



Aseptiikka ja infektioiden ehkäisy pientoimenpiteissä

Teemu Hänninen

Kati Jokio

Opinnäytetyö, AMK

Helmikuu 2023

Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma (AMK)

Hänninen Teemu & Jokio Kati

Aseptiikka ja infektioiden ehkäisy pientoimenpiteissä

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. **Helmikuu 2023**, 44 sivua.

Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö AMK.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

Tiivistelmä

Opinnäytetyömme on tutkimuksellinen kehittämistyö, jonka tarkoituksena oli tuottaa Järvenpään terveysasemalle yhtenäiset, näyttöön perustuvat toimintatavat pientoimenpiteissä avustamiseen. Työhömmme sisältävät kuvakortit, joiden avulla hoitajien on helppo valmistautua avustamaan pientoimenpiteissä. Yhtenäistämällä työtapoja pyrimme lisäämään potilasturvallisuutta ja hoidon tasalaatuisuutta. Opinnäytetyömme kuvakortteja on mahdollista hyödyntää myös uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Hyvällä perehdytyksellä vähennetään virheitä ja riskejä.

Opinnäytetyömme tieteellisessä osuudessa tarkastelimme aseptiikan merkitystä infektioiden torjunnassa. Opinnäytetyöhön valikoitu aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisältöanalyysin tyyliä mukaillen. Rajasimme opinnäytetyömme koskemaan niitä pienkirurgisia toimenpiteitä, joita yleisimmin tehdään Järvenpään terveysasemalla. Opinnäytetyössä käsitelimme pinnallisen tuumorin poistoa ja näytepalan ottoa, ihon sulkua, kiilaeksisioa eli osakynnen poistoa, aterooman poistoa ja peräpukamien poistoa.

Opinnäytetyömme keskeisenä tuotoksena on ohjevihko, joka sisältää kuvalliset ohjeet. Ohjevihkolla yhtenäistetään toimintatapoja pientoimenpiteiden valmisteluissa ja avustamisessa Järvenpään terveysasemalla. Kuvakortteja on mahdollista hyödyntää myös uusien työntekijöiden perehdytyksen tukena.

Hyvällä aseptiikalla ja käsihygienialla voidaan ennaltaehkäistä tehokkaasti hoitoon liittyviä infektioita. Aseptiikan toteutuminen työssä on seurausta pienistä päivittäisistä valinnoista, joilla on suuri vaikutus potilasturvallisuuteen. Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista selvittää, ovatko ohjekortit yhtenäistäneet hoitajien toimintatapoja ja tätä kautta lisänneet potilasturvallisuutta.

Avainsanat (asiasanat)

Aseptiikka, infektio, sairaanhoitaja, terveysasema.

Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)

-

Jokio Kati & Hänninen Teemu

Aseptiikka ja infektioiden ehkäisy pientoimenpiteissä

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, February 2023, 44 pages.

Degree Programme in Nursing.

Permission for open access publication: Yes

Language of publication: Finnish

Abstract

Our thesis is a development work whose purposes are uniform and evidence-based procedures when assisting with small procedures at the Järvenpää health center.

Picture cards are included in our work. These cards make it easy for the nurses to prepare for a minor procedure.

By unifying working methods, we also aim to increase patient safety and uniformity of treatment.

It is also possible to use the picture cards in the orientation of a new employee.

Risks and errors are reduced due to good familiarization.

In the scientific part of our thesis, we examined the importance of asepsis in the fight against infections. The material which was selected for our thesis was analyzed according to the style of material-oriented content analysis.

Our thesis is limited to the minor surgical procedures that are performed at the Järvenpää health center such as superficial tumor removal, skin biopsy, saturation, nail partial removal, atheroma removal and hemorrhoids removal.

The key result of our thesis was an instruction book which contains pictorial instructions.

This instruction booklet can be used to unify operating methods in the preparation and assistance of minor procedures at the health center in Järvenpää. The instruction booklet can be also used in the orientation of new employees.

Good asepsis and hand hygiene can effectively prevent treatment-related infections. The realization of asepsis at work is the result of small daily choices. All of this can have a major impact on patient safety.

It would be interesting to find out as a follow-up study whether the instruction cards have unified the operating methods of nurses and therefore increased patient safety.

Keywords/tags (subjects)

Asepsis, infection, health center.

Miscellaneous (Confidential information)

-

Sisältö

1	Johdanto	2
2	Aseptiikka pientoimenpiteissä	2
2.1	Aseptiikka	3
2.2	Käsihygienia hoitotyössä	4
2.3	Instrumentit pientoimenpiteissä	6
2.4	Steriilin pöydän valmistelu	7
2.5	Leikkausalueen desinfektio	7
3	Pientoimenpiteet Järvenpään terveysasemalla	9
3.1	Ihon sulku eli suturaatio	9
3.2	Pinnallisen tuumorin poisto ja näytepalan otto	11
3.2.1	Kontraindikaatio, varotoimenpiteet ja toimenpide	12
3.2.2	Jälkihoito ja ohjaus	13
3.3	Sisään kasvanut kynsi ja kiilaeksisio	13
3.4	Aterooman eli epidermaalisen kystan poisto	17
3.5	Peräpukaman poisto eli Barronin ligatuura	18
4	Kehittämistyön tarkoitus	20
5	Tutkimuksen toteutus	20
5.1	Aineiston keruu	21
5.2	Aineiston analyysi	21
6	Tulokset	23
6.1	Aseptiikka	23
6.2	Käsihygienia	24
6.3	Hoitoon liittyvät infektiot ja niiden vaikutukset	24
7	Pohdinta	25
7.1	Luotettavuus	25
7.2	Eettisyys	26
7.3	Keskeisten tulosten tarkastelu suhteessa alkuosan teoreettiseen viitekehykseen	27
7.4	Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset	28
	Lähteet	29
	Liitteet	33
	Liite 1. Tiedonhakutaulukko	33
	Liite 2. Kansion toimintaohjeet	34

1 Johdanto

Opinnäytetyömme aiheena on Järvenpään terveysasemalla tehtävät pientoimenpiteet ja niissä avustaminen hoitajan näkökulmasta. Terveysasemalla ei ole käytössä yhtenäistä toimintatapaa, eikä kirjallisia ohjeita pientoimenpiteissä avustamista varten. Potilasturvallisuus sekä laatu taataan sujuvalla toiminnalla, sekä käyttämällä yhteneviä työtapoja (Potilasturvallisuus opas 2011).

Hoitajan toimenkuvaan kuuluu toimenpiteiden valmistelu, sekä niissä avustaminen. Hänen tulee myös olla tietoinen toimenpiteen kulusta ja tarvittaessa tutustua toimenpiteeseen edeltävästi. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2019, 129.) Hyvällä perehdytyksellä voidaan myös viestiä työyhteisön ja työnantajan ammattitaidosta. Jokaisella on oikeus perehdytykseen, myös työtehtävien muuttuessa (Perusasiat kuntoon työpaikalla Nd).

Opinnäytetyömme tavoitteena oli tuottaa kuvalliset ohjauskortit, joita voidaan hyödyntää perehdytyksessä pientoimenpiteissä avustamiseen. Hoitajat voivat hyödyntää opinnäytetyön ohjauskortteja myös oman työnsä tukena. Kun toimenpiteissä tarvittavat instrumentit sekä toimintatavat ovat henkilökunnan tiedossa, sekä helposti kerrattavissa, voidaan taata potilaille tasalaatuinen hoito ja vähentää hoitovirheiden tapahtumista.

Toteutimme opinnäytetyömme näyttöön perustuvan tutkimuksen pohjalta. Menetelmäksi valitsimme kirjallisuuskatsauksen. Tiedonhakua rajasimme julkaisuajankohdan ja lähteen luotettavuuden mukaan.

Rajasimme opinnäytetyön pientoimenpiteet Järvenpään terveysasemalla tehtäviin toimenpiteisiin. Ohjauskortteja on kuitenkin mahdollista hyödyntää myös muissa vastaavissa yksiköissä. Pientoimenpiteitä suoritetaan valtakunnallisesti perusterveydenhuollossa ympäri Suomea. Opinnäytetyötämme hyödyntäessä on tärkeää kuitenkin huomioida paikalliset ohjeistukset ja toimintatavat.

2 Aseptiikka pientoimenpiteissä

Kirurgisia pientoimenpiteitä toteutetaan pääosin polikliinisesti, perusterveydenhuollossa tai sairaalassa. Usein toimenpiteet ovat ennalta suunniteltuja ja tehdään ajanvarauksella, mutta toimenpiteitä voidaan toteuttaa tilanteen vaatiessa myös päivystyksellisesti. Useissa yksiköissä

toimenpidepäivinä toteutetaan suunnitellusti ihomuutosten, luomien sekä ateroomien poistoja. Päivystyksellisiä toimenpiteitä ovat esimerkiksi haavan suturaatio. (Kääriäinen 2017, 8–9.)

Hoitajan tehtävänä on myös potilaan valmistelu, tilan varaaminen, ympäristön huomioiminen, sekä tarvittavien välineiden varaaminen. Pientoimenpiteissä korostuu hoitajan aseptinen osaaminen sekä aseptinen omatunto. Toimenpiteeseen valmistautuminen alkaa sopivan tilan varaamisella. Hoitaja huolehtii myös siitä että, huone on siisti, roska-astiat ovat tyhjennetty, valaistus on toimiva ja tarvittavat välineet ovat saatavilla. Terveyskeskuksessa käytössä on toimenpidehuone, mutta tarvittaessa myös vastaanottohuoneessa voidaan tehdä pientoimenpiteitä. Huomioitava on kuitenkin, ettei toimenpiteitä ole hyvä suorittaa 1–2 tunnin sisällä siitä, kun huoneessa on suoritettu siivous. Hoitaja vastaanottaa potilaan ja käy hänen kanssaan läpi toimenpiteen kulun ja varmistaa että potilas on riittävän tietoinen, miksi toimenpide tehdään. Potilaalla on mahdollisuus kysyä ja keskustella asiasta. (Kääriäinen 2017, 8–9.)

Työssämme keskitymme suunnitellusti tehtäviin pientoimenpiteisiin, joita tehdään Järvenpään terveyskeskuksen avovastaanotolla. Näissä toimenpiteissä sairaanhoitajan roolina on valmistella toimenpidehuone ja valmistautua itse avustamaan toimenpiteessä. Hoitajan tulee olla tietoinen toimienpiteen kulusta ja siihen tarvittavista instrumenteista, joiden esille laittaminen on hänen tehtävänsä (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2019, 129).

2.1 Aseptiikka

Aseptinen toimintatapa tarkoittaa kaikkia niitä toimenpiteitä, joilla pyritään ehkäisemään mikrobin leviäminen ja infektioiden syntyminen. Pientoimenpiteissä aseptinen toimintatapa näkyy varotoimien, käsihygienian, hyvän henkilökohtaisen hygienian tärkeyden ymmärtämisenä ja niiden huolellisena noudattamisena. Työ- ja suojavaatteilla estetään vaatteiden likaantuminen, suojaudutaan eritteiltä ja estetään näin infektioiden leviäminen. (Karhumäki & Kerttula 2018, 441–442.)

Pientoimenpiteissä aseptiikan merkitys on suuri potilasturvallisuuden näkökulmasta. Hyvällä aseptiikalla ja yhtenäisillä toimintatavoilla pyritään estämään infektioiden synty ja toimenpiteestä palautuminen on turvallista ja nopeaa. Aseptiikka toimenpiteissä tarkoittaa kaikkia niitä toimintatapoja, joilla ehkäistään infektioiden syntymistä. Infektion syntyminen pientoimenpiteissä on seurausta ihmisestä toiseen tapahtuvasta taudinaiheuttajan siirtymisestä. Tartunnanaiheuttajia

ovat mikrobit ja niitä on erilaisia, kuten virukset, sienet, parasiitit, bakteerit ja prionit. Tartunta-
portteina infektiossa voivat toimia pintoimenpiteissä syntyvät haavat tai potilaan ihorikko. Siksi
infektioiden ehkäisemisessä korostuu hyvä aseptiikka toimenpiteisiin valmistautuessa ja itse toi-
menpiteen aikana. Riskinä infektiolle voivat olla kontaminoituneet instrumentit, pisaratartunta,
huono käsihygienia tai suojavälineiden käytön puute. Suojavälineiden oikeaoppinen käyttäminen
suojaa potilaan lisäksi myös hoitajaa mahdollisilta tartunnoilta. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013,
78–102.)

Aseptinen toiminta alkaa henkilökunnan henkilökohtaisen hygienian hoidosta. Työasu tulee vaih-
taa päivittäin sekä tarvittaessa myös päivän aikana. Käsikoruja, kelloja, kynsilakkaa tai sormuksia ei
käytetä. Kynnet pidetään lyhyenä ja siisteinä. Huomiota on kiinnitettävä oikea aikaiseen käsihygie-
niaan ja hyvään tekniikkaan. Aseptiikan toteutuminen vaatii oikean toimintajärjestyksen. (Infekti-
oiden torjunta leikkausosastolla 2021.)

Hengityssuojaimella on mahdollista ehkäistä infektiota tehokkaasti. Kirurginen suu- nenäsuojus
estää pisaroiden pääsyn työntekijästä steriilille alueelle, haavaan tai potilaaseen. Samalla suojus
suoja myös työntekijää potilaan eritteiltä. Suojusta tulee käyttää aina toimenpiteissä, avoimen
haavan läheisyydessä ja ihoa desinfioitaessa. Suojus on kertakäyttöinen, toimenpide- ja potilas-
kohtainen, eikä suoja ilmaitse tarttumilta taudeilta. (Infektioiden torjunta leikkausosastolla
2021.)

2.2 Käsihygienia hoitotyössä

Hoitoon liittyvät infektiot aiheuttavat kuolemien lisäksi pysyviä haittoja, jotka voivat vaikuttaa työ-
kykyyn tai muuten heikentää merkittävästi elämänlaatua. Joidenkin arvioiden mukaan hoitoon liit-
tyvät infektiot aiheuttavat Suomessa vuosittain 200–500 miljoonan euron kustannukset ja aiheut-
taa 750 ennenikäistä kuolemaa potilaille, joilla ei ole ollut välittömästi henkeä uhkaavaa
sairautta. Valtaosa hoitoon liittyvistä infektiosta on mahdollista ennaltaehkäistä tehokkailla tor-
juntatoimilla. (Infektioiden torjunta 2018.)

Tavallisimmin mikrobit leviävät kosketustartuntana käsien välityksellä. Hyvällä käsihygienialla voi-
daan katkaista tämä tartuntatie. Käsihygienian keskeisin tavoite on hävittää käsistä väliaikainen
mikrobista alkoholipohjaisella käsihuuhteella, jotta mikrobit eivät pääse leviämään

potilaskosketusten välillä. Kynnet tulee pitää lyhyenä, eikä kelloja, koruja tai kynsilakkaa tule käyttää hoitotyössä. Korut ja kellot ovat oivallisia paikkoja kosteuden ja lian kerääntymiselle ja tämän vuoksi ovat oivallinen kasvualusta mikrobeille. Alkoholipohjaista käsihuuhdetta tulee käyttää aina ennen potilaskosketusta ja aseptista toimenpidettä, sekä välittömästi potilaskosketuksen jälkeen. Käsihuuhdetta käytetään myös aina ennen suojakäsineiden pukemista ja käsineiden riisumisen jälkeen, sekä mentäessä potilaan hoitoympäristöön ja sieltä poistuttaessa. Alkoholipitoista käsihuuhdetta tulee ottaa riittävästi n. 3 ml (2 painallusta). Se hierotaan kuiviin käsiin tarkasti, varsinkin sormenpäihin ja peukaloon niin pitkään, kunnes kädet ovat täysin kuivat. (Infektioiden torjunta 2018.)

