

Moilanen Virve

Palliatiivisen potilaan asiakaslähtöisen jatkohoidon kehittäminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon

Opinnäytetyö

Sairaanhoitaja ylempi (AMK)

Kliinisen asiantuntijan koulutus, Palliatiivinen hoitotyö

Syky 2022



**KAMK • University
of Applied Sciences**

Tiivistelmä

Tekijä(t): Moilanen Virve

Työn nimi: Palliatiivisen potilaan asiakaslähtöisen jatkohoidon kehittäminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon

Tutkintonimike: sairaanhoitaja ylempi (AMK), Sosiaali- ja terveystieteiden koulutus ylempi (AMK)

Asiasanat: palliatiivinen, potilas, asiakaslähtöisyys, moniammatillinen yhteistyö, palveluketju, toimintatutkimus

Palliatiivinen hoito kuuluu kaikille kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastaville. Palliatiivisen potilaan palveluketju on Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä muotoutumassa. Palliatiiviset potilaat hyötyvät toimivasta ja asiakaslähtöisestä jatkohoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää palliatiivisen potilaan asiakaslähtöistä jatkohoittoa potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Opinnäytetyön metodologiana oli toimintatutkimus. Teoriatiedon ja käytännön kokemuksen yhdistämisellä pyritään ratkaisemaan ongelma ja saamaan aikaan muutosta.

Ensimmäisen syklin tarkoitus oli kartoittaa palliatiivisen potilaan jatkohoidon nykytilaa hänen siirtyessään erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Tutkimuskysymys oli, mikä on palliatiivisen potilaan erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon jatkohoittoon siirtymisen nykytila? Aineisto kerättiin ryhmähaastattelun (n=3) avulla benchmarking-vierailukäynnin yhteydessä. Haastatteluaineisto käsiteltiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Induktiivisen sisällönanalyysin tuloksena muodostuvat luokat: Palliatiivisen potilaan tunnistaminen, palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittäminen, moniammatillinen yhteistyö, potilaan jatkohoidon järjestäminen, konsultaatiotuki ja asiakaslähtöinen hoitotyö.

Toisessa syklissä kartoitettiin järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen avulla, miten palliatiivisen hoitotyön osaamista kehitetään moniammatillisen yhteistyön avulla? Tämä kysymys toimi syklin 2. tutkimuskysymyksenä. Syklin tarkoitus oli kartoittaa, miten palliatiivisen hoitotyön osaamista voidaan kehittää moniammatillisen yhteistyön avulla. Aineisto kerättiin kirjallisuuskatsaukseen valikoiduista tutkimuksista. Kirjallisuushaku tehtiin Finna, Medic, Cinahl, PubMed ja Julkari tietokantoihin (N=1529, n=10). Aineistolle tehtiin induktiivinen sisällönanalyysi, jonka tuloksena muodostuivat luokat: Johtaminen tiimityön tukena, henkilöstön osaamisen kehittäminen, organisaation arvot sekä viestintä ja kommunikointi.

Kolmannen syklin tarkoitus oli kuvata palliatiivisen potilaan asiakaslähtöinen integroitu palveluketju. Sykliin 1 ja 2 tulokset toimivat näyttönä palveluketjun kehittämisessä. Palveluketjukuvaus pilotoitiin neljässä eri yksikössä Kainuun sotessa (N=8, n=4). Kehittämiskysymys oli, minkälainen asiakaslähtöinen integroitu palveluketju tukee palliatiivisen potilaan jatkohoittoon siirtymistä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Pilotoinnin arviointi osoitti palveluketjukuvauksen tarpeellisuuden ja sen hyödyntämismahdollisuuden. Syklin kehittämismallina toimi PDCA eli jatkuvan parantamisen malli. Opinnäytetyön tavoitteeseen vastattiin kehittämällä integroitu palveluketjukuvaus palliatiivisen potilaan hoitoon Kainuun sotessa. Asiakaslähtöisellä moniammatillisella yhteistyöllä voidaan tuottaa palliatiivisille potilaille laadukasta hoitoa.

Neljännän syklin tarkoitus oli kuvata asiakaslähtöisen integroidun palveluketjun implementointisuunnitelma, joka tukee palliatiivisen potilaan jatkohoittoon siirtymistä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Tutkimustehtävä oli, minkälainen on asiakaslähtöisen integroidun palveluketjun implementointisuunnitelma, joka tukee palliatiivisen potilaan jatkohoittoon siirtymistä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Näytön käyttöönottoa varten tehtiin suunnitelma Parihs-mallin mukaisesti. Parihs-malli korostaa näyttöä, toimintaympäristöä ja toimeenpanoa, jossa tarkastellaan näytön käyttöönottoa edistäviä ja estäviä tekijöitä.

Jatkotutkimusaiheiksi muodostuivat: 1) Miten Kainuun sotessa mahdollistetaan henkilökunnan palliatiivisen hoitotyön jatkuva koulutautuminen ja osaamisen kehittäminen tulevaisuudessa? 2) Miten moniammatillista yhteistyötä voidaan kehittää palliatiivisessa hoidossa Kainuun sotessa? Miten palliatiivisen hoitotyön klinisten asiantuntijoiden verkoston perustaminen ja hyödyntäminen osaamisen kehittämisessä voisi mahdollistua? 3) Miten asiakaslähtöisyyttä voidaan edelleen kehittää palliatiivisen potilaan ja hänen läheistensä palautteen perusteella?

Abstract

Author(s): Moilanen Virve

Title of the Publication: Developing client-centred follow-up care for palliative patients from specialist to primary care

Degree Title: Master of Health Care

Keywords: palliative, patient, client-centred, multidisciplinary cooperation, service chain, action research

Palliative care is available to all people with a terminal or life-threatening illness, regardless of diagnosis. The service chain for palliative patients is taking shape in the Kainuu Social and Health Care Association. Palliative patients benefit from effective and customer-oriented follow-up care. The aim of the thesis was to develop customer-oriented follow-up care for palliative patients when the patient moves from specialised medical care to primary health care. The methodology of the thesis was action research. The combination of theoretical knowledge and practical experience aims to solve a problem and bring about change.

The aim of the first cycle was to identify the current state of palliative care for patients moving from specialist to primary care. The research question was: what is the current state of the transition from specialist to primary care for palliative patients? Data was collected through a group interview (n=3) during a benchmarking visit. The interview data were processed using inductive content analysis. The content analysis resulted in the following categories: identification of palliative patients, development of palliative nursing skills, multidisciplinary cooperation, organisation of follow-up care, consultation support and client-centred care.

In the second cycle, a systematic literature review was conducted to identify how to develop palliative care competences through multidisciplinary collaboration. This question served as the 2nd research question of the cycle. The aim of the cycle was to find out how palliative nursing competence can be developed through multi-professional collaboration. The data was collected through a literature review. A literature search was conducted on Finna, Medic, Cinahl, PubMed and Julkari databases (N=1529, n=10). An inductive content analysis was performed on the data, resulting in the categories of leadership as a support for teamwork, human resource development, organisational values and communication and communication.

The aim of the third cycle was to describe a client-centred integrated service chain for the palliative patient. The results of Cycles 1 and 2 will serve as an evidence base for the development of the service chain. The service chain description was piloted in four different units in Kainuu Sote (N=8, n=4). The development question was what kind of customer-oriented integrated service chain supports the transition of palliative patients from specialised hospitals to primary health care. The evaluation of the pilot showed the need for a service chain description and its potential for use. The cycle development model was PDCA, a continuous improvement model. The objective of the thesis was met by developing an integrated service chain description for palliative patient care in Kainuu Sote. Client-oriented multi-professional cooperation can produce high-quality care for palliative patients.

The purpose of the fourth cycle was to describe an implementation plan for a customer-oriented integrated service chain that supports the transition of palliative patients from specialised to primary care. The research question was what is the implementation plan of a client-centred integrated service chain that supports the transition of palliative patients from specialist to primary care. A guideline for the implementation of the demonstration was developed according to the Parihs model. The Parihs model emphasises evidence, context, and implementation, looking at the factors that promote and inhibit the uptake of evidence.

Further research topics were: 1) How to enable continuous training and competence development of palliative care staff in Kainuu Sote in the future. 2) How can multidisciplinary cooperation be developed in palliative care in Kainuu Sote? How can a network of clinical experts in palliative care be established and used to develop competence? 3) How can customer orientation be further developed based on feedback from palliative patients and their relatives?

Alkusanat

Haluan kiittää kaikkia Teitä, perhe, ystävät, opiskelija- ja työkollegat, opettaja, esihenkilö ja kirjaston henkilökunta, tuestanne ja kannustuksestanne opintojeni aikana. Yhteistyössä piilee voima, jonka avulla teemme maailmasta hieman helpomman elää ja olla.

”Strong people don’t put others down, they lift them up.”

Michael P. Watson

Suomussalmella 23.8.2022

Virve

Sisällys

1	Johdanto	1
1.1	Asiakaslähtöisyys palliatiivisessa hoidossa.....	1
1.2	Opinnäytetyön metodologia	2
1.3	Opinnäytetyön projektiorganisaatio	4
1.4	Lähteet.....	8
2	Palliatiivisen potilaan jatkohoidon nykytila potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon (1. sykli).....	11
2.1	Nykytilan kartoitus (suunnittelu)	11
2.2	Ryhmähaastattelu (toiminta)	13
2.3	Aineiston analyysi ja tulkinta (havainnointi)	14
2.4	Tulokset (havainnointi).....	16
2.5	Johtopäätökset (reflektointi).....	19
2.6	Lähteet.....	24
3	Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus (2. sykli)	26
3.1	Kirjallisuuskatsauksen suunnittelua (suunnittelu)	26
3.2	Kirjallisuuskatsauksen hakusanat ja -lausekkeet (suunnittelu).....	27
3.3	Kirjallisuuden haku (toiminta)	29
3.4	Aineiston analyysi (havainnointi)	31
3.5	Tulokset (havainnointi).....	33
3.6	Johtopäätökset (reflektointi).....	39
3.7	Lähteet.....	44
4	Palliatiivisen potilaan asiakaslähtöinen integroitu palveluketju (3. sykli).....	49
4.1	Integroitu asiakaslähtöinen hoito (suunnittelu).....	49
4.2	Integroidun palveluketjun pilotoinnin suunnittelu ja arviointi (toiminta)	53
4.3	Pilotoinnin tulokset ja arviointi (havainnointi).....	54
4.4	Johtopäätökset (reflektointi).....	57
4.5	Lähteet.....	60
5	Palveluketjun käyttöönoton ja vakiinnuttamisen kuvaus (4. sykli)	63
5.1	Näyttöön perustuva toiminta (suunnittelu).....	63
5.2	Implementointi Parihs -mallin mukaisesti (toiminta).....	64
5.3	Palveluketjun käyttöönottosuunnitelma (toiminta)	68

5.4	Lähteet.....	69
6	Pohdinta	71
6.1	Luotettavuus.....	71
6.2	Eettisyys.....	73
6.3	Kliinisen asiantuntijuuden kehittyminen.....	75
6.4	Jatkotutkimuskysymykset	77
6.5	Lähteet.....	78

Liitteet (7 kpl)

1 Johdanto

1.1 Asiakslähtöisyys palliatiivisessa hoidossa

WHO on arvioinut 30 000 suomalaisen tarvitsevan vuosittain palliatiivista hoitoa. Näistä potilaista noin 40 % on syöpäpotilaita. (Saarto & Finne-Soveri 2019a, 14.) Maailmanlaajuisesti on arvioitu, että vain 14 % ihmisistä, jotka tarvitsevat palliatiivista hoitoa, saavat sitä (WHO 2017). Palliatiivinen hoito on ihmisoikeus. Palliatiivinen hoito kuuluu kaikille kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastaville ilman diagnoosirajauksia. (Pihlainen 2010, 7; WHO 2014, 9; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen on edellytys ihmisen hyvälle elämän loppuvaiheen hoidolle (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Palliatiivinen hoidon vaihe voi kestää vuosia (ETENE 2003).

Palliatiivisen potilaan palveluketju on Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä (jatkossa Kainuun sote) muotoutumassa. Saattohoidon hoitoketjuprosessi on kuvattu ja päivitetty. Yhdessä ihmisen parhaaksi -hanke (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä n.d) kehittää parhailaan maakuntaan palliatiivista palveluketjua. Palliatiivisia yksiköitä maakunnassa on tällä hetkellä keskussairaalassa toimivat osa-aikainen palliatiivinen poliklinikka ja -yksikkö sisätautiosaston yhteydessä. Perustasoa on kehitetty alueellisesti. Saarron ym. (2019a, 14, 96) mukaan kansallinen kehittämiskohde on palliatiivisen potilaan palveluketjun kehittäminen, koska tämän potilasryhmän hoitoa ei ole integroitu kaikilta osin sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Suomessa on laadittu palliatiiviseen hoitoon toimenpidesuosituksset (Saarto & Finne-Soveri 2019b, 183). Palliatiivinen potilaan hoito on osa sosiaali- ja terveydenhuoltoa (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019).

Asiakslähtöisen hoidon keskeisiä arvoja ovat potilaan ihmisarvo, yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen (Pihlainen 2010, 13; Hyväri 2017, 33, 37). Kainuun soten arvoja ovat vastuullisuus, avoimuus, luottamus, oikeudenmukaisuus ja asiakslähtöisyys (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2021). Terveydenhuoltolaki (L 1326/2010) ja Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992) velvoittavat vahvistamaan terveydenhuollon asiakslähtöisyyttä. Potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja hänellä on itsemääräämisoikeus (L 785/1992). Kainuun soten arvot, terveydenhuoltolaki (L 1326/2010) sekä Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992) tukevat asiakslähtöisen palliatiivisen potilaan hoito- ja palveluketjun kehittämistä.

Palliativiset potilaat hyötyvät toimivasta ja asiakaslähtöisestä jatkohoidosta. Ajoissa tehty ennakkoiva hoitosuunnitelma ja hoidonrajaukset edistävät palliativisen potilaan hoitoa (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019). Asiakaslähtöisyys muotoutuu toiminnan ja henkilökunnan osaamisen kehittämisestä. Se edellyttää henkilökunnan osaamista toimia asiakaslähtöisten periaatteiden mukaisesti. (Moisanen 2018, 45.) Asiakaslähtöisyys tarkoittaa asiakaan ymmärtämistä ainutlaatuisena, asiakkaan jokapäiväisten elämän huomioon ottamista ja asiakkaan arvostamista oman elämänsä asiantuntijana. Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan myös toimivia palveluja, joissa huomioidaan asiakkaan tarpeet ja lähtökohdat. Asiakkaalla on valinnan ja vaikuttamisen mahdollisuus. Asiakaslähtöisyys on hyvää ja toimivaa palvelua, vaikutusvaltaa ja vuorovaikutussuhdetta asiakkaan kanssa. (Moisanen 2018, 34–35; Korhonen ym. 2018, 37–39.)

Asiakaslähtöisyys ja asiakaslähtöinen hoitotyö edellyttävät henkilöstöltä osaamista toimia asiakaslähtöisen hoitotyön periaatteiden mukaisesti asiakasta kunnioittaen ja kuunnellen. (Moisanen 2018, 45.) Asiakaslähtöistä toimintakulttuuria edistetään hyödyntämällä muiden toimijoiden hyviä käytäntöjä. Opitaan menemällä rajapinnoille ja etsitään hyviä käytäntöjä. (Sihvo ym. 2018, 36.) Tässä opinnäytetyössä asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan palliativista hoitoa, jossa potilas on keskiössä ja häntä hoidetaan organisaation arvojen mukaisesti.

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää palliativisen potilaan asiakaslähtöistä jatkohoitoa potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta (jatkossa ESH) perusterveydenhuoltoon (jatkossa PTH). Ensimmäisen syklin tarkoitus on kartoittaa palliativisen potilaan jatkohoidon nykytilaa hänen siirtyessään erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Tutkimuskysymys on, mikä on palliativisen potilaan erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon jatkohoitoon siirtymisen nykytila?

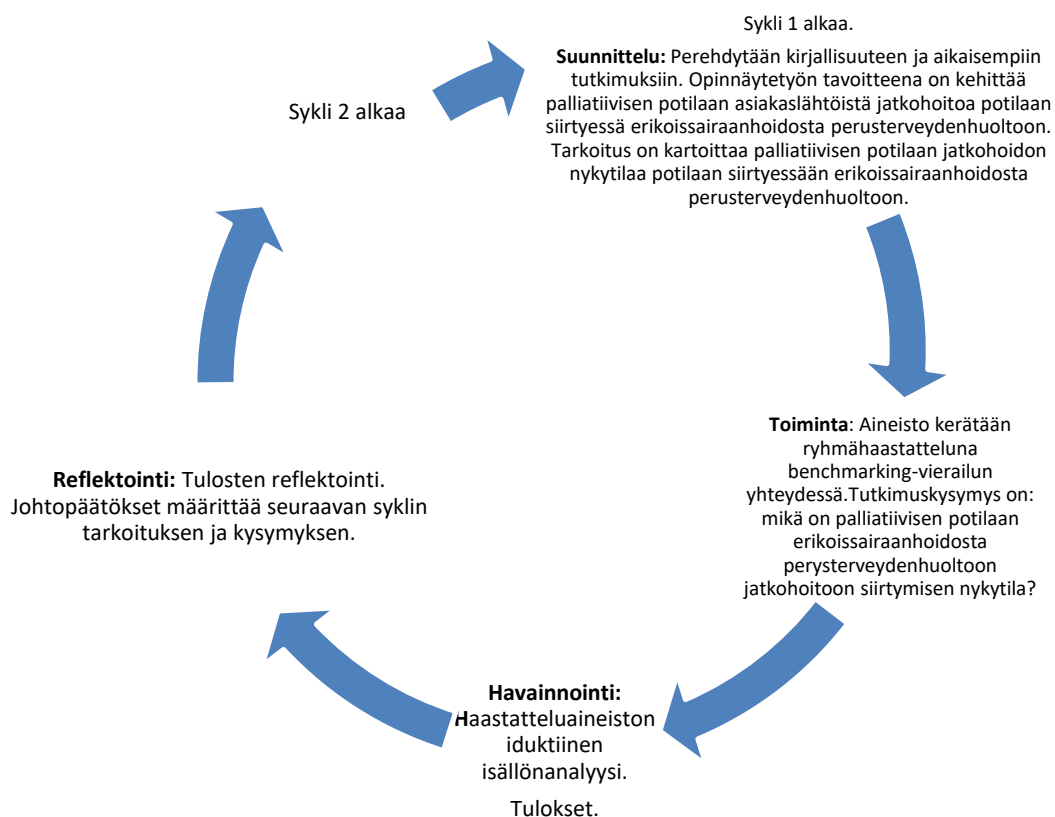
1.2 Opinnäytetyön metodologia

Opinnäytetyön metodologinen lähestymistapa on toimintatutkimus. Toimintatutkimus pyrkii asioiden muuttumiseen ja kehittämiseen sekä (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 33; Sarajärvi ym. 2011, 114–115; Kananen 2014, 11; Suoranta & Rynnänen 2014, 196) olosuhteiden ja käytäntöjen kehittämiseen erilaisissa terveydenhuollonympäristöissä (Koshy, Koshy & Waterman 2011). Teoriatiedon ja käytännön kokemuksen yhdistämisellä pyritään ratkaisemaan ongelma ja saamaan aikaan muutosta (Heikkinen & Jyrkämä, 1999, 45–46; Toikko & Rantanen 2009, 29–31). Toimintatutkimuksen avulla on pyrkimys saada käytännöllistä hyötyä (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 33; Suoranta

& Ryyänen 2014, 196). Tieteenfilosofinen tausta on pragmatismi, jossa korostuu paikallinen tietokäsitys. Tieto muodostuu inhimillisen toiminnan ja toimijoiden sosiaalisen vuorovaikutuksen avulla. (Juuti & Puusa 2020, 268.) Ryhmässä toimiminen ja yhteisvastuullinen kehittäminen ovat ominaista toimintatutkimukselle (Aaltola 2001, 24).

Opinnäytetyöprosessin ohjauksen tueksi on perustettu projektiorganisaatio. Projektitoiminta on vahvasti ryhmätyötä. Toimintatutkimuksessa tutkijan positio on olla aktiivinen vaikuttaja ja toimija. (Heikkinen & Jyrämä 1999, 40; Kananen 2014, 14, 29, 67.) Tässä tutkija eli opinnäytetyöntekijä on henkilö, joka työskentelee terveyskeskus- ja kotisairaalassa sairaanhoitajana ja apulaisosastonhoitajana.

Toimintatutkimuksessa jokainen sykli sisältää suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin ja reflektion. Jokainen sykli johtaa uusiin kehittämissideoihin ja interventioon. Toimintatutkimuksessa tutkimus viedään toimintaan. Reflektointi on tarkastelunäkökulman arvioimista. Sen avulla tullaan tietoisiksi omista havainnoinnin, tuntemisen ja ajattelun tavoista. Reflektio on vaihe, jossa kehittymistä tapahtuu. Uusi sykli täydentää edellistä sykliä. (Toikko & Rantanen 2009, 51, 67.) Ensimmäinen sykli (kuvio 1) on alku jatkuvalla kehittämistyölle. Suunnitteluvaiheessa kuvataan, mitä tietoperusta ja syklin tarkoitus sekä tutkimus- tai kehittämiskysymys. Toimintavaihe on intervention suunnittelua ja sen toteuttamista esimerkiksi haastattelun. Havainnointivaiheessa analysoidaan tulokset ja reflektoinnissa tehdään johtopäätökset suhteessa tarkoitukseen ja asetettuun kysymykseen. Reflektointi auttaa siirtymään seuraavaan sykliin.



Kuvio 1. Toimintatutkimuksen ensimmäinen sykli

Toimintatutkimus on työelämää kehittävä prosessi, joka on ongelmakeskeinen ja tulevaisuusorientoitunut. Toiminta perustuu tutkimussuhteeseen, jossa osapuolet osallistuvat muutokseen. (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 37; Kiviniemi 1999, 67; Saari 2007, 122–123, 129; Heikkinen 2010, 27.) Toimintatutkimus pyrkii käytännön toiminnan ja teoreettisen tutkimuksen vuorovaikutukseen (Aaltola 2001, 23). Demokratia on toimintatutkimuksen tyypillinen piirre. Toimitaan tasa-arvoisesti ja otetaan kaikkien mielipiteet huomioon. (Huttunen & Heikkinen 1999, 187.)

1.3 Opinnäytetyön projektiorganisaatio

Opinnäytetyön ajaksi perustettiin projektiorganisaatio. Opinnäytetyö ymmärretään projektina, jossa on alku ja loppu. Projekti etenee suunnitellusti ja se on aikataulutettu. Opinnäytetyö on kehittämistä, joka etenee projektitoiminnan mukaan systemaattisena prosessina (Toikko & Rantanen 2009, 14.)

Projektiorganisaation toiminta on kiinni henkilöresursseista ja osaamisesta. Se, kuinka osallistujat saadaan sitoutumaan projektiin, on tärkeää. Ohjausryhmä seuraa ja ohjaa opinnäytetyön prosessin etenemistä. Ohjausryhmä on projektipäällikön tuki. Projektiryhmän työntekijöiden osaamisen hyödyntäminen on tärkeää ja se haastaa projektipäällikön. Projektipäällikkö osaa delegoida ja osallistaa projektiryhmään kuuluvia. (Mäntyneva 2016, 19, 22, 24–25, 33–34, 37.) Projektin ajaksi perustettiin WhatsApp ryhmä projektiryhmälle viestintää ja kommunikointia varten. Palaverit sykleittäin pidettiin etänä Teams-yhteydellä niin projekti- kuin ohjausryhmän kanssa.

Projektipäälliköllä tulee olla ihmisten johtamisosaamista. Ihmisten johtamisen osaamisella on merkitystä projektin onnistumisen kannalta. Projektijohtamisessa kyse on myös asioiden hallinnasta. (Paasivaara, Suhonen & Virtanen 2011, 50, 109–123.) Projektipäällikkö vastaa projektin hallinnasta ja toteutuksesta, ja hänen tulee olla motivoiva ja aktiivinen. (Mäntyneva 2016, 19, 22, 24–25, 33–34, 37.) Projektin johtaminen vaatii monenlaista osaamista. Tällaisia ovat luottamuksellisen ilmapiirin muodostaminen, projektiryhmään kuuluvien motivointi, palautteen kertominen ja motivointi, viestintäosaaminen ja ongelmanratkaisutaito. (Mäntyneva 2016, 39.)

Projektipäällikkö eli opinnäytetyöntekijä on opiskelemassa palliatiivisen hoitotyön kliiniseksi asiantuntijaksi. Kliinisen asiantuntijan kompetensseihin kuuluu asiakaslähtöisen toiminnan ja hoitotyön kehittäminen. Kliinisellä asiantuntijalla on kykyä ottaa vastuuta työyhteisön oppimisesta. Hän osaa kehittää työyhteisön toimintaa ja verkostoja sekä johtaa ja uudistaa toimintaa ympäristössään. Kliinisen asiantuntijan osaamiskuvaukset tukevat asiakaslähtöistä palliatiivisen potilaan hoitotyön kehittämistä sekä projektipäällikön johtamisosaamista. (Mäntyneva 2016, 19, 22, 24–25, 33–34, 37; Sulosaari ym. 2020; Opinto-opas 2021.) Asiakaskeskeinen johtaminen tarkoittaa henkilöstöjohtamista, jossa organisaatio saa käyttöönsä koko henkilöstön voimavarat ja ideat. Henkilöstöjohtamisella on tärkeä rooli hoitokulttuurin muuttamisessa asiakaskeskeiseksi. Tavoitteena on tuottaa hyvä asiakaskokemus. Tarvitaan henkilökuntaa, joka tuntee asiakkaat ja on ystävällinen sekä palvelualtis. Hyvä asiakaskokemus vaatii hyvää tiedonkulkua, yhteistyötä, innovatiivisuutta sekä henkilökunnan oikeaa asennetta. Hoitoyössä korostuvat hyvät vuorovaikutustaidot ja kyky tulla toimeen ihmisten kanssa.

Kaikki organisaatiossa työskentelevät vastaavat asiakaspalvelusta ja toimivat asiakkaan kanssa yhteistyössä. Asiakaskeskeisessä organisaatiossa asiakasta kuunnellaan arvostavasti ja hänen tarpeisiinsa vastataan joustavasti ja luovasti. Työasenteen tulee olla palvelualtista ja ongelmia ratkaistaan luovasti. Asiakaskeskeisen johtamisen haasteita ovat organisaation jäykät tehtävärakenteet ja yksiköiden väliset raja-aidat, jotka haittaavat organisaatiossa oppimista ja uudistumista. Keskeinen asiakaspalvelun laatua määrittävä asia on osaaminen. Asiakasprosessit eivät aina toimi

saumattomasti, tiedonkulussa esiintyy katkoksia ja toiminnassa on päällekkäisyyksiä. Henkilökunnan inhimillisuus, herkkyys, taito kuunnella ja joustavuus ovat tarpeen hyvän asiakaskokemuksen tuottamisessa. Työhyvinvointi on myös huomioitava. Vain hyvinvoiva työntekijä kykenee siirtämään myönteisiä tunteita asiakkaalle. (Juuti 2015, 9–70.)

Sosiaali- ja terveyspalveluiden edellyttää monialaista yhteistyötä. Integroiva johtaminen tarkoittaa yhteisjohtamista tai yhteen sovittavaa johtamista. Palveluiden yhteensovittamisesta hyötyvät erityisesti yhteisasiakkaat. Perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen on toimittava yhdessä asiakkaan hoidon ja palvelun laadun kehittämiseksi. Olennaista integroivassa johtamisessa on se, että yhteistyö sinällään ei ole itseisarvo vaan sen tärkeimpänä lähtökohtana ja motiivina pitäisi olla vaikuttavien palvelujen tarjoaminen asiakaslähtöisesti, toisin sanoen palvelujen yhteensovittaminen asiakkaan kannalta mielekkäällä tavalla. (Hujala ym. 2020, 131–149.)

Projektipäällikkö kokoaa projektiorganisaation ja vastaa opinnäytetyön suunnittelusta, etenemisestä, toteuttamisesta ja arvioinnista. Hän toimii projektiryhmän vastuullisena johtajana. Yksi keskeinen tehtävä on hyödyntää projektiryhmäläisten osaamista. Projektipäällikön osaaminen määrittää projektin onnistumista. (Mäntyneva 2016, 32–34, 38.)

Projektiryhmään kootaan ne henkilöt, jotka vastaavat käytännön kehittämistoiminnasta (Toikko & Rantanen 2009, 59). Projektiryhmäläiset vastaavat omalta osaltaan projektin tavoitteiden saavuttamisesta. Kyky toimia yhdessä on tärkeää projektiryhmäläisille. (Mäntyneva 2016, 26.) Projektiryhmään kuuluvat perusterveydenhuollon kotisairaalan ja terveyskeskussairaalan sairaanhoitajat sekä erikoissairaanhoidon palliatiivisen poliklinikan ja palliatiivisen yksikön sairaanhoitajat. Projektiryhmä koostuu työyksiköiden henkilöstöstä, jota palliatiivisen potilaan jatkohoidon suunnittelu ja toteutus läheisesti koskettaa. He suunnittelevat ja tuottavat sisältöjä ja muutosmalleja palliatiivisen potilaan jatkohoitoon sekä osallistuvat suunnitellun toiminnan pilotointiin.

Ohjausryhmään pyritään kokoamaan kehittämisen kannalta olennaiset tahot (Toikko & Rantanen 2009, 59). Ohjausryhmä valvoo ja ohjaa projektin johtamista sekä seuraa projektin etenemistä. (Mäntyneva 2016, 21). Ohjausryhmään kuuluu ohjaava opettaja, vertainen ja opinnäytetyöntekijän lähijohtaja. Ohjausryhmä ohjaa ja valvoo opinnäytetyön edistymistä sekä sen laatua. Asiantuntijana toimii Siun soten palliatiivisen keskuksen asiantuntija sairaanhoitaja. Asiantuntija on substanssiosaaja (Toikko & Rantanen 2009, 117). Ohjausryhmässä on ohjaava opettaja, vertainen ja PTH esihenkilö. ESH:sta ei saatu ohjausryhmään esihenkilöä yrityksistä huolimatta.

Kustannuksia syntyy projektiorganisaatioon osallistuvien käytetystä työajasta. Työaikaa on arvioitu käytettäväksi noin 2 tuntia kuukaudessa osallistujaa kohti. Tulokset ja johtopäätökset esitellään ohjausryhmälle (Toikko & Rantanen 2009, 117). Ohjausryhmä hyväksyy tulokset ja tukee projektinjohtajaa (Mäntyneva 2016, 21).

Projektin sidosryhmiä ovat kaikki ne tahot, joiden toimintaan projekti vaikuttaa tai jotka itse vaikuttavat projektiin (Mäntyneva 2016, 124). Kainuun sote on sidosryhmä, johon opinnäytetyö tehdään ja jossa projektiryhmäläiset työskentelevät. Toinen sidosryhmä on Yhdessä ihmisen parhaaksi -hanke (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä n.d). Projektiorganisaatio on kuvattu kuviossa 2.



Kuvio 2. Opinnäytetyön projektiorganisaatio

Opinnäytetyön tekemiseen liittyviä riskejä ovat projektipäällikön osaaminen, aikataulussa pysyminen sekä projektiorganisaation osallistuvien henkilöiden resurssit ja sitoutuminen. Projektit eivät aina toteudu suunnitellusti. (Mäntyneva 2016, 131–135.) Opinnäytetyöntekijä ymmärtää opinnäytetyön riskit. Projektiryhmän ja ohjausryhmän tuki auttavat prosessissa.

1.4 Lähteet

Aaltola, J. (2001). *Filosofia, tiede, ymmärtäminen*. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. (10–25). Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

ETENE. (2003). *Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio*. Työryhmäraportti. Saatavilla 1.4.2022. <https://etene.fi/julkaisut/2003>

Heikkinen, H.L.T. & Jyrkämä, J. (1999). *Mitä on toimintatutkimus?* Teoksessa H.L.T. Heikkinen, R. Huttunen, R. & P. Moilanen (toim.) ”Siinä tutkija, missä tekijä” Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. (25–62). Juva: Atena kustannus.

Heikkinen, H.L.T. (2010). *Toimintatutkimuksen lähtökohdat*. Teoksessa H.L.T. Heikkinen, Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. (16–38). Vantaa: Hansaprint Oy.

Hujala, A., Mustonen, E., Klinga, C., Lammintakanen, J., Laulainen, S. & Taskinen, H. (2020). *Integroiva johtaminen*. Teoksessa A. Hujala & H. Taskinen (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere: Tampere University Press. (131–149). <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9>

Huttunen, R. & Heikkinen, H.L.T. (1999). *Toimintatutkimus ja demokratia*. Teoksessa H.L.T. Heikkinen, R. Huttunen, R. & P. Moilanen (toim.) ”Siinä tutkija, missä tekijä” Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. (187–200). Juva: Atena kustannus.

Hyväri, S. (2017). *Asiakaslähtöisyyden periaatteet ja toteutuminen sosiaali- ja terveyspalveluissa*. Teoksessa J. Helminen (toim.) Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa. (32–45). Helsinki: Edita.

Juuti, P. (2015). *Johda henkilöstö asiakaskeskeisyyteen*. Juva: Bookwell Oy.

Juuti, P. & Puusa, A. (2020). *Toimintatutkimus. Sekä toimintaa että tutkimusta*. Teoksessa A. Puusa & P. Juuti (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. (267–281). Tallinna: Gaudeamus Oy.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. (2021). *Strategia ja toiminta-ajatus*. Saatavilla 30.3.2021 https://sote.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2021-01/Kainuun_soten_talousarvion_2021_kuntayhtymatason_BSC-tuloskortti_ja_mittarit.pdf

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. (n.d). Yhdessä ihmisen parhaaksi -hanke. Saatavilla 22.11.2021. <https://sote.kainuu.fi/yhdessa-ihmisen-parhaaksi>

Kananen, J. (2014). *Toiminta tutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä?* Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kiviniemi, K. (1999). *Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina*. Teoksessa H.L.T. Heikkinen, R. Huttunen, R. & P. Moilanen (toim.) "Siinä tutkija, missä tekijä" Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. (63–83). Juva: Atena kustannus.

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. (2018). *Näyttöön perustuva toiminta tarpeesta tuloksiin*. Hoitotyön tutkimussäätiö: Skhole.

Koshy, E., Koshy, V. & Waterman, H. (2011). *Action Research in Healthcare*. DOI: <https://dx.doi.org/10.4135/9781446288696>

L 1326/2010. *Terveystieteiden lae*. Saatavilla 19.4.2021 <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

L 785/1992. *Laki potilaan asemasta ja oikeuksista*. Saatavilla 14.5.2021 <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Moisanen, K. (2018). *Asiakaslähtöisen osaamisen johtaminen vanhustalouksissa*. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja No 170. Jyväskylä: Grano Oy. Viitattu 10.12.2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2775-0>

Mäntyneva, M. (2016). *Hallittu projekti. Jäntevästä suunnittelusta menestykselliseen toteutukseen*. Viro: Printon.

