, viiltohaava, pistohaava sekä ruhjehaava. Pintahaava syntyy esimerkiksi kaatumisen seurauksena, ja iho voi rikkoutua laajaltakin alueelta. Viilto- tai pistohaavan aiheuttaa esimerkiksi jokin terävä esine, ja syvä haava voi ulottua ihonalaiseen kudokseen vaurioittaen samalla lihaksia, hermoja, verisuonia ja jänteitä. Haavan reunat ovat siistit. Eri-tyyppisiä vaarallisia ovat vartaloon osuneet pistot tai viillot. Ruhjehaavan aiheuttaa

usein tylppä esine, joka rikkoo ihon. Vamma-alue on repaleinen ja verenvuoto voi olla niukkaa tai runsasta. (Castrén ym. 2012.)

Haavat voidaan luokitella niiden ulkonäön perusteella neljään luokkaan. Ensimmäisen luokan haava on vaaleanpunainen eli epitelisoituva haava, toisen luokan haava on granuloiva ja väriltään punainen, kolmannen luokan haava on väriltään keltainen ja on nimeltään fibriinikatteinen haava ja neljännen luokan haava on musta eli nekroottinen haava. (Ahoon, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Taqvist 2013, 329.)

5.2 Haavan paranemisen vaiheet

Haavan paranemiseen vaikuttavat potilaslähtöiset tekijät, joihin potilas pystyy itse vaikuttamaan ja ulkoiset tekijät, joihin potilas ei pysty vaikuttamaan. Potilaan ikä, sairaudet, elämäntapa, kuten ruokavalio sekä yleiskunto ovat tekijöitä, joihin potilas pystyy vaikuttamaan haavan paranemisessa. Aseptiikka haavanhoidossa, henkilökunnan tieto- ja taitotaso sekä haavanhoidon toteuttaminen ovat potilaasta riippumattomia tekijöitä, joihin hän ei pysty vaikuttamaan. (Hietanen, Irvanainen, Juutilainen & Seppänen 2002, 27–32.)

Haavan parantuessa ihon solut kasvavat vaurioituneen alueen yli ja kohtaan muodostuu arpikudosta. Haavan paranemiseen vaikuttaa monta tekijää riippuen haavan tyypistä. Haavan koko, verenvuodon määrä, haavan sijainti sekä aika haavan synnystä hoidon saamiseen ovat merkittäviä tekijöitä haavan paranemisen suhteen. Haavan paranemista hidastavia tekijöitä ovat korkea ikä, huono verenkierto sekä huono ravitsemus. (Castrén ym. 2012.)

Haavan paranemisessa on kolme vaihetta: inflammaatio eli tulehdusvaihe, proliferaatio eli uudelleenmuodostumisvaihe sekä maturaatio eli kypsymisvaihe. Haavan paranemisen aikana jokainen vaihe voidaan tunnistaa, vaikka ne ovat toisistaan riippuvaisia ja osittain päällekkäisiä. (Hietanen ym. 2002, 28–32.)

Haavan synnyttyä joko traumaattisesti tai suunnitellusti ensimmäinen reaktio kudonvauriolle on inflammaatiovaihe, jossa verenvuoto haavassa tyrehtyy. Verenvuodon tarkoituksena on puhdistaa haava kuolleista soluista ja soluväliaineista ja suojella elimistöä lisävaurioilta. Inflammaatiovaiheessa vaurioituneet

verisuonet supistuvat, syntyy verihiihtäletulppa ja veri alkaa hyytyä, kun verisuonet supistuvat haavan ympäristössä ja haavassa. Vaihe voi kestää jopa 20 minuuttia. Veressä esiintyy fibrinogeeniä, josta muodostuu fibriiniverkkoja veren hyytyessä, jolloin leukosyyttejä siirtyy haavaan. Tämän ketjun seurauksena iholle syntyy rupi, joka sulkee haavan väliaikaisesti. Kun vahingoittunut kudos ja rikkoutuneet solut vapauttavat välittäjäaineita, joiden tehtävänä on laajentaa verisuonia haavan ympäröivässä ihossa, haavan ihon verenkierto paranee. Ihon kuumotus, punoitus ja turvotus haavan ympärillä ovat tässä vaiheessa normaaleja tulehdusreaktiota. (Hietanen ym. 2002, 28–30.)

Proliferaatio eli solujen nopea lisääntyminen kuuluu proliferaatiovaiheeseen, jossa syntyy granulaatiokudosta. Tällöin haavan reunat lähentyvät toisiaan eli tapahtuu kontraktoituminen ja toisaalta epiteelikudos kasvaa yhteen eli tapahtuu epitelisaatio. Toisena päivänä haavan syntymisestä haavaan tulee fibroblastisoluja, jotka toimivat niukkahappisessa ympäristössä. Kun uudet verisuonet kasvavat haavanpohjaan, fibroblastit ovat jakautuneet haavalle ja kulkeutuvat samassa tahdissa haavan reunoilta kohti keskustaa. Kun haavapohjaan muodostuu kapillaareja, hapen- ja ravintoaineiden puute vähenee haavapohjalta. Hapenpuute haavassa saa aikaan kapillaarien kiihtymisen, minkä seurauksena uudet kapillaarit liittyvät toisiinsa ja saavat aikaan verisuoniverkoston. Verisuoniverkoston tehtävänä on taata soluille happea ja ravintoaineita, mikä edistää epitelisaatiota ja kollageenisäikeiden muodostumista. (Hietanen ym. 2002, 31.)

Granulaatiokudosta muodostuu uusista hiussuonista, kollageenisäikeistä, fibroblasteista, valkosoluista ja sidekudoksesta. Kudosten muodostuminen on silminnähtävissä. Fibroblastit hyödyntävät fibronektiinin aikaansaamaa verkkoa granulaatiokudoksen muodostumisessa. Haavapohjan tulee olla puhdas kuolleesta kudoksesta ja vierasesineistä, kun granulaatiokudosta alkaa muodostua. Puhdistuminen kuuluu inflammaatiovaiheeseen. Granulaatiokudos voi kasvaa haavan reunoilta sisäänpäin tai haavapohjasta alkaen. Granulaatiokudos on terve merkki haavan paranemisesta. (Hietanen ym. 2002, 31.)

Haavan reunojen lähentyminen ja epiteelikudoksen kasvaminen yhteen tapahtuvat samanaikaisesti. Haavan supistuessa myofibroblastit supistuvat ak-

tiinisäikeiden avulla proliferaation loppuvaiheessa. Kontraktio alkaa muutaman päivän kuluessa haavan syntymisestä, kun taas epitelisaatio alkaa muutamassa tunnissa. Kontraktio saa aikaan haava pinta-alan pienenemisen. Kun haava on täynnä vaaleanpunaista ja läpikuultavaa granulaatiokudosta, proliferaatio päättyy. Sen tehtävänä on suojata haavaa ulkoisilta kontaminaatioilta. (Hietanen ym. 2002, 32.)

Haavan täytyttyä sidekudoksella ja epitelisaatio on päättynyt, alkaa muturaatiovaihe. Tämä vaihe voi kestää kuukausista vuosiin. Sidekudoksen kollageenin rakenne vahvistuu ja kiinteytyy eli tyyppin III kollageenin määrä vähenee ja muodostuu tyyppin I kollageenia. Haavan arpikudos ihossa ja faskiassa saavuttaa tässä vaiheessa lopullisen vetolujuuden, joka voi olla jopa 60–70% alkuperäisestä ihon lujuudesta. (Hietanen ym. 2002, 32.)

Haavan hoitoon käytettävä hoitomuoto valitaan haavan tyyppin, syvyyden sekä sijainnin perusteella. Kaikkien haavojen kohdalla hyvä käsihygienia sekä välineiden aseptinen käyttö on tärkeää, jotta voidaan estää haavan infektoituminen ja komplikaatioiden, kuten verenmyrkytyksen vaara. Castrénin ym.(2012) ensiapuoppaassa ohjeistetaan, että mahdollinen verenvuoto täytyy tyrehtyttää ja haava-alue pudistaa esimerkiksi haavanpuhdistusaineella. Haava voidaan sulkea haavateipillä, siteellä tai laastarilla ja iho täytyy suojata hankaukselta. Haava-alue tulee pitää puhtaana ja sidokset kuivina. Infektoitunut haava tarvitsee aina lääkärin konsultaation.

5.3 Haavan puhdistaminen

Haavan puhdistaminen on tärkeä asia haavan hoidossa ja vaatii aina aikaa. Haavanhoito sisältää neljä tärkeää asiaa paranemisen kannalta: haavan puhdistaminen, tulehduksen hallinta, kosteustasapainon tukeminen sekä uudisepiteelin kasvun tukeminen. Haavan puhdistamisessa on myös tärkeää yrittää estää tulehdusta sekä kuolleen kudoksen syntymistä, koska ne hidastavat haavan paranemista. (Juutilainen 2011.)

Haavan puhdistuksessa on käytössä monia eri hoitokeinoja kuten mekaaninen puhdistus eli revisio, entsyymaattinen puhdistus, autolyyttinen puhdistus sekä

biologinen puhdistus. Haavan paranemisen edistämiseen voidaan käyttää myös kirurgisia menetelmiä. (Krooninen alaraajahaava 2014.)

Revisiota käytetään ensisijaisesti haavanpuhdistusmenetelmänä, kun haavalta tulee poistaa katteinen erite. Siinä katetta ensin pehmennetään, minkä jälkeen se poistetaan mekaanisesti instrumenteilla. Haavanhoito vaatii yleensä puudutetta. Mekaanisen puhdistuksen avulla haavapohja saadaan hienon vaaleanpunaiseksi, jolloin haavan paraneminen voi alkaa. (Krooninen alaraajahaava 2014.)

Mekaanisen puhdistuksen tukena käytetään entsyymaattista hoitomuotoa. Haavanpuhdistuksen tavoitteena tulee pitää haava kosteana, jotta hoito olisi tehokasta. Siinä käytetään voidemaisia entsyymituotteita, esimerkiksi lruholeja, jotka hajottavat nekroosia ja pilkkovat kollageeniä. Kyseisiä tuotteita saa käyttää vain rajoitetun ajan, esimerkiksi kaksi viikkoa. (Suomen verisuonikirurginen yhdistys 2017.)

Autolyyttistä hoitomuotoa käytetään myös mekaanisen puhdistuksen tukena, mutta sitä ei tule käyttää ainoana hoitomuotona. Autolyyttisen puhdistuksen tavoitteena on hyödyntää elimistön kykyä hajottaa kuolleita kudoksia. Sen toteutumiseen vaaditaan kostea ympäristö sekä normaali verenkierto haavassa. Kosteuden ylläpitämiseksi voidaan käyttää kosteutta ylläpitäviä sidoksia haavalla. (Ohjeita haavapotilaiden hoitoon 2011.)

Biologinen haavanhoito tarkoittaa haavan puhdistusta steriileillä kärpäsentoukilla, jotka hajottavat myös nekroottista kudosta. Nopean puhdistuksen ansiosta se poistaa myös haavalta pahaa hajua. Biologinen hoitomuoto auttaa varsinkin katteisten ja nekroottisten haavojen hoidossa. Kärpäsen toukat puhdistavat haavan huonosta kudoksesta, desinfioivat haavaa sekä edistävät haavan paranemista. Jo yksi toukka pystyy poistamaan haavasta 25 milligrammaa kuollutta kudosta yhdessä vuorokaudessa. Toukalla on pienet piikit, jotka hankaavat ihoa poistaen kuollutta kudosta. Toukkia käytetään kerralla noin 10–15 ja ne vaihdetaan kahdesti viikossa. Toukahoitoa käytetään usein, kun muut hoidot eivät enää auta. Niitä voidaan käyttää esimerkiksi amputaatiohaavan hoidossa tai infektoituneiden leikkaushaavojen hoidossa. Toukkia voidaan käyttää joko aset-

tamalla irtonaisia toukkia haavalle tai laittamalla toukat toukkapussiin ja asettamalla se haavalle. Samalla, kun toukat ovat haavassa, ehjä iho suojataan ihonsuojatuotteilla. Hoito lopetetaan, kun kuollut kudος on poistunut tai jos se ei näytä edistävän haavan paranemista. (Fleischmann & Grassberger 2011; Pukki 2014; Ohjeita haavapotilaiden hoitoon 2011.)

Haavanhoidossa käytetään kirurgisesta hoidosta revisiokirurgiaa ja korjaavaa kirurgiaa. Revisiokirurgiassa tavoitteena on puhdas haavapohja, joka mahdollistaa haavan paranemisen. Korjaavassa kirurgiassa suljetaan haava lopullisesti, esimerkiksi kroonisen alaraajahaavan hoidossa, jolloin konservatiivinen hoito ei riitä. Menetelminä käytetään yleensä kielekeleikkausta tai ihosiirrettä. Ennen hoidon toteutumista haavapohjan tulee olla terve, mieluiten granuloiva, verenkierron alaraajoissa tarkistettu sekä potilaan ymmärtää hoidon jälkeiset vaatimukset. (Ohjeita haavapotilaiden hoitoon 2011.)

Yleisesti haavan hoidossa tulee huomioida sen paranemiseen vaikuttavat tekijät, kuten esimerkiksi oikeanlainen ravitsemus, tupakoinnin lopetus ja liikunta, jotka kaikki edistävät verenkiertoa. Tarvittavaa kipulääkitystä tulee toteuttaa ennen haavanhoitoa sekä haavanhoidon paranemisen aikana. Haavanhoitotuotteet tulee valita oikein haavojen vaatimilla ominaisuuksilla. Haavanhoitotuotteita on markkinoilla paljon, ja niiden käytöstä kannattaa kysyä asiantuntijalta. Tuotteiden väärinkäyttö voi pahentaa haavan tilannetta ja pitkittää haavan paranemista. (Ohjeita haavapotilaiden hoitoon 2011.)

Mekaaninen puhdistus

Haavan hoito on aloitettava mahdollisimman pian sen synnyttyä, jotta sen kroonistumiselta vältyttäisiin, myös haavan paranemisen mahdollisuudet ovat paremmat. Haavasta tulee poistaa nekroottinen, katteinen ja infektoitunut erite ja mahdollistaa haavalle tarvittava paranemisympäristö sen lämmön, kosteuden ja pH:n mukaisesti. Katteista haavaa tulisi hoitaa useammin kuin puhdas pohjaista haavaa, jopa lähes joka tai joka toinen päivä. Haavan liika kosteus tai kuivuus hidastaa sen paranemista. (Krooninen alaraajahaava 2014.)

