

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Riina Santamäki

HAAVANHOITOKANSIO
ISOJOEN TERVEYSKESKUKSEN
VUODEOSASTO KOIVUKARTANON JA
ASUMISPALVELUYKSIKÖ KOIVUKODIN
HOITOHENKILÖKUNNALLE

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

2007

HAAVANHOITOKANSIO ISOJOEN TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTO
KOIVUKARTANON JA ASUMISPALVELUYKSIKÖ KOIVUKODIN
HOITOHENKILÖKUNNALLE

Santamäki, Riina
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Syyskuu 2007
Lahti, Meimi
YKL: 59.23
Sivumäärä: 40, haavanhoitokansio 34

Asiasanat: Haavanhoito, leikkaushaava, säärihaava, painehaava, haavanhoitotuotteet ja haavanhoitomenetelmät

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä Isojoen terveyskeskuksen vuodeosasto Koivukartanon ja asumispalveluyksikkö Koivukodin hoitohenkilökunnalle haavanhoitokansio. Haavanhoitokansion tavoitteena on yhtenäistää hoitohenkilökunnan haavanhoitokäytäntöjä. Haavanhoitokansioon hoitohenkilökunta voi tulevaisuudessa lisätä käytännön ohjeita ja uusimpia tietoja, ja siten ylläpitää kaikkien haavanhoitoon osallistuvien haavanhoitotietoja.

Opinnäytetyön teoreettinen osuus koostuu kirjallisuudesta saadusta tiedosta. Haavanhoitokansion sisältö pohjautuu tähän teoretietoon ja haavanhoitokansion sisältämät tiedot on valittu hoitohenkilökunnalle toteutetussa kyselyssä saatujen vastausten perusteella.

Hoitohenkilökunta vastasi haavanhoitoa koskevaan kyselyyn, jossa kysyttiin millaista tietoa he haluaisivat haavanhoitokansioon. Kysely toteutettiin keväällä 2007. Kyselyn avulla selvitettiin, mitä tietoa hoitohenkilökunta tarvitsee haavanhoitokansioon. Kyselyn vastausprosentti oli 73 % (n=16). Kyselyn vastausten perusteella eniten tietoa kaivattiin leikkaushaavan suihkutuksesta ja sidosmateriaalin valinnasta, painehaavan ennaltaehkäisyn keinoista ja haavanhoidosta ja säärihaavojen eroista ja haavan syntyyn vaikuttavista tekijöistä. Haavanhoitomenetelmistä eniten tietoa haluttiin mekaanisesta haavan puhdistuksesta ja haavanhoitotuotteiden oikeanlaisesta käytöstä.

Haavanhoitokansio sisältää tiedot leikkaushaavan, painehaavan ja säärihaavan hoitosuosituksista ja hoitomenetelmistä, sekä ohjeet bakteerinäytteen ottamisesta. Lisäksi haavanhoitokansiossa esitellään ne haavanhoitotuotteet, joita on haavanhoito-ohjeissa suositeltu käyttämään.

Opinnäytetyön tekemisen lähtökohtana oli Isojoen terveyskeskuksen hoitohenkilökunnan tarve saada haavanhoitokansio käyttöönsä, ja siten edistää yhtenäisiä haavanhoitokäytäntöjä. Opinnäytetyön tuotos on 30-sivuinen haavanhoitokansio, joka tulee hoitohenkilökunnan käyttöön syksyllä 2007.

WOUND TREATMENT FILE FOR THE STAFF OF THE KOIVUKARTANO BED WARD IN THE ISOJOKI HEALTH CLINIC AND KOIVUKOTI ACCOMMODATION SERVICE UNIT

Santamäki, Riina
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
School of Social Services and Health Care
September 2007
Lahti, Meimi
YKL: 59.23
Number on pages: 40, wound treatment file 34

Keywords: wound treatment, surgical wound, varicose ulcer, pressure ulcer, wound treatment products, and wound treatment procedures

The intention of this thesis was to make a wound treatment file for the use of the personnel of the Koivukartano bed ward in the Isojoki Health Clinic and Koivukoti accommodation service unit. The intention of the file is to standardize the wound treatment procedures used by the personnel. The wound treatment file is to become one of the tools of wound treatment practise. The objective was to make a wound treatment file that could be augmented with practical details and latest information by the staff in the future, thus maintaining the wound treatment knowledge of all persons participating in the nursing.

The theoretic part of the thesis consists of data collected from literature. The contents of the wound treatment file are based on this theoretic knowledge and the contents of the file have been chosen based on the results of an enquiry made out to the nursing staff.

The nursing personnel were asked to fill out an enquiry asking what kind of information they would like to see in a wound treatment file. The enquiry was made in the spring of 2007. The purpose of the enquiry was to find out what information the staff requires in the file. The responding quota was 73 % (n=16). Judging from the results, irrigation of the wound, the choice of gauze, the methods of pressure ulcer prevention and treatment, the differences between kinds of varicose ulcers and the factors affecting wound formation were the most sought after topics. The most wanted information on wound treatment procedures were manual wound decontamination and the wound treatment products' correct methods of use.

The wound treatment file contains guidelines and manuals for the treatment of surgical wounds, pressure ulcers and varicose ulcers, and a manual on bacterial sample taking. The file also presents those wound treatment products that were recommended for use in the wound treatment manuals.

The starting premiss of the thesis was to answer the Isojoki Health Clinic's nursing staff's need of a wound treatment file, and to promote the standardized wound treatment practises. The outcome of the thesis is a 30-page wound treatment file, which is pressed into the nursing staff's service in the autumn of 2007.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	5
3 HAAVANHOITO	6
3.1 Haavanhoitomenetelmät	6
3.2 Haavanhoitosuositukset	9
3.3 Haavanhoitotuotteet.....	12
3.4 Leikkaushaavan hoitomenetelmät	18
3.5 Painehaavan hoitomenetelmät	20
3.6 Säärihaavan hoitomenetelmät.....	25
3.7 Haavanhoitoa koskevat aikaisemmat tutkimukset.....	28
4 KYSELYN TOTEUTUS	29
5 KYSELYN TULOKSET	31
5.1 Leikkaushaavan hoitoa koskeva tiedon tarve	31
5.2 Painehaavan hoitoa koskevan tiedon tarve	32
5.3 Säärihaavan hoitoa koskevan tiedon tarve.....	33
5.4 Haavanhoitotuotteita koskevan tiedon tarve.....	33
5.5 Haavanhoitomenetelmiä koskevan tiedon tarve	34
5.6 Haavanhoitosuosituksia koskevan tiedon tarve	35
6 HAAVANHOITOKANSION SUUNNITTELU JA TOTEUTUS	35
7 POHDINTA	38
LÄHTEET	41
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni tarkoituksena on tehdä haavanhoitokansio Isojoen terveyskeskuksen vuodeosasto Koivukartanon ja asumispalveluyksikkö Koivukodin hoitohenkilökunnalle. Tarkoituksena on tehdä haavanhoitokansio jota hoitohenkilökunta voisi käyttää yhtenä apuvälineenä haavanhoidossa. Haavanhoitokansion tavoitteena on yhtenäistää hoitohenkilökunnan haavanhoitokäytäntöjä ja yhdistää uusimmat tiedot haavanhoitosuosituksista. Tavoitteena on luoda haavanhoitokansio, johon hoitohenkilökunta voisi tulevaisuudessa lisätä käytännön ohjeita ja uusimpia tietoja, ja siten ylläpitäisivät kaikkien haavanhoitoon osallistuvien haavanhoitotietoja ajan tasalla. (Auessalmi, 2007. Henkilökohtainen tiedonanto.)

Hoitohenkilökuntaa Isojoen terveyskeskuksen vuodeosastolla ja asumispalveluyksikössä on yhteensä yksi vastaava sairaanhoitaja, seitsemän sairaanhoitajaa ja 14 perus-/lähihoitajaa. Haavanhoitoon osallistuvat kaikki hoitohenkilökuntaan kuuluvat, joten heiltä vaaditaan ammattitaitoa hoitaa monenlaisia haavoja, leikkaushaavoista kroonisiin painehaavoihin. Isojoen terveyskeskuksessa on yksi nimetty sairaanhoitaja, joka toimii työnsä ohella haavahoitajana. Isojoen terveyskeskuksessa potilaspaikkoja on vuodeosasto Koivukartanossa 21. Vuodeosaston yhteydessä toimii asumispalveluyksikkö Koivukoti, joka tarjoaa palveluja henkilöille, joiden toimintakyky on heikentynyt siinä määrin, että he tarvitsevat apua päivittäisissä toiminnoissaan ympäri vuorokauden, Koivukodin asumispalveluyksikössä asukaspaikkoja on 19. (Auessalmi, 2007. Henkilökohtainen tiedonanto.)

Isojoen terveyskeskus kuuluu Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin, ja siihen kuuluvalla hoitohenkilökunnalla on yhtenäiset haavanhoitosuositukset. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin keskussairaalassa Seinäjoella on haavanhoitopoliklinikka, joka on toiminut 1.1.2006 lähtien. Sairaanhoitopiirillä on yksi haavahoitaja, joka työskentelee Seinäjoen keskussairaalassa haavapoliklinikalla. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin haavanhoitosuosituksista on tehty julkaisu vuonna 2004. (Pokela, 2004.) Julkaisu sisältää ohjeita haavanhoidosta ja luettelo sairaanhoitopiirissä käytössä olevista haavanhoitotuotteista. Julkaisun teossa on ollut asiantuntija-apuna Seinäjoen keskus-

sairaalan sisätautilääkäreitä, infektiolääkäri, erikoisalujen kirurgeja, ihotautilääkäri ja haavatyöryhmän jäsenet.

Opinnäytetyö on ajankohtainen ja työelämälähtöinen. Opinnäytetyön aihe selkeytyi, kun Isojoen terveyskeskuksen hoitohenkilökunnalta tuli ehdotus tehdä heidän käyttöönsä haavanhoitokansio, jota hoitohenkilökunta voisi käyttää jokapäiväisessä haavanhoitotyössään. Terveyskeskuksessa ei ole aiemmin ollut käytössä haavanhoitokansiota. Haavanhoitokansiossa perehdyn leikkaushaavan, painehaavan ja säärihaavan paikallishoitotuotteisiin – menetelmiin ja ennaltaehkäisyyn.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tarkoitus

1. Tehdä vuodeosasto Koivukartanon ja asumispalveluyksikkö Koivukodin hoitohenkilökunnan käyttöön haavahoitokansio

Tavoitteet

1. Yhtenäistää hoitohenkilökunnan haavanhoito käytäntöjä
2. Kerätä hoitohenkilökunnalle tietoa uusimmista haavahoitosuosituksista ja luoda väline jota henkilökunta pystyy jatkossa käyttämään haavanhoitotyössään

3 HAAVANHOITO

3.1 Haavanhoitomenetelmät

Suomen Haavanhoitoyhdistys ry on toiminut vuodesta 1995 ja yhdistyksen jäsenistö koostuu terveydenhuollon ammattilaisista. Yhdistyksen tavoitteena on edistää vuoro-vaikutusta kaikkien ammattiryhmien välillä, jotka ovat vastuussa haavapotilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta, haavojen ennaltaehkäisystä. Tavoitteena on myös edistää haavanhoidon kehittämis-, tutkimus- ja opetustyötä sekä tehdä yhteistyötä pohjoismaisten, eurooppalaisten ja kansainvälisten vastaavien yhdistysten kanssa (EWMA; European Wound Management Association ja EPUAP; European Pressure Ulcer Advisory Panel). Yhdistyksen toimintaan kuuluu yhteistyö haavanhoitotuotteita ja apuvälineitä myyvien yritysten ja haavanhoitoon liittyvien palveluja tuottavien yritysten kanssa. Suomen Haavahoitoyhdistys ry julkaisee yhdistyksen ammattijulkaisua Haava-lehteä. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 9; Suomen Haavanhoitoyhdistys ry.)

Haavanhoito on kokonaisvaltaista potilaslähtöistä laadukasta hoitoa, johon vaaditaan koulutettua hoitohenkilökuntaa ja yhtenäisiä haavahoito-ohjeita. Kokonaisvaltaisessa haavanhoidossa otetaan huomioon haavan lisäksi muun muassa potilaan hoitoympäristö, ravitsemus ja ikä. Haavanhoito on suunnitelmallista sekä jatkuvaa paranemisen arviointia ja dokumentointia. Haavanhoitoon olennaisena osana kuuluvat oikeanlaiset välineet, haavahoitotuotteet, aseptiikka ja potilaan kivunhoito. Haavanhoidon tavoitteena on haavan paraneminen. Tilanteessa, jossa haavan paraneminen ei ole mahdollista pyritään siihen, ettei haava vaikuta elämän laatua huonontavasti. (Hietanen ym. 2002, 3-65.)

Haavanhoito käsitteenä kattaa kaikenlaisten haavojen hoidon, niin leikkauksen jälkeisen ommellun haavan paranemisen seurannan kuin kroonisen painehaavan pitkän hoitoprosessin. Haavanhoito käsitteenä sisältää myös monenlaisia haavanhoitomenetelmiä, jotka riippuvat hoidettavasta haavasta. Yhtenäisiin haavanhoito-ohjeisiin hy-

vänä pohjana ovat valtakunnalliset ja maanlaajuiset haavanhoitosuosituksset. (Hietanen ym. 2002, 3-65).

Haavanhoidon prosessiin kuuluu kaikki alkaen haavahoitajan työergonomiasta aseptiseen työskentelyyn ja haavanhoitotuotteiden asianmukaiseen käyttöön ja oikein valittuun haavanhoitotuotteisiin. Kivunhoito on yksi haavanhoidon elementeistä, josta on huolehdittava, jotta haavanhoito on mahdollisimman kivutonta ja miellyttävää potilaalle. Haavanhoidon periaatteisiin kuuluu vaihtaa sidos aina, jos vuoto on tullut sidoksen läpi. Muulloin sidoksen vaihtotiheys määritellään yksilöllisesti riippuen käytetystä haavasidoksesta. Jos haavassa on infektiota tai epäily infektiosta, sidokset vaihdetaan ja haava puhdistetaan päivittäin. Haavaa ympäröivä ehjä iho rasvataan kevyesti hoitojen yhteydessä perusvoiteella tai ihonsuoja-aineella. Haavaa hoidettaessa on pyrittävä poistamaan kuollut kudos ja suojaamaan paranevaa kudosta. Haava voidaan puhdistaa tekemällä haavarevision joka edellyttää harjaantumista asiantuntijan ohjauksessa. Kirurginen puhdistus eli revisio on tehokkain tapa poistaa kuollut kudos haavasta, kirurgisen revision yleensä suorittaa lääkäri. Revisiossa poistetaan kuollut kudos terävästi veitsellä verta vuotavaan terveeseen kudokseen asti ja se tehdään paikallispuudutuksessa vuoteessa tai leikkaussaliolosuhteissa. Puhdistuksen jälkeen haavareunat ja – pohja vuotavat tai tihkuttavat verta. Verenvuoto tyrehtyy painettaessa haavaa 1% vetyperoksidiliuokseen kastetulla sidoksella tai kuohauttamalla eli puhdistamalla vetyperoksidiliuoksella ja painesidoksen avulla (Hietanen ym. 2002, 74; Mustajoki, Maanselkä, Alila & Rasimus 2005, 96; Pokela & Halkola 2004, 1-3.)

Haavasidoksen valintaperiaatteisiin kuuluu ottaa huomioon taloudellisuus ja tarkoituksenmukaisuus. Sidoksen kokoa mietittäessä tulee harkita käyttäkö yhden isomman vai kaksi pientä sidosta. Hyvän tuloksen saavuttamiseksi ei ole järkevää tulla toimeen liian pienillä tai tarkoitukseen muutoin sopimattomilla tuotteilla. Tuotteen tarpeellisuus arvioidaan jokaisen sidoksen vaihtokerralla. Haavasidoksen tarkoituksena on säilyttää haavassa oleva lämpö ja kosteus, estää infektion leviäminen ja ympäröivän ihoalueen vahingoittuminen ja ihon, kudoksen ja haavan suojaaminen ulkoiselta mekaaniselta rasitukselta. Valitun hoidon vaikutusta seurataan useita päiviä. Vaikka haava suurenisi tai erityis lisääntyisi, jatketaan hoitoa, jos ei näy merkkejä infektiosta tai muusta ongelmasta. Ongelmana saattaa olla haavaympäristön maseroi-

tuminen eli hautuminen jonka saattaa aiheuttaa esimerkiksi käytetyt keittosuolahau-teet. Haavan liiallinen kuivuminen on myös syy vaihtaa haavanhoitotuotetta. Haavanhoitolinjan muutosta on harkittava viikon tai kahden viikon kuluttua, ellei hoidol-le näy vastetta. (Mustajoki, M. ym. 2005, 96; Pokela ym. 2004, 1-3.)

Haavan pesu ja puhdistusmenetelmiin kuuluu haavan pesu suihkuttamalla ja kuolleen kudoksen puhdistusmenetelmät; mekaaninen puhdistus, kirurginen puhdistus eli revisio, autolyyttinen ja entsyymaattinen puhdistus. Autolyyttinen puhdistus tapahtuu kudoksen luonnollisen hajoamisprosessin eli autolyysin avulla, prosessi vaatii kostean ympäristön ja hyvän verenkierron haavassa. Entsyymaattinen puhdistus tapahtuu lait-tamalla haavaan salvan muodossa entsyymejä, jotka toimivat luonnollisten entsyy-minen tavoin liottamalla kuollutta kudosta, mutta eivät vahingoita tervettä kudosta. Kuolleen kudoksen poistaminen haavalta tarkoittaa keinoja, joilla saadaan haavalta poistettua nekroottinen eli kuollut, musta kudos ja infektoitunut kudos, kudosjäämä, lika ja vierasmateriaalit. (Hietanen, H. ym. 2002, 72.) Haavan pesussa haava suihku-tetaan jokaisella hoitokerralla ja suihkutuksen tulee kestää muutamia minuutteja. Haavan suihkutusta tapahtuu kaatamalla vettä mukista tai keittosuolaliuosta pullosta haavaan. Suihkutuksen ei tulisi kestää muutamia minuutteja kauempaa, etteivät solut ime vettä ja turpoa. Suihkutuksessa voi käyttää katteen irrottamiseen apuna esimer-kiksi harsotaitosta. Saippuapohjainen pesuneste pehmittää karstaa ja auttaa irrotta-maan kuollutta kudosta. (Pokela ym. 2004, 2.)

Mekaanisessa puhdistuksessa vaaleanpunainen haava käsitellään varovasti, etteivät epiteeli ja granulaatio rikkoudu, kun haavalta poistetaan karstaa tai muuta kuollutta kudosta. Keltaisen ja mustan haava puhdistus suoritetaan päivittäin tai muutaman päivän välein. Keltaista ja mustaa kudosta irrotetaan mahdollisimman paljon käyttä-en atuloita, kauhaa, tai saksia. Tihkuvuotoa voi tyrehdyttää 1% vetyperoksidiliuok-sella kostutetulla taitoksella painellen. Kuiva nekroosi voidaan jättää suojaamaan aluetta. ”Höllyvä” nekroottinen alue on avattava, koska sen alla on todennäköisesti infektio. Jos haavassa on runsaasti keltaista tai mustaa katetta, on harkittava kirurgis-ta revisiota. (Hietanen ym. 2002, 74; Pokela ym. 2004, 2.)

Autolyyttinen puhdistus tapahtuu kudoksen luonnollisen hajoamisprosessin eli auto-lyysin avulla, autolyyttinen prosessi vaatii kostean ympäristön ja hyvän verenkierron

haavassa. Autolyttisella puhdistuksella tuetaan luonnollista paranemisprosessia haavageelin tai sidosvalinnan avulla. Kun haavageeli tai haavanhoitotuote alkaa vaikuttaa, musta ja/tai nekroottinen kudus irtoaa haava reunoilta ja muuttuu kosteaksi ja väriltään harmaaksi tai ruskeaksi, toisinaan keltaiseksi katteeksi. Jos erityys ei ole runsasta tai ei näy merkkejä ongelmista, voi haavasidos olla suljettuna useita päiviä. Sidoksen poistamisen yhteydessä voi haavasta lehahtaa epämiellyttävä haju joka kuuluu luonnolliseen autolyysiin, joka liuottaa kuollutta kudosta. Autolyttinen puhdistus ei sovi infektoituneille haavoilla, eikä diabeettikkojen sääri- ja jalkahaavojen hoitoon. (Hietanen ym. 2002, 75; Pokela ym. 2004, 3.)

Etsymaattisessa puhdistuksessa haavan on oltava kostea tai esimerkiksi keittosuola-liuosharsotaitoksilla kostutettu. Salvan paikallaan pysymisen voi varmistaa harsotaitoksella, jonka voi kostuttaa kevyesti. Nekroosiin voi tehdä viiltoja vaikutuksen tehostamiseksi. Vetyperoksidiliuos neutralisoi entsyymisen vaikutuksen, joten sitä ei tule käyttää haavan puhdistuksessa yhtä aikaa entsyymivalmisteiden kanssa. (Hietanen ym. 2002, 76; Pokela ym. 2004, 3.)

3.2 Haavanhoitosuositukset

Hoitosuositus on asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatima, tieteellisesti mahdollisimman hyvin perusteltu kannanotto tutkimus- ja hoitovaihtoehtojen vaikuttavuuteen (Nienstedt 2007, 258). Haavanhoitosuositukset ovat yksiselitteisiä ohjeita siitä, miten on suositeltavaa hoitaa esimerkiksi kroonista painehaavaa. Haavanhoitosuosituksissa on lueteltu miten ja mitä haavasta tarkkaillaan, millaisia tutkimuksia siitä tehdään, miten haavanhoitotuotteet sopivat haavaan ja mitkä ovat sidosten vaihtovälit.

Opinnäytetyössäni haavanhoitosuositusten tietolähteenä käytän ammattikirjallisuutta ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin haavanhoitajan julkaisua. Julkaisuun laaditut suositukset on hyväksytetty alan erikoislääkäreillä ja haavanhoitotyöryhmällä. (Pokela ym. 2004.)

