

Kirsi Laatikainen, Marjut Pesonen

# HAAVANHOIDON KESKITTÄMISEN MALLI

Moniammatillisen haavavastaanoton  
kehittäminen Essotessa

Opinnäytetyö

Kliininen asiantuntija YAMK

2020



**Kaakkois-Suomen  
ammattikorkeakoulu**

Tekijät	Tutkintonimike	Aika
Kirsi Laatikainen, Marjut Pesonen	Kliininen asiantuntija (YAMK)	Syyskuu 2020
<b>Opinnäytetyön nimi</b>  Haavanhoidon keskittämisen malli. Moniammatillisen haavavastaanoton kehittäminen Essotessa.		
<b>Toimeksiantaja</b>  Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä.		
<b>Ohjaaja</b>  Paula Mäkeläinen		
<b>Tiivistelmä</b>  <p>Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymän (Essote) strategian mukaisesti väestölle tarjottavien talvelujen tulee olla laadukkaita ja vaikuttavia. Essoten alueella ei kuitenkaan ole olemassa yhtenäistä hoitoprosessia kroonista haavaa sairastavalle potilaalle. Moniammatillisen yhteistyön kehittämisellä on tutkitusti saavutettu haavanhoidon laatua ja vaikuttavuutta lisäävä vaikutus. Kansainvälisesti ja kansallisesti toiminnassa on haavakeskuksia ja vastaanottoja, joissa moniammatillinen yhteistyö on lähtökohtana. Keskitetyllä haavanhoidolla on saavutettu näytön perusteella parempia hoitotuloksia, kustannussäästöjä sekä vaikuttavuutta haavanhoidossa.</p> <p>Opinnäytetyössä tarkoituksena oli selvittää lähtökohdat ja edellytykset moniammatillisen haavavastaanoton kehittämiselle Essoten alueella sekä luoda konkreettinen malli haavavastaanoton toiminnalle. Tavoitteena oli yhtenäistää ja sujuvoittaa haavapotilaiden hoitoprosessia Essoten alueella sekä kehittää haavahoidon prosessia ottaen huomioon kustannushyödyt potilaan, organisaation ja yhteiskunnan kannalta.</p> <p>Moniammatillisen haavanhoidon keskittämisen vaatimia osa-alueita selvitettiin haavanhoidon asiantuntijoita (n=25) haastattelemalla. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina, joiden teemoina olivat haavanhoidon nykytilanne, strategia, vaikuttavuus, moniammatillisuus sekä haavanhoidon keskittäminen. Lisäksi haettiin tietoa jo olemassa olevista haavavastaanottomalleista benchmarking-käytien avulla. Saadut aineistot analysoitiin käyttäen deduktiivista sisällönanalyysia. Tulosten pohjalta kehitettiin malli haavavastaanoton toiminnalle Essotessa. Opinnäytetyön pohjana käytettiin PDCA- eli jatkuvan kehittämisen mallia.</p> <p>Tuloksissa esille nousi ongelmia ja muutostarpeita yhteistyössä, osaamisessa, organisaation toiminnassa sekä haavanhoidon työkaluissa. Todettiin, että näihin tarpeisiin pystytään vastaamaan moniammatillisella yhteistyöllä sekä keskittämällä haavanhoitoa. Näin voidaan kehittää osaamista, kouluttaa, yhtenäistää toimintamalleja ja organisoida haavanhoitoa kuntayhtymän alueella. Moniammatillisella yhteistyöllä ja haavanhoidon keskittämisellä saavutetaan Essoten strategian mukaiset tavoitteet sekä lisätään toiminnan vaikuttavuutta. Opinnäytetyön tuloksena kehitetty moniammatillisen haavavastaanoton toimintamalli on valmis käyttöön otettavaksi. Sen avulla voidaan lisätä laatua ja vaikuttavuutta haavanhoidossa Essoten alueella.</p>		
<b>Asiasanat</b>  haavanhoito, moniammatillisuus, vaikuttavuus, vastaanottotoiminta		

Authors	Degree	Time
Kirsi Laatikainen, Marjut Pesonen	Master of Health Care	September 2020
<b>Thesis title</b>		74 pages 11 pages of appendices
Centralization model for wound care. Developing a multiprofessional wound care clinic in Essote.		
<b>Commissioned by</b>		
South Savo social and health care authority (Essote).		
<b>Supervisor</b>		
Paula Mäkeläinen		
<b>Abstract</b>		
<p>According to the strategy of the South Savo social and health care authority (Essote), the services that are provided for the population must be high in quality and effective. Regardless of that, there is no integrated care pathway for patients with chronic wounds. Developing multiprofessional co-operation has been proven by studies to increase quality and effectiveness in wound care. Internationally and nationally wound centers and clinics are operating based on multiprofessional co-operation. It has been proven that centralized wound care has resulted in better outcomes in care, cost savings and effectiveness.</p> <p>The aim of the thesis was to examine the current state of wound care, to inspect the requirements of developing the multiprofessional wound care clinic and to create a model for centralized operations of a wound care clinic. The objective was to unite and streamline the process of care with wound patients in the area of Essote and to develop the process of wound care, while considering the cost benefits for the patient, organization and society.</p> <p>The sectors required by the centralization of multiprofessional wound care were explored by interviewing wound care professionals (n=25). The interviews were implemented as theme interviews focusing on the current state of wound care, strategy, effectiveness, multiprofessionalism and the centralization of wound care. Information was also gathered by benchmarking the existing wound care centers. The material was analyzed with deductive content analysis. The model for the multiprofessional wound care clinic in Essote was developed from these results. The framework for this thesis was the model of continuous improvement also known as the PDCA.</p> <p>The results showed some issues and needs for change in the co-operation, know-how, organizational operations, and the tools of wound care. It was concluded that these issues can be solved with multiprofessional co-operation and by centralizing wound care. Consequently, it is possible to develop know-how, to educate, to standardize operation models and to organize wound care in the area of Essote. Through multiprofessional co-operation and the centralization of wound care, the goals of Essote strategy are achieved and the effectiveness of the operations will be increased. The result of the thesis, the multiprofessional wound care clinic model, is ready for implementation to increase quality and effectiveness of the wound care in Essote.</p>		
<b>Keywords</b>		
Wound care, multiprofessionalism, effectiveness, clinical operations		

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TOIMEKSIANTAJA.....	8
3	HAAVANHOITO.....	10
3.1	Krooniset haavat.....	10
3.2	Kroonisen haavan vaikutukset.....	12
4	VAIKUTTAVUUS .....	13
4.1	Vaikuttavuus haavanhoidossa .....	15
4.2	Vaikuttavuuden arviointi.....	16
5	MONIAMMATILLISUUS .....	18
6	HAAVANHOIDON KESKITTÄMINEN.....	21
7	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	27
8	JATKUVAN KEHITTÄMISEN MALLI .....	27
9	KOHDERYHMÄ JA TUTKIMUSMENETELMÄT .....	30
9.1	Kohderyhmä .....	30
9.2	Aineiston keruu .....	31
10	AINEISTON KÄSITTELY JA ANALYYSI .....	34
11	TULOKSET.....	37
11.1	Haavanhoidon keskittämisen lähtökohdat ja edellytykset.....	37
11.2	Haavanhoidon keskittämisen vaikuttavuus .....	47
11.3	Haavavastaanoton mallinnuksen benchmarking-kohteet.....	54
12	HAAVAVASTAANOTON TOIMINTAMALLI .....	59
13	KEHITTÄMISPROSESSIN TARKASTELU .....	64
13.1	Johtopäätökset .....	64
13.2	Pohdinta .....	66
13.3	Jatkokehitysehdotukset .....	68
	LÄHTEET.....	69

## LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Liite 2. Saatekirje

Liite 3. Teemahaastattelurunko

Liite 4. Benchmarking käyntien kysymysrunko

Liite 5. Moniammatillisen haavavastaanottotoiminnan käynnistämisen strategia

## 1 JOHDANTO

Krooniset haavat ovat yhteiskunnassamme lisääntyvä ongelma sekä haaste terveydenhuoltojärjestelmälle. Syitä tälle ovat mm. väestön ikääntyminen ja kansansairauksien, kuten diabeteksen, yleistyminen. Krooniset haavat heikentävät yksilöiden elämänlaatua ja aiheuttavat merkittäviä kustannuksia terveydenhuollolle. Ongelmahaavojen hoito vaatii moniammatillista yhteistyötä, koska haavojen synnyn taustalla olevat tekijät ovat usein moninaisia. (Hjort & Gottrup 2010; Moore ym. 2014; Kaartinen ym. 2017, 481; Lagus 2018, 44–47.)

Etelä-Savon maakuntaliitto sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä toteavat strategioissaan, että väestölle tarjottavien palvelujen tulee olla laadukkaita ja vaikuttavia. Myös palvelujen helppo saatavuus sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen nostetaan näissä strategioissa etusijalle. (Essote 2018; Etelä-Savon alueellinen hyvinvointikertomus ja -suunnitelma 2018–2020 s.a.) Tästä huolimatta Essoten alueella ei ole olemassa yhtenäistä hoitoprosessia kroonista haavaa sairastavalle potilaalle. Perusterveydenhuollossa potilaita voidaan hoitaa ilman diagnoosia pitkiäkin aikoja. Viivästynyt diagnosointi on yksi tärkeimmistä seikoista, joka vaikuttaa haavan kroonistumiseen (Juutilainen & Hietanen 2018, 415). Erikoisairaanhoidon pääsemiseksi vaaditaan lähete. Myös erikoisairanhoidon sisällä potilaat liikkuvat erikoisalojen välillä lähetekäytännön avulla. Käytäntö on hidas ja tuottaa kustannuksia potilaalle sekä yhteiskunnalle. Mahdollisuus kuvakonsultaatioihin on ollut, mutta haavanhoidon asiantuntijat ovat vastanneet niihin muun työn ohessa. Haavanhoidon kouluttaminen on organisoimatonta, ja sitä on verraten vähän.

Haavanhoidon laadun parantamiseksi ja vaikuttavuuden lisäämiseksi on kansainvälisesti keskitytty moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen. Moniammatillinen haavanhoito pienentää tutkitusti haavanhoidon kustannuksia, parantaa potilaiden elämänlaatua ja lisää vaikuttavuutta, ja näin ollen saavutetaan parempia klinisiä hoitotuloksia. (Kim ym. 2013; Moore ym. 2014; Öien ym. 2016; Howell ym. 2018.) On todettu, että moniammatillisissa tiimeissä haavanhoidon suunnittelu sekä kommunikaatio on parempaa kuin yksittäisten toimi-

joiden suorittaessa haavanhoitoa. Organisaation tuki on moniammatillisen toiminnan keskiössä, ja tällainen toiminta vaatii osaamisen lisäämistä. (de Leon ym. 2016; Kim ym. 2013.)

Haavanhoidon keskittämisestä ja moniammatillisen haavanhoidon kehittämisen hyödyistä on näyttöä niin kansainvälisesti kuin kansallisestikin. Erityisesti hoitotulokset kroonisten haavojen hoidossa ovat parantuneet, kun hoitoa on keskitetty moniammatilliseen haavakeskukseen. Suomen ensimmäisessä haavakeskuksessa Tampereen yliopistollisessa sairaalassa (TAYS) haavanhoidon moniammatillistaminen on puolittanut diabeetikoiden sääriamputaatiot ensimmäisten toimintavuosien aikana. (Kaartinen ym. 2017.)

Opinnäytetyössä selvitettiin haavanhoidon nykytilaa Essoten alueella sekä asiantuntijoiden näkemystä moniammatillisen haavanhoidon keskittämisen vaatimista osa-alueista ja resursseista. Lisäksi perehdyttiin jo toiminnassa oleviin haavavastaanottomalleihin. Tarkoituksena oli selvittää lähtökohdat ja edellytykset moniammatillisen haavavastaanoton kehittämiseksi. Työ toteutettiin osana Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen haavanhoidon kehittämistyötä, ja sen tavoitteena oli yhtenäistää ja sujuvoittaa haavapotilaiden hoitoprosessia Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymän alueella.

Työssä tavoitteena oli kehittää haavanhoidon prosessia ottaen huomioon kustannushyödyt potilaan, organisaation sekä yhteiskunnan kannalta. Saatujen tulosten pohjalta kehitettiin konkreettinen malli moniammatillisen haavanhoidon toteuttamiseksi Essotessa. Opinnäytetyö toteutettiin jatkuvan kehittämisen mallin (PDCA) avulla käyttäen menetelminä teemahaastattelua ja benchmarkingia. Valmis toimintamalli tulee Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymän käyttöön.

## 2 TOIMEKSIANTAJA

Sosiaali- ja terveydenhuolto on jatkuvassa muutoksessa kaikkialla maailmassa. Paineita muutokseen aiheuttavat yhteiskunnan odotukset ja vaatimukset koulutustason noustessa ja omaan terveyteen vaikuttavien tekijöiden tietoisuuden kasvu. Tutkimustieto lisääntyy jatkuvasti, ja uusia hoitomenetelmiä sekä teknologiaa kehitetään. Sosiaali- ja terveystaloudelliset linjaukset muuttuvat ja taloudellinen tilanne kiristyy. Kansallisen ja Euroopan unionin lainsäädännön nojalla kansalaisilla on mahdollisuus valita hoitopaikkansa niin Suomessa kuin muissakin EU-maissa. Valinnanvapauden nojalla potilas haluaa verrata palvelun tarjoajien hoitotuloksia ja tehdä itse päätöksen palvelun tuottajasta. Organisaatioiden on vastattava kilpailuun laadukkaalla hoidolla. (Holopainen ym. 2013, 10–11.)

Organisaation menestyksekkään toiminnan kulmakivenä on käytettävän strategian valinta ja toiminnan organisointi. Strategialla tarkoitetaan pidemmän aikavälin toimintasuunnitelmaa, ja siihen sisältyvät organisaation toimintaperiaatteet, perustavoitteet sekä päätoiminnot, joista muodostuu yhtenäinen kokonaisuus. (Kauhanen 2012, 14–18.)

Etelä-Savon sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut tuottaa Etelä-Savon sosiaali- ja terveystaloudellisten kuntayhtymä eli Essote. Sosiaali- ja terveystaloudellisia palveluita tuotetaan Mikkelin alueella sekä ympäröivissä kunnissa. Essoten jäsenkuntia ovat Hirvensalmi, Juva, Kangasniemi, Mikkeli, Mäntyharju, Pertunmaa ja Puumala. Lisäksi jäsenkuntiin kuuluvat Joroinen ja Pieksämäki. Väestöpohja alueella, jolle palveluita tuotetaan, on noin 104 000. (Essote 2016.)

Jokaisen organisaation strategia sisältää mission eli toiminta-ajatuksen sekä vision, jolla määritellään tulevaisuuden tavoitteet (Viitala 2015, 48). Essoten strategiassa toiminta-ajatuksena on olla osaava, palveleva, vaikuttava ja innostava organisaatio, jonka visio on ”lähellä – hyvinvointisi tukena”. Päämääränä on palveluiden ja toiminnan vaikuttavuus, laatu ja tuottavuus sekä johtamisen ja osaamisen korkealaatuisuus. Lisäksi yhteistyö, perus- ja lähipalveluiden sujuvuus sekä uudistuvuus on asetettu tavoitteeksi. (Essote 2018; Etelä-Savon alueellinen hyvinvointikertomus ja -suunnitelma 2018–2020 s.a., 17.)



Etelä-Savon maakuntaliiton strategiassa (2016) ja maakuntaohjelman toimeenpanosuunnitelmassa on kirjattu tavoitteita vuosille 2017–2018. Kuntayhtymien ja maakunnan hyvinvoinnin painopisteiksi on linjattu palvelujen laatu ja vaikuttavuus sekä ennakkoiva terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Hyvinvointi on keskeistä kaikessa toiminnassa, määrätietoista panostusta suunnataan ennakkoivaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. (Etelä-Savon alueellinen hyvinvointikertomus ja -suunnitelma 2018–2020 s.a.)

Väestön ikääntyessä palveluiden kysyntä ja tarve lisääntyvät vaikeuttaen työvoiman saatavuutta. Merkittäviä vaatimuksia hoitotyölle lisäävät sosiaali- ja terveydenhuollon muutokset, väestön terveydenhuollon tarpeista nousevat haasteet sekä niukat henkilöstöresurssit. Näihin tarpeisiin tulee vastata hoitotyön strategisella kehittämisellä. Essoten hoitotyön tavoitteena on toiminnan kehittäminen töiden organisoinnilla, tarkoituksenmukaisella henkilöstörakenteella ja hoitotyön kehittämistä tukevalla johtamisella. Haasteina hoitotyössä ovat toiminnan vaikuttavuus ja tuloksellisuuden saavuttaminen. (Häkkinen ym. 2015.)

Etelä-Savon sosiaali- ja terveysten palvelujen kuntayhtymän alueella toteutetaan päivittäin monentasoista haavanhoitoa useissa eri yksiköissä sekä potilaiden kodeissa. Essoten alaisuudessa toimii sekä perusterveydenhuolto että erikoissairaanhoidon hoito. (Essote 2016.) Haavanhoitoa toteutetaan monentasoisesti ja yhtenäiset käytännöt haavanhoidon toteuttamiseen ovat puutteellisia. Haavanhoidosta ei ole olemassa prosessikuvausta, jonka pohjalta voitaisiin toteuttaa kroonisten haavapotilaiden hoitoa Essotessa. Tällaiselle on kuitenkin selkeä tarve, jotta haavapotilaiden hoito olisi strategiassa asetettujen tavoitteiden mukaista. Toimeksiantajan toiveena opinnäytetyölle onkin kehittää haavanhoidon keskittämisen malli, jonka pohjalta moniammatillista haavapotilaiden hoitoa voidaan jatkossa toteuttaa.

### 3 HAAVANHOITO

Haava on ehjän ihon tai sen alaisten kudosten rikkoutumista, ja haavat syntyvät joko ulkoisen tekijän tai sisäisen sairauden seurauksena. Yksi vaikeimmista hoidettavista haavaryhmistä ovat erilaisiin sairauksiin ja tiettyihin ulkoiisiin tekijöihin liittyvät krooniset haavat. Kaikkiin haavoihin liittyy jonkinasteista haittaa; toiminnanvajausta, kipua, esteettistä haittaa sekä taloudellisia ja psykososiaalisia haittoja. Haava voi pahimmillaan uhata potilaan yleistä terveyttä, raajaa tai henkeä. Haavat aiheuttavat haasteita terveydenhuoltojärjestelmälle, hoito-organisaatioille sekä koulutukselle, ja ennen kaikkea ne ovat yhteiskunnalle taloudellinen ongelma. (Juutilainen & Hietanen 2018, 12–14.)

#### 3.1 Krooniset haavat

Haavat jaetaan syntymekanismien ja ulkoisen olemuksen perusteella joko akuutteihin tai kroonisiin haavoihin. Akuutit haavat syntyvät usein äkillisesti jonkin ulkoisen tekijän vaikutuksesta. Kroonisten haavojen syntyyn vaikuttavat puolestaan jokin sisäinen sairaus tai ulkoisista tekijöistä johtuva hankaus tai paine. (Juutilainen & Hietanen 2018, 27.) Suurimman kokonaisuuden kroonisista haavoista muodostavat laskimoperäiset säärihaavat, painehaavat sekä diabeetikon jalkahaavat (Juutilainen & Hietanen 2018, 12–13).

Haavat voidaan määritellä kroonisiksi, kun ne ovat olleet avoimena vähintään kuukauden. Tyypillisiä tekijöitä kroonisen haavan taustalla ovat alaraajojen verenkiertosairaudet, diabetes ja syöpä. Lisäksi kroonisten haavojen syntyyn vaikuttaa kehon ulkopuolelta tuleva paine ja kudoksen venyminen. Tyypillistä kroonisille haavoille on se, että niiden paranemisaikaa on vaikea arvioida ja haavat uusiutuvat herkästi samalle alueelle. Akuutista haavasta muodostuu helposti krooninen haava, jos haavan parantavien ja paranemista jarruttavien prosessien välillä on epätasapaino. (Juutilainen & Hietanen 2018, 27–29.)

Väestön ikääntymisen myötä kroonisten haavojen esiintyvyys lisääntyy jatkuvasti aiheuttaen merkittäviä kustannuksia. Tutkimustulokset ovat osoittaneet, että krooninen haava heikentää huomattavasti yksilön elämänlaatua. Terveydenhuollossa vaikeasti paranevat haavat aiheuttavat merkittävää tarvetta henkilöstön resursoinnille sekä lisäävät hoitokustannuksia. Tämän vuoksi haavapotilaiden jäsennelty klinisesti tehokas hoito on tärkeää. (Hjort ym. 2010;

Rikssår 2017.) Kroonista haavaa sairastavan potilaan hoitoon arvioidaan varo-  
vaistenkin arvioiden mukaan kuluvan noin 2,5 miljardia euroa seuraavan 10  
vuoden aikana (Kaartinen ym. 2017).

Haavan hoito tulisi aina aloittaa tehokkaasti heti sen ilmaannuttua. Hoidon vii-  
västyessä paranemisen todennäköisyys pienenee. Hoidon tulisi kohdistua  
haavan syyn korjaamiseen, ja ennen hoitosuunnitelman tekoa haavan perus-  
syy eli etiologian tulee olla selvillä. Kroonisia haavoja hoidetaan konservatii-  
visesti. Mikäli haava on kookas tai sen hoito ei edisty kahden kuukauden ai-  
kana, voidaan harkita kirurgista hoitoa. Konservatiivisessa hoidossa tarkoituk-  
sena on tunnistaa paranemisen esteinä olevat tekijät ja puuttua niihin. Varsi-  
nainen hoito perustuu järjestelmällisiin paikallishoitoihin. (Käypä hoito -suosi-  
tus 2014; Palve 2017, 1–2; Iivonen & Kallio 2018, 114.)

Haavapotilasta tulee katsoa kokonaisuutena ja kokonaisvaltaisen hoitosuunni-  
telman tekoon tulee käyttää aikaa. Haavadiagnoosin teko kuuluu lääkärin teh-  
täviin, jonka tulee laatia selkeä suunnitelma haavanhoidolle sekä sille, milloin  
lääkäreitä tulee konsultoida uudelleen haavan paranemisen pitkittyessä. Haa-  
van paikallishoidossa tavoitteena on edistää paranemista puhdistamalla  
haava ja suojaamalla se kontaminaatiolta sekä luomalla suotuisa paranemis-  
ympäristö. (Käypä hoito -suositus 2014; Iivonen & Kallio 2018, 114.)

Haavanhoidon haasteellisuutta lisää sen nopea kehittyminen. Tutkimus ete-  
nee ja muokkaa hoitosuosituksia kansainvälisesti ja kansallisesti vuosittain.  
Ongelmana on, että hoitohenkilökunnalla on paljon puutteita haavanhoidon eri  
osa-alueilla, haavanhoidon hoitovastuuta ei ole määritetty eikä työnjaosta ja  
hoitoketjuista ole sovittu selkeästi. Terveystieteiden ammattilaisilla ei ole sel-  
keää näkemystä siitä, miten paljon resursseja kuluu haavapotilaiden hoitoon.  
Uusien haavanhoidotuotteiden käyttö saattaa olla puutteellista tai jopa virheel-  
listä. Haavanhoidon tulisi parhaimmillaan olla ammattitaitoisen, moniammatillii-  
sen tiimin tekemää laadukasta hoitotyötä, koska haavadiagnostiikassa ja -hoi-  
dossa tarvitaan monen lääketieteen erikoisalan ja terveystieteiden ammatti-  
ryhmän osaamista. Osaamista täytyy myös tarkastella uusimman, näyttöön  
perustuvan tiedon ja koulutuksen avulla. (Juutilainen & Hietanen 2018, 414–  
422.) Jotta hoitokäytäntöjä voidaan parantaa ja kustannustehokkuutta lisätä,  
tarvitaan nopeampaa haavojen diagnostiikkaa ja hoitoon liittyvää tutkimusta.

Lisäksi ensisijaisen tärkeässä asemassa ovat vakiintuneet haavanhoidon hoitoketjut erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. (Korhonen & Lepäntalo 2012, 43.)

### **3.2 Kroonisen haavan vaikutukset**

Haavoihin liittyy aina jonkinasteinen haitta potilaalle ja yhteiskunnalle. Potilas kärsii kivusta, ja haava aiheuttaa toimintavajasta ja on esteettisesti haittaava. Haavasta aiheutuu hoidon pitkittyessä psykososiaalisia ja taloudellisia ongelmia. Haavat aiheuttavat aina kipua, joka lamaa pelkästään tai yhdessä lääkeshoidon kanssa ihmisen toimintakykyä, pahimmillaan tämä voi johtaa lääkeriippuvuuteen ja työkyvyttömyyteen. Haavan paranemisen pitkittyessä potilas saattaa eristäytyä sosiaalisesta toiminnasta, perheestä ja työyhteisöstä. Haavan estäessä liikkumista tai runsaan erityksen, hajuhaittojen tai näkyvän sijainnin vuoksi eristäytyminen voi pahentua. Kroonisesta haavasta aiheutuva psykososiaalinen haitta koskettaa koko perhettä ja muita läheisiä ihmisiä. (Juutilainen & Hietanen 2018, 13–14.)

Pitkäaikaisen haavan on todettu heikentävän potilaan itsetuntoa ja aloitekykyä ja aiheuttavan masennusta ja mielialan laskua. Haavan kanssa eläminen koetaan stressaavaksi. Sen aiheuttamia tuntemuksia on kuvattu peloksi, vihaksi ja toivottomuudeksi. (Eronen 2011, 64.) Taloudelliset haitat koostuvat mahdollisesta laitoshoidosta, kotisairaanhoidon käynneistä, lääkkeistä ja haavanhoitotuotteiden aiheuttamista kustannuksista. Taloudellista haittaa aiheuttavat myös hoitokäynteihin liittyvät kustannukset matkoista sekä potilaan mahdollisesta sairauslomasta koituvat tulonmenetykset. (Juutilainen & Hietanen 2018, 13–14.)

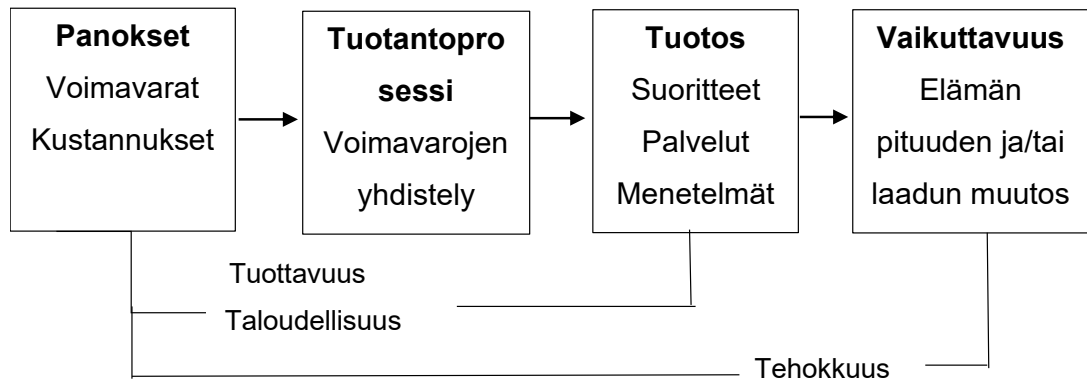
Yhteiskunnan kannalta kroonisten haavojen hoito on kallista. Merkittävimmän kustannuserän aiheuttavat hoitohenkilöstön työ. Moni haava edellyttää myös laitoshoidoa tai aiheuttaa työkyvyttömyyttä. Haavoihin voi liittyä myös pysyviä vammoja, kuten amputaation tai jatkuvan laitoshoidon muodossa. (Juutilainen & Hietanen 2018, 13–14.) Tutkimuksen mukaan on tärkeää, että potilas ymmärtää haavan syntyyn vaikuttavat tekijät ja haavan pitkäaikaisuuden hoito-omontyvyyden ja hoidon onnistumisen kannalta. Vain harva haavapotilaista

tiedostaa elintapojen ja oman toiminnan merkityksen haavan paranemisen ja ennaltaehkäisyyn kannalta. (Eronen 2011, 64–65.)