Opinto-opas. (2021). Sosiaali- ja terveysalan koulutus (ylempi AMK). Kajaani: Kajaanin ammattikorkeakoulu. Saatavilla 25.3.2021. <http://opinto-opas.kamk.fi/index.php/fi/68148/fi/68794>

Paasivaara, L., Suhonen, M. & Virtanen, P. (2011). *Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa*. Helsinki: Tietosanoma.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. (2019). Käypä hoito – suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Saatavilla 7.11.2021. <Http://www.kaypahoito.fi>

Pihlainen, A. (2010). *Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituks*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3033-9>

Saari, E. (2007). *Mitä - pitääkö tutkijan olla myös käytännön toimija?* Teoksessa L. Viinamäki & E. Saari (toim.) Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. (121–151). Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Saarto, T. & Finne-Soveri, H. (2019a). *Palliatiivinen hoidon ja saattohoidontila Suomessa: Alueellisen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 14. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4041-3>

Saarto, T. & Finne-Soveri, H. (2019b). *Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa – Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 68. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7>

Sihvo, S., Isola, A-M., Kivipelto, M., Linnanmäki, E., Lyytikäinen, M. & Sainio, S. (2018). *Asiakkaiden osallistumisen toimintamalli*. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 16. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3927-1>

Sulosaari, V., Elomaa-Krapu, M., Hopia, H., Koivunen, K., Leinonen, R., Liikanen, E., Penttinen, U., Törmänen, O., Walta, L. & Heikkilä, J. (2020). *Ydinkompetenssit klinisen asiantuntijan (ylempi AMK) koulutuksessa*. AMK-lehti/UAS Journal. Saatavilla 14.4.2021 <https://uasjournal.fi/1-2020/kliinisen-asiantuntijan-ydinkompetenssit/>

Suoranta, J. & Ryyänen, S. (2014). *Taisteleva tutkimus*. Helsinki: Into Kustannus Oy.

Toikko, T. & Rantanen, T. (2009). *Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämissprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon*. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

WHO. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. Worldwide palliative care alliance. Saatavilla 19.4.2021 [Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/global-atlas-of-palliative-care)

WHO. (2017). *Palliative Care Fact Sheet*. Saatavilla 1.4.2022. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2022/01/nv-1-2022-2.pdf>

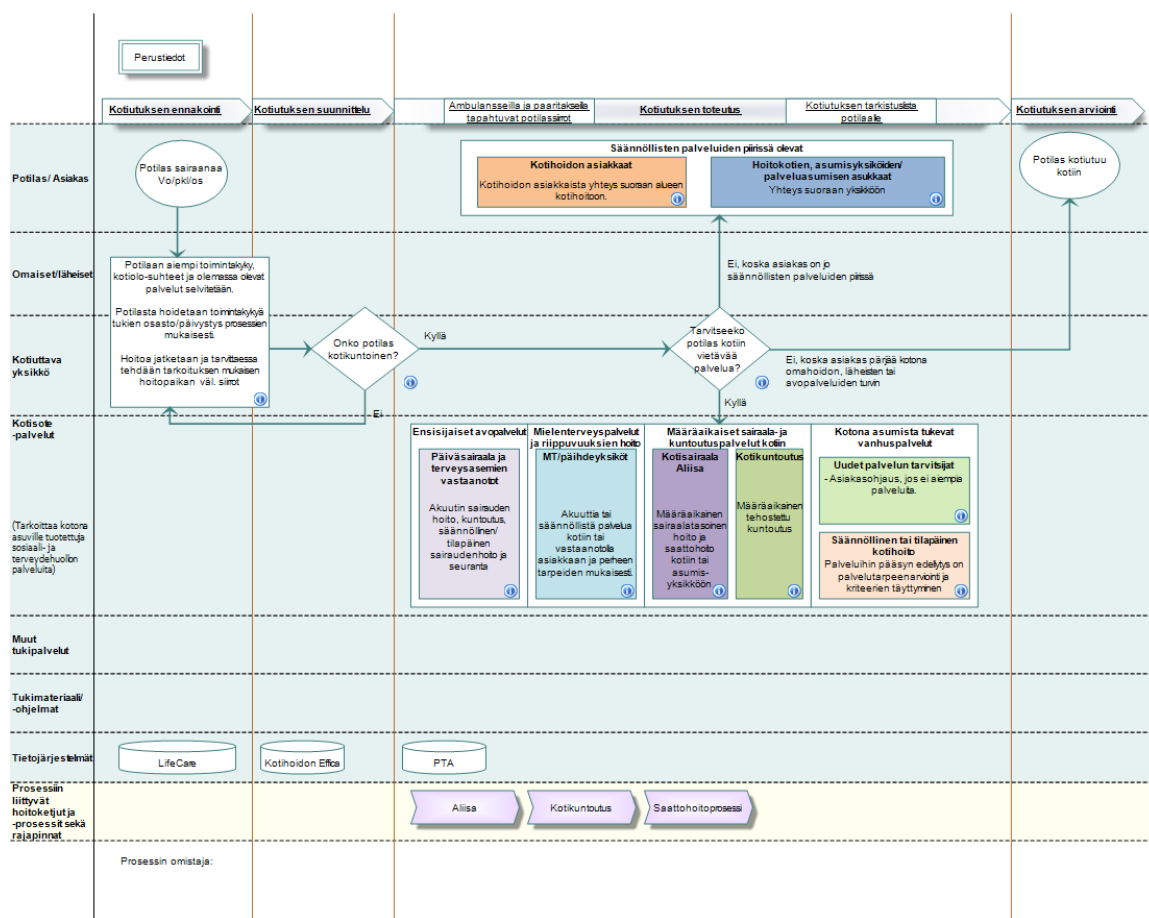
2 Palliatiivisen potilaan jatkohoidon nykytila potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon (1. sykli)

2.1 Nykytilan kartoitus (suunnittelu)

Syklin tarkoitus on kartoittaa palliatiivisen potilaan jatkohoidon nykytilaa potilaan siirtyessään erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Tutkimuskysymys on, mikä on palliatiivisen potilaan erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon jatkohoitoon siirtymisen nykytila.

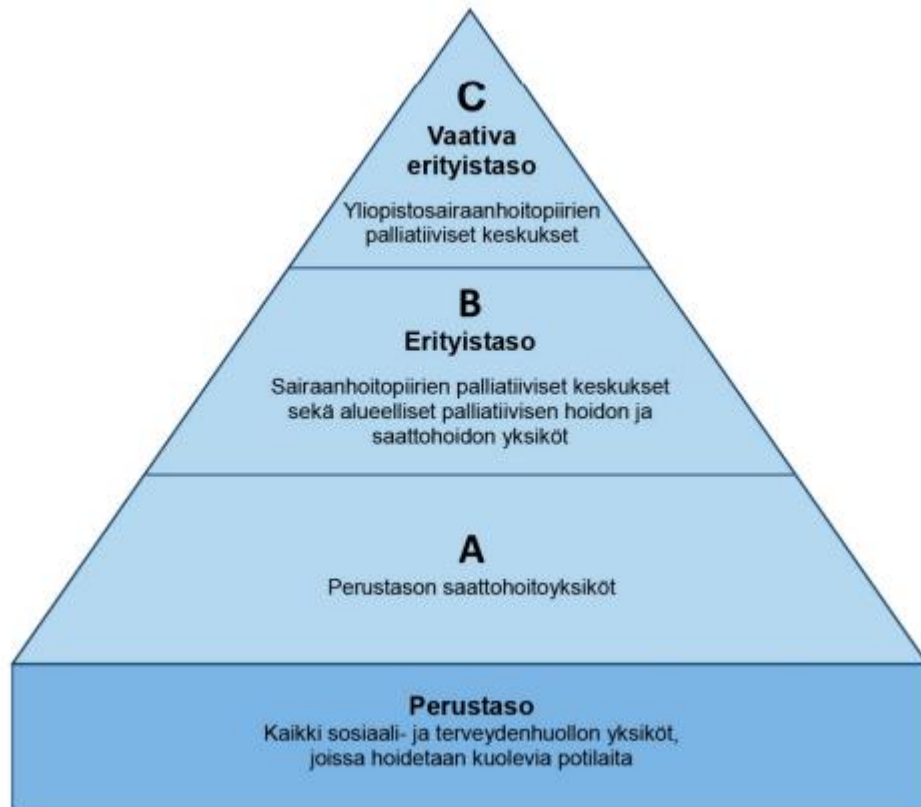
Moniammatillisen työn kehittämisen tärkeä lähtökohta on, että asiakkaat saisivat aikaisempaa parempaa palvelua ammattilaisten tehdessä tiivistä yhteistyötä. Asiakslähtöisyys tarkoittaa, että viesti kulkee asianosaisille, asiakas tulee kuulluksi ja hänet otetaan mukaan omaan hoitoon ja sen suunnitteluun. Itsemääräämisoikeus, osallistuminen, tasavertainen vuorovaikutus ja tiedonsaanti ovat asiakslähtöisyyden keskeisiä arvolähtökohtia, joiden perustana on ihmisarvon kunnioittaminen. Asiakslähtöisyyttä moniammatillisessa tiimissä on, että otetaan huomioon asiakkaan mielipide ja oikeudet. Asiakslähtöisessä työssä asiakas ei ole ongelma, vaan hänen huolestuttava elämäntilanteensa, joka aiheuttaa palvelutarpeen. Asiakkaan on tärkeä tietää keneltä asiantuntijalta saa palvelua ja minkälaisessa tilanteessa. Ammatillisen työskentelyn tavoitteena on dialogisuus. (Pehkonen, Martikainen, Kinni & Mönkkönen 2019, 89–111.)

Kainuun sotessa asiakkaan jatkohoidon ja kotiutumisen järjestäminen on kuvattu kotiutusprosessissa (kuvio 3). Prosessissa on mukana eri toimijoita ja ammattilaisia. Prosessissa on kuvattu potilas ja hänen hoitonsa palveluketjussa. Asiakkaan ketju on havainnollistettu etenevin nuolin. Prosessi alkaa potilaan sairastumisesta ja päättyy potilaan kotiutumiseen. Kotiutus etenee ennakkoinnin, suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin kautta. Prosessissa on myös linkkejä i=info, joista avautuu lisätietoa ja ohjeita ammattilaisille, sisäisessä intranetin versiossa.



Kuvio 3. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän kotiutusprosessi (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä n.d.c)

Suomessa palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa ohjaa kolmiportainen malli (kuvio 4), jossa on terveydenhuollon tahot kuvattuna. Malli kuvaa kuinka palliatiivinen ja saattohoito on maassa järjestetty.



Kuvio 4. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli (Saarto ym. 2019, 17)

B-tason palliatiivisen hoidon yksiköihin suunniteltiin benchmarking vierailu, jonka yhteyteen suunniteltiin työntekijöiden ryhmähaastattelu. Benchmarking menetelmällä etsitään parhaita toimintatapoja, jolla tavoitellaan oman työn ja osaamisen kehittämistä. (Hotanen ym. 2001, 10–11, 52; Vuorinen 2013, 158–165.) Benchmarking prosessi muodostuu Plan-Do-Check-Act kokonaisuudesta (Hotanen ym. 2001, 14–15, 53).

2.2 Ryhmähaastattelu (toiminta)

Haastattelun idea on yksinkertainen. Kun halutaan tietää, niin kysytään. Haastattelu on joustava, sillä siinä voi toistaa kysymyksen tai selventää ilmausten sanamuotoa. Tärkeintä on saada tietoa mahdollisimman laaja-alaisesti halutusta asiasta. Näin ollen on perusteltua antaa haastattelukysymykset ennakkoon haastateltaville. Haastatteluluvasta ja ajankohdasta sovitaan myös ennakkoon. Haastatteluun valitaan henkilöt, joilla on kokemusta ja tietoa aiheesta. Haastattelun heikkoutena on siihen käytettävän ajan rajallisuus. (Anttila 2014; Tuomi & Sarajärvi 2018, 84–86.) Benchmarking menetelmällä saatuja oppeja integroidaan tulosten jälkeen hoitotyön käytäntöön

(Hotanen ym. 2001,14–15, 53). Vierailukäynti ja haastattelu ovat benchmarking Do vaihe. Do vaiheessa kuvataan oman prosessin nykytila ja analysoidaan omaa toimintaa (Hotanen, Laine & Pietiläinen. 2001, 14–15, 53).

Haastateltavat henkilöt osallistuvat työssään palliatiivisen potilaan jatkohoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Työyksikköjen esihenkilöt kysyivät, ketkä sairaanhoitajat haluavat osallistua haastatteluun. Haastateltavat antoivat suullisesti luvan haastatteluun. Haastateltavat saivat kysymykset (liite 1) ennakoon sähköpostitse. Avoin ryhmähaastattelu toteutettiin Kainuun soten B tason palliatiiviselle henkilökunnalle. Haastattelu tapahtui lokakuussa 2021 Kainuun keskussairaalaissa.

Haastatteleamalla saadaan vastauksia tutkimuskysymykseen. Samalla haastattelija voi toimia havainnoitsijana. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.) Haastattelun ilmapiiri oli ystävällinen ja välitön. Haastateltavat olivat aktiivisia ja keskustelua riitti puolentoista tunnin ajaksi. Opinnäytetyöntekijä teki haastattelun aikana kirjalliset muistiinpanot, ja toisena muistiinpanoja kirjasi sairaanhoitajakollega. Tällä haluttiin varmistaa, että kaikki oleelliset asiat tulisivat kirjatuiksi. Haastattelun tutkimuskysymyksenä oli, mikä on palliatiivisen potilaan erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon jatkohoitoon siirtymisen nykytila?

Haastattelussa kysyttiin asiakaslähtöisyydestä ja kuinka se ilmenee toiminnassa sekä, miten Kainuun soten arvot toteutuvat palliatiivisen potilaan jatkohoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Haastateltaviksi haluttiin Kainuun soten erityistasoa B, koska he toimivat alueellisen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksikköinä. Haastatteluun toivottiin osallistuvan potilaiden jatkohoitoa suunnitteleva ja toteuttava hoitohenkilöstö, jotka antavat myös konsultaatiotukea A tasolla ja perustasolla työskenteleville hoitoyksiköiden työntekijöille. Näissä hoitoyksiköissä työskentelee suhteellisesti eniten palliatiivisen koulutuksen saaneita työntekijöitä kuten palliatiiviseen hoitoon erikoitunut lääkäri.

2.3 Aineiston analyysi ja tulkinta (havainnointi)

Haastatteluaineistolle tehtiin induktiivinen eli aineistosta lähtevä sisällönanalyysi (Kynge & Vanhanen 1999, 3–11; Anttila 2014; Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–127, 141). Aineisto analysoitiin systemaattisesti. Aineistosta pyrittiin saamaan kokonaisuus, joka esittää tutkittua ilmiötä yleisessä muodossa. Aiheen tulkintaa tukeva esiyymmärrys muodostui aikaisemmasta tiedosta ja käytännön kokemuksista (Anttila 2014). Esiyymmärrys muodostui palliatiivisen hoidon kliinisen asiantuntijan koulutuksen aikana hankitun osaamisen sekä opinnäytetyöntekijän hoitotyön työkokemuksesta.

Tulkintakehyksenä on hoitotyöntekijän näkökulma. Aineistonkäsittely oli benchmarking Check vaihetta. Check vaiheessa perehdyttiin aihetta käsittelevään kirjallisuuteen, etsittiin sopiva benchmarking-esikuva, valmistauduttiin vierailuun, suunniteltiin käynti ja toteutettiin vierailu. Lisäksi kirjataan ja analysoidaan vierailusta saatu aineisto ja otetaan tuloksista ideat kehittämistyöhön. (Hotanen ym. 2001,14–15, 53.)

Ryhmähaastattelusta tehdyt muistiinpanot olivat aineisto, joka analysoitiin. Aineiston sisältö vastasi kysymyksiin palliatiivisen potilaan jatkohoidon nykytilasta. Käsin kirjoitetut muistiinpanot kirjoitettiin Wordille puhtaaksi tekstimuotoon eli litteroitiin. Aineistoa saatiin viisi A4 sivua. Opin näytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymys ohjasivat sisällön analysointia. Aineisto luettiin useaan kertaan. Samalla muotoiltiin perusta analyysille. Analyysiyksikkö oli lause. Tämän jälkeen aineisto koodattiin eli haettiin tutkimuskysymyksen kannalta olennaisia asioita. (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999.) Esimerkiksi alkuperäiset ilmaukset: Lääkärit työskentelevät osittain etänä (19) ja Potilaat kaipaavat läsnä olevaa lääkäriä (20) vastaavat kysymykseen palliatiivisen potilaan jatkohoidon nykytilasta. Koodatut alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin, ryhmiteltiin ja abstrahoitettiin (liite 2, taulukko 1).

Pelkistämistä ohjasi tutkimuskysymys: mikä on palliatiivisen potilaan erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon jatkohoitoon siirtymisen nykytila? (Kyngäs & Vanhanen 1999). Esimerkiksi alkuperäinen ilmaisu ”Loppuvaihe eli saattohoitovaihe tunnistetaan (4)” pelkistettiin ”saattohoitovaihe tunnistetaan (4)”. Tai alkuperäinen ilmaisu ”Siirto tapahtuu, kun potilaan oireet ovat kunnossa. Turhiakin siirtoja on tehty (12)” pelkistettiin ”turhiakin siirtoja tehty (12)”.

Ryhmittelyssä pelkistetyistä ilmaisuista yhdistetään ne, jotka kuuluvat yhteen, ja jotka kuvaavat samaa ilmiötä. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä muodostetaan kuvaus tutkimuskohdeesta, ja siinä yhdistetään samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaisut samaan luokkaan, jolle annetaan kuvaava nimi. Abstrahoinnissa yhdistettiin luokkia niin kauan, kun se oli sisällön kannalta mielekästä tai mahdollista. Edettiin alkuperäisilmaisuista johtopäätöksiin ja muodostettiin kuvaus tutkimuskohteesta. Luokat muodostuivat sisällönanalyysin tuloksena (liite 2, taulukko 1). Luokiksi muodostui esimerkiksi (taulukko 2) palliatiivisen potilaan tunnistaminen, jossa korostui muun muassa potilaan hoitoon pääsy (21), potilaiden tunnistamattomuus (1) ja saattohoitovaiheen tunnistaminen (4).

TAULUKKO 2. Esimerkki aineiston analyysin luokittelusta

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Luokka
Kardiologisia potilaita ei tunnisteta. (1) Palliativisen poliklinikan hoitaja tekee palliativisen hoidon tarpeen tunnistamisen kiertoja ESH osastoilla. (2) Neurologiset- ja keuhkopotilaat olisi hyvä tunnistaa vielä aiemmin. (3)	kardiologisia potilaita ei tunnisteta (1) hoidon tarpeen tunnistamisen kiertoja (2) neurologiset- ja keuhkopotilaat olisi hyvä tunnistaa aiemmin (3)	A Palliativisen potilaan tunnistaminen (58,21,1,2,3,4)
Palliativinen potilas on tavallisella osastolla ”peikko”. (13) Hoitokoteihin toivottaisiin koulutusta myös lähihoitajille. (62) Kehitysvammapuolelle on tehty palliativisen hoidon suunnitelmia potilasta näkemättä, tällaisissa tilanteissa on asiakaslähtöisyys hankala huomioida. (46)	palliativinen potilas ”peikko” (13) Hoitokoteihin koulutusta (62) Kehitysvammapuolelle...asiakaslähtöisyys hankala (46)	B Palliativisen hoitotyön osaamisen kehittäminen (13,62,46,35,28,26,64,65,59,56,23,22,16,5,47,40,17,18,15)

Opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa palliativisen potilaan jatkohoidon nykytilaa hänen siirtymisensä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.

2.4 Tulokset (havainnointi)

Sisällönanalyysin lopputuloksena raportoidaan muodostuneet luokat. Luokkien sisällöt kuvataan koostettujen ja ryhmiteltyjen ilmaisujen mukaisesti. Tuloksena saadaan vastaus esitettyyn tutkimuskysymykseen, mikä on palliativisen potilaan erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon jatkohoitoon siirtymisen nykytila. Sisällönanalyysin tuloksena muodostui kuusi luokkaa: Palliativisen potilaan tunnistaminen, palliativisen hoitotyön osaamisen kehittäminen, moniammatillinen yhteistyö, potilaan jatkohoidon järjestäminen, konsultaatiotuki ja asiakaslähtöinen hoitotyö.

Palliativisen potilaan tunnistaminen

Palliativisen potilaan tunnistamisessa koettiin olevan haasteita. Palliativisia potilaita ei vielä tunnusteta riittävän aikaisin, mutta potilaan saattohoitovaihe tunnustettiin. Palliativisen potilaan hoitoon pääsy viivästyy, kun potilasta ei tunnusteta ajoissa. Palliativisen potilaan tunnistaminen ajoissa edistäisi asiakaslähtöistä hoitoa. ”Kardiologisia potilaita ei tunnusteta.” Tulos kertoo osaamisvajasta palliativisessa hoitotyössä. Palliativisen poliklinikan hoitajan toimesta on tehty palliativisia hoitajakonsultti käyntejä osastoille, jotka on koettu toimiviksi.

Palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittäminen

Osaamisen kehittämisen tärkeys korostui tuloksissa. Erityisesti perustasolle toivottiin henkilöstön palliatiivisen hoitotyön osaamista lisää. Haastattelussa ehdotettiin yhdeksi ratkaisuksi THL saat-tohoitopassin opiskelua perustason hoitohenkilökunnalle. Kehitysvammayksiköihin on tehty asukkaille etänä palliatiivisen hoidon suunnitelmia. Asiakaslähtöisyyden toteutuminen näin toteutetuissa hoitotilanteissa on haastavaa. ”Palliatiivinen potilas on tavallisella osastolla ”peikko”, kertoo myös osaamisvajeesta ja mahdollisesti myös asenteista. Asia, jota ei tunneta tai osata voi pelottaa eli asia koetaan ”peikkona”. Eri potilasryhmille tarvitaan selkeitä hoitoprosesseja, miten potilaan palliatiivinen hoito tulee järjestää. Lisäksi tarvitaan selkeitä ja helposti saatavilla olevia ohjeita muun muassa palliatiivisen potilaan lääkehoitoon ja lääkintälaitteiden käyttöön.

Palliatiivisen potilaan hoitoon on olemassa ohjeita kuten lupapaikkaohjeistus, mutta niitä ei löydetä tai niitä ei noudateta. Ohjeiden käyttäminen ja saavutettavuus koettiin haasteina. Kaima intranettiin voisi kehittää potilaan palliatiivista hoitotyötä tukevan kokonaisuuden eli pakin, johon linkitetään kaikki tärkeät palliatiivisen potilaan hoitoa koskevat ohjeet ja asiantuntijoiden yhteystiedot. Kaima intranetin hakutoiminnon pitää olla varma ja yksinkertainen. Kaimassa on ohjeita, mutta ”Kaima on sekava (56)”, todettiin.

Palliatiivisen hoitotyön lisäkoulutuksen tarve tuli esille useassa asiayhteydessä. Osaamisen vahvistamista tarvitaan haastaviin kommunikointitilanteisiin ja vaikeiden asioiden puheeksi ottamiseen. Tulohaastatteluun ja ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) oirekyselylomakkeen käyttöönottoa tulee tehostaa. ESAS oirekyselylomake pitää ottaa käyttöön työyksiköissä, joissa hoidetaan palliatiivisia potilaita. Myös hoitohenkilökunnan resurssit tulee olla riittävät, jotta voidaan tarjota laadukasta palliatiivista hoitoa potilaan tarpeen mukaan.

Moniammatillinen yhteistyö

Palliatiivista hoitoa toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä. ESH eri asiantuntijoiden osamista hankitaan potilaan tarpeen mukaan. Moniammatillinen kokous pidetään viikoittain, jossa päivitetään esimerkiksi palliatiivisten potilaiden lupapaikkalista. Etätyöllä on merkitystä potilaan hoidon laatuun, ja ”potilaat kaipaavat läsnä olevaa lääkäriä”. Etänä tehtävät potilaan palliatiivisen hoidon suunnitelmat ovat haastavia. Hoitoneuvotteluita voidaan toteuttaa etänä. Tämä mahdollistaa esimerkiksi kaukana asuvien omaisten osallistumisen läheisen hoitoneuvotteluun.

Kainuun sotessa palliatiivisen yksikön ja -poliklinikan sekä kotisairaaloiden toiminta on uutta. Palliatiivinen poliklinikalla on aloittanut toimintansa 2019, palliatiivinen yksikkö 2020 ja ensimmäinen kotisairaala Suomussalmella 2017. Yhteistyö erikoisalojen lääkärin välillä koetaan vähäiseksi ja yhteistyötä pitäisi tehdä nykyistä tiiviimmin. Erikoisalojen lääkäreiden tulisi hoitaa palliatiivisia potilaita yhteistyössä. Kainuun soten kotisairaaloiden toimintaa on vastaajien mielestä edelleen kehittävä, mikä edellyttää myös riittäviä henkilöstöresursseja. Potilaan hoitaminen hoidon tarpeen mukaisessa yksikössä sekä päällekkäisen työn vähentäminen on suotavaa. Potilaan hoidon laatu vaihtelee, koska muun muassa resursseja on liian vähän. Palliatiivisen yksikön hoitohenkilökunta sijaistaa myös toisilla osastoilla.

Potilaan jatkohoidon järjestäminen

Palliatiivisen potilaan jatkohoitoon siirtymisessä kuvataan jatkohoitotahon puuttuminen, PTH lääkäreiden niukkuus ja turhat potilassiirrot. Jatkohoidon toteutus ei toimi toivotusti, ”ei ole saatua vaihtoa.” Palliatiivisessa yksikössä ja palliatiivisella poliklinikalla hoitaja suunnittelee ja järjestää potilaan jatkohoidon käytännön toteutuksen. Jatkohoittoa suunniteltaessa hankitaan potilaalle myös lupapaikka häntä lähimpänä olevaan terveyskeskussairaalaan tai palliatiiviseen yksikköön. Asiakaslähtöisen jatkohoidon järjestämisen tueksi palliatiiviseen yksikköön kaivataan työohjetta, jossa olisi kootusti potilaan jatkohoitoon liittyvät asiat. Aineistossa kuvataan myös, että turhia potilassiirtoja tehdään. Potilassiirrot ovat raskaita potilaalle ja kuluttavat resursseja turhaan.

Konsultaatiotuki

Konsultaatiotuesta tiedottamisen lisääminen ja tehostaminen ovat tärkeää. B-tason palliatiivisen yksikön ja poliklinikan hoitohenkilökunnan osaamisen jakaminen perusterveydenhuollon henkilöstölle on tarpeellista. Tietoa konsultaatiotuesta pitää jakaa perus- ja A tasolle yhä enemmän. Konsultaatiotuki ja sen hyödyntäminen edellyttävät palliatiivisen hoidon yhteiskehittämistä.

Asiakaslähtöinen hoitotyö

Tulokset käsittelevät asiakaslähtöisyyttä ja arvoja. Kainuun soten organisaation arvoista mainittiin asiakaslähtöisyys, luottamus ja avoimuus. Asiakaslähtöisyys huomioidaan antamalla potilaalle ja omaiselle mahdollisuus kertoa omista toiveistaan. Luottamusta pyritään vahvistamaan antamalla

aikaa keskusteluille. Avoimuus ilmenee hoitajan taitona puhua vaikeista asioista potilaalle. Hoitajat haluavat hoitaa palliatiivisia potilaita arvojen mukaan. Asiakaslähtöisyyttä tulee kehittää edelleen. Palliatiivisessa yksikössä omaiset ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä läheisen hoitoon, koska heille on järjestetty keskusteluaikaa.

Potilaat kaipaavat läsnä olevaa lääkäriä. Läheinen pyydetään hoitoneuvotteluun, jos potilas ei sitä kiellä. Niin omaiselle kuin potilaalle annetaan mahdollisuus kertoa hoitoon kohdistuvista toiveistaan. Keskusteluihin käytössä oleva aika on rajallinen, mikä vaikuttaa omaisten huomioimiseen. Haastavat perhetilanteet ovat jääneet hoitajien mieliin vahvimmin.

Poliklinikalla vastaanottoaika koetaan liian lyhyeksi. Palliatiivisen poliklinikan käynti järjestetään potilaan hoidon suunnittelun ja oirehoidon vuoksi potilaan tarpeet huomioiden. Potilaan toiveita kuunnellaan ja potilaan kuolema kotona pyritään mahdollistamaan, jos potilas ja omaiset sitä toivovat. Kainuun sotessa on palliatiivisen potilaan hoidossa alueellista eriarvoisuutta. Kotisairaala toiminnan vaihtelevuus tai kokonaan puuttuminen heikentää potilaan mahdollisuutta kuolla kotona.

Mikä on palliatiivisen potilaan erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon jatkohoitoon siirtymisen nykytila? Palliatiivinen potilas tulee tunnistaa nykyistä aikaisemmassa vaiheessa, jotta hän saa tarvitsemansa palliatiivisen hoidon ja avun. Palliatiivista hoitotyön osaamista on kehitetty Kainuun sotessa ja sitä kehitetään edelleen. Osaajia tarvitaan lisää niin erikoissairaanhoidon kuin perusterveydenhuoltoon. Selkeät hoitoprosessit ja -ohjeet auttavat ammattilaisia edistämään potilaan hoidon laatua. Palliatiivinen hoito edellyttää moniammatillista ja -alaista yhteistyötä. Nykytilanteessa jatkohoidon järjestäminen kuvataan haastavaksi. Konsultaatiotuen vakiinnuttaminen ja tietoisuuden lisääminen koetaan tarpeellisena. Asiakaslähtöinen hoitotyö on tärkeää ja sitä tulee edelleen kehittää.

2.5 Johtopäätökset (reflektointi)

Tulosten avulla voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Abstrahoiden avulla muodostetaan käsitteiden avulla kuvaus tutkimuskohteesta eli palliatiivisen potilaan jatkohoidon nykytilasta. Johtopäätöksissä pyritään ymmärtämään merkityksiä. (Kynge ym. 1999, 10–11; Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–127.) Benchmarking on menetelmä parhaiden toimintatapojen ja menetelmien tunnistamiseksi. (Hotanen ym. 2001, 14–15, 53.) Tarkoituksena oli kartoittaa pal-

liatiivisen potilaan jatkohoidon nykytilaa hänen siirtyessään erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Saadut tulokset vastaavat osittain opinnäytetyön tarkoitukseen. Tuloksissa tuodaan ilmi muun muassa palliatiivisen potilaan hoitotyön haasteita kuten osaamisvaje ja resurssipula. Miten vaikutetaan hoitohenkilökunnan resurssien saatavuuteen ja riittävyyteen? Tämä asia huolettaa ja ilmenee käytännön hoitotyössä. Kainuussa (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2019, 3–4) vallitsee yleinen työvoimapula. Kainuun sotessa haussa olleista työpaikoista saatiin täytettyä vuonna 2019 67 % hoitajien ja lääkärien osalta 24 %.

Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa (Saarto & Finne-Soveri 2019, 76–77, 169, 175–176) raportissa todetaan osaamisvaje keskeisenä haasteena. Koulutusta tarvitaan perustason henkilöstölle kotihoitoon, hoitokoteihin, kehitysvammanhuoltoon ja vuodeosastoille. Tehostetuissa palveluasumisyksiköissä tarvittavan oirelääkityksen mahdollistaminen palliatiivisille potilaille on haastavaa. Osaaminen ja pätevyys eivät aina kohta. Haastatteluaineistossa mainitaan, etteivät maakunnalliset kotisairaalat toimi ja juuri niiden toimintaa tulisi integroida sosiaalitoimen alaisiin yksiköihin ja kotihoitoon, jotta niissä asuvat ihmiset saisivat tarvitsemaansa palliatiivista hoitoa. Palliatiivinen hoito ja saattohoito (2019) suosituksen mukaan jokaisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön tulee hallita palliatiivisen hoidon perusteet ja konsultoida tarvittaessa palliatiivisen hoitoon erikoituneita ammattilaisia.

Jatkohoidon nykytilaa kuvattiin jatkohoidon järjestämiseen liittyvien haasteiden kautta kuten jatkohoitotahon puuttumisella. Tällaisia haasteita jatkohoidon järjestämiselle ovat esimerkiksi terveyskeskuslääkäreiden ajanvarausaikojen niukkuus ja kotisairaaloiminnan vajuus. Lisäksi hoito- ja palveluprosessin puuttuminen maakunnasta heikentää saattaen vaihtaen ajatusta ja tekee epäselväksi sen, kenelle hoitovastuu kuuluu potilaan jatkohoitoa järjestettäessä. Kun palliatiivinen potilas kotiutuu ilman lupapaikkaa tai hänen hoidon tarvettaan ei ole tunnustettu, niin tällä hetkellä ei ole nimettyä tahoa, joka koordinoisi potilaan hoitoa.

Moniammatillista yhteistyötä kuvataan erikoissairaanhoidon näkökulmasta. Konsultaatiotuesta tiedottaminen perusterveydenhuoltoon edistäisi potilaan jatkohoitoon siirtymistä. Moniammatillinen yhteistyön tarve ilmeni palliatiivisten potilaiden kohdalla, jolla on kehitysvamma. Viesintä- ja käytösongelmat sekä epätavanomaiset tavat ilmaista sairauden oireita haastavat kehitysvammaisten palliatiivista hoitoa. Henkilöstön palliatiivisen hoidon osaamisen puute on haaste hyvälle elämän loppuvaiheelle. Kehitysvammaiset kohtaavat haasteita terveyspalveluiden saatavuudessa myös palliatiivisen hoidon suhteen. (Tuffry-Wijne 2017.)

Aineistossa, ”Kehitysvammapuolelle on tehty palliatiivisen hoidon suunnitelmia potilasta näkemättä, tällaisissa tilanteissa on asiakaslähtöisyys hankala huomioida (46)”, herättää miettimään, kuinka paljon on potilasryhmiä, joiden palliatiivinen hoito on vasta alussa. Suosituksessa Palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa (Saarto & Finne-Soveri 2019, 169) on kirjattu vammaisten henkilöiden palliatiivisen hoidon kehittämistarpeet. Näitä ovat palveluiden tarvelähtöinen saatavuus, hoidon kehittäminen yhteistyössä ja palliatiivisen hoidon tietoisuuden edistäminen. Tuloksissa ei korostunut kehitysvammahuolto, mutta asian esille tulo herätti huomaamaan palliatiivisen hoidon haasteita uudella tavalla. Opinnäytetyöntekijän oman työn kautta ilmi tulleet haasteet juuri kehitysvammaisten palliatiivisessa hoidossa sekä yhteistyömahdollisuudet kotisairaalan ja kehitysvammayksiköiden henkilöstön välillä tulevat olemaan jatkoselvitystä vaativa asia tulevaisuudessa.