Suojakäsineiden oikealla käytöllä pyritään vähentämään käsien kautta siirtyvien mikrobien määrää, sekä vähentämään vaaraa veritartunnalle. Suojakäsineiden desinfiointi on kielletty ja ne ovat aina kertakäyttöisiä. Suojakäsineitä ei tule käyttää potilashuoneen ulkopuolella, eikä potilaan tervettä ihoa koskettaessa, vaan silloin riittää käsien desinfektio. Käsineitä ei tule käyttää potilaan kuljetuksessa, tietokoneella kirjoittaessa tai potilaan tavaroihin koskettaessa. Tehdaspuhtaita hanskoja käytetään, kun ollaan kosketuksessa limakalvoihin, vereen, eritteisiin, rikkinäiseen ihoon tai, kun on vaarana, että kädet likaantuvat eritteillä esimerkiksi perifeeristä kanyyliä laitettaessa. Suojakäsineet vaihdetaan aina kun siirrytään likaiselta alueelta puhtaammalle. Steriilejä suojakäsineitä käytetään kaikissa leikkauksissa, vaativissa invasiivissa toimenpiteissä sekä tuoreen alle vuorokauden ikäisen haavan hoidossa ja vaativissa pientoimenpiteissä. (Infektioiden torjunta 2018.)

Käsihygienian vaikuttavuudesta ehkäistä hoitoon liittyviä infektioita on vahvaa tutkimusnäyttöä. Käsihygienian noudattamisessa on lopulta kyse opitusta toiminnasta, jota toistetaan useita kertoja työvuorojen aikana. Käsihygieniaan liittyvien ohjeiden noudattaminen on taidollista ja eettistä ammattitaitoa ja osa hyvää hoitamista. Käsihygienian korostaminen terveydenhuollossa on välttämätöntä, sillä hyvä käsihygienia ei toteudu terveydenhuollossa riittävällä tasolla. (Korhonen, Ojanperä, Järvinen, Puhto, Syrjälä, Lukkarila & Holopainen 2020.)

Muun muassa Rintalan ja Laurikaisen (2014) mukaan hoitohenkilökunnasta vain n. 40 % toteuttivat ohjeistuksen mukaista käsien desinfektioita. Puutteita havaittiin niin teknisessä toteutuksessa, kuin käytetyn ajan pituudessa. (Rintala, Laurikainen, Kaarto & Routamaa 2014.)

Käsihygienialla voidaan vaikuttaa kaikkiin hoitotyön toimintoihin, hoidon lopputulokseen, henkilökunnan työturvallisuuteen ja hoidon kustannuksiin, joten sen täytyy toteutua jokaisessa potilas-kontaktissa. Vahva ja yhdenmukainen tutkimusnäyttö osoittaa käsihygienian olevan kustannustehokas ja vaikuttava keino laadukkaan hoidon ja turvallisuuden varmistamiseksi. (WHO Guidelines On Hand Hygiene In Health Care 2009.)

2.3 Instrumentit pientoimenpiteissä

Pientoimenpiteet toteutetaan pääosin polikliinisesti, sekä sairaaloissa että terveyskeskuksissa. Toimenpiteet voivat olla sekä suunniteltuja, että päivystyksellisiä. Tavallisin suunniteltu toimenpide on luomen tai ihomuutoksen poisto. Tämänkaltaisia toimenpiteitä varten on terveyskeskuksessa valmiiksi koottuja suturaatiosettejä, jos näin ei ole, kootaan tarvittavat instrumentit hoitajan toimesta erikseen. (Kääriäinen 2017, 8.)

Toimenpiteissä käytettäviä perusvälineitä on: steriili liina, steriilit taitokset, veitsi, pinsetit eli atulat, saksen ja neulankuljetin. Steriilillä liinalla suojataan ihon pesun jälkeen operoitavan alueen ympäristö eli rajataan toimenpidealue. Veistä käytetään ihomuutoksen poistamiseen tai haavan reunojen siistimiseen. Nykyään käytössä on pääosin kertakäyttöiset veitset, joita on olemassa erilaisilla terillä, veitsi valitaan käyttötarkoituksen mukaan. (Kääriäinen 2017, 8.)

Ihomuutoksia voidaan poistaa myös stanssilla, jolloin saadaan tarkkarajainen, mahdollisimman pieni näyte diagnostiikkaa varten (Setälä, Kemppainen, Virolainen & Närkiö 2012). Pinsettejä eli atuloita on useita eri kokoja anatomisilla- sekä kirurgisilla kärjillä varustettuja. Anatomiset kärjet ovat sileitä ja kirurgiset pienillä hampailla varustettuja. Suturoidessa käytetään usein siroja kirurgisia atuloita, joilla tartutaan kiinni ihon reunaan. Neulankuljetin on saksimainen instrumentti, jonka lukkiutuvalla kärjellä tartutaan kiinni neulasta. Neulaa käsitellään aina instrumentin avulla pistotapaturmien välttämiseksi. Saksia käytetään toimenpiteiden aikana pääosin kahteen eri tarkoitukseen. Preparoimiseen sekä lankojen katkaisemiseen, eli toimenpiteessä on käytössä useimmat saksen. Saksia on useita eri mallisia, kärjet voivat olla suorat tai käyrät, preparoimisessa käytetään usein pienempiä saksia, joissa on tylpät kärjet. Lankojen katkaisussa käytössä usein on tukevamat saksen. (Kääriäinen 2017, 12.)

2.4 Steriilin pöydän valmistelu

Invasiivisissä eli toimenpiteissä, joissa potilaan iho lävistetään, käytetään steriiliä pöytää. Steriili pöytä valmistellaan juuri ennen toimenpidettä toimenpidehuoneessa. Pöydälle varataan toimenpiteessä tarvittavat välineet, jotka saattavat olla valmiina setteinä, kuten suturaatiovälineet. Näiden lisäksi toimenpiteissä käytetään myös muita välineitä kuten taitoksia, ommellankaa ja saksia. Tärkeää on huomioida, että steriileitä välineitä käsitellään ainoastaan steriileillä hanskoilla tai vaihtoehtoisesti steriileillä instrumenteilla kuten pihdeillä. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2019, 130.)

Similä (2018) nostaa esille, ettei pöytää ole tarve puhdistaa erikseen, jos se on ollut tavanomaisessa käytössä, eikä ole likaantunut. Steriilisti toimittaessa, jos ei ole varmuutta onko tuote steriili, sitä pidetään epästeriilinä. Tärkeää on aina tarkistaa tuotteiden päiväykset, jos ne ovat ylittyneet ei voida taata steriiliyttä. (Similä, 2018.)

Steriilin pöydän teossa hoitaja desinfioi aluksi kätensä ja puhdistaa tarvittaessa toimenpidepöydän denaturoidulla alkoholilla. Hoitaja varaa toimenpidettä varten tarvittavat välineet, mukaan lukien steriilit hanskat kaikille toimenpiteeseen osallistuville, ja avaa steriilit pakkaukset apupöydälle siten, että näistä voidaan instrumentit nostaa toimenpidepöydälle. Pöydälle tuleva steriili liinapakkaus avataan ja tämän jälkeen desinfioidaan kädet ja puetaan steriilit käsineet. Seuraavaksi steriili liina levitetään toimenpidepöydälle siten että se aukeaa itsestään pois päin, vältetään pöydän yli tai päälle kurkottamista ja huomioidaan oma liikkuminen. Tämän jälkeen asetellaan toimenpiteessä käytettävät välineet pöydälle. Tärkeää on huomioida steriiliyden säilyminen, pakkausten ulkopinta sekä reunat ovat epästeriilejä, tämä on huomioitava, kun välineitä siirretään steriilille pöydälle. Instrumentit asetellaan pöydälle siinä järjestyksessä, kun niitä oletetaan toimenpiteessä käytettävän. Jos toimenpidepöytä ei tule heti käyttöön, peitetään se steriilillä liinalla. (Rautava-Nurmi ym. 2019, 130.)

2.5 Leikkausalueen desinfektio

Ihodesinfektiossa käytetään denaturoitua 80 % alkoholia, kun kyseessä on invasiivinen toimenpide. Denaturoitua 80% alkoholia on käytettävissä kirkas tai vaihtoehtoisesti värillinen liuos. Jos toimenpidealue on limakalvoilla, käytetään steriiliä keittosuolaliuosta, kuten myös avohaavoilla

sekä palovammojen kohdalla. Jos toimenpide on kasvojen alueella, tulee desinfiointia tehdessä huolehtia, ettei ainetta pääse silmiin. Kasvojen alueella käytetään 10 % denaturoitua alkoholia. (Rautava-Nurmi ym. 2019, 131.)

Desinfiointia varten hoitaja varaa tehdaspuhtaan kaarimaljan tai pesupakkauksen, liuoskupin, pesusykeröt tai taitokset sekä suojakäsineet. Tarvittaessa ympäristö tulee suojata kroonikkosuojalla. Potilaan asennon tulee olla mahdollisimman mukava. Valaistus tarkistetaan ja suunnataan se kohti toimenpidealuetta. Toimenpide alue paljastetaan juuri ennen desinfiointia. Tämän jälkeen hoitaja desinfioi kätensä ja avaa pesupakkauksen tai vaihtoehtoisesti asettaa pesusykeröt tai taitokset kaarimaljaan tai liuoskuppiin, toimitaan aseptiikka huomioiden. Käytettävä pesuneste kaadetaan siten, ettei pullon suu kosketa ihodesinfektioitarvikkeita, nestettä tulee käyttää riittävästi, ei kuitenkaan liiaksi. Pesussa käytettävien sykeröiden/taitosten tulee kostua täysin. Tämän jälkeen hoitaja pukee tehdaspuhtaat hansikkaat tai vaihtoehtoisesti käyttää pesupihtejä. Jos toimenpide tehdään potilaan navan alueella, tulee napa puhdistaa huolella vanupuikkoja käyttäen. (Rautava-Nurmi ym. 2019, 131.)

Pesu aloitetaan aina oletetusta toimenpide kohdasta. Valumasuunta huomioiden pesu tehdään yhdensuuntaisia vetoja käyttäen ylhäältä alaspäin loitoten toimenpide kohdasta. Tärkeään on huomioida puhtaasta likaiseen sääntö, eli pesu tapahtuu aina puhtaasta likaiseen edeten, ellei alue ole infektoitunut. Jos desinfiointi alue on infektoitunut, toimitaan päinvastoin eli ajatellaan toimenpidekohdan olevan, likaisin ja edetään pesuissa reunoilta sisälle päin. Eli aseptiikka huomioiden puhtaasta likaiseen. Huomioitava on myös, ettei alueen yli kumarrella. Tai ojenneta asioita potilaan yli. Ensimmäisellä taitoksella puhdistetaan iho laajemmalla alueella ja taitos tipautetaan roskakoriin. Toisella lapulla toimitaan samoin, mutta aluetta pienennetään, puhtaalla lapulla ei enää kajota pesemättömälle alueelle. Pesu toistetaan vähintään kolme kertaa. Jos pesulappuja on vielä jäljellä, puhdistetaan lopuksi pelkkä toimenpide kohta. Tämän jälkeen poistetaan suojat ja tarkistetaan ettei ympäristö ole kastunut. Monikäyttöiset välineet siirretään pesuun ja kertakäyttöiset toimenpidevälineet roskakoriin. Tämän jälkeen hoitaja desinfioi kätensä. (Rautava-Nurmi ym. 2019, 131.)

3 Pientoimenpiteet Järvenpään terveysasemalla

3.1 Ihon sulkuriista eli suturaatio

Pientoimenpiteissä syntyvät haavat ovat puhtaita ja ne suljetaan mahdollisimman nopeasti opeeraation jälkeen ja näin ollen niitä voidaan kutsua puhtaiksi suoraan suljetuiksi haavoiksi. Haavan sulussa eli suturaatiossa käytetään sulamattomia eli resorboitumattomia lankoja, ompeloiden tullessa ihon pinnalle. Syvempien rakenteiden ompelussa käytetään sulavia eli resorboituvia ompeluita. Intradermaalaisia eli ihon alaisia ompeluita käytetään tarvittaessa lähentämään haavaa sekä vähentämään tähän kohdistuvaa kiristystä. Hoitaja varaa langan suljettavan ihoalueen mukaan. Mitä suurempi luku langassa on, sitä ohuempi lanka. Karkea jaottelu: jalkapohjan ja selän alue 2–0/3–0, vartalo 3–0/4–0 ja kasvojen alue 5–0/6–0. Ommeltyyppejä on useita, yksittäisommi eli knoppi on käytetyin ommeltyyppi pientoimenpiteissä, joissa haava on siisti ja steriili. (Kääriäinen 2017, 16.)

Puhdas haava, joka on suoraan suljettu, peitetään teipillä tai imevällä haavasidoksella. Haavateippi tukee haavan reunoja yhteen ja antaa mekaanisen suojan. Tämän lisäksi teippi suojaa ompeluita aukeamiselta sekä niiden tarttumista esimerkiksi pukeutuessa. Teippi antaa myös esteettisen suojan ja toimii myös arpihoitona. Teippiä käytetään vain silloin, jos haava on puhdas eikä epäillä infektiota, myös haavareunojen tulee olla terveet. Teippi saa olla haavalla ompeloiden poistoon asti. Teippi voidaan poistaa haavalta ennen tuota ajankohtaa, jos se kiristää, aiheuttaa ihon punoitusta, on likaantunut, irtoaa osin, sen alle on kertynyt kosteutta, tai haavaa on tarve puhdistaa. Teippi voidaan myös tarvittaessa vaihtaa. Haava pidetään sen sulkemisen jälkeen kuivana vuorokauden verran. Jos haavaa käsitellään vuorokauden sisään sen ompelemisesta, tulee se tehdä steriilisti. Toimenpidealueella ompeloiden juurella voi näkyä lievää turvotusta, punoitusta tai mustelmaisuutta. Tämä on normaalia ja kuuluu ihon paranemisvaiheeseen eli inflammatiovaiheeseen. Jos haavalle tulee kuumottavaa punoitusta, joka merkki infektiosta tai pinkeä verenpurkauma, tulee potilaan ottaa yhteyttä terveyskeskukseen. Haavaa saatetaan joutua avaamaan suunniteltua aiemmin, jotta veri tai mahdollinen märkäkertymä saadaan ulos. (Juutilainen & Hietanen 2018, 238–239)

Artikkelissaan likaisen haavan hoidosta, Juutilainen (2011) muistuttaa, että puhtaasta kirurgisesta jo suljetusta haavasta voi tulla likainen kudosvaurion, jonka bakteeritulehdus aiheuttaa vuoksi tai

haavaeritteiden myötä. Tämän vuoksi potilasta tulee ohjata seuraamaan mahdollisia tulehdusoireita kuten kumotusta haava alueella, haavan erittämistä, punoitusta, eritystä, kipua sekä hajua (Juutilainen 2011).

