

Milla Kallio, Heli Lagus, Kirsi Isoherranen ja Niina Matikainen

Yhteistyö haavanhoidossa: mahdollisuus parantaa laatua ja vähentää kustannuksia

Krooniset haavat yleistyvät väestön ikääntymisen myötä ja muodostavat jo nykyisinkin suuren haasteen kansanterveydelle ja -taloudelle. Kansainvälisten tutkimuksien perusteella terveydenhuollon budjetista käytetään 2–5,5 % haavapotilaiden hoitoon (1,2). Suomen tilanteesta ei ole tarkkaa tietoa. HUS-alueen noin 1,7 miljoonan asukaan alueella haavanhoitokäyntejä arvioidaan olevan yli 580 000 vuosittain. Arvio perustuu Lohjan sairaanhoitoalueella vuonna 2015 tehtyyn kuukauden mittaiseen järjestelmälliseen haavanhoitokertojen kartoitukseen (Heli Lagus, henkilökohtainen tiedonanto).

Suurin osa kustannuksista syntyy terveydenhuoltohenkilökunnan työpanoksesta, ja siksi pienetkin organisatoriset muutokset voivat tuoda huomattavia säästöjä (1). Kustannusten kannalta merkittäviä vaikuttamiskohteita ovat haavojen ehkäisy, haavan kesto, hoitovälit ja komplisoituminen. Painehaavojen on arvioitu Suomessa aiheuttavan 280–532 miljoonan euron kustannukset vuosittain (3). Koska suurin osa kroonisista haavoista on ehkäistävissä, vuonna 2013 julkistettu sosiaali- ja terveydenhuollon kolmen miljardin euron säästötavoite toteutuisi kirkkaasti kymmenen vuoden aikana (300 miljoonaa euroa/vuosi) esimerkiksi pelkästään painehaavojen syntymisen ehkäisemisellä. Ehkäisemiskustannukset ovat vain murto-osa jo syntyneen painehaavan hoitokustannuksista (4).

Haavat aiheuttavat potilaalle huomattavaa kärsimystä ja johtavat pahimmillaan raajan tai jopa hengen menetykseen, joten niitä voidaan

verrata syöpätauteihin (5,6). Haavapotilaiden elämänlaatu on selvästi huonontunut, ja huomattava osa haavapotilaista kärsii myös masennuksesta (7,8). Vuonna 2018 Suomessa tehtiin THL:n tietojen mukaan 783 reisiamputaatiota ja 344 sääriamputaatiota. Jopa 85 %:lla amputaatioon joutuvista potilaista toimenpidettä edeltää haava (9).

Mitä nykyisistä kroonisten haavojen hoidon ongelmakohdista tiedetään? On tavallista, että haavaa hoidetaan useamman kerran viikossa jopa kuukausien ajan ilman diagnoosia ja arviota hoitovasteesta. Tällöin haavan nopeasti parantava hoito, kuten verisuonitoimenpide, turvotuksen hoito tai tehokas kevennys voi jäädä toteutumatta. Tarvitaankin lisää tietoa, osaamista ja suurta asennemu-

tosta, jotta itseisarvona toteutettu haavanhoitotyö muutetaan toimivaksi moniammatilliseksi hoitoketjiksi. Lääkärin tulee tutkia potilas heti alkuvaiheessa, asettaa haavadiagnoosi, tehdä hoitosuunnitelma yhdessä muiden ammattilaisten kanssa ja tarvittaessa konsultoida eri erikoisalvoja. Haavanhoitaja, jalkaterapeutti ja muut hoitotyön ammattilaiset voivat usein jatkaa hoitoprosessia, jonka tarkoituksenmukaisuutta ja tulosta arvioidaan säännöllisesti.

Edullisimmaksi tulee kuitenkin haavojen ehkäiseminen, mikä korostuu diabetespotilaiden hoidossa. Jalkahaavan saa vuosittain 2–5 % ja elinaikanaan noin 20–30 % diabetespotilaista. Diabetekseen liittyvien jalkaongelmien aiheuttamien kustannusten arvioidaan muodostavan noin 15 % kaikista diabeteksen hoitokustannuksista (10). Esimerkiksi diabetespotilaalle, jolla on haavariski, säännöllinen jalkojen oma-

Edullisimmaksi
tulee haavojen
ehkäiseminen

toiminen tarkastus ja paljain jaloin kävelyn välttäminen ovat ilmaisia. Ohjeita löytyy muun muassa moniammatillisesti tuotetusta Terveyskylän Haavatalosta (www.haavatalo.fi).