## 4 VAIKUTTAVUUS

Terminä vaikuttavuudella tarkoitetaan sitä, missä määrin suunnitellut toimenpiteet toteutetaan ja tulokset saavutetaan (Laatusanasto 2019). Perinteisesti talousteoriassa hyödykkeen suuruus määräytyy saatavan korvauksen määrästä. Terveyspalvelujen tarjonta poikkeaa normaalien hyödykkeiden tarjonnasta ja on Suomessa monien muiden maiden tavoin julkisen vallan hallussa. Terveystaloudessa palvelujen tarve yksilötasolla on epävarmaa ja tulevaisuuden suunnittelu sekä budjetointi haastavaa. Sairastumisen kustannukset ovat lisäksi ennakoimattomia, eivätkä palvelujen tarjoajat voi olla varmoja palvelujensa vaikutuksista. Terveystalouteen ja terveyteen liittyvät olennaisesti myös ulkoiset vaikutukset, jotka näkyvät jonkun yksilön vaikutuksena toisen yksilön hyvinvoinnin tasoon, joko positiivisesti tai negatiivisesti. (Sintonen & Pekurinen 2009, 47–51.)

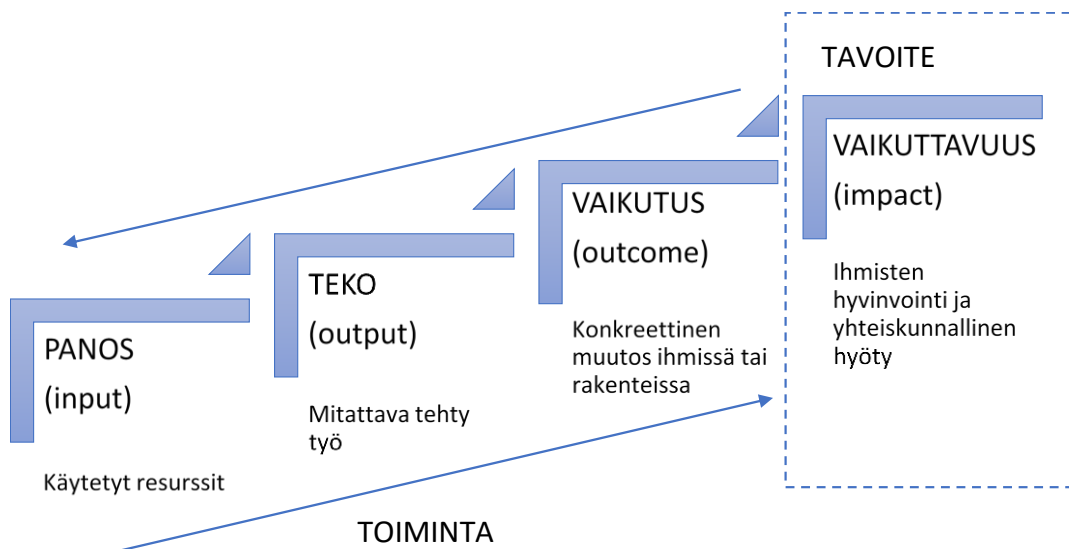
Yhteiskunta varaa terveydenhuollon toiminnan takaamiseksi tietyt voimavarat, eli toiminnassa käytettävät panokset. Tavallisesti panokset mitataan voimavarojen rahalla mitattavalla muodolla; kustannuksilla. Voimavaroilla luodaan tuotokset toiminta- ja tuotantoprosessien kautta. Terveydenhuollossa näitä tuotoksia voivat olla erilaiset välisuoritteet eli palvelut ja toimenpiteet, kuten hoitopäivät ja lääkärikäynnit. Laajempia yhdistelmiä ovat hoitajaksot, hoitoketjut ja hoidetut potilaat. Perimmäisenä tavoitteena näiden kautta on vaikuttaa ihmisen terveydentilaan. Tätä vaikutusta kutsutaan vaikuttavuudeksi (kuva 1). Terveydenhuollossa vaikuttavuutta tulee mitata terveydentilan muutoksella tavanomaisissa oloissa ja toiminnan vaikuttavuus on nettomuutos toiminnan tavoitteessa eli muutos terveydentilassa, joka terveydenhuollon toiminnalla on saatu aikaan. (Sintonen & Pekurinen 2009, 53.)



Kuva 1. Terveysthuollon toiminnan elementit (Sintonen & Pekurinen 2009, 52)

Terveysthuollon ulkopuolisilla tekijöillä on myös oma vaikuttavuutensa, terveysvaikutus. Nämä tekijät huomioon ottaen ja lisäämällä ne terveysthuollon vaikuttavuuden kanssa yhteen sekä lisäämällä tekijät ennen terveysthuollon toimintaa vallinneeseen terveydentilaan saadaan aikaan terveyden tuotannon lopputulos. (Sintonen & Pekurinen 2009, 53.)

Vaikuttavuutta voidaan lähestyä vaikutusketjun kautta (kuva 2). Tämä ketju rakentuu panoksesta, tuotoksesta, vaikutuksesta ja vaikuttavuudesta, joka määrittää ketjun alemmat osat. Vaikuttavuudella (impact) tarkoitetaan ketjussa yhteiskunnallista hyötyä eli myönteistä kehitystä. Se voi liittyä ihmisen hyvinvointiin, terveyteen ja yhteisöjen elinvoimaan.



Kuva 2. Vaikutusketju (The iooi method) (Heliskoski ym. 2018, 5 mukaillen)

Yhteiskunnallinen kehitys vaatii taustalleen muutoksia ihmisten ja yhteisöjen käytöksessä. Näitä konkreettisia muutoksia kutsutaan vaikutuksiksi (outcome). Tavoitteena vaikuttavuuslähtöisellä toiminnalla on aina konkreettisten muutosten aikaansaaminen. Vaikutusten tulisi johtaa aina yhteiskunnalliseen hyötyyn, ja ne tapahtuvat pitkällä aikavälillä. Mitattavissa olevat tehdyt työt eli teot (output) ovat konkreettisen muutoksen taustalla. Näiden tekojen suunnittelu tarvitsee aina taustalleen kohderyhmien tunnistamisen ja segmentoinnin. Tekoja ja niiden toimivuutta tulee arvioida jatkuvasti, ja teot tulee määritellä vaikuttavuus- ja vaikutustavoitteiden kautta, jotta muutosten toteutumisen todennäköisyyttä voidaan arvioida. Tämä toimii osana vaikuttavuuden arviointia. Vaikutusketjun alimmaisena osana oleva resurssit eli panokset (input) ovat tekojen edellytyksenä. Ne ovat laajoja käsitteitä ja sisältävät mm. rahaa, työtä, materiaalia, aikaa, sopimuksia, osaamista ja kontakteja. Panosten määrittely edesauttaa myös vaikuttavuuden ja vaikutusten vaativien yhteistyöverkostojen tunnistamista sekä tekojen pohjana toimivien investointilaskelmien tekemistä. (Heliskoski ym. 2018, 5–6.)

#### **4.1 Vaikuttavuus haavanhoidossa**

Haavanhoidon vaikuttavuuden selvittäminen on haaste terveydenhuollolle. Kroonisten haavojen hoito on kallista, ja haavojen hoitoon arvioidaan kuluvan länsimaissa jopa 5 % koko terveydenhuollon budjetista. Suomessa haavanhoitoon liittyvistä kuluista ei ole tehty kattavia kustannuslaskelmia, mutta on arvioitu Helsingissä haavanhoitoon kuluvan 7–14 miljoonaa euroa vuodessa. Kustannuslaskelmien tekeminen on haastavaa, koska nykyisillä potilastietojärjestelmillä on löydettävissä vain osa hoidon piirissä olevista haavapotilaista. (Juutilainen & Hietanen 2018, 414.) Haavanhoidon vaikuttavuutta voidaan tarkastella ottaen huomioon potilaalle aiheutuva hyöty ja haavanhoidosta aiheutuvat kustannukset. Kustannuksista suurin osa koostuu hoitohenkilökunnan työajasta. Hyötyä potilaalle haavanhoidossa tulisi tarkastella ensisijaisesti haavan paranemisena ja toissijaisesti haavan oireiden, kuten eritysmäärän, kivun ja hajun, vähenemisenä sekä koetun elämänlaadun kohoamisena. Paranevista taas tulisi tarkastella suhteessa käytettyyn aikaan ja hoitoon. (Seppänen 2008, 88.)

Potilaiden haavanhoidon kokonaiskustannuksia laskettaessa on huomioitava potilas- ja kuntamaksut, hoitajien työaikakustannukset, hoitotarvikkeet, vyörytysert, hoitotarvikkeiden hinta ja haavan aiheuttamat välilliset kustannukset. Näihin vaikuttavat mm. sairaalahoidon ja vastaanotto- sekä avohoitokäyntien määrät, matkat hoitopaikkaan ja haavanhoidon aiheuttamat ansionmenetykset. (Käypä hoito -suositus 2014.) Al-Gharibi ym. (2018) toteaa tutkimuksessaan, että hoitajien ja klinikoiden tulisi edistää haavanhoidon kustannusvaikuttavuutta tarkastelemalla haavan paranemisen edistymistä ja potilaan enustetta samalla, kun ylläpidetään matalia hoidon kustannuksia.

Tutkimuksissa on todettu, että moniammatillinen yhteistyö pienentää haavanhoidon kokonaiskustannuksia huomattavasti. Tämä selittyy haavapotilaiden komplikaatioiden ja uudelleen hoitoon hakeutumisen pienenemisellä. On olemassa riittävästi näyttöä siitä, että yksilöllisten ammattilaisten toimiessa yhdessä yhteisen potilaslähtöisen päämäärän valossa saavutetaan parempia klinisiä hoitotuloksia. Moniammatillisen haavanhoidon on todettu vähentävän haavan paranemisaikaa ja näin aiheuttavan potilaalle vähemmän kärsimystä. Moniammatillisesta haavanhoidosta hyötyy siis potilas sekä terveydenhuoltoinstituutio ja yksilölliset klinikot. (Moore ym. 2014; Howell ym. 2018.)

## **4.2 Vaikuttavuuden arviointi**

Tavoitelähtöisessä vaikuttavuudessa avaintekijä on vaikuttavuuden mallintaminen. Mallintamisella kuvataan sitä, miten tavoite saavutetaan, ja näin ollen se toimii vaikuttavuuden todentamisen lähtökohtana. Mallinnuksia voidaan tehdä vaikuttavuusketjun (kuva 2) eri vaiheissa, ja tavoitelähtöisessä mallinnuksessa on kolme vaihetta: yhteiskunnallisen hyödyn, vaikutusten ja toiminnallisuuden mallinnus. Mallinnuksia toteutetaan hyödyntämällä tutkimustietoa, tilastoja sekä asiantuntija-arvioita. Mallinnusten kautta pyritään tunnistamaan saatuja yhteiskunnallisia hyötyjä sekä niistä seuraavia taloudellisia vaikutuksia. Mallinnuksen kautta voidaan todentaa laadulliset ja taloudelliset hyödyt sekä niiden edellyttämät muutokset. (Heliskoski ym. 2018, 9.)

Vaikutusten mallinnus rakentuu yhteiskunnallisten hyötyjen pohjalta, ja se sisältää muutosten aikaansaamiseksi tarvittavat konkreettiset toiminnot ja ar-



vion investoinneista eli sen, miten ja miksi yhteiskunnallisen hyödyn edellyttämät muutokset saavutetaan. Tämän jälkeen voidaan laatia toiminnallinen mallinnus, jolla voidaan kuvata tekojen ja panosten käyttöä. Tarkoituksena on mallintaa kehitettävän palvelun tavoite: keiden elämää muutetaan, missä ajassa ja millä tavoin. Kun tavoite on selvä, kuvataan toteutusmallissa seuraavat asiat:

- Millä tavoitellut muutokset saadaan aikaan?
- Mitä käytännössä tehdään?
- Mikä on kohderyhmä?
- Mitä resursseja (eli vaikutusketjun panoksia) tarvitaan?
- Millaisia investointeja käyttöönotto edellyttää? (Heliskoski ym. 2018, 11–13.)

Haavanhoidon moniammatillisessa hoidossa on todettu, että seuranta ja hoidon vaikuttavuuden rekisteröinti on tärkeää. Ruotsissa vuonna 2003 aloitettu RiksSår-rekisteröinti on tehostanut haavanhoitoa sekä tuonut näkyväksi haavanhoidon todellisia resursseja sekä hoidon tuloksia. Kansallinen RiksSår-rekisteröinti toimii yhdessä moniammatillisten tiimien kanssa jokaisella haavanhoidon alueella hyvän ja tasavertaisen hoidon saavuttamiseksi. (Rikssår 2017.) Öien ym. (2016) tutkivat kansallisen rekisteröinnin vaikutuksia haavanhoidossa ja totesivat rekisteröinnin aloittamisen jälkeen haavanhoidon kustannusten laskeneen vuosina 2009–2012 lähes 18 000 kruunua potilasta kohden. Syynä tähän olivat lyhentyneet paranemisajat. Kokonaisparanemisajan todettiin lyhenevän 38 %. Tutkimuksella pystyttiin todentamaan, että vaikeasti paranevien haavojen hoidon hoitokustannuksia voidaan vähentää hyvin kehitetyillä hoitostrategioilla.

Suomessa käytössä olevat rekisterit ovat hyvin yleisluonteisia, eivätkä tällä hetkellä palvele haavanhoidon laadun seuraamista. Rekisteröinnin avulla tulisi saada jäsenneltyä tietoa haavanhoidon laadun ja määrän arvioimiseksi. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) julkaisee tilasto- ja rekisteritietoja myös alueittain. Suuntaa antavia tilastoja saadaan somaattisen erikoissairaanhoidon hoitoilmoituksista (HILMO) ICD-10-diagnoosiluokitusten mukaisesti. Muita haavoista tietoa tuottavia järjestelmiä ovat RAI-järjestelmä (vanhusasiakkai-

den hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmä), sairaalainfektio-ohjelma sekä palovammarekisteri. (Juutilainen & Hietanen 2018, 427–428.)

## 5 MONIAMMATILLISUUS

Moniammatillisuuden käsitteellä tarkoitetaan ammattien välistä yhteistyötä (interprofessional collaboration). Moniammatillisuuden käsite on tärkeää avata sen taustalla olevan ydinajatuksen ymmärtämiseksi ja lähtökohtien tuntemiseksi. Käsitteen avaaminen ja ymmärryksen lisääminen auttavat hallinnossa työskenteleviä, johtajia ja ammattilaisia kehittämään työkuultuuria moniammatillisuutta kohden. Moniammatillista yhteistyötä on kuvailtu useammalla määritelmällä, joissa painotukset ja toiminnan lähtökohdat hieman eroavat toisistaan. Isoherrasen (2012) määritelmän lähtökohtana on monitieteisyys ja oppiva organisaatio sovellettuna toimintaympäristöön sosiaali- ja terveysalalla. (Salminen ym. 2017, 39–40.)

*”Moniammatillista yhteistyötä voidaan kuvata sosiaali- ja terveysalalla asiakas-/potilaslähtöisenä työskentelynä, jossa pyritään huomioimaan potilaan elämän kokonaisuus ja hänen hoito- ja hoivapolkunsa. Yhteisessä tiedonkäsittelyssä eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot kootaan yhteen. Vuorovaikutusprosessissa muodostetaan tapauskohtainen tavoite ja yhteinen käsitys (jaettu sosiaalinen kognitio) potilaan tilanteesta tarvittavista toimenpiteistä ja ongelmien ratkaisusta. Tiedon kokoaminen yhteen tapahtuu joustavasti, sovituilla välineillä ja/tai foorumeilla sovituin toimintaperiaattein. Asiakas/potilas/ tai heidän läheisensä ovat tarvittaessa mukana keskustelussa.” (Isoherranen 2012, 22.)*

Kansallisesti sekä kansainvälisesti on tunnustettu, että moniammatillinen yhteistyö on välttämätön edellytys rakenteellisesti kestäväälle sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmälle ja potilaskeskeisen hoidon toteutumiselle. Useat kansainväliset järjestöt, kuten WHO, näkevät moniammatillisen ja monitieteisen yhteistyön olennaisena keinona uudistaa sosiaali- ja terveysalan toimintaa. Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollossa on yhä suurempi tarve ammatillisten rajojen ylittämiseksi, rajapinnoilla toimimiseksi ja moniammatilliselle asiantuntijuudelle. Ihmisten perusoikeuksien turvaamiseksi ja kestävyysvajeen vähentämiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen vaatii rakenteel-

lista uudistusta tulevaisuudessa. Suomessa vaatimus moniammatillisen yhteistyön lisäämiseksi on seurausta lainsäädännön uudistuksista sekä tulevasta sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksesta. SOTE-uudistuksen tavoitteena on järjestää kustannustehokkaasti tasapuoliset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Moniammatillisen yhteistyön on havaittu vahvistavan ja edistävän potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. (Salminen ym. 2017, 37–38.)

Elorannan ja Kuuselan (2011) mukaan edellytykset moniammatillisen yhteistyön toteutumiselle ovat yhteistyörakenteet ja -prosessit. Yhteistyörakenteiden muodostumiseen vaikuttavat johtamiskulttuuri, resurssit ja koulutus. Yhteistyöprosessien edellytyksenä on yhteinen päämäärä, vuorovaikutustaidot, työnjaon määrittelemineen, toisen työn tuntemineen ja oman asiantuntijuuden sisäistäminen. Tutkimuksen mukaan onnistunut yhteistyö vahvisti asiantuntijuutta yksilötasolla ja synnytti yhteistä asiantuntijuutta ryhmässä. Tulevaisuudessa terveydenhuollossa olennaista on laajempien palvelukokonaisuuksien hallinta ja ammattihenkilöiden yhteistyön tehokkuus, ja osapuolien tulee sopia entistä selkeämmin yhteisestä päämäärästä ja työnjaosta.

Terveydenhuollon toimintaympäristön monimutkaisuuden vuoksi pyritään kattamaan yhteistyöhön eri toimijoiden välillä. Moniammatillisuutta on tutkittu jo vuosikymmeniä, ja sen merkitys terveydenhuollossa on lisääntynyt koko ajan. Moniammatillisuus muodostuu yhteistoiminnasta, dialogisuudesta, moniäänisyydestä ja yhteisestä tiedonmuodostuksesta. Yhteistoiminnallisuus tarkoittaa yhteisten tehtävien ympärille muodostuvaa yhteistä toimintaa. Dialogisuus merkitsee vastavuoroista kommunikaatiota keskustelussa. Moniammatillisissa vuorovaikutustilanteissa olennaista on tuoda eri ammattikuntien erilaiset näkökulmat esille ja ryhmänä oppia niistä. Tärkeää on liikkuvuus erilaisten ammatillisten ja organisaatiokohtaisten alakulttuurien sekä tiedon välillä. Vuorovaikutus rakentuu moniammatillisissa ryhmissä asiantuntijoiden, ammattilaisten ja asiakkaan sekä hänen läheistensä kesken. (Kekoni ym. 2019.)

Moniammatillisen tiimi koostuu pääasiassa jäsenistä, joita kutsutaan asiantuntijoiksi. Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiantuntijuus edellyttää roolia hoidon tai palvelun toteutuksen ammattilaisena, lisäksi asiantuntija kehittää ja suunnittelee palveluja. Asiantuntijan erottaa ”rutiiniasiantuntijasta” kyky tarkastella

asioita laajemmin kuin ainoastaan oman työn näkökulmasta ymmärtäen laajoja kokonaisuuksia. Asiantuntija on oma-aloitteinen uusimman tiedon aktiivinen hakija, itsensä kehittäjä, joka oppii jatkuvasti uusia asioita. Asiantuntija osaa myös soveltaa uusinta näyttöön perustuvaa tietoa käytäntöön ja kykenee tämän pohjalta irrottautumaan vanhoista vakiintuneista tavoista ja kehittämään uusia toimintatapoja. (Isoherranen ym. 2008, 145–147.)

Bronsteinin (2003) mukaan moniammatilliseen työskentelyyn vaikuttavia tekijöitä on useita (kuva 3). Vain vahvan ammatillisen identiteetin omaava henkilö kykenee toimimaan vastavuoroisesti moniammatillisessa tiimissä tuntematta epävarmuutta omasta asiantuntijuudestaan. Moniammatillisessa tiimissä toimiminen vaati henkilöltä selkeän ja myönteisen ammatillisen roolikuvan itseltään. Rakenteelliset tekijät vaikuttavat huomattavasti moniammatilliseen työskentelyyn. Näitä tekijöitä ovat organisaatiokulttuuri ja johdon asenne moniammatillista työskentelyä kohtaan. Lisäksi rajoitteita voivat luoda ajan puute ja tilaongelmat. Yhteistoiminnan onnistumiseen vaikuttavat myös persoonalliset tekijät, kuten asenne ja vuorovaikutustaidot. Ryhmän yhteisellä historialla on myös merkitystä. Jos ryhmän työskentely aiemmin on koettu onnistuneena ja työskentely on ollut sujuvaa, koetaan työskentely jatkossakin myönteisenä. (Kekoni ym. 2019.)



Kuva 3. Moniammatillisen työskentelyn osa-alueet ja niihin vaikuttavat tekijät Bronsteinin (2003) jäsentelyn mukaisesti (Kekoni ym. 2019)

Isoherrasen (2012) tutkimustulosten perusteella hyvin toimivissa moniammatillisissa tiimeissä työskentely on luottamuksellista ja vastavuoroista. Tiimin jäsenet kokevat yhteenkuuluvuuden tunnetta ja he saavat tukea toisiltaan. Tiimin jäsenet ovat sitoutuneet työhönsä ja vaihtuvuus on vähäistä. Moniammatillisessa tiimissä arvostetaan kaikkien osallisten asiantuntijuutta, tuetaan ja kuunnellaan. Näiden perusteella syntyy työtyytyväisyyttä ja työssä jaksetaan paremmin. Isoherranen (2005, 151) toteaa, että moniammatillisen tiimin työskentely on laatutyötä. Potilas saa kokonaisvaltaista apua, ja palvelu toimii joustavasti huomioiden kaikki tarpeelliset elämänalueet. Organisaatiotasolla säästyy aikaa ja resursseja sekä tuotetut palvelut ovat laadukkaampia.

## 6 HAAVANHOIDON KESKITTÄMINEN

Tavanomaisessa hoitomallissa potilaiden hoito on hajautettu eri ajankohtiin sekä fyysisesti eri paikkoihin, jolloin potilaan kokonaisvaltaiseen hoidonsuunnitteluun sekä hoidon aloittamiseen voi kulua kohtuuttomasti aikaa. Tällaisessa järjestelmässä ensisijainen potilaan hoidosta vastaava taho on myös usein epäselvä. Kansainvälisen kokemuksen myötä on todettu moniammatillisten yksiköiden tuovan tehokkuutta ja kustannussäästöjä haavanhoitoon. Tällaisia haavaklinikoita on maailmalla runsaasti. Esimerkiksi Tanskassa on kehitetty pitkäjänteisesti moniammatillista haavanhoitoa ja siellä ongelmahaavat etiologiastaan riippumatta hoidetaan asiantuntijayksiköissä, joissa on saatavilla kaikki oleelliset konsultaatiopalvelut. (Juutilainen & Hietanen 2018, 416–417.)

Kansainvälisissä haavanhoidon yhteistyömalleissa on huomioitu potilaskeskeys, järjestelmän joustavuus, arvioinnin yhtenäistäminen, asianmukaiset palkkiot ja terveydenhuoltojärjestelmän soveltuvuus tiimityölle (Moore ym. 2014). Haavanhoitoa keskitettäessä ensisijaista on moniammatillinen yhteistyö ja taloudellinen sekä konkreettinen tuki organisaatiolta. Moniammatillisessa tiimissä etuna on se, että työryhmässä kommunikaatio on parempaa sekä haavanhoidon suunnitelman luominen on helpompaa, kun tiimin jäsenet kokoontuvat. Tämä ehkäisee myös samojen asioiden päällekkäistä hoitamista. Yhteistyömallin toteuttamisessa haasteiksi muodostuvat tiimin organisointi ja

ylläpito, varsinkin jos taustalla ei ole organisaation tukea. Haavakeskus pystyy hoitamaan ja arvioimaan perushaavanhoidon sekä ohjaamaan ongelmahaavat moniammatillisen ryhmän käsiteltäväksi. (Kim ym. 2013.)

Haavakeskuksissa ja -vastaanotoilla on pystytty panostamaan kroonisten haavojen hoitoon myös Suomessa (Kaartinen ym. 2017). Haavakeskusten toiminnassa keskitytään haavojen ennaltaehkäisyyn ja haavapotilaiden hoidon yhtenäistämiseen. Suomessa toimivilla haavakeskuksilla on merkittävä rooli alueensa haavanhoidon kehittämisessä ja haavanhoidon kouluttamisessa sekä tutkimustyössä ja verkostoitumisessa. Haavakeskuksien ja -vastaanottojen keskeinen tavoite on haavojen hoito moniammatillisissa työryhmissä. (Haavatalo 2019.) Keskitetty haavanhoido tuo mukanaan monenlaisia etuja: suuret potilasvirrat ja asiantuntemuksen keskittäminen mahdollistavat tutkimustyötä, koulutusta, dokumentointia sekä hoitolinjojen vakiointia. Keskitetyllä hoidolla saavutetaan selkeästi näytön perusteella parempia hoitotuloksia sekä kustannussäästöjä. (Juutilainen & Hietanen 2018, 417.)

Työelämässä tapahtuvat muutokset pakottavat uudenlaiseen ajatteluun ja organisointiin toimintaympäristöissä. Organisaatioiden palvelu- ja henkilöstöstrategioista tulee johtaa muutokset laajennettuihin tehtäväkuviin ja tehtäväsiirtoihin. (Haapa-aho ym. 2009.) Yhtenä mahdollisuutena nähdään hoitajavetoiset vastaanotot, joita on kehitetty viime vuosina vastauksena lääkäriytyövoiman puutteeseen. Hoitajavastaanottoja on käytetty varsinkin hoidon ohjaamisessa, hoidon tarpeen arvioinnissa sekä pitkäaikaissairauksien seurannassa. Näin hoitajavastaanotot toimivat osana moniammatillista tiimityötä. (Flinkman 2018.)

