

Laura Saine

HAAVAPOTILAAN OHJAUKSEN KEHITTÄMINEN
ERIKOISSAIRAANHOIDON JA PERUSTERVEYDENHUOLLON
YHTEISTYÖNÄ SATAKUNNASSA

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Ylempi AMK

2018

HAAVAPOTILAAN OHJAUKSEN KEHITTÄMINEN ERIKOISSAIRAANHOIDON JA PERUSTERVEYDENHUOLLON YHTEISTYÖNÄ SATAKUNNASSA

Saine, Laura

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Terveyden edistämisen koulutusohjelma (ylempi AMK)

Elokuu 2018

Sivumäärä: 75

Liitteitä: 6

Asiasanat: hoitotyö, potilasohjaus, haava, kehittäminen

Terveydenhuolto elää jatkuvassa muutoksessa ja organisaatioiden on kyettävä muuntautumaan muuttuvan maailman myötä. Näyttöön perustuvaa hoitotyötä korostetaan enemmän ja hoidon on perustuttava parhaisiin olemassa oleviin menetelmiin. Kehittäminen on oltava osa organisaatioiden arkea, jotta kilpailukyky säilyy muihin organisaatioihin nähden. Potilaat joilla on haava, hoitavat haavaa nykyään enenevässä määrin kotona, joko itse tai kotisairaalan turvin. Tästä syystä juuri haavapotilaanohjauksen kehittäminen on tärkeää.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata haavapotilaan ohjauksen nykytilaa ja laatia kehittämis ehdotukset haavapotilaan ohjauksen kehittämiseksi. Kehittämistutkimuksen tavoitteena on kehittää haavapotilaan ohjausta Satakunnassa. Satakunnan keskussairaalassa toimiva kirurgian haavapoliklinikka toimi kehittämistyön keskiössä ja kehittämistyön toimeksianto tuli heiltä. Kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksena ja apuna tutkimusmateriaalin keräämiseen käytettiin kyselyjä ja kehittämisen apuna aivoriihi menetelmää. Kehittämistyön ensimmäinen sykli kuvasi haavapotilaiden käsityksiä saamastaan ohjauksesta Satakunnan keskussairaalan haavapoliklinikalla. Toinen sykli kuvasi Satakunnan haavayhdyshenkilöiden käsityksiä yhteistyöstä Satakunnan keskussairaalan haavapoliklinikan ja muiden perusterveydenhuollon yksiköiden kanssa. Kolmannessa syklissä laadittiin kehittämis ehdotukset yhdessä kehittämistiimin kanssa haavapotilaan ohjauksen kehittämiseksi Satakunnassa.

Kehittämistutkimukseen osallistui 28 potilasta ja 22 sairaanhoitajaa, jotka toimivat haavayhdyshenkilöinä. Potilaskyselyn vastausprosentti oli 45 % ja alueellisten haavayhdyshenkilöiden vastausprosentti 35 %. Potilaat ovat kaiken kaikkiaan erittäin tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen ja kokivat pärjäävänsä kotona saamien ohjeiden ansiosta hyvin. Potilaat olivat saaneet ohjausta haavan puhtaanapidosta sekä asioista, jotka vaikuttavat haavan paranemiseen. Kehittämis ehdotukset haavapotilaan ohjauksen kehittämiseksi Satakunnassa painottuivat kirjallisen materiaalin puutteeseen. Hoitohenkilöstö kokee osaavansa potilasohjauksen riittävän hyvin, mutta kirjalliseen ohjaukseen kaivataan uudistusta. Tutkimus osoitti, että teknisiä apuvälineitä haavapotilaan ohjaukseen kaivattaisiin lisää, kuten valokuvien käyttöä haavahoidon ohjauksissa.

THE DEVELOPMENT OF WOUND PATIENTS IN SPECIAL HEALTH CARE AND BASIC HEALTH CARE IN CO-OPERATION IN SATAKUNTA

Saine, Laura

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Health Care, Master's Degree

August 2018

Number of pages: 75

Appendices: 6

Keywords: Health Care, Patient Guidance, Wound, Developing

Health care is undergoing constant change and organizations must be able to adapt to the changes. Evidence-based practice is more emphasized and the care must be based to the best methods possible. Development must be part of the everyday life of organizations, in order to be able to compete with other organizations. Wound patients take care of the wound nowadays more from home either by themselves or by home care. For this reasons it is important to develop the guidance of wound patients.

The purpose of this study is to describe the current states of guidance to wound patients and to make suggestions to improve the guidance to wound patients. The purpose is to develop the guidance in Satakunta. The surgical wound polyclinic in the Satakunta Central Hospital was the center of this study and the request to study the topic came from them. The study was done as an activity study and in order to collect material research inquiries as well as joint meetings were used. The first cycle of the study described the view of wound patients on the guidance they received from the surgical wound polyclinic. The second cycle described the understanding of the wound personnel on the co-operation between special health care and basic health care. The third cycle was to draft the suggestions for development together with the development team.

28 wound patients and 22 nurses, who are wound personnel, replied to the inquiries sent. The reply percentage of patients was 45 % and the reply percentage for personnel was 35 %. All in all the patients are pleased with the guidance they receive and feel that they can take care of the wound at home well. The patients have received guidance on how to keep the wound clean and on points which improve the healing process of the wound. The suggestions for development were stressed to the lack of written material. The personnel feels that they have sufficient know-how to give guidance to the patients, but the written material needs improvements. The study showed that technical instruments for the guidance of wound patients are needed such as the use of pictures in wound care.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS.....	9
	2.1 Haavapotilaan hoitopolun kuvaus.....	11
	2.2 Haavahoidon kehittäminen	12
3	KEHITTÄMISTUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	18
4	KROONISET HAAVAT	19
	4.1 Kroonisen haavan hoito	19
	4.2 Kroonisen haavan paraneminen.....	20
5	HAAVAPOTILAAN OHJAUS	22
	5.1 Kroonisen haavapotilaan ohjaus	23
	5.2 Haavahoidon vähimmäissuosituksen hoitotyön ammattilaisille.....	25
	5.3 Opinnäytetyön lähtökohdat.....	25
6	AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET POTILASOHJAUksesta	28
	6.1 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen	29
	6.2 Tutkimusten tulokset tutkimuskysymyksittäin	31
7	KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄ	34
	7.1 Toimintatutkimus.....	34
	7.2 Kyselytutkimus	36
	7.3 Aivoriihi.....	38
8	KEHITTÄMISTYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	41
	8.1 Kehittämistyön menetelmän näkökulma.....	41
	8.2 Kehittämistyön toteuttamisen näkökulma.....	43
9	KYSELYT AINEISTONKERUUMENETELMÄNÄ.....	47
10	KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS.....	50
	10.1 Potilaskyselyjen toteuttaminen	51
	10.2 Haavayhdysheiköiden kyselyjen toteuttaminen.....	52
	10.3 Yhteistyöpalaveri aivoriihi menetelmällä.....	53
11	KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET.....	54
	11.1 Haavapotilaiden käsityksiä ohjauksesta Satakunnan keskussairaalan haavapoliklinikalla	54
	11.2 Satakunnan haavayhdysheiköiden käsityksiä yhteistyöstä yksiköiden välillä	61
	11.3 Kehittämisehdotukset haavapotilaan ohjauksen kehittämiseksi Satakunnassa.	67
12	POHDINTA.....	69

12.1 Kehittämistutkimuksen toteutuksen arviointi	69
12.2 Kehittämistutkimuksen tuotoksen arviointi	71
12.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet	72

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut aikaisemmat tutkimukset

Liite 2. Kutsukirje tutkimukseen osallistuville potilaille

Liite 3. Potilaiden kyselylomake

Liite 4. Kutsu tutkimukseen osallistuville haavahoitajille

Liite 5. Alueellisten haavahoitajien kyselylomake

1 JOHDANTO

Euroopassa kroonisten haavojen hoidossa on tapahtunut viimeisen vuosikymmenen aikana dramaattinen muutos. Sairaalat ovat vähentäneet palvelujaan ja sairassijojaan, mutta kuitenkin kotihoitoon ei ole panostettu riittävästi. Euroopan terveydenhuollon haavahoidon kustannukset ovat lisääntyneet runsaasti ja siksi uutena suuntauksena on ollut potilaan kotiuttaminen sairaalasta mahdollisimman nopeasti. (Hjärppe, Hjärppe & Castren n.d., 3.) Suomessa haavojen diagnosointi ja hoito eivät toteudu riittävän hyvin ja hoidon laadussa on suuria eroja alueellisesti. Tarvitaan laadukkaampaa haavojen diagnostiikkaa ja hoitoon liittyvää tutkimusta, jotta hoitokäytäntöjä saadaan parannettua. Lisäksi vakiintuneet haavanhoidon hoitoketjut on luotava erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välille. On todettu, että haavojen esiintyvyys lisääntyy väestön ikääntyessä sekä diabeteksen lisääntyessä. Kroonisten haavojen hoito on erittäin kallista terveydenhuollolle. On arvioitu, että pelkästään Helsingissä haavanhoitokulut olisivat vuosittain jopa 7-14 miljoonaa euroa. Yksittäiselle ihmiselle haava heikentää elämänlaatua huomattavasti. (Lääkäriliiton www-sivut 2018)

Kun sairaalahoitajaksot lyhenevät ja polikliiniset hoidot sekä omaishoito lisääntyvät on haavapotilaiden ja hänen omaistensa ohjaukseen ja neuvontaan kiinnitettävä erityistä huomiota. Onnistuneen hoidon edellytyksenä on, että potilaalla on riittävästi tietoa omasta haavastaan ja sen hoidosta, sekä hoidon vaikutuksista. Hyvällä ohjauksella pyritään tukemaan potilaan omahoitoa ja sen on myös todettu vaikuttaneen pelkojen vähenemiseen, turvallisuudentunteen lisääntymiseen sekä omaan hoitoon osallistumiseen. Yleensä potilaat haluavat saada tietoa haavahoidostaan, mutta jokaisella on kuitenkin oikeus valita, eli potilasta ei voida pakottaa oppimaan uusia asioita ja omaksumaan uusia asenteita. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2003, 251.)

Kroonisella haavalla tarkoitetaan pitkittynyttä alaraajan tai jalkaterän haavaa, joka on ollut avoimena jo neljän viikon ajan. Mikäli haava johtuu valtimoverenkierron vaja-

uksesta, niin haava määritellään krooniseksi jo silloin, kun se on ollut avoimena vain kahden viikon ajan. Krooninen alaraajahaavauma ei ole oma itsenäinen tautinsa, vaan se on seurausta jostain muusta seikasta, joka aiheuttaa haavoja. Tavallisimmin krooninen alaraajahaava johtuu laskimovajaatoiminnasta, toinen yleinen kroonisen alaraajahaavan syntyyn vaikuttava tauti on alaraajojen tukkivan valtimotauti. Merkittävimpinä riskitekijöinä ovat ikääntyminen, tupakointi ja diabetes. Lisäksi haavoja aiheuttavia tauteja ovat muun muassa nivelreuma ja sidekudossairaudet, verisuonitulehdukset ja pahanlaatuiset kasvaimet. (Krooninen alaraajahaava; Käypä hoito – suositus 2017.)

Hoitotyön määritelmä suomalaisen sivistyssanakirjan mukaan tarkoittaa terveyden- tai sairaanhoidon työnä. Hoitotyön synonyymejä ovat sairaanhoito ja sairaanhoitoala. Potilaan määritelmä sivistyssanakirjan mukaan tarkoittaa lääkärin tai jonkin sairaalan asiakasta. Potilas määritellään lisäksi sairaaksi henkilöksi, joka potee jotakin sairautta. (Suomisanakirja [www-sivut](http://www.sanomakustannus.fi) 2017.)

Liiketoiminnan jatkuva kehittämistyö on menestymisen edellytys. Organisaatioissa on tehtävä kehittämistyötä jolla on merkitys, tämä on nykypäivänä lisääntynyt nopeasti. Maailma ja organisaatiot muuttuvat jatkuvasti ja organisaatioiden on pysyttävä muutoksessa mukana. Ei riitä, että organisaatio sopeutuu muutokseen, vaan organisaation on oltava askeleen muita edempänä pärjätäkseen vauhdissa mukana. Parhaiten menestyvät yritykset ja organisaatiot, jotka kykenevät ennakoimaan hieman paremmin tulevaa ja varautumaan niihin. On kyettävä toteuttamaan pitkäaikaisia tavoitteita erilaisissa tulevaisuuden tilanteissa. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 12–13.) Suomessa terveydenhuoltojärjestelmän omistavat kunnat, jotka ovat paraikaa ryhmittäytymässä uudelleen. On otettu uusia näkökulmia tarkastella meidän voimavaroja. On tiedossa, että toiminnan on kyettävä uudistumaan, mutta on myös muistettava, ettei mikään onnistu ellei toiminnan arvopohjaa rakennettava kestävälle pohjalle. Muun muassa Innokylä tuo sosiaali- ja terveysalan muutoksesta kiinnostuneet yhteen. (Lääkäripalveluyritykset [www-sivut](http://www.innokyla.fi) 2018) Innokylä tarjoaa virtuaalisia työtiloja, jotka soveltuvat kehittämiseen, tiedonjakoon, sekä julkisten hankintojen toteuttamiseen (Innotiimin [www-sivut](http://www.innotiimi.fi) 2018).

Kehittämistyö kohdistuu haavapotilaan ohjauksen kehittämiseen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä Satakunnassa. Satakunnan keskussairaalassa toimiva kirurgian haavapoliklinikka toimii kehittämistyön keskiössä ja kehittämistyön toimeksianto tuli heiltä. Kehittämistyön tarkoituksena on selvittää haavapotilaan ohjauksen nykytilaa ja laatia kehittämissuhteet haavapotilaan ohjaukseen. Kehittämistyön tavoitteena on kehittää haavapotilaan ohjausta Satakunnassa alueellisesti. Kehittämistyö tehdään toimintatutkimuksena ja kyselyä käytetään apuna tutkimusmateriaalin keräämiseen ja aivoriittä toiminnan kehittämisen apuna. Kehittämistyö etenee sykleittäin siten, että ensimmäisessä syklissä tehdään kysely haavapotilaille haavanhoidon ohjauksesta. Toinen sykli sisältää kyselyn Satakunnan haavayhdyskunnille yhteistyön kehittämisestä ja mahdollisista kehittämissuhteista. Kolmannessa syklissä pohditaan konkreettisia toiminnan muutoksia tuloksia tarkastellen.

2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Suomi jaetaan kahteenkymmeneen sairaanhoitopiiriin, joista on suurin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Sen väestöpohja oli vuoden 2014 lopussa 1 599 390 asukasta, kun taas pienimmän piirin, eli Itä-Savon väestöpohja oli 44 051 asukasta. Jäsenkuntien määrä vaihtelee siis suuresti sairaanhoitopiireittäin. Sairaanhoitopiirien tärkein tehtävä on järjestää alueensa erikoissairaanhoito sen asukkaille. Sairaanhoitopiirin on tuotettava väestön tarpeisiin perustuvia erikoissairaanhoidon palveluita, sekä lisäksi piirin tulee vastata terveyskeskusten laboratorio- ja röntgenpalvelujen ja muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisestä ja laadun valvonnasta. Sairaanhoitopiiri on myös huolehdittava tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta yhdessä terveyskeskustensa kanssa. (Kuntien www-sivut 2017)

Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä tarjoaa alueellaan erikoissairaanhoidon palveluita kahdeksalletoista jäsenkunnalle, eli noin 224 000 asukkaalle yhteistyössä perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa. Sairaanhoitopiirin sairaalat ovat Porissa, Raumalla ja Harjavallassa sekä lisäksi psykiatrian ja kehitysvammaisten erityishuoltoa tarjoavia toimipisteitä on useammalla eri paikkakunnalla. Satakunnan sairaanhoitopiirissä työskentelee noin 3 600 henkilöä. Sairaanhoitopiirin toiminnan tavoitteena ja arvoina on sen antama hyvä hoito ja palvelu. Arvot pitävät sisällään sairauksien hoitamisen ja ennaltaehkäisyyn, terveyden edistämisen, näyttöön perustuvan toiminnan, vaikuttavuuden, tehokkuuden ja tuloksellisuuden. Lisäksi arvot sisältävät myös tuen arjessa selviytymiseen ja toimivat tukipalvelut sekä kuntoutuksen. Hyvän hoidon ja palvelun toteutus tapahtuu välinearvoilla, joita ovat kohtaaminen, välittäminen, vastuullisuus ja kehittyminen. (Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut 2017)

Haavapoliklinikka toimii Satakunnan keskussairaalassa kirurgian poliklinikan yhteydessä O-rakennuksen ensimmäisessä kerroksessa arkipäivisin klo 7.30–15.00 välisenä aikana. Poliklinikalla hoidetaan pääasiassa vain aikuispotilaita, joilla on erilaisia kirurgian sairauksia. Potilaat saapuvat poliklinikalle erikoislääkärin, sairaanhoitajan tai fysioterapeutin vastaanotolle. Erikoislääkärin vastaanotolla käy potilaita monesta eri kirurgian alalta, kuten ortopedialta, urologialta, gastrokirurgialta, plastiikkakirurgi-

gialta, verisuonikirurgialta ja käsikirurgialta. Sairaanhoitajan vastaanotolle ohjataan pääasiassa syöpäsairaita ja urologisia potilaita. Lisäksi myös haavahoitaja ja fysioterapeutti pitävät omia vastaanottoja poliklinikalla. Poliklinikalla laitetaan ja vaihdetaan kipsejä ja erilaisia avattavia tukia, tehdään haavanhoitoja, pieniä kirurgisia toimenpiteitä, virtsarakon tähytyksiä sekä virtsateiden toiminnallisia tutkimuksia. (Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut 2017)

Haavapoliklinikalla työskentelee neljä auktorisoitua haavahoitajaa. Auktorisoitu haavahoitajalla tarkoitetaan Suomen Haavanhoitoyhdistys ry:n myöntämällä nimikkeellä toimivaa haavahoidon ammattilaista. Auktorisointia on ollut saatavissa vuodesta 2004 alkaen ja sen tarkoituksena on selkeiden kriteerien perusteella osoittaa hakijan haavanhoidon erityisosaaminen (Suomen Haavanhoitoyhdistyksen www-sivut 2017). Haavapoliklinikan vastuulääkärinä toimii tällä hetkellä plastiikkakirurgi. Lisäksi haavapoliklinikalla työskentelee lääkäreitä eri erikoisaloilta, riippuen haavan hoidon kannalta välttämättömistä asioista.

Porin perusterveydenhuollon eli perusturvakeskuksen tehtävänä on järjestää lakisääteisiä ja kuntien päättämiä sosiaali- ja terveystalvueluita toiminta-alueelleen. Lisäksi perusturva valvoo ja ohjaa näihin palveluihin liittyviä tuki- ja kehittämispalveluita. Perusturvakeskus edistää ja tukee kokonaisvaltaista hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta. Perusturvalautakunnan ja sen yksiköiden käsittelemien asioiden valmistelu on myös yksi perusturvan tärkeistä tehtävistä. Porin kaupungin tekemän yhteistointasopimuksen perusteella perusturvakeskus vastaa myös Ulvilan ja Merikarvian kunnan asukkaiden perusturvan järjestämisestä Porin perusturva asioiden lisäksi. Kuntalaisten tarvitsemat palvelut tuotetaan lähipalveluina lähipalvelupisteissä ja palveluiltaan laajennetuissa sote-keskuksissa. Perusturvaa valvoo perusturvalautakunta, jonka tehtävänä on vastata perusturvan sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan järjestämisestä, toimeenpanon valvonnasta ja tuloksellisuudesta. Lautakunnassa toimii perusturvajohtaja, joka puolestaan vastaa perusturvan toimialan toiminnasta. Lisäksi perusturvajohtaja johtaa ja kehittää perusturvan toimintaa kaupunginhallituksen, kaupunginjohtajan ja perusturvalautakunnan alaisuudessa sekä konsernihallinnon ohjauksessa. Toimintamalli on rakentunut väestön palvelutarpeen, ennaltaehkäisyn ja moniammatillisen työskentelyn tuloksena. Asiakkaiden kunnioittava ja osaava kohtelu, määrätietoinen johtaminen sekä asiantunteva henkilöstö takaavat perustehtävän

toteuttamisen. Perusturva on jaettu pienempiin kokonaisuuksiin, eli palvelualueisiin, joita ovat sosiaali- ja perhepalvelut, terveys- ja sairaalapalvelut sekä vanhuspalvelut. Terveys- ja sairaalapalvelut sisältävät avosairaanhoidon ja terveydenhuollon, suun terveydenhuollon, psykososiaaliset palvelut, sairaalapalvelut ja akuutin kotikeskuksen. Akuutti kotikeskus järjestää asumista tukevaa arviointia ja kuntoutusta, kotisairaalapalveluita sekä sairaalasta kotiuttamiseen liittyvää kotiutustiimin palveluita. (Porin kaupungin www-sivut 2018) Haavapoliklinikka toimii perusturvan eri yksiköiden kanssa tiiviissä yhteistyössä.

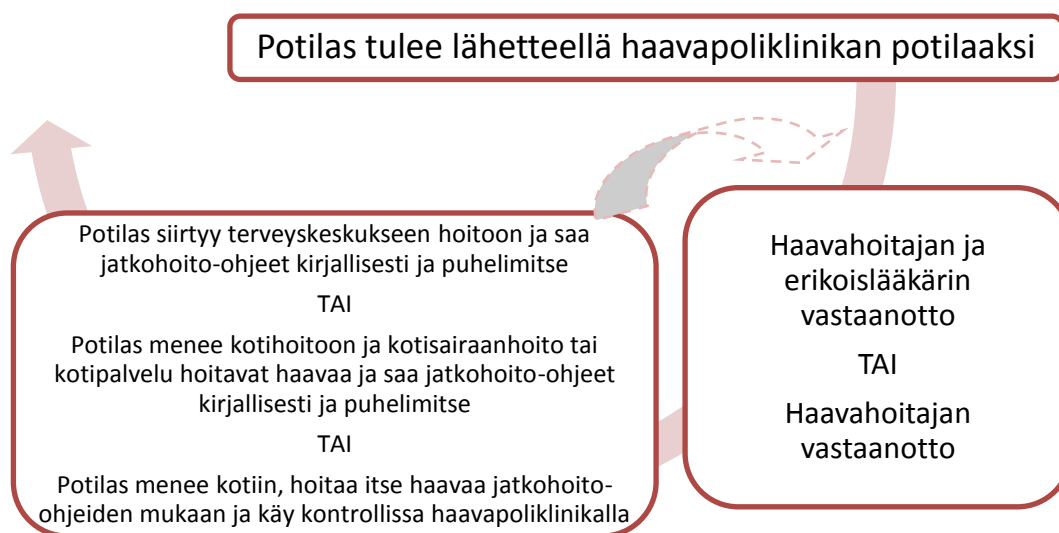
2.1 Haavapotilaan hoitopolun kuvaus

Haavapoliklinikalla toiminta on muuttunut viimeisen vuoden aikana niin, että sisätautien eli ihotautien haavapoliklinikka ja kirurgian haavapoliklinikka on nyt yhdistettynä kirurgian poliklinikan tiloissa. Yhdistämisen tarkoituksena ja tavoitteena on ollut, että potilaiden olisi helpompi asioida samalta luukulta haava-asioissa ja lääkärit liikkuvat potilaiden tarpeiden mukaan. Hoitohenkilökuntaa on yhdistettynä haavapoliklinikalle aikaisemmista kahdesta yksiköstä.

Haavapoliklinikalle potilaat tulevat lääkärin läheteellä joka puolelta maakuntaa: keskussairaalan sisältä, eri poliklinikoilta, osastoilta tai päivystyksestä, mutta hoitoon pääsee vain läheteellä. Potilaita tulee läheteellä myös perusterveydenhuollon puolelta eri osastoilta tai yksiköistä ja kotihoidosta. Toisinaan tarvitaan vain konsultointiapua haava-asioissa puhelimitse tai valokuvan avulla. Ajanvaraus tapahtuu niin, että lähettävä taho ottaa yhteyttä haavapoliklinikan haavahoitajaan ja yhdessä varataan asiakkaalle sopiva aika. Aina ensimmäisellä kerralla vastaanotolla on hoitajan kanssa ihotautilääkäri tai kirurgi tai joissain tapauksissa jopa molemmat lääkärit ovat paikalla. Jokaiselle potilaalle tehdään oma hoidonvaraus, jolloin jokin lähete kiinnitetään mukaan ajanvaraukseen. Potilas, joka on aikaisemmin ollut haavapoliklinikan potilaana, voi tarpeen tullen itsekkin soittaa haavapoliklinikalle, vaikka sillä hetkellä ei hoitosuhdetta haavapoliklinikalle olisikaan, mikäli haavan tilanne huononee. Tällöin vanhaa lähetettä käytetään lähetteenä uudelleen.

Haavahoitaja katsoo potilaan joko yksin tai lääkärin kanssa ja hoitaa haavan. Välttämättä haavanhoitoon ei lääkäri osallistu, vaan haavahoitaja tekee omatoimisesti haavan puhdistuksen ja arvioi hoidon tarpeen ja tarpeelliset sidokset. Jatkohoitomahdollisuuksia on monia, kuten kuviossa 1 on nähtävissä. Potilas voi siirtyä terveyskeskukseen, jolloin haavanhoito tapahtuu siellä ja haavapoliklinikalta annetaan haavanhoito-ohjeet kirjallisesti sekä puhelimitse terveyskeskuksen hoitajille. Vaihtoehtona on myös, että potilas menee kotiin kotipalvelun tai kotisairaalan turvin, jolloin he puolestaan hoitavat haavaa ja he saavat jatkohoito-ohjeet kirjallisesti ja puhelimitse. Kolmantena vaihtoehtona on, että potilas menee kotiin ja hoitaa itse haavaansa saamiensa ohjeiden avulla ja käy ajoittain kontrolleissa haavapoliklinikalla.

Kuvio 1. Haavapotilaan hoitopolku



2.2 Haavahoidon kehittäminen

Terveydenhuollon suurten muutosten vuoksi hoitotyö on muuttunut yhä vaativammaksi ja on toiminnaltaan itsenäisempää kuin ennen. Terveydenhuollon asiakkaat ja potilaat ovat valveutuneempia ja vaativat laadukkaampaa hoitoa. Näyttöön perustuva hoitotyö pyrkii vastaamaan hoidon tarpeeseen tunnistettujen menetelmien avulla. Toimintapäätökset perustuvat tieteellisen tutkimuksen luomaan näyttöön, hoitotyön

asiantuntijan kokemukseen perustuvaan tietoon, potilaiden kokemuksiin ja tietoon sekä resursseihin, jotka ovat käytettävissämme. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 15.)

Näyttöön perustuva toiminta tarkoittaa parasta mahdollista saatavilla olevaa ajantasaista tietoa, jonka perusteella potilasta tai asiakasta hoidetaan. Toiminta siis perustuu mahdollisimman vaikuttavaan hoitoon, jota pyrimme antamaan asiakkaille ja potilaille. Tavoitteena on vastata hoidon tarpeeseen vaikuttaviksi todettujen menetelmiä ja hoitokäytäntöjä käyttäen. Näyttöön perustuva toiminta yhtenäistää potilaiden ja asiakkaiden saamaa hoitoa sosiaali- ja terveysalan toimintayksiköiden ja koulutuksen toimintatapoja, sekä lisää toiminnan tehokkuutta ja vaikuttavuutta. Tarkoituksena on myös hoitohenkilökunnan osaamisen lisääminen. Näyttöön perustuvan toiminnan edellytyksenä on tutkimus- ja seurantatietojen tuottaminen hoitotyöstä, jolloin tuotettu tieto on käyttökelpoista ja sitä on mahdollista saada toimintayksiköissä. Toiminta ja sen kehittäminen edellyttää terveydenhuollon ammattilaisilta alan kehityksen seuranta, tiedon käytön ja päätöksenteon osaamista sekä rohkeutta kyseenalaistaa vanhoja toimintatapoja, samalla etsien uutta tietoa toimintatapojen kehittämiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018, 53–54.)

