



TAYSIN HAAVAKESKUKSEN POLIKLIINISEN TOIMINNAN KÄYNNISTÄMINEN

Anne-Mari Vuorenpää

Opinnäytetyö
Tammikuu 2015
Ylempi ammattikorkeakou-
lututkinto
Sosiaali- ja terveysalan ke-
hittämisen ja johtamisen
koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma

ANNE-MARI VUORENPÄÄ:

Taysin haavakeskuksen polikliinisen toiminnan käynnistäminen

Opinnäytetyö 79 sivua, joista liitteitä 5 sivua
Tammikuu 2015

Tampereen yliopistollisessa sairaalassa (Tays) on käynnissä uudistamisohjelma 2020, jolla tavoitellaan tuottavuuden ja vaikuttavuuden lisäämistä toimintatapoja muuttamalla sekä uusilla tilaratkaisuilla. Tämä opinnäytetyö on osa haavakeskus-hanketta, joka kuuluu uudistamisohjelmassa sisätautien vastualueen suunnittelukokonaisuuteen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa henkilöstön näkemyksiä haavakeskuksen polikliinisen toiminnan suunnittelussa huomioitavista asioista ja luoda pohja haavakeskuksen toiminnalliselle suunnitelmalle. Tutkimuksessa haettiin vastauksia toiminnan suunnittelussa huomioitaviin asioihin ja haavakeskukseen soveltuvista polikliinisen hoidon toimintamalleista. Tutkimuksen tavoitteena oli helpottaa haavakeskuksen toiminnallisen suunnitelman työstämistä, uusien tilaratkaisuiden suunnittelua ja polikliinisen toiminnan käynnistämistä.

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä ja tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluilta huhtikuussa 2014 Taysin sisätautien-, iho- ja sukupuolitautien- sekä plastiikkakirurgian yksiköistä haavahoidon asiantuntijoilta (N=6). Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Haavakeskuksen polikliininen toiminta jakautui tutkimustuloksissa eri vaiheisiin, joihin suunnittelussa huomioitavat asiat pohjautuivat. Ensimmäisessä vaiheessa määriteltiin toiminnalle lähtökohdat, johon tutkimuksessa yhdistyi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin, Palveluja elämän tähden -strategia, kroonisten haavapotilaiden hoidon turvaaminen sekä potilaan kokonaisvaltainen hoito. Haavakeskuksen toiminnan suunnitteluvaiheessa oli huomioitava hoitoprosesseihin, henkilöstöön, vastaanottotoimintaan sekä tilaratkaisuihin liittyvät asiat. Toteuttamisvaiheeseen puolestaan sisältyi toiminnan käynnistämiseen, henkilöstön työnkuvaan, moniammatilliseen tiimityöhön, potilaan vastaanottokäyntiin sekä yhteistyöhön yhdistyvät seikat. Arviointi- ja kehittämisvaihe rakentui toiminnan hyödyistä ja jatkuvasta parantamisesta.

Tulokset osoittivat, että haavakeskuksen poliklinikalle soveltuvia toimintamalleja ovat moniammatillinen vastaanotto-, lääkäri-hoitajavastaanotto-, hoitajavastaanotto- ja puhelinvastaanottomalli. Tämän tutkimuksen perusteella haavakeskuksen polikliinisen toiminnan suunnitteluun tulee panostaa, koska se on perusta hyvälle toiminnalle. Tämä tutkimus toimii pohjana haavakeskuksen toiminnalliselle suunnitelmalle ja tutkimustulosten pohjalta kroonisten haavapotilaiden hoitoon liittyvää toimintaa voidaan alkaa jo uudelleen organisoimaan. Samalla helpotetaan haavakeskuksen polikliinisen toiminnan käynnistämistä.

Asiasanat: haavat, poliklinikat, suunnittelu, käynnistäminen, toimintamallit

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree
Programme in Development and Management of Health Care and Social Services

VUORENPÄÄ, ANNE-MARI:
Starting the Outpatient Wound Care Center in Tampere University Hospital

Master's thesis 79 pages, appendices 5 pages
January 2015

In Tampere University Hospital there is an ongoing reforming program 2020. The purpose of the program is to increase productivity and effectiveness by improving the courses of action and by creating new space solutions. One part of this program is launching a new outpatient wound care center. The purpose of this study was to survey the perspective of the personnel about the issues that are to be taken into consideration when planning the new wound care center and to provide the basis to the action plan of the wound care center. This study aims to facilitate the planning and starting of the outpatient care.

The study was qualitative and the data were collected by interviewing the wound care experts (N=6) from the different units of Tampere University Hospital. Thematic interviews took place in April 2014. The data were analyzed by using inductive content analysis.

In the results the operation of the wound center and its planning were divided into different phases. According to the study, *Palveluja elämän tähden* -strategy of the Pirkanmaa Hospital District, securing of the care of the chronic wound patients and a patient's comprehensive care were the starting points of the wound care center. The planning phase included the care processes, personnel, outpatient operation and space solutions. In the phase of carrying out the operation attention had to be paid to the starting, the job description of the personnel, the multiprofessional teamwork, an outpatient visit and cooperation. The evaluation and developing phases were based on the advantages of the operation and constant improvement.

As the study revealed, suitable operation models for the wound care center are multiprofessional practice, physician-nurse practice, nurse practice and telephone-based care practice. This study can be used as a base for the action plan and starting of the outpatient wound care center.

Key words: wounds, outpatient clinic, planning, implementation, operational models

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	KROONISEN HAAVAPOTILAAN POLIKLIININEN HOITO TAYSISSA.....	8
2.1	Haavapotilaan hoidon nykytilanteen toiminnan kuvaus.....	8
2.2	Haavapotilaan polikliinisen hoidon keskittäminen haavakeskukseen.....	9
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, KYSYMYKSET JA TAVOITE.....	10
4	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	11
4.1	Strateginen näkökulma haavakeskuksen toiminnan taustalla.....	11
4.2	Väestön kehityksen vaikutukset kroonisten haavapotilaiden määrään ja hoidon kustannuksiin.....	13
4.3	Kroonisten haavapotilaiden hoidon järjestäminen terveydenhuollossa.....	15
4.4	Kroonisten haavapotilaiden hoidon keskittäminen.....	16
4.5	Kirjallisuuskatsaus.....	19
4.5.1	Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen.....	20
4.5.2	Kirjallisuuskatsauksen tulokset.....	23
5	METODOLOGIA.....	26
5.1	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	26
5.2	Teemahaastattelu.....	26
5.3	Induktiivinen sisällön analyysimenetelmä.....	29
6	TOTEUTUS.....	31
6.1	Osallistujien kuvaus.....	31
6.2	Aineiston keruun toteutus.....	31
6.3	Aineiston sisällön analyysin toteutus.....	33
7	TULOKSET.....	36
7.1	Toiminnan lähtökohtien määrittely.....	36
7.1.1	Palveluja elämän tähden -strategia.....	36
7.1.2	Kroonisten haavapotilaiden hoidon turvaaminen.....	37
7.1.3	Potilaan kokonaisvaltainen hoito.....	38
7.2	Toiminnan suunnittelu.....	39
7.2.1	Hoitoprosessit.....	39
7.2.2	Henkilöstö.....	40
7.2.3	Vastaanotto toiminta.....	42
7.2.4	Tilaratkaisut.....	46
7.3	Toiminnan toteuttaminen.....	47
7.3.1	Käynnistäminen.....	48
7.3.2	Henkilöstön työnkuva.....	48
7.3.3	Moniammatillinen tiimityö.....	51

7.3.4	Potilaan vastaanottokäynti	53
7.3.5	Yhteistyö	55
7.4	Toiminnan arviointi ja kehittäminen.....	56
7.4.1	Toiminnan hyödyt.....	56
7.4.2	Jatkuva parantaminen.....	57
7.5	Yhteenvedo tutkimustuloksista.....	59
8	POHDINTA.....	60
8.1	Eettisyys.....	60
8.2	Luotettavuus.....	62
8.3	Tutkimustulosten tarkastelu.....	65
8.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet.....	69
	LÄHTEET.....	71
	LIITTEET	75
	Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut aikaisemmat tutkimukset	75
	Liite 2. Informaatiokirje osallistujille.....	77
	Liite 3. Teemahaastattelurunko	78
	Liite 4. Tietoinen suostumuslomake	79

1 JOHDANTO

Yhteiskunnassa tapahtuvat muutokset vaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuoltoon monin eri tavoin. Väestön muutokset ikärakenteessa ja terveydentilassa sekä taloudellisten resurssien niukkuus johtavat erilaisiin muutoksiin monissa terveydenhuollon organisaatioissa. (Parjanne 2004, 21-23.) Lisäksi terveydenhuollon toiminnalliset ja rakenteelliset muutokset edellyttävät, että toimintatapoja kehitetään (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 41-42). Hoito- ja palveluketjuihin on luotava uusia hoitotyön palveluita ja toimintatapoja sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehtävänkuvia on uudistettava, jotta pystytään vastaamaan 2000-luvun terveyden ja hyvinvoinnin haasteisiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 41-42; Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 38; Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

Terveydenhuoltolaki (2011) edellyttää, että potilaiden hoidon painopistettä on pyrittävä muuttamaan avohoitopainotteiseksi. 2000-luvulla polikliininen hoitotyö onkin lisääntynyt ja kehittynyt paljon. Tähän on vaikuttanut lisäksi uudet hoitomuodot ja sairaalan hoitoaikojen lyheneminen. Polikliinista hoitoa on kehitettävä, jotta toimintatavat palvelevat paremmin potilasta. Poliklinikoiden toimintatapoja muuttamalla, esimerkiksi lääkärin ja hoitajien työtehtävien ja työnjaon uudelleen organisoimisella voidaan saada aikaan potilaan kannalta järkeviä muutoksia sekä tavoitella taloudellisia säästöjä ja kohdentaa eri ammattiryhmien osaamisen tarkoituksenomainen käyttö. (Säilä 2005, 6.)

Erikoissairaanhoitoa vaativien potilaiden hoitoa keskitetään yliopistollisten tai muiden vastaavantasosten sairaaloiden osaamiskeskuksiin (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2003, 348; Terveydenhuoltolaki 2011). Keskittämisen lähtökohtana on yhtenäiset hoitolinjaukset, potilasturvallisuus ja hoidon laadun parantaminen. Lisäksi potilaiden hoidossa voidaan saavuttaa parempia hoitotuloksia, jos potilaan hoito keskitetään yksikköön, joka hoitaa paljon samanlaisia potilaita. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2003, 352; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.) Kun tavoitteena on tuottaa potilaalle laadukasta palvelua sovitussa ajassa, on toimintaa kehitettävä potilaan tarpeiden vastaamisen näkökulmasta (Salin, Liimatainen, Holmberg-Marttila & Aalto 2012, 426).

Tällä hetkellä kroonisten haavojen hoito on erikoissairaanhoidossa pirstoutunut erikoisaloittain (Lepäntalo, Ahokas, Heinänen, Heiskanen-Kuisma, Hietanen, Iivanainen, Iso-Aho, Juutilainen, Tukiainen, Sane & Valtonen 2009, 457). Kroonisten haavapotilaiden määrä kasvaa tulevaisuudessa, joten haavanhoidon organisoimiseksi on tehtävä merkittäviä muutoksia, jotta voidaan vastata muuttuvaan hoidon tarpeeseen ja pystytään turvaamaan myös haavapotilaiden hoitoon riittävät taloudelliset resurssit (Lepäntalo ym. 2009, 461; Halsinaho 2011; Kojola 2012, 22). Kansainvälisesti on jo perustettu useita kroonisiin haavoihin erikoistuneita keskitettyjä yksiköitä (Lepäntalo ym. 2009, 461; Halsinaho 2011; Kim, Evans, Steinberg, Pollard & Attinger 2013, 1703). Suomessa ensimmäinen keskitetty kroonisten haavapotilaiden vuodeosasto on Tampereen yliopistollisessa sairaalassa (Tays), jossa potilaita hoidetaan moniammatillisessa tiimissä. Kroonisten haavapotilaiden polikliininen hoito on Taysissa kuitenkin hajautunut vielä useille eri poliklinikoille. (Haavakeskus hankesuunnitelma 2009, 4.)

Tampereen yliopistollisen sairaalan uudistamisohjelma 2020:n avulla tavoitellaan tuotavuuden ja vaikuttavuuden lisäämistä toimintatapoja muuttamalla sekä uusilla tilaratkaisuilla. Yhdistämällä uusia toimintatapoja ja tilaratkaisuja saadaan käytössä olevat resurssit hyödynnettyä tehokkaimmalla tavalla ja voidaan taata vaikuttava toiminta. (Tampereen yliopistollisen sairaalan uudistamisohjelma 2020 2010, 14.) Uudistamisohjelman osahankkeena on sisätautien vastuualueen hankekokonaisuus, johon sisältyy myös haavakeskus-hanke. Haavakeskus-hankkeen konkreettisena tavoitteena on keskitää erikoissairaanhoidoa vaativien kroonisten haavapotilaiden polikliininen hoito yhteen osaamiskeskukseen, haavakeskukseen. (Haavakeskus hankesuunnitelma 2009, 4.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on osana haavakeskus-hanketta kartoittaa haavakeskuksen polikliinisen toiminnan suunnittelussa huomioitavia asioita ja luoda pohja haavakeskuksen toiminnalliselle suunnitelmalle. Toiminnallinen suunnitelma kuvaa haavakeskuksen toimintamallia, miten toiminta organisoidaan uudessa haavakeskuksessa ja mitkä ovat perustelut toiminnan käynnistämiseksi. Tämän tutkimuksen tavoitteena on helpottaa haavakeskuksen toiminnallisen suunnitelman työstämistä, uusien tilaratkaisuiden suunnittelua ja polikliinisen toiminnan käynnistämistä.

2 KROONISEN HAAVAPOTILAAN POLIKLIININEN HOITO TAYSISSA

2.1 Haavapotilaan hoidon nykytilanteen toiminnan kuvaus

Tampereen yliopistollisessa sairaalassa on seitsemän toimialuetta sekä hallinnon-, sairaanhoidon- ja tukipalveluiden palvelualueet. Jokainen toimialue koostuu eri lääketieteen erikoisalojen vastuualueista, jotka toteuttavat erikoisalojensa mukaista erikoissairaanhoidon päivystys-, leikkaus-, vuodeosasto- ja polikliinista toimintaa ja hoitoa. (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin organisaatio 2014.) Krooniset haavapotilaat muodostavat Taysissa merkittävän potilasryhmän ja tällä hetkellä polikliinista hoitoa vaativia kroonisia haavapotilaita tutkitaan ja hoidetaan Taysin useissa eri yksiköissä, jotka sijoittuvat eri toimialueille. Haavojen etiologiasta riippuen kroonisten haavapotilaiden hoitoa toteutetaan iho- ja sukupuolitautilien poliklinikalla, sisätautilien poliklinikalla, plastiikkakirurgian haavapoliklinikalla tai verisuonikirurgian poliklinikalla.

Suurin osa kroonisista haavapotilaista hoidetaan iho- ja sukupuolitautilien poliklinikalla, jossa suurin hoidettava potilasryhmä on laskimoperäiset alaraajahaavapotilaat. Lisäksi potilaat, joilla on vaskuliitti-, pyoderma gangrenosum-, reuma- tai muu harvinainen haava, hoidetaan ensisijaisesti iho- ja sukupuolitautilien poliklinikalla. Sisätautilien poliklinikalla, jalkatyöryhmässä hoidetaan diabeetikot, joilla on merkittävä jalkaongelma. Osa diabeetikoista ohjautuu läheteiden perusteella myös muille poliklinikoille. Plastiikkakirurgian haavapoliklinikalla hoidetaan kroonisista haavapotilaista ne, joilla on painehaava tai leikkaushoitoa vaativa diabeettinen jalkahaava. Valtimoperäiset iskeemiset haavapotilaat sekä valtimo- ja laskimoverenkierron tutkimukset ja toimenpiteet hoidetaan verisuonikirurgian poliklinikalla.

Koska kroonisia haavapotilaita hoidetaan monessa eri yksikössä, saapuvat erikoissairaanhoidon läheteet ohjautuvat usein väärille poliklinikoille vastuunjaon epäselvyyksiensä vuoksi. Tällöin potilaan ja haavan etiologian tutkiminen sekä hoidon aloittaminen saattavat viivästyä, koska lähete on ohjattava uudelleen oikeaan yksikköön ennen potilaan kutsumista vastaanotolle. Poliklinikoiden saapuvia läheteitä arvioivien henkilöiden yhteistyöllä potilasjakoa on pyritty tarkentamaan. Lisäksi on laadittu alueellinen kroonisen alaraajahaavapotilaan hoitoketju, joka selkiyttää ja ohjeistaa haavapotilaiden lähete- ja tutkimuskäytäntöjä sekä hoitoprosessia Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella.

Haavapotilaiden hoitaminen on haastavaa ja potilaiden hoidossa tarvitaan usein eri erikoisalojen sekä ammattiryhmien osaamista. Tällä hetkellä haavapotilaat saavat poliklinikakäynnillä pääsääntöisesti kuitenkin vain yhden erikoisalan lääkärin arvion ja mikäli tarvitaan toisen erikoisalan asiantuntijan osaamista, vaatii se konsultaatiota tai potilaan lähettämistä toiseen yksikköön. Polikliinisella vastaanottokäynnillä potilas tapaa lääkärin lisäksi useimmiten vain haavahoitajan tai jalkaterapeutin. Muiden ammattiryhmien erityisosaamisen hyödyntäminen jää tällä hetkellä liian vähäiseksi.

2.2 Haavapotilaan polikliinisen hoidon keskittäminen haavakeskukseen

Taysin uudistamisohjelma 2020:n toteutuksen edetessä uutena toiminnallisena kokonaisuutena käynnistyy haavakeskuksen polikliininen toiminta. Toiminta tullaan sijoittamaan toimialue yhdelle sisätautien vastuualueelle sisätautien poliklinikan yhteyteen. Uudistamisohjelman myötä munuaissairauksien, infektio- ja hematologian toiminnot siirtyvät sisätautien poliklinikalta uusiin tiloihin, joka vapauttaa tilat haavakeskukselle arviolta alkuvuodesta 2017. (Sisätautien toiminnallinen suunnitelma 2013, 22-23). Haavakeskuksen tarkoituksena on, että erikoissairaanhoidon vaativa krooninen haavapotilas saa tarvittaessa usean eri erikoisalan lääkärin sekä monipuolisen hoitotieteellisen arvion ja hoidon yhdellä käynnillä. Toiminnan keskittäminen nopeuttaa ja parantaa kroonisten haavapotilaiden polikliinista tutkimus- ja hoitoprosessia ja tulee edesauttamaan toiminnan sujuvuutta sekä todennäköisesti parantamaan hoidon laatua kroonisten haavapotilaiden kohdalla.

Haavakeskus on osaamiskeskus, jossa eri erikoisalojen asiantuntijat hoitavat kroonisia haavapotilaita moniammatillisessa yhteistyössä potilaan kokonaisvaltaisen hoidon turvaamiseksi. Poliklinikalla tulee työskentelemään sisätautien-, ihotautilien- ja plastiikkakirurgian lääkäreitä, haavahoitajia, jalkaterapeutteja sekä diabeteshoitajia. Lisäksi potilaiden hoitoon osallistuu tarvittaessa myös muiden erikoisalojen ja ammattiryhmien asiantuntijoita. Haavakeskuksen vuodeosastohoito on jo keskitetty keuhko- ja ihosairauksien osastolle (KEI2), jossa eri alojen asiantuntijat osallistuvat aktiivisesti potilaiden hoitoon. KEI2 -osastolla on yhdeksän ihosairauksien sairaansijaa, joista kuusi on varattu kroonisille haavapotilaille. (Haavakeskus hankesuunnitelma 2009, 4; Sisätautien toiminnallinen suunnitelma 2013, 24-25.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, KYSYMYKSET JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on osana Taysin uudistamisohjelma 2020 kartoittaa henkilöstön näkemyksiä haavakeskuksen polikliinisen toiminnan suunnittelussa huomioitavaista asioista ja luoda pohja haavakeskuksen toiminnalliselle suunnitelmalle.

Opinnäytetyössä vastataan seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä asioita on huomioitava haavakeskuksen polikliinista toimintaa suunniteltaessa?
2. Mitkä polikliinisen hoidon toimintamallit soveltuvat haavakeskuksen poliklinikalle?

Tutkimuksen tavoitteena on helpottaa haavakeskuksen toiminnallisen suunnitelman työstämistä, uusien tilaratkaisuiden suunnittelua ja polikliinisen toiminnan käynnistämistä. Tavoitteena on, että hyvin suunnitellun toiminnan avulla voidaan nopeuttaa ja tehostaa kroonisten haavapotilaiden polikliinista hoitoprosessia ja siten vähentää kustannuksia sekä parantaa hoidon laatua. Organisoimalla toiminta uudelleen voidaan parantaa kroonisten haavapotilaiden hoitoon osallistuvan henkilöstön tehokasta ja tarkoituksenmukaista käyttöä sekä mahdollistaa potilaslähtöinen hoito.

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Strateginen näkökulma haavakeskuksen toiminnan taustalla

Strategialähtöinen organisaatio lähtee missiosta eli organisaation toiminta-ajatuksesta, miksi olemme olemassa. Missio kertoo toiminnan päämäärästä, johon organisaation tulisi pyrkiä sekä siitä, mitä organisaatio tarjoaa asiakkaalle. (Kaplan & Norton 2009, 57; Lindroos & Lohivesi 2010, 25-27.) Tampereen yliopistollinen sairaala kuuluu osaksi Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä, jonka missio on tuottaa Palveluja elämän tähden (Palveluja elämän tähden 2011, 1-2).

Organisaation perusarvot tulisi olla kuvattuna jokaisessa organisaatiossa, jotta koko henkilöstöllä olisi yhtenäinen käsitys siitä, mikä toiminnassa on tärkeää (Lecklin 2006, 35-39). Arvot ovat periaatteita, jotka ohjaavat ihmisten ja organisaation tapaa toimia sekä käytännön työssä tehtäviä ratkaisuja ja päätöksentekoja. Organisaation arvojen on nivouduttava yhteen organisaation mission sekä vision kanssa. (Kamensky 2008, 79.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toiminnan perusta on kirjattu vuonna 1998 sairaanhoitopiirin toimintaa ohjaaviin eettisiin periaatteisiin, joita ovat hyvä hoito, ihmisen kunnioittaminen, osaamisen arvostaminen ja yhteiskuntavastuullisuus. Hyvä hoito tarkoittaa, että potilaalla on oikeus hyvään ja oikea-aikaiseen hoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun ja tiedonsaantiin. Hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa huomioidaan potilaan odotukset ja tarpeet. Ihmisen kunnioittaminen ilmenee toisen arvostamisena ja välittämisenä sekä tasa-arvoisena kohteluna. Osaamisen arvostamisessa tuetaan yksilön sekä organisaation osaamisen kehittämistä. Yhteiskuntavastuullisuus tarkoittaa, että sairaanhoitopiirin toiminta on eettistä ja läpinäkyvää sekä täyttää lainsäädännön velvoitteet. (Palveluja elämän tähden 2011, 1-2.)

Visio on näkemys siitä, mitä halutaan tulevaisuudessa olla. Visiolla tavoitellaan organisaation missiota ja sen tavoittelu tulee näkyä arjen työssä ja kehittämisessä. Hyvä visio synnyttää koko henkilöstölle innostavan kuvan organisaation tulevaisuudesta, jota tavoitellaan päivittäisellä työllä ja mitä halutaan saavuttaa pitkällä aikavälillä. Vision tulee olla uskottavasti mitattavissa, jonka vuoksi organisaatio asettaa sen toteutumiselle aikataulun sekä sitä seuraavat mittarit. (Lecklin 2006, 35-39; Kaplan & Norton 2009, 58-61,

82; Lindroos & Lohivesi 2010, 26.) Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on asettanut vision strategiakaudelle 2012-2016, jonka mukaan ”Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on luotettava, turvallinen ja uudistuva terveystalouden tuottaja, jonka tarjoama hoito perustuu hyvään palveluun, korkeatasoiseen osaamiseen ja tieteelliseen tutkimukseen.” (Palveluja elämän tähden 2011).

Strategia on selkeäsanainen ja julkinen suunnitelma siitä, miten pyritään saavuttamaan organisaation tavoiteltu päämäärä eli visio. Se asettaa suuntaviivat toiminnalle sekä ohjaa toimintaa ja prosesseja kohti visiota. Sitä käytetään johtamisen työvälineenä, mutta myös työntekijöiden tulee tietää organisaationsa strategia, tietääkseen mitä heiltä odotetaan ja mihin organisaation toiminnalla pyritään. Strategiaprosessi koostuu pohdinnoista, johtopäätöksistä, valinnoista ja toimenpiteistä, joilla pyritään kehittämään ja löytämään uusia toimintamalleja ja ideoita asiakkaan tarpeiden tyydyttämiseksi. Sen toteutumista seurataan tavoitteiden ja mittareiden avulla. Tavoitteiden tulisi pystyä osoittamaan, mikä on kunnossa ja mitä osa-aluetta pitäisi parantaa. Organisaation strategisena haasteena on ymmärtää, mikä on omassa toiminnassa keskeisintä ja etsiä keinoja, joilla organisaatiossa saavutetaan tehokas toiminta. (Lecklin 2006, 35-39; Kaplan & Norton 2009, 57; Lindroos & Lohivesi 2010, 25-27.)