Tuloksissa tulee esille samansuuntaisia asioita kuin Palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa (Saarto & Finne-Soveri 2019) suosituksissa. Raportissa todetaan palliatiivisen hoidon kehittämistarpeiksi sairaanhoitopiirien palveluketjujen perustamisen ja niiden ulottamisen sosiaalitoimenyksiköihin. Kotisairaaloiden resursoinnissa tulee huomioida sosiaalitoimenyksiköihin tarjottavat palvelut. Perustason terveydenhuollon saattohoitovalmiuksia voidaan kehittää lisäämällä täydennys- ja erikoistumiskoulutusta sekä konsultaatiomahdollisuuksia. Etäpalveluita tulee kehittää ja henkilökunnan osaamista tulee vahvistaa suunnitelmanmukaisella säännöllisellä täydennyskoulutuksella.

Varhain aloitettu palliatiivinen hoito ja laadittu hoitosuunnitelma edistävät potilaiden ja heidän läheistensä elämänlaatua, vähentävät sairaalassa oloa ja epätarkoituksenmukaisia hoitoja. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Hyvä palliatiivisen potilaan elämänlaatu muodostuu siitä, että hänestä huolehditaan ja hän tuntee olonsa turvalliseksi. Potilas osallistuu itseään koskeviin hoitoratkaisuihin ja kokee säilyttävänsä oman elämäntapansa ja arvonsa ihmisenä. Palliatiivisen potilaan tarpeiden ja toiveiden täyttäminen sekä vakaumuksen kunnioittaminen ovat palliatiivisen hoidon lähtökohtia. (Pihlainen 2010, 17.) Asiakaslähtöinen hoitotyö ja potilaan hoitaminen arvojen mukaan pitäisi olla keskiössä palliatiivisen potilaan hoidossa. Asiakaslähtöisyys ja arvot vaikuttavat palliatiivisen potilaan hoitoon kokonaisuudessaan eivät vain potilaan jatkohoitoon.

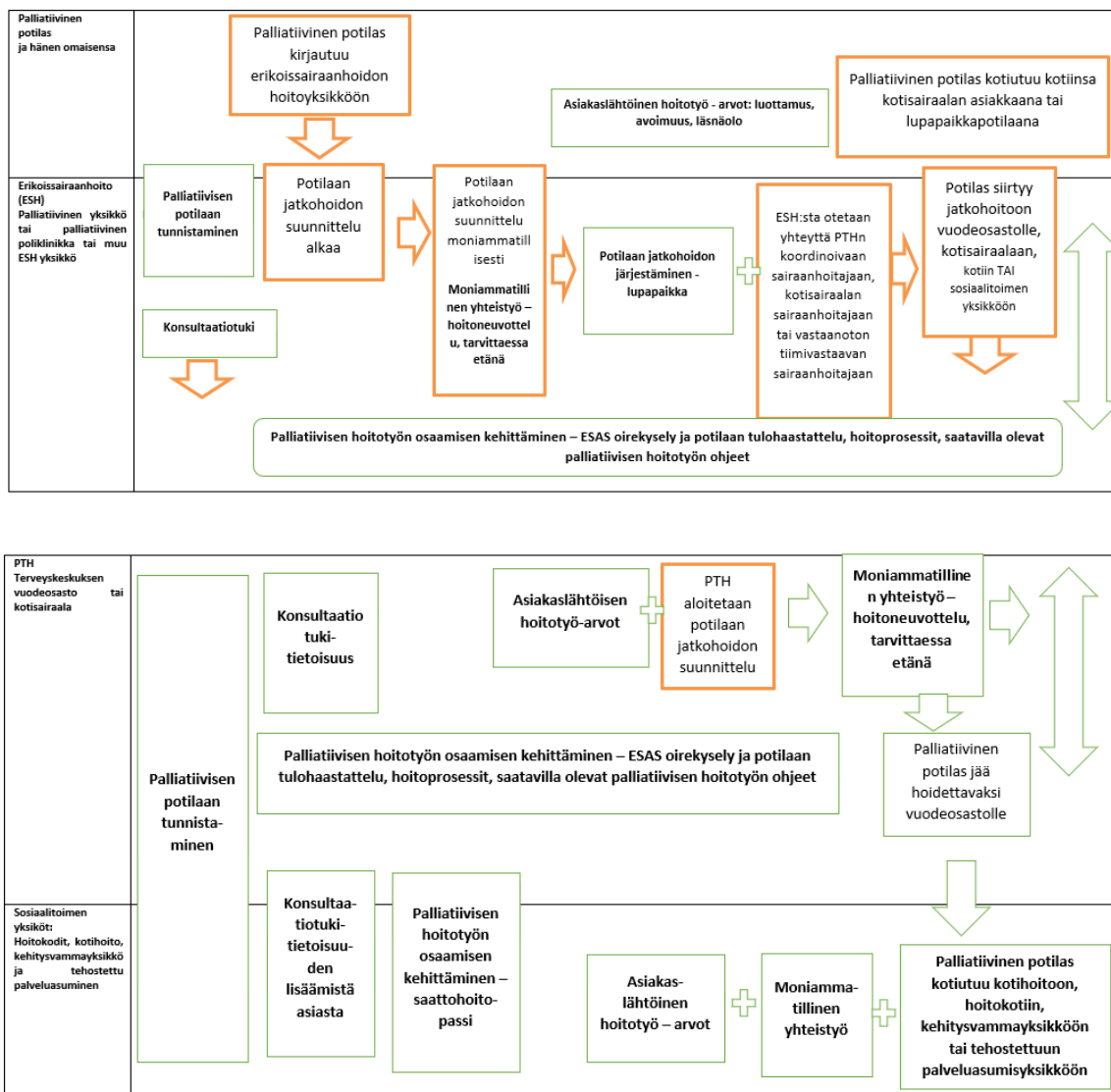
Kypsiä ideoita, jotka ovat sellaisenaan otettavissa käyttöön ja ovat hyväksi todettuja, ovat palliatiivisten hoitajakonsultti käyntien jatkaminen, palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittäminen saattohoitopassin avulla ja ESAS oirekyselylomakkeen sekä tulohaastattelun käyttöönotto jokaisen palliatiivisen potilaan hoidossa. ESAS on oirearviointimittari, joka mahdollistaa potilaan koko-

naisen oirearvioinnin (Surakka, Mattila, Åstedt-Kurki, Kylmä & Kaunonen 2015, 17). Hyväksi todettuja käytäntöjä ovat myös moniammatillisten kokousten jatkaminen ja yleisesti palliatiivisesta konsultaatiotuesta tiedottaminen. Jatkuva täydennyskoulutus mahdollisuus vähentäisi osaamisvajetta ja lisäisi palliatiivisen potilaan tunnistamista.

Kehittämisideat ovat sellaisia tuloksia, jotka voisi ottaa käyttöön vähällä vaivalla ja ovat realistisia. Tällaisia ideoita ovat etätyön kehittäminen, palliatiivisten potilaiden vastaanottoaikojen pidentäminen, jatkohoidon järjestämisen ”tsekkilista” ja Kaimaan koottava palliatiivisen hoidon ”pakki”.

Jatkoselvitystä vaativia ideoita ovat muun muassa henkilökunnan resursseihin vaikuttaminen ja alueellisen eriarvoisuuden vähentäminen.

Yhdessä ihmisen parhaaksi -hanke (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä n.d d) kehittää parhaillaan Kainuun soteen alueellista palliatiivisen potilaan hoidon mallia. Opetus- ja kulttuuriministeriön (n.d) EduPal -hanke on kehittänyt palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista. Hankkeen tavoite on palliatiivisen hoidon osaamisen systemaattinen kehittäminen kaikkien ammattiryhmien osalta. Kainuun soten (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2021a) strategisena linjauksena on 2019–2023 johtamisjärjestelmän uusiminen ja palvelurakenteen uudistaminen asiakastarpeen mukaisesti huomioiden saatavuus ja saavutettavuus. Tiedosta – työhyvinvointia ja tuottavuutta -hanke (n.d) on esimerkki johtamisjärjestelmän uusimisesta. Yksi hankkeen tavoitteista on uudistaa työhyvinvointi johtamista. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kehittää palliatiivisen potilaan asiakaslähtöistä jatkohoitoa potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Miten asiakaslähtöistä hoitotyötä kehitetään opinnäytetyössä? Näyttöön perustuvaa kehittämistä syvennetään syklissä 2 järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen avulla, jonka tutkimuskysymys tarkentuu ohjausryhmäkokouksessa 8.12.2021.



Kuvio 5. Palliativisen potilaan jatkohoidon nykytila täydennettynä syklin 1. tuloksilla

Nykytilan kuvaus on täydennetty sykli 1. tuloksilla (kuvio 5), jotka on lisätty kuvioon vihreillä laatikoilla.

2.6 Lähteet

Anttila, P. (2014). *Tutkimisen taito ja tiedon hankinta*. Jyväskylä: Gummerus.

Hotanen, J., Laine, R. & Pietiläinen, S. (2001). *Benchmarking-opas. Opi hyviltä esikuvilta*. Helsinki: Suomen Laatu keskus Koulutuspalvelut Oy.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. (2019). *Henkilöstöraportti 2019*. Kainuun sote intranet.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. (2021a). *Strategia ja toiminta-ajatus*. Saatavilla 3.11.2021 https://sote.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2021-01/Kainuun_soten_talousarvion_2021_kuntayhtymatason_BSC-tuloskortti_ja_mittarit.pdf

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. (2021b). *Vuosikertomus 2020*. Saatavilla 22.11.2021. <https://sote.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2021-07/Vuosikertomus%202020.pdf>

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. (n.d c). Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän kotiutusprosessi. Kainuun sote intranet.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. (n.d d). *Yhdessä ihmisen parhaaksi -hanke*. Saatavilla 22.11.2021. <https://sote.kainuu.fi/yhdessa-ihmisen-parhaaksi>

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. (1999). *Sisällön analyysi*. *Hoitotiede* 11(1), 3–11.

L 1326/2010. *Terveydenhuoltolaki*. Saatavilla 19.4.2021 <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

L 785/1992. *Laki potilaan asemasta ja oikeuksista*. Saatavilla 14.5.2021 <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Opetus- ja kulttuuriministeriö. (n.d). *Palliativisen koulutuksen kehittäminen*. Saatavilla 22.11.2021. <https://www.palliativisenkoulutuksenkehittaminen.fi/>

Palliativinen hoito ja saattohoito. (2019). *Käypä hoito –suositus*. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Saatavilla 7.11.2021. <http://www.kaypahoito.fi>

Pehkonen, A., Martikainen, K., Kinni, R-L. & Mökkönen, K. (2019). *Asiakas moniammatillisessa kohtaamisessa*. Teoksessa K. Mönkkönen, T. Kekoni & A. Pehkonen (toim.). Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. (89–111). Tallinna: Printon Trukikoda.

Pihlainen, A. (2010). *Hyvä saattohoito Suomessa*. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3033-9>

Saarto, T. & Finne-Soveri, H. (2019). *Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa – Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiot 68. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7>

Surakka, T., Mattila, K-P., Åstedt-Kurki, P., Kylmä, J. & Kaunonen, M. (2015). *Palliatiivinen hoitotyö, parantumattomasti sairas ja hänen perheensä*. Helsinki: Fioca.

Tuffrey-Wijne, I. (2017). *Palliative care and intellectual disabilities*. Saatavilla 2.11.2021. Palliative Care and Intellectual Disabilities | Intellectual Disability and Health

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.

Vuorinen, T. (2013). *Strategiakirja - 20 työkalua*. Alma Talent Oy. Talentum.

3 Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus (2. sykli)

3.1 Kirjallisuuskatsauksen suunnittelua (suunnittelu)

Ensimmäisessä syklissä kartoitettiin palliatiivisen potilaan jatkohoidon nykytilaa. Johtopäätöksissä yhtenä aiheena korostui moniammatillinen yhteistyö. Tutkimuskysymys täsmentyi syklin 1. johtopäätösten sekä ohjaus- ja projektiryhmän keskusteluiden jälkeen. Toisessa syklissä kartoitettiin järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen avulla, miten palliatiivisen hoitotyön osaamista kehitetään moniammatillisen yhteistyön avulla (potilaan jatkohoitoon siirtyessä)? Tämä kysymys toimi syklin 2 tutkimuskysymyksenä. Syklin tarkoitus oli kartoittaa, miten palliatiivisen hoitotyön osaamista voidaan kehittää moniammatillisen yhteistyön avulla.

Kirjallisuuskatsaus pyrkii olemassa olevan tutkimuskirjallisuuden löytymiseen, laadun tarkasteluun, analyysiin ja synteysiin. Sillä etsitään vastauksia käytännön hoitotyön ja näytön esittämiseksi hyvien käytänteiden perustaksi. Tutkimuskysymys muotoillaan tarkasti. Siinä käytetään tukena PICOa, joka auttaa muotoilemaan tutkimuskysymyksen. (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 8, 13–14.) Hoitotyön tutkimussäätiön mukaan kartoittavassa tutkimuksessa lähestymistapa voi olla laaja, joten PICO lyheni PCC hakumenettelyksi, jossa P oli potilasryhmä eli palliatiivinen potilas, C oli käsite eli moniammatillinen yhteistyö ja toinen C oli konteksti eli jatkohoito.

Ennen hakua muodostettiin sisäänotto- ja poissulkukriteerit (taulukko 3). Niiden tarkoitus oli helpottaa pätevän kirjallisuuden tunnistamista ja varmistaa, että katsaus pysyy valitussa suunnassa. Osa kriteereistä toimi myös työmäärän kohtuullistamisena. (Niela-Vilen & Hamari 2016, 26.) Tällaisia työmäärän kohtuullistajina toimivat julkaisuvuoden rajaaminen sekä kielen rajaaminen suomeen ja englantiin. Koko teksti saatavilla -kriteeri mahdollisti aineiston arvioinnin ja tulosten hyödynnettävyyden. Rajauksella, väitöskirja, tieteellinen artikkeli tai tutkimus, pyrittiin saamaan katsaukseen mahdollisimman korkeatasoisia tutkimuksia. Aiheenalueen vuoksi rajaukset tehtiin aikuisiin potilaisiin ja sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstiin.

TAULUKKO 3. Kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Kieli suomi tai englanti	Kieli muu kuin suomi tai englanti
Julkaisuvuosi 2011–2021	Julkaistu ennen vuotta 2011
Koko teksti saatavilla	Koko teksti ei ole saatavilla
Väitöskirja, tieteellinen artikkeli tai tutkimus	Opinnäytetyö, pro-gradu, ei-tieteellinen artikkeli
Aikuiset potilaat	Lapsipotilaat
Sosiaali- ja terveydenhuollon konteksti	Muut alat/kontekstit

Kirjallisuuskatsauksen aineiston valinta tehtiin yhden opinnäytetyöntekijän toimesta ja kirjallisuuskatsaukseen ei ollut välttämätöntä löytää kaikkea aiheesta kirjoitettua materiaalia (ks. Lehtiö & Johansson 2016, 35). Kirjallisuuskatsauksen avulla aihetta pyritään ymmärtämään kokonaisvaltaisesti (Niela-Vilen & Hamari 2016, 23). Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus oli kartoittaa aikaisempi tutkimustieto, miten palliatiivisen hoitotyön osaamista voidaan kehittää moniammatillisen yhteistyön avulla. Tutkimuskysymys oli, miten palliatiivisen hoitotyön osaamista kehitetään moniammatillisen yhteistyön avulla?

Kirjallisuuskatsauksen potilasryhmä oli palliatiivinen potilas. Palliatiivinen hoito on ihmisoikeus, joka tulee turvata tarvelähtöisesti. Siihen ei saa vaikuttaa potilaan ikä, diagnoosi, kulttuuristausta tai asuinpaikka. Palliatiivinen hoito on potilaan kokonaisuhoitoa, kun sairaus ei ole parannettavissa eikä elämän pidentäminen ole ainut hoidon päämäärä. Palliatiivinen tarkoittaa oireiden lievittämistä. Palliatiivisen hoitotyön keskiössä on parantumattomasti sairas ihminen ja hänen perheensä. Palliatiivisessa hoitotyössä autetaan potilasta elämään mahdollisimman aktiivisesti kuolemaansa saakka ja tuetaan heidän läheisiään. Saattohoito on palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe. STM tavoitteena on, että palliatiivista hoitoa pystytään toteuttamaan sosiaali- ja terveydenhuollon eri tasoilla. (Surakka, Mattila, Åstedt-Kurki, Kylmä & Kaunonen 2015, 5, 172–173; Saarto ym. 2022, 46.)

3.2 Kirjallisuuskatsauksen hakusanat ja -lausekkeet (suunnittelu)

Moniammatillisuutta voidaan kuvailla eri tavoilla. Ideaalitalanteessa se on yhteisöllistä jaettua asiantuntijuutta. Potilaiden hoitaminen on yhteinen tehtävä ja se edellyttää tehtävien ja yhteistyön toimivuutta. Yhteistyöhön osallistuvilla ammattiryhmillä on yhteinen tavoite, keskinäinen riippuvuus, kollegiaalinen ja tasa-arvoinen suhde sekä jaettu päätöksenteko. (Collin, Valleala, Herranen, Paloniemi & Pyhälä-Liljeström 2012, 32.) Moniammatillisuus voidaan myös määritellä niin, että

asiantuntijat jakavat osaamisensa (Koskela 2013, 17). Moniammatillisuudella tarkoitetaan erilaisia asiakas- ja potilastyön vuorovaikutustilanteita. Yhteistyö, yhteistoiminta ja ammattiroolijaon rikkominen kuuluvat moniammatillisuuteen. Monitoimijainen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö edellyttää jaettua asiantuntijuutta ja yhteistyötä ammattilaisten välillä. Moniammatillinen yhteistyö on yhä merkityksellisempää potilaan hoidon onnistumisen kannalta. (Kekoni, Mönkkönen, Hujala, Laulainen & Hirvonen 2019, 15–46; Sulosaari ym. 2020, 19.) Moniammatillinen työ vaatii onnistuaksensa toimivaa vuorovaikutusta eri alojen osaajien välillä (Mönkkönen, Kekoni, Jaakkola, Profiam Sosiaalipalvelut Oy:n henkilöstö, Pehkonen 2019, 112–148).

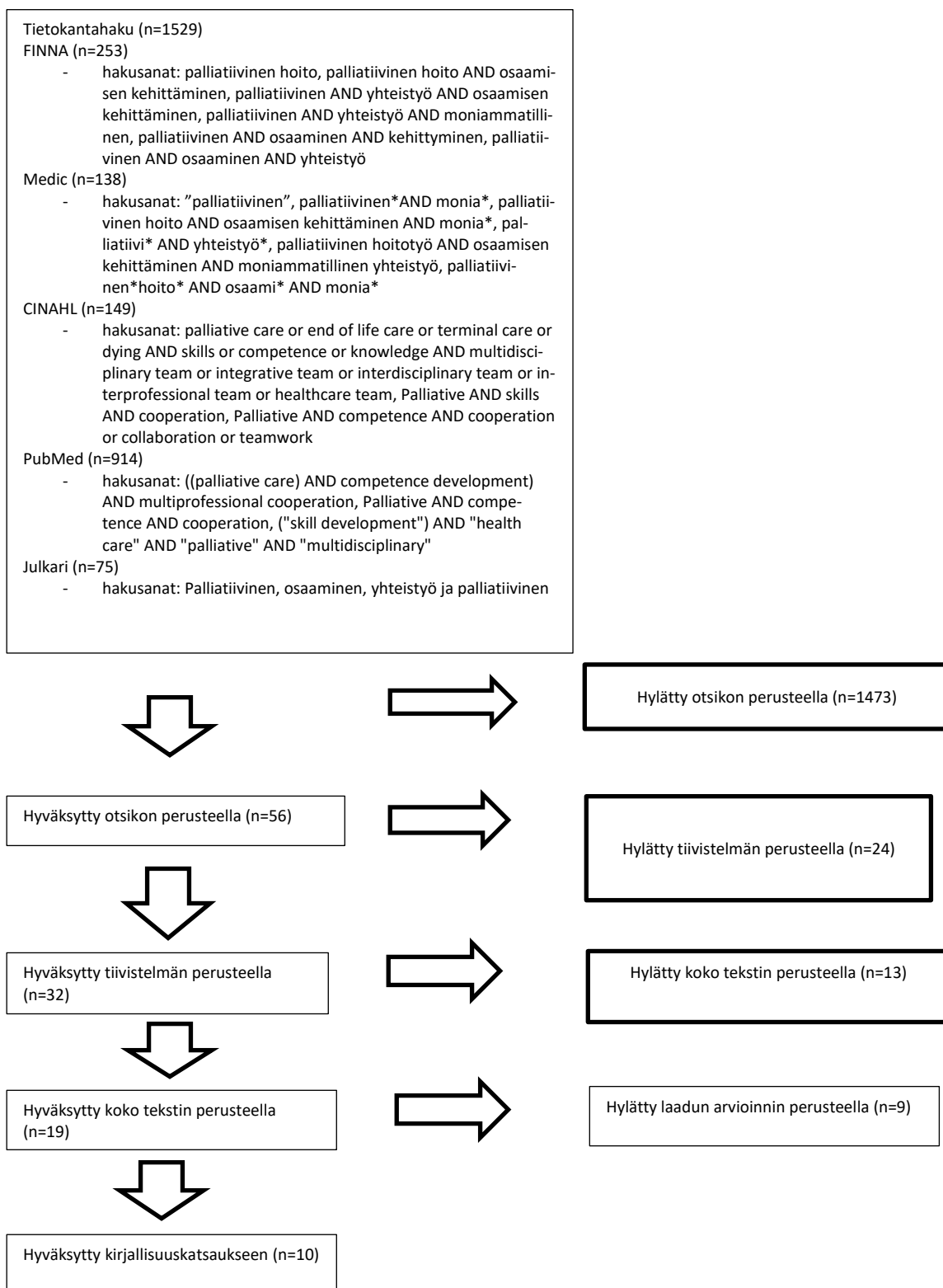
On vielä vähän näyttöä moniammatillista toimintaa edistävästä interventioista. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen vaatii osaamisen vahvistamista, vuorovaikutustaitojen edistämistä sekä toimintaympäristön ja rakenteiden kehittämistä. (Sulosaari ym. 2020, 22, 89.)

Isoherrasen (2012, 26–27) mukaan oppivan organisaation malli sopii sosiaali- ja terveysalalle. Mallia kuvaavat systeeminen ajattelu, itsensä jatkuva kehittäminen, yhteinen visio ja tiimioppiminen. Työtä pyritään ohjaamaan niin, ettei se olisi pirstaleista ja byrokraattista. Joustavuus ja asiakaslähtöisyys korostuvat mallissa. Yhteistyö, jatkuva kehittäminen, yhdessä oppiminen ja yhdessä esteiden tunnistaminen, on oppivan organisaation ydintä. Isoherrasen (2012, 146) mukaan moniammatillisuuden kehittymisen este on koulutusten puute. Eri ammattien koulutuksissa ei opita valmiuksia moniammatilliseen yhteistyöhön ja sen johtamiseen. Lisäksi tarvitaan motivaatiota ja ymmärrystä, jotta voidaan työskennellä tehokkaasti potilaan parhaaksi.

Osaaminen käsite on laaja. Se sisältää eri näkökulmia kuten tiedot, taidot, näkemykset, halun ja rohkeuden, teknis- taloudellis- sosiaalisen osaamisen, yksilö- ja joukkue osaamisen, ydinosamisen, vuorovaikutusosaamisen, osaamisen tason ja muutoksen sekä kehittämisen menetelmät. Osaamista hankitaan, käytetään hyväksi, kehitetään ja ylläpidetään. (Kamensky 2015.) Sosiaali- ja terveysalalla osaamisen käsite on monimuotoinen. Sillä voidaan viitata työntekijän kykyyn suoriutua annetuista tehtävistä. Pohjoismainen näkemys osaamisesta sisältää lisäksi taidot, tiedot ja asenteet. Osaaminen tarkoittaa työssä tarvittavien ominaisuuksien ja tiedon sekä taidon käyttämistä työn tavoitteiden saavuttamiseksi. (Laulainen, Zitting & Niiranen 2020, 153.) Osaamisen käsite palliatiivisen hoidon kontekstissa on laaja-alainen. Siihen kuuluu muun muassa palliatiivinen oirehoito, potilaan ja hänen läheistensä tukeminen, kivun hoito, lääkehoidon osaaminen, ennalta- ennakkoiva hoidon suunnittelu ja elämän loppuvaiheen hoivaosaaminen. (Hökkä, Melander, Lehto & Kaakinen 2021.)

3.3 Kirjallisuuden haku (toiminta)

Tutkimusten haku toteutettiin alan keskeisten hakuportaalien Finna.fi, Medic, CINAHL, PubMed Central ja Julkari hakukannoista joulukuun 2021 – tammikuun 2022 aikana. Nämä hakukannat ovat käytössä Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjaston kautta. Hakukannat soveltuivat opinnäytetyön aiheeseen. Tiedonhakuprosessi on esitetty kuviossa 6. Hakuprosessissa käytettiin kirjaston informaation asiantuntijuutta apuna. Hakuja ja hakusanoja testattiin ennen lopullista hakua.



Kuvio 6. Tiedonhakuprosessi

Kirjallisuuskatsausta ohjasivat sisäänto- ja poissulkukriteerit, jotka on kuvattu taulukossa 3. Hakusanojen täsmentäminen ja oikeellisuus oli haastavaa, koska haut tehtiin suomeksi ja englanniksi. Haut tehtiin vuosien 2011–2021 väliseltä ajalta. Julkaisuvuotta rajaamalla voitiin hallita aineiston kokoa. Ensin tutkimukset luettiin otsikko tasolla ja sitten tiivistelmätasolla. Lopuksi luettiin koko teksti ja tehtiin tutkimusten laadunarviointi. Lopputulokseksi saatiin 10 tutkimusta. (ks. Niela-Vilen & Hamari 2016, 25–28.) Tutkimukset olivat uusia, kahdeksan tutkimusta oli vuosilta 2018–2021, yksi 2016 ja yksi 2013. Liitteessä 3, taulukossa 4 on kootusti katsaukseen valitut alkuperäistutkimukset.

Alkuperäistutkimusten laadunarviointi tehtiin Joanna Briggs Instituutin tutkimusten arviointikriteeristöillä (Hoitotyön tutkimussäätiö 2022b) ja tutkimusten näytönaste arvioitiin Käyvän hoidon näytön aste -luokitusten mukaisesti (Hoitotyön tutkimussäätiö 2022a). Tutkimuksissa oli kolme kirjallisuuskatsausta, kolme poikkileikkaustutkimusta, yksi satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, kaksi laadullista tutkimusta ja yksi asiantuntijoiden näkemys. Esimerkiksi tutkimuksen (Nancarrow ym. 2013) laadun arviointi tehtiin JBI arviointikriteerit järjestelmälliselle katsaukselle lomakkeella, jossa maksimipisteet olivat 11. Tutkimus (Bennardi ym. 2021) arviointiin JBI arviointikriteerit poikkileikkaustutkimukselle mukaan, jossa maksimipisteet ovat 8. Näytön aste luokitukset arvioitiin A-D, jossa A on vahva, B on kohtalainen, C on heikko ja D on hyvin heikko. Näytön astetta arvioi-
dessa kiinnitetään huomioita näytön vahvuuteen, tutkimusten menetelmälliseen laatuun, tutkimustulosten yhteneväisyyteen tai epäyhtenäisyyteen ja tutkimustulosten sovellettavuuteen. Tutkimusten näytön asteeksi arvioitiin yksi A, neljä B ja viisi C. Arviointi kertoo kirjallisuuskatsauksen luotettavuudesta ja tulosten painoarvosta. Näytön asteen pääasiallinen tavoite on pätevyyden ja kliinisen merkittävyyden sekä yleistettävyyden arviointi. Tutkimusten laadun ja näytön asteen arviointi auttaa myös lukijaa ymmärtämään tutkimusta. Oleellista on, että arviointikriteerit valitaan tutkimuksen mukaan (Lemetti & Ylönen 2016, 67–69). Liitteessä 3 (taulukko 4) on kuvattuna katsaukseen valitut alkuperäistutkimukset sekä laadun ja näytön asteenarvioinnit.

3.4 Aineiston analyysi (havainnointi)

Aineiston käsittely on kirjallisuuskatsauksen ydin. Aineiston käsittelyn tehtävä on vastata tutkimuskysymykseen. (Kangasniemi & Pölkki 2016, 80–81.) Analyysin tekemistä ohjaava tekijä on hyvä mainita (Kyngäs ym. 2011, 143–144), joka tässä analyysissä oli tutkimuskysymys. Aineiston käsittelyn ensimmäinen vaihe on tutustua alkuperäistutkimuksiin lukemalla ne useaan kertaan (Kangasniemi & Pölkki 2016, 85). Valitut tutkimukset luettiin useaan kertaan läpi. Läpikäytävää

aineistoa oli litteroituna 59 sivua. Aineisto vaikutti mielenkiintoiselta ja monipuoliselta. Seuraavaksi päätetään aineiston luokittelun muoto (Kangasniemi & Pölkki 2016, 86).

Aineiston luokittelu tapahtui induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Induktiivisessa analyysissä nimettiin analyysiyksikkö (Kangasniemi & Pölkki 2016, 87), joka tässä analyysissä oli virke, koska se vastasi selkeimmin tutkimuskysymykseen. Alkuperäistutkimuksista haettiin ilmiön kannalta merkityksellisiä asioita. Virkkeet haettiin tutkimusten tiivistelmistä, tuloksista, pohdinnasta ja johtopäätöksistä. (ks. Kangasniemi & Pölkki 2016, 86.) Koodeja muodostui yhteensä 170, koska yhdestä virkkeestä tuli useita koodeja. Jokainen alkuperäinen ilmaus ryhmiteltiin vain yhteen alaluokkaan. Englanninkieliset virkkeet käännettiin suomeksi, jonka jälkeen ne pelkistettiin säilyttäen alkupe- räisen ilmaisun merkitys. (ks. Kangasniemi & Pölkki 2016, 87; Kyngäs ym. 2011, 139.) Alkuperäisten ilmausten pelkistäminen helpotti jatkokäsittelyä, kun asiat olivat tiivistetyssä muodossa. Pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin samanlaisuuksien ja erilaisuuksien perusteella. Abstrahointiprosessi tulee viedä niin pitkälle kuin se on mahdollista (Kyngäs ym. 2011, 146). Tulkintakehyksenä oli palliatiivisten potilaiden hoitotyön moniammatillinen työkokemus sairaanhoitajana perusterveydenhuollossa. Analyysi eteni pelkistämisen kautta abstrahointiin, joiden kautta ala- ja pääluokat muodostuivat. Alaluokkia muodostui 14 ja pääluokkia neljä. Luokittelu on kuvattu taulukossa 5.

TAULUKKO 5. Esimerkki kirjallisuuskatsauksen aineiston luokittelusta

Alkuperäiset ilmaukset	Alkuperäiset ilmaukset suomenkielisinä	Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Pääluokat
Identifies a leader who establishes a clear direction and vision for the team, while listening and providing support and supervision to the team members. (1)	Tunnistaa johtajan, joka luo selkeän suunnan ja vision tiimille samalla kun kuuntelee ja tarjoaa tukea ja valvontaa tiimiin kuuluville. (1)	Johtajan, joka luo selkeän suunnan ja vision (1a), kuuntelee ja tarjoaa tukea (1b) ja valvontaa (1c)	A Johtaminen (1a, 1b, 1c, 8c, 9a, 20a, 20b, 20c, 21a, 25a, 25c, 25d, 25e, 33a, 33c, 33d, 33e, 55)	I Johtaminen tiimityön tukena (A, B)
Provides quality patient-focused services with documented outcomes; utilizes feedback to improve the quality of care. (5)	Tarjoaa laadukkaita potilaskeskeisiä palveluja dokumentoiduilla tuloksilla; hyödyntää palautetta hoidon laadun parantamiseksi. (5)	Laadukkaita potilaskeskeisiä palveluja (5a) ja hyödyntää palautetta laadun parantamiseksi (5b)	B Henkilökohtainen kehittyminen (10b, 10c, 10d)	II Henkilöstön osaamisen kehittäminen (F, G, H, I, N)
One of the major barriers to collaboration is fragmentation of services. (14)	Yksi suurimmista yhteistyön esteistä on palvelujen pirstoutuminen. (14)	Yhteistyön esteistä on palvelujen pirstoutuminen (14)	C Arvoperusta (2a, 2b, 26e, 29a, 39c, 39e)	III Organisaation arvot (C, D, E)
Increased coordination is often one of the primary motivations for organisations seeking to cooperate. Coordination refers to a reduction in duplication of effort, reduction in	Lisääntynyt koordinaatio on usein yksi tärkeimmistä motivaatioista organisaatioille, jotka haluavat tehdä yhteistyötä. Koordi-	Koordinaatio on yksi tärkeimmistä motivaatioista (24a), päällekkäisten ponnistelujen vähentämistä (24b), palveluvajeiden vähentämistä (24c), tiedon ja	D Luottamus (3b, 13a, 18, 21d, 22b, 23a, 29c, 41d, 43)	IV Viestintä ja kommunikointi (J, K, L, M)
			E Asiakaslähtöisyys (5a, 7d, 28a, 28b, 35d, 35e, 36c, 36d, 44a, 47c, 56a, 57d, 59b)	
			F Tiimityö (3a, 6b, 8b, 13b, 21b, 21c, 23b, 24b, 24c, 28c, 31a, 31b, 33b, 35a, 35b, 35c, 36b, 37, 40b, 41b, 41c, 42c, 44b, 50a,	

<p>gaps of services, and sharing of knowledge and skills. The degree to which organisations are coordinated is a key mechanism underlying success and failure of collaborations. (24)</p>	<p>nointi tarkoittaa päällekkäisten ponnistelujen vähentämistä, palveluvajeiden vähentämistä sekä tiedon ja taitojen jakamista. Organisaatioiden koordinointiaste on keskeinen yhteistyön onnistumisen ja epäonnistumisen taustalla oleva mekanismi. (24)</p>	<p>taitojen jakamista (24d)</p>	<p>50b, 50c, 51a, 51b, 53a, 54b, 56b)</p> <p>G Koulutukset (10a, 17a, 17b, 26c, 38, 42b)</p> <p>H Ammatillinen pätevyys (7a, 7b, 8a, 8b, 8e, 8f, 9b, 9c, 12b, 24d, 34, 39a, 39d, 39f, 39h, 40a, 42a, 47a, 47b, 49a, 49c, 49d, 52a, 52b, 53b, 54a)</p> <p>I Työntekijän asenne ja persoonallisuus (7c, 11a, 11b, 26a, 29b, 29d, 39b)</p> <p>J Terveydenhuollon prosessit (4a, 6c, 7e, 19a, 19b, 30a, 30b, 30c, 46a, 46b, 46c, 46d, 46e, 57a, 57b, 57c, 58b, 58c, 59a, 60c)</p> <p>K Organisaatiokulttuuri (20d, 20e, 22a, 26b, 26d, 27a, 27b, 48a, 48b, 49b)</p> <p>L Terveydenhuollon järjestelmät (4b, 5b, 14, 15, 48c, 60a)</p> <p>M Tiedonvaihto ja koordinointi (6a, 8d, 12a, 16a, 16b, 16c, 24a, 25b, 32, 41a, 58a, 59c, 60b)</p> <p>N Työntekijöiden roolit terveydenhuollossa (36a, 45a, 45b, 45c)</p>	
---	---	---------------------------------	---	--

Taulukossa 5 on esimerkki kuvaus kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysistä, siitä ilmenevät kaikki ala- ja pääluokat sekä esimerkin omaisesti alkuperäisiä ja pelkistettyjä ilmaisuja.

