LASKIMO- JA VALTIMOPERÄISTEN HAAVOJEN HOITO KOTIHOIDOSSA

Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Lahdensivu, hoitotyön koulutus

Syksy, 2017

Aliisa Kangas, Jenny Lehtonen, Katja Riski

HAMK
HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU
HÄME UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

TIIVISTELMÄ

Hoitotyön koulutus
Lahdensivu

Tekijät Aliisa Kangas, Jenny Lehtonen, Katja Riski **Vuosi** 2017

Työn nimi Laskimo- ja valtimoperäisten haavojen hoito kotihoidossa

Työn ohjaajat Piiku Pakkanen, Tiina Mäenpää

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön aiheena oli laskimo- ja valtimoperäisten haavojen hoito kotihoidossa. Työ toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä ja sen tarkoitus oli tuottaa haavanhoito-opas. Työn tilaajana toimi Attendon kotihoito. Haavanhoito aiheena valikoitui tekijöiden mielenkiinnosta, mutta tilaajan toiveesta aihe rajattiin laskimo- ja valtimoperäisiin haavoihin.

Kotihoidossa sekä sairaanhoitaja että lähihoitaja hoitavat haavoja lähes päivittäin asiakkaan kotona. Vaikka haava hoidetaan kotioloissa, tulee haavanhoito suorittaa silti samoja periaatteita noudattaen kuin sairaalaoloissa. Opas on tarpeellinen apu hoitajien päivittäiseen työhön sekä uuden työntekijän haavanhoitoon perehdyttämiseen.

Teoriaosuus kirjoitettiin suurimmasta aihealueesta pienimpään edeten samalla myös haavanhoidon toteutuksen aikajärjestyksessä. Suurimpina aihealueina olivat iho sekä laskimo- ja valtimoperäiset haavat. Näiden aihealueiden jälkeen työ eteni aikajärjestyksessä haavanhoidon vaihe vaiheelta, alkaen aseptiikasta ja päättyen haavanhoidon kirjaamiseen.

Tietoperustan pohjalta tehtiin opas, jonka tavoitteena oli tuottaa uusinta tietoa kotihoidon työntekijöille sekä auttaa työntekijää tunnistamaan, ennaltaehkäisemään sekä hoitamaan verisuoniperäisiä haavoja oikein. Oppaan tarkoituksena oli olla hyödyksi myös asiakkaille, joiden haavoja kotihoidon työntekijät hoitavat. Tilaaja oli erittäin tyytyväinen oppaaseen ja kertoi sen palvelevan hyvin heidän tarpeitaan. Jatkossa voisi tutkia, ovatko kotihoidon työntekijät kokeneet oppaasta olleen heille käytännön työssä hyötyä.

Avainsanat Haavanhoito, haavanhoito-opas, kotihoito, laskimohaava, valtimohaava

Sivut 56 sivua, joista liitteitä 18 sivua

HAMK
HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU
HÄME UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

ABSTRACT

Degree Programme in Nursing
Lahdensivu

Authors Aliisa Kangas, Jenny Lehtonen, Katja Riski **Year** 2017

Subject Care of Venous and Arterial Wounds in Home Care

Supervisors Piiku Pakkanen, Tiina Mäenpää

ABSTRACT

The subject of this thesis was the care of venous and arterial wounds in home care. The thesis was carried out practice-based and its´ aim was to produce a wound care guide. The mandator of the thesis was Attendo home care. Wound care was chosen as the subject due to the authors' shared interest towards it, but according to the mandator's wishes the subjects was defined to the care of venous and arterial wounds.

In the home care both nurses and practical nurses take care of wounds at their clients´ homes nearly every day. Even when the wound is cared in someone´s home, the care should follow the same principles as it would in hospital environment. The guide is an essential help in the daily work of the home care workers and also for the orientation of new employees.

Theoretical background of this thesis was written so that it proceeds from bigger topics to smaller ones and follows the chronological order of the wound care. As the biggest topics skin and venous and arterial wounds were first described in general. After these topics the study examined wound care step by step starting from the asepsis and ending to the documentation of the care process.

The guide was produced on the basis of the gathered information. The main purpose was to provide the latest information of wound care for home care workers and instruct the workers on how to identify, prevent and take care of vascular wounds correctly. It's also useful for the home care clients, whose wounds the home care workers are taking care of. The mandator of the thesis was very pleased with the guide and thought that it served their needs very well. In the future, it would be useful to study how the home care workers have experienced the guide and, especially, have they found the guide useful in their practical work.

Keywords Wound care, wound care guide, home care, venous wounds, arterial wounds

Pages 56 pages including appendices 18 pages

SISÄLLYS

1 JOHDANTO 1

2 IHO 2

2.1 Ihon rakenne 2
2.2 Haavan paranemisen vaiheet 3
2.3 Haavojen ennaltaehkäisy 4

3 LASKIMO- JA VALTIMOPERÄISET SÄÄRIHAAVAT 5

3.1 Laskimoperäiset säärihaavat 5
3.1.1 Diagnosointi 5
3.1.2 Hoito 6
3.2 Valtimoperäiset säärihaavat 7
3.2.1 Diagnosointi 8
3.2.2 Hoito 8

4 HAAVANHOITO 9

4.1 Haavanhoidon aseptiikka 10
4.2 Haavakipu 11
4.2.1 Kivun arviointi 12
4.2.2 Kivunhoito 13
4.3 Haavan paikallishoito 14
4.3.1 Haavojen väriluokitus 14
4.3.2 Sidoksen poistaminen 16
4.3.3 Haavan puhdistaminen 17
4.3.4 Kosteustasapainosta huolehtiminen 18
4.3.5 Infektion tunnistaminen 18
4.4 Haavapotilaan ravitsemus 19
4.5 Asiakkaan ohjaus ja motivointi hoitoon 20

5 HAAVANHOITOTUOTTEET 21

5.1 Haavasidokset 22
5.1.1 Interaktiiviset haavasidokset 22
5.1.2 Passiiviset haavasidokset ja kiinnityssidokset 25
5.2 Hoitovoiteet 26

6 HAAVANHOIDON KIRJAAMINEN 27

6.1 Rakenteellinen kirjaaminen 27
6.2 Valokuvaus kirjaamisen tukena 28

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE 28

8 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ - OPPAAN TOTEUTUS 29

8.1 Toiminnallinen opinnäytetyö 29
8.2 Oppaan toteuttaminen 30

8.2.1 Eteneminen 30
8.2.2 Ulkoasu 31
8.2.3 Havainnollistaminen 31

9 POHDINTA 32

LÄHTEET 34

Liitteet

Liite 1 Haavanhoito-opas

1 JOHDANTO

Kotihoito on palvelukokonaisuus, joka tarjoaa koti-, tuki- sekä sairaanhoitopalveluja. Palveluiden tarkoituksena on auttaa kotona asuvia eri ikäisiä ja eri toimintakykyisiä asiakkaita. Tavoitteena on tukea asiakkaan elämänhallintaa sekä toimintakykyä siten, että kotona asuminen onnistuisi turvallisesti mahdollisimman pitkään. Vaikka kotihoidon palvelut ovat osa kunnan lakisääteistä vastuuta, voivat palveluja tuottaa myös yksityiset tai kolmannen sektorin palveluntuottajat. Työhön kotihoidossa kuuluu erilaisia kliinisen hoitotyön tehtäviä kuten näytteiden ottoa, lääkehoitoa sekä haavanhoitoa. (Ikonen 2015, 15 & 180.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Attendon kotihoidolle laskimo- ja valtimohaavojen hoidosta haavanhoito-opas. Opas on tarkoitettu niin sairaanhoitajien kuin lähihoitajienkin käytännön työn tueksi. Kotihoidolla ei ennestään ole ollut käytössä tämäntyyppistä opasta, joten opas tulee tarpeeseen.

Oppaan tarkoituksena on tuottaa uusinta tietoa kotihoidon työntekijöille sekä auttaa työntekijöitä tunnistamaan, ennaltaehkäisemään sekä hoitamaan verisuoniperäisiä haavoja. Oppaan tarkoitus on olla välillisesti hyödyksi myös kotihoidon asiakkaille, sillä oikein tehty haavanhoito parantaa heidän elämänlaatuaan. Lisäksi oppaan tavoitteena on lisätä kotihoidon henkilökunnan tietoisuutta haavanhoidosta sekä yhtenäistää haavanhoitokäytänteitä.

Opinnäytetyömme aihealue valikoitui yhteisen kiinnostuksemme sekä tilaajamme tarpeen pohjalta. Halusimme oppia lisää haavanhoidosta, sillä mielestämme aihetta ei käsitellä riittävän kattavasti sairaanhoitajakoulutuksen aikana. Aihe on meille tärkeä ammatillisen kasvun sekä tulevan työn kannalta. Aiheen valintaan vaikutti halu tuottaa tietoa, josta hyötyisivät meidän lisäksi myös muut hoitotyön ammattilaiset. Haavanhoito on aihealueena laaja. Aiheen rajaus laskimo- ja valtimoperäisiin haavoihin tuli tilaajalta, jonka jälkeen kävimme keskustelua työhön sisältyvistä aihealueista.

Kotihoidossa olevien asiakkaiden hoidon jatkuvuuden kannalta haavanhoito tulee suorittaa yhtenäisenä hoitotyön toimintona. Opinnäytetyössämme painotimme haavanhoidon lisäksi myös kirjaamisen tärkeyttä. Huolellisen ja yhtenäisen kirjaamisen avulla pystytään seuraamaan haavan paranemisprosessia sekä mahdollisia haavassa tapahtuvia muutoksia ja näin ollen hoitoa voidaan tarvittaessa muuttaa sopivammaksi.

2 IHO

Iho on kehon suurin elin ja se koostuu useasta eri kerroksesta. Iho suojaa elimistöä ulkopuolisilta haittatekijöiltä kuten kemialliselta ja mekaaniselta ärsytykseltä. Iho toimii myös osana puolustusjärjestelmää, joka estää mikrobien pääsyn elimistön sisälle. Ihon pinnalla kasvavat elimistön omat bakteerit estävät haitallisten bakteerien kasvamisen ihon pinnalla. (Vierimaa & Laurila 2017, 29–30.)

Ihon tai sen alaisen kudoksen haavoittumista, vioittumista, kudososien puutosta sekä irtoamista toisistaan kutsutaan haavaksi. Haavat vaihtelevat sen mukaan, kuinka ne ovat syntyneet, ovatko ne avohaavoja vai suljettuja sekä mihin ihon kerrokseen ne ulottuvat. Haavoja saattaa syntyä myös joidenkin sairauksien sekä sairaan kudoksen irtoamisen myötä. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2013, 228; Hammar 2011, 23.)

2.1 Ihon rakenne

Ihon uloin kerros on marraskesi, joka koostuu kuolleista sarveistuneista solukoista. Ihon pinnalla on hyödyllisiä bakteereja eli normaaliflooraa, joka suojaa elimistöä haitallisten bakteerien kasvulta. Varsinaisesti ihon ensimmäinen kerros on orvaskesi eli epidermis, joka muodostuu kerrostuneesta epiteelikudoksesta. Epidermiksen alla on pääasiassa sidekudoksesta muodostunut verinahka eli dermis. Verinahan alla on subcutis eli ihonalaiskudos, joka koostuu rasvakudoksen lisäksi löysästä sidekudoksesta. (Aaltonen, Hernesniemi & Pihlaja 2016, 28–29.)

Orvaskesi on kerrostunutta epiteelikudosta, jossa ei ole verisuonia. Epidermis-kerroksen ravinto kulkeutuu alemmista kerroksista soluille. Paksuus vaihtelee kehon eri osissa yleisen paksuuden ollessa noin 0,1mm. Kovan kulutuksen alueilla kuten kantapohjissa epidermis voi olla jopa millimetrin paksuinen. (Vierimaa & Laurila 2017, 33.)

Verinahka on puolestaan paksuudeltaan noin 3mm (Vierimaa & Laurila 2017, 33). Sidekudoksen lisäksi se sisältää hermoja, verisuonia, imusuonia, sileää lihaskudosta sekä useita eri ihon apuelimiä. Apuelimiä ovat karvat, kynnet sekä hiki- ja talirauhaset. Itsensä lisäksi verinahka huoltaa ja ravitsee myös päällimmäisen ihon kerroksen eli orvaskeden papillojen avulla. Verinahasta työntyy orvaskeden pintaan nystyjä eli papilloja, joiden avuilla ravinteet siirtyvät epiteelikerrokseen. (Vierimaa & Laurila 2017, 33.) Verinahalla on tärkeä rooli, sillä sen sisältämän sidekudoksen vuoksi iho on joustava ja tukeva. Tiiviytensä ansiosta se myös suojaa ihoa. (Aaltonen ym. 2016, 29.)

Ihonalaiskudos muodostuu löyhästä sidekudoksesta sekä vaihtelevasta määrästä rasvakudosta. Löyhässä sidekudoksessa on vähemmän erilaisia

proteiinisyitä eli -säikeitä tiiviiseen sidekudokseen verrattuna. Paksuus vaihtelee kehon rasvakudoksen mukaisesti muutamista senttimetreistä useampiin senttimetreihin. Rasvakudos toimii elimistön energiavarastona, minkä lisäksi se eristää tehokkaasti lämpöä. (Vierimaa & Laurila 2017, 33.)

Ihon päällimmäinen kerros eli orvaskesi uusiutuu jatkuvasti. Alimmassa kerroksessa eli ihonlaisessa rasvakerroksessa syntyy nopeasti uusia laatikkomaisia soluja, jotka työntävät yläpuolella olevia soluja hiljalleen kohti pintaa. Solujen kulkeutuessa ylöspäin niihin kehittyy pieniä piikkejä, joiden avulla ne sitoutuvat toisiinsa kiinni. Litistyessään toisiinsa kiinni solut täyttyvät keratiiniproteiinilla, joka muodostaa vedenpitävän pinnan iholle. Lopulta nämä solut kuolevat ja muodostavat pintaan limittäisen kattotiiliä muistuttavan kerroksen. Kun ne irtoavat, tulee alemmista kerroksista uusia samankaltaisia soluja tilalle. (Parker 2015, 178.)

2.2 Haavan paranemisen vaiheet

Haavan paraneminen on biologinen tapahtuma, joka sisältää kolme erillistä vaihetta. Nämä kolme vaihetta ovat inflammaatio-, proliferaatio- sekä maturaatiovaihe. Jokainen haava paranee näiden samojen biologisten vaiheiden kautta, vaikka eri haavoilla vaiheiden pituudet vaihtelevat. (Iivanainen & Syväoja 2016, 340.)

Ensimmäinen paranemisprosessin vaiheista on inflammaatiovaihe eli tulehdusvaihe, joka alkaa välittömästi haavan muodostuttua. Haavan muodostuessa alkavat sen ympäristössä olevat verisuonet supistella vähentäen verenvuotoa. Verihiutaleet kerääntyvät haavalle tyrehdyttäen verenvuodon muodostamalla haavalle verihyytymän. Haavalle muodostunut verihyytymä vahvistuu fibriiniverkon avulla. Tulehdusvaiheen aikana haavalla on infektiota muistuttavia piirteitä punoitusta, turvotusta, kuumotusta ja kipua. Nämä oireet johtuvat kudoksen vahingoittumisen myötä vilkastuneesta verenkierrosta sekä kudosturvotuksesta ja ne kuuluvat normaaliin haavan paranemisprosessiin. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2014, 515.)

Inflammaatiovaihetta seuraa proliferaatiovaihe eli korjausvaihe. Tämä vaihe alkaa vasta, kun haava on täysin puhdistunut kuolleesta kudoksesta. Proliferaatiovaiheen aikana haavalle alkaa muodostua uutta sidekudosta, jota kutsutaan granulaatiokudokseksi. Uuden sidekudoksen tehtävänä on toimia haavan suojana. Granulaatiokudoksen muodostumisen lisäksi korjausvaiheessa haava alkaa supistua kiinni ja epiteeli eli ihon pintakerros alkaa kasvaa. Korjausvaihe päättyy, kun haavaan on kauttaaltaan kasvanut granulaatiokudosta. (Anttila ym. 2014, 515; Iivanainen & Syväoja 2012, 343.)

Viimeinen haavan paranemisvaiheista on maturaatiovaihe eli kypsymisvaihe. Kypsymisvaihe alkaa granulaatiokudoksen kasvettua haavalle. Vii-

meisen vaiheen aikana haavan reunat kiinnittyvät yhteen ja haavalle kasvaa arpikudosta, joka pikkuhiljaa kehittyy joustavammaksi. Kypsymisvaihe kestää tavallisesti kuukausia, mutta mahdollisesti myös vuosia haavasta riippuen. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 228; Hammar 2011, 23.)

2.3 Haavojen ennaltaehkäisy

Ennaltaehkäisy on tärkeä osa hoitotyötä, sillä tehokkaalla ennaltaehkäisevällä työllä pystytään vähentämään haavanhoidon tarvetta. Jokaisella asiakaskäynnillä on tärkeää tarkkailla asiakkaan ihon kuntoa, sillä tällä tavalla voidaan havaita alkavat haavat. Ihon kunnosta on koskettamalla huomattavissa ihon väri, lämpö sekä myötääväisyys. Lisäksi voidaan myös havaita, onko iho kostea vai kuiva, kutiseeko iho ja onko se hilseilevä. Silmin on havaittavissa myös mahdolliset ihomuutokset kuten haavat, raapimisjäljet, haavaumat sekä turvotukset, ihon paksuuntuminen ja kovettumat. (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2010, 238.)

Ihonväri kertoo paljon asiakkaan terveydentilasta. Punertava iho liitetään usein terveyteen, mutta se voi olla myös merkki tulehduksesta, alkavasta lämmönnoususta sekä painaumista, jotka voivat johtaa painehaavaan. Kellertävä iho viittaa usein haiman tai maksan toiminnan heikentymiseen ja kalpea tai harmahtava iho verenkierron heikkoon toimintaan tai elimistön hapenpuutteeseen. (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2010, 238.)

Haavoja voidaan ehkäistä huolehtimalla ihon kunnosta. Jokapäiväinen peseytyminen ja ihonhoito kuuluvat perushoitoon. Pesun laajuus on riippuvainen jokaisen asiakkaan yksilöllisestä tarpeesta. Esimerkiksi kuivaihoisen asiakkaan iholle ei ole hyväksi päivittäinen suihkussa käyminen, sillä se kuivattaa ja haurastuttaa ihoa vain entisestään. Peseytymisen tarve vaihtelee yksilöittäin ja se on myös riippuvainen asiakkaan toimintakyvystä, liikerajoituksista ja sairauksista. (Coco, Lahti & Simola 2011, 29.)

Kotihoidon asiakkaan peseytyminen avustetaan niissä tiloissa, jotka ovat hänen kotonaan. Tarpeiden mukaisesti tiloja pyritään muuttamaan esimerkiksi poistamalla korkeita kynnyksiä, asentamalla tukikahvoja ja mahdollisuuksien mukaan myös laajentamalla suihkutiloja. Muutoksilla on tarkoitus helpottaa asiakkaan pärjäämistä kotona ja ihon kunnosta huolehtimista. (Coco ym. 2011, 30.)

Erityisesti säärihaavojen ennaltaehkäisyssä turvotuksen hoitaminen on hyvin keskeisessä osassa. Lääkinnällisiä hoitosukkia tai tukisidoksia tulisi käyttää jatkuvasti. Turvotusta voidaan myös helpottaa pitämällä alaraajoja kohoasennossa useita kertoja päivässä. Säännöllisellä liikunnalla voidaan vahvistaa pohjelihaspumpun toimintaa ja näin ollen myös vaikuttaa turvotukseen. (Vikatmaa 2012, 289–290.)

