



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

ASIAANTUNTIJAHOITAJAN HAAVAVASTAANOTTO

Sairaanhoitajien näkemyksiä haavanhoidon haasteista ja
haavavastaanoton toiminnoista

TEKIJÄ: Laura Koutonen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Hoitotyön kliinisen asiantuntijan tutkinto-ohjelma			
Työn tekijä Laura Koutonen			
Työn nimi Asiantuntijahoitajan haavavastaanotto: Sairaanhoitajien näkemyksiä haavanhoidon haasteista ja haavavastaanoton toiminnoista			
Päiväys	11.01.2021	Sivumäärä/Liitteet	45/5
Ohjaaja Teija Korhonen			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani Kalajoen kaupunki, terveyskeskus/Anu Niemi-Himanka			
<p>Tiivistelmä</p> <p>Sosiaali- ja terveydenhuollon työnjakoa on alettu kehittää vuodesta 2001 alkaen. Tarkoituksena on hyödyntää työntekijöiden osaamista työtehtävissä oikein. Työnjaon kehittämisen tuloksena ovat mm. asiantuntijahoitajien vastaanotot, joilla toimiminen vaatii laajat tiedot ja taidot mm. hoidon tarpeen arvioinnissa. Hoitajavastaanotolla käyvästä potilaista suurella osalla on krooninen ihoahaavauma.</p> <p>Parantumattomien haavojen hoito on terveydenhuoltojärjestelmille haasteellista ja kroonisten haavojen pitkittyneistä hoidoista aiheutuu mittavia kustannuksia. Hoitohenkilökunnalla ei usein ole riittävää koulutusta kroonisten haavojen hoidosta.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineistonhankintamenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, joka toteutettiin ryhmähaastatteluina. Aineistoa kerättiin kolmessa ryhmähaastattelussa, joihin osallistui Kalajoen kaupungin eri hoito- ja hoivayksiköiden sairaanhoitajia (n=8). Aineiston analysointiin käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä.</p> <p>Tutkimuksen tehtävänä oli kuvata sairaanhoitajien näkökulmasta haavanhoidon haasteita sekä toiveita asiantuntijahoitajan haavavastaanoton toiminnoiksi.</p> <p>Tutkimusten tuloksista ilmeni hoitajien epävarmuus haavojen hoidosta. Haavanhoidon erikoistumiskoulutusta ei ollut hoitajista kukaan ja haavanhoitojen haasteellisuuden vuoksi hoitajilla olisi tarve lisäkoulutukselle. Tuloksissa tuli myös esille, että haavoille ei tällä hetkellä tehdä diagnooseja eikä selkeitä hoitosuunnitelmia. Asiakkaan taustatietojen selvitys on vähäistä ja siihen osaltansa tähän vaikuttaa aikojen riittämättömyys ja toisaalta hoitajien kokemattomuus aiheesta. Sairaanhoitajat kertoivat myös potilasohjauksen haasteellisuudesta, sillä haavanhoitojen ohessa aika ei riitä hyvään potilasohjaukseen.</p> <p>Asiantuntijahaavavastaanotolta sairaanhoitajat toivoivat konsultaatioapua haavanhoitoin. Lisäksi asiantuntijahoitajalta toivottiin haavanhoitokoulutuksia, vieriohjausta ja kirjallisia ohjeita. Hoitajat toivoivat myös, että vastaanotolta saataisiin haasteellisille haavoille hoitoapua sekä suunniteltuja kontroleja haavapotilaille. Selkeiden hoitolinjojen suunnittelu kuuluisi myös haavavastaanotolla asiantuntijahoitajan työnkuvaan.</p> <p>Johtopäätöksenä voidaan todeta, että asiantuntijahoitajan vastaanotto olisi kaivattu lisä terveyskeskuksen palveluihin. Haavanhoidon asiantuntijahoitajalta kaivataan tukea ja ohjeistusta haavanhoitoin. Haavoille ei tehdä diagnooseja eikä hoitosuunnitelmia ja näiden teko olisi hyvä sisällyttää vastaanoton toimintoihin. Henkilöstön kokemattomuus haavanhoidossa tuli esille ja asiantuntijahoitajan antamasta koulutuksesta olisi hyötyä heidän ammattitaitonsa edistämässä. Tutkimuksen tuottamaa tietoa voi jatkossa käyttää asiantuntijahoitajan haavavastaanoton toimintojen suunnittelussa.</p>			
Avainsanat: Asiantuntijahoitaja, laajavastuinen hoitotyö, hoitajavetoinen vastaanotto, krooninen haava, haavanhoito			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Master's Degree Programme in Advanced Practice Nursing			
Author Laura Koutonen			
Title of Thesis Specialist Nurse's Wound Reception — Nurses' views on the challenges of wound care and wound care reception functions			
Date	11.01.2021	Pages/Appendices	45/5
Supervisor Teija Korhonen			
Client Organisation /Partners City of Kalajoki, Health center/Anu Niemi-Himanka			
<p>Abstract</p> <p>Since 2001, in the area of social and health care, there has made development work for the division of labour. The meaning of this is to target the skills of employees in their work tasks correctly. Specialist nurses' receptions are a result of the development of the division of labour. Working in these receptions requires extensive knowledge and skills in assessing the need for treatment. Chronic ulcers are a common reason for visiting nurses' receptions.</p> <p>The treatment of non-healing wound is challenging for health care systems. Prolonged treatments for chronic wounds cause significant costs. Nurses' often do not have adequate education in wound management.</p> <p>This thesis was a qualitative study. The research method used was a thematic interview, which was conducted as a group interview. Data was collected in three (3) interviews and eight nurses participated (n=8). Inductive content analysis was used to analyze the data.</p> <p>The purpose of this study was to describe the challenges of wound care from the nurses' point of view, as well as the wishes of an expert nurse for wound reception functions.</p> <p>The results of the study revealed nurses' uncertainty about the treatment of wounds. Nurses' had no education in wound management and there was a need for extra training. The results also revealed that there are currently no diagnoses or proper treatment plans for wounds. Nurses' do not have time to find out the patient's background information, and other reason for this is inadequate knowledge of the subject. Nurses also spoke about the challenge of patient guidance, as there is not enough time for it in addition to wound care.</p> <p>From the wound clinic, the nurses wanted consultation help for wound care. In addition, the expert nurse was asked to provide wound care training, on-site guidance in wound care, and written instructions. The nurses also hoped that the reception would provide care for challenging wounds as well as planned controls for wound patients. The planning of proper treatment lines would also be part of the job description of an expert nurse at wound reception.</p> <p>In conclusion, the reception of an expert nurse would be a much-needed addition to the services of the health centre. There is a need for an expert wound care nurse to guide and instruct in wound care. Wounds are not diagnosed and there are no treatment lines planned; these should be included in reception functions. The inexperience of the staff in wound management came up and the training provided by an expert nurse would be</p>			
<p>Keywords: Specialist nurse, advanced nursing, nurse-led, chronic wound, wound management</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	ASIAANTUNTIJASAIRAANHOITAJA.....	8
2.1	Asiantuntijasairaanhoitajan työnkuva ja osaaminen	8
2.2	Asiantuntijasairaanhoitajan kriteerit	10
3	HOITAJAVETOINEN VASTAANOTTO	12
3.1	Asiantuntijahoitajan vastaanotto	12
3.2	Asiantuntijahoitajan työ haavavastaanotolla.....	13
3.3	Hoitajavetoisen vastaanoton hyödyt.....	14
4	KROONISET HAAVAT JA NIIDEN HOITO	15
5	HAAVAPOTILAAN OHJAUS.....	17
6	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE	20
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	21
7.1	Tutkimuksen lähtökohdat	21
7.2	Osallistujat ja aineiston hankinta.....	21
7.3	Aineiston analysointi	23
8	TULOKSET	25
8.1	Haavanhoidon haasteet Kalajoen terveystalouden toiminta-alueella	25
8.1.1	Haavanhoidon toteutukseen liittyvät haasteet	25
8.1.2	Haavanhoidon resursseihin liittyvät haasteet.....	28
8.1.3	Haavanhoidon osaamiseen liittyvät haasteet	28
8.1.4	Moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvät haasteet	29
8.1.5	Asiakkaisiin liittyvät haasteet.....	30
8.1.6	Konsultaatioihin liittyvät haasteet.....	31
8.2	Haavanhoidon asiantuntijavastaanotolle tarvittavat toiminnot	31
8.2.1	Haavanhoitojen toteutus.....	32
8.2.2	Konsultointi haavanhoidoissa	33
8.2.3	Haavanhoitokoulutus.....	34
8.2.4	Haavavastaanoton toiminta.....	34
9	POHDINTA.....	36
9.1	Tulosten tarkastelu	36
9.2	Eettisyys ja luotettavuus.....	37

9.3	Ammatillinen kasvu	40
9.4	Hyödynnettävyys ja kehittämisideat	41
9.5	Suosituksat haavavastaanoton suunnittelulle	41
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	43
	LIITE 1: TUTKIMUSTEN TAULUKOINTI.....	46
	LIITE 2: HAASTATTELUN TEEMAT	51
	LIITE 3: TUTKIMUSTIEDOTE	52
	LIITE 4: TIETOINEN SUOSTUMUS.....	53
	LIITE 5: TAUSTATIETOLOMAKE.....	54

1 JOHDANTO

Haavanhoito on osa hoitohenkilökunnan päivittäisestä työstä. Kroonisia haavoja riittää hoidettavaksi ja arviolta n. 1% aikuisista kärsii jossain vaiheessa elämänsä kroonisesta säärihaavasta. Riski krooniselle haavalle lisääntyy ikääntymisen myötä. Pitkittyessään kroonisista haavoista syntyy mittavat kustannukset. Haavanhoitojen osuus terveydenhuollon kustannuksista on noin 2-4%. (Koljonen, Väänänen & Isoherranen, 2017, 494; Krooninen alaraajahaava, 2014.) Hirva (2019, 32) tutki Oulun kaupungin haavanhoitokustannuksia vuosilta 2014-2017. Tutkittujen vuosien aikana kroonisten haavojen vuoksi lääkärikäynnit olivat lisääntyneet ja hoitajakäynnit ovat lisääntyneet merkittävästi. Keskimäärin haavapotilaan hoito maksoi vuodessa noin 7500 euroa Oulun kaupungille.

Parantumattomia haavoja omaavien potilaiden hoito ja hoidon laatu ovat terveydenhuoltojärjestelmien haasteena ympäri maailman. Standardoidut hoidot ja hoitosuunnitelmat sekä moniammatillinen yhteistyö ja hoidon arviointi eivät ole systemaattisesti käytössä haavanhoidossa. Lisäksi hoitohenkilökunnalla ei ole ollut riittävästi koulutusta ja tietoa haavojen hoidosta. (Gottrup, 2004; Smith-Strøm & Thornes, 2008; McCluskey & McCarthy, 2012.) Yhtenä ratkaisukeinona hoidon laadun parantamiseksi voisi olla uudenlainen työnjako.

Sosiaali- ja terveydenhuollon työnjaon kehittäminen on aloitettu jo Kansallisessa terveyshankkeessa, Kaste 2001-2007 ja sittemmin jatkettu Kaste-ohjelmissa 2008-2015. (STM, 2012; HE, 2010, 30.) Työnjaolla tarkoitetaan sitä, että työyhteisössä jokaisen työntekijän osaaminen hyödynnetään työtehtävissä oikein. Työnjaon kehittämällä tavoitellaan tehokkuutta ja tuottavuutta, mutta tavoitteena on myös palvelutoiminnan vaikuttavuuden parantaminen asiakas- ja potilaslähtöisesti. (VTV, 2016, 11.)

Työnjaon kehittäminen on myös henkilöstön riittävyyden kannalta tärkeää, sillä lähitulevaisuuden haasteena tulee olemaan osaavan työvoiman saatavuuden turvaaminen. Työnjaon kehittämisen rinnalla tulee tarkastella myös hoito- ja palveluprosesseja. Parempi hoidon koordinaatio ja potilaiden tarpeiden huomioiminen säästävät myös henkilöresursseja. (VTV, 2016, 11.)

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020-2022 -ohjelmassa yhtenä tavoitteena on varmistaa, että perusterveydenhuolto ja sosiaalipalvelut ovat jokaisen saavutettavissa oikea-aikaisesti. Huomiota kiinnitetään varsinkin runsaasti palveluja tai erityistä tukea tarvitsevien ihmisten palveluiden kehittämiseen. Yksi keinoista, millä tähän tavoitteeseen pyritään, on kehittää matalan kynnyksen palvelupisteitä uudistamalla sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakäytäntöjä ja henkilöstön työnjakoa. (STM, 2020, 16-17.)

Haavapotilaiden hoidosta vastaavat ensimmäisenä haavanhoitaja ja lääkäri. Lääkärin tehtävänä on haavan oikea diagnosointi ja potilaan kokonaishoidon suunnittelu. Haavanhoitaja taas suunnittelee haavan paikallishoidon ja toteuttaa hoitosuunnitelmaa. Laadukkainta hoito on kuitenkin silloin, kun hoito suunnitellaan hoitajan ja lääkärin yhteistyönä. (Koljonen, Väänänen ja Isoherranen, 2017, 495.)

Työnjakoa suunnitellessa kannattaa ottaa huomioon, että hoitajan laaja-alainen työ vastaanottoiminnassa vaatii asiantuntijan tietoja ja taitoja, eikä koulutuksen vastaavuus ole ollut riittävää. Hoidon tarpeen arviointi ja esitietojen ottaminen on ollut haastavaa asianmukaisen koulutuksen puuttuessa. Perusterveydenhuollossa asiakkailla on laajalti sairauksia ja siitä aiheutuu monia erityisvaatimuksia vastaanoton hoitajien työhön ja sen suunnitteluun. (Peltonen, 2009, 156.) Vuonna 2018 yleisimmät hoitajavastaanoton asiakaskäynnit olivat terveyden ylläpidon ja sairauden ennaltaehkäisyn vuoksi. Yleisiä käyntisyitä olivat myös erilaiset haavat, kuten krooniset haavat, diabetes ja ylähengitystieinfektio. Kroonisten ihoaavaumien vuoksi vuoden 2018 aikana käyntisyitä oli merkitty 8680 asiakkaalle. Asiakasta kohti käyntejä kroonisen ihoaavauman vuoksi oli 10. Enemmän käyntikertoja asiakasta kohden tuli vain liittyen huumeiden käyttöön. (THL, 2019.)

Kalajoen konsernistrategiassa 2021 yhtenä tavoitteena on järjestää asukkaille laadukkaita palveluja. Palvelutuotannossa näkyy asiakaslähtöisyys, positiivisuus, uudistumiskyky ja poikkihallinnollinen toimintatapa. (Konsernistrategia, 2018.) Kalajoen terveyskeskuksessa toimii tällä hetkellä useita asiantuntijahoitajan vastaanottoja mm. diabeteshoitajan, syöpähoitajan ja muistihoitajan vastaanotot. Haavoja terveyskeskuksessa hoidetaan paljon ja tarvetta olisi käynnistää myös haavahoidon asiantuntijahoitajan vastaanotto.

Työskentelen Kalajoen kaupungilla sairaanhoitajana ja olen työssäni pohtinut haavojen moninaista hoitoa sekä omassa työyksiköissäni että kaupungin sisäisissä muissa hoito- ja hoivayksiköissä. Tällä hetkellä Kalajoen terveyskeskuksessa toimii haavavastaanotto ja haavanhoidoista vastaavat sairaanhoitajat, joilla ei ole haavanhoidon erikoistumiskoulutusta. Potilaille ei pääsääntöisesti tehdä haavadiagnoosia eikä tarkkaa hoitosuunnitelmaa.

Kalajoen terveystalvalueeseen kuuluvat Kalajoki, Himanka ja Merijärvi. Paikkakunnilla on useita haavanhoitoa toteuttavia yksiköitä: asumispalveluyksiköitä, vuodesasto, kotihoito sekä terveyskeskuksen vastaanotto. Yhtenäisiä haavojen hoito-ohjeita eri yksiköiden välillä ei kuitenkaan ole.

Kaupungin haavanhoitotilanteeseen on haavanhoitajien keskuudessa toivottu muutosta ja haavojen hoidolle yhteneväisyyttä. Asiaa pohdittiin työyhteisössä, jolloin ilmeni tarve kehittää haavanhoitoa. Työn toimeksiantajana toimii Kalajoen kaupungin terveyskeskus.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää haavanhoidon haasteita sekä mitä ja millaisia toimintoja Kalajoen terveyskeskukselle perustettavalle asiantuntijahoitajan haavavastaanotolle on tarvetta kehittää. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota hyödynnetään haavavastaanoton palvelu- ja toimintaprosessien suunnitteluvaiheessa.

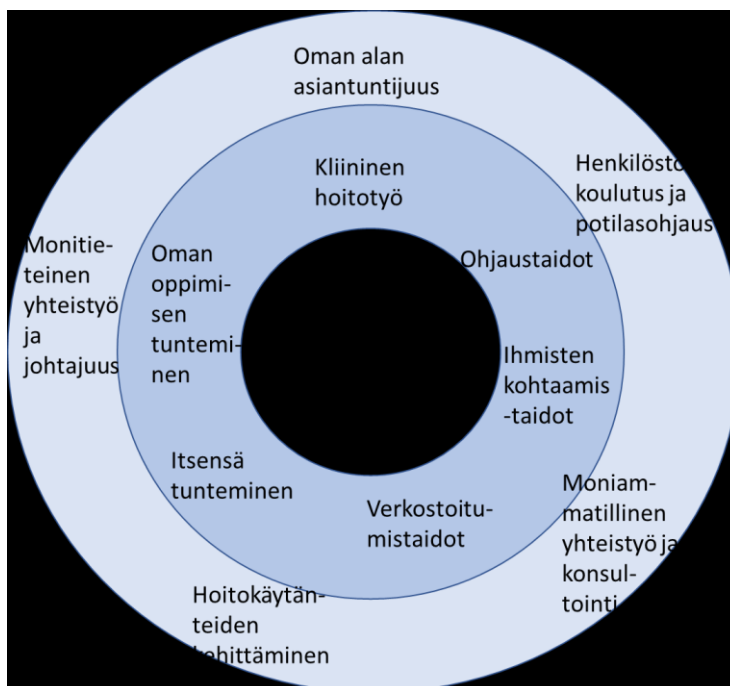
2 ASIANTUNTIJASAIRAANHOITAJA

Suomessa asiantuntijahoitajaksi voidaan määritellä laajavastuisten hoitotyön asiantuntija eli asiantuntijasairaanhoitaja sekä kliinisen hoitotyön asiantuntija. Kansainvälisiä nimityksiä laajavastuisten hoitotyön asiantuntijalle ovat Nurse Practitioner (NP) sekä Clinical Nurse Specialist (CNS). (Kotila ym., 2016, 3, 8.) Tässä työssä näistä kaikista nimikkeistä käytetään yhteneväisesti käsitettä asiantuntijasairaanhoitaja.