On tutkittu, että sairaanhoitajat ovat tärkeitä moniammatillisten tiimien jäseniä terveyden edistämisessä asiakaslähtöisesti sekä terveyden edistämisen käytäntöjen kehittäjinä. Sairaanhoitajien osaaminen koostuu monitieteisestä tietoperustasta sekä taidollisesta ja asenteellisesta osaamisesta. (Maijala 2016.) Hoitotyön asiantuntijatehtäviä kehitettäessä tulee huolehtia suunnittelusta, huolellisesta toteutuksesta ja arvioinnista. Näin toimittaessa lopputulos hyödyttää lopulta potilasta, asiantuntijaa, organisaatiota sekä koko yhteiskuntaa. (Jokiniemi 2014.)

Organisaatioiden yhteistyön muutokset tulisi luoda rakenteiden sisään. Keinona tähän on erikoisammattilasten jalkauttaminen perusrakenteisiin, kuten haavakeskusmalleissa onkin toimittu. Tällainen rakenne tukee yhteistyötä ja vastaa paremmin potilaan kokonaistarpeisiin. (Hujala & Lammintakanen 2018.) Lääkärien ja hoitajien tiimityönä toimivien vastaanottojen haasteena on riittävä koulutus sekä riittävä aika toiminnan kehittämiseksi. Vastaanottotoimintaa kehittäessä tulee aikaa käyttää suunnittelun ja arvioinnin tehostamiseen sekä käytäntöjen juurruttamiseen. Lääkärien ja hoitajien työnjaon tulee olla selkeää. (Peltonen 2009.)

### **Suomessa toimivat haavakeskukset ja poliklinikat**

Suomessa toimii tällä hetkellä viisi haavakeskusta sekä useita haavapoliklinikoita. Haavakeskukset ovat Tampereen yliopistollisen sairaalan (Tays) haavakeskus, Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) haavakeskus, Helsingin yliopistollisen sairaalan (HUS) haavakeskus, Päijät-Hämeen keskussairaalan haavakeskus sekä Satakunnan keskussairaalan haavakeskus. (Iivanainen & Kallio 2018, 44–63).

Ensimmäinen haavakeskus perustettiin Tampereelle, jossa hanke keskuksen perustamiselle alkoi vuonna 2008. Hankkeen taustalla oli huomio haavapotilaiden sijoittumisesta eri osastoille ja poliklinikoille, mikä johti hoidon viivästymiseen sekä tehottomuuteen. Todettiin myös moniammatillisen lähestymistavan hyödyttävän useimpia haavapotilaita. Varsinaisesti haavakeskuksen toiminta alkoi vuonna 2016. Haavanhoidon keskittämisen hyödyt todentuivat konkreettisesti tutkittaessa diabetespotilaiden jalkainfektioiden hoitoa; hoitopäivien keskiarvo laski 12 päivästä 8:aan ja amputaatioiden määrä puolittui haavanhoidon keskittämisen jälkeen. (Lauha & Kaartinen 2018, 51–53.)

Taysin haavakeskuksen toiminta perustuu moniammatillisuuteen. Haavakeskuksen poliklinikalla toimii lääkäreitä ihotautien, plastiikkakirurgian, sisätautien, ortopedian sekä verisuonikirurgian erikoisaloilta. Lisäksi työryhmään kuuluu haavahoitajia, jalkaterapeutteja, ravitsemus- ja fysioterapeutti sekä diabetes- ja sosiaalihoitaja. Potilaan ensimmäisellä käynnillä pyritään hyödyntämään eri ammattiryhmiä ja mahdollistamaan potilaan tarvittavat konsultaatiot. Poliklinikalla on varattu 2 huonetta haavahoitajille ja 2 jalkaterapeuteille sekä työhuone lääkäreille ja kenkäpaja. Potilaita poliklinikalla käy viikoittain noin 70.

Lähikuntiin on myös tarjolla videovälitteinen etävastaanotto. Haavahoitajien hoitosuunnitelmia toteutetaan perusterveydenhuollossa. Haavakeskuksessa tehdään myös paljon tieteellistä tutkimustyötä. Taysin haavakeskus on kiinnostanut kansallisesti, mutta myös kansainvälisesti. Haavakeskus on perustettu pienellä budjetilla työpanoksia siirtämällä ja toimintaa järjeistämällä sekä resursseja keskittämällä. (Lauha & Kaartinen 2018, 51–53.)

Helsingin yliopistollisen sairaalan haavakeskuksen perustaminen alkoi ajatuksesta haavapotilaiden hoidon koordinoinnista sekä kustannusten hillitsemisestä ja hoidon tulosten tehostamisesta toimintatapoja yhdistämällä. Hanke aloitettiin vuonna 2016 ja itse toiminta vuonna 2018. Alkuvaiheessa mukana ovat plastiikkakirurgi, verisuonikirurgi sekä dermatologi ja kaksi sairaanhoitajaa. Mukaan toimintaan tulevat jatkossa myös yleislääketieteen erikoistuva lääkäri sekä kaksi verisuonikirurgista sairaanhoitajaa. Haavakeskuksella ei ole varsinaisia fyysisiä tiloja, vaan se toimii yhteistyöverkostona. Potilaiden hoitoon ja arviointiin osallistuu moniammatillinen työryhmä ja toiminnan tavoitteena on haavapotilaiden hoito ”yhden pysähdyksen taktiikalla”, jossa haavapotilaalle luodaan selkeä hoitosuunnitelma sekä hoidon toteuttava taho. Haavakeskuksen tavoitteena on myös kouluttaminen sekä perusterveydenhuollon haavanhoidon osaamisen tukeminen. (Lagus 2018, 44–47.)

Kuopion yliopistollisessa sairaalassa haavakeskushanke käynnistyi vuonna 2016. Tavoitteena oli haavapotilaan hoidon kehittäminen niin erikoissairanhoidossa kuin perusterveydenhuollossakin, haavapotilaan hoidon keskittäminen monialaisesti sekä hoitoprosessien yhtenäistäminen ja tehostaminen. Haavapoliklinikan toiminta käynnistyi vuonna 2017. Potilaat tulevat poliklinikalle läheteellä, jonka pohjalta arvioidaan eri erikoisalojen ja ammattiryhmien tarve sekä pyritään 1–2 monialaisen poliklinikka-ajan yhteydessä saamaan potilaalle diagnoosi sekä hoitosuunnitelma, jota voidaan pääosin toteuttaa perusterveydenhuollossa. Monialaisilla poliklinikkakäynneillä säästetään potilaiden ja veronmaksajien kustannuksia, kun yksittäiset käynnit eri poliklinikoilla vähenevät. Poliklinikan tavoitteena on valokuvakonsultaation helpottaminen ja mobiilisovelluksen käyttöönotto sekä haavayhdysheiköiden kouluttaminen maakuntiin. Haavakeskuksella on tärkeä rooli haavanhoidon kouluttajana. (Berg 2018, 48–50.)



Päijät-Hämeen keskussairaalan haavakeskus on aloittanut toimintansa tammi-kuussa 2019. Toiminnan tavoitteeksi on määritelty haavapotilaan hoidon selkiyttäminen, hoidon keskittäminen ja päällekkäisyyksien poistaminen. Ongelmaksi aiemmin koettiin haavapotilaiden hoitoketjujen pirstaleisuus ja voimavarojen suuntaus komplisoituneisiin haavoihin. Haavakeskustoiminnalla on tarkoitus luoda säästöjä ja kustannustehokkuutta. Hoidon piiriin pääseminen edellyttää normaalia lähetekäytäntöä. Moniammatillisessa tiimissä pidetään lähetepalavereita, joissa arvioidaan asiantuntijat, joiden tapaamisesta potilas hyötyisi. (Kuisma ym. 2019, 20–23.)

Haavakeskusvastaanotto, jossa potilasta on tapaamassa moniammatillinen tiimi, toimii kerran viikossa, ja muina päivinä vastaanottotoiminta on hoitajavetoista. Tämän lisäksi hoitajat antavat konsultaatioapua vuodeosastoille ja puhelimitse kuvakonsultaatioina koko kuntayhtymän alueelle. Haavakeskuksen toimintaan kuuluu myös moniammatillisten haavanhoidon koulutusten järjestäminen koko kuntayhtymän terveydenhuollon henkilöstölle sekä yksityisille palveluntuottajille. Koulutusten keskeisenä tavoitteena on kliinisen osaamisen vahvistaminen sekä haavanhoidon käytäntöjen yhdenmukaistaminen. (Kuisma ym. 2019, 20–23.)

Satakunnan keskussairaalan haavanhoidon keskittäminen alkoi vuonna 2015 ihotautien ja kirurgian haavanhoidon yhdistämisellä. Vuonna 2018 kehitetty toimintamalli sai nimen haavakeskus. Tavoitteena keskittämisellä oli osaamisen keskittäminen yhteen yksikköön, yhteisvastaanottojen kehittäminen sekä haavanhoidon tavoitteiden selkiyttäminen ja mahdollisimman nopea haavojen paraneminen. Potilaat tulevat keskukseen läheteillä, ja heille varataan tarvittavat resurssit nopeaa ja tehokasta haavanhoidoa varten. Pyrkimyksenä on nopea haavan diagnosointi sekä ylläpitävien syiden selvittäminen ja korjaaminen. Haavakeskuksessa yhteistyössä toimii ihotaudit, verisuonikirurgia, plastiikkakirurgia ja jalkaterapeutti. Koulutuksen järjestäminen ja varsinkin perusterveydenhuollon haavaosaamisen turvaaminen on yksi tärkeä osa keskuksen toimintaa. (Pihlajaniemi 2018, 63.)

Satakunnan keskussairaalan haavakeskuksessa toimii neljä haavahoitajaa, joiden tehtäviin kuuluu itsenäinen haavapotilaiden vastaanotto, konsultointi,

sekä yhteistyö lääkäreiden kanssa. Tavoitteena on haavapotilaan monipuolinen hoito yhdellä käynnillä, ja tulosten seuranta käyttäen apuna etäyhteyksiä, kuten kuvakonsultaatioita. Haavakeskus pyrkii aktiiviseen toiminnan kehitystyöhön haavapotilaiden vaikuttavan hoidon kehittämiseksi. (Pihlajaniemi 2018, 63.)

Suomessa toimii haavakeskusten lisäksi useita haavapoliklinikoita, joissa haavanhoitoa toteutetaan moniammatillisesti. Turun yliopistollisessa keskussairaalassa on useissa projekteissa pyritty kohti haavakeskustoimintaa. Turun haavapoliklinikalla toimii haavahoitajavastaanotto yhteistyössä kirurgian, traumatologian sekä ortopedian klinikoiden kanssa. Haavahoitaja konsultoi tarvittaessa potilaan hoidossa plastiikka- ja verisuonikirurgia, traumatologia sekä fysioterapeuttia, lääkintävahtimestaria sekä toiminta- ja jalkaterapeuttia. Näin tarpeellinen moniammatillinen palvelu saadaan potilaalle yhdellä käynnillä. Haavanhoitajien toimenkuvaan kuuluu myös vuodeosastojen haavakonsultaatioihin vastaaminen. Poliklinikan toimintaan kuuluu myös haavanhoidon kouluttaminen perusterveydenhuollossa sekä kehitystyö toiminnasta vastaavan lääkärin kanssa. (Niemi 2018, 54–55.)

Pienemmissä sairaaloissa, kuten esimerkiksi Pohjois-Karjalan keskussairaalassa, Kainuun keskussairaalassa sekä Savonlinnan keskussairaalassa toimii haavapoliklinikoita. Yhteistä näillä poliklinikoilla on moniammatillinen haavapotilaan hoito sekä koulutuksen järjestäminen haavanhoidon kehittämiseksi alueellisesti, varsinkin perusterveydenhuollossa. Potilaat poliklinikoille tulevat lääkärin läheteellä ja vastaanotot ovat pääasiassa hoitajavetoisia. Haavapotilaiden tarvitsemat palvelut pyritään monissa paikoissa järjestämään samoille käynneille ja lääkärit tapaavat potilaat yleensä ensikäynnillä ja sen jälkeen haavahoitajan konsultaation perusteella. Haavapotilaille on myös kehitetty hoitoketjuja, joiden tavoitteena on turvata haavapotilaan asianmukainen, oikea-aikainen sekä ammattitaitoinen hoito. Monet haavapoliklinikat tarjoavat myös konsultaatiota haavojen hoitoon, tapoja tähän ovat muun muassa osasto-, puhelin- sekä sähköiset konsultaatiot. (Iivanainen & Kallio 2018, 56–65.)

## 7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää lähtökohdat ja edellytykset moniammatillisen haavavastaanoton kehittämiseksi Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymän (Essote) alueella sekä luoda konkreettinen malli haavavastaanoton toiminnalle.

Opinnäytetyön tavoitteena on yhtenäistää ja sujuvoittaa haavapotilaiden hoitoprosessia Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymän (Essote) alueella. Tavoitteena on kehittää haavanhoidon prosessia ottaen huomioon kustannushyödyt potilaan, organisaation ja yhteiskunnan kannalta.

Tutkimustehtävät:

1. Selvittää haavanhoidon nykytilaa ja asiantuntijoiden näkemystä moniammatillisen haavanhoidon keskittämisen vaatimista osa-alueista sekä resursseista.
2. Selvittää millaista vaikuttavuutta haavanhoidon keskittämisellä voitaisiin saavuttaa haavanhoidon asiantuntijoiden näkemyksen mukaan.
3. Luoda konkreettinen malli moniammatillisen haavanhoidon toteuttamiseksi Essotessa.

## 8 JATKUVAN KEHITTÄMISEN MALLI

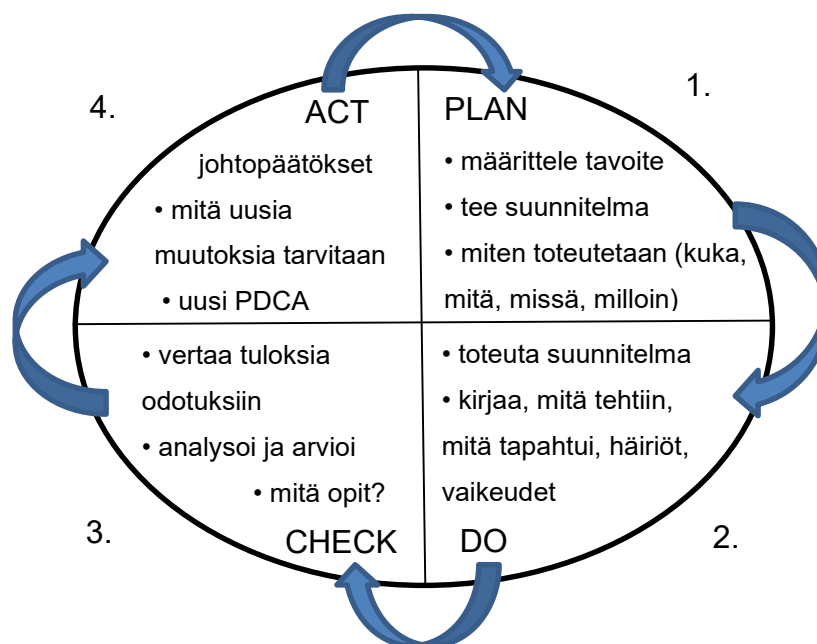
Opinnäytetyö on organisaation kehittämistoimintaa. Useimmiten kehittämistoiminta ajatellaan konkreettisena toimintana, jolla tähdätään määritellyn tavoitteen saavuttamiseen. Kehittämistoiminnan edistymistä voidaan arvioida sen mukaan, kuinka hyvin alussa asetettuihin tavoitteisiin päästään. Kehittämisellä voidaan pyrkiä toimintatavan tai toimintarakenteen kehittämiseen, laaja-alaisiin tai yksikkökohtaisiin uudistuksiin sekä ulkoapäin ohjattuihin tai toimijoiden itsensä määrittelemiin tavoitteisiin. Kehittämistoiminnalla tulee tavoitella parempaa tai tehokkaampaa toimintatapaa kuin aikaisemmat toimintamallit tai rakenteet. Tavoitteellisuus on kehittämistoiminnassa keskeistä ja menneestä tulevaan suuntautuvassa muutoksessa asiantilat voivat muuttua määrällisesti,

laadullisesti tai rakenteellisesti. (Toikko & Rantanen 2009, 14–16.) Kehittämistoiminnalla pyritään tiedontuotantoon, ja prosessin aikana tuotettu tieto on tyyppisesti luonteeltaan käytännöllistä ja kehittämistä tukevaa (Toikko & Rantanen 2009, 113).

Opinnäytetyössämme kehittäminen toteutettiin käyttäen apuna PDCA-mallia. Tämä jatkuvan kehittämisen malli varmistaa prosessin toteutumisen suunnitelmallisesti sekä toiminnan jatkuvan arvioinnin.

### PDCA eli jatkuvan kehittämisen malli

PDCA-malli on klassisen ongelmanratkaisun ja kehäoppimisen malli. Sitä kutsutaan myös Demingin laatu- tai kehittämissympyräksi (kuva 4). Mallin tavoitteena on jatkuva kehittäminen neljän vaiheen kautta: suunnittele – tee – tarkista – toimi (plan – do – check – act). Mallin sisällä käytetään erilaisia laatu-menetelmiä kehittämiskohteiden etsimiseksi, tutkimiseksi, ymmärtämiseksi sekä korjaamiseksi. Kehittämistoiminnassa nämä vaiheet toistuvat muodostaen kehittämiskokeilujen syklin, jonka tavoitteena on toiminnan kehittäminen. Malli onkin jatkuvan laadun parantamisen menetelmä, ja usein sykliä on hyvä ajatella spiraalina, jossa kehitys on päättymätön prosessi. (Mattila 2009, 52–53; Laatuakatemia 2020.)



Kuva 4. Deming-ympyrä (PDCA) Mattilaa (2009) mukaillen

Ennen syklin aloittamista on tärkeää parannettavan prosessin tunnistaminen sekä kehittämisprosessissa käytettävien menetelmien valinta (Laatuakatemia 2020). Systemaattisen jatkuvan toiminnan parantamisen taustalla onkin ongelman huolellinen ymmärtäminen, ratkaisuvaihtoehtojen testaaminen, toimivuuden seuranta sekä toimivien ratkaisujen vieminen käytäntöön laaja-alaisesti (Logistiikan maailma 2020).

Suunnitteluvaiheessa (Plan) orientoidutaan aiheeseen. Suunnittelussa tarkoituksena on määritellä tavoitteet sekä se, miten kehittämisprosessin suunnitelma toteutetaan ja mitä toimenpiteitä on tehtävä muutoksen aikaansaamiseksi. (Mattila 2009, 53–54.) Suunnitteluvaiheessa ennakoidaan käyttöönoton mahdolliset esteet sekä se, kuinka niihin voidaan vastata. Suunnittelussa otetaan huomioon käyttöönotettavien menetelmien sovellettavuus paikallisiin olosuhteisiin, tarvittavat välineet ja henkilöstöresurssit sekä laaditaan arviointisuunnitelma. (Holopainen ym. 2013, 89.)

Toteutusvaihe (Do) on suunniteltujen toimintojen käyttöönotto. Toteutus dokumentoidaan huolellisesti keskittyen siihen, mitä todella tehtiin ja mitä tapahtui. Kuvauksessa näkyy toiminnan edistyminen ja pysähtyminen. (Mattila 2009, 54.) Käyttöönotto tehdään yleensä vaiheittain (Holopainen ym. 2013, 89).

Syklin seuraavassa vaiheessa kuvataan tulokset ja verrataan niitä tavoitteisiin, joita aikaisemmin on laadittu (Check). Prosessin alussa asetettu tavoite ei välttämättä ole tässä vaiheessa enää mielekäs, joten tarkastusvaiheessa voidaan asettaa uusia visioita ja muokata päämääriä vastaamaan käsitystä hyvästä lopputuloksesta. Tässä vaiheessa tulee arvioida saavutettuja tuloksia sekä laatia niistä yhteenveto. (Mattila 2009, 54–55.)

Kehittämissyklin viimeisessä vaiheessa (Act) laaditaan johtopäätökset ja kirjataan ne (Mattila 2009, 54–55). Tässä muutoksen vakiinnuttamisen vaiheessa tulee analysoida tuloksia ja miettiä, kuinka ne saadaan osaksi organisaation toimintaa. PDCA-prosessi on jatkuvaa, joten kun on pohdittu tarvittavat toiminnan muutokset, aloitetaan uusi sykli saatujen kokemusten ja tulosten perusteella. (Mattila 2009, 54; Holopainen ym. 2013, 89.)

## 9 KOHDERYHMÄ JA TUTKIMUSMENETELMÄT

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa (Plan) valitsimme kehittämistyön kannalta käyttökelpoisimmat tutkimusmenetelmät sekä rajasimme kohderyhmäksi asiantuntijat, joiden avulla voimme saavuttaa asettamiemme tutkimustehtävien mukaista tietoa. Tiedonkeruussa prosessin toteutusvaiheessa (Do) käytimme menetelminä teemahaastattelua ja benchmarkingia. Saatu tieto analysoitiin sisällön analyysillä. Saatujen tulosten sekä teoretiedon pohjalta loimme toimintamallin. Tarkistusvaiheessa (Check) luotu malli annettiin asiantuntijoiden arvioitavaksi ja arviointien perusteella teimme muutoksia lopulliseen malliin. Opinnäytetyö päättyi mallin luovuttamiseen toimeksiantajalle (Act), joka vastaa mallin toimeenpanosta. Lisäksi teimme tässä vaiheessa omat johtopäätökset saaduista tuloksista sekä mallin toimivuudesta (kuva 5).



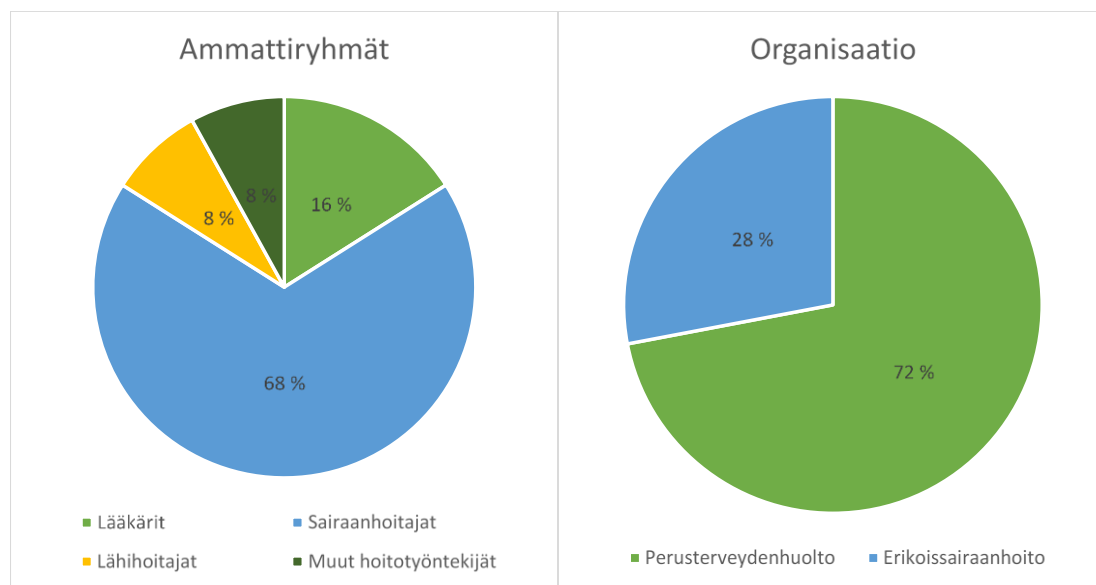
Kuva 5. Opinnäytetyön toteutus PDCA-mallin mukaisesti

### 9.1 Kohderyhmä

Opinnäytetyömme tavoitteena oli haavanhoitoprosessin yhtenäistäminen ja sujuvoittaminen Etelä-Savon sosiaali- ja terveystieteiden kuntasuhteiden (Es-

sote) alueella. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi tuli kerätä tietoa haavanhoidon tilasta sekä kehittämiskohteista. Kohderyhmäksi tiedonkeruuta varten valikoitui haavanhoitoon Essoten alueella osallistuvat ammattilaiset, hoitotyön ja lääketieteen alueilta.

Haastateltaviksi pyrimme saamaan edustajia niin perusterveydenhuollosta kuin erikoissairaanhoidostakin. Saimme apua haastateltavien hankintaan työelämäohjaajaltamme Essotesta sekä perusterveydenhuollon eri alueiden esimiehiltä. Haastateltavia oli 25, joista neljä oli lääkäreitä ja eritasoista hoitohenkilöstä yhteensä 21. Heistä 17 oli sairaanhoitajia, kaksi lähihoitajia ja kaksi muuhun hoitohenkilökuntaan kuuluvia. Perusterveydenhuollosta haastelluista oli 18 ja erikoissairaanhoidosta seitsemän (kuva 6).



Kuva 6. Haastateltujen jakauma

Haastatelluista seitsemällä oli erikoistumisopintoja haavanhoidon osalta. Kaikki haastatellut hoitavat haavoja omassa työssään lähes päivittäin.

## 9.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyötä varten keräsimme aineistoa teemahaastattelun avulla. Tarkoituksena oli kerätä tietoa haavanhoidon nykytilanteesta ja valmiuksista Essoten alueella yhteistyön kehittämiseksi. Teemahaastattelu valikoitui menetelmäksi, koska sen avulla voidaan ymmärtää ja käsittää tutkimuksen kohteena olevaa

ilmiötä, mutta teemat rajaavat haastattelun haluttuihin tekijöihin (Kananen 2017, 90).

Laadullisessa tutkimuksessa haastattelu on yksi käytetyimmistä menetelmistä. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä, eli haastattelu etenee ennalta asetettujen kysymysten mukaan, jotka ovat kaikille haastateltaville samat. Haastattelijalla voi kuitenkin muuttaa kysymysten sanamuotoa, eikä vastauksia ole sidottu tiettyihin vastausvaihtoehtoihin. Puolistrukturoidussa menetelmässä ominaista on se, että osa haastattelun näkökulmista on lyöty lukkoon, mutta ei kaikkia. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 47.)

Teemahaastattelu on haastattelijan ja haastateltavan välistä keskustelua tutkijan etukäteen asettamista aiheista eli teemoista. Teemahaastattelussa tärkeää on se, että tutkijalla ja tutkittavalla on yhteinen kieli ja tavoitteena on muodostaa käsitys tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Kysymykset kohdistetaan yksilön tai ryhmän toimintaan, ja kysymyksiä ohjaa tutkimusongelma, johon halutaan löytää vastaus. Teemahaastattelu edellyttää osapuolten samanaikaista läsnäoloa, ja keskustelun tulee edetä haastateltavan ehdoilla. Tutkimuskysymyksen pohjalta nousseet aiheet ohjaavat keskustelua, ja haastattelijan tehtävänä on pitää keskustelu aiheen piirissä sekä tehdä tärkeitä kysymyksiä. Tärkeää olisi analysoida aineisto mahdollisimman nopeasti, jotta tutkijan tieto aihealueesta kasvaisi haastattelujen myötä. Tarvittaessa analysoinnin tuloksena nousseet uudet kysymykset läpikäydään haastattelun uusintakierroksella. (Kananen 2017, 88–95.)

