

Heidi Pääkkönen

Haavahoitajan tehtävät kotisairaalassa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Terveystieteiden yksikkö

Kliininen asiantuntija

Opinnäytetyö

Marraskuu 2012

Tekijä(t) Otsikko	Heidi Pääkkönen Haavahoitajan tehtävät kotisairaalassa
Sivumäärä Aika	32 sivua 14.11.2012
Tutkinto	Terveydenhoitaja YAMK
Koulutusohjelma	Kliininen asiantuntija
Ohjaaja	Lehtori, TtT Liisa Montin
<p>Haavahoidon asiantuntijuuden kehittäminen on avainasemassa, jotta pystytään vastaamaan olemassa oleviin ja tuleviin haavahoidon haasteisiin. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on luoda haavahoitajan osaamisalueet kotisairaalaan. Tavoitteena on kehittää kotisairaalan haavahoidon vaikuttavuutta ja yhtenäistää hoitokäytäntöjä.</p> <p>Aineistokeruumenetelmänä käytettiin ryhmähaastattelua, joita järjestettiin kolmessa Helsingin kaupungin kotisairaalassa. Haastatteluihin osallistui yhteensä kymmenen sairaanhoitajaa ja yksi sairaanhoitajaopiskelija. Haastatteluaineisto analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä tutkimuskysymyksittäin.</p> <p>Haavahoitajan tärkeimmät tehtävät jaettiin neljään osa-alueeseen: välitön haavapotilaan hoitotyö, kouluttaminen, konsultointi sekä kehittämis- ja tutkimustoiminta. Välitön haavapotilaan hoitotyö sisältää käytännön haavahoitotyötä potilaiden parissa, kotisairaalan henkilökunnan ohjausta ja verkostoitumista eri tahojen kanssa. Kouluttaminen tarkoittaa kotisairaalan henkilökunnan koulutusta. Konsultointi pitää sisällään konsultaatioapua kotisairaalan henkilökunnalle ja päätöksentekoa haavahoidossa. Kehittämis- ja tutkimustoiminta sisältää kotisairaalan haavahoidon kehittämistä.</p> <p>Tilanteet, joissa sairaanhoitajat konsultoivat haavahoitajaa, luokiteltiin kahteen luokkaan: arvaamattomat ja uudet tilanteet haavahoidossa sekä vaativien haavapotilaiden hoito ja ohjaaminen. Arvaamattomat ja uudet tilanteet haavahoidossa tarkoittaa tilanteita, joissa haavan tilanteessa tapahtuu yllättäviä muutoksia ja haavahoitotuotteiden tai -menetelmien käytössä ilmenee ongelmia. Vaativien haavapotilaiden hoito ja ohjaaminen sisältävät haastavien haavapotilaiden hoidon ja kotisairaalan henkilökunnan tukemisen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa.</p> <p>Yhteenvetona voidaan todeta, että kotisairaalan haavahoitajan tehtävät sisältäisivät käytännön haavanhoitoa, yhteistyötä eri tahojen kanssa, henkilökunnan tukemista, ohjaamista ja koulutusta, konsultointia ja päätöksentekoa sekä haavahoidon kehittämistä kotisairaalan näkökulmasta. Haavahoitajan toimenkuva edistäisi näyttöön perustuvan tiedon saamista ja käyttöä kotisairaalassa sekä haavahoidon käytäntöjä pystyttäisiin yhtenäistämään.</p>	
Avainsanat	Haavahoitaja, kotisairaala, tehtävät

Author(s) Title	Heidi Pääkkönen Tissue Viability nurse's Job Description i a Home Hospital's
Number of Pages Date	32 pages 14 November 2012
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Master`s Degree Programme in Clinical Expertise
Instructor	Liisa Montin / Senior Lecturer, PhD, RN
<p>Expertise in wound care is the key, in meeting existing and future challenges of wound care. The purpose of this study was to create a tissue viability nurse's job description i a home hospital. The aim was to develop wound care effectiveness in a home hospital and to standardize care practices.</p> <p>The data collection method was a group interview, which was arranged in three City of Helsinki home hospitals. The interviews were conducted with a total of ten nurses and one nursing student. The interview data were analyzed by using content analysis method.</p> <p>The tissue viability nurse's main tasks were divided into four areas: immediate wound nursing, training, consulting, and research and development activities. Immediate wound nursing includes practical wound nursing with patients, guidance of the home hospital's staff and networking with various partners. Training refers to the home hospital staff's training. Consulting includes counseling assistance to the home hospital staff and decision-making in wound care. Research and development activities include the home hospital's wound care development.</p> <p>The situations in which nurses consult tissue viability nurses were classified into two categories: unpredictable and new situations and requiring wound care patients and conducting. Unpredictable and new situations in wound care refer to situations in which the wound situation changes and wound care products or methods have problems. Intricate wound patient care and the guidance include challenging wound care for patients and support in the care planning and implementation.</p> <p>In conclusion, it can be stated that the home hospital's tissue viability nurse's job description should include wound care practice, cooperation with various partners, staff support, guidance and training together with wound care from the perspective of the development of the home hospital. The tissue viability nurse's job description should contribute to evidence-based information about the performance and use of the home hospital together with wound care practices to be able to harmonize.</p>	
Keywords	tissue viability nurse, home hospital, job description

Sisällys

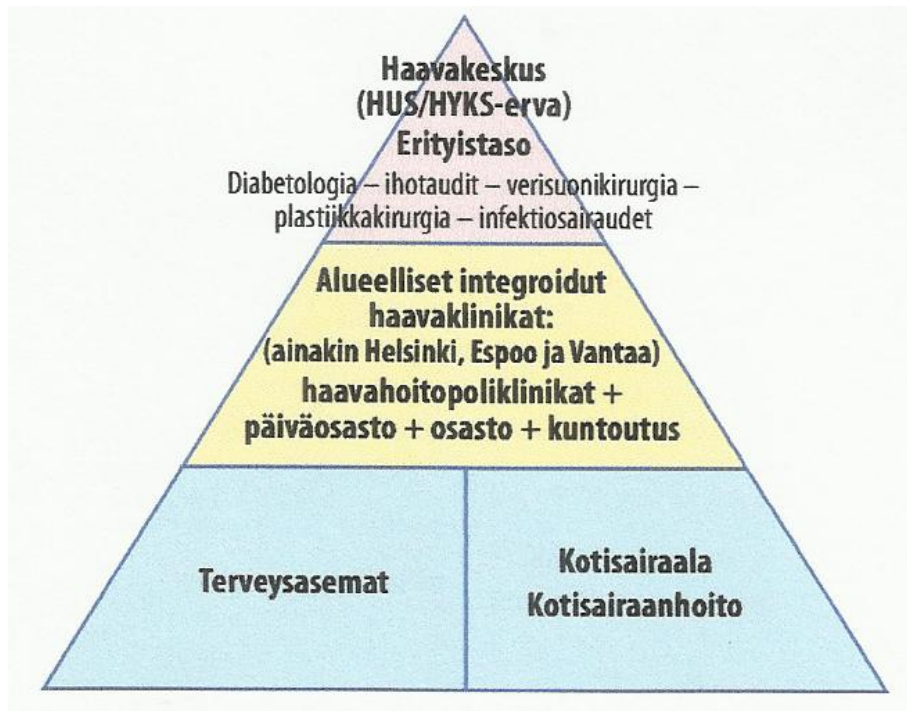
1	Johdanto	2
2	Haavahoitajan tehtävät ja kotisairaalan toimintaympäristö	4
	2.1 Haavahoitajan työn kuvaus	4
	2.2 Kotisairaala toimintaympäristönä	6
3	Työn tarkoitus, tavoite ja kysymykset	8
4	Aineiston keruumenetelmä ja analyysi	8
	4.1 Aineiston keruu	9
	4.2 Aineiston käsittely ja analyysi	10
5	Tulokset	12
	5.1 Haavahoitajan tärkeimmät tehtävät	12
	5.2 Konsultointitilanteet	18
6	Pohdinta	21
	6.1 Eettiset kysymykset	21
	6.2 Luotettavuuskysymykset	22
	6.3 Tulosten tarkastelu	24
7	Johtopäätökset ja jatkokehittämissuhteet	26
	Lähteet	28

1 Johdanto

Akuutit ja krooniset haavat lisäävät tulevaisuuden haasteita terveydenhuollossa ja syyinä tähän ovat muun muassa väestön ikääntyminen ja diabeteksen lisääntyminen sekä leikkausten määrän kasvaminen entistä sairaampien ja vanhempien ihmisten joukossa (Juutilainen - Niemi 2007: 979). Helsingin yliopistollisen sairaalan (HYKS) sairaanhoidopiirin alueella arvioidaan kroonisten haavojen tehottoman hoidon maksavan 20-40 miljoonaa euroa vuosittain, sillä voimavarat keskittyvät komplisoituneiden haavojen hoitoon. Kuitenkin suurin osa haavoista voitaisiin ennaltaehkäistä tai hoitaa jo alkuvaiheessa. (Lepäntalo ym. 2009: 457.)

Pääkaupunkiseudun haavatyöryhmä perustettiin vuonna 2007, ja siihen kutsuttiin edustajia niin perusterveydenhuollosta kuin erikoissairaanhoidosta. Ryhmän tavoitteena oli luoda yhtenäinen hoitoketju kroonisten haavojen ennaltaehkäisemiseksi ja hoidon parantamiseksi. Työryhmä totesi, että haavapotilaiden hoito on hajanaista, mikä on johtanut päällekkäisiin toimiin eri yksiköissä ja uusien hoitomuotojen käyttöönotto on hallitsematonta. Perusterveydenhuollon ongelmakohtaksi koettiin selkeän haavojen ehkäisyn strategian puuttuminen. Ongelmaksi koettiin myös, ettei sopivia hoitopaikkoja ollut tarjota. Osaaminen koettiin riittämättömäksi sekä yhteisten linjojen puuttuminen haavahoitotuotteiden käytön ja valinnan ohjeistuksessa. Perusterveydenhuollossa haavahoidon asiantuntijoita ei ole riittävästi eri ammattiryhmissä. (Lepäntalo ym. 2009: 458.)