Asiantuntijasairaanhoitajan tulisi työssään pystyä vaatimaan itsenäiseen päätöksentekoon ja hänellä tulisi olla maisteritasoiset tiedot, taidot ja pätevyys toimia vaativissa työtehtävissä terveydenhuollossa. Työssään asiantuntijasairaanhoitaja tekee potilaan hoitoa koskevia päätöksiä, joiden tulee olla perustua tutkimusnäyttöön. Potilaan kohtaaminen kokonaisvaltaisella lähestymistavalla helpottaa myös päätöksentekoa ja hoidon suunnittelua. Asiantuntijasairaanhoitajan pitäisi pystyä potilaan itsenäiseen tutkimiseen ja hoidon tarpeen arviointiin. Lisäksi heidän tulisi pystyä aloittamaan oireenmukainen hoito ja seuranta sekä akuuteissa että kroonisissa terveysongelmissa. Tämä kaikki vaatii hoitajalta jatkuvaa aktiivista kouluttautumista omalla alallaan. (Kotila ym. 2016, 8-9; Barea & Reeken, 2018.)

2.1 Asiantuntijasairaanhoitajan työnkuva ja osaaminen

Laajavastuisessa hoitotyössä asiantuntijasairaanhoitaja on erikoistunut jollekin kliinisen hoitotyön alueelle. Työnkuvassa korostetaan laajennettuja tehtäväkuvia, työn itsenäisyyttä ja laajavastuisuutta. Uusien tehtävien myötä työnkuva (Kuvio 1.) laajenee sairaanhoitajuudesta asiantuntijaksi, tutkijaksi, konsultiksi, kouluttajaksi ja johtajaksi. Asiantuntijasairaanhoitaja onkin avain muun henkilöstön tiedon vahvistamiseen ja vaalimiseen. STM:n Eriäinen asiantuntijuus näyttöön perustuvassa toiminnassa -mallissa, asiantuntijuus nähdään resurssina sekä johtamiselle että välittömässä hoitotyössä toimiville. Asiantuntijahoitajalta vaaditaan jo kykyä ja taitoa kehittämiskohteiden tunnistamiseksi ja tutkimustiedon hyödyntämiseksi. Työssä käytetään näyttöön perustuvaa tietoa (Jokiniemi ym. 2018) ja työssään hoitajan tulisi myös pystyä yhdistämään näyttöön perustuva tieto hoitotyön käytäntöihin. Asiantuntijahoitajan tulee käyttämisen lisäksi myös kehittää näyttöön perustuvaa hoitotyötä. (Kotila ym. 2016, 12; STM, 2009, 59-60.)



KUVIO 1. Asiantuntijasairaanhoitajan osaaminen ja työnkuva, mukailen Jokiniemi & Miettinen (2020) kuviota.

Asiantuntijuuden vahvana perustana ovat sairaanhoitajan perustaidot, johon tarvitaan lisäksi asiantuntijustietoa ja kokemusta hoidon tarpeen arviosta omalta asiantuntijuusalaltaan. (Jokiniemi & Miettinen, 2020.) Jokiniemen ym. (2018) tutkimuksessa asiantuntijahoitajien tehtävät perustuivat jonkun tietyn potilasryhmän tai kliinisen tehtävän laajempaan asiantuntijuuteen. Itsenäisen työskentelyn mahdollisesti hankittu työkokemus tai erikoistumiskoulutus omalta asiantuntijuusalueeltaan. Lähes kaikkien asiantuntijahoitajien työhön kuului itsenäisen vastaanotto toiminnan pitäminen ja tämä nähtiinkin laaja-alaisena osaamisen käyttämisenä, jolla parannettiin myös potilaan hoidon laatua. Asiantuntijasairaanhoitajalla on myös kliinisen pätevyytensä kautta kyky koota kokonaiskuva potilaasta. Hoitajalla on lääkäriä paremmin aikaa keskittyä potilaan tilanteeseen, jolloin hoito on potilaslähtoisempää sekä yksilöllisempää ja näin hoidon jatkuvuus sekä potilasturvallisuus paranevat. (Ljungbeck & Sjögren Forss, 2017.)

Asiantuntijasairaanhoitajan työhön kuuluu olennaisena osana myös kouluttajana toimiminen eli luennot ja koulutussuunnittelu, organisaation sisäisesti ja ulkoisesti ja jopa yhteistyössä eri oppilaitosten kanssa. (Jokiniemi ym., 2018.) Näin saadaan tuettua ja koulutettua myös muita hoitajia ja heidän osaamistaan näyttöön perustuvassa hoitotyössä. (Ljungbeck & Sjögren Forss, 2017; Innes-Walker ym. 2018.) Asiantuntijasairaanhoitajan työ laajenee omasta työyksiköstä laajemmalle alueelle, sillä osaaminen painottuu tiedon tuottamiseen ja levittämiseen omissa toimintayksiköissä ja -alueella ja työ on asiakkaiden ja potilaiden hoitoon liittyvää asiantuntijatyötä. Uusien kontaktien luominen, yhteistyö moniammatillisen työryhmän kanssa ja muiden ammattihenkilöiden konsultaatiomahdollisuus ovat asiantuntijasairaanhoitajalle ensiarvoisen tärkeitä. (Kotila ym. 2016, 12; STM, 2009, 59-60.) Asiantuntijahoitajat toimivat usein myös oman asiantuntijuutensa mukaisissa kansallisissa ja kansainvälisissä verkostoissa. (Jokiniemi ym., 2018.)

Eri asiantuntijahoitajien työtehtävät vahvistavat positiivisesti hoitotyön imagoa ja lisäävät hoitotyön ammatin vetovoimaa. Lisäksi työ mahdollistaa hyvän työmotivaation, lisää työhyvinvointia sekä hoitettää potilastyön vaikuttavuutta. Asiantuntijuustehtävillä edistetään laajempien verkostojen muodostumista, jolloin saadaan jaettavaa ja kehitettyä omaa osaamista sekä arvioitua omaa asiantuntijatoimintaa. (Jokiniemi ym., 2018.)

Asiantuntijasairaanhoidajan vahvaan osaamiseen kuuluu myös tietoisuus omasta tekemisestä. Hoitaja on erittäin tietoinen omasta työskentelystään ja osaa arvioida sitä kriittisesti. Lisäksi asiantuntijasairaanhoidaja etsii aktiivisesti tapoja kehittää työskentelytapojaan ja uutta näyttöön perustuvaa tietoa tukemaan ratkaisujaan. (Jokiniemi & Miettinen, 2020.)

Asiantuntijuustyö on Jokiniemen ym. (2018) mukaan vaativaa ja vastuullista. Työtehtävän hoito edellyttää laaja-alaista osaamista ja sitoutumista potilashoidon kehittämiseen ja koordinointiin. Lisäksi työ kuormittaa yksittäisiä työntekijöitä, sillä työ keskittyy niille harvoille hoitotyöntekijöille, joilla on erikoistumiskoulutus.

Hoitotyössä eri asiantuntijasairaanhoidajien tehtävät ovat merkittävä voimavara organisaatiossa, ja niiden suunnitteluun tulee jatkossa kiinnittää huomiota. Eritasoiset asiantuntijuustehtävät mahdollistavat potilashoidon laadukkaan toteutumisen ja sen kehittämisen. (Jokiniemi ym. 2018.) Asiantuntijasairaanhoidajat osallistuvatkin usein organisaatioissa eri ohjeiden laatimiseen ja päivittämiseen sekä työskentelevät moniammatillisissa tiimeissä potilaan hoidon kehittämiseksi. (Jokiniemi & Miettinen, 2020.) Asiantuntijuuden tarjoama urakehitysmahdollisuus voi lisätä henkilöstön pysyvyyttä terveydenhuollossa. (Jokiniemi ym. 2018.)

2.2 Asiantuntijasairaanhoidajan kriteerit

Vestman (2013) on tutkinut kliinisessä hoitotyössä työskentelevien asiantuntijasairaanhoidajien nimityksille kriteereitä ja perusteluja. Kriteereissä vaadittiin työhön riittävää koulutusta, johon kuuluu sairaanhoidajan perustutkinnon lisäksi täydentävää lisä- tai täydennyskoulutusta. Etuna oli usein myös alempi korkeakoulututkinto tiedekorkeakoulussa tai ylempi korkeakoulututkinto, joka antaa valmiudet toimia asiantuntijatehtävissä. Jaakkolan (2012) katsauksessa asiantuntijatehtävien ehtona oli aina ylempi korkeakoulututkinto.

Asiantuntijahoitajan rooli on monimuotoinen ja edellyttää useanlaisia osaamista. Työssä vaaditaan tiettyjä ominaisuuksia, koulutusta ja taidollista osaamista. (Jaakkola, 2012.) Kriteereissä oli yleensä myös erilaisia pätevyysvaatimuksia asiantuntijahoitajan työhön. Vaatimuksia oli mm. seuraavista asioista: moniammatillisen hoitotyön koordinoiminen, kliinisen hoitotyön laaja-alainen konsultointi, kouluttajana toimiminen ja hoidon laadun monipuolinen kehittäminen. (Vestman, 2013.) Pätevyysvaatimukseen kuuluu myös riittävä aikaisempi työkokemus. Asiantuntijahoitajalla tulee olla myös selkeä kuva omasta roolistaan, jotta kykenee sitä itsenäisesti kehittämään ja selvittämään sen sisällön pätevästi ja kuvailevasti myös muille. Asiantuntijuuteen vaaditaan myös muutosmyönteisyyttä,

luovutta ja eteenpäinsuuntautuneisuutta. Lisäksi asiantuntijahoitajan tulee olla empaattinen ja yhteistyökykyinen ja häneltä vaaditaan hyviä vuorovaikutustaitoja. (Jaakkola, 2012.)

Vestmanin (2013) johtopäätöksenä oli, että kriteerit asiantuntijasairaanhoitajien nimityksille olivat epätarkat ja tämä mahdollisti monenlaisilla taustoilla olevien sairaanhoitajien nimityksen asiantuntijasairaanhoitajiksi. Asiantuntijasairaanhoitajana voisi siis toimia sekä kliinisesti erikoistunut hoitaja, että laajavastuinen hoitotyön asiantuntija. Kuviosta 2. näkee Suomessa toteutuvan sairaanhoitajan urapolun. Kriteereissä kuitenkin korostettiin työn kautta hankittua asiantuntijuutta koulutuksen lisäksi.



KUVIO 2. Sairaanhoitajan kliininen urapolku, mukailten Jokiniemi ym. (2018) kuviota.

3 HOITAJAVETOINEN VASTAANOTTO

Suomessa on työnjaon kehittämisellä saatu kehitettyä uusia, asiakaslähtöisesti toimivia työnjakomalleja. Tällaisesta esimerkkinä on hoitajavetoiset terveysasemat. Kehittämistyö on hidasta, sillä potilasturvallisuuden ja terveydenhuollon toimijoiden oikeusturvan kannalta on varmistuttava riittävästä täydennyskoulutuksesta ja eri ammattilaisten konsultointimahdollisuuksista. (Kotila ym., 2016, 14.) Näissä tehtävissä toimii yleensä asiantuntijasairaanhoitaja.

Eri puolella Suomea haavanhoitoa on kehitetty suunnittelemalla haavanhoitoketjuja. Esimerkiksi pääkaupunkiseudulla Helsingin terveyskeskuksen ja HUS:n yhteinen työryhmä on suunnitellut ongelmahaavojen hoitoketjun, johon kuuluvat terveysasemien haavavastaanotot, kaupunginsairaalan haavaosasto ja HYKS:n haavakeskus. Haavanhoitoketju lähtee perusterveydenhuollosta. Perusterveydenhuollossa asiakkaan haavalle tulee tehdä nopea diagnoosi ja aloittaa tehokas haavan paikallishoito. Perusterveydenhuollossa kunnan asukkaille lähin hoitopaikka on terveyskeskus, jossa haavoista vastaa usein lääkäri-hoitaja-työparit. Kotihoito vastaa omien potilaidensa haavojen hoidosta. Terveyskeskuksen ja kotihoidon ensimmäinen konsultaatiotaso on suora yhteys koulutettuun haavanhoitajaan, jolta saa hoito-ohjeet, kun diagnoosi haavalle on tehty. Konsultaatioon riittää usein kuvakonsultaatio, tarvittaessa haavanhoitaja voi tehdä myös konsultaatiokotikäynnin. Haavan paranemisen pitkittyessä seuraava konsultaatiotaso on erikoissairaanhoidon lääkäri. (Korhonen & Lepäntalo, 2012; STM, 2015.)

3.1 Asiantuntijahoitajan vastaanotto

Sairaanhoitajan työ tulee tulevaisuudessa olemaan yhä itsenäisempää. Työssä tuetaan asiakkaita ja potilaita heidän omahoidossaan ja terveytensä ylläpitämisessä. Suomessa asiantuntijahoitajan vastaanottoa voi pitää laajavastuisen hoitotyön asiantuntija eli asiantuntijasairaanhoitaja sekä klinisen hoitotyön asiantuntija (Kotila ym., 2016, 3, 8.)

Hoitajavetoiset vastaanotot ovat yksi työnjaon kehittämisen tulos. Hoitajavetoisen vastaanoton tarkoitus on, että lääkärikäynnin sijaan potilas ohjataan suoraan hoitajalle ja lääkäriin voidaan tarvittaessa saada yhteys esimerkiksi puhelimitse. Suomessa onkin kehitetty vastaanottotoimintaa, joissa muiden ammattihenkilöiden vastaanotoilla korvataan osa lääkärin vastaanotoista. Asiakkaan vastaanottavat ammattihenkilöt kykenevät seulomaan ne potilaat, jotka tarvitsevat lääkärin asiantuntemusta. (KT Kuntatyönantajat, 2015, 9.) Hoitajan vastaanotolle potilaat tulevat joko ajanvarauksen kautta, päivystyksenä tai lääkärin läheteellä. Hoitajan vastaanotto voidaan järjestää toimimaan lääkärivastaanoton rinnalla, työparityöskentelynä lääkärin kanssa tai lääkärin etäkonsultaation tukemana. (HE, 2010, 31.)

Australialaisessa tutkimuksessa todettiin, että alueellisten terveyspalvelujen akuuttipotilaista noin 30%:lla on haava. Sairaanhoitajan vastaanotolla käyneistä asiakkaista noin 40%:lla oli haava. Haavojen esiintyvyys tukee hoitajavetoisen haavaklinikan tarvetta. Haavanhoidon katsotaankin olevan

hoitajien osaamisaluetta, erityisesti perusterveydenhuollossa. Hoitotyö on haastavaa, sillä se vaatii vahvaa hoidontarpeen arvioinnin osaamista ja kliinistä päätöksentekoa. (Munro, 2018.)

3.2 Asiantuntijahoitajan työ haavavastaanotolla

Hoitajavastaanottokäynnin pituus on yleensä noin 30 minuuttia. Tämän ajan puitteissa käydään läpi potilaan sairaushistoria ja terveystietäytyminen yhdessä potilaan ja mahdollisen omaisen kanssa. Perusteellisen haastattelun avulla, hoitaja selvittää mihin hoitoon vaikuttaviin asioihin pitäisi puuttua ja syventyä tarkemmin potilaan kanssa. Keskustelu hoitajan kanssa voi johtaa esimerkiksi siihen, että potilas ymmärtää ruokavalion tärkeyden sairautensa hoidossa. (Barea & Reeken, 2018.)

Haavavastaanotolla rutiinikäyntien keskimääräinen kesto on kuitenkin noin 35-40 minuuttia, sillä monet haavavastaanoton asiakkaista ovat liikuntarajoitteisia tai pyörätuolipotilaita. Ensikäynti kestää kuitenkin vähintään tunnin, sillä sen aikana tehdään haavaan liittyviä tutkimuksia, arviointeja ja haastatellaan asiakasta. Ensikäynnillä hoitajan tekee välittömästi työdiagnoosin ja arvioi hoidon kiireellisyyden. Suurimmalla osalla haavavastaanoton asiakkaista on kroonisia säarihaavoja ja diabeettisia jalkahaavoja. Haavalle aloitetaan myös paikallishoito, jolloin estetään haavan pahaneminen. Haavanhoitajalla tulisi aina olla yhteys haavoihin erikoistuneeseen terveyskeskuslääkäriin, joka tarvittaessa pääsee katsomaan haavan tilanteen ja tekee lopullisen diagnoosin haavalle. Haavavastaanotolta voidaan myös tarvittaessa konsultoida erikoissairaanhoidon haavojen suhteen. (Gottrup, 2004; Korhonen & Lepäntalo, 2012, 3120.)

Haavapotilaan kliininen tutkimus ja esitiedot ovat tärkeässä roolissa tarvittavien lisätutkimusten suunnittelussa. Alaraajapotilaan tullessa vastaanotolle, pitäisi ensimmäiselle käynnille varata riittävästi aikaa. Asiantuntijahoitaja perehtyy hyvin potilaan esitietoihin ja sieltä tulisikin löytyä potilaan perussairaudet, varsinkin diabetes ja alaraajojen tukkiva valtimotauti eli ateroskleroosi, lääkitys, paino ja vajaaravitsemuksen riski. Tupakoinnista tulisi myös mainita, sillä se altistaa ateroskleroosille. Muita tärkeitä esitietoja ovat alaraajoihin kohdistuneet vammat tai toimenpiteet, edeltävät haavat ja niiden anamneesi, haavatuotteiden kontaktiallergia, turvotuksenestohoito ja kuinka se käytännössä toteutuu. (Krooninen alaraajahaava, 2014.)

Ensimmäisellä haavavastaanottokäynnillä tehdään haavasta myös kliininen tutkimus. Haavasta kirjataan sijainti ja haavan koko haavamitalla mitattuna. Haavasta huomioidaan myös sen syvyys ja ulkonäkö. (Krooninen alaraajahaava, 2014.) Ulkonäön arvioinnissa apuna voi käyttää avoimen haavan VPKM-väriluokitushelpperiä. (Suomen haavanhoitoyhdistys, 2019.) Tutkimisen yhteydessä tarkistetaan myös haavaa ympäröivän ihon kunto, mm. pigmentaatio -muutokset tai ekseema, valtimoverenkierron riittävyys, ABI-mittauksella tai dopplerilla (Ellonen, 2010), ja mahdollinen laskimovajaatoiminta turvotuksineen. Huomioitava on myös kliinisen infektion merkit sekä arvioitava jalkapohjan ihotunto monofilamenttikokeella. (Krooninen alaraajahaava, 2014.)

3.3 Hoitajavetoisen vastaanoton hyödyt

Barea & Reeken (2018) mukaan asiakastyytyväisyyskyselyssä tuli ilmi hoitajavetoisen palvelun asiakkaiden ovat tyytyväisyys ja arvostus sieltä saamiaan palveluita kohtaan. Asiantuntijasairaanhoitajat ovat helposti lähestyttävissä ja tavoitettavissa. Lisäksi asiakkaat kokevat tulevansa kuulluksi. Asiantuntijahoitajat ovat lääkäriä helpommin tavoitettavissa ja asiakkaat kokivat, että heidän huolensa kuunneltiin ja käsiteltiin hoitajan toimesta hyvin. Hoitajavetoisen vastaanoton on todettu olevan hyvin asiakaslähtöinen. Asiakaslähtöisyyden ja asiantuntijuuden ansioista potilaat omaksuvat paremmin niitä keinoja, joilla tulevat paremmin toimeen sairautensa kanssa. Perusterveydenhuollon hoitajien ammattitaitoa tulisikin kehittää enemmän kroonisten sairauksien hallitsemiseen terveydenhuollossa. Hoitajan ammattitaito ja potilaan huomioonottaminen edesauttavat asetettujen tavoitteiden saavuttamista. (Ginszburg, Hoffman & Azuri, 2017.)