Katteista haavaa tulee pehmentää hyvin ennen katteen poistamista, esimerkiksi Prontosan-geelillä noin 10 minuuttia. Jos haavanhoito tuottaa kipua, tulisi tarvit-

tavaan kipulääkitykseen kiinnittää huomioita ennen haavanhoitoa tai vaihtoehtoisesti haavanhoidossa käyttää haavalle tarkoitettua puudutegeeliä tai voidetta. Kate olisi hyvä poistaa mekaanisesti esimerkiksi kirurgisella veitsellä tai kyretillä käyttäen apuna saksia tai atuloita. Käytettävien instrumenttien täytyy olla steriilejä. (Krooninen alaraajahaava 2014.)

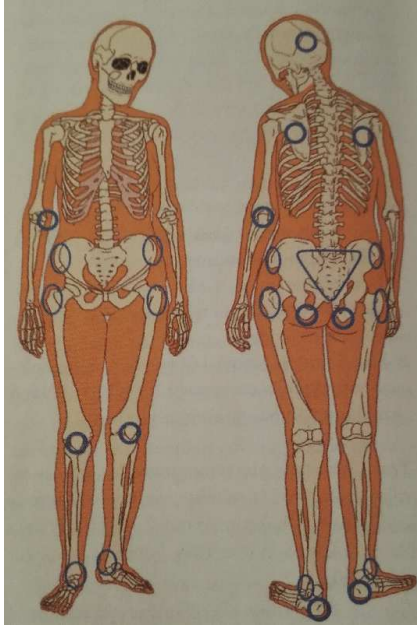
6 Yleisimmät haavat ja niiden hoito Onnelantien palvelutalon asukkailla

6.1 Painehaava

Näyttöön perustuvan tiedon mukaan painehaavoja esiintyy Suomessa 55 000-80 000 kappaletta vuosittain. Painehaavojen hoitokustannukset ovat terveydenhuollonkustannuksista arvioilta 2-3 % eli noin 400 miljoonaa euroa vuodessa. Vaikka painehaavojen ennaltaehkäisy on hoitoa halvempaa, ei siihen kuitenkaan ole kiinnitetty riittävästi huomiota terveydenhuollossa. (Iivanainen & Soppi 2013.)

Painehaavat eli makuuhaavat ovat ihovaurioita, jotka syntyvät ihoalueelle, jossa luu painaa ihoa vasten ja samalla estää ihon normaalin verenkierron. Kun happirikas veri ei kierrä kunnolla, iho heikkenee ja synnyttää painehaavan. Painehaava on hapenpuutteesta johtuva kudonvaurio iholla. (Lumio 2016.) Painehaavojen syntyyn vaikuttavia tekijöitä ovat luuhun kohdistuva pitkittyvä staattinen paine, liikkumattomuus sekä ihon pitkäaikainen kosteus (Hietanen ym. 2002, 187).

Ihmisille, jotka jäävät vuodepotilaiksi esimerkiksi vammautumisen tai sairauden vuoksi, todennäköisesti kehittyy painehaava ensimmäisten hoitopäivien aikana. Ihoon kohdistuvaa painetta tulisi helpottaa vaihtamalla asentoa vuoteessa kahden tunnin välein. Vanhoilla ihmisillä eritteet vaipassa, hikoilu tai haavaeritteet aiheuttavat kosteutta iholla, joka heikentää ihon pintarakennetta ja siten altistaa haavainfektioille. Iho tulisi pitää kuivana ja ehjänä. (Hietanen & Juutilainen 2016, 301, 318–319, 326.) Painehaavoja esiintyy yleisemmin luisissa kohdissa, kuten lonkissa kantapäissä tai kyynärpäissä. Kuvassa 3 on esitetty tavallisimmat makuuhaavapaikat.



Kuva 3. Kuormituspisteet (Hietanen ym. 2002)

Sopin (2013) mukaan painehaavat jaetaan eri luokkiin ja hoitomuoto valitaan niiden perusteella. Painehaavaluokkia on neljä ja niistä selviää muun muassa haavan syvyys. Painehaava voi olla myös luokittelematon, joka tarkoittaa esimerkiksi, ettei haavan syvyyttä tiedetä. Taulukossa 2 on esitetty painehaavaluokat ja kerrottu mitä mikäkin luokka tarkoittaa.

Aste	Kuvaus
1	Ehjän ihon vaalenematon eryteema, joka tavallisesti sijoittuu luu-ulokkeen kohdalle
2	Osittainen dermikseen ulottuva ihovaurio, jossa on matala vaaleanpunainen tai punertava haavapohja ilman kuollutta kudosta
3	Koko ihon läpäisevä vaurio. Ihonalainen rasvakudos saattaa näkyä, mutta luu, jänne tai lihas eivät ole näkyvissä
4	Kudoksen läpäisevä kudostuho, joka ulottuu luuhun, jänteeseen tai lihakseen asti
Luokittelematon	<ul style="list-style-type: none"> • Haavan syvyys tuntematon; kudoksen läpäisevä kudostuho, jossa haavapohja on katteen tai nekroosin peittämä • Epäily syvällä sijaisevasta kudostuhosta: paikallinen purppuran värinen tai tummanpunainen ihoalue tai veren täyttämä rakkula johtuen alla olevan pehmeän kudoksen vaurioitumisesta paineen tai siihen liittyneen venytyksen/hankauksen vuoksi
Painehaavan parantumista syvästä vauriosta pinnalliseksi ei arvioida tällä asteikolla, eli esim. 4. asteen painehaavaa ei sen parantuessa voi luokitella 3. tai 2. asteen painehaavaksi.	

Taulukko 2. Painehaavojen luokittelu (Soppi 2013)

Painehaava voi olla myös luokittelematon, jolloin haavan syvyys on tuntematon. Tässä tapauksessa voidaan myös epäillä syvällä sijaitsevaa kudostuhoa, jonka on aiheuttanut kova paine tai hankaus. (Soppi 2013.)

Painehaavan ehkäisyssä tulisi kiinnittää huomioita ihon kuntoon, potilaan ravitsemustilaan sekä asentohoitoon. Paineen poistaminen tai alentaminen iholta ja kudoksilta on tärkein toimenpide painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Siihen käytettäviä apuvälineitä ovat esimerkiksi kevennystyyny, patjat sekä istuinaluset. Asennonvaihdot tulisi tehdä kahden tunnin välein. Painehaavan riskiarvio kuuluu hoitohenkilökunnan työtehtäviin ja sitä tulisi tehdä päivittäin. Painehaavan riskimittareilla arvioidaan potilaan riskitekijöitä saada painehaava. Yleisimmät riskimittareissa käytetyt osa-alueet ovat liikuntakyky, ihon tunto ja kosteus, yleinen terveydentila, ravitsemus sekä kitka ja kudosten venyminen. Kansainvälisiä riskimittareita on useita, ja niistä käytetyimpiä ovat Nortonin riskiluokitusmittari sekä Bradenin riskiluokitusmittari. Ne koostuvat viidestä tai kuudesta osatekijästä, ja riskipisteet ilmaistaan yleensä asteikolla 1-4. Mitä vähemmän potilas saa pisteitä, sitä suurempi riski on painehaavoille. (Hietanen & Juutilainen 2016, 312–313.) Esimerkki riskiluokitusmittarista on esitetty taulukossa 3.

Luokittelu/ Pisteet	1	2	3	4
Tuntoaisti Kyky reagoida tarkoituksenmukaisesti paineesta johtuvaan epämukavuuteen	Puuttuu Ei reagoi (valita, kavahda tai takerru) kivuliaaseen ärsykkeeseen alentuneesta tajunnan tasosta tai rauhoittavasta lääkityksestä johtuen TAI rajoittunut kyky tuntea kipua suurimmalta osin kehon pinta-alasta.	Huomattavasti alentunut Reagoi vain kivuliaaseen ärsykkeeseen valittamalla tai rauhattomuudella. Tai on tuntopuutos, joka rajoittaa kivun tai epämukavuuden tuntemusta yli puolelta kehon pinta-alasta.	Jonkin verran alentunut Reagoi puhutteluun, mutta ei voi aina ilmaista epämukavuutta tai tarvetta kääntämiseen TAI on osittain tuntopuutos, joka rajoittaa kykyä tuntea kipua tai epämukavuutta 1 – 2 rajassa.	Normaali Reagoi puhutteluun. Ei ole tuntopuutoksia.
Ihon altistuminen kosteudelle	Jatkuvasti kostea Iho pysyy melkein jatkuvasti kosteana hikoilusta, virtsasta tms. johtuen. Kosteutta havaitaan aina kun potilasta liikutetaan tai käännetään.	Usein kostea Iho on usein, mutta ei aina kostea. Lakanat täytyy vaihtaa ainakin kerran hoitovuorossa.	Ajoittain kostea Iho on ajoittain kostea vaatiien vuodevaatteiden ylimääräisen vaihdon kerran päivässä.	Harvoin kostea Iho on yleensä kuiva; vuodevaatteet vaihdetaan tavanomaisin välein.
Fyysinen aktiivisuus	Vuodepotilas	Istumaan kykenevä potilas Kävelykyky rajoittunut huomattavasti tai puuttuu. Ei pysty kannattamaan omaa painoaan ja/tai vaatii avustusta siirtymisessä tuoliin tai pyörätuoliin.	Kävelee ajoittain Kävelee ilman apua tai avustettuna lyhyitä matkoja päivän aikana. Viettää suurimman osan hoitovuorosta sängyssä tai tuolissa.	Kävelee usein Kävelee huoneen ulkopuolella vähintään kahdesti päivässä ja huoneessa noin kahden tunnin välein valvellaoloaikana.
Liikkuvuus Kyky muuttaa ja kontrolloida kehon asentoa	Täysin liikkumaton Ei pysty aktiivisesti lainkaan liikuttamaan kehoaan tai raajojaan ilman apua.	Hyvin rajoittunut Pystyy ajoittain muuttamaan kehon tai raajojen asentoa, mutta on kykenemätön toistuviin tai huomattaviin asentomuutoksiin avustamatta.	Osittain rajoittunut Uselta, joskin pieniä raajojen asentomuutoksia ilman avustusta.	Rajoittamaton Pystyy tekemään itsenäisesti toistuvia asentomuutoksia.
Ravinnon nauttiminen	Riittämätön Ravinnotta tai kirrkailla nesteillä, TPN > 5 pv. Ei syö koskaan kokonaista ateriaa, harvoin syö korkeintaan puolet tarjotusta ateriasta. Nauttii 2 annosta tai vähemmän proteiinipitoista ruokaa (liha/maito) päivässä. Nauttii nesteitä heikosti. Ei nesteravintolisää käytössä.	Todennäköisesti riittämätön Syö harvoin kokonaisen aterian tai nauttii vain puolet tarjotusta ateriasta. Nauttii vain 3 annosta proteiinipitoista ruokaa (liha/maito) päivässä. Nauttii ajoittain nestemäistä ravintolisää TAI ei saa optimaalista määrää nesteitä tai letkuruokintaa.	Kohtuullinen Syö yli puolet kustakin ateriasta. Nauttii 4 annosta proteiinipitoista ruokaa (liha/maito) päivittäin. Kieltäytyy ajoittain ruuasta, mutta nauttii tarjotun ravintoliansä TAI on letkuruokinnalla tai TPN -ravitsemuksella, joka todennäköisesti kattaa ravitsemustarpeen.	Hyvä Syö suuren osan jokaisesta ateriasta. Ei koskaan kieltäydy ateriasta. Syö tavallisesti ≥4 annosta lihaa ja maitotuotteita. Joskus nauttii ravintoa aterioiden välillä. Ei tarvitse ravintolisää.
Venyttävät ja hankaavat voimat	Huomattavia Vaatii apua liikkumisessa. Nostaminen ilman liu'uttamista on mahdotonta. Liukuu usein tuolissa tai sängyssä vaatiien useasti toistuvaa apua. Spastisiteetti, kontratuurat tai rauhattomuus johtavat lähes jatkuvaan hankaukseen.	Ajoittaisia Liikkuu vapaasti tai vaatii vähän apua. Liikkuessa keho todennäköisesti hankaa alustaa vasten. Pystyy pitämään kohtuullisen hyvän asennon tuolissa tai sängyssä suurimman osan aikaa, mutta liukuu ajoittain.	Ei esiinny Pärrää ilman apua. Ylläpitää hyvän asennon sängyssä tai tuolissa jatkuvasti.	

Taulukko 3. Braden riskiluokitusmittari (MediMattress 2017)

Asentohoidon tarkoitus on paineen poistaminen tai sen vähentäminen luisen ulokkeen kohdalla. Paineen jakautuminen mahdollisimman leveälle alueelle keholla vähentää yksittäisten kohtien painetta. Asennonvaihtoväliä on vaikea sanoa, koska alttius painehaavojen kehittymiselle on yksilöllistä, mutta suositus asennon vaihdolle on 1-2 tunnin välein, jos käytettävissä ei ole apuvälineitä. Havainnoimalla ihon punoitusta, voidaan miettiä tulisiko asennonmuutosta tehdä useammin. Asentoa tulisi vaihtaa puolelta toiselle sekä mahalta selälleen, jos asento on potilaalle mieluisa. Asennossa tulee kiinnittää huomiota, ettei esimerkiksi vaate tai letku jää puristuksiin potilaan alle ja täten aiheuta painevauriota. Myös raajojen painautuminen toisiaan vasten tulee huomioida. Raajojen väliin tulisi asettaa tyyny tai pehmuste, joka estää luiden painautumisen toisiinsa. Potilaan asennossa tulee siis kokonaisvaltaisesti ottaa huomioon kaikki paineelle alttiit kohdat ja keventää niissä painetta. (Hietanen & Juutilainen 2016, 318–319.)

Painetta keventäviä tuotteita on runsaasti. Painehaavapatjoja on sekä passiivisesti että aktiivisesti painetta poistavina. Passiiviset erikoispatjat muotoutuvat kontaktipintojen muotoon painovoiman ja kehon lämmön vaikutuksesta.