Sulamattomat ompeleet poistetaan 5-14vrk kuluttua, riippuen haavan sijainnista. Poistopäivän määrittelee lääkäri ja hoitaja varaa potilaalle ajan hoitajanvastaanotolle poistoa varten. (Kääriäinen 2017, 16.)

Ompeleiden poistossa käytetään pieniä kapeakärkisiä ompeleidenpoistosaksia tai poistoterää, joka on kertakäyttöinen. Lisäksi tarvitaan anatomiset atulat sekä taitoksia. Ommeltyypit poistetaan erilaisella tekniikalla siten, että yksittäinen ommel eli knoppi-ommel katkaistaan solmun juurelta ja atuloilla vedetään ommel ihosta yhtenä palana solmukohdasta kiinni pitäen. Patjaommel puolestaan poistetaan siten, että ommel katkaistaan haavan vastakkaiselta puolelta solmusta katsottuna ja atuloilla solmusta vetäen poistetaan ommel. Silmäluomiplastiassa käytetään jatkuvaa ihon sisäistä ommelta, joka on sulamaton. Tämä ommel poistetaan siten että se vedetään kokonaisena haavan päästä. Ihon päällä kulkeva jatkuva ommel poistetaan siten että lanka katkaistaan langat näkyvät osat ihon päältä ja atuloilla kiinni pitäen vedetään langan pätkät pois. Ompeleen ollessa lyhyt voidaan se katkaista keskeltä ja vetää langat molemmista päistä pois. Haavaa tulee tukea samanaikaisesti kevyesti, ettei se vetäytyisi kasaan. (Juutilainen & Hietanen 2018, 238-239)

Haava voidaan sulkea myös haavahakasilla. Näitä ei käytetä terveyskeskuksessa tehtävissä pientoimenpiteissä, mutta niiden poistaminen kuuluu hoitajan tehtäviin. Haavahakaset ovat metalliset ihon sulkuun tarkoitetut hakaset, jotka laitetaan ihoon kertakäyttöisellä laitteella. Näitä käytetään isommissa ihosuluissa. Hakasten poistossa käytetään niin ikään kertakäyttöistä instrumenttia, jonka alempi koukkumainen kärki ujutetaan hakasten alle ja instrumentin leuat puristetaan yhteen, jolloin hakanen taipuu keskeltä ja sen reunat nousevat ylös jolloin hakanen irtoaa atraumaattisesti ihosta. Jos hakanen on painunut syvälle ihoon tai se on taipunut vinoon voidaan poistossa käyttää kapeakärkisiä suonipuristimia eli crile nimistä instrumenttia. Niiden avulla voidaan hakasta avata siten että sen saa nostettua ylös ja poistettua siihen tarkoitetulla instrumentilla. (Juutilainen & Hietanen 2018, 240)

3.2 Pinnallisen tuumorin poisto ja näytepalan otto

Ihosityöpien yleistyminen, valistuskampanjat ja lisääntynyt tietoisuus ihosityöivistä ovat saaneet entistä useammat ihmiset hakeutumaan lääkärin vastaanotolle luomen poistoa varten. Tavallinen syy hakeutua lääkärin vastaanotolle on muuttunut tai jollakin tapaa häiritsevä iholuomi. Taustalla vaikuttaa usein pelko ihosityövästä (Koljonen & Ilmonen 2014). Valkoihoisen väestön yleisin syöpä onkin ihosityöpä, kun tyvisolusyövät lasketaan tilastoon mukaan. Suomessa diagnosoidaan vuosittain yli 12 000 ihosityöpää (Mauno 2020).

Keskiverto aikuisella on noin 50 hyvänlaatuista ihomuutosta, syntymämerkkiä tai pigmenttiluomea. Iholuomet kategorisoidaan synnynnäisiin ja hankinnaisiin luomiin. Synnynnäisillä luomilla tarkoitetaan luomia, jotka ovat olleet iholla syntymästä asti. Hankinnaisilla luomilla taas tarkoitetaan iholle myöhemmin ilmestyviä luomia. Hankinnaisten luomien lukumäärään vaikuttavat perinnöllisyys, sekä UV-säteilyn ja ihon palamiskertojen lukumäärä. Luomia muodostuu iholle noin 50 ikävuoteen asti, ja 70 ikävuoden jälkeen luomien määrä alkaa laskea. (Koljonen & Ilmonen 2014.)

50 ikävuoden jälkeen ihosityöpäriski lisääntyy ja melanoomat ovat lisääntynein ihosityöpäryhmä. Ihosityövän ensisijainen hoitomuoto on kirurginen poisto. Ihosityövän ja sen ensiasteiden tunnistamisessa perusterveydenhuollon lääkärit ovat etulinjassa. Kudosnäytteiden otto ja epäilyttävien ihomuutosten poisto ovat helppoja tapoja varmistaa ihomuutoksen laatu ja mahdollinen ihosityöpä. Ihosityöivistä suurin osa diagnosoidaan perusterveydenhuollossa. (Mauno 2020.)

Nykyisen tutkimustiedon valossa tiedetään ihosityöpien synnyssä kriittistä olevan auringon UV-säteilylle altistuminen. Myös runsasluomisuus altistaa erityisesti melanoomalle. Runsasluomisuudella tarkoitetaan yli 100 pigmenttiluomea kehossa. Runsasluominen potilas kannattaakin lähettää ihotautilääkärin arvioon iholuomien seurantaan kohonneen ihosityöpäriskin vuoksi. (Koljonen & Ilmonen 2014.)

Yhdistelmäluomet, joissa on pientä kirjavuutta ja ovat koholla ihosta, ovat usein hyvänlaatuisia, eivätkä näin ollen vaadi poistoa (Airola 2020). Toisaalta Vuola & Pakkanen (1993) toteavat poiston olevan tarpeen myös ulkonäöllisistä syistä sekä syövän pelosta.

3.2.1 Kontraindikaatio, varotoimenpiteet ja toimenpide

Ennen ihomuutoksen poistoa on selvitettävä, onko potilaalla käytössä verenohennuslääkettä tai käyttääkö hän muuta valmistetta, joka voisi lisätä verenvuoto riskiä ja onko hänellä puuduteaine allergiaa. Kontraindikaatioita eli vasta-aiheita toimenpiteelle olisi liian korkea INR-arvo, yli 3–3,5 tai allergia puudutteelle (Iisalo & Siroris 2017, 22-25). Myös aktiivinen tulehdus luomen välittömässä läheisyydessä tulee hoitaa ennen toimenpidettä (Koljonen & Ilmonen 2014). Aikuisten ihomuutokset poistetaan paikallispuudutuksessa, pienten lasten kohdalla voidaan käyttää yleisanestesiaa, tällöin operoidaan sairaalassa. Jokaisesta poistosta lähetetään näyte patologistaan anatomiseen tutkimukseen. (Iisalo & Siroris 2017, 22–25.) Myös Vuola & Pakkanen (1993) nostavat esille näytteen analysoinnin tarpeen, sillä melanooma saattaa esiintyä myös ihon värisenä.

Ihomuutoksen poistossa hoitajan tehtävänä on ensimmäisenä leikattavan alueen steriili pesu ja ympäristön peittely rengasliinalla. Ihon rikkominen kirurgisesti avaa aina infektioportin ja tämän vuoksi toimenpiteessä on syytä toimia steriilisti ja aseptisesti. Lääkäri puuduttaa leikattavan alueen paikallisesti, joten mahdollisiin paikallispuudutteen aiheuttamiin haittavaikutuksiin tulee olla varautunut. Komplikaatioista vaarallisin on anafylaktinen shokki, joka voi olla henkeä uhkaava tila. Tarvittavat varusteet ja välineet suonenesisäiseen nestehoitoon, ensiapuun ja elvytykseen on oltava saatavilla nopeasti, ja hoitajan, joka avustaa toimenpiteessä täytyy olla perehtynyt lääkkeiden ja välineiden käyttöön. (Koljonen & Ilmonen 2014.)

Ihonäytteiden otossa käytetään usein stanssia, joka on terävä työkalu, jolla saadaan otettua tarkkarajainen ihonäyte. Isomman alan poistossa taas käytetään veistä. Hoitajan tehtävänä on varata tarvittavat instrumentit. Lääkärin poistaessa ihoalueen hoitaja valmistautuu ottamalla esille formaldehydiliuos purkin, johon lääkäri antaa näytepalan. Terveyskeskuksessa tehtävät poistot ovat aina pieniä, jolloin näytteeksi valitaan koko poistettu ala. Lopuksi lääkäri sulkee haavan ja hoitaja varaa potilaalle ajan ompeluiden poistoon. Näytepurkkiin merkitään tarkasti näytteenotto paikka, jonka tulee olla sama kuin lääkärin tekstissä, aika, potilaan tiedot sekä operoineen lääkärin tiedot. Hoitaja huolehtii näytteen laboratorioon. Potilaan kanssa sovitaan miten, hänelle ilmoitetaan patologin vastauksesta. Vastauksen saaminen kestää 1–3 viikkoa. (Airola 2019.)

3.2.2 Jälkihoito ja ohjaus

Haavaa suojaamaan käytetään teippausta. Teippaus suojaa haavaa ympäristön taudinaiheuttajilta ja tukee parantuvaa haavaa. Paperiteipin kanssa potilas voi käydä suihkussa mutta ei uimassa, kylvyssä tai saunassa. Suihkun jälkeen teippi tulee kuivata. Kuivauksessa voi hyödyntää hiustenkuivaajaa tai taputella teippi pyyhkeellä kuivaksi. Haavan kastuminen itsessään ei ole haitallista, mutta kostunut teippi voi hidastaa haavan paranemista tai lisätä haavan infektoriskiä. Niin kauan kuin ompeleet ovat paikoillaan tulee saunomista välttää. Aikataulu ompeleiden poistolle riippuu leikkausalueen haavan syvyydestä, sijainnista, sulun kireydestä ja potilaan yksilöllisistä ominaisuuksista kuten iästä ja perussairauksista. (Koljonen & Ilmonen 2014.)

Arven liikakasvua ehkäistäkseen voi haavan päälle laittaa vielä teipin tikkien poiston jälkeenkin. Teippausta on suositeltavaa jatkaa vähintään kaksi viikkoa ompeleiden poistamisen jälkeen ja tarvittaessa pidempäänkin, jos haava on sijannut paikassa, mihin ilmaantuu herkästi arven liikakasvua. Potilas voi itsenäisesti vaihtaa uuden teipin aina tarpeen mukaan. Teippaus on kustannustehokas ja helppo tapa suojata parantuvaa haavaa venytykseltä ja kuivumiselta. Teippiä ei tulisi poistaa haavan päältä ennen kuin sen liiman vaikutus on heikentynyt. (Koljonen & Ilmonen 2014.)

Ihomuutoksen poisto on kirurginen toimenpide ja siihen kuuluu normaalit kirurgiset komplikaattioriskit. Verenvuoto, haavan repeäminen, infektiot tai mahdollinen arven liikakasvu tai leviäminen ovat mahdollisia komplikaatioita leikkauksen jälkeen. Huolellisella jatkohoidolla ja potilasohjauksella komplikaatioita on mahdollista jopa välttää tai ainakin vähentää. Potilasta tulee ohjata huolellisesti jatkohoito-ohjeiden noudattamiseksi, jotta komplikaatioita ei pääse syntymään ja arpi paranee mahdollisimman hyvin. (Koljonen & Ilmonen 2014.)

3.3 Sisään kasvanut kynsi ja kiilaeksisio

Liukkonen (2004) toteaa sisään kasvaneen kynnen olevan yleinen vaiva. Sisään kasvanut kynsi aiheuttaa usein kynnenvieruskudoksen turvotusta ja punoitusta, tämä aiheuttaa usein kipua, jonka vuoksi potilas hakeutuu terveyskeskukseen (Hannuksela-Svahn, 2021). Sisään kasvussa kupertunut tai suora, teräväreunainen tai vaurioitunut kynsilevy painautuu kynsivalliin. Usein kynnet ovat myös leikattu kulmat pyristäen tai liian lyhyiksi, jolloin kynsi kasvaa kynsivalliin aiheuttaen painetta. Sukat sekä liian pienet jalkineet lisäävät valliin kohdistuvaa painetta. Hoitamatta jätetty

varpaankynsi saattaa aiheuttaa tulehduksen kynsivalliin. Tulehdus saattaa aiheuttaa turvotusta laajemmalti varpaaseen, sekä ihon kuumotuksen. Kipu tulehduksessa on usein jomottava tai tykyttävä, koko varvas voi aristaa ja vaikeuttaa näin ollen arkea. (Poikonen 2020.)

Kirjallisuudessa löytyy erilaisia tyyppittelyjä sisään kasvaneen kynnen muodon sekä aiheuttajan mukaan. A-tyyppi, suora kynsilevy on yleisempää nuorilla miehillä sekä pojilla. Tässä tyyppissä kynsivalit ovat usein suurehkot ja kynnen kasvaessa pituutta se kasvattaa myös leveyttään ja näin painaa turpeaa kynsivallia ja pureutuu siihen rikkoen ihon. Kynnet saatetaan leikata liian lyhyiksi ja näin vaiva pahenee. (Liukkonen 2004.)

B-tyypissä puolestaan kynsi on kupera ja se voi olla synnyynnäinen ominaisuus, sekä sormien että varpaiden kynsissä. Kupertumista aiheuttaa myös liian pienet jalkineet, jotka aiheuttavat painetta kynnelle. Kupertumista aiheuttaa myös jotkut sairaudet sekä kynsisieni. Jos kupertuminen on samanlaista myös sormien kynsissä voi oire olla viite myös suolistokanavan sairaudesta. Myös beetasalpaajat saattavat aiheuttaa kuperuutta kynsiin. On myös hyvä huomioida, että vaivaisenluu, isovarpaan kiertyminen tai päälle kääntynyt viereinen varvas lisäävät painetta ja voivat aiheuttaa kynsiurteeseen painetta ja kipua. (Liukkonen 2004.)

C-tyyppi pitää sisällään ikääntymisestä johtuvan rappeutumismuutoksen, kynsilevyn kaventumisen sekä rullautumisen kärjestä päin (pincer, trumpet). Oire voi olla joko toispuoleinen tai esiintyä kynnen kummallakin reunalla. Vaikeimmissa tapauksissa kynsilevy on kapea torvi koko pituudeltaan. Usein miten kynsi on paksuuntunut sekä kova. (Liukkonen 2004.)

D-tyypissä kynsilevy on malliltaan suora ja joko toinen tai molemmat reunat taittuvat pystysuoraan alas toisin sanoen kulmikas kynsi. Jos kynsi on leikattu siten että kulma katoaa voi tämä aiheuttaa sisäänkasvun. Lisäksi paineelle altistuminen lisää riskiä tulehdukselle. Toispuoleisesti esiintyvä kulmikas kynsi on poikkeama, jonka syynä on suuri 1.varpaan kärkijäsen sekä kynsilevyn kiinnittymisen poikkeavuus. Jos toispuolisuus on tullut ikääntymisen myötä, on syynä nivelten muutokset tai trauma. Myös toistuvat kynnenkavennukset voivat aiheuttaa vaivan. (Liukkonen 2004.)