Hoitajavetoiset vastaanotot ovat laadukkuuden lisäksi myös kustannustehokkaita, jollaisia palveluita tarvitaan jatkossakin terveydenhuollon kehittämiseksi. Sairaanhoitajien uudistuvat työnkuvat vastaavat väestön terveyden ja sairauksien tarpeisiin ja kustannustehokkuutta hoidossa lisää myös lisäkoulutettujen sairaanhoitajien koko osaamisen käyttöönotto. Kustannusvaikutuksia asiantuntijatehtävistä voidaan tarkastella eri näkökulmista ja riippuen tarkastelunäkökulmasta kustannukset voivat vähentyä, pysyä ennallaan tai jopa kasvaa. Lyhyen aikavälin tarkastelussa kustannuksia lisää uusien palvelujen järjestäminen tai sairaanhoitajien lisäkoulutus. Pitkällä aikavälillä säästöjä kuitenkin syntyy parantuneesta hoidonlaadusta, varhaisesta hoitopäätöksestä ja komplikaatioiden vähenemisestä. (Kotila ym., 2016, 5, 20.) Esimerkiksi Iso-Britanniassa on tutkittu haavanhoidon asiantuntijavastaanoton hoitojen kokonaiskustannuksia ja todettiin, että haavojen hoidon siirrettyä lääkärivastaanotoilta haavanhoidon asiantuntijoille haavojen paranemisprosentti nousi 33,3 %:sta 67,3%:n. Tämän merkittävä paranemisprosentin nousu ei kuitenkaan aiheuttanut yhtään enempää lisäkustannuksia haavanhoidosta. Haavojen hoidossa voidaan siis tehdä huomattavia parannuksia vaikuttamatta hoidon kokonaiskustannuksiin. (Young, Rzy, Cryer & Clark, 2019.)

Suomessa on sekä Ylöjärvellä että Lahdessa kokeiltu Terveyskioski -mallia, jossa perusterveydenhuoltoon sidottu, matalan kynnyksen hoitajavetoinen vastaanotto on sijoitettuna ostoskeskukseen. Vastaanotoilla annettiin mm. potilasohjausta ja tehtiin pieniä toimenpiteitä kuten korvahuuhteluja ja haavanhoitoja. Käyntitavoitteet ylittyivät molemmissa kioskeissa kokeilujakson aikana ja asiakkaat olivat palveluihin tyytyväisiä. Vastaanottojen kustannukset olivat myös pienempiä muihin vastaanottoihin verrattuna. (Kork, Kosunen, Rimpelä & Vakkuri, 2013.)

4 KROONISET HAAVAT JA NIIDEN HOITO

Haavanhoidon terveydenhuollossa nähdään olevan lähes täysin hoitajien osa-alueita. Haavanhoito on kuitenkin haastavaa ja vaatii päätöksentekokykyä ja vahvaa osaamista hoidontarpeen arvioinnista. (Munro, 2018.) Nämä liittyvät juuri asiantuntijahoitajan osaamiseen, sillä hänellä on kokemusta hoidon tarpeen arvioinnista omalta asiantuntijuus alaltaan ja hän käyttää hoidon perustana näyttöön perustuvaa tietoa. Suurella osalla hoitajavastaanotolla käyvistä potilaista on krooninen haava, liittyen alaraajojen verenkiertohäiriöihin tai diabetekseen. (THL, 2019.)

Kroonisen alaraajahaavan esiintyvyys Suomessa on n. 0,09-0,8 % väestöstä. Riski saada alaraajahaava moninkertaistuu ikääntymisen myötä ja naisilla riski on suurempi kuin miehillä. Alaraajahaavojen taustalla on useimmiten verenkiertohäiriö, joko laskimovajaatoiminta tai valtimoverenkierron vaje. Osassa haavoista taustatekijänä piilee diabetes. (Krooninen alaraajahaava, 2014.)

Haavanhoidossa etusijalla on keskittyminen haavan aiheuttavan tekijän korjaamiseen. Laskimohaavan hoidossa tärkeintä on turvotuksen poisto eli kompressiohoito. Valtimoperäisessä haavassa taas hoitona on revaskularisaatio. Hoito on aloitettava välittömästi, sillä paranemisen edellytykset huononevat haavan kroonistuttua. (Krooninen alaraajahaava, 2014.) Haava on kroonistunut, mikäli se ei parane neljän viikon kuluessa. Diabeettisissä ja iskeemisissä haavoissa aikaraja on kaksi viikkoa. (Ahmajärvi & Isoherranen, 2017.)

Haavojen hoidossa varhaisella diagnostiikalla on valtavan suuri merkitys. Haavadiagnoosin teko kuuluu perusterveydenhuollon yleislääkärille. Hoitaja voi hoitaa haavaa itsenäisesti etiologian selvittelyjen ja hoitosuunnitelman teon jälkeen. (Ahmajärvi & Isoherranen, 2017.) Haavapotilaalle tehdään hoidon alussa haavan kliininen tutkimus. Suunnitelmaa tehdessä määritetään hoidon tavoitteet, jota kohti hoidossa pyritään. Näiden jälkeen suunnitellaan paikallishoito. (Krooninen alaraajahaava, 2014.) Paikallishoidon suunnittelussa voidaan käyttää apuna TIME-mallia. (Ahmajärvi & Isoherranen, 2017.) TIME-mallissa kuvataan neljää haavanhoidon osa-alueita: T – tissue (kudos), I – inflammation and infection (tulehdusreaktio ja infektio), M – moisture (kuivuminen tai liiallinen kosteus), E – edge (haavan reuna). TIME -toimintamallilla voidaan todentaa haavalla olevat ongelmat, jonka jälkeen voidaan suunnitella yksilöllinen hoito. (Juutilainen & Hietanen, 2018, 85.)

Haavan paikallishoidolla on tavoitteena haavan puhdistus, parhaan mahdollisen paranemisympäristön luominen ja kontaminaatioilta suojaaminen. (Krooninen alaraajahaava, 2014.) Tärkein haavan paranemista edistävä toimenpide on haavan puhdistus kuolleesta kudoksesta ja haavapohjan biofilmistä. Puhdistaminen on myös infektion hoidossa ja hallinnassa tärkeä toimenpide. Haavan puhdistamisen menetelmän valintaan vaikuttavat useat eri tekijät, tärkeimpänä kuitenkin haavan ominaisuudet. Muita valintaan vaikuttavia asioita ovat potilaan kokonaistilanne, aikataulu, saatavilla olevat välineet, henkilökunta ja hoitopaikka. (Juutilainen & Hietanen, 2018, 86.)

TIME-mallilla arvioidaan myös haavan erityis ja kosteustasapaino. Haavatuotteen valinnalla on suuri merkitys kosteustasapainon säilyttämisessä. Erityksen syihin on kuitenkin syytä kiinnittää huomiota, onko erityis infektiosta johtuvaa vai esimerkiksi turvotuksesta. (Juutilainen & Hietanen, 2018, 88.)

Kroonisilla haavoilla on taipumus uusiutua, mikäli ei olla onnistuttu korjaamaan haavaa aiheuttanutta syytä. Haavanhoidon lisäksi onkin tärkeää suunnitella ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä, jotta saadaan estettyä uusien haavojen synty. (Juutilainen & Hietanen, 2018, 88.)

5 HAAVAPOTILAAN OHJAUS

Potilasohjaus on asiantuntijahoitajan yksi tärkeimmistä auttamiskeinoista kliinisten hoitotoimien lisäksi. Ohjauksella tuetaan potilaan omahoitoa sairautessaan ja sitä myöten haavojen nopeampaa paranemista. (Lipponen, 2014, 17; Gonzales, 2017.)

Potilaat ovat yhä enemmän tietoisempia oikeuksistaan, sairauksistaan ja niiden hoidosta ja tällöin myös potilasohjauksen tarve lisääntyy. Potilaiden hoitoajat ovat aina vain lyhyempiä, mikä asettaa haasteita ohjaukselle ja lisää sen tarvetta. Ohjaukselle jäävä aikakin on täten lyhyempi kuin aiemmin, jonka vuoksi potilasohjauksen kehittäminen on tärkeää. (Lipponen, 2014, 17.) Potilasohjauksen monialaisuus ja merkitys hoitotyössä tulee jatkossakin korostumaan. Hoitajilta vaaditaan uudenlaista osaamista jatkuvassa kehityksessä, sillä kehitys tuo mukanaan lisääntyvästi teknologiaa ja sen myötä teknologiaosaamista. Luostarisen, Meretojan ja Niemen (2019, 38) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat ovatkin kokeneet haasteelliseksi mm. teknologian lisääntymisen, mutta myös sisällön hallinnan ja ohjauksen merkityksen ymmärtämisen.

Palonen (2016, 60) totesi tutkimuksessaan, että ohjaustietoisuuden lisääminen työyhteisöissä voisi edesauttaa hoitajien vastuunottoa ohjaustilanteissa, mikä voisi mm. näkyä asiakkaan jatkohoidon järjestelyissä. Tietoisuuden lisäämisellä ohjaustilanteet yhdenmukaistuisivat ja muodostuisivat paremmin keskeiseksi hoitotyön osa-alueeksi. Potilasohjaus vaatii hoitajilta myös vastuunoton lisäksi myös ohjausvalmiuksien ylläpitoa ja kehittämistä. (Lipponen, 2014, 17-18.) Hoitajan tulee olla valmis turvaamaan asiakkaan riittävä ohjauksen saanti ja näin edistää potilaan terveyteen liittyviä valintoja. Ohjauksessa pyritään olemaan potilaslähtöisiä ja vuorovaikutteisia. Potilaan ohjaus on sidoksissa hoitohenkilöstön ja potilaan taustatekijöihin, jotka luovat perustan potilasohjauksen onnistumiselle. Hoitohenkilökunnan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa on keskeistä potilaan tukeminen aktiivisuuteen ja tavoitteellisuuteen. Potilasta pyritään motivoimaan ja ohjaamaan vastuunottoon omasta hoidostaan.

Hoitajan tuki ja ohjaus on tarpeellista päätöksentekoprosessissa ja toistuvan opetuksen ja ohjauksen myötä myös itsevarmuus ohjaustilanteisiin kasvaa. Itsevarmuudella mahdollistetaan itsenäinen päätöksenteko ja hoidon jatkuvuus. Tämä johtaa myös parempiin tuloksiin näyttöön perustuvassa haavanhoidossa. (Innes-Walker ym., 2018.) Gonzales (2017) teki potilasohjauksen vaikuttavuudesta tutkimuksen kohteenaan potilaat, joilla oli verisuoniperäisiä haavoja. Ohjausmenetelminä käytettiin potilaan kotona tapahtuvaa henkilökohtaista ohjausta sekä visuaalisia apuvälineitä, kuten esitteitä. Tuloksia tarkastellessa voidaan sanoa, että potilasohjauksesta on haavojen hoidossa hyötyä. Tutkimuksen aikana potilaiden tietotaso sairaudestaan ja sen hoidosta oli kasvanut ja näin ollen myös tieto omahoidon vaikuttavuudesta. Seurantajakson aikana haavojen uusiutumisosuus oli pienempi ryhmällä, jotka olivat ohjausta saaneet, verrattuna ryhmiin, jotka eivät olleet saaneet potilasohjausta.

Ohjaustilanteet korostavat luottamusta. Parhaimmillaan potilaat kohdataan yksilöinä ja hoitajat osaavat samaistua asiakkaan tilanteeseen. Hoitajilta edellytetään ohjauksellisessa vuorovaikutuksessa, että he pystyvät varmistamaan potilaan ymmärtäneen saamansa ohjauksen.

Ohjauksen omaksumiseen ja onnistumiseen vaikuttavat asiakkaiden vointi, muisti ja omaksumiskyky. Varsinkin muistiongelmiaisten potilaiden kohtaamisessa on omat haasteensa, ja näissä tilanteissa toivotaan usein omaisen olevan mukana ohjauksessa. Läheisten osallistuminen edellyttää kuitenkin heidän oma-aloitteisuuttaan. (Palonen, 2016, 62-63.)

Hoitajan rooli vaihtelee tiedonvälittäjästä ammattitaitoiseksi vastuunkantajaksi. Hoitaja toimii ohjaustilanteissa linkkinä lääkärin ja potilaan sekä läheisten välillä. Annettujen tietojen täydentäminen ja selventäminen on usein hoitajan vastuulla. (Palonen, 2016, 61.)

Ohjaustilanteiden onnistumisella pystytään vaikuttamaan myös haavan paranemiseen. Gray, Game ja Pinnington (2018) tekivät tutkimuksen, jossa seurattiin askelmittareiden avulla diabeetikoiden päivittäistä liikkumista ja kuinka paljon liikkuminen vaikuttaa diabeetikoiden jalkahaavojen paranemiseen. Jokainen potilas sai askelmittarin ja ohjausta olla mahdollisimman paljon levossa. Ohjeiden tulkinta kuitenkin oli moninaista ja potilaiden tarkempi ohjaus olisi ollut vielä tarpeen. Tutkimuksessa todettiin, että mitä vähemmän vaihtelua päivittäisissä askelmäärissä oli, sitä paremmin haavat olivat pienentyneet.

Chungin (2015) mukaan, hyvä haavapotilaan ohjaus koostuu seuraavista asioista: potilaan terveysosaamisen arvioinnista, riittävän yksinkertaisen kielen käyttäminen, kerralla annetun tiedon rajaaminen, annetun tiedon ymmärtämisen selvittäminen ja potilaskeskeisyys. Ohjausta annettaessa seurataan asiakkaan ilmeitä, eleitä ja ääntä.

Ohjausta annettaessa asiakkaalle puhutaan riittävän selkeästi ja yksinkertaisesti. Ammattisanasto voi olla asiakkaalle joskus hankalasti ymmärrettävää, joten sijasta voidaan käyttää helposti ymmärrettävämpiä synonyymeja. Sen lisäksi, että ammattisanasto on vaikeasti ymmärrettävää, ei asiakas välttämättä pysty sulattamaan kaikkea hänen terveydestään annettuja tietoja kerralla. Ohjaustilanteessa onkin hyvä pystyä seuraamaan asiakasta, milloin raja kerralla otetulle tiedolle tulee vastaan. Haavaohjaustilanteessa voi haavan hoito-ohjeet jakaa useammalle kerralle, mikäli asiakkaan on tarkoitus jatkaa haavanhoitoa itse kotona. Ensimmäisellä ohjauksella ohjataan haavan puhdistus ja toisella ja tarvittaessa kolmannella kerralla ohjataan mitä haavalle laitetaan. Asiakkaat, jotka ovat aiemmin olleet haavojen kanssa tekemisissä, voivat omaksua hoidon nopeammin kuin ne asiakkaat, joilla kokemusta ei ole. (Chung, 2015.)

Ohjaustilanteessa pitää aina selvittää, ymmärsikö asiakas ohjatun asian. Sen sijaan, että kysytään "Ymmärrätkö?", voisi kysyä "Kertoisitko, mitä asioita kävimme äsken läpi? Haluan varmistaa, että kerroin tänään kaiken, mitä olin suunnitellut kertovani." Näin voi varmistaa sen, että asiakas ymmärsi ja voi määrittää tarvitseeko asiakas lisäohjausta vai voiko siirtyä jo seuraavaan ohjattavaan asiaan. Tätä kutsutaan myös "Teach-back" -menetelmäksi. (Chung, 2015; Hotus, 2017.) Asiakasta tulee ohjata myös kysymään tarvittaessa tarkempia kysymyksiä. Mikäli niitä ei tule heti mieleen, voi kysymykset kirjoittaa vaikka myöhemmin paperille ja kysyä seuraavalla ohjauksella. (Chung, 2015.) Ohjausta kuitenkin jatketaan, kunnes asiakas kokee selviävänsä omahoidosta. (Hotus, 2017.)

Chungin (2015) artikkelissa korostettiin vielä, että haavanhoidon täytyy olla potilaslähtöistä. Jotta potilas pystyy olemaan mukana omassa hoidossaan, tulee hänen täysin ymmärtää mitä haavanhoitokerroilla tapahtuu ja mitä hoitosuunnitelmalta odotetaan.

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää haavanhoidon haasteita sekä mitä ja millaisia toimintoja Kalajoen terveystieteiden tutkimuskeskukselle perustettavalle asiantuntijahoitajan haavavastaanotolle on tarvetta kehittää. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota hyödynnetään haavavastaanoton palvelu- ja toimintaprosessien suunnitteluvaiheessa. Tutkimuksen tuloksien avulla saadaan suunniteltua palvelu, jolla voidaan edesauttaa asiakkaan haavaa paranemaan nopeammin, ylläpitää asiakkaan elämänlaatua ja mahdollistetaan haavanhoitajan konsultointi eri hoitoyksiköistä.

Tutkimuksen tehtävänä on kuvata sairaanhoitajien näkökulmasta:

1. Mitkä ovat haavanhoidon haasteita Kalajoen terveystieteiden tutkimuskeskuksen toiminta-alueella?
2. Mitä toimintoja haavanhoidon asiantuntijavastaanotolle toivotaan?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Tutkimuksen lähtökohdat

Tutkimuksen toteutukseen valittiin laadullinen tutkimus. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tutkimuksessa tarkasteltavaa asiaa tutkimukseen osallistuvien henkilöiden näkökulmasta. Tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita juuri osallistujien ajatuksista ja mielipiteistä, joiden selville saamiseksi laadullisessa tutkimuksessa on useita eri menetelmiä. (Juuti & Puusa, 2020, 9.)

Tässä tutkimuksessa halutaan saada selville ajatuksia ja mielipiteitä haavanhoidon haasteista sekä haavanhoidon asiantuntijavastaanoton toiminnoista, jolloin laadullinen tutkimus sopi tämän tutkimuksen toteutukseen hyvin. Vaihtoehtoinen menetelmä olisi ollut määrällinen tutkimus, jolloin tuloksia olisi kuvattu ja tulkittu tilastojen ja numeroiden avulla. (Vilka, 2015.) Tällöin tutkimusmenetelmänä olisi ollut kyselylomake, jonka avulla ei olisi saatu selville haluttuja tietoja.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusmenetelmiä on useita. Tavanomaisia aineistonhankintamenetelmiä ovat haastattelut, joko yksilö- tai ryhmähaastatteluna, havainnoinnit ja dokumenttiaineistot. Eri menetelmiä voi myös yhdistää. (Juuti & Puusa, 2020, 13.) Tässä tutkimuksessa haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluna.

7.2 Osallistujat ja aineiston hankinta

Työn aineiston hankintaan käytetään teemahaastattelua, joka toteutetaan ryhmähaastatteluna eli fokusryhmämenetelmää. Haastattelut etenevät ennalta suunnitellun teemalistan mukaan. Haastateltavina toimi neljän eri yksikön sairaanhoitaja.

Teemahaastatteluja varten tutkija joutuu syventymään tutkittavan aiheen taustakirjallisuuteen, sekä tutustua osallistujien tilanteeseen, jotta pystyy kohdentamaan tarkat teemat haastattelua varten. Teemojen suunnittelu on erittäin tärkeä vaihe tutkimusprosessin aikana. (Juuti & Puusa, 2020, 107.) Osallistujia ei myöskään voi valita satunnaisesti. Osallistujat valitaan sen mukaan, miten heiltä arvellaan saatavan parhaiten tietoa käsiteltävistä asioista. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006.)