3 LASKIMO- JA VALTIMOPERÄISET SÄÄRIHAAVAT

Valtaosassa kroonistuneista säärihaavoista taustatekijöistä löytyy verisuoniperäiset syyt. Taustalla voi olla laskimoperäiset syyt niin yhdessä kuin erikseen valtimoperäisten kanssa. Kroonisista säärihaavoista valtaosa, jopa noin 90 % johtuu laskimoperäisistä syistä, useimmiten laskimoiden vajaatoiminnasta. Laskimoiden vajaatoiminnan voivat aiheuttaa muun muassa pintalaskimoiden tai syvien laskimoiden takaisinvirtaus sekä ahtaumat tai tukokset laskimoissa. (Vikatmaa 2012, 266.)

3.1 Laskimoperäiset säärihaavat

Laskimoperäinen säärihaava sijaitsee alaraajan alaosassa joko nilkan tai säären alueella, missä laskimopaine on suurempi. Tyypillisin haavan sijaintipaikka on jalan sisäsyrjä. Haavat ovat useimmiten pintapuolisia eivätkä ulotu syvempiin kerroksiin kuten luuhun saakka. Tyypillisen laskimohaavan haavapohja on kostea ja erittävä. Eritys voi olla hyvin runsasta ja haavapohjalle muodostuu usein kellertävää fibriinikatetta. Haavat ovat usein kivuttomia, mutta toisinaan hyvin kivuliaitakin. Kipuja voidaan lieventää pitämällä raajoja mahdollisimman paljon kohoasennossa. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2014; Vikatmaa 2012, 266.)

Laskimoperäisten haavojen yhteydessä raajoissa esiintyy myös usein turvotusta ja erilaisia ihomuutoksia. Tällaisia ihomuutoksia ovat muun muassa ihon pigmentoituminen, staasiekseema, ihonalaiskudoksen kovettuminen eli ihon panssaroituminen, ihon kuivuus ja suomumaisuus sekä nesterakkulat. Myös suonikohjut ovat tavallisia laskimohaavojen yhteydessä esiintyviä ihomuutoksia. (Sieggreen & Kline 2011.)

3.1.1 Diagnosointi

Laskimosairautta diagnosoidessa on tärkeää tehdä huolellinen selvitys potilaan taustatiedoista, joihin kuuluvat selkeä kuvaus nykyisistä oireista ja vaivoista, lääkehistoria ja nykyinen lääkitys sekä riskitekijät. Taustatietojen selvittämisen lisäksi potilaan kliininen tutkimus on olennainen osa diagnosointia. Laskimosairautta selvitettäessä on tärkeää sulkea pois valtimosairauden mahdollisuus, sillä valtimosairaus on este laskimosairauden hoidossa käytetylle kompressiohoidolle. (Sieggreen & Kline 2011, 368.)

Laskimohaava syntyy usein mitättömältä tuntuvan vaurion seurauksena, eikä taustatekijöidensä takia lähdekään normaalisti parantumaan (Vikatmaa 2012, 269). Kroonisen laskimosairauden ja näin ollen myös haavan syntymisen ja parantumattomuuden taustalla on usein laskimopaineen kohoaminen. Laskimot laajenevat paineen kohoamisen myötä, mikä aiheuttaa suonenseinämien vaurioitumisen ja nesteen kudokseen tihkumisen

myötä turvotusta. Nesteen tihkumisen myötä myös muun muassa punasoluja pääsee kudokseen, mikä aiheuttaa tulehdusreaktion ja lisää turvotusta entisestään. Tulehdusreaktio huonontaa solujen hapensaantia ja altistaa ihon haavaumille. (Siggreen & Kline 2011, 364–365.)

Diagnostisiin perustutkimuksiin kuuluvat nilkkaolkavarsipaineen mittaus sekä dupleksi-doppler-ultraäänitutkimus (Vikatmaa 2012, 272). Ultraäänitutkimus on ehdottomasti näistä tärkein. Sen avulla tutkitaan niin syvempien kuin pinnallisempienkin laskimoiden toimintaa. Puristamalla ja vapauttamalla pohjelihas nopeasti voidaan ultraäänen avulla havaita mahdollisia takaisinvirtauksia. Ultraäänellä voidaan myös havaita verisuonten ahtaumia ja tukoksia. (Alaraajojen laskimovajaatoiminta: Käypä hoito -suositus 2016.) Laskimosairauden diagnostiikassa voidaan myös yhtenä tutkimustapana käyttää laskimopaineen mittaamista, jossa painemittarin ja neulan avulla mitataan laskimopaine jalkaterästä. Tutkimus ei kuitenkaan kuulu rutiinitutkimuksiin vaativuutensa ja kajoavan luonteensa takia. (Vikatmaa 2012, 274.)

3.1.2 Hoito

Laskimoperäistä haavaa hoidettaessa ensisijaisina tavoitteina on saada haava parantumaan ja umpeutumaan. Haavanhoidon avulla pyritään pitämään haavan eritys aisoissa ja ehkäisemään haavan infektoitumista. (Vikatmaa 2012, 274.) Paikallishoidossa olennaista on huuhdella haavaa huolellisesti ja puhdistaa siitä laskimohaavalle tyypillinen fibriinikate mekaanisesti esimerkiksi kyretin avulla. Laskimohaavat ovat usein runsaasti erittäviä ja hoidossa tuleekin huomioida haavaa ympäröivän ihon suojaaminen haavaeritteeltä. Ihon hoidosta tulee huolehtia säännöllisesti, jalkoja on hyvä suihkutella ja rasvailla perusvoiteella. Haavasidokset tulisi valita tarpeiden mukaan. Liimakiinnitteisten sidoksien käyttöä tulisi välttää, jotta vältyttäisiin niiden aiheuttamilta ihorikoilta sekä liiman aiheuttamalta ihoärsytykseltä. Infektoitunut haava tulee hoitaa sille asianmukaisella tavalla. (Pukki 2012, 289.)

Paikallishoidon lisäksi laskimoperäisten säärihaavojen hoitoon kuuluu turvotusten ennaltaehkäiseminen ja hoitaminen kompressiohoidon avulla. Kompressiohoitoa voidaan toteuttaa joko lääkinnällisten hoitosukkien tai tukisidosten avulla. Hoidon ideana on raajan asteittainen puristaminen siten, että suurin kompressio on nilkan kohdalla keventyen polvea kohden. (ESSHP 2013, 20 & 29.) Kompressiohoidon avulla pyritään parantamaan pohjelihaspumpun toimintaa ja lisäämään laskimoverenkiertoa. Verenkierron parantuessa haavaeritteen ja turvotuksen määrä vähenevät. (Vikatmaa 2012, 285–286.)

Tukisidoksia käytettäessä valitaan sidokset potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Tukisidoshoitoa voidaan toteuttaa monikerrossidoksilla, vähän elastisilla sidoksilla sekä runsaasti elastisilla sidoksilla. Näistä tavallisimmin

käytetään joko vähän elastisia sidoksia tai runsaasti elastisia sidoksia. (Vikatmaa 2012, 286.) Runsaasti elastiset tukisidokset sopivat käytettäväksi potilailla, joiden liikkuminen on hyvin vähäistä. Sidokset tulee sitoa aamulla ennen ylös nousua ja poistaa yön ajaksi. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2017.) Sidontatapa on joko spiraali- tai tähkämallinen (ESSHP 2013). Vähän elastisia tukisidoksia käytetään puolestaan liikkuville potilaille. Levossa ollessa sidosten aiheuttama paine on alhainen ja tästä syystä niitä ei suositella käytettäväksi liikuntakyvyttömille. Vähän elastisia tukisidoksia voidaan pitää paikallaan useita päiviä. Sidontatapa on anatominen. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2017.)

Tukisidosten laittamiseen tarvitaan kaksi sidosrullaa. Aloitussidokseksi on suositeltavaa valita hieman kapeampi sidos, jotta nilkan ja kantapään seudun saa sidottua paremmin. Tukisidosten laittaminen aloitetaan varpaiden tyvestä rullaten jalan ulkosyrjältä sisäänpäin. Nilkka sidotaan 90 asteen kulmassa siten, että myös kantapää jää täysin piiloon. Sidosta ei kuitenkaan tule rullata liian paksulti, jotta se ei häiritse nilkan liikkumista. Kun nilkka on saatu sidottua, rullataan sidosta tasaisesti ja rypyttömästi polvea kohden ja se kiinnitetään teipillä päättymiskohtaansa. Toinen sidoskerros aloitetaan uudella rullalla nilkan kohdalta jälleen rullaten kohti polvea. Sidosten tulee ulottua noin pari senttimetriä polven alle eikä paljasta ihoa saa jäädä näkyviin. (Suomen haavanhoitoyhdistys ry n.d.)

3.2 Valtimoperäiset säärihaavat

Jalkojen valtimoverenkiertohäiriöistä kärsii arviolta noin 100 000 suomalaista. Määrän arvellaan kuitenkin kasvavan jatkuvasti väestön ikääntyessä. Alaraajojen valtimoverenkiertohäiriöistä kärsivillä on usein monia perussairauksia, joten heidän hoitonsa on haasteellisempaa. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2013, 323.) Valtimoperäinen eli iskeeminen haava sijaitsee usein raajan ääreisosassa, mutta harvinaisissa tapauksissa se voi sijaita myös ylempänä raajassa. Raaja, jossa iskeeminen haava on, on viileä sekä kalpea tai syanoottinen eli sinertävä. Raajan iho on haurasta ja ohutta ja sen karvoitus on joko vähäistä tai sitä ei ole ollenkaan. Valtimoperäinen haava on tarkkarajainen ja se voi ulottua luuhun tai jänteeseen asti. Haavassa voi myös olla erilaisia taskuja ja onkaloita. (Vikatmaa 2012, 277.)

Valtimoperäinen haava on usein todella kipeä, mutta kipua voidaan helpottaa riiputtamalla raajaa alaspäin. Haava on kuivapohjainen ja kalpea ja sen ympäröivä iho on ohutta ja punoittavaa. Haavassa on yleensä tummaa, nekroottista katetta. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2017.)

3.2.1 Diagnosointi

Alaraajojen valtimoiden ahtautuminen on vaikea tunnistaa, sillä vain noin viidesosalla potilaista esiintyy katkokävelyä. Katkokävely myös usein liitetään johonkin toiseen vaivaan eikä sitä osata yhdistää valtimoiden ahtautumisesta johtuvaksi. Mikäli potilas ei ole aktiivisesti liikkuva, voi oireet jäädä myös siitä syystä huomaamatta. (Ahonen ym. 2013, 322.)

Valtimoperäiset haavat alkavat potilaiden kertoman mukaan usein iskusta, haavaumasta, raapaisusta, huonosta kynsien leikkuutekniikasta tai muusta mekaanisesta tekijästä. Tapahtuman jälkeen haava ei alakaan parantua normaaliin tapaan vaan se alkaa syventyä. Haavan syveneminen johtuu siitä, että raajassa ei ole riittävää verenkiertoa haavan paranemiseksi. Haavan paranemisprosessi vaatii huomattavasti parempaa verenkiertoa kuin terveen ihon säilyttäminen ehjänä. (Vikatmaa 2012, 279.)

Perustutkimus valtimoiden vajaatoimintaa epäillessä on sykkeen palpointi eli tunnustelu. Sykettä palpoidaan nivusesta, polvitaipeesta, sisäkehräksen takaa sekä jalkapöydän päältä. Mikäli molempien jalkojen jalkapöydiltä on tunnettavissa syke, voidaan merkittävä valtimoiden vajaatoiminta sulkea pois. Mikäli tulos on epävarma, voidaan mitata nilkka-olkavarsipaineet tuloksen varmistamiseksi. Palpaatiolöydös suhteutetaan aina muihin kliinisiin löydöksiin. Kliinisiä löydöksiä ovat esimerkiksi ihon viileys ja sinertävyys, iskeeminen haava tai kuolio, karvoituksen vähäisyys sekä jalkapöydän vähentynyt laskimotäyttö. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2017.)

Valtimoiden vajaatoimintaa voidaan tutkia myös dupleksikaikukuvauksella, jossa voidaan tarkastella yksittäisen suonen kokoa, rakennetta sekä veren virtausnopeutta. Dupleksikaikukuvauksen avulla voidaan myös määritellä mahdollisen varjoainekuvauksen tarvetta. Varjoainekuvaukseen eli angiografiaan päädytään vain, mikäli kajoava hoito on potilaan kohdalla mahdollista. Varjoainekuvauksen yhteydessä on mahdollista tehdä kuvattavaan valtimoon toimenpide tukoksen poistamiseksi. (Ahonen ym. 2013, 323.)

3.2.2 Hoito

Huono verenkierto johtuu usein valtimokovettumataudista eli ASO-taudista. ASO-tauti on alaraajojen valtimoissa ahtaumia ja tukkeumia aiheuttava etenevä valtimoiden seinämien sairaus. Se aiheuttaa jaloissa kroonista hapenpuutetta niin sanottua alaraajaiskemiaa. Pahimmillaan tauti voi edetä hoitamattomana niin pitkälle, että jalan hapenpuute kasvaa niin suureksi, että joudutaan turvautumaan säären tai reiden amputaatioon. (Alaraajojen tukkiva valtimotauti: Käypähoito -suositus 2010.)

Valtimohaavan ainoa parantava hoito on revaskularisaatio eli verenkierron palauttaminen. Mikäli potilaalla on huonosti paraneva haava ja hänellä

epäillään valtimoverenkierron vajausta, tulee potilas aina lähettää verisuonikirurgin arvioon. Valtimoperäisen haavan hoidossa pinnallista nekroosia eli kuivaa ja kovettunutta katetta ei saa poistaa ennen verisuonikirurgin arviota. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2017.) Mikäli haava-alueella ei ole riittävää verenkiertoa, toimii nekroottinen kudos kehon omana biologisena sidoksena haavalla suojaten haavaa tulehtumiselta (Vikatmaa 2012, 290).

Valtimoperäisen haavan hoito on aloitettava tehokkaasti. Mikäli hoito ei ole heti alusta asti tehokasta ja etene suunnitellusti, on haavalla suuri riski kroonistua, jolloin paranemisen todennäköisyys heikkenee. Paikallishoidossa haavalle on tavoitteena luoda hyvä ja kostea paranemisympäristö, joka puhdistaa haavaa samalla estäen sitä tulehtumasta. Vaikka mustaa ja nekroottista kudosta ei saa poistaa ennen verisuonikirurgin lupaa, on kuitenkin tähän olemassa poikkeus. Mikäli haava on kliinisesti selkeästi infektoitunut sekä kuolleen, nekroottisen kudoksen alla on märkää, tulee kuollut kudos poistaa kiireellisesti. (Ahonen ym. 2013, 328.)

Valtimoperäinen haava on usein todella kivulias. Haava näyttää katteiselta, kuivalta tai nekroottiselta. Valtimoperäisen haavan hoidossa nekroottisen kudoksen poistamisen merkitys korostuu. Haavan paikallishoidossa on tärkeää, ettei haava ole liian kuiva eikä liian kostea. Infektoitumattoman niin sanotun kakkumaisen, nekroottisen haavan päälle suositellaan käytettäväksi kuivaa, puhdasta sidosta. Valtimoperäisen haavan sidokset tulisi olla haavaan tarttumattomia, sillä liimakiinnitteiset sidokset voivat herkästi vahingoittaa haurasta ihoa. Lääkehunajaa, pihkasalvaa sekä kadeksomeerijodivalmisteita, jotka tukevat haavan puhdistumista nekroottisesta kudoksesta suositellaan käytettäväksi. (Vikatmaa 2012, 290.)

Mikäli iskemiseen haavaan verenkiertoa ei pystytä parantamaan, tulee haavanhoidossa pyrkiä muuttamaan kostea nekroottinen haava kuivaksi nekroosiksi siihen sopivilla haavatuotteilla ja infektion hoidolla. Paikallishoidolla pyritään estämään haavan paheneminen. Haava-alueen paineen ja hankauksen välttäminen on valtimoperäisen haavan hoidossa oleellista. Paineen jakaminen tulee suunnitella huolellisesti, jottei mihinkään kohtaan kohdistu liiallista painetta eikä painetta jakava tuote haittaa millään tapaa verenkiertoa. (Vikatmaa 2012, 291.)

4 HAAVANHOITO

Haavanhoidon tavoitteena on pyrkiä poistamaan haavan aiheuttajat. Hoito tulisi aloittaa tehokkaasti, sillä haavan muuttuessa krooniseksi parantumisen todennäköisyys laskee huomattavasti. Ennen haavanhoidon aloittamista laaditaan hoitosuunnitelma, joka pitää sisällään hoidon tavoitteet, menetelmät sekä sen miten hoidon toivotaan vaikuttavan haavaan. Haavat

voidaan hoitaa vuodeosastolla, terveyskeskuksen vastaanotolla, poliklinikalla tai asiakkaan kotona. Haavanhoidon suorittaa sairaanhoitaja tai asiakas itse sairaanhoitajan antamilla ohjeilla. (Ahonen ym. 2013, 327–328.) Koska tässä opinnäytetyössä tuotamme haavanhoitomateriaalia kotihoidon käyttöön, paneudumme erityisesti haavanhoitoon kotioloissa.

Haavanhoito vaatii sen toteuttajalta tietoa ihon anatomiasta ja fysiologiasta, haavan etiologiasta, haavanhoidon tavoitteista sekä tuntemusta haavan paranemisen vaiheista. Haavanhoidossa tulee huomioida haavan sijainti, koko, ulkonäkö, ympäröivän ihon mahdollinen punoitus ja turvotus sekä muut muutokset. Huomioitavia asioita ovat myös esimerkiksi asiakkaan perussairaudet sekä ravitsemuksen tila. (Iivanainen & Syväoja 2016, 340.)

4.1 Haavanhoidon aseptiikka

Potilasturvallisuuden täyttymisen kannalta on tärkeää, ettei käsistä siirry hoidon aikana taudinaiheuttajia asiakkaaseen. Taudinaiheuttajat eivät näy silmällä ja lyhytkin kosketus riittää tartunnan siirtämiseen haavalle. (Kanerva & Hietaniemi 2014.) Henkilökunnan tieto, taito ja oma vastuunotto ovat suuressa osassa aseptisen käytänteiden toteutumisessa. Aseptiset toimintamallit tulisi omaksua päivittäisiksi rutiineiksi, joita noudatetaan kiireenkin keskellä. (Kanerva & Tenhunen 2012, 115; Vikatmaa 2012, 290.)

Verisuoniperäiset haavat infektoituvat herkästi, koska verenkierto haava-alueella on heikkoa eikä haavalle pääse riittävästi valkosoluja infektioita torjumaan. Tästä syystä haavan aseptinen hoito on erittäin tärkeässä roolissa haavainfektioiden ehkäisyn suhteen. Aseptisella työskentelyllä ehkäistään kudoksen sekä steriilin materiaalin kontaminoituminen. (Kanerva & Tenhunen 2012, 115; Vikatmaa 2012, 290.) Haavanhoidossa on tärkeää noudattaa hyvää aseptiikkaa. Siihen kuuluu hyvä käsihygienia eli käsienpesu lämpimällä vedellä ja saippualla sekä kuivaaminen huolellisesti käsipyyhepaperiin. Kuiviin käsiin annostellaan alkoholipitoista käsihuuhdetta ja hierotaan kunnes kädet ovat täysin kuivat. (Ahonen ym. 2013, 329.)

Haavaa hoidettaessa tulee huomioida aseptinen työjärjestys. Työjärjestyksessä edetään puhtaimmasta kohteesta likaisimpaan. Ensimmäisenä hoidetaan asiakkaat, joiden haavat ovat puhtaampia ja vasta tämän jälkeen siirrytään hoitamaan asiakkaita, joiden haavat ovat infektoituneita. Yhdellä asiakkaalla voi olla useampi haava, joiden hoidossa käytetään samaa periaatetta. Aloitetaan puhtaimmasta haavasta ja edetään järjestyksessä likaisempiin haavoihin. (Kanerva & Tenhunen 2012, 115.)