E-tyyppi kattaa kynnen irtoamisesta sekä poiston jälkeiset komplikaatiot, jolloin varpaan kärjen pehmytkudos nousee poikittain kynsivalliin nähden ja aiheuttaa näin vajaamittaisen kynnen. Kynsilevyn estyessä liukua luonnollisesti eteenpäin se kääntyy kasvamaan alaspäin tai alkaa kasvamaan paksuutta. (Liukkonen 2004.)

F-tyyppi on synnynnäinen muoto, jossa kynsilevyn kasvu suuntautuu yläviistoon eikä vaakatasoon kuten normaalisti. Kynsivallit ovat suurehkot. Kutsutaan myös pystyyn kasvavaksi kynneksi. (Liukkonen 2004.)

Edellä mainitut muodot voidaan tulehdusoireiden mukaan jakaa kolmeen luokkaan. 1.asteessa sisään kasvanut kynsi tuottaa kipua, iho ympärillä punoittaa sekä kiristää kynsiuurretta. Kynsi uppoaa kynsiuurteeseen siten että sitä on haastava erottaa. Kynttä painettaessa asiakas kertoo pistävästä tunteesta. Alue saattaa olla myös tunnoton. 2.asteen kynnessä tulehdus on voimakkaampi ja kynsilevy on painunut uurteeseen siten että se on rikkonut uurteen. Joskus tämä aiheutuu, kun kynttä leikatessa siihen on jäänyt särö tai piikki, joka kasvaessaan työntyy ihoon. 3.asteen tulehduksessa sisään kasvanut kynsi on infektoitunut ja märkii. Tällöin puhutaan kynsivallintulehduksesta (paronychia, paronykia). Märkäinen erityis saattaa olla runsasta ja tämä hankaloittaa jalkineiden pitämistä ja koko varvas on kosketusarka. Samanlaisia oireita voi aiheuttaa myös trauma tai kynnen alla kasvava känsä. (Liukkonen 2004.)

Syitä kynnen sisäänkasvuun on siis lukuisia, kuten: perinnöllisyys, kynsilevyn koko suhteessa kynsivalleihin, kynnen ohuus tai paksuus. Ulkoisia tekijöitä taas puolestaan varpaiden asento, varpaiden asento kävellessä, isovarpaan asento/kiertyminen, vaivaisenluu, 1.varpaan jäykkyys tai abduktio kävely. Kaikki edellä mainittu aiheuttaa kynteen painetta, joka saa aikaan kasvuhäiriön tai rikkoo kynsiuurteen. Jo tiukka sukka saattaa riittää kynnen muodon muuttumiseen. Nuorilla kynsiongelmat ovat yleisimpiä, tämä johtunee usein pienistä tai epämukavista kengistä, jotka aiheuttavat painetta. Lisäksi riskiä ongelmille lisää ylipaino, runsas jakojen hikoilu sekä huono hygienia. Jalkojen hygieniasta tulee pitää huolto sillä kynsiurteisiin kerääntyvä lika sekä nöyhtä pumpppaa painetta kynsiuurteeseen sekä painaa sitä. Suurimpana laukaisevana tekijänä voidaankin pitää väärää omahoitoa. Kynnet leikataan huolimattomasti, reunat liian pyöreiksi sekä kynnet kokonaisuudessaan liian lyhyiksi. Myös raju urheilu ja liikunta voi aikaan saada akuutin märkivän tulehduksen. Runsa jalkojen hikoilu aiheuttaa kynsiuurteen maseroitumista. Vastaavan ongelman aiheuttaa jalkojen

kylvettäminen liian lämpimässä vedessä. Kynnen sisään kasvun syy ei kuitenkaan aina selviä. Jalkojen kuivana pitäminen, asianmukaiset jalkineet sekä tilavat sukat sekä jalkojen säännöllinen rasvaus ovat tärkeimpiä ennaltaehkäiseviä toimia. (Liukkonen 2004.)

Hannuksela-Svahn (2019) tuo esille omahoidon, joka tulisi aloittaa heti ensioireiden ilmaantuessa. Kynnen kulma tulisi paljastaa ja se tulisi nostaa irti ihosta pienen pumpulin tai kuitukankaan palan avulla. Tämä onnistuu parhaiten pehmentävän jalkakylvyn jälkeen. Kortisoni voiteen käyttö, sekä päivittäinen kylpy viikon ajan rauhoittaa hänen mukaansa tilanteen. Tämän jälkeen on huolehdittava siitä, ettei vaiva pääse uusiutumaan jättämällä kynsi leikatessa pidemmäksi. Liukkonen (2004) toteaa, että kynnen kulmat tulee olla selvästi nähtävissä ja kynnen kulmat tulee jättää suoriksi. Myös jalkineiden istuvuus tulee tarkistaa. (Hannuksela-Svahn 2019.)

Jos itsehoito ei tuota viikossa tulosta tulee hakeutua lääkäriin. Tulehdusta voidaan hoitaa antibiootein, mutta osassa tapauksia päädytään osakynnen poistoon eli kiilaeksisioon. Tämä on toimenpide, jossa varpaan sisään kasvaneen kynnen reuna ja juuren osa poistetaan. (Hannuksela-Svahn 2021.) Pelkkä kynnen kavennus olisi vai hetkellinen helpotus ja tämän vuoksi tuhoetaan myös kavennetulta osalta kynnen matriksi eli kynnen juuri, tämän jälkeen kynsi kasvaa aiempaa kapeampana. Tämä tehdään 80% alkoholifenolilla penslaamalla, käytännössä alkoholifenoliin kastettu pumpulitikku työnnetään heti poiston jälkeen juureen ja sitä pyöritetään siellä kolmen minuutin ajan. Riittävän pitkä fenoli käsittely takaa juuren tuhoutumisen. (Liukkonen 2004.) Jos varpaassa on tulehdus, tulee se hoitaa ensin rauhalliseksi. (Hannuksela-Svahn 2021.)

Hoitaja varaa toimenpidettä varten tarvittavat välineet ja puhdistaa varpaan ihon desinfioidulla liuoksella. Eksisiossa käytetään johtopuudutusta, lidokaiini ilman adrenaliinia, ja varvas peitetään reikäläinillä siten, että vain operoitava varvas on näkyvillä. Varpaaseen tehdään puudutuksen jälkeen verityhjiö, tähän käytetään venttiilikumia, joka kiristetään Kocherin pihtien avulla tai muuta vastaavaa. Poistossa leikataan kynnen sivulta tai sivuilta 3–5 mm suikale saksilla siten että leikkaus jatkuu kynsivallin alle, kappale irrotetaan kynsimarrosta ja poistetaan. Alue kuivataan ja syntyyneeseen koloon pumpulitikku, joka on kastettu 80 % alkoholifenoliin, tämä vaihdetaan uuteen minuutin välein ja toistetaan kolmesti. Fenoli käsittelyn jälkeen haava huuhdellaan keittosuolalla. Tämän jälkeen verityhjiö vapautetaan ja poistoalueen reunat lähennetään usein muutamalla ompeleella, paranemisen nopeuttamiseksi. Haava voidaan myös jättää auki. Varvas peitetään tukevalla

harsosidoksella. Hoitaja ohjeistaa potilasta jälkihoidossa. Toimenpidettä seuraavana päivänä potilas poistaa siteet ja aloittaa päivittäiset pesut varpaalle. Ompeleiden poistoon varataan aika noin 2 viikon päähän. Ohjeet tulee antaa sekä suullisesti, että kirjallisesti.

Välineet: Ihonpuhdistusvälineet, reikäliina, harsotaitoksia, käsineet, puudutusvälineet, venttiilikumia/steriilikäsine (varvasstaasi), Kocher-pihdit, suorat teräväkärkiset sakset, suorat tai käyrät cri-let, metallisia pumpulipuikkoja, Fenolia sekä keittosuolaliuosta, 20 ml ruisku, rasvalappu, harsotaitoksia ja joustosiderulla. (Laine & Haapasalo 2017, 40–42; Poikonen 2020.)

3.4 Aterooman eli epidermaalisen kystan poisto

Aterooma eli sarveisontelo syntyy talirauhasen tukkiutuessa ja se kasvaa hitaasti ihon syvimmissä kerroksessa. Sarveisontelon sisältö on pääosin ihon uloimmalla kerroksella esiintyvää sarveisainetta eli kreatiinia. Tämä on erittynyt talirauhasen tiehyen sarveissoluista. Talirauhasen tiehyiden tukkiutuessa solut jatkavat kreatiinituotantoaan ja näin sarveisonteloon kerääntyy kreatiinia. Tukkeuma voi syntyä pinnallisen vamman seurauksena, tukkeuma voi olla myös synnynnäinen, myös akne altistaa ateroomien synnylle. (Airola 2018.)

Kooltaan aterooma voi olla pienen herneen koosta muutama senttimetriin. Aterooma on kiinteä ja kova ja se liikkuu ihon mukana. Näitä voi esiintyä kaikkialle kehossa. Etenkin kehon luisten osien päälle muodostuneet ateroomat näkyvät selvästi kohoumina. Ohuilla ihoalueilla kuten kiveksissä tai korvanlehdissä voidaan ateroomat nähdä ihon lävitse kuultavina esiintyminä. Aterooma tuntuu ihonalla vapaasti ihon mukana liikkuvana. Yleisesti ei sarveisontelolla näy aukkoa, mutta joskus saattaa pinnalla näkyä suuaukko, jossa on tummaa massaa, näitä kutsutaan jättikomedoiksi. (Airola 2018.) Airola (2020) kertoo myös, että pienet, aivan ihon pinnalla kasvavat muutaman millin mittaiset miliumit eli luufinnit ovat myös sarveisonteloita.

Aterooman infektoituessa ja muuttuessa paiseeksi, se puhkaistaan veitsellä ja puristetaan steriilisti ulos. Häiritsevällä alueella oleva, esimerkiksi kasvoilla, infektoitumaton aterooma voidaan poistaa leikkaamalla. Jos aterooma on saanut kasvaa pitkään rauhassa voi se kerätä kalkkia niin paljon, että se muuttuu kalkkionteloksi, ollen kova selkeästi tuntuva patti. Näitä esiintyy erityisesti rinnan ja kivesten alueella, mutta myös muualla kehossa. Aterooma poistetaan pintapuudutuksessa, eikä

näytettä tarvitse lähettää patologille. Hoitaja varaa toimenpiteeseen veitsen, suturaativälineet, reikäliinan sekä puudutusvälineet. (Airola 2018.)

Lopuksi lääkäri sulkee haavan ja hoitaja varaa potilaalle ajan ompeleiden poistoon. (Airola 2019.) Haava suojataan teipillä, jonka hoitaja laittaa. Teippaus suojaa haavaa ympäristön taudinaiheuttajilta ja tukee parantuvaa haavaa. Potilas ei voi käydä saunassa, uimassa tai kylvyssä teipatun haavan kanssa. Suihkussa voi käydä kuitenkin normaalisti. Teippi tulee kuivata suihkun jälkeen pyyhkeellä taputtelemalla tai hiustenkuivaajaa käyttäen. Haavan kasteleminen suihkussa ei ole haitallista, mutta kostunut teippi voi hidastaa haavan paranemista tai lisätä haavan infektioriskiä. Niin kauan kuin ompeleet ovat paikoillaan tulee saunomista välttää. Aikataulu ompeleiden poistolle riippuu leikkausalueen haavan syvyydestä, sijainnista, sulun kireydestä ja potilaan yksilöllisistä ominaisuuksista kuten iästä ja perussairauksista. (Koljonen & Ilmonen 2014.)

3.5 Peräpukaman poisto eli Barronin ligatuura

Ihmisillä on peräaukon suulla limakalvon paksuuntumia, jotka pitävät peräaukon tiiviinä. Näissä on runsaasti verisuonia, jotka pystyvät mukautumaan tarpeen mukaan, laajeta ja painua kasaan. Pukamat syntyvät pitkittyneen ja voimakkaan ponnistelun aiheuttaman tukikudoksen löystymisen seurauksena, ovat siis laajentuneita laskimoita. (Kairaluoma 2022.)

Ummetusta pidetään monesti pukamien aiheuttajana, mutta näitä syntyy myös muista syistä. Altistavia tekijöitä on runsas istuminen, raskaus sekä ylipaino. Usein pukamat parantuvat itsestään, mutta uusivat herkästi. Tyypillisin oire on verenvuoto, joka liittyy ulostamiseen sekä kudoksen ulostyöntyminen. Tiusanen (2021) kertoo limakalvon repeävän herkästi ja tällöin voi ilmetä runsastakin verenvuotoa. Tärkein tekijä pukamien ehkäisyssä Tunturin (2021) mukaan on ulosteen pitäminen pehmeänä ja näin vältetään pitkäaikainen ja voimakas ponnistamisen tarve ulostaessa.

Myös kirvely ja kutina ovat tyypillisiä oireita. Oireet ovat usein vaihtelevia ja kivuttomia. Kipua esiintyy usein vasta silloin kun pukaman sisällä tapahtuu verenpurkaus tai peräaukolle aiheutuu haavauma. Prolapsia, joka tässä yhteydessä tarkoittaa pukamarölykän ulosluiskahdusta, voi jäädä vaikeimmissa tapauksissa myös pysyväksi. Tyypillisesti nämä kuitenkin kuroutuvat itsestään takaisin, näitä voidaan myös työntää takaisin suoleen. Oireille on tyypillistä niiden vaihtelevuus. Itsehoidossa tärkeää on hygienian hoito, peräaukko pestään 1–2/vrk sekä aina ulostamisen yhteydessä.

Itsehoitoon on tarjolla myös erilaisia voiteita, joita saa apteekista. Hoitoon on hakeuduttava silloin kun vuoto on runsasta, pukamat eivät pysy sisällä, uusia pukamia ilmenee ja verenvuoto tulee peräaukosta, pukamat todettu vastaanotolla ja häiritsevät eikä omahoito auta. Kova kipu on aina aihe hakeutua hoitoon. (Tunturi 2021.)

Vähäoireisten pukamien hoidossa korostuu elämäntavat sekä ruokavalio. Nesteitä tulisi nauttia runsaasti ja ruokavalion tulisi olla runsaskuituista. Liikuntaa tulisi harrastaa säännöllisesti sekä mahdollisuuksien mukaan lisätä sen määrää. Painon hallinta ja tarvittaessa sen pudotus edistää myös suoliston toimintaa ja ehkäisee paineen syntymistä peräaukolle. Glukokortikoideja sisältäviä voiteita käytetään paikallishoitona, mutta näitä ei tulisi käyttää tulehtuneelle iholle, lisäksi näiden teholle oleva näyttö on puutteellista. Pitkäaikainen glukokortikoidien käyttö ohentaa myös ihoa, tämän vuoksi voidaankin suositella käytettäväksi perusvoidetta, jolla saataneen sama teho. (Kairaluoma 2022.)

Pukamat toteaa aina lääkäri, samalla hän määrittelee niiden vaikeusasteen (Tunturi 2021). Kairaluoma (2020) korostaa artikkelissaan, että diagnosointi tulisi aina tehdä proktoskopialla tai vähintään sigmoidoskopia tulisi tehdä kaikille peräaukon verenvuodosta kärsineille. Pääosin pukamat voidaan hoitaa yleislääkärin toimesta terveyskeskuksessa. Usein pukamien hoidossa käytetään Barronin ligatuura menetelmää, joka käytännössä tarkoittaa peräpukaman hirttoa. Näin toimitaan etenkin silloin kun pukamat vuotavat usein. Käytännössä toimenpiteessä pukaman juureen asetetaan kumirengas, joka jätetään paikoilleen. Noin viikossa pukamat irtoavat niiden ”kuristuttua” koska verenkierto on niihin estetty. Tarvittaessa tämä toimenpide voidaan tehdä useamman kerran. (Tunturi 2021.)