Tämän seurauksena paine jakautuu tasaisesti koko kehon alueelle ja painehiiput kevenevät. Patja on yleensä valmistettu vaahtogeelistä, jolloin kehoon kohdistuva paine on muuttumaton, ellei potilas itse vaihda asentoa. Näitä patjoja käytetään potilailla, joilla on matala riski painehaavoille, jotka vaihtavat asentoa itse ja joilla ihon tunto on lähes normaali tai normaali. Aktiivisia erikoispatjoja käytetään suuren riskin potilaille, jotka eivät pysty itse muuttamaan asentoa. Patjat ovat ilmatäytteisiä, ja ne poistavat tai siirtävät ilmaa kennosta toiseen. Tämän seurauksena paine poistuu tai pienenee ja verenkierto pääsee palautumaan. Patjaa hankittaessa potilaalle vaikuttavat siihen painehaavariski ja kliininen arvio, potilaan ominaisuudet sekä taloudelliset tekijät. Arvioiden perusteella valitaan potilaalle joko korkean vai matalan riskin patja. (Hietanen & Juutilainen 2016, 320–323.)

Pitkään istuvalle potilaalle on myös painetta keventäviä apuvälineitä. Pyörätuoliin voidaan asettaa vaahto- tai geelityynyjä. Pitkään käytetty rengastyyny on myös hyvä painehaavojen ehkäisyssä. Lisäpehmusteena voidaan käyttää myös lampaankarvaa, joka ei niinkään ole tarkoitettu painehaavojen ehkäisyyn vaan lähinnä lämmittämään ja suojamaan. (Hietanen & Juutilainen 2016, 325.)

Ihon kuntoa tulisi arvioida päivittäin. Varhaisessa vaiheessa havaitut muutokset ihossa estävät tilanteen pahenemisen. Painehaavojen ensioireita ovat ihon punoitus, kuumotus sekä kivun tunne ihoalueella. Ensioireiden minimoimisella vältytään suuremmilta vahingoilta. Ihon hoitoon tulisi kiinnittää huomiota päivittäin. Kuivan ihon rasvaus siihen suositetulla voiteella, kosteuden poisto iholta sekä punoittavien kohtien pehmentäminen esimerkiksi haavanhoitotuotteilla ehkäisevät painehaavojen syntymisen. (Hietanen & Juutilainen 2016, 312.)

Hyvä ravitseminen edesauttaa haavan paranemista, sillä ravitsemuksellinen taseapaino ylläpitää kudoksen terveyttä. Painehaavapotilaan sekä riskipotilaan ravinnon tulisi sisältää runsaasti energiaa, proteiinia sekä nesteitä. Tarvittaessa potilaalle voi antaa lisäravintovalmisteita. (Soppi 2013.)

Painehaavan hoidossa oleellista on minimoida ja poistaa haavaan kohdistuva paine. Keinoja paineen minimointiin ovat asentohoito, erikoispatjat sekä erilaiset istuintyyny. Erityisen tärkeää on myös painehaavan alueen ihonhoito, jossa

oleellisia asioita ovat hyvä hygienia, ihon rasvaus sekä muiden haavanhoitotuotteiden käyttö. (Soppi 2013.)

Painehaavat hoidetaan paikallisesti niiden syvyysasteen mukaisesti. Ensimmäisen asteen painehaavojen aluetta ei saa hieroa ja siinä on suositeltavaa käyttää erilaisia haavanhoitotuotteita ja esimerkiksi läpinäkyviä kalvoja (Soppi 2013). Paine poistetaan punoittavilta alueilta joko asentohoidolla tai siihen tarkoitetuilla apuvälineillä, esimerkiksi erikoispatjalla. Inkontinenssi tulee myös ehkäistä ja hoitaa. Toisen asteen painehaavan hoitoon riittää yleensä paineen poisto ja paikallishoito. Haavan ympäristö tulee suojata kosteudelta ja haavanhoito toteutetaan epitelisoivan haavan hoitoperiaatteiden mukaisesti. Kolmannen ja asteen haavat ovat yleensä onkaloituneita, nekroottisia ja niissä saattaa esiintyä haavataskuja. Hoidossa voidaan käyttää alipaineimuhoidoa tai toukkahoidoa. Tämän asteen haavassa kirurginen hoito saattaa olla aiheellinen. Hoitoperiaatteena on syvän ja erittävän haavan hoito. Neljännen asteen haavat vaativat usein kirurgista hoitoa. Näkyvillä oleva jänne tai luu tulee pitää kosteana. Alipaineimu- ja toukkahoidosta on usein hyötyä. Haavaa hoidetaan syvän, onkaloituneen ja runsaasti erittävän haavanhoitoperiaatteen mukaisesti. (Hietanen & Juutilainen 2016, 328.)

Asikainen ym. (2014) ovat selvittäneet erikoissairaanhoidon hoitohenkilökunnan osaamista painehaavojen ehkäisemisessä ja hoidossa sekä heidän koulutustarvettaan. Tutkimukseen osallistui valitun keskussairaalan viiden vuodeosaston henkilökunta ja aineisto kerättiin strukturoiduilla kysymyksillä keväällä 2013. Kyselyt sisälsivät myös tietotestin. (Asikainen, Hautaoja, Koivunen, Laine & Luotola, 2014.)

Tutkimukseen vastasi 66 hoitohenkilökunnan jäsentä 160:stä. Vain 25 % kyselyyn vastanneista hoiti painehaavoja eli painehaavoja hoidettiin kuukaudessa useita. Osaaminen painehaavojen ehkäisyyn ja niiden syntyyn vaikuttavien riskitekijöiden osalta oli tutkimuksen perusteella kohtalaisen hyvää. Huonoiten koettiin osattavan psyykkisen tilan huomioiminen painehaavojen ehkäisyssä, jossa osaamisen keskiarvo jäi alle 6,5:n. Koulutuksiin, joita oli järjestetty sekä organisaatiossa että sen ulkopuolella, osallistui kyselyiden mukaan vain kaksi henkilö kahden vuoden aikana, vaikka 65 henkilöä kertoi tarvitsevansa jonkinlaista lisä-

koulutusta painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon. Kyselyissä tuli myös ilmi, että lisäkoulutusta kaivattaisiin haavanhoitotuotteista ja ravitsemuksesta painehaavojen ehkäisyssä ja hoidossa. Kyselyihin vastanneet pitivät myös tärkeänä painehaavojen ehkäisyn ja hoidon kehittämistä. Tietotestin perusteella, jossa maksimi pistemäärä oli 5, painehaavaluokkien tunnistamisessa oli vähäisin tietämys (ka 2.05), kun taas apuvälineiden käyttö painehaavojen ehkäisyssä hallittiin hyvin (ka 4.15). (Asikainen ym. 2014.)

Tutkimuksen tulosten perusteella käy ilmi, että erikoissairaanhoidon painehaavanhoito ja sen ehkäisy ovat kohtalaisen hyvällä tasolla, mutta koulutusta kaivataan silti lisää, vaikkakin sitä on ollut tarjolla. Koulutustarjonnan sisältöön kannattaa kiinnittää huomiota, erityisesti puutteisiin, joita havaittiin kyselyiden tuloksissa eli painehaavaluokkien tunnistamiseen, psyykkisen tilan huomioimiseen sekä painehaavariskien arviointiin. Tutkimuksesta kävi myös ilmi, että vuodeosastoilla hoidetaan potilaiden niin sanottuja fyysisiä vammoja ensisijaisesti ja toisarvoiseksi asiaksi jää potilaan psyykkisen tilan huomioiminen. Potilaan psyykkinen tila on suuressa roolissa painehaavojen ehkäisyssä ja hoidossa. Masentunut ja apaattinen potilas ei ole todennäköisesti itse motivoitunut hoitoon, mikä lisää riskiä suuremmille infektioille ja elämän laadun huononemiselle. (Asikainen ym. 2014.)

6.2 Leikkaushaavat

Leikkaushaavat syntyvät tehtäessä kirurgista toimenpidettä. Kirurginen toimenpide tarkoittaa toimenpidettä, jossa parannetaan sairauksia, vammoja tai epämuodostumia leikkauksen avulla. Kirurginen toimenpide aiheuttaa useimmiten haavan, joka voi olla suurikin. Kaikissa kirurgisissa toimenpiteissä ei kuitenkaan enää aiheuteta suurta haavaa, vaan toimenpide voidaan tehdä pienen viillon avulla. Kirurgisia toimenpiteitä on paljon erilaisia, kuten hätätoimenpide, joka voi olla esimerkiksi kolarin aiheuttama, tai suunniteltu leikkaus, joka on ollut tiedossa jo pitkään. Nykyisin myös pienet kirurgiset toimenpiteet ovat yleistyneet, jolloin sairaalassaoloaika lyhenee. Kaikki kirurgiset toimenpiteet sekä haavan hoito vaativat suunnitelman, joka on tiedettävä ennen leikkausta. Kirurgiset toimenpiteet pyritään pitämään steriileinä, jotta haavan paraneminen sujuisi hyvin. Toimenpiteen tapahtuessa suunnitellusti sairaalassa on haava alue steriili.

Haavaan syntyessä esimerkiksi jonkin vierasesineen viiltäessä haava-alue ei ole steriili. Likainen ja infektoitunut haava on sellainen, jossa on kuollutta kudosta, mätää tai esimerkiksi luiden palasia. (Flanagan 2013.)

6.2.1 Amputatiohaava

Amputaation tavoitteena on poistaa raajan osasta elinkelvoton osa säästämällä tervettä kudosta mahdollisimman paljon. Amputaatiomuotoja ovat esimerkiksi sääriamputaatio, reisiamputaatio ja varvasamputaatio. (Hakkarainen ym. 2015.)

Yleisimpiä syitä jalan amputaatioon ovat verenkiertosairaudet, kuten ateroskleroosi, jossa valtimot kovettuvat rasvan kertymisen seurauksen valtimoiden seinämiin. Kovettumisen seurauksena suonen verenkierto heikkenee. Toinen yleinen syy on diabeetikon jalkahaavat, joita aiheuttaa esimerkiksi neuropatia. (Hietanen & Juutilainen 2016.) Neuropatiassa kehon glukoosipitoisuus on liian suuri, minkä seurauksena kehossa kehittyy hermomuutoksia. Muita yleisiä syitä amputaatioon ovat potilaan kuoliassa oleva raaja, potilaan henkeä uhkaava kuolio sekä infektio, jota ei saada muuten hallintaan. Traumaperäiset vammat, kuten sähköisku-, palo- ja paleltumavammat, ovat riittävä peruste amputaatiolle. (Ahonen ym. 2013, 205, 325, 574; Hakkarainen, Häkkinen, Kettunen, Kumpulainen, Piitulainen, Siekkinen, Solonen, Viinikainen, Virkkunen & Ylinen 2015.)

Tutkimusten mukaan 15–25% jokaisesta diabeetikosta saa elämänsä aikana jalkahaavan ja niistä 5-8 % johtaa vuoden kuluessa haavan synnystä nilkan yläpuoliseen amputaatioon. Diabeetikon jalkahaavat ovat yleensä nilkan, varpaiden tai jalkaterän haavoja, joiden taustalla on edellä mainittu neuropatia tai esimerkiksi heikentynyt verenkierto. (Hietanen & Juutilainen 2016, 338.)

Diabeetikoilla jalkojen tunto voi olla heikentynyt, minkä seurauksena he eivät tunne esimerkiksi kengän hankausta, josta syntyy haava. Diabeetikoiden on erityisen tärkeää huolehtia hyvästä jalkojen hoidosta sekä käyttää asianmukaisia jalkineita, joilla voidaan ehkäistä jalkahaavojen syntymistä. (Hietanen & Juutilainen 2016, 345.)

Yleensä amputaatioleikkaushaava suljetaan ompelein ja pidetään tyngässä kahdesta kolmeen viikkoa. Tyngän sitominen aloitetaan heti leikkauksen jälkeen, millä pyritään ehkäisemään jalan turvotusta. Tynkä asetetaan kohoasentoon mahdollisen turvotuksen ehkäisemiseksi. (Hietanen & Juutilainen 2016, 179.) Turvotus voi muun muassa heikentää tyngän paranemista. Jos operoidussa tyngässä on infektio, tynkä jätetään leikkausvaiheessa auki ja suljetaan myöhemmin. (Välimäki 2014.)

6.2.2 Lonkkaleikkaushaava

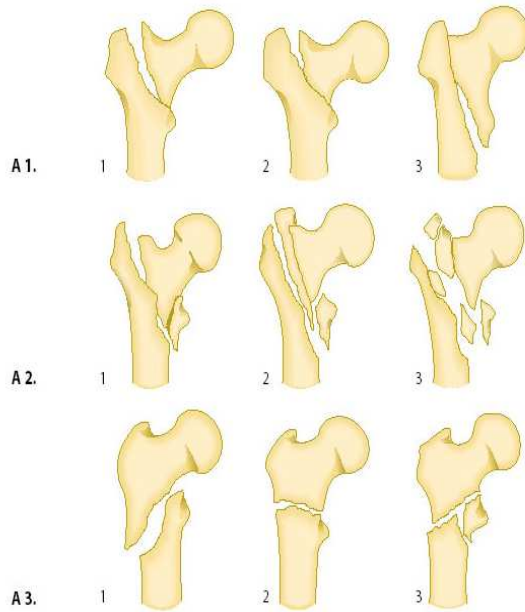
Lonkkaleikkauksen syitä on erilaisia iästä riippuen. Alle 50-vuotiailla lonkkaleikkauksen syitä ovat useimmiten suurenergiset tapaturmat, kuten esimerkiksi puutoamiset tai liikennevammat. Iäkkäimmillä ihmisillä syinä ovat yleensä pienenergiset tapaturmat, kuten kaatumiset. Lonkkamurtumille altistavia tekijöitä ovat myös korkea ikä, osteoporoosi eli luukato, aiemmat murtumat sekä heikentynyt tasapaino. Lonkkaleikkauksen syynä voi olla myös lonkan tekonivelen laitto. Syynä tekonivelen laittoon voi olla esimerkiksi reuma tai nivelrikko. (Huusko, Sipilä & Tarnanen 2011; Ahonen ym. 2013, 676.)

Lähes jokaisen lonkkamurtuman hoitokeinona on leikkaus, joka tehdään mahdollisimman pian tapaturman satuttua, mielellään alle vuorokauden kuluessa. Leikkaustapoja on monia ja murtuman kiinnityslinja perustuu murtuman sijaintiin sekä potilaan yleisvointiin ja ikään. (Ahonen ym. 2013, 678.)

