

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysalan koulutusohjelma

Kliininen asiantuntija

2017

Sanna Nyberg

**AVANNEHOITAJAN
VASTAANOTTO
LÄHISAIRAALOIHIN
VSSHP:SSÄ**

Sanna Nyberg

AVANNEHOITAJAN VASTAANOTTO LÄHISAIRAALOIHIN VSSHP:SSÄ

Varsinais-Suomen strategiassa vuoteen 2016 sanotaan, että potilaan asuinpaikasta riippumatta hoidon on oltava yhtäläistä kaikissa toimipisteissä. Avanneleikkaukset ovat jatkuvasti kasvussa ja potilaat siirtyvät lähisairaaloihin jatkohoitoon yhä aikaisemmassa vaiheessa leikkauksen jälkeen. Avannepotilaan hoitotyö on moninaista ja vaatii laajaa osaamista. Systemaattista avannepoliikkatoimintaa on tällä hetkellä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä ainoastaan TYKS kantasairaalassa viitenä päivänä viikossa. Onkin tärkeää, että myös lähisairaaloissa on osaamista hoitaa ja ohjata avannepotilasta.

Tässä projektissa selvitettiin kyselytutkimuksen avulla kolmen lähisairaalan hoitohenkilökunnan osaaminen hoitaa ja ohjata avanneleikkattua potilasta, sekä heidän kiinnostusta osallistua avanteenhoidon koulutuksiin. Kysely toteutettiin syksyllä 2016 Webropol-kyselynä. Vastauksista saatiin paljon arvokasta tietoa avanneleikatun hoidon ja ohjaamisen osaamisesta. Suurin osa vastaajista osasi vaihtaa avannesidoksen ja ohjata sidosvaihdon potilaalle. Oikean avannesidoksen valinnassa ja iho-ongelmien hoidossa moni vastaaja koki taitojensa olevan puutteelliset. Kysymykseen, osaanko ohjata potilaalle mihin hän ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa, neljännes vastaajista arvioi tietonsa melko tai erittäin huonoksi. Avanteenhoidon koulutuksista oli kiinnostunut yli puolet vastaajista, tutkimustuloksia tulisikin hyödyntää jatkossa avanteenhoidon koulutuksia suunniteltaessa.

Projektin tavoitteena oli viedä avannepoliikkatoiminta lähisairaaloihin ns. lähipalveluksi, mutta tämä jäi toteutumatta tämän projektin aikana. Projektin tuotoksena syntyi avannepoliikkatoiminnan lähipalvelun suunnitelma toiminnan aloittamista.

Tässä raportissa on esitetty kyselytutkimuksen tulokset ja esiin nousseet koulutustarpeet. Avannepoliikkatoiminnan suunnitelmaan on kuvattu, mitä vaaditaan toimivan hoitajavastaanoton käynnistämiseen.

ASIASANAT:

Avannepotilas, avannepoliikkatoiminta, asiantuntijasairaanhoitaja, lähipalvelu

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health Care / Advanced Nursing Practise

2017 | 44 pages

Sanna Nyberg

NURSE RECEPTION PROVIDING STOMA CARE IN LOCAL HOSPITALS IN THE HOSPITAL DISTRICT OF SOUTHWEST FINLAND

It is stated in the Regional Strategy of the Southwest Finland up to 2016 that regardless of the patient's place of residence all patients must be equally treated in all locations. A number of ostomies is constantly increasing and patients are moved to local hospitals for further treatment at an earlier stage after the operation. Stoma care is diverse and requires extensive expertise. Ostomy Outpatient Clinic of Turku University Hospital is currently the only clinic in the Hospital District of Southwest Finland providing systematic stoma care five days a week. It is therefore important that the local hospitals have the expertise to offer treatment and guidance to the stoma patients.

The project aimed to find out how competent the nursing personnel in three local hospitals was in treating and guiding the stoma patients. The data was collected with a Webropol questionnaire conducted in autumn 2016. The responses provided a lot of valuable information about stoma care and counseling skills. Most of the respondents could change the ostomy bags and guide the patient in changing them. Many of the respondents felt to have inadequate skills in choosing the right ostomy bag and treating skin problems. A quarter of the respondents thought they were not skilled enough to advice the patients where to seek help in problem situations. Stoma care training interested more than half of the respondents. The result of the study should be utilised when planning stoma care trainings in future.

The aim of the project was to provide outpatient stoma care in local hospitals but this was not realized during this project. As the outcome of this project, a plan to implement outpatient stoma care in the local hospitals was created.

This development project presents the result of a survey and training needs that emerged from the study. The plan of implementing the outpatient stoma care services in local hospitals describes the requirements for starting a nurse reception.

KEYWORDS:

Ostomy patient, Ostomy outpatient, Specialist Nurse, Local Services

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO	6
1 JOHDANTO	7
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	8
2.1 Kehittämiprojektin tausta ja tarve	8
2.2 Kohdeorganisaatioiden kuvaus	10
2.3 Lähisairaaloiden tilanne	12
3 AVANNEPOTILAAN KOKONAISVALTAINEN HOITOTYÖ	14
3.1 Avannepotilaan hoitotyön osaaminen	14
3.2 Hoitajavastaanotto	17
3.3 Asiantuntijasairaanhoitaja	18
3.4 Lähipalvelu	19
4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTTAMINEN	21
5 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS	23
5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys	23
5.2 Kehittämiprojektin empiirinen toteutus	23
5.3 Kyselylomake	23
5.4 Tutkimustulokset	24
5.4.1 Hoitohenkilökunnan arvio osaamisesta	27
5.4.2 Hoitohenkilökunnan arvio avannepotilaan ohjausosaamisesta	28
5.5 Johtopäätökset ja pohdinta	30
5.6 Tutkimustulosten luotettavuus ja eettisyys	32
6 AVANNEPOLIKLINIKKATOIMINNAN ALUSTAVA SUUNNITELMA	35
7 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI	39
7.1 Projektin lähtökohdat	39
7.2 Projektin tavoitteiden saavuttaminen	39
7.3 Projektiorganisaation toiminnan arviointi	40
7.4 Jatkokehittämissuunnitelmat	41
LÄHTEET	42

LIITTEET

- Liite 1. Kyselylomake
- Liite 2. Saatekirje
- Liite 3. Tutkimustiedote

KUVIOT

Kuvio 1. Avanneleikkaukset VSSHP:ssä 201-2016	9
Kuvio 2. Voimavaraistuva potilasohjaus	16
Kuvio 3. Projektin etenemisen aikataulu	22
Kuvio 4. Vastaajien lukumäärä sairaaloittain	25
Kuvio 5. Vastaajien työkokemus vuosina	25
Kuvio 6. Hoitohenkilökunnan arvio kiinnostuksesta	26
Kuvio 7. Hoitohenkilökunnan arvio osaamisesta avannepotilaan hoidossa	28
Kuvio 8. Hoitohenkilökunnan arvio osaamisesta avannepotilaan ohjauksessa	30
Kuvio 9. Avannepotilaan hoitotopolku	37
Kuvio 10. Suunnitelma avannepoliklinikkatoiminnan käynnistämiseksi	38

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO

VSSH

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

TYKS

Turun yliopistollinen keskussairaala

1 JOHDANTO

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategiassa vuoteen 2016 sanotaan, että potilaan asuinpaikasta riippumatta hoidon on oltava yhtäläistä kaikissa toimipisteissä. Systemaattista avannehoitajan vastaanottoa on tällä hetkellä ainoastaan Tyks kantasairaalassa. Avanneleikkaukset ovat jatkuvasti kasvussa väestön ikääntyessä ja suolistosyövän lisääntyessä. Suomessa arvioidaan olevan noin 5000 avanneleikkattua, joilla on pysyvä avanne. Lisäksi on suuri määrä väliaikaisia avanneleikkattuja. (Liimatainen 2007, 7.) Hoitoaikojen lyhentyessä potilaat siirtyvät yhä aikaisemmin jatkohoitoon lähisairaaloihin.

Tämä projekti on osa vatsaelinkirurgian ja urologian klinikan strategiaa. Projektin tavoitteena oli viedä kantasairaalassa jo oleva toiminta lähipalveluksi lähisairaaloihin. Sairaanhoitopiirin alue on laaja ja välimatkat pitkiä. Projektin tarkoituksena oli saada avannehoitajan palvelut lähemmäksi potilasta ja edistää henkilökunnan verkostoitumista. Projektin alussa toteutettiin kyselytutkimus, jolla kartoitettiin henkilökunnan osaamista hoitaa ja ohjata avannepotilasta. Kyselytutkimuksesta saatiin paljon tärkeää tietoa henkilökunnan hoidon ja ohjauksen osaamisesta ja tulokset on esitelty tässä raportissa. Projektin lopputuotoksena syntyi avannepotilaiden lähipalvelun suunnitelma toiminnan aloittamisesta ainakin yhdessä lähisairaalassa.

Avanne aiheuttaa potilaalle radikaalin muutoksen fyysisessä kehonkuvassa ja elimistön toiminnassa. Avannepotilaan kokonaisvaltainen hoito tulee suunnitella huolellisesti ja onkin toivottavaa, että häntä hoitava hoitaja tuntee monipuolisesti avanteenhoidon näkökulmat. Hoitohenkilökunnalla on vastuu potilaan laadukkaasta hoidon suunnittelusta ja toteutuksesta. (Kedonpää 1993, 12-15; Kääriäinen 2008, 37-39.)

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

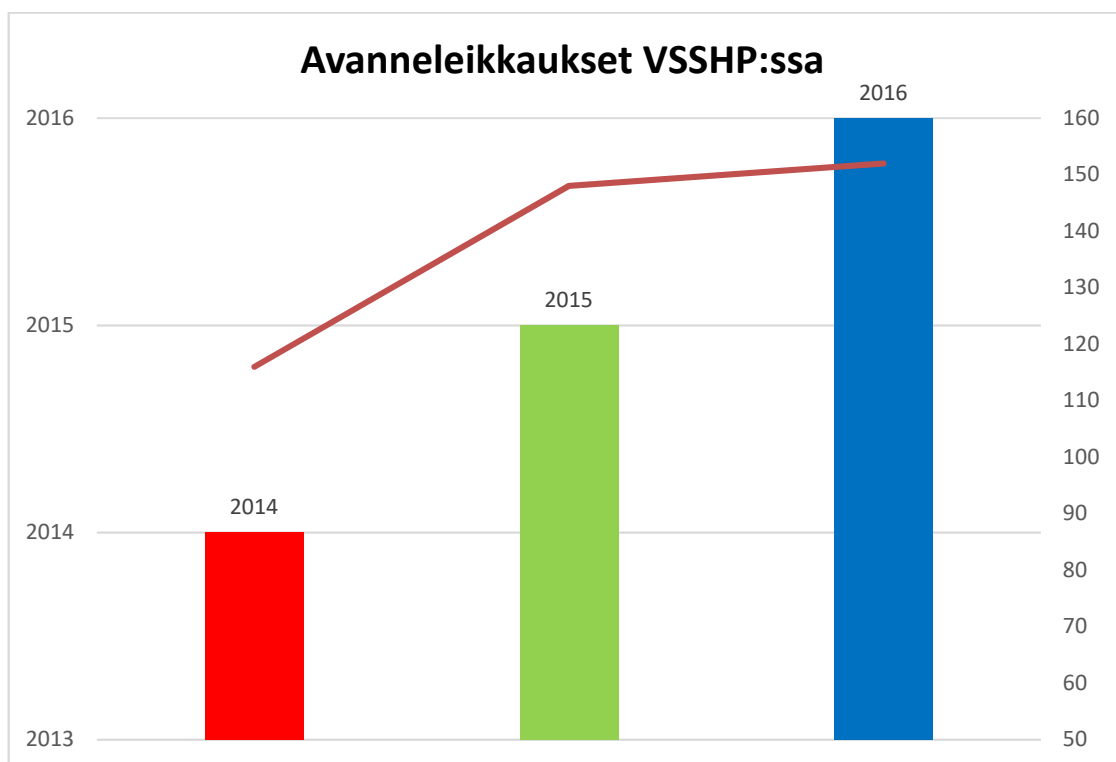
2.1 Kehittämiprojektin tausta ja tarve

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategiassa vuoteen 2016 sanotaan, että potilaan asuinpaikasta riippumatta hoidon on oltava yhtäläistä kaikissa toimipisteissä. Paremmalla terveys- ja sosiaalipalveluiden kokonaisuuden hallinnalla ja joustavalla kapasiteetin parantamisella saavutetaan kestävä palveluiden tehostaminen. Tämä edellyttää toimintatapojen ja perinteisen työnjaon merkittävää uudistamista sekä organisaatioiden sisällä että eri sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden välillä. Yliopistollisen sosiaali- ja terveydenhuollon osaamisen vahvistaminen ja lähipalveluiden turvaaminen on yhdistettävä. VSSHP:n strategian tavoitteena on yhdenvertainen erikoissairaanhoito kaikille maakunnan asukkaille ja palveluiden tarjoaminen alueellisesti väestön terveystarpeiden mukaisesti. Palvelujärjestelmän kokonaisuuden toimivuutta tuetaan kehittämällä konsultaatio-, koulutus- ja verkostotoimintaa, jalkautuvaa erikoissairaanhoitoa ja hoitoketjuja. (VSSHP:n strategia 2014).

Kehittämiprojektin idea lähti käyntiin asiantuntijapalveluiden lisääntyneestä tarpeesta ja potilaslähtöisestä ajattelumallista osana Vatsaelinkirurgian ja urologian klinikan strategiaa. Avannepoliklinikkatoiminnan laajentaminen lähisairaaloihin vähentäisi myös kantasairaalan poliklinikan kuormitusta. Leikkausten lisääntyessä potilasmäärät tulevat kasvamaan tulevaisuudessa ja lisäresursseja toiminnalle tarvitaan. Avannehoitajan työ on poliklinikalla itsenäistä, mutta on tärkeää, että osaajia on useampia. Toiminta on rakennettu yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. Onkin tärkeää, että kaikki toimivat yhteisesti luotujen pelisääntöjen pohjalta sovittujen arvojen ja strategian mukaisesti. Näin syntyy laadukas prosessi, joka edistää henkilökunnan ammattitaitoa ja potilaan hyvää hoitoa. (Koivukoski & Palomäki 2009, 16; Zibulski 2014, 11.)

Väestön ikääntyessä ja suolistosyövän lisääntyessä avannepotilaiden määrä on jatkuvassa kasvussa. Avanteita leikattiin sairaanhoitopiirissämme vuonna 2015 148 ja vuonna 2016 152, kun vuonna 2014 vastaava luku oli 116. Leikkausmäärät ovat kuvattu kuviossa 1. Luvut perustuvat Oberon-tietokannasta saatuihin tilastoihin leikkaussaleissa tehdyistä toimenpiteistä. Suolistoavanteista noin puolet on väliaikaisia ja ne pyritään sulkemaan ½-1 vuoden kuluttua leikkauksesta potilaan kokonaistilanne huomioon ottaen. Joidenkin potilaiden kohdalla levinnyt syöpätauti tai huono yleistila estävät

avanteen sulun, jolloin toimenpide on palliatiivinen (Saarnio ym. 2013, 421). Hoitoaikojen lyhentyessä potilaat siirtyvät yhä varhaisemmassa vaiheessa jatkohoitoon lähisairaaloihin, joten asiantuntijapalveluiden tarve lisääntyy myös näissä.



Kuvio 1 Avanneleikkaukset VSSHP:ssä vuosina 2014-2016 (Tilastotieto).

2.2 Kohdeorganisaatioiden kuvaus

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri on maantieteellisesti laaja ja välimatkat ovat pitkiä. Tällä hetkellä systemaattista avannepoliklinikkatoimintaa on ainoastaan Tyks kantasairaalassa Gastroenterologian poliklinikalla yhden hoitajan vakanssin pohjalta. Avannepoliklinikka on itsenäinen hoitajavastaanotto, joka toimii viitenä päivänä viikossa. Koulutettuja avannehoitajia on sairaanhoitopiirissä neljä. Koulutetuista avannehoitajista yksi työskentelee 70%:n työajalla poliklinikalla ja kolme muuta jakavat työajan poliklinikan ja vuodeosastojen kesken (naistentautien vuodeosasto, vatsaelinkirurgian vuodeosasto ja operatiivinen päivystysosasto). Lähisairaaloissa (Salo, Loimaa, Vakka-Suomi) on muutamia avannevastaavia. Avannevastaava on yleisesti käytössä oleva nimike sairaanhoitajasta tai perus-/lähihoitajasta, jonka kanssa on yksikössä sovittu päävastuu avannepotilaiden hoidosta ja ohjauksesta. Avannevastaava ei ole suorittanut avannehoitajan erikoistumisopinnoita. Avannehoitaja on sairaanhoitaja, joka on suorittanut avanteenhoidon erikoistumisopinnot (30 op).

Avannepoliklinikan toiminta koostuu ajanvarauspotilaista (pre-, post- ja ongelma-avanteet) ja konsultaatioista. Poliklinikan toiminta on tarkoitettu koko sairaanhoitopiirin potilaille. Avannepoliklinikalle ei tarvitse lääkärin lähetettä, vaan potilaat ja hoitolaitokset voivat itse varata ajan. Potilaat ovat suolisto- ja virtsa-avanneleikattuja.

Potilaat käyvät avannehoitajan vastaanotolla vähintään kahdesti, mikäli avanne on suunniteltu. Ensimmäinen käynti on ennen leikkausta. Preoperatiivisessa ohjauksessa avannehoitaja keskustelee potilaan kanssa elämästä avanteen kanssa ja avanteenhoidosta. Avannehoitaja valitsee yhdessä potilaan kanssa hänelle sopivan avannesidoksen ja kertoo avanteeseen liittyvistä käytännön asioista. Potilaan kanssa katsotaan yhdessä avanteelle mahdollisimman optimaalinen paikka ja merkataan se kirurgille valmiiksi. Avannehoitaja ohjaa ja opettaa potilasta tai lähiomaista hoitamaan avannetta ja vaihtamaan avannesidoksen. Laadukas ohjaus edellyttää hoitajalta asiantuntijuuden lisäksi hyviä vuorovaikutus- ja päätöksentekotaitoja. Ohjauksen ajoitus ja suotuisan ilmapiirin ja ohjausympäristön luominen edistävät potilaan oppimista (Kääriäinen 2008. 37-39.) Potilaan kokonaisvaltainen tilanne on otettava huomioon ja usein tarvitaan useampia ohjauskertoja. Avanne on potilaalle psyykkisesti kuormittava tekijä, vaikka hoitomuotona olisikin sairaudesta johtuen hengen pelastava toimenpide.

Leikkauksen jälkeen avannehoitaja käy tapaamassa potilasta osastolla. Osastokäyntiin kuuluu ohjaus ja psyykinen tukeminen. Tarvittaessa ja resurssit huomioon ottaen osastokäyntejä on useampia. Noin kuukausi leikkauksesta potilas tulee avannepoliklinikalle jälkikontrolliin. Jälkikontrollissa tarkastetaan avanne ja sitä ympäröivän ihon kunto. Tarvittaessa poistetaan ompeleet. Potilaan kanssa käydään useita käytännön asioita läpi: Miten hän on pärjännyt avanteen kassa? Pystyykö hän itsenäisesti hoitamaan avanteen? Onko hän saanut avannesidoksia hoitotarvikejakelusta, Pystyykö hän syömään? Tarvittaessa varataan uusi käynti, mikäli avannesidoksen kanssa on ongelmia tai potilas tarvitsee lisää ohjausta ja tukea.

Päivystyspotilaat ja ns. ongelma-avannepotilaat ovat iso osa avannehoitajan työtä. Päivystyspotilas on potilas, joka on joutunut avanneleikkaukseen suunnittelematta esim. suolen puhkeamisen tai yllättävän kasvainlöydöksen takia. Päivystyksenä tehty avanne on aina potilaalle järkytys, koska hän ei ole ehtinyt siihen etukäteen valmistautua henkisesti. Avannehoitajan rooli on tukea, opettaa, kannustaa ja kuunnella. Ongelma-avannepotilailla on usein ongelmia avannesidoksen pysymisen kanssa. Sidoksen falskaus aiheuttaa hankalia ja kivuliaita iho-ongelmia ja rajoittaa potilaan elämää. Tällöin tarvitaan useita käyntejä avannehoitajalla, jotta löydetään pysyvä ja turvallinen avannesidos ja saadaan avannetta ympäröivä iho hoidettua kuntoon.

Avannehoitaja tekee tiiviisti yhteistyötä avannesidoksia valmistavien firmojen kanssa, joita on Suomen markkinoilla viisi. Firmat järjestävät koulutuksia ja tapahtumia sekä avannepotilaiden kanssa työskenteleville, että avanneleikatuille. Potilasyhdistys (Finnilco) on tärkeä yhteistyökumppani. Avannehoitajan työnkuvaan kuuluu myös hoitohenkilökunnan koulutus sairaanhoitopiirissä.

Avannehoitajan työ on itsenäistä vastaanottotoimintaa. Lääkäri ei ole paikalla, mutta konsultoitavissa tarvittaessa. Hyvin toimiva yhteistyö lääkärin kanssa edistää polikliinisesti toimivan hoitajan itsenäistä työskentelyä. Avannehoitaja toimii poliklinikalla itsenäisesti ja tekee potilaan hoitoon liittyviä päätöksiä. Toimivan yhteistyön lääkäreiden kanssa onkin todettu parantavan potilaiden hoidon laatua ja hoitohenkilökunnan tyytyväisyyttä työhönsä. (Virtanen ym. 2012, 13-21.)

2.3 Lähisairaaloiden tilanne

Ennen projektisuunnitelman tekemistä tarkennettiin lähtötilanne palvelun tarpeesta ottamalla yhteyttä lähisairaaloiden osastonhoitajiin/apulaisosastonhoitajiin sähköpostitse. Alustava kysely toteutettiin helmikuussa 2016. Kyselyllä kartoitettiin lähtökohdat avannevastaavien lukumäärästä, avanneleikattujen hoidosta ja ohjauksesta sekä avannehoitajan palveluiden tarpeesta lähisairaaloissa.

Lähisairaaloihin lähetetyssä alustavassa kyselyssä kysyttiin, hoidetaanko heillä avaneapotilaita, onko heillä avannehoitajaa/-vastaavaa, onko heillä systemaattista avaneapotilaiden vastaanottotoimintaa ja tähän tarvittavia tiloja sekä onko heillä mahdollisuutta konsultoida avannehoitajaa. Lisäksi kysyttiin henkilökunnan lukumäärää, osallistumista avanteenhoitoon liittyviin koulutuksiin ja koulutuksen tarpeesta sekä tarpeista ja toiveista avannepoliklinikan toiminnalle ja käytössä olevia ohjeita avaneapotilaan hoidossa ja ohjauksessa.

Loimaan lähisairaalassa on kaksi avannevastaavaa, sairaanhoitaja ja perushoitaja. Henkilökuntaa on osastolla noin 35. Heillä ei ole tällä hetkellä suunniteltua vastaanottotoimintaa, mutta tilat mahdolliselle vastaanottotoiminnalle on olemassa. Avannevastaavat ohjaavat avanneleikattuja leikkauksen jälkeen vuodeosastolla. Ohjaus tapahtuu työvuoron puitteissa. Pre- ja postohjauksikäynneillä potilaat käyvät kantasairaalassa. Avannevastaavat konsultoivat tarvittaessa kantasairaalan avannehoitajaa. Organisaatiomuutosten myötä Loimaan lähisairaalan avannevastaavat ovat siirtyneet perusterveydenhuollon palvelukseen. Avannevastaavat käyvät avanteenhoidon koulutuksissa vuosittain. Poliklinikkatoimintaa pidettiin tärkeänä ja toivottiin potilaiden systemaattista ohjautumista oman alueen poliklinikalle, mikäli tällaista toimintaa olisi. Loimaalla on käytössä VSSHP:n ohjepankista löytyvät ohjeet sekä firmojen materiaali.

Salon lähisairaalassa on yksi avannevastaava ja hän hoitaa ja ohjaa avaneapotilaita tarvittaessa oman työnsä ohella. Heillä ei ole suunniteltua vastaanottotoimintaa avaneapotilaille eikä tarvittavia tiloja tällä hetkellä. Potilaat käyvät pre- ja postoperatiivisillä käynneillä kantasairaalassa. Heillä on mahdollisuus konsultoida avannehoitajaa ja henkilökunta käy avanteenhoidon koulutuksissa säännöllisesti. Koulutusta pidettiin tärkeänä. Salon lähisairaalassa on selkeä tarve avannepoliklinikan toiminnalle. Käytössä on VSSHP:n ohjepankin ohjeet ja firmojen materiaali. Henkilökunta koostuu 39 sairaanhoitajasta (joista 6 on varahenkilöitä) ja 5 lähihoitajasta (1 varahenkilö).

Vakka-Suomen lähisairaala on yksi nimetty avannevastaava. Hän ohjaa potilaita vuodeosastolla oman työnsä ohella eikä heillä ole vastaanottotoimintaa. Vuodeosastot ovat siirtyneet organisaatiomuutosten myötä perusterveydenhuollon puolelle, mikä koskee myös henkilökuntaa. Vastaanottotoiminta nähtiin kuitenkin tarpeellisena. Henkilökunta käy koulutuksissa satunnaisesti ja heillä on käytössä sairaanhoitopiirin yhteiset ohjeet sekä firmojen materiaalia. Henkilökuntaa on yhteensä n. 35.

Alustavan kyselyn pohjalta avannehoitajan vastaanotolle lähisairaaloissa oli selkeästi tarvetta ja projekti kannatti aloittaa.

3 AVANNEPOTILAAN KOKONAISVALTAINEN HOITOTYÖ

3.1 Avannepotilaan hoitotyön osaaminen

Avanne on kirurgisin menetelmin tehty eritteiden ulostuloaukko vatsanpeitteiden päällä, jonka kautta suolen sisältö tai virtsa kerääntyy vatsalle kiinnitettyyn tarkoituksenmukaiseen avannesidokseen. Avanteet jaetaan kahteen eri pääryhmään, enterostoomiin, eli suoliavanteisiin ja urostoomiin, eli virtsa-avanteisiin. Suoliavanteella hoidetaan suoliston syöpäsairauksia, tulehduksellisia suolistosairauksia, suolitukoksia ja suolenpuhkeamisia sekä fisteleitä. Avanne voidaan tehdä väliaikaisesti suojaamaan esimerkiksi suolisaumaa. Pysyvä avanne tehdään esimerkiksi syövän takia, kun joudutaan poistamaan peräsuoli. Avanteita tehdään myös helpottamaan potilaan oireita levinneissä suolistosyövissä. (Liimatainen 2007, 9.)

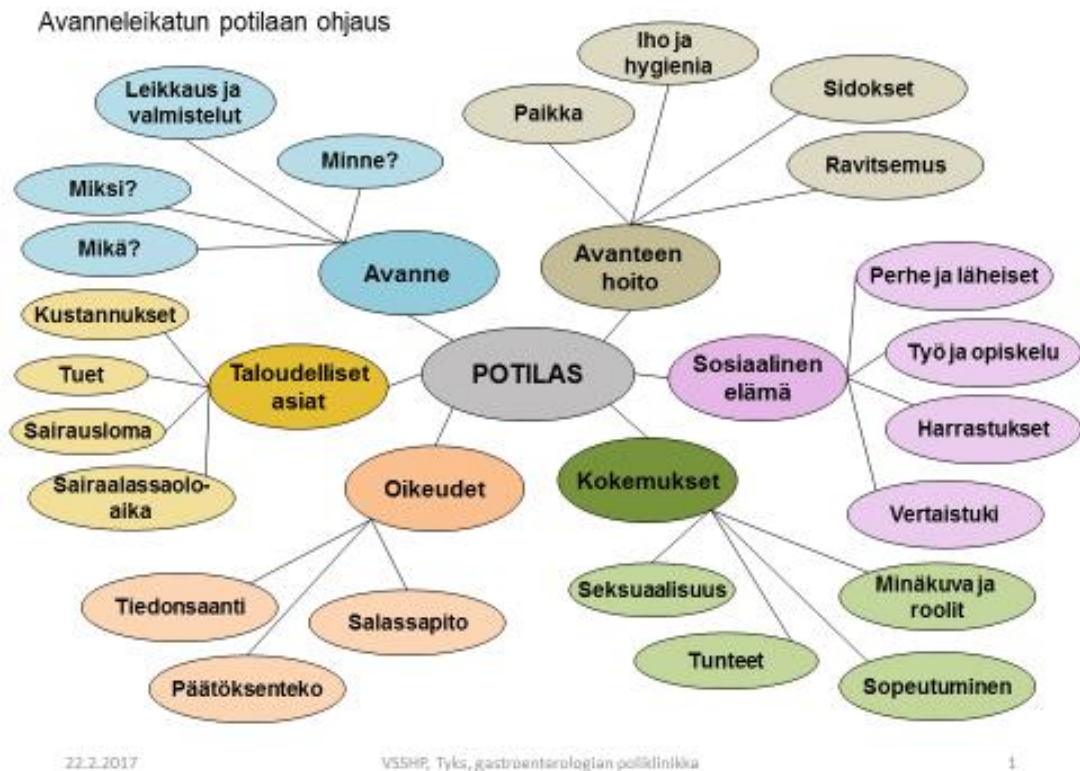
Avannepotilaan hoitotyö vaatii erityisosaamista. Avannehoitajalla on iso rooli tiedon välittäjänä, ohjaajana ja tukijana. Tukeminen käsittää opettamisen, ohjaamisen ja ongelmien ratkaisun yhdessä avannepotilaan kanssa. Potilaan ohjauksessa korostuu yksilöllisyys ja hoitajan tulee huomioida potilaan valmiudet, kyvyt ja tarpeet oppia. (Liimatainen 2007, 12, 19.) Potilaat ovat herkkiä ja avanne vaatii aina sopeutumista. Sopeutumisen jälkeen avannepotilaat ovat useimmiten tyytyväisiä elämäänsä ja moni aiemmin koettu vaiva, esim. kasvaimesta johtuva, on poissa. (Pachler & Wille-Jørgensen, 2012.) Useissa kansainvälisissä tutkimuksissa avannepotilaan elämän laadusta nousee esille avannehoitajan ammattitaitoisen ohjaamisen ja tukemisen tärkeys (mm. Lim ym, 2015; Tau & Chan, 2011; Simmons ym. 2007). Tutkimusten mukaan avannepotilaat pitävät tärkeänä myös vertaistuen mahdollisuutta elämänlaatua parantavana tekijänä. Vertaistuki koettiin tärkeänä erityisesti kokemusten jakamisessa. (Alntuntas ym. 2012.)

Avanne aiheuttaa potilaalle radikaalin muutoksen fyysisessä kehonkuvassa ja elimistön toiminnassa. Potilaat tarvitsevat monipuolista ohjausta ja tukea muuttuneessa elämäntilanteessa. Leikkauksen vaikutukset eivät ole pelkästään fyysisiä, psyykkiset ja sosiaaliset muutokset ovat myös mahdollisia. Olisikin toivottavaa, että jokainen avanneleikkaukseen tuleva potilas tapaisi sellaisen hoitajan, joka tuntee monipuolisesti avanteenhoidon näkökulmat. Potilaan saamalla asiantuntevalla ohjauksella ennen leikkausta ja

leikkauksen jälkeen voidaan ehkäistä sairauteen liittyviä leimautumisen syntyä ja tarpeettomia sosiaalisia ja psyykkisiä haittavaikutuksia. (Kedonpää 1993, 1-2.)

Avannepotilaan kokonaisvaltainen hoito tulee suunnitella huolellisesti. Jo suunniteltaessa leikkausta avanteelle valitaan yhdessä potilaan kanssa mahdollisimman hyvä paikka. Avanteen paikka katsotaan yksilöllisesti potilaan vaihdellessa asentoa; seisten, istuen ja maaten. Avanteen hyvän paikan on todettu antavan potilaalle paremmat mahdollisuudet palata takaisin normaaliin elämään ja vähentävän vuoto-ongelmia. Kaikille avannepotilaille ei ole mahdollista katsoa avanteen paikkaa etukäteen leikkauksen äkillisyyden takia. Avannepotilaan tulisi hallita avanteen hoito mahdollisuuksien mukaan. Useat avanteeseen liittyvät ongelmat ilmaantuvat vasta kotiutumisen jälkeen, jolloin potilaalla tulee olla tiedot, mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa. (Kedonpää 1993, 12-15.)

Avannepotilaan ohjaukseen on kehitetty voimavaraistumista tukeva ohjausmalli (Kuvio 2). Mallin pohjaksi kerättiin aineisto haastattelemalla potilaita ennen (N=10) ja jälkeen (n=5) leikkauksen sekä avannehoitajia (n=6) yhdessä yliopistollisessa keskussairaalassa. Voimavaraistumista tukevassa potilasohjauksessa potilaan elämään perehdytään kokonaisvaltaisesti käsittekartan avulla, johon on kerätty avannepotilaiden tiedollisen voimavaraistumisen näkökulmasta eri osa-alueita ohjaustilanteen tueksi. Avanteesta keskustellaan potilaan odotusten mukaisesti ja varmistetaan, että potilas tietää mikä avanne on ja miksi ja minne se tehdään. Potilaan fyysiset rajoitteet hoitaa avanetta huomioidaan ja hänen kanssaan keskustellaan tarpeen mukaan avanteen vaikutuksista työelämään, harrastuksiin, ravitsemukseen, seksuaalisuuteen ja talouteen. Kehonkuvan muuttuessa avanteella voi olla vaikutuksia itsetuntoon heikentävästi, seksuaalisuuteen ja oman elämän hallinnan menetykseen. Voimavaraistumista tukeva ohjausmalli rohkaisee potilasta kertomaan tuntemuksistaan ja peloistaan. Menestyksellä ohjauksella pyritään rohkaisemaan potilasta kertomaan vaikeistakin asioista ja kannustetaan itsehoitoisuuteen. (Eloranta ym. 2009, 4-11.)



Kuvio 2 Voimavaraistumista tukeva ohjausmalli (Eloranta ym. 2009).

Yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä on tärkeää. Myönteiselle ja avoimelle pohjalle rakennettu yhteistyö näiden toimijoiden kesken auttaa avannepotilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa. Tutkimusten mukaan paikallisten tekijöiden osaamisen vahvistaminen kouluttamalla ja mahdollisuus konsultoida avannehoitajaa vähensivät potilaiden kohtaamia ongelmia esim. toimivan avannesidoksen valinnassa ja iho-ongelmissa. (Adams ym. 2003, 539-543.) Metcalf (1999) totesi, että potilaat, joiden avanteenhoidon ohjaus oli aloitettu suunnitellusti jo ennen leikkausta, sopeutuivat paremmin elämään avanteen kanssa. Williams'n (2012) tutkimuksessa todettiin myös avannepotilaan hyvän ohjauksen ja taitojen vahvistamisen parantavan elämänlaatua.

Hoitohenkilökunnalla on vastuu potilaan laadukkaasta ohjauksesta, sen suunnittelusta ja resurssien käytöstä. Onnistunut ohjaus edellyttää hoitohenkilökunnalta ammatillista vastuuta edistää potilaan valintoja ja välittää tietoja ja taitoja potilaalle, jotta hänellä on mahdollisuus osallistua oman hoitonsa päätöksentekoon. Laadukkaan ohjaamisen tarjoamiseksi hoitohenkilökunnalta edellytetään suunnitelmallista toimintaa, tietoa potilaan motivoinnista, tarpeista, ohjattavista asioista ja ohjausmenetelmistä sekä sähköisen

ohjauksen tuntemusta. Säännöllistä tutkitun tiedon seuraamista ja tietojen päivytystä vaaditaan, jotta potilas saa pätevää, asianmukaista, oikeaa ja juuri hänen tarpeisiinsa sopivaa ohjausta päätöksenteon ja valintojen tueksi. Ohjaus tapahtuu aina potilaslähtöisesti ja vaatii ohjaajalta hyviä vuorovaikutustaitoja, ystävällisyyttä, empaattisuutta ja potilaan aktiivista kuuntelemista. (Kääriäinen 2008, 37-39.)

3.2 Hoitajavastaanotto

Hoitajavastaanotto on osa avannepotilaan kokonaisuhoitoa. Vastaanotolla potilaan on mahdollista keskustella avannehoitajan kanssa avanteesta ja sen hoidosta, sekä saada tukea ja tietoa ratkaisuihinsa. (Eloranta ym. 2009, 4-11.) Potilasohjaus on yksi keskeinen osa itsenäisen hoitajavastaanoton toimintaa. Hoitotieteessä ohjaus määritellään käsittävän kaikki potilaalle suunnatut ohjaukselliset toimet: kliinisen terveydentilan edistämisen, potilaalle annetun tiedon hänen terveydestään sekä sairaanhoidollisen ohjauksen. Ohjaus tukee potilaan kuntoutus- ja hoitosuunnitelmaa. Ohjaus on tärkeä osa sairaalassa tapahtuvaa hoitotyötä ja sillä pyritään edistämään potilaan tiedonsaantia ja tukemaan hänen oman terveytensä elämönhallintaa. Ohjauksen keskeisenä tavoitteena on tiedon ja tuen avulla auttaa potilasta itsenäiseksi, aktiiviseksi ja selviytyväksi. (Saarela 2013, 6,8-9.) Ohjauksella kannustetaan potilasta auttamaan itseään omassa elämässään, omista lähtökohdistaan käsin. Se on ohjaajan ja ohjattavan tasavertaista vuoropuhelua, jolla rakennetaan tietoa ja taitoa. (Eloranta & Virkki 2011, 19.)

Tutkimusten mukaan potilaat ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä erikoissairaanhoidossa toteutettaviin sairaanhoitajavastaanottoihin. Asiantuntijasairaanhoitajan pitämien vastaanottojen ohjauksen nähdään toimivan erinomaisesti ja tiedollisen osaamisen koetaan olevan vankkaa, mutta tietoja on päivitettävä säännöllisesti. Sairaanhoitajan itsenäinen vastaanotto soveltuu hyvin erikoissairaanhoidon poliklinikoille. Hoitajavastaanottotyössä sairaanhoitajat ovat kokeneet pystyvänsä hoitamaan potilasta kokonaisvaltaisemmin kuin lääkärin avustajana vastaanotolla. Potilaiden kohtaamiseen ja huomiointiin on enemmän aikaa ja hyvän potilas-sairaanhoitaja –suhteen on todettu edistävän potilaan elämänlaatua. (Saarela 2013, 18-19.)

Onnistuneella ohjauksella lisätään potilastyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista, sekä se edistää potilaan osallistumismahdollisuuksia ja selviytymistä sairaudesta. On tärkeää huomioida potilaan voimavarat ohjauksessa suunniteltaessa, jotta ohjaus olisi mahdollisimman motivoivaa ja potilaan taitoja kehittävä. Riittävä tieto sairaudesta, lääkityksestä ja

hoitomenetelmistä motivoivat potilasta sitoutumaan jatkohoitonsa. Suullisen ohjauksen lisäksi kirjallista materiaalia pidetään tärkeänä. Kun potilaat saavat myös kirjalliset hoito-ohjeet kotiin, heillä on helpompi keskustella perheenjäsentensä kanssa jatkohoidosta. (Salminen-Tuomaala ym. 2010, 21-28.)

3.3 Asiantuntijasairaanhoitaja

Sanakirja määrittelee asiantuntijan erikoistuntijaksi, ekspertiksi, specialistiksi tai henkilöksi, jolta asiantuntemuksen perusteella pyydetään lausunto jostakin asiasta. Asiantuntijuutta on monenlaista ja sitä on vaikea määritellä yksiselitteisesti (Sipilä 1991, 18). Asiantuntijan ominaisuuksia ovat perusteellinen ja korkeatasoinen koulutus, muodollinen pätevyys toimia alalla ja pitkä työkokemus. Asiantuntijalta odotetaan taitoa löytää oikeaa tietoa ja soveltaa sitä käytäntöön. Asiantuntija on kokemuksen ja laajan erityistiedon osaaja ja asiantuntijuus kasvavat ryhmän vuorovaikutuksen tuloksena. (Mäkipää & Korhonen 2011, 12-13.) Asiantuntijuus on muuttunut entistä enemmän asiakaslähiseksi ja asiantuntijan tehtävänä onkin tukea potilasta ratkaisemaan omaan hoitoonsa liittyviä asioita (Mäkipää & Krokfors 2011, 44).

Sairaanhoitajan asiantuntijuuden perustana on tieto siitä, mitä ja millaista tutkittua tietoa tarvitaan hoitotyön toiminnoista ja hoitomenetelmistä, sekä miten ne vaikuttavat potilaan hyvinvointiin ja selviytymiseen. Hoidon suunnittelu, toteutus, arviointi ja tutkituun tietoon perustuva hoitotyö kuuluvat erityisammattillisiin valmiuksiin. Sairaanhoitajalla on vastuu oman asiantuntijuutensa kehittymisestä. Tätä tukevat vahva ammattitieteetti ja säännöllinen täydennyskoulutus oman ammattitaidon ylläpitämiseksi. Asiantuntijuuden säilyttäminen edellyttää osaamisen ylläpitämistä. Haastetta tuovat toimintaympäristön muutokset ja niiden seuraukset työhön. (Mäkipää & Korhonen 2011, 20-22.)

Hoitotyön asiantuntijatehtäviä kuvataan monitahoisina ja ajankohtaisina. Asiantuntijat ovat kokeneita ja itsenäisiä toimijoita, jotka työskentelevät potilas- ja hoitotyön sekä organisaatio- ja tiedeperustaisen työn osa-alueilla. Huolellisesti suunnitellut ja toteutetut asiantuntijatehtävät hyödyttävät potilasta, hoitotyötä, organisaatiota ja koko yhteiskuntaa. Motivaatio, positiivinen asenne ja kyky kehittyä tukevat asiantuntijuuden saavuttamista oman alan tietäjäksi ja taitajaksi. (Jokiniemi 2014, 7; Karjalainen 2013, 11; Viitala 2005, 247.)

Asiantuntijan käytäntöä luonnehtii kyky kypsään ja harjaantuneeseen tietämykseen tukeutuva toiminta. Asiantuntija pystyy lukemaan tilanteita, tunnistamaan sen muutoksia ja laajentamaan käsityksensä koko tilanteesta sen mukaisesti. (Benner ym. 1999, 174-175.) Kehittyminen hoitotyön asiantuntijasta hoitotyön kliiniseksi asiantuntijaksi vaatii sairaanhoitajatutkinnon jälkeistä kouluttautumista. Vaativan hoitotyön asiantuntijuuden tunnuspiirteitä ovat kriittinen ja systemaattinen tiedon analysointi, tutkitun tiedon ja teorioiden soveltaminen käytäntöön sekä hoitotyön kehittäminen ja edistäminen. Kliininen asiantuntija kehittää hoitotyötä laaja-alaisesti tutkittuun tietoon perustuen. (Heikkinen 2012, 38.)

Asiantuntijuus nähdään tänä päivänä myös ryhmän, tiimin tai verkoston toimintakokonaaisuutena. Asiantuntijuus on taitavaa yksilöllistä tiedon hankintaa ja sen käsittelyä, yksilön identiteetin kehittymistä ja sosiaalisen ja yhteisöllisen tiedon rakentamista. Se tulee nähdä verkostojen ja yhteisöjen vuorovaikutuksena, jolla pystytään vastaamaan työelämän nopeisiin muutoksiin. Jaettu asiantuntijuus kokoaa ryhmän voimavarat yhteen ratkaisun saavuttamiseksi, mikä on yksilötasolla mahdotonta. Keskeistä on uuden tiedon ja toimintatapojen luominen ja tuottaminen yhdessä muiden kanssa. (Salmelainen 2008, 18, 19.)

3.4 Lähipalvelu

Yleisesti lähipalveluksi määritellään kaikilla paikkakunnilla sellaiset palvelut, jotka tukevat ihmisen arkipäiväistä selviytymistä, terveyttä ja hyvinvointia sekä joiden määrällinen tarve ja palvelutiheys ovat suuria ja jotka voidaan tuottaa yksittäistyöntekijöiden tai pienten työryhmien toimesta ilman raskaita investointeja (Zitting & Ilmarinen 2010, 31).

Terveydenhuollon lähipalvelut tulee järjestää lähellä kuntalaisia. Lähipalveluja ovat ehkäisevä terveydenhuolto, äkillisesti sairastuneiden hoidon järjestäminen, avohoidon vastaanottopalvelut sekä päävastuu kroonisten sairauksien hoidosta, kuntoutuksesta, hammashuollosta, vanhusten hoidosta ja mielenterveystyön avohoitopalveluista. (Zitting & Ilmarinen 2010, 33.)

Terveyden edistäminen on keskeinen terveystoiminnan tavoite Suomessa ja monet terveyden määrittäjät vaikuttavat väestön terveyteen lähiyhteisöissä. Yksi kansanterveystyön tärkeistä kysymyksistä onkin, miten terveyden edistämistä voidaan tukea paikallisella tasolla. Terveydenhuollon ammattilaisten aktiivisuutta lisäävät organisaation

arvot ja mahdollisuus yhteistyöhön organisaatiossa ja sen ulkopuolella sekä kollegoiden tuki. (Simonsen 2013, 11-12.)

4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

Projekti toteutettiin tekemällä ensin teoriaosuus avannehoitajan työnkuvasta, avannepotilaiden hoidon ja ohjauksen tarpeista, poliklinikan toiminnasta ja palvelun laajentamisen tarpeesta lähisairaaloihin. Projektin lähtökohdat ja tarpeet tulevat VSSHP:n strategiasta vuoteen 2016 sekä ne ovat erikseen kirjattu Vatsatoimialueen ja urologian klinikan vuoden 2016 strategiaan. Projekti oli itsenäinen toimeksianto toimialajohtajalta. Toimin itse projektipäällikkönä ja projektiryhmään kuuluivat lähisairaaloiden osastonhoitajat/apulaisosastonhoitajat sekä avannevastaavat. Ohjausryhmään kuuluivat tutoropettaja, mentori, vatsaelinkirurgian ja urologian klinikan toimialajohtaja ja ylihoitajat (kantasairaalan Vatsatoimialueen ja urologian klinikka ja lähisairaalat) sekä gastroenterologian poliklinikan osastonhoitaja. Ohjausryhmä tuki projektia ja teki projektia koskevat suuremmat päätökset.

Projektia käynnistäessä tehtiin projektisuunnitelma, jota on tärkeä noudattaa. Välitavoitteita muokattiin jonkin verran matkan varrella, mutta tieto lopputuloksesta kasvoi yleistavoitteen säilyessä ennallaan. (Löow 2002. 89.) Projektisuunnitelmaa tehdessä eri vaiheet suunniteltiin mahdollisimman hyvin. Projektipäällikkö kontrolloi projektin etenemistä ja kokonaisuuden hahmottaminen tuki sen onnistumista. (Koskela ym. 2007, 144-145; Forsberg ym. 2003, 15.)

Kehittämiprojekti toteutettiin aikataulun mukaisesti. Esiselvitys valmistui huhtikuussa 2016. Esiselvitys sisälsi aihetta koskevan kirjallisuuskatsauksen sekä lähisairaaloiden palvelun tarpeen arvioinnin, joka toteutettiin sähköpostikyselynä lähisairaaloiden osastonhoitajille/apulaisosastonhoitajille. Esiselvityksessä tehtiin myös tilastokatsaus sairaanhoitopiirin avanneleikatuista Oberon-potilastietojärjestelmästä. Avanneleikkaukset ovat keskittyneet kantasairaalaan ja vuonna 2016 niitä tehtiin 152. Lähisairaaloissa on leikattu muutama avanne vuosittain.

Kehittämiprojektin suunnitelma valmistui keväällä 2016 ja tutkimuslupa haettiin heinäkuussa 2016. Tutkimus toteutettiin Webropol-kyselynä lähisairaaloiden (Salo, Loimaa ja Vakka-Suomi) kirurgisten osastojen hoitohenkilökunnalle. Aineisto analysoitiin tilastollisesti. Tutkimustuloksista toivottiin vastausta kysymyksiin, minkälaista lähisairaaloiden henkilökunnan osaamisen taso on hoitaa ja ohjata avannepotilasta, sekä heidän koulutuksen tarpeensa avannepotilaan hoidossa. Kysely toteutettiin syyskuussa 2016. Kyselytutkimuksen tulokset analysoitiin loka-marraskuussa 2016.

Kirjallisuuskatsauksen, esiselvityksenä tehdyn sähköpostikyselyn ja tutkimustulosten pohjalta tehtiin alustava suunnitelma avannehoitajan vastaanotto toiminnan käynnistämiseksi lähisairaaloissa. Kuviossa 3 on kuvattu projektiaikataulu.



Kuvio 3 Projektin etenemisen aikataulu

5 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS

5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys

Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää lähisairaaloiden (Loimaa, Salo ja Vakka-Suomi) kirurgisten vuodeosastojen ja poliklinikoiden hoitohenkilökunnan osaamista avannepotilaan hoidossa ja ohjauksessa sekä mahdollinen koulutustarve. Saatua tietoa hyödynnetään lähisairaaloiden avannepoliklinikkatoiminnan suunnittelussa.

Tutkimuksessa haettiin vastausta kysymykseen:

1. Minkälainen on lähisairaaloiden hoitohenkilökunnan osaamisen taso hoitaa ja ohjata avannepotilasta?

5.2 Kehittämiprojektin empiirinen toteutus

Kyselytutkimuksen aineisto avannepotilaan hoidosta ja ohjaamisesta kerättiin survey-tutkimuksena strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli 6 taustakysymystä ja 25 strukturoitua väittämää. Asteikko strukturoiduissa väittämässä oli 1 = erittäin huono, 2 = melko huono, 3 = keskinkertainen, 4 = melko hyvä, 5 = erittäin hyvä. Lisäksi oli yksi avoin kysymys.

5.3 Kyselylomake

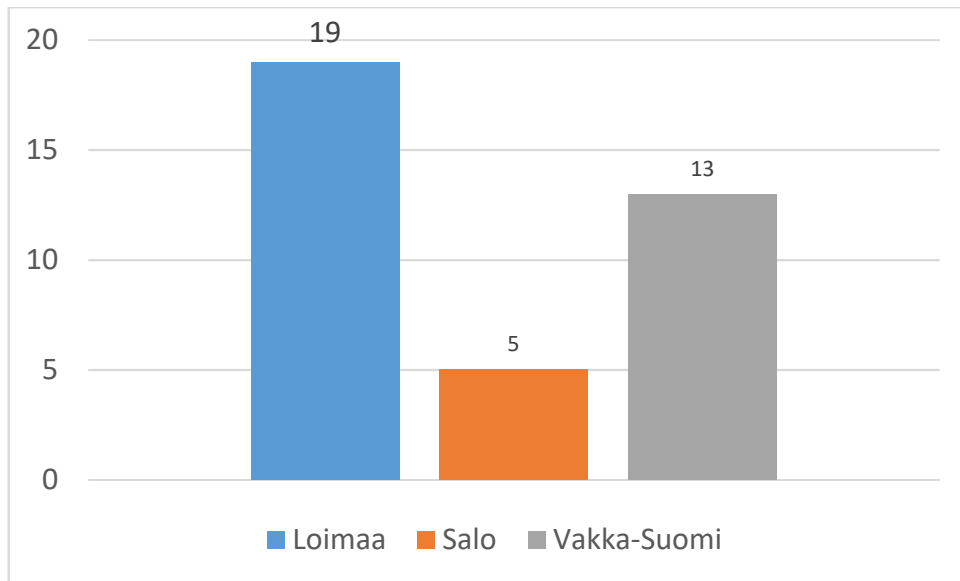
Kyselylomakkeen (Liite1) kysymysten laadinnassa tulee olla huolellinen, sillä kysymykset luovat pohjan tutkimuksen luotettavuudelle. Sanamuodot valittiin huolellisesti ja kysymykset ovat tarkkoja ja yksiselitteisiä, eivät johdattelevia. Kysymykset on laadittu tutkimuksen tavoitteiden ja tutkimusongelmien mukaisesti. (Aaltola & Valli 2010, 103-104.) Kyselylomakkeen kysymykset ovat tutkijan tekemät kirjallisuuden pohjalta. Kyselytutkimuksen etuna on, että sillä voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto ja suuri vastajamäärä parantaa reliabiliteettia. (Hirsjärvi ym. 2010, 231.) Kyselytutkimukseen liittyy myös riskinsä. Kyselytutkimuksessa ei pystytä varmistamaan, kuinka vakavasti vastaajat suhtautuvat tutkimukseen, miten onnistuneita vastausvaihtoehdot ovat ja mahdollis-

ta katoa on mahdoton ennakoida. (Hirsjärvi ym. 2010, 195.) Hyvän validiteetin saamiseksi tutkimuksen kohderyhmän ja kysymyksenasetteluiden tulee olla oikeat. Validiteettia arvioitaessa on huomioitu, kuinka hyvin tutkimusote ja siinä käytetyt menetelmät vastaavat ilmiötä, jota haluttiin tutkia. (Hiltunen 2009, 3.) Tässä tutkimuksessa mittarin validiteetin katsottiin olevan hyvä. Kysymykset laadittiin huolellisesti avannepotilaan hoidon osaamisen ja ohjaamisen näkökulmasta, sekä kysymyksenasettelut olivat selkeästi ymmärrettävissä vastaajien keskuudessa.

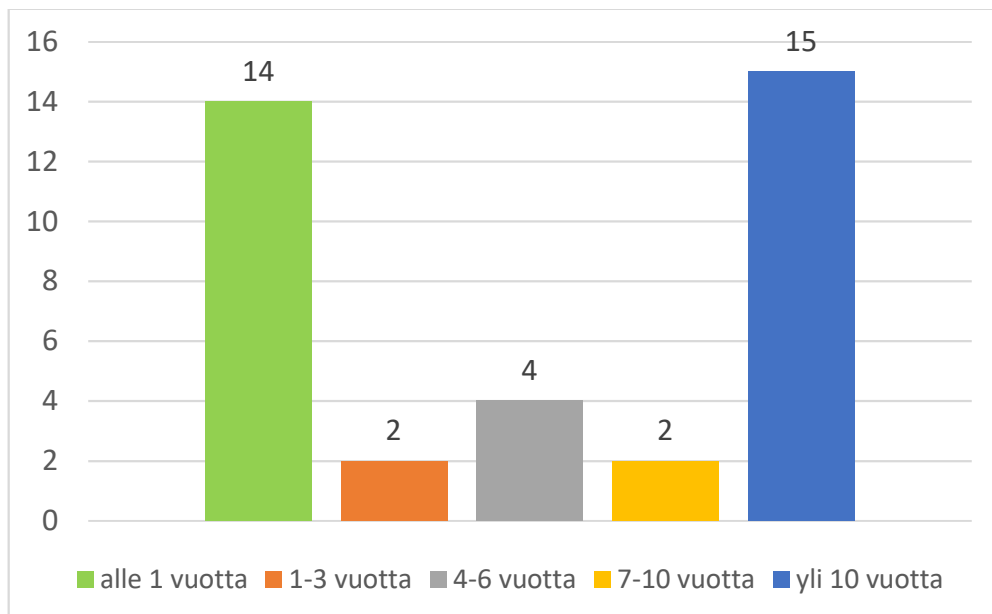
Tutkija testasi kyselylomakkeen kuudella hoitohenkilökuntaan kuuluvalla, jotka täyttivät kyselylomakkeen ja se todettiin asianmukaiseksi ja toimivaksi. Kysely lähetettiin VSSHP:n lähisairaaloiden (3) vuodeosastojen ja poliklinikoiden hoitohenkilökunnalle (N=110) Webropol -kyselynä sähköpostitse osastonhoitajien kautta, jolloin vastaajien anonymisuus säilyi. Vastausaikaa oli kolme viikkoa. Kyselystä lähetettiin muistutus sähköpostitse puolesta välissä kyselyä. Aineisto tallennettiin Excel -ohjelmaan ja analysoitiin Webropolin avulla käyttämällä suoria jakaumia. Excelillä pystyttiin laskemaan yhteenvetotaulukot. Tulokset on kuvattu numeeristen suureiden avulla ja tulokset esiteltä taulukoin ja kuvioin. Avoimen kysymyksen vastaukset käsiteltiin sellaisenaan, koska niitä oli vain 3. Kvantitatiivinen tutkimus soveltuu hyvin tämän kaltaiseen tutkimukseen. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla pystytään kartoittamaan olemassa oleva tilanne. (Heikkilä 2008, 16.)

5.4 Tutkimustulokset

Vastaajia oli $n = 37$ ($N = 110$) ja vastausprosentti oli 33,6 %. Kuviossa 4 on esitetty vastausten jakautuminen sairaaloiden kesken. Vastaajista 25 oli sairaanhoitajia (67,5%) (tässä tutkimuksessa sairaanhoitajalla tarkoitetaan sairaanhoitajaa, terveydenhoitajaa, kättilöä ja erikoissairanhoitajaa), 11 perushoitajaa (29,7%) ja 1 lääkintävahtimestari (2,7%). Vastaajista alle 26-vuotiaita oli 5 (13,5%), 26-50-vuotiaita oli 16 (43,2%), yli 50-vuotiaita oli 16 (43,2%). Vastaajista 25 omasi yli 10-vuoden työkokemuksen (67,6%). Nykyisessä työyksikössä yli 10-vuotta työskennelleitä oli 15 (40,5%) ja alle 1-vuoden työskennelleitä oli 14 (37,8%). Avannepotilaita vastaajista hoitaa viikoittain 5 (13,5%) ja 17 (45,9%) harvemmin kuin kerran kuukaudessa. Kuviossa 5 on kuvattu vastaajien työkokemus vuosina kyseisessä yksikössä.



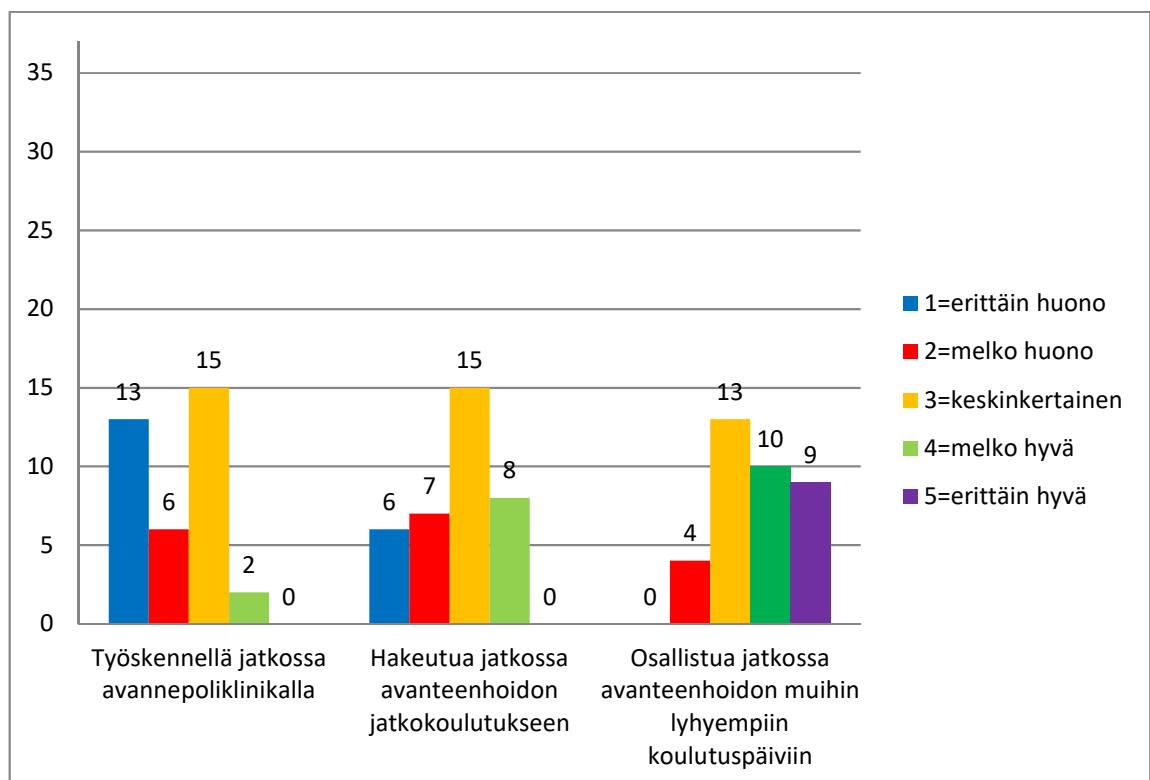
Kuvio 4 Vastaajien määrä sairaaloittain (N=37)



Kuvio 5 Vastaajien työkokemus vuosina nykyisessä yksikössä (N=37).

Kysymyksiin hoitohenkilökunnan kiinnostuksesta työskennellä avannepoliklinikalla ja osallistua avanteenhoidon koulutuksiin vastaaminen tapahtui asteikolla 1-5 (1 = erittäin huono, 2 = melko huono, 3 = keskinkertainen, 4 = melko hyvä, 5 = erittäin hyvä).

Vastaajista 17 (45,9%) oli kiinnostunut työskentelemään avannepoliklinikalla, heistä 2 (5,4%) vastasi olevansa erittäin kiinnostunut. Avoimissa vastauksissa nuori hoitaja esitti kiinnostuksensa lisäkoulutukseen. Kysymykseen kiinnostuksesta hakeutua avanteenhoidon jatkokoulutukseen, millä tarkoitetaan tässä erikoistumisopintoja, 8 (21,6%) vastasi kiinnostuksen olevan melko hyvä, 15 (40,5%) vastasi kiinnostuksen olevan keskinkertainen ja 13 (35,1%) koki halukkuuden olevan melko huono tai erittäin huono. Kysymyksessä halukkuudesta osallistua avanteenhoidon muihin lyhyempiin koulutuksiin 19 (51,3%) vastasi olevansa melko tai erittäin halukas ja 4 (10,8%) arvioi kiinnostuksensa melko huonoksi. Yksi vastaajista jätti vastaamatta yhteen kysymykseen. Kuviossa 6 on kuvattu vastaukset diagrammeina.

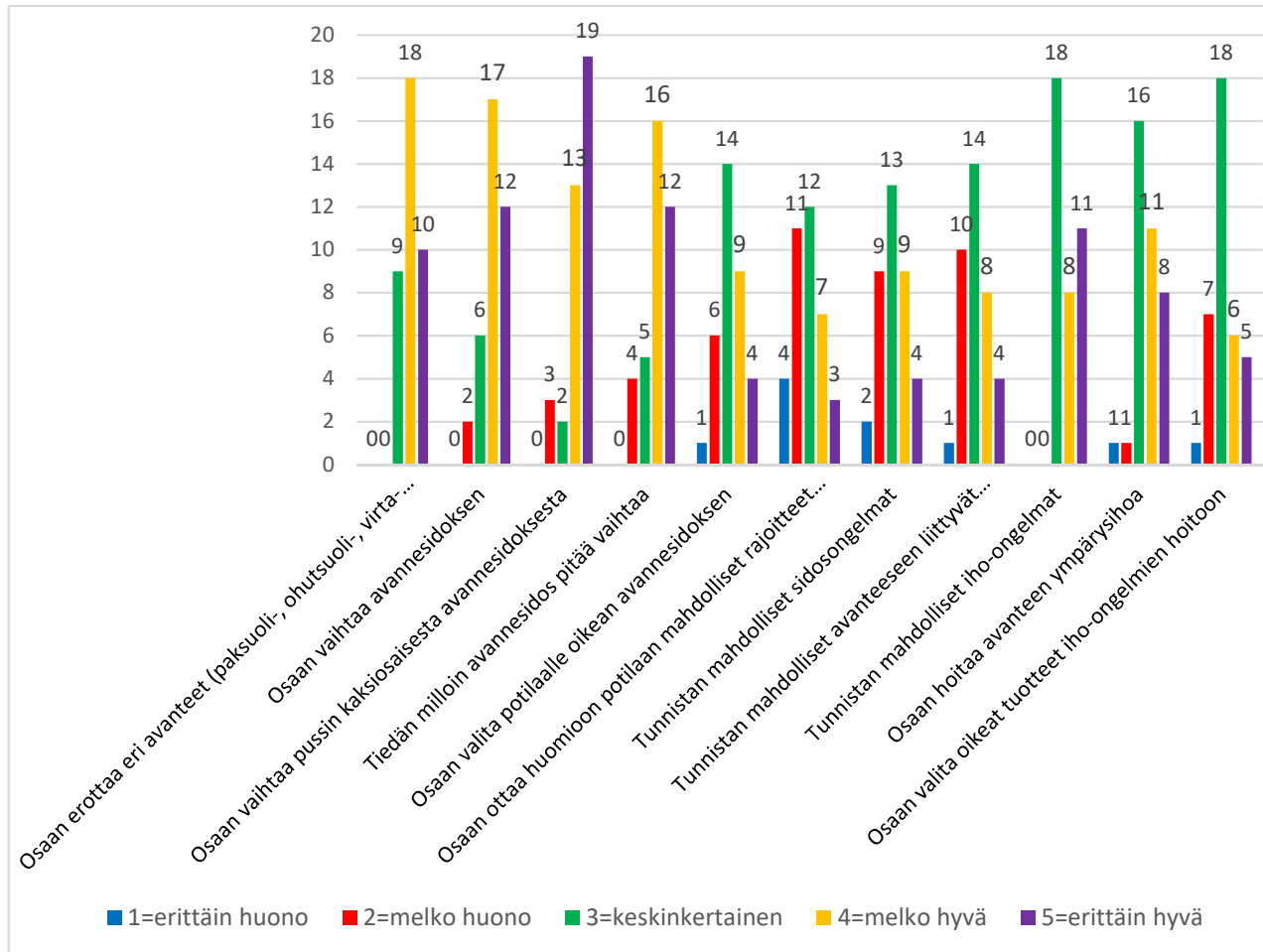


Kuvio 6 Vastaajien arvio kiinnostuksesta työskennellä avannepoliklinikalla ja osallistua avanteenhoidon koulutuksiin (N=36)

5.4.1 Hoitohenkilökunnan arvio osaamisesta

Vastaaminen tapahtui asteikolla 1-5 (1 = erittäin huono, 2 = melko huono, 3 = keskinkertainen, 4 = melko hyvä, 5 = erittäin hyvä).

Vastaajista 28 (75,7%) osasi erottaa eri avanteet (paksusuoli-, ohutsuoli- ja virtsa-avanne) melko tai erittäin hyvin. 9 (24,3%) vastaajaa vastasi erottavansa eri avanteet keskinkertaisesti. Suurin osa vastaajista (78,4%) osasi vaihtaa avannesidoksen melko tai erittäin hyvin. Vastaajista 2 (5,4%) koki taidot vaihtaa avannesidos melko huonoksi. Avannepussin kaksiosaisesta sidoksesta 19 (51,3%) vastaajista osasi vaihtaa erittäin hyvin ja 3 (8,1%) melko huonosti. Kysymykseen milloin avannesidos pitää vaihtaa, 28 (75,6%) arvioi osaavansa melko tai erittäin hyvin. Neljä (10,8%) vastaajaa koki osamisen melko huonona. Oikean avannesidoksen osasi 13 (35,1%) vastaajaa valita potilaalle melko tai erittäin hyvin, 14 (37,8%) vastaajaa koki taidon olevan keskinkertainen. Kysymykseen potilaan rajoitteiden huomioon ottamisessa avannesidoksen valinnassa (rajoitteilla tarkoitetaan tässä esim. hemiplegiaa) 10 (27%) vastasi olevan melko tai erittäin hyvä ja 15 (40,5%) vastaajista koki taitojen olevan melko tai erittäin huonot. Mahdolliset sidosongelmat tunnistivat 13 (35,2%) vastaajaa melko tai erittäin hyvin, 13 (35,4) koki taitojen olevan keskinkertaiset ja 11 (29,7%) taidot olivat melko tai erittäin huonot. Avanteeseen liittyvät komplikaatiot tunnistivat 12 (32,4%) vastaajaa melko tai erittäin hyvin, 14 (37,8%) vastaajalla taidot olivat keskinkertaiset ja 11 (29,7%) melko tai erittäin huonot. Avanteen iho-ongelmat tunnistettiin hyvin, 19 (51,4%) vastaajaa arvioi tunnistavansa iho-ongelmat melko tai erittäin hyvin ja loput vastaajista (48,6%) keskinkertaisesti. Kysymykseen osaan hoitaa avanteen ympärysihoa taidot arvioivat melko tai erittäin hyväksi 19 (51,4%) vastaajaa ja keskinkertaiseksi 16 (43,2%) vastaajaa. Oikean tuotteen, jolla tarkoitetaan tässä ihonsuojarenkaita, avannepastaa ja -puuteria, iho-ongelmien hoitoon osasi valita 11 (29,8%) vastaajaa, 18 (48,6%) arvioi taidot keskinkertaiseksi ja 8 (21,6%) arvioi taitonsa melko tai erittäin huonoksi. Kuviossa 7 on kuvattu vastaukset diagrammeina.



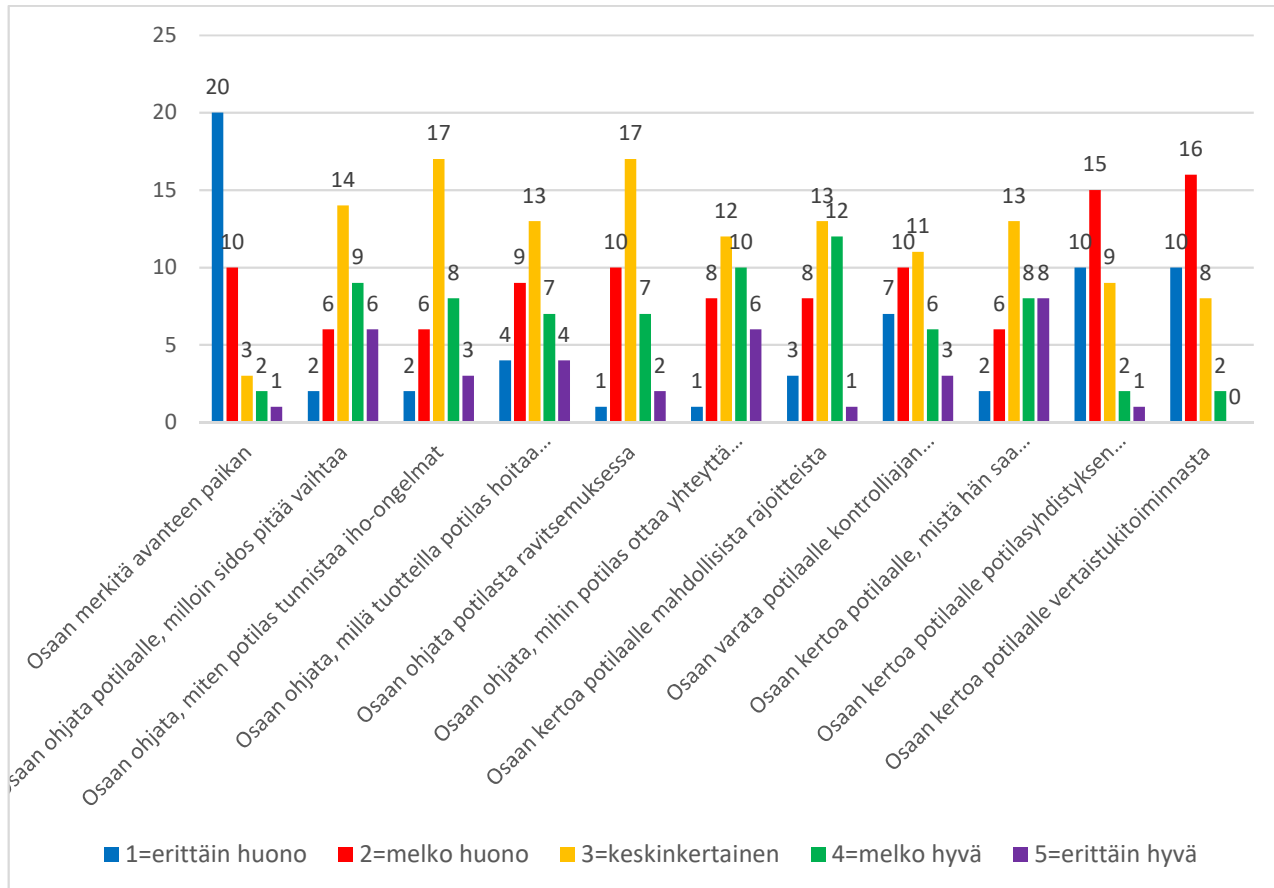
Kuvio 7 Vastaajien arvio osaamisesta avannepotilaan hoidossa (N=37).

5.4.2 Hoitohenkilökunnan arvio avannepotilaan ohjausosaamisesta

Vastaaminen tapahtui asteikolla 1-5 (1 = erittäin huono, 2 = melko huono, 3 = keskinkertainen, 4 = melko hyvä, 5 = erittäin hyvä).

Kysymykseen avanteen paikan merkkauksesta ennen leikkausta 30 (83,3%) vastaaja arvioi taitojensa olevan melko tai erittäin huonot ja 3 (8,3%) vastaajaa arvioi taitonsa keskinkertaiseksi. Avannesidoksen vaihtovälin ohjaamisesta potilaalle 15 (40,5%) vastaajaa arvioi taitonsa melko tai erittäin hyväksi, 14 (37,9%) keskinkertaiseksi ja 8 (21,6%) vastaajaa arvioi taitonsa melko tai erittäin huonoksi. Kysymykseen potilaan ohjaamisesta tunnistaa iho-ongelmat 11 (30,6%) vastasi osaavansa melko tai erittäin hyvin, 17 (47,2%) keskinkertaisesti ja 8 (22,2%) arvioi taitonsa melko tai erittäin hu-

noksi. Kysymykseen osaanko ohjata millä tuotteilla potilas hoitaa tarvittaessa iho-ongelmia, 11 (29,7%) arvioi taitonsa melko tai erittäin hyväksi ja 13 (35,1%) melko tai erittäin huonoksi. 9 (24,3%) vastaajaa arvioi osaavansa ohjata potilasta ravitsemuksessa melko tai erittäin hyvin ja 17 (45,9%) arvioi taitonsa keskinkertaiseksi. Kysymykseen osaanko ohjata mihin avanneleikattu ottaa yhteyttä mahdollisissa ongelmatilanteissa, 16 (43,2%) vastasi osaavansa melko tai erittäin hyvin ja 9 (24,3%) vastaajaa arvioi taitonsa olevan melko tai erittäin huono. Vastaajista yli puolet, 26 (70,3%), osasi kertoa potilaalle avanteen aiheuttamista mahdollisista rajoituksista potilaalle keskinkertaisesti tai melko hyvin. Kontrollikäynnin avannehoitajalle osasi varata 9 (24,3%) vastaajaa melko tai erittäin hyvin ja 17 (45,9%) melko tai erittäin huonosti. Kysymykseen osaanko kertoa potilaalle, mistä hän saa hakea avannetuotteita, 16 (43,2%) vastasi osaavansa melko tai erittäin hyvin ja 13 (35,1%) keskinkertaisesti. Potilasyhdistyksen toiminnasta osasi kertoa vain 3 (8,1%) vastaajaa melko tai erittäin hyvin, 25 (67,6%) arvioi taitonsa melko tai erittäin huonoksi. Avanneleikattujen vertaistukitoiminnan kerromisesta potilaalle 26 (70,3%) vastaajaa arvioi taitonsa melko tai erittäin huonoksi. Avoimissa vastauksissa yksi vastaajista koki ohjaustaitojensa parantuneen internetistä löytyvien potilasohjeiden avulla. Kuviossa 8 on esitetty vastaukset diagrammeina.



Kuvio 8 Vastaajien arvio osaamisesta avannepotilaan ohjauksessa (N=36-37).

5.5 Johtopäätökset ja pohdinta

Kyselytutkimus antoi tutkijalle paljon arvokasta tietoa avannepotilaan hoidosta ja ohjauksesta. Monet taidot, joita tutkija itse oli pitänyt ”itsestään selvinä”, osoittautuivat tuloksissa puutteellisiksi. Avanneleikkaukset lisääntyvät koko ajan ja yhä iäkkäämpiä potilaita leikataan. Potilaat siirtyvät usein jatkohoitoon lähisairaaloihin, joten on tärkeää, että sieltä löytyy myös osaamista avannepotilaan hoidossa ja ohjauksessa. Kedonpää (1993) toteaa tutkimuksessaan, että avannepotilaan tulisi hallita avanteen hoito mahdollisuuksien mukaan, jolloin henkilökunnan hoidon ja ohjausosaamisen taidoilla on iso merkitys. Useissa kansainvälisissä tutkimuksissa onkin noussut esille ammattitaitoisen ohjauksen tärkeys avannepotilaan hoidossa. (Pachler & Wille-Jørgensen 2012; Lim ym. 2015; Tau & Chan 2011; Simmons ym. 2007; Altuntas ym. 2012.) Avannehoitajan tuki ja kannustus auttavat potilasta sopeutumaan elämään avanteen kanssa

ja parantaa hänen elämänlaatuaan. Myös vertaistuen mahdollisuus on nähty positiivisena asiana. Vertaistukeen onkin panostettu sairaanhoitopiirissämme kuluvan vuoden aikana ja se on koettu tärkeänä sekä potilaan että toiminnassa mukana olevan henkilökunnan näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa tutkimustulosten mukaan vertaistukitoiminnasta osattiin kertoa huonosti. Näin ollen siitä tulisi tiedottaa laajemmin henkilökunnan keskuudessa, jotta he osaisivat kertoa potilaille potilasyhdistyksen (Finnilco) organisoimasta toiminnasta.

Tutkimustuloksissa tutkija kiinnitti huomiota erityisesti iho-ongelmien hoidon osaamiseen. Iho-ongelmat tunnistettiin ja yli puolet vastaajista osasi hoitaa ne, mutta niiden ennaltaehkäisyyn tulisivat kiinnittää enemmän huomiota tulevaisuudessa. Nämä johtuvat useimmiten ohivuoto-ongelmista eritteiden päästessä iholle. Onkin tärkeää osata ennakoita mahdolliset ohivuoto-ongelmat oikealla sidosvalinnalla ja tarvittavilla oheistuotteilla, joilla tässä tarkoitetaan ihonsuojareinkaita, avannepuuteria ja pastaa.

Hoidon osaamisen ja ohjaamisen osaamisen tuloksissa oli joidenkin kysymysten kohdalla poikkeamaa. Vaikka ensisijaisesti voitaisiin ajatella, että jos tietää milloin avannesidos pitää vaihtaa ja tunnistaa mahdollisesti iho-ongelmat, osaa ne myös potilaalle ohjata. Tutkimustuloksista nousi esille eroavaisuuksia erityisesti näiden kahden taidon kohdalla. 75,6 %:a vastaajista arvioi osaamisen kysymykseen ”Tiedän, milloin avannesidos pitää vaihtaa” melko tai erittäin hyväksi, eli voidaan tulkita heidän osaavan tämän. Kysyttäessä, ”Osaan ohjata potilaalle, milloin avannesidos pitää vaihtaa”, 40,5 %:a vastaajista arvioi taitonsa melko tai erittäin hyväksi. Kysyttäessä iho-ongelmien tunnistamisesta ja ohjausosaamisesta potilaalle tunnistaa mahdolliset iho-ongelmat ero oli myöskin huomattava. 51,3 %:a vastaajista arvioi osaavansa tunnistaa iho-ongelmat, mutta vain kolmannes (29,7%) vastaajista arvioi osaavansa ohjata potilasta tunnistamaan mahdolliset iho-ongelmat. Eroa on vaikea selittää yksiselitteisesti, mutta tieto siitä, milloin avannesidos pitää vaihtaa ja iho-ongelmien tunnistaminen nähdään hoitotyössä mahdollisesti helpompana kuin sen ohjaaminen potilaalle suusanallisesti.

Tutkimustuloksista nousi selkeästi esille tarve henkilökunnan koulutukselle. Usealle vastaajalle avanteen perushoito oli tuttua, mutta ongelmatilanteet koettiin haastavaksi. Lisäksi tieto, mistä potilas voi hakea apua ja tukea, oli selkeästi puutteellista. On tärkeää, että potilaalle osataan neuvoa avannehoitajan ja potilasyhdistyksen yhteystiedot tarvittaessa.

Vastausprosentti jäi erityisen alhaiseksi yhdessä kyselyyn osallistuneessa sairaalassa. On mahdotonta tietää tarkasti, mistä tämä johtuu. Mahdollisesti kysely ei ole tavoittanut koko henkilökuntaa, joskin se lähetettiin kahdesti useamman yhteyshenkilön kautta. Kiinnostus aiheeseen voi myös olla alhainen projektin aikana tapahtuneiden organisatiomuutosten takia. Sote puhuttaa paljon tällä hetkellä sairaanhoitopiirissämme ja lähi-sairaaloiden tilanne on epäselvä. Tämä tuo mukanaan turvattomuutta henkilökunnan keskuudessa. Epävarmuus tulevaisuudesta laskee varmasti motivaatiota suhtautua projekteihin positiivisesti. Oman työpaikan ollessa uhattuna myös kiinnostus uuden oppimiselle on mahdollisesti alhaisempi. Viitalan (2005) mukaan henkilökunnan motivaatiolla, turvallisuuden tunteella ja toiveilla on positiivinen vaikutus työssäoppimiseen ja työmotivaatioon. Vaikka vastausprosentti jäi alhaiseksi yhdessä yksikössä, on tutkijan mielestä tulokset yleistettävissä. Hoitohenkilökunnalla on kaikilla terveydenhuoltoalan koulutus ja potilasmateriaali on aika saman tyyppistä kaikissa toimipisteissä.

Tutkija sai kyselystä paljon arvokasta tietoa henkilökunnan osaamisesta hoitaa ja ohjata avannepotilaita ja näin ollen myös hyvän rungon henkilökunnan koulutustarpeelle. Onkin tärkeää, että osaamista viedään organisaation eri toimipisteisiin. Nykypäivänä henkilökunnan joustavan käytön maksimointi puhuttaa. "Kaikkien on osattava kaikkea"-trendi on kiistanalainen terveydenhuollon erityisosaamisesta puhuttaessa. Avannepotilaan hoitotyö on vaativaa ja moninaista, eikä voida olettaa, että jokainen terveydenhuollon ammattilainen hallitsee sen. On kuitenkin tärkeää varmistaa, että tämän potilasryhmän kanssa työskentelevät osaavat hoitaa ja ohjata avanneleikattua. (Viitala 2005, 247.)

5.6 Tutkimustulosten luotettavuus ja eettisyys

Tutkimus toteutettiin hyviä eettisiä periaatteita noudattaen. Tutkimusasetelma laadittiin asiallisesti ja tutkimuslupa haettiin organisaation käytänteiden mukaisesti hallintoylihoitajalta ja tulosalueiden ylihoitajilta pyydettiin puoltolausunnot. Kaikkia osapuolia informoitiin tutkimuksesta.

Tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavaa ja sen hyödyn on oltava suurempi kuin mahdollisen haitan. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää halutessaan. (Vehviläinen-Julkunen 1998, 26-33.) Tutkimuksesta kerrottiin osallistujille saatekirjeessä (Liite2), jossa korostettiin vastaajien anonymiteettiä. Kyselylomake laadittiin huolellisesti ja testattiin asianmukaisesti. Kysymysten muoto saattaa Vallin

(2010) mukaan aiheuttaa virheitä tutkimustuloksiin, joka ennakoitiin esitestauksella. Kysymykset laadittiin yksiselitteisiksi ja varmistettiin, etteivät ne ole johdattelevia. Mittaristo oli selkeä ja helposti tulkittava. Kysely toteutettiin Webropol- kyselynä, jolla varmistettiin tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetti. Kyselyn mukana lähetettiin saattekirje (Liite 2), missä kerrottiin vastaajalle, mistä tutkimuksessa on kyse, kuka tutkimusta tekee ja mihin tutkimustuloksia tullaan käyttämään (Vehkalahti 2014, 47). Aineisto hävitettiin asiallisesti tutkimuksen ja raportin valmistuttua.

Tutkimuksesta lähetettiin ensin tutkimustiedote (Liite 3) sähköpostitse lähisairaaloiden (Loimaa, Salo ja Vakka-Suomi) ylihoitajille, kirurgisten poliklinikoiden ja vuodeosastojen osastonhoitajille, joiden toivottiin informoivan henkilökuntaa tutkimuksesta.

Vastausprosentti jäi odotettua alhaisemmaksi tutkimuksessa (33,6%). Kirjallisuuden mukaan tyypillinen kyselytutkimuksen vastausprosentti on alle 50%, joten onkin tärkeää raportoida tutkimuksen vastausprosentti luotettavuutta määrittäessä (Vehkalahti 2014, 44). Tässä tutkimuksessa katoa pystytään analysoimaan vertaamalla vastaajien taustatietoja perusjoukon taustatietoihin. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin mittarin toimivuudella, ymmärrettävyydellä, selkeydellä ja helppokäyttöisyydellä. Kyselylomake oli laadittu tarkaksi ja selkeäksi. Tutkimusongelmaan pystyttiin vastaamaan ja tuloksista saatiin paljon tärkeää tietoa. (Vehkalahti 2014. 41, 44.; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 206-208.)

Tutkimusta voidaan pitää luotettavana ainakin esiin nousseiden koulutustarpeiden näkökulmasta. Vaikka vastausprosentti jäi alhaiseksi, tutkimuskysymykseen ”Minkälainen on lähisairaaloiden henkilökunnan osaamisen taso hoitaa ja ohjata potilasta?” saatiin kattavasti tietoa koulutuksia suunniteltaessa tulevaisuudessa. Kyselytutkimus on Hirsjärven (2010) mukaan hyvä ja helppo tapa kerätä laajempikin tutkimusaineisto, mutta siinä ei pystytä varmistamaan, kuinka vakavasti vastaajat suhtautuvat tutkimukseen ja katoa on mahdoton ennakoida. Tässä tutkimuksessa kato osoittautui odotettua suuremmaksi, mikä johtuu yhden lähisairaalan alhaisesta vastausprosentista (4,6%). Jos tarkastellaan tutkimustuloksia ainoastaan kahden lähisairaalan vastausten perusteella, nousee vastausprosentti noin 43 %:een.

Vastaajien ikäjakauma oli suuri, 26-50 vuotiaita oli 43,2 % vastaajista ja yli 50-vuotiaita oli saman verran. Työkokemus nykyisessä työyksikössä jakautui ääripäihin: yli 10-vuotta työskennelleitä oli 40,5% ja alle vuoden työskennelleitä 37,8%. Lähes 68 %:lla vastaajista oli yli kymmenen vuoden työkokemus terveydenhuoltoalalta. Tästä voidaan

tulkita, että avannepotilaan hoidon ja ohjaamisen osaaminen ei tule pelkästään työvuo-
silla, vaan myös vähemmän aikaa alalla olleella hoitajalla voi olla hyvät taidot hoitaa ja
ohjata avanneleikattua. Tästä voidaan päätellä hoitajan oman kiinnostuksen ja moti-
vaation merkityksen taitoja edistävänä tekijänä.

6 AVANNEPOLIKLINIKKATOIMINNAN ALUSTAVA SUUNNITELMA

Systemaattista avannepoliklinikkatoimintaa on tällä hetkellä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä ainoastaan TYKS kantasairaalassa yhden avannehoitajan vakanssin pohjalta viitenä päivänä viikossa. Poliklinikkatoimintaa pyritään kehittämään jatkuvasti. Potilaiden siirtyessä yhä aikaisemmin jatkohoitoon lähisairaaloihin on tärkeää, että potilaan hoito ja ohjaaminen on laadukasta hoitoketjun jokaisessa vaiheessa. Tavoitteena onkin saada poliklinikkatoiminta myös lähisairaaloiden poliklinikoille. Toimintaa on alustavasti suunniteltu olevan 1-2 päivänä kuukaudessa ainakin yhdessä lähisairaalassa. Potilaat ohjautuvat vastaanotoille asuinkuntansa mukaan. Palvelun vieminen lähemmäs potilasta on ennen kaikkea inhimillistä, mutta vähentää myös turhia potilassiirtoja.

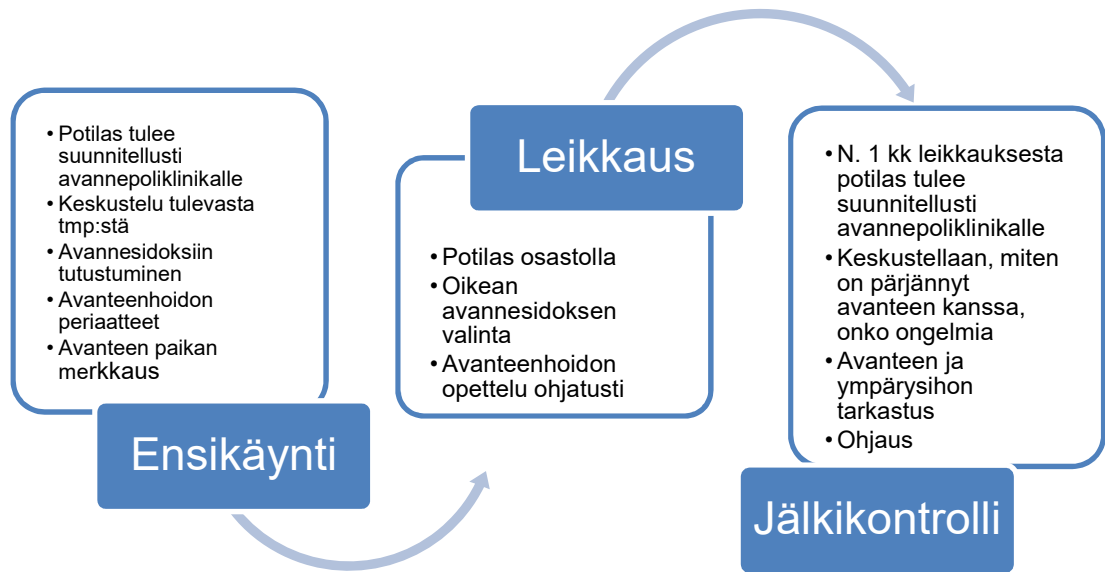
Vastaanottotoiminta koostuu jo aikaisemmin määritellyn avannehoitajan työnkuvasta poliklinikalla. Kuvioon 9 on kuvattu elektiivisen avannepotilaan hoitopolku pääpiirteittäin. Kun leikkauspäätös on tehty, potilas tulee suunnitellusti poliklinikalle keskustelemaan avannehoitajan kanssa avanteesta: mikä se on, miten se vaikuttaa elämään ja miten avannetta hoidetaan. Leikkaukseen tullessa avannehoitaja käy tapaamassa potilasta osastolla. Jälkikontrolli avannehoitajalle varataan noin kuukausi leikkauksesta. Tällöin käydään läpi käytännön asioita: miten avanteen kanssa on mennyt, onko sidos toimiva, missä asioissa potilas tarvitsee apua ja tukea.

Poliklinikalla työskentelevä avannehoitaja tekee yhteistyötä tiiviisti myös vuodeosastojen henkilökunnan kanssa. Tutkimukset ovat osoittaneet, että verkostojen luominen henkilökunnan kesken, koordinointi, tiedon välittäminen ja hoitohenkilökunnan koulutus edistävät tutkitun tiedon hyödyntämistä ja työssä jaksamista. Yhteistyö organisaation eri toimipisteiden kanssa auttaa henkilökuntaa oppimaan tuntemaan toisensa ja toisensa erikoisosaamiset, jolloin sitä pystytään hyödyntämään paremmin. (Häggman-Laitila 2009, 4-12; Koivukoski & Palomäki 2009, 16.) Onkin tärkeää tehdä yhteistyötä eri toimipisteiden kanssa laadukkaasti potilashoidon turvaamiseksi.

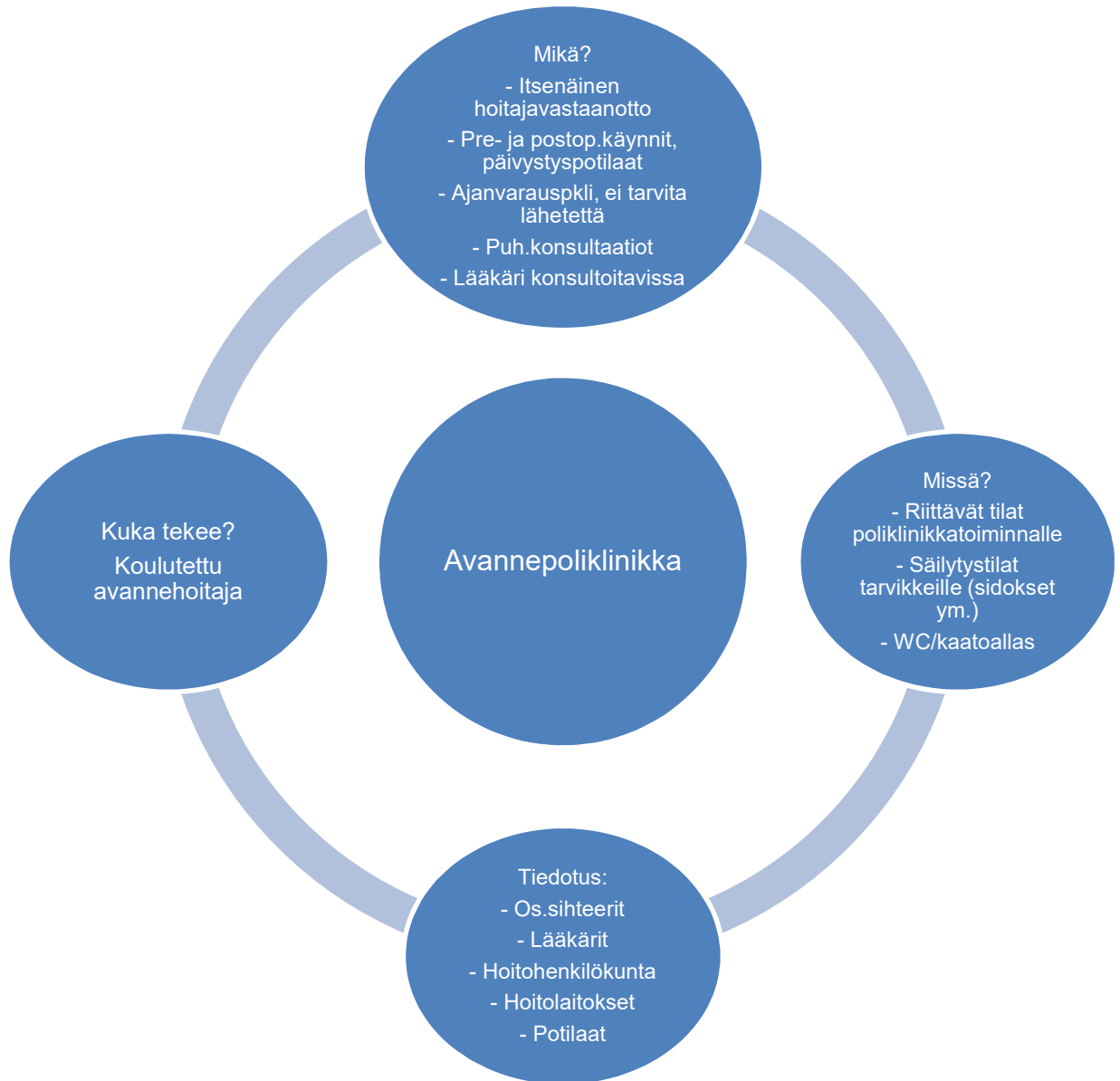
Suunnitelman toteutumiseksi tarvitaan poliklinikkatoimintaan soveltuvat vastaanottotilat, jotka ovat vielä tällä hetkellä avoinna. Tilaksi sopii normaali poliklinikan vastaanottohuone, jossa on riittävät työtilat. Ohjaamista ja työskentelyä helpottaa, mikäli tilasta löytyy oma wc/kaatoallas. VSSHP:n erikoissairaanhoidossa on yhteinen potilastietojär-

jestelmä (Oberon), jonne kirjataan potilaan tiedot ja hoitosuunnitelma. Lähisairaalan avannepoliklinikalle tuleekin luoda oma ajanvarauspohja Oberoniin, jotta poliklinikkatoiminnasta saadaan systemaattista ja potilaat ohjattua oikealle polille. Tästä tulee myös tiedottaa asianosaisia osastosihteereitä, jotka pääsääntöisesti tekevät ajanvaraukset, sekä avannepotilaiden kanssa työskenteleviä. Kuvioon 10 on koottu, mitä tulee ottaa huomioon poliklinikkatoimintaa käynnistäessä. Suunnitellusta kohteesta löytyy ammattitaitoinen avannevastaava, joka pystyy työskentelemään poliklinikalla, mikäli saa lisäresursseja työhönsä.

Sairaanhoitopiirissämme on ollut isoja organisaatiomuutoksia tämän projektin aikana leikkaustoiminnan keskittyessä isoihin keskuksiin tulevaa Sotea ajatellen. Onkin tärkeää pystyä pitämään muut toiminnot laadukkaana lähellä potilasta. Vuonna 2011 valmistui Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa –hanke, joka on Etelä-Karjalan koulutuskuntayhtymän hallinnoiman sekä Euroopan Sosiaalirahaston (ESR) ja Opetushallituksen (OPH) rahoittaman Ennakoiva sosiaali- ja terveysala (SOTE-ennakointi) -hankkeen tutkimus- ja kehittämisprojekti. Hankkeen yksi visio oli turvata tulevaisuudessa väestölle riittävät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut. Muutosten läpivieminen ja asetettujen tulosten saavuttaminen edellyttävät osaamisen ja osaajien yhteistyötä eri toimijoiden kanssa. Tavoitteena on monialaisen asiantuntijuuden rajapintojen tunnistaminen laadukkaan, potilaslähtöisen, tuloksellisen ja vaikuttavan potilashoidon saavuttamisessa. Potilaan hoitopolun eri vaiheissa toteutettu hoidon tarpeen määrittäminen, suunnittelu, toteutus ja arviointi tulee suunnitella moniammatillista asiantuntijuutta hyödyntäviksi kokonaisuuksiksi (Nygren 2011, 5). Onkin tärkeää, että avannepoliklinikkatoiminta saataisiin vietyä lähelle potilasta. Hoidon sujuvuus ja lyhyet välimatkat helpottavat potilasta ja vähentävät potilassiirtoja. Yhteistyö henkilökunnan kanssa eri toimipisteiden välillä luo verkostoja ja edistää kokonaisvaltaista hyvää potilashoitoa.



Kuvio 9 Avannepotilaan hoitopolku.



Kuvio 10 Suunnitelma avannepoliklinikkatoiminnan käynnistämiseksi.

7 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

7.1 Projektin lähtökohdat

Projektin lähtökohdat olivat hyvät. Projekti oli itsenäinen toimeksianto toimialajohtajalta ja aihe itselle läheinen, mielenkiintoinen ja haastavakin. En ole aikaisemmin ollut mukana tällaisessa projektissa, joten jouduin aloittamaan ”lapsenkengistä”. Matkanvarrella on tullut opittua paljon ja välillä edetty yrityksen ja erehdyksen kautta. Lähtökohtaisesti oman organisaation kannustus ja tuki projektia kohtaan auttoivat eteenpäin. Projektin käytännönläheisyys ja itselle tuttu aihealue ovat helpottaneet työn tekemistä. Itsellä on ollut koko ajan selkeä visio lopputuotoksesta, joskin sitä hieman jouduttu muokkamaan matkan varrella.

7.2 Projektin tavoitteiden saavuttaminen

Projektin tavoitteeksi asetettiin poliklinikkatoiminnan käynnistäminen ainakin yhdessä lähisairaalassa. Tämä ei toteutunut tämän projektin aikana. Organisaatiomuutosten myötä kahden lähisairaalan henkilökunta siirtyi perusterveydenhuollon palvelukseen, mikä koskee myös heidän avannevastaavia. Tässä projektissa poliklinikkatoiminta nähdään VSSHP:n erikoissairaanhoidon palveluna, joten tämän myötä heräsi kysymys, onko näiden poliklinikoiden avannehoitajan vastaanotoille tekijää. Tällä hetkellä neuvottelut ovat kesken yhden lähisairaalan kanssa toiminnan käynnistämisestä. Ongelmana on tällä hetkellä toiminnalle tarvittavien tilojen löytäminen ja henkilökuntaresurssit. Toivon kuitenkin, että tavoite saavutetaan kuluvan vuoden aikana.

Tutkimuksellinen osio nousi tärkeäksi projektin edetessä, joten voidaan todeta, että se oli hyödyllinen projektin kannalta. Kyselytutkimus kolmeen lähisairaalaan hoitohenkilökunnan osaamisesta ja ohjaustaidoista antoi paljon hyvää tietoa koulutustarpeista ja -suunnitelmista. Kyselyn tuloksista nousi esiin konkreettisia aiheita avannepotilaan hoidon ja ohjaamisen osaamisen kehittämiseksi. Nämä tiedot antavat arvokasta tietoa tutkijalle koulutuksia suunniteltaessa tulevaisuudessa.

Avannehoitajan vastaanottotoiminnan vieminen ns. lähipalveluksi lähisairaaloihin osoitautui oletettua haasteellisemmaksi. Zitting & Ilmarinen (2010) määrittelevät lähipalvelun paikkakunnalta saatavaksi palveluksi, joka tukee ihmisen arkipäiväistä selviytymis-

tä, terveyttä ja hyvinvointia ja joka voidaan tuottaa pienten työryhmien toimesta ilman raskaita investointeja. Projektin aikana tehdyt organisaatiomuutokset vaikuttivat projektipäällikön mielestä vastaanottoiminnan käynnistämiseen. Oikeita henkilöitä oli ajoittain hankala tavoittaa. Kahden lähisairaalan vuodeosastoilla työskentelevä henkilökunta, avannevastaavat mukaan lukien, siirtyivät perusterveydenhuollon palvelukseen. Tekijöiden ollessa toisen työnantajan palveluksessa asettaa se omat haasteensa toiminnalle. Avannepoliklinikkatoimintaa voi olla sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon palveluna, mutta tässä projektissa sitä käsiteltiin erikoissairaanhoidon palveluna. Jokaisessa lähisairaalassa on edelleen toimiva erikoissairaanhoidon poliklinikkatoiminta. Yhteen lähisairaalaan, joka toimii edelleen kokonaisuudessaan erikoissairaanhoidon alla, poliklinikkatoiminnan käynnistäminen on tällä hetkellä suunnitteilla.

7.3 Projektioorganisaation toiminnan arviointi

Toimin itse ensimmäistä kertaa kehittämisprojektin projektipäällikkönä, mikä oli uutta ja opettavaista. Matkan varrella tuli haasteellisia kompastuskiviä, mistä yli pääseminen tuntui aika ajoittain raskaalta. Lähisairaaloiden organisaatiomuutokset tulivat juuri kesken projektin, mikä aiheutti projektipäällikölle lisähaasteita löytää oikeat henkilöt.

Mentorin ja opettajatutorin tuki ja apu koko kehittämisprojektin ajan olivat tärkeitä ja antoivat motivaatiota viedä projektia eteenpäin. Matkan varrella opin, ettei muutosten eteenpäin vieminen käy hetkessä ja omaan asiaan on uskottava. Aikataulut olivat välillä tiukat ja projektin eteenpäin vieminen oman työn ohella vaati priorisointia. Projektipäällikkönä toimiminen on opettanut paljon ja antanut uusia työkaluja kohti seuraavia projekteja.

