

Palliatiivisen hoidon potilassijoittelumallin reunaehdot palliatiiviselle tiimille

LAB-ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidtaja (YAMK)

2023

Pirita Pehkonen

Ulla Palomäki

Tiivistelmä

Tekijä(t) Pehkonen Pirita Palomäki Ulla	Julkaisun laji Kehittämistyö YAMK	Valmistumisaika 2023
	Sivumäärä 51	
Työn nimi Palliativisen hoidon potilassiioittelumallin reunaehdot palliativiselle tiimille		
Tutkinto ja koulutusala Sairaanhoidtaja (YAMK) Tulevaisuuden johtaja sosiaali- ja terveystalalla Sairaanhoidtaja (YAMK) Asiakslähtöisten palveluprosessien kehittäjä		
Toimeksiantajaorganisaatio (jos opinnäytetyöllä on toimeksiantaja) Keski- Uudenmaan hyvinvointialue		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisena kehittämistyönä Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella terveystalveluiden sairaalatalveluissa. Tavoitteena oli selkeyttää erityistason hoitoa vaativien potilaiden sairaalahoidon hoitopolku. Kehittämistyön tarkoituksena oli määrittellä sairaalatalveluiden palliativisen tiimin potilasohjausmallin reunaehdot moniammatillisena yhteystyönä.</p> <p>Kehittämistyö toteutettiin kevään 2023 aikana, käyttäen osallistavia menetelmiä moniammatillisen työryhmän työpajatoimintana. Kehittämistyö eteni palvelumuotoilua hyödyntäen arjesta nousevien havaintojen mallintamisena ja yhteisinä luokitteluna sekä johtopäätöksinä.</p> <p>Työpajoja järjestettiin 2 kappaletta ja niihin osallistui 11 henkilöä eri ammattiryhmistä. Osa osallistujista osallistui kumpaankin työpajaan ja osa vain toiseen. Ensimmäisen työpajan tuotos vietiin toiseen työpajaan, jossa sitä täydennettiin yhteisen keskustelun jälkeen. Kummassakin työpajassa tuotettu materiaali luokiteltiin teemoittain, jotka nousivat yhteisestä keskustelusta. Lisäksi kehittämistehtävässä tehtiin bechmarking Uudenmaan alueen erityistason palliativista hoitoa toteuttaviin hyvinvointialueisiin, erikoisaisaanhoidtoon ja pääkaupunkiseudun erityistason saattohoitokotiin. Bechmarking toteutettiin verkkosivu vierailuina ja tulokset esitettiin taulukon muodossa keskeisten näkökulmien kautta.</p> <p>Tuotoksena syntyi yhteiset potilassiioittelumallin reunaehdot palliativiseen tiimiin. Saatuja tuloksia hyödynnetään palliativisen tiimin potilaskriteerien tekemisessä ja toiminnan jatkokehittämisessä</p>		
Asiasanat palliativinen hoito, erityistason palliativinen hoito, tiedolla johtaminen, palvelumuotoilu		

Abstract

Author(s) Pehkonen Pirita Palomäki Ulla	Type of Publication Master's thesis	Published 2023
	Number of Pages 51	
Title of Publication Palliative care patient placement model for the palliative care team Possible subtitle(s)		
Degree, Field of Study Master's Degree of Nursing, Future leader in social and health care Master's Degree of Nursing, Developer of customer-oriented service processes		
Organisation of the client (if the thesis work is commissioned by another party) Central Uusimaa welfare region		
Abstract <p>The thesis was carried out as a research-based development work in the hospital services of health services in the Central Uusimaa welfare area. The aim was to clarify the care pathway for hospital treatment of patients requiring special care. The aim of the development work was to define the boundary conditions of the palliative team's patient management model in hospital services as a multidisciplinary collaboration.</p> <p>The development work was carried out during spring 2023, using participatory methods as a workshop for a multidisciplinary team. Using service design, the development work progressed through modelling and joint categorisation of everyday observations and conclusions.</p> <p>Two workshops were held, involving 11 participants from different professional groups. Some of the participants attended both workshops and others only the second. The output of the first workshop was taken to the second workshop, where it was completed after a joint discussion. The material produced in both workshops was categorised according to themes that emerged from the joint discussion. In addition, the development task included a benchmarking exercise to the special palliative care wellness areas, the special care hospital, and the special hospice in the metropolitan area of Uusimaa. The benchmarking was carried out through webpage visits and the results were presented in a table with key aspects.</p> <p>The output was a common framework for a patient engagement model for the palliative care team. The results obtained will be used for the development of patient criteria for the palliative team and for further development of activities.</p>		
Keywords palliative care, specialised palliative care, knowledge management, service design		

Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Tutkimuksellisen kehittämistyön lähtökohdat	3
2.1	Kohdeorganisaation esittely.....	3
2.2	Tavoite, tarkoitus ja kehittämistehtävät	4
3	Palliativinen hoito terveydenhuollossa.....	5
3.1	Palliativinen hoito.....	5
3.2	Saattohoito	8
3.3	Erytystason palliativinen hoito	9
3.4	Palliativinen keskus.....	11
4	Palliativisen hoidon reunaehdoja.....	15
4.1	Tiedolla johtaminen palliativisessa hoidossa.....	15
4.2	Hoidon koordinointi	15
4.3	Uoma järjestelmä potilassijoittelussa	18
4.4	Palliativisen hoidon laatu.....	20
5	Tutkimuksellinen kehittäminen	23
5.1	Tutkimuksellinen kehittämistyö	23
5.2	Fasilitointi	25
5.3	Palvelumuotoilu	26
6	Kehittämistyön menetelmät.....	28
6.1	Laadullinen tutkimus	28
6.2	Benchmarking.....	28
6.3	Yhteiskehittäminen	29
6.4	Aineiston analysointi samankaltaisuuskaavion avulla	30
7	Kehittämistyön eteneminen.....	31
7.1	Aineiston keruu.....	31
7.2	Aineiston analyysi.....	33
8	Tutkimuksellisen kehittämistyön tulokset.....	34
8.1	Millaisia potilaita palliativisessa tiimissä hoidetaan?.....	34
8.2	Miten hoitokoordinaattorit, kotisairaala ja palliativinen tiimi tekee yhteistä potilassijoittelua?.....	34
8.3	Mitä erityistä tulisi huomioida palliativisen tiimin potilassijoittelussa?	35
8.4	Benchmark vertailun tulokset.....	36
8.5	Potilasohjausmalli palliativisessa tiimissä.....	37
9	Pohdinta	39

9.1	Johtopäätökset	39
9.2	Kehittämistyön arviointi	40
9.3	Eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelu.....	41
9.4	Jatkokehittämissuhteita.....	43
	Lähteet	44

Liite 1. Tiedote kehittämistehtävästä

Liite 2. Suostumus työpajaan osallistumisesta

1 Johdanto

Suomen historian suurin sosiaali- ja terveystalvelujen uudistus astui voimaan 1.1.2023. Suomessa 21 hyvinvointialuetta käynnisti toimintansa ja otti vastuulleen sosiaali- ja terveystalvelujen sekä pelastustoimen järjestämisvastuun. Tavoitteena oli palvelujen yhtenäistäminen, tasavertainen saatavuus ja erityis- sekä perustalvelujen yhteensovittaminen. Lisäksi hyvinvointialueiden ja kuntien yhteistyö väestön hyvinvoinnin- ja terveyden lisäämiseksi oli keskeinen tavoite hallita palveluverkostojen riittävyttä. (Soteuudistus 2022.) Valtioneuvosto (2019a) linjaa hallitusohjelmassa neljän keskeisen tavoitteen kautta palvelujen yhdenvertaisuutta, hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä ja palvelujen saatavuutta koko maassa.

Hallitusohjelmaan 2021–2025 kirjattu sosiaali- ja terveystalvelu uudistuksen merkittävin asia oli kaventaa terveyseroja yhteiskunnassa sekä turvata tasavertaiset talvelut koko maassa. Hoitoketjujen sujuvuus ja palvelujen saatavuus oli keskeistä ja palvelun saatavuus oikea-aikaisesti on merkittävä tavoite. Valtakunnallisessa sote uudistuksessa talvelut keskitetään isommille itsehallintoalueille, jolloin saadaan aikaan merkittävää synergiaetua, myös pelastustoimi siirtyy maakuntien hoidettavaksi. Erityistason sekä perustason palveluiden integroiminen ja eri ammattiryhmien sujuva yhteistyö yli palveluketjujen turvaa vaativan hoidon järjestämisen. (Valtioneuvosto 2019b.)

Sosiaali- ja terveystalveluministeriön suositusten mukaan palliatiivinen hoito on järjestettävä, siten että huomioidaan hoidossa osaamis- ja laatukriteerit. Palliatiivinen hoito tarkoittaa parantamattomasti sairaan ihmisen kokonaisvaltaista hoitoa ja hänen läheistensä ottamista mukaan jo hoidon suunnitteluun sekä toteutukseen. Tavoitteena on kärsimysten lieventäminen ja elämänlaadun parantaminen oireita helpottavin keinoin. Suositusten mukaan palliatiivista hoitoa on oltava saatavissa kaikissa yksiköissä, mutta erityis- ja vaativan tason hoidosta on mainittu erikseen. (Halinen & Kiesepä n.d.)

Sosiaali- ja terveystalveluministeriö (STM) on käynnistänyt ja rahoittanut valtakunnallisen hankkeen, jossa viisi sairaanhoitopiiriä lähti kehittämään ja ohjaamaan alueellista palliatiivisen hoidon kokonaisuutta siten, että hyvä saattohoito ja palliatiivinen hoidon tuki toteutuu tasavertaisesti kaikilla alueilla. (STM 2022.)

Sosiaali- ja terveystalveluministeriö on laatinut osaamis- ja laatukriteerit, palliatiivisen hoidon toteuttamiseen. Laatukriteerien mukaan hoito voidaan jakaa perus- ja erityistason hoitoon, lisäksi erityistason palliatiivista hoitoa voidaan toteuttaa yliopistosairaanhoitopiirien palliatiivisten keskuksien ohjaamana. (Halinen & Kiesepä n.d.)

Kehittämistyön tavoitteena on selkeyttää palliatiivisen erityistason hoitoa vaativien potilaiden sairaalahoidon hoitopolkua Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella. Työn tarkoitus on luoda potilassijoittelumalli palliatiiviseen tiimiin, jonka avulla potilaat ohjataan tiimin käytössä olevan sähköisen uoma järjestelmän kautta. Kehittämistyö hyödyntää palvelumuotoilun tuplatimantti-mallia, teoreettista tietoa palliatiivisten potilaiden hoidosta sekä potilassijoittelusta kansainvälisesti ja kotimaassa. Lisäksi hyödynnetään vertailua palliatiivisen erityistasonhoidon järjestämistä Uudellamaalla. Potilassijoittelunmallin reunaehdot helpottavat hoidon järjestelyihin osallistuvien toimintaa ja tuovat potilaalle sekä hänen läheisilleen turvaa. Tavoitteena on selkeyttää erityistason hoitoa vaativien potilaiden sairaalahoidon hoitopolku. Saatuja tuloksia hyödynnetään palliatiivisen tiimin potilaskriteerien tekemisessä ja toiminnan jatkokehittämisessä.

2 Tutkimuksellisen kehittämistyön lähtökohdat

2.1 Kohdeorganisaation esittely

Keski- Uudenmaa on yksi hyvinvointialueista, joka järjestää sosiaali- ja terveystalvet sekä pelastustoimen kuuden kunnan alueella yhteistyössä HUS (Helsingin - ja Uudenmaansairaanhoitopiiri) - yhtymän kanssa. Hyvinvointialue aloitti toimintansa 1.1.2023. Se vastaa sosiaali- ja terveystalvetuista sekä pelastustoimesta kuuden kunnan alueella, jotka ovat Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Nurmijärvi, Pornainen ja Tuusula. Hyvinvointialue on erillinen julkisoikeudellinen yhteisö, jolla on oma itsehallinto ja se järjestää lakisääteiset sosiaali- ja terveystalvet. Keski- Uudenmaan hyvinvointialueella asuu noin kaksisataatuhatta (200 000) asukasta ja työskentelee noin neljätuhatta (4000) työntekijää. Rahoitus hyvinvointialueella perustuu osin asiakasmaksutuottoihin ja pääosin valtion rahoitukseen. (Keusote 2022.)

Keski-Uudenmaan hyvinvointialue nojautuu vahvasti Uudellamaalla HUS erikoissairaanhoidon. Hyvinvointialueiden käynnistyminen Suomen hallituksen päätöksellä 23.6.2021 edellytti myös toiminnan muutoksia sairaanhoitopiireissä. Lainsäädännön muuttuminen edellyttää HUS: n uudelleen perustamista ja sen perussopimuksen sekä Uudenmaan hyvinvointialueiden palveluiden järjestämissopimuksen uudelleen muotoilua. Muutos edellyttää myös laajoja muutoksia muun muassa Sote – ICT järjestelmien yhteensovittamiseen ja palvelualueiden rajapintojen yhteistyöhankkeissa. (HUS 2021.)

Tämä kehittämistehtävä tehtiin Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen terveystalvetujen ja sairaanhoidon palvelualueelle ja erityisesti Keski-Uudenmaan sairaalan Hyvinkään akuuttiosaston palliatiiviseen tiimiin. Kuvassa 1 on kuvattuna Keski-Uudenmaan hyvinvointialue ja sille sijoittuneena olevat Keski-Uudenmaan sairaalan toimipisteet. Akuuttiosastot sijaitsevat Mäntsälässä, Järvenpäässä, Nurmijärvellä ja Hyvinkäällä niissä hoidetaan koko Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen perusterveydenhuollon sairaalatasoista hoitoa vaativia potilaita. Akuuttiosastojen yhteydessä toimivat alueellisen kotisairaalan toimipisteet, joista kotiin vietävä sairaalatasoinen hoito toteutetaan silloin kuin se on mahdollista. Alueellinen kotisairaala toimii koko alueella ja tarvittaessa potilaat voivat käydä toimipisteissä myös polikliinisesti hoidossa. Hyvinkään akuuttiosasto ja Hyvinkään kotisairaalan Luoteen toimipiste toimivat HUS: in Hyvinkään sairaalan kampuksella. (Keusote 2022.)



Kuva 1. Keski-Uudenmaan sairaalat ja kotisairaaloimipisteet, Hyvinkään sairaala (Keusote 2022)

2.2 Tavoite, tarkoitus ja kehittämistehtävät

Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteena on selkeyttää erityistason hoitoa vaativien potilaiden sairaalahoidon hoitopolku Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella.

Kehittämistyön tarkoituksena on moniammatillisesti henkilöstön kanssa yhdessä luoda palliativiselle tiimille potilassijoittamisenmallin reunaehdot. Tarkoituksena on tunnistaa myös rajapintoja eri toimijoiden kanssa ja sopia yhteisesti palliativisen tiimin potilassijoittelusta.

Kehittämistyön kysymykset ovat:

Millaisia potilaita palliativisessa tiimissä hoidetaan?

Miten hoitokoordinaattorit, kotisairaala ja palliativinen tiimi tekee yhteistä potilassijoittelua?

Mitä erityistä tulisi huomioida palliativisen tiimin potilassijoittelussa?

3 Palliatiivinen hoito terveydenhuollossa

3.1 Palliatiivinen hoito

Palliatiivinen hoito on Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan ihmisoikeus. Palliatiivinen hoito kuuluu WHO:n mukaan kaikille niille potilaille, joilla on henkeä uhkaava tai kuolemaan johtava sairaus. Terveydenhuoltojärjestelmään tulee integroida tasa-arvoinen palliatiivinen hoito, jotta se on kaikkien sitä tarvitsevien saatavilla. Tarvelähtöiseen palliatiiviseen hoitoon tulee olla kaikilla ihmisillä oikeus varallisuudesta, asuinpaikasta tai diagnoosista riippumatta. (Saarto & Lehto 2019, 536.) Kirkpatrickin ja kumppaneiden (2017) mukaan palliatiivisen hoidon voidaan määritellä olevan kokonaisvaltaista, myötätuntoista ja huomaavaista hoitotyötä, jossa huomioidaan potilaan ja läheisten kulttuuri, elämänarvot ja uskomukset. (Flinkkilä 2019, 4.)

Maailman terveysjärjestö (WHO) arvioi, että palliatiivisen hoidon tarve suhteutettuna väestöön kasvaa tulevaisuudessa eniten Euroopassa. Syinä ovat muun muassa kroonisten sairauksien lisääntyminen ja väestön ikääntyminen. Palliatiivisen hoidon tavoitteena on potilaan psyykkisen, fyysisen, eksistentiaalisen ja sosiaalisen kärsimyksen ehkäiseminen ja lievittäminen sekä hänen omaisensa ja potilaan elämänlaadun parantaminen. Palliatiivinen hoito voi kestää jopa vuosia, sairaudesta riippuen. Palliatiiviseen hoitoon kuuluu lisäksi saattohoito, joka yleensä ajoittuu viimeisille elinpäiville tai viikoille. (Salin ym. 2018, 143.)

Palliatiivisen hoidon ydin on parantumattomasti sairaan potilaan hyvä hoito ja läheistensä aktiivinen mukaan ottaminen hoitoon. Tavoitteena on vähentää sairaudesta johtuvaa kärsimystä ja parantaa elämänlaatua elämän loppuvaiheessa. Ennakoiva hoitosuunnitelma ja ajoissa tehdyt hoitolinjaukset ovat elämän loppuvaiheen hyvän hoidon toteutumisesta, auttavat potilasta ja läheisiä tilanteessa. Palliatiivinen hoito sisältää laaja-alaisesti erilaisten oireiden tunnistamisen, fyysisten sekä henkisten tarpeiden tyydyttämisen sekä moniammatillisen yhteistyön potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa. (Käypä hoito 2018.) Palliatiivisen hoidon tärkein tavoite on parantaa potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatua sekä lievittää parantumattomasti sairaan potilaan oireita (Saukkonen ym. 2017, 195). Saarto (2017) mukaan, palliatiivisessa hoidossa ei hoitamista lopeteta, vaan määritellään se uudelleen keskittyen oireiden lievittämiseen ja hyvään kokonaisvaltaiseen elämänlaatuun (Flinkkilä 2019, 3). Kuviossa 1 esitetään elämänloppuvaiheen hoitosuunnitelman keskeiset asiat, joista potilaan ja hänen läheistensä kanssa tulee keskustella hyvissä ajoin ja kirjata ne potilastietoihin. Tunnistettuja asioita ovat:

- Potilaan ja läheisten toiveet, tunteet, kysymykset ja käsitykset tilanteesta nyt ja tulevaisuudessa
- Hoidon tavoitteet ja hoitolinjaukset.
- Käytettävissä olevat hoitomenetelmät
- Hoidon rajaukset ja niiden merkitys, tehtävät päätökset
- Elämän loppuvaiheen hoito ja loppuvaiheen sairauden tapahtumat, hyvin konkreettisestikin



Kuvio 1. Keskeiset asiat elämänloppuvaiheen hoitosuunnitelmassa, (mukailien Käypähoito suositus, palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Potilaan ja läheisten tulisi saada ymmärtävää suhtautumista henkilökunnan osalta vaikeassa tilanteessa, kun he kohtaavat elämää uhkaavan sairauden. Elämän kunnioittaminen ja toimintakyvyn tukeminen mahdollisuuksien mukaan tulisi olla palliatiivisen hoidon lähtökohdaksi. Palliatiivisessa hoidossa tulisi arvostaa potilaan ja hänen läheistensä uskomuksia, elämänarvoja sekä kulttuuria. (Käypä hoito -suositus 2018, Saarto 2017, Flinkkilä 2019, 3 mukaan.) James ym. (2007) mukaan hoitohenkilökunta joutuu saattohoitotyössä käsittelemään omia tunteita ja käsityksiä kuolemasta, sairaudesta ja perheestä. Käsitteleminen on edellytys avoimeen yhteistyöhön kuolevan perheen kanssa. Taito käsitellä tunteita ja tiimin moniammatillinen tuki helpottavat hoitohenkilökunnan kokemusta potilaan hoitamisessa. (Anttonen 2016, 26.)