Lonkkamurtuman diagnosointi perustuu röntgenkuvaukseen ja kliiniseen tutkimukseen. Lantiosta otetaan AP-kuva ja lonkan sivukuva, jotta myös terve lonkanivel nähdään, mikä helpottaa murtumadiagnostiikkaa sekä leikkaushoidon toteutusta ja suunnittelua. Kliinisessä tutkimuksessa lonkka on erittäin kipeä, ja jalassa esiintyy lyhentymää sekä ulkokiertoa. (Lonkkamurtuma 2011b.)

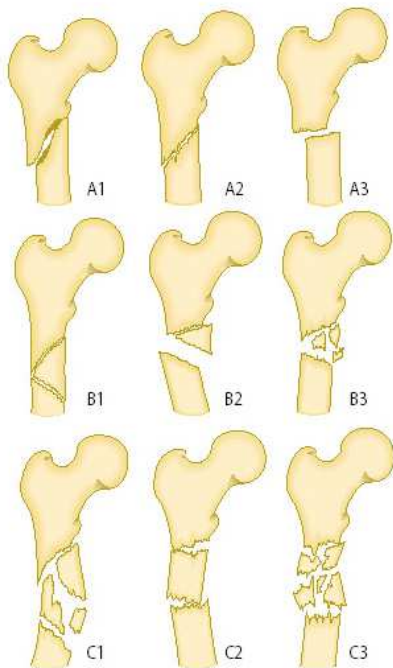
Reisiluun kaulan yläosan murtumat jaetaan murtumalinjan mukaisesti trokanteriseen murtumaan tai subtrokanteriseen murtumaan, jotka luokitellaan vielä dislokoitumattomiin ja dislokoituneisiin murtumiin. Dislokoitunut murtuma tarkoittaa, että murtuma on siirtynyt pois paikoiltaan, ja ennen leikkaushoitoa se täytyy reponoida eli asettaa oikeaan asentoon. (Lonkkamurtuma 2011b.) Trokanterin murtuma ja subtrokanterin murtuma on esitetty kuvissa 4 ja 5.

Trokanteeriset murtumat AO-luokituksen mukaan.



Kuva 4. Trokanterinen murtuma (Lonkkamurtuma 2011b)

Subtrokanteeriset murtumat AO-luokituksen mukaan.



Kuva 5. Subtrokanterinen murtuma (Lonkkamurtuma 2011b)

Lonkan trokanterin murtumassa murtumalinja kulkeutuu sarvennoisten välissä tai kautta, mutta kuitenkin pienen sarvennoisen alareunan yläpuolella. Subtrokanterin murtumassa murtumalinja kulkee taas sarvennoisalueen alapuolella pienestä sarvennoisesta noin 5cm alaspäin. (Lonkkamurtuma 2011b.)

Leikkaushoitoa suunniteltaessa tulee ottaa huomioon potilaan ikä, yleiskunto, henkinen tila, muut sairaudet sekä lonkkanivelen- ja reisiluun laatu. Myös potilaan aktiivinen liikkuminen otetaan huomioon leikkausvalintaa tehdessä. Subtrokanterin murtumassa yleisin käytetty menetelmä on pitkä ydinnaula, kun taas trokanterin murtumassa suositetaan sivulevyä ja liukuruuvien käyttöä. Dislokoitu-neissa reisiluun kaulan murtumissa leikkausvaihtoehtoina ovat osteosynteesi, puoliproteesi tai kokoproteesi. Osteosynteesillä murtumakappaleet kiinnitetään yhteen ruuveilla. Puoliproteesissa lonkkaniveleen asetetaan varrellinen nivelnuppi, kun taas kokoproteesissa lonkkaan asennetaan nivelkuppi sekä varrellinen nivelnuppi. (Lonkan tekonivelleikkaus 2017.)

Leikkauksen yhteydessä haavalle asetetaan steriili haavasidos ja se tulisi hoitaa steriilisti seuraavat 24 tuntia. Leikkaushaavanhoito toteutetaan aseptisesti. Haava puhdistetaan potilaskohtaisilla haavanhoitotuotteilla ja haavan turhaa koskettelua tulisi välttää. (Kujala 2013, 115.)

Usein lonkkaleikkauksen jälkeen haava-alueella voi tuntua kipua, jota hoidetaan säännöllisellä kipulääkityksellä. Leikkauksen jälkeen usein samana päivänä potilas jalkautetaan voinnin mukaan. On tärkeää ehkäistä turvotusta sekä vilkastuttaa verenkiertoa nilkkojen ojennusharjoituksilla. Ensimmäiset kävelyharjoitukset aloitetaan Eva Ford -kävelytelinettä apuna käyttäen ja ne voidaan aloittaa heti kun potilas siihen kykenee. Harjoittelun jälkeen voi aloittaa kävelyharjoituksen kyynärsauvojen kanssa, jonka fysioterapeutti ohjeistaa sairaalassa. (Carea 2017.)

Leikkauksen jälkeen lonkan koukistamista täytyy välttää yli 90 asteen kulman sekä matalalla istumista 6 viikon ajan. Lonkkaleikkauksen jälkeen tulisi kotiin hankkia korotettuja tuoleja. Sidosten turhaa aukomista ja vaihtamista vältetään sairaalassa. Infektioiden välttämiseksi haavasidokset vaihdetaan vain tarvittaessa, jos imupintaa on jäljellä. Kotihoito-ohjeita haavansidoksen vaihtamiseen annetaan sairaalasta kotiutumisen yhteydessä. Yleensä leikkauksen jälkeen kotiin pääsee 3-5 päivän kuluttua leikkauksesta, jos selviytyy itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista. (Carea 2017.)

Lonkkamurtumia voidaan ehkäistä. Riskipotilaiden on varsinkin hyvä kiinnittää huomiota fyysiseen kuntoon lisäämällä esimerkiksi liikuntaa. Myös luuston hyvä kunto ehkäisee lonkkamurtumia, joiden vuoksi leikkaukseen voi joutua. Jos lonkkamurtumia tulee, on jatkossa hyvä ehkäistä uusia luunmurtumia, ehkäisemällä kaatumiseen liittyviä riskejä, hoitamalla osteoporoosia sekä huolehtimalla riittävästä kalsiumin ja D-vitamiinin saannista. (Ahonen ym. 2013, 683; Lonkkamurtuma 2011a.)

Hyttisen & Kanervan (2011) kirjallisuuskatsauksessa lonkkamurtumapotilaan ohjauksessa käsiteltiin sitä, kuinka yleistä kaatuminen on kotona asuvilla iäkkäillä ihmisillä. Kirjallisuuskatsaus kuvasi iäkkään lonkkamurtumapotilaan ohjausta ja toteutumista. Yli 65-vuotiaista kotona asuvista kolmasosa kaatuu ainakin kerran vuodessa. Kaatumisista noin 5 % aiheuttaa jonkinlaisen luunmurtuman. Kirjallisuuskatsauksessa kerrottiin potilasohjauksesta ja hyvästä vuorovaikutuksesta hoitajan ja potilaan välillä, sekä siitä kuinka hyvä ja oikeaoppinen vuorovaikutus lisää potilaan sitoutumista hoitoon. (Hyttinen & Kanerva 2011.)

6.3 Krooninen haava

Krooninen haava tarkoittaa pitkittynyttä haavaa, joka yleensä johtuu alaraajan verenkiertohäiriöstä. Krooninen haava on kyseessä, kun haava on ollut avoimena yli neljä viikkoa. Krooninen haava ei kuitenkaan synny itsestään, vaan on aina seuraus jostakin haavoja aiheuttavasta tai ylläpitävästä taudista. Yleisin syy krooniseen haavaan on laskimovajaatoiminta tai valtimotaudin seurauksena syntynyt verenkierronvajausta. Kroonisen haavan syntymiseen vaikuttavat ikä, tupakointi sekä diabetes. Muita haavojen aiheuttamia tekijöitä ovat verisuonitulehdukset, nivelreuma sekä pahanlaatuiset kasvaimet, mutta eivät ole kovin yleisiä. (Vaalasti & Viljamaa 2014.)

Kroonisen haavan oireet vaihtelevat paljon. Tyypillinen oire on kuitenkin haava-alueen tai sen läheisyyden särky. Suurimmassa osassa kroonisia haavoja esiintyy jokin bakteeri. Se ei kuitenkaan estä haavan paranemista. Usein tulehduksen huomaa erilaisista oireista, kuten punoituksesta, turvotuksesta tai haava-alueen kuumotuksesta. Myös kuume, märkäinen haavaerite sekä haavan nopea laajeneminen voivat olla merkkejä tulehduksesta, jotka usein vaativat sairaala-

hoitoa. Haava-alue on tutkittava tarkasti sekä selvitettävä, kuinka kauan haava on ollut avoimena ja kuinka sitä on aikaisemmin hoidettu. Tärkeätä olisi selvittää, mikä haavan on aiheuttanut, jotta oikea hoito löytyisi. Haavan muututtua krooniseksi, hoito pitkittyy sekä vaikeutuu ja vaatii usein leikkaushoidon. (Vaalasti & Viljamaa 2014.)

Kroonisissa haavoissa tärkeä hoito on turvotusten poistaminen varsinkin laskimoperäisissä haavoissa. Niissä hoitona voidaan käyttää esimerkiksi erilaisia sidoksia sekä lääkinnällistä hoitosukkaa. Krooniset haavat ovat harvoin puhtaita, koska haavassa voi olla kuollutta kudosta sekä sitkeää ja kuivunutta haaveritettä. Kroonisiin haavoihin käytetään myös paikallishoitoa puhdistamalla haava ja suojaamalla se tulehdukselta. (Vaalasti & Viljamaa 2014.) Tuuliranta (2014) kertoi artikkelissaan, että *haavan puhdistuksen vaikutuksesta sen paranemiseen ei ole olemassa selvää tieteellistä tutkimusnäyttöä, ainoastaan arkista kokemustietoa.*

Kirurgista haavan hoitoa käytetään kuolleen ja tulehtuneen kudoksen poistamiseen. Osa haavan kirurgisista toimenpiteistä voidaan tehdä polikliinisesti, mutta pahoissa haavoissa hoito vaatii leikkausolosuhteita. Usein haavan kirurgista leikkausta tarvitaan, jos haava ei parane paikallishoidolla parissa kuukaudessa. Muita syitä kirurgiseen toimenpiteeseen voi olla, että haava on ollut avoimena yli puoli vuotta tai on kooltaan yli viisi neliösenttimetriä. Silloin tehdään usein haavan korjausleikkaus tai ihosiirre. Valtimohaavoissa hoitona voi olla esimerkiksi valtimoiden pallolaajennus tai ohitusleikkaus. (Vaalasti & Viljamaa 2014.)

Laskimoperäisen kroonisen haavan ehkäisyyn voidaan vaikuttaa poistamalla haavaumia aiheuttavat taustaviat sekä tehokkaaseen kompressiohoitoon panostamalla. Myös haavan oikea hoito, säännölliset hoitovälit sekä infektioiden hoito ennaltaehkäisevät haavan kroonistumista. (Hietanen ym. 2002.)

6.4 Traumahaava

Traumahaavat voivat olla esimerkiksi jostakin tapaturmasta syntyviä haavoja. Ne voivat vaihdella pienestä nirhaumasta suureen murskavammaan. Tapaturma voi tapahtua esimerkiksi raajan repeämisessä, ruhjoutumisessa tai kuoriu-

tumisessa. Useimmiten irronnut raajan osa voidaan istuttaa takaisin paikalleen, mutta se on tehtävä mahdollisimman nopeasti. (Kääriäinen 2011.)

Usein tapaturmia tapahtuu liikenneonnettomuuksissa, jossa kuolee vuosittain alle 100 suomalaista. Yleisiä tapaturmia ovat päänhaavat, jossa pää on esimerkiksi lyöty johonkin, sekä raajoihin syntyvät haavat, jotka voivat syntyä esimerkiksi kaatumisen seurauksena. Tapaturmahaavoja hoidetaan niiden syvyyden sekä sijainnin mukaan. (Jalanko 2009.)

Pään haavat ovat hyvin yleisiä ja useimmiten ne vaativat hoitoa. Pään haavoja hoidetaan usein niitä puhdistamalla sekä paikkaamalla. Niissä täytyy myös muistaa aivotärähdyksen vaara, mitä tulisi aina tarkkailla. Raajoihin syntyvät haavat ovat myös yleisiä ja niitä voi syntyä esimerkiksi kaatumisen seurauksena. Raajojen pieniä haavoja hoidetaan usein ainoastaan puhdistamalla ja paikkaamalla haava-alue. Raajojen isommat haavat usein tikataan kiinni, mikä vaatii aina sairaalahoitoa. (Jalanko 2009.)

Pienet tapaturmahaavat eivät vaadi sairaalahoitoa, vaan ne voidaan usein hoitaa kotona puhdistamalla ja tarvittaessa peittämällä haavateipillä. Suuret ja syvät haavat sekä ihoa lävistävät haavat vaativat aina sairaalahoitoa. Tällaiset haavat täytyy usein ommella tai liimata, lisäksi on hyvä varmistaa, ovatko tarvittavat rokotukset voimassa. Haavan synnyttyä on lääkäriin hyvä mennä nopeasti, koska yli muutaman tunnin vanhoja haavoja ei voi ommella tai se voi olla haastavaa. Jos ihosta irtoaa kokonaan pala, on se aina sairaalahoitoa vaativa asia. (Jalanko 2009.)

Tapaturmahaavan sattuessa on aina hyvä varmistaa, onko jäykkäkouristusrokote voimassa. Likaiset esineet ihossa tai niiden rikkoessa ihoa, ne voivat aiheuttaa jäykkäkouristustaudin tai pahan tulehduksen. Riski on kuitenkin pieni, koska suurimmalla osalla suomalaisista on jäykkäkouristusrokote voimassa, eikä likaisen haavan synnyttyä lisärokotetta tarvita. (Jalanko 2009.)