Haavan luokittelumenetelmiä on useita, kuten haavojen vakavuuden arviointi aste-luokituksella tai syvyysluokituksella. Tyypillisimpiä luokituksia ovat painehaava-

luokitus ja palovammaluokitus sekä diabeettinen jalkahaavaluokitus. Suomen Haavanhoitoyhdistyksen asiantuntijaryhmän laatima haavan VPK-M- väriluokitus, on kehitetty haavan pinnan kudoksen kuvailemiseen ja luokitteluun. Väriluokituksen kirjaimet koostuvat sanoista vaaleanpunainen, punainen, keltainen ja musta. Luokitus soveltuu pinnallisen, konservatiivisesti hoidettavan haavan luokitteluun. Väriluokituksen käyttö on helppoa, koska värit ilmaisevat haavapinnassa esiintyvää kudosta yksiselitteisesti, vaikka samassa haavassa voi olla eri paranemisvaiheessa olevaa kudosta. Väriluokituksen oppimisen käytön apuvälineeksi Suomen Haavanhoitoyhdistys ry:n asiantuntijaryhmä suunnitteli taskukokoisen apuvälineen ”helpperin”, koskien avoimen haavan väriluokitusta ja infektoituneen haavan hoitoa. (Hietanen ym. 2002, 23–24.)

Vaaleanpunaisen haavan pinnassa on epitelisaatiokudosta joka suojaa haavaa ulkoiselta kontaminaatiolta. Epitelisaatio voi olla vaaleanpunaisina saarekkeina, koska epitelisaatio kasvaa karvatuppien ympäriltä ja haavareunoilta. Haavasidokseksi suositellaan haavakalvoa tai hydrokolloidilevyä, myös pelkkä perusvoide voi joskus riittää. (Hietanen, ym. 2002, 24; Hoito-ohjeet terveyskeskuksille: Pinnallisen haavan hoito.)

Punaisessa haavassa näkyy punaista granulaatiokudosta. Punainen haava on epätoivotusta kudoksesta puhdistunut haava tai infektoitunut ja runsaasti erittävä haava. Runsaasti erittävään haavaan suositellaan laitettavaksi joko alginaatteja, jotka ovat kudostenesteestä geelityviä haavalevyjä, hydrofibersidoksia, jotka muistuttavat alginaatteja tai polyuretaanivaahtolevyjä, jotka ovat nesteitä läpäisemättömiä ja imevät hyvin kudoseritettä. Kohtalaisesti tai vähän erittävään haavaan suositellaan laitettavaksi hydrokolloidisidosta eli keinoihoa, joka on itsestään kiinnittyvä ihon värinen haavalevy, polyuretaanivaahtolevy, hydrofobinen sidos, verkkosidosta tai haavakalvoa. (Hoito-ohjeet terveyskeskuksille: Pinnallisen haavan hoito; Hietanen ym. 2002, 24; Mustajoki 2005, 96.)

Hypergranulaatio eroaa punaisesta haavasta normaalia granulaatiokudosta suuremman jyvökonsa vuoksi. Hypergranulaatio on myös herkkä vuotamaan verta ja se estää haavan normaalin epitelisoitumisen. Hypergranulaation aiheuttajana on haavan liika kosteus, joka on huomioitava haavanhoitotuotetta valittaessa. Hypergranulaati-

on hoitona on käsittely lapiksella. Laajemmat alueet vaativat kauhomisen tai kirurgisen poiston. Lapis on hopeanitraattia sisältävä syövyttävä aine, jota käytetään yksi prosenttisena penslaamiseen. Penslaaminen tarkoittaa hoidettavan kohdan sivelyä hoitoaineella. Usein yksi penslauskerta riittää, mutta penslauksen voi toistaa parin kolmen päivän kuluttua. Jos hoidettava alue on kostea, tikkua ei tarvitse kostuttaa ennen laapistusta. (Hietanen ym. 2002, 94; Pokela ym. 2004, 2.)

Keltainen tai rusehtava haavan väri muodostuu fibriinikatteesta tai rasvakudoksesta. Haava puhdistetaan mekaanisesti, minkä jälkeen haavalle laitetaan katetta hajottava tai irrottava sidos. Haavaan käytetään kostuttavaa ja kudosta hajottavaa haavanhoitotuotetta: hydrokolloidia, polyuretaanivaahtosidosta, hydrogeelejä, keittosuolageeliä tai hydrofibersidosta. Musta eloton, karstainen haava on kuollutta kudosta, joka poistetaan kirurgisesti tai mekaanisesti. Karsta pehmitetään suihkuttelemalla. Jos haava on kuivahko, käytetään hajottamaan ja irrottamaan hydro- tai keittosuolageeliä. (Hietanen ym. 2002, 24; Mustajoki ym. 2005, 96.)

Infektio on vakava haavan paranemisiongelma ja yleisin kirurgisen haavan paranemisen komplikaatio. Infektiossa taudin aiheuttaja tunkeutuu elimistöön sen ulkopuolelta tai toisesta elimistön osasta. Haavainfektio ilmenee paikallis- tai yleisoireina tai molempina. Haavainfektio diagnosoidaan potilaan oireiden ja haavan ulkonäön perusteella. Infektion edetessä haavaan kertyy märkäistä katetta tai eritettä ja haavassa oleva kudos ja erite alkavat haista pahalta. Hoitamaton haavainfektio saattaa aiheuttaa yleisoireisen haavainfektion eli haavasepsiksen. (Hietanen ym. 2002, 229.) Yleisinfektion aiheuttanut haava vaatii kirurgisen revision, jonka jälkeen haavan pesu ja puhdistus suoritetaan 2-4 kertaa vuorokaudessa tulehdusoireiden mukaan. Lisäksi hoitona on mikrobilääkitys. Paikallinen haavainfektio hoidetaan pesemällä ja puhdistamalla haava päivittäin, kunnes infektio rauhoittuu. Haavasidoksiksi suositellaan joko antiseptinen, kostea kompressi, kuten polyvidonijodi, keittosuolaliuoskompressi tai hypokloriittiliuos. Suositeltavia ovat myös kudoseritteestä aktivoituvat, hopeaa sisältävät haavasidokset, kadeksomeerijodia sisältävät sidokset tai hydrofobiset sidokset. (Hietanen ym. 2002, 24; Mustajoki ym. 2005, 96–97.)

Kun haavassa on tulehduksen merkkejä, haava erittää, haavaa ympäröivä alue punottaa ja kuumottaa sekä siinä tuntuu kipua, lääkäri voi määrätä haavalta otettavaksi

bakteerinäytteen. Tällöin näyte otetaan ennen mahdollisen mikrobilääkekuurin aloittamista. Fistelistä näyte otetaan ruiskulla tai neulalla mahdollisimman syvältä. Onkaloista ja fistelistä näytettä ei oteta hiilitikulla, koska normaalifloora voi kontaminoida näytteen. Ruiskulla tai neulalla otettu näyte laitetaan anaerobikuljetuspulloon. Haava pestään ja haavalta irrotetaan mahdolliset karstat. Näyte otetaan mahdollisimman syvältä haavasta bakteerinäytteen ottamista varten tarkoitettulla hiilitikulla. Paras näyte saadaan haavalta infektoituneen ja terveen rajapinnasta, eli sieltä missä infektio etenee. Bakteerinäyte lähetteeseen tulee merkitä sekä haavan sijainti ja syntytyapa, sekä mahdollinen antibioottihoito. Jos näytettä ei ole mahdollista toimittaa välittömästi eteenpäin, tulee näyte säilyttää jääkaapissa, ettei bakteerien määräsuhde näytteessä muutu. (Mustajoki ym. 2005, 645; Pokela ym. 2004, 10.)

3.3 Haavanhoitotuotteet

Haavasidokset voidaan ryhmitellä niiden toimintatavan mukaisesti aktiivisiin, passiivisiin ja interaktiivisiin. Aktiiviset sidokset tuovat haavan paranemiseen edullisesti vaikuttavia kasvutekijöitä, kun taas passiiviset sidokset suojaavat haavaa, imevät haavaeritettä tai estävät päällä olevien sidosten tarttumisen haavaan. Interaktiiviset sidokset puolestaan reagoivat haavaeritteeseen ja voivat muun muassa luovuttaa haavaan kosteutta. Interaktiiviset sidokset myös voivat sitoa hajua tai tappa bakteereita. Haavanhoidon suurin tuoteryhmä on haavasidokset, joiden lisäksi on käytössä kiinnitys-, tuki- ja kompressiosidoksia. Sidosten lisäksi haavanhoidossa on käytössä haavaa puhdistavia entsyymaattisia, polysakkaridi- ja sokerivalmisteita, sekä antimikrobisia aineita. Muita haavanhoitoon läheisesti liittyviä tuotteita ovat lääkinnälliset hoitosukat, painevaatteet, teipit ja laastarit (Iivanainen, A. & Seppänen, S. 2004, 9-14.)

Aktiiviset sidokset ovat kasvutekijöitä sisältävät valmisteet, joista Suomessa on saatavilla keinoihotuotteita, joiden avulla voidaan korvata joko epidermis, dermis tai molemmat ihon kerrokset. Keinoiho ei varsinaisesti tartu haavaan, vaan edistää haavalle oman epidermissolukon muodostumista. Keinoihot on tarkoitettu käytettäväksi kroonisten, huonosti paranevien haavojen hoitoon, ja niillä on saatu hyviä tuloksia diabeetikoiden jalkahaavojen sekä laskimosäärihaavapotilaiden hoidossa. (Iivanainen ym. 2004, 15.)

Passiivisten sidosten tarkoituksena on suojata haavaa, imeä haavaeritettä tai estää toisen sidoksen kiinnittymisen haavaan. Passiivisia sidoksia ovat haavataitokset, haavatyyny ja haavaverkot. Haavaverkko on ensimmäisenä haavaa vasten tuleva sidos, jonka tarkoituksena on estää eritettä imevän ja haavaa suojaavan sidoksen tarttumisen haavaan. Haavaverkko tarvitsee aina peittosidoksen. Haavaverkkoja on polyamidi-, polyetyleni-, rasva- ja silikoniverkkoja. (Iivanainen ym. 2004, 69–73; Pokela ym. 2004, 16.)

Polyamidiverkko on synteettisesti valmistettu ohut ja harsomainen verkko, joka ei tartu haavan pintaan tai pohjaan. Sidos ei sisällä rasvaa tai silikoniamonia. Polyetyleniverkko on tarkoitettu käytettäväksi estämään toisen, haavaa suojaavan ja eritettä imevän, sidoksen tarttumisen haavan pintaan tai pohjaan. Rasvaverkot valmistetaan puuvilla-, rayon-, viskoosi- tai tylliharsopohjaisena ja rasvana käytetään valkoista tai keltaista parafiinia tai valkovaseliinia. Rasva muodostaa niin sanotun vesilukon eli se estää ulkoapäin tulevan kosteuden pääsyn haavalle, mutta päästää läpi haavasta tulevan eritteen. Rasvaverkkosidos tulee vaihtaa kerran päivässä, sillä se kuivuu nopeasti, jolloin verkko tarttuu kiinni haavaan. Rasvaverkko sopii vähän ja kohtalaisesti erittäviin pinnallisiin haavoihin, ihon ottokohtiin ja pieniin pinnallisiin palovammoihin. Silikoniverkko on polyamidia eli nylonia, joka on päällystetty lääkinällisellä silikonilla. Silikoniverkko voi olla haavalla useita päiviä ja tarvittaessa tuotteen päälle voi vaihtaa imeviä sidoksia. Imeviä sidoksia on hyvä kostuttaa kevyesti imutehon lisäämiseksi, jos epäillään, että veri hyytyy kuivaan sidokseen ja verkon reikiin. Verkkoa käytetään vain yksinkertaisena, ettei tuote hauduta haavaa. Silikoniverkko asetetaan haavalle siten, että se ulottuu pari senttiä haavareunojen yli, jolloin verkko tarttuu ehjään ihoon ja pysyy paikallaan. (Iivanainen ym. 2004, 69–73; Pokela ym. 2004, 16.)

Interaktiiviset sidokset voidaan ryhmitellä niiden sisältävien ainesosien ja toiminnallisen rakenteen mukaan 14 eri ryhmään. Näitä ryhmiä ovat aktiivihiiltä, alginaattia, antibioottia, keittosuolaa, hopeaa ja sinkkiä sisältävät sidokset. Aktiivihiilidokset poistavat tehokkaasti haavasta pahaa hajua. Sidoksissa on useampi kerros ja aktiivihiili on sidoksen sisällä olevassa kerroksessa, lisäksi sidoksessa voi olla alginaattia, hydrofiberkuituja tai polyuretaanivaahtoa. Sidoksessa voi lisäksi olla myös hopeaa, jolloin sidokseen saadaan antimikrobinen vaikutus. Aktiivihiiltä sisältävä sidos sopii

vähän tai kohtalaisesti erittäviin haavoihin. Sidoksia ei voi leikata, koska niiden rakenne rikkoutuu ja hiili pääsee valumaan ulos. Hiili värjää haavan ja ympäröivän ihon tummaksi. (Iivanainen ym. 2004, 122.)

Alginaattisidos sisältää ruskolevää, joka on yhdistetty polysakkaridikuituihin. Sidoksessa voi lisäksi olla kalsiumia ja natriumia. Haavaeritteen vaikutuksesta alginaatti muuttuu geelimäiseksi ja pitää haavan kosteana vähentäen haavakipua. Geeliytyessään alginaatti mahdollistaa autolyyttistä puhdistumista. Alginaattisidos sopii kohtalaisesti tai runsaasti erittävään haavaan, koska alginaatilla on runsaan imukyvyn lisäksi verta tyrehdyttävä vaikutus. Alginaattisidos on aina kiinnitettävä erillisellä kiinnityssidoksella. Alginaattisidosta voi käyttää onkalo- ja taskumaisten haavojen hoitoon, mutta tällöin on huomioitava, ettei täytä onkaloa liian täyteen alginaattisidosta, jotta tuotteella on tilaa laajentua ja geeliytyä. Alginaattisidos saattaa tarttua haavaan, jos haavan erityys on niukkaa. Tällöin sidos irrotetaan laittamalla injektioruiskulla fysiologista keittosuolaliuosta haavasidoksen alle. (Iivanainen ym. 2004, 127.)

Hopeasidoksessa hopea on yhdistetty hydrokolloidiin, polyetyleeniin- tai hydrofiiliiseen polyuretaani-vaahtosidokseen. Hopea on bakterisidinen aine, jolla on antimikrobinen vaikutus. Tutkimuksissa on todettu hopeasidosten edistävän haavan paranemista ja lievittävän haavakipua. Hopeasidoksesta riippuen käyttötavat ovat erilaiset, mutta sidos tarvitsee aina kiinnitysmateriaalin. (Iivanainen ym. 2004, 154.)

Hydrofibersidokset sisältävät natriumkarboksyylliselluloosaa, joka on rakenteeltaan kuitumaista. Sen vuoksi sidos on imukykyinen ja sopii kohtalaisesti tai runsaasti erittäviin haavoihin, ja erityisesti haavoihin jotka erittävät runsaasti lyhyessa ajassa. Hydrofibersidos muuttuu haavaeritteen vaikutuksesta geelimäiseksi, eikä tartu haavaan. Hydrofibersidos imee eritteen ja pitää sen sisällä, joten sidos ei maseroi eli haudo ympäröivää ihoa. Tuotteella on nopea imukyky, ja sidos laitetaan siten että se ulottuu reilusti haavareunojen yli, koska sidos kutistuu kostuessaan. Kostutettuna sidosta voidaan käyttää lisäämään kosteutta haavaan tai pitämään jänne tai luu kosteana. Onkalomaiseen haavaan sidos on laitettava löysästi, ettei sidos turvotessaan aiheuta painetta onkalon seinämiin. Sidos kiinnitetään joko haavakalvolla tai runsaammin erittävän haavan päälle laitetaan harsotaitos tai haavatyyny. Tuotetta voi

leikata, ja jos sidos on kuivunut haavapintaan kiinni, se irrotetaan liuottamalla vedellä. (Iivanainen ym. 2004, 159–163; Pokela ym. 2004, 14.)

Hydrofobiset sidokset valmistetaan värillisellä rasvahappoesterillä kyllästetystä ase-
taatti- tai puuvillakudoksesta. Hydrofobinen sidos hylkii vettä, ja siksi sidos vetää
puoleensa bakteereita ja hiivasieniä, sillä ne ovat myös hydrofobisia. Bakteerit tart-
tuvat sidokseen ja poistuvat haavalta sidoksen mukana. Sidosta käytetään varsinaisen
haavasidoksen alla ennaltaehkäisemässä sidoksen tarttumisen haavaan. Sidos on kos-
teutta ylläpitävä, joten se sopii myös palovammavoiteen kanssa käytettäväksi. Tuote
soveltuu onkaloihin ja fisteleihin. Nauhaa käytettäessä nauha on laitettava onkaloon
lenkkinä siten, että leikatut reunat jäävät haavan ulkopuolelle, ettei onteloon joudu
langanpätkiä. On huomioitava ettei onkalo tule liian täyteen, jotta sidokselle jää tilaa
toimia. Tuotetta voidaan käyttää hoitona kosteissa taive-, rinnanalus- ja nivushautu-
missa sekä sieni-infektioissa. Sidosta on saatavilla taitoksena, nauhamaisena onka-
losidoksena, haavatyynynä ja sykeröinä. (Iivanainen ym. 2004, 164–168; Pokela
ym.2004, 16.)

Hydrogeeli sisältää runsaasti vettä, ja tuotteesta riippuen sidos sisältää myös keitto-
suolaa, karboksimeetyyliselluloosaa, hemiselluloosaa, agaria, glyserolia tai pektiiniä.
Hydrogeeli kosteuttaa haavaa, mutta myös imee haavaeritettä. Se on kuollutta kudosta
poistava sidos, joka pehmittää ja puhdistaa haavaa. Hydrogeeli sopii kuiviin ja
vähän erittäviin haavoihin antamalla lisää kosteutta ja siten mahdollistaa haavan au-
tolyyttista puhdistumista. Hydrogeelisisidos vaihdetaan päivittäin, jotta nekroottisen
kudoksen irtoaminen on mahdollisimman nopeaa. Haavan nopea puhdistuminen fib-
riini- ja nekroottisesta kudoksesta hoidon alkuvaiheessa saattaa suurentaa haavan
kokoa. (Iivanainen ym. 2004, 169; Pokela ym. 2004, 12.)

Hydrokolloidit kosteuttavat kuivaa haavaa ja pitävät vähän tai kohtalaisesti erittävässä
haavassa optimaalisen kosteuden haavan autolyyttiseen puhdistumiseen. Hydro-
kolloidisidos imee itseensä haavaeritettä ja muuttuu eritteen ja lämmön vaikutuksesta
hillomaiseksi. Sidoksen ulkopinta on polyuretaanikalvoa, joka estää kosteuden pää-
syn haavalle ulkopäin, joten potilas voi käydä sidoksen kanssa suihkussa tai kylvyssä.
Haavalle asetettavan levyn on oltava vähintään 3 cm haavaa suurempi ja haavale-
vyä voi leikata. Tuote on vaihdettava vähintään kerran viikossa. Haavasidos on vaih-

dettava useammin, jos haava erittää runsaasti. Tuotetta ei saa käyttää erysipelaksen, vaskuliitin, infektoituneen tai iskeemisen haavan tai diabeettisen jalkahaavan hoitoon. Hoidon alussa haava voi suurentua, kun kuollut kudος irtoaa. Jos haava on kuiva, se kostutetaan haavageelillä paranemisprosessin käynnistämiseksi. Pienet palovammat tai rakkulat voidaan hoitaa kokonaan haavalevyillä. Selässä ja kantapäissä voidaan käyttää levyjä ehkäisemään kitkaa ja hiertymiä. Hydrokolloidilevyä poistettaessa tulee sitä venyttää yhdestä nurkasta varovasti ihon suuntaisesti haavasta pois päin. (Iivanainen ym. 2004, 187; Pokela ym.2004, 15.)

Polyuretaanikalvo on itsekiinnittyvä puoliläpäisevä ja hengittävä haavakalvo, jota käytetään ensimmäisenä tai toisena sidoksena. Polyuretaanikalvo ei läpäise ulkoapäin tulevaa kosteutta tai partikkeleita, joten sidoksen kanssa voi käydä suihkussa. Haavakalvo päästää haavalta erittyvän vesihöyryn, mutta ei päästä haavaeritettä läpi. Sidos mukautuu vaikeisiin paikkoihin, ja soveltuu siteiden kiinnitykseen. Haavakalvo ylläpitää haavalla kosteutta ja sopii hyvin keittosuola- ja antiseptisten kompressien peitto- ja kiinnitysmateriaaliksi. Huomioitavaa kalvoa laitettaessa on, ettei kalvoa saa venyttää, vaan se painetaan paikoilleen. Pois otettaessa kalvoa venytetään ja vedetään ihon suuntaisesti. Haavakalvoa voidaan käyttää ihon suojaamiseen, ja se soveltuu myös pinnallisiin palohaavoihin, punktiokohtiin ja hiertymien suojaksi. Haavakalvolla ei ole imukykyä, joten se ei sovellu yksistään erittäviin haavoihin, eikä sitä pidä käyttää onkalohaavoissa, taskumaisissa haavoissa tai fisteleissä ensimmäisenä sidoksena. (Iivanainen ym. 2004, 218; Pokela ym. 2004, 13.)

Polyuretaanivaahdosidos on hydrofiilinen haavalevy. Sidos on pehmeä ja se pitää haavalla sopivan lämpötilan. Sidos ei tartu haavan pintaan tai pohjaan. Sidos läpäisee haavalla syntyvän vesihöyryn ja liian lämmön, muttei päästä läpi haavaeritettä. Polyuretaanivaahdosidos on tarkoitettu haavoille, joissa on niukka tai keskirunsas vuoto. Tuote ei tartu haavapintaan, vaan se kiinnittyy ympäröivään kuivaan ihoon. Sidos soveltuu hyvin potilaille, joilla on hauras ja ärtynyt iho, joten sidos voi korvata teipin tai haavakalvon. Polyuretaanivaahdosidoksia on itsekiinnittyviä ja kiinnittymättömiä. Kiinnittymättömät kiinnitetään harsositeellä tai putkiharsolla, jolloin sidos ei ole suihkun kestävä, vaan suihkun ajaksi reunat suojataan haavakalvolla, mutta kalvoa ei saa asettaa koko sidoksen yli. Kiinnittymättömä haavatyynyä saa leikata. Sidos voi olla paikoillaan useita päiviä ja sitä voidaan nostaa haavan tarkistusta varten ja aset-

taa takaisin paikalleen. Vaahtolevy ei muotoudu syvien haavojen pohjalle, joten ontelo on ensin täytettävä, jollain muulla haavanhoitotuotteella. Itsekiinnittyvässä sidoksessa on imevä vaahtotyyny keskellä ja kiinnittyvä reunaosa. Tuote kestää suihkun, mutta liikkuvalla alueella kiinnitys on varmistettava teipeillä. Tuotetta ei voi leikata. Pienet koot soveltuvat esimerkiksi kasvojen alueelle ja suuret koot suojaamaan laajoja vähän erittäviä alueita. (Iivanainen ym. 2004, 256–258; Pokela ym. 2004, 17–18.)