Elämänlaatu on kokonaisvaltainen käsite, johon kuuluu psyykkinen, fyysinen sekä sosiaalinen näkökulma. Palliatiivisessa hoidossa elämänlaadun parantaminen on laajempi käsite ja koskee potilasta sekä hänen läheisiään. Hoidon tavoite on tukea ja huomioida koko perhettä. Tavoitteena on myös auttaa potilasta käsittelemään omaa sairauttaan ja sairaudesta huolimatta elää mahdollisimman hyvää ja oireetonta elämää. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa. Saattohoitopäätös tehdään yhdessä potilaan, läheisten sekä ammatti-laisten kanssa, silloin kun potilaan toimintakyvyn lasku on selkeästi havaittavissa ja elintoinnot alkavat hiipumaan. Omaisten ja läheisten tukeminen potilaan kuoleman jälkeen, on myös osa hyvää saattohoitoa. (Saarto ym. 2015, 10–11.) Saukkonen ja kumppanit totesivat (2017, 203) kirjallisuuskatsauksen mukaan, syöpäpotilaiden ja heidän läheistensä

selviytymistä palliatiivisen hoidon vaiheissa edisti nykyhetkessä eläminen ja sen arvostaminen, positiivinen elämänasenne sekä hyväksyminen, ettei sairaudesta parane. Lisäksi selviytymistä edisti läheisen halukkuus osallistua hoitoon ja kyvykkyys hoitaa sairauteen liittyviä ongelmatilanteita. Katsauksessa korostui hoitoon kohdistuvien vaihtoehtojen tärkeys sekä oikea-aikainen ja laadukas palliatiivinen hoito. Saarto ja kumppanit (2022,21) korostavat, että palliatiivisen hoidon kehittämisen tärkeimpiä näkökulmia on, sairastuneen ja hänen perheensä on mahdollisuus päästä riittävän aikaisin hoidon piiriin ja saada hyvää hoitoa elämänloppuvaiheessa. Vakavia tunnistettuja haasteita on silloin, kun potilaan siirtyminen hoitopaikasta toiseen vaarantuu tiedon siirron tai sen puutteen vuoksi, ei tiedetä missä potilasta tulisi hoitaa tai hoitoketju ei ole asianomaisen hoitohenkilöstön tiedossa. Varsinkin virka-ajan ulkopuolinen hoito tulee olla ennalta suunniteltua ja sovittua, ettei potilaan hoitoa jouduta toteuttamaan, hoitoketjun ulkopuolisissa paikoissa, aiheuttaen turhaa kärsimystä tai hoidon viivästymistä. Potilaan joutuminen aiheetta päivystykseen lisää hänen ja perheen kärsimystä, sekä aiheuttaa turhaan päivystyksen ruuhkautumista. Hoitokokonaisuuden vastuu tulee olla ennalta sovittu ja kaikkien tiedossa, myös hoidon siirtymäkohdissa.

Brännström ja kumppanit (2015) selvittivät tutkimuksessaan Liverpoolin hoitopolun (LPC) vaikutuksia kuolevalle potilaalle tavanomaisen hoidon sijaan. Tutkimuksessa vertailtiin LPC ja tavanomaisen hoidon vaikutuksia potilaiden oireisiin ja hyvinvointiin viimeisinä elinpäivinä hoitokodeissa. Tutkimukseen osallistuivat kaikki ne potilaat, jotka 15 kuukauden aikana kuolivat ruotsalaisissa hoitokodeissa. Potilaiden hengenahdistus ja pahoinvointi vähenivät merkittävästi, kun hoitohenkilökunta toteutti Liverpoolin hoitopolkua hoitokodissa. Hoitopolkujen tavoitteena on varmistaa, että yksilöt saavat asianmukaista näyttöön perustuvaa hoitoa ja toimenpiteitä. Clark ja kumppanit (2020) tutkivat kansainvälisesti Liverpoolin hoitopolun (LPC) käyttöönottoa. LPC:tä kokeili 20 maata Britannian ulkopuolelta, mutta 170 maata ei kokeillut hoitopolkua. Näiden maiden joukossa oli tutkijoiden hämmästykseksi Yhdysvallat, Kanada, Etelä-Afrikka ja Ranska, joilla on pitkä kehityshistoria palliatiivisesta hoidosta. Kiinnostus LPC:tä kohtaan oli pääosin maissa, joissa palliatiivinen hoito oli jo pitkälle kehittynyttä eikä niissä maissa missä tilanne ollut päinvastainen. LPC ei lopulta onnistunut edistämään muutosta siihen osallistuneiden maiden saattohoitojärjestelmissä, mutta sen vaikutus säilyi. LPC käytettiin pohjaksi hätäisesti laadittuihin palliatiivisen hoidon strategioihin yleishoitoympäristössä COVID-19 edessä.

3.2 Saattohoito

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, jota annetaan kuoleman lähestyessä. Hyvässä saattohoitotyössä kuolema nähdään normaalina ja ainutlaatuisena perheen elämässä. Suomessa kuolee vuosittain 50 000 ihmistä, joista noin 12 000 syöpään. Saattohoito on ollut saavutettavissa lähinnä syöpäpotilailla, mutta viime vuosina on huomattu, että monien muidenkin potilasryhmien tarvitsevan saattohoitoa. Näitä potilasryhmiä ovat esimerkiksi sydämen vajaatoimintaa, keuhkohtaumatautia ja dementiaa sairastavat potilaat. Saattohoitoon siirryttäessä potilaan vointi on usein heikentynyt ja itsestään huolehtiminen ei enää onnistu. Ajallisesti saattohoito on kytköksissä kuoleman välittömään läheisyyteen, mutta raja palliatiivisen hoidon ja saattohoidon välillä on liukuva eri sairauksissa. (Hänninen 2015.)

Saarto ja kumppanit (2022, 28–31) korostavat, että saattohoito ei pääty potilaan kuollessa vaan jatkuu perheen sekä läheisten tukemisena kuoleman jälkeenkin. Läheisille tulee turvata mahdollisuus kysyä potilaan hoidosta ja siihen liittyvistä asioista. Heitä tulee myös ohjata ja neuvoa kuoleman jälkeen tapahtuvissa asioista. Hoitoyksikön riittävä osaaminen ja riittävät resurssit ovat edellytyksiä laadukkaalle ja hyvälle saattohoidolle. Hyvä laatu on myös osaamista, työn organisointia ja sen johtamista, siten, että läheiset saavat mahdollisimman hyvin keskittyä potilaan hoitoon ja vierellä olemiseen. Saattohoidossa korostuu potilaan oireenmukainen hoito, mutta myös psykososiaalinen tuki potilaalle ja läheisille. Hoitopaikassa tuleekin olla mahdollisuus tavata erityistyöntekijöitä perheen tarpeiden mukaan, erityistason saattohoitoyksiköissä tämä mahdollistuu usein, mutta myös muissa hoitoyksiköissä tulee tukea järjestää. Erityistason yksiköissä tulee olla myös erityisosaamista vaativaan oirehoitoon ja kärsimysten lieventämiseen.

Ihmisen eletty elämä on yksilöllinen ja näin myös hänen kuolemansa. Kuoleman lähestymistä ennakoi suurimmalla osalla ihmisistä voinnin muutokset. Potilaan väsymys lisääntyy, yleinen vointi heikkenee ja erilaiset oireet voivat lisääntyä. Potilaan tietoisuus ympäristöstä heikkenee, mikä voi tuntua läheisistä pahalta. Fyysisiä muutoksia elämän loppuvaiheessa ovat esimerkiksi ruokahalun vähäneminen, lisääntynyt väsymys, tajunnantason aleneminen, erityistoiminnan hiipuminen, turvotusten ja kipujen lisääntyminen. Psykkisiä muutoksia elämän loppu vaiheessa ovat: sekavuus, ahdistuneisuus ja tajunnan tason aleneminen. Kuoleman lähestyessä potilas ei jaksakaan enää ilmaista itseään, jolloin oireita tarkkaillaan havainnoimalla potilasta. Oireita voi tarkkailla potilaan ilmeistä, eleistä, liikehdinnästä ja ääntelystä. (Terveyskylä 2021.)

3.3 Erityistason palliatiivinen hoito

Sosiaali- ja terveysministeriö (2016) antoi ohjeet, laatia palliatiiviselle hoidolle vähimmäistason suositukset hoitokriteereistä. Professori Tiina Saarto johti asiantuntijatyöryhmää, jonka tehtävänä oli laatia koko maan kattavat ohjeet tasavertaisesta ja tasalaatuisesta palliatiivisesta hoitotyöstä. (Saarto 2017.)

Palliatiivisen hoidon tavoitteena on lievittää kärsimystä ja kipua, parantaa potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatua kaikin mahdollisin keinoin. Palliatiivisessa hoidossa pyritään ylläpitämään potilaan toimintakykyä, mahdollisimman hyvänä kuolemaan saakka. Tavoitteena on ohjata ja tukea läheisiä, potilaan menehtymisen aiheuttamissa kärsimyksissä. Vuosittain arvioidaan Suomessa hoidettavan n. 30 000 palliatiivista potilasta ja heistä noin puolet tarvitsee erityistason tukea, jossakin vaiheessa sairauttaan. Ajoissa asioista keskusteleminen ja ennakointi on hyvää palliatiivista hoitoa, niin potilaan kuin läheisten kanssa. Palliatiivisessa hoidossa korostuvat hoitoon pääsyn sujuvuus, potilaan toiveiden kuunteleminen sekä niiden kunnioittaminen ja yhteydenpito hoitokontakteihin. Hoitosuunnitelmaa täydennetään kuoleman lähestyessä saattohoitosuunnitelmalla ja päätös saattohoitoon siirtymisestä tehdään yhdessä potilaan ja omaisten kanssa. Asioista keskustellaan tarvittaessa useamman kerran ja päätökset tehdään yhteisymmärryksessä perheen kanssa. (Saarto 2017, 7.)

Häkkinen (2015, 5) tutkimuksessaan kertoo suomessa jo vuonna (1982) elämänloppuvaiheen hoitoa on ohjeistettu yleiskirjeessä lääkintöhallituksen toimesta. Silloin jo tavoite oli kärsimyksiä lieventävä hoito, yksinäisyyden estäminen ja hyvä kuolema. Maailman terveysjärjestö (WHO) ohjeisti palliatiivisen hoidon suosituksia jo vuonna 2002, niissä kivunhoito ja oireiden lievittäminen korostuivat. Vuonna 2003 annettiin sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallisen eettiseneuvottelukunnan (ETENE) suositus saattohoitoon. Euroopan neuvosto on ohjeistanut hoidon järjestämisestä jo vuonna 2003 jäsenmaitaan. Saattohoitosuositukset julkaistiin nykymuodossa ensimmäisen kerran 2010 ja 2016 niitä tarkennettiin. Suosituksissa korostetaan potilaan ja läheisten itsemääräämisoikeutta ja henkilökunnan osalta osaamiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. (Häkkinen 2015, 5.)

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa *”Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020 Suomessa”*- linjattiin vahvasti saattohoidon erityistason toteuttamisesta ja että se on jokaisen sairaanhoitopiirin ja terveyskeskuksen vastuulla. Tässä yhteydessä puhutaan perustason, erityistason ja vaativan tason saattohoitoyksiköistä. (Saarto & Finne-Soveri 2019,16.)

Selvitysten mukaan erityistason palveluiden saatavuudessa on alueellisesti eroja. Potilaat ovat Suomessa eriarvoisessa asemassa, sillä palvelujen saatavuus riippuu paljon heidän asuinpaikkakunnastaan. Konsultaatiotoimintaa tai erityistason kotisaattohoitoa on harvoissa paikoissa. Palliatiivista hoitoa koskevat palvelut ovat keskeisessä asemassa, koska laadukas ja oikea-aikainen palliatiivinen hoito vähentää terveydenhuollonkustannuksia. Ne mahdollistavat potilaan paremman hoidon sekä läheisten tukemisen. (Salin ym. 2021, 143.) Saarron ja kumppaneiden mukaan (2022, 32–33) riittävä osaaminen on merkittävässä asemassa keskusteltaessa palliatiivisen hoidon laadusta ja sen riittävydestä. Kaikissa palliatiivista hoitoa toteuttavissa yksiköissä tulisi olla palliatiivisen hoidon perusosaaminen, mutta erityistason yksiköissä sen pitää olla keskeinen lähtökohta. Perustutkinnon lisäksi erikoistumisopinnot ja jatkuva täydennyskoulutus on edellytyksiä erityistason palliatiivisen hoidon yksikön koko henkilökunnalle.

Palliatiivisten hoitosuositusten osalta on määritelty hoidon porrastaminen, käsittäen perustason palvelut, erityistason saattohoidon ja vaativan erityistason hoidon tarkasteltaessa hoitopaikan kriteerejä ja resursseja. (Tanhuppää 2022.) Hoidon tarpeeseen on rakennettu kolmiportainen palveluverkko (kuvio 2). Palvelumalli muodostuu perustasosta ja perustason saattohoitoyksiköstä (A), erityistasosta (B) ja vaativasta erityistasosta (C). (Saarto & Lehto. 2019, 538.)



Kuvio 2. Saattohoidon ja palliatiivisen hoidon kolmiportainen malli (mukaillen sosiaali- ja terveysministeriö 2019,14.)

Perustaso sisältää kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon toimipisteet, joissa hoidetaan kuolevia potilaita ja he eivät kuulu erityistasoille. Toimipaikoissa tulee hallita palliatiivisen hoitotyön perusteet ja saattohoidon osaaminen. Tällaisia ovat perusterveydenhuollon osastot, tehostetun asumispalvelun yksiköt ja muut sosiaalihuollon yksiköt, joissa hoidetaan potilaita heidän elämänsä loppuun asti. (Saarto ym. 2019,16.)

A-tasolla tarkoitetaan saattohoitoyksiköitä, joita ovat sairaaloiden osasto tai erikoissairaanhoidon vuodeosasto, niissä saattohoito on osa perushoitotyötä ja sitä on kehitetty muun toiminnan kanssa osaksi normaalitoimintaa. Erityistaso (B) kattaa laajemman toiminnan, jossa palliatiivinen poliklinikka, palliatiivinen tiimi tai osasto ja kotisairaala muodostavat kokonaisuuden. Siellä työskentelee suurimmalta osin erityiskoulutettu henkilökunta ja moniammatillinen tiimi, jossa voidaan tarjota monialaista hoitotyötä palliatiivisten potilaiden ja perheiden tueksi. Saarto (2017: 2019) mukaan osaamista myös pidetään yllä jatkuvalla kouluttautumisella ja henkilöstö on kokeneita saattohoidon ja palliatiivisen hoidon osaajia. Vaativalla erityistasolla (C) tarkoitetaan yliopistosairaalan johtamia palliatiivisia keskuksia ja saattohoitokoteja. Niissä koko henkilöstö on erityiskoulutettu ja heillä on vaativan hoitotyön laaja-alainen osaaminen ja kokemus. (Flinkkilä, 2019, 4–5). Saarto ja kumppanit (2022, 33–34) toteavat, että erityistason saattohoitoyksiköille on määritelty suositusten perusteella myös omat laatuindikaattorit, joiden kautta toiminnan riittävyyttä ja osaamista voidaan systemaattisesti mitata ja arvioida.

Nopeasti etenevä sairaus ja vaikeat oireet potilaalla edellyttävät erityistason hoitoa. Erityistason hoidon toteuttaminen vaatii nopeasti vaihtuvien tilanteiden takia ympäri vuorokauden saatavilla olevien asiantuntijoiden tavoitettavuutta ja edellyttää hoitohenkilökunnan erityisosaamista. (Terveyskylä 2019.) Keusoten palliatiivinen tiimi on erityistason yksikkö, jossa henkilökunta on pääosin erikoiskoulutettua ja sen pääasiallinen tehtävä on palliatiivinen hoito sekä saattohoito.

3.4 Palliatiivinen keskus

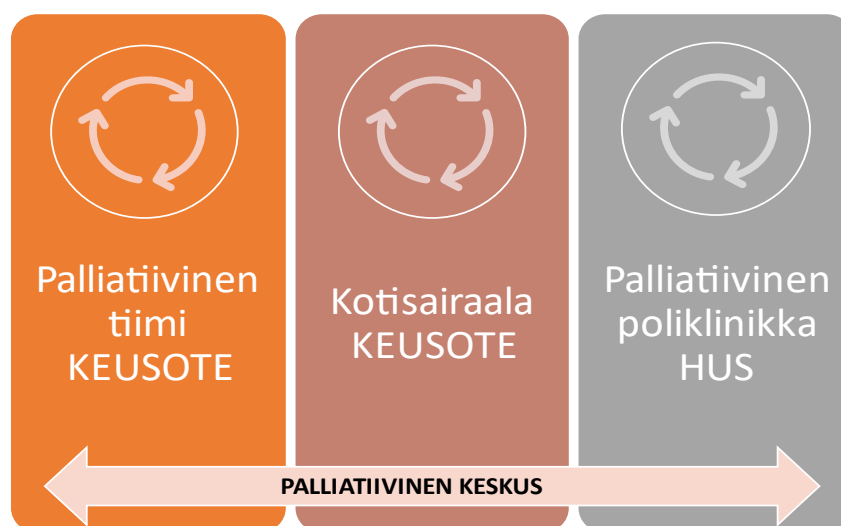
Sairaanhoitopiireissä tai kunnissa on yhä enemmän erityistason, saattohoidon ja palliatiivisen hoidon yksiköitä. Kotisairaaloita, jotka tarjoavat palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa on perustettu kuntien yhteistoimintana tai kunnan omana toimintana usealle paikkakunnalle. Saattohoitoa varten suuressa osassa kuntien kotisairaaloita on käytössä tukivuodepaikkoja tai tukiosasto. Esimerkiksi HUS:ssa on lähes kaikissa kunnissa kotisairaaloiden käytössä tukiosasto tai tukivuodepaikka. Saattohoitoon erikoistuneita osastoja on lähinnä isoissa

kaupungeissa ja erityistason saattohoitoa tarjoaa neljä kolmannen sektorin saattokotia Suomessa. Osassa keskussairaaloita tai muita suuria sairaaloita on konsultaatiotiimi tai palliatiivinen poliklinikka. Palliatiiviset poliklinikat löytyvätkin kaikista yliopistosairaaloista ja näistä osassa löytyy myös konsultaatiotiimit sekä psykososiaalisen tuen yksikkö on Hyksin palliatiivisessa keskuksessa. (Saarto & Lehto, 2019.)