Käsiin annosteltava desinfektio aine tuhoaa suurimman osan ihon pinnalla olevista mikrobeista. Alkoholia sisältävällä huuhteella on tutkitusti vähemmän haittavaikutuksia kuin käsien vesi- ja saippuapesulla. Tämän vuoksi ensisijaisesti suositellaan käsihuuhteen käyttöä. Saippuapesu tehdään

vasta, kun kädet ovat näkyvästi likaantuneet. (Kainulainen & Heikkinen 2017.)

Suojakäsineitä käytetään monesti turhan paljon ja väärin. Väärin käyttöä on esimerkiksi se, että jätetään vaihtamatta reikiintyneet käsineet tai käytetään käsineitä käsidesin korvikkeena. Käsien hikoillessa ja lämmetessä hanskoissa mikrobien määrä lisääntyy entisestään. Käsihuuhteen käyttö ennen hanskojen pukemista vähentää niiden kontaminoitumista. Tämän vuoksi desinfektioainetta tulee käyttää niin ennen hanskojen pukemista kuin niiden riisumisenkin jälkeen. (Kanerva & Hietaniemi 2014.) Suojakäsineitä käytetään haavaan koskiessa sekä haavaa puhdistaessa. Haavan peittelyyn käytetään erillisiä suojakäsineitä, jotta puhtaaseen haavaan ei siirry bakteereja likaisista käsineistä. (Ahonen ym. 2013, 329.)

Käsihuuhde tuhoaa ihon pinnalta mikrobeja, mutta vaikutus ei ulotu sormusten, kellojen ja aktiivisuusrannekkeiden alle. Hoitotyössä työskenneltäessä käsissä ei tule pitää kelloja tai muita koruja, sillä mikrobit viihtyvät niiden alla. Hoitajien tulle myös huolehtia kynsien pituudestaan, sillä pitkien kynsien alle kertyy helposti mikrobikasvustoa. Kynsilakan käyttäminen ei ole suositeltavaa, sillä bakteerit muodostavat itselleen desinfektioaineelta suojaavan suojakalvon kynsilakan päälle. Myöskään rakennekynsiä ei suositella hoitotyötä tekevälle. (Kainulainen & Heikkinen 2017.)

Kotihoidossa aseptiikka on ehdottoman tärkeää, sillä asiakkaat ovat usein iäkkäitä ja monisairaita ja näin ollen myös hyvin alttiita infektioille. Toimintaperiaatteet ovat kotona samat kuin sairaalassakin. Käsihuuhde voi olla työntekijällä mukana ja sen voi nostaa hoitotoimenpiteen ajaksi lähettyville. (Kainulainen & Heikkinen 2017.)

4.2 Haavakipu

Haavan myötä potilaalle aiheutuu useimmiten kipua, joka hoitamattomana heikentää potilaan elämänlaatua ja hidastaa haavan parantumista. Haavakipua on kahta erilaista tyyppiä nosiseptiivista ja neuropaattista. Nosiseptiiviseen eli kudosvauriosta johtuvaan kipuun liittyy usein joko akuutti- tai krooninen tulehdus. Kudosvaurion myötä syntyy akuuttia kipua, joka kestää rajallisen ajan. Kipu voi kuitenkin kroonistua, mikäli haava parantuu huonosti ja haavatulehdus pitkittyy. Haavan krooninen tulehdus aiheuttaa kipua niin haavassa kuin myös sen ympäristössä. (Haavanhoitoyhdistys 2004, 4; Iivanainen & Syväoja 2016, 78.)

Neuropaattinen eli hermoston vaurioista johtuva kipu aiheutuu tavallisimmin trauman, infektion, syövän tai aineenvaihduntahäiriön aiheuttamasta hermovauriosta. Neuropaattiseen kipuun liittyy usein kovia, sietämättömiä kivun tuntemuksia, jotka voimistuvat pienestäkin aistiärsykkeestä kuten lämpötilan muutoksesta tai kevyestä kosketuksesta. Kroonisen kivun kehittymisessä neuropaattinen kipu on yksi merkittävimmistä tekijöistä. (Haavanhoitotyhdistys 2004, 4.)

Näiden kahden eri kiputyypin lisäksi kipu voidaan jaotella vielä aiheuttajansa mukaan neljään eri ryhmään, joita ovat liikekipu, lepokipu, toimenpiteeseen liittyvä kipu sekä operatiivinen kipu. Liikekipu on läpilyöntikipua, jota tavallisesti esiintyy päivittäin tapahtuvien toimintojen yhteydessä. Esimerkiksi haavasidosten liikkuminen voi aiheuttaa liikekipua. Lepokipu on nimensä mukaisesti levossa tuntuvaa kipua, joka voi olla joko satunnaista tai jatkuvaa. Rutiinitoimenpiteiden kuten haavanhoidon yhteydessä ilmenevää kipua kutsutaan toimenpiteeseen liittyväksi kivuksi ja operatiivinen kipu on lääkärin suorittamien toimenpiteiden yhteydessä ilmenevää kipua. (Haavanhoitoyhdistys 2004, 5.)

4.2.1 Kivun arviointi

Jokaisen kokemus kivusta on erilainen eikä sen voimakkuutta tai laatua voi objektiivisesti mitata. Jokainen asiakas on oman kipunsa asiantuntija. Hoitaja voi eri keinoja käyttämällä kuitenkin arvioida asiakkaan kipua. Kivun arvioinnissa voidaan käyttää apuna esimerkiksi erilaisia kipumittareita. Kipumittari voi olla sellainen, jossa asiakas kertoo, miten hän kokee kipunsa asteikolla 0-10. Asiakkaalle tulee kertoa selvästi että 0 vastaa tuntemusta, jossa kipua ei ole lainkaan ja numero 10 taas on pahin mahdollinen kivun tunne. On tärkeää käyttää saman asiakkaan kanssa aina samaa kipumittaria sekä varmistaa että hän on ymmärtänyt kipumittarin merkityksen. (Iivanainen & Syväoja 2016, 78–79.)

Kipua arvioitaessa hoitajalla on merkittävä rooli potilaan ohjaamisessa kivun ilmaisemisen suhteen. Jotta kivunhoitoa voitaisiin suunnitella, tulee saada asiakkaan oma arvio hänen kokemastaan kivusta. Tarvittaessa kivun arviointiin voivat osallistua myös asiakkaan omaiset sekä hoitohenkilökunta. Kipua arvioitaessa pyritään selvittämään kivun voimakkuutta, sijaintia, kestoa sekä ajankohtaa, jolloin kipua esiintyy. (Malmgren & Kontinen 2012, 91–93.)

Kivun sijaintia selvitettäessä on tärkeää antaa asiakkaan kertoa kivustaan mahdollisimman vapaasti. Tarkentavia kysymyksiä voidaan esittää esimerkiksi kivun laajuuteen ja muutoksiin liittyen. Kudosvauriosta johtuva kipu rajoittuu useimmiten haava-alueelle, kun taas sen sijaan hermokipu ilmenee tavallisimmin säteilykipuna. Kudosvaurio- ja hermovauriokipua eroteltaessa hyviä erottavia piirteitä on kudosvauriokivun ilmeneminen jomotuksena, kirvelynä sekä tasaisen jatkuvana särkynä. Hermovauriokipu ilmenee poltteluna, kovana puristuksena, pistelynä, sähköniskujen sekä puukoniskujen tunteena. Hermovauriokivun piirteisiin kuuluu äkillinen ilmestyminen ja häviäminen. Kipu voi säteillä muille kehon alueille ja iholla voi ilmetä tuntopuutoksia. Kivun luonteen ja tyypin tarkka selvittäminen on tärkeää lääkehoidon suunnittelun kannalta. (Malmgren & Kontinen 2012, 91–93.)

Kivun kestoa ja ajankohtaa selvitettäessä tulee pistää merkille vaikuttaako kipu enemmänkin lepo- vai liikekivulta. Asiakkaalta tulee tiedustella, paheneeko kipu päivällä vai yöllä, onko kipu satunnaista vai jatkuvaa sekä voimistuuko kipu haavanhoidon yhteydessä. On myös hyvä tiedustella, onko joitain tiettyjä asioita, jotka vaikuttavat kivun kokemiseen. Tällaisia asioita voivat olla esimerkiksi toimintakyvyn menettämisen pelko, tiedon puute sekä ahdistuneisuus. (Malmgren & Kontinen 2012, 91–93; Iivanainen & Syväoja 2016, 79.)

Kivun arvioimiseen kuuluu edeltävien asioiden ohella olennaisena osana myös kivunhoidon onnistumisen arviointi. Hoitotyytyväisyyttä ja lääkityksen riittävyyttä tiedustellaan asiakkaalta itseltään. Kivun arvioinnin ja siihen liittyvän kirjaamisen tulee olla säännöllistä jokaisen haavanhoidon yhteydessä tapahtuvaa, jotta kivunhoito pysyisi mahdollisimman laadukkaana ja kivun muutoksiin pystytään reagoimaan varhain. (Malmgren & Kontinen 2012, 91–93; Haavanhoitoyhdistys 2004, 5–6.)

4.2.2 Kivunhoito

Haavanhoitoon sisältyy myös haavojen aiheuttaman kivun hoitaminen. Riittävällä ja hyvällä kivunhoidolla on komplikaatioita vähentävä ja toipumista edistävä vaikutus. Haavakipujen tulisi olla hallinnassa siten, etteivät kivut vaikuttaisi normaaliin arjessa selviämiseen. Kipua voidaan ehkäistä kiinnittämällä huomiota hoitotapahtuman valmisteluun. Rauhallinen hoitoympäristö, asiakkaan kanssa keskusteleminen ja kuulluksi tuleminen edesauttavat kivun hallinnassa. Riittävä informointi ja hoitotoimenpiteeseen osallistaminen lisäävät hoitomyönteisyyttä. (Berg 2014, 22–24; Haavanhoitoyhdistys 2004, 7–8.)

Haavakipua voidaan hoitaa sekä lääkkeellisin että lääkkeettömin keinoin. Haavakipuun käytettävä lääkitys suunnitellaan jokaiselle asiakkaalle heidän yksilöllisten tarpeidensa mukaan. Säännöllisen kipulääkityksen lisäksi voi lisäkipulääke olla tarpeen. Kivunhoidossa käytetään parasetamolia, tulehduskipulääkkeitä sekä opioideja. Lievään tai keskivaikeaan kipuun toimivat parhaiten parasetamoli, tulehduskipulääkkeet ja heikot opioidit. Tulehduskipulääkkeet toimivat erityisen hyvin sykkivän sekä jomottavan kivun hoitoon. Niitä voi myös käyttää parasetamolin tavoin haavanhoitoa edeltävästi toimenpiteestä aiheutuvaa kipua lievittämään. Keskivaikeaan tai vaikeaan kipuun käytetään heikkojen opioidien lisäksi myös vahvoja opioideja. (Berg 2014, 22–24; Haavanhoitoyhdistys 2004, 8.)

Haavanhoidossa on tärkeää kiinnittää huomiota hoitotoimenpiteen aikaiseen kipuun. Vuonna 2012 tehdyn tutkimuksen mukaan puudutegeelin käyttäminen haavanhoidon yhteydessä vähentää huomattavasti asiakkaan kokemaa kipua haavalla (Vaalasti 2014). Hoidosta johtuvaa kipua kannattaa siis lievittää puudutteiden avulla. Puudutteiden lisäksi kipua voi hoitaa myös antamalla asiakkaalle kipulääkettä toimenpidettä edeltävästi. Koti-

hoidon suhteen tulee miettiä, kykeneekö asiakas itse huolehtimaan ennaltaehkäisevän kipulääkkeen otosta vai tulisiko asiakkaalle järjestää lisäkäynti lääkkeen antamista tai puudutteen laittamista varten. (Berg 2014, 22–24.)

Haavakipua voi hoitaa lääkkeettömästi muun muassa raajan liikerajoituksin sekä haavasidosvalinnoin. Iskeemistä kipua voi lievittää roikottamalla raajaa alaspäin ja laskimoperäistä raajan kohoasennolla sekä turvotusta vähentävällä ja ehkäisevällä tukisidonnalla. Toisinaan haavakipu aiheutuu vääränlaisten haavasidosten käytöstä. Tällaisissa tapauksissa voi kipua lievittää kiinnittämällä huomiota oikeanlaisten haavasidosten valintaan. Haavasidosten tulee olla tarttumattomat, riittävän imukyvyn omaavat, kosteaa paranemisympäristöä ylläpitävät sekä paikallaan pysyvät. (Berg 2014, 22–24; Haavanhoitoyhdistys 2004, 8–9.) Nykykäsityksen mukaan haavatuotteet, jotka pitävät haavapinnan kosteana, vähentävät haavakipua. Tutkimusnäyttöä tästä ei vielä kuitenkaan ole (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2017)**.** Edellä mainittujen tapojen ohella kipua voi lievittää myös erilaisilla mielikuva- ja rentoutusharjoituksilla, musiikin kuuntelulla, kylmä- ja lämpöhoidoilla, hieronnalla sekä fysioterapialla (Berg 2014, 22–24).

4.3 Haavan paikallishoito

Paikallishoidon tarkoituksena on tehdä haavalle kostea ja hyvä parantumispohja, puhdistaa haava ja suojata sitä ulkoisilta tulehduksen aiheuttajilta. Kuollutta kuivaa nekroottista kudosta ei tule poistaa ennen kuin on suoritettu verisuonikirurginen toimenpide. Kiireellinen poisto on tarpeen, mikäli kuolleesta kudoksesta valuu märkää ja haava on infektoitunut. Haavan paikallishoidon aiheuttamaa kipua voi ennaltaehkäistä puudutevoiteilla tai -geeleillä ennen haavanhoidon suorittamista. (Ahonen ym. 2013, 328.)

Kotihoidon suorittama haavanhoito tapahtuu aina asiakkaan kotona eikä tilaan ja olosuhteisiin voida vaikuttaa. Tämän vuoksi kotona suoritettava haavanhoito luo haasteita hoidon onnistumisen kannalta. Huono valaistus ja huono työskentelyasento vaikuttavat hoitajan ergonomiaan ja vaativat hoitajalta luovuutta ja sopeutumista tilanteisiin. (Elfvengren, Lastikka & Nevalainen 2014, 12.)

4.3.1 Haavojen väriluokitus

Avoimet haavat luokitellaan neljään ryhmään niiden kudostyypin mukaisesti. Luokituksen avulla pystytään kuvaamaan haavan tyyppiä ja määrittelemään tarvittavat hoitomuodot haavalle. Haavat luokitellaan värien mukaisesti neljään ryhmään, jotka ovat vaaleanpunainen eli epiteelikudos, punainen eli granulaatiokudos, keltainen eli fibriinikate ja musta eli nekroottinen kudos. (Taulukko 1.) Kudoksen värin lisäksi haavat luokitellaan

sen perusteella, miltä haava näyttää pinnalta. Luokitukseen kuuluvat hypergranulaatiokudos, luu ja jänne, iskeeminen haava sekä infektoitunut haava. (Taulukko 2.) (Rautava-Nurmi ym. 2013, 228; Hammar 2011, 229.)

Taulukko 1. Väriluokitukset 1 (Rautava-Nurmi ym. 2013, 228; Hammar 2011, 23).

Väriluokitus	Kuvaus	Hoito
Vaaleanpunainen eli epiteelikudos	Haava on parantunut ja kasvanut umpeen. Haava yltää ainoastaan ihon orvaskesi (epidermis) kerrokseen.	Haavan pinta on vielä ohut ja tarvitsee suojausta. Suojan tarkoituksena on estää ihon uudelleen vaurioituminen.
Punainen eli granulaatiokudos	Haavan pinta on täynnä granulaatiokudosta eli uudiskudosta. Haava ei enää eritä ja se on kivuton. Infektoitunut haava olisi täysin päinvastainen, joten haava on hyvin parantumassa.	Haavaa tulee suojata haavasidoksilla. Hoidossa on tärkeää, että sidokset eivät kuivu haavaan kiinni tai niitä vaihtaessa sidoksen mukana ei lähde uudiskudosta. Sidoksen tartuttua kiinni tulee sidos saada irti haavalta suihkuttaen tai kostuttamalla keittosuolaliuoksella tai haavahuuhteella.
Keltainen eli fibriinikate	Haavan pinnalla on fibriinikudosta, joka estää haavaa muodostamasta uudiskudosta. Fibriinikudos on väritykseltään kellertävää tai vihertävää.	Haavan päällä oleva keltainen/vihertävä, pehmeä ja sitkeä kate tulee poistaa esimerkiksi kyretin avulla. Katteen poiston seurauksena haava voi erittää verta tai kudosnestettä, joka ei ole merkki infektiosta.
Musta eli nekroottinen kudos	Haava on nekroottinen eli se on kuoliossa.	Nekroottinen kudos on poistettava haavasta ennen kuin haava voi parantua, sillä nekroottisen kudoksen alla oleva kudos ei pääse uusiutumaan. Musta kudos hajoaa kosteassa ympäristössä, minkä jälkeen se voidaan poistaa joko suihkuttaen, haavanhoitotuotteiden avulla tai mekaanisesti puhdistamalla.

Taulukko 2. Väriluokitukset 2 (Tolvanen 2016; Suomen Haavanhoitoyhdistys 2011).

Väriluokitus	Kuvaus	Hoito
Hypergranulaatiokudos	Haavaan on kasvanut liikaa granulaatiokudosta eli sidekudosta. Sidekudos on vaaleanpunaista tai tummaa ja se voi kasvaa ihon päälle.	Granulaatiokudos tulee poistaa mekaanisesti esimerkiksi kauhan tai kyretin avulla, laapistaa (verenvuodon tyrehdyttäminen vetyperoksidiliuoksella) ja suojata haava hengittävällä sidoksella.
Luu ja jänne	Haavan pohjalla on näkyvissä tai instrumentilla tunnusteltavissa luu tai jänne. Terve jänne on helmenharmaa/kellertävä ja sileä.	Luu/jänne ei saa kuivua, joten haava on pidettävä kosteana. Konsultoi lääkäriä jatkohoidosta.
Iskeeminen haava	Iskeeminen haava sijaitsee usein jalkaterässä. Se johtuu huonosta valtimoverenkierrosta.	Haava on pidettävänä kuivana. Ei mekaanista puhdistusta haavalle. Haavan päällä olevan nekroosin ollessa kuiva ja epämyötäävä tulee lääkäriä konsultoida.
Infektoitunut haava	Haavassa näkyy paikallisoireita kuten punoitusta, turvotusta, kuumotusta ja kosketusarkuutta. Lisäksi haavasta tuleva erite on pahanhajuista ja se vuotaa herkästi. Haava usein myös kasvaa.	Haavalta tulee poistaa infektoitunut ja kuollut kudos. Huomioi potilaan kipulääkitys ennen toimenpidettä. Konsultoi lääkäriä.

4.3.2 Sidoksen poistaminen

Sidoksen poistamisen yhteydessä haavaan tai sen ympäristöön voi tulla vaurioita. Jotta vaurioita ei syntyisi, tulee haavalla käytettävä tuote valita oikein. Haavalla tulee suosia tuotteita, jotka auttavat haavaa paranemaan kosteissa olosuhteissa. Haava ei saa myöskään olla liian kostea, joten haavatuotteiden tulee olla riittävän imukyvyn omaavia. Tällaisia tuotteita ovat esimerkiksi hydrogeelit sekä hydrokuidut. (Haavanhoitoyhdistys 2004, 9.)