Haavapotilaan hoidon laadun parantamisen kannalta tärkeimmiksi askeliksi näemme kansallisen haavarekisterin ja toimivien haavakeskusten perustamisen sekä diagnoosikoodien yhtenäistämisen. Ruotsissa haavarekisterin käyttöön ottaminen lyhensi haavojen hoitoaikaa 38 % ja pienensi kustannuksia 46 % (11). Jopa haavojen ilmaantuvuutta on kyetty vähentämään (12,13).

Suomen kansallinen haavarekisteri valmistuu pian, ja sairauskertomuksiin luodaan haavan kirjaamista helpottavia osioita, jolloin haavan hoidon laadusta voidaan kerätä tietoa. Moniammatilliset diabetesjalkatyöryhmät ympäri Suomea ovat jo kauan sitten vakiinnuttaneet asemansa. Haavakeskus on toiminut Tampereella vuodesta 2009 ja Porissa vuodesta 2013. HUS:n haavakeskus perustettiin vuonna 2018. Kroonisen haavan ICD-10-diagnoosikoodit on koottu yhteen ja viedään alkuvuodesta Terveyskylän ammattilaisosioon. Näitä diagnoosikodeja tulisi jatkossa käyttää yhtenevästi kaikkien haavapotilaiden potilasmerkinnöissä.

Mitä muita ratkaisuja haavanhoitoon tarvitaan? Avainasemassa ovat terveydenhuollon ammattilaisten ja erityisesti potilaiden, joilla on haavariski, järjestelmällinen koulutus ja ohjaus. Suomessa toimii Haavanhoitoyhdistys, ja hoitotyön ammattilaisilla on jo pitkään ollut mahdollisuus haavanhoidon erikoistumisopin-
toihin. Vuodesta 2015 alkaen lääkäreilläkin on ollut mahdollisuus Lääkäriliiton alaisen haavanhoidon erityisnäytteen suorittamiseen.

Tarvitsemme uusia toimintamalleja, esimerkiksi haavoihin perehtyneitä lääkäri-hoitajatyöpareja isoimmille terveysasemille, haavakeskuksia perusterveydenhuoltoon, riskiryhmäläisten säännöllisen jalkojenhoitopalvelujen turvaamisen sekä heidän ohjaamisensa tehokkaaseen turvotuksen hoitoon ja kevennyshoitoon. Ammattilaisia, esimerkiksi jalkaterapeutteja ja turvotuksen hoidon osaajia, tarvitaan lisää. Erikoisalojen ja ammattiryhmien verkostoitumisen myötä osaaminen lisääntyy ja hoitoketjut tehostuvat. Potilaiden tulisi olla (myös moniammatilliseen) hoitoon pääsyn sekä apuvälineiden ja hoitotuotteiden saamisen osalta yhdenvertaisessa asemassa.

Päätäjien ja organisaatioiden johtajien tulisi mahdollistaa raja-aidat ylittävä yhteistyö. Yksinkertaisilla toimilla voidaan saavuttaa huomattava hyöty niin potilaille, veronmaksajille kuin kaikille hoitoa antaville tahoillekin. ■



MILLA KALLIO, LL, verisuonikirurgian erikoislääkäri
HUS, Haavakeskus ja verisuonikirurgia sekä Vatsakeskus

HELI LAGUS, LL, plastiikkakirurgian erikoislääkäri, osastonylilääkäri, vastuulääkäri
HUS, Haavakeskus, tukielin- ja plastiikkakirurgia

KIRSI ISOHERRANEN, LT, ihotautien ja allergologian erikoislääkäri
HUS, Haavakeskus, ihotautien linja

NIINA MATIKAINEN, dosentti, endokrinologian ja sisätautien erikoislääkäri
HUS, Vatsakeskus, endokrinologia, Meilahden sairaala

KIRJALLISUUTTA

1. Lindholm C, Searle R. Wound management for the 21st century: combining effectiveness and efficiency. *Int Wound J* 2016;13:5–15.
2. Phillips CJ, Humphreys I, Fletcher J, ym. Estimating the costs associated with the management of patients with chronic wounds using linked routine data. *Int Wound J* 2016;13:1193–7.
3. Soppi E. Painehaavan ehkäisy ja hoito. Kirjassa: Jousimaa J, Alenius H, Atula S, ym, toim. Lääkärin käsikirja. Helsinki: Duodecim 2014, s. 586–90.
4. Demarré L, Van Lancker A, Van Hecke A, ym. The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2015;52:1754–74.
5. Armstrong DG, Wrobel J, Robbins JM. Guest editorial: are diabetes-related wounds and amputations worse than cancer? *Int Wound J* 2007;4:286–7.
6. Lim HW, Collins SAB, Resneck JS Jr, ym. The burden of skin disease in the United States. *J Am Acad Dermatol* 2017;76:958–72.
7. Fino P, Di Taranto G, Pierro A, ym. Depression risk among patients with chronic wounds. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2019; 23:4310–2.
8. Platsidaki E, Kouris A, Christodoulou C. Psychosocial aspects in patients with chronic leg ulcers. *Wounds* 2017;29:306–10.
9. Bus SA, Lavery LA, Monteiro-Soares M, ym. IWGDF guideline on the prevention of foot ulcers in persons with diabetes. *Diabetes Metab Res Rev* 2020. DOI: 10.1002/dmrr.3269.
10. Järveläinen H, Ebeling T, Tapio A-L, ym. Jalat. Kirjassa: Ilanne-Parikka P, Niskanen L, Rönnemaa T, ym toim. *Diabetes*. Helsinki: Duodecim 2019, s.473–529.
11. Öien R, Forssell H, Tenvall G. Cost consequences due to reduced ulcer healing times – analyses based on the Swedish Registry of Ulcer Treatment. *Int Wound J* 2016;13:957–62.
12. Rasmussen A, Almdal T, Anker Nielsen A, ym. Decreasing incidence of foot ulcer among patients with type 1 and type 2 diabetes in the period 2001–2014. *Diabetes Res Clin Pract* 2017;130:221–8.
13. Forssgren A, Nelzen O. A repeat validated population questionnaire of a defined Swedish population verifies reduction in leg ulcer prevalence over time. *Acta Derm Venereol* 2015;95:725–9.

SIDONNAISUDET

Milla Kallio: Luento-/asiantuntijapalkkio (Apotti, Suomen haavanhoidtoyhdistys), luottamustoimet (kansallinen haavarekisterihanke, Suomen Lääkäriliiton haavanhoidon erityispätevyystyöryhmä)

Heli Lagus: Apuraha (Instrumentarium, Vivoxid Oy, EVO-rahoitus/HUS), luento-/asiantuntijapalkkio (Professio, HUS Servis, Orion, Steripolar, UPM), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (UpViser, Steripolar), luottamustoimet (Nuorten Lääkärin Yhdistys, Suomen Lääkäriliiton haavanhoidon erityispätevyystoimikunta), hankkeet (Kansallinen haavarekisteri, Nordic Diabetic Foot Task Force)

Kirsi Isoherranen: Luento-/asiantuntijapalkkio (Abbvie, Mediq, Mölnlycke, Dansac Hollister), korvaukset koulutus- ja kongressiku-

luista (Abbvie), luottamustoimet (European Wound Management Association, johtokunnan jäsen vuodesta 2016; Suomen Lääkäriliiton haavanhoidon erityispätevyystoimikunta), hankkeet (TerveyskyläPro, Haavatalon projektipäällikkö)

Niina Matikainen: Apuraha (VTR-tutkimusrahoitus), luento-/asiantuntijapalkkio (Novo Nordisk, MSD, Sanofi), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Työnajantajan toimeksianto: Sanofi, Novo Nordisk, Ipsen), luottamustoimet (Dyslipidemia, Käypä hoito -työryhmän jäsen; Endokrinologiyhdistys hallituksen jäsen; Diabetestutkijat ja Diabetologit hallituksen jäsen; Suomen Lääkäriliiton haavanhoidon erityispätevyystoimikunta), muut sidonnaisuudet (Konsultointi Orion, Sanofi, Novo Nordisk)