



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

SAIRAANHOITAJAN ROOLI PINNALLISEN JA PUHTAAN HAAVAN SUTUROINNISSA PÄI- VYSTYSYKSIKÖSSÄ

Matti Kuosmanen

Erica Williams

Opinnäytetyö
Lokakuu 2017
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

KUOSMANEN, MATTI & WILLIAMS, ERICA:
Sairaanhoitajan rooli pinnallisen haavan suturoinnissa päivystyksyksikössä

Opinnäytetyö 50 sivua, joista liitteitä 9 sivua
Lokakuu 2017

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa vaaditut kriteerit, joilla sairaanhoitaja voisi suturoida eli ommella pinnallisia, puhtaita haavoja päivystyksyksiköissä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa sairaanhoitajan roolista haavojen suturoinnista eri valtioissa, jotta aiheesta saataisiin Suomessa hyödynnettävää taustatietoa. Opinnäytetyön työelämäyhteytenä toimi Valkeakosken aluesairaalan päivystyksyksikkö.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä oli kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Materiaaleiksi valittiin tieteellisiä artikkeleita ja dokumentteja sairaanhoitajan toimenkuvasta seitsemältä eri valtiosta: Suomesta, Ranskasta, Kolumbiasta, Espanjasta, Australiasta, Iso-Britanniasta sekä Yhdysvalloista. Kyseiset valtiot valittiin siksi, koska niistä löytyi tutkittua tai muuta virallista informaatiota sairaanhoitajan roolista haavojen suturoinnissa. Kerättävä aineisto rajattiin vuosiin 2006–2016. Tutkimusaineiston keräämiseen käytettiin seuraavia tietokantoja: CINAHL, PubMed, Tamk Finna ja UAM_Biblioteca. Hakusanoina käytettiin suomenkielisiä, englanninkielisiä ja espanjankielisiä hakusanoja. Lähteiden sisäänottokriteereinä olivat esimerkiksi koko dokumentin saatavuus ja ilmaisuus sekä se, että dokumentit sisälsivät protokollia tai kurssien sisältöä liittyen sairaanhoitajan rooliin pinnallisen, puhtaan haavan suturoinnissa.

Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella sairaanhoitajan toimenkuva pinnallisen, puhtaan haavan suturoinnissa vaihtelee eri valtioiden välillä. Espanjassa, Australiassa, Iso-Britanniassa ja Yhdysvalloissa sairaanhoitajalla oli lupa suturoida haavoja päivystyksyksiköissä. Kolumbiassa ja Ranskassa sairaanhoitaja ei saanut suturoida haavoja missään tilanteessa. Johtopäätöksenä opinnäytetyölle on, että useissa valtioissa sairaanhoitajan kuului suorittaa erillinen lisäkoulutus suturointiluvan saamiseksi. Suomessa tällaista lisäkoulutusta järjestettiin vain Oulun ammattikorkeakoulussa. Sairaanhoitajien tehtävänsiirtoihin tarvittiin lääkäreiden sekä koko muun päivystyksyksikön henkilökunnan asenteiden ja halukkuuden muutosta, jotta sairaanhoitajien toimenkuvan uudistuminen oli mahdollisimman hyvin onnistunut. Jatkotutkimuksina voisi tutkia, kuinka tarpeellisina sairaanhoitajan toimenkuvan muutokset koetaan Suomessa ja minkälainen asenne päivystyksyksikön henkilökunnalla on mahdolliseen sairaanhoitajan muuttuvaan toimenkuvaan pinnallisten ja puhtaiden haavojen suturoinnin suhteen.

Asiasanat: sairaanhoitaja, sairaanhoitajan koulutus ja ammatillinen osaaminen, pinnallisen ja puhtaan haavan suturointi, päivystyksyksikkö ja tehtävänsiirto

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Nursing Degree Programme

KUOSMANEN, MATTI & WILLIAMS, ERICA:

The Nurse's Role in Superficial and Clean Wound Suturing in the Emergency Department

Bachelor's thesis 50 pages, appendices 9 pages

October 2017

The aim of this Bachelor's thesis was to research the criteria that entitle a nurse to suture superficial and clean wounds in the Emergency Department and the nurses' role in the procedure. The objective was to gather information about the criteria and role of the nurse in different countries.

This study is a descriptive literature review. Data from Finland, France, Colombia, Spain, Australia, Great Britain and the United States of America was used. These countries were chosen because of the availability of documents regarding the study question. The search words in Finnish were "suturing", "nurse", "emergency department" and "task transfer".

The results of this bachelor's thesis show that the criteria and role of the nurse vary across different countries. Though it was possible for the nurse to perform sutures in the emergency department in Spain, Australia, Great Britain and the United States of America, nurses in Colombia and France were not authorized to suture. Moreover, in Finland, suturing as an emergency nursing task was only taught at Oulu University of Applied Sciences, as an extra training course. In conclusion, obtaining an authorization to perform sutures after attending extra training courses was a common outcome in most countries. Furthermore, it was concluded that the healthcare staff's positive attitude towards the transfer of the task of suturing from doctors to nurses improved its implementation.

Key words: nurse, nurse training and professional competencies, superficial and clean wound suture, emergency department and task transfer.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS JA TAVOITE.....	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
	3.1 Sairaanhoidaja.....	8
	3.2 Sairaanhoidajan koulutus ja ammatillinen osaaminen.....	9
	3.3 Pinnallisen ja puhtaan haavan suturointi	10
	3.4 Päivystysyksikkö ja niiden tuleva uudelleenjärjestely.....	11
	3.5 Tehtävänsiirto	12
4	MENETELMÄLLISET RATKAISUT	14
	4.1 Kirjallisuuskatsaus	14
	4.2 Aineiston valinta	16
	4.3 Aineiston analyysi.....	19
5	TULOKSET	21
	5.1 Kriteerit sairaanhoidajan suturointiluvulle	21
	5.1.1 Kokemus	21
	5.1.2 Asiantuntijuus	22
	5.1.3 Rajoitteiden noudattaminen	24
	5.1.4 Vastuullisuus	26
	5.2 Sairaanhoidajan rooli	27
	5.2.1 Suturointiin valmistaminen	28
	5.2.2 Lääkärin avustaminen	31
	5.2.3 Konsultaatio	31
	5.2.4 Suturointi.....	31
	5.2.5 Kivunhoito	32
	5.2.6 Dokumentointi	33
	5.2.7 Tietämys käytännöistä.....	33
6	POHDINTA.....	35
	6.1 Tulosten tarkastelu	35
	6.2 Eettinen pohdinta	36
	6.3 Jatkotutkimusehdotukset.....	38
	LÄHTEET	39
	LIITTEET	42
	Liite 1. Tutkimustaulukko	42
	Liite 2. Analyysirunko.....	46
	Liite 3. Sairaanhoidajan rooli ja kriteerit suturoimiseen eri maissa	50

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä muuttuu sosiaali-, terveys- ja maakuntauudistuksen eli Sote-uudistuksen myötä. Tulevassa uudistuksessa vastuu julkisten palveluiden järjestämisestä, kuten avoterveydenhuollon palveluiden, sairaalapalveluiden, äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä kotihoidon, on suunniteltu siirtyvän 18 uudelle maakunnalle, alkaen tammikuusta 2019. Sote-uudistuksen tavoitteena on, että ihmisten hyvinvointi- ja terveyserot vähenevät ja palvelujen saanti on yhdenvertaisempaa vaikuttavampien toimintatapojen avulla. (Sote- ja maakuntauudistus 2015a.)

Asiakkaat saavat valita vapaammin, mistä he hankkivat terveyspalvelunsa, hoitajan, lääkärin sekä palveluihin liittyvän neuvonnan. Vaihtoehtoisia palveluita ovat maakunnan yhtiö, yksityinen yritys tai järjestön palvelu ja asiakasmaksu on näissä kaikissa vaihtoehdoissa sama. (Sote- ja maakuntauudistus 2015a.) Uudistuksen oletuksena on se, että päivystysyksiköiden toimintaa arvioidaan tarkemmin ja näin ollen arviointi tulee vaikuttamaan myös päivystysyksiköiden resursseihin. Nämä tulevat uudistukset oletettavasti tarkoittavat sitä, että lääkäreiden ja sairaanhoitajien työnjako voi uudistua. Näiden uudistusten myötä sairaanhoitajat voisivat toteuttaa tehtävänsiirtoja, eli he saisivat enemmän vastuuta potilaiden hoidosta ja hyvinvoinnin turvaamisesta.

Tämä opinnäytetyö selvittää, mitä eroavaisuuksia eri valtioilla on sairaanhoitajan toimenkuvassa pinnallisten haavojen suturointiluvan kriteerien suhteen, joka voisi olla yksi sairaanhoitajan työntyönkuvan muuttuva osa-alue Suomessa. Sen lisäksi tarkoitus on selvittää, mikä on sairaanhoitajan rooli päivystysyksiköissä tapahtuvien pinnallisten haavojen suturoinnissa näissä valtioissa. Toisesta kuin suomalaisesta kulttuurista tulevan sairaanhoitajan voi olla vaikea ymmärtää erilaisen kulttuurin ja yhteiskunnan toimintatapoja. Tämä opinnäytetyö pyrkii selvittämään Suomen ja tiettyjen muiden maiden käytäntöjä ja asenteita suturoinnista ja päivystysyksiköiden toiminnasta. Uuden tiedon saaminen päivystävien sairaanhoitajien työn laajuudesta sekä siitä, kuinka ammattitaitoa voi jatkuvasti kehittää täydennyskoulutuksen avulla, on tärkeää ja hyödyllistä. Opinnäytetyömme tutkimusmenetelmä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Työelämäyhteys on Valkeakosken aluesairaalan päivystysyksikkö.

Aihe on kiinnostava, koska Sote- uudistus tulee oletettavasti vaikuttamaan päivystysyksiköiden toimintaan. Uudistukset kohdistuvat isoihin keskus- ja yliopistosairaaloihin, joita tulee yhteensä 12, ja pienempiin keskussairaaloihin (Sote- ja maakuntauudistus, 2015b). Sote-uudistuksessa tapahtuvat muutokset voivat johtaa tehtävänsiirtoihin lääkäreiltä hoitajille, esimerkiksi juuri suturoinnin osalta.

2 TARKOITUS JA TAVOITE

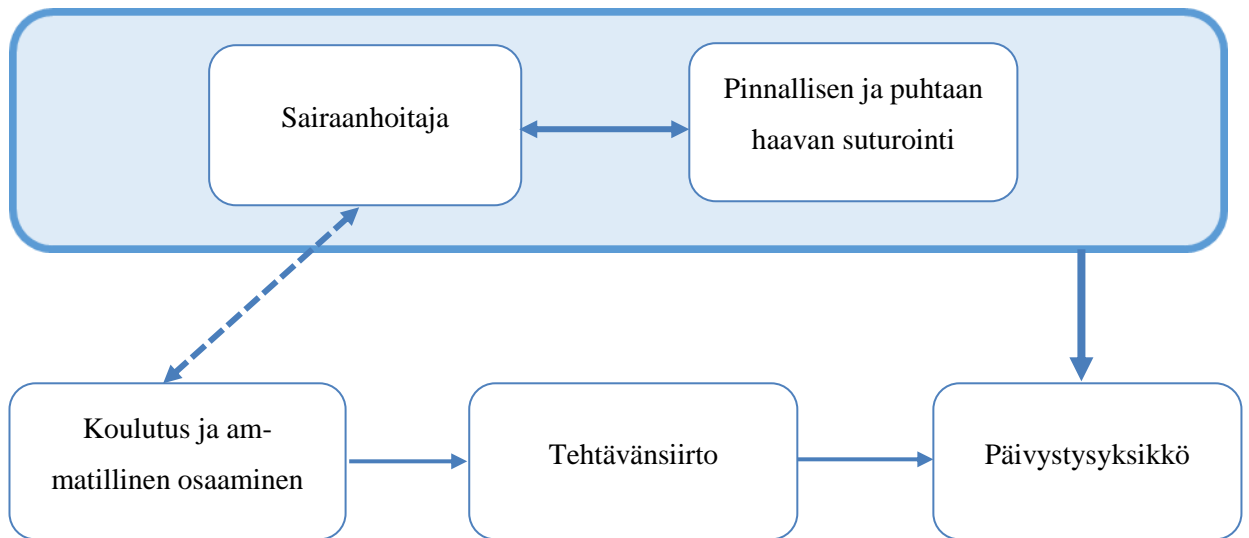
Opinnäytetyön tarkoituksena on määritellä ja kartoittaa vaaditut kriteerit, joiden perusteella sairaanhoitaja voi suturoida pinnallisia ja puhtaita haavoja. Tavoitteena on tuottaa tietoa sairaanhoitajan roolista pinnallisten ja puhtaiden haavojen suturoinnissa, jotta aiheesta saataisiin Suomessa hyödynnettävää taustatietoa.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät ovat:

1. Mitkä ovat sairaanhoitajan pinnallisten ja puhtaiden haavojen suturointiluvan kriteerit?
2. Mikä on sairaanhoitajan rooli päivystyksessä tapahtuvassa pinnallisten ja puhtaiden haavojen suturoinnissa kansainvälisesti?

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tämän opinäytetyön keskeiset käsitteet ovat sairaanhoitaja, sairaanhoitajan koulutus ja ammatillinen osaaminen, pinnallisen ja puhtaan haavan suturointi, päivystyksikkö ja tehtävänsiirto.



KUVIO 1. Opinäytetyön keskeiset käsitteet

3.1 Sairaanhoitaja

Sairaanhoitaja on laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on oikeus toimia asianomaisessa ammatissa ja käyttää asianomaista ammattinimikettä (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559, 2). Lisäksi kyseinen laki määrittelee, että sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto myöntää oikeuden harjoittaa sairaanhoitajan ammatia koulutuksen suorittaneelle henkilölle. Sairaanhoitajat toimivat hoitotyön itsenäisinä ammattilaisina, ja he toteuttavat potilaan hoidossa itsenäisen hoitotyön päätöksenteon lisäksi lääkärin ohjeiden mukaista hoitotyötä sekä lääkehoitoa. Sairaanhoitajat osallistuvat hoitotyön suunnitteluun ja kehittämiseen sekä tekevät yhteistyötä muiden sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kanssa. Näitä ammattilaisia ovat lääkäreiden lisäksi esimerkiksi fysioterapeutit ja sosiaalityöntekijät. Heillä on myös velvollisuus tuoda esiin hoitoalan asiantuntijuuttaan yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja keskustelussa. (Kilpeläinen 2007.)

Sairaanhoitajan työtehtäviin kuuluvat vitaalielintoimintojen, kuten verenpaineen ja ihmisen hapettumisen mittaaminen. Lisäksi sairaanhoitaja kanyloi laskimoon tarvittaessa ja toteuttaa potilaan lääke- ja nestehoitoa. Hän kertoo potilaalle tapahtuvista hoitotoimenpiteistä, avustaa lääkäriä tarvittaessa ja ohjaa potilasta esimerkiksi omahoitoon liittyvissä asioissa. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 63–65.)