Tutkimusmenetelmän valinnan jälkeen perehdyimme menetelmään ja valitsimme kohderyhmän haastatteluille. Ennen haastatteluja laadimme teemahaastattelurungon (liite 3) keskustelua ohjaamaan. Rungon teemat pohjautuivat teoriasisältöön ja täten kattoivat tutkittavaa ilmiötä. Haastateltaville lähetettiin sähköpostitse saatekirje (liite 2) sekä teemahaastattelurunko ennen haastattelua, jotta he voivat orientoitua aiheeseen etukäteen. Haastattelut toteutettiin osittain kasvotusten ja osittain etäyhteyksien (Skype) avulla. Haastatteluista kuusi oli yksilöhaastatteluja, kolme parihaastatteluja ja kaksi ryhmähaastatteluja. Aikaa haastatteluille varattiin 1,5 tuntia. Haastattelujen pituudet vaihtelivat 45 minuutista 1,5 tuntiin riippuen osallistujamäärästä.



Haastattelujen alussa pyysimme osallistujilta kirjalliset suostumukset haastatteluun osallistumisesta ja aineiston käytöstä opinnäytetyössä. Etäyhteyksien kautta osallistuvilta luvat pyydettiin sähköpostitse. Haastattelut nauhoitettiin puhelimen nauhurilla ja Skype-yhteydet tietokoneen omalla nauhoituksella. Haastateltaville kerrottiin haastattelujen aluksi, mihin tarkoitukseen saatavia tietoja käytetään, sekä se, että osallistuminen on vapaaehtoista, kerätty materiaali on luottamuksellista ja haastattelun voi keskeyttää milloin tahansa. Nämä tiedot tulivat esille myös saatekirjeessä.

Ennen varsinaisia haastatteluja suoritimme yhdelle henkilölle koehaastattelun, jolla testasimme teemahaastattelurungon toimivuutta. Koehaastattelun jälkeen teimme muutoksia haastattelurunkoon varsinaisia haastatteluja varten. Koehaastateltava kuului kohderyhmään, joten pystyimme käyttämään myös tätä haastattelua osana aineistoa. Haastattelujen aikana nousseet uudet aihealueet otettiin huomioon. Haastattelussa edettiin teeman yleisemmältä tasolta kohti yksityiskohtaisempaa ja käytettiin avoimia kysymyksiä, joiden avulla pyrittiin välttämään yksisanaista vastauksia. Vastausten pohjalta kysyttiin tarkentavia jatkokysymyksiä, joilla varmistettiin, että asia oli ymmärretty oikein sekä tarkennettiin saatua vastausta. Haastatteluista saatu materiaali säilytettiin lukituksen takana ulkopuolisten henkilöiden ulottumattomissa ja hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Haastatteluista kerätty materiaali oli vain opinnäytetyön tekijöiden saatavissa.

Tiedonkeruuvaiheessa tutustuimme jo olemassa oleviin, muiden vastaavan kokoisten sairaaloiden haavavastaanottoihin benchmarkingia eli vertailuanalyysia apuna käyttäen. Näin saimme käytännön tietoa siitä, millaista toimintaa jo olemassa olevilla haavavastaanotoilla on ja millaisia resursseja sekä toimintamalleja haavavastaanoton kehittäminen ja toiminnan ylläpito vaatii.

Menetelmänä benchmarkingia voidaan käyttää osana uuden toimintamallin kehittämistä. Benchmarkingilla tarkoitetaan menetelmää, jossa tutkitaan menestyvää organisaatiota ja pyritään oppimaan niiden menestyksen syitä sekä ottamaan käyttöön niissä hyväksi havaittuja toimintatapoja. Benchmarking vaatii perusteellisen pohjatyön, ja menetelmä soveltuu parhaiten sellaisten kohteiden kehittämiseen, jotka voidaan määritellä selväpiirteisesti. Kehittämiskohteen vertailukumppaneiksi tulee valita kohteet, joilla kehitettävät asiat ovat

onnistuneet ja joilla on parhaat tunnusluvut tai paras maine. Erilaisella tiedonhankinnalla ja tutustumiskäynneillä hankitaan tietoa organisaation toiminnasta mahdollisimman järjestelmällisesti. Toiminnalla voidaan saada myös sellaista tietoa, jota ei ole pystytty ennakoimaan. Tähänkin on syytä varautua, jotta yllättävä tieto voidaan käyttää hyväksi. (Ojasalo ym. 2014, 186.)

Benchmarking-vierailu on normaalia yritysvierailua järjestelmällisempi, ja etukäteen tehdään selvä suunnitelma havainnoitavista ja kysyttävistä asioista. Tuloksia tulkitaan tämän jälkeen kriittisesti ja luovasti sekä sovelletaan niitä sitten oman organisaation yhteyteen. Tärkeää on soveltaa tietoa ja opittua oman organisaation toimintaan ja tarvittaessa muuttaa niitä soveltuvammiksi. Benchmarking-toiminnalla oma taso muihin toimijoihin selkiytyy ja toisten innovaatiot nopeuttavat kehitystä. On kuitenkin muistettava toiminnan laillisuus ja huolehdittava tietojen salassapidosta asianmukaisella tavalla. (Ojasalo ym. 2014, 186.)

Benchmarking-kohteiksi valikoituivat Satasairaalan haavakeskus Porissa sekä Päijät-Hämeen keskussairaalan haavakeskus Lahdessa. Molemmista kohteista haettiin tutkimusluvut aineiston käyttöä varten opinnäytetyössä. Essoten ihotautien vastaanoton henkilökunta oli suorittanut käynnin Satasairaalan haavakeskukseen jo vuonna 2018. Saimme luvan käyttää tästä käynnistä laadittua raporttia pohjana sekä kysyimme lisätietoa sähköpostitse haavakeskuksen haavahoitajalta. Toinen opinnäytetyömme tekijöistä oli myös mukana käynnillä. Päijät-Hämeen keskussairaalan haavakeskukseen Lahteen suoritimme benchmarking-käynnin 1.7.2020.

Ennen käyntiä laadimme kysymysrunгон selvitettävistä asioista (liite 4). Käynnillä käydyt keskustelut nauhoitimme puhelimen nauhurilla. Lisäksi teimme muistiinpanoja tiloista ja keskuksen toiminnasta. Saatua materiaalia käytimme pohjana haavavastaanottomallin kehittämisessä.

## **10 AINEISTON KÄSITTELY JA ANALYYSI**

Teemahaastatteluista saatu materiaali analysoitiin käyttämällä deduktiivista sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka pyrkimyksenä on

saada tutkittavasta asiasta kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Analyysin tavoitteena on saada aineisto järjestettyä niin, että siitä voidaan muodostaa johtopäätöksiä. (Kyngäs & Vanhanen 1999; Tuomi & Sarajärvi 2018, 117.)

Sisällönanalyysi voidaan suorittaa aineistolähtöisesti eli induktiivisesti, jolloin aineisto ohjaa analyysin tekoa. Deduktiivinen eli teorialähtöinen analyysi käyttää hyväkseen jotain aikaisempaa käsitejärjestelmää, teemaa tai teoriaa, jonka perusteella aineistosta kerätään tiettyjä asioita verraten niitä olemassa olevaan tietoon. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Sisällönanalyysin prosessissa voidaan erottaa eri vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166.)

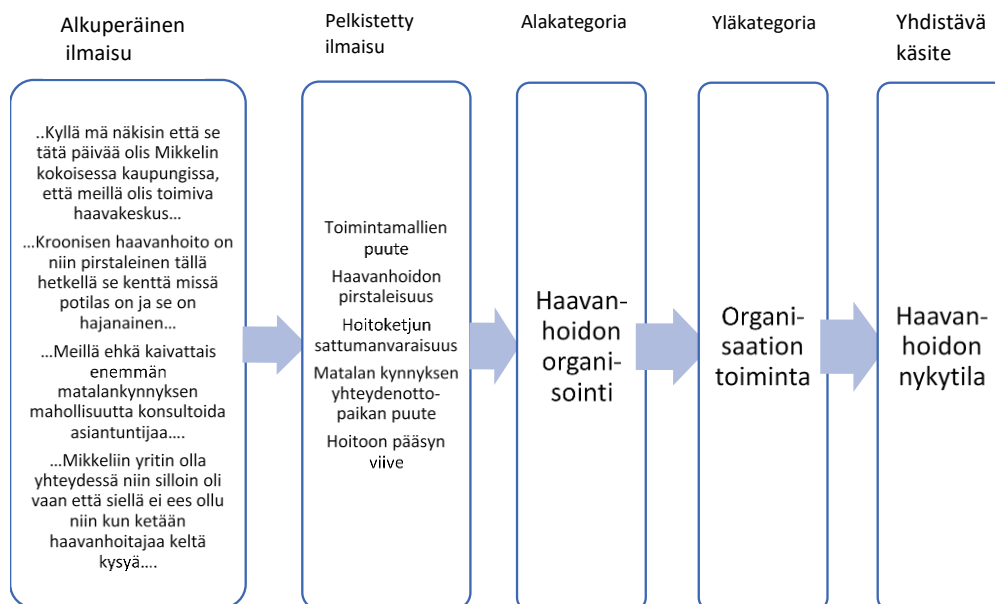
Aineisto valmisteltiin analyysia varten litteroimalla teemahaastatteluista saadut nauhoitteet kokonaisuudessaan. Tämä tehtiin mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 113 sivua (fontti Calibri, fonttikoko 11 ja riviväli 1). Tarkentavia kysymyksiä ei tarvinnut esittää, mutta tällainen mahdollisuus jätettiin ja informoitiin osallistujille. Kaksi vastaajaa lähetti haastattelujen jälkeen lisätietoa sähköpostitse. Saadut aineistot analysoitiin sisällönanalyysilla. Analyysi toteutettiin deduktiivisesti eli teorialähtöisesti ottaen huomioon haastattelussa esille nousseet seikat.

Myös benchmarking-käynnin nauhoitteet litteroitiin ja analysoitiin sisällön analyysia apuna käyttäen. Litteroitua tekstiä tuli yhteensä 10 sivua (fontti Calibri, fonttikoko 11 ja riviväli 1). Lisäksi käsin kirjoitettuja muistiinpanoja kertyi noin yhden A4-sivun verran. Muuta materiaalia olivat Porin tutustumiskäynnin raportti sekä sähköpostikeskustelut Satasairaalan haavanhoitajan kanssa. Näistä kertyi tekstiä yhteensä 6 sivua (fontti Calibri, fonttikoko 11 ja riviväli 1).

Aineiston valmistelun jälkeen valitaan analyysiyksikkö, joka voi olla jokin sana tai teema. Yksiköiden muodostumista määrittää tutkimusongelma. Analyysi aloitetaan analyysirungon luomisella, johon poimitaan aineistosta rungon mukaisia ilmaisuja. Nämä ilmaukset pelkistetään ja jaetaan eri tekijöihin sekä edelleen niitä kuvaaviin luokkiin. Syntyy kategorioita, alakategorioita sekä ylä-

kategorioita, ja nämä kootaan käsitteiksi. Analyysin lopputuloksena syntyy käsiteluokituksia, -järjestelmiä tai malleja. Sisällönanalyysissä vahvuutena on tutkimusasetelman joustavuus, joskaan se ei tekniikkana johda tilastollisiin analyyseihin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166–169.)

Deduktiivisen sisällönanalyysin pohjana käytettiin teoriaviitekehuksesta nousseita teemoja: haavanhoidon nykytilanne, strateginen toiminta, vaikuttavuus, moniammatillisuus ja haavanhoidon keskittäminen. Käytimme näitä teema-haastattelurungon (liite 3) teemoja analyysiyksiköinä. Aineistosta etsittiin näihin teemoihin sisällöllisesti sopivia asioita. Kävimme litteroidut aineistot läpi teema kerrallaan, minkä jälkeen keräsimme teemoista esille nousseet asiat yhteen alkuperäisessä muodossaan. Pelkistimme ilmaukset ja jaoimme ne teemojen sisällä olevien aihealueiden mukaisesti. Näistä luokituksista syntyi kategorioita sekä lopulta käsitteitä, joiden pohjalta loimme analyysin (kuva 7). Alkuperäiset viisi teemaa kulkivat koko ajan analyysin pohjana ja auttoivat yhteisten nimittäjien luomisessa.



Kuva 7. Esimerkki sisällönanalyysin toteutumisesta

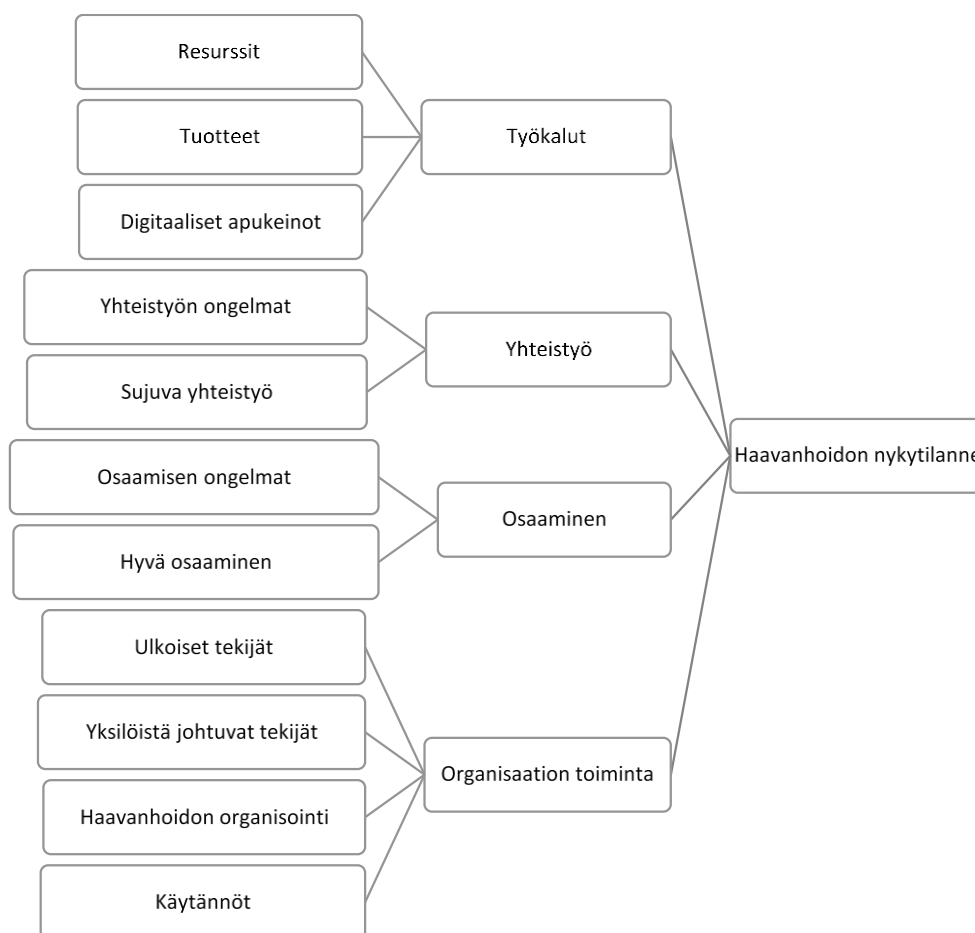
## 11 TULOKSET

### 11.1 Haavanhoidon keskittämisen lähtökohdat ja edellytykset

#### Haavanhoidon nykytilanne

Haavanhoidon nykytilaa Essotessa kartoittaessa keskeisiksi osa-alueiksi nousivat osaaminen, yhteistyö, organisaation toiminta ja käytössä olevat työkalut (kuva 8). Haastateltujen vastauksissa selkeästi eniten esille nousi puutteita ja ongelmia haavanhoitoon liittyvissä tekijöissä. Nykytilanteessa nähtiin myös positiivisia tekijöitä ja onnistumisia haavanhoidon osalta.

*”...enemmän meillä on niitä haasteita kuin niitä onnistumisia...”*



Kuva 8. Haavanhoidon nykytilanteeseen vaikuttavat tekijät

#### *Osaaminen*

Osaamiseen vaikuttavina tekijöinä vastauksissa nousivat eniten esille puutteet haavanhoidon osaamisessa ja lääkäriosaamisen puute haavanhoidon alu-

eella. Lähes puolet vastaajista nostivat nämä tekijät esille vastauksissaan. Lisäksi haavanhoidon käytännön koulutusta oli vastaajien mukaan liian vähän. Lääkäriosaamisen ongelmina nähtiin fyysinen lääkäreiden puute sekä lääkäreiden osaamisen vajavaisuus haavanhoidossa. Yksittäisenä ongelmana oli plastiikkakirurgisen osaamisen vaje. Haavanhoidon osaamisen puutteena esille tulivat erilainen koulutus- ja osaamistausta haavanhoitoa toteuttavan henkilöstön kesken, koulutuksen tason vaihtelevuus sekä haavanhoidon koulutuksen organisoimattomuus.

*”...ihmisillä on epävarmuutta nimenomaan niitten tuotteitten käyttämisestä, et mitä uskaltaa laittaa mihinkin haavaan...”*

*”...varmaan sitä koulutusta pitäis vaan enemmän antaa henkilökunnalle...”*

Haavanhoidon osaamisen alueelta noin puolet vastaajista nostivat esille hoitajaosaamisen. Näistä vastauksista suurin osa näki hoitajien osaamisen olevan hyvää. Neljä vastaajaa piti hoitajien osaamista puutteellisenä. Yksittäiset vastaajat kertoivat henkilökunnan olevan hyvin koulutettua ja lääkäriosaamisen olevan hyvää. Kahden vastaajan mielestä haavanhoidon osaaminen yleisesti on hyvällä tasolla.

### *Yhteistyö*

Yhteistyöhön liittyvissä vastauksissa eniten ongelmia oli yhteistyön sujuvuuden vaihtelevuudessa. Haastatteluissa eri yhteistyötahoja mainittiin yhteensä 27 (kuva 9). Yhteistyökäytännöt olivat kirjavia tai puutteellisia. Lääkäri-hoitaja-yhteistyötä pidettiin yleisesti sujuvana, vain yksi vastaaja kertoi yhteistyön lääkärin kanssa olevan ongelmallista. Neljä vastaajaa piti haavanhoidon yhteistyötä yleisesti sujuvana. Saman verran vastaajia nosti esille yhteistyön sujuvan työyksiköissä hoitajien kesken. Myös tiimityön sujuvuus työyksiköissä esiintyi kahdessa vastauksessa. Yksittäisinä tekijöinä olivat yhteistyön sujuvuus esimiehen kanssa sekä yhteistyön sujuvuus erikoissairaanhoidon sisällä ja organisaation tuen puute.

*”...minusta lääkärit konsultoivat ja luottavat meidän ammattitaitoon...”*

*”...ja sitten myös meidän johtajien ja pomojen pitäis olla tietoisia mitä myö tehdään ja mitä myö tarvitaan...”*



Kuva 9. Essoten haavanhoidon yhteistyötahot

Viisi vastaajaa piti nykyistä konsultaatiomallia toimivana. Toisaalta konsultaatiomallin todettiin olevan aikaa vievä. Yksittäisenä yhteistyön puutteena tuotiin esille konsultaatioiden toimimattomuus ja yhteistyön puute kirurgialle. Ongelmana nähtiin vaikeus konsultoida hoitajaa ja lääkäriä kirurgisissa haavaongelmissa. Myös yhteistyön toimimattomuus kirurgian ja konservatiivisen puolen välillä tuli esille yksittäisenä vastauksena.

*”...nykyinen konsultaatiosysteemi on kankea ja sitten kerrallekaan ei ole sellaista numeroa, mistä sais edes sen sairaanhoitajan kiinni...”*

*”...niin miusta yhteistyö ihotautipoliklinikan kanssa toimii ihan hyvin, että sieltä on saatu apua...”*

### *Organisaation toiminta*

Organisaation toimintaan liittyvät tekijät jakautuivat vastauksissa ulkoisiin tekijöihin, yksilöstä johtuviin tekijöihin ja haavanhoidon organisointiin sekä käytäntöihin liittyviin tekijöihin. Ulkoisina tekijöinä suurimpana esiintyi haavanhoidon kalleus potilaalle, varsinkin haavanhoitotuotteissa. Mainittuina olivat myös useista käynneistä johtuvat poliklinikkamaksut sekä matkakustannukset. Ulkoisista tekijöistä henkilökunnan suuri vaihtuvuus mainittiin myös useasti. Tarpeellisena nähtiin hoidon ulkopuolisten haavapotilaiden haltuunotto. Vastaajista kaksi näkivät haavanhoitoa vaikeuttavana tekijänä sen, että haavoja on paljon.

*”...jos myö annetaan vaikka akuutin haavanhoidon ohjeet mukaan, niin eihän ne voi käyttää, kun ei ole potilaalla varaa ostaa niitä. Niin siinähan se tyssäänty...”*

*”...ne mitkä ei ole kenenkään hallussa, se on potilasryhmä johon pitäisi tarttua...”*

Vastaajista viisi oli huolissaan hoitajien välinpitämättömyydestä haavanhoitoa kohtaan. Yhtenä tekijänä ajateltiin olevan henkilökunnan sitoutumattomuus työnantajaan ja kiinnostuksen puute haavanhoitoon. Tämän takia potilaan elämänlaadun koettiin huononevan ja kustannusten lisääntyvän hoidon pitkittyessä. Haavanhoitoa pidettiin tehottomana.

*”...on hyvää hoitoa, mutta sitten on sitä, että käydään vain hoitamassa se haava vaihtamalla tuote sen enempää miettimättä kuin että oma vuoro tai tehtävä on hoidettu...”*

Haavanhoidon organisoinnissa puutteena oli vastaajien mukaan ensisijaisesti haavapotilaan hoitoketjun sattumanvaraisuus sekä haavanhoidon pirstaleisuus. Haavapotilaita hoidetaan monessa eri toimipisteessä ja on sattumanvaraista, mitä kautta potilaan hoito organisoidaan. Käytössä ei siis ole yhtenäisiä hoitoketjuja tai prosessikuvausta. Myös yhtenäiset toimintamallit puuttuvat. Kaksi vastaajaa piti hoitopolkua sujuvana. Saman verran vastaajia kertoi, että heidän työyksiköissään haavanhoidon toimintamallia oli kehitetty toimivammaksi.



*”...se on hyvin sattumanvaraista minkäläistä haavanhoitoa potilas tällä alueella saa...”*

*”...haavaa on jossain hoidettu ja haavan paraneminen ei ole edennyt ja siinä saattaa olla viivettä, että he saa sitä niin kun edes terveyskeskuslääkärille...”*

Viisi vastaajaa mainitsi ongelmana matalan kynnyksen yhteydenottoa paikan puutteen haavanhoidon ongelmatilanteissa. Esille nousi myös lääkäreiden saatavuuden vaihtelevuus erikoisalan mukaan, varsinkin puutteita nähtiin olevan plastiikkakirurgialla. Ongelmalliseksi mainittiin erikoissairaanhoidon vastaanottotoiminnan kankeus sekä hoitajavetoisen vastaanottotoiminnan puute kirurgialla, joka vaikuttaa vastaajien esille tuomaan ongelmaan viiveenä hoitoon pääsyssä. Haasteita aiheutti myös haavanhoidon käytännön toteutuksen järjestäminen viikonloppuisin. Vastaajista vain kolme otti kantaa haavanhoidon tiloihin, kahden vastaajan mielestä ne olivat toimivat ja yhden mielestä toimimattomat.

*”..Kyllä mä näkisin, että se tätä päivää olis Mikkelin kokoisessa kaupungissa, että meillä olis toimiva haavakeskus...”*

*”...Kroonisen haavanhoito on niin pirstaleinen tällä hetkellä se kenttä missä potilas on ja se on hajanainen...”*

*”...Meillä ehkä kaivattais enemmän matalankynnyksen mahdollisuutta konsultoida asiantuntijaa...”*

*”...Mikkeliin yritin olla yhteydessä niin silloin oli vaan että siellä ei edes ollu niin kun ketään haavanhoitajaa keltä kysyä...”*

Haavanhoidon käytännöissä nähtiin paljon ongelmia. Yli puolet vastaajista kertoi haavanhoidon jatkuvuuden turvaamisen olevan puutteellista. Tähän vaikuttavat erilaiset kirjaamiskäytännöt ja puuttuvat yhtenäiset hoito-ohjeet. Lähes puolet vastaajista oli kokeneet näin. Yksi vastaajista kertoi hoito-ohjeiden olevan usein työyksikkökohtaisia. Haavanhoitoa toteutetaan hyvin eri tavoin yksikön mukaan ja asiakkaiden saaman hoidon taso vaihtelee, kommentoi lähes puolet vastaajista. Haavojen synnyn ennaltaehkäisy näki puutteellisuutta yksi vastaajista.

*”...Et se lähtee niin kun puutteellisilla ohjeilla se potilas sinne jatkohoitoon, et se on niin kun huolestuttavaa...”*

*”...Koko kentässä riittää haasteita kirjaamiskäytännöistä tuotevalintoihin ja kaikkee siltä väliltä...”*

*”...Mutta se hoitajien vaihtuvuus, et siellä saattaa käydä useampi eri hoitaja ja se ei ole välttämättä keneenkään vastuulla se haava...”*

Haavanhoidon toimintamalleissa todettiin olevan puutteita, jotka tulevat esille esimerkiksi ongelmatilanteissa, kun yhteydenotto asiantuntijaan tapahtuu liian myöhäisessä vaiheessa. Puutteita todettiin olevan haavapotilaiden läheteiden oikea-aikaisuudessa sekä siinä, että haavapotilaat eivät saaneet oikeanlaista diagnoosia tai diagnosointi suoritettiin liian myöhään. Kaksi vastaajista oli sitä mieltä, että ajankäytön hallinta on haastavaa, kun taas yksittäinen vastaajaa koki oman työn suunnittelun sujuvana.

*”...Sitten ennaltaehkäisyssä ja haavan alkuvaiheen hoidossa on varmaan ne suurimmat ongelmat, että se aika aikaisin kannattais näyttää lääkärille...”*

*”...Tuolla kotohoidon puolella kun sitä työtä tehdään vielä niin paljon yksin ja sit jos on joku pitkäaikainen haava, niin siellä on aika yksin sen haavanhoidon kanssa, et olis kiva siinä välillä jos sais jonkun kanssa jutella, oisko jotain vinkkiä antaa et päästäis eteenpäin...”*

### *Työkalut*

Haavanhoidon työkaluihin liittyviä tekijöitä vastauksissa olivat resurssit, tuotteet sekä digitaaliset apukeinot. Ensisijaisesti resurssit haavanhoidossa nähtiin puutteellisina. Suurin puute oli vastaajien mukaan aika, jonka nimesi yhdeksän vastaajaa. Seuraavaksi isoin tekijä oli osaaminen, sen toi esille vastaajista kahdeksan. Muita resurssipuutteita oli kiinnostus ja raha. Myös oikeanlaisten välineiden puute mainittiin. Kaksi vastaajista piti moniammatillisen työryhmän puuttumisen ongelmallisena. Vain yksi vastaajista piti resursseja haavanhoidossa riittävinä.

*”...Aikapula vaikuttaa siihen haavanhoitoon...”*

*”...Meidän talon ongelmana on se, että aina on niin kun haaste se, että olis välineitä jotka olis toimivia...”*

*”...Kaipaam moniammatillisuutta haavanhoidossa...”*

Haavanhoitotuotteet olivat asian maininneiden mielestä hyviä ja niitä oli hyvin saatavilla. Tuotetietous oli puutteellista vastaajista seitsemän mielestä. Yksi vastaaja näki tuoteosaamisen olevan hyvällä tasolla. Oikeanlaisten tuotteiden saamisen koki puutteellisena neljä vastaajaa. Tuotevalikoiman myös mainittiin olevan turhan laaja yhden vastaajan osalta. Digitaalisten apuvälineiden käytön todettiin olevan vielä kehittymätöntä. Kuvakonsultaatioita käytti yhdeksän vastaajista, ja he pitivät sitä hyvänä toimintatapana. Neljä vastaajaa piti kuvakonsultaatioiden käyttöä ongelmallisena.