Haavasidoksen poistaminen saattaa aiheuttaa kipua esimerkiksi jäädessään haavapohjaan kiinni. Asiakkaan kanssa on hyvä keskustella ja sopia, mikä on hänelle mieluisin tapa poistaa sidos. Mikäli haavasidosta joutuu toistuvasti kastelemaan sen irrottamiseksi, tuotetta ei ole joko valittu tai käytetty oikein. Sidoksen poiston ei tulisi myöskään aiheuttaa verenvuotoa

tai vaurioita haavalle tai haavaympäristöön. Mikäli edellä mainitut toteutuvat sidospoiston yhteydessä, tulisi sidosvalintaan miettiä uudelleen. (Haavanhoitoyhdistys 2004, 9.)

4.3.3 Haavan puhdistaminen

Tärkein toimenpide haavan paranemiseksi on haavan puhdistus, sillä puhdas haavapohja mahdollistaa haavan epitelisoitumisen. Krooniset haavat tarvitsevat toistuvaa puhdistamista, koska haavan taustalla olevat tekijät aiheuttavat jatkuvasti uutta kudosvauriota. (Juutilainen 2012, 79.) Haavan puhdistamisella tarkoitetaan kuolleen ja kontaminoituneen kudoksen poistamista. Haavan puhdistaminen tulee erottaa haavan pesemisestä, joka tarkoittaa irtonaisen lian pesemistä haavalta. (Kinnunen 2013, 13-15.) Haava voidaan huuhdella kädenlämpöisellä vedellä. Steriiliä vettä käytetään ainoastaan silloin, kun halutaan välttää haava-alueella esiintyvää turvotusta. Suihkun tulee olla matalapaineinen, jotta uudiskudos ei vahingoitu puhdistuksen aikana. Haavaa ainoastaan suihkutetaan vedellä, joten suihkussa tehtävässä puhdistuksessa tulee välttää liottamista. Pitkä liottaminen voi aiheuttaa kudoksen repeytymistä ja aiheuttaa turvotusta haavalla. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2009. 480.)

Haavaan voidaan tehdä kirurginen puhdistus eli revisio, joka tarkoittaa, että haavasta poistetaan kaikki mahdollisesti tulehtunut ja selvästi eloton kudos aina terveen ja sairaan kudoksen rajalle asti. Kirurginen puhdistus on aiheellinen, mikäli haavassa on paljon nekroosia tai selkeä bakteeri-infektio. Koska kuollut kudos ei aiheuta kipua, onnistuu sen poistaminen usein tehokkaasti ja nopeasti poliklinikalla tai vuodeosastolla ilman puudutusta tai anestesiaa yksinkertaisin välinein. Kirurgisessa puhdistuksessa käytetään usein veistä, pinsettejä sekä saksia. (Juutilainen 2012, 80.)

Mekaanisessa puhdistuksessa yleisimmin käytössä olevat välineet ovat rengaskyretti, pinsetit, sakset sekä kauha. Kertakäyttöinen, leikkaava kyretti on tehokas fibriinikatteen poistossa. Mekaanista puhdistusta on myös esimerkiksi ultraääniavusteinen haavan puhdistus sekä alipaineimuhoito. (Juutilainen 2012, 80.) Kyretti on tarkoitettu kirurgiseen puhdistamiseen tai pinnan raaputtamiseen. Kyrettiä kutsutaan myös rengasveitseksi sen muotoilun ansiosta. Kyretti on rengasmainen ja vain sen toinen reuna on terävä. Muotoilunsa ansiosta kyretillä pystytään poistamaan tarkasti ylimääräistä tai tulehtunutta kudosta sekä tuumoreita. (The Editors of Encyclopædia Britannica n.d.)

Haavan puhdistamiseksi on myös mahdollista tehdä autolyyttinen, kemiallinen tai entsymaattinen puhdistus. Autolyyttisessä puhdistuksessa haavalle luodaan kosteuttavilla haavanhoitotuotteilla optimaaliset olosuhteet jolloin elimistön omat proteolyyttiset entsyymit sekä makrofagisolut hajoittavat nekroottista kudosta. Autolyyttinen puhdistus on kivuton menetelmä, joka ei vahingoita elävää kudosta lainkaan. (Juutilainen 2012, 80.)

Kemiallisessa puhdistuksessa käytetään esimerkiksi antiseptisia liuoksia, hunajaa, pihkasalvaa sekä antibakteerisesti vaikuttavia haavasidoksia. Kemiallinen puhdistus voi olla likaa irrottavaa, kuollutta kudosta hajottavaa tai antibakteerista. (Juutilainen 2012, 80.) Salvamaisia hoitotuotteita käyttäen luodaan entsymaattisessa puhdistuksessa haavalle olosuhteet, jossa proteolyyttiset entsyymit hajoittavat nekroottista kudosta kuitenkaan vahingoittamatta elävää kudosta (Juutilainen 2012, 80).

Mikäli haava on onkaloinen, voi sen puhdistaminen olla hankalaa. Onkalon puhdistus onnistuu helposti ruiskua ja naisten katetria apuna käyttäen. Onkaloista haavaa huuhdellessa on kuitenkin huomioitava, että kaikki huuhtelemiseen käytettävä neste myös poistuu onkalosta. (Iivanainen & Syväoja 2016, 353.)

4.3.4 Kosteustasapainosta huolehtiminen

Oikea kosteus haavalla nopeuttaa haavan paranemista huomattavasti. Kostea ympäristö verrattuna kuivaan nopeuttaa granulaatiokudoksen muodostumista sekä haavanreunojen yhteen kuroutumista. Haavanhoitotuotteiden ollessa kosteita on kuolleen kudoksen hajottaminen tehokkaampaa sekä hoito potilaalle kivuttomampaa. Haavasidoksilla on suuri merkitys kosteustasapainosta huolehtimiseen. (Juutilainen 2012, 81–82; Lagus 2012, 48.)

Kuiva haava aiheuttaa haavapinnan karstoittumista sekä solukon kuolemista. Se myös hidastaa solujen liikkumista, joka omalta osaltaan heikentää haavan paranemista. Vaikka haavan tulee olla kostea, se ei kuitenkaan saa olla liian märkä. Mikäli haava erittää runsaasti tai haavatuotteet ovat liian kosteat, on suuri riski haavareunojen maseroitumiselle eli hautumiselle. Maseroituminen hidastaa haavan paranemista ja hautunut iho on alttiimpi haavainfektioille. (Juutilainen 2012, 81–82; Lagus 2012, 48.)

4.3.5 Infektion tunnistaminen

Haava voi infektoitua missä tahansa paranemisen vaiheessa. Infektion paikallisoireita ovat punoitus, turvotus, kuumotus sekä kosketusarkuus. Infektoituneen haavan eritteen haju muuttuu pahaksi, vuotoherkkyys lisääntyy, paraneminen hidastuu, haava syvenee sekä levenee ja se on aikaisempaa kivuliaampi. Tulehduksen ehkäisemiseksi aseptinen työskentely on ensiarvoisen tärkeää. (Iivanainen & Syväoja 2016, 344.)

Infektoituneessa haavassa mikrobit aiheuttavat tulehdusreaktion ja tuhoavat kudosta. Avoimen haavan pinnalla on usein fibriinikatetta tai nekroosia, joka hajotessaan voi muuttaa kudoksen muotoa ja aiheuttaa lisääntynyttä haavan eritystä. Tulehtunut haava tarvitsee jatkuvaa seurantaa niin hoitajalta kuin asiakkaaltakin. Infektoitunut haava vaatii myös lääkärin konsultaatiota haavanhoitosuunnitelman vuoksi. (VSSHP 2015, 24.) Mikäli

valtimoperäinen, iskeeminen haava tulehtuu, tulee haava saada päivystyksellisesti verisuonikirurgin arvioon (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2017).

Haavainfektiota epäillessä haavasta tulee ottaa bakteeriviljelynäyte. Näyte otetaan vasta haavan mekaanisen puhdistuksen sekä huuhtelun jälkeen. Bakteeriviljelynäyte otetaan kyretillä niin sanottuna syvämärkänäytteenä haavan pohjalta. Pumpulitikulla haavalta otettu näyte on epäluotettava. Bakteeriviljelyn perusteella aloitetaan tarvittaessa oikea antibioottihoito. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2017.)

Infektoituneen haavan hoitoperiaatteena on poistaa ja vähentää bakteerien määrää haavassa. Haavalla käytettävien tuotteiden tulee olla bakteereja sitovia, vähentäviä tai tappavia. Suojasidos ei saa olla ilmatiivis ja se tulee valita erityksen mukaan. Hydrokuitusidokset, polysakkaridivalmisteet sekä hunajatuotteet ovat hyviä infektoituneen haavan hoidossa. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2017.)

4.4 Haavapotilaan ravitsemus

Hyvä ravitsemustila tukee ihmisen terveyden lisäksi toimintakyvyn säilymistä ja ylläpitää elämänlaatua. Ikääntyminen itsessään ei ole ravitsemustilaa heikentävä tekijä, mutta ikääntyminen tuo usein mukanaan sairauksia, jotka voivat huonontaa ruokahalua ja näin ollen myös heikentää ravitsemustilaa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010.) Haavojen paranemisen suhteen ravitsemus on hyvin keskeisessä osassa. Hyvä ravitsemustila vähentää infektioalttiutta ja edesauttaa haavojen parantumista. Tästä syystä ravitsemushoidon tulisikin kuulua osaksi haavapotilaan hoitokokonaisuutta. Ravitsemushoito on moniammatillista tiimityötä, jonka toteuttamiseen osallistuu niin lääkäri, hoitajat kuin ravitsemusterapeutti. (Schwab 2012, 83–86.)

Haavapotilaalla on suurentunut riski vajaaravitsemukselle, sillä haavaeritteen mukana menetetään ravintoaineita. Lisäksi haavan paranemisprosessissa uudiskudoksen kasvaminen lisää ravintoaineiden tarvetta. Vajaaravitsemuksella tarkoitetaan energian, proteiinien tai muiden ravintoaineiden liian vähäistä saantia, jolla on negatiivisia vaikutuksia muun muassa hoitotulokseen ja toimintakykyyn. Vajaaravitsemuksen hoitaminen on huomattavasti hankalampaa kuin sen ehkäiseminen, joten riski vajaaravitsemukselle olisi hyvä tunnistaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. On hyvä muistaa, että myös ylipainoinen saattaa kärsiä vajaaravitsemuksesta. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2017.)

Valtion ravitsemusneuvottelukunta (2010) on laatinut ikääntyneille kohdistuvat ravitsemussuositukset, joiden tavoitteena on parantaa terveydenhuollon ammattilaisten kykyä tunnistaa ravitsemustilan heikentyminen ikääntyneellä ja toteuttaa hyvää ravitsemushoitoa. Suosituksissa korostetaan ravitsemuksellisten tarpeiden yksilöllistä huomioimista ikääntymisen

eri vaiheissa, ravitsemustilan säännöllistä seuraamista, hyvän ravitsemushoidon toteuttamista, varhaista puuttumista ravitsemusongelmiin, tehostetun ravitsemushoidon toteuttamista tarpeen vaatiessa sekä D-vitamiinilisän käyttöä yli 60-vuotiaille. Liikunnan tärkeyttä ei myöskään tule unohtaa, sillä toimintakyvyn ylläpitämisen lisäksi säännöllinen liikunta lisää energiankulutusta.

Ennen ravitsemushoidon suunnittelua tulee määrittään asiakkaan nykyinen ravitsemustila. Ravitsemustila määritetään selvittämällä asiakkaan pituus, paino ja BMI sekä arvioimalla vajaaravitsemusriski. Ikääntyneiden ravitsemustilan arviointia helpottamaan on kehitetty Mini Nutritional Assesment eli MNA-testi, joka on kehitetty erityisesti yli 65-vuotiaiden ravitsemustilan arviointiin. (Schwab 2012, 83–86.) Ravitsemustilan arvioinnin ja ravitsemushoidon tulosten seurannan tulisi olla säännöllistä. Yksinkertaisin seurantatapa on säännöllinen punnitseminen. Kotihoidon asiakkailta suositellaan painoa seurattavaksi vähintään kerran kuukaudessa, akuutin sairauden yhteydessä tiheämpi seuranta voi olla tarpeen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010.)

Hoidon suunnitteluun tulisi ottaa mukaan myös ikääntynyt itse. Ravitsemushoidon pääperiaatteena on turvata riittävä energian, proteiinien, vitamiinien ja hivenaineiden saanti. Suunnitelmaa tehtäessä huomioidaan ikääntyneen ruokailutavat, rajoitukset sekä mieltymykset. Ruokailu on monelle ihmisille sosiaalinen ja mielihyvää tuottava tapahtuma, mistä syystä ruokailutilanteeseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Ruuan kattamiseen sekä asetteluun panostamisella ja ruokailutilanteen rauhoittamisella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia ravitsemustilaan. Koska ikääntyneet tulevat nopeammin kylläisiksi, ruoka-annosten tulisi olla pienempiä ja niitä tulisi tarjoilla useampia kertoja päivässä. Ruuan maistuvuutta voidaan parantaa lisäämällä ruokaan rasvaa tai suolaa. (Valtionravitsemusneuvottelukunta 2010; Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2010, 354–356.)

Tehostettua ruokavaliota noudatettaessa tulee myös kiinnittää huomiota proteiini- ja energiapitoisempien tuotteiden käyttöön. Huonon ruokahalun omaavien ja akuutisti sairastuneiden riittävää ravinnonsaantia voidaan tukea täydennysravintovalmisteilla, joiden runsas proteiinipitoisuus vähentää muun muassa infektioiden ja painehaavojen syntyä. Tärkeä osa ravitsemushoitoa on suun terveydestä huolehtiminen, sillä suun terveydellä on tiivis yhteys ravinnonsaantiin ja ravitsemustilaan. Heikentynyt ravitsemustila voi olla sekä syy että seuraus suuongelmiin. (Valtionravitsemusneuvottelukunta 2010; Tilvis ym. 2010, 354–356.)

4.5 Asiakkaan ohjaus ja motivointi hoitoon

Asiakkaan ohjaaminen ja neuvominen ovat tärkeä osa-alue haavanhoidon kokonaisuudessa. Hoitoon osallistuu eri ammattiryhmien edustajia. On

tärkeää, että ensimmäisenä keskustellaan ohjauksen tavoitteet yhtenäisiksi hoitavan henkilökunnan sekä asiakkaan ja mahdollisien omaisten kanssa. Helpointa on ohjauksen vastaanottaminen, sen sijaan elintapojen ja asenteiden muuttaminen vievät aikaa. Asiakkaan motivoituneisuus hoitoonsa lisää muutosten kokemista mielekkäänä. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 228; Hammar 2011, 293.)

Vaikeat ja pitkään jatkuneet haavat voivat aiheuttaa potilaan mielentilan laskua ja pahimmillaan aiheuttaa mielenterveydellisiä häiriöitä. Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu keskusteleminen asiakkaan kanssa haavan aiheuttamista rajoituksista. Koska haava voi vaikuttaa päivittäiseen elämään tulee yhdessä pyrkiä löytämään tilanteisiin ratkaisuja. On huomattu, että asiakas sitoutuu paremmin hoitoonsa, kun on saanut itse olla vaikuttamassa tähän. Se tietenkin edellyttää motivoitumista ja voimaantumista omaan hoitoonsa. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 228; Hammar 2011, 239–240.)

Hoitajan tehtävänä on ohjata asiakasta ja omaisia haavan seurannassa. Hoitajan tulee ohjeistaa heitä, miten he voisivat kotona arvioida haavan parantumista ja kirjata muutoksia sekä mitä toimenpiteitä haavalle on tehty. Asiakas huomaa parhaiten itse haavainfektion oireet kuten punoituksen ja turvotuksen haava-alueella sekä kivun ja jomotuksen ja lisääntyneen erityksen. Infektoitunut haava voi aiheuttaa myös lämmönnousua. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 228; Hammar 2011, 240.)

Asiakasta tulee rohkaista hyväksymään hoidon välttämättömyys ja ohjata elämäntapojen muutokseen haavan parantumisen vuoksi (Rautava-Nurmi ym. 2013, 228; Hammar 2011, 240). Pitkäaikainen terveysongelma tai sairaus edellyttää sairastuneelta päätöksiä omasta hoidosta ja elintavoista. Hoitoon sitoutuminen vaatii asiakkaalta aktiivista osallistumista hoitoonsa. Sairaanhoitaja tukee asiakkaan onnistumista ja kannustaa tekemään päätöksiä sekä ratkaisemaan ongelmia. Sitoutumiseen vaikuttaa ulkoiset- ja sisäiset tekijät. Sisäisiä tekijöitä ovat kognitiiviset tekijät kuten asiakkaan elämänasenne, uskomukset ja pelot. Ulkoisia tekijöitä ovat kokemukset hoidosta ja haitoista, tieto sairaudesta ja sen oireen kuvasta sekä potilaan sosiaalisen verkoston antama tuki. (Ahonen ym. 2013, 40–41.)

5 HAAVANHOITOTUOTTEET

Erilaisia haavanhoitotuotteita on 400-500, joten valinnanvaraa löytyy. Haavanhoitotuotteiden valintaan vaikuttaa kuitenkin monet eri seikat kuten haavan syvyys, koko, sijainti, puhtaus sekä haavaeritys. Tuotteiden valintaan vaikuttaa myös potilaan toivomukset, elämänlaatu, haavan kipu, allergiat, hoitajan ja lääkärin näkemys sekä mieltymykset, taloudellisuus sekä tuotteiden saatavuus. Tuotteiden valinnassa on siis monta asiaa, joita

tulee miettiä ennen kuin tekee päätöksen hoidossa käytettävästä tuotteesta. (Iivanainen & Syväoja 2016, 347.)

Vääränlainen tuote voi haitata haavan paranemisprosessia sekä aiheuttaa tarpeettomia kuluja. Ennen tuotteiden käyttämistä tulee niihin tutustua huolella siten, että tietää niiden käyttötarkoituksen, vasta-aiheet käytölle sekä miten käyttää tuotetta oikeaoppisesti. Haavatuotteiden valinnalla voidaan vaikuttaa haavahoitojen tiheyteen. Tuotteet tulee valita siten, ettei niitä tarvitse vaihtaa jatkuvasti. (Hietanen 2012, 136.)

Kotisairaanhoidossa on tärkeää huomioida haavanhoitotuotteiden imevyys, huomaamattomuus, paikallaan pysyminen sekä tuotteiden yksinkertaisuus, jotta hoito olisi asiakkaalle mahdollisimman mukavaa. Hoidon alkaessa asiakkaalle tulee kertoa, kuinka tuote toimii ja ettei haavatuotetta tarvitse välttämättä vaihtaa päivittäin. (Appelgren 2014, 8.) Haavanhoitotuotteet ovat usein asiakkaan omakustanteisia, joten hoidon kannalta tarvittavia tuotteita ei välttämättä aina ole saatavilla kustannuskysymysten takia. (Elfvengren ym. 2014, 12).

5.1 Haavasidokset

Haavasidokset voidaan luokitella niiden vaikutusmekanismin tai geneerisen nimen mukaan. Vaikutusmekanismeiltaan sidokset jakautuvat interaktiivisiin ja passiivisiin haavasidoksiin, jotka taas jakautuvat pienempiin ryhmiin geneerisen luokittelun mukaan. Interaktiiviset haavasidokset ovat joko nesteellä aktivoitavia tai kudoseritteestä aktivoituvia haavasidoksia, joilla on erilaisia haavan paranemista edistäviä vaikutuksia. Passiiviset haavasidokset ovat niin sanottuja perussidoksia, jotka eivät sisällä haavan paranemista edistäviä aineita. Geneerinen luokittelu ilmaisee sidoksissa käytetyn päävalmistusaineen. Tätä luokittelutapaa käytetään useimmiten haavanhoito-ohjeistuksissa. (Hietanen 2012, 138–139.)