Kumilenkki ligatuura hoito soveltuu hyvin käytettäväksi terveyskeskuksessa. Siinä käytetään imuun yhdistettävää ligatuuralaitetta. Valon lähteenä käytetään toimenpidehuoneen valaisinta tai tarvittaessa otsalamppua. Toimenpiteessä ligatuuralaitteen imukuppi viedään vähintään 3 cm:n päähän peräaukosta pukaman kohdalle, tämä tehdään proktoskoopin lävitse. Jos pukama sijaitsee tätä alempana, voidaan ligatuura tuoda pukaman proksimaali puolelle. Kipua välttääkseen ei ligatuuraa tule tätä lähemmäksi peräaukkoa viedä. Kupin ollessa oikealla kohdalla kytketään imu päälle ja imetään tällä limakalvopallukka kupin sisälle. Tämän jälkeen laukaistaan laite, jolloin kumilenkki asettuu ”kuristamaan”. Tämän jälkeen imu suljetaan ja laite sekä proktoskooppi vedetään

varovasti pois peräaukosta. Proktoskoopin kautta voidaan tarkistaa toimenpiteen onnistuminen, ligatuurin ollessa paikoillaan muodostuu ikään kuin ”mustikka”. Samalla kertaa voidaan tarvittaessa ligeeraus tehdä kolmelle pukamalle. (Tunturi 2021.)

Pukamien uusiutuessa voidaan toimenpide uusia 3-4 kertaa noin kuukauden välein. Jos vaivaa uusii toistuvasti, tulee harkita leikkaushoitoa. Toimenpiteen jälkeen saattaa esiintyä pientä tihkuverenvuotoa. Hoitajan tehtäviin kuuluu mainita tästä ja tilanteesta voidaan tarjota esim. pikkuhoususuoja vaatteita suojaamaan. Verenvuoto sekä vieruskudoksen infektiot ovat harvinaisia komplikaatioita toimenpiteen jälkeen. (Kairaluoma 2022.) Hoitaja antaa toimenpiteen jälkeen potilaalle potilasohjeet sekä ohjaa potilasta tarvittaessa ottamaan yhteyttä terveyskeskukseen. (Tunturi 2021.)

Toimenpiteen jälkeen on hyvä kiinnittää huomiota ruokavalioon. Kuitujen määrällä voidaan sujuvoittaa ulosteen kulkua ja ehkäistä ummetusta. Lisäksi liikunta ja juominen ehkäisee ummetusta. Painon pudottamista suositellaan ylipainoisille. (Tunturi 2021)

4 Kehittämistyön tarkoitus

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa kuvalliset ohjeet käytännön työn tueksi Järvenpään sosiaali- ja terveysasemalle. Tavoitteena on kehittää selkeät kuvalliset kortit hoitajien käyttöön, jotka sisältävät ohjeet pientoimenpiteiden valmistelua varten, sisältäen steriilin pöydän valmistelun, instrumentit, aseptiikka ja toimintaohjeet. Laajempaan tavoitteena pyrimme lisäämään hoidon tasalaatuisuutta, potilasturvallisuutta sekä hoitajan työturvallisuutta yhtenäistämällä hoitajien käytänteitä arjen työssä. Yhtenäisillä toimintatavoilla pyrimme myös vähentämään hoitovirheiden määrää.

5 Tutkimuksen toteutus

Tutkimusmenetelmiä koskeva osaaminen on monipuolistunut sekä kehittynyt hoitotieteessä vuosikymmenten kuluessa. Käytetyt menetelmät perustuvat lähinnä humanistisen tieteen menetelmiin sekä yhteiskunta- ja käyttäytymistieteen menetelmiin sekä niiden soveltamiseen ja kehittämiseen. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimustietoa on tuotettu lähinnä havainnoinnin ja kyselyin ja

haastatteluin. Terveystieteiden tutkimusperinteisiin liittyvä kemiallisten, fysiologisten sekä muiden tietojen käyttö on ollut vähäisempää. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 53-54.)

Toteutimme opinnäytetyön tutkimuksellisenä kehityshankkeena yhteistyössä Järvenpään terveysaseman kanssa. Päädyimme tähän menetelmään koska halusimme kehittää käytännön työkalut arkiseen työhön, jolla voimme lisätä työn laatua ja ennaltaehkäistä potilasvahinkoja. Opinnäytetyömme teoriapohjaa ja aihepiirin kokonaisuutta tarkastelimme kirjallisuuskatsauksena. Arvioimme luotettavan tiedon hankkimisen menetelmät ja metodologiat kriittisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 53-54).

5.1 Aineiston keruu

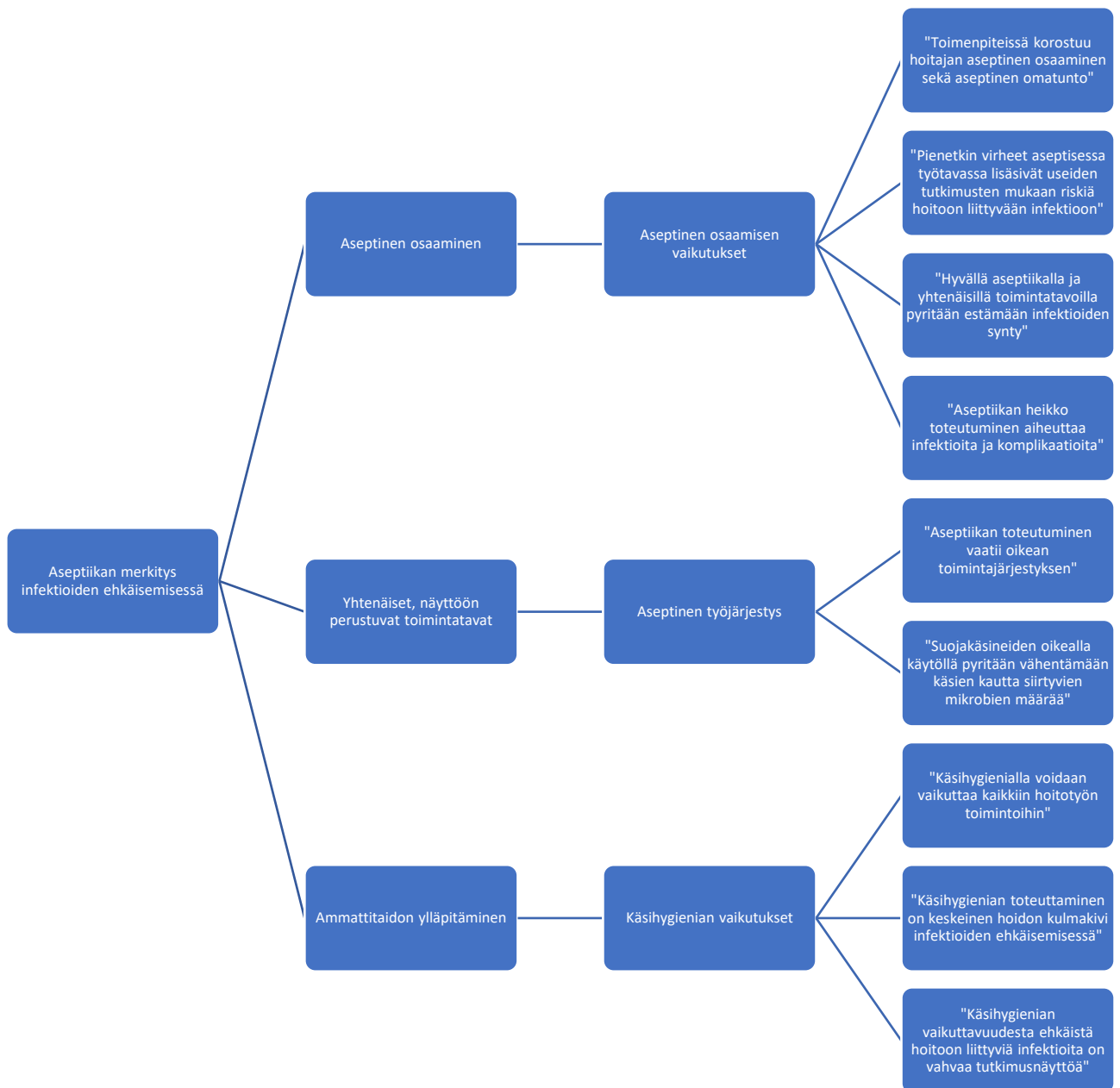
Tiedonhaussa käytimme Medic-, PubMed-, Cinahl- ja Finna-tietokantoja. Asiasanoina tiedonhaussa alun perin käytimme aseptiikka, asepsis, potilaat, patient, client, toimenpide, leikkaukset, kirurginen toimenpide, surgical procedures, operative, operative procedure, minor surgical procedures, biopsy, terveyskeskukset, terveysasema, community heal center, satellite, center.

Lopullisessa haussa Finna-, ja Medic-tietokannassa käytimme asiasanana ainoastaan aseptiikka. Cinahl-tietokannan lopullisessa tiedonhaussa asiasanoina käytimme aseptic and health center OR health centre. Rajasimme hakutulokset koskemaan ainoastaan tieteellisiä lehtiä ja artikkeleita, jotka ovat julkaistu 2000-luvulla. Medic-tietokannan lopullisesta hausta tuli 59 osumaa. Finna-tietokannan tiedonhausta tuli 40 osumaa. Lopulliset artikkelit työhömmme valitsimme manuaalisesti artikkeleita tutkimalla (Liite 1).

5.2 Aineiston analyysi

Opinnäytetyömme tieteellisessä osuudessa tarkastelimme aseptiikan merkitystä infektioiden torjunnassa. Lopullinen aineistomme koostui yhdeksästä aseptiikkaan liittyvästä kirjallisuuskatsauksesta ja yhdestä hoitotieteellisestä artikkelista. Artikkeleista seitsemän oli kotimaista, ja kolme kansainvälistä hoitotieteellistä artikkelia Chilestä, Britanniaista ja Yhdysvalloista. Aineistoa analysoidessamme luimme artikkelit huolellisesti useaan otteeseen ja teimme niistä muistiinpanoja.

Opinnäytetyöhön valikoitu aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisältöanalyysin tyyliä mukaillen. Aineisto pelkistettiin, eli redusoitiin. Tiivistimme aineiston järjestelmällisesti yksinkertaiseen muotoon mukaillen opinnäytetyömme teemaa. Näin loimme yhtenäisen kokonaiskuvan tutkittavasta aiheesta. Etsimme saaduista vastauksista yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia. Aineistojen tulokset olivat pääosin yhteneväisiä. Kansainvälisissä artikkeleissa oli havaittavissa eroavaisuuksia johtuen yleisestä hygieniatasosta esimerkiksi kraanaveden puhtauden suhteen. Tuloksia tarkastelemme tarkemmin seuraavassa kappaleessa. (Tuomi & Sarajärvi 2012.)



6 Tulokset

6.1 Aseptiikka

Aseptiikan merkitys korostui kaikissa tutkimuksissa. Historiallisesti mielenkiintoinen yksityiskohta nousi esiin Tervo-Heikkisen (2014) artikkelissa, jossa todettiin kuolleisuuden laskeneen selkeästi 1700-luvun lopulla, kun aseptiikkaan alettiin kiinnittämään järjestelmällisesti huomiota.

Artikkeleista nousi esiin fakta siitä, että pientoimenpiteitä tehdään nykyään enenevässä määrin leikkaussalin ulkopuolella kuten toimenpidehuoneissa. Kuitenkaan tällaisten tilojen ominaisuuksista ei ole selkeitä yhtenäisiä ohjeistuksia. Vuonna 2011 julkaistussa Britannialaisessa suosituksessa todetaan, että uudisrakentamisessa tulisi huomioida toimenpidetilojen ilmanvaihto siten, että ilma vaihtuisi vähintään 15 kertaa tunnissa. Suosituksessa todetaan myös, että toimenpidehuoneessa tulisi olla 5 pascalin positiivinen paine. (Humpreys, Coia, Stacey, Thomas, Belli, Hoffman, Jenks & Mackintosh 2012, 103-109.)

Tutkimuksissa nousi esiin myös steriilien välineiden käyttöpäivämäärien noudattamisen merkitys ja huomion kiinnittäminen siihen, että pakkaukset ovat ehjiä käyttöönotettaessa. Jos ei voida taata tuotteen steriilisyyttä, siihen tulee suhtautua kontaminoituneena. Useissa tutkimuksissa tuotiin esiin myös jatkuvan koulutuksen merkitys infektioiden riskin minimoimiseksi pientoimenpiteissä. Aseptisten käytäntöjen huolellinen läpikäyminen säännöllisesti sekä kirjallisten ohjeiden saatavuus ylläpitävät aseptisiä taitoja. (Tervo-Heikkinen 2014, 169-171; Rintala & Kurvinen 2019, 198-205.)

Pienetkin virheet aseptisessä työtavassa lisäsivät useiden tutkimusten mukaan riskiä hoitoon liittyvään infektiin. Concha-Rogazy, Andighetti-Ferrada & Curi-Tuma (2016) toteavat pienenkin aseptisen virheen lisäävän potilaan riskiä haavan infektiolle 10 prosenttiyksiköllä. Rintala & Kurvinen (2019) puolestaan tuovat esiin, ettei aseptisistä käytännöistä ole kontrolloiduista tutkimuksista saatua näyttöä. He toteavatkin, että tutkimusnäytön puuttuessa, on ohjeistuksen perustuttava terveen järjen ja asiantuntija-arvioinnin käyttöön.

6.2 Käsihygienia

Käsihygienian toteuttamisen tärkeys osana turvallista hoitoa korostui aineistoja analysoitaessa. Kurvinen (2014) toteaa, että suositusten mukainen käsihygienian toteuttaminen on keskeinen hoidon kulmakivi infektioiden estämisessä ja käsihygienian tehostamisella voidaan vähentää hoitoon liittyviä infektioita. Vaikka käsihygienian hyödyt tiedostetaan, niin 60%:ssa suositusten mukaisia tilanteita käsihygienia ei toteudu havainnointitutkimusten mukaan (Kurvinen 2014).

Käsihygienian toteutumista on tutkittu valtakunnallisesti melko paljon. Tuloksissa korostuu hyvän käsihygienian infektioita vähentävä vaikutus. Hoitohenkilökunnalle on olemassa paljon erilaisia ohjeistuksia niin kuvallisesti kuin videoidenkin muodossa. Suomessa on olemassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sairaalainfektio-ohjelma SIRO, jolla on kartoitettu esimerkiksi infektioiden torjuntaan suunnattuja resursseja ja henkilökunnan koulutusta, jossa yhtenä osa-alueena oli käsihygienia. Käsihygienian toteutumista SIRO-ohjelmassa on arvioitu käsihuuhtelukulutuksen, käsihygienian toteutumisen ja käsihygieniaan liittyvien ohjeistuksien kautta. SIRO-ohjelmassa toteutetun kyselytutkimuksen mukaan käsihuuhtelukulutus on lisääntynyt Suomessa aiempiin vuosiin verrattuna. Verrattuna Eurooppaan Suomen käsihuuhtelukulutus on varsin hyvällä tasolla. Käsihuuhtelukulutuksen seuranta pidetään vakiintuneena menetelmänä mitattaessa käsihygienian toteutumista. On tärkeää kuitenkin huomioida, että kyseessä on epäsuora menetelmä, joka ei huomioi desinfioidin oikeaoppista toteutumista. (Toura, Arifulla, Veltheim, Ollgren & Lyttikäinen 2014, 148-154.)