Keusoten palliatiivisen hoidon keskus muodostuu palliatiivisen tiimin, kotisairaalan ja erikoissairaanhoidon palliatiivisen poliklinikan toiminnasta. Lisäksi konsultointimahdollisuus ja palliatiivinen päivystys sekä erikoissairaanhoidosta ostopalveluna hankittu terveystieteellinen työ ovat edellytyksiä palliatiivisen keskuksen nimikkeelle (Terveyskylä 2019).

Erytistason palliatiivinen yksikkö on rakenteeltaan, mutta myös osaamiseltaan laaja-alainen yksikkö, jossa henkilöstö on erikoiskoulutettua. Palliatiivinen keskus vastaa potilasohjauksesta erityistason yksiköitä ja palveluketjuja. (Saarto ym. 2019, 15–16).

Kuviossa 3 on kuvattu Hyvinkään sairaanhoitoalueen palliatiivinen keskus, joka muodostuu Hyvinkään akuuttiosaston erityistason palliatiivisesta tiimistä (Keusote), alueellisesta kotisairaala (Keusote) ja Helsingin – ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) palliatiivisesta poliklinikasta (Saarto ym. 2019, 15–16).



Kuvio 3. Palliatiivisen keskuksen muodostavat yksiköt

Keski- Uudenmaan sairaalan Hyvinkään toimipisteen palliatiivinen osastotiimi on erityistason hoitoa tarjoava yksikkö, jossa voidaan toteuttaa B- tason palliatiivista hoitoa. Tiimissä on kahdeksan potilaspaikkaa käytössä ympärivuorokautisesti ja tavoitteena on keskittää Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen erityistason palliatiivista hoitoa tarvitsevat potilaat tähän tiimiin. Palliatiivisen tiimin henkilöstön erityisosaamisen on kiinnitetty paljon huomioita. Useammalla sairaanhoitajalla on tiimissä työnantajan kustantamana palliatiivisen hoidon koulutus. Henkilöstö rakennetta on systemaattisesti muutettu niin, että tiimissä työskentelee pelkästään sairaanhoitajia. Psykososiaalisen tukeen on kiinnitetty erityistä huomiota, Keusote ostaa HUS yhtymältä terveysosiaalityötä viikoittain ja tarvittaessa ostaa myös Terhokodista perhetyön osaamista. Kansallinen FINPALL HYKS Erva- hanke on mahdollistamassa psykologin palvelut palliatiivisen tiimin ja kotisairaalan käyttöön maaliskuusta 2023. (Keusote 2023.) Palliatiivinen poliklinikka toimii Hyvinkään sairaalan tiloissa virka-aikana. Poliklinikan henkilöstö muodostuu Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen palliatiivisista lääkäreistä ja HUS organisaation hoitajista. Potilaat tulevat läheteellä HUS Meilahdesta tai Hyvinkään sairaalasta ja muista terveydenhuollonyksiköstä. Potilaan kanssa tehdään kokonaisvaltainen hoito- ja palvelusuunnitelma, myös läheiset voivat osallistua. Tarvittaessa palliatiivista poliklinikkaa voidaan konsultoida myös mistä tahansa muusta alueen akuutti-sairaanhoidosta liittyen palliatiiviseen hoitoon. (Terveyskyä 2019.)

Keski- Uudenmaan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä on toiminnassa alueellinen kotisairaala, joka on perustettu vuoden 2019 alusta. Alueellisen kotisairaalan potilaista noin 50 % on palliatiivisia potilaita. Kotisairaalassa työskentelee 41 sairaanhoitajaa ja kuusi lääkäriä liikkuen koko Keusoten alueella. Alueellisessa kotisairaalassa on palliatiivisen lääkärin erikoistumiskoulutus oikeudet, tiimissä työskentelee säännöllisesti erikoistuvia lääkäreitä. Kotisairaalan sairaanhoitajista noin puolella on palliatiivista erityisosaamista koulutuksen ja kokemuksen kautta. Keski-Uudenmaan alueellinen kotisairaala toimii ympärivuorokautisesti ja mahdollistaa potilaan palliatiivisen hoidon kotiin. Tarvittaessa potilas voi siirtyä myös ennalta sovitulle tukiosastolle mihin vuorokauden aikaan tahansa, ellei hoito kotona enää onnistu tai potilas toivoo niin. (Keusote 2023).

Kotisairaala on liikkuva sairaalatasoista hoitoa kotiin vievä yksikkö, jonka avulla potilaan hyvä hoito voidaan toteuttaa kotona tai asumispalveluissa ympärivuorokauden. Lääkäri tekee tarvittaessa hoitohenkilöstön kanssa kotikäynnin ja suunnittelee potilaan hoidon yhdessä hänen kanssaan. Käyntien maksu peruste on käyntikohtainen ja se kerryttää terveydenhuollon maksukattoa, lisäksi on vuorokausikohtainen enimmäismaksu. Kaikilla palliatiivisilla potilailla on yhdessä heidän kanssaan sovittu tukiosasto, usein kotia lähin akuutti-osasto, jonne potilas voi tarvittaessa siirtyä suoraan. Kotisairaala hoitoon tullaan aina lääkärin läheteellä ja potilaskriteerien perusteella. Lähettävä terveydenhuollon toimija arvioi,

voidaanko hoito toteuttaa turvallisesti kotona ja tekee lähetteen kotisairaalaan. Potilaat tulevat Uoma järjestelmän kautta hoitokoordinaattorien ohjaamina hoitoon alueelliseen kotisairaalaan. (Keusote 2023).

4 Palliativisen hoidon reunaehdot

4.1 Tiedolla johtaminen palliativisessa hoidossa

Sosiaali- ja terveysministeriö aloitti 2020 Toivo-ohjelman, jonka tehtävänä oli kehittää tiedolla johtamisen työvälineitä hyvinvointialueille. Lähtökohta hankkeelle oli (hallitusohjelman 2019: yhdenvertainen ja oikeudenmukainen Suomi) laadukkaat, yhdenvertaiset ja ihmislähtöiset palvelut edellyttävät päätöksentekoa, joka on tietoperustaista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.) Toivo-ohjelmalla luodaan valmiudet tiedolla johtamiseen hyvinvointialueilla ja viranomaistyössä esimerkiksi sote-tiedon tuottaminen mahdollistetaan sekä hyvinvointialueiden tietojohtamisen kyvykkyyttä kehitetään. (Valo ym. 2021, 1.)

Tiedolla johtamiselle ei ole täsmällistä määritelmää. Klemola kollegoineen (2014, 11) käsikirjassaan kuvaa tietojohtamisen käytäntöjä ja prosesseja. Tietoa kerätään, jalostetaan ja hyödynnetään organisaation sisäiseen ja ulkoiseen kommunikaatioon. Tiedon jalostamisen avulla sitä käytetään päätöksenteossa hyväksi. Kun palveluiden kohdistamista suunnitellaan, palveluiden laadusta ja vaikuttavuudesta tarvitaan tietoa. Palveluiden vaikuttavuutta ja laatua on hankala mitata. Mittaamisessa täytyy usein tyytyä välillisiin mittareihin ja on tehtävä koetusta laadusta oletuksia. Välillisiä laadun mittareita ovat, asiakastyytyväisyyskyselyt, potilasvahinkoilmoitukset ja niiden määrät sekä läpimeno aika tai siirtojen määrät.

Keusotessa muun muassa asiakastyytyväisyyttä mitataan säännöllisesti Roidu järjestelmän kautta ja palautteita käsitellään systemaattisesti tiimeissä. Palautteiden perusteella pyritään vaikuttamaan hoitoon ja hoidon järjestelyihin asiakkaan tarpeiden mukaan. (Keusote 2023.)

Surakka ja kumppanit (2015) toteaa, että organisaation perustehtävän ymmärtäminen ja selkeitten strategisten linjausten systemaattinen tiedostaminen on edellytys onnistuneelle palliativiselle hoitotyölle. Tiedolla johtamisessa on tärkeää toteuttaa strategian mukaisia linjauksia ja tarkastella toimintaa niiden kautta.

4.2 Hoidon koordinaatio

Terveydenhuollon erilaisissa hoitopaikoissa toteutetaan palliativista hoitoa ja saattohoitoa tarpeen ja hoidon vaativuuden mukaan. Kuolevista potilaista suurinta osaa hoidetaan perustason yksiköissä, joissa hoidetaan saattohoito potilaiden lisäksi muitakin potilaita. Eri-tyistason palliativista hoitoa tarvitsee vain osa potilaista. Hoitoa voidaan erityistason konsultaation avulla toteuttaa usein myös potilaan omassa hoitopaikassa. Erityisen tärkeää on tunnistaa palliativisen hoidon tarve ja tarvittaessa potilaan hoidosta konsultoidaan tai potilas ohjataan oikeaan hoitopaikkaan. Tarvittaessa potilaan hoitoon osallistuu eri ammattilaisia ja erityistyöntekijöitä. Erityistä huomiota tulee kiinnittää palliativisen palveluketjun

koordinointiin. Määritellyt tavoitteet, yhteinen strategia, vastuut työnjaosta ja palliatiivisen hoidon kokonaisuudesta mahdollistavat parhaan mahdollisen hoitotyön laadun ja sujuvuuden. (Saarto ym. 2022, 35.) Korhonen (2019,1) pro gradu tutkielmassaan toteaa, että hoidon ohjauksella turvataan hoidon sujuva jatkuminen, saumaton hoitopolku ja käytännön konkreettinen tuki potilaalle kuin läheisillekin.

Watanabe ja kumppaneiden (2021) tutkimuksen mukaan kliininen hoitopolku ja organisoitu palliatiivinen hoito mahdollistivat hyvän koti kuoleman Japanissa. Kuolemien ennustettavuus kasvoi mitä paremmin palliatiivinen hoito oli organisoitu. Mirandon ja kollegoiden (2005) hankkeen tavoitteena oli parantaa palliatiivista hoitoa ennalta kehitetyn hoitopolun avulla. Hoitopolun toteuttamisen jälkeisen tarkastuksen ja perusauditoinnin tulosten vertailu osoitti, että hoitoprosessiin otettujen potilaiden hoito parani huomattavasti. Todettiin, että mukana olevat palliatiiviset potilaat, saivat 100 % riittävän kipulääkityksen. Hankkeessa korostettiin, että onnistuakseen hoitopolun käyttöönotto vaatii resursseja ja hyvää johtamista. Niissä paikoissa missä oli näyttöä esimiehen vahvasta johtajuudesta, polun toteutus ja muutos sujui helpommin sekä polkua käytettiin hyvin. Perinteisesti palliatiivinen hoito on ollut suurelta osin syöpäpotilaiden saatavilla, mutta 60 % polun kautta hoidetuista potilaista oli muita kuin syöpää sairastavia. Tämä viittaa siihen, että integroidun hoitopolun avulla on saavutettu huomattavaa edistystä siihen, että muutkin kuin syöpäpotilaat saavat palliatiivista hoitoa.

Palliatiivisen lääketieteenala on siirtynyt merkittävästi eteenpäin ja kattaa kaikkien potilaiden hoidon, joilla on vakava sairaus. Palliatiivinen lääketiede ja hoitopolut vaikuttavat ammattikäytäntöihin, potilastuloksiin, hoidon laatuun, hoitajaksojen pituuteen ja sairaalakustannuksiin. Palliatiivisen lääketieteen tulevaisuuteen olisi kuuluttava ensisijaisten ja integroitujen hoitopolkujen kehittäminen sairaalahoitoa ja avohoitoa varten, jotta voidaan standardoida lähetteet ja osoittaa sen vaikutus resurssien käyttöön. Saattohoitopolut vakioivat oireiden hoitoa kuoleman hetkellä. Samanlaisia hoitopolkuja olisi kehitettävä varhaisia palliatiivisen lääketieteen konsultaatioita varten. (Finn & Malhotra 2019.)

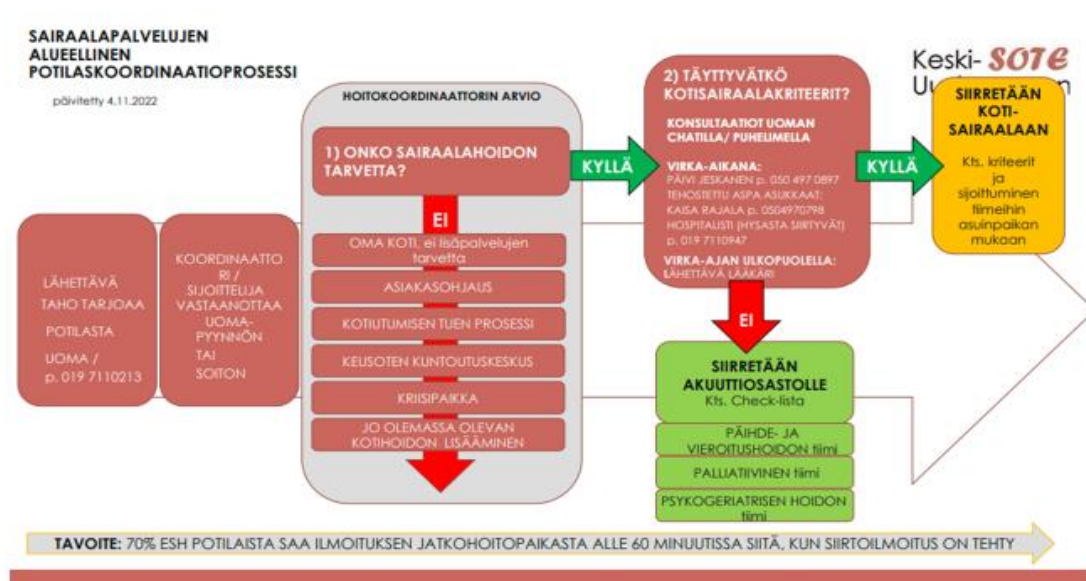
Hoitokoordinaattorin työssä korostuvat hoidon jatkuvuus, potilaiden oikeudenmukainen kohtelu ja kokonaisvaltainen potilasasioiden hallinta. Hoitokoordinaattorin rooli on keskeinen, koska heillä on pääsy kokonaisvaltaisesti terveydenhuollon järjestelmiin ja he tekevät tiivistä yhteistyötä eri toimijoiden kanssa. Hoitokoordinaattorin työ on itsenäistä ja vastuullista ja edellyttää laajaa osaamista. Työssä edellytetään vahvaa itsensä johtamista, tehtävien hallinnointia, yhteistyötaitoja sekä viestintäprosessien tehokasta käyttöä. Terveydenhuollon kustannusten alentamisessa hoitokoordinaattorilla on tärkeä osuus. Potilasryhmät, jotka tarvitsevat paljon tukea tai ovat pitkäaikaissairaita hyötyvät hoidon hyvästä

koordinoinnista. (Hudon ym. 2017.) Onnistunut ja turvallinen potilassiirto yksiköstä toiseen tarvitsee tuekseen hyvän tiedottamisen kaikkien osapuolten välillä moniammatillisesti. Myös potilaalle ja läheisille tulee tiedottaa hoitopaikkasiirrosta ennakolta (Korhonen, 2019, 4).

Keusoten sairaalapalveluiden hoitokoordinaattorit ovat kaikki koulutukseltaan sairaanhoitajia ja työskentelevät maanantaista sunnuntaihin kahdessa vuorossa, yöaikaan potilassiijoittelu hoidetaan Järvenpään akuuttiosastolta vuorovastaava sairaanhoitajan toimesta. Hoitokoordinaattorien tehtäväkuvat on yhtenäistetty Keski- Uudenmaan sote kuntayhtymässä vuosien 2021–2022 aikana ja työnvaativuuden arviointi on tehty. Tehtäviin kuuluu Uoma järjestelmän kautta laaja-alainen potilassiijoittelu eri yksiköihin sekä muut tehtävät liittyen potilaiden haastaviin kotiutuksiin ja jatkohoitopaikkajärjestelyihin (SAS) selvitä, arvioi ja sijoita- prosessin kautta. (Keusote 2022.)

Koordinaattorityössä lähtökohtana on asiakkaan tarpeet ja potilaiden sijoittelu oikea-aikaisesti oikeaan paikkaan sekä hoitoonohjauksen sujuminen viivytyksettä. Työnjakoa ja tehtävärakenteita kehittämällä saadaan aikaan säästöjä henkilöstökuluissa ja voidaan tehostaa toimintaa. Potilaiden tarpeet edellyttävät hoitotyön laadun näkökulmasta työnkuvien kehittämistä ja samalla lisäävät henkilöstön työtyytyväisyyttä tehtävässä työssä. Hoitotyön laatu ja vaikuttavuus lisääntyy oikealla potilassiijoittelulla ja potilaat ohjautuvat tarkoituksenmukaiseen hoitopaikkaan. (Valtiontalouden- tarkastusvirasto 2016, 31–32.) Sairaanhoitopalveluiden muuttuminen entistä enemmän kotiin vietäviin palveluihin ja tarkoituksenmukaisiin hoitopaikkoihin, korostaa hoidon koordinoitua laadukkaassa hoitotyössä. Potilaiden siirtyminen eri yksiköistä toiseen, akuutista hoidosta kotiin ja takaisin, edellyttää kokonaisuuden hallitsemista. Hoidon koordinaattori kokoaa yhteen eri hoitomuodot, eri yksiköt ja palvelut, muodostaen niistä parhaan mahdollisen hoitokokonaisuuden potilaalle (Korhonen, 2019,11.)

Kuvassa 2 on esitelty Keski- Uudenmaan sairaalan potilaskoordinaatioprosessi, jonka perusteella potilaat sijoittuvat tarkoituksen mukaiseen hoitopaikkaan. Prosessissa on kuvattu myös palliatiivinen tiimi, mutta sen ohjaus on ollut vaillinaista ja tästä syystä kehittämistehävä on tarpeellinen. Potilaita ohjautuu myös muuta kautta palliatiiviseen tiimiin, ja siirrot eivät aina ole olleet tarkoituksenmukaisia. (Keusote 2023.)