Näyttöön perustuvalla haavahoidolla pyritään hoitotieteen, lääketieteen ja ravitsemustieteen tutkitun tiedon soveltamiseen parhaalla mahdollisella tavalla. Jokapäiväisessä hoitotyössä on arvioitava potilaan tilannetta ja tunnistaa potilaan paranemisen kannalta olennaiset ongelmat. On valittava oikeanlaiset hoitomenetelmät ja kyettävä arvioimaan niiden toimivuutta käytännössä. Tieteellinen, hyväksi havaittu ja kokemukseen perustuva näyttö ovat osa näyttöön perustuvia hoitokäytäntöjä. Näitä ovat esimerkiksi hoitotyön suositukset ja Käypä hoito – suositukset. Tutkittu tieto haavahoitoihin liittyen tuottaa ammattilaisten kliiniseen kokemukseen perustuvaa vaikuttavuusnäyttöä kohtalaisesti. Laadukkaamman ja tieteellisen tutkimukseen perustavan vaikuttavuusnäytön puuttuessa on turvauduttava hoitoperiaatteisiin, jotka pohjautuvat turvallisiksi ja vaikuttaviksi todettuihin kokemuksiin. Haavahoitojen vaikuttavuuteen toivotaan kuitenkin yhä enemmän arvioivaa ja vertailevaa tutkimustietoa. (Juutilainen & Hietanen 2016, 393–394.)

Terveyden edistäminen perustuu kansanterveyslakiin ja on näin ollen osa kansanterveystyötä. Terveyden edistämisen ohjaus- ja valvontavastuu on Sosiaali- ja terveysministeriöllä, jonka keskeisenä tavoitteena on terveyserojen kaventaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2018.) Voimme itse omalla työllämme vaikuttaa terveyserojen kaventamiseen vaikuttamalla terveyseroja lisääviin tekijöihin, kuten tupakointiin, alkoholin käyttöön, ruokatottumuksiin ja liikunnan määrään. Lisäksi voimme vaikuttaa ihmisten elinoloihin toiminnallamme. On kohdistettava erityistä huomiota syrjäytyneiden ja syrjäytymisvaarassa olevien terveyttä edistävien elämäntapojen tukemiseen sekä heidän hoitoon pääsyyn ja hoidon onnistumiseen. Hoitajan on oltava tietoinen sosioekonomisista terveyseroista ja pyrittävä omalla toiminnallaan hoitotyön keinoin kaventamaan niitä. (Iivanainen & Syväoja 2012, 595.) Kuntien on huomioitava päätöksissään ja toiminnoissaan terveyden edistämisen näkökohdat. Kaste-ohjelma on sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen kehittämisohjelma, jonka tavoitteena on puuttua terveyttä vaarantaviin riskitekijöihin, edistää väestön terveyttä ja kaventaa terveyseroja. Terveyden edistäminen ei voi nojata vain terveydenhuollon keinoihin, vaan siihen tarvitaan kaikkia sektoreita. Terveysnäkökulma on otettava huomioon kaikissa politiikoissa ja siksi onkin kehitetty Terveyttä kaikissa politiikoissa – ohjelma. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2018.) Ohjelman tavoitteena on huomioida väestön ja eri väestöryhmien terveysvaikutukset päätöksiä tehdessä ja toimeenpantaessa. Ydinasiiana on kansanterveyden parantaminen vaikuttamalla sellaisiin asioihin, joihin terveyssektorin vaikutusmahdollisuudet eivät ulotu. Näin ollen strategia on terveyttä edistävä ja sairauksia ehkäisevä. (Melkas 2013.) Maailman terveysjärjestö WHO: Terveyttä kaikille on taustana meidän Terveys 2015-kansanterveysohjelmalle (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2018). Ohjelmalla on neljä päätavoitetta; lisää vuosia elämään, lisää terveyttä elämään, lisää elämää vuosiin ja väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen (Iivanainen & Syväoja 2012, 595).

Terveys on jokapäiväisen elämän voimavara ja tärkeä arvo, joka vaihtelee elämänkulun aikana. WHO:n mukaan terveys tarkoittaa ihmisen fyysistä, sosiaalista, emotionaalista ja hengellistä hyvinvointia. Terveyden edistäminen puolestaan kattaa kaikki toiminnot, joilla yksilön ja koko väestön terveellistä toimintaa edistetään ja haitallisia toimintoja vähennetään. Oikeastaan voidaan sanoa, että terveyden edistämisen konkreettisempi ilmaisu on sairauksien ehkäiseminen. Hyvinvoinnin ja terveyden edistä-

minen on tärkeänä osana kaikissa sosiaali- ja terveystieteellisissä ohjelmissa. Jokaisen hoitohenkilökunnan jäsenen työpanos terveyden edistämiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi ovat merkittäviä. Elämäntapoihin vaikuttaminen on haastavaa, sillä ihmiset ovat kiintyneet omiin tapoihinsa. Ihmiset eivät pahemmin välitä erinäisistä käännytämisyrittämisistä ja tästä syystä hoitohenkilökunnalla on oltava hyvät taidot ohjata ihmisiä terveellisemmän elämän pariin. (Iivanainen & Syväoja 2012, 594–595.)

Haavahoidon viivästyminen ja toimimattomat hoitoketjut aiheuttavat turhia kustannuksia, kuluttavat liian suuren osa resursseistamme ja huonontavat potilaiden elämänlaatua alentamalla toimintakykyä ja kipua aiheuttamalla. Haavoista johtuvat pitkät sairauslomat tulevat kalliiksi sekä potilaille että yhteiskunnalle. Kustannustehokkaampaa olisikin haavojen ennaltaehkäisy ja hyvä hoito. Voimme kuitenkin todeta, että maassamme ongelmahaavojen hoito on pääosin järjestäytymätöntä ja hoitoorganisaation kehittämiseen ei taloudellisesti ole mahdollista ryhtyä. Hoitoorganisaatiot vaatisivat huomattavasti enemmän systemaattista koulutautumista, yhtenäisiä hoito-ohjeita, tehtyjen töiden rekisteröintiä, laadun arviointia sekä tutkimustyötä. Korjaamisen lähtökohtana on ongelmien tiedostaminen, mutta terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa ei ole noteerattu, kuinka paljon resursseja haavapotilaiden hoito vaatii. Eurooppalaisessa selvityksessä tuli ilmi, että jopa 5 % terveydenhuollon koko budjetista kuluu länsimaissa haavojen hoitamiseen. Suomessa kattavaa tutkimusta ei ole tehty, mutta laskelmien mukaan voidaan arvioida, että esimerkiksi Helsingissä vuodessa kuluu 7-14 miljoonaa euroa vain haavojen hoitoon. (Juutilainen & Hietanen 2016, 388.)

Nykyiset haavahoidon voimavarat kohdistuvat komplisoituneiden haavojen kuten diabeetikoiden jalkahaavojen hoitoon, vaikka suurin osa haavoista olisi kuitenkin jo ennaltaehkäistävissä. Ennaltaehkäisyn toteuttaminen vaatisi riskiryhmien järjestelmällistä ohjausta, apuvälineiden hankintaa ja perusterveydenhuollossa tapahtuvaa seuranta. Lisäksi vajavaiset ja viivästyneet diagnoosit ovat yksi syy haavojen kroonistumiseen johtuvista asioista. Haavoja hoidetaan liian usein ilman oikeaa diagnoosia, jolloin hoitovaste on huono ja hoito pitkittyy. On selvitettävä haavan syntymekanismi ja paranemiseen vaikuttavat seikat viipymättä. Haavahoidon työnjako olisi oltava alueellisesti erittäin selkeä, jotta tarvittavat erikoissairaanhoidon konsultatiot pystyttäisiin järjestämään sujuvasti ja hoito saadaan aloitettua mahdollisimman

varhaisessa vaiheessa. Hoitokäytännöt ovat nykyään epäyhtenäisiä ja haavanhoidon ammatillinen osaaminen on melko harvojen käsissä. Etenkin lääkärikunnassa haavojen hoitaminen on puutteellista. Haavan hoito on aina aloitettava viipymättä, ettei se pääse kroonistumaan ja paranemisen todennäköisyys huonontuu. Hoidon on perustettava oikeaan diagnoosiin ja hoito tulee toteuttaa yksilöllisyys, haavan paranemisen kannalta tärkeiden taustatekijöiden ja kustannustehokkuus huomioiden. Hoidon tulee olla näyttöön perustuvaa tai kliinisen kokemuksen nojalla vaikuttavaa. Haavahoidon toteuttamisen tukena on mahdollista käyttää kansainvälisiä hoitosuosituksia, Käypä hoito- suosituksia tai Suomen haavanhoitoyhdistyksen suomentamia kansainvälisiä suosituksia. Lisäksi laadukkaaseen hoitoon kuuluu aina hyvä kirjaaminen, hoitovasteen tarkka seuraaminen ja järkevä hoidon porrastus. Monissa paikoissa haavapotilaiden hoitovastuu, työnjako ja hoitoketjut ovat sopimatta ja haavahoidon asiantuntemus on hajautuneena liian moneen yksikköön. Tällöin syntyy liiallisia viiveitä, hoitokäytännöt eivät pääse kehittymään eivätkä tuotteiden ja laitteiden hankinta ja käyttäminen ole kustannusten kannalta tehokkainta. Lisäksi, mikäli hoitokäytännöt eivät ole selvillä ei perusterveydenhuollon lääkäri välttämättä tiedä, mihin potilaan voi lähettää jatkoselvittelyihin. (Juutilainen & Hietanen 2016, 388–389.)

Suomessa on edellisten lisäksi eriarvoisuutta haavahoidon toteuttamisessa ja haavanhoitotuotteiden saatavuudessa ja korvattavuudessa, joka haittaa erityisesti kroonista haavaa sairastavia potilaita. Sosiaali- ja terveysministeriö laati suosituksen 1999, jonka mukaan tarvikkeiden ja välineiden maksuttoman jakamisen perusteena on aina yksilöllinen tarve, jonka lääkäri määrittää. (Juutilainen & Hietanen 2016, 390.) Lääketieteen saralla olemme kansainvälisesti katsottuna edellä muita, mutta jotta haavahoidonkin suhteen päästäisiin huippulaatuun, tarvitaan konkreettista kehittämistyötä. Ensimmäisenä edellytyksenä on ongelman tiedostaminen terveydenhuollon ja poliittisten päättäjien keskuudessa. Organisaation muutosten toteuttamisessa on pitkälti kyseessä uusien toimintatapojen omaksuminen ja olemassa olevien resurssien järkevämpi käyttäminen. Muutos vaatii lisää resursseja, mutta laadukkaampi hoito kuitenkin loppujen lopuksi pienentää kokonaiskustannuksia tai ainakin hidastaa niiden kasvua. Ellei konkreettisiin uudistustoimiin ryhdytä viipymättä, on tulevaisuudessa haavojen hoitokustannusten nousu välttämätöntä suurien ikäryhmien vanhetessa. Laadukkaan haavanhoito-organisaation on huomioitava seuraavat peruselementit; moniammatillinen keskitetty yhteistyö, sujuvat hoitoketjut perusterveydenhuollon ja

erikoissairaanhoidon välillä sekä yhtenevät haavojen luokitusperiaatteet, hoitoperiaatteet ja dokumentointikäytänteet. Lisäksi lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan koulutusta on lisättävä, tehtävä tutkimustyötä runsaammin, arvioitava hoidon laatua ja kustannustehokkuutta sekä se, että meidän on tehtävä tästä valtakunnallisesti kattava. (Juutilainen & Hietanen 2016, 395–396.)

Turun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueen tiede- ja tutkimusstrategia 2013–2018 tavoittelee tutkimusten moninaisuutta ja verkostoitunutta. Yhtenä tutkimuksen painopisteenä on mainittu yksilöllinen terveyden edistäminen ja sairaanhoito, jonka yhtenä tavoitteena on potilas- ja perhelähtöisen neuvonnan ja vaikuttavan hoidon järjestämisen tutkiminen. Lisäksi vahvan kehittämisvaiheen tutkimukset, kuten terveydenhuollon palelujärjestelmätutkimus ja prosessit, ovat yhtenä tavoitteena. Tämä pitää sisällään terveydenhuollon kyselytutkimuksiin pohjautuvat tutkimukset sekä hoidon laatua tukevat tutkimukset. Myös ikääntyvän väestön erityistarpeet sekä vaikuttavan hoidon järjestämisen tutkiminen on yhtenä tavoitteena. Myös strategiakauden kehitettävien tutkimusten tavoitteena on terveydenhuollon toimintayksiköiden rajojen yli menevät hoitoprosessien ja niiden toimivuuden tutkiminen. Lisäksi tavoitteena on terveydenhuollon ammattilaisten osaamisen tutkiminen. (Turun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueen tiede- ja tutkimusstrategia 2013–2018, 5-7.)

Satakunnan keskussairaalan hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma on laadittu Turun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueen toimintaohjelmaa noudattaen. Ohjelmassa on Satakunnan sairaanhoitopiirin arvot, jotka ovat hyvä hoito ja palvelu. Näiden arvojen alle on lisäksi listattu vielä kohtaaminen, välittäminen, vastuullisuus ja kehittyminen. (Hoitotyön tavoite ja toimintaohjelma 2016–2018, 3.) Hoitotyön toimintaohjelma pitää sisällään potilas- ja perhelähtöisyyden, hoitotyön laadun ja vaikuttavuuden, osaavan ja hyvinvoivan henkilöstön sekä tuloksellisen ja tehokkaan toiminnan. Kaikessa näissä tulee lisäksi huomioida näyttöön perustuvan, uudistavan ja kehittävän hoitotyön näkökulman. (Hoitotyön tavoite ja toimintaohjelma 2016–2018, 5.)

3 KEHITTÄMISTUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Kehittämistutkimuksen tarkoituksena on kuvata haavapotilaan ohjauksen nykytilaa ja laatia kehittämissuhteet haavapotilaan ohjauksen kehittämiseksi. Kehittämistutkimuksen tavoitteena on kehittää haavapotilaan ohjausta Satakunnassa.

Tutkimustehtävät sykleittäin:

1. Kuvata haavapotilaiden käsityksiä saamastaan ohjauksesta Satakunnan keskussairaalan haavapoliklinikalla.
2. Kuvata Satakunnan haavayhdyshenkilöiden käsityksiä yhteistyöstä Satakunnan keskussairaalan haavapoliklinikan ja muiden perusterveydenhuollon yksiköiden välillä.
3. Laatia kehittämissuhteet yhdessä kehittämistiimin kanssa haavapotilaan ohjauksen kehittämiseksi Satakunnassa

4 KROONISET HAAVAT

Haavalle on olemassa monia erilaisia määritelmiä, jotka perustuvat erilaisiin haavatyyppeihin. Tässä opinnäytetyössä käsitellään vain kroonisia haavoja. Sana haava tarkoittaa ehjän ihon tai sen alaisten kudosten rikkoutumista. Haava voidaan sijainnin tai sen syvyyden mukaan ylettyä ihon alaiseen rasvaan, lihakseen, luuhun, hermo- ja verisuonirakenteisiin sekä erilaisiin sisäelimiin. Yleensä haavat muodostuvat ulkoisen tekijän tai sisäisen sairauden seurauksena. (Juutilainen & Hietanen 2012, 26.)

Krooninen haava liittyy yleensä johonkin sisäiseen sairauteen. Sairauden lisäksi kroonisen haavan syntyyn vaikuttaa usein myös jokin ulkoinen tekijä, kuten paine tai hankaus. Haava määritellään krooniseksi silloin, kun haava on ollut avoimena vähintään kuukauden verran. Määritelmä on kuitenkin aika hatara, sillä moni akuutti haavakin voi olla avoimena yhtä kauan. Olisikin johdonmukaisempaa luokitella krooniseksi haavoiksi ne haavat, joiden ilmaantuminen tai paraneminen liittyy jotenkin ulkoisen tai tyypillisesti toistuvan mekaanisen tekijän lisäksi johonkin sairauteen. Usein kroonisten haavojen taustalla on alaraajojen verenkiertosairaudet, diabetes, syöpä, kehon ulkoa tuleva paine tai kudoksen venyminen. Painehaavaumat ja diabeetikon haavaumat on siis viisainta luokitella krooniseksi haavoiksi heti tuoreeltaan. Krooniselle haavalle on lisäksi tyypillistä, että sen paranemisaikaa on vaikea arvioida ja haava voi uusiutua herkästi samaan paikkaan. (Juutilainen & Hietanen 2012, 26–28.)

4.1 Kroonisen haavan hoito

Haavan aiheuttamaa haittaa on arvioitava yksilön ja yhteiskunnan näkökulmasta. Lääketieteellisten asioiden lisäksi tulee huomioida psykososiaaliset ja taloudelliset tekijät. Psykososiaalisina tekijöinä voidaan luetella eristäytyminen muusta ympäristöstä ja ihmisistä, haavan aiheuttama ahdistus ja masennus sekä ihmisen terveydentilaan liittyvän elämänlaadun. Kroonisen haava hoidattaminen tulee kalliiksi kun huomioidaan laitoshoido ja sairaalahoito sekä lääkkeisiin ja haavanhoitotuotteisiin liittyvät kustannukset. Haava voi aiheuttaa lisäksi ongelmia joko laajan kudosaaurionsa tai toimintahaitan vuoksi, tai siksi, että sen paraneminen on haastavaa ja voi olla pit-

kittynyttä. Haavan hoidattaminen tulee myös yhteiskunnalle kalliiksi, koska haavojen esiintyvyys on suuri ja suurenee jatkuvasti edelleen. Terveystenhoitojärjestelmien kannalta haavat aiheuttavat hoitavien organisaatioiden rakenteeseen ja koulutukseen haasteen, miten vastata tehokkaasti kaikkien haavojen hoidoista? Nykyisin ongelma-haavojen hoito on hajautunutta perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Tähän voi olla mahdollisena syynä haavojen monimuotoisuus. Näin ollen haavojen hoitokäytännöt vaihtelevat, eivätkä hoitoketjut toimi riittävän sujuvasti. Tehottomana tämä aiheuttaa suuren taloudellisen kolon terveydenhuollon käytettävissä olevista resursseista. (Juutilainen & Hietanen 2012, 12–14.)

Ammattitaitoinen haavanhoitaja osaa hyvin ihon anatomian ja fysiologian, haavan etiologian, haavahoidon tavoitteen ja haavan paranemisen vaiheiden tuntemusta. On huomioitava lisäksi potilaan muut sairaudet ja perehdyttävä myös potilaan ravitsemustilaan. Haavan hoitamisessa olennaisena osana on hyvä käsihygieniä, potilaan haavakivun huomioiminen hoitotoimenpiteidenkin aikana, aseptisen työskentelytavat ja järjestys, haavan optimaalinen paranemisympäristön luominen, elimistön omien haavanhoitomekanismien tukeminen ja oikeiden haavanhoitotuotteiden valinta. (Iivanainen & Syväoja 2012,342–343.)

4.2 Kroonisen haavan paraneminen

Jotta osaa tarkkailla haavan paranemista, on ymmärrettävä ihmisen anatomian lisäksi haavan paranemisen vaiheet, jotka ovat inflammaatio-, proliferaatio- ja maturaatio-vaihe. Inflammaatiovaihe tarkoittaa tulehdusvaihetta, joka alkaa välittömästi kun haava syntyy. Tämä vaihe kestää vain muutamia vuorokausia, mutta mikäli haavassa on ompeleita, hematoomaa, seroomaa, nekroottista kudosta tai infektiota vaihe voi pitkittyä. Proliferaatiovaihe eli fibroplastiavaihe tarkoittaa kudosten uusiutumista. Tämä on näin ollen varsinainen haavan paranemisvaihe, joka kestää 1-4 viikkoa. Tässä vaiheessa haavassa on aineenvaihdunta hyvin aktiivista, jonka ansiosta haavalle alkaa muodostua granulaatiokudosta hiussuonista ja sidekudoksesta. Granulaatiota muodostuu haavan pohjalta ja sen reunoilta, mutta muodostuminen vaatii kostean ympäristön. Hiljalleen haavan vetolujuus kasvaa ja vaiheen loppuvaiheessa vetolujuus on normaaliin ihon vetolujuuteen nähden jo 25 %. Mikäli ompeleet haavassa on

liian kireät, on paikallista verenvuotoa tai infektiosta johtuvaa turvotusta vaihe hidastuu. Myös granulaatiokerroksen pinnalla oleva keltainen kate ja nekroottinen kudos hidastavat vaiheen läpivientä. Maturaatiovaihe eli kypsymisvaihe kestää kuukausista jopa vuosiin, jonka aikana granulaatiokudos muuttuu asteittain vähäsoluiseksi sidekudosarveksi. Haava saa vetolujuutensa parhaimmilleen, joka on siis vain 75–80 % ihon normaalista vetolujuudesta. Vaiheen lopussa arven punoitus häviää, mutta arpi jää vaaleammaksi kuin muu ympärillä oleva kudos. (Iivanainen & Syväoja 2012,343.)

Haavan paranemiseen vaikuttavia tekijöitä on runsaasti. Paikalliset tekijät, joita ovat esimerkiksi haavan aiheuttaja, haavan koko, ikä ja sijainti, haava-alueen verenvuoto ja kudoksen hapetus. Paranemista hidastavia tekijöitä ovat infektio, vierasesine, kudosten kuolio tai turvotus. Potilaasta johtuvia systeemisiä tekijöitä, joita ovat muun muassa potilaan ikä, perussairaudet ja lääkkitykset niihin, perintötekijät ja potilaan ravitsemustila. Potilaasta johtuvia psykososiaalisia tekijöitä on hoitoon sitoutuminen, taloudelliset asiat, asumisolot ja läheisten tuki, tupakointi, alkoholi ja huumausaineet sekä liikuntatottumukset. Hoitohenkilöstöstä ja ympäristöstä johtuvia tekijöitä ovat hoitajien ammattitaito, asenne, motivaatio, hoidon etiikka, taloudelliset tekijät ja työvälineet ja – tilat. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2016, 122.)

5 HAAVAPOTILAAN OHJAUS

Yhtenä hoitotyön auttamismenetelmänä on potilaan ohjaaminen. Ohjauksen avulla pyritään tukemaan potilaan toimintakykyä, omatoimisuutta sekä itsenäisyyttä. Ohjausta tulee antaa kaikenikäisille, terveille ja sairaille, yksilölle ja ryhmille sekä monien eri kulttuurin edustajille. Ohjaus sisältää erilaisia mahdollisuuksia, sillä soveltamisalueet ja kohderyhmät ovat erittäin laajoja. Nykyaikaiset viestinnän mahdollisuudet kasvattavat mahdollisuuksien kirjoa vielä entisestään, sillä ohjausta voidaan nykyään antaa jopa sosiaalisessa mediassa. Kun ohjaukseen perehtyy, löytää lähes aina uuden tavan toteuttaa ohjausta. Menetelmänä ohjaaminen on erityisen haastavaa, sillä ohjaajan on hallittava tarpeellinen tieto ja taito ohjattavasta asiasta sekä itse ohjauksesta menetelmänä. Ohjaussuhteessa ohjaajan on pystyttävä välittämään sudstanssiohjaamista mahdollisimman mielekkäästi sekä autettava ohjattavaa tunnistamaan oleellisen ja tarvittavat tiedot. Pelkästään tiedolla ei tee mitään, ellei se johda itse toimintaan eli käytännön soveltamiseen arkielämässä. Ohjaaja pyrkii myös tukea arkielämän soveltamista tarjoamalla tietoa havainnollistamalla ja konkretisoimalla tietoa ohjattavalle parhaiten soveltuvalla tavalla. (Eloranta & Virkki 2011,7-8)

Ohjaus perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön, ammattietiikkaan ja erilaisista toimintaa ohjaavista laatu- ja hoitosuosituksista sekä terveys- ja hyvinvointiohjelmista (Eloranta & Virkki 2011, 11.). Ohjaus käsitteenä määrittää tiedon, taidon ja selviytymisen rakentamista, jossa ohjaaja ja ohjattava kohtaavat tasavertaisina vuoropuheluissa. Ohjauksen tarkoituksena on luoda kannustusta, jonka avulla ohjattava auttaa itse itseään omassa elämässään hänen omista lähtökohdista käsin. Ohjaamisen tavoitteena pyritään siihen, että ohjattava ymmärtää hoidon, palvelun tai muutoksen merkityksen. Tärkeää on, että ohjattava tuntee voivansa vaikuttaa ohjaukseen ja merkityksellistä on, että ohjattava motivoituu ja sitoutuu hoitoonsa. (Eloranta & Virkki 2011, 19–20.)

Ohjaus perustuu aina sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön, ammattietiikkaan ja terveys- ja hyvinvointiohjelmiin, sekä erilaisiin toiminta ohjeisiin laadun- ja hoitosuosituksiin. Laeissa ja asetuksissa ei suoranaisesti ohjausta mainita, mutta potilaan ja asiakkaan asema laissa on määritelty. Lain mukaan potilaille ja asiakkaalle on an-

nettava ymmärrettävää tietoa riittävästi, sekä ohjaus on toteutettava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Huomioon on otettava potilaan ja asiakkaan ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus, vakaus ja yksityisyys. Kantavana perustana laki- en lisäksi on etiikka, jonka tarkoituksena on tutkia ihmisenä olemisen perimmäisiä kysymyksiä, kuten mikä on hyvää, oikeaa ja hyväksyttävää, mikä on huonoa, väärää ja moitittavaa. Etiikan tehtävänä on tutkia toimimista ihmisenä, jolloin ammatissa toimiminen muodostuu sen osaksi eli ammattietiikaksi. (Eloranta & Virkki 2011,11–12.)

5.1 Kroonisen haavapotilaan ohjaus

Hyvänä ohjauksena voidaan pitää ohjausta, jossa otetaan huomioon se, mitä potilas jo entuudestaan tietää, mitä hänen tulisi tietää lisää ja mistä hän haluaisi tietää lisää. Aluksi on siis selvitettävä, mikä on potilaalle oikea tapa omaksua uusia asioita. Ohjaustarpeen selvittämiseksi olisi hyvä pyytää potilasta aluksi kertomaan itse ongelmastaan, sen mahdollisista syistä ja vaikutuksista. Lisäksi on selvitettävä, mitä potilas odottaa ohjaukseltaan ja sen tuloksilta. Kun potilaalla on riittävästi tietoa, hän pystyy itse arvioimaan, mikä hänelle on hyväksi. Silloin kun ohjaus perustuu potilaan ja hoitajan yhteiseen näkemykseen, parantaa se potilaan tyytyväisyyttä ja sitoutumista omaan hoitoon. Ohjaus onnistuu vain silloin, kun on riittävästi taustatietoja. Ohjaustilanteet on toteutettava vuorovaikutteisesti potilaan ja hoitajan välillä. Potilaat odottavat hyvin luottamuksellista ja turvallista ohjausta, jossa ohjaajan on kunnioitettava potilaan autonomiaa, osoitettava luottamusta, vilpittömää kiinnostusta ja arvostusta potilasta kohtaan. Hoitajan tulee ymmärtää ja rohkaista potilasta, sekä lisäksi potilaan motivoiminen on yksi ohjauksen tavoitteista. Tavoitteena on myös rohkaista potilasta tutustumaan ja tutkimaan omia asenteita ja uskomuksia asian suhteen. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007,47–49.)