3.2 Sairaanhoitajan koulutus ja ammatillinen osaaminen

Suomen Sairaanhoitajaliiton tekemässä Sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen esitte-lyssä kerrotaan ammattikorkeakoulussa yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen alueet. Sairaanhoitajakoulutusta järjestetään Suomessa 22 ammattikorkeakoulussa. Tutkinnon laajuus on yhteensä 210 opintopistettä ja koulutuksen kesto on kolme ja puoli (3,5) vuotta. Euroopan parlamentin ja neuvoston uudistuneen ammattipätevyysdirektiivin mukaan yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoitajan kou-lutuksen tulee olla vähintään 180 opintopistettä. (Eriksson ym. 2015, 13.) Espanjassa sai-raanhoitajakoulutus on yhteensä 240 opintopistettä ja kestää neljä vuotta (ORDEN CIN/2134/2008). Ranskassa taas sairaanhoitajakoulutuksen kesto on 180 opintopistettä, eli kolme vuotta (Université de Bordeaux 2017). Eli koulutuksen pituus vaihtelee valtioi-den välillä. Suomalainen sairaanhoitajakoulutus ylittää direktiivin edellyttämän määrän 30 opintopisteellä. Suomessa sairaanhoitajan opintoihin sisältyy teoriaosuutta, kuten pe-rus- ja ammattiopinnot, vaihtoehtoiset ammattiopinnot, ammattitaitoa edistävä harjoit-telu, opinnäytetyö, kypsyysnäyte ja vapaasti valittavat opinnot (Eriksson ym. 2015, 13). Tampereen ammattikorkeakoulun opetussuunnitelman mukaan sairaanhoitajan koulutus-ohjelmaan sisältyy teoriaopintoja, kuten lääkelaskuja, orientoivia harjoitteluja simulaa-tiotiloissa sekä työelämän harjoittelujaksoja (TAMK opetussuunnitelma 2017).

Sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen alueita ovat asiakaslähtöisyys, hoitotyön eetti-syys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäyys, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edis-täminen, sosiaali- ja terveydenhuollon ympäristö sekä sosiaali- ja terveystalvelujen laatu ja turvallisuus. Alla oleva taulukko (Taulukko 1) esittelee sairaanhoitajan ammatilliset osaamisalueet sekä esimerkkejä niiden osaamiskuvauksista.

TAULUKKO 1. Sairaanhoidajan ammatillisen osaamisen alueet ja esimerkkejä niiden osaamiskuvauksista (Eriksson ym. 2015, 36–46).

OSAAMISALUEET	OSAAMISEN KUVAUKSET
1. Asiakaslähtöisyys:	Osaa hyödyntää asiakkaan kokemuksellista tietoa tämän terveyden ja sairauden hoidossa.
2. Hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus:	Osaa toimia ammatinharjoittamista koskevan lainsäädännön ja eettisten ohjeiden mukaisesti sekä osaa arvioida niiden toteutumista hoitotyössä.
3. Johtaminen ja yrittäjäyys:	Osaa arvioida työryhmän resurssit, priorisoida työtehtävät ja niihin liittyvät vastuut.
4. Kliininen hoitotyö:	Hallitsee kliinisessä hoitotyössä tarvittavat keskeiset toimenpiteet ja diagnostiset tutkimukset osana potilaan kokonaisuhoitoa.
5. Näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko:	Osaa määritellä hoitotyön tarpeen sekä suunnitella, toteuttaa ja arvioida hoitotyötä päätöksentekoprosessin mukaisesti.
6. Ohjaus- ja opetusosaaminen:	Osaa suunnitella, toteuttaa ja arvioida ohjausta ja opetusta asiakas- ja ryhmälähtöisesti yhteistyössä muiden asiantuntijoiden kanssa.
7. Terveyden ja toimintakyvyn edistäminen:	Ymmärtää terveyden edistämisen periaatteita ja osaa toimia terveyden edistämisen arvolähtökohtien mukaisesti.
8. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö:	Osaa ohjata potilasta/asiakasta käyttämään tarkoituksenmukaisia julkisen ja yksityisen sektorin sosiaali- ja terveydenhuollon sekä kolmannen sektorin palveluita terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi.
9. Sosiaali- ja terveystalvvelujen laatu ja turvallisuus:	Ymmärtää ammatillisen vastuunsa potilasturvallisuuden varmistamisessa ja edistämisessä.

3.3 Pinnallisen ja puhtaan haavan suturointi

Suturointi tarkoittaa haavan ompelua, ja se on yksi haavan sulkemisen tapa. Suturoinnissa tavoite on sulkea haava, ja näin ehkäistä haavan infektoituminen. Tavoitteena on myös tuoda haavan puolet yhteen, kunnes kudoksen oman paranemisprosessin vaikutuksesta ne pysyvät toisissaan kiinni riittävän vetolujasti. Haavan paranemisprosessissa ommelaine on olennaisena tekijänä ja prosessin päämääränä on toiminnallisesti ja ulkonäöllisesti mahdollisimman terve kudos. Oikeanlainen suturointitekniikka ja ommelaineet parantavat haavan sulkuprosessia sekä vähentävät arprien muodostumista. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 193.)

Päivystyksyksiköissä hoidettavia suturoitavia haavoja ovat avoimet haavat ja viiltohaavat. Avoin haava on kudoksen repeytymä, mikä on aiheutunut esimerkiksi tylpän esineen iskusta (MOT lääketiede 2.0a repeämä eli ruptuuma, tylpän vamman aiheuttama). Viiltohaava taas on terävän esineen aiheuttama haava, esimerkiksi veitsellä aiheutettu (MOT lääketiede 2.0a terävällä välineellä tehty leikkaus tai pisto). Nämä kyseiset haavan tyypit ovat pinnallisia. Pinnallisella haavalla tarkoitetaan, että repeämän tai viillon aiheuttama haava on vain ihon pinnassa, dermiksessä eli verinahkassa ja epidermiksessä eli orvaskelessä. Ne eivät ole myöskään kontaminoituneet, eli haava ei sisällä bakteereja. (Hietanen & Juutilainen 2013, 27, 81.)

Suturoimiseen vaikuttavia tekijöitä ovat haavan koko, syvyys, sijainti, puhtausaste, haavan aiheuttaja ja ikä, potilaan ikä sekä suturoivan henkilön ammattitaito (Lukkari ym. 2013, 193). Yhdysvalloissa, Kanadassa ja Isossa-Britanniassa sairaanhoitaja voi suorittaa lisäkoulutuksen, minkä jälkeen hänellä on oikeus suturoida edellä mainittuja pinnallisia ja puhtaita haavoja (Northern Health and Social Care Trust 2012, 4; Nebraska Board of Nursing 2013, 1; College of Registered Nurses of British Columbia 2016, 16). Suomessa haavan suturointi on pääasiallisesti lääkärin tehtävä. Lääkärin hoitoa vaativat runsaasti vuotavat haavat, syvät pistojälkihaavat, hiekkaa tai multaa sisältävät haavat, eläimen tai ihmisen puremahaavat, haavat, joissa on vierasesine ja tulehtuneet haavat. Kyseiset haavat vaativat hoitoa muutaman tunnin kuluttua haavan huomaamisesta. (Castrèn, Korte & Myllyrinne, 2012.)

3.4 Päivystyksikkö ja niiden tuleva uudelleenjärjestely

Terveydenhuoltolain (2010/1326) mukaan päivystys tarkoittaa kiireellistä, ympärivuorokautista hoidon arviointia ja suoritettavaa terveydenhuollon yksikköä, mikä kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä. Kunnalla tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä, joka toteuttaa päivystyshoitoa, pitää olla riittävät voimavarat ja osaaminen, jotta hoidon laatu ja potilasturvallisuus toteutuvat (Terveydenhuoltolaki 2010/1326b).

Tullessaan voimaan Sote- uudistus tulee vaikuttamaan myös Suomen terveystalouden päivystystoimintaan. Uudistuksen myötä Suomeen ollaan kokoamassa 12 ympärivuorokautista hoitoa pitävää laajan päivystyksen sairaalaa, eli näihin sairaaloihin on koottu vaativin eri-

koisalapäivystys (Sote- ja maakuntauudistus 2015b). Laajan päivystyksen lisäksi sairaaloiden yhteydessä tarjotaan myös sosiaalipäivystystä. Kaikki viisi yliopistollista sairaalaa, eli Helsingin, Turun, Tampereen, Kuopion ja Oulun yliopistolliset sairaalat tarjoavat vaativinta hoitoa. Seitsemän muuta laajan päivystyksen keskussairaala sijaitsevat Lahdessa, Lappeenrannassa, Porissa, Seinäjoella, Jyväskylässä, Joensuussa ja Rovaniemellä. (Sote- ja maakuntauudistus 2015c.)

Muut keskussairaalat, jotka sijaitsevat Kotkassa, Mikkelissä, Savonlinnassa, Hämeenlinnassa, Vaasassa, Kokkolassa, Kajaanissa ja Kemissä, järjestävät ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksen. Uudistuksen myötä terveyskeskukset tarjoavat kiireellisiä vastaanottopalveluita, jotka toimivat myös illalla ja viikonloppuna. Erikoisalapäivystyksen 12:n sairaalaan tulisi vähintään kymmenen eri erikoisalojen lääkäriä, ja valmius vaativien tilanteiden laadukkaaseen ja turvalliseen hoitoon tulisi olla aina olemassa. (Sote- ja maakuntauudistus 2015c.)

3.5 Tehtävänsiirto

Tehtävänsiirrolla tarkoitetaan lääkärin toimenkuvan osittaista siirtämistä sairaanhoitajalle, jolla on kyseisen tehtävänsiirron edellyttämä koulutus. Se on prosessi, joka edellyttää tehtävänsiirron tarpeen osoittamista, pilottiprojekteja ja uuden koulutuksen järjestämistä. Nämä edellyttävät sairaanhoitajan ja lääkärin motivaatiota muutokseen. Tehtävänsiirron päätavoite on hoidon sujuvuus ja potilaan odotusajan lyheneminen. (Vesterinen 2009, 18.)

Vuonna 2003 Oulun eteläisen 14 kunnan alueella aloitettiin Hoitajien toimenkuvan laajentamisen projekti eli HoLa- projekti (Rajala 2005). Projektin tarkoituksena oli uudistaa lääkäreiden ja sairaanhoitajien työnjakoa. Periaatteita olivat, että työnjaon uudistuksesta sovitaan yhteisesti organisaatiossa, luodaan yhteiset hoitolinjat ja pelisäännöt, kehittämistyöhön varataan riittävästi resursseja, luodaan käytännön toimintaedellytykset, kuten tilat ja välineet sekä sovitaan työn vaativuutta, koulutusta ja osaamista vastaavasta palkasta (Rajala 2005).

Sairaanhoitajat-sivulla julkaistussa artikkelissa todetaan että alun perin HoLa- projektin lähtökohtana oli Oulun eteläisten kuntien lääkäripula, mutta taustalla olivat myös sairaanhoitajien omat intressit ja oman osaamisen hyödyntäminen. Pilottiprojektiin sisältyviä uudistuksia olivat pienten haavojen tutkiminen, ompelu ja liimaus, pienkirurgiset toimenpiteet puudutuksessa, korvakontrollien tekeminen tulehdusten jälkeen, silmänpaineen mittaaminen ja sairauslomatoimistusten kirjoittaminen enintään viiden päivän mittaisissa sairauslomissa. Projektissa haluttiin helpottaa lääkäripulaa ja mahdollistaa potilasjonojen lyheneminen sekä perusterveydenhuollon uudistuminen. Uudistusten vuoksi sairaanhoitajille järjestettiin lisäkoulutusta Oulun seudun ammattikorkeakoulussa. Lisäkoulutuksen laajuus oli yhteensä 30 opintopistettä. Uudistuksessa oli tärkeää, että sairaanhoitajalla oli omaa halua ja motivaatiota lisäkoulutukseen sekä riittävästi työkokemusta. (Wilskman 2010.)

4 MENETELMÄLLISET RATKAISUT

4.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on joko artikkeli, esitelmäpaperi, tai se voi olla osa tutkielmaa, missä käydään läpi analyttisesti kirjoittajan valitseman aihepiirin aiempia tutkimuksia. Kirjallisuuskatsaus auttaa esittelemään kirjoittajan tekemän tutkimuksen lukijoille valittua aiempaa tutkimustietoa kirjallisuuskatsauksen aiheesta, käsitteistä sekä tutkimusongelmista. Näin voidaan arvioida uuden tutkimuksen merkitystä suhteessa aiempiin tutkimuksiin. (Turun yliopisto 2017.)

Politin ja Beckin (2012, 95) mukaan laadukas kirjallisuuskatsaus vaatii kirjoittajalta perusteellista tietoa käytetyistä lähteistä. Kirjallisuuskatsauksen alussa esitellään yleisesti aiempia tutkimuksia kirjoittajan aiheesta, ja sen jälkeen vakuutetaan lukija, että uusi tutkimus valitusta aiheesta on tarpeellinen. Kirjoittajan kuuluu osoittaa, että hän on todellisuudessa perehtynyt aikaisempiin tutkimuksiin, niin sanotusti ”omistaa” ne. Väitöskirjan tai opinnäytetyön laajuinen artikkeli sisältää usein perusteellisen ja kriittisen kirjallisuuskatsauksen. Kirjallisuuskatsaukseen sisältyy yleensä yleinen aiemman tutkimusmateriaalin arviointi ja sen lisäksi yksittäisten tutkimusten kriittinen tarkastelu.

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on etsiä tietoa tutkittavasta ilmiöstä sekä määrittää kyseisen ilmiön keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet (Kangasniemi 2013, 298). Tämän opinnäytetyön kohdalla se tarkoittaa, että työtä varten etsitään tieteellisiä artikkeleita, joissa käsitellään pinnallisten haavojen suturointia sairaanhoitajan näkökulmasta ja lääkärin tehtävänsiirtoa sairaanhoitajille. Artikkeleista valitaan tutkimuskysymysten kannalta tärkeitä asioita eli kriteerejä sairaanhoitajan toteuttamalle suturoinnille ja toimintaan päivystyksessä.

Kangasniemi (2013, 294) esittää, että kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkimusmenetelmä ja sen jäsenet jaetaan yleensä neljän vaiheen kokonaisuudeksi: Ensimmäiseksi muodostetaan tutkimuskysymys, eli kysymys liitetään osaksi käsitteellistä tai teoreettista viitekehystä. Tämän vaiheen tavoitteena on muodostaa rajattu, mutta silti riittävän väljä tutkimuskysymys. Tutkimuskysymyksen muodostamisen pitäisi ohjata kokonaan kirjallisuus-

katsauksen prosessia. Toisena vaiheena on aineisto ja sen valinta. Aineiston valinnan tulee olla tutkimuskysymyksen ohjaamaa. Kun aineiston valinta etenee, niin myös ymmärrys aineiston sopivuudesta ja riittävydestä alkaa tarkentua. Kolmatta vaihetta kutsutaan kuvailun rakentamiseksi, missä tutkimukseen valittu aineisto analysoidaan. Se käynnistyy oikeastaan jo siinä vaiheessa, kun aineistoa on alettu valita. Pyrkimyksenä on saada mahdollisimman kuvaileva vastaus tutkijoiden esittämään tutkimuskysymykseen. Neljäs ja viimeinen vaihe on tulosten tarkastelu. Silloin kootaan ja tarkastellaan kirjallisuuskatsauksen keskeisimpiä tuloksia. Tulosten tarkasteleminen tehdään suhteessa laajempaan kontekstiin sekä suhteessa tutkimusmenetelmän ja -vaiheiden eettisiin kysymyksiin ja luotettavuuskysymyksiin.