Projektiryhmän toiminta on ollut moitteetonta ja projektiryhmää on informoitu projektin etenemisestä. Tapaamisia on ollut hankala järjestää pitkien välimatkojen takia, joten kommunikointi on tapahtunut lähinnä sähköpostitse. Osaa projektiryhmästä olen nähnyt työni puolesta lähes viikoittain, joten heidän kanssaan olemme keskustelleet aktiivisesti projektin etenemisestä ja tavoitteista.

Tieto projektiryhmän tuesta on ollut tärkeää. Keskustelut projektin etenemisestä ovat olleet kannustavia. Olemme myös keskustelleet joidenkin projektiryhmän jäsenten kanssa, miten organisaatiomuutokset ovat vaikuttaneet ja hankaloittaneet suunniteltua

poliklinikkatoimintaa lähisairaaloihin. Organisaatiomuutosten myötä on tullut myös henkilöstömuutoksia, joten oikeiden henkilöiden tavoittaminen on ollut ajoittain hankalaa.

7.4 Jatkokehittämissuositukset

Tutkimuksesta saatiin hyvää tietoa henkilökunnan koulutusta suunniteltaessa tulevaisuudessa. Yhteistyötä eri toimipisteiden kanssa tulisi kehittää. Esimerkiksi yhteiset koulutukset henkilökunnan kanssa ja säännölliset palaverit avannehoitajien ja -vastaavien kanssa olisivat tarpeellisia. Tutkimukset ovat osoittaneet, että verkostoituminen, tiedon välittäminen, toisten innostaminen ja rohkaisu, sekä hoitohenkilökunnan koulutus edistävät työssä jaksamista ja tutkitun tiedon hyödyntämistä (Häggman-Laitila 2009, 4-12). Tutkimuksesta nousi esiin myös puutteita tiedottamisessa. Kaikilla ei ollut tarvittavaa tietoa potilasyhdistys- ja vertaistukitoiminnasta, mikä on erittäin tärkeää avannepotilaille. Tässä kohtaa tiedottamiseen pitäisi jatkossa kiinnittää enemmän huomiota.

Avanepoliklinikkatoiminta on jatkuvasti kehittyvä ja toivottavasti toimintaa saadaan vietyä jatkossa myös lähisairaaloihin. Välimatkat ovat pitkiä sairaanhoitopiirissä ja potilailta on tullut usein toive, että palvelua saisi myös lähempää kotia. Avanepoliklinikkatoiminnan jalkauttaminen lähisairaaloihin edistäisi myös henkilökunnan verkostoitumista ja helpottaisi konsultaatioita.

LÄHTEET

- Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Juva: WS Bookwell Oy.
- Adams, T., Dufton, R., Lamb, C. & Taylor, M. 2003. Hospital secondments of community nurses to improve stoma care. *British Journal of Community Nursing*, Dec2003; 8(12): 539-543.
- Altuntas, Y., Kement, M., Gezen, C., Eker, H., Aydin, H., Sahin, F., Okkabaz, N. & Oncel, M. 2012. The role of group education on quality of life in patients with a stoma. *European Journal of Cancer Care*. November 2012. 21(6):776-781.
- Benner, P., Tanner, C. & Chesla, C. 1999. *Asiantuntijuus hoitotyössä*. Juva: WSOY .
- Eloranta, S., Vähätalo, M., Rasmus, M., Elomaa, L. & Johansson, K. 2009. Avannepotilaan voimavaraistumista tukeva polikliininen ohjaus. *Tutkiva hoitotyö* Vol. 8(1), 2010. 4-11.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. *Ohjaus hoitotyössä*. Latvia: Livonia Print.
- Forsberg, K., Mooz, H. & Cotterman, H. 2003. Projektin hallinta – Malli kaupalliseen ja tekniseen menestykseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Heikkinen, K. (toim.) 2012. Kliinisen asiantuntijan roolin analysointi peppa-viitekehyksen avulla. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 130. Tampere: Tampereen yliopisto - Juvenes print Oy.
- Hiltunen, L. 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. *Tutki ja kirjoita*. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.
- <http://santra.vsshp.fi/johtaminen/strategia/Documents/VSSHP-strategia-2014-2016.pdf>
- Häggman-Laitila, A. 2009. Näyttöön perustuvaa hoitotyötä edistävät tekijät – systemoitu katsaus hoitotyöntekijöiden käsityksiin. *Tutkiva hoitotyö* Vol. 7 (2), 2009.4-12.
- Jokiniemi, K. 2014. Clinical nurse specialist role in finnish health care. Väitöskirja. Kuopio.
- Karjalainen, M. 2013. Sairaanhoidajan osaaminen matalan kynnyksen mielenterveyspalvelussa - Vastaanottotyötä tekevien näkemyksiä. Pro Gradu. Itä-Suomen yliopisto.
- Kedonpää, E. 1993. Avanneleikkauspotilaan selviytyminen kirurgisen hoidon jälkeen. Tutkielma, Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Koivukoski, S. & Palomäki, U. 2009. *Hoitotyön tiimikirja*. Sipoo: Silverprint.
- Koskela, L., Kettunen, J. & Lankinen, P. 2007. Viestintä verkostoissa ja innovaatioissa. Juva: WSOY. 144-145.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva hoitotyö* Vol. 6 (4), 10-15.
- Liimatainen, T. 2007. Avanneleikatun potilaan ja läheisen tuensaanti ja selviytyminen hoitajakson aikana läheisten kuvaamana. Pro gradu. Tampere.
- Lim, S., Chan, S. Lai, J. & He, H. 2015. A randomized controlled trial examining the effectiveness of a stoma psychosocial intervention programme on the outcomes of colorectal patients with stoma: study protocol. *Journal of Advancing Nursing*. June 2015, 71(6):1310-1323

- Löow, M. 2002. Onnistunut projekti: Projektijohtamisen ja –suunnittelun käsikirja. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Metcalf, C. 1999. Stoma care: empowering patients through teaching practical skills. *British Journal of Nursing*, 5/13/99; 8(9): 593-600.
- Mäkipää, S. & Korhonen, T. (toim.) 2011. Mistä asiantuntijuus muodostuu?. Teoksessa *Hoitotyön vuosikirja*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Nygren, P. & Nurminen, R. (toim.) 2011. Tulevaisuuden osaaminen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Raportteja 114. Tampere. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Pachler, J. & Wille-Jorgensen, P. 2012. Quality of life after rectal resection for cancer, with or without permanent colostomy. Online Publication Date: December 2012. Viitattu 17.4.2016.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY Kirjapainoyksikkö.
- Saarela, K. 2013. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoitajan kokemana. Pro gradu. Tampere.
- Saarnio, J., Huhtinen, H. & Grönroos, J. 2013. Ruuansulatuskanavan palliatiivinen kirurgia. *Dudecim* 2013 vol. 129 no. 4, 418-422.
- Salmelainen, U. 2008. Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa - Moniammatillinen asiantuntijayhteistyö ikäihmisten laitoshuoliossa kuntoutuksessa. *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 98. Kelan tutkimusosasto. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Salminen-Tuomaala, M., Kaappola, A., Kurikka, S., Leikkola, P., Vanninen, J. & Paavilainen, E. 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva hoitotyö* Vol. 8 (4), 21-28.
- Simmons, K., Smith, J., Bobb, K. & Liles, L. 2007. Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *Journal of Advancing Nursing*. December 2007. 60(6):627-635.
- Simonsen, N. 2013. Health promotion in local contexts and enabling factors. Väitöskirja. Helsinki.
- Sipilä, J. 1991. *Asiantuntija ja johtaja – Miten hallitsen nämä kaksi roolia?* Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Tau, L. & Chan, S. 2011. Exploring the quality of life and the impact of the disease among patients with colorectal cancer: A systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 9(54):2324-2378.
- Vehkalahti, K. 2014. *Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät*. Oy Finn Lectura Ab.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. *Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka*. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY Kirjapainoyksikkö.
- Viitala, R. 2005. *Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön*. Keuruu. Ota-van kirjapaino Oy.
- Virtanen, T., Rantanen, A. & Kaunonen, M. 2012. Polikliinisen hoitotyön autonomiaa edistävät tekijät. *Tutkiva hoitotyö* Vol. 10 (1), 13-21.
- Williams, Jenny. 2012. Patient stoma care: educational theory in practice. *British Journal of Nursing*, 7/12/2012; 21(13): 786-794.

Zibulski, K. 2014. Potilaiden arviointeja hoidon laadusta terveystieteiden tutkimuskeskuksien vuodeosastoilla. Pro Gradu. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Zitting, J. & Ilmarinen, K. 2010. Missä on lähipalvelu?: Lähipalvelukäsitteen määrittely ja käyttö julkisissa asiakirjoissa. Raportti / Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) = Report / National Institute for Health and Welfare no. 43 Helsinki : Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

KYSELYLOMAKE: AVANNEPOTILAAN HOITO JA OHJAUS – Hoitohenkilökunnan osaaminen

1. Työyksikkö:

Loimaan lähisairaalassa

Salon lähisairaalassa

Vakka-Suomen lähisairaalassa

2. Ammattinimike:

Sairaanhoitaja (sh, th, klö, esh, AMK)

Perus-/lähihoitaja

Muu, mikä?

3. Ikä: Asteikko

4. Työkokemus terveydenhuoltoalalta:

alle vuoden

1-3 vuotta

3-5 vuotta

5-10 vuotta

yli 10 vuotta

5. Olen työskennellyt nykyisellä osastolla:

alle vuoden

1-3 vuotta

3-5 vuotta

5-10 vuotta

yli 10 vuotta

6. Kuinka usein hoidat avannepotilasta? Rastita oikea vaihtoehto

__päivittäin

__viikottain

__kuukausittain

__harvemmin

__yksikössä ei hoideta avannepotilaita

Arvioi **kiinnostustasi** vastaamaan seuraavaan väitteeseen asteikolla 1–5

1=erittäin vähän, 2=melko vähän, 3=keskinkertainen, 4= melko paljon, 5= erittäin paljon

7. Työskennellä jatkossa avannepoliklinikalla
8. Hakeutua jatkossa avanteenhoidon jatkokoulutukseen
9. Osallistua jatkossa avanteenhoidon muihin lyhyempiin koulutuspäiviin

Arvioi osaamistasi avannepotilaan **hoidossa** asteikolla 1–5 kunkin alla olevan väittämän kohdalla (valitse vain yksi vaihtoehto).

1=erittäin huono, 2=melko huono, 3=keskinkertainen, 4= melko hyvä, 5= erittäin hyvä

10. Osaan erottaa eri avanteet (paksuoli-, ohutsuoli-, virtsa-avanne)
11. Osaan vaihtaa avannesidoksen
12. Osaan vaihtaa pussin kaksiosaisesta avannesidoksesta
13. Tiedän, milloin avannesidos pitää vaihtaa
14. Osaan valita potilaalle oikean avannesidoksen
15. Osaan ottaa huomioon potilaan mahdolliset rajoitteet avannesidoksen valinnassa (esim. hemiplegia)
16. Tunnistan mahdolliset sidosongelmat
17. Tunnistan mahdolliset avanteeseen liittyvät komplikaatiot
18. Tunnistan mahdolliset iho-ongelmat
19. Osaan hoitaa avanteen ympärysihoa
20. Osaan valita oikeat tuotteet iho-ongelmien hoitoon

Arvioi osaamistasi avannepotilaan **ohjauksessa** asteikolla 1–5 kunkin alla olevan väittämän kohdalla (valitse vain yksi vaihtoehto).

1=erittäin huonosti, 2=melko huonosti, 3=keskinkertaisesti, 4= melko hyvin, 5= erittäin hyvin

Osaan....

21. ...merkitä avanteen paikan ennen leikkausta
22. ...ohjata potilaalle, milloin avannesidos pitää vaihtaa
23. ...ohjata miten potilas tunnistaa mahdolliset iho-ongelmat
24. ...ohjata millä tuotteilla potilas hoitaa tarvittaessa avanteen ympärysihoa (esim. ihonsuoja-rengas)
25. ...ohjata potilasta ravitsemuksessa
26. ...ohjata, mihin potilas ottaa yhteyttä mahdollisissa ongelmatilanteissa

27. ...kertoa potilaalle avanteen aiheuttamista mahdollisista rajoituksista elämässä
28. ...varata potilaalle tarvittavat kontrollit avannehoitajalle
29. ...kertoa potilaalle, mistä hän saa avannesidoksia
30. ...kertoa potilaalle potilasyhdistyksen toiminnasta
31. ...kertoa potilaalle vertaistukitoiminnasta

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto/Terhy



SAATEKIRJE

22.5.2016

Opinnäytetyön nimi: AVANNEPOTILAAN HOITO JA OHJAUS – Hoitohenkilökunnan osaaminen
22.5.2016

Hyvä vastaaja

Kohteliaimmin pyydän sinua vastaamaan liitteenä olevaan kyselyyn, jonka tavoitteena on selvittää lähisairaaloiden (Loimaa, Salo ja Vakka-Suomi) kirurgisten osastojen ja poliklinikan hoitohenkilökunnan osaaminen avannepotilaan hoidossa ja ohjauksessa. Tarkoituksena on hyödyntää saatua tietoa lähisairaaloiden avannepoliklinikkatoiminnan suunnittelussa. Tämä aineiston keruu liittyy itsenäisenä osana ”Avannehoitajan vastaanotto lähisairaaloihin VSSHP:ssä” -projektiin. Lupa aineiston keruuseen on saatu....

Vastauksesi ovat arvokasta tietoa toiminnan kehittämisessä. Vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista. Kyselyn tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa tuloksista. Olisitko ystävällinen ja vastaisit Webropol-kyselyyn sähköisesti oheisen linkin kautta 25.9.2016 mennessä.

Tämä kysely liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on Yliopettaja Marjo Salmela Turun amk/Terveys ja hyvinvointi

Vastauksestasi kiittäen

Sanna Nyberg
Sairaanhoitaja/ yamk-opiskelija
nyberg.sanna@gmail.com

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto/Terhy



TUTKIMUSTIEDOTE

AVANNEPOTILAAN HOITO JA OHJAUS – Hoitohenkilökunnan osaaminen -tutkimus on osa Turun ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötä. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää lähisairaaloiden kirurgisten osastojen ja poliklinikoiden hoitohenkilökunnan osaaminen avannepotilaan hoidossa ja ohjauksessa. Tarkoituksena on hyödyntää saatua tietoa lähisairaaloiden avannepoliikkatoiminnan suunnittelussa. Tutkimusaineisto kerätään kyselytutkimuksena lähisairaaloiden hoitohenkilökunnalta (N=100). Aineiston keruu tapahtuu Webropa-kyselynä syyskuussa 2016. Tutkimukselle on saatu lupa...

Tutkimuksesta saa lisätietoja:

Sanna Nyberg
sairaanhoitaja/yamk-opiskelija
Kliininen asiantuntija
Puh. 0505428192
nyberg.sanna@gmail.com