Lähtökohtana ohjaukselle on aina potilaan ohjaustarpeen arviointi, jossa on otettava huomioon potilaan perussairaudet ja niiden vaikutukset päivittäisiin toimintoihin. Vasta tämän jälkeen luodaan ohjaamisen tavoitteet, ottaen huomioon potilaan lähtökohdat ja mahdollisuutensa, tietonsa ja taitonsa sekä kykynsä ymmärtää ja oppia hoitoon liittyviä asioita. Ohjaus ja neuvonta kuuluvat haavapotilaan kokonaishoitoon ja

siksi on tärkeää, että potilaan ohjauksen tavoitteet on suunniteltu yhteistyössä potilaan, omaisten ja haavanhoidon asiantuntijoiden kanssa. Ohjauksen ja neuvonnan tulee kuitenkin olla tavoitteellista toimintaa, joka kirjataan virallisiin hoitosuunnitelmiin. Kun ohjauksen tavoitteet ovat selkeitä, on potilaan helpompi motivoitua ja hoitohenkilökunnan helpompi suunnitella ohjauksen sisältöä ja menetelmiä. Ohjauksessa tiedollisen tason saavuttaminen on helpointa, mutta toiminnan ja potilaan asenteiden muuttaminen vie aikaa. Erityisesti mahdolliset elämäntapamuutokset ovat haasteellisia, eikä ole käytännössä mahdollista toteuttaa nopeasti, vaan vaatii pitkäaikaista ohjausta ja tukemista. Muutos lähtee potilaasta itsestään loppujen lopuksi, joten potilaan voimaannuttaminen on tärkeää. Voimaantuminen on potilaan oma prosessi, jota hoitohenkilökunnan on tuettava ja ohjattava. Ohjaaja toimii käytännössä resurssina ja potilas ratkaisee ongelmansa itsekseen. Ohjaaja tunnistaa hoitoon liittyvät ongelmat ja oppimistarpeet sekä tarjoaa potilaalle hänen tarvitsemaansa tukea ja tietoa. Tavoitteita on syytä myös arvioida kriittisesti, joka edellyttää suunnitelmallisuutta, kertaus- ja uudelleen arviointia. Arvioinnissa huomioidaan myös potilaan omahoidon mahdollisuudet, tiedot ja taidot sekä suhtautuminen haavaan ja sen hoitoon. Arviointi laitetaan myös nähtäville kirjaamisiin. On siis tärkeää luoda potilaan roolista aktiivinen, sillä jos potilas tuntee ohjaustilanteessa olevansa passiivinen, on potilaan motivoiminen ja aktivointi haasteellisempaa. Ohjaustilanteiden alussa ohjaajan tehtävänä on kertoa perustietoa potilaan sairaudesta ja sen taustatekijöistä, vasta tämän jälkeen voi alkaa miettiä sairauden vaikutusta potilaan elämään. Haavapotilaan kohdalla erityisen haasteelliseksi tekee hoitotaitojen opettaminen. Vasta kun potilas kokee suunnitellun hoidon mielekkäänä ja sellaisena, että hän sen kykenee toteuttaa, on omahoidon onnistuminen mahdollista. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2003, 251–253.)

Suunnitelmallinen muutosta tavoitteleva ohjaus on työtä, jossa tarvitaan monenlaista osaamista. Ohjaajan on perusteltava antamiensa ohjauksien tarpeellisuus ja asettava tavoitteita yhdessä ohjattavan kanssa. Potilaiden motivoiminen ja käytännön työkalujen tarjoaminen on tärkeää jotta tavoitteet kyettäisiin saavuttamaan. Ohjaajan on nähtävä koko kokonaisuus tulevaisuudesta nykyhetkeen. Ohjaus luo mahdollisuuden potilaan tukemiseen ottamalla itse vastuuta omasta hoidostaan ja ennen kaikkea sitoutumaan siihen. Lyhentyneiden hoitoaikojen ja niukkuus hoitajamitoituksessa johtaa

lisääntyneeseen vastuuseen potilaan itsensä hoitamisessa. (Eloranta & Virkki 2011,7-8)

5.2 Haavahoidon vähimmäissuositukset hoitotyön ammattilaisille

Potilaiden hoitaminen, ohjaaminen ja opettaminen sekä omaishoitajien haavojen ennaltaehkäisyssä perehdyttäminen vaatii tiettyjä tietoja ja taitoja hoitohenkilökunnalta, jotka on hallittava. Kotihoidossa työskentelevillä haavoja hoitavilla ammattilaisilla on oltava vähintään sellainen koulutustaso, että voivat toimia itsenäisesti vaikeissakin haavatilanteissa. Hoitohenkilökunnan on osattava arvioida haasteellisia haavoja ja niiden paranemista, kyettävä toteuttamaan parhaaseen näyttöön ja käytänteisiin perustuvaa haavanhoitoa sekä valita parhaat saatavilla olevat haavanhoitotuotteet hoitajien ajatustapaa käyttäen. On osattava tukea potilaan itsenäisyyttä ja osallistumista päätöksentekoon, sekä opettaa potilasta ja omaishoitajaa haavan hoitoon liittyvissä asioissa ja haavojen ennaltaehkäisyssä. Haavaa hoitavan ammattilaisen on osattava kirjata haavan paranemisesta, oireista, haavanhoidosta sekä potilaan ja omaishoitajan haavahoitoon sitoutumisesta potilastietoihin sekä kyettävä turvaamaan haavahoidon jatkuminen kaikissa tilanteissa kotioloissa. Hoitajan on osattava myös hyödyntää moniammatillista tietoutta potilaiden hoidossa käyttämällä konsultaatioita ja eTerveys -palveluita. Haavahoitoa kotihoitoon tarjoavilla ammattilaisilla tulisi olla vähintään seuraavat osaamiset. On osattava kohdata potilas ja potilaan ympäristö sairauden eri vaiheissa sekä tarjota koulutusta potilaille ja heidän omaishoitajilleen heidän omassa sosiaalisessa ympäristössään. On myös kyettävä koordinoimaan haavanhoitoa huomioiden ennaltaehkäisevän että hoitavan periaatteen ja sitouduttava jatkuvaan ammatilliseen kehittämiseen tietojen ja taitojen säilyttämiseksi ja kehittämiseksi. (Hjärppe, Hjärppe & Castren n.d., 32–33.)

5.3 Opinnäytetyön lähtökohdat

Satakunnan, Varsinais-Suomen ja Vaasan sairaanhoitopiirit yhdessä muodostavat Turun yliopistollisen keskussairaalan (Tyksin) erityisvastuualueen, jonka tavoitteena on yliopistosairaalan kilpailukyvyen turvaaminen. Erityisvastuualueen huippuosamisstrategia 2016–2018 tehtävänä on täydentää ja tehdä konkreettisemmaksi tiede- ja

tutkimusstrategiaa. Huippuosaamisstrategian tavoitteena on edistää sairaanhoitopiiri-
en innovatiivista toimintaa. (Huippuosaamisstrategia 2016–2018, 3.) Nämä kolme
sairaanhoitopiiriä ovat luoneet yhdessä myös hoitotieteellisen tutkimusohjelman,
jonka tarkoituksena on lisätä tieteellistä tutkimusta joka kohdistuu hoitotyöhön ja
edistää eri tahojen yhteistyötä. Ohjelman avulla tuetaan tutkimusten muodostumista
laajemmiksi kokonaisuuksiksi ja edistetään tutkitun tiedon käyttöä hoitotyön toimin-
noissa. (Hoitotieteellinen tutkimusohjelma vuosille 2016–2018, 2.) Turun yliopistol-
lisen keskussairaalan erityisvastuualueen tiede- ja tutkimusstrategia 2013–2018 ta-
voittelee tutkimusten moninaisuutta ja verkostoitunutta. Yksi tutkimuksen painopiste
on yksilöllinen terveyden edistäminen ja sairaanhoito, jonka yhtenä tavoitteena on
potilas- ja perhelähtöisen neuvonnan ja vaikuttavan hoidon järjestämisen tutkiminen.
Lisäksi tavoitteena on vahvan kehittämissivaiheen tutkimukset, kuten terveydenhuol-
lon palelujärjestelmätutkimus ja prosessit, jotka pitävät sisällään terveydenhuollon
kyselytutkimuksiin pohjautuvat tutkimukset sekä hoidon laatua tukevat tutkimukset.
Myös kehitettävien tutkimusten tavoitteena on terveydenhuollon toimintayksiköiden
rajojen yli menevät hoitoprosessien ja niiden toimivuuden tutkiminen. Lisäksi ter-
veydenhuollon ammattilaisten osaamisen tutkiminen on yhtenä tavoitteena. (Turun
yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueen tiede- ja tutkimusstrategia 2013–
2018, 5-7.) Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma Satakunnan keskussairaalassa on
laadittu Turun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueen toimintaohjelmaa
noudattaen. Ohjelmassa on Satakunnan sairaanhoitopiirin arvot, jotka ovat hyvä hoi-
to ja palvelu. Näiden arvojen alle on listattu vielä kohtaaminen, välittäminen, vas-
tuullisuus ja kehittyminen. (Hoitotyön tavoite ja toimintaohjelma 2016–2018, 3.)
Hoitotyön toimintaohjelma käsittää potilas- ja perhelähtöisyyden, hoitotyön laadun ja
vaikuttavuuden, osaavan ja hyvinvoivan henkilöstön sekä tuloksellisen ja tehokkaan
toiminnan. Kaikessa toiminnassa tulee huomioida näyttöön perustuvan, uudistavan ja
kehittävän hoitotyön näkökulman. (Hoitotyön tavoite ja toimintaohjelma 2016–2018,
5.)

Tämän kehittämistyön innovaatio liittyy erittäin tiukasti organisaation innovaa-
tiokulttuuriin. Kehittämistyö on työelämälähtöinen, joka kuvastaa organisaation in-
novatiivista toimintaa kuten huippuosaamisstrategiassa on tavoitteena. Innovaatio
toteutetaan yhteistyössä erikoissairaanhoidon ja alueellisen perusterveydenhuollon
kanssa, joka on yksi tavoite hoitotieteellisessä tutkimusohjelmassa. Näyttöön perus-

tuvan hoitotyön tukeminen on esillä selvästi, sillä tutkimuksella kerättyä tietoa käytetään hyödyksi haavapotilaan ohjauksen kehittämisessä. Kehittäminen tapahtuu yhteistyötiimin kanssa, joka puolestaan on tavoitteena hoitotieteellisessä tutkimusohjelmassa. Tiede- ja tutkimusstrategian tavoitteisiin innovaatio vastaa myös hyvin, sillä kehittämistyö on verkostoitunut alueellisesti ja lisäksi työ liittyy terveydenhuollon palvelujärjestelmiin ja toimintaprosesseihin, jonka yhtenä tavoitteena on hoidon laadun tukeminen. Myös yksilöllisen terveyden edistämisen ja sairaanhoidon tavoitteeseen potilas- ja perhelähtöisestä neuvonnasta ja hoidon järjestämisestä sopii innovaatioon hyvin. Innovaatiossa otetaan huomioon myös ikääntyvän väestön erityistarpeet sekä vaikuttavan hoidon järjestäminen ja terveydenhuollon ammattilaisten osaamisen tutkimiseen innovaatio sopii hyvin. Myös Satakunnan keskussairaalan hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmaan kehittämistyö vastaa hyvin. Sairaanhoidopiirin arvot, hyvä hoito ja palvelu sekä kehittyminen on myös yhtenä tavoitteena. Innovaatio vastaa hoitotyön toimintaohjelmaan tavoitteisiin myös potilas- ja perhelähtöisyyden, hoitotyön laadun ja vaikuttavuuden, osaavan ja hyvinvoivan henkilöstön sekä tuloksellisen ja tehokkaan toiminnan osalta. Lisäksi kehittämistyön innovaatio on näyttöön perustuva, uudistavan ja kehittävän hoitotyön näkökulman omaava työ.

6 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET POTILASOHJAUKSESTA

Kirjallisuuskatsauksien tekeminen on yleistynyt hoitotieteellisen tiedon lisääntyessä. Sen tavoitteena on arvioida olemassa olevaa tietoa ja tehdä synteesi aikaisemmista tutkimuksista. Hyvänä kirjallisuuskatsauksena voidaan pitää katsausta, joka koostaa aikaisempien tutkimusten tiedot ilmiönä ja tunnistaa jatkotutkimuksen tarpeita. Kirjallisuuskatsaus luo perustan tutkimuksen tutkimusasetelmalle ja valittaville menetelmille. Kirjallisuuskatsauksen perustyyppi, yleisin menetelmä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, ja se jaetaan kahteen päätyyppiin, narratiiviseen ja integroituun katsaukseen. Narratiivisella katsauksella tarkoitetaan kuvailevaa tiivistelmää, jossa jatkotutkimuksen kannalta kiinnostuksen kohteena on ilmiö. Integroitu katsaus taas eroaa narratiivisesta siinä, että se on tarkemmin suunniteltu ja jäsennetty katsaus, jolla on useita yhtymäkohtia systemaattiseen katsaukseen. (Stolt, Axelin & Suhonen 2015, 110.)

Integroitua kirjallisuuskatsausta pidetään laajimpana systemaattista kirjallisuuskatsaus muotona. Integroidulle eli kuvailevalle kirjallisuuskatsaukselle on tyypillistä, että katsauksen taustaksi esitettävät tutkimuskysymykset ovat laajoja. Niiden tarkoituksena on kuvata ilmiötä mahdollisimman monipuolisesti. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus luo mahdollisuuden kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimusten tulosten yhdistämiseen. Kirjallisuuskatsauksen avulla myös teoreettista ja empiiristä tietoa voidaan yhdistää. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus kykenee lisäksi tuottamaan ihan uutta tietoa tutkittavasta aiheesta ja avustaa kirjallisuuden ja aikaisempien tutkimusten tarkastelussa. Kirjallisuuskatsausta voidaan käyttää avuksi tutkimuksen keskeisen kohteen ja käsitteen määrittämisessä. (Stolt, Axelin & Suhonen 2015, 110–111.)

PICO muistisääntö kohdentaa systemaattisen katsauksen määrittelemällä katsaukseen mukaan tulevien tutkimuksien ominaisuudet sekä sisäänottokriteerit. Sen avulla kytetään muodostaa selkeät ja merkitykselliset tutkimuskysymykset. (Stolt, Axelin & Suhonen 2015, 126.)

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on vastata PICO kysymykseen: Millaista tietoa potilaiden ohjaamisesta on, mitä potilasohjaus pitää sisällään ja mitä potilasohjauksessa olisi kehitettävää.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisena potilaiden ohjaus on kuvattu?
2. Millaista potilasohjauksen tulisi olla ja mitä siinä on huomioitava?
3. Mitä haasteita potilaiden ohjaamisessa on, miten sitä voitaisiin kehittää?

6.1 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen

Ohjaustyön tutkijat kehottavat kehittämään ohjausta edelleen. Kokemuksen mukaan ohjauksesta saatavilla oleva tieto ei kuitenkaan aina saavuta ohjaustyötä tekeviä riittävän tehokkaasti. Kiireinen sosiaali- ja terveysala ei välttämättä löydä riittävästi aikaa soveltaakseen tutkittua tietoa ohjauksen kehittämisestä. (Eloranta & Virkki 2011,7-8)

Sisäänottokriteereinä (Taulukossa 1.) käytettiin hakusanoja, jotka valittiin etukäteen ja tutkimuksen ajankohtaisuutta. Poissulkukriteereinä toimi tutkimuksen julkaisulaitos ja tutkimuksen julkaisu ajankohta. Mikäli tutkimusta ei konkreettisesti löytynyt, toimi se myös yhtenä poissulkukriteerinä. Hakua rajattiin sen perusteella, mitkä tutkimukset parhaiten vastasivat tutkimuskysymyksiä ja sopivat tähän kehittämistyöhön. Otsikkojen, julkaisuajankohdan ja tutkimuksen tekolaitoksen tietojen perusteella tutkimuksia rajattiin pois kirjallisuuskatsauksesta. Katsauksen ulkopuolelle jätettiin myös opinnäytetyöt ja ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt.

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tutkimuksen kohteena on potilaanohjauksen laatu tai sen kehittäminen	Tutkimuksen kohteena ei ole potilaanohjauksen laatu tai sen kehittäminen
Julkaisu on tieteellinen tutkimus/artikkeli tai väitöskirja	Julkaisu ei ole tieteellinen tutkimus/artikkeli tai väitöskirja
Julkaisu on julkaistu vuosina 2007–2017	Julkaisuvuosi on jokin muu kuin 2007–2017
Julkaisukieli on suomi tai englanti	Julkaisukieli ei ole suomi tai englanti
Tutkimus on saatavissa Satakunnan ammattikorkeakoulun tai Satakunnan keskussairaalan kirjaston tietokannoista tai tilattavissa kaukopalvelun kautta	Tutkimus ei ole saatavissa Satakunnan ammattikorkeakoulun tai Satakunnan keskussairaalan kirjaston tietokannoista tai tilattavissa kaukopalvelun kautta

Aineiston haku aloitettiin Medicistä tarkennettua hakuä käyttämällä. Tarkennukseksi laitettiin vuoden 2007–2017. Ensimmäisessä haussa hakusanoina käytettiin sanoja potilas* ja kehittä*, näillä tuli 215 osumaa. Näistä mukaan valikoitui yhteensä kolme tutkimusartikkelia tai väitöskirjaa. Seuraava haku tehtiin Medicistä hakusanoilla potilasohj* ja hoitotyö*, joka tuotti 125 osumaa. Näillä hakusanoilla löytyi myös edellisessä haussa löytyneet tutkimukset, mutta myös kaksi uutta. Kolmas haku Medicistä tehtiin hakusanoilla potilasohj* ja ohjaus*. Tämä tuotti 593 osumaa ja tässä vaiheessa hyviä tutkimuksia mukana oli jo seitsemän, eikä yhtään englanninkielistä, niin päätettiin hakuä rajata vain englanninkielisiin tutkimuksiin. Osumia tuli 56 ja näistä löytyi yksi hyvä väitöskirja mukaan kirjallisuuskatsaukseen. Medicin lisäksi hakuä tehtiin Finnasta ja CINAHL:sta, mutta haun avulla ei löytynyt yhtään uutta tutkimusta. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Käytetyt tietokannat, hakusanat ja mukaan valittujen tutkimusten määrä.

Tietokanta	Hakusanat	Haku tuotti osumia	Mukaan valikoitui
Medic	potilasohj* AND kehittä*	42	3
Medic	potilasohj* AND hoitotyö*	125	2
Medic	potilasohj* AND ohjaus* Englanniksi	56	1
Finna	potilasohj* AND kehittä*	49	0
Finna	potilasohj* AND hoitotyö*	2	0
Finna	potilasohj* AND ohjaus*	6	0
CINAHL	patient AND develop	23	0
YHTEENSÄ:			8

6.2 Tutkimusten tulokset tutkimuskysymyksittäin

Potilaiden ohjausta on kuvattu aikaisemmissa tutkimuksissa niin, että hoitohenkilöstön tiedot ja taidot olivat kohtalaisen hyvät (Kääriäinen 2007). Henkilöstöllä oli kiitettävät tai hyvät tiedot kirurgisten potilaiden sairauksista ja niiden oireista sekä hoitotoimenpiteistä, tutkimuksista ja niiden tuloksista (Lipponen 2014). Potilaat kokivat (Kääriäinen 2007), että henkilökunnan ohjaus ei ollut riittävän ymmärrettävää. Hoitoon liittyvistä tiedoista, kuten riskeistä, hoitovaihtoehtoista, lääkehoidosta ja toipumisesta oli jonkin verran puutteita. Suullinen ohjaus on hoitohenkilökunnalla hyvin hallinnassa, mutta kirjallista materiaalia olisi voinut jakaa enemmän (Kaakinen, Kääriäinen ja Kyngäs 2014 & Kääriäinen 2007). Eri ohjausmenetelmien käytön lisäämistä toivottiin (Lipponen 2014). Potilaat kokivat hoitajien asenteet ohjaustilanteissa kielteiseksi, henkilökunnan itse arvioivansa asenteensa positiiviseksi (Kääriäinen 2007). Potilaat kokivat, ettei heidän taustatekijöitään ei riittävästi huomioitu ja tästä syystä ohjaus koettiin osittain riittämättömäksi. Tästä huolimatta hoitohenkilöstö ar-

vioi toteuttavansa ohjausta potilaslähtöisesti tunneulottuvuus huomioiden (Lipponen 2014). Laadukas ohjaus todettiin edellyttävän riittävästi resursseja (Kääriäinen 2007). Vaikka resurssien laatu onkin melko hyvää, on ohjaukseen käytetty aika riittämätön. Lipposen (2014) mukaan ohjaamiseen käytettävän tilan ja välineistön kehittäminen edesauttaisi ohjaamisen kehittymistä parempaan suuntaan. Kokonaisuudessaan ohjauksen laatu koettiin potilaiden mielestä hyvänä. (Kääriäinen 2007, 104.)

Potilasohjauksen tulisi olla tutkimusten mukaan Internetissä tapahtuvaa kirjallista ja audiovisuaalisia potilasohjausta (Heikkinen 2011 & Kääriäinen 2007), sillä Internetiin saa monipuolista tietoa sisältävää ohjausta. Tietotekniikan ja Internetin saavutavuutta pidettiin positiivisena ajatuksena. Potilaat käyttivät nettisivustoa ongelmitta ja arvioivat sen helppokäyttöiseksi. Toisaalta Internet-perusteinen ohjaus todettiin osittain heikommaksi kuin sairaanhoitajan välittämä ohjaus. (Heikkinen 2011, 5.) Ohjauksessa on huomioitava, että ohjaus on aktiivista ja tavoitteellista toimintaa potilaan ja hoitohenkilöstön välillä (Kääriäinen 2007). Ohjaaminen edellyttää hoitohenkilöstöltä ammatillista vastuuta edistää potilaan valintoja, joita ovat esimerkiksi työn filosofinen ja eettinen pohdinta sekä ohjausvalmiudet. Ohjaaminen mahdollistaa potilaan ja hoitohenkilöstön oppimisen, voimaantumisen ja itseohjautuvuuden kasvamisen sekä edistää potilaiden terveyttä. (Kääriäinen 2007, 114.) Nykyään sairaalajaksojen lyhentyessä ja polikliinisten hoitojen lisääntyessä olisi erityisen tärkeää pohtia ja kuvata, minkälaista ohjausta potilaat tarvitsevat missäkin sairauden ja hoitoprosessin vaiheessa ja miten ohjaussisällön olisi hyvä painottua, jotta se tukisi potilasta parhaiten hoitojen eri vaiheissa. (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2014,7-8.)

Potilaiden ohjaamisessa haastavaa on että, ohjausmenetelmien monipuolinen käyttö, potilaiden ohjaustarpeen arviointi, ohjauksellisten tavoitteiden asettaminen ja ohjauksen tuloksellisuuden arviointi on heikentynyt viimeisen kymmenen vuoden aikana (Eloranta, Katajiston, Leino-Kilven 2014). Lipposen (2014) mukaan hoitohenkilöstön ohjausvalmiudet, henkilöstöresurssit, ohjausmateriaali, potilaslähtöinen toiminta, koulutus ja perehdytys sekä yhteistyö ammattiryhmien ja organisaatioiden välillä vaativat edelleen kehittämistä. Kääriäisen (2007) tutkimuksen tulokset olivat samansuuntaiset; toivottiin parempia tiloja, enemmän aikaa, hoitohenkilöstöä, ohjausmateriaalia ja välineistöä. Lisäksi hoitohenkilöstön määrään toivottiin parannusta, jotta potilaille ja heidän omaisilleen riittäisi aikaa paremmin. Ohjauksen organisoiminnin

kehittämistarpeiksi esiin nousi myös ohjausvastuun jakaminen ja ohjauskäytäntöjen yhtenäistäminen. Myös ohjauskoulutusta toivottiin sekä perehdytystä ohjaamiseen. (Kääriäinen 2007.) Lipposen (2014) tutkimuksessa hoitohenkilökunnan ohjauskoulutusta korostettiin sekä uusien työntekijöiden perehdyttämistä. Lisäksi selkeää ohjauksen runkoa esitettiin tarpeellisena. Myös vertaistuen käyttämistä peräänkuulutettiin (Lipponen 2014). Työyksikkökohtaista potilasohjauksen vastuuhenkilöä tarvitaan ja palautetta ohjauksesta olisi säännöllisesti käytävä läpi, jotta potilasohjausta voitaisiin kehittää oikeaan suuntaan. (Lipponen 2014.) Potilaiden mielestä ohjauksessa olisi kehitettävää erityisesti ulkoisissa tekijöissä, joita ovat muun muassa ohjausresurssit ja ohjauksen organisointi. Lisäksi potilaslähtöisessä ohjaustoiminnassa ja ohjauskäsitteen käytön selventämisessä koettiin olevan puutteita. Niukat tila-, aika- ja henkilökuntaresurssit nousivat myös potilaiden vastauksissa esille, kuten myös puutteelliset ohjausvalmiudet. (Kääriäinen 2007, 90–91.)

7 KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄ

Kehittämistyössä on aina oltava tutkimuksellista otetta, jotta voidaan puhua tieteellisestä tutkimuksesta. (Kananen 2012, 19–21.) Perinteinen tutkimus jää toteavalle tasolle eikä näin ollen pyri ongelman poistamiseen eli muutokseen, kun taas kehittämistutkimus ja toimintatutkimus pyrkivät nimenomaan ongelman poistamiseen valittujen tekijöiden osalta (Kananen 2015, 51.) Kehittämistutkimuksen avulla voidaan kehittää organisaatioiden toimintaa sen parantamiseksi. Työelämän kohteina voivat olla tuotteet, palvelut, toiminnot, prosessit tai asiantilat. Kehittämistyöstä tiedettä tekee työn dokumentointi ja siihen käytettävät tieteelliset menetelmät, jotka tuottavat uutta ja luotettavaa tietoa. Yksi tieteen kriteereistä on uuden tiedon tuottaminen. (Kananen 2012, 20–21.) Muutosprosessia toteutettaessa tutkimus itsessään on erityisen tärkeää, sillä jos muutosprosessi ei onnistu, niin prosessin epäonnistumisen arviointi edellyttää epäonnistumisen syiden kartoittamisen. (Kananen 2012, 23.)

7.1 Toimintatutkimus

Kaikki kehittämistyö alkaa muutostarpeesta ja muutoksen tarve on aina muutos parempaan. Julkaisukeinona kehittämistyössä käytetään kehittämistutkimusta, jossa yhdistyvät tutkimus ja kehittäminen sykleinä. (Kananen 2015, 33.) Kehittämistutkimus ei ole oma erillinen tutkimusmenetelmä, vaan joukko eri tutkimusmenetelmiä, joita käytetään tutkimusongelman, eri tilanteiden ja kehittämiskohteen mukaan. Korkeakoulutasoisessa kehittämistyössä isossa roolissa on tutkimus, sillä pelkkä muutoksen tekeminen ei täytä tieteellisyyden vaatimuksia, eikä näin ollen riitä opinnäytteeksi. Tutkimusta voidaan tehdä kehittämistyön eri vaiheissa, kuten syklivaiheissa, suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. (Kananen 2015, 50–51.) Tutkimus voidaan painottaa kehittämistyön alkuun tai loppuun tai molempiin (Kananen 2012, 45).