Kirjallisuuskatsauksessa ensisijaisia tiedonlähteitä ovat vertaisarvioidut tieteelliset artikkelit, jotka tuottavat luotettavaa uutta tietoa. Kangasniemen (2013, 296) mukaan kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa voidaan käyttää muitakin lähteitä kuin tieteellisiä artikkeleita, esimerkiksi konferenssijulkaisuja tai pääkirjoituksia. Kuitenkin tämänkaltaisten lähteiden käytön pitää olla kysymyksenasettelun kannalta perusteltua. Lisäksi lähestymistavat, tieteenalat tai julkaisujen ajankohdat ja foorumit voivat vaihdella. (Green, Johnson & Adams 2006, 115)

Green ym. (2006, 116) selvittää yksityiskohtaisesti kuvailevan kirjallisuuskatsauksen hyödyllisyyden, tavoitteen (luettavan materiaalin luominen) sekä haasteet. Tätä määritelmää käytetään selittämään sisäänotto- ja poissulkukriteerit kuten myös vapauden valita merkityksellistä tietoa. Lisäksi Slavinin (1995) esittämä ”parhaan näytön kriteerit” keskittyy näiden kriteerien selkeyteen ja mitattavuuteen, kuten myös kirjoittajan arvostelu-kykyyn. Näin voidaan koota paras mahdollinen näyttö. Hän kuitenkin totesi, että kirjallisuuskatsauksessa pitäisi kirjoittaa yksityiskohtaisesti tarkkojen kriteerien hakuprosessi, jotta haut on mahdollista toistaa.

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä on kirjallisuuskatsaus ja tarkemmin määriteltynä kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Koska kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen ei ole yhtenäistä ohjeistusta tiedonhaun suhteen, on mahdollista käyttää myös muita dokumentteja lähteinä (Slavin 1995). Opinnäytetyöhön otettiin analysoitavaksi myös sellaisia dokumentteja, jotka eivät olleet vertaisarvioituja tai vaihtoehtoisesti ne olivat sairaalan julkaisemia. Tällaisia dokumentteja otettiin mukaan, koska niitä pidettiin tärkeinä tutkimustehtävien kannalta. Ne tarjosivat merkityksellistä tietoa tutkimustehtäviin vastaamisen

kannalta ja näiden dokumenttien avulla pystytiin korvaamaan puuttuvia, tieteellisiä ja vertaisarvioituja lähteitä.

4.2 Aineiston valinta

Kirjallisuuskatsauksessa tulee käyttää ensisijaisia lähteitä, eli tutkimusartikkeleita, mitkä ovat tutkimuksen suorittaneiden ihmisten kirjoittamia. Toissijaiset lähteet ovat tutkimusartikkeleiden kuvauksia, joiden tulokset on kirjoittanut joku muu kuin tutkimukseen alun perin osallistuneet ihmiset. Esimerkiksi kirjallisuuskatsaus on toissijainen lähde. On huomioitava, että toissijaiset lähteet eivät korvaa ensisijaisia lähteitä, sillä ne eivät kerro aikaisemmista tutkimuksista kovin yksityiskohtaisesti, eivätkä ole välttämättä täysin objektiivisiä. (Polit & Beck 2012, 95.)

Aineiston haussa käytettiin Tampereen ammattikorkeakoulun suosittamia tiedonlähteitä (Finna, CINAHAL, Pubmed ja UAM_Biblioteca) tieteellisten artikkeleiden löytämiseksi (Taulukko 2). Tiedonhaussa käytettiin suomen-, englannin- ja espanjankielisiä hakusanoja. Hakusanoina käytettiin ”sairaanhoidtaja”, ”päivystys”, ”suturointi”, ”suture”, ”nurse”, ”emergency department”, ”sutura”, ”enfermera”, ”urgencia*”. Haku rajattiin uusimpaan tietoon ja yli 10 vuotta vanhemmat lähteet jätettiin pois. (Taulukko 3.) Ranskan-kieliset hakusanat eivät tuottaneet mitään tarkoituksenmukaisia tuloksia.

TAULUKKO 2. Opinnäytetyössä käytetyt tietolähteet

Käytetyt tietokannat	Tietokantojen kuvaus	Löydettyjen lähteiden lukumäärä	Valittujen dokumenttien lukumäärä
PubMed	PubMed on toiselta nimeltään National Center for Biotechnology Information (NCBI). Se on tietokanta, mikä sisältää biolääketieteen ja genomiikan dokumentteja.	39	4.
Tamk Finna	TAMK Finna on kansallisen Finna-palvelun paikallinen näkymä. Se sisältää suomalaisten arkistojen, museoiden ja kirjastojen aineistoja, mukaan luettuna kaikki AMK- ja yliopistokirjastot.	4.	1.
CINAHL	CINAHL tarjoaa yli 100 000 instituutiolle ympäri maailmaa tietolähteitä. CINAHL:in alaisuudessa oleva EBSCO Host on suurin lääketieteellisen ja hoitotieteellisen sisällön tarjoaja yliopistoille, lääketieteellisille instituutioille, yhtiöille, julkisille kirjastoille ja hallinnon instituutioille.	10.	4.
UAM_Biblioteca	Tamk Finnan kaltainen, Espanjan yliopistojen yhteinen tietokanta.	10.	2.

TAULUKKO 3. Käytetyt hakusanat

Suomenkieliset hakusanat	Englanninkieliset hakusanat	Espanjankieliset hakusanat	Ranskankieliset hakusanat
Suturointi	Sutures, Suturing	Sutura	Suture
Tehtävänsiirto	Task transfer		
Ensiapu	Emergency Department, Accident and Emergency	Urgencia	Urgence
Sairaanhoitaja	Nurse(s), Registered Nurse	Enfermera	Infirmier
Sairaanhoitajat			
Akuuttihoito			

Sisäänottokriteereissä on tärkeää, että valituilla dokumenteilla on kekenään samat ominaispiirteet, jotta niitä voidaan vertailla ja analysoida keskenään. Kirjallisuuskatsauksessa on kaksi tapaa: määrittää sisäänottokriteerit ja poissulkukriteerit. Sisäänottokriteereillä otetaan mukaan dokumentteja, joilla on samoja ominaispiirteitä. (Polit & Beck 2012, 274.) Jos dokumenteilla on vähintään yksi ominaisuus, jonka takia niitä ei voi verrata muihin dokumentteihin, ne on jätettävä pois. Esimerkiksi jos tutkimus vastaisi suoraan tutkimustehtäviin, mutta se olisi liian vanha, on tutkimus syytä jättää pois. Alla olevassa taulukossa (Taulukko 4) esittelemme tämän opinnäytetyön sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

TAULUKKO 4. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Artikkeli vastaa jompaankumpaan tutkimuskysymykseen.	Artikkeli ei anna vastausta tutkimuskysymykseemme.
Artikkelissa on mukana eettistä tarkastelua.	Artikkeli ei sisällä eettistä tarkastelua ollenkaan.
Koko artikkeli on saatavilla ja ilmainen.	Artikkelista on saatavilla vain tiivistelmä, tai koko artikkeli on maksullinen.
Artikkelissa käsitellään sairaanhoitajan tai ensihoitajan tehtäviä ja toimenkuvaa.	Artikkelissa käsitellään jonkin muun ammattiryhmän, esimerkiksi lääkärin, tehtäviä ja toimenkuvaa.
Artikkeli sisältää protokollia, dokumentteja tai kurssien sisältöä liittyen sairaanhoitajan rooliin haavan suturoinnissa.	Artikkeli ei sisällä mitään edellämainittuja asioita.
Artikkelissa käsitellään puhtaan, pinnallisen haavan suturointia.	Artikkelissa käsitellään jonkinlaisen muun haavan ompelua.
Artikkelit ovat joko suomen, englannin, ranskan tai espanjan kielellä tai sisältävät tiivistelmän jollakin edellämainituista kielistä.	Artikkelit tai tiivistelmät ovat jollain muulla kielellä, jota opinnäytetyön tekijät eivät ymmärrä.
Artikkeli on julkaistu aikaisintaan 10 vuotta sitten, eli vuosien 2006-2016 välisenä aikana.	Artikkeli on yli 10 vuotta vanha, eli julkaistu ennen vuotta 2006.

4.3 Aineiston analyysi

Tutkimusaineiston haun, lukemisen ja tiivistämisen jälkeen saatu tieto pitää analysoida ja yhdistää toisiinsa. Kirjallisuuskatsauksessa on tärkeää tunnistaa dokumentteja yhdistävät tärkeät teemat. Analyysissa on havaittava, jos dokumenteissa on yhdistäviä kaavoja ja sääntöjä, mutta myös dokumenttien väliset epäjohdonmukaisuudet on huomioitava. Dokumentteja on helpompi analysoida, kun tärkeät teemat yhdistetään eri taulukoihin. (Polit & Beck 2012, 119.) Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa voidaan käyttää induktiivista sisällönanalyysiä. Induktiivinen sisällönanalyysi kuuluu osaksi laadullisen tutkimuksen tulosten analysointia. Suuri määrä tietoa muunnetaan pienempiin ja hallittavimpiin osiin. Analyysi sisältää tutkimuksen kannalta tärkeiden asioiden kokonaisvaltaisen määrittämisen. Induktiivinen sisällönanalyysi alkaa laajojen kategorioiden tai teemojen etsimisellä. (Polit & Beck 2012, 515.)

Tekijöiden valitsemien artikkelien kriteereitä olivat, että tutkimus oli vertaisarvioitu, se sisälsi eettistä tarkastelua ja koko artikkeli oli saatavilla. Lähteitä valittiin mahdollisimman monesta eri maasta, missä oli tietoa sairaanhoitajan roolista haavan suturoinnissa. Näin pyrittiin nostamaan tietoisuuteen monipuolisia ja edustavia näkemyksiä sairaanhoitajan roolista pinnallisen ja puhtaan haavan suturoimisessa päivystyksessä. Eroavaisuudet valtioiden välillä rikastuttavat lähteiden analysointia. Muut materiaalit saivat sisältää esimerkiksi sairaanhoitajalle tehtyjä ohjeistuksia suturoinnista. Kaikki suomenkielinen ja englanninkielinen materiaali luettiin erikseen ja sen jälkeen tekijöiden analyysija verrattiin keskenään ja täydennettiin. Tosin espanjankielisiä artikkeleita luki vain toinen opinäytetyön tekijä, koska toinen kirjoittaja ei osannut ollenkaan espanjankieltä.

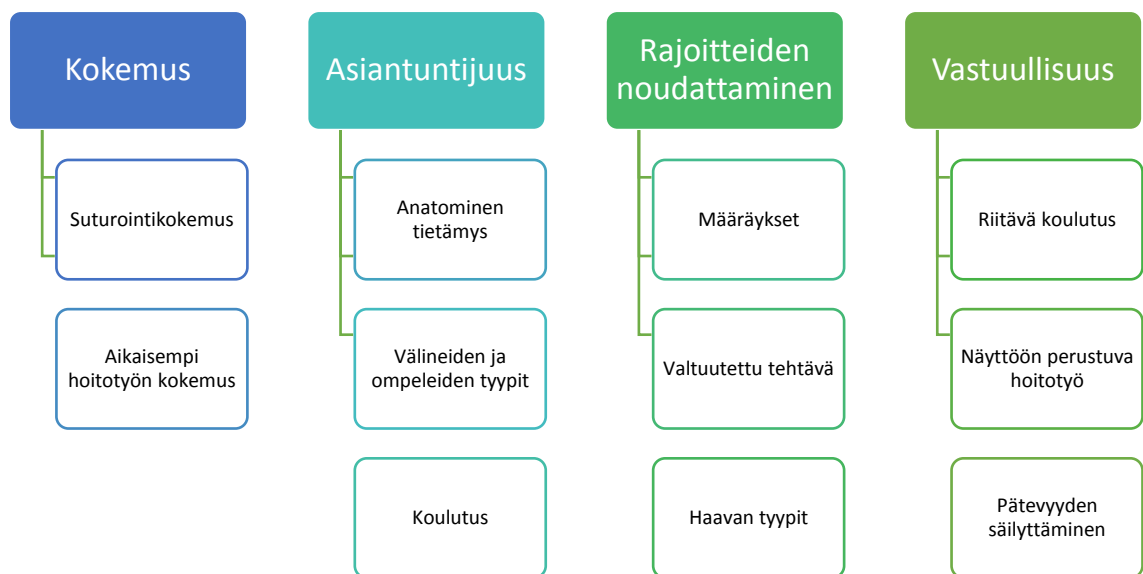
Kaikki artikkelit luettiin huolellisesti ja tutkimustehtäviin vastaavat kohdat korostettiin. Saatu tieto lisättiin taulukkoon, missä tiedot järjesteltiin dokumenttien mukaan. Lisäksi tietoa järjesteltiin sen mukaan, kumpaan tutkimustehtävään tieto kohdistui, joko liittyen sairaanhoitajan tehtävänkuvaan tai sairaanhoitajan suturointiluvan kriteereihin. Tiedot kirjoitettiin englanniksi ja suomeksi. Toinen opinäytetyön kirjoittaja käänsi espanjankieliset dokumentit englanniksi. Sen jälkeen tiedot pelkistettiin niin, että dokumenttien pääasiat kirjoitettiin taulukkoon. Tämän jälkeen tehtiin kaksi uutta taulukkoa, jotka sisälsivät tutkimustehtäviin vastaavat merkitykselliset ilmaisut, jotka pelkistetyksen jälkeen

luokiteltiin. Tällä tavalla tiedot saatiin järjestettyä yläluokkiin ja alaluokkiin, jotka vastaavat parhaiten tutkimustehtäviin. Tutkimusartikkeleiden analyysi, tutkimustehtäviin vastaavat luokat sekä sairaanhoitajan rooli ja suturointiluvan kriteerit löytyvät opinnäytetyön lopussa olevista liitteistä (Liite 1, Liite 2 & Liite 3).

5 TULOKSET

5.1 Kriteerit sairaanhoitajan suturointiluvulle

Kun tätä opinnäytetyötä varten valittiin ja analysoitiin dokumentteja, keräty informaatio koski sairaanhoitajan suturointiluvan kriteereitä. Informaatio saatiin tiivistettyä neljään erilaiseen yläluokkaan: kokemus, asiantuntijuus, rajoitteiden noudattaminen ja vastuullisuus. Yläluokat ja niihin liittyvät alaluokat on esitelty alla olevassa kuviossa (Kuvio 2).