Kuva 2. Alueellinen potilaskoordinaatioprosessi (Keusote 2022.)

4.3 Uoma järjestelmä potilassijoittelussa

Uoma potilassijoittelujärjestelmä on laajasti käytössä Suomessa eri sairaanhoitopiireissä ja perusterveydenhuollon yksiköissä. Uoma järjestelmä on käytössä ainakin Tampereen sairaanhoitopiirissä, Vaasassa, Keski- Suomessa, Pohjois- Pohjanmaalla ja Keski- Uudenmaan hyvinvointialueella. Neuvotteluja käytön laajentamisesta käydään koko ajan eri puolilla terveyspalveluita Suomessa (Unitary n.d.)

Digitalisointi potilassijoittelussa vapauttaa hoitohenkilöstön resurssia ja yhdenmukaistaa potilaan siirto prosessia. Uoman käyttöönotto on muuttanut toimintatapoja ja vahvistanut tiedolla johtamisen näkökulmaa potilasprosessissa. Potilaskäytön tunnistaminen helpottaa henkilöstöresurssin suunnittelua vastaamaan tarkemmin tarpeita ja auttaa ohjaamaan resurssin sijoittelua oikeisiin yksiköihin. Potilastarpeiden tunnistaminen ja potilasohjaus oikeaan yksikköön parantaa kokonaisvaltaista hoitoketjua. (Unitary n.d.)

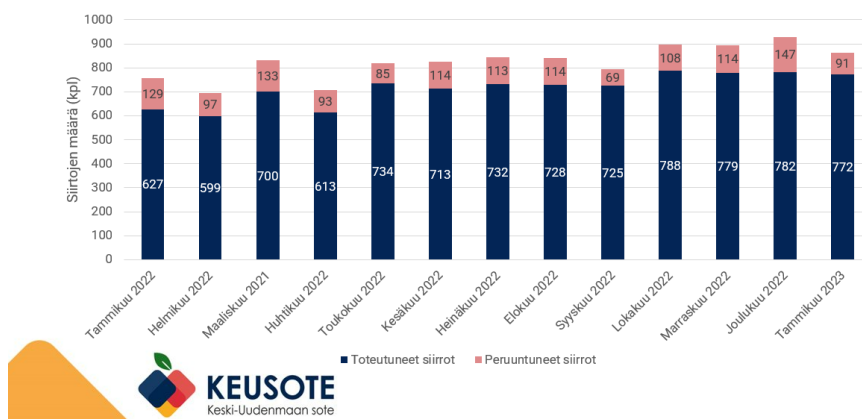
Uoma potilassijoittelujärjestelmä otettiin käyttöön syksyllä 2019 Keusoten terveyskeskussairaaloissa. Hyvinkään sairaalan päivystyksessä se otettiin käyttöön vuonna 2020, myös erikoissairaanhoidon vuodeosastot ja monet poliklinikat käyttävät Uomaa. Potilaiden jatkohoitoon siirtyminen tapahtuu Uoman avulla terveydenhuollon toimijoiden kesken ja sairaaloiden eri toimintayksiköiden sisällä. Järjestelmä tekee potilaan siirroista turvallisempia sekä hoitajan työstä helpompaa, koska siirrot tapahtuvat sähköisesti järjestelmän sisällä ja työtä keskeyttävä puhelinsoittelu jää pois. Ohjelmassa on olemassa keskustelu mahdollisuus,

jonka avulla ammattilaiset voivat keskustella potilaan siirtoon ja hoitoon liittyvissä asioissa reaaliaikaisesti sekä tietoturvallisesti. Siirtoon liittyviä tarkentavia kysymyksiä voidaan kysyä heti tai jos potilaan voinnissa tapahtuu oleellisia muutoksia, siirto voidaan helposti perua. Järjestelmän karttasovelluksessa nähdään vapautuvat ja vapaana olevat paikat eri yksiköissä ja tiimeissä, sovellusta hallinnoidaan puhelimen avulla yksiköistä käsin. Potilassiirto hyväksytään vastaanottavassa yksikössä digitaalisesti. Sijoittelu järjestelmä on sovelluspohjainen, joten sen käyttöönotto ei vaadi tietohallintomuutoksia vaan se voidaan ottaa käyttöön sujuvasti. (Unitary n.d.)

Keski- Uudenmaan hyvinvointialueella on sovittu tiettyjen vakioitujen fraasien käyttämisestä chat- keskustelussa, niiden on arvioitu helpottavan ja nopeuttavan tiedon siirtymisen varmistumista osapuolten välillä, ne myös nopeuttavat ja helpottavat keskusteluun käytettävää aikaa. Potilas siirrot tapahtuvat hoitaja – hoitaja välillä, jolloin esimerkiksi aiemmin potilassiirtoja hoitavien sihteerien aika jää muuhun työhön, tarvittaessa voidaan konsultoida lääkäriä siirtoon liittyvissä erityiskysymyksissä. (Keusote).

Kuvassa 3 on toteutuneet sairaalasiirrot Uoma järjestelmän avulla kuvattuna 1/2022–1/2023. Kuvassa on kuvattu kuukausittain potilaiden siirrot Keusoten sairaalan eri yksiköihin ja vaaleanpunainen väri kuvaa kuukausitasolla peruuntuneita siirtoja.

Siirtojen määrä Uomassa yhteensä



Kuva 3. Toteutuneet sairaalasiirrot (Keusote 2023).

Keski- Uudenmaan sairaalaan ja kotisairaalaan potilassiirrot tapahtuvat kaikki Uoman välityksellä. Kuukausitasolla noin 900 potilasta siirtyy toiseen hoitopaikkaan. Palliatiivisen tiimin potilas siirrot tulisi saada myös Uoma järjestelmän kautta toteutumaan kokonaan, koska siten voidaan taata oikea-aikainen ja viivytyksetön hoitopaikka potilaalle. Silloin saadaan myös reaaliaikaista tilastoa kaikista potilassiirroista. (Keusote 2023.)

4.4 Palliativisen hoidon laatu

Tutkimusten mukaan palliativista erityistason hoitoa ja saattohoitoa on järjestetty Suomessa sairaanhoitopiirien alaisuudessa ja suurissa kaupungeissa vaihtelevasti. WHO:n selvityksen mukaan (2012) 58 % maailman maista on järjestänyt jonkinlaista palliativista hoitoa, Suomi ei siinä sijoittunut kärkijoukkoon. Eettinen neuvottelukunta (ETENE) tutki samaa asiaa (2012) ja noin 75 % Suomen terveydenhuollon järjestäjistä oli laatinut saattohoitosuunnitelman. Tästä joukosta erityistason saattohoitoyksiköt jakaantuivat valtakunnallisesti epätasa-arvoisesti. (Saarto ym. 2019, 135).

Keusotessa potilassijoittelua ja hoitoon pääsyä, seurataan lakisääteisten määräaikojen toteutumisesta ja tiedot ovat nähtävillä Keusoten verkkosivuilla. Potilaan hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään yhdessä potilaan ja hänen läheisten kanssa ja pyritään huomioimaan potilaan toive ja tahto hoidon järjestämisessä (Keusote 2022.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 3 §) määrittää, miten potilaan hoitoon liittyvät tiedot on kirjattu, hoito järjestetty ja millainen jatkohoitosuunnitelma hänellä tulee olla. Hoito- ja palvelusuunnitelma sisältää yhteistyössä potilaan kanssa laaditun suunnitelman, jota toteutetaan tarkoituksenmukaisessa hoitopaikassa.

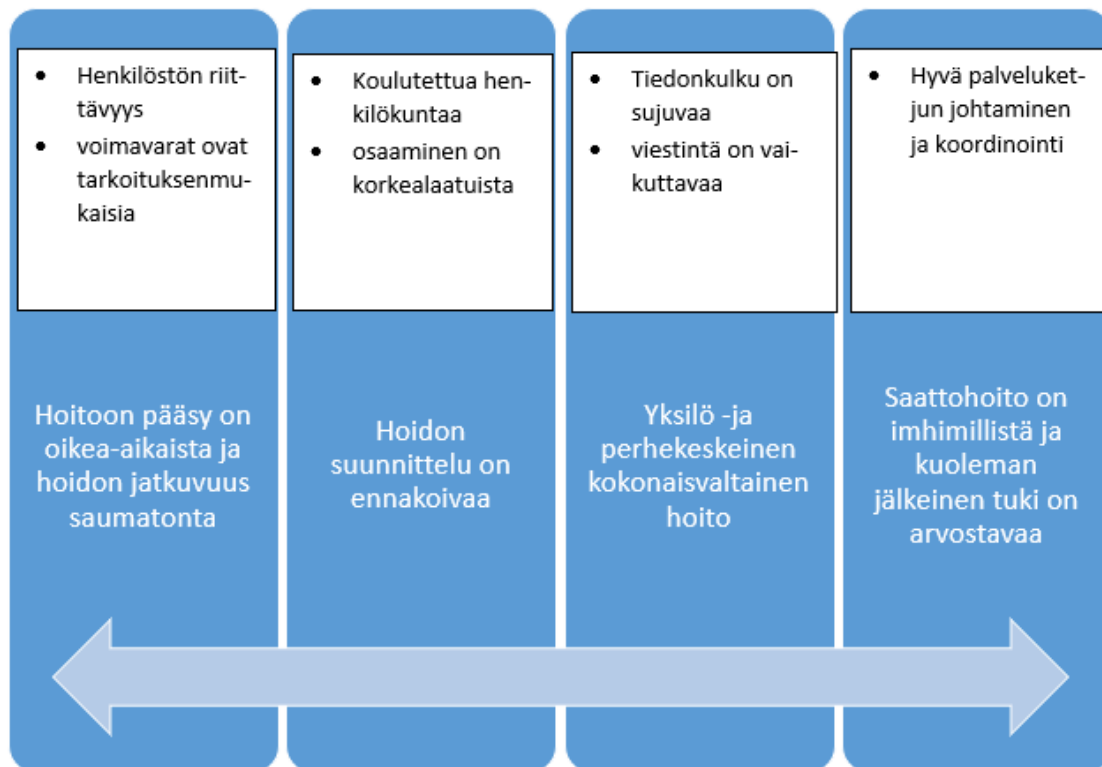
Terveydenhuoltolain (1326/2010, 8 §) mukaan hyvä laatu määritellään näyttöön perustuvan hoitotyön kautta ja kaikki toimintamallit tulee pohjautua siihen. Yleisesti tunnistetut hyvät hoito- ja toimintakäytännöt ovat laadukkaan hoidon lähtökohtia. Palliativisessa hoidossa laatu perusteet ovat hyvässä oirehoidossa, potilaan ja läheisten tyytyväisyydessä sekä potilaan toiveen mukaisessa hoitoympäristössä tapahtuva hoito. (Saarto ym. 2021,19.) Lep-legen ja kumppaneiden (2007), Moisanen (2018,34) mukaan hoitotyön laadussa korostuu asiakaslähtöisyys. Sitä voidaan tarkastella neljän erilaisen näkökulman avulla:

- Ihmisen näkeminen ainutlaatuisena, erityisenä kokonaisuutena
- Elämän vaikeuksien huomioon ottaminen
- Asiakkaan osallistuminen ja voimaantuminen
- Ymmärrys ja ihmisen kunnioittaminen sairaudesta huolimatta

Saarto ja kumppanit (2022,19) palliativisen hoidon laatusuosituksessa tarkastelivat laatua kokonaisvaltaisen hoidon laatualueiden näkökulmasta. Kuviossa 4 on kuvattu laatualueita kahdessa eri kategoriassa. Kategorioita ovat hoitoprosessin eri vaiheet palliativisessa hoidossa ja tiedonkulun, hoidon tuottamisen sekä järjestämisen kannalta keskeiset elementit:

- Kokonaisvaltaisen yksilö- ja perhekeskeisen hoito

- Yksilöllinen elämänlaatua tukeva hoito, hyvä oirehoito ja psykososiaalinen tuki sekä hengellinen ja henkinen tuki.
- Omaisten osallisuuden mahdollistaminen ja heidän tukemisensa.



Kuvio 4. Laatusuosituksen laatualueet (Mukaiillen Saarto ja kumppanit 2022, 19.)

Birgisdöttir ja kumppanit (2021) mukaan, palliatiivinen hoito on integroitu osaksi terveydenhuoltojärjestelmää. Laatu on edelleen ala-arvoista ja se aloitetaan usein liian myöhään. Jäsennellyt ja selkeät ohjeet koettiin puutteena, jotta voitaisiin tunnistaa ja hoitaa erityisesti potilaat, jotka tarvitsevat palliatiivista hoitoa jo varhaisessa vaiheessa. Tämän pohjalta kehitettiin Ruotsissa palliatiivisen hoidon opas joka, tarjoaa ainutlaatuista moniammatillista ohjausta palliatiivista hoitoa saavien potilaiden arviointiin ja kokonaisvaltaiseen hoitoon. Oikein käytettynä ruotsalainen palliatiivinen hoito-opas edistää perheen tukemista ja laadukasta yksilöllistä palliatiivista hoitoa. Saarto ja kumppanit (2022, 4–37) linjaa laatusuosituksessa, että Suomessa palliatiivisen hoidon laadulle tulee olla nimettyä ja tunnistettuna kymmenen toiminnan osa-alueita hoidon järjestämiseksi ja tuottamiseksi. Niistä kuusi kuvaa potilaan hoitoprosessia sen erivaiheissa ja neljä hoidon järjestämisen osa-alueita. Kaikille niille on luotu useita laatuindikaattoreita, joiden avulla hoidon järjestämistä, tuottamista ja onnistumista voidaan mitata. Suomessa on vielä vähän systemaattista tietoa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laadusta, mutta yhteisesti hyvän laadun tunnusmerkkien kirjaaminen eli laatuksiteerit auttavat tutkimustiedon saamisessa. Tavoitteena on kehittää

annettujen laatuksiteerien perusteella hoidon laaturekisteri, jonka avulla vertailutietoa ja vaikuttavuutta voidaan saada ja seurata kansallisesti. Laatuksiteerit ovat:

- *oikea-aikainen hoitoon pääsy ja hoidon jatkuvuus*
- *ennakoiva hoidon suunnittelu*
- *yksilökeskeinen, elämänlaatua ylläpitävä hoito*
- *vaikuttava oirehoito sekä psykososiaalinen, henkinen ja hengellinen tuki*
- *läheisten tukeminen ja osallisuudenmahdollistaminen*
- *inhimillinen saattohoito ja arvostava kuoleman jälkeinen tuki*
- *riittävä henkilöstö ja tarkoituksenmukaiset muut voimavarat*
- *osaaminen*
- *sujuva tiedonkulku ja vaikuttava viestintä*
- *hyvä palveluketjun koordinointi ja johtaminen*

5 Tutkimuksellinen kehittäminen

5.1 Tutkimuksellinen kehittämistyö

Tutkimuksellisessa kehittämisessä pyritään uudistamaan käytäntöjä ja ratkaisemaan käytännöstä nousseita ongelmia. Tietoja kerätään systemaattisesti käytännöstä ja teoriasta kehittämisen tueksi. Kehittämisessä käytetään monipuolisesti erilaisia menetelmiä. Kehittämistyössä etsitään asioille parempia vaihtoehtoja ja viedään asioita eteenpäin. Tutkimuksellinen kehittämistyö kyseenalaistaa tieteellisen tutkimuksen traditioon liittyvän näkemyksen, että vain tulosten hyväksyttävyyden takaavat yleisesti hyväksytyt menetelmät. Tutkimuksellisen kehittämistyön ja tieteellisen tutkimuksen ero on pääasiassa päämäärässä: halutaanko saada aikaan uusia ratkaisuja tai käytännön parannuksia vai tuottaa ilmiöistä uutta teoriaa? (Ojasalo ym. 2021, 19.) Barabin & Squiren (2004), Perna (2013) mukaan kehittämistutkimus on erilaisten lähestymistapojen kokoelma. Kehittäminen nojautuu teoriaan, joka myös tuottaa uutta teoriaa. Tämä erottaa kehittämisen pohjautuvan pelkästään tunteisiin ja kokemuksiin.

Kuviossa 5 on esitetty kehittämistyön sykli. Tutkimuksellisen kehittäminen alkaa, kun tunnistetaan kehittämisen tarve. Tämän jälkeen määritellään ongelma ja kehittämistyön tavoitteet sekä suunnitellaan toteutettava menetelmä. Tietoa haetaan perehtymällä teoreettiseen tietoon ja käytäntöön. Tiedosta on keskeistä löytää näkökulma, jonka mukaan kehittämistyössä edetään. Tietoperustaksi kutsutaan olemassa olevaa kirjoitettua tietoa, johon kehittämistyön suunnittelu ja toteuttaminen nojautuu. Tietoperusta sisältää keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet määritellään. Kehittämistyön tavoitteena on luoda hyödyllisiä muutoksia työelämään ja prosessin tulee sisältää muutoksen toteuttamiseen liittyvää toimintaa. Tulosten jakaminen ja raportoinnin tarkoitus ei ole vain kuvata kehittämistyötä vaan viedä sitä koko ajan eteenpäin. Syklin viimeinen vaihe on kehittämistyön arviointi. Arvioinnissa keskitytään prosessiin ja sen tuotoksiin. Kehittämistyön kaikissa vaiheissa ovat eettiset kysymykset tärkeitä ja ne tulee huomioida. (Ojasalo ym. 2021, 25–26.) Perna (2013) artikkelissaan kertoo, että kehittämistyön toteutus koostuu sykleistä, ne voivat olla suuressa tai pienessä mittakaavassa riippuen työn suuruudesta.



Kuvio 5. Kehittämistyön sykli (mukaillen Ojasalo ym. 2021, 24)

Kehittämistyössä on suositeltavaa ja mahdollista käyttää monenlaisia menetelmiä ja laadullisia menetelmiä ovat ryhmä-, teema ja avoinhaastattelu. Tarkoituksena on hankkia paljon tietoa suppeasta kohteesta ja kokonaisvaltaisemmin ymmärtää ilmiötä. Todellisen elämän kuvaaminen on lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa. (Ojasalo ym. 2021, 104–105.)