Haavatyöryhmän tulevaisuuden visiona syntyi ehdotus hoidon porrastamisesta (kuviokuva 1). Hoidon ja ennaltaehkäisyn ohjeistusta tulee kehittää, jotta ne ovat selkeät niin ammattilaisille kuin potilaille sisältäen lähetekäytännöt ja hoitoketjut. (Lepäntalo ym. 2009: 459.)



Kuvio 1. Ehdotus haavapotilaan hoidon porrastamisesta HYKS:n alueella (Lepäntalo ym. 2009: 459)

Edellä esitetty ehdotus haavapotilaiden hoidon porrastuksesta ja oma kiinnostukseni haavahoitoon on saanut miettimään, että olisiko kotisairaalaan hyvä suunnitella omat haavahoitajan osaamisalueet. Se lisäisi haavahoidon asiantuntijuutta perusterveydenhuollossa ja sen avulla pystyttäisiin mahdollisesti paremmin vastaamaan tuleviin haavahoidon haasteisiin. Pitkän tähtäimen tavoitteena on, että kotisairaalan ja kotihoidon (kotisairaanhoidon) välinen yhteistyö tiivistyisi, jotta pystyttäisiin parantamaan haavahoidon vaikuttavuutta sekä yhtenäistämään hoitokäytäntöjä.

2 Haavahoitajan tehtävät ja kotisairaalan toimintaympäristö

Työnkuvan rinnakkaistermit ovat yleisen suomalaisen asiasanaston (YSA 2011) mukaan ammattikuva, toimenkuvat ja työn sisältö. Toimenkuva muodostuu toimen hoitamiseen määritellyistä tehtävistä (Grönros 2006: 329).

2.1 Haavahoitajan työn kuvaus

Muutokset ihmisten terveystarpeissa ja toimintaympäristössä vaatii hoitotyön asiantuntijuuden vahvistamista eri ammattiryhmissä ja sillä on selkeä yhteiskunnallinen tilaus. Se tarkoittaa toimimista moniammatillisissa tiimeissä ja hoitotyön sulautumista eri verkostoihin. Toisaalta tarkoituksena on laajentaa tehtävänkuvia uudistamalla ammattiryhmien työnjakoa ja yhteistyötä. Työnjaon tavoitteena on kehittää työyhteisön toimintaa siten, että toiminnot järjestetään tarkoituksenmukaisesti hoidon kokonaisuuden ja eri ammattiryhmien osaamisen näkökulmasta. Tällaisessa toimintaympäristössä tarvitaan hoidon ja palveluiden koordinoitua ja parhaimmillaan lopputuloksena potilaalle avautuu saumaton hoidon kokonaisuus. Nykyään hoitotyöntekijöiden osaamisvaatimuksissa korostuvat hoidon hoidontarpeen arviointi, potilasohjaus, näyttöön perustuva päätöksenteko ja näyttöön perustuvien käytäntöjen soveltaminen. (Vallimies-Patomäki 2010: 130,138.)

Haavahoitajan työssä korostuu haavojen paikallishoito, joka sisältää haavan tarkkailua, hoidon suunnittelua, paranemisen ja hoidon arviointia, kirjaamista, kehittämistä sekä päätöksiä lääkärin konsultoinnista. Haavahoitajan asiantuntemusta tarvitaan usein paikallishoitoaineiden ja -tuotteiden valintaan liittyvässä päätöksenteossa. Keskeisenä osana on myös haavahoitoon liittyvän tiedon hankkiminen eli oman ammattitaidon ylläpitämien ja tiedon välittäminen hoitohenkilökunnalle. Haavahoitajat toimivat kouluttajina ja konsultteina niin omassa organisaatiossa kuin sen ulkopuolella. Erilaisten tuotekoikeilujen suunnittelu, toteutus ja ohjaus kuuluvat myös olennaisesti haavahoitajan toimenkuvaan. Haavahoitajan työ on itsenäistä ja se korostuu erityisesti potilaan ja/tai omaisen ohjaamisessa, jonka onnistumisesta haavahoitaja on usein vastuussa. Yhteistyö eri ammattiryhmien kanssa on merkittävä osa haavahoitajien työtä. (Iivanainen – Seppänen 2005a: 92-94.)

Hoitotyön asiantuntijan (clinical nurse specialist) keskeiset roolit on jaoteltu samansuuntaisesti: 1) kliininen hoitotyö 2) koulutus 3) konsultointi 4) tutkimustoiminta 5) hallinnolliset tehtävät 6) yhteistyö. Kliininen hoitotyö sisältää välitöntä hoitoa, henkilökunnan ja potilaiden tukemista, neuvontaa ja käytäntöjen kehittämistä. Koulutus tarkoittaa henkilökunnan ja potilaiden sekä muiden terveydenhuollon yksiköiden opetusta. Konsultointi jaettiin sisäiseen ja ulkoiseen konsultaatioon, joka tarkoittaa neuvontaa niin omassa yksikössä kuin muissa organisaatioissa. Tutkimustoiminta sisältää tutkimusten toteutusta ja tutkimustyön avustamista. Hallinnolliset tehtävät sisältävät muun muassa tilastojen ylläpitoa. Yhteistyö käsittää yleistä keskustelua ja organisointia potilaan hoidosta muiden tahojen kanssa. (Bamford – Gibson 2000: 285.)

Suomen haavanhoitoyhdistys ry (Shhy) on vuonna 1995 perustettu yhdistys, joka koostuu terveydenhuollon moniammatillisesta jäsenistöstä. Yhdistyksen tavoitteena on edistää haavapotilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja haavojen ennaltaehkäisyä ja etenkin vuorovaikutusta eri ammattiryhmien välillä. Tavoitteena on myös edistää tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoimintaa sekä tehdä kansainvälistä yhteistyötä muiden haavayhdistysten kanssa. (Shhy 2012a.) Yhdistyksen tavoitteena on ollut myös haavahoitaja -nimikkeen käytön yhtenäistäminen Suomessa (Iivanainen – Seppänen 2005b: 75).

Suomen haavanhoitoyhdistys ry (Shhy 2012b) on myöntänyt vuodesta 2004 auktorisoitu haavahoitaja nimikkeitä. Tämä on yksi tapa nostaa esiin hoitotyön asiantuntijuutta haavanhoidon saralla (Shhy 2012c). Auktorisoinnin myöntämisen perusteena ovat muun muassa haavahoitajan ammattitaitokriteerit, jotka on jaettu neljään ryhmään:

1. Välitön haavapotilaan hoitotyö

- Toimii eettisten ohjeiden ja hoitotyön periaatteiden mukaan haavapotilaiden edun mukaisesti
- Suunnittelee, toteuttaa ja arvioi haavapotilaan hoitoa asiakaslähtöisesti sekä kokonaisvaltaisesti huomioiden hoidon laadun ja kustannukset
- Osaa dokumentoida haavaa ja sen hoitoa koskevat seikat asianmukaisesti
- Osaa perustella päätöksensä erilaisten haavojen paikallishoidosta sekä omaa kliiniset kädentaidot ja hallitsee kivunhoidon periaatteet
- Ymmärtää haavan paranemisen edistävät ja estävät tekijät
- Osaa ohjata potilaita ja heidän läheisiään haavan omahoidossa

- Osaa verkostoitua eri ammattiryhmien kanssa ja tekee moniammatillista yhteistyötä
- Tunnistaa vastuunsa, taitonsa ja osaamisensa ja niiden rajallisuuden

2. Kouluttaminen

- Tunnistaa ja osaa suunnitella, toteuttaa ja arvioida hoitohenkilökunnan koulutustarvetta
- Osaa ohjata ja opettaa

3. Konsultointi

- Osaa perustellusti määrätä haavatilanteen mukaan oikean paikallishoidon ja ohjaa sen toiselle hoitoalan ammattilaiselle
- Osaa arvioida haavapotilaan tilannetta ja tarvittaessa konsultoi lääkäriä tai lähettää jatkohoitoon

4. Kehittämis- ja tutkimustoiminta

- Laatii ja kehittää potilasohjeita moniammatillisesti
- Osaa kehittää yhtenäisiä hoitolinjauksia omassa organisaatiossa ja koordinoita haavahoidon kehittämishankkeita
- Koulutautuu aktiivisesti
- Seuraa tieteellistä tutkimusta ja osaa soveltaa uusinta näyttöön perustuvaa tietoa toiminnassaan.

2.2 Kotisairaala toimintaympäristönä

Kotisairaaloimintaa on harjoitettu maailmalla eri muodoissa muun muassa Yhdysvalloissa ja Englannissa. Ruotsissa toiminta aloitettiin 1970-luvulla ja Suomeen ensimmäiset kotisairaalat perustettiin 1990-luvulla. (Lähdeaho – Heino-Tolonen – Kuusela 2011: 1923.) Helsinkiin ensimmäinen kotisairaala perustettiin vuonna 1996 (Leppävuori 2012: 17).

Terveydenhuolto laissa kotisairaala määritellään määräaikaiseksi ja tehostetuksi kotisairaanhoidoksi, joka voidaan järjestää perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa tai niiden yhteistyönä (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 §25). Kotisairaalat toimivat ympärivuorokautisesti ja hoitavat pääsääntöisesti potilaita, jotka muuten tarvitsivat vuodeosastopaikan sairautensa vuoksi. Kotisairaalassa korostuu lääketieteellinen ja sairaanhoidollinen osaaminen sekä hoidon toteutuminen kotioloissa ylläpitää potilaan toimintakykyä ja sosiaalista verkostoa. (Saarelma 2005: 203.)

Helsingin kaupungilla on viisi kotisairaala, joissa on yhteensä 93 potilaspaikkaa. Yksiköt ovat lääkärijohtoisia ja henkilökunta koostuu pääasiassa sairaanhoitajista. Lääkärit ovat paikalla virka-aikaan ja muina aikoina on mahdollisuus konsultoida kaupunginsairaaloiden päivystävää lääkäriä. Sairaanhoitajat tekevät kaksivuorotyötä ja öisin kotihoidon sairaanhoitajat hoitavat kotisairaalan potilaita. Kotisairaalaan potilas tulee aina lääkärin läheteellä, koska diagnoosi pitää olla selvä. Potilaat voivat olla kotisairaalan hoidossa hyvin eri syistä mutta yleisimpiä syitä ovat (Poukka 2012):

- Infektion hoito, jonka hoidossa tarvitaan suonensisäistä antibioottia
- Palliatiivinen hoito, joka on vastaavaa oirehoitoa kuin vuodeosastoilla
- Sydämen vajaatoimintalääkityksen tehostaminen
- Diabeteksen hoidon tasapainotus
- Punasolusirrot
- Vaativat haavahoidot.

Helsingin kaupungin kotisairaaloissa 2/3 potilaista on infektiopotilaita ja 1/3 palliatiivisia syöpäpotilaita. Vuonna 2011 kotisairaaloissa hoidettiin 2649 potilasta ja hoitojakson keskimääräinen pituus oli 6,3 vuorokautta. (Leppävuori 2012: 17-18.)

Helsingin kaupungissa pääosa haavahoidoista tehdään kotihoidossa ja terveysasemilla. Kotihoidossa hoidetaan monenlaisia haavoja kuten esimerkiksi laskimoiden vajaatoiminnasta johtuvia säärihaavoja, diabetes- ja painehaavoja eli pääsääntöisesti kroonisia haavoja. Kotisairaalan hoitoon tulevat haavat ovat usein infektoituneita kroonisia tai leikkaushaavoja, joiden hoidon alkuvaiheessa tarvitaan suonensisäistä lääkitystä. Kotisairaalassa haavapotilaiden hoitoajat ovat lyhyet, koska antibiootin loppuessa pyritään potilas siirtämään jatkohoitoon kotihoitoon tai terveysasemalle.

Kotisairaaloitten yksiköissä on nimetty haavahoidosta vastaavia sairaanhoitajia, jotka hoitavat usein työvuorossa olleessaan vaativimmat haavahoidot. Muu henkilökunta konsultoi näitä sairaanhoitajia aina tarvittaessa. Heillä ei ole tehty mitään yhtenäistä toimenkuvaa ja kaikki tehdään muun työn ohessa, jolloin haavahoidon kehittämiseen ei välttämättä jää juurikaan aikaa.

3 Työn tarkoitus, tavoite ja kysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on luoda kotisairaaloiden tarpeisiin vastaava haavahoitajan osaamisalueet, jonka perusteella voitaisiin määrittää konsultoivan haavahoitajan tehtävät kotisairaalaan. Tavoitteena on kehittää kotisairaaloiden haavahoidon vaikuttavuutta ja yhtenäistää hoitokäytäntöjä. Tämän työn keskeisimmät kysymykset ovat:

1. Mitkä ovat haavahoitajan tärkeimmät tehtävät kotisairaalassa?
2. Millaisissa tilanteissa kotisairaalan sairaanhoitajat konsultoivat haavahoitajaa?

4 Aineiston keruumenetelmä ja analyysi

Ryhmähaastattelut voidaan toteuttaa hyvin erilaisin menetelmin, sillä haastattelujen luonne voi vaihdella vapaamuotoisista keskusteluista ryhmissä tapahtuviin yksilöhaastatteluihin (Kylmä – Juvakka 2007: 84). Haastattelut voivat olla hyvin strukturoituja ja tällöin haastattelijan rooli on keskeinen sekä ohjaava eikä ryhmä keskustele keskenään. Toisaalta haastattelut voidaan toteuttaa keskustelun omaisina, jolloin on tärkeää ryhmän vuorovaikutus ja haastattelija ohjaa tilannetta enemmän tai vähemmän. Ryhmähaastattelu voidaan toteuttaa vapaana keskusteluna, jossa haastattelijan rooli on käytännössä havainnoitsija eikä puutu keskustelun kulkuun juurikaan. (Pötsönen – Välimaa 1998:1.)

Ryhmähaastattelun tarkoituksena on kuunnella ja kerätä tietoa, jotta ymmärretään mitä ryhmän jäsenet miettivät tutkimuksen kohteesta. Keskustelut voivat olla vapautuneita, joissa haastateltavat mielellään esittävät ideansa ja mielipiteensä aiheeseen liittyen. Ryhmän jäsenet ovat vuorovaikutuksessa keskenään, jolla on vaikutus ideoihin ja kommentteihin, joka voi olla niin etu kuin haitta. Ryhmähaastatteluun osallistuvilla on jokin yhteinen piirre, joka liittyy tutkimusaiheeseen. Tärkeää on kuitenkin, että ryhmähaastattelulla on selkeä tavoite ja sen tietävät niin haastattelija kuin haastateltavat. (Krueger – Casey 2009: 2-4.)

Ryhmähaastattelut onnistuvat paremmin, kun ryhmän koko on neljästä kuuteen osallistujaa (Koskinen – Jokinen 2001: 305). Yleisesti ryhmien kokona on pidetty viidestä kymmeneen osallistujaa (Krueger – Casey 2009: 6). Pienemmissä ryhmissä kaikki jä-

senet ehtivät kertoa mielipiteensä ja kaikkien äänet tallentuvat selkeästi nauhalle. Suuremmissa ryhmissä tapahtuu helposti päällekkäin puhumista, aikaa kuluu enemmän, mikä voi johtaa osallistujin väsymiseen ja keskustelu ajautuu tutkimuksen kannalta epäoleellisiin asioihin. Pienemmät ryhmät ovat helpommin hallittavissa ja tunnelma on vapautuneempi. (Koskinen – Jokinen 2001: 305-307.)

Tässä työssä aineistonkeruumenetelmäksi valittiin ryhmähaastattelu, koska haluttiin selvittää kotisairaalan sairaanhoitajien mielipiteitä ja ideoita tutkimusaiheeseen liittyen.

4.1 Aineiston keruu

Opinnäytetyön suunnitelma valmistui marraskuun lopussa 2011 ja tutkimuslupa saatiin Helsingin kaupungin terveyskeskuksesta joulukuussa. Kohderyhmänä oli Helsingin kaupungin kolmen kotisairaalan sairaanhoitajat (n=30). Tammikuussa 2012 jokaisessa kolmessa kotisairaalassa pidettiin lyhyt tiedotustilaisuus opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteesta. Työntekijöille jaettiin kirjallinen tiedote, jossa korostettiin haastatteluun osallistumisen vapaaehtoisuutta, henkilötietojen salassapitoa sekä luottamuksellisuutta. Tätä ennen kunkin yksikön apulaisosastonhoitajia oli tiedotettu sähköpostitse opinnäytetyöstä ja pyydetty heitä järjestämään aikaa ja tilat haastatteluita varten. Haastatteluun osallistuvia pyydettiin ilmoittautumaan yksiköidensä apulaisosastonhoitajille, joiden kanssa sovittiin sopiva päivä, jolloin osallistujat olisivat paikalla, jotta haastattelu tapahtuisi heidän työajallaan.

Ryhmähaastatteluita toteutettiin kolme ja ryhmien koot olivat 3-4 henkilöä. Haastatteluihin osallistui yhteensä 10 sairaanhoitajaa ja 1 sairaanhoitajaopiskelija. Haastattelut toteutettiin maaliskuun 2012 aikana. Tilat, joissa haastattelut toteutettiin, olivat rauhalliset ja oviin kiinnitettiin tiedote, jossa pyydettiin olemaan häiritsemättä käynnissä olevaa haastattelua. Osallistujat antoivat kirjallisen suostumuksensa haastatteluun osallistumisesta ja samalla varmistettiin, että he olivat tietoisia haastattelun nauhoituksesta. Haastatteluiden alussa kerrattiin lyhyesti työn tarkoitus ja tavoitteet sekä miksi aineistonkeruumenetelmäksi valittiin ryhmähaastattelu ja mitä se tässä tilanteessa tarkoittaa. Haastattelut kestivät noin 30-40 minuuttia.

Osallistujat keskustelivat molemmista kysymyksistä keskenään. Kummankin kysymyksen päätteeksi haastattelija teki yhteenvedon keskustelusta ja osallistujilla oli vielä mahdollisuus täydentää kysymyksen vastausta tämän jälkeen. Haastattelijan rooli oli

passiivinen mutta tarvittaessa tehtiin lisäkysymyksiä ja huomioitiin haastattelussa hiljaisemmat osapuolet kysymällä heidän mielipidettään suoraan. Keskusteluissa menttiin välillä aiheen sivulle koskien haavahoitoa yleensä, mutta osallistujat huomasivat tämän usein itse ja alkoivat miettiä kysymystä uudelleen.

4.2 Aineiston käsittely ja analyysi

Nauhoitettu haastattelumateriaali kirjoitettiin auki mahdollisimman tarkasti ja kirjallista aineistoa syntyi 32 sivua (fontti Tahoma 12 ja riviväli 1,5). Aineistoa lähdettiin analysoimaan sisällönanalyysimenetelmällä. Kirjoitettua haastatteluaineistoa luettiin moneen otteeseen läpi ja sen jälkeen tekstistä alleviivattiin alkuperäisilmauksia kysymyksittäin.

Sisällönanalyysi on yleinen menetelmä, kun halutaan käsitellä laadullisen tutkimuksen aineistoa. Sen avulla pystytään analysoimaan hyvin erilaisia aineistoja sekä kuvailemaan niitä. Tavoitteena on esittää tutkittava asia monipuolisesti mutta kuitenkin tiivistetysti, jolloin syntyy käsiteluokituksia, -järjestelmiä, -karttoja tai malleja. Sisällönanalyysin vahvuuksina voidaan pitää sisällöllistä herkkyyttä ja tutkittavan asian joustavuutta. Sisällönanalyysilla luodaan yksinkertaistettuja määritelmiä aineistosta, jolloin tavoitetaan myös merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkuinen 2009: 133-134.) Analysointi perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto ensin pilkotaan osiin, käsitteellistetään ja luodaan uudestaan loogisesti esitettyyn muotoon (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108).

Sisällönanalyysia voidaan tehdä aineisto-, teorialähtöisesti tai teoriaohjaavasti. **Aineistolähtöinen analyysi** voidaan jakaa kolmeen osaan eli aineiston pelkistämiseen, ryhmittelyyn ja teoreettisten käsitteiden luomiseen. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108.) Pelkistäminen tarkoittaa, että aineistosta etsitään tutkimusasetelmaan liittyviä alkuperäisilmauksia, jotka yksinkertaistetaan. Ryhmittelyllä tarkoitetaan, että samanlaiset pelkistetyt ilmaukset yhdistellään alakategorioiksi, joille annetaan kuvaava nimitys. Teoreettisten käsitteiden luominen tarkoittaa, että alakategorioita yhdistellään yläkategorioiksi, joille keksitään sopiva nimi. Käsitteellistämistä jatketaan kategorioiden yhdistämisellä, niin kauan kuin se on järkevää. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 5-7.)

Vastaavasti **teorialähtöisen analyysin** pohjana toimii jokin teema tai käsittekartta, joka perustuu aikaisempaan tietoon ja ohjaa koko analyysiprosessia. Aiemmasta tiedosta

on muodostettu analyysirunko, johon aineistosta etsitään sopivia asioita. (Kyngäs – Vanhanen 1999:7.) **Teoriaohjaava analyysi** sisältää teoreettisia piirteitä mutta se ei pohjautu samalla tavoin teoriaan kuten teorialähtöinen. Teoriaohjaava analyysi on kaksivaiheinen eli aineistoa lähestytään aineistolähtöisesti mutta analyysin lopputuloksen käsitteet on määritelty teoriaosuudessa. Analyysissa on nähtävissä aiemman tiedon vaikutteet mutta tarkoituksena ei ole tietyn teorian testaaminen vaan luoda uusia näkökulmia. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 96-97.)

Tässä työssä käytettiin sisällönanalyysia ja aineistoa analysoitiin tutkimuskysymyksittäin. Ensimmäistä kysymystä lähdettiin alkuun analysoimaan aineistolähtöisesti, mutta prosessin edetessä analyysi muuttui teoriaohjaavaksi. Alakategorioiksi ryhmittelyn jälkeen, huomattiin käsitteissä paljon samankaltaisuuksia haavahoitajan ammattitaitokriteerien kanssa. Tässä vaiheessa päätettiin, että yhdistävät kategoriat olisivat välitön haavapotilaan hoitotyö, konsultointi, kouluttaminen ja kehittämis- ja tutkimustoiminta. Tämän jälkeen alakategorioista muodostettiin yläkategoriat, jotka yhdisteltiin edellä soveltuihin kategorioihin (Taulukko 1).

Taulukko 1. Esimerkki 1. kysymyksen analyysin etenemisestä

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
"uusiin asioihin ehkä perehdyttää"	Uusiin asioihin perehdyttäminen	Ohjaa henkilökuntaa	Henkilökunnan ohjaus	Välitön haavapotilaan hoitotyö
"olla yhteydessä muihin hoitaviin tasoihin"	Yhteys muihin hoitaviin tasoihin	Tekee yhteistyötä	Verkostoituminen	

Toinen kysymys tilanteista, joissa sairaanhoitajat konsultoisivat haavahoitajaa, analysoitiin kokonaisuudessaan aineistolähtöisesti (Taulukko 2).

Taulukko 2. Esimerkki 2. kysymyksen analyysin etenemisestä

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
"sano se asiakas sillonkin se oli niinku pahentunut"	Haava pahentunut	Haavatilanne	Yllättävät muutokset haavassa	Arvaamattomat ja uudet tilanteet haavahoidossa
"niinku määrätty tai annettu joku hoito tai tuote mitä mä en yhtään tunne sitten kysysin"	Uusi hoito tai tuote	Uusi hoitomuoto	Haavahoitotuotteiden ja uusien menetelmien hallinta	

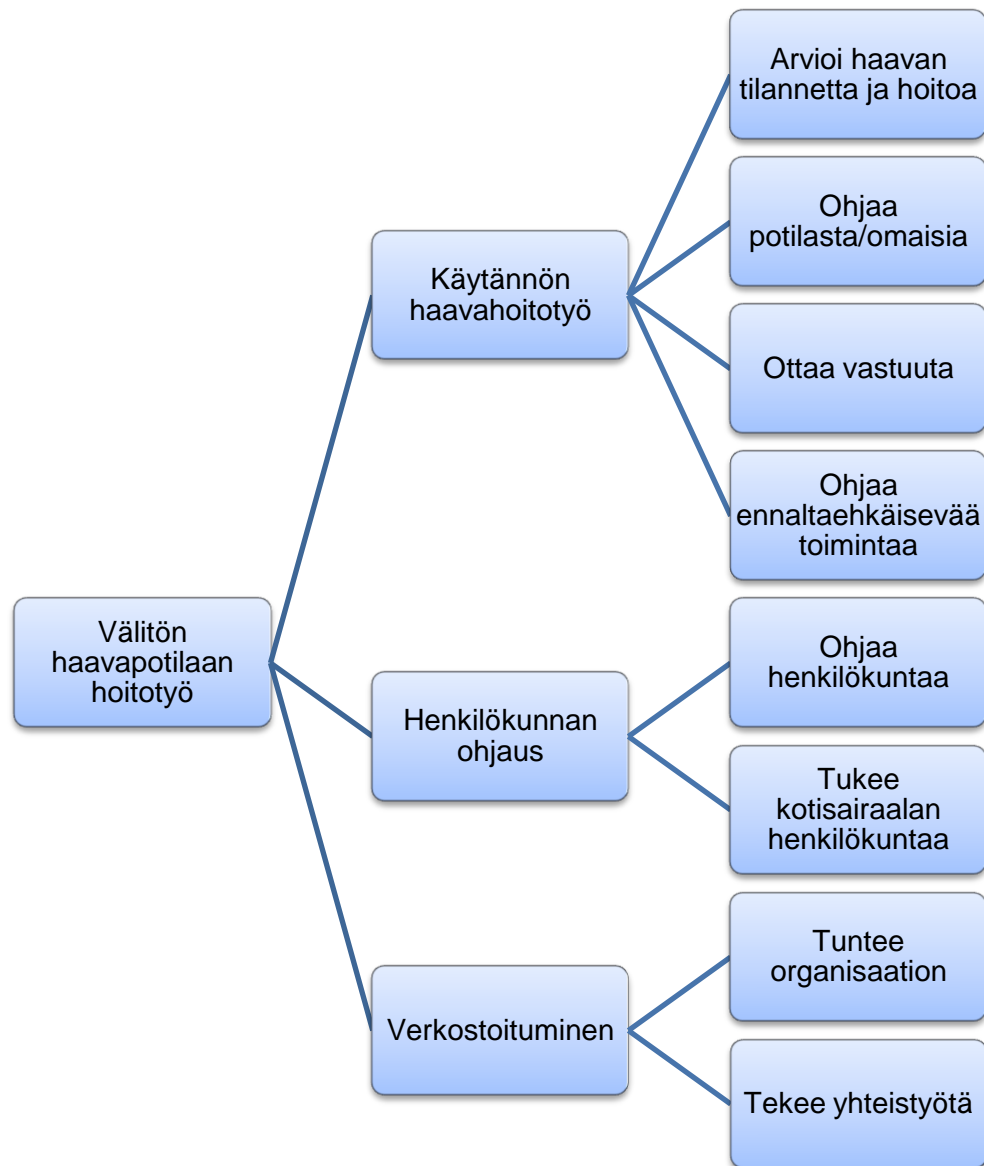
5 Tulokset

Tulokset esitetään tutkimuskysymyksittäin ja tehtyjä päätelmiä havainnollistetaan kuvioilla.

5.1 Haavahoitajan tärkeimmät tehtävät

Haavahoitajan osaamisalueet kotisairaalassa jaettiin neljään kategoriaan: Välitön haavapotilaan hoitotyö, konsultointi, kouluttaminen ja kehittämis- ja tutkimustoiminta.

Välitön haavapotilaan hoitotyö sisältää käytännön haavahoitotyötä, henkilökunnan ohjausta ja verkostoitumista (kuvio 2).



Kuvio 2. Välitön haavapotilaan hoitotyö

Käytännön haavahoitotyön sisällöksi muodostui haastattelujen pohjalta haavan tilanteen ja hoidon arviointi, potilaan/omaisten ohjaaminen, vastuun ottaminen ja ennaltaehkäisevä toiminta. Haastateltavat kaipasivat tukea haavan arvioimisessa, haavanhoidotuotteiden valinnassa ja yleensä kokonaisvaltaisen hoidon hallitsemisessa.

”hoidon aloituksessa olis mukana esimerkiksi arvioimassa sitä minkälaisia tuotteita minkälaisin haavanhoido välein”

”potilaan muutkin sairaudet, et pysty arvioimaan, miettii, muutakin kuin sitä haavaa, kokonaistilannetta”

Potilaan ja omaisten ohjaaminen nimettiin haavahoitajan tehtäväksi, koska haavahoitajalla olisi asiantuntemusta perustella hoitolinjauksista ja keinoja motivoida potilasta sekä aikaa ohjaamiseen.

”asiantuntijalla olis enemmän aikaa kertoa siitä kokonaisvaltaisemmin siitä koko paranemisprosessista”

”myös tärkeätä että potilas sitoutuu siihen hoitoon useimmiten tuppaa olemaan hyviä näkemyksiä itsellään kuinka asia toimii, mutta tavallaan sit perustella minkä takia se on tehtävä juuri näin kun ohjataan, eikä sit sillä vanhalla hyväksi koetulla menetelmällä”

Haavahoitajalta toivottiin myös vastuunottamista vaikeista haavoista.