KUVIO 2. Sairanhoitajan suturointiluvan kriteerit

5.1.1 Kokemus

Kokemus on yksi perusvaatimus suturointiin, yhdessä tietämyksen ja kädentaitojen kanssa. (Middleton 2006, 258–259; Arkansas Practice Committee 2014, 1; Bonham 2016, 42). Erottelu voidaan tehdä **suturointikokemuksen** ja aikaisemman hoitotyön kokemuksen kanssa. On mainittava, että kädentaidot paranevat kokemuksen kautta (Bonham 2016, 42). Suturointikokemus hankitaan aluksi suturoimalla haavoja, simulointiharjoituksilla sekä harjoittelujaksoilla (Middleton 2006, 259). Kokemusta käytetään oppimalla mennei-

syyden kokemuksista. Siksi on tärkeää, että sairaanhoitaja opettelee jokaisesta suturointitoimenpiteestä ja kehittyä sitä kautta ammattilaiseksi (Boham 2016, 42). Tätä voidaan toteuttaa monella tavalla. Potilaan ja lääkärin tai muun ammattilaisen palaute suturoinnin toteutumisesta on hyvin tärkeää, ja sitä käytetään hyödyllisenä lähteenä hoitajan suturointitekniikan arvioimiseen (Middleton 2006, 262).

Toisaalta, **aikaisempi hoitotyön kokemus** on usein vaatimuksena, jotta sairaanhoitaja voisi osallistua ylimääräisiin koulutuksiin, missä suturointia opetetaan. Esimerkiksi, sairaanhoitajalta voidaan vaatia vähintään kolmesta viiteen vuotta työkokemusta, erityisesti päivystävästä hoitotyöstä. (Middleton 2006, 258.) Kurssit ovat päivystyshoitotyön erityiskursseja, joissa suturointi on vain yksi uusi sairaanhoitajan opiskelema taito (Middleton 2006, 258; Isokoski & Rahkola 2015, 5; Keough, Tell, Andreoni & Tanabe 2016, 302–303). Päivystyshoitotyön kursseilla voi olla erilaisia nimiä, esimerkiksi akuutin hoitotyön sairaanhoitajat tai edenneet kliiniset sairaanhoitajat. Muut erityiskurssit sisältävät perheen hoitotyötä ja aikuisen hoitotyötä. (Keough ym. 2016, 301–302.)

5.1.2 Asiantuntijuus

Asiantuntijuus on selvästi esitetty yhdeksi kriteeriksi suturoinnille (Arkansas Committee 2014, 1; Isokoski & Rahkola 2015, 5; Boham 2016, 42). **Anatominen tietämys** on hyvin tärkeää jokaisessa suturoinnin vaiheessa, joten on järkevää pitää sitä yhtenä suturoinnin kriteerinä. Anatomiseen tietämykseen kuuluu, että ymmärtää erilaisia haavaan muodostuneita rakenteita. (Boham 2016, 42.) Se sisältää ymmärryksen kudoksesta, haavan paranemisen vaiheista (tulehduksellinen, lisääntyvä ja uusiutuva), niiden luonteesta (hemostaattinen, tulehtunut, rakeinen, supistuminen, umpeutuminen, uuden kollagenin muodostus, arpikudoksen muodostuminen) sekä haavan sulkemisen muodoista (haavan sulkeminen heti ja haavan myöhäissulku, esimerkiksi turvotuksen laskettua). Nämä tekijät ovat myös tärkeitä lääketieteelliseen ymmärrykseen suturoinnin luonteesta. (Flarity & Hoyt 2010, 360–363.)

Jotta sairaanhoitaja osaisi suturoida, hänen täytyy tietää käytettävistä **välineistä ja erilaisista ompeleiden tyypeistä**. Jokaisella ompeleen tyypillä on oma etunsa ja haasteensa ja

jokainen suturoinnin tekniikka sopii hyvin tietynlaiseen haavaan. Esimerkiksi yksinkertaisia, katkaistuja ompeleita käytetään eniten ja ne riittävät suurimpaan osaan pinnallisista haavoista. (Hoyt ym. 2011, 86–91; Bonham 2016, 46.)

Suturointiin liittyvä tietämys saavutetaan joko sairaanhoitajan perus- tai **lisäkoulutuksella** (Middleton 2006, 258; Melendez, Gonzalez, Tomillo & Rodriguez 2009, 18; Keough ym. 2016, 301–304). Riippuu valtiosta, saako sairaanhoitaja toimia kyseisessä tehtävässä ja ovatko määräykset voimassa. Olisi kuitenkin tärkeää, että sairaanhoitaja olisi koulutettu haavanhoitoon ennen kuin hän ”osallistuu invasiiviseen haavanhoitoon”(Middleton 2006, 261). Lisäkoulutus on yleensä monipuolista, koska se ei opeta pelkkää suturoimista. Ensimmäisessä teoreettisessa luennossa tarkastellaan haavaa, yhteneväisyyttä, haavan arviointia, valmistelua, paikallista puudutusta, haavan paranemista sekä paranemisen jälkeistä hoitoa (Middleton 2006, 258). Haavan puhdistus ja aseptinen käsittely ovat myös olennaisia taitoja, jotta sairaanhoitaja osaisi hoitaa haavoja (Ordonez ym. 2008, 59). Sairanhoitaja voi opiskella lisää erilaisissa paikoissa. Perusopiskeluun ja tiettyihin erikoistumiskursseihin voi osallistua yliopistossa tai ammattikorkeakoulussa. Muita opiskelupaikkoja voivat olla kansainväliset tai paikalliset konferenssit, työpajat tai verkkokurssit. (Keough ym. 2016, 303, 305.) Harjoitteluissa käytännön vaiheet ovat usein vasta teoriaopintojen jälkeen, erityisesti erikoistumiskursseilla. Käytäntöä harjoitellaan simulaatiotiloissa. (Middleton 2006, 258–259.) Juuri suturointikoulutuksen käyneellä sairaanhoitajalla pitää olla ohjaaja, jolla on kokemusta suturoinnista ja haavan sulkemisesta (Keough ym. 2016, 304). Kurssille pääsemisen vaatimukset voivat vaihdella. Kuten äsken mainittiin, sairaanhoitajalla on oltava työkokemusta päivystyksiköstä, jotta hän voisi osallistua tiettyihin erikoistumiskursseihin (Middleton 2006, 258). Tulevaisuudessa erikoistumiskursseihin osallistuminen saattaa tapahtua myös testien ja kilpailujen kautta (Jovic ym. 2015, 6).

Dokumentoitu pätevyys on tärkeää. Sairanhoitajalla tulee olla todistus riittävästä koulutuksesta, tässä tapauksessa suturoinnin toteuttamisesta (Arkansas Practice Committee 2014, 1). Jokaisen kurssin jälkeen osallistujan pitää vastaanottaa koulutustodistus hyväksytystä arvioinnista, mahdollisesti diplomi (Jovic ym. 2015, 6; Keough ym. 2016, 303). Hyväksytyt arviointi voidaan toteuttaa vaiheiden kautta. Ensimmäiseksi aloitetaan kliinillä harjoittelulla simulaatiotilassa. Sen jälkeen suturointi toteutetaan valtuutetun ammattilaisen valvonnassa, tietyssä ajassa. (Middleton 2006, 258–259). Sairanhoitajalle pi-

tää olla tehty oikeassa suturointitilanteessa hoitamiseen liittyvä arviointi ohjaajan tai kouluttajan toimesta (Bonham 2016, 46). Sairaanhoitaja esittää työpaikallaan dokumentin riittävästä taidoistaan, todistuksena soveltuvuudestaan (Arkansas Practice Committee 2014, 1). Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan ensimmäisenä on tarve yhdenmukaisemmalle koulutukselle (Keough ym. 2016, 303). On kiintoisaa muistaa, että Yhdysvalloissa käytetty järjestelmä mainitaan lähteenä muissa artikkeleissa, erityisesti Englantilaisessa ja ranskalaisessa tutkimuksessa (Norris & Melby 2006, 257). Vaikka sairaanhoitajan koulutusohjelmat voidaan ilmaista määrällisesti opintopisteinä, kansainvälisesti yhdenmukaisemman koulutusohjelman etuna on tarjota yhteneväisempää, turvallisempaa ja korkeamman tason hoitoa päivistysyksiköissä (Keough ym. 2016, 303.)

5.1.3 Rajoitteiden noudattaminen

Tämä taulukko (Taulukko 5) on esimerkki, miten analysoimme tuloksia sairaanhoitajan rajoitteista ja niiden noudattamisesta.

TAULUKKO 5. Esimerkki tulosten analyysista

Yläluokka	Alaluokka	Pelkistykset
Rajoitteiden noudattaminen	Määräykset	<ul style="list-style-type: none"> a. Lait b. Osaamisalueet c. Sairaalan omat käytännöt
	Valtuutetut tehtävät	<ul style="list-style-type: none"> a. Tehtävänsiirto b. Lääkärin valtuutus c. Lääkäri on paikalla konsultoitavaksi d. Henkilökunnan pätevin jäsen tehtävään
	Haavan tyypit	<ul style="list-style-type: none"> a. Pinnalliset ja puhtaat haavat b. Haava ei ulotu lihakseen, hermoon, faskiaan, jänteesseen, luuhun, niveleen, verisuoneen tai kosmeettisesti herkkään alueeseen. c. Käden ja jalan haavat, lääkärin hyväksymisen jälkeen. d. Haava on alle kuusi tuntia vanha.

Haavansulkemisen menetelmät	a. Riippuen haavan luonteesta
	b. Hakaset
	c. Kudosliima

Ensimmäinen **rajoitus** oli lakiin liittyvä (Isokoski & Rahkola 2015, 6). Vaikka lakiin liittyviä rajoitteita ei suoraan mainittu dokumenteissa, ne otettiin epäsuorasti huomioon siinä muodossa, mitkä tehtävät olivat valtuutettuja (Jovic ym. 2015, 2.) Kurssin laajuus vaikuttaa niihin tehtäviin, mitä sairaanhoitajan pitäisi harjoitella ja mitä hänet pitäisi valtuuttaa tekemään. Ne ovat ohjeistuksia, eivätkä riko rajoitteita, joten sairaaloilla voi olla omia käytäntöjä niiden suhteen. Ne voivat rajoittaa sairaanhoitajan toteuttamia tehtäviä. Kuitenkin se, että sairaaloilla voi olla omia käytäntöjä, antaa ymmärtää, että rajoitteet voivat olla suhteellisen joustavia. Sairanhoitajan tehtävä on loppujen lopuksi tarjota koulutusta vastaavaa hoitoa sekä sairaanhoitajien omien kokemusten mukaan taitoa ja tietoa. Yhdysvaltain hallitus kehottaa sairaanhoitajia harjoittelemaan huolellista arviointikykyä. Se tarkoittaa, että sairaanhoitajan pitää harkita mahdollista tehtävää, tässä tapauksessa suturointia, harkitsevasti, huomioiden erilaisia tilanteen puolia, erityisesti laillisuutta. (Arkansas Practice Committee 2014, 1.)

Monissa tapauksissa suturointi on määritelty valtuutetuksi tai **valvotuksi tehtäväksi**. Tämä tarkoittaa, että suturointi on lääkärin tehtävä, mikä voidaan tarvittaessa siirtää lisäkoulutuksen suorittaneelle sairaanhoitajalle. Lääkärin täytyy olla paikalla konsultointia varten. (Middleton 2006, 258; Melendez ym. 2008, 18; Arkansas Practice Committee 2014; Isokoski & Rahkola 2015, 6.) Joissain tapauksissa pätevemmän ja ”laillisesti hyväksytyimmän” henkilökunnan jäsenen läsnäolo tarkoittaa, että kyseinen henkilö suturoi (Ordonez ym. 2008, 58).

Haavan tyypit. Sairanhoitajat on valtuutettu suturoimaan tietyn tyyppisiä haavoja, riippuen määräyksistä, sairaanhoitajien koulutuksesta sekä heidän kokemuksestaan. Yleisenä sääntönä on, että sairaanhoitaja voi suturoida pinnallisia ja puhtaita haavoja. Tämä tarkoittaa, että lihaksen, hermon, faskian tai jänteen suturointi ei kuulu heidän koulutuksensa laajuuteen. Jos haavasta löytyy ihonalaisia rakenteita, kuten luita, niveliä, jänteitä tai hermoja, sairaanhoitaja ei sulje haavaa, vaan konsultoi erikoisalan kirurgia. (Melendez ym. 2009, 19; Arkansas Practice Committee 2014, 1.) Lisäksi sairaanhoitajat eivät yleensä suturoi kosmeettisesti herkällä alueella, kuten kasvoissa, olevia haavoja (Isokoski & Rahkola 2015, 16). Se ei kuitenkaan koske käden ja jalan haavoja, joita sairaanhoitajat voivat

suturoida lääkärin tarkastuksen jälkeen (Melendez ym. 2009, 19; Isokoski & Rahkola 2015, 16). Tuntoon, motoriikkaan tai hemodynaamiikkaan sidoksissa olevat haavat pitää viedä erikoisalan lääkärin näyttille (Isokoski & Rahkola 2015, 6). Haavanhoito on usein kiireellistä, ja sairaanhoitaja voi suturoida vain alle kuusi tuntia vanhoja haavoja (Isokoski & Rahkola 2015, 7). Lopulta riippuu määräyksistä, millaisia haavoja sairaanhoitaja voi suturoida ja nämä määräykset voivat vaihdella valtioiden välillä (Middleton 2006, 259; Melendez ym. 2009, 19; Isokoski & Rahkola 2015, 5, 19–20; Bonham 2016, 46)

Haavanhoidon menetelmät. Suturointia voidaan käyttää rajoitetusti muiden, mahdollisesti muokattavampien haavan sulkemisen menetelmien vuoksi. Tämä riippuu kokonaan haavasta ja sen luonteesta. Vaihtoehtoiset haavansulkemisen menetelmät muodostuvat enimmäkseen hakasten ja kudostuuman käytöstä. (Hoyt ym. 2011, 91–93; Isokoski & Rahkola 2015, 16; Bonham 2016, 45.) On olemassa näyttöä mikä vahvistaa, että kudostuuman käyttö on tilastollisesti useammin käytetty puhtaiden ja pinnallisten haavojen sulkemiseen, kun taas suturointi on monipuolisempi haavansulkemisen menetelmä (Isokoski & Rahkola 2015, 33; Bonham 2016, 45).

5.1.4 Vastuullisuus

Riittävä koulutus on ensimmäinen vaatimus. Sairaanhoitaja on vastuullinen omasta toiminnastaan riippuen koulutuksestaan ja kokemuksestaan. Siksi sairaanhoitajalla on velvollisuus suorittaa riittävä koulutus, jotta hän hoitaisi potilaita mahdollisimman hyvin. On tärkeää olla kriittinen löydetyistä kursseista, sillä ne voivat vaihdella sisällöltään, pituudeltaan ja opetusmenetelmiltään. (Norris & Melby 2006, 257–258; Arkansas Practice Committee 2014, 1; Keough ym. 2016, 303.)