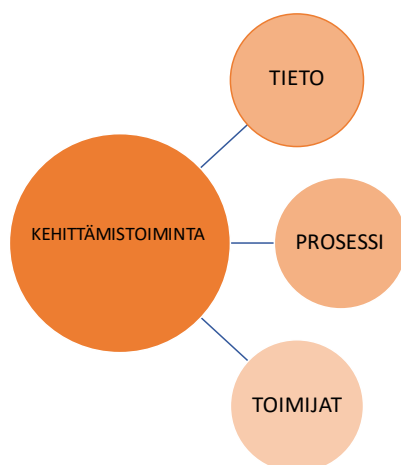
Kehittämistyössä käytetään työpajan pohjana ideointityöpaja menetelmää. Ojasalon ja kumppaneiden (2021, 160–161) mukaan ideointityöpaja on luovan ongelmanratkaisun menetelmä, jossa ryhmässä tuotetaan ideoita. Ideointityöpajassa työpajan vetäjän johdolla 6–12 hengen ryhmä pyrkii ideoimaan ratkaisua johonkin ongelmaan. Työpajassa asetetaan ja rajataan tavoitteet eli esitetään kehittämistehtävät, joihin pyritään saamaan vastaukset. Arvioinnissa jokainen käy merkitsemässä plusmerkin parhaan tai parhaiden ideoiden viereen, jolloin se idea, joka on saanut eniten plusmerkkejä, olisi toteuttamiskelpoinen idea.

Kantojärven (2012) mukaan tutkimuksellisen kehittämisen tavoitteena on, että siihen osallistuvat henkilöt ovat yhdessä asian äärellä ja heidän mielipiteensä halutaan kuulla. On tärkeää, että työpajaan koolle kutsuva jo kutsussaan kertoo mitä aiotaan tehdä ja millaisen asian kanssa työskennellään. Asianmukainen tila, joka tukee vuorovaikutuksen syntymistä, alustus aiheeseen ja oikeat ihmiset paikalla, mahdollistavat onnistuneet työpajan.

Onnistunut työpaja syntyy myös innostavasta aloituspuheesta ja selkeästä toimeksianosta, jossa määritellään mitä ollaan tekemässä.

Tieto, jota tuotetaan kehittämisprosessin aikana, on käytännöllistä ja tukee kehittämistä. Kehittämistoiminnan avulla tavoitellaan tietoa, joka on käyttökelpoista. Tutkimuskysymysten sijaan on luontevaa käyttää arviointikysymyksiä, kehittämiskysymyksiä tai pelkästään kysymyksiä. Laadullisessa näkökulmassa kysymykset voivat muuttua aineiston analysoinnin ja tuottamisen myötä ja ne voivat olla yleisluontoisia. (Toikko & Rantanen 2009, 117.)

Kuviossa 6 on havainnollistettu kokonaisprosessin näkökulmat. Olemassa oleva tieto ja ammatilliset toimijat sekä prosessi on kuvattuna, kokonaisuudesta syntyy työelämälähtöinen kehittämistoiminta. Kehittämistoiminnassa on otettava huomioon, että prosessin näkökulmasta toimintaa ei voida aina ennalta suunnitella. Lopputulokseen vaikuttaa toimijoiden sitoutuminen ja aktiivisuus sekä tiedossa olevan tutkimustiedon hyödyntäminen. Onnistunutta kehittämistoimintaa tuleekin arvioida kaikkien kolmen näkökulman kautta. (Toikko & Rantanen 2009, 10–11.)



Kuvio 6. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan näkökulmat (mukaillen Toikko & Rantanen 2009, 12).

5.2 Fasilitointi

Kantojärvi (2012) kuvaa fasilitoinnin merkitystä ryhmäprosessin ohjauksen näkökulmasta, jossa osalliset tuottavat annettuun aihealueeseen tietoa ja kokemuksia. Fasilitoijan tehtävä on sparrata ja ohjata ryhmää. Fasilitaattori ohjaa erilaisia ryhmiä, joiden tavoitteena on saada ryhmän osalliset keskustelemaan tai tekemään yhteistä työtä, jonkin aiheen

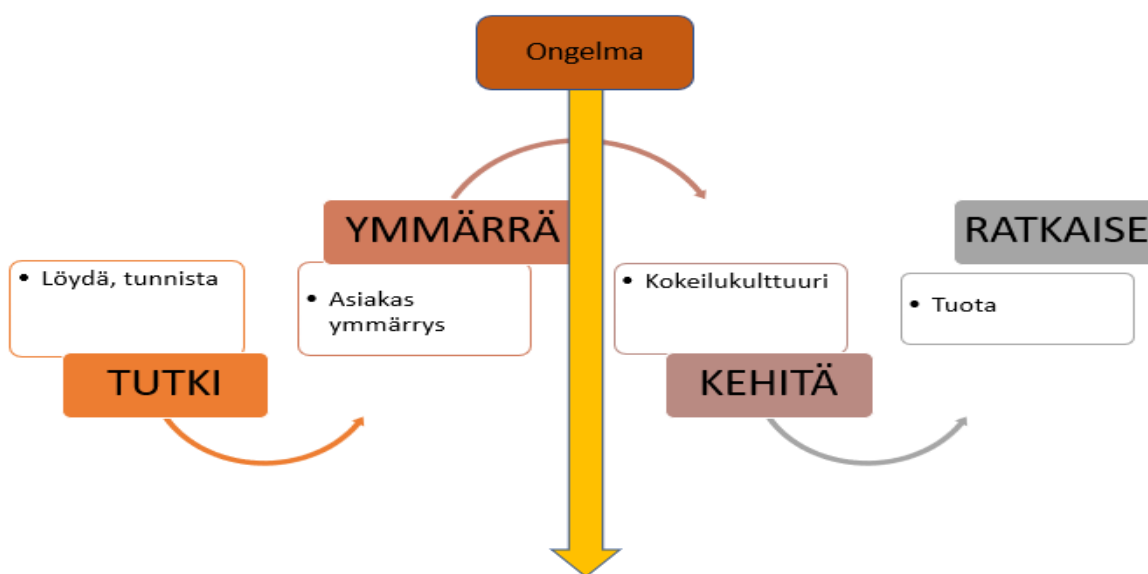
ympäri. Fasilitointi tai ryhmän vetäminen edellyttää fasilitoijalta tiedostavaa toimintaa, jossa hän tunnistaa oman roolinsa tehtävässä, hänen tehtävä on olla neutraali asiaan johdattelija ja kokonaisuutta kokoava. Esimiestyössä fasilitoinnin taidot ovat myös tärkeitä, miten saada henkilöstö innostumaan ja innovoimaan uusia ajatuksia kehittämistyössä edellyttää niitä. Hyvä fasilitaattori saa työryhmän mukaan ja innostumaan, mutta sitä edellyttää hyvä pohjustaminen aiotulle tehtävälle. Fasilitaattori kertoo aluksi mitä ollaan tekemässä ja mitä työryhmän odotetaan tekevän. Fasilitoinnin keinoja on monia ja onkin hyvä pohtia sopeva menetelmä työryhmän ohjaamiseen. Työryhmän vetäjä eli fasilitaattori voi myös harjoitella ohjaamista, tutustumalla kirjallisuuteen, keinoihin ja kokeilemalla erilaisia menetelmiä.

Fasilitointi toimii menetelmänä silloin, kun työryhmän osallisilla on tiedossa olevia tietotaitoja käsiteltävästä aiheesta. Fasilitaattorin tehtävä on saada ihmiset jakamaan osaamistaan ja tuomaan yhteiseen ideointiin ajatuksiaan sekä näkökulmiaan esille. Työryhmän ideoinnissa ei olekaan tarkoitus saada valmista tuotetta, vaan ajatuksia jakamalla tai kirjaamalla voidaan lähestyä pohdittavaa asiaa. Puhutaan muutoksesta ja sen kehittämisestä sekä siihen mukaan lähtemisestä, tähän fasilitaattori houkuttelee työryhmää ohjaamalla heitä oikeaan suuntaan. On tärkeää, että ei anneta valmiita vastauksia vaan kannustetaan osallisia tuottamaan niitä itse. (Nummi. 2012, 16–17.)

5.3 Palvelumuotoilu

Palvelumuotoilu hyödyntää muotoiluajattelua, jossa kehitettävän asian tunnistamista määrittävät palvelupisteet. Asiakaslähtöisyys on keskeinen asia, jossa asiakkaan tarpeet tulee huomioiduksi. Lopputulos hyödyntää palvelutarjoajan strategista tehtävää. Keskiössä on palvelupolku, jonka aikana käyttäjä kohtaa kontaktipisteitä palvelun eri vaiheissa. Palveluprosessin muodostavat kontaktipisteiden ketju. Palvelumuotoilu soveltaa muotoiluajattelun tärkeimpiä periaatteita, saadakseen aikaan sujuvan prosessin. (Koivisto ym. 2021, 36.) Tuulaniemen mukaan (2021, 24–26) palvelumuotoilu auttaa yrityksiä ja organisaatioita havaitsemaan erilaiset uudetkin mahdollisuudet kehitettäessä palvelukokonaisuuksia. Se on jatkuvaa kehittämistä ja uudelleen arviointia, tuotettavissa palveluissa. Palvelumuotoilussa on kyse aikaisempien havaintojen ja uusien ideoiden yhdistämisestä muuttuvassa toimintaympäristössä. Prosessi on monista osa-alueista koostuva kehittämisen malli, jossa asiakas ja palvelun käyttäjä on keskiössä. Tavoitteena on vaikuttaa asiakkaan palvelukokemukseen ja saada siitä mahdollisimman positiivinen kokemus. Palvelumuotoilu on malli, joka sisältää erilaisia työkaluja- ja menetelmiä tavoitellessa mahdollisimman hyvää palvelukokonaisuutta.

Palvelumuotoilun prosessi voidaan esittää (Kuvio 7) tuplatimanttimallina, joka ohjaa prosessi ajattelua. Oikean ongelman ratkaisemisessa tarvitaan vaiheittaista etenemistä. Löydä – määritä – kehitä ja tuota vaiheiden kautta prosessin kehittäminen ja tunnistaminen on mahdollista. (Koivisto ym. 2021, 43.) Tuulaniemen mukaan (2021, 27–29) prosessin vaiheet jaetaan pienempiin osakokonaisuuksiin ja yksittäisiin kontaktipisteisiin, jotta saadaan esille kaikki palveluun vaikuttavat näkökulmat ja tapahtumat.



Kuvio 7. Tuplatimanttimalli mukaillen (Koivisto ym. 2021,43).

Palliativisen tiimin potilassijoittelumallin reunaehtojen määrittäminen onnistuu hyvin tuplatimanttimallin avulla, jossa keskeisenä näkökulmana on sosiaali- ja terveysministeriön suositus erityistason potilaiden hoitopaikasta, huomioiden potilaiden erityistarpeet. Tässä kehittämistyössä keskitytään tuplatimanttimallin kahteen ensimmäiseen vaiheeseen *LÖYDÄ ja MÄÄRITÄ*. Löydä vaiheessa keskitytään työryhmän tuottamiin havaintoihin palliativisen tiimin potilaiden hoitotarpeista.

Palvelumuotoilu hyödyntää monipuolisesti erilaisia menetelmiä. Menetelmät korostuvat prosessin alkupäässä. Menetelmillä pyritään asiakkaiden ja käyttötilanteiden syvälliseen ymmärtämiseen. Erilaisia prosessimalleja on kehitetty palvelumuotoiluun runsaasti. Niille kaikille on yhteistä tiedonhankinta, yhteinen ideointi ja erilaisten mallien luominen sekä nopea testaus ja analysointi. (Ojasalo ym. 2021, 74–76.) Anderson ja kumppanit (2017) tutkimuksessaan selvittivät palvelumuotoilun käyttöä transformatiivisen palvelututkimuksen osana. Palvelumuotoilun vahvuudet osana palvelututkimuksen tekoa, olivat poikkitieteellisyys ja erilaisten teorioiden ja lähestymistapojen käyttö.

6 Kehittämistyön menetelmät

6.1 Laadullinen tutkimus

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä käytetään laadullista tutkimusmenetelmää, joka perustuu ihmisten kanssa työskentelemiseen. Laadullista menetelmää kuvastaa palvelumuotoilun tuplatimanttimallin kaksi ensimmäistä vaihetta, jossa löydetään olemassa oleva ongelma, johon pyritään löytämään ratkaisu työpaja toiminnan avulla. (Hirsijärvi ym. 2009, 161–164.) Laadullisena tutkimusmetodina voidaan käyttää ryhmäkeskusteluja. Tällä viitataan tilaisuuteen, johon on kutsuttu vapaaehtoisia ihmisiä keskustelemaan aiheesta fokuroidusti, mutta vapaamuotoisesti. Ryhmäkeskustelu eroaa ryhmähaastattelusta vuorovaikutuksen vuoksi. Ryhmähaastattelussa vetäjä kysyy kysymyksiä vuorotellen kaikille osallistujille, kun taas ryhmäkeskustelussa osallistujia kannustetaan käymään dialogia aiheesta, jolloin syntyy vuorovaikutus osallistujien kesken. (Puusa & Juuti 2020, 7.)

Laadullista tutkimusmenetelmää voidaan kutsua ymmärtäväksi tutkimukseksi. Tämä perustuu siihen, että perinteinen erottelu ilmiöiden kesken jakautuu niin, että joko ilmiötä voidaan ymmärtää tai selittää. Jokainen selitys edistää ymmärtämistä. Ihmistä tutkivien tieteiden metodina ymmärtäminen on eräänlaista eläytymistä tutkimuskohteisiin liittyvään tunteisiin ja motiiveihin. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, 17.)

Hyvä tutkimus/kehittämistyö lähtee teoriasta ja palaa siihen. Teoriasta haetaan pohjaa tutkimukseen eli aineistoon, jota on saatu. Vastausten perusteella voidaan joko tukea teoria tietoa tai todeta tutkimustiedon olevan erilaista, kun saatu aineisto. Aineistoa analysoidessa sekä raporttia kirjoittaessa teoriasta on hyötyä, se saa raportin näyttämään tutkimukselta. (Eskola & Suoranta 2008, 12.)

6.2 Benchmarking

Menetelmässä huomio keskittyy toisilta oppimiseen havainnoinnin kautta, ottamalla muilta näkökulmia oman toiminnan kehittämiseen. Benchmarking antaa parhaimmillaan monia ideoita ja tuo samankaltaiset toimintamallit lähelle toisiaan. Toimintamallien vertailu ja erilaisien lähestymistapojen arviointi auttaa ideoimaan uutta. Yhteistyö samankaltaisten toimijoiden kesken soveltuvien osien tuottaa uusia innovaatioita. Toisaalta yritysten keskinäinen yhteistyö ei aina kokonaan avaudu kaikille toimijoille, koska omat oivallukset halutaan pitää omassa tiedossa eikä niitä haluta jakaa. Mutta kokemusten havainnointi, arviointi ja tutkiminen auttavat kehittämään omaa toimintaa. (Tuulaniemi 2021, 138–139.)

Benchmarkingia voidaan hyödyntää samankaltaisten toimijoiden kesken monilla osa-alueilla. Toiminnan ideointi, suunnittelu ja toteutus sekä arviointi auttaa ehkäisemään uuden

toiminnan kompastuskiviä. Fyysisesti paikanpäälle meneminen ja toiminnan havainnointi sekä vierailuun ennalta valmistautuminen soveltuvien kysymyksin, auttaa vertailua tekevää toimijaa hahmottamaan samankaltaisuuksia, verrattuna omaan toimintaan. Esille voi tulla jotain ennalta suunnittelematonta ja useinkaan samat toimintamallit sellaisenaan ei kuitenkaan sovellu omaan toimintaan. Toisaalta oman toiminnan vertaaminen lähes samanlaiseen toimintaan edistää ja nopeuttaa usein omaa kehittämistoimintaa. (Ojasalo ym. 2021, 186.) Tuulaniemen (2021, 139) mukaan on monia tapoja hankkia vertailutietoa vastaavista toimijoista, ellei vierailu fyysisesti paikan päällä ole mahdollista. Yritysten ja organisaatioiden omat nettisivut sekä erilaiset viranomaisviestinnän kanavat antavat luotettavaa tietoa palvelujen järjestämisestä. On tärkeää kuitenkin huomioida vertailututkimuksessakin eettiset pelisäännöt ja hyvän toiminnan rajat, hankkiessa tietoa toisesta organisaatiosta tai yrityksestä.

6.3 Yhteiskehittäminen

Yhteiskehittäminen on ratkaisujen etsimistä moniammatillisesti yhdessä havaituille haasteille. Yhteiskehittämisessä halutaan kuulla yhteistyökumppaneita ja rajapintoja. Erilaiset menetelmät ovat käytössä ja palveluprosessin ulkopuolisia jäseniä kuullaan. Heidän halutaan osallistuvan yhteiseen kehittämiseen, suunnitteluun ja kokonaisuuden arviointiin, esimerkiksi työpajoissa ja verkostoissa. Asiakkaan sekä hänen läheistensä kuunteleminen ja huomioon ottaminen palvelun kehittämisessä, mahdollistaa palveluprosessin. (Koivisto ym. 2021,40.)

Yhteiskehittämistä voidaan toteuttaa työpajatoiminnalla, mutta on tärkeää, että jo kutsussa kerrotaan mitä aiotaan tehdä ja minkä asian äärellä työskennellään. Työpajan vetäjä kertoo tapahtuman aluksi vielä mitä ollaan tekemässä. (Kantojärvi 2012, 39–41.) Vilkan (2021) mukaan työpaja on toiminnallinen menetelmä, jonka avulla ryhmä henkilöitä työskentelee samaan aiheeseen ympärillä ja tuottaa tietoa, ajatuksia ja näkökulmia kehittämistehtävään. Uuden kehittämisen keskipisteessä on luovuus, kehittäminen pysähtyy ilman kykyä innovoida. Asioiden katsominen uudella tavalla vaatii kykyä ja uskallusta sekä luovuuden lisäämistä. Luovan ongelmaratkaisun edellytys on avoin ja positiivinen ilmapiiri, sitä voidaan yllä pitää sopivien menetelmin. Ryhmän vetäjältä edellytetään luovassa toiminnassa ryhmässä luovan ongelmanratkaisun menetelmien hallintaa ja ryhmän vetäjän taitoja. Ryhmään osallistuvilta taas edellytetään ryhmässä toimimisen taitoja ja ajattelutapoja, asenteita ja kykyä luovaan toimintaan. (Ojasalo ym. 2021, 158–159.) Kantojärven (2012,19) mukaan luovuus on aktiivista toimintaa, jossa asioita tarkastellaan ja ihmetellään uusina positiivisina mahdollisuuksina.

Osana työpajatoimintaa voidaan toteuttaa ideariihä, jossa osallistujat tuottavat tarralapuille yhteistoiminnassa aineistoa. Käyttäjälähtöisessä ohjeessa tai toimintamallissa ideariihä toimii hyvin sisällön tuottamisessa. Ohjaavana lähtökohtana on kehittämistehtävän näkökulmat. Työryhmä keskustelee yhdessä ja tuottaa asioita, joita toimintamallissa tulisi huomioida, ne kirjoitetaan Post-It-lapuille ja kiinnitetään seinälle. Ideat käydään yhdessä läpi ja ryhmitellään asiakokonaisuuksien mukaan. (Vilka 2021, 135.)

6.4 Aineiston analysointi samankaltaisuuskaavion avulla

Samankaltaisuuskaavio menetelmällä voidaan jäsenellä tutkimustietoa teemojen ja aiheiden mukaan. Jäsentelyn avulla voidaan tunnistaa yhtäläisyydet ja eroavaisuudet sekä saada merkityksellistä tietoa kehittämistyöhön. Teemat ja aiheet ryhmitellään omiksi luokiksi ja saadaan esille samaan asiaan liittyviä erilaisia näkökulmia. Samankaltaiset tiedot yhdistetään ja haetaan yhteistä nimittäjää ilmiölle, näin saadaan esille olennaisia asioita tutkittavaan asiaan vaikuttavista seikoista. (Tuulaniemi, 2021, 154.)

Samankaltaisuuskaaviolla tulkitaan ja selkeytetään erilaista tietoa, joka on pirstaloitunutta, tietoa saadaan esimerkiksi työpajatyöskentelyllä. Kaavion kokoaminen aloitetaan kerätyn tiedon litteroinnilla ja ratkaistavan ongelman asiasanojen korostamisella. Litteroidut asiat ryhmitellään ryhmiin, kunnes pystytään tunnistamaan saturoitumista ja asia yhteyksiä. Samankaltaisuuksien muodostamat ryhmät ja ryhmien yhteydet kuvataan kaavion muodossa, syntyy samankaltaisuuskaavio. Kaaviosta pystytään tekemään johtopäätöksiä suuremmista asiayhteyksistä ja mahdollisista juurisyistä. (Ketomäki 2017, 51.) Samankaltaisuuskaavio tuo esille teemoitetusta samaa laadullista näkökulmaa kuin laadullisen tutkimuksen kirjallisuudessa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 95.)

Aineiston riittävyyden ratkaisuksi voidaan käyttää saturaatiota eli kylläntymistä. Saturaatio tarkoittaa, että aineisto on samankaltaista eikä osallistujat enää tuota uutta tietoa. Taustalla on ajatus, että tietty määrä aineistoa riittää tuottamaan sen mitä työssä halutaan selvittää. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, 87.)

7 Kehittämistyön eteneminen

7.1 Aineiston keruu

Kehittämistehtävä eteni (taulukossa 1) esitetyllä tavalla ja aikataululla. Aiheesta keskusteltiin Keski- Uudenmaan sairaalapalvelujen hoitotyön- ja lääketieteen edustajien yhteiskouksessa syys- lokakuussa 2022 ja kehittämistehtävän prosessi alkoi siitä.

AIKATAULU	KEHITTÄMISTEHTÄVÄ	OSALLISTUJAT	MENETELMÄT
SYYS- LOKAKUU 2022	Kehittämistyön aihe ja yhteistyö toisen opiskelijan kanssa	Ohjausryhmä: Työnantajaedustaja ja työkokous	Teams kokous
MARRASKUU 2022	Alustava opinnäytetyö suunnitelma		
HELMIKUU 2023	Suunnitelman esitys		
HELMIKUU 2023	Tutkimusluvan hakeminen Keusote	Keusoten tutkimusyksikkö	
HELMIKUU 2023	Vertailututkimus internetissä		Benchmarking
MAALISKUU 2023	Kaksi työpajaa vko 9 Hyvinkään sairaala		
MAALIS- HUHTIKUU 2023	Kehittämistehtävän tutkimuksellisen osuuden kirjoittaminen	Moniammatillinen tiimi. Yhteensä 11 osallistujaa	Työpaja x 2. samankaltaisuuskaavio / teemoittelu
HUHTIKUU 2023	Ohjausmallin esittely ohjausryhmässä ja työpajaan osallistuvien kanssa		

Taulukko 1. Kehittämistyön etenemisen aikataulu

Aineiston keruu vaiheessa 1.

Vertailututkimus tehtiin Helsingissä toimivan saattohoitokodin ja muiden Uudenmaan hyvinvointialueiden erityistason palliatiivisen hoidon toteuttamiseen tutustuen. Usean muun hyvinvointialueen palliatiivisen hoidon hoitoonohjauskriteereihin ja järjestämisen periaatteisiin tutustuttiin verkkosivujen kautta. Benchmarking tehtiin alkuvuodesta 2023 hyvinvointialueiden osalta palliatiivisen talon ylläpitämään sivustoon palliatiivisen hoidon järjestämisestä HUS sairaanhoitopiirin alueella.

Aineiston keruu vaiheessa 2.

Kehittämistehtävän aineiston keruun vaiheessa kaksi, kutsuttiin koolle työpajat. Työpajoja pidettiin kaksi kappaletta ja ne etenivät samalla tavalla vaiheittain. Osallistujat valikoituivat palliatiivisen hoidon toteuttamisen ja järjestämisen eri moniammatillisista toimijoista Keski-Uudenmaan sairaalassa. Osallistujat valikoituivat myös sattumanvaraisesti, ohjaavana tekijänä moniammatillisuus ja osallisuus kokonaisprosessiin yleisesti. Osallistujat tulivat palliatiivisesta tiimistä, kotisairaalaista, hoidon koordinoinnista ja sairaalapalveluiden

lääketieteellisestä johdosta. Työpajoihin osallistui sairaanhoitajia eri toimintaympäristöistä ja tiimien lääkäreitä, sekä palvelualueen ylilääkäri. Työpajat kutsuttiin koolle sähköpostilla ja kutsuissa korostettiin vapaaehtoisuutta osallistumisessa. Sähköpostikutsun liitteenä oli tiedote tehtävästä kehittämistehtävästä ja suostumuslomake osallistumisesta työpajaan.

Työpajat olivat kumpikin ajaltaan 1, 5 h mittaisia ja työpajojen eteneminen oli aikataulutettu (taulukko 2). Aikataulullisesti ne olivat kumpikin viikolla yhdeksän, ensimmäinen tiistaina 7.3.2023 ja toinen perjantaina 10.3.2023. Työpajoihin kutsuttiin yhteensä 17 henkilöä, ensimmäiseen kahdeksan henkilöä ja toiseen yhdeksän henkilöä. Ensimmäiseen osallistui seitsemän ja toiseen myös seitsemän henkilöä. Työpajojen osallistujat olivat osittain eri henkilöt kummassakin työpajassa, siten että niihin osallistui yhteensä 11 eri henkilöä, osa molempiin ja osa vain toiseen. Työpajat pidettiin Keski- Uudenmaan Hyvinkään sairaalan kokoustilassa. Kaikki olivat ensimmäisessä työpajassa paikan päällä ja toisessa työpajassa yksi osallistujista oli pyytännyt teams - linkkiä, mutta jostain syystä linkkiä ei saatu toimimaan ja osallistuminen estyi.

Työpajojen aluksi työpajan fasilitaattorit kertoivat, miksi olemme kokoontuneet tähän ja millainen työpaja tulisi olemaan. Käytiin läpi ryhmäkeskustelussa palliatiivisen tiimin asettamista Keski- Uudenmaan sairaalahoitoon organisaatiokaaviossa ja tiimin erityistä merkitystä palliatiivisessa hoitotyössä. Käytiin myös esittäytymiskierros ja vapaamuotoisesti sai tuoda ajatuksensa osallistumisestaan työpajaan tai tuoda esille kysymyksiä työpajaan liittyen ennen sen aloittamista. Työpajojen aikataulu oli tiukka ja ne etenivät vaiheittain, toinen fasilitaattoreista toimi aikavahtina ja toinen ohjeisti työvaiheissa etenemistä. Työpajojen aikataulu oli riittävä nostamaan esille keskeisiä potilasohjausmallin reunaehdoissa huomioitavia asioita. Taulukossa 2 kuvataan työpajojen aikataulu vaiheittain.

Työpaja 1 7.3.2023	Työpaja 2 10.3.2023
klo.12.30 – 12.40 alustus aiheeseen(Pirita)	klo. 13.00-13.10 alustus aiheeseen (Ulla)
klo. 12.40 – 12.55 teema 1	klo. 13.10-13.25 teema 1
klo. 12.55 – 13.05 teeman purku	klo. 13.25- 13.35 teeman purku
klo. 13.05 – 13.20 teema 2	klo. 13.35- 13.50 teema 2
klo. 13.20- 13.25 teeman purku	klo. 13.50- 13.55 teeman purku
klo. 13.25-13.40 teema 3	klo. 13.55 – 14.10 teema 3
klo. 13.40 – 14.00 loppupurku ja työryhmän havainnot (Pirita / Ulla)	klo. 14.10- 14.30 loppupurku ja työryhmän havainnot (Pirita / Ulla)
- Laita 1-2 punaista + merkkiä sille mitä pidät erityisen tärkeänä	- Laita 1-2 punaista + merkkiä sille mitä pidät erityisen tärkeänä

Taulukko 2. Työpajojen aikataulu

Työntekijöiden kanssa työskennellessä työpajassa saatiin esille heidän ajatuksensa siitä, miten potilassiioittelumallin reunaehtojen tulisi toteutua ja mitä niissä tulee ottaa huomioon. Työryhmän molemmissa työpajoissa käytiin vapaamuotoisesti ryhmäkeskustelua kehittämistehtävien aiheesta. He tuottivat Post It lappu tekniikalla työskennellen keskeisiä havain-toja, siitä mitä potilassiioittelumallin reunaehdoissa tulisi huomioida. Niiden perusteella luokiteltiin esille nousseet asiat ja analysoitiin esille nousevat keskeiset potilassiioittelun reunaehdot ja luotiin potilassiioittelumallin reunaehdot palliatiiviseen tiimiin.

7.2 Aineiston analyysi

Työpajojen tulokset jaoteltiin teemoittain ensimmäisen ideariihen aikana osallistujien kanssa samankaltaisuuskaaviota hyödyntäen. Teemat nousivat ryhmäkeskustelussa keskeisistä näkökulmista. Työpajojen osallistujia pyydettiin merkitsemään kummassakin työpajassa omasta näkökulmastaan tärkeimmät huomioitavat asiat plusmerkillä. Ensimmäisen työpajan tuotos vietiin teemoittelun jälkeen toiseen työpajaan, jossa sen osallistujat täydensivät sitä omassa ideariihessä. Työpajassa tuotetut posterit valokuvattiin ja ne avattiin tu-loksissa kirjallisesti. Työpajoista ei tehty nauhoituksia eikä niitä litteroitu.

8 Tutkimuksellisen kehittämistyön tulokset

8.1 Millaisia potilaita palliatiivisessa tiimissä hoidetaan?

Yhdeksi teemaksi nousi potilasryhmät, joita ovat esimerkiksi palliatiiviset potilaat, kuolevat potilaat, palliatiivista linjausta tarvitsevat potilaat, erityisosaamista vaativat potilaat, hankala oireiset potilaat sekä saattohoitopotilaat. Toinen työpaja lisäsi tähän ryhmään potilaskriteerit täyttävät potilaat, erityistason potilaiden intervallit ja rinnakkaiskontaktin mahdollistaminen, silloin kun sairautta jarruttava hoito on vielä käytössä.

Toisena teemana nousi kliiniset hoitotoimenpiteet, joita ovat esimerkiksi oireita helpottavien laskuputkien asentaminen keuhkoon tai vatsaonteloon. Lisäksi erityistekniikat kivunhoidossa esimerkiksi selkäydinkanavaan annettava (intratekaalinen) kivunhoito tai lääkkeillä rauhoittaminen ja tajunnantason alentaminen vaikeassa oirekuvassa (palliatiivinen sedaatio).

Kolmantena teemana nousi psykososiaalisen tuen tarve potilaalla, hänen läheisillään tai perheessä.

Taulukossa 3 esitetään työpajojen 1 ja 2 tuloksista tärkeimmät huomiot sekä osallistujien laittamien plus merkkien määrät. Jokainen sai antaa 1–3 plusmerkkiä itselleen tärkeimmiksi kokemaansa näkökulmaan.

Erityishuomiot palliatiivisissa potilaissa	+ merkkien määrä
Erityisosaamista vaativat palliatiiviset potilaat	8 plus merkkiä
Dreenaukset	6 plus merkkiä
Sedaatiota haluavat potilaat	4 plus merkkiä
Psykologin tarve	19 plus merkkiä
Potilaskriteerit täyttäviä potilaita	6 plus merkkiä
Hankalat oireet	12 plus merkkiä
Erityistason potilaiden intervallit	6 plus merkkiä

Taulukko 3 Tulosten tärkeimmät huomiot työpaja 1 ja 2 merkittynä plus merkillä

8.2 Miten hoitokoordinaattorit, kotisairaala ja palliatiivinen tiimi tekee yhteistä potilassijoittelua?

Yhdeksi teemaksi nousi konsultaatio toiminta ja suora yhteydenotto ammattilaisten kesken, lääkärin konsultaatio mahdollisuus, ennakoiva hoitotapaaminen palvelusta toiseen siirryttäessä ja lääkärin näkemyksen huomioiminen.

Toisena teemana yhteiset hoitotyön toimintamallit kirjaamiseen, lääkehoidon toteuttamiseen, elintoimintojen seurantaan ja väliarviointien tekemiseen.

Kolmas teema oli tiedonkulku, sisältäen lähete- ja raportointi käytännöt ja riittävä ennakkotieto potilaan sekä perheen tarpeista.

Taulukossa 4 esitetään työpajojen 1 ja 2 tuloksista tärkeimmät huomiot sekä osallistujien laittamien plus merkkien määrät. Jokainen sai antaa 1–3 plusmerkkiä itselleen tärkeimmiksi kokemaansa näkökulmaan.

Erityishuomiot potilassijoittelussa	+ merkkien määrä
Ammattiryhmien konsultointi	2 plus merkkiä
Ennakoiva hoitotapaaminen	2 plus merkkiä
Yhteinen toimintamallit	4 plus merkkiä
Tiedonkulku	10 plus merkkiä

Taulukko 4 Tulosten tärkeimmät huomiot työpaja 1 ja 2 merkittynä plus merkillä

8.3 Mitä erityistä tulisi huomioida palliativisen tiimin potilassijoittelussa?

Ensimmäiseksi teemaksi nousi palliativiseen tiimiin potilaaksi tuleminen, josta nostettiin oikea-aikainen siirto.

Toiseksi teemaksi nousi yhteistyö potilaan ja ammattilaisten kesken, sieltä esille tuli kokonaisvaltainen yhteistyö, yhteystietojen siirto ja ajantasaisuus, perheen kokonaistilanteen tiedostaminen ja riittävä tuen saanti.

Kolmantena teemana esille tuli, se että pelkästään kivunhoito ihon alle annosteltuna tai suonensisäisesti kipupumpulla, ei ole edellytys palliativisen tiimin potilaaksi siirtämisessä.

Neljännessä teemassa esille tuli potilaan todellinen hoidontarve ja se että, potilas täyttää erityistason potilaskriteerit.

Viides teema oli lähestyvistä kuolemasta keskusteleminen omaisten kanssa ja heidän kohtaamisensa.

Taulukossa 5 esitetään työpajojen 1 ja 2 tuloksista tärkeimmät huomiot sekä osallistujien laittamien plus merkkien määrät. Jokainen sai antaa 1–3 plusmerkkiä itselleen tärkeimmiksi kokemaansa näkökulmaan.

Potilassijoittelun huomiot	+ merkkien määrä
Oikea-aikainen sijoitus	12 plus merkkiä
Potilaskriteerit	14 plus merkkiä
Yhteistyö	7 plus merkkiä
Kuoleman läsnäolon huomioiminen	6 plus merkkiä

Taulukko 5 Tulosten tärkeimmät huomiot työpaja 1 ja 2 merkittynä plus merkillä

8.4 Benchmark vertailun tulokset

Selvitimme Helsingissä toimivan saattohoitokodin ja Uudenmaan hyvinvointialueiden erityistason palliatiivisen – ja saattohoidon järjestämistä alueella. Kiinnostuksen kohteemme oli kaikki neljä hyvinvointialuetta, Terhokoti säätiön omistama saattohoitokoti, Lohjan sairaanhoitoalue ja Helsinki.

Vertailussa (taulukko 6) ilmeni, että kaikkiin palliatiivisen hoidon erityistason hoitopaikkoihin tarvitaan palliatiivisen hoidon lähete, joka sisältää hoitolinjaukset ja palliatiivisen hoidon päätöksen. Kaikissa oli myös järjestetty konsultointi mahdollisuus tarvittaessa ja mahdollisuus konsultoida myös muista yksiköistä palliatiivista tiimiä. Vertailussa selvisi, että lähes kaikissa oli kotisairaaloiminta osana kokonaisuutta. Ainoastaan HUS palliatiivisen keskuksen yhteydessä ei toiminut omaa kotisairaaloimintaa, mutta suurin osa heillä käyvistä potilaista saa palvelun asuinkunnastaan tai hyvinvointialueelta. Kaikissa vertailukohteina olleissa organisaatioissa oli palliatiivinen poliklinikka, joko omana toimintana tai sairaanhoitopiirin ylläpitämänä. Eroavaisuudet löytyivät psykososiaalisen tuen järjestelmällisestä järjestämisestä. Kahdella hyvinvointialueella oli Helsingin - ja uudenmaansairaanhoitopiirin yhteishanke psykologipalveluiden järjestämisestä, lisäksi HUS:lla on oma psykososiaalisen tuen tiimi, jonka yhteyteen hanke sijoittuu. Osassa toimintayksiköitä ei psykososiaalisen tuen systemaattista toimintaa ollut lainkaan tai sitä ei mainittu organisaatitiedoissa. Lisäksi palliatiivisen hoidon erityistason osasto toimi viidessä vertailupaikassa omana erillisenä palliatiivisen hoidonyksikkönä ja muissa hoito järjestetään akuuttiosastoilla. HUS Meilahti saa uudisrakennukseen vuoden 2023 aikana erillisen palliatiivisen hoidon erityistason osaston, kun syöpäsairaala valmistuu Helsingissä.

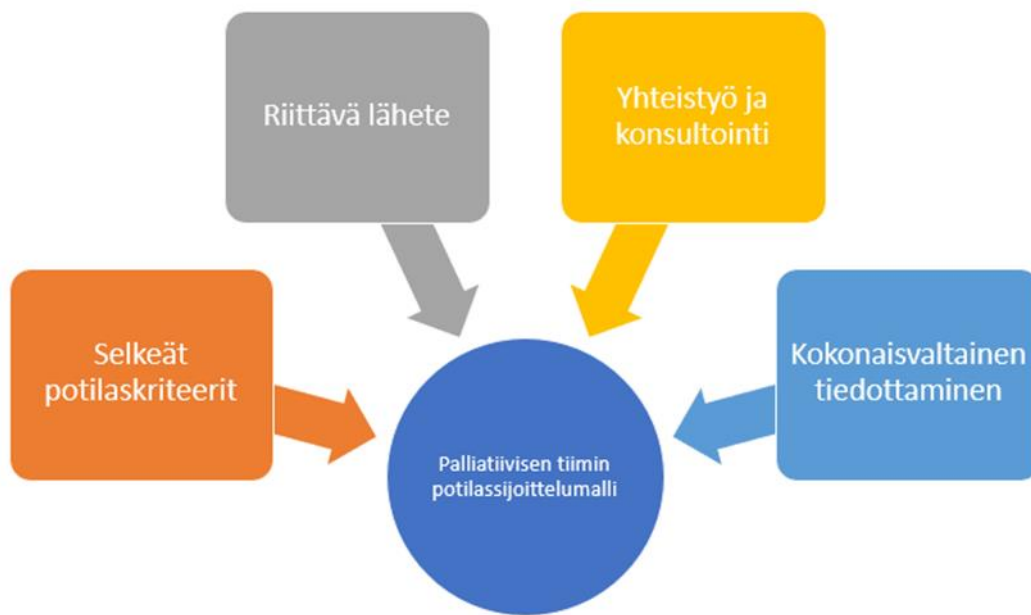
B- tason palliatiivinen hoito	Kotisairaala	Palliatiivinen poliklinikka	Osasto (E) erillinen / (Y) yleinen	Konsultointimalli	Psykososiaalinen tuki	Palliatiivinen lähete
Länsi- Uusimaa HVA	On	On	E	On	Kyllä (50% HUS psykologi hanke)	Kyllä
Itä-Uudenmaan HVA / Porvoon sairaala	On (HUS Porvoo)	On (HUS Porvoo)	E	On	Ei	Kyllä
Vantaa - Kerava HVA	On	On (HUS Peijas)	Y	On	Ei	Kyllä
Keski-Uudenmaan HVA	On	On (HUS Hyvinkää)	E	On	Kyllä (50% HUS psykologi hanke)	kyllä
Lohjan sairaanhoitola	On (HUS Lohja)	On (HUS Lohjan sairaala)	Y	On	Ei	kyllä
Helsinki	On	On	E	On	Ei	kyllä
Terho koti Helsinki	On	On (päiväsairaala)	E	On	On	Kyllä
HUS palliatiivinen keskus	Ei	On	Y (tulossa E syöpäsairaala 2023)	On	Psykososiaalisen tuen yksikkö	kyllä

Taulukko 6. Benchmarking. (Palliatiivisen keskuksen järjestävävastuut hyvinvointialueet ja pääkaupunkiseutu, mukailen Terveyskylä 2023.)

8.5 Potilasohjausmalli palliatiivisessa tiimissä

Tuloksista ja loppukeskustelun aikana työpaja osallistujat määrittivät neljä keskeistä näkökulmaa, joiden avulla potilasohjausmallin reunaehdot toteutusivat. Kuviossa 8 on esitelty potilasohjausmallin reunaehdot, joita noudattamalla voidaan turvata oikea-aikainen erityistason hoito palliatiivisille potilaille.

Palliatiivisen potilasohjausmallin tärkeimmiksi edellytyksiksi nousi kokonaisvaltainen tiedottaminen, jossa potilaan hoitoon ohjauksen kannalta kaikki oleelliset tiedot ovat käytettävissä. Tiedot sisältävät hoito-ohjeet, läheisten tiedot, potilaan toiveet ja odotukset sekä hoitolinjaukset kirjattuna. Yhteistyö ja konsultointi käytännöt tulee olla kuvattuna ja kaikkien tiedossa. Tällä varmistetaan hoidon laadun toteutuminen oikeassa paikassa oikeaan aikaan. Myös henkilöstö pystyy toimimaan parhaan mahdollisen tiedon puitteissa potilasta ja perhettä hoidettaessa. Potilaan hoitoon ohjauksessa läheteessä tulee olla riittävät tiedot, siten että hoitokoordinaattori hoitopaikkaa valitessaan tunnistaa erityistason potilaan ohjautumisen palliatiiviseen tiimin. Kokonaisuutena tarvitaan potilaskriteerit, jotka nousevat palliatiivisen hoidon tasoluokittelusta ohjaavat oikeiden potilaiden ohjautumista palliatiiviseen tiimiin. Näistä muodostuu palliatiivisen tiimin potilassijoittelumalli.



Kuvio 8. Palliativisen potilasohjausmallin reunaehdot

9 Pohdinta

9.1 Johtopäätökset

Palliativisen hoidon kansallisessa suosituksessa otetaan kantaa oikea-aikaisen hoidon järjestämiseen ja saumattomaan jatkohoitoon. Suositus edellyttää erityistä huomion kiinnittämistä jatkohoitopaikkaa valittaessa ja potilaan siirrossa huomioitaviin asioihin. On tunnistettu haasteellisia kohtia jatkohoitoon siirryttäessä ja nimenomaan sairaalasiirtojen osalta. Tästä syystä tulee kiinnittää erityistä huomiota hoitoonohjausohjeisiin ja hoidon saatavuuteen. Jos hoitoketjun järjestäminen ei ole kaikilta osin terveydenhuollon henkilöstön tiedossa tai viesti ei kulje hoitopaikkojen välillä, on haasteena hoidon jatkuvuuden katkeaminen. Haastavimmassa tapauksessa potilaan hyvä hoito ei toteudu ja epäselvästä hoitoketjusta aiheutuu tarpeetonta kärsimystä potilaalle sekä hänen läheisilleen. (Saarto ja kumppanit 2022.) Tässä kehittämistyössä keskeisiksi asioiksi nousi työpajojen keskusteluissa ja tuotoksissa potilaan oikea-aikainen hoitoon ohjaus, lähete käytännöt ja oikean hoitopaikan valinta. Lisäksi nähtiin erityinen merkitys hoitolähetteen riittävästä asiasisällöstä ja tarvittavista tiedoista, joiden perusteella hoitopaikan valinta olisi helppoa. Finn ja Malhotra (2019) pitävät tärkeänä lähetekäytänteiden vakioimista tulevaisuuden palliativisessa lääketieteessä ja integroitujen hoitopolkujen kehittämisessä.

Työpajoissa nousi myös esille useassa kohdassa potilaan hoitolinjausten tekeminen riittävän varhain ja ennakoivan hoitosuunnitelman olemassaolo, nämä helpottavat hoitoon ohjautumisessa. Käypä hoito - suositus (2019) palliativisesta hoidosta ja saattohoidosta ohjaa hoidon rajausten tekemistä erikoislääkärin ja potilaan kanssa yhdessä riittävän ajoissa. Tällöin potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatu paranevat sekä epätarkoituksenmukaiset hoidot ja sairaalajaksot vähenevät. Käypä hoito -suositus (2019) ohjaa myös kiinnittämään erityistä huomioita kärsimystä aiheuttaviin vaikeisiin oireisiin sekä psykososiaalisen tuen tarpeeseen. Saarto (2017) korostaa oire hoitoa ja potilaan kärsimysten vähentämistä, sekä potilaan ja omaisten hyvää elämänlaatua kaikissa sairauden vaiheissa.

Anttosen (2016, 59) mukaan potilaalle, perheenjäsenille ja hoitohenkilökunnalle on erityisen tärkeää saada tietoa parantumattomasta sairaudesta. Orientaatiota nykyhetkeen ja tulevaisuuteen tulee mahdollistaa tiedon avulla. Kun tieto sairaudesta tulee, on se myös osittain helpottava, koska mahdolliset oireet saavat selityksen. Tieto saattoi myös aiheuttaa kuolemanpelkoa ja siinä yhteydessä tuen tarve koettiin todella suureksi. Tiedon antamisessa arvostettiin suoraa ja totuudenmukaista puhumista ja vastaamista rehellisesti kysymyksiin.

Saarron ja kumppaneiden (2022) mukaan palliativisen hoidon laatusuosituksia noudattamalla hoitoon pääsy on oikea-aikaista ja potilaat tulee kohdelluksi yksilöllisesti.

Laatusuosituksissa otetaan kantaa henkilöstön osaamiseen ja riittävyteen toteutettaessa erityistason palliatiivista hoitoa. Edellä mainittujen lisäksi tiedonkulun sujuvuudella on merkitystä hoitoprosessin sujuvuuteen ja koordinointiin. Tutkimuksissa Brännström ja kumppanit (2015), Clark ja kumppanit (2020), Birgisdóttir ja kumppanit (2021), Mirando ja kollegat (2005) sekä Watanabe kumppaneineen (2021) totesivat hoitoprosessien vaikuttavan hoidon laadun parantumiseen ja näyttöön perustuvan hoitotyön toteutumiseen.

Kehittämistyön tuloksia tarkastellessa työryhmän näkökulmat vastaavat hyvin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallista laatusuositusta. Tärkeimmiksi asioiksi työryhmien edustajat nostivat psykologin tuen tarpeen, hankalien oireiden hoidon, oikea-aikaisen hoitoon pääsyn, potilaskriteerien olemassaolon ja tiedonkulun, antamalla näille eniten plusmerkkejä työpajassa.

Keusoten palliatiivisessa tiimissä läheisten merkitys on tunnistettu ja heidän kanssaan tehdään laaja-alaista yhteistyötä. Lisäksi vertailussa tulee esille lääketieteellinen erityisosaminen ja oireenmukaisen hoidon painopiste. Kehitettäessä Keusoten palliatiivista tiimiä tullessaan ottamaan huomioon ympäristö ja sen viihtyvyys. Vertailun perusteella voidaan todeta, että meillä lähialueella toimii jo nyt vastaavia hoitopaikkoja, joissa potilasohjaus tapahtuu tiettyjen reunaehtojen mukaan, jotka tässäkin kehittämistyössä nousivat työpajoissa esille.

9.2 Kehittämistyön arviointi

Kehittämistehtävän aihe nousi käytännöstä havaintojen ja yhteistyötoimijoiden kanssa käytyjä keskusteluista. Tunnistettiin ettei palliatiivisen tiimin potilasohjaus toimi riittävän yhtäläisesti verrattuna koko Keski- Uudenmaan sairaalan potilasohjaukseen. Työn aihe koskee toimintaympäristöämme, jossa työskentelemme hoitotyön esimiehinä ja se antoikin hyvän mahdollisuuden tarkastella toimintaa tutkimuksiin peilaten. Toikko ja Rantanen (2009,113) toteavat kehittämistehtävän tuottaman tiedon olevan tyypillisesti käytännöstä nousevaa ja se tukee kokonaisuudessaan kehittämistä.

Teimme kehittämistehtävän aikana tiivistä yhteistyötä eri toimijoiden kanssa, joiden osuus tulevassa potilasohjausmallissa on keskeinen. On tärkeää, että arjen kliinistä työtä tekevät henkilöt saavat tuottaa omia näkemyksiä tunnistamistaan asioista ja haasteista ja sitten vasta tarkastellaan kokonaisuutta strategisesta näkökulmasta. Tällainen tekemisen tapa osoittautui hyväksi lähestymistavaksi. Tekemisen tavaksi jo alusta saakka valikoitui työpaja menetelmä, jossa osalliset saivat tuottaa keskustelun lomassa tietoa arjesta ja havainnoistaan.

Työpajat tuottivat runsaasti materiaalia ja näkökulmia ja tulokset olivat odotusten mukaiset. Asiat olivat samoja, joita keskusteluissa aina nousee ja niiden vaikutusta osataan peilata toiminnan tasalaatuisuuteen erittäin selkeästi.

9.3 Eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelu

Tieteellisen toiminnan edellytyksenä on tutkimuksen eettisyys. Tutkimusetiikan perusvaatimuksena on, ettei aineistoa luoda tyhjästä tai väärennetä. (Kankkunen, ym. 2017, 211.) Hyviä tieteellisiä käytäntöjä tutkimusetiikan näkökulmasta on, että työssä noudatetaan huolellisuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta, tulosten esittämisessä ja tallentamisessa. Tutkijat kunnioittavat muita tutkijoita niin, että viittaavat heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla. Tutkimuksessa tulee ilmoittaa mahdolliset sidonnaisuudet, jotka vaikuttavat merkityksellisesti. Tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti tutkimus raportoidaan, suunnitellaan ja toteutetaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Tutkimuseettisiin perusperiaatteisiin (All European Academies 2020) kuuluu neljä kategoriaa. Näitä ovat luotettavuus, rehellisyys, kollegiaalisuus ja vastuunkantaminen. Molemmat kehittämistyön tekijät ovat työsuhteessa organisaatioon, ja työn kehittämistehtävä liittyy vahvasti omaan toimintaympäristöön ja vei kehittämishaasteita eteenpäin. Työ tehtiin yhteisymmärryksessä toimeksiantajan eli työnantajan kanssa ja työn tulokset luovutetaan kokonaisuudessaan työnantajan käyttöön. Kehittämistyön kaikissa vaiheissa noudatettiin hyvää tieteellistä tapaa ja raporttiin kirjattiin eteneminen tarkasti.

Kehittämistyön luotettavuutta osoitetaan siten, että lukija voi arvioida tutkimuksen luotettavuutta, kun työn kulku on raportoitu kokonaisuudessaan. Raportti pitää sisällään tarvittavat taustatiedot tutkimukseen osallistujasta, lähtökohdat ja kehittämistavoitteen sekä tutkimuksen kulun, selvityksen aineistosta ja analyysistä. (Suojanen 2004.) Barabin & Squiren (2004), Perna (2013) mukaan perusedellytys luotettavalle kehittämistutkimukselle on se, että se tuottaa käyttökelpoisia ratkaisuja paikallisella tasolla ennen kuin sitä voi laajentaa isompaan foorumiin.

Tieteen tekemisen kuin yritysmaailmankin eettiset säännöt korostuvat työelämälähtöisessä kehittämistyössä. Seurausten on oltava käytäntöä hyödyttäviä, työ tulee tehdä tarkasti, huolellisesti ja rehellisesti ja kehittämistyön tavoitteiden tulee olla korkean moraalin mukaisia. Työelämälähtöisiä kehittämistöitä tutkimusetiikassa koskee myös tieteellisen tutkimuksen normit. Epärehellisyyden välttämiseksi keskeisiä asioita ovat määrärahojen väärinkäyttö, harhaanjohtava tai puutteellinen raportointi, tulosten kritiikiton yleistäminen, omien tutkimusten plagiointi, toisten kehittäjien osuuden vähättely ja toisten tekstien plagiointi. (Ojasalo ym. 2021, 48–49.)

Kehittämistyössä rehellisyys korostuu, koska sitoutuminen toimeksiantajan käytänteisiin, asenteisiin ja arvoihin voi olla hankalaa. Osallistujien on tiedostettava, etteivät he saa ohjata tosiasioiden tulkintaa. Muistettava on myös se, että kaikilla ihmisillä on ennakkokäsityksiä. Ennakkokäsitykset ohjaavat ilmiöiden tulkintaa. (Ojasalo ym. 2021, 48–49.) Luotettavuutta arvioitaessa tulee ottaa huomioon puolueettomuusnäkökulma, koska ryhmän jäsenet ovat itse osa tutkimaansa yhteisöä ja sen toimintakulttuuria. Läpinäkyvyys koko työssä, estää sen, ettei tekijöiden arvot vaikuta valintoihin. Läpinäkyvyys on kytketty myös monella tavalla työn etiikkaan. (Vilkkä 2015, 198.) Arvioitaessa luotettavuutta on kiinnitettävä huomiota työn sisältämien väitteiden perusteltavuuteen ja totuudenmukaisuuteen. (Eskola & Suoranta 2008, 212.)

Laadullisessa kehittämistehtävässä tekijät joutuvat pohtimaan työssään tehtyjä ratkaisuja ja ottamaan kantaa niin analyysiin kattavuuteen kuin työnsä luotettavuuteen. Realistisessa luotettavuusnäkemyksessä käytetään validiteetin perinteistä käsitettä. Käsite jaetaan ulkoiseen ja sisäiseen validiteettiin. Sisäisessä validiteetissa (pätevydessä) tarkoitetaan kehittämistehtävässä käytettyjen materiaalien sopusointua. Tekijöiden pätevyyttä osoittaa tieteellisen otteen voimakkuuden hallinta. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa työssä tehtyjen johtopäätösten ja aineiston välistä pätevyyttä. Luotettavuusnäkemykseen kuuluu myös reliabiliteetti. Aineisto on luotettava eli reliaabeli, kun se ei sisällä ristiriitoja. (Eskola & Suoranta 2008, 212–213.)

Kehittämistyö tehtiin yhteistyössä Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen kanssa. Tutkimuslupa pyydettiin kohde organisaatiolta tutkimuksellisen kehittämistyösuunnitelman hyväksymisen jälkeen. Kehittämistyösuunnitelma liitettiin tutkimuslupahakemukseen. Tutkimuslupa saatiin 6.3.2023. Lausuntoa ei tarvittu erikseen eettiseltä toimikunnalta, koska työssä ei käytetty potilas- ja asiakastietoja.

Työpajaan osallistuneet henkilöt olivat kaikki täysi-ikäisiä ja työ/virkasuhteessa kohdeorganisaatioon. Työpajaan osallistujilta kerättiin ennen työpajaan osallistumista kirjalliset suostumuslomakkeet. Työpajassa työstettävää materiaalia käsiteltiin luottamuksellisesti ja tietosuojalain edellyttämällä tavalla. Materiaalista ei ole tunnistettavissa työpajaan osallistuvan henkilöllisyyttä ja sitä säilytetään asianmukaisesti. Materiaali ja lupalaput hävitettiin välittömästi kehittämistyön valmistuttua.

Kehittämistyön raportti kirjoitettiin siten, että kohdeorganisaatio, tavoite ja tarkoitus kuvattiin mahdollisimman selkeästi sekä miten kehittämistyö eteni ja millaisia tuloksia saatiin. Raportin kirjoittamisessa noudatettiin LAB-ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeita, jotka oli suunnattu ylempään ammattikorkeakoulu tutkintoon. Ohjeet ohjasivat koko kehittämistyön raportin kirjoittamista.

9.4 Jatkokehittämis ehdotuksia

Tässä kehittämistehtävässä tavoitteena oli aikaan saada moniammatillinen keskustelu palliatiivisen tiimin potilasohjausmallissa huomioitavista näkökulmista. Henkilöstö eri tahoilta koottiin yhteen ja aikaan saatiin hyvää keskustelua ja paljon asioita esille. Niiden avulla entistä tarkemmin voidaan kehittää palliatiivisen tiimin osuutta suhteessa muihin akuuttiosastoihin Keski- Uudenmaan hyvinvointialueen sairaalassa. Potilasohjausmallin reunaehdoista nousevien asioiden osalta jatkossa tulisi kehittää ja yhtenäistää toimintatapoja palliatiivisessa tiimissä. Kirjaamisen ja tiedonsiirron osalta tulisi sopia yhtenäiset käytännöt ja potilasohjausmallin reunaehdot toimivat potilaskriteerien perustana.