3.5 Tulokset (havainnointi)

Kirjallisuuskatsauksessa haettiin vastausta tutkimuskysymykseen, miten palliatiivisen hoitotyön osaamista kehitetään moniammatillisen yhteistyön avulla (potilaan jatkohoitoon siirtyessä). Tuloksena muodostui neljä pääluokkaa. Pääluokat ovat johtaminen tiimityön tukena, henkilöstön

osaamisen kehittäminen, organisaation arvot sekä viestintä ja kommunikointi. Tuloksissa alaluokat on kursivoitu.

Johtaminen tiimityön tukena

Johtaminen on keskeisessä roolissa yhteistyön kehittämisessä. Sen avulla voidaan kehittää palliatiivisen hoitotyön osaamista moniammatillisen yhteistyön avulla. Toimiva tiimi tarvitsee johtajan, joka luo selkeän suunnan ja vision sekä tukee ja kuuntelee työntekijöitään.

”Identifies a leader who establishes a clear direction and vision for the team, while listening and providing support to the team members.” (Nancarrow ym. 2013)

Johtamisen tulee olla yhteistyöhön perustuvaa, ja sen tulee edistää moniammatillisten roolien keskinäistä riippuvuutta. Työntekijöiden vaihtumista, ja siitä aiheutuva lisäkuorma tiimiin jääville työntekijöille, tulisi ennaltaehkäistä. Yhteistyö tarvitsee sitoutuneita työntekijöitä. Laadukkaalla johtamisella voidaan lisätä työntekijän sitoutumista työhön ja työyhteisöön. Jatkuva työntekijöiden vaihtuminen vaikuttaa myös tiimiin kuuluvien osaamiseen ja potilaan hoidon laatuun.

Kehittämällä johtajuutta voidaan vaikuttaa hoidon laatuun. Hoidon laatua voidaan kehittää perustamalla tehokkaita ja toimivia tiimejä. Johtajat ovat osaltaan perustamassa organisaatiokulttuuria, joka edistää moniammatillista yhteistyötä. Kehittävällä ja myönteisellä johtamisella voidaan saada aikaan tuloksia. Johtajan on myös osattava jakaa vastuuta työntekijöille. Koko henkilöstö tulee ottaa mukaan kehittämiseen ja päätöksentekoon. Se vaikuttaa myös yhteistyön tekemiseen. Kouluttautumista on edistettävä vahvalla johtamisella.

”Educational effort was to be supported by strong leadership.” (Albers ym. 2016)

Johtaja voi vaikuttaa työntekijän *henkilökohtaiseen kehittymiseen*. Johtaja voi edistää työntekijöiden kehitystä palkkioiden, tunnusten ja urakehitysmahdollisuuksien avulla. Lisäksi tasa-arvoisella palkkauksella edistetään työyhteisöön yhteishenkeä.

Henkilöstön osaamisen kehittäminen

Tiimityötä vahvistavia tekijöitä ovat yhteinen päätöksenteko toisten ammattilaisten kanssa. Riskitiedot heikentävät uskoa yhteistyöhön ja -toimintaan. Usko yhteistyöhön tukee halua työskennellä yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Yhteinen tavoite yhdistää moniammatillista tiimiä ja lisää hoidon potilaskeskeisyyttä.

“ Emphasised the importance of patient-centredness and mutuality by describing collaboration between PCDs and SCDs as patient-centred, based on setting shared goals and working with a common aim.” (Janssen ym. 2020)

Palveluvajeen vähentäminen potilastyössä ja päällekkäisen työn tekeminen motivoivat tekemään yhteistyötä. Tähän voidaan vaikuttaa hoidon koordinoinnilla.

Belgiassa (Horlait ym. 2019) lakiin kirjattu velvoite syöpäpotilaiden hoidossa tapahtuvassa monialaisesta onkologisesta konsultaatiosta (MOC) on lisännyt hoidon monitieteisyyttä, mutta toisaalta rutinoituminen on lisännyt lääkärin hallintaa kokouksissa, ja tämä on vähentänyt potilaiden psykososiaalisten tarpeiden ja mieltymysten huomioimista. Eri ammattilaiset kuten psykologit voivat mahdollisesti lähentää kuilua eri ammattilaisten välillä moniammatillisissa kokouksissa, jotta alemmassa asemassa olevat kokouksen osallistujat kuten hoitajat saisivat äänensä kuuluville potilaan hyväksi. Monitieteinen tiimityöskentely tarjoaa mahdollisuuden yhteistyölle ja molemminpuoliseen oppimiseen. Yhteistyön tekeminen kehittää siihen osallistuvien osaamista.

Roolioppimisen kautta voidaan kehittää tiimin ammattilaisten tietoisuutta toisistaan.

“ Inter-professional role learning by using a case-based teamwork approach is effective for enhancing the awareness of team members contributing to client care.” (Fukui ym. 2019)

Yhteistyötä edistää, kun osapuolet tuntevat toisensa, toisten työnkuvat ja osaamisen. Jaettu päätöksenteko ja kumppanuuden muodostaminen terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välillä edistää yhteistyötä. Koulutus kehittää osaamista, jolla mahdollistetaan potilaan osallistaminen jaettuun päätöksentekoon.

Palliatiivisen ja geriatrisen hoidon yhteistyön kehittäminen olisi opettavaista, koska aloilla hoidetaan samankaltaista potilasväestöä samalaisilla hoitotavoilla. Iäkkäillä ihmisillä on lähes aina yksi tai useampi kuolemaan johtava sairaus, joten tästä näkökulmasta perussairauksien hoito ja huolenpito on palliatiivista hoitoa (Finne-Soveri ym. 2022, 30). Palliatiivisen ja geriatrisen hoitotyön

moniammatillinen yhteistyö on yksi esimerkki siitä, kuinka palliatiivisen potilaan hoitotyön osaamista voidaan kehittää moniammatillisen yhteistyön avulla. Yhteisymmärryksen ja tiedon puute ovat esteenä yhteistyölle. Palliatiivinen hoito tulisi integroida geriatrian opintoihin. Palliatiivisen hoidon ydinosaamisen määrittäminen edistäisi yhteistyötä. Eurooppalaisessa tutkimuksessa (Albers ym. 2016) todetaan, että palliatiivista hoitoa ja geriatrista lääketiedettä ei tunnusteta kaikkialla erikoisalaksi.

Kouluttamalla henkilökuntaa voidaan kehittää heidän palliatiivista osaamistaan. Yhteistyön tekemiseen vaikuttavat myös *työntekijän asenne ja persoonallisuus*. Asenne, avoimuus, miellyttävyyys ja uskomukset vaikuttavat yhteistyön tekemiseen. Moniammatillista yhteistyötä edistävät koulutukset, joissa käsitellään yhteistyötaitoja, arvoja ja käyttäytymistä. Japanissa (Fukui ym. 2018) on saatu elämän loppuvaiheen interventio-ohjelmalla näyttöä tästä, ja se on lisännyt eri ammattilaisten luottamusta yhteistyöhön, mikä on tukenut palliatiivisia potilaita elämän loppuvaiheessa. Tiimi tarvitsee *ammattillista pätevyyttä* toimiakseen tehokkaasti. Moniammatillinen yhteistyö vaatii poikkitieteellistä osaamista sekä tiimitoiminta osaamista ja ammatillista tietämystä ja kokemusta.

Ammatillinen identiteetti koostuu asenteista, arvoista, tiedosta, taidosta ja uskomuksista. Vahvan ammatti-identiteetin omaava työntekijä tuottaa laadukasta hoitotyötä. Kommunikaatiotaidot ovat tärkeitä moniammatillisessa yhteistyössä. Työntekijöiden palliatiivisen hoidon osaaminen ja kiinnostus vaikuttaa hoitotyön laatuun.

” Participants was better provider communication skills and education are essential.” (Guirguis ym. 2021)

Ihmiset oppivat asioita eri tavoilla. *Työntekijöiden roolit terveydenhuollossa*, kuten hoitajat ja lääkärit, on havaittu työ- ja oppimiskulttuureissa eroja Norjassa (Johanssen ym. 2018). Asiantuntijaroolit terveydenhuollossa voivat edistää palliatiivisen hoitotyön osaamista moniammatillisessa yhteistyössä. Yhteistyötä edistää eri ammattilaisten roolien kunnioittaminen ja autonomia. On tärkeää pystyä ilmaisemaan omat mielipiteensä ymmärrettävästi. Lääkärien ja sairaanhoitajien toisiaan täydentävät osaamiset ja autonomiset roolit toimivat perusterveydenhuollossa palliatiivisessa hoidossa. Tällainen moniammatillinen yhteistyö kehittää palliatiivisen hoitotyön osaamista.

Organisaation arvot

Palliatiivinen hoitotyö on *arvoperusteista* toimintaa. Arvot kuten kunnioitus, luottamus, avoimuus sekä asiakaslähtöisyys ja potilaskeskeisyys tukevat yhteis- ja tiimityötä. Työtä ohjaavat arvot tulee olla työyhteisössä esillä ja kaikkien tiedossa (Nancarrow ym. 2013). Usein ne ovat kirjattuna organisaation strategiassa. Arvot tulee näkyä työntekijöiden rekrytoinnissa (Aunger ym. 2021). Yhteistyöhön osallistuvien tulee kunnioittaa toisiaan. Arvot ja uskomukset ovat osa työntekijän ammatillista identiteettiä. Kehittämällä työntekijän ammatillista identiteettiä voidaan edistää klinisen asiantuntijan osaamista ja sillä on merkitystä palliatiivisen potilaan hoitotyöhön (Fukui ym. 2019).

Toimiva tiimityö tarvitsee *luottamuksen* ilmapiiriä (Nancarrow ym. 2013). Luottamuksen kehittyminen ja ylläpitäminen ovat yhteistyön perusta. Yhteistyön tulee perustua vapaaehtoisuuteen. Usko ja avoimuus ovat välttämättömiä ja edistävät yhteistyötä.

Jaettu päätöksenteko toteutetaan luottamuksella ja kunnioituksella. Guirguis ym. (2021) tutkimuksessa jaetusta päätöksenteosta terveydenhuollossa yhtenä huomioon otettavaa kohtana oli, että potilaat tarvitsevat aikaa päätöksentekoon ja hoitosuhteen luomiseen terveydenhuollon kanssa. Potilaiden pitää voida luottaa terveydenhuollon ammattilaisiin. Potilaan ja ammattilaisen välinen luottamuksellinen ja vahva suhde tukee sitä, että potilas saa näyttöön perustuvaa ja hänelle parhaiten soveltuvaa hoitoa. Palliatiivisen potilaan hoitotyössä *asiakaslähtöisyys* ja potilaskeskeisyys ovat yksi tärkeimmistä arvoista. Moniammatillisen terveydenhuollon tavoite on tuottaa laadukkaita potilaskeskeisiä palveluja. Arvot ohjaavat tiimin palvelutarjontaa, joiden tavoitteena on tuottaa laadukkaita potilaskeskeisiä palveluja (Nancarrow ym. 2013). Janssen ym. (2020) tutkimuksen yhteisenä huolena nousi potilaskeskeisyyden merkityksen korostaminen. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lääkärin potilaskeskeinen yhteistyö koetaan tärkeänä. Yhteinen potilaskeskeinen hoidon tavoite ja samansuuntaiset ajatukset vahvistavat yhteistyötä. Tähän liittyy vahvasti potilaan kunnioittaminen ja ymmärtäminen.

“ Provides quality patient-focused services with documented outcomes; utilizes feedback to improve the quality of care.” (Nancarrow ym. 2013)

Potilaan tilanne tulee ymmärtää kokonaisuutena. Moniammatillinen yhteistyö lisää mahdollisuuksia huomioida potilaan psykososiaalisia tarpeita ja mieltymyksiä. Moniammatillisissa tiimikouksissa tulisi käsitellä potilaiden asiat perusteellisesti myös psykososiaaliset kohdat huomioon. Potilaiden psykososiaaliset tarpeet ja omat mielipiteet hoidon suhteen tulee ottaa huomioon

hoitopäätöksiä tehdessä (Horlait ym. 2019). Tiimeissä tulee olla riittävästi osaamista, jotta potilaan tarpeet tulee täytetyksi (Nancarrow ym. 2013). Terveysthuollon ammattilaisten osaaminen ja kiinnostus palliatiivista hoitoa kohtaan voi näkyä niin etteivät potilaat saa optimaalista hoitoa (Johansen ym. 2018).

Suomessa sähköisen moniammatillisen kotiutuslistan sisältö on kehitetty potilaan näkökulmasta. Kotiutusprosessin tavoite on, että potilas ja hänen omaisensa pärjäävät mahdollisimman hyvin kotiutumisen jälkeen. Kotiutuslista on suunniteltu niin, että se sisältää potilaan aktiivisen toimijuuden prosessissa. (Kuusisto ym. 2019.)

Viestintä ja kommunikointi

Asianmukaiset ja toimivat *terveydenhuollon prosessit ja -järjestelmät* edistävät yhteistyötä. Niiden avulla, kuten toimiva konsultaatio, lähetekäytännöt ja tiimiprosessit, pystytään ylläpitämään palveluita ja sujuvoittamaan toimintoja. Asiakaspalautteita tulee hyödyntää laadun kehittämiseksi. Tiimeissä tulee olla selkeät ammattiroolit ja niiden vastuut sekä konfliktien ratkaisuprosessit. Selkeät pelisäännöt moniammatillisessa yhteistyössä helpottavat toimijoiden työtä. Nämä tulee olla yhteistyöhön osallistuvien tiedossa. (Nancarrow ym. 2013.) Sairaanhoidtajien ja lääkäreiden yhteistyötä edistää mahdollisuus kliinisiin keskusteluihin, lääkärin saavutettavuus, oikea-aikainen takaisinsoittopalvelu ja tarvittavien lääkärilausuntojen saaminen tarvittaessa (Janssen ym. 2020).

Työvälineet kuten tarkistuslistat voivat yhdistää eri ammattilaisten osaamista ja mahdollistaa moniammatillisten tiimien hyödyn maksimoinnin potilaan hyväksi. Sähköinen moniammatillinen kotiutuslista (Kuusisto ym. 2019) on yhteinen hoitoon osallistuville ammattilaisille. Tällaisella työvälineellä voidaan kehittää yhteistyötä, koska lista tuo esille ammattilaiselle toisen työn ja osaamisen.

Organisaatiokulttuuri vaikuttaa yhteistyöhön. Konfliktit organisaation sisällä heikentävät sen tehokkuutta. Yhteistyöhön pakotetut verkostot toimivat heikosti. Organisaation joustavuus viittaa kykyyn kohdata ympäristöhäiriöitä ja sopeutua uusiin olosuhteisiin. (Aunger ym. 2021.) Eri ammattilaisten yhteistyön esteenä voi olla kulttuurisia ja organisatorisia esteitä kuten työaikajärjestelyt (Johansen & Ervik 2018).

Yhteistyötä estäviä tekijöitä on palveluiden pirstoutuminen ja *tiedonvaihtomekanismien* standardoinnin puute eri toimijoiden välillä.

” One of the major barriers to collaboration is fragmentation of services.” (Bennardi ym. 2021)

Tiimin sisäinen tehokas viestintä on keskeistä moniammatillisessa yhteistyössä, koska sen avulla jaetaan osaamista (Nancarrow ym. 2013). Viestintäkanavien kehittäminen organisaatiossa edistää moniammatillista yhteistyötä, ja sillä tavoitellaan sujuvaa *tiedonvaihtoa*. Laadukkaalla viestinnällä on merkitystä yhteistyössä. Sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden *koordinoinnin* puute on esteenä parhaiden käytäntöjen jakamiselle. (Aunger ym. 2021.) Ymmärrys koordinoinnin hyödyllisyydestä motivoi lisäämään sitä. Kotiutuksen suunnittelun tulee sisältää koordinoitua moniammatillisen lähestymistavan. (Kuusisto ym. 2019.) Viestintä, *koordinointi* ja kommunikointi moniammatillisessa yhteistyössä kehittävät palliatiivisen hoitotyön osaamista.

Tämän opinnäytetyön tavoite on kehittää palliatiivisen potilaan asiakaslähtöistä jatkohoitoa. Potilaan kotiutuminen on monimutkainen prosessi, jonka valmistelu tulee aloittaa heti hoitosuhteen alussa, ja sen tulee ulottua kotihoitoon saakka.

”Kotiutuksen suunnittelu alkaa potilaan sairaalan tulosta ja se sisältää potilaan aktiivisen toimijuuden omassa hoidossaan sekä koordinoitua moniammatillisen lähestymistavan koko hoitajakson ajan.” (Kuusisto ym. 2019)

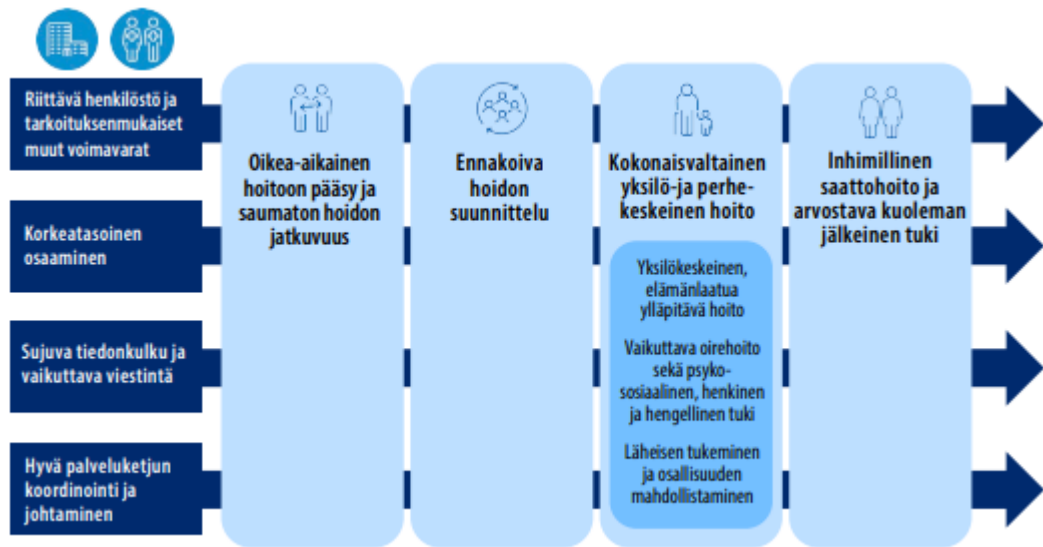
Kotiutuksessa suunnitelmallisuus on tärkeää. Systemaattinen, rakenteellinen kirjaaminen ja tiedon saatavuus moniammatillisesti edistävät potilaan tehokasta ja turvallista kotiutumista. Moniammatillinen toiminta edistää potilaan hoitoa. (Kuusisto ym. 2019.)

3.6 Johtopäätökset (reflektointi)

Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus oli kartoittaa, miten palliatiivisen hoitotyön osaamista kehitetään moniammatillisen yhteistyön avulla.

Johtamalla tiimityötä kehitetään palliatiivisen hoitotyön osaamista

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansalliset laatusuositukset (kuvio 7). Laatusuositukset auttavat ammattilaisia ja esihenkilöitä arvioimaan oman toiminnan laatua. (Saarto, Finne-Soveri, Hammar, Forsius, Lyytikäinen, Lehto & Ahtiluoto 2022, 29–30.)



Kuvio 7. Laatusuosituksen perusmalli ja sisältö (Saarto ym. 2022, 30)

Tiimityön johtamiseen kuuluu palveluketjujen koordinointi, sujuva tiedonkulku ja vaikuttava viestintä sekä riittävän henkilöstön varmistaminen (Saarto ym. 2022, 30). Johtajuudella on tärkeä rooli palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittämässä. Johtamisella voidaan vaikuttaa organisaation toimintatapoihin ja asenteisiin. Koulutusta on tuettava vahvalla johtajuudella. Johtajan tulee vahvistaa työskulttuuria, jossa moniammatillista yhteistyötä arvostetaan ja halutaan kehittää. Johtamisella voidaan vaikuttaa palliatiivisen potilaan hoitoon turvaamalla riittävä henkilöstö ja sen korkeatasoinen osaaminen sekä huomioimalla sujuva tiedonkulku, viestintä ja palveluketjun koordinointi (Saarto ym. 2022, 29). Hyvä palveluketjun koordinointi ja johtaminen on kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaista johtamista, joka edistää moniammatillisten roolien keskinäistä riippuvuutta (Nancarrow ym. 2013). Luovalla ja myönteisellä johtamisella kehitetään tehokkaita ja toimivia tiimejä. Palliatiivinen hoito on moniammatillista toimintaa (Palliatiivisen hoito- ja saattohoito 2019). Laatusuositus tukee kirjallisuuskatsauksessa saatuja tuloksia.

Moniammatillista osaamista edistään kehitetään palliatiivista hoitotyön osaamista

Palliatiivisessa hoidossa korkeatasoinen osaaminen on osa laatukokonaisuutta (Saarto ym. 2022, 30). Korkeatasoinen osaaminen (Saarto ym. 2022, 30) ja osaaminen palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa (Finne-Soveri ym. 2022, 12) vahvistavat kirjallisuuskatsauksen tulosta, henkilöstön osaamisen kehittäminen. Moniammatillista yhteistyötä edistävät koulutukset ovat lisänneet ammattilaisten luottamusta yhteistyöhön (Fukui ym. 2018). Moniammatilliseen yhteistyöhön vaikuttaa tiimityöskentely, vastuunjako, asenteet, asiantuntijuus, arvot sekä tiedot ja taidot. Nämä

ovat myös laatukäsikirjassa osaamisen kohteita palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa (Finne-Soveri ym. 2022, 12). Näitä asioita kehittämällä kehitetään myös palliatiivisen hoitotyön osaamista.

Palliatiivista hoitotyötä tekevillä sairaanhoitajilla tulee olla erilaista osaamista. Palliatiivisen hoidon perustason sairaanhoitajien osaaminen sisältää 17 eri osaamista kuten oirehoito, omaisten tukeminen, yhteistyöosaaminen, palliatiivisen hoidon koordinointi ja epäroimätön asenne palliatiiviseen hoitoon. (Hökkä ym. 2021.) Iäkkäiden ihmisten palveluissa tärkeimmät osaamisen kohteet ovat osata tunnistaa lähestyvä kuolema ja osata hoitaa tavalliset potilaan kuolemaan liittyvät oireet kuten kipu, hengenahdistus, ummetus ja ahdistus (Finne-Soveri ym. 2022, 30–31). Sairaanhoidajan ammatilliseen rooliin ja johtajuuteen liittyvät taidot, yhteistyöosaaminen ja viestintäosaaminen tulevat esiin kirjallisuuskatsauksen tuloksissa ja kansainvälisessä systemaattisessa katsauksessa, jossa on kuvattu hoitotyön osaamista palliatiivisessa hoidossa (Hökkä ym. 2020, 863).

Forsius ym. (2021) mukaan palliatiivinen hoito ikäihmisten palveluissa on kehitettävää. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusosaaminen kuuluu kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöille. Varsinkin kotihoidon yksiköissä palliatiivisen- ja saattohoidon osaamista on vahvistettava, tarkemmin psykososiaalisten ja eksistentiaalisten tarpeiden tunnistaminen sekä läheisten kohtaaminen kuoleman lähestyessä ja surutyössä. Palliatiivisten- ja geriatrinen potilaiden hoitotyössä on yhtäläisyyksiä. Potilaskeskeisyys ja potilaan yhteinen hoidon tavoite voivat edistää osaamista eri ammattiryhmissä.

Palliatiivista hoitoa toteuttavien kotisairaaloitten vahvistaminen auttaisi iäkkäiden elämän loppuvaiheenhoitoa kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa. Hyvin järjestetty saattohoito mahdollistaa arvokkaan kuoleman ja vähentää potilaiden tarpeettomia siirtymisiä sairaaloihin ja päivystykseen (Forsius, Hammar & Alastalo 2020). Palliatiivisen potilaan mahdollisuus olla omassa kodissa pitkään mahdollistuu varhaisella palliatiivisen hoidon aloittamisella ja potilaslähtöisellä hoidolla (Saukkonen, Viitala, Lehto & Åstedt-Kurki 2017).

Sujuva yhteistyö ja selkeät potilaan hoitolinjaukset edesauttavat palliatiivisen potilaan loppuvaiheen hoidon onnistumista perusterveydenhuollossa. Toimiva palliatiivisen potilaan hoitoketju vähentää epätarkoituksenmukaisia siirtoja ESH:n ja PTH:n välillä. (Vierula 2016.) Hoitoketjujen toimivuuden varmistaminen ja ajantasaisuus on myös työyksikön henkilökunnan osaamista (Finne-Soveri 2022, 44). Keski-Suomen keskussairaalan syöpäosaston osastonylilääkäri kertoo kokemuk-

sestaan, että palliatiivisen poliklinikan avulla potilas siirtyy saattaen ESH:sta PTH:on. Tiivis yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ammattilaisten välillä on tärkeää. Hoidon laatu ja jatkuvuus ovat kehittyneet tiiviin yhteistyön seurauksena. (Vierula 2016.)

Asiakaslähtöisyys työnteon arvona

Asiakaslähtöisyys palliatiivisessa hoitotyössä on hoidon ydin. Potilaan oma tahto ja kirjallinen hoitotahto tulee tehdä, jotta potilaan toiveet ja tahto tulee kuuluksi. Potilaalle kerrotaan tietoa ja hänen kysymyksiinsä vastataan aina. Lisäksi varmistetaan, että potilas ymmärtää saamansa tiedon. Potilaan fyysisiin, psyykkisiin ja psykososiaalisiin tarpeisiin tulee vastata. (Finne-Soveri ym. 2022, 19–20.) Tulevassa Sote uudistuksessa palveluiden kehittämisen tavoitteena on, että palvelut vastaavat ihmisten tarpeisiin. Palveluja tulee kehittää ja sovittaa yhteen katkeamattomiksi palveluketjuiksi ja kokonaisuuksiksi. Rakennemuutoksen tulee perustua asiakaslähtöisyyteen ja asiakkaiden osallistumiseen. Asiakaslähtöisyyden kehittäminen on vastaus uudistustarpeeseen. Uskotaan, että asiakaslähtöiset toimintamallit lisäävät hoidon vaikuttavuutta, palveluiden kustannustehokkuutta ja asiakkaisen sekä työntekijöiden tyytyväisyyttä. (Sote uudistus 2020.)

Arvot auttavat ymmärtämään yhteistyökumppania ja sitä kautta ne kehittävät palliatiivisen hoitotyön osaamista. Arvo-osaamista kehittämällä edistetään moniammatillista yhteistyötä terveydenhuollossa. Asiakaslähtöinen työskentely ja luottamus tukevat yhteistyötä (Aunger ym. 2021, 7). Moniammatillisella terveydenhuollolla tavoitellaan laadukkaita potilaskeskeisiä palveluja (Nancarrow ym. 2013). Asiakaslähtöisyys toimii työn arvoperustana. Asiakaslähtöisyys tulee käsitellä työskentelytapana, jossa asiakas osallistuu omaan hoitoonsa ja hänen itsemääräämisoikeutensa kunnioitetaan (Heikkilä, Lammintakainen, Laulainen & Noro 2022, 7–8). Laatusuosituksissa (Saarto ym. 2022, 30) arvoina voidaan käsitellä oikea-aikainen hoitoon pääsy, saumaton hoidon jatkuvuus, ennakoiva hoidon suunnittelu, kokonaishoito, yksilökeskeisyys sekä inhimillinen saattohoito. Nämä kaikki kuvaavat asiakaslähtöisyyttä.

Laadukas viestintä ja kommunikaatio osaamisen tukena hoitotyössä

Tuloksissa toimiva koordinointi mahdollistaa parhaiden käytäntöjen jakamisen yksiköiden välillä ja kotiutuksen suunnittelussa tulee käyttää koordinoitua moniammatillista osaamista. Palliatiivisessa hoitotyössä hoidon koordinointi on tarpeen. (Aunger ym. 2021; Bennardi ym. 2021.) Sujuva tiedonkulku ja vaikuttava viestintä (Saarto ym. 2022, 30) ovat kansallisissa palliatiivisen hoidon laatusuosituksissa. Tuloksissa sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyötä edistivät toimivat prosessit ja järjestelmät kuten toimiva konsultaatio (Johanssen ym. 2018).

Tiimin sisäinen tehokas viestintä on keskeistä moniammatillisessa yhteistyössä. Viestintäkanavien kehittäminen organisaatiossa edistää moniammatillista yhteistyötä. Viestintä, kommunikaatio ja koordinointi ovat yhteistyötä, jonka avulla palliatiivisen hoitotyön osaamista voidaan kehittää. Ne ovat edellytys toimivalle moniammatilliselle yhteistyölle. Sosiaali- ja terveydenhuollossa voidaan tarjota korkealaatuista potilaskeskeistä hoitoa vain yhteistyön avulla. (Aunger ym. 2021.)

Teknologia vaikuttaa toimintatapoihin, rakenteisiin ja ihmisten arkipäivään. Terveysteknologia yleistyy ja kehittyy. Tieto mahdollistaa yksilöidyn ja ennaltaehkäisevää hoidon. Uudenlaisen teknologian haltuunotto tulee tärkeäksi niin ammattilaisille kuin kansalaisille. (Dufva 2020.) Toimintatapoja ja digitaalisia ratkaisuja kehitetään asiakaslähtöisiksi (Sote uudistus 2020).

Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus oli kartoittaa, miten palliatiivisen hoitotyön osaamista kehitetään moniammatillisen yhteistyön avulla. Palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittäminen moniammatillisen yhteistyön avulla on mahdollista. ”Osaamisen jakaminen asiakaskeskeisesti on tiimityötä” (Finne-Soveri 2022, 11) ja tiimityö on moniammatillista yhteistyötä. Palliatiivista hoitotyön osaamista voidaan kehittää moniammatillisesti toimivalla tiimityöllä ja johtamisella, koulutusten avulla, asiakaslähtöisellä työotteella sekä sujuvan viestinnän ja kommunikoinnin avulla. Palliatiivisen hoitotyön tulee olla asiakaslähtöistä ja moniammatillista. Asiakaslähtöisyyttä lisäämällä voidaan palliatiivisen hoitotyön osaamista kehittää moniammatillisen yhteistyön avulla. Tarvitaan lisää ymmärrystä asiakaslähtöisyydestä. Johtopäätösten ja ohjausryhmäkokouksen keskustelun (30.3.2022) jälkeen syklissä 3 integroitiin syklien 1 ja 2 tulokset ja asiakaslähtöisyyttä edistävät tekijät palliatiivisen potilaan palveluketjuun.

3.7 Lähteet

Collin, K., Valleala U M., Herranen, S., Paloniemi, S. & Pyhälä-Liljeström, P. (2012). *Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa*. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 49 (1), 31–43. Saatavilla 10.3.2022. <https://journal.fi/sla/article/view/9343>

Dufva, M. (2020). *Megatrendit 2020*. Sitran selvityksiä 162. Helsinki. Saatavilla 23.2.2022. <https://media.sitra.fi/2019/12/15143428/megatrendit-2020.pdf>

Finne-Soveri, H., Forsius, P., Hökkä, M., Maula, S., Surakka, T. & Hammar, T. (2022). *Laatukäsikirja elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ihmisten palveluissa*. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki. Ohjaus 6. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-834-7>

Forsius, P., Hammar, T. & Alastalo, H. (2020). *Laadukas elämän loppuvaiheen hoito iäkkäiden palveluissa edellyttää kotisairaalan vahvistamista*. Tutkimuksesta tiiviisti 36. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-600-8>

Forsius, P., Hammar, T., Finne-Soveri, H. & Alastalo, H. (2021). *Elämän loppuvaiheen osaaminen kaippaa vahvistusta iäkkäiden palveluissa*. Tutkimuksesta tiiviisti 75. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-795-1>

Heikkilä, R., Lammintakainen, J., Laulainen, S. & Noro, A. (2022). *Asiakaslähtöisyyden toteutuminen asiakas- ja palveluohjauksen eri vaiheissa*. Focus Localis 50(1), 5–23. <https://journal.fi/focuslocalis/article/view/115341/68092>

Hoitotyön tutkimussäätiö. (2022a). *Näytönasteen määrittäminen*. Saatavilla 1.1.2022. <https://www.hotus.fi/naytonasteen-maarittaminen/>

Hoitotyön tutkimussäätiö. (2022b). *Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI)*. Saatavilla 1.1.2022. <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/>

Hökkä, M., Melander, H-L., Lehto, J.T., Kaakinen, P. (2021). *Palliative Nursing Competencies Required for Different Levels of Palliative Care Provision: A Qualitative Analysis of Health Care Professionals' Perspectives*. Journal of Palliative medicine 24(10), 1516–1524. DOI: 10.1089/jpm.2020.0632

Hökkä, M., Martins Pereira, S., Pölkki, T., Kyngäs, H. & Hernandez-Marrero, P. (2020). *Nursing competencies across different levels of palliative care provision: A systematic integrative review*

with thematic synthesis. Palliative Medicine. Review Article 34(7), 851–870. DOI: 10.1177/0269216320918798journals.sagepub.com/home/pmj

Isoherranen, K. (2012). *Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä.* Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta, sosiaalitieteiden laitos, sosiaalipsykologia. Väitöskirja. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 18. Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-7664-0>

Kamensky, M. (2015). *Menestyksen timantti. Strateginen, johtaminen, osaaminen, vuorovaikutus.* Alma Talent Oy. Talentum.

Kangasniemi, M. & Pölkki, T. (2016). *Aineiston käsittely: Kirjallisuuskatsauksen ydin.* Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. (80–93). Turku: Turun yliopisto.

Kekoni, T., Mönkkönen, K., Hujala, A., Laulainen, S. & Hirvonen, J. (2019). *Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä.* Teoksessa K. Mönkkönen, T. Kekoni & A. Pehkonen (toim.). Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. (15–46). Tallinna: Printon Trukikoda.