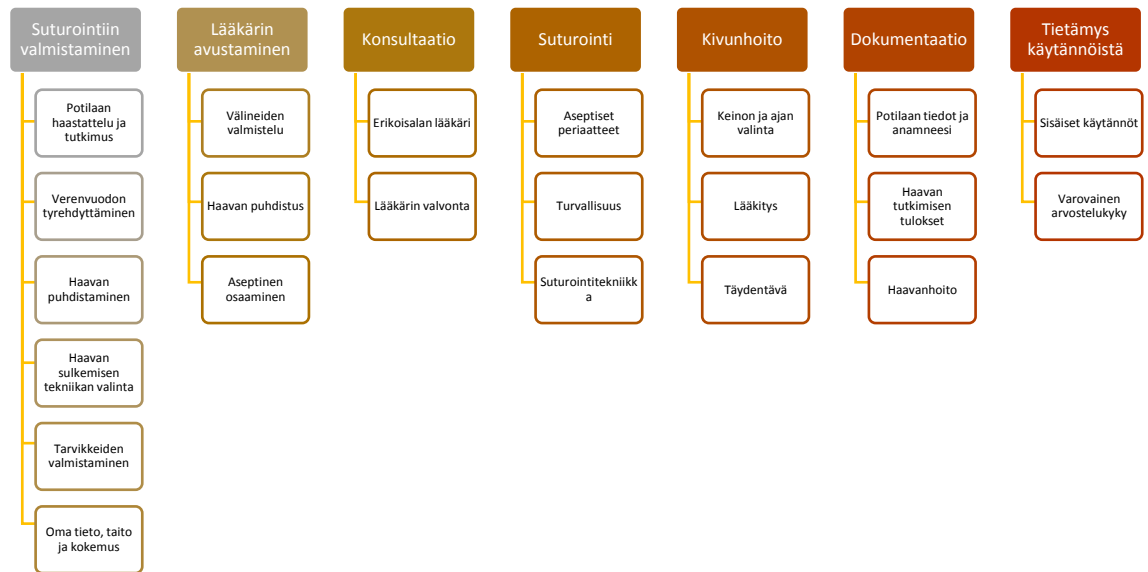
On sairaanhoitajan velvollisuus varmistaa että hoitotyö on **näyttöön perustuvaa**. Hän pitää koulutustasoaan yllä ja heijastaa sitä tuoreimpaan näyttöön. Koulutuksen pitäisi tarjota ajankohtaisia, voimassa olevia tietoja ja protokollia. Lisäksi sairaaloiden pitäisi kehittää näyttöön perustuvan tiedon käyttämistä lähteinä. (Arkansas Practice Committee 2014, 1; Bonham 2016, 42, 47.) Uusia protokollia pitäisi harkita, jos se on tarpeellista, ja käytössä olevia protokollia pitäisi arvioida ajoissa. Näin protokollia voidaan muokata tietyille päivystyksyksiköille ja väestöryhmälle, jota se hoitaa. (Ordonez ym. 2008, 59.) Päätöksentekoa auttava menetelmä, ”Decision Making Model”, voi yksinkertaistaa joskus

monimutkaista päätöksenteon prosessia päivystysyksiköissä, ja sitä käytetään Yhdysvalloissa. Tämä menetelmä on algoritmi, mitä voidaan käyttää oikeanlaisen teon määrittämiseen, huomioiden erilaisia muuttujia. (Arkansas Practice Committee 2014, 1.) Henkilökohtainen kehitys voi myös olla tapa pitää taitojaan yllä itsetutkiskelun kautta, mikä sisältyy palautteen antoon (Middleton 2006, 261; Bonham 2016, 42).

Pätevyyden säilyttämisen voi tehdä erilaisilla tavoilla. Harjoittelujakson jälkeen sairaanhoitaja voi säilyttää uuden suturointitaitonsa tekemällä tietyn määrän suturointitoimenpiteitä vuodessa (Middleton 2006, 259). Tällä tavalla käytännön taito säilyy jatkuvalla harjoittelulla. Toinen hyödyllinen tapa säilyttää taitonsa ja kehittyä hoidossa on ohjauksen avulla (Bonham 2016, 47; Keough ym. 2016, 304–305). Palautteen vastaanottaminen haavanhoidosta on hyödyllistä. Voi olla haastavaa vastaanottaa palautetta itse potilailta, sillä ompeleita ei yleensä poisteta päivystysyksikössä. (Middleton 2006, 261.) Pohdinta on hyvä tapa oppia omista kokemuksistaan tietoisesti, tunnistaa haasteet ja arvostaa omaa kehitystään (Bonham 2016, 42).

5.2 Sairaanhoitajan rooli

Analyysin tulosten mukaan on olemassa erilaisia asenteita sairaanhoitajan työtä kohtaan ylipäätään, sekä eroavaisuuksia tietyistä asioista, kuten kriteereistä ja rooleista. Kuitenkin kaikissa tutkituissa dokumenteissa oli yksi yhteneväinen kohta. Analyysin tuloksena sairaanhoitajan rooli suturoinnissa sisältää monipuolisia tehtäviä, kuten laadukkaasta ihon haavan hoidosta huolehtiminen, minkä tarkoituksena on nopeuttaa haavan paranemisprosessia. Sairaanhoitajan roolista pinnallisen, puhtaan haavan suturoinnissa koottiin yhteensä seitsemän yläluokkaa. Valitut luokat liittyivät haavan hoidon vaiheisiin ja muihin aiheen kannalta tärkeisiin kohtiin. Teemoja olivat suturointiin valmistaminen, lääkärin avustaminen, konsultaatio, suturointi, kivunhoito, dokumentaatio sekä tietämys käytännöistä. Yläluokat ja niihin liittyvät alaluokat on esitelty alla olevassa kuviossa (Kuvio 3).



KUVIO 3. Sairaanhoidajan monipuoliset tehtävät

5.2.1 Suturointiin valmistaminen

Potilaan haastattelu ja fyysinen tutkiminen ovat tärkeitä asioita haavan hoidon kannalta ja ensimmäinen vaihe suturoinnissa. Potilaan haastattelun pitäisi sisältää hänen sairaushistoriansa huolellisen selvittämisen (Flarity & Hoyt 2010, 364). Kaikki tärkeä tieto kuuluu tiedustella, huomioida ja dokumentoida (Hoyt, Flarity & Shea 2011, 97). Allergiat esimerkiksi lääkaineille, povidoni-jodille tai muille materiaaleille pitää tiedustella (Mendez, Gonzalez, Tomillo & Rodriguez 2009, 18; Flarity & Hoyt 2010, 368). Haavan tutkimiseen sisältyy sen tunnistaminen, kuinka paljon kudosta on tuhoutunut, onko ihonalaisessa kudoksessa vauriota, kuinka pahasti haava on kontaminoitunut sekä onko haavassa vierasesineitä (Flarity & Hoyt 2010, 364). Ihonalainen kudosa vaurio ja vierasesineet haavassa ovat esimerkkejä tunnistettavista erityistilanteista, jotka vaativat erikoissairaanhoidoa (Flarity & Hoyt 2010, 364–365; Hoyt ym. 2011, 97). Ennen tutkimista on hyvä kiinnittää huomiota joihinkin tekijöihin, kuten riittävään valoisuuteen, potilaan makaamiseen selällään ja riittävään haavan näkyvyyteen (Flarity & Hoyt 2010, 364–365; Bonham 2016, 42).

Verenvuoto pitää tyrehdyttää, sillä myös se parantaa haavan näkyvyyttä. Haavaa voi tyrehdyttää imeyttämällä veren steriiliin sideharsoon. Haavan suora painaminen tai kiristysiteen käyttö ovat muita tapoja, jotta haavan ympärille saataisiin hemostaattinen kenttä. (Flarity & Hoyt 2010, 365; Bonham 2016, 42.) Kiristyside pitäisi asetella oikein, eli varovaisesti ja mahdollisimman lähelle haavaa (Flarity & Hoyt 2010, 365). Potilaan arviointi voi olla joko sairaanhoitajan tai lääkärin tehtävä tai sitten molemmat ammattilaiset voivat täydentää toistensa arvioita (Ordonez ym. 2008, 57; Melendez ym. 2009, 18; Flarity & Hoyt 2010, 364; Hoyt ym. 2011, 97; Isokoski & Rahkola 2015, 6). Potilaan kivuntunnottomuutta olisi hyvä harkita, se ei kuitenkaan saisi heikentää mahdollisia haavan komplikaatioiden arviointia. Laajempi arviointi voi olla myös tarpeellista, jotta voitaisiin määrittää, onko hermotoimintojen ja perfuusion toiminta muuttunut haavan myötä. (Flarity & Hoyt 2010, 365.)

Haavan puhdistaminen on tärkeä osa sairaanhoitajan työtä (Ordonez ym. 2008, 57; Melendez ym. 2009, 18–19; Flarity & Hoyt 2010, 364; Bonham 2016, 42). Eri organisaatioilla saattaa olla erilaisia käytäntöjä haavan puhdistamiseen käytännössä (Ordonez ym. 2008, 57; Melendez ym. 2009, 19; Flarity & Hoyt 2010, 366). Haavan puhdistaminen poistaa bakteerit, lian ja muut epäpuhtaudet. Haava pitäisi puhdistaa mahdollisimman nopeasti. (Flarity & Hoyt 2010, 366.) Se toteutetaan käyttämällä runsaasti keittosuolaa, hana- ja vettä tai mahdollisesti desinfiointiaineella, kuten povidoni-jodilla (Ordonez ym. 2008, 57–58; Flarity & Hoyt 2010, 366). Tuloksien mukaan kiistaa herättää haavanpuhdistukseen käytettävän aineen valinta. Erään tutkimuksen mukaan ensisijainen valinta on povidoni-jodivaahdo- ja liuos, steriili vesi tai normaali keittosuola. (Ordonez ym. 2008, 57–58; Flarity & Hoyt 2010, 366.) On tutkittu, että vaikka hoitoalan työntekijöillä on tietämystä parhaista antiseptisistä tavoista, tarvittavia välineitä ei ole välttämättä tarpeeksi ja joudutaan tyytymään huonompiin puhdistusvaihtoehtoihin (Ordonez ym. 2008, 57). Potilaan tapauksessa on kuitenkin tärkeää määrittää riittävä liuos, muistaen hänen mahdolliset allergiansa (Melendez ym. 2009, 18–20; Flarity & Hoyt 2010, 366). Haavaa huuhtellessa sairaanhoitajan pitää suojata itsensä mahdollisilta roiskeilta ja käyttää suojavarusteita. Suojavarusteet voivat sisältää esimerkiksi suojalasit ja tarvittavan käsien suojan. Huuhtelun lisäksi haavan puhdistaminen voi sisältää sen hankaamisen ja vahingoittuneen ihokudoksen poistamisen. (Flarity & Hoyt 2010, 366.) Yleisin virhe suturoinnin toimenpiteessä oli haavan riittämätön puhdistus ja aseptiikka (Ordonez ym. 2008, 57–59). Seuraus näistä on lisääntynyt infektion riski (Ordonez ym. 2008, 57–59; Melendez ym. 2009, 19).

Parhaiten **haavaan** sopiva **sulkemisen tekniikka** pitäisi määrittää huolellisen haavan tutkimisen ja potilaan haastattelun jälkeen. Päätös haavan sulkemisesta voi mahdollisesti olla sairaanhoitajan tehtävä, sillä joissain tapauksissa sairaanhoitaja voi toteuttaa suturoinnin itsenäisesti ja hoitaa pieniä haavoja itsenäisesti. Se tarkoittaa, että sairaanhoitajan täytyy itse päättää, onko suturointi paras tekniikka haavan kohdalla. (Bonham 2016, 45–46.) On myös mahdollista harkita muita tekniikoita, kuten kudoksen liimaamista tai nitomista (Hoyt ym. 2011, 91–93; Arkansas Practice Committee, 2014, 1; Bonham 2016, 45–46). Kun suturointi on delegoitu tehtävä, lääkäri voi päättää suturoinnin olevan parhain haavan sulkemisen menetelmä sen jälkeen, kun hän on tutkinut ja määritellyt ompeleiden kohdan sairaanhoitajalle, riippuen haavan luonteesta ja hoitajan osaamisesta (Melendez ym. 2009, 18). On huomioitavaa, että yhden tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat käyttivät pinnallisen, puhtaan haavan hoitoon useammin kudoksen liimausta kuin suturointia (Isokoski & Rahkola 2015, 33). Toinen dokumentti esittää, että ”ompeleet ovat monipuolisempia ja mahdollistavat haavan sulkemisen, kun muut tekniikat eivät ole riittäviä”. Näin se osoittaa, että ompelua voi käyttää haavan sulkemiseen, jos muut tekniikat eivät ole riittäviä. Suturointitekniikoita on monia erilaisia, eli tietty haavan sulkemisen tapa voidaan sovittaa yhteen, tietynlaiseen haavaan. On huomionarvoista, että toinen dokumentti kertoi, kuinka suturointi toteutetaan käytännössä sekä pyrki selittämään suturoinnin teoreettisia lähtökohtia. Lisäksi dokumentissa otettiin huomioon monimutkaisemmat haavat, kuten syvät ihon haavat. (Bonham 2016, 42–46.)

Tieto tarvittavista tarvikkeista suturointiin ja näiden **tarvikkeiden valmistaminen** on hyvin tärkeää (Bonham 2016, 42). Se sisältää myös osaamisen eri tarvikkeiden käyttötarvoksesta sekä mitkä eri tarvikkeet ovat käytettävissä. On myös mahdollista, että sairaanhoitaja tietää mitä tarviketta pitäisi käyttää toimenpiteeseen, mutta sitä ei välttämättä ole osastolla saatavilla. (Ordonez ym. 2008, 57–59.)

Sairanhoitajan **oman tiedon, taidon ja kokemuksen huomioonottaminen** on tärkeää, sillä ne määrittävät usein, kuinka hyvin he hoitavat haavaa (Melendez ym. 2009, 19–20; Arkansas Practice Committee 2014, 1). Hoitajan on hyvä tiedostaa oma osaamisensa ja konsultoida tarvittaessa toista hoitajaa tai lääkäriä (Hoyt ym. 2011, 97; Melendez ym. 2008, 18–20). Se on otettava huomioon jokaisessa suturoinnin vaiheessa, mutta erityisesti varsinaisessa ompeleiden laittamisessa, sillä hoitajan osaaminen vaikuttaa potilaan hoidon laatuun suoraan (Middleton 2006, 260–261; Melendez ym. 2008, 20).

5.2.2 Lääkärin avustaminen

Paras mahdollinen haavojen suturointi vaatii useamman kuin yhden ammattilaisen osallisuuden. Lääkärin avustaminen suturoinnissa sisältää tiettyjä tehtäviä, kuten **välineiden valmistelun**. **Haavan puhdistaminen** on myös määritetty lääkäriä avustavan hoitajan tehtäväksi. Yksi osa avustamista on myös tieto aseptisista periaatteista ja yleisestä hygieenisyydestä. (Ordonez ym. 2008, 57–58.) Suuren infektioriskin vuoksi **aseptinen osaaminen** on välttämätöntä (Ordonez ym. 2008, 57–58; Melendez ym. 2009, 18; Hoyt ym. 2011, 93). Näiden syiden vuoksi aseptiikka on tärkeä osa haavan hoitoa ja erityisesti avustajan roolissa (Ordonez ym. 2008, 57). Vaikkakin nämä osa-alueet muodostavat erillisen roolin lääkärin suturoidessa, tehtävänsiirrossa nuo alueet pysyvät edelleen sairaanhoitajan tehtävissä. (Melendez ym. 2009, 18; Bonham 2016, 42.)