Tulokset eivät olleet ristiriidassa suositusten eikä tässä työssä tehdyn muiden organisaatioiden vertailututkimuksen kanssa. Jatkossa tulisi kiinnittää huomiota enemmän tiimin kehittämiseen ja profiloitumiseen Keski- Uudenmaan sairaalan palliatiivisena erityistason tiiminä. Tätä voidaan vahvistaa henkilöstörakenteen kehittämisellä, osaamisen jakamisella ja koulutustarpeiden tunnistamisella. Tiimissä tulee jatkossakin työskennellä sairaanhoitajia, joista kaikilla on vahva palliatiivinen erityisosaaminen ja lääkäreiden osalta palliatiivisen erikoistumiskoulutuksen kouluttaja oikeudet tulee säilyttää. Ostopalveluna hankittava terveys- sosiaalityö sekä FINPALL HYKS Erva-hankkeen psykologi pilotti tulee vakiinnuttaa osana psykosiaalista tukea.

Potilaskriteerien lisäksi tarvitaan toimivat konsultaatio käytännöt, joiden avulla potilaan siirtoprosessi sujuvoituu ja hoitotyön laatu pysyy tasalaatuisena. Hoitokoordinaattorit tarvitsevat työnsä tuekseen selkeät ohjeet, milloin potilas on erityistason palliatiivinen potilas. Niiden luominen saadun aineiston perusteella on mahdollista. Virka-ajan ulkopuolella tarvitaan palliatiivinen takapäivystäjä, joka varmistaa potilaan hoidon sujuvuuden ja oikea-aikaisuuden. Lisäksi psykososiaalisen tuen rakenteita tulee vahvistaa ja yhteistyö moniammatillisesti terveys- sosiaalityön, psykologin ja sairaalapappien kanssa mahdollistetaan. Toiminnalle tulisi kehittää yhteisiä rakenteita siten, että potilas ja läheiset saavat kokonaisvaltaisesti tarvittavan avun ja yhteydenotto on helppoa. Tiimissä on jo suunniteltu huoneentauluja, joissa yhteystiedot ovat helposti löydettävissä.

Kokonaisuutena palliatiivisen tiimin kehittäminen mahdollistaa Keski- Uudenmaan muiden akuuttiosastojen kehittämisen niille tarkoitettuun suuntaan. Systemaattinen kehittäminen vahvistaa palliatiivisen keskuksen käynnistymistä, joka on myös sosiaali- ja terveysministeriön tavoite.

Lähteet

All European Academies. (2020). Tutkimusetiikan eurooppalaiset käytännöt ja ohjeistus. The European Code of Conduct for Research Integrity Revised Edition -ohjeen suomennos. Viitattu 10.4.2023. Saatavissa <https://tenk.fi/fi/ajankohtaista/tutkimusetiikan-eurooppalaiset-kaytannot-ja-ohjeistus-kaannetty-suomeksi>

Anderson, S., Nasr, L., Rayburn, S. 2017. Transformative service research and service design: synergistic effects in healthcare. The Service industries journal 2018, vol 38, 99-113. Viitattu 2.4.2023. Saatavissa <https://doi.org/10.1080/02642069.2017.1404579>

Anttonen, M. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtauksessa ja ohittavassa saattohoidossa. Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 11.3.2023. Saatavissa <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0066-1>

Birgisdóttir, D., Duarte, A., Dahlman, A., Sallerfors, B., Rasmussen, B., Fürst, C. 2021. Anovel care guide for personalized palliative care – a national initiative for improved quality of care. BMC palliative care, 2021: 1–12. Viitattu 28.3.2023. Saatavissa <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00874-4>

Brännström, M., Fürst, C., Tishelman, C., Petzold, M., Lindqvist, O. 2015. Effectiveness of the Liverpool care pathway for the dying in residential care homes: An exploratory, controlled before and after study. Palliative Medicine 2016: 54–63. Viitattu 29.3.2023. Saatavissa <https://doi-org.ezproxy.saimia.fi/10.1177/0269216315588007>

Clark, D., Inbadas, H., Seymour, J. 2020. International transfer and translation of end-of-life care intervention: the case of the Liverpool Care Pathway for the dying patient. Wellcome Open Res. 2020: 256. Viitattu 29.3.2023. Saatavissa <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.16321.1>

Eskola, J., Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino.23 Tampere 2008.

Flinkkilä, M-L. 2019. Hoitajien kokemuksia osaamisesta, koulutuksesta ja koulutustarpeesta erityistason saattohoidossa. Itä- Suomen yliopisto. Pro Gradu- tutkielma. Viitattu 12.3.2023. Saatavissa <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20190995>

Finn, L., Malhotra, S. 2019. The Development of Pathways in Palliative Medicine: Definition, Models, Cost and Quality Impact. Healthcare 2019: 1–10. Viitattu 28.3.2023. Saatavissa <https://doi.org/10.3390/healthcare7010022>

Halinen, K., Kieseppä, T. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 2.2.2023. Saatavissa <https://stm.fi/saattohoito>

Hassi, L., Paju, S., Maila, R. 2015. Kehitä kokeillen. Organisaation käsikirja. Helsinki. Talentum pro.

Hirsijärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P, 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Otava

Hudon, C., Maud., C., Lambert, M., Diadiou, F., Bouliane, D., Beaudin, J. 2017: 1-8. Key factors of case management inter-ventions for frequent users of healthcare services: a thematic analysisreview. case man-agement (CM) Kanada. Viitattu 4.3.2023. Saatavissa <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29061623/>

HUS. 2021. Viitattu 4.3.2023. Saatavissa <https://www.hus.fi/ajankohtaista/husin-hallituksen-paatokset-1682021-hus-valmistautuu-sote-uudistuksen-vaatimiin>

Häkkinen, P. 2015.Sosiaalityötä saattohoidossa – kuolevan ihmisen ja hänen läheistensä tukeminen sosiaalityön keinoin. Tampereen yliopisto. Pro Gradu- tutkielma. Viitattu 9.3.2023. Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201512112525>

Hänninen, J. 2015. Saattohoito. Duodecim. Viitattu 28.3.2023. Saatavissa <https://www.oppiportti.fi/op/pli00145/do>

Kantojärvi, P. 2012. Fasilitointi luo uutta. Helsinki. Alma Talent Oy.

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimushoitotieteessä. Sanoma Pro Oy. Helsinki

Keski- Uudenmaan hyvinvointialue. Viitattu 1.2.2023. Saatavissa <https://www.keusote.fi/etusivu/tietoa-meista/organisaatio/>

Keski- Uudenmaan hyvinvointialue. Viitattu 3.2.2023. Saatavissa <https://www.keusote.fi/palveluhakemisto/kotisairaala/>

Keski- Uudenmaan hyvinvointialue. Viitattu 4.2.2023. Saatavissa <https://www.keusote.fi/wp-content/uploads/2022/12/Keski-Uudenmaan-hyvinvointialueen-Laatu-asiakas-ja-potilasturvallisuussuunnitelma-2023-2024.pdf>

Keski- Uudenmaan sote. Viitattu 26.01.2023. Saatavissa [https://keusote.cloudnc.fi/fi-FI/Toimielimet/Yhtymaumlvaltuusto/Kokous_19122019/Talousarvio_2020_ja_taloussuunnitelma_20\(1544\)](https://keusote.cloudnc.fi/fi-FI/Toimielimet/Yhtymaumlvaltuusto/Kokous_19122019/Talousarvio_2020_ja_taloussuunnitelma_20(1544))

Keski- Uudenmaan sotekuntayhtymä. Viitattu 13.1.2023. Saatavissa rajoitetusti. <https://keusote.sharepoint.com/sites/keunet/Ohjeet/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2Fkeunet%2FOhjeet%2FTutkimuslupaprosessi%20Keusoteessa%2Epdf&parent=%2Fsites%2Fkeunet%2FOhjeet>

Keski- Uudenmaan hyvinvointialue. Viitattu 4.3.2023. Saatavissa <https://www.keusote.fi/etusivu/tietoa-meista/hus/>

Ketomäki, S. 2017. Palvelumuotoilu asiantuntijapalvelujen asiakaslähtöisen toimintatavan kehittämisesä. Tampereen teknillinen yliopisto. Diplomityö. Viitattu 5.3.2023. Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi:tyy-201712192415>

Klemola, K., Uusi-Ilkainen, J., Askola, T. 2014. Sosiaali- ja terveystalveluiden tietojohdamisen käsikirja. Erweko. Sitra. Helsinki. Viitattu 1.4.2023. Saatavissa https://www.sitra.fi/app/uploads/2017/02/Sosiaali_ja_terveystalveluiden_tietojohdamisen_kasikirja-2.pdf

Koivisto, M., Säynäjäkangas, J., Forsberg, S. 2021. Palvelumuotoilun bisneskirja. Alma Talent.

Korhonen, S. 2019. Koordinoivan hoitajan tehtäväkuva terveydenhuollossa. Itä- Suomen yliopisto. Pro- gradu tutkielma. Viitattu 12.3.2023. Saatavissa <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20191075>

Lab-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyöhöje YAMK. Viitattu 8.4.2023. Saatavissa https://elab.lab.fi/sites/default/files/category-page/2022-08/LAB_opinn%C3%A4ytety%C3%B6_ohje_YAMK_170822.pdf

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 20.3.2023. Saatavissa <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Länsi- Uudenmaan hyvinvointialue. 2023. Viitattu 18.3.2023. Saatavissa <https://www.luvn.fi/fi/palliatiivinen-yksikko>

Mirando, S., Davies, P., Lipp, A. 2005. Introducing an integrated care pathway for the last days of life. Palliative medicine 2005, Vol. 19, 33–39. Viitattu 28.3.2023. Saatavissa <https://doi-org.ezproxy.saimia.fi/10.1191/0269216305pm960oa>

Moisanen, K. 2018. Asiakaslähtöisen osaamisen johdaminen vanhustalveluissa. Kuopion yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 11.3.2023. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2775-0>

Nummi, P. 2012. Fasilitaattorin käsikirja. Edita Priima Oy. Helsinki

Ojasalo, K., Moilanen, T., Ritalahti, J. 2021. Kehittämistyön menetelmät-Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 7.painos. Helsinki

Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2029. Viitattu 29.3.2023. Saatavissa www.kaypa-hoito.fi

Puusa, A., Juuti, P. 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus Oy.

Pernaa, J. 2013. Kehittämistutkimus tutkimusmenetelmänä. PS-kustannus, 2013: 9–26 Viitattu 10.4.2023. Saatavissa <http://hdl.handle.net/10138/317958>

Saarto, T., Hänninen, J., Hänninen, T., Antikainen, R., Vainio, A. 2015. Mitä palliativisella hoidolla tarkoitetaan? Palliativinen hoito. 3.uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki. Viitattu 14.2.2023.

Saarto, T. 2017. Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatu kriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2017. Viitattu 1.2.2023. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3896-0>

Saarto, T., Lehto, J. 2019. Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa-kolmiportainen malli. Duodecim - lehti. nro 6.2019: 535–541. Viitattu 18.3.2023. Saatavissa <https://www.duodecimlehti.fi/duo14834>

Saarto, T., Finne-Soveri, H. 2019. Suositus palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliativisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 3.2.2023. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7>

Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junntila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T., Forsius, P. 2022. Palliativinen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Helsinki. Viitattu 4.3.2023. Saatavissa <https://www.julkari.fi/handle/10024/144065>

Salin, S., Melender, H., Lehto, J., Hökkä, M., 2021. Asiantuntijoiden näkemyksiä palliativisen hoidon ja saattohoidon kehittämis- ja tutkimustarpeista. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2021:58 143–157. Viitattu 5.3.2023. Saatavissa <https://journal.fi/sla/article/view/94374>

Saukkonen, M., Viitala, A., Lehto, J., Åsted-Kurki, P. 2017. Syöpäpotilaan ja hänen läheisensä selviytymistä edistävät tekijät palliativisen hoidon aikana- systemaattinen

kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede 2017, 29 (3) 195–206. Viitattu 11.3.2023. Saatavissa <https://www.terveysportti.fi/xmedia/hle/hle00145.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2022. Palliatiivisen hoidon palvelujen tuottaminen ja laadun parantaminen-ohjelma. Viitattu 8.2.2023. Saatavissa <https://innokyla.fi/fi/kokonaisuus/palliatiivisen-hoidon-palvelujen-tuottaminen-ja-laadun-parantaminen-ohjelma>

Soteuudistus. Viitattu 4.3.2023. Saatavissa <https://soteuudistus.fi/uudistus-lyhyesti->

Suojanen, U. 2004. Toimintatutkimus ammatillisen kehittämisen välineenä. Viitattu 13.1.2023. Saatavissa <https://metodix.fi/2014/05/19/suojanen-toimintatutkimus/>

Surakka, T., Mattila, K., Åstedt-Kurki, P. Kylmä, J., Kaunonen, M. 2015. Palliatiivinen hoito-työ. Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Helsinki: Fioca Oy. 132–134.

Terho koti. 2023. Viitattu 18.3.2023. Saatavissa <https://terho.fi/ammattilaisille/potilaan-ohjaaminen-terhokotiin/>

Terveydenhuoltolaki. 30.10.2010/1326. Viitattu 28.3.2023. Saatavissa <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveyskylä. Viitattu 13.1.2023. Saatavissa <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palvelut/hyks-erityisvastuualue/hus-sairaanhoitopiiri/keski-uudenmaan-sote>

Terveyskylä. Viitattu 3.2.2023. Saatavissa <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palvelut/palliatiivisen-hoidon-ja-saattohoidon-ja-ryestaminen>

Terveyskylä. 2021. Viitattu 29.3.2023. Saatavissa <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/saattohoidossa/kuoleman-ja-hestyminen>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 26.01.2023. Saatavissa <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/palliatiivisen-hoidon-jarjestaminen#keskukset>

Toikko, T., Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: Näkökulmia kehittämissprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Viitattu 13.1.2023. Saatavissa https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko_Rantanen_Tutkimuksellinen_kehittamistoiminta.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. E-kirja. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 4.1.2023. Saatavissa <https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/HTK-ohje-2012>

Tuulaniemi, J., 2021. Palvelumuotoilu. 4.painos. Helsinki: Alma Talent.

Unitary Healthcare. Viitattu 1.2.2023. Saatavissa <https://unitary.fi/uoma-potilassiirtojarjestelma-sujuvoittaa-hoitajien-tyota-keusoten-terveyskeskuksissa-ja-hyvinkaan-akuutissa/>

Unitary Healthcare. Viitattu 4.3.2023. Saatavissa <https://unitary.fi/tiedolla-johtaminen-ontulevaisuutta/>

Valtioneuvosto. Viitattu 26.01.2023. Saatavissa <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160392>

Valtion tarkastusvirasto. Viitattu 2.2.2023. Saatavissa <https://www.vtv.fi/app/uploads/2018/06/15092713/tyonjaon-kehittaminen-sosiaali-ja-terveydenhuollossa.pdf>

Valtioneuvosto. 2019a. Viitattu 8.2.2023. Saatavissa: <https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma/sosiaali-ja-terveyspalveluiden-rakenneuudistus>

Valtioneuvosto. 2019b. Viitattu 12.3.2023. Saatavissa <https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma/oikeudenmukainen-yhdenvertainen-ja-mukaan-ottava-suomi>

Valo, J., Välikangas, E., Rötsä, M., Pionius, L. 2021. Tiedolla johtaminen -sote-uudistuksen mahdollistaja. Viitattu 1.4.2023. Saatavissa <https://soteuudistus.fi/tiedolla-johtaminen>

Vilkka, H. 2015. Tutki ja Kehitä. 4 uudistettu painos. Jyväskylä: PS—kustannus.

Vilkka, H. 2021. Näin onnistut opinnäytetyössä. Jyväskylä: PS- kustannus.

Watanabe, J., Teraura, H., Komatsu, K., Yamaguchi, H., Kotani, K. 2021. Predictors of At-home Death for Cancer Patients in Rural Clinics in Japan. Public Health 2021, 1–5. Viitattu 27.3.2023. Saatavissa <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/23/12703>

Liite 1. Tiedote kehittämistehtävästä



TIEDOTE KESKI-UUDENMAAN SAIRAAPALVELUIDEN HENKILÖSTÖLLE

Kiitos osallistumisestanne ylemmän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan -koulutusohjelman kehittämistyöhön. Tämä tiedote jaetaan Teille kaikille, jotka osallistutte kehittämistyön työpajaan. Luettehan ennen työpajaan osallistumistanne tämän tiedotteen, jossa kerrotaan kehittämistyöstä.

Kehittämistyön tarkoituksena on yhdessä keskustellen, hyödyntäen Post It-lappu tekniikkaa työpajassa pohtia palliatiivisen tiimin potilassiioittelua ja kirjata ylös reunaehdot. Ennen työpajaa saatte suullisesti lisätietoa kehittämistyöstä ja työpajan etenemisestä. Työpajaan osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistumisen voi keskeyttää ja aineiston käyttämisen kieltää missä vaiheessa vaan.

Työpajassa tuotettu materiaali käsitellään luottamuksellisesti tietosuojalain edellyttämällä tavalla. Post It laput säilytetään ainoastaan kehittämistyön tekijöiden hallussa ja hävitään aineiston analyysin jälkeen. Työpajan keskusteluita ei nauhoiteta. Työpajan tuotokset kootaan yhteen, joten niistä ei voi tunnistaa osallistujien henkilöllisyyttä.

Ystävällisin kehittämisterveisin:

Ulla Palomäki ja Pirita Pehkonen

YAMK-opiskelijat

etunimi.sukunimi@student.lab.fi

Liite 2. Suostumus työpajaan osallistumisesta



KIRJALLINEN SUOSTUMUKSENNE YAMK KEHITTÄMISTEHTÄVÄÄN OSALLISTUMISEEN

Olen saanut riittävästi tietoa Ulla Palomäen ja Pirita Pehkonen YAMK kehittämistehtävän toteuttamisesta liittyen palliatiivisen tiimin potilassijoittelun reunaehtojen määrittelyyn.

Ymmärrän osallistumisen perustuvan vapaaehtoisuuteen ja tiedän mahdollisuudesta keskeyttää osallistumisen milloin tahansa. Olen saanut tiedon, että työpajassa tuotettavaa materiaali ei tulla julkaisemaan sellaisena eikä jakamaan työryhmän ulkopuolella.

Minulla on Ulla Palomäen ja Pirita Pehkonen yhteystiedot ja voin tarvittaessa käydä keskustelua heidän kanssaan työpajoista.

Allekirjoituksellani vahvistan vapaaehtoisen osallistumiseni työpajaan.

Aika ja Paikka _____

Työpajaan osallistujan allekirjoitus ja nimenselvennös

Yhteystiedot:

Ulla Palomäki

Pirita Pehkonen

etunimi.sukunimi@student.lab.