*”...Ja sitten tota välillä tulee niitä mutjua mutjun päälle ja sit kun rupee perkeemaan sitä tavarata sieltä pois...”*

*”...Et siihen ei moni tuossa hoitotyössä ajattele vaikka käyttää niitä tuotteita niin osaa ajatella että paljonko se oikeesti maksa...”*

*”...Meillä on haavanhoitotuotteita todella paljon käytössä, niin ei ehkä tarviis olla käytössä niin suurta valikoimaa...”*

### **Strateginen toiminta**

Teemahaastattelussa strategiseen toimintaan liittyvät aihealueet tuottivat vähiten vastauksia. Kysyttäessä, onko Essoten organisaation strategia tuttu, vastaajista 21 vastasi ei ja vain neljä kertoi tietävänsä strategian sisällön. Päivittäisen työn kannalta strategian todettiin lähinnä näkyvän hoitoketjujen sujuvuutena. Suurimmat ongelmat nähtiin hoitoon pääsyn viiveenä. Strategisen toiminnan osa-alueeksi nostettiin myös se, että erityis- ja riskiryhmät tulisi tunnistaa aiempaa paremmin. Vastaajista 17 totesi, ettei strategian mukainen toiminta näy päivittäisessä työssä, kun taas kahdeksan vastaajista pyrki strategisen mukaiseen toimintaan.

*”...onks meillä joku strategia?...”*

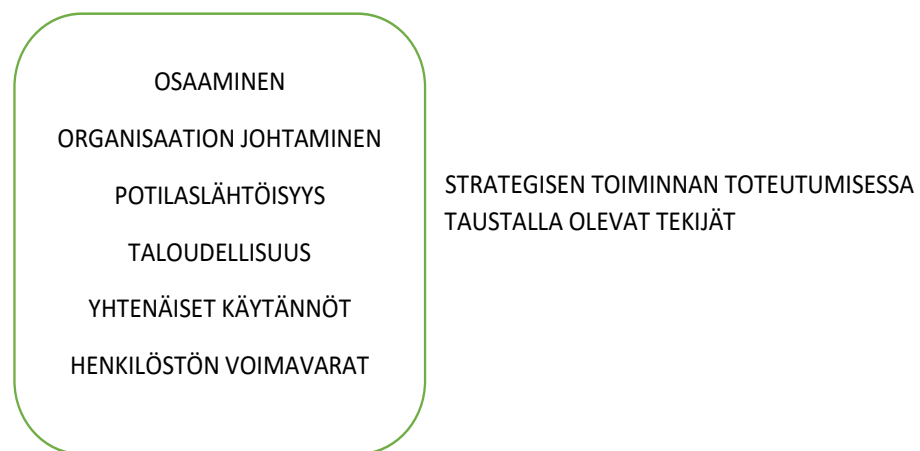
*”...strateginen toiminta ja organisaatio, niin kyllä mulla löi tyhjää että mikä tää on...”*

*”...no kyl se piti ihan netistä kattoo, et mikä se vois olla tuo strategia...”*

*”...haavapotilaiden kohdalla tää on kaunis ajatus, mutta ei toteude tällä hetkellä...”*

*”...ei ole sellaista punaista lankaa, eikä mitään prosessikuvausta tai muuta...”*

Organisaation strategian mukaisen toiminnan toteutumiseksi haavapotilaiden hoidossa nostettiin esille, osaaminen, organisaation johtaminen, potilaslähtöisyys, taloudellisuus, yhtenäiset käytännöt ja henkilöstön voimavarat (kuva 10).



Kuva 10. Strategisen toiminnan taustalla olevat tekijät vastaajien mielestä

Osaamisen taustalla suurin osa vastaajista näki tärkeänä koulutuksen ja osaamisen ylläpitämisen. Lisäksi mainittiin ammattitaito ja osaamisen hyödyntäminen. Strategisen toiminnan toteutumisen todettiin lähtevän organisaation johdosta. Organisaation johdon tehtävänä nähtiin strategian näkyväksi tuominen. Organisaation tehtävänä on myös luoda työhyvinvointia, perustaa toiminta näyttöön, huolehtia toiminnan eettisyydestä sekä kehittää mittareita hoidon vaikuttavuuden mittaamiseksi.

*”...mutta se jotta kaikki voitais tavoittaa tässä haavanhoidossa, niin sitä osaamista on vaan kehitettävä ja sitten asioitten oikea-aikaisuutta...”*

Vastaajien mukaan strategian mukaisen toiminnan tulisi toteutua huomioiden potilasturvallisuus sekä toteutua asiakkaan näkökulmasta, asiakkaan hyväksi.

Toiminnan tulisi olla taloudellista ja eri toimintoja tulisi tätä varten keskittää. Yhtenäisillä käytännöillä turvattaisiin jatkuvuutta, tiedonkulkua ja hoidon tasalaatuisuutta. Henkilöstön voimavaroja tulisi tukea innostuneella ja kollegiaalisella organisaatiokäyttäytymisellä sekä hyvällä yhteistyöllä eri ammattiryhmien kesken.

*”...hoito ei ole tasalaatuista kun ei ole niitä yhteisiä toimintamalleja...”*

*”...Kyl mä näkisin että essoten pitäis sitä työhyvinvointi, tehdä sille jotain...”*

### **Moniammatillisuus**

Haastatteluissa moniammatillinen tiimityö koettiin vastaajien mielestä ensisijaisesti positiivisena. Vastauksissa korostui hyötynäkökulmat. Tiimityön hyötyinä pidettiin hoidon sujuvuutta, toiminnan tehokkuutta, osaamisen yhdistymistä, potilaslähtöisyyttä, yhteistyötä ja eri käytäntöjen yhtenäistymistä.

*”...ainahan sitä oppii muilta...”*

*”...mitä useampi pää lyö yhteen, niin aina siinä jotakin järkevää saadaan aikaiseksi...”*

*”...no, kokisin se erittäin hyvänä ja tervetulleena uudistuksena ja tarpeellisena ennen kaikkea...”*

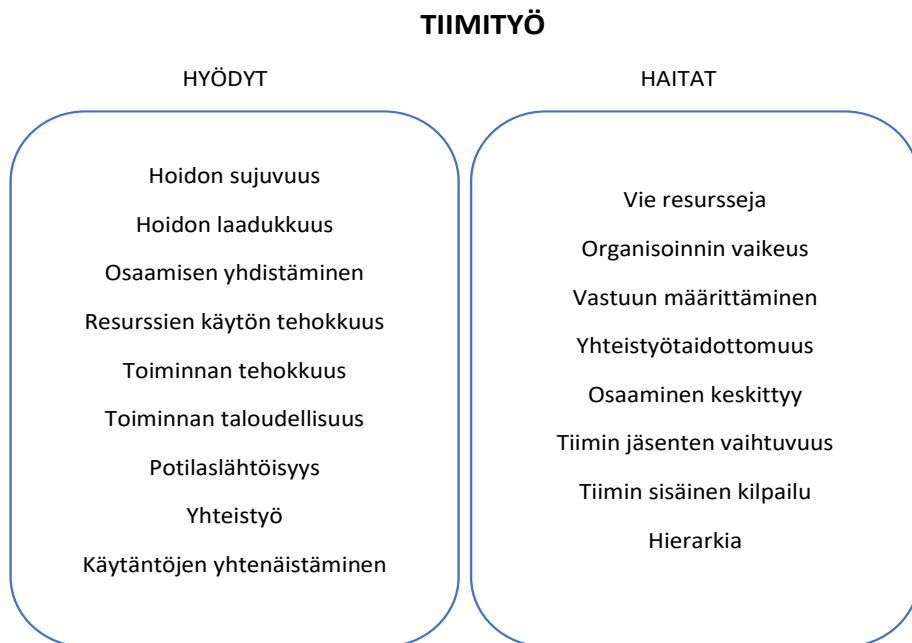
Hoidon sujuvuutta lisäävinä tekijöinä pidettiin nopeaa hoidon aloittamista ja hoitosuunnitelman luomista sekä hoidon jatkuvuuden varmistamista. Tehokkuutta ja taloudellisuutta lisääviä seikkoja ajateltiin olevan ajan säästö, resursien tehokas hyödyntäminen, säästöt pitkällä aikavälillä, hoidon laadun varmistaminen sekä hoidon sattumanvaraisuuden poistaminen. Osaaminen lisääntyy, kun eri näkemykset ja ammattiryhmät yhdistyvät, tiimin jäsenet täydentävät toisiaan ja oppivat toisiltaan. Potilaslähtöisyyttä ajateltiin tuettavan kokonaisvaltaisella hoidolla sekä syvemmillä paneutumisella potilaan asioihin. Yhteistyö kehittyy työn kiinnostavuuden ja mielekkyyden lisääntyessä sekä selkeillä työyhteisön pelisäännöillä. Tätä tukee myös käytäntöjen yhtenäistäminen, konsultaatioiden helppouden ja asiantuntijuuden hyödyntämisen kautta.

*”...niin tota, ainahan sieltä saa oppia ja ainakin se hyöty et siltä sä voit hakea tähän ongelmaan apua...”*

*”...sit kyllä miä uskon jos olis joku semmonen nimetty työryhmä, niin se pystyis toimimaan paremmin myös tämmösissä konsultatiohommissa...”*

Vastauksissa tiimityön haittoina mainittiin vastuun määrittämisen ja tiimityön järjestämisen vaikeus (kuva 11). Tiimityön nähtiin myös vievän resursseja. Liika ehdottomuus, vahvempien jäsenten jyrääminen, keskinäinen kilpailu ja yhteistyötaidottomuus nostettiin esille vastaajien kesken. Pelko osaamisen keskittymisestä asiantuntijoille, tiimin jäsenten vaihtuvuus sekä hierarkia nähtiin mahdollisina ongelmina. Kolme vastaajista ei kuitenkaan nähnyt tiimityössä lainkaan haittoja.

*”...siis, jos joku ei toimi, niin käytäntöjähän voi muuttaa...”*



Kuva 11. Tiimityön hyödyt ja haitat vastaajien näkemysten mukaan

Vastaajat toivat esille, että tiimityötä kehitettäessä alkuvaiheessa esiintyvät haitat voivat kääntyä myöhemmin hyödyiksi. Tiimityö pakottaa katsomaan potilaalle tehtävää hoitosuunnitelmaa monesta eri kulmasta, jolloin potilas saa suuremman hyödyn asiantuntijoiden osaamisesta, kuin perinteisessä vastaanottomallissa. Asiantuntijuuden keskittäminen osaajille puolestaan mahdollistaa

erityisasiantuntijuuden hyödyntämisen sekä sen, että ammattilaiset tuntevat potilaan paremmin.

Osaamisen yhdistäminen nähtiin vastauksissa pääsääntöisesti positiivisena asiana. Haittana vastaajista kolme piti sitä, että osaaminen kentällä voi vähentyä, kun erityisosaamista keskitetään tiettyihin yksiköihin. Tiimin sisällä nähtiin osaamisen yhdistämisen lisäävän jäsenten omaa osaamista, myös oman erikoisalan ulkopuolelta. Esille tuli myös, että tämä erityisosaaminen saadaan siirretyksi kentälle. Työn mielekkyyden ja merkityksellisyyden ajateltiin sitouttavan henkilöstöä sekä lisäävän työhyvinvointia ja kehityshalukkuutta.

Tiimityön todettiin vaativan avoimuutta, joustavuutta, yhteistyökykyä ja toisten arvostamista. Yhteistyön kehittämisessä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon raja-aitoja tulisi myös purkaa. Tiimityön nähtiin lähtevän potilaan tarpeista, ilman jäsenten sooloilua, yhteen hiileen puhalttaen ja pyrkien kohti yhteistä tavoitetta.

*”...kirurgeilla on omat tontit, on verisuonikirurgi ja plastiikkakirurgi, niin näitä raja-aitoja pitäis vähän purkaa, että nähtäis vähän kokonaisempana tää kenttä potilaan kannalta katsottuna...”*

*”...henkilöstö joka puhalttaa yhteen hiileen, et siellä ei ole sooloilijoita, vaan ollaan niinku tiimissä ja se potilas on keskiössä...”*

## 11.2 Haavanhoidon keskittämisen vaikuttavuus

### Vaikuttavuus

Haavanhoidon vaikuttavuuden taustalla merkityksellisenä tekijänä on taloudellisuus. Vastauksista käy ilmi, että suunnitelmallisuus haavanhoidossa, tuotetietous ja hintatietous tuotteista ovat merkittävimpiä tekijöitä taloudellisuudessa haavanhoidon asiantuntijoiden työn näkökulmasta. Osaaminen nostettiin yhdeksi taloudellisuuden taustatekijäksi. Osaamiseen liitettiin hyvä kirjaaminen, potilaan laadukas ohjaaminen, muiden hoitajien kouluttaminen ja oman osaamisen päivittäminen. Lisäksi mainittiin hoidon jatkuvuuden turvaaminen, ennaltaehkäisevä työ ja potilaan sitouttaminen omaan hoitoonsa. Taloudellisen toiminnan edellytyksenä tuotiin esille tehokkuus, jota saavutetaan potilaan

käyntien suunnittelulla, hoidon oikea-aikaisuudella ja työskentelemällä tarvelähtöisesti.

*”...kun ne haavat saatais kuntoon, niin sehän ois niin kun parasta kustannustehokkuutta...”*

*”...että siellä on osaajat tekemässä sitä työtä, se on siis ehdottoman tärkeä...”*

*”...ammattitaito, oikeat tuotteet, tuotteiden oikea käyttö ja potilaan hoitoon sitouttaminen...”*

*”...kun jatkossa se haava lähtis paranemaan jo siitä pienestä rikasta, niin siitä tulee säästökustannuksia vuositasolla varmaan hirveesti...”*

Haavapotilaiden kustannustehokkaan hoidon toteuttamiseksi vastauksista nousi selkeimmin esille varhainen hoidon aloittaminen ja haavanhoitotuotteiden oikea käyttö. Lähes puolet vastaajista nosti toimintojen keskittämisen, osaamisen ja moniammatillisen tiimityön kustannustehokkaaksi haavanhoidossa. Kustannuksia voidaan vähentää suunnitelmallisuudella, ennaltaehkäisyllä, päällekkäisen työn välttämällä, yhtenäisillä alueellisilla hoitosuosituksilla ja helposti omaksuttavilla hoitorungoilla. Kustannustehokkaan toiminnan tueksi kaivattiin matalan kynnyksen konsultointimahdollisuutta ja asiantuntijan arviota hoidosta. Ammattitaitoisella ja hyvällä esimiestyöllä on merkitystä kustannustehokkuuden lisäämiseksi.

*”...saadaan järkeistettyä sitä hoitoa ja vähennettyä hoitokertoja sekä yhteistyössä mietittyä haavanhoitotuotteet tarkemmin ja järkevämmiksi...”*

*”...osaamista ja konsultaatiomahdollisuutta olis kenties ja tulis semmonen matala kynnyks siihen, että minä voin kysyä...”*

*”...tämmönen keskus niin sehän nopeuttais potilaan hoitoon pääsyä ja tiivistäis, sujuvoittais näitä hoitoketjuja ja yhtenäistäis hoitokäytäntöjä...”*

Moniammatillinen yhteistyö haavanhoidossa lisää vaikuttavuutta. Moniammatillisen yhteistyön ja haavanhoidon toimintojen keskittämisen edellytyksenä on



vastaanottotoiminnan kehittäminen. Vastaajien näkemyksen mukaan haava-vastaanottotoiminta hyödyttäisi asiantuntijoita, potilaita ja yhteiskuntaa. Esille nousi ammattilaisten osalta osaamisen lisääntyminen ja parempi yhteistyö sekä hoitokäytäntöjen yhtenäistyminen. Todettiin, että potilasta hyödyttävät vähäisemmät kustannukset, hoidon tehokkuus ja oikea-aikaisuus sekä lyhytkestoisempi ja pienempi haavasta aiheutuva haitta. Keskittämisen hyötynä potilaalle mainittiin myös hoidon suunnittelu moniammatillisen tiimin organisoimana, toimintakyvyn säilyminen, parempi motivaatio ja sitoutuminen omahoitoon sekä kokemus kuulluksi ja hoidetuksi tulemisesta. Potilaiden elämänlaatu paranee. Yhteiskunnalle haavavastaanottotoiminta toisi vastaajien mielestä merkittäviä hyötyjä sairastuvuuden vähentymisenä, hoitoketjujen selkiytymisenä, kustannustehokkuutena ja resurssien vapautumisena perusterveydenhuollosta ja vuodeosastoilta.

*”...potilas sais sitä ammattiosaamista ja vois yhdistää sit samoille hoitokerroille niitä eri asiantuntijoiden arvioita ja tän tyyppistä...”*

*”...turhien matkojen poisjäänti, se maksaa yhteiskunnalle teki ne matkat kuka tahansa, mihin suuntaan tahansa...”*

*”...ja just siinäkin se, että se ois just se sama yksi pitkä ihmis-suhde ja se takais sen jatkuvuuden...”*

*”...paranemisennuste kaiken kaikkiaan nopeutuu tällaisen haavavastaanottotoiminnan seurauksena, tästä on jo paljon näyttöä muilta sairaanhoitopiireiltä...”*

Vastaajat totesivat, että haavavastaanottotoiminnan aloittaminen vaatii suunnitelmallisuutta. Alkuvaiheessa toiminnalle tulee varata enemmän henkilöstöresursseja. Sujuvan toiminnan takaamiseksi vastaanotolla tulee olla yksi tai useampi hoitaja kokopäiväisellä työpanoksella, toimivat tilat ja riittävät aikaresurssit. Lähtökohtana toiminnalle tulee olla organisaation ja eri alojen asiantuntijoiden yhteen hiileen puhaltaminen. Toiminnan ydin on oltava se, että potilas on hoidon keskiössä. Esteinä toiminnan aloittamiselle vastaajat näkivät puutteelliset resurssit ja mahdolliset organisaatiomuutokset.

*”...no kyllä se toiminnan aloittaminen vaatii resurssointia...”*

*”...hoitajien esimiestasolla on aikamoinen merkitys, kannustus, tuki omatoimisuuteen, ideointiin ja toteutukseen...”*

## Haavanhoidon keskittäminen

Haavanhoitoa keskittäessä ja vastaanottomalli luotaessa hyvä suunnittelu on ensisijaisen tärkeää. Vastaajat näkivät että, toimivin malli olisi hoitajavetoinen yhteisvastaanottomalli. Yhteisvastaanotossa nähtiin hyötyjä potilaalle, asiantuntijoille sekä yhteiskunnalle (kuva 12).

*”... hyvin se pitää suunnitella, ei sitä kannata käynnistää jollei sitä ole kunnolla suunniteltu...”*

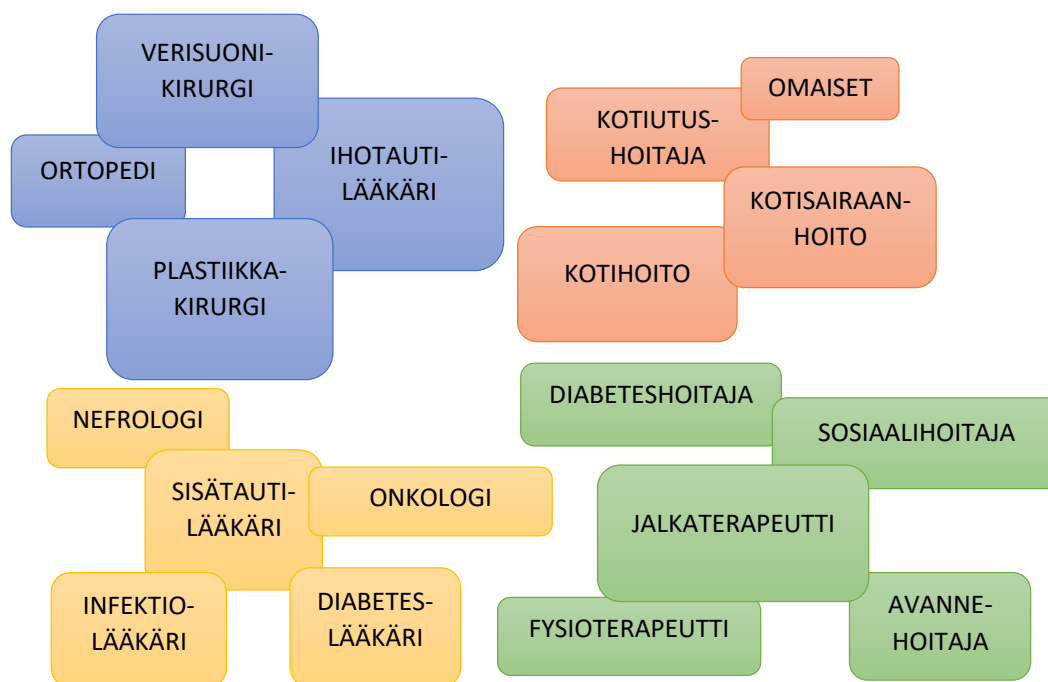
### YHTEISVASTAANOTON HYÖDYT

POTILAALLE	ASIAANTUNTIJALLE	YHTEISKUNNALLE
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Ammattilaistiimi valitsee toiminnasta hyötyvät potilaat</li> <li>•Toiminta potilaslähtöistä</li> <li>•Kokonaisvaltainen hoito</li> <li>•Hoitavan tahon asiantuntijuus haavanhoitoon</li> <li>•Nopea hoidon aloitus</li> <li>•Kaikki yhden oven takana</li> <li>•Taloudellinen hyöty</li> <li>•Haavan nopea paraneminen</li> <li>•Osaamisen keskittäminen</li> <li>•Motivoituminen omahoitoon</li> <li>•Luottamuksellinen hoitosuhde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Moniammatillisuus</li> <li>•Oikea tiimi oikeaan tilanteeseen</li> <li>•Matalan kynnyksen konsultaatiomahdollisuus</li> <li>•Saumaton yhteistyö</li> <li>•Varmuus omasta työstä</li> <li>•Osaamisen keskittäminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Hoidon jatkuvuus</li> <li>•Taloudellinen hyöty</li> <li>•Haavan nopea paraneminen</li> <li>•Osaamisen keskittäminen</li> <li>•Ajankäyttö tehostuu</li> <li>•Säästää henkilöstöresursseja</li> </ul>

Kuva 12. Yhteisvastaanoton hyödyt vastaajien näkemysten mukaan

Haavavastaanotto on vastuussa haavanhoidosta ja organisoii toimintaa kuntayhtymän alueella. Hoitajavetoinen vastaanottomalli vaatii vastaajien mukaan kokopäiväisen työpanoksen 2–3 hoitajalta sekä vastuulääkärin. Vastaanottomalli sisältää moniammatillisen tiimin nimetyt asiantuntijat sekä yhteistyötahot (kuva 13).

*”...ihan varmasti pystyy kaksi hoitajaa ihan täysin työllistämään...”*



Kuva 13. Moniammatillisen haavavastaanoton yhteistyötahot vastaajien näkemyksen mukaan

Haastatelluista 15 näki tarpeellisenä matalan kynnyksen yhteydenottomahdollisuuden ammattilaisille. Kolmen vastaajan mielestä yhteydenottomahdollisuus olisi tarpeellinen myös potilaille. Ensisijaisesti tarvetta nopealle konsultaatiolle oli puhelimitse ilman erillisiä aikarajoitteita. Esille tuotiin myös toive ajanvarauksella toimivasta konsultointimahdollisuudesta. Toimivana konsultaatiovälineenä esille tulivat kuvakonsultaatiot. Vaihtoehtoisina mainittiin myös etäyhteydet ja etäyhteisvastaanotot potilaan ja asiantuntijoiden välillä nykyteknologian välineitä hyödyntäen. Viidesosa vastaajista toi esille tarpeen maakuntiin jalkautuvasta haavanhoidon asiantuntijasta. Todettiin myös, että kuntayhtymän hoitohenkilöstön kouluttaminen haavanhoidossa olisi haavavastaanoton organisoimaa. Lisäksi haavanhoidon ja siihen liittyvien käytänteiden, kuten kirjaamisen ja laadukkaan ohjaamisen kehittäminen koordinoituisi vastaanotolta. Kehitystyön seurauksena turvattaisiin potilaalle laadukas jatkohoito.

Hoitajan rooli vastaanottomallissa on keskeinen. Vastaajista kolmasosan mielestä vastaanoton sairaanhoitajalla tulisi olla haavanhoidon asiantuntijan koulutus ja eduksi katsotaan auktorisointi. Päävastuu toiminnan koordinoinnista olisi yhdellä hoitajalla, haavakoordinaattorilla. Vastaanotolla työskentelevillä

hoitajilla olisi hyvä olla taustalla eri erikoisalojen osaamista. Vastauksissa kokemus ja osaaminen nostettiin vahvasti esille. Hoitajan ominaisuuksiksi vastauksissa esitettiin innostuneisuus, kiinnostus, rohkeus, herkkyyys, mielikuvitus ja intuitio. Hoitajalta vaaditaan oikeanlaista asennetta, hyviä vuorovaikutustaitoja, sosiaalisuutta, motivaatiota, itseohjautuvuutta sekä aktiivista otetta itsensä kehittämiseen ja työhön sitoutumista. Hoitotyön haavavastaanotolla tulisi perustua näyttöön.

*”...no totta kai siis auktorisoitu haavanhoitaja olis ihan hirveen hyvä olemaan siellä pääjehu, et se ois hyvä lähtökohta...”*

*”...koulutus pitää olla kohdallaan ja kokemus myös...”*

*”...erityislaatuinen työnkuva ja työtehtävät ja vastuu on aivan toinen kuin perussairaanhoidajalla...”*

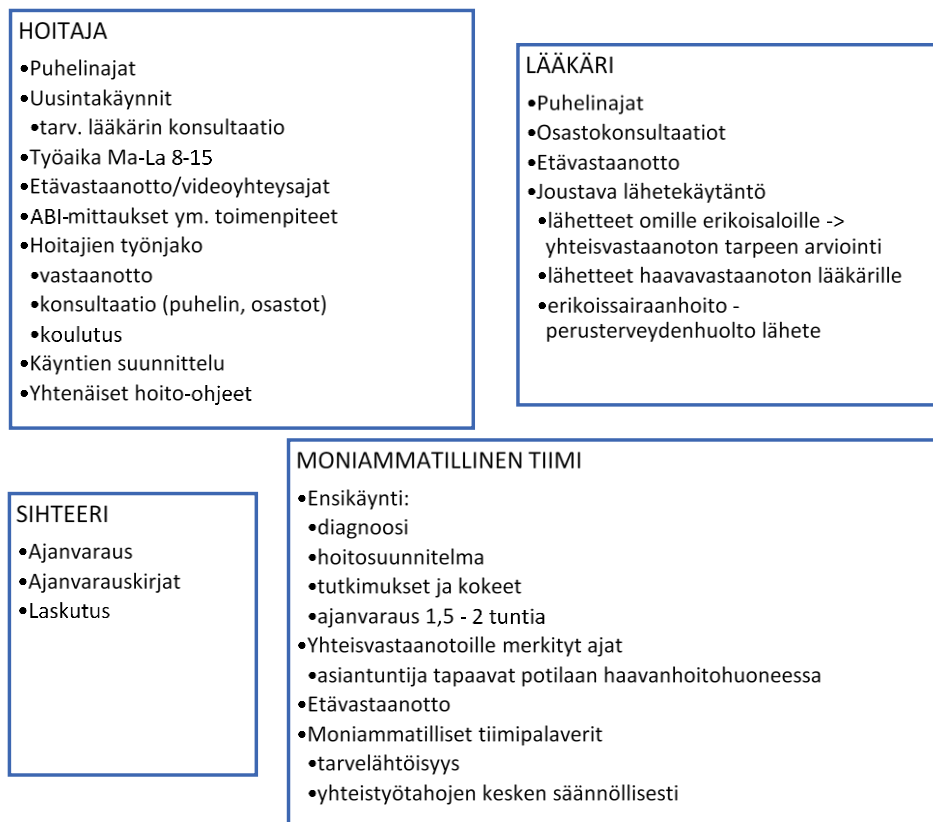
Haastateltavat toivat esille, että vastaanotolla tulisi olla nimetty vastuulääkäri, jolla on asiantuntemus haavanhoitoon sekä motivaatiota ja innostuneisuutta haavavastaanoton toiminnan kehittämiseen. Lääkäri toimisi hoitohenkilöstön tukena ja hänellä tulisi olla kokonaisvaltainen asenne potilaan hoitoon. Lääkärin tehtävänä olisi haavapotilaan hoitosuunnitelman laatiminen sekä haavan etiologian selvittely. Lääkäriltä vaaditaan luottamusta muiden asiantuntijoiden ammattitaitoon sekä hyvin vuorovaikutustaitoja. Haavakonsulttina toimiminen olisi yksi tärkeä osa haavavastaanoton lääkärin roolia.

*”...hyöty tulee sitten paremmin esille, että ne henkilöt valikoituvat niin, että niillä on sitä osaamista jollain ehkä enemmän kirurgiasta ja jollain ehkä enemmän sitten ihotautipuolelta...”*

Vastaanoton tilasuunnittelussa huomioitavia asioita kysyttäessä esille nousi esteetön kulku eri apuvälineillä, tilojen fyysinen läheisyys sekä se, että tarvikkeet ja välineet olisivat lähellä ja helposti saatavissa. Lisäksi mainittiin eduksi vastaanoton keskeinen sijainti. Yksi vastaaja ei nähnyt tilojen fyysistä läheisyyttä välttämättömänä. Vastaanotolla tulisi olla kiinteät vastaanottohuoneet sekä vähintään yksi haavanhoituhuone ja toimenpidehuone. Huoneiden tulisi olla tilavia varustettuna riittävillä työtasoilla, suihkutus-/ kylvetysmahdollisuudella, leveillä ovilla ja riittävällä valaistuksella. Suunnittelussa tulee ottaa huomioon tilojen viihtyisyys odotustiloissa ja hoituhuoneissa.

*”...esteettömät tilat nyt varmaan luonnollisesti...”*

Vastaanottotoiminnassa asiantuntijoiden roolit nähtiin vastaajien kesken melko yhtenäisinä. Lähtökohtana haavavastaanotolle olisi ongelmahaavojen keskittäminen sekä haavanhoidon koordinointi. Tehtävät jakautuvat haavahoitajien, lääkäreiden, osastosihteerin sekä moniammatillisen tiimin kesken (kuva 14).



Kuva 14. Yhteisvastaanoton tehtävät vastaajien näkemyksen mukaan

Haavavastaanoton toiminnassa koulutuksella on keskeinen rooli, mikä nousi esille useissa vastauksissa. Koulutuksen suunnittelu ja sen toteuttaminen koordinoituisi haavavastaanotolta. Suurin osa vastaajista piti tärkeänä kädestä pitäen annettavaa käytännön haavakoulutusta. Myös koulutuspäiviä ja luento-muotoista koulutusta kaivattiin, sisältäen etäyhteydet. Tärkeää haavanhoidon koulutuksessa on sen säännönmukaisuus. Muita mainittuja koulutusmuotoja olivat jalkautuva koulutus toimipisteisiin, työyksiköissä tapahtuva työpajatoiminta sekä haavavastaanotolla tapahtuva työssäoppiminen, josta hoitajat voivat viedä osaamista eteenpäin omiin työyksiköihinsä. Osaamista eteenpäin

vievänä toimintana pidettiin haavatyöryhmää, jonka kokoontumisen järjestäminen kuuluisi osana haavavastaanoton toimintaa.

*”...koulutus kyllä koordinoituis sieltä, koska siellä se osaaminen ois keskitettynä...”*

*”...ehottomasti pitäis olla alueella semmonen toimiva haavayhdyshenkilötyöryhmä, eli ei kukaan pysty yksin kouluttaa tätä, et tää on niin iso ja laaja alue...”*

Haavavastaanottotoiminnan taustalla tärkeänä nähtiin organisaation johdon ja esimiesten tuki. Tämä kannustaa erityisosaamiseen, kun arvostus osajia kohtaan on näkyvää ja myönteistä. Asiantuntijuus tulisi myös huomioida palkkauksessa. Vastauksista nousi esille toiminnan arvioinnin tärkeys, esimerkiksi potilaspalautteiden avulla. Haavavastaanottotoimintaa käynnistettäessä tulisi kiinnittää huomiota toiminnan markkinointiin. Hoitohenkilökunnalle kuntayhtymän alueella, sekä yksityisille palvelutaloille ja hoitokodeille, tulisi tiedottaa uudesta toimintamallista ja kannustaa konsultaatioihin matalalla kynnyksellä.

Haastatellut haavanhoidon asiantuntijat olivat hyvin myönteisiä uuden toiminnan aloittamiselle. Vastaajat kertoivat olevansa valmiita oman työnsä uudelleen suunnitteluun toiminnan käynnistämiseksi. Lisäksi haastatellut lupasivat kannustusta, positiivista suhtautumista, oman ajankäytön uudelleen suunnittelua, koulutuksen järjestämistä ja informointia toiminnasta sekä kannustaa lähteiden tekoon, mikäli uudenlainen haavavastaanottomalli saataisiin toimitaan.

### **11.3 Haavavastaanoton mallinnuksen benchmarking-kohteet**

Moniammatillisen haavavastaanottomallin kehittämistyössä hyödynnettiin toiminnassa olevia haavavastaanottoja. Benchmarking-käyntien kohteina olivat Satasairaalan haavakeskus Porissa sekä Päijät-Hämeen keskussairaalan haavakeskus Lahdessa.

### **Satasairaalan haavakeskus, Pori**

Satasairaala on Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän asukkaille erikoissairaanhoidon palveluja tarjoava sairaala, jonka alueeseen kuuluu 17 jäsenkuntaa ja noin 220 000 asukasta. Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella työntekijöitä on noin 3 600 (Satasairaala 2019.) Satasairaalassa Porissa on toiminut vuodesta 2016 haavapoliklinikka, joka jatkoi toimintaansa vuonna 2018 haavakeskuksen nimellä. Tämä keskus toimii osana kirurgian poliklinikkaa. Haavakeskuksen toimintamalli on kehitetty Porissa.

Mikkelin keskussairaalan ihotautien vastaanoton henkilökunta suoritti vierailun Satasairaalan haavakeskukseen 19.10.2018. Mukana käynnillä oli sekä lääkäreitä että hoitajia. Saimme lupamenettelyn kautta luvan käyttää tätä käyntiä opinnäytetyössämme. Tiedot Satasairaalan haavakeskuksen toiminnasta saimme käynnin pohjalta laaditusta raportista (liite 5) sekä sähköpostitse haavakeskuksen henkilökunnalta.

Satasairaalan haavakeskus on moniammatillinen keskus. Siellä työskentelee 3–4 hoitajaa, joista kaksi on auktorisoituja haavanhoitajia. Haavakeskuksessa potilaita hoidetaan eri kirurgian erikoisaloilta, sekä ihotaudeilta. Sairaanhoitajista kaksi siirtyi keskukseen ihotautipoliklinikalta ja kaksi kirurgian erikoisalalta. Kaikki hoitajat on koulutettu hoitamaan kaikentyyppisiä haavoja. Vastaanottoja on yhtä aikaa kahdesta kolmeen ja potilastyössä on kolme hoitajaa. Joka päivä hoidetaan lähetepotilaita ja kontrollipotilaita kaikilta erikoisaloilta. Vastaanottoajat ovat pääsääntöisesti tunnin mittaisia, aikoja voidaan muokata potilaan tarpeista riippuen. Yksi hoitaja toimii vuorollaan viikon ajan ”puhelinvuorossa” eli hän antaa aikoja, vastaa konsultaatiopuheluihin, hoitaa osastokonsultaatiot, auttaa muita hoitajia haavavastaanotoilla ja laatii koulutusmateriaaleja. Yhteistyössä toimii myös jalkaterapeutti, joka hoitaa diabeettiset jalkahaavat. Hän toimii sisätautipoliklinikalla, jossa toimii myös diabeettinen jalkatyöryhmä.

Haavakeskuksessa toimii yhteisvastaanotot. Tämä tarkoittaa sitä, että eri erikoisalan lääkärit tapaavat potilaan saman käynnin, tai ainakin saman päivän, aikana. Lääkärit tulevat haavakeskukseen tapaamaan potilasta, joten potilaiden ei tarvitse siirtyä eri erikoisalojen vastaanottojen välillä. Yhteisajoilla pyri-

tään hoidon jatkuvuuteen ja niillä hoidetaan kaikkia haavatyyppejä. Haavakeskukseen potilaat tulevat lähetteellä, jotka ohjautuvat erikoisalojen mukaisesti erikoislääkäreille luettaviksi. Tässä vaiheessa luodaan suunnitelma mahdollisesta yhteisvastaanotosta ja varataan käynnit haavakeskukseen tämän suunnitelman mukaisesti.

Haavakeskuksen käynnit tilastoidaan pääkäyntinä sekä lisäkäynteinä. Kuva-konsultaatiot tilastoidaan hoitopuheluina. Haavakeskuksen tavoitteena on haavapotilaiden tehokas hoitaminen yhdessä paikassa keskittämisen avulla. Yhteisvastaanotot nopeuttavat potilaiden hoitoon pääsyä ja tätä kautta haavojen paraneminen on nopeutunut. Haavakeskus järjestää Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella haavakoulutusta, kuten pienryhmäkoulutuksia, eri teemaisia koulutuksia haavayhdyshenkilöille sekä koulutuspäiviä. Porissa toimii myös alueellinen haavayhdyshenkilöverkosto haavakeskuksen hoitajan vetämänä. Alueen yhdyshenkilöillä on oma aktiivinen verkosto ympäristökunnissa.

### **Päijät-Hämeen keskussairaalan haavakeskus, Lahti**

Päijät-Hämeen keskussairaala tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän alueella. Hyvinvointiyhtymän alueeseen kuuluu 12 omistajakuntaa ja noin 212 000 asukasta. Päijät-Hämeen keskussairaala on Suomen toiseksi suurin keskussairaala. Yhtymän alueella työntekijöitä on noin 7000. (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2020A.) Strategiassaan kuntayhtymä nostaa esille asiakaskokemukset ja helposti saatavilla olevat palvelut, jotka ovat vaikuttavia ja taloudellisia. Lisäksi palveluja tuotetaan kotona asumisen tukemiseksi. Hyvinvointiyhtymä pyrkii olemaan kilpailukykyinen ja haluttu työpaikka, jossa osaamista kehitetään ja ollaan innovatiivisia. (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2020B.)

Päijät-Hämeen keskussairaalan haavakeskuksen toiminnan kehittäminen alkoi hoitajien huolesta haavanhoidon suhteen kuntayhtymän alueella. Toimintaa kehitettiin työryhmissä puolentoista vuoden ajan ja haavakeskuksen toiminta käynnistyi vuoden 2019 alussa. Haavakeskus on moniammatillinen keskus, joka toimii kirurgian poliklinikan alaisuudessa. Keskuksessa toimii 2 kokoai-kaista sairaanhoitajaa, joilla on haavanhoidon erikoistumisopinnot, toisella hoitajista on myös auktorisointi. Vastaanottotoimintaa on viitenä päivänä viikossa,



klo 8–16 ja perjantaisin klo 8–15. Hoitajavastaanotto toimii neljänä päivänä sekä keskiviikko aamupäivisin kahdessa huoneessa, tunnin ajoilla. Keski-  
viikko-iltapäivisin toimii haavakeskusvastaanotto, jolloin järjestetään yhteisvas-  
taanottoja 1,5 tunnin ajoilla. Kirurgian poliklinikalla toimii haavakeskuksen haa-  
vahoitajien lisäksi 2 sairaanhoitajaa, joilla on myös haavahoidon erikoistumis-  
koulutus. Nämä hoitajat työskentelevät verisuoni- ja plastiikkakirurgian vas-  
taanotoilla sekä kipsihuoneessa. Hoitajat voivat tarvittaessa sijaistaa haava-  
keskuksessa, ja osaaminen on näin turvattu esim. loma-aikoina.

Moniammatillisessa haavakeskuksessa tavoitteena on hoitaa haavapotilaat  
”yhden pysähdysten taktiikalla”. Potilaat tulevat vastaanotolle läheteellä, jotka  
ohjautuvat lääkäreille erikoisalojen perusteella. Erikoislääkärit ohjaavat lähet-  
teet tarpeen mukaan haavakeskukseen. Jonkin verran läheteitä tulee myös  
suoraan haavakeskukselle. Kaikki läheteet käsitellään tiistaiaamuisin klo 8–9  
lähetepalaverissa, jossa moniammatillinen tiimi arvioi lähetteen perusteella  
potilaan tarvitseman hoidon. Moniammatilliseen tiimiin kuuluvat verisuoniki-  
rurgi, ihotautilääkäri, haavanhoitajat, jalkaterapeutti ja diabeteshoitaja. Lähet-  
teen perusteella määritellään potilaan tarvitsemat asiantuntijat, ja potilaalle va-  
rataan yhteisvastaanottoaika, johon kutsutaan tarvittavat palvelut. Moniamma-  
tillisessa tiimissä voivat olla mukana myös plastiikkakirurgi, kipsimestari, ravit-  
semusterapeutti, diabeteslääkäri ja endokrinologi.

Lähetteiden mukaan määritellään myös ennen vastaanottoa tehtävät tutkimuk-  
set, jotka suunnitellaan mahdollisuuksien mukaan myös samalle päivälle.  
Osastosihteeri varaa asiantuntijoille ajat omille kirjoille sekä ajat tutkimuksiin  
määräyksen mukaisesti ja lähettää ajat potilaalle. Moniammatillisella vastaan-  
otolla potilas tulee haavanhoitohuoneeseen, johon asiantuntijat tulevat poti-  
lasta tapaamaan. Samalla hoidetaan haava ja suunnitellaan jatkohoito. Yhteis-  
työ eri asiantuntijoiden kesken toimii hyvin ja kynnys tiimityöhön on madaltu-  
nut, kun tiimi on tullut tutummaksi. Moniammatillinen yhteistyö koetaan hy-  
väksi ja asiantuntijat oppivat toisiltaan.

Yhteisvastaanottoja suunnitellaan potilaille, joilla on selkeä tarve useammalle  
kuin yhdelle erikoisalalle haavahoidon suhteen. Edelleen selvästi yhden eri-  
koisalan haavapotilaat hoidetaan omilla poliklinikoillaan. Pääsääntöisesti yh-

teisvastaanotto on ensikäynti ja sen jälkeen kontrollikäynnit toteuttaa haavahoitaja. Tarvittaessa konsultoidaan lääkäreitä. Haavakeskuksen haavahoitajille on lisäksi siirretty tehtäviä lääkäreiltä, kuten kortisonipistoksia, pieniä ihosiirteitä ja seroomapunktioita LD-kielekeleikatuille. Haavakeskuksen hoitajat tekevät osastokonsultaatioita, joko käymällä osastoilla tai sitten puhelimitse ja kuvien avulla. Konsultaatioita annetaan myös perusterveydenhuollon puolelle, joko puhelimitse tai kuvakonsultaatioina. Videoyhteydet eivät ole käytössä huonojen yhteyksien vuoksi. Konsultaatioille ja puheluille ei ole erillistä aikaa, vaan ne suoritetaan muun työn ohessa.

Haavakeskukselle kuuluu vastuu haavanhoidon kouluttamisesta alueellisesti. Toiselle haavakeskuksen haavahoitajista on varattu 1–2 päivää viikossa koulutustoimintaan, jolloin häntä sijaistaa toinen haavanhoitaja. Hyvinvointiyhtymän alueella toimii haavatyöryhmiä, jotka koostuvat haavavastaavista eri yksiköistä sekä alueellinen haavatyöryhmä. Haavakeskuksessa voi käydä opettelemassa haavanhoitoa ja käytössä on ketjulähettilötoimintaa. Haavakeskuksen henkilökunta järjestää myös erilaisia koulutuspäiviä sekä keskussairaalan haavavastaaville haavapassikoulutusta.

Haavakeskuksen toiminnan aloittamisen jälkeen varsinaista tutkimusta toiminnan vaikuttavuudesta ei ole vielä tehty. Potilasmäärät ovat lisääntyneet, kun tietoa toiminnasta on saatu lisättyä kuntayhtymän alueella ja yksityisille toimijoille. Edelleen toiminnassa pyritään siihen, että ongelmahaavoihin päästäisiin pureutumaan aikaisemmin. Tähän tavoitteeseen päästään lisäämällä tietoisuutta keskuksen toiminnasta sekä sillä, että lähetteen laadintaan on luotu selkeät kriteerit.

## 12 HAAVAVASTAANOTON TOIMINTAMALLI

Haavavastaanoton toimintamallin luomisen pohjana on vaikutusten mallinnus. Mallin kehittämisessä hyödynnettiin tutkimustietoa, tilastoja ja asiantuntija-arvioita sekä jo toiminnassa olevia haavavastaanottomalleja. Mallin tavoitteena on kehittää haavanhoitoa Essoten strategian mukaiseksi. Päämääränä on haavanhoidon vaikuttavuus, laadukkuus sekä korkealaatuinen osaaminen potilaan parhaaksi. Lisäksi toiminnalla pyritään kustannustehokkuuteen. Moniammatillisuudella lisätään yhteistyötä sekä palvelujen sujuvuutta.

Haavavastaanotolla tavoitteena on hoitaa ja arvioida haavoja sekä ohjata ongelmahaavat moniammatillisen ryhmän käsiteltäviksi. Haavakeskuksen tavoite on hoitolinjojen vakiointi sekä hoidon suunnittelu niin, että toteutus onnistuu laadukkaasti perusterveydenhuollon puolella. Haavakeskuksen toiminnalla pyritään kentällä toimivien tahojen kouluttamiseen sekä yhtenäisten hoito-ohjeiden luomiseen. Haavavastaanotto toiminnan tavoitteena on asiantuntijuuden ja osaamisen lisääminen koko kuntayhtymän alueella.

### Henkilöstö

Haavavastaanoton toiminta on hoitajavetoista. Haavanhoitajia on kaksi, joista toinen on toimintaa koordinoiva hoitaja. Toinen hoitajatoimi siirtyy ihotautien vastaanotolta haavakeskukseen, ja ihotautien vastaanotolla ei jatkossa hoideta haavoja lainkaan. Toinen toimi siirtyy kirurgian poliklinikalta, josta vapautuu hoitajien ja lääkäreiden aikaa sekä resurssia haavojen hoidon siirtyessä haavavastaanotolle. Jalkaterapeutti toimii tiiviissä yhteistyössä haavahoitajien kanssa. Hoitajien työpanos on täysipäiväinen haavavastaanotolla. Hoitajilta vaaditaan haavanhoidon erikoistumisopinnot sekä ainakin toisella tulee olla haavanhoidon auktorisointi. Lisäksi taustalla tarvitaan laaja-alainen kokemus hoitotyöstä sekä kiinnostusta haavanhoidon kehittämiseen ja kouluttamiseen.

Haavavastaanoton toiminnasta vastaava lääkäri on ihotautilääkäri. Vastaavan lääkärin tulee olla kiinnostunut haavanhoidosta sekä haavavastaanotto toiminnan kehittämisestä. Vastuulääkäri vastaa toiminnasta, muut lääkärit toimivat osana moniammatillista tiimiä tarvittaessa. Eri erikoisaloilta nimetään moniam-

matilliseen ryhmään lääkärit, näitä erikoisaloja ovat verisuonikirurgia, plastiikkakirurgia, ortopedia, ihotaudit, sisätaudit (diabeteslääkäri) sekä yleislääketieteen erikoislääkäri.

Muut moniammatillisen tiimin yhteistyötahot ovat myös nimettyjä. Nämä tahot osallistuvat potilaan hoitoon moniammatillisessa ryhmässä tarvittaessa. Yhteistyössä nimettyinä ovat ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, diabeteshoitaja sekä kotiutushoitaja. Tärkeänä yhteistyötahona toimii perusterveydenhuollon vastaanoton haavahoitajat ja nimetty lääkäri, joiden kanssa tehdään tiivistä yhteistyötä haavanhoidon kehittämiseksi ja hoitopolkujen selkiyttämiseksi.

### **Tilat**

Haavavastaanottotoiminta vaatii toimivat tilat. Haavahoitajilla on kiinteät vastaanottohuoneet, joiden varustelu on identtinen. Haavahoitajien mahdollisimman tehokkaan yhteistyön kannalta huoneiden välillä tulee olla liukuovi. Haavanhoidotarvikkeet ja niiden sijoittelu käydään läpi lean-menetelmällä työn sujuvuuden ja kustannustehokkuuden takaamiseksi. Lisäksi tarvitaan hyvä valaistus, tasotilaa ja suihkutumahdollisuus. Toisessa huoneista tulee olla avarat tilat yhteisvastaanottoa varten ja päätteet hoitajalle sekä lääkärille. Kulku vastaanottotiloihin on esteetöntä ja viihtyisyyteen kiinnitetään huomiota. Haavavastaanottohuoneet sijoitetaan fyysisesti lähelle erikoislääkäreiden toimipisteitä.

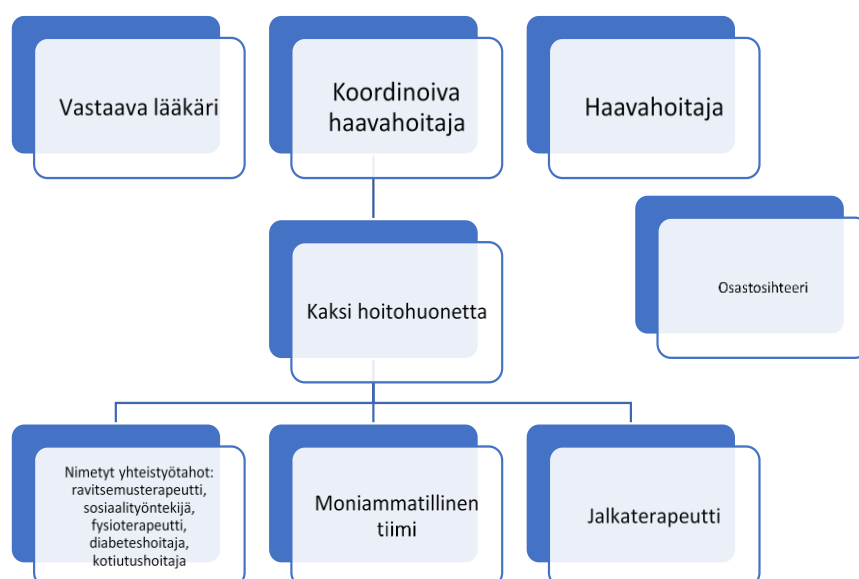
### **Toiminta**

Haavavastaanotto toimii maanantaista perjantaihin, pääsääntöisesti klo 8–15. Vastaanottoajat ovat hoitajan vastaanottoaikoja. Moniammatillisen tiimin yhteisvastaanottoajat sijoittuvat yhdelle päivälle viikossa. Kerran viikossa on tunnin mittainen moniammatillisen tiimin lähetepalaveri, jossa käydään läpi haavavastaanotolle osoitetut lähetteet. Toiminnan sujuvuuden ja kustannustehokkuuden kannalta on tärkeää, että vastaanottotoiminta on joustavaa ja viikko-ohjelmaa voidaan muuttaa tarvelähtöisesti. (Kuva 15.)

Ma	klo 8-15 Hoitajavastaanotot
	Konsultaatiot toisella hoitajalla
	Ensikäynnit ihotaudit
Ti	klo 8-15 Hoitajavastaanotot
	Konsultaatiot toisella hoitajalla
Ke	klo 8-10 Hoitajavastaanotot, konsultaatiot
	klo 10-16 Moniammatilliset vastaanotot
To	klo 8-15 Hoitajavastaanotot
	Koordinoiva haavahoitaja: koulutus, suunnittelu, jalkautuva työ
Pe	klo 8-9 Moniammatillisen tiimin lähetepalaveri
	klo 9-15 Hoitajavastaanotot, konsultaatiot
	Ensikäynnit verisuoni, plastiikka

Kuva 15. Ehdotus haavavastaanoton viikko-ohjelmasta

Haavavastaanoton hoitajien tehtäviin kuuluvat moniammatillinen vastaanotto-toiminta, itsenäiset vastaanotot (kirurgiset ja ihotautilien haavapotilaat), matalan kynnyksen yhteydenottoihin vastaaminen puhelimitse, kuvakonsultaatiot, etävastaanotot, osastokonsultaatiot ja kouluttaminen. Toimintaa koordinoivan hoitajan tehtäviin kuuluu myös haavarekisterin ylläpitäminen sekä toiminnan arviointi ja kehittäminen. Haavakeskuksen hoitajat vastaavat haavatyöryhmän toiminnasta. Koordinoivalle hoitajalle varataan vähintään yksi päivä viikossa toiminnan suunnitteluun, arviointiin, kuntayhtymän alueen hoitajien kouluttamiseen sekä jalkautuvaan työhön. (Kuva 16.)



Kuva 16. Haavavastaanottomalli

Haavakeskuksessa hoidetaan kaikki erikoissairaanhoidon haavat. Päivät rakentuvat tunnin ja 1,5 tunnin vastaanottoajoista riippuen siitä, onko kyseessä lähetepotilaan ensikäynti vai uusintakäynnille tuleva potilas. Potilaat tulevat haavavastaanotolle läheteiden perusteella. Haavavastaanotolle tulevien läheteiden sisällölle luodaan tarkat kriteerit toiminnan tehokkuuden ja yhtenäisyyden takaamiseksi. Lähetteet ohjautuvat erikoisalan mukaisesti erikoislääkäreille, jotka ohjaavat potilaat haavakeskukseen ja tarvittaessa moniammatilliselle yhteisvastaanotolle. Yhteisvastaanotoille ohjatut lähetteet käsitellään lähetepalaverissa kerran viikossa. Palaverille varataan viikoittain tunti aikaa ja paikalla ovat haavahoitajat, jalkaterapeutti, vastuulääkäri sekä mahdollisuuksien mukaan muita erikoislääkäreitä. Lähetepalaverissa määritellään läheteiden perusteella vastaanotolla tarvittavat asiantuntijat sekä ennen vastaanottoa tarvittavat tutkimukset. Nämä suunnitelmat kirjataan määräyksiin. Osastosihteeri hoitaa ajanvaraukset asiantuntijoiden ajanvarauskirjoille sekä potilaille. Lisäksi sihteeri varaa tutkimukset vastaanottoa edeltävästi niin, että vastaukset ovat käytettävissä yhteisvastaanotolla.

Moniammatilliset vastaanottoajat ovat yhtenä päivänä viikossa, neljä vastaanottoaikaa per päivä. Haavahoitajat hoitavat yhdessä potilaita moniammatillisella vastaanotolla toiminnan sujuvoittamiseksi. Lähetepalaverissa tehdyn suunnitelman mukaisesti muut asiantuntijat tulevat tapaamaan potilasta vastaanottohuoneeseen. Vastaanottoajat ovat 1,5 tuntia. Tarvittaville asiantuntijoille varataan ajat ajanvarauskirjoille. Käynneillä haavapotilaille tehdään selkeä hoitosuunnitelma. Laskutus toimii haavavastaanoton ajanvarauksen pohjalta. Muina aikoina haavahoitajat pitävät haavapotilaille itsenäistä hoitajavastaanottoa, jossa on mahdollisuus tarvittaessa konsultoida nimettyä lääkäriä.

Toiminnan turvaamiseksi vuosilomien ja sairaspöissaolojen ajaksi on tärkeää olla osaavat ja toiminnan tuntevat sijaiset. Tässä hyödynnetään haavanhoidosta kiinnostuneita, muissa työpisteissä työskenteleviä sairaanhoitajia, jotka perehdytetään työhön työssäoppimisjaksoilla haavavastaanotolla. Yhteistyötoimien kesken on tarpeellista järjestää moniammatillisia tiimipalavereja säännöllisesti yhteistyön kehittämiseksi. Palaverien järjestämisen tulee kuitenkin olla tarvelähtöistä ja tapaamisten tavoitteena on toiminnan, sekä yhteistyön kehittäminen.

### **Vaikuttavuus**

Haavavastaanottotoiminnan taustalla täytyy olla organisaation tuki toiminnalle. Toiminnan käynnistäminen ei vaadi merkittävää taloudellista panosta, vaan onnistuu työpanoksia siirtämällä, toimintoja järjeistämällä sekä resursseja keskittämällä. Haavavastaanoton perustamisvaiheessa kustannuksia aiheutuu asiantuntijoiden ajankäytöstä ja mahdollisista tilojen saneerauksista. Hoitajien toimenkuvan ja vaadittavan kokemuksen sekä koulutuksen vuoksi palkan täytyy olla asiantuntijuutta vastaava. Lisäksi koordinoivan hoitajan suurempi vastuu toiminnasta ja kouluttaminen tulisi näkyä palkkauksessa. Palkkauksen taustalla käytetään työn vaativuuden arviointia. Vastaanottohuoneet järjestyvät olemassa olevista tai rakenteilla olevista tiloista. Lähtökohtana on asiantuntijoiden liikkuminen potilaan pysyessä paikoillaan. Vastaanottojen etukäteissuunnittelu mahdollistaa tehokkaan potilaan hoidon mahdollisimman pienillä resursseilla.

### **Tulevaisuus**

Toiminnan kehittyessä haavavastaanotolta tehdään yhteistyötä Xamkin kanssa haavanhoidon erikoistumisopintojen muodossa. Essoten henkilöstölle sekä yksityisille toimijoille suunnitellaan ja toteutetaan haavakoulutusta säännöllisesti ja monipuolisesti. Haavavastaanotolla voidaan tehdä tehtävänsiirtoja koulutuksen ja toiminnan vakiintumisen myötä lääkäreiltä hoitajille, näin pystytään vapauttamaan lääkäreiden resursseja muihin tehtäviin.

### **Toimintamallin arviointi**

Moniammatillisen haavavastaanottomallin kehittämisessä edettiin jatkuvan kehittämisen eli PDCA-mallin mukaisesti. Tämän toimintamallin mukaisesti saatujen tulosten ja aiemman tiedon pohjalta luotu malli arvioitettiin asiantuntijoilla. Lähetimme ehdotelman mallista seitsemälle haavanhoidon asiantuntijalle, joista neljältä saimme kehitysehdotuksia. Näiden ehdotusten pohjalta muokkasimme vastaanottomallin sen lopulliseen muotoon. Lopuksi koostimme mallin käynnistämisen ja toiminnan pohjaksi strategisen toimintamallin (liite 5).

## 13 KEHITTÄMISPROSESSIN TARKASTELU

### 13.1 Johtopäätökset

Väestön ikääntyessä ja kansansairauksien yleistyessä kroonisista haavoista on muodostunut haaste terveydenhuoltojärjestelmälle (Lagus 2018, 44). Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä painottaa strategiassaan palvelujen helppoa saatavuutta, vaikuttavuutta sekä laadukkuutta (Essote 2018). Opinnäytetyössämme pyrittiin vastaamaan Essoten alueen haavanhoidon haasteisiin selvittämällä nykytilannetta sekä edellytyksiä ja resursseja haavanhoidon kehittämiseksi. Tavoitteena oli yhtenäistää ja sujuvoittaa haavapotilaiden hoitoprosessia strategian mukaiseksi luomalla haavavastaanotto-malli ja näin lisätä hoidon vaikuttavuutta sekä laadukkuutta.

Tutkimuksissa on maailmanlaajuisesti todettu, että toimivalle terveydenhuoltojärjestelmälle ja potilaskeskeiselle hoidolle edellytyksenä on moniammatillinen yhteistyö (Salminen ym. 2017, 37). Kansainvälisesti haavanhoidossa moniammatillisilla yksiköillä on saavutettu kustannussäästöjä ja tehokkuutta. Haavanhoitoa keskittämällä on selkeästi näytön perusteella saavutettu parempia hoitotuloksia ja taloudellista vaikuttavuutta (Juutilainen & Hietanen 2018, 416–417.) Näihin tutkimustuloksiin pohjaten opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää lähtökohdat ja edellytykset moniammatillisen haavavastaanoton kehittämiseksi Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymän (Essote) alueella sekä luoda konkreettinen malli haavavastaanoton toiminnalle. Tavoitteena oli yhtenäistää ja sujuvoittaa haavapotilaiden hoitoprosessia Essoten alueella sekä kehittää haavanhoidon prosessia ottaen huomioon kustannus-hyödyt potilaan, organisaation ja yhteiskunnan kannalta.

Opinnäytetyö toteutettiin haastattelemalla Essoten alueen haavanhoidon asiantuntijoita teemahaastatteluilla sekä tutustumalla toiminnassa oleviin haavavastaanottoihin. Haavavastaanottomallin kehittämisessä hyödynnettiin kahta keskussairaالاتasoista haavakeskusta benchmarking-kohteena. Asiantuntijoiden haastatteluilla pyrittiin keräämään tietoa kentältä haavanhoidon ongelmista ja kehittämistarpeista. Lisäksi haluttiin asiantuntijoiden näkemyksiä moniammatillisen haavanhoidon keskittämisen vaatimista osa-alueista sekä selvitettiin millaista vaikuttavuutta toiminnalla voitaisiin saavuttaa.



Teemahaastattelujen avulla haluttiin selvittää haavanhoidon nykytilaa, Essoten strategista toimintaa, vaikuttavuutta ja moniammatillisuutta haavanhoidossa sekä haavanhoidon keskittämisen vaatimuksia. Haastatteluissa suurimmat ongelmat tuotiin esille haavanhoidon käytännöissä ja organisoinnissa. Todettiin, että Essoten alueen suurimmat haasteet haavanhoidossa ovat organisaation toimintaan liittyviä tekijöitä. Puutteita oli myös osaamisessa, resursseissa sekä yhteistyössä koko Essoten alueella. Yhteistyön ongelmat painotuivat toimintamallien ja yhtenäisten hoitopolkujen puutteeseen sekä haavanhoidon keskitetyn asiantuntijuuden puuttumiseen. Työyksikköjen sisällä yhteistyö oli toimivaa.

Essoten strategia ei ollut haavanhoidon haastateltujen asiantuntijoiden tiedossa eikä sen koettu näkyvän näin ollen päivittäisessä työssä. Moniammatillisuutta haavanhoidossa pidettiin tärkeänä ja hyödyllisenä, osaamista lisäävänä sekä potilasta hyödyttävänä toimintamallina. Haastateltavat näkivät tiimityön lisäävän hoidon sujuvuutta, toiminnan tehokkuutta sekä laatua ja kustannustehokkuutta. Moniammatillisen tiimityön nähtiin olevan keino osaamisen ja yhteistyön kehittämiseksi.

Haavanhoidon vaikuttavuudella on suuri merkitys asiantuntijoille, potilaalle ja yhteiskunnalle, ja sitä haluttiin selvittää yhtenä osana teemahaastattelua. Ensisijaisesti vaikuttavuutta lisäävinä tekijöinä nousivat esille yhtenäiset toimintamallit ja hoitopolut. Haavavastaanottotoiminnalla haastateltavat näkivät olevan yhteiskunnallisia hyötyjä sekä asiantuntijoita ja potilaita hyödyttäviä vaikutuksia. Todettiin, että moniammatillinen yhteistyö haavanhoidossa lisää vaikuttavuutta. Haavanhoidon keskittämisessä suunnitelmallisuus nähtiin tärkeänä. Vastaanottotoiminnan aloittamisen todettiin vaativan henkilöstö- ja ajankäyttöresursseja. Toimintoja järkeistämällä ja oikein suuntaamalla vastaanottotoiminnan käynnistämisen kustannukset pysyvät vähäisinä ja tulevaisuudessa toiminnalla saadaan kustannussäästöjä, kun asiantuntijuus on keskitetty moniammatilliselle haavavastaanotolle ja potilas saa palvelut yhdestä paikasta. Haavavastaanotolta koordinoituu koulutus kuntayhtymän alueella ja osaaminen lisääntyy. Yhteistyön kehittäminen mahdollistuu asiantuntijuuden keskittyessä.

Haavavastaanottomallia lähdettiin kehittämään Essotelle tarvelähtöisesti. Pohjana toimivat haavanhoidon asiantuntijoiden näkemykset moniammatillisen haavanhoidon keskittämisen vaatimista osa-alueista ja resursseista sekä benchmarking-kohteista havaitut hyvät toimintamallit. Näiden pohjalta kehitettiin malli haavavastaanottotoiminnalle. Haavavastaanotto on hoitajavetoinen, moniammatillinen yhteisvastaanotto, josta organisoituu koko kuntayhtymän ongelmahaavojen hoito ja diagnosointi, henkilöstön kouluttaminen, konsultointi ja haavanhoidon kehittäminen näyttöön perustuvasti. Potilaan hoito koordinoituu yhdestä paikasta ja yhteistyötahot ovat nimettyjä.

### **13.2 Pohdinta**

Opinnäytetyön kehittämistyö toteutettiin käyttäen apuna PDCA-mallia. Kehittämistyössä tavoitteena oli aikaisemman toimintamallin kehittäminen toimivammaksi ja nykyaikaisemmaksi. PDCA-malli toimi hyvin prosessissa haavanhoidon laadun parantamiseksi ja ohjasi kehittämistyön kulkua kohti asetettuja tavoitteita. Jatkuvan kehittämisen mallia käyttämällä myös lisättiin opinnäytetyön reliabiliteettiä eli tulosten pysyvyyttä. Mallin mukaisesti työn eri vaiheissa saavutettuja tuloksia arvioitiin ja sen mukaisesti suunnitelmaa muokattiin. Lopullinen malli myös arvioitettiin asiantuntijoilla.

Tiedonhankinta toteutettiin teemahaastattelulla haavanhoidon asiantuntijoille ja benchmarking-käynneillä jo olemassa olevissa haavakeskuksissa. Teemahaastattelulla saatiin kerättyä kohdennettua tietoa, joilla pystyimme vastaamaan asetettuihin tutkimustehtäviin. Haastateltavia valittaessa mietittiin tutkimuksen tarkoitusta ja valittiin haastateltavat asiaa koskevan asiantuntemuksen tai kokemuksen perusteella (Vilkkä 2015, 135). Haastateltaviksi saimme hyvin asiantuntijoita eri toimipisteistä Essoten alueelta, minkä vuoksi aineisto oli kattava. Aineistoa kerättyäessä varmistettiin, että saadut tulokset dokumentoitiin asiallisesti. Tällä lisättiin opinnäytetyön luotettavuutta. Haastateltavia oli yhteensä 25 ja tutkimustuloksissa alkoi näkyä saturaatiota eli kylläytymistä. Saturaation kautta lisättiin tutkimuksen vahvistettavuutta ja siten luotettavuutta. Aineiston keräämisessä käytettiin apuna ennalta suunniteltua haastattelurunkoa, jonka teemat nousivat teorian tiedon ja keskeisten käsitteiden pohjalta. Näin parannettiin tutkimuksen toistettavuutta. Teemahaastattelussa nou-

datettiin hyviä eettisen toiminnan tapoja ja haastattelut perustuivat vapaaehtoisuuteen sekä tietoiseen suostumukseen. Haastateltavat saivat haastattelurungon nähtäväksi etukäteen ja heitä informoitiin haastattelun alussa tutkimuksen tavoitteista sekä vapaaehtoisuudesta.

Benchmarking-kohteet valittiin organisaatioista, joissa malli toimii hyvin. Tieto näistä kohteista kerättiin havainnoimalla ja kysymyksillä. Benchmarking-käynneille tehtiin etukäteen suunnitelma, jotta selvitettävät asiat olivat yhteneväisiä. Haastatteluissa ja benchmarking-käynneissä noudatettiin toiminnan laillisuutta tutkimuslupamenettelyn kautta sekä salassapitoa. Opinnäytetyöhön osallistuneiden anonyymiteetti suojattiin asianmukaisesti. Benchmarking-kohteiden valinta oli onnistunut ja kohteista saatiin ajantasaista ja hyödynnettävää tietoa haavavastaaanottomallin kehittämistä varten.

Validiteetti eli oikeiden asioiden tutkiminen otettiin huomioon jo suunnitteluvaiheessa. Tutkimuksen kohteet, eli haastateltavat henkilöt sekä benchmarking-kohteet valittiin siten, että niiden avulla voidaan vastata asetettuihin tutkimustehtäviin. Tutkimusmenetelmät valikoituivat myös siten, että ne tukivat relevantin tiedon saantia, tutkimusasetelma huomioiden. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimustilanteita ei voida vakioda, varsinkin kun tarkastelun kohteena on ihmisten toiminta, ajattelu ja käyttäytyminen. Tämän takia luotettavuuden tarkastelu on haastavaa. (Kananen 2017, 172–174.)

Opinnäytetyössä haastatteluilla ja benchmarkingilla kerätty aineisto tuki aiempaa teorial tietoa ja tutkimuksia. Teorian pohjalta syntynyt käsitys haavanhoidon ongelmista ja kehittämiskohteista vahvistui haastatteluista saadun aineiston kautta. Tarve moniammatillisuudelle ja keskittämiselle, vaikuttavuuden ja kustannussäästöjen takaamiseksi, on selkeä. Essotelle kehitetty haavavastaaanottomalli pohjautuu aiempaan teoriaan ja tutkimuksiin sekä kerättyyn aineistoon. PDCA-mallin mukaisesti haavavastaaanottomalli arvioitettiin asiantuntijoilla ja muokattiin arvioiden pohjalta. Tällä lisättiin työn luotettavuutta. Valmis malli on sellaisenaan käyttöön otettavissa, joten opinnäytetyössä saavutettiin asetettu tavoite konkreettisesta haavavastaaanottomallista.

Eettisyys on kaikessa tieteellisessä toiminnassa sekä työelämälähtöisessä kehittämistyössä keskiössä (Ojasalo ym. 2014, 48). Opinnäytetyössä noudatettiin tiedeyhteisön mukaisia toimintatapoja, kuten tarkkuutta, rehellisyyttä sekä huolellisuutta. Tiedon hankinnassa noudatettiin tieteellisen tutkimuksen kriteereitä ja eettisesti hyviä menetelmiä. Suunnittelussa, toteutuksessa ja tulosten raportoinnissa noudatettiin tieteelliselle tutkimukselle asetettuja vaatimuksia. (Hirsjärvi ym. 2014, 24.)

Opinnäytetyön prosessi oli sujuva. Yhteistyö tekijöiden välillä sujui hyvin ja tavoitteet työlle olivat selkeät alusta asti. Tavoitteita tarkasteltiin jatkuvasti työn edetessä ja niitä muokattiin tarpeen mukaan. Parityö pakotti haastamaan, arvioimaan ja kyseenalaistamaan tehtyjä päätöksiä ja ratkaisuja. Haasteita opinnäytetyössä aiheuttivat haastattelujen tekninen järjestäminen sekä aikatauluttaminen vallitsevien olosuhteiden vuoksi. Samasta syystä benchmarking-käynti siirtyi usealla kuukaudella ja aiheutti haasteita työn edistymiselle. Aineiston keräämisen jälkeen analysointi ja tulosten koonti sekä haavavastaanottomallin kehittäminen oli sujuvaa. Aineisto tuki mallin kehittämistä ja antoi selkeät raamit lopullisen mallin muodostumiselle. Haavavastaanottomallin kehittäminen sai koko prosessin ajan asiantuntijoilta kannustusta kehittämistyöhön sekä ajatukseen toiminnan muutoksesta suhtauduttiin positiivisesti. Opinnäytetyönä kehitetty haavavastaanottomalli hyödyttää käyttöön otettaessa suoraan Essoten toimintaa ja tuo vaikuttavuutta työelämälle sekä yhteiskunnalle.

### **13.3 Jatkokehitysehdotukset**

Essoten haavanhoidon kehittämistyössä seuraava vaihe olisi opinnäytetyössä kehitetyn haavavastaanottomallin käyttöönotto. Toimintamallin kehittämisen pohjana käytettiin jatkuvan kehittämisen PDCA-mallia, joten käyttöönotto tulisi toteuttaa kehittämissyklin mukaisesti. PDCA-mallin jatkuva arviointi mahdollistaa toimintamallin arvioinnin ja muokkaamisen toiminnan edetessä. Jatkossa haavavastaanottotoimintaa ja sen vaikuttavuutta tulisi myös seurata ja arvioida. Yksi jatkokehitysehdotus olisi tämän seurannan toteuttaminen. Lisäksi työssä nousi esille haavanhoidon vaikuttavuuden rekisteröinnin tärkeys. Näiden rekisteröintimenetelmien kehittäminen olisi myös kehitysehdotuksena.

## LÄHTEET

Al-Gharibi, K., Sharstha, S. & Al-Faras, M. 2018. Cost-Effectiveness of Wound Care. A concept analysis. *Sultan Qaboos University Medical Journal* 4, 433–439. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6443278/> [viitattu 20.1.2020].

Berg, L. 2018. Kuopion yliopistollisen sairaalan haavakeskushanke – yhteistyön tehostamisella potilaan parhaaksi. Teoksessa: Iivanainen, A. & Kallio, H. (toim.) Haavanhoidon kaksi vuosikymmentä. Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. Helsinki: Paintek Pihlajamäki Oy, 48–50.

Bronstein, L. 2003. A Model for Interdisciplinary Collaboration. *Social Work* 3, 297–306. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://psychrights.org/research/digest/CriticalThinkRxCites/bronstein.pdf> [viitattu 15.1.2020].

de Leon, J., Bohn, G., DiDomenico, L., Fearmonti, R., Gottlieb, H., Lincoln, K., Shah, J., Shaw, M., Taveau, H., Thibodeaux, K., Thomas, J. & Treadwell, T. 2016. Wound Care Centers: Critical Thinking and Treatment Strategies for Wounds. *Wounds: a compendium of clinical research and practice* 10, 1–23. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://pdfs.semanticscholar.org/56e3/16d13683d103b00773250a98ebe85390d8e4.pdf?\\_ga=2.189735464.2088614381.1581410105-49121500.1581410105](https://pdfs.semanticscholar.org/56e3/16d13683d103b00773250a98ebe85390d8e4.pdf?_ga=2.189735464.2088614381.1581410105-49121500.1581410105) [viitattu 15.1.2020].

Eloranta, S. & Kuusela, M. 2011. Moniammatillinen yhteistyö – katsaus suomalaisiin hoitotieteellisiin opinnäytetöihin. *Tutkiva hoitotyö* 3, 4–13.

Eronen, P. 2011. Elämä pitkäaikaisen alaraajahaavan kanssa -potilaiden kuvauksia. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Essote. 2016. Jäsenkunnat. Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä. WWW-julkaisu. Saatavissa: <https://www.essote.fi/tietoa-meista/hallinto-ja-paatoksenteko/jasenkunnat/> [viitattu 28.11.2019].

Essote. 2018. Strategia. Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä. WWW-julkaisu. Saatavissa: <https://www.essote.fi/tietoa-meista/hallinto-ja-paatoksenteko/strategia/> [viitattu 28.11.2019].

Etelä-Savon alueellinen hyvinvointikertomus ja -suunnitelma 2018–2020. s.a. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.essote.fi/wp-content/uploads/sites/2/2018/06/etela-savon-alueellinen-hyvinvointikertomus-vuosille-2018\\_2020.pdf](https://www.essote.fi/wp-content/uploads/sites/2/2018/06/etela-savon-alueellinen-hyvinvointikertomus-vuosille-2018_2020.pdf) [viitattu 28.11.2019].

Flinkman, M. 2018. Itsenäiset hoitajavastaanotot sosiaali- ja terveydenhuollon julkisissa organisaatioissa. Tehyn julkaisusarja B. Selvityksiä 2/18. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2018/2018\\_b2\\_itsenaiset\\_hoitajavastaanotot\\_id\\_11830.pdf](https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2018/2018_b2_itsenaiset_hoitajavastaanotot_id_11830.pdf) [viitattu 20.1.2020].

Haapa-aho, M., Koskinen, M-K. & Kuosmanen I. 2009. Työnjakomallit – Laajennetaanko tehtäväkuvaa vai siirretäänkö tehtäviä. Tehyn julkaisusarja F: 3/09. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2009/2009\\_f\\_3\\_tyonjakomallit\\_id\\_51.pdf](https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2009/2009_f_3_tyonjakomallit_id_51.pdf) [viitattu 20.1.2020].

- Haavatalo. 2019. Palvelut. Terveyskylä. WWW-sivusto. Päivitetty 28.2.2019. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/haavatalo/palvelut> [viitattu 18.12.2019].
- Heliskoski, J., Humala, H., Kopola, R., Tonteri, A. & Tykkyläinen, S. 2018. Vaikuttavuuden askelmerkit. Työkaluja ja esimerkkejä palveluntuottajille. Sitran selvityksiä 130. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://media.sitra.fi/2018/03/27105443/vaikuttavuuden-askelmerkit.pdf> [viitattu 28.1.2020].
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. 19. painos. Helsinki: Tammi.
- Hjort A. & Gottrup F. 2010. Cost of wound treatment to increase significantly in Denmark over the next decade. *Journal of Wound Care* 5, 173–184. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://pdfs.semanticscholar.org/6988/79c8bd9c911b6fbde4f504c46498ee74ca3b.pdf> [viitattu 15.1.2020].
- Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca.
- Howell S., Kohan, L., Woods, J., Criscitelli, T., Gillette, B., Donovan, V. & Gorenstein, S. 2018. Wound Care Center of Excellence: A Process for Continuous Monitoring and Improvement of Wound Care Quality. *Advances in skin & wound care* 5, 204–213. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://journals.lww.com/aswcjournal/fulltext/2018/05000/Wound\\_Care\\_Center\\_of\\_Excellence\\_A\\_Process\\_for.4.aspx](https://journals.lww.com/aswcjournal/fulltext/2018/05000/Wound_Care_Center_of_Excellence_A_Process_for.4.aspx) [viitattu 20.1.2020].
- Hujala, A. & Lammintakanen, J. 2018. Paljon sote-palveluja tarvitsevat ihmiset keskiöön. KAKS – Kunnallisanalan kehittämissäätiö. Kunnallisanalan kehittämissäätiön Julkaisu 12 / 2018. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaks.fi/wp-content/uploads/2018/01/paljon-sote-palveluja-tarvitsevat-ihmiset-keski-on.pdf> [viitattu 20.1.2020].
- Häkkinen, E., Kuiri, S., Mäkitalo, A., Mäkitalo, S., Perkinen, P., Pokkinen, K., Ryttyläinen-Korhonen, K. & Taivalantti-Ripatti, T. 2015. Hoitotyön strategia 2015–2019. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://docplayer.fi/3211807-Hoitotyön-strategia-2015-2019-tyoryhma.html> [viitattu 28.11.2019].
- Iivanainen, A. & Kallio, H. (toim.) 2018. Haavanhoidon kaksi vuosikymmentä. Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. Helsinki: Paintek Pihlajamäki Oy.
- Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. 2. painos. Vantaa: Dark Oy.

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen\\_vaitoskirja.pdf](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf) [viitattu 13.1.2020].

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

Jokiniemi, K. 2014. Kliinisen hoitotyön asiantuntijatehtävät suomalaisessa terveydenhuollossa. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) 2018. Haavanhoidon periaatteet. 4., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kaartinen, I., Berg, L. & Lagus, H. 2017. Haavanhoitoon kannattaa panostaa. *Suomen lääkirilehti* 8, 481. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset-tiede/haavanhoitoon-kannattaa-panostaa/> [viitattu 4.2.2020].

Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kauhanen, J. 2012. Henkilöstövoimavarojen johtaminen. 11. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Kekoni, T., Mönkkönen, K. & Pehkonen, A. 2019. Moniammatillinen yhteistyö, vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/Record/kaakkuri.225036> [viitattu 20.1.2020].

Kim, P., Evans, K., Steinberg, J., Pollard, M. & Attinger, C. 2013. Critical elements to building an effective wound care center. *Journal of Vascular Surgery* 57, 1703–1709. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214\(12\)02711-5/fulltext](https://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214(12)02711-5/fulltext) [viitattu 19.1.2020].

Korhonen, K. & Lepäntalo, M. 2012. Ongelmahaavojen hoitoketjun kehittämisen tehostaa hoitoa ja tuo säästöjä. *Suomen lääkirilehti* 43, 3119–3123.

Kuisma, J., Niskanen, M. & Talvitie, T. 2019. Moniammatillisuus Päijät-Hämeen keskussairaalan haavakeskuksessa. *Haava-lehti* 3, 20–23.

Kyngäs, H. & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1, 3-12.

Käypä hoito -suositus. 2014. Krooninen alaraajahaava. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriliiton asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50058> [viitattu 17.1.2020].

Laatuakatemia. 2020. Laatutyökaluja. WWW-sivusto. Saatavissa: <http://www.kotiposti.net/tuurala/PDCA.htm> [viitattu 27.1.2020].

Laatusanasto. 2019. Vaikuttavuus. WWW-sivusto. Saatavissa: <http://laatusanasto.blogspot.com/2005/10/vaikuttavuus.html> [viitattu 16.1.2020].

Lagus, H. 2018. HUS Haavakeskus – Haavahoidon erityispätevyys edellä kohti HUS Haavakeskusta. Teoksessa Iivanainen, A. & Kallio, H. (toim.) Haavanhoidon kaksi vuosikymmentä. Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. Helsinki: Paintek Pihlajamäki Oy, 44–47.

Lauha, M. & Kaartinen, I. 2018. Tampereen yliopistollisen sairaalan haavakeskus. Teoksessa: Iivanainen, A. & Kallio, H. (toim.) Haavanhoidon kaksi vuosikymmentä. Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. Helsinki: Paintek Pihlajamäki Oy, 51–53.

Logistiikan maailma. 2020. LEAN-ajattelu. Reijo Rautauoman säätiö. WWW-sivusto. Saatavissa: [www.logistiikanmaailma.fi/tuotanto/prosessien-kehittaminen/lean-ajattelu/](http://www.logistiikanmaailma.fi/tuotanto/prosessien-kehittaminen/lean-ajattelu/) [viitattu 27.1.2020].

Maijala, V. 2016. Health Promotion in Primary Health Care Registered Nurses' Appointments. University of Eastern Finland. Department of Nursing Science. Faculty of Health Sciences. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-2105-5/urn\\_isbn\\_978-952-61-2105-5.pdf](https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2105-5/urn_isbn_978-952-61-2105-5.pdf) [viitattu 27.1.2020].

Mattila, V. 2009. Pienin askelin -malli kehittämisen työkaluna. Teoksessa: Ojala, M., Venninen, T., Mäkitalo A-R. & Vilpas, B. Löytöretkellä omaan työhön. Kehittämistä ja tutkimusta päiväkodin arjessa. Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus SOCCAn ja Heikki Waris – instituutin julkaisusarja nro 22. Yliopistopaino, 59–66. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://www.socca.fi/files/94/Loytoretkella\\_omaan\\_tyohon\\_kehittamista\\_paivakodin\\_arjessa.pdf](http://www.socca.fi/files/94/Loytoretkella_omaan_tyohon_kehittamista_paivakodin_arjessa.pdf) [viitattu 27.1.2020].

Moore, Z., Butcher, G., McGuiness, W., Snyder, R. & van Acker, K. 2014. Exploring the concept of a team approach to wound care. Managing wounds as a team. *Journal of Wound Care* 5, AAWC/AWMA/EWMA Document. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://ewma.org/fileadmin/user\\_upload/EWMA.org/Project\\_Portfolio/EWMA\\_Documents/AAWC\\_AWMA\\_EWMA\\_ManagingWoundAsATeam\\_FINALdoc.pdf](https://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA.org/Project_Portfolio/EWMA_Documents/AAWC_AWMA_EWMA_ManagingWoundAsATeam_FINALdoc.pdf) [viitattu 16.1.2020].

Niemi, T. 2018. Tyksin haavapoliklinikka. Teoksessa Iivanainen, A. & Kallio, H. (toim.) Haavanhoidon kaksi vuosikymmentä. Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. Helsinki: Paintek Pihlajamäki Oy, 54–55.

Ojasalo, K., Moilanen, T & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Palve, J. 2017. Kroonisten haavojen konservatiivisen hoidon mahdollisuudet. *Suomen Lääkärilehti* 8, 518–523.



Peltonen, E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-1078-2/urn\\_isbn\\_978-951-27-1078-2.pdf](https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1078-2/urn_isbn_978-951-27-1078-2.pdf) [viitattu 27.1.2020].

Pihlajaniemi, V.-J. 2018. Satakunnan keskussairaalan haavakeskus. Teoksessa: Iivanainen, A. & Kallio, H. (toim.) Haavanhoidon kaksi vuosikymmentä. Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. Helsinki: Paintek Pihlajamäki Oy, 63.

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2020A. Yhtymä. WWW-sivusto. Saatavissa: <https://www.phhyky.fi/fi/yhtyma/> [viitattu 8.7.2020]

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2020B. Strategia 2022. PDF-dokumentti. Saatavissa: [file:///C:/Users/Omistaja/Downloads/liite\\_paijat-hameen\\_hyvinvointikuntayhtymän\\_strategia\\_2022\\_30102017\\_hallituksen\\_ptk\\_20494.pdf](file:///C:/Users/Omistaja/Downloads/liite_paijat-hameen_hyvinvointikuntayhtymän_strategia_2022_30102017_hallituksen_ptk_20494.pdf) [viitattu 8.7.2020]

Rikssår. 2017. Vad är RiksSår? WWW-dokumentti. Päivitetty 19.4.2017. Saatavissa: <https://www.rikssar.se/for-vardepersonal> [viitattu 22.1.2020].

Salminen, L., Stolt, M. & Suhonen, R. 2017. Uudistuvan sosiaali- ja terveydenhuollon lähtökohtia. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Turku: Juvenes Print.

Satasairaala. 2019. Satasairaala. Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. WWW-sivusto. Saatavissa: <https://www.satasairaala.fi/satasairaala> [viitattu 27.3.2020].

Seppänen, S. 2008. Haavanhoidon vaikuttavuus. Luentotiivistelmä. Teoksessa Sairaanhoitajapäivät 2008. Tulevaisuus lähellä. Luento-ohjelma ja tiivistelmät. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 88.

Sintonen, H. & Pekurinen, M. 2009. Terveystaloustiede. 1.–3. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos. Tampere: Tampereen yliopistopaino oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Viitala, R. 2015. Henkilöstöjohtaminen: strateginen kilpailutekijä. 4.–5. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Öien, RF., Forssell, H. & Ragnarson Tennvall, G. 2016. Cost consequences due to reduced ulcer healing times – analyses based on the Swedish Registry of Ulcer Treatment. *International Wound Journal* 5, 957–962. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/iwj.12465> [viitattu 22.1.2020].

## KUVALUETTELO

Kuva 1. Terveysthuollon toiminnan elementit (Sintonen & Pekurinen 2009, 52).....	14
Kuva 2. Vaikutusketju (The iooi method) (Heliskoski ym. 2018, 5 mukaillen).	14
Kuva 3. Moniammatillisen työskentelyn osa-alueet ja niihin vaikuttavat tekijät Bronsteinin (2003) jäsentelyn mukaisesti (Kekoni ym. 2019) .....	20
Kuva 4. Deming-ympyrä (PDCA) Mattilaa (2009) mukaillen.....	28
Kuva 5. Opinnäytetyön toteutus PDCA-mallin mukaisesti .....	30
Kuva 6. Haastateltujen jakauma.....	31
Kuva 7. Esimerkki sisällönanalyysin toteutumisesta.....	36
Kuva 8. Haavanhoidon nykytilanteeseen vaikuttavat tekijät .....	37
Kuva 9. Essoten haavanhoidon yhteistyötahot.....	39
Kuva 10. Strategisen toiminnan taustalla olevat tekijät vastaajien mielestä ...	44
Kuva 11. Tiimityön hyödyt ja haitat vastaajien näkemyksien mukaan .....	46
Kuva 12. Yhteisvastaanoton hyödyt vastaajien näkemyksien mukaan.....	50
Kuva 13. Moniammatillisen haavavastaanoton yhteistyötahot vastaajien näkemyksen mukaan .....	51
Kuva 14. Yhteisvastaanoton tehtävät vastaajien näkemyksen mukaan .....	53
Kuva 15. Ehdotus haavavastaanoton viikko-ohjelmasta .....	61
Kuva 16. Haavavastaanottomalli.....	61

Tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja menetelmät	Tulokset
Howell S. ym. 2018. Wound Care Center of Excellence: A Process for Continuous Monitoring and Improvement of Wound Care Quality	Selvittää parantaako jatkuva seuranta kroonisen haavanhoidon laatua.	Moniammatilliset työryhmät ja heidän keräämä aineisto kroonisista haavapoti-laista. Haavanhoidon vaikuttavuuden seurantaan luotu tietokanta.	<p>Moniammatillisten tapaamisten kustannukset ovat huomattavasti pienemmät, kuin haavapotilaiden komplikaatioiden ja uudelleen hoitoon haakeutumisen kustannukset. Tutkimuksessa seuranta-aika oli vielä liian lyhyt pidemmän tähtäimen vaikutusten saamiseksi.</p> <p>Moniammatillisen haavanhoidon todettiin kuitenkin vähentävän haavan paranemisaikaa ja potilaalle aiheuttamaa kärsimystä.</p>
Kim, P. ym. 2013. Critical elements to building an effective wound care center	Selvittää haavakeskuksen perustamisen ja ylläpitämisen kriittiset elementit	Moniammatillisen ryhmän artikkeli	<p>Ensisijaisina tekijöinä on moniammatillinen yhteistyö ja organisaation tuki (taloudellinen tuki ja puitteiden järjestäminen) Moniammatillisen tiimin etuna on se, että työryhmässä on helppompaa luoda yhteinen haavanhoito suunnitelma ja kommunikaatio on parempaa, kun tiimin jäsenet kokoontuvat. Tämä myös ehkäisee eri tahojen hoitamasta vain omaa "tonttiaan".</p> <p>Hankaluutena on tiimin organisointi ja ylläpito, varsinkin jos taustalla ei ole organisaation tukea.</p> <p>Ideaali haavakeskus hoitaa ja arvioi perushaavanhoidon ja ohjaa ongelmahaavat moniammatillisen ryhmän käsiteltäväksi.</p>

de Leon, J. ym. 2016. Wound Care Centers: Critical Thinking and Treatment Strategies for Wounds	Suunnitella parhaat hoitolinjat haavakeskusten moniongelmaisten potilaiden hoidoksi	Haavakeskusten asiantuntijoista koostuva paneeli	<p>Ongelmina raha, sidosten saatavuus ja käyttö, hoidon viivästyminen, pääsy asiantuntijoiden vastaanotoille, haavahoitajien asiantuntijuuden eritasoisuus, potilaiden hoitoon sitoutuminen ja hoitoa antavien tahojen rajoitukset.</p> <p>Ratkaisuina nähtiin moniammatillisen tiimin arviointi hoidon tarpeesta.</p> <p>Osaamisen lisääminen tutkimusten kautta haavasidoksista ja hoitomuodoista nähtiin tärkeänä. Haasteet jatkuvat ilman valtion tukea kouluttautumiseen ja taloudellisiin näkökulmiin.</p>
Moore, Z. ym. 2014. Exploring the concept of a team approach to wound care. Managing wounds as a team.	Kehittää maailman laajuinen malli haavojen hoitamiseen	Kirjallisuuskatsaus. 84 artikkelia	<p>On olemassa riittävästi näyttöä siitä, että kun yksilölliset ammattilaiset toimivat yhdessä yhteisen potilaslähtöisen päämäärän valossa, saavutetaan parempia kliinisiä hoitotuloksia. Moniammatillisesta haavanhoidosta saadaan potilaan hyöty sekä terveydenhuoltoinstituution ja yksilöllisten klinikoiden hyödyt.</p> <p>Haavanhoidon yhteistyömallissa tulee huomioida potilaskeskeisyys, järjestelmän joustavuus, arvioinnin yhtenäistäminen, asianmukaiset palkkiot ja terveydenhuoltojärjestelmän soveltuvuus tiimityölle.</p>

<p>Maijala, V. 2016. Health Promotion in Primary Health Care Registered Nurses' Appointments</p>	<p>Aikaisempien tutkimustulosten yhdistäminen (1998–2011) terveyden edistämisestä hoitotyössä. Tunnistaa ja saavuttaa yksimielisyys tyypeistä, joita sairaanhoitajien vastaanotot edustavat terveyden edistämisen käytäntöjen toteuttamisessa, vaadittavista asiakasvastaavatoiminnan osaamisalueista sairaanhoitajien vastaanotoilla terveyden edistämisen käytännössä ja tarvittavista perusedellytyksistä terveyden edistämisen käytännön toteuttamiselle hoitajavastaanotoilla.</p>	<p>Integroitu kausaus (n=40) ja kaksivaiheinen mukailtu Delphi-tutkimus. Ensimmäisellä kierroksella puolistrukturoidut haastattelut (n=42). Toisella kierroksella kyselytutkimus toteutettiin samoissa terveyskeskuksissa. Kyselyyn vastasi 64 % tutkituista (n=56). Aineiston analysointiin käytettiin sisällön analyysiä, käsitekartta-menetelmää ja tilastollisia analyysejä.</p>	<p>Katsauksen tulokset osoittivat terveyden edistämisen teoreettisen perustan olevan joko terveyden edistämiseen suuntautuminen tai kansanterveyteen suuntautuminen. Tuloksista ilmeni sairaanhoitajien terveyden edistämisen osaamisalueiden koostuvan monitieteisestä tietoperustasta, taidollisesta osaamisesta, asenteellisesta osaamisesta ja persoonallisista ominaisuuksista. Delphi tutkimuksessa saavutettiin yksimielisyys neljästä terveydenedistäjätyypistä, sairaanhoitajien vastaanotoilla: asiakaslähtöinen terveyden edistäjä, terveyden edistämisen käytäntöjen kehittäjä, terveyden edistämisen moniammatillisten tiimien jäsen sekä tyyppi, joka ilmaisi kiinnostusta terveystaloutta kohtaan. Tutkimuksessa saavutettiin myös yksimielisyys sairaanhoitajien vastaanotoilla vaadittavista asiakasvastaavatoiminnan osaamisalueista, jotka sisälsivät erilaisia kykyjä työskennellä itsenäisesti ja yhteistyössä eri sektoreiden kanssa. Perusedellytyksistä terveyden edistämisen käytännön onnistumiselle sairaanhoitajien vastaanotolla olivat terveyttä edistävä organisatiokulttuuri, sairaanhoitajan terveystaloutta-orientaatio ja kehittyminen, asiakkaiden lähestymistapa terveenä olemiseen sekä terveystaloutta.</p>
--	---	--	--

Peltonen, E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina	Kuvata perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan järjestyjä eri toimijoiden arvoistelemina sekä verrata lääkäreiden ja hoitajien yhteistyön toteutumisesta. Luoda toimintamalli perusterveydenhuollon vastaanotto-toimintaan.	Vertaileva tutkimus. Kyselylomakkeet. Hallinnon edustajat (n=31), lääkärit (n=48), hoitajat (N=141) sekä vastaanoton asiakkaat (n=788).	Hoitajat kaipasivat lisäkoulutusta itsensäseen työskentelyyn. Lääkäreille ja hoitajille kaivattiin yhteistä koulutusta sekä aikaa kehittää toimintaa sekä juurruttaa sitä käytäntöön. Vastaanottotoiminnan kehittämiseksi kaikki organisaation vastaajat kokivat tärkeimmäksi toiminnan suunnittelun ja arvioinnin tehostamisen. Lisäksi lääkärin ja hoitajien työnjakoa tulisi selkiyttää. Asiakkaat olivat tyytyväisiä parityöskentelyyn, joskin kaipasivat lisää henkilökuntaa toiminnan kehittämiseksi.
Laakso, M. 2015 Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö	Moniammatillisen haavakeskuksen vaikutus diabeettisten jalkainfektioiden hoidossa	Potilaat valikoituivat 3 eri ryhmästä toimenpidekoodien perusteella N=401	Hoidettujen jalkainfektioiden määrän kasvu 19 %, sääriamputaatioiden merkittävä väheneminen haavakeskuksen perustamisen jälkeen, potilaiden elossa selviämisessä tutkittavien ryhmien välillä ei ollut merkittävää eroa.
Al-Gharibi, K., Sharstha, S., Al-Faras, M. 2018. Sultan Qaboos University	Kustannusvaikuttavuus haavanhoidossa	Analyysiin valikoitui 18 artikkelia tieteellisesti julkaistua artikkelia	Hoitajien ja klinikoiden tulisi edistää haavanhoidon kustannusvaikuttavuutta tarkastelemalla haavan paranemisen edistymistä, potilaan ennustetta samalla kuin ylläpitää matalia hoidon kustannuksia.

<p>Eronen, P. 2011, Elämä pitkäaikaisen alaraajahaavan kanssa: potilaiden kuvauksia. Itä-Suomen yliopisto</p>	<p>Millaista on elämä pitkäaikaisen alaraajahaavan kanssa?</p>	<p>Kuvaileva laadullinen tutkimus. Avoimet yksilöhaastattelut Pitkäaikaisen haavan kanssa elävät potilaat (=7)</p>	<p>Pitkäaikainen alaraajahaava vaikeutti potilaiden arjesta selviytymistä. Haavan pitkäaikaisuus vaikutti potilaiden hyvinvointiin aiheuttaen masennusta, mielialan laskua, aloitekyvyttömyyttä ja vaikutti itsetuntoon. Haavan ulkomuoto ja olemassaolo synnyttivät potilaissa häpeän tunteita. Hoidon onnistumisen ja potilaan hoitomyöntyvyyden kannalta on tärkeää ymmärtää haavanpitkäaikaisuus ja sen syntyyn vaikuttavat tekijät. Pitkäaikainen haava aiheutti kipua ja potilailla oli haavatulehduksia ja lukuisia antibioottikuureja.</p>
<p>Whiteford, C., White, S. &amp; Stephenson, M. 2016. Adelaiden yliopisto, terveystieteiden tiedekunta</p>	<p>Sairaanhoitajavetoisten klinikoiden tehokkuus palveluiden tarjoamisessa ja kliinisissä tuloksissa aikuisilla, joilla on krooninen korva-, -nenä- tai kurkkutauti verrattuna lääkäri-vetoisiin klinikoihin</p>	<p>Tutkimuksessa oli mukana 3 metodologisesti laadukasta tutkimusta</p>	<p>Palveluntuoton tulokset olivat, että sairaanhoitajan johtamissa klinikoissa potilaiden tyytyväisyys oli yhtä suuri tai suurempi ja odotusajat lyhyemmät. Muita palveluntoimituksen tuloksia ei otettu huomioon. Kliinisten ja terveydellisten tulosten perusteella havaittiin, että sairaanhoitajan johtamissa klinikoissa osoitettiin alempia kipu- / epämukavuustasoja, mutta muita kliinisiä / terveysvaikutuksia ei otettu huomioon. Taloudellisten tulosten perusteella sairaanhoitajan johtamat klinikat olivat kustannustehokkaita verrattuna lääkärin johtamiin klinikoihin.</p>

Öien, RF., Forssell, H. & Ragnarson Tennvall, G. 2016. Cost consequences due to reduced ulcer healing times - anal- yses based on the Swedish Registry of Ul- cer Treatment.	Selvittää hoidon kustannuksia ja resurssien käyt- töä vaikeasti pa- ranevien haavo- jen hoidon osalta Ruotsin haavanhoitore- kisterin pohjalta	Materiaalina käytettiin rekis- teriin rekisteröi- tyjä tietoja vuo- silta 2009–2012.	Vaikeasti paranevien haavojen kus- tannukset laskivat rekisteröinnin myötä noin 18 000 kruunua potilasta kohden johtuen lyhyemmistä para- nemisajoista. Sidostenvaihdon tiheys pysyi ennallaan aiempaan nähden. Haavojen paranemisaika väheni 38 %. Kroonisten haavojen hoitokustan- nusten todettiin vähenevän hyvien hoitostrategioiden avulla, joilla pääs- tään lyhyempiin paranemisaikoihin.
--	--	--	---



Hyvä haavanhoidon asiantuntija!

Pyydämme Sinua osallistumaan opinnäytetyöhömmme, jonka tarkoituksena on luoda Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalveluille (Essote) malli haavavastaanotto toiminnalle. Haluaisimme kartoittaa haavanhoidon asiantuntijoiden näkemyksiä toiminnan suunnittelussa huomioon otettavista asioista.

Osallistumisesi on vapaaehtoista, voit kieltäytyä tai keskeyttää osallistumisesi ilman syytä, milloin tahansa.

Keräämme aineistoa teemahaastatteluiden avulla. Tarkoituksena on haastatella asiantuntijoita erikoisairaanhoidosta ja perusterveydenhuollosta. Haastattelut on tarkoitus toteuttaa kevään 2020 aikana. Haastattelut toteutetaan ryhmähaastatteluina ja haastatteluun olisi hyvä varata aikaa 1,5 tuntia. Ajankohdan sovimme yhdessä. Haastattelupaikaksi valitaan rauhallinen ja haastatteluun soveltuva tila. Haastattelut nauhoitetaan. Noin viikkoa ennen ajankohtaa lähetämme sinulle teemahaastattelukysymykset sähköpostitse, joten voit perehtyä niihin jo ennalta.

Opinnäytetyöllemme on myönnetty lupa Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalveluiden toimesta. Aineistoa säilytetään asianmukaisesti salasanoin turvatuissa tiedostoissa ja kirjallinen aineisto lukitussa tilassa. Aineisto on vain ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden saatavilla. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen aineisto hävitetään asianmukaisesti.

Sinulta pyydetään haastattelun alussa kirjallinen suostumus teemahaastatteluun osallistumisesta. Haastattelut litteroidaan ja saatua materiaalia käytetään opinnäytetyön raportissa. Saadut tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä. Valmis opinnäytetyön raportti ei anna mahdollisuutta yksittäisen vastaajan tunnistamiseen.

Opinnäytetyön ohjaajana toimii yliopettaja Paula Mäkeläinen Kaakkois-Suomen Ammattikorkeakoulusta ja työelämän ohjaajana sairaalapalvelujen palvelupäällikkö Heidi Häkkinen Etelä-Savon terveyspalveluista.

Annamme mielellämme lisätietoja ja vastaamme kysymyksiin, mikäli sellaisia ilmenee.

Yhteistyö terveisin

Kirsi Laatikainen

Kliininen asiantuntija opiskelija, YAMK

[akila004@edu.xamk.fi](mailto:akila004@edu.xamk.fi)

0505564257

Marjut Pesonen

Kliininen asiantuntija opiskelija, YAMK

[amape006@edu.xamk.fi](mailto:amape006@edu.xamk.fi)

0505769560

## TEEMAHAASTATTELURUNKO

## Taustatiedot:

- Haastattelija: \_\_\_\_\_
- Ajankohta ja kesto: \_\_\_\_\_
- Haastateltava henkilö: \_\_\_\_\_
- Organisaatio ja toimipaikka: \_\_\_\_\_
- Asema: \_\_\_\_\_

Tutkimuksen tavoitteet esitetty [ ]

Tutkimuslupa saatu tutkittavalta [ ]

Tutkimuseettiset kysymykset huomioitu [ ]

## TEEMAT:

## 1. HAAVAHOIDON NYKYTILANNE

- Millaisena näet haavahoidon nykytilan oman työsi kannalta? Entä potilaan kannalta?
- Miten mielestäsi yhteistyö toimii haavahoidossa eri tahojen kanssa?
- Mikä haavapotilaiden hoidossa on toimivaa? Mitä pitäisi mielestäsi kehittää?

## 2. STRATEGINEN TOIMINTA

- Tiedätkö organisaation strategian? Kuinka tämä strategia näkyy päivittäisessä työssäsi?
- Mitä asioita on otettava huomioon, että strategian mukainen toiminta toteutuisi haavapotilaiden hoidossa?

## 3. VAIKUTTAVUUS

- Millaisilla keinoilla haavapotilaiden hoidon kustannustehokkuutta voitaisiin parantaa?
- Mitä taloudellisia hyötyjä olisi haavavastaanottotoiminnan käynnistämällä? Miten toiminnan muutos vaikuttaa kustannuksiin?
- Miten huomioit taloudellisuuden omassa työssäsi?
- Miten mielestäsi potilas hyötyisi haavavastaanoton toiminnasta?
- Millaisia voimavaroja haavavastaanotto toiminnan aloittaminen vaatii?

## 4. MONIAMMATILLISUUS

- Millaisena näet moniammatillisen tiimityön hyödyt ja haitat?
- Millaisia hyötyjä on osaamisen yhdistämisessä?
- Mitä asioita tulee huomioida henkilöstön näkökulmasta toimintaa suunniteltaessa?
- Miten haavahoidon keskittäminen vaikuttaa henkilöstön osaamiseen?
- Miten kokisit toiminnan muutoksen ja mitä olisit itse valmis tekemään muutoksen saavuttamiseksi?
- Millainen rooli on lääkärillä ja hoitohenkilökunnalla haavapotilaan hoidossa moniammatillisessa tiimissä?

#### 5. HAAVAHOIDON KESKITTÄMINEN

- Millainen vastaanottomalli soveltuisi haavapotilaiden hoitoon?
- Miten haavahoidon keskittäminen vaikuttaisi haavapotilaiden hoitoon?
- Mitä mielestäsi tulee huomioida haavavastaanoton tilasuunnittelussa?  
Entä ajankäytössä?
- Mitä asioita tulee ottaa huomioon potilaan näkökulmasta toimintaa suunniteltaessa?

## BENCHMARKING KYSYMYSRUNKO

### ASIAKKAAT

- Lähetteet
- Konsultaatiot
- Etätyöskentely: kuva-, video-, puhelinkonsultaatiot ym?

### HENKILÖSTÖ

- Työnjako
- Moniammatillisuus
- Ajankäyttö
- Ajanvarauskirjat
- Koulutus
- Haavatyöryhmätoiminta
- Yhteistyö maakuntien ja yksityisten toimijoiden kanssa?

### TILARATKAISUT

### KUSTANNUKSET

### VAIKUTTAVUUS

- Seuranta, rekisterit?
- Tutkimukset
- Kustannustehokkuus
- Hyödyt asiakkaille

### TOIMINNAN KÄYNNISTÄMINEN

- Voimavarat
- Tuki

## MONIAMMATILLISEN HAAVAVASTAANOTTOTOIMINNAN KÄYNNISTÄMISEN STRATEGIA

### Toiminnan aloitus

- Työryhmä toiminnan suunnitteluun
  - o Lähetekriteerit
  - o Pelisäännöt yhteistyölle
  - o Toiminnan budjetointi
- Hoitajien toimien siirto: yksi ihotaudeilta, yksi kirurgialta
- Toimintojen siirtyminen erikoisalojen vastaanotolta; haavanhoito keskitetysti haavavastaanotolla

### Henkilöstö

- Kahden haavahoitajan rekrytointi avoimella haulla
  - o haavanhoidon erikoistumisopinnot, auktorisointi
- Vastuulääkärin nimeäminen; haavanhoidon osaaminen
- Palkkaus asiantuntijuuden mukaan, työn vaativuuden arviointi

### Potilaat

- Kirurgiset ja krooniset ongelmahaavat
- Diagnosointi, hoidon suunnittelu, jatkohoito
- ”Yhden pysähdyksen taktiikka”, moniammatillinen yhteisvastaanotto

### Toiminta

- Konservatiivisen tulosityksikön alaisuudessa
- Hoitajavetoinen vastaanottotoiminta
- Koordinoiva hoitaja, haavanhoitaja, vastuulääkäri
- Lähetepalaverit moniammatillisen vastaanoton tarpeen arviontiin
- Moniammatillinen yhteistyö: nimetyt eri alojen asiantuntijat
- Ma-Pe 8–15 (16)
- Hoitajavastaanotto, haavanhoidon kehittäminen, kouluttaminen, haavanhoidon koordinointi, konsultaatiot: kuva-, osasto- ja etäyhteydet

### Tilat

- Tilat ihotautilien ja kirurgian vastaanottoalueella
- Kaksi vastaanottohuonetta, väliovi, identtinen varustelu
- Toisessa huoneessa yhteisvastaanotto

### Koulutus

- Koulutus; luennot, workshop, työssäoppimisjaksot
- Jalkautuva kouluttaminen; perusterveydenhuolto, yksityiset toimijat
- Etäyhteyksien hyödyntäminen
- Yhteistyö XAMK ja muut oppilaitokset

### Yhteistyö

- Nimetyt yhteistyötahot; jalkaterapeutti, ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, diabeteshoitaja sekä kotiutushoitaja
- Tiivis yhteistyö perusterveydenhuollon haavavastaanottotoiminnan kanssa
- Haavatyöryhmätoiminta

### Seuranta

- Tilastoinnit, vaikuttavuuden arviointi, potilastyytyväisyys, haavarekisteri