Koskela, S. (2013). *”Mie teen vaan oman työni”.* Toimintatutkimus moniammatillisen yhteistyön ja ohjausosaamisen kehittämistä. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 477. Jyväskylän yliopisto: Jyväskylä. Saatavilla 10.3.2022. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-5330-0>

Kyngäs, H, Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. (2011). *Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa.* Hoitotiede 23 (2), 138–148.

Laulainen, S., Zitting, J. & Niiranen, V. (2020). *Henkilöstön ja johtajien osaamisvaatimukset integroituvissa palveluissa.* Teoksessa A. Hujala & H. Taskinen (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala. (151–178). Tampere: Tampere University Press. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9>

Lehtiö, L. & Johansson, E. (2016). *Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä.* Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. (35–55). Turku: Turun yliopisto.

Lemetti, T. & Ylönen, M. (2016). *Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusartikkeleiden arviointi.* Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. (67–79). Turku: Turun yliopisto.

Mönkkönen, K., Kekoni, T., Jaakkola, A-M., Profiam Sosiaalipalvelut Oy:n henkilöstö & Pehkonen, A. (2019). *Kohti monitoimijaista kehittämistä*. Teoksessa K. Mönkkönen, T. Kekoni & A. Pehkonen (toim.). *Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla*. (112–148). Tallinna: Printon Trukikoda.

Niela-Vilen, H. & Hamari, L. (2016). *Kirjallisuuskatsauksen vaiheet*. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. (23–34). Turku: Turun yliopisto.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. (2019). Käypä hoito – suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Saatavilla 30.3.2022. [Http://www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Saarto, T., Finne-Soveri, H., Hammar, T., Forsius, P., Lyytikäinen, M., Lehto, J. & Ahtiluoto, S. (2022). *Kohti palliatiivisen hoidon laaturekisteriä. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatutieto -projektin loppuraportti*. Helsinki sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 3. Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8472-1>

Saukkonen, M., Viitala, A., Lehto, JT. & Åstedt-Kurki, P. (2017). *Syöpäpotilaan ja hänen läheistensä selviytymistä edistävät tekijät palliatiivisen hoidon aikana -systemaattinen kirjallisuuskatsaus*. *Hoitotiede* 29(3), 195–206.

Sote uudistus. (2020). Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 22.2.2022. <https://soteuudistus.fi/>

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. (2016). *Erilaiset kirjallisuuskatsaukset*. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) *Kirjallisuus-katsaus hoitotieteessä* (7–22). Turku: Turun yliopisto.

Sulosaari, V., Heikkilä, H., Kuusisto, H., Leino-Kilpi, H., Rautava, P., Rekunen, M., Seppänen, L., Siekkinen, M., Stolt, M., Valtanen, E. & Walta, L. (2020). *Moniammatillinen yhteistyö ja ammatillinen voimaantumisen syöpäkeskuksessa*. VETÄVÄ-hankkeen loppuraportti. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 267. Turku. Saatavilla 20.2.2022. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020101383971>

Surakka, T., Mattila, K-P., Åstedt-Kurki, P., Kylmä, J. & Kaunonen, M. (2015). *Palliatiivinen hoitotyö, parantumattomasti sairas ja hänen perheensä*. Helsinki: Fioca.

Vierula, H. (2016). *Yhteistyö vähentää kuolevien pallottelua*. *Suomen lääkirilehti* 23(71), 1662–1664.

Kirjallisuuskatsauksen lähteet

Albers, G., Froggatt, K., Van den Block, L., Gambassi, G., Berghe, P.V., Pautex, S. & Van Den Noortgate, N. (2016). *A qualitative exploration of the collaborative working between palliative care and geriatric medicine: Barriers and facilitators from a European perspective*. BMC Palliative care 15(47). DOI 10.1186/s12904-016-0118-3

Aunger, J.A., Millar, R., Greenhalgh, J., Mannion, R., Rafferty, A-M. & McLeod, H. (2021). *Why do some inter-organizational collaborations in healthcare work when others do not? A realist review*. BMC Systematic reviews 10(82). <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01630-8>

Bennardi, M., Diviani, N., Stussi, G., Saletti, P., Garamondi, C., Cinesi, I. & Rubinelli, S. (2021). *A qualitative exploration of interactional and organizational determinants of collaboration in cancer palliative care settings: Family members', health care professionals' and key informants' perspectives*. Plos One 16(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256965>

Fukui, S., Fujita, J., Nakatani, E. & Tsujimura, M. (2019). *Effect of a multi-disciplinary end-of-life educational intervention on health and social care professionals: A cluster randomized controlled trial*. Plos one 14(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219589>

Guirguis, M., Thompson, E., Miller, J., Sommer, R., Curran-Cook, D. & Kaba, A. (2021). *Qualitative Examination of Shared Decision-Making in Canada's Largest Health System: More Work to be Done Shared Decision-Making—More Work to be done*. Journal of patient experience 8, 1-9. DOI: 10.1177/23743735211064141

Horlait, M., Baes, S., Dhaene, S., Van Belle, S. & Leys, M. (2019). *How multidisciplinary are multidisciplinary team meetings in cancer care? An observational study in oncology departments in Flanders, Belgium*. Journal of multidisciplinary healthcare 12, 159–167. DOI: 10.2147/JMDH.S196660

Janssen, M., Sagasser, Fluit, C. R. M. G., Assendelft, W. J. J., de Graaf, J. & Scherpbier, N.D. (2020). *Competencies to promote collaboration between primary and secondary care doctors: an integrative review*. BMC family practice 21(179). <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01234-6>

Johansen, M-L. & Ervik, B. (2018). *Teamwork in primary palliative care: general practitioners' and specialized oncology nurses' complementary competencies*. BMC Health services research 18(159). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2955-7>

Kuusisto, A., Joensuu, A., Nevalainen, M., Pekkanen, T., Ranne, P. & Puustinen J. (2019). *Sähköisen moniammatillisen kotiutuslistan kehittäminen sairaalasta kotiutuksen tueksi*. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 11(1–2), 38–52. DOI: <https://doi.org/10.23996/fjhw.70465>

Nancarrow, S., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P. & Roots, A. (2013). *Ten principles of good interdisciplinary teamwork*. Human resources for health 11(19), 1-11. doi:10.1186/1478-4491-11-19

4 Palliatiivisen potilaan asiakaslähtöinen integroitu palveluketju (3. sykli)

4.1 Integroitu asiakaslähtöinen hoito (suunnittelu)

Syklissä 1 kartoitettiin palliatiivisen potilaan jatkohoidon nykytilaa hänen siirtyessään erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon ja syklissä 2 kartoitettiin, miten palliatiivisen hoitotyön osaamista voidaan kehittää moniammatillisen yhteistyön avulla. Nämä tulokset toimivat näyttönä syklin 3 palveluketjun kehittämisessä. Kolmannen syklin tarkoitus oli kuvata palliatiivisen potilaan asiakaslähtöinen integroitu palveluketju. Syklien 1 ja 2 tulokset toimivat näyttönä palveluketjun kehittämisessä. Kehittämiskysymys oli, minkälainen asiakaslähtöinen integroitu palveluketju tukee palliatiivisen potilaan jatkohoitoon siirtymistä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.

Syklin 3 kehittämismalliksi valittiin PDCA jatkuvan parantamisen -malli. Malli on käytetty ja toimiva jatkuvaan kehittämiseen. Mallissa ideat testataan ennen kuin ne otetaan käyttöön. Malli koostuu neljästä eri vaiheesta, joissa jatkuva parantaminen etenee sykleissä. Plan vaiheessa määritellään ongelma ja suunnitellaan, mitä kehitetään, tehdään nykytilasta analyysi ja asetetaan tavoite. Do vaihe on toimintaa, jossa toteutetaan haluttu muutos. Check vaiheessa tehdään arvio tai tarkastus. Siinä havainnoidaan toimintaa. Act vaihe on toteutusta, missä otetaan uusi toimintamalli käyttöön. Tämän jälkeen palataan taas alkuun ja kehitetään toimintaa sekä pohditaan, mitä on opittu. Mallia voidaan käyttää erilaisissa toimintaympäristöissä. Do ja Check vaiheita voidaan toistaa useasti, jotta saadaan Act vaiheeseen toimiva ratkaisu käytäntöön. (Patel & Deshpande 2017, 201; Äijö ym. 2017, 121; Holopainen ym. 2013, 83–89.) PDCA-mallissa muutetaan ja korjataan toimintaa tulosten perusteella kohti tavoitetta. Kehittäminen on sykleissä nopeaa. Se mikä toimii, otetaan käyttöön ja muilta osin jatketaan kehittämistä sykliin mukaan. (Ylikulppi 2019, 59.) PDCA-mallin eri vaiheet (plan, do, check, act) on merkitty tekstissä kappaleiden alkuun sulkuihin. PDCA valittiin kehittämistyöhön sen jatkuvuuden ja syklisyyden vuoksi.

(Plan vaihe) Palveluketjulla tarkoitetaan potilaalle järjestettyä pääpiirteissään perättäin tai osin yhtäaikaaisesti toteutuvia palveluja, jotka toimivat saumattomasti yhteen. Prosessin tavoitteena on saavuttaa potilaan elämäntilanteessa tai terveydentilassa toivottu muutos. Potilas osallistuu oman hoitonsa suunniteluun ja palveluiden valintaan. Palveluketju selventää eri ammattilaisten

työnjakoa. Palveluintegraatio tarkoittaa, että potilas saa palvelun helposti, oikea-aikaisesti ja saumattomasti. Potilaan tarpeet arvioidaan yhteistyössä kokonaisuutena eri ammattilaisten toimesta. (Koivisto, Liukko, Tiirinki & Lytikäinen 2020, 8.)

Integroitu palveluketju ymmärretään potilaan hoidon kehittämiseen tähtäävänä strategiana. Kansainvälisen kokemuksen mukaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio on elintärkeää tuottaessa tehokasta ja vaikuttavaa hoitoa. Integroitu hoito edistää hoidon koordinaatioita. Potilasnäkökulma on keskeinen järjestämisperiaate integraatiomallissa. Sitä, mitä mitataan, on mahdollista kehittää. Arvioinnin mahdollistaa kehittäminen. (Shaw, Rosen & Rumbold 2011.)

Palliatiivisen hoidon integroiminen varhaisessa vaiheessa esimerkiksi syöpäpotilaan hoitoon lisää potilaan elämän laatua, vähentää masennusta ja parantaa selviytymistä ennusteesta. Merkittävää on, että ne potilaat, joiden palliatiivinen hoito on aloitettu ajoissa, keskustelivat elämän loppuvaiheen hoidosta kaksi kertaa todennäköisemmin kuin muut potilaat. (Temel ym. 2017.) Varhainen palliatiivinen hoidon aloitus lisää potilaalle tehtävien läheteiden määrää esimerkiksi sosiaalityöhön, seurakuntaan, ravitsemus- ja kipupalveluihin sekä se lisää ennakoivia elämän loppuvaiheen suunnitelmia (Ferrell ym. 2016). Laadukkaalla palliatiivisella oirehoidolla voidaan välttää potilaan turhia tutkimuksia ja sairaalajaksoja. Syöpäpotilailla, joilla on ollut hoitokontakti palliatiiviseen poliklinikkaan, on keskimäärin vähemmän sairaalajaksoja ja päivystyskäyntejä. Heidän erikoissairaanhoidonsa kustannukset ovat myös pienemmät kuin ei-palliatiivisilla potilailla. (Rautakorpi 2022.)

Sote-integraatiosta hyötyvät muun muassa monisairaat, ikäihmiset ja pitkäaikaissairaat. Palvelujen integraation tavoitteita on yhteinen tieto ja tiedonkulku sekä asiakaskeskeiset ja sujuvat hoito- ja palveluketjut. Asiakslähtöisyyden perustana ovat potilaan tarpeet. Huomiota tulisi kiinnittää läheisten tarpeisiin sekä organisaation kykyyn koordinoida potilaan tarpeiden mukaista hoitoa. (Ylitalo-Katajisto 2019, 38, 48.) Hyvien hoitokäytäntöjen tulee kattaa potilaan koko hoito- ja palveluketju (Holopainen, Siltanen, Hahtela & Korhonen 2018). Palveluiden integraation puutteellisuus näkyy potilaille muun muassa palveluiden sirpaleisuutena, myöhästyneenä hoitoon pääsemisenä, saatavuuden vaikeutena, hoitoketjujen katkeamisena ja tiedonkulun ongelmina. Integraation tavoite sosiaali- ja terveyspalveluissa on asiakaslähtöinen kokonaisuus sen kaikilla tasoilla. (Korhonen ym. 2018, 42.)

Suomessa alueellinen yhteistyö ei toteudu tarpeeksi tehokkaasti. Näyttöön perustuvaa toimintaa tukevaa koulutusta ja informaatiota tarvitaan lisää. Haasteina näyttöön perustuvan toiminnan

käyttämislle ovat organisaatiokulttuuri, organisaation sisäinen hierarkia, resurssien vähäisyys sekä huolestuttavimpana huomioina rutiinit, joille ei ole perusteita. (Holopainen ym. 2018.) Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (559/1994) edellyttää toiminnan perustumista parhaaseen käytettävissä olevaan tietoon.

Asiakaslähtöisyyttä edistäviä tekijöitä ovat yhteydenoton helppous ja asiakkaan kotona tehty palvelutarpeen arviointi. Moniammatillinen yhteistyö tukee palvelujen suunnittelua ja ajantasaista palvelu- ja hoitosuunnitelman laadintaa. Palveluiden oikeudenmukainen järjestäminen edellyttää potilaan ja läheisen osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä. Kuulluksi, ymmärretyksi ja arvostetuksi tuleminen sekä tasavertainen vuorovaikutus on asiakaslähtöisyyttä. Asiakaslähtöinen toimintatapa tarkoittaa potilaan tarpeiden ja näkemysten huomioimista sekä itsenäisyyden edistämistä ja vaihtoehtojen esittämistä. Tavoitteena on turvata asiakkaan hoidon ja palveluiden jatkuvuus. Asiakaslähtöisyys voi olla asiakaskeskeisyyttä, käyttäjälähtöisyyttä ja ihmislähtöisyyttä. Sote palveluissa asiakaslähtöisyys on suhde, joka syntyy asiakkaan ja ammattilaisen välisessä vuorovaikutuksessa ja johon vaikuttaa organisaation säännöt ja toimintatavat. Se on työskentelytapa, jossa huomioidaan asiakkaan itsemääräämisoikeus.

Asiakaslähtöisyyttä voidaan tarkastella yhteistyön ja palvelukokonaisuuden koordinoinnin kautta. Yhteistyö on potilaan, läheisen ja ammattilaisen tasavertaista toimijuutta. (Heikkilä, Lammintakanen, Laulainen & Noro 2022.) Terveydenhuoltolaki (1326/2010) velvoittaa sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilökunnan osallistumaan moniammatilliseen palvelutarpeen arviointiin ja yhteistyöhön. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla on velvoite toimia yhteistyössä, mutta se ei riitä. Tarvitaan osaamista ja oikeaa asennetta toimia asiakkaan parhaaksi ymmärtäen moniammatillisen yhteistyön merkitys palliatiivisen potilaan hoidossa.

Liitteen 4 taulukossa 6 on kooste syklien tuloksista 1. ja 2. Saadun näytön perusteella asiakaslähtöisyyttä edistäviä tekijöitä oli useita. Tulosten avulla suunnitellaan palliatiivisen potilaan palveluketju, jotta saadaan vastaus asetettuun tavoitteeseen. Palliatiivisen potilaan varhainen tunnistaminen on ensisijaista potilaan palliatiivisen hoitoon ohjautumisessa. Palliatiivinen hoito on moniammatillista tiimityötä. Tiimin tulee olla toimiva ja tehokas. Eri asiantuntijoiden osaamisen hyödyntäminen on tarpeellista. Yhteistyö mahdollistaa osaamisen jakamisen ESH:n ja PTH:n välillä.

Hoitoa ja yhteistyön tekemistä helpottaa selkeät hoitoprosessit ja -ohjeet kuten lääkehoitoon ja lääkintälaitteisiin liittyvät ohjeet sekä potilaan jatkohoitoa selkeyttävät ja ohjaavat ohjeet kuten lupapaikan järjestäminen. Potilaan tilanne tulee kartoittaa hoitosuhteen aluksi tarkasti ja asiakas-

lähtöisesti. Työvälineet kuten ESAS (oirekartoitus) ja tulohaastattelu auttavat selvittämään potilaan hoidon tarpeen ja toiveet hoidon suhteen. Hoito tulee toteuttaa jaetun päätöksenteon mukaisesti. Potilaalla tulee olla mahdollisuus vaikuttaa hoitoonsa. Jatkohoidon toteutusta ohjaava koottu ohjeistus on tarpeellinen.

Toiminnan johtamisessa ja organisoinnissa tulee huomioida tarvittavat resurssit ja osaaminen. Jatkohoidon järjestäminen onnistuu vain, jos resurssit jatkohoitopaikassa ovat riittävät tuottamaan palvelua. Päällekkäinen työ ja turhat potilassiirrot kuluttavat resursseja ja taloutta.

Kun potilas toivoo kotisaattohoitoa, se tulee hänelle mahdollistaa. Yhteistyötä tukevia toimintoja ovat toimiva konsultaatio, selkeä lähetekäytäntö ja toimivat tiimiprosessit. Yhteistyölle tulee sopia selkeät säännöt. Tiimien tulee toteuttaa viestintää tehokkaasti. Palliatiivisen potilaan hoidon tulee olla koordinoitua. Potilas ei saa ”ajelehtia” eri palvelutarjoajien välillä. Kotiutukseen tarvitaan koordinoitu moniammatillinen lähestymistapa.

Potilaskeskeisyys on toiminnan keskiössä. Asiakslähtöisyyden vahvistaminen jatkohoitoon siirtyessä on tärkeää. Yhteistyö eri toimijoiden välillä lisää henkilökunnan osaamista ja palveluketju osaamista. Palveluketjun kehittäminen lisää asiakslähtöisyyttä palliatiivisen potilaan hoidossa.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittäminen mahdollistaa potilaan laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon. Tällä hetkellä osa potilaista ei saa tarvitsemaansa palliatiivisen hoitoon, ja osa ohjautuu sinne liian myöhään. Hoidon jatkuvuus voi vaarantua potilaan ohjautuessa erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Vastuu potilaan kokonaishoidosta tulee määritellä potilaan siirtyessä perusterveydenhuoltoon eli siirtymävaiheessa. Vaara tiedonkulun katkoksiin on olemassa potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen. Palliatiivisen hoidon vastuuyksikön puuttuminen voi aiheuttaa potilaalle turhia käyntejä päivystyksessä. Päivystyskäynti kuormittaa potilasta ja voi aiheuttaa epätarkoituksenmukaisia hoitojen aloituksia. (Saarto ym. 2022, 20–21.)

Kolmannen syklin tarkoitus oli kuvata palliatiivisen potilaan asiakslähtöinen integroitu palveluketju. Kehittämiskysymys oli, minkälainen asiakslähtöinen integroitu palveluketju tukee palliatiivisen potilaan jatkohoitoon siirtymistä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.

4.2 Integroidun palveluketjun pilotoinnin suunnittelu ja arviointi (toiminta)

Näytöllä tarkoitetaan parasta saatavilla olevaa tietoa, jota voidaan käyttää potilaan hoidon ja palveluiden kehittämisessä (Holopainen ym. 2013, 15). Näyttöön perustuva hoitotyön toimintamallin kehittäminen on toimintatutkimuksessa luontevaa. Näyttöön perustuvan hoitotyön vahvistaminen vaatii jatkuvaa kehittämistä. Näyttöön perustuva hoitotyö on yhdistelmä tieteellistä tietoa, kliinisen kokemukseen perustuvaa tietoa ja asiakkaan kokemustietoa. Nämä yhdessä muodostavat perustan hoitotyön päätöksenteolle. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 17–18.) Tässä opinäytetyössä näyttö on hankittu haastatteleamalla ammattilaisia ja tekemällä kirjallisuuskatsaus.

(Do vaihe) Palliatiivisen potilaan palveluketju (liite 5, kuvio 8) kehitettiin käyttäen mallipohjana Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän kotiutusprosessia (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä n.d). Palveluketjuun on kuvattu sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat perus- ja erikoissairaanhoidosta. Palveluketjussa kuvattava toimintaa toteutuu Kainuun sotessa. Eri yksiköissä tehdään parhaillaan työtä palliatiivisten potilaiden kanssa. Palveluketjukuvauskehittäminen tuo jo olemassa olevan palliatiivisen hoitotyön näkyväksi kaikille toimijoille. Palliatiivisen potilaan jatkohoitoon siirtymisen tulee tapahtua yksiköiden välillä saattaen vaihtaen asiakaslähtöisesti, moniammatillisesti ja systemaattisesti. Kuvaus kokoaa ja tiivistää Kainuun sotessa palliatiivista hoitoa tuottavien toimijoiden palvelut ja roolit.

Palveluketjun laatimisen jälkeen suunniteltiin sen pilotointi. Kysymykset pilotointiin muodostuivat syklien 1 ja 2 näytöistä. Pilotoinnin arviointikysymykset olivat seuraavat:

Arvioi, miten palveluketjukuvaus edistää moniammatillista yhteistyötä palliatiivisen potilaan hoidossa.

Arvioi, miten asiakaslähtöisyys mahdollistuu palliatiivisen potilaan palveluketjussa.

Arvioi, miten palveluketjukuvaus edesauttaa sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen hoito- ja hoivatyötä palliatiivisen potilaan hoidossa.

Sekä muita huomioita.

Palveluketju lähetettiin pilotoitavaksi ja arvioitavaksi 23.5.2022 sähköpostilla viiteen eri Kainuun sotien yksikköön kahdeksalle eri sairaanhoitajalle. Arviointi pyydettiin palautettavaksi 7.6.2022 mennessä. Palveluketjun kuvauksen (liite 5) pilotointiin vastasi neljä sairaanhoitajaa neljästä eri

yksiköstä. Yksiköt, joista vastaukset saatiin, olivat PTH:ssa kotihoito ja vuodeosasto, ESH:ssa palliatiivinen poliklinikka ja palliatiivinen yksikkö. Kaksi sairaanhoitajaa oli vuosilomalla. Pilotoinijat hoitavat palliatiivisia potilaita ja jokaisella pilotoijalla oli usean vuoden kokemus hoitotyöstä

Pilotoinnin avulla haluttiin selvittää palveluketjun toimivuutta ja hyödyllisyyttä hoitotyön tekijöiden näkökulmasta. Sähköpostissa annetussa informaatioissa pilotoijia pyydettiin arvioimaan ja testaamaan palveluketjua 1–2 palliatiivisen potilaan kohdalla omassa työssään. Heitä pyydettiin arvioimaan, toteutuuko palveluketjussa mainitut asiat, ja mitkä asiat vaativat edelleen kehittämistä, tai mitkä asiat koetaan haastavina. Neljä pilotoijaa antoi palautetta palveluketjukurvauksen toimivuudesta ja edelleen kehittämistä sähköpostitse opinnäytetyöntekijälle. Palaute keskittyi prosessin sujuvuuteen ja asiakaslähtöisyyden toteutumiseen. Palveluketjua kehitettiin edelleen pilotoinnista saadun palautteen eli näytön pohjalta. Vastausten tulokset integroitiin lopulliseen palliatiivisen potilaan palveluketjuun (liite 6, kuvio 9).

4.3 Pilotoinnin tulokset ja arviointi (havainnointi)

(Check vaihe) Opinnäytetyöntekijä kävi pilotoinnin tulokset läpi, samalla kun reflektoi vastauksia. Pilotoinnin vastauksissa palveluketjua kuvailtiin hoitovastuuta selkeyttäväksi, missä on selvästi konsultaatiotahot merkitty. Kuvaus auttaa hahmottamaan, ketä toimijoita palliatiivisen potilaan hoitoon osallistuu. Yhteistyö myös selkeytyy ja monipuolistuu. Palvelurakenne tulee tutuksi toimijoille, ja he ymmärtävät oman roolinsa moniammatillisessa yhteistyössä. Tiedonkulku tehostuu ja palliatiivisen potilaan hoitovastuun siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon saattaen vaihtaa hoito mahdollistuu. Kuvauksen mukaisesti palliatiivinen potilas tunnistettiin ja näin mahdollistui palliatiivinen hoito. Omaiset osallistuvat hoitoon ja hoitoneuvotteluihin. Potilaalle järjestetään lupapaikka, jonka mahdollistaa tehostetun potilaan oirehoidon ja mahdollisen saattohoitopaikan. Lisäksi lupapaikka vähentää turhia sairaalasiirtoja ja päivystyskäyntejä. Ennakoiva hoitosuunnitelma, hoitoneuvottelu ja kotiutusuunnitelma sekä tiedon siirtyminen hoitotahojen välillä varmistaa palliatiivisen potilaan hoidon saumattoman jatkumisen siirtotilanteissa, jotka ovat aina riski tiedonsiirtymisen kannalta.

”Palveluketjukurvaus selkeyttää missä vaiheessa kukakin on vastuussa potilaan hoidossa ja ketä voi konsultoida.”(Sairanhoitaja PTH)

Miten asiakaslähtöisyys mahdollistuu palliatiivisen potilaan palveluketjussa?

Pilotoijat arvioivat, että palveluketju mahdollistaa asiakaslähtöisyyden toteutumisen. Ennakoiva hoitosuunnitelma on vahvasti asiakaslähtöistä palliatiivista hoitoa. Kuvaukseen kaivattiin kotisairaalan, kotihoidon ja terveyskeskuksen vuodeosaston henkilöstön moniammatillisesta yhteistyöstä selkeämpää kuvausta. Tilanteessa, jossa palliatiivinen potilas on yhtä aikaa kotihoidon ja kotisairaala asiakas sekä käy välillä terveyskeskuksen lupapaikalla esimerkiksi omaisten jaksamisen tai oirehoidon tehostamisen vuoksi. Asiakaslähtöisyyttä on palliatiivisen potilaan tarpeista lähtevä hoito ja omaisten mukaan ottaminen hoitoon sekä hoidon suunnitteluun.

”Omaiset huomioidaan ottamalla mukaan palliatiivisen potilaan hoitoon ja hoidon suunnitteluun ja se tukee myös asiakaslähtöisyyttä.” (Sairaanhoitaja ESH)

”Asiakkaalle ja omaisille on selkeämpää keneen voi ottaa tarvittaessa yhteyttä. Lisää asiakkaan turvallisuuden tunnetta, kun henkilökunnalla työ suunnitelmallista ja selkeää. Hyvällä ja selkeällä yhteistyöllä mahdollistetaan asiakkaan toiveet esim. saada olla kotona mahdollisimman pitkään.” (Sairaanhoitaja kotihoito)

Miten palveluketjunkuvaus edesauttaa sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen hoito- ja hoivatyötä palliatiivisen potilaan hoidossa?

Palliatiivisen potilaan palveluketjunkuvaus auttaa havainnoimaan potilaan kulkua sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kuvaus selkeyttää toimintaa, rooleja ja vastuita sekä tuo osaamista yhteistyöhön. Kuvauksen pohjalta voi myös suunnitella potilaan hoitopolkua.

”Ainakin osa ammattilaisista ei varmasti tiedä, että työtä tehdään näin moniammatillisesti palliatiivisen potilaan kohdalla ja kuvauksen avulla saataisiin varmasti myös tiedotusta palliatiivisesta hoitoketjusta konkreettisella tasolla.” (Sairaanhoitaja ESH)

Sairaanhoitajat, jotka toimivat pilotoijina, kertoivat omista kokemuksistaan palliatiivisten potilaiden hoidossa sekä kuvasivat esimerkin omaisesti, miten palliatiivinen hoito toteutuu heidän yksikössään. Kuvaukset toivat palveluketju kuvaukseen uutta tietoa ja kehitysehdotuksia, kuten palliatiiviselle poliklinikalle mennessä pyydetään potilasta täyttämään esitietolomake, joka toimii tu-lohaastattelun tukena ja ohjaa keskustelua. Yksi lisäys kuvaukseen oli kontrollikäynnit poliklini-

kalle sekä muistutus, että palliatiivista poliklinikkaa saa aina konsultoida niin ESH kuin PTH työntekijät. Pilotoijan mukaan valmis palveluketjukuvaus voi toimia niin tarkistuslistana kuin perehdytysmateriaalina henkilökunnalle.

”Hyvä ja tärkeä kuvaus. Potilaat, jotka käy palliatiivisella poliklinikalla on kuitenkin vähemmistö. Tulisi erityisesti kehittää muilla erikoisaloilla potilaan siirtymistä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.” (Sairaanhoitaja ESH)

”Mielestäni tuota palveluketjun kuvausta voisi hyödyntää myös uusien työntekijöiden perehdytyksessä, nimenomaan palliatiivisen hoidon osalta.” (Sairaanhoitaja ESH)

Haasteita ja kehitysehdotuksia saatiin kotihoidosta, joka syventää kuvaa palliatiivisen potilaan hoidosta. Nopeasti etenevä palliatiivisen potilaan hoitotilanne koetaan kotihoidossa haasteellisina. Arvioinnissa ilmenee myös, ettei tietoisuus palliatiivisen hoidon toimijoista ole tavoittanut koko organisaatiota. Konsultaatio mahdollisuudet eivät ole kaikille selviä. Perusterveydenhuollon henkilöstön mukaan ottaminen ESH:ssa pidettäviin hoitoneuvotteluihin mainitaan yhtenä kehittämiskohteenä. Selkeä osoitus, kuka lääkäri hoitaa palliatiivista potilasta kotihoidossa helpottaisi työtä. Palliatiivisen hoidon osaamisvajetta kotihoidossa on tiedostettu ja varsinkin saattohoitotilanteisiin tarvittaisiin enemmän resursseja.

Palveluketjun pilotointi toi syvyyttä, muutoksia, tarkennuksia ja täydennyksiä lopulliseen palveluketjuun. Nämä muutokset kehittivät palveluketjukuvausta. Lisäksi kuvaukseen tehtiin tarkennuksia ja lisäyksiä pilotoinnin tulosten ulkopuolelta kokemusperäisesti hoitohenkilökunnan kanssa käytyjen keskusteluiden jälkeen. Nämä lisäykset olivat kotihoidon asiakasohjaus sekä kotisairaalan ja kotihoidon yöaikaista hoitotyötä tukeva Ristijärven kotisairaalan (Aliisan) toiminta. Palliatiivisen potilaan palveluketjukuvaus vastaa koko opinnäytetyön tavoitteeseen, joka oli kehittää palliatiivisen potilaan asiakaslähtöistä jatkohoitoa potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.

Kolmannen syklin tarkoitus oli kuvata palliatiivisen potilaan asiakaslähtöinen integroitu palveluketju.

4.4 Johtopäätökset (reflektointi)

(Act vaihe) Opinnäytetyön tavoite oli kehittää palliatiivisen potilaan asiakaslähtöistä jatkohoitoa. Pilotoinnista saadun arvion perusteella palveluketjukuvaus kehittää palliatiivisen potilaan asiakaslähtöistä jatkohoitoa. Onnistunut yhteensovitettu sote palveluiden integraatio tuottaa potilaalle terveyshyötyä ja auttaa häntä pärjäämään arjessa. Organisaatiossa on sovittava yhteistyölle yhteisesti hyväksytyt toimintatavat, jotta yhteistyö ei jää ainoastaan yksittäisten työntekijöiden varaan (Mönkkönen & Kekoni 2021).

Ilman moniammatillista ja asiakaslähtöistä toimintamallia hyvän ja laadukkaan palliatiivisen hoidon toteutuminen ei ole mahdollista. Palveluketju, jossa palliatiivinen potilas liikkuu, on laaja ja monitahoinen. Vakavasti sairaan potilaan tulee voida luottaa, että hänen hoitonsa järjestetään laadukkaasti ja inhimillisesti jokaisen toimijan osalta hoidon jokaisessa vaiheessa. Asiakaslähtöisyyden tulee toteutua niin yksikkö kuin yksilö tasolla. Palliatiivinen elämän loppuvaiheen hoito on arvokasta ja ainutlaatuista. Potilaan hoito muodostuu potilaan tarpeiden ja toiveiden ympärille. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Ensimmäisen syklin tulokset palliatiivisen potilaan tunnistaminen, palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittäminen, moniammatillinen yhteistyö, potilaan jatkohoidon järjestäminen, konsultaatiotuki ja asiakaslähtöinen hoitotyö tulivat esille myös pilotoinnin arvioinnissa. Siellä muun muassa tunnistettiin palliatiivisen hoidon osaamisvajetta, moniammatillisen yhteistyön haasteet sekä konsultaatiotukeen liittyvä tiedonpuute.

Toisen syklin tulokset johtaminen tiimityön tukena, henkilöstön osaamisen kehittäminen, organisaation arvot sekä viestintä ja kommunikointi vastasivat kysymykseen, miten palliatiivista hoitotyön osaamista kehitetään moniammatillisen yhteistyön avulla. Asiakaslähtöisyys on Kainuun soten arvo. Organisaatiossa tätä arvoa voidaan tuoda käytäntöön palliatiivisessa hoidossa esimerkiksi tämän palveluketjukuvausten avulla. Palveluketjukuvaus edistää moniammatillista yhteistyötä, koska se tekee näkyväksi eri toimijat ja konkretisoi potilaan siirtymisen palveluista toiseen. Johtaminen ei näy palveluketjukuvausissa, mutta se vaikuttaa taustalla. Nykyiset johtamisjärjestelmät ja organisointi eivät tue moniammatillista yhteistyötä. Organisaatio- ja sektorirajat ylittävää johtajien yhteistyötä tarvitaan tulevaisuudessa enemmän (Mönkkönen & Kekoni 2021). Pilotointien arvioinnin mukaan palveluketjukuvaus voi toimia osaltaan perehdytyksessä ja tätä myötä osaamisen kehittämisen apuna palliatiivisessa hoidossa. Viestintä ja kommunikointi ovat tärkeitä asioita toimivassa palliatiivisessa hoidossa. Tiedon tulee siirtyä saumattomasti toimijoiden välillä. Toimiva konsultaatio edesauttaa hoidon järjestämisessä.

Tuottava yhteistyö eri ammattilaisten välillä edellyttää luottamusta, yhteisiä tavoitteita, vastuoroisuutta, erityisiä rooleja, yhteistä kieltä ja avointa asennetta. Vuorovaikutuksen ja yhteistyön merkitys ja se, miten ne käytännössä toteutuvat, on usein epäselvää. Ammattien välinen yhteisymmärrys vaikuttaa myönteisesti ammatillisen identiteetin kehittymiseen. Tehdessään yhteistyötä muiden ammattilaisten kanssa alkaa ammattilainen nähdä potilaan tilanteen monipuolisemmin kuin ilman yhteistyötä. Moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa potilaalle koordinoitua palvelua. (Mönkkönen & Kekoni 2021). Yhteistyötä edistäviä tekijöitä on myönteinen asenne yhteistyöhön, yhteiset tavoitteet, toisten työn arvostus, avoin keskusteluilmapiiri, riittävä aika yhteistyölle sekä toisten ammattilaisten työn tunteminen. (Hujala, Taskinen, Oksman, Kuronen, Karttunen & Lammintakanen 2019.)

Todellisuudessa palliatiivinen potilas voi asioida palveluketjukurvauksessa kaikkien toimijoiden välillä useita eri vaihtoehtoisia hoitopolkua. Kaikkia hoitopolku vaihtoehtoja ei ole kuvattu, vaan päädyttiin kuvaamaan pääpiirteissään perättäin järjestetyt palliatiivista hoitoa tuottavat palvelut. Kuvauksesta selviää yleisesti palliatiivisen potilaan hoito sosiaali- ja terveydenhuollossa. Olennaista (liite 6) on tehdä palliatiivisen potilaan hoidossa näkyväksi asiakaslähtöisyys ja havaita toimijoiden moninaisuus, heidän välisessä asiakaslähtöinen moniammatillinen yhteistyö ja palveluiden integraatio, jonka tulisi ilmetä kaikilla yhdyspinnoilla saumattomasti.

Palveluketjukurvaukseen tehtiin muutoksia ja tarkennuksia pilotoinnin jälkeen (liite 6). Palliatiivisen poliklinikan kuvaukseen lisättiin lääkäri- ja hoitajavastaanotto, kontrollikäynnit sekä tarkennettiin ESH:ssa moniammatillisen hoitokokouksen ajankohtaa. Kuvion palkit tulohaastattelu, palliatiivinen hoito ja moniammatillinen yhteistyö sijoitettiin kuvion alkuun vasemmalla koskemaan kaikkia toimijoita. Saattohoito ja kotisaattohoito erotettiin palliatiivisesta hoidosta omiksi hoitokokonaisuuksiksi selkeyttämään kuvausta. ESH:n on lisätty lupapaikka ja konsultaatioyksikkö. Kotisairaalan ja kotihoidon yhteistyötä on tiivistetty ja selkiytetty esimerkiksi kotisaattohoito- sekä Ristijärven kotisairaala (Aliisa) yöaikainen tuki -asialla.

Palveluketju etenee vasemmalta oikealle nuolien osoittamalla tavalla. Palveluketju päättyy hoidon tarpeen päättymiseen eli potilaan kuolemaan tai jatkuu jatkohoitoon siirtyminen teeman kautta uuden toimijan kohdalle. Yhteisiä hoidon teemoja kaikilla toimijoilla ovat asiakaslähtöinen hoitotyö ja organisaation arvot, palliatiivisen potilaan tunnistaminen, tulohaastattelu ja ESAS, palliatiivinen hoitotyö ja moniammatillinen yhteistyö.

Kainuun sote kertoo lisäävänsä yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon henkilöstön välillä. Esimerkkejä tällaisesta yhteistyöstä on etäkontaktimahdollisuudet ja koulutusyhteistyö. Yhteinen potilastietojärjestelmä antaa mahdollisuuden kaikkien tasojen toimijoille tehdä hyvää yhteistyötä. (Kainuun soten järjestämissuunnitelma vuosille 2021–2024 2021.)

Palveluketjukuvaus on hyödynnettävissä. Kuvaus sopii palliatiivisiin koulutuksiin ja uusien työntekijöiden perehdyttämiseen sekä työyksiköihin henkilökunnan hoitotyön tueksi palliatiivisten potilaiden jatkohoitoa suunniteltaessa. Kuvaus edistää henkilökunnan palliatiivisen hoidon palveluketjuosaamista. Tavoitteena on saada kuvaus Kainuun soten intranettiin hyödynnettäväksi sekä integroida palveluketju Kainuun soten palliatiivisiin koulutuksiin ja -hankkeisiin. Vertaisen mukaan palveluketjukuvaus selkeyttää toimintamalleja asiaa tuntemattomille, mutta tarvitsee viimeistelyä, korjauksia ja tarkennuksia yhteistyössä eri toimijoiden kanssa ennen käyttöönottoa. Palveluketjukuvaus on hyödynnettävissä tulevan kehittämistyön alkusysäyksenä erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon perusterveydenhuoltoon siirtyvän potilaan osalta.

4.5 Lähteet

Ferrell, B.R., Temel, J.S., Temin, S., Alesi, E.R., Balboni, T.A., Basch, E.M., Finn, J.I., Paice, J.A., Peppercorn, J.M., Phillips, T., Stovall, E.L., Zimmermann, C. & Smith, T.J. (2016). *Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update*. *Journal of Clinical Oncology* 35(1), 96–112. DOI: 10.1200/JCO.2016.70.1474

Heikkilä, R., Lammintakainen, J., Laulainen, S. & Noro, A. (2022). *Asiakaslähtöisyyden toteutuminen asiakas- ja palveluohjauksen eri vaiheissa*. *Focus Localis* 50(1), 5–23. <https://journal.fi/focuslocalis/article/view/115341/68092>

Holopainen, A., Junntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. (2013). *Johda näyttö käyttöön hoitotyössä*. Porvoo: Bookwell Oy.

Holopainen, A., Siltanen, H., Hahtela, N. & Korhonen, T. (2018). *Toteutuuko näyttöön perustuva toiminta Suomessa? Raportti nykytilasta hoitotyön edustajien kuvaamana*. Raportti 1. Hoitotyön tutkimussäätiö & Sairaanhoidtajaliitto. Helsinki. Saatavilla 22.4.2022. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/npt-raportti-digi-26-2-2018.pdf>

Hujala, A., Taskinen, H., Oksman, E., Kuronen, R., Karttunen, A. & Lammintakanen, J. (2019). *Sotemammattilaisten monialainen yhteistyö. Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat etusijalla*. *Yhteiskuntapolitiikka* 84(5–6).

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. (N.d). Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän kotiutusprosessi. Kainuun sote intranet.

Kainuun soten järjestämissuunnitelma vuosille 2021- 2024. (2021). Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Kainuun soten yhtymähallitus. Luonnos. Saatavilla 3.8.2022. <https://www.lausuntopalvelu.fi/FI>

Koivisto, J., Liukko, E., Tiirinki, H. & Lyytikäinen, M. (2020). *Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittely, ohjauksen ja seurannan käsikirja*. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-581-0>

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. (2018). *Näyttöön perustuva toiminta tarpeesta tuloksiin*. Hoitotyön tutkimussäätiö: Skhole.

- L 1326/2010. *Terveysturvotolaki*. Saatavilla 1.4.2022. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- L 559/1994. *Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä*. Saatavilla 22.4.2022. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Mönkkönen, K. & Kekoni, T. (2021). *Constructing shared understanding in interprofessional client sessions*. Nordic social work research. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2021.1947877>
- Palliatiivinen hoito ja saattohoito*. (2019). Käypä hoito – suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Saatavilla 8.6.2022. <http://www.kaypahoito.fi>
- Patel, P. & Deshpande, V. (2017). *Application of Plan-Do-Check-Act Cycle For Quality And Productivity Improvement-A Review*. International Journal for Research in Applied Science & Engineering Technology 5(1), 197-201.
- Rautakorpi, L. (2022). *Real-life perspectives on the end-of-life care of cancer patients*. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Kliininen syöpätautioppi. Väitöskirja 1636. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-8880-8>
- Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junntila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T. & Forsius, P. (2022). *Palliatiivisen ja saattohoidon kansallinen laatusuositus*. Terveysturvot ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-824-8>
- Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. (2011). *Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen*. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Shaw, S., Rosen, R. & Rumbold, B. (2011). *What is integrated care?* The Nutfield Trust, London. Saatavilla 15.4.2022. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/what-is-integrated-care-report-web-final.pdf>
- Temel, J.S., Greer, J.A., El-Jawahri, A., Pirl, W.F., Park, E.R., Jackson, V.A., Back, A.L., Kamdar, M., Jacobsen, J., Chittenden, E.H., Rinaldi, S.P., Gallagher, E.R., Eusebio, J.R., Li, Z., Muzikansky, A. & Ryan, D.P. (2017). *Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial*. Journal of Clinical Oncology 35 (8), 834–841. DOI: 10.1200/JCO.2016.70.5046

Ylikulppi, L. (2019). *Jatkuva parantaminen ja oppiva organisaatio. Tutkimus Lean-ajattelun soveltamisesta teollisuusyrityksen operatiivisella tasolla*. Lapin yliopisto. Pro gradu -tutkielma. Hallintotiede.

Ylitalo-Katajisto, K. (2019). *Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöity sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteen kokoaminen*. Oulun yliopisto. Väitöskirja 1540. Lääketieteellinen tiedekunta. <http://urn.fi/urn:isbn:9789526224084>

Äijö, M. & Tikkanen, P. (2017). *Moniammatillisuudella tuloksia- esimerkkinä Lean-johtaminen*. Teoksessa J. Kulmala (toim.) Parempi vanhustyö. Menetelmiä johtamisen kehittämiseen. (115–128). Juva: PS-Kustannus.

5 Palveluketjun käyttöönoton ja vakiinnuttamisen kuvaus (4. sykli)

5.1 Näyttöön perustuva toiminta (suunnittelu)

Neljännän syklin tarkoitus oli kuvata asiakaslähtöisen integroidun palveluketjun implementointisuunnitelma, joka tukee palliatiivisen potilaan jatkohoitoon siirtymistä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Tutkimustehtävä oli, minkälainen on asiakaslähtöisen integroidun palveluketjun implementointisuunnitelma, joka tukee palliatiivisen potilaan jatkohoitoon siirtymistä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tulee perustua näyttöön. Näyttöön perustuva toiminta lisää terveydenhuollon vaikuttavuutta ja laatua (Korhonen, Siltanen, Hahtela & Holopainen 2018, 8). Näyttö on kokonaisuus, joka muodostuu tiedon tarpeen tunnistamisesta, tiedon tuottamisesta, näytön kokoamisesta, -levittämisestä ja -käyttöön otosta. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2018.) Näyttöön perustuvat hoitosuositukset, toiminnan kehittäminen ja tehokkaiden sekä toimivien hoitopolkujen kehittäminen on olennainen osa laadukasta terveydenhuoltoa (Ahtiluoto, Kaila, Komulainen, Mäkelä & Sipilä 2017). Näytön käyttöönotto ja vakiinnuttaminen on prosessi, jonka etenemistä palaute muokkaa. Näytön käyttöönotto tapahtuu työyksiköissä ja koko organisaatiossa sisäisessä vuorovaikutuksessa. Tämä vaatii onnistuakseen monialaista yhteistyötä. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 44–45.)

Palveluketju toteutuu potilastyössä, jossa palliatiivinen potilas ja ammattilainen toimivat vuorovaikutuksessa. Toimeenpano voidaan toteuttaa koulutuksen, valmennuksen ja perehdytyksen avulla. Erityisesti on kiinnitettävä huomiota siihen, että johtaminen, toimintakulttuuri ja asenteet tukevat sovittuja periaatteita ja sääntöjä. On hyvä myös miettiä ennakkoon, ketkä vastaavat palveluiden toteutuksesta asiakastyössä. (Koivisto 2020, 28.) Koulutus on käytetyin implementointimenetelmä, vaikka sen vaikutus on todettu heikoksi. Pelkkä tieto ei välttämättä muuta käytäntöjä vaan tarvitaan aktiivista käyttöön vientiä eli implementointia. (Ahtiluoto ym. 2017.) Lähijohtajat voivat edistää implementointia keskustelemalla työntekijöiden kanssa muutoksen merkityksestä ja sen tarpeesta sekä siitä, mitä se merkitsee arkityössä uuden sovittamista käytäntöön. Linjajohdolla on keskeinen rooli näyttöön perustuvan hoitotyön käyttöönoton edistämisessä. Johtaminen on aktiivista toimintaa. (Lindholm & Laitila 2022, 881, 884.)

Näyttöön perustuva toiminta perustuu hoitotyöntekijöiden monipuoliseen osaamiseen. Osaaminen muodostuu tiedosta, taidosta ja asenteesta. Lisäksi tarvitaan ongelmanratkaisu-, tiimityö- ja

kommunikointitaitoja. Näyttöön perustuva osaaminen on ammatillista osaamista ja taitoa hyödyntää parasta saatavilla olevaa näyttöä. (Korhonen ym. 2018, 77–79.)

5.2 Implementointi Parihs -mallin mukaisesti (toiminta)

Tässä opinnäytetyössä implementointi mallina käytettiin Parihs -mallia (Promoting Action on Research Implementation in Health Services)(kuviokuva 10). Malli korostaa ympäristön, johtamisen ja toiminnan mahdollistamisen merkitystä. Implementointia tarkastellaan näytön, toimintaympäristön ja toimeenpanon kautta. Nämä tekijät vaikuttavat ja ovat yhteydessä toisiinsa. Malli pyrkii havainnoimaan toteutuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon dynaamisen ja monitahoisen luonteen. (Kent, 2016; Harvey & Kitson 2016.) Näytön käyttöönotto tulee ymmärtää moniulotteisena sosiaalisena prosessina (Korhonen ym. 2018, 43). Parihs -malli on organisaation ominaisuuksia ja toimintaa korostava (Holopainen, Junntila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 90). Parihs -malli valittiin implementointimalliksi sen moniulotteisuuden vuoksi.



Kuvio 10. Parihs -malli (Kent 2016)

Evidence eli näyttö sisältää tutkimusnäytön, kliiniset- ja potilaskokemukset sekä paikallisen tiedon. Näytön tulee olla koottu luotettavista lähteistä. Vahva näyttö on helppo vakiinnuttaa käytäntöön. Toimintaympäristön tulee olla vastaanottavainen muutoksille ja siellä on oltava vahvaa johtajuutta sekä asianmukaiset palaute- ja seurantajärjestelmät. (Kent 2016.) Näytön käyttöönotto helpottaa, jos se ei edellytä liikaa ylimääräistä työtä henkilökunnalle (Korhonen ym. 2018, 46). Opinnäytetyössä näytöt integroituun palveluketjun kehittämiseksi on hankittu syklin 1

haastatteluaineistosta, syklin 2 kirjallisuuskatsauksesta ja syklin 3 pilotoinnin tuloksista. Jatkossa asiakaspalaute tulee hyödyntää palveluketjun kehittämisessä. Kainuun sote kerää aktiivisesti palautetta henkilöstöltä (HaiPro ja PosiPro) sekä asiakkailta (asiakaskysely) työyksiköittäin ja internetissä. Palautteen aktiivinen käyttö asiakaslähtöisen jatkohoidon seurannassa ja arvioinnissa tulee hyödyntää jatkossa.

Facilitation eli toimeenpano sisältää tarkoituksen, roolit, taidot ja ominaisuudet. Sillä tarkoitetaan yhteistoiminnan ja ryhmäprosessien suunnittelua ja toteuttamista sekä näyttöön perustuvan toiminnan viemisen helpottamista toimintaympäristöön. Muutosagentit toimivat fasilitoijina ja vievät uutta toimintaa toimintaympäristöön. Toimintaympäristön työtavat ja asenteet voivat haastaa toiminnan kehittämisen. Implementointia estävien ja edistävien tekijöiden kuten roolien, taitojen ja ominaisuuksien arviointi on hyvä tehdä ennen toimeenpanoa. (Kent 2016.)

Fasilitointi on monimutkainen interventio, jossa yksi tai useampi henkilö toimii fasilitaattorin roolissa ja käyttää tiimikeskeisiä strategioita muutoksen mahdollistamiseen ja tukemiseen. Tähän rooliin tarvitaan henkilöitä, joilla on tietoa ja taitoa sekä heidän mahdollisuutensa tarjota tukea ja toimia mentoreina uusille sekä vähemmän kokeneille toimijoille. Henkilöstön motivaation ja sitoutumisen turvaaminen ja ylläpitäminen on yksi tavoitteista. (Harvey & Kitson 2016.) Käytettävissä olevat voimavarat kuten työntekijöiden osaaminen tulee huomioida toimeenpanovaiheessa (Holopainen ym. 2013, 16). Käyttöönottoon vaikuttaa, miten muutokseen suhtaudutaan työyksikössä. Työyhteisön sosiaaliset roolit ja moniammatillinen yhteistyö voi joko edistää tai estää käyttöönottoa. Muutoksen toteuttaminen vaatii henkilöstön osaamista ja tukirakenteita tiedon välittämisen. (Korhonen ym. 2018, 46.) Asenne sekä asiakaslähtöisyyden ymmärtäminen ja hyväksyminen yhteiseksi toimintatavaksi toimivat implementointia edistävinä tekijöinä.

Hoitotyön johtajat voivat edesauttaa arvojen mukaisen toiminnan toteutumista esimerkiksi kehityskeskusteluissa tuomalla esille Kainuun soten arvoa asiakaslähtöisyys ja kannustaa sen mukaiseen toimintamalliin. Palliatiivisen hoidon jatkuvuuden ja toimivuuden mahdollistaminen tulee olla kaikkien työyksiköiden tavoitteena. B tason palliatiiviset konsultaatiotahot voivat viestiä konsultaatiotuesta aktiivisesti yhteisiä viestintäkanavoita hyödyntäen intranetissä. Yhteiset viestintäkanavat tulisi ottaa aktiiviseen käyttöön, jotta tietoisuus palveluketjusta tavoittaa kaikki toimijat. Palveluketjun esillä pitäminen esimerkiksi Kainuun soten palliatiivisen hoidon koulutuksissa ja yhteistyö hanketoimijoiden kanssa, mahdollistavat palveluketjun käytäntöön implementoinnin.

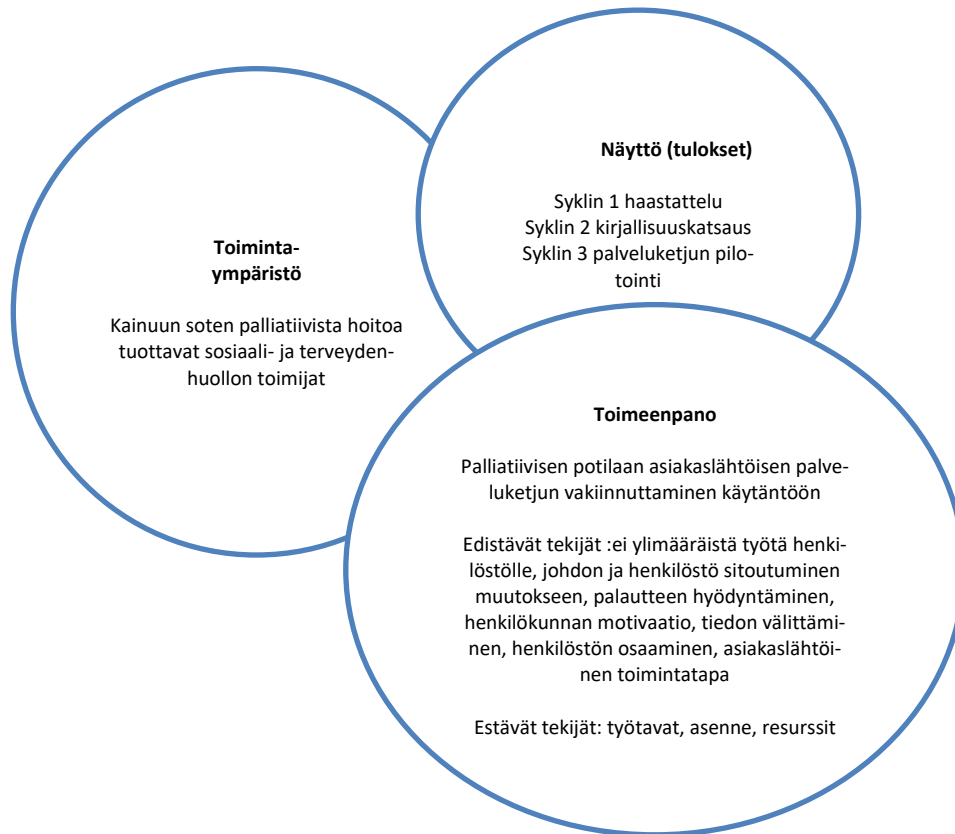
Toimintaympäristönä eli contextina on Kainuun sote ja siellä palliatiivista hoitoa tuottavat sosi- ja terveydenhuollon toimijat ESH:ssa ja PTH:ssa. Toimintaympäristö sisältää organisaation

kulttuurin, johtamisen ja arvioinnin. Siinä määritellään toimintaympäristö, jossa potilaat saavat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Toimintaympäristössä olevat selkeät roolit, keskitetty päätöksenteko, henkilökunnan arvostaminen, muutoskykyinen johtajuus ja eri lähteistä saatu luotettava tieto, ovat avainasemassa uuden palvelun implementoinnissa. (Kent 2016; Kouvonen, Kurvinen & Hamari 2022.) Näyttöön perustuvaa toimintaa tukevia rakenteita ovat organisaation perusrakenteet, yhtenäiset toimintamallit, osaamisen kehittäminen, asiantuntijuuden hyödyntäminen ja näyttöön perustuvan tiedon hallinta. Organisaation perusrakenteet edistävät näyttöön perustuvaa toimintaa. Lisäksi organisaatiokulttuuri vaikuttaa merkittävästi implementointiin. Usein onnistunut näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen vaatii organisaatiossa kulttuurin muutoksen. (Korhonen ym. 2018, 56–58.)

Uuden toimintamallin käyttöönotto tulisi sitoa osaksi organisaation pitkäjänteistä kehittämistä (Sipilä & Lommi 2014). Toimintakenttä, jossa palveluketju toteutuu, on laaja. Kainuun sotien yhteiset koulutustilaisuudet ovat hyvä paikka jakaa tietoa palliatiivisen potilaan palveluketjusta ja sen sisällöstä. Kainuun soten intranet voi toimia myös yhtenä rakenteellisena edistäjänä asiassa, jonka kautta palliatiivisen potilaan palveluketjusta tiedotetaan henkilökuntaa. Kainuun sotessa tulee kannustaa osaamisen kehittämiseen ja arvostaa henkilökuntaa, joka on päivittäin tekemisissä palliatiivisten potilaiden kanssa. Henkilökunnan arvostamista on myös riittävien resurssien kohdentaminen palliatiivisen hoidon toteuttamisen mahdollistamiseksi.

Uusien toimintatapojen vakiinnuttamista edistäviä tekijöitä on sairaalaympäristössä useita. Edistäjinä voivat toimia muutosagentit käyttöönoton suunnittelussa ja toteuttamisessa. Toimijoilla tulee olla riittävä koulutus ja asiantuntemus. Vahva johtaminen ja vastuiden ja roolien selkeys auttavat. Toimintatavan uskottavuus, näyttöön perustuvuus ja ratkaistavan ongelman merkityksellisyys ovat ratkaisevia. Toimintatavan käyttöönoton edistymistä on seurattava jatkuvasti. Kansallisten linjausten ja ohjeiden seuranta ja noudattaminen on huomioitava uusien toimintatapojen vakiinnuttamisessa. (Kouvonen ym. 2022.) Muutosagentteina Kainuun sotessa voivat toimia palliatiivisen hoidon kliiniset asiantuntijat, B tason palliatiivisen hoidon toimijat sekä palliatiivista hoitotyötä edistävät ja kehittävät hanketoimijat. Näillä toimijoilla on vaadittavaa koulutusta ja asiantuntemus palliatiivisen potilaan hoitotyöstä ja sen järjestämisestä. Käynnissä olevat palliatiivista hoitoa kehittävät hankkeet Yhdessä ihmisen parhaaksi (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä n.d b) ja Palliatiivisen hoidon kehittäminen OYS-ERVA alueella (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä n.d a) voi osaltaan toimia uutta toimintatapaa vakiinnuttava tekijänä organisaatiossa. Konkreettinen toimintasuunnitelma vastuunjakoineen, ketkä vastaavat

uuden toiminnan levittämisestä, käyttöönotosta ja vakiinnuttamisesta on tarpeellista tehdä (Hoitotyön tutkimussäätiö 2018). Kuviossa 11 on kuvattu Parihs -mallin mukaisesti palliatiivisen potilaan palveluketjun implementointi Kainuun sotessa.



Kuvio 11. Palveluketjun käyttöönottosuunnitelma Parihs -mallin mukaisesti

Opinnäytetyössä jo esiin tulleiden terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen laatukäsikirja elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ihmisten palveluissa (Finne-Soveri, Forsius, Hökkä, Maula, Surakka & Hammar 2022) ja Sosiaali- ja terveysministeriön palliatiivisen hoidon ja saattohoidontila Suomessa, alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi (Saarto & Finne-Soveri 2019) julkaisujen aktiivinen käyttöönotto Kainuun sotessa on tarpeen. Sote uudistuksen ja käynnissä olevien hankkeiden myötä palliatiivisen potilaan hoito kehittyy maakunnassa jatkossakin kansallisten suositusten mukaisesti kehittämällä palliatiivisen potilaan hoidon ja hoitotyön asiakaslähtöistä laatua.

5.3 Palveluketjun käyttöönottosuunnitelma (toiminta)

Näytön vakiinnuttaminen on näyttöön perustuvan toiminnan edellytys, jotta näyttöön perustuva toiminta toteutuu, sen tulee juurtua työyksikön käytäntöihin. Tavoitteena vakiinnuttamisessa on pysyvät toiminnan muutokset. Näytön vakiinnuttaminen on aktiivinen prosessi. Näytön vakiinnuttaminen käytäntöön on näyttöön perustuvan toiminnan haaste. (Korhonen 2018, 126.) Käyttöönottosuunnitelmaa suunniteltiin ja kehitettiin Yhdessä ihmisen parhaaksi -hankkeen (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä n.d b) ja Palliatiivisen hoidon kehittäminen OYS-ERVA alueella 2022–2023-Kainuun osahanke (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä n.d a) projektiryhmäläisten ja -päälliköiden kanssa elokuussa 2022. Keskusteluja aiheesta käytiin puhelimitse, sähköpostilla ja WhatsAppilla. Palveluketjun käyttöönottosuunnitelma on kuvattu taulukossa 7.

TAULUKKO 7. Palliatiivisen potilaan asiakaslähtöisen palveluketjun käyttöönottosuunnitelma

Tavoite	Toimenpiteet	Aikataulu	Aineiston keruu	Arviointi	Vastuuhenkilö
Palliatiivisen potilaan asiakaslähtöisen jatkohoidon kehittyminen potilaan siirtymässä erikoissairaanhoitosta perusterveydenhuoltoon	Projektiryhmä palaveri/etäyhteys käyttöönotosta ja vakiinnuttamisesta	Elokuu 2022	Palaverit	Yhteenveto käydyistä keskusteluista	Opinnäyte-työntekijä
	Hanketoimijoiden kanssa (Kukkonen ja Keronen) palaveri/etäyhteys/keskustelu käyttöönotosta ja vakiinnuttamisesta	Elokuu 2022	Palaverit	Koulutuksen suunnittelu	Opinnäyte-työntekijä
Palveluketjun vakiintunut käyttö Kainuun sotessa	Palveluketju esitellään palliatiivisen koulutuksen yhteydessä ja/tai hanketilaisuudessa	Syky 2022	Koulutustilaisuus	Koulutus palaute, uudet jatkokehittämis-ideat	Hanke toimijat Kouluttaja Opinnäyte-työntekijä

Näytön käyttöönottoa tulee arvioida. Arviointi kertoo, mitkä menetelmät ovat toimivia. Arviointi auttaa tunnistamaan ongelmat ja tukevat menetelmät käyttöönotossa. (Korhonen ym. 2018, 135.)

5.4 Lähteet

- Ahtiluoto, A., Kaila, M., Komulainen, J., Mäkelä, M. & Sipilä, R. (2017). *Suomalaisten hoitosuosistusten käyttöönoton tutkimusta tarvitaan lisää*. Duodecim 133(18), 1647–1654.
- Finne-Soveri, H., Forsius, P., Hökkä, M., Maula, S., Surakka, T. & Hammar, T. (2022). *Laatukäsikirja elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ihmisten palveluissa*. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki. Ohjaus 6. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-834-7>
- Harvey, G. & Kitson, A. (2016). *PARHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice*. BMC. Implementation science 11(33). <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0398-2>
- Holopainen, A., Junntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. (2013). *Johda näyttö käyttöön hoitotyössä*. Porvoo: Bookwell Oy.
- Hoitotyön tutkimussäätiö. (2018). *Näyttöön perustuva terveydenhuolto*. Saatavilla 8.6.2022. <https://www.hotus.fi/nayttoon-perustuva-terveydenhuolto/>
- Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. (n.d a). *Palliativisen hoidon palveluiden tuottaminen ja laadun parantaminen OYS:n erityisvastuualueella – Kainuun osahanke*. Saatavilla 5.9.2022. <https://sote.kainuu.fi/palliativisen-hoidon-palveluiden-tuottaminen-ja-laadun-parantaminen-oysn-erityisvastuualueella>
- Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. (n.d b). *Yhdessä ihmisen parhaaksi -hanke*. Saatavilla 22.11.2021. <https://sote.kainuu.fi/yhdessa-ihmisen-parhaaksi>
- Kent, B. (2016). *Evidence Implementation Models*. Saatavilla 1.6.2022. http://evidenciaencuidados.es/Simposio/oral/243_Bridie_Kent.pdf
- Koivisto, J., Liukko, E., Tiirinki, H. & Lyytikäinen, M. (2020). *Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittelyyn, ohjauksen ja seurannan käsikirja*. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-581-0>
- Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. (2018). *Näyttöön perustuva toiminta tarpeesta tuloksiin*. Hoitotyön tutkimussäätiö: Skhole.

Korhonen, T., Siltanen, H., Hahtela, N. & Holopainen, A. (2018). *Toteutuuko näyttöön perustuva toiminta Suomessa? Raportti nykytilasta hoitotyön edustajien kuvaamana*. Hoitotyön tutkimussäätiö & Sairaanhoidajaliitto. Helsinki. Saatavilla 3.8.2022. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/npt-raportti-digi-26-2-2018.pdf>

Kouvonen, P., Kurvinen, K. & Hamari, L. (2022). *Mitkä asiat estävät ja edistävät uusien toimintatapojen vakiinnuttamista sairaalaympäristössä?* Hotus näyttövinkki 1. Saatavilla 1.4.2022. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2022/01/nv-1-2022-2.pdf>

Lindholm, L.H. & Laitila, M. (2022). *Työkaluja näyttöön perustuvien menetelmien käyttöönoton edistämiseksi*. Duodecim 138 (10), 881–888. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-202205235189>

Saarto, T. & Finne-Soveri, H. (2019). *Palliatiivinen hoidon ja saattohoidontila Suomessa: Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 14. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4041-3>

Sipilä, R. & Lommi, M-L. (2014). *Hoitosuosituksset eivät muutu hoitokäytännöiksi itsestään*. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 130(8), 832–839. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo11594.pdf>

6 Pohdinta

6.1 Luotettavuus

Toimintatutkimuksella pyritään saamaan aikaan muutosta. Toimintatutkimusta voidaan arvioida seuraavien kriteerien avulla: historiallinen jatkuvuus, reflektiivisyys, dialektisuus, toimivuus ja havahduttavuus. Toimintatutkimus kirjoitetaan elävästi ja todentuntuisesti (Heikkinen & Syrjälä 2010, 147–161; Koshy, Koshy & Waterman 2011). Opinnäytetyöntekijälle tämä oli ensimmäinen toimintatutkimus.

Historiallinen jatkuvuus tarkoittaa, että opinnäytetyö tehdään organisaation palliatiivisen hoidon kehittämisen jatkumona (Heikkinen & Syrjälä 2010, 147–161). Opinnäytetyö on osa palliatiivisen hoitotyön kehittämisen ketjua, jota tehdään kansainvälisesti ja kansallisesti kuten EduPal – (Palliatiivisen koulutuksen kehittäminen n.d) ja Yhdessä ihmisen parhaaksi -hankkeissa (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä n.d) sekä Sosiaali- ja terveysministeriön (Saarto & Finne-Soveri 2019) alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden kehittämiseksi Suomessa. Opinnäytetyö aloitettiin haastattelulla ja nykytilan kartoituksella. Sykliä kautta päädyttiin integroituun palliatiivisen potilaan palveluketjukuvaukseen, jonka tarkoitus oli saada asiakaslähtöisyys potilastyöhön.

Reflektiivisyys on tutkimuksen ja oman ymmärryksen kehittymistä sekä uusien näkökulmien löytymistä. Reflektointi syventää oppimista (Heikkinen & Syrjälä 2010). Reflektiivisyys on vahvasti osa opinnäytetyötä ja kehittämistä. Jokainen sykli loppui reflektointiin ja sen kautta siirryttiin seuraavaan sykliin. Ohjaavan opettajan ja projektiryhmän kanssa käytiin koko prosessin ajan keskusteluja. Reflektoinnin kautta löytyi uusia näkökulmia asiakaslähtöisyyteen. Prosessi kehitti reflektointiosaamista. Opinnäytetyöntekijä ymmärtää haasteen kehittää edelleen reflektointitaitoaan. Haasteena olivat myös taito perustella käytettyjä kehittämisen menetelmää kattavasti.

Dialektisuus toimintatutkimuksessa on äänen ja puheenvuoron antamista mahdollisemman usealle ihmiselle. Vuoropuhelu kehittää tutkimusta ja antaa eri näkökulmia sille. (Heikkinen & Syrjälä 2010.) Dialogia on käyty tekijän, osallistujien ja aineiston välillä. Vierailukäynnillä, haastateltaessa henkilöstöä ja ohjaus- sekä projektiryhmän palaverissa annettiin tilaa ja mahdollisuus tuoda erilaiset äänet ja näkemykset kuuluville. Näin syntyi moniääninen kuvaus aiheesta. Dialektisuus hyödytti opinnäytetyötä laajentaen käsitystä asiakaslähtöisyydestä ja palliatiivisen potilaan hoidon

nykytilasta sekä sen kehittämistarpeesta. Opinnäytetyön dialektisuus tuli vahvasti esille palveluketju kuvauksen pilotoinnissa syklissä 3. Niin erikoissairaanhoidon kuin perusterveydenhuollon henkilökunnan kokemus ja työstä nousevat haasteet tulivat ilmi arvioinnissa. Syklin 1 haastattelu toi hoitotyön ammattilaisten äänen työhön. Saatiinko haastatteleamalla tarpeeksi ja kattavasti vastauksia nykytilan suhteen. Olisiko nykytilaa voinut selvittää jollakin muulla menetelmällä. Olisiko palliatiivisen potilaan ääni pitänyt saada vahvemmin esiin työssä.