5.2.3 Konsultaatio

Jos todetaan, että haava onkin vaikeampi ja vaatii erikoissairaanhoitoa, haavaa arvioinut sairaanhoitaja voi siirtää potilaan ensiavun lääkärille ja sieltä **erikoisalan lääkärille**, esimerkiksi kasvojen tai muun ihon erikoiskirurgille (Melendez ym. 2009, 18–19; Flarity & Hoyt 2010, 365; Hoyt ym. 2011, 97). Joissakin organisaatioissa sairaanhoitaja voi siirtää potilaan suoraan erikoislääkärille (Melendez ym. 2009, 18–19). Jos sairaanhoitaja saa suturoida, lääkärin on aina oltava paikalla, jotta häntä voidaan konsultoida, jos haava onkin vaikea. **Lääkärin valvonta** on tarpellista, koska kyseessä on valtuutettu tehtävä sairaanhoitajalle. (Arkansas Practice Committee 2014, 1; Isokoski & Rahkola 2015, 6.) Kun sairaanhoitaja on arvioinut haavan tarpeen erikoissairanhoidolle, potilas pitäisi siirtää erikoisalan lääkärille, riippuen haavan tyypistä ja sijainnista. Esimerkiksi kosmeettisesti herkällä alueella olevan haavan omaava potilas siirrettäisiin plastiikkakirurgille. (Melendez ym. 2009, 18–19.)

5.2.4 Suturointi

Sairaanhoitajan pitää muistaa **aseptiset periaatteet** (Ordonez ym. 2008, 59; Melendez ym. 2009, 18). Ensimmäisenä on tärkeää huuomioida käsien hygieniasta huolehtiminen, haavan sekä sitä ympäröivän ihon puhdistaminen ja desinfektio (Ordonez ym. 2008, 59). Puhdistamaton ja desinfioidun iho ei saa koskettaa haavaa. Vain steriilit välineet saavat koskettaa haavaa, lisäksi steriilejä kankaita voidaan käyttää puhtaan alueen luomiseen. (Bonham 2016, 42.) Sairaanhoitajan on oman **turvallisuutensa** vuoksi oltava varovainen pistostapaturmien, veren tai muiden kehon nesteiden aiheuttamien kontaminaatioiden varalta (Flarity & Hoyt 2010, 366; Bonham 2016, 42).

Erilaiset haavat vaativat **erilaisia suturointitekniikoita**. Tekniikat sisältävät oikean neulan ja langan valinnan, ottaen huomioon langan koon ja imeytymisen, sekä ompeleiden laittamisen oikeaan paikkaan. (Hoyt ym. 2011, 87–91; Bonham 2016, 43–45.) Ompeleet pitäisi asettaa riittävän tiukalle, jotta haavan molemmat puolet pysyvät paikallaan, muttei kuitenkaan niin tiukalle että se häiritse haavan paranemista (Middleton 2006, 260–261).

5.2.5 Kivunhoito

Kivunhoitoa pitää huomioida ja lisätä koko suturointiprosessin ajan (Melendez ym. 2009, 18–19; Flarity & Hoyt 2010, 367–371; Hoyt ym. 2011, 84–85; Bonham 2016, 42). **Kivunhoidon keinon valitseminen** on tärkeä. Ompeleet pitäisi laittaa vasta sen jälkeen, kun riittävä puudutus on alkanut vaikuttaa potilaassa. Haavan tutkiminen ja kastelu voivat aiheuttaa potilaalle kipua ja hänen reaktionsa voi vaikuttaa haavan tutkimisen tehokkuuteen. (Hoyt ym. 2011, 84–85.) Sairaanhoitajalla voi olla erilaisia tehtäviä kivunhoidossa. Jos hoitaja tekee suturoinnin itsenäisesti, hän voi määrittellä kivunhoidon tarpeen, vaikka hän ei voi itse valita suturointitekniikan tai puudutuksen tyyppiä. (Melendez ym. 2009, 18–19.) Sairaanhoitaja arvioi potilaan kivunhoidon laatua ja tarkkailee mahdollista reaktiota kivuntunnottomuuteen (Hoyt ym. 2011, 84). Ensimmäinen asia, mikä kivunhoidosta tulee mieleen, on varmaankin **lääkitys** (Flarity & Hoyt 2010, 367–371). On kuitenkin olemassa muitakin tehokkaita ja **täydentäviä kivunhoidon** menetelmiä, esimerkiksi valitsemalla pienempiä neuloja tai vähentämällä annettavan injektion nopeutta (Flarity & Hoyt 2010, 369). Potilaan hämääminen on erityisen hyödyllistä, esimerkiksi lapsipotilaiden kohdalla, ja heitä varten on kehitettykin erilaisia menetelmiä, kuten ”supermiesviittoja”. Potilaan lohduttaminen ja hämääminen ovatkin parempia vaihtoehtoja kuin kiinnipitäminen, ja vanhemmat voivat auttaa tässä. Näitä tekniikoita käytetään paljon lapsilla,

mutta hämääminen voi olla myös hyödyllistä esimerkiksi muistisairaalle ikäihmiselle. (Hoyt ym. 2011, 85.) Sairaanhoidajan velvollisuus on toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja tarjota parasta mahdollista hoitoa (Isokoski & Rahkola 2015, 16; Bonham 2016, 46). On kuitenkin tärkeää pitää mielessä, että epäonnistunut kivunhoito, erityisesti puudutusaineet, voivat vaikuttaa potilaan oikeanlaiseen arvioon heikentyneellä toiminnalla (Flarity & Hoyt 2010, 365). Siksi kivunhoito on suturoinnissa tärkeä asia, ja vaatii tarkkuutta.

5.2.6 Dokumentointi

Hoitotyön kannalta tärkeän tiedon dokumentaatio on osa sairaanhoidajan toimenkuvaa. Sairaanhoidajan kirjaaman tiedon luonteen pitäisi kuvata toimenpiteessä sairaanhoidajan tekemiä tehtäviä. Se voi koskea koko toimenpidettä jos sairaanhoitaja suturoi itsenäisesti. (Hoyt ym. 2011, 97.)

Dokumentaatioissa pitäisi mainita seuraavia asioita: **Potilastiedot- ja anamneesi, haavan tutkimisen tulokset**, esim. onko haavassa vierasesineitä tai kontaminaatioita. Dokumentaatioissa pitää mainita, millainen on haavan reunojen laatu sekä pituus ja syvyys. On mainittava haavan aiheuttamat kudოსvauriot (ihonalaiset rakenteet kuten lihakset, jänteet, nivelsiteet, liitokset yms.), sekä vanhempien haavojen kohdalla, infektioiden merkkejä. Lisäksi haavan hoidosta on mainittava hoidon toteuttaneet ammattilaiset, haavan sulkemiseen käytetty menetelmä ja tärkeä lisätieto, esimerkiksi eritteet (märkä, veri, rakeistuskuodos). (Hoyt ym. 2011, 97.)

5.2.7 Tietämys käytännöistä

Sairaanhoidajan roolista voi olla kansainvälisiä määräyksiä, mutta eri organisaatioilla voi olla **sisäisissä käytännöissään** pieniä eroavaisuuksia, liittyen sairaanhoidajan toimenkuvaan (Arkansas Practice Committee 2014, 1). Tavoite on tuottaa sitä palvelua, mitä päivyystyksikköön tulevat ihmiset tarvitsevat. Esimerkiksi kiireisessä keskussairaalassa sairaanhoidajilla on mahdollisuus suturoida kädessä olevaa haavaa. Heillä on kokemusta enemmän herkistä suturoinnin toimenpiteistä. (Melendez ym. 2008, 19–20.) Joissakin sairaaloissa sairaanhoidajalla ei ole välttämättä laisinkaan oikeutta suturoimiseen, sillä

lääkäreitä pidetään ”parhaiten osoittavan teorian ja käytännön osaamisen suturoinnista, sekä laillisen oikeuden sen toteuttamiseen” (Ordonez ym. 2008, 58).

Huolellinen arviointikyky liittyy sairaanhoitajan omaan tietoisuuteen tiedostaan ja taidoistaan. Jokainen sairaanhoitaja on velvollisuudessa ja vastuussa omista teoistaan koulutuksensa (luvallinen ja kliininen pätevyys) ja kokemuksensa mukaan. (Arkansas Practice Committee 2014, 1.) Tämän takia, sairaanhoitajan pitäisi tietää hänen toimenkuvansa laajuus, määräykset ja käytännöt, jotka ovat käytössä organisaatiossa ja pyrkivät toteuttamaan parasta mahdollista hoitoa potilaille (Hoyt ym. 2011, 85; Arkansas Practice Committee 2014, 1). Tätä tehdäkseen sairaanhoitaja voi käyttää varovaista ja ammattimaista arviointikykyä, varmistaakseen, että ne noudattavat käytössä olevia määräyksiä ja käytäntöjä (Arkansas Practice Committee 2014, 1).

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Määritelläksemme valtiot, joissa sairaanhoitaja voi suturoida pinnallisia, puhtaita haavoja, olemme tarkastelleet tutkimuksia ja lakeja aiheesta, jotka on tehty eri maissa. Jos lakia ei ollut saatavilla, käytimme viranomaisten laatimia ohjeistuksia. Sairaanhoitajan rooli on antaa mahdollisimman laadukasta hoitoa potilaille. Analyysin tuloksista saimme sairaanhoitajalle kaksi päätoimenkuvaa suturoinnin suhteen.

Ensimmäisenä vaihtoehtona on, että sairaanhoitaja toteuttaa suturoinnin itsenäisesti. Siinä tapauksessa sairaanhoitajan on valmisteltava potilas ja tarvikkeet toimenpiteeseen, tarvittaessa konsultoida lääkäriä, huomioida kivunhoito, toteuttaa suturointi oikein sekä dokumentoida koko toimenpiteen kulku (Flarity & Hoyt 2010, 364; Hoyt ym. 2011, 97; Arkansas Practice Committee 2014, 1; Isokoski & Rahkola 2015, 6.) Toisena vaihtoehtona sairaanhoitaja voi toimia lääkärin avustajana suturoinnissa. Avustajana sairaanhoitaja valmistelee potilaan ja tarvikkeet toimenpiteeseen sekä avustaa suturoivaa lääkäriä, esimerkiksi ojentaa tarvittavia välineitä ja kysyy potilaan vointia. Avustajan roolissa sairaanhoitajan kuuluu edelleen dokumentoida hoitotyöstä. (Hoyt ym. 2011, 97.) Molemmissa tapauksissa sairaanhoitajan on tärkeä ymmärtää asetetut määräykset ja oma toimenkuvansa. Sairaanhoitajan on suturoinnissa huomioitava edelleen kokonaisvaltainen hoitotyö, eikä keskittyä pelkästään suturointiin. Lisäksi suturointi sopii hyvin moniin haavoihin, joten sairaanhoitajan pitäisi tietää kaikista suturointitekniikoista tuottaakseen parasta mahdollista hoitoa.

Sairaanhoitajalle asetetut kriteerit suturoinnille tulevat suoraan määräyksistä, joita sairaanhoitajan täytyy noudattaa. Sairaanhoitajalla on vastuu omasta toiminnastaan, ja hänen täytyy olla tietoinen omasta kokemuksestaan sekä asiantuntevuudestaan, jotta hän pystyisi toteuttamaan suturoinnin turvallisesti. Kokemus ja asiantuntevuus ovat kaikkien sairaanhoitajien henkilökohtaisia kriteerejä, kuten määräykset ovat yleisiä ja jokaista sairaanhoitajaa koskeva. Henkilökohtaiset kriteerit voivat kehittyä sairaanhoitajan oman tahdon mukaan, kun taas asetetut kriteerit voivat muuttua ylemmällä tasolla.

Sairaanhoitaja hyötyy ohjaajasta, joka osaa suturoida ja sulkea haavoja (Middleton 2006, 261; Bonham 2016, 47; Keough ym. 2016, 304-305). Ohjaus antaa sairaanhoitajalle luotettavaa ja henkilökohtaista palautetta, sekä helpottaa harjoittelijan roolissa olevaa siirtymään itsenäiseksi ammattilaiseksi. Päivystysyksikkö missä sairaanhoitaja työskentelee, voi toimia tässä tapauksessa tietynlaisena lisäkoulutuspaikkana.

Opinnäytetyöhön valituista seitsemästä valtiosta viidessä sairaanhoitaja voi suturoida pinnallisia, puhtaita haavoja päivystysyksikössä. Nämä valtiot ovat Espanja, Australia, Iso-Britannia, Amerikan Yhdysvallat ja Suomi. Kun taas kaksi valtiota, Kolumbia ja Ranska, eivät sallineet sairaanhoitajan suturoida missään tilanteessa. Haavojen suturointi on ollut lääkärin erityistehtävä, mutta sitä on pikkuhiljaa alettu siirtämään myös sairaanhoitajalle. Tehtävänsiirto on eri vaiheissa erilaisissa valtioissa ja hoitoyksiköissä. Tämä voisi perustua osittain eroihin, mitä löydettiin opinnäytetyössä tutkittujen valtioiden välillä.

Tuleva Sote-uudistus voisi vaikuttaa päivystysyksiköihin niin, että resurssit keskitetään voimakkaasti 12 erikoisalapäivystyksen sairaalaan. Tästä voi seurata pienempien päivystysyksiköiden toiminnan muuttuminen. Sote-uudistuksen myötä saattaa tapahtua myös hoitohenkilökunnan toimenkuvaan vaikuttavia muutoksia. Tämän opinnäytetyön teon aikana olemme huomanneet suturoinnin olevan yksi tehtävä, mitä ollaan siirtämässä osittain lääkäriltä sairaanhoitajalle. Tämä kehityssuunta on käynnissä myös Suomessa, Oulun alueella. Sairaanhoitajien tehtävänsiirtoihin tarvitaan lääkärin sekä muun päivystysyksikön henkilökunnan asenteiden ja halukkuuden muutosta, jotta sairaanhoitajien toimenkuvan uudistuminen on mahdollisimman onnistunut.

6.2 Eettinen pohdinta

Tämän opinnäytetyön laatimisen aikana olimme tietoisia prosessin luotettavuuden ja läpinäkyvyyden tarpeesta, mitkä saavutettiin huolellisella ja perusteellisella tarkastelulla. Yksi osa tutkimuksen eettisyydestä on hyvä tieteellinen käytäntö. Siihen kuuluvat esimerkiksi tiedeyhteisön tunnustamat toimintatavat, joita ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä. Lisäksi hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu tulosten tallentaminen ja esittäminen asianmukaisesti, tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa, muiden tutkijoiden työn ja saavutusten huomioon ottaminen ja viittaaminen. (Helsingin

liopisto 2017.) Eettisesti hyvin tehdyissä tutkimuksissa huolehditaan myös, että tutkimukseen osallistujille ei tapahdu mitään fyysistä tai henkistä haittaa, eivätkä he kärsi epä-mukavuudesta. Heille ei myöskään saa valehdella tutkimuksen tarkoituksesta. (Polit & Beck 2012, 170.) Koska kirjallisuuskatsauksessa ei haastatella ihmisiä, osallistujiin liit-tyvät haitat eivät vaikuta tutkimuksen eettisyyteen. Etiikan näkökulmasta kirjallisuuskat-sauksessa korostuvat rehellisyys sekä läpinäkyvyys hakukriteereistä ja tiedonhaun pros-sista sekä tulosten ja analyysin kirjoittaminen eettisiä periaatteita noudattaen.