Tällä hetkellä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toimintaa ohjaa Palveluja elämän tähden -strategia vuosille 2012-2016 (Palveluja elämän tähden 2011). Sairaanhoitopiirin strategian avulla toteutetaan missiota ja strategia linjaa strategiakauden keskeiset tehtävät ja tavoitteet. Strategia ohjaa sairaanhoitopiirissä työskentelevien työtä ja henkilökunta on sitoutunut noudattamaan sitä. Keskeisin strateginen tavoite on taata potilaille turvallinen ja korkeatasoinen hoito. (Palveluja elämän tähden 2011, 3.)

Palveluja elämän tähden -strategiassa painotetaan potilaskeskeisyyttä, potilasta kuunnellaan ja huomioidaan hänet sekä hänen läheisensä hoidon eri vaiheissa. Potilaita hoidetaan yhdenmukaisilla ja näyttöön perustuvilla hoitomenetelmillä sekä hoitoa arvioidaan ja kehitetään jatkuvasti. Sairaanhoitopiirin keskiössä on erikoissairaanhoito, jota vahvistetaan valtakunnallisesti merkittävänä palveluna. Terveystalouden edistämisen näkökulma huomioidaan ja tavoitteena on luoda erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välille toimiva palvelukokonaisuus. Erikoissairaanhoidon konsultaatioita tarjotaan terveyskeskuksiin. Palvelut ja toimintaympäristö uudistuvat ja niitä kehitetään potilas- ja hoitoprosessilähtöisesti. Palveluissa korostuu avohoitokeskeisyys ja avohoitopainottei-

seen toimintaan pyritään entistä enemmän. Taysin alue kehittyi uudistamisohjelma 2020:n mukaisesti. (Palveluja elämän tähden 2011, 4-6; Tampereen yliopistollisen sairaalan uudistamisohjelma 2020 2010, 11).

Työntekijöiden kehittymistä tuetaan ja kannustetaan osallistumaan palvelujen ja työtehtävien kehittämiseen. Palveluja uudelleen järjesteltäessä henkilöstövoimavaroja kohdennetaan aiempaa nopeammin ja joustavammin ja ammattiryhmien välistä työnjakoa muutetaan tarvittaessa. (Palveluja elämän tähden 2011, 8-9.) Organisaation tilojen nykyinen epäasianmukaisuus huomioidaan suunnittelussa, sillä potilaat tarvitsevat laadukkaan hoidon asianmukaisissa tiloissa. Viihtyisien tilojen ajatellaan tukevan toipumista. Tiloihin kulkeminen ja niiden löytäminen ovat potilaalle ja heidän läheisilleen tärkeitä, niin kuin myös palveluiden laadun ja prosessien tuottavuudenkin näkökulmasta. Sairaanhoidopiiri edistää korkeatasoista tutkimusta ja se on tavoitteellista perustuen tutkimusohjelmiin. Opetus- ja tutkimustoiminta tullaan myös huomioimaan uudistamisohjelman sisällä tehtävissä yksikkö- ja osastokohtaisissa tilaratkaisuissa. (Tampereen yliopistollisen sairaalan uudistamisohjelma 2020 2010, 11.)

Strategian merkitys korostuu potilaan valinnan vapauden kasvaessa (Tampereen yliopistollisen sairaalan uudistamisohjelma 2020 2010, 11). Pirkanmaan sairaanhoidopiirin tavoitteena on olla tuottavin ja tehokkain sairaanhoidopiiri, joka tuottaa palveluita niin Taysin erityisvastuualueelle kuin muuallekin Suomeen. Palvelujen laatua sekä kustannustehokkuutta parannetaan yhtäaikaaisesti ja toimintatapojen uudistamista ja kestävästä kehitystä tuetaan. Sairaanhoidopiirin sisällä edellytetään hyvää johtamista kaikilla tasoilla ja strategia toteutetaan osaavalla ja osallistavalla muutosjohtamisella. (Palveluja elämän tähden 2011, 10-12.) Strategian tavoitteita toteutetaan kehitystoimien ja -projektien avulla (PSHP:n toiminta- ja taloussuunnitelma 2013 - 2015 ja talousarvio 2013, 28).

4.2 Väestön kehityksen vaikutukset kroonisten haavapotilaiden määrään ja hoidon kustannuksiin

Krooniset haavat ovat merkittävä ongelma sekä kansanterveydellisesti että taloudellisesti (Juutilainen & Hietanen 2013, 8). Kroonisilla haavoilla tarkoitetaan pitkäaikaisia, yli neljä viikkoa auki olevia haavoja, jotka voivat olla joko sisäisen tai ulkoisen tekijän aiheuttamia. Sisäisiä tekijöitä ovat esimerkiksi laskimoiden ja valtimoiden vajaatoimin-

ta, diabetes ja vaskuliitit. Ulkoisista tekijöistä yleisin haavan aiheuttaja on ihoon ja kudoksiin kohdistuva paine. (Eronen & Kinnunen 2009, 27.)

Suomessa yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan nousevan nykyisestä 16 prosentista 26 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä. Myös yli 85-vuotiaiden osuuden väestöstä ennustetaan nousevan vuoden 2007 1,8 prosentista 6,1 prosenttiin vuoteen 2040 mennessä. Siten määrä kasvaa nykyisestä 94 000:sta 349 000:een. (Tilastokeskus 2007.) Väestön ikääntymisen vuoksi kroonisten haavapotilaiden määrä tulee entisestään kasvamaan nopeassa tahdissa. Ikääntyminen ja pitkäaikaissairaudet moninkertaistavat ihmisen riskiä saada kroonisia haavoja ja alaraajojen krooninen haava onkin usein monisairaana tai iäkkään potilaan ongelma. (Eronen & Kinnunen 2009, 28.) Tällä hetkellä kroonisia alaraajahaavoja esiintyy jossakin elämän vaiheessa 1,3–3,6 prosentilla väestöstä ja esiintyvyys on yleisempää naisilla kuin miehillä (Käypä hoito 2007).

Diabeetikoiden määrän kasvu lisää myös osaltaan kroonista haavaa sairastavien potilaiden määrää. Suomessa on jo noin 500 000 diabeetikkoa ja heistä 15–25 prosenttia saa jossain elämänsä vaiheessa jonkinasteisen diabeettisen jalkahaavan. Diabeetikoilla erityisesti jalkahaavat ovat suuri ongelma, sillä 6–15 prosenttia jalkahaavan saaneista kuolee vuoden seurannassa. Alaraajan amputaatoriski on 15–86 -kertainen diabeetikolla verrattuna diabetesta sairastamattomiin. (Käypä hoito 2009.)

Lisäksi väestön ylipainoisuus vaikuttaa haavapotilaiden määrään lisäävästi (Eronen & Kinnunen 2009, 28). World Health Organization:n (WHO) eli maailman terveysjärjestön (2014) määritelmän mukaan ihminen on ylipainoinen, jos painoindeksi on yli 25 ja lihava, jos se on yli 30. Kansainvälisten tutkimusten mukaan ylipainoisten määrä Euroopassa on lähes kaksinkertaistunut vuosien 1980 ja 2008 välillä. Vuonna 2008 yli 50 % eurooppalaisista oli ylipainoisia ja noin 23 % naisista ja 20 % miehistä oli lihavia. (WHO 2014.) Lihavuus liittyy merkittäväällä tavalla haavoihin aiheuttamalla monenlaisia aineenvaihdunnan häiriöitä, jotka heikentävät esimerkiksi immunitaattia ja aiheuttavat häiriöitä ihon toiminnassa altistaen infektioille. Lihavilla ihmisillä ilmenee leikkaushaavojen paranemisessa useammin ongelmia kuin normaalipainoisilla ja he saavat useammin painehaavoja. Myös omasta hygieniasta huolehtiminen hankaloituu. Rinnan aluset, nivuset ja ihopoimut hautuvat herkästi, joka altistaa infektioiden syntymiselle. (Tuuliranta 2010, 8.)

Kroonisten alaraajahaavojen hoito vaatii runsaasti resursseja terveydenhuollon organisaatioilta ja siitä kertyy merkittäviä kustannuksia yhteiskunnalle (Kojola 2012, 22). Kroonista alaraajahaavaa sairastavien potilaiden hoitoon kuuluu vuosittain Suomessa noin 190–270 miljoonaa euroa ja yhden haavapotilaan hoito maksaa keskimäärin noin 10 000 euroa vuodessa. Parantumattoman haavan hoito maksaa 20 000 euroa ja nilkan yläpuolinen amputaatio 25 000 euroa vuodessa yhtä potilasta kohden. Lähes puolet kuiluista aiheutuu sairaalahoidosta. (Halsinaho 2011.) Väestörakenteen muuttuessa ja kroonisten haavojen lisääntyessä kroonisten haavojen hoitokustannukset tulevat entisestään kasvamaan ja kustannusten arvioidaan yli kaksinkertaistuvan vuoteen 2020 mennessä (Tuuliranta 2010, 8; Korhonen & Lepäntalo 2012, 3123).

Merkittävin haavapotilaan hoidon onnistumiseen ja kustannuksiin vaikuttava tekijä on haavan kroonistuminen, joka heikentää paranemisennustetta. Mitä pidempään potilaan haava on auki, sitä hitaammaksi haavan paranemisprosessi tulee. Haavan kroonistuminen pyritään ehkäisemään nopealla diagnostiikalla ja haavan etiologian mukaisen hoidon aloittamisella. Hoitoketjua tehostamalla pystytään alkuvaiheen haavat hoitamaan konservatiivisin keinoin ja välttämään kalliilta erityishoidoilta kuten leikkaushoidoilta. (Vaalasti 2008, 2.) Tanskassa tehtyjen arvioiden mukaan toimiva haavanhoitoketju säästää Helsingin kokoisessa väestössä 23 miljoonaa euroa seuraavan kymmenen vuoden aikana (Kojola 2012, 23).

4.3 Kroonisten haavapotilaiden hoidon järjestäminen terveydenhuollossa

Terveydenhuoltojärjestelmässä on tällä hetkellä paljon kehitettävää kroonisten haavapotilaiden hoidon osalta. Potilaiden hoitoprosessit ovat melko joustamattomia ja toivuutta hankaloittaa huono tiedonkulku. Haavapotilaat saattavat joutua odottamaan hoitoon pääsyä pitkiä aikoja, jolloin potilaan haavatilanne pääsee usein pahenemaan ja toipuminen hidastuu tai pitkittänyt tilanne voi jopa johtaa tarpeettomaan amputaatioon. (Kojola 2012, 22; Salin ym. 2012, 426.) Myös lääkäreiden sekä hoitohenkilökunnan haavanhoidon osaaminen on usein pinnallista, koska haavanhoidon koulutus on vähäistä eikä tietotaitoa pystytä ylläpitämään. Potilaita saatetaan hoitaa ilman määritettyä diagnoosia ja hoitosuunnitelmaa useassa eri hoitopaikassa, joka aiheuttaa päällekkäisiä töitä eri yksiköissä. Myös hoitolinjaukset erityisesti haavojen paikallishoidon osalta ovat vaihtelevia sekä uusien ja usein kalliiden hoitomenetelmien ja hoitotuotteiden käyttöön-

otto on hallitsematonta. Näin ollen potilaat eivät saa parasta mahdollista hoitoa. (Lepäntalo ym. 2009, 457-458.)

Erikoissairaanhoidossa kroonisten haavojen hoito on tällä hetkellä pirstoutunut erikoisaloittain ja voimavarat kohdistuvat komplisoituneiden haavojen hoitoon, vaikka merkittävä osa haavoista voitaisiin ehkäistä tai hoitaa jo varhaisvaiheessa. (Lepäntalo ym. 2009, 457.) Kroonisten haavapotilaiden määrän kasvaessa on tulevaisuudessa tehtävä merkittäviä muutoksia haavanhoidon organisoimiseksi, jotta voidaan vastata muuttuvaan hoidon tarpeeseen ja pystytään turvaamaan haavapotilaiden hoitoon riittävät taloudelliset resurssit (Lepäntalo ym. 2009, 461; Halsinaho 2011; Kojola 2012, 22).

Perusterveydenhuollon asemaa on vahvistettava ja varmistettava perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö ja toiminnallinen kokonaisuus (Terveystoimintalaki 2011). Haavojen ennaltaehkäisyssä ja ongelmattomien haavojen hoidossa päävastuussa ovat terveysasemat, kotihoito ja kotisairaanhoito. Haastavat haavat ja konsultaatiot taas hoidetaan erikoissairaanhoidossa yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa. (Lepäntalo ym. 2009, 458.) Kustannustehokkaan ja porrastetun hoitomallin kulmakiviä ovat varhainen diagnostiikka, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tiivis yhteistyö, haavanhoidon erityisosaamisen vahvistaminen sekä haavanhoidon keskittäminen siihen erikoistuneisiin yksiköihin (Kojola 2012, 22; Korhonen ym. 2012, 3120).

4.4 Kroonisten haavapotilaiden hoidon keskittäminen

Terveystoimintalain (2011) määritetään erikoissairaanhoidon keskittämisestä alueellisesti ja valtakunnallisesti. Alueellinen erityistason sairaanhoito keskitetään viiteen yliopistolliseen sairaalaan, jossa järjestetään erikoissairaanhoitoa vaativat tutkimukset, toimenpiteet ja hoito. Alueellisen keskittämisen lähtökohtana on yhtenäiset hoitolinjat, potilasturvallisuus ja hoidon laadun parantaminen. Vaativien hoitojen, esimerkiksi harvinaista syöpää sairastavien potilaiden hoidossa saavutetaan parempi lopputulos, jos potilaan hoito keskitetään yksikköön, joka hoitaa paljon samanlaisia potilaita. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2003, 352; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Keskitetyn toiminnan lähtökohtana on potilas ja hänen läheisensä eikä organisaatio (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2003, 352-353; Lääperi 2007; Sholar, Wong,

Culpepper & Sargent 2007, 279-280). Keskittämisellä pyritään henkilöstön mahdollisimman tehokkaaseen hyödyntämiseen sekä toiminnan yhdenmukaistamiseen, jotta potilaille voidaan mahdollistaa laadukas hoito (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2003, 352-353; Lääperi 2007; Lepäntalo ym. 2009, 457).

Toiminnan keskittämisellä parannetaan myös erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2003, 353). Toimivan yhteistyön takaamiseksi tiedon kulku terveydenhuollon eri toimijoiden kesken tulee varmistaa ja samalla huomioida myös potilaan riittävä tiedonsaanti. Perusterveydenhuollon työntekijöillä voisi olla mahdollisuus olla yhteydessä kuvansiirron tai kuvapuheluiden välityksellä erikoissairaanhoidon asiantuntijoihin ja saada näin välitöntä konsultaatioapua. (Lepäntalo ym. 2009, 457-458.)

Hoidon yhtenäistäminen ja keskittäminen on muutos, joka vaatii moniammatillista yhteistyötä. Kansainvälisesti on perustettu useita kroonisiin haavoihin erikoistuneita yli erikoisalojen ulottuvia haavakeskuksia. (Lepäntalo ym. 2009, 461; Halsinaho 2011; Kim ym. 2013, 1703-1705.) Haavakeskukselle ei kuitenkaan ole yhtä oikeaa toimintamallia, vaan toimintaa voidaan organisoida monella eri tavalla (Kim ym. 2013, 1703). Esimerkkinä keskitetystä haavoihin erikoistuneesta yksiköstä on tanskalainen haavakeskus, Copenhagen Wound Healing Center (CWHC), joka on erikoissairaanhoidossa toimiva moniammatillinen osaamiskeskus, jossa osasto ja poliklinikka toimivat yhdessä. Tällainen integroitu haavakeskus nähdään Tanskassa parhaana ratkaisuna, koska tällöin toimintaa pystytään kehittämään parhaiten ja saavuttamaan paras mahdollinen haavanhoito. Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi CWHC:ssä potilaalle nimetään asiantuntija, joka seuraa ja hoitaa potilasta koko hänen hoitoprosessinsa ajan. (Gottrup 2004, 38-40.)

Keskitetty yksikkö luo myös parhaan ympäristön tiimityöskentelyyn (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2003, 352-353; Lääperi 2007; Sholar ym. 2007, 279-280; Lepäntalo ym. 2009, 461; Halsinaho 2011). Kim:n ja kumppaneiden (2013) mukaan menestyneen haavakeskuksen taustalla on ollut moniammatillisen tiimin toiminta, koska yksittäisellä terveydenhuollon ammattilaisella ei ole vaadittavaa tietoa, taitoja eikä kokemusta hoitaa kokonaisvaltaisesti haastavia haavapotilaita. Lisäksi jokainen haavatyypin vaatii erilaista osaamista ja potilaiden hoito on suunniteltava yksilöllisesti. Haavakeskuksessa eri alojen asiantuntijat sekä erityistyöntekijät työskentelevät eri työpanoksilla, mutta toiminnan onnistumiseksi edellytetään kaikilta moniammatillisen tiimin jäseniltä vahvaa sitoutumista toimintaan. (Kim ym. 2013, 1703-1706.)

Jokaisella moniammatillisen tiimin jäsenellä on tärkeä rooli potilaiden hoidossa ja asiantuntijoiden valitseminen moniammatilliseen tiimiin perustuu osaamisen sekä haavanhoidon kiinnostuksen mukaan (Kim ym. 2013, 1705-1706). Haavapotilaan diagnosointi on lääkäreiden tehtävä ja paikallishoitovalmisteiden valinta, hoito ja mittaukset haavahoitajien tehtäviä (Lepäntalo ym. 2009, 457-458).

Haavakeskuksen toiminnan myötä kommunikointi moniammatillisen tiimin asiantuntijoiden kesken on vahvistunut ja potilaiden hoito on ollut sujuvaa ja saumatonta. Samoin hoitotulokset ovat olleet paremmat. Parantuneiden jalkahaavojen määrä on ollut suurempi ja toiminta on vähentänyt huomattavasti haavojen komplikaatioita sekä niistä aiheutuvia amputaatioita (Sholar ym. 2007, 279-283; Lepäntalo ym. 2009, 458; Kim ym. 2013, 1705-1706). Sholar ym. (2007) raportoivat seitsemän vuoden kokemusten ja seurannan perusteella, että keskitetyssä moniammatillisessa haavakeskuksessa potilaiden haavat paranivat nopeammin verrattuna kotihoidossa hoidettuihin potilaisiin ja toiminnan ansiosta osa potilaista vältti osastohoidon. Haavojen tehokas hoito vaikutti potilaiden elämänlaatuun parantavasti ja haavakeskuksessa potilastyytyväisyys oli korkea. (Sholar ym. 2007, 279-283.)

Myös kehitys- ja tutkimustyö sekä kouluttaminen korostuvat haavakeskuksen toiminnassa. Keskitetty osaamisyksikkö luo parhaat edellytykset tutkimustoimintaan ja kannustaa jatkuvaan kehittämiseen. (Gottrup 2004, 38-40; Kim ym. 2013, 1705-1706.) Keskitetyssä yksikössä työntekijöiden ammattitaidot laajenevat moniammatillisen yhteistyön ansiosta, joka mahdollistaa muun muassa hoitotyön asiantuntijatehtävät, kuten haavanhoidon opetuksen (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2003, 352-353; Gottrup 2004, 38-40; Lääperi 2007; Lepäntalo ym. 2009, 457-458).

Kim ym. (2013) toteavat, että potilaan ensimmäinen vastaanottokäynti haavakeskuksen poliklinikalla on pitkäkestoinen, sillä moniammatillinen tiimi tekee yhdessä potilaalle hoitosuunnitelman. Haavakeskuksessa myös potilaan jatkokäynnit kestävät 35 minuutista 60 minuuttiin, koska jo pelkästään käytännön haavahoito on aikaavievää. Vastaanotolla on varattava riittävästi aikaa myös potilaan opettamiseen ja ohjaukseen. Haavapotilaiden heikentynyt liikuntakyky ja apuvälineiden käyttö lisäävät myös osaltaan vastaanottokäynnillä kuluvaa aikaa. (Kim ym. 2013, 1703-1705.)

Keskitetyssä yksikössä fyysiset tilat voidaan suunnitella vastaamaan potilaiden ja toiminnan tarpeita (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2003, 348-349). Haavakeskuk-

sen sijainnissa on huomioitava haavapotilaiden heikentynyt liikuntakyky ja haavakeskukseen tulee olla helppo kulkea. Tarvitaan leveät käytävät, jotta apuvälineillä liikkuminen on mahdollisimman helppoa. Vastaanottohuoneita on oltava riittävästi ja niitä tulee olla varattuna myös toiminnan kasvu huomioon ottaen. Haavanhoitohuoneet tulee olla varusteltu kattavasti ja niin, että huoneissa on helppo tutkia ja hoitaa potilaita. On huomioitava myös potilaiden mukavuustekijät. Kattava varasto tarvitaan haavanhoitotuotteita ja muita välineitä varten. (Kim ym. 2013, 1706-1708.) Keskittäminen mahdollistaa myös hoitovälineiden parhaan mahdollisen hyödyntämisen (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2003, 348-349). Lisäksi tekniikalla on tärkeä rooli haavakeskuksessa, jotta saadaan dokumentoitua haavan paranemiseen liittyvät algoritmit sekä tallennetuksi haavoista otetut valokuvat (Kim ym. 2013, 1708).

Vaikka keskitetty toiminta on tuonut paljon hyötyjä, on se silti koettu vaikeaksi organisoida, hallinnoida sekä ylläpitää (Kim ym. 2013, 1703-1705). Siksi toiminnan muutos edellyttää selkeää johtamista ja tarvitsee täyden tuen sairaalan johdolta onnistuakseen (Lepäntalo ym. 2009, 459; Kim ym. 2013, 1705). Aluksi luodaan tarvittavat rakenteet sekä sovitaan prosesseista, tavoitteista ja seurannasta. Haavapotilaiden hoidon kokonaistoimintaa johtamaan tarvitaan yksi selkeästi määritelty taho, jonka tehtävänä on seurata haavanhoidon toteutumista, tuloksia ja kustannuksia ja tehdä ehdotuksia toiminnan kehittämiseksi. Tavoitteeksi on otettava, että potilas etenee hoitoketjussa sujuvasti ja saa parhaan mahdollisen hoidon. (Lepäntalo ym. 2009, 458-459.)

4.5 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on järjestelmällinen ja kriittinen kirjallisuuden kerääminen. Se näyttää, mistä näkökulmista ja miten kyseistä asiaa on aiemmin tutkittu. Kirjallisuuskatsauksella syvennetään tietoja asioista, joista on jo valmiiksi tutkittua tietoa ja tuloksia. Toisin sanoen kyseessä on toisen asteen tutkimusta, tutkimusten tutkimista eli metatutkimusta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105-115.)

Kirjallisuuskatsaus on luotettavimpia tapoja yhdistää aikaisempaa tietoa. Sen avulla voidaan saada esille mahdolliset puutteet tutkimustiedossa, ehkäistä uusien tarpeettomien tutkimusten käynnistämistä ja tuoda esiin uusia tutkimustarpeita (Kääriäinen & Lahinen 2006, 44). Tämä kirjallisuuskatsaus on toteutettu systemaattisen kirjallisuuskatsa-

uksen periaatteiden mukaisesti. Kirjallisuuskatsaus on tehty osana ylemmän ammattikorkeakoulun näyttöön perustuvan toiminnan ja systemaattisen kirjallisuuskatsauksen opintojaksoa. Kirjallisuuskatsauksesta on tehty erillinen raportti. (Vuorenpää 2014.)

4.5.1 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen

Tähän tutkimukseen liitetyn kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata, mitä polikliinisen hoidon toimintamalleja on käytössä erikoissairaanhoidon poliklinikoilla ja mitä toimintamalleista tiedetään. Polikliinisen hoidon toimintamallilla tarkoitetaan erilaisia vastaanottomalleja, joilla potilaiden hoito on järjestetty poliklinikoilla. Kirjallisuuskatsauksessa vastattiin seuraaviin kysymyksiin: Mitä toimintamalleja on käytössä erikoissairaanhoidon poliklinikoilla? Ja Mitä tiedetään polikliinisen hoidon toimintamalleista?

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli kartoittaa tutkimustilanne erikoissairaanhoidon polikliinisen hoidon toimintamalleista ja hyödyntää saatua tietoa Tampereen yliopistolaisen sairaalan uuden haavakeskuksen poliklinikan toiminnan suunnittelussa. Lisäksi kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli vahvistaa opinnäytetyön teoreettisia lähtökohtia.

Kirjallisuuskatsauksen hakusanat nousivat tutkimuskysymyksistä. Suomalaiset hakusanat määriteltiin YSA:n eli Yleisen Suomalaisen Asiasanaston avulla. Englanninkieliset vastineet löytyivät useasta polikliinisiin toimintamalleihin liittyvistä tutkimuksista ja ne olivat MeSH (Medical Subject Headings) -asiasanoja. Hakusanat ja niiden yhdistelmät tässä kirjallisuuskatsauksessa olivat:

poliklinikat / outpatient clinic / outpatient care / ambulatory care

AND

toimintamallit / operations model

Perushaku tehtiin joulukuussa 2013 seuraaviin tietokantoihin: Medic, Cochrane, PubMed, Cinahl, Aleks, Arto ja Theseus. Seuraavalla sivulla, taulukossa 1 on esitetty tarkempi kuvaus kirjallisuuskatsauksessa käytetyistä tietokannoista.