7 Haavojen ennaltaehkäisy

Opinnäytetyön tuotoksena syntyneessä oppaassa haavatyypit on jaettu kappaleittain ja jokaisen haavan ennaltaehkäisystä on kerrottu kattavasti kappaleiden lopussa. Kuten aiemmin on todettu, haavojen ennaltaehkäisy on kustannuksellisesti halvempaa hoitoa kuin itse haavanhoito. Ennaltaehkäisyyn panostamalla pienennetään hoitotarvikekustannuksia ja hoitajien työtaakkaa. Kuitenkin lähes jokaisella vuodepotilaalla esiintyy jossain vaiheessa jonkinlainen haava, yleisimmin painehaava.

Suurinta osaa haavoista voidaan ehkäistä hyvällä ja ammattitaitoisella hoidolla. Myös jo syntymässä olevien haavojen parantumista voidaan nopeuttaa hyvällä ennaltaehkäisyllä. Ennaltaehkäisyssä käytetään hoitokeinoina paineenpoistoa haava-alueelta esimerkiksi käyttämällä dynaamista ilmapatjaa tai erilaisia tyynyjä. Haavojen oikeaoppiseen ennaltaehkäisyyn odotetaan hoitohenkilökunnalta hyvää haavanhoito-osaamista, kuten tietoa siitä, miten tunnistaa riskipotilaan. (Ahtala, Hynninen, Iivanainen, Kinnunen, Seppänen & Tervo-Heikkinen 2014.)

8 Kirjaaminen

Haavahoidossa kirjaaminen on tärkeää, että jokainen tietää, kuinka haavaa on aikaisemmin hoidettu ja kuinka se jatkossa tapahtuu. Kirjaamisessa on tärkeää kirjata ylös kaikki, mitä haavalle on tehty. Sitä mitä ei ole kirjattu, ei ole myöskään tehty. Kirjaaminen on todella tärkeä osa hoitotyön prosessia. Kirjaaminen on ainoa tapa, jolla hoitohenkilökunta pystyy seuraamaan haavan paranemista, ennallaan pysymistä ja pahenemista. (Kinnunen 2013.)

Haavan kirjaamisessa on tärkeää kuvata haavan ulkonäköä, kokoa, erityistä ja mahdollista hajua ja infektiota. Usein haavanhoidon suhteen tehdään erillinen suunnitelma siitä, miten haavanhoidossa edetään. Haavaa hoidettaessa kirjaetaan kaikki käytettävät tuotteet sekä miten ja millä välineillä haavaa on hoidettu. On myös hyvä kirjata, mitä muutoksia täytyisi tehdä, jos haava ei lähde paranemaan oletetulla tavalla. Tärkeää on kirjata, kuinka usein haavaa hoidetaan ja, onko haavanhoidon yhteydessä käytetty puudutusta. (Kinnunen 2013.)

Haavanhoidon kirjaamisessa käytetään Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL) kudoseheyskomponentin pää- ja alaluokkia. (Kinnunen 2013.)

9 Opinnäytetyön toiminnallisen osan toteutus

Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu toiminnallisuudesta, teoriasta, tutkimuksesta sekä raportoinnista, ja sen avulla pystytään yhdistämään teorian sekä käytännön opinnäytetyössä. Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan opastamista ja ohjeistamista. Tällä menetelmällä tehty opinnäytetyö voi olla esimerkiksi opas tai tapahtuma, ja toteutustapana voi olla esimerkiksi kansio tai johonkin tilaan järjestetty näyttely. (Airaksinen & Vilka 2003.)

9.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Airaksisen & Vilkan (2003) teoksessa on käsitelty myös tutkimusmenetelmien käyttöä toiminnallisessa opinnäytetyössä. Tutkimuksellinen selvitys kuuluu tuotteen tai idean toteutustapaan. Toteutustavalla tarkoitetaan keinoja, joilla esimerkiksi oppaan materiaali hankitaan sekä keinoja, joilla opas toteutetaan. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tutkimuskäytäntöjä käytetään väljemmässä muodossa kuin tutkimuksellisissa opinnäytetöissä. Tutkimuksia käsitellään lähinnä selvitysten tekemisenä ja tiedonhankinnan apuvälineenä.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, jossa toiminnallisena osuutena teorian pohjalta koottiin haavanhoito-opas. Opas tulee palvelutalon hoitohenkilökunnan käyttöön ja he pystyisivät hyödyntämään sitä haavanhoidossa. Oppaasta pidettiin perehdytys henkilökunnalle, jotta sen käyttäminen osana hoitotyötä toteutuisi mahdollisimman monipuolisesti. Opas on opinnäytetyön liitteenä (Liite 3).

9.2 Kohderyhmä

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tärkeä pohdittava osa-alue on kohderyhmän valinta. Opinnäytetyössä tuotteen, tässä tapauksessa oppaan, tavoitteena on jonkin toiminnan selkeyttäminen. Kohderyhmää valittaessa on tärkeä miettiä,

ketä opinnäytetyön avulla ratkaistava ongelma koskee. (Airaksinen & Vilkkä 2003, 9-38.)

Opinnäytetyö suunniteltiin ja toteutettiin palvelutalon hoitohenkilökunnan käyttöön. Palvelutaloksi valittiin Onnelantien palvelutalon henkilökunta, joka on yksityisten palveluiden tarjoaja, mikä oli myös yksi syy kohderyhmän valintaan. Kohderyhmää valittaessa kävi myös ilmi, että kyseisen työyksikön toiveena oli ollut saada opastusta haavanhoitoon.

9.3 Kyselyn toteutus

Oppaan pohjaksi tehtiin avoin kysely, joka sallii vastaajan ilmaista itseään omin sanoin eivätkä kysymykset ehdota vastauksia kyselyyn vastaajalle. Avoimen kysymyksen jälkeen jätettiin tyhjä tila vastausta varten. Avoimella kyselyllä saatu aineisto on sisällöltään kirjavaa ja sen käsittely voi olla vaikeaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 198, 201.)

Aineistoa kerättiin hoitohenkilökunnalta avoimen kyselyn (Liite 1) avulla, jonka kysymykset oli mietitty mahdollisesti haavanhoito-osaamisen puutteita sisältävistä aihealueista. Kyselyä toteutettaessa mietittiin yleisesti mitä kaikkea haavanhoidon osaamiseen kuuluu ja mikä siinä on tärkeää. Mietimme myös mitkä haavanhoitotuotteet ovat tärkeitä ja kuinka niitä kuuluisi käyttää. Pidimme tärkeänä myös haavanhoidon kirjaamista ja sitä, kuinka se toteutetaan. Lisäksi haavanhoidon osaamista peilattiin teoretietoon, mikä auttoi kyselyn toteuttamisessa. Näiden asioiden perusteella luotiin kyselyn kysymykset, jotka olivat avoimia.

Vastausten avulla saatiin hoitohenkilökunnalta kokonaisvaltaista tietoa esitettyihin kysymyksiin. Kyselyn täyttöaika oli mietitty tarkoin, jotta saataisiin mahdollisimman luotettavaa aineistoa. Kyselyn toteutuksen ajankohta sattui kesälomaaikaan, minkä takia täyttöaikaa oli kuukausi. Avoimeen kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja se toteutettiin nimettömästi, eikä henkilöitä voitu kyselyn perusteella tunnistaa. Tulokset antoivat pohjan sille, mitä haavanhoito-opas erityisesti käsitteli.

Oppaassa käytettiin laadukasta ja luotettavaa teorian tietoa. Teoriatiedon etsimiseen käytettiin luotettavia kirjallisuus- ja Internet-lähteitä, tutkimuksellista tietoa, lisäksi oltiin kasvotusten yhteydessä haavanhoitajaan. Oppaassa pystyttiin myös hyödyntämään työpaikoissa ja harjoittelujaksoilla saamaamme tietoa, kunhan tiedon luotettavuus oli varmistettu.

9.4 Kyselyiden tulokset ja niiden analysointi

Opinnäytetyötä varten tehtiin kysely Onnelantien palvelutalossa, jossa kartoitettiin haavanhoito-osaamiseen liittyviä asioita. Kyselyiden tarkoituksena oli saada pohjatietoa hoitohenkilökunnan haavanhoito-osaamisesta, jotta pystyttäisiin etsimään kattavasti ajan tasalla olevaa tietoa haavanhoidosta ja sen ennaltaehkäisystä. Kyselyn avulla toteutettiin opas vastaamaan hoitohenkilökunnan tarpeita.

Kyselyt vietiin palvelutaloon 1.6.2016 ja haettiin pois 30.6.2016. Kyselyitä vietiin 22 kappaletta, joista 7:ään jätettiin vastaamatta, eli kyselyyn vastasi lähihoitajista ja sairaanhoitajista 15 henkilöä. Kyselyihin oli vastattu suurimmaksi osaksi kattavasti, mutta muutamia suppeampiakin vastauksia saatiin.

Ensimmäinen kysymys käsitteli haavan havainnointiin liittyviä asioita. Vastanneista puolet oli sitä mieltä, että he osaavat havainnoida haavan muutoksia sekä toimia havaintojensa perusteella. Lopuista vastauksista kävi ilmi, että haavanhoitoon liittyvissä asioissa on puutteita ja epävarmuutta. Epävarmuutta aiheuttavia asioita olivat muun muassa haavan vakavuuden arvioinnissa, haavanhoitomenetelmissä sekä haavanhoidon perusasioissa. Monessa vastauksessa nousi esille, että *kaipaavat selkeitä ohjeita*.

Aseptiikkaan liittyvissä asioissa huomioitiin hyvin käsien desinfektio ja hanskojen käyttö. Vain neljäsosassa vastauksista oli mainittu haavanhoidon työjärjestys, mikä on yksi tärkeimmistä haavanhoidon kulmakivistä. Puhtaiden välineiden käyttö oli myös huomioitu, mutta niiden puhtaudesta huolehtimisessa oli puutteita. Haavanhoitovälineiden käyttöön liittyi suurta epävarmuutta, sillä suurin osa vastaajista myönsi suoraan, ettei osaa käyttää välineitä oikein tai ei tiedä mitä välinettä käytetään missäkin tilanteessa. Vastausten perusteella *koulutusta kaivataan*.

Vastausten perusteella kivunhoito haavanhoidon yhteydessä oli huomioitu hyvin. Käytetyimmiksi kivunhoidon menetelmiksi nousivat kipulääkitys sekä haava-alueen puudutus. Haavojen syntymisen ehkäisyyn liittyvä tietämys oli vastausten perusteella lähes erinomainen. Useimmissa vastauksissa oli huomioitu asentohoito, ihon kunnon seuranta, ihoon kohdistuvaa painetta keventävät apuvälineet sekä rauhalliset siirtymiset. Vain noin puolet vastanneista huomioi ravitsemuksen haavojen syntymisen ehkäisyssä.

Haavanhoidon kirjaaminen koettiin selkeäksi. Vastausten perusteella kirjattiin haavan ulkonäkö, haavanhoitoprosessi ja mahdolliset muutokset haavassa.

Kaiken kaikkiaan parannusta toivottiin haavanhoito-ohjeisiin sekä haavanhoitovälineiden käyttöön. Yksi toivotuimmista asioista oli perehdytys erityisesti edellä mainittuihin asioihin.

Analysointimenetelmänä päädyttiin teemoitteluun, jossa aineisto ryhmitellään ja pilkotaan aihepiirien mukaan. Haastattelukysymysten perusteella valittiin teemat, joihin aineisto on ryhmitelty. Aineiston perusteella valittiin teemoiksi haavan havainnointi, aseptiikka, kivunhoito, haavanhoitovälineiden käyttö, haavojen ennaltaehkäisy ja kirjaaminen. Kyselyiden vastauksia oli monipuolisesti eri teemoista, joita lähdettiin pilkkomaan pienempiin osiin ja vastauksista valittiin kehitettäviä asioita, joista laitamme tietoa oppaaseen. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 93.)

Aineiston analyysin jälkeen siitä nostettiin esille erityisesti valitussa työyksikössä kehitettäviä asioita haavanhoitoon liittyen. Kyselytuloksista etsittiin yhteneväisyyksiä sekä eroavaisuuksia ja punnittiin asioiden tärkeyttä oppaan kannalta. Eniten kehitystä vaativiin osa-alueisiin kiinnitettiin erityisesti huomiota opasta tehdessä, jotta hoitohenkilökunta voisi kehittää näitä asioita työssään.

Oppaaseen koottiin teoriatietoa yleisesti eri haavoista ja niiden hoitomenetelmistä, haavan ennaltaehkäisystä sekä asioita, jotka vaikuttavat haavan syntyyn sekä sen ehkäisyyn.

Oppaasta pidettiin esittelyyn ja käyttöön liittyvän perehdytyksen, jotta sen käyttö sekä siihen perehtyminen oli helpompaa. Näin hoitohenkilökunta saisi oppaan käytöstä mahdollisimman suuren hyödyn.

10 Oppaan kuvaus

Haavanhoito-opas on koottu järjestykseen, jossa kerrotaan ensin ravitsemuksesta, sitten käydään läpi yleisempien haavatyyppeiden hoitomenetelmät ja yleisimmin käytetyt haavanhoitotuotteet. Oppaassa kerrotaan myös, kuinka ennaltaehkäistään haavojen syntymistä. Myös tietoa kivunhoidosta osana haavanhoitoa sekä haavanhoidon kirjaamisesta on koottu tietoa oppaan loppuun. Oppaan selkeyden ja helppolukuisuuden vuoksi oppaaseen on koottu taulukoita, kuvia ja kaavioita. Teksti on pyritty kokoamaan selkeästi, jotta opasta olisi mahdollisimman helppo lukea.

Oppaan tarkoituksena on olla selkeä, käytännöllinen ja helppolukuinen, jotta sitä voidaan hyödyntää päivittäin osana hoitotyötä. Opas antaa tarvittavat tiedot perushaavojen hoitoon. Oppaan tarkoituksena on olla yksinkertainen apu haavojen hoidossa ja niiden tunnistamisessa. Opas antaa hoitohenkilökunnalle perustiedon haavanhoidosta ja esimerkkejä erilaisista haavanhoitotuotteista. Teksti on selkeää luettavaa ja kappaleet pysyvät lyhyinä. Oppaan sanat ovat mahdollisimman yleiskielisiä, mikä helpottaa ymmärtämistä. Tekstissä esiintyvät hankalat sanat selvennettiin yleiskielelle. Tärkeää on myös, että asioiden esittämisjärjestys on loogista. Haavanhoito-ohjeet perustellaan ja opas kirjoitetaan juuri kohderyhmää varten. (Hyvärinen 2005.)