Teemahaastattelu ei etene valmiiksi suunniteltujen, tarkkojen kysymyksien mukaan vaan etenee väljemmin ennalta pohdittujen teemojen mukaan. Haastattelussa osallistujat keskustelevat keskenään annettujen teemojen pohjalta. Tutkija laatii ennen haastatteluja itselleen listan käytettävistä teemoista ja suunnittelee valmiiksi apusanoja ja kysymyksiä keskustelun herättämistä varten. Valittujen teemojen tarkoituksena on saada tuotettua laajasti materiaalia, jota pystyy myöhemmin tulkitsemaan teorian avulla. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006; Juuti & Puusa, 2020, 109.)

Tähän tutkimukseen valittiin menetelmäksi teemahaastattelu ja toteutuksena ryhmähaastattelu, koska haluttiin saada tietyistä aihepiireistä mahdollisimman laajasti tietoa. Teemalistan avulla pystytään

rajaamaan haastattelun aihealue tarkasti ja ryhmähaastatteluna tietoa saadaan kerralla paljon. Toteutuksen aikana tutkimusmenetelmä toimi hyvin ja tietoa saatiin runsaasti halutusta aihepiiristä.

Ryhmähaastattelussa haastattelija keskustelee samanaikaisesti monelle haastateltavalle, mutta kyselee välillä kysymyksiä myös yksittäisiltä ryhmäläisiltä. Myös pari ja täsmäryhmähaastattelut lukeutuvat ryhmähaastatteluihin. Haastatteluissa etuna on myös se, että osallistujiksi voidaan valita henkilöitä, joilla tiedetään etukäteen olevan tietoa aiheesta. Haastatteluissa voidaan saada tietoa siitä, miten haastateltavat muodostavat yhteisen näkemyksen tutkittavasta aiheesta, millaisia puheenvuoroja ja perusteluja syntyy ja millainen vuorovaikutus ryhmässä vallitsee. Tilanteessa voidaan tulkita usein myös nonverbaalista viestintää. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti, 2015, 111-112; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006; Juuti & Puusa, 2020, 102.)

Haastattelun runkona käytettäessä teemalistaa, joutuu haastattelija huolehtimaan siitä, että kaikki teemat käydään läpi ja että kaikki haastateltavat osallistuvat keskusteluun. Haastatteluissa on useita osallistujia, mutta määrä riippuu siitä, millaista tietoa tutkimuksessa tavoitellaan. Mitä useampi osallistuja haastattelussa on, sitä hankalampaa keskustelun tallentaminen on. Tarvittaessa haastattelijoitakin voi olla useampi kuin yksi. Kahdella haastattelijalla voidaan saada aikaan rennompaa ilmapiiriä ja monipuolisempaa keskustelua. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006.)

Ryhmähaastattelun etuna on se, että ryhmädynamiikan avulla saadaan asiat vietyä uudelle tasolle, mm. autetaan toisia muistamaan jotain mitä yksin ei tulisi mieleen. Lisäksi tietoa saadaan nopeasti monelta henkilöltä samanaikaisesti. Jos ryhmähenki on hyvä, voi ryhmä toimia sosiaalisena tukena, jolloin puhuminen voi olla rennompaa kuin esimerkiksi yksilöhaastattelussa. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti, 2015, 111-112; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006.)

Ryhmähaastattuiden ongelmana on, että haastattelujen sopiminen voi olla hankalaa aikataulujen sovittamisen vuoksi. Ryhmähengestä riippuen ei välttämättä uskalleta kertoa kaikkea, mitä kahden kesken uskaltaisi kertoa. Ryhmässä voi olla erilaisia persoonia ja jotkut ovat enemmän äänessä kuin toiset. Haastattelijalta vaaditaan tilanteessa läsnäoloa, jotta saa rohkaistua myös ryhmässä syrjään jääviä henkilöitä puhumaan. Haastattelun nauhoittaminenkin voi olla ongelmallista, sillä siinä saattaa tulla päällekkäin puhumista. Tällöin äänestä on hankalampaa saada selvää. Haastattelussa kannattaakin olla mukana useampia tallentavia laitteita, jotta keskustelu tallentuu mahdollisimman hyvin. Litterointi kannattaa suorittaa pian ryhmähaastattelun jälkeen, kun asiat ja puheenvuorot ovat vielä hyvin muistissa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006.)

Tutkimuksen aineisto kerättiin kolmena eri ryhmähaastatteluna. Haastattelut tehtiin kesän 2020 aikana. Haastattelun teemat on kuvattu liitteessä 2.

Tutkimukseen haastateltiin sairaanhoitajia. Perusteluna ryhmän valinnassa käytettiin ajatusta siitä, kuka olisi se, joka tekisi konsultaatiopyynnön haavapoliklinikalle. Konsultaatioketjussa lähihoitajat konsultoivat sairaanhoitajia ja sairaanhoitaja konsultoisi haavanhoitajaa. Näin ollen sairaanhoitajat ovat niitä, joita tulisi haastatella halutun tiedon saamiseksi.

Haastateltavien rekrytointi tapahtui osittain sähköpostin välityksellä ja osittain kasvokkain kysymällä. Ensin sähköpostia laitettiin yksiköiden esimiehille, jotka välittivät viestiä sairaanhoitajille. Esimiesten kautta ei kuitenkaan sairaanhoitajia lupautunut haastateltavaksi, joten paremmaksi keinoksi osoittautui sähköpostin laittaminen suoraan sairaanhoitajille. Lopulta haastateltavia tuli neljästä eri yksiköstä: vuodeosastolta, vastaanotolta, kotisairaanhoidosta ja asumispalveluyksiköstä. Koska haastateltavia ei ollut tulevaisuuteen kaikista tavoitelluista yksiköistä, haastatteluihin osallistuivat kaikki ne hoitajat, jotka siihen suostuivat.

Haastatteluihin lupautui yhteensä yhdeksän eri sairaanhoitajaa. Näistä yksi joutui jäämään haastatteluista viime hetkellä pois estymisen vuoksi. Näin ollen kahdessa haastattelussa oli kolme haastateltavaa ja yhdessä haastattelussa kaksi haastateltavaa. Ennen haastatteluja osallistujat perehtyivät annettuun tutkimustiedotteeseen (Liite 3) ja tietosuojaselosteeseen. Osallistujat allekirjoittivat myös tietoisesta suostumuksesta lomakkeen (Liite 4) ja taustatietolomakkeen (Liite 5).

Iältään haastateltavat olivat 34-59 -vuotiaita. Työkokemus sairaanhoitajana vaihteli vasta valmistuneesta kymmeneen vuosiin. Osallistujia oli viidestä eri työyksiköstä Kalajoen terveyspalvelualueelta.

Haastateltavat olivat ennalta tietoisia ainoastaan haastattelun aihealueesta, eli haavanhoidon haasteista. Loput aiheista selvisivät haastattelujen edetessä. Haastattelut nauhoitettiin kahdella eri nauhurilla. Haastattelutila pyrittiin rauhoittamaan häiriötekijöiltä.

7.3 Aineiston analysointi

Äänitettyjä haastatteluja tuli yhteensä 96min 27s. Lyhin haastattelu oli pituudeltaan noin 15 minuuttia ja pisin haastattelu noin 41 minuuttia. Tämän jälkeen äänitykset litteroitiin eli puhtaaksikirjoitettiin analysointia helpottavaan muotoon tekstinkäsittelyohjelmalla (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006a). Nauhoitukset litteroitiin mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen, jotta haastattelija saa paremmin palautettua puheenvuorot ja tilanteet mieleensä. Tällä parannettiin tutkimuksen tulosten luotettavuutta. Haastattelut kirjoitettiin sanasta sanaan puhtaaksi. Litteroitua materiaalia tuli yhteensä 26 sivua kirjoitettuna 11 -kokoisella Calibri -fontilla rivinvälityksellä 1,5. Litterointivaihe vei paljon aikaa. Haastatteluissa oli päällekkäin puhumisia, ja vaati useita kuuntelukertoja, jotta saatiin selvyys kaikesta mitä oli sanottu.

Haastatteluaineistot analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä pyritään tutkimusaineistosta luomaan teorettinen kokonaisuus. Tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti valitaan aineistosta sopiva analyysiyksikkö. (Tuomi & Sarajärvi, 2018.) Sisällönanalyysillä tutkimuksen tulokset kuvataan tiivissä ja yleisessä muodossa. Analyysin lopputuloksena on kategorioita, jotka kuvaavat tutkimuksen ydintä. Induktiivisessä sisällönanalyysissä prosessi lähtee liikkeelle aineiston pelkistämällä eli redusoinnilla. Tämän jälkeen pelkistykset ryhmitellään eli klusteroidaan alakategorioiksi. Kolmannessa vaiheessa

aineistoa käsitteellistetään, eli abstrahoidaan. Tutkimuksen kannalta oleellisen tiedon perusteella luodaan teoreettisia käsitteitä, eli yläkategorioita, yhdistelemällä tehtyjä luokituksia niin pitkälle kuin se sisällöllisesti on mahdollista. (Kyngäs & Vanhanen, 1999; Tuomi & Sarajärvi, 2018.)

Litteroinnin jälkeen materiaali luettiin huolellisesti läpi useaan kertaan. Ennen analyysin aloittamista, määritetään analyysiyksikkö, jonka määrittämiseen vaikuttavat tutkimuksen aineisto ja laatu.

Analyysiyksiköksi voi valita yksittäisen sanan, lauseen tai ajatuskokonaisuuden, joka voi sisältää useita lauseita. (Tuomi & Sarajärvi, 2018.) Tässä tutkimuksessa analyysiyksikkönä toimi ajatuskokonaisuus. Aineistosta alleviivattiin tutkimuskysymyksiin vastaavia alkuperäisilmaisuja. Alkuperäisilmausut pelkistettiin ja samankaltaiset pelkistykset ryhmiteltiin alakategorioiksi. Alakategorioita abstrahoiitiin eli samankaltaisia alakategorioita yhdisteltiin ja nimettiin aineistoa vastaavat yläkategoriat. Esimerkki analyysiprosessista on esitetty taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Esimerkki analyysiprosessista

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
-Epävarmuus siitä kuinka paljon haavaa voi revidoida - Kalliita hoitovälineitä vaihdetaan turhaan - Asiakkaat käyvät useasti ja mietityttää paljonko käyntivälejä voisi venyttää.	Hankaluudet haavanhoidossa	Haavanhoitoon liittyvät haasteet
-Uusien tuotteita tulee ja niistä on haastavaa valita se paras. - Hoitoon määrätty tietty hoito jota ei löydy, voidaanko se vaihtaa omin päin. - Mikä on hoitoon määrätty vastaava tuote.	Haavatuotteet ja niiden valinnat	
-Aikaa on liian vähän, jotta haavanhoidon lisäksi ehtisi ohjata asiakasta. - Hoitoaika venyy, varsinkin jos täytyy konsultoida lääkäreitä.	Hoitoon käytetty aika	Haavanhoidon resursseihin liittyvät haasteet
-Haavanhoitotilat loppuvat, jos päivän aikana hoidetaan kaksi infektiopotilasta. - Haavanhoidot jakautuneet useisiin tiloihin, joten sopivia tiloja joutuu etsimään	Tilojen puute	

Aineistolähteisessä sisällönanalyysissä yhdistellään käsitteitä ja kategorioita ja näin saadaan vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Ennen tulosten aukikirjoittamista on syytä tarkistaa, että kerätty aineisto myös vastaa tutkimuskysymyksiin. Analyysin edetessä voi huomata, että näin tutkimuskysymys onkin väärä saatuihin tuloksiin nähden. Näin ollen tutkimuskysymykset voivat muokkautua prosessin edetessä, jolloin aineistolle on annettu tilaa tutkimusprosessissa. (Tuomi & Sarajärvi, 2018; Juuti & Puusa, 2020, 122.) Tämänkin tutkimuksen aikana analyysiprosessin edetessä huomattiin, että saatu aineisto ei täysin vastaa toiseen ennalta asetettuun tutkimuskysymykseen. Tällöin tarpeen oli tutkimustehtävän tarkentaminen paremmin aineistoa vastaavaksi.

8 TULOKSET

8.1 Haavanhoidon haasteet Kalajoen terveystalvelujen toiminta-alueella

Analyysin tuloksena muodostui kuusi eri yläkategoriaa kuvaamaan haavanhoidon haasteita: 1) haavanhoidon toteutukseen liittyvät haasteet, 2) haavanhoidon resursseihin liittyvät haasteet, 3) haavanhoidon osaamiseen liittyvät haasteet, 4) moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvät haasteet, 5) asiakkaisiin liittyvät haasteet ja 6) konsultaatioihin liittyvät haasteet. Taulukosta 2 ilmenee yläkategoriat sekä niiden alle muodostuneet alakategoriat.

TAULUKKO 2. Haavanhoidon haasteet Kalajoen toiminta-alueella

<p>HAAVANHOIDON TOTEUTUKSEEN LIITTYVÄT HAASTEET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haavatuotteet ja niiden valinnat • Hoito-ohjeiden puute/ristiriitaisuus • Hankaluudet haavanhoidossa • Oikeanlainen kivunhoito • Hoidon muuttaminen • Uudet laitteet ja hoitotavat • Diagnoosit ja hoitosuunnitelmat • Potilasohjaus • Kirjaukset • Muut haasteet 	<p>HAAVANHOIDON RESURSSIIN LIITTYVÄT HAASTEET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aikojen puute • Tilojen puute • Hoitoon käytetty aika 	<p>HAAVANHOIDON OSAAMISEEN LIITTYVÄT HAASTEET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Osaaminen • Kokemuksen puute
<p>MONIAMMATILLISEEN YHTEISTYÖHÖN LIITTYVÄT HAASTEET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lääkäreistä aiheutuvat haasteet • Henkilöstöhaasteet • Työn tekeminen yksin 	<p>ASIAKKAIISIIN LIITTYVÄT HAASTEET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaativat asiakkaat • Infektioasiakkaat • Omahoito kallista asiakkaalle 	<p>KONSULTAATIOIHIN LIITTYVÄT HAASTEET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konsultoinnin antaminen • Konsultointi

8.1.1 Haavanhoidon toteutukseen liittyvät haasteet

Haavanhoitoon liittyviä haasteita tuli haastattelujen aikana ilmi useita erilaisia. Haasteena koettiin haavatuotteiden moninaisuus ja valinta eri tuotteiden väliltä. Koettiin että haavatuotteita ilmestyy jatkuvasti uusia eikä ole varmuutta siitä, kuinka niitä käytetään ja minkälaisille haavoille ne on tarkoitettu.

”Ja uusia tuotteita tulee paljon, että mikä se ois aina se paras. Onhan se haasteellista.”

Vaikeana pidettiin myös vastaavien tuotteiden valinta. Asiakkaalle määrättyjä sidoksia ei varastosta löydy, ja ei osatakaan omasta valikoimasta valita vastaavaa tuotetta. Koettiin myös, että tuotteita pitäisi osata kuitenkin käyttää oikein, sillä haavanhoitovälineet ovat kalliita.

”Tällä on määrätty joku tietty hoito ja meillä ei sitte sitä oookkaan, esimerkiksi niin. Niin voidaanko me vaihtaa ominpäin tai mikä on se vastaava?”

Osa sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että tällä hetkellä haavoilla on puutteellisia hoito-ohjeita tai hoidosta on annettu ristiriitaisia ohjeita. Selkeiden ohjeiden puuttuminen vaikeuttaa työtä. Välillä työtä hankaloittaa haavanhoitajien eriävät mielipiteet hoidosta, joka aiheuttaa hoitajille epävarmuutta.

”Jos on selkeet ohjeet, niin kyllähän sen osaa tehdä alusta loppuun. Mut jos niitä ei oo, niin sitte saa miettiä, että kuinka paljon uskaltaa rapata ja niin pois päin.”

Itse haavan konkreettisessa hoidossa, koettiin hankalana arvioida sitä, kuinka paljon haavaa saa revidoida. Hoitajia mietitytti myös haavan erityksen suhteen hoitotuotteiden vaihtoväli. Tästä taas on seurasta se, että kalliita hoitovälineitä vaihdetaan turhaan.

”...itellä on ainaki vaikeeta se, että kuinka pitkiä välejä kullaki tuotteella vois pitää tai pitääkö sen erittää kuinka paljon, että sepitää vaihtaa näin tai näin.”

Ohjeistukset muuttuvat myös jatkuvasti, eikä olla varmoja siitä mikä on se oikea tapa hoitaa haavaa.

”Vielä josaki vaiheessa sanottiin, että ei saa aukoa niin tihyään ja toinen sanoo, että pitää rapata joka päivä puhtaaksi se haavapohja. Ei oo semmosta varmuutta, että mikä se nyt on se oikea tyyli...”

Välillä hoitajilla on isoja ja haasteellisia haavoja, jotka vaativat paljon aikaa ja kaksi hoitajaa. Pienellä henkilöstömäärällä hoitajat kokivat tämän työlääksi.

”Joo, ihan tunti pitää varata aikaa ja kaks hoitajaa, niin seki on aika työlästä sitte tämmösellä polilla vähällä väellä tehdä niitä.”

Hoitajat olivat myös huolissaan potilaan kivunhoidosta haavanhoidon aikana ja sen jälkeen. Haluttiin että kivunhoito osuisi kohdalleen sekä ennen että jälkeen haavanhoidon. Yhdellä sairaanhoitajista oli kokemusta asiakkaasta, joka olisi halunnut hoidon jälkeisen kivun vuoksi repiä hoitotuotteet irti.

”Että lääkitykset ja puudutukset sattuu nappiin, ettei joutuis kärsiin kovin paljon.”

Haastatteluissa tuli myös ilmi arkuus muuttaa haavalla olevaa hoitoa. Osa koki, että kysyvät mielellään ennen hoidon muuttamista haavanhoitajalta mielipidettä asiasta. Lisäksi sairaanhoitajat pohtivat viikonlopun aikoja, eli tarvitsevatko haavat silloin hoitoa, jolloin haavanhoidot järjestetään yhteistyössä muiden yksiköiden kanssa. Ilmi tuli myös, että on hoidettu asiakkaan haavaa pitkään, eikä ole huomattu, että asiakas voisikin hoitaa haavaa jo itse kotona.

”Hirveän mielellään kysyy kyllä haavanhoitajalta ohjeita ja kattomaan sen haavan, ennen ku rupeaa mitään soveltamaan.”

Hoitajille on tullut myös opeteltavaksi uusia laitteita ja hoitotapoja, joiden käyttö ja opettelu koettiin haastaviksi.

"Haastavaa nyt ainaki on ollu ku on tullu hirveästi tuommosia uusia, niinku Renasys-pumppu asiat."

Haavadiagnooseista ja hoitosuunnitelmista syntyi haastatteluissa keskustelua. Sairaanhoidajat kokivat, että tällä hetkellä haavoja hoidetaan ilman hoitosuunnitelmaa tai hoitolinjaa. Oli myös epävarmuutta siitä, hoidetaanko vain haavaa eikä syytä, mikä haavan syntyyn on johtanut. Diagnoosit voisivat myös olla paremmat.

"Hoidetaanko me vaan haavaa eikä sitä itse syytä, että mistä se haava johtuu?"

Haavan taustatekijöitä ei ole tutkittu tarpeeksi paranemisen edesauttamiseksi ja uusien ennaltaehkäisemiseksi. Ja aina ei edes tiedetä, mistä haava on peräisin.

"...arvellaan, että tässä nyt on taustalla näin, mutta että ei oo mitään tutkimuksia tehty tai millä edesautettais sitä, että tämä mahdollisesti tulis paranemaan ja miten siihen voidaan ehkästä niitä jatkossa..."

Välillä haavojen ohjeistuksen muuttuvat nopeasti, varsinkin jos hoitosuhde haavan kanssa on erikoissairaanhoidon puolelle.

"Sitte meille tulee niitä asiakkaita, saattaa tulla OYS:sta tai osastolta tai Kokkolasta tai muualta, ja sitte tulee että 'no niin, nyt vaihetaan tämmönen'. Ja sitte me tilataan Kokkolasta ne tuotteet ja kun ne tulee niin kohta ne saattaa taas vaihtua."

Potilasohjauksen antaminen on hoitajien mielestä välillä vaikeaa vaikkakin tarpeellista. Ohjausta annetaan usein haavanhoidon ohessa, mutta välillä ei kiireen vuoksi ehdi antaa ohjausta ollenkaan. On paljon myös asiakkaasta ja hänen tilanteestaan kiinni, onko hän kykenevä ottamaan vastaan ohjausta. Välillä asiakas ei pysty vaikuttamaan tilanteeseensa, jos hänellä käy esimerkiksi kotipalvelu tai ruokahuolto. Kuitenkin kotona tapahtuvat asiat vaikuttavat paljon haavan paranemiseen ja mikäli asiakkaat eivät panosta omahoitoon, eivät haavat parane.

"...riippuu tietysti asiakkaasta, että onko, pystyykö edes vastaanottaan ohjausta. Sillä menee se kotipalvelu tai ruoka huolto mikä sinne menee ja se on se mihin he ei voi sitte muuten vaikuttaa."

Sairaanhoidajat antoivat myös ilmi, että kirjaukset haavanhoidosta ovat usein puutteellisia ja usein kirjaamisen aikana on liian kiire. Olisi kuitenkin hoidon kannalta tarpeellista, että kirjaukset tehdään huolella ja siihen menee oma aikansa.

"...mutta se kirjaaminen on joskus puutteellista. Että tuota olipa se nyt kenen hyvänsä kirjaus, mutta sieltä ei tuu sitä että ku menee 'haava hoidettu ohjeen mukaan'."

Haastatteluissa ilmeni myös muita haasteita liittyen haavanhoitoon. Kotioloissa haavanhoitovälineiden puhtaudesta ei voi olla varma. Asiakkaiden kotiolot voivat olla välillä haasteellisia hygienian, ergonomian ja pesutilojen suhteen. Sairaanhoitajat huomioivat, että etenkin kotihoidossa välimatkat ovat välillä pitkät ja haavoja ei voida käydä joka päivä hoitamassa, mikä asettaa hoidon suunnittelulle haasteita.

”Miten käy haavanhoitotuotteille, kun ne on siellä kotona pusseissa, pysyykö ne puhtaina?”

8.1.2 Haavanhoidon resursseihin liittyvät haasteet

Sairaanhoitajat nostivat haastatteluissa esille myös haavanhoitoaikojen puutteen. Haavoja on niin paljon hoidettavaksi, että niille varatulla hoitajalla ei riitä ajat. Tällöin osa haavanhoidoista menee päivystävälle hoitajalle ja iltavuorolaiselle. Oman haasteensa tilanteeseen tuovat potilaat, jotka tarvitsevat haavanhoidoille erillisen tilan (ESBL). Aikojen puutteen vuoksi heitä ei ole voitu laittaa päivän viimeiseksi, vaan on jouduttu ottamaan kesken päivän.

”Päivystävällekin tulee haavoja, ku ei neää riitä sen AIKU-hoitajan ajat, joka yleensä niitä hoitaa. Ja sitte ne menee toimenpidehoitajalle osittain, joka tulee iltaan. Ja sitte vielä ensiappuun, että niitä niinkö on nyt tosi paljon.”

Haavojen runsaus ja infektiopotilaat taas tuovat ongelmia tilojen riittävyyden suhteen. Haavanhoidot jakautuvat useisiin tiloihin, joten hoitajat joutuvat välillä etsimään sopivia tiloja. Esimerkiksi ESBL-asiakkaan jälkeen ei pysty välittömästi ottamaan samaan tilaan seuraavaa potilasta, joten tilat tahtovat loppua.

”Niin ja meillä tahtoo sitte huoneet loppua, jos tulee kaksi semmosta jolla on (ESBL). Niin mihin niitä laittaa?”

Hoitajat ilmaisivat myös, että hoitoihin varatut ajat eivät meinaa riittää. Haavanhoidon lisäksi aika ei riitä potilasohjaukseen. Varsinkin jos hoidosta täytyy konsultoida lääkäriä, hoitoaika venyy. Haavanhoitoja kasautuu myös usein viikonloppuisin samalle päivälle.

”Ja haasteita on semmonen asia, että meillä on hirveän vähän aikaa. Että me keretään se haava hoitaa, mutta me ei keretä ohjata sitä asiakasta.”

8.1.3 Haavanhoidon osaamiseen liittyvät haasteet

Moni sairaanhoitaja koki oman osaamisensa olevan vähäistä. Osalla hoitajista haavojen hoito käytännössä on vähäistä, joten hoitamiseen ei tule tarvittavaa rutiinia. Tästä seuraa se, että ei ole varma osaako sanoa oikein, mitä haavalle kannattaa laittaa.

”...ko on kentällä sen verran vähän niinku arkena, niin lähihoitajathan ne sitten hoitaa käytännössä. Niin ei tuu semmosta rutiinia...”

Kun omaa osaamista ei ole riittävästi niin ei ole sitten tietoa miksi jotain tiettyä materiaalia käytetään. Yksi hoitaja kertoi joutuvansa tekemään kovasti töitä tämän tiedon eteen.

”...miksi jotaki materiaalia käytetään. Niin kyllä mää ainaki joudun tekemään siinä hirveästi töitä...”

Haavanhoitoa ei koeta hoitajien keskuudessa vahvuusalueeksi. Koulutuksia on todella vähän ja kun niitä tulee, niin on vaikeaa sisäistää montaa asiaa kerralla. Osalla herää myös paljon kysymyksiä hoitoon liittyvissä asioissa ja oman osaamisensa puitteissa ei niihin osaa vastata.

”Emme koe sitä mitenkään vahvuusalueeksi tuota haavanhoitoa.”

Haastatteluissa ilmeni myös, että uusilla hoitajilla ei ole kokemusta haavanhoidoista, joten he hoitavat haavoja pitkään niin kuin on ennenkin hoidettu. Hoidon muutokset vaativat rohkeutta, kun ei koe hallitsevansa asiaa hyvin. Ja tämän vuoksi hoidetaan myös usein varman päälle.

”...on niin paljon uusia hoitajia ja heillä ei oo sitä kokemusta eikä siitä haavanhoiosta. Ja ne tekkee niinku tuolla on ennen tehty ja se voi jatkua vaikka kuinka pitkään.”

Omiin ratkaisuihin ei luoteta niin paljon, kun ei ole asiasta asiantuntemusta ja koulutus pohjaa. Lyhyt kokemus sairaanhoitajana vaikuttaa asiaan heikentävästi.

”...ku ei oo niin sanotusti sitä asiantuntemusta ja koulutus pohjaa niin paljon, että tuota voi ottaa sen, että ‘kyllä tämä näin hoituu’.”

8.1.4 Moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvät haasteet

Yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa koettiin välillä haasteelliseksi. Osalle taas haasteellista on se, että työtä joutuu tekemään paljon yksin ja tiedon saaminen siihen hetkeen on vaikeaa.

”Ja se on haaste ku tehhään yksin, just se ku ei oo sitä keltä kysyä.”

Haaste on myös se, kun hoitajat vaihtuvat usein ja aina täytyy opettaa seuraavalle hoitajalle sama asia.

”Ja sitte ko meillä aina se hoitaja vaihtuu, niin aina seuraavalle ja seuraavalle opetat sitä sammaa.”

Yhteistyö lääkäreiden kanssa ei myöskään ole aina niin sujuvaa. Lääkärit vaihtuvat ja haavadiagnoosien saaminen on vaikeaa. Lähetteiden tekeminen viivästyy välillä, vaikka asiakas pitäisi

käyttää muualla hoidossa. Ja kun asiakas pääsee erikoissairaanhoidossa käymään, ei sieltä lääkäriltä saa suunnitelmiin enempää selvyyttä. Aina potilas ei edes pääse välttämättä lääkärille.

"...jos panee lääkärin kautta tavallaan, niin näitten mejänki käypäläisten lääkäreitten, niin en mää tiä tulleeko sieltä sen kummempaa diagnoosia."

Koetaan myös, että tarvittaisi asiantuntevampi lääkäri, jota voisi konsultoida. Nuorta lääkäriä on myös turhaa konsultoida, jos ei ole haavoja juuri nähnyt.

"...ois niinkö hyvä olla semmonen asiantuntevampi lääkäri siinä monesti, jota konsultohtis. Että se on kyllä ihan yhtä tyhjän kansa ruveta konsultoimaan tuommosta nuorta, joka ei ole häävin ikipäivänä nähny eikä oookkaan nähny tuommosta haavaa."

Lääkäreitä on usein hankala tavoittaa konsultaatioihin, varsinkin aamupäivisin. Ja päivystävät lääkärit ovat varsinkin kiireisiä ja potilas joutuu odottamaan konsultaatioita. Lääkärit eivät hoitajien mielestä tiedä haavanhoidoista oikeastaan mitään ja kuitenkin heidän määräyksiensä tulee kunnioittaa, vaikka ei olisi hoidosta samaa mieltä. Lääkäreillä ei myöskään aina ole sitä uusinta tietoa.

"Niin, että tätä ei saa vaihtaa. No mehän vähän aikaa tehään ja sitte vaihetaan. Että ei siinä oikein muu auta. Pittää lääkärin määräystä kuitenkin kunnioittaa."

Koettiin että enemmän saisi olla lääkärin ja hoitajien välillä yhteistyötä.

"Enempi sais olla vielä yhteistyötä lääkärin ja hoitajien välillä."

8.1.5 Asiakkaisiin liittyvät haasteet

Vaativat asiakkaat koettiin välillä haasteellisiksi hoitajien puolelta. Joskus potilaat vaativat tiettyä hoitoa, vaikka juuri se hoito ei kyseisessä tilanteessa olisikaan toimiva. Kokemus oli myös siitä, että välillä potilas pitää laiskana hoitajana, jos hoidosta jätetään jotain tekemättä.

"Ja potilas kahtoo, että tuo on semmonen laiska hoitaja, ku se ei ala tota rappaan ollenkaan. Vähä joutuu senki takia niinkö tekeen jotain. Tai ainaki hyvin perustella, että miksi mää en tätä nyt rapaa."

Infektioasiakkaat ovat osaltaan myös yksi haaste. ESBL:n omaavien asiakkaiden jälkeen pitää huone siivota ennen seuraavaa asiakasta.

"...ja sitte ku on näitä ESBL käy, niin sinne huoneeseen ei voi mennä ennen ku siivooja käy..."

Haasteena on myös se, että omahoito on asiakkaille kallista. Asiakkaat eivät raski ostaa hoitotuotteita kotona hoitamiseen, vaan hoidattavat haavansa mieluummin hoitajalla. Hoitajat pohtivatkin, mihin asiakkaille voi asettaa rajat tässä asiassa.

"...jos sää kuuukauen hoijat, jos lappua vaihat kotona, niin se on jumalattoman kallista, miten ne saasen. Kyllähän ne ehottomasti haluaa käyä täällä. Että mihin me pannaan ne rajat?"

8.1.6 Konsultaatioihin liittyvät haasteet

Konsultaatioon vastaaminen koetaan sairaanhoitajien puolelta hankalaksi. Koetaan että kun pyydetään katsomaan haavaa, niin on vaikea sanoa, miten sitä hoidetaan.

"Kyllä se niinku vaikea asia on, että se ei ole mikään helppo homma. Sitte monesti nuoki hakee, että 'tuuppa kahtoon', niin mitähän minä tähän sanoisin."

Konsultoidessa jotakuta on myös omat haasteensa. Haavanhoitajat eivät ole aina paikalla, jotta heiltä voisi kysyä. Aina ei myöskään ole sitä keltä kysyä silloin, kun apua tarvitsisi. Joskus tulee konsultaatiopuhelua tehdessä tunne, että häiritsee.

"Että sitte ei olis semmonen tunne, että 'nyt mää soitin huonoon aikaan, että anteeksi ku soitin, mutta mullois tämmönen'."

8.2 Haavanhoidon asiantuntijavastaanotolle tarvittavat toiminnot

Haavanhoidon vastaanotolle tarvittavia toimintoja kuvaamaan syntyi neljä eri yläkategoriaa: 1) haavanhoitojen toteutus, 2) konsultointi haavanhoidoissa, 3) haavanhoitokoulutus ja 4) haavavastaanoton toiminta. Taulukosta 3 ilmenee yläkategoriat sekä niiden alle lajitellut alakategoriat.

TAULUKKO 3. Kategorioidut toiminnot asiantuntijahaavavastaanotolle



8.2.1 Haavanhoitojen toteutus

Yksi asia, mitä sairaanhoitajat toivoivat haavavastaanotolta, oli uusien laitteiden käyttöönotot. Hoitajien mielestä olisi hyvä, että haavanhoitaja aloittaisi uusien laitteiden käytöt ja ohjeistaisi laitteen toiminnan muille hoitajille.

”Ja sitte justiin nämä uusien kaikkien laitteitten käytöt niin sää alottasit, jos nyt alotetaan. Että, voihan meilläki alottaa jonku lääkärin määräyksestä jonku pumppuhoidon vaikka. Että sää kahtosit sen, että miten laitetaan ja neuvoisit kaikille.”

Hoitajat ajattelivat, että haavavastaanotolla hoidettaisi haasteellisimmat haavat. Haavanhoitaja katsoisi haavat ja hoitaisi ne haavat, joissa ei ole saatu tulosta ja neuvoisi muita niiden hoidossa.

”Tavallaan, missä me ei olla saatu tulosta, että sää kahtosit että mitä tähän nyt laitetaan ja itä vaihetaan ja neuvoisit sitte meitäki.”

Osa hoitajista toivoi haavavastaanotolle haavanhoitajalle säännöllistä haavakontrollia viikon välein. Toiset taas olivat sitä mieltä, että mikäli haavan paranemisessa ei ole tullut edistystä, niin voisi haavanhoitaja tehdä uusinta-arvion tilanteesta.

”Ja sitte jos ei se edisty niin uudelleen se arvio asiantuntijalla.”

Tärkeänä toimintona koettiin myös hoitolinjojen suunnittelu haavoille. Osa katsoi, että haavanhoitaja olisi ainoa, joka muuttaa hoitoa ja tekisi pidemmän tähtäimen suunnitelman hoidosta. Lisäksi hoitajat toivoivat arvioita kroonisille haavoille ja niiden hoitolinjoista suunnitelmaa. Yhtenä toivottuna

toimintona oli, että haavavastaanotolla voitaisi tehdä selkeitä ohjeita ja linjauksia tietynlaisten haavojen hoitoon, esimerkiksi palovammojen.

”...että näitten kroonisten haavojen, niinku semmonen, että asiantuntija tekee semmosen arvion siitä ja minkälainen hoitolinja otetaan ja sitä voidaan sitte toteuttaa.”

Haavavastaanotolta hoitajat toivoivat myös kannanottoa kivunhoitoon haavanhoidon yhteydessä. Ajatuksena oli, että hoitosuunnitelmaa tehdessä otettaisiin huomioon kipulääkitys, mikäli tarvetta on haavan revidoinnille. Ja ottamaan myös huomioon, että asiakas voi olla kipeä myös hoidon jälkeen. Yksi sairaanhoitajista heitti ilmoille ajatuksen haavanhoitajan joutumisesta lääkkeenmääräämiskoulutukseen.

”Tai ainaki, että se otettas huomioon siinä ko se haava, ku sitä hoitoa. Että, mitä sitte, jos sitä ruvetaan rääpiin ronskimmasti niin, että se kipulääkitys on kunnossa, että ois varaa antaa.”

8.2.2 Konsultointi haavanhoidoissa

Konsultaatiokäytänteitä pohdittiin haastatteluissa monelta kantilta. Kuvakonsultointia hoitajat ajattelivat mm. puhelimen välityksellä, eli otetaan puhelimella kuva ja kysytään ohjeet. Moni hoitaja totesikin, että haavoja kuvataan paljon, niin kuvan perusteella haavanhoitaja voisi hyvinkin tehdä arviota haavasta ja antaa konsultaatiopyyntöön vastauksen. Haastatteluissa hoitajat totesivat myös, että olisi hyvä hyödyntää potilastietojärjestelmän Nealinkkiä, johon kuvan voisi laittaa haavanhoitajalle nähtäväksi. Tämän myötä konsultaatiot jäisivät myös näkyväksi kertomukseen.

”Ja käyttää vaikka sitä ihan tuota Pegasos, just Nealinkkiä, että se jää näkyväksi sinne, että on niinkö. Ettei se vaan jää jonneki hosun nurkkaan kirjoitettu, että ’konsultoitu haavanhoitajaa’. Vaan se näkyy sitte lääkärille ja kaikille, että tätä asiaa on käsitelty.”

Haastatteluissa toivottiin myös, että haavanhoitaja voisi välillä käydä paikan päällä konsulttiapuna haastavien haavojen hoidossa. Haavoja voisi siis hoitaa muutkin hoitajat, jos haavanhoitaja toimisi konsulttina.

”Tai vaikka se ois sillä AIKU-ihmisellä, mutta sää oisit tavallaan se konsultti siinä, jolta vois kysellä.”

Sairanhoitajat miettivät myös, milloin haavanhoitajaa saisi konsultoida. Yhtenä ajatuksena oli, että haavanhoitajan päivävuorot pitäisi laittaa kaikille ylös ja sinne ajankohta, milloin voisi konsultoida. Vastaanotolle toivottiin myös selkeä aika puhelinkonsultaatioita varten. Haastatteluissa hoitajat toivat myös ilmi, että tiedon pitäisi olla helposti saatavissa haavavastaanotolta ja viikonkin konsultaativastauksen odottaminen on liian pitkä aika.

”Ja sitte ihan selkeästi aikaa puhelinkonsultaatioon. Ei pelkästään niin, että siellä on vaan niitä ajanvarausaikoja niille haavanhoidoille, vaan sitte, että me voitais soittaa ja laittaa tosiaan kuvia. Ja konsultoida.”

Yhtenä konsultaatiokanavana hoitajat näkivät myös sähköpostin käytön, mikäli ei ole akuutista asiasta kyse.

”Tai sitte voi laittaa jotain sähköpostia tai muuta, jos ei oo ihan akuutti juttu.”

8.2.3 Haavanhoidokoulutus

Haavavastaanoton kautta sairaanhoitajat toivoivat myös erilaisia koulutusmateriaaleja. Yhtenä toiveena oli kirjalliset ohjeet haavan hoidosta haavaa itse hoitaville asiakkaille. Lisäksi hoitajille ohjeistuksia mm. huomioon otettavista asioista kuten verikokeista tai vitamiinien syömisestä. Esimerkkitapauksia erilaisista haavoista ja niiden hoito-ohjeista toivottiin myös.

”...semmosia kirjallisia ohjeita tai mitä sitä vois antaa. Semmosia perusohjeita semmosille ihmisille, jotka ihte hoitaa osittain, esimerkiksi.”