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tietokannat (Tamk. E-aineistoportaali Nelli)

Tietokanta	Kuvaus
Medic	Kotimainen terveystieteiden viitetietokanta
Cochrane	Tietokantakokoelma, jossa on systemoituja kirjallisuuskatsauksia sairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoidon vaikuttavuuteen liittyen
PubMed	Lääke- ja terveystieteiden sekä lähialojen kansainvälinen artikkeliviitetietokanta
Cinahl	Ebsco, kansainvälinen hoitotieteen tietokanta
Aleksi	Kotimainen aikakausi- ja sanomalehtien artikkeliviitetietokanta
Arto	Kotimaisten artikkelien viitetietokanta kaikilta tieteenaloilta
Theseus	Ammattikorkeakoulujen elektronisten opinnäytetöiden julkaisuarkisto

Kirjallisuuskatsauksessa määriteltiin ennalta sisäänotto- ja hylkäämiskriteerit, joiden perusteella tutkimukset valittiin mukaan kirjallisuuskatsaukseen. Valintakriteerit on määritelty taulukossa 2.

Taulukko 2. Alkuperäistutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> Tutkimukset on julkaistu vuosien 2003-2013 aikana Tutkimukset on kirjoitettu suomen- tai englanninkielellä Tutkimukset on toteutettu erikoissairaanhoidon näkökulmasta Kaikki tutkimusmenetelmät hyväksytään Sallitaan YAMK-opinnäytetyöt Tutkimus tai artikkeli on saatavana kokotekstinä 	<ul style="list-style-type: none"> Tutkimukset, jotka on yli 10 vuotta vanhoja Ei suomen- tai englanninkielinen julkaisu AMK-opinnäytetyöt Hankkeet ja hankeraportit Tutkimukset on toteutettu perusterveydenhuollon näkökulmasta Tieteellistä julkaisua ei ole saatavana kokotekstinä Ammattilehtien artikkelit

Perushaun tuloksena saatiin 2014 osumaa, jotka tarkasteltiin ensin otsikkotasolla ja rajattiin sisäänotto- ja poissulkukriteerien sekä tutkimuskysymysten perusteella. Otsikon perusteella valittiin 27 tutkimusta tarkasteluun. Tuloksista valikoitui tiivistelmän ja kokotekstin tarkastelemisen jälkeen yhteensä kuusi tutkimusta kirjallisuuskatsauksen aineistoksi (N=6). Aineistoa läpikäydessä tarkasteltiin katsaukseen mukaan valituista tutkimuksista lähdeluettelot, jotta löydettäisiin mahdollisesti tietokantahaun ulkopuolel-

le jääneet tutkimukset. Manuaalinen tiedonhaku ei kuitenkaan tuottanut yhtään lisääineistoa. Taulukossa 3 on kuvattu aineiston tiedonhaussa käytetyt tietokannat, hakusanat ja tulokset.

Taulukko 3. Tiedonhaku tietokannoittain sekä otsikon ja tiivistelmän/kokotekstin perusteella valitut alkuperäistutkimukset

Tietokanta	Poliklinikat/ outpatient clinic/ outpatient care/ ambulatory care AND toimintamallit / operations model	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän/ kokotekstin perusteella valitut
Medic	64	5	2
Cochrane	2	1	0
Pubmed	1548	12	1
Cinahl	279	5	1
Aleksi	28	1	1
Arto	16	0	0
Theseus	77	3	1
Manuaalinen haku			0
Yhteensä	2014	27	6

Alkuperäistutkimusten näytön asteen arviointiin valittiin tässä kirjallisuuskatsauksessa Suomen Sairaanhoidajaliiton (2004, 21) laatima näytön asteen luokitusmalli. Luokitus sisältää neljä luokkaa I-IV, joista vahvinta näytön astetta kuvaa luokka I. Valituissa tutkimuksissa näytön asteet ovat luokkaa II-IV. Tutkimusten laadun arvioinnissa käytettiin Gitta Palomäen sekä Heli Piirtolan (2012, 77) kehittämää laadun arviointilomaketta. Alkuperäistutkimukset pisteytettiin laadun arvioinnin kriteeristöllä. Maksimipisteet arviointilomakkeessa oli 20 ja alin kirjallisuuskatsaukseen hyväksytty tutkimus sai 14 pistettä. Tämän kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimusten näytön asteen luokka sekä laadun arviointipisteet raportoidaan alkuperäistutkimusten yhteenvedotaulukossa liitteessä 1. Valitut tutkimukset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysin tuloksena pääluokiksi muodostui viisi erikoissairaanhoidon polikliinisen hoidon toimintamallia: lääkäri-hoitajavastaanottomalli, hoitajavastaanottomalli, lääkäri-sihteeri vastaanottomalli, puhelinvastaanottomalli sekä moniammatillinen vastaanottomalli.

4.5.2 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

Kirjallisuuskatsauksen tuloksena löytyi viisi erikoissairaanhoidon poliklinisen hoidon toimintamallia. Poliklinikkatoimintaa järjestettäessä kuitenkin yhtä oikeaa toimintamallia ei ole, vaan niiden soveltuvuus käytäntöön riippuu poliklinikan luonteesta. (Salin ym. 2012, 426). Perinteisin ja eniten käytössä oleva toimintamalli on lääkärihoitajavastaanottomalli. Säilän (2005, 43) ja Kantelisen (2008, 40, 45) tutkimusten mukaan lääkärihoitajavastaanottomallissa hoitajan tehtävänä on potilaan ohjaus ja neuvonta, potilaan hoidon koordinointi sekä lääkärin avustaminen erilaisissa tutkimuksissa ja toimenpiteissä. Kuitenkaan hoitajan ammattiosaamista ei pystytä hyödyntämään tässä mallissa parhaalla mahdollisella tavalla (Säilä 2005, 40).

Poliklinikoilla lääkäri ja hoitaja työskentelevät joko yhteisessä tai erillisissä huoneissa. Erillisillä työskentelytiloilla luodaan lääkärille ja hoitajalle työrauha. Tämä antaa potilaalle mahdollisuuden luottamukselliseen keskusteluun ja yksityisyyteen, hoitajan rooli korostuu ja työn itsenäisyys lisääntyy. Erillisten tilojen suurin ongelma on tiedonkulkuun liittyvät asiat, esimerkiksi asioiden hoitamisen päällekkäisyydet. Toimivimmaksi malliksi on todettu sellainen, jossa lääkärin ja hoitajan huoneiden välissä on ovi. Yhteisiä tiloja lääkäri ja hoitaja käyttävät esimerkiksi silloin, kun lääkäri tarvitsee avustajaa toimenpiteissä. Yhteisen vastaanottotilan haittoja ovat levottomuus, rauhattomuus, ahdistus sekä potilaan intimitettisuojan ja työrauhan puute. Myöskään kummankaan ammattiryhmän työpanoksen käyttö ei ole tehokasta, sillä hoitajan on odotettava lääkärin määräyksiä, ennen kuin voi toteuttaa hoitoa ja hoitajan hoitaessa potilasta kuluu taas lääkärin työaika hukkaan. (Säilä 2005, 30-31, 44.)

Hoitajavastaanotolla potilas tapaa vain hoitohenkilökuntaan kuuluvia ammattiryhmien edustajia. Hoitajavastaanotoilla käyvät potilaat ovat pääasiassa pitkäaikaissairaita, kuten diabetes-, allergia- ja syöpäpotilaita. Vastaanotot painottuvat potilaiden neuvontaan ja ohjaukseen ja vastaanotoilla keskustellaan potilaiden ja heidän omaistensa kanssa, tuetaan ja motivoidaan potilasta sekä pohditaan käytännön asioita. Neuvonta ja ohjauskäynnit merkitsevät potilaalle paljon, koska niiden aikana käsitellään asioita, joita potilas kohtaa päivittäisissä toimissaan. Käynneillä pyritään parantamaan potilaan itsehoitotaitoja. (Säilä 2005, 25, 27; Sillanpää 2011, 41; Salin ym. 2012, 423-424, 426.)

Säilän (2005) sekä Salinin ym. (2012) tutkimuksista käy ilmi, että hoitajavastaanotolla toimivalta hoitajalta vaaditaan hyvää kliinistä asiantuntijuutta. Kun tukena on tehokas yhteistyö lääkärin kanssa ja hoidon sisällöstä on tehty selkeät ohjeistukset, hän pystyy toimimaan itsenäisesti. Hoitajavastaanotoista saatu potilaspalaute on ollut positiivista, sillä potilaat ovat olleet erittäin tyytyväisiä hoitajien tiedollisiin ja ammatillisiin taitoihin ja he ovat kokeneet saavansa laadukasta ja kokonaisvaltaista palvelua. (Säilä 2005, 15, 26; Salin ym. 2012, 423-424, 426.)

Sillanpään (2011, 42) tutkimuksen mukaan hoitajavastaanoton tärkeimmät sisällöt ovat potilaan hoitoon sitouttaminen, hoidon seuranta ja hoidon vaikutusten seuraaminen ja tiedottaminen. Hoitajakäynnit ovat osa potilaan kokonaisuhoitoa. Hoitajavastaanottotoiminta auttaa pitämään jonot poissa tietyistä potilasryhmissä ja näin potilaan hoidon saatavuus ja hoidon laatu paranevat. (Säilä 2005, 14, 25, 27; Salin ym. 2012, 423-424.). Hoitajavastaanottotoimintaa on tarve kehittää ja laajentaa, mutta tilojen puute ja pula laitteista ja hoitajista estää sen (Salin ym. 2012, 424-426).

Joillakin poliklinikoilla on käytössä lääkäri-sihteerimalli, jolloin potilas ei tapaa hoitajaa lainkaan vastaanottokäyntien yhteydessä. Lääkäri-sihteerit työparina hoidetaan pääasiassa potilaiden kirjevastauksia. Toimintamalli on käytössä myös silloin, kun potilaan hoito poliklinikalla loppuu eikä uusia aikoja tarvitse varata. Lääkäri-sihteerimallia ei pidetä tavoiteltavana toimintana, koska potilaalla on oikeus tavata hoitoalan koulutuksen saanut henkilö vastaanoton yhteydessä ja hoitajalla on omat tehtävänsä vastaanottokäynneillä. (Säilä 2005, 33-34.)

Puhelinvastaanottotoiminta on vaihtoehto perinteiselle poliklinikkatoiminnalle. Sitä voidaan käyttää etenkin silloin, kun pääpaino potilaan hoidossa on keskustelulla (Säilä 2005, 12). Potilaat tiedustelevat puhelimitse tutkimustuloksia, saavat ohjeita ja opastusta, vastaanottoaikoja vaihdetaan ja varataan uusia. Potilaat ottavat yhteyttä voimien muutosten vuoksi ja puhelimesta uusitaan reseptejä ja otetaan kantaa lääkityksiin. (Säilä 2005, 12-13, 45; Sillanpää 2011, 44.)

Puhelinvastaanoton etuina potilaat pitävät seuraavia asioita: ei tarvitse odottaa vastaanotolle pääsyä ja aikaa ja matkakuluja säästyy, kun ei fyysisesti tarvitse lähteä mihinkään (Säilä 2005, 12-13). Sillanpään (2011, 44) tutkimuksen mukaan puhelinvastaanottotoiminta parantaa potilaan tiedonsaantia. Potilastyytyväisyys kasvaa, koska puhelinvas-

taanotto helpottaa hoitoon pääsyä ja vähentää potilaan käyntien määrää poliklinikalla. Jotta puhelinvastaanotto toiminta olisi potilaalle turvallinen, on sitä käyttävä henkilökunta koulutettava toimintaan. Turvallisuutta lisää myös se, että potilaalle järjestetään mahdollisuus päästä vastaanotolle, jos siihen tarve puhelun aikana ilmenee. (Säilä 2005, 12-13.)

Useilla poliklinikoilla puhelinvastaanotto toiminta on osittain organisoimatonta. Soittokäyntejä annetaan sekä hoitajille että lääkäreille, mutta puheluihin vastataan myös kesken vastaanottojen. Tällöin vastaanotot häiriintyvät ja aikataulut viivästyvät. Ajanvarausperiaatteella toimivalle puhelinvastaanotolle potilas saa vastaanottoajan samoin kuin hän saisi perinteiselle vastaanotolle. Säilä (2005) ja Sillanpää (2011) toteavat molemmat tutkimuksissaan, että puhelinvastaanotto toimintaa kannattaa kehittää, sen sijaan että kaikki voimavarat suunniteltaisiin säännölliseen vastaanotto toimintaan. Puhelintoiminnan uudelleen organisoiminen esteenä on kuitenkin lääkäreiden vaihtuvat aikataulut ja puutteelliset henkilöstöresurssit. (Säilä 2005, 13, 45; Sillanpää 2011, 44, 48.)

Useilla poliklinikoilla on jonkinlaista moniammatillista vastaanotto toimintaa (Säilä 2005, 45; Kantelinen 2008, 32). Potilaan hoidon järjestäminen ja toiminnan edellytysten luominen on moniammatillisen tiimin tehtävä, mutta vastuu potilaan kokonaisuudesta on lääkärillä. Tiimin yhteisenä tavoitteena on, että potilas saa avun ongelmaansa mahdollisimman kustannustehokkaasti. (Salin ym. 2012, 426.) Kantelisen (2008, 33) tutkimuksessa ilmeni, että hoitajat osallistuvat kuitenkin melko harvoin moniammatilliseen potilaan hoidon suunnitteluun poliklinikalla.

Oliverin (2004) tutkimuksessa moniammatillista vastaanotto toimintaa arvioitiin potilastyytyväisyyden kautta. Tutkimuksessa ilmeni, että kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien tapaaminen yhdellä kertaa oli potilaasta miellyttävää, eikä potilaat halunneet vaihtaa tapaamisia erillisiksi. Potilaat arvostivat myös sitä, että heidän omaisensa saivat olla mukana moniammatillisella vastaanotolla ja vastaanotoilla käsiteltiin potilaille tärkeitä asioita. Myös Strasserin ja kumppaneiden (2004) mukaan potilaat ovat tyytyväisiä moniammatilliseen vastaanotto toimintaan ja yli 85 % tutkimukseen osallistuneista arvioi vastaanottokäynnin erinomaiseksi.

5 METODOLOGIA

5.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa tutkijan mielenkiinnon kohteena on tavoittaa tutkimukseen osallistujien näkemys kohteena olevasta ilmiöstä ja ymmärtää ihmisen toimintaa tietyssä ympäristössä. Tutkimuksen tärkein tavoite on saada kokonaisvaltainen käsitys tutkittavasta ilmiöstä ja tuottaa näin uutta tietoa ja teoriaa. (Eskola & Suoranta, 2005, 18, 61; Kiviniemi 2007, 70; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 161-164.) Tämän vuoksi kvalitatiivisessa tutkimuksessa painotetaan enemmän aineiston laatua kuin määrää ja tutkimukseen osallistujien määrä onkin yleensä vähäinen (Kylmä, Pelkonen & Hakulinen 2004, 252; Eskola & Suoranta 2005, 18; Kylmä & Juvakka 2012, 27).

Teorian ja kokemusten vuorovaikutteisuus korostuu kvalitatiivisessa tutkimuksessa, sillä tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat ja tutkijan näkemykset kohteena olevasta ilmiöstä suuntaavat tutkijan mielenkiintoa ja näin ollen myös tutkimuksen kulkua (Eskola & Suoranta 2005, 15-16; Kiviniemi 2007, 70-71). Tutkimus on prosessi, jossa tutkimustehtävät muotoutuvat sekä aineistoon liittyvät näkökulmat ja tulkinnat kehittyvät vähitellen tutkimuksen edetessä, kun tutkijan tietoisuus kohteena olevasta ilmiöstä lisääntyy. Tutkija on tutkimusväline, jonka välityksellä kertyy tietoa tutkimuskohteesta. (Eskola & Suoranta 2005, 15-16, 20-21; Kiviniemi 2007, 74, 76-78.)

5.2 Teemahaastattelu

Aineistonkeruumenetelmää valitessa on olennaista, että tutkittava ilmiö saadaan sen avulla otettua luotettavasti haltuun sekä käsitteellistetyksi (Hirsjärvi & Hurme 2001, 66; Kiviniemi 2007, 76-78). Teemahaastattelu sopii erinomaisesti aineistonkeruumenetelmäksi silloin, kun kyseessä on vähän kartoitettu alue ja halutaan tietää yksilön ajatuksia tai kokemuksia jostakin asiasta (Hirsjärvi & Hurme 2001, 34; Eskola & Vastamäki 2007, 25; Tuomi & Sarajärvi 2009, 75). Se on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, joka mahdollistaa avoimen lähestymisen tutkittavaa ilmiötä kohtaan (Kylmä & Juvakka 2012, 64).

Teemahaastattelussa pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymysten mukaisesti, joten ennen haastattelua tutkijan on selvitettävä alustavasti tutkittavaa ilmiötä kokonaisuutena (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47-48; Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2008, 110; Hirsjärvi ym. 2008, 203; Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-75). Eskolan ja Vastamäen (2007, 34) mukaan haastattelujen teemat nousevat tutkijalle aihepiirin tuntemuksen, aikaisempien tutkimusten ja teorian yhteensovittamisen tuloksena. Haastattelurungoksi laaditaan teema-alueluettelo ja niihin kohdistuvat tarkentavat kysymykset (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75).

Tutkijan on hyvä tehdä esihaastatteluja ennen haastattelujen toteutusta, sillä esihaastatteluilla voidaan testata haastattelurunkoa ja kysymysten muotoilua. Samalla tutkija harjaantuu haastattelujen tekemisessä ja saa viitteitä haastattelun kestosta. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 72-73; Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-74.)

Haastatteluihin valitaan harkitusti ja soveltuvuutensa perusteella henkilöitä, joilla on kokemusta ja tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Eskola & Suoranta 2005, 18; Tuomi & Sarajärvi 2009, 74). Haastateltavien valinnassa on myös oleellista huomioida heidän halukkuus ja kyky kuvata tutkittavaa ilmiötä (Kylmä & Juvakka 2012, 58).

Ennen haastatteluja valittuihin haastateltaviin otetaan yhteyttä ja heille esitetään haastattelupyynnöt. Mieluiten haastattelupyynnöksi kannattaa esittää puhelimitse tai henkilökohtaisessa kontaktissa, sillä samassa yhteydessä voidaan herättää haastateltavan kiinnostus aiheeseen ja saada varmimmin suostumus tutkimukseen osallistumiseen. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 84-85.)

Tutkija sopii yhdessä haastateltavien kanssa haastattelujen ajankohdan ja paikan. Haastattelupaikan tulisi olla rauhallinen, jossa haastattelu voidaan tehdä häiriöittä. Haastattelujen onnistumiseksi haastateltaville on myös annettava mahdollisuus valita heille itselleen mieluisin haastattelupaikka, jossa he kokevat olonsa turvalliseksi ja mukavaksi. (Eskola & Suoranta 2005, 91, 93; Eskola & Vastamäki 2007, 28-31.) Samassa yhteydessä haastateltavia on hyvä tiedottaa haastatteluun varattavasta ajasta, joka on yleensä 1,5-2 tuntia. Teemahaastattelurunko olisi annettava haastateltaville hyvissä ajoin ennen haastatteluja, jotta saataisiin kerättyä mahdollisimman kattava aineisto. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 72-73; Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-74; Kylmä & Juvakka 2012, 90.)

Jotta koko aineisto saataisiin talteen ja haastattelu sujumaan nopeasti, haastattelut tallennetaan useimmiten nauhalle. Nauhurin toimivuus sekä nauhurin optimaalinen sijainti haastateltavien puheen tallentamiseksi kannattaa testata ennen haastatteluja. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 92; Janhonen & Nikkonen 2001, 127; Kylmä & Juvakka 2012, 91.)

Haastattelutilanteeseen pyritään luomaan mahdollisimman rauhallinen ja vapautunut ilmapiiri, jotta haastatteluun voidaan keskittyä hyvin sekä mahdollistetaan haastattelijan ja haastateltavan välille hyvä vuorovaikutus- ja luottamussuhteen rakentuminen (Eskola & Suoranta 2005, 91, 93; Eskola & Vastamäki 2007, 28-31). Ennen varsinaisen haastattelun alkamista haastateltavilta pyydetään allekirjoitus haastattelun tietoon perustuvaan suostumukseen, haastattelun tallentamiseen sekä aineiston käyttämiseen tutkimuksessa. Samalla haastateltavilta kerätään tutkimuksen kannalta tärkeimmät taustatiedot, jotta tiedetään, millaiset ihmiset tuottivat tietoa tutkimuskohteesta. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 72-73; Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-74; Kylmä & Juvakka 2012, 76, 149.)

Kun teemahaastattelu toteutetaan yksilöhaastatteluna, on tutkija aktiivinen keskusteluun osallistuja ja edistää toiminnallaan keskustelua haastateltavan kanssa. Haastattelussa edetään haastattelurungon teema-alueiden mukaan, mutta tarkentavien kysymysten järjestys saattaa vaihdella haastattelusta toiseen. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47-48, 61; Eskola & Suoranta 2005, 18; Eskola & Vastamäki 2007, 28; Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-74.) Haastattelun hyötynä on, että tutkija pystyy tarvittaessa heti haastattelutilanteessa tarkentamaan haastateltavalta saamaansa tietoa (Järvinen & Järvinen 2004, 146; Eskola & Suoranta 2005, 85; Eskola & Vastamäki 2007, 25).

Kerättyä haastatteluaineistoa voidaan pitää riittävänä silloin, kun aineisto alkaa toistaa itseään, eivätkä haastateltavat tuota enää uutta tietoa tutkimuskysymyksiin. Tällöin on kyse aineiston saturaatiosta eli kylläntymisestä. Aineiston määrä kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tutkimuskohtainen ja vastauksia tarvitaan sen verran, että aineistosta pystytään tuomaan esiin se teoreettinen peruskuvio, joka tutkimuskohteesta on mahdollista saada. Tutkijan on itse päätettävä, milloin aineistoa on kerätty riittävästi ja se vastaa tutkimuskysymyksiin. (Eskola & Suoranta 2005, 62-63; Tuomi & Sarajärvi 2009, 87.)

5.3 Induktiivinen sisällön analyysimenetelmä

Induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällön analyysimenetelmä on tutkimuksissa paljon käytetty perusanalyysimenetelmä. Se on tapa analysoida tutkimuksia systemaattisesti ja objektiivisesti, jotta aineisto saadaan järjestetyksi johtopäätösten tekemistä varten. Kerätty aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja sisällön analyysin tarkoituksena on järjestää aineisto selkeään ja tiiviiseen muotoon niin, että aineiston sisältämä asiantieto säilyy. Aineistolähtöisen sisällön analyysin avulla rakennetaan teoriaa kokemuseräisestä aineistosta lähtien ja analyysissä edetään aineistolähtöisesti yksittäisistä havainnoista yleisimpiin väitteisiin. (Eskola & Suoranta 2005, 19; Hirsjärvi ym. 2008, 155, 223; Tuomi & Sarajärvi 2009, 66-67, 95, 109-110.)

Aineistolähtöisessä analyysissä aineistoa tarkastellaan yksityiskohtaisesti ja aineistosta tehdyt havainnot ja päättelyt ohjautuvat tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymysten mukaan (Hirsjärvi ym. 2008, 155, 223; Kylmä, Rissanen, Laukkanen, Nikkonen, Juvakka & Isola 2008, 24). Teorian hyöty tulee esiin aineistoa analysoidessa, sillä se toimii välineenä, jonka avulla kerätystä aineistosta pystytään tekemään tulkintoja. (Eskola & Suoranta 2005, 82-83). Kuitenkaan aikaisemmilla tiedoilla ja teorioilla tutkittavasta ilmiöistä ei ole mitään tekemistä analyysin toteuttamisen ja lopputuloksen kanssa, koska analyysi on aineistolähtöinen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95).

Kvalitatiivinen tutkimus on kokonaisuus, jossa aineiston kerääminen ja analysointi nivoutuvat toisiinsa, sillä haastatteluja tehdessään tutkija tekee havaintoja ilmiöistä ja niiden toistuvuudesta (Hirsjärvi & Hurme 2001, 135-136; Tuomi & Sarajärvi 2009, 68). Teemahaastatteluilla saatu aineisto on yleensä runsas, joten analyysivaihe on tutkimuksessa työläs. Yleensä kuitenkin kaikkea saatua materiaalia ei ole tarpeen analysoida. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 135-136.)

Aineisto käsitellään litteroimalla eli purkamalla haastattelut nauhoilta tietokoneelle. Yleensä on perusteltua litteroida haastattelut sanasta sanaan, koska on pyrittävä säilyttämään mahdollisimman tarkasti aineiston todellisuus. (Kylmä & Juvakka 2012, 110.) Litteroidessaan haastatteluja auki, tutkija oppii tuntemaan aineistonsa. Tämän lisäksi aineistoa on vielä luettava läpi useaan kertaan kokonaisuutena, jotta aineistosta alkaa kehittyä tutkijalle ajatuksia ja hän pystyy myöhemmin sijoittamaan analyysissä tietyt

aineiston osat laajempaan kokonaisuuteen. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 143; Janhonen & Nikkonen 2003, 24-39; Eskola 2007, 159-160.)

Aineiston yksityiskohtainen analyysi sisältää pelkistämisen, ryhmittelyn ja käsitteellistämisen. Alkuperäiset ilmaukset muodostavat analyysin lähtökohdan ja toimivat pelkistämisen pohjana. Aineistoa pelkistettäessä aineisto läpikäydään tutkimuskysymyksittäin ja tunnistetaan ne asiat, joista tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita. Näitä kuvaavat ilmaisut tiivistetään ja pelkistetään yksittäisiksi ilmaisuiksi niiden olennainen sisältö säilyttäen. Pyrkimyksenä on tiivistää alkuperäinen ilmaisu niin, ettei sitä toisteta suoraan. (Janhonen & Nikkonen 2003, 24-39; Tuomi & Sarajärvi 2009, 22, 101.)