Oppaan laajuus on 22 sivua ja teksti on koottu A4- kokoiselle paperille, jotta sen lukeminen ja käyttäminen olisi yksinkertaista. Opas on tehty tietokoneella ja tuostettu luettavaan versioon. Opas laminoitiin ja koottiin kansioon, jotta sitä on selkeä lukea. Laminointi mahdollistaa oppaan pysymisen puhtaana ja käyttökelpoisena pitkään.

11 Eettiset näkökohdat

Opinnäytetyötä varten tehtiin valitulle kohderyhmälle saatekirje (liite 2). Saatekirjeessä kerrottiin opinnäytetyön toteutuksesta. Saatekirjeessä mainittiin alkukyselystä, jota varten haettiin tutkimuslupaa. Saatekirje sekä kysely toimitettiin työyksikköön tutkimusluvan saatuaan ja ne ovat opinnäytetyön liitteenä.

Opinnäytetyötä varten tehtiin alkukartoituskysely, joka toteutettiin nimettömästi, eikä vastaajia pystytty opinnäytetyön työstämisen aikana eikä sen valmistuttua tunnistamaan. Alkukartoituskyselyssä kysyttiin esimerkiksi yleisesti kokemuksia työyksikön henkilökunnan haavanhoito-osaamisesta. Kynnys vastaamiseen olisi todennäköisesti suuri, jos kysely olisi tehty nimellisesti. Kyselyn tarkoituksena oli ainoastaan saada pohja tulevalle haavanhoito-oppaalle, ei niinkään kerätä tietoa siitä, missä asioissa puutteita tai virheitä haavanhoidon osalta ilmeni. Kaksi keskeistä käsitettä kyselyyn liittyen olivat luottamuksellisuus ja anonymiteetti, jotka toteutuivat opinnäytetyön kaikissa vaiheissa (Eskola ym. 1998, 56).

Opinnäytetyön tekijöitä koskee vaitiolovelvollisuus, eikä vastaajien henkilöllisyyttä ja tutkimukseen liittyviä asioita saa kertoa ulkopuolisille. Tutkimusaineisto hävitettiin oikeaoppisesti opinnäytetyön valmistuttua. Valmis opinnäytetyö eli haavanhoito-opas tulee kaikkien nähtäville Theseukseen.

Haavojen teoretieto sekä hoito-ohjeet on etsitty erilaisista sekä ajan tasalla olevista lähteistä. Lähteitä valitessa otettiin huomioon lähteiden julkaisuvuodet, jotta tieto olisi tuoretta, lisäksi lähdevalinnoissa painotettiin tunnettuja kirjoittajia sekä tieteellisiin lehtiin tehtyjä julkaisuja.

Opinnäytetyön aloitusvaiheessa tekijöihin kuului kolme opiskelijaa ja opinnäytetyötä työstettiin yhdessä. Työn edetessä kolmas ryhmäläisistä jättäytyi pois omasta tahdostaan ja työskentelyä jatkettiin kahden. Kolmas ryhmäläinen osallistui opinnäytetyön tekemiseen alkuvaiheessa, jolloin tehtiin saatekirje ja kyselylomakkeet sekä toteutettiin niiden analysointi sekä teoretiedon kerääminen. Kuitenkaan yhden opiskelijan jättäytyminen pois työstä ei vaikuttanut opinnäytetyön työstämiseen. Molemmille jäljelle jääneille jaettiin osa-alueet, joita työstettiin ja työnteko sujui hyvin ilman kolmatta osapuolta.

12 Pohdinta

Opinnäytetyön päätarkoituksena oli tuottaa opas, joka kehitettiin kirjallisuuden ja alkukartoituskyselyn perusteella. Oppaan tarkoituksena oli päivittää haavanhoito-osaamista ja antaa Onnelantien palvelutalon henkilökunnalle lisää vinkkejä siihen, minkälaisia haavoja kuuluu hoitaa ja miten niitä hoidetaan. Opinnäyte-

työssä kerrottiin myös ravitsemuksesta, kirjaamisesta sekä haavojen ennaltaehkäisystä.

Koimme hyödylliseksi käyttää apuna kyselylomakkeita, jotta saatiin selville hoitohenkilöstön haavanhoito-osaaminen. Saimme runsaasti erilaisia vastauksia, jotka auttoivat meitä työstämään haavanhoito-opasta juuri kohderyhmän tarpeiden näkökulmasta. Koimme myös kysely hyödylliseksi, koska kyselyn avulla huomattiin erilaisia tarpeita haavanhoito-osaamisessa. Ilman kyselyä olisi ollut vaikeaa rakentaa kohderyhmälle hyödyllinen haavanhoito-opas.

Ennen teoritiedon kirjoittamista mietittiin, mitkä erilaiset haavat ja hoidot olisivat oleellisia kyseisessä palvelutalossa. Työkokemuksen myötä olimme tietoisia, siitä millaisia haavoja asukkailla esiintyy, ja tämän ansiosta pystyttiin rajaamaan haavanhoito-oppaan sisältö. Teoritiedon kirjoitusvaiheessa kirjoitettiin puremahaavoista ja palovammoista sekä niiden oireista ja hoidosta. Päätimme kuitenkin, ettei edellä mainittuja sisällytetä opinnäytetyöhön, koska ne eivät oleet yleisiä kyseisessä palvelutalossa. Koimme tieto hieman turhana, koska esimerkiksi puremahaavat palvelutalon asukkailla ovat todella harvinaisia. Mietimme myös, ettei hoitohenkilöstö hyödy oppaasta, jos siinä kerrotaan harvinaisten haavojen hoidosta ja ennaltaehkäisystä.

Teoriatietoa kirjoittaessa käytimme lähteinä erilaisia luetettavia internetlähteitä, lehtiä sekä kirjoja. Etsimme tietoa sellaisista lähteistä, joissa oli tutkittua tietoa ja pyrimme siihen, että tieto olisi mahdollisimman uutta. Käytimme myös hieman vanhemmista lähteistä otettua tietoa, jotta pystyimme vertaamaan uuden ja vanhemman tiedon kehitystä vuosien varrelta. Olimme myös yhteydessä haavanhoitajaan, jolta saatiin käytännön kautta koettua tietoa, joka auttoi teoritiedon ja oppaan kirjoittamisessa.

Oppaan laatimisessa suurimpana ongelmana on ollut teoritiedon rajaus. Mielestämme suurin osa tiedosta tuntuu oleelliselta, mutta opas ei kuitenkaan saanut olla liian laaja, koska halusimme siitä mahdollisimman helppolukuisen. Lähtökohdana oppaan tekemiselle oli meidän oma mielenkiintomme haavanhoitoa kohtaan ja halusimme myös itse päivittää uutta tietoa haavoista ja niiden hoidosta.

Sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu haavanhoito osana muuta hoitotyötä ja haavanhoito-osaamista tulee päivittää säännöllisesti. Opinnäytetyön avulla olemme etsineet paljon tietoa haavanhoitoon liittyen, jota normaalin sairaanhoitajan työn ohella ei tulisi tehtyä kuin tarpeen vaatiessa. Työn avulla pystymme jakamaan oppimaamme tietoa muulle hoitohenkilökunnalle ja tarkoituksenamme on päivittää heidän osaamistaan.

Taulukot

- Taulukko 1. Proteiinien lähteitä, s. 12
Taulukko 2. Painehaavojen luokittelu, s. 19
Taulukko 3. Braden riskiluokitusmittari, s.21

Kuvat

- Kuva 1. Kotona asuvan ikääntyneen ravitsemussuositukset, s. 9
Kuva 2. Hoitoa tarvitsevan ikääntyneen ravitsemussuositukset, s. 10
Kuva 3. Kuormituspisteet, s. 19
Kuva 4. Trokanterinen murtuma, s. 27
Kuva 5. Subtrokanterinen murtuma, s. 27

Lähteet

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Talqvist, T. 2013. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.
- Ahtala, M., Hynninen, N., Iivanainen, A., Kinnunen, U-M., Seppänen, S. & Tervo-Heikkinen, T. 2014. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Hoitotyön tutkimussäätiö.
http://www.hotus.fi/system/files/SUOSITUS_PAINEHAAVA_2_10_2015_LINKIT_1.pdf. Luettu 23.4.2017
- Airaksinen, T. & Vilkka, H. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Asikainen, P., Hautaoja, P., Koivunen, M., Laine, K-M. & Luotola, E. 2014. Painehaavojen ehkäisy, osaaminen ja koulutustarpeet erikoissairaanhoidossa- pilottitutkimus hoitohenkilökunnalle. Tutkiva hoitotyö 12 (3), 14-20.
- Bjålie, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø. & Toverud, K. 2012. Ihminen – Fysiologia ja anatomia. 8.-9. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Carea 2017. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä.
<http://www.carea.fi/fi/Sairaalat%20ja%20palvelut/Keskussairaala/Tekonivelkesk>

us/Potilasopas%20lonkan%20tekonivelleikkauspotilaille/Kuntoutuminen/. Luettu 10.1.2017

Castrén, M., Korte, H. & Myllyrinne K. 2012. Ensiapuopas. Haavat ja veren-
vuodot. Terveyskirjasto.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00007. Luettu 16.4.2016

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 6. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Finne-Soveri, H., Hakala, P., Hakala-Lahtinen, P., Männistö, S., Sarlio-Lähteenkorva, S., Soini, H., Suominen, M. & Pitkälä, K. 2010. Ravitsemussuosittukset ikääntyneille. Evira.

<https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ikaantyneet.suositus-3.pdf>. Luettu 24.4.2017

Flanagan, M. Wound Healing and Skin Integrity : Principles and Practice (1). Somerset, GB: Wiley-Blackwell, 2013. ProQuest ebrary. Web. Luettu 16.1.2017

Fleischmann, W. & Grassberger, M. Maggot 2011 Therapy : A Handbook of Maggot-Assisted Wound Healing (1). New York, US: Thieme. ProQuest ebrary. Web. Luettu 16.1.2017

Hakala, P. 2015. Ikääntyneen ravitsemus. Lääkärikirja Duodecim.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086&p_hakusana=ravitsemus. Luettu 24.4.2017

Hakkarainen, T., Häkkinen, E., Kettunen, K., Kumpulainen, R., Piitulainen, K., Siekkinen, M., Solonen, U., Viinikainen, S., Virkkunen, J. & Ylinen J. 2015. Alaraaja-amputoidun hoitoketju. Terveyskirjasto. Hoitoketjut.

http://ezproxy.saimia.fi:2055/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp00780&p_haku=amputatiohaava. Luettu 16.4.2016

Hietanen, H., Irvanainen, A., Juutilainen, V. & Seppänen, S. 2002. Haava. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Hietanen, H. & Juutilainen, V. 2016. Haavanhoidon periaatteet. 1.-3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Tammi.

Huusko, T., Sipilä, R. & Tarnanen K. 2011. Lonkkamurtuma. Käyvän hoidon potilasversiot. Terveyskirjasto.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00055&p_haku=Lonkkamurtuma. Luettu 17.4.2016

Hyttinen, H. & Kanerva, A-N. 2011. Iäkkään lonkkamurtumapotilaan ohjaus-systemoitu kirjallisuuskatsaus. Tutkiva hoitotyö 9 (2), 12-19.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje. Duodecim.

www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95167.pdf. Luettu 24.4.2017

Iivanainen, A. & Soppi, E. 2013. Makuualustan valinnalla kustannushyötyä painehaavariskeissä olevalle potilaalle. Haava 4, 12-17.

Jalanko H. 2009. Tapaturmat ja myrkytykset. Terveyskirjasto.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skl00039. Luettu 26.10.2016

Juutilainen, V. 2011. Likaisen haavan hoito. Lääketieteellinen aikakausikirja

Duodecim. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2011/13/duo99639>. Luettu 24.4.2017

Kinnunen, U-M. 2013. Haavanhoidon kirjaamista on tarvetta kehittää. Terveysportti.

http://www.kouluterveyskirjasto.fi/terveysportti/uutissorvi_uusi.lue_abstrakti2?iid=16786&iprint=3&p_hakusana=. Luettu 24.4.2017

Krooninen alaraajahaava 2014. Käypähoito. Duodecim.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=0FEDAB1D253EFFD2E5CD621AFFD4B70E?id=hoi50058>. Luettu 19.2.2017

Kujala M. 2013. Lonkan tekonivelleikkaus- potilasopas. HYKS Operatiivinen tulosityksikkö.

http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/ortopedia/tekonivelkirurgia/Documents/lonkan_tekonivelleikkaus_potilasopas_painoon.pdf. Luettu 18.4.2016

Kukko, H. 2011. Hauraan ihon vammat. Haava 2, 8-9.

Kääriäinen, M. 2011. Irti, poikki ja paljaana. Haava 2, 11.

Lonkkamurtuma 2011a. Käypähoito. Duodecim.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=kht00053&suositusid=hoi50040>. Luettu 10.1.2017

Lonkkamurtuma. 2011b. Käypähoito. Duodecim.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50040#R77>. Luettu 17.7.2017

Lonkan tekonivelleikkaus. 2017. Reumaliitto.

<https://www.reumaliitto.fi/fi/reuma-aapinen/leikkaukset/lonkan-tekonivelleikkaus>. Luettu 17.7.2017

Lumio, J. 2016. Painehaavat eli makuuhaavat. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00313_ Luettu 31.1.2017

MediMattress 2017. Braden riskiluokitusmittari.

<http://www.medimattress.fi/painehaavojen-riskikartoitus-p-139.html>. Luettu 10.1.2017

Ohjeita haavapotilaiden hoitoon. 2011. Hygieniayksikkö.

file:///C:/Users/Petra/Downloads/Kroon%20ja%20akuutti%20haavanhoito-opas%20uusin%20_3_.pdf. Luettu 19.2.2017

Pukki, T. 2014. Biologinen haavanpuhdistus kärpäsentoukilla. Haava 3, 9-11.

Saarelma, O. 2015. Haava. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00215. Luettu
16.4.2016

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. painos. Jyväskylä: Tammi.