Toimivuus on lyhyesti ilmaistuna ”se mikä toimii, on totta.” Toimivuutta tarkastellessa arvioidaan käytännön vaikutuksia, saavutettua hyötyä ja toiminnan seurauksia. (Heikkinen & Syrjälä 2010, 149, 156–157.) Kehittääkö palveluketjunkuvaus asiakaslähtöistä palliatiivisen potilaan jatkohoittoa selviää tulevaisuudessa. Palveluketjunkuvausta pilotoineet arvioijat totesivat kuvauksen olevan tarpeellisen, ja se voi toimia myös koulutus- ja perehdytysmateriaalina. Reilun vuoden kestänyt prosessi on omalta osaltaan kehittänyt palliatiivisen poliklinikan ja Suomussalmen kotisairaalan henkilökunnan yhteistyötä. Tämä ilmenee lisääntyneinä yhteydenottoina yksiköiden henkilökunnan välillä ja yhteistyö on madaltanut kynnystä konsultoida PTH:sta palliatiivista B tasoa. Toimivuutta voidaan arvioida tulevaisuudessa myös saadun asiakaspalautteen perusteella. Tunnistetaanko palliatiivinen potilas ja saako hän laadukasta palliatiivista hoitoa oman toiveensa mukaisesti ja haluamassaan paikassa? Millä resursseilla palliatiivisia potilaita tulevaisuudessa hoidetaan? Saadaanko esimerkiksi Kainuun soten kotisairaalat toimimaan kunnissa niin, että ne palvelisivat palliatiivisia potilaita tasapuolisesti ja laadukkaasti? Saadaanko kotihoidon saattohoitotilanteisiin resursseja ja mahdollisuutta toteutua jatkossa? Onnistuakseen implementointi tarvitsee vahvaa johdon tukea.

Havahduttavuudella tarkoitetaan uskottavuutta, todentuntuisuutta ja koskettavuutta. Lukijalle tulisi aueta uusia näkökulmia luettuaan opinnäytetyö. (Heikkinen & Syrjälä 2010, 149, 160.) Itselfe opinnäytetyössä on ollut havahduttavaa asiakaslähtöisyyden moninaisuus, laajuus ja menetelmä valikoima, millä asiakaslähtöisyyteen voidaan vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Mitä kaikkea asiakaslähtöisyys on, ja miten se ilmenee potilaan hoidossa. Miten asiakaslähtöisyys vaikuttaa potilaan kohtaamiseen ja koko palveluketjuun. Tässä työssä Kainuun soten organisaation strategiaan kirjattu arvo asiakaslähtöisyys tuli näkyväksi palliatiivisen potilaan hoidossa. Asiakaslähtöisyyttä palliatiivisen potilaan hoidossa on tunnistaa palliatiivisen potilaat ajoissa ja hoitaa heitä moniammatillisessa yhteistyössä. Asiakasta ja hänen läheistään kuunnellaan ja he saavat äänensä kuuluville esimerkiksi hoitoneuvottelussa ja tulohaastattelussa. Yhteistyötahot järjestävät jatkohoidon saattaen vaihtaen periaatteella laadukkaalla jatkohoidon suunnitelulla ja toteu-

tuksella. Perusterveydenhuollossa tehdään tiivistä yhteistyötä terveyskeskussairaalan, kotisairaalan ja kotihoidon henkilöstöjen kanssa, jotta niukat resurssit saadaan optimaalisesti käyttöön palliatiivisen potilaan hoidon laadun varmistamiseksi. PTH käyttää aktiivisesti ESH osaamista ja konsultaatio mahdollisuutta, apuna hoidon toteuttamisessa ja järjestämisessä. Kaikki toimijat ovat tietoisia toisistaan ja yhteistyön mahdollisuuksista.

6.2 Eettisyys

Aiheen valinta syntyi käytännön työssä havaituista epäkohdista palliatiivisen potilaan hoidossa, kuten palliatiivista potilasta ei ollut tunnistettu tai jatkohoito-ohjeita ei ollut tehty tai annettu tarpeeksi. Palliatiivinen hoitotyö on eettisesti arkaluoteinen aihe, joten eettisyyteen tulee kiinnittää erityisesti huomiota. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) on julkaissut suositukset saattohoitoon. Suosituksissa kiinnitetään huomiota hyvään inhimilliseen hoitoon, potilaan itsemääräämisoikeuteen, hoidon jatkuvuuden varmistamiseen ja suunnitelmallisuuteen. Hyvä saattohoito kuuluu kaikille. (ETENE 2003.) Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettisten periaatteiden mukaisesti tutkija kunnioittaa tutkittavien ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta. Tutkimus toteutetaan niin, ettei siitä aiheudu riskejä, vahinkoa tai haittoja tutkittaville. (Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa 2019.)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on laatinut ohjeet hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Tutkimusta tehdessä noudatetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Muiden tutkijoiden ja tekijöiden saavutukset huomioidaan ja niitä kunnioitetaan. Ennen tutkimuksen aloittamista hankitaan tarvittavat tutkimusluvut. Aiheen valinta on varmistettu ohjaavan opettajan kanssa käydyissä keskusteluissa. Opinnäytetyöntekijällä on eettisiä velvoitteita opinnäytetyön kohteena olevia kohtaan. Osallistujia tulee suojella haitoilta. Osallistujat voivat keskeyttää osallistumisensa missä vaiheessa tahansa. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2021.) Hyvä tieteellinen käytäntö (2021) kattaa kaikki tutkimuksen osa-alueet. Tutkimusetiikka sisältyy koko tutkimus prosessiin. (Kuula 2006, 35–36.)

Lähdekritiikki on myös eettisyyttä. Lähdekritiikki tarkoittaa arviointia, jonka kohteena on lähteen kirjoittajan tunnettavuus ja arvovalta, lähteen ikä ja lähteen uskottavuus. (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2022.) Koko työn lähteet ja syklissä 2 kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset on tar-

kastettu kirjaston henkilökunnan kanssa. Tutkimuksen tekemisessä on noudatettu hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Opinnäytetyölle on laadittu aineistohallintasuunnitelma (liite 7). Syksyllä 2021 on Kainuun sotelta haettu lupa opinnäytetyön tekemiselle.

Eettinen dialogi, keskustelu, ajatusten vaihto, on kaikkien äänien sallimista ja yhteisen merkityksen löytymistä. Eettisen dialogin edellytys on keskinäinen kunnioitus. Ollaan kiinnostuneita mitä toinen sanoo ja ajattelee. Kun osallistujat tuntevat osallistuvansa yhteiseen projektiin, he jakavat näkemyksiään, ovat sitoutuneita ja he haluavat löytää yhteisen ratkaisun. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 185–187.) Projektiin osallistuneet toimijat ovat olleet mukana omasta halusta ja kiinnostuksesta aihetta kohtaan. Jokainen on ollut vapaa eroamaan ryhmästä. Projektipäällikkönä tiesin kokemusperäisesti projektiryhmään pyytämieni henkilöiden olevan kokeneita ja kehittämishaluisia, ja tämä on kannatellut opinnäytetyötä eteenpäin. Olemme jakaneet saman ajatuksen siitä, että palliatiivista hoitoa tulee edelleen kehittää organisaatiossa.

Tutkimus ja kehittäminen palliatiivisessa hoidossa on eettisesti haastavaa. Potilaat ovat haavoittuvassa elämäntilanteessa, joten tutkimusmenetelmiä tulee pohtia tarkasti. Palliatiivisessa hoidossa pitäisi tarkastella palveluiden järjestämistä, hoidon jatkuvuutta sekä hoitoprosessia. (Hökkä 2020.) Valtakunnalliset kehittämishaasteet on kartoitettu Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa (Saarto & Finne-Soveri 2019) julkaisussa. Tässä opinnäytetyössä on kehitetty palveluketjukuvaus, joka osaltaan kuvaa palliatiivisen potilaan hoidon järjestämistä, jatkuvuutta ja prosessia.

Etiikan perustana toimivat arvot. Arvolla ilmaistaan, mihin on hyvä ja oikein pyrkiä. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 38–39.) Keskeistä kuolevan potilaan hoidossa on eettisesti tarkasteltuna elämän kunnioitus, yksilöllisyyden kunnioitus ja totuuden sekä rehellisyyden kunnioitus. Tärkeää on myös selvittää potilaan oma tahto. Hoitotyöntekijät kokevat potilaan hoidossa paljon erilaisia eettisiä haasteita. Keskeisiä eettisiä ongelmia ovat hoitotoimiin liittyvät kysymykset, hoitopaikan valinta, läheisten kohtaaminen ja ammatilliset kysymykset. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 311–316.) Kainuun soten arvoja ovat vastuullisuus, avoimuus, luottamus, oikeudenmukaisuus ja asiakaslähtöisyys (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2021).

Palveluketjukuvauksessa arvot, kuten yksilöllisyyden kunnioitus ilmenevät hoitoneuvotteluna ja tulohaastatteluna. Tiedon ja hoidon jatkuvuus ilmenevät jatkohoidon järjestäminen ja potilaan jatkohoitoon siirtymisen yhteydessä. Asiakaslähtöisyys ilmenee palveluketjussa muun muassa siten, että lähtökohtaisesti kaikki palveluketjuun kuvatut teemat, koskettavat potilasta ja hänen

läheistään. Tiedon siirtyminen ja hoidon jatkuvuus olivat niitä käytännön työstä nousevia asioita, joista aihe opinnäytetyölle sai alkunsa.

Palliativinen hoito ei aina toteudu toivotusti. Niin ammattilaiset kuin potilaat ja läheiset voivat ymmärtää palliativisen hoidon väärin ja se sekoitetaan saattohoitoon. Tämä väärinymmärrys aiheuttaa viivästystä palliativisen hoidon aloittamisessa (Saarto ym. 2022, 18). Syklin 1 yhdessä haastatteluvastauksessa puhuttiin "peikosta". Terveydenhuollossa on tärkeä, millä käsitteillä ja sanoilla asioista puhutaan. Mielestäni tällä kyseisessä sanassa kuvattiin osaamista ja ehkä asennettakin palliativisen hoitotyöhön. Sana sinällään on huono valinta, mutta usein suomen kielessä puhutaan jostain uudesta ja pelottavasta peikkona niin kuin ehkä tässäkin haastattelussa.

Sana palliativinen tarkoittaa latinaksi viittaa. Viittaa, joka suojaa, antaa lämpöä, turvaa ja kokoaan allensa. (Suomen palliativinen yhdistys 2022.) Ajatus suojaavasta viitasta on kaunis. Toivon nykyisen ja tulevan sosiaali- ja terveydenhuollon ymmärtävän toimia tuollaisena viittana kuolevalle potilaalle. Palliativinen hoito on potilaalle ja hänen läheiselleen ainutlaatuinen ja kertaluonteinen ja siksi siinä onnistuminen on erityisen tärkeää. Palliativisessa hoidossa arvioidaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen inhimillisyyttä sekä ihmisyyttä.

6.3 Kliinisen asiantuntijuuden kehittyminen

Opinnäytetyö oli työelämälähtöinen ja ajankohtainen. Meneillään olevat kehittämishankkeet ja vuonna 2023 voimaan tuleva sote uudistus ovat mahdollisuus integroida toimintaa myös Kainuun sotessa. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon tarkoitus on kehittää työelämää ja antaa riittävä tieto- ja taitoperusta sekä valmiudet työskennellä erityistä asiantuntijuutta vaativissa tehtävissä (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2022). Kliinisen asiantuntijan (YAMK) ydinkompetensseja ovat hoitotyön asiantuntijuus ja kehittäminen sekä suunnitelmallinen ja systemaattinen työskentely. Hoitotyön holistisuus on osaamisen ydintä. Laajavastuinen tehtävänkuva edellyttää arviointiosaamista ja näyttöön perustuvaa päätöksentekokykyä. Asiantuntija sairaanhoitaja tekee työtään itsenäisesti ja osana moniammatillista työryhmää. Henkilöstön osaamisen kehittäminen ja johtamisosaaminen ovat myös osa asiantuntija työtä. (Sulosaari ym. 2020; Auvinen ym. 2022.)

Yleiset ylemmän korkeakoulututkinnon kompetenssit kuten tavoitteellinen ja monipuolinen asiantuntijuuden arviointi ja kehittäminen sekä asiakaslähtöisen toiminnan kehittäminen (Auvinen ym. 2022) ovat kehittyneet opinnäytetyön tekemisen aikana. Ylemmässä ammattikorkeakoulu-

tutkinnossa tutkimus- ja kehittämistyö on keskitetty opinnäytetyöhön. Kriittisen ajattelun ja reflektiivisen oppimisen kehittyminen ovat keskeisiä. Opinnäytetyön tulee kehittää asiantuntijuuden kehittämistä ja tietoisuutta asiantuntijuuden merkityksestä ja laaja-alaisuudesta. (Opinnäytetyölle asetettavia tavoitteita 2021.) Kriittisyys eri aineistojen todenperäisyyteen ja oikeellisuuteen on kehittynyt.

Sairaanhoitajat tarvitsevat erilaista osaamista palliatiivisessa hoitotyössä, kuten hoitotyön osaamisen johtamista sekä viestintä- ja yhteistyötaitoja. (Hökkä ym. 2020.) Asiantuntijuuden johtaminen on terveydenhuollon palveluiden johtamista ja kehittämistä omalla erityisalalla muuttuvassa ympäristössä (Kliininen asiantuntija ylempi (AMK)). Opinnäytetyön projektiluoteisuus antoi minulle kokemuksen projektipäällikön työstä. Projekti kehitti omia johtamis-, yhteistyö- sekä viestintätaitoja. Nämä osaamiset vaikuttavat myös kliiniseen hoitotyön tekemiseen. Sykliä jälkeen projektiryhmän reflektion kautta edettiin toimintatutkimuksessa kohti tavoitetta. Palliatiivisen potilaan palveluketju osaaminen syventyi tämän aiheen myötä. Projektipäällikkönä oleminen oli tekijälle ensimmäinen ja näin ollen projektin johtamista harjoiteltiin opinnäytetyössä. Alussa oleva johtamisosaaminen vaikutti osaltaan siihen, että eri toimijoita ei ole osattu hyödyntää siinä määrin kuin olisi ollut tarpeen. Ohjausryhmään olisi ollut hyvä saada toimi- ja toimeenpanovaltaa omaava henkilö. Jatkossa toimijoiden moniammatillisen yhteistyön hyödyntäminen edesauttaisi palveluketjun hyödyntämistä käytäntöön.

Syklissä 3 integroitua palveluketjukuvausta pilotoitiin ja syklissä 4 hahmoteltiin palveluketjun implementointia käytäntöön. Palveluiden kehittäminen on keskeinen kompetenssi kliinisen asiantuntijan (YAMK) opinnoissa (Sulosaari ym. 2020). Palveluiden kehittämisessä käytetään näyttöön perustuvaa yhteistyötä. Asiantuntija kehittää henkilöstön osaamista elinikäisen oppimisen menetelmillä. (Sulosaari ym. 2020; Auvinen ym. 2022; Kliininen asiantuntija ylempi (AMK).) Asiantuntijuus on näyttöön perustuvassa hoitotyössä asiantuntijan käytännön ja teorian osaamista. Asiantuntija on sidoksissa ihmisiin ja verkostoihin. Hänellä on kykyä hahmottaa hoitotyön päätöksentekoa, oman aihealueen tietoa ja ihmisten käyttäytymistä. Asiantuntijuuteen kuuluu pitkä työkokemus ja tasokas, perusteellinen koulutus. Ihmisläheisyys ja vastuullisuus ovat hoitotyölle ominaista. Asiantuntija tuottaa uutta tietoa ja tuo sitä käytäntöön. Hoitotyössä tämä on teorian yhdistämistä käytännön toimintaa ja osallistumista kehittämisprojekteihin. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 39–40.) Opinnäytetyössä harjoiteltiin toimintatutkimusta ja palveluiden kehittämistä. Palveluiden kehittäminen vaati aktiivisuutta, yhteistyötaitoja ja koordinoitua. Prosessi opetti näyttöön perustuvan tiedon tuottamista ja käyttämistä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tutkimustietoa arvioitiin, tuotettiin ja käytettiin prosessin aikana. Työ eteni systemaattisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tulisi tavoitella laadukasta hoitoa sekä ammattiryhmien välistä yhteistyötä palliatiivisessa hoidossa. Lisäksi pyritään saamaan selkeä kehys näyttöön perustuvalla, turvallisella ja tehokkaalla palliatiiviselle hoidolle. (Palliative Care Competence Framework Steering Group 2014, 12.) Hoidon koordinointi ja suunnittelu hyödyntäen eri ammattilaisten osaamista parantaa hoidon laatua. Ammatilliset arvostavat rooleja, vastuita ja ammatillisia rajoja. Moniammatillista yhteistyötä tehdään hoidon optimoimiseksi ja kehitetään tehokkaita verkostoja muihin terveydenhuollon tarjoajiin. (Palliative Care Competence Framework Steering Group 2014, 47–48.)

Jos asiakaslähtöisellä työtavalla saadaan aikaan laatua ja taloudellisuutta sekä inhimillistä potilaan hoitotyötä, niin kehittämistyö on ollut merkityksellistä sekä potilaalle että organisaatiolle (Kouvonen, Kurvinen & Hamari 2022). Toivon hoitohenkilökunnan palliatiivisen osaamisen kehittymisen myötä hoidosta tulevan aikaisempaa asiakaslähtöisempää. Palliatiivisen potilaan tunnistaminen on ensimmäinen asia tässä prosessissa. Palliatiivinen hoito auttaa potilasta ja hänen läheistään parantumattoman sairauden edetessä. Moniammatillisen yhteistyön kehittyessä potilaan saattaen vaihtaen ajatus konkretisoituu. Potilas voi luottaa siihen, että häntä autetaan ja ettei hän jää yksin.

Sairaanhoitaja ylempi (AMK) opinnot ovat mahdollistaneet kohdallani työskentelyn esihenkilönä. Esihenkilö työssä tarvitaan osittain samaa osaamista kuin asiantuntija työssä kuten kehittämisosaamista, päätöksentekokykyä sekä viestintä- ja yhteistyöosaamista. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) velvoittaa ylläpitämään ja kehittämään omaa osaamista. Ajantasainen osaaminen vaikuttaa myös työntekijän työkykyyn (Kohti elinikäistä oppimista 2019, 9). Olen kehittänyt ja pitänyt yllä omaa osaamistani sairaanhoitajana läpi työuran. Koulutuspolkuni on edennyt sairaanhoitajan (AMK) tutkinnosta täydennys- ja erikoistumisopintojen kautta ylempään (AMK) tutkintoon.

6.4 Jatkotutkimuskysymykset

Jatkotutkimuskysymykset ovat esitettyinä sykleittäin. Jatkotutkimuskysymykset nousivat syklien tematiikasta, tuloksista ja johtopäätöksistä.

Syklin 1 jatkotutkimuskysymys on: Miten Kainuun sotessa mahdollistetaan henkilökunnan palliatiivisen hoitotyön jatkuva kouluttautuminen ja osaamisen kehittäminen tulevaisuudessa?

Syklin 2 jatkotutkimuskysymys on: Miten moniammatillista yhteistyötä voidaan jatkossa kehittää palliatiivisessa hoidossa Kainuun sotessa? Miten palliatiivisen hoitotyön kliinisten asiantuntijoiden verkoston perustaminen ja hyödyntäminen osaamisen kehittämisessä voisi mahdollistua?

Syklin 3 jatkotutkimuskysymys on: Miten asiakaslähtöisyyttä voidaan edelleen kehittää palliatiivisen potilaan ja hänen läheistensä palautteen perusteella?

6.5 Lähteet

Auvinen, P., Asikainen, E., Hakonen, A., Marjanen, P., Risku, P. & Silvennoinen, S. (2022). *Suositus ammattikorkeakoulujen yhteisistä kompetensseista ja niiden soveltamisesta*. Arene. Saatavilla 1.8.2022. arene.fi

ETENE. (2003). *Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio*. Työryhmäraportti. Saatavilla 1.6.2022. <https://etene.fi/julkaisut/2003>

Heikkinen, H.L.T. & Syrjälä, L. (2010). *Tutkimuksen arviointi*. Teoksessa H.L.T. Heikkinen, Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) *Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat*. (144–162). Vantaa: Hansaprint Oy.

Hyvä tieteellinen käytäntö. (2021). Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki. Saatavilla 14.4.2022. <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Hökkä, M., Martins Pereira, S., Pölkki, T., Kyngäs, H. & Hernandez-Marrero, P. (2020). *Nursing competencies across different levels of palliative care provision: A systematic integrative review with thematic synthesis*. *Palliative Medicine*. Review Article 34(7) 851-870. DOI: 10.1177/0269216320918798journals.sagepub.com/home/pmj

Hökkä, M. (2020). *Tutkimus ja kehittämistyö palliatiivisessa hoidossa*. EduPal -hanke. Luento.

Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. (2019). Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Helsinki. Saatavilla 1.6.2022. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf

- Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. (2021). Strategia ja toiminta-ajatus. Saatavilla 30.3.2021 https://sote.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2021-01/Kainuun_soten_talousarvion_2021_kuntayhtymatason_BSC-tuloskortti_ja_mittarit.pdf
- Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. (n.d). *Yhdessä ihmisen parhaaksi -hanke*. Saatavilla 22.11.2021. <https://sote.kainuu.fi/yhdessa-ihmisen-parhaaksi>
- Kajaanin ammattikorkeakoulu. (2022). *Tutkintosääntö*. Kajaanin ammattikorkeakoulu intranet.
- Kliininen asiantuntija ylempi (AMK)*. (2019). Kajaanin ammattikorkeakoulu. Opinto-opas. Kajaanin ammattikorkeakoulu intranet.
- Kohti elinikäistä oppimista*. (2019). Sitran selvityksiä 150. Helsinki: Erweko. Saatavilla 14.4.2022 <https://media.sitra.fi/2019/03/11112556/kohti-elinikaista-oppimista.pdf>
- Koshy, E., Koshy, V. & Waterman, H. (2011). *Action Research in Healthcare*. DOI: <https://dx.doi.org/10.4135/9781446288696>
- Kouvonen, P., Kurvinen, K. & Hamari, L. (2022). *Mitkä asiat estävät ja edistävät uusien toimintatapojen vakiinnuttamista sairaalaympäristössä?* Hotus näyttövinkki 1. Saatavilla 1.4.2022. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2022/01/nv-1-2022-2.pdf>
- Kuula, A. (2006). *Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- L 559/1994. *Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä*. Saatavilla 4.4.2022. www.finlex.fi
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (2008). *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki. WSOY.
- Opinnäytetyölle asetettavia tavoitteita*. (2021). Kajaanin ammattikorkeakoulu. Kajaanin ammattikorkeakoulu intranet.
- Palliatiivisen koulutuksen kehittäminen*. (N.d). EduPal. Saatavilla 15.8.2022. <https://www.palliatiivisenkoulutuksenkehittaminen.fi/>
- Palliative Care Competence Framework Steering Group. (2014). *Palliative Care Competence Framework*. Dublin: Health Service Executive. Saatavilla 30.3.2022. <https://aiihpc.org/wp-content/uploads/2015/02/Palliative-Care-Competence-Framework.pdf>

Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junntila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T. & Forsius, P. (2022). *Palliativisen ja saattohoidon kansallinen laatusuositus*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-824-8>

Saarto, T. & Finne-Soveri, H. (2019). *Palliativinen hoidon ja saattohoidontila Suomessa: Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 14. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4041-3>

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. (2011). *Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittymiseen*. Helsinki: WSOYpro Oy.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. (2009). *Hoitotyön etiikka*. Helsinki. Edita.

Sulosaari, V., Elomaa-Krapu, M., Hopia, H., Koivunen, K., Leinonen, R., Liikanen, E., Penttinen, U., Törmänen, O., Walta, L. & Heikkilä, J. (2020). *Ydinkompetenssit kliinisen asiantuntijan (ylempi AMK) koulutuksessa*. AMK-lehti/UAS Journal. Saatavilla 14.4.2021 <https://uasjournal.fi/1-2020/kliinisen-asiantuntijan-ydinkompetenssit/>

Suomen palliativinen yhdistys. (2022). *Palliativinen hoito*. Saatavilla 4.4.2022. <https://www.sphy.fi/palliativinen-hoito/>

Kysymykset syklin 1 ryhmähaastatteluun

Kysymykset avoimeen haastatteluun

Tutkimuskysymys on, mikä on palliatiivisen potilaan erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon jatkohoitoon siirtymisen nykytila?

- Miten palliatiivinen potilas tunnistetaan ESH:ssa?
- Millaista hoitoa palliatiiviset potilaat mielestänne saavat?
- Miten palliatiiviset potilaat ohjautuvat erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon perusterveydenhuoltoon tällä hetkellä?
- Miten asiakaslähtöisyys ilmenee potilaan kirjautuessa ESH yksikköön
- Miten asiakaslähtöisyyden keskeiset arvot, potilaan ihmisarvo, yksilöllisyys ja itsemääräämisen kunnioittaminen, ilmenevät palliatiivisen potilaan jatkohoidon suunnittelussa?
- Miten mielestänne Kainuun soten arvot ilmenevät palliatiivisen potilaan hoidossa?
- Miten mahdollistuu palliatiivisen potilaan kohtaaminen?
- Miten asiakaslähtöisyys huomioidaan keskustelussa, jossa palliatiiviselle potilaalle kerrotaan hoidon loppumisesta ESH?
- Miten asiakaslähtöisyys otetaan huomioon palliatiivisen potilaan hoitoneuvottelussa?
- Miten potilas ja hänen läheisensä ovat läsnä hoitoneuvottelussa?
- Millaista on moniammatillisuus palliatiivisen potilaan hoidossa?
- Kuka ottaa yhteyttä ja keneen, kun palliatiivisen potilaan hoito päättyy ESH? Miten asiakaslähtöisyys näyttäytyy tässä?
- Miten palliatiivinen konsultaatiotuki on järjestetty Kainuun sotessa eri hoitoyksiköiden välillä?
- Miten mielestänne palliatiivisen potilaan asiakaslähtöistä hoitoa tulisi kehittää Kainuun sotessa?

TAULUKKO 1. Sisällönanalyysi tiivistetysti

Tärkeät alkuperäiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Luokat
Kardiologisia potilaita ei tunnisteta 1. Palliativisen poliinikan hoitaja tekee palliativisen hoidon tarpeen tunnistamisen kiertoja ESH osastoilla 2. Neurologiset- ja keuhkopotilaat tunnustetaan paremmin, mutta olisi hyvä tunnistaa vielä aiemmin 3. Missä vaiheessa tunnustetaan, vaihtelee. Loppuvaihe eli saattohoitovaihe tunnustetaan 4. Hoitoprosessi puuttuu, ei malignien/kroonisten sairauksien osalta. 5. Lääkäreille kuolema on tappio, haluavat hoitaa mahdollisimman pitkään. Valtataistelua lääkäreiden kesken. Yhteistyö lääkärin kesken vähäistä 6. Prosessi puuttuu, sekavaa milloin pääsee palliativisen lääkärin hoidettavaksi. Ei toimi. Ei ole saattaen vaihtoa 7. Kokonaisuus puuttuu. Palliativinen poliinikka: Pal.pkl suunnitellaan yksi käynti, jossa tehdään hoitosuunnitelma. Ei ole yksikköä mihin siirto järjestetään 8. Taho kenelle hoitovastuu siirretään, puuttuu. Kotihoitoon ilmoitus palvelutarpeen arviosta. Ei saa varattua aikaa terveyskeskuslääkärille 9. esimerkiksi 1 kk päähän. Oireiden pahenemissa keneen potilas on yhteydessä? Osasto: Potilaat ohjautuvat kotisairaaloihin, kotihoitoon, terveyskeskuksiin 10. Kehitettävä asia on: mitä kaikkea pitäisi olla tehty ennen siirtoa 11. Selkeä ohje puuttuu. Siirto tapahtuu, kun potilaan oireet ovat kurissa. Turhiakin siirtoja on tehty 12. potilas on voinut kuolla esim. seuraavana päivänä. Kipupumppu asia ja kipukasetin tilaus: jatkot selvänä ennen siirtoa. Palliativinen potilas on tavallisella osastolla "peikko" 13. Jos oireet eivät ole hallinnassa, otetaan yhteys palliativiseen yksikköön. Omaiset ovat olleet tyytyväisiä palliativisessa yksikössä 14. Omaisille ja potilaalle annetaan aikaa. Hoidon laatu vaihtelee resurssien vuoksi 15. Palliativisen potilaan hoidon kirjauksissa ei ole aina selvää mitä tulee kirjata. ESAS on tehty, mutta ei ole avattu pisteitä 16. Ei auta seuraavaa hoitotahoa. B- tasolta paikataan muiden osastojen henkilökuntavajetta 17. Lääkäri resurssit ovat vähäiset 18. Lääkäreistä kolmella on palliativisen hoidon erikoistumisopinnot. Lääkärit työskentelevät osittain etänä 19. Potilaat kaipaavat läsnä olevaa lääkäriä 20. parantaisi hoidon laatua. Vaikutus myös hoitajien jaksamiseen. Ei ole aina selvää ketä lääkäreitä konsultoidaan. Osasto: Potilas ei ole aina päässyt ajoissa hoitoon 21. Tuloaastattelun pitäisi panostaa 22. Tulotilanteet ovat monesti kiireisiä. ESAS tehdään 23. Asiakaslähtöisyys on kehitettävä asia 24. Poliinikka: Pkl käynti on potilaan tarpeista lähtöisin 25. Miten haastatellaan, löytyy selvä ohje. Toiminta alkanut 2019 ensin syöpäpotilaiden kanssa. Neurologisten potilaiden kanssa kommunikointi tuo haastetta 26. Pitäisi olla asiakaslähtöisempää. Muiden erikoisalojen lääkärin, kuten neurologit ja keuhkolääkärit, pitäisi hoitaa yhdessä palliativisen lääkärin kanssa potilaita 27. Tarvetta palliativiselle koulutukselle on 28. Kotikuolema pyritään mahdollistamaan 29. Ei ole aina mahdollista. Maakunnalliset kotisairaalat toimivat huonosti 30. ei voida suunnitella kotikuolemaa tai hoitaa toiveiden mukaisesti. Kotisairaala toiminnan kehittäminen tärkeää 31. Palliativisen poliikän jänkin jälkeen hankitaan omasta kunnasta lupapaikka 32. Tähän on olemassa kaimassa selkeä ohje. Resurssien niukkuuden vuoksi ei aina voi suunnitella jatkohoitoon siirtymistä. Turhia potilassiirtoja tulee loppuvaiheessa. Potilaan toive ei aina toteudu 33. Palliativisen hoidon tietoisuus on lisääntynyt viimeisen vuoden aikana terveydenhuollon henkilökunnan kesken. Luottamus: tarpeeksi asiantuntijuutta tuottaa luottamusta 34. Asiantuntija voi perustella asiat tiedolla. Henkilökunta ei puhu ristiin asioista, pidetään samaa linjaa. Hoitajien toiveena on olla luottamuksen arvoinen. Pyritään toteuttamaan luvutut asiat. Avoimuus: Taito puhua vaikeista asioista 35. Kainuun sote on toteuttanut STM 2019 annettuja suosituksia. Korona pandemia ja hoitajapula ovat hidastaneet kehitystä. Palliativiseen hoitoon on erikoiskoulutettu lääkäri ja hoitaja. Tavoitteena on, että ei tehdä päällekkäistä työtä 36. Yhteistyö on parantunut 37. Hoitoa toteutetaan arvojen mukaan 38. Alueellista eriarvoisuutta on 39. Jos ei ole tarvetta B-tason pal. hoidolle niin siirretään A-tasolle. Kollegiaalisuutta A- ja B-tason kesken toivotaan. Vaativa potilas saa enemmän huomiota. Hiljainen potilas voi jäädä pienemmälle huomiolle. Resurssien lisääminen parantaisi hoidon laatua 40. Pal.pkl: Vastaanottoaika on suppea. Potilaalle lähetetään kotiin esitietolomake. Jos omaisella on henkisen tuen tarvetta tai potilas ei ole sinut sairautensa kanssa, vo aika ei ole riittävä 41. Osasto: Pal. hoitoon erikoistuneet hoitajat pyrkivät antamaan aikaa. Keskustelulle pyritään antamaan aikaa 42. Omaisten kohtaaminen on tärkeää 43. Aina ei ole tilaa puhumiselle potilashuoneessa. Omaisten jaksamiselle on tärkeä saada puhua. Keskeytykset (puhelin) ja hoitajahälytykset häiritsevät keskustelua. Potilas ei välttämättä tuo vaikeita asioita esille. Onko sinut oman sairautensa kanssa? Puhuminen vaikeista asioista vaatii pohjatytöitä, luottamuksen rakentamista 44. Rajallinen aika, omaisten huomiointi jää vähäiseksi 45. Hankalat perhetilanteet jäävät mietityttämään. Osasto: Uudessa sairaalassa ESH ja PTH samassa talossa. Palliativisesta yksiköstä on tehty käyntejä PTH puolelle potilaan siirryttyä sinne jatkohoitoon. Palliativinen yksikkö toimiin 24/7 konsultoitavana yksikkönä Kainuun sotessa.	kardiologisia potilaita ei tunnisteta (1) hoidon tarpeen tunnistamisen kiertoja (2) neurologiset- ja keuhkopotilaat olisi hyvä tunnistaa aiemmin (3) saattohoitovaihe tunnustetaan (4) hoitoprosessi puuttuu ei malignien/kroonisten sairauksien (5) yhteistyö lääkärin kesken vähäistä (6) ei saattaen vaihtoa (7) ei yksikköä mihin siirto järjestetään (8) ei aikaa terveyskeskuslääkärille (9) potilaat ohjautuvat (10) kehitettävä mitä tehty ennen siirtoa (11) turhiakin siirtoja tehty (12) palliativinen potilas "peikko" (13) omaiset tyytyväisiä (14) laatu vaihtelee resurssien vuoksi (15) ESAS tehty, ei avattu pisteitä (16) paikataan henkilökuntavajetta (17) lääkäri resurssit vähäiset (18) lääkärit työskentelevät osittain etänä (19) potilaat kaipaavat läsnä olevaa lääkäriä (20) potilas ei päässyt ajoissa hoitoon (21) tuloaastattelun panostaa (22) tulotilanteet ESAS (23) Asiakaslähtöisyys kehitettävä asia (24) pkl käynti potilaan tarpeista lähtöisin (25) Neurologisten potilaiden Kommunikointi tuo haastetta (26) Erikoisalojen lääkärin...hoitaa yhdessä...potilaita (27) tarvetta koulutukselle (28) kotikuolema mahdollistamaan (29) kotisairaalat toimivat huonosti (30) kotisairaala toiminnan kehittäminen (31) hankitaan lupapaikka (32) potilaan toive (33) tarpeeksi asiantuntijuutta lisää luottamusta (34) taito puhua vaikeista asioista (35) ei tehdä päällekkäistä työtä (36) yhteistyö parantunut (37) hoitoa arvojen mukaan (38) Alueellista eriarvoisuutta (39) Resurssien lisääminen parantaisi hoidon laatua (40) vastaanottoaika ei ole riittävä (41) keskustelulle aikaa (42) Kohtaaminen tärkeää (43) Luottamuksen rakentamista (44) Rajallinen aika huomiointi vähäiseksi (45) Kehitysvammapuolelle...asiakaslähtöisyys hankala (46) Osaamisen ja resurssien vaihtelevuus (47) tiedotusta konsultaatiotuesta (48) annetaan mahdollisuus kertoa toiveista (49) omainen hoitoneuvotteluun (50) Hoitoneuvottelu voidaan pitää Skypellä, puhelimitse tai läsnäolleen (51) iso rinki asiantuntijoita (52) Moniammatillinen työryhmä (53) hoitaja järjestää jatko-hoidon (54) PTH hoitokotien tietoiseksi konsultaatiotuesta (55) Kaima sekava (56) Konsultaatiotuen jalkauttaminen (57) Palliativisen potilaan tunnistaminen (58) Sairausryhmille prosessi, miten palliativisenhoito järjestetään (59) Resurssit ja aikaa kehittämiseen (60) Tietoa toiminnasta (61) Hoitokoteihin koulutusta (62) Jalkauttaminen hoitokoteihin (63)	A Palliativisen potilaan tunnistaminen (58,21,1,2,3,4) B Palliativisen hoitotyön osaamisen kehittämisen (13,62,46,35,28,26,64,65,59,56,23,22,16,5,47,40,17,18,15) C Moniammatillinen yhteistyö (52,53,51,19,36,37,27,6,30,31,60) D Jatko-hoidon järjestäminen (54,32,7,8,9,10,11,12) E Konsultaatiotuki (48,61,63,55,57) F Asiakaslähtöinen hoito (49,50,45,41,14,20,24,25,29,33,34,38,42,43,44,39)