Kehittämistutkimuksen taustalla on teoria tai teoriat, joiden pohjalta kehittäminen lähtee liikkeelle. Kehittämistyö on toiminnan parantamista ja jatkuvaa kehittämistä. Kehittämistutkimuksen tarkoituksena on tuottaa uutta ja luotettavaa tietoa. (Kananen 2012, 19–21.) Kehittämistyön kohde voi olla esimerkiksi jokin tuote, prosessi, palvelu tai toiminta, ja tutkimuksen tuotoksena syntyy varsinainen opinnäytetyö. Tutkijan

on hallittava ja ymmärrettävä kehittämisen kohteena olevan toiminnan prosessin sekä sen osallistuminen tutkimukseen. (Kananen 2012, 45.)

Tieteellisen tutkimuksen ja tutkimuksellisen kehittämistyön erot ovat pieniä. Tutkimuksellinen kehittämistyö voi saada alkunsa organisaation kehittämistarpeista tai muutoksen halusta. Tutkimuksellinen kehittämistyö liittyy useasti käytännön ongelmien ratkaisuun ja uusien ideoiden, käytäntöjen, tuotteiden tai palvelujen tuottamiseen. Tarkoituksena on luonnostella, kehitellä ja ottaa käyttöön erilaisia ratkaisuja. Periaatteessa tutkimuksellinen kehittämistyö kyseenalaistaa tieteellisen tutkimukseen liittyvän näkemyksen siitä, että yleisesti hyväksytyt menetelmät takaavat tulosten hyväksyttävyyden. Pääasiallinen ero näiden kahden välillä on toiminnan päämäärissä. Tieteellisessä tutkimuksessa halutaan tuottaa ilmiöstä uusi teoria, kun taas tutkimuksellisessa kehittämistyössä tavoitellaan myös käytännön parannuksia ja mahdollisia uusia ratkaisuja. Ero toiminnan päämäärässä aiheuttaa eroa kehittämistyön prosesseihin ja niissä käytettäviin menetelmiin ja lähestymistapoihin. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 18–19.)

Kehittämistutkimuksen toteuttaminen on hyvä aloittaa ongelmien pilkkomisella joukoksi kysymyksiä, joihin vastauksia pyritään saamaan. Vastauksen saaminen ei vielä poista ongelmaa, vaan ohjaa toimimaan oikeaan suuntaan. Kehittämistutkimus voidaan mallintaa prosessiksi muutoksen läpiviemisen helpottamiseksi. Muutosprosessi voidaan jakaa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Yritysmailma on erityisen kiinnostunut konkreettisesta muutoksesta, ei niinkään tutkimuksesta. Näin ollen tutkijan ja yritysmailman edut eivät useinkaan kohtaa. Kehittämistutkimuksen vaiheet voidaan jakaa seuraavanlaisesti; intervention tarpeellisuus miettiminen ja intervention valinta, tavoitteiden asettaminen ja mittarien valinta, strategian valinta ja resurssien laskeminen, aineistonkeruumenetelmien valinta ja aineistonkeruu, tutkimuksen tekeminen, ja lopuksi arviointi ja seuranta. (Kananen 2015, 51–57.)

Kehittämistutkimuksen raportti noudattaa opinnäytetyön ja väitöskirjan yleistä raportointimallia. Tutkimuksen raportin rakenne etenee vaiheittain, kuten tutkija on edennyt tutkimusprosessissaan. Kirjoitetaan mitä tehtiin ja miksi missäkin prosessin eri vaiheissa. Rakenne noudattaa kansainvälisesti käytettyä muotoa, eli tieteellisen tutkimuksen raportointimallia. (Kananen 2015, 15.)

Muutosprosessin jalkauttaminen voi olla haasteellisempaa, kuin itse tutkimuksen toteuttaminen. Toiminnan kehittäminen ei voi jäädä tasolle, jossa todetaan kehittämistarpeita olevan, mutta interventiota eli muutoksia ei laiteta käytäntöön. Toimintatutkimus edellyttää muutossyklin toteuttamista niin, että tutkija on mukana muutosprosessin läpiviemisessä. Kehittämistutkimus puolestaan toteutetaan niin, että tutkija ei itse välttämättä ole muutosprosessia toteuttamassa, vaan ehdottaa muutosehdotuksia. Kehittämistutkimuksessa puhutaan muutoksen aikaansaamiseksi interventiosta. Interventio koostuu niistä keinoista, joilla interventio toteutetaan. (Kananen 2015, 74.) Muutosprosessi onnistuu tai epäonnistuu sen mukaan, kuinka hyvin tutkija projektin vetämisessä onnistuu, sekä myös sen mukaan, kuinka muutokseen liittyvät intressitahot tutkimukseen ja muutosprosessiin sitoutuvat. Muutos- ja kehittämishankkeet eivät välttämättä onnistu suunnitellulla tavalla. (Kananen 2015, 52.)

7.2 Kyselytutkimus

Yleisin aineistonkeruumenetelmä määrällisessä tutkimuksessa on kysely, joka koostuu tutkimusilmiötä koskevista kysymyksistä. Kysymysten laatiminen edellyttää ilmiön hyvää tuntemista. Määrällinen tutkimus perustuu aina joko ennakkotietoon ilmiöstä tai teoriasta, joita ilman kysymyksiä on mahdotonta tehdä. Tavoitteena on, että kysymykset vastaavat oikein kohdistetusti ilmiöön. Kysymysten, teorioiden ja ennakkonäkemyksien välillä on oltava yhteys. Kysely voidaan toteuttaa joko henkilökohtaisena kyselynä, postikyselynä, puhelinkyselynä tai verkkokyselynä. Kyselyn toteuttaminen postitse on perinteisin kyselyn muoto. Kirjekuorissa on postimaksu valmiiksi maksettuna, jotta kyselyyn osallistuminen olisi vastaajalle ilmaista. Palautus on mahdollista sopia postin kanssa niin, että maksetaan vain palautetuista kirjeistä postimaksu. Verkkokysely on nopea ja helppo tapa kerätä informaatiota, mutta sen onnistuminen edellyttää informoidun kyselyn käyttöä, jolloin tutkittavaan ollaan ensin yhteydessä esimerkiksi puhelimitse tai kasvokkain ja kerrotaan tulevasta tutkimuksesta. Kyselylomake koostuu monesta asiasta, kuten tutkimuksen kutsusta, jossa kerrotaan tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuksen tekijä. Lisäksi on taustamuuttujat, joiden avulla identifioidaan vastaaja iän, sukupuolen, tulotason tms. seikkojen suhteen. Aina kyselyissä on taattava kyselyn luottamuksellisuus eli se, että tiedot tulevat vain tutkijan käyttöön. Taustakysymykset puolestaan käsittelevät tutkittavaa ilmiötä

ja kysymysten tavoitteena on saada vastauksia tutkimuskysymykseen. (Kananen 2015, 96–99.)

Kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta voidaan kutsua myös tilastolliseksi tutkimukseksi. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla selvitetään lukumääriin tai prosentteihin liittyviä kysymyksiä ja tämä edellyttää tarvittavan suurta otantaa. Yleensä aineisto kerätään standardoitujen tutkimuslomakkeiden avulla, joka siis tarkoittaa sitä, että vastausvaihtoehdot on määritelty valmiiksi kaavakkeelle. Tulokset esitetään usein taulukoiden tai kuvioiden avulla ja kuvataan numeerisesti. Saatuja tuloksia pyritään yleistämään laajempaan joukkoon tilastollisin keinoin. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla on helppo kartoittaa olemassa olevaa tilannetta, muttei pystytä riittävästi selvittämään asioiden syitä. (Heikkilä 2014,15.)

Kvantitatiivinen tutkimus käyttää hyödykseen sen määrällisyyttä. Määrien jakautumisen, muutoksien ja erojen avulla kuvataan ja tulkitaan tutkittavaa ilmiötä ja siinä havaittuja yhteneväisyyksiä ja vaikutussuhteita. Määrät ja määrien muutokset tiivistetään tunnusluvuiksi. Tulosten analysointi tapahtuu tilastollisesti erilaisin matemaattisin mallein. Tutkittava ilmiö hajotetaan käytännössä mitattaviksi osioiksi, kuten kyselylomakkeen kysymyksiksi. Kysymykset ja niiden vastaukset muutetaan muuttujiksi, jotka saavat jonkin tietyn arvon. Vastaukset tallennetaan havaintomatriisiin ennen aineiston analysointia. Havaintomatriisista nähdään omalla rivillään jokaisen vastaajan eli havaintoyksikön antamat vastaukset eli muuttujien arvot. (Ronkainen, Pehkonen, Lindholm-Yläne & Paavilainen 2011,83–84.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen aineiston keruu on tehtävä suunnitelmallisesti, jotta voidaan olla varmoja, että havaintoaineisto soveltuu määrälliseen mittaamiseen. Myös tarkat koehenkilömäärät ja otantasuunnitelmat mietitään tarkkaan, jotta tutkimuksesta saadaan luotettava ja vertailukelpoinen. Muuttujat muodostetaan taulukkomuotoon ja aineisto saatetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Tilastolliseen analysointiin perustuen tehdään päätelmiä havaintoaineistosta. (Hirsijärvi, Remes & Saravaara 2013, 140.)

Kysely on määrällisen tutkimuksen yleisin aineistonkeruumenetelmä Kananen 2015, 96). Määrällisen tutkimusmenetelmän aineistonkeruuta käytetään apuna silloin, kun

tavoitteena on saada isolta joukolta ihmisiä vastauksia rajattuun tutkimusongelmaan. Haastattelujen toteuttaminen suurelle määrälle tutkittavia on aikaa vievää, jolloin määrämuotoinen kysely on huomattavasti kustannustehokkaampaa. Kyselytutkimuksen avulla aineisto saadaan myös nopeammin kerättyä, kuin haastattelemalla. Ennen kyselyn toteuttamista on tiedettävä mitä kysytään. Kyselyä voidaan käyttää, kun kyseessä ovat mielipiteet, asenteet, ajankäyttö tai määrät. Lisäksi kyselyä voidaan käyttää, kun pyritään saamaan asiakkailta tietoa palvelun toimivuudesta ja asiakkaiden tyytyväisyydestä. (Kananen 2015, 95.)

7.3 Aivoriihi

Ideoinnilla tarkoitetaan mielen sisäistä prosessia, jossa tuotetaan uusia ideoita. Ideointia pidetään yleisesti intuitiivisesti itsestään tapahtuvana ilmiönä, mutta koetaan helposti myös haihattelevaksi toisinajatteluksi. Kaikesta ideoinnista ei ole välttämättä hyötyä, vaan usein vain muutama prosentti ideoista johtaa itse keksintöön. Kuitenkin jos ideointi loppuu, ei synny uusia innovaatioita ja talouselämä kärsii. Helposti ideointi mielletään insinöörien tai taiteilijoiden tehtäväksi, mutta luova ajattelu ja keksintöjen teko kuuluu meille jokaiselle. (Reunanen 2007, 1).

Erilaisia ideointimenetelmiä ryhmälle kutsutaan osallistaviksi menetelmiksi. Eri menetelmät luovat jokaiselle mahdollisuuden osallistua ideointiin, jolloin yhteisten tavoitteiden saavuttaminen helpottuu. Osallistavat menetelmät ovat käytännössä työkaluja, joiden avulla tavoitteisiin pääsy on helpompaa. Osallistavassa työskentelyssä tarkoituksena on nostaa ryhmän energiatasoa, luoda myönteinen ilmapiiri ideoinnille ja lisätä ryhmän jäsenten välistä luottamusta. Menetelmän toiminta voidaan karkeasti jakaa kolmeen vaiheeseen; aloitukseen ja suunnitteluun, itse toimintaan sekä arviointiin ja jatkotoiminnan suunnitteluun. (Osallistavat menetelmät 2018).

Aivoriihi eli toisin sanottuna ideointityöpaja on yksi luovan ongelmaratkaisun menetelmistä, jonka avulla voidaan tuottaa uusia ideoita ryhmässä. Yleensä ryhmä koostuu 6-12 hengestä, joka vetäjän avustuksella pyrkii ideoimaan uusia lähestymistapoja johonkin ongelmaan. Aivoriihikokous aloitetaan esivaiheella, jonka tarkoituksena on asettaa ja rajata ideoinnin tavoitteet. Tämän jälkeen on niin sanottu lämmittelyvaihe,

jossa puolestaan pyritään ennakkoluuloista ja rajoittavista tekijöistä eroon. Kokouksen vetäjän tehtävänä on kerrata kokouksen toimintaperiaatteet. Virallinen ideointivaihe aloitetaan vapaamuotoisella ideoinnilla, jossa ideoita voi esittää ilman perusteluja. Ideoiden arvostelu on kiellettyä, jotta saataisiin mahdollisimman värikkäitä ideoita esiin. Vetäjä kirjaa ideat ylös ja koko ideoinnin ajan ideoita pyritään yhdistelemään suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Kun ideoiden syntyminen hidastuu, on vetäjän pyrittävä vauhdittamaan sitä uudelleen erilaisten menetelmien avulla. Menetelmästä on olemassa muunnelmia, kuten brainwriting ja learning cafe. Brainwriting on menetelmä, jossa ideointi tapahtuu pienryhmissä täysin ilman keskustelua. Jokainen ryhmän jäsen kirjaa ideansa paperille ja sitten paperi annetaan myötöpäivään seuraavalle ihmiselle, joka jatkaa ideointia edellisen henkilön luomia ideoita käyttäen ja ikään kuin ideaa rikastuttaen. Kun paperit ovat kiertäneet jokaisella ryhmäläisellä, on ryhmä tuottanut monta ideaa, jotka on viety jo melko pitkälle. Tämän jälkeen ideoista keskustellaan. Äänetön ideointi antaa mahdollisuuden hiljaisemmillekin ihmisille osallistua ideointiin. Learning cafe-menetelmässä on oltava vähintään 12-hengen ryhmä, joka jaetaan pienempiin ryhmiin. Jokaisessa pienryhmässä keskustellaan eri näkökulmasta kehitettävään asiaan liittyen. Syntyneet ideat kirjoitetaan paperille. Ryhmät vaihtavat keskenään näkökulmia ja uusi ryhmä saa vain tiivistelmän edellisen ryhmän ideoinnista. Uusi ryhmä alkaa ideoimaan aiheesta lisää. Jokainen ryhmä kiertää jokaisessa pöydässä, jolloin teemasta saadaan lyhyessä ajassa paljon uusia ideoita eri näkökulmista. Ideointivaihetta seuraa valintavaihe, jossa syntyneitä ideoita tarkastellaan kriittisesti ja arviointi tapahtuu vetäjänjohteisesti. Vetäjän tehtävänä on jakaa puheenvuoroja, jotta jokainen pääsisi tasapuolisesti osallistumaan. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015,160–162.)

Aivoriihityöskentelyssä ryhmän koolla on tärkeä merkitys, sillä tottumattomat ideointijat eivät välttämättä heti löydä omaa keinoa ehdottaa lennokkaita ideoita. Toisaalta suuressa ryhmässä on helppo jäädä myös seinäruusuksi kuuntelemaan muiden ideoita. Mikäli jää ryhmän ulkopuolelle toimintaan sitoutuminen vähenee. On todettu, että ihmiset sitoutuvat ratkaisuun paremmin silloin, kun he ovat itse olleet mukana rakentamassa sitä. Suuri ryhmän koko mahdollistaa kuitenkin sen, että kaikki ratkaisuun liittyvät henkilöt voidaan ottaa mukaan tekemiseen. Ryhmän vetäjän tärkeimpiin tehtäviin kuuluu vaikuttaa ryhmän tuloksellisuuteen, toimia johtajana, joka pitää kiinni säännöistä, kiihdyttää prosessia ja rytmittää ideointia. Taukojen pitäminen on ajoit-

tain jopa suotavaa. Vetäjän on oltava herkkä reagoimaan ideoinnissa tapahtuviin ongelmiin ja kyettävä ohjaamaan ryhmän toimintaa takaisin oikeaan suuntaan. Aivoriihen perussäännöt koostuvat viidestä kohdasta, joista ensimmäinen on se, ettei saa arvioida tai tuomita ideoita. Lisäksi on kannustettava keksimään vilttejäkin ideoita ja muistutettava, että määrä on tärkeämpi kuin laatu tässä vaiheessa. Sääntönä on myös muiden ideoiden kehittäminen ja se, että jokainen osallistuja ja idea ovat yhtä tärkeä lopputuloksen kannalta. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015,162–163.)

8 KEHITTÄMISTYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

8.1 Kehittämistyön menetelmän näkökulma

Tutkimuksen luotettavuus ja sen toteennäyttäminen ovat aina tutkimuksen kulmaki-
viä. Kehittämistutkimuksen luotettavuusarviointi ja kriteeristö ovat vielä kehitteillä,
koska kehittämistutkimuksella ei ole omaa metodologiaa, on luotettavuutta tarkastel-
tava käytettävien menetelmien luotettavuuskriteerien avulla. Näitä luotettavuuskri-
teerejä ovat validiteetti ja reliabiliteetti. (Kananen 2012, 24.) Tutkimustulosten tois-
tettavuus eli reaaabelius tarkoittaa sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tut-
kimustulokset on siis pystyttävä toistamaan. Toinen tutkimuksen arviointiin liittyvä
käsite on validius eli pätevyys. Sillä tarkoitetaan mittarien ja tutkimusmenetelmän
kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (Hirsijärvi, Remes & Saravaara
2013, 231–233.)

Etiikan näkökulmasta keskeistä on, että tutkimuksessa noudatetaan hyviä tieteellisiä
toimintatapoja eli rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Lisäksi tulosten
tallentamisessa, niiden esittämisessä sekä arvioinnissa on noudatettava hyviä tieteel-
lisiä toimintatapoja. Tutkimusta tehdessä sovelletaan tutkimuksen kriteerien mukai-
sia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Lisäksi
toteutetaan tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta ja vastuullista tiede-
viestintää kun julkaistaan tutkimuksen tuloksia. Tutkijan tehtävänä on ottaa huomi-
oon muiden tutkijoiden tekemän työn ja heidän saavutuksensa asianmukaisella taval-
la huomioiden muiden tutkijoiden tekemän työn kunnioittamisen. Tutkija on velvol-
linen viittaamaan heidän julkaisuihin asianmukaisella tavalla ja annettava heidän
saavutuksilleen niille kuuluvan arvon ja merkityksen omassa tutkimuksessaan ja tut-
kimuksen tuloksia julkaistessa. Tutkimusta suunnitellessa, toteuttaessa ja siitä rapor-
toidessa sekä siinä syntyneiden tietoaineistojen tallentamisessa on noudatettava tie-
teelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämää tapaa. Lisäksi tarvittavat tut-
kimusluvut on hankittu, eettisen lautakunnan arviointia työssä ei koettu tarvittavan.
Tutkimusryhmässä on sovittu ennen tutkimuksen aloittamista työnantajan ja vastuul-
lisen tutkijanoikeudet, tekijyyttä koskevat periaatteet, vastuut ja velvollisuudet sekä
aineistojen säilyttämistä ja käyttöoikeuksia koskevat kysymykset osapuolten hyväk-

symällä tavalla. Tutkimuksen edetessä sopimusta voidaan täydentää. Myös tutkimuksen rahoituslähteet ja tutkimuksen kannalta muut suorittamisen kannalta merkitykselliset sidonnaisuudet ilmoitetaan asianosaisille ja tutkimukseen osallistuville, sekä raportoidaan tutkimuksen tuloksia julkaistaessa. Tutkijan on myös pidättäydyttävä kaikesta tieteeseen ja tutkimukseen liittyvistä arviointi- ja päätöksentekotilanteista, mikäli on syytä epäillä, että tutkija on siihen aiheeseen esteellisiä. Tutkimusorganisaatioissa on noudatettava hyvää henkilöstö- ja taloushallintoa, sekä otettava huomioon tietosuojaa koskevat kysymykset. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www-sivut 2018.) Tutkimuksen tarvittavat tutkimusluvut on hankittu Eurasta, Raumalta, Huittiselta, Säskylältä, Pohjois-Satakunnan perusterveydenhuollolta, Keski-Satakunnan terveydenhuollolta, Porin perusturvalta ja Satakunnan keskussairaualta. Lisäksi on laadittu Satakunnan ammattikorkeakoulun kanssa sopimus opinnäytetyön tekemisestä.

Eettiset näkökulmat kulkevat kehittämistyön mukana koko ajan. Aiheen valinta ja menetelmien valinta jo edellyttävät eettisen näkökulman huomion ottamista. Kun kyseessä on ihmistiede, on otettava huomioon myös eettiset periaatteet, jotka voidaan jakaa kolmeen osaan; tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen, vahingon välttämiseen sekä yksityisyyteen ja tietosuojaan. Tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen tarkoittaa sitä, että tutkimukseen osallistuminen on oltava vapaaehtoista ja tutkittavien on saatava tarpeeksi tietoa tehtävästä tutkimuksesta. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www-sivut 2018.) Tutkittaville on laadittu tiedote, jossa kerrotaan tutkimuksesta ja tutkimuksen toteuttamisesta, sekä tutkimukseen osallistuvan oikeuksista. Kyselyt jaettiin saatekirjeen kanssa potilaille sekä haavayhdyshenkilöille, jossa kerrottiin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Näin ollen kyselyyn vastaaminen osoittaa, että tutkittavat ovat suostuneet tutkittaviksi. Tutkittavalla on oikeus keskeyttää oma osallistuminen tutkimukseen missä vaiheessa vain, mutta hänen siihen asti antamansa panos, kuten haastattelut tai kyselyt, ovat jo mukana tutkimuksessa. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www-sivut 2018.) Tutkimukseen osallistuneet ovat kaikki täysikäisiä ja vastaavat itse omista päätöksistään tutkimukseen osallistumisesta, joten näin ollen erillisiä lupia tutkittavilta ei tarvita. Tutkittavien informointi kyselyjen yhteydessä tulee sisältää tiedon tutkimuksen aiheesta ja siitä, mitä tutkimukseen osallistuminen konkreettisesti tarkoittaa ja kauanko siihen menee aikaa. Lisäksi informaatiosta on löydyttävä tutkijan yhteystiedot, aineistonkeruun keinot, aineiston käyttötarkoitus, säilytys ja jatkokäyttö sekä osallis-

tumisen vapaaehtoisuus. Tutkittavilla on oikeus kysyä lisätietoja tutkimuksesta niin halutessaan. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www-sivut 2018.) Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeet ovat vain tutkijan käytettävissä ja kun tulokset on litteroitu ja tutkimus on valmis, kaavakkeet hävitetään polttamalla. Kyselylomakkeet esitettiin ylempään ammattikorkeakoulun opiskelijaryhmällä ja tehtiin tarvittavat korjaukset.

Vahingon välttämällä tarkoitetaan sitä, että pyritään välttämään henkisiä, taloudellisia ja sosiaalisia haittoja. Tutkimusten aiheuttamat haitat koskevat yleensä aineiston keruuvaihetta, aineiston säilyttämistä tai tutkimusjulkaisuista aiheutuvia seurauksia. Henkisten haittojen välttämiseksi on kohdeltava tutkittavia arvostavasti sekä kirjoitettava tutkimusjulkaisussa tutkittavista kunnioittavasti. Kun tutkittava osallistuu tutkimukseen kirjoittamalla tai vastaamalla kyselylomakkeeseen säätelee tutkittava osallistumisestaan omaehtoisesti välttämällä itse vahingollisiksi tai haitallisiksi kokemiaan aiheita tai kysymyksiä. Tutkijan tehtävänä on tuottaa uutta tietoa pelkäämättä auktoriteettien tai tutkimuksen kohteena olevien harmistumista. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www-sivut 2018.) Tutkimuksen aineistonkeruu toteutettiin kyselynä, jolloin tutkittavat ovat itse harkinneet, mihin kysymyksiin vastaavat. Pakotetta ei ollut potilaiden paperikyselyssä, eikä myöskään alueellisilla yhdyshoitajilla, vaan kaavakkeen sai lähetettyä vaikka jostain kohdasta puuttuikin vastaus. Tutkimusta tehdessä tutkittavista kirjoitetaan kunnioittavasti. Tutkija vastaa tutkimusjulkaisun eettisyydestä.

8.2 Kehittämistyön toteuttamisen näkökulma

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa Suomessa ohjaa Suomen laki. Tärkeinä etiikkaa koskevia lakeja on terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326) sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785), jotka velvoittaa toimimaan turvallisesti, asiallisesti ja näyttöön perustuen. Lisäksi potilaalla on oikeus saada oikeaa tietoa omasta terveydentilastaan, hoidon tärkeydestä, eri hoitovaihtoehdoista ja muista hoitoon vaikuttavista asioista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785).

Sairaanhoitajilla on myös omat eettiset ohjeet, jotka ohjaavat ja tukevat sairaanhoitajien työnteon päätöksentekoa. Näiden ohjeiden mukaan sairaanhoitajan on kunnioi-

tettava potilaiden itsemääräämisoikeutta. Sairaanhoidajan on järjestettävä potilaalle mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa koskevaan päätöksentekoon, sekä vahvistettava heidän omaisten osallistumista potilaan hoitoon. Lisäksi sairaanhoidajan on jaettava tietoa, joka koskee terveyttä koko väestölle, sekä lisättävä ihmisten tietoa ja taitoa itsensä hoitamiseksi. Sairaanhoidajalla on velvollisuus myös jatkuvasti kehittää omaa ammattitaitoaan. (Sairaanhoidajien eettiset ohjeet 1996.)

Suomessa perustuslaki ja tutkimusetiikka määrittelevät yksityisyyden suojasta, jotka pitävät sisällään tutkimusaineiston suojaamisen ja luottamuksellisuuden, tutkimusaineiston säilyttämisen ja hävittämisen sekä tutkimusjulkaisun. Tutkimuksen tulokset on esitetty vääristelemättä, eikä ennakoasenteita ole ollut esteenä etiikalle. Tulosten julkaisemisessa on noudatettu erityistä varovaisuutta ja oltu huolellinen. Yksityisyyden suoja toteutuu tutkimuksessa hyvin, eikä tuloksista ole mahdollista saada vastaajan tietoja selville. Tutkimuksessa ei ole kerätty tietoa, jotka sisältäisivät tunnistettavia tietoja. Tulokset on kirjoitettu huolellisesti kehittämistyön raporttiin ja kerätyt aineistot on tarkoitettu vain tutkimuksen käyttöön.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta määrittää, että tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava ja sen tulokset uskottavia ainoastaan, jos tutkimus on suoritettu hyvää tieteellistä käytäntöä noudattamalla. Ohjeiden soveltaminen on tutkijayhteisön itsesääteilyä ja lainsäädäntö määrittää rajat sille. Hyvä tieteellinen käytäntö on osa tutkimusorganisaatioiden laatujärjestelmää. Jokainen tutkija itse on vastuussa hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta. Myös ammattikorkeakoulujen on huolehdittava siitä, että hyvään tieteelliseen käytäntöön perehdyttäminen ja tutkimusetiikan opettaminen huomioidaan riittävästi. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www-sivut 2017.)