Soppi, E. 2013. Painehaavan ehkäisy ja hoito. Terveyskirjasto. Lääkäriin käsikirja
http://ezproxy.saimia.fi:2055/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00352&p_haku=painehaava. Luettu 16.4.2016

Suomen verisuonikirurginen yhdistys 2017. Katteinen haava.
<https://verisuonikirurgit.yhdistysavain.fi/hoito-ohjelma/katteinen-haava>. Luettu
19.2.2017

Tuuliranta, M. 2014. Kroonisen haavan mekaaninen ja kirurginen puhdistus.
Haava 3, 6-8.

Vaalasti, A. & Viljamaa, J. 2014. Krooninen alaraajahaava. Terveyskirjasto
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00068. Luettu
2.12.2016

Välimäki, J. 2014. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin haavanhoito-opas.
http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiw_4vR15rMAhVC3SwKHTW4ADEQFggmMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.esshp.fi%2Fdownloader.asp%3Fid%3D7883%26type%3D1&usg=AFQjCNH48Ql6w88A61wvctlwt9Nbpey8KA. Luettu 19.4.2016



SAATE 5.4.2016

Hyvä hoitohenkilökunta

Olemme toisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Saimaan ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä. Ryhmäämme kuuluvat Mirka Suokas, Petra-Nora Siirilä ja Noora Mensonen. Opinnäytetyömme kuuluu hoitotyön koulutusohjelmaan ja tarkoituksenamme olisi tehdä haavanhoito-opas toimipaikkaanne. Haavanhoito-opas sisältää olennaisimmat ja tärkeimmät asiat haavanhoidosta ja keskitymme siinä yleisimpiin haavoihin, joita asukkailla palvelutalossa ilmenee. Opinnäytetyömme valmistuu toukokuuhun 2017 mennessä.

Teemme työhömmme liittyen alkukartoitukseksi kyselyn, joka keskittyy muun muassa työntekijän omiin kokemuksiin haavanhoidosta. Kyselyn tarkoituksena on kartoittaa osa-alueet, joissa puutteita koetaan olevan eniten. Kysely on vapaaehtoinen ja nimetön. Tutkimus toteutetaan luottamuksellisesti ja aineisto hävitetään asianmukaisesti tulosten valmistuttua.

Kysely toteutetaan kesäkuussa ja se tehdään kirjallisena. Vastaamiseen kuluu aikaa noin 15-20 minuuttia. Toimitamme kyselylomakkeet työyksikköönne kirjekuoressa ja täytetyt lomakkeet laitetaan niille varattuun kirjekuoreen. Kyselylomakkeet tuodaan 1.6.2016 ja vastaukset haemme 30.6.2016.

Toivomme, että mahdollisimman moni osallistuisi kyselyyn, jotta oppaasta saadaan kattava ja juuri Teidän tarpeisiin sopiva. Vastauksenne on meille tärkeä. Mahdollisia kysymyksiä varten yhteystiedot löytyvät alta.

Ystävällisin terveisin Mirka, Petra-Nora

Yhteystiedot:

Mirka xxx-xxxxxxx

Petra-Nora xxx-xxxxxxx



KYSELY_9.5.2016

Tämän kyselyn tavoitteena on kartoittaa hoitohenkilökunnan haavanhoito-osaamista, minkä pohjalta kokoamme Teille suunnatun haavanhoito-oppaan. Vastaamiseen kuluu aikaa **noin 15-20 minuuttia**. Kirjoita vastaukset niille varattuihin kohtiin. Varaathan rauhallisen paikan vastaamista varten. Kiitos vastauksestasi!

1. Miten koet osaavasi haavan havainnointiin liittyviä asioita (ulkonäkö, erityys, haju, väri syvyys...)? Osaatko toimia havainnoimiesi asioiden perusteella?

2. Miten huomioit aseptiikan haavanhoidossa?

3. Miten huomioit kivun haavanhoidon yhteydessä?

4. Miten koet, että työpaikallasi käytetään haavanhoitovälineitä?

5. Miten ehkäiset haavojen syntymistä (esim. painehaava)?



KYSELY_9.5.2016

6. Miten kirjaat haavanhoidon prosessin? Mitä asioita kirjaat?

7. Mitä muuta haluaisit sanoa haavanhoidoista työyksikössäsi?

I

Haaranhoito-opas

Tekijät:
Petra-Nora Siirilä
Mirka Suokas

Sisältö

1	Johdanto.....	3
2	Ravitseminen.....	4
3	Painehaavan hoito-ohje.....	7
4	Lonkkaleikkaushaavan hoito-ohje	13
5	Haavanhoitotuotteet.....	14
6	Kivunhoito osana haavanhoitoa	20
7	Haavanhoidon kirjaaminen.....	21
	Lähteet	23

1 Johdanto

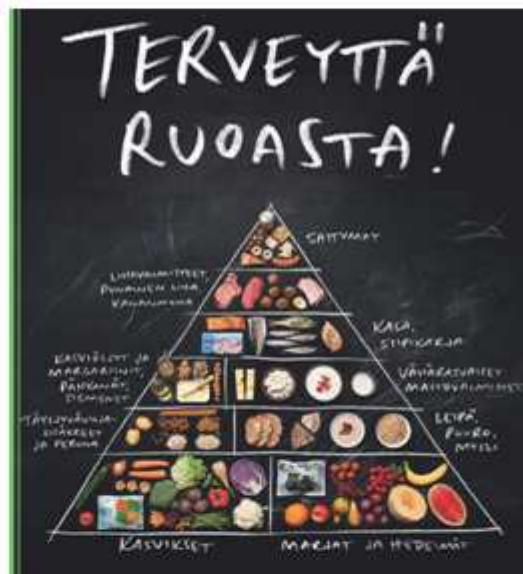
Tämä haavanhoito-opas on tarkoitettu auttamaan Teitä haavanhoidossa sekä päivittämään Teidän jo osaamaanne tietoa. Opas on koottu järjestykseen, jossa on tietoa ravitsemuksesta, yleisimpien haavojen hoito-ohjeet, joita Teidän palvelutalon asukkailla esiintyy sekä yleisimpiä haavanhoitotuotteita, joita niiden hoidoissa käytetään. Lisäksi on koottu tietoa kivunhoidosta ennen haavanhoitoa ja sen aikana. Lopussa on myös tietopaketti haavanhoidon kirjaamisesta potilas-tietojärjestelmään.

Oppaan tarkoituksena on olla selkeä, käytännöllinen ja helppolukuinen, mitä voidaan hyödyntää osana päivittäistä haavanhoitoa sekä olla myös yksinkertainen apu niiden tunnistamisessa. Opas antaa hoitohenkilökunnalle tarvittavat tiedot perus haavojen hoitoon.



2 Ravitsemus

- Syö monipuolisesti, useita aterioita päivässä.
 - 3 pääateriaa ja kahdesta kolmeen välipalaa vuorokaudessa.
 - Ateriaväli ei tulisi ylittää yli 3 tuntia.
 - Syö vähintään 1500 kcal vuorokaudessa.
 - Tarjoile ruoka lautasmallin mukaisesti.
 - Juo nesteitä 1-1½ litraa vuorokaudessa.



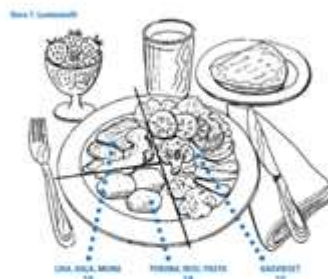
- Kiinnitä huomiota ruoan laatuun
 - Joka aterialla tulisi saada proteiinia ja hiilihydraatteja.
 - Proteiinia 1,2-1,4g/kg/vrk → 80-100g vuorokaudessa.
 - Vaikuttaa haavan paranemiseen
 - Luuston ja lihasten rakennusaineita
 - Proteiineja saadaan liha- ja maitotuotteista, pähkinöistä ja pavuista.
 - Aamupala tulisi olla hiilihydraattipainotteinen

	Annos	Proteiinia
Eläinproteiinien lähteitä*		
Tavalliset maidot, piimat, jogurtti ym.	2 dl (lasillinen)	6-7 g
Proteiinilla rikastetut maidot	2 dl (lasillinen)	10 g
Proteiinijuomat ja -jogurtti	2 dl (lasillinen)	12-16 g
Kovat juustot, leipäjuusto	100 g	20-30 g
Raejuusto	100 g	16 g
Maitorahka ja proteiinirahkat	100 g	10-12 g
Maitoon keitetyt puurot	200 g (pieni annos)	8-10 g
Kanamuna	1 kpl (60 g)	7 g
Kala	100 g	10-25 g
Liha	100 g	20-30 g
Liha- ja makkaraleikkeleet	100 g	10-30 g
Leivät	100 g (4-5 viip.)	5-10 g
Kaurahiutaleet, tumma makaroni	100 g	13-15 g
Sojapavut tai -rouhe, keitetyt	100 g	15-16 g
Muut pavut, keitetyt	100 g	10-16 g
Herneet, tuoreet ja keitetyt	100 g	5-6 g
Linsit ja lähärneet, keitetyt	100 g	7-9 g
Pähkinät ja mantelit	100 g	14-20 g
Auringonkukan ym. siemenet	100 g	23-29 g
Sojamaito ja -jogurtti	2 dl (lasillinen)	6-8 g

* Mitä vähärasvaisempi elintarvike, sitä enemmän proteiinia

Esimerkkiaterioita

- Aamupala klo 8
 - Puuro, marjojen tai voisilmän kera, lasi maitoa, täysjyväleipä leikkeleellä ja vihanneksilla.
- Lounas klo 11
 - Liha, kala tai kanatuotteita perunan tai riisin kera, lasi vettä/maitoa, täysjyväleipä.
- Välipala klo 14
 - Mysli tai marjat jogurtin/viilin kera tai hedelmä, täysjyväleipä kasvisrasvavälitteellä, leikkeleellä ja vihanneksilla.
- Päivällinen klo 16
 - Liha, kala tai kanatuotteita perunan tai riisin kera, lasi vettä/maitoa, täysjyväleipä.
- Iltapala klo 19
 - Puuro, marjojen tai voisilmän kera, lasi maitoa, täysjyväleipä leikkeleellä ja vihanneksilla.



- Painehaavojen tärkein hoitomuoto on ennaltaehkäisy
 - Asentohoidot, erikoispatjat ja tyyny
 - Asukkaille, jotka ovat vuoteessa suurimman osan ajasta, tulee tehdä painehaavan riskiluokitus, Braden. → Pisteiden perusteella valitaan oikeat erikoispatjat.
 - Vaihda asentoa 2-3 tunnin välein vuoteessa, tuolissa 15min välein.
 - Riskipotilaan istumisaika kerralla on 2 tuntia, jolloin tulee käyttää painetta keventävää istuintyynyä
 - Hyvä hygienia
 - Pidä iho kuivana
 - Hyvä ihonhoito, rasvaus
 - Luu-ulokkeisiin ihon rikkoutumisen ehkäisemiseksi hydrokoloidit ja polyuretaanivaahtolevyt
 - Oikeanlainen vaatetus
 - Pehmeät, väljät vaatteet, ei saumoja, jotka painavat.
 - Hyvä ravitsemus ja nesteytys

- **Syntyneiden painehaavojen hoito koostuu**
 - **Kivunhoidosta**
 - Huolehdi hyvästä kipulääkityksestä ennen haavanhoitoa
 - **Haava-alueen puudutuksesta**
 - Haava-alueen voi puuduttaa Emla-emulsiovoiteella, anna vaikuttaa 15-30min ennen haavanhoitoa.
 - **Haavan pesusta**
 - Huuhto vesijohtovedellä haavapohjaa, jotta erite ja kuollut kudos irtaoo.
 - **Haavan puhdistaminen mekaanisesti, jossa poistetaan kuollut kudos**
 - Paksu keltainen kate tai musta kuollut kudos poistetaan haavalta kirurgisia instrumentteja käyttämällä, esimerkiksi veitsi tai sakset.
 - Keltaista katetta voi pehmentää enne sen poistoa Prontosangeelillä, anna vaikuttaa haavalla n. 15min.
 - Puhdista haava lopuksi siihen tarkoitettulla haavanpuhdistusaineella esim. Microdacyn.
 - **Haavan suojaaminen**
 - Käytä haavalle tarkoitettuja haavanhoitotuotteita, ottaen huomioon niiden tarkoitus. Kuivahaava, erittävä haava tai katteinen haava.

- Painehaavan hoito luokituksen mukaisesti

I aste

Vaalenematon punoitus



Iho on ehjä, jossa on punoitusta paikallisesti luisen ulokkeen kohdalla.

→ Poista paine, rasvaa perusvoiteella tai öljyllä. Älä hiero aluetta. Suojaa tarvittaessa kosteudelta ja hankaukselta polyuretaanikalvolla. (OpSite haavakalvo)

II aste

Ihon pinnallinen vaurio



Dermiksen osittainen vaurio, jossa dermis on paljastunut. Yleensä esiintyy avoimena haavana vettymisen, hiertymän tai rikkoutuneen rakkulan seurauksena.

→ Poista paine, huuhtelee keittosuolaliuksella tai vesijohtovedellä.

→ Suojaa hankaukselta, kosteudelta ja infektoitumiselta silikonipintaisilla tuotteilla (Mepilex Border, Mepilex Lite, Mepitel) tai ohuella hydrokolloidillevyllä (DuoDerm).

III aste

Koko ihon vaurio



Ihon läpäisevä kudosa vaurio, jossa ihonalainen rasva voi olla näkyvissä, mutta luu tai jänne piilossa. Saatetaan esiintyä katetta tai nekroosia, onkaloita tai taskumaisia kohtia.

→ Poista paine, puhdista mekaanisesti kate tai ja nekroottinen kudos, huuhtelee keittosuolaliuksella tai vesijohtovedellä.

→ Suojaa **punainen** haava hydrofibersidoksella (Aguacel), hydrogeelillä tai polyuretaanivaahtosidoksella (Allevyn). |

- **Keltaiseen** haavaan entsyymaattinen valmiste (Iruxol mono) tai hydrogeeli. Päälle laitetaan haavatyyny (Melolin), polyuretaanikalvo (Opsite haavakalvo) tai kiinnittyvä silikonipintainen haavatyyny (Mepilex Border, Mepilex Lite, Mepitel).
- Onkaloihin hydrofobinen sidos (Sorbact, Sorbact gel).
- Suositellaan käyttämään herkästi hopeatuotteita estämään myös infektioitumista (Aguacel Ag).