Pelkistämisen jälkeen samaa tarkoittavat asiat ryhmitellään omiin luokkiin, alakategorioihin. Ryhmittelyssä etsitään pelkistettyjen ilmauksien eroja sekä yhtäläisyyksiä. Analyysia jatketaan muodostamalla samansisältöisistä luokista yläkategorioita. (Janhonen & Nikkonen 2003, 24-37.) Yhdistelyn tuloksena syntyviä luokkia voidaan nimetä jo olemassa olevien teoreettisten käsitteiden mukaan tai luoda itse ilmiötä hyvin kuvaava käsite. Näiden kategorioiden avulla aineisto tiivistyy. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 150; Tuomi & Sarajärvi 2009, 101.)

Ryhmittelyyn liittyy jo jonkin verran käsitteellistämistä, koska yleiskäsitteiden avulla muodostetaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Käsitteellistämisessä erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja sitä jatketaan kategorioiden yhdistämisellä niin pitkään, kun se sisällöllisesti on mielekästä. Näin ryhmittelyn ja käsitteellistämisen kautta tutkija saa vastauksen tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 114-115.) Laadullisessa tutkimuksessa keskeistä on siis teoreettisten ydinkategorioiden löytäminen, koska se auttaa pelkistämään ja jäsentämään kehittymässä olevaa teoriaa (Kiviniemi 2007, 75).

Aineiston analyysin jälkeen tehdään synteesi, jossa pyritään luomaan kokonaiskuva ja esittämään tutkittava ilmiö uudesta näkökulmasta. Tulosten uskotaan siis tuottavan uusia käsitteitä ja uutta teoriaa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Tulkintoja voidaan pitää onnistuneina silloin, kun myös lukija päätyisi niihin samasta näkökulmasta katsoen. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 136, 151; Eskola & Suoranta 2005, 15-16; Kiviniemi 2007, 73.)

6 TOTEUTUS

6.1 Osallistujien kuvaus

Tähän tutkimukseen valittiin yhteensä kuusi osallistujaa (N=6). Haastateltavat valittiin ennalta, koska haluttiin saada mahdollisimman monipuolisia näkemyksiä haavakeskuksen polikliinisen toiminnan suunnittelussa huomioitavista seikoista. Haastatteluihin valikoituilta henkilöillä oletettiin saavan parhaiten tietoa tutkittavasta aiheesta. Yksi haastateltavien henkilöiden valintaperuste oli myös se, että haluttiin haastatella asiantuntijoita, jotka mahdollisesti tulevat työskentelemään haavakeskuksen poliklinikalla. Tällä tavoin tutkimuksen osallistujat pääsivät osalliseksi oman tulevan työympäristönsä suunnitteluun ja vaikuttamaan uuden toimintamallin rakentumiseen.

Haastatteluihin osallistui kolme hoitotyöntekijää ja kolme lääkäriä. Kaikki haastateltavat työskentelevät Tampereen yliopistollisen sairaalan sisätautien-, iho- ja sukupuolitautien- tai plastiikkakirurgian yksiköissä ja heillä on pitkäaikainen kokemus kroonisten haavapotilaiden hoidosta. Kaikki haastateltavat ovat haava-asiantuntijoita, jolla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa vahvaa oman erikoisalnan asiantuntijuutta kroonisten haavapotilaiden hoidosta.

6.2 Aineiston keruun toteutus

Tässä tutkimuksessa aineistonkeruun menetelmäksi valittiin teemahaastattelu. Haastattelurungon teemat nousivat aikaisemmista tutkimuksista sekä teoriasta. Teema-alueet rakentuivat tasapainotetun suorituskyky mittariston, Balanced Scorecard (BSC), näkökulmiin, joita ovat asiakas, henkilöstö, prosessit ja talous. BSC-mallia käytetään Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä johtamisen työvälineenä ja näiden neljän näkökulman mukaan on määritelty muun muassa mittarit mittaamaan toiminnallisten ja taloudellisten tavoitteiden onnistumista. Tämän vuoksi BSC -näkökulmien käyttäminen teemoina toimi hyvänä kehyksenä haastatteluille ja niitä käyttämällä pyrkimyksenä oli saada mahdollisimman monipuolinen kuva haavakeskuksen polikliinisen toiminnan suunnittelussa huomioitavista asioista. Teema-alueiden sisälle laadittiin lisäksi tarkentavia kysymyksiä.

Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen maaliskuussa 2014 tehtiin yksi esihaastattelu haastatteleamalla hoitotyöntekijää, jolla oli kokemusta kroonisten haavapotilaiden hoidosta. Haastattelu sujui luontevasti keskustellen, koska haastateltava oli tutkijan työkollega. Haastattelun teema-alueet todettiin toimiviksi, mutta muutaman tarkentavan kysymyksen muotoa korjattiin kysymyssanoilla alkaviksi. Esihaastattelu kesti 40 minuuttia. Haastattelua ei nauhoitettu, koska kasettisanelin todettiin ennen haastattelun alkua toimimattomaksi.

Haastatteluihin valittuihin haava-asiantuntijoihin tutkija otti henkilökohtaisesti yhteyttä joko puhelimitse tai tapaamalla kasvotusten. Heitä informoitiin tutkimuksesta ja kysyttiin osallistumishalukkuudesta. Kaikki kuusi ennalta valittua henkilöä kiinnostuivat tutkimuksesta ja olivat halukkaita osallistumaan haastatteluihin. Haastatteluajankohta ja -paikka sovittiin erikseen kunkin haastateltavan kanssa ja haastateltavat saivat vaikuttaa haastattelupaikan valintaan. Heitä pyydettiin varaamaan haastattelua varten aikaa 1 tunti.

Teemahaastattelut toteutettiin huhtikuussa 2014 yksilöhaastatteluina Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Viikkoa ennen sovittua haastatteluajankohtaa haastateltaville lähetettiin sähköpostitse informaatiokirje (Liite 2) tutkimuksesta ja teemahaastattelurunko (Liite 3), jotta he pystyivät valmistautumaan haastatteluun. Lähes kaikki haastateltavat olivat valmistautuneet hyvin haastatteluihin ja miettineet ennalta tutkittavaa ilmiötä. Osa oli muistin tueksi kirjannut ylös ajatuksiaan haastattelurungon yhteyteen.

Haastattelut yritettiin toteuttaa rauhallisessa paikassa, jossa ei ollut häiriötekijöitä. Kaksi haastattelua pidettiin haastattelijan omassa työhuoneessa ja neljä haastattelua pidettiin haastateltavien työhuoneissa. Haastattelutilanteessa korostettiin vielä haastatteluihin osallistumisen vapaaehtoisuutta ja ennen haastattelun alkamista haastateltavilta pyydettiin kirjallinen tietoinen suostumus (Liite 4) tutkimukseen osallistumisesta ja haastattelun nauhoittamisesta. Samalla kerrottiin haastattelun etenemisestä ja haastateltavat saivat esittää tutkimukseen liittyviä mahdollisia kysymyksiä. Haastateltavat kysyivät tutkimusprosessin etenemiseen, anonymiteetin säilyttämiseen sekä tulosten esittämiseen liittyviä kysymyksiä.

Haastattelut etenivät keskustelunomaisesti teema-alueiden ohjaamina. Kaikissa kuudessa haastattelussa teema-alueet käytiin samassa järjestyksessä läpi ja niitä avattiin yksit-

täisillä kysymyksillä. Kuitenkin tarkentavien kysymysten järjestys ja muoto sekä kysymysten käsittelyjen laajuus vaihtelivat. Joitakin kysymyksiä tarkennettiin vielä haastatteluissa, koska haastateltavat eivät olleet varmoja, mitä kysymyksellä tarkoitettiin. Myös tutkija tarkensi muutamaa otteeseen haastateltavien tuottamaa tietoa, että oli ymmärtänyt sen oikein.

Koska kaikki haastateltavat olivat haastattelijalle ennestään tuttuja, oli ilmapiiri haastatteluissa vapautunut ja haastateltavat toivat kattavasti esille näkemyksiään. Haastattelut nauhoitettiin tutkijan puhelimen sanelimelle, eikä nauhoittamiseen haastattelun alkamisen jälkeen kiinnitetty enää huomiota. Yhdessä haastattelussa häiriötä aiheutti rakennuksen ulkopuolelta kantautunut rakennusmelu, joka vaikeutti hieman haastatteluun keskittymistä puheen kuulumattomuuden vuoksi. Keskustelu kuului siitä huolimatta tallennetulta nauhalta. Lisäksi yksi haastattelu jouduttiin keskeyttämään muutamaksi minuutiksi haastateltavan työtehtävien vuoksi. Haastattelu jatkui kuitenkin keskeytyksestä huolimatta luontevasti. Haastattelut kestivät 40 minuutista 50 minuuttiin.

6.3 Aineiston sisällön analyysin toteutus

Opinnäytetyön tekijä aukikirjoitti haastattelut sanasta sanaan itse. Haastatteluista kertyi aukikirjoitettua tekstiä 30 kokonaista A4-sivua, Times New Roman-kirjasimella, 12 fonttikoolla ja 1-rivivälillä kirjoitettuna. Haastattelujen tekemisen ja aukikirjoittamisen välillä oli aikaa kolme kuukautta, joten tutkija luki haastatteluaineistoaan useaan kertaan läpi palauttaakseen mieleensä haastattelujen annin ja saaden kokonaiskuvan aineistosta. Aineiston kokonaiskuvan selkiytyessä myös tutkimuskysymykset muokkaantuivat lopulliseen muotoonsa. Haavakeskuksen polikliinisen toiminnan suunnittelussa huomiotavista asioista oli tutkimusprosessin alussa neljä erillistä tutkimuskysymystä BSC -näkökulmien mukaan. Näkökulmat jätettiin tässä vaiheessa pois, koska yhdellä kysymyksellä pystyttiin kerätystä aineistosta saamaan samat tutkimustulokset.

Kerätty aineisto lähdettiin analysoimaan aineistolähtöisesti. Analyysiyksiköksi valittiin lause tai lausuma, joka vastasi tutkimuskysymyksiin. Muu kertynyt aineisto rajautui tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Alkuperäisilmaukset merkittiin aineistoon kursivoinnilla sekä punaisella fontilla ja pelkistetty ilmaisu merkittiin sulkuihin alkuperäisilmauksen perään. Pelkistetyt ilmaukset pyrittiin tekemään mahdollisimman tarkasti alkupe-

räisilmaisua kuvaaviksi, mutta kuitenkin toistamatta niitä. Taulukossa 3 on esitetty esimerkki aineiston pelkistämisestä.

Taulukko 3. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS
<i>"..joudutaan ottaan enemmän näkökulmia huomioon, ei pelkää sitä haavanhoidollista näkökulmaa."</i>	Kokonaistilanteen huomioiminen
<i>"..joutuu pitäänsä ajan tasalla koulutuksellisesti.."</i>	Oman ammattitaidon ylläpitäminen
<i>"..lääkärin ja hoitajan ja kaikkien työntekijöiden välinen luottamussuhde.."</i>	Työntekijöiden keskinäinen luottamus
<i>"..saa siinä samassa yhteydessä keskustella heti.."</i>	Välitön keskustelu

Tämän jälkeen listattiin pelkistetyt ilmaukset allekkain Excel-työkirjaan ja etsittiin ilmausten yhtäläisyyksiä ja eroja. Sisällöllisesti samankaltaiset ryhmiteltiin samaan luokkaan eli alakategoriaan ja annettiin kategorialle sen sisältöä kuvaava nimi. Alakategorioita syntyi yhteensä 45. Taulukossa 4 on esitetty esimerkki pelkistettyjen ilmausten ryhmittelystä ja alakategorian nimen muodostumisesta.

Taulukko 4. Esimerkki pelkistettyjen ilmauksien ryhmittelystä ja alakategorian muodostumisesta

PELKISTETTY ILMAUS	ALAKATEGORIA
Vahva ammatillinen osaaminen	Henkilöstön edellytykset
Oman ammattitaidon ylläpitäminen	
Aito kiinnostus haavapotilaiden hoitoon	
Halu kehittää haavakeskuksen toimintaa	
Hyvä stressinsietokyky	
Joustava	
Hyvät opetus- ja ohjaustaidot	
Henkilöstön asennoituminen ja halukkuus yhdessä työskentelyyn	Hyvin toimiva moniammatillinen tiimi
Yhteistyön merkityksen ymmärtäminen tiimityössä	
Jokaisen osaamista osataan hyödyntää tiimissä	
Työntekijöiden keskinäinen luottamus	
Sitoutuminen tiimin toimintaan	

Tämän jälkeen analyysiä jatkettiin yhdistämällä samansisältöiseksi tulkitut alakategoriat yläkategorioiksi. Yläkategorioita muodostui 14 ja ne nimettiin niiden sisältöä kuvaaval-

la nimellä. Vielä lopuksi tarkistettiin, että yläkategorioiden nimet vastaavat tutkimuskysymyksiin. Yläkategorioiden muodostumisesta on kuvattu esimerkki taulukossa 5.

Taulukko 5. Esimerkki yläkategorioiden muodostumisesta

ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
Henkilöstöhallinto	Henkilöstö
Riittävät henkilöstöresurssit	
Vastaavan lääkärin resurssi	
Henkilöstön edellytykset	
Vastaavan lääkärin erilliset vaatimukset	
Hyvin toimiva moniammatillinen tiimi	Moniammatillinen tiimityö
Osaamisen kasvaminen tiimissä	
Tiimin sisäinen vuorovaikutus	
Haasteet tiimityön toteutumiselle	

Ryhmittelyn ja käsitteellistämisen tuloksena muodostui vielä neljä yhdistävää kategori-aa, jotka olivat toiminnan lähtökohtien määrittely, toiminnan suunnittelu, toiminnan toteuttaminen sekä toiminnan arviointi ja kehittäminen. Taulukossa 6 on esimerkki yhdistävän kategorian muodostumisesta. Tällä tavoin aineisto tuli järjestettyä uudeksi kokonaisuudeksi.

Taulukko 6. Kuvaus yhdistävän kategorian muodostumisesta ja sen sisällöstä

YLÄKATEGORIA	YHDISTÄVÄ KATEGORIA
Hoitoprosessit Henkilöstö Vastaanottotoiminta Tilaratkaisut	Toiminnan suunnittelu

7 TULOKSET

7.1 Toiminnan lähtökohtien määrittely

Ennen kuin haavakeskuksen polikliinisen toiminnan suunnittelu voidaan aloittaa, on mietittävä, mihin se perustuu ja määriteltävä toiminnan tarve. Haavakeskuksen polikliinisen toiminnan lähtökohtiin yhdistyi Palveluja elämän tähden -strategia, kroonisten haavapotilaiden hoidon turvaaminen ja potilaan kokonaisvaltainen hoito.

7.1.1 Palveluja elämän tähden -strategia

Haastatteluisissa haava-asiantuntijat kuvasivat haavakeskuksen polikliinisen toiminnan perustumista olemassa olevaan Pirkanmaan sairaanhoitopiirin, Palveluja elämän tähden -strategiaan. Strategiaa kuvattiin toimintamalliksi, jonka avulla pyritään asettamaan haavakeskuksen toiminnalle keinot ja mallit sairaanhoitopiirin päämäärän saavuttamiseksi. Erityisesti korostettiin potilaslähtöisyyttä ja potilaiden, omaisten sekä perheen huomioimista, sillä ne muodostaisivat keskeisen lähtökohdan potilaan laadukkaan hoidon toteutumiselle.

..se (strategia) semmonen toimintamalli, miten päästään päämäärään.. sellanen, mihin tässä pyritään ja mitkä tässä on ne keinot ja mallit, miten sinne mennään.

Tässä pitää korostaa strategiassa sitä, et se potilaslähtöisyys, potilaiden ja omaisten, perheen huomioiminen.

..pitäis olla se potilas niinkun keskeisessä roolissa.. jotta se hoito on potilaan kannalta laadukasta..

Strategian nähtiin ohjaavan sairaanhoitopiirin työntekijöiden työtä ja sen toteuttamiseen oli sitouduttu, koska sitä pidettiin realistisena ja tavoiteltavana. Päivittäisessä työssä strategia tuli näkyväksi luonnollisesti, ilman, että sen toteuttamista ja tavoitteita olisi suoraan ajateltu.

Eihän tätä voi muuten tätä työtä tehdä, jos ei tässä toiminnassa ole strategiaa.

..oon sitoutunut noudattamaan.

..kun niitä (strategian tavoitteita) on katsonut, niin ei niissä sellaista oo mikä tuntuu mahdottomalta.

Se (strategia) tulee vähän niinkun sillai luonnostaan.. et ei niitä jokapäivä mielesään kukaan pidä.

7.1.2 Kroonisten haavapotilaiden hoidon turvaaminen

Haavakeskuksen perustamisen kannalta erittäin tärkeänä huomioitavana asiana tuotiin esiin väestön kehityksen muutos ja sen myötä kroonisten haavapotilaiden määrän lisääntyminen tulevaisuudessa. Samalla kuvattiin potilaiden hoidon muuttumista entistä haasteellisemmaksi. Asiantuntijat kokivat erityisesti diabetesta sairastavat potilaat suureksi kasvavaksi haavapotilasryhmäksi diabeteksen aiheuttaessa potilaille jalkaongelmia. Myös vaskuliittien ja muiden haastavien haavojen lukumäärissä todettiin olevan kasvua. Toisaalta hoitomuotojen kehittyminen oli vähentänyt laskimoperäisten haavojen syntymistä.

..väestö ikääntyy ja väestön sairastavuus lisääntyy.. niin haavapotilaiden määrä ensinnäkin lisääntyy ja sitten toisaalta niiden hoitaminen tulee haastavammaksi.

..diabetshaava on se ja diabeteksen jalkaongelma on se räjähtävä volyyymi.

..lisääntyy ja mikä trendi on nyt, mitä mekin on katottu niin vaskuliitit ja nämä muut hankalat haavat..

..ne lisääntyy, varmaan laskimohaavat ei ehkä niinkään, koska niihin on tullu moderneja hoitokeinoja.

Tampereen yliopistolliseen sairaalaan ohjautuvien kroonisten haavapotilaiden määrän koettiin myös lisääntyvän sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen (sote-uudistus) myötä, kun hoito keskitetään Taysin alueella.

..sote-uudistuksen myötä ja näin poispäin, niin se hoito keskittyy ja niitä (kroonisia haavapotilaita) tulee tulevaisuudessa enemmän.

Haavakeskuksen polikliinisen toiminnan yhdeksi oleelliseksi lähtökohdaksi muodostui hoidon turvaaminen kaikille kroonisille haavapotilaille tulevaisuudessa. Haavapotilaiden hoidon keskittäminen haavakeskukseen nähtiinkin tarpeelliseksi, jotta voitaisiin vastata potilaiden muuttuvaan hoidon tarpeeseen.

..saako kaikki välttämättä sitä tarvitsevaa hoitoa..

..haavapotilaiden määrä lisääntyy, niin nähdään kuinka tälle on tarvekin.

7.1.3 Potilaan kokonaisvaltainen hoito

Haavakeskuksen toiminnan tulisi turvata potilaan korkeatasoisen hoidon toteutuminen. Asiantuntijat kokivat, että kroonisten haavapotilaiden polikliininen hoito oli tälläkin hetkellä laadukasta ja sisäinen toiminta eri yksiköissä oli toimivaa. Hyväksi koettua toimintaa ei tulisi muuttaa, vaan tarve oli yhtenäistää toimintaa.

..lähtökohta on se potilaan tietynlailla paras hoito.

Kyllä mä lähden siitä, että nytkin me toimitaan laadukkaasti.

Ihotautien haavapolilla meillä on toimiva systeemi, plastiikkakirurgian haavapolilla ja toimiva systeemi jalkatyöryhmässä ja tavallaan ei meidän tarte muuttaa sitä, mikä on hyvää ja toimivaa jo, vaan ehkä tavallaan.. hiukan yhtenäistetään.

Nykyisessä polikliinisessä toiminnassa kehittämishaasteena oli kroonisen haavapotilaan pitkä hoitoprosessi, kun hoito oli hajautettu eri yksiköihin. Potilaat kiersivät eri yksiköiden välillä, kun yhdestä yksiköstä ei saanut kaikkea tarvitsemaansa apua. Samalla potilaiden jonotusajat kasvoivat. Pitkä hoitoprosessi oli aiheuttanut potilaille hämmennystä sekä henkilöstölle päällekkäistä työtä ja vienyt turhaa työaikaa.

..tän hetkessä tilanteessa.. potilaat jonottaa useisiin eri yksikköihin samanaikaisesti ja jonotusajat lisääntyy ja ne ei kuitenkaan saa jokaisesta tai aina yksittäisestä yksiköstä sitä kaikkea apua mitä ne tarvitsee. Elikkä hoitoprosessi tulee tavattoman pitkäksi.

..kiertämään tavallaan siinä eri yksiköiden välillä..

Tällä hetkellä on hajotettu eri paikkoihin, eri toimipisteisiin, niin potilaat ei edes välttämättä tiedä, missä mitään hoidetaan.

..tämmönen sählinki, joka vie kauheesti aikaa.. Et sä et tee hirveesti töitä ja huomaa, et tää onkin käynny jo eilen.

Haastateltujen haava-asiantuntijoiden näkemysten mukaan keskittämällä kroonisten haavapotilaiden hoito haavakeskukseen, olisivat kaikki potilaan tarvitsemat palvelut yhdessä paikassa ja potilas saisi yhden käynnin aikana mahdollisimman kokonaisvaltai-

sen hoidon sairauteensa. Keskitetyn hoitopaikan koettiin tuovan lisäksi selkeyttä potilaan hoitoprosessiin.

Toiminnot olisi tietyllälailla potilaan näkövinkkelistä vähän niin kuin saman katon alla.

..potilas sais aina yhden kontaktin aikana mahdollisimman paljon, mahdollisimman monipuolisesti ja kattavasti sitä apua.

..yksi paikka keskitetty.. niin se ehkä tulee potilaallekin tutuksi se paikka ja on paljon selkeempää..

7.2 Toiminnan suunnittelu

Haavakeskuksen polikliininen toiminta tulisi suunnitella huolellisesti, jotta tavoitteelliselle toiminnalle olisi hyvät edellytykset. Toiminnan suunnittelu piti sisällään tässä tutkimuksessa hoitoprosesseihin, henkilöstöön, vastaanotto toimintaan ja tilaratkaisuihin yhdistyvät seikat.

7.2.1 Hoitoprosessit

Kroonisen haavapotilaan polikliinisen hoidon suunnittelussa korostettiin prosessilähtöisyyttä. Haava-asiantuntijat kokivat tärkeäksi panostaa hoitoprosessien suunnitteluun, jotta niistä muodostuisi toimivia. Haastattelujen mukaan erityisiä haasteita suunnittelulle asettaisi moniammatillisen tiimin yhdistäminen osaksi kroonisen haavapotilaan perusprosessia.

..pitäisi niinkun panostaa siihen prosessien suunnitteluun..

Ne (prosessit) pitää olla toimivia..

Se varmaan se perusprosessi voidaan tehdä, mutta miten se saadaan niinkun sil-lai fiksumi nivottua se moniammatillinen tiimi.

Toimivien hoitoprosessien kautta toimintaa kuvattiin joustavaksi, josta olisi etua sekä potilaalle että organisaatiolle. Hoitoprosessit nähtiin eräänlaisena työvälineenä, jolloin henkilöstö huomioisi työssä kaikki potilaan hoitoon liittyvät asiat ja hoito olisi yhden-

mukaista jokaisen potilaan kohdalla. Hoitoprosessien nähtiin selkeyttävän myös potilaiden jatkohoidon järjestämistä.

..se prosessi sinänsä pitäis ne, että kaikki osa-alueet olis huomioitu, että ne menis joustavasti ja tiedetään heti, että mitä tälle potilaalle tehdään.

..nyt se sosiaalityöntekijä usein unohtuu.. Et sekin tulis niinkun automaationa sille potilaalle.

..se jatkohoito ja sitten se et mihinkä se potilas, kun se lähtee sieltä, niin missä se on se hoitopaikka.

7.2.2 Henkilöstö

Henkilöstöhallinnon näkökulmasta haavakeskus ei voisi olla pieni itsenäinen yksikkö, jotta hyvät sijaisjärjestelyt olisivat toteutettavissa päivittäisen toiminnan turvaamiseksi. Haavakeskus nähtiin osaksi sisätautien poliklinikkaa, jossa osastonhoitaja toimisi yksikön esimiehenä.

.. sisätautipoliklinikka, että oltais siinä kuitenkin osana..

..osastonhoitajan alaisuudessa.. Se ei voi olla pieni itsenäinen yksikkö.. Et sen pitää olla niinkun se, mistä saadaan tuuraajat, mistä saadaan sissit ja muut.