Kehittämistyötä tehdessä on otettu huomioon tutkimuksen luotettavuus, eli tutkimustulosten toistettavuus ja tulosten pätevyys. Tutkimuksessa on noudatettu hyviä tieteellisiä toimintatapoja eli rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Myös tutkimuksen tuloksia tallennettaessa, esittämisessä ja arvioinnissa on huomioitu hyvät tieteelliset käytänteet. Tutkimusta tehdessä on sovellettu tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkija on omalla työskentelyllään huomionnut muiden tutkijoiden tekemän työn ja merkan-

nut viitemerkinnät oman parhaan kykynsä mukaan. Myös suunnittelussa, toteutettaessa ja raportoidessa on noudatettu tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten tapaan. Tarvittavat tutkimusluvut on hankittu Eurasta, Raumalta, Huittisista, Säkylästä, Pohjois-Satakunnan perusterveydenhuollosta, Keski-Satakunnan terveydenhuollosta, Porin perusturvasta ja Satakunnan keskussairaalaista. Lisäksi on laadittu Satakunnan ammattikorkeakoulun kanssa sopimus opinnäytetyön tekemisestä. Eettisen lautakunnan arviointia ei katsottu tässä työssä tarpeelliseksi.

Eettinen näkökulma on kulkenut koko kehittämistyöprosessin mukana. Ihmistiede huomioiden on otettu huomioon tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingon välttäminen sekä yksityisyys ja tutkittavien tietosuoja. Tutkittavan itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan sitä, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja tutkittavat ovat saaneet tietoa tutkimuksen tekemisestä ennen osallistumistaan. Tutkittaville annettiin saatekirje tutkimuksen mukana. Lisäksi tutkittava on itse tehnyt sen päätöksen, vastaako hän kyselyyn vai ei, näin ollen kyselyyn vastaaminen osoittaa, että tutkittavat ovat suostuneet tutkittaviksi. Kaikki tutkimukseen osallistuneet ovat olleet täysi-ikäisiä ja vastaavat näin ollen itse päätöksestään osallistua tutkimukseen, joten erillisiä lupia ei tässä tarvittu. Tutkimuksen vastaukset ovat vain tutkijan käytettävissä ja kaavakkeet hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Vahingon välttämällä puolestaan tarkoitetaan sitä, että pyritään välttämään henkisiä, taloudellisia ja sosiaalisia haittoja. Tässä tutkimuksessa tutkittava osallistuu kirjoittamalla kyselylomakkeelle, jolloin hän itse säätelee vastauksiaan välttämällä haitallisiksi koekemiaan kysymyksiä. Tutkimusta tehdessä tutkittavista on kirjoitettu vain kunnioittavassa muodossa. Tutkija on vastuussa tutkimusjulkaisun eettisyydestä.

Suomen perustuslaki ja tutkimusetiikka määrittelee yksityisyyden suojasta. Tutkimusaineistoa kerätessä, käsiteltäessä ja tulosten julkaisemisessa on otettava huomioon yksityisyyden tietosuojan. Nämä tutkimuseettiset periaatteet jaetaan kolmeen osaan; tutkimusaineiston suojaamiseen ja luottamuksellisuuteen, tutkimusaineiston säilyttämiseen ja hävittämiseen sekä tutkimusjulkaisuihin. Pyrkimyksenä on sovittaa yhteen luottamuksellisuuden ja tieteen avoimuuden periaate. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www-sivut 2018.) Tutkimuksen tulokset on aina julkistettava, jotta organisaatio, jolle tutkimus tehdään, saa tulokset arvioitavaksi ja käytettäväkseen. Tutkimuksen tulokset on osattava esittää niin, ettei tuloksia vääristetä eikä tutkija

sekoita omia ennakkoasenteita tai – odotuksia niiden tulkintaan. Tulosten julkaisemisessa on noudatettava erityistä varovaisuutta ja oltava huolellinen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 370–371.) Tunnistettavia tietoja ei tule kerätä tai säilyttää tarpeettomasti, mutta tarkoituksenmukaisesti tunnisteellisia aineistoja voi kerätä vain tutkittavien suostumuksella. Ihmistieteisiin luettavat tutkimukset eivät aina ole uudelleen toistettavissa, mutta tarvittaessa on oltava mahdollisuus todentaa tutkimustuloksia tutkimuksessa analysoiduista aineistoista. Huolellisesti arkistoidut aineistot vähentävät tarvetta kerätä jatkotutkimuksiin tutkimusaineistoa, erityisesti tärkeitä arkistoida on kulttuurisesti, historiallisesti ja tutkimuksellisesti merkittävät tutkimusaineistot. Jos kerätty aineisto on tunnisteellista, on yksityisyyden suojasta huolehdittava tarvittaessa aineiston anonymisointitoimenpiteillä. Kerättyjä aineistoja saa käyttää vain tutkimustarkoituksiin. Jos kerätty aineisto on arkaluonteista, on se hävitettävä tutkimuksen päätyttyä. Tutkimusjulkaisut ovat kaikkien saatavilla, joten yksityisyyden suojan tarve julkaisuissa arvioidaan aina tapauskohtaisesti. Kvantitatiivisten tutkimusten tulokset esitetään tilastollisina, joten tulokset eivät näin ollen sisällä yksittäisten henkilöiden tunnisteita. Tutkimusaineistojen luottamus nojautuu pitkälti aineistojen käsittelemiseen, käytön rajaamiseen ja säilyttämiseen. Tutkimusaineistoja ei saa käyttää tai luovuttaa muihin tarkoituksiin. Yksityisyyden suoja on jokaisen kansalaisen perusoikeus, joka suojaa julkisen vallan toimenpiteitä vastaan. Tutkijan tehtävänä on tuottaa tieteellistä tietoa yhteiskunnan ja kulttuurin ymmärtämiseksi. Tutkimusaineistojen yksittäisiä tutkittavia tietoja ei saa ilmaista veroviranomaisille, sosiaaliviranomaisille kuin poliisillekaan. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan [www](http://www.tutkimuseettinen.fi)-sivut 2018.) Tutkimuksen kyselylomakkeet on luotu niin, että on mahdotonta saada vastaajan henkiköllisyyttä selville. Kysymyksiä luodessa on otettu huomioon, että saadaan vastauksia niihin kysymyksiin, joihin vastausta haetaan. Tutkimuksen suunnittelussa ja toteutuksessa ja siitä raportoidessa toimitaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tutkimusaineisto on ollut vain tutkijan käytettävissä tutkimusta tehdessä. Aineisto on litteroitu tilastolliseen muotoon ja aineisto on hävitetty polttamalla.

9 KYSELYT AINEISTONKERUUMENETELMÄNÄ

Haavapoliklinikan potilailta kyselylomakkeessa oli yhteensä 26 kysymystä, johon heidän tuli vastata (Liite 3.). Vastaajilta kysyttiin haavapoliklinikalle tulotilanteesta (väittämät 3-4), haavapoliklinikan henkilökunnasta ja saamastaan palvelusta (väittämät 5-10) sekä potilasohjauksen toteuttamiseen (väittämät 13-19) ja vastaajien saamiin potilasohjauksen vaikutuksiin (väittämät 20-25). Näissä väittämissä vastausvaihtoehtoina oli laitettu Likert-asteikko 1-4. Vastausvaihtoehdot olivat täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, osittain eri mieltä tai täysin eri mieltä. Osassa kysymyksiä vastausvaihtoehtoina oli vai kyllä tai ei. Lisäksi oli kaksi avointa kysymystä, jossa ei ollut vastausvaihtoehtoja laitettu valmiiksi.

Potilaiden kyselyn ensimmäisenä osiona (väittämät 1-4) oli vastaajan taustatietojen kartoittaminen ja haavapoliklinikalle saapumiseen liittyvät kysymykset. Taustatietoina kysyttiin vastaajien sukupuoli ja ikä. Haavapoliklinikalle saapumisesta haluttiin tietää, oliko kutsukirje riittävän selkeä sekä oliko haavapoliklinikalle helppo löytää perille. Seuraavassa osiossa käsiteltiin potilasohjauksen resursseja ja ohjauksen riittävyttä (väittämät 5-10). Tässä kohdassa päätettiin laittaa haavahoitajan ja lääkärin antama ohjaus rinnakkain selkeyttääkseen sitä, kenelle jatkossa tämä ohjaus kuuluu. Ensimmäisenä väittämänä oli että lääkäri / haavanhoitaja on kertonut vastaajalle haavahoidon etenemisen suunnitelman. Lisäksi rinnakkain kysyttiin vielä haavahoito-ohjeiden saamisesta lääkäriltä / haavahoitajalta suullisesti ja kirjallisesti. Tämän jälkeen kysyttiin, että oliko vastaaja saanut yhteystiedot, johon tarvittaessa voi soittaa, jos kotona tulee ongelmia tai kysyttävää. Lopuksi vielä avoin kysymys, että mistä olisi halunnut saada lisää tietoa. Seuraava osio käsitteli potilasohjauksen toteuttamista (väittämät 13-19). Ensin kysyttiin, että oliko vastaajalle näytetty, miten haavaa tulisi puhdistaa ja miten haavalle laitetaan uudet sidokset. Kysyttiin myös, että näytettiinkö vastaajalle, miten hänen haavaansa tulisi hoitaa. Lisäksi kartoitettiin oliko kukaan vastaajista saanut kokeilla haavanhoitoa yhdessä haavahoitajan kanssa. Tämän jälkeen kysyttiin puhtaudesta huolehtimisesta eli hygienian ohjaamisesta. Lopuksi kysyttiin vielä, olivatko vastaaja saaneet haavanhoito-ohjeet kirjallisesti ja suullisesti. Viimeinen potilaskyselyn osio käsitteli vastaajien saaman potilasohjauksen vaikutuksia (väittämät 20-26). Tässäkin osiossa aseteltiin lääkärin ja haavanhoi-

tajan työ rinnakkain kysymyksien asettelussa. Ensin kysyttiin ymmärsikö vastaaja lääkärin / haavanhoitajan antaman ohjauksen haavan puhtaudesta huolehtimisen tärkeydestä. Kysyttiin myös, että olivatko vastaajat saaneet lääkäriltä / haavahoitajalta ohjausta haavasidosten laittamisesta haavalle. Lisäksi kysyttiin, että ymmärsikö vastaaja saamansa ohjauksen haavan paranemiseen vaikuttavista asioista. Isoimpana kysymyksenä kyselyssä oli viimeinen väittämä, jossa kysyttiin, että oliko vastaajat saaneet ohjausta haava-asioissa niin hyvin, että he kokevat selviävänsä ohjeiden turvin kotona. Lopuksi vielä annettiin mahdollisuus kertoa lisää jostain, joten viimeisenä avoin kysymys, mitä muuta vastaaja haluaisi sanoa.

Haavayhdyshenkilöiden kyselylomakkeessa oli yhteensä 20 kysymystä, joihin heidän tulisi vastata (Liite 5.). Kyselylomakkeessa kysyttiin potilaiden ohjaamisesta ja ohjaamisen resursseista sekä eri yksiköiden välisestä yhteistyöstä ja sen kehittamisestä. Vastausvaihtoehdoiksi annettiin Likert-asteikon 1-4, täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, osittain eri mieltä ja täysin eri mieltä. Osassa kysymyksiä vastausvaihtoehdoina oli vain kaksi, kuten kyllä tai ei. Lisäksi oli viisi avointa kysymystä, jossa ei ollut vastausvaihtoehtoja laitettu valmiiksi. Alueellisten haavahoitajien kyselyssä oli enemmän avoimia kysymyksiä, koska heiltä kehittämisideoita saattoi tulla jo tässä vaiheessa.

Alueellisten haavayhdyshenkilöiden kysely on jaettu kolmen otsakkeen alle. Ensimmäisenä otsakkeena olivat taustatiedot, kysymyksinä oli ikä, ammatti ja vuodet, kuinka kauan kukin on toiminut yksikkönsä haavayhdyshenkilönä. Seuraavana otsakkeena on ohjaaminen ja resurssit. Ensimmäisenä kysyttiin, että kokeeko vastaajat, että osaavatko he ohjata potilaita riittävän hyvin. Lisäksi kysyttiin, onko heillä riittävästi aikaa potilaan haavan hoitamiseen sekä aikaa perehtyä potilaan asioihin ja järjestää kotiasiat niin, että potilas pärjää haavansa kanssa kotona. Tietenkin kysyttiin myös, onko vastaajalla riittävästi aikaa potilaiden ohjaamiseen ylipäättään. Tämän jälkeen kysyttiin vastaajien kokemaa tarvetta lisäkoulutuksille ohjauksesta, ja tähän jatkokysymyksenä avoin kohta, jos vastasit kyllä, niin kerro millaista koulutusta haluaisit. Haavahoitajilta kysyttiin myös mitä menetelmää he ohjaamisessa käyttävät, kirjallista ja suullista menetelmää, tai jos käyttää edellisten lisäksi jotain muuta, niin mitä menetelmää. Toisen osion viimeisenä kysymyksenä oli, että miten kehittäisit haavapotilaan ohjausta. Kolmas osio käsitteli alueellisten yksiköiden välistä yhteis-

työtä. Väittämissä kysyttiin, konsultoivatko alueelliset yksiköt Satakunnan keskussairaalan haavapoliklinikan henkilökuntaa tarvittaessa. Lisäksi kysyttiin, saako vastaaja tarvittaessa haavapoliklinikan haavahoitajalta neuvoa haavahoitojen suhteen. Kysyttiin myös siitä, käyttävätkö yksikkösi lääkärit haavapoliklinikan toimintaa hyväksi haavapotilaiden kohdalla. Kartoitettiin myös yhteistyön sujuvuutta haavapoliklinikan hoitajien kanssa, sekä myös yhteistyön sujuvuudesta haavapoliklinikan lääkäreiden kanssa. Lisäksi kartoitettiin haavapotilaalle ajanvaraamisen sujuvuutta haavapoliklinikalle, että onko se vaivatonta. Näiden väittämien jälkeen kysyttiin avoimia kysymyksiä kaksi. Ensin kysyttiin, onko vastaajalla ideoita haavapoliklinikan toiminnan kehittämiseksi ja toisena kysymyksenä kysyttiin avoimesti vastaajan ideoista ja toiveista.

10 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

Menetelmän valinta laadullisen tai määrällisen tutkimusotteen välillä perustui kokonaan tutkittavaan ilmiöön. Haavapoliklinikalta tuli selkeä tavoite tutkia, mitä kehittämistä heidän toiminnassaan on, sekä mitä kehitettävää on satakunnan eri yksiköiden välisessä yhteistyössä. Kehittämistyö toteutetaan kehittämistutkimuksena ja aineistoa kerättiin kahden erillisen kyselyn avulla. Kehittämistutkimus sopi työhön hyvin, koska siinä yhdistyvät sekä tutkimus että kehittäminen sykleissä prosessin maisesti. Kehittämistutkimus valikoitui näistä kahdesta sillä perusteella paremmaksi, että kehittämistutkimuksessa tutkija voi olla samanaikaisesti kehittämisprosessin vetäjä ja tutkija, mutta tämä ei ole ehdotonta. Toimintatutkimuksessa tutkijan on aina itse osallistuttava myös muutosprosessiin. (Kananen 2015, 51–52.) Tutkija ei tässä kehittämistyössä työskentele haavapoliklinikalla jossa kehittämistyö toteutetaan, vaan toimii ainoastaan kehittämistyön tekijänä.

Aineistonkeruun menetelmäksi valittiin kysely, koska sen avulla on mahdollista kerätä jopa hyvinkin laaja aineisto. Tutkimuksen aineisto kerättiin standardoitujen tutkimuskysymysten avulla, joka siis tarkoittaa sitä, että vastausvaihtoehdot on määriteltä valmiiksi kaavakkeelle. Tulokset esitetään prosentteina ja frekvensseinä sekä havainnollistetaan taulukoiden tai kuvioiden avulla. Toisinaan muuttujia tarkastellaan suhteessa taustamuuttujiin. Saatuja tuloksia pyritään yleistämään laajempaan joukkoon tilastollisin keinoin. Monimutkaisempiakin tilastollisia menetelmiä on mahdollista käyttää, mikäli tutkimuksen tarkoitus niin vaatii. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla on helppo kartoittaa olemassa olevaa tilannetta, muttei pystytä riittävästi selvittämään asioiden syitä. (Heikkilä 2014,15.)

Kehittämismenetelmäksi valikoitui aivoriihi menetelmä, joka on liike-elämän tavallisin ryhmäideoinnin versio. Nykyiset innotiimit perustuvat aivoriihi menetelmään alun perin. (Reunanen 2007, 199.) Innovaatiolla tarkoitetaan kehittämistä, joka perustuu muutokseen (Lecklin & Laine 2009, 53). Innovatiivisuudella puolestaan tarkoitetaan luovuutta, jonka tavoitteena on jokin uusi tuote-, palvelu-, prosessi- tai liiketoimintainnovaatio. (Sydänmaanlakka 2009, 19.) Uudistumiskykyinen organisaatio luo mahdollisuuden toistuviin innovaatioiden syntymiseen. Systemaattisella kehittä-

misellä tähdätään kestävään kilpailuun ja menestyviin innovaatioihin. Uudistumiskykyisen organisaation tärkeimpiä asioita ovat innovaatiostrategia, jonka avulla innovaatiotoimintaa on mahdollista ennakoida etukäteen. Lisäksi innovaatiokulttuurin kehittäminen auttaa johtoa, esimiehiä ja henkilöstöä hyödyntämään organisaation olemassa olevia voimavaroja. Organisaatio tarvitsee onnistuakseen myös tehokkaat innovaatioprosessit eli toimintatavat, joiden avulla asiakastarpeiden määrittely, ideoiden luominen ja markkinoilla erottuminen sujuvat paremmin. Kaikki tämä lähtee ihmisistä, heidän osaamisesta ja motivaatiosta. Innovatiivinen ja osaava henkilöstö on uudistumiskykyisen organisaation ydin. (Innotiimin www-sivut 2018.) Innovointi on näin ollen jokaisen menestyvän organisaation jokapäiväistä toimintaa ja sen onnistuminen vaatii henkilöstöltä aikaa ja tilaa pohtia, ideoida ja kokeilla asioita. On kyettävä edistämään monimuotoisuuden ajattelua sekä ylläpidettävä yhteyksiä ja vuorovaikutusta erilaisten verkostojen kanssa. (Lecklin & Laine 2009, 54).

10.1 Potilaskyselyjen toteuttaminen

Ensimmäisen syklin kysely tehtiin Satakunnan keskussairaalan haavapoliklinikan potilaille. Koska iän myötä haavojen esiintyvyys lisääntyy, potilaiden kysely toteutettiin paperisena postikyselyinä ja vastauksen he voivat jättää vastauslaatikkoon jo haavapoliklinikalla, tai lähettää vastauksen postitse takaisin haavapoliklinikalle. Valittiin potilaiden kysely paperiseksi. Kysely jaetaan yhden kuukauden aikana kaikille haavapoliklinikan potilaille, jotka kykenevät itse vastaamaan kyselyyn. Kyselylomake kehitettiin tätä tutkimusta varten ja lomakkeen esitestaajina toimivat ylemmän ammattikorkeakoulun oppilaat. Tutkija laati kysymykset yhdessä haavapoliklinikan henkilökunnan kanssa ja apuna käytettiin kirjallisuuskatsauksessa esiin nousseita asioita. Lisäksi haavapoliklinikan henkilökunnalta itseltään nousi tarpeellisia kysymyksiä, jotka päätettiin kysyä samassa kyselyssä. Kaavakkeet muotoiltiin helppoluokiseksi ja vastaaminen tehtiin mahdollisimman vaivattomaksi (liite 3). Tulosteet tehtiin vain yksipuolisiksi, jottei vastaajille kävisi vahinkoa, että toinen puoli paperista unohtuisi vastata. Tulostettaessa kyselyn kaikki sivut niitattiin yhteen, jottei sivuja menisi hukkaan. Kyselyn lisäksi kuoreen laitettiin saatekirje (liite 2), josta selvisi tutkimuksen taustat ja tutkimuksen tarve. Kirjekuoret tutkimukseen tarjosi Satakunnan sairaanhoitopiiri. Kuorissa osoitteena oli haavapoliklinikka, ja tutkija kirjoitti

käsin juoksevat numerot 1-400 kuoriin. Lisäksi kuoreen tuli yksilöintitiedoksi HAAVA teksti, jotta sihteerit tunnistivat tutkimuksen vastaukset muusta postista. Kuoreen taiteltiin kaikki materiaalit ja klemmarilla liitettiin kirje ja kysely toisiinsa. Kysely hyväksytettiin näin ollen tutkijan lisäksi haavapoliklinikan yhteyshenkilöillä, kirurgian poliklinikan ylihoitajalla ja kehittämistyötä ohjaavalla opettajalla. Haavapoliklinikalta saadun tiedon perusteella potilaita käy kuukauden aikana noin 400, joten kyselykaavakkeita tehtiin varoiksi 400 kappaletta. Kyselyä ei jaettu jokaiselle haavapoliklinikan potilaalle, vaan vain niille, jotka itse kykenivät ilmoittautumaan vastaanotokäynnillä ilmoittautumistiskillä eli ovat kykeneviä itsenäisesti täyttämään kyselylomakkeen. Kuitenkin yhdelle sokealle ihmiselle tutkimuskysely oli jaettu, mutta tutkija päätyi poistamaan hänen vastauksensa, koska sokea henkilö ei itse kotona hoitanut haavaansa, eikä näin ollen saanut minkäänlaista haavanhoito-ohjausta haavapoliklinikalla.

Potilaskyselyitä jaettiin yhteensä 62 kappaletta ja vastauksia saatiin yhteensä 28 kappaletta. Näin ollen vastausprosentti potilaskyselyiden osalta on 45 %.

10.2 Haavayhdysheiköiden kyselyjen toteuttaminen

Toisen syklin kyselyt tehtiin kaikille haavayhdysheiköille Satakunnan alueelta. Heitä on yhteensä noin 63. Alueellisesti haavayhdysheiköille tehdään kysely jatko-
hoito-ohjauksen toimivuudesta ja kehittämistarpeista. Alueellisten haavahoitajien kysely päätettiin toteuttaa sähköisenä e-lomaketta käyttäen (liite 5). Hoitajat käyttävät tietokonetta muutoinkin työvälineenään, joten siksi valitsimme sähköisen kyselyn. Kyselyt pyrittiin tekemään nopeasti vastattaviksi hoitajien jatkuvan kiireen vuoksi. Haavayhdysheiköiden kyselyyn haluttiin muutamia avoimia kysymyksiä, jotta kehittämiskohteita saataisiin enemmän esille. Haavayhdysheiköiden kyselyt lähetettiin hoitajille työsähköpostiin. Kysymykset mietittiin yhdessä haavapoliklinikan henkilökunnan, ylihoitajan kanssa ja hyväksytettiin lisäksi kehitystyötä ohjaavan opettajan kanssa. E-lomaketta rakentamaan apuna oli Satakunnan ammattikorkeakoulusta opettaja. Vaikka kysely tehtiin e-lomakkeella, ei haluttu pakottaa vastaajia vastaamaan jokaiseen kysymykseen, vaan tyhjän vastauksenkin kanssa kyselyyn pystyi osallistumaan. E-lomakkeen mukana haavahoitajille lähetettiin kirje, josta selvisi

tutkimuksen tavoite ja tarkoitus (liite 4). Tutkija tapasi alueellisen haavahoitajat heidän yhdyspalaverissaan ja kertoi opinnäytetyöstä ja sen tavoitteista. Hoitajilta nousi esiin kehittämisen tarve voimakkaasti. Hoitajien kyselyt lähetettiin tutkijan toimesta alueellisten hoitajien sähköpostiin 12.12.2018. Vastausaikaa annettiin kuun loppuun asti. Lisäksi 26.12.2018 lähetettiin kyselyyn vastaamattomille osapuolille muistutusviesti e-lomake palvelusta.

Alueellisille haavanhoitajille kyselyitä lähetettiin yhteensä 63 kappaletta ja vastauksia tuli 22 kappaletta. Näin ollen vastausprosentti on 35 %.

10.3 Yhteistyöpalaveri aivoriihi menetelmällä

Opinnäytetyön varsinainen kehittäminen tapahtui aivoriihi menetelmää käyttäen torstaina 12.4.2018 kello 12–16 Satakunnan keskussairaalan saunatiloissa olevassa kokoustilassa. Kehittämisiltapäivään kutsuttiin alueelliset haavahoitajat sekä kaikki haavapoliklinikan työntekijät. Iltapäivä oli osallistujille palkallista aikaa. Alueellisia haavayhdyshenkilöitä ei palaveriin osallistunut, mutta haavapoliklinikalta osallistui yhtä lukuun ottamatta kaikki haavahoitajat. Kehittämisiltapäivään osallistui näin ollen tutkijan lisäksi kolme haavahoitajaa. Yhteistyöpalaveri aloitettiin aivoriihimenetelmän esittämisellä, jolloin todettiin, että menetelmän tavoitteena on saada runsaasti erilaisia ideoita, ei niinkään pohtia niiden mahdollisuutta toteutua. Tutkija toimi keskustelussa ohjaajana ja ohjasi keskustelua, mikäli aiheesta poikettiin. Kuitenkin toivottiin vapaata ja avointa keskustelua asioista. Saadut tulokset tutkija esitti prosentteina ja frekvensseinä kehittämistiimille. Laadullisen aineiston tutkija oli litte-roinut kysymyksittäin. Väittämien tulokset käytiin aivoriihessä läpi, mutta jokaista väittämää ei tarvinnut lähteä kehittämään.

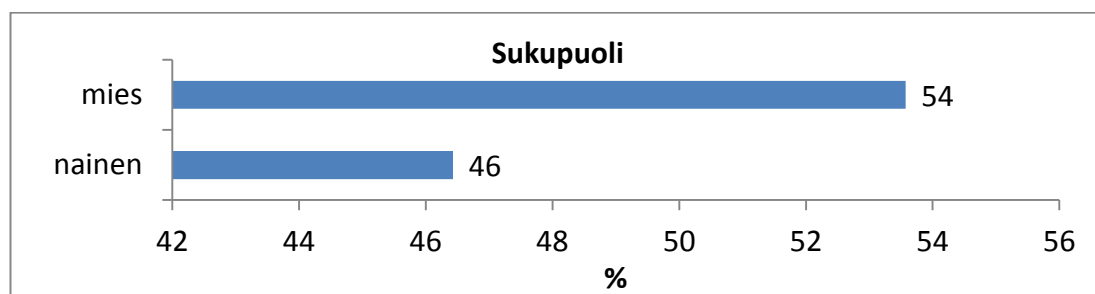
11 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kuvata haavapotilaan ohjauksen nykytilaa ja laatia kehittämissuhteet haavapotilaan ohjaukseen. Kehittämistyön tulokset raportoidaan tutkimustehtävien mukaisesti ja lopuksi esitellään kehittämissuhteet.

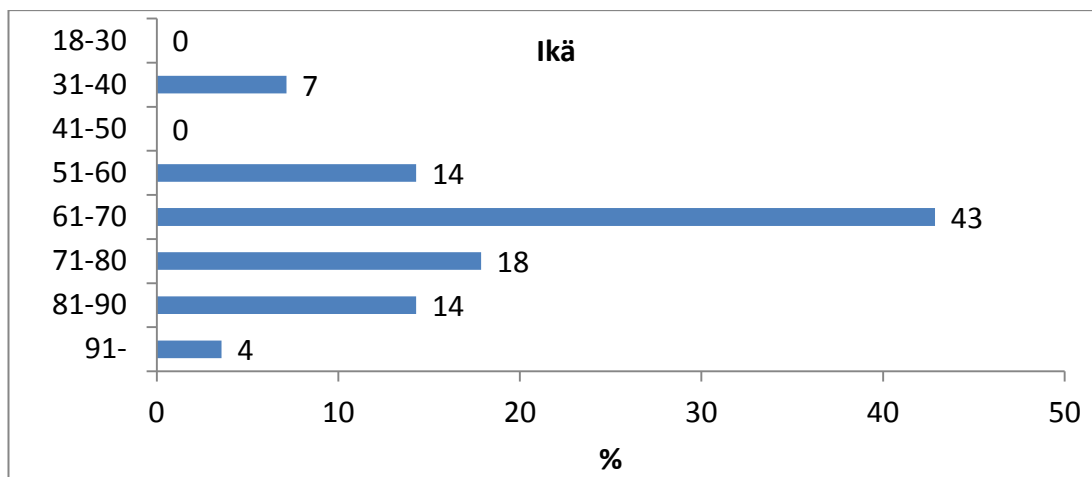
11.1 Haavapotilaiden käsityksiä ohjauksesta Satakunnan keskussairaalan haavapoliklinikalla

Potilaskyselyjen tarkoituksena oli kuvata haavapoliklinikan ohjauksen nykytilaa ja kuvata haavapotilaiden käsityksiä saamastaan ohjauksesta Satakunnan keskussairaalan haavapoliklinikalla. Potilaskyselyitä jaettiin yhteensä 62 kappaletta ja vastauksia saatiin yhteensä 28 kappaletta. Vastausprosentti potilaskyselyiden osalta on 45 %.

Kyselyyn vastanneista miehiä oli 54 % ja naisia 46 % (Kaavio 1.). Iältään vastaajista (n = 12) lähes puolet (43 %) olivat 61–70 -vuotiaita 43 % (n=12), 71–80 -vuotiaita 18 % (n=5), 51–60 -vuotiaita 14 % (n=4), 81–90 -vuotiaita 14 % (n=4), ja 31–40 -vuotiaita 7 % (n=2) (Kaavio 2.).

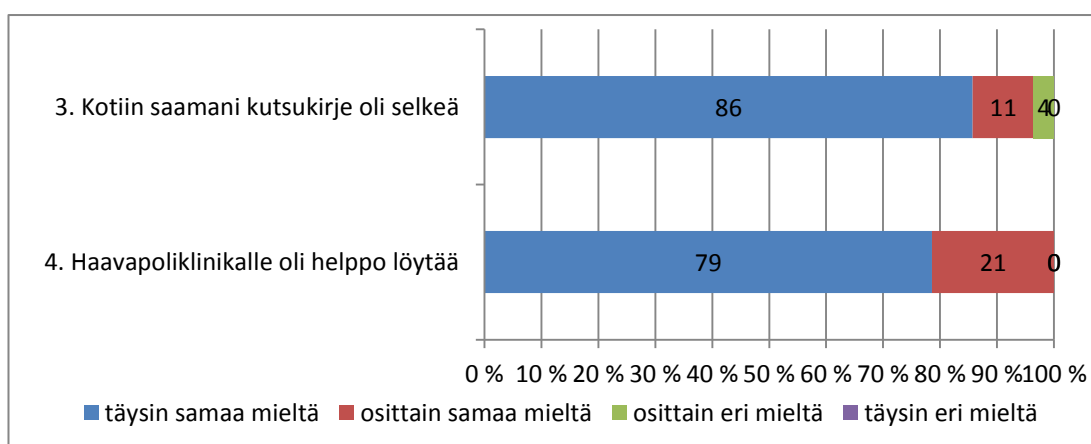


Kaavio 1: Potilaskyselyn vastaajien sukupuolijakauma.



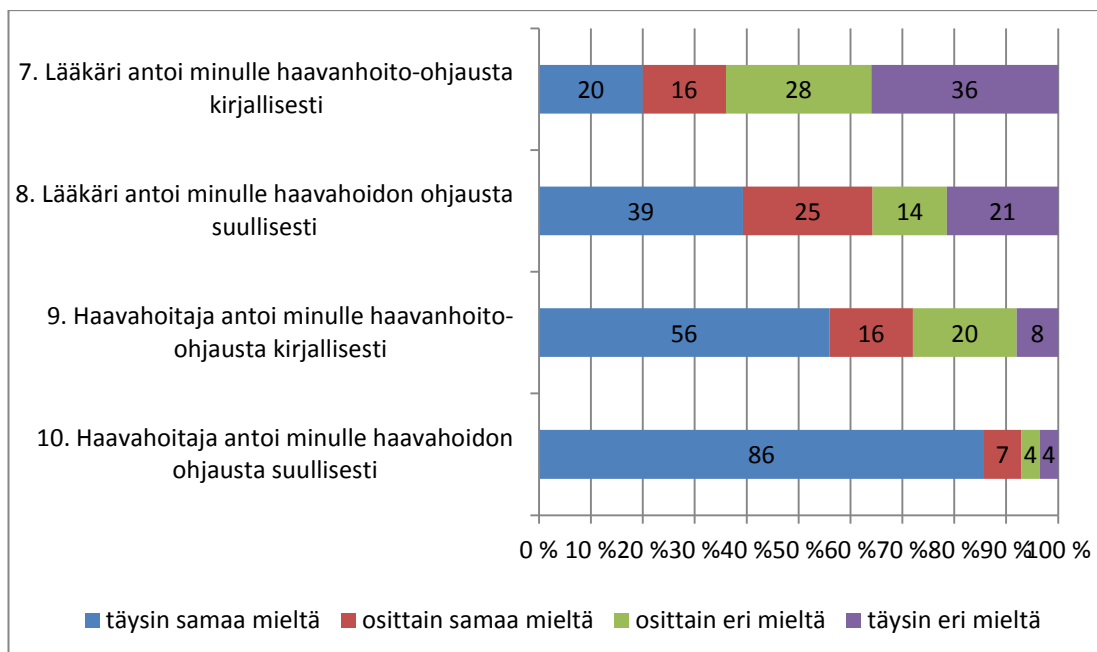
Kaavio 2: Potilaskyselyn vastaajien ikäjakauma.

Vastaajien mielestä kotiin tullut kutsukirje haavapoliklinikalle oli erittäin selkeä, sillä 97 % vastaajista oli samaa mieltä väittämän kanssa. Vastaajien mielestä haavapoliklinikalle löytäminen oli helppoa (Kaavio 3.).



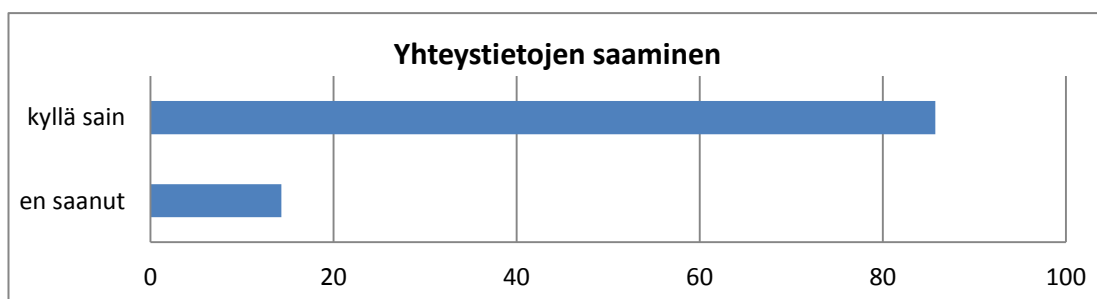
Kaavio 3: Haavapoliklinikalle saapuminen.

Haavahoidon suunnitelmasta vastaajat olivat hyvin tietoisia, sillä vastaajista 79 % oli saanut tietoa suunnitelmasta lääkäriltä ja 93 % oli kuullut siitä myös haavahoitajalta (Kaavio 4.).



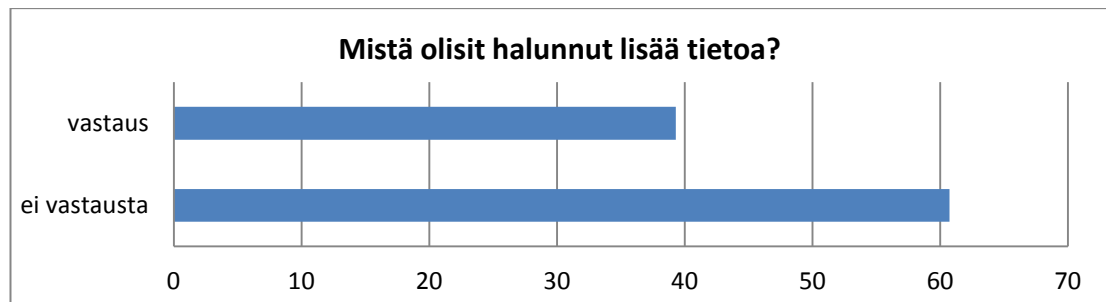
Kaavio 4: Haavahoidon antaminen potilaille suullisesti ja kirjallisesti.

Vastaajat olivat saaneet yhteystiedot haavapoliklinikalla asioidessaan hätätilanteita varten kiitettävän hyvin, sillä 86 % vastaajista vastasi kysymykseen myöntävästi (Kaavio 5.).



Kaavio 5: Sain yhteystiedot hätätilanteita varten.

Yli puolet vastaajista vastasi avoimeen kysymykseen, mistä olisi halunnut saada lisää tietoa, (Kaavio 6.).



Kaavio 6: Avoimeen kysymykseen vastanneiden määrä.

Avoimesta kysymyksestä ei nouse mitään tiettyä yksittäistä tiedon tarvetta esiin.

Täysin tyytyväisiä saamaansa hoitoon oli kolme vastaajaa.

- *"Minun kohdallani diagnoosi-paperit olivat hyvät ja selkeät. Tarvittavat tiedot niistä sain. (Haavojen hoidosta)"*
- *"Kaikki hyvin."*
- *"Kaikki selvitetty hyvin."*

Kolme vastaajaa olisi kaivannut lisää informaatiota haavahoidon suunnitelmasta, haavan paranemisen vievästä ajasta ja haavahoidon vaativuudesta.

- *"Haavanhoidon suunnitelmasta, aikaa kulunut leikkauksesta yli vuosi eikä kukaan halua ottaa mitään vastuuta."*
- *"Hoidon kestosta ja paranemisen ennusteesta."*
- *"Mitä haavanhoito tulee vaatimaan itseltäni, miten suojata suihkuun ym. "*

Kolme vastaajaa oli maininnut yhden selkeän asian, josta olisivat kaivanneet lisää tietoa.

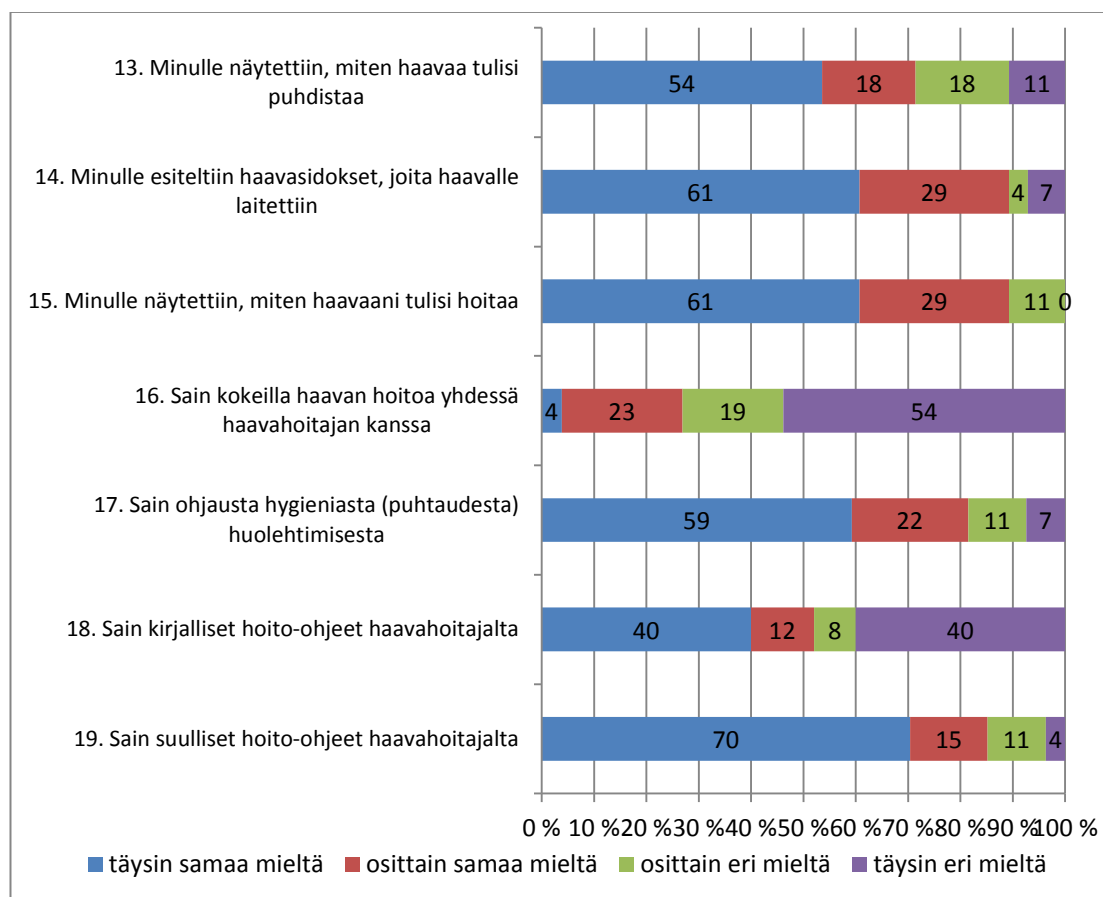
- *"Vaihtoehtohoidoista."*
- *"Ihonsiirrosta."*
- *"Saapashoidosta."*

Kaksi vastaajaa toi esiin puutteita itse sairauteen liittyen.

- *"Kun minulla ei ole mitään tietoa e.m. syövästä sukuni on vain syöpävammaisia ja koska haava ei näyttänyt käyttäytyvän oletettuun tapaan."*

”Ensimmäisestä leikkauksesta en saanut mitään ohjeita. Laitettiin kotiin vaikka haava vuosi verta paljon. Menin monta kertaa takaisin sitä neulottiin ja aukaistiin. Olisin tarvinnut apua kotiin silloin.”

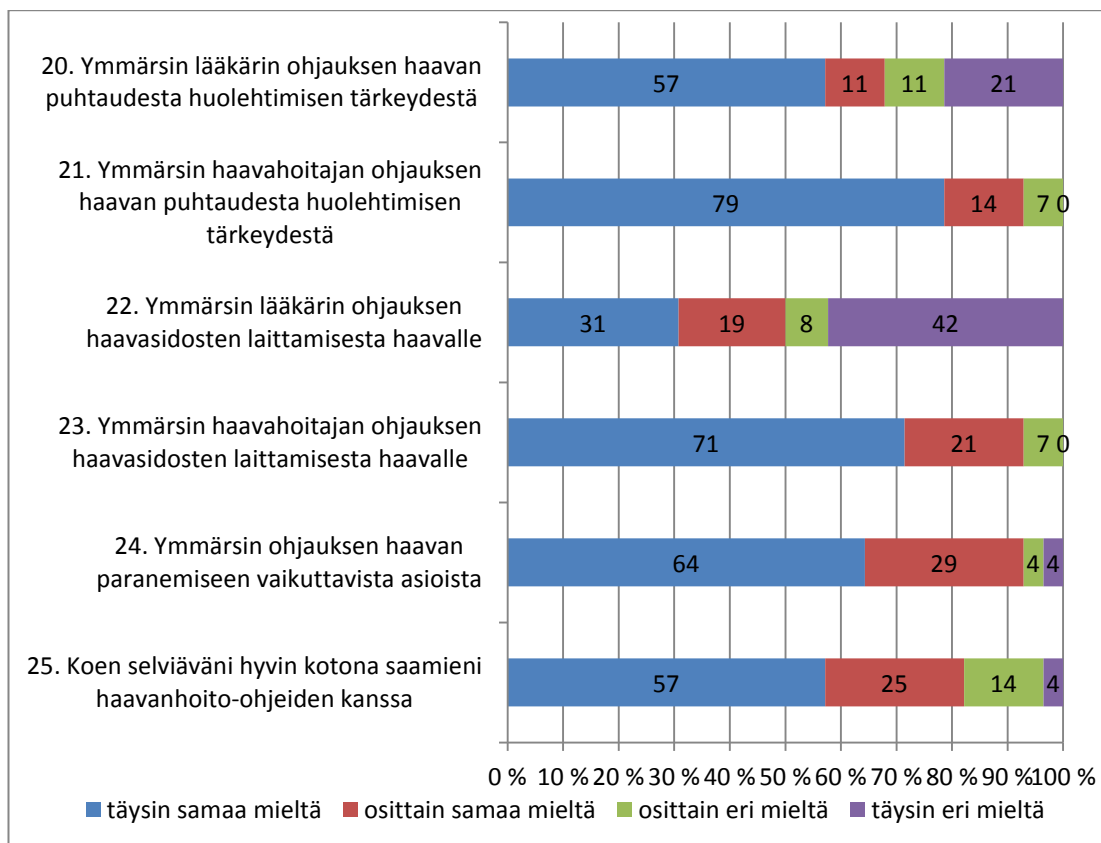
Potilasohjaus toteutuu Satakunnan keskussairaalan haavapoliklinikalla hyvin. 72 % vastaajista on saanut ohjausta siitä, miten haavaa tulisi puhdistaa ja 90 % vastaajista on saanut ohjausta haavasidoksien suhteen. Vastaajista 90 % olivat saaneet lisäksi ohjausta siitä, miten hänen haavaansa tulisi hoitaa. Hygieniasta huolehtimisesta ohjausta ovat saaneet 81 % vastaajista. Suullisesti haavanhoito-ohjausta vastaajista sai 85 % ja kirjallisesti 52 % vastaajista. Haavanhoitoa olivat saaneet kokeilla vain 27 % vastaajista (Kaavio 7.).



Kaavio 7: Potilasohjauksen toteutuminen

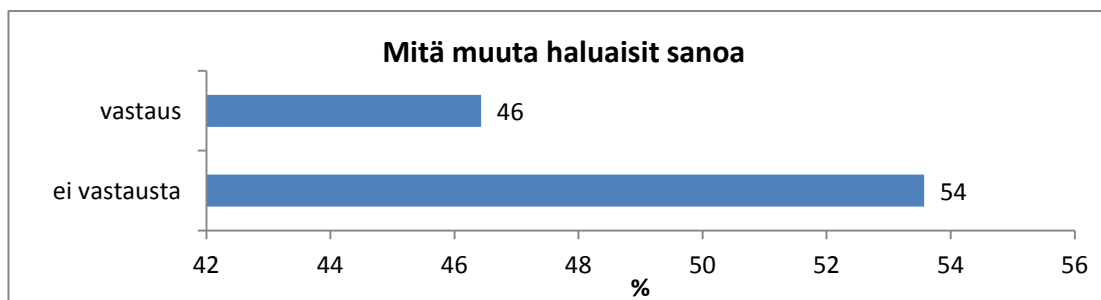
Vastaajat olivat ymmärtäneet saamansa ohjauksen pääasiassa hyvin. 93 % vastaajista oli ymmärtänyt haavahoitajan ohjauksen haavan puhtaudesta huolehtimisen tärkeydestä ja 92 % vastaajista ymmärsi haavasidosten oikeanlaisen laittamisen haavalle. 68 % vastaajista ymmärsi lääkärin antaman ohjauksen haavan puhtaudesta huolehtimisen tärkeydestä ja 50 % vastaajista ymmärsi lääkärin antaman ohjauksen haa-

vasidosten laittamisesta haavalle. Vastajat kokivat ymmärtäneensä haavan paranemiseen vaikuttavat asiat hyvin, sillä 93 % olivat väittämän kanssa samaa mieltä. Potilaista 82 % kokivat pärjäävänsä kotona saamiensa ohjeiden kanssa oikein hyvin (Kaavio 8.).



Kaavio 8: Potilasohjauksen onnistuminen

Yli puolet vastaajista vastasi avoimeen kysymykseen, missä kysyttiin mitä muuta he haluaisivat sanoa (Kaavio 9.).



Kaavio 9: Avoimen kysymyksen vastanneiden määrä.

Avoimesta kysymyksestä ei nouse mitään yksittäistä asiaa esiin.

- *Minun käyntini kirurgian poliklinikalla, ei aiheuttanut haavoja. Kokemukseni on aikaisemmalta, noin 18 vuoden takaiselta ajalta vaimoni ison vatsaleikkauksen haavasta, jota hoidin pikakoulutuksen jälkeen kotona. Anteeksi myöhästyminen. Waari 80v.*
- *Haavanhoidossa vielä käyn n. 1 viikon välein. Puhtauden ja hygienian tiedän ja tunnen oikein hyvin. Kotona myös haavani hoidan. On haavanhoito tarvikkeita. Paranemaan päin ovat sekä pienentyneet. PS; Oikein hyvää opiskelua sinulle!*
- *Liia monta samanlaista kysymystä (mielestäni)*

Haavapoliklinikalle suuntautui loput viestit. Selkeästi tyytyväisiä asiakkaita oli yhteensä viisi. Nämä potilaat ovat olleet tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja ohjaukseen.

- *Hoito ystävällistä ja asiantuntevaa*
- *Kaiken kaikkiaan kiitos ohjauksesta, hoidosta ja empaattisesta suhtautumisesta haavapolin hoitajille.*
- *Olen tyytyväinen!*
- *Hyvä että vaivaan löytyi syy joka on hoidettavissa.*
- *Jorma Hannukainen tosi hyvä ja selkeä + suorasanaainen lääkäri. Vahinko että eläköityy?! Tuntee jalka-asiat tosi hyvin.*

Hieman tyytymättömältä vaikuttavia palautteita oli yhteensä myös viisi.

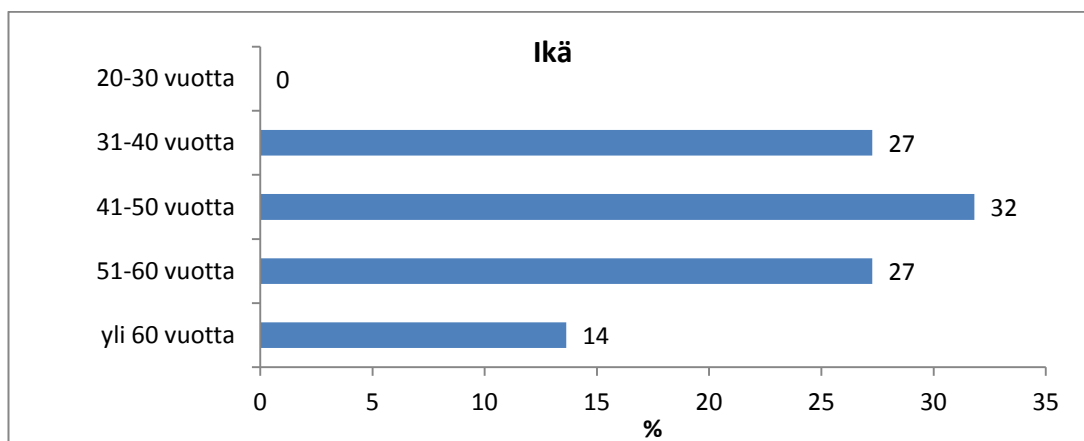
- *Hienoa että mukaan sai kotiin erilaisia haavasidoksia ym. tuotteita. Kirjallista materiaalia kaipasin, sillä itselläni harvinainen tilanne ison vatsassa olevan haavan kanssa, myös rintakehässä haava. Käytössä VAC-haavaimuri, joka upea keksintö.*
- *Koska minua on leikattu ennemmin tiedän niistä asioista vähän: olisin halunnut enemmän tietoa mitä on jälkihoito, mitä tulevaisuus?*
- *Yli 90:nen ei pysty edes näkemään haavaansa, joten hoitajan käynnit välttämättömiä. Huonoa, että oikeat haavatarvikkeet ovat käytettävissä vasta 3 kk:n jälkeen.*

- *Pitkäaikaisissa haavahoidoissa suora yhteys haavapolille olisi suotavaa.*
- *Katteen poisto ei onnistu omatoimisesti.*

11.2 Satakunnan haavayhdyshenkilöiden käsityksiä yhteistyöstä yksiköiden välillä

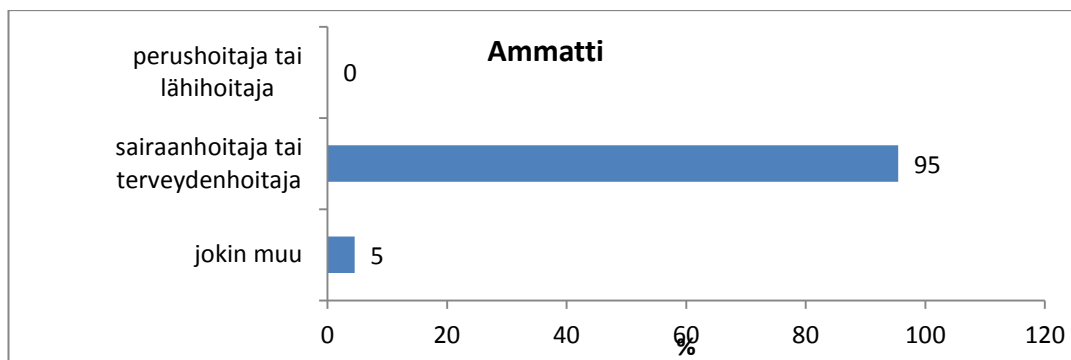
Alueellisten haavayhdyshenkilöiden kyselyjen tarkoituksena oli selvittää Satakunnan haavayhdyshenkilöiden käsityksiä Satakunnan keskussairaalan haavapoliklinikan ja muiden yksiköiden välillä. Alueellisille haavanhoitajille kyselyitä lähetettiin yhteensä 63 kappaletta ja vastauksia saatiin 22 kappaletta. Näin ollen vastausprosentti on 35 %.

Alueellisten haavayhdyshenkilöiden kyselyyn vastanneet olivat kaikki vanhempia kuin 31-vuotias (Kaavio 10.).



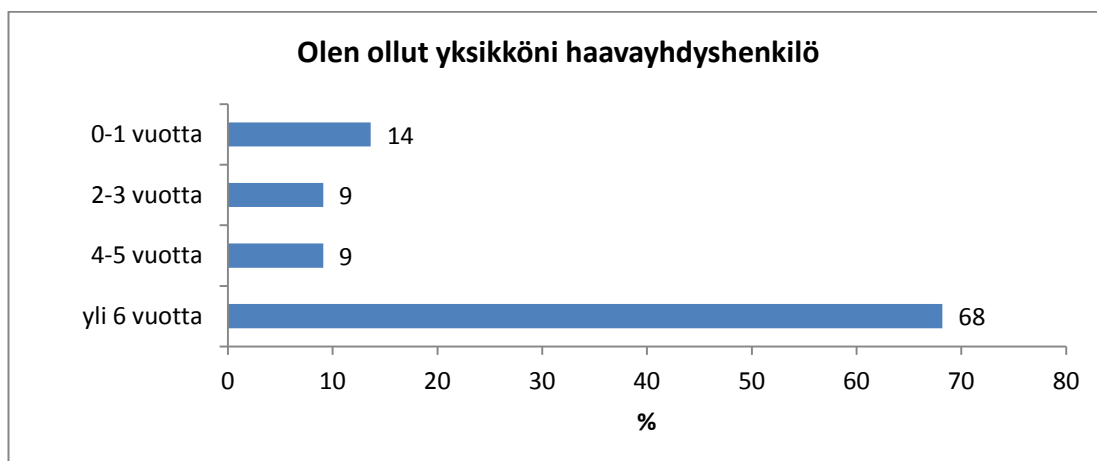
Kaavio 10: Haavayhdyshenkilöiden kyselyyn vastanneiden ikäjakauma.

Haavayhdyshenkilöiden kyselyyn vastanneet ovat kaikki ammattinimikkeeltään sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia. Yksi vastaaja toimii kuitenkin apulaisosastonhoitajan nimikkeellä tällä hetkellä (Kaavio 11.).



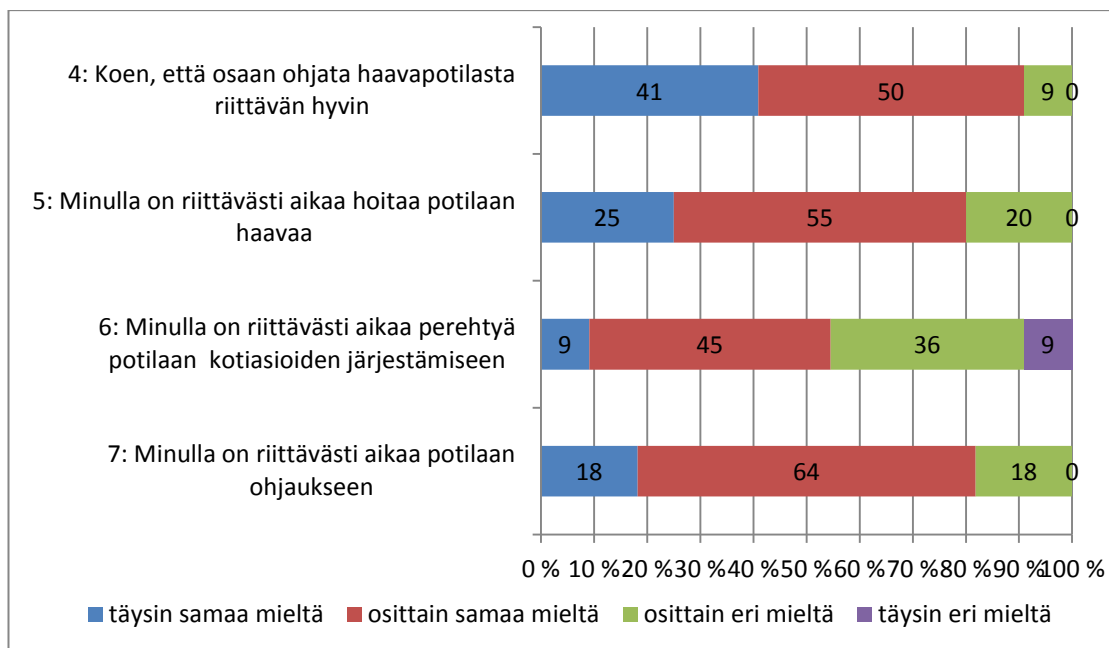
Kaavio 11: Haavayhdysheiköiden kyselyyn vastanneiden ammattinimekkeet.

Kyselyyn vastanneista haavayhdysheiköistä yli puolet ovat toimineet haavayhdysheikön tehtävissä jo yli kuusi vuotta (Kaavio 12.).



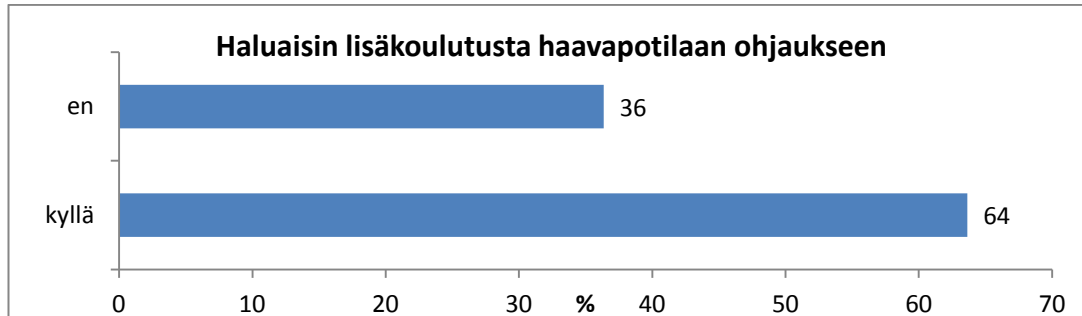
Kaavio 12: Haavayhdysheiköiden kyselyyn vastanneiden kokemus yhdysheikönä

Haavayhdysheiköt kokevat osaavansa ohjat haavapotilaita riittävän hyvin, yhteensä 91 % vastanneista oli tätä mieltä. Myös 80 % vastanneista on sitä mieltä, että heillä on riittävästi aikaa hoitaa potilaiden haavoja. Lähes puolet vastaajista kokee, ettei heillä ole riittävästi aikaa järjestää potilaiden kotiasioita (45 %). Kuitenkin potilaiden ohjaamiseen aikaa löytyy riittävästi, sillä 82 % vastaajista on väittämän kanssa samaa mieltä (Kaavio 13.).



Kaavio 13: Haavahoidon ohjauksen ja resurssin vastausprosentit

Kyselyyn vastanneista haavayhdyshenkilöistä 64 % kokevat, että haluaisivat haavapotilaan ohjauksesta lisää koulutusta (Kaavio 14.).

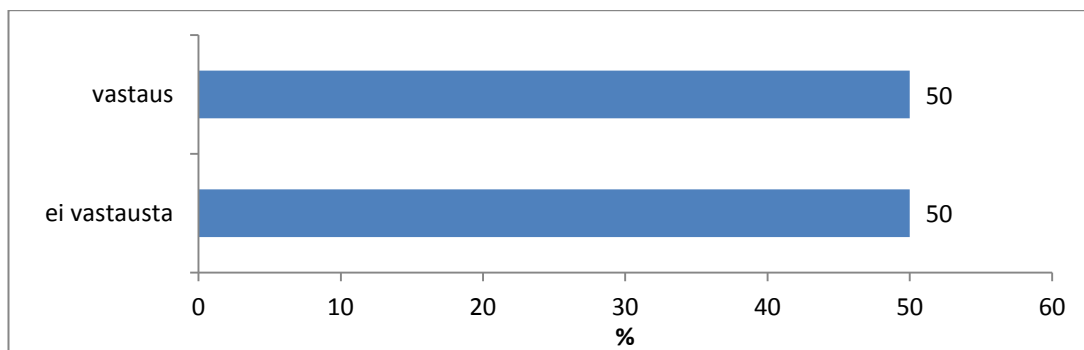


Kaavio 14: Haavayhdyshenkilöiden lisäkoulutustarve

Puolet vastanneista haavayhdyshenkilöistä vastasi avoimeen kysymykseen lisäkoulutustarpeista (Kaavio 15.). Lisäkoulutustarpeet kirjoitettuna seuraavaksi:

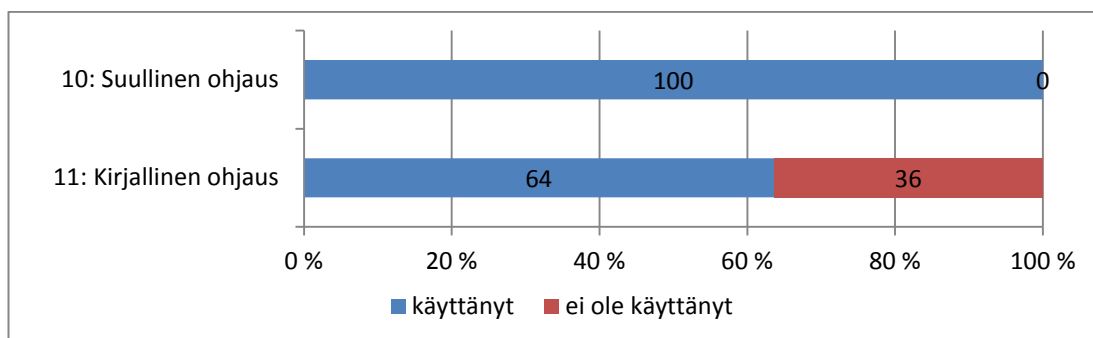
- *Lisäkoulutus aina hyvä asia!*
- *Potilaan motivoiminen, sitouttaminen. Alueellisesti yhtenäisemmät ohjeistukset.*
- *Erilaisten haavojen tunnistamista, haavan hoitotuotteiden valinnasta.*
- *Uusista, erilaisista haavatuotteista ja käytänteistä*
- *Kertausta perusasioista non stop-tyyppisesti. Sellaista järjestettiin.*

- *Perusasioiden kertausta.*
- *Erikoishaavojenhoidoista.*
- *Ohjauksen päivittämistä.*
- *Tietojen päivitystä sekä tietoa uusista asioista.*
- *Uusien haavatuotteiden koulutusta.*
- *Ravitsemus.*



Kaavio 15: Haavayhdyshenkilöiden vastausprosentti lisäkoulutustarpeisiin

Vastanneista haavayhdyshenkilöistä kaikki käyttävät työssään suullista ohjausta potilasohjauksessa, mutta kirjallista ohjausta käyttää vain 64 % vastaajista (Kaavio 16.).



Kaavio 16: Haavayhdyshenkilöiden vastausprosentti kirjallisen ja suullisen ohjauksen käyttämisestä

Haavayhdyshenkilöt kaipaavat potilasohjauksen tueksi teknisiä sovelluksia sekä kirjallisia ohjeita.

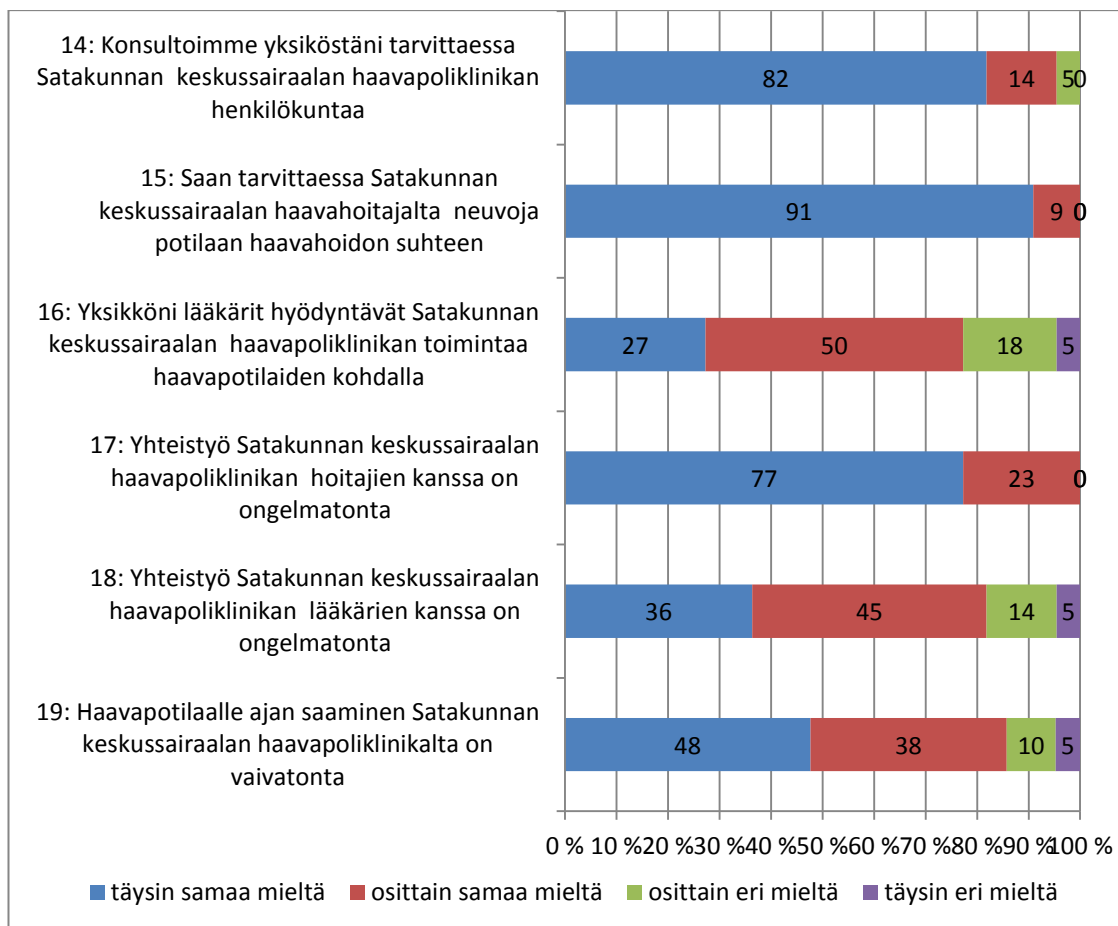
- *Kirjallisin ohjein.*
- *Käyttäisin enemmän kirjallista ohjausta. Meiltä löytyy vaan todella vähän mitään kirjallista haavapotilaalle.*
- *Kirjallisia ohjeita voisi tehostaa potilaan omaan haavaan liittyvillä kuvilla.*

- *Yksinkertaistetut esitteet asioista. Koulutettu henkilökunta, vain tietyt tekevät.*
- *Aikaa tarvittaisiin riittävästi ja mahdollisimman yksinkertaiset ohjeet, jotta kaikki olisi potilaalle mahdollisimman helppoa.*
- *Esim. erilaisten videoiden kautta, jos tekniikka ja aika antavat myöden.*
- *Haava sovelluksella, jonka avulla voisi konsultoida.*

Lisäksi hoidon kokonaisvaltaisuutta ja potilaan oman itsensä vastuuta hoitojen onnistumisessa haavayhdyshoitajat peräänkuuluttivat. Toivottiin myös lisäkoulutusta kotihoidon henkilökunnalle.

- *Kokonaisvaltaisuus hoidossa, asiakkaan oma vastuu haavahoidosta.*
- *Potilaita olisi hyvä sitouttaa enemmän omaan hoitoonsa. Vaatii enemmän resursseja. Lisäksi hoidon jatkuvuuteen tulisi kiinnittää enemmän huomiota.*
- *Vanhusten osalta yhteistyön lisääminen kotihoidon kanssa ja heille koulutuksen järjestäminen.*

Lähes jokaisesta yksiköistä ympäri Satakuntaa konsultoidaan haavapoliklinikan henkilökuntaa erittäin hyvin (96 %). Jokainen vastaaja oli sitä mieltä, että Satakunnan keskussairaalan haavapoliklinikan hoitajalta saa tarvittaessa neuvoja. Maakunnan lääkärit eivät konsultoi haavapoliklinikkaa niin hyvin kuin hoitajat, sillä vain 75 % vastaajista kertoi, että heidän yksiköstään lääkärit hyödyntävät haavapoliklinikan palveluita. Vastaajien mielestä yhteistyö haavapoliklinikan hoitajien kanssa on ongelmaton (100 %) ja lääkärienkin kanssa asiat sujuvat hyvin (81 %). Haavayhdyshoitajien mielestä haavapoliklinikalle ajan varaaminen on vaivatonta, sillä 86 % vastaajista oli sitä mieltä (Kaavio 17.).



Kaavio 17: Yksiköiden välinen yhteistyö ja sen onnistuminen.



Kaavio 18: Viimeiseen avoimeen kysymykseen vastanneiden määrä

Haavayhdyshoitajilta kysyttiin lopuksi kehittämisideoita haavapoliklinikan toiminnan kehittämiseksi. Tähän vastaajista vastasi 64 % (n=8). Mitään yhtenäistä näistä ei noussut esiin, mutta hyviä kehittämisideoita oli runsaasti.

- *Moniammatillinen ammatillisuuden hyödyntäminen.*

- *Kun potilas tulee erikoissairaanhoidon, toivomme, että asiakkaalle varataan kontrolliaika erikoissairaanhoidon laadukkaan hoidon varmistamiseksi. Potilas saa tietenkin käydä välissä hoidattamassa haavaa perusterveydenhuollossa. Usein näin onkin, että asiakkaalle varataan säännölliset kontrollit erikoissairaanhoidon ja tämä on hyvä.*
- *Kuvapuhelimen käyttö helpottaisi huomattavasti eri organisaatioiden välillä konsultoimista, koska meillä on eri potilastietojärjestelmät.*
- *Haavapoliklinikalle paremmat tilat ja henkilökuntaa riittävästi.*
- *Lähetettä ei tarvita jatkossa, toisaalta sitten pitäisi lisätä henkilökuntaa.*

Edellisten lisäksi vastauksissa oli muutama ihan pelkkä toteaminen, ei niinkään kehitysideoita.

- *En osaa sanoa.*
- *Koen, että yhteistyö haavapoliklinikan kanssa sujuu hyvin.*
- *Minusta toiminta Porissa on hyvää. Nykyään sinne saa paremmin yhteyttä, kun toimintaa on keskitetty yhteen paikkaan.*

11.3 Kehittämissuhteet haavapotilaan ohjauksen kehittämiseksi Satakunnassa

Aivoriini tuotti paljon erilaisia ideoita ja keskustelua syntyi runsain mitoin. Keskusteltiin koulutuksista ja erilaisista perehdytyksistä. Erityisesti Satakunnan ammattikorkeakoulun kanssa voisi tehdä enemmän yhteistyötä, koska siellä on haavahoitajakoulutukseen tähtäävä linja. Opiskelijat järjestävät erilaisia tempauksia mielellään osana oppimistaan ja he voisivat järjestää haavayhdyshenkilöille erilaista koulutusta saaden itse kurssija suoritettua. Opiskelijat käyvät myös ajoittain tutustumassa haavapoliklinikalle, joten yhteistyö voisi poikia kaikkea hyvää molemmille osapuolille. Kyselyistä nousi esiin myös haavanhoitotuotteiden lisäkoulutus, jota on kuitenkin saatavilla haavayhdyshenkilöiden kokouksissa säännöllisesti. Päätettiin korostaa haavayhdyshenkilöiden kokouksissa, että paikalla on haavatuotteiden edustajia ja siellä saa perehdytystä samalla tuotteisiin. Päätettiin myös enemmän mainostaa haavapoliklinikan konsultointimahdollisuutta yhdyskotiin, jotta kynnys konsultaatioon madaltuisi entuudestaan. Lääkäreiden keskuudessa konsultointi ei vielä ole niin hyvällä tasolla kuin hoitajien kohdalla, mutta tähän asiaan on varmaankin tulossa jat-

kossa parannusta, sillä haavapoliklinikalla työskentelevät lääkärit on otettu mukaan haavapoliklinikan kehittämiseen, jolloin haavapoliklinikan näkyvyyttä saadaan lisättyä myös lääkärien tietoisuuteen. Hoitajien on muistettava mainostaa lääkäreille mahdollisuutta konsultoida haavapoliklinikkaa haava-asioissa, ehdottamalla lääkärille konsultointia. Esiin nousi myös kuvien avulla konsultoiminen, jota jo osassa aluetta käytetäänkin apuna. Esteenä ovat vain vanhat puhelimet, joilla ei kuvien lähettäminen onnistu, sekä lisäksi onko tekstiviestillä potilasasioiden käsittely turvallista? Tulossa on varmasti Satakuntaankin suojattuja keinoja, mutta vielä niitä ei ole.

Potilaiden ohjaamisessa todettiin, että on ihan hyvä, jos potilas saa samasta asiasta ohjausta ensin lääkäriltä ja sitten hoitaja vielä kertaa asian potilaan kanssa jutellessa. Ei siis haluttu niin sanotusti kieltää kumpaakaan ryhmää ohjaamasta potilasta. Tietoa kuin näillä ohjauskerroilla tulee paljon, niin on varmistettava, että potilas on saanut tarvittavat tiedot haavansa hoidosta. Kirjallista ohjetta potilaille olisi jaettava enemmän. Asiasta keskustellessa todettiin, että kirjallisten ohjeiden luominen ei ole ihan niin yksinkertaista kun ajattelisi. On toki helppo tehdä ohje vaikka umpisuolileikkauksen jälkeisestä toipumisesta, mutta haavapotilaan asiat ovat niin laajakirjoisia, ettei yksiselitteistä ohjetta voi tehdä. Tähän on ratkaisuna olemassa talossa tehty ”haavanhoito resepti”, jonka käyttö on vuosien mittaan jäänyt pois. Resepti on sähköisessä muodossa, joten se on helppo kirjoittaa tietokoneella ja tulostaa potilaalle mukaan. Tämä päätettiin ottaa uudelleen käyttöön, ja kirjaaminen voisi olla vain lyhyitä muistiasioita ranskalaisin viivoin. Lisäksi reseptiin voisi ohjelmoida valmiiksi aina haavapoliklinikan aukioloajan ja puhelinnumeron sekä päivystyksen yhteystiedot hätätilanteita varten. Voisiko vastaavaa reseptiä käyttää muissakin yksiköissä, kuin vain keskussairaalassa? Yhteystiedon jakaminen reseptin lisäksi onnistuu hyvin kun tehdään haavapoliklinikan oma käyntikortti. Tämä voisi jakaa aina potilaille jo ilmoitautumisvaiheessa sihteerin toimesta. Haavayhdyshenkilöiden kyselystä nousi esiin kirjallisen materiaalin puute ja niiden päivittämisen tarve. Tähänkin ongelmaan ratkaisuna toimii jo edellä sovittu reseptin kirjoittaminen potilaalle, johon saadaan laitettua kaikki potilaan hoitoon tarpeellinen tieto.

Resurssiasioihin ei tällä hetkellä ole mahdollista lähteä hakemaan lisäystä, kun säästöjä pyritään tekemään. Näin ollen henkilökunnan lisääminen ei tule kysymykseen tällä hetkellä.

12 POHDINTA

Tutkimusta tehdessä on noudatettu Suomen terveydenhuoltolakia (30.12.2010/1326) sekä lakia potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785). Nämä lait velvoittavat toimimaan turvallisesti, asiallisesti ja näyttöön perustuen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785).

Tässä kappaleessa pohditaan kehittämistyön toteutumista, kehittämistyön tuloksia ja niiden pohjalta syntyneitä kehittämistarpeita. Lisäksi ehdotetaan mahdollisia jatko-tutkimusaiheita.

12.1 Kehittämistutkimuksen toteutuksen arviointi

Kehittämistutkimusta tehdessä on otettu huomioon tutkimuksen luotettavuus, eli tutkimustulosten toistettavuus ja tulosten pätevyys. Tutkimuksessa on noudatettu hyviä tieteellisiä toimintatapoja eli rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Myös tutkimuksen tuloksia tallennettaessa, esittämisessä ja arvioinnissa on huomioitu hyvät tieteelliset käytänteet. Tutkimusta tehdessä on sovellettu tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkija on omalla työskentelyllään huomionnut muiden tutkijoiden tekemän työn ja merkannut viitemerkinnät oman parhaan kykynsä mukaan. Myös suunnittelussa, toteutettaessa ja raportoidessa on noudatettu tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten tapaan. Tarvittavat tutkimusluvut on hankittu Eurasta, Raumalta, Huittisista, Säskylästä, Pohjois-Satakunnan perusterveydenhuollosta, Keski-Satakunnan terveydenhuollosta, Porin perusturvasta ja Satakunnan keskussairaala. Lisäksi on laadittu Satakunnan ammattikorkeakoulun kanssa sopimus opinnäytetyön tekemisestä. Eettinen näkökulma on kulkenut koko kehittämistyöprosessin mukana. Ihmistiede huomioiden, on otettu huomioon tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingon välttäminen sekä yksityisyys ja tutkittavien tietosuoja. Tutkittavan itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan sitä, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja tutkittavat ovat saaneet tietoa tutkimuksen tekemisestä ennen osallistumistaan. Tutkittaville on laadittu tiedote, jossa kerrotaan tutkimuksesta ja tutkimuksen toteuttamisesta, sekä tutkimukseen osallistuvan oikeuksista. Kyselyt jaettiin saatekir-

jeen kanssa potilaille sekä haavayhdyshenkilöille, jossa kerrottiin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Näin ollen kyselyyn vastaaminen osoittaa, että tutkittavat ovat suostuneet tutkittaviksi. Kaikki tutkimukseen osallistuneet ovat olleet täysi-ikäisiä ja vastaavat näin ollen itse päätöksestään osallistua tutkimukseen, joten eettisen lautakunnan arviointia ei katsottu tarpeelliseksi. Tutkimuksen vastaukset ovat vain tutkijan käytettävissä ja kaavakkeet hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Vahingon välttämiseksi puolestaan tarkoitetaan sitä, että pyritään välttämään henkisiä, taloudellisia ja sosiaalisia haittoja. Tässä tutkimuksessa tutkittava osallistuu kirjoittamalla kyselylomakkeelle, jolloin hän itse säätelee vastauksiaan välttämällä haitalliseksi kokemiaan kysymyksiä. Tutkimusta tehdessä tutkittavista on kirjoitettu vain kunnioittavassa muodossa. Tutkija on vastuussa tutkimusjulkaisun eettisyydestä.

Tutkimuksen kyselylomakkeet on luotu niin, että on mahdotonta saada vastaajan henkilöllisyyttä selville. Kysymyksiä luodessa on otettu huomioon, että saadaan vastauksia niihin kysymyksiin, joihin vastausta haetaan. Tutkimuksen suunnittelussa ja toteutuksessa ja siitä raportoidessa toimitaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tutkimusaineisto on ollut vain tutkijan käytettävissä tutkimusta tehdessä. Aineisto on litteroitu tilastolliseen muotoon ja aineisto on hävitetty polttamalla.

Suomessa perustuslaki ja tutkimusetiikka määrittelevät yksityisyyden suojasta, jotka pitävät sisällään tutkimusaineiston suojaamisen ja luottamuksellisuuden, tutkimusaineiston säilyttämisen ja hävittämisen sekä tutkimusjulkaisun. Tutkimuksen tulokset on esitetty vääristelemättä, eikä ennakoasenteita ole ollut esteenä etiikalle. Tulosten julkaisemisessa on noudatettu erityistä varovaisuutta ja oltu huolellinen. Tutkimusta tehdessä tutkittavista kirjoitetaan kunnioittavasti. Tutkija vastaa tutkimusjulkaisun eettisyydestä. Yksityisyyden suoja toteutuu tutkimuksessa hyvin, eikä tuloksista ole mahdollista saada vastaajan tietoja selville. Tutkimuksessa ei ole kerätty tietoa, jotka sisältäisivät tunnistettavia tietoja. Tulokset on kirjoitettu huolellisesti kehittämistyön raporttiin ja kerätyt aineistot on tarkoitettu vain tutkimuksen käyttöön. Kun tulokset on litteroitu ja tutkimus on valmis, kaavakkeet hävitetään polttamalla. Kyselylomakkeet esitettiin ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelijaryhmällä ja tehtiin tarvittavat korjaukset.

12.2 Kehittämistutkimuksen tuotoksen arviointi

Kehittämistutkimuksen tuloksista nousee esiin samoja asioita kuin kirjallisuuskatsaus osoitti. Terveystuollon muuttuessa yhä vaativammaksi ja potilaiden valvoutuessa hoidon laadun tarkkailussa on huomioitava potilasohjauksen laatu ja ohjauksen riittävyys. Hoitohenkilöstö kokee osaavansa potilasohjauksen riittävän hyvin, mutta ohjausmenetelmistä kirjallisen materiaalin käyttö oli vähäisempää sen saatavuusongelman vuoksi. Hoitohenkilöstö toivoi kirjallista materiaalia lisää, jotta sitä voisi käyttää suullisen ohjauksen tukena. Potilaiden ohjaaminen on perustuttava näyttöön perustuvaan toimintaan, eli hoidon on oltava mahdollisimman vaikuttavaa ja tavoitteena on vastata hoidon tarpeeseen hyviksi todettujen menetelmien ja käytänteiden avulla. Näyttöön perustuvan toiminnan tavoitteena on hoitohenkilöstön osaamisen lisääminen ja vahvistaminen. Hoitajat kokivat omat ohjaustaitonsa kohtalaisina ja parhaiten hoitajat käyttivät suullista ohjausmenetelmää. Näyttöön perustuvan toiminnan edellytyksenä on tutkimus- ja seurantatietojen tuottaminen hoitotyöstä, jolloin tuotettu tieto on käyttökelpoista ja sitä on mahdollista saada toimintayksiköissä. Resurssien riittämättömyys, kuten riittämätön aika perehtyä potilaan kotiasioiden järjestämiseen, nousi tutkimuksesta esiin. Kuitenkin jokapäiväisessä hoitotyössä on kyettävä arvioimaan potilaan tilannetta ja tunnistettava paranemisen kannalta olennaiset ongelmat. Lisäksi resurssipulasta huolimatta on valittava oikeat hoitomenetelmät ja arvioitava niiden toimivuutta. Terveystuollon edistämisen tavoitteena on terveystuollon kaventuminen, mutta silti tekniikan lisääntyminen myös hoitotyössä on nykypäivää ja osittain väistämätöntä. Tutkimus osoitti, että teknisiä apuvälineitä haavapotilaan ohjaukseen kaivattaisiin lisää, kuten valokuvien käyttöä haavahoidon ohjauksissa.

Kehittämistutkimusta tehdessä ei huomioitu riittävästi potilaiden määrää pohdittaessa sitä seikkaa, että osa potilaista voi käydä useamman kerran tutkimuskyselyjen aikana. Näin olleet jaettujen lomakkeiden määrä ei ollut niin suuri, kuin aluksi oletettiin. Tämä ei kuitenkaan aiheuta tutkimukselle luotettavuusongelmaa. Lisäksi aivoriihi kehittämiseen ei osallistunut alueellisista haavayhdyshenkilöistä yhtäkään hoitajaa, vaikka niin kovasti toivottiin. Haavayhdyshenkilöt ovat aktiivisesti haavapotilaan ohjauksen kehittämisen kannalla, mutta jopa heidän vastausprosenttinsa tutkimukseen jäi ennakkoon ajatellun alapuolelle. Tämä voi viestiä kenttätuollon vallitsevasta

jatkuvasta kiireestä. Kehittämistutkimuksen tekeminen hieman venyi loppuraporttia kirjoittaessa, mutta tehty tutkimus tehtiin sovitusti ennen vuoden 2017 loppua.

Konkreettisia muutoksia kehittämistyö tuotti vain muutamia. Kuitenkin tuloksiin voidaan olla erittäin tyytyväisiä, sillä varsinaisesti mikään ei ollut niin huonosti, että olisi kriittisesti mietittävä mitä muutoksia tuloksen parantamiseen vaadittaisiin. Vaan kaikkiin osa-alueisiin voidaan olla todella tyytyväisiä ja jopa hieman ylpeitä siitä, kuinka hyvin haavakeskuksen kanssa tehtävä yhteistyö sujuu eri yksiköiden välillä. Lisäksi haavayhdysheikkilöiden ollessa näin aktiivisia kuin he nyt ovat, voidaan saada aikaan lisää jatkuvaa kehittämistä haavapotilaiden hoidossa Satakunnassa. Kaiken kaikkiaan potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja ohjaukseen ja kokivat selviävänsä saamallaan ohjeilla kotona. Suurin konkreettinen muutos kuitenkin on haavapoliklinikka nimen vaihtaminen haavakeskukseksi, joka kuvaa isompaa ja yhtenäistä kokonaisuutta kuin entinen haavapoliklinikka. Nyt nimestä voi jo päätellä, että siellä hoidetaan kaikki haavoihin liittyvät, eikä tarvitse enää eritellä kirurgisia ja sisätautisia haavoja erikseen. Tai ei nimen muutos ole kehittämistyön ansiota, mutta kehittämistyön aloittaminen ja tekeminen sai aikaan tämän.

12.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Kaiken kaikkiaan tutkimus osoittaa, että haavapoliklinikan potilaat ovat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja ohjaukseen. Myös alueellisesti haavayhdysheikkilöt olivat tyytyväisiä yhteistyöhön haavapoliklinikan kanssa. Tuloksiin voidaan näin ollen olla erittäin tyytyväisiä, mitään kovin huolestuttavaa tuloksista ei noussut esiin.

Tutkimuksen perusteella esitetään seuraavanlaisia jatkotutkimushaasteita:

1. Uusi tutkimus myöhemmin, jotta nähdään, ovatko kehittämisen kohteena olleet seikat korjaantunut
2. Pelkkien kotiutuvien potilaiden ohjaamisen tutkiminen, jotka hoitavat itse kotona haavaansa
3. Kiinnostavaa olisi tehdä tutkimus haavakeskuksen henkilökunnalle työviihtyvyydestä uuden haavakeskuksen syntymisen vuoksi

LÄHTEET

*kirjallisuuskatsaukseen mukaan valittu tutkimus

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2016. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki; Sanoma Pro Oy.

Terveyskirjasto Duodecim www-sivut. 2017. Saarelma, O. Haava. Viitattu 30.1.2018. <http://www.terveyskirjasto.fi/>

*Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? Hoitotiedelehti 1, 63-73. Viitattu 29.5.2017. <http://elektra.helsinki.fi.lillukka.samk.fi/se/h/0786-5686/26/1/toteutuu.pdf>

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki; Tammi.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki; Edita.

*Heikkinen, K. 2011. Cognitively empowering internet-based patient education for ambulatory orthopaedic surgery patients. Pro gradu- tutkielma. Turun yliopisto. Viitattu 29.5.2017. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/70744/AnnalesD973Heikkinen.pdf?sequence=1>

Hirsijärvi, S., Remes, P., & Saravaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki; Tammi.

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S., & Juutilainen, V. 2003. Haava. Porvoo; Bookwell.

Hjärppe, V., Hjärppe, A. & Castren, H. Kotihoito-Haavanhoito. Yleiskatsaus, haasteet ja tulevaisuuden näkymät. (EWMA Document). n.d. Viitattu 22.1.2018. https://www.shhy.fi/site/assets/files/1042/woundcare_homecare_k_nn_s_final.pdf

Huippuosaamisstrategia 2016-2018. Turun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueen julkaisu. Viitattu 10.11.2017. <http://www.vsshp.fi/fi/tutkijoille/tiede-ja-tutkimusstrategia/Sivut/default.aspx>

Hoitotieteellinen tutkimusohjelma vuosille 2016-2018. Turun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueen julkaisu. Viitattu 11.11.2017. <http://www.satshp.fi/tutkijoille/tutkimus-ja-kehittamistoiminta/Sivut/default.aspx>

Innotiimin www-sivut. Innovaatiot ja uudistumiskyky. Viitattu 2.5.2018. <http://www.innotiimi.fi/palvelut/innovaatiot-ja-uudistumiskyky>

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki; Sanoma Pro Oy.

Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Helsinki; Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu- ja2009; 18. Viitattu 31.1.2018.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74335/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226780.pdf?sequence=1>

Juutilainen, V. & Hietanen, H. 2012. Haavahoidon periaatteet. Helsinki; Sanoma Pro Oy.

*Kaakinen, P., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2014. Pitkäaikaissairaana aikuispotilaan ohjauksen laatu kirjaamisen perusteella. Tutkiva hoitotyö 1, 12-21.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä; Juvenes Print.

Kananen, J. 2015. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Miten kirjoitan kehittämistutkimuksen vaihe vaiheelta. Jyväskylä; Juvenes Print.

Krooninen alaraajahaava; Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. 2017. Viitattu 1.2.2018. <http://www.kaypahoito.fi>

Kuntien www-sivut. Viitattu 7.2.2017. <https://www.kunnat.net.fi>

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki; WSOY.

*Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu; hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Viitattu 24.4.2017. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284984.pdf>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992. Eduskunta 17.8.1992. Viitattu: 11.10.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

*Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Viitattu 29.5.2017. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>

Lecklin, O. & Laine, R. 2009. Laadunkehittäjän työkalupakki. Innovatiivisen johtamisjärjestelmän rakentaminen. Helsinki; Talentum.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki; Sanoma Pro Oy.

Lääkäriliiton www-sivut 2018. Viitattu 22.1.2018. <https://www.laakariliitto.fi/koulutus/erityispatevyydet/haavanhoito/>

Melkas, T. 2013. Terveys kaikissa politiikoissa -periaate Suomen terveystaloudessa. Helsinki; Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 31.1.2018. <http://www.julkari.fi/handle/10024/104426>

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki; Sanoma Pro Oy.

Osallistavat menetelmät. Tuki- ja virikeaineisto. Kansan sivistystyön liitto KSL ry. Viitattu 11.3.2018. <http://www.ksl.fi/images/osallistavatmenetelmat.pdf>

*Palonen, M., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden, läheisten ja hoitajien kuvaamana. *Gerontologia* 2, 63-77.

Porin kaupungin www-sivut 2018. Porin kaupungin perusturva, Toimintakertomus 2017. Hyvinvoinnin kehittäjä. Viitattu 1.7.2018. <https://www.pori.fi>

Reunanen, J. 2007. Ideointiopas. Käsitteellisestä ajattelusta käytännöllisiin ideoihin. Pilot-kustannus Oy.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindholm-Yläne, S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki; WSOY.

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. 1996. Viitattu 15.11.2017. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut. Viitattu 22.1.2018. <https://www.satshp.fi>

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avainhoitotyön kehittämiseen. Helsinki; WSOYpro Oy.

Suomen Haavanhoitoyhdistys ry:n www-sivut. Viitattu 22.1.2018. <https://www.shhy.fi>

Suomisanakirja www-sivut 2018. Viitattu 20.12.2017. <https://www.suomisanakirja.fi>

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku; Juvenes Print.

Terveystieteidenlaki. 1326/2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. 1.5.2011. Viitattu: 15.11.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Turun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueen tiede- ja tutkimusstrategia 2013–2018. Turun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueen julkaisu. Viitattu 11.11.2017. <http://www.satshp.fi/tutkijoille/tutkimus-ja-kehittamistoiminta/Sivut/default.aspx>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 15.4.2018. (www.tenk.fi)

LIITE 1: Kirjallisuuskatsaukseen valitut aikaisemmat tutkimukset

Tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Kohderyhmä	Interventio / vertailuinterventio	Käytetyt mittarit / aineiston keruu	Keskeiset tulokset	Laadun arviointipisteet
Kääriäinen, Maria. 2007. Suomi. Väitöskirja.	Ensimmäisen vaiheen tarkoitus oli kuvailla ja selittää ohjauksen laatua potilaiden ja henkilökunnan arvioimana. Toisen vaiheen tarkoitus oli määrittellä ohjaus-käsite ja testata käsitteen rakenne.	Oulun yliopistollisen sairaalan potilaat (n=844) ja hoitohenkilöstö (n=916)	Ohjauksen laatu.	Ensimmäisen vaiheen aineisto kerättiin tutkimusta varten kehitetyillä mittareilla postikyselynä. Aineiston analyysissä käytettiin perus- ja monimuuttujamenetelmiä ja sisällönanalyysiä. Toisessa vaiheessa ohjaus-käsite määriteltiin käsiteanalyysillä ja aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Käsitteemuodostuksen jälkeen ohjauskäsitteen rakenne testattiin konfirmatorisella faktorianalyysillä.	Ohjauksen resurssit olivat kohtalaiset, ohjausaika riittämätön. Hoitohenkilöstön tiedot ja taidot olivat kohtalaisen hyvät. Potilaiden mielestä hoitohenkilöstön asenteet osittain kielteisiä, vaikka hoitohenkilöstö piti niitä myönteisinä. Menetelmistä henkilöstö hallitsi vain suullisen ohjauksen. Kirjallista materiaalia ei jaettu riittävän monelle. Potilaan taustatekijöitä ei huomioitu riittävästi ja ohjaus oli osittain riittämätöntä. Ohjauksella oli vähän tai ei lainkaan vaikutusta kolmanneksen potilaista. Kokonaisuudessaan ohjauksen laatu oli hyvää potilaiden mielestä.	15/16
Heikkinen, Katja. 2011. Suomi. Väitöskirja.	Tarkoituksena oli kehittää tiedollista voimavaraistumista tukeva internet-perustainen potilasohjausohjelma sekä arvioida sitä.	Tutkimukseen osallistui 120 päiväkirurgista ortopedista potilasta.	Internet-perustainen potilasohjausohjelma.	Ensimmäisessä vaiheessa käytettiin kuvailevaa ja vertailevaa tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin strukturoitujen mittareiden avulla ja tulokset analysoitiin tilastollisesti.	Tulokset osoittavat, että kehitettyä tiedollista voimavaraistumista tukeva internet-perustainen potilasohjausmenetelmää voidaan suositella käytettäväksi ortopedisten päiväkirurgisten potilaiden ohjauksessa ja potilailla on hyvät mahdollisuudet voimavaraistua tiedollisesti sen avulla.	15/16

LIITE 1: Kirjallisuuskatsaukseen valitut aikaisemmat tutkimukset

<p>Lipponen, Kaija. 2014. Suomi. Väitöskirja.</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata potilasohjauksen toimintaedellytyksiä kirurgian erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa sekä hoitohenkilöstön kokemuksia potilasohjauksen kehittämistä.</p>	<p>Kohderyhmänä oli kirurgian erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitohenkilöstö.</p>	<p>Interventio on potilasohjaus.</p>	<p>Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella henkilöstöltä ja analysoitiin tilastollisilla perus- ja monimuuttujamenetelmillä. Avoimet kysymykset käsiteltiin deduktiivisella sisällön analyysillä.</p>	<p>Hoitohenkilöstö arvioi toteuttavansa ohjausta potilaslähtöisesti ja tunneulottuvuus huomioiden. Ohjausmenetelmien laajempaa käyttöä toivottiin lisää. Kehittämistarpeita koettiin olevan ohjaamiseen käytettävään aikaan, välineistöön ja tilaan kohtaan, jossa ohjaaminen tapahtuu.</p>	<p>16/16</p>
<p>Eloranta, Sini., Katajisto, Jouko., Leino-Kilpi, Helena. 2014. Suomi. Tutkimusartikkeli.</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata hoitotyöntekijöiden toteuttamaa potilaslähtöistä ohjausta ja tarkastella siinä tapahtuneita muutoksia viimeisen vuosikymmenen aikana.</p>	<p>Yhden yliopistollisen keskuksairaalan vuodeosastojen ja poliklinikoiden kaikki vakituiset hoitotyöntekijät vuosina 2001 ja 2010. 2001 kyselyyn vastasi 623 hoitotyöntekijää ja vuonna 2010 756 hoitotyöntekijää.</p>	<p>Hoitotyöntekijöiden toteuttaman potilaslähtöisen ohjauksen muuttuminen vuosikymmenen aikana.</p>	<p>Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, joka kehitettiin asiantuntijapaneelissa. Aineistoa kuvailtiin tarkastelemalla muuttujien frekvenssi ja prosenttijakaumia.</p>	<p>Hoitotyöntekijät arvioivat ohjaustaitonsa paremmaksi vuonna 2010 kuin vuonna 2001. Ohjauksen sisällössä tapahtui myönteistä kehitystä tarkastelujakson aikana. Potilaiden ohjaustarpeen arviointi, ohjauksellisten tavoitteiden asettaminen, ohjauksen tuloksellisuuden arviointi sekä ohjausmenetelmien monipuolinen hyödyntäminen oli heikentynyt tarkasteltuna ajanjaksona.</p>	<p>15/16</p>

LIITE 1: Kirjallisuuskatsaukseen valitut aikaisemmat tutkimukset

<p>Kaakinen, Pirjo., Kääriäinen, Maria., Kyngäs, Helen. 2014. Suomi. Tutkimusartikkeli.</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata pitkäaikaissairaahan aikuispotilaan ohjauksen laatua kirjaamisen perusteella.</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 150 potilasasiakirjaa yliopistosairaalan neljältä vuodeosastolta.</p>	<p>Potilaan ohjauksen laatu kirjaamisen perusteella.</p>	<p>Aineisto kerättiin retrospektiivisesti neljän yliopistosairaalan vuodeosastoilta. Aineiston analyysi toteutettiin deduktiivis-induktiivisellä sisällönanalyysillä.</p>	<p>Kirjausten perusteella ohjauksen todettiin olevan vähäistä. Ohjauksen hyötyinä kuvattiin itsehoidon osaamisena ja sairauden oireiden hallintana. Pääasiallinen ohjausmenetelmä oli suullinen ohjaus, jota tuettiin kirjallisilla ohjeilla. Tulosten mukaan ohjausta ja sen kirjaamista olisi kehitettävä osana pitkäaikaissairaahan hoitoa.</p>	<p>16/16</p>
<p>Palonen, Mira., Kaunonen, Marja., Åstedt-Kurki, Päivi. 2016. Suomi. Tutkimusartikkeli.</p>	<p>Tarkoituksena oli kehittää hypoteettinen malli päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä ohjauksesta sekä selittää ohjauksen yhteyttä kotiutumisvalmiuteen päivystyspoliklinikalta.</p>	<p>Vaiheen 1: iäkkäät päivystyspoliklinikalta kotiutuneet potilaat (n=135) ja heidän läheistensä (n=128). Vaiheen 2: poliklinikan hoitajat (n=15), iäkkäät potilaat (n=7) ja heidän läheistensä (n=5).</p>	<p>Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ohjaus.</p>	<p>1. vaiheen materiaali kerättiin kyselytutkimuksella ja tulokset analysoitiin tilastollisin menetelmin. 2. vaiheen materiaali kerättiin teema-haastattelun avulla ja tulokset analysoitiin induktiivisellä sisällönanalyysillä.</p>	<p>Päivystyspoliklinikalta kotiutuneiden iäkkäiden potilaiden ja heidän omaistensa ohjaus oli vähäistä. Ne potilaat ja omaiset jotka saivat ohjausta, olivat valmiimpia kotiutumaan kuin ne, jotka eivät saaneet ohjausta. Kehitetyn mallin mukaan kotiutuvien potilaiden ja heidän omaistensa ohjaus on ihanteellisuuden harha, jossa ohjausten osapuolten odotukset ja tieto ihanteellisesta ohjauksesta eivät toteudu. Potilaiden autonomiaa kunnioitettiin ihanteena ja ammattilaisilla oli halu ja kyky kantaa vastuuta sekä huolehtia potilaista ja heidän omaisistaan ohjaustilanteissa.</p>	<p>14/16</p>

LIITE 2: Kutsukirje tutkimukseen osallistuville potilaille

Hyvä haavapoliklinikan potilas!

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan terveyden edistämisen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa, Sairaanhoidaja (YAMK). Teen opinnäytetyön haavapotilaan ohjaamisen kehittämiseksi Satakunnan alueella. Kyse- lyn avulla keräämme tietoja, joiden perusteella haavapotilaan ohjaamista kehitetään. Satakunnan keskussairaala on myöntänyt tutkimusluvan kehittämistyölleni. Kehittä- mistyötäni ohjaa TtT Anne-Maria Kanerva.

Pyydän Teitä ystävällisesti osallistumaan opinnäytetyöni tekemiseen vastaamalla oheiseen kyselylomakkeeseen. Kyselylomakkeen tiedot käsitellään luottamukselli- sesti ja vastaaminen tapahtuu nimettömästi, joten yksittäistä vastaajaa ei voi tunnis- taa. Vastaukset tulevat vain opinnäytetyöntekijän käyttöön.

Vastauksen voit postittaa mukana tulleella kirjekuorella, jossa on osoitetiedot val- miina ja postimaksu maksettuna. Postitathan vastauksen mahdollisimman pian, mutta viimeistään 27.12.2017.

Annamme mielellämme lisätietoa kehittämistyöhön liittyvistä asioista.

Laura Saine, Sairaanhoidaja (AMK)

Satakunnan keskussairaala

Lahnakuja 17

28300 Pori

044 3773416

laura.saine@student.samk.fi

Anne-Maria Kanerva, TtT,

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Satakunnankatu 23

28130 Pori

044 710 3418

anne-maria.kanerva@samk.fi

KYSELY SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALAN HAAVAPOLIKLINIKAN POTILAILLE POTILASOHJAUKSEN KEHITTÄMISEKSI

Ole hyvä ja vastaa seuraaviin monivalintakysymyksiin rastittamalla omaa mielipidettäsi kuvaava vaihtoehto (1=täysin samaa mieltä, 2=samaa mieltä, 3=eri mieltä ja 4=täysin eri mieltä) tai kirjoita vastaus sille varattuun tilaan.

Kysymykset (1-4) liittyvät vastaajan taustatietojen kartoittamiseen ja haavapoliklinikalle saapumiseen

1. Sukupuoli

- mies
- nainen

2. Ikä

- 18 – 30
- 31 – 40
- 41 – 50
- 51 – 60
- 61 – 70
- 71 – 80
- 81 – 90
- 91 –

3. Kotiin saamani kutsukirje oli selkeä

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

4. Haavapoliklinikalle oli helppo löytää

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

Kysymykset (5-12) liittyvät potilasohjauksen resursseihin ja ohjauksen riittävyyteen

5. Lääkäri on kertonut minulle haavahoidon etenemisen suunnitelman

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

6. Haavahoitaja on kertonut minulle haavahoidon etenemisen suunnitelman

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

7. Lääkäri antoi minulle haavanhoito-ohjausta kirjallisesti

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

8. Lääkäri antoi minulle haavanhoito-ohjausta suullisesti

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

9. Haavahoitaja antoi minulle haavanhoito-ohjausta kirjallisesti

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

10. Haavahoitaja antoi minulle haavanhoito-ohjausta suullisesti

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

11. Sain yhteystiedot, johon voin ottaa tarvittaessa yhteyttä

- kyllä sain
- en saanut

12. Mistä olisit halunnut lisää tietoa?

Kysymykset (13–19) liittyvät potilasohjauksen toteutukseen

13. Minulle näytettiin, miten haavaa tulisi puhdistaa

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

14. Minulle esiteltiin haavasidokset, joita haavalle laitettiin

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

15. Minulle näytettiin, miten haavaani tulisi hoitaa

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

16. Sain kokeilla haavan hoitoa yhdessä haavahoitajan kanssa

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

17. Sain ohjausta hygienian (puhtaudesta) huolehtimisesta

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

18. Sain kirjalliset hoito-ohjeet haavahoitajalta

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

19. Sain suulliset hoito-ohjeet haavahoitajalta

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

Kysymykset (20–26) liittyvät potilasohjauksen vaikutuksiin

20. Ymmärsin lääkärin ohjauksen haavan puhtaudesta huolehtimisen tärkeydestä

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

21. Ymmärsin haavahoitajan ohjauksen haavan puhtaudesta huolehtimisen tärkeydestä

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

22. Ymmärsin lääkärin ohjauksen haavasidosten laittamisesta haavalle

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

23. Ymmärsin haavahoitajan ohjauksen haavasidosten laittamisesta haavalle

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

24. Ymmärsin ohjauksen haavan paranemiseen vaikuttavista asioista

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

25. Koen selviäväni hyvin kotona saamieni haavahoito-ohjeiden kanssa

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

26. Mitä muuta haluaisit sanoa

Iso kiitos vastauksistasi!

LIITE 4: Haavayhdyshekilöiden kysely

Hyvä haavayhdyshekilö!

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan terveyden edistämisen ylemmää ammattikorkeakoulututkintoa, Sairaanhoidtaja (YAMK). Teen opinnäytetyön haavapotilaan ohjaamisen kehittämiseksi Satakunnan alueella. Kyselyn avulla selvitämme haavapotilaan ohjauksen nykytilaa ja mahdollisia kehittämisehdotuksia. Saatujen tulosten perusteella haavapotilaan ohjauksista kehitetään luomamme kehittämistiimin avulla toiminnallisen päivän aikana. Satakunnan keskussairaala on myöntänyt tutkimusluvan kehittämistyölleni. Kehittämistyötäni ohjaa TtT Anne-Maria Kanerva.

Sinulla on mahdollisuus päästä vaikuttamaan haavahoidon ohjauksen kehittämiseen kyselyyn osallistumalla. Pyydän Sinua ystävällisesti osallistumaan opinnäytetyöni tekemiseen vastaamalla oheiseen kyselylomakkeeseen. Ajatuksesi, ideasi ja kokemuksesi ovat tärkeitä haavapotilaan ohjausta kehitettäessä. Osallistuminen on luottamuksellista, eikä kenenkään tiedot tule esille tutkimuksen eri vaiheissa. Kyselylomakkeen tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja vastaaminen tapahtuu nimettömästi, joten yksittäistä vastaajaa ei voi tunnistaa. Vastaukset tulevat vain opinnäytetyöntekijän käyttöön. Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan internetissä osoitteessa theseus.fi.

Vastaathan kyselyyn viimeistään 31.12.2018 mennessä.

Annamme mielellämme lisätietoa kehittämistyöhön liittyvistä asioista.

Laura Saine, Sairaanhoidtaja (AMK)

Satakunnan keskussairaala

Lahnakuja 17

28300 Pori

044 3773416

laura.saine@student.samk.fi

Anne-Maria Kanerva, TtT,

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Satakunnankatu 23

28130 Pori

044 710 3418

anne-maria.kanerva@samk.fi

Haavayhdysheiköiden kysely

Ole hyvä ja vastaa seuraaviin monivalintakysymyksiin valitsemalla omaa mielipidettäsi kuvaavan vaihtoehdon (1=täysin samaa mieltä, 2= osittain samaa mieltä, 3=osittain eri mieltä ja 4=täysin eri mieltä) tai kirjoita vastaus sille varattuun tilaan.

Taustatiedot

- Ikäni
- 20-30 vuotta
 - 31-40 vuotta
 - 41-50 vuotta
 - 51-60 vuotta
 - yli 60 vuotta

Perushoitaja tai lähihoitaja Sairaanhoidtaja tai terveydenhoitaja Jokin muu, mikä?

Ammattini

Olen ollut yksikköni haavayhdysheikö 0-1 vuotta 2-3 vuotta 4-5 vuotta yli 6 vuotta

Ohjaaminen ja resurssit

Seuraavat kysymykset liittyvät haavahoidon-ohjaamiseen ja resursseihin

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Koen, että osaan ohjata haavapotilasta riittävän hyvin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minulla on riittävästi aikaa hoitaa potilaan haavaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minulla on riittävästi aikaa perehtyä potilaan kotiasioiden järjestämiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minulla on riittävästi aikaa potilaan ohjaukseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haluaisin lisäkoulutusta haavapotilaan ohjaukseen En Kyllä

Mikäli vastasit kyllä, niin millaista koulutusta haluaisit?

Haavapotilaan ohjaamisessa käytän seuraavia menetelmiä

- Suullinen ohjaus
- Kirjallinen ohjaus

Mikäli käytät edellisten menetelmien lisäksi jotain muuta menetelmää, mitä?

Miten kehittäisit haavapotilaan ohjausta?

Yksiköiden välinen yhteistyö



	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mie
Konsultoimme yksiköstäni tarvittaessa Satakunnan keskussairaalan haavapoliklinikan henkilökuntaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saan tarvittaessa Satakunnan keskussairaalan haavahoitajalta neuvoja potilaan haavahoidon suhteen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksikköni lääkärit hyödyntävät Satakunnan keskussairaalan haavapoliklinikan toimintaa haavapotilaiden kohdalla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yhteistyö Satakunnan keskussairaalan haavapoliklinikan hoitajien kanssa on ongelmaton	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yhteistyö Satakunnan keskussairaalan haavapoliklinikan lääkärin kanssa on ongelmaton	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haavapotilaalle ajan saaminen Satakunnan keskussairaalan haavapoliklinikalta on vaivatonta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Onko sinunlla ideoita haavapoliklinikan toiminnan kehittämiseksi?



Muita ideoita ja toiveita?