Koulutuksen tarpeellisuudesta keskusteltiin haastattelujen aikana kovasti. Osa hoitajista näki, että haavavastaanoton kautta olisi hyvä saada koulutusta. He totesivat, että koulutus olisi tarpeellista, koska tuotteet muuttuvat ja uusia ilmestyy jatkuvasti. Hoitajat toivoivat myös palautetta haavojen hoidosta, jotta heille uskallettaisi rohkeasti sanoa, mikä hoidossa on mennyt hyvin, missä ja miksi on mennyt pieleen. Haavavastaanoton kautta he toivoivat myös kertausta tai koontia eri haavatuotteista. Lisäksi pohdinnassa oli, että olisi hyvä, kun koko Kalajoen alueelle suunniteltaisi keskitetty materiaalivalinta.

”Ja toisaalta, että me saajaan sitä palautetta siinä, että onko me nyt toimittu oikeen ja miten me voidaan kehittää...”

Yhtenä koulutuskeinona hoitajat toivoivat myös vieriohjausta, jolloin oppiminen tulisi itse tekemällä.

”Että näkis niinku kunnolla, jos on jotenki epävarma itse sen haavan, just vaikka puhistamisen ja näin kans. Että näkis miten se tekkee. Että näinki voi tehdä.”

8.2.4 Haavavastaanoton toiminta

Haastatteluissa tuli myös ilmi hoitajien mielipide sopiville vastaanottopäiville. Osa sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että maanantaina tai perjantaina olisi parhaat päivät, koska silloin on eniten haavoja hoidettavaksi. Vastaanoton olisi myös hyvä olla arkipäivänä ja pohdittiin, että yksi päivä viikossa ei ole riittävän usein. Osan mielestä vastaanottoa olisi hyvä pitää esimerkiksi maanantaina, keskiviikkona ja

perjantaina, ellei joka päivä voi pitää. Ja vastaanoton käynnistymiselle tulisi antaa aikaa, jotta ihmiset oppivat tietämään palvelusta.

”Yks päivä on ehottomasti liian vähän. Kaksi päivää on, se vois olla vaikka maanantai, keskiviikko, perjantai, jos ei anneta koko viikkoa.”

Hoitajat pohtivat myös erityyppisiä asiakaskäyntejä. Toiveena oli, että hoitajat voisivat tarvittaessa käydä omien asiakkaittensa kanssa paikan päällä. Toisaalta he ehdottivat, että myös haavanhoitaja voisi tehdä kotikäyntejä huonokuntoisille asiakkaille. Ajatuksena sairaanhoitajilla oli, että haavavastaanoton myötä turhat asiakaskäynnit jäisivät lopulta pois.

”Mutta ihannehan ois, jos meillä on niin huonokuntoinen asiakas, joka ei voi tulla tänne, että haavanhoitajatki vois jokus käydä kotikäynnillä.”

Haavanhoitajalle työnkuvaan hoitajat toivoivat myös aikaa muuhunkin työhön kuin haavanhoitoon. He pohtivat, että haavapoliklinikka ei palvele käyttötarkoitusta, mikäli siellä hoidetaan vain haavoja päivästä toiseen. Haavanhoitajalle pitäisi jäädä aikaa myös kotihoidolle, osastoille ja koulutukseen.

”Että ei yksistään niitä haavanhoitoja, joita käy vastaanotolla siis päivystys tai niillä hoitajilla siellä. Vaan ois myös sitte kotihoidolleki sitä aikaa ja osastoille ja siihen koulutukseen.”

Osalle sairaanhoitajista oli tärkeää yhteistyön helppous ja se, että haavavastaanotolle voi olla yhteydessä todella matalalla kynnyksellä. He toivoivat avointa mieltä puolin ja toisin.

”Ja tosiaanki, että se ois niin matalalla kyn... Että se ois niin helppo se yhteistyö, ettei tarvi niinku ajatella, että 'kehtaanko mä kysyä'.”

9 POHDINTA

9.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää haavanhoidon haasteita sekä mitä ja millaisia toimintoja Kalajoen terveyskeskukselle perustettavalle asiantuntijahoitajan haavavastaanotolle on tarvetta kehittää. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota hyödynnettäisi myöhemmin haavavastaanoton palvelu- ja toimintaprosessien suunnittelussa.

Tutkimusten tuloksista tuli ilmi, että haavanhoidoista vastaavilla hoitajilla ei ole täyttä varmuutta haavojen hoidosta, ja tarvetta haavanhoidon asiantuntijalle ja vastaanotolle olisi. Haavanhoidon erikoistumiskoulutusta ei ollut hoitajista kellekään ja suurin osa koki, että saadut koulutukset eivät riitä vastaamaan haavojen hoidon haasteellisuuteen. Haavojen hoitoja tekevät paljon myös vastavalmistuneet ja kokemattomat hoitajat, joilla ei ole aimpaa kokemusta haavanhoidosta. Hoitajien kokemattomuus on huomioitu myös aiemmissa tutkimuksissa (Smith-Strøm & Thornes, 2008). Aiempien tutkimusten tuloksissa on tullut myös ilmi, että hoitajien haavanhoitotiedoissa ja -taidoissa on tapahtunut viime vuosien aikana kehitystäkin koulutusten myötä (McCluskey & McCarthy, 2012), joten asiantuntijahoitajan asema kouluttajana olisi hyödyksi haavanhoitojen laadun paranemisen suhteen.

Haavadiagnooseilla ja kunnollisilla hoitosuunnitelmillä on tärkeä osa haavanhoidossa. Ilman kunnollisia diagnooseja, ei voida hoitaa haavan taustatekijöitä, jolloin haavan paraneminen vaikeutuu ja riski uusien haavojen synnylle on korkeampi. (Krooninen alaraajahaava, 2015; Ahmajärvi & Isoherranen, 2017; Juutilainen & Hietanen, 2018.) Diagnoosien teko on lääkärien vastuulla (Ahmajärvi & Isoherranen, 2017) ja vaatii lääkärien ja hoitajien välistä yhteistyötä. Tämäkin tukee asiantuntijahaavavastaanoton tarvetta, sillä tuloksissa tuli esille, että haavoille ei tällä hetkellä tehdä diagnooseja eikä selkeitä hoitosuunnitelmia. Tulosten mukaan haavoille ei tehdä perusteellisia taustatutkimuksia tai kysellä asiakkaan taustoja. Osaltansa tähän vaikuttaa aikojen riittämättömyys ja toisaalta hoitajien kokemattomuus aiheesta. Potilaasta tulisi kuitenkin kartoittaa esitiedot ja haavalle tehdä kliininen tutkimus (Krooninen alaraajahaava, 2014) heti ensimmäisellä vastaanottokäynnillä.

Sairaanhoitajat kertoivat myös potilasohjauksen haasteellisuudesta. Haavanhoitojen ohessa heidän aikansa ei riitä antamaan hyvää potilasohjausta, aina ei myöskään asiakas ole sen kuntoinen, että voisi ohjausta ottaa vastaan. Potilasohjaus kuitenkin on tärkeää, sillä hyvän potilasohjauksen avulla saadaan potilaiden hoitoajat lyhenemään (Lipponen, 2014), mutta ohjauksen sisäistämisessä voi olla vaikeuksia potilailta, joilla on muistin tai omaksumiskyvyn haasteita (Palonen, 2016). Tutkimuksissa (Gonzales, 2017; Gray, Game & Pinnington, 2018) on aiemmin kuitenkin tullut ilmi, että mitä paremmin asiakas on ohjattu, sitä paremmin haavojen paraneminen on edistynyt ja uusien haavojen synty estynyt.

Asiantuntijahaavavastaanotolta sairaanhoitajat toivoivat konsultaatioapua monissa eri muodoissa. Asiantuntijahoitajan toivottiin myös antavan muille hoitajille koulutusta, vieriohjausta ja kirjallisia

ohjeita. Hoitajien toiveena oli myös, että vastaanotolta saataisiin haasteellisille haavoille hoitoapua sekä suunniteltuja kontroleja haavapotilaille. Selkeiden hoitolinjojen suunnittelu kuuluisi myös haavavastaanotolla asiantuntijahoitajan työnkuvaan. Nämä tulokset ovat hyvin linjassa aiempien tutkimuksien (Jokiniemi ym. 2018; Ljungbeck & Sjögren Forss, 2017) kanssa asiantuntijasairaanhoidajan työstä. Asiantuntijasairaanhoidajalla on vahva kliininen osaaminen omalta alaltaan, tässä tapauksessa haavanhoidosta, jolloin häneltä saa ohjeistuksia haavojen hoitoon näyttöön perustuvan tiedon mukaisesti. Lisäksi hänellä on osaamista ja tietoa haavakoulutusten pitämiseksi. Sairaanhoidajat pystyivät siis hyvin poimimaan asiantuntijasairaanhoidajan työnkuvan eri osa-alueita haavavastaanoton toimintaan. Asiantuntijahoitajan työnkuvassa ollaan oman alan asiantuntijoita, konsultteja, kouluttajia ja tutkijoita. (Jokiniemi ym. 2018.)

9.2 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys.

Tutkimus on tehty hyvää tieteellistä käytäntöä noudattamalla. Työn toimintatavoissa on oltu rehellisiä ja tutkimustyössä on noudatettu yleistä tarkkuutta ja huolellisuutta. Tutkimukselle haettiin tutkimuslupa ennen tutkimuksen aloittamista, organisaation ohjeistuksen mukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012.)

Tutkimukseen osallistuneet henkilöt ilmoittautuivat vapaaehtoisiksi tutkimukseen sähköpostitse, jonka välityksellä saatiin sovittua myös haastattelujen ajankohdat. Yksi haastateltava joutui perumaan osallistumisensa hetki ennen haastattelua. Tästä ei hänelle tai tutkijalle aiheutunut minkäänlaista haittaa. Ennen tutkimusta tutkimukseen osallistuneet henkilöt ovat saaneet riittävästi taustatietoa tutkimuksesta (Liite 3), sen kulusta ja tietosuojasta. He ovat myös allekirjoittaneet tietoisien suostumuksen lomakkeen (Liite 4). Tutkimukseen kerättyjä henkilötietoja, tutkimusmateriaalia ja -tuloksia on säilytetty asiaankuuluvasti vain tutkijan saatavilla ja ulkopuolisten henkilöiden ulottumattomissa. Tulokset on julkistettu raportissa niin, ettei haastateltavia siitä pystytä tunnistamaan. Taustamateriaalissa on kunnioitettu muiden tutkijoiden ja julkaisijoiden työtä asianmukaisella tavalla viitaten, eikä heidän tuloksiaan ole vääristelty tutkimuksen aikana. Tutkimuksen päätyttyä ja tulosten julkistamisen jälkeen kaikki tutkimuksen aikana kerätty haastattelumateriaali, sekä suostumuslomakkeet hävitetään asiaankuuluvalla tavalla. Näillä tuetaan tutkimuksen eettisyyttä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012.)

Luotettavuus.

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arvioinnissa käytetään neljää kriteeriä: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka, 2007, 127.) Näiden kriteerien avulla arvioin myös tämän työn luotettavuutta.

Uskottavuus. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta ja sitä, kuinka nämä on osoitettu tutkimuksessa. (Kylmä & Juvakka, 2007, 128.) Arvioinnissa tulee myös pohtia valitun tutkimusmetodin sopivuutta tutkimustavoitteisiin nähden. (Juuti & Puusa, 2020, 174.)

Pohdin pitkään tutkimusmenetelmää, kuinka tutkimus olisi parasta toteuttaa, ja päädyin lopulta ryhmähaastatteluun käyttäen teemahaastattelurunkoa. Tutkimusmenetelmää pohtiessani mietin, kuinka hankalaa on saada sopivankokoiset ryhmät kootuksi, ja tämän vuoksi mietin myös yksilöhaastatteluja menetelmäksi. Yksilöhaastatteluissa aikataulut olisi ollut helpompi saada haastateltavien kanssa sovituksi yhteen. Haastatteluja olisi kuitenkin pitänyt tehdä lähemmäs kymmenen haluttujen tietojen saamiseksi, joten työmäärä olisi kasvanut liiaksi. Lomakehaastattelu ei työn luonteen vuoksi sopinut ollenkaan, sillä avoimia kysymyksiä olisi pitänyt tehdä paljon tarpeellisen tiedon saamiseksi.

Näin ollen ryhmähaastattelu sopi tutkimusmenetelmäksi parhaiten, koska sen avulla sain aiheesta esille paljon tietoa yhdellä kertaa. Haastattelujen keskustelevalle otteella saattoi myös tulla esille asioita, joita ei yksilöhaastatteluissa olisi tullut. Tämä onkin ryhmähaastattelujen etu ja sen avulla saadaan tutkittavasta ilmiöstä ryhmän yhteinen näkemys (Juuti & Puusa, 2020, 111.)

Ennen tutkimusmenetelmän päättämistä käytin runsaasti aikaa taustamateriaaliin eli tutkimuksen viitekehukseen tutustuen, jolloin syvensin tietämystäni tutkittavasta aiheesta. (Juuti & Puusa, 2020, 107.) Näin ollen pystyin rakentamaan sen pohjalta teemat ryhmähaastattelun rungoiksi. Haastatteluun valitsin teemahaastattelun, koska halusin pitää keskustelun tietyn aihepiirin sisällä ja antaa viitteitä siitä mistä haluan osallistujien keskustelevan kuitenkin täysin kontrolloimatta keskustelua. (Juuti & Puusa, 2020, 107.)

Ryhmään haastateltaviksi valittiin sairaanhoitajia, sillä he ovat niitä, jotka jatkossa konsultoivat asiantuntijahaavanhoitajaa. Tavoitteena oli saada haastatteluihin 10-12 haastateltavaa, mutta tavoitteesta jäätettiin hieman. Lopullinen haastateltavien määrä oli 8 sairaanhoitajaa. Tämä ei kuitenkaan vaikuttanut mitenkään haastatteluihin tai tuloksiin. Sairaanhoitajat ilmoittautuivat etukäteen haastateltaviksi sähköpostilla ja olivat näin ollen vapaaehtoisia osallistumaan tutkimukseen.

Tutkijana ja haastattelijana minulla ei aiempaa kokemusta ole. Tästäkin syystä ryhmähaastattelu toimi hyvin, sillä keskustelu eteni hyvin omalla painollaan teemarungon mukaisesti. Haastattelijana tein vain välikysymyksiä ja johdatin seuraavaan teemaan. Itse haastattelutilanteet olivat rauhallisia. Haastatteluja varten etsin rauhallisen tilan, jossa haastattelu voitaisi toteuttaa keskeytyksettä. Tilat löytyivät haastateltavien työpaikalta. Ajallisesti haastattelut veivät työaikaa noin tunnin, joka ei ollut liian pitkä aika irtautua työstä.

Yhdessä haastattelussa häiriötekijöitä tuli muutamia. Kertaalleen yhdellä haastateltavalla soi puhelin ja kerran sisään huoneeseen tuli ulkopuolinen henkilö. Näissä tilanteissa nauhoitus keskeytettiin hetkeksi ja tilanteen normalisoiduttua kerrattiin, mihin keskustelu jäi ja jatkettiin siitä. Haastatteluissa oli hyvä ryhmädynamiikka ja keskustelu sujui luontevasti haastateltavien välillä. Juuti & Puusa (2020, 111) painottavatkin, että vuorovaikutusprosessi haastattelun aikana vaikuttaa ryhmän yhteisen näkemysmuodostumiseen asiasta. Yhdessä haastatteluista oli hiljaisempia haastateltavia, jolloin jouduin haastattelijana hieman enemmän esittämään tarkempia kysymyksiä tietojen saamiseksi. Tämä hieman jäseni haastattelutilannetta ja rohkaisi sairaanhoitajia keskustelemaan enemmän aiheesta.

(Kylmä & Juvakka, 2007, 80.) Haastatteluissa ei juurikaan eksytty aiheesta sivupoluille eikä joutunut haastattelijan roolissa palauttamaan haastateltavia takaisin aiheeseen. Kun teemat oli käyty läpi, alkoi haastateltavilta löytyä asiaa aiheesta ja aiheen vierestä, jolloin hetki tuntui luonnolliselta haastattelun päättämiseen.

Haastattelut on kuunneltu useaan kertaan ja litteroitu sanatarkasti pian haastattelun jälkeen. Tällöin vuoropuhelu on ollut vielä hyvin muistissa ja litterointityö aavistuksen tämän ansiosta helpottui.

Aineiston läpiluvussa ja alkuperäisilmausujen alleviivauksissa vaadittiin tarkkuutta. Välillä ilmaisuja löytyi lisää ja välillä pyyhittiin pois, kun todettiin että ilmaus ei vastaa esitettyyn tutkimuskysymykseen. Alkuperäisilmausujen pelkistäminen tehtiin kahdesti, sillä ensimmäisellä kerralla ilmaisuja abstrahoiitiin liikaa. Tämän jälkeen sopivien ylä- ja alakategorioiden nimeäminen sekä tutkimustehtävien tarkentaminen vaativat paljon pohdintaa.

Vahvistettavuus. Vahvistettavuudella tarkoitetaan tutkimusprosessin kirjaamista niin, että muut tutkijat pystyvät seuraamaan tutkimusprosessin kulkua vaihe vaiheelta. (Kylmä & Juvakka, 2007, 129.) Mitä selvemmin, havainnollisemmin ja yksityiskohtaisemmin tutkija pystyy kertomaan tutkimuksen vaiheista, sitä varmemmin tutkimusprosessi on vahvistettavissa. (Juuti & Puusa, 2020, 172.)

Olen pyrkinyt työssäni kirjaamaan tutkimuksen kulun jokaisen vaiheen mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Tulosten analysointiin käytettiin reilusti aikaa ja analysointiprosessi on työssä kuvattu yksityiskohtaisesti. Tuloksia esitellessä on käytetty haastatteluissa ilmenneitä alkuperäisilmausja analyysin tukena. Nämä asiat tukevat työn uskottavuutta ja luotettavuutta. (Kylmä & Juvakka, 2007, 132.)

Refleksiivisyys. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan oma subjektiivisuus sekä reflektointikyky ovat luotettavan tutkimuksen edellytyksiä. (Juuti & Puusa, 2020, 170.) Refleksiivisyys edellyttää tutkijalta kriittisyyttä omaa toimintaansa ja työtänsä kohtaan. (Kylmä & Juvakka, 2007, 129.) Työ ja sen aihe on ollut mielenkiintoinen, ja sen vuoksi sitä on ollut mielekästä tehdä. Maailmanlaajuinen infektioepidemia on tuonut omat haasteensa työn tekemisen eri vaiheisiin mm. haastattelujen viivästyksellä. Tämän vuoksi harkitsin jo haastattelujen pitämistä etänä esimerkiksi Skypen välityksellä. Tästä kuitenkin luovuin, sillä pelkäsin sen vaikuttavan ryhmän dynamiikkaan haastattelutilanteessa. Tielle tulleista haasteista on kuitenkin selvitty sinnikkyydellä, vaikka työtä ja aikaa se on vaatinut.

Pieni pettymys oli yhden haastatteluun osallistujan viimetipan peruminen ja pelkäsin sen vaikuttavat haastattelun kulkuun, haastateltavat ryhmät kun olivat kooltaan aika pieniä. Onnekseni ryhmän muut sairaanhoitajat olivat aktiivisia keskustelussa ja yhden jäsenen puuttuminen ei haitannut. Jälkeenpäin kuitenkin pohdin, olisiko ryhmän koon kuitenkin pitänyt olla suurempi, jolloin yhden jäsenen puuttuessa haastattelu ei olisi vaarantunut. Olisin myös voinut nähdä enemmän vielä vaivaa sairaanhoitajia rekrytessä haastatteluihin, jolloin olisi ehkä ollut enemmän haastateltavia ja ei olisi tarvinnut pelätä yhden sairaanhoitajan perumisen vaikuttamista.