5.1.1 Interaktiiviset haavasidokset

Alginaattisidokset ovat ruskolevästä valmistettuja haavatuotteita, jotka voivat sisältää myös muita haavan paranemista edistäviä aineita. Sidokset geeliytyvät haavaeritteen imeytymisen myötä. Geeliytyessään ne muodostavat haavalle optimaalisen paranemisympäristön. Lisäksi alginaattisidokset vähentävät haavakipua, sillä kipua stimuloivat avoimet hermopäätteet eivät kosteassa ympäristössä aktivoidu. Ne myös edistävät haavan autolyyttistä puhdistumista sekä tyrehdyttävät verenvuotoa. (Iivanainen & Seppänen 2009, 142.) Alginaattisidokset sopivat kohtalaisesti tai runsaasti erittäville kroonisille haavoille. Kuitumaisia alginaattisidoksia ei tule käyttää kostuttamatta kuiville tai vähän erittäville haavoille eikä luun tai jänteen päälle. Osa tuotteista tarvitsee kiinnityssidoksen. Sidosvaihto tulee tehdä 3-7 päivän välein, tarvittaessa kiinnityssidos voidaan vaihtaa useamminkin. (Hietanen 2012, 151–152.)

Hydrokolloidisidokset geeliytyvät hyytelömäiseksi lämmön ja haavaeritteen vaikutuksesta. Sen myötä sidokset ylläpitävät haavalla optimaalista paranemisympäristöä vähentäen samalla haavakipua. Ne myös edistävät haavan autolyyttistä puhdistumista. Itsestään kiinnittyvien sidosten lisäksi hydrokolloideja löytyy myös pastana. (Iivanainen & Seppänen 2009, 217.) Hydrokolloidit sopivat käytettäväksi kaikissa haavan paranemisvaiheissa ja ne käyvät vähän tai kohtalaisesti erittäville fibriinikatteisille haavoille. Hydrokolloideja ei suositella käytettäväksi runsaasti erittävillä tai infektoituneilla haavoilla eikä ruusun, vaskuliitin, iskeemisen tai diabeettisen jalkahaavan hoidossa. (VSSHP 2011, 8.) Sidosten läpi pystytään seuraamaan haavaerityksen määrää. Haavalevyn tulisi ulottua noin kolme senttimetriä haavareunojen yli. Sidosvaihto tulee tehdä ennen kuin haavaerite on levinnyt reunoille asti yleensä noin 3-7 päivän välein. (Hietanen 2012, 147.)

Hydrogeelituotteet ovat runsaasti vettä sisältäviä haavanhoitotuotteita, joita löytyy sekä geeleinä että kiinteinä levyinä. Ne toimivat hydrokolloidien tavoin puhdistaen haavaa autolyyttisesti. (Iivanainen & Seppänen 2009, 196.) Kiinteät hydrogeelisidokset ovat haavalle tarttumattomia, imukykyisiä sekä hengittäviä. Sidokset kiinnittyvät kuivalle iholle geelin avulla eikä niitä tule leikata pienemmäksi, jottei sidoksen sisältämä geeli pääse valumaan ulos. Geelimäistä tuotetta käytettäessä peittosidos on tarpeen. (Hietanen 2012, 148–149.) Hydrogeelit sopivat kuiville, vähän erittäville sekä katteisille haavoille tuomaan kosteutusta sekä irrottamaan haavalta kuollutta kudosta (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2017). Geelimäinen tuote levitetään suoraan haavalle haavareunoille asti ja peitetään harsotaitoksilla, siten ettei haavareunat pääse maseroitumaan. Geeliä ei suositella käytettäväksi tukisidoshoidon yhteydessä eikä hydrogeeliä suositella infektoituneille haavoille. Geelisidokset tulisi vaihtaa 1-3 päivän välein, kun taas hydrogeelilevyt 3-7 päivän välein. (Hietanen 2012, 148–149.)

Hopeasidokset sisältävät nimensä mukaisesti hopeaa eri muodoissa (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2017). Hopealla on antimikrobinen vaikutus ja haavasidosten hopea estääkin bakteerikasvua ja tappaa haavalla olevia sieniä ja bakteereja myös moniresistenttejä kantoja. Hopeasidokset sopivat hyvin infektoituneille ja kontaminoituneille haavoille hoitamaan ja ehkäisemään infektioita. Hopeatuotteita suositellaan käytettäväksi kuuriluonteisesti huomioiden haavan ja sidoksen ominaisuudet. (Hietanen 2012, 155–156.) Kostuessaan hopeasidokset muuttavat haavaeritteen ja kuolleen kudoksen väriä sekä saattavat värjätä haavaympäristön ihon tummaksi (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2017).

Hydrofobiset sidokset valmistetaan rasvahappoesterillä käsitellystä puuvilla- tai asetaattikudoksesta, joka on väriltään vihreää. Hydrofobisen eli vettä hylkivän ominaisuutensa vuoksi sidos sitoo itseensä bakteereja ja sieniä. Näin ollen sidosvaihdon yhteydessä haavalta poistuvat myös sidoksessa olevat mikrobit. (ESSHP 2013, 6.) Kirurgista sidosta lukuun ottamatta

tuotteet tarvitsevat kiinnityssidoksen. Hydrofobinen sidos sopii käytettäväksi niin infektion ehkäisyyn kuin hoitoon kuivilla, vähän tai runsaasti erittävillä haavoilla. Tuotteita on saatavilla myös syviin ja onkalomaisiin haavoihin sopivina. (Iivanainen & Seppänen 2009, 189.) Hydrofobisia sidoksia käytettäessä on hyvä muistaa, että niiden vaikutus on parhaimmillaan, kun sidos on asetettuna suoraan haavapintaa vasten. Hydrofobinen ominaisuus voi heikentyä käytettäessä öljyjä ja voiteita samanaikaisesti. (Hietanen 2012, 154.)

Polyuretaanivaahtosidokset ovat nimensä mukaan polyuretaanista valmistettuja haavasidoksia, joita kutsutaan toiselta nimeltään foameiksi. Vaahtosidokset ovat haavapinnalle tarttumattomia ja ne ylläpitävät haavalla optimaalista paranemisympäristöä. (VSSHP 2011, 8.) Sidokset sopivat käytettäväksi vähän tai kohtalaisesti erittävillä haavoilla ja sopivat muun muassa säärihaavojen hoitoon myös tukisidoshoidon yhteydessä. Sidosvaihto tulisi tehdä noin 3-5 päivän välein tai ainakin viimeistään, kun sidoksen imukyky on täyttymässä. (Hietanen 2012, 150–151.) Vaahtosidokset imevät haavaeritettä vaakasuunnassa, joten sidosvaihto tulee tehdä ennen kuin haavaerite ulottuu reunoille asti (VSSHP 2011, 8).

Hydrofiber-sidokset ovat hyvän imukyvyn omaavia kuitumaisia sidoksia. Sidokset geeliytyvät haavaeritteen vaikutuksesta. Ne ylläpitävät haavalla optimaalisia paranemisolosuhteita ja edistävät haavan autolyyttistä puhdistumista. (ESSHP 2013, 6.) Haavaerite imeytyy sidokseen ylöspäin, joten kuivan sidoksen voi huoletta laittaa myös haavaympäristön päälle ilman maseroitumisriskiä. Hydrofiber-sidoksia voidaan käyttää kaikenlaisilla haavoilla missä tahansa haavan paranemisvaiheessa. (Iivanainen & Seppänen 2009, 186.) Erityisen hyvin nämä sidokset sopivat kohtalaisesti tai runsaasti erittäville sekä infektoituneille haavoille. Sidoksia voidaan käyttää myös kuiville haavoille kosteutta tuomaan kostuttamalla sidoksen haavan päältä esimerkiksi keittosuolaliuoksella. Sidosvaihto tehdään noin 3-5 päivän välein (Hietanen 2012, 153).

Polyuretaanikalvot ovat puoliläpäiseviä ja hengittäviä ohuita kalvoja, jotka suojaavat haavaa kastumiselta ja mikrobeilta toimien samalla kosteuden ylläpitäjänä. Kalvoja voidaan käyttää pinnallisilla ja vähän erittävillä haavoilla ensimmäisenä sidoksena. (ESSHP 2013, 6.) Infektoituneille haavoille tuote ei ole sopiva, eikä sitä myöskään tule laittaa luun tai jänteen päälle ensimmäiseksi sidokseksi (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2017). Sidosvaihto tehdään tarvittaessa. Haavakalvo voi olla paikallaan useampia päiviä, joissain tapauksissa jopa yli pari viikkoa. (Hietanen 2012, 146.)

Polysakkaridivalmisteet sisältävät antimikrobisen vaikutuksen omaavaa jodia. Tuotteita voidaan käyttää kaiken muotoisilla erittävillä, katteisilla tai infektoituneilla haavoilla. Erityisesti ne sopivat kroonisille laskimo- ja valtimoperäisille haavoille. (Hietanen 2012, 159.) Katteisille ja infektoituneille haavoille suositellaan kuuriluonteista käyttöä (Krooninen alaraajahaava:

Käypä hoito -suositus 2017). Jodia sisältävät tuotteet eivät sovi kuiville haavoille, sillä kuivuessaan jodi menettää tehonsa. Tuotteet eivät myöskään sovi jodiallergikoille eikä kilpirauhasen toimintahäiriöistä kärsiville. (VSSHP 2011, 10.) Jodia sisältävät tuotteet aiheuttavat usein haavalle laitettaessa lievää kipua. Tämä johtuu haavan puhdistumisen alkamisesta ja loppuu tavallisesti tunnin kuluessa. (Hietanen 2012, 159.)

Aktiivihiilisidokset sisältävät hiiltä, joka poistaa bakteereja ja hiivasieniä sisältäviltä haavoilta pahaa hajua. Hiilisidokset sopivat hyvin käytettäväksi vähän, kohtalaisesti tai runsaasti erittävillä ja pahanhajuisilla haavoilla. Osa sidoksista tarvitsee toissijaisen sidoksen kanssaan käytettäväksi. Hiilisidoksia ei tule leikata, jotta hiili ei pääse rapisemaan sidoksen sisästä pois. (ESSHP 2013, 7.) Haava ja haavaympäristö saattaa värjäytyä tummaksi hiilen vaikutuksesta. Sidos tulee vaihtaa viimeistään sen kastuessa läpi, sillä silloin hiilen hajunpoistokyky lakkaa.. (Hietanen 2012¸ 158.)

5.1.2 Passiiviset haavasidokset ja kiinnityssidokset

Harso- ja kuitutaitokset ovat puuvillasta tai kuitukankaasta valmistettuja heikon imukyvyn omaavia haavanhoidon perussidoksia (Iivanainen & Seppänen 2009, 23). Puuvillasta valmistettu sideharso on ilmavuutensa ansiosta hyvin kevyt ja hengittävä sidos. Kuitukankaasta valmistettujen taitosten erona on niiden edullisuuden lisäksi pölyämättömyys ja nukkaamattomuus. Taitoksia voidaan käyttää haavan puhdistuksessa, suojaamisessa sekä imusidoksena. Kuivuessaan sidokset jäävät herkästi kiinni haavaan, mistä syystä niitä ei suositella käytettäväksi epitelisoivilla tai granuloivilla haavoilla ilman toista haavanhoitotuotetta. (Hietanen 2012, 141.)

Passiivisiin haavasidoksiin mukaan lukeutuvat rasvaharso- ja silikoniverkkosidokset, joita käytetään estämään imeväisten sidosten kiinnittymistä haavapintaan (Iivanainen & Seppänen 2009, 77). Verkkosidokset sopivat käytettäväksi puhtailla ja vähän erittävillä haavoilla, jotka ovat pintapuolisia. Suositeltavia käyttökohteita ovat muun muassa palovammat sekä säärihaavat. Rasvaharsoverkkosidos on silikonista valmistettua verkkosidosta edullisempaa ja sen vaihtoväli on tiheämpi, sillä kuivuessaan sidos jää helposti haavaan kiinni. Rasvaverkkosidos tulisikin vaihtaa rasvan imeydyttyä noin kahden päivän välein. Silikoniverkkosidosta voidaan sen sijaan käyttää haavalla jopa parin viikon ajan, sillä se ei tartu haavalle. (Hietanen 2012, 144–145.)

Haavatyynyt ovat harsotaitoksista kehitettyjä perussidoksia, joita on saatavilla erilaisilla ominaisuuksilla. Haavatyynyjä on markkinoilla eriasteisilla imukyvyillä ja kiinnitysreunalla tai ilman. Ominaisuuksiensa mukaan tuotteita voidaan käyttää erilaisille haavoille. Niiden ensisijaisena tehtävänä on toimia haavan suojana imien samalla eritteitä haavalta. (Hietanen 2012, 142–143.)

Puuvillasta valmistetaan taitosten lisäksi kierre- ja putkisidoksia, jotka kuuluvat myös haavanhoidon perustuotteisiin. Joustavuutensa ansiosta kierre- ja putkisidokset mukautuvat hyvin erilaisiin kehon osiin käytettäviksi ja siksi ne sopivatkin erinomaisesti toisten sidosten kiinnittämiseen. Putkisidoksia voidaan käyttää hyvin muun muassa tukisidosten alla estämään perusvoiteen imeytymistä päällimmäisiin sidoksiin. Haavanhoidon kiinnitystuotteisiin lukeutuvat myös haavateipit ja kiinnelaastarit, joita käytetään muun muassa haavasidosten kiinnittämiseen. Teipeissä ja laastareissa käytettävä liima on kehitetty mahdollisimman hellävaraiseksi iholle. (Hietanen 2012, 141–144.)

5.2 Hoitovoiteet

Lääketieteelliseen käyttöön tarkoitettu hunaja on pääosin tehty sokerista ja vedestä lisäten joukkoon monia haavan paranemista edistäviä aineita kuten C-vitamiinia ja sinkkiä (Virkki 2012a, 156). Hunajaa on käytetty jo vuosisatojen ajan haavanhoidossa ja sen vaikutuksia on tutkittu laajalti ympäri maailmaa. Hunajan sisältämä glukonihappo muuttaa haavan happamuutta epäsuotuisaksi mikrobien kasvulle ja korkean osmoottisuutensa ansiosta hunaja tuhoaa haavalta bakteereja kuivuttamalla niitä. Tutkimusten mukaan hunaja toimii myös useisiin moniresistentteihin bakteerikantoihin. Lisäksi hunajan on todettu pehmittävän haavalta katetta ja nekroosia, poistavan hajuja sekä lievittävän kivun aistimusta. (Stewart, McGrane & Wedmore 2014.)

Hunaja sopii käytettäväksi kaikenlaisille haavoille ja tutkimustenkin mukaan se sopii erityisen hyvin kroonisille sekä infektoituneille haavoille (Stewart ym. 2014). Hunajatuotteita ei suositella anafylaksia-riskin vuoksi käytettäväksi mehiläisten pistoille allergisille ja diabeetikoille käytettäessä verensokeriarvoja olisi hyvä seurata tavallista tiheämmin. Hunajahoidon aluksi haavaerityksen määrä tavallisesti lisääntyy, joten haavan ympärysihon suojaamiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Aluksi haavasidoksia tulee vaihtaa useammin, haavaerityksen vähennyttyä riittävä sidosvaihtoväli on 2-5 päivää. (Virkki 2012a, 157.)

Pihkasalva on kotimainen haavanhoitotuote, joka on valmistettu yhdistämällä puhdistettua kuusenpihkaa voidepohjaan (VSSHP 2011, 10). Kuusenpihkalla on tutkimusten mukaan todettu olevan haavan paranemista ja ihon uusiutumista edistäviä vaikutuksia. Pihkalla on antimikrobisia vaikutuksia myös moniresistentteihin bakteerikantoihin. Pihkasalva sopii hyvin käytettäväksi kaikenlaisille avoimille haavoille ja sitä voidaan käyttää missä tahansa haavan paranemisprosessin vaiheessa. Erityisen hyvin pihkasalva on todettu toimivaksi kontaminoituneilla, infektoituneilla sekä nekroottisilla haavoilla. Myös sieni-infektioiden hoitoon se toimii hyvin. Muiden voidemaisten ja geelimäisten tuotteiden tavoin pihkasalvan kanssa tulee käyttää peittosidoksia. (Virkki 2012b, 157–158.) Pihkasalvaa ei tule käyttää hartsiallergikoille (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2017).

6 HAAVANHOIDON KIRJAAMINEN

Kirjaaminen on oleellinen osa potilaan hoitotyötä. Kirjauksen tulee olla kattavaa ja selkeää, jotta jokainen hoitoon osallistuva henkilö pystyy helposti löytämään hoidon suunnittelussa sekä arvioinnissa tarvittavat tiedot potilaasta. Kirjaamisen tulee olla myös jatkuvaa ja yhdenmukaista. Kirjauksista on tultava ilmi ajantasainen tieto ja terveydentilassa tulleet muutokset. Oman oikeusturvan takia hoitajan tulee hoitaa kirjaus huolellisesti ja miettiä se yhtenä työtehtävänä siinä kuin muutkin. (Juutilainen & Hietanen 2012, 69.) Kirjaaminen on juridisesti tärkeää, sillä se mitä ei ole kirjattu, ei ole myöskään tapahtunut (Juutilainen & Hietanen 2012, 70).

Hyvä kirjaaminen on osa kokonaisvaltaista hoitotyötä ja sen toteutumiseksi tarvitaan yhtenäiset kirjaamiskäytännöt. Laadukkaalla kirjaamisella taataan potilaan hyvä ja yhtenäinen hoito, vaikka hoitava hoitohenkilökunta vaihtuisikin usein. Haavanhoidosta kirjatessa tulee kertoa missä haava on, mikä on hoidon tavoite ja mitkä ovat keinot tavoitteeseen pääsemiseksi, mikä on haavan tilanne nyt ja mitä sille on tehty, arvio siitä onko haava parantunut, pahentunut vai onko sen tila ennallaan. (Virkki 2012, 74.)

6.1 Rakenteellinen kirjaaminen

Hoitotyön rakenteellinen kirjaaminen sisältää hoidon tarpeen, hoitotyön toiminnon, hoidon tuloksen, hoitoisuuden ja hoitotyön yhteenvedon. Rakenteellisessa kirjaamisessa käytetään rakenteellista muotoa, jonka tietoa on aina mahdollista täydentää omalla kirjoituksella. Sähköinen kirjaaminen ja rakenteiden käyttäminen lisäävät moniammatillisen työyhteisön kommunikointia ja tuottavat kehittämiseen ja tutkimukseen laadukasta materiaalia. Ennen kaikkea se myös lisää potilasturvallisuutta. (Kinnunen 2015, 6.)

Haavanhoidon kirjaamisessa kuten muussakin kirjaamisessa käytetään rakenteista kirjaamista. Rakenteisesta kirjaamisesta on hyötyä hoidon toteuttamisessa, suunnittelussa, johtamisessa, päätöksenteossa sekä arvioinnissa. Rakenteellinen kirjaaminen perustuu suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuden (FinCC) käyttöön. FinCC muodostuu hoidon tarpeesta sekä sen toteutuksesta ja tulosluokituksesta. FinCC koostuu eri rakenteista, joita ovat komponentit, pääluokat sekä alatasot. Komponentit kuvaavat kaikkein abstrakteinta kirjaamisen tasoa, haavanhoidossa se on esimerkiksi kudoseheys. (Kinnunen 2013, 10.) Pääluokkia ovat esimerkiksi ihon kunnon seuranta ja hoito sekä haavanhoito. Alaluokkia taas ovat haavan vuodon ja erittämisen seuranta sekä haavasidoksen vaihto. (Iivanainen & Syväoja 2016, 319.)