Sinkkivoidesidos rakentuu sinkkioksidivoidesukasta ja elastisesta tukisidoksesta. Voidesukalla ei saada aikaan painetta, vaan sen tarkoituksena on edistää haavan paranemista pehmentämällä ja rauhoittamalla haavaympäristöä. Sinkkivoidesukka on valkoisesta puuvillasta valmistettu sukka, johon on imeytetty 20 prosentista sinkkioksidivoideita. Sinkkivoidesukkaa käytetään vain hoitoa tarvitsevalle alueelle. Voidesukka vedetään sääreen siten, että varpaiden ja sääriluun välinen alue peittyy. Las kokset oiotaan. Sinkkisukan päälle sidotaan vähäelastinen tukiside. Jos haavat erittävät, imeviä taitoksia lisätään sinkkivoidesukan päälle ennen tukisidettä. Sinkkivoidesukka vaihdetaan yhdestä kahteen kertaan viikossa. (Pokela ym. 2004, 8.)

Hopeanitraatti- eli lapistikku on pienehkö tikku, jossa on kovetettua lapista. Vaikuttavana aineena on hopea, joka on laajakirjoinen antimikrobinen aine. Lapistikun käyttö on vain Lääkelaitoksen erikoisluvalla. Lapistikku kastetaan veteen, ja puikkoa sivellään hoidettavalle alueelle 1-2 kertaa viikossa 2-3 viikon välein. (Iivanainen ym. 2004, 363; Pokela ym. 2004, 13.)

Ihonsuojakalvosuihketta ja -voidetta käytetään suojaamaan herkkää ihoa hankaukselta tai teippien tai kalvojen alla. Tuote sopii suojaamaan ihoa kosteudelta erilaisten aukkojen ympäriltä tai inkontinenssipotilailla. Ihoärsytyksissä tai pinnallisissa ihovaurioissa tuotetta voi kokeilla nopeuttamaan paranemista. Kalvo kestää 24–72 tuntia. Levityksen jälkeen suihkeen/voiteen on annettava kuivua hetken aikaa ennen siteen laittoa. (Iivanainen ym. 2004, 385–386; Pokela ym. 2004, 13.)

3.4 Leikkaushaavan hoitomenetelmät

Leikkaushaava on iho- tai limakalvoahaava jonka kautta leikkaus suoritetaan. Haavan sulkuun käytetään ompeleita eli tikkejä tai hakasia. (Nienstedt, W., 742) Puhdas kirurginen haava paranee yleensä ilman ongelmia. Leikkaushaavan tarkkailuun kuuluu haava-alueen, verenvuodon tai muun erityksen, sekä punotuksen, kuumotuksen ja turvotuksen seuranta. Kivun seuranta on osa haavan hoitoa. Jokaiselle leikkauspotilaalle annetaan infektionseurantalomake, johon ompeleet tai hakaset poistava sairaanhoitaja merkitsee mahdolliset infektion merkit, ja lomake palautetaan leikkaneeseen sairaalaan. Jos haava paranee normaalisti, ei lomaketta tarvitse täyttää. Tulehduksista haavasta seurataan samoja merkkejä kuin terveestä haavasta, sekä lisäksi mahdollista hematoomaa, haavareunojen nekroosia, rakkuloitumista, haavan aukeamista, onteloita ja haavan syvyyttä. (Mustajoki ym. 2006, 270–271.)

Alle 24 tuntia vanha leikkaushaava on pidettävä steriilisti peitettynä. Jos haava on erittänyt paljon ja vuoto on tullut sidosten läpi, on sidokset vaihdettava steriilisti. Yli vuorokauden vanha leikkaushaava on vettä läpäisemätön ja haavaa voidaan käsitellä tehdaspuhtailla käsineillä ja sidoksilla. Puhdas leikkaushaava ei vaadi erityistä hoitoa, joten sen suihkuttaminen ei ole välttämätöntä. Suljettu haava saa kastua huolimatta siitä, onko siinä haavateippi vai ei, esimerkiksi potilaan peseytyessä. Jos haavan haluaa suihkuttaa ja siinä on teippi, se on poistettava ennen suihkutusta, sillä teippi on vettä läpäisemätön. Haavaa ei saippuoida, mutta saippuavesi saa valua haavan yli. Haava kuivataan varovasti taputtamalla ja hankaamista vältetään. (Hietanen, H. ym. 2002, 108–109; Mustajoki ym. 2005 270–271.)

Ortopediset leikkaushaavat suihkutetaan vasta 2-4 päivänä leikkauksesta. Jos ortopedisen leikkauksen jälkeen haavalta erittyy veristä eritettä, ei haavaa saa suihkuttaa. Siteet on vaihdettava steriilisti, kunnes verinen erite loppuu. Saunomisen ei ole todettu haittaavaan haavan paranemista, mutta saunaan menoa suositellaan vasta ompeleiden poiston jälkeen. (Hietanen ym. 2002, 108–109.)

Leikkaushaavan pohjimmaista sidosta tai haavateippiä ei tarvitse vaihtaa ennen ompeleiden poistoa, mikäli sidos on säilynyt puhtaana. Jos haavasidos tai -teippi likaantuu, se vaihdetaan uuteen tai jätetään kokonaan ilman sidosta tai teippiä. Eritteestä

läpikastuneet sidokset on vaihdettava, sillä ne hautovat haava-aluetta. Leikkaushaavan suojaksi laitetaan haavasidos tai – teippi tukemaan leikkaushaavaa. Jos haava on suljettu sulavin ihon sisäisin ompelein eli intrakutaaniompelein, sen suojana oleva teippi poistetaan viikon kuluttua. (Hietanen ym. 2002, 109.)

Kasvojen ja kaulan alueella ompeleita pidetään 3-5vrk ja vartalolla 7-10 vrk. Venytyselle alttiilta kohdilta, esimerkiksi jalasta, ompeleet poistetaan keskimäärin 14 vuorokauden kuluttua. Ompeleiden poistoon tarvitaan atulat ja sakset tai veitsenterä. Ompeleet poistetaan yksi kerrallaan, ommel kohotetaan ja katkaistaan toisesta reunasta mahdollisimman läheltä ihoa, niin ettei ihon ulkopuolella olevaa osaa tarvitse vetää haavan lävitse. Hakasten poistamiseen tarvitaan hakastenpoistaja. Hakasten poistamisessa instrumentin "alaleuka" työnnetään haavahakasen alle ja "leuat" puristetaan yhteen, jolloin hakasen väkäset irtoavat ihosta. Lonkka- ja polvileikkausten jälkeen leikkausalue turpoaa voimakkaasti. Silloin tarvittaessa voi poistaa yksittäisiä hakasia pahimmilta kohdilta jo ennen hakasten poistamisen määräpäivää. Jos haavassa on tulehduksen merkkejä, hakaset tai ompeleet tulee poistaa jo aiemmin. Ommelten ja hakasten reikien tulehdus rauhoittuu, kun ompeleet poistetaan. Ompeleiden poistamisen jälkeen haava tuetaan teipein. Jos kirurginen haava aukeaa ompeleiden poistamisen jälkeen, sitä ei ommella uudestaan vaan sen annetaan granuloitua haavan pohjasta oireenmukaisen paikallishoidon avulla. (Hietanen ym. 2002, 109–110; Mustajoki ym. 2005, 271; Pokela ym. 2004, 5-6.)

Haavassa voi esiintyä varhais- ja myöhäiskomplikaatioita. Varhaiskomplikaatioista yleisin on haavatulehdus eli infektio. Muita varhaiskomplikaatioita ovat verenvuoto, verenpurkauma kudoksessa eli hematooma, kudosten kertymä eli seroma ja haavan repeytyminen eli ruptura. (Hellstén, S. 2005, 241.) Tulehtuneesta haavasta tarkkaillaan kipua, kuumotusta, punoitusta, pingotusta, erityksen määrää ja hajua. Lisäksi tarkkaillaan mahdollista hematoomaa, haavareunan nekroosia, tummuutta, rakkulointumista, visvomista, sekä haavareunan avautumista ja ontelon kokoa ja syvyyttä. Bakteerinäyte otetaan haavasta ennen mikrobilääkityksen aloittamista. Mikrobilääke ja haavan suihkuttelu riittävät usein lievän haavatulehduksen hoitoon. Ennen haavahoitoja tulee huolehtia oikeanlaisesta kivunhoidosta. (Mustajoki ym. 2005, 270–271.)

Avatun tai auenneen haavan paikallishoito on vastaava kuin onkalomaisten haavojen hoito. Haava suihkutetaan sidosten irrottamisen helpottamiseksi. Onkalo huuhdellaan keittosuolalla tai vesijohtovedellä katetrin ja ruiskun avulla. Tarvittaessa tehdään vetyperoksidikuohautus, jonka jälkeen haava huuhdotaan. Kuohautusta ei suoriteta fisteille tai syviin onkaloihin. Tarvittaessa suoritetaan haavan mekaaninen puhdistus pinsetein ja saksin. Haavan reunat suojataan perusvoiteella ja NaCl-liuoksella kostutetut kompressit asetetaan löyhästi haavaonteloon. Liuoksen tulisi olla potilaan ihon, ei huoneenlämpöistä. Kompressit muotoillaan haavan tai ontelon kokoiseksi. Päälle laitetaan sidetaitos, joka kiinnitetään siderullalla, teipeillä tai kalvolla. (Mustajoki ym. 2005,271.)

3.5 Painehaavan hoitomenetelmät

Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto, European Pressure Ulcer Advisory Panel, EPUAP, perustettiin vuonna 1996 parantamaan tietoisuutta painehaavojen synnystä, hoidosta ja ongelman laajuudesta. Neuvoston tavoitteena on painehaavapotilaan kärsimysten lieventäminen, ehkäiseminen ja elämänlaadun parantaminen. Neuvosto toimii aktiivisesti ja on tuottanut koulutusaineistoa sekä järjestänyt vuosittain yleiseurooppalaiset haavapäivät. (Hietanen ym. 2005, 9.)

Painehaava on pitkäaikaisen paineen, venyttymisen tai hankauksen aiheuttama ihon ja ihonalaiskudoksen paikallinen haava, joka syntyy yleensä niihin kehon osiin, missä luu on lähellä ihoa. Painehaavan syntymisen riskitekijöitä ovat korkea ikä, alentunut tajunnan taso, vuodepotilaana oleminen, tuntopuutokset, liikuntarajoitteisuus ja liikkumattomuus, sekä ihon kosteus joka voi johtua hikoilusta, haavaeritteestä tai inkontinenssista. Lisäksi potilaan huono ravitsemustila vaikuttaa painehaavan syntyyn. Sekä laihuus että lihavuus altistavat edellä mainittujen seikkojen kanssa painehaavoille. (Hietanen ym. 2005, 303–304.)

Painehaavan ehkäisyssä on tärkeää hyvän yleiskunnon ylläpitäminen, hyvä hygienia ja ihon pitäminen ehjänä. Ennaltaehkäisy on vähemmän työllistävää ja taloudellisempaa kuin syntyneen haavan hoito. Terve iho on paras suoja, joten sen kunnosta on huolehdittava. Painehaavan syntymisen riskitekijöiden tunnistamisella, asentohoidol-

la ja apuvälineitä käyttämällä voidaan painehaavojen syntymistä ehkäistä. Painehaavan syntymiselle altistavia tekijöitä ovat korkea ikä, ja sairauksista muun muassa dementia ja diabetes, jossa esiintyy alaraajojen neuropatiaa ja MS-tauti, joka aiheuttaa liikuntarajoitteisuutta, tuntopuutosta ja virheasentoja. Painehaavan ennaltaehkäisy täytyy huomioida potilailla, joilla on alentunut tajunnan taso, halvaus, huono hapeetus, nestevajaus tai matala verenpaine. Ulosteen ja virtsan inkontinenssi eli pidätyskyvyttömyys aiheuttavat iholle maseroitumista eli hautumista, joka puolestaan altistaa pinnallisille haavoille ja infektioille. Lisäksi on huomioitava hoitoon liittyvät liikunta- ja asentorajoitukset esimerkiksi leikkauksen jälkeen. (Hietanen ym. 2002, 186–188; Mustajoki ym. 2005, 302.)

Hyvällä asentohoidolla pyritään välttämään ihoon kohdistuvaa pitkäaikaista painetta. Potilaan asento valitaan siten että ihoon kohdistuva paine jakautuu mahdollisimman laajalle alueelle. Hyvän asentohoidon merkitys korostuu vuodepotilailla, jotka eivät pysty liikuttamaan itseään, kuten vanhukset, tajuttomat ja halvaantuneet. Ihon altistumista pitkäaikaiselle kosteudelle pystytään rajoittamaan inkontinenssitapauksissa imukykyisillä vaipoilla ja virtsakatetrilla. Kun potilas hikoilee, tulee hänen hygieniastaan erityisesti huolehtia. Ravitsemustila vaikuttaa monella tapaa, sillä huono ravitsemus ja puutostilat vaikuttavat ihon kuntoon ja paranemiskykyyn. Huono ravitsemustila altistaa ihorikkeymille ja haavoille. Laihalla ihmisellä on myös ”luisia” kohtia paljon enemmän kuin ihmisellä, jolla on normaalikerros rasvakudosta. (Hietanen ym. 2002, 186–188.)

Painehaavojen syntyyn ensisijainen aiheuttaja on kudokseen syntyvä paine, joka on saatava pois painetta poistamalla, painetta alentamalla tai painetta jakamalla. Asentohoidolla pyritään vähentämään ihon ja ihon alaisen kudoksen painetta vaihtamalla liikuntakyvyttömän tai immobilisoidun potilaan asentoa 2-4 tunnin välein. Kun käytössä on painetta poistavat apuvälineet, voidaan asennonvaihtokertoja vähentää. Asento tuetaan tyynyillä potilaan ollessa kyljellään. Kylkiasento on 30 asteen kulmassa, ei kohtisuoraan kyljellään. Vatsa-asento on myös mahdollinen. Potilaan sängyn pääpuolen pitkäaikaista kohottamista tulee välttää, jottei paine kohdistuisi pitkään ristiselän kohdalle. (Mustajoki ym. 2005, 303.)

Asentohoidossa on käytettävissä erilaisia apuvälineitä poistamaan ja jakamaan painetta, poistamaan kitkaa, ihon venyttymistä ja hankausta. Erikoisapuvälineitä ovat muun muassa potilaan omatoimiseen siirtymiseen tarkoitettut välineet, erikoispatjat, sänkyjärjestelmät, istuintyyny, pehmusteet, siirtolevyt ja – kankaat, henkilönosturit, asentohoitoytyyny ja lastat sekä pintapainemittarit. (Hietanen ym. 2002, 197.)

Pyörätuolissa istuttaessa vähennetään istuinkyhmyseudun painetta kohottautumalla ylös tai vaihtamalla painopistettä vähintään kaksi kertaa tunnissa ja käyttämällä painetta keventävää ja jakavaa istuintyynyä. Potilaan asennon vaihtoon sängyssä tai potilaan siirtymiseen esimerkiksi sängystä tuoliin on käytettävissä liuku- ja kääntölakanoita ja nostureita. Potilaan apuvälineiden tarve arvioidaan yksilöllisesti. (Hietanen ym. 2002, 199–200.)

Erikoispatjan hankintaan vaikuttavat potilaasta lähtöisin olevien tekijöiden lisäksi taloudelliset ja käytännölliset tekijät. Aktiiviset, automaattisesti kehoon kohdistuvan paineen poistavat patjat on tarkoitettu potilaille, joilla on suuri uhka saada painehaava. Niitä tarvitsevat erityisesti liikuntakyvyttömät vuodepotilaat ja halvauspotilaat, jotka eivät kykene omatoimiseen liikkumiseen. Aktiivisia patjoja ovat muun muassa vaihtuvapaineinen patja, läpivirtauspatja, leijupeti ja pulsoiva patja. Painetta jakavat ja keventävät passiiviset patjat eli itsestään palautuvat vaahtogeelipatjat on tarkoitettu niille potilaille, joiden liikunta- ja toimintakyky on alentunut jonkin verran. Patjan tulee olla paksuudeltaan sellainen, ettei potilaan maatessa patjalla keho kosketa sängyn pohjaa tai muita rakenteita. Tavallisen sairaalapatjan suositeltava paksuus on noin 13 cm niille potilaille, joilla ei ole erityistä riskiä saada painehaavaa. (Hietanen ym. 2002, 199–200; Mustajoki ym. 2005, 303–304.)

Ihon kunnon tarkkailu on yksi tärkeimmistä toimenpiteistä painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Ihon tarkkailua suoritetaan aina potilasta käsiteltäessä ja muutokset ihossa ja ihon alaisessa kudoksessa tulee kirjata potilaan hoitokertomukseen. Riskialueet tarkastetaan mitä ovat ristiselkä, istuinkyhmy, lonkkaluut, kehräsluut, kantapäät, sääriluu, takaraivo, korvalehdet, kyynärpäät, lapaluiden kärkialueet ja selkäranka. Ihon tarkkailuun kuuluu ihon kunnon, kosteuden, kuivuuden ja kimmoisuuden seuranta. Ihossa on kiinnitettävä huomiota kohtiin, joiden punoitus ei palaudu asennon vaihdolla. Punoittavaa aluetta ja luu-ulokekohtia ei saa hieroa. Painauma alueilla saattaa

iholla tuntua kuumotusta, joka on myös merkki ihon normaalin toiminnan häiriintymisestä. (Mustajoki, M. ym. 2005, 303.)

Ihon hoitoon kuuluu hyvän hygienian ylläpito, johon kuuluu muun muassa ihon puhdistus pesuvoiteella tai vedellä, kuivaus ja rasvaus. Kostuneet vaatteet on vaihdettava kuiviin. Uloste- ja virtsainkontinenssista kärsivien potilaiden hoitotyössä on huomioitava pintakuivien vaippojen käyttö ja vaihto aina, kun vaipan imukyky on täyttynyt. Ihoa voi suojata rasvaamalla öljymäisellä tai sinkkipitoisella voiteella muutaman kerran päivässä. Tarvittaessa potilaalle laitetaan kestopatruuna, jos haava sijaitsee inkontinenssialueella ja iho on hautunut. (Mustajoki ym. 2005, 303–304.)

Painehaavan alkuvaiheen hoito on yleensä aina konservatiivista. Jos haavan pintaan on kehittynyt paksu kudoksen nekroosi, on se poistettava kirurgisesti revidoimalla. Tarvittaessa voidaan konsultoida kirurgista yksikköä. Hoidon tavoitteena on puhdistaa haava kuolleesta kudoksesta ja saada haava granuloivaan vaiheeseen. (Hietanen ym. 2002, 201–202.) Painehaavan kirurgisella revisiolla tarkoitetaan kuolleen kudoksen poistoa, joka useinkin voidaan suorittaa ilman anestesiaa potilaan vuodeosastolla tai poliklinikalla veistä ja pinsettejä käyttäen. Tällöin edetään siihen kudoksen kerrokseen asti, missä alkaa näkyä verenvuotoa tai alkaa tuntua kipua. (Hietanen ym. 2002, 207.)

Haavan tarkkailuun kuuluu nekrotisoituminen, onkalo- ja fistelimuodostuksen seuraaminen ja kirjaaminen. Haavaeritteestä seurataan määrää, väriä, hajua ja haavaympäristön kipua, turvotusta, punoitusta, hautumista eli maseroitumista. Haavan koko mitataan 1–2 viikon välein; syvyys mitataan esimerkiksi sondilla ja sen lisäksi ilmoitetaan mihin kudokseen asti haava ulottuu. Pinnallisten haavojen ääriviivat piirretään ja valokuvataan. (Mustajoki ym. 2005, 303.)

Painehaavan hoito on tehokasta mutta kivutonta, mikä edellyttää sitä, että kipu lääkitään ja tarvittaessa haava-alue puudutetaan ennen hoitoa. Vaalenematon punoitus tai pinnallinen ihon irtoaminen hoidetaan poistamalla paine ilmakylvyillä, ihon rasvauksella ja iho suojataan kitkan ja kosteuden ehkäisemiseksi haavakalvolla tai ohuella hydrokolloidilla. (Mustajoki ym. 2005, 303.) Iho, jossa pintakerros on rikki tai rakkuloilla, hoidetaan poistamalla paine. Ihoalue huuhdellaan keittosuolaliuoksella tai vesijohtovedellä, iho suojataan hankaukselta, kosteudelta ja infektoitumiselta, sili-

konipintaisilla tuotteilla, hydrokolloidilevyllä, polyuretaanivaahtolevyllä tai laittamalla hydrogeeli avohaavaan. Tulee ottaa huomioon ettei liimakiinnitteisen tuotteen irrottamisesta aiheudu lisävahinkoa iholle joten suojaa iho tarvittaessa suihkutettavalla tai siveltävällä ihonsuojakalvolla. Vaihtoväli on harva, esimerkiksi kaksi kertaa viikossa. Aluetta on kuitenkin seurattava koko ajan haavan syvenemisen huomaamiseksi. (Painehaava.)

Ihonalainen kudus voi olla jo nekroosissa, jolloin haava ajankuluessa puhkeaa näkyville. Ihon läpi ihonalaiseen rasvakudokseen ulottuva haava hoidetaan poistamalla paine ja kuollut kudus, ja käyttämällä hyvin haavaeritteitä imeviä haavahoitotuotteita. Haava puhdistetaan kuten aikaisemmatkin painehaavan asteet, lisäksi poistetaan kuollut kudus sekä kate mekaanisesti atuloiden, veitsen, saksien tai kauhan avulla. Tärkeää on puhdistaa myös mahdolliset taskut ja onkalot huolellisesti huuhtelemalla keittosuolaliuoksella katetrin ja ruiskun avulla. Tuotteeksi siistiin punaiseen haavaan käytetään hydrofiber, alginaatti, hydrogeeli tai polyuretaanivaahtosidosta erityksen mukaan. Onkaloon laitetaan hydrofobinen sidos.

Siteen vaihtoväli esimerkiksi kolme kertaa viikossa, jos haava on rauhallinen. Jos haavalla on fibriinikudosta, haavaan laitetaan entsyymaattinen valmiste tai hydrogeeli. Entsyymaattinen valmiste vaihdetaan kerran vuorokaudessa. Keltaisen haavan hoidossa käytetään herkästi hopeatuotteita myös infektion ennaltaehkäisyä. Päälimmäiseksi haavaan laitetaan haavatyyny ja polyuretaanikalvo tai kiinnittyvä silikonipintainen haavatyyny. Iho suojataan eritteeltä ja sidevaihdon aiheuttamilta vaurioilta ihonsuoja-aineella.(Painehaava.)