Tässä opinnäytetyössä objektiivisuus varmistettiin sillä, että käytimme Tampereen am-mattikorkeakoulun virallista ohjeistusta opinnäytetyön tekemiseen. Kävimme tiedonhaun ohjauksessa, jotta pystyisimme varmistamaan, että käytimme tietokantoja oikein. Apua tiedonhakuun haimme myös siksi, että lähteitä oli haastava löytää. Aluksi lähteitä oli liian vähän, vaikka etsimme lähteitä kaikista Tampereen ammattikorkeakoulun suosittelemista tietokannoista. Käytimme tarpeeksi aikaa hakuprosessiin ja otimme mukaan lähteiksi kaikki artikkelit, joiden pääteemat vastasivat tutkimustehtäviin. Opinnäytetyössä käytet-tyjen lähteiden määrä oli tyydyttävä. Tätä opinnäytetyötä tehdessä opimme paljon sai-raanhoitajan toimenkuvasta pinnallisen, puhtaan haavan suturoinnissa Suomessa ja muissa valtioissa. Lisäksi opimme paljon sairaanhoitajan suturointiluvan kriteereistä. Op-pimista tapahtui tiedonhaussa ja erilaisten tietokantojen käytössä, sekä materiaalin analy-soimisesta ja objektiivisuuden merkityksestä. Kuten Slavin (1995) ilmaisi, parhaan todis-tusaineiston saamiseksi on mahdollista käyttää muitakin lähteitä kuin tieteellisiä artikke-leita, kunhan niiden käytön perustelee hyvin. Meidän oli haastavaa löytää lähteitä. Opin-näytetyötä tehdessä pyrimme analysoimaan tietoa, mikä kuului tutkimustehtävienne tu-loksiin. Päädyimme käyttämään opinnäytetyössä osittain tietoa, joka ei ollut tieteelliseen tutkimukseen perustuvaa. Tämän aineiston käytön perustelimme parhaan näytön kritee-rien soveltamisen periaatteilla. Analysoidussa aineistossa ei ollut selkeästi mainittu lakia, joka määrittelee sairaanhoitajan toimenkuvan pinnallisen, puhtaan haavan suturoinnissa. Analysoimamme tieteelliset artikkelit tutkivat tarkkaan tiettyjä haavan suturoinnin asi-oita, eivätkä tarjonneet yleistä tietoa sairaanhoitajan roolista tässä toimenpiteessä. Tämän vuoksi käytimme vertaisarvioitujen, tieteellisten artikkelien lisäksi kirjallisuuskatsauksia, virallisia lausuntoja sekä suturointikurssien sisältöjä, jotta tutkimustehtävän kysymyksiin saatiin mahdollisimman kattavat vastaukset. On kuitenkin huomioitava, että kaikki mate-riaalit eivät olleet vertaisarvioituja, tieteellisiä artikkeleita. Jotta asetettuihin tutkimusteh-täviin pystyttiin vastaamaan, oli tarpeen käyttää muitakin tiedonlähteitä. Näiden lähteiden

luotettavuus tutkittiin tarkasti ja valitut dokumentit todettiin riittäviksi. Lisäksi dokumentit luettiin huolellisesti. Analysoimme molemmat englanninkielisiä dokumentteja, koska se lisäsi analysoinnin luotettavuutta. Toinen meistä analysoi suomenkielistä materiaalia, sillä suomi oli vain toisen äidinkieli. Toinen meistä taas analysoi espanjankielistä materiaalia, sillä vain toinen osasi espanjankieltä. Kuitenkin näitä erikseen luettavia materiaaleja analysoitiin useita kertoja luotettavuuden parantamiseksi. Analyysissa käytetyt dokumentit oli kirjoitettu suomen-, englannin- ja espanjankielellä. Useasta kielestä tehty käännöstyö vaikutti mahdollisesti opinnäytetyömme luotettavuuteen, koska aineiston merkitys kääntämisen aikana saattoi muuttua alkuperäiseen tekstiin verrattuna (Van Nes, Abma, Jonsson & Deeg 2010, 314). Analysointiprosessissa teimme molemmat taulukoita järjestelläksemme ja luokitellaksemme aineiston tuloksia eri vaiheissa. Analyysin ensimmäisessä vaiheessa aineistoa taulukoitiin yhdessä ja erikseen. Taulukkoon kirjoitettiin artikkelien perustiedot ja päätulokset tiivistetysti. Analyysitaulukkoon kerättiin alkuperäisilmaisut, jotka analysoitiin ja luokiteltiin yhdessä sisällönanalyysin teorian mukaan.

6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Työelämäyhteytenämme toimi Valkeakosken aluesairaalan päivystysyksikkö. Työelämäpalaverin jälkeen aloitimme tutkimustehtävien laatimisen ja tiedonhaun. Haimme tietoa muun muassa siitä, millainen on kirjallisuuskatsauksen prosessi. Valitsimme sisäänotto- ja poissulkukriteerit sekä tarvittavan aineiston. Aloitimme valitun aineiston analysoinnin ja kirjoitimme tärkeät tiedot yhdessä. Käytimme lisäksi säännöllisesti ohjausta opinnäytetyön etenemiseksi. Lopuksi kirjoitimme raportin eli itse opinnäytetyön.

Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista selvittää, kuinka tarpeellinen sairaanhoitajan tehtävänsiirto on Suomessa, sekä missä uudistukset olisivat tarpeellisia, isossa aluesairaalassa vai kaukaisessa, pienessä sairaalassa, missä lääkäri ei ole välttämättä saatavilla. Lisäksi voitaisiin selvittää, mikä on päivystysyksiköissä henkilökunnan asenne sairaanhoitajan uudistuneeseen toimenkuvaan, erityisesti suturoinnin suhteen.

LÄHTEET

Arkansas Practice Committee. 2014. New Position statement 14-1: The performance of stapling, suturing, or application of tissue adhesive for superficial wound closure by registered nurses in the emergency department.

Boletín Oficial del Estado 174. Ministerio de Ciencia e Innovación. ORDEN CIN/2134/2008. Luettu 3.12.2017.
<http://www.boe.es/boe/dias/2008/07/19/pdfs/A31680-31683.pdf>

Bonham, J. 2016. How to suture a wound. *Nursing Standard*. 32(8), 42–46.

Castrèn, M. Korte, H. Myllyrinne, K. 2012. Haavat ja verenvuodot. *Terveyskirjasto*. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 24.1.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00007

College of Registered Nurses of British Columbia. 2016. Scope of Practice For Registered Nurses.

Diplôme d'état d'infirmier-Grade de Licence. Université de Bordeaux. Luettu 3.12.2017
<https://www.u-bordeaux.fr/formation/PRSADEINF/diplome-d-etat-d-infirmier-grade-de-licence>

Eriksson, E. Korhonen, T. Merasto, M. Moisio, E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen- Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus-hanke. Luettu 12.12.2016.
<https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

Flarity, K. & Hoyt, S. 2010. Wound care and laceration repair for nurse practitioners in emergency care. Part 1. *Advanced Emergency Nursing Journal*. 32(4), 360–372.

Green, B. N., Johnson, C. D. & Adams, A. 2006. Writing narrative literature review for peer-reviewed journals: serceest of the trade. *Journal of Chiropractic Trade*. 5 (3), 101–117.

Hietanen, H. & Juutalainen, V. (toim.) 2013. Haavanhoidon periaatteet. 1-2 painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Helsingin yliopisto. 2017. Tutkimusetiikka. <https://www.helsinki.fi/fi/tutkimus/tutkimusymparisto/tutkimusetiikka> Luettu 17.10.2017.

Hoyt, S., Flarity, K. & Shea S. 2011. Wound care and laceration repair for nurse practitioners in emergency care. Part 2. *Advanced Emergency Nursing Journal*. 33(1), 84–99.

Isokoski, J. & Rahkola, I. 2015. Päivystävien sairaanhoidajien sulkemien haavojen paraneminen. *Opinnäytetyö*. Oulun ammattikorkeakoulu, 5-6, 16, 33,

Jovic, L., Bianchi, E., Decouflet, S., Loizeau, V., Amoit, P. & Teixeira, M. 2015. Nurses in France: Between autonomy and subordination in front line care. *Global Qualitative Nursing Research*. 2, 1–12.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S.-M., Pietilä, A.-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25(4), 291–301.

Keough, V., Tell, D., Andreoni, C. & Tanabe, P. 2016. Unique Educational needs of emergency nurse practitioners. *Advanced Emergency Nursing Journal*. 38(4), 300–307.

Kilpeläinen, T. 2007–2013. Foreign nurses' guide to Finnish working life. Satakunta University of Applied Sciences. European Social Fund. European Union. Luettu 30.11.2016.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Luettu 13.12.2016.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.

Lukkari, L. Kinnunen, T. & Korte, R. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanna Pro Oy.

Melendez, R., Gonzalez, A., Tomillo, I. & Rodriguez, G. 2009. Suturas de enfermeria en las urgencias. *Revista Paginas Enfermeras*. (1)4, 17–20.

Middleton, R. 2006. Suturing as an advanced skill for registered nurses in the emergency department. *Australian Journal of Rural Healthcare*. 14, 258–262.

MOT Lääketiede 2.0a. Kielikone. Luettu. 24.01.2017.

Nebraska Board of Nursing. 2013. Suturing and Skin Adhesives: Wound Closure and Anchoring. Department of Health & Human Sciences. Nebraska.

Norris, T. & Melby, V. 2006. The acute care nurse practitioner: challenging existing boundaries of emergency nurses in the United Kingdom. *Journal of Clinical Nursing*. 15, 253–263.

Northern Health and Social Care Trust. 2012. Suturing Policy for Nurses in Emergency Departments. NHSCT/12/545.

Ordóñez, M., Fuentes, D., Corredor, Y., Canizares, Y., Cabrera, N., Leal, L., Riano, J. & Urbina, J. 2008. Manejo de heridas por trauma en el servicio de urgencias. *Revista Ciencia y Cuidado*. 10, 51–60

Polit, Denise F. Beck, Cheryl Tatano. 2012. Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Sivu 95, 119, 170, 274 & 515.

Rajala, K-R. 2005. HoLa- Hoitajien toimenkuvan laajentaminen 1.5.2003 – 30.4.2005. Diaesitys. Vieskan terveydenhuoltokuntayhtymä.

Slavin, R. E. 1995. Best evidence synthesis: an intelligent alternative to metaanalysis. *Journal of Clinical Epidemiology*. 48, 9–18

Sote- ja maakuntauudistus. 2015a. Mikä on sote-uudistus? Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 6.12.2016. <http://alueuudistus.fi/mika-on-sote-uudistus>

Sote- ja maakuntauudistus. 2015b. Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenneuudistus. Sosiaali ja terveysministeriö. Luettu 29.11.2016. <http://alueuudistus.fi/erikoissairaanhoito-ja-paivystys>

Sote- ja maakuntauudistus. 2015c. Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenneuudistuksen sanasto. Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 19.10.2017. <http://alueuudistus.fi/erikoissairaanhoito-ja-paivystys/sanasto>

Tampereen ammattikorkeakoulu, opetussuunnitelma. Sairaanhoitajakoulutus, Sairaanhoitaja (AMK). Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto. Luettu 21.10.2017. <http://opinto-opas-ops.tamk.fi/index.php/fi/167/fi/49595>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Luettu. 13.12.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Turun yliopisto. 2017. Miten teen kirjallisuuskatsauksen? Opiskeluohjeet ja lomakkeet. Luettu 17.10.2017. <https://www.utu.fi/fi/yksikot/hum/yksikot/ktmt/opiskelu/ohjeet/Sivut/Miten-teen-kirjallisuuskatsauksen.aspx>

Van Nes, F., Abma, T., Jonsson, H. & Daag, D. 2010. Language differences in qualitative studies: is meaning lost in translation? *European Journal of Ageing*. 7 (4), 313–316.

Vesterinen, M-L. 2009. SoTe-ennakointi - sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden osaamistarpeiden ennakointi. Etelä-Karjalan koulutuskuntayhtymä. Luettu 10.01.2017. http://www.studieguiden.fi/download/119354_SOTE-ENNAKOINTI_valira-portti_2009.pdf

Wilskman, K. 2010. Toimenkuvan laajentamisesta hyviä kokemuksia. Sairaanhoitajaliitto. Luettu 30.11.2016. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/toimenkuvan-laajentamisesta-hyvia-kokemuksia/>

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

	Tutkimus	Tarkoitus	Aineisto	Keskeiset Tulokset
1	Isokoski & Rahkola (2015)	Kuvailla Oulun seudun yhteispäivystyksen päivystävien sairaanhoitajien sulkevien haavojen paranemista, saada tietoa, ovatko potilaat tyytyväisiä haavanhoidon ohjaukseen, sekä miten yhteispäivystyksen haavapotilaiden vastaanottoa voisi parantaa.	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä, kohteena Oulun yliopistolaisen sairaalan yhteispäivystyksen asiakkaat, joiden akuutti haava oli suljettu ompelemalla tai liimaamalla päivystävän sairaanhoitajan vastaanotolla. Aineistonkeruumenetelmä oli standardoitu kyselylomake, jossa kysymysten muoto on vakioitu. Kyselylomakkeessa käytettiin monivalintakysymyksiä, joiden vastausvaihtoehdot määrättiin ennalta. Kyselyyn vastasi yhteensä 42 ihmistä.	Tutkimukseen osallistuneiden haavoista enemmän oli ommeltu kuin liimattu. Potilaiden mukaan noin kolmasosalla osallistuneista ilmeni tulehdusoireita. Kuitenkin päivystävien sairaanhoitajien sulkemista haavoista vain yksi tulehtui. Suurin osa potilaista sai kirjallisen ja suullisen ohjeen haavanhoidosta ja koki sen riittäväksi. Lähes kaikki potilaat kertoivat ymmärtävänsä haavanhoidon ohjeet ja noudattavansa niitä. Melkein kaikki potilaat olivat tyytyväisiä päivystävän sairaanhoitajan vastaanotolla saatuun hoitoon.
2	Flarity & Hoyt (2010) Advanced Emergency Nursing Journal	Esitellä haavan paranemisen muotoja, luokkia ja tekijöitä, sekä kuvailla systemaattisen haavanhoidon lähestymistapoja, jotta vähennetään leikkaamattomien haavojen infektioiden riskiä.	Ohjeistus	Haavanhoidon ymmärtäminen on tärkeää haavapotilaiden hoidossa. Potilaan sairashistoria pitää selvittää tarkasti ja fyysinen tutkiminen pitää toteuttaa pikkutarkasti. Haava pitäisi puhdistaa kokonaan mahdollisimman pian bakteerien, lian ja muiden epäpuhtauksien poistamiseksi. Haavassa olevat vierasesineet pitää tunnistaa ja poistaa. Sairaanhoitajan pitää konsultoida erikoisalan kirurgia ennen haavan sulkemista, jos vamma löytyy ihonalaisista kudoksista (luu, nivel, jänne, suoni tai hermo). Ennen haavan tutkimista tai puhdistamista, pitäisi harkita paikallista puudutusta.
3	Hoyt, Flarity & Shea (2011) Advanced Emergency Nursing Journal	Pohtia haavan sulkemisen menetelmiä, jotta päivystävät sairaanhoitajat saavat ajankohtaista tietoa aiheesta.	Ohjeistus	Haavanhoito on päivystävän sairaanhoitajan yleisesti tekemä toimenpide päivystyksyksikössä. Ennen pinnallisen, puhtaan haavan suturointia, sairaanhoitajan pitää varmistaa potilaan riittävä kivunhoito. Suturointitekniikoita on erilaisia, joista valita. Jos haava on syvällä tai anatomisesti vaikeassa paikassa, pitäisi konsultoida erikoisalan lääkäriä.