Tutkimukseen olisi halunnut myös enemmän näkökulmaa eri asumispalveluyksiköiltä. Haastatelluista sairaanhoitajista vain yksi edusti asumispalveluyksiköitä, joten heidän näkökulmansa jäi tuloksissa vähäiseksi. Yksi lisähaastattelu olisi ollut vielä tarpeen, jotta tilanne olisi saatu paikattua.

Siirrettävyys. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten siirrettävyyttä toiseen paikkaan eli mahdollisuutta siihen, että tutkimus toistettaisi toisessa paikassa samoin tuloksin. (Kylmä & Juvakka, 2007, 129; Juuti & Puusa, 2020, 172.) Työssäni olen pyrkinyt kuvaamaan tarkasti tutkimuksen eri vaiheet. Näin ollen työn pitäisi olla siirrettävissä ja toistettavissa toisessa organisaatiossa. Tutkimustulosten pitäisi täten olla verrattavissa. (Juuti & Puusa, 2020, 171.)

9.3 Ammatillinen kasvu

Ammatillista kasvuani arvioin hoitotyön klinisen asiantuntijuuden yleisten kompetenssien avulla, joihin kuuluvat oppimisen taidot, eettinen osaaminen, työyhteisöosaaminen, innovaatio-osaaminen ja kansainvälisyys -osaaminen. (Savonia ammattikorkeakoulu, 2019.)

Oppimisen taidot. Tutkimuksen ohessa olen oppinut arvioimaan kriittisesti kirjallisuuslähteitä ja kehittämään osaamistani luotettavien lähteiden pohjalta. Koska varsinaisia dead lineja ei työlle ole ollut, kasvoinkin myös enemmän ottamaan vastuuta omasta oppimisestani, kehittymisestäni sekä työn edistymisestä.

Ammatillista kasvua on tullut myös tutkijana ja kehittäjänä. Aiempaa tutkimustaustaa ei minulla ole ollut ja on vaatinut paljon henkistä ja fyysistä työtä siihen, että työ on saatu valmiiksi. Kantapään kautta oppiminen on kuitenkin tuottanut tulosta ja koen olevampi tutkijana hieman kehittyneempi. Tutkimuksen avulla olen luonut pohjaa sitä seuraavalle kehitystyölle ja alustavasti pyöritellyt asiantuntijahaavavastaanoton suunnittelua mielessäni. Kasvua on kehittäjänä siis tulossa jatkossakin.

Eettinen osaaminen. Eettinen osaaminen on kasvanut työn eri vaiheissa. Tieto siitä, että säilyttää tutkimuksen kannalta tärkeää ja salassa pidettävää materiaalia, on pitänyt minut varpaillani siitä, että tiedot myös pysyvät turvallisissa tiloissa. Tuloksia kirjoittaessa piti välillä pohtia, voinko julkaista jotain tiettyä sitaattia lausujan paljastumisen vuoksi. Tiedostan myös, että jatkossakin suunnittelu ja kehitystyössä tulee ottaa eettiset periaatteet huomioon mm. potilasturvallisuuden näkökulmasta.

Työyhteisöosaaminen. Työn aikana on tullut esille eri työyhteisöjen väliset kuilut haavanhoidon suhteen, ja toivonkin että tämän työn avulla saan yhtenäistettyä haavanhoitoa paikkakunnallamme. Vaatii jatkossakin työtä kehittää viestintäyhteyksiä ja työyhteisöjen välistä vuorovaikutusta, mutta koen että tässäkin on jo hieman edistytty.

Innovaatio-osaaminen. Tässä työssä tuli tehtyä taustatutkimusta jatkossa tapahtuvalle innovoinnille. Työn aikana tuli kuitenkin ilmi, että ajatukseni haavanhoidon asiantuntijavastaanotosta

on hyvä ja sille on tarvetta ja käyttäjiä. Näin ollen koen myös, että tehty tutkimus on kehitystyön kannalta tärkeä ja tarpeellinen.

Kansainvälisyys -osaaminen. Työn viitekehyksessä käytetyissä tutkimuksissa ja lähteissä on jo aiemminkin todettu, että krooniset haavat ovat ongelma maailmanlaajuisesti ja työssä onkin käytetty kansainvälisiä lähteitä. Lisäksi asiantuntijahoitajia on maailmalla useilla eri nimikkeillä toimivia ja heidän toimenkuvansa selvittämiseen on käytetty lähteitä laajasti. Varsinaisesti kansainvälisyyttä tällä työllä ei kuitenkaan ole, koska tarve työlle oli hyvin paikallinen.

9.4 Hyödynnettävyys ja kehittämisideat

Tutkimuksen tuloksia pitäisi nyt hyödyntää haavanhoidon asiantuntijavastaanoton suunnittelussa, mitä tarkoitusta varten tutkimus tehtiin. Lisäksi haastatteluissa tuli muutamia ideoita mitä työn jatkoksi voisi kehittää omalla paikkakunnallamme. Yksi mahdollisuus on haasteiden pohjalta kehittää haavakoulutusta, jolle selkeästi löytyy tarvetta. Toiveissa oli myös haavatuotteiden yhtenäistäminen eri toimipisteisiin, jolloin helpotettaisi haavojen yhtenäistettyä hoitoa.

Jatkossa asiantuntijahaavavastaanoton käynnistämisen jälkeen, voisi tehdä myös jatkotutkimuksen siitä, onko asiantuntijahoitajasta ollut apua eri yksiköiden haavanhoito-ongelmiin. Tai tehdä haavavastaanoton asiakkaista haavan paranemisen seuranta, jolloin saataisi konkreettista tietoa siitä, onko asiantuntijahoitajan haavavastaanotosta ollut haavojen paranemiselle vaikutusta.

Tutkimusta voi myös hyödyntää muilla paikkakunnilla vastaavissa tilanteissa. Tutkimuksen voi toistaa ja verrata tuloksia tämän työn tuloksiin, jolloin saadaan laajempaa tietoa sairaanhoitajien haasteista haavanhoitojen saralla.

9.5 Suositukset haavavastaanoton suunnittelulle

Tutkimuksessa saatujen tulosten mukaan suosittelen ottamaan seuraavia asioita huomioon haavavastaanoton suunnittelussa.

Diagnoosien teko ja hoitolinjojen suunnittelu. Tärkeää olisi suunnitella toimiva yhteistyökuvio lääkärin kanssa haavadiagnoosien saamiseksi. Vastaanotolla hoitaja voisi tehdä etukäteen tarvittavat tutkimukset ja haastattelut, jonka jälkeen lääkärin olisi helppo tehdä tietojen pohjalta haavadiagnoosi. Tällöin hoitaja pystyisi tekemään oikean diagnoosin pohjalta haavan hoitosuunnitelman.

Haavanhoidot. Vastaanoton hoitajalta toivottiin haasteellisten haavojen hoitoa ja niiden kontrollit sopivin väliajoin. Asiantuntijahoitajan on myös hyvä ottaa uudet hoitolaitteet käyttöön ja opastaa muu henkilökunta niiden käyttämiseen. Tärkeää on myös potilaan kivunhoidon suunnittelu haavanhoitojen yhteyteen yhdessä lääkärin kanssa.

Asiakaskäynnit. Asiakaskäyntejä olisi hyvä suunnitella sekä vastaanotolle että tarvittaessa myös kotikäyntejä yhdessä kotisairaanhoidon kanssa.

Haavanhoitajan konsultoinnit. Suunnitelmaa tehdessä olisi hyvä ottaa huomioon ajat, jolloin haavanhoitajaa voidaan konsultoida muista yksiköistä. Kannattaisi miettiä myös konsultaatioita varten käytettävät kanavat sekä ohjeistus mitä asioita haavanhoitajan tulisi tietää konsultoitavasta haavasta.

Muun henkilöstön koulutus haavanhoitajiin. Asiantuntijahoitajalla on tietoa ja kokemusta haavojen hoidosta ja osaamista henkilöstön koulutukseen. Tämä kannattaa suunnitelmissa ottaa huomioon ja hyödyntää muun henkilöstön koulutuksessa. Tällä mahdollistetaan myös alueen haavanhoitokäytäntöjen yhtenäistäminen.

Matalan kynnyksen palvelu. Jotta asiantuntijahoitan haavavastaanotto saataisi parhaalla tavalla hyödynnettyä ja laajasti käyttöön, tulee hoitajan olla helposti tavoitettavissa. Tällöin kynnys yhteydenottoon olisi riittävän matala.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- Ahmajärvi, Kirsti & Isoherranen, Kirsi 2017. Kroonisten haavojen hoito perusterveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti, 8/2017, vsk 72.
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/237179/SLL82017_524.pdf?sequence=1. Viitattu 13.10.2020.
- Barea, Alberto. & Reeken, Saskia 2018. An autonomous nurse-led psoriasis clinic to deliver patient-centred and research-focused care. *Dermatological Nursing*, Vol 17, No 4.
- Chung, Catherine E. 2015. Translating the language of health care. *Wound Care Advisor*. Vol 4, No 1.
- Ellonen, Markku 2010. Dopplerlaitteen käyttö perusterveydenhuollossa. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nix01500>. Viitattu 13.10.2020.
- Ginzburg, Tatyana, Hoffman, Roberts & Azuri, Joseph 2017. Improving diabetes control in the community: a nurse managed intervention model in a multidisciplinary clinic. *Australian Journal of Advanced Nursing*. Vol 35, Iss 2.
- Gonzalez, Arturo 2017. The Effect of a Patient Education Intervention on Knowledge and Venous Ulcer Recurrence: Results of a Prospective Intervention and Retrospective Analysis. *Ostomy Wound Manage*, Vol 63, Iss 6. <https://www.o-wm.com/article/effect-patient-education-intervention-knowledge-and-venous-ulcer-recurrence-results>. Viitattu 21.11.2019.
- Gottrup, Finn 2004. A Specialized wound-healing center concept: importance of a multidisciplinary department structure and surgical treatment facilities in the treatment of chronic wounds. *The American Journal of Surgery*.
- Gray, Katie, Game, Frances & Pinnington, Lorraine 2018. Encouraging reduction of activity amongst patients with diabetic foot ulcers. *The Diabetic Foot Journal*. Vol 21, No 3.
- He. 2010. Hallituksen esitys. 90/2010 vp.
https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/he_90+2010.pdf. Viitattu 03.11.2020.
- Hirva, Matti 2019. Haavojen kustannukset Oulun kaupungille 2014-2017 ja haavatoimenpiteiden määrä sekä plastiikkakirurgian poliklinikkakäynnit Oulun yliopistollisessa sairaalassa 2011- 2017. Oulun yliopisto. Syventävien opintojen tutkielma. <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201904161497.pdf>. Viitattu 04.05.2020.
- Hotus 2017. Teach-back pitkäaikaissairaana henkilön ohjausmenetelmänä. Hotus-hoitotyön tutkimussäätiö. Näyttövinkki 9/2017. <https://www.hotus.fi/nayttovinkit/>. Viitattu 23.10.2020.
- Innes-Walker, Karen ym. 2018. Improving patient outcomes by coaching primary health general practitioners and practice nurses in evidence based wound management at on-site wound clinics. *Collegian* 26, 2019.
- Jaakkola, Virpi 2012. Hoitotyön kliininen asiantuntijuus terveydenhuollossa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta, hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20120589>. Viitattu 02.11.2020.
- Jokiniemi, Krista Ym. 2018. Ylihoitajien näkemyksiä kliinisesti erikoistuneiden hoitajien työstä erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede*, 30/1.
- Jokiniemi, Krista & Miettinen, Merja 2020. Specialist nurses's role domains and competencies in specialised medical healthcare: a qualitative descriptive study. *International Journal of Caring Science*. Vol. 13. Iss. 1.
- Juuti, Pauli & Puusa, Anu (toim.) 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus.

- Juutilainen, Vesa & Hietanen, Helvi (toim.) 2018. Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro.
- Koljonen, Virve, Väänänen, Ulla & Isoherranen, Kirsi 2017. Mikä on lääkärin rooli haavanhoidossa? Suomen lääkärilehti 8/2017 Vsk 72.
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/237178/SLL82017_494.pdf?sequence=1. Viitattu 04.05.2020.
- Konsernistrategia 2018. Kalajoen konsernistrategia 2021. <https://kalajoki.fi/wp-content/uploads/2019/01/Strategia2021.pdf>. Viitattu 03.11.2020.
- Korhonen, Kari & Lepäntalo, Mauri 2012. Ongelmahaavojen hoitoketjun kehittäminen tehostaa hoitoa ja tuo säästöjä. Suomen lääkärilehti 43/2012, vsk 67. <https://docplayer.fi/3765349-Ongelmahaavojen-hoitoketjun-kehittaminen-tehostaa-hoitoa-ja-tuo-saastoja.html>. Viitattu 14.04.2020.
- Kork, Anna-Aurora, Kosunen, Elise, Rimpelä, Arja & Vakkuri, Jarmo 2013. Terveyskioskikokeilut - jotain uutta, jotain vanhaa. Suomen lääkärilehti 21/2013, vsk 68.
- Kotila, Jaana, Axelin, Anna, Fagerström, Lisbeth, Flinkman, Mervi, Heikkinen, Katja, Jokiniemi, Krista, Korhonen, Anne, Meretoja, Riitta & Suutarla, Anna 2016. Sairaanhoidajien uudet työkuvat, laatua tulevaisuuden sote-palveluihin. Sairaanhoidajat. <https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Laajavastuinen-sairaanhoidaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf>. Viitattu 16.4.2020.
- Krooninen alaraajahaava 2014. Krooninen alaraajahaava. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä.
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50058?tab=suositus>. Viitattu 13.10.2020.
- KT kuntatyönantajat 2015. Toimivaan työnjakoon! Tehtävien ja työnjakojen muutokset terveydenhuollossa. Helsinki. KT Kuntatyönantajat. <https://www.kt.fi/publications/2017-008>. Viitattu 09.04.2020.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita. E-kirja.
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede. Vol 11, no 1.
- Lipponen, Kaija 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>. Viitattu 20.04.2020.
- Ljungbeck, Birgitta & Sjögren Forss, Katarina 2017. Advanced nurse practitioners in municipal healthcare as a way to meet the growing healthcare needs of the frail elderly: a qualitative interview study with managers, doctors and specialist nurses. BMC Nursing 16/63.
- Luostarinen, Piia, Meretoja, Riitta & Niemi, Antti 2019. Sairaanhoidajien ammattipätevyys polikliinisessä hoitotyössä ja tulevaisuuden pätevyysaasteet. Tutkiva hoitotyö, Vol 17, No 2.
- McCluskey, Pat & McCarthy, Geraldine 2012. Nurses' knowledge and competence in wound management. Wounds UK, Vol 8, No 2.
- Munro, Gabrielle 2018. Building Capacity in a Nurse-Led Regional Wound Clinic. Australian Nursing and Midwifery Journal. Vol. 26.
- Ojasalo, Katri, Moilanen, Teemu, & Ritalahti, Jarmo 2015. Kehittämistyön menetelmät, Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Palonen, Mira 2016. Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä ohjaus. Hypoteettisen mallin kehittäminen. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0277-1>. Viitattu 20.4.2020.
- Peltonen, Eija 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-27-1078-2>. Viitattu 02.11.2020.

- Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkójulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_4.html. Viitattu 05.10.2020.
- Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006a. KvaliMOTV- Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkójulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_2_1.html. Viitattu 05.10.2020.
- Savonia Ammattikorkeakoulu 2019. Opetussuunnitelma ja osaamistavoitteet. TYH19KY Hoitotyön kliininen asiantuntija, haavanhoito (YAMK). <https://portal.savonia.fi/amk/fi/opiskelijalle/opetussuunnitelmat?yks=KS&krtid=1188&tab=2>. Viitattu 04.11.2020.
- Smith-Strøm, Hilde & Thornes, Ingun 2008. Patient safety regarding leg ulcer treatment in primary health care. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies/Vård I Norden*. September 1/2008.
- STM 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/74335>. Viitattu 19.04.2020.
- STM 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012-2015: Toimeenpanosuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:20. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3358-3>. Viitattu 03.11.2020.
- STM 2015. Terveyskeskukset. <https://stm.fi/terveyskeskukset>. Viitattu 16.04.2020.
- STM 2020. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020-2022: Ohjelma ja hankeopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4136-6>. Viitattu 03.11.2020.
- Suomen Haavanhoitoyhdistys 2019. Avoimen haavan väriluokitushelpperi. <https://www.shhy.fi/hoito-ja-toimintaohjeet/>. Viitattu 13.10.2020.
- THL 2019. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanoton asiakkaiden käyntisyys vuonna 2018. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Tilastoraportti. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyspalvelut/perusterveydenhuollon-kayntisyys>. Viitattu 02.11.2020.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018. Uudistettu laitos. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi. E-kirja.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Viitattu 22.10.2020.
- Vestman, Jaana 2013. Asiantuntijahoitajaksi nimityksen kriteerit ja perustelut kliinisessä hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu -tutkielma. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/84834/gradu06917.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 12.10.2020.
- Vilkka, Hanna 2015. 4. painos. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus. E-kirja.
- VTV 2016. Työnjaon kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa: Tuloksellisuustarkastuskertomus. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset. 1/2016. <https://www.vtv.fi/julkaisut/tyonjaon-kehittaminen-sosiaali-terveydenhuollossa/>. Viitattu 03.11.2020.
- Young, Trudie, Rzy, Janette, Cryer, Sian & Clark, Michael 2009. An initiative to improve the effectiveness of wound healing within GP Practices. *Wounds UK*, Vol 15, Nro 1.

LIITE 1: TUTKIMUSTEN TAULUKOINTI

Tekijä, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus (Aim of the Study)	Asiasanat (Key words)	Osallistujat ja käytetyt menetelmät	Keskeiset tulokset
Barea, A. & Reeken, S. 2018. Iso-Britannia.	Hoitajavetoisen psoriasisklinikan toimivuus.	psoriasis, biologics, principle investigator, nurse-led clinic	Kirjallisuuskatsaus	Hoitajien toiminta hoitajavetoisella psoriasisklinikalla. Kuinka potilas vastaanotetaan ja jatkosuunnitelmien teko. Asiakastytyväisyyskyselyllä on selvitetty, että toiminta on asiakaslähtöistä ja asiakkaat tuntevat tulleet kuulluksi ja autetuiksi.
Ginzburg, T., Hoffman, R. & Azuri, J. 2017. Israel.	Tarkoituksena oli tutkia perusterveydenhuollon hoitajien tekemää diabeteksen hoitoa ja seurantakeinoja.	nurse, chronic disease care interventions, disease manager, diabetes, primary care, multidisciplinary clinic	Poikittaistutkimus. Diabeetikkoja pyydettiin hoitajavastaanotolle keskustelemaan diabeteksen hoidosta, nykyisestä hoitotasapainosta ja seurannasta. Lisäksi suoritettiin seurantakäynnit. Seurannoista kerättiin dataa kolmelta 6kk:n seurantajaksolta.	Seurannan aikana HbA1c, LDL ja systolinen verenpaine arvo pienenevät aloitusarvoihin verrattuna. Hoitajaksot sairaalassa vähenivät, jalkoja tutkittiin enemmän ja tuli myös lieviä painonlaskuja. Johtopäätöksenä oli, että hoitajan vastaanotolla käynti ja seurannat paransivat diabeteksen hallintaa ja seurantaa.
Gonzalez, A. 2017. Yhdysvallat.	Selvittää potilasohjauksesta saatua hyötyä verisuoniperäisten säärihaavojen uusiutumisen ehkäisemisessä.	clinical study, patient education, recurrence, venous ulcer, self-care	Tutkimuksessa käytettiin kolmea ryhmää A,B,C, joista A oli saanut edellisessä tutkimuksessa ohjausta, uusi ryhmä B sai tutkimuksen alussa ohjausta ja ryhmä C ei ollenkaan ohjausta. Ryhmien tietotaso ja haavojen paranemista/uusiutumista seurattiin 41 vkon ajan. Tietotestinä käytettiin Potilaan oppimisen tarkastuslistaa.	Tutkimustulokset osoittivat, että potilasohjauksesta olisi apua asiakkaan haavojen paranemisessa ja uusiutumisen ehkäisemisessä. Ryhmillä A ja B tulokset olivat tietotesteissä samankaltaiset ja haavojen tilanne oli parempi kuin kontrolliryhmä C:llä.