Kroonisten haavapotilaiden hoidon todettiin vievän paljon resursseja, koska hoito vaatii potilaiden kokonaistilanteen huomiointia. Toimivan toiminnan pohjalle tarvittaisiin riittävät henkilöstöresurssit eri erikoisaloilta. Eri yksiköissä olevat kroonisten haavapotilaiden hoitoon käytettävät henkilöstöresurssit voitaisiin hyödyntää tehokkaammin, kun ne tuotaisiin yhteen haavakeskukseen. Myös hoidon kehittäminen voitaisiin taata riittävillä henkilöstöresursseilla ja tämän vuoksi osa asiantuntijoista näki välttämättömäksi, että haavakeskukseen tulisi saada joitakin henkilöstöresursseja lisää.

..vie myöskin erittäin paljon resursseja.. Joudutaan ottaa enemmän näkökulmia huomioon, ei pelkästään sitä haavanhoidollista näkökulmaa..

..jos me saadaan ne (resurssit), jotka on nyt, niin niitä voidaan varmaan hyödyntää tehokkaammin.

Et se jos se resurssointi on riittämätön heti alussa.. sit kaikki se kehittämistyö niin jää kyllä tekemättä.

..on ehkä välttämätöntä saada jotakin henkilöitä, henkilöresursseja lisää.

Haavakeskuksen vastaavan lääkärin resurssi tulisi miettiä toimintaa suunnitellessa. Vastaavan lääkärin työpanos haavakeskuksessa ei välttämättä olisi kokopäiväinen, vaan se olisi jaettu lääkärin oman erikoisalan kesken. Virkaan ehdotettiin avointa työnhakua.

..jos siellä on töissä vastaavana lääkärinä.. pitää miettiä et vaatiiko se kokopäivästä, ei ehkä. Mut jos se ois, jos sille voidaan siellä omassa klinikassa järjestää leikkaustoimintaa tai muuta.

Sit siihen pitää varmaan ihan avoimella haulla etsiä semmosta.

Haavakeskuksessa työskentelevän henkilöstön edellytyksissä korostui vahva ammatillinen osaaminen ja tämän kautta oman ammattitaidon ylläpitäminen. Jotta työ olisi mielekästä, tulisi henkilöstöllä olla aitoa kiinnostusta haavapotilaiden hoitoon sekä halua kehittää haavakeskuksen toimintaa. Lisäksi vaadittaisiin hyvää stressinsietokykyä, joustavuutta sekä hyviä opetus- ja ohjaustaitoja.

..kaikilla on niin hyvä ammattiosaaminen.

..joutuu pitäänsä ajan tasalla koulutuksellisesti..

..on oikeasti kiinnostunut haavanhoidosta..

..halu vielä kehittää sitä haavakeskusta vielä parempaan suuntaan.

..niillä on hyvä stressinsietokyky, joustavuus.. hyvä opetus- ohjaustaito.

Haastatteluissa ilmeni, että sujuvan toiminnan takaamiseksi vastaavan lääkärin erillisiä vaatimuksia olisi hyvä organisointikyky sekä laaja lääketieteellinen osaaminen. Positiivista olisi, jos hän hallitsi useamman kuin yhden erikoisalan osaamisen sekä olisi ennakkoluuloton ja avoin uusille haasteille. Vastaavalta lääkäriltä odotettiin myös sitoutumista työhönsä sekä hyvää johtamisosaamista, joka sisälsi arvostuksen jokaista työntekijää ja heidän ammattiosaamista kohtaan.

..organisointikykyä se vaatii varmasti.. jos siellä on töissä vastaavana lääkärinä.

..lääketieteellinen näkemys ..se pitäis olla laajempi. Silloin se pelais, koska joka potilaalle ei voida juoksuttaa jotakin asiantuntijaa.. ja sit se tietysti vaatis sen sitoutumisen pidemmäksi aikaa siihen..

..osaamista mielellään aika laajasti haavapotilaista, mikä tarkoittaa paitsi tämmöstä diabetologista, kirurgista, niin myös sitten dermatologista osaamista.

..se olis aika hyväkin, että tulis semmonen, jolla ei olis ennakkoluuloja eikä mitään vaan se rohkeasti lähtis oppiin uutta ja selvittelis asioita..

..vetäjällä tärkeä ymmärtää et niitten kaikkien siellä työskentelevien osaajien arvo.. se ymmärtäis sen muunkin substanssin hallitsemisen merkityksen.

7.2.3 Vastaanottotoiminta

Vastaanottotoiminnan organisoiminen vaatisi luovuutta asiantuntijoiden erilaisten viikko- ja työaikataulujen vuoksi. Erityisesti haasteita suunnittelulle asettaisi eri ammattiryhmien ja erikoisalojen asiantuntijoiden aikataulujen yhteensovittaminen ja vastaanottojen aikataulujen laatiminen.

..aikataulujen yhteensovittaminen, koska kaikkien viikko- ja työjärjestykset on kovin erilaiset.

..pitää olla aika luovaa.. aikamoinen aikataulujärjestely, et miten sä laadit aikatauluja.

Haavakeskuksen poliklinikalle potilaat ohjautuisivat pääosin läheteiden perusteella. Lähetekäytäntöön sisältyi, että haavakeskukseen suunnattaisiin tulevaisuudessa kaikki kroonisten haavapotilaiden läheteet arvioitavaksi. Haastateltavien mukaan läheteiden käsittely tulisi olla yhden henkilön vastuulla. Lähetekäytäntöä tulisi kehittää yhdenmuikaistamaan läheteiden sisältöjä. Haava-asiantuntijat toivat esille, että haavakeskukseen tulisi tehdä yleinen lähetepohja potilaita lähettäviä yksiköitä varten, jotta läheteet sisältäisivät oleelliset asiat potilaan vastaanottokäynnin suunnittelemista varten.

..se (potilas) tulee läheteellä tänne.

..yhtenäinen paikka tavallaan ja joku ne (läheteet) kattois, että se on vaan tässä haavakeskuksessa tavallaan tulevaisuudessa.

.. niissä (läheteissä) voi olla ihan eri asioita, mitä loppujen lopuksi on.

..siihen tulee lähetepohja, että kun perusterveydenhuollostakin lähettää ni siihen tulee olla tietyt kaikki asiat mainittuna siinä läheteessä, et me voidaan ajatella sitä jakoa et minkälainen ja mihinkä vastaanotolle se potilas laitettaisiin.

Palvelun saatavuudessa nähtiin keskeisenä, että hoidon tarpeen ilmaantuessa haavapotilaiden tulisi päästä nopeasti ja joustavasti haavakeskukseen hoitoon. Polikliinisessä toiminnassa olisi kiinnitettävä erityistä huomiota siihen, että potilaat saisivat aina tarvittaessa yhteyden haavakeskukseen, eikä vastaanotoille olisi jonotusaikoja.

Joustava, siis tämmöinen niin kuin ettei ole odotusaikoja.. sinne ei tarvi niin kuin jonottaa. Et kun se hoidon tarve tulee, niin sen mä ajattelisin olevan ihan keskeistä.

..se (potilas) saa aina sen yhteyden ja pääsee joustavasti vastaanotolle.

Vastaanottokäyntejä suunnitellessa polikliinisen hoidon toimintamalli tulisi valikoida potilaan tilanteen ja sairauksien mukaan. Erityisesti potilaan ensikäynnin suunnittelemiseen nähtiin haastavaksi, koska haavakeskuksessa tulisi olemaan monenlaisia potilaita. Vastaanottokäyntiä varten olisi varattava riittävästi aikaa, jotta mahdollistettaisiin huolellinen perehtyminen ja syventyminen potilaan tilanteeseen sekä keskustelu eri ammattiryhmien välillä. Samalla tämä koettiin henkilöstön työmotivaatiota ja innostusta lisääväksi tekijäksi.

..et vähän sen potilaan mukaan se valikoidaan millainen vastaanotto.

..minusta ne potilaat tulee oleen moninaisia, et se ensimmäinen käynti on vaikein suunnitella..

..riittävästi.. aikaa semmoseen keskusteluun eri ammattiryhmien välillä.

..saa tietyllä perehtyä ja syventyä asiaan huolellisesti, niin lisäksi semmosta työmotivaatiota ja innostusta..

Haavakeskukseen tulisi suunnitella eri viikonpäiville eri asiantuntijoista koostuvia moniammatillisia vastaanottoja. Osa haastatelluista näki, että potilaan ensikäynti haavakeskuksessa järjestettäisiin moniammatillisella vastaanotolla, johon osallistuvat erikoisalojen asiantuntijat suunniteltaisiin läheteiden perusteella. Toisaalta ensikäynti nähtiin kartoituskäynniksi, jossa potilaan tilannetta ensin selvitettäisiin ja sen perusteella vasta varattaisiin seuraava laajempi käynti. Moniammatillinen vastaanottokäynti veisi paljon aikaa, koska potilas saisi yhdellä kertaa eri erikoisalojen asiantuntijoiden yhteiskannanoton. Potilaan näkökulmasta ajateltiin, että tällainen vastaanottokäynti voisi olla osalle potilaista henkisesti rasittava.

..eri päivinäkin voi olla erilaisia ryhmyksiä siinä, ettei sen tarvi aina olla sama porukka.

..kun sille potilaalle tulee se aika, niin suunniteltais et siihen kuuluu tää osaaja ainakin ensikäynnille.

..se toinen käynti oiskin sitten vaikka se semmonen mis ois ne ketä siihen tarvitaan.

..yks iso käynti, mis menee paljon aikaa.. se sais ne eri asiantuntijoiden kannanotot samalla käynnillä..

..eri ihmiset käy sen potilaan luona.. et se voi olla aika raskaskin.

Joidenkin kroonisten haavapotilaiden kohdalla koettiin riittävän perinteinen lääkärihoitajavastaanotto hoidon suunnittelemista ja toteutusta varten. Lääkärihoitajavastaanottokäyntiä kuvattiin potilaan näkökulmasta rauhalliseksi ja läheiseksi, jossa mahdollistui myös hyvä potilasohjaus.

..on varmasti niinkun semmosia potilaita, mitä ei aina tarvi koko moniammatillisen tiimin katsoa ja missä on niinkun se lääkäri-hoitaja työpari..

..vanhaa mallia.. tää on aika semmonen rauhallinen ja kiva malli tää potilasikäynti.. Tää on aika intiimi, läheisempi ja täs on enemmän mun mielestä semmosta potilasohjaukseen paneutumista ja hoidon ohjausta.

Hoitajavastaanotot korostuisivat haavakeskuksessa ja tarpeelliseksi kuvattiin malli, jossa olisi useampi hoitotyöntekijä, esimerkiksi haavahoitaja ja jalkaterapeutti yhtäaikaista potilaan luona. Asiantuntijat kuvasivat, että useiden potilaiden kohdalla erityisesti kontrollikäynnit voitaisiin järjestää hoitajavastaanotoilla. Tärkeänä pidettiin, että hoitotyöntekijöillä tulisi olla mahdollisuus saada aina tarvittaessa lääkäri vastaanotolle paikalle. Hoitajavastaanotoilla potilaan ja hoitotyöntekijän välistä vuorovaikutusta kuvattiin syvemmäksi muihin vastaanottomalleihin verraten. Potilaat myös lähestyivät rohkeasti hoitajaa, keskustelu oli vapautunutta ja niissä edettiin yksityiskohtaisempiin asioihin.

..hoitajavastaanotto.. niin se varmaan tulee korostuun.

..siinä voi olla jalkaterapeutti-hoitaja..

..hoitajavastaanotto on taas varmaan monien potilaiden jatkohoidossa tavallaan sitten kontrollikäynneillä ja muilla sitten riittävä.

..tarvittaessa pystyy saamaan sen lääkärin siihen paikalle..

..jos hän istuu tossa hoitotuolissa, niin se on paljon vapaampaa, se puhuu paljon henkilökohtaisemmin, tulee niitä pikkuasioita enemmän..

Puhelinvastaanotto toiminta koettiin haavapotilaiden kohdalla haasteelliseksi, koska haavatilanteesta oli vaikea saada kokonaiskuvaa pelkästään sanallisella kuvauksella. Puhelinvastaanottoa voitaisiin hyödyntää haavakeskuksessa niin, että potilaalle soitettaisiin vastaanottokäynnin jälkeen ja kontrolloitaisiin haavatilanne puhelimitse. Puhe-

linvastaanotto todettiin toimivaksi myös etäkonsultaatioissa, kun puhelinkeskustelun rinnalla olisi valokuva. Kun valokuvan lähettäminen etäkonsultaatioissa yleistyy, ei potilaan tarvitsisi välttämättä tulla pitkän matkan päästä vastaanotolle. Tämä kuitenkin edellyttäisi, että potilaan kotipaikkakunnalla on haavahoidon osaamista.

Puhelin ja nämä tämmöset jutut on vähän haasteellisia, koska sitä joutuu sit miettiin, et mitä sille haavalle on oikeesti tapahtunut.

..voiskos se olla järkevä joku puhelinkontrolli et kysytään potilaalta jotain jälkeenpäin.

..etäkonsultaatio toiminta.. meillä olis esim. kaukaa tuleville potilaille mahdollisuus et me saadaan valokuvia haavoista ja voidaan tehdä kontrolleja sillä tavalla, et jos siellä on haavanhoidon osaamista siellä paikkakunnan terveyskeskuksessa niin ettei tarte aina tulla henkilökohtaisesti käymään.

Näkemykset lääkäri-sihteerivastaanottomallin hyödyntämisestä olivat suppeita ja poikkesivat toisistaan. Suurin osa asiantuntijoista ei nähnyt mallia toimivaksi haavakeskuksessa, koska he kokivat, että haavapotilaiden hoidossa tarvittaisiin aina hoitotyöntekijää.

Se lääkäri-sihteeri aika huonosti..

..haavanhoitopotilaille siinä aina tarvitaan luultavasti sitä hoitajaa..

Polikliinisen vastaanottotoiminnan ohelle haavakeskukseen ehdotettiin joidenkin potilaiden kohdalle hoidon järjestämistä päiväsairaalakäyntinä. Tällaiselle käynnille potilaan olisi osattava varautua ennalta, koska tutkimuksissa ja hoidossa kuluisi koko päivä. Päiväsairaalakäynnillä potilas tulisi huomioida muun muassa tarjoamalla hänelle mahdollisuus potilaslounaaseen.

..sellanen päiväsairaalakäynti, jotkut käynnit, et se voi olla koko päivän. Et potilas varautuu, et se voi saada ruuat ja muut että sen ei tarvi nälissään täällä olla. Pystyttään järjestään se.

Haastattelujen mukaan vastaanottotoimintaa suunniteltaessa tulisi huomioida myös poliklinikan käyntilaskutukset. Vastaanottokäynneille tulisi määrittää asiakasmaksut sekä kuntien maksusuudet.

..mitä nämä potilaille maksaa nämä käynnit..

..miten ne tuleekin ne kuntalaskutukset sitten, niin kuin näitä käyntejä mietin.

7.2.4 Tilaratkaisut

Haavakeskuksen tilat tulisi suunnitella hoitoprosessien mukaisesti, jotta ne olisivat tehokkaassa käytössä ja soveltuvia suunniteltuun toimintaan. Tilat suunniteltaisiin sisätautien poliklinikan fyysisten tilojen ehdoilla, mutta niitä tulisi varata riittävästi toiminnan kasvu huomioiden. Sisätautien poliklinikan valvontatiloja voitaisiin hyödyntää myös haavakeskuksen päiväsaaraalakäynnillä oleville potilaille.

..se on sellainen prosessilähtöinen se tilasuunnitelma..

..tilojen pitäis olla hyvin haavapotilaiden hoitoon soveltuvat..

.. se on siellä sisätautipoliklinikalla.. että sinnehän ne nivoutuu.

..hyvä huomioida tässä alussa, ettei käy niin, että tilat on heti toiminnan alkaessa liian pienet tai riittämättömät. Siihen mennään tietysti sitten niitten konkreettisten tilojen ehdoilla.

.. voidaan hyödyntää sisätautipolilta niitä valvonta tai tiputustiloja tai muita... sitä päiväsaaraalamallia mietitään, niin sitä voi sitten yhdistää sinne.

Tilat tulisi sijoittaa niin, että potilailla ja eri alojen asiantuntijoilla olisi hyvät kulkuyhteydet vastaanotoille. Tilojen sijaintiin liittyen korostettiin, että yhteistyö haavakeskuksen poliklinikan ja osaston välillä toimisi parhaiten, mikäli ne sijaitsisivat tulevaisuudessa lähellä toisiaan.

..se on tärkeä kans, et ois hyvät yhteydet.

..et se olis varmasti paras ratkaisu, jos se olis fyysisesti lähellä sitä osastoa.

Poliklinikalla potilaille tulisi olla vastaanottoaula, jossa he voisivat tarvittaessa odottaa vastaanotolle pääsyä. Kaikilla haavakeskuksessa työskentelevillä asiantuntijoilla ei olisi erillisiä vastaanottohuoneita, vaan esimerkiksi lääkäreillä olisi yhteinen tila keskustelua, saneluita ja muita töitä varten. Sihteerille olisi kuitenkin tarpeellista järjestää oma työskentelytila.

..täytyis olla joku odotusaula kumminkin, jos potilaat joutuu odottamaan siellä.

..ettei kaikille tuu omia konttoreita, vaan et lääkäreiden kanslia, missä sanellaan ja muuta.

..kyllä siinä täytyy olla oma sihteerin huone.

Haavanhoitohuoneiden tulisi olla tilavat, koska vastaanotoilla olisi paljon asiantuntijoita potilaan ympärillä. Lisäksi huoneiden olisi oltava nykyaikaiset ja kattavasti varustetut, jotta siellä olisi valmius hoitaa myös huonokuntoisia potilaita. Hyvä valaistus ja ilmanvaihto tulisi myös huomioida.

..riittävän isot vastaanottohuoneet, jos siellä on moniammatillisia ryhmiä..

..on kaikki tämmöset nykyaikaisen haavanhoitohuoneen instrumentit..

..täytyy olla huomioitu, että siellä on valmiudet, et jos tulee eri sairaaloista painehaavapotilaita ja vastaavia, jotka on vähän huonokuntoisia.

..valaistus, ilmanvaihto pitää ottaa huomioon.

Parhaaksi tilaratkaisuksi koettiin, että vastaanottohuoneet sijaitsisivat vierekkäin ja huoneiden välissä olisi ovi. Yhteistyön kannalta väliovi madaltaisi kynnystä pyytää apua tai konsultoida tarvittaessa toista asiantuntijaa. Vierekkäisiin huoneisiin voisi sijoittaa yhteiset tarvikekaapit, jolloin säästettäisiin tiloja. Haavanhoitotuotteille toivottiin yhtä riittävän kokoista varastoa, josta tarvikkeet olisivat helposti löydettävissä.

..kaikki olis periaatteessa lähekkäin.. että on helppo kysyä toiselta tai pyytää apuakin.. sen takia toi väliovi on yllättävän kätsy. Se niinkun vähentää sitä kynnystä kysyä.

..olis vierekkäiset huoneet ja sitten läpitte joku yhteys toiselle puolelle. Että varastotiloja säästettäisiin, kaappitiloja säästettäisiin.

..haavanhoitotuotevarasto, keskitetään ne kaikki sinne, senkin pitää olla riittävän iso. Et sieltä niinkun löytää ne helposti.

7.3 Toiminnan toteuttaminen

Haavakeskuksen toiminnan toteuttamiseen yhdistyi käynnistäminen, henkilöstön työkuva, moniammatillinen tiimityö, potilaan vastaanottokäynti ja yhteistyö. Toteuttamisvaiheeseen liittyi tiiviisti sekä suunnittelua että arviointia, jotta voitiin mahdollistaa haavakeskuksen toiminnan kehittyminen.

7.3.1 Käynnistäminen

Haastatellut haava-asiantuntijat kokivat, että kaikkea toiminnan käynnistymiseen liittyviä asioita ei pystyttäisi ennalta ennakoimaan, vaan polikliininen toiminta tulisi käynnistää rohkeasti. Toiminnan käynnistyessä varsinkin eri yksiköiden hoitokäytäntöjen ja henkilöstön työskentelytapojen yhteensovittaminen sekä uusiin käytäntöihin sopeutuminen veisi työyhteisössä aikaa.

..ei tavallaan tiedä vielä etukäteen, miten tää tulee käytännössä toimimaan..

..lähtee vaan rohkeesti kokeilemaan ja sitten se toiminta hakee siinä omat muotonsa ja uransa.

..jossain on ollu vähän erilaiset systeemit tehdä töitä, niin hakeeko se sitten oman paikkansa siinä alkuvaiheessa, että tulee vähän uudet, mahdolliset uudet käytännöt tai sovelletaan uusii vanhoja käytäntöjä sitten keskenään siinä.

Toiminnan käynnistämistä tulisi edesauttamaan henkilöstön myönteinen suhtautuminen muutokseen. Haastatteluissa ilmeni, että odotukset tulevasta haavakeskuksesta olivat korkealla ja sen käynnistymistä odotettiin erityisen innolla. Käynnistämistä helpottaisi myös, jos käytäntöjä olisi jo ennalta organisoitu ja yhdistetty yksittäisillä poliklinikoilla.

Ihan positiivisella, että kaikki muutos on hyvästä.

Kyllä mä tota ootan ihan erityisen innolla.

..voitasko jo nyt jotenkin poliklinikkatoiminnassa ottaa jotakin käytäntöjä.

7.3.2 Henkilöstön työnkuva

Haavakeskuksessa henkilöstön työnkuvan kuvattiin muodostuvan koulutuksen ja osaamisen mukaan. Työnkuva olisi hyvin monipuolinen ja sisältäisi paljon koulutus- ja kehittämistoimintaa. Haava-asiantuntijat toivat esille, että kouluttamalla terveydenhuollon ammattilaisia levitettäisiin haavanhoidon osaamista ja voitaisiin ennaltaehkäistä paremmin haavojen syntymistä tai estää jo olemassa olevien haavojen paheneminen. Haavanhoidon tiedon jakamisessa pohdittiin myös verkossa olevan ammattilaisille suunnatun extranetin hyödyntämistä.

..sen taustakoulutuksen mukainen, täytyy tietysti olla.

..työ ei ole pelkästään sitä käytännön potilastyötä, vaan myös tämmöstä tieteellistä ja akateemista.

.. olemassa olevia haavoja et ne ei pääsis pahemmaksi, niin voidaan ehkä ennaltaehkäistä jakamalla tietoa ja opettamalla ja kouluttamalla ihmisiä..

.. hyödyntää sitä ekstranettiä, minne pääsee ne ammattilaiset. Voitaisko sinne alkaa keräämään tätä haava-asiaa enemmän.

Haastatteluissa todettiin, että eri ammattiryhmien tehtävänkuvat ja vastualueet tulisi haavakeskuksessa määrittää, jotta henkilöstön väliset työnjaot olisivat selkeät ja toimintasujuvaa. Hoitajien tehtävänkuvaa voisi laajentaa opettamalla haavapotilaiden diagnostiikkaan liittyviä asioita, jolloin lääkäreiltä siirtyisi tehtäviä hoitajille ja joitakin potilaskäyntejä voitaisiin korvata hoitajavastaanotoilla.

.. tehtävänkuvat pitää olla selkeet, mitä kukakin tekee. Et tietää, mikä on jalkaterapeutin osuus..

..ja tehtävänjaossa on tietysti hakemista kanssa, et tehdään selkeät rajat ja kuka tekee mitäkin.

..samalla tapaa kun on siirretty tehtäviä.. niin hoitaja vois ottaa ne koepalat ja ja opettaa se kokonaisdiagnostiikka, mut et sit voitais joitakin käyntejä korvata.

Myös konsultaatiotoimintaa tulisi kehittää, jotta mahdollistettaisiin kroonisten haavapotilaiden hyvä konsultointi sairaanhoitopiirin alueella. Konsultaatioihin tulisi nimetä selkeät vastuhenkilöt, jotka osaavat ottaa potilaiden tilanteisiin kantaa. Konsultaatioihin tulisi myös varata työaika, jotta konsultti pystyisi tarvittaessa irtautumaan konsultaatiokäynneille ja perehtymään kokonaisvaltaisesti potilaan tilanteeseen. Tarpeelliseksi koettiin, että haavakeskuksesta tulisi saada tilattua myös hoitaja konsultaatiokäynneille.

Pitää olla vaan hyvä konsultointi.

..konsultaatiotoimintaa pitäis yrittää miettiä, et kelle ne soittaa.. ne soittaa meidän konsulentille, joka ei osaa ongelmahaavapotilaaseen ottaa kantaa.

..tämmösessä nykytilanteessa missä odotetaan esim. konsulttia jostakin ja konsultti tulee hyvin lyhyellä aikataululla ja kiireessä kattomaan.

..sieltä haavakeskuksesta oikeesti vois sit sen konsultoivan hoitajan tilata.

Hoitohenkilöstön roolia kuvattiin merkittäväksi haavakeskuksen toiminnassa. Hoitotyöntekijät eivät pelkästään toteuttaisi hoitoa ja ohjaisi potilaita, vaan osallistuisivat tasavertaisesti lääkärin kanssa hoidon suunnitteluun ja hoitopäätösten tekemiseen. Erit-

täin tärkeäksi koettiin hoitotyöntekijän rooli potilaan oikeuksien edunvalvojana sekä potilaan näkökulmien huomioonottajana.

..tämmöistä ensitieto-ohjausta annetaan ja perushoitoja.

..sitä keskustelua ja neuvottelua, et mitä hoitoratkaisuja tehdään, niin sitä käydään yhdessä.

..tasavertaisesti ennen kaikkea, ettei oo niin että lääkäri määrää kaikkea ja hoitaja tekee niinkun sanotaan.