<p>pki: Kehitysvammapuolelle on tehty palliatiivisen hoidon suunnitelmaa potilasta näkemättä, tällaisissa tilanteissa on asiakaslähtöisyys hankala huomioida 46.</p> <p>Haasteellisuutta tuo eri hoitopaikkojen osaamisen ja resurssien vaihtelevuus 47.</p> <p>Esimerkiksi: Voiko hoitokoti käyttää kotisairaala palvelua apuna hoidossa? (kilpailutus)</p> <p>Sairaanhoitaja tason hoitoa ei saa kaikkiin paikkoihin. Tiedotusta konsultaatiotuesta pal.yksikkö/pal.pki tarvitaan lisää 48.</p> <p>Tämä lisäisi asiakaslähtöisyyttä. Potilaan kaikkien oireiden ennustaminen ei ole mahdollista.</p> <p>Annetaan potilaalle ja omaiselle mahdollisuus kertoa omista toiveista 49.</p> <p>Omainen otetaan mahdollisuuksien mukaan hoitoneuvotteluun. Potilaan oman sairauden hyväksyminen on tarpeen. Potilaan toiveet huomioidaan. Pal.Iri voi vielä kokeilla esimerkiksi punasolutipusta. Lääkäreissä on eroja, kun he tekevät hoidonlinjauksia ja hoidonrajuuksia.</p> <p>Omainen mukaan hoitoneuvotteluun tilannekohtaisesti 50.</p> <p>Palliatiivisen potilaan hoidon suunnitelma voidaan tehdä etänä. Onkologi päättää hoidot ja palliatiivinen lääkäri tekee palliatiivisen hoidon suunnitelman. Hoitoneuvottelu voidaan pitää Skypellä, puhelimitse tai läsnäolleen 51.</p> <p>Iso rinki eri asiantuntijoita 52.</p> <p>Hoitaja, lääkäri, kuntoutusohjaaja, fysioterapeutti, psykiatrin puolen asiantuntijoita, sosiaaliohjaaja, ravitsemusterapeutti, puheterapeutti, sairaalapappi, kotihoito, vuodeosasto, asiakasohjaaja, apuvälineyksikkö, erikoisalojen lääkärit, anestesia lääkäri, muita tarpeen mukaan.</p> <p>Viikoittain kokoontuu moniammatillinen työryhmä 53.</p> <p>(ke), johon osallistuu pal.Iri, pal. Hoitaja, pal.pki hoitaja, kotisairaala, psykiatrin hoitaja, kuntoutusohjaaja. Siellä päivitetään mm. lupapaikkalista.</p> <p>Pal.pki: Palliatiivinen hoitaja järjestää jatkohoidon 54.</p> <p>Järjestetään palvelutarpeenarvio, apuvälineet. Informoidaan kotisairaala. Järjestetään vointisoitto pal. Hoitajalle.</p> <p>Osasto: Sairaanhoitaja järjestää jatkohoidon. Ollaan yhteydessä tk. vo tai kotisairaala. Järjestetään kotiin arviokäynti. Yhteys PTH voi olla jo olemassa esim. kotihoito.</p> <p>Kun potilaiden palliatiivisen hoidon tarve huomataan paremmin, ESH ei voi hoitaa kaikkia. Miten asia järjestetään PTH:ssa, kun potilaita tulee enemmän? Kuka ottaa ESH läheteistä "koppia"? Yle pki ovat kuormittuneita. Iso kehittämisen paikka. Varsinkin PTH hoitokodit pitäisi saada tietoiseksi konsultaatiotuesta 55.</p> <p>Kotisairaaloidenkin tietoisuus heikkoa, voidaan sekoittaa kotihoitoon. Tiedotus tärkeää. Sähköpostiin tulee paljon postia, että osa tiedosta hukkuu. Kaima on sekava 56.</p> <p>Konsultaatioon on olemassa ohjeet, mutta ne kaipaavat päivitystä. Konsultaatiotuen jalkauttaminen eri yksiköihin tarpeen 57.</p> <p>Yhtenäinen käytäntö olisi hyvä olla. PTH tulee vähän yhteydenottoja.</p> <p>Palliatiivisen potilaan tunnistaminen oikeaan aikaan 58.</p> <p>Pystyttäisiin ohjaamaan hoitoon oikeaan paikkaan. Kaikille sairausryhmille oma prosessi miten pal. hoito järjestetään 59.</p> <p>Resursseja lisää ja aikaa kehittämiseen lisää 60.</p> <p>Pal. potilaan tunnistamisessa on kehitytty.</p> <p>Palliatiivisen hoitajan kiertojen ansiosta on tunnistettu pal. potilaita osastoilla. Tietoa yksiköihin pal.pki ja pal. yksikön toiminnasta 61.</p> <p>Yleistä koulutusta pal. Potilaan hoitoon liittyen lisää kaikille. Hoitokoteihin toivottaisiin koulutusta myös lähihoitajille 62.</p> <p>Usein hoitokodeissa lähihoitajat joutuvat toteuttamaan pal. ja saattohoitoa itsenäisesti, joka voi aiheuttaa pelkoa. Saattohoitopassin käyttöönotto hoitokoteihin.</p> <p>Osasto: Jalkautuminen hoitokoteihin 63.</p> <p>Sc kanyylin kautta annettavasta lääkityksestä tietoa yksiköihin. Oman soten ohjeet käyttöön 64.</p> <p>ja kuntoon niiden laitteiden osalta, joita Kainuun sote käyttää. Aikaa tehdä ja päivittää jo olemassa olevia ohjeita 65.</p>	<p>soten ohjeet käyttöön (64)</p> <p>aikaa tehdä ohjeita (65)</p>	
---	---	--

TAULUKKO 4. Kirjallisuuskatsaukseen valitut alkuperäistutkimukset

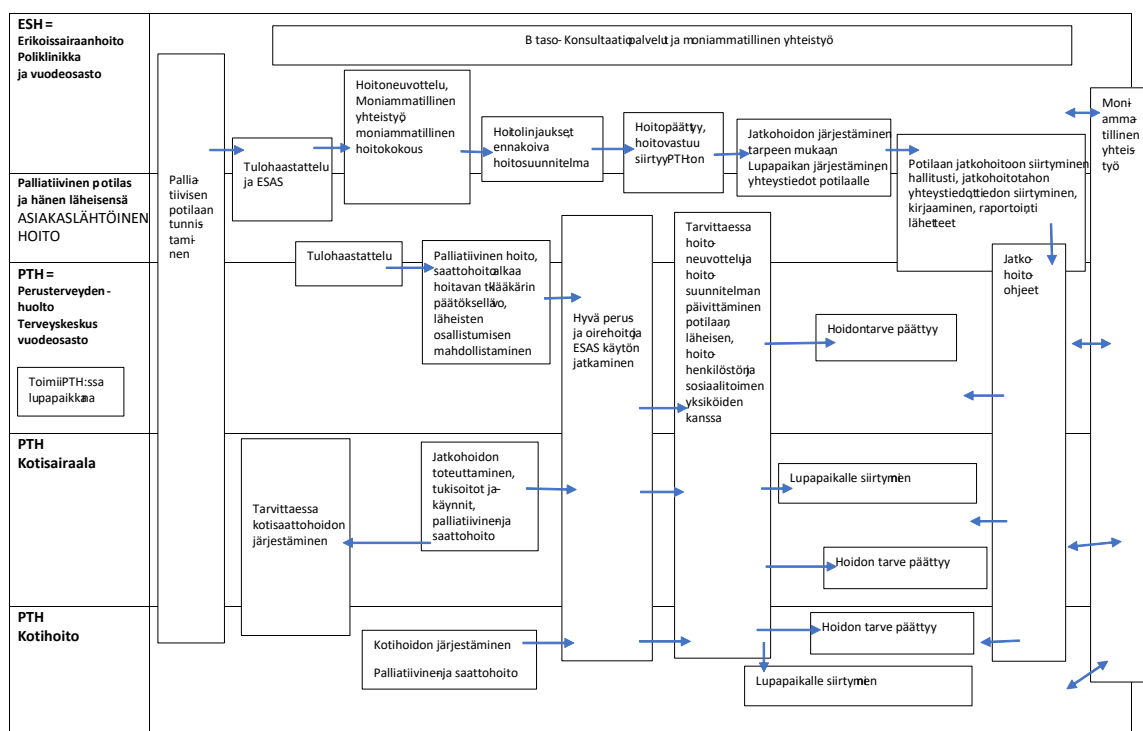
Tutkimuksen tekijät, vuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimuksen aiheisto ja tutkimustyyppi	Keskeiset tulokset	Laadun arviointi (JBI)	Näytön aste (Käyvän hoidon näytön aste luokitus)
Nancarrow, S., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Engderby, P. & Roots, A. 2013. Ten principles of good interdisciplinary team work. Englanti.	Tarkoitus on kehittää, toteuttaa ja arvioida interventioita, joilla tehostetaan ryhmätyötä.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus sekä niiden tulosten perusteella työpajat (n=253)	Tunnistettiin 10 ominaisuutta, jotka tukevat tehokasta monialaista tiimityötä: Johtaja, joka luo suunnan ja vision. Arvot, jotka ohjaavat palveluja. Tiimikulttuuri ja luottamuksen ilmapiiri. Asianmukaiset prosessit ja infrastruktuuri. Potilaskeskeiset palvelut. Viestintästrategia, joka edistää tiimin toimintaa. Tiimin henkilöstö on yhdistelmä taitoa, pätevyyttä ja persoonallisuutta. Rekrytointiosaaminen. Roolien kunnioitus ja autonomia. Henkilökohtaisen kehityksen mahdollistaminen.	6/11	B
Bennardi, M., Diviani, N., Stussi, G., Saletti, P., Garomondi, C., Cinesi, I. & Rubinelli, S. 2021. A qualitative exploration of interactional and organizational determinants of collaboration in cancer palliative care settings: Family members', health care professionals' and key informants' perspectives. Sveitsi.	Tavoitteena on tutkia palliativisen hoidon yhteistyön esteitä ja edistäjiä vuorovaikutus ja organisaatioissa. Pyritään tunnistamaan yhteistyön esteet. Tarkoitus on kartoittaa kokemuksia syöpöpotilaiden parissa työskentelevien ammattilaisten yhteistyöstä sekä kartoittaa, miksi erikoisalut työskentelevät yksin.	Poikkileikkaus-tutkimus (n=60)	Yhteistyön vuorovaikutteiset esteet ja edistäjät: henkilökohtaiset ominaisuudet, viestintä ja yhteydet muihin terveydenhuollon ammattilaisiin. Yhteistyön organisatoriset esteet ja edistäjät: palveluiden ominaisuudet, viestintä- ja hoitoon lähetyksen standardointi sekä palveluiden koordinointi ja edistäminen.	4/8	C
Aunger, J.A., Millar, R., Greenhalgh, J., Mannion, R., Rafferty, A.-M. & McLeod, H. 2021. Why do some inter-organizational collaborations in healthcare work when others do not? A realist review. Englanti.	Tarkoitus on kuvata, kuinka organisaatioiden työntekijöiden välinen yhteistyö terveydenhuoltoalalla toimii ja miksi. Tavoite on kehittää yhteistyötä.	Kirjallisuuskatsaus (n=53)	Luottamuksen kehittäminen ja ylläpitäminen edistää yhteistyötä. Tehokas konfliktien ratkaisu- ja vastuustrategia vaikuttavat yhteistyöhön. Työntekijöiden vaihtuvuus heikentää tehokkuutta. Yhteistyöhön pakottaminen ei edistä luottamusta. Jos uskotaan yhteistoiminnan olevan arvokasta, niin se edistää yhteistyötä. Yhteistyön tulee olla ai-toa. Koordinointi vähentää päällekkäisyyttä, vähentää palveluvajetta ja auttaa jakamaan osaamista. Osallistuva ja avoin johtamistyyli edistää yhteistyötä. Asenne, joka tukee yhteistyötä. Joustava organisaatio lisää luottamusta ja vähentää konflikteja.	7/11	B
Janssen, M., Sagasser, Fluit, C. R. M. G., Assendelft, W. J. J., de Graaf, J. & Scherpbier, N.D. 2020. Competencies to promote collaboration between primary and secondary care doctors: an integrative review. Alankomaat.	Tarkoitus on kuvata, mitä osaamista lääkärin tarvitsevat edistääkseen keskinäistä yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajapinnoilla.	Integroiva kirjallisuuskatsaus (n=44)	Potilaskeskeinen hoito on yhteinen huolenaihe. Yhteistyö vaatii asennetta ja kunnioitusta. Roolit ja vastuut tulee olla selkeitä. Tarvitaan keskinäistä tuntemusta ja ymmärrystä yhteistyökumppaneiden kesken. Hyvä viestintä ja tiedon jakaminen potilaiden hoidosta on tärkeää. Johtajuuden kehittäminen edistää hoidon laatua perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajapinnoilla. Johtajien on perustettava tehokkaita tiimejä ja delegoitava valtaa ja vastuuta.	7/11	B
Horlait, M., Baes, S., Dhaene, S., Van Belle, S. & Leys, M. 2019. How multidisciplinary are multidisciplinary team meetings in cancer care? An observational study in oncology departments in Flanders, Belgium. Belgia.	Tarkoitus on kuvata monitieteisen tiimikokouksen (MDTM) monitieteisyyttä ja sitä, miten se käytännössä muotoutuu. Tunnistetaan ja analysoidaan kolme erilaista MDTM-tyyppiä.	Poikkileikkaustutkimus (n=59)	Osoitettiin alhainen tietoisuus monitieteisyyden todellisuudesta erityisesti lääketieteiden aloilla. Organisaatioikätytävät tekevät kokouksista rutinia ja lääketieteellinen näkemys dominoi kokousta. Terveydenhuollon hierarkia vähentää sairaanhoitajien osallistumista kokouksissa. Kokouksia johtavat lääkärit, joten potilaiden mielityksistä ja psykososiaalisista tarpeista keskustellaan vähän, ja se vaikuttaa myös hoitosuosituksiin. Interventiot kuten päätöksenteon tarkistuslista voi olla keskeinen menetelmä, jolla MDTM hyötyisi moniammatillisuudesta ja saavuttaisi täyden tehokkuuden.	4/8	B
Fukui, S., Fujita, J., Nakatani, E. & Tsujimura, M. 2019. Effect of a multidisciplinary end-of-life educational intervention on health and social care professionals: A cluster randomized controlled trial. Japani.	Tavoite on arvioida monitieteisen elämänloppuvaiheen koulutusohjelman vaikutusta terveys- ja sosiaalialan ammattilaisten luottamukseen ammattien välisessä yhteistyössä ja työtyytyväisyydessä. Kartoitetaan koulutusohjelman vaikutuksia terveydenhuollon ja sosiaalialan välillä.	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, (koeryhmä n=156, kontrolliryhmä n=135)	Yhteistyöhön perustuva elämänloppuvaiheen koulutusohjelma lisäsi ammattilaisten luottamusta yhteistyöhön. Työtyytyväisyyden lisääntymistä ei voitu vahvistaa. Havaittiin erilaisia esteitä kuten huoli tiedon saatavuudesta ja tarkkuudesta sekä epämuikavuus elämänloppuvaiheen hoidossa. Näihin voidaan vaikuttaa yhteistyöllä, koulutuksella ja viestinnällä. Ammatillisen identiteetin (asenne, arvot, tiedot, uskomukset ja taidot) kehittäminen voi lisätä työtyytyväisyyttä.	9/13	A
Guirguis, M., Thompson, E., Miller, J., Sommer, R., Curran-Cook, D. & Kaba, A. 2021. Qualitative Examination of Shared Decision-Making in Canada's Largest Health System: More Work to be Done Shared Decision-Making—More Work to be Done. Kanada.	Tutkimuksen tarkoitus on kartoittaa jaetun päätöksenteon (SDM) haasteita ja toteutus mahdollisuuksia. Tavoite on saada aikaan keskustelua jaetun päätöksenteon käsityksiä.	Poikkileikkaus-tutkimus (n=95)	Hyvä kommunikaatio ja viestintä edistää potilaan ja palveluntarjoajan välistä suhdetta, joka varmistaa jaetun päätöksenteon olevan kunnioittavaa ja luottamuksellista. Järjestelmien on oltava joustavia ja niiden tulee tukea jaettua päätöksentekoa. Luottamuksen ja vahvan suhteen luominen potilaan ja palveluntarjoajan välillä edistää kliinistä sopivuus/tarkoituksenmukaisuus (eli oikea hoito oikeaan aikaan). Potilaat tarvitsevat aikaa tehdä asiansuhteelliset päätökset ja luoda suhteen terveydenhuoltoon. Jaettu päätöksenteko johtaa laadukkaisiin potilastuloksiin ja terveydenhuollon resurssien tehokkaaseen hyödyntämiseen.	5/8	C
Johansen, M.-L. & Ervik, B. 2018. Teamwork in primary palliative care: general practitioners' and specialised oncology nurses' complementary competencies.	Tarkoituksena on kuvata, miten yleislääkärit (GP) ja syöpäsairaanhoitajat (ON) kokevat yhteistyönsä palliativisessa perushoidossa. Tavoitteena on saada yksityiskohtainen kuva jokaisesta palliativisen ryhmän ammattilaisesta.	Laadullinen tutkimus n=52	Yhteistyö mahdollistaa toisiaan täydentävien kompetenssien hyödyntämisen lääkärin ja hoitajien kesken. Yhteistyössä havaittiin esteitä mm. erilaisten työaikajärjestelyiden vuoksi. Yleislääkärien ja sairaanhoitajien kiinnostuksessa ja osaamisessa palliativisessa hoidossa oli vaihtelua, ja se johti siihen, että potilaat eivät saaneet parasta	9/10	C

Norja.	heidän osuudestansa ja näkemyksistään yhteistyöstä.		mahdollista hoitoa. Lääkärien välisellä yhteistyöllä oli organisatorisia ja kulttuurisia esteitä kuten työaika ja oppimisstrategiat. Ihanteellinen yhteistyö lääkärin välillä on asiantuntijoiden tapaamiset, jotka mahdollistavat tuen, keskustelun ja täydentävät osaamista. Yleislääkärin ja syöpäsairaanhoitajan toisiaan täydentävät pätevyudet ja itsenäiset roolit sopivat palliatiiviseen perushoittoon.		
Albers, G., Froggatt, K., Van den Block, L., Gambassi, G., Berghe, P.V., Pautex, S. & Van Den Noortgate, N. 2016. A qualitative exploration of the collaborative working between palliative care and geriatric medicine: Barriers and facilitators from a European perspective. Belgia.	Tarkoitus on kuvata esteitä ja mahdollisuuksia sekä hyviä käytäntöjä palliatiivisen hoidon ja geriatrian lääketieteen yhteistyöstä ja integraatiosta eurooppalaisesta näkökulmasta.	Laadullinen tutkimus n=32	Palliatiivista hoitoa ja geriatriaa yhdistävät tekijät ja mahdollisuudet yhteistyölle: samanlainen potilasväestö, samanlaiset hoitotavat ja yhteiset tavoitteet. Yhteistyön esteitä ovat toisen tieteenalan ymmärtämisen ja tietämyksen puuta, viestinnän puute tieteenalojen välillä ja yhteisen koulutuksen puute. Palliatiivisen hoidon tarpeita ei tunnisteta muilla kuin syöpäpotilailla. Yhteistyön mahdollistajia ovat monialainen tiimityöskentely, ennakoiiva hoidon suunnittelu, yleislääkärin rooli yleisen palliatiivisen hoidon tarjoajana yhteisössä, pakollinen harjoittelu toisella tieteenalalla, palliatiivisen hoidon ydinosaamisen määrittely ja vahva johtajuus.	8/10	C
Kuusisto, A., Joensuu, A., Nevalainen, M., Pekkanen, T., Ranne, P. & Puustinen J. 2019. Sähköisen moniammatillisen kotiutuslistan kehittäminen sairaalasta kotiutuksen tueksi. Suomi.	Tarkoitus on kuvata moniammatillisen kotiutuslistan tietosisällön kehittämistä eri ammattilaisten yhteistyön tuloksena. Tavoitteena on kuvata potilaan turvallisen kotiutuksen kannalta keskeisiä tarkasteltavia asioita.	Asiantuntijoiden näkemys n=82	Potilaan sujuvan ja turvallisen kotiutumisen edistämiseksi tarvitaan kotiutuskäytäntöjen yhtenäistämistä ja sähköisen hoitotyön yhteenvedon tietosisällön kehittämistä. Kotiutuslistan käytöllä voidaan edistää potilaan hoidon jatkuvuutta ja laatua. Se auttaa muistuttamaan hoidon jatkuvuuden kannalta oleellisista asioista hoitajakson aikana, ja sitä voidaan hyödyntää esimerkiksi sähköisen hoitotyön yhteenvedon laatimisessa. Systemaattinen ja strukturoitu kirjaaminen ja tiedon saatavuus moniammatillisesti edistävät potilaan tehokasta ja turvallista kotiutumista ja tutkimusta. Kotiutuslista sisältää potilaan aktiivisen toimijuuden omassa hoidossaan ja koordinoitun moniammatillisen lähestymistavan. Kotiutuslistaan kirjatulla tiedoilla tavoitellaan sujuvaa tiedonvaihtoa, kotiutuksen suunnitelmallisuutta ja yhteistyön paranemista.	4/6	C

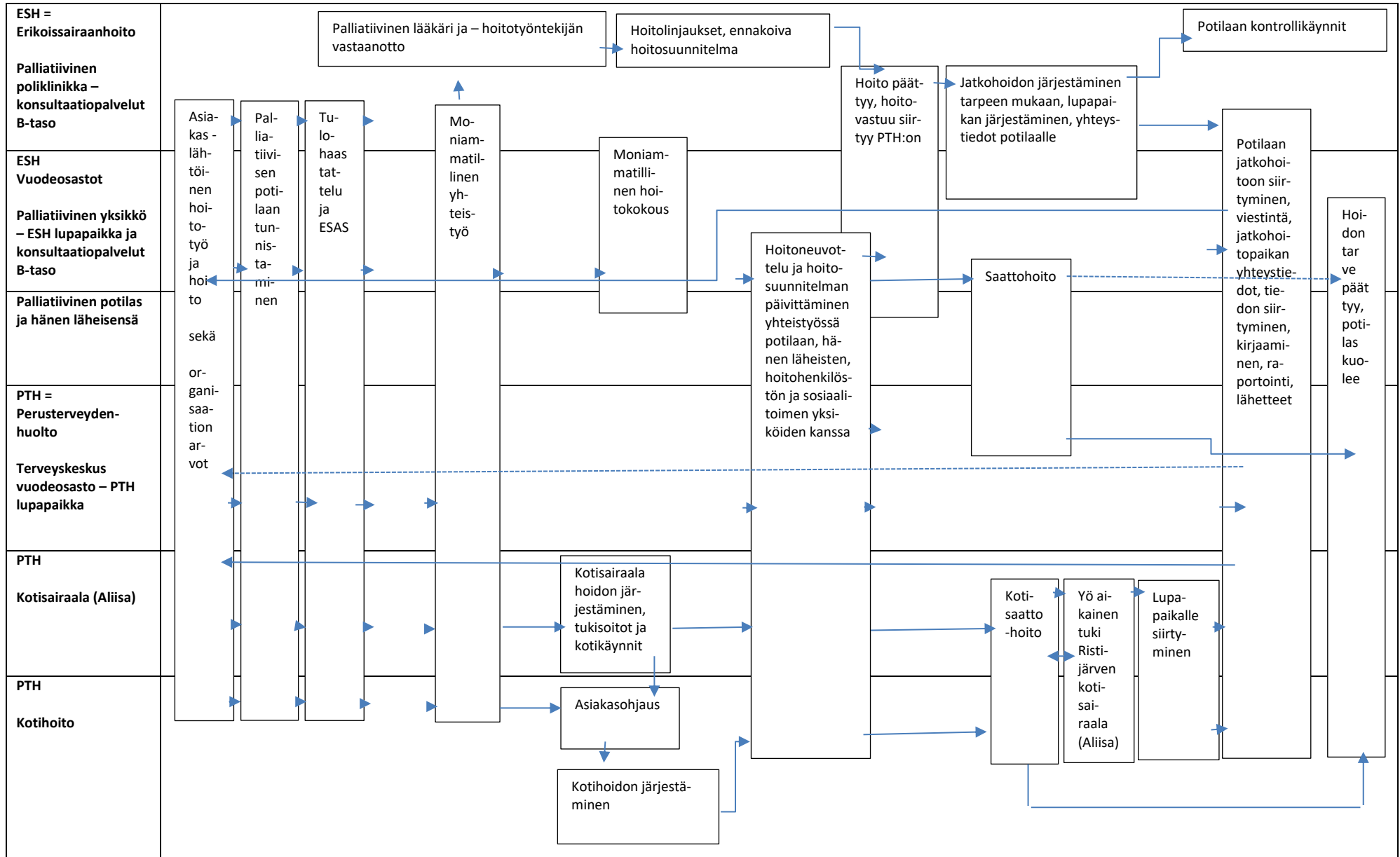
TAULUKKO 6. Sykliin 1 ja 2 tulosten tiivistäminen

Syklin 1. tulokset	Syklin 2. tulokset	Asiakaslähtöisyyttä vahvistavat tekijät	Syklin 3. kehittämis- kohde
Palliativisen potilaan tunnistaminen <ul style="list-style-type: none"> - tulee tunnistaa ajoissa - henkilökunnan osaamisvajae - palliativisen hoitajan konsulttikäynnit osastoilla 	Johtaminen tiimityön tukena <ul style="list-style-type: none"> - toimiva tiimi tarvitsee johtajan - kehitetään toimiva ja tehokas tiimi - tulee edistää moniammatillisten roolien keskinäistä riippuvuutta - lisätä työntekijän sitoutumista työhön ja työyhteisöön - vastuunjakaminen - rakentava ja myönteinen johtaminen - kouluttautumista edistävä 	<ul style="list-style-type: none"> - palliativinen potilas tulee tunnistaa ajoissa - kehitetään toimiva ja tehokas tiimi/yhteistyö palliativiseen hoitoon - selkeät hoitoprosessit - selkeät ohjeet palliativisen potilaan lääkehoitoon ja lääkintälaitteisiin - lupapaikka ohjeistus - ESAS käyttöön heti palliativisten potilaiden hoidossa - asiantuntijaroolien osaamisen hyödyntäminen moniammatillisessa yhteistyössä - moniammatillinen kokous viikoittain - jatkohoitoyksikön saatavuus - turhien potilassiirtojen välttäminen 	Palliativisen potilaan asiakaslähtöinen integroitu palveluketju
Palliativisen hoitotyön osaamisen kehittäminen <ul style="list-style-type: none"> - saattohoitopassi käyttöön - palliativisen hoidon suunnitelma etänä - asenne palliativiseen hoitotyöhön - selkeät hoitoprosessit - selkeät ohjeet palliativisen potilaan lääkehoitoon ja lääkintälaitteisiin - lupapaikka ohjeistus - kaima intranettiin palliativisen hoidon "pakki", jossa ohjeet ja yhteystiedot - osaamista haastaviin kommunikointi tilanteisiin ja vaikeiden asioiden puheeksi ottamiseen - tuloaastattelu käyttöön - ESAS käyttöön - riittävät resurssit yksiköihin 	Henkilöstön osaamisen kehittäminen <ul style="list-style-type: none"> - tiimityö - yhteinen päätöksenteko - usko yhteistyöhön - yhteinen tavoite - hoidon koordinointi, päällekkäisen työn tekemisen vähentäminen - kokouksissa eri ammattilaisten mielipiteet esille - asiantuntijaroolien osaamisen hyödyntäminen moniammatillisessa yhteistyössä - ammattilaisten roolien kunnioittaminen ja autonomia - lääkärin ja sairaanhoitajien toisiaan täydentävät osaamiset ja autonomiset roolit - roolioppiminen, tunnetaan tiimin jäsenet, työnkuvat ja osaaminen - yhteisymmärryksen ja tiedon puute esteenä yhteistyölle - koulutukset (yhteistyötiedot, arvot ja käyttäytyminen) - asenne, avoimuus, miellyttävyys ja uskomukset vaikuttaa yhteistyön tekemiseen - ammatillinen pätevyys - moniammatillinen yhteistyö vaatii poikkitieteellistä osaamista, tiimitoiminta osaamista ja ammatillista tietämystä ja kokemusta - vahva ammatti-identiteetti (asenne, arvot, tieto, taito, uskomukset) - osaaminen ja kiinnostus hoitotyötä kohtaan 	<ul style="list-style-type: none"> - osaamisen jakaminen ESH ja PTH välillä - kotikuoleman mahdollistaminen - toimiva konsultaatio, lähetekäytäntö, tiimiprosessit - selkeät säännöt yksiköiden ja toimijoiden väliseen yhteistyöhön - tiimin sisäinen tehokas viestintä, osaamisen jakaminen - potilaan hoidon koordinointi - kotiutuksen koordinoitu moniammatillinen lähestymistapa - potilaskeskeisyys - lupapaikan järjestäminen - kootusti jatkohoitoon liittyvät asiat - hoitoneuvottelut - hyvä asenne - organisaation arvojen mukainen toiminta 	
Moniammatillinen yhteistyö <ul style="list-style-type: none"> - moniammatillinen kokous viikoittain - etättyö - hoitoneuvottelut - palliativinen poliklinikka, palliativinen yksikkö, kotisairaalat - potilaisen hoitamisen oikeassa tarvetta vastaavassa yksikössä 	Viestintä ja kommunikointi <ul style="list-style-type: none"> -toimiva konsultaatio, lähetekäytäntö, tiimiprosessit -asiakaspalautteen hyödyntäminen -selkeät ammattiroolit ja vastuut -selkeät konfliktienratkaisumenetelmät -selkeät pelisäännöt yhteistyöhön -mahdollisuus klinisiin keskusteluihin -lääkärin saavutettavuus -oikea-aikainen takaisinoitopalvelu 		

<ul style="list-style-type: none"> - päällekkäisen työn vähentäminen 	<ul style="list-style-type: none"> -lääkärilausuntojen saaminen -organisaation joustavuus -tiimin sisäinen tehokas viestintä, osaamisen jakaminen - hoidon koordinointi -kotiutuksen koordinoitu moniammatillinen lähestymistapa 		
<ul style="list-style-type: none"> Potilaan jatkohoidon järjestäminen - jatkohoitotahon puuttuminen haasteena - PTH lääkäriäiköjen niukkuus - turhat potilassiirrot - lupapaikan järjestäminen - kootusti jatkohoittoon liittyvät asiat 	<ul style="list-style-type: none"> Organisaation arvot -kunnioitus -luottamus -avoimuus -asiakaslähtöisyys -potilaseskeisyys -ammattillisen identiteetin kehittäminen -luottamuksen ilmapiri tiimissä - jaettu päätöksenteko 		
<ul style="list-style-type: none"> Konsultaatiotuki - tiedotusta lisää konsultaatiotuesta ja yhteystiedoista - osaamisen jakaminen ESH ja PTH välillä 			
<ul style="list-style-type: none"> Asiakaslähtöinen hoitotyö - avoimuus - luottamus - potilaan ja omaisten kuuleminen, tarpeiden ja toiveiden huomioiminen - aikaa keskusteluille - läsnä oleva lääkäri - riittävästi aikaa palliatiivisen poliklinikan käynnille - kotikuoleman mahdollistaminen - toimiva kotisairaala - hoidon suunnittelu - oirehoito 			



Kuvio 8. Pilotoitu palveluketjukuvas



Kuvio 9. Palliativisen potilaan asiakaslähtöinen palveluketju

Opinnäytetyön aineistonhallintasuunnitelma

1. Aineistojen yleinen kuvaus

- Opinnäytetyön ensimmäisessä syklissä tutkimusaineisto kerätään vierailukäynnin aikana toteutuvasta avoimesta haastattelusta, jota ohjaavat ennakkoon laaditut kysymykset. Avoimeen haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastatteluun osallistuvilta pyydetään suullinen suostumus. Aineisto käsitellään induktiivisella sisälönanalyysillä. Opinnäytetyön suunnitelmaa täydennetään heti, kun seuraavien syklien aineistonkeruumenetelmät ovat selvillä.

2. Aineiston dokumentaatio ja laatu

- Opinnäytetyöllä on ohjaava opettaja, joka toimii laadunvarmistajana. Opinnäytetyö vastaa YAMK opinnäytetyön kriteereitä. Opinnäytetyön tekemisessä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä.

3. Säilytys ja varmuuskopiointi

- Kaikki aineisto pidetään salassa. Opinnäytetyön tekijä tallentaa aineiston henkilökohtaiselle muistitikulle ja ammattikorkeakoulun OneDriveen, jonne kirjaudutaan henkilökohtaisilla tunnuksilla. Opinnäytetyöntekijä säilyttää tunnukset ja muistitikun niin, etteivät ulkopuoliset pääse aineistoon käsiksi. Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään.

4. Säilyttämiseen liittyvät eettiset ja laillisuuskyymykset

- Keskusteluun osallistuvat pysyvät nimettöminä, henkilö- tai tunnistetietoja ei kerätä, eikä mainita. Opinnäytetyön käyttöoikeudet siirtyvät sovittaessa opinnäytetyön valmistuttua toimeksiantajalle. Opinnäytetyön tekijänoikeudet säilyvät opinnäytetyön tekijällä. ETENE eettiset ohjeet ohjaavat toimintaa. Opinnäytetyön tekijä on perehtynyt tutkimuseettisiin ohjeistuksiin.

5. Aineiston avaaminen ja pitkäaikaissäilytys

- Tutkimusaineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.