Gottrup, F. 2004. Tanska	Kuvaa Tanskan haavakeskusten perustamista ja keskuksen rakennetta.	wound healing center, multidisciplinary, wound care, chronic wound	Organisaatorakenteen kuvausta	Haavakeskukset ovat vaikeiden haavojen hoidon kannata tarpeellisia. On arvioitu, että keskus tuo parannuksia hoitotuloksiin ja pitkällä tähtäimellä myös säästöjä valtiolle. Puhumattakaan säästöistä sairastuneisuudessa ja kuolleisuudessa.
Gray, K., Game, F. & Pinnington, L. 2018. Iso-Britannia.	Arvioidaan askelmittarin käytöllä päivittäisen liikkumisen vaikutusta diabeettisen jalkahaavan paranemiseen.	diabetic foot, patient education, pedometers, wound healing,	10 diabeettisen jalkaklinikan potilasta käytti 4-viikon ajan askelmittaria.	Suurin osa osallistujista käytti päivittäin askelmittaria. Päivittäisen askelmäärän mahdollisimman pienellä vaihtuvuudella todettiin olevan vaikutusta haavan pienenemiseen.
Innes-Walker, K., Parker, C.N., Finlayson, K.J., Brooks, M., Young, L., Morley, N., Maresco-Pennisi, D. & Edwards, H.E. 2019. Australia.	Hoitajavetoisen haavaklinikkamallin kehitys, jonka avulla saadaan kehitettyä perusterveydenhuollon työntekijöiden haavanhoidon osaamista.	wound management, primary health care, wound clinic, model of care, general practice	Australiassa perustettiin 9 haavaklinikkaa ja 4 yhteistyöpilottisivustoa. Yhteistyössä eri alueiden oman haavaekspertin kanssa tarjottiin ohjausta ja koulutusta haavanhoitoon. Tietoa kerättiin ennen ja jälkeen haavanhoitojen mm. ammattilaisten varmuudesta, potilastyytyväisyydestä, haavan paranemisesta ym. Dataa kerättiin 24 vkon ajan.	Tulokseksi saatiin terveydenhuollon henkilöstön parempi varmuus haavanhoitoon. Toistavan valmennusmallin käyttö 6kk:n ajan vahvisti päätöksentekoprosessia ja tiedon arviointia useista eri haavatyypeistä. Useiden eri haavatyypien kohdalla havaittiin positiivisia muutoksia hoidon tuloksissa.
Jokiniemi, K., Leivonen, K., Taam-Ukkonen, M. & Miettinen, M. 2018. Suomi.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kliinisesti erikoistuneiden hoitajien tehtäviä erikoissairaanhoidossa sekä tarkastella näiden hoitajien työskentelyalueita.	hoitotyön johtajat, erikoissairaanhoitajat, erikoissairaanhoito, asiantuntijat	Tutkimusaineisto kerättiin haastatteleamalla 9 ylihoitajaa teemahaastattelulla.	Kliinisesti erikoistuneet hoitajat ovat merkittävä organisaation voimavara. Asiantuntijatehtävät mahdollistavat laadukkaan hoidon toteuttamisen ja kehittämisen.

Jokiniemi, K. & Miettinen, M. 2020. Suomi.	Tarkoituksena on kuvailla asiantuntijasairaanhoidajan roolia, työnkuva ja osaamista.	nurses, nursing, specialist nurse's role specialities, qualitative research	Tutkimusaineistona kerättiin hoitotyön johtajien haastatteluja sekä analysoitiin hoitajien työnkuvauksia.	Asiantuntijasairaanhoidajien koulutus ja tietotaso on sairaanhoidajan koulutusta ja tietoa laajempi. Työnkuvaan kuuluu asiantuntijuus, henkilöstökoulutus, potilasohjaus, konsultaatiot moniammatillisissa työryhmissä, hoitotyön kehittäminen. Useat ominaisuudet mahdollistavat asiantuntijahoitajien työskentelyn roolissaan.
Lipponen, K. 2014. Suomi.	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaohjauksen toimintaedellytyksiä ja potilasohjauksen kehittämisestä hoitotyöntekijöiden kokemuksia.	erikoissairaanhoido, hoitohenkilöstö, kehittäminen, perusterveydenhuolto, potilasohjauksen toimintamahdollisuudet, potilasohjaus	Tutkimusaineisto on kerätty kolmessa eri osatutkimuksessa . Kahdessa tutkimuksessa menetelmänä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta ja kolmannessa haastattelua. Tutkimuksessa käytettiin hoitohenkilökuntaa niin kirurgisesta erikoissairaanhoidosta kuin perusterveydenhuollosta.	Tutkimustuloksena oli, että hoitohenkilökunnan tiedot ohjattavista asioista olivat hyvää keskitasoa. Kirurgisella puolella tieto oli parempaa kuin perusterveydenhuollossa, johtuen suppeammasta erikoisalasta, joka sallii paremman syventymisen aiheeseen. Ohjausprosessin ylläpitotaidot olivat kohtalaiset, kun taas potilaan hyvinvoinnin edistämisen taidot tarvitsisivat kehittämistä.
Ljungbeck, B. & Sjögren Forss K. 2017. Ruotsi.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitotyön johtajien, lääkäreiden ja hoitajien mielipiteitä asiantuntijasairaanhoidajien roolista terveydenhuollossa, vastaten lisääntyvään tarpeeseen hauraiden vanhusten hoidossa.	Advanced nurse practitioner, content analysis, doctors, manager, municipal healthcare, qualitative research, primary care, specialist nurse	Tutkimusaineisto kerättiin 12 teemahaastattelussa, ja data analysoitiin sisällönanalyysillä.	Asiantuntijahoitajien koettiin vastaavan kasvavaan vanhusten terveydenhuollon tarpeeseen. Koettiin myös, että terveydenhuollosta saataisi tehokkaampaa, kun lääkäreiltä vapautuu aikaa muille potilaille. Haasteena koettiin se, miten hoitajia saadaan houkuteltua kouluttautumaan.

Luostarinen, P., Meretoja, R. & Niemi, A. 2019. Suomi.	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata polikliinisten sairaanhoitajien ammattipätevyyttä ja tulevaisuuden pätevyysvahteita	ammattipätevyys, Nurse Competence Scale, polikliininen hoitotyö, sairaanhoitajat	Tutkimusaineistona on polikliinisten sairaanhoitajien itsearviointeja, joita verrattiin asiantuntijoiden määrittämään ammattipätevyyden tavoitetasoon. Aineisto kerättiin Nurse Competence Scale -mittarilla.	Ammattipätevyys sairaanhoitajien arvioimana koettiin hyväksi, auttamisen osa-alueella jopa erittäin hyväksi. Pidemmän työuran tehneet kokivat ammattitaitonsa hieman korkeammaksi. Itsearvioitu ammattipätevyys oli selvästi matalampi kuin asiantuntijaryhmän määrittämä pätevyys.
McCluskey, P. & McCarthy, G. 2012. Iso-Britannia.	Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia sairaanhoitajien tietämystä ja osaamista haavan arvioinnissa ja hoidossa.	acute nurses, competence, knowledge, education	Määrällinen tutkimus, joka toteutettiin 150 sairaanhoitajalle kyselytutkimuksena.	Hoitajien tietämys haavanhoidosta oli hyvällä tasolla. Parannusta tiedoissa ja taidoissa huomattiin hoitajilla, jotka olivat parin vuoden sisällä päivittäneet tietojaan. Tuloksissa oli huomioitavaa, että mitä enemmän haavoja hoiti, sitä parempi osaaminen hoidossa oli, tietotasoon tämä ei kuitenkaan vaikuttanut.
Palonen, M. 2016. Suomi	Hypoteettisen mallin kehittäminen päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä ohjauksesta sekä selittää ohjauksen yhteyttä kotiutumisvalmiuteen päivystyspoliklinikalta.	ohjaus, iäkäs potilas, läheinen, päivystyspoliklinikka, kotiutuminen	Empiirinen tutkimus, vaiheessa 1. hypoteesit ja testaaminen: kysely päiv.pkl:ta kotiutuneille iäkkäille ja omaisille. Vaiheessa 2. hypoteettisen mallin muodostaminen vaiheen 1. pohjalta.	Tutkimus osoitti, että ohjaus on yhteydessä sekä potilaiden että läheisten kotiutumisvalmiuteen. Potilaat ja etenkin läheiset saavat riittämättömästi ohjausta kotiinlähtöön liittyen. Tutkimus osoitti myös, että tutkittu tieto hyvästä ohjauksesta ei ole kaikilta osin siirtynyt päivystyspoliklinikan arkeen.
Peltonen, E. 2009. Suomi	Tarkoituksena on kuvata perusterveydenhuollon toiminnan järjestelyjä eri ryhmien arvioimina sekä verrata lääkäreiden ja hoitajien tiimi- ja työparityön toteutumista ja hoitajien itsenäistä tehtäväaluetta	terveydenhuolto, perusterveydenhuolto, vastaanotto, palvelut, kehittäminen, sairaanhoitajat, osaaminen, työnjako, yhteistyö, lääkärit, toimintamallit	Tutkimuksessa mukana 10 terveyskeskusta, joissa käytössä työparityömallit tai tiimityömallit. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeilla, jotka suunnattiin hallintoon, lääkäreille, hoitajille ja asiakkaille. Aineisto analysoitiin	Hoitajien opintoihin kaivattiin muutosta ja jo työskenteleville lisäkoulutusta. Kaivattiin lääkäreiden ja hoitajien välille työnjaon selkiyttämistä. Toimintaa uudistettaessa ja juurrutettaessa kaivattiin yhteisiä koulutuksia lääkäreille ja hoitajille.

	vastaanottotoiminnassa.		tilastollisin menetelmin.	
Smith-Strøm, H. & Thornes, I. 2008. Norja.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten hoitajat tekivät yhteistyötä ihotautiosaston kanssa ja kuinka he hoitivat säärihaavoja. Lisäksi tutkittiin hoitajien tietämystä säärihaavojen hoidosta.	leg ulcer treatment, district nurses, primary health care, patient safety, evidence-based practice	Data kerättiin kyselylomakkeella, joka kohdistettiin sairaanhoitajille yhdessä Norjan kunnassa.	Kaikkien potilaiden haavoja ei ollut diagnosoitu ennen hoidon aloittamista. Hoidon suunnittelussa ei konsultoitu ihotautiosastoa. Kompressio- ja kivunhoitoon ei ollut standardoituja käytänteitä. Hoitajien tietämys haavanhoidosta perustui omaan ja kollegoiden kokemukseen, ei koulutukseen.
Young, T., Rzy, J., Cryer, S. & Clark, M. 2019. Iso-Britannia.	Haavanhoidon kehittäminen ja haavapotilaiden vähentäminen yleislääkärin vastaanotoilla	complex wound clinic, GP practice, practice nurses, wound healing	Kahden haavaklinikan haavojen paranemisen seuranta, ja yhden lääkärivastaanoton haavojen seuranta ennen haavaklinikan perustamista.	Haavojen paranemisprosentti oli parempi haavaklinikoilla. Haavatyypit pysyivät samanlaisina sekä lääkärivastaanotolla että haavaklinikalla. Seurannan aikana kustannukset ennen ja jälkeen haavaklinikan perustamista olivat samaa luokkaa.

LIITE 2: HAASTATTELUN TEEMAT

- TEEMA 1: Haavat ja niiden hoito
 - Mitä haavoja
 - kroonisia haavoja, diabeettisia haavoja, painehaavoja, traumaattisia haavoja
 - Mitä kautta potilaat haavojensa kanssa tulevat/missä haavat ovat syntyneet (onko tarpeellinen tieto)
 - esh, koti, tehostettu palveluasumisyksikkö, sairaala...
 - Kuinka suuri osa työajasta menee haavojen hoitoon

- TEEMA 2: Haavanhoidon osaaminen
 - Oma osaaminen, koulutuksen tarve
 - Mitä asioita kokee hallitsevansa ja mitkä asiat toimivat
 - Mitä asioita kokee haastavaksi
 - diagnoosi, hoitosuunnitelma
 - potilasohjaus
 - haasteet hoidossa (puhdistus, sidosten valinta)
 - päätösten tekeminen
 - tarvitsevatko lh:t konsultointia sh:lta? osaako antaa konsultaatioapua?

- TEEMA 3: Asiantuntijan haavavastaanotto
 - Missä asioissa kokee tarvitsevansa apua?
 - Ketä konsultoit nykyisin haavanhoidon ongelmatilanteissa?
 - Millaisena konsultointi koetaan?
 - helppoa, vaikeaa, haasteellista, monimutkaista?
 - Toiminnan rakenne
 - miten konsultoidaan (lähete, puhelimitse, milloin)
 - miten toiminta haluttaisi järjestettävän (kotikäynnit, vastaanottokäynnit)

LIITE 3: TUTKIMUSTIEDOTE

Hyvä sairaanhoitaja!

Olen Laura Koutonen, YAMK opiskelija Savonia ammattikorkeakoulusta, ja opiskelen hoitotyön kliiniseksi asiantuntijaksi haavanhoidossa.

Laadin opinnäytetyönäni suunnitelmaa Kalajoen terveyskeskukselle Haavanhoidon asiantuntijavastaanoton kehittämiseksi. Työn tavoitteena on suunnitella palvelu, jolla voidaan edesauttaa asiakkaan haavaa paranemaan nopeammin, ylläpitää asiakkaan elämänlaatua ja jolla mahdollistetaan haavanhoitajan konsultointi eri hoitoyksiköistä.

Suunnittelun avuksi tulen tekemään tutkimuksen, jolla kartoitetaan Kalajoen terveyspalvelualueella eri hoitoyksiköiden haasteita haavanhoidossa. Lisäksi tutkimuksella selvitetään kuinka asiantuntijavastaanotto voisi olla apuna näiden haasteiden selvittämisessä.

Tutkimus toteutetaan ryhmähaastatteluna ja haastatteluja varten tarvitsisin yhteensä 10-12 sairaanhoitajaa eri yksiköistä. Haastatteluja tehdään 3 kpl ja jokaiseen haastatteluun toivoisin saavani 3-4 vapaaehtoista osallistujaa. Jokainen osallistuja osallistuu yhteen haastatteluun, jonka arvioitu kesto on 1-1,5 tuntia. Toivon, että voitte osallistua haastatteluun ja näin ollen vaikuttaa haavanhoidon asiantuntijavastaanoton kehittämiseen.

Haastateltavilta pyydetään erikseen suostumus haastatteluun osallistumisesta ja henkilötietojen käsittelyyn tutkimuksen osana. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Haastattelusta voi kieltäytyä tai sen voi keskeyttää milloin tahansa haastattelun aikana. Keskeytyksestä ei koidu haastateltavalle mitään haittaa.

Annettu suostumus voidaan peruuttaa ilman perusteluita, ilmoittamalla siitä tutkimuksen tekijälle. Peruuttamisesta ei koidu osallistujalle haittaa. Mikäli osallistuja peruuttaa suostumuksensa, tai osallistuminen tutkimukseen keskeytyy jostain syystä, voidaan siihen mennessä kerättyjä tietojanne edelleen käyttää tutkimuksessa.

Haastattelut nauhoitetaan luotettavuuden takaamiseksi. Nauhoitteet hävitetään tutkimuksen päätteeksi tai viimeistään vuoden 2020 loppuun mennessä. Aineisto säilytetään ulkopuolisilta suojassa.

Luotettavuuden parantamiseksi, toivoisin Teitä täyttämään taustatietolomakkeen. Kerättyistä henkilötiedoista tehdään tutkimuksen henkilötietorekisteri. Kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja osallistuvien henkilöiden yksityisyys ja salassapito varmistetaan. Raportoinnissa varmistetaan, ettei osallistujia pystytä vastausten perusteella tunnistamaan.

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika on 12/20. Työ julkaistaan Theseus.fi-sivustolla.

Mikäli kiinnostuitte osallistumisesta, pyydän Teitä ottamaan minuun yhteyttä haastattelun sopimiseksi.

Kiittäen,

Opinnäytetyön tekijä

Laura Koutonen, sairaanhoitaja
E-mail: laura.koutonen@kalajoki.fi
puh: 040-7321984

Opinnäytetyön ohjaava opettaja

Teija Korhonen
E-mail: teija.korhonen@savonia.fi
www.savonia.fi

LIITE 4: TIETOINEN SUOSTUMUS

TIETOOIN PERUSTUVA SUOSTUMUS

Olen saanut riittävästi tietoa Laura Koutosen opinnäytetyöstä "Haavanhoidon asiantuntijavastaanoton kehittämissuunnitelma Kalajoen terveyskeskukseen". Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani tutkimustiedotteen.

Olen tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja että voin peruuttaa osallistumiseni missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Osallistumisen perumisesta ei koidu minulle kielteisiä seurauksia. Ymmärrän, että keskeytykseen mennessä kerättyjä tietojani voidaan käyttää tutkimusaineistossa keskeytyksestä tai peruutuksesta huolimatta, mikäli tutkimuksen toteuttaminen sitä vaatii.

Olen tietoinen haastattelujen nauhoituksesta ja siitä, että nauhoitteet hävitetään opinnäytetyön valmistuttua tai viimeistään vuoden 2020 lopussa.

Ymmärrän että tietojani käsitellään luottamuksellisesti ja että henkilötietoni kerätään tutkimusta varten muodostettavaan henkilötietorekisteriin. Olen myös ymmärtänyt, että tutkimuksen raportista ei voi tunnistaa yksittäisiä henkilöitä.

Tämä Tietoon perustuva suostumus -lomake jää tutkijalle asianmukaisesti säilytettäväksi ja hävitetään työn valmistuttua tai viimeistään vuoden 2020 lopussa. Halutessani voin pyytää lomakkeesta kopion.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkittavaksi sekä ymmärrän, että henkilötietojani käsitellään osana tätä tutkimusta.

Aika ja paikka: ___/___/2020 _____

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Allekirjoitus: _____

Nimen selvennys: _____

Puhelinnumero: _____

E-mail: _____

Suostumuksen vastaanottaja:

Tutkijan allekirjoitus: _____

Aika ja paikka: ___/___/2020 _____

LIITE 5: TAUSTATIETOLOMAKE

TAUSTATIETOLOMAKE:

- Nimi:
- Syntymäaika:
- Puhelinnumero:
- Sähköpostiosoite:
- Työkokemus sairaanhoitajana (vuosina):
- Työyksikkö: