

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveys ja hyvinvointi

Kliininen asiantuntija

2019

Anne-Mari Isosalmi

PALLIATIIVISEN HOITOTYÖN
LAAJAVASTUISEN
ASiantuntijasairaanhoidajan
tehtäväkuva
perusterveydenhuollossa

Anne-Mari Isosalmi

PALLIATIIVISEN HOITOTYÖN LAAJAVASTUISEN ASiantuntijasairaanhoidajan TEHTÄVÄNKUVA PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Muun muassa väestörakenteen muutos on viime vuosikymmenten aikana lisännyt palliatiivisen hoidon tarvetta. Palliatiivinen hoito toteutetaan moniammatillisena tiimityönä, jonka tavoitteena on oikea-aikainen palliatiivinen hoito ja palvelut niitä tarvitseville. Palliatiivista hoitoa tarvitsevien potilaiden määrän kasvaessa palliatiivisen hoidon asiantuntijoiden tarve on myös lisääntynyt. Palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden hoito ja seuranta ovat yhä enemmän sairaanhoitajien vastuulla haastaen perusterveydenhuollon organisaatiot sairaanhoitajien laaja-alaisen ja kehittyvän osaamisen hyödyntämiseen.

Tämän kehittämisprojektina toteutetun opinnäytetyön tavoitteena on lisääntyneeseen palliatiivisen hoidon tarpeeseen vastaaminen, palliatiivisen hoidon laadun, saatavuuden ja jatkuvuuden parantaminen työjakoa ja sairaanhoitajien tehtävänkuvaa kehittämällä. Kehittämisprojektin tarkoituksena oli luoda palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajan tehtävänkuvan malli perusterveydenhuoltoon. Kehittämisprojektin tutkimuksellisen osuuden tavoitteena oli tuottaa tietoa laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajan tehtävänkuvan mallinnukseen ja välillisesti edistää palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajan tehtävänkuvan kehittämistä perusterveydenhuollossa. Tutkimuksellisessa osiossa selvitettiin perusterveydenhuollon asiantuntijoiden näkemyksiä siitä, millainen palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajan tehtävänkuva tukisi asiakaslähtöisen, toimivan ja joustavan hoidon toteuttamista organisaation eri toimialueet huomioiden.

Tutkimuksellinen osio toteutettiin kahtena ryhmähaastatteluna. Ensimmäiseen haastatteluun (fokusryhmä) osallistui Kaarinan kotihoidon sairaanhoitajia (n=5). Fokusryhmän haastattelun tuloksia käytettiin sidosryhmän haastattelun teemojen täsmentämiseen. Toiseen haastatteluun (sidosryhmä) osallistui Kaarinan terveystalouden asiantuntijoita (n=7). Haastattelumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Aineistot analysoitiin sisällön analyysiä käyttäen. Haastatteluiden tulosten sekä kirjallisuuskatsauksen pohjalta luotiin palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajan tehtävänkuvan malli perusterveydenhuollon organisaatiossa.

Kehittämisprojektin tuloksena luotu tehtävänkuvan malli on tehty yhteen perusterveydenhuollon yksikköön, mutta opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa laajemmin palliatiivisen asiantuntijasairaanhoidajan tehtävänkuvan ja hoitotyön kehittämisessä.

ASIASANAT:

palliatiivinen hoitotyö, laajavastuinen sairaanhoitaja, asiantuntijasairaanhoidaja, laajavastuinen tehtävänkuva, tehtävänkuvan kehittäminen

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health Care / Advanced Nursing Practise Degree programme

2019| number of pages 62, number of pages in appendices 7

Anne-Mari Isosalmi

PALLIATIVE ADVANCED PRACTICE NURSE'S ROLE IN PRIMARY HEALTH CARE

Current aging population structure of society has increased the need of palliative care in recent decades. Palliative care is a multiprofessional collaboration that enables timely palliative care and services for those in need. As the number of patients requiring palliative care increases, the need for palliative care specialists increases too. The care and the follow-up of patients in palliative care is increasingly the responsibility of nurses. This challenges primary healthcare organizations to take nurse's advanced competences in use.

The objective of the thesis is to respond to the increased need of palliative care, improve the quality, availability and continuity of care by developing division of work between the professionals and palliative advanced practice nurse's role in primary health care. The purpose of the development project was to create Palliative Care Advanced Practices Nurse's role description in the primary health care setting. The aim of the research phase was to produce information to modelling of the advanced practice nurse's role in the primary health care and to promote indirectly the development of the palliative advanced practice nurse's role in the primary health care. The purpose of the research phase was to explore what kind of palliative advanced practice nurse's role would support the implementation of person-centred, functional and flexible care in different areas of the organization.

The research phase was carried out in two group interviews. The first interview (focus group) was attended by Kaarina's district nurses (n = 5). The results of the focus group interview were used to specify the topics for the interview of stakeholders. The second interview) was attended by Kaarina's health services experts (n = 7). Theme interview was used as an interview method. The data was analyzed using content analysis. Based on the results of the interviews and a literature review, a role description of the palliative advanced practice nurse in the primary health care was created.

The role description of the palliative care advanced practice nurse was prepared for one primary health care unit as a result of the development project. However, the results of the thesis can be more widely used in the future for developing palliative advanced practice nurse's role and nursing in the primary health care setting.

KEYWORDS:

palliative care, end of life care, advanced practice nurse, advanced nurse practitioner, nurse practitioner, palliative nursing

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO	7
1 JOHDANTO	8
2 KEHITTÄISPROJEKTIN TOTEUTUS	10
2.1 Kehittämiprojektin tausta ja tarve	10
2.2 Kehittämiprojektin tavoite ja tarkoitus	10
2.3 Toimintaympäristön kuvaus	11
2.4 Kehittämiprojektin eteneminen	12
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	14
3.1 Palliatiivinen hoito, saattohoito ja hoitotyö	14
3.2 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon nykytila	15
3.3 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suositukset	16
3.4 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon koulutus	19
3.5 Laajavastuinen asiantuntijasairaanhoitaja	21
3.6 Tehtävänkuvan kehittäminen	23
3.7 Palliatiivisen hoitotyön laajavastuinen asiantuntijasairaanhoitaja	26
4 KEHITTÄISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS	30
4.1 Tutkimuksellisen osion tavoite ja tarkoitus	30
4.2 Menetelmät ja aineiston keruu	31
4.3 Aineiston analyysi	33
4.4 Eettisyys ja luotettavuus	35
5 TUTKIMUKSELLISEN OSUUDEN TULOKSET	37
5.1 Haasteet palliatiivisen hoidon toteuttamisessa Kaarinan kaupungissa	37
5.2 Palliatiivisen hoitotyön nykytilan haasteisiin vastaaminen	38
5.3 Palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuva perusterveydenhuollossa	40
5.4 Palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoitajan työtehtävät perusterveydenhuollossa	43
5.5 Palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan toteutumisen edellytykset	46

6 KEHITTÄMISPROJEKTIN TULOKSET	49
6.1 Palliativisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan malli	49
6.2 Tehtävänkuvan implementointisuunnitelma	51
6.3 Kehittämiprojektin pohdintaa	53
7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	56
LÄHTEET	60

LIITTEET

Liite 1. Fokusryhmän haastattelurunko	
Liite 2. Teemahaastattelurunko	
Liite 3. Palliativisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan luonnos	
Liite 4. Fokusryhmähaastattelun saatekirje	
Liite 5. Sidosryhmähaastattelun saatekirje	
Liite 6. Esimerkki sisällön analyysistä	
Liite 7. Vierailukäynnit	

KUVIOT

Kuvio 1. Kehittämiprojektin eteneminen	13
Kuvio 2. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli, STM 2017.	17
Kuvio 3. Esimerkki alaluokan muodostumisesta	35
Kuvio 4. Asiantuntijuus	41
Kuvio 5. Laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan osa-alueet	43
Kuvio 6. Laajavastuisen palliativisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoitajan työtehtävät.	46
Kuvio 7. Tehtävänkuvan toteutumisen edellytykset	48
Kuvio 8. Palliativisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtäväkuva (Isosalmi 2019)	51
Kuvio 9. Palliativisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan implementointisuunnitelma PEPPA-viitekehystä soveltaen (Isosalmi 2019)	53

TAULUKOT

Taulukko 1. Laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajan roolin tunnuspiirteitä ja työtehtäviä	23
Taulukko 2. Laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajan ja palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajan työtehtäviä kirjallisuuteen perustuen	28
Taulukko 3. Esimerkki aineiston pelkistämisestä	34

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO

ACP advance care plan, ennakoiva hoitosuunnitelma

ANA American Nurses Association

APN Advanced practice nurse, laajavastuinen sairaanhoitaja

ETENE Valtakunnallinen Sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta

HPNA Hospice and palliative nurses association

ICN International Council of Nurses, kansainvälinen sairaanhoitajaliitto

IKIPA Ikäihmisten palvelut

OECD Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö

STM Sosiaali- ja terveysministeriö

TEPA Terveyspalvelut

THL Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

WHO Maailman terveysjärjestö

1 JOHDANTO

Maailman terveysjärjestö, WHO, määrittelee oireenmukaisen hoidon seuraavasti: Palliatiivinen hoito on kuolevan potilaan elämänlaadun parantamista oireita lieventämällä, henkistä tukea tarjoamalla ja jäljellä olevan elämän aktiivisella tukemisella (WHO 2017). Palliatiivinen hoito on moniammatillista tiimityötä, johon lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan lisäksi osallistuu psykososiaalisen tuen, henkisen ja eksistentiaalisen tuen ammattilaisia sekä erityistyöntekijöitä kuten sosiaalityöntekijöitä ja fysioterapeutteja (STM 2019, 106). Moniammatillisen tiimin tulisi taata palliatiivisen hoidon ja palvelujen järjestäminen kaikille sitä tarvitseville (National Hospice and Palliative Care Organization 2017).

Viime vuosikymmenten aikana väestörakenteen ikääntyminen on vaikuttanut merkittävästi palliatiivisen hoidon tarpeeseen (STM 2019, 14). WHO:n arvion perusteella elämän loppuvaiheessa palliatiivista hoitoa tarvitsee Suomessa vuosittain ainakin 30 000 henkilöä ja vielä suurempi osa jo ennen sitä. Arviolta joka toinen heistä tarvitsee erityistason konsultaatiotukea tai hoitoa. (STM 2017, 7.) Tähän arvioon ei ole otettu mukaan ikääntymiseen kuuluvaa hiipumista ja sen mukanaan tuomaa vähittäin lisääntyvää palliatiivista hoidon tarvetta. Ikääntyneiden pitkäaikaishoito ja siihen sisältyvä hoiva on lähes aina palliatiivista, koska yksi tai useampi kuolemaan johtava sairaus löytyi vuonna 2018 varmuudella vähintään 80 prosentilta potilaista. (STM 2019, 106.)

Palliatiivista hoitoa tarvitsevien potilaiden määrän kasvaessa palliatiivisen hoidon asiantuntijoiden tarve lisääntyy. Palliatiivisen hoitotyön laaja-alaista ja syvää osaamista tarvitaan laadukkaasti hoidon lisäksi palveluiden koordinaatioon. Pitkäaikaissairaiden potilaiden tilan seuranta ja ensisijainen kontaktivastuu ovat jatkossa enenevästi sairaanhoitajien vastuulla. (vrt. Sairaanhoitajaliitto 2016, 18.) Siksi sairaanhoitajien tehtävänkuvia kehittämällä voidaan vastata lisääntyneeseen palliatiivisen hoidon tarpeeseen. Laajavastuisia hoitotyön asiantuntijatehtäviä on kehitetty muun muassa hoitoon pääsyn parantamiseksi sekä lääkäreiden ja sairaanhoitajien työnjaon kehittämiseksi. Useassa OECD-maassa on uudistettu hoitajien tehtävänkuvia hoidon saatavuuden ja laadun parantamiseksi sekä kustannusten vähentämiseksi. (Maier, Aiken, & Busse 2017). Hoitotyön laajavastuisen asiantuntijan roolin käytöllä voidaan myös parantaa palveluiden laatua ja saatavuutta sekä lyhentää hoitoon pääsyä. Laajavastuiset sairaanhoitajat tarjoavat laadukasta hoitoa niin pitkäaikaissairaiden seurannassa kuin akuutisti sairastuneiden potilaiden hoidossakin (Delamaire & Lafortune 2010, 4).

Sairaanhoitajaliiton (2016, 12) mukaan uudet tehtävänkuvat helpottavat monia kriittisiä terveydenhuollon haasteita, kuten potilaan epäselviä tai katkeavia hoitopolkua, sirpaloituneita työnkuvia, hoitoon pääsyn tai hoidon jatkuvuuden vaikeuksia ja riittämätöntä yhteistyötä eri sektorien välillä. Palliatiivisessa hoitotyössä tämä tarkoittaisi kustannussäästöä, potilaan hoitopolun sujuvuuden ja yksilöllisen laadukkaan hoidon lisääntymistä sekä palliatiivisen hoidon tietoperustan lisääntymistä hoitotyöntekijöillä ja saumattoman yhteistyön edistymistä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Tehtävänkuvia kehittäminen edellyttää kuitenkin sidosryhmien näkemysten arviointia uudeltaisesta laajentuvasta tehtävänkuvasta.

Tämä kehittämisprojektina toteutettava opinnäytetyö kohdistuu laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan määrittelyyn perusterveydenhuollossa palliatiivisen hoidon tasoilla A ja B. Opinnäytetyön tavoitteena on edistää palvelujärjestelmän kehittämistä, vastata lisääntyneeseen palliatiivisen hoidon tarpeeseen sekä parantaa hoidon laatua, saatavuutta ja jatkuvuutta työnjakoa ja palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtäväkuvaa kehittämällä. Kehittämisprojektin tarkoituksena oli luoda palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan malli perusterveydenhuoltoon. Kehittämisprojektin tutkimuksellisen osuuden tavoitteena on tuottaa tietoa laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan mallinnukseen ja välillisesti edistää laajavastuisen palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan kehittämistä kohdeorganisaatiossa. Tutkimuksellinen osio tuottaa tietoa perusterveydenhuollon asiantuntijoiden näkemyksistä siitä, millainen laajavastuisen palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoitajan tehtäväkuva tukisi asiakaslähtöisen, toimivan ja joustavan hoidon toteuttamista organisaation eri toimialueet huomioiden.

2 KEHITTÄISPROJEKTIN TOTEUTUS

2.1 Kehittämiprojektin tausta ja tarve

Kehittämiprojekti perustuu sekä paikalliseen että kansalliseen palliatiivisen hoidon kehittämisen tarpeeseen. Useat palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa ohjaavat suositukset painottavat palliatiivisen hoidon järjestämisen organisointia. Nykyiset toimintamallit ja hoitokäytänteet kaipaavat uudistamista, jotta laadukasta palliatiivista hoitoa voidaan tarjota jokaiselle sitä tarvitsevalle. Hyvin organisoitu ja resursoitu palliatiivinen hoito säästää merkittävästi kustannuksia ja mahdollistaa laadukkaan hoidon oikeassa paikassa oikea-aikaisesti (Saarto ym. 2017). Laajavastuuisen sairaanhoitajan osaamista hyödyntämällä ja tehtävänkuvia kehittämällä voidaan vastata palliatiivisen hoidon kehittämistarpeeseen.

Kehittämiprojekti perustuu Kaarinan kaupungin strategiaan 2014 – 2020. Hyvinvointia tulee edistää ennakoivasti ja palveluketjun toimivuutta ja organisaatiota tulee kehittää niin, että se vastaa kaupunkilaisten palvelutarvetta. Matalan kynnyksen palveluja tulee järjestää ja tarjota niitä oikea-aikaisesti. Strategiset arvot kannustavat aloitteellisuuteen ja verkostoitumiseen. Kaupunki on halukas löytämään uusia mahdollisuuksia ja kannustaa uusien vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöönottoon ja ideointiin. Kaupunkistrategia panostaa osaavaan ja ammatilliseen henkilöstöön ja tukee johtajuutta. Kaarinan kaupungin strategian mukaan Sote- uudistuksen myötä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tehtävät tulee organisoida uudella tavalla. (Kaarinan kaupunki, 2018.)

Kehittämiprojekti suuntautuu Kaarinan kaupungin terveystalouteen, mutta palliatiivisen hoidon järjestämiseen liittyvä kehittämistarve on tunnistettavissa koko perusterveydenhuollon sektorilla.

2.2 Kehittämiprojektin tavoite ja tarkoitus

Kehittämiprojektin tavoitteena on edistää palliatiivisen hoidon palvelujärjestelmän kehittämistä sekä vastata lisääntyneeseen palliatiivisen hoidon tarpeeseen. Tavoitteena on

lisätä hoidon laatua ja moniammatillista toimintaa saatavuutta ja jatkuvuutta parantamalla. Kehittämisprojektin tarkoituksena oli laatia palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan malli perusterveydenhuoltoon. Malli perustuu kirjallisuuskatsaukseen, vierailukäyntiin palliatiivisella poliklinikalla, opinnäytetyön tutkimuksellisessa osuudessa toteutettavien haastattelujen tuloksiin sekä kansainvälisen vierailukäynnin tuottamaan tietoon.

Kehittämisprojektin tutkimuksellisen osuuden tavoitteena oli tuottaa tietoa palliatiivisen laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan mallinnukseen. Tarkoituksena oli selvittää Kaarinan kaupungin terveydenhuollon asiantuntijoiden näkemyksiä siitä, millainen palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtäväkuva tukisi asiakaslähtöisen, toimivan ja joustavan palliatiivisen hoidon toteuttamista organisaation eri alueet huomioiden. Tutkimuksellisen osuuden tavoitteena oli myös välillisesti edistää palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan kehittämistä Kaarinassa. Kehittämisprojektin sidosryhmä koostui organisaation sisäisistä asiantuntijoista.

Kehittämisprojektin tulos on tehtävänkuvan malli yhdessä perusterveydenhuollon yksikössä, mutta opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa laajemmin palliatiivisen sairaanhoitajan tehtävänkuvan ja hoitotyön kehittämisessä perusterveydenhuollossa.

2.3 Toimintaympäristön kuvaus

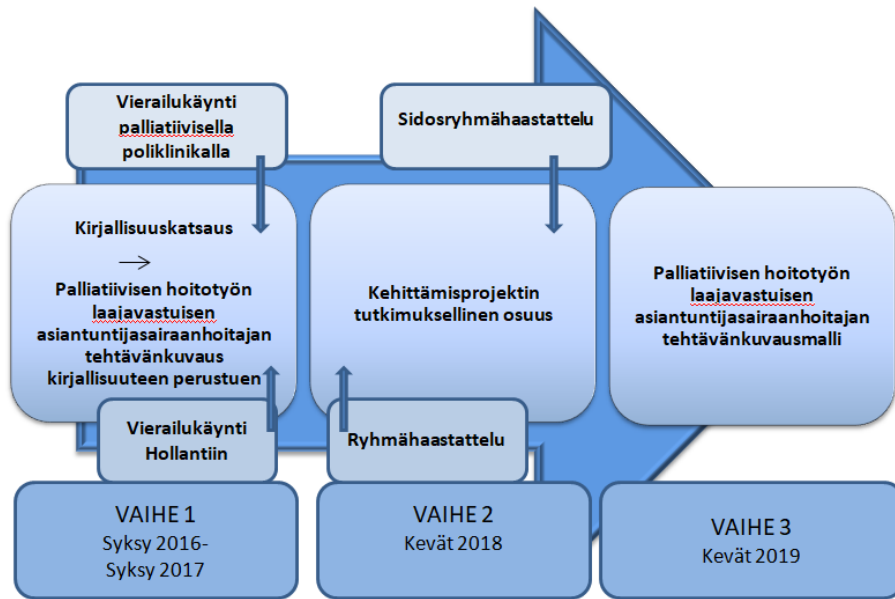
Kaarina on yli 32 000 ihmisen asuttama kaupunki Lounais-Suomessa. Kehittämisprojektin toimeksiantaja on Kaarinan kaupungin terveysterveyspalvelut. Terveysterveyspalvelut (TEPA) ovat osa Sosiaali- ja terveysterveyspalveluita, joihin kuuluvat myös perhe- ja sosiaalipalvelut sekä ikäihmisten palvelut (IKIPA). Sosiaali- ja terveysterveyspalveluita ohjaa Sosiaali- ja terveysterveyslautakunta. Terveysterveyspalveluiden alaisuudessa toimii Kaarinan kotisairaala sekä Kaarinan terveysterveyskeskuksen sairaalan osastot 1 ja 2. Palliatiivisen hoidon pääasiallinen toteuttaminen on keskitetty kotisairaalaan ja terveysterveyskeskussairaalan osasto 2:lle, joka toimii kotisairaalan ympärivuorokautisena tukiosastona. Palliatiivisten potilaiden määrä on lisääntynyt hoitoa toteuttavissa yksiköissä. Palliatiivisen hoidon tarpeen lisääntymisen vuoksi palliatiivista hoitoa on alettu systemaattisesti kehittämään Kaarinan kotisairaalaan ja terveysterveyskeskussairaalan osasto 2:lla. Palliatiivisen hoidon kehittämisen työryhmä perustettiin vuonna 2018. Työryhmä koostuu palliatiivisen lääketieteen erityispätevyiden

omaavasta lääkäristä, palliatiivisen erikoistumiskoulutuksen suorittaneesta sairaanhoitajasta, geriatrian ylilääkäristä, ylihoitajasta, kahdesta osastonhoitajasta sekä palliatiivista hoitotyötä toteuttavista sairaanhoitajista.

Ennen palliatiivisen hoidon kehittämistä Kaarinassa, kotisairaala tarjosi perustaso A:n palliatiivista hoitoa. Palliatiivisen hoidon kehittämisen myötä, Kaarinan kotisairaala nousi erityistasolle B palliatiivisen hoidon toteuttamisessa. STM:n raportissa (2019) mainitaan Kaarinan kotisairaalan tarjoavan erityistason kriteerit täyttävää palliatiivista hoitoa. Kotisairaalassa ja sairaalan osasto 2:lla on erityiskoulutettu lääkäri (palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys) joka on saatavilla kotikäynnille virka-aikana ja on konsultoitavissa 24/7. Lisäksi on saatavana sairaanhoitajan konsultaatiot ja kotikäynnit 24/7 (yöllä puhelinkonsultaatio), käytössä on lääkeinfuusiolaite ja tukiosasto lupapaikkoineen.

2.4 Kehittämisprojektin eteneminen

Kehittämisprojekti eteni kolmessa vaiheessa (Kuvio 1). Ensimmäisessä vaiheessa toteutettiin aiheesta kirjallisuuskatsaus ja tehtiin vierailukäynti Hollantiin sekä erikoissairaanhoidon palliatiiviselle poliklinikalle. Kehittämisprojektin toiseen vaiheeseen sijoittui tutkimuksellinen osuus, joka toteutettiin ryhmähaastatteluina fokusryhmälle (N=5) ja sidosryhmälle (N=7). Kehittämisprojektin kolmannessa vaiheessa tutkimuksellisen osuuden tuottama aineisto analysoitiin ja sen pohjalta luotiin teoreettinen malli palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvasta perusterveydenhuoltoon. Kolmanteen vaiheeseen sisältyi myös kehittämisprojektin kirjallinen raportti ja sen esittely. Sidosryhmä kutsuttiin koolle tulosten esittelyyn ja ottamaan kantaa luotuun tehtävänkuvanmalliin.



Kuvio 1. Kehittämiprojektin eteneminen

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Palliatiivinen hoito, saattohoito ja hoitotyö

Palliatiivinen hoito on kuolevan potilaan elämänlaadun parantamista oireita lieventämällä, henkistä tukea tarjoamalla ja jäljellä olevan elämän aktiivisella tukemisella (WHO 2017). Se on parantumattomasti sairaan henkilön kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun parantavaa hoitoa ei ole enää mahdollistaa antaa. Palliatiivinen hoitotyö on oireenmukaista hoitoa, jonka tavoitteena on potilaan laadukas elämä ja arvokas kuolema. Se on oireenmukaista, helpottavaa hoitoa ja tuskan lieventämistä. Palliatiivisen hoitotyön keskiössä on potilaan fyysisiin, psyykkisiin ja hengellisiin tarpeisiin vastaaminen. Palliatiivinen hoitotyö on moniammatillista yhteistyötä, jonka tavoitteena on tarjota parasta mahdollista hoitoa ja suojaa potilaalle ja hänen läheisilleen. (Suomen Palliatiivisen hoidon yhdistys ry 2016.)

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, joka ajoittuu viimeisille elinviikoille tai päiville (STM 2017, 8). Palliatiivinen hoito kuuluu kaikille ja kaiken ikäisille ilman diagnoosirajusta. Palliatiivisessa hoidossa pitkälle edennyttä tautia sairastava henkilön kuolemaa pidetään luonnollisena asiana. Lähestyvän kuoleman ja palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen on edellytys hyvälle elämän loppuvaiheen hoidolle. Palliatiivisen hoidon tarkoituksena ei ole pidentää eikä lyhentää elämää, vaan vaalia potilaan elämänlaatua ja pyrkiä säilyttämään toimintakyky niin hyvänä kuin mahdollista elämän loppuun saakka. Palliatiivisen hoidon avulla autetaan potilasta valmistautumaan luopumiseen ja lähestyvään kuolemaan sekä autetaan läheisiä heidän surussaan. Ajoissa tehdyt hoitolinjaukset ja hoitosuunnitelma mahdollistavat hyvän elämän loppuvaiheen hoidon. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2016; STM 2017, 8; STM 2019, 13.)

Väestörakenteen ikääntyminen vaikuttaa merkittävästi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeeseen. WHO on arvioinut vuosittain 30 000 suomalaisen tarvitsevan palliatiivista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa ja vielä suurempi osa jo ennen sitä. Tähän arviointiin ei kuitenkaan ole sisällytetty ikääntymiseen kuuluvaa hiipumista ja sen mukanaan tuomaa vähittäin lisääntyvää palliatiivisen hoidon tarvetta. Syöpäpotilaiden osuus palliatiivisessa hoidossa on arviolta 40 prosenttia. Muihin kroonisiin sairauksiin kuten sydämen-, munuaisten- ja maksan vajaatoimintaan, neurologisiin sairauksiin, keuhkosairauksiin ja dementiaan kuolevien potilaiden osuus on 60 prosenttia palliatiivisen hoidon ja

saattohoidon tarvitsijoista. Suurin osa suomalaisista kuolee sairaalassa. Vain pieni osa palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tarvitsevista saa hoitoa saattohoitoon erikoistuneissa yksiköissä. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon saatavuus on alueellisesti epätasa-arvoista, koska palliatiivista hoitoa ei ole integroitu olemassa olevaan terveydenhuoltojärjestelmään. (STM 2019, 14.) Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tiiviimpi integrointi sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmään lisää hoidon jatkuvuutta ja kustannusvaikuttavuutta. Palliatiivisen hoidon tulee olla kaikkien saatavilla ja yhdenvertaisen pääsyn saatavuus tulee varmistaa. Toimintamalleja yhtenäistämällä voidaan varmistaa organisatorajat ylittävät palvelut ja saumaton hoitoketju jokaiselle terveydenhuollon asiakkaalle. (THL 2016.)

3.2 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon nykytila

Tuoreessa STM:n (2019) raportissa on kuvattu palliatiivisen ja saattohoidon järjestämisen nykytila Suomessa. Selvitys nosti esiin selkeitä kehittämistarpeita palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palveluiden rakenteissa, osaamisessa ja resursoinnissa. Osaamisvajae nousee yhdeksi tärkeimmäksi puutteeksi palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa. Suurin vaje on koulutetussa henkilökunnassa. Kartoituksessa todettiin erityistason palveluiden saatavuudessa olevan merkittäviä puutteita. Palvelut eivät ole valtakunnallisesti tasa-arvoisesti saatavilla ja erityisesti erityistason kotisaattohoidon kattavuus on puutteellista ja siinä on merkittävää vaihtelua valtakunnallisesti. Konsultaatiotoiminta on puutteellisesti järjestetty ja päivystysaikainen tuki on järjestämättä. Sairaaloiden konsultaatiotiimejä on vain yliopistosairaaloissa ja joissakin keskussairaaloissa, vaikka Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistyksen suosituksen mukaan isoissa sairaaloissa tulisi olla palliatiivisen hoidon konsultoiva lääkäri ja sairaanhoitaja. (STM 2019, 93 – 95.)

Jokaisella potilaalla on tasavertainen oikeus sairautensa vaikeusasteen edellyttämään palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon joko kotona tai sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. Jotta tasavertainen palliatiiviseen hoitoon pääsy voidaan turvata, se edellyttää palliatiivisen hoidon integroimista julkiseen terveydenhuoltoon ja palveluiden porrastamista tarvelähtöisesti perustasoon ja erikoistuneeseen tasoon. Tämä edellyttää alueellisia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suunnitelmia ja palveluketjuja. Palveluketjujen lisäksi suunnitelmissa tulisi olla kuvattuna lähete- ja konsultaatiokäytännöt, palveluohjauksen kuvaus, henkilöstön koulutussuunnitelma ja suunnitelmien toteutumisen seuranta. (STM 2019, 16.)

3.3 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suositukset

Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa on ohjeistettu ensimmäisen kerran Suomessa vuonna 1982, jolloin lääkintöhallitus antoi sairaanhoitolaitokselle terminaalihoidon ohjeet. Tavoitteena oli, että potilas voi elää saattohoitovaiheen ilman vaikeita oireita tai kipuja haluamassaan ympäristössä ja läheistensä seurassa. Sosiaali- ja terveysministeriössä toimiva valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE) antoi suositukset saattohoidosta vuonna 2003. Samana vuonna ilmestyi Euroopan neuvoston suositus palliatiivisen hoidon järjestämisestä. Suosituksen mukaan jokaisella jäsenvaltiolla pitää olla kansallinen palliatiivisen hoidon suunnitelma ja palliatiivisen hoidon tulee olla osa terveydenhuoltojärjestelmää tasa-arvoisen hoitoon pääsyn turvaamiseksi. Suosituksessa painotetaan erityisesti sitä, että jokaisella elämän loppuvaiheen potilaalla pitää olla ennakoiva hoitosuunnitelma (advance care plan, ACP) ja elämän loppuvaiheen potilaita hoitavalla henkilökunnalla pitää olla riittävästi koulutusta ja vuorovaikutustaidon tulee olla korkeatasoista. (STM 2017, 9.)

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi saattohoitosuosituksen vuonna 2010 (Hyvä saattohoito Suomessa). Suosituksessa korostetaan kuolevan potilaan ihmisarvoa, inhimillisyyttä ja itsemääräämisoikeutta. Saattohoitoa järjestetään kotona tai laitoksissa ja saattohoidon aloittaminen tulisi perustua aina kirjalliseen hoitosuunnitelmaan. Sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset vastaavat saattohoidon järjestämisestä omalla alueellaan ja jokaisella sairaanhoitopiirillä tulee olla alueellinen saattohoitosuunnitelma. (STM 2017, 9.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut ”Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010 – 2020” -raportin, jossa on asetettu tavoitteita palliatiivisen ja saattohoidon järjestämisestä vuoteen 2020 mennessä. Raportti painottaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä hoidon järjestämisessä sekä palliatiivisen hoidon riittävää tarjontaa ja hyvää laatua. (STM 2017, 9.)

Palliatiivisen ja saattohoidon järjestämisen työnjaoksi on ehdotettu kolmiportaista hoitojärjestelmää, jotta kaikki palliatiivista hoitoa tarvitsevat saavat asianmukaisen hoidon. Kolmiportaiseen malliin kuuluvat perustaso A, erityistaso B ja vaativa erityistaso C (kuvio 2).



Kuvio 2. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli, STM 2017.

Perustaso A:n palvelut turvaavat saattohoidon lähellä potilaan kotia. Perustasoon kuuluvat esimerkiksi kotihoidon ja kotisairaanhoidon yksiköt, sosiaalihuollon alaisten yksiköiden tehostettu palveluasuminen ja vanhainkodit. Perustasoa ovat myös muut ympärivuorokautisen hoidon yksiköt, joissa potilaita hoidetaan elämänsä loppuun saakka, sekä sairaaloiden sellaiset vuodeosastot, joissa hoidetaan kuolevia potilaita, mutta saattohoito ei ole osaston päätoimi. Erityistasolla B saattohoito on pääasiainen toimi ja henkilökunta on erityiskoulutettua. Erityistasoon kuuluvat palliativisen hoidon ja saattohoidon yksiköt, kuten kotisairaala ja saattohoitopaikat, saattohoito-osastot tai saattohoitokodit, palliativiset poliklinikat sekä konsultaatiotiimit. Vaativan erityistason C muodostavat yliopistosairaanhoitopiirien palliativiset keskuskeskukset. Palveluihin kuuluvat muun muassa vaativan avohoidon palliativinen poliklinikka, psykososiaalisen tuen yksikkö, palliativinen vuodeosasto, saatto-osasto tai saattokoti sekä vaativaan palliativiseen hoitoon ja saattohoitoon erikoistunut kotisairaala. (STM 2017.)

Käypä hoito -suositus ”Kuolevan potilaan oireiden hoito” vuodelta 2012 painotti hoitolinjausten tekoa ja oireita lievittävien hoitojen käyttöä elämän loppuvaiheessa. Vuonna 2018 sen korvasi uudistettu Käypä hoito -suositus ”Palliativinen hoito ja saattohoito”. Suosituksessa on huomioitu erityisesti potilaan läheisten tukeminen palliativisen hoidon

aikana, oikein ajoitettu palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen, ajoissa tehdyt hoitolinjaukset ja hoitosuunnitelman tekeminen. Oireiden arviointi tulisi olla systemaattista ja hoitovasteen seuranta aktiivista. Oireiden arvioinnin ja elämänlaadun seurannan apuna on käytettävissä oirekartoitusslomakkeita. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: käypä hoito -suositus 2018.)

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi joulukuussa 2017 asiantuntijatyöryhmän suosituksen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisen osaamis- ja laatuksiteereistä osana valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän työtä. Suosituksen tarkoituksena on yhtenäistää käytäntöjä ja mahdollistaa laadukas palliatiivinen hoito ja saattohoito niitä tarvitseville potilaille asuinpaikasta ja hoitavasta tahosta riippumatta. Nykyisen palvelujärjestelmän puutteiden korjaamiseksi ja alueellisen yhdenvertaisuuden parantamiseksi eduskunta myönsi syksyllä 2017 määrärahaa käytettäväksi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämiseen. Rahoituksella on tarkoitus yhtenäistää käytäntöjä, kouluttaa terveydenhuollon ammattilaisia ja luoda mahdollisuudet alueellisten, yksityiskohtaisten palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutuksista koskevien toimintaohjeiden ja sopimusten laatimiseksi kaikissa maakunnissa. (STM 2019, 9.)

Ympäri vuorokautisessa hoidossa asuvien iäkkäiden saattohoitoa, hoitokäytänteitä ja palvelujärjestelmiä on vertailtu sekä kehitetty seitsemässä Euroopan maassa vuosina 2014 – 2019 elämän loppuvaiheen hoidon tutkimus- ja kehittämishankkeen PACE:n avulla (Palliative Care for Older People in Care and Nursing Homes in Europe). Suomessa hankkeesta vastasi THL. Hankkeen tavoitteena oli muun muassa kehittää pitkäaikaishoidossa asuvien iäkkäiden elämän loppuvaiheen hoitoa ja hoitojärjestelmiä Euroopassa ja levittää näyttöön perustuvia elämän loppuvaiheen hoidon parhaita käytänteitä. Hankkeen tuotoksena syntyi muun muassa kuuden askeleen palliatiivisen hoidon koulutusohjelma, maailmanlaajuinen verkkokoulutus (PACE MOOC) ja eurooppalaiset palliatiivisen hoidon suositukset. (THL 2019.)

Suomessa saattohoitoa on kehitetty myös valtakunnallisella "Kuolevan hyvä hoito -yhteinen vastuumme" hankkeella, jonka tavoitteena oli lisätä mahdollisuutta saada korkeatasoista saattohoitoa asuinpaikasta riippumatta ja kehittää ammatillisia valmiuksia saattohoidon toteuttamiseen. Hanke toteutettiin Yhteisvastuukeräyksen rahoituksella vuosina 2015 – 2017. (THL 2016.)

Kaikki palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa ohjaavat suositukset painottavat riittävän palliatiivisen hoidon koulutuksen järjestämistä terveydenhuollon ammattihenkilöille ja osaamisen vahvistamista kaikissa hoitoon osallistuvissa henkilöstöryhmissä (STM 2017, 9).

3.4 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon koulutus

Palliatiivinen hoito kuuluu osaksi kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden perustaitoja. Tällä hetkellä palliatiivisen hoidon ja lääketieteen opetus ja koulutus sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille on puutteellisesti järjestetty. Näin ollen edellytyksiä hyvälle saattohoidolle ei ole kaikkialla (STM 2019, 16.) Laadukkaan palliatiivisen hoidon toteuttamiseksi on keskeistä varmistaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden riittävä perus- ja erityistason osaaminen (STM 2017, 23). Tätä varten tarvitaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden perusopetukseen opetussuunnitelmat ja jatkokoulutusta varten erikoistumiskoulutus palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Perusopetuksen tulisi antaa valmiudet perustasolle ja osaamista voi täydentää täydennyskoulutuksella. Erityistaso vaatii erikoistumiskoulutuksen. Kaikki kuolevat henkilöt eivät kuitenkaan tarvitse erikoistuneen yksikön palveluja. Erityistason yksikön konsultatiivisella kuolevat voidaan hoitaa laadukkaasti myös sosiaali- ja terveydenhuollon perustason yksiköissä. Tämä kuitenkin edellyttää systemaattista palliatiivisen hoidon ja saattohoidon opetuksen ja koulutuksen järjestämistä perustason osaamisen turvaamiseksi. (STM 2019, 16.)

Vuosina 2018 – 2020 toteutetaan Opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittama korkeakoulutuksen kärkihanke EduPal, joka on palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen monialainen ja työelämälähtöinen kehittämishanke. EduPal -hankkeessa kehitetään monialaisesti ja työelämälähtöisesti ratkaisuja palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen kehittämiseksi sekä palliatiivisen hoidon osaamisen vahvistamiseksi. Hankkeen tavoitteena on selvittää palliatiivisen hoidon opetuksen nykytila hoitotyön ja lääketieteen koulutuksissa ja laatia moniammatillisesti työelämän asiantuntijoiden kanssa hoitotyön ja lääketieteen osaamisen kuvaukset palliatiivisen hoidon perustasolle (A) ja erityistasoille (B/C). Hankkeen tavoitteena on laatia valtakunnalliset suositukset palliatiivisen hoidon opetusohjelmista hoitotyön ja lääketieteen perusopetukseen sekä luoda yhtenäiset valtakunnalliset suositukset palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen erikoistumiskoulutukseen. Hankkeen tavoitteena on myös kehittää moniammatillista koulutusta, TKI-toimintaa ja korkeakouluopettajien palliatiivisen hoidon osaamista. (EduPal 2019.)

Palliativisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen kehittämisen pohjaksi EduPal -hankkeessa luodaan valtakunnalliset sairaanhoitajan ja lääkärin osaamiskuvaukset sekä laaditaan valtakunnalliset opetussuunnitelmasuosituksset. Sairaanhoitajien ja lääkäreiden koulutusjärjestelmää kehitetään vastaamaan sosiaali- ja terveysministeriön palliativisen hoidon suosituksia. EduPal -hankkeen perus- ja jatkokoulutukset laaditaan siten, että palliativisen hoidon ja saattohoidon A-, B- ja C-tasolle tuotetaan koulutuksen avulla riittävän osaamisen omaavia ammattilaisia. EduPal -hankkeessa yksi keskeinen tavoite on varmistaa erityistason osaaminen. EduPal -hankkeen aikana on tehty sopimus sairaanhoitajien Palliativisen hoidon asiantuntija- erikoistumiskoulutuksesta. Hankkeen aikana laaditaan erikoistumiskoulutukseen opetussuunnitelma ja koulutus käynnistyy tammi-kuussa 2020. Palliativisen hoidon koulutusta lisäämällä voidaan vastata STM:n suositukseseen, jossa B- ja C-tasoilla toimivalta sairaanhoitajalta edellytetään erikoistumiskoulutusta. (EduPal 2019.)

Lisäksi EduPal -hankkeessa laaditaan palliativisen hoidon kliininen asiantuntijuus- koulutuksen opetussuunnitelma sekä verkostototeutus ylempään ammattikorkeakouluun. Koulutus pilotoidaan osana hanketta. Kliininen asiantuntijuus- koulutuksen kautta vahvistetaan vaativan tason palliativisen hoidon osaamista sekä edistetään hoidon ja hoitotyön kehittämistä. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto luo edellytyksiä toimia itsenäisesti kliinistä erityisosaamista vaativissa laajennetuissa asiantuntijatehtävissä sekä palliativisen hoidon kehittäjänä erilaisissa toimintaympäristöissä ja hoidon eri tasoilla. Koulutuksen tavoitteena on erityisesti valmentaa hoitotyön asiantuntijoita palliativisen hoidon vaativuustasolle B/C. (EduPal 2019.)

Palliativisen hoidon asiantuntijaerikoistumiskoulutus (EQF 6–7) käynnistyy tammi-kuussa 2020. Koulutus antaa valmiuden toimia erityistasoilla (B/C) kliinisessä hoitotyössä osana palliativisen hoidon tiimiä. Koulutuksen suorittanut voi toimia vastuusairaanhoitajana A-tason yksiköissä. Osaaminen vastaa B/C tason osaamisvaatimukseen. Kliinisen asiantuntijan YAMK (EQF 7) -pilotti käynnistyy syyskuussa 2019. Koulutuksen suorittanut voi toimia asiantuntijatehtävissä, hoitotyön kehittäjänä, lähijohtajan tehtävissä tai koulutustehtävissä palliativisessa ja saattohoidossa. Osaaminen vastaa B/C tason osaamisvaatimukseen. (EduPal 2019.)

3.5 Laajavastuinen asiantuntijasairaanhoitaja

”Laajavastuinen hoitotyön asiantuntija (Advanced Practice Nurse, APN) on rekisteröity sairaanhoitaja, joka pystyy vaativaan itsenäiseen päätöksentekoon ja omaa maisteritasoiset tiedot, taidot sekä pätevyyden toimia terveydenhuollon vaativissa työtehtävissä”. Laajavastuinen hoitotyön asiantuntija voi hoitaa tavanomaisia akuutteja terveysongelmia ja sairauksia sekä huolehtia kroonisten terveysongelmien hoidosta ja hoidon seurannasta. Laajavastuisen sairaanhoitajan työssä korostuu kokonaisvaltainen, potilaslähtöinen ja itsenäinen työote sekä kliininen osaaminen. (International Council of Nurses (ICN) 2002.) ICN julkaisi vuonna 2019 raportin laajavastuisten asiantuntijasairaanhoitajien kompetensseista ja työtehtävistä. Raportti koostuu 19 valtion antamista tiedoista laajavastuisten asiantuntijasairaanhoitajien rooleista. Raporttiin on kerätty eri maiden laajavastuisten asiantuntijasairaanhoitajien roolikuvauksia, käytänteitä ja kompetensseja pohjautuen kirjallisuuteen ja maiden lainsäädäntöihin. Taulukkoon yksi on koottu yhteenveto laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan roolin tunnuspiirteistä ja työtehtävistä. Taulukko on koonti kirjallisuudesta sekä ICN:n 2019 julkaisemasta raportista.

Sairaanhoitajaliitto (2016) on Suomessa määritellyt termin Advanced Practice Nursing yläkäsitteeksi, jonka suomenkielinen käännös on laajavastuinen hoitotyö. Kun viitataan ammattihenkilöön, käytetään termiä laajavastuisen hoitotyön asiantuntija (Advanced Practice Nurse, APN). Laajavastuisen hoitotyön alueella on kaksi erilaista tehtäväkuvaa: Advanced Practice Nurse käsite pitää sisällään kliinisen hoitotyön asiantuntijan (Clinical Nurse Specialist, CNS) ja asiantuntijasairaanhoitajan (Nurse Practitioner, NP) tehtäväkuvat. Suomenoksessa ei asiantuntijasairaanhoitajan edessä ole sanaa advanced tai avancerad kuten muissa kieliversioissa. Asiantuntijasairaanhoitaja on käsitteenä haasteellinen, sillä asiantuntijana voi toimia kuka vain ja jo sairaanhoitajakoulutus on asiantuntijan koulutusta. Tästä syystä tässä opinnäytetyössä käytetään asiantuntijasairaanhoitajan edellä kansainvälisiä määritelmiä mukaillen sanaa laajavastuinen. Laajavastuinen asiantuntijasairaanhoitaja on erikoistunut, yleensä alan kliinisen master-tason koulutuksen suorittanut henkilö.

Kliinisen hoitotyön asiantuntijat (Clinical Nurse Specialist, CNS) ovat rekisteröityjä sairaanhoitajia, joilla on tyypillisesti maisterin tai tohtorin tutkinto sekä erikoisosaamista joltakin hoitotyön erikoisalalta. He vastaavat hoitotyön ohjeiden ja suositusten kehittämistä hoitotyössä, edistävät tutkitun tiedon käyttöönottoa ja tarjoavat asiantuntijatukea. Asiantuntijasairaanhoitajat (Nurse Practitioner, NP) ovat rekisteröityjä sairaanhoitajia ja

heillä on lisäkoulutusta ja vankkaa työkokemusta hoitotyöstä. Asiantuntijasairaanhoidajaksi pätevoitynyt pystyy itsenäisesti tutkimaan potilaan ja tekemään hoidon tarpeen arviointeja sekä aloittamaan oireenmukaisen hoidon. (Sairaanhoitajaliitto 2016.) Suomessa laajavastuuisen hoitotyön asiantuntijan toimenkuvat ovat vielä uusia ja tehtävänkuva, työtehtävät, rooli ja nimikkeistö ovat vasta kehittymässä. (Jokiniemi 2014, 3.) Poikkeuksena on kuitenkin sairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyys ja siihen liittyvä tehtävänkuva. Sairaanhoitajalla, jolla on riittävä käytännön kokemus ja joka on suorittanut valtioneuvoston asetuksella säädettävän lisäkoulutuksen, on tietyin edellytyksin rajattu oikeus määrätä hoidossa käytettäviä lääkkeitä hoitamalleen potilaalle. (Valvira 2012.)

Vaikka laajavastuuisen hoitotyön asiantuntijan tehtävänkuva on Suomessa vasta kehittymässä, se on kansainvälisesti jo vakiinnuttanut asemansa terveydenhuollossa. Tutkimustulokset pystyvät osoittamaan näyttöä roolin käytön vaikuttavuudesta. Laajavastuuisella hoitotyöllä on saatu parannettua hoitotuloksia useissa eri yhteyksissä ja useilla erikoisaloilla, myös syövän hoidossa. (Cooper ym.2009, 394; Gardner ym. 2013, 1939). Tutkimukset ovat osoittaneet laajavastuuisen hoitotyön asiantuntijuuden hyödyntämisellä olevan yhteyttä hoidon laadun paranemiseen, toimintatapojen kehittymiseen, työtyytyväisyyden lisääntymiseen ja henkilökunnan osaamisen vahvistumiseen (Fagerström & Glasberg 2011, 927; Franks 2014, 3438; Lemetti ym. 2016, 16) sekä hoitohenkilökunnan kokeman työkuorman ja -stressin vähentymiseen (McDonnell ym. 2015, 792). Laajavastuuisella hoitotyön asiantuntijuudella voidaan edistää tehokkaamman ja laadukkaamman terveydenhuollon kehittämistä, vähentää kasvavia terveydenhuollon kustannuksia sekä vastata työvoimapulaan (Jokiniemi 2014, 37). Laajavastuuisella hoitotyön asiantuntijuudella on todettu olevan positiivinen yhteys potilasturvallisuuden lisääntymiseen sairaanhoidon aikana, resurssien oikeanlaiseen kohdistamiseen, sairaanhoitajien koulututtamiseen sekä hoitotyön laatumittareiden ja tavoitteiden saavuttamiseen (Saunders 2015, 216).

Laajavastuuisen hoitotyön asiantuntijat nähdään terveydenhuollossa tärkeinä asiantuntijoina, jotka pystyvät tarjoamaan hoitotieteellistä ja kliinistä osaamistaan sekä potilaille että moniammatilliselle työyhteisölle. He pystyvät havaitsemaan perustyötä tekeviä sairaanhoitajia paremmin hoitotyön muutoksen tarvetta. He myös pystyvät parhaiten aikaansaamaan hoitotyön muutoksen käytännössä vaikuttamalla laajaan joukkoon hoitohenkilökuntaa. (Wickham 2011, 5762; Franks 2014, 3439; Saunders 2015, 216; Wisur-Hokkanen ym. 2015, 798.)

Hoitotyön laajavastuiset sairaanhoitajat ovat avainasemassa, kun edistetään näyttöön perustuva toimintaa ja jalkautetaan uusia hoitotyön toimintamalleja terveydenhuoltoon. Hoitotyön laajavastuiset sairaanhoitajat toimivat tieteellisen tutkimustiedon välittäjinä, koska potilashoittoon osallistuvalla hoitohenkilökunnalla ei riitä siihen aikaa (Malik ym. 2015, 47.)

Taulukko 1. Laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan roolin tunnuspiirteitä ja työtehtäviä

Laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan roolin tunnuspiirteitä	Laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan työtehtäviä
Itsenäinen työskentely	Potilaan edustaminen
Lääkkeenmääräämisoikeus	Terveyden edistäminen
Näyttöön perustuva toiminta	Koulutus (potilaat, perheet, vertaiset, yhteisö)
Pätevyyden ylläpitäminen	Moniammatillinen yhteistyö
Laadukas hoito	Konsultointi/ohjaus
Terveyspoliittiset vaikutukset	Mentorointi
Kriittinen ajattelu	Tiimin johtaminen
Ammatillinen vastuu	Johtaminen ja hoidon koordinointi

3.6 Tehtävänkuvan kehittäminen

Hoidon laatu on Suomessa monella mittarilla mitattuna korkeatasoista verrattuna muihin OECD- maihin. Ongelmana on kuitenkin hoitoon pääsy ja pitkät odotusajat. Hoitoon pääsyyn vaikuttaa kroonista sairautta sairastavien määrän lisääntyminen. Tämä asettaa haasteita terveydenhuollon toteuttamiselle. Väestön ikääntyminen ja palliatiivisen hoidon tarpeen kasvu vaativat toimintatapojen kehittämistä. Uusia toimintatapoja on kehitettävä,

jotta laadukas hoito pystytään turvaamaan jokaiselle sitä tarvitsevalle. Koulutetun terveydenhuollon henkilöstön vähäinen määrä suhteutettuna hoidon tarvitsijoihin asettaa haasteita hoidon toteuttamiselle erityisesti perusterveydenhuollossa. Tehtävänkuvia kehittämällä voidaan vastata terveydenhuollon kasvaviin haasteisiin. (Maier ym. 2017, 8.)

Terveydenhuollossa voidaan kehittää tehtävänkuvia saman ammattiryhmän kesken tai eri ammattiryhmien välillä tehtäviä delegoimalla, syventämällä, laajentamalla tai luomalla uusia tehtäviä. Työnjaon kehittämällä tavoitellaan sosiaali- ja terveyspalvelujen tehokkuuden ja tuottavuuden lisäämistä ja sen avulla voidaan saada aikaan säästöjä henkilöstökuluissa. Tehtävänkuvia muuttamalla pyritään kohdentamaan resursseja uudella tavalla. Tehtävänkuvien kehittämisen rinnalla tulisi tarkastella myös hoito- ja palveluprosesseja, jotta ei tehtäisi päällekkäistä työtä. Potilaiden hoidon parempi koordinaatio ja tarpeiden huomioiminen säästäisivät myös henkilöresursseja. Sosiaali- ja terveysministeriö on edistänyt tehtävänkuvien kehittämistä muun muassa antamalla suosituksen sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtävärakenteesta sekä laajentamalla lääkkeenmääräämisoikeutta sairaanhoitajille. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2016, 12, 41.)

Kansainvälisesti laajavastuisia hoitotyön asiantuntijatehtäviä on kehitetty, jotta on voitu parantaa hoitoon pääsyä, lisätä lääkäreiden ja sairaanhoitajien työnjakoa, parantaa hoitotyön laatua ja säästää kustannuksia sekä parantaa sairaanhoitajien uramahdollisuuksia. Laajavastuisen sairaanhoitajan roolin käytöllä voidaan parantaa palveluiden laatua ja saatavuutta sekä lyhentää hoitoon pääsyä. Laajavastuiset sairaanhoitajat tarjoavat laadukasta hoitoa niin pitkäaikaissairaiden seurannassa kuin akuutisti sairastuneiden potilaiden hoidossakin (Delamaire & Lafortune 2010, 4; Maier ym. 2017, 8). Laajennettujen työnkuvien ja lääkärin ja sairaanhoitajien tehtävänsiirron kehittämällä on pystytty vaikuttamaan hoitoon pääsyn parantamiseen esimerkiksi tilanteessa, jossa lääkäreitä on rajoitettu määrä (ICN 2017).

Suomessa asiantuntijasairaanhoitajien rooleja on alettu kehittämään 2000-luvun alussa. Laajavastuisten asiantuntijasairaanhoitajien tehtävänkuvien kehittäminen on silti vasta varhaisessa vaiheessa. Sairaanhoitajaliitto julkaisi vuonna 2016 asiantuntijatyöryhmän tekemän raportin sairaanhoitajien uudistetuista työnkuvista ja laajavastuisista rooleista. Raportin 5 keskeisintä suositusta tehtävänkuvien kehittämiseksi on:

- 1) Sairaanhoitajien asiantuntijanimikkeet tulee yhdenmukaistaa, tehtävänkuvat määritellä ja lainsäädännön muutostarpeet selvittää
- 2) Koulutusta tulee kehittää asiantuntijatehtävissä vaadittavaan osaamiseen perustuen

- 3) Asiantuntijatehtävissä toimivien sairaanhoitajien määrän tulee vastata väestön terveystarpeita
- 4) Asiantuntijatehtävien palkkauksen tulee vastata tehtävien vaativuutta
- 5) Asiantuntijatehtävien vaikuttavuutta tulee arvioida ja seurata. (Sairaanhoitajaliitto 2016, 45 – 50.)

Laajavastuisten asiantuntijasairaanhoitajien roolien lukumäärää Suomessa on vaikea arvioida, sillä roolit eivät ole nimikesuojattuja. Suomessa työskentelee lähes 80 000 rekisteröityä sairaanhoitajaa, joista 324 sairaanhoitajaa on hankkinut rajoitetun oikeuden määrätä lääkkeitä (syyskuu 2017). Noin 80 sairaanhoitajaa työskenteli Kliinisen asiantuntijan roolissa (CNS) vuoden 2017 lopussa. Laajavastuisten asiantuntijasairaanhoitajien kokonaismäärää on vaikeampi arvioida. Suomessa on yli 300:n sairaanhoitajan verkosto, jotka ovat suorittaneet Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon kliinisestä hoitotyöstä. Roolissa työskentelevien määrää ei tiedetä. (ICN 2017.)

Tutkimusnäyttö osoittaa, että työnkuvia kehittämällä voidaan helpottaa monia kriittisiä terveydenhuollon haasteita, kuten potilaan epäselviä tai katkeavia hoitopolkuja, sirpaloituneita työnkuvia, hoitoon pääsyn tai hoidon jatkuvuuden vaikeuksia ja riittämätöntä yhteistyötä eri sektorien välillä (WHO 2015). Palliatiivisessa hoitotyössä tämä tarkoittaa kustannussäästöjä, potilaan sujuvaa hoitopolkua, potilaan saamaa yksilöllistä laadukasta hoitoa, palliatiivisen hoidon tietoperustan lisäämistä hoitotyöntekijöille sekä saumatonta yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Palliatiivisen hoitotyön laaja-alaista ja syvää osaamista tarvitaan laadukkaan hoidon lisäksi palveluiden koordinaatioon. (Mukaellen Sairaanhoitajaliitto 2016, 18.)

Laajavastuisen hoitotyön asiantuntijan tehtävänkuvan kehittämistä puoltavia positiivisia vaikutuksia on todettu olevan potilashoidossa, terveydenhuollossa sekä koko organisaatiossa ja väestössä (Fagerström & Glasberg 2011, 927; Wickham 2011, 5766; McDonnell ym. 2015, 792; Wisur-Hokkanen ym. 2015, 798). Laajavastuisen hoitotyön asiantuntijan tehtävänkuvan ja roolin vaatii vielä kuitenkin kehittämistä ja jäsentymistä. Tutkimuksissa nousee esille, että laajavastuisen hoitotyön asiantuntijan päätehtävät ja tavoitteet terveydenhuollossa kaipaavat vielä selvennystä sen suhteen, miten tehtävät eroavat perinteisen sairaanhoitajan työstä. (East ym. 2015, 1011.)

3.7 Palliatiivisen hoitotyön laajavastuinen asiantuntijasairaanhoitaja

Pitkäaikaissairaiden potilaiden tilan seuranta ja ensisijainen kontaktivastuu ovat jatkossa yhä enemmän sairaanhoitajien vastuulla (Sairaanhoitajaliitto 2016, 18). Lisääntyvään potilasmäärään ja lääkärivajeeseen on vastattu palliatiivisen hoitotyön laajavastuisten asiantuntijasairaanhoitajien tehtävänkuvan kehittämällä (Dahlin & Coyne 2019, 32). Palliatiivisen hoitotyön laajavastuinen asiantuntijasairaanhoitajan roolin olemassaolo on tiedostettu jo yli 25 vuotta ja sitä on aktiivisesti kehitetty viimeiset 20 vuotta. Jatkuvan kehityksen tuloksena laajavastuiset asiantuntijasairaanhoitajat ovat palliatiivisen hoitotyön johtavia kehittäjiä kliinisessä työssä. (Dahlin & Coyne 2019, 31.)

American Nurses Association (ANA) ja Hospice and Palliative Nurses Association (HPNA) määrittävät palliatiivisen hoitotyön asiantuntijan kompetenssin seuraavalla tavalla: "Mitattavissa oleva tietoperusta, asenne ja taito turvallisen, johdonmukaisen, myötätuntoisen, taidokkaan, näyttöön perustuvan elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamisessa. Hoitamisen perusta syntyy potilaan ja hänen läheistensä toiveista. (Dahlin 2014, 15.) Palliatiivisen hoitotyön laajavastuinen asiantuntijasairaanhoitaja edistää palliatiivisen hoidon toteutumista moniammatillisissa yhteisöissä toimimalla johtavana hoitotyön asiantuntijana. Hän kouluttaa henkilöstöä palliatiivisesta hoidosta (Dahlin & Coyne 2019, 34; Anderson & Puntillo 2017, 365; Teocharis ym. 2013; Delamaire & Lafortune 2010, 24 – 26; Vestman 2013; Jokiniemi 2014.) Hän implementoi tutkittua tietoa käytäntöön ja tukee palliatiivista hoitotyötä tekeviä. Hän lisää tietoa palliatiivisen hoidon toteuttamiseen liittyvistä ohjeista, laista ja säännöksistä sekä toimii potilaiden ja henkilöstön edustajana. Palliatiivisen hoitotyön laajavastuisella asiantuntijasairaanhoitajalla on kyky ymmärtää sairauden etenemistä diagnoosista kuolemaan sekä kyky arvioida ja hoitaa kipua. (Dahlin & Coyne 2019, 34.)

Laajavastuinen palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvaan kuuluu vahvasti moniammatillinen työskentely. Hän toimii osana moniammatillista työryhmää ja osallistuu potilaan hoitamiseen ja hänen läheistensä tukemiseen elinkaaren eri vaiheissa. (Matzo & Sherman 2018, 9.) Hoidon monialainen koordinointi on yhteydessä potilaan kokemaan hoidon laatuun (Montoya 2017, 259; Casey ym. 2017, 35; Pawlow ym. 2018, 35; McCorckle ym. 2015, 963; Kazanowski & Kennedy 2014). Palliatiivisen hoitotyön laajavastuinen asiantuntijasairaanhoitaja toimii moniammatillisesti toteuttaen asiantuntijuutta palliatiivisen hoitotyön koordinoinnissa ja hoidon suunnittelussa (Dahlin & Coyne 2019, 32).

Laajavastuisen palliatiivisen hoitoyön asiantuntijasairaanhoidajan roolissa korostuu asiantuntijuus ja itsenäinen päätöksentekokyky. Asiantuntijuus näyttäytyy kykynä etsiä näyttöön perustuvaa tietoa ja osaamisen jakamisena muulle henkilöstölle (Anderson & Puntillo 2017, 365; Teocharis ym. 2013; Delamaire & Lafortune 2010, 24 – 26; Vestman 2013; Jokiniemi 2014.) Palliatiivisen hoitotyön laaja-alainen osaaminen ja asiantuntijuus mahdollistaa konsultaatiotuen antamisen muille potilaan hoitoon osallistuville (Teocharis ym. 2013; Maier, ym. 2010; Delamaire & Lafortune 2010, 24 – 26; Vestman 2013; Jokiniemi 2014).

Palliatiivisen hoitotyön asiantuntijuus voidaan jakaa eri osa-alueisiin: Kliininen osaaminen ja arviointikyky, eettisyys, ammatillisuus, yhteistyö, terveydenhuoltojärjestelmän tunteminen, eri kulttuurien tunteminen, opetusosaaminen ja kommunikointi. Palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajan kriittinen ajattelukyky, analysointi ja itsenäinen päätöksentekokyky on osa moniammatillista tai itsenäistä työskentelyä. Palliatiivisen hoitotyön laajavastuinen asiantuntijasairaanhoidaja on kykenevä yhdistelemään monimutkaista tietoa, implementoimaan vaativia hoitosuunnitelmia käytäntöön ja hän omaa johtamistaitoa palliatiivisessa hoidossa. Palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajan rooliin voi kuulua asiantuntijana toimimista, johtamista, opetustyötä, tutkimustyötä, konsulttina toimimista, yhteistyötä, edustajana toimimista tai hallinnollista työtä. (Matzo & Sherman 2018, 10; Kazanowski & Kennedy 2014; Delamaire & Lafortune 2010, 24 – 26.) Asiantuntijuuteen kuuluu myös lääkärin työparina toimiminen (Wisur-Hokkanen ym. 2015; Vestman 2013).

Taulukko 2. Laajavastuisten asiantuntijasairaanhoidajan ja palliatiivisen hoitotyön laajavastuisten asiantuntijasairaanhoidajan työtehtäviä kirjallisuuteen perustuen

ARTIKKELI	TYÖTEHTÄVÄ	TIETOKANTA
Anderson, W. & Puntillo, K. 2017. Palliative care professional development for critical care nurses: A multicenter program. American Journal of Critical Care Vol.26 No: 5 ,361-371. *	<i>Kouluttaja</i>	CINAHL
Montoya, V. 2017. Advanced Practice Nurses and End-of-Life Care for Patients with Progressive Chronic Kidney Disease and End Stage Renal Disease. Nephrology Nursing Journal. Vol. 44 No: 3, 256-259. *	<i>Moniammatillinen yhteistyö, hoidon koordinointi</i>	CINAHL
Casey, M; O'Connor, L; Cashin, A; Smith, R; O'Brien, D; Nicholson E; O'Leary, D; Fealy, G; McNamara, M; Glasgow, M;Stokes, D. & Egan, C. 2017. An overview of the outcomes and impact of specialist and advanced nursing and midwifery practice, on quality of care, cost and access to services: A narrative review. Nurse Education Today Vol. 56, 35-40. **	<i>Hoidon koordinointi</i>	PubMed
Theocharis; Philalithis & Anastasios 2013.Oncology Nurses' Role and Nursing Practice in Advanced Cancer Patients (ACN's). Nosileftiki Vol. 52 No: 2 ***	<i>Moniammatillinen yhteistyö, asiantuntijuus palliatiivisesta hoidosta, tutkitun tiedon käyttöönotto, kommunikointitaito, kokonaisvaltainen tuki potilaalle ja hänen omaisilleen, potilaan asioiden ajaja, konsultti, koordinaattori, johtaja, kouluttaja, potilaan hoito, itsenäinen päätöksentekokyky</i>	CINAHL
Pulcini, J; Jelic, M; Gul, R. & Loke, A. 2010. An international survey on Advanced Practice Nursing education, practice, and regulation. Journal of Nursing Scholarship No: 42 Vol. 1, 31-39. ****	<i>Konsultti, itsenäinen potilaan hoitaminen</i>	PubMed
Pawlow, P; Dahlin, C; Doherty, CL. & Ersek, M. 2018. The Hospice and Palliative Care Advanced Practice Registered Nurse Workforce: Results of a National Survey. Journal of Hospice & Palliative Nursing Vol. 20 No:4, 349-357. *	<i>Moniammatillinen yhteistyö, hoidon koordinointi</i>	MEDLINE
McCorkle, R; Jeon, S; Ercolano, E; Lazenby, M; Reid, A; Davies M; Viveiros, D.& Gettinger, S. 2015. An Advanced Practice Nurse Coordinated Multidisciplinary Intervention for Patients with Late-Stage Cancer: A Cluster Randomized Trial. Journal of Palliative Medicine Vol. 18 No:1, 962-969. *****	<i>Moniammatillinen yhteistyö, hoidon koordinointi</i>	PubMed
Kazanowski, M. & Kennedy, L. 2014. Working Together: Including Palliative Care With Oncology Care. Clinical Journal of Oncology Nursing. Vol.18, No: 1. *** **	<i>Moniammatillinen yhteistyö, asiantuntijuus, potilaan asianajaja, hoidon koordinointi</i>	PubMed
Delamaire, M.L. & Lafortune, G. 2010. Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD Health Working Papers, No: 54, OECD Publishing **	<i>Pitkäaikaissairaiden potilaiden seuranta, tehtävänsiirto, moniammatillinen yhteistyö, konsultaatio, opetus ja ohjaus</i>	Google Scholar
Wisur-Hokkanen, C; Glasberg, A-L; Mäkelä, C. & Fagerström, L. 2015. Experiences of working as an advanced practice nurse in Finland - the substance of advanced nursing practice and promoting and inhibiting factors. Scandinavian Journal of Caring Sciences, Vol. 29, No: 4. ***	<i>Lääkärin työparina työskentely</i>	CINAHL
Maier, C; Aiken, L. & Busse, R. 2017. Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. OECD Health Working Papers, No. 98, OECD Publishing, Paris. **	<i>pitkäaikaissairaiden terveydentilan seuranta, moniammatillinen yhteistyö, hoidon koordinointi, konsultti</i>	Google Scholar

<p>Vestman, J. 2013. Asiantuntijahoitajaksi nimityksen kriteerit ja perustelut Kliinisessä hoitotyössä. Pro gradu- tutkielma. Tampereen Yliopisto: Hoitotieteen laitos. **** ** *</p>	<p><i>Kouluttaja, konsultti, verkostoituminen, hoitotyön kehittäjä, hoitoprosessin kehittäminen, moniammatillisen hoitotyön koordinoiminen, yhteistyö lääkärin kanssa</i></p>	<p>Google Scholar</p>
--	---	-----------------------

* Palliative care AND apn OR advanced practice nurse OR nurse practitioner

** Advanced nursing practice AND nurses role

*** Advanced Practice Nurse AND Role

**** Advanced practice nursing AND practice

***** Advanced Practice Nursing AND Palliative care

*** ** APN role

*** ** * klininen asiantuntija

4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS

4.1 Tutkimuksellisen osion tavoite ja tarkoitus

Kehittämiprojektin tutkimuksellisen osuuden tavoitteena oli tuottaa tietoa laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvasta ja välillisesti edistää palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan kehittämistä perusterveydenhuollossa. Tutkimuksellisessa osiossa selvitettiin perusterveydenhuollon asiantuntijoiden näkemyksiä siitä, millainen palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtäväkuva tukisi asiakaslähtöisen, toimivan ja joustavan hoidon toteuttamista organisaation eri toimialueet huomioiden.

Kehittämiprojektin tutkimuksellisessa osuudessa haettiin vastausta seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä haasteita Kaarinan kaupungissa on palliatiivisen hoidon toteuttamisessa tällä hetkellä?
2. Miten palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan roolilla voitaisiin vastata näihin haasteisiin?
3. Millainen palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtäväkuva perusterveydenhuollossa voisi olla?
 - 3.1 Millaisia työtehtäviä palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtäväkuvaan perusterveydenhuollossa voisi kuulua?
 - 3.2 Mitä palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan toteutuminen edellyttää?

4.2 Menetelmät ja aineiston keruu

Menetelmät

Kehittämiprojektin tutkimuksellisen osion lähestymistapana on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Menetelmän valinta perustuu asetettuihin kysymyksiin ja opinnäytetyön tekijän pyrkimykseen saada vastauksista mahdollisimman syventäviä ja kokonaisvaltaisia. Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän käyttöä puoltaa hoitotyön laatuun ja ihmisten toimintaan liittyvien asioiden tutkiminen (ks. Hirsjärvi ym. 2013, 161, Metsämuuronen 2002, 177). Laadullisessa tutkimuksessa aineistonkeruu tapahtuu yleensä haastattelun avulla (Hirsjärvi ym. 2006, 41).

Kohderyhmä

Tutkimuksessa haastateltiin 2 ryhmää; fokusryhmä ja sidosryhmä. Fokusryhmä koostui Kaarinan kotihoidon sairaanhoitajista (n=5) ja sidosryhmä koostui Kaarinan terveystalveluiden asiantuntijoista (Geriatrici, Palliativisen lääketieteen erityispätevyyden omaava lääketieteen tohtori, ylihoitaja, 3 osastonhoitajaa ja sairaanhoitaja (n=7)). Fokusryhmä valikoitui tutkimusjoukoksi antamaan laajaa näkökulmaa palliativisen hoidon nykytilanteesta Kaarinan kaupungissa. Fokusryhmän haastateltavat työskentelevät Ikäihmisten palveluissa, jossa hoidetaan määrällisesti paljon palliativisia potilaita. Sidosryhmän jäsenet valikoituivat tutkimusjoukoksi asiantuntijuuden ja tehtävänkuvien perusteella. ”Sidosryhmä on ryhmä tai henkilö, jonka toiminta voi vaikuttaa organisaatioon tai johon organisaation toiminta voi vaikuttaa” (Freeman 1984, 46). Fokusryhmä ja sidosryhmä yhdessä antavat heterogeenisen ja monialaisen näkökulman tutkittavalle aiheelle.

Aineistonkeruu

Aineisto kerättiin haastattelujen avulla. Haastattelu on menetelmä, jolla päästään suoraan vuorovaikutukseen tutkittavan kanssa ja tietoa on mahdollista hankkia suoraan haastattelutilanteesta (Hirsjärvi & Hurme 2006, 34). Haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluina käyttäen teemahaastattelua, jossa haastattelun aihepiirit ovat haastateltavien tiedossa (Hirsjärvi ym. 2013, 208). Teemahaastattelu on astetta strukturoidumpi kuin avoin haastattelu, sillä siinä teemat ovat kaikille haastateltaville samoja, vaikka niissä liikutaankin joustavasti ilman tiukkaa etenemisreittiä. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 47–48, 66; Eskola & Suoranta 2003, 86–87.) Teemahaastattelussa ei ole yksityiskohtaisia kysy-

myksiä vaan haastattelussa edetään tiettyjen keskeisten teemojen varassa. Teema-haastattelun avulla kerätty aineisto on yleensä runsas vaikka haastateltavia olisi ollut vähän. Avoin keskustelu tuottaa hyvän ja monipuolisen aineiston. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 47–48, 135.)

Fokusryhmän haastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna, joka sisälsi avoimia kysymyksiä. Kysymysten avulla haettiin vastauksia asetettuihin tutkimusongelmiin. (liite 1) Fokusryhmän haastattelussa kerätty aineisto tuotti tietoa sidosryhmän haastattelun teemojen täsmentämiseen. Fokusryhmähaastattelu on laadullinen tutkimusmenetelmä, jonka avulla pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Se on valikoidussa ryhmässä tapahtuva ja haastattelijan ylläpitämä keskustelu ennalta suunnitellun haastattelurungon pohjalta. Tavoitteena on erilaisten näkökulmien esille saaminen. Fokusryhmähaastattelu tuottaa monipuolisen aineiston, jota ei olisi saatavissa muilla tutkimusmenetelmillä. Fokusryhmähaastattelua käytetään sekä itsenäisenä tutkimusmenetelmänä että yhdistettynä johonkin toiseen menetelmään. Fokusryhmähaastattelua voidaan käyttää esimerkiksi syventämään ennalta saatua tietoa. (Mäntyranta & Kaila 2008, 1507.)

Sidosryhmähaastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna käyttäen teemahaastattelua. Teemahaastattelurunkoon (liite 2) poimittiin tutkimusongelmista keskeisimmät aihepiirit. Teemahaastattelurunko laadittiin teoriasta nousseiden keskeisten käsitteiden mukaan ja se perustui aikaisempaan kirjallisuuteen ja kehittämisprojektin fokusryhmän asiantuntijoiden lausuntoon sekä vierailukäynteihin Hollannissa ja erityissairaanhoidon palliatiivisella poliklinikalla (liite 7). Vierailukäyntien tuottama tieto perustuu asiantuntijalausuntoihin, joita hyödynnettiin laajavastuisen palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan mallissa. Teemahaastattelurunko esitettiin ennen varsinaisia haastatteluja. Sidosryhmän haastattelua varten laadittiin kirjallisuuden pohjalta palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvauksen luonnos keskustelun pohjaksi (liite 3).

Molempiin haastatteluihin osallistujat kutsuttiin kokoon sähköpostitse, jonka liitteenä oli saatekirje (liitteet 4 ja 5) ja haastattelut toteutettiin Kaarinan terveyskeskuksen kokoustilassa. Haastateltaville kerrottiin ennen haastattelua tutkimuksesta sekä kehittämisprojektin etenemisestä ja heillä oli mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä. Vastaajilla oli halutessaan mahdollisuus keskeyttää haastattelu missä vaiheessa tahansa. Molemmat haastattelut nauhoitettiin, jotta tulosten analysointi olisi mahdollisimman luotettavaa. Aineisto litteroitiin heti haastattelun jälkeen.

Haastateltavilta tulee aina saada suostumus haastattelun tekemiseen ja tallennusvälineiden käyttöön haastattelussa. Tutkijan pitää kertoa miksi hän halua nauhoittaa haastattelut, miten nauhoituksia tullaan käyttämään, miten niitä säilytetään ja miten ne hävietään, kun niitä ei enää tarvita. (Hirsjärvi ym. 2006.) Fokusryhmän haastattelussa haastateltavat allekirjoittivat tietoinen suostumus- lomakkeen. Sidosryhmän haastattelussa vastaajat antoivat suostumuksen tutkimusaineiston nauhoittamiseen suullisesti.

4.3 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin laadullisen tutkimusaineiston analyysin mukaan, induktiivista sisällön analyysiä käyttäen (liite 6). Induktiivinen aineiston analyysi sisältää kolmivaiheisen prosessin: aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–7.) Sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida ja kuvata eri aineistoja ja sen tavoitteena on tutkittavan asian laaja, mutta tiivis esittäminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133–134.) Sisällönanalyysi voidaan hahmottaa joko aineistolähtöisenä, teoriaohjaavana tai teorialähtöisenä analyysinä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–109.) Sisällönanalyysissä aineisto jäsenetään siten, että tutkittavia ilmiöitä voidaan kuvailla selkeästi (Eskola 2003, 196–197.) Sisällönanalyysissä tutkijan tulee itse arvioida miten analyysin toteuttaa. Tämä tekee analyysimenetelmästä haastavan. (Elo & Kyngäs 2008, 113.)

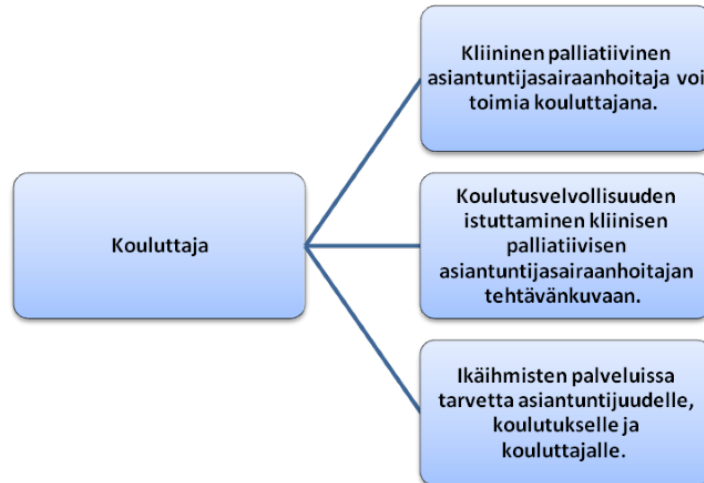
Haastatteluaineisto kuunneltiin useaan otteeseen läpi ennen litterointia. Litteroinnissa aineisto tulee kirjoittaa tekstimuotoon mahdollisimman sanatarkasti. (Kananen 2017, 134.) Aineisto kirjoitettiin Word- tiedostoiksi ja puhtaaksikirjoitettua aineistoa oli yhteensä 11 sivua. Haastatteluja kuunneltiin ja litteroituja tekstejä luettiin useaan kertaan kokonaiskuvan muodostamiseksi. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät toimivat runkona analyysille ja muodostivat pohjan pelkistämislle.

Aukikirjoitettu teksti pilkottiin yksittäisiin vastauksiin. Aineiston redusoinnissa vastaukset muutettiin pelkistettyyn muotoon (Taulukko 3), jotta alaluokkien muodostaminen olisi selkeämpää. Redusoinnissa tieto pelkistetään niin, että karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois litteroimalla tai koodaamalla haastattelumateriaali tutkimuksen teeman mukaisesti. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–7.) Aineiston pelkistämistä ohjasivat tutkimuskysymykset. Aineiston analyysissa konsultointiin tarvittaessa kokenutta tutkijaa.

Taulukko 3. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS
<p>“Hoidettavan vierellä kulkija, sellainen asiantuntijaihminen. Olis herkällä touchilla sitä kaikkea oireilua miettimässä ja millä voisi helpottaa ja toisaalta kyllähän iso asia potilaan lisäksi on sen lähiympäristön tukeminen kanssa.”</p>	<p>Asiantuntija, potilaan ja omaisten tukija.</p>
<p>“Mä luulen että se on se ja sen kiireellisyyden arvioiminen että tavallaan silloin kun kotisairaalan hoitajat menee tekemään sinne sen arvion ni se tavallaan kattaa sen tilanteen. Tällä laajavastuisella sairaanhoitajalla on pikkuisen enemmän käsitystä siitä että kannattaako kotikäynti tehdä niinku perjantaina vai voiks sen tehdä ens viikon keskiviikkona. Sitä touchia on enemmän siihen.”</p>	<p>Laajavastuisella palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoitajalla on asiantuntijuutta ja sairaanhoitajia laajempaa osaamista potilaan nykytilan kartoittamisessa.</p>
<p>”Eli arvioi tarvitseeko lähetettä ja sitten kun se lähete on tullut niin arvioi että onko tämä oikea potilas ja arvioi että mitä tehdään ja missä vaiheessa ollaan.”</p>	<p>Hoidon tarpeen ja hoitosuunnitelman arvioon tekeminen.</p>

Pelkistetyistä vastauksista etsittiin ilmaisuja, jotka vastaavat tutkimustehtävien kysymyksiin. Vastaukset erotettiin tekstistä värikoodeilla. Klusteroinnissa värikoodatuista ilmaisuista etsittiin yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Muodostuneet ryhmät nimettiin alaluokiksi (Kuvio 3). Luokittelussa aineisto tiivistyy listoista tarkempaa tietoa sisältäviksi tietoryhmiksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–112).



Kuvio 3. Esimerkki alaluokan muodostumisesta

Alaluokat nimettiin sisältöä kuvaavalla käsitteellä, joka voi olla ilmiön ominaisuus, piirre tai sitä kuvaava käsitys. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112 –113.) Abstrahointivaiheessa alaluokista muodostettiin 3 teoreettista käsitettä: roolin ominaispiirteet, tehtäväkuva ja edellytykset. Abstrahoinnissa eri alaluokat yhdistetään ja nimetään yhdeksi käsitteeksi. Tätä voidaan jatkaa niin kauan kun se on tutkimusaineiston kannalta mahdollista ja mielekästä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–7.) Abstrahointivaiheessa käytetään hyväksi alkuperäistietoa, muodostettaessa kielellisistä ilmauksista teoreettisempi käsite, joka on apuna johtopäätösten tekemisessä. Aineistolähtöisen analyysin tavoite on käsitteitä yhdistelemällä päätyä saamaan vastaus tutkimustehtävään ja kohti käsitteellisempää näkemystä tutkimusilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111, 114 –115.)

4.4 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön toteutus pohjautuu hyvään tutkimuskäytäntöön ja se tehtiin eettisesti huolellisesti ketään vahingoittamatta. Tutkimuksellisessa osassa eettisyys huomioitiin hakeamalla tutkimuslupa, vastaajien anonymiteetin säilyttämisessä, vastaajien informoinnissa, vaitiolovelvollisuudessa ja tutkimusaineiston luottamuksellisessa käsittelyssä. Opinnäytetyön tekijä informoi tutkimusjoukkoa totuudenmukaisesti aineistonkeruumenetelmästä, aineistonkeruun toteutuksesta, aineiston käytöstä ja sen asianmukaisesta hävittämisestä tutkimuksen jälkeen. (ks. Mäkinen 2006, 95.)

Kirjallinen lupa tutkimuksen toteuttamiseen haettiin kirjallisesti Kaarinan kaupungin johtavalta ylilääkäriltä (ks. Hirsjärvi 2013). Teemahaastatteluun osallistuminen on vapaaeht

toista (kirjallinen suostumus) ja osallistujia tiedotettiin asianmukaisesti saatekirjeellä. Osallistujien anonymiteetistä huolehdittiin. Haastateltavilla oli mahdollisuus keskeyttää haastattelu niin halutessaan. Haastatteluaineisto käsiteltiin huolellisesti ja säilytettiin asianmukaisesti. Aineisto hävitettiin opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. (ks. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pääasiallinen luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja näin ollen luotettavuuden arviointi koski koko tutkimusprosessia. (Eskola & Suoranta 2003, 210.) Laadullisessa tutkimuksessa tutkijakeskeisyys korostuu, sillä tutkija nähdään keskeisenä valintojen tekijänä ja toimijana. Tavallisesti laadullisessa tutkimuksessa tutkijan tulkinnallisuus korostuu tutkimustulosten tarkastelussa, mistä seuraa merkityksen ja kokemuksen hakeminen tutkittavaan tietoon. (Ronkainen ym. 2011, 81 – 82) Tähän kiinnitettiin erityishuomiota konsultoimalla kokenutta tutkijaa, jotta opinnäytetyön tekijän omat tulkinnat ja valinnat vaikuttivat mahdollisimman vähän tuloksiin.

Koska laadullisessa tutkimuksessa tarkoituksena on kuvata ilmiötä moninaisuudessaan, opinnäytetyön luotettavuutta lisää tutkimusjoukon valinta. Tutkimusjoukoksi valittiin ainoastaan niitä, jotka halusivat osallistua tutkimukseen. (Nieminen 2006, 217.) Luotettavuutta lisäsi myös tutkijan ja haastatteluun osallistuvien suhteet, eli aiempi tunnettavuus sekä haastattelujen avoin ja läheinen ilmapiiri (Lukkarinen 2003, 154 – 155). Haastattelutilanteet tallennettiin nauhurilla, jotta tulosten analysointi olisi mahdollisimman luotettavaa. Sidosryhmän jäsenet saivat halutessaan nähtäväksi analyysin tulokset. Tutkimuksen teemahaastattelurunko esitettiin kolmella sairaanhoitajalla ennen varsinaisia haastatteluja. Haastattelulaitteisto testattiin ja haastattelukysymykset käytiin huolellisesti läpi ennen haastattelutilanteita.

5 TUTKIMUKSELLISEN OSUUDEN TULOKSET

Tutkimustulokset koostuvat kahden ryhmähaastattelun tuloksista. Tutkimustulokset on raportoitu tutkimuskysymysten mukaisesti, eikä erillisinä tuloksina.

5.1 Haasteet palliatiivisen hoidon toteuttamisessa Kaarinan kaupungissa

Kotisairaalan tulon myötä kotihoidon toteuttama saattohoito on vähentynyt. Hoitajat kokevat ammatillisen osaamisen vähentyneen, koska saattohoidettavia on nykyään vähän.

Vastaaja 1: "Kotisairaalan tulon myötä koko saattohoito on siirtynyt ja keskittynyt heille..."

Vastaaja 1: "Haaste on se et kun palliatiivisia potilaita on nyt vähemmän niin ammatillinen taito ei oo siinä aina."

Työnjako kotisairaalan ja kotihoidon välillä on epäselvää. Potilaan hoitamiseen osallistuu kaksi erillistä tiimiä (kotihoito ja kotisairaala). Tiimit eivät kommunikoi riittävästi keskenään ja potilaan hoitamisessa on päällekkäisyyttä. Selkeä työnjako puuttuu. Potilailla ja omaisilla on vaikeuksia tietää keneen ottaa yhteyttä, sillä hoitoon osallistuu kaksi eri tiimiä.

Vastaaja 1: "Me osallistutaan asiakkaan perushoittoon mutta esimerkiksi kipulääkitys on suoraan kyttyssä heihin, kipulaastarihoito kuuluu meille kyllä mutta esim. kipupumppuhoito ja injektiot kuuluvat heille. Heiltä ei tule sitä perushoittoa. Meillä on yhteisiä asiakkaita ja voi olla yhteisiä käyntejäkin."

Vastaaja 1: "Kehen (omaiset) he ovat yhteydessä, jos haava vuotaa niin soittavatko he kotisairaalaan, ei ku se kuuluu kotihoitoon, jos kipupumppu on irti se kuuluu taas kotisairaalaan ja mites ku tää vaippa on huonosti ni se kuuluu taas lähihoitajille. Ja pieni nirhauma sit taas kotihoidon sairaanhoitajille. Sit siel on väkeä vaiks kuinka paljon."

Tiedonkulku kotihoidon ja kotisairaalan välillä on puutteellista. Kotihoidon hoitajat kokevat hankalaksi, ketä lääkäriä konsultoidaan potilaan hoidosta kun potilasta hoitaa kaksi erillistä tiimiä.

Vastaaja 1: ” Tiedonkulku on ongelma. Esimerkkinä potilas jolla on kotihoidon puolesta lääkehoito mutta on kotisairaalan asiakas koska hänellä on kipupumppu. Mä jaoin hänelle lääkkeet mutta kipulääkkeet oli sit kotisairaalan. Eli siin oli sitte tilanne et aina piti konsultoida kotisairaalan lääkäriä kipulääkkeistä ja sit piti välittää se tieto kotisairaalaan ja sit he määräs sieltä sen annoksen ja se oli aika säätämistä kyllä moneen suuntaan.”

Tiedonkulun hankaluuteen vaikuttaa myös kotihoidon ja kotisairaalan erilliset kirjaamisalustat. Kotihoidon hoitajat kirjaavat KHTOTS-lehdelle, kotihoidon sairaanhoitajat kirjaavat KSH-lehdelle ja kotisairaala kirjaa joko HOKEen tai HOIYHT-lehdelle. Potilaan hoitoon liittyvät kirjaukset pirstaloituvat moneen eri paikkaan ja tiedon hakeminen on hankalaa.

Vastaaja 1: ”Jos kotisairaala kirjaa omat käyntinsä ja meillä käydään perushoito niin hoitajat kirjaa omaan paikkaansa, ei välttämättä lueta toisten tekstejä. Hoitajat ei välttämättä vilkaise mitä sinne kuuluu kun sinne mennään käymään tai päinvastoin. Joo kun aamulla lähdetään kiireessä ja jos vaiks illalla on tullut jotain kotisairaalan käyntejä ni niist ei tiedetä mitä siellä on sovittu. Ja se on tosi epäselvää et jos siellä ei oo käynyt et mitä tai mistä sä etit tietoa.”

Kotihoidon hoitajat kokevat ajanpuutteen ja kiireen hankaloittavan palliatiivisen hoidon toteuttamista.

Vastaaja 1: ” Siihen keskusteluun ei oo sellasta aikaa tai sit sul menee listat ihan sekaisin. Listat on niin tiukkaan vedetty nykyään et niissä ei oo pelivaraa. ”

5.2 Palliatiivisen hoitotyön nykytilan haasteisiin vastaaminen

Palliatiivisen hoidon sujuvuutta kotihoidossa voitaisiin kohentaa kotisairaalan yhteistyön kehittämisesllä. Työnjaon tulisi olla selkeää, jotta päällekkäisiltä hoidoilta vältyttäisiin. Vastuualueet tulisi määritellä selkeästi: mikä potilaan hoidossa kuuluu kotihoidolle ja mikä kotisairaalalle. Myös lääkäreiden työnjakoa tulisi selkiyttää. Jos potilaan hoidon alkaessa ollaan tietoisia sekä kotihoidon että kotisairaalan olevan osallisena potilaan hoidossa, tulisi alkupalaverissa olla mukana molemmat tiimit.

Vastaaja 1: ” Et tehdään selvät sävelet siitä et kenellä on vetovastuu ja ketä puuttuu oikeesti mihinkin asiaan. ”

Palliativisen hoidon toteuttamisen sujuvuutta lisääisi myös kirjaamisen yhtenäistäminen. Tiedon tulisi olla helposti löydettävissä eikä pirstaloitua moneen paikkaan. Pelkästään kotihoidon sisällä kirjataan kahteen eri paikkaan (KSH ja KHTOTS). Kotihoidon hoitajilla ei ole koulutusta HOKEn käytöstä ja tiedon etsiminen tuntuu haasteelliselta.

Palliativisen hoidon toteuttamisen haasteisiin voidaan vastata kotisairaalaan kehittämällä. Kotisairaalan kehittämisen tarve syntyy lisääntyneestä potilasmäärästä.

Vastaaja 1: ”Et sitä ihmettelee et miks siihen kotisairaalaan ei panosteta vähän niinku on tehty kotikuntoutustiimi.”

Palliativisen hoidon kehittämisen esteenä koetaan olevan esimiesten tuen puute kehittämistyölle. Hoitajien työaika kuluu työtehtävissä eikä sen lomassa ole aikaa eikä mahdollisuutta kehittää toimintatapoja. Esimiesten halu palliativisen hoitotyön kehittämiseen on puutteellista. Tarvetta olisi myös jatkuvalla palliativiselle koulutukselle.

Vastaaja 1: ”Kaikki tarvis lähtee ain meistä ja miks meidän tarvis käyttää kaikki energia siihen et me lähdetään ajamaan niitä asioita. Kyl mun mielestä tuol ylemmillä tahoilla pitäis ymmärtää jos me annetaan palautetta niin se tarkoittaa et tarvis tehdä jotain eikä jäädä ihmettelemään ja sit me vaan keskustellaan kentällä keskenämme paljon niistä asioista ja se energia menee siihen miettimiseen.”

Vastaaja 1: ”Tääl oli sellanen saattohoitotyöryhmä mis on ollu kotihoidon pomokin paikalla ja on ollut kaupungilta muitakin pomoja... siinä kehitettiin palliativisen ja saattohoidon koulutusta henkilökunnalle. Tääl oli sellanen setti mikä vedettiin ja se oli ja meni.”

Palliativista hoitoa toteuttavien yksiköiden välillä on erilaisia näkemyksiä potilaan hoidon tarpeesta. Hoitopolku ei ole ehyt potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen, joka hankaloittaa palliativisen hoidon saumatonta toteuttamista. Potilaan kotiutuminen sairaalasta on erityisen haastavaa hoidon jatkuvuuden kannalta. Potilas saattaa kotiutua ilman kotihoidon sovittua käyntiä tai kotiutuksen yhteydessä on luvattu potilaalle monta käyntiä vuorokaudessa, vaikka kotihoidolla on täysin erilainen näkemys hoidon tarpeesta. Työnjaon epäselvyys korostuu palliativisen potilaan hoitopolun sujuvuudessa. Yhteistyötä potilaan hoitoon osallistuvien välillä tulisi kehittää.

Vastaaja 1: ”Ne ei tiedä niit meiän kriteereitä välttämät ja usein kotiutetaan sillai et tulee ihan uutena asiakas ilman että on sovittu mitään alkupalaveria. Asiakas saattaa olla kolmekin päivää kotona ilman et siel pääsee ensimmäistä käyntiä tekemään.”

Vastaaja 1: ”Tottakai akuuteissa tapauksissa pääsee käymään mut se et se palaveri tarvis olla heti sovittuna ja se et sairaalassa ei luvata mitään etukäteen. Asiakas on usein huonommassa kunnossa siel sairaalassa, mut kas kummaa kun kotiutuu niin piristyy.”

Palliativisen hoidon sujuvuutta edistäisi palliativisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajan johtama saattohoitoryhmä, jossa olisi osallisena kotihoito ja kotisairaala. Ryhmä kävisi läpi asiakastapauksia ja tarkoituksena olisi löytää potilaalle paras mahdollinen hoito. Saattohoitoryhmä edistäisi potilaan hoitoon osallistuvien yhteistyötä ja selkiyttäisi työnjaon epäselvyyksiä.

Ryhmähaastattelussa selvitettiin, onko palliativisen hoitotyön laajavastuiselle asiantuntijasairaanhoidajalle tarvetta ja miten palliativisen hoitotyön laajavastuinen asiantuntijasairaanhoidaja voisi kehittää palliativista hoitoa kotihoidossa ja Kaarinan kaupungissa. Vastauksista tuli ilmi että palliativisen hoitotyön laajavastuiselle asiantuntijasairaanhoidajalle olisi tarvetta. Toisaalta palliativisen potilaan hoitoon osallistuu jo monta eri tiimiä, asiantuntija olisi taas yksi taho lisää.

Vastaaja 1: ” No toisaalta sit miettii et sit siinä on taas yks paletti lisää. ”

Vastaajat olivat sitä mieltä, että palliativisen hoitotyön laajavastuinen asiantuntijasairaanhoidaja kehittää palliativisen hoidon sujuvuutta olemalla osana potilaan hoitosuunnitelman tekemisessä. Hän kartoittaa potilaan nykytilaa ja miettii tulevaa hoidontarvetta. Rooliin kuuluisi vahvasti myös tiimin johtaminen ja kouluttaminen sekä hoitohenkilökunnalle että omaisille.

Vastaaja 1: ”Ryhmänvetäjä.”

Vastaaja 1: ”Kertoo vanhustenmessuilla palliativisesta hoidosta Kaarinassa, pitää omaishoidon hoitajille koulutuksia, omaisille jotain ryhmäjuttuja, pitää vertaistukiryhmiä.”

5.3 Palliativisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajan tehtäväkuva perusterveydenhuollossa

Palliativisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajan tehtäväkuva nähtiin monialaisena. Tehtäväkuvassa korostui *asiantuntijuus ja asiantuntijana toimiminen*. Asiantuntijuus (kuvio 4) ja osaaminen nähdään palliativisen hoitotyön erityisosaamisena, joka erottaa laajavastuisen sairaanhoidajan rekisteröidystä sairaanhoidajasta.

Vastaaja 2: ”Erityisasiantuntija on yksi palanen palliatiivisen laadun kohentamisessa.”

Palliatiivisen hoitotyön laajavastuinen asiantuntijasairaanhoitaja on *hoitotyön asiantuntija hoitosuunnitelman laatimisessa*. Hänellä on asiantuntijuutta ja sairaanhoitajaa laajempaa osaamista *potilaan nykytilan kartoittamisessa*. Hän omaa kyvyn toimia itsenäisesti ja *tehdä itsenäisiä päätöksiä*. Asiantuntijaosaaminen korostuu tiimityöskentelyssä ja *tiiminjohtamisessa*, jossa asiantuntija työskentelee tiimin vetäjänä.



Kuvio 4. Asiantuntijuus.

Asiantuntijuudelle on tarvetta sekä terveyspalveluissa että sen ulkopuolella. Vastajat pohtivat roolin sijoittumista organisaatiossa, koska rooli on henkilökohtainen ja vaatii erityisosaamista. Sekä terveyspalveluissa että ikäihmisten palveluissa olisi tarvetta palliatiivisen hoitotyön asiantuntijalle.

Vastaaja 2: ”Joo ja tää on vaan kotisairaala, mut asiakkaana vois olla koko IKIPA ja he sitä asiantuntijuutta tarvitsisivat koska he niitä asiakkaita pääasiassa hoitaa. Sitä osaamista pitäis valuttaa myöskin sinne IKIPAA:n päin. Siihen tarvittaisiin joku kouluttamaan niitä ihmisiä.”

Vastaaja 2: ”Ja kyllä mä näkisin sen että olis tämä konsultoiva hoitaja terveyspalveluiden eri yksiköille, ei nyt välttämättä ihan niille niinkään mutta enemmänkin tonne ikäihmisten palveluiden suuntaan, tonne soten puolelle koska siellä sitä konsultaatioapua tarvittaisiin. Et täällähän on useimmiten lääkäri käytettävissä mut tuolla se tarve olisi suurempi. En mä sano että ne olisivat toisiaan poissulkevia mutta missä se hätä on suurin.”

Asiantuntijuuden nähdään olevan olennainen osa palliatiivisen potilaan laadukasta hoitoa ja saumatonta yhteistyötä. Laajavastuinen palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoitaja voi toimia *konsultoivana* hoitajana sekä terveyspalveluissa että ikäihmisten palveluissa. Palliatiivisen potilaan hoidon *koordinointi* kuuluu osaksi tehtävänkuvaa. *Yhteyshenkilönä toimiminen* sekä perusterveydenhuollon sisällä että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä selkiyttää potilaan hoitopolkua ja sen sujuvuutta. Yhteyshenkilö toimii myös *tiedonvälittäjänä potilaaseen ja omaisiin* päin. Tiedonkulku ja yhteydenpito eri tahojen välillä helpottuu. Vastaajat kuvaavat palliatiivisen hoitotyön laajavastuista sairaanhoitajaa asiantuntijana, johon saa yhteyden palliatiiviseen hoitoon siirryttäessä. Hän ottaa lisää tahoja mukaan potilaan hoitoon, seuraa potilaan vointia ja on yhteydessä omaisiin.

Vastaaja 1: ”Turussa saattohoitokoordinaattoritoiminta on toiminut hyvin. Kliinisen asiantuntijan kautta voisi keskustella potilaan hoitolinjoista.”

Vastaaja 1 ”Kliinisen asiantuntijan pitäisi aika vahvasti kuulua kotisairaalan tiimiin ja olla kotihoidon käytettävissä.”

Vastaaja 2: ”No mä ajattelen, että se on semmonen koordinaattori, konsultti toisille sairaanhoitajille ja kotihoidolle...”

Vastaaja 2: ” Nii ja mitkä työntekijät on yhteydessä kotihoitoon ja sopii niitä sinne ja on sosiaalityöntekijään yhteydessä ja sopii niitä asioita sinne ja lääkäri sitte hoitaa lääkärin asioita.”

Kuvioon 5. on koottu Laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan osa-alueita.



Kuvio 5. Laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajan tehtävänkuvan osa-alueet

5.4 Palliatiivisen hoitotyön

asiantuntijasairaanhoidajan työtehtävät perusterveydenhuollossa

Koordinaattorina toimiminen selkiyttäisi potilaan hoitopolkua siirryttäessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Koordinaattori ottaa vastaan myös potilaita perusterveydenhuollon sisällä ja koordinoi palliatiivisen potilaan hoitoa. Hän on *yhteyshenkilö*, joka ohjaa potilaat oikeanlaiseen hoitoon, oikeaan aikaan, oikeassa paikassa. Yhteyshenkilö pitää yhteyttä myös potilaaseen ja omaisiin.

Vastaaja 2: "... niin oikaisisihan se varmasti sitä potilaan hoitopolkua et siel on se ihminen jolla olis kaikki nää kenellä on joku oireenmukainen hoito menossa tai tulossa niin olis paremmin hallussa se. Semmonen koordinaattori -ajatus siinä niin kyllähän se varmasti palvelisi sitä asiakasta ihan eri tavalla. Kun nyt se on vähän sattumanvaraista kuka sitä potilaan asiaa hoitaa"

Vastaaja 2: "Tää vois toimia siinä tavallaan myös potilaaseen ja omaisiin päin, tiedottava, olla aikaisessa jo ja keskustella asioista niin se helpottaa sitä loppuvaiheen prosessia että ollaan keritty valmistautumaan siihen paremmin."

Vastaaja 2: "Meillä on se yhteinen ihminen joka kulkee siinä välillä."

Vastaaja 2: "Toiminta potilaaseen ja omaisiin päin, asioiden tiedottamista ja niistä keskustelua. Loppuvaiheen prosessiin valmistamista."

Vastaaja 2: "Ja sehän on hirveän tärkeää että on joku yhteys tonne erikoissairaanhoidon puoleen kun yleensä aina vähän liian myöhään tulee se viesti tänne että on tämmönen potilas jos ne sitte (ESH) osais käyttää kanavia ja heti pääsis iskemään koska sitte ollaan jo tosi pitkällä ja ihmiset sanoo että meidät siirretään tänne ja me heti kuollaan..."

Roolin yhtenä työtehtävänä nähtiin *kouluttajana* toimiminen. Koulutuksen tarve nousee esiin erityisesti IKIPA:ssa, jossa on suuri määrä palliatiivisia potilaita ympärivuorokautisessa hoidossa.

Vastaaja 1: "Luentojen pitäminen."

Vastaaja 2: ”Eli tästä tää kouluttajan ja koordinaattorin puoli nousee enemmän esiin kuin se käytännön puoli.”

Vastaaja 2: ”...asiakkaana vois olla koko IKIPA ja he sitä asiantuntijuutta tarvitsisivat koska he niitä asiakkaita pääasiassa hoitaa. Sitä osaamista pitäis valuttaa myöskin sinne IKIPAA:n päin. Siihen tarvittaisiin joku kouluttamaan niitä ihmisiä.”

Vastaaja 2: ” ...jos miettii tän palliatiivisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvaan niin jollain tavalla se koulutusvelvollisuuden istuttaminen siihen on se mikä voisi olla.”

IKIPA:n puolella on tarvetta konsultointiin. *Konsulttina* toimiminen eri yksiköiden välillä nousi yhdeksi työtehtäväksi. Palliatiivisen hoitotyön laajavastuinen asiantuntijasairaanhoitaja antaa konsultaatioapua muiden yksiköiden hoitajille palliatiivisen potilaan hoidosta. Konsultaatioapua saa sekä terveystalveluiden että ikäihmisten palveluiden sisällä.

Vastaaja 2: ” Ja kyllä mä näkisin sen että olis tämä konsultoiva hoitaja terveystalveluiden eri yksiköille, ei nyt välttämättä ihan niille niinkään mutta enemmänkin tonne ikäihmisten palveluiden suuntaan, tonne soten puolelle koska siellä sitä konsultaatioapua tarvittaisiin. Et täällähän on useimmiten lääkäri käytettävissä mut tuolla se tarve olisi suurempi. En mä sano että ne olisivat toisiaan poissulkevia mutta missä se hätä on suurin.”

Vastaaja 2: ”Konsultille olis tarvetta.”

Vastausten mukaan palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan työtehtävän olennainen osa olisi potilaan terveydentilan arviointi ja tilannearvion tekeminen. Palliatiivisen hoitotyön laaja-alaisella osaamisella laajavastuinen sairaanhoitaja kykenee arvioimaan potilaan terveydentilaa ja ennakoimaan tulevia oireita. Kokonaisvaltaisen tilannearvion tekeminen voi tapahtua potilaan kotona tai potilasta puhelimitse haastattelemalla.

Vastaaja 2: ” Mä näkisin sellaisen kokonaisvaltaisen tilannearvion tekemisen et missä mallissa ja tilanteessa ollaan nyt menossa tämän potilaan kohdalla, ihan vaikka siellä potilaan luona. Osahan voi olla ihan puhelinyhteyden perusteella et vieläkö pärjätään ja mikä on tilanne et osaa kaikilta puolin arvioida sitä tilannetta että missä vaiheessa lähdetään hoitolinjaa muuttamaan tai lisäämään.”

Vastaaja 2: ”Ehkä siihen potilasryhmään paneutuisi enemmän ja siinä sitä osaamista toimintakyvyn arvion ja sairaudentilanteen arvioimisen suhteen olisi enemmän tällaisella asiantuntijasairaanhoidajalla.”

Potilaan kokonaistilanteen kartoittamiseen sisältyy potilaan toimintakyvyn arviointia, sairaudentilan arviointia, oireiden ennakointia, nykytilanteen kartoittamista ja hoitotyön näkökulmasta hoitosuunnitelman tekemistä. Nämä toimivat pohjana lääkärin tekemälle hoitosuunnitelmalle.

Vastaaja 2: ”Eli arvioi tarvitseeko lähetettä ja sitten kun se lähete on tullut niin arvioi, että onko tämä oikea potilas ja arvioi että mitä tehdään ja missä vaiheessa ollaan.”

Vastaaja 2: ”...tekee alustavaa kiireellisyyden arviointia lääkärille eli tunnistaa jäljellä olevaa elinaikaa jonkun verran. Ja tekee sitten tarvittaessa niitä kokonaisoirehoidon kartoituksia ja esittää semmosta hoitajan näkökulmaa siihen kuoleman järjestämiseen sen sijaintiin ja tarvittaviin oirehoitoihin.”

Vastaaja 2: ”Tällä laajavastuisella sairaanhoidajalla on pikkuisen enemmän käsitystä siitä että kannattaako kotikäynti tehdä niinku perjantaina vai voiks sen tehdä ens viikon keskiviikkona. Sitä touchia on enemmän siihen.”

Vastaaja 2: ”Tässä on tarkoitus tehdä se oirekartoitus ja keskustella sen ihmisen toiveista ja tehdä niistä se johtopäätös että miten lähdetään sitä asiaa toteuttamaan. Eli käytännössä kun tehdään se alkukartoitus että minkälaisia asioita potilas toivoo, niin lääkäriä tarvitaan mahdollistamaan se suunnitelman toteutuminen. Eli lääkäri tekee sen suunnitelman siltä pohjalta mitä hoitaja on kartoittanut potilaan toiveista. Se mikä tässä tulee kysymykseen eli mikä on se oleellisin asia, että lääkärinhän on täysin sen sairaanhoidajan kertoman varassa siitä että miten hän huomioi niitä asioita. Ja ne on just toimintakyky, sairaudet ja oireiden hankaluusaste ja sitten lääkäri vetää vielä yhteen ne diagnoosit ja ne potilaan toiveet ja niistä tulee se yhteenveto siitä kuinka kiireellisesti meidän pitää jotakin tehdä ja missä.”

Kuvioon 6. on koottu Laajavastuisen palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoidajan työtehtävät.



Kuvio 6. Laajavastuisen palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoitajan työtehtävät.

5.5 Palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan toteutumisen edellytykset

Tehtävänkuvan toteutumisen edellytyksenä (Kuvio 7) on selvittää mihin toimintaympäristöön tehtävänkuva sijoittuu. Laaja-alaista palliatiivisen hoitotyön osaamista tarvitaan terveyspalveluissa mutta myös ikäihmisten palveluiden puolella. Tehtävänkuvan toteutuminen vaatii moniammatillista, laaja-alaista verkostoitumista ja pohdintaa roolin sijoitumisesta.

Vastaaja 2: ”Mä näkisin tän keskustelun hyvänä alkulähtökohtana sille, että eihän tuollainen tehtävänkuva synny tästä vaan. Se vaatii moniammatillista, laaja-alaista verkostoitumista täällä päässä ja mietintää että mihin se niveltyy. Onko se kotisairaalan yksi työntekijöistä vai onko se organisaatiossa johonkin muulle kohdalle tupsahtava ihminen, mistä hän sitten katsoo sitä kokonaisuutta.”

Vastaaja 2: ”Ja silloin se ei ehkä istu niin herkästi sinne kotisairaalaan vaan pitäiskin katsoa koko kaupungin kentän näkökulmasta. Et se olis se, joka pörräis siellä verkostoissa ja kulkisi ja neuvoisi ja ohjaisi.”

Vastaaja 2: ”Mut mitä se edellyttää, niin se edellyttää myöskin sitä, että entistä ohuemmaksi tehdään se rajapinta sosiaali- ja terveystieteiden ikäihmisten palveluiden ja Teppan puolella. Meillä on se yhteinen ihminen, joka kulkee siinä välillä.”

Tehtävänkuvan syntymisessä tarvitaan työaikaa, rahaa ja resursseja sekä välineistöä työtehtävien toteuttamiseen. Avoin keskustelu, myönteinen ilmapiiri tehtävänkuvan kehittämiseksi ja yhteinen tahtotila ovat avainasemassa tehtävänkuvaa kehitettäessä.

Vastaja 2: ”Kyllä tätä yhteiskunnallista keskusteluakin...sille pitää olla joku järkevä pohja mihin se koulutus muodollisesti pätevöittää et kyllähän se vaatii sitäkin.”

Vastaja 2: ” Ja ehkä sen keskustelun kautta se yhteinen tahtotila tällä alueella, halutaanko me tänne tällainen ihminen ja mitä me siltä halutaan ja edellytetään.”

Tehtävänkuvan kehittämisessä oleellinen tekijä on tuloksellisuuden osoittaminen. Miten tehtävänkuvaa luotaessa pystytään osoittamaan roolin hyödyllisyys? Elämän loppuvaiheen hoidosta puhuttaessa laadun arvioiminen on vaikeaa.

Vastaja 2: ” Ja se pitää jotenkin toteen näyttää että hyötyä sellaisesta ihmisestä on. Resursseja tulee sitten kun voidaan näyttää että säästöjä tulee. Miten se tehdään, se on näissä asioissa aika vaikeata.”

Vastauksista nousi esiin myös kysymys tehtävänkuvan vaatimasta koulutuksesta. Tehtävänkuvaa on uusi, miten koulutus- ja osaamisvaatimukset määritellään ja vaikuttavuus ja tuloksellisuus osoitetaan?

Vastaja 2: “Jos ajattelee että meillä ihan oikeasti olisi tällainen palliatiivinen asiantuntijasairaanhoidaja täällä niin sehän on hyvin henkilökohtainen....et tässä on se (ongelma) miks nää ei suomessa kehity sillä tavalla, että meillä ei ole sellaista eksaktia koulutusta... Mut kun suorittaa ton koulutuksen, niin yhtään sitä väheksymättä, sieltä ei tule mitään sellaista että voi varmasti sanoa että nyt mä voin siirtää lääkäriltä jonkun tehtävän sulle ja sen takia sulle maksetaan lisää palkkaa. Mun mielestä tässä on tällainen koulutuspoliittinen ongelma. Mä ymmärrän tän kaiken ja olisi hienoa jos meillä olisi tällainen, mutta jotta me saatais joskus tällaisia asiantuntijasairaanhoidajia niin miten me perustellaan se päättäjille että tästä ihmisestä on ihan oikeasti hyötyä että meidän kannattaa maksaa tästä? ”



Kuvio 7. Tehtävänkuvan toteutumisen edellytykset.

6 KEHITTÄMISPROJEKTIN TULOKSET

6.1 Palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajan tehtävänkuvan malli

Palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajan tehtäväkuva (kuvio 8) on rakennettu kehittämään laadukasta palliatiivisen potilaan hoitoa ja sujuvoittamaan palliatiivisen potilaan hoitopolkua. Tehtäväkuvassa esiintyy kolme osa-aluetta: roolin ominaispiirteet, tehtäväkuva ja edellytykset.

Roolin ominaispiirteet

Roolin ominaispiirteitä ovat *asiantuntijuus*, *itsenäinen päätöksenteko* ja *johtajuus*. Palliatiivisen hoitotyön laajavastuinen asiantuntijasairaanhoidaja omaa laaja-alaiset tiedolliset ja taidolliset valmiudet palliatiivisen potilaan hoidosta. Hän omaa asiantuntijuutta palliatiivisesta hoidosta, arvioi hoidon toteutumista sekä ennakoii tulevaa. Keskittyessään palliatiivisen potilasryhmän hoitoon, asiantuntijalle syntyy taito havaita sairaudentilassa tapahtuvia muutoksia. Rooli on itsenäinen ja se edellyttää kykyä itsenäiseen päätöksentekoon. Asiantuntijuus näyttäytyy tutkitun tiedon implementoinnilla käytäntöön sekä sen hyödyntämisellä henkilöstön koulutuksissa. Johtajuus näyttäytyy palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajan roolissa tiimin johtamisena sekä moniammatillisen yhteistyön koordinoinnissa.

Tehtäväkuva

Tehtävänkuvan osa-alueita ovat *kouluttaja*, *konsultoiva hoitaja*, *koordinaattori*, *yhteys-henkilö*, *kokonaistilanteen kartoittaja* ja *potilaan ja omaisen tukija*.

Koulutusvelvollisuuden istuttaminen tehtäväkuvaan palvelee palliatiivisen hoidon kehittämistä Kaarinassa. Palliatiivisen hoitotyön laajavastuinen asiantuntijasairaanhoidaja kouluttaa henkilöstöä palliatiivisesta hoitotyöstä sekä ohjaa ja opastaa potilasta ja omaisia sairauden eri vaiheissa. Asiantuntijuus mahdollistaa konsultoivana hoitajana toimimisen. Konsultoiva hoitaja neuvoo, tukee ja opastaa palliatiivista hoitotyötä toteuttavien eri yksiköiden henkilöstöä. Konsultaatiotuen tarve on erityisesti ikäihmisten palveluissa,

jossa hoidetaan paljon palliatiivisia potilaita ympäri vuorokauden eikä lääkäri ole päivittäin tavattavissa. Matalan kynnyksen lähestymistapa mahdollistaa potilaan oirehoidon toteuttamisen omassa asuinympäristössään ja voi vähentää turhia sairaalasiirtoja.

Palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtäväkuvaan kuuluu palliatiivisen potilaan hoidon koordinointi. Hän koordinoi potilaan moniammatillista hoitoa ja toimii yhteyshenkilönä myös potilaaseen ja omaisiin. Koordinointi oikaisee potilaan hoitopolkua ja palvelee potilasta ja takaa potilaalle parhaan mahdollisen hoidon laadun. Koordinointi selkiyttää potilaan hoitoon osallistuvien instanssien välistä työnjakoa ja estää päällekkäistä hoitamista. Palliatiivisen hoidon koordinointi tuo myös kustannussäästöjä. Potilaan siirtyminen eri hoitopaikkojen välillä vähenee koordinaation myötä.

Palliatiivisen hoitotyön laajavastuinen asiantuntijasairaanhoitaja toimii yhteyshenkilönä sekä perusterveydenhuollon sisällä että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Hän kykenee arvioimaan hoidon tarvetta ja potilaan tilassa tapahtuneita muutoksia ja pystyy koordinoimaan hoitoa tarjoten potilaalle parhaan mahdollisen hoidon.

Kokonaistilanteen kartoittamisessa palliatiivisen hoitotyön laajavastuinen sairaanhoitaja hyödyntää asiantuntijuuttaan palliatiivisen potilaan hoidosta. Hän kartoittaa nykytilannetta ja ennakoii tulevaa hoidon tarvetta. Hän arvioi oireiden vaikeusastetta ja kartoittaa potilaan toiveita hänen hoidostaan. Palliatiivisen hoitotyön laajavastuinen asiantuntijasairaanhoitaja arvioi potilaan tarvitsemää tukea lähestyvään kuolemaan ja järjestää ja koordinoi potilaalle hänen tarvitsemansa tukitoimet. Hän on hoitotyön asiantuntija hoitosuunnitelman valmistelemissä lääkäreitä varten.

Palliatiivisen hoitotyön laajavastuinen asiantuntijasairaanhoitaja on potilaan vierellä kuljija ja potilaan ja omaisen tukija. Hän ajaa potilaan etua ja tiedottaa potilasta hänen hoitoaan koskevista asioista. Palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoitaja keskustelee potilaan ja omaisen kanssa valmistaen heitä kohtaamaan elämän loppuvaiheen prosessia.

Edellytykset

Palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtäväkuvan toteutuminen edellyttää vaikuttavuuden toteennäyttämistä ja tuloksellisuuden osoittamista. Aikaa, rahaa ja resursseja voidaan antaa kun roolin vaikuttavuudesta on näyttöä. Roolin toimintaympäristö tulee määritellä, jonka mukaan myös tehtäväkuva täsmentyy. Roolia

ja sen sisältöä tulee pohtia moniammatillisesti laajaa verkostoa hyödyntäen. Roolin kehittämistä varten pitää moniammatillisesta ryhmästä löytyä yhteinen tahtotila roolin luomiseksi ja sen implementoinniksi osaksi palliativisen hoidon kenttää.



Kuvio 8. Palliativisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtäväkuva (Isosalmi 2019).

6.2 Tehtäväkuvan implementointisuunnitelma

Palliativisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtäväkuvan kehittämisessä on tärkeää suunnitella sen implementointi käytäntöön. Implementoinnissa hyö-

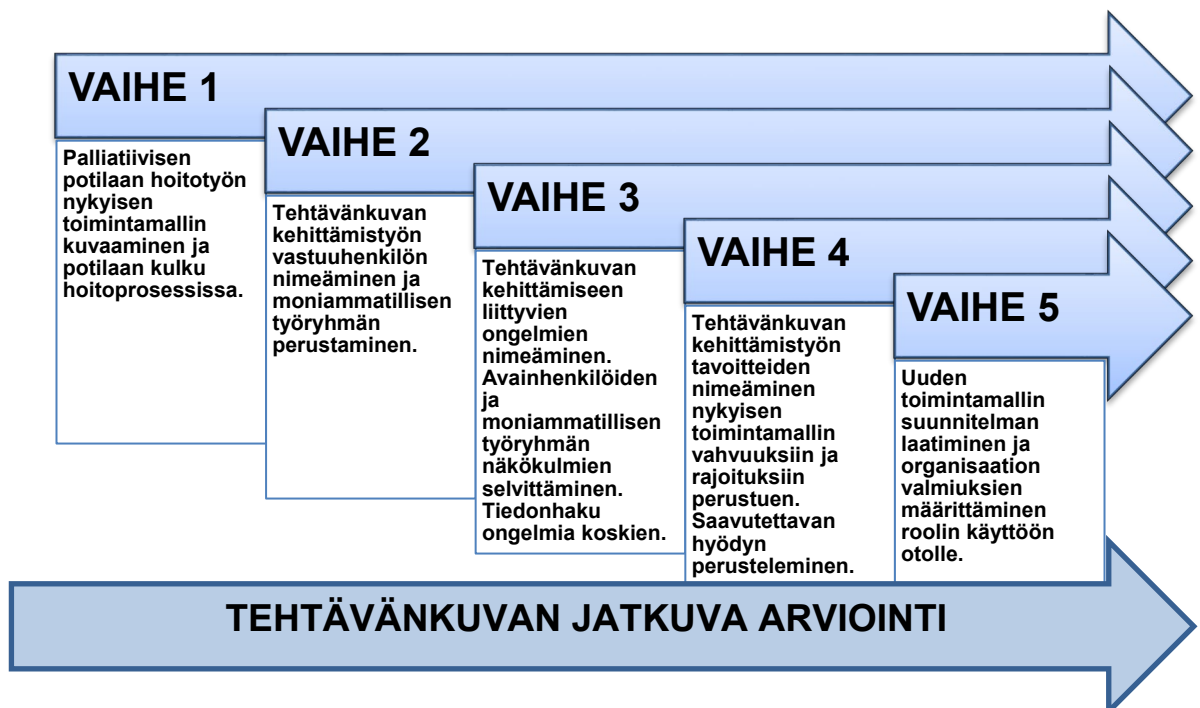
dynnetään moniammatillista näkökulmaa ja tehtävänkuvan toteutuminen vaatii kunnallispoliittista päätäntää. Tehtävänkuvan implementoinnissa ensisijaisen tärkeää on roolin selkeä määrittely. Mitkä ovat ne organisaation tai potilasryhmän tarpeet, joihin voidaan vastata palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvalla? Tarpeen määrittelyn lisäksi tulee varmistaa, että roolin ammatilliset ja koulutukselliset vaatimukset on määriteltävä asianmukaisesti. Implementoinnin onnistumiseksi terveydenhuollon säädösten ja organisatoristen järjestelmien ja resurssien tulee tukea roolin käyttöönottoa. (Bryant-Lukosius 2016, 205.)

Alla on kuvattu palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan implementointisuunnitelman eri vaiheet PEPPA (**P**articipatory, **E**vidence-Based, **P**atient-Focused **P**rocess for **A**dvanced Practice Nursing Role Development, Implementation, and Evaluation) - viitekehystä soveltaen (Kuvio 9). Tehtävänkuvan implementointi aloitetaan kuvaamalla palliatiivisen potilaan hoitotyön nykyinen toimintamalli ja potilaan kulku hoitoprosessissa. Tämän jälkeen nimetään kehittämistyön vastuhenkilö ja perustetaan moniammatillinen työryhmä kehittämistyöhön. Seuraavaksi määritellään tehtävänkuvan kehittämiseen liittyvät ongelmat, niihin vaikuttavat tekijät sekä avainhenkilöiden ja moniammatillisen työryhmän näkökulmat ongelmaan. Esille tulleet ongelmat nimetään ja niistä suunnitellaan tiedonhaku. Seuraavassa vaiheessa nimetään kehittämistyön tavoitteet, jotka perustuvat nykyisen toimintamallin vahvuuksiin ja rajoituksiin. Tämän jälkeen perustellaan saavutettava hyöty ongelman selvittämiseksi. Seuraavaksi laaditaan uuden toimintamallin suunnitelma sekä määritellään organisaation valmiudet roolin käyttöön otolle. Suunnitelman tulee sisältää tiedon siitä, millaisia muutoksia organisaatiolta odotetaan, millaisia tuloksia uuden toimintamallin odotetaan tuovan sekä milloin tulokset ovat nähtävillä. Myös toimintatavat, joilla uusi toimintamalli hyödynnetään mahdollisimman tehokkaasti ja vähäisin rajoituksin, tulee esitellä suunnitelmassa.

Tehtävänkuvan luomisen prosessissa on tärkeää arvioida uuden toimintamallin vaikutukset toiminnan tuloksiin. Arviointia tehdään koko tehtävänkuvan implementoinnin ajan sekä sen jälkeen. Arvioinnissa tulee huomioida henkilökunnan ja potilaiden tyytyväisyys sekä roolin vaikuttavuus (Bryant-Lukosius & Dicenso 2004).

Arviointia tulee tehdä systemaattisesti, koska sillä on vaikutusta turvallisuuteen, tyytyväisyyteen sekä toimenkuvan kestävään kehitykseen. Säännöllinen arviointi helpottaa organisaatiota muodostamaan selkeän näkemyksen roolin mahdollisuudesta kulloisiinkin tarpeisiin. Tehtävänkuvan käyttöönoton aikana seurataan roolille asetettuja tavoitteita ja

odotettujen tulosten saavuttamista sekä tarkastellaan niitä tekijöitä, jotka estävät tai edistävät roolin toteuttamista. Pitkän aikavälin arvioinnilla voidaan osoittaa saavutettuja hyötyjä ja vaikutuksia niin potilashoidossa kuin organisaatiossa ja koko terveydenhuoltojärjestelmässä. Arvioinnin aikana tarkastellaan myös terveydenhuollon kehityssuuntia ja varmistetaan että rooli täyttää kehityssuntien mukaiset tarpeet. (Bryant-Lukosius & Dicenso 2004; Bryant-Lukosius ym. 2016, 203–206.)



Kuvio 9. Palliativisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan implementointisuunnitelma PEPPA-viitekehystä soveltaen (Isosalmi 2019).

6.3 Kehittämiprojektin pohdintaa

Kehittämiprojekti toteutettiin Kaarinan kaupungin terveystalouksissa, jossa projektipäällikkö työskentelee sairaanhoitajana. Terveystaloukset valikoituivat kehittämiprojektin toimintaympäristöksi palliativisten potilaiden kasvavan määrän ja hoitoa tarjoavan yksikön kehittämistarpeen perusteella. Toimintaympäristön valintaan vaikutti myös projektipäällikön oma mielenkiinto aihetta kohtaan. Kehittämiprojektin toteuttamisympäristön valintaa vahvisti myös Kaarinan kaupungin strategiset päämäärät, joihin kuuluu hyvinvoinnin

edistäminen ennakoivasti, kaupunkilaisten tietoisuuden ja vastuun lisääminen omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan, palveluketjun toimivuus sekä organisaation kehittäminen niin, että se vastaa kaupunkilaisten palvelutarpeita. Strategian mukaan asukkaille tulisi tarjota oikeita palveluita oikeaan aikaan, tarpeita aidosti kuuntelemalla. Myös Kaarinan kaupungin arvot pohjautuivat kehittämissuunnitelman toteuttamiseen terveyspalveluissa. Kaarinan kaupunki kannustaa työntekijöitään aloitteellisuuteen ja verkostoitumiseen, joka voi synnyttää uusia vaihtoehtoisia toimintatapoja ja ideoita. Kaupunkistrategia panostaa osaavaan ja ammatilliseen henkilöstöön ja Sote-uudistuksen myötä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tehtävät tulee organisoida uudella tavalla. (Kaarinan kaupunki, 2018.)

Kehittämissuunnitelman aihe on ajankohtainen väestön ikääntyessä ja palliatiivisen hoidon tarpeen lisääntyessä. Vallitseviin toimintatapoihin on tehtävä muutoksia, jotta kasvava potilasmäärä saadaan laadukkaasti hoidettua. Kehittämissuunnitelmaa alettiin toteuttamaan, jotta saataisiin konkreettisia esimerkkejä siitä, miten perusterveydenhuollon kasvaviin haasteisiin palliatiivisessa hoidossa voitaisiin hoitotyön keinoin vastata. Palliatiivista hoitoa tarvitsevien potilaiden määrän kasvaessa palliatiivisen hoidon asiantuntijoiden tarve lisääntyy (vrt. Sairaanhoidotalous 2016, 18). Kehittämissuunnitelman tutkimuksellisen osuuden antaman tiedon pohjalta luotu tehtävänkuvan mallinnus vastaa asiantuntijuuden tarpeen lisääntyneeseen kasvuun palliatiivisessa hoitotyössä.

Kehittämissuunnitelma oli laaja ja vaativa kokonaisuus. Projektityöskentelyn aikana organisaatiossa tapahtuneet työntekijämuutokset ja projektipäällikön oma työnvaihdos vaikuttivat kehittämissuunnitelman aikataulutukseen. Kehittämissuunnitelman aikataulu venyi suunniteltua pidemmälle. Kehittämissuunnitelmissa mukana ollut työelämämentori antoi projektityöskentelyyn arvokasta työelämän näkemystä ja mentorin aito kiinnostus aiheesta kohtaan motivoi kehittämissuunnitelman eteenpäin viemisessä. Kehittämissuunnitelman toteuttaminen mahdollisti verkostoitumisen kansallisten ja kansainvälisten ammattilaisten kanssa. Laajavastuisten asiantuntijasairaanhoitajien tehtävänkuvat vaativat Suomessa vielä tienraivausta, joten kansainväliset verkostot tuovat arvokkaan lisän tehtävänkuvien rakentamisessa. Kehittämissuunnitelman tuotoksena syntynyt palliatiivisen hoitotyön laajavastuisten asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan malli on rakennettu yhteen perusterveydenhuollon yksikköön, mutta mallia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa laajemmin palliatiivisen laajavastuisten asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan ja hoitotyön kehittämisessä perusterveydenhuoltoon.

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Kaikki palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa ohjaavat suositukset painottavat riittävän palliatiivisen hoidon koulutuksen järjestämistä terveydenhuollon ammattihenkilöille ja osaamisen vahvistamista kaikissa hoitoon osallistuvissa henkilöstöryhmissä. (STM 2017, 9). STM:n (2019, 93) selvitys nosti esiin selkeitä kehittämistarpeita palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisessa. Suurin vaje on koulutetussa henkilökunnassa. Ryhmähaastattelujen antama tulos on samansuuntainen. Kaarinan kaupungin terveystalveissa ja ikäihmisten palveluissa on tarvetta koulutukselle. Koulutustarpeeseen voidaan vastata palliatiivisen hoitotyön laajavastuisten asiantuntijasairaanhoitajan roolilla. Tulosten mukaan kouluttaminen on yksi työtehtävistä ja koulutusvelvollisuuden istuttaminen voitaisiin laatia osaksi tehtävänkuvaa. Laajavastuisten asiantuntijasairaanhoitajien koulutusosaa- mista tukee myös tutkimusnäyttö, jossa henkilöstön kouluttaminen kuuluu laajavastuisten asiantuntijasairaanhoitajan työtehtäviin (Dahlin & Coyne 2019, 34; Anderson & Puntillo 2017, 365, Teocharis ym. 2013; Delamaire & Lafortune 2010, 24 – 26; Vestman 2013; Jokiniemi 2014.)

Ryhmähaastattelun pohjalta heräsi kysymys laajavastuisten palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoitajan koulutusvaatimuksesta. Miten uudenlainen tehtävänkuvaa voidaan luoda perusterveydenhuoltoon, jos roolia varten ei ole määritelty koulutus pohjaa ja osaamisvaatimuksia? Tähän vastaa osaltaan korkeakoulutuksen kärkihanke Palliatiivisen koulutuksen kehittäminen EduPal. Hankkeessa laaditaan moniammatillisesti työelämän asiantuntijoiden kanssa sairaanhoitajille ja lääkäreille osaamisen kuvaukset palliatiivisen hoidon perustasolle (A) ja erityistasoille (B/C) vastaamaan sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön palliatiivisen hoidon suosituksia ja sen avulla tuotetaan A-, B- ja C-tasolle riittävän osaamisen omaavia ammattilaisia. Hankkeen yksi keskeinen tavoite on varmistaa erityistason osaaminen. (EduPal 2019.) Laajavastuisten palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoitajan rooli on kehittämisprojektin tulosten mukaan itsenäinen ja edellyttää master-tason asiantuntijuutta ja laajaa osaamista palliatiivisesta hoidosta. EduPal-hankkeessa laaditaan palliatiivisen hoidon kliininen asiantuntijuus- koulutuksen opetussuunnitelma ylempään ammattikorkeakouluun. Koulutuksen kautta vahvistetaan vaativan tason palliatiivisen hoidon osaamista sekä edistetään hoidon ja hoitotyön kehittämistä. (EduPal 2019.) Kehittämisprojektin tuotoksena syntynyt palliatiivisen hoitotyön laajavastuisten asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan malli vastaa näitä koulutusvaatimuk-

sia. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto luo edellytyksiä toimia itsenäisesti kliinistä erityisosaamista vaativissa laajennetuissa asiantuntijatehtävissä sekä palliatiivisen hoidon kehittäjänä erilaisissa toimintaympäristöissä ja hoidon eri tasoilla. (ks. EduPal 2019.)

Palliatiivisen hoidon saatavuus on alueellisesti epätasa-arvoista, sillä palliatiivista hoitoa ei ole integroitu olemassa olevaan terveydenhuoltojärjestelmään (STM 2019, 14). Palliatiivisen hoidon tulisi olla kaikkien saatavilla ja yhdenvertaisen pääsyn saatavuus tulisi varmistaa. (THL 2016.) Palliatiivinen potilasryhmä kattaa monta kroonista sairautta. Kaikki palliatiiviset potilaat eivät tarvitse kuolemaansa erikoistuneen yksikön palveluja, vaan laadukas palliatiivinen hoito voidaan toteuttaa perustaso A:n yksikössä erityistason konsultaatiotuella. Kehittämisprojektin tulosten mukaan palliatiivisen hoitotyön laajavastuinen asiantuntijasairaanhoitaja toimii konsultoivana hoitajana organisaation muille yksiköille. Konsultaatiotuki toisille hoitajille mahdollistaa potilaan sijoittumisen omassa hoitoyksikössään ja vähentää turhia sairaalasiirtoja sekä edistää hoitotyöntekijöiden osaamista palliatiivisesta hoidosta. Laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan roolilla on todettu olevan yhteyttä henkilökunnan osaamisen vahvistumiseen (Fagerström & Glasberg 2011, 927; Franks 2014, 3438; Lemetti ym. 2016, 16) sekä hoitohenkilökunnan kokeman työkuorman ja -stressin vähentymiseen (McDonnell ym. 2015, 792).

Palliatiivisen hoitotyön laaja-alaista ja syvää osaamista tarvitaan laadukkaan hoidon lisäksi palveluiden koordinaatioon (Sairaanhoitajaliitto 2016, 18). STM (2017, 9) painottaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä hoidon järjestämisessä sekä palliatiivisen hoidon riittävää tarjontaa. Kehittämisprojektin tutkimustulosten mukaan hoidon koordinointi on yksi palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan työtehtävistä. Hän koordinoi potilaan hoitoa, joka selkiyttää hoitopolkua siirryttäessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon tai perusterveydenhuollon sisällä. Hän toimii yhteyshenkilönä, joka ohjaa potilaat oikeanlaiseen hoitoon, oikeaan aikaan, oikeassa paikassa. Yhteyshenkilö pitää yhteyttä myös potilaaseen ja omaisiin sekä potilaan hoitoon osallistuviin tahoihin. Tutkimusten mukaan palliatiivisen hoitotyön laajavastuinen asiantuntijasairaanhoitaja toimii moniammatillisesti toteuttaen asiantuntijuutta palliatiivisen hoitotyön koordinoinnissa ja hoidon suunnittelussa (Dahlin & Coyne 2019, 32). Hoidon koordinoinnilla säästetään henkilöresursseja (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2016, 12) ja hoidon monialainen koordinointi on yhteydessä potilaan kokemaan hoidon laatuun (Montoya 2017, 259; Casey ym. 2017, 35; Pawlow ym. 2018, 35; McCorckle ym. 2015, 963; Kazanowski & Kennedy 2014).

Kehittämiprojektin tutkimustulosten mukaan laajavastuisen palliatiivisen asiantuntija-sairaanhoitajan tekemä potilaan terveydentilan arviointi ja tilannearvio muodostavat pohjan lääkärin tekemälle hoitosuunnitelmalle. Palliatiivisen hoitotyön laajavastuinen asiantuntijasairaanhoitaja toimii hoitotyön asiantuntijana hoitosuunnitelman laatimisessa. Kirjallisuudessa kuvataan palliatiivisen hoitotyön laajavastuista asiantuntijasairaanhoitajaa henkilöksi, jolla on kyky ymmärtää sairauden etenemistä diagnoosista kuolemaan ja hän toimii moniammatillisesti toteuttaen asiantuntijuutta palliatiivisen hoidon suunnittelussa (Dahlin & Coyne 2019, 34). Laajavastuisen palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvaan kuuluu vahvasti moniammatillinen työskentely. Hän toimii osana moniammatillista työryhmää ja osallistuu potilaan hoitamiseen ja hänen läheistensä tukemiseen elinkaaren eri vaiheissa. (Matzo & Sherman 2018, 9.) Kokonaistilanteen kartoittaminen ja hoitotyön näkökulman antaminen hoitosuunnitelmien tekemiseen ovat osa moniammatillista toimintaa. Laajavastuisen hoitotyön asiantuntijat nähdään terveydenhuollossa tärkeinä asiantuntijoina, jotka pystyvät tarjoamaan hoitotieteellistä ja kliinistä osaamistaan sekä potilaille että moniammatilliselle työyhteisölle (Wickham 2011, 5762; Franks 2014, 3439; Saunders 2015, 216; Wisur-Hokkanen ym. 2015, 798).

Ryhmähaastattelussa tuli esiin, että tehtävänkuvan kehittämisessä on oleellista osoittaa roolin tuloksellisuus hyödyllisyys, jotta organisaatiolta saa roolin kehittämiseen tarvittavia resursseja. Miten palliatiivisen hoidon ja erityisesti elämän loppuvaiheen hoidon tuloksellisuutta voidaan mitata? Tuloksellisuutta voidaan mitata muun muassa potilaan kokemasta hoidon laadusta. Kansainväliset tutkimukset painottavat laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan roolin vaikuttavan myönteisesti potilaan kokemaan hoidon laatuun (Montoya 2017, 259; Casey ym. 2017, 35; Pawlow ym. 2018, 35; McCorckle ym. 2015, 963; Kazanowski & Kennedy 2014). Saattohoidossa tuloksellisuuden mittaaminen on haasteellista. Voiko saattohoidon laatua mitata omaisten kokemana? Tuloksellisuutta voidaan mitata myös koordinoinnin näkökulmasta hoitoon pääsyssä. Miten palliatiivisen hoitotyön laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan käyttöönotto on vaikuttanut hoitoon pääsyyn? Kansainvälisesti laajavastuisia hoitotyön asiantuntijatehtäviä on kehitetty, jotta on voitu parantaa hoitoon pääsyä, lisätä lääkäreiden ja sairaanhoitajien työnjakoa, parantaa hoitotyön laatua ja säästää kustannuksia. (Delamaire & Lafortune 2010, 4). Tehtävänkuvan tuloksellisuutta voidaan osoittaa myös kustannussäästöillä. Miten laajavastuisen sairaanhoitajan roolin käytöllä on ollut vaikutusta esimerkiksi päivystyskäynteihin erikoissairaanhoidossa?

Koulutetun terveydenhuollon henkilöstön vähäinen määrä suhteutettuna palliatiivisen hoidon tarvisijoihin asettaa haasteita hoidon toteuttamiselle erityisesti perusterveydenhuollossa. Tehtävänkuvien kehittämisellä on parannettu hoidon laatua, nopeutettu hoitoon pääsyä ja vähennetty kustannuksia. (Delamaire & Lafortune 2010, 4). Miksi suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä tehtävänkuvien kehittäminen on vasta alkutaipaleella vaikka tutkimusnäyttöä roolin tehokkuudesta on paljon? Jatkotutkimuksena olisi aiheellista selvittää, mitkä ovat niitä haasteita laajavastuisten asiantuntijasairaanhoitajien roolien kehittämisessä ja käyttöönotossa, jotka jarruttavat tehtävänkuvien laajempaa hyödyntämistä.

LÄHTEET

- Anderson, W. & Puntillo, K. 2017. Palliative care professional development for critical care nurses: A multicenter program. *American Journal of Critical Care* Vol. 26 No: 5 ,361–371.
- Bishaw, S. & Coyne, E. 2015. The role of the cancer nurse coordinator: an observatorional reflective study. *Cancer nurses society of Australia*. Vol. 16 No: 2, 38–43.
- Bryant-Lukosius, D. & Dicenso, A. 2004. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing* Vol. 48 No: 5, 530–540.
- Bryant-Lukosius, D; Spichiger, E; Martin, J; Stoll, H; Kellerhals, SD; Fliedner, M; Grossmann, F; Henry, M; Herrmann, L; Koller, A; Schwendimann, R; Ulrich, A; Weibel, L; Callens, B. & De Geest, S. 2016. Framework for Evaluating the Impact of Advanced Practice Nursing Roles. *Journal of Nursing Scholarship* Vol. 48 No: 2, 201–209.
- Casey, M; O'Connor, L; Cashin, A; Smith, R; O'Brien, D; Nicholson E; O'Leary, D; Fealy, G; McNamara, M; Glasgow, M; Stokes, D. & Egan, C. 2017. An overview of the outcomes and impact of specialist and advanced nursing and midwifery practice, on quality of care, cost and access to services: A narrative review. *Nurse Education Today* Vol. 56, 35–40.
- Cooper, J; Loeb, S. & Smith, C. 2009. The primary care nurse practitioner and cancer survivorship care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* Vol. 22, 394–402.
- Dahlin, C. 2014. Competencies for the Hospice and Palliative Advanced Practice Nurse. 2. painos. Hospice and Palliative Nurses Association.
- Dahlin, C. & Coyne, P. 2016. History of the Advanced Practice Role in Palliative Nursing. Teoksessa: Dahlin, C; Coyne, P. & Ferrell, B. (toim.) *Advanced Practice Palliative Nursing*. New York: Oxford University Press.
- Dahlin, C. & Coyne, P. 2019. The palliative APRN leader. *Palliative Care Nursing* Vol.8 No:1, 30–38.
- Delamaire, M.L. & Lafortune, G. 2010. Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. *OECD Health Working Papers*, No. 54, OECD Publishing.
- East, L; Knowles, K; Pettman, M. & Fisher, L. 2015. Advanced level nursing in England: organisational challenges and opportunities. *Journal of Nursing Management* Vol. 23 No: 8, 1011–1019.
- DuBois, J. 2014. The nurse practitioner and policy in end-of-life care. Vol. 27 No: 1, 70–76.
- EAPC 2007. Curriculum in Palliative Care for Undergraduate Medical Education. European Association for Palliative Care. Viitattu: 22.10.2017. Saatavissa: <http://www.eapcnet.org>
- EduPal 2019. Palliativisen koulutuksen kehittäminen. Saatavissa: <https://www.palliativisen-koulutuksenkehittaminen.fi/> Viitattu: 17.2.2019.
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* Vol. 62 No: 1, 107–115.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2003. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

- Fagerström, L. & Glasberg, A-L. 2011. The first evaluation of the advanced practice nurse role in Finland – the perspective of nurse leaders. *Journal of Nursing Management* Vol.19 No: 7, 925– 932.
- Franks, H. 2014. The contribution of nurse consultants in England to the public health leadership agenda. *Journal of Clinical Nursing* Vol. 23 No: 23–24, 3434–3448.
- Freeman, R. 1984. *Strategic management: A stakeholder approach*. Boston: Pitman.
- Gardner, G; Chang, A.M; Duffield, C. & Doubrovsky, A. 2013. Delineating the practice profile of advanced practice nursing: a cross-sectional survey using the modified strong model of advanced practice. *Journal of Advanced Nursing* Vol. 69 No: 9, 1931–1942.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2006. *Tutkimushaastattelu Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. 4.painos. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S; Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. *Tutki ja Kirjoita*. Porvoo: Bookwell Oy.
- Hutchinson, M; & Stasa, H. 2014. Deriving consensus on the characteristics of advanced practice nursing: meta-summary of more than 2 decades of research. *Nursing Research* Vol. 63 No: 2, 116–128.
- International Council of nurses (ICN) 2002. *Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network. Frequently Asked Questions of the ICN International NP/APN Network*. Viitattu 19.1.2017. Saatavissa: <http://international.aanp.org/Home/FAQ>.
- ICN 2019. *Mapping of Advanced Practice Nursing Competencies from Nineteen Respondent Countries against the Strong Model of Advanced Practice Nursing (2000) and the International Council of Nurses (2008) Advanced Practice Nursing Competencies*. Viitattu 12.2.2019. Saatavissa: <https://international.aanp.org/Content/docs/MappingOfAdvPracNursingCompetencies.pdf>
- Institute of Medicine 2015. *Dying in America: Improving Quality and Honoring Individual Preferences Near the End of Life*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Jokiniemi, K. 2014. *Clinical Nurse Specialist Role in Finnish Health Care*. Väitöskirja. Itä-Suomen Yliopisto. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy: Tampere.
- Jokiniemi, K; Haatainen, K. & Pietilä, A-M. 2015. From challenges to advanced practice registered nursing role development. Qualitative interview study. *International Journal of Nursing Practice* Vol 21 No: 6, 896-903.
- Kananen, J. 2017. *Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä*. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kazanowski, M. & Kennedy, L. 2014. Working Together: Including Palliative Care With Oncology Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. Vol. 18, No: 1.
- Kilpatrick, K; Lavoie-Tremblay, M; Ritchie, J; Lamothe, L; Doran, D. & Rochefort, C. 2012. How are acute care nurse practitioners enacting their roles in healthcare teams? A descriptive multiple-case study. *International Journal of Nursing Studies* Vol. 49 No: 7, 850–862.
- Korhonen, A; Ukkola, L. & Isola, A. 2008. Kliinisen hoitotieteen asiantuntijan toimi. Asiantuntijapaneeli tukena toimen muodostamisessa. *Hoitotiede* Vol. 20 No: 3, 126–137.

Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2012. Viitattu: 11.4.2017. Saatavissa: www.käypähoito.fi.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* Vol. 11 No: 1; 3-11.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: WS Bookwell Oy.

Lemetti, T; Meretoja, R; Renholm, M; Kivelä, H. & Hupli, M. 2016. Hoitotyön kliiniset asiantuntijat –tärkeitä, mutta miten tärkeitä. *Pro terveys* No 2, 16–17.

Lukkarinen, H. 2003. Ihmisten kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmionä: Fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: WS Bookwell Oy.

Maier, C; Aiken, L. & Busse, R. 2017. Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. *OECD Health Working Papers*, No. 98, OECD Publishing, Paris.

Malik, G; McKenna, L. & Plummer, V. 2015. Perceived knowledge, skills, attitude and contextual factors affecting evidence-based practice among nurse educators, clinical coaches and nurse specialists. *International Journal of Nursing Practice* Vol. 21 No: 5, 46–57.

Matzo, M. & Sherman, D. 2018. *Palliative care nursing: Quality care to the end of life*. 5.painos. New York: Springer Publishing company.

McCorkle, R; Jeon, S; Ercolano, E; Lazenby, M; Reid, A; Davies M; Viveiros, D. & Gettinger, S. 2015. An Advanced Practice Nurse Coordinated Multidisciplinary Intervention for Patients with Late-Stage Cancer: A Cluster Randomized Trial. *Journal of Palliative Medicine* Vol. 18 No:1, 962–969.

McDonnell, A; Goodwin, E; Kennedy, F; Hawley, K; Gerrish, K. & Smith, C. 2015. An evaluation of the implementation of Advanced Nurse Practitioner (ANP) roles in an acute hospital setting. *Journal of Advanced Nursing* Vol. 71 No: 4, 789–799.

Metsämuuronen, J. 2002. *Metodologia 4: Laadullisen tutkimuksen perusteet*. Jyväskylä: Gummeruksen kirjapaino Oy.

Montoya, V. 2017. Advanced Practice Nurses and End-of-Life Care for Patients with Progressive Chronic Kidney Disease and End Stage Renal Disease. *Nephrology Nursing Journal*. Vol. 44 No: 3, 256–259.

Mäkinen, O. 2006. *Tutkimusetiikan ABC*. Helsinki: Tammi.

Mäntyranta, T. & Kaila, M. 2008. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. *Duodecim* 13/2008, 1507–1513. Viitattu 3.4.2017. Saatavissa: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo97349.pdf>.

National Consensus Project 2013. *National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. 3. painos.

National Hospice and Palliative Care Organization 2017. *An Explanation of Palliative Care*. Viitattu: 24.11.2017. Saatavissa: <http://www.nhpco.org/palliative-care-4>

Nieminen, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Helsinki: WSOY.

Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018. Viitattu 19.2.2019. Saatavissa: www.kaypahoito.fi

Palliativisen lääketieteen yhdistys 2017. Saattohoidon järjestäminen kunnissa. Viitattu: 8.11.2017. Saatavissa: https://www.palliativisenlaaketieteenyhdistys.fi/@Bin/120779/Saattohoidon_j%C3%A4rjest%C3%A4minen_kunnissa.pdf.

Pawlow, P; Dahlin, C; Doherty, CL. & Ersek, M. 2018. The Hospice and Palliative Care Advanced Practice Registered Nurse Workforce: Results of a National Survey. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* Vol.20 No:4, 349–357.

Rissanen, T. 2002. Projektilla tulokseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Ronkainen, S; Pehkonen, L; Lindholm-Yläne, S. & Paaviainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. 1.painos. WSOYpro Oy.

Saarto, T; Saarni, J. & Mäkitie, A. 2017. Tavoitteena laadukas palliativinen hoito oikeassa paikassa oikea-aikaisesti. Viitattu 30.4.2019. Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset-tiede/tavoitteena-laadukas-palliativinen-hoito-oikeassa-paikassa-oikea-aikaisesti/>

Sairaanhoitajaliitto 2016. Sairaanhoitajien uudet työnkuvat – laatua tulevaisuuden Sote-palveluihin. Sairaanhoitajaliiton julkaisuja.

Saunders, M. 2015. Clinical Nurse Specialists' Perceptions of Work Patterns, Outcomes, Desires, and Emerging Trends. *Journal of Nursing Administration* Vol. 45 No: 4, 212–217.

Silius, K. & Tervakari, A-M. 2007. Luento 3: MATHM-57350 Hypermedian tuotantoprojektinhallinnan erityispiirteet. Viitattu: 11.4.2017. Saatavissa: <http://matriisi.ee.tut.fi/hmopetus/tpj-hall/syky2007/HmProjhal-2007-3.pdf>

Sirviö, P; Fors, R; Meriläinen, M; Koivisto, K. & Sandelin, P. 2016. Sairaanhoitajan työn tulevaisuus. Teoksessa K. Koivisto & Sandelin, P. (toim.) Sairaanhoitajakoulutusta 120 vuotta Oulussa – Aputyöstä asiantuntijaksi -juhla-julkaisu. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 33. Viitattu: 25.11.2017. Saatavissa: <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2016112930049>.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2012. Sairaanhoitajan rajattu lääkkeenmäärittämisoikeus. Viitattu 15.12.2018. Saatavissa: https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattin-harjoittaminen/laakehoito/sairaanhoitajan_rajattu_laakkeenmaaraamisoikeus

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. STM:n julkaisuja 2010:6.

Sosiaali ja terveysministeriö 2010a. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020. STM selvityksiä 2010:6.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2019. Palliativisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:14.

Suomen Palliativisen hoidon yhdistys 2016. Mitä on palliativinen hoito? Viitattu: 18.10.2017. Saatavissa: http://www.sphy.fi/mita_on_palliativinen_hoito/.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016. Hoidon kehittäminen, tutkimus ja koulutus. Viitattu: 18.10.2017. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/hoidon-kehittaminen-tutkimus-ja-koulutus>.

Theocharis; Philalithis & Anastasios 2013. Oncology Nurses' Role and Nursing Practice in Advanced Cancer Patients (ACN's). *Nosileftiki* Vol. 52 No: 2.

Tintu, G. 2016. Role of the advanced practice nurse in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing* Vol. 22 No: 3, 137–140.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa.

Valtiontalouden tarkastusvirasto 2016. Työjaon kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tuloksellisuustarkastuskertomus. Viitattu: 20.10.2017. Saatavissa: https://www.vtv.fi/files/4998/1_2016_Tyonjaon_kehittaminen_sosiaali_ja_terveydenhuollossa.pdf

Vestman, J. 2013. Asiantuntijahoitajaksi nimityksen kriteerit ja perustelut Kliinisessä hoitotyössä. Pro gradu- tutkielma. Tampereen Yliopisto: Hoitotieteen laitos.

World Health Organisation (WHO) 2015. European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals. WHO Regional Office for Europe. Viitattu 15.9.2017 Saatavissa: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/274306/European-strategicdirections-strengthening-nursing-midwiferyHealth2020_en-REV1.pdf?ua=1

WHO 2017. WHO Definition of Palliative Care. Viitattu 11.4.2017. Saatavissa: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

WHO 2017a. Palliative care. Fact sheet. Viitattu 22.10.2017. Saatavissa: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>.

Wickham, S. 2011. The Clinical Nurse Specialist in an Irish Hospital. *Clinical Nurse Specialist* Vol. 25 No: 2, 5762.

Wisur-Hokkanen, C; Glasberg, A-L; Mäkelä, C. & Fagerström, L. 2015. Experiences of working as an advanced practice nurse in Finland -the substance of advanced nursing practice and promoting and inhibiting factors. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* Vol. 29 No: 4, 793–802.

Fokusryhmän haastattelurunko

1. Millaisia haasteita työyksikössäsi on tällä hetkellä palliatiivisen hoidon toteuttamisessa?
2. Millä keinoilla näihin haasteisiin voitaisiin vastata?
3. Mitkä asiat ovat esteenä palliatiivisen hoidon kehittämisessä tällä hetkellä?
4. Onko palliatiivisen potilaan hoitopolku sujuvaa eri terveydenhuollon yksiköiden välillä?
 - 4.1 Millaisia haasteita palliatiivisen potilaan hoitopolussa on tällä hetkellä?

Johdatus aiheeseen laajavastuinen sairaanhoitaja

5. Onko kliinisen palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoitajalle mielestäsi tarvetta Kaarinan kaupungissa?
6. Miten kliininen palliatiivinen asiantuntijasairaanhoitaja voisi kehittää palliatiivista hoitoa omassa työyksikössäsi? Entä Kaarinan kaupungissa?
7. Millaisia tehtäviä palliatiiviselle asiantuntijasairaanhoitajalle voisi kuulua?
8. Onko vielä jotain mitä haluaisit sanoa?

Teemahaastattelurunko

Johdatus aiheeseen

Palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoidajan tehtäväkuva Kaarinassa?

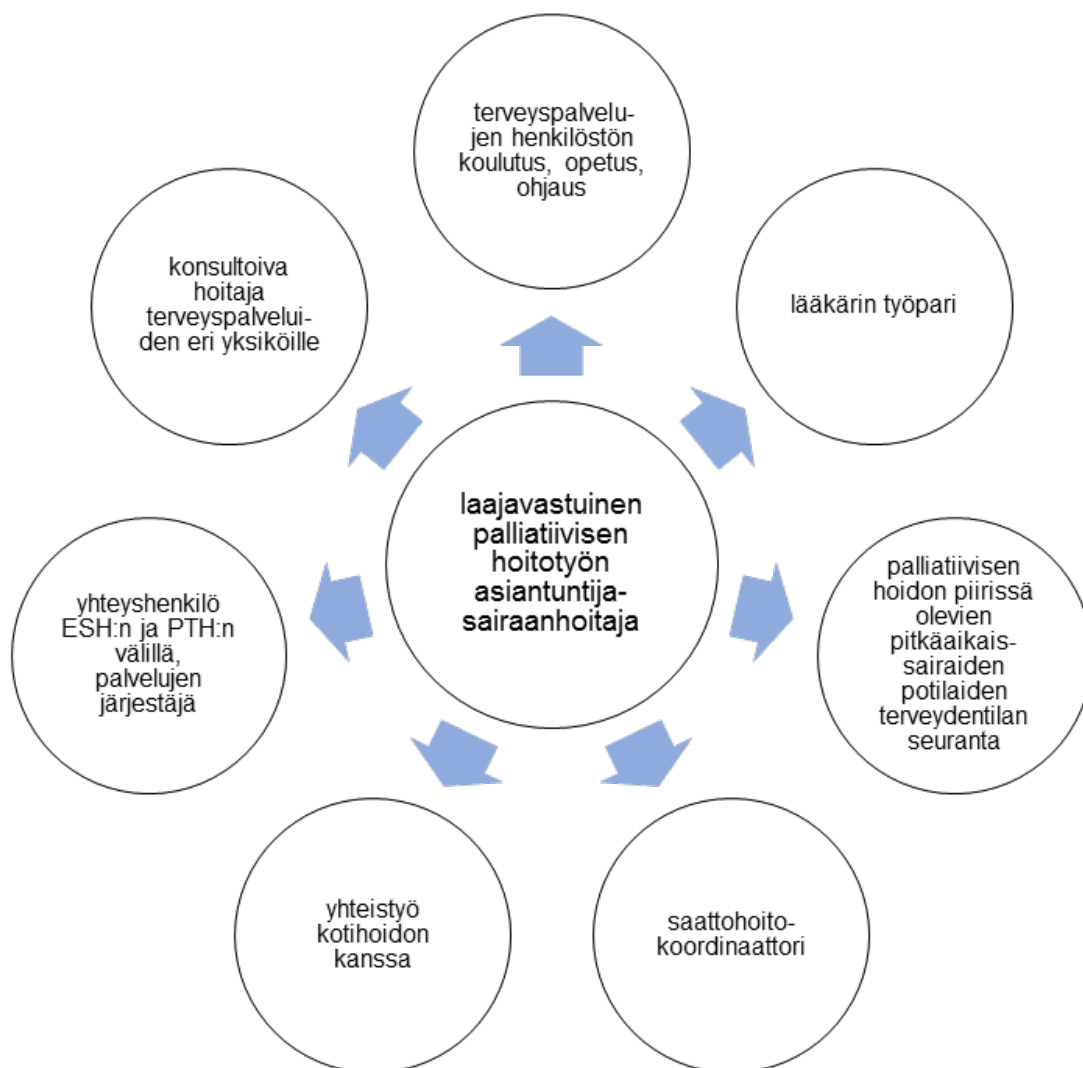
1. Millainen klinisen palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoidajan tehtäväkuva perusterveydenhuollossa voisi olla?
2. Millaisia työtehtäviä klinisen palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoidajan tehtäväkuvaan perusterveydenhuollossa voisi kuulua?

Palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoidajan tehtäväkuvan kehittäminen Kaarinassa?

1. Mitä klinisen palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoidajan tehtäväkuvan toteutuminen edellyttää?
2. Mitkä tekijät edistävät klinisen palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoidajan työnkuvan kehittämistä?
3. Mitkä tekijät estävät klinisen palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoidajan työnkuvan kehittämistä?

Onko vielä jotakin, mistä haluaisit puhua?

Palliatiivisen hoitotyön laajavastuuisen asiantuntijasairaanhoidajan tehtävänkuvan luonnos



Palliatiivisen hoitotyön laajavastuuisen asiantuntijasairaanhoidajan tehtävänkuvan luonnos 1. (Isosalmi, 2018) Perustuu fokusryhmän teemahaastattelun tuloksiin, kirjallisuuteen sekä vierailukäynteihin Hollannissa ja TYKS:n palliatiivisella poliklinikalla.

Fokusryhmähaastattelun saatekirje

HAASTATTELUN SAATEKIRJE

Kliininen palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoidajan tehtäväkuva
- Selvitys Kaarinan kaupungin terveystalveluiden asiantuntijoiden näkemyksistä

Päiväys 17.4.2018

Hyvä vastaanottaja

Kohteliaimmin pyydän Sinua osallistumaan haastatteluun, jonka tavoitteena on tuottaa tietoa kliinisen palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoidajan tehtäväkuvan mallinnukseen. Tarkoituksena on selvittää Kaarinan kaupungin terveydenhuollon asiantuntijoiden näkemyksiä siitä, millainen kliinisen palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoidajan tehtäväkuva tukisi asiakaslähtöisen, toimivan ja joustavan palliatiivisen hoidon toteuttamista organisaation eri alueet huomioiden. Haastattelu on osa YAMK-opinnäytetyötä, jonka tavoitteena on myös edistää kliinisen palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoidajan tehtäväkuvan kehittämistä Kaarinassa. Lupa aineiston keruuseen on saatu Erkki Tuomaaalta 3.4.2018.

Osallistumisesi haastatteluun on tärkeää palliatiivisen hoitotyön kehittämisessä Kaarinan terveystalveluissa. Haastattelu nauhoitetaan. Haastattelun tulokset raportoidaan niin, ettei yksittäinen haastateltava ole tunnistettavissa tuloksista. Sinulla on täysi oikeus keskeyttää haastattelu ja kieltää käyttämästä Sinuun liittyvää aineistoa, jos niin haluat.

Opinnäytetyöni ohjaaja on: Virpi Sulosaari, TtT, yliopettaja, Turun ammattikorkeakoulu/Terveys ja hyvinvointi

Osallistumisestasi kiittäen,

Anne-Mari Isosalmi
Sairaanhoidaja/YAMK-opiskelija
Yhteystiedot
annemari.isosalmi@edu.turkuamk.fi



Sidosryhmähaastattelun saatekirje

SAATEKIRJE 9.1.2019

Laajavastuisten palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoidajan tehtäväkuva

- Selvitys Kaarinan kaupungin terveystalveluiden asiantuntijoiden näkemyksistä

Hyvä vastaanottaja

Olen varannut kalenterinne keskusteluajankohdan 28.1.2019. Kohteliaimmin pyydän Sinua osallistumaan sidosryhmähaastatteluun, jonka tarkoituksena on tuottaa tietoa laajavastuisten palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoidajan tehtäväkuvan mallinnukseen Kaarinan kaupungin terveystalveluissa. Sidosryhmähaastattelussa keskustellaan siitä, millainen laajavastuisten palliatiivisen asiantuntijasairaanhoidajan tehtäväkuva perusterveydenhuollossa voisi olla, ja mitä laajavastuisten palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoidajan tehtäväkuvan toteutuminen edellyttäisi.

Haastattelun pohjalla käytetään seuraavalla sivulla olevaa luonnosta laajavastuisten palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoidajan tehtäväkuvasta (Kuvio 1). Kuvio on koonti Kaarinassa jo toteutetun fokusryhmän teemahaastattelun tuloksista, kirjallisuudesta sekä vierailukäynneistä Hollannissa ja TYKS:n palliatiivisella poliklinikalla. Fokusryhmän teemahaastattelussa haastattelin Kaarinan kotihoidon sairaanhoidajia ja selvitin mitä haasteita Kaarinan kotihoidossa on palliatiivisen hoidon toteuttamisessa tällä hetkellä sekä miten laajavastuisten palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoidajan roolilla voitaisiin vastata näihin haasteisiin. Lisäksi kuviossa on huomioitu keskustelu lääkärin kanssa, jolla on palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys. Kuvion sisältö käydään läpi ennen varsinaista haastattelua.

Haastattelu on osa YAMK-opinnäytetyötä, jonka tavoitteena on edistää laajavastuisten palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoidajan tehtäväkuvan kehittämistä Kaarinassa.

Osallistumisesi haastatteluun on tärkeää palliatiivisen hoitotyön kehittämisessä Kaarinan terveystalveluissa. Osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelu nauhoitetaan ja litteroidaan tutkimusaineistoksi. Haastattelun tulokset raportoidaan opinnäytetyön raportissa niin, ettei yksittäinen haastateltava ole tunnistettavissa tuloksista. Sinulla on täysi oikeus keskeyttää haastattelu ja kieltää käyttämästä sinuun liittyvää aineistoa, jos niin haluat.

Opinnäytetyöni ohjaaja on Virpi Sulosaari, TtT, yliopettaja, Turun ammattikorkeakoulu/Terveystalvelu ja hyvinvointi

Osallistumisestasi kiittäen,

Anne-Mari Isosalmi

Sairaanhoidaja/YAMK-opiskelija

annemari.isosalmi@edu.turkuamk.fi



Esimerkki sisällönanalyysistä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<p>“Joo ja tää on vaan kotisairaala, mut asiakkaana vois olla koko IKIPA ja he sitä asiantuntijuutta tarvitsivat koska he niitä asiakkaita pääasiassa hoitaa. Sitä osaamista pitäis valuttaa myöskin sinne IKIPAA:n päin. Siihen tarvittaisiin joku kouluttamaan niitä ihmisiä.</p>	<p>Ikäihmisten palveluissa tarvetta asiantuntijuudelle, koulutukselle ja kouluttajalle.</p>	<p>Asiantuntijuus</p> <p>Kouluttaja</p>	<p>TEHTÄVÄNKUVA</p> <p>TYÖTEHTÄVÄ</p>
<p>” Tosta saa sen ajatuksen että se olis myöskin, miten mä nyt vedän tämän yhteen...terveydenhuollon sisällä olevan eri organisaatioiden välinen viestintä. Yksi selkeesti viestis niistä kotisairaalan puolelta sinne osastolle et tulis semmosta yhteydenpitoa.”</p>	<p>Yksi henkilö viestimään terveydenhuollon sisällä olevien eri yksiköiden välille.</p>	<p>Yhteyshenkilö organisaation sisällä</p>	<p>TYÖTEHTÄVÄ</p>

<p>“No mä ajattelen että se on semmonen koordinaattori, konsultti toisille sairaanhoitajille ja kotihoidolle, lisäksi tekee alustavaa kiireellisyyden arviointia lääkärille eli tunnistaa jäljellä olevaa elinaikaa jonkun verran. Ja tekee sitten tarvittaessa niitä kokonaisoirehoidon kartoituksia ja esittää semmosta hoitajan näkökulmaa siihen kuoleman järjestämiseen sen sijaintiin ja tarvittaviin oirehoitoihin.”</p>	<p>Koordinaattori, sairaanhoitajien ja kotihoidon konsultti, potilaan nykytilanteen kartoittaja, kokonaisoirehoidon kartoittaja, hoitotyön asiantuntija hoitosuunnitelman laatimisessa.</p>	<p>Koordinaattori Konsultti Nykytilanteen kartoittaja Kokonaisoirehoidon kartoittaja Asiantuntija</p>	<p>TYÖTEHTÄVÄ</p> <p>TEHTÄVÄNKUVA</p>
---	---	---	---------------------------------------

Vierailukäynnit

Hollanti, Syöpäkeskus ja saattohoitokoti

Opinnäytetyön aiheeseen liittyneet kysymykset:

Millainen koulutus laajavastuisella asiantuntijasairaanhoitajalla on Hollannissa?

Millaisia tehtäviä hänelle kuuluu potilaan hoidossa?

Palliatiivisen poliklinikan vierailukäynti

Opinnäytetyön aiheeseen liittyneet kysymykset:

Onko palliatiivisen potilaan hoitopolku sujuvaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon eri yksiköiden välillä?

Millaisia haasteita on tällä hetkellä palliatiivisen hoidon toteuttamisessa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä?

Millä keinoilla näihin haasteisiin voitaisiin vastata?

Onko kliinisen palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoitajalle mielestäsi tarvetta Kaarinan kaupungissa?

Millaisia tehtäviä palliatiiviselle asiantuntijasairaanhoitajalle voisi kuulua?