Onkalohaavan huuhtelu suoritetaan keittosuolaliuoksella katetrin ja ruiskun avulla. Vetyperoksidiliuoksen käytön jälkeen huuhdellaan onkalo keittosuolaliuoksella, kunnes huuhteluvesi on kirkasta. Vetyperoksidiliuoksen käyttö lopetetaan, kun haava on puhdistunut ja runsas erityys on loppunut. Vetyperoksidiliuosta ei sovi käyttää, jos onkalo on syvä ja kapea, sillä vetyperoksidin kuohuessa ja irrottaessa kuollutta kudosta saattaa onkalo tukkeutua ja aiheuttaa onkaloon ilmataskuja, joissa on ilmaem-bolian vaara. Huuhtelun jälkeen onkalo yritetään saada mahdollisimman kuivaksi huuhtelunesteestä ja eritteestä. Onkalosidos valitaan haavan syvyyden ja erityksen mukaan ja sidoksella on oltava tilaa toimia. Onkaloon sopivat alginaatti- ja hydrofi-

bersidokset ja hyvin kapeisiin onkaloihin sopii kangasmainen ja geeliytymätön kapea nauha. Nauhamaisista sidoksista täytyy jättää reilusti haavareunojen yli ja sidos kiinnitetään siten, ettei se valahda onkaloon. Onkalosidosten päälle laitetaan imevä haavatyyny ja/tai haavakalvo. (Hietanen ym. 2002, 206; Mustajoki ym. 2005, 303.)

3.6 Säärihaavan hoitomenetelmät

Yleisin säärihaavojen aiheuttaja on laskimoiden vajaatoiminta, johon olennaisesti liittyy alaraajaturvotus. Muita aiheuttajia ovat valtimoverenkierron heikkous, diabetekseen liittyvä perifeerinen valtimosairaus, trauma, vaskuliitti eli verisuonten tulehdus ja ruusuinfektio. Säärihaavan aiheuttamaa sairautta tutkitaan ja hoidetaan, jonka jälkeen säärihaava voidaan parantaa esto- ja paikallishoidolla. Jos säärihaavan koko ei pienene konservatiivisella hoidolla 1-2 kuukauden aikana, tulee potilas lähettää hoidon arviointiin erikoissairaanhoidon. (Mustajoki ym. 2005, 93.)

Säärihaavat voidaan luokitella aiheuttajan mukaan laskimosäärihaavoihin, valtimosäärihaavoihin ja sekahaavoihin, joiden aiheuttajana ovat sekä valtimo- että laskimoverenkierron heikkous. Laskimosäärihaavassa aiheuttajana on alaraajan heikentynyt laskimoverenkierto ja sen myötä kohonnut laskimopaine. Laskimovian ilmenymiä ovat esimerkiksi suonikohjut, alaraajan kivut ja säryt, laskimotukos tai säärihaava. Riskitekijöitä säärihaavojen syntyyn ovat ikä, ylipaino, verenpainetauti, diabetes, sydämen vajaatoiminta ja sairastettu syvä alaraajatukos. Laskimoperäinen haava sijaitsee säären alaosassa, usein aivan nilkan yläpuolella ja haavan ympäristö on usein ruskea tai punaruskea. Säären iho on kuiva ja hilseilevä ja sääressä on turvotusta. (Hietanen ym. 2002 140–146; Mustajoki ym. 2005, 94.)

Valtimosäärihaavassa aiheuttaja on valtimoiden kovetustauti eli ASO. Haava syntyy jalkaterän tai säären huonon verenkierron seurauksena. Selkeä riskitekijä on tupakointi, joka lisää sääri- ja jalkahaavojen muodostumisriskiä. Valtimopuuston ahtaantumistaipumukseen vaikuttavat lisäksi ikä, perinnölliset tekijät, verenpainetauti ja veren korkeat rasva-arvot. (Hietanen ym. 2002, 160; Mustajoki ym. 2005, 94.)

Säännöllisesti ja oikein toteutettu asento- ja liikehoito aktivoivat laskimoverenkiertoa. Heikentynyt laskimoverenkierto edistetään säännöllisellä liikunnalla, kuten kävelyllä kivun sallimissa rajoissa. Nilkkoja ojennetaan ja koukistetaan useita kertoja päivässä ja jalkoja tulisi pitää sydämen tasolla tai alempana. Laskimosäärihaavan ennaltaehkäisyyn kuuluvat turvotuksen ehkäisy ja hoito asentohoidolla. Paikallaan seisomista ja jalkojen pitämistä istuessa päällekkäin olisi vältettävä. Potilaan tulisi käyttää tukisidoksia, väljiä kenkiä ja sukkia. Tukisidoksia ei saa käyttää silloin, kun valtimoverenkierto on huono. Jalkojen iho on pidettävä ehjänä. Ihoa rasvataan öljymäisellä tai nestemäisellä perusvoiteella säännöllisesti, jotta se pysyy kimmoisana ja joustavana. Paljain jaloin ei tulisi kävellä ulkona eikä sisällä. Kengät tarkastetaan sisäpuolelta käsin ennen jalkaan laittamista. Jalat on pidettävä lämpiminä. (Mustajoki ym. 2005, 95.)

Laskimoperäisen säärihaavapotilaan hoitotyö koostuu useasta osa-alueesta. Haavahoidon onnistumisen edellytyksenä on ymmärtää verenkiertosairauden aiheuttamat seuraukset eli turvotus ja haavansyntymekanismi. Turvotuksen kroonistumisen myötä haavan paraneminenkin pitkittyy. Sen vuoksi turvotuksen poiston tulee aina olla ensisijainen hoito ennen haavan paikallishoitoa (Hietanen ym. 2002, 151.)

Tukisidoksen tekeminen aloitetaan haavan peittämisellä. Haava peitetään tasaisella nesteitä läpäisemättömällä haavasidoksella, jonka jälkeen tukisidos sidotaan turvotuksen ehkäisemiseksi. Normaalikokoisen säären tukisidoshoitoon tarvitaan kaksi tukisidosta. Oikea sidostekniikka on tärkeää, eli sidos laitetaan varpaidentyvestä polvitaipeeseen saakka. Myöhemmin voidaan siirtyä säären mittojen mukaan tehtyihin polvipituisiin hoitosukkiin. Lääkinnällisten ja yksilöllisesti mitattujen hoitosukkien käyttö aloitetaan, kun haava on parantunut ja turvotus laskenut. Hoitosukkien käyttö jatkuu läpi elämän. (Mustajoki ym. 2005, 95; Pokela ym. 2004, 8.)

Sidostekniikka riippuu käytetystä tukisidoksesta ja yleisimmät sidostekniikat ovat tähkämalli, spiraalimalli ja anatominen malli. Sidosmalleja on useita, joten on aina tutustuttava tukisiteen valmistajan antamiin ohjeisiin ennen sitomisen aloittamista. Runsaselastisilla sidoksilla saadaan alaraajaan voimakas puristus. Sidokset ovat erittäin joustavia ja sisältävät usein kumia. Nämä sidokset sopivat passiivisille ja paljon vuodelevossa oleville henkilöille. Sidokset sidotaan aamuisin ja sidokset on ehdot-

tomasti poistettavaksi yöksi. Vähäelastisilla sidoksilla saadaan aikaan keskivoimakas puristus ja ne ovat vähän joustavia. Sidokset sidotaan aamulla, ja ne voivat olla paikoillaan useita vuorokausia. Nämä sidokset sopivat henkilöille, jotka pystyvät liikumaan omatoimisesti ja joilla oma lihaspumpputoiminta on aktiivista. Sidontana käytetään anatomista mallia, joten sidontaan tarvitaan useampia siteitä kuin muihin sidontamalleihin. (Hietanen ym. 2002,153–155.)

Monikerrossidokset ovat hyvin turvotusta poistavia ja estäviä sidoksia. Ne sopivat potilaille, joilla on paha turvotus jaloissa ja niille, joiden haavahoidot sallivat harvoin tapahtuvat sidevaihdot. Sidoskerrosten määrä vaihtelee kahdesta neljään. Nelikerrosside on tarkoitettu massiivisen turvotuksen hoitoon. Kaksikerrossidos, jossa on sinkkivoidesukka alimpana, on tarkoitettu haavavaiheen turvotuksen hoitoon. Sinkkivoidesidos rakentuu sinkkioksidivoidesukasta ja elastisesta tukisidoksesta. Sinkkivoidesukkaa käytetään vain hoitoa tarvitsevalle alueelle.

Sinkkivoidesukan laskokset oiotaan ja sinkkisukan päälle sidotaan vähäelastinen tukiside. Jos haavat erittävät, on lisättävä imeviä taitoksia sinkkivoidesukan päälle ennen tukisidettä. Sinkkivoidesukka vaihdetaan yhdestä kahteen kertaan viikossa. Kaksoissidosta ei tule käyttää, jos raajoissa on huono valtimoverenkierto. (Hietanen ym. 2002, 153- 155; Pokela ym. 2004, 8.)

Säärihaavan hoidossa pätevät samat periaatteet ja ohjeet kuin muunlaisten haavojenkin hoidossa. Haavasidokset poistetaan varovasti haavapintaa repimättä ja vahingoittamatta. Jos sidokset ovat tarttuneet kiinni, ne suihkutetaan irti tai kostutetaan keittosuolaliuoksella. Ennen mekaanista puhdistusta laitetaan haavapinnalle paikallispuudute. Kipulääke annetaan lääkkeen vaikuttavuuden mukaisesti ennen hoitoja. Mitä puhtaampi haavapinta on kuolleesta kudoksesta, sitä harvemmat hoitokerrat. Puhdas haava suihkutetaan kevyellä paineella ja kehonlämpöisellä vedellä, tai huuhdellaan fysiologisella keittosuolaliuoksella. Infektoitunut, runsaasti erittävä, karstainen tai verta tihkuttava haava kuohautetaan 1–3 prosenttisella vetyperoksidiliuoksella, jonka jälkeen se huuhdellaan runsaalla vedellä tai keittosuolaliuoksella. Vetistävää ja visvaista haavaa hoidetaan joko suihkuttamalla tai kylvettämällä 3–5 minuuttia kaliumpermanganaattikylvetyksellä (KMNO₄) kerran vuorokaudessa noin viikon ajan hoidon vaikuttavuuden mukaan. Kuollut kudoksesta poistetaan mekaanisesti haavakauhalla

tai saksilla ja pinseteillä verestävään haavapintaan asti. Säärihaavaan laitettavien haavahoitotuotteiden valintaan vaikuttaa samat periaatteet kuin muidenkin haavojen hoidossa. (Mustajoki ym. 2005, 94.)

3.7 Haavanhoitoa koskevat aikaisemmat tutkimukset

Teirilän vuonna 2000 tekemä tutkimus leikkaushaavan elinkaaresta perustuu syksyllä 1999 Oulun yliopistollisessa sairaalassa kirurgian klinikalla toteutettuun haavanhoitoprojektiin. Lähtökohtana oli käsitys, että eri vuodeosastoilla haavanhoitokäytännöt vaihtelevat riippuen lääkäristä, hoitajasta ja osastosta. Projektin päätavoitteena oli saada yhtenäinen haavanhoitokäytäntö projektiin osallistuneille osastoille. Tutkimukseen liittyi kysely, joka jaettiin leikkausosastolle, heräämöhön ja vuodeosastoille eli yhteensä kahdeksalle eri osastolle. Tutkimusaineiston muodosti 262 potilasta ja kyselyyn vastasivat heitä hoitaneet sairaanhoitajat. Kyselyllä kartoitettiin muun muassa haavanhoitokäytäntöjä, käytettyjä haavahoitotuotteita, leikkaushaavojen siteiden vaihtotarpeesta vuodeosastolla, käytännöistä poistaa ihokarvat ennen leikkausta, käsihygieniasta ja haavahoito-ohjeiden antamisesta jatkohoitopaikkaan tai potilaalle. Tiedot kerättiin seurantalomakkeella. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Vastausten perusteella voitiin todeta, että käytännöt olivat hyvin erilaisia. Hoitajat kaipasivat selkeitä ja yhtenäisiä hoito-ohjeita. Tutkimuksessa tuotettua tietoa voidaan hyödyntää haavanhoito-ohjeiden laatimisessa, hoitokäytäntöjen muuttamisessa ja jatkohoito-ohjeita kehitettäessä. (Teirilä, I. 2000.)

Hietanen, Eriksson ja Asko-Seljavaara ovat tehneet vuonna 2000 tutkimuksen, jonka tarkoituksena oli selvittää terveystieteiden vuodeosastoilla olevien liikuntakyvyttömiin vanhuspotilaiden painehaavojen ominaisuuksia ja asteita sekä niiden paikallishoitoa ja haavatilanteiden muuttumista kolmen kuukauden aikana. Seurattavana oli 28 painehaavapotilasta. Potilaista kolme neljäsosaa oli naisia. Tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat 63 - 92 -vuotiaita. Tutkimusaineisto kerättiin kolmen lomakkeen avulla. Aineisto analysoitiin sekä määrällisesti että laadullisesti. Seurantaan osallistuneilla potilailla oli 37:llä eriasteisia painehaavoja. Seurannan lopussa haavoista 15 oli muuttunut parempaan suuntaan, joista kaksitoista parani täysin. Eniten parantuneita oli toisen asteen haavoissa. Potilailla, joilla haavan tilanne muuttui seu-

rannan aikana paremmaksi, yleistila oli kohonnut, liikuntakyky parantunut ja he saivat aktiivista kuntoutusta. Painehaavoja hoidettiin niiden ominaisuuksista riippumatta konservatiivisesti. Eriasteisten haavojen haavahoitolinjoissa ei ilmennyt selviä eroja, ja haavoissa käytettiin useita erilaisia haavahoitotuotteita. (Hietanen ym. 2000.)

Finne-Soveri ja Noro tekivät vuonna 2000 Stakesin tietokannan aineistosta tutkimuksen pitkäaikaishoidossa olevien asukkaiden painehaavojen esiintyvyydestä ja siitä, missä on tehostettava hoitohenkilökunnan toimintaa. Stakesissa käyttöön otettu RAI-tietokanta kokoaa laitoksen usean eri osaston tai koko laitoksen kattavat yhteenvetotiedot. Kyseisestä tietokannasta kerättiin aineisto, joka sisältää vuoden 2002 tammi-kesäkuun tiedot, johon kuuluu 5456 asukas arviointia. Aineisto on kerätty noin 17 % tuona aikana hankkeeseen osallistuneiden pitkäaikaissosastojen, vanhainkotien ja palveluasujien henkilöistä. Henkilöiden arvioitu keski-ikä oli tuolloin 82 vuotta ja heistä 74 % oli naisia. Tiedonkeruu tapahtui arviointilomakkeella, jossa asukasta arvioitiin 400 muuttujan avulla. Vaikka terveyskeskuksissa hoidettiin suhteessa huonokuntoisempia asukkaita, vanhainkotasukkailla oli useammin painehaavoja toiminnanvaja-vuuden asteeseen nähden. Toimintakyky ja diagnoosit huomioiden palvelutaloissa painehaavoja esiintyi yhtä usein kuin terveyskeskusten vuodeosastoillakin. Tutkimuksen tuloksista ilmeni, että kaikissa pitkäaikaishoidon muodoissa esiintyi asukkaiden kunnosta huolimatta yhtä paljon painehaavoja ja kaikkialla pitkäaikaisessa laitoshoidossa ja vanhustenkodeissa tulee panostaa henkilökunnan osaamiseen. Painehaavojen hoitamisen lisäksi painehaavan uhan tunnistaminen ja ehkäiseviin toimenpiteisiin ryhtyminen on ratkaisevaa. (Finne-Soveri & Noro 2003, 24–26.)

4 KYSELYN TOTEUTUS

Kyselyn kysymysten laatiminen alkoi opinnäytetyön lähtökohtaisesta kysymyksestä ”Mitä tietoa Isojoen terveyskeskuksen vuodeosaston ja asumispalveluyksikön hoitohenkilökunta haluaa ja tarvitsee haavanhoidosta? ”. Kysymykset koskivat leikkaus-haavan, säärihaavan ja painehaavan haavahoitoa. Kuten Finne-Soverin ja Noron tut-

kimuksessa on selvitetty, pitkäaikaisvuodeosastoilla ja vanhusten hoitolaitoksissa tehokkaasta ennaltaehkäisystä huolimatta, pitkäaikaispotilailta on painehaavoja. Tutkimuksessa seurattiin miten uudet seurantamenetelmät vaikuttivat painehaavojen ennaltaehkäisyyn. Isojoen vuodeosastolla ja asumispalveluyksikössä on pitkäaikaisia vuodepotilaita, joita koskevaan hoitotyöhön kuuluu olennaisena osana painehaavojen ennaltaehkäisy ja haavahoito. Tästä syystä valitsin painehaavat yhdeksi osa-alueeksi haavahoitokansioon. Toisena osa-alueena ovat säärihaavat, koska Isojoen vuodeosaston ja asumispalveluyksikön potilasmäärästä suuri osa on iäkkäitä ja monisairaita potilaita, joilla on vaarana saada jalka- tai säärihaava. Säärihaavan ehkäisy on, kuten painehaavankin ehkäisy, huomattavasti taloudellisempaa ja potilasta säästävää kuin jo syntyneen haavan hoito. Lisäksi valitsin leikkaushaavan kolmanneksi osa-alueeksi, sillä Isojoen vuodeosastolle siirtyy Seinäjoen keskussairaalaan jatkohoitoon potilaita leikkauksien jälkeen. Eniten Seinäjoen keskussairaalaan tulee lonkkaleikkauksista toipuvia potilaita, jotka tarvitsevat kuntoutusta ennen kotiin siirtymistä.

Yksi aineiston keruumenetelmistä on kysely. Kysely on survey- tutkimuksen keskeisin menetelmä, ja termi survey tarkoittaa sellaista kyselyä, haastattelun ja havainnoinnin muotoja, joissa aineisto kerätään standardoidusti ja kohdehenkilöt muodostavat otoksen tai näytteen tietyistä perusr ryhmästä. Survey aineistonkeruu menetelmällä saatu aineisto on kvantitatiivista. (Hirsjärvi, S. ym. 2004, 180.) Opinnäytetyössä kyselyyn vastaava perusr ryhmä on Isojoen terveyskeskuksen haavahoitoon kuuluva hoitohenkilökunta. Aineiston kerääminen tapahtui kyselylomakkeella, jolla kysyn hoitohenkilökunnalta millaista tietoa he haluaisivat saada haavahoitotyöhön. Kyselylomake muodostuu avoimista kysymyksistä. Kysely toteutetaan kyselylomakkeella (Liite 1). Kysely koostuu yhdestä kysymyksestä joka on jaettu kuuteen osaan. Kysymys on laadittu siten että hoitohenkilökunta saa vastata omin sanoin. Tutkimusluvan anoin Isojoen terveyskeskuksen vastaavalta sairaanhoitajalta keväällä 2007 (Liite 2).

Kyselyn muoto on informoitu kysely, joka on nimitys kyselylle, jossa tutkija on henkilökohtaisesti paikalla kun kyselyt jaetaan ja selvittää tutkimuksen tarkoituksesta ja vastaa kysymyksiin. Vastattuaan kyselyyn hoitohenkilökunta palauttaa lomakkeet sovittuun paikkaan ja ajankohtaan mennessä. (Hirsjärvi ym. 2004, 186.) Kyselyt jaettiin terveyskeskuksen hoitohenkilökunnan osastotunnilla torstaina 8.3.2007. Kerroin

heille tavoitteestani tehdä opinnäytetyönä haavahoitokansio heidän käyttöönsä. Vastaavan sairaanhoitajan luvalla hoitohenkilökunta sai käyttää työaikaansa vastatakseen kyselyyn. Kyselylomakkeita jätin vastattavaksi 22 kappaletta ja vastausaikaa oli viikko. Palautelaatikon hain 16.3.2007 terveyskeskuksesta.

5 KYSELYN TULOKSET

Kyselylomakkeeseen vastasi 16 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa. Vastausprosentti kyselyyn oli 73 %. Saatuaani täytetyt kyselylomakkeet kävin vastaukset läpi ja yhteenvetona kokosin aihealueita, joista monet olivat kirjoittaneet. Kyselylomakkeessa on pääkysymys ”Minkälaista tietoa haluaisitte saada haavanhoitotyöhön”, ja siihen on kuusi alakohtaa, jotka olivat leikkaushaavat, painehaavat, säärihaavat, haavanhoitotuotteet, haavanhoitomenetelmät, haavanhoitosuositukset. Vastata sai avoimesti omin sanoin, joten toiset olivat luetelleet asioita, joihin tarvitsivat tietoa, tarkennusta tai tietojen päivitystä. Toiset vastasivat kysymyksiin, ja pohdinnoin kuten esimerkiksi:

Onko jossain palattu ”vanhoihin hyviin hoitoihin” kuten peroksidi kuohautus ja keittosuolakompressit?

Vastauksista löytyi paljon samankaltaisuuksia ja huomasin, mitkä ovat kyseessä olevan hoitohenkilökunnan haavanhoitotaitojen kulmakivet, kuten leikkaushaavojen suihkutukset, painehaavojen ennaltaehkäisy, säärihaavojen erot ja haavanhoitotuotteiden laaja valikoima.

5.1 Leikkaushaavan hoitoa koskevan tiedon tarve

Leikkaushaavoja koskevaan kysymykseen 56 % (n= 9) vastaajista halusi tietoa leikkaushaavan suihkutuksesta. Vastaajat halusivat tietää siitä, milloin haavaa saa suihkuttaa kun siinä on hakaset/ompeleet ja milloin saa suihkuttaa, kun hakaset/ompeleet

on jo poistettu. Tulehtuneen haavan hoidosta kysyi 46 % (n=7) vastaajista. Yksi näistä vastaajista kysyi miten erottaa haavan tulehdukseen liittyvän punoituksen ja turvotuksen paranevan haavan normaalista punoituksesta ja turvotuksesta.

Hakasten ja tikkien poistamiseen liittyen oli kysymyksiä 25 % (n= 4) vastaajista. He tahtoivat tietää, miten toimitaan kun haava tulehtuu tai haavan paraneminen on pitkittynyt ja olisi hakasten/tikkien poiston määräpäivä, sekä miten toimia kun vaarana on haavan aukeaminen hakasten/tikkien poiston jälkeen. Leikkaushaavan suojauksesta ja haavan hoidosta kysymyksiä olivat esittäneet 25 % (n= 4) vastaajista. Vastaajat halusivat tietää, millaisia haavanhoitotuotteita käytetään ja miten usein sidoksia on vaihdettava.