”Hoitaa ne vaikeet haavat pääasiassa tai ottaa vastuun niistä oikein vaikeista haavoista”

Ohjaa ennaltaehkäisevää toimintaa erimerkiksi hoitokodeissa nähtiin kotisairaalaan työtä tehostavaksi tekijäksi.

”hoitopaikat ja palvelat ... tää haavahoitoexpertti vois käydä ihan henkilökunnalle kertomassa asioista ja perustella ja näin sehän taas tehostas kotisairaalan toimintaa ja ja ois parempi potilaalle että niitä ennaltaehkästä ja huomioitas ja just jotku painehaavaumat”

Henkilökunnan ohjaus muodostui henkilökunnan ohjaamisesta ja tukemisesta. Henkilökunnan ohjaaminen käsittää, että haavahoitajan työote olisi ohjaava ja perehdyttävä eri haavanhoito tilanteissa.

”et se ois semmonen ohjaava”

”pystyis niinku ohjeistamaan halvempaan vaihtoehtoonkin”

Tukee kotisairaalan henkilökuntaa sisältää, että haavahoitaja on henkinen tuki, joka varmistaa sekä keventää myös lääkärin työtä.

”sit saada niinku tavallaan vahvistusta siihen et tekee niinku pitää”

”se jopa vois jossain määrin keventää niinku kotisairaalan lääkärinkin työtä”

Verkostoituminen muodostui alakategorioista: tuntee organisaation ja tekee yhteistyötä. Organisaation tunteminen pitää sisällään kotisairaala työn tuntemisen sekä kotisaira-

lan näkökulma haavahoitoon ja haavahoitajan tulisi tietää mistä haavahoitoon liittyvää asiantuntemusta löytyy.

”kotisairaalan näkökulma siihen haavahoitoon ja ohjeistukseen”

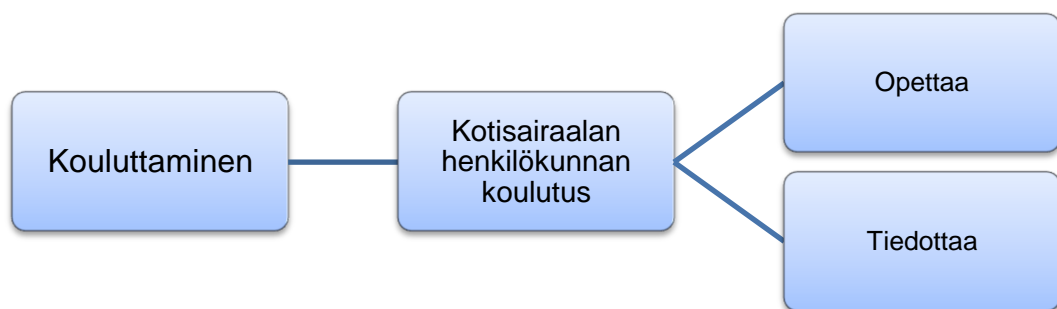
”tuntee tavallaan tän jotenkin sen organisaation mistä löytyy sitä haavahoito tietämystä”

Tekee yhteistyötä alakategoria sisältää yhteistyön kotihoitoon ja erikoissairaanhoidon, jonka haastateltavat näkivät haavahoitajan työhön kuuluvaksi.

”Niin olla yhteydessä sinne kotihoitoonkin, niinku konsultoida myös niitä eikä pelkästään meitä, myös kotihoito auttaa ja tukee siinä niiden työssä”

”semmonen edustaja joka käy esimerkiksi ihan töölössä kertomassa mitä se meidän työ on”

Kouluttaminen sisältää yläkategorian kotisairaalan henkilökunnan koulutus (kuvio 3).



Kuvio 3. Kouluttaminen

Kotisairaalan henkilökunnan koulutus muodostui alakategorioista opettaa ja tiedottaa. Opettaa tarkoittaa asiantuntevaa opetusta, jota kaikilla kotisairaalan sairaanhoitajilla olisi mahdollisuus saada. Käytännössä tämä pitää sisällään esimerkiksi opetusta haavan rakenteesta ja koulutusta, jotta haavanhoidotaidot pysyvät yllä.

”et jokainen oikeesti opetettais niinku kunnolla koska se on tosi inhottavaa et musta tuntuu”

”vastuualueena myös nimenomaan et se pitäis edes perushaavahoitotaidot meillä yllä”

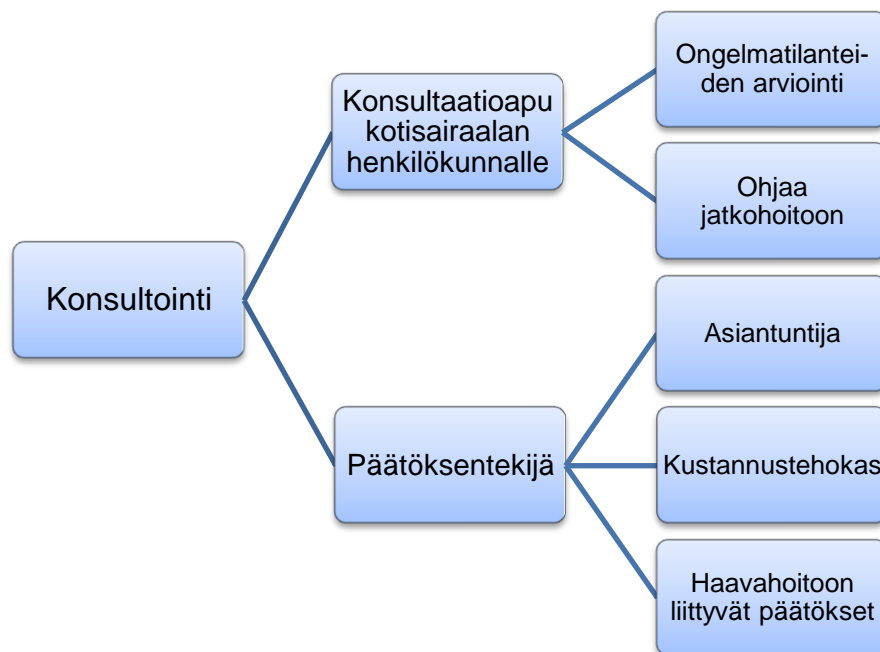
”jonain väliaikoina pitää jonkun näköstä koulutusta”

Tiedottaa alakategoriaan sisältää haavahoitajan velvollisuuden tuoda uutta tietoa haavanhoidon tuotteista ja hoitomenetelmistä työyhteisöön.

”se yks ihminen joka vastais siitä et jotenkin pysyttäis mukana eikä jäädä mihinkään historian havinoita kuuntelemaan”

”tiedon tuonti siihen työyhteisöön”

Konsultointi pitää sisällään yläkategoriat konsultaatioapu kotisairaalan henkilökunnalle ja päätöksentekijä (kuvio 4).



Kuvio 4. Konsultointi

Konsultaatioapu kotisairaalan henkilökunnalle sisältää ongelmatilanteiden arvioinnin ja ohjaa jatkohoitoon. Ongelmatilanteiden arviointi käsittää haavahoitajan mielipiteen, kannanoton ja konkreettisen avun mahdollisimman pian.

”Henkilö jota konsultoida ongelmatilanteissa”

”niihin muuttuviin haavoihin ja sellasiin niinku akuutteihin tilanteisiin ottaa kantaa”

Ohjaa jatkohoitoon sisältyy asiantuntemuksen arvioida jatkohoidon tarvetta ja lähettää haavapotilas tarpeen vaatiessa jatkohoitoon, joka nopeuttaa potilaan hoitoa.

”tarkoittaa oikeesti että on asiantuntemusta lähettää jatkohoitoon”

”sellanen niinku vetäjä tavallaan että ehdottaa lääkärille ja ja kattoo sen tilanteen et oisko tää sellanen ... potilas vois tulla plastiikkakirurgin kierrolle”

Päätöksentekijä muodostui alakategorioista asiantuntija, kustannustehokas ja haavahoitoon liittyvät päätökset. Asiantuntija tarkoittaa asiantuntevaa haavahoitajaa, joka on perehtynyt ja voi toimia tarvittaessa auktoriteettina haavanhoitotilanteissa.

”mä oon huomannu että potilas haluaa jonkun auktoriteetin”

”helpottais jotenkin työskentelyäkin kun ois se yks ihminen joka ois niin perehtynyt ja asiantunteva”

Kustannustehokas haavahoitaja tietää haavahoitotuotteiden hinnoista ja osaa suunnitella hoidon kustannukset huomioiden.

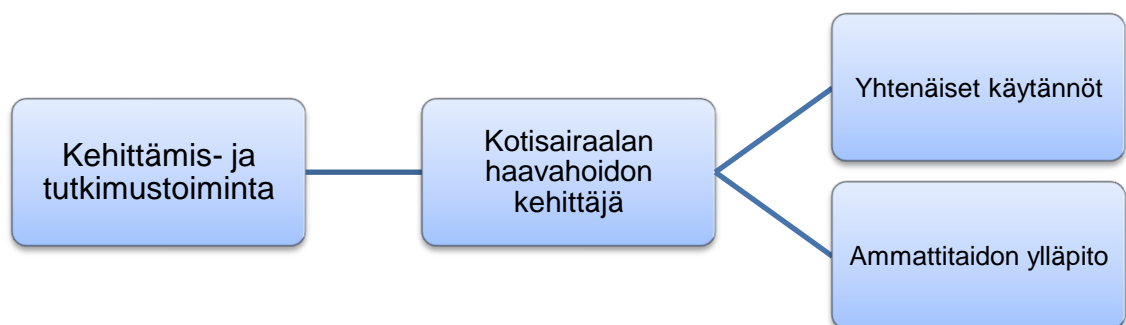
”ymmärrystä mitä noi maksaa ja se ymmärrys pitäis olla, koska ihmiset maksaa ne itse”

Haavahoitoon liittyvät päätökset kategoria tarkoittaa haavahoitajan osallistumista hoitolinjausten ja yleensä hoitoon liittyvään päätöksentekoon.

”olis siinä hoidon aloituksessa mukana valittas se hoitolinja”

”vetää vähän sitä rajaa että mihin asti kotihoito pystyy hoitamaan ja missä vaiheessa siirtyy sit meidän hoidettavaksi”

Kehittämisen- ja tutkimustoiminta pitää sisällään yläkategorian kotisairaalan haavahoidon kehittäjä (kuvio 5).



Kuvio 5. Kehittäminen- ja tutkimustoiminta

Kotisairaalan haavahoidon kehittäjä muodostui alakategorioista yhtenäiset käytännöt ja ammattitaidon ylläpito. Yhtenäiset käytännöt sisältävät kotisairaalan työskentelytapojen ja haavahoito-ohjeiden yhtenäistämisen.

”meillä on aika monen linjan hoitajaa yks hoitaa tolla tyylillä, toinen tolla ja kolmas tolla tulis semmonen yhtenäinen linjaus”

Ammattitaidon ylläpito tarkoittaa haavahoitajan omaa kouluttautumista eli tietojen ja taitojen ylläpitämistä sekä ajan hermolla pysymistä.

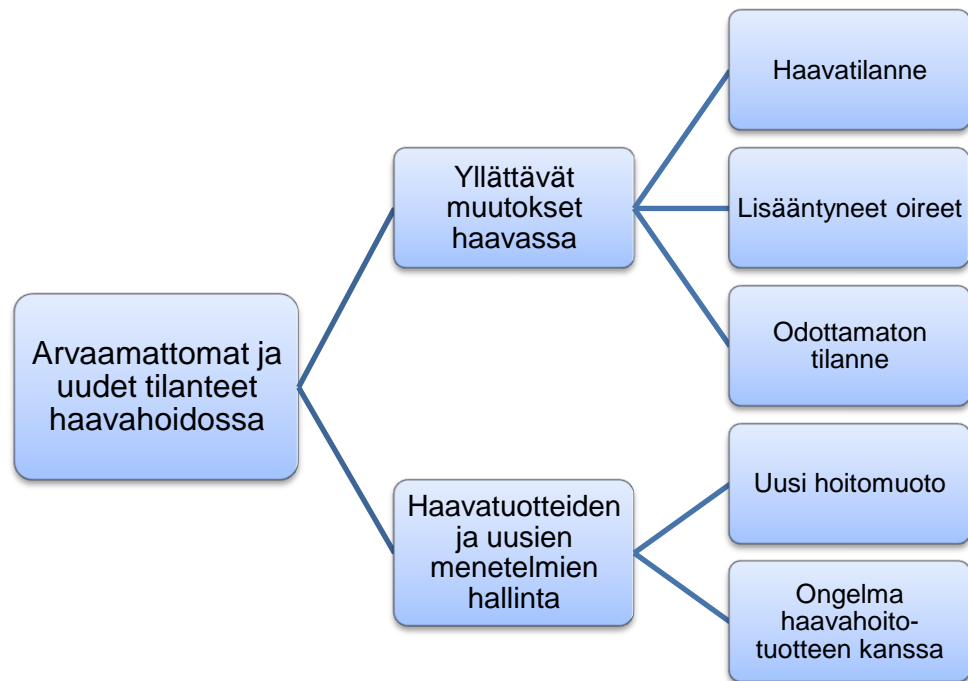
”haavahoitajan työhön kuuluu mun mielestä aktiivisesti kouluttautuu ja hankkii tietoo”

”seuraa uusia tutkimuksia”

5.2 Konsultointitilanteet

Tilanteet, joissa sairaanhoitajat konsultoivat haavahoitajaa, luokiteltiin kahteen luokkaan: arvaamattomat ja uudet tilanteet haavahoidossa sekä vaativien haavapotilaiden ja tilanteiden hoito sekä ohjaaminen.

Arvaamattomat ja uudet tilanteet haavahoidossa sisältää yllättävät muutokset haavassa sekä haavatuotteiden ja uusien menetelmien hallinta (kuvio 6).



Kuvio 6. Arvaamattomat ja uudet tilanteet haavahoidossa

Yllättävät muutokset haavassa käsittää alakategoriat haavatilanne, lisääntyneet oireet ja odottamattoman tilanteen. Haavatilanne merkitsee haavassa tapahtunutta muutosta tai haavan tilanne on pysynyt ennallaan.

”sen haava ei kuitenkaan parane.. niin mitä sitten tehdään”

Lisääntyneet oireet pitävät sisällään haavan erityksen lisääntymisen ja poikkeavan haavan ilmaantumisen.

”jostain syystä se jalka niinku rupee vaikka erittää huomattava paljon”

Odottamaton tilanne haavahoidossa tarkoitti jotain yllättävää löydöstä haavassa sekä epävarmuutta mitä kudosta haavassa on.

”vähän voi olla hakusessa niinku se rakennekin siellä et mikä on katetta vai onko se joku jänne tai luun pää”

”mä ajattelin et täähän on ihan selkeesti joku metallilevy ku sieltä kuulu kauhee kilinä kun koputti sondilla”

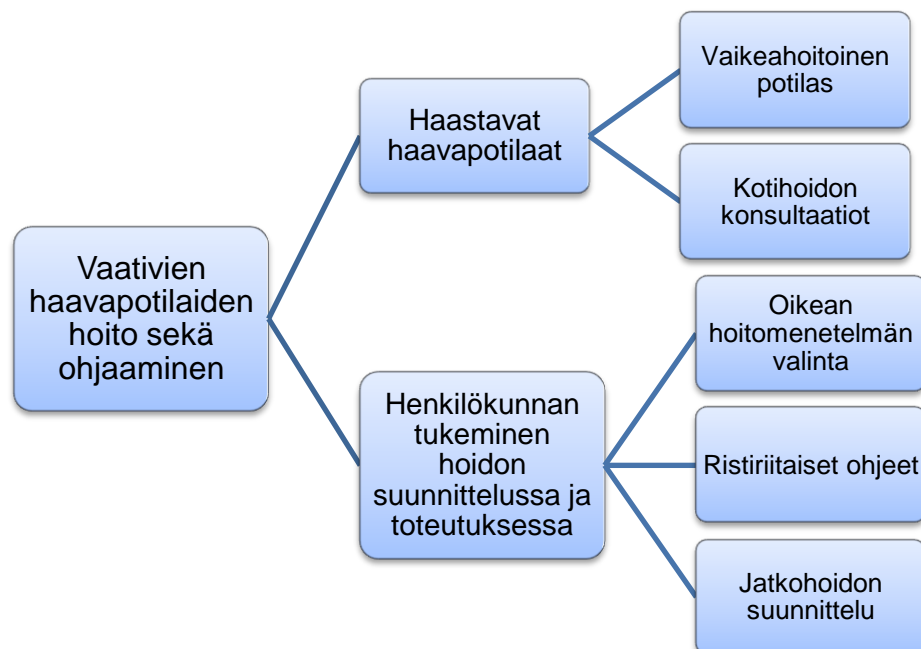
Haavatuotteiden ja uusien menetelmien hallinta sisältää kategoriat uusi hoitomuoto ja ongelma haavatuotteen kanssa. Uusi hoitomuoto pitää sisällään tilanteet, joissa tulee ennestään tuntematon hoitomenetelmä tai haavatuote vastaan.

”niinku määrätty tai annettu joku hoito tai tuote mitä mä en yhtään tunne sitten kysysin”

Ongelma haavahoitotuotteen käytössä sisältää tilanteita, joissa haavatuote käyttäytyy haavassa eri tavalla kuin on odotettu.

”koska se silikonikalvo oli hirveen jymähtänyt siihen ihoon eiks sen tarkoitus oo olla just sellanen et se lähtee siitä irti ettei se niinku jymähdä”

Vaativien haavapotilaiden hoito sekä ohjaaminen kategoria sisältää haastavat haavapotilaat ja henkilökunnan tukemisen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa (kuvio 7).



Kuvio 7. Vaativien haavapotilaiden hoito sekä ohjaaminen

Haastavat haavapotilaat käsittää kategoriat vaikeahoitoinen potilas ja kotihoidon konsultaatiot. Vaikeahoitoinen potilas pitää sisällään tilanteet, joissa haavahoidosta on erimielisyyksiä potilaan kanssa tai yhteistyö ei toimi potilaan kanssa.

”ne haastavat potilaat missä on tää auktoriteetti ongelma”

”potilaalla on joku vahva tahto et näin, näin tämä haava paranee ja mä oon eri mieltä”

Kotihoidon konsultaatiot tarkoittavat tilannetta, jossa kotihoito konsultoi vaikean haavan hoidossa.

”tilanteet et kotihoito pyytää apua pelkän vaikean haavan hoidossa”

Henkilökunnan tukeminen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa sisältää alakategoriat oikean hoitomenetelmän valinta, ristiriitaiset ohjeet ja jatkohoidon suunnittelu. Oikean hoitomenetelmän valinta tarkoittaa, että sairaanhoitaja on epävarma miten haavaa pitäisi hoitaa.

”Itse kokee epävarmuutta siitä mitä minä nyt teen”

Ristiriitaiset ohjeet merkitsevät, että potilaan lähettävästä yksiköstä tulee epäselvät haavahoito-ohjeet, jotka voi tuntua oudoilta.

”Lähtökohtaisesti epäselvät ohjeet ja semmoset mitkä itsestä tuntuu jo väärältä kun tulee uus potilas”

Jatkohoidon suunnittelu sisältää tilanteet, joissa haavahoito pitää suunnitella uudelleen ja päättää hoitolinjaukset.

”haavaa on hoidettu et mikä ois sit se seuraava askel mitä vois kokeilla”

”sellanen kuiva musta kakku siellä kantapäässä diabeetikolla niin taustalla vielä loppuvaiheen syövät ihan tämmösii arvioita että annetaanko olla vai lähetääkö hoitamaan”

6 Pohdinta

6.1 Eettiset kysymykset

Eettiset kysymykset seuraavat koko tutkimusprosessia aiheen valinnasta tutkimuksen tulosten julkistamiseen ja aineiston säilytykseen saakka (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009:184; Kylmä – Juvakka 2007: 137). Aihetta valittaessa on mietittävä, miten hyödyllinen tutkittava aihe on yleisesti ja etenkin miten se vaikuttaa tutkimukseen osallistuviin (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 176-177). Aihetta valittaessa korostui työn tekijän oma kiinnostus aiheeseen sekä halu kehittää kotisairaalan toimintaa haavahoidon osa-alueelta.

Hoitotieteessä ollaan usein kiinnostuneita hyvin arkaluontaisista aiheista, jotka voivat aiheuttaa voimakkaita reaktioita osallistujissa. Tutkijan on kiinnitettävä huomiota, että tutkimus ei tuota mitään haittaa tutkimukseen osallistuville ja mahdolliset riskit ovat vähäiset. Samalla on mietittävä tutkimuksen kannalta, tarvitaanko osallistujien henkilökohtaisia tietoja. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 177.) Työn aihe ei ole arkaluontoinen eikä ryhmähaastatteluihin osallistuvilta kysytty mitään henkilötietoja, koska niillä ei ollut aiheen kannalta merkitystä.

Tutkimuksessa on aina turvattava osallistujien itsemääräämisoikeus ja vapaaehtoisuus. Lähtökohtana on, että osallistujilla on mahdollisuus kysyä, kieltäytyä antamasta tietoaan ja keskeyttää tutkimus. Tutkimuksesta kieltäytyminen ei aiheuta haittoja eikä osallistumisesta myöskään palkita. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 177.) Ryhmähaastatteluista tiedotettiin jokaisessa kotisairaalassa suullisesti sekä annettiin kirjallinen saatekirje. Jokaisen ryhmähaastattelun aluksi kerrattiin tutkimuksen tavoite ja tarkoitus ja osallistujat allekirjoittivat suostumus haastatteluun -kaavakkeen. Kaikissa näissä vaiheissa korostettiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta.

Anonymiteetti on keskeisessä osassa ja tarkoituksena on, ettei tutkimusaineistoa luovuteta kenellekään ulkopuoliselle sekä aineisto säilytetään asianmukaisesti. Tutkimuksen raportoinnissa on otettava huomioon, ettei ketään osallistujaa tunnisteta esimerkiksi alkuperäisilmausten perusteella ja on syytä miettiä ilmoitetaanko raportoinnissa organisaation nimeä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 179.) Saatekirjeessä korostettiin nimettömyyttä ja tutkimusaineisto on ainoastaan haastattelijan käytössä. Raportoinnissa ei käy ilmi mitkä kotisairaalan yksiköt ovat mukana tutkimuksessa eikä osallistujien henkilöllisyys ole tunnistettavissa. Kotisairaalat ovat pieniä työyhteisöjä eikä haastatteluryhmät olleet suuria, joten tutkimuksessa ei kysytty esimerkiksi sukupuolta, ikää tai työkokemusvuosia nimettömyyden säilyttämiseksi.

6.2 Luotettavuuskysymykset

Opinnäytetyön idea on lähtöisin käytännön työssä ilmenevistä haasteista ja haluan kehittää haavahoidon vaikuttavuutta kotisairaalan näkökulmasta. Työn tekijä on perehtynyt haavahoitoon ja tuntee hyvin kotisairaaloiminnan. Toisaalta tekijällä oli oletus lopputuloksesta mutta aineistoon pyrittiin suhtautumaan vapautuneesti, jotta uudet ideat tulisi poimittua aineistosta.

Opinnäytetyö arvioidaan kokonaisuutena, jossa sisäinen johdonmukaisuus korostuu ja eri osa-alueiden tulee olla suhteessa toisiinsa (Tuomi – Sarajärvi 2009: 140). Toisin sanoen laadullisessa tutkimuksessa arvioidaan aineiston keruumenetelmää, aineiston analysointia ja tutkimuksen raportointia (Nieminen 1997: 216).

Ryhmähaastattelut toteutettiin kotisairaalanyksiköittäin ja ryhmän jäsenet olivat työka- vereita. Haastattelutilanteet vaikuttivat hyvin vapautuneilta ja keskustelu oli ajoittain ai- ka vilkasta. Huomaamatta kävi kuitenkin niin, että joissain ryhmissä oli hiljaisempia osapuolia, jotka eivät ehkä päässeet ilmaisemaan mielipidettään tarpeeksi. Haastatte- lijän rooli olisi pitänyt olla aktiivisempi ja osata esittää oikeita kysymyksiä sekä olla roh- kaisevampi. Näissä tilanteissa näkyi haastattelijan kokemattomuus ryhmähaastattelun tekijänä. Nauhoituksen onnistumiseksi haastateltavat istuivat, joko ympyrä tai puoliym- pyrä muodostelmassa, jotta kaikkien äänet kuuluisivat hyvin. Haastatteluiden alussa olisi pitänyt ohjeistaa osallistujia seuraavista asioista eli yksi puhuu kerrallaan ja kuulu- valla äänellä. Tämä näkyi haastatteluiden auki kirjoitusvaiheessa, sillä oli ajoittain vai- kea saada selvää haastateltavien puheesta, juuri päällekkäin puhumisen tai äänen voimakkuuden vuoksi.

Ryhmähaastatteluryhmät olivat pieniä mutta tämän työn kannalta se oli hyvä koska syntyi keskustelua ja sen pohjalta saatiin vastaukset molempiin tutkimuskysymyksiin. Kohdejoukkona olivat kotisairaalan sairaanhoitajat, koska haavahoitajan toimenkuvan on tarkoitus helpottaa heidän työtään. Tämän vuoksi oli luonnollista kysyä heidän mie- lipidettään ja ideoitaan toimenkuvaan liittyen.

Jokaisen kysymyksen jälkeen haastattelijä teki yhteenvedon keskustelusta ja tämän jälkeen osallistujilla oli mahdollisuus lisätä, jos aiheeseen liittyen tuli lisää ajatuksia. Yksi ryhmä antoi palautteena, että tutkimuskysymykset olivat samankaltaisia ja he ko- kivat toisen kysymyksen aikana keskustelevan osin samoista asioista kuin ensimmäi- sessä kysymyksessä.

Aineistoon perehdyttiin moneen kertaan, jotta saatiin hyvä kuva sisällöstä. Sisällön analyysia tehtiin tutkimuskysymyksittäin ja molempia lähdettiin analysoimaan aineisto- lähtöisesti. Kuitenkin ensimmäisen kysymyksen kohdalla haavahoitajan tehtävistä huomattiin yhteneväisyyksiä haavahoitajan osaamiskriteereihin, joten lähestymistapaa muutettiin kesken analyysia teoriaohjaavaksi. Analysoinnin eri vaiheissa verrattiin pää-

telmiä alkuperäiseen aineistoon, jotta yhteys tulosten ja aineiston välillä säilyisi. Analyysia kuvattiin mahdollisimman tarkasti ja analyysin tukena esitettiin alkuperäisiä ilmauksia aineistosta.

Tutkimus on tehty eettisten periaatteiden mukaan ja ketään ei voida yksilöidä tästä työstä. Raportoinnissa on pyritty esittämään johdonmukaisesti ja rehellisesti tutkimusprosessin kulkua, tuloksia ja syntyneitä johtopäätöksiä.

6.3 Tulosten tarkastelu

Tässä työssä saatiin tietoa mitkä olisivat haavahoitajan tärkeimmät tehtävät kotisairaalassa ja missä tilanteissa haavahoitajaa konsultoitaisiin. Haavahoitajan tärkeimmät tehtävät sopivat hyvin haavahoitajan osaamiskriteereihin (shhy 2012b), joten tärkeimmät tehtävät jaettiin neljään osa-alueeseen: Välitön haavapotilaan hoitotyö, konsultointi, kouluttaminen ja kehittämis- ja tutkimustoiminta.

Tuloksista nousi esille sairaanhoitajien yleinen epävarmuus liittyen haavatilanteen arviointiin, haavatuotteen valintaan ja yleensä hoidon suunnitteluun. Tähän tietenkin voi vaikuttaa suuresti se, että hoitoajat ovat kotisairaalassa lyhyet ja haavahoito on usein pitkäjänteistä työtä, eikä hoidon tuloksia ehditä nähdä hoitojakson aikana. Toisena syynä voi olla se, että haavahoidot painottuvat henkilöille, jotka ovat perehtyneet haavahoitoon enemmän, joten kaikilla ei ole kokemusta haavahoidosta mikä luonnollisesti lisää epävarmuuden tunnetta. Tässä työssä välittömään haavapotilaan työhön sisällytettiin henkilökunnan ohjaaminen ja tukeminen (vrt. shhy 2012b), koska haastattelujen perusteella nämä tilanteet liittyisivät johonkin konkreettiseen haavanhoitotilanteeseen. Henkilökunnan ohjaaminen ja tukeminen tapahtuu tilanteissa, joissa haavapotilaskin on läsnä joko paikan päällä tai puhelimitse. Haavahoitajan työskentelyn nähtiin keventävän myös kotisairaalan lääkärin työtä haavapotilaiden osalta, koska lääkäriä konsultoitaisiin näissä tilanteissa tarpeen mukaan, jos on tarvetta. Tässä korostuu haavahoitajan itsenäisen työn luonne ja kykyä tehdä päätöksiä lääkärin konsultaatiosta (Iivanainen – Seppänen 2005: 92; shhy 2012b).

Koulutusta tarvittiin lisää ja haastatteluissa välittyi tunne, että sairaanhoitajilla on halua oppia enemmän ja ennen kaikkea tehdä oikeita päätöksiä. Haastateltavat eivät puhuneet suoraan näyttöön perustuvasta tiedosta mutta pitivät selkeänä, että haavahoitaja seuraa ajankohtaista haavatutkimusta ja jakaa tietoa eri yksiköihin sekä kouluttaa hen-

kilökuntaa uusien hoitomuotojen käyttöön. Haavahoitajaa konsultoitaessa häneltä odotetaan selkeitä ja perusteltuja päätöksiä hoitotyön tueksi (shhy 2012b). Kotisairaalan sairaanhoitajat ovat itsenäisen työn tekijöitä ja heillä löytyy taitoja sekä rohkeutta tehdä tilanteen vaatimia ratkaisuja mutta toisaalta heillä on taito pyytää apua. Omaa haavahoitajaa olisi helppo lähestyä ja juuri tavoitettavuus on konsultaation lähtökohta. Haavapotilaita halutaan hoitaa heidän etujensa mukaisesti, joten konsultaatioavun nähtiin olevan työtä helpottava tekijä.

Haavahoitajan oman ammattitaidon ylläpitämistä hoito-ohjeiden kehittämistä pidettiin itsestään selvyytenä. Kuitenkaan laaja-alaisempi tutkimus- ja kehittämistoiminta ei tullut näissä haastatteluissa esille millään tavoin. Käytännön työssä tutkimustoiminta nähdään edelleen kaukaiseksi asiaksi ja sen hyötyä ei varmaan vielä osata käyttää. Haavahoitajan työ on varsin käytännön läheistä ja tämän työn tulosten perusteella haavahoitajaa konsultoitaisiin varsin konkreettisissa haavanhoitotilanteissa.

Haavahoitajaa konsultoitaisiin tilanteissa, joissa haavanhoidossa huomataan jokin poikkeava muutos tai löydös ja hoitaja on epävarma miten tulisi toimia. Tuloksista tuli ilmi, että ihon rakennetta ei välttämättä tunneta riittävän hyvin, mikä lisää epävarmuutta haavahoidon toteuttamisessa. Myös erilaisten haavahoitotuotteiden paljous ja käytön osaamattomuus nousi esille. Tänä päivänä erilaisia haavahoitotuotteita on paljon ja on ymmärrettävää, että oikean tuotteen valinta voi tuntua hyvin sekavalta. Tässä korostuukin se, että yksiköissä pitäisi rajata käytettäviä tuotteita siten, että kaikki osaisivat oikeissa tilanteissa käyttää oikeaa tuotetta ja oikealla tavalla.

Haavahoitajaa konsultoitaisiin erityisesti myös jatkohoitosuunnitelmien laadinnassa, joissa tarvitaan kokonaisnäkemystä haavapotilaan hoitoon. Haavahoitaja nimettiin auktoriteetiksi, jota tarvittaisiin vaativien potilaiden hoidossa (vrt. shhy 2012b). Tässä tilanteessa haavahoitajalta odotettaisiin olevan aikaa ja valmiuksia perustella potilaalle valitun hoitolinjan hyödyllisyydestä ja asettavan potilaalle selkeät rajat, miten tilanteessa toimitaan. Ajoittain kotisairaalaan tulee haavapotilaita, joiden kokonaistilanne on haastava ja hoitava taho kokee omien resurssiensa loppuneen. Näissä tilanteissa potilaita on hoidettu eri tavoin mutta usein tuloksetta ja syynä melkein poikkeuksetta on ollut haavapotilaan olematon sitoutuneisuus hoitoon. Tämän kaltaisissa tilanteissa olisi paljon kehitettävää ja haavahoitaja voisi olla avainasemassa hoidon suunnittelussa ainakin kotisairaalan resurssien näkökulmasta.

Tuloksista tulee hyvin ilmi mitä haavanhoidon alueita pitäisi kehittää kotisairaalassa. Tietenkin haavapotilaat ovat pieni potilasryhmä kotisairaalassa mutta hoidon tulee kuitenkin olla vaikuttavaa ja haavahoitoon liittyvät kustannukset pienevät, kun osaamista löytyy eri tahoilta. Tulevaisuudessakin kotihoito, terveysasemat ja palvelutalot ovat päävastuussa kotona asuvien haavapotilaiden hoidosta. Kuitenkin yhteisten asiakkaiden ja potilaiden kautta yhteistyötä voisi tehostaa, joka varmasti on haavapotilaan edun mukaista. Kotisairaalan sairaanhoitajia arvostetaan ja heidän odotetaan tietävän haavanhoidosta jotain, joten haavahoitotaitojen kehittäminen on erittäin tarpeellista näiden tulosten valossa. Haavahoitajan toimenkuvan kehittämisen tärkein hyöty on näyttöön perustuvan tiedon jalkauttaminen käytäntöön ja hoitajien taitojen karttuminen.

Yhteenvedona voidaan todeta, että haavahoitaja on haavahoidon asiantuntijana, joka tukee, ohjaa, kouluttaa, konsultoi, kehittää ja hallitsee kokonaisvaltaisen näkökulman haavanhoidosta. Haavahoitaja on siis henkilökunnan tukihenkilö haavahoitoon liittyvissä kysymyksissä ja tekisi yhteistyötä eri tahojen kanssa.

7 Johtopäätökset ja jatkokehittämissuhteet

Tulosten perusteella voidaan tehdä seuraavanlaisia johtopäätöksiä:

- Haavahoitajan tehtävät kotisairaalassa sisältää käytännön haavanhoitoa, yhteistyötä eri tahojen kanssa, henkilökunnan tukemista, ohjaamista ja koulutusta, konsultointia ja päätöksentekoa sekä haavahoidon kehittämistä kotisairaalan näkökulmasta (kuva 8).



Kuvio 8. Haavahoitajan tehtävät kotisairaalassa

- Kotisairaalan sairaanhoitajat kaipaavat näyttöön perustuvaa tietoa haavanhoidosta ja tiedon soveltaminen käytäntöön nähtiin haavahoitajan keskeisenä tehtävänä.
- Haavahoitajalta odotetaan tukea käytännön haavanhoitotilanteissa ja halutaan varmistaa, että tehdään oikeita päätöksiä haavapotilaan edun mukaisesti.
- Koulutusta tarvitaan haavanhoidon perustaitojen luomiseksi ja ylläpitämiseksi.

Jatkokehittämisehdotukset:

- Toimen perustamiseksi on selvitettävä; millaisiin haavanhoidon tarpeisiin kotisairaalan haavahoitaja voisi vastata ja miten se hyödyttäisi niin kotisairaalaa kuin koko Helsingin kaupungissa toteutettavaa haavanhoitoa.
- Työn tuloksia voi hyödyntää haavahoitotyön organisoimisessa kotisairaalassa esimerkiksi haavahoidosta vastaavien sairaanhoitajien tehtävien määrittämisessä, koulutustarpeen arvioinnin ja toteutuksen suunnittelussa sekä yleensä asiantuntijuuden kehittämisessä kotisairaalityössä.

Lähteet

- Bamford, Olly – Gibson, Faith 2000. The Clinical nurse specialist: perceptions of practicing CNSs of their role and development needs. *Journal of Clinical Nursing* 9. 282-292.
- Grönros, Eija-Riitta (toim.) 2006. Kielitoimiston sanakirja 3. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.
- Iivanainen, Ansa – Seppänen, Salla 2005a. Haavahoitaja 2000. Teoksessa Hietanen, Helvi – Iivanainen, Ansa (toim.): Haavanhoidon vuosikymmen. Suomen Haavanhoitoyhdistys ry:n julkaisusarja nro 2. Helsinki: Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 89-100.
- Iivanainen, Ansa – Seppänen, Salla 2005b. Haavahoitajien auktorisointi. Teoksessa Hietanen, Helvi – Iivanainen, Ansa (toim.): Haavanhoidon vuosikymmen. Suomen Haavanhoitoyhdistys ry:n julkaisusarja nro 2. Helsinki: Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 75-86.
- Juutilainen, Vesa – Niemi, Tarja 2007. Uusia ajatuksia ja välineitä haavan hoitoon. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 123 (8). 979–985.
- Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.
- Koskinen, Liisa – Jokinen, Pirkko 2001. Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä – haastattelijoiden kokemuksia. *Hoitotiede* 13 (6). 301-309.
- Krueger, Richard A. – Casey, Mary Anne 2009. Focus groups – A practical guide for applied research 4th edition. SAGE Publications, Inc.
- Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1). 3-12.
- Leppävuori, Eeva 2012. Kotisairaaloiminta Helsingissä. *Sairaalaviesti* 1. 17-18.
- Lepäntalo, Mauri ym. 2009. Haavapotilaan hoitopolku HYKS:n sairaanhoitoalueella. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 125 (4). 457–465.
- Lähdeaho, Marja-Leena – Heino-Tolonen, Tarja – Kuusela, Anna-Leena 2011. Lasten kotisairaala – Laadukasta ja kannattavaa hoitoa lapsille. *Suomen lääkärilehti*. 66 (23). 1923-1926
- Nieminen, Heli 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri: *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Helsinki: WSOY. 215-221.
- Poukka, Paula 2012. Ylilääkäri. Helsingin kaupungin kotisairaala. Helsinki. Kirjallinen tiedonanto 6.6.2012.
- Pötsönen, Riikka – Välimaa, Raili 1998. Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. *Terveystieteen laitoksen julkaisusarja* 9. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Saarelma, Kaija 2005. Palliatiivinen hoito kotisairaalassa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 121(2). 205-211.

Shhy 2012a. Etusivu. Verkkodokumentti. <<http://www.shhy.fi>>. Luettu 12.9.2012.

Shhy 2012b. Hakeminen. Verkkodokumentti. <<http://www.shhy.fi/haavahoitaja/hakeminen>>. Luettu 24.9.2011.

Shhy 2012c. Haavahoitaja. Verkkodokumentti. <<http://www.shhy.fi/haavahoitaja>>. Luettu 12.9.2012.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010 §25. Annettu Helsingissä 30.12.2010.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vallimies-Patomäki, Marjukka 2010. Sairaanhoidajan uudistuva rooli perusterveydenhuollossa. Teoksessa Muurinen, Seija ym. (toim.): Uusi terveydenhuolto – Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Fioca Oy. 127-140.

YSA 2011. Yleinen suomalainen asiasanasto. <<http://vesa.lib.helsinki.fi/ysa/>>. Luettu 29.9.2011.