



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Polikliinisen palovammapotilaan hoidon kehittäminen Töölön sairaalassa

Kuokkanen, Opri

2011 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Polikliinisen palovammapotilaan hoidon kehittäminen Töölön sairaalassa

Opri Kuokkanen
Sosiaali- ja terveysalan ylempi
ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan
koulutusohjelma
Joulukuu, 2011

Laurea-ammattikorkeakoulu
 Laurea Otaniemi
 Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma
 Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi AMK-tutkinto

Tiivistelmä

Kuokkanen, Opi

Polikliinisen palovammapotilaan hoidon kehittäminen Töölön sairaalassa

Vuosi 2011 Sivumäärä 84

Kehittämistyön tavoitteena oli uudistaa Töölön sairaalan polikliinisen palovammapotilaan hoito vastaamaan sekä kansallisia että kansainvälisiä hyviä käytänteitä. Kehittämistyö on osa laajempaa Jorvin sairaalan palovammakeskushanketta. Tutkimustehtävänä oli selvittää Töölön sairaalan palovammapoliklinikan hoitoprosessi, sen keskeisimmät kehittämisalueet ja verrata niitä kansainvälisiin käytänteisiin.

Kehittämistyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Lähestymistapana oli toimintatutkimus, jota tehtiin tiiviissä yhteistyössä palovammapotilaita hoitavan moniammatillisen tiimin kanssa. Aineiston hankintaan käytettiin havainnointia, mallintamista, benchmarkingia, innovointia sekä keskusteluja. Useiden eri menetelmien kautta pyrittiin saamaan kuva toimintaympäristöstä ja sen kehittämistarpeista sekä ideoida uudenlaisia, palovammapotilaan hoitoa parantavia toimintoja. Teoreettinen viitekehys muodostettiin palovammapotilaiden hoidon tarpeista. Kirjallisuutta käytettiin tiedon, vertailun ja ideoiden lähteinä. Eri menetelmin saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä ja aineiston päättelyssä käytettiin abduktiivista päättelyä.

Tutkimus toi esille tarpeen moniammatillisuuden laajentamisesta ja hoidon jatkuvuuden ja laadun kehittämisestä. Moniammatillista tiimiä laajennettiin niin, että nykyisten toimijoiden (plastiikkakirurgi, sairaanhoitaja, toimintaterapeutti ja fysioterapeutti) lisäksi uuteen tiimiin kuuluvat kipuhoitaja tai -lääkäri, psykiatrinen sairaanhoitaja, psykiatri, seksuaaliterapeutti, ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä ja sairaalapastori. Hoidon jatkuvuutta parantamaan potilaille suunniteltiin kotikansio, johon liitetään yksilölliset hoito-ohjeet ja eri ammattiryhmien esitteet. Kotikansion tavoitteena on viestiä jatkohoitopaikkaan palovammakeskuksen tavoitteesta hoitaa potilasta kokonaisvaltaisesti koko hoitoketjun ajan. Kotikansion ulkoasulla pyritään myös rohkaisemaan sekä potilasta että jatkohoitopaikkaa olemaan yhteydessä palovammakeskukseen, jotta hoidon tarpeisiin pystytään vastaamaan mahdollisimman varhain. Hoidon laatua kehittämään päätettiin aloittaa näyttöön perustuvien hoito-ohjeiden päivittäminen ja aktivoida potilaspalautteiden saantia.

Jatkotutkimus- ja kehittämisaiheiksi esitettiin uusien toimintojen seuraamista ja potilaiden elämänlaadun mittaamista, jotta saadaan tietoa uusien toimintojen vaikuttavuudesta ja kustannustehokkuudesta. Kehitettäväksi ehdotettiin myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä palovammapotilaiden hoidossa sekä palovammojen ennaltaehkäisytyötä.

Asiasanat: palovammapotilas, polikliininen hoito, moniammatillinen tiimi, kehittäminen

Laurea University of Applied Sciences
 Laurea Otaniemi
 Clinical Nurse Specialist, Master's Degree

Abstract

Kuokkanen, Opi

The Development of the Outpatient Care in Töölö Hospital Burn Centre

Year	2011	Pages	84
------	------	-------	----

The aim of this development work was to renew outpatient care in Töölö Hospital Burn Centre according to good international and national practices. This development work was part of the planning of the new national Jorvi Hospital Burn Centre. The study problems were to establish the present treatment process of the outpatient burn clinic and the major developmental needs and to compare them to the international good practices.

The development work was carried out as a qualitative study by using a functional research method. The functional research was carried out in close co-operation with the present multidisciplinary team of the burn centre. The methods in obtaining the material were observation, modelling, benchmarking, innovation and discussions. Through these different methods an overall picture of the working environment and the needs for development were found out. The theoretical frame of reference was developed from the need of the treatment of burn patients. The literature was used as the source for information, comparison and ideas. The material which was obtained with different methods was analysed with content analysis and abductive deduction.

In this study I found out the need both to extend the multidisciplinary burn team and to develop the continuity and the quality of the care. The present multidisciplinary outpatient team (plastic surgeon, nurse, occupational therapist and physiotherapist) was extended with a pain nurse or pain physician, psychiatric nurse, psychiatrist, sexual therapist, nutritionist, social worker and hospital clergyman. A special folder (HomeFolder) was planned to improve the continuity and the quality of the care. The aim of this HomeFolder is to express the object of the burn centre to be responsible for the patient throughout the whole treatment chain. The renewal of the treatment guidelines was started in order to develop the quality of the treatment and it was also decided to start the collection of patient feedback.

The follow up of these new ways to work and the measurement of the quality of life of the burn patients are needed to establish the effectiveness and cost efficiency of these new functions. Further research and development is also needed in the development of co-operation between the burn centre and community health care and also in the prevention of burn injuries in the community.

Keywords: burn patient, outpatient, multidisciplinary team, development

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Kehittämistyön tavoite ja tehtävät	9
3	Palovammojen hoito.....	10
	3.1 Palovammojen hoidon kehitys ja historia	10
	3.2 Hoitopaikan valintaan vaikuttavia tekijöitä.....	11
	3.3 Polikliinisesti hoidettavat palovammapotilaat	13
	3.4 Polikliinisen palovammapotilaan hoidon tarpeet.....	14
	3.4.1 Fyysiset hoidon tarpeet.....	14
	3.4.2 Psykkiset hoidon tarpeet.....	17
	3.4.3 Sosiaalisen tuen tarve	19
4	Kehittämistyön toteuttaminen.....	20
	4.1 Kehittämistyön toimintaympäristö	20
	4.2 Menetelmälliset valinnat	22
	4.3 Aineiston hankinta	23
	4.3.1 Havainnointi	23
	4.3.2 Mallintaminen	24
	4.3.3 Benchmarking	25
	4.3.4 Innovointi	25
	4.3.5 Keskustelut	26
	4.4 Aineiston käsittely ja analyysi.....	27
	4.5 Kehittämistyön eteneminen	30
5	Kehittämistyön tulokset.....	34
	5.1 Polikliinisen palovammapotilaan hoitoprosessi.....	34
	5.2 Keskeisimmät kehittämisalueet työryhmän kuvaamana	39
	5.2.1 Moniammatillisuuden kehittäminen	39
	5.2.2 Hoidon jatkuvuuden kehittäminen.....	40
	5.2.3 Hoidon laadun kehittäminen.....	41
	5.3 Nykyisen hoidon ja kehittämisalueiden vertailua kansainvälisiin käytänteisiin.....	42
	5.3.1 Moniammatillisuus.....	42
	5.3.2 Hoidon jatkuvuus	47
	5.3.3 Hoidon laatu.....	48
	5.4 Polikliinisen palovammapotilaan uudistettu hoito Töölön sairaalassa	50
	5.4.1 Laajennettu moniammatillinen tiimi	51
	5.4.2 Hoidon jatkuvuuden ja laadun kehittäminen	52
6	Kehittämistyön arviointi	54
	6.1 Eettisyys	54
	6.2 Luotettavuus	55

6.3 Tulosten tarkastelu	57
6.4 Pohdinta	60
6.5 Jatkotutkimus- ja kehittämisideat	61
Lähteet	63
Kuvat 68	
Taulukot	69
Liitteet	70

1 Johdanto

Yksi pahimpia onnettomuuksia, jonka ihminen voi joutua kohtaamaan, on vakava palovamma. Sen seurauksena ihminen saattaa joutua viikkoja kestäväan tehohoitoon ja vuosia kestäväan jatkohoitoon. Potilaan fyysiset ja henkiset voimavarat joutuvat äärimmäiselle koetukselle. (Weed & Berens 2005, 22.) Näkyvät fyysiset ja näkymättömät psyykkiset arvet kestävät pitkään ja voivat johtaa pysyvään invalidisoitumiseen. Palovammojen oikea hoito edellyttää kokenutta moniammatillista lähestymistapaa, joka kohdistuu kaikkiin palovammapotilaan kokemiin ongelmiin koko hoitoketjun ajan (Hettiaratchy & Dziewulski 2004a, 1366).

Sairaalahoitoa vaativia palovammoja tapahtuu Suomessa vuosittain noin tuhannelle henkilölle, joista 40 - 60 vaatii tehohoitoa. Pienempiä palovammoja on arvioitu tapahtuvan vuodessa kymmeniätuhansia. (Papp, Koljonen & Vuola 2007, 953). Tehohoitoa vaativat palovammat on valtaosin keskitetty Töölön sairaalan palovammakeskukseen, jossa hoidetaan noin 90 % ja Kuopion yliopistollisessa keskussairaalassa noin 10 % potilaista.

HUS, HYKS, Jorvin sairaalan yhteyteen on suunniteltu valmistuvaksi vuonna 2015 uusi valtakunnallinen palovammakeskus, jonne on tarkoitus keskittää kaikkien vakavien palovammojen hoito. (Jorvin sairaalan päivystyslisärakennus -hankeselvitys 2010, 29 - 33.) Kansainvälisten suositusten mukaan tarvitaan yksi palovammakeskus 3 - 10 miljoonaa asukasta kohti (Brychta & Magnoste 2011). Keskittämällä vaikeiden palovammojen hoito palovammakeskukseen, voidaan taata keskukseen riittävä potilasmäärä ja täten mahdollisuus riittävän hoidon laadun ylläpitämiseen (Brychta & Magnoste 2011). Palovammojen hoito on tehostunut ja yhä vaikeammista vammoista selvittää hengissä (Herndon & Blakeney 2007, 9). Samaan aikaan osastohoidossa potilaiden hoitoajat ovat lyhentyneet, mikä puolestaan on lisännyt polikliinisen hoidon tarvetta ja vaativuutta (Moss 2004, 109; Hartford & Kealey 2007, 67). Keskimääräinen kokonaishoitoaika palovammapotilailla on noin kaksi vuotta (J. Vuola, suullinen tiedonanto 24.3.2011).

Palovammapotilaiden fyysisten ongelmien, kuten esimerkiksi haavojen, arpjen ja liikeratojen hoito on Suomessa korkeatasoista, mutta tämän lisäksi potilaat tarvitsevat apua myös muilla osa-alueilla, muun muassa sosiaalisten ja psyykkisten ongelmien hoidossa. Palovammapotilaat saavat tukea osastohoidon aikana, mutta monet ongelmat nousevat usein esille vasta potilaan kotiuduttua. Muuttunut kehonkuva ja toimintakyky aiheuttavat rajoituksia usein sosiaalisen elämän puolella, mikä näkyy esimerkiksi potilaiden eristäytymisenä ulkomaailmasta. (Palmu 2010, 17 - 18.)

Suomen lainsäädännössä (Terveystieteidenlaki 1326/2010), sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa (KASTE) (STM 2008, 52 - 54) sekä sosiaali- ja terveysministeri-

ön tulevaisuuskatsauksessa (STM 2010) pyritty ohjaamaan hoitoa laadukkaana, kustannustehokkaan ja vaikuttavan järjestelmän suuntaan.

Toukokuussa 2011 voimaan astuneen Terveystieteiden lain (1326/2010) tarkoituksena on muun muassa edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta. Lailla pyritään myös vahvistamaan terveydenhuollon laadukasta ja turvallista hoidon kokonaisuutta eri ammattiryhmien välisellä yhteistyöllä sekä hoito- ja toimintatapoja kehittämällä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa on yhtenä päätavoitteena uudistaa toimintatapoja siten, että ne edistävät hyvinvointia ja terveyttä. Laadun ja kustannustehokkuuden parantamiseksi tulee kiinnittää huomio palvelujen vaikuttavuuteen, ongelmien ennaltaehkäisyyn, peruspalvelujen vahvistamiseen, palvelurakenteiden ja asiakasprosessien kehittämiseen sekä uuden teknologian käyttöönottamiseen esimerkiksi etäkonsultaatioita hyödyntäen. (STM 2008.) STM:n tulevaisuuskatsauksen mukaan painopistettä siirretään ennaltaehkäisevään toimintaan niin, että palvelujärjestelmä auttaa varhain ja tehokkaasti. Eri ammattiryhmien ehkäisevän työn osaamista tulee vahvistaa ja yhtenäistää toimintamalleja sekä menetelmiä. (STM 2010, 12.)

Tämän kehittämistyön aihe valittiin sen ajankohtaisuuden vuoksi. Jorvin sairaalan yhteyteen tulevan uuden valtakunnallisen palovammakeskuksen suunnittelutyö aloitettiin syksyllä 2010, ja palovammakeskukseen rakennetaan nykyaikaiset, tulevaisuuden tarpeita vastaavat tilat. Töölön sairaalan palovammaosaston osastonhoitaja ehdotti palovammapoliklinikan kehittämiseen liittyvää hanketta, joka on osa Jorvin sairaalan päivystyslisärakennuksen toisen kerroksen palovammakeskushanketta.

Oma kiinnostukseni palovammapotilaiden hoitoon sai alkunsa vuonna 1997, kun päivitin sairaanhoitajan tutkintoani AMK -tutkinnoksi. Suoritin koulutukseen liittyvän harjoittelun Töölön sairaalan palovammaosastolla, jonka jälkeen olen jatkanut yhteistyötä heidän kanssaan. Tämä YAMK -kliinisen asiantuntijan opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksena, jonka tavoitteena on kehittää polikliinisten palovammapotilaiden hoitoa.

2 Kehittämistyön tavoite ja tehtävät

Tämän kehittämistyön tavoitteena on uudistaa polikliinisen palovammapotilaan hoito Töölön sairaalan palovammapoliklinikalla vastaamaan sekä kansallisia että kansainvälisiä hyviä käytänteitä. Tavoitteeseen pyritään vastaamalla seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millainen on nykyinen polikliinisen palovammapotilaan hoitoprosessi Töölön sairaalassa?
2. Mitkä ovat keskeisimmät polikliinisen palovammapotilaan hoidon kehittämisalueet Töölön sairaalassa työryhmän kuvaamina?
3. Miten Töölön sairaalassa polikliinisen palovammapotilaan nykyinen hoito ja työryhmän kuvaamat kehittämisalueet vastaavat kansainvälisiä käytänteitä?
4. Millainen on polikliinisen palovammapotilaan uudistettu hoito Töölön sairaalassa?

Tässä työssä käytetään termejä opinnäytetyö ja kehittämistyö. Opinnäytetyö on YAMK-opintoihin liittyvä teoreettisen ja työelämässä hankittuun tietoon perustuva kehittämistehtävä. Kehittämistyö on työelämän tarpeista lähtenyt kehittämistoimintaa, jossa pyritään työelämästä nousseen ongelman tai haasteen ratkaisemiseen. (Laurea 2008, 3 - 4.) Kehittämistyöllä tarkoitetaan palovammapoliklinikan tarpeista lähtenyt toiminnan kehittämistä.

3 Palovammojen hoito

3.1 Palovammojen hoidon kehitys ja historia

Ensimmäiset palovammahoitoon liittyvät viitteet on löydetty jo 1500 vuotta ennen ajanlaskumme alkua Neanderthalin ihmisten luolamaalauksista. Egyptiläisissä papyruskääröissä on neuvoja hunajan ja pihkan käytöstä palovammojen hoidossa. Palaneiden alueiden ekskiisiot (poisto) on mainittu kirjallisuudessa 1500-luvulla ja kontraktuurien (jäykistymä, kutistuskouristuma) hoitoa kuvattiin saksalaisen kirurgin Guilhelmus Fabricius Hildanuksen vuonna 1607 julkaistussa *De Combustionibus* -teoksessa. Dupuytren puolestaan kuvasi palovammojen syvyysluokituksen 1800-luvun alussa ja kyseinen luokitus on edelleenkin käytössä. (Barrow & Herndon 2007, 1.)

Palovammapotilaiden moniammatillisen hoitotiimin tarpeellisuuden osoitti amerikkalainen lääkäri Truman G. Blocker Jr. jo vuonna 1947, kun Texas Cityn satamassa räjähti kaksi rahatialusta. Onnettomuudessa kuoli 560 henkeä ja yli 3 000 sai eriasteisia palovammoja. Tohtori Blocker tiimeineen toimi Texas Universityn yliopistosairaalassa Galvestonissa, jonne tuotiin potilaita onnettomuuspaikalta kuorma-autolasteittain. Truman ja hänen vaimonsa Virginia Blocker seurasivat onnettomuuden uhreista yli 800a palovammapotilasta yhdeksän vuoden ajan ja julkaisivat aiheesta useita artikkeleita. (Barrow & Herndon 2007, 1.)

Ensimmäiset edistyneet palovammakeskukset perustettiin Iso-Britanniaan edistämään potilaiden hoitoa (nursing care). Yhdysvaltoihin perustettiin ensimmäiset palovammakeskukset 1947 Virginian yliopiston sairaalaan sekä Yhdysvaltojen armeijalle. Jälkimmäisessä näistä (US Army Institute of Surgical Research) havaittiin, että palovammojen hoidossa moniammatillinen työryhmä on välttämättömyys. (Herndon & Blakeney 2007, 9.)

Palovammapotilaiden elämän laadun mittaaminen alkoi systemaattisesti 1970-luvulla, kun Andrew M. Munster kiinnostui aiheesta. Burn Specific Health Scale (BSHS) julkaistiin ensimmäisen kerran vuonna 1979 ja otettiin pian yleiseen käyttöön. Tätä palovammapotilaiden elämänlaatu-mittaria on sen jälkeen uudistettu useaan otteeseen ja sen käyttö on laajentunut myös lapsipotilaisiin. (Barrow & Herndon 2007, 1.)

Merkittäviä virstanpylväitä ja kehitysalueita palovammojen hoidossa ovat olleet myös nestehoidon kehittäminen, joka on edennyt harppauksin ensimmäisistä 1940-luvulla kehitetyistä laskukaavoista nykyhetkeen. Vielä 1960- ja 1970-luvuilla 60 - 80 % yli 50 %:n palovammoja saaneista potilaista kuoli infektiin. Paikallisantibiottien käyttö on vähentänyt kuolleisuutta huomattavasti. Ravitsemuksen tukeminen runsaskalorisella ruokinnalla aloitettiin jo 1900-luvun alkupuolella ja 1970-luvulla suositeltiin vuorokautiseksi energiamääräksi jopa 8 000

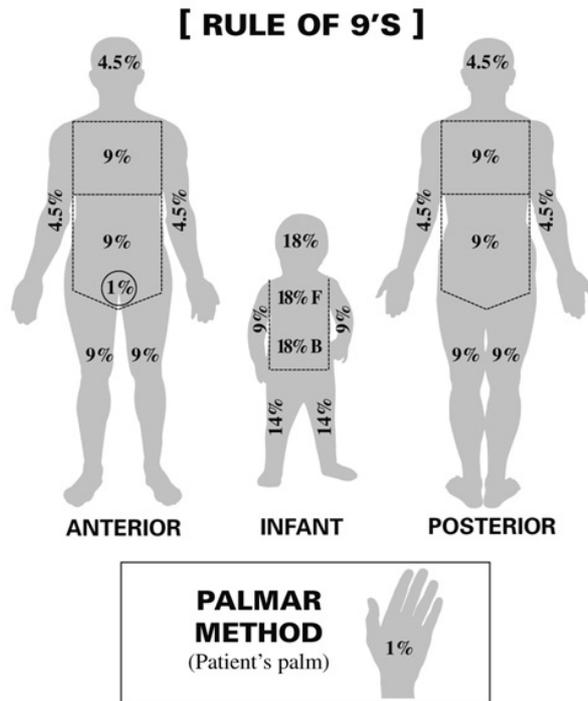
kcal. Hengityspalovammojen hoito, varhaiset ekssiisit ja ihonsiirrot ovat myös kehittyneet viime vuosikymmeninä. (Barrow & Herndon 2007, 1 - 7.)

3.2 Hoitopaikan valintaan vaikuttavia tekijöitä

Palovammassa iho, hengityselimet ja muut elimet tuhoutuvat osittain tai täydellisesti lämpöenergian seurauksena. Syynä voivat olla liekit, höyry, kuumat nesteet, kosketus kuumiin esineisiin, räjähdys tai sähkövirta. Palovammaksi kutustaan myös säteilyn tai kemiallisen aineen aiheuttamia syöpyimiä. (Herndon 2007; Hettiaratchy & Dziewulski 2004b, 1427 - 1429.)

Palovammojen laajuuden ja syvyyden määrittäminen ovat tärkeitä oikean hoitopaikan määrittämisen ja hoitoon ohjauksen vuoksi. Palovammojen hoidon ja jatkoseurannan keskittäminen asiantuntevalle taholle minimoi kivun ja infektioiden riskin ja mahdollistaa haavojen paranemisen optimiajassa. Arvioitaessa soveltuvuutta polikliiniseen hoitoon on huomioitava sekä palovamman laajuus ja syvyys että vamman sijainti. Myös vamman aiheuttaja, esimerkiksi sähköpalovamma tai kemikaalivamma, vaikuttavat arvioon. (Moss 2004, 110 - 111; Hartford & Kealey 2007, 67 - 70.) Pahoinpitelyä epäiltäessä (esimerkiksi lasten palovammat) potilas tulee pitää osastohoidossa, kunnes tilanne on selvitetty (Moss 2004, 110).

Palovamman laajuus määritetään palaneen alueen osuudesta koko kehon pinta-alasta prosentteina. Kirjallisuudessa käytetään lyhennettä TBSA (total body surface area). Laajuuden määrittämisessä käytetään yhdeksän prosentin sääntöä, jossa potilaan kämmenen laajuus vastaa 1 %, yksi yläraaja 9 % ja alaraajat kaksi kertaa 9 % kehon pinta-alasta. (Papp 2009; Benson, Dickson & Boyce 2006, 24.)



Kuva 1: Palovamman laajuuden arviointi (njburncenter 2011)

Palovamman syvyys riippuu sekä lämpötilasta, jolle kudokset altistuu, että kontaktiajasta. Palovamma syvenee 2 - 3 vuorokauden ajan vamman sattumisesta, minkä vuoksi syvyyssarvio tulee tehdä uudelleen syvenemisvaiheen jälkeen. Polikliinisesti hoidettavan palovammapotilaan kohdalla tämä tarkoittaa sitä, että potilas tulee tapaturman jälkeen vammojen syvyyssarvioon noin kolmen vuorokauden kuluttua. Pinnallinen vamma paranee 2-3 viikossa, jonka jälkeen on hyvä tehdä vielä lopullinen syvyyssarvio. Syvän palovamman paraneminen kestää kauemmin ja vaatii yleensä leikkaushoidon sekä sen jälkeisen arpihoidon. Palovamman syvyyden ja laajuuden lisäksi vammamekanismi vaikuttaa oikean hoitolinjan valintaan. (Hettiaratchy & Papini 2004, 101 - 103; Papp 2009.)

Avohoidossa ja polikliinisesti voidaan hoitaa enintään 10 % (lapset 5 %) kehon pinta-alasta kattavat pinnalliset palovammat. Enintään 20 % (lapset 10 %) kehon pinta-alasta kattavat, selkeästi pinnalliset palovammat voidaan hoitaa terveyskeskusten vuodeosastolla tai aluesairaalassa. Keskussairaaloissa voidaan hoitaa aikuisten alle 10 % peittävät syvät palovammat ja yliopistosairaaloissa alle 20 % (10 % lapsilla) peittävät syvät palovammat. Palovammayksikköön tulee ohjata potilaat, joilla on syvää palovammaa yli 20 % (lapset yli 10 %) kehon pinta-alasta, ja/tai jos palovamma sijaitsee kasvojen, käsien tai isojen nivelten alueella. Myös syvät genitaalialueiden palovammat ja palovammapotilaat, joilla palovammaan liittyy myös muita vammoja, tulee hoitaa palovammayksikössä. (Taulukko 1.) (Papp 2009.)

Hoitopaikka	Vamman laajuus ja syvyys
Polikliininen hoito	<10 % pinnalliset vammat aikuisilla < 5 % pinnalliset vammat lapsilla
Terveyskeskuksen vuodeosasto	<20 % aikuisilla pinnalliset vammat <10 % lapsilla pinnalliset vammat
Keskussairaala	<10 % syvät vammat aikuisilla
Yliopistosairaala	<20 % syvät vammat aikuisilla <10 % syvät vammat lapsilla
Palovammayksikkö	>20 % aikuisilla >10 % lapsilla hengitystiepalovammat, jos palovammaan liittyy muita vammoja

Taulukko 1: Palovammojen hoitopaikan valinta vamman laajuuden ja syvyyden mukaan (Mukaillen Papp 2009.)

Kansainväliset suositukset Yhdysvalloissa (American Burn Association, ABA), Australiassa (Australian and New Zealand Burn Association, ANZBA) ja Euroopassa (European Burn Association, EBA) vastaavat läheisesti Terveystieteen antamia suosituksia palovammapotilaiden hoitopaikasta (Papp 2009).

3.3 Polikliinisesti hoidettavat palovammapotilaat

Palovammapoliklinikoilla hoidetaan sekä akuutteja palovammoja että vakavimpien palovammojen jälkeisiä kontroleja. Edellä esitetyn hoitopaikan määrittämisen mukaan akuutteja palovammoja voidaan hoitaa polikliinisesti, jos aikuispotilailla pinnalliset palovamman käsittävät enintään 10 % ja lapsilla 5 % kehon pinta-alasta. Akuutin polikliinisesti hoidettavan palovammapotilaan hoidon tavoitteena on haavan suojaaminen ja paraneminen, asianmukainen kipulääkitys sekä nopea kuntoutus, johon kuuluu myös nopea työelämään tai kouluun palaaminen (Moss 2004, 109).

Akuutin palovamman polikliiniseen hoitoon soveltavuuteen vaikuttaa palovammojen syvyyden ja laajuuden lisäksi myös potilaan yleiskunto, aikaisemmat sairaudet tai pitkäaikaissairaudet kuten diabetes, immunosuppressiivinen lääkitys (immuunipuutosta heikentävät lääkkeet, kuten esimerkiksi kortikosteroidit, joita käytetään esimerkiksi reumataudeissa tai elinsiirtoihin liittyvien hylkimisreaktioiden estoon), sydän-, keuhko- tai verenkiertoelinten sairaus, munuaisten vajaatoiminta, päihteiden käyttö tai huomattava ylipaino. Edellä mainitut asiat saattavat haitata paranemista huonontamalla verenkiertoa ja lisäämällä infektioherkkyyttä, ja tä-

män vuoksi potilas saattaa tarvita osastohoitoa kunnes tilanne on saatu vakaaksi. (Moss 2004, 109.)

Polikliinisen palovammapotilaan kohdalla tulee selvittää hänen asuinolosuhteidensa sopivuus avohoitoon. On selvitetävä, asuuko potilas omakotitalossa, kerrostalossa vai asuntolassa tai onko hän koditon tai onko hänen asuntonsa huonossa kunnossa. Asuuko hän yksin, pystyykö hän itse suoriutumaan hoidosta tai onko hänellä joku, joka voi auttaa päivittäistoiminnoissa ja esimerkiksi sidevaihdoissa? Onko potilaalla mahdollisuus käydä poliklinikkakontrolleissa ja kuinka pitkä matka hänellä on kontrollikäynnille? Myös potilaan tai hänen omaisensa mielen-terveys- tai päihdeongelma vaikeuttavat kotona olemista ja hoidon onnistumista. (Moss 2004, 110.)

Suurin osa palovammoista hoidetaan polikliinisesti ja vain hankalimmat tapaukset päätyvät osastohoitoon. Yhdysvalloissa on viime vuosikymmenen alkupuolella sattunut vuosittain noin 700 000 terveydenhuollon ammattilaisen hoitoa vaativaa palovammaa, joista noin viisi prosenttia tarvitsi sairaalahoitoa. (Hartford & Kealey 2007, 67.) Suomessa tapahtuu vuosittain noin kymmenentuhatta avohoidossa hoidettavaa palovammaa ja tuhat sairaalahoitoa vaativaa palovammaa (Papp, Koljonen & Vuola 2007, 953).

Yhdysvalloissa palovammojen polikliinisen hoidon määrä on kasvanut ja osastohoitojaksojen määrä on vähentynyt. Polikliinisen hoidon lisääntymisellä on kyetty lyhentämään myös osastohoitojaksoja. Lyhyemmän osastohoidon etuina ovat sekä pienemmät kustannukset että pienentynyt riski saada sairaalainfektioita. Nopeampi paluu tuttuun ympäristöön edistää myös psyykkistä toipumista. (Moss 2004, 109; Hartford & Kealey 2007, 67.)