Vuodeosastolla on paljon lonkkaleikkauksista toipuvia potilaita, jotka ovat tulleet kuntoutukseen vuodeosastolle. Potilaat viipyvät yleensä niin pitkään että heidän leikkaushaavalta on hakaset/tikit poistettu. Tästä syystä vastauksissa oli paljon kysymyksiä kyseisten haavojen hoidosta. Selkeästi hyvänä kehitysideana oli että leikkaava sairaala laittaisi potilaan mukana leikkaushaavan hoito-ohjeet, jonka mukaan he ovat kyseistä haavaa hoitaneet. Lonkkaleikkauspotilaat tulevat yleensä Seinäjoen keskussairaalaan, jonka hoitohenkilökunta noudattaa samoja haavanhoitosuosituksia kuin Isojoen terveystieteiden keskuksen hoitohenkilökunta, koska ohjeet on laadittu koko Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirille.

5.2 Painehaavan hoitoa koskevan tiedon tarve

Painehaavojen hoitoon liittyvistä vastauksista suurin osa koski painehaavojen oikeanlaista hoitoa (75 %, n= 12) ja painehaavojen ennaltaehkäisyä (37,5 %, n= 6). Ennaltaehkäisyyn liittyen oli kysymyksiä uusimmista ohjeista ja suosituksista. Hoitohenkilökunta toivoi selkeitä ohjeita ja kuvia, sekä tietoa apuvälineistä. Painehaavojen oikeanlaisesta hoidosta kysyttiin, miten eriasteisia painehaavoja hoidetaan, millaisia keinoja on painehaavojen seurantaan sekä saako laapista käyttää hypergranuloivaan haavaan. Kysymyksiä oli myös haavan mekaaniseen puhdistukseen liittyen.

Vuodeosastolla ja asumispalveluyksikössä on paljon vuodepotilaita. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan tietoa tunnistaa painehaavoille altistavia tekijöitä, sekä taitoa käyttää erilaisia apuvälineitä painehaavojen ennaltaehkäisemiseksi. Tärkeää on myös osata hoitaa oikein alkavan painehaavan merkkejä, esimerkiksi punoittavia kantapäitä. Painehaavojen oikeanlainen hoito vaatii paljon resursseja niin haavanhoitotuotteissa kuin hoitohenkilökunnan aikaa ja osaamista.

5.3 Säärihaavan hoitoa koskevan tiedon tarve

Säärihaavojen hoitoon vastaajista 66,7 % (n= 10) halusivat erilaisia ohjeita haavan suihkutuksista, mekaanisesta puhdistuksesta, puudutteiden käytöstä sekä haavaan käytettävistä haavanhoitotuotteista. 40 %:a (n=6) vastaajista halusivat tietoa säärihaavoja aiheuttavista taudeista, syistä sekä säärihaavojen eroista. Vastaajat olivat maininneet valtimo- ja laskimoperäiset säärihaavat. Yksi vastaajista halusi tietoa suonikohjuista. Muutama vastaajista (n=2) halusivat tietää säärihaavojen sidontatekniikoista ja tukisukkien käytöstä. Tärkeä kysymys tuli näissä vastauksissa esille, eli kuinka kauan jatketaan sovittua haavanhoitomenetelmää ja haavanhoitotuotetta, jos merkkejä haavan paranemisesta ei tule.

Säärihaavoista eniten ilmenee kyseisellä vuodeosastolla ja asumispalveluyksikössä diabeettisia sääri- ja jalkahaavoja, joihin merkittävimpana aiheuttajana on diabetes iäkkäällä henkilöllä. Diabeettiset sääri- ja jalkahaavat ovat hyvin erilaisia ja paraneminen riippuu potilaan hoitomyöntyvyydestä ja perussairauden vaikeusasteesta. Muunlaisia säärihaavoja ilmenee vähemmän, mutta paras hoitokeino on ennaltaehkäisy.

5.4 Haavanhoitotuotteita koskevan tiedon tarve

Haavanhoitotuotteista vastaajat halusivat ennen kaikkea tietää niiden käytöstä (73 %, n=11). Haavanhoitotuotteissa on vaihtoehtoja ja eroja, vaikka niitä käytettäisiin samaan tarkoitukseen. Vastauksissa mainittiin, ettei aina edes tiedetä, miten päin esimerkiksi hopeasidos kuuluu laittaa. Useimmissa vastauksissa pohdittiin haavanhoito-

tuotteiden menekkiä ja hinta-laatu suhdetta: ”usein vaihdettava halpa tuote vai harvoin vaihdettava kallis tuote?”. Haavanhoitokansioon 33 % (n=5) vastaajista halusi haavanhoitotuotevertailua ja 40 % (n=6) haavanhoitotuotteiden hintavertailua.

Yksi vastaajista mainitsi vastauksissaan ravintovalmisteiden, joka sisältää runsaasti energiaa ja haavan paranemisen kannalta tärkeää proteiinia, sinkkiä, sekä E ja C-vitamiinia. Vuodeosastolla juomaa annetaan kroonisista haavoista kärsiville potilaille. Vastaaja kysyi ravintovalmisteiden todellista vaikutusta haavojen paranemiselle.

Vastauksista korostui selkeästi hoitohenkilökunnan tarve vertailevaa haavanhoitotuotteiden listaa kohtaan. Vaihtoehtoja kansioon laitettavaan listaan, oli lista haavanhoitotuotteista hintoineen ja toisena haavanhoitotuotteet jaoteltuna käyttötarkoituksen mukaan.

5.5 Haavanhoitomenetelmiä koskevan tiedon tarve

Haavanhoitomenetelmistä tuli sekalainen vastausjoukko, jossa kysyttiin kaikkea haavanhoitoon liittyvästä, kuten haavan puhdistuksesta. Tavoitteenani on tehdä haavanhoitokansio, johon kaikki hoitohenkilökuntaan kuuluvat voisivat lisätä hyviä ohjeita, ja jatkossa uusimmat suositukset ja ohjeet. Tähän liittyen on myös vastauksia, jossa mainitaan hyvät käytännöt ja hyväksi havaitut ”konstit” haavanhoitotyötä helpottamaan. Kuvaava yhteenveto vastauksista on yksi vastauksista:

Tahtoisin tietoa uusista menetelmistä ja kertausta vanhoista hyväksi havaituista menetelmistä.

Vastaajista 44 % (n=7) halusi tietoa uusimmista haavanhoito-ohjeista ja suosituksista. 31 % (n=5) halusi tietoa haavan mekaanisesta puhdistuksesta ja siitä, milloin lääkäri tekee sen ja milloin hoitaja tekee sen. Haavan mekaaninen puhdistus on selkeästi haavanhoidossa se hankalin, koska se on mainittu vastauksissa niin painehaavoissa, säärihaavoissa, haavanhoitomenetelmissä kun haavanhoitosuosituksissakin. 25 % (n=4) vastaajista halusi yksinkertaisia ohjeita haavanhoitotyöhön.

5.6 Haavanhoitosuosituksia koskevan tiedon tarve

Haavanhoitosuositukset ovat käsitteenä varmaankin hieman outo vastanneelle hoitohenkilökunnalle, sillä vastauksissa mainittiin usein, että ”ne uusimmat suositukset” (62 %, n=10). Kahdessa vastauksessa mainittiin bakteeriviljely, eli milloin sellainen tarvitsee tehdä, lisäksi mainittuna olivat aseptiikka ja hanskojen käyttö.

Haluttiin myös tietää haavojen väriluokituksista ja sen käytöstä. Kysyttiin myös haavanhoitotuotteiden säilytyksestä osastolla; pitäisikö potilaan haavanhoidon vaatimat tuotteet olla potilashuoneessa vai käytävällä olevassa haavanhoitotuotekärryssä, jossa hoitohenkilökunta säilyttää myös yhteiset potilaskohtaiset haavanhoito-ohjeet. Näissä vastauksissa tuli myös sama kysymys kuin säärihaavakohdassa eli milloin haavahoitotuote tulee vaihtaa toiseen, kun haava ei parane.

6 HAAVANHOITOKANSION SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Lähtökohtana haavanhoitokansiolle on se, että Isojoen vuodeosaston ja asumispalveluyksikön hoitohenkilökunnalla on käytössä haavanhoitokärryt, jossa on useimmat haavanhoitoon käytettävät tuotteet, nesteet ja välineet. Haavanhoitokärryssä on myös jokaisen haavahoitoa vaativan potilaan haavanhoitotiedot yhdistettynä kansiossa. Opinnäytetyönä valmistuva haavahoitokansio tulee olemaan myös haavanhoitokärryssä, joten sen täytyy olla käytössä kestävä ja sellainen, johon on helppo lisätä muistiinpanoja tai hyviä ”kikkoja”, joita muut hoitohenkilökuntaan kuuluvat voivat hyödyntää omassa haavanhoitotyössään.

Haavanhoitokansion laatiminen alkoi kyselyn kysymysten laatimisesta, jolloin kehittyi haavahoitokansion runko, johon sisältyi leikkaushaavan, säärihaavan ja painehaavan haavanhoito-ohjeet. Kyselyn tulosten perusteella tarkentui se, mitä tietoa Isojoen vuodeosaston ja asumispalveluyksikön hoitohenkilökunta tarvitsee haavahoitotyössään. Haavahoitokansion tekemisen perustana on kysymys, ”Millä tavalla esittää tarvittava tieto haavanhoidosta, yksinkertaisesti ja selkeästi, hoitohenkilökunnan

tarpeisiin vastaten?”. Tähän kysymykseen vastaa muun muassa Terveyden edistämisen keskuksen julkaisu *Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas*, joka määrittelee terveyden edistämisen keskuksen tuottamien tutkimusten ja käytännön kokemuksen perusteella terveysaineiston laatuksiteerit. Kyseisiin laatuksiteereihin kuuluu konkreettinen terveystavoite, sisällön selkeä esitystapa, helppolukuisuus, helppo hahmoteltavuus, oikea ja virheetön tieto, sopiva tietomäärä, kohderyhmän selkeä määrittely, kohderyhmän kulttuurin kunnioittaminen, tekstiä tukeva kuvitus ja huomiota herättävyys sekä hyvä tunnelma. Yhden kriteerin täytyminen ei vielä riitä, vaan siihen vaaditaan kaikkien kriteereiden täyttymistä. (Parkkunen, N., Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist P. 2001, 9.) Aineiston kriteerit on luotu potilaille ja asiakkaille kohdistetulle terveysaineistolle, kun taas opinnäytetyöni on kohdistettu hoitohenkilökunnalle, mutta muun muassa haavahoitokansiossa käytettävää kieltä ja ulkoasua koskevat kriteerit ovat tarpeellisia opinnäytetyössäni.

Haavahoitokansion tiedon oikeellisuuden ja ajankohtaisuuden lisäksi on huomioitava tiedon helppolukuisuus. Haavahoitokansion sisältämän tiedon tulee olla helposti löydettävissä ja luettavissa, jotta sitä olisi helppo ja miellyttävä käyttää haavahoitotyön apuvälineenä. Tärkeintä on tarjota materiaalissa se tieto, joka sillä hetkellä on vastaanottajalle olennaisinta (Parkkunen, N. ym. 2001, 12). Kieliasuun liittyvistä kriteereistä tärkeimmät koskevat luettavuuden helpottamista. Monimutkaiset lauserakenteet ja vaikeat käsitteet heikentävät luettavuutta ja tästä syystä haavahoitokansiossa on selvitetty muun muassa kaikki haavanhoitotuotteiden käyttötarkoitukset ja vaikutukset. Tiedosta, mihin käyttötarkoitukseen analgeettisidos on valmistettu, on enemmän hyötyä kuin valmiista listasta, mihin sitä tulee käyttää. Tällöin analgeettisidosta voi hyödyntää käytännössä tiedon pohjalta, ei valmiiksi laadittujen listojen opetteluun myötä.

Ulkoasuun liittyvät kriteerit on otettu huomioon asettamalla sisältö selkeästi esille, tekstityypillä ja -koolla sekä tekstin asettelulla. Suositeltavin kirjasintyyppi on selkeä ja yksinkertainen Lihavointia ja kursivointia käytetään lähinnä otsikoiden korostuskeinoina. Kansiota tehdessä on otettu huomioon, että pienillä kirjaimilla kirjoitettua tekstiä on helpompi lukea kuin isoilla kirjaimilla kirjoitettua. Otsikoinnissa kannattaa käyttää pieniä kirjaimia, joskin niitä kannattaa suurentaa ja muuten korostaa erottukseen muusta tekstistä. Olennaisen korostaminen on hyödyllistä, koska tällöin kes-

keiset sisällöt erottuvat muusta tekstistä ja jo tekstiä silmäilemällä voi saada käsityksen keskeisestä sisällöstä. Haavanhoitokansiossa on käytetty kirjasintyyppiä Times New Roman ja kirjasinkokoa 14, rivin väli on 1,5. Kappaleet on jaettu siten, että uudesta asiasta aloittava kappale on uudella sivulla, jotta haavahoitokansion sisältö voidaan laittaa kansioon haavahoito-ohjeiden osa-alueet välisivuilla jaettuna. Lyhyet informatiiviset lauseet kiinnittävät lukijan huomion paremmin kuin pitkät ja monimutkaiset. Tämä seikka on otettu huomioon laadittaessa ohjeita haavahoitokansioon. Tiedot ovat esitetty ranskalaisin viivoin allekkain luettuina. Otsikoinnin ja kappalejaon avulla tekstiä voidaan jakaa osiin ja riittävät rivivälit otsikoiden, luetteloiden ja kappaleiden välillä parantavat luettavuutta. (Parkkunen, N. ym. 2001, 16–17.)

Haavahoitokansion tekstisisältö muodostui paljolti kyselyn vastausten perusteella. Kyselyssä saatujen vastausten pohjalta muodosti pääsisällöt kustakin osa-alueesta. Leikkaushaavaa koskien eniten hoitohenkilökunta halusi tietoa haavan suihkuttamisesta, painehaavan ennaltaehkäisystä, säärihaavojen synnyn ja haavahoidon eroista sekä haavanhoitotuotteiden valtavan laajan valikoiman selkeyttäminen. Kyselyn tuloksia on käsitelty luvussa 7.

Kansion tekeminen alkoi aihealueiden jaottelulla. Ensin kansiossa käsitellään haavan hoidosta yleisiä ohjeita, ja haavan luokittelua. Näiden tietojen jälkeen olen kansiossa käsitellyt omissa luvuissa leikkaushaavan, tulehtuneen leikkaushaavan, painehaavan ja säärihaavan. Kyseisissä luvuissa on käsitelty haavan puhdistus- ja sidosvaihtoehdot, sekä painehaavan ja säärihaavan hoidossa ennaltaehkäisy. Näiden tietojen lisäksi on luku bakteerinäyteen ottamisesta haavasta, sillä monissa kyselyn vastauksissa kysyttiin siitä. Näiden tietojen jälkeen on luku haavanhoitotuotteista. Olen esitellyt haavanhoitotuotteet jotka olen maininnut aikaisemmin haavatyypin haavanhoito-ohjeissa, jättäen tarkoituksella pois esimerkiksi kiinnityssiteistä harsositeet ja taitokset. Haavanhoitotuotteiden lisäksi olen luvussa käsitellyt sinkkisidoksen, jota käytetään säärihaavan hoidossa, lapistikku, jota käytetään painehaavojen hoidossa ja ihonsuojakalvon, joka on uutena tuotteena Isojoen terveystieteiden haavanhoitotuotteiden hankintalistassa.

Haavahoitokansiosta (Liite 4) muodostui 30-sivuinen tietopaketti, jossa on perustiedot leikkaushaavan, painehaavan ja säärihaavan hoidosta, sekä tiedot perushaavan-

hoitotuotteista ja haavanhoitomenetelmistä. Haavahoitokansion viimeiselle sivulle keräsin www-osoitteita, joista löytyy aiheesta lisää tietoa. Tavoitteena on, että vuodeosaston ja asumispalveluyksikön hoitohenkilökunta pitää yllä ajan tasalla olevaa haavahoitotietoa ja lisäävät opinnäytetyöni tuloksena valmistuneen haavahoitokansion ajan tasalla olevaa haavanhoitotuotteiden hankintarenkaan tuotelistaa, josta käy ilmi, mitkä haavanhoitotuotteet ovat saatavilla ja minkä hintaisia kyseiset haavahoitotuotteet ovat.

7 POHDINTA

Opinnäytetyön koostuu kolmesta isosta osa alueesta. Ensimmäisenä ovat taustatiedot johon kuuluu aiheeseen liittyvät tutkimukset, tiedot haavoista, haavanhoitomenetelmistä ja -tuotteista, sekä Suomessa toimivasta Suomen Haavanhoito yhdistyksestä ja maailmanlaajuisesti toimivista painehaava ja haavanhoitoyhdistyksistä, sekä Suomen haavanhoidon historiasta ja menetelmien kehittymisestä. Tietoa löysin aihetta käsittelevästä kirjallisuudesta ja internetistä. Lisäksi minulla oli käytössä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kustantama julkaisu, joka oli tietolähteenä siitä, millaiset ohjeet on laadittu kyseiselle sairaanhoitopiirille. Tutkimuksista eniten löytyi tietoa painehaavoista ja vähän leikkaushaavoista. Säärihaavoista ei ollut juuri lainkaan tutkimuksia. Teoriapohja keskittyikin kirjallisuustietoon, ei niinkään varsinaisiin tutkimuksiin.

Toinen suuri alue opinnäytetyössäni on kyselyn suunnittelu, toteutus ja tulosten yhteenveto ja pohdinta. Kyselyn toteuttaminen oli mielenkiintoista. Kyselyn toteuttaminen alkoi siitä ideasta että haluan haavahoitokansiolle vastata hoitohenkilökunnan haavahoitoa koskeviin kysymyksiin. Siksi kysely sisältää yhden kysymyksen ja alakohdat joita käsittelevän opinnäytetyössäni. Pääkysymys ”Minkälaista tietoa haluaisitte saada haavahoitotyöhön?”, on yksinkertainen, ja vastaukset ovat sitä mitä työhöni tarvitsen. Pääkysymys on avoin kysymys, ja vastaukset sai esittää alakohdittain ”a.) leikkaushaavoista, b.) painehaavoista, c.) säärihaavoista, d.) haavahoitotuotteista, e.) haavahoitomenetelmistä ja f.) haavahoitosuosituksista”. Kyseisiin alakohdiin valitsin leikkaushaavan, painehaavan ja säärihaavan siitä syystä, että ne ovat haavatyyppejä,

joita eniten hoidetaan Isojoen terveyskeskuksessa. Haavatyyppejä kuten esimerkiksi akuutit palo-, pisto- tai ampumahaava, ei hoideta Isojoen terveyskeskuksessa, vaan Seinäjoen keskussairaalassa.

Kyselyn vastausten saaminen ja niihin tutustuminen motivoi opinnäytetyöni ja haavanhoitokansion tekemistä, sillä vastauksista selvisi että tietoa haluttiin hyvin samantyyppisistä asioista sekä tiedon tarvetta että kiinnostusta haavahoitokansioon hoitohenkilökunnalla oli. Tulosten yhteenvedon myötä selkiytyi myös se millainen haavanhoitokansio tulee muodostumaan. Kyselyn vastauksia, ja kyselyn onnistumista olen tarkastellut lähemmin kohdassa luvussa 7.

Kolmas ja mielestäni vaativin, mutta mielenkiintoinen opinnäytetyöni alue oli haavanhoitokansion laatiminen. Kyselyn tulokset saatuaani kansion tuottaminen eteni nopeasti. Tiedot joita hoitohenkilökunta kansion halusi, olivat yhtenäisiä sen tiedon kanssa, jota haavahoitokansioon olin alun perin suunnitellut laittavani. Haavanhoitokansion toteutuksessa vaikeudeksi osoittautui haavanhoitotuotteiden yleisten käsitteiden ja nimikkeiden käyttö, sillä kauppanimiä en lopulliseen työhöni voinut laittaa, ja kauppanimet ovat kuitenkin sellaisia, mistä hoitohenkilökunta tuotteet yleisimmin tuntevat. Haavanhoitokansioon liitteeksi olen tehnyt kaavion jossa on haavanhoitotuotteet jaoteltuna alakohdittain. Kuvion tarkoitus on selvittää mihin kukin haavasidos kuuluu, ja siten helpottaa haavasidoksen valintaa. Lisäksi kuviota voisi käyttää haavanhoitotuotteisiin tutustuessa.

Opinnäytetyön tekeminen oli odotettua vaativampaa. Yksistään haavanhoitokansion tekeminen teorian perusteella olisi ollut selkeämpää. Halusin tehdä myös kyselyn hoitohenkilökunnalle koskien haavanhoitoa, jotta haavahoitokansio vastaisi mahdollisimman paljon heidän tarpeita. Opinnäytetyön tekeminen, johon liittyy sekä kysely että projekti, toivat opinnäytetyön tekemiseen haasteita. Kyselyn toteuttaminen edellytti perehtymistä sekä tutkimuksellisen että projektiluontoisen opinnäytetyön ohjeisiin. Kyselyn tekeminen kuitenkin helpotti paljon haavanhoitokansion tekemistä, joten paras lopputulos saavutettiin nimenomaan tutkimuksen ja projektin yhdistämisellä.

Toimitin haavahoitokansion luettavaksi Isojoen terveyskeskuksen sairaanhoitajalle, jonka vastuualueena on haavanhoito ja haavanhoitotuotteet. Häneltä sain positiivista palautetta haavahoitokansiosta. Hänen mielestään haavahoitokansiossa on tiedot käsitelty laajasti ja kattavasti, haavahoitokansio on selkeä ja käytännön läheinen, josta tiedot löytyvät selkeästi.

Opinnäytetyö ja haavahoitokansio tullaan viemään Isojoen terveyskeskuksen vuodeosaston ja asumispalveluyksikön henkilökunnalle ja aiheesta pidetään osastotunti jossa opinnäytetyö esitellään kokonaisuudessaan. Tarkoituksena on että hoitohenkilökunnan haavahoitokäytännöt yhtenäistyvät ja haavahoitokansiosta tulee tietopaketti jatkuvaan käyttöön, ja kansiota pidetään hoitohenkilökunnan toimesta ajan tasalla ja sitä myös hyödynnetään haavahoitotyössä. Jatkosuunnitelmina voisi tehdä kysely miten haavahoitokansio on vaikuttanut heidän haavahoitotyössään, ja millaisena he ovat sen käytön kokeneet. Tämän kyselyn voisi toteuttaa esimerkiksi vuoden kuluttua haavahoitokansion käyttöön ottamisesta.

LÄHTEET

Auressalmi, J. 2007. Vs johtavahoitaja, Isojoen terveystakeskus. Isojoki, henkilökohdainen tiedonanto 12.2.2007. Haastattelijana Riina Santamäki. Muistiinpanot haastattelijan hallussa

Finne-Soveri, H. & Noro, A. 2003. Painehaavat vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa – missä on tehostettava toimintaa. *Haava* 2003 (4), 24-26

Haarala, R., Lehtinen, M., Grönros, E-R., Kolehmainen, T., Nissinen, I. & Kantokoski, S. 1990. Suomen kielen perussanakirja. Ensimmäinen ja toinen osa. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Hellstén, S. 2005. Infektioiden torjunta sairaalassa. Suomen Kuntaliitto. Porvoo. WS Bookwell Oy

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, I. & Juutilainen, V. 2002. HAAVA. Porvoo. WSOY.

Hietanen H. 2005. Painehaavojen ehkäisy ja hoito. Teoksessa Mustajoki, M., Maanselkä, S., Alila, A. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoitajan käsikirja. Hämeenlinna. Kustannus Oy Duodecim, 303-304.

Hietanen H. & Iivanainen A. 2005. Haavahoidon vuosikymmen. Helsinki. Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. Julkaisusarja nro 2.

Hietanen, H. 2006. Säärihaavan konservatiivinen hoito. Teoksessa Mustajoki, M., Maanselkä, S., Alila, A. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoitajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Hämeenlinna, 93-97.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2004. Tutki ja kirjoita. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä

Hoito-ohjeet terveystakeskuksille: Pinnallisen haavan hoito. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Seinäjoen keskussairaala. [Viitattu 20.5.2007] http://www.epshp.fi/yl_info/ohjeet/index.htm

Iivanainen, A. & Seppänen, S. 2004. *Vulnus fennica*. Edita. Helsinki.

Mustajoki, M., Maanselkä S., Alila, A. & Rasimus, M. 2005. Sairaanhoitajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Hämeenlinna

Nienstedt, W. 2000. Lääketieteen termit.

Parkkunen, N., Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist P. 2001. Terveystakeskusten suunnittelun ja arvioinnin opas. Terveystakeskusten julkaisu- sarja 7/2001. Trio-offset. Helsinki.

Painehaava. Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri, Meilahden sairaala. [viitattu 26.9.2006] http://www.terveysportti.fi/kotisivut/kotisivut.sivut.nayta?p_sivu=17048

Pokela, L. & Halkola M. 2004. Haavahoitokäytäntöjen yhtenäistäminen ja kustannustietoisuuden lisääminen Etelä-Pohjanmaan sairaanhoidopiirin alueella. Seinäjoen keskussairaala. Seinäjoki

Pokela, L. Haavahoidosta. [Sähköpostiviesti]. Vastaanottaja: riina.santamaki@student.samk.fi. Lähetetty 21.5.2007 klo14.25. [Viitattu 21.5.2007].

Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. Haavahoidon laadun asialla. [viitattu 15.5.2007] <http://www.suomenhaavanhoitoyhdistys.fi>

Teirilä, I. 2000. Leikkaushaavan elinkaari. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoidopiirin julkaisu 6/2000. Oulu.

Liiteluettelo

LIITE 1 Kyselylomake ja saatekirje vastaajille

LIITE 2 Tutkimuslupa anomus

LIITE 3 Aikaisemmat tutkimukset aiheesta

LIITE 4 Haavahoitokansio

KYSELY HAAVAHOIDON ONGELMAKOHDISTA

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalla Porissa sairaanhoitajaksi. Teen opinnäytetyönäni haavahoitokansion Isojoen terveyskeskuksen vuodeosasto Koivukartanon ja asumispalveluyksikkö Koivukodin hoitohenkilökunnalle, tavoitteena selkeät ja yhtenäiset haavahoito-ohjeet. Keskityn opinnäytetyössäni leikkaushaavojen, säärihaavojen ja painehaavojen hoitoon sekä ennaltaehkäisyyn. Opinnäytetyöni valmistunee keväällä 2007.

Kerään aineistoa haavahoitokansion sisällön suunnitteluun oheisella kyselylomakkeella. Toivon että suhtaudutte myönteisesti opinnäytetyöhöni vastaamalla kyselylomakkeeseen. Täytetyn kyselylomakkeen voit jättää kahvihuoneeseen, siihen varattuun laatikkoon 1.3.2007 mennessä. Lisätietoja saat tarvittaessa allekirjoittaneelta.

Yhteistyöstänne kiittäen,

22.2.2007

Riina Santamäki
Liisankatu 26 A 21
28100 PORI
riina.santamaki@samk.fi
040-7088507

KYSELYKAAVAKE

Koivukartanon ja Koivukodin hoitohenkilökunnalle

1. Minkälaista tietoa haluaisitte saada haavahoitotyöhön

a.) leikkaushaavoista

b.) painehaavoista

c.) säärihaavoista

d.) haavahoitotuotteista

e.) haavahoitomenetelmistä

f.) haavahoitosuosituksista

Kiitos vastauksistanne

Riina Santamäki
Liisankatu 26 as 21
28100 PORI
riina.santamaki@samk.fi

LIITE 2
ANOMUS

12.2.2007

Vastaava sairaanhoitaja
Jaana Auressalmi
Sairaala - vanhainkoti Koivukartano
ja asumispalveluyksikkö Koivukoti
Kristiinantie 6
64901 ISOJOKI

TUTKIMUSLUPA

Olen perioperatiiviseen hoitotyöhön syventävä sairaanhoitajaopiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulusta sosiaali- ja terveystieteiden Porin toimipisteestä. Opinnäytetyöni on haavahoitokansio Isojoen sairaala-vanhainkoti Koivukartanon ja asumispalveluyksikkö Koivukodin hoitohenkilökunnalle, tavoitteena yhtenäiset haavahoitokäytännöt ja uusimpien haavahoitosuositusten päivittäminen.

Anon kohteliaimmin lupaa tehdä kyselyn Koivukartanon ja Koivukodin hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyöni kyselyn toteutan kyselylomakkeella, jolla kartoitan hoitohenkilökunnan käsityksiä haavahoidosta. Kysely suoritetaan helmikuussa 2007.

Opinnäytetyöni ohjaajana toimii Meimi Lahti Satakunnan Ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyö valmistuu toukokuussa 2007, jonka jälkeen toimitan sen Koivukartanon ja Koivukartanon hoitohenkilökunnan käyttöön.

Kunnioittaen,

Riina Santamäki

LIITE Tutkimussuunnitelma

Aikaisemmat tutkimukset aiheesta

Tutkimuksen nimi ja tekijä(t)	Tutkimusmenetelmät	Tutkimustulokset
<p>Leikkaushaavan elinkaari</p> <p>Irma Teirilä, 2000</p>	<p>Kirurgian klinikan haavahoitoprojekti, tavoitteena yhtenäistää haavahoitokäytäntöjä eri osastoilla.</p> <p>Tutkimusaineiston muodosti 262 potilasta.</p> <p>Tiedot kerättiin seurantalomakkeella. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.</p>	<p>Tutkimuksessa tuotettua tietoa voidaan hyödyntää haavahoito-ohjeiden laatimisessa, hoitokäytäntöjen muuttamisessa ja jatkohoitohjeita kehitettäessä.</p> <p>Tutkimustuloksia saatiin haavasidoksen valinnasta leikkaussalissa, leikkaushaavojen siteiden vaihtotarpeesta, ihokarvojenpoistokäytännöistä, käsihygieniasta, haavahoito-ohjeiden antamisesta</p>

<p>Painehaavojen paikallishoito terveyskeskuksen vanhuspotilailla.</p> <p>Hietanen H, Eriksson E. & Askon Seljavaara S., 2000</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää terveyskeskusten vuodeosastoilla olevien liikuntakyvyttömiä vanhuspotilaiden painehaavojen ominaisuuksia ja asteita sekä niiden paikallishoitoa ja haavatilanteiden muuttumista kolmen kuukauden aikana. Seurattavana oli 28 painehaavapotilasta. Potilaista kolme neljäsosaa oli naisia. Tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat 63 - 92 -vuotiaita. Tutkimusaineisto kerättiin kolmen lomakkeen avulla. Aineisto analysoitiin sekä määrällisesti että laadullisesti.</p>	<p>Seurantaan osallistuneilla potilailla oli 37:llä eriasteisia painehaavoja. Seurannan lopussa haavoista oli muuttunut parempaan 15, joista 12 parani täysin. Eniten parantuneita oli toisen asteen haavoissa. Potilailla, joilla haavan tilanne muuttui seurannan aikana paremmaksi, yleistila oli kohonnut, liikuntakyky parantunut ja he saivat aktiivista kuntoutusta. Painehaavoja hoidettiin niiden ominaisuuksista riippumatta konservatiivisesti. Eriasteisten haavojen haavahoitolinjoissa ei ilmennyt selviä eroja, ja haavoissa käytettiin useita erilaisia haavahoitotuotteita.</p>
---	--	--

<p>Painehaavat vanhus- ten pitkäaikaisessa laitoshoidossa – missä on tehostettava toimintaa.</p> <p>Finne-Soveri H & Noro A., 2003</p>	<p>Stakesin tietokannasta ke- rättiin aineisto joka sisältää vuoden 2002 tammi- kesäkuun tiedot, johon kuu- luu 5456 asukasarviointia. Aineisto on noin 17% tuona aikana hankkeeseen osallis- tuneiden pitkäaikaisosasto- jen, vanhainkotien ja palve- luasujien henkilöistä. Arvi- oitujen henkilöiden keski- ikä oli tuolloin 82 vuotta ja heistä 74% oli naisia. Sta- kesissa käyttöön otettu RAI-tietokanta kokoaa lai- toksen usean eri osaston tai koko laitoksen kattavat yh- teenvetotiedot. Tiedonkeruu tapahtui arviointilomak- keella, jossa asukasta arvi- oitiin 400 muuttujan avulla.</p>	<p>Painehaavoja oli yhteensä 591 henkilöllä ja heistä ensimmäisen asteen haava oli 52,8 %:lla.</p> <p>Vaikka terveyskeskuksissa hoidettiin suhteessa huono- kuntoisempia asukkaita, oli vanhainkotiasukkailla use- emmin painehaavoja toi- minnanvajavuuden aste- eseen nähden. Toimintakyky ja diagnoosit huomioiden palvelutaloissa painehaavo- ja esiintyi yhtä usein kuin terveyskeskusten vuode- osastoillakin.</p> <p>Tulokset osoittavat selkeäs- ti, että kaikkialla vanhusten pitkäaikaisessa laitos- hoidossa ja vanhainkodeis- sa tulee panostaa henkilös- tön osaamiseen. Painehaa- vojen hoitamisen lisäksi painehaavan uhkan tunnis- taminen ja ehkäiseviin toi- menpiteisiin ryhtyminen on ratkaisevaa.</p>
--	---	--

Haavanhoitokansio
vuodeosasto Koivukartanon ja
asumispalveluyksikkö Koivukodin
hoitohenkilökunnalle

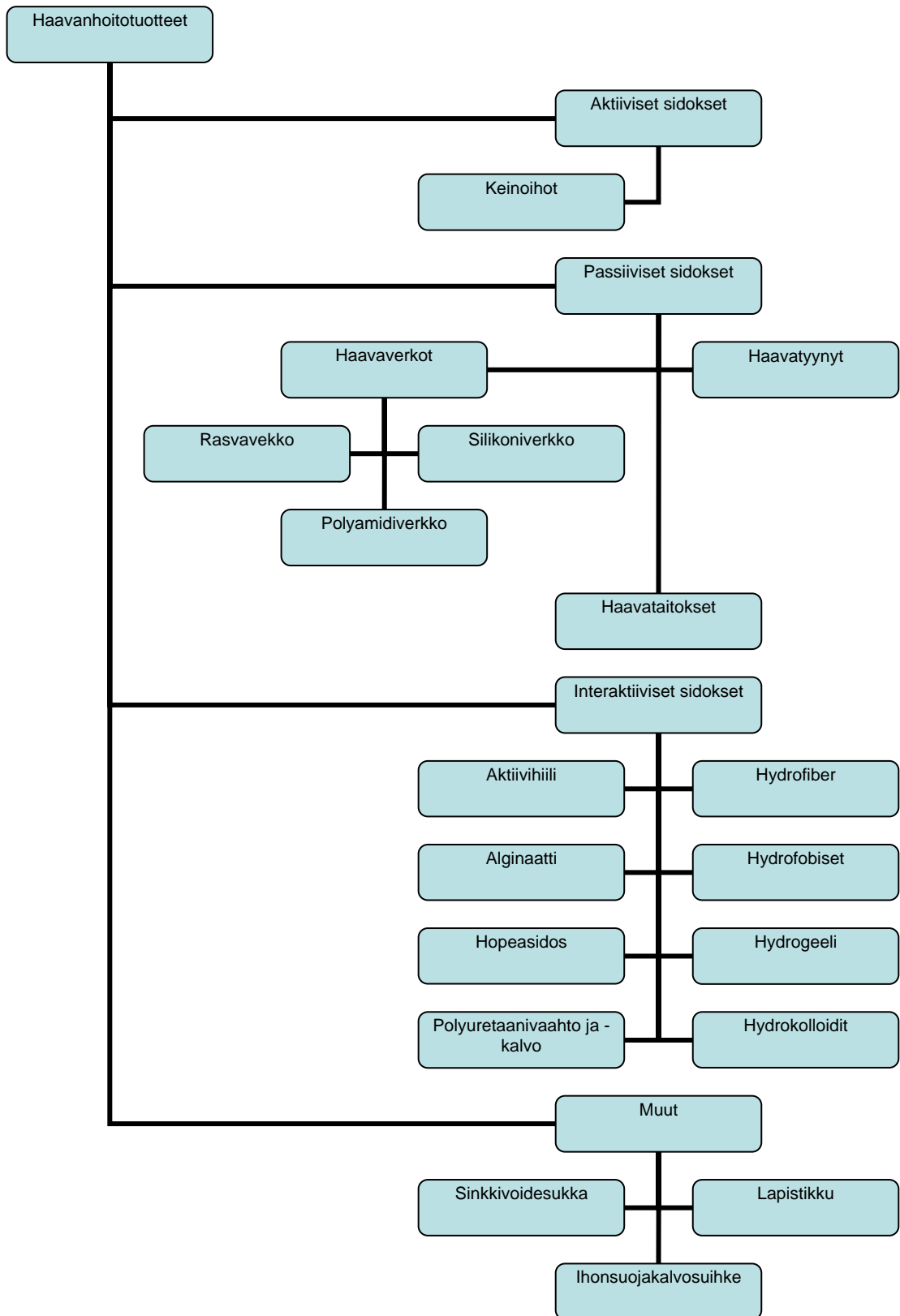
Satakunnan ammattikorkeakoulu

Riina Santamäki

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

2007



Kuvio 1. Haavanhoitotuotteet jaoteltuina siten kuin ne on haavanhoitokansiossa esitelty.

Sisällys

1 Haavanhoidon periaatteet.....	1
2 Haavasidoksen valinta.....	1
3 Haavan väriluokitus ja paikallishoito.....	2
3.1 Vaaleanpunainen	2
3.2 Punainen haava	2
3.3 Hypergranulaatio, laapistus.....	3
3.4 Keltainen tai rusehtava haava.....	3
3.5 Musta eloton, karstainen haava	4
3.6 Infektoitunut haava	4
4 Haavan pesu ja puhdistus	5
4.1 Pesu.....	5
4.2 Mekaaninen puhdistus.....	5
4.2.1 Vaaleanpunainen haava.....	5
4.2.2 Keltainen/musta haava	5
4.3 Kirurginen puhdistus eli revisio	6
4.4 Autolyyttinen puhdistus	6
4.5 Entsymaattinen puhdistus	6
5 Leikkaushaava.....	7
5.1 Alle vuorokauden vanha leikkaushaava.....	7
5.2 Yli vuorokauden vanha leikkaushaava.....	7
5.2.1 Suihkuttaminen	7
5.2.2 Sidosten vaihto	7
5.3 Saunominen	8
5.4 Ompeleiden/hakasten poisto.....	9
6 Tulehtunut leikkaushaava	10
6.1 Avatun/auenneen haavan paikallishoito	10
6.2 Auenneen haavan sidonta	11
7 Painehaava	12
7.1 Ihon tarkkailu, ihon hoito	12
7.2 Painehaavojen ehkäisy.....	13
7.3 Tehostettu asentohoito, apuvälineet	13

7.4 Painehaavan tarkkailu.....	14
7.5 Painehaavan hoito.....	15
8 Säärihaava	16
8.1 Säärihaavan tarkkailu	16
8.2 Säärihaavan hoito, Säärihaavan paikallishoito	16
8.3 Tukisidokset ja sidostekniikka.....	17
8.4 Ennaltaehkäisy	19
9 Bakteerinäytteen ottaminen.....	20
10 Haavanhoitotuotteet	21
10.1 Aktiiviset sidokset	21
10.2 Passiiviset sidokset	21
10.2.1 Haavaverkot	22
10.3 Interaktiiviset sidokset.....	23
10.3.1 Aktiivihiihsidokset	23
10.3.2 Alginaattisidos.....	23
10.3.3 Hopeasidokset	24
10.3.4 Hydrofiber sidokset.....	24
10.3.5 Hydrofobiset sidokset.....	25
10.3.6 Hydrogeeli.....	26
10.3.7 Hydrokolloidit	26
10.3.8 Polyuretaanikalvo.....	27
10.3.9 Polyuretaanivaahdosidos	27
10.4. Sinkkisidokset.....	28
10.5 Hopeanitraatti – eli lapistikku.....	29
10.6 Ihonsuojakalvosuihke ja voide	29
Linkkejä lisätiedon löytämiseen.....	30

Lähteet

1 Haavanhoidon periaatteet

- Sidos vaihdetaan aina, jos vuoto on tullut sidoksen läpi. Muulloin sidoksen vaihtotiheys määritellään yksilöllisesti riippuen käytetystä haavasidoksesta.
- Jos haavassa on infektio tai epäily infektiosta, sidokset vaihdetaan ja haava puhdistetaan päivittäin.
- Haavaa ympäröivä ehjä iho rasvataan kevyesti hoitojen yhteydessä perusvoiteella tai ihonsuoja-aineella.
- Haavarevision tekeminen edellyttää harjaantumista asiantuntijan ohjauksessa.
- Haavassa voi olla samanaikaisesti kaikkia paranemisen vaiheita. Hoidettaessa on pyrittävä poistamaan kuollut kudos ja suojata paranevaa kudosta.

2 Haavasidoksen valinta

- Haavasidoksen tarkoituksena on säilyttää haavassa oleva lämpö ja kosteus, estää infektion leviäminen ja ympäröivän ihoalueen vahingoittuminen ja suojaaminen ulkoiselta mekaaniselta rasitukselta.
- Sidoksen valinnassa on otettava huomioon taloudellisuus, mutta myös tarkoituksenmukaisuus. Sidoksen kokoa mietittäessä tulee harkita käyttäkö yhden isomman vai pari pientä sidosta. Hyvän tuloksen saavuttamiseksi ei ole järkevää tulla toimeen liian pienillä tai tarkoitukseen sopimattomilla tuotteilla. Tuotteen tarpeellisuus arvioidaan jokaisen sidoksen vaihtokerralla.
- Valitun hoidon vaikutusta seurataan useita päiviä, jos tilanne pysyy samana. Vaikka haava suurenisi tai erityis lisääntyy, jatketaan hoitoa, jos ei näy merkkejä infektiosta tai muusta ongelmasta.
- Hoito vaihdetaan jos haava kuivuu liikaa. Myös jos haavan ympäröivät kudokset näyttää ärsyyntyneen.
- Hoitolinjan muutosta on harkittava viikon, kahden kuluttua, ellei hoidolle näy vastetta.

3 Haavan väriluokitus ja paikallishoito

3.1 Vaaleanpunainen haava

Haavan pinnassa on epitelisaatiokudosta, joka suojaa haavaa ulkoiselta kontaminaatiolta. Eritelisaatiokudosta voi haavassa olla vaaleanpunaisina saarekkeina, koska epitelisaatio kasvaa karvatuppien ympäriltä ja haavareunoilta.

- Haavasidoksena
 - haavakalvo
 - ohut hydrokolloidi
 - joskus perusvoide riittää

3.2 Punainen haava

Haavassa näkyy punaista granulaatiokudosta. Punainen haava voi olla myös epätoivotusta kudoksesta puhdistunut haava tai infektoitunut ja runsaasti erittävä.

- Runsaasti erittävään haavaan
 - Alginaatteja; jotka ovat kudostenesteestä geelityviä haavalevyjä, ja tarvitsee toisen sidoksen suojakseen ja kiinnitykseen
 - Hydrofibersidoksia, joka muistuttaa alginaatteja ja ovat kokonaan geelityviä
 - Polyuretaanivaahtolevyjä, jotka ovat nesteitä läpäisemättömiä ja imevät hyvin kudoseritettä

- Kohtalaisesti tai vähän erittävään haavaan
 - Hydrokolloidisidosta eli keinoihoa, joka on itsestään kiinnittyvä ihon värinen haavalevy, joka vaihdetaan kun imukykyä ei enää ole jäljellä.
 - Polyuretaanivaahtolevyä
 - Hydrofobista sidosta, jonka päälle kiinnitetään toinen sidos
 - Verkkosidosta, joiden päälle kiinnitetään toinen sidos
 - Haavakalvoa

3.3 Hypergranulaatio

- Eroaa normaalista granulaatiosta suuremman jyväkonsa vuoksi, on myös herkkä vuotamaan verta.
- Estää haavan normaalin epitelisoitumisen.
- Käsitellään laapiksella, laajemmat alueet vaativat kauhominen tai kirurgisen poiston. Lapis on hopeanitraattia sisältävä syövyttävä aine, jota käytetään yksi prosenttina hypergranulaation penslaamiseen. Penslaaminen tarkoittaa hoidettavan kohdan sivelyä hoitoaineella. Usein yksi penslaus kerta riittää, mutta penslauksen voi toistaa parin kolmen päivän kuluttua. Jos laapistettava alue on kostea, tikkua ei tarvitse kostuttaa ennen laapistusta.
- Liika kosteus aiheuttaa hypergranulaation joten on huomioitava sidosvalinta!

3.4 Keltainen tai rusehtava haava

Haavan väri muodostuu fibriinikatteesta tai rasvakudoksesta. Haava puhdistetaan mekaanisesti, jonka jälkeen haavalle laitetaan katetta hajottava tai irrottava sidos.

- Haavaan käytetään kostuttavaa ja kudosta hajottavaa sidosta
 - Hydrokolloidia
 - Polyuretaanivaahtosidosta
 - Hydrogeelejä tai keittosuolageeliä tai hydrofibersidosta

3.5 Musta eloton, karstainen haava

Kuollut kudokset poistetaan kirurgisesti tai mekaanisesti. Karsta pehmitetään suihkuttele-
malla.