Aineistoa tutkiessa nousi esiin myös mielenkiintoinen yksityiskohta aseptiikan toteutumisesta potilaskontakteissa. Tutkimuksessa pystyttiin näyttämään toteen, että käsihygienian toteutuminen ennen potilaskontaktia oli vähäisempää, kuin potilaskontaktin jälkeen (Kurvinen 2014).

6.3 Hoitoon liittyvät infektiot ja niiden vaikutukset

Aseptiikan heikko toteutuminen aiheuttaa infektioita ja komplikaatioita, sekä voivat johtaa pahimmillaan kuolemaan. Suomessa ei ylläpidetä rekisteriä pientoimenpiteisiin liittyvien infektioiden osalta, joten tarkat lukumäärät eivät ole yleisesti tiedossa. Rintala & Kurvinen (2019) peräänkulluttavatkin artikkelissaan yhtenäistä kansallista ohjeistusta aseptiikkaan pientoimenpiteissä

potilasturvallisuuden takaamiseksi. Hoitoon liittyvistä infektioista noin kolmasosa olisi ehkäistävissä huolellisella käsihygienialla (Tervo-Heikkinen 2014, 169-171).

Tutkimusten pohjalta voidaan todeta komplikaatioiden sekä infektioiden aiheuttavan merkittäviä taloudellisia kustannuksia niin toimintayksikölle, kuin potilaan työnantajalle sairauspoissaolojen vuoksi. Infektiot aiheuttavat potilaalle myös inhimillistä kärsimystä, jota ei voida mitata rahassa. Tutkimuksesta riippuen hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyys on Suomessa 2-10% (Tervo-Heikkinen 2014, 169-171; Paaajanen & Rantala 2016, 161-162). Hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyys lisääntyy tutkimusten mukaan merkittävästi kehitysmaissa. Etelä-Amerikassa, Afrikassa ja Aasian kaltaisilla alueilla hoitoon liittyvien infektioiden määrä on yli 40% (Rogers 2017, 38-41).

Arvioiden mukaan infektoituneet haavat pitkittävät hoitoa keskimäärin 4 vuorokautta ja tulevat maksamaan yhteiskunnalle n. 65 miljoonaa euroa vuosittain. Kaikkien infektioiden aiheuttamat kustannukset yhteiskunnalle ovat arviolta n. 200-500 miljoonaa euroa vuosittain (Tervo-Heikkinen 2014).

Artikkeleiden pohjalta on syytä nostaa esiin myös haavanhoitovälineiden merkittävä kustannus yhteiskunnalle. Paaajanen & Rantala (2016) toteavatkin, että haavainfektioiden ehkäisy tulisi tapahtua jo terveyskeskuksessa ennen toimenpidettä arvioimalla infektioille altistavat yksilölliset piirteet kuten tupakointi, aliravitsemus, diabetes ja huomattava ylipaino.

7 Pohdinta

7.1 Luotettavuus

Suunnittelimme opinnäytetyömme huolellisesti huomioiden toimeksiantajan yksilölliset toiveet. Tarkoituksenamme oli tarjota toimeksiantajalle toimiva työkalu perehdytykseen ja arjen työn tueksi.

Tutkimuksessamme noudatimme rehellisyyttä, tarkkuutta tutkimustyössä ja yleistä huolellisuutta tulosten esittämisessä sekä tulosten arvioimisessa. Toimintatapamme perustuivat yleiseen tiedeyhteisön tunnustamiin toimintatapoihin. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012.)

Opinnäytetyömme ei vaadi salassapitovelvoitetta, eikä se vaadi tutkimuslupaa. Tutkimuslupa on hankittava opinnäytetöille, joissa käsitellään esimerkiksi henkilöstön tai asiakkaiden rekisteriaineistoja (Tutkimuslupa, Nd). Olemme kuitenkin toimeksiantajan käytänteistä johtuen hakeneet ja saaneet tutkimusluvan (KEUDno-2022-0616) opinnäytetyön tekemiselle 30.3.2022.

Kiinnitimme opinnäytetyön tekemisessä erityistä huomiota aineiston luotettavuuteen ja arvioimme valitsemiamme lähteitä kriittisesti. Aineistojen luotettavuutta arvioimme kiinnittämällä huomiota kirjoittajien, julkaisuajankohdan ja kustantajan luotettavuuteen ja ajankohtaisuuteen. Käytimme opinnäytetyössä vain luotettavia tieteelliseen tiedonhakuun soveltuvia hakukoneita kuten Cinahl, PubMed, Medic ja Finna. Olemme hyödyntäneet opinnäytetyössämme myös alan kirjallisuutta ja sähköisiä lähteitä, jotka olemme arvioineet luotettaviksi. Opinnäytetyössämme noudatimme EU:n yleistä tietosuojasetusta (GDPR Nd) ja Suomen tietosuojalakia (Tietosuojalaki 1050/2018 2018).

7.2 Eettisyys

Lähestyimme opinnäytetyötä objektiivisesti, sillä eettisten periaatteiden mukaisesti opinnäytetöiden tekijän tulee olla puolueeton. Lähdeviitteet merkitsimme Jyväskylän ammattikorkeakoulun raportointiohjeen mukaisesti. Opinnäytetyössämme noudatimme Jyväskylän ammattikorkeakoulun eettisiä periaatteita kiinnittäen erityistä huomioita vilpittömyyteen ja plagioinnin välttämiseen (Opinnäytetyö - Thesis Nd). Huomioimme myös puolueettomuuden ja lähteiden todenmukaisuuden.

Sovelsimme tutkimuksessa tieteellisen tutkimuksen eettisesti kestäviä tiedonhankinta, tutkimus- ja arviointimenetelmiä tieteellisen tutkimuksen kriteereiden mukaisesti. Toteutimme tutkimuksessa tieteelliselle tiedolle tyypillistä avoimuutta ja tutkimuksen tuloksia julkaistaessa huomioimme vastuullisen tiedeviestinnän. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012.)

Huomioimme muiden tutkijoiden työn sekä saavutukset asianmukaisesti niin, että kunnioitimme heidän tekemää työtä ja viittasimme heidän julkaisuihinsa Jamk:n ohjeiden mukaisesti. Näin annamme heille kuuluvan arvon sekä merkityksen käyttäessämme heidän tutkimuksiaan ja

julkaistessamme heidän tutkimuksien tuloksia. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012.)

7.3 Keskeisten tulosten tarkastelu suhteessa alkuosan teoreettiseen viitekehykseen

Aivan kuten Karhumäki & Kerttula (2018) toteavat, aseptinen toimintatapa pientoimenpiteissä tulee huomioida erilaisina varotoimina, kuten huolehtimalla hyvästä käsihygieniasta, hyvästä henkilökohtaisesta hygieniasta ja ymmärtämällä hyvän hygienian tärkeyden merkitys ja toimimalla aseptisesti. Myös Kurvinen ja Rintala (2019) painottavat artikkelissaan tavanomaisten varotoimien kuten henkilökohtaisten suojainten oikeaan pukeutumisen- ja käyttötapaan. Lukkari ym. (2013) toteavat oikeaoppisten suojainten käytön suojaavan potilaan lisäksi myös hoitajaa mahdollisilta tartunnoilta. Tervo-Heikkinen (2014) & Rintala & Kurvinen (2019) korostavat tutkimuksissaan suojainten ja instrumenttien käyttöpäivämäärien noudattamista.

Valtaosa hoitoon liittyvistä infektioista on mahdollista ennaltaehkäistä tehokkailla torjuntatoimilla (Infektioiden torjunta 2018). Kurvinen (2014) on kuitenkin havainnointitutkimuksessa todennut käsihygienian toteutuneen keskimääräin alle puolissa (40%) hoitokontakteissa suositusten mukaisesti. Korhonen ym. (2020) puolestaan toteavat käsihygienialla voitavan ehkäistä hoitoon liittyviä infektioita vahvaan tutkimusnäyttöön viitaten. Kurvinen (2014) toteaa kuitenkin käsihygienian toteutuvan heikommin ennen potilaskontaktia, kuin potilaskontaktin jälkeen. Vahva ja yhdenmukainen tutkimusnäyttö osoittaa käsihygienian olevan kustannustehokas ja vaikuttava keino laadukkaan hoidon ja turvallisuuden varmistamiseksi (WHO Guidelines On Hand Hygiene In Health Care 2009). Suomessa Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus) järjestää Yhtenäisten käytäntöjen levittäminen- hanketta, jonka teemana on käsihygienia hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisyssä (Tervo-Heikkinen 2014).

Rautava-Nurmi ym. (2018) nostavat esiin, että on tärkeää kiinnittää huomiota steriilien välineiden käsittelyn ainoastaan steriileillä hanskoilla tai steriilillä instrumentilla kuten pihdeillä. Tervo-Heikkinen (2014) ja Paajanen & Rantala (2016) toteavat tutkimusten pohjalta heikon aseptiikan aiheuttavan infektioita ja komplikaatioita, joista aiheutuu taloudellisia kustannuksia merkittävästi.

7.4 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Tutkimustuloksia analysoitaessa pystymmekin yhteenvedona toteamaan, että hyvällä aseptiikalla voidaan ennaltaehkäistä hoitoon liittyviä infektioita tehokkaasti ja välttää tuottamasta potilaalle inhimillistä kärsimystä. Suomessa aseptiikka on melko hyvällä tasolla mutta kehitettävää ja parannettavaa toimintamalleissa edelleen riittää. Aseptiikan toteutumiseen jokainen hoitaja voi vaikuttaa omilla valinnoillaan arjen perustyössä. Tutkimusten tulokset tukevat opinnäytetyömme lähtökohtaa luoda yhtenäinen strukturoitu ohjeistus, jolla voidaan yhtenäistää toimintatapoja pientoimenpiteisiin valmistautuessa ja sitä kautta lisätä potilasturvallisuutta vähentämällä hoitoon liittyvien infektioiden määrää.

Aseptiikan toteutuminen arjen työssä on seurasta pienistä valinnoista, joilla voi olla merkittäviä seurauksia yksilön hyvinvoinnille. Myös opituista tavoista on hankala oppia pois. Työyhteisössä olisikin mielestämme tärkeää hyödyntää viimeisintä näyttöön perustuvaa tietoa ja olla valmis päivittämään aiemmin opittua tietoa.

Jatkotutkimus-ehdotuksena olisi mielenkiintoista selvittää, onko tuottamamme ohjekortit yhtenäistäneet hoitajien toimintatapoja Järvenpään terveysasemalla. Jatkotutkimus olisi mahdollista toteuttaa kyselytutkimuksena esimerkiksi vuoden kuluttua ohjekorttien tultua käytäntöön. Samassa tutkimuksessa olisi mielenkiintoista samalla selvittää hoitajien kokemuksia ohjekorttien käytettävyydestä ja hyödyistä arjen työssä.

Laajemmassa mittakaavassa kiinnostuksemme heräsi myös ohjekorttien vaikutuksesta tasalaatuiseen hoitotyöhön ja potilasturvallisuuteen. Mielestämme olisi kiinnostavaa tutkia yleisesti pientoimenpiteiden jälkeisiä infektioita, niiden syitä ja seurauksia.

Lähteet

Airola, K. 2018. Sarveisontelo (epidermaalikystä, "aterooma"). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 22.2.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00970/sarveisontelo-epidermaalikysta-aterooma?q=aterooma> .

Airola, K. 2019. Koepala ihosta. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 22.2.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00241/koepala-ihosta?q=iho%20biopsia>.

Airola, K. 2020. Ihon kasvaimet. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 21.2.2022 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00973/varilliset-luomet-pigmenttiluomet?q=luomen%20poisto>.

Airola, K. 2020 Luufinni. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 10.8.2022 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00947>.

Hannuksela-Svahn, A. 2021. Sisäänkasvanut kynsi. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 27.4.2023 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00709>.

Humpreys, H., Coia, J.E., Stacey, A., Thomas, M., Belli, A-M., Hoffman, P., Jenks, P., Mackintosh, C. 2012. Guidelines on the facilities required for minor surgical procedures and minimal access interventions. Journal of Hospital infection. Volume 80; issue 2: 103-109. Viitattu 4.10.2022. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195670111004440>.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Ohje. Verkkopublication. Viitattu 16.11.2022. [HTK ohje 2012.pdf \(tenk.fi\)](#).

Iisalo, P. & Sioris, T. 2017. Pinnallisen tuumorin poisto. Teoksessa Kirurgiset pientoimenpiteet. Toim. N. Oksala, H. Ala-Vannesluoma, J Ketola & T. Kalttonen Tampere: Tampereen kandidaattikoulutus, 20–25.

Infektioiden torjunta. 2018. Duodecim oppiportti. Verkkokurssi. Viitattu 20.6.2022. [Infektioiden torjunta - Duodecim Oppiportti](#).

Infektioiden torjunta leikkausosastolla. 2021. Tays. Viitattu 16.2.2022 [https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Infektioiden_torjunta/Toimintayksikoiden_infektioiden_torjunta/Infektioiden_torjunta_leikkausosastolla\(53455\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Infektioiden_torjunta/Toimintayksikoiden_infektioiden_torjunta/Infektioiden_torjunta_leikkausosastolla(53455)).

Juutilainen, V. & Hietanen, H. 2018 Haavanhoidon periaatteet. 4. uudistettu p. Helsinki: Sanoma Pro

Juutilainen, V. 2011 Likaisen haavan hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 17.7.2022 <https://www.duodecimlehti.fi/duo99639>.

Kankkunen, P. Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karhumäki & Kerttula. 2018. Välinehuolto s. 441, teoksessa Anttila, V-J. Kanerva, Kanerva, M. Kuronen, M. Kurvinen, T. Lyytikäinen, O. Rantala, A. Vuento, R. Ylipalosaari, P. THL.

Kairaluoma, M. 2020 Verenvuotoa peräaukosta aiheuttavat taudit. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Viitattu 9.8.2022 <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00239>.

Kairaluoma, M. 2022. Peräpukamat. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Viitattu 9.8.2022 <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00243>.

Koljonen, V. & Ilmonen, S. 2014. Iholuomen poisto näytteeksi. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Viitattu 27.7.2022. [Iholuomen poisto näytteeksi \(duodecimlehti.fi\)](https://www.duodecimlehti.fi).

Korhonen, A. Ojanperä, H. Järvinen, R. Puhto, T. Syrjälä, H. Lukkarila, P & Holopainen, A. 2020. Käsihygienian seuranta ja kehittäminen - yhtenäisen toimintamallin tausta, kehittäminen ja käyttöönotto. Hotus hoitotyön tutkimussäitiö. Raportti. Viitattu 18.6.2022. [khyhka-raportti-2020.pdf \(hotus.fi\)](#).

Kurvinen, T. 2014. Käsihygieniahavainnointit – miksi ja miten? Suomen Sairaalahygienialehti 2014; 32: 152-157.

Kääriäinen, M. 2017. Pientoimenpiteiden instrumentit ja niiden käyttö. Teoksessa Kirurgiset pientoimenpiteet. Toim. M, Oksala, H. Ala-Vannesluoma, J. Ketola & T. Kalttonen. Tampere: Tampereen kandidaattikoulutus, 8–21.

Laine, H-J. & Haapasalo, H. 2017. Kiilaeksisio. Teoksessa Kirurgiset pientoimenpiteet. Toim. M, Oksala, H. Ala-Vannesluoma, J Ketola & T. Kalttonen Tampere: Tampereen kandidaattikoulutus, 40–42.

Liukkonen, I. 2004. Sisäänkasvanut kynsi. Teoksessa Jalat ja terveys. Toim. I, Liukkonen & R, Saarikoski. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 347

Lukkari, L. Kinnunen, T & Korte, R. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö, 78–102. Helsinki: Sanoma pro.

Mauno, M. 2020. Koko ihon tutkiminen kannattaa. HELDA Helsingin yliopisto. Viitattu 27.7.2022. [duo15755.pdf \(helsinki.fi\)](#).

Paajanen, H. Rantala, A. 2016. Kirurginen haavainfektio – kurjaa potilaalle, kallista yhteiskunnalle. Aikakausikirja Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 161-162.

Perusasiat kuntoon työpaikalla. Nd. Sairaanhoidajat-verkkosivusto. Verkkojulkaisu. Viitattu 22.5.2022 <https://sairanhoidajat.fi/tyohyvinvointi/perusasiat-kuntoon-tyopaikalla/#>.

Poikonen, N. 2020. Sisäänkasvanut varpaankynsi, kynnen osapoisto ja fenolisaatio. Viitattu 27.4.2022 <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/voh00079/search/sis%C3%A4C3%A4nkasvanut%20varpaan%20kynsi>.

Potilasturvallisuusopas. 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkojulkaisu. Viitattu 22.5.2022 [Potilasturvallisuusopas - Terveyden ja hyvinvoinnin laitos](#).

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2019. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 6.p. Helsinki; Sanoma pro.

Rintala, E. Laurikainen, E. Kaarto, A-M & Routamaa, M. 2014. Käsien desinfektiossa parantamisen varaa leikkausosastoilla. Lääkärilehti. Viitattu 18.6.2022. [Lääkärilehti - Käsien desinfektiossa on parantamisen varaa leikkausosastoilla \(laakarilehti.fi\)](https://www.laakarilehti.fi/).

Rogers, G. 2017. What are nosocomial infections? Healthline. Verkkojulkaisu. Viitattu 4.10.2022. [Hospital-Acquired Infection: Definition and Patient Education \(healthline.com\)](https://www.healthline.com/health/hospital-acquired-infection).

Opinnäytetyö - Thesis. Nd. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Verkkojulkaisu. Viitattu 16.2.2022. [1.3 Eettiset periaatteet ja tietosuojat | Opinnäytetyö – Thesis \(jamk.fi\)](https://www.jamk.fi/).

Setälä, L., Kemppainen, T., Virolainen, S. & Närkiö, M. 2012. Stanssibiopsia ihokasvainten diagnostiikassa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 17.2.2022 <https://www.duodecimlehti.fi/duo10023>.

Similä, E. 2018 Aseptiikka pientoimenpiteissä. Oulun yliopistollinen sairaala. Viitattu 6.7.2022. [Aseptiikka pientoimenpiteissä \(ppshp.fi\)](https://www.ppshp.fi/).

Tervo-Heikkinen, T. 2014. Näyttöön perustuvista käytännöistä apua infektioiden torjuntaan. Suomen sairaalahygienialehti: 2014;32: 169-171.

Tietosuojalaki 1050/2018. 2018. Finlex. Verkkojulkaisu. Viitattu 16.2.2022. [Tietosuojalaki 1050/2018 - Säädökset alkuperäisinä - FINLEX®](https://www.finlex.fi/fi/laki/alkuperainen/2018/1050).

Tiusanen, T. 2021. Peräpukamien hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim. Viitattu 20.6.2022 <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk00815/search/per%C3%A4pukama?db=24>.

Toura, S., Arifulla, D., Veltheim, J., Olggren, J & Lyytikäinen, O. 2016. Käsihygienia Suomen akuuttisairaalaloissa 2014: kyselytutkimuksen tulokset. Suomen sairaalahygienialehti: 2016;34: 148-154.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Tunturi, S. 2021. Peräpukamat. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 18.6.2022 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00058>.

Tunturi, S. 2022. Ommellun haavan hoito kotona ja haavatulehdus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 14.5.2022 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01126/ommellun-haavan-hoito-kotona-ja-haavatu-lehdus?q=ommel>.

Tutkimuslupa. Nd. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Verkkojulkaisu. Viitattu 16.2.2022. [Tutkimuslupa | Jyväskylän ammattikorkeakoulu - JAMK](https://www.jamk.fi/).

Vuola, J. & Pakkanen, M. 1993. Luomen poiston aiheet. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 14.5.2022 <https://www.duodecimlehti.fi/duo30403>.

WHO (World Health Organisation). 2009. WHO guidelines on hand hygiene in health care. First global patient safety challenge. Clean care is safer care. Verkojulkaisu. Viitattu 18.6.2022. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.

Liitteet

Liite 1. Tiedonhaku-aulukko

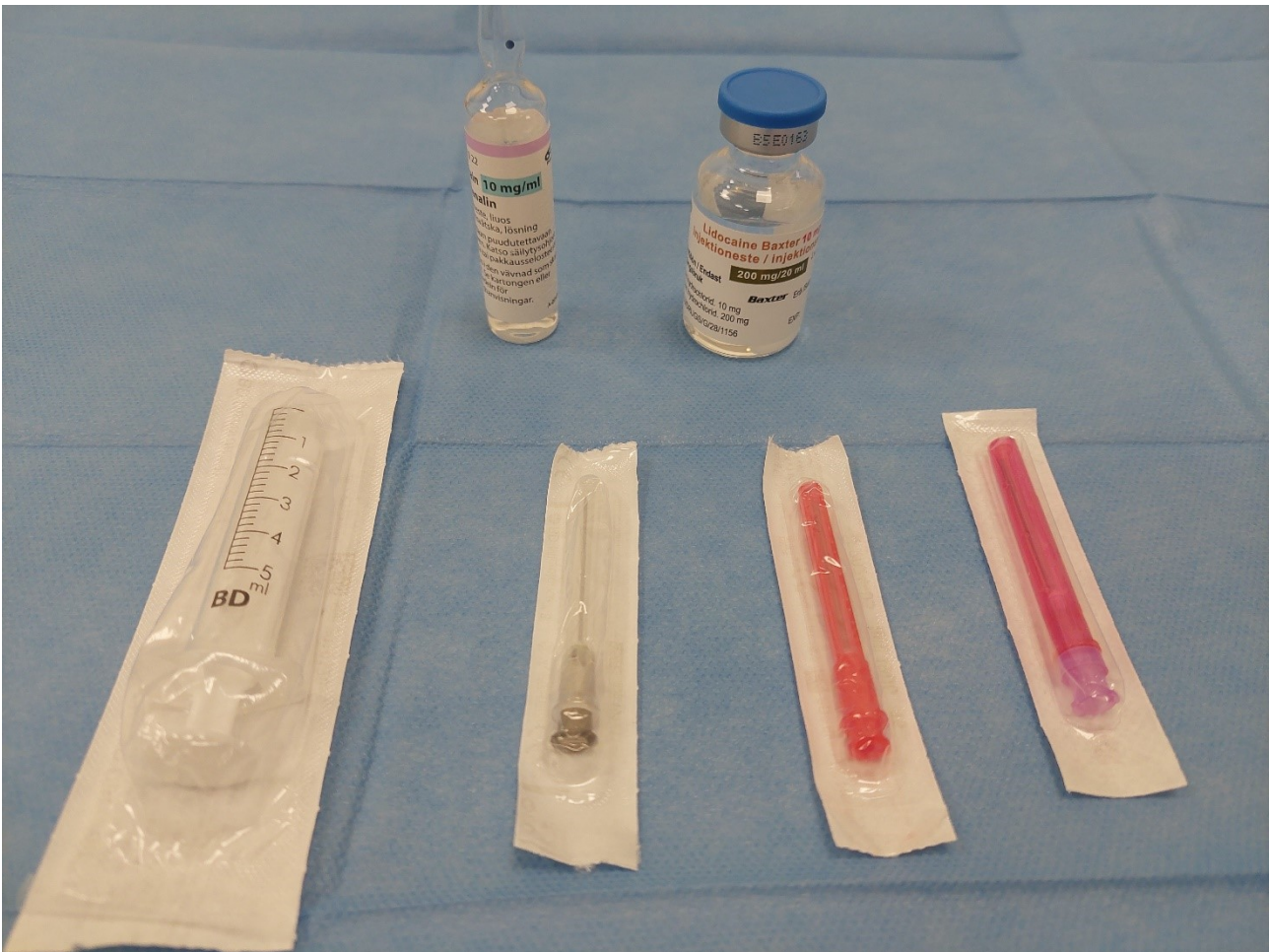
Tietokanta	Hakusana	Hakutulos	Rajaukset	Valitut
PubMed	Aseptic	14621	Julkaisuvuosi 2000 ->	0
PubMed	Aseptic AND patient	9174	Julkaisuvuosi 2000 ->	0
PubMed	Aseptic AND patient AND minor surgery	46	Julkaisuvuosi 2000 -> Free article	2
Cinahl	Aseptic	5149	Julkaisuvuosi 2000 ->	0
Cinahl	Aseptic AND health center OR health centre	10	Julkaisuvuosi 2000 ->	0
Finna	Aseptiikka	35	Julkaisuvuosi 2000 -> Vain artikkelit ja lehdet	0
Medic	Aseptiikka	59	Julkaisuvuosi 2000 ->	7

Liite 2. Kansion toimintaohjeet

Ihon koepalan ottaminen ja sulku eli suturaatio

Alueen puudutus:

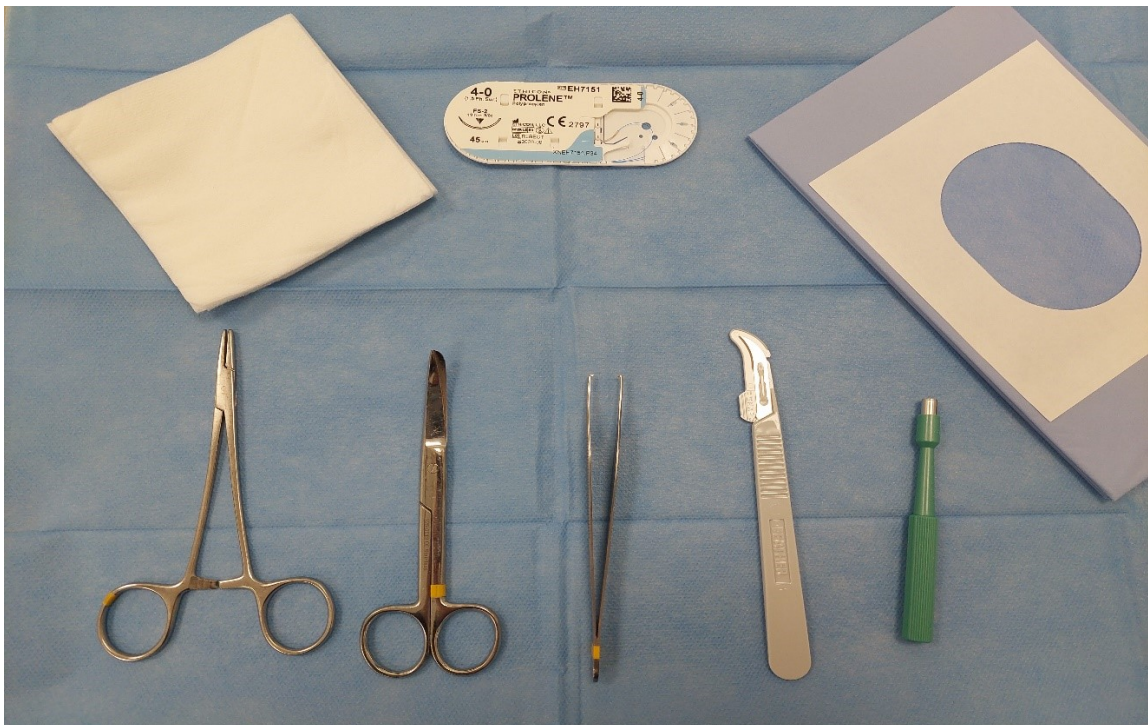
- Puhdista puudutettava alue A12t 80% dilutus (tai muu vastaava)
- Varmista ettei potilaalla ole puuduteaineallergiaa
- Puuduteaine operoitavan alueen mukaan -> ojenna puuduteaine lääkärille vedettäväksi ruiskuun (huomio suodatinneula)
- Puhdista operoitava alue puudutuksen jälkeen A12t 80% dilutus (tai muu vastaava)



Ihon koepalan ottaminen ja sulku eli suturaatio

Hoitaja varaa steriilille pöydälle tarvittavat välineet:

- Suturaatiosetti
- Ommel-lanka (operoivan lääkärin ohjeistuksen mukaan)
- Steriilejä taitoksia
- Reikäliina
- Stanssi/kirurginen veitsi (lääkärin tarpeen mukaan)



Koepalan ottamisen ja ihon sulkemisen jälkeen:

- Laita ompeleen päälle ihoteippi
- Laita ihoteipin päälle kiinnittyvä kirurginen sidos (haavalappu)

Ihon koepalan ottaminen ja sulku eli suturaatio

Muuta huomiotavaa:

- Varaa näytepurkki koepalaa varten (formaliini 10%)
- Merkkää näytepurkkiin potilaan henkilötiedot (nimi, sosiaaliturvatunnus, näytteenoton aika, päivä, kellonaika ja kohta mistä näyte otettu)
- Huomioi potilaan vointi näytteenoton aikana
- Varaa tarvittaessa ompeleidenpoisto aika
- Kirjallisesti ja suullisesti kotihoito-ohjeet

Peräpukaman poisto eli barronin ligatuura

Varaa seuraavat välineet toimenpiteeseen:

- Liukastusvoide/xylocain
- Ligatuurlaite
- Progtoskooppi
- Kumilenkkiligatuura
- Pihdit