3.4 Polikliinisen palovammapotilaan hoidon tarpeet

3.4.1 Fyysiset hoidon tarpeet

Alkuvaiheessa palovammahoidon pääpaino keskittyy potilaiden fyysisiin ongelmiin, kuten haavojen hoitoon ja fyysiseen kuntoutumiseen, mutta muutkin asiat vaikuttavat heidän paranemiseensa jo tässä varhaisessa vaiheessa. Hoidon päämääränä tulisi olla potilaiden tyytyväisyys lopputulokseen ja elämään vamman jälkeen. (Low 2007, 13 - 26.)

Selviäminen hengissä vakavasta palovammasta on potilaille vasta ensimmäinen askel pitkässä prosessissa. Kotiutumisen yhteydessä potilaat aloittavat uudelleen sopeutumisen yhteiskuntaan ja paluun sellaiseen elämään, jota haluavat elää. Tämä vaihe tarkoittaa jatkuvaa polikliinistä kuntoutusta ja mahdollisesti myös erilaisia toimenpiteitä, esimerkiksi haavahoitoja ja leikkauksia. Tänä aikana potilaat kohtaavat rajoituksia toimintakyvyssään, kun he eivät esi-

merkiksi kykene käyttämään käsiään tai heidän liikkumisensa on rajoitettua. Kuntoutusprosessin aikana potilaille muodostuu ymmärrys toimintakyvystään ja samanaikaisesti he sopeutuvat vammansa aiheuttamiin käytännön rajoituksiin. (Wiechman & Patterson 2004, 393; Low 2007, 13.)

Vakavan palovamman saaneella potilaalla fyysisen kuntoutus alkaa jo akuutin ja tehohoidon aikana jatkuen koko hoitoketjun ajan polikliiniseen ja kotona tai kotikunnassa tapahtuvaan hoitoon saakka. Fysioterapeuttien vastuu alkuvaiheessa liittyy turvotuksen hoitoon, hengityksen avustamiseen, asentohoitoon sekä liikkuvuuden ja toiminnallisuuden ylläpitoon. Potilasta tulee kannustaa alusta asti ottamaan vastuuta omasta hoidostaan ja työskentelemään sen eteen mahdollisuuksien rajoilla. Jos potilasta ei kannusteta jatkuvaan harjoitteluun, toiminnallinen tulos huononee. (Edgar & Brereton 2004, 343 - 345.)

Nivelten liikkuvuudesta huolehtimiseen alusta alkaen on tärkeää. Jännevaurioiden, murtumien sekä kudosisirtojen jälkeen käytetään immobilisaatiota ja yksilöllisiä lastoja, joilla estetään virheasentojen muodostuminen. Lastoja käytetään vain tarvittava aika huolehtien samalla, etteivät ne aiheuta ihoon painevaurioita. (Edgar & Brereton 2004, 343 - 344; Serghiou, Ott, Farmer, Morgan, Gibson & Suman 2007, 620 - 621.)

Palovammojen hoidossa turvotuksen esto- ja poistohoidolla on merkittävä osuus. Turvotuksen kertyminen kudoksiin saattaa aiheuttaa palovamman syvenemistä. Fysioterapeutin ja muun henkilöstön antaman, turvotusta vähentävän hoidon apuna käytetään erilaisia menetelmiä, kuten turvotusta poistavia tukisidoksia, painetekstiilejä, liikehoitoja, rytmisiä pumppausharjoituksia ja kohoasentoja. (Edgar & Brereton 2004, 343 - 344.)

Palovammapotilaiden kuntoutus on aktiivisen hoidon jatkumo. Akuuttihoitoon ja kuntoutuksen välillä ei pitäisi olla lainkaan raja-aitaa. Fysioterapia aloitetaan mahdollisimman pian ja sen tulee jatkua koko kuntoutumisen — mahdollisesti jopa koko loppuelämän — ajan. Polikliinisen hoidon vaiheessa fysioterapeutin toimenkuvassa korostuu myös ulkopuolisen jatkohoidon, esimerkiksi terveyskeskuksen fysioterapian jatkuva ohjeistus ja hoidon riittävyyden varmistaminen. Ohjeistus tulee antaa sekä suullisesti että kirjallisesti ja tarvittaessa ohjaamalla muilla ohjausmenetelmillä. (Serghiou ym. 2007, 638 - 649; Edgar & Brereton 2004, 345.)

Toimintaterapeutit huolehtivat palovammapotilaiden arpihoidon suunnittelusta ja toteutuksesta. Arpien hoito vaikuttaa paitsi toiminnalliseen, myös esteettiseen lopputulokseen ja on ensiarvoisen tärkeää tulevan elämänlaadun kannalta. Arven muodostukseen vaikuttavat sekä ulkopuoliset että potilaasta riippuvat tekijät. Ulkopuolisia asioita ovat esimerkiksi välitön ensiapu, nestehoidon toteutus, asentohoidot sairaalassa, kirurgia, haavahoidot sekä muut sidok-

set. Potilasriippuvaisia tekijöitä ovat puolestaan hoitomyönteisyys kuntoutusprosessiin, motivaation aste, ikä, ihon pigmentaatio ja mahdollinen raskaus. (Edgar & Brereton 2004, 345.)

Arpihoidon perusmenetelmänä käytetään painetekstiilejä ja sidoksia, jotka valitaan potilaan yksilöllisten vaatimusten ja toteutettavan kirurgisen hoidon mukaan. Painetekstiilit kestävät vain rajoitetun ajan, koska kudoksen koko saattaa muuttua turvotuksen vähentyessä ja potilaan painon muuttumisen mukaan. Suositeltavaa on, että potilaalle sovitetaan uudet painetekstiilit noin kolmen kuukauden välein. Mikäli painetekstiilihoito ei ole riittävää arpihoidossa, voidaan sen lisäksi käyttää myös muita menetelmiä, kuten hierontaa, ihoa kosteuttavia voiteita, silikonilevyjä ja muovailtavia elastomeerilevyjä. Potilasta valistetaan myös ihon rasvauksen tarpeellisuudesta sekä auringon välttämisestä. (Serghiou ym 2007, 634 - 638; Edgar & Brereton 2004, 345; Greenhalgh 2007, 591.)

Palovammapotilaan hoitoon liittyy tyypillisesti kipua. Kaikkein kivuliaimpia haavoja ovat toisen asteen pinnalliset palovammat, joissa tuntohermojen päät ovat toimivia, mutta vailla suojaa ihon uloimman kerroksen eli epidermisen menetyksen takia. Palovammakipu on aluksi voimakasta, mutta vähenee, kun haava peitetään sidoksilla, jotka suojaavat myös hermonpäätteitä. Kipu pahenee kuitenkin sidevaihtojen ja fysioterapian yhteydessä, jolloin kipulääkityksen riittävyydellä ja sopivuudella on tärkeä merkitys. (Hartford & Kealey 2007, 70 - 71.)

Jotta fysioterapiassa ja liikkumistavoitteissa voidaan saavuttaa tuloksia, on asianmukaisesta kivunhoidosta huolehdittava joka vaiheessa. Kipulääkehoidon tavoitteena on pitää kivun taso sellaisena, että potilas pystyy suoriutumaan tarvittavasta liikunnasta ja päivittäistoiminnoista kaikkina aikoina. Eri kipulääkkeiden, kuten parasetamolin, NSAID-lääkkeiden, tramadolon ja hitaasti vapautuvien opioidivalmisteiden kombinoitulla käytöllä voidaan vähentää läpilyöntikivussa tarvittavien opioidien määrää. Kodeinia ei suositella sen suoliston liikkuvuutta huontavan vaikutuksen vuoksi. Myös ihon läpi tapahtuvaa sähköistä hermostimulaatiota (transcutaneous electrical nerve stimulation, TENS) voidaan käyttää kivun hallinnassa apuna. (Edgar & Brereton 2004, 343.)

Pitkäaikainen kipua on yleinen ongelma palovammojen yhteydessä, ja kivun kokemisen on todettu olevan monitahoinen ongelma, johon ei vaikuta vain itse sensorinen ärsyke vaan myös potilaan motivaatio ja henkilökohtainen tapa kohdata ja käsitellä asioita. Käytännön kokemukset viittaavat, että jännittyneisyys, depressio ja kipua ovat yhteydessä toisiinsa, mutta niiden syy- ja seuraussuhteet eivät ole selkeitä. (Van Loey & Van Son 2003, 255.)

Kutina on kivun lisäksi hyvin yleinen palovammapotilaiden elämää haittaava oire. Kutinan yleisyys vaihtelee eri tutkimusten mukaan 17 - 87 %:n välillä (Low 2007, 39; Vitale, Fields-Blanche & Luterman 1991, 330). Kutinaa välittävien hermojen toimintaa voidaan hillitä kivul-

la, kuten esimerkiksi raapimalla. Kääntäen tämä voidaan tulkita siten, että opioidikipulääkkeiden vähentäessä kipuaistimusta, kutina voi pahentua. (Schmeltz 2002, 93.)

Palovammapotilaiden ravitsemustilan arviointi on tärkeää, koska se voi vaikuttaa merkittävästi haavojen paranemiseen sekä potilaan koko kuntoutumisprosessiin. Palovammapotilaan energiantarve on palovamman jälkeen huomattavasti kohonnut ja lapsilla tämä kohonnut energiantarve painokiloa kohden on vieläkin suurempi. Energiatarpeen arviointiin on kehitetty useita laskentakaavoja, jotka kuitenkin tuntuvat yliarvioivan energiankulutuksen verrattuna epäsuoralla kalorimetrialla saatuun kulutukseen. (Chan & Chan 2009, 262.)

Energialähteinä ravinnossa ovat hiilihydraatit, rasva ja valkuaisaineet, joiden keskinäinen suhde täytyy kuitenkin arvioida tilanteen mukaan. Liian iso hiilihydraattimäärä johtaa rasvan muodostukseen lisäten hapen kulutusta ja hiilidioksidin muodostumista. Insuliinin käyttö vähentää hyperglykemian oireita ja parantaa energian hyväksikäyttöä. Hengitysongelmia voidaan jossain määrin hoitaa korvaamalla hiilihydraatteja rasvalla. Rasvat puolestaan ovat erinomainen energianlähde, mutta suuri rasvamäärä voi hidastaa palovamman paranemisprosessia. Samoin suuri rasvamäärä voi huonontaa immunologista reagoitua ja lisätä infektioherkkyyttä. (Chan & Chan 2009, 262 - 264.)

3.4.2 Psykkiset hoidon tarpeet

Monet palovammapotilaista kärsivät post-traumaattisesta stressihäiriöstä (PTSD, post-traumatic stress disorder), jolla tarkoitetaan trauman psyykkisiä ja somaattisia jälkireaktioita. PTSD-oireet ilmenevät muun muassa väkisin mieleen tulevana muistikuvina, painajaisina, tunne-elämän turtuneisuutena ja asioiden välttämisenä. (Low 2007, 22; Thomas, Meyer & Blankeney 2007, 824.) Eri tutkimusten mukaan on todettu, että PTSD-oireista kärsii 13 - 45 % potilaista (Van Loey & Van Son 2003, 254). Vaikeista PTSD-oireista puolestaan kärsii yksi kolmasosa potilaista yhdestä kahteen vuoteen (Van Loey, Faber & Taal 2001b, 103). PTSD voi olla myös erittäin pitkäaikainen ja elämää häiritsevä sairaus, joka kestää keskimäärin 20 vuotta ja potilaan työkyky kärsii keskimäärin kerran viikossa sen vuoksi (Kessler 2000, 4).

Palovammapotilaiden, joilla on PTSD, on todettu hakevan herkemmin apua somaattisiin oireisiin, kuten kipuun, vatsa-suolisto -oireisiin ja unihäiriöihin (Davidson 2001, 586). Low (2007, 41 - 57) totesikin väitöskirjassaan, että kysymystä painajaisunien esiintymisestä voidaan käyttää PTSD -oireiden seulontatestinä. Palovamman jälkeisen depression riskiä voidaan myös brittitutkijoiden mukaan kartoittaa yksikertaisella kysymyksellä, miten positiivisena potilaat näkevät tulevaisuutensa (Tedstone, Tarrier & Faragher 1998, 412).

Suurella osalla palovammapotilaista on todettu olevan psykiatrisia ongelmia. Ruotsissa tehdyn tutkimuksen mukaan kahdella kolmasosalla oli ainakin yksi elinikäinen psykiatrinen diagnoosi: vakava masennus 41 %:lla, alkoholiongelma 32 %:lla, erilaisia pelkotiloja 16 %:lla ja paniikkihäiriö 16 %:lla. Näillä samoilla potilailla oli myös suurempi riski saada psykiatrisia ongelmia palovamman jälkeen. (Dyster-Aas, Willebrand, Wikelhult, Gerdin & Ekselius 2008, 1351.) Vastaaviin tuloksiin päätyi myös Palmu (2010, 51 - 69) Helsingin palovammakeskuksen potilaiden psykiatrista tilaa selvittäneessä väitöskirjassaan. Useiden mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys ylitti selvästi väestön keskimääräiset arvot ja toisaalta itse aiheutettujen palovammojen määrä (6 %) oli korkeampi kuin useimmissa länsimaissa.

Palovammojen laajuudella on todettu olevan yhteys psykiatrisiin ongelmiin. Palmun (2010, 61 - 62) väitöskirjatutkimuksen mukaan yli 20 % (TSBA) palovammoja saaneilla oli enemmän mielenterveyshäiriöitä kuin pieniä palovammoja saaneilla potilailla. Toisaalta Iso-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että jopa alle yhden prosentin ihon pinta-alasta peittävän palovamman jälkeen potilas saattaa kärsiä merkittävistä psykiatrisista oireista (Tedstone ym. 1998, 412).

Kirjallisuudesta löytyy useita tutkimuksia, joissa on selvitetty palovammakeskusten antamaa psyykkistä hoitoa sekä potilaan ollessa potilaana sairaalassa, että polikliinisen jatkohoidon aikana. Van Loey, Faber & Taal (2001a) sekä Wisely & Tarrier (2001) toteuttivat 2000-luvun alussa, erilliset, samat tutkimuskysymykset sisältävät tutkimukset 25:ssä Euroopan maassa. Tutkimuksissa käytettiin täsmälleen samaa kyselyä, jota oli aikaisemmin käytetty Yhdysvalloissa ja Kanadassa. Kysely lähetettiin 170:lle Euroopan palovammakeskuksen johtajalle, jossa kartoitettiin 11 kysymyksellä palovammapotilaille tehtyä psyykkistä arviointia, heidän saamaansa konsultaatioita tai terapiaa akuutin, rekonstruktivisen ja polikliinisen hoidon aikana. Vastauksia saatiin 103 palovammakeskuksesta. Kyselyn tuloksista ilmeni, että keskimäärin alle 20 % potilaista oli saanut psyykkistä apua. (Van Loey ym. 2001a, 26 - 27.) Englannissa, Manchesterissa kysely toi ilmi, että ainoastaan kuudella prosentilla palovammapotilaista oli ollut kontakti psykiatriin tai psykologiin sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Suurimman osan henkisesti avusta antoivat joko muut terveydenhuollon ammattilaiset tai potilaan omat perheenjäsenet. (Wisely & Tarrier 2001, 804.)

Kun eurooppalaisten keskusten kyselyn tuloksia verrataan vastaavan kyselyn tuloksiin Yhdysvalloissa, voidaan todeta, että Euroopassa tilanne psyykkisen hoidon saatavuuden osalta on paljon huonompi: Yhdysvalloissa sairaalat raportoivat, että psyykkistä apua saa 60 - 100 % palovammapotilaista. Hoitoa antavien henkilöiden tausta tosin vaihtelee: Yhdysvalloissa psyykkistä hoitoa antavat sosiaalityöntekijät (68 %), psykologit (55 %) ja sairaanhoitajat (42 %). Vastaavasti Euroopassa sosiaalityöntekijöiden rooli on pienempi (41 %) ja suurimman osan hoidosta antavat psykologit (6 %) ja psykiatrit (59 %). (Van Loey ym. 2001a, 27).

Palmun (2010) väitöskirjan tuloksista ilmenee, että kaikista seuranta-aikana Töölön sairaalassa olleista palovammapotilaista 20 % sai psykiatrasta hoitoa. Niistä potilaista, joilla tutkimuksen perusteella arviointiin olevan psykiatrisen hoidon tarve, hoitoa sai alle puolet. Näidenkin potilaiden kohdalla oli kyse lähinnä lääkehoidosta. Palmun mukaan mielenterveysongelmiin kiinnitetään liian vähän huomiota, vaikka niiden määrä on palovammapotilaiden joukossa suuri. (Palmu 2010, 12 - 13.) Ruotsissa, Uppsalan palovammakeskuksessa tehdyssä palovammapotilaiden psyykkistä sairastavuutta koskeneessa tutkimuksessa todettiin, että seuranta-aikana maaliskuusta 2000 tammikuuhun 2005 potilaista 42 % sai psykiatrisiin ongelmiin lääkehoitoa tai terapiaa. (Dyster-Aas ym. 2008, 1353.)

3.4.3 Sosiaalisen tuen tarve

Kuntoutuksen kovien vaatimusten lisäksi palovammoista toipuvat potilaat joutuvat kohtaamaan myös sosiaalisia paineita, joita aiheuttavat perheen sisäiset jännitteet, työhön paluu, kehon muutokset ja seksuaalisen toiminnan häiriöt. (Wiechman & Patterson 2004, 393.) Sosiaalisen elämän ongelmia voivat myös aiheuttaa palovammojen arvet ja epämuodostumat varsinkin kasvoissa. Potilaiden epävarmuus, tietoisuus erilaisuudesta, hylätyksi tunteminen, jännittyneisyys ja kiusaantunut olo saavat myös aikaan negatiivisia uskomuksia itsestä, mikä heijastuu heidän käyttäytymiseensä. (Van Loey & Van Son 2003, 258.)

Useiden tutkimusten mukaan palovammojen jälkeiseen elämään sopeutumiseen eivät vaikuta vain palovamman laajuus ja syvyys, vaan myös sukupuoli, yksilön persoonallisuus, vammasta selviämisen strategiat, sosioekonominen tilanne ja arpien esiintyminen. (Kildal, Andersson & Gerdin 2002, 639; Kildal, Willebrand, Andersson, Gerdin & Ekselius 2005, 514 - 516; Malt 1980, 190.) Henkilökohtaisen selviytymisstrategian vaikutus näkyy esimerkiksi välttämis- ja hyväksymisstrategioita käyttävien potilaiden paranemisessa. Ongelmakeskeistä ratkaisumallia ja emotionaalista tukea käyttävien paraneminen on parempaa kuin tilanteiden välttämiseen perustuvaa toimintatapaa noudattavien. (Low 2007, 18; Tedstone ym. 1998, 411.)

Potilaan paluu työelämään auttaa myös hänen paluutaan arkeen monin tavoin. Siksi kuntoutuksella ja sen onnistumisella on ensiarvoisen tärkeä merkitys potilaan jatkoelämää ajatellen. Sopeutumisongelmat sisältävät kokemuksia heikentyneestä elämänlaadusta ja vähentyneestä itsekunnioituksesta. Joidenkin tutkimusten mukaan palovamman aiheuttamat muutokset näkyvät naisilla alentuneena itsetuntona ja miehillä sosiaalisena eristymisenä. (Wiechman & Patterson 2004, 393.) Yhdysvalloissa käytetyn ”Changing Faces” -ohjelman avulla on onnistuttu parantamaan palovammapotilaiden itsetuntoa. Ohjelma sisältää sekä sairaalassa tapahtuvaa minäkuvan parannusta ja sosiaalisten taitojen opiskelua että kirjallisia ohjeita potilaille, jotka kamppailevat kasvojen epämuodostumien kanssa. (Wiechman & Patterson 2004, 393.)

Monilla vakavia palovammoja saaneilla potilailla työhön paluuseen menee aikaa ja osa potilaista tarvitsee ammatinvalinnan ohjausta. Wiechman & Patterson (2004, 393) viittaavat tutkimukseen, jonka mukaan palovamman vuoksi sairaalahoidossa olleista potilaista 66 % on palannut työelämään puolen vuoden kulutta vammasta ja 81 % vuoden kuluttua vammasta.

Seksuaalisuuteen liittyvien ongelmien on todettu olevan naispalovammapotilailla yleisempiä kuin miespalovammapotilailla. Seksuaalisen toiminnan häiriöt ovat yleisiä, mutta ne diagnosoidaan harvoin (Tudahl, Blades & Munster 1987, 292; de Rios, Novac & Achauer 1997, 37). Vaikeita palovammoja saaneiden aikuispotilaiden (21 - 60-vuotiaita) oma arvio seksuaalisuudesta ja tyytyväisyydestä on muuttunut merkittävästi palovammojen jälkeen. Elsherbiny, Salem, El-Sabbagh, Elhadidy & Eldeen (2011, 779 - 780) elämän laatua koskevan tutkimuksen mukaan alle puolet tutkituista (44 %) oli kiinnostunut seksistä samalla tavalla kuin aikaisemmin ja sai siitä tyydytystä. Yli neljännes (28 %) ilmoitti olevansa erittäin turhautuneita, kun eivät pystyneet samaan kuin ennen tapaturmaa. Halauksia, sylissä pitoa ja suukottelua sai ainoastaan alle puolet (44 %) tutkituista entiseen tapaan.

4 Kehittämistyön toteuttaminen

4.1 Kehittämistyön toimintaympäristö

Töölön sairaalan ajanvarauksella toimiva palovammapoliklinikka sijaitsee Helsingissä, Töölön sairaalan 1. kerroksessa Huuli- ja suulakihalkiokeskuksen poliklinikan (Husuke) kanssa samoissa tiloissa. Poliklinikan potilaista suurin osa on ajanvarauspotilaita, jotka ovat saaneet ajan joko osastolta kotiutuessaan, edellisellä poliklinikkakäynnillä tai lähetteen perusteella. Osa potilaista tulee kiireellisinä tapaturmaosastolta tai lastenklinikalta. Poliklinikalla käyvät potilaat ovat eri-ikäisiä ja kunnoltaan erilaisia. Lapsipotilaat tulevat vastaanotolle yleensä vanhempiansa kanssa. Vieraskielisille potilaille tilataan tarvittaessa tulkki. Poliklinikkakäyntejä oli vuonna 2009 1 134 ja ennuste vuodelle 2020 on 2 000. Lisäyksen on arvioitu tulevan hoidon keskittämisestä palovammakeskukseen sekä osastohoitoaikojen lyhentymisestä. (Jorvin sairaalan päivystyslisärakennus -hankeselvitys 2010.)

Palovammapoliklinikalla hoidetaan tuoreita polikliinisesti hoidettavia ja osastohoidosta kotiutuneita palovammapotilaita. Tuoreet polikliinisesti hoidettavat palovammapotilaat käyvät polikliinisessä hoidossa ja seurannassa tapauskohtaisesti muutamasta kerrasta muutamaa kuukauteen. Potilaan haavojen paranemista seurataan; paranevatko ne konservatiivisella hoidolla vai tarvitaanko leikkaushoitoa, jolloin potilas on välillä osastohoidossa. Leikkauksen ja kotiutumisen jälkeen potilas tulee uudelleen poliklinikka käynnille, jossa arvioidaan haavojen paraneminen, liikeratojen toimivuus, arpihoidon tarpeellisuus ja suunnitellaan jatkohoito.

Vakavan palovamman kokenut potilas saattaa käydä poliklinikalla kontrolleissa monia vuosia ja hänelle saatetaan tehdä useita haavojen ja arpien korjausleikkauksia. (P. Pekkanen, suullinen tiedonanto 12.10.2010)

Töölön palovammapoliklinikalla on toimintaa kolmena päivänä viikossa, joista kahtena päivänä on lääkärin vastaanotto. Sairaanhoidajan itsenäistä vastaanottotoimintaa on kaikkina kolmena päivänä viikossa. Sairaanhoidajan vastaanotolla palovammapotilaiden hoito keskittyy haavojen arviointiin, hoitoon ja jatkohoidon suunnitteluun. Haavahoidossa arvioidaan paranemisen tilanne; jatketaanko konservatiivisella hoidolla vai konsultoidaanko lääkäreitä operatiivisen hoidon tarpeen arvioinnin vuoksi. Hoitajan tulee tunnistaa potilaan haavoissa olevat infektion merkit, paranemisen eteneminen ja valita paranemisvaiheen mukaiset haavanhoitotuotteet.

Haavanhoidon toteutukseen liittyy myös potilaan ohjaus. Hoitaja kannustaa potilasta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan mahdollisimman varhain. Jos potilaan mukana on haavahoidon toteuttava henkilö, hoitaja ohjaa haavahoidon hänelle. Potilas saa mukaansa kirjalliset haavanhoito-ohjeet sekä tarvittaessa uuden kontrolliajan poliklinikalle. Poliklinikan sairaanhoitajat tekevät tiivistä yhteistyötä fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien kanssa ja konsultoivat heitä tarvittaessa liike- ja arpihoitoihin liittyvissä asioissa. (P. Pekkanen, suullinen tiedonanto 12.10.2011.)

Hoitaja kohtaa poliklinikalla usein vastaanotolle mukaan tulleita potilaiden omaisia. Lapsipotilaiden vanhemmat saattavat olla hyvinkin ahdistuneita ja tuntea syyllisyyttä tapaturmaan johtaneesta tilanteesta. Hoitaja tukee sekä potilasta että vanhempia eikä kiire saa näkyä hoitotilanteessa. Sairaanhoidajan on arvioitava yksilöllisesti jokaisen potilaan kivuliaisuus, kuinka potilas kestää hoitotoimenpiteet ja tarvitaanko sedaatiassa (kevyessä anestesiassa) tapahtuvaa sidevaihtoa. Sedaatiassa tapahtuvaa sidevaihtoa tarvitsevat lapsipotilaat hoidetaan aamuisin Husuke-osastolla ja aikuispotilaat palovammaosastolla, koska nykyisellä poliklinikalla siihen ei ole mahdollisuutta tilojen ahtauden vuoksi (Koljonen & Laitila 2009).

Lääkärin vastaanotto on kahtena päivänä viikossa sairaanhoidajan ollessa mukana tilanteessa. Vastaanottoajat ovat puolen tunnin pituisia ja keskimäärin potilaita käy kahdeksan päivässä. Vastaanottoajat venyvät usein, koska haavahoidot vievät aikaa ja samassa tilassa käyvät usein myös fysioterapeutit ja toimintaterapeutit hoitamassa ja ohjaamassa potilasta.

Palovammakeskuksessa on toteutettu moniammatillista tiimityötä sen perustamisesta 1988 lähtien. Asiakaslähtöistä yhteistyötä, jossa on mukana eri alojen asiantuntijoita, kutsutaan moniammatilliseksi yhteistyöksi. Työelämässä informaation lisääntyminen on aiheuttanut sen, ettei yksi ihminen pysty hallitsemaan kaikkea. Yksittäisiltä työntekijöiltä vaaditaan laaja-

alaisen osaamisen lisäksi myös oman alansa syvällistä osaamista ja asiantuntijuutta. (Rekola 2008, 9.)



Kuva 2: Palovammapoliklinikan moniammatillinen tiimi kehittämistyön alussa

Palovammapoliklinikan moniammatillinen tiimi koostuu plastiikkakirurgista, sairaanhoitajasta, fysioterapeutista ja toimintaterapeutista, jotka toimivat myös palovammaosastolla. Palovammakeskuksen ideana on, että sama henkilökunta hoitaa potilasta koko hoitajakson ajan. Erityisesti vaikeiden palovammojen jälkihoidoissa on pyritty saamaan potilaan läheiset ja omaiset osallistumaan potilaan hoitoon mahdollisimman varhain. (S. Ilmarinen, suullinen tiedonanto 27.10.2011.)

4.2 Menetelmälliset valinnat

Kehittämistyö nojautuu laadulliseen tutkimusperinteeseen ja lähestymistapana on toimintatutkimus. Terveystieteissä laadullinen tutkimus pyrkii tuottamaan tietoa ihmisen terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä terveydenhuollon kehittämiseksi. Ihmisen asema ja osuus ovat merkittäviä; tutkimuksen tekijä ja siihen osallistuvat kanssaihmiset luovat yhdessä uutta (Kylmä & Juvakka 2007, 16 - 20.)

Toimintatutkimus soveltuu hyvin erilaisten organisaatioiden uudenlaisen toiminnan ideoimiseen ja kehittämiseen. Tavoitteena on hankkia tietoa, jolla voidaan muuttaa ja ohjata tutkimusprosessin osana olevaa todellisuutta. Toimintatutkimuksen tapaan kuuluu, että tavoitteet

ja ongelmat muotoillaan yhdessä toimijoiden kanssa. (Anttila 2006; Ojasalo, Moilanen & Rita-lahti 2009, 59 - 60.) Poliklinikalla työskentelevät ihmiset otettiin mukaan kehittämistyöhön ja he ovat olleet aktiivisia toimijoita koko kehittämisprosessin ajan. Kehittämistyön aikana nousseita ideoita analysoitiin ja refleктоitiin yhdessä uusien ratkaisujen löytämiseksi teorian tietoa hyödyntäen.

Kehittämistyössä roolini oli kohdeorganisaation sisällä, vaikkakin itse en työskenteleäkään kyseisessä yksikössä. Haavapotilaiden polikliininen hoito on varsinaista työtäni ja kehittämistyön lähtökohdat ja tarpeet ovat tuttuja myös käytännöstä. Kehittämistyön aikana toin keskusteluihin ulkopuolisen näkökulmaa, teoreettista tietoa ja osaamista. Tiedostin koko kehittämistyön prosessin ajan, että organisaation itse löytämä ratkaisu voi olla helpommin hyväksytty kuin ulkopuolisen keksimä (ks. Ojasalo ym. 2009, 59). Pyrin osallistumaan keskusteluihin tekemällä tarkoituksenmukaisia väliintuloja, käynnistämään muutoksen tähtääviä toimia sekä rohkaisemaan ihmisiä tarttumaan asioihin, jotta niitä voidaan kehittää paremmiksi. (ks. Heikkinen, Rovio & Syrjäjä 2006, 20; Ojasalo ym. 2009, 60.)

Toimintatutkimuksen tärkein lopputuotos ei ole kirjallinen tutkimusraportti, vaan käytännöllinen tuotos, joka ilmentää sille asetettuja päämääriä. Toimintatutkimushankkeesta on tarkoitus tehdä mahdollisimman aito ja luonnollinen yhteistyössä toimijoiden kanssa. (Anttila 2005, 444 - 445.) Tarkoituksena on kehittää uusia taitoja tai lähestymistapoja tiettyyn asiaan ja ratkaista ongelmia, joilla on yhteys suoraan toimintaan. Toimintatutkimus etenee syklisesti ja eri syklien avulla pyritään paraneviin tuloksiin. Yksi sykli on aina perusta seuraavalle ja tarkoituksena on tarkastella suhdetta, joka muodostuu aikaisemman syklin havainnoista. (Anttila 2005, 440; Anttila 2006). Kehittämistoimintaa toteutettiin enemmän luovana kuin ongelmahakuisena prosessina (ks. Anttila 2005, 449 - 450).

4.3 Aineiston hankinta

Kehittämistyössä käytettiin metodologista triangulaatiota eli eri menetelmin ja eri näkökulmista hankittua tietoa (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 124; Ojasalo ym. 2009, 94). Eri menetelmien avulla pyrittiin muodostamaan kuva palovammapoliklinikasta toimintaympäristönä, sen kehittämistarpeista ja ideoita uudenlaisia, potilaan hoitoa parantavia toimintoja. Menetelminä käytettiin havainnointia, mallintamista, benchmarkingia, innovointia ja keskusteluja.

4.3.1 Havainnointi

Havainnoinnin tavoitteena oli saada yleiskuva palovammapoliklinikan nykyisestä toiminnasta. Havainnointi toteutettiin lääkärin poliklinikkavastaanotolla, jossa oli mukana myös sairaanhoi-

taja, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti. Havainnointipäivä vastasi normaalia lääkärin vastaanottoa, myös potilaiden määrän ja ongelmien ollessa tyypillisiä.

Havainnointi suoritettiin osallistuvalla tavalla siten, että osallistuin yhtenä päivänä poliklinikan normaaliin toimintaan työntekijän roolissa. Kirjasin havainnot tutkimuspäiväkirjaan asioiden muistamiseksi. (ks. Ojasalo ym. 2009, 105 - 106.) Havainnointiin ei tarvittu lupaa, koska toimin samanaikaisesti HYKS:n työntekijänä palovammapoliklinikaprojektissa.

4.3.2 Mallintaminen

Mallintamisen eli prosessin kuvauksen tarkoituksena on yhdenmukaistaa ja tehostaa toimintaa tavoitteellisesti ja läpinäkyvästi. Mallintaminen auttaa hahmottamaan ja ymmärtämään eri ammattiryhmien ja toimijoiden tehtäviä ja vastuita prosessissa. (Aaltonen, Fyhr, Käpyaho, Mäkelä, Mäkijärvi & Rautiainen 2008, 66; Keskisaari-Kajaste & Hell; Virtanen & Wennberg 2007, 122.) Prosessikuvaukset auttavat myös huomaamaan kriittiset ja kehitettävät toiminnot (Laamanen & Tinnilä 2009, 121) sekä ylimääräiset mutkat ja päällekkäisyydet. Toiminta on optimaalista silloin, kun prosessin kaikki osat toimivat saumattomasti yhdessä ja ovat keskenään tasapainossa. (Lillrank, Kujala & Parvinen 2004, 95; Laamanen 2005, 153.)

Prosessien mallintamisella pyrittiin systematisoimaan ja tekemään näkyväksi nykyisen palovammapoliklinikan toimintatavat ja kehitettävät alueet. Prosessikuvauksen kouluttajaksi kutsuttiin Jorvin sairaalan kirurgian poliklinikan apulaisosastonhoitaja, joka oli perehtynyt prosessikuvausten tekoon ja hänellä oli myös lisenssi HUS:n käyttämään prosessinkuvausohjelmaan. Hän kertoi työryhmälle mallinnuksen ja prosessiajattelun periaatteista. Palovammapoliklinikan toiminnan prosessikuvauksen teko aloitettiin työryhmän kanssa marraskuussa 2010 ja se saatiin valmiiksi helmikuussa 2011.

Prosessikuvaus tehtiin HUS:n ajanvarauspotilaan geneerisen (yleisen) mallin mukaisesti. Kokouksessa päätettiin, että mallinnuksen tasoksi valitaan se työn kulun taso, joka kuvaa palovammapoliklinikan toimintaa, työtehtäviä ja toimijoiden osuutta prosessissa (JUHTA 2002, 9 - 19). Prosessin tarkan mallinnuksen toivottiin myös selventävän tehdäänkö toistuvia tai päällekkäisiä toimintoja eri ammattiryhmien välillä, onko työnjako järkevää ja sujuvaa ja ovatko resurssit riittävät. Prosessi rajattiin koskemaan toimintoja poliklinikalla, jolloin kuvaus alkaa potilaan läheteen tai ajanvarauksen saapumisesta (prosessin syöte) ja loppuu potilaan siirtymisestä kotiin tai jatkohoidon yksikköön (prosessin tuotos) (Virtanen & Wennberg 2007, 122 - 124).

4.3.3 Benchmarking

Benchmarking, BM, voidaan suomentaa muun muassa vertailujohtamiseksi, vertailukehittämiseksi, poikittaisvertailuksi ja kumppanuusvertailuksi. Benchmarking tarkoittaa työ- ja toimintayksiköiden keskinäistä vertailua ja toiminnan kehittämistä vertaiselta oppimalla. Benchmarking on tehokas tapa omaksua käyttökelpoisia toimintatapoja, joita voidaan innovatiivisesti kehittää omaan toimintaan sopivaksi (Perälä 2008, 89 - 99). Benchmarkingissa on tärkeää huomata, mitkä toiminnot ja havainnot soveltuvat mahdollisesti omaan toimintaan ja mikä vaatii uudenlaisen ratkaisun löytämistä. (Ojasalo ym. 2009, 164.)

Tämän kehittämistyön benchmarking -vierailu tehtiin Englantiin East Grinsteadissa sijaitsevaan Queen Victorian sairaalan palovammakeskukseen tammikuussa 2011. Idea vierailusta juuri tähän sairaalaan tuli Töölön sairaalassa työskentelevältä plastiikkakirurgilta, joka on työskennellyt myös kyseisessä sairaalassa. Vierailun tavoitteena oli saada kuva toimintamallista ja niistä käytännöistä, joilla englantilaisessa palovammakeskuksessa palovammapotilaan hoito toteutuu osastolla, tehohoidossa ja poliklinikalla. Matkan anti dokumentoitiin tutkimuspäiväkirjaan. Sairaalaan saatiin mukaan potilaiden tietojen keruu- ja seurantakaavakkeita sekä potilaille ja vieraille tarkoitettuja ohjelehtisiä. Vierailusta otettiin myös valokuvia.

4.3.4 Innovointi

Innovaatiolla tarkoitetaan uutta tuotetta, palvelua, prosessia tai toimintamallia, jolla saadaan taloudellista tai muuta hyötyä. Uusi idea ei sellaisenaan ole vielä innovaatio, vaan kehitystyön tulokset pitää pystyä ottamaan käyttöön. Innovaatioprosesseja on erilaisia ja niiden keskeisiä vaiheita ovat muun muassa tiedon hankinta, ideoiden tuottaminen, seulonta ja arviointi. Innovaatiot ovat luovuuden, uudistumisen, kilpailukyvyyn ja hyvinvoinnin moottoreita. Onnistuneiden prosessi- ja palveluinnovaatioiden avulla voidaan tuottaa uudenlaista palvelua ja toimintaa. Innovaatioiden syntyminen tapahtuu parhaiten, kun eri alan ammattilaiset yhdistävät osaamisensa. (Ojasalo ym. 2009, 71 - 74.)

Poliklinikan toiminnan kehittämistä innovoitiin kahdessa eri tilaisuudessa. Ensimmäinen innovaatiokokous pidettiin normaalin työajan puitteissa käyttäen menetelmänä aivoriihityöskentelyä. Aivoriihi (brainstorming) on yksi luovan ongelmaratkaisun menetelmistä, jolla toteutetaan ideoita ryhmässä. Aivoriihityöskentelyssä ryhmän vetäjä rytmittää ideointia ja tarvittaessa kiihdyttää sitä. Vetäjän tulee vaistota ideoinnin ongelmat ja tarvittaessa muuttaa kysymyksen asettelua ideoinnin jatkumiseksi. Ideointi perustuu eri vaiheisiin, joista ensimmäisessä, lämmittelyvaiheessa, pyritään vapautumaan mieltä rajoittavista tekijöistä, kuten ajatusten viipymistä kokousta edeltäneissä työtehtävissä. (Ojasalo ym. 2009, 146 - 147.)

Toisen innovaatiokokouksen veti työajan jälkeen ammatti-innovaattori Innotiimi Oy:stä. Menetelmänä käytettiin Innotiimin itse kehittämää OPERA-menetelmää, joka pohjautuu saman yrityksen aiemmin kehittämään Tuplatiimi-menetelmään. OPERA-menetelmä on tehokas ideointi, analyysi- ja ongelmanratkaisuväline. OPERA-menetelmällä jokainen työskentelyyn osallistuva saa mielipiteensä esille, mikä lisää motivaatiota. Tehtävien eri vaiheissa negatiivista kritiikkiä vältetään, jotta luovuutta ei tukahduteta ja ilmapiiri pysyy hyvänä. Asioita pyritään katsomaan eri puolilta. Kritiikki ideoista ja ehdotuksista tuodaan positiivisen valinnan kautta, eikä aikaa käytetä karsittuihin ehdotuksiin. (P. Juholin, suullinen tiedonanto 25.2.2011)

Innovaatiokokouksista kirjoitettiin muistiot, ammatti-innovaattorin vetämästä tilaisuudesta otettiin valokuvia ja lisäksi tunnelmat sekä ajatukset kirjattiin ylös tutkimuspäiväkirjaan.

4.3.5 Keskustelut

Toimintatutkimuksessa yleisesti käytetty menetelmä ovat keskustelut (Ojasalo ym. 2009, 62). Keskusteluja käytiin yhteistyökokouksissa, ideakokouksissa sekä pienemmissä ryhmissä eri toimijoiden kanssa. Työryhmän yhteistyökokouksissa käytiin keskustelua yhteisistä tavoitteista, ideoitiin uudenlaista toimintaa, pohdittiin ongelmien ratkaisuja ja arvioitiin tehtyjä toimia. Kehittämistarpeisiin liittyvää tietoa haettiin kirjallisuudesta sitä mukaa kun niitä nousi esille ja tieto tuotiin esille kokouksissa, joissa eri ammattiryhmien edustajat toivat mukaan oman näkökulmansa ja tietämyksensä. Kokousten keskustelut olivat siten myös uutta tietoa levittävä sekä refleктоiva tapahtuma.

Yhteistyökokouksia pidettiin marraskuusta 2010 lähtien kerran kuukaudessa yhteensä kymmenen kappaletta. Toimin kokouksen suunnittelijana, vetäjänä ja sihteerinä. Tein kokouksiin PowerPoint-esityksiä, joissa käytiin läpi siihen mennessä esiin tulleet kehittämisaiheet, uudet ideat sekä meneillään oleva kehittämistyön vaihe ja suunnitelmiin tehtävät muutokset. Jokaisen kokouksen lopuksi sovittiin seuraava kokous sekä mahdolliset toimet, joita toimijat tekevät. Kaikista kokouksista tehtiin muistiot, jotka toimitettiin ryhmäläisille ja käytiin läpi seuraavassa kokouksessa.

Kehittämistyöprosessin jokainen vaihe dokumentoitiin aineistoon liittyvällä tavalla, kuten esimerkiksi kokousmuistioilla, muistiinpanoilla sekä valokuvilla. Kokousten jälkeen kaikille osallistujille lähetettiin sähköisesti muistio, joka käytiin läpi seuraavan kokouksen alussa ja jota tarvittaessa korjattiin tai täydennettiin. Tutkimuspäiväkirjaa pidettiin koko kehittämistyön ajan, kirjaten ylös ajatuksia, tunnelmia ja ideoita. Valokuvausta käytettiin benchmarking-vierailulla ja innovaatio-illassa. Tarkasteltaessa valokuvia jälkempäin, niiden ei todettu tuovan selkeää lisäinformaatiota tutkimusaiheeseen, joten ne jäivät lähinnä muistoiksi tilaisuuksista. Kuviossa 5 on kuvattu eri aineistokeruumenetelmät ja niihin liittyvät dokumentit.

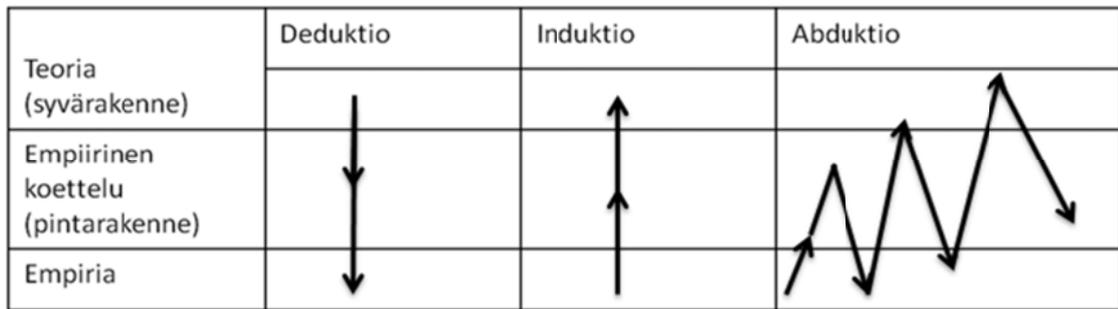
Aineiston hankinta	Dokumentti / Aineisto
Havainnointi	tutkimuspäiväkirja
Benchmarking	tutkimuspäiväkirja potilaskaavakkeet valokuvat
Mallintaminen	prosessikuvaus
Innovointi	muistiot tutkimuspäiväkirja valokuvat
Keskustelut	kokouskutsut ja esityslistat muistiot tutkimuspäiväkirja PowerPoint-esitykset

Taulukko 2: Aineiston hankinnan dokumentit

4.4 Aineiston käsittely ja analyysi

Kehittämistyön aineisto analysoitiin käyttäen sisällönanalyysiä, joka on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Laadullisen aineiston analysoinnin tarkoituksena on luoda hajanaisestä aineistosta tiivis ja yhtenäinen informaatio. Aineisto käsitellään niin, että se hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudelleen loogiseksi kokonaisuudeksi loogisen päättelyn ja tulkinnan avulla. Sisällönanalyysiä voidaan käyttää yksittäisenä metodina sekä väljänä teoreettisena kehyksenä, jolloin se voidaan liittää erilaisiin aineistokokonaisuuksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91 - 108.)

Laadullisen aineiston analyysissä puhutaan yleisesti induktiivisesta ja deduktiivisesta analyysistä. Tämän lisäksi on kuitenkin olemassa myös kolmas tieteellisen päättelyn logiikka eli abduktiivinen päättely. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 9.) Kun induktiivinen päättely lähtee liikkeelle empiriasta ja deduktiivinen teoriasta, abduktiivinen päättely lähtee liikkeelle empiriasta, mutta ei torju myöskään teorian olemassaoloa taustalla (Anttila 2005, 119).



Kuva 3: Päättelyn erilaiset logiikat (Anttila 2005, 116)

Anttila kuvaa abduktiota älyn väläykseksi, kirkkaan hetken oivallukseksi, jossa päättely perustuu koettuihin tosiasioihin ja kokemuksiin, joita koetellaan edestakaisin teoriaan ja käytäntöön peilaten. Kirjallisuutta ja teorioita käytetään inspiraation ja ideoitten lähteenä. Edestakaisen, käytännön ja teorian välillä liikkumisen uskotaan tuottavan uusia näkemyksiä ja ideoita, uutta teoriaa tai uuden mallinnuksen kyseisestä ilmiöstä. (Anttila 2007, 63.)

Aineiston analyysiä tehtiin koko kehittämistyön ajan (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 108). Kokouksien muistiot kirjoitettiin saman päivän aikana, jotta muistikuvat keskusteluista olisivat mahdollisimman tuoreina muistissa. Muistioiden kirjoitusvaiheessa tapahtui sekä aineiston analyysiä että pelkistämistä. Kokouksissa käydyt keskustelut tiivistettiin ja luokitusta tapahtui yhdistämällä joskus rönsyileväkin keskustelu järkeviksi aihekokonaisuuksiksi.

Varsinainen koko aineistoa koskeva analyysi aloitettiin lukemalla kokousmuistiot, muistiinpanot ja päiväkirjamerkinnot aineistonkeruun menetelmittäin (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 91 - 92). Analyysiyksiköksi valittiin lause. Dokumenteista alleviivattiin kaikki lauseet, jotka liittyivät yleisesti poliklinikan toiminnan kehittämiseen, hoitoon tai ongelmiin. Nämä aiheet valittiin sen perusteella, että kehittämistyön alussa ei nimetty tiettyä kehittämisaluetta, vaan niitä haettiin eri menetelmin. Lauseiden alleviivauksen jälkeen ne pelkistettiin ja kirjattiin luetteloiksi. Luetteloita tarkasteltiin useaan otteeseen eri kertoina ja niistä etsittiin erilaisia merkityskokonaisuuksia. Aineistosta löytyi kolme eri merkityskokonaisuutta: kehittämistarpeita, nykyisiä ongelmia ja ideoita uudesta toiminnasta vuonna 2015. Näistä kolmesta merkityskokonaisuudesta muodostettiin ryhmät, joihin pelkistetyt lauseet kerättiin taulukkomuodossa. Taulukkoon kirjattiin myös aineistonkeruun menetelmä, josta kyseinen lause oli peräisin. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 93). (Liite 3)

Keväällä 2011 kehittämisprosessi oli edennyt niin, yhteistyökokouksissa ryhmä totesi keskeisimmiksi kehittämisalueiksi moniammatillisen tiimin laajentamisen sekä hoidon jatkuvuuteen liittyvän kehittämisen. Päätökset kehittämisalueista muuttivat aineiston analysointia niin, että aineiston käsittely rajattiin koskemaan polikliinisen palovammapotilaan hoidon kehittämiseen liittyviä asioita ja muut jätettiin pois. Aineisto läpikäytiin toiseen kertaan, ja myös

kehittämisalueiden luettelointi sekä joidenkin lauseiden pelkistäminen tehtiin uudelleen. Lauseiden ja pelkistysten alkuperäiset dokumentit kirjattiin ylös, jotta niihin voitiin palata tarvittaessa.

Kehittämisalueiden luetteloa tarkasteltiin ja sieltä nousivat esille työryhmän kehittämiskohteiksi valitut alueet, joista muodostettiin aineistolle alaluokat: moniammatilliseen tiimin kehittäminen ja hoidon jatkuvuuden kehittäminen. Pelkistettyjen ilmausten luettelosta nousi esille vielä kolmas luokka: hoidon laadun kehittäminen. Näiden kolmen alaluokan yläluokaksi nimettiin polikliinisen palovammapotilaan hoidon kehittäminen, mikä on myös kehittämistyön aihe. Aineiston sisällönanalyysin eteneminen esimerkein on esitetty taulukossa 3 ja liitteessä 4.

Alkuperäislähde ja -ilmaisu	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<p>Tutkimuspäiväkirja, havainnointi poliklinikalla: "Potilaille oli ongelmia ravitsemukseen liittyen. Olisi kaivattu ravitsemusterapeutin neuvoja ja ammattitaitoa"</p> <p>Muistio innovaatiokokouksesta: "Tarpeellisenä nähdään psykologien, psykiatrin, sosiaalityöntekijän, ravitsemusterapeutin ja seksuaaliterapeutin osallistuminen potilaiden hoitoon"</p>	<p>Kaivattiin ravitsemusterapeutin neuvoja ja ammattitaitoa</p> <p>Psykologin, psykiatrin, sosiaalityöntekijän, ravitsemus- ja seksuaaliterapeutin osallistuminen tarpeellista</p>	<p>Moniammatillisen tiimin kehittäminen</p>	<p>Polikliinisen palovammapotilaan hoidon kehittäminen</p>

Taulukko 3: Esimerkkejä aineiston sisällönanalyysistä ja päättelystä

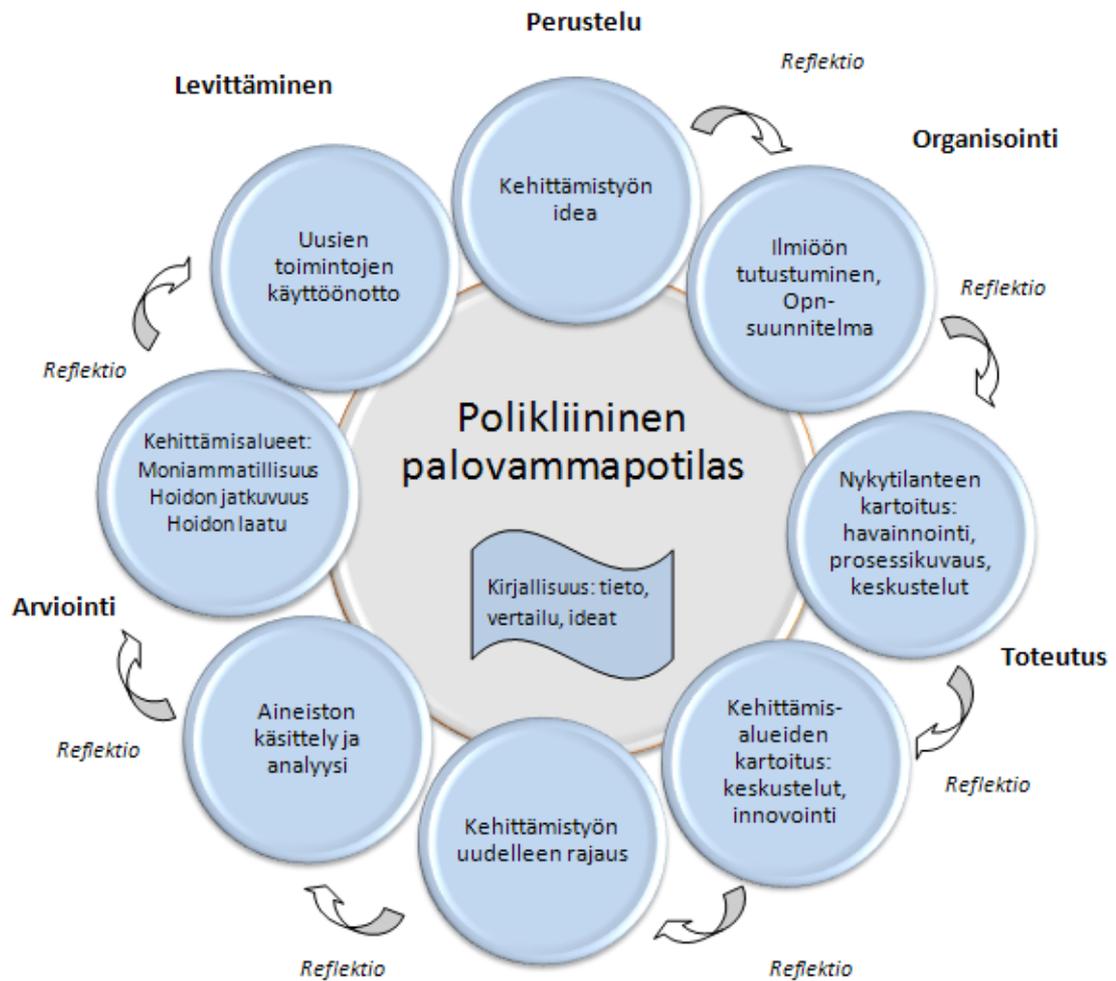
Kehittämistyön aineisto analysoitiin käyttäen abduktiivisen päättelyn logiikkaa. Analyysin avulla pyrittiin myös muodostamaan kuvaa kehittämistyön aikana prosessissa tapahtuvista muutoksista ja toiminnoista, joissa kehittämistyöntekijällä oli interaktiivinen rooli. (ks. Anttila 2005, 278 - 279.) Tässä työssä abduktiivisen päättelyn logiikkaa sovellettiin muun muassa niin, että tutkimusaineistoa tarkasteltiin esiymmärryksen ohjaamana. Kun senhetkinen ymmärrys ei riittänyt aineiston analysointiin, syvennyttiin teoretietoon uudelleen ja etsittiin vihjeitä aineiston tulkintaan. Yhteistyökokouksissa toin esille löytämäni teoreettista tietoa esiin nousseista kehittämisalueista, kuten esimerkiksi eri ammattiryhmien osuudesta palovammapotilaan hoidossa. Esille nousseet kehittämisalueet ja teoria keskustelivat näin keskenään edestakaisin palaten kehittämisalueen oivaltamiseen ja ymmärtämiseen.

Anttila (2007, 63) pitää abduktiivisessa päättelyssä tärkeänä tutkijan johtoajatusta. Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkijalla tulee olla tiedollinen ja käytännöllinen esiymmärrys aiheestaan.

Jos tutkijalla ei ole kontaktia kohteeseen, hän päätyisi vain havaintojen kuvaamiseen eikä pystyisi havaitsemaan aineistostaan olennaista. Johtoajatus voi olla intuitiivinen käsitys tai pitkällekin muotoiltu työhypoteesi, joka voidaan muuttaa tai kumota kesken prosessin. Johtoajatukseni oli intuitiivinen käsitys siitä, että polikliiniset palovammapotilaat tarvitsisivat tukea ja hoitoa myös muihin kuin fyysisten ongelmien hoitoon. Tämä käsitys oli muodostunut palovammapotilaita hoitaessa.

4.5 Kehittämistyön eteneminen

Kehittämistyön etenemisessä on hyödynnetty mukaillen Toikko & Rantasen (2009, 64) kehittämisprosessivaiheita, jotka koostuvat seuraavista vaiheista ja tehtäväkokonaisuuksista: perustelu, organisointi, toteutus, arviointi ja levittäminen. Varsinainen levittäminen ja uusien toimintojen arviointi eivät kuulu tämän kehittämistyöhön vaan ne jäävät kohdeorganisaation tehtäväksi. Kuviossa 4. on esitetty kehittämistyön eteneminen ja liitteessä 2 kehittämistyön eteneminen on esitetty tarkemmin.



Kuva 4: Kehittämistyön eteneminen

Perustelussa kiinnitetään huomiota siihen, mitä aletaan kehittää ja miksi. Kehittämisen tarve ilmenee yleensä ongelmana, johon etsitään ratkaisua, tai visiona, joka on tulevaisuuden ihannekuva. (Toikko & Rantanen 2009, 57.) Tämän kehittämistyön lähtökohtana oli visio eli ihannekuva uudesta palovammapoliklinikasta. Jorvin sairaalan yhteyteen rakennettava uusi palovammakeskus innoitti sekä mahdollisti uusien tilojen ja uudenlaisen toiminnan suunnitteluun. Toikko & Rantasen mukaan vision varaan rakentuva kehittämistoiminta saattaa johtaa utopistiseen haihatteluun, mutta toisaalta visiot myös vetävät kehittäjiä puoleensa. Ongelmien varaan rakentuva kehittämistoiminta voi taasen johtaa yhä vaikeampiin pulmiin. (Toikko & Rantanen 2009, 57.)

Kehittämistyö sai alkunsa uuden palovammakeskuksen rakennushankkeesta. Kehittämistyön aloittamiskokous pidettiin 5.11.2010 Töölön sairaalassa. Kutsuin koolle ryhmän, johon kuului palovammaosaston ylilääkäri, palovammapoliklinikan vastaava sairaanhoitaja, osastoryhmäpäälliköt Töölön ja Jorvin sairaaloista, palovammaosaston osastonhoitaja ja Laurea Ammatti-

korkeakoulun yliopettaja. Aloituskokouksessa keskusteltiin tulevaisuuden visioista ja päätettiin yhdessä osallistujien kanssa käynnistää palovammaopoliklinikkaa koskeva kehittämistyö, tavoitteena tilojen ja toiminnan suunnittelu.

Aloituskokouksessa todettiin, että uudisrakennuksen tilasuunnittelu oli alkanut ja tilojen suunnittelua varten tarvittiin tietoja uudesta toiminnasta, jotta ne palvelisivat toimintaa rakennuksen valmistuttua vuonna 2015. Rakennushankkeen aikataulun todettiin olevan kiireinen ja alustavat tiedot tiloista tulisi olla tehtynä jo vuoden 2010 loppuun mennessä. Kehittämistyö käynnistettiin laajana hankkeena, johon kuului palovammaopoliklinikan tilojen ja toiminnan suunnittelu. Olin mukana tilojen suunnittelussa työni puolesta maaliskuun 2011 loppuun saakka. Kokonaisuus, johon kuuluivat sekä palovammaopoliklinikan tilat että toiminta, osoittautui liian laajaksi opinnäytetyönä tehtäväksi, joten opinnäytetyöni rajattiin koskemaan poliklinikan toimintojen kehittämistä.

Ensimmäisen kokouksen jälkeen työryhmää laajennettiin ja mukaan kutsuttiin palovammaopitilaiden hoitoon osallistuvat toiminta- ja fysioterapeutit. Työryhmä muuttui ja kasvoi uusilla ammattiryhmillä kehittämistyön edetessä. Loppuvaiheessa kehittämistyössä olivat mukana palovammaosaston ylilääkäri, osastoryhmäpäällikkö, palovammaosastolla ja poliklinikalla työskentelevä sairaanhoitaja, palovammaopoliklinikan vastaava sairaanhoitaja, psykiatrinen sairaanhoitaja, psykiatri, kriisihoitaja, palovammaosaston osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, kipuhoitaja, ravitsemusterapeutteja, seksuaaliterapeutti ja sosiaalityöntekijä.

Kehittämistyön organisoinnilla tarkoitetaan käytännön toteutuksen suunnittelua ja valmistelua, jolloin pyritään mahdollisimman konkreettisesti määrittelemään kehittämisen tavoite, kohde ja käytettävät resurssit. Organisoinnin keskeinen osa on toimijoiden määrittäminen. Kehittämistyöhön on tärkeää saada mukaan kaikki ne osapuolet, joita kehittäminen koskee. (Toikko & Rantanen 2009, 58 - 59.) Kehittämistoimintaan osallistuvilla eri ammattiryhmän jäsenillä on omat kokemuksensa, lähtökohtansa, tottumuksensa, työrutiininsa, osaamisensa ja asiantuntijuutensa (Anttila 2007, 93).

Kehittämistyön alussa sekä sen edetessä keskusteltiin toimijoiden kanssa heidän tavoitteistaan, odotuksistaan ja ajatuksistaan kehittämistyötä kohtaan. Kehittämiselle asetettiin yhdessä tavoite – tilojen ja toiminnan suunnittelu – ottaen huomioon, että se saattaa muuttua kehittämistyön edetessä. Kehittämistyön alkuvaiheessa näytti siltä, että yhtenä konkreettisena tuloksena kehittämistyöstä tehdään uusi toimintaprosessi palovammaopoliklinikalle. Työn edetessä huomattiin kuitenkin, että neljän vuoden aikana mahdollisia eteen tulevia muuttujia on niin paljon, että tänä päivänä suunniteltu prosessimalli olisi todennäköisesti toteuttamiskelvoton poliklinikan valmistuessa vuonna 2015. Merkittävin muutos tulee todennäköisesti ta-

pahtumaan tietojärjestelmien ja erilaisten sähköisten palveluiden käytön myötä, jotka muuttavat eri ammattiryhmien tehtäviä ja työn jakoa, mutta joiden määrää ei vielä tiedetä.

Toteutuksella tarkoitetaan varsinaista kehittämistoimintaa, joka muodostuu ideoinnista, priorisoinnista, kokeilusta ja mallintamisesta. Totutuksessa paneudutaan siihen, kuinka asetettu tavoite saavutetaan. Kehittämistoiminnassa joudutaan usein priorisoimaan ja rajaamaan kehitettäviä asioita resurssien mukaan. (Toikko & Rantanen 2009, 60 - 61.)

Työryhmän yhteistyökokoukset olivat kehittämistoiminnan perusta. Ensimmäisissä kokouksissa ei noussut esille selkeää toimintaan liittyvää ongelmaa, vaan kehittäminen nähtiin lähinnä mahdollisuutena innovoida uudenlaista toimintaa ja toimintatapoja palovammapoliklinikalle. Arkkitehtien asettamien aikataulujen vuoksi tilasuunnittelu todettiin ensimmäisissä kokouksissa yhdeksi kiireellisimmistä asioista. Tilojen suunnittelun myötä nousi esille tarve poliklinikan prosessikuvauksesta. Prosessikuvauksen toteutuksen selvittelyssä tuli ilmi, että uuden prosessikuvauksen pohjaksi tarvitaan ensin kuvaus nykytoiminnasta.

Kehittämistoiminnan tavoitteen saavuttaminen edellytti erilaisten menetelmien käyttöä. Maaliskuussa 2011 pidettiin ideointikokous, jossa poliklinikasta tehtyä prosessikuvausta tarkasteltiin kriittisesti, innovoitiin kehittämisalueita ja uutta toimintaa. Eri menetelmin saatuja kehittämisideoita pohdittiin yhteistyökokouksissa ja tärkeimmiksi alueiksi nousivat polikliinisen palovammapotilaan hoitoon liittyvät asiat. Eri menetelmien käyttö ja niiden mukana tuoma aineisto on selostettu tarkemmin aineistonkeruumenetelmä-kohdassa.

Arvioinnin tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla kehittämisprosessia voidaan ohjata. Kehittämisen tavoitteet ja toimintatavat saattavat muuttua projektin edetessä. Arvioinnin tehtävänä on tuottaa tietoa kehityksen tavoitteesta ja sen mahdollisesta saavuttamisesta. Kehittämistä on hyvä arvioida myös osallistujien lähtökohdasta: mitä eri odotuksia heillä on ja miten niitä hyödynnetään kehittämistyön aikana. Arvioinnilla pyritään myös yhteisten merkitysten luomiseen. (Toikko & Rantanen 2009, 61 - 62.)

Arviointia on niin ulkoista kuin sisäistäkin. Ulkoisessa arvioinnissa kehittämistoimintaa tarkastellaan ulkoapäin, mikä on puolueettomampaa ja tutkimusmielessä luotettavampaa. Sisäisen arvioinnin etuja ovat kohteen hyvä tuntemus ja mahdollisuus laajempiin aineistoihin sekä mahdollisuus hyödyntää suurempaa arviointia toiminnan kehittämisenä. Sisäisen ja ulkoisen arvioinnin rajan ei välttämättä tarvitse olla jyrkkä. (Toikko & Rantanen 2009, 61 - 62.) Arviointia suoritettiin kehittämisen eri vaiheissa käymällä keskusteluja toimijoiden kanssa ja tarkastelemalla kehittämistyön etenemistä ja saavutettuja tavoitteita.

Reflektiolla tarkoitetaan arviointia, jota tapahtuu koko kehittämisen prosessin ajan. Reflektio- vaiheet ovat kehittämisen eri vaiheisiin liittyviä solmukohtia, joissa tapahtuu kehittymistä. Kehittämiseen osallistuvien toimijoiden ajattelu tekee ”oppimissilmukan” ja palaa johtopäätösten tai oppimisen jälkeen takaisin toimintaan. Vuorovaikutuksellinen ja reflektiivinen kehittäminen eri ammattiryhmistä koostuvien toimijoiden kanssa tuo laajaa näkökulmaa kehitettäviin asioihin. (Toikko & Rantanen 2009, 66 - 67.)

Yhteistyöryhmän kanssa reflektiota tapahtui koko kehittämisen ajan. Kokouksissa käytiin keskustelua yhteisistä tavoitteista, ideoitii uudenlaista toimintaa, pohdittiin ongelmien ratkaisuja ja arvioitiin tehtyjä toimia. Kehittämistyöntekijänä hain kehittämistarpeisiin liittyvää tietoa kirjallisuudesta sitä mukaa kun tarpeita nousi esille ja kerroin kokouksissa löytämäni tiedon, johon eri ammattiryhmien edustajat toivat oman näkökulmansa ja tietämyksensä. Kokousten keskustelut olivat siten myös sekä uutta tietoa levittävä että reflektiivinen tapahtuma.

Levittäminen tarkoittaa uusien tuotteiden ja palvelujen juurruttamista käytäntöön, joka edellyttää usein erillistä prosessia eikä se välttämättä nivoudu varsinaisen kehittämisen prosessin sisälle (Toikko & Rantanen 2009, 62). Tämän kehittämisen varsinaisen levittäminen ja uusien toimintojen arviointi jää kohdeorganisaation toteutettavaksi.

5 Kehittämisen tulokset

5.1 Polikliinisen palovammapotilaan hoitoprosessi

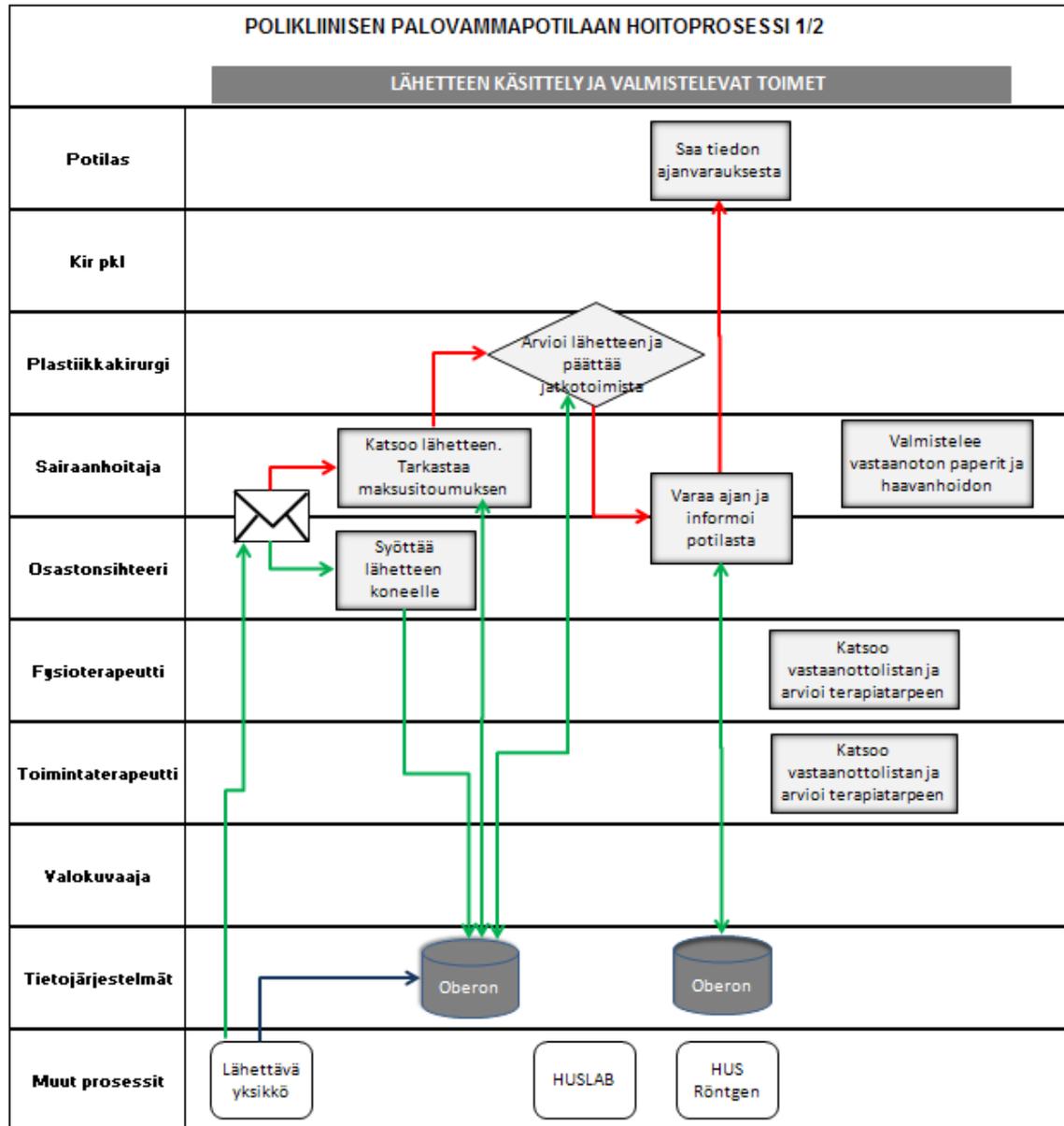
Polikliinisen palovammapotilaan hoitoprosessin selvittämiseksi prosessikuvaus mallinnettiin tiimityönä. Hoitoprosessin ja toiminnan selvittämiseksi havainnoin myös poliklinikan toimintaa osallistumalla poliklinikan toimintaan sekä keskustelemalla toimijoiden kanssa.

Palovammapoliklinikan prosessikuvaus tehtiin HUS:n ajanvarauspotilaan geneerisen mallin mukaisesti työn kulun tasolla, joka kuvaa palovammapoliklinikan toimintaa, eri toimijoiden työtehtäviä ja osuutta potilaan hoitoprosessissa. Prosessikuvaus alkaa palovammapotilaan läheteen tai ajanvarauksen saapumisesta poliklinikalle ja päättyy potilaan poistumiseen kotiin tai jatkohoitoon. Prosessikuvaus on jaettu kahteen osioon: ”läheteen käsittelyyn ja valmisteleviin toimiin” sekä ”vastaanottoon, hoitotoimiin ja jatkohoidon valmisteluihin”. Nämä molemmat osiot otettiin kuvauskohteeksi, jotta saadaan kokonaiskuva potilaan hoidon kulusta ja siihen liittyvistä tapahtumista.

Prosessin tarkan mallinnuksen avulla saatiin tiedot, ketkä osallistuvat potilaan hoitoon, mitkä ovat heidän työtehtävänsä sekä työnjakonsa. Prosessikuvauksen uimaradoilla on kuvattu palovammapoliklinikan toimijat: potilas, plastiikkakirurgi, sairaanhoitaja, osastonsihteeri, fysiote-

rapeutti, toimintaterapeutti, valokuvaaja, tietojärjestelmät sekä muut poliklinikan toimintaan vaikuttavat prosessit. Toimijoiden prosessiasteet ja niihin liittyvät työtehtävät avattiin tarkasti ja ne on esitetty liitteessä 1.

”Lähetteen käsittely ja valmistelevat toimet” -osio toi ilmi, että toiminta on henkilöriippuvaista, ei systemaattista. Eri ammattiryhmät saattavat katsoa potilaiden lähetteitä päällekkäin varmistaakseen, että toinen ammattiryhmä on huomionnut ne. Sähköisestä lähteestä tuostetaan usein paperiversio, johon hoitaja pyytää lääkäriltä toimintaohjeita. Ajanvarauskirjeen potilaalle saattaa lähettää osastonsihteerit tai sairaanhoitaja. Palovammapoliklinikalla ei ole vielä käytössä potilaiden sähköistä asiointia, kuten esimerkiksi ajanvarauskirjeiden ja esitietolomakkeiden lähettämistä sähköisen palvelun kautta.



Kuva 5: Polikliinisen palovammapotilaan hoitoprosessi: lähetteen käsittely ja valmistavat toimet

Prosessikuvauksesta kävi ilmi, että sairaanhoitaja suorittaa suurimman osan poliklinikan tehtävistä. Sairaanhoitaja tekee esimerkiksi useita osastonsihteerin toimenkuvaan sopivia tehtäviä, kuten ajanvarauksia, maksusitoumusten tarkastamista, lähetteen käsittelyä, potilastulosten tulostamista, tutkimusten tilauksia ja potilaspapereiden jatkokäsittelyä. Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluvat myös erilaisten hoitotarvikkeiden tilaus ja purku hyllyihin sekä instrumenttien kuljettaminen jatkokäsittelyyn. Havainnointi poliklinikalla toi esille saman ongelman: sairaanhoitajan työajasta menee suuri osa vastaanottotoiminnan ja jatkotoimien järjestelyyn.

seksuaaliterapeutin sekä sosiaalihoitajan konsultaatioille. Näitä toimijoita ei ollut mukana nykyisessä poliklinisen palovammapotilaan hoitoprosessissa.

Prosessikuvaus ei sellaisenaan tuo ilmi ajan käsitettä, joka kuitenkin vaikuttaa prosessien toimivuuteen. Prosessin sujuvuutta voidaan arvioida esimerkiksi mittaamalla aikaa, tehokkuutta ja potilastyytyväisyyttä. Innovaatiokokouksessa saatiin tietoa prosessin sujuvuutta rajoittavista tekijöistä. Näitä olivat fyysisten tilojen ahtaus ja potilasaikojen lyhyys. Selkeän ongelman muodosti myös se, että potilaan tarvitessa fysioterapeutin tai toimintaterapeutin apua ja ohjeita, hoito toteutettiin tilan puutteen vuoksi samassa vastaanottotilassa. Tämän vuoksi seuraava potilas saattoi joutua odottamaan vuoroansa pitkään. Uusien tilojen valmistuttua tämä ongelma poistuu.

Vastanottoaikojen riittävyyteen ja aikojen pituuteen on myös mahdollisuus vaikuttaa tulevaisuudessa, kun poliklinikalla on toimintaa joka arkipäivä nykyisen kolmen päivän sijasta. Vastanottojen pituuden lisäämisen toivottiin myös tuovan aikaa paneutua potilaiden tarpeisiin paremmin. Molempien innovaatiokokousten muistioista käyvät ilmi nämä asiat:

Nykyisen poliklinikan suurimmiksi ongelmiksi katsottiin ahtaat ja puutteelliset tilat, lääkärin vastaanotto seisoo ja potilaiden odotusajat saattavat venyä useita tunteja. Keskusteltiin, että suunnitellusti riittävän pitkät poliklinikka-ajat olisi yksi ratkaisu.

Tarvittaisiin riittävän pitkät vastaanottoajat. Potilaille pitäisi olla riittävästi aikaa, ei kiireen tuntua ja aikaa paneutua potilaan tarpeisiin.

Sairaanhoitajan vastaanotolla potilaan hoidon toteutus ja jatkohoitosuunnitelmat kirjataan manuaalisesti potilaspapereihin. Kun hoitosuunnitelma ei ole luettavissa sähköisesti, se ei myöskään tavoita reaaliaikaisesti eri toimipisteissä työskenteleviä ja siten hidastaa ja vaikeuttaa puhelinohjausta.

Prosessikuvauksesta kävi ilmi, että valokuvaaja käy ottamassa pyynnöstä potilaskuvat, mutta kaikkia kuvia ei vielä tallenneta sähköisesti. Prosessikuvaus havainnollisti myös kuinka sairaalalla on käytössä useita eri tietojärjestelmiä, joista monet vaativat oman kirjautumisen eivätkä nämä järjestelmät keskustele keskenään. Nykyinen tietojärjestelmien suuri määrä vaikeuttaa ja hidastaa sähköisen asioinnin sujuvuutta. Prosessikuvauksessa näkyvät nykyiset käytössä olevat tietojärjestelmät.

Hoitoprosessin kuvaaminen työn kulun tasolla toi nykytoiminnan läpinäkyväksi. Se auttoi huomaamaan kehittämiskohteina olevia asioita. Toiminnan suunnittelulla ja uudelleen organisoinnilla voidaan vapauttaa esimerkiksi sairaanhoitajan työaika varsinaiseen hoitotyöhön.

5.2 Keskeisimmät kehittämisalueet työryhmän kuvaamana

5.2.1 Moniammatillisuuden kehittäminen

Kehittämistyön alusta lähtien yhteistyökokouksissa tuotiin esille uusien ammattiryhmien, kuten psykiatrin, ravitsemus- ja seksuaaliterapeutin sekä sosiaalityöntekijän tarpeellisuus. Innovaatiokokouksissa moniammatillisen tiimin vahvistaminen uusilla ammattiryhmillä nousi toistuvasti esille. Innovaatiokokouksen muistion on kirjattu:

Tällä hetkellä poliklinikan toiminta keskittyy pääsääntöisesti palovammapotilaiden fyysisten ongelmien ja tarpeiden hoitoon. Televaisuudessa halutaan panostaa entistä enemmän potilaiden kokonaisvaltaiseen hoitoon myös psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet ja ongelmat huomioiden. Tarpeellisena nähdään psykologin/psykiatrin, sosiaalityöntekijän, ravitsemusterapeutin ja seksuaaliterapeutin osallistuminen polikliinisten potilaiden hoitoon.

Kipuhoitajan ja -lääkärin mukaan tulo tiimiin ei tullut esille vielä yhteistyö- tai innovaatiokokouksissa, vaikka niissä keskusteltiin palovammapotilaiden kivuliaista sidevaihdoista. Kivun poistoon etsittiin erilaisia ratkaisuja, kuten poliklinikalla anestesiassa tapahtuva sidevaihdot tai virtuaalitodellisuuden käyttö tietokonepelien avulla. Idea kipuhoitajan ja lääkärin mukaan tulosta tuli esille vasta potilastapauksen myötä, kun poliklinikalla oli käynyt kipuasiantuntijoita tarvinnut potilas.

Ideointikokouksessa alettiin myös kehittää ideaa siitä, kuinka uusien ammattiryhmien mukaantulo käytännössä toteutettaisiin. Esille nousi yksi toteutusmahdollisuus: monipolitoiminta. Tällä tarkoitettiin sitä, että potilaalle järjestetään samalle poliklinikkakäynnille mahdollisuus tavata kaikkien hänen tarvitsemiensa ammattiryhmien edustajat.

Vakavasti palaneiden potilaiden sopeutuminen takaisin arkeen puhututti. Innovaatioillassa tuli esille vapaaehtoistyön merkitys potilaan arkeen sopeutumisessa. Suomen Palovammayhdistys järjestää yhteistyössä Iholiiton Harvinaisten ihotautien keskuksen kanssa vuosittain sopeutumisvalmennuskursseja palovammapotilaille ja heidän omaisilleen. Heidän kauttaan on mahdollisuus saada koulutettuja vertaistukihenkilöitä. Ongelmaksi todettiin, että vertaistukihenkilöitä on huonosti saatavissa. Asian edistämiseksi esitettiin, että yhteistyötä aktivoidaan Suomen Palovammakeskuksen ja Iholiiton kanssa. Kriisityöhön erikoistunut sairaanhoitaja ehdotti, että hän menisi tapaamaan palovammapotilaita sopeutumisvalmennusleirille ja hankkisi sitä kautta tietoa heidän toiveistaan hoidon kehittämiseksi. Innovaatiokokouksen muistiosta:

Tavoite: Yhteistyö Iholiiton kanssa. Sopeutumisvalmennuskursseilla mahdollisuus tavata potilaita ja saada heiltä palautetta ja ideoita palovammapotilaiden kokonaisvaltaisen hoidon kehittämiseksi.

Toteutus: Kriisityöhön sairaanhoitaja osallistuu mahdollisesti toukokuun lopussa järjestettävälle viikonloppukurssille.

5.2.2 Hoidon jatkuvuuden kehittäminen

Ryhmän yhteistyö- ja innovaatiokokouksissa tuli toistuvasti ilmi potilaiden hoidon jatkuvuuden kehittämistarve. Potilaan kotiutuessa tai siirryttyä jatkohoitopaikkaan hoidon kerrottiin usein heikentyneen tai jopa loppuneen. Ryhmäläiset kertoivat potilastapauksista, joissa potilaan tultua poliklinikalle kontrolliin, huomattiin, että heidän tilanteensa oli edellisestä käynnistä heikentynyt huomattavasti. Tämä ilmeni esimerkiksi niin, että avoinna olevat haavat olivat laajentuneet, arpikiristykset pahentuneet ja liikeradat heikentyneet. Ongelmaksi koettiin, että jatkohoitopaikasta ei ollut otettu yhteyttä palovammapoliklinikalle neuvojen saamiseksi.

Toisaalta todettiin, että potilaiden soitot ovat saattaneet ohjautua sellaiselle henkilölle, jolla ei ole ollut viimeisintä tietoa potilaan hoitosuunnitelmasta ja -tilanteesta, koska hoitajien kirjaukset eivät vielä ole sähköisessä muodossa. Puhelinliikenteeseen parantavia ehdotuksia oli sairaanhoitajan puhelinvastaanotto toiminta. Nykyisessä toiminnassa puhelinneuvontaa annetaan, mutta varsinaista sairaanhoitajan soittoaikaa ei ole käytössä. Puhelu saattaa tulla vastaanottohuoneeseen samanaikaisesti kun toinen potilas on hoidettavana. Sairaanhoitajan säännöllinen soittoaika mahdollistaisi sen, että hoitajalla olisi aikaa keskittyä potilaan tai jatkohoitopaikan kuulemiseen ja ohjaukseen sekä annettujen ohjeiden tallennukseen sähköisesti mahdollista seuraavaa yhteydenottoa silmällä pitäen. Potilaiden hoidon jatkuvuuden kehittämiseksi nähtiin tärkeänä se, että puhelinnumerot ja soittoajat ovat selkeästi potilaan saatavilla.

Kokouksissa mietittiin keinoja, kuinka jatkohoitopaikan yhteydenottokynnystä voidaan madaltaa ja yhteistyötä parantaa, jolloin hoidon jatkuvuus paranisi. Ideoina tulevaisuudessa nähtiin esimerkiksi hoitajan tai hoitoryhmän jalkautuminen potilaan kotiin tai jatkohoitopaikkaan. Jalkautumisen etuna nähtiin se, että hoitoryhmällä on tällöin mahdollisuus nähdä potilaan jatkohoitopaikan olosuhteet ja antaa samalla paikan päällä hoitaville henkilöille opastusta hoidon toteutumisesta. Tämän jalkautumismalli oli tullut myös esille benchmarking -vierailulla Englannissa. Innovaatiokokouksen muistiossa on merkintä tästä:

Palovammapotilaiden hoidon jatkuvuus nähtiin tärkeänä ja kehitettävänä asiana. Hoitajan/hoitoryhmän jalkauttaminen potilaan luokse voisi olla yksi mahdollisuus.

Työryhmässä tuli myös esille, että hoidon jatkuvuutta edistäisivät erilaiset puolivalmiit hoito-ohjeet. Puolivalmiit hoito-ohjeet vahvistaisivat näyttöön perustuvaa ohjausta esimerkiksi haavahoidossa. Perusasiat olisivat yhtenäisiä ja näyttöön perustuvia, nopeuttaisivat ohjeiden kirjoittamista ja vapauttaisivat aikaa potilaan kohtaamiseen. Innovaatioillan kirjallisen tehtävän kommentista löytyi myös sama asia:

Puolivalmiit haavanhoito-ohjeet takaisivat näyttöön perustuvaa hoitoa. Joku opiskelija voisi tehdä niitä vaikka opinnäytetyöhön liittyen.

Telemediisiin eri käyttömahdollisuudet nähtiin kuuluvaksi uuteen palovammakeskukseen. Valokuvakonsultaatiot tulevat varmasti lisääntymään ja suora videokuva on jo monella erikoisalalla ollut vuosia käytössä. Videokuvan käytön etuina nähtiin tiiviimmän yhteistyön mahdollisuus jatkohoitopaikan kanssa. Vaikeasti liikkuvien ja kaukana asuvien potilaiden kohdalla näin voidaan mahdollisesti korvata osa kontrollikäynneistä. Telemediisiin etuna on suora yhteys poliklinikan ja jatkohoitopaikan kanssa, mikä mahdollistaa myös hoitotapahtumien seuraamisen. Sen kautta ohjaus tulee konkreettisemmaksi ja kommunikointi paranee. Innovaatiokokouksen jälkeen tehdystä tutkimuspäiväkirjamerkinnästä on erään hoitajan kommentti videokuvan käytöstä tulevaisuudessa:

Poliklinikan tilojen suunnittelussa oltiinkin jo huomioitu telemediisiin käyttö tulevaisuudessa. Olishan se hienoa, että hoitaja voisi seurata jossain pohjoisessa, miten haavat puhdistetaan.

5.2.3 Hoidon laadun kehittäminen

Uuden palovammakeskuksen valmistuttua Jorvin sairaalan yhteyteen vuonna 2015 on tarkoitus, että kaikkien laajojen, yli 30 % palovammojen hoito keskitetään sinne valtakunnallisesti. Keskittämällä voidaan taata laadukas hoito palovammapotilaille. Yhteistyö- ja innovaatiokokouksessa tuli esille, ettei Suomessa ole tehty palovammapotilaiden käypähoito-ohjeita eikä myöskään lyhyempiä ohjeistuksia, jotka ohjaisivat sekä oikean hoitopaikan valinnassa että varsinaisessa hoidon toteutuksessa. Töölön palovammakeskuksessa on noudatettu ABA:n ohjeistuksia, mutta valtakunnalliset ohjeet Suomeen nähtiin tarpeellisina. Ote innovaatiokokouksesta:

Keskusteltiin palovammapotilaiden käypähoito-ohjeita, joita ei vielä ole. Duodecim ei ole toistaiseksi pyytänyt niitä. Ohjeet nähtäisiin tarpeellisina, mutta niiden työstämisen todettiin olevan raskasta ja aikaa vievää. Suomeen tarvittaisiin ainakin palovammapotilaiden hoitoa koskeva Guidelinesit.

Innovaatioillassa keskusteltiin potilaspalautteiden tarpeellisuudesta kehittämisen kannalta. Palautteen tärkeys oli tullut myös esille vierailulla Queen Victorian sairaalaan, missä palautekaavakkeet olivat selkeästi esillä ja niitä myös pyydettiin aktiivisesti potilailta. Palovammapoliklinikalla on ollut käytössä HUS:n potilaspalautekaavake, mutta niitä on palautettu vähän. Poliklinikan kaksi sairaanhoitajaa päättivät tehdä uudenlaisen kyselylomakkeen heti seuraavalla viikolla ja jakaa sitä aktiivisesti, jotta potilaita saataisiin mielipiteitä ja ideoita palovammapoliklinikan hoidon ja tilojen kehittämiseen.

Uuden palovammakeskuksen rakentamien nähtiin mahdollisuutena nostaa palovammapotilaiden hoito kansainvälisesti korkealle tasolle niin hoitoon, tiloihin kuin välineistöönkin liittyen. Palovammakeskuksesta halutaan tehdä myös osaamiskeskus, jossa tehdään tutkimustyötä, koulutetaan henkilökuntaa ja tehdään palovammojen ennaltaehkäisyyn liittyvää työtä esimerkiksi ammattikorkeakoulujen ja median kanssa.

Työryhmä toi esille huolensa hoitajien riittämättömyydestä tulevaisuudessa. Ryhmä pohti keinoja, joilla saataisiin uusia hoitajia innostumaan palovammapotilaiden hoidosta ja sitoutumaan siihen. Median kautta saatu julkisuus esimerkiksi potilastapausten myötä voisi olla tehokas keino, jolloin myös hoitajien mielenkiintoinen ja palkitseva työ tulisi esille. Tärkeänä pidettiin myös yhteistyön lisäämistä hoitajia kouluttavien ammattikorkeakoulujen kanssa. Oteita innovaatioillan muistiosta:

Yhteydenpito HUS:n päättäjiin; ymmärrettävä hoidon tärkeys sekä Suomessa että kansainvälisellä tasolla.

Palovammätietoisuuden lisääminen: median kautta.

Saada julkisuuden kautta arvostusta palovammojen hoidon tärkeydestä.

Henkilökunnan rekrytointi ja koulutus: Yhteistyö ammattikorkeakoulujen kanssa: esim. opetusvideoiden teko esim. kuumavesivammat, junien katoille kiipeäminen jne.

Kokouksissa todettiin, että hoitajan perehtyminen osaavaksi palovammahoitajaksi vie vuosia. Työ on myös vaativaa, raskasta ja vaatii jatkuvaa kouluttautumista, jotta pysytään tiedollisesti ajan tasalla. Riittävän henkilökuntamäärän ja jatkuvan koulutuksen todettiin olevan edellytyksinä laadukkaalle hoidolle.

Palovammapotilaiden kokonaihoidon kehittämiseen liittyvä idea saatiin Queen Victorian sairaalasta, jossa palovammapotilaille tehdään eri osa-alueiden riskien kartoitus. Riskikartoituksella pyritään huomioimaan eri osa-alueiden hoidon tarpeet ja mahdolliset riskit, jotta lisäongelmilta vältyttäisiin. Riskikartoituksessa huomioidaan muun muassa potilaan ravitsemustila, omatoimisuus tai avuntarve, painehaavariski, laskimotukosriski, infektioriski ja psyykinen tila.

5.3 Nykyisen hoidon ja kehittämisalueiden vertailua kansainvälisiin käytänteisiin

5.3.1 Moniammatillisuus

Yhteistyöryhmä näki tarpeellisena, että palovammapoliklinikan tiimiä laajennetaan niin, että nykyisten toimijoiden (plastiikkakirurgi, sairaanhoitaja, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti)

lisäksi tulevat mukaan psykiatrinen sairaanhoitaja tai psykiatri, kipuhoitaja tai -lääkäri, ravitsemusterapeutti, seksuaaliterapeutti ja sosiaalityöntekijä.

Kansainväliset palovammayhdistykset ja muut hoitoa yhtenäistävät organisaatiot esimerkiksi Yhdysvalloissa (American Burn Association, ABA), Kanadassa (Great Toronto Area, GTA Rehab Network), Australiassa (Australian and New Zealand Burn Association, ANZBA) ja Euroopassa (European Burn Association, EBA) ovat laatineet suosituksia, jotka koskevat palovammahoidon eri osa-alueita. Suosituksissa korostetaan moniammatillisen tiimin merkitystä palovammapotilaiden hoidossa, jolloin potilaiden hoito toteutuu mahdollisimman kokonaisvaltaisesti koko hoitoprosessin ajan.

American Burn Associationin (ABA) suositusten mukaan palovammatiimin ydinjoukon muodostavat kirurgit, sairaanhoitajat, anestesiologit, hengitysterapeutit, toiminta- ja fysioterapeutit, ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä sekä psyykkisen hoidon asiantuntijat. Akuuttihoiton aikana hoitotiimiin voi kuulua myös epidemiologi, molekyylibiologi, mikrobiologi, fysiologi, biokemisti, farmaseutti, patologi, endokrinologi ja monia muita spesialisteja. (Herdon & Blakeney 2007, 9 - 10; ABA 2006, 82 - 84.)

Kanadassa Suur-Toronton alueella toimiva GTA Rehab Network koostuu julkisten sairaaloiden ja yhteiskunnallisten organisaatioiden kuntoutusta tuottavista yksiköistä. Se on tehnyt palovammapotilaiden kuntoutukseen liittyvän suosituksen, jonka perustana on Maailman terveysjärjestön (WHO) määritelmän terveyteen ja kuntoutukseen liittyvä toiminta. WHO:n mukaan terveydellä tarkoitetaan yksilön fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia ja heidän määritelmänsä mukaan kuntoutukseen tavoitteena on parantaa yksilön psyykkistä, fyysistä ja sosiaalisen toimintakykyä sekä tukea yksilön itsenäisyyttä ja paluuta sosiaaliseen ympäristöön tapaturman jälkeen. (GTA Rehab Network 2010, 2.)

GTA Rehab Networkin suosituksen mukaan moniammatillisen tiimin ydinryhmän (Core Team), muodostavat palovammojen hoitoon erikoistuneen sairaanhoitajan lisäksi kotiutuksen suunnitteluun erikoistunut henkilö, fysioterapeutti tai työterapeutti, lääkäri sekä psykososiaalisissa palveluissa tarvittavat henkilöt, kuten sosiaalityöntekijä, psykologi, psykiatri ja koulutettu sairaanhoitohenkilökunta. Näiden lisäksi tarvitaan erilaisia konsultaatiopalveluita kuten hengellisen työn edustaja, lapsi- tai nuorisotyöntekijä (lapsipotilailla), ravitsemusterapeutti, kivunhoidon asiantuntija, puheterapeutti, maskeeraaja, apuvälinevalmistaja, työvoimaneuvoja sekä koulutettu ja valittu vertaistukihenkilö. (GTA Rehab Network 2010, 8 - 9.)

GTA Rehab Networkin suositusten mukaan polikliinisen palovammapotilaan jatkohoitoon tulee kuulua moniammatillinen ryhmä, mikäli hoitoa tarvitaan vähintään kahden viikon ajan tai kahta tai useampaa seuraavista palveluista: sairaanhoito, kivun hoito, painehoito, lastoitus,

ihonhoito, sosiaalinen tuki (sosiaaliterapeutti tai psykologi) fysioterapeutti ja/tai työterapeutti maksimoimaan toimintaa tai tarve palovammalle spesifiseen konsultointiin (GTA Rehab Network 2010, 8).

Australian and New Zealand Burn Association (ANZBA) määrittelee vuoden 2007 ohjeessaan, että moniammatilliseen tiimin tulee kuulua kirurgien lisäksi muun muassa anestesioologi tai kipuspesialisti, muut erikoislääkärit, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, psykiatri, psykologi tai mielenterveystyöntekijä, leikkiterapeutti, ravitsemusterapeutti, tulkki, kulttuuritukihenkilö, apuvälineteknikko, musiikkiterapeutti, suun hoidon spesialisti, hengellisen työn edustaja, potilas, lapsipotilaalla vanhemmat, farmaseutti, kuntoutusspesialistit, sosiaalityöntekijä, puheterapeutti, painetekstiilien valmistaja sekä avustava henkilökunta (ANZBA 2007, 17 - 18).

European Burn Associationin (EBA) syksyllä 2011 ilmestyneen ohjeen mukaan palovammapotilaan hoitotiimiin kuuluu kokenut palovammakirurgi, anestesioologi ja kokeneita sairaanhoitajia, joiden tulee kyetä hoitamaan vaikeusasteeltaan kaiken tasoisia palovammapotilaita. Fysioterapeuteilla ja toimintaterapeuteilla tulee olla vähintään vuoden kokemus palovammapotilaiden hoidosta ja heidän tulee olla sekä osasto- että poliklinikkapotilaiden käytössä. Sosiaalityöntekijän on oltava saatavissa päivittäin ja psyykkisen hoidon ammattilaisen sekä ravitsemusterapeutin on oltava konsultoitavissa joka päivä. Edellä mainittujen ammattiryhmien lisäksi eri alojen erikoislääkäreiden tulee olla läheisessä yhteistyössä palovammakeskuksen kanssa. (Brychta & Magnette 2011.)

Yhteistyöryhmän ehdotukset tarvittavista ammattiryhmistä vastaavat yleisesti kansainvälisiä suosituksia. Työryhmä ei tuonut esille hengellisen työn edustajan tarvetta. Jälkeenpäin asiaa keskusteltuna, poliklinikalla toimivat hoitajat eivät muistaneet yhtään kertaa, jolloin poliklinikalla käynyt potilas olisi tuonut ilmi halunsa tai tarpeensa tavata sairaalapastori tai että hoitaja olisi sitä ehdottanut potilaalle. Suomessa sosiaalityöntekijä auttaa työhön paluuseen ja uudelleenkoulutukseen liittyvissä asioissa kun kanadalaisessa suosituksessa siihen on oma työvoimaneuvojansa. Vertaistukihenkilöiden tarve potilaan jatkohoidossa todettiin myös tärkeäksi. Vertaistukitoimintaa ylläpitävät potilasjärjestöt kouluttamalla vapaaehtoisia vertaistukihenkilöitä sekä järjestämällä erilaisia tilaisuuksia kuten sopeutumisvalmennuskursseja. Maskeeraajan apu palovammapotilaiden arpien peitossa ei tullut esille.

Työryhmän keskusteluissa korostui erityisesti palovammapotilaiden psyykkisen hoidon tarve. Ryhmäläiset kertoivat kokouksissa esimerkkejä, joissa potilaat olivat kotiutuneet ilman psyykkistä oireilua, mutta puolen vuoden kontrollikäynnillä poliklinikalla heidän psyykinen tilansa oli romahtanut. Yhteistyökokouksen muistiossa on toteamus:

Osastolta kotiutuvilla palovammapotilailla on huomattu tapahtuvan psyykinen notkahdus noin puolen vuoden kuluttua kotiutumisesta. Tulevaisuudessa olisi tavoitteena, että potilaille varattaisiin puolen vuoden kohdalle automaattisesti psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotto.

Palovammapotilaiden kansainvälisissä suosituksissa on pidetty tärkeänä psykiatrin, psykiatrisen sairaanhoitajan sekä mielenterveystyöntekijän kuulumista moniammatilliseen työryhmään ja mahdollisuutta tarjota potilaille psyykkistä hoitoa koko hoitoprosessin ajan. ABA määrittää, että palovammakeskuksessa tulee olla psyykkisen hoidon asiantuntija konsultoitavissa 24 tuntia vuorokaudessa. ANZBA puolestaan tuo esille suosituksessaan, että jokaisen potilasta hoitavan tulee säännöllisesti arvioida psykososiaalisia tekijöitä potilaaseen ja hänen perheeseensä, jotta potilas ohjataan riittävän ajoissa psyykkiseen hoitoon. Hoitohenkilökunnan tulee olla tietoinen potilaan kehonkuvan ja minäkuvan muutoksesta palovamman jälkeen. (ANZBA 2007, 131 - 134.) EBA:n suosituksista löytyy useita mittareita, joilla voidaan määrittää palovammapotilaiden ahdistuneisuutta. Ahdistukseen liittyviin ongelmiin keskittyvien ammattilaisten tulisi olla moniammatillisen palovammatyöryhmän jäseniä sekä osasto- että polikliinisen hoidon aikana. (Brychta & Magnette 2011.)

Töölön palovammaosastolla potilailla on ollut mahdollisuus psykiatrisen sairaanhoitajan ja psykiatrin apuun. Palovammapoliklinikalla psyykkisen avun tarpeeseen sairaanhoitaja on pyrkinyt vastaamaan mahdollisuuksien mukaan. Tiukkojen poliklinikka-aikataulujen vuoksi tähän ei kuitenkaan ole ollut siinä määrin mahdollisuutta kuin tarvetta olisi ollut.

Palmu (2010, 63) on todennut väitöskirjassaan, että vaikka HUS:n palovammakeskuksen osastolla järjestetään viikoittain "burnmeeting", jossa myös psykiatri on paikalla, liian moni vakavasta mielenterveyden ongelmasta kärsivä ja hoitoarviota tarvitseva akuutti palovammapotilas jää ilman specialistin kontaktia. Ja edelleen, psykiatrisen konsultaation ajoituksesta johdun osa psykiatrista hoitoa tarvitsevista ei saa sitä jatkohoidon aikana.

Yhteistyöryhmän jäsenet toivat jo kehittämistyön alkuvaiheessa esille seksuaaliterapeutin tarpeen. Seksuaalisuuteen liittyvät asiat koetaan usein henkilökohtaisina ja arkoina asioina ja niihin liittyvä keskustelu koettiin vaikeaksi. Yksilön seksuaalisiin ongelmiin vaikuttavat monet seikat. Iho-ongelmaisilla on huomattu olevan suuria vaikeuksia kontaktien luomisessa muihin henkilöihin. Arvet ja muut ihovammat vaikuttavat tuntoaistiin ja toisaalta myös omaan arviointiin itsestä ja sitä kautta käytökseen ja seksuaalielämään. (Van Loey & Van Son 2003, 256.) Seksuaaliterapeutin ammattitaitoa tarvittaisiin työryhmän mielestä juuri näiden asioiden hoitoon. Seksuaaliterapeutin kuulumisesta palovammapotilaiden hoitotiimiin ei löytynyt mainintaa kansainvälisistä suosituksista.

Ravitsemuksen arvioinnin ja suunnittelun tarvetta perustellaan australialaisessa ja eurooppalaisessa suosituksessa. Australialaisten (ANZBA 2007, 160) suositusten mukaan aikuisilla yli 20

% palovammat, syömiseen vaikuttavat palovammat sekä hengitystiepalovammat vaativat ravitsemuksen suunnittelua ja ohjausta. Lapsipotilailla yli 10 % palovammat, muut sairaudet tai syvä palovamma vaativat jo herkemmin ravitsemusasiantuntijan apua. ABA:n (2006) ohjeissa ravitsemusterapeutti mainitaan, mutta tarkempia kriteerejä käytöstä ei ole määritelty. EBA:n mukaan ravitseminen täytyy arvioida säännöllisesti ja tavoitteena on ravitsemuksen suunnittelussa haavojen paranemisen kannalta riittävä ravitseminen ottaen huomioon päivittäisen hoidon aiheuttamat rajoitteet (Brychta & Magnette 2011).

Yhteistyöryhmä pohti keinoja palovammapotilaiden kivunhoitoon. Polikliinisesti hoidettavilla palovammapotilailla on usein pinnallisia vammoja, joissa tuntohermot ovat tallella ja iho aistii kivun herkästi. Varsinkin lapsilla ja nuorilla potilailla kivuliaat sidevaihdot ahdistavat sekä potilasta että vanhempia. Kivun poistoon liittyvistä keinoista virtuaalitodellisuuden liittyvä tietokonepelien käyttö nähtiin yhdeksi tulevaisuudessa käytettäväksi lääkkeettömäksi hoitokeinoksi.

ANZBA:n kivunhoitosuosituksessa on farmakologisen kivunlievityksen lisäksi mainittu ei-lääkkeellisiä hoitoja kuten TENS (elektroninen lihasrentouttaja), aromaterapia, musiikkiterapia, erilaiset rentoutusmenetelmät ja yksittäisten potilaiden selviytymisstrategioiden vahvistaminen. (ANZBA 2007, 24). Kanadalaiset edellyttävät palovammahoidon ydinryhmältä riittävää tietoutta kognitiivisen terapian käytöstä kivun hoidossa ja sen hallinnassa (GTA Rehab Network 2010, 9). European Burn Association (Brychta & Magnette 2011) suositusten mukaan palovammakivun hoidossa tulisi käyttää ohjeistoon perustuvaa lähestymistapaa. Palovamma-keskuksissa kipua tulisi lähestyä moniammatillisesti ja jokaiselle potilaalle suositellaan tehtäväksi yksilöllinen kivunhoitosuunnitelma kiputulosten (pain scores, esim. VAS) perusteella. Kipu tulisi myös jakaa akuuttiin, toimenpiteiden aiheuttamaan ja läpilyöntikipuun.

Töölössä on palovammaosastolla järjestetty viikoittain "Burn Team", johon kuuluvat osaston lääkäri, sosiaalityöntekijä, psykiatri ja psykiatrinen sairaanhoitaja sekä osaston hoitohenkilökunta. Moniammatillisessa tiimissä käsitellään potilaiden psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia, ja myös potilas ja omaiset voivat osallistua näihin tapaamisiin. Työryhmä esitti, että jatkossa olisi tärkeää, että polikliinisille potilaille voitaisiin järjestää vastaavanlainen kokous. Polikliinisten kokousten tarve voisi olla aluksi esimerkiksi kerran kuukaudessa.

EBA suosittelee, että moniammatillisia kokouksia pidetään palovammaosastoilla viikoittain. Kokouksissa päivitetään potilaan bio-psyko-sosiaalinen tilanne, asetetaan tavoitteet ja koordinoitua hoitoa. ABA:n suosituksissa on samaten vähintään viikoittain oleva potilaskokous, jossa tulee kaikkien moniammatillisen tiimin jäsenten olla edustettuina ja kokouksen tulokset pitää dokumentoida.

5.3.2 Hoidon jatkuvuus

Potilaiden hoidon todettiin usein katkeavan heidän siirryttyään jatkohoitoon joko kotiin tai jatkohoidon yksikköön. Hoidon jatkuvuutta parantavina keinoina nähtiin näyttöön perustuvat kirjalliset hoito-ohjeet, yhteistyön parantaminen jatkohoitopaikan kanssa, hoitajien tai hoitoryhmän jalkautuminen potilaan luo ja tulevaisuudessa myös telemedisiinan käyttö.

European Burn Association, EBA 2011 ohjeistossa on hoitotyöhön, kuntoutukseen ja psykososiaalisiin seikkoihin liittyviä suosituksia ja ohjeita, jotka perustuvat parhaista käytänteistä saatuun tietoon. Esimerkiksi EBA:n ohjeissa haavojen puhdistamiseen liittyvät ohjeet perustuvat tutkittuun tietoon. (Brychta & Magnette 2011.)

Benchmarking -vierailukohteessa Englannissa käytettiin hoitajien ja hoitoryhmän jalkautumista potilaan luo. Hoitoryhmän kokoonpano riippui potilaan tarpeista. Henkilökunta kertoi, että yhteistyö on parantunut ja helpottunut monen jatkohoitopaikan kanssa kun potilaita on hoidettu yhdessä. Queen Victorian sairaalassa telemedisiinaa käytettiin kuvien muodossa, mutta ei vielä videokuvana. Valokuvaus on systemaattista sekä sairaalassa sisällä olevien että poliklinikalla hoidossa käyvien potilaiden kohdalla. Palovammayksikköön tulee myös jatkuvasti valokuvakonsultaatioita heille kuuluvalta maantieteelliseltä vastuualueelta.

Kansainvälisen kirjallisuuden mukaan sekä potilaat että hoitohenkilökunta ovat olleet tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä telemedisiinan mahdollisuuksiin. (Turk, Karagulle, Aydogan, Oguz, Tarim, Karakayali & Haberal 2011, 415; Redlick, Roston, Gomez & Fish 2002, 110 - 115; Eron 2010, S229 - S230) Useat palovammakeskukset palvelevat laajaa maantieteellistä aluetta. Palovammojen suhteellisen määrän väheneminen sekä osaamisen keskittäminen ovat perustellusti vähentäneet palovammakeskusten määrää. Palovammapotilaiden hoito- ja kontrollimatkat palovammakeskukseen saattavat olla jopa tuhat kilometriä, mikä voi olla hankalaa varsinkin heikkokuntoisimmille potilaille.

Redlick ym. (2002, 110 - 115) selvittivät vuosituhannen vaihteessa Kanadassa telemedisiinan käyttöä akuuttihoiton jälkeen korvaamaan varsinaisia kontrollikäyntejä palovammapoliklinikalla. Palovammakeskus, jonka puitteissa asiaa selvitettiin vastaa hyvinkin läheisesti Suomen olosuhteita: väestöpohja oli noin kuusi miljoonaa ja matkat palovammakeskukseen olivat 345 - 1375 kilometriä (Suomessa vastaa Helsinki-Seinäjoki ja Helsinki-Utsjoki välimatkoja). Potilaista kaksi kolmasosaa piti telekonsultaatiota parempana kuin kasvoista kasvoihin tapahtuvaa ja loputkin vähintään yhtä hyvänä. Kysymysten esittämistä specialistille piti kolmasosa potilaista helpompina television välityksellä ja kaksi kolmesta pitivät yhtä helppona kuin normaali käynnillä tapahtuvassa kohtaamisessa. Konsultoivat lääkärit olivat telekonsultaatioihin yli

80 %:ssa tapauksia erittäin tyytyväisiä tai tyytyväisiä. Ainoastaan ensimmäisen konsultaation yhteydessä näkyvyys ja vammojen tulkinta olivat kangerrelleet. (Redlick ym. 2002, 113.)

Taloudellisesti telekonsultaatiot myös säästivät kanadalaisten potilaiden aikaa ja rahaa: konsultaation hinnaksi potilaalle ennen kustannusten mahdollisia kompensatioita tuli noin 1/40 siitä, jonka matka- ja hotellikulut sekä esimerkiksi lastenhoito normaalin poliklinikkakäynnin yhteydessä olisivat vieneet. Ajallisesti keskimääräinen telekonsultaatio kesti 2,7 tuntia, kun keskimääräisen poliklinikkakäynnin kestoksi tuli yli kaksi vuorokautta. Keskimääräinen lääkärin ajankäyttö telekonsultaatioon oli noin 20 minuuttia (10 - 40 min). (Redlick ym. 2002, 113.)

5.3.3 Hoidon laatu

Yhteistyöryhmä nosti esille, että Suomeen tarvittaisiin palovammaopotilaiden hoitosuositus tai Käypähoito-ohje. Ohjeita tarvitaan ensinnäkin siksi, että palovammaopotilaat ohjataan oikeaan hoitopaikkaan ja toiseksi näin palovammaopotilaiden hoidon laatua voidaan parantaa ja samalla vähentää eri sairaaloiden välillä olevien erilaisten hoitokäytäntöjen määrää.

Töölön sairaalan palovammaosastolla on yleisinä periaatteina käytetty American Burn Association (ABA) Guidelines for Operation of Burn Unit:in suosittelemia ohjeita, mutta uusia eurooppalaisia suosituksia on myös tiedetty odottaa. Palovammapoliklinikan toiminta on nivottu yhteen palovammaosaston toimintaperiaatteisiin vaikka hallinnollisesti palovammapoliklinikka kuuluu kirurgian poliklinikan alaisuuteen. Uuden palovammakeskuksen suunnittelussa on pidetty tärkeänä, että poliklinikan toiminta nivoutuu tiiviisti palovammaosaston ja -tehon toimintaan ja että toimintaperiaatteet ovat yhtenäiset.

Työryhmän keskusteluissa tuli esille, että valtakunnallisesta palovammakeskuksesta tehdään keskus, joka nostaa Suomen kansainvälisesti korkealle tasolle hoidon, tilojen ja välineistön osalta. Uuden palovammakeskuksen tehtäväksi nähtiin kansainvälisesti korkeatasoinen palovammaopotilaiden hoito, tutkimus ja opetus sekä ennaltaehkäisy.

Yhdysvalloissa palovammaopotilaiden hoidon laatua seurataan verifiointijärjestelmän avulla. Palovammakeskusten verifiointijärjestelmä on ollut käytössä vuodesta 1995 lähtien ja sitä ylläpitää American Burn Association (ABA) yhdessä American College of Surgeons (ACS) kanssa. Verifiointilla arvioidaan hoidon laatua palovamman sattumisesta kuntoutusprosessin loppuun asti. Tämä tarkoittaa palovammakeskusten antamaa hoitoa teho-osastolla, vuodeosastolla sekä kontrolleja palovammapoliklinikoilla.

Verifiointi tarkoittaa, että palovammakeskus saa sertifikaatin kolmeksi vuodeksi. Verifiointissa arvioidaan muun muassa hoidon laatua, henkilöstön pätevyyttä, käytettävissä olevia väli-

neitä, tiloja ja sitä, kuinka palovammakeskusta johdetaan. Yhdysvaltojen palovammakeskuk-
sen ohjeissa on määritelty yli 80 keskeistä kriteeriä, jotka tulee täyttää saadakseen sertifi-
oinnin. Ohjeistuksessa on suosituksia organisaatiosta, vastuista, henkilöstöstä sekä määrän,
koulutuksen että valvonnan osalta sekä tiloista, välineistä ja erilaisista ohjeista. (ABA 2006.)

Esimerkkejä palveluista, joita palovammakeskuksen tulee tarjota potilaille saadakseen
sertifionti (ABA 2006):

1. Riittävästi viihdyttävää terapiaa osastolla oleville lapsipotilaille
2. Koulutusta sekä potilaille että omaisille
3. Tukea perheenjäsenille ja läheisille
4. Koordinoitu kotiutuksen suunnittelu
5. Kotiutuksen jälkeinen seuranta
6. Yhteiskunnan palveluiden käytettävyys
7. Potilaan fyysisen, psyykkisen, kehityksellisen ja ammatillisen tilanteen arvi-
ointi
8. Tulevan kuntoutuksen ja korjaavan kirurgian tarpeiden arviointi

American Burn Associationin (ABA) määrittää, että palovammakeskusten tulee sisäisesti audi-
toida toimintaansa vuosittain. Euroopassa vastaavat palovammakeskusten ohjeet ovat perus-
tuneet European Burn Associationin (EBA) kokouksessa Kööpenhaminassa syyskuussa 2002 an-
nettuihin suosituksiin, jotka olivat vain suuntaa antavia (Alsjoern 2002). Syksyllä 2011 EBA:n
julkaisemat uudet ohjeet ovat huomattavasti lähempänä ABA:n ohjeita (Brychta & Magnette
2011).

Henkilökunnan riittävyys, ammattitaito ja sen ylläpito tulevaisuudessa huolestuttivat työryh-
mäläisiä. Palovammahoitajan ammattitaidon kehittyminen vie vuosia ja hoitotyön vetovoimai-
suudesta tulevaisuudessa oltiin epävarmoja. Yhteistyö ammattikorkeakoulujen kanssa ja tarve
palovammahoitajien erikoistumisopinnoista tuotiin esille. Hoitohenkilökunnan saatavuuteen ja
sitoutumiseen nähtiin tärkeänä se, että henkilökuntaa on riittävästi ja koulutus on jatkuvaa
ammattitaidon ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi. Edellä mainittujen tekijöiden toteutumisen
todettiin mahdollistavan potilaiden laadukkaan hoidon. Epävarmuus HUS:n arvostuksesta
työntekijöitä ja palovammapotilaiden hoitoa kohtaan puhututti. Tukeeko HUS riittävästi palo-
vammakeskuksen hanketta vai ohjautuvatko rahat muille yksiköille?

American Burn Association (ABA) on määritellyt kriteerejä sekä palovammapotilaita hoitavalle
henkilökunnalle että heidän jatkuvalla koulutuksellaan tietojen ajan tasalla pitämiseksi.
ABA:n kriteereissä määritellään muun muassa, että hoitohenkilökuntaa tulee olla riittävästi ja
sen tulee hallita hoidon eri osa-alueet niin, että potilaan kokonaisuhoito toteutuu koko hoito-
prosessin ajan. Hoitohenkilökunnan tulee osallistua vähintään kahteen palovammojen hoitoon
liittyvään koulutustilaisuuteen vuosittain. Hoitohenkilökunnan esimiehellä (nurse manager)
tulee olla vähintään kahden vuoden kokemus akuuttien palovammojen hoidosta, riittävä hal-

linnollinen kokemus ja hänen tulee osallistua vuosittain vähintään 16 tuntia hyväksytyyn palovammakoulutukseen. (ABA 2006.)

EBA:n ohjeissa henkilökunnan koulutuksen määrää ei ole yksityiskohtaisesti määritelty, mutta ohje suosittaa kuitenkin koko henkilökunnalle säännöllisesti tapahtuvaa, pakollista koulutusta, jotta pystytään ylläpitämään hoidon korkea taso. ANZBA puolestaan määrittää, että henkilöstön tulee ylläpitää tietojaan palovammojen patofysiologiasta ja hoidon kehityksestä ajan tasalla. Ohjeissa on esimerkiksi lueteltu erilaisia koulutuksia sekä alan lehtiä, joita tulee säännöllisesti seurata (Burns, Journal of Wound Care, Journal of Burn Care and Research, Journal of Trauma).

Kanadalaisen suosituksen mukaan palovammapotilaita hoitavalla ydinryhmällä (core team) tulee olla riittävä tietotaito haavanhoidosta, ymmärrys haavan eri paranemisvaiheista erityisesti ihonsiirteiden seurannassa, arpien ja kontraktuurien hoitokeinoista sekä kivun hoidon menetelmistä (GTA Rehab Network 2010, 9).

Suomessa laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (559/1994, 8 §) velvoittaa, että "terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Terveydenhuollon ammattihenkilön työnantajan tulee luoda edellytykset sille, että ammattihenkilö voi osallistua tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen."

Töölön palovammakeskuksessa ei ole ehdottomia kriteerejä lisäkoulutukseen liittyen, mutta henkilökunnalta odotetaan jatkuvaa tietojen ylläpitämistä osallistumalla koulutuksiin Suomessa ja ulkomailla sekä ylläpitämään ja päivittämään tietojaan lukemalla alaan liittyvää kirjallisuutta. Työryhmän esille tuomat laatuun liittyvät asiat ovat samoja, kuin mitä kansainväliset suositukset ja kriteerit palovammakeskuksissa ovat.

5.4 Polikliinisen palovammapotilaan uudistettu hoito Töölön sairaalassa

Polikliinisten palovammapotilaiden hoidon keskeisimmiksi kehittämisalueiksi nousivat moniammatillisen hoidon kehittäminen, hoidon jatkuvuus ja hoidon laatuun liittyvät asiat. Uudet toiminnot toteuttavat HUS:n hoitotyön strategisia päämääriä, joissa määritellään, että hoitotyön tulee olla potilaskeskeistä, näyttöön perustuvaa, turvallista ja terveyttä edistävää. (HUS:n strategia 2012 - 2016.)

5.4.1 Laajennettu moniammatillinen tiimi

Uusi laajennettu moniammatillinen tiimi koostuu plastiikkakirurgista, sairaanhoitajasta, fysioterapeutista, toimintaterapeutista, ravitsemusterapeutista, seksuaaliterapeuteista, psykiatrisesta sairaanhoitajasta tai psykiatrasta, kipuhoitajasta tai -lääkäristä, sosiaalityöntekijästä ja sairaalapastorista. Sekä poliklinikalla käyvien että osastolla olevien potilaiden hoidon tarpeet kartoitetaan ennen jatkohoitoon tai kotiin siirtymistä ja heille varataan tarvittavat vastaanottoajat poliklinikkakäynnin yhteyteen tai erikseen.



Kuva 7: Palovammapoliklinikan uudistettu moniammatillinen tiimi

Käytännössä potilaiden eri osa-alueiden hoidon tarpeen kartoitus tapahtuu sairaanhoitajan, lääkärin ja potilaan käyminen keskustelujen perustella. Palovammaosaston ja -poliklinikan sairaanhoitajien avuksi laadittiin kaavake, johon kirjataan potilaan tarpeet eri ammattiryhmien vastaanotoille ja konsultaatioille sekä ajanvarauksen ajankohta. Kaavakkeen toisella puolella on ammattiryhmittäin esimerkkejä kriteereistä, jotka ohjaavat tarvekartoitukseen. Jokaisen ammattiryhmän edustajat laativat omat esimerkkikriteerinsä ja ne hyväksyttiin yhteistyökokouksessa. Kaavake toimii tarkastuslistana (Checklist), jolla varmistetaan, että jokaisen potilaan kohdalla eri osa-alueiden hoidon tarpeet on kartoitettu. (Liite 5)

Uuden laajennetun moniammatillisen tiimin toiminta päätettiin ottaa käyttöön heti, vaikka kehittämistoiminnan alkuperäisenä tavoitteena oli uudistaa hoitoa uuteen palovammakeskukseen. Uuden toiminnan aloitus nähtiin tarpeelliseksi potilaan kokonaishoidon parantamiseksi sekä myös siksi, että nyt aloitettu toiminta ennättää muotoutua ja potilaskäyntien määristä ammattiryhmittäin saadaan tietoa resurssitarpeiden pohjaksi.

Konsultaatiotoiminnan sujuvuuden edistämiseksi kerättiin eri ammattiryhmien yhteistiedot yhdeksi tiedostoksi, joka tallennettiin sähköisesti ja jaettiin osastolle, poliklinikalle sekä tiimin jäsenille. Tiedostossa on puhelinnumerojen lisäksi käytännöt eri ammattiryhmittäin: kenen konsultaatioon riittää soitto, kenen vastaanotolle tarvitaan lähete, mihin se kirjataan, kuka sen tekee (sairaanhoitaja vai lääkäri) ja missä vastaanottotoiminta tapahtuu. Yhteystiedot tallennettiin palovammaosaston ja poliklinikan yhteiselle asemalle tiedonpuuhun. Päivitykset sovittiin hoidettavaksi palovammaosaston osastonsihteerin toimesta.

Moniammatillisen yhteistyön toiminnaksi sovittiin myös poliklinikan "Burn Team" -kokousten aloittaminen. Moniammatillinen tiimi kokoontuu kerran kuussa suunnittelemaan poliklinikalla käyvien moniongelmaisten potilaiden hoitoa. Suunnitelmat ja päätökset potilaan hoidosta tehdään moniammatillisessa tiimissä, jonka koostumus vaihtelee potilaan tarpeen ja tilanteen mukaan. Potilaan ja hänen omaisensa ja/tai jatkohoitopaikan hoitajien toivotaan myös osallistuvan kokoukseen, jotta potilaiden oma osuus, oikeus ja vastuu tulevat myös esille.

5.4.2 Hoidon jatkuvuuden ja laadun kehittäminen

Osastohoitoisten palovammapotilaiden siirryttyä kotiin tai oman kunnan jatkohoitopaikkaan on valitettavan usein huomattu potilaan hoidon päättyvän siihen. Polikliinisten palovammapotilaiden kokonaishoidon, hoidon jatkuvuuden ja laadun parantamiseksi suunniteltiin konkreettisia ja toteuttamiskelpoisia ideoita.

Palovammakeskuksessa hoidossa olleille potilaille päätettiin tehdä kotikansio, jonka osastolta kotiutuva tai poliklinikalla hoidossa käyvä potilas saa mukaansa. Kansion ulkoasun tavoitteena on viestittää potilaille ja jatkohoitopaikkoihin, että palovammakeskus haluaa hoitaa potilaita kokonaisvaltaisesti ja laadukkaasti sekä haluaa tehdä yhteistyötä jatkohoitopaikan kanssa potilaan parhaaksi koko hoitoprosessin ajan. Potilaita ja jatkohoitopaikkaa kannustetaan yhteydenottoihin sekä tulemaan mukaan poliklinikkakäynnille. Kansion sisäkanteen on painettu palovammapotilaan hoitotiimiin kuuluvat ammattiryhmät ja takakanteen yhteydenottotiedot. (Liite 6) Sairaanhoitajan soittoaikaa ei vielä otettu käyttöön, mutta se on suunnitelmissa. Puhelinohjauksen odotetaan kuitenkin osittain helpottuvan, kun vuonna 2012 saadaan sairaanhoitajien käyttöön sähköinen kirjaaminen.

Kansioon liitetään esitteet jokaisen ammattiryhmän toimenkuvasta sekä vertaistukitoiminnasta yhteistietoineen. Siihen on tarkoitus kerätä kaikki potilasta koskevat ohjeet esimerkiksi haavojen hoidosta, arpihoidosta ja ravitsemuksesta. Näyttöön ja parhaaseen käytäntöön perustuvat ohjeet yhtenäistävät hoitoa ja tuovat laatua potilaan hoitotyöhön. Potilaat tarvitsevat selkeitä kirjallisia hoito-ohjeita, jotta hoitopaikasta tai hoitajasta riippumatta hoito olisi tavoitteellista ja toteutuisi suunnitelmallisesti. Tätä helpottamaan päätettiin tehdä esimerkiksi puolivalmiita haavanhoito-ohjeita, jotka tukevat näyttöön perustuvaa haavanhoitoa ja ohjausta hoitajasta riippumatta, nopeuttavat kirjoittamista ja vapauttavat aikaa poliklinikasta itse potilaan kohtaamiseen. Haavanhoito-ohjeiden kehitystyö on alkanut palovamma-keskuksessa työskentelevän sairaanhoitajan jatko-opintoihin liittyen. Ohjeiden on tarkoitus valmistua vuoden 2012 keväällä.

Matalalla yhteydenottokynnyksen tavoitteena on parantaa yhteistyötä jatkohoitopaikan kanssa sekä kannustaa omaisia ja hoitajia tulemaan mukaan poliklinikakäynnille, jolloin heillä on mahdollista osallistua ja seurata hoito-tapahtumia sekä osallistua potilaan jatkohoidon suunnitteluun. Hoitajan ja hoitoryhmän jalkautumisen potilaan luo ei vielä toteuteta, mutta sen suunnittelua jatketaan niin, että uuden palovammakeskuksen valmistuttua vuonna 2015 se olisi mahdollista.

Lokakuussa 2011 pidetyssä, tämän kehittämistyön päätöskokouksessa sovittiin, että palovammaosaston osastotunneilla sekä poliklinikalla informoidaan henkilökuntaa uudesta moniammatillisesta tiimistä ja kotikansion ideasta sisältöineen. Pidin palovammaosastolla yhden informaatiotilaisuuden uusista toiminnoista. Toiminnan varsinainen levittäminen ja seuranta jäävät kehittämistyön päätyttyä työyksiköissä toimivien vastuulle. Yhteistyökokouksessa sovittiin, että palovammaosaston osaston- ja apulaisosastonhoitaja sekä poliklinikan vastaava hoitaja ottavat vastuun toiminnan levittämisestä ja seurannasta.

Uusien toimintojen käyttökelpoisuutta ja sen tuomia hyötyä potilaille on syytä seurata ja arvioida ja tarvittaessa tehdä muutoksia. Ensimmäiseksi arviointi ajankohdaksi sovittiin huhtitoukokuu 2012, jolloin toimintojen aloittamisesta on kulunut noin puoli vuotta. Tällöin voidaan arvioida kokemuksia siitä, kuinka käytäntö on lähtenyt toimimaan ja tarvitaanko muutoksia. Varsinaista vaikuttavuuden arviointia voidaan tehdä vasta, kun käytäntö on toiminut pidempään. Silloin voidaan arvioida muun muassa potilaiden tyytyväisyyttä ja jatkohoitopaikan aktivoitumista yhteydenotoissa.

6 Kehittämistyön arviointi

6.1 Eettisyys

Tutkimus- ja kehittämistyössä tulee ottaa huomioon tiedon hankintaan ja julkaisemiseen liittyvät eettiset kysymykset. Eettinen tutkimus edellyttää, että sen teossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Tällä tarkoitetaan tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, joita ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. Edellä mainitut asiat koskevat tietojen ja tulosten hankintaa, tallentamista, esittämistä ja niiden arviointia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 249; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, 3.)

Kehittämistyön aihe esitettiin Töölön sairaalan palovammakeskuksesta. Kehittämistyö on osa laajempaa palovammapoliklinikan kehittämistä, joka kuuluu Jorvin sairaalan palovammakeskus -hankkeeseen. Kehittämistyöhön ei tarvittu erillistä tutkimuslupaa, koska toimin HUS:n työntekijänä laajemmassa palovammapoliklinikan kehittämistyössä.

Osallistuminen palovammakeskuksen kehittämistyöhön oli vapaaehtoista. Työryhmän jäsenet toimivat oman ammattinsa sekä työnantajan edustajina kehittämistyön tarpeita ajatellen, eivät oppinäytetyötä varten. Kehittämistyön alussa työryhmä määritteli yhdessä kehittämisen tavoitteet ottaen huomioon, että ne saattavat muuttua. Kehittämistyön aikana tulleet muutokset tuotiin avoimesti esille yhteistyökokouksissa ja jatkosuunnitelmista sovittiin työryhmän kanssa. Työryhmään osallistujat kokivat kehittämistyön tarpeelliseksi ja innostavaksi. Kokousten jälkeen tutkimuspäiväkirjaan kirjoittamani osallistujien kommentteja olivat: "Kerrankin tehdään jotain oikeasti konkreettista ja tarpeellista", "Juuri tämänkaltaisia kehittämistöitä tarvitaan, että niistä on oikeasti hyötyä käytäntöön". Osallistujien innostuneisuutta kuvaa myös se, että kokouksiin osallistuivat aina lähes kaikki tiimiin kuuluvat ja loppuaikoina kokouksiin tuli myös useita saman ammattiryhmän edustajia.

Kehittämistyössä tiedon hankintatavat kunnioittavat poliklinikan henkilökuntaa ja heidän toimintaansa. Aineiston keruu toteutettiin yhdessä keskustellen eikä sen aikana ilmennyt arkaluonteisia tai henkilökohtaisia asioita aineisto keskittyessä yleisesti polikliinisten palovammapotilaiden hoidon ja poliklinikan toiminnan kehittämiseen. Yhteistyö- ja innovaatiokokouksista kirjoitetut avoimet muistiot lähetettiin ryhmän jäsenille. Muistioita korjattiin ja täydennettiin tarvittaessa seuraavien kokousten alussa. Työryhmään kuuluvat olivat tietoisia koko kehittämistyön ajan tehdyistä ja tallennetuista kirjallisista muistioista. Tutkimuspäiväkirja on ainoa dokumentti, joka ei ole julkinen, koska se sisältää omia tunnelmiani ja ajatuksiani kehittämistyön etenemisestä.

Tutkimustyön kaikissa vaiheissa tulee olla rehellinen (Hirsjärvi ym. 2008, 249). Tämä tarkoittaa muun muassa sitä, että tutkimustulokset ja aineiston analysointi on pyritty esittämään luotettavasti ja rehellisesti. Opinnäytetyön tekstissä ei ole plagioitu toisten tekstejä ja lähdeviittaukset on merkitty huolellisesti. Koko raportin osalta on pyritty ehdottomaan huolellisuuteen ja totuudenmukaisuuteen.

Innovaatioillan kouluttaja saatiin vetämään tilaisuus yhteistyökumppanin kustantamana. Palovammapoliklinikan yhteistyökumppaneita ovat muun muassa haavanhoitotuotteita markkinoivat yritykset. Yhteistyö yritysten kanssa näkyy muun muassa tuotekokeiluina. Yhteistyö nähdään tarpeelliseksi, jotta tuotteista saadaan mahdollisimman tarkoituksenmukaisia. Palovammapoliklinikan yksi yhteistyökumppani halusi mahdollistaa innovaatiotilaisuuden ryhmälle kustantamalla tilaisuuden. Tilaisuuden kustantaminen ei sido eikä vaadi ryhmältä mitään sitoumuksia yrityksen tuotteiden käyttöön.

6.2 Luotettavuus

Luotettavuutta pidetään tieteellisen tiedon keskeisenä tunnusmerkkinä. Kehittämistoiminnassa luotettavuuden arviointi kohdistuu tutkimuksessa käytettyihin tutkimusmenetelmiin, tutkimusprosessiin ja tutkimustuloksiin. Kehittämistoiminnassa luotettavuudella tarkoitetaan ennen kaikkea käyttökelpoisuutta ja sitä, että kehittämistoiminnan yhteydessä syntyvän tiedon tulee olla sekä hyödyllistä että todenmukaista. (Toikko & Rantanen 2009, 121.)

Laadullisessa tutkimuksessa reliabiliteetin ja validiteetin käsitteet on pyritty korvaamaan vakuuttavuus-käsitteellä. Tällä tarkoitetaan, että tutkijan tulee vakuuttaa tiedeyhteisö tekemällä tutkimusta koskevat valinnat ja tulkinnat näkyviksi sekä tuoda esille avoimesti aineistonsa ja siihen perustuva argumentaatio. Tutkimuksen tulee olla myös johdonmukainen, jolla tarkoitetaan aineiston keräämisen ja analysoinnin huolellista ja läpinäkyvää kuvaamista. Tutkimuksen ja kehittämistyön uskottavuutta lisäävät triangulaation käyttö sekä aineiston kyläläntäminen. (Toikko & Rantanen 2009, 122 - 124.)

Palovammapoliklinikan kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksena. Anttilan (2005, 439) mukaan toimintatutkimuksessa on oleellista, että kehittämisprosessi tehdään yhdessä tutkijan ja niiden kanssa, joita asia koskee. Tutkija on tilaisuuksissa myös esille tulleiden ideoiden syventäjä ja käsitteellistäjä. Työryhmän jäsenet valittiin kehittämistyön aloittamiskokouksessa. Ryhmään kutsuttiin palovammapotilaita hoitavat eri ammattiryhmien edustajat ja uusia ammattiryhmän edustajia kutsuttiin mukaan sitä mukaa, kun heidän tarpeensa tuli esille. Työryhmän koostuminen eri ammattiryhmien jäsenistä toi monialaisuutta keskusteluihin. Koko kehittämistyön ajan pyrin olemaan aktiivinen toimija yhdessä työryhmän kanssa tekemällä yhteenvetoja keskusteluista, kokoamalla kehitettäviä asioita ja syventämällä niitä.

Luotettavuutta voidaan arvioida käytettyjen aineistonkeruumenetelmien ja niiden kautta saadun aineiston perusteella (Toikko & Rantanen 2009, 121). Poliklinikan toimintaan liittyviä kehittämisalueita haettiin avoimesti eri menetelmien avulla. Eri menetelmien valinnat perustuvat tutkimuskysymyksiin. Osallistuvalla havainnoinnilla pyrittiin saamaan yleiskuva palovamma-poliklinikan toiminnasta ja tiloista, prosessikuvauksella poliklinikan toimijoista, työnjaosta ja toimintojen sujuvuudesta. Benchmarking -vierailusta Englantiin haettiin mallia ja ideoita toisen maan käytännöistä. Innovointia käytettiin ideoiden hankkimiseen normaalin ajattelun rajojen ulkopuolelta ja keskusteluissa tuotiin esille erilaisia näkökulmia ja refleктоitiin. Useiden menetelmien kautta haetut kehittämisalueet alkoivat toistua innovaatioillissa, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. (Ks. Toikko & Rantanen 2009, 124.) Eri menetelmien valinta osoittautui tarpeelliseksi ja niiden kautta saatiin tietoa, jota tavoiteltiin. Työryhmä piti innovointia erityisen mielekkäänä tapana toimia, sillä sen kautta päästiin normaalien ajatusrajojen ulkopuolelle ja se lisäsi motivaatiota kehittämiseen.

Kirjallisuushakuja tehtiin koko kehittämistyön ajan ja niitä käytettiin myös ideoiden ja inspiraatioiden lähteinä (ks. Anttila 2005, 119). Tutustuin ensin laajasti palovammailmioon, koska selkeää kehittämisaluetta ei oltu nimetty. Abduktiivisen päättelyn logiikkaa käyttäen hain kirjallisuudesta tietoa sitä mukaa kuin kehittämisalueita tuli esille ja sitä refleктоitiin yhteistyökokouksissa. Kriittisyyttä aiheutti esimerkiksi eri maiden terveydenhuoltojärjestelmien erilaisuus, jolloin todettiin, että esimerkiksi amerikkalaisia ohjeistuksia ja malleja ei voida suoraan soveltaa Suomen käytänteisiin. Kirjallisuuslähteiksi pyrin valitsemaan tuoreimpia julkaisuja ja tarkastelemaan niiden tuloksia objektiivisesti. (ks. Hirsjärvi ym. 2008, 113 - 114.)

Tutkimuksen luotettavuudessa on tärkeää aineiston analysointi niin, että se on huolellista ja läpinäkyvää (Toikko & Rantanen 2009, 124). Eri menetelmin kerätyt kehittämisalueet analysoitiin ja niiden luotettavuutta pyrittiin osoittamaan aineiston analyysin kuvauksella ja suorilla lainauksilla dokumenteista. Tekemäni päätelmät ovat luettavissa aineiston analysoinnista esimerkein. Toin päätelmät esille myös kokouksissa ja ne vastasivat myös ryhmäläisten ajatuksia kehittämistyön kulusta ja kehittämiskohteiksi nostetuista alueista. Aineiston käsittelyssä käytettiin abduktiivista päättelyn logiikkaa, jossa tutkijan ennakkokäsitys ja johtoajatus ovat edellytys olennaisten asioiden löytämiseksi. (ks. Anttila 2005, 120.) Kehittämistyön alussa toin avoimesti esille oman esiyymmärryksen palovammapotilaiden hoitoon tulevien uusien ammattiryhmien tarpeesta, mikä oli muodostunut oman kokoemukseni kautta haavahoitajana.

Kokousmuistiot ovat itseni kirjoittamia, mikä voi laskea luotettavuutta. Tämä tiedostettiin dokumentointivaiheessa ja kaikista kokouksista tehdyt muistiot lähetettiin etukäteen ennen seuraavaa kokousta ryhmäläisille. Muistiot tarkastettiin seuraavan kokouksen alussa ja niihin tehtiin tarvittavat korjaukset ja lisäykset.

Toikko & Rantasen (2009, 124) mukaan kehittämistoiminnan luotettavuuteen vaikuttaa toimijoiden ja kehittäjien sitoutuminen. Kehittämistyö kesti vuoden ja sen aikana yhteistyöryhmä kokoontui kymmenen kertaa hieman eri kokoonpanoilla. Koko kehittämistyön ajan ryhmäläiset olivat erittäin aktiivisia osallistujia, heillä oli selkeä halu kehittää ja he sitoutuivat kehittämistoimintaan. Kokouksissa käytiin avointa keskustelua ja mielipiteiden vaihtoa. Jokaisen kokouksen aluksi kerrattiin siihen mennessä tehdyt toimet sekä esille tulleet asiat, jotta mahdollisesti edellisestä kokouksesta poissaolleet saivat tiedon.

Maaliskuussa 2011 rajasin opinnäytetyöni koskemaan polikliinisen palovammapotilaan hoidon kehittämistä. Kehittämistyön alusta alkaen olin tietoinen, että kehittämistyön luonteeseen kuuluu kehittämiskohteiden mahdollinen muuttuminen. Kehittämistyön aikana tuli hyvin esille, kuinka kehittämistyö on muuttuva prosessi ja kuinka siinä vaaditaan tilanteiden jatkuvaa uudelleen hahmottamista. (ks. Toikko & Rantanen 2009, 53.) Kehittämistyö on pyritty raportoimaan niin tarkasti, että lukija voi arvioida sen kulkua ja luotettavuutta (ks. Hirsjärvi ym. 2008, 261).

Kehittämistoiminnassa luotettavuutta arvioidaan sen käyttökelpoisuudella. Käyttökelpoinen tieto voidaan ankkuroida sosiaalisesti, mikä edellyttää vahvaa yhteistoimintaa. Kehittämistulosten käyttökelpoisuudella tarkoitetaan ennen kaikkea kehittämisprosessin seurauksena syntyneiden tulosten hyödynnettävyyttä ja sitä kuinka ne voidaan ottaa käytäntöön. (Toikko & Rantanen 2009, 125 - 126; Anttila 2007, 147.) Kehittämistyön luotettavuutta lisää se, että uuteen palovammakeskukseen suunnitellut toiminnot haluttiin ottaa käytäntöön heti. Yhteistyökokouksessa todettiin, että heti käyttöön otetut toiminnot on jatkossa helpompi siirtää uuteen keskuksen.

6.3 Tulosten tarkastelu

Kehittämistyön tuloksena saadut polikliinisen palovammapotilaan hoitoa parantavat toimet ovat hyvin linjassa HUS valtuustossa 19.10.2011 hyväksytyyn uuden HUS:n strategian kanssa (HUS:n strategia 2012 - 2016). HUS:n ensimmäisenä strategisena päämääränä on potilaslähtöinen ja oikea-aikainen hoito, jossa potilaat otetaan hoitoon ja hoidetaan kansallisesti ja kansainvälisesti hyväksytyjen kriteerien mukaisesti. Palveluita kehitetään tietoon perustuen ja tulevaisuuden muutoksia ennakoitaan säännöllisesti. Potilaiden ohjauksen ja heille ja heidän omaisilleen jaettavaa informaatiota kehitetään näyttöön ja monitieteelliseen tutkimukseen perustuen. Potilasohjauksessa käytetään myös innovatiivisesti uutta informaatioteknologiaa. Perheen, omaisten ja läheisten rooli huomioidaan, heitä tuetaan ja heidän voimavarojaan hyödynnetään potilaan hoidossa. (HUS:n strategia 2012 - 2016, 7 - 9.)

Palovammapoliklinikalla potilaskeskeisyyden tavoite vahvistuu, kun hoitotyö kohdistuu potilaan kokonaistilanteen kartoitukseen, eikä pelkästään sairauden tai ongelman hoitoon. Laajennettu moniammatillinen tiimi lisää hoidon potilaskeskeisyyttä tukemalla potilaan kokonaisvaltaista hoitoa koko hoitoprosessin ajan. Sairaanhoidajan rooli tulee korostumaan potilaan hoidon tarpeiden eri osa-alueiden kartoituksessa sekä osastolla että poliklinikalla. Hoitajilta vaaditaan ammattitaitoa huomata potilaiden ongelmat, joita he itse eivät välttämättä tunnista tai osaa tuoda esille. Hoitaja näkee muun muassa sidevaihtojen yhteydessä potilaan kivun ja ahdistuksen. Asiantuntevalla kivunhoidolla voidaan estää kauaskantoisia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia seurauksia ja edistää potilaan kuntoutumista.

Sairaanhoidaja suunnittelee potilaan jatkohoidon, järjestää tarvittavat tukitoimet ja seuraa kokonaistilanteen kehittymistä. Hoitajan on tärkeää pitää mielessä, että pelkästään vamman laajuus tai näkyvyys eivät ole ainoita ennustekijöitä esimerkiksi arvioitaessa palovammapotilaiden mahdollisia tulevia psyykeoireita. Jopa alle prosentin laajuisten palovammojen jälkeen voi olla seurauksena merkittävä psyykinen oireilu ja toisaalta palovamman näkyvyys tai potilaan aikaisempi psykiatrinen oireilu eivät välttämättä tarkoita, että jatkossa olisi odotettavissa psyykkisiä ongelmia. (Tedstone ym. 1998, 414.)

Potilaan eri osa-alueiden tarpeen kartoitus vie aikaa, mutta tätä aikaa voidaan vapauttaa organisoimalla työtehtävät uudelleen. Prosessikuvauksesta kävi ilmi, että poliklinikalla tehdään päällekkäisiä tehtäviä ja sairaanhoidajan työajasta menee suuri osa hoitotyön ulkopuolisiin tehtäviin. Töiden uudelleen organisoinnilla tästä ajasta voidaan vapauttaa aikaa varsinaiseen hoitotyöhön.

Uuden moniammatillisen tiimin käytännön toteutumista suunniteltiin niin, että konsultaatio olisi mahdollisimman helppoa ja tapahtuisi ilman byrokraattisia koukeroita vaikka toimijat työskentelevätkin eri organisaatiossa. Yhteistyön tavoitteena pidettiin tärkeänä, että toiminta on potilaslähtöistä, eri näkökulmia yhteen kokoavaa ja vuorovaikutteista. Organisaation raja-aitoja ja hierarkiaa madaltamalla voidaan edistää potilaiden hoidon tuloksellisuutta ja palvelukokonaisuuksien saumatonta toteutumista. (Aaltonen ym. 2008, 108 - 109.) Moniammatillisen laajennetun tiimin organisointi kävi yllättävän sujuvasti. Uusien ammattiryhmien jäsenet olivat kiinnostuneita palovammapotilaiden kokonaishoidon parantamisesta ja ehdottivat itse aktiivisesti kuinka heidän puoleltaan käytäntö olisi mahdollisimman sujuvaa.

Hoidon jatkuvuutta sekä laatua parantamaan suunniteltiin kotikansio sisältöineen. Kotikansio on toivotaan parantavan hoidon jatkuvuutta niin, että potilas ja jatkohoitopaikka ottavat nykyistä rohkeammin yhteyttä palovammakeskukseen sekä tulevat potilaan mukana palovammapoliklinikalle, jolloin yhteistyötä heidän kanssaan voidaan lisätä. Tämä on yksi askel kohti pe-

rusterveidenhuollon ja erikoissairaanhoidon raja-aitojen madaltamista. Tulevaisuudessa on tavoitteena myös hoitoryhmän jalkautuminen potilaan luo.

Tulevaisuudessa hoidon jatkuvuutta voidaan parantaa myös teknisten välineiden avulla. Työn sairaalassa hoitotyön kirjaaminen tulee muuttumaan sähköiseksi syksyllä 2012. Tämä tulee helpottamaan esimerkiksi puhelimitse annettua ohjausta, kun tiedot hoidon suunnittelusta ja toteutuksesta ovat luettavissa sähköisistä potilasasiakirjoista reaaliaikaisesti. Uuteen palovammakeskukseen odotetaan telemedisiinan eri käyttömahdollisuuksia ja niiden toivotaan aktivoivan yhteistyötä ja tiedonsiirtoa jatkohoitopaikkojen kanssa. Tulevaisuuden tavoitteena on, että potilaat käyttävät tietoverkkoja aktiivisesti ja heidän itsenäinen toimintansa korostuu esimerkiksi hoito-ohjeiden hankinnassa palovammakeskuksen verkkosivuilta.

Laadun valvonta ja raportointi on kansainvälisesti, varsinkin Yhdysvalloissa, yleistä. Kansainvälisesti palovammakeskuksille – samoin kuin myös muille yksiköille ja sairaaloille – on tehty kriteerejä sertifiointiin saamiseksi. Sertifiointiin katsotaan parantavan organisaatioiden hallintajärjestelmiä, potilaiden hoitoa, turvallisuutta ja toiminnan tehokkuutta.

Uuden terveydenhuoltolain (2011) päätavoitteita ovat hoidon laadun, potilasturvallisuuden ja vaikuttavuuden edistäminen. Nämä asiat on huomioitu myös HUS:n uudessa 2012 - 2016 strategiassa (HUS:n strategia 2012 - 2016). Hyvin organisoitu, näyttöön perustuva hoito, sekä hoito- ja palveluketjut lisäävät hoidon vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta. Hoitotulosten mittaaminen ja arviointi kuuluvat oleellisesti suunnitelmalliseen toimintaan. Sairaaloiden ydintehtävänä on saada aikaan hyviä hoitotuloksia, joita voidaan mitata potilaiden terveydentilan ja elämänlaadun muutoksina sekä yksilö- että väestötasolla. (Meretoja & Koponen 2008, 12.)

Palovammapotilaiden elämänlaadun mittaaminen olisi yksi mahdollisuus seurata jatkossa potilaiden saamaa eri osa-alueiden hoitoa ja sen vaikuttavuutta. Palovammapotilaille on kehitetty palovamman jälkeistä elämänlaatua mittaava erityinen mittari, Burn Specific Health Scale (BSHS). Mittari kuvaa fyysistä, henkistä, sosiaalista sekä yleisen terveydentilan vaikutusta elämänlaatuun. Ruotsalaistutkijat ovat kehittäneet tästä lyhyemmän version (BSHS-B) (Kildal, Andersson, Fugl-Meyer, Lannerstam & Gerdin 2001), jonka käyttöönotto voisi olla yksi seurantamahdollisuus palovammakeskuksessa. Potilaiden elämänlaadun seuraamisen lisäksi laadun parantamiseen tarvitaan aktiivista potilaspalautteiden keräämistä, minkä kautta saadaan ajankohtaista tietoa muun muassa poliklinikan toimintojen sujumisesta ja potilaiden tyytyväisyydestä hoitoon.

Palovammapotilaiden hoidon tarpeisiin ajoissa puuttumien näkyy myös kustannushyötynä. Haavojen paranemista saattavat pitkittää esimerkiksi potilaan huono ravitsemus tai infektio.

Näiden asioiden tunnistaminen ja varhainen puuttuminen niihin saattavat nopeuttaa ratkaisevasti haavojen paranemista. Ajoissa aloitetulla ravitsemustilan ja infektion hoidolla voidaan vähentää hoitokäyntejä ja haavanhoitotuotteiden käyttöä, lyhentää toipumisaikaa ja siten saada kustannussäästöjä sekä potilaalle että yhteiskunnalle. Samoin kustannussäästöjä voidaan saada tukemalla potilasta mahdollisimman nopeassa työelämään paluussa, jossa voivat auttaa esimerkiksi sosiaalihoitaja ja psykiatrinen sairaanhoitaja potilaan omien tukiverkostojen lisäksi.

6.4 Pohdinta

Kehittämistyö oli monivaiheinen, mielenkiintoinen ja haasteellinen. Kehittämistyö alkoi projektimuotoisena, ja siihen kuului aluksi sekä poliklinikan toiminnan että tilojen suunnittelu. Näiden molempien alueiden yhtäaikainen kehittäminen opinnäytetyönä osoittautui kuitenkin liian laajaksi. Kehittämistyö olisi helpottunut ja selkeytynyt, jos sen aluksi olisi nimetty kehittämisongelma. Ongelman puuttuminen aiheutti sen, että ilmiöön tutustuttiin laajasti ja aikaa meni asioihin, jotka jäivät varsinaisen kehittämisalueen ulkopuolelle. Toisaalta kehittämistyön tulokset olisivat olleet toisenlaiset, mikäli heti olisi lähdetty kehittämään jotain tiettyä ongelmaa ja nyt kehittämistuloksena saadut toimet olisivat siten saattaneet jäädä toteutumatta.

Töölön palovammakeskuksessa oli tiedetty odottaa uusia eurooppalaisia European Burn Association (EBA) ohjeistuksia, jotka julkaistiin kehittämistyön loppuvaiheessa lokakuussa 2011 (Brychta & Magnette 2011). Jos nämä uudistetut ohjeistukset olisivat olleet käytössä jo kehittämistyön alussa, ne olisivat todennäköisesti muuttaneet kehittämistyötä niin, että ne olisivat toimineet pohjana uuden toiminnan suunnittelulle. Nyt kehittäminen aloitettiin niin sanotusti puhtaalta pöydältä, jolloin ryhmä mietti itse tärkeitä kehittämisalueita. Ryhmän itsensä nostamien kehittämisalueiden hyötynä voidaan nähdä se, että niitä on mahdollisesti helpompi juurruttaa käytäntöön niiden ollessa ryhmän itsensä tärkeäksi kokemia asioita ja ratkaisuja. (ks. Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 59.)

Kehittämistyötä ja sen työorganisaatiota voidaan Toikko & Rantasen (2009, 126) mukaan pitää ainutkertaisena, sillä muualla kehitettyä voi olla sellaisenaan vaikea istuttaa toiseen toimintaympäristöön. He mainitsevat, että toisaalta toisiin työympäristöihin tulosten levittäminen on pitkälti kiinni levittämismekanismeista. Palovammapoliklinikan uusia toimintoja voidaan hyödyntää myös muiden potilaiden hoidossa, mutta ne vaativat oman sovelluksensa kyseisten potilaiden hoidon erityispiirteet huomioiden. Käytännön toteutuksen sovellus vaatii myös yksikön oman tiimin muodostamisen ja sen kehittymisen omana prosessina (ks. Toikko & Rantanen 2009, 126). Eri potilasryhmien tarpeet huomioiden jokaisen haastavan potilasryhmän hoitoa voidaan lähteä suunnittelemaan yksikön näkökulmasta käsin. Eri potilasryhmillä on myös

erilaiset tarpeet jatkohoidon suunnittelussa. Hoidon laadun kehittäminen esimerkiksi näyttöön perustuvien hoito-ohjeiden osalta on ajankohtaista useissa yksiköissä.

Tietämykseni ja ymmärrykseni polikliinisten palovammapotilaiden hoidon tarpeesta ja siihen vastaamisesta muuttui kehittämistyön myötä. Kirjallisuuden tuoma tieto ja sen reflektointi keskusteluissa oli antoisaa ja syvensi tietojani. Psykiatristen ongelmien yleisyys ja hoidon tarve yllättivät eniten. Tämän seikan huomioiminen potilashoidossa muun ohella on erityisen tärkeää, koska psyykkisen tilanteen vaikutus potilaan toipumisessa heijastuu pitkälle. Tätä tietoa voin hyödyntää laajemminkin traumaattisten haavapotilaiden hoidon tarpeen arvioinnissa, suunnittelussa ja toteutuksessa. Trauman seurauksena tullut ulkonäön muutos, toimintakyvyn muuttuminen ja joskus pienenkin ja huomaamattoman arven näkyminen saattavat merkitä potilaalle paljon. Arvet muistuttavat potilasta tapaturmasta ja niiden käsittelyyn hän saattaa tarvita esimerkiksi psykiatrisen sairaanhoitajan tai seksuaaliterapeutin apua.

Näen terveydenhuollon ammattilaisten vastuuna huomioida potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon suunnittelun ja toteutuksen yksilöllisenä koko hoitoprosessin ajan hoitopaikasta riippumatta. Terveydenhuollon ammattilaisten tulee tunnistaa osaamisensa sekä osaamattomuutensa, hankkia tietoa ja ottaa asioista selvää potilaan hoidon edistämiseksi, jottei esimerkiksi potilaan kuntoutumiseen tule viivettä tietämättömyyden vuoksi. Terveydenhuollon ammattilaisten tulee myös huomioida potilaiden yksilöllinen kyky vastaanottaa ohjausta ja vastuuta omasta hoidostaan. Liian suuri vastuu tai tiedon määrä väärään aikaan saavat potilaan hämilleen ja epävarmaksi. Potilaiden uskoa ja toivoa tulevaisuuteen tulee tukea kaikin mahdollisin keinoin. Erittäin tärkeäksi tukitoimeksi näen myös vertaistukitoiminnan, josta terveydenhuollon ammattilaisten tulee jakaa tietoa potilaille ja tarvittaessa auttaa sen järjestelyssä.

6.5 Jatkotutkimus- ja kehittämisideat

Moniammatillisen laajennetun toiminnan käytäntöönpano ja sen seuranta olisivat luonnollinen ja tarpeellinen jatkumo tälle kehittämistyölle. Uusien toimintojen ja käytäntöjen levittäminen ja ylläpito on oma prosessinsa, jota varten tarvitaan koulutusta, seurantaa ja arviointia. Kun palovammakeskuksen uudet toiminnot, henkilökuntaresurssit ja sähköisen asioinnin muutokset sekä tukipalvelut ovat tiedossa, voidaan tehdä prosessikuvaukset palovammakeskukseen eri yksiköihin. Prosessikuvausten avulla uusi palovammakeskus on mahdollista saada toimivaksi ja tehokkaaksi.

Nyt suunniteltujen palovammapoliklinikan uusien toimintojen vaikutuksesta pitkällä aikavälillä voidaan saada tietoa esimerkiksi tutkimalla palovammapotilaiden elämänlaatua. Elämänlaatututkimuksen kautta voitaisiin seurata, hyötyvätkö potilaan uusita tukitoimista ja kohdistuvatko ne oikeisiin asioihin ja tuovatko ne kustannushyötyjä.

Hoidon jatkuvuuden ja yhteistyön kehittäminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kanssa on haaste, joka koskettaa kaikkia haavapotilaita. Tämän edistämiseksi tarvitaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon suunnitelmallista yhteistyötä, jonka tavoitteena on saada konkreettisia parannuskeinoja tämän ongelman ratkaisemiseksi. Palvelusektorit ylittävä yhteistyö on haasteellista ja sitä tullaan erityisesti tarvitsemaan, kun vuonna 2015 uuden palovammakeskuksen on tarkoitus vastata valtakunnallisesti Suomen palovammapotilaiden hoidosta.

Työryhmä nosti esille idean palovammojen ennaltaehkäisytyöstä yhteistyössä ammattikorkeakoulujen ja median kanssa. Suomi on jatkuvasti palovammakuolleisuustilastoissa väestömäärään suhteutettuna kolmen huonoimman länsimaan joukossa. Suomen palovammakuolemista ei ole tapahtunut oleellista muutosta 2000-luvulla, kun taas monissa muissa länsimaissa kuolleisuus vähentynyt. (Geneva Association 2010, 6 - 7.) Lasten kuumavesipalovammat johtuvat usein tietämättömyydestä ja ymmärtämättömyydestä. Myös nuorten kiipeämiset junien vauujen päälle aiheuttavat erittäin vakavia palovammoja. Sosiaalisen median kautta voitaisiin tehokkaasti välittää esimerkiksi opetusvideoita ja tietoisuuksia, joita erityisesti nuoret seuraavat. Tästä voisi saada mielenkiintoisen yhteistyöhankkeen palovammakeskuksen, ammattikorkeakoulun ja median kanssa.

Lähteet

Aaltonen, J., Fyhr, N., Käpyaho, K., Mäkelä, L., Mäkijärvi, M. & Rautiainen, V. 2008. Ihanne-sairaala - Visioita ja valintoja. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Helsinki: Edita Prima Oy.

Alsbjoern, B.F. 2002. European Practice Guidelines for Burn Care. European Burn Association meeting, Copenhagen September 2002.

American Burn Association & Advanced Burn Life Support: Burn Center Referral Criteria. http://www.ameriburn.org/resources_factsheet.php. Tulostettu 6.3.2011.

ABA (American Burn Association) 2006. Guidelines for the Operation of Burn Centers. Chapter 14 in Resources for Optimal Care of the Injured Patient 2006. American College of Surgery & American Burn Association. Tulostettu 12.1.2011. <http://www.ameriburn.org/Chapter14.pdf>.

Anttila, P. 2005. Ilmaisu, teos, tekeminen ja tutkiva toiminta. Tallinna: Akatiimi Oy.

Anttila, P. 2006. Ammatillisten prosessien metodologinen ote. Amk. ja ammatillisen koulutuk-sen tutkimuspäivät Oulussa 11.-12.10.2006, luentomoniste. Viitattu 11.8.2011. http://www.slidefinder.net/a/ammatillisten_prosessien_metodologinen_ote_pirkko/9941928.

Anttila, P. 2007 Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Tampere: Juvanes Print.

ANZBA (Australian and New Zealand Burn Association) 2007. Tulostettu 6.3.2011. http://www.anzba.org.au/index.php?option=com_content&view=article&id=51&Itemid=58

Barrow, R.E. & Herndon, D.N. 2007. History of treatments of burns. Teoksessa Herndon D.N. (editor) 2007. Total Burn Care. London: W.B. Saunders, 1 - 8.

Benson, A., Dickson, W. A. & Boyce, D. E. 2006. Burns. Teoksessa Grey, E.G. & Harding, K.G. (editors) ABC of wound healing. MA, USA: Blackwell Publishing, 24 - 27.

Brychta, P. & Magnette, A. 2011. European practice guidelines fo burn care (Minimum level of burn care provision in Europe). European Burns Association (EBA). The Hague, The Nether-lands.

Chan, M.M. & Chan G.M. 2009. Nutritional therapy for burns in children and adults. Review. Nutrition 25, 261 - 269.

Davidson, J.R. 2001. Recognition and treatment of posttraumatic stress disorder. Journal of American Medical Association 286, 584 - 588.

Dyster-Aas, J., Willebrand, M., Wikehult, B., Gerdin, B. & Ekselius L. 2008. Major depression and posttraumatic stress disorder symptoms following severe burn injury in relation to life-time psychiatric morbidity. The Journal of Trauma 64, 1349 - 1356.

Edgar, D. & Brereton, M. 2004. ABC of burns: Rehabilitation after burn injury. British Medical Journal 329, 343 - 345.

Elsherbiny, O.E.E., Salem, M.A., El-Sabbagh, A.H., Elhadidy, M.R. & Eldeen, S.M.A. 2011. Quality of life of adult patients with severe burns. Burns 37, 776 - 789.

Eron, L. 2010. Telemedicine: The future of outpatient therapy? Clinical Infectious Diseases 51 (Suppl 2), S224 - S230.

- GTA Rehab Network 2010. Burns Rehab Definitions Framework. <http://www.gtarehabnetwork.ca/downloads/rehab-definitions-conceptual-framework-burns.pdf>. Tulostettu 3.1.2011.
- Geneva Association. 2010. World Fire Statistics 26/October 2010. Tulostettu 14.3.2011. <http://www.genevaassociation.org/PDF/WFSC/GA2010-FIRE26.pdf>
- Greenhalgh, D.G. 2007. Wound healing. Teoksessa Herndon D.N. (editor) 2007. Total Burn Care. London: W.B. Saunders, 578 - 595.
- Hartford, C.E. & Kealey G.P. 2007. Care of outpatient burns. Teoksessa Herndon, D.N.(editor) 2007. Total Burn Care. London: W.B. Saunders, 67 - 80.
- Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. 2006. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Herndon, D.N.(editor) 2007. Total Burn Care. London: W.B. Saunders.
- Herndon, D.N. & Blakeney, P.E. 2007. Teamwork for total burn care: achievements, directions, and hopes. Teoksessa Herndon, D.N.(editor) 2007. Total Burn Care. London: W.B. Saunders, 9 - 13.
- Hettiaratchy, S. & Dziewulski, P. 2004a. ABC of burns. Introduction. British Medical Journal Vol 328, 1366 - 1368.
- Hettiaratchy, S. & Dziewulski, P. 2004b. ABC of burns. Pathophysiology and types of burns. British Medical Journal Vol 328, 1427 - 1429.
- Hettiaratchy, S. & Papini, R. 2004. ABC of burns. Initial management of a major burn: II - assessment and resuscitation. British Medical Journal Vol 329, 101 - 103.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- HUS:n strategia 2012 - 2016. HUS - edelläkävijä. Vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi. Tulostettu 29.11.2011. <http://hus01.tjhosting.com/kokous/20111310-11-65908.PDF>
- Jorvin sairaalan päivystyslisärakennus - hankeselvitys. Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri 13.4.2010.
- JUHTA - Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. 2002. JHS 152 Prosessien kuvaaminen. Tulostettu 3.5.2011. <http://www.jhs-suositukset.fi/suomi/jhs152>
- Kessler, R.C. 2000. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. Journal of Clinical Psychiatry 61 Suppl 5, 4 - 12.
- Keskisaari-Kajaste, L. & Hell, K. Johdatus prosessijatteluun. Tulostettu 2.5.2011. Helsingin ja uudenmaan sairaanhoidopiiri, intranet.
- Keskisaari-Kajaste, L., McBreen, J., Hell, K. Jokirinta, J. & Keski-Luopa, A. 2007. Prosessien kuvaaminen HUS-kuntayhtymässä. Prosessien kuvaamisen perusteet. HUS ProDoc Menettelyohje.
- Kildal, M., Andersson, G., Fugl-Meyer, A.R., Lannerstam, K. & Gerdin, B. 2001. Development of a brief version of the Burn Specific Health Scale (BSHS-B). Journal of Trauma 51, 740 - 746.
- Kildal, M., Andersson, G. & Gerdin, B. 2002. Health status in Swedish burn patients. Assessment utilizing three variants of the Burn Specific Health Scale. Burns 28, 639 - 645.

- Kildal, M., Willebrand, M., Andersson, G., Gerdin, B. & Ekselius, L. 2005. Coping strategies and long-term outcome after burn injury. *Injury* 36, 511 - 518.
- Koljonen, V. & Laitila, M. 2009. Töölön sairaalan plastiikkakirurgian hoito-ohjeet 2009.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Laamanen, K. 2005. Johda suorituskkyä tiedon avulla - ilmiöstä tulkintaan. Suomen Laatu-keskus Oy. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Laamanen, K. & Tinnilä, M. 2009. Prosessijohtamisen käsitteet. Teknologiateollisuuden julkaisu 2/2009. Espoo: Redfina Oy.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Tulostettu 12.8.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.
- Laurea 2008. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyöohje. Vantaa: Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Lillrank, P., Kujala, J. & Parvinen, P. 2004. Keskenäinen potilas - Terveydenhuollon tuotannonohjaus. Talentum Media Oy. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Low, J. F. A. 2007. It's Not Just a Burn. Physical and Psychological Problems after Burns. *Acta Universitatis Uppsaliensis. Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations of the Faculty of Medicine* 242. Uppsala. ISBN 978-91-554-6832-3.
- Malt, U.F. 1980. Long-term psychosocial follow-up studies of burned adults: review of the literature. *Burns* 6, 190 - 197.
- Meretoja, R. & Koponen, L. 2008. Vetovoimainen sairaala. Teoksessa Koponen, L. & Hopia, H. (toim.) Vetovoimainen terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2008. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 9 - 20.
- Moss, L.S. 2004. Outpatient management of the burn patient. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 16, 109 - 117.
- njburncenter 2011. Tulostettu 15.9.2011. <http://www.njburncenter.com/burncare.html#rule>
- Ojasalo, K, Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Palmu, R. 2010. Mental disorders among Burn Patients. National Institute for Health and Welfare, Research 49. Helsinki University Print, Helsinki, Finland.
- Papp, A. 2009. Palovammat. Lääkärin käsikirja, verkkoversio. Duodecim. Tulostettu 28.11.2010 http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt00440&p_haku=papp.
- Papp, A., Koljonen, V. & Vuola, J. 2007. Vaikeiden palovammojen hoito. *Duodecim* 123, 953 - 959.
- Perälä, M-L. 2008. Benchmarking-toimintaan hoitotyössä. Teoksessa Koponen, L. & Hopia, H. (toim.) Vetovoimainen terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2008. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 89 - 100.
- Redlick, F., Roston, B., Gomez, M. & Fish, J.S. 2002. An initial experience with telemedicine in follow-up burn care. *Journal of Burn Care Rehabilitation* 23(2), 110 - 115.

- Rekola, L. 2008. Sosiaali- ja terveystalouden tuottamiseen vaikuttavia kehityssuuntia. Teoksessa Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 9 - 25.
- de Rios, M.D., Novas, A. & Achauer, B.H. 1997. Sexual dysfunction and the patient with burns. *Journal of Burn Care Rehabilitation* 18, 37 - 42.
- Schmelz, M. 2002. Itch - mediators and mechanisms. *Journal of Dermatological Sciences* 28, 91 - 96.
- Serghiou, M.A., Ott, S., Farmer, S., Morgan, D., Gibson, P. & Suman, O.E. 2007. Comprehensive rehabilitation of the burn patient. Teoksessa Herndon D.N. (editor) 2007. *Total Burn Care*. London: W.B. Saunders, 620 - 651.
- STM 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma - KASTE 2008 - 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:6, Helsinki: Yliopistopaino.
- STM 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus 2010 - Terve ja hyvinvoiva Suomi 2020., Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:23, Helsinki.
- Tedstone, J.E., Tarrier, N. & Faragher, E.B. 1998. An investigation of the factors associated with an increased risk of psychological morbidity in burn injured patients. *Burns* 24, 407 - 415.
- Terveydenhuoltolaki (1326/2010) Tulostettu 1.9.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>.
- Thomas, C.R., Meyer, W.J.III & Blakeney, P.E. 2007. Psychiatric disorders associated with burn injury. Teoksessa Herndon, D.N. (editor) 2007. *Total Burn Care*. London: W.B. Saunders, 819 - 828.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.
- Tudahl L.A., Blades, B.C. & Munster, A.M. 1987. Sexual satisfaction in burn patients. *Journal of Burn Care and Rehabilitation* 8, 292 - 293.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Latvia: Livonia Print.
- Turk, E., Karagulle, E., Aydogan, C., Oguz, H. Taqrim, A., Karakayali, H. & Haberal, M. 2011. Use of telemedicine and telephone consultation in decision-making and follow-up of burn patients: Initial experience from two burn units. *Burns* 37(3), 415 - 419.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Tulostettu 15.8.2011.
http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf
- Van Loey, N.E.E., Faber A.W. & Taal, L.A. 2001a. A European hospital survey to determine the extent of psychological services offered to patients with severe burns. *Burns* 27, 23 - 31.
- Van Loey, N.E.E., Faber, A.W. & Taal, L.A. 2001b. Do burn patients need burns specific multidisciplinary outpatient aftercare: research results. *Burns* 27, 103 - 110.
- Van Loey, N.E.E. & Van Son, M.J.M. 2003. Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management. *American Journal of Clinical Dermatology* 4, 245 - 272.

- Virtanen, P. & Wennberg, M. 2007. *Prosessijohtaminen julkishallinnossa*. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Vitale, M., Fields-Blanche, C. & Luterman, A. 1991. Severe itching in the patient with burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation* 12(4), 330 - 333.
- Weed, R.O. & Berens, D.E. 2005. Basics of burn injury. Implications for case management and life care planning. *Lippincott's Case Management* 10(1), 22 - 29.
- Wiechman, S.A. & Patterson, D.R. 2004. ABC of burns: Psychosocial aspects of burn injuries. *British Medical Journal* 329, 391 - 393.
- Wisely, J.A. & Tarrier, N. 2001. A survey of the need for psychological input in a follow-up service of adult burn-injured patients. *Burns* 27, 801 - 807.
- Vitale, M., Fields-Blache, C. & Luterman, A. 1991. Severe itching in the patient with burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation* 12, 330 - 333.

Kuvat

Kuva 1: Palovamman laajuuden arviointi (njburncenter 2011)	12
Kuva 2: Palovammapoliklinikan moniammatillinen tiimi kehittämistyön alussa	22
Kuva 3: Päätelyn erilaiset logiikat (Anttila 2005, 116).....	28
Kuva 4: Kehittämistyön eteneminen	31
Kuva 5: Polikliinisen palovammapotilaan hoitoprosessi: lähetteen käsittely ja valmistavat toimet.....	36
Kuva 6: Polikliinisen palovammapotilaan vastaanotto: hoitotoimet ja jatkohoidon valmistelut	37
Kuva 7: Palovammapoliklinikan uudistettu moniammatillinen tiimi	51

Taulukot

Taulukko 1: Palovammojen hoitopaikan valinta vamman laajuuden ja syvyyden mukaan (Mukaiillen Papp 2009.)	13
Taulukko 2: Aineiston hankinnan dokumentit	27
Taulukko 3: Esimerkkejä aineiston sisällönanalyysistä ja päättelystä	29

Liitteet

Liite 1. Prosessikuvausten liite	71
Liite 2. Kehittämistyön eteneminen vaiheittain	76
Liite 3. Aineiston luokittelu	78
Liite 4. Aineiston sisällönanalyysi ja päättely, esimerkkejä	81
Liite 5. Kotiutuslista	82
Liite 6. Kotikansio.....	84

Liite 1. Prosessikuvausten liite

Lähetteen käsittely ja valmistelevat toimet

Toimija: Potilas

Prosessiaskel: Saa tiedon ajanvarauksesta palovammapoliklinikalle

- saa tiedon ajanvarauksesta (kotiin) kirjeitse, puhelimitse. Osastolta tai poliklinikalta kotiutuessa tai siirtyessä jatkohoitopaikkaan saa ajanvarauksen paperilla
- ottaa yhteyttä sihteeriin / sh jos ajanvaraus ei käy
- soittaa potilaalla ongelmia soittaa ajanvaraukseen, josta puhelu yhdistetään sairaanhoitajalle

Toimija: Plastiikkakirurgi

Prosessiaskel: Arvioi lähetteen ja päättää jatkotoimista

- lukee sähköisen lähetteen
- lukee paperilähetteen
- lukee sairauskertomustiedot ja katsoo valokuvat
- määrittelee kiireellisyyden
- kirjaa toimintaohjeet paperilähetteelle, kertoo sairaanhoitajalle
 - poliklinikka ajan kiireellisyys
 - sairaala-/erikoislääkärin vastaanotto
 - tarvittavat tutkimukset (esim. laboratorio)

Toimija: Sairaanhoitaja

Prosessiaskel: Katsoo lähetteen

- katsoo paperilähetteen/ sähköisen
- näyttää lähetteen plastiikkakirurgille
- kysyy plastiikkakirurgilta toimintaohjeet (kiireellisyys, erikoislääkärin / sairaalalääkärin vastaanotto)
- tarkastaa maksusitoumuksen

Prosessiaskel: Varaa ajan ja informoi potilasta

- määrittelee potilaan polikliinisen vastaanottoajan pituuden
- varaa ajan, tulostaa ajanvarauskirjeen, lähettää potilaalle
- tilaa tarvittavat tutkimukset
- pyytää tarvittaessa lisätietoja lähettäneeltä taholta
- selvittää tulkintarpeen

Prosessiaskel: Valmistelee vastaanoton paperit ja haavahoidon

- tulostaa vastaanottolistan
- valmistelee seuraavan päivän potilaiden paperit
- tarkastaa tutkimusvastaukset (lab, PAD, ENMG, Rtg)
- tulostaa puuttuvat potilastarrat
- esitäyttää paperisen hoitosuunnitelman (pv, dg, tapaturmatyyppi, vakuutustiedot, maksusitoumus)
- tekee valokuvälähetteen valmiiksi (ei valokuvauksen lupapyyntöä käytössä)
- huolehtii ja valmistelee vastaanoton toimintapuitteet
 - tilaa tarvittavat haavanhoitotuotteet ja apteekkivalmisteet
 - järjestää instrumentit ja haavanhoitotuotteet hyllyihin
 - haavanhoitovälineet ja tuotteet valmiina, tilaa tuotteet ja järjestää ne hyllyihin)

- huomioi infektiopotilaat

Toimija: Osastonsihtööri (työnkuva vaihtelee toimijan mukaan)

Prosessiaskel: Syöttää paperilähetteen koneelle

- syöttää paperilähetteen Oberoniin
- tarkastaa maksusitoumuksen?

Prosessikuvaus: Varaa ajan ja informoi potilasta (kirje tai soitto)

- tilaa tarvittavat potilaspaperit (osastoilta, arkistosta, muilta poliklinikoilta)
- tekee potilastarrat
- tulostaa henkilötietokaavakkeen
- tilaa tulkin vastaanotolle

Toimija: Fysioterapeutti

Prosessiaskel: Katsoo vastaanottolista ja arvioi terapiatarpeen

- katsoo vastaanottolistan Oberonista. Tarvittaessa täydentää tietojään potilaista Mirandasta ja menee oman arvion perusteella poliklinikalle tapaamaan potilasta
- jos potilas on tulossa poliklinikalle osastojakson jälkeen, on fysioterapian tarve todettu jo osastolla ja osaston fysioterapeutti tulee automaattisesti tapaamaan potilasta poliklinikalle
- plastiikkakirurgi tai hoitaja toteaa fysioterapiatarpeen ja pyytää terapeutin paikalle

Toimija: Toimintaterapeutti

Prosessiaskel: Katsoo vastaanottolista ja arvioi terapiatarpeen

- katsoo vastaanottolistan Oberonista. Tarvittaessa täydentää tietojään potilaista Mirandasta, menee oman arvion perusteella poliklinikalle tapaamaan potilasta
- jos potilas on tulossa poliklinikalle osastojakson jälkeen, on toimintaterapian tarve todettu jo osastolla ja osaston toimintaterapeutti tulee automaattisesti tapaamaan potilasta poliklinikalle. tämä on kerrottu potilaalle jo osastojakson aikana
- plastiikkakirurgi tai hoitaja toteaa toimintaterapian tarpeen ja pyytää terapeutin paikalle.
- tarvittaessa valmistelee poliklinikalla tarvittavat välineet (painetekstiilit ja mitauslomakkeet ja lastamateriaalit)

Vastaanotto, hoitotoimet ja jatkohoitoon valmistelut

Toimija: Potilas

Prosessiaskel: Saapuu vastaanotolle

- Ilmoittautuu kirurgian poliklinikalle

Prosessiaskel: Saa hoitopäätöksen ja lähtee kotiin tai jatkohoitoon (saa uuden ajan palovammapoliklinikalle)

Toimija: Kirurgian ajanvarauspoliklinikka

Prosessiaskel: Ilmoittautuminen

- ottaa vastaan ilmoittautumisen
- tarkastaa henkilötiedot ja yhteys henkilön tiedot
- ohjaa potilaan odotustilaan

Toimija: Plastiikkakirurgi

Prosessiaskel: Arvioi potilaan hoidon tarpeen ja päättää jatkotoimista

Keskiviikko:

1. Plastiikkakirurgian erikoislääkärin vastaanotto (Sairaanhoitaja mukana)
2. Sairaalalääkärin vastaanotto (Sairaanhoitaja mukana, erikoislääkäri opettaa sairaalalääkärinä, ei tee leikkauspäätöstä)
3. Suihkupoliklinikka (Sairaanhoitaja hoitaa, konsultoi sairaalalääkärinä)

Perjantai:

1. Plastiikkakirurgian erikoislääkäri (Sairaanhoitaja mukana)
2. Suihkupoliklinikka (Sairaanhoitaja hoitaa, konsultoi erikoislääkärinä)
 - tutkii potilaan
 - puhdistaa haavoja
 - ohjeistaa haavojen jatkohoidon
 - sanelee sairauskertomuksen
 - sanelee maksusitoumukset
 - määrittelee tarvittavat konsultaatiot, lisätutkimukset, jatkohoidon
 - tekee päätöksen toimenpiteestä tai leikkauksesta
 - tekee tarvittavat lausunnot
 - kirjoittaa reseptit

Toimija: Sairaanhoitaja

Prosessiaskel: Sairaanhoitajan vastaanotto Arvioi potilaan hoidontarpeen ja päättää haavojen jatkohoidosta

- arvio potilaan ja haavojen tilanteen, konsultoi tarvittaessa lääkäriä, toiminta- ja fysioterapeutteja
- puhdistaa ja hoitaa ja suojaa haavat
- ottaa bakteeriviljelynäytteet, tekee työkortit, vie näytteet laboratorioon
- suunnittelee haavojen jatkohoidon
- tilaa valokuvaajan
- soittaa laitoshuoltajan infektiopotilaan jälkeen
- vie käytetyt instrumentit välinehuoltoon

Prosessiaskel: Lääkärin vastaanotto, hoitaa potilasta (sairaanhoitaja mukana)

- hoitaa haavat
- tilaa valokuvaajan
- ottaa bakteeriviljelynäytteet, tekee työkortit ja vie näytteet laboratorioon

- soittaa toiminta- ja fysioterapeutit tarvittaessa paikalle

Prosessiaskel: Ohjaa potilasta ja kirjoittaa hoito-ohjeet (sairaanhoitajan+ lääkärin vastaanotto)

- opastaa potilasta ja /tai omaisia / haavojen hoidossa
- tekee kirjalliset haavanhoito-ohjeet potilaalle tai hoitavalle yksikölle
- ohjaa potilasta itsehoitoa tukevissa kysymyksissä, varmistaa, että potilas on ne ymmärtänyt
- varmistaa, että potilas tietää mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteessa esim. infektiio
- on yhteydessä tarvittaessa jatkohoitopaikkaan
- huolehtii että potilas saa tarvittavat haavanhoitotuotteet, opastaa hankinnassa
- antaa kirjallista ja suullista tietoa tulevasta toimenpiteestä (lääkärin vastaanotolla)
- on tarvittaessa yhteydessä puhelimitse jatkohoitopaikkaan
- tarkastaa alaikäisen lapsen omaisten yhteystiedot

Prosessiaskel: Järjestää jatkohoidon, varaa uuden ajan (sairaanhoitajan ja lääkärin vastaanotto)

- varaa ja antaa uuden ajan tarvittaessa
- antaa tarvittavan matkatodistuksen, käyntitodistuksen
- huolehtii tarvittaessa potilaan leikkausjonoon asettamisesta (Oberon)
- varaa tarvittaessa toimenpideajan (mm. ihomuutosten poistot, pienet arpikorjaukset)
- järjestää potilaalle vuodeostopaikan tarvittaessa

Prosessiaskel: Käsittelee potilaspaperit

- kirjaa käyntitiedot (Oberon)
- kirjaa diagnoosi- ja toimenpidetiedot
- vie lääkärin sanelut kirjoitukseen; kiireelliset kiirekirjoitukseen (lausunnot)
- hakee valmiit lausunnot (1-2h:n kuluttua viennistä) ja pyytää niihin lääkärin allekirjoituksen
- huolehtii, että lääkärin todistusten palkkiokaavakkeisiin potilastarrat ja liittää ne lausuntoihin
- vie allekirjoitetut lausunnot kirurgian poliklinikan lausuntohuoneeseen, joka lähettää ne eteenpäin (potilasvakuutus yhtiöön)
- huolehtii maksusitoumukset apuvälineistä ,kysyy hinnan palveluntuottajalta
- tarkastaa edellisen päivän potilaspaperit
 - tuleeko potilas uusintakäynnille palovammapoliklinikalle; vie uudelleen tulevien paperit kirurgian poliklinikan palovammapoliklinikan laatikkoon
 - jos potilaalle ei tule jatkokontrolleja vie paperit kirurgian poliklinikalle, josta ne lähtevät arkistoon

Toimija: Osastonsihtööri (työnkuva vaihtelee toimijan mukaan)

Prosessiaskel: Jatkokäsittelee potilasasiakirjat

- on yhteydessä vakuutusyhtiöihin
- varmistaa, että potilas ja/ tai jatkohoitopaikka saavat hoitoyhteenvedon
- lähettää arkistoon potilaspaperit

Toimija: Fysioterapeutti

Prosessiaskel: Arvioi terapian tarpeen ja päättää menetelmistä

- arvioi potilaan haava/arpitilanteen, apuvälineen ja toimintakykyä
- päättää edellä mainittuihin vaikuttavat menetelmät

Prosessiaskel: Ohjaa potilasta/ huoltajaa ja toteuttaa fysioterapian

- ohjaa potilasta/ huoltajaa ja toteuttaa fysioterapian
- harjoittelee tai toteuttaa potilaan kanssa valitut menetelmät

- Järjestää tarvittavat apuvälineet ja ohjaa niiden käytön
- toiminta tapahtuu joko poliklinikan tiloissa, toimintaterapiatiloissa tai käytävillä, joskus yhdessä toimintaterapeutin kanssa

Prosessiaskel: Järjestää jatkoterapian ja tarvittaessa apuvälineet (selvittely ja järjestely saattaa jatkua poliklinikkakäynnin jälkeen)

- pyytää lääkäriltä tarvittavat läheteet, lausunnot ja aloittaa makusitoumusprosessin
- selvittää sopivan jatkohoitoaikaan ja on yhteydessä jatkavaan terapeuttiin ja varaa ajan tai ohjaa potilaan olemaan yhteydessä jatkohoitoaikaan
- on tarvittaessa yhteydessä vakuutusyhtiöön tai ohjaa potilasta selvittämään tarvittavat asiat vakuutusyhtiöstä
- on tarvittaessa yhteydessä apuvälinevalmistajiin ja jälleenmyyjiin

Toimija: Toimintaterapeutti

Prosessiaskel: Arvioi terapian tarpeen ja päättää menetelmistä

- arvioi potilaan haava/arpitilanteen, apuvälineen ja toimintakykyä
- päättää edellä mainittuihin vaikuttavat menetelmät

Prosessiaskel: Ohjaa potilasta/ huoltajaa ja toteuttaa toimintaterapian

- ohjaa potilasta/ huoltajaa toteuttamaan päätetyt menetelmät (pääpaino arpihoidossa)
- valmistaa tai järjestää tarvittavat lastat / apuvälineet ja ohjaa niiden käytön
- mittaa, tilaa ja sovittaa tarvittaessa painetekstiilit
- toiminta tapahtuu joko poliklinikan tai toimintaterapiatiloissa tai käytävillä, joskus yhdessä fysioterapeutin kanssa

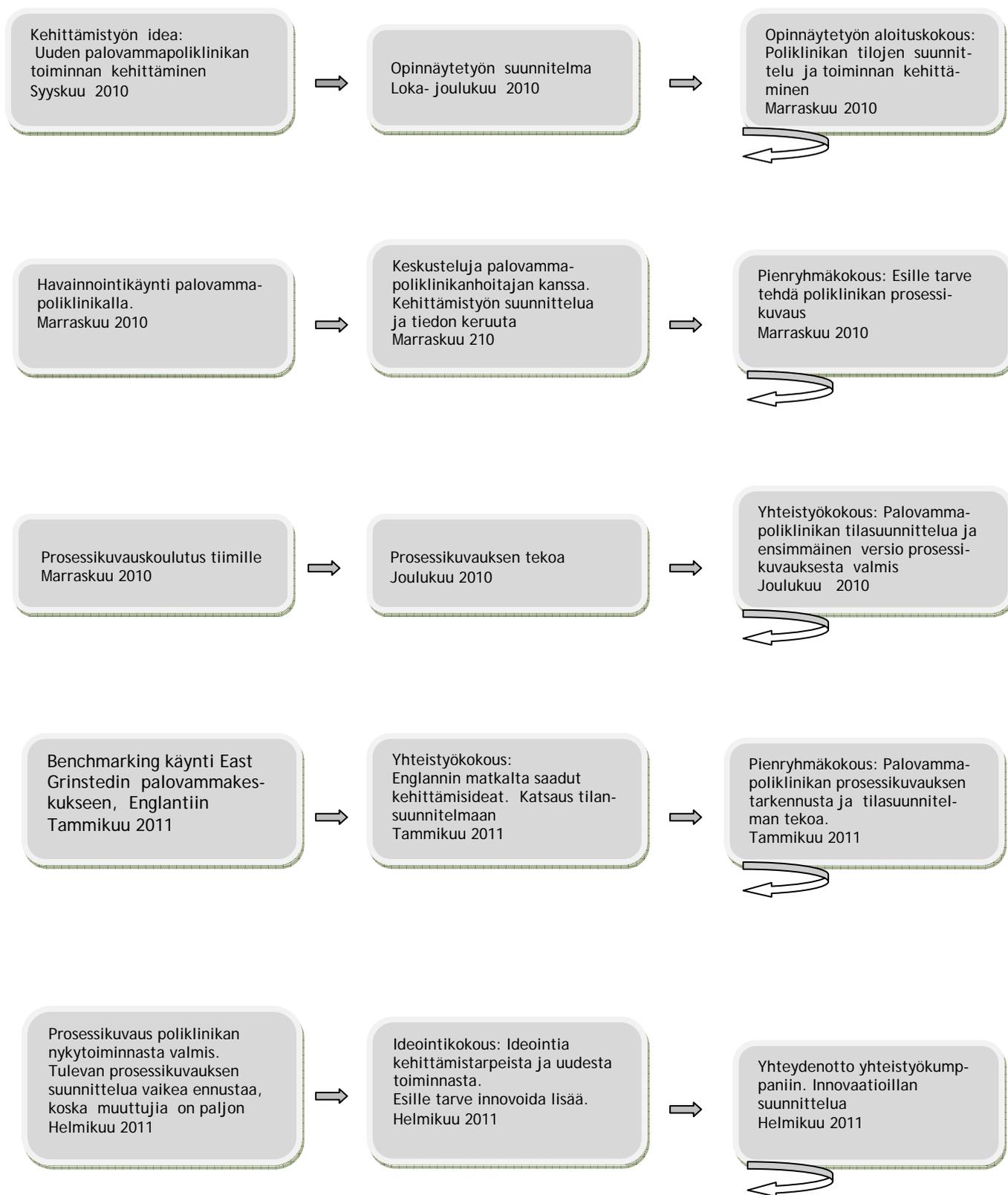
Prosessiaskel: Järjestää jatkoterapian ja tarvittaessa apuvälineet (selvittely ja järjestely saattaa jatkua poliklinikkakäynnin jälkeen)

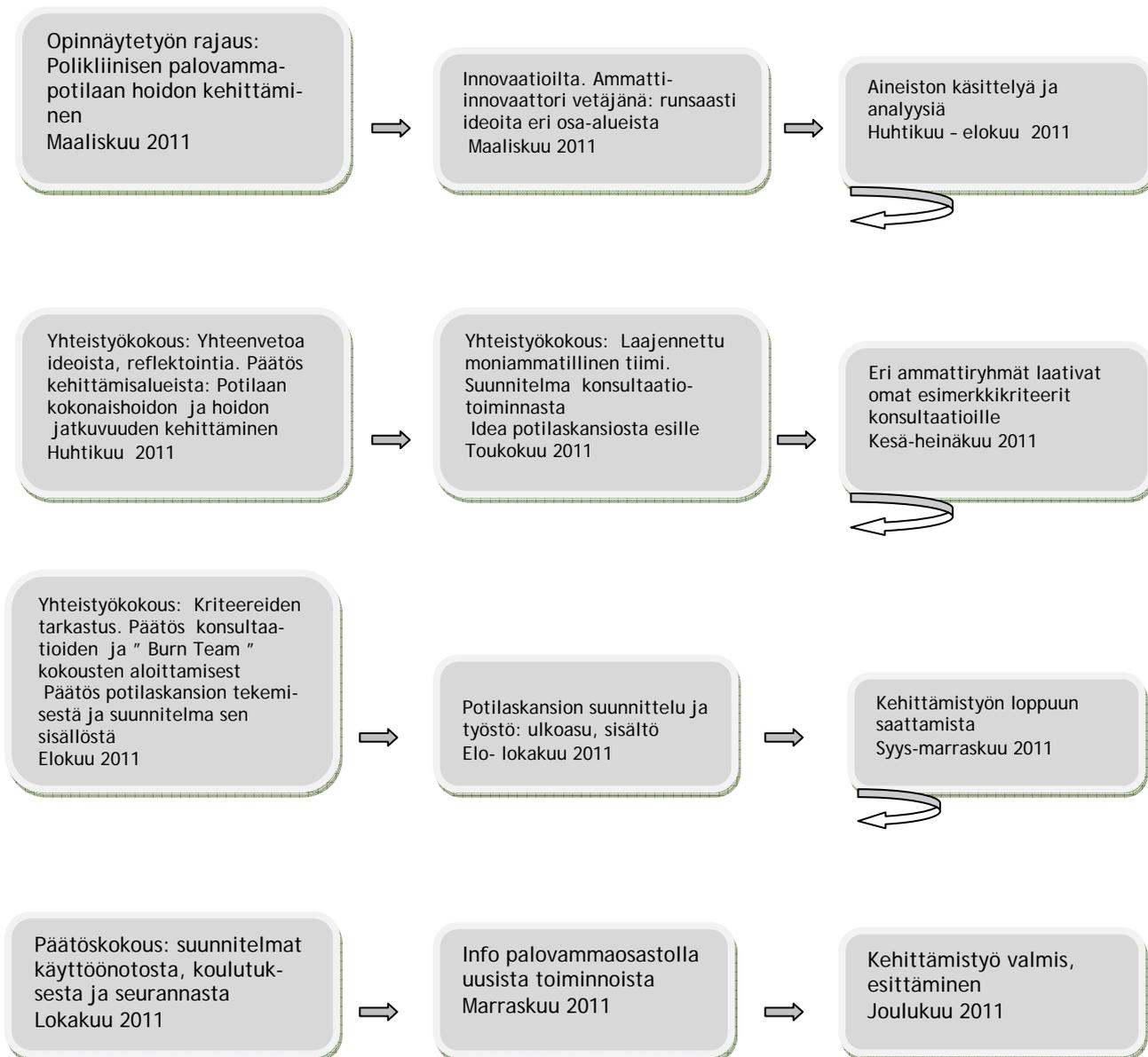
- pyytää lääkäriltä tarvittavat läheteet, lausunnot ja aloittaa makusitoumusprosessin
- selvittää sopivan jatkohoitoaikaan ja on yhteydessä jatkavaan terapeuttiin ja varaa ajan tai ohjaa potilaan olemaan yhteydessä jatkohoitoaikaan
- on tarvittaessa yhteydessä vakuutusyhtiöön tai ohjaa potilasta selvittämään tarvittavat asiat vakuutusyhtiöstä
- on tarvittaessa yhteydessä apuvälinevalmistajiin ja jälleenmyyjiin
- tarvittaessa varaa potilaalle polikliinisen ajan toimintaterapiaan (sama terapeutti)

Toimija: Valokuvaaja

Prosessiaskel: Valokuvaa vammat ja käsittelee valokuvat

Liite 2. Kehittämistyön eteneminen vaiheittain





Liite 3. Aineiston luokittelu

Aineistonkeruumenetelmä	Kehittämistarpeita	Nykyiset ongelmat	Uusia toimintoja v. 2015
Havainnointi	Kirjalliset, yhtenäiset hoito-ohjeet Hoitajille sähköinen kirjaaminen Pidemmät vastaanottoajat Potilaille selkeät yhteystiedot Puolivalmiit hoito-ohjeet Ostopalvelu varastotilauksiin ja tavaroiden purkuun	Ahtaat fyysiset tilat, Lyhyet vastaanottoajat - ei pysytä aikataulussa, Vastaanotto 3 x viikossa Hoitajien kirjaus paperille, ei näy sähköisesti Paljon eri tietojärjestelmiä Potilaskuvaus ei tietojärjestelmässä, Hoitajalla runsaasti paperityötä	Vastaanotto 5 x viikossa Sähköinen ajanvaraus ja ilmoitus potilaalle, Sähköinen kirjaaminen - tieto välittömästi käytössä minne potilas menee jatkohoitoon
Mallinnus	Eri ammattiryhmien välinen työnjako, kuten läheteiden katsomien, potilasasiakirjojen käsittely (sihteeri - hoitaja) Potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien lisääminen Systemaattinen valokuvaus ja kuvien tallennus	Eri ammattiryhmien välillä päällekkäistä toimintaa Hoitajat vastaavat mm. varastotilauksista, tavaroiden purkamisesta Paljon eri tietojärjestelmiä - eivät puhu keskenään Valokuvien tallennus ei ole systemaattista	Sähköinen tilausjärjestelmä, keskusvarastotilauspalvelun ostaminen -tilaus, tavaroiden purku lähetekäytäntö
Benchmarking	Moniammatillisen tiimin laajentaminen Hoitotiimin jalkautuminen potilaan luo Telemedisiinan käyttö Riskikartoitus; ravitsemus, painehaavat, trombi, avuntarve liikkumisessa psyykkisen hoidon tarve Prosessit näkyviksi Palautekaavake aktiiviin käyttöön		

Keskustelut	Uusia ammattiryhmiä mukaan Näyttöön perustuvaa hoitoa: Hoito-ohjeet potilaille Riittävän pitkät vastaanottoajat Jalkautuminen potilaan luo Yhteydenpito jatkohoitopaikan kanssa Palovammakeskuksesta osaamiskeskus		Anestesiatoimenpiteet poliklinikalla
Innovointikokous	Potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon lisääminen: moniammatillisen tiimin laajentaminen, monipolitoiminta Hoitajavastaanoton kirjauskäytännöt Hoidon jatkuvuuden parantaminen: puhelinajat, numerot, hoito-ohjeet, yhteistyö jatkohoitopaikan kanssa, hoitajan, hoitoryhmän jalkauttaminen Käypähoito-ohjeiden teko/ Guidelinesit Potilaiden kivunhoito Palovammakeskuksesta osaamiskeskus; tutkimus- ja kehittämistyö, opetustoimintaan panostaminen	Nykyiset ahtaat fyysiset tilat aiheuttava paljon ongelmia: vastaanotto seisoo, eri ammattiryhmät hoitavat potilasta vastaanottotilassa, toiminta mahdollista vain 3 x viikossa, Päällekkäiset toiminnot eri ammattiryhmien kanssa (esim. sihteeri- hoitajat) työntekijä riippuvainen	Poliklinikkatoimintaa viitenä päivänä viikossa Monipolitoiminta Sedaatiosidevaihdot Akuutit palovammat virka-aikana Pientoimenpiteet; arpikorjaukset, piikkien poistot, haavareviisiot Jalkautuminen potilaan luo Aktiivinen vertaistukitoiminta Sähköinen asiointi Telemediisiina: valokuvat, videokuva hoitotapahtumasta Palovammojen ennaltaehkäisyyn liittyä toiminta
Innovaatioilta	Potilaspalautteiden saaminen Moniammatillisuuden laajentaminen Vertaistukitoiminnan aktivointi Hoidon jatkuvuuden parantaminen: yhteistyö jatkohoitopaikan kanssa-potilaiden Hoito-ohjeiden kehittäminen, Selkeät yhteydenottotiedot Riittävän pitkät vastaanottoajat Uusin ja tarpeellinen välineistö Haavanhoitotuotteet reseptille Yhteistyö Iholiiton kanssa: hoitajan meno sopeutumisvalmennusleirille: tietoa potilaiden mielipiteistä	Huoli osaavista työntekijöistä tulevaisuudessa ja heidän saaminen uuteen palovammakeskukseen	Puolivalmiit hoito-ohjeet

	<p>Yhteistyön kehittäminen ja lisääminen</p> <p>ammattikorkeakoulujen, palo- ja pelastuslaitoksen kanssa</p> <p>Tiiviit palaverit arkkitehtien kanssa tilasuunnitelmista,</p> <p>Yhteistyön lisääminen Töölön ja Jorvin henkilökunnan kanssa</p> <p>Me-hengen lisääminen</p> <p>Palovammattietoisuuden lisääminen: median kautta, HUS:n päättäjiin, tavoitteena arvostusta palovammapotilaiden hoidon tärkeydestä</p> <p>Yhteydenotot päättäjiin</p>		
--	--	--	--

Liite 4. Aineiston sisällönanalyysi ja päättely, esimerkkejä

Alkuperäislähde ja -ilmaisu	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<p>Tutkimuspäiväkirja, havainnointi poliklinikalla: "Potilaille oli ongelmia ravitsemukseen liittyen. Olisi kaivattu ravitsemusterapeutin neuvoja ja ammattitaitoa"</p> <p>Muistio innovaatiokokouksesta: "Tarpeellisenä nähdään psykologin, psykiatrin, sosiaalityöntekijän, ravitsemusterapeutin ja seksuaaliterapeutin osallistuminen potilaiden hoitoon"</p>	<p>Kaivattiin ravitsemusterapeutin neuvoja ja ammattitaitoa</p> <p>Psykologin, psykiatrin, sosiaalityöntekijän, ravitsemus- ja seksuaaliterapeutin osallistuminen tarpeellista</p>	<p>Moniammatillisen tiimin kehittäminen</p>	<p>Polikliinisen palovamma- potilaan hoidon kehittäminen</p>
<p>Muistio innovaatioillasta: "Hoitajan/hoitoryhmän jalkautuminen potilaan luokse (koti, jatkohoitopaikka) voisi olla yksi mahdollisuus."</p> <p>Muistio innovaatioillasta: "Selkeät puolivalmiit hoito-ohjeet edistäisivät sitä, että hoitajasta riippumatta perusohjaus haavanhoidossa olisi yhtenäistä</p> <p>Tutkimuspäiväkirja, havainnointi poliklinikalla: "Töölössä ei sairaanhoitajilla ole käytössä HOI-lehteä. Totetutettu hoito ja annetut hoito-ohjeet kirjataan käsin potilaspapereihin"</p>	<p>Hoitajan/ hoitoryhmän jalkautuminen potilaan luokse</p> <p>Puolivalmiit hoito-ohjeet edistäisivät haavahoidon yhtenäisyyttä</p> <p>Sh kirjaa toteutuneen hoidon ja hoito-ohjeet potilaspapereihin</p>	<p>Hoidon jatkuvuuden kehittäminen</p>	
<p>Muistio innovaatiokokouksesta: "Keskusteltiin käypähoito-ohjista, joita ei vielä ole." "Todettiin, että Suomeen tarvittaisiin ainakin palovammapotilaan hoitoa koskeva Guidelines."</p> <p>Muistio innovaatioillasta: "Kyselylomake poliklinikan potilaille ja jatkohoitopaikkaan...tavoitena saada tietoa potilaiden ja jatkohoitopaikan mielipiteistä hoidon, toiminnan ja tilojen suhteen"</p> <p>Tutkimuspäiväkirjamerkintä Innovaatioillasta: "...tuli esille, että hoitajilla oli kova huoli tulevaisuudessa osaavista hoitajista ja heidän riittäväydestä palovammakeskukseen"</p>	<p>Suomeen tarvittaisiin käypähoito-ohjeet / Guidelines</p> <p>Potilaspalautekaavakkeet käyttöön</p> <p>Hoitajilla huoli tulevaisuudessa osaavista hoitajista ja heidän riittäväydestä palovammakeskukseen</p>	<p>Hoidon laadun kehittäminen</p>	

Liite 5. Kotiutuslista



HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI

1 / 2

Töölön sairaala
Koekäyttö 10/2011 - 05/2012

Palovammapotilaan moniammatillisen hoidon tarpeen arviointi

	pvm/arvioija	ajankohta tai ei tarvetta	ajanvaraus	pvm/arvioija	ajankohta tai ei tarvetta	ajanvaraus	pvm/arvioija	ajankohta tai ei tarvetta	ajanvaraus
Fysioterapeutti	/			/			/		
Toimintaterapeutti	/			/			/		
Psykiatrinen konsultaatio	/			/			/		
Ravitsemusterapeutti	/			/			/		
Kipuhoitaja	/			/			/		
Seksuaaliterapeutti	/			/			/		
Sosiaalityöntekijä	/			/			/		
Sairaalapappi									
Vertaistuki-info annettu pvm									

Kääntöpuolella esimerkkejä konsultaatioiden kriteereistä eri ammattiryhmillä



Töölön sairaala

Esimerkkejä konsultaatiotarpeiden kriteereistä

Fysioterapeutti	Toimintaterapeutti	Psykiatrin konsultaatio	Ravitsemusterapeutti	Kipuhoitaja	Seksuaaliterapeutti	Sosiaalityöntekijä
Käsien palo- ja paleltumavammat		Psykiatrisen hoidon tarpeen arviointi / hoitoonohjaus: itsetuhoisuus / itsensä vahingoittaminen, psykoottisuus/sekavuus, psykkisen oireilun tai hoidon historia	Lapsipotilaat	Kipu / kutina häiritsevää (keskittyminen, uni, työskentely, liikkuminen)	Potilas itse toivoo	Potilas itse toivoo
Kaulan alueen palovammat, jos vaikeuttavat pään tai hartiaseudun liikkeitä			Aikuispotilaalla >15% palovamma		Palovamman aiheuttama minäkuvan muutos	Ongelmat KELA-asoiden kanssa
Olkapään/ kainaloseudun palovammat, jos rajoittavat yläraajojen liikkeitä tai käyttöä			Vajaaravitsemusriskissä olevat aikuispotilaat:	Kipulääkityksen riittävyys / vähentäminen?	Krooninen kipu	Toimeentuloon liittyvät ongelmat
Jos palovamma ulottuu nivelen yli tai rajoittaa liikettä tai vaikeuttaa raajan käyttöä		Potilas toivoo kriisiapua	- Ei ruokahalua	Kipulääkityksen haittavaikutukset: pahoinvointi, huimaus, väsymys, päänsärky, ummetus, virtsaampi, painajaiset yms.	Parisuhteongelmat, haluttomuus	Ongelmat vakuutusyhtiön kanssa
Vamma aiheuttaa nivelen hakeutumista virheasentoon		Henkilökunta toivoo potilaan psykkisen voimin / kriisihoidon tarpeen arviota	-Paino laskenut		Nuori palovammapotilas	Maksusitoumukset
Palovamma vaikeuttaa normaalia kävelyä tai tarvitaan liikkumisen apuvälineitä	Arpikontrolliarvio, jos paranemisaika yli viikon	Potilaan oireilun vuoksi järjestettävä kriisihoito: ahdistuneisuus, masentuneisuus, pelko, syyllisyys, suru, yli- tai alivireys, ärtymys, unettomuus, painajaisunet, jatkuvat muistikkuvat tapahtumasta, takauamat, välttämiskäyttäytyminen, regressiivisyys	Haavojen paraneminen ei edisty		Raajojen menetys	Työelämään paluuseen liittyvät ongelmat
	Hankaluuksia päivittäisissä toiminnoissa, esim ruokailussa -> pienapuvälinetarve		Kasvojen ja käsien alueen palovamma		Kasvojen / genitaalialueiden palovammat	Uudelleen koulutus ja kuntoutus
			Suun arvet, nielemisongelmat		Kuukautisten loppuminen esim lahtumisen takia	
			Sähköpalovamma		Pitkäaikainen sairaalahoido (ilmakalvojen kuivuminen)	
		Psykosos. tilanne: niukka sos.verkosto, työkyky-syys tulevaisuudessa				
Jos epävarma tilanne, kannattaa aina pyytää terapeutin arvio						

Liite 6. Kotikansio



Palovammakeskus

Palovammaosasto
09 - 471 874 63

Palovammapoliklinikka
ke ja pe
09 - 471 872 46

Sairaanhoitaja
050 - 427 9665

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPÄIVÄ
Terveystieteiden keskus

The graphic features a stylized orange flame logo on the right side. The left side has an orange background with a white telephone handset icon and three white speech bubbles containing contact information.

**Palovammapotilaan
moniammatillinen
hoitoryhmä**

- Fysioterapeutti
- Kipuhoitaja
- Kipulaakari
- Plastiikkakirurgi
- Psykiatri
- Psykiatrisen sairaanhoitaja
- Ravitsemusterapeutti
- Sairaalapastori
- Sairaanhoitaja
- Seksuaaliterapeutti
- Sosiaalityöntekijä
- Toimintaterapeutti