- Jos haava on kuivahko, käytetään hajottamaan ja irrottamaan
 - Hydro- tai keittosuolageeliä

3.6 Infektoitunut haava

Yleisinfektion aiheuttanut haava vaatii kirurgisen revision. Haavan pesu ja puhdistus
2-4 kertaa vuorokaudessa tulehdusoireiden mukaan ja mikrobilääkitys.

Paikallinen haavainfektio hoidetaan pesemällä ja puhdistamalla haava päivittäin,
kunnes infektio rauhoittuu.

- Haavasidokset
 - Antiseptinen, kostea kompressi, kuten polyvidonijodi, keittosuolaliu-
oskompressi tai hypokloriittiliuos.
 - Kudoseritteestä aktivoituvat, hopeaa sisältävät helpokäyttöiset haa-
vasidokset
 - Kadeksomeerijodia sisältävät sidokset
 - Hydrofobiset sidokset

4 Haavan pesu ja puhdistus

4.1 Pesu

- Haava suihkutetaan jokaisella hoitokerralla.
- Suihkutuksen tulee kestää muutamia minuutteja, kaatamalla vettä mukista tai keittosuolaliuosta pullosta haavaan. Kuitenkin lyhyt suihkutus etteivät solut ime vettä ja turpoa.
- Suihkutuksessa voi apuna käyttää esimerkiksi harsotaitosta.
- Saippuapohjainen pesuneste pehmittää karstaa ja auttaa irrottamaan kuollutta kudosta.

4.2 Mekaaninen puhdistus

4.2.1 Vaaleanpunainen haava

- Käsitellään varovasti ettei epiteeli/granulaatio rikkoudu, kun poistetaan karstaa tai muuta kuollutta kudosta.

4.2.2 Keltainen/musta haava

- Suoritetaan päivittäin tai muutaman päivän välein
- Keltaista ja mustaa kudosta irrotetaan mahdollisimman paljon käyttäen atuloita, kauhaa, saksia.
- Tihkuvuotoa voi tyrehdyttää yksi prosenttisella vetyperoksidiliuoksella kostutetulla taitoksella painellen.
- Kuiva nekroosi voidaan jättää suojaamaan aluetta.
- ”Höllyvä” nekroottinen alue on avattava, koska alla on todennäköisesti infektio
- Jos haavassa on runsaasti keltaista tai mustaa katetta, on harkittava kirurgista revisiota

4.3 Kirurginen puhdistus eli revisio

- Lääkäri suorittaa.
- Tehokkain tapa poistaa kuollut kudos.
- Poistetaan kuollut kudos terävästi veitsellä verta vuotavaan terveeseen kudokseen asti. Tehdään paikallispuudutuksessa vuoteessa tai leikkaussali olosuhteissa. Puhdistuksen jälkeen haavareunat ja – pohja vuotavat tai tihkuttaa verta. Verenvuoto tyrehtyy painettaessa yksi prosenttisella vetyperoksidiliuokseen kastetulla sidoksella tai kuohauttamalla vetyperoksidiliuoksella ja painesidoksen avulla.

4.4 Autolyytinen puhdistus

- Tuetaan luonnollista paranemisprosessia haavageelin tai sidosvalinnan avulla. Musta, kuiva, nekroottinen kudos irtoaa haava reunoilta ja muuttuu kosteaksi ja väriltään harmaaksi tai ruskeaksi, toisinaan keltaiseksi katteeksi.
- Jos erityis ei ole runsasta tai merkkejä ongelmista, voi haavasidos olla suljettuna useita päiviä. Sidoksen poistamisen yhteydessä haavasta lehahtaa epämiellyttävä haju joka kuuluu luonnolliseen autolyysiin joka liuottaa kuollutta kudosta.
- Ei sovi infektoituneille haavoilla, eikä diabeetikkojen sääri- ja jalkahaavojen hoitoon

4.5 Entsymaattinen puhdistus

- Haavaan lisätään salvan muodossa entsyymejä, joka toimii luonnollisten entsyymien tavoin liottamalla kuollutta kudosta, mutta ei vahingoita tervettä kudosta.
- Haavan on oltava kostea, tai kostutettu. Salvan paikallaan pysymisen voi varmistaa harsotaitoksella, jonka voi kostuttaa kevyesti.
- Nekroosiin voi tehdä viiltoja vaikutuksen tehostamiseksi

5 Leikkaushaava

Leikkaushaava on iho- tai limakalvoahaava jonka kautta leikkaus suoritetaan. Haavan sulkuun käytetään ompeleita eli tikkejä tai hakasia. Puhdas kirurginen haava paranee yleensä ilman ongelmia.

5.1 Alle vuorokauden vanha leikkaushaava

- Haava on pidettävä steriilisti peitettynä.
- Jos sidokset on vaihdettava, se tehdään steriilisti. Käytetään steriilejä hanskoja, steriilisti pakattuja haavahoitotuotteita, ja työskentelemällä aseptisesti.

5.2 Yli vuorokauden vanha leikkaushaava

5.2.1 Suihkuttaminen

- Puhdas leikkaushaava ei vaadi erityistä hoitoa, joten sen suihkuttaminen ei ole välttämätöntä.
- Suljettu haava saa kastua, huolimatta siitä onko siinä haavateippi vai ei
- Jos haavan haluaa suihkuttaa ja siinä on teippi, se on poistettava ennen suihkuttamista, sillä se on vettä läpäisemätön.
- Haavaa ei saippuoida, mutta saippuavesi saa valua haavan yli.
- Kuivataan varovasti taputtamalla, hankaamista vältetään.

5.2.2 Sidosten vaihto

- Pohjimmaista sidosta tai haavateippiä ei tarvitse vaihtaa ennen ompeleiden poistoa, mikäli sidos on säilynyt puhtaana.
- Jos haavasidos tai –teippi likaantuu, se vaihdetaan uuteen tai jätetään ilman.
- Haavan suojaksi haavasidos tai –teippi tukemaan haavaa
- Jos haava on suljettu sulavin ihon sisäisin ompelein eli intrakutaaniompeleet, sen suojana oleva teippi poistetaan viikon kuluttua.
- Eritteestä läpikastuneet sidokset on vaihdettava, sillä se hautoo haava-aluetta.

Poikkeuksena ortopediset leikkaushaavat:

Suihkutetaan vasta 2-4 päivänä leikkauksesta

Jos veristä eritettä, ei saa suihkuttaa ja siteet on vaihdettava steriilisti.

5.3 Saunominen

Saunomisen ei ole todettu haittaavaan haavan paranemista, mutta suositellaan saunaa vasta ompeleiden poiston jälkeen.

5.4 Ompeleiden/hakasten poisto

- Kasvojen ja kaulan alueella ompeleita pidetään 3-5vrk, vartalolla 7-10 vrk. Veny-tykselle alttiilta kohdilta, esimerkiksi jalasta, ompeleet poistetaan keskimäärin 14 vuorokauden kuluttua.
- Ompeleiden poistoon tarvitaan atulat ja sakset tai veitsenterä. Hakasten poistami- seen tarvitaan hakastenpoistaja.
- Ompeleet poistetaan yksi kerrallaan. Ommel kohotetaan ja katkaistaan toisesta reunastaan mahdollisimman läheltä ihoa, niin ettei ihon ulkopuolella olevaa osaa tarvitse vetää haavan lävitse.
- Hakasten poistamisessa hakastenpoistamiseen tarkoitettun instrumentin "alaleuka" työnnetään haavahakasen alle ja "leuat" puristetaan yhteen, jolloin hakasen väkä- set irtoavat ihosta.
- Lonkka- ja polvileikkausten jälkeen leikkausalue turpoaa voimakkaasti: tarvitta- essa voi poistaa yksittäisiä hakasia pahimmilta kohdilta, jo ennen hakasten pois- tamisen määräpäivää.
- Jos haavassa on tulehduksen merkkejä, hakaset tai ompeleet tulee poistaa jo ai- emmin. Ommelten ja hakasten reikien tulehdus rauhoittuu, kun ompeleet poiste- taan. Ompeleiden poistamisen jälkeen haava tuetaan teipein.
- Jos kirurginen haava aukeaa ompeleiden poistamisen jälkeen, sitä ei ommella uudestaan vaan sen annetaan granuloitua haavan pohjasta oireenmukaisen paikal- lishoidon avulla.

6 Tulehtunut leikkaushaava

- Jokaiselle leikkauspotilaalle annetaan kotiutuksen yhteydessä haavan infektiöseurantalomake, jonka täyttää ompeleiden/hakasten poistaja, jos haavassa on infektio. Täytetty lomake toimitetaan leikkaneeseen sairaalaan.
- Tulehtuneesta haavasta tarkkaillaan kipua, kuumotusta, punoitusta ja pingotusta, erityksen määrää ja hajua. Lisäksi tarkkaillaan mahdollista hematoomaa, haavareunan nekroosia, tummuutta, rakkuloitumista, visvomista, sekä haavareunan avautumista, ontelon kokoa ja syvyyttä.
- Bakteerinäyte otetaan haavasta ennen mikrobilääkityksen aloittamista.
- Mikrobilääke ja haava suihkuttelu riittävät usein lievän haavatulehduksen hoitoon. Ennen haavahoitoja tulee huolehtia oikeanlaisesta kivunhoidosta.

6.1 Avatun/auenneen haavan paikallishoito

- Suihkuttaminen, joka helpottaa haava sidosten poistamista.
- Onkalomaiset haavat huuhdellaan ruiskun tai katetrin avulla, jotta haavan pohja puhdistuu.
- Tarvittaessa vetyperoksidikuohautus, jonka jälkeen haava huuhdotaan suihkulla tai keittosuolaliuoksella. *Kuohautusta ei* suoriteta fisteille tai syviin onkaloihin.
- Tarvittaessa haavan mekaaninen puhdistus pinsetein ja saksin

6.2 Haavan sidonta

- Haavan reunat suojataan perusvoiteella.
- NaCl-liuoksella kostutettu kompressi asetetaan löyhästi haavaonteloon. Liuos on oltava potilaan ihon lämpöistä, ei huoneenlämpöistä. Kompressi muotoillaan haavan tai ontelon kokoiseksi. Päälle laitetaan sidetaitos, joka kiinnitetään siderullalla, teipeillä (jos iho sen sallii tai se on mahdollista) tai kalvolla.
- Keittosuolakompressin tilalla voidaan käyttää tilanteen mukaan erilaisia haavatyynyjä ja -nauhoja, joiden käyttöohjeet löytyvät tuoteselosteista.

7 Painehaava

Ehkäisy on parasta painehaavan hoitoa. Se on vähemmän työllistävää ja taloudellisempaa kuin syntyneen haavan hoito. Terve iho on paras suoja, joten sen kunnossa pidosta on huolehdittava.

7.1 Ihon tarkkailu

- Ihon kunto, kosteus, kuivuus ja kimmoisuus
- Ihon punoitus, joka ei häviä asentoa vaihtamalla
- Rakkulat ja ruvet, ihonalaiskudoksen kovettumat
- Hankaumat, ihorikot, haavat, raapaisut
- Ihon lämpö, kuumotus painauma-alueilla

Ihon hoito

- Hyvä hygienia.
- Riskialueet tarkastetaan; ristiselkä, istuinkyhmy, lonkkaluut, kehräsluut, kanta-päät, sääriluu, takaraivo, korvalehdet, kyynärpäät, lapaluiden kärkialueet ja selkäranka.
- Ihon puhdistus pesuvoiteella tai vedellä, kuivataan taputtelemalla sekä rasvataan perusvoiteella.
- Kostuneet vaatteet ja vuodevaatteet vaihdetaan.
- Punoittavaa aluetta ja luu-ulokekohtia ei saa hieroa.
- Ihon venyttyminen, hankaus ja kosteus ehkäistään oikeilla hoitotavoilla.
- Virtsa- ja ulosteinkontinenssin hoito estää ihoa kosteuden aiheuttamalta hautumiselta.
 - Inkontinentin potilaan iho suojataan rasvaamalla öljymäisellä tai sinkkipitoisella perusvoiteella pari kertaa päivässä.
 - Pintakuivat vaipat vaihdetaan imukyvyn täytyttyä
 - Tarvittaessa kestopatentoitu jos haava sijaitsee inkontinenssialueella ja iho on hautunut.

7.2 Painehaavojen ehkäisy

- Painehaavojen syntyminen voidaan ennustaa tunnistamalla siihen vaikuttavat riskitekijät
 - Korkea ikä
 - Alentunut tajunnan taso, halvaus
 - Dementoitunut vuodepotilas
 - ASO-tauti ja diabetes, joissa esiintyy alaraajojen neuropatiaa.
 - MS-taudin aiheuttama liikuntarajoitteisuus, tuntopuutos, virheasennot
 - Huono hapetus, dehydraatio ja matala verenpaine
 - Huono ravitsemustila, matala hemoglobiini ja prealbumiini
 - Ulosteen ja virtsan pidätyskyvyttömyys ja niiden aiheuttama ihon haautuminen.
 - Liikuntakyvyttömyys sekä hoitoon liittyvät liikunta- ja asentorajoitukset esimerkiksi leikkauksen jälkeen.
- Painehaavoja voidaan ehkäistä
 - liikkumisella, oikein toteutetulla asentohoidolla ja oikeanlaisella apuvälineiden käytöllä poistamalla kuormitus luu-ulokekohdilta.
 - hyvän yleiskunnon ylläpitämisellä, hyvällä hygienialla ja pitämällä iho ehjänä.

7.3 Tehostettu asentohoito, apuvälineet

- Liikuntakyvyttömän ja immobilisoidun potilaan asentoa vaihdetaan yleensä 2–4 tunnin välein.
 - Asennonvaihtokertoja voidaan vähentää painetta poistavilla apuvälineillä.
 - Asentoa tuetaan tyynyillä.
 - Kylkiasento 30 asteen kulmassa, ei kohtisuoraan kyljelle. Myös vatsa-asentoa suositaan.
 - Vuoteen pääpuolen pitkäaikaista kohottamista vältetään, jottei paine kohdistuisi pitkään ristiselän kohdalle.

- Apuvälineitä käytetään poistamaan tai jakamaan painetta, poistamaan kitkaa, ihon venymistä ja hankausta.
- Pyörätuolissa istuttaessa vähennetään istuinkyhmyseudun painetta kohottautumalla ylös vähintään pari kertaa tunnissa ja käyttämällä painetta keventävää ja jakavaa istuintyynyä.
- Potilasta siirretään liuku- tai kääntölahanalla, nosturilla tai muilla siirtämisen apuvälineillä. Erikoispatjat ja istuintyyny valitaan potilaan liikuntakyvyn mukaisesti.
- Aktiiviset, automaattisesti kehoon kohdistuvan paineen poistavat patjat potilaille, joilla on suuri uhka saada painehaava. Erityisesti kaikille liikuntakyvyttömille vuodepotilaille ja halvauspotilaille, jotka eivät kykene omatoimiseen liikkumiseen. Painetta jakavat ja keventävät passiiviset patjat eli itsestään palautuvat vaahtogeelipatjat, potilaille, joiden liikunta- ja toimintakyky on alentunut jonkin verran.
- Patjan tulee olla paksuudeltaan sellainen, että potilaan maatessa patjalla keho ei kosketa sängyn pohjaa tai muita rakenteita. Tavallisen sairaalapatjan suositeltava paksuus on noin 13 cm niille potilaille, joilla ei ole erityistä riskiä saada painehaavaa.

7.4 Painehaavan tarkkailu

- Nekrotisoituminen, onkalo- ja fistelimuodostus
- Haavaeritteen määrä, väri ja haju
- Paranemisen merkit; haavan puhdistuminen kuolleesta kudoksesta ja sidekudoksen uudismuodostus
- Haavaympäristö; kipu, turvotus, punoitus, maseroituminen
- Haavan koko mitataan 1–2 viikon välein; syvyys mitataan esimerkiksi sondilla ja ilmoitetaan lisäksi, mihin kudokseen asti haava ulottuu.
- Pinnallisten haavojen ääri viivat piirretään ja valokuvataan.

7.5 Painehaavan hoito

- Tehokas ja kivuton hoito edellyttää, että kipu lääkitään ja tarvittaessa haava-alue puudutetaan ennen hoitoa.
- Haava pestään vesijohtovedellä tai keitetyllä vedellä, jonka jälkeen haava puhdistetaan mekaanisesti haavakauhan, pinsettien tai saksien avulla.
- Antiseptisten kosteiden kompressien ja vetyperoksidiliuoksen käytön on oltava lyhytaikaista, koska ne saattavat hidastaa haavan paranemista.
- Vaalenematon punoitus tai pinnallinen ihon irtoaminen
 - Ilmakylvyt
 - Iho rasvataan varovasti, jos se on kuiva tai potilas on inkontinentti.
 - Iho suojataan kitkan ja kosteuden ehkäisemiseksi haavakalvolla tai ohuella hydrokolloidilla.
- Onkalohaavat
 - Puhdistetaan vetyperoksidi- ja keittosuolaliuoksella ruiskun ja katetrin avulla.
 - Huuhdellaan kunnes huuhteluneste on kirkasta.
 - Vetyperoksidiliuoksen käyttö lopetetaan, kun haava on puhdistunut ja runsas erityys on loppunut.
 - Fisteleitä ja kapeita onkaloita huuhdellaan ainoastaan keittosuolaliuoksella. Varmistutaan, että huuhteluneste on tullut pois vaihtelemalla potilaan asentoa ja imeyttämällä onkalon pohjalle jäänyt huuhteluneste taitokseen ennen sidosten laittamista.

8 Säärihaava

Säärihaavan yleisin aiheuttaja on laskimoiden vajaatoiminta, johon usein liittyy alaraajaturvotus. Muita aiheuttajia on valtimoverenkierron heikkous, diabetekseen liittyvä perifeerinen valtimosairaus, trauma, vaskuliitti eli verisuonten tulehdus tai ruusuinfektio. Säärihaavan aiheuttamaa sairautta tutkitaan ja hoidetaan, jonka jälkeen säärihaava voidaan parantaa esto- ja paikallishoidolla **Säärihaavatyypit:** laskimosäärihaava, valtimosäärihaava ja sekahaava.

8.1 Säärihaavan tarkkailu

- Haavan esiintymisajankohta; milloin sääreen on syntynyt haava tai haavoja. Sääressä tai nilkassa oleva haava on yleensä laskimoperäinen, jalassa tai varpaissa oleva haava valtimoperäinen.
- Haavaympäristön turvotus, punoitus ja kuumotus, sekä haavan vuotoherkkyys, eritteen määrä ja haju.
- Haavaa ympäröivän ihon kunto, tunto ja lämpö sekä kipu raajassa ja haavassa.

8.2 Säärihaavan hoito

- Haavasidokset poistetaan varovasti haavapintaa repimättä ja vahingoittamatta.
 - Jos sidokset ovat tarttuneet kiinni, ne suihkutetaan irti tai kostutetaan keittosuolaliuoksella.
 - Iskeeminen raaja tarvitsee verisuonikorjaustoimenpiteen, ennen kuin haavalle tuleva verenkierto on riittävä parantuakseen.
- Kivun ehkäiseminen
 - Ennen mekaanista puhdistusta laitetaan haavapinnalle paikallispuudute.
 - Kipulääke annetaan lääkkeen vaikuttavuuden mukaisesti ennen hoitoja.
- Mitä puhtaampi haavapinta on kuolleesta kudoksesta sitä harvemmat hoitokerrat
- Puhdas haava suihkutetaan kevyellä paineella kehonlämpöisellä vedellä tai huuhdellaan fysiologisella keittosuolaliuoksella.

- Infektoitunut, runsaasti erittävä, karstainen tai verta tihkuttava haava kuohauteaan 1–3 prosenttisella vetyperoksidiliuoksella, jonka jälkeen se huuhdellaan runsaalla vedellä tai keittosuolaliuoksella.
- Vetistävää, visvaista haavaa hoidetaan joko suihkuttamalla tai kylvettämällä 3–5 minuuttia kaliumpermanganaattikylvetyksellä (KMNO_4) kerran vuorokaudessa noin viikon ajan hoidon vaikuttavuuden mukaan.
- Kuollut kudos poistetaan mekaanisesti haavakauhalla tai saksilla ja pinseteillä verestävään haavapintaan asti.

Säärihaavan paikallishoito

Katso kappale Haavan väriluokitus ja paikallishoito, luku 3

8.3 Tukisidokset ja sidostekniikka

- Haava peitetään tasaisella nesteitä läpäisemättömällä haavasidoksella, jonka jälkeen sidotaan tukisidos laskimosäärihaavapotilaille turvotuksen ehkäisemiseksi
- Tukisidoshoitoon tarvitaan tukisidoksia normaalikokoiseen sääreen kaksi kappaletta. Oikea sidostekniikka on tärkeää, eli sidos varpaidentyvestä polvitaipeseen saakka.
- Myöhemmin voidaan siirtyä säären mittojen mukaan tehtyihin polvipituisiin hoitosukkisiin. Lääkinnällisten, yksilöllisesti mitattujen hoitosukkien käyttö aloitetaan, kun haava on parantunut ja turvotus laskenut ja hoitosukkien käyttö jatkuu läpi elämän.
- Sidostekniikka riippuu käytetystä tukisidoksesta, ja yleisimmät sidostekniikat ovat tähkämalli, spiraalimalli ja anatominen malli. Sidos malleja on useita, joten on aina tutustuttava tukisiteen valmistajan antamiin ohjeisiin ennen sitomisen aloittamista
- Runsaselastisilla sidoksilla saadaan aikaan voimakaspuristus. Sidokset ovat erittäin joustavia ja sisältävät usein kumia. Nämä sidokset sopivat passiivisille ja paljon vuodelevossa oleville henkilöille. Sidokset sidotaan aamuisin ja sidokset on ehdottomasti poistettavaksi yöksi.

- Vähäelastisilla sidoksilla saadaan aikaan keskivoimakas puristus, ja ne ovat vähän joustavia. Sidokset sidotaan aamulla, ja ne voivat olla paikoillaan useita vuorokausia. Nämä sidokset sopivat henkilöille jotka pystyvät liikkumaan omatoimisesti, joilla oma lihaspumpputoiminta on aktiivista. Sidontana käytetään anatomista mallia, joten sidontaan tarvitaan useampia siteitä kuin muihin sidontamalleihin.
- Monikerrossidokset ovat hyvin turvotusta poistavia ja estäviä sidoksia. Ne sopivat potilaille joilla on paha turvotus jaloissa ja potilaille joiden haavahoidot sallii harvoin tapahtuvat sidevaihdot. Sidoskerrosten määrä vaihtelee kahdesta neljään kerrosta. Nelikerrosside on tarkoitettu massiivisen turvotuksen hoitoon. Kaksikerrossidos, jossa on sinkkivoidesukka alimpana, on tarkoitettu haavavaiheen turvotuksen hoitoon.
 - Sinkkivoidesidos rakentuu sinkkioksidivoidesukasta ja elastisesta tukisidoksesta. Voidesukalle ei saada aikaan painetta, vaan sen tarkoituksena on edistää haavan paranemista, pehmentämällä ja rauhoittamalla haavaympäristöä.
 - Sinkkivoidesukka on valkoisesta puuvillasta valmistettu sukka johon on imeytetty 20 prosentista sinkkioksidivoideita. Sinkkivoidesukka käytetään vain hoitoa tarvitsevalle alueelle.
 - Voidesukka vedetään sääreen siten että alue varpaista sääriluun kyhmyyn peittyä. Laskokset oiotaan. Sinkkisukan päälle sidotaan vähäelastinen tukiside. Jos haavat erittävät, imeviä taitoksia lisätään sinkkivoidesukan päälle ennen tukisidettä.
 - Sinkkivoidesukka vaihdetaan yhdestä, kahteen kertaan viikossa. Kaksoisidosta ei tule käyttää, jos raajoissa on huono valtimoverenkierto.

8.4 Ennaltaehkäisy

- Laskimoverenkiertoa edistetään säännöllisellä liikunnalla, mm. kävely
- Turvotus ehkäistään ja hoidetaan
 - Pidetään jalat hiukan kohoasennossa ja nilkka ojennetaan ja koukistetaan.
 - Vältetään paikallaan seisomista ja jalkojen pitämistä istuessa päällekkäin.
 - Käytetään tukisidoksia, väljiä kenkiä ja sukkia.
- Valtimoverenkiertoa edistetään.
 - Säännöllinen liikunta, kävellään kipurajaan saakka.
 - Nilkkoja ojennetaan ja koukistetaan useita kertoja päivässä.
 - Jalat pidetään sydämen tasolla tai alempana.
 - Tukisidoksia ei saa käyttää silloin, kun on huono valtimoverenkierto.
- Iho pidetään ehjänä
 - Iho rasvataan öljymäisellä tai nestemäisellä perusvoiteella säännöllisesti, jotta se pysyy kimmoisana ja joustavana.
 - Ei saa kävellä paljain jaloin ulkona eikä sisällä.
 - Kengät tarkastetaan sisäpuolelta käsin ennen jalkaan laittamista.
- Jalat pidetään lämpiminä
- Tuetaan tarvittaessa tupakoinnin lopettamista

9 Bakterinäytteen ottaminen

- Kun haavassa on tulehduksen merkkejä, haava erittää, haavaa ympäröivä alue punottaa ja kuumottaa sekä siinä tuntuu kipua, lääkäri voi määrätä haavalta otettavaksi bakterinäytteen.
- Näyte otetaan ennen mikrobilääkkeen aloittamista
- Haava pestään, karstat irrotetaan
- Näyte otetaan mahdollisimman syvältä haavasta hiilitikulla. Paras näyte saadaan infektoituneen ja terveen rajapinnasta, missä infektio etenee.
- Fistelistä näyte otetaan ruiskulla tai neulalla (anaerobikuljetuspulloon) mahdollisimman syvältä, eikä tikulla jolloin normaalifloora voi kontaminoida näytteen. Näytteen lyhenne on Pu-BaktVi1
- Pintahaavasta otettu näytteen, aerobinäytteen, lyhenne on Pu-Bakt-Vi2
- Läheteeseen tulee merkitä haavan sijainti ja synty tapa, sekä mahdollinen antibioottihoito. Jos näytettä ei ole mahdollista toimittaa välittömästi eteenpäin, tulee näyte säilyttää jääkaapissa, ettei bakteerien määräsuhteen näytteessä muutu.

10 Haavanhoitotuotteet

Haavasidokset voidaan ryhmitellä aktiivisiin, passiivisiin ja interaktiivisiin niiden toimintatavan mukaisesti; aktiiviset sidokset tuovat haavan paranemiseen edullisesti vaikuttavia kasvutekijöitä. Passiiviset sidokset suojaavat haavaa, imevät haavaeritettä tai estävät päällä olevien sidosten tarttumisen haavaan. Interaktiiviset sidokset puolestaan reagoivat haavaeritteeseen ja voivat muun muassa luovuttaa haavaan kosteutta. Interaktiiviset sidokset myös voivat sitoa hajua tai tappaa bakteereita. Haavanhoidon suurin tuoteryhmä on haavasidokset, joiden lisäksi on käytössä kiinnitys-, tuki- ja kompressiosidoksia. Sidosten lisäksi haavanhoidossa on käytössä haavaa puhdistavia entsyymaattisia, polysakkaridi- ja sokerivalmisteita, sekä antimikrobisia aineita. Muita haavanhoitoon läheisesti liittyviä tuotteita ovat lääkinnälliset hoitosukat, painevaatteet, teipit ja laastarit. Haavanhoitotuotteiden jaottelusta kuvio 10.1 kansion alussa (Kuvio 1)

10.1 Aktiiviset sidokset

- Aktiivisia sidoksia ovat kasvutekijöitä sisältävät valmisteet, joista Suomessa on saatavilla keinoihot, joiden avulla voidaan korvata joko epidermis, dermis tai molemmat ihon kerrokset.
- Keinoiho ei varsinaisesti tartu haavaan, vaan edistää haavalle oman epidermissolukon muodostumista. Keinoiho on tarkoitettu käytettäväksi kroonisten, huonosti paranevien haavojen hoitoon, ja niillä on saatu hyviä tuloksia diabeetikoiden jalkahaavojen sekä laskimosäärihaavapotilaiden hoidossa.

10.2 Passiiviset sidokset

- Passiivisten sidosten tarkoituksena on suojata haavaa, imeä haavaeritettä tai estää toisen sidoksen kiinnittymisen haavaan.
- Passiivisia sidoksia ovat haavataitokset, haavatyyny ja haavaverkot.

10.2.1 Haavaverkko

- Ensimmäisenä haavaa vasten tuleva sidos, jonka tarkoituksena on estää eritettä imevän ja haavaa suojaavan sidoksen tarttumisen haavaan.
- Haavaverkko tarvitsee aina peittosidoksen. Haavaverkkoja on polyamidi-, polyetyleeni-, rasva- ja silikoniverkkoja.

Polyamidiverkko

- Synteettisesti valmistettu ohut ja harsomainen verkko, joka ei tartu haavan pintaan tai pohjaan, Sidos ei sisällä rasvaa tai silikonia.
- Tarkoitettu käytettäväksi estämään toisen haavaa suojaavan ja eritettä imevän sidoksen tarttumisen haavan pintaan tai pohjaan.

Rasvaverkot

- Valmistetaan puuvilla-, rayon-, viskoosi- tai tylliharsopohjaisena, rasvana käytetään valkoista tai keltaista parafiinia tai valkovaseliinia.
- Rasva muodostaa niin sanotun vesilukon eli se estää ulkoapäin tulevan kosteuden pääsyn haavalle, mutta päästää läpi haavasta tulevan eritteen.
- Rasvaverkkosidos tulee vaihtaa kerran päivässä, sillä se kuivuu nopeasti jolloin verkko tarttuu kiinni haavaan.
- Rasvaverkko sopii vähän ja kohtalaisesti erittäviin pinnallisiin haavoihin, ihon ottokohtiin ja pieniin pinnallisiin palovammoihin.

Silikoniverkko

- Silikoniverkko on polyamidia eli nylonia, joka on päällystetty lääkinällisellä silikonilla.
- Silikoniverkko voi olla haavalla useita päiviä ja tarvittaessa tuotteen päälle voi vaihtaa imeviä sidoksia. Imeviä sidoksia on hyvä kostuttaa kevyesti imutehon lisäämiseksi, jos epäillään, että veri hyytyy kuivaan sidokseen ja verkon reikiin.

- Verkkoa käytetään vain yksinkertaisena, ettei tuote hauduta haavaa. Silikoniverkko asetetaan haavalle siten, että se ulottuu pari senttiä haavareunojen yli, jolloin verkko tarttuu ehjään ihoon ja pysyy paikallaan.

10.3 Interaktiiviset sidokset

Interaktiiviset sidokset voidaan ryhmitellä niiden sisältävien ainesosien ja toiminnallisen rakenteen mukaan 14 eri ryhmään; aktiivihiiltä, alginaattia, antibioottia, keittosuolaa, hopeaa ja sinkkiä sisältäviin sidoksiin sekä hydrofobisiin, hydrokolloidi- hydrofiber- hydrokapillaari- ja polyuretaanikalvo, sekä niin sanottuihin yhdistelmäsidoksiin.

10.3.1 Aktiivihiilisidokset

- Poistavat tehokkaasti haavasta pahaa hajua.
- Sidoksissa on useampi kerros ja aktiivihiili on sidoksen sisällä olevassa kerroksessa, lisäksi sidoksessa voi olla alginaattia, hydrofiberkuituja tai polyuretaanivaahtoa.
- Sidoksessa voi lisäksi olla myös hopeaa, jolloin sidokseen saadaan antimikrobinen vaikutus.
- Aktiivihiiltä sisältävä sidos sopii vähän tai kohtalaisesti erittäviin haavoihin.
- Sidoksia ei voi leikata, koska niiden rakenne rikkoutuu ja hiili pääsee valumaan ulos. Hiili värjää haavan ja ympäröivän ihon tummaksi.

10.3.2 Alginaattisidos

- Sisältää ruskolevää, joka on yhdistetty polysakkaridikuituihin. Sidoksessa voi lisäksi olla kalsiumia ja natriumia.

- Haavaeritteen vaikutuksesta alginaatti muuttuu geelimäiseksi ja pitää haavan kosteana vähentäen haavakipua. Geeliytyessään alginaatti mahdollistaa autolyyttistä puhdistumista.
- Alginaattisidos sopii kohtalaisesti tai runsaasti erittävään haavaan, sillä alginaatilla on runsaan imukyvyn lisäksi verta tyrehdyttävä vaikutus. Alginaattisidos on aina kiinnitettävä erillisellä kiinnityssidoksella.
- Alginaattisidosta voi käyttää onkalo- ja taskumaisten haavojen hoitoon, mutta tällöin on huomioitava, ettei täytä onkaloa liian täyteen alginaattisidosta, jotta tuotteella on tilaa laajentua, ja geeliytyä.
- Alginaattisidos saattaa tarttua haavaan, jos haavan erityys on niukkaa ja tällöin sidos irrotetaan laittamalla injektioruiskulla fysiologista keittosuolaliuosta haavasidoksen alle.

10.3.3 Hopeasidokset

- Hopeasidoksessa hopea on yhdistetty hydrokolloidiin, polyetyleenin- tai hydrofiiliseen polyuretaani-vaahtosidokseen.
- Hopea on bakterisidinen aine, jolla on antimikrobinen vaikutus. Tutkimuksissa on todettu hopeasidosten edistävän haavan paranemista ja lievittävän haavakipua.
- Hopeasidoksesta riippuen käyttötavat ovat erilaiset, mutta aina tuote tarvitsee kiinnitysmateriaalin.

10.3.4 Hydrofiber sidokset

- Sisältävät natriumkarboksyylliselluloosaa, joka on rakenteeltaan kuitumainen. Sen vuoksi sidos on imukykyinen ja sopii kohtalaisesti tai runsaasti erittäviin haavoihin, ja erityisesti haavoihin jotka erittävät runsaasti lyhyessä ajassa.
- Hydrofibersidos muuttuu haavaeritteen vaikutuksesta geelimäiseksi, joka ei tartu haavaan. Hydrofiber kudos imee eritteen ja pitää sen sisällä, joten sidos ei maseroi eli haudo ympäröivää ihoa.

- Tuotteella on nopea imukyky, ja sidos laitetaan siten että se ulottuu reilusti haavareunojen yli, koska sidos kutistuu kostuessaan. Kostutettuna sidosta voidaan käyttää lisäämään kosteutta haavaan tai pitämään jänne tai luu kosteana.
- Onkalomaiseen haavaan sidos on laitettava löysästi, ettei sidos turvotessaan aiheuta painetta onkalon seinämiin. Sidos kiinnitetään joko haavakalvolla tai runsaammin erittävän haavan päälle laitetaan harsotaitos tai haavatyyny. Tuotetta voi leikata, ja jos sidos on kuivunut haavapintaan kiinni, irrotetaan se liuottamalla vedellä.

10.3.5 Hydrofobiset sidokset

- Valmistetaan värillisellä rasvahappoesterillä kyllästetystä asetaatti- tai puuvillakudoksesta. Hydrofobinen sidos hylkii vettä, ja siksi sidos vetää puoleensa bakteereita ja hiivasieniä, sillä ne ovat myös hydrofobisia. Bakteerit tarttuvat sidokseen ja poistuvat haavalta sidoksen mukana.
- Sidosta käytetään varsinaisen haavasidoksen alla ennaltaehkäisemässä sidoksen tarttumisen haavaan. Tuote on kosteutta ylläpitävä joten se sopii myös palovammavoiteen kanssa käytettäväksi.
- Tuote soveltuu onkaloihin ja fisteleihin, nauhaa käytettäessä nauha on laitettava onkaloon lenkinä siten, että leikatut reunat jäävät haavan ulkopuolelle, ettei onteloon joudu langanpätkiä. On huomioitava ettei onkalo tule liian täyteen, jotta sidokselle jää tilaa toimia.
- Tuotetta voidaan käyttää hoitona kosteissa taive-, rinnanalus- ja nivushautumissa sekä sieni-infektioissa.
- Sidosta on saatavilla taitoksena, nauhamaisena onkalosidoksena, haavatyynynä ja sykeröinä.

10.3.6 Hydrogeeli

- Sisältää runsaasti vettä, ja tuotteesta riippuen keittosuolaa, karboksimeetyyliselluloosaa, hemiselluloosaa, agaria, glyserolia ja pektiiniä.
- Hydrogeeli kosteuttaa haavaa mutta myös imee haavaeritettä. Hydrogeeli on kuollutta kudosta poistava sidos, joka pehmittää ja puhdistaa haavaa. Hydrogeeli sopii kuiviin ja vähän erittäviin haavoihin antamalla lisää kosteutta ja siten mahdollistaa haavan autolyyttistä puhdistumista.
- Hydrogeelisidos vaihdetaan päivittäin, jotta nekroottisen kudoksen irtoaminen on mahdollisimman nopeaa. Haavan nopea puhdistuminen fibrini- ja nekroottisesta kudoksesta hoidon alkuvaiheessa saattaa suurentaa haavan kokoa.

10.3.7 Hydrokolloidit

- Kosteuttaa kuivaa haavaa ja pitää vähän tai kohtalaisesti erittävässä haavassa optimaalisen kosteuden haavan autolyyttiseen puhdistumiseen.
- Hydrokolloidisidos imee itseensä haavaeritettä ja muuttuu eritteen ja lämmön vaikutuksesta hillomaiseksi.
- Sidoksen ulkopinta on polyuretaanikalvoa, joka estää kosteuden pääsyn haavalle ulkopäin, joten potilas voi käydä sidoksen kanssa suihkussa tai kylvyssä.
- Haavalle asetettavan levyn on oltava vähintään 3cm haava suurempi ja haavalevyä voi leikata. Tuote on vaihdettava vähintään kerran viikossa, haava sidos on vaihdettava useammin jos haava erittää runsaasti.
- Tuotetta ei saa käyttää erysipelaksen, vaskuliitin, infektoituneen tai iskeemisen haavan tai diabeettisen jalkahaavan hoitoon.
- Hoidon alussa haava voi suurentua, kun kuollut kudoksesta irtoaa.
- Jos haava on kuiva, se kostutetaan haavageelillä paranemisprosessin käynnistämiseksi.
- Pienet palovammat tai rakkulat voidaan hoitaa kokonaan haavalevyillä, selässä ja kantapäissä voidaan käyttää levyjä ehkäisemään kitkaa ja hiertymiä.

- Hydrokolloidilevyä poistettaessa tulee sitä venyttää yhdestä nurkasta varovasti ihon suuntaisesti haavasta pois päin.

10.3.8 Polyuretaanikalvo

- Itsekiinnittyvä, puoliläpäisevä ja hengittävä haavakalvo, jota käytetään ensimmäisenä tai toisena sidoksena.
- Polyuretaanikalvo ei läpäise ulkoapäin tulevaa kosteutta tai partikkeleita, joten sidoksen kanssa voi käydä suihkussa.
- Haavakalvo päästää haavalta erittyvän vesihöyryn, mutta ei päästä haavaeritettä läpi. Haavakalvo mukautuu vaikeisiin paikkoihin, ja soveltuu siteiden kiinnitykseen. Haavakalvo ylläpitää haavalla kosteutta, ja sopii hyvin keittosuola- ja antiseptisten kompressien peitto- ja kiinnitysmateriaaliksi.
- Huomioitavaa kalvoa laitettaessa on, ettei kalvoa saa venyttää vaan painetaan paikoilleen. Poistettaessa kalvoa venytetään ja vedetään ihon suuntaisesti.
- Haavakalvoa voidaan käyttää ihon suojaamiseen, soveltuu pinnallisiin palohaavoihin ja punktiokohtiin ja hiertymien suojaksi.
- Haavakalvolla ei ole imukykyä, joten se ei sovellu yksistään erittäviin haavoihin, eikä sitä pidä käyttää onkalohaavoissa, taskumaisissa haavoissa tai fisteleissä ensimmäisenä sidoksena.

10.3.9 Polyuretaanivaahdosidos

- Hydrofiilinen haavalevy, joka imee haavaeritteen horisontaalisesti, jolloin kun sidoksen imukyky on täyttynyt, se näkyy haavasidoksen ulkopinnassa tummempana värinä.
- Polyuretaanivaahdosidos on pehmeä ja se pitää haavalla sopivan lämpötilan. Sidos läpäisee haavalla syntyvän vesihöyryn ja liian lämmön, muttei päästä läpi haavaerittä.
- Sidos on tarkoitettu haavoille joissa on niukka tai keskirunsas vuoto. Sidos ei tartu haavapintaan vaan kiinnittyy ympäröivää kuivaan ihoon. Soveltuu hyvin

potilaille joilla on hauras ja ärtynyt iho, joten sidos voi korvata teipin tai haavakalvon.

- Polyuretaanivaahtosidoksia on itsekiinnittyviä ja kiinnittymättömiä. Kiinnittymättömät kiinnitetään harsositeellä tai putkiharsolla, jolloin sidos ei ole suihkun kestävä, suihkun ajaksi reunat suojataan haavakalvolla, mutta kalvoa ei saa asettaa koko sidoksen yli. Kiinnittymätöntä haavatyynyä saa leikata, sidos voi olla paikoillaan useita päiviä, lisäksi sidosta voidaan nostaa haavan tarkistusta varten ja asettaa takaisin paikalleen. Vaahtolevy ei muotoudu syvien haavojen pohjalle, joten ontelo on ensin täytettävä jolloin muulla haavanhoidotuotteella.
- Itsekiinnittyvässä sidoksessa on imevä vaahtotyyny keskellä, ja kiinnittyvä reunaosa. Tuote kestää suihkun, mutta liikkuvalla alueella kiinnitys on varmistettava teipeillä. Tuotetta ei voi leikata. Pienet koot soveltuvat esimerkiksi kasvojen alueelle, suuret koot suojaamaan laajoja vähän erittäviä alueita.

10.4. Sinkkisivokset

- Sinkkivoidesidos rakentuu sinkkioksidivoidesukasta ja elastisesta tukisidoksesta. Voidesukalle ei saada aikaan painetta, vaan sen tarkoituksena on edistää haavan paranemista pehmentämällä ja rauhoittamalla haavaympäristöä.
- Sinkkivoidesukka on valkoisesta puuvillasta valmistettu sukka, johon on imeytetty 20 prosentista sinkkioksidivoidetta. Sinkkivoidesukkaa käytetään vain hoitoa tarvitsevalle alueelle.
- Voidesukka vedetään sääreen siten että alue varpaista sääriluun kyhmyyn peittyy. Laskokset oiotaan. Sinkkisukan päälle sidotaan vähäelastinen tukiside.
- Jos haavat erittävät, imeviä taitoksia lisätään sinkkivoidesukan päälle ennen tukisidettä.
- Sinkkivoidesukka vaihdetaan yhdestä kahteen kertaan viikossa.

10.4 Hopeanitraatti – eli lapistikku

- Pienehkö tikku, jossa on kovetettua lapista. Vaikuttavana aineena on hopea, joka on laajakirjoinen antimikrobinen aine.
- Lapistikun käyttö on vain Lääkelaitoksen erikoisluvalla. Lapistikku kastetaan veteen, ja puikkoa sivellään hoidettavalle alueelle 1-2 kertaa viikossa 2-3 viikon välein.

10.5 Ihonsuojakalvosuihke ja voide

- Käytetään suojaamaan herkkää ihoa hankaukselta tai teippien tai kalvojen alla. Sopii suojaamaan iho kosteudelta erilaisten aukkojen ympärillä tai inkontinenssipotilailla
- Ihoärsytyksissä tai pinnallisissa ihovaurioissa voi kokeilla nopeuttamaan paranemista
- Kalvo kestää 24–72 tuntia. Levityksen jälkeen suihkeen/voiteen on annettava kuivua hetken aikaa ennen siteen laittoa.

Linkkejä lisätiedon löytämiseen

- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri; tietoa terveyskeskuksille, hoito-ohjeet
 - <http://www.epshp.fi/>
- Terveysportti; sairaanhoitajan tietokannat
 - www.terveysportti.fi
- Suomen Haavanhoitoyhdistys ry
 - www.suomenhaavanhoitoyhdistys.fi
- Täydennysravintovalmisteista
 - www.nutricia.fi/
- Haavahoitotuotteista
 - www.smith-nephew.com/fi/
 - www.coloplast.fi/
 - www.steripolar.fi/

Lähteet

Mustajoki, M., Maanselkä S., Alila, A. & Rasimus, M. 2005. Sairaanhoitajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Hämeenlinna

Hoito-ohjeet terveyskeskuksille: Pinnallisen haavan hoito. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Seinäjoen keskussairaala.

http://www.epshp.fi/yl_info/ohjeet/index.htm

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, I. & Juutilainen, V. 2002. HAAVA. Porvoo. WSOY

Iivanainen, A. & Seppänen, S. 2004. Vulnus fennica. Edita. Helsinki.

Pokela L. ym. 2004. Haavahoitokäytäntöjen yhtenäistäminen ja kustannustietoisuuden lisääminen Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Seinäjoen keskussairaala. Seinäjoki