Kuopion yliopistossa on tutkittu haavanhoidon sähköistä kirjaamista ja sen kehittämistä hyödyntäen suomalaista hoitotyön toimintoluokitusta. Tutkimus osoitti sähköisen kirjaamisen vajavaisuudeksi sen, ettei haavanhoidon sanastoa ole standardoitu. Kirjaamisessa käytetyn sanaston tulisi olla mahdollisimman yhtenevää, jotta voidaan varmistua siitä, että jokainen kirjauksia lukeva ymmärtää asiat samalla tavalla. Tutkimuksen mukaan haavanhoidosta ei myöskään kirjata riittävän kattavasti. Jokainen haavanhoidon vaihe on yhtä tärkeä osa kokonaisuutta. Kirjaamisen tulee olla täsmällistä ja esimerkiksi haavasidoksista tulee kirjata yhtä tarkasti kuin haavan puhdistamisesta. (Kinnunen, Saranto & Ensio 2008.)

6.2 Valokuvaus kirjaamisen tukena

Haavanhoidossa valokuvaus on tehokas ja havainnollistava keino kuvata ja dokumentoida haavaa sekä sen muutoksia. Valokuvista voi nähdä haavan sijainnin, sen muodon ja ympäröivän kudoksen tilanteen. Myös haavan kokoa voidaan arvioida karkeasti suhteuttaen haavaa muuhun kehoon tai tarkemmin laittamalla kuvaushetkellä haavan viereen esimerkiksi viivoitin. Kotihoidossa kuvia voidaan käyttää apuna etäkonsultaatiossa, jolloin kuvat lähetetään analysoitavaksi lääkärille. Kuvien perusteella voidaan arvioida haavan paranemista ja tehdä hoitopäätöksiä ilman että lääkärin tarvitsee haavaa käydä paikan päällä katsomassa. (Juutilainen & Hietanen 2012, 74.)

Käytettäessä valokuvia kirjaamisen yhteydessä on helppo verrata nykytilannetta kuviin, jolloin saa selkeän käsityksen siitä, mihin suuntaan haavanhoidossa on menty. Hyvässä ja luotettavassa kuvakirjaamisessa kuvat tulee aina ottaa potilaan ollessa samassa asennossa myös kuvakulman tulisi olla sama. Kuva otetaan aina ilman salamaa, mikäli mahdollista. Kuvat haavasta tulee ottaa sekä ennen että jälkeen haavanhoidon. Pelkkä kuva ei kuitenkaan riitä kirjaamiseksi, vaan se vaatii sanallista kirjaamista tuekseen. (Juutilainen & Hietanen 2012, 74.)

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa selkeä ja helposti luettava haavanhoito-opas laskimo- ja valtimoperäisistä haavoista. Oppaan tarkoitus oli auttaa työntekijää tunnistamaan, ennaltaehkäisemään sekä hoitamaan verisuoniperäisen haavan oikein. Lisäksi oppaan tavoitteena oli olla välillisesti hyödyksi kotihoidon asiakkaille, sillä oikein tehty haavanhoito parantaa asiakkaan elämänlaatua.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda tuoretta tietoa laskimo- ja valtimoperäisten haavojen hoidosta sekä haavanhoitotuotteista ja niiden käytöstä kotihoidon työntekijöille. Tavoitteena oli lisätä kotihoidon henkilökunnan tietoisuutta haavanhoidosta sekä yhtenäistää haavanhoitokäytänteitä.

8 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ - OPPAAN TOTEUTUS

Opinnäytetyöprosessimme alkoi aiheen valinnalla 2016 syksyllä. Aihe muokkautui kevään aikana lopulliseen muotoonsa sekä meidän, että tilaajan toimesta. Teoriapohjaa työstimme 2017 kevään sekä kesän aikana. Tilaajan kanssa sopimus kirjoitettiin elokuussa, jolloin teoriarunko työlle alkoi muodostua. Syyskuun lopussa aloimme suunnittelemaan sekä työstämään opasta. Lokakuussa pidimme väliseminaarin, jossa saamiamme hyviä kehittämisideoita työstimme lokakuun loppuun.

Lisäksi lokakuussa lähetimme lähes valmiin oppaan työn tilaajalle kommenttien toivossa. Tilaaja oli todella tyytyväinen työhömme ja kertoi sen olevan juuri sellainen mitä he olivat ajatelleet. Erityistä kiitosta saimme oppaan ”tiesitkö että?”-kohdista.

8.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Opinnäytetyömme tilaajan toiveena oli saada informatiivinen, helposti luettavissa oleva, tiivis opas erilaisista valtimo- ja laskimoperäisistä haavoista, niiden hoidosta sekä hoidossa käytettävistä tuotteista. Yhteistyökumppanimme toiveiden perusteella aloimme luoda teoriapohjaa, josta oppaassa käsittelemämme aiheet nousivat. Oppaasta teimme mahdollisimman käytännöllisen sekä työelämälähtöisen, joka tuo uusinta tietoa kotihoidon työntekijöiden käyttöön.

Opinnäytetyön tekemisen tarkoituksena on oma ammatillinen kehittyminen ja tietotaidon lisääntyminen (Vilkka & Airaksinen 2003, 9–10). Valitsimme toiminnallisen opinnäytetyön, sillä koimme sen sopivan tarkoitukseemme parhaiten. Oppimisen kannalta koimme toiminnallisen opinnäytetyön myös palvelevan meitä parhaiten, sillä käytännönläheinen työskentely on meille mieleinen tapa oppia.

Toiminnallinen opinnäytetyö on työelämän kehittämistä. Kehittämisen tavoitteena on ammatillisen käytännön kehittäminen, ohjeistaminen ja järkeistäminen. Toiminnallisen opinnäytetyön toteutustapoja on monia. Se voi olla esimerkiksi ammattilaiselle suunnattu opas tai jonkin tapahtuman järjestäminen. Toiminnallinen opinnäytetyö vaatii toimeksiantajan, jotta työelämän kehittäminen käytännössä on mahdollista. Toiminnallinen opinnäytetyö on kaksiosainen sisältäen toiminnallisen osuuden sekä opinnäytetyöraportin. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9–10.)

8.2 Oppaan toteuttaminen

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa aioimme tuottaa tiiviin mukana kannettavan infopaketin. Prosessin edetessä yhteistyökumppanimme toiveesta päädyimme kuitenkin tuottamaan hieman kattavamman oppaan kotihoidon toimistoon kaikkien työntekijöiden luettavaksi. Oppaassa käsittelemämme aiheet nousevat teoriapohjastamme.

Hyvän ohjeistuksen kirjoittaminen ei ollut helppoa, sillä siinä olevan tekstin tuli olla helposti löydettävissä, ymmärrettävissä ja sisällön oli oltava kattava. Tärkeää oli huomioida, kenelle ohjeistusta oli kirjoittamassa. Kirjoitusasu vaihtelee sen mukaisesti, onko se suunnattu potilaalle, omaiselle vai ammattihenkilökunnalle. (Hyvärinen 2005, 1769.) Oppaamme tärkein tehtävä oli kertoa työntekijälle haavatyyppien tunnistamisesta, niiden hoidosta, kirjaamisesta sekä seurannasta. Tämä tieto on löydettävissä oppaasta selkeästi sanastoltaan ja lauserakenteiltaan. (Hyvärinen 2005, 1769.)

8.2.1 Eteneminen

Suurin vaikuttava tekijä oppaan ymmärrettävyyteen oli esittämisjärjestys. Näitä järjestyksiä ovat esimerkiksi aikajärjestys, tärkeysjärjestys tai järjestäminen aihepiirin mukaisesti. Järjestystä valittaessa on tärkeää miettiä, mitä tekstillä halutaan saada aikaan ja minkälaisissa tilanteissa siihen turvaudutaan. Annettu ohje tulee pystyä perustelemaan, perustelut voivat olla ohjeen alussa. (Hyvärinen 2005, 1770.) Esimerkiksi: Valtimoperäisen haavan sidokset tulee olla haavaan tarttumattomia, sillä liimakiinnitteiset sidokset voivat herkästi vahingoittaa haurasta ihoa (Vikatmaa 2012, 290).

Oppaan esittämisjärjestyksen halusimme olevan jonkinlaisessa aikajärjestyksessä, jotta sisällön eteneminen olisi ennen kaikkea selkeä. Päätimme esittää oppaan alussa teoriaa pääaiheestamme eli laskimo- ja valtimohaavojen hoidosta taulukon muodossa. Taulukko tuo mielestämme tärkeimmät asiat selkeästi esille sekä näin valtimo- ja laskimohaavoja on helppo vertailla keskenään.

Seuraavaksi kerromme oppaassa tukisidosten oikeaoppisesta laitosta, joka on laskimohaavojen ennaltaehkäisyssä sekä hoidossa tärkeää. Aivan ensimmäiseksi oppaassa halusimme kuitenkin muistuttaa hyvästä aseptiikasta haavanhoidossa ja painottaa sen tärkeyttä. Asetimme sen ensimmäiseksi, jotta siihen kiinnitettäisiin heti huomiota eikä se jäisi muiden ehkä useimpia lukijoita enemmän kiinnostavien aiheiden alle.

Tukisidosten laiton jälkeen päätimme edetä aikajärjestyksessä. Ennen haavanhoitoa tulee tunnistaa haava ja tietää mitä sille tehdä, joten haavojen väriluokituksen laitoimme neljänneksi aiheeksi. Tämän jälkeen tulee haavainfektion tunnistus sekä kivunhoito, jotka ovat tärkeitä asioita huomi-

oida jo ennen kuin haavan varsinainen hoito aloitetaan. Haavan paikallishoito alkaa haavan puhdistuksella, joten se oli loogista laittaa tähän kohtaan. Haavan puhdistamisen jälkeen oppaassa kerrotaan eri haavanhoitotuotteista sekä niiden käytöstä. Viimeisenä aiheena oppaassa on kirjaaminen. Kirjaaminen on viimeisenä aiheena niin aikajärjestyksen kuin tärkeytensäkin vuoksi. Koska aihe on viimeisenä, jää se toivottavasti myös lukijan mieleen hyvin, sillä haavanhoidosta sekä siinä tehdyistä havainnoista on hoidon jatkuvuuden kannalta ensiarvoisen tärkeää kirjata kattavasti. Oppaan sivuille laitoimme ”Tiesitkö että?”-laatikoita herättämään lukijan mielenkiintoa sekä ajatuksia aihetta kohtaan.

8.2.2 Ulkoasu

Otsikointi selkeyttää ja keventää ohjetta, pääotsikon alle tulee aina tärkein asia ja väliotsikoilla helpotetaan tekstin hahmottamista. Kappalejaot tulisi pitää pieninä, sillä kappaleet jakavat asiayhteyksiä toisistaan. Lisäksi teksti voi sisältää luetelmia eli ranskalaisin viivoin kirjoitettuja ohjeistuksia. Näin tärkeät kohdat nousevat helposti näkyville. (Hyvärinen 2005, 1770.)

Tämän tiedon pohjalta pyrimme pitämään oppaan ytimekkäänä ja selkeänä, jotta sitä olisi helppo lukea. Kappalejakomme pidimme pieninä sekä käytimme taulukoita ja luetelmia tekstin pääasioiden esiin nostamiseksi. Oppaassa käytimme vaaleita ja rakkaita värejä, jotka selkeyttävät työtä ja kutsuu lukemaan opasta.

Oppaan käytännöntoteutuksessa käytimme apuna graafisen alan ammattilaista, jotta saimme oppaan visuaalisesta ilmeestä sellaisen kuin halusimme. Oppaan tuottaminen oli meille kaikille uutta ja ammattilaisen apu oli tarpeen. Osallistuimme kaikki kuitenkin oppaan visuaalisen ilmeen suunnitteluun sekä käytännön toteutukseen yhdessä ammattilaisen kanssa.

8.2.3 Havainnollistaminen

Havainnollistaaksemme oppaan teoriaa pyrimme saamaan kuvia erilaisista laskimo- ja valtimoperäisistä haavoista. Kuvien saaminen osoittautui kuitenkin yllättävän haastavaksi tekijänoikeuksien vuoksi. Suomen haava-hoitoyhdistyksellä on olemassa avoimen haavan VPKM väriluokitus helpperi, jossa on hyvät ja havainnollistavat kuvat. Pyysimme lupaa käyttää kyseisen helpperin kuvia ja saimmekin luvan niiden käyttöön, mutta kuvia emme saaneet irrottaa asiayhteydestään. Koimme helpperin olevan kokonaisuudessaan kattava ja havainnollistava, joten päädyimme käyttämään sitä oppaassamme.

Yhteistyökumppanimme lupasi lähettää asiakkaidensa haavoista kuvia ja huolehtia asianmukaisista lupakäytänteistä, mutta oppaan tekohetkellä

emme kuitenkaan kuvia heiltä saaneet. Pyysimme myös paikalliselta haavanhoitajalta kuvia käyttöömme ja häneltä saimme muutamia kuvia, joita hyödyntää oppaassamme. Haavanhoitaja on kysynyt luvan jokaiselta kuvattavaltaan kirjallisena kuvien käytöstä opinnäytetöiden materiaalina. Loput oppaan kuvat ovat meidän itse kuvaamia.

Kuvien lisäksi halusimme lisätä oppaamme mielekkyyttä sekä selkeyttä liittämällä oppaaseen haavanhoitotuotteista konkreettisia esimerkkejä. Lähetimme eri haavanhoitotuotteita tekeville yhtiöille kyselyä mahdollisista näytekappaleista, joita voisimme hyödyntää oppaassamme. Tuotteita saimme kolmelta eri yhtiöltä. Saimme myös yhdeltä yhtiöltä kuvia heidän tuotteistaan sekä luvan käyttää kuvia oppaassamme.

9 POHDINTA

Haavanhoito kehittyy ja uutta tietoa tulee jatkuvasti (Hietanen 2012, 136.) Haavoja esiintyy entistä enemmän väestön ikääntyessä, joten tulevina sairaanhoitajina meidän tulee osata ennaltaehkäistä sekä hoitaa haavoja. Tämän projektin aikana olemme oppineet todella paljon uutta haavanhoidosta ja olemme nyt valmiimpia ja itsevarmempia hoitamaan haavoja, sillä meillä on nyt tarvittava teoriatieto siihen.

Työn edetessä ja materiaalia etsiessä saimme paljon hyödyllistä tietoa haavanhoidosta. Tiedon hankinta oli hetkittäin haastavaa. Kirjalähteitä eri aihealueista löytyi melko hyvin ja hyödynsimmekin niitä tehokkaasti. Kirjaston haavalehdistä löysimme myös artikkeleita, joita käytimme työssämme. Erilaisten lähteiden etsiminen vei paljon aikaamme. Pyrimme kuitenkin käyttämään lähteitä monipuolisesti sekä kiinnittämään huomiota lähdekritiikkiin.

Tiedonhaku useammasta eri lähteestä oli meille tärkeää, sillä näin vahvistamme hakemaamme tietoa ja lisäksi halusimme kiinnittää huomiota näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Hotuksen (2017) näyttöön perustuvassa päätöksenteossa käytetään työntekijän kokemuspohjaista tietoa niin ammatista kuin toimintaympäristöstäkin. Tutkimusnäyttöä hyödynnettäessä tulee näytön vahvuus ottaa huomioon, joka vaihtelee tutkimuksen laadun ja asetelman mukaisesti. Opinnäytetyön luotettavuus perustuu siihen, että käyttämämme lähteet ovat mahdollisimman tuoreita. Tuoreet lähteet takaavat myös sen, että tieto on ajantasaista.

Opinnäytetyön tekeminen ryhmässä oli sekä haaste että mahdollisuus. Ryhmässä toimimisen hankaluus tuli esille esimerkiksi sopiessa kotihoidon henkilökunnan kanssa tapaamisaikaa. Kolmen opiskelevan sekä samalla töitä tekevän aikataulujen yhteen sovittaminen oli aika-ajoin haastavaa. Koimme ryhmässä työskentelyn kuitenkin enemmänkin rikkautena ja mah-

dollisuutena kuin haasteena. Ryhmänä toimiminen tuotti paljon keskustelua, jonka ansiosta saimme eri näkökulmia työhömme. Ryhmätyöskentely myös mahdollisti työn laajuuden.

Tilaaja sai oppaan lokakuun lopussa väliarviontiin. Yhteistyökumppani oli erittäin tyytyväinen oppaaseen, eikä heiltä tullut mitään muutosehdotusta. Hyvää palautetta tuli oppaan ulkonäöstä ja selkeydestä, lisäksi oppaan ”Tiesitkö että”-laatikot koettiin hyödylliseksi. Hyvänä pidettiin myös sitä, että oppaassa kerrotaan lyhyesti tukisidoksien laittamisesta. Tukisidoksien laittamisesta heillä oli juuri ollut keskustelua omassa työryhmässä, joten aiheen käsittelyä oppaassa pidettiin hyvin ajankohtaisena.

Oppaasta on hyötyä haavanhoitoja tekeville hoitajille sekä asiakkaille, joiden haavoja kotihoito hoitaa. Tärkeintä on, että haavanhoito tehdään haavan mukaisesti. Lisäksi kirjaamisen tärkeys korostuu, jotta hoitajan vaihtuessa pystyy seuraavakin suorittamaan hoidon asianmukaisella tavalla.

LÄHTEET

Aaltonen, M., Hernesniemi, S. & Pihlaja, O. (2016). *Sydän paikallaan; Anatomia ja Fysiologia.* Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. (2013). *Kliininen hoitotyö; Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito.* Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Alaraajojen laskimovajaatoiminta: Käypä hoito -suositus (2014). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verisuonikirurgisen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 5.10.2017 osoitteesta http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi05030

Alaraajojen tukkiva valtimotauti: Käypä hoito -suositus (2010). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verisuonikirurgisen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 2.10.2017 osoitteesta http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50083

Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. (2014). *Sairaanhoito ja huolenpito.* Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. (2009). *Sairaanhoito ja huolenpito.* Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Appelgre, J. (2014). Mielenkiintoinen työ! *Haava* 17(1), 7–9.

Berg, L. (2014). Kivun lievitys ja pintapuudutteiden käyttö haavanhoidossa. *Haava* 17(3), 22–24.

Haavanhoitoyhdistys (2004). *Parhaan hoitokäytännön periaatteet: Kivun minimointi haavanhoitotoimenpiteiden yhteydessä* – konsensusdokumentti (WUWHS). Erikoispainos *Haava* 4. Haettu 2.10.2017 osoitteesta https://www.shhy.fi/site/assets/files/1042/haava_4-2004_erikoispainos.pdf

ESSHP (2013). *Etelä-Savon sairaanhoitopiirin haavanhoito-opas.* Mikkeli: Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Haettu 15.9.2017 osoitteesta http://docplayer.fi/7171055-Etela-savon-sairaanhoitopiirin-haavanhoito-opas-esshp-fi.html

Elfvengren, P., Lastikka, T. & Nevalainen, M. (2014). Haava 17(1), 12–13.

Hammar, A-M. (2011). *Kirurgian perusteet.* Helsinki: WSOYpro Oy.

Hietanen, H. (2012). Haavan paikallishoitoon käytettävät tuotteet. Teoksesta V. Juutilainen & H. Hietanen (toim.) *Haavanhoidon periaatteet.* Helsinki: Sanoma Pro Oy, 136–167.

Hotus (2017). *Näyttöön perustuva toiminta.* Haettu 07.11.2017 osoitteesta http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta

Hovilainen-Kilpinen. T. & Oksanen. H. (2010). *Lähihoitajan käsikirja*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hyvärinen, R. (2005). *Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon.* Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 1769–1770. Haettu 04.10.2017 osoitteesta http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95167.pdf

Iivanainen, A. & Syväoja, P. (2016). *Hoida ja kirjaa.* Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Iivanainen, A. & Seppänen, S. (2009). *Vulnus Fennica.* Helsinki: Edita Publishing Oy.