				Tietämys organisaatioiden käytännöistä on tärkeää, sillä ne voivat vaikuttaa siihen, saako sairaanhoitaja suturoida pinnallisia, puhtaita haavoja. Toimenpiteen jälkeen dokumentaation pitää kuvastaa annettua haavanhoitoa sekä haavan luonnetta.
4	Keough, Tell, Andreoni & Tanabe (2016) Advanced Emergency Nursing Journal.	Tunnistaa erityiset koulutuksen tarpeet päivystävälle sairaanhoitajalle.	Sekundaarinen analyysi aiemmasta tutkimuksesta. Tutkimus satunnaisesta otosta päivystävistä sairaanhoitajista, joita oli yhteensä 1216.	Päivystävät sairaanhoitajat olivat erikoistuneet eri tavoilla, kuten perheenhoitoon, aikuisen hoitoon ja akuuttihoitoon. Tämä tarkoitti, että tavallisten sairaanhoitajien valmistelu vaihteli ja heillä oli erilaisia todistuksia entisistä koulutuksistaan. Harjoittelupaikkoja olivat kansainväliset ja paikalliset konferenssit, työpajat tai internetkurssit. Tuottaakseen korkealaatuista ja päivystävää hoitoa, tarvittiin yhtenäistä koulutusta sekä koulutukseen osallistumisen todistus. Pinnallisten haavojen suturointi oli yksi vaadituista taidoista ja usein se mainittiin olennaiseksi taidoksi päivystyshoidossa. Pinnallisten haavojen suturointi tunnistettiin isoksi lisäkoulutuksen alueeksi sekä työharjoittelussa että teoreettisessa harjoittelussa. Lisäksi kuvailtiin ohjauksen tärkeyttä.
5	Trentham (2014) Arkansas Practice Committee	Tiedote virallisesta lausunnosta, joka koski pinnallisen haavan sulkua sairaanhoitajan toimesta päivystysyksikössä.	Lausunto	Sairanhoitajat voivat toteuttaa hakasten laitton, suturoinnin tai liimaamisen pinnalliseen haavaan haavansulkemisen menetelmänä. Tämä tehtävä on siirretty päivystysyksikön lääkäriltä sairaanhoitajalle. Sairanhoitaja on vastuussa toiminnastaan ja siitä, että hänellä on riittävä koulutus, todistus tästä koulutuksesta sekä kokemusta suturoinnista. On tärkeää säilyttää oma pätevyytensä. Lihaksen, faskian tai jänneen suturointi ei kuulu sairaanhoitajan koulutukseen. Päätettäessä, voiko sairaanhoitaja toteuttaa tehtävän, pitää käyttää päätöksenteon apuvälinettä sekä varovaista arvostelukykyä.
6	Middleton (2006) Australian Journal of Rural Healthcare	Todentaa erikoistuneen, kliinisen sairaanhoitajan (erikoiskoulutetun) tehokkuutta ihon haavan suturoinnissa yliopisto-, alue- ja maaseutusairaaloitten päivystysyksiköissä	Kvantitatiivinen tutkimus 80 potilaan sopiva otos. Potilaille annettuja kyselylomakkeita	Erikoiskoulutettu sairaanhoitaja tuottaa korkealaatuista ihon haavanhoitoa, esimerkiksi suturoi pinnallista haavaa asianmukaisesti. Sairanhoitaja voi suturoida kasvon, päänahkan raajojen tai vartalon haavoja. Yleisin sairaanhoitajan suturoima haava sijaitsi kasvoissa. Sairanhoitaja toteuttaa koko suturointitoimenpiteen.

				Erikoistumiskoulutusohjelma salli sairaanhoitajan, jolla oli tarpeeksi koulutusta, suturoida hyvin. Erikoistumisohjelma sisälsi teorian ja käytännön harjoittelua. Harjoittelujakso ja pätevyyden osoittaminen vaaditaan ennen sairaanhoitajan suturointiin valtuuttamista. Rakentavat kommentit ja palaute auttavat sairaanhoitajaa kehittymään.
7	Norris & Melby (2006) Journal of Clinical Nursing	Tutkia päivystyksyksiköissä työskentelevien sairaanhoitajien ja lääkäreiden mielipiteitä siitä, että akuuttihoidon sairaanhoitajan tehtävät laajenevat Iso-Britannian päivystyksyksiköissä.	Kuvaileva, tutkiva malli, mikä sisälsi kyselylomakkeita sekä päivystyksyksiköissä työskentelevien lääkäreiden ja sairaanhoitajien haastatteluja.	Lääkärit ja sairaanhoitajat olivat myönteisiä päivystävän sairaanhoitajan uudistunutta toimenkuvaa kohtaan. Riittävää koulutusta pidettiin kriittisenä ehtona. Muutoksen tarve tunnustettiin.
8	Bonham (2016) Nursing Standard	Opettaa erilaisia, yleisiä suturointitekniikoita, tuottaa luotettavia, tieteelliseen näyttöön perustuvia ja ajankohdittaisia lähteitä.	Dokumentti, joka toimi ohjeena hoitotoimenpiteen suorittamiseen.	Sairanhoitajan rooli on selitetty nimenomaisesti erilaisten vaiheiden kautta. Näitä ovat: suturoinnin määrittäminen parhaaksi haavansulun menetelmäksi, tarvittavien välineiden valmistaminen, haavan arviointi, puhdistaminen, verenvuodon hillitseminen, kontaminaation ehkäisyminen, kivunhoito, tarpeellisen suturointitekniikan ja ompeleen valitseminen. Sairanhoitajaa kannustetaan pohtimaan toteuttamia suturointitoimenpiteitä ja oppimaan niistä. Kriteerit sisältävät sairaanhoitajan ohjajan muodollisen arvioinnin hänen kliinisistä taidoistaan ja riittävästä anatomisesta tietämyksestä. Sairanhoitajan velvollisuus on pitää yllä omaa osaamistaan tutkimalla uusinta tieteellistä tietoa. Suturointi on todella monipuolinen haavansulkemisen menetelmä.
9	Mendez, Gonzalez, Tomillo & Rodriguez (2010) Paginas enferurg.com	Tunnistaa Virgen del Rocion yliopistollisen sairaalan päivystyksyksikössä, minkälaisia haavan tyyppisiä sairaanhoitajat hoitavat ja millaisia suturointeja he toteuttavat (Sevilla)	Pitkittäinen kuvaileva tutkimus tammikuun ja maaliskuun 2009 välillä.	Sairanhoitaja voi suturoida käsissä ja sormissa olevia, pinnallisia ja puhtaita haavoja. Tehtävän toteutus on korkealaatuista. Koulutusta järjestetään tekniikasta ja välineiden käytöstä. Lisäkoulutusta ei tarvita.
10	Jovic, Bianchi, Decouflet, Loizeau,	Tunnistaa päivystyksyksiköissä työskentelevien lääkäreiden ja sairaanhoitajien	Syvälliset haastattelut 24 lääkärin ja sairaanhoitajan kanssa.	Sairanhoitajan koulutuksen laajuus Ranskassa on rajoitetumpi. Sairanhoitaja voi avustaa lääkäriä toimenpiteissä, kuten suturoinnissa.

	Amiot & Teixeira (2015) Global Quality Nursing Research	asenteita sairaanhoitajan tehtävänmuutoksia kohtaan.		Tehtävänmuutoksia kyseenalaistetaan ja tiukat vaatimukset otetaan esiin, kuten lisäkoulutus, sisäänpääsy kilpailulla ja diplomin saaminen. Asenne ylipäättään sairaanhoitajan tehtävänkuvan muutoksia kohtaan on negatiivinen.
11	Ordonez, Fuentes, Corredor, Canizares, Cabrera, Leal, Riano & Urbina (2008) Ciencia y Cuidado	Tutkia haavojen käsittelyä ja hoitoa, jotta voidaan luoda perusta Erasmo Meoz-sairaalan päivystysyksikön uusille protokollille.	Kvantitatiivinen kuvailu Tutkittavien otanta ei ollut mahdollista soveltuvuuden takia. Tieto kerättiin havainnoimalla 49 potilasta marraskuussa 2007.	Haavan puhdistaminen on erityisesti osa sairaanhoitajan roolia. Nykyisten protokollien tietämys oli vaadittava. Hygienian tärkeyttä korostetaan.

Liite 2. Analyysirunko

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä tekijä
Anamneesi	Potilaan haastattelu ja fyysinen tutkiminen	Suturointiin valmistaminen	Sairaanhoitajan monipuoliset tehtävät
Allergiat			
Haavan mekanismi			
Fyysinen tutkiminen			
Riittävä valaistus			
Potilas makaa selällään			
Laajempi arvioinnin tarve			
Kivunhoidon huomiointi			
Parantaa näkyvyyttä	Verenvuodon tyhdyttäminen		
Steriili sideharso			
Painaminen			
Kiristysside			
Epäpuhtauksien poisto	Haavan puhdistaminen		
Mahdollisimman nopeasti			
Aineen valinta			
Runsaasti nestettä			
Suojelu roiskeilta			
Infektioriski			
Suturointi	Haavan sulkemisen tekniikan valinta		
Suturoinnin tekniikka			
Liimaus			
Nitominen			
Lääkärin tai sairaanhoitajan tehtävä			
Käyttötarkoitus	Tarvikkeiden valmistaminen		
Saatavuus			
Konsultaation tarve	Oman tiedon, taidon ja kokemuksen huomioonottaminen		
Vaikutus potilaalle			
Hoitajan tehtävä	Välineiden valmistelu	Lääkärin avustaminen	
	Haavan puhdistus		

	Aseptinen osaaminen		
Tarpeen arviointi	Erikoisalan lääkäri	Konsultaatio	
Joskus hoitajan tehtävä			
Siirretty tehtävä	Lääkärin valvonta		
käsihygienia	Aseptiset periaatteet	Suturointi	
Haavan steriilinä pysyminen			
Steriilit välineet			
Pistotapaturma	Turvallisuus		
Veren tapaturma			
Oikeat välineet	Suturoinnin tekniikka		
Oikea tekniikka			
Ei saa rajoittaa tutkimista	Keinon valinta ja ajankohta	Kivunhoito	
Viimeistään ennen suturointia			
	Lääkitys		
”Supermies”viitta	Täydentävä kivunhoito		
Potilaan hämääminen			
	Potilas tiedot ja anamneesi	Dokumentaatio	
Puhtaus	Haavan tutkimisen tulokset		
Haavan reunat, syvyys, pituus			
Kudosvaurio			
Vierasesine			
Infektiomerkit			
Ammattilaisia	Haavan hoito		
Sulkemisen menetelmä			
Lisätieto			
Eri maa/sairaala	Sisäiset käytännöt	Tietämys käytännöistä	
Tehtävän suorittamisen kyvyn arviointi	Huolellinen arviointikyky		
Vastuullisuus omasta työstä			
Käden taidot	Suturointikokemus	Kokemus	
Simulaatioharjoitus			

Harjoittelujakso			Kriteerit sairaanhoitajan suturointiluvulle
Palaute työstä			
3-5 vuotta	Aikaisempi hoitotyökokemus		
Vaatimus kurssiin			
Laajempi taidon oppiminen			
Kudoksen rakenteet	Anatominen tietämys	Asiantuntijuus	
Paranemisen vaiheet			
Haavan tyypit			
Paranemisen luokat			
Edut ja haasteet	Välineiden ja ompelien tyypit		
Peruskoulutus	Koulutus		
Lisäkoulutus			
Sisältö			
Monipuolisia koulutuspaikkoja			
Vaatimuksia			
Todistus koulutuksesta	Dokumentoitu pätevyys		
Arviointi			
Lait	Määräykset		Rajoitteet
Osaamisalueet			
Sairaalan omat käytännöt			
Tehtävänsiirto	Valtuutetut tehtävät		
Lääkärin valtuutus			
Lääkäri on paikalla konsultoitavaksi			
Henkilökunnan pätevin jäsen tehtävään			
Pinnalliset ja puhtaat haavat	Haavan tyypit		
Haava ei ulotu lihaseen, hermoon, faskiaan, jänteeseen, luuhun, nive-			

leen verisuoneen, kosmeettisesti herkkään alueeseen.			
Käden ja jalan haavat, lääkärin hyväksymisen jälkeen.			
Haava on alle kuusi tuntia vanha.			
Suturointi	Haavansulkemisen menetelmät	Vastuullisuus	
Hakaset			
Kudosliima			
Kurssin valinta	Riittävä koulutus	Vastuullisuus	
Tieto protokollista	Näyttöön perustuva hoitotyö		
Protokollien ajankohtaisuus			
Päätöksentekoa auttava menetelmä			
Tietty määrä suturointitoimenpiteitä vuodessa	Pätevyyden säilyttäminen		
Ohjaus			
Palaute			
Pohdinta			

Liite 3. Sairaanhoidajan rooli ja kriteerit suturoimiseen eri maissa

Maa	Sairaanhoidajan rooli	Kriteerit	Lisähuomioita
Suomi	Lääkärin avustaminen ja itsenäinen suturointi kuuluu sairaanhoidajan toimenkuvaan	Sairaanhoidaja on käynyt erillisen päivystävän sairaanhoidajan lisäkoulutuksen (30 op)	Lisäkoulutusta järjestetään tällä hetkellä vain Oulun ammattikorkeakoulussa
Iso-Britannia	Avustaa lääkäriä		Analysoitu artikkeli ei ole enään ajankohtainen.
Amerikan Yhdysvallat	Sairaanhoidaja voi suturoida ja avustaa lääkäriä.	Lisäkoulutus ja työkokemusta päivystyksiköstä. Sairaanhoidajan pitää käyttää huolellista arviointikykyä ja huomioida oma osaamisensa.	
Espanja	-Voi suturoida. -Hyvät ompelemisen taidot . -Voivat ommella haavoja lääkärin määräyksellä.	-Hoitaja on tarpeeksi kokenut suturoimaan haavoja.	Pinnallisen ja puhtaan haavan suturointi kuuluu sairaanhoidajan peruskoulutukseen
Kolumbia	-Haavan puhdistaminen ja hygienian ylläpito.	-Koulutus ja tieto haavan suturoinnista.	
Australia	-Hoitaa ihon haavan loppuun asti. -Hoitaa haavan suturoinnin alusta loppuun.	-Työkokemusta akuuttihoidosta vaaditaan vähintään kolme vuotta. -Erillinen koulutus haavan arviointiin ja sulkemiseen.	-Laadukas hoito sekä pienien että suurien alueiden päivystyspisteissä. -Rakentavien kommenttien ja palautteen käyttö.
Ranska	-Avustaa lääkäriä.	-Ennen mahdollisia muutoksia täytyisi luoda kriteerit	