..hoitajalla aika iso rooli, et se on sen potilaan vähän niin kuin asiamies siinä, et se tuo sitä potilaan kantaa siinä esille enemmän.

Lääkärin rooli haavakeskuksessa olisi tuoda lääketieteellinen näkemys kroonisen haavapotilaan hoitoon. Asiantuntijat totesivat lääkrillä olevan kokonaisvastuu potilaan hoidosta ja hoitopäätöksistä.

Lääkäri on se joka sitä kaikkea perussairautta ja sitä potilaan tämän hetkistä hyvinvointi katsoo.

Tietysti lääkäri.. kantaa vastuun siitä potilaan hoidosta loppuviimeksi että se on aina lääkärin vastuulla ne hoitopäätökset..

Henkilöstön hoitotyötä koskevissa päätöksenteoissa näkyi taloudellinen ajattelutapa, sillä kroonisten haavapotilaiden todettiin aiheuttavan paljon taloudellisia kustannuksia. Erityisesti turhien tutkimusten ja käyntien varaamista vältettiin. Potilaiden näkökulmasta korostui kustannustehokkaiden haavanhoitotuotteiden valitseminen, koska tuotteet ovat hintavia ja potilaat joutuvat ne usein itse kustantamaan. Toisaalta asiantuntijat kokivat, että aina ei ole järkevintä ajatella asioita taloudellisesta näkökulmasta, vaan tutkimusten ja hoitojen tulisi olla lääketieteellisesti perusteltuja ja potilaalle hyödyllisiä.

..vie myöskin erittäin paljon.. taloudellisiakin resursseja..

..niitä turhia käyntejä vältetään.

..haavanhoitomateriaaleissa.. jos on niinkun kaks vaihtoehtoa, mitkä todennäköisesti on yhtä tehokkaita ja hyviä, niin valitaan se edullisempi. Ja sillä on tietysti suuri merkitys.. potilaille, jotka maksaa itse omat haavanhoitotuotteensa, koska niissä on huikeita hintaeroja.

Ei se halpa aina oo paras ratkaisu.

..sen täytyy lähteä lääketieteellisestä lähtökohdasta ja jos joku tutkimus ei oo perusteltu niin se ei oo perusteltu.

..potilaille tämmösiä kalliita lääkehoitoja, niin kyllähän sitä ajattelee aina et onks tää hyödyllistä.

7.3.3 Moniammatillinen tiimityö

Hyvin toimiva moniammatillinen tiimi olisi haavakeskuksen toiminnan edellytys. Se vaatisi henkilöstöltä asennoitumista ja halukkuutta yhdessä työskentelyyn sekä yhteistyön merkityksen ymmärtämistä, että kaikkia osajia tarvitaan tiimityön onnistumiseksi. Asiantuntijat korostivat, että tiimissä tulisi osata hyödyntää jokaisen osaamista. Toimivan tiimin kannalta kaikkein tärkeintä oli kuitenkin työntekijöiden keskinäinen luottamus toisiinsa ja sitoutuminen toimintaan. Sitoutuneisuus näkyi muun muassa sovituista asioista kiinnipitämisellä.

On valmis semmoiseen tiimityöhön...jos on niin kuin sellanen, et haluaa vaan yksinään katsoa potilaita jossain omassa toimipisteessään niin se ei tähän ehkä kauheen hyvin sovellu.

..ymmärtää sen et yksin en pysty tätä niinkun hankskaamaan tätä juttua.

..kaikkien ammattiosaamista pystyttäisiin hyödyntämään.

..moniammatillisessa tiimityössä täytyy olla aivan täydellinen lääkärin ja hoitajan ja kaikkien työntekijöiden välinen luottamussuhde.

..pitää olla se sitoutuneisuus, et pidetään kiinni niistä asioista mitä on sovittu ja työajoista ja täntapaisista..

Henkilöstön osaamisen nähtiin kasvavan tiimissä. Omaan koulutustaustaan nähden osaaminen kasvaisi laajemmaksi, kun asiantuntijat toisivat esiin omat näkökantansa ja oppisivat toinen toisiltaan sellaisia asioita, joita ei muuten tulisi ajateltua. Yhdistämällä osaaminen moniammatillisessa tiimissä hallittaisiin parhaiten kroonisten haavapotilaiden kokonaisvaltainen hoito. Potilaiden hoidon hallitseminen koettiin myös työtyytyväisyyttä lisääväksi tekijäksi.

..tietotaito ja osaaminen lisääntyy..

..se laventaa sitä osaamista ja niin kuin sillälaililla vähän yli semmosen perinteisen koulutustaustan ja sen sektorin mihin on kouluttautunut.

..siellä tulee semmosia näkökantoja.. oppii semmosia uusiakin asioita, mitä ei oo tullut miettineekskään.

..niin siinähan nämä ammattilaiset oppii niin kuin toisiltaan.

..kun hoidetaan haastavia potilaita, niin se lisää työtyytyväisyyttä kun kokee, että hallitsee sen asian ja se hallitseminen lähtee parhaiten sitä kautta että muut asiantuntijaryhmät on tuomassa oman tietonsa siihen.

Asiantuntijat kokivat, että moniammatillinen tiimityö helpottaisi vuorovaikutusta henkilöstön keskuudessa, kun tiimissä voitaisiin käydä välitöntä keskustelua. Yhdessä työskennellen haava-asiantuntijat oppisivat tuntemaan toisensa, heidän työnsä ja ymmärtäisivät toisiaan paremmin. Tämä madaltaisi kynnystä ottaa yhteyttä ja parantaisi kommunikointia työntekijöiden keskuudessa.

..saa siinä samassa yhteydessä keskustela heti..

..oppii tunteen sitä työtä, se helpottaa sitten ymmärtään niitä toisiakin ammattilaisia.

..pystytään ehkä rohkeemmin olla yhteydessä johonkin toiseen ihmiseen.

..se kommunikointi henkilökunnan kanssa sujuu paremmin. Oppii tunteen niitä henkilöitä, jotka hoitaa haavoja.

Haastavaa tiimityön toteutumisen kannalta olisi sopeutuminen työskentelemään tiimissä erilaisten ihmisten kanssa. Haasteeksi koettiin myös tasapainon löytäminen tiimissä niin, että jokaisen asiantuntijan osallistuminen olisi tasapuolista. Tämä edellyttäisi jokaiselta rohkeutta tuoda esiin omia ajatuksia ja näkemyksiä. Toisaalta haastavaksi nähtiin myös oman vastuualueen rajojen ymmärtäminen ja niiden sisällä pysyminen.

..haasteet on sit varmaan se, et tiimiin jäsenet on tietysti kaikki ihmisiä ja ihmisillä on oma persoonallisuutensa.

Et jos siinä on sit tavallaan semmosia asioista, et joku ei saa suutaan auki koskaan vaikka pitäis ja ja joku on aina ottamassa valtaansa sen.

..haaste siinä tulevaisuudessa se, että mites sit uskaltaa niitä omia ajatuksia tuoda sieltä vastaan. Että saako sen oman äänen siellä kuuluun.

..haitoissa se tietysti on, ettei tuu ylitallattua ketään tai astuttua varpaille, että vähän missä se raja kulkee.. jokaisella on oma vastuualueensa.

7.3.4 Potilaan vastaanottokäynti

Ennen vastaanottokäyntiä potilaalle tulisi ilmoittaa, kuinka kauan vastaanotolla kuluisi aikaa. Tällä tavoin potilas ja hänen mahdollinen saattajansa osaisivat varautua paremmin käyntiin. Haava-asiantuntijat kokivat, että ennen vastaanottoa heillä tulisi olla mahdollisuus keskustella keskenään potilaan asioista.

..niin kyllähän potilaalle tulee.. kuinka kauan se viettää aikaa täällä..

..huomioitu sekin, et sil on joku saattajana mukana tai hoitotahon ihmisiä tai tulee eri sairaalasta, että se vaatii tämmöstä odottelua..

..ne ensimmäiset keskustelut ehkä jossakin muualla ilman sitä potilasta..

Haastatellut asiantuntijat kuvasivat potilaan roolia vastaanotolla aktiiviseksi. Potilailla oli enemmän valmiuksia osallistua omaan hoitoonsa osastopotilaisiin nähden, koska he olivat paremmassa kunnossa. Erityisesti korostui potilaan vastuu omaan hoitoonsa osallistujana. Haastatteluissa tuli esiin, että vastaanotolla potilaan tulisi olla keskeisessä roolissa, mutta potilas jäi kuitenkin herkästi ulkopuoliseksi ammattilaisten keskustellessa keskenään hänen asioistaan.

..aktiivisempi itsestään selvästi, että täytyy itsekin tehdä jotain..

Jos potilas on osastolla, niin hänhän on vähän huonommassa kunnossa.. mut sitten kun polikliinisesti tulee niin sitten on miettinyt jo valmiiksi niitä asioita..

..potilas joutuu enemmän osallistumaan omaan hoitoonsa ja sen toteuttamiseen..

Et siinä pitäis olla se potilas niinkun keskeisessä roolissa.

..se (potilas) on jossain siellä taustalla, että kaikki muu hoitohenkilökunta keskustelee keskenään siinä hänen asioistaan.

Haastatteluissa nostettiin esiin vastaanottotilanteen kehittäminen. Asiantuntijat korostivat, että potilaan kohtaamista ja huomioimista vastaanottotilanteessa olisi tarpeellista kehittää, koska nämä lisäisivät potilastyytyväisyyttä. Vastaanottokäynti tulisi valmistella hyvin ja heti alkutilanteesta lähtien ilmapiiri tulisi luoda rauhalliseksi. Potilaan itsemääräämisoikeutta olisi kunnioitettava ottamalla hänet mukaan hoitoon keskustelemalla ja huomioimalla hänen mielipiteensä. Potilaalle olisi puhuttava ymmärrettävällä kielellä ja vältettävä erityisesti puhumista potilaan yli. Asiantuntijat painottivat, että potilaalle

olisi kerrottava hoidosta ja hoitomuodoista nykyistä enemmän, jotta potilas hyväksyy hoidot ja sitoutuu niihin.

..sais aikapaljon kehittää sitä, miten sitä potilasta kohdataan..

..potilaat olisi tyytyväisiä, jos heillekin joku jonkin sanan sanoo..

..maltillisempi se hetki siihen kun tullaan ja valmisteltu aika hyvinkin se.

Kuunnellaan sen potilaan mielipiteitä..

..ammattikielen puhumiseksi ja semmosia termistöjä, mitä se potilas ei ymmärrä puhutaan usein potilaan yli.

..potilaan kans pitää neuvotella aika paljon niistä hoidoista.. selittää varmaan niinkun nykyistä enemmän mitä se tarkoittaa.. potilas hyväksyy ne hoidot, mitä on aloitettu ja toteuttaa niitä myöskin niin on äärimmäisen tärkeitä.

Vastaanotolle tulisi selkeästi nimetä vastuunottava lääkäri, joka kertoo potilaalle kokonaisuuden. Myös dokumentoinnista vastaava henkilö tulisi nimetä. Dokumentointia yhtenäistämään ehdotettiin haavapotilaille omaa haava-erikoisalalehteä potilasjärjestelmään.

..sitten on niinkun oikeesti mietitty kuka kertoo potilaalle kokonaisuuden ja.. et on selkeästi se vastuulääkäri.

..pitää olla se, kuka sen kaiken sitten panee paperille..

..pitäiskö tällä haavakeskuksella olla oma joku erikoislehti, mihin se tulee se teksti..

Potilaan jatkohoitoa suunniteltaessa korostettiin hyvien ohjeiden merkitystä, koska potilas ei pystyisi sisäistämään kaikkea tietoa yhdellä vastaanottokäynnillä. Samalla tuli esille, että vastaanottokäynnillä olisi tärkeää ohjeistaa potilaita ja heidän omaisiaan enemmän haavanhoitoon. Tällöin potilaan jatkohoidon käyntien tarve vähentyisi ja säästyisi sekä potilaan että terveydenhuollon kustannuksia.

...täältä tulee kaikki hyvät ohjeistukset..

..kuinka paljon se sulattaa tietoa se ihminen sillä yhdellä käynnillä..

.. ohjeistaa jonkun esim. lähiomaisen.. niin se aika kallista lystiinkin kun käyttää sitä avopuolen palveluita..

..sitä potilasta itsee enemmän kouluttaa moneen asiaan.. Kun se jatkossa kuitenkin säästää niitä jatkokäyntejä ihan hirveesti.

7.3.5 Yhteistyö

Haavakeskuksen vuodeosasto kuvattiin poliklinikan tärkeimmäksi yhteistyökumppaniksi. Asiantuntijat kokivat, että yhteistyö poliklinikan ja osaston välillä tulisi olla tiivistä ja ajattelumallina tulisikin olla yhteinen haavakeskus. Uusien hoitotyöntekijöiden työkierrolla osaston ja poliklinikan välillä osaaminen siirtyisi työntekijöiden keskuudessa ja hoitolinjoista tulisi yhteiset.

..se olis hyvin laajassa yhteistyössä tän osaston kanssa.

Kun tää on yhteistä Haavakeskusta, poli on yksi osa sitä.

..siellä vois sitten, kun tulee uutta hoitohenkilökuntaa, olla vähän pientä hoitajavaihdostakin välillä vaikka joitakin aikoja. Et se opetus ja oppi kiertäis ja hoitolinjat on yhteiset.

Haastatteluissa nousi esiin, että yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa toimi haavapotilaiden kohdalla vaihtelevasti. Erityisesti tiedon kulkuun liittyvät asiat kuvattiin ongelmallisiksi sekä perusterveydenhuollon kynnys ottaa yhteyttä erikoissairaanhoidon koettiin korkeaksi. Jotta yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa olisi saumatonta, olisi yhteistyötä lisättävä. Asiantuntijat ehdottivat, että tällä hetkellä organisaation sisällä toimivaa haavayhdyshenkilöverkostotoimintaa olisi laajennettava ja myös perusterveydenhuoltoon olisi luotava haavahoitajaverkosto. Verkostojen ja sisäisten koulutusten nähtiin myös madaltavan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kynnystä.

..se (yhteistyö) toimii vaihtelevasti..

..perusterveydenhoitoon pitäis niinkun mennä sitä viestiä paremmin.

..verkostokoulutukset ja tällaiset et semmoset tahot pysyy yllä ja sit semmonen helpottaa sitä kynnystä että avoterveydenhuolto konsultoi asioissa.

..yhteistyötä tavallaan senkin puolesta lisätä, että saatais se toimiin.

..terveyskeskuksessa joku haavahoitajaverkosto.. Kannattais miettiä semmoista..

7.4 Toiminnan arviointi ja kehittäminen

Haavakeskuksen toimintaa arvioitiin ajattelemalla, mitä hyötyjä toiminta toisi tullessaan ja millaiseksi se tulevaisuudessa kehittyisi. Arviointi- ja kehittämisvaiheeseen yhdistyi toiminnan hyödyt ja jatkuva parantaminen.

7.4.1 Toiminnan hyödyt

Haastatteluissa korostui haavakeskuksen toiminnan tehokkuus, joka sisälsi työntekijöiden työajan tehokkaan hyödyntämisen ja päällekkäisten töiden loppumisen. Potilaan kannalta päätöksenteko nopeutuisi ja asiat etenisivät nopeammin ja oikeat potilaat tulisi hoidetuksi oikeassa paikassa. Tehokkaalla toiminnalla koettiin saavutettavan myös parempia hoitotuloksia, joka taas parantaisi potilaan elämänlaatua.

..kyllä sillä on meille ajankäyttöhyöty.

..päällekkäiset työt loppuu.

..nopeuttaa päätöksentekoa.. asia etenee nopeammin..

..semmoset oikeet potilaat oikeeseen paikkaan..

..johtaa parempiin hoitotuloksiin.. ja sitten myös potilaan elämänlaatuun parannusta..

Haastatteluissa kuvattiin kustannusten hallintaa potilaan, terveydenhuollon ja yhteiskunnan näkökulmista. Henkilöstön palkkakustannusten nähtiin pysyvän oleellisesti ennallaan. Taloudellisia kuluja säästyisi, koska tehokkaalla hoidolla vähennettäisiin potilaan käyntejä sairaalassa ja hoitoajat lyhentyisivät haavojen parantuessa nopeammin. Tämän myötä kuntien arveltiin säästävän kroonisten haavapotilaiden hoidosta aiheutuvia erikoissairaanhoidon kustannuksia potilaiden päästessä palaamaan pian takaisin perusterveydenhuoltoon hoitoon. Tehokkaalla hoidolla yhteiskunnalle tulisi säästöjä esimerkiksi potilaiden päästessä palaamaan työelämään nopeammin tai pystyttäessä ehkäisemään kalliita leikkaustoimenpiteitä.

..et palkkakustannuksia ei oo ainakaan tulossa lisää tällätietoo..

..säästöjä pitäis tulla ensinnäkin siitä on vähemmän käyntejä per potilas.

..pystytään olemaan tehokkaampia siinä potilaan hoidossa niin lyhyemmät viiveet ja nopeampi hoitoaika niin säästää rahaa.

..hoito on tehokkaampaa, niin tottakai haavatkin paranis nopeampaa niin sehän on silkkaa säästöä, kun potilas pääsee sitten sinne omaan kuntaan hoidettavaksi.

..jos me tehokkaalla toiminnalla yksikin amputaatio ehkäistään, niin siellä se kustannus tulee tai sairauspoissaolossa tai muussa.

Haavakeskuksen toiminnan koettiin lisäävän potilastyytyväisyyttä, sillä haavakeskuksen vuodeosastolla potilaiden suhtautuminen moniammatilliseen hoitoon oli ollut erittäin positiivista ja potilaat olivat kokeneet saavansa hyvää ja kokonaisvaltaista palvelua.

..kaikki potilaat on voittopuoleisesti hyvin myönteisesti suhtautuu siihen meidän hoitoon, nimenomaan siihen että on useampi ammattilainen yhden yksittäisen potilaan asiaa kuuntelemassa.

..he on erittäin tyytyväisiä yleensäottaen. Kun tota on monta osajaa ympärillä, saa hyvää palvelua, niin, tulee monet aspektit huomioitua.

Henkilöstön näkökulmasta toiminnan nähtiin lisäävän työhyvinvointia, sillä haavakeskus nähtiin positiivisena työskentely-ympäristönä. Haavakeskuksen vuodeosastolla moniammatillinen tiimityö koettiin positiivisena ja motivoivana. Tiimin hyvä ilmapiiri heijastui työntekijöissä hyväntuulisuuksena ja iloisuutena. Myös päätösten tekeminen yhteistyössä koettiin mielekkääksi.

Mä nään sen hirveen positiivisena työskentely-ympäristönä.

..se on ollu hauskaa ja motivoivaa ja opettavaista varmaan kaikille, että selvästi huomaa että kaikki on hyväntuulisia ja iloisia siinä aamukierrolla ollessaan.

..hoitopäätösten tekeminen on mukavampaa tällöisissä haastavissa tapauksissa kun on useampia sitä päätöstä miettimässä..

7.4.2 Jatkuva parantaminen

Jatkuva kehittäminen kuvattiin tulevaisuuden voimavarana. Oleelliseksi nähtiin, että aktiivisuus toiminnan kehittämisessä säilyisi ja työtehtävien jakoa ja haavapotilaiden hoitoprosesseja muutettaisiin tarpeen mukaan. Kehittämällä toimintaa jatkuvasti, olisi tavoitteet saavutettavissa ja haavakeskus pysyisi huippuosaamispaikkana. Samalla se

toisi Taysille positiivista mainetta ollen vetovoimainen paikka sekä työntekijöille että opiskelijoille.

Kyllä se kehittäminen on aina sitä tulevaisuutta.

..jos joku ei toimi, niin sit muutetaan että se toimis tai tehdään muutoksia siihen olemassa olevaan selvään prosessiin.

.. et tää pysyis semmosena huippuosaamispaikkana..

..täähän antaa mainetta tälle talollekin..

..on varmasti paljon innokkaita työntekijöitä tulossa.

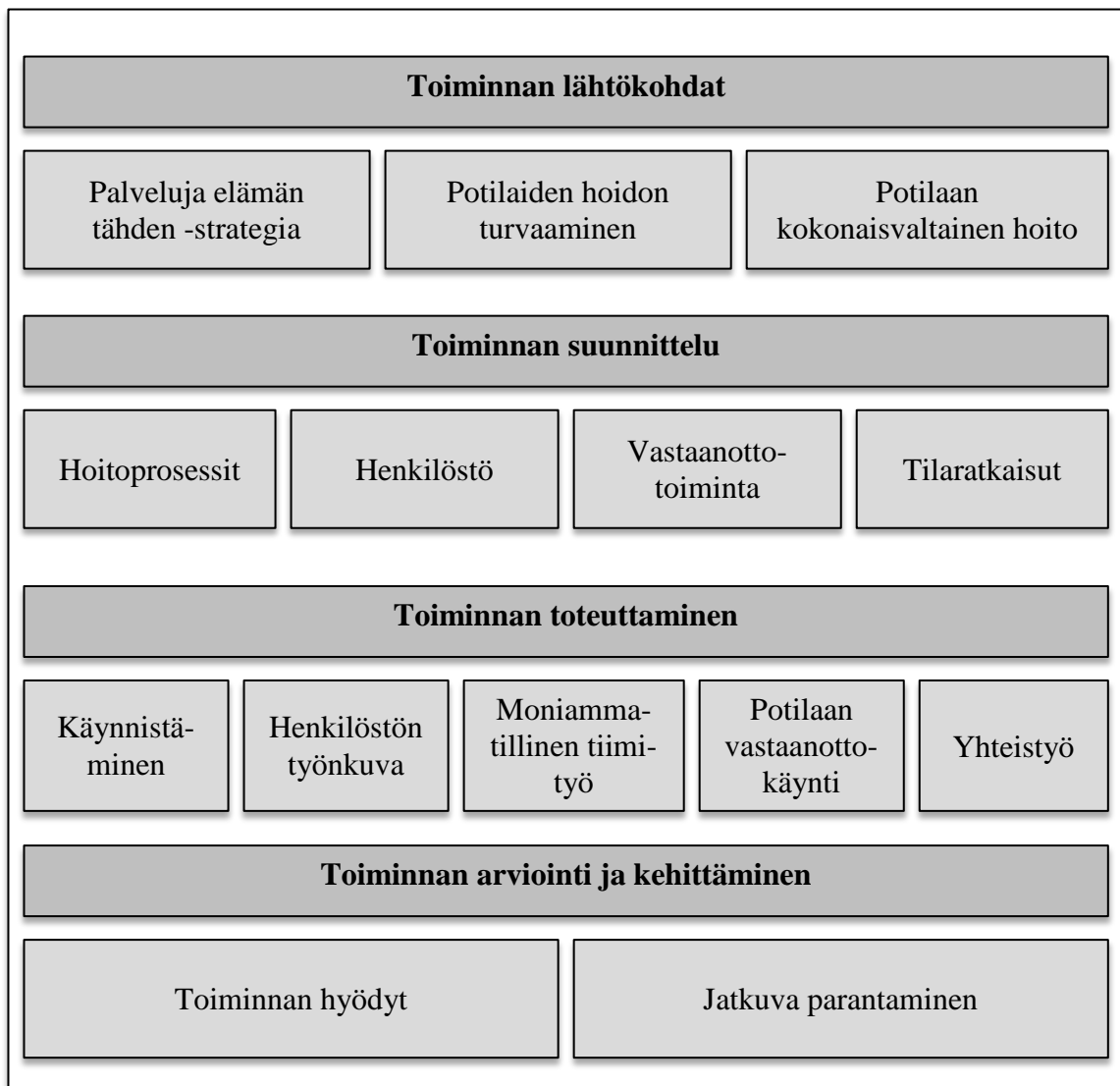
..vetovoimainen paikka opiskelijoille.

Selväksi kehittämishaasteeksi kuvattiin tietotekniikan hyödyntäminen potilaiden hoidossa. Kuvadokumentointimahdollisuus puuttui potilastietojärjestelmästä ja se koettiin oleelliseksi välineeksi haavapotilaiden etäkonsultaatioissa sekä haavojen paranemisen seuraamisessa. Hyvän kuvadokumentoinnin toteutuessa oli tärkeää, että haavasta otetaan kuva standardoidusti, jotta haavan paranemista pystytään seuraamaan parhaiten.

..kuvadokumentaatio, mikä on otettu jollain kameralla kuva.. vaan niinkun standardoidusti otettu, että me voidaan oikeesti seurata haavan paranemista. Ja sitten sitä myöten tulee kysymykseen tämmönen etäkonsultaatio.

7.5 Yhteenveto tutkimustuloksista

Yhteenveto tutkimuksen tuloksista (kuvio 1) haavakeskuksen polikliinisen toiminnan suunnittelussa huomioitavista asioista. Haavakeskuksen toiminnan suunnittelu jakautui tutkimustuloksissa toiminnan eri vaiheiden mukaan. Toiminnan lähtökohtina olivat Palveluja elämän tähden -strategia, kroonisten haavapotilaiden hoidon turvaaminen sekä potilaan kokonaisvaltainen hoito. Suunnitteluvaiheeseen sisältyi hoitoprosesseihin, henkilöstöön, vastaanotto- toimintaan sekä tilaratkaisuihin liittyvät asiat. Toiminnan toteuttaminen puolestaan sisälsi käynnistämisen, henkilöstön työnkuvan, moniammatillisen tiimityön, potilaan vastaanottokäynnin sekä yhteistyön. Haavakeskuksen toiminnan hyödyt sekä jatkuva parantaminen yhdistyivät arviointi- ja kehittämisenvaiheeseen. Tämä yhteenveto ja tutkimustulokset ovat pohja haavakeskuksen toiminnalliselle suunnitelmalle.