Ikonen, E. (2015). *Kehittyvä kotihoito.* Keuruu: Otava Oy.

Juutilainen, V. (2012). Haavanhoidon osatekijät. Teoksesta V. Juutilainen & H. Hietanen (toim.) *Haavanhoidon periaatteet.* Helsinki: Sanoma Pro Oy, 77–82.

Juutilainen, V. & Hietanen, H. (2012). Haavapotilaan tutkiminen. Teoksesta V. Juutilainen & H. Hietanen (toim.) *Haavanhoidon periaatteet*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 54–75.

Kainulainen, K. & Heikkinen, H. (2017). *Kysymyksiä ja vastauksia käsihygieniasta.* Suomen Sairaalahygienialehti 35(4). 156–158.

VSSHP (2011). *Ohjeita haavapotilaiden hoitoon*. Turun yliopistollinen keskussairaala. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Haettu 15.9.2017 osoitteesta http://docplayer.fi/7972511-Ohjeita-haavapotilaiden-hoitoon.html

Kallio, H. (2015). Infektoituneen haavan paikallishoito. *Haava* 18(1), 24–27.

Kanerva, M. & Hietanen, K. (2014). *Käsihuuhdetta, olkaa hyvät!* Lääkärilehti 69(21), 1539.

Kanerva, M. & Tenhunen, E. (2012). Haavainfektio ja sairaalahygieeniset näkökohdat. Teoksesta V. Juutilainen & H. Hietanen (toim.) *Haavanhoidon periaatteet.* Helsinki: Sanoma Pro Oy, 100–123.

Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus (2017). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 30.5.2017 osoitteesta http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50058

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

Kinnunen, U-M. (2015). Kirjaamisen merkitys potilaan hoidossa ja potilasturvallisuudessa. *Suomen Haavahoitoyhdistyksen ammattijulkaisu* 2015(1), 6–7.

Kinnunen, U-M., Saranto, K. & Ensio, A. (2008). Haavanhoidon sähköisen kirjaamisen kehittäminen. *Hoitotiede* 20(2), 70–81.

Lepäntalo, M., Riikola, T. & Venermo, M. (2010). *Alaraajojen tukkiva valtimotauti huonontaa jalkojen verenkiertoa.* Haettu 11.8.2017 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00093

Malmgren, K. & Kontinen, V. (2012). Kipu haavanhoidossa. Teoksesta V. Juutilainen & H. Hietanen (toim.) *Haavanhoidon periaatteet.* Helsinki: Sanoma Pro Oy, 90–99.

Parker, S. (2015). *Ihmiskeho: Suuri Ensyklopedia.* Kiina: Hung Hing Offset Printing Company Ltd.

Pukki, T. (2012). Laskimoperäisen säärihaavan paikallishoito. Teoksessa V. Juutilainen & H. Hietanen (toim.) *Haavanhoidon periaatteet.* Helsinki: Sanoma Pro Oy, 289.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. (2013). *Hoitotyön taidot ja toiminnot.* Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Sand, O., Sjaastad, Q., Haug, E., Bjålie, J. & Toverud, K. (2011). *Ihminen; Fysiologia ja anatomia.* Helsinki: WSOYpro Oy.

Schwab, U. (2012). Haavapotilaan ravitsemus. Teoksesta V. Juutilainen & H. Hietanen (toim.) *Haavanhoidon periaatteet.* Helsinki: Sanoma Pro Oy, 83–89.

Sieggreen, M. & Kline, R. (2011.) Venous Disease. Teoksessa S.Baranoski & E.Ayello (toim.) *Wound Care Essentials.* 360-278. Haettu 2.10.2017. HAMK Finna.

Stewart, J., McGrane, O. & Wedmore, I. (2014). *Wound Care in the Wilderness: Is There Evidence for Honey?* Haettu 2.10.2017 osoitteesta http://www.wemjournal.org/article/S1080-6032(13)00247-0/pdf

Suomen Haavanhoitoyhdistys ry (2011). *Avoimen haavan VPKM-väriluokitus helpperi.* Haettu 22.09.2017 osoitteesta https://www.shhy.fi/site/assets/files/1041/avoimen_haavan_helpperi.pdf

Suomen Haavanhoitoyhdistys ry (n.d.). *Keski- ja runsaselastisen tukisidoksen sitomisohje.* Haettu 8.11.2017 osoitteesta https://shhy.fi/site/assets/files/1041/keski-_ja_runsaselastisen_sidoksen_sitomisohje.pdf

The Editors of Encyclopædia Britannica (n.d.). *Curettage.* Haettu 2.10.2017 osoitteesta https://www.britannica.com/topic/curettage#ref17571

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (2010). *Geriatria.* Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tolvanen, R. (2011). *Sairaanhoitajan tietokannat; Avoimen haavan arviointi.* Haettu 22.09.2017 osoitteesta http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti

Vaalasti, A. (2014). *Laskimohaavan haavakivun paikallishoito.* Käypä hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 6.10.2017 osoitteesta h.ttp://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nak05912

Valtion ravitsemusneuvottelukunta (2010). *Ravitsemussuositukset ikääntyneille.* Haettu 18.10.2017 osoitteesta https://gery-fi-bin.directo.fi/@Bin/fb3276ff3381ba345a10a4c81329ea18/1508429623/application/pdf/175539/Ravitsemussuositukset%20ik%C3%A4%C3%A4ntyneille.pdf

Vierimaa, H. & Laurila, M. (2017). *Keho: Anatomia ja fysiologia.* Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Vikatmaa, P. (2012). Verenkiertoperäinen alaraajahaava. Teoksessa V. Juutilainen & H. Hietanen (toim.) *Haavanhoidon periaatteet.* Helsinki: Sanoma Pro Oy, 266–297.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö.* Helsinki: Tammi, 9-10.

Virkki, P. (2012a). Hunajahoito. Teoksessa V. Juutilainen & H. Hietanen (toim.) *Haavanhoidon periaatteet*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 156–157.

Virkki, P. (2012b). Pihkahoito. Teoksessa V. Juutilainen & H. Hietanen (toim.) *Haavanhoidon periaatteet.* Helsinki: Sanoma Pro Oy, 157–158.

Virkki, P. (2012c). Haavanhoidon rakenteinen kirjaaminen. Teoksesta V. Juutilainen & H. Hietanen (toim.) *Haavanhoidon periaatteet*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 71–74.

Liite 1

Haavanhoito-opas

2017

LASKIMO- JA VALTIMOPERÄISTEN HAAVOJEN

HOITO-OPAS

Attendo

JOHDANTO

Pitelet käsissäsi opasta, joka on tarkoitettu Attendon kotihoidon työntekijöiden avuksi laskimo- ja valtimoperäisten haavojen hoidossa. Opas perustuu hoitotyön Hämeen Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöhön. Oppaassa käsitellään laskimo- ja valtimoperäisiä haavoja ja niiden hoitoa sekä kerrotaan eri haavanhoitotuotteista ja niiden käytöstä. Oppaassa kerrotaan myös haavanhoitoon olennaisesti liittyvistä asioista kuten aseptiikasta, kirjaamisesta sekä kivunhoidosta.

Oppaan tarkoitus on tuottaa uusinta tietoa kotihoidon työntekijöille ja auttaa työntekijää tunnistamaan, ennaltaehkäisemään sekä hoitamaan verisuoniperäisiä haavoja oikein. Jotta tämä opas pysyisi ajan tasalla, tulee sitä päivittää säännöllisesti. Attendon kotihoito on saanut opinnäytetyön tekijöiltä tekijänoikeudet oppaan ajantasaisuuden ylläpitämiseksi.

Seuraava oppaan ajantasaisuuden varmistaminen tulisi tehdä syksyllä 2018.

SISÄLLYSLUETTELO

1. ASEPTIIKKA

2. LASKIMO- JA VALTIMOPERÄISET HAAVAT & HOITO

3. TUKISIDOSTEN LAITTO

4. HAAVOJEN VÄRILUOKITUS

5. KIVUNHOITO

6. HAAVAINFEKTION TUNNISTAMINEN JA HOITO

7. HAAVAN PUHDISTAMINEN

8. HAAVANHOITOTUOTTEIDEN LUOKITTELU JA KÄYTTÖ

9. KIRJAAMINEN

10. LÄHTEET

1

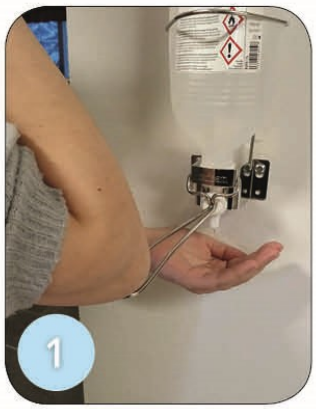
ASEPTIIKKA

Hyvä aseptiikka on haavanhoidossa avainasemassa. Siihen kuuluvat käsienpesu, desinfektio sekä suojakäsineidenkäyttö.

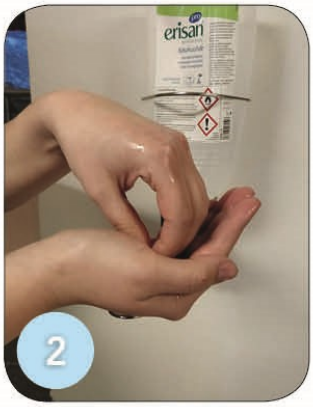
Haavanhoidossa aseptiikan kannalta tulee huomioida työjärjestys, jossa edetään puhtaasta likaiseen. Esimerkiksi potilaalla jolla on useampi haava, aloitetaan haavanhoito puhtaimmasta kuten epiteelikudoksellisesta haavasta ja viimeisenä hoidetaan likainen kuten infektoitunut haava.

Käytä suojakäsineitä koko haavanhoitoprosessin ajan. Vaihda suojakäsineet puhtaisiin haavan puhdistuksen jälkeen, jotta puhdistettuun haavaan ei tule bakteereja likaisista käsineistä. Desinfioi kätesi ennen suojakäsineiden pukemista sekä niiden riisumisen jälkeen.

Pese kädet vain niiden ollessa likaiset ja kuivaa huolellisesti käsipaperiin. Annostele käsidesinfektiota ainoastaan kuiviin käsiin ja hiero, kunnes aine on kuivunut täysin. Älä koskaan kuivaa käsidesinfektiota käsipaperiin.

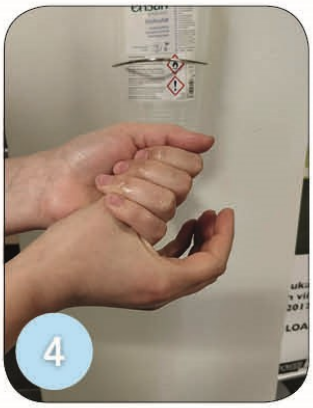


Annostele 2–3 painallusta.

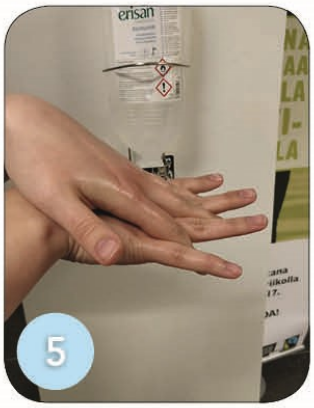


Laita käsidesiä kämmenelle ja kasta sormenpäät vuorotellen.

Hankaa huolellisesti sormenpäihin ja kynsinauhoihin.



Hiero peukalot ja pikkusormet erikseen.



Hiero sormenvälit huolellisesti vastakkain ja ristiin. Jatka kunnes käsidesi on haihtunut.

HIERO KÄSIDESIÄ 30 SEKUNTIA.

2

LASKIMO- & VALTIMOPERÄISET HAAVAT JA NIIDEN HOITO

LASKIMOPERÄINEN HAAVA	
KUVAUS	• sijaitsee ääreisosissa, usein jalan sisäsyrjällä • usein pinnallisia • haavapohja granuloiva ja kostea • erittää runsaasti • muodostaa paljon fibriinikatetta
PAIKALLISHOITO	• infektioiden ehkäisy • eritteen hallitseminen • tukisidokset
ENNALTAEHKÄISY	• turvotuksen ehkäisy • ihon kunnosta huolehtiminen • terveelliset elämäntavat
KIPU	• usein kivuttomia • kivuliaissa tapauksissa kipu helpottuu raajan ollessa kohoasennossa
YMPÄRÖIVÄ IHO	• turvotusta • pigmentoitumista • panssaroitumista • suonikohjuja
HAAVASIDOKSET	• imevät haava sidokset • mikrobeja imevä sidos

VALTIMOPERÄINEN HAAVA	
KUVAUS	• sijaitsee raajan ääreisosassa • tarkkarajainen • voi ulottua luuhun tai jänteeseen asti • voi olla erilaisia taskuja ja onkaloita • kuiva pohjainen ja kalpea • haavan reunat punoittavat • tummaa, nekroottista katetta
PAIKALLISHOITO	• hyvä kosteustasapaino • nekroottisen kudoksen poisto, • mikäli verisuonikirurgilta on siihen lupa
ENNALTAEHKÄISY	• ihon kunnosta huolehtiminen, • terveelliset elämäntavat
KIPU	• usein kivuliaita • kipu helpottuu usein raajaa riiputtaessa
YMPÄRÖIVÄ IHO	• viileä • kalpea • sinertävä • iho hauras ja ohut • karvoitus vähäinen tai ei ollenkaan
HAAVASIDOKSET	• haavaan tarttumattomat • hunaja/pihka

TIESITKÖ, ETTÄ

HAAVA PARANEE NOPEAMMIN KOSTEISSA OLOSUHTEISSA?

3

TUKISIDOSTEN LAITTO

Tukisidoksien avulla ennaltaehkäistään turvotusta laskimoperäisten haavojen yhteydessä, joka parantaa pohjelihaspumpun toimintaa ja lisää laskimoverenkiertoa raajassa. Kompressioon voi käyttää tukisidoksia tai hoitosukkia.

Lääkäri määrää, minkälaiset sidokset asiakkaalle laitetaan, vähän vai runsaasti elastiset sidokset. Sidoksen voit sitoa spiraali- anatomisella- tai tähkämallilla, kuitenkin niin että kompressio on asteittaista. Kompression tulee olla suurin nilkassa, ja se kevenee polvea kohden.

Aloita sidoksen laittaminen päkiältä ja kierrä nilkkaa kohti, vältä ryppyjä ja ihon näkymistä sidoksen alta, jotka aiheuttavat ihoon painaumia. Käytä aina vähintään kaksi sidosta. Aloita uusi sidos aina nilkasta, vaikka edellinen olisikin loppunut puoleen sääreen. Sidoksen tulee olla napakka, mutta veren tulee päästä kiertämään. Tarkista lopuksi, että saat sormen sidoksen väliin päkiältä ja varpaat eivät ole alkaneet sinertää.

1 SPIRAALIMALLI

2 TÄHKÄMALLI

3 ANATOMINEN MALLI

TIESITKÖ, ETTÄ

- TUKISIDOKSIA LAITTAESSA TULEE AINA KÄYTTÄÄ VÄHINTÄÄN KAKSI RULLAA
- TUKISIDOSTEN TOINEN SIDOS ALKAA AINA NILKAN KOHDALTA, EI SIITÄ MIHIN AIKAISEMPI RULLA LOPPUI?

ANATOMINEN MALLI VAIHE VAIHEELTA:

Aloita varpaiden tyvestä, kiertosuunta ulkosyrjältä sisäänpäin.

Nilkka 90 asteen kulmassa.

Kantapään lukitus jalan mallin mukaan.

Vältä liian paksua kerrosta, se voi haitata liikkumista.

Sidos jalan anatomian mukaan ylöspäin, paine kevenee ylöspäin siirtyessä.

Toinen kerros alkaa aina nilkasta, paine alenee asteittain.

Anatominen malli valmiina.

4

HAAVOJEN VÄRILUOKITUS

© Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2011

EPITEELIKUDOS

VAALEANPUNAINEN

Ihon uloin kerros (epidermis)

Hoitoperiaate:
Suojaa ohutta ihon uudiskudosta, joka on herkkä vaurioitumaan.

GRANULAATIOKUDOS

PUNAINEN

Terve, pienijyväinen uudiskudos,
joka on edellytys haavan paranemiselle.

Hoitoperiaate: Huolehdi kosteustasapainosta. Granulaatiokudos tarvitsee kostean paranemisympäristön, mutta liiallinen kosteus on haitallista.

FIBRIINIKATE

KELTAINEN

Kuollut kudos, joka voi olla pehmeää tai sitkeää.
Katteen väri riippuu haavan kosteudesta.

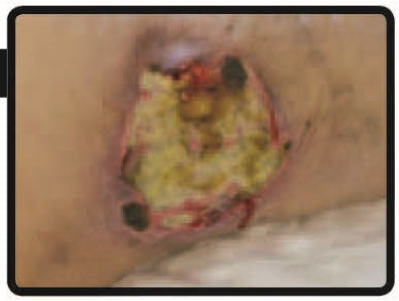
Hoitoperiaate: Pehmitä ja/tai poista fibriinikate.

NEKROOTTINEN KUDOS

MUSTA, RUSKEA

Kuollut kudos, joka voi olla pehmeää tai kovaa.
Nekroosin väri riippuu haavan kosteudesta.

Hoitoperiaate: Pehmitä ja/tai poista nekroottinen kudos.



HAAVANHOIDON TIHEYS JA PUHDISTUSMENETELMÄ SEKÄ HAAVANHOITOTUOTE VALITAAN HAAVASSA OLEVAN KUDOSTYYPIN, SYVYYDEN JA HAAVAERITTEEN MÄÄRÄN MUKAAN. SUOJAA HAAVAYMPÄRISTÖ JA HAAVAN REUNAT KOSTEUDELTA.

HYPERGRANULAATIOKUDOS

Granulaatiokudoksen liikakasvua, mikä estää haavan epitelisoitumisen. Kudoksen väri on tumman- tai vaaleanpunaista ja se voi kasvaa ihon tason yläpuolelle.

Hoitoperiaate:
Poista mekaanisesti (kauha tai kyretti), laapista ja suojaa ilmavalla sidoksella.

LUU JA JÄNNE

Haavan pohjalla oleva luu tuntuu kovalta instrumenttiin. Terve jänne on kellertävää, syymäistä kudosta.

Hoitoperiaate:
Pidä kosteana, koska luu ja/tai jänne ei saa kuivua. Konsultoi lääkäriä.

ISKEEMINEN HAAVA

Esiintyy yleensä jalkaterässä. Raajassa on huono valtimoverenkierto.

Hoitoperiaate:
Pidä kuivana. Ei mekaanista puhdistusta, jos nekroosi on kuiva ja sen alla ei tunnu hyllymistä (fluktaatiota). Konsultoi lääkäriä.

Diabeetikon jalkahaava
www.kaypahoito.fi / Diabeetikon jalkaongelmat

INFEKTOITUNUT HAAVA

Paraneminen hidastuu tai pysähtyy. Haavaympäristössä esiintyy turvotusta, punoitusta ja kuumotusta. Haavaeritteen koostumus muuttuu, lisääntyy ja haisee. Kipu saattaa lisääntyä.

Hoitoperiaate:
Poista infektoitunut ja kuollut kudos. Konsultoi lääkäriä.

5

KIVUNHOITO

Haavan myötä potilaalle aiheutuu useimmiten kipua, joka hoitamattomana heikentää potilaan elämänlaatua ja hidastaa haavan paranemista. Jokainen kokee kivun omalla tavallaan ja toisinaan sen arviointi voi olla hankalaa. Kivun helpottamiseksi potilaalle voidaan antaa kipulääkettä ennen haavanhoitoa sekä puuduttaa hoidettava haava puudutegeelillä.