IV aste

Koko ihon ja ihonalaiskudoksen vaurio



Ihon ja ihonalaiskudoksen vaurio, jossa luu tai jänne on näkyvissä. Saattaa esiintyä katetta tai nekroosia, onkaloita tai taskumaisia kohtia.

→ Poista paine, puhdista mekaanisesti kate tai/ja nekroottinen kudos, huuhtelee keittosuolaliuoksella

tai vesijohtovedellä.

- Suojaa **punainen** haava hydrofibersidoksella (Aguacel), hydrogeelillä tai polyuretaanivaahtosidoksella (Alleevyn).
- **Keltaiseen** haavaan entsyymaattinen valmiste (Iruxol mono) tai hydrogeeli. Päälle laitetaan haavatyyny (Melolin), polyuretaanikalvo (Opsite haavakalvo) tai kiinnittyvä silikonipintainen haavatyyny (Mepilex Border, Mepilex Lite, Mepitel).
- Onkaloihin hydrofobinen sidos (Sorbact, Sorbact gel).
- Suositellaan käyttämään herkästi hopeatuotteita estämään myös infektioitumista (Aguacel Ag).

Tarvitsee aina korjausleikkauksen. Hoida mahdollinen infektio lääkehoidolla. Näkyvissä olevat jänteet ja luut tulee pitää kosteana hydrofibersidoksella tai hydrogeelillä.

Luokitelematon

Koko ihon tai kudoksen vaurio, jonka syvyys on tuntematon



Haavan runsaan katteen tai nekroosin vuoksi syvyyttä ei voida määrittää. Yleensä kyseessä on III tai IV asteen painehaava.

→ Poista paine, mekaaninen puhdistus kätteesta tai/ja nekroottisesta kudoksesta. Seuraa päivittäin vauriota. Vaatii lääkärin konsultaation.

→ Hoito III tai IV asteen painehaavan mukaisesti.

4 Lonkkaleikkaushaavan hoito-ohje

- Lonkkaleikkaushaavat suljetaan hakasilla, jotka ovat haavalla n. 14vrk.
 - Suojaa haava haavasidoksella niin kauan, kun haavalla on hakaset.
 - Yleisemmin käytetty vedenpitävä haavasidoslappu on Mepilex Border Postop, joka voi olla haavalla 7vrk.
 - Hakastenpoiston jälkeen haavalle voi laittaa Mepore haavasuojalappun.
 - Vältä haavan turhaa koskettelua, vaihda haavasidos tarvittaessa, jos runsasta vuotoa.
- Haavaa hoidetaan steriilisti 24h leikkauksesta
 - Jos haava vuotaa, lisätään sidoksia
 - Jos vuoto on reilua, tarkistetaan haava ja vaihdetaan sidokset steriilisti
- Haavan paikallishoito:
 - Puhdista haava niille tarkoitetuilla haavapuhdistusaineilla, esimerkiksi Microdacyn.
 - Haavaa saa kastella suihkun yhteydessä. Vältä saippuaveden käyttöä haavalla sekä hankaamista.
 - Taputtele haava kuivaksi ja suojaa haavasidoslapulla.
 - Seuraile haavan paranemista, infektion merkkejä, erityistä.
 - Tarvittaessa yhteys lääkäriin.
- Haavalla esiintyy usein kipua ja turvotusta
 - Syö säännöllisesti kipulääkkeitä 1-2vk ajan leikkauksesta
 - Kylmä vähentää turvotusta ja lievittää kipua → Käytä kylmägeelipusseja lonkalla.

5 Haavanhoitotuotteet

- Painehaavoilla käytettyjä hoitotuotteita

Mepilex XT



Pehmeä ja leikkaavuutensa ansiosta soveltuu monelle kehon alueelle. Imee haavaeritettä ja pitää haavan kosteana.

Soveltuu kohtalaisesti erittäviin haavoihin ja estää haavaeritteen vuotamasta ympäröivään ihoon.

Jalka- ja säärihaavoille, painehaavoille ja ihorikoille.

Mepilex Ag



Pehmeä ja imukykyinen antimikrobinen vaahtosidos.

Soveltuu kohtalaisesti erittäviin infektoituneisiin tai haavoihin, joissa suuri infektoriski ja estää haavaeritteen vuotamasta ympäröivään ihoon.

Estää haavan patogeenien toiminnan 30 minuutissa 7 vuorokauden ajan.

Mepilex Border



Erittäin imukykyinen vaahtosidos, joka imee ja pidättää haavaeritettä ja pitää haavaympäristön kosteana.

Vaahtosidoksen 5-kerroksinen rakenne auttaa mm. ennaltaehkäisemään painehaavojen syntyä.

Sääri- ja jalkahaavoille, painehaavoille, ihorepeämät sekä haavoille, joissa ympäröivä iho on hauras tai herkkä.

Sorbact



Mikrobeja sitova sidos, joka ehkäisee haavainfektion syntyä tai hoitaa jo syntyneen infektion. Käytetään runsaasti erittävässä haavoissa, kuivemmissä haavoissa tarvittaessa kostutus hydrogeelillä.

Infektoituneet tai suuressa riskissä infektoitumiselle olevat painehaavat ja onkalohaavat, sekä ihon pinnallisten hiivasieni infektioiden hoitoon.

Sorbact Gel



Hydrogeelillä kyllästetty mikrobeja sitova sidos kuiville, katteisille ja puhdistusta kaipaaville haavoille.

Infektoituneet tai suuressa riskissä infektoitumiselle olevat painehaavat ja onkalohaavat sekä fistelimäiset haavat.

SGSOFT



Turvallinen haavasidos infektioiden ennaltaehkäisyyn. Ehkäisee ja suojaa haavainfektioita pitämällä haavasiteen pinnan bakteereista vapaana. Sisältää ionista hopeaa, jotka eivät vapaudu haavan pinnalle vaan haavapintaa vasten oleva sidos pysäyttää haavassa olevan bakteerikolonisaation. Imee sidokseen haavalta tulleen eritteen. Syvälle tai pinnalliselle haavoille ehkäisemään infektion syntyä.

SGSOFT Foam



Vaahtoava kangas, jolla on korkea imukyky, minkä ansiosta se suojaa haavaa ja ylläpitää kosteaa haavaympäristöä. Kosteaa haavaympäristöä auttaa haavan paranemisprosessia. Sisältää kolme kerrosta; antimikrobinen, absorboiva vaahtosidos ja suojakalvo. Kohtalaisesti erittäviin haavoihin.

Exufiber



Steriili geelityvä kuitusidos runsaasti erittäviin haavoihin. Geelityminen tukee haavan kosteaa paranemisympäristöä. Vähentää ohivuotojen ja maseraatioiden riskiä tehokkaan imu- ja pidätyskyvyn ansiosta. Käytetään yhdessä esim. Mepilex Border sidoksen kanssa. Sääri-, jalka- ja painehaavoille sekä kirurgisille haavoille

- Mekaanisen puhdistuksen instrumentteja
 - Steriilisti pakattuja, tarkista sterilointi päivämäärä, pakkauksen kunto
 - Käytetään kertaluontoisesti, steriloitavaksi haavanhoidon jälkeen
 - Kertakäyttöiset instrumentit heitetään käytön jälkeen roskiin

Kirurgiset atulat



Sakset



Kauha



- Lonkkaleikkaushaavoilla käytettyjä hoitotuotteita
→ Vedenkestäviä sekä ei vedenkestäviä

Mepilex Border Postop



Joustava ja imukykyinen reunallinen sidos, joka sopii erityisesti erittäville kirurgisille haavoille esim. lonkan- ja polven alueen haavoille. Joustavuuden ansiosta haavasidos mahdollistaa vapaan liikkumisen.

Erinomainen nesteiden hallintakapasiteetti ja leveät, läpinäkyvät kiinnitysreunat mahdollistavat nopean ja helpon haavaympäristön tarkkailun. Sidos on vedenpitävä, joten peseytyminen onnistuu ilman haavasidoksen vaihtoa.

Asetetaan haavalle leikkaussalissa, voidaan pitää haavalla 7 vrk ja vaihdetaan erityksen mukaan.

Mepore



Hengittävä ja itsekiinnittyvä sidos vähän tai kohtalaisesti erittäville haavoille.

Käytetään yleensä hakastenpoiston jälkeen muutamana seuraavana päivänä.

Microdacyn



Haavanhoitoneste on tarkoitettu haavanpuhdistukseen ja hoitoon. Microdacyn on ylläpeltua vettä, joka on valmistettu elektrolyysissa H₂O:sta ja NaCl:sta.

Ylläpitää haavan kostea paranemisympäristöä ja nopeuttaa haavan paranemista.

Tuhoaa mikrobeja, vähentää inflammaatiota ja edistää haava-alueen kapillaariverenkiertoa.

Akuuteille ja kroonisille haavoille, hiertymille, 1-2 asteen palovammat sekä syvät haavat.

6 Kivunhoito osana haavanhoitoa

- Kivunhoito on tärkeää haavanhoidossa. Tärkeää on kivunhoito ennen haavanhoitoa sekä haavanhoidon aikana.

- ➔ Haavakipuja on neljää erilaista.
 1. lyhytkestoista kipua
 2. pitkäkestoista kipua
 3. kudosaauriokipua
 4. hermoauriokipua
- Kun kipuja hoitaa hyvin, se vaikuttaa positiivisesti haavan paranemiseen.

- Kivun arviointi
 - millaista kipu on
 - missä sitä esiintyy
 - kuinka kauan kipu kestää
- ➔ kivun syynä voi olla:
 - haavan pinnan kuivuminen
 - infektio
 - tiukka sidos
 - kiristävät ompleet
 - tuotteen aiheuttama polttava tunne

Kivun huomiointi

- ➔ Tarkista haava ja ympäristö
- ➔ Infektoitunut haava kivuliaampi
- ➔ Vältä haavan tarpeetonta käsittelyä
- ➔ Vältä painetta haavalla
- ➔ Noudata haavanhoitotuotteissa valmistajan ohjeita
- ➔ Tarkasta haavalle laitettavien tuotteiden lämpötila
- ➔ Toimiva ja mahdollisimman kivuton haavanhoitotuote
- ➔ Tarttuneiden sidosten kostuttaminen tai irrottaminen öljyn avulla.

Haavakivun hoito:

Lääkehoito:

Kipulääkkeet

Puudutteet

Läkkeetön hoito:

Haavasidokset

Asentohoito

Kylmä- ja lämpöhoidot

Hoitoympäristö

Potilaan kuuntelu

Kipulääkkeet:

- Vahvat opioidit
 - o Morfiini, oksikodoni
 - o Fentanyl, metadoni
- Heikot opioidit
 - o Kodeiini, tramadoli
- Tulehduskipulääkkeet
 - o Parasetamoli

Paikallispuudutteet:

- EMLA
 - o kivun tunne poistuu hetkellisesti vaikutusalueelta, mutta kosketus ja paineen tunne jäävät
 - o Voiteen päälle laitetaan ilmatiivis peittoside, kuten muovikelmu 30-60 minuuttia ennen haavanhoitoa. Poista emulsiovoide pumpulilla ja aloita haavan puhdistus viipymättä.
 - o Valmistetta voidaan käyttää korkeintaan 15 kertaa 1-2 kuukauden aikana.
- XYLOCAIN
 - o Vaikutus alkaa minuuteissa ja kestää puudutuksen tyyppin mukaan 30-240 minuuttia.

- Kipulääkkeet otetaan ennen haavanhoitoa, jotta vaikutus saadaan haavanhoidon aikana. Tarvittaessa käytetään kipulääkkeitä koko aika, jos potilaalla on kovaa kipua.

- Paikallispuudutteita käytetään haavanhoidon aikana. Puudute laitetaan haavalle noin 30-60 minuuttia ennen haavanhoitoa.



7 Haavanhoidon kirjaaminen

Kirjaamisessa tulisi tulla esille seuraavat asiat:

- **Haavan koko/pituus/leveys**
 - Mittaa haava paperimittanauhalla, joka on kiinni haavassa. Mittaa haavan äärimat. Jos käytössäsi ei ole mittaa, kirjaa ylös, että kyse on arviosta ja käytä määreinä yleisimpiä kokoja kuten "kahden euron kolikko" tai "tulitikkurasia".
- **Kuvaa ja arvioi haavapohjaa**
 - Kerro mitä haavapohja näytti ennen ja jälkeen puhdistuksen. Käytä kuvaavia adjektiiveja, kuten granuloiva, epitelisoitunut, nekroottinen, katteinen. Kerro myös haavapohjan väristä, ja mahdollisesta luusta tai jänneestä, joka näkyy haavalla.
- **Kuvaa ja arvioi haavaympäristö ja haavareunat**
 - Kuvaile haavanreunoja ja ympäristöä adjektiiveilla, kuten kuiva, karstainen, kostea, turvonnut, punoittava, maseroitunut.
- **Kirjaa haavaeritteen seuranta**
 - Määrä: runsaasti, kolikon kokoinen läntti, sidoksessa reilusti tilaa
 - Väri: kellertävä, punertava, vihertävä, verensekainen
 - Haju: pistävä, imelä, voimakas
 - Koostumus: limainen, kokkareinen, juokseva
- **Haavan hoito**
 - Miten hoidit haavan: puhdistus, mekaaninen puhdistus

- ➔ Mitä välineitä käytit: saksia, kyrettiä, atuloita
- ➔ Mitä haavanhoitotuotteita käytit: Mepilex, Sorbact, Mepore
- ➔ Kirjaa myös haavanhoidossa käytetyt puudutteet tai kipulääkitykset ja oliko niillä vastetta?
- Kirjaa potilaan kokema kipu
 - ➔ Käytä apunasi VAS-mittaria 1-10, sekä kuvaile sanallisesti esim. ei kipua, pistävä, viiltävä, raastava.
- Kuvaile haavan paranemista
 - ➔ Onko haava parantunut viimeisestä haavanhoidosta, miten haava on muuttunut edellisestä kirjaamisesta, mahdollisia parannus ehdotuksia haavanhoidolle.
- Jos kyseessä on tuorehaava, tulisi ensimmäisessä kirjauksessa mainita, miten haava syntyi ja pitkäaikaisessa haavassa mainita, kuinka kauan haavanhoito on kestänyt, jotta voidaan miettiä vaihtoehtoista hoitomuotoa haavan paranemisen kannalta.