KUVIO 1. Tutkimustulosten yhteenveto

8 POHDINTA

8.1 Eettisyys

Tutkimusta tehdessä on huomioitava eettiset kysymykset ja tutkimus on toteutettava hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla rehellisesti ja yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta noudattaen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002). Sitoutumalla noudattamaan tutkimuksessa hyvää tieteellistä käytäntöä, on tutkimus eettisesti laadukas ja uskottava (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127, 132). Tutkimuksen edetessä tutkija joutuu useasti eettisten ratkaisujen eteen tutkimukseen liittyviä päätöksiä tehdessään (Eskola & Suoranta 2005, 52). Eettiset ongelmakohdat tutkimusprosessissa koskevat tutkimuksen aiheen valintaa, menetelmällisiä ratkaisuja, aineiston analyysii sekä tutkimuksen raportointia ja tutkimustulosten esittämistä (Kiikkala & Krause 1996, 147; Eskola & Suoranta 2005, 52).

Tutkimusaiheen valinta on eettinen päätös, joten on selvitettävä miksi tutkimukseen ryhdytään ja kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan. Nämä valinnat ilmenevät tutkimuksen tarkoituksessa ja tutkimustehtäviä määriteltäessä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129.) Tämän tutkimuksen aiheen valintaan vaikutti työelämän tarpeet, josta nousi selkeä tavoite työlle. Valintaan vaikutti myös tutkijan keskeinen osallistuminen haavakeskushankkeeseen. Tutkija oli itse aidosti kiinnostunut aiheesta, sitoutunut työhön ja halusi toteuttaa tutkimuksen huolellisesti. Tutkimuksesta on hyötyä käytännön työelämässä haavakeskuksen polikliinista toimintaa suunniteltaessa ja toiminnallisen suunnitelman työstämisessä.

Tutkimusta tehdessä on käytettävä tieteellistä tutkimusmenetelmää ja selvitettävä, voidaan tavoiteltu tieto saada aikaan valitulla menetelmällä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 128; Kylmä & Juvakka 2012, 146.) Tässä tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Se tuki tutkimusasetelmaa, kun haluttiin kartoittaa henkilöstön näkemyksiä haavakeskuksen toiminnan suunnittelusta huomioitavista asioista ja tutkimukseen osallistujien määrä oli vähäinen.

Ennen kuin aineiston keruu voidaan aloittaa, on tutkimusta varten haettava tutkimuslupa (Eskola & Suoranta 2005, 52). Tälle tutkimukselle haettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä lupa tutkimussuunnitelmalla sairaanhoitopiirin ohjeiden mukaisesti.

Tutkijan on myös selvitettävä tutkimukseen osallistuville, kuinka tutkimus etenee ja mikä on tutkimuksen tarkoitus. Lisäksi on tiedotettava tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja tutkimukseen osallistuvien oikeudesta pysyä anonyminä. Tutkimukseen osallistuvat saavat myös vetäytyä pois tutkimuksesta myöhemmin niin halutessaan. Ennen haastatteluja haastateltavilta on hankittava tietoinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. (Eskola & Suoranta 2005, 56; Hirsjärvi ym. 2008, 25.) Tässä tutkimuksessa ennen haastattelujen alkamista tutkimuksen tarkoitus ja sen eteneminen kerrattiin ja samalla tutkija korosti tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta ja haastateltavan mahdollisuutta vetäytyä pois tutkimuksesta missä vaiheessa tahansa. Samalla korostettiin anonymiteetin suojaamista ja tuotiin esille, että tutkimustulokset käsitellään nimettöminä, eikä tutkimusraportissa ilmoiteta tutkimukseen osallistuneiden hoitotyöntekijöiden ja lääkäreiden tarkempia ammattinimikkeitä. Haastateltavilta pyydettiin kirjallisesti tietoinen suostumus (liite 4) tutkimukseen osallistumisesta ja aineiston nauhoittamisesta.

Tutkimusaineiston säilyttämisessä on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä, jotta tietosuoja säilyy (Tuomi & Sarajärvi 2009, 133). Tässä tutkimuksessa teemahaastattelussa tallennetut nauhoitukset ja haastatteluista aukikirjoitetut tekstit olivat vain tutkijan käytettävissä ja ne hävitettiin tulosten raportoinnin jälkeen. Näin varmistettiin, ettei haastatteluaineisto joudu ulkopuolisten käsiin ja turvattiin haastateltavien anonymiteetin säilyminen.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös, ettei toisten tekstejä plagioida, vaan käytetään asianmukaisia lähdeviitteitä. Raportointi tehdään huolellisesti ja siinä edetään johdonmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2008, 24; Tuomi & Sarajärvi 2009, 127,132). Tässä tutkimuksessa on kunnioitettu muiden henkilöiden aiemmin kirjoittamia tekstejä ja käytetty asianmukaisia lähdemerkintöjä. Tutkimusprosessi ja sen eteneminen on pyritty selostamaan raportissa mahdollisimman tarkasti ja huolellisesti.

Tutkimustulokset on käsiteltävä totuudenmukaisesti ja tutkijalla on vastuu tiedottaa ja julkaista tutkimustulokset (Kiikkala & Krause 1996, 147; Eskola & Suoranta 2005, 52). Kaikki aineistosta nousseet tulokset on pyritty käsittelemään tässä tutkimuksessa avoimesti ja rehellisesti. Keskeiset tutkimustulokset esitetään muun muassa Taysissa Toimialue 1:llä ihotautien klinikkakokouksessa sekä toimialueinfossa.

8.2 Luotettavuus

Tutkimusta tehdessään tutkijan on vältettävä virheiden tekemistä ja tehdystä tutkimuksesta on arvioitava tuotetun tiedon luotettavuutta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta arvioidaan tutkimusprosessin johdonmukaisen etenemisen kautta luotettavuuden arvioinnin kohdistuessa aineiston keräämiseen ja sen analysointiin, tulosten raportointiin sekä itse tutkijaan. Luotettavuuden arviointikriteerit laadullisessa tutkimuksessa ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. (Eskola & Suoranta 2005, 210-220; Tuomi & Sarajärvi 2009, 134, 138-140; Kylmä & Juvakka 2012, 127.)

Tutkimuksessa tiedonhankintamenetelmä on valittava niin, että se soveltuu tutkimukseen ja sen avulla tulokset saadaan luotettavasti nostettua esille (Tuomi & Sarajärvi 2009, 128; Ruusuvoori, Nikander & Hyvärinen 2010, 27). Lisäksi kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavan tutkimusaineiston keräämisessä on tärkeää, että tutkimukseen osallistujat valitaan tarkoituksenmukaisuuden perusteella ja he tietävät tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä mahdollisimman paljon (Nieminen 2006, 216; Kylmä & Juvakka 2012, 26).

Teemahaastattelut sopivat aineistonkeruumenetelmäksi tähän tutkimukseen hyvin, sillä tutkittava ilmiö oli uusi ja teemahaastattelu antoi haastateltaville mahdollisuuden tuoda vapaasti ja rohkeasti esiin omia kokemuksia ja näkemyksiä. Samalla voitiin lähestyä tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman avoimesti. Haastattelujen teemat nousivat aikaisemmista tutkimuksista sekä teoriasta. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että haastatteluteemojen ja lisäkysymysten toimivuutta esitettiin yhdellä haavahoidon asiantuntijalla, jonka jälkeen haastattelurunkoa muokattiin. Aineiston keruun ja aineiston luotettavuuden parantamiseksi haastatteluihin osallistuvat henkilöt valittiin tarkoituksenmukaisesti. Valituilla tutkimukseen osallistujilla oli pitkäaikainen kokemus haavapotilaiden hoidosta ja he olivat oman alansa asiantuntijoita. Teemahaastattelurunko lähetettiin tutkimukseen osallistuville viikkoa ennen haastattelua, jotta he pystyivät valmistautumaan haastatteluun. Haastattelutilanteessa haastattelurunko auttoi haastattelua pysymään aiheen sisällä ja aloittelevan tutkijan oli sen avulla helpompi esittää teemoihin sisältyviä tarkentavia lisäkysymyksiä.

Tutkijan ja tiedonantajien välillä tulee olla luottamuksellinen vuorovaikutussuhde, jotta saatu tieto on luotettavaa (Nieminen 2006, 217). Tässä tutkimuksessa haastattelutilan-

teet olivat luontevia, koska tutkija tunsikin haastateltavat ennalta. Tutkijan ja haastateltavien välistä luottamuksellista suhdetta korostettiin vielä toistamalla tutkimuksen osallistuvien anonymiteettiin liittyvät asiat. Haastatteluissa haastateltavat toivat omia mielipiteitään esille kattavasti ja luontevasti ja kaikki tutkimukseen osallistuneet pitivät tutkimusaihetta kiinnostavana ja ajankohtaisena. Edellä mainittujen asioiden vuoksi saatu haastatteluaineisto oli kattava ja sisälsi paljon materiaalia. Haastattelut tehtiin lyhyellä aikavälillä, joten se helpotti tutkijan valmistautumista seuraavaan haastatteluun. Tutkija koki myös kehittyvänsä haastattelutekniikassa haastattelujen edetessä.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija itse on keskeinen tutkimusväline. Reflektiivisyys tarkoittaa, että tutkijan on tiedostettava omat lähtökohdat ja näkemykset tutkittavasta ilmiöstä. (Eskola & Suoranta 2005, 210; Kylmä & Juvakka 2012, 129.) Näin ollen tutkijan puolueettomuusnäkökulmaa tulee pohtia, koska tutkija tarkastelee tutkimustaan oman kehyksensä läpi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136). Aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen tekeminen oli haaste ja tutkimuksen edetessä olikin tukeuduttava useaan otteeseen teoriakirjallisuuteen. Erityisesti aineiston analyysivaihe osoittautui vaativaksi ja analyysia jouduttiin muokkaamaan uudelleen tutkimuksen edetessä. Aineiston analyysiprosessia vaikeutti osaltaan se, että aineiston keruun ja analysoinnin välillä oli aikaa kolme kuukautta. Ennen aineiston keruuta etsitty teoria sekä tehty kirjallisuuskatsaus vahvisti kuitenkin tutkijan ymmärrystä tutkittavasta asiasta. Haastattelutilanteen objektiivisuuteen ja tutkimuksen luotettavuutta heikentäväksi tekijäksi saattoi vaikuttaa se, että tutkija työskentelee itse kohdeorganisaatiossa ja tutkimukseen osallistuneet olivat tutkijalle ennestään tuttuja. Tutkija tiedosti kuitenkin oman subjektiivisuutensa tutkittavaan ilmiöön ja pyrki huomioimaan tämän haastatteluissa sekä tulosten tulkitsemisessa. Lisäksi tutkija pyrki haastattelutilanteissa tiedostamaan oman roolinsa tutkijana ja pyrki kuulemaan haastateltavia itseään, eikä johdatellut heitä tiettyyn suuntaan.

Kun uutta tietoa ei aiheesta enää tule, on kvalitatiivisessa tutkimuksessa materiaalia riittävästi. Tällöin puhutaan aineiston kylläntymisestä eli saturaatiosta. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2008, 105.) Tässä tutkimuksessa tutkimukseen osallistuneita oli kuusi ja haastatteluissa keskeiset asiat alkoivat selvästi toistumaan. Näin ollen tässä tutkimuksessa voitiin havaita aineiston satureitumista.

Laadullisessa tutkimuksessa korostuvat aineiston analyysin systemaattisuus ja tulkinnan luotettavuus (Ruusuvuori ym. 2010, 27). Aineiston analyysin luotettavuuden takaami-

seksi tutkijan on raportoitava ja perusteltava analyysin vaiheet sekä esitettävä alkuperäisilmaisuja. Myös tutkimuksen vahvistettavuus edellyttää tutkimuksessa tutkimusprosessin ja ratkaisujen huolellista kuvausta, jotta lukija pystyy seuraamaan tutkijan päätelyä ja tekemään arvion luokittelun onnistumisesta. (Nieminen 2006, 220; Tuomi & Sarajärvi 2009, 139.) Vahvistettavuudesta puhutaan myös, kun tarkastellaan toisia vastaavanlaisia tutkimuksia tehtyjen tulkintojen tueksi (Eskola & Suoranta 2005, 212). Vahvistettavuuden lisäämiseksi tutkimusprosessi ja sen raportointi on pyritty tekemään selkeästi ja tarkasti niin, että lukijan olisi helppo seurata tutkimuksen kulkua ja tutkijan tekemiä päätelmiä. Aineiston analyysiä tehdessä tutkija pyrki kuvaamaan analyysin vaiheet tutkimusraportissaan selkeästi ja jokaisesta analyysin vaiheesta on esitetty esimerkki. Lisäksi tutkimusraportissa on käytetty analyysin tukena alkuperäisilmaisuja varmistamaan tutkimustuloksia. Tulosten tulkintojen tueksi tarkasteltiin teorian tietoa sekä toisia vastaavanlaisia tutkimuksia.

Tutkimuksen uskottavuus tarkoittaa sitä, että vastaako tutkijan tekemät käsitteellistykset ja tulkinnat tutkittavien käsityksiä ja onko tutkimus ja sen tulokset uskottavia. (Eskola & Suoranta 2005, 211; Kylmä & Juvakka 2012, 128). Tutkimuksen uskottavuutta voidaan vahvistaa myös niin, että tutkija on tekemisissä pitkäaikaisesti tutkittavan ilmiön kanssa tai viemällä tutkimuksessa tehdyt tulkinnat tutkimukseen osallistuneiden arvioitaviksi (Eskola & Suoranta 2005, 211). Tässä tutkimuksessa tutkimukseen osallistuneet toivat esille yhtenäisiä asioita teoriasta esiin nousseiden asioiden kanssa, joten tutkimustulokset tukivat teoreettisia lähtökohtia. Tulosten uskottavuutta pyrittiin vielä lisäämään tarkastelemalla tutkimustuloksia aiempaan teorian tietoon ja tutkimuksiin verraten. Tutkija on ollut pitkän aikaa tekemisissä haavakeskuksen polikliinisen suunnitteluun liittyvässä toiminnassa, koska on keskeisessä roolissa haavakeskushankkeessa ja on myös itse haavahoidon asiantuntija. Tämän voidaan katsoa tutkimuksen luotettavuutta ja uskottavuutta vahvistavaksi tekijäksi. Tulkinnoista ei kuitenkaan keskusteltu tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden kanssa, joten tutkimustulosten ja tutkittavien henkilöiden käsitysten vastaavuutta ei pystytty varmistamaan. Tällä voi heikentää osaltaan tutkimuksen uskottavuutta.

Kylmän & Juvakan (2012, 128) mukaan tutkimuksen siirrettävyys on sitä, että tutkimuksen tulokset on siirrettävissä toisiin vastaavanlaisiin tilanteisiin. Laadullisen tutkimuksen piirteisiin kuitenkin kuuluu, että se on vahvasti sidoksissa asiayhteyteensä. Siksi tutkimustulokset eivät sellaisenaan ole täysin siirrettävissä toiseen ympäristöön. (Es-

kola & Suoranta 2005, 210.) Tämä tutkimus on kohdennettu haavapotilaiden keskitetyn polikliinisen hoidon suunnitteluun, joten tämä osaltaan rajoittaa tulosten siirrettävyyttä. Lukijalle tulosten siirrettävyyden arvioimiseksi, on tämän tutkimuksen tutkimusympäristö sekä tutkimukseen osallistujat pyritty kuvaamaan riittävän tarkasti. Samalla tutkimusprosessin eri vaiheet on kuvattu mahdollisimman tarkasti.

8.3 Tutkimustulosten tarkastelu

Tässä tutkimuksessa selvitettiin teemahaastattelujen avulla haavahoidon asiantuntijoilta haavakeskuksen polikliinisen toiminnan suunnittelussa huomioitavia asioita ja haavakeskukseen soveltuvia toimintamalleja. Tämän tutkimuksen mukaan haavakeskuksen polikliinisen toiminnan suunnittelussa tuli huomioida toiminnan lähtökohdat, joista keskeinen oli kroonisten haavapotilaiden hoidon turvaaminen. Hoidon tarpeen koettiin lisääntyvän väestön kehityksen muuttuessa ja haavapotilaiden määrän kasvaessa. Myös Eronen & Kinnunen (2009) toteavat, että väestön kehityksen myötä kroonisten haavapotilaiden määrä kasvaa nopeassa tahdissa. Käypä hoito -suosituksen (2009) mukaan diabeteksen kasvu lisää kroonisten haavapotilaiden määrää ja erityisesti jalkahaavat ovat diabeetikoilla merkittävä ongelma. Myös tämän tutkimuksen tuloksista nousi esille diabeteksen vaikutus haavapotilaiden määrään diabeteksen aiheuttaessa potilaille ongelmia jalkoihin.

Salinin ym. (2012) mukaan toiminnan kehittämisen tavoitteena on tuottaa potilaalle laadukasta palvelua sovitusajassa. Myös tässä tutkimuksessa nähtiin keskeisenä, että haavapotilaiden tuli päästä nopeasti ja joustavasti hoitoon hoidon tarpeen ilmaantuessa. Potilaan korkeatasoisen ja laadukkaan hoidon toteutumisen lähtökohta oli tutkimustulosten mukaan toiminnan suunnittelu potilaslähtöisesti ja polikliininen vastaanottokäynti olisi varattava potilaan tarpeiden mukaan. Potilaslähtöinen toiminta korostui myös organisaation strategiassa. (Palveluja elämän tähden 2011). Samoin Lääperin (2007) ja Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin (2003) mukaan toiminnan lähtökohtana tulee olla potilas ja hänen läheisensä. Omaisten ja perheen huomioiminen korostui myös tässä tutkimuksessa. Ilmeni, että potilaan ja omaisten huomioimiseen tulisi kiinnittää huomiota nykyistä enemmän, koska sillä oli vaikutuksia potilastyytyväisyyteen. Potilaita ja omaisia tulisi lisäksi opettaa ja ohjata haavanhoitoon enemmän.

Tulosten mukaan haavakeskuksen polikliinisen toiminnan suunnittelussa painottui haavapotilaiden hoitoprosessien mallintaminen. Prosessilähtöinen palvelujen ja toimintaympäristöjen kehittäminen korostuu myös Palveluja elämän tähden (2011) strategiasa. Hoitoprosessien suunnittelemisen sekä vastaanottotoiminnan organisoiminen todettiin olevan kuitenkin haastavaa ja aikaa vievää, koska haavakeskuksessa yhdistyy kroonisia haavapotilaita hoitavat yksiköt sekä näiden yksiköiden erilaiset hoitokäytännöt. Myös Kim ym. (2013) totesivat haastavaksi moniammatillisen haavakeskuksen toiminnan organisoimisen.

Koska haavapotilaiden hoito on haastavaa, todettiin sen vievän paljon resursseja sekä aiheuttavan kustannuksia. Tätä löydöstä tukevat useat valtakunnalliset että kansainväliset lähteet (Sholar ym. 2007; Halsinaho 2011; Kojola 2012; Kim. ym. 2013). Toiminnan onnistumiseksi olisi haavakeskukseen turvattava riittävät henkilöstöresurssit. Henkilöstöresursseja suunnitellessa olisi huomioitava myös kehittämistyö. Tämän tutkimuksen mukaan lääkäriresursseja voitaisiin vapauttaa laajentamalla hoitajien tehtäväkuvaa. Myös Säilä (2005) toteaa samansuuntaisia tutkimuslöydöksiä. Hänen tutkimuksen mukaan lääkärien ja hoitajien työtehtävien uudelleen organisoimisella voidaan kohdentaa eri ammattiryhmien tarkoituksenmukainen käyttö ja tavoitella taloudellisia säästöjä.

Haavakeskuksen työntekijöiden olisi ylläpidettävä osaamistaan, koska haavakeskuksen vastuulla olisi erityisvastuualueen haavahoidon osaamisen levittäminen. Gottrup (2004) nimittääkin haavakeskusta osaamiskeskukseksi, jossa on hyvät mahdollisuudet tutkimus- ja opetustyölle ja jossa pystytään tarjoamaan asiantuntijaopetusta eri ammattiryhmille. Tämän tutkimuksen mukaan olisi tärkeää panostaa terveydenhuollon ammattilaisten haavahoidon osaamisen vahvistamiseen, jotta voitaisiin ehkäistä paremmin haavojen syntymistä tai estää olemassa olevien haavojen paheneminen. Samoin Lepäntalon ym. (2009) mukaan osaamisen vahvistamisella voidaan parantaa tuloksia.

Sujuvan toiminnan takaamiseksi haavakeskukseen tarvitaan vastaava lääkäri, jolla on vahva osaaminen haavapotilaiden hoidosta sekä kiinnostus työhön. Vastaavalta lääkäriltä edellytetään erityisesti organisointikykyä ja johtamisosaamista uuden toiminnan käynnistämisessä. Lepäntalo ym. (2009) sekä Kim ym. (2013) toteavat myös, että toiminnan muutos edellyttää selkeää johtamista ja tarvitsee täyden tuen sairaalan johdolta onnistuakseen.

Tutkimuksen tulosten mukaan moniammatillisella vastaanotolla toteutuisi parhaiten haastavien haavapotilaiden kokonaisvaltainen hoito, koska haavahoidon asiantuntijat tekisivät yhdessä potilaan kanssa hoitopäätökset ja hoitosuunnitelman. Myös Säilä (2005) toteaa tutkimuksessaan, että moniammatillisella vastaanotolla potilaan sairautta voidaan pohtia kokonaisvaltaisesti yhdellä kerralla. Gottrup (2004) ja Kim ym. (2013) kuvaavat kroonisen haavapotilaan käyntiä haavakeskuksessa moniammatillisen vastaanoton muodossa, mutta potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa liittyvissä hoitopäätöksissä ei tuoda esille. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan oli kuitenkin tärkeää osallistaa potilas omaan hoitoonsa, koska silloin potilas sitoutuu paremmin hoitoonsa. Tässä tutkimuksessa asiantuntijat korostivat, että haavapotilaiden moniammatillinen vastaanotto kestäisi pidempään kuin perinteinen polikliininen vastaanottokäynti ja toiminnan suunnittelussa tulisikin huomioida, että vastaanotoille varataan riittävästi aikaa. Samaa mieltä ovat myös Kim ym. (2013) omassa selvityksessään.

Hoitajavastaanottojen nähtiin korostuvan haavakeskuksen poliklinikalla, koska niin voitaisiin säästää lääkäreiden resursseja toisaalle. Myös Säilä (2005) ja Salin ym. (2012) toteavat hoitajavastaanottojen parantavan hoidon saatavuutta. Tässä tutkimuksessa korostui hoitajavastaanotoilla hoitotyöntekijän mahdollisuus konsultoida aina tarvittaessa lääkäriä. Säilä (2005) ja Salin ym. (2012) näkivät myös lääkärin olevan toimivan hoitajavastaanoton taustalla, sillä he totesivat hoitajan pystyvän itsenäiseen työhön hoitajavastaanotolla, kun tukena on tehokas yhteistyö lääkärin kanssa.

Puhelinvastaanotto toimintaan liittyen tässä tutkimuksessa ilmeni, että haavojen kuvadokumentointia ja kuvayhteyksiä tulisi kehittää. Etäkonsultaatioissa tulisi olla mahdollisuus lähettää kuva haavasta, jotta puhelinvastaanottoa voitaisiin hyödyntää paremmin. Näin voitaisiin välttää joitakin vastaanottokäyntejä. Myös Säilä (2005) ja Sillanpää (2011) toteavat tutkimuksissaan, että puhelinvastaanotto toimintaa tulee kehittää, koska sillä voidaan korvata joidenkin potilaiden kohdalla vastaanottokäynti.

Haavakeskuksen toiminnan edellytyksenä nähtiin olevan moniammatillinen yhteistyö eri ammattiryhmien välillä. Halsinaho (2011) sekä Lepäntalo ym. (2009) ovat yhtä mieltä, että hoidon yhtenäistäminen ja keskittäminen on toteutettavissa vain moniammatillisella yhteistyöllä. Lääperin (2007) ja Suomalainen lääkäriseura Duodecim (2003) mukaan keskitetyssä yksikössä työntekijöiden ammattitaidot laajenevat ja pysyvät paremmin yllä. Myös tässä tutkimuksessa asiantuntijat kokivat, että osaaminen kasvaisi ja

laajenisi yli oman koulutustaustan. Parhaan oppimisen mahdollistaisi työskentely moniammatillisessa tiimissä, jossa asiantuntijat oppivat toinen toisiltaan. Myös Lepäntalon ym. (2009) mukaan moniammatillinen yhteistyö parantaa osaamista.

Tässä tutkimuksessa todettiin, että vastaanotolla lääkäri ja hoitaja kävivät yhdessä tasa-vertaista keskustelua potilaan hoitoratkaisuista. Aiemmissä tutkimuksissa (Säilä 2005; Kantelinen 2008; Salin ym. 2012) vastaanottotilanteessa lääkäriellä ja hoitajalla kuvattiin olevan selkeät tehtävänjaot, eikä tutkimuksissa tullut ilmi lääkärin ja hoitajan ammattitaitojen yhdistäminen niin, että hoitoratkaisuista olisi neuvoteltu yhdessä.