Peräpukaman poisto eli barronin ligatuura



- Imu johon ligatuuralaite yhdistetään

Kynnen osapoisto eli kiilaeksisio

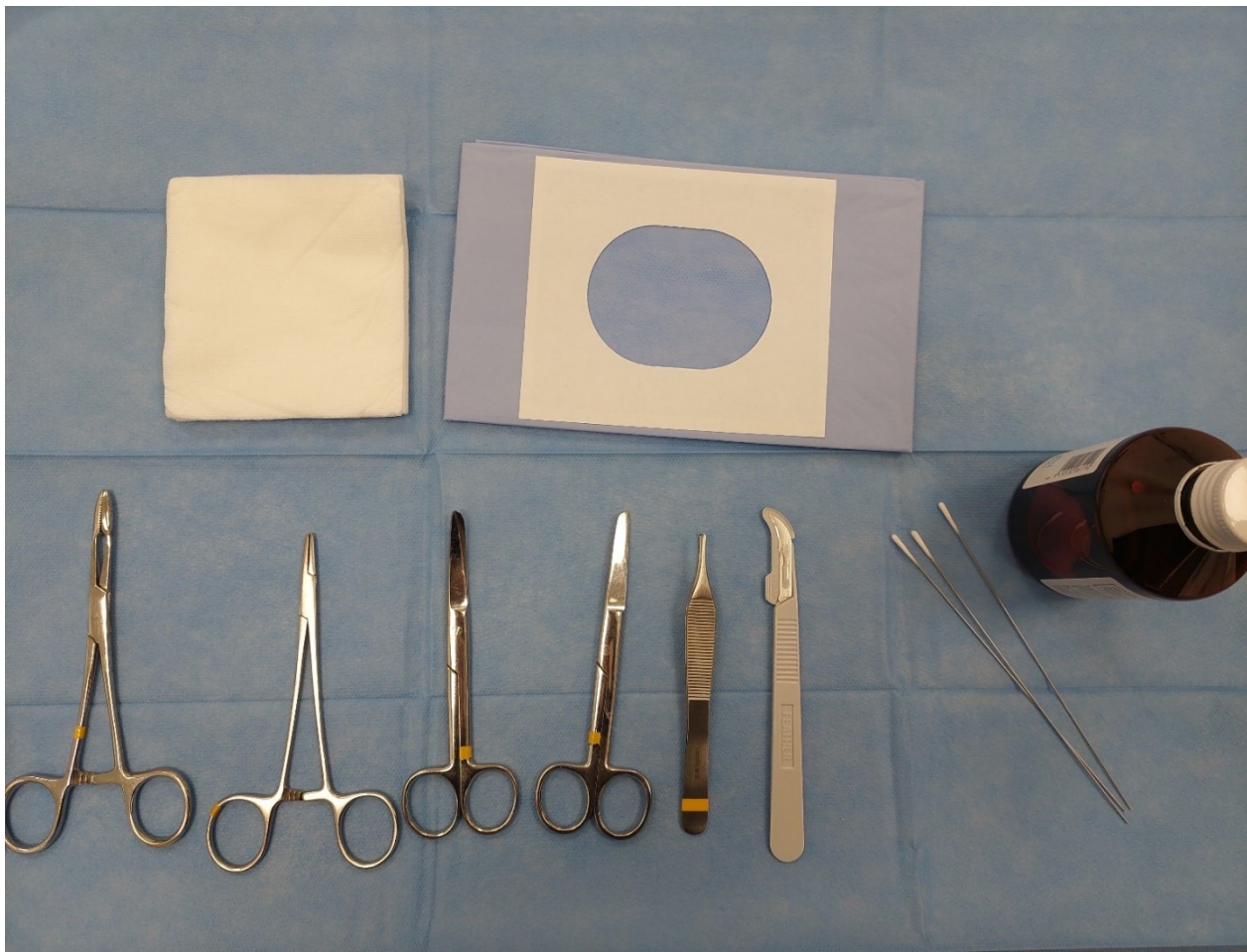
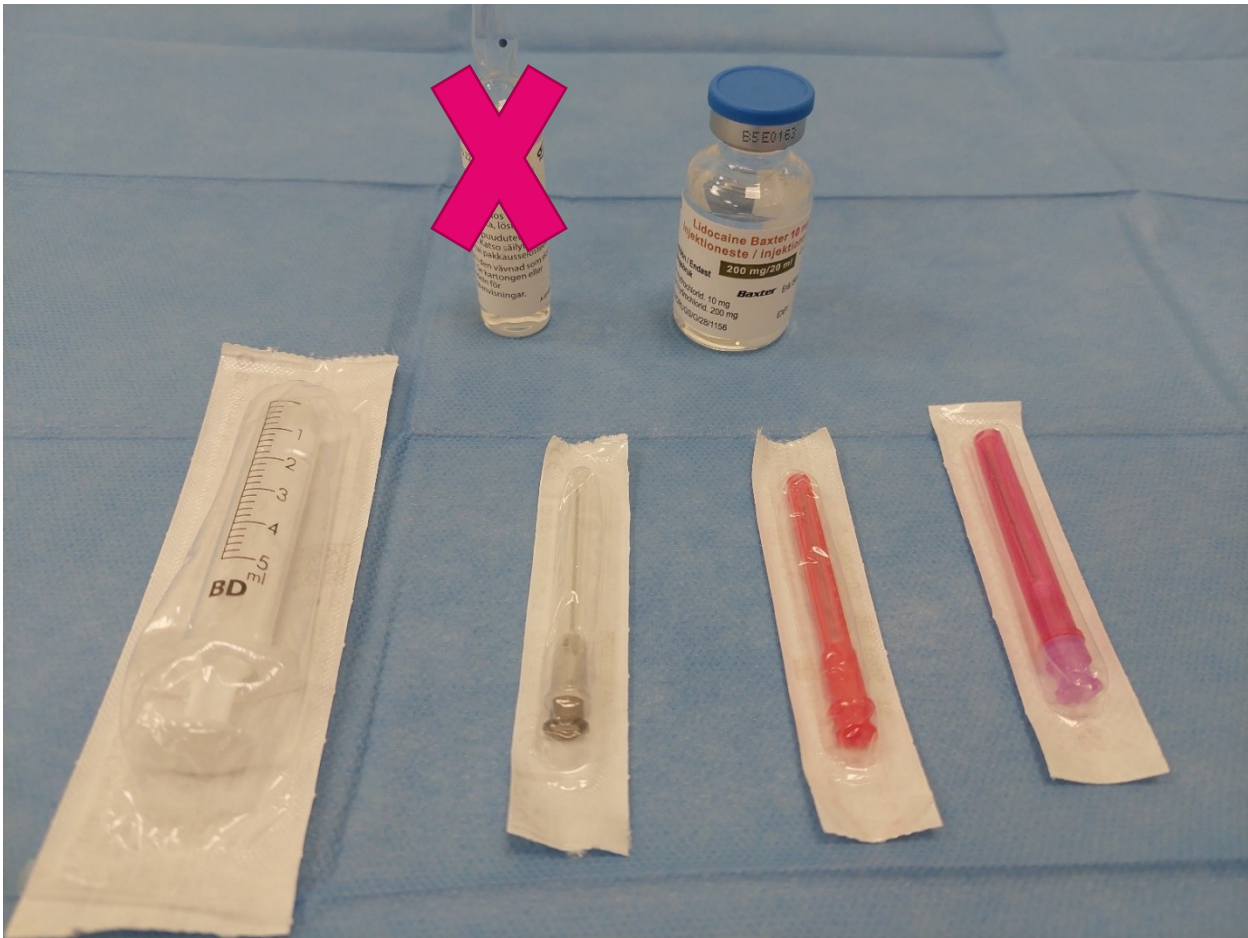
Tarvittava välineistö:

- Neulankuljetin
- Sakset
- Kirurgiset atulat
- Reikäliina
- Kocherin pihdit
- Steriilit taitokset
- Fenoli 90%
- Metallisia pumpulipuikkoja fenolia varten
- Keittosuolaliuosta
- Varvasstaasi
- Johtopuudutuksen välineistö
 - Puuduteaine (EI ADRENALIINIA)
 - Suodatinneula
 - Injektioneula
 - Ruisku

Toimenpiteen jälkeen:

- Runsas huuhtelu NaCl
- Rasvalapputaitos operoituun varpaaseen
- Harsotaitoksia + joustosiderulla varpaan ympäri

Kynnen osapoisto eli kiilaeksisio



Leikkausalueen desinfektio

1. Suojaa desinfioitavan alueen ympäristö tarvittaessa, esim. Kroonikkosuojalla.
2. Desinfioi kädet
3. Aseta liuoskuppi kaarimaljaan tai avaa pesupakkaus. Laita pesusykeröt/taitokset maljaan/liuoskuppiin hyvää aseptiikkaa noudattaen.
4. Kaada pesunestettä maljaan aseptisesti siten, ettei pullon suu kosketa tarvikkeita, pesunestettä tulee olla siten että taitokset/sykeröt kostuvat kauttaaltaan
5. Pue tehdaspuhtaat käsineet, jos käytät desinfektiossa pihtejä tämä ei ole tarpeen.
6. Jos toimenpide alue sijaitsee potilaan navan alueella, tulee napa puhdistaa huolellisesti pumpulipuikkojen avulla.
7. Pesu aloitetaan oletetusta toimenpidekohdasta. Alue desinfioidaan etenemällä yhdensuuntaisin vedoin ylhäältä alaspäin, puhtaasta liikkeeseen, huomioiden valumissuunta. Alueen yli ei kumarrella. Ensimmäisellä taitoksella puhdistetaan alue laajemmalla ja tämän jälkeen taitos pudotetaan roskakoriin.
8. Toisella taitoksella toimitaan samoin, mutta aluetta pienennetään hieman. Puhtailla sykeröillä ei toimita desinfiomattomalla alueella. Pesu toistetaan vähintään 3 kertaa. Viimeisellä sykeröllä puhdistetaan ainoastaan toimenpidekohta.
9. Poistetaan suojaukset, jos niitä on käytetty.

Ompelun jälkeinen hoito ja potilaan ohjaus

Hoitajana:

- Anna kotihoito-ohje kirjallisena
- Käy kotihoito-ohje potilaan kanssa läpi (huomioi erityisesti infektion oireet)
- Ohjaa potilas varaamaan aika ompeluiden poistoon omalta terveysasemalta
- Anna yhteystiedot mihin voi tarvittaessa olla yhteydessä, jos herää kysyttävää

Keski- **SOTE**
Uudenmaan

KEUSOTE JUST AKUUTTI Lääkärintie 1, 04410 Järvenpää
Ajanvaraus sähköisesti www.jarvenpaa.fi/eTerveys ja muu sähköinen asiointi
puh. klo 8-20 ma-su 019 226 0505

Ommellun haavan kotihoito-ohje

Haavan hoito:

- Haava on pidettävä puhtaana.
- Erittävä haava peitetään vielä puhtaalla haavasiteellä.
- Vaihda likainen tai märkä haavaside uuteen.
- Haavataitoksia voi ostaa apteekista.
- Suihkuun voi mennä vuorokauden kuluttua haavan ompelemisesta.
- Kuivaa haava kevyesti painellen puhtaalla pyyhkeellä.
- Saunaan, kylpyyn tai uimaan voi mennä ompeluiden poiston jälkeisenä päivänä.
- Vältä ommellun alueen rasitusta ja venytystä alkuvuokoina.

Ottakaa yhteyttä, mikäli teillä esiintyy seuraavia oireita:

- Haavasta vuotaa runsaasti verta tai märkäistä eritettä
- Haavakipu voimistuu 1-2 vrk kuluttua toimenpiteen jälkeen
- Haava punoittaa, kuumottaa ja on turvonnut
- Lämpö nousee ja/tai esiintyy vilunväristyksiä

Ompeluiden poisto _____ / _____ 202__ klo _____, sh/lh _____

Ompeluiden poiston yhteydessä haava-alueelle laitetaan uusi ihoiteippi, joka saa olla paikoillaan kunnes irtoaa, mieluiten kuitenkin viikon ajan. Vuorokauden kuluttua ommelten poistosta saa mennä suihkuun, saunaan, uimaan ja kylpyyn.

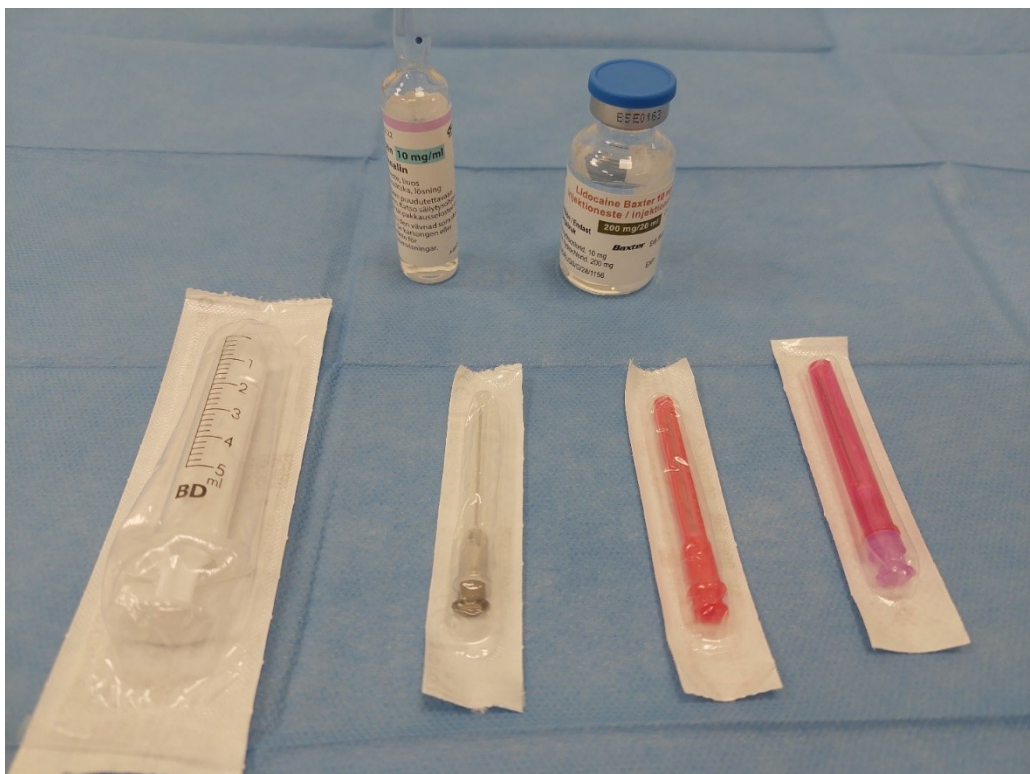
Puudutus

Yleispuudutuksen perusvälineistöä:

- Puuduteaine (huomioi johtopuudutuksessa ja muissa distaalisissa osissa puuduteaine ilman adrenaliinia)
- Suodatinneula
- Injektioneula
- Ruisku

Toimintajärjestys:

- Puhdista puudutettava alue A12t 80% dilutus (tai muu vastaava)
- Varmista ettei potilaalla ole puuduteaineallergiaa
- Puuduteaine operoitavan alueen mukaan -> ojenna puuduteaine lääkärille vedettäväksi ruiskuun (käytä suodatinneulaa)
- Puhdista operoitava alue puudutuksen jälkeen A12t 80% dilutus (tai muu vastaava)



Steriilin pöydän valmistelu

1. Hoitaja desinfioi kätensä.
2. Denaturoidulla alkoholilla puhdistetaan toimenpidepöytä.
3. Steriilit pakkaukset avataan apupöydälle siten että näistä voidaan nostaa instrumentit steriilille pöydälle.
4. Steriilille pöydälle tuleva liinapakkaus avataan.
5. Desinfoidaan kädet ja puetaan käsineet. Tämän jälkeen liina levitetään puhdistetulle toimenpidepöydälle, siten että liina aukeaa itsestään poispäin.
6. Pöydän yli, eikä päälle kumarrella vaan toimitaan aina itseensä päin.
7. Asetellaan tarvittavat välineet avatuista pakkauksista pöydälle siinä järjestyksessä, kun on oletus niitä tarvittavan.
8. Jos pöytä ei tule heti käyttöön se tulee peittää steriilillä liinalla.
9. Pöytää tehtäessä käytetään suu-nenäsuojusta tai ollaan vaihtoehtoisesti puhumatta.