Kivun arvioinnissa voidaan käyttää apuna erilaisia kipumittareita. Kipumittari voi olla sellainen, jossa potilas kertoo, miten hän kokee kipunsa asteikolla 0–10. Potilaalle tulee kertoa selvästi, että 0 vastaa tuntemusta, jossa ei kipua ole lainkaan, ja numero 10 taas on pahinta kivun tunnetta, jonka potilas voi kuvitella. On tärkeää käyttää saman potilaan kanssa aina samaa kipumittaria sekä varmistaa, että potilas on ymmärtänyt, miten kipumittaria käytetään.

Haavakipua voi hoitaa lääkkeettömästi muun muassa raajan liikerajoituksin, sekä haavasidosvalinnoin. Iskeemistä kipua voi lievittää roikottamalla raajaa alaspäin ja laskimoperäistä raajan kohoasennolla sekä turvotusta vähentävällä ja ehkäisevällä tukisidonnalla. Toisinaan haavakipu aiheutuu vääränlaisten haavasidosten käytöstä. Silloin luonnollisestikin kipua voi lievittää kiinnittämällä huomiota oikeanlaisten haavasidosten valintaan. Haavasidosten tulee olla tarttumattomat, riittävän imukyvyn omaavat, kosteaa paranemisympäristöä ylläpitävät sekä paikallaan pysyvät.

Esimerkki kipumittarista

TIESITKÖ, ETTÄ

KIPUA VOI LIEVITTÄÄ MYÖS ERILAISILLA MIELIKUVA- JA RENTOUTUSHARJOITUKSILLA, MUSIIKIN KUUNTELULLA, KYLMÄ- JA LÄMPÖHOIDOILLA, HIERONNALLA SEKÄ FYSIOTERAPIALLA?

6

HAAVAINFEKTION TUNNISTUS & HOITO

TUNNISTA INFEKTIO

Infektion paikallisoireita ovat

- punoitus
- turvotus
- kuumotus
- kosketusarkuus
- haavaeritteen paha haju
- vuotoherkkyyden lisääntyminen
- parantumisen hidastuminen
- haavan kasvaminen (syventyminen ja leventyminen).

Ehkäise tulehdusta aseptisella toiminnalla!

Infektoituneen haavan seuranta on tärkeää, ohjeista myös asiakasta seurantaan.

Konsultoi lääkäriä hoitosuunnitelman muuttamisesta.

HOIDA INFEKTOITUNUT HAAVA

Poista haavalta infektoitunut ja kuollut kudos.

Ota tarvittaessa bakteerviljelynäyte.

Huomio potilaan kipulääkitys ennen toimenpiteen aloittamista. Lievitä hoidosta aiheutuvaa kipua paikallisesti annosteltavalla puudutegeelillä tai -voiteella. Jos puudute on riittämätön, anna potilaalle kipulääke ennen haavanhoitoa.

TIESITKÖ, ETTÄ

INFEKTOITUNEEN HAAVAN BAKTEERIVILJELYNÄYTE OTETAAN KYRETILLÄ, EI PUMPULITIKULLA?

7

HAAVAN PUHDISTAMINEN

Haavanhoidon tärkein prosessi on haavan puhdistus. Puhdas haava mahdollistaa haavan epitelisoitumisen. Krooninen haava tarvitsee akuuttia haavaa useammin puhdistamista. Haavan puhdistus on kuolleen ja kontaminoituneen kudoksen poistamista.

Puhdista haava vedellä, keitosuolalla tai siihen tarkoitetulla puhdistusaineella. Mikäli haava on onkaloinen, sen puhdistaminen voi olla hankalaa. Onkalon puhdistus onnistuu käyttäen ruiskua ja naisten katetria apuna. Onkaloista haavaa huuhdellessa on kuitenkin huomioitava, että kaikki huuhtelemiseen käytettävä neste myös poistuu onkalosta.

Tämän jälkeen tehdään mekaaninen puhdistus esimerkiksi kyrettiä apuna käyttäen. Tarkoituksena on poistaa mahdollisimman paljon katetta sekä nekroosia, mikäli verisuonikirurgilta on siihen lupa. Hoitajan tulee olla aina varma siitä, mitä haavalta saa poistaa ja mitä ei.

TIESITKÖ, ETTÄ

- KYRETISSÄ VAIN RENKAAN TOINEN PUOLI ON TERÄVÄ
- ONKALOISEN HAAVAN SAA PUHDISTETTUA NAISTEN KATETRIA APUNA KÄYTTÄEN?

8

HAAVANHOITOTUOTTEIDEN LUOKITTELU JA KÄYTTÖ

TUOTE & KAUPPANIMET	OMINAISUUDET	KÄYTTÖ
ALGINAATTISIDOKSET Algisite M® -nauha/sidos Klion Kliniderm Alginate® -tuotteet Melgisorb® Comfeel SeaSorb Soft® -nauha/sidos Sorbalgon® 3M™ Tegaderm™ Alginate -nauha/sidos 	• valmistetaan ruskolevästä • geeliytyvät haavaeritteen vaikutuksesta muodostaen haavalle optimaalisen paranemisympäristön lievittäen samalla kipua • vähentävät haavakipua • edistävät haavan autolyyttistä puhdistumista • tyrehdyttävät verenvuotoa	• kohtalaisesti ja runsaasti erittäville kroonisille haavoille • EI tule käyttää kostuttamatta kuiville tai vähän erittäville haavoille eikä luun tai jänteen päälle • osa tuotteista tarvitsee kiinnityssidoksen • sidosvaihto n. 3–7 päivän välein
AKTIIVIHIILISIDOKSET CarboFlex® Carbonet® Lyofoam® C Askina® Carbosorb Vliwaktiv®	• sisältävät nimensä mukaisesti hiiltä, joka poistaa haavalta bakteerien ja hiivasienien aiheuttamaa pahaa hajua • hiili saattaa värjätä haavan ja haavaympäristön tummaksi	• vähän, kohtalaisesti tai runsaasti erittävät sekä pahanhajuiset haavat • sidoksia EI saa leikata • tarvitsevat kiinnityssidoksen • sidosvaihto ennen sidoksen läpi kastumista, sillä hiili menettää kastuessaan hajunpoistokykynsä
HYDROKOLLOIDIT Comfeel® jauhe/pasta Comfeel Plus® -tuotteet DuoDERM® E DuoDERM® E Border DuoDERM® Extra Thin DuoDERM® Mini DuoDERM® Standard DuoDERM® pasta Klinion Kliniderm Hydro® -tuotteet 3M™ Tegaderm™ hydrocolloid L-Mesitran Hydro® 	• geeliytyvät hyytelömäiseksi lämmön ja haavaeritteen vaikutuksesta ylläpitäen haavalla optimaalista paranemisympäristöä • vähentävät haavakipua • edistävät haavan autolyyttistä puhdistumista	• vähän tai kohtalaisesti erittäville fibriinikatteisille haavoille kaikissa haavan paranemisvaiheissa • EI tule käyttää infektoituneille haavoille eikä ruusun, vaskuliitin, iskeemisen tai diabeettisen jalkahaavan hoidossa • haavalevyn tulee ulottua 3 cm haavareunojen yli • sidosvaihto n. 3–7 päivän välein ennen haavaeritteen reunoille asti leviämistä
HYDROGEELIT Askina® Gel Elasto-Gel® Comfeel Purilon Geeli® DuoDERM hydrogeeli® IntraSite Gel® Hydrosorb® Hypergel® 3M™ Tegaderm™ hydrogeeli Multidex® geeli/jauhe ApoCure® hydrogeelisidos	• sisältävät runsaasti vettä • kosteuttavat haavaa ja edistävät haavan autolyyttistä puhdistumista • vähentävät haavakipua • voivat aiheuttaa haavareunojen maseroitumista • saatavilla sekä geelinä että geelilevyinä	• kuiville, vähän erittäville sekä katteisille haavoille tuomaan haavalle kosteutta ja irrottamaan kuollutta kudosta • EI suositella infektoituneille haavoille, eikä geelimäistä tuotetta tule käyttää tukisidoshoidon yhteydessä • geelilevyä EI saa leikata • geelisidoksen vaihto n. 3–7 ja geelin n. 1–3 päivän välein

TUOTE & KAUPPANIMET	OMINAISUUDET	KÄYTTÖ
HYDROFOBISET SIDOKSET Sorbact® gel Sorbact® sykerö Sorbact® kirurginen sidos Sorbact® haavanauha Sorbact® haavatyyny Sorbact® taitos 	• valmistetaan vihreästä rasvahappoesterillä käsitellystä puuvilla- tai asetaattikudoksesta • vettä hylkivän ominaisuutensa vuoksi sitoo itseensä bakteereja ja sieniä, jotka poistuvat haavalta sidosvaihdon yhteydessä	• kuiville, vähän tai runsaasti erittäville haavoille infektion ehkäisyyn ja hoitoon • tarvitsevat kiinnityssidoksen, kirurgista sidosta lukuun ottamatta • sidoksen vaikutus on parhaimmillaan asetettuna suoraan haavapintaa vasten • öljyjen ja voiteiden samanaikainen käyttö voi heikentää sidoksen tehoa
HYDROFIBER-SIDOKSET Aquacell® nauha, Aquacell® Hydrofiber® sidos 	• geeliytyvät haavaeritteen vaikutuksesta ylläpitäen haavalla optimaalista paranemisympäristöä • edistävät haavan autolyyttistä puhdistumista • vähentävät haavakipua • haavaerite imeytyy sidokseen ylöspäin, joten sidoksen voi asettaa kuivalle iholle ilman maseroitumisriskiä	• sopivat kaikenlaisille haavoille missä tahansa haavan paranemisvaiheessa • erityisen hyvin sopivat kohtalaisesti tai runsaasti erittäville sekä infektoituneille haavoille • kostutettuna voi käyttää kuiville haavoille kosteutta tuomaan • sidosvaihto n. 3–5 päivän välein
HOPEASIDOKSET Acticoat® Allevyn Ag® Melgisorb® Ag Mepilex® Ag PolyMax Silver® PolyMem® Silver PolyWic Silver® Biatain Ag Aquacell® Ag nauha/sidos 	• sisältävät nimensä mukaisesti hopeaa eri muodoissa • hopealla on antimikrobinen vaikutus, se estää bakteerikasvua ja tappaa haavalta sieniä ja bakteereja, myös moniresistenttejä kantoja • kastuessaan hopea saattaa värjätä haavan tai haavaympäristön tummaksi	• infektoituneille ja kontaminoituneille haavoille hoitamaan ja ehkäisemään infektioita • kuuriluontoinen käyttö suotavaa
POLYURETAANIKALVOT Askina Derm® Hydrofilm®, Episil Klinion Kliniderm Film® Mepore® Film OpSite Flexifix® OpSite Flexigrid® 3M™ Tegaderm™ haavakalvo	• puoliläpäiseviä, ohuita ja hengittäviä haavakalvoja, jotka kiinnittyvät itsestään • suojaavat haavaa kastumiselta ja mikrobeilta • ylläpitävät haavan kosteutta	• pinnallisille ja vähän erittäville haavoille • Ei sovi käytettäväksi infektoituneille haavoille eikä luun tai jänteen päälle ensimmäiseksi sidokseksi • sidosvaihto tarvittaessa, haavakalvo voi olla paikallaan parista päivästä jopa pariin viikkoon
POLYURETAANIVAAHDOT Allevyn -tuotteet, Biatain® Cavity 3M™ Tegaderm™ Foam Dressing Mepilex® Mepilex® Border Mepilex® Lite Perma Foam -tuotteet Suprasorb P® Kendall AMD® Antimicrobial Foam Dressing 	• valmistetaan polyuretaanista • ylläpitävät optimaalista paranemisympäristöä haavalla	• vähän tai kohtalaisesti erittäville haavoille kuten säärihaavojen hoitoon, myös tukisidoshoidon yhteydessä • imevät haavaeritettä vaakasuunnassa, sidosvaihto tulee tehdä ennen kuin haavaerite ulottuu reunalle asti • sidosvaihto n. 3–5 päivän välein

TUOTE & KAUPPANIMET	OMINAISUUDET	KÄYTTÖ
POLYSAKKARIDIVALMISTEET Iodosorb® puuteri, Iodosorb® voide, Iodosorb® voideside	• antimikrobista jodia sisältäviä haavanhoitotuotteita • haavalle laitettaessa aiheuttavat usein kipua, joka on merkki haavan puhdistumisen alkamisesta (loppuu tavallisesti tunnin kuluessa)	• erittäville, katteisille tai infektoituneille haavoille, erityisen hyvin sopivat kroonisille laskimo- ja valtimohaavoille • kuuriluontoinen käyttö suositeltavaa • kuivuessaan jodi menettää tehonsa • EI sovi jodiallergikoille eikä kilpirauhasen toimintahäiriöistä kärsiville
HUNAJAVOIDE Activon Tube Medical Honey MediHoney® Wound Gel L-Mesitran® 	• sokerin ja veden lisäksi lääketieteellinen hunaja sisältää muun muassa haavan paranemista edistävää sinkkiä ja C-vitamiinia • muuttaa haavan happamuutta bakteereille epäsuotuisaksi ja tuhoaa haavalta bakteereja kuivuttamalla niitä, tehoaa myös moniresistentteihin kantoihin • pehmittää katetta ja nekroosia, poistaa hajuja ja lievittää kipua	• kaikenlaisille haavoille, erityisesti kroonisille ja infektoituneille haavoille • hoidon aluksi haavaeritys lisääntyy, joten haavan ympärysihon suojaamiseen tulee kiinnittää huomiota • EI suositella mehiläisen pistoille allergisille anafylaksiariskin takia • diabeetikoille käytettäessä verensokeriarvoja olisi hyvä seurata tavallista tiheämmin • tarvitsee peittosidoksen
PIHKAVOIDE Abilar PIHQA kuusenpihkavoide Rönnin pihkasalva	• valmistettu yhdistämällä kotimaista kuusenpihkaa voidepohjaan • edistää haavan parantumista ja ihon uusiutumista • antimikrobinen vaikutus, myös moniresistentteihin kantoihin	• kaikenlaisille avoimille haavoille missä tahansa haavan paranemisvaiheessa • erityisen hyvin toimii kontaminoituneilla, infektoituneilla sekä nekroottisilla haavoilla • toimii myös sienihaavoilla • EI tule käyttää hartsiallergikoille • tarvitsee peittosidoksen

TIESITKÖ, ETTÄ

MIKÄLI SIDOKSEN POIS OTTO AIHEUTTAA VERENVUOTOA, VAURIOITA HAAVASSA TAI SEN YMPÄRISTÖSSÄ TAI MIKÄLI JOUDUT KASTELEMAAN SIDOSTA ENNEN SEN POIS OTTAMISTA, SIDOKSEN VALINTAA TULISI HARKITA UUDELLEEN?

9

KIRJAAMINEN

ARVIOI SILMÄILEMÄLLÄ

- missä haava sijaitsee
- minkä kokoinen haava on (mittaa tarvittaessa)
- onko tulehduksen merkkejä (kuumotus, punoitus, turvotus)
- miltä haava näytti ennen sekä jälkeen puhdistuksen
- erittääkö haava (kerro myös määrä + laatu, esim. veri tai kudosneste)
- miltä ympäröivä iho näyttää

HAVAINNOI MYÖS

- haju
- kipu
- hoidon tulos parantunut/ennallaan/huonontunut

TOIMENPIDE

- mitä teit haavalle, saitko mahdollista katetta poistettua
- mitä tuotteita käytit
- koska seuraava hoito

ESIMERKKIKIRJAUS:

Arvio: Vasemman säären haava erittänyt hieman kudosnestettä, päällimmäisessä sidoksessa kuultovuotoa. Haava paikoitellen katteinen. Ei hajua tai infektion merkkejä. Ympäröivä iho siisti.

Toimenpide: haava puhdistettu taitoksilla ja suolaliuoksella, laitettu puudutegeeli ja annettu hetki vaikutta. Rengasveitsellä poistettu katetta ja saatu haava lähes puhtaaksi. Haavalle laitettu aquacel + taitokset, kiinnitys sideharsolla.

Suunnitelma: seuraava haavanhoito XX.XX.XXXX

Kuvaaminen osana kirjaamista

- mittanauha viereen
- selkeä kuva, pitää tunnistaa missä haava sijaitsee
- helppo verrata aikaisempaan
- etäkonsultaation apuna
- pelkkä kuva ei riitä kirjaamiseksi!

TIESITKÖ, ETTÄ

HAAVANHOIDON KIRJAAMINEN ON OMAN OIKEUSTURVASIKIN KANNALTA TÄRKEÄÄ?

10

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. (2013). Kliininen hoitotyö; Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Berg, L. (2014). Kivun lievitys ja pintapuudutteiden käyttö haavanhoidossa. Haava 17(3), 22–24.

Briggs, M., Ferris, F., Glynn, C., Harding, K., Hofman, D., Hollinworth, H., Krasner, D., Lindholm, C., Moffatt, C., Price, P., Romanelli, M., Sibbald, G., Stacey, M. & Téot, L. (2004). Parhaan hoitokäytännön periaatteet: Kivun minimointi haavanhoitotoimenpiteiden yhteydessä. Konsensusdokumentti. Lontoo: MEP Ltd.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. (2013). Etelä-Savon sairaanhoitopiirin haavanhoito-opas.Haettu 15.9.2017 osoitteesta http://docplayer.fi/7171055-Etela-savon-sairaanhoitopiirin-haavanhoito-opas-esshp-fi.html

Hietanen, H. (2012). Haavan paikallishoitoon käytettävät tuotteet. Teoksesta V. Juutilainen & H. Hietanen (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 136–167.

Iivanainen, A. & Seppänen, S. (2009). Vulnus Fennica. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. (2016). Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Juutilainen, V. (2012). Haavanhoidon osatekijät. Teoksesta V. Juutilainen & H. Hietanen (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 77–82.

Kallio, H. (2011). Ohjeita haavapotilaiden hoitoon. Haettu 15.9.2017 osoitteesta http://docplayer.fi/7972511-Ohjeita-haavapotilaiden-hoitoon.html

Kallio, H. (2015). Infektoituneen haavan paikallishoito. Haava 18(1), 24–27.

Kanerva, M. & Tenhunen, E. (2012). Haavainfektio ja sairaalahygieeniset näkökohdat. Teoksesta V. Juutilainen & H. Hietanen (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 100–123.

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

Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus. (2017). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 30.5.2017 osoitteesta http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50058

Stewart, J., McGrane, O. & Wedmore, I. (2014). Wound Care in the Wilderness: Is There Evidence for Honey? Haettu 2.10.2017 osoitteesta http://www.wemjournal.org/article/S1080-6032(13)00247-0/pdf

Suomen Haavahoitoyhdistys ry (2011). Avoimen haavan VPKM-väriluokitus helpperi. Haettu 22.09.2017 osoitteesta https://www.shhy.fi/site/assets/files/1041/avoimen_haavan_helpperi.pdf

Tolvanen, R. (2011). Sairaanhoitajan tietokannat; Avoimen haavan arviointi. Haettu 22.09.2017 osoitteesta http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti

Vikatmaa, P. (2012). Verenkiertoperäinen alaraajahaava. Teoksessa V. Juutilainen & H. Hietanen (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 266–297.

Virkki, P. (2012a). Hunajahoito. Teoksessa V. Juutilainen & H. Hietanen (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 156–157.

Virkki, P. (2012b). Pihkahoito. Teoksessa V. Juutilainen & H. Hietanen (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 157–158.

Virkki, P. (2012c). Haavanhoidon rakenteinen kirjaaminen. Teoksesta V. Juutilainen & H. Hietanen (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 71–74.

2017

HAMK
HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU
HÄME UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPAS PERUSTUU HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULUN HOITOTYÖN OPINNÄYTETYÖHÖN

ALIISA KANGAS | JENNY LEHTONEN | KATJA RISKI