Haavakeskuksen poliklinikan tärkein yhteistyökumppani olisi haavakeskuksen vuodeosasto ja poliklinikkaa sekä vuodeosastoa tulisikin ajatella yhtenäisenä kokonaisuutena. Samaa mieltä on Gottrup (2004) kuvatessaan integroitua haavakeskusmallia parhaiten toimivaksi. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan haavakeskuksen yhdeksi vastuutehtäväksi kuvattiin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen yhteistyön lisääminen, jotta yhteistyöstä tulisi saumatonta. Korhonen ym. (2012) ja Kojola (2012) toteavatkin artikkeleissaan porrastetun hoidon yhdeksi kulmakiveksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tiiviin yhteistyön.

Tämän tutkimuksen tuloksena haavakeskuksen tehokkaalla toiminnalla uskottiin saavutettavan parempia hoitotuloksia. Tätä päätelmää tukee Sholarin ym. (2007) kokemukset haavakeskuksessa saavutetuista hoitotuloksista. Heidän mukaan haavojen tehokas hoito paransi myös potilaiden elämänlaatua. Tässä tutkimuksessa paremmat hoitotulokset nähtiin parantavan potilaan elämänlaatua. Haavakeskuksen toiminnan uskottiin myös yhtenäistävän ja selkiyttävän haavapotilaiden hoitoa ja hoitolinjoja. Samaa mieltä ovat sekä Lääperi (2007) että Sholar ym. (2007) kokemustensa perusteella.

Potilaiden todettiin olleen tyytyväisiä moniammatilliseen kiertoon haavakeskuksen vuodeosastolla. Sekä Oliver (2004), Strasser ja kumppanit (2004) että Sholar (2007) toteavat myös tutkimuksissaan potilaiden olevan tyytyväisiä moniammatilliseen vastaanottoon. Tämän tutkimuksen tuloksista tuli kuitenkin ilmi, että osa potilaista voi kokea moniammatillisen vastaanoton henkisesti rasittavaksi, koska ympärillä on paljon ihmisiä.

8.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan haavakeskuksen polikliinisen toiminnan suunnitteluun ja toiminnalliseen suunnitelmaan pitää panostaa. Tämä työ toimii pohjana haavakeskuksen poliklinikan toiminnalliselle suunnitelmalle ja näin ollen myös toiminnan käynnistämisen perustana. Toiminnallisen suunnitelman työstäminen jatkuu työelämässä haavakeskus-hankkeessa. Toimintaa voidaan kuitenkin alkaa jo nyt tämän työn pohjalta muuttamaan ja organisoimaan, sillä se helpottaa toiminnan käynnistämistä.

Haavakeskuksen polikliinisen toiminnan käynnistäminen ei tarkoita pelkästään uuden yksikön, vaan myös uuden työyhteisön perustamista. Moniammatillisen tiimityön kautta organisaatioon luodaan uudenlaista työkuiluuria, jossa toimitaan yhdessä potilaan parhaan mahdollisen hoidon toteutumiseksi. Uuden työkuiluurin kehittäminen vaatii kuitenkin henkilöstöltä myönteistä asennoitumista ja luopumista vanhoista toimintatavoista. Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että haavakeskuksessa on kaikki edellytykset uudenlaisen työkuiluurin rakentumiseen.

Haavakeskuksen toiminnan käynnistämisen voidaan katsoa edistävän myös henkilöstön työhyvinvointia, sillä haava-asiantuntijat kokivat moniammatillisen tiimityön positiivisena ja ilmapiirin tiimissä hyväksi. Tämä voi myös osaltaan lisätä henkilöstön kiinnostusta hakeutua haavakeskukseen töihin, koska työhyvinvointi lisää työn mielekkyyttä. Haavakeskuksessa moniammatilliseen tiimityöhön on panostettava, sillä hyvin toimivassa tiimissä henkilöstö työskentelee tehokkaasti ja näin voidaan tavoitella Taysin uudistamisohjelma 2020:n mukaisesti tuottavuuden ja vaikuttavuuden lisäämistä.

Tässä tutkimuksessa haavakeskuksen henkilöstön edellytyksissä korostui erityisesti vahva ammatillinen osaaminen kroonisten haavapotilaiden hoidossa. Osaamista tarvitaan päivittäisen työn tekemiseen, mutta myös toiminnan kehittämiseen, jotta osataan tunnistaa tulevaisuuden tarpeet, pystytään tarttumaan haasteisiin ja saavuttamaan haavakeskuksen toiminnan korkeat tavoitteet. Lisäksi sujuvan toiminnan takaamiseksi haavakeskukseen tarvitaan vahvaa johtamisosaamista, jossa korostuu jaettu johtajuus henkilöstön vastuutehtävien määrittäessä osaamisalueiden mukaisesti.

Tämän tutkimuksen perusteella esitetään seuraavat jatkotutkimushaasteet:

1. Jatkossa voitaisiin tutkia, väheneekö haavapotilaiden käynnit ja hoidosta aiheutuvat kustannukset haavakeskuksen toiminnan myötä.
2. Lisäksi mielenkiintoista olisi tutkia, väheneekö haavojen komplikaatioista johtuvat leikkaustoimenpiteet uuden toiminnan myötä ja saavutetaanko näin ollen parempia hoitotuloksia.
3. Potilaiden näkökulmasta olisi mielenkiintoista tietää, miten uusi toiminta vaikuttaa potilastyytyväisyyteen. Tämä tarkoittaisi sitä, että potilailta tulisi kerätä nykyisen toiminnan muodossa palautetta heidän tyytyväisyydestä hoitoonsa, jotta sitä voitaisiin verrata uuden toiminnan käynnistyttyä kerättäviin palautteisiin.
4. Kiinnostavaa olisi myös kartoittaa henkilöstön kokemuksia moniammatillisesta tiimityöstä kroonisten haavapotilaiden polikliinisessä hoidossa.

LÄHTEET

* kirjallisuuskatsaukseen valitut alkuperäistutkimukset

Eronen, P. & Kinnunen P. 2009. Kroonista haavaa sairastavan potilaan hoito. Sairaanhoidaja 82 (11), 27-30.

Eskola, J. 2007. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola, J. & Valli R. (toim.) 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Juva. WS Bookwell Oy. 159-183.

Eskola, J. & Suoranta J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7. Painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Eskola, J. & Vastamäki, J. 2007. Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, J. & Valli R. (toim.) 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Juva. WS Bookwell Oy. 25-43.

Gottrup F. 2004. A specialized wound-healingcenter concept: importance of a multidisciplinarydepartment structure and surgicaltreatment facilities in the treatment ofchronic wounds. Am J Surg 187 (5A), 38S-43S.

Haavakeskus hankesuunnitelma. 2009. Tulostettu 25.1.2014.
<http://intra.sis.pshp.fi/>

Halsinaho, E. 2011. Kroonisen haavan diagnostiikkaan ja hoitoon yhtenäiset ohjeet Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Luettu 7.2.2014. <http://www.vsshp.fi/fi/tiedotteet2011/54446/>

Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. 2008. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki. Hansaprint. Direct Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Juva.

Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) 2013. Haavanhoidon periaatteet. Sanoma Pro.

Järvinen, P. & Järvinen, A. 2004. Tutkimustyön metodeista. Tampere. Opinpajan kirja.

Kamensky, M. 2008. Strateginen johtaminen. Helsinki: Talentum

* Kantelinen, M. 2008. Sairaanhoidajan työn sisältö sisätautien ja kirurgian poliklinikalla. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Kaplan, R.S & Norton D.P. 2009. Strategiaverkko. Helsinki: Talentum.

- Kiikkala, I. & Krause, K. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Kirjayhtymä. Helsinki.
- Kim, P., Evans, K., Steinberg, J., Pollard, M. & Attinger C. 2013. Critical elements ti building an effective wound care center. *Journal of vascular surgery* 57 (6), 1703-1709.
- Kiviniemi, K. 2007. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II*. 2007. Juva. WS Bookwell Oy. 70-85.
- Kojola, J. 2012. Haavat umpeen! *Husari* 3/2012.
- Korhonen, K. & Lepäntalo, M. 2012. Ongelmahaavojen hoitoketjun kehittäminen tehostaa hoitoa ja tuo säästöjä. *Suomen Lääkärilehti* 67 (43), 3119-3123.
- Kylmä, J., Pelkonen, M. & Hakulinen, T. 2004. Laadullinen tutkimus ja näyttöön perustuva hoitotyö. *Hoitotiede* 16 (6), 250-257.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Kylmä, J., Rissanen, M-L., Laukkanen, E., Nikkonen, M., Juvakka, T. & Isola, A. 2008. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen. Esimerkkina syöpää sairastavan nuoren vanhemman toivon vahvistaminen. *Tutkiva Hoitotyö* 6 (2): 23-29.
- Käypä hoito. 2007. Krooninen alaraajahaava. Käypä hoito -suositus. Luettu 8.2.2014. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50058>
- Käypä hoito. 2009. Diabeetikon jalkaongelmat. Käypä hoito -suositus. Luettu 8.2.2014. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnu/hoi50079>
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 37-45.
- Lecklin, O. 2006. Laatu yrityksen menestystekijänä. Helsinki: Talentum.
- Lepäntalo, M, Ahokas, T., Heinänen, T., Heiskanen-Kuisma, K., Hietanen, H., Iivanainen, A., Iso-Aho, M., Juutilainen, V., Tukiainen, E., Sane, T. & Valtonen, V. 2009. Haavapotilaan hoitopolku HYKS:n sairaanhoitoalueella. *Duodecim* 125 (4), 457-465.
- Lindroos, J-E. & Lohivesi, K. 2010. Onnistu strategiassa. Helsinki. WSOYpro Oy.
- Lääperi, P. 2007. Maksapotilaiden keskitetty hoito lisää sujuvuutta. *Sairaanhoitajalehti* (10). Luettu 24.10.2014. <http://www.sairaanhoitajalehti.fi>
- Nieminen, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Helsinki. WSOY, 215-221.
- * Oliver, D. 2004. The development on an interdisciplinary outpatient clinic in specialist palliative care. *International Journal of Palliative Nursing* 10 (9), 446-448.

Palomäki, G. & Piirtola, H. 2012. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus terveydenhuollon hoitoketjuista ja niiden vaikuttavuudesta. TAMK: Opinnäytetyö.

Parjanne, M-L. 2004. Väestön ikärakenteen muutoksen vaikutukset ja niihin varautuminen eri hallinnonaloilla. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:18.

Palveluja elämän tähden. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2012-2016. Luettu 6.5.2014. <http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=20725&GUID={14539517-B2AF-4D4A-B7D3-E7AF838124F0}>

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin organisaatio. 2014. Päivitetty 10.1.2014. Luettu 5.2.2014. <http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=10109&contentlan=1>

PSHP:n toiminta- ja taloussuunnitelma 2013 – 2015 ja talousarvio 2013. Luettu 9.9.2014. <http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=27115&GUID={747997DE-9949-4B24-891B-9ADD65E71388}>

Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere. Vastapaino. 7-38.

* Salin, S., Liimatainen, T., Holmberg-Marttila, D. & Aalto, P. 2012. Erikoissairaanhoidon hoitajavastaanottojen hyödyistä kansainvälistä näyttöä. Suomen Lääkärilehti 67 (6), 423-426.

Sholar, A., Wong, L., Culpepper, J. & Sargent, L. 2007. The Specialized Wound Care Center. A 7-Year Experience at a Tertiary Care Hospital. *Annals of Plastic Surgery* 58 (3), 279-284.

* Sillanpää, A-L. 2011. Hoitajavastaanoton kehittäminen hoitajavastaanoton sisällön tarkastelemisen kautta (tapaustudkimus). Hoitoprosessin tehokas toteuttaminen. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Sisätautien toiminnallinen suunnitelma. 2013. Tulostettu 6.2.2014. <http://intra.sis.pshp.fi/>

Sisätautien vastuualue. 2014. Päivitetty 24.1.2014. Luettu 5.2.2014. <http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=1410&contentlan=1>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 6/2008.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Vaativien hoitojen keskittäminen parantaa hoidon laatua. Verkkouutinen 13.3.2009. Luettu 25.2.2014. <http://www.stm.fi/tiedotteet/verkkouutinen/-/view/1535686>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Terveydenhuolto Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2/2013.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Sote-uudistusosanakuntaudistusta. Luettu 8.2.2014. http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakennemuutos

* Strasser, F., Sweeney, C., Willey, J., Benissch-Tolley, S., Palmer, J. & Bruera, E. 2004. Impact of a Half-Day Multidisciplinary Symptom Control Recommendations, Symptom Intensity and Patients Satisfaction. Tieteellinen artikkeli. Yhdysvallat.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Suomen Akatemia. 2003. Tuoko keskittäminen laatua erikoissairaanhoidon? Konsensuslausuma. Duodecim 119 (4), 347-357.

Suomen Sairaanhoidajaliitto. 2004. Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin hoitotyössä – käsikirja hoitotyön suositusten laadintaan. Helsinki.

* Säilä, T. 2005. Polikliinisen hoidon toimintamallit. – tutkimus erikoissairaanhoidon aikuispotilaiden somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Tamk. E-aineistoportaali Nelli. Luettu 5.1.2013. <http://www.nelliportaali.fi/V?fun>

Tampereen yliopistollisen sairaalan uudistamisohjelma 2020. 2010. Tulostettu 6.2.2014. <http://.intra.sis.pshp.fi/>

Terveystieteiden laitos. 30.12.2010/1326. Luettu 4.1.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tilastokeskus. 2007. Väestöennuste 2007-2040. Luettu 8.2.2014. http://www.tilastokeskus.fi/til/vaenn/2007/vaenn_2007_2007-05-31_tie_001.html

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Edita Prima Oy. Helsinki.

Tuuliranta, M. 2010. Kroonisten haavojen kasvava taakka. Haava 13 (3), 28-33.

Vaalasti, A. 2008. Haavakeskushanke suunnitelma.

Vuorenpää, A-M. 2014. Haavakeskuksen poliklinikan toiminnallinen suunnitelma. Tampereen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus -raportti.

WHO. Europe. 2014. The challenge of obesity - quick statistics. Luettu 7.2.2014. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics>.

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut aikaisemmat tutkimukset

Tutkimuksen tekijä(t), vuosi, tutkimuksen nimi ja taso, tieteenala, julkaisumaa	Tutkimuksen tarkoitus	Metodi, kohde-ryhmä, aineistonkeruu- ja analysointimenetelmä	Keskeiset tulokset	Näytön vahvuus / laadun arviointi pisteet
<p>Säilä 2005</p> <p>Polikliinisen hoidon toimintamallit – tutkimus erikoissairaanhoidon aikuispotilaiden somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla</p> <p>Pro gradu Hoitotiede Suomi</p>	<p>Kuvata erikoissairaanhoidon aikuispotilaiden somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla käytössä olevat toimintamallit sekä poliklinikoilla toteutetut ja suunnitteilla olevat tehtävien siirrot.</p>	<p>Kvalitatiivinen</p> <p>Yliopistollisen sairaalan 19 poliklinikan osastonhoitajat (N=19)</p> <p>Kyselylomake ja puolistrukturoitu haastattelu</p> <p>Deduktiivinen ja induktiivinen sisällönanalyysi sekä aineiston kvantifiointi</p>	<p>Kuvattiin viisi eri polikliinisen hoidon toimintamallia; hoitajavastaanotot, lääkäri-hoitaja -työparit, lääkäri-sihteeri -työparit, puhelinvastaanotto toiminta sekä moniammatilliset vastaanotot</p> <p>Tehtävien siirtoja on tehty eniten lääkäriltä hoitajille sekä sihteereiltä hoitajille</p>	<p>III(b) /18</p>
<p>Kantelinen 2008</p> <p>Sairaanhoitajan työn sisältö sisätautien ja kirurgian poliklinikalla</p> <p>Pro gradu Hoitotiede Suomi</p>	<p>Kuvata sairaanhoitajan työn sisältöä erikoissairaanhoidon ajanvarauspoliklinikalla.</p>	<p>Kvantitatiivinen</p> <p>Yliopistollisen sairaalan sisätautien ja kirurgian poliklinikoiden sairaanhoitajat (N=162)</p> <p>Kyselylomake</p> <p>Aineiston analysointi SAS Enterprise Guide 3.0 –tilasto-ohjelmalla</p>	<p>Poliklinikatyöhön sisältyi vaihdellen lääkärihoitaja-, puhelin- ja hoitajavastaanotto-toimintaa. Eniten työaikaa käytettiin lääkärihoitaja vastaanotto toimintaan.</p> <p>Työaikaa kuluu eniten (39%) ajanvarauksiin ja potilaan hoidon järjestämiseen.</p>	<p>III(c) /17</p>
<p>Oliver 2004</p> <p>The development of an interdisciplinary outpatient clinic in specialist palliative care</p> <p>Tieteellinen artikkeli Iso-Britannia</p>	<p>Kuvata moniammatillisen vastaanoton kehittämistä palliativisessa hoidossa ja tutkia potilaiden tyytyväisyyttä moniammatilliseen vastaanottoon.</p>	<p>Kvalitatiivinen</p> <p>Moniammatillisella vastaanotolla käyneet potilaat (N=20)</p> <p>Kyselylomake</p> <p>Sisällönanalyysi</p>	<p>Potilaat olivat tyytyväisiä moniammatilliseen vastaanottoon. Potilaat kokivat saavansa tukea henkilökunnalta ja aikaa oli varattu riittävästi vastaanotolle.</p>	<p>IV/14</p>

2 (2)

Tutkimuksen tekijä(t), vuosi, tutkimuksen nimi ja taso, tieteenala, julkaisumaa	Tutkimuksen tarkoitus	Metodi, kohde-ryhmä, aineistonkeruu- ja analysointimenetelmä	Keskeiset tulokset	Näytön vahvuus / laadun arviointi pisteet
<p>Sillanpää 2011</p> <p>Hoitajavastaanoton kehittäminen hoitajavastaanoton sisällön tarkastelemisen kautta (tapaustutkimus)</p> <p>YAMK-opinnäytetyö</p> <p>Suomi</p>	<p>Kuvata poliklinikan hoitoprosessin nykytilanne ja tarkastella, onko työnjako nykyisellään onnistunut / miten työnjakoa muuttamalla ja tehtävänkuvia laajentamalla voitaisiin poliklinikan toimintaa muuttaa potilasta paremmin palvelevaksi.</p>	<p>Kvalitatiivinen</p> <p>Yliopistollisen sairaalan unipoliklinikalla työskentelevät hoitajat</p> <p>Tapaustutkimus, kyselylomake, täsmäryhmähaastattelu</p> <p>Sisällönanalyysi</p>	<p>Hoitajavastaanotolla tulisi kiinnittää huomiota potilaan terveyskäyttäytymisen tukemiseen sekä potilaan tiedonsaannin ja ohjauksen onnistumiseen.</p> <p>Puhelinvastaanottomallia tulisi kehittää, jotta voidaan korvata joitakin poliklinikkakäyntejä.</p> <p>Lääkäri-hoitaja vastaanotomallissa ei hoitajan ammattitaitoa pystytä hyödyntämään parhaiten.</p>	IV/17
<p>Strasser ym. 2004</p> <p>Impact of a Half-Day Multidisciplinary Symptom Control and Palliative Care Outpatient Clinic in a Comprehensive Cancer Center on Recommendations, Symptom Intensity, and Patients Satisfaction</p> <p>Tieteellinen artikkeli</p> <p>Yhdysvallat</p>	<p>Kuvata poliklinikkäkäynnillä toteutettava moniammatillista palliativista hoitoa ja potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon verraten perinteisellä vastaanotolla käyneiden potilaiden mielipiteisiin.</p>	<p>Retrospektiivinen tutkimus</p> <p>Moniammatillisella vastaanotolla käyneet potilaat (N=138) (n=83) potilasta haastateltiin ja perinteisellä vastaanotolla käyneet potilaat (n=77)</p> <p>Tilastollinen analyysi</p>	<p>Moniammatillisella vastaanotolla käyneet potilaat olivat erinomaisen tyytyväisiä saamaansa hoitoon. 80 % potilaista myös sairauden oireet vähenivät.</p>	II/16
<p>Salin ym. 2012</p> <p>Erikoissairaanhoidon hoitajavastaanottojen hyödyistä kansainvälistä näyttöä</p> <p>Tieteellinen artikkeli</p> <p>Hoitotiede</p> <p>Suomi</p>	<p>Kuvata ja arvioida hoitajavastaanottomallia sairaaloiden avohoidossa.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p> <p>Alkuperäistutkimukset (N=23)</p> <p>Laadullinen sisällönanalyysi</p>	<p>Hoitajavastaanotoista on saatu myönteisiä kokemuksia useilta erikoisaloilta.</p> <p>Toimintamalli on osa moniammatillista työryhmää, jossa lääkirillä on päävastuu.</p>	II/17

Liite 2. Informaatiokirje osallistujille



TIEDOTE

10.3.2014

Hyvä terveydenhuollon ammattilainen!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on osana Taysin uudistamisohjelma 2020 kartoittaa henkilöstön näkemyksiä haavakeskuksen polikliinisen toiminnan suunnittelussa huomioitavista asioista ja luoda pohja haavakeskuksen toiminnalliselle suunnitelmalle.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyön aineisto kerätään teemahaastatteluilla. Teemahaastattelut toteutetaan kevään 2014 aikana ja tarkoitukseni on haastatella sisätautien-, ihotautien- ja plastiikkakirurgian yksiköistä kuutta eri ammattiryhmän asiantuntijaa, joilla on kokemusta kroonisten haavapotilaiden hoidosta ja jotka mahdollisesti tulevat työskentelemään haavakeskuksen poliklinikalla. Teemahaastattelut tapahtuvat yksilöhaastatteluina ja haastatteluihin on hyvä varata aikaa 1 tunti. Haastattelupaikkana toimii opinnäytetyöntekijän työhuone. Haastattelut voidaan myös toteuttaa haastateltavan työyksikössä, mikäli sieltä löytyy rauhallinen ja haastatteluun soveltuva huone. Haastattelupaikan voit valita itse. Haastattelut nauhoitetaan. Haastatteluajankohta sovitaan yhdessä. Lähetän viikkoa ennen haastattelua teemakysymykset sähköpostitse, jolloin ehdit perehtyä niihin ennalta.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijän käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyöntulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan.

Tutkimuksen ohjaajana toimii yliopettaja Sirpa Salomaa Tampereen ammattikorkeakoulusta.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Ystävällisin terveisin,

Anne-Mari Vuorenpää, YAMK -opiskelija (sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen), sairaanhoitaja AMK

anne-mari.vuorenpaa@hotmail.fi/anne-mari.vuorenpaa@pshp.fi

p. xxx-xxxxxxx

Liite 3. Teemahaastattelurunko

Haavakeskuksen polikliinisen toiminnan suunnittelu ja käynnistäminen

1. ASIAKAS

- Miten väestön kehitys vaikuttaa haavapotilaisiin?
- Mitä asioita on huomioitava potilaan näkökulmasta toimintaa suunniteltaessa?
- Miten mielestäsi potilas hyötyy haavakeskuksen polikliinisen toiminnan käynnistämisestä?
- Millainen rooli on potilaalla polikliinisessä hoidossa?
- Millainen on potilaan rooli moniammatillisella vastaanotolla?

2. HENKILÖSTÖ

- Mitä asioita on huomioitava henkilöstön ja oman työsi näkökulmasta toimintaa suunniteltaessa?
- Miten henkilöstö mielestäsi hyötyy tällaisen osaamiskeskuksen toiminnan käynnistämisestä?
- Vaikuttaako muutos henkilöstön osaamiseen?
- Mitä hyötyjä on mielestäsi osaamisen yhdistämisessä?
- Mitä odotuksia sinulla on uudesta haavakeskuksen poliklinikasta?
- Miten koet tulevan toiminnan muutoksen?
- Miten koet moniammatillisen tiimityön? Kuvaa hyödyt ja haitat.
- Millainen rooli on lääkärillä ja hoitohenkilökunnalla haavapotilaan hoidossa ja moniammatillisessa tiimityössä?
- Millaisen henkilön näkisit johtamaan haavakeskuksen toimintaa?

3. PROSESSIT

- Tiedätkö organisaation strategian? Oletko sitoutunut noudattamaan sitä?
- Mitä asioita on huomioitava haavakeskuksen polikliinista toimintaa suunniteltaessa prosessien näkökulmasta?
- Millainen tai millaiset vastaanottomallit soveltuvat haavapotilaiden hoitoon?
- Miten uusi toimintamalli vaikuttaa haavapotilaiden hoitoon?
- Mitä mielestäsi tulee huomioida haavakeskuksen tilasuunnittelussa?
- Mitä koet tarpeelliseksi kehittää haavapotilaiden hoidossa?

4. TALOUS

- Mitä hyötyjä on mielestäsi haavakeskuksen polikliinisen toiminnan käynnistämällä talouden näkökulmasta?
- Miten toiminnan muutos vaikuttaa kustannuksiin?
- Miten voidaan haavapotilaiden hoidon kustannustehokkuutta parantaa?
- Miten omassa työssäsi huomioit taloudellisuuden?

Liite 4. Tietoinen suostumuslomake


**Elämän
tähden**

SUOSTUMUS

Haavakeskuksen polikliinisen toiminnan käynnistäminen

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on osana Taysin uudistamisohjelma 2020 kartoittaa henkilöstön näkemyksiä haavakeskuksen polikliinisen toiminnan suunnittelussa huomioitavista asioista ja luoda pohja haavakeskuksen toiminnalliselle suunnitelmalle. Olen saanut mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

 Paikka ja aika

 Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

 Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys