

Opinnäytetyö (YAMK)

Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK, kliininen asiantuntija, syöpää sairastavan hoito

2023

Janette Lehtonen

# Henkisen tuen edistämisen yhteistyömalli palliatiivisen poliklinikan ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden välille



Opinnäytetyö ( YAMK) | Tiivistelmä

Turun ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK, kliininen asiantuntija, syöpää sairastavan hoito

2023 | 41 sivua, 6 liitesivua

Janette Lehtonen

## Henkisen tuen edistämisen yhteistyömalli palliativisen poliklinikan ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden välille

Varsinais-Suomen hyvinvointialueella Vakka-Suomen sairaalassa toimii palliativinen poliklinikka. Poliklinikan toimintaa käynnistettäessä vuonna 2022 todettiin, että potilailla oli tarve henkiseen tukeen. Henkilöstön resurssit eivät riittäneet henkisen tuen antamiseen ja nousi tarve kehittää yhteistyötä mielenterveys- ja päihdepalveluiden kanssa. Henkilöstön ammatillinen osaaminen ja riittämättömyys aiheuttavat haasteita tutkimusten mukaan.

Kehittämisprojektin tarkoitus on kehittää yhteistyötä palliativisen poliklinikan ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden välillä. Tavoitteena on palliativisten potilaiden parempi henkinen tuki. Benchmarkingin ja työpajojen avulla kehitettiin yhteistyömalli yksiköiden välille. Benchmarking toteutettiin kahteen palliativiseen yksikköön. Työpajoissa selvitettiin henkisen tuen nykytila ja tehtiin kuvaus siitä, ketkä potilaat hyötyisivät toiseen yksikköön ohjaamisesta. Tuotoksena kuvattiin yhteistyömalli.

Yhteistyö kolmanteen sektoriin puuttuu ja mielenterveys- ja päihdepalveluista puuttuu palliativisen hoidon osaaminen. Jatkokehittämisaiheina ovat yhteistyön kehittäminen kolmanteen sektoriin ja palliativisen osaamisen kehittäminen.

Asiasanat:

palliativinen hoito, henkinen tuki, moniammatillisuus, yhteistyö

Bachelor's / Master's Thesis | Abstract

Turku University of Applied Sciences

Master of Advanced Clinical Practice, Cancer Care

2023 | 41 pages, 6 pages in appendices

Janette Lehtonen

## Cooperation model for promoting mental support between the palliative outpatient clinic and mental health and substance abuse services

In the welfare area of Varsinais-Suomi, Vakka-Suomi hospital operates a palliative outpatient clinic. When the polyclinic was launched in 2022, it was found that the patients needed mental support. The staff's resources were not enough to provide mental support and there was a need to develop cooperation with mental health and substance abuse services. According to studies, the professional competence and inadequacy of the personnel cause challenges.

The purpose of the development project is to develop cooperation between the palliative outpatient clinic and mental health and substance abuse services. The goal is to have better mental support for palliative patients. With the help of benchmarking and workshops, a cooperation model was developed between the units. In the workshops, the current state of mental support was clarified, and a description of which patients would benefit from being referred to another unit. This cooperation model was described as the output.

There is a lack of cooperation with the third sector, and mental health and substance services lack expertise in palliative care. The subjects of further development are the development of cooperation with the third sector and the development of palliative competence

Keywords:

palliative care, mental support, multiprofessionalism, cooperation

# Sisältö

<b>Käytetyt lyhenteet tai sanasto</b>	<b>7</b>
<b>1 Johdanto</b>	<b>8</b>
<b>2 Kehittämiprojektin lähtökohdat</b>	<b>9</b>
2.1 Kehittämiprojektin tausta ja tarve	9
2.2 Kehittämiprojektin toimintaympäristö	10
2.3 Projektiorganisaatio	11
2.4 Kehittämiprojektin tavoite, tarkoitus ja kehittämistehtävät	12
2.5 Kehittämiprojektin eteneminen	12
<b>3 Palliatiivinen hoito ja henkinen tuki</b>	<b>14</b>
3.1 Palliatiivinen hoito	14
3.2. Henkinen tuki	15
3.3 Palliatiivisen potilaan henkisen tuen tarpeet	17
3.4 Terveysthuollon ammattihenkilöiden osaaminen palliatiivisen potilaan henkisen tuen hoidossa	19
3.5 Moniammatillinen yhteistyö palliatiivisen potilaan hoidossa ja sen haasteet	20
<b>4 Kehittämiprojektin kehittämismenetelmät</b>	<b>21</b>
4.1 Benchmarking	21
4.2 Työpajatoiminta	21
<b>5 Kehittämiprojektin tulokset</b>	<b>24</b>
5.1 Benchmarking Salon palliatiivinen poliklinikka	24
5.2 Benchmarking Kanta-Hämeen keskussairaalan palliatiivinen poliklinikka	25
5.3 Työpajatoiminta	26

5.3.1 Nykytila henkisen tuen toteutumisesta palliatiivisella poliklinikalla ja sen haasteet	26
5.3.2 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden piiriin ohjaus	31
5.3.3 Ohjaamisen keinot mielenterveys- ja päihdepalveluihin	34
5.4 Yhteistyömalli palliatiivinen poliklinikka ja mielenterveys- ja päihdepalvelut	35
<b>6 Kehittämiprojektin pohdinta ja arviointi</b>	<b>37</b>
6.1 Kehittämiprojektin pohdinta	37
6.2 Eettisyys ja luotettavuus	38
6.3 Kehittämiprojektin arviointi	39
<b>Lähteet</b>	<b>42</b>

## **Liitteet**

Liite 1. Benchmarking kysymykset

Liite 2. Palliatiivisen potilaan henkisen tuen toteutumisen nykytila

Liite 3. Henkisen tuen haasteet palliatiivisen poliklinikan hoidon piiriin kuluvalle potilaalle

Liite 4. Potilas "CASE"

Liite 5. Benchmarking tulokset

## **Kuvat**

Kuva 1. Potilas "CASE" kuvaus 33

Kuva 2. Potilaiden ohjaaminen yksiköiden välillä 35

## **Kuviot**

Kuvio 1. Kehittämiprojektin eteneminen	13
Kuvio 2. Potilaiden henkisen tuen saanti	28
Kuvio 3. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden piiriin ohjattavan mahdollinen oirekuva	32
Kuvio 4. Yhteistyömalli	36

## **Taulukot**

Taulukko 1. SWOT-analyysin tulokset henkisen tuen antamisen haasteista	30
--	----

## Käytetyt lyhenteet tai sanasto

Aktori	Valmennettava
ESAS-mittari	Edmonton Symptom Assessment Scale
Mentori	Valmentaja ja opettaja
Teams	Viestintä- ja yhteistyösovellus
TYKS	Turun yliopistollinen keskussairaala
VARHA	Varsinais-Suomen hyvinvointialue
WHO	Maailman terveysjärjestö

# 1 Johdanto

Palliativisella hoidolla tarkoitetaan Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan sellaisen potilaan hoitoa, jolla on parantumaton sairaus tai hän sairastaa henkeä uhkaavaa sairautta. Hoito sisältää aktiivisesti potilaan ja hänen läheistensä hoidon ja hoito on kokonaisvaltaista. Tarkoituksena hoidolla on hyvä elämänlaatu, ja lievittää sekä ehkäistä kärsimystä. Saattohoito kuuluu omana osanaan palliativiseen hoitoon. (Saarto ym. 2015, 10.)

Henkinen tuki on tärkeä osa palliativista hoitoa, muun hoidon lisäksi. Potilaiden ja heidän läheistensä kohdalla huomioidaan henkisen tuen tarve, muiden tarpeiden ohella. Yksilöllinen vaihtelevuus tarpeiden välillä on suurta, ja se vaihtelee tilanteen ja terveydentilan mukaan. (Saarto ym. 2022, 25.) Potilaat ovat usein paljon oireilevia. Fyysisen ja psyykkisten palvelujen tarjonta on usein puutteellista ja se lisää tarpeetonta kärsimystä potilaille. Varhain aloitetulla palliativisella hoidolla on iso merkitys potilaan hoidolle. (Chowdhury ym. 2020.) Varhain aloitettu palliativisen hoidon aloitus lisää selvää hyötyä potilaan elämän laadun kohenemiseen ja masennusoireiden vähenemiseen (Greer ym. 2017).

Tämä opinnäytetyö on kehittämisprojekti henkisen tuen yhteistyömallin kuvaamiseksi VARHA:n alueella Vakka-Suomen sairaalassa toimivan palliativisen poliklinikan ja Uudenkaupungin terveyskeskuksen mielenterveys- ja päihdepalveluiden välille. Tavoitteena oli käynnistää yhteistyö palliativisen poliklinikan ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden välillä. Opinnäytetyön tarkoitus oli kehittää henkisen tuen yhteistyömalli palliativisen poliklinikan potilaiden sujuvan henkisen tuen saamiseksi alueella. Opinnäytetyön tuotoksena kuvattiin yhteistyömalli.



## 2 Kehittämiprojektin lähtökohdat

### 2.1 Kehittämiprojektin tausta ja tarve

Tämän kehittämiprojektin aihe liittyy palliatiivisen poliklinikan potilaiden henkisen tuen yhteistyömallin kehittämiseen kahden yksikön välillä. Kohdeorganisaatioon kuuluu Varsinais-Suomen hyvinvointialueen, TYKS sairaalapalveluiden, Vakka-Suomen sairaalan, sairaalaosastojen yhteydessä toimiva palliatiivinen poliklinikka sekä mielenterveys- ja päihdepalvelut, Uudenkaupungin yksikkö. Tällä hetkellä yhteistyömallia ei ole kuvattu. Kehittämiprojektin ideointi lähti liikkeelle, kun keskusteltiin TYKS sairaalapalveluiden, läntisen alueen ylihoitajan kanssa kehittämistarpeista palliatiivisella poliklinikalla. Kehittämiprojektin taustalla on potilaiden tuoma oma kokemus henkisen tuen tarpeesta.

Kehittämiprojektin tarve on lähtenyt liikkeelle, kun palliatiivisen poliklinikan toimintaa on lähdetty perustamaan keväällä 2022 ja on mietitty mitä palliatiivisen poliklinikan toimintaan kuuluu. Toimintaa käynnistettäessä todettiin, että resurssit eivät riittäneet kaikkeen, alkuun lähdettiin käynnistämään perustoimintaa. Tavoitteeksi poliklinikkaa käynnistäessä asetettiin, että saataisiin yhteistyötä käynnistettyä mielenterveys- ja päihdepalveluiden kanssa. Yhteistyöhön mielenterveys- ja päihdepalveluiden kanssa on ollut selkeä tarve potilaiden henkisen tuen tarpeiden turvaamiseksi. Potilaat olivat itse myös tuoneet esille omia toiveitaan saada keskustella enemmän psykiatriseen hoitoon erikoistuneiden ammattilaisten kanssa.

Terveydenhuollon lainsäädäntöön ja etiikkaan perustuen potilaalla on oikeus henkiseen ja hengelliseen tukeen (Louheranta ym. 2016, 234). Palliatiivista hoitoa saavien potilaiden psykiatriset häiriöt ovat lisääntyneet. Suuri osa potilaiden mielenterveys oireista on alitunnistettu sekä alihoidettu. Potilaalle voi tulla elämän hallinnan menetyksen tunne siirryttäessä palliatiiviseen hoitoon. Potilaiden ahdistus palliatiivisen diagnoosin saamisen hetkellä on normaali reaktio. Joskus on vaikeaa erottaa normaalin reaktion ja vaikean

mielenterveydenhäiriön välinen ero. Potilaan aiemmat stressireaktiot voivat aktivoitua uudestaan, kun potilas saa huonoja uutisia. (Hughes ym. 2023.) Anne Syväjärven (2019, 37) mukaan henkisen tuen puute on tullut esiin potilaiden kokemuksena. Palliatiivisessa hoidossa henkinen tuki on merkittävä oireita lievittävä hoitomuoto (Nurain ym. 2018).

## 2.2 Kehittämiprojektin toimintaympäristö

Kehittämiprojekti sijoittuu Varsinais-Suomen hyvinvointialueelle, TYKS Läntisen alueen sairaalapalveluihin. Palliatiivinen poliklinikka kuuluu TYKS yleislääketieteen ja kuntoutuksen osastopalveluihin ja se on osa palliatiivista keskusta ja kotisairaala. Palliatiivinen poliklinikka sijaitsee Vakka-Suomen sairaalassa. Mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat osa Varsinais-Suomen hyvinvointialueen sosiaali- ja terveyskeskus palveluja. Yksikkö sijaitsee Uudenkaupungin terveyskeskuksessa.

Vakka-Suomen sairaalassa toimiva palliatiivinen poliklinikka on aloittanut toimintansa maaliskuussa 2022. Palliatiivinen poliklinikka tarjoaa alueella asuville potilaille laadukasta ja tasa-arvoista loppuelämän hoitoa. Palliatiivinen poliklinikka on yhteistyössä kotisairaalan, vuodeosaston, sosiaaliohjaajan, fysioterapian, puheterapian, toimintaterapian ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden kanssa. Palliatiivisella poliklinikalla työskentelee palliatiiviseen- ja anestesiahoitoon erikoistunut lääkäri, sekä 4 sairaanhoitajaa. Sairaanhoitajista yksi toimii palliatiivisen hoidon asiantuntijasairaanhoitajana ja kahdella sairaanhoitajalla on palliatiivisen hoidon erikoistumiskoulutus, sekä yksi sairaanhoitaja on perehtynyt palliatiivisen potilaan hoitoon. Poliklinikka toimii yhtenä päivänä viikossa, sekä toisena päivänä osan päivää. Potilaita poliklinikalla on keskimäärin 20-30. Palliatiivisen poliklinikan hoidon prosessikuvaus on tehty yksikössä 2022. (Häggström 2022.)

Mielenterveys- ja päihdepalvelut Uudenkaupungin yksikkö on osa Varsinais-Suomen hyvinvointialueen palveluita. Yksikköön kuuluu alan eri osajia Uudenkaupungin terveysasemalla, mutta myös pienemmillä terveysasemilla Vehmaalla, Kustavissa ja Taivassalossa. Henkilöstöön kuuluu sairaanhoitajia ja

mielenterveyshoitaja. Keskeisinä palveluina yksiköllä on hoidontarpeen arvioinnit, hoidolliset keskustelut, ryhmätoiminnat, terapeutitset menetelmät, konsultoinnit ja yhteistyö eri yksiköiden ja toimijoiden kanssa sekä kotikäynnit. Hoitoon kuuluu mm. masennuksen, ahdistuneisuuden, uniongelmien ja elämänkriisien hoito.

### 2.3 Projektiorganisaatio

Tämän kehittämisprojektin projektiorganisaatio koostui ohjausryhmästä sekä projektiryhmästä. Ohjausryhmä koostui opettajasta, vuodeosastohoidon ylihoitajasta sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden esihenkilöstä. Projektiryhmään kuului projektipäällikön lisäksi 4 sairaanhoitajaa palliatiiviselta poliklinikalta sekä sairaanhoitaja mielenterveys- ja päihdepalveluista. Projektipäällikkönä toimi sairaanhoitaja, YAMK-opiskelija, kliininen asiantuntija. Mentorina opinnäytetyössä toimi TYKS sairaalapalveluiden, Läntisen alueen ylihoitaja.

Tutkittu tieto ja ammatilliset käytänteet luovat perustan ammattikorkeakoulututkinnolle. Kehitys-, tutkimus- ja innovaatio-osaaminen (TKI) ja projektien hallinta ja johtaminen kuuluu osana ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Toiminnan perustana on työelämäyhteistyö, johon opettajat ja opiskelijat kuuluvat vahvasti mukaan. Opiskelijat ovat aktiivisia toimijoita kehittämistöissään. Kehittämistoiminnan verkostomaista työskentelyä kutsuaan kolmikantamalliksi. Tässä työskentelymallissa korostuu työelämälähtöinen opetus, korkeakoulujen välinen yhteistyö ja eri ammattiosaajien välinen työskentely. (Salonen ym. 2017, 9-12.)

Projektilla tulee olla selkeä organisaatio, jonka sisällä vastuut ja roolit on jaoteltu. Se koostuu ohjausryhmästä, yhteistyökumppaneista sekä varsinaisesta projektiorganisaatiosta. Projektipäällikkö vastaa projektin johtamisesta. Varsinainen vastuu on aina projektipäälliköllä ja hän vastaa projektin suunnittelusta. Projektipäällikkö seuraa, vastaa ja arvioi projektin etenemistä sekä tiedottaa ja raportoi. Ohjausryhmä vastaa projektin seurannasta ja ohjaamisesta. Se valvoo, kuinka hanke edistyy ja valvoo tuloksia. (Silfverberg

2013, 49-50). Projektiryhmä koostuu useammasta henkilöstä. Ryhmän tehtävänä on toteuttaa projektia ja he toimivat projektipäällikön ohjauksessa. Ryhmä myös raportoi projektin etenemiseen liittyvät asiat projektipäällikölle. (Helsingin kaupunki, 2023.) Opinnäytetyössä mentorointi perustuu yhteistyöhön ja luottamukseen mentorin ja aktorin välillä. Mentoroinnin tavoitteena on edistää osaamista ja oppimista. Keskeiset tavoitteet asetetaan ja pyritään niihin. Mentoroinnilla tähdätään kehittämiseen, niin aktorin kuin mentorin itsensäkin suhteen. (Kanniainen ym. 2017, 5.) Mentorin roolina on tukea ja valmentaa aktoria. Mentori käyttää aktorin opastuksessa hyödyksi omia kokemuksiaan. Tärkeänä tehtävänä onkin tukea oppimista ja oppimisprosessia. Keskustelu on yhdenvertaista. Mentori tukee aktoria tämän päätöksissä. (Kanniainen ym. 2017, 9.)

#### 2.4 Kehittämiprojektin tavoite, tarkoitus ja kehittämistehtävät

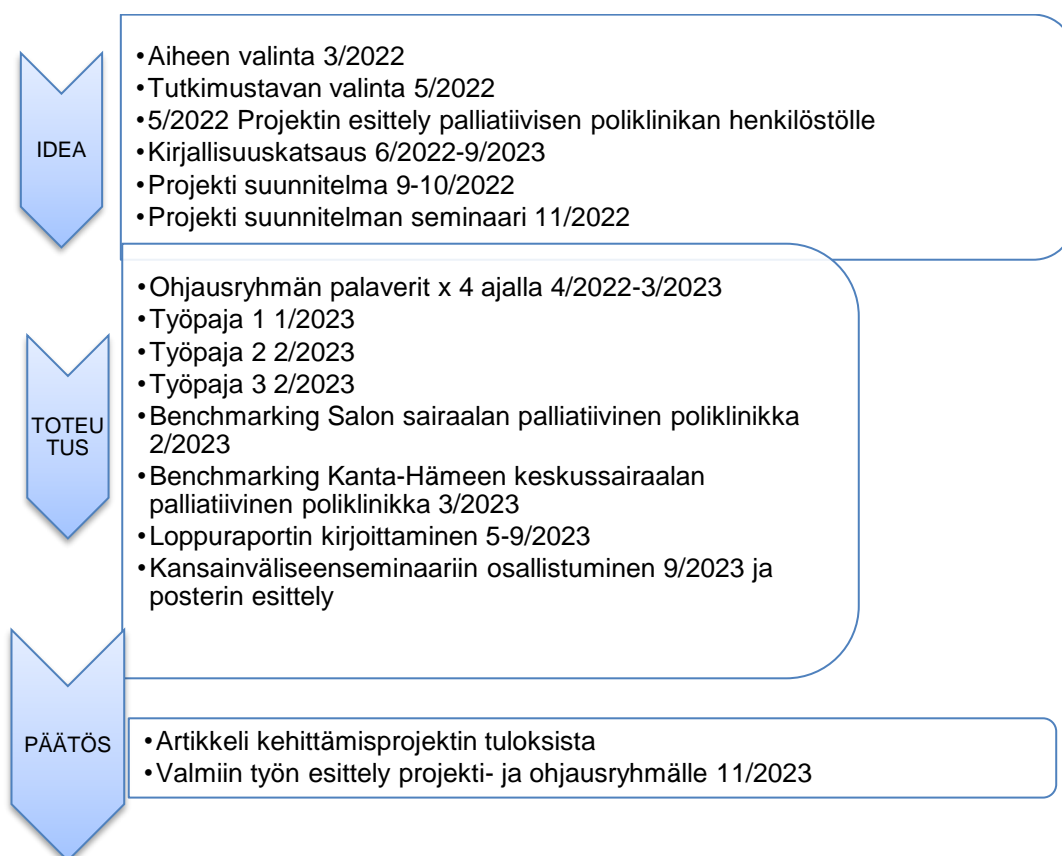
Kehittämiprojektin tarkoituksena oli kehittää yhteistyötä palliatiivisen poliklinikan ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden välillä. Potilaan henkinen tukeminen on tärkeä osa palliatiivisen potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Kehittämiprojektin tavoitteena oli palliatiivisen hoitopäätöksen saaneiden potilaiden parempi henkinen tuki. Tavoitteena oli saada selkeytettyä ohjausprosessia palliatiivisen poliklinikan ja mielenterveys- ja päihdeyksikön välillä.

Kehittämistehtävä:

1. Selvittää nykytila potilaiden henkisen tuen saamiseen ja sen haasteisiin palliatiivisen poliklinikan henkilökunnan mukaan
2. Selvittää kuvaus siitä, ketkä potilaat hyötyvät toiseen yksikköön ohjaamisesta
3. Kuvata yhteistoimintamalli

#### 2.5 Kehittämiprojektin eteneminen

Idean mietintä lähti käyntiin keväällä 2022 keskustelemalla mentorin kanssa työelämälähtöisen opinnäytetyön tarpeesta. Opinnäytetyön aihe valittiin työelämästä nousseen tarpeen mukaan palliatiivisen poliklinikan potilaiden henkisen tuen sujuvoittamiseksi ja yhteisyyden lisäämiseksi mielenterveys- ja päihdepalveluiden kanssa. Kehittämiprojektin toteutus päätettiin kevään aikana. Kirjallisuuskatsauksen teko ajoittui kesän 2022 ja syksyn 2023 väliseen aikaan. Tutkimussuunnitelmaa työstettiin syksyn 2022 aikana. Aineiston keruu toteutettiin helmi-maaliskuussa 2023. Aineiston keruu toteutettiin järjestämällä kolme työpajaa kevään 2023 aikana. Kevään 2023 aikana toteutettiin benchmarking kahteen palliatiiviseen yksikköön. Benchmarking toteutettiin Salon sairaalan palliatiiviselle poliklinikalle ja Kanta-Hämeen keskussairaalan palliatiiviselle poliklinikalle. Loppuraportin kirjoittaminen ajoittui 5-9/2023. Kansainväliseen seminaariin osallistuminen 9/23, jossa esiteltiin posterit ja kehittämisprojekti. Valmis työ esiteltiin projekti- ja ohjausryhmälle 11/2023.



Kuvio 1. Kehittämisprojektin eteneminen

## 3 Palliatiivinen hoito ja henkinen tuki

### 3.1 Palliatiivinen hoito

Maailmanterveysjärjestö, WHO:n määritelmän mukaan palliatiivinen hoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan ja hänen lähiomaistensa laaja-alaista hoitoa. Hyvä elämänlaatu on tärkeä ja tavoitteena on lievittää potilaan kärsimystä. Hoidolla halutaan ehkäistä tai lievittää psykososiaalista, fyysistä ja eksistentiaalista kärsimystä.

Palliatiivisen hoidon yhtenä osa-alueena on saattohoito. Se ajoittuu lähelle viimeisiä päiviä tai elinviikkoja. (Saarto ym. 2015, 10.)

Euroopan neuvosto on määrittänyt oman suosituksensa palliatiivisen hoidon järjestämisestä. Jokaisella jäsenvaltiolla tulee olla suosituksen mukaan oma kansallinen suunnitelma palliatiivisen hoidon järjestämisestä.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa on tärkeää tehdä palliatiivisen hoidon suunnitelma, jotta hoitoon pääsy turvataan tasa-arvoisesti. Hoitosuunnitelma tulee olla jokaisella potilaalla. Terveystieteiden henkilöstön tulee olla vuorovaikutustaidoiltaan ja koulutustasoltaan korkeatasoisia. (Saarto & asiantuntijaryhmä, 2017, 9.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksesta 2017 asiantuntijaryhmä laati ehdotuksen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä. Tarkoituksena oli laatia suositus, jotta palliatiivinen hoito ja saattohoito on vaikuttavaa ja yhdenvertaista kaikkialla Suomessa. Asetettujen tavoitteiden toteutuminen pyritään saavuttamaan esittämällä osaamis- ja laatukselliset kriteerit terveydenhuollon eri tasoille sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamista ja kouluttamista kehittämällä. (Saarto & asiantuntijaryhmä, 2017, 2.)

Asiantuntijuuden kriteerit palliatiivisessa hoitotyössä on laatinut Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys 2011. Asiantuntijuuden kriteereissä edellytetään erilaisia hoitotyön auttamisen menetelmiä. Näihin kuuluvat läsnäolo, potilaan kuuleminen, rauhoittaminen ja lohduttaminen.

Tärkeä osa on hallita lääkkeellinen hoito, mutta erityisesti lääkkeettömän hoidon toteutus moniammatillisessa tiimissä toisten ammattiryhmien kanssa. (Surakka ym. 2015, 9).

Asiantuntijaryhmä tunnisti kehittämistarpeita, jotka toteutuvat tällä hetkellä heikosti suosituksesta huolimatta. Alueellinen tarjonta ei ole yhdenvertaista. Kehittämistarpeina tunnistettiin myös se, että palliatiivisen hoidon erityisosaamista ei ole saatavilla ja viiveetön ja joustava konsultaatiotuki ei ole saatavissa. Riittävä osaamisen varmistaminen on tärkeää palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa, niin että kaikki potilaat saavat elämänsä loppuvaiheessa asianmukaista hoitoa ja tukea. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon opetusta tulisikin lisätä, sekä perus-, jatko-, että erikoistumiskoulutuksiin. Psykososiaalisen tuen tarve tulee huomioida sekä potilaan, että hänen läheistensä kohdalla ja sen tulee olla tarve lähtöistä ja yhdenvertaista. (Saarto & asiantuntijaryhmä, 2017, 12.)

Palliatiivinen hoito parantaa potilaan elämänlaatua. Ahdistus ja masennus vähenivät ja potilaiden henkisten ja emotionaalisten tunteiden positiivinen suhde korostui. Palliatiivisessa hoidossa henkinen tuki on merkittävä oireita lievittävä hoitomuoto. Sairaanhoidajilla oli keskeinen rooli hoidon toteuttamisessa. (Nurain ym.2018, Chung ym.2022.)

### 3.2 Henkinen tuki

Palliatiivisen hoidon piirissä olevilla potilailla on tarve henkiseen tukeen. Henkisellä tuella on merkittävä rooli, kun potilasta hoidetaan kokonaisvaltaisesti, hänen elämänlaatunsa paranee. Potilas voi kokea monella tavalla ja reagoi aina yksilöllisesti elämäntilanteen muutokseen. Tuntemuksena niin potilaalla kuin lähiomaisilla voi olla ahdistus, kuolemanpelko, turvattomuus tai merkitsemättömyyden tunne. Jokainen potilas on aina ainutlaatuinen, ja se luo perustan henkisen tuen tarpeelle. Potilaan omat luonteenpiirteet, aiemmat kokemukset ja oman tilanteen eteneminen vaikuttaa kokemukseen. Jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen velvollisuutena on tukea henkisesti potilasta ja hänen lähiomaisiaan. (Toikkanen & Pohjolainen, 2015, 31.)

Henkisen tuen muoto voi vaihdella paljon. Se voi olla pelkästään potilaan kuuntelemista. Toisaalta se voi olla aktiivista keskustelua potilaan kanssa. Henkisen tuen muoto riippuu potilaan tarpeesta. Kuitenkin terveydenhuollon ammattilaisen käsitys tuen antamisesta hänen omassa työssään vaikuttaa henkisen tuen muotoon. Palliatiivisen potilaan tuen tarve voi muuttua elämäntilanteen vaihtuessa tai akuutissa tilanteessa sairauden suhteen. Henkisen tuen tulisi olla osa hoidon tavoitetta, toisaalta jos yksilö haluaa jättää henkisen puolen taka-alalle, tulee myös tätä toivetta kunnioittaa. Tällä hetkellä Suomessa terveydenhuollossa henkisen tuen antamisen keskustelu on jäänyt vähälle huomiolle, eikä ole esitetty yhdenmukaisia käytänteitä eikä ratkaisua mahdollisuuksia henkisen tuen antamiselle. (Louheranta ym. 2016, 235.)

Terveydenhuollon lainsäädäntöön ja etiikkaan perustuen potilaalla on oikeus henkiseen ja hengelliseen tukeen. Suomessa on tehty oma lainsäädäntö potilaan oikeuksista ja asemasta. Potilaan omaa henkilökohtaista yksityiselämää ja henkilökohtaista vakaumusta tulee kunnioittaa ja hänen ihmisarvoaan ei voi loukata. Kaikki ihmiset ovat perusoikeuksien mukaan yhdenvertaisia. Terveydenhuoltoa ohjaa eettiset periaatteet. Osana henkilön perus- ja ihmisoikeuksia on henkisen ja hengellisen vakaumuksen kunnioittaminen. Terveydenhuollon eettiseen periaatteeseen kuuluu itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus, potilaalla on oikeus hyvään hoitoon. (Louheranta ym. 2016, 234-235.)

Potilaan kokonaishoidon vastuu on lainsäädännön mukaisesti tällä hetkellä lääkäriellä. Lääkäri voi kuitenkin henkisen tuen tarpeen arvioinnissa tarvittaessa käyttää asiantuntija-apua ja siirtää tehtäviä toisille terveydenhuollon ammattilaisille. Potilaan kokonaisvaltaisen hoidon saavuttamiseksi on hyvä miettiä, onko tämä vastuunjako ajantasainen. Potilaan hoidon tarkoituksena on laaja-alainen hoito, joka on vaikuttavaa. Terveydenhuollon ammattilaisten on hyvä miettiä vastuunjakoja ja eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä. On tärkeää käydä keskusteluja ammattihenkilöiden välillä, jotta potilaan arvokas, laaja-alainen hoito toteutuu. (Louheranta ym. 2016, 238-239.)



Hoitajien palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittämiskohdiksi nousi sairaustilanteen tunnistamisen osaaminen, konsultaatio-osaaminen, vuorovaikutuksen kehittäminen omaisten ja palliatiivisten potilaitten tukemisessa ja tehtävänjaosta sopiminen moniammatillisessa työyhteisössä. Hoitajien täydennyskoulutuksen lisääminen nousi selkeästi kehittämiskohteeksi palliatiivisen potilaan ja saattohoito potilaan hoidon kehittämiseksi. Avoin keskustelu potilaan ja hänen läheistensä kanssa nousi tärkeäksi asiaksi, hoitajilla tulisi olla hyvä vuorovaikutusosaaminen. Vaikeistakin asioista keskustelu on tärkeää. Moniammatillisessa työyhteisössä työnjaosta sopiminen on merkityksellistä. Jos toimintasuunnitelma moniammatillisesta yhteistyöstä on kirjattu, se mahdollistaa henkilöstöressurssien suunnittelua. (Leppälä 2021, 51-57.)

### 3.3 Palliatiivisen potilaan henkisen tuen tarpeet

Henkisellä tuella tarkoitetaan elämän arvoja sekä sen tarkoitukseen liittyviä kysymyksiä. Se käsittelee myös ihmisen olemassaoloa. Henkistä tukea annettaessa on tarkoitus auttaa toista ihmistä tai hänen läheistään. Edellytyksenä henkisen tuen antamiselle on, että auttaja pystyy asettumaan autettavan tueksi. Auttajan tulee pystyä tukemaan autettavaa erilaisissa elämäntilanteissa ja pystyttävä kohtaamaan autettavan tuska, suru, mahdolliset kysymykset ja ajatukset. (Terveyskylä 2021.) Henkisellä tuella on tavoitteena saada luotua turvallisuuden tunnetta autettavalle. Keinoina on kuunteleminen ja läsnäolo autettavalle sekä realistisen toivon ja ohjeiden antaminen. Lähiomaisiin voidaan myös olla kontaktissa. (Punainen Risti 2014.)

Palliatiivisen hoidon piiriin kuuluvien syöpäpotilaiden on tutkittu saavan hyötyä varhaisesta palliatiivisen hoidon aloittamisesta. Masennus oireita saadaan varhaisella palliatiivisella hoidolla vähennettyä ja parannettua elämänlaatua. (Greer ym. 2017.)

Käypä hoidon (2019) mukaan palliatiivisen hoidon piirissä olevista potilaista n. 25%:lla on masennustiloja. 10%:lla on ahdistuneisuushäiriöitä ja sopeutumishäiriöitä n. 15%:lla potilaista. Palliatiivisessa hoidossa psyykkisten

oireiden tunnistaminen on erittäin tärkeää. Niillä on suuri merkitys elämänlaatua heikentävänä tekijänä. Masennus kehittyy usein jo varhaisessa vaiheessa. Hyvällä vuorovaikutuksella ja asianmukaisella hoidolla voidaan vähentää tuen tarvetta palliatiivisen potilaan hoidon kohdalla. Tuen osalta hoitohenkilöstö arvioi, onko somaattisen hoidon piiriin kuuluva henkinen tuki riittävää. Arvioidaan, tarvitaanko muiden ammattiryhmien tukea, kuten mielenterveystyön ammattilaisten. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito, 2019.)

Potilaan oireilun syynä on usein pelko. Pelkoreaktio on usein somaattisen ja psyykkisen oireilun taustalla. Oireilu voi muuttua voimakkaaksi somaattiseksi oireiluksi. Somaattinen oireilu voi muuttua voimakkaaksi psyykkiseksi ahdistukseksi. Potilasta voidaan tukea keskustelemalla ja rauhoittelemalla, niin että sairauteen ja sen etenemiseen liittyviä pelkoja saataisiin vähennettyä. Terveystyön henkilöstön vuorovaikutuksella potilaaseen on iso merkitys ja hän voi paremmin sopeutua sairauteensa. Potilaan kokemukseen ja sairauden käsittelyyn vaikuttaa aiempi eletty elämä ja aiemmat kokemukset. Keskustelemalla on hyvä tuoda hyviä muistoja aiemmasta elämästä ja kannustaa arvostamaan edelleen elettävää elämää. Terveystyön ammattilaisen tehtävänä on auttaa potilasta saamaan hallinnan tunteen, sekä vahvistaa potilaan omia voimavaroja. (Saarto ym. 2015, 218.)

Psykososiaalisella tuella voidaan parantaa palliatiivisen potilaan elämänlaatua. Potilaiden masennus tutkimuksen mukaan väheni. Kuitenkin todettiin, että vaikka samansuuntaisia tutkimustuloksia oli psykososiaalisen tuen merkityksestä jo aiemmin potilaan hoitoon, ei näitä ollut viety hoitoon mukaan. Tuloksia ei ollut hyödynnetty. (Steel ym. 2016; Maher & Mohammad 2022.)

Henkisen tuen puute tuli esille tutkimuksessa potilaiden kokemuksena. Potilailla ei ollut tietoa siitä, että olisi ollut mahdollisuus muiden ammattihenkilöiden kanssa keskusteluun. Tutkimuksessa tuli esille, että hoitopolun kehittäminen paransi potilaiden hoitoon pääsyä. Tässä tutkimuksessa hoitopolun kehittäminen toi mahdollisuuden potilaan kokonaisvaltaiseen ja yksilölliseen hoitoon. (Syväjärvi 2019, 51-54.)

### 3.4 Terveysthuollon ammattihenkilöiden osaaminen palliativisen potilaan henkisen tuen hoidossa

Sairaanhoitaja tarvitsee moniammatillisessa tiimissä toimimisessa laaja-alaista osaamista. Hoitajat tarvitsevat vahvaa vuorovaikutusosaamista työssään, hoitajalla tulee olla taito kuunnella potilasta ja omaisia. On myös tärkeä osata huomioida potilaitten ja omaisten yksilölliset tarpeet. Potilaan ja omaisten selviytymisen tukeminen kuuluu olennaisesti osana työhön. Tutkimuksen mukaan hoitotyön ammattilaisilta odotetaan laaja-alaista osaamista palliativisessa hoidossa. Hoitajan tulee osata kohdata potilaat ja omaiset ja vuorovaikutusosaamisen merkitys korostuu. Vuorovaikutusosaamisen kehittämistä tulisi lisätä sairaanhoitajien koulutuksessa ja kiinnittää huomiota ihmislähtöisen palliativisen hoidon koulutuksen lisäämiseen. (Vihelä ym. 2020, 279-283.)

Sairaanhoitajien kokemuksia tutkittiin syöpäpotilaiden psykososiaalisen tuen ongelmakohtien suhteen. Ongelmakohtiksi nousi sairaanhoitajien näkökannalta resurssin vähäisyys ja ammattitaidon puute. Hoitajat olivat epävarmoja omasta, kuin myös kollegoiden osaamisesta. Erityisesti potilaan ahdistuksen kohtaaminen aiheutti osaamattomuuden tunnetta. Sairaanhoitajien epävarmuus saattoi johtaa siihen, että tunnepuolen asioista, eikä hankalista asioista haluttu puhua ollenkaan potilaitten kanssa. Saatavilla olevista palveluista ei ollut tietoa, eikä tiedetty muiden ammattiryhmien työnkuvia. Potilaita koettiin olevan paljon ja hoitajat kokivat, että potilaiden tukemiseen ei ollut riittävästi mahdollisuuksia. Tilojen ja ajanpuute nousivat keskeisiksi kysymyksiksi resurssiin liittyvässä ongelmakohtadassa. Lyhyet hoitokontaktit rajoittivat ajallisesti potilaan kanssa vietettyä aikaa, ja hoitaja herkästi keskittyi kliinisen puolen hoitamiseen. Osa potilaista koki hoitajien työtahdin kiireiseksi, eikä halunnut vaivata hoitajia omilla ongelmillaan. Hoitajien kokemuksena oli pettymys siitä, että kaikille potilaille ei löytynyt riittävästi tukipalveluja. Tutkimuksessa tuli myös esille toimintakäytäntöjen sekavuus. Eri tahojen välisessä yhteistyössä oli puutteita ja syöpäpotilaan tuen saanti heikkeni tämän vuoksi. (Harju ym. 2020, 5-8.)

### 3.5 Moniammatillinen yhteistyö palliativisen potilaan hoidossa ja sen haasteet

Moniammatillinen yhteistyö voi olla työyhteisössä yhteistyön muoto, joka voi olla sisäinen tai ulkoinen. Moniammatillinen työryhmä voi muodostua asian tai ongelman ympärille ja toimia niin kauan, että ongelmaan on saatu ratkaisu. Tällainen ryhmä voi toimia hyvin pitkäaikaisestikin. Tärkeässä roolissa tällaisessa ryhmässä on potilas ja hänen läheisensä. Ryhmä toimii aina potilaslähtöisesti ja häntä kuullaan sekä arvostetaan yksilönä.

Moniammatilliseen työskentelyyn vaikuttaa useampi osa-alue.

Moniammatillisessa työryhmässä ryhmän jäsenet luottavat toistensa ammattitaitoon. Ryhmässä on mahdollista uudistaa toimintakäytäntöjä ja palveluja, jolloin potilas voi saada paremman hyödyn palvelusta.

Työskentelyssä on tärkeää olla joustava ja mahdollisesti omaksua uusia rooleja moniammatillisessa yhteistyössä. On hyvä luoda yhteisiä tavoitteita.

(Mönkkönen ym. 2019, 15-18.)

Asiantuntijaryhmä tunnisti kehittämistarpeita, jotka toteutuvat tällä hetkellä heikosti suosituksesta huolimatta. Alueellinen tarjonta ei ole yhdenvertaista. Kehittämistarpeina tunnistettiin myös se, että palliativisen hoidon erityisosaamista ei ole saatavilla ja viiveetön ja joustava konsultaatiotuki ei ole saatavissa. Riittävä osaamisen varmistaminen on tärkeää palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa, niin että kaikki potilaat saavat elämänsä loppuvaiheessa asianmukaista hoitoa ja tukea. Palliativisen hoidon ja saattohoidon opetusta tulisikin lisätä, sekä perus-, jatko-, että erikoistumiskoulutuksiin. Psykososiaalisen tuen tarve tulee huomioida sekä potilaan, että hänen läheistensä kohdalla ja sen tulee olla tarve lähtöistä ja yhdenvertaista. (Saarto & asiantuntijaryhmä, 2017, 12.)

Palliativisessa hoidossa moniammatillisen tiimin työskentelyä on seurattu Brasiliassa. Kommunikointi kyky näissä tiimeissä todettiin välttämättömäksi. Se paransi tiimin jäsenten, potilaiden ja omaisten välistä yhteistyötä. Tiimin jäsenet osoittivat sitoutumishalukkuutta hoidon parantamiseen, kun jäsenten välinen kommunikaatio toimi tiimeissä. Palliativisen hoidon koulutus nousi tärkeäksi kehitettäväksi kohteeksi. (Borba ym. 2020.)

## 4 Kehittämiprojektin kehittämismenetelmät

### 4.1 Benchmarking

Tässä kehittämissuorjektissa toteutettiin tutustuminen kahteen palliatiiviseen yksikköön. Benchmarking toteutettiin etänä Teamsin välityksellä yksiköihin. Yksiköihin lähetettiin ennalta alustavia kysymyksiä, joita käytiin palaverin yhteydessä keskustelemalla läpi (Liite 1). Tutustuminen Salon sairaalan palliatiiviselle poliklinikalle toteutettiin 2/2023. Salon palliatiivinen poliklinikka toimii VARHAN alueella Salon sairaalan palliatiivisen osaston (osasto 7) yhteydessä. Kanta-Hämeen keskussairaalan palliatiiviselle poliklinikalle tutustuminen toteutettiin 3/2023. Poliklinikka toimii Oma-Hämeen hyvinvointialueella yhteistyössä saattohoitokodin kanssa. Tutustumisella toisten yksiköiden toimintaan saatiin tietoa, miten palliatiivisten potilaiden henkinen tuki toteutuu ja onko muissa yksiköissä kuvattu yhteistyömallia mielenterveys- ja päihdeyksiköihin.

Benchmarking-menetelmän avulla toisilta työyhteisöiltä voidaan ottaa oppia ja oman työn kehittäminen mahdollistuu. Muissa työyksiköissä kokeiltuja työtapoja voidaan hyödyntää omien käytäntöjen kehittämiseen omassa organisaatiossa. Tyypillisin Benchmarking muoto on tehdä vertaisvierailu toisiin yksiköihin. Käytännössä toisiin yksiköihin voidaan tehdä vertaisvierailu ja vaihtaa kokemuksia yksiköiden toiminnasta. Vierailut toteutetaan sovituksi kahteen tai useampaan yksikköön. (Sauristo & Parikka 2014.)

### 4.2 Työpajatoiminta

Tässä kehittämissuorjektissa hyödynnettiin kehittämismenetelmänä työpajamenetelmää. Kehittämissuorjektissa järjestettiin 3 erilaista työpajaa. Työpajojen pohjalta saatiin luotua yhteistoimintamalli palliatiivisen potilaan henkisen tuen kuvaamiseksi. Työpajoissa käytettiin erilaisia menetelmiä työkaluina. Työpajat järjestettiin kevään 2023 aikana.

Työpajalla eli Workshopilla tarkoitetaan tapahtumaa tai tapaamista. Siinä osallistujat erilaisin vuorovaikutuksellisin menetelmin ja välinein osallistuvat yhteistoimintaan. Tarkoituksena työpajassa on vaihtaa ajatuksia, mielipiteitä, tietoja ja ideoita sekä keskustella erilaisista näkemyksistä kehitettävään asiaan. (Salonen ym. 2017, 63.)

Työpajaan osallistuu yleensä 6-15 henkilöä. Kun työpajan henkilömäärä ei ole kovin suuri, se luo mahdollisuuden kaikille osallistujille tulla kuulluksi. Ne on suunniteltu henkilöille, jotka työskentelevät yhdessä tai työskentelevät samalla alalla. Työpajaa johtaa yleensä sellainen henkilö, jolla on kokemusta käsiteltävästä aiheesta. Osallistujat ovat aktiivisia ja pystyvät vaikuttamaan työpajan sisältöön. (Community Tool Box, N.d.)

Ensimmäisessä työpajassa selvitettiin palliatiivisen poliklinikan ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden henkilöstön näkemykset henkisen tuen toteutumisesta ja sen haasteista. Työpajassa kartoitettiin henkisen tuen toteutumista. Osallistujat keskustelivat pareittain henkisen tuen toteutumisen nykytilasta. Keskustelua ohjaamaan käytettiin kysymyslomaketta, joka ohjasi keskustelua. (Liite 2) Toisena menetelmänä käytettiin SWOT-analyysia (Liite 3). SWOT-menetelmää käytetään yksinkertaisena työvälineenä. Analyysin kohteena voi tässä menetelmässä olla joku yksittäinen aihe tai laajempi kokonaisuus. Siinä kirjoitetaan taulukkoon, nelikenttämäisen mallin mukaisesti sisäiset mahdollisuudet ja uhat sekä ulkoiset mahdollisuudet ja uhat. Vasempaan puoliskoon kirjoitetaan myönteiset asiat ja oikeaan negatiiviset asiat. Siinä yläosa kuvaa nykytilaa ja alaosa tulevaisuutta. Näiden tietojen pohjalta pystytään tekemään päätelmiä vahvuuksista, heikkouksista ja tulevaisuuden uhista, sekä niiden välttämisestä. (Salonen ym. 2017, 57.)

Toisessa työpajassa esiteltiin opinnäytetyöhön liittyvä tietoperusta ja sen tulokset palliatiivisen potilaan henkisen tuen toteutumisesta tutkitun tiedon pohjalta. Esitys toteutettiin PowerPoint esityksenä. Työpajaan osallistui projektiryhmä. Toisessa työpajassa selvitettiin kuvaus potilaista, jotka voisivat hyötyä mielenterveys- ja päihdepalveluihin ohjaamisesta. Työpajan tarkoituksena oli esittää tutkittuun tietoon perustuvaa pohjaa ja saada

teoriatietoa työpajaan osallistuville. Tavoite oli pohjustaa teoriatietoa työpajaan osallistuville ja helpottaa työpajoissa työskentelyä. Työpajassa kuvattiin potilas tapaus (Liite 4).

Työpaja toteutettiin dialogisella keskustelulla. Dialogisella keskustella haluttiin saada kaikkien työpajoihin osallistuvien näkemykset käsiteltävästä aiheesta esille. Dialogisen keskustelun tapa on avointa ja suoraa. Tässä tavassa hyväksytään eri osallistujien näkemykset käsiteltävästä asiasta. (Salonen ym. 2017, 61.) Dialogisen keskustelun ajatuksena on tasa-arvoisuus osallistujien kesken. Jokaisen mielipide ja näkemys on yhtä tärkeää. Tarkoituksena keskustelussa on kuunnella tarkkaan toisten näkemykset keskusteltavasta asiasta. Jokainen miettii ja arvioi keskustelussa omia näkemyksiään. Jokainen osallistuja tarkastelee omia oletuksiaan ja asettaa ne kyseenalaiseksi. Pyrkimyksenä on päästä aitoon keskusteluun ja saada kaikkien osallistujien näkökulma esiin. (Erätauko- dialoginen keskustelu N.d.)

Kolmannessa työpajassa selvitettiin, miten potilaat saadaan käytännössä ohjattua sujuvasti mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Kolmas työpaja järjestettiin kevään 2023 aikana. Menetelmänä tässä työpajassa käytettiin Aivorihtä. Aivorihtien tavoitteena on saada paljon erilaisia ideoita. Kaikki osallistujat osallistuvat ideointiin. Ajatuksena on, että suuri määrä ideoita antaa paremmat mahdollisuudet löytää kehityskelpoisia ideoita. Osallistujia määrä on 5-12 henkilöä. (Aivorihti N.d.) Menetelmän alkuvaiheessa määritellään, mihin ongelmaan haetaan ratkaisua. Kaikki ideat kirjataan ylös. Ajatuksena on antaa tilaa muiden ideoille, eikä miettiä toisten ideoiden huonoimpia puolia. Parhaat tulokset tulee usein spontaaneilla, viltteillä ideoilla. Tässä menetelmässä kannustetaan kehittämään muiden osallistujien ideoita ja tunnustetaan niiden potentiaalisuus. (Salonen ym. 2017, 59.)

## 5 Kehittämiprojektin tulokset

### 5.1 Benchmarking Salon palliatiivinen poliklinikka

Salon palliatiivinen poliklinikka on ollut toiminnassa 10 vuotta Salon sairaalan osastojen yhteydessä. Toimintaa poliklinikalla on 5 arkipäivänä viikossa. Poliklinikalla työskentelee 1 sairaanhoitaja päivittäin sekä lääkäriresurssia on saatavilla arki-iltapäivisin sekä vastaanottojen muodossa kahtena iltapäivänä viikossa. Potilaita on keskimäärin 40-50. Potilasmäärät vaihtelevat.

Potilaat ovat tuoneet hoitajille ilmi henkisen tuen tarvetta. Ajoittain tarve tulee ilmi pelkästään lähetteen perusteella. Tuen tarve voi ilmetä turvattomuuden tunteena. Joskus oireista keskusteleminen tuntuu hyvin hankalalta. Voinnin ja tilanteen seuranta voi joskus olla kovin sekavaa. Monesti potilaat ovat väsyneitä hoidon pirstaloituneisuuteen. Muut oireet voivat myös vahvistua, jos henkinen hyvinvointi ei ole kunnossa. Luottamuksen syntyminen henkilökunnan ja potilaan välille vie myös monesti aikaa.

Henkisen tuen toteuttaminen koettiin haasteelliseksi. Muista yksiköstä henkisen tuen saaminen oli haasteellista. Jos potilaalla oli aiempi kontakti mielenterveys ja päihdeyksikköön, oli kontaktin saaminen helpompaa. Monesti potilaat toivoivat kotikäyntejä henkisen tuen saamiseksi. Kotikäyntien toteuttamisen haasteena oli resurssit, kotikäynnit vievät paljon aikaa. Resurssit ovatkin yksi tärkeä haastava tekijä henkisen tuen toteutumiseksi eri yksiköissä. Yhtenä haastavana tekijänä oli henkilöstön osaaminen henkisen tuen antamiseksi palliatiiviselle potilaalle. Palliatiivisen potilaan henkisen tuen tarve on erilaista ja se vaatii erityisosaamista. Kokemuksena oli, että tähän on huonosti saatavilla koulutusta ja osaamisen vahvistaminen onkin hankalaa koulutus mahdollisuuksien puuttuessa.

Palliatiivisen poliklinikan sairaanhoitajat tarjoavat henkistä tukea ja keskusteluapua. Voinnin seurannan tukena on käytössä ESAS-oirekysely kaavake. Kyselyssä kartoitetaan erilaisia oireita, kuten ahdistusta, masennusta ja unettomuutta. Lopussa kysytään, onko tarve erikoistyöntekijän tapaamiselle.



Kyselyn kautta tulee henkisen tuen asiat otettua viimeistään puheeksi. Tarvittaessa voidaan joskus järjestää osastohoitojakso tukiosastolle, jos tilanne vaikuttaa haastavalta. Nyt uutena asiana vuoden vaihteessa on aloittanut osastolla psykiatrinen sairaanhoitaja, joka on tarvittaessa käytettävissä myös palliatiivisella poliklinikalla. Psykiatrisen sairaanhoitajan työaika jakautuu 5 osastolle ja palliatiiviselle poliklinikalle.

Tällä hetkellä potilaita ei ohjaudu mielenterveys- ja päihdeyksikköön suoraan. Depressiohoitajaa on muutama kerta hyödynnetty masennusoireilussa. Palliatiivisen potilaan masennus on kuitenkin oma-aihealueensa. Palliatiivisen hoidon piirissä olevan potilaan hoito on omanlaisensa kriisi. Joskus potilaat ohjautuvat kriisikeskus Etappiin. Jos on päihdeongelmaa samalla, niin myös päihdeklinalle saattaa potilaita ohjautua. Joskus potilaita voidaan ohjata myös seurakunnan perheasiainneuvottelukeskukseen.

Potilaat ohjautuvat toisiin yksiköihin soittamalla. Potilaisiin otetaan kontakti aina yksiköstä, eikä potilaan tarvitse itse huolehtia yhteydenottamisesta. Potilaat ohjautuvat oman tarpeen perusteella muihin yksiköihin. Tiedon siirtyminen ulkopuolisista yksiköistä on hankalaa. Myös tiedonkulun paikasta toiseen koetaan haastavaksi. Yhteistyömallia tai prosessikuvausta ei ole kuvattu. Palliatiivisen potilaan ja saattohoitopotilaan prosessi on kuvattu. Prosessikuvauksessa on kuvattu yhteistyökumppanit.

## 5.2 Benchmarking Kanta-Hämeen keskussairaalan palliatiivinen poliklinikka

Kanta-Hämeen keskussairaalan palliatiivinen poliklinikka toimii viitenä arkipäivänä viikossa. Poliklinikalla on sairaanhoitaja ja lääkäri resurssia on saatavilla jokaiselle arkipäivälle. Alueen väestöpohja on n. 60 000 asukasta.

Palliatiiviselle poliklinikalle ohjautuu niitä potilaita, joista herää huoli tai hoitaja näkee, että henkisen tuen tarvetta voisi olla. Potilaan tulee olla kuitenkin itse halukas hakeutumaan henkisen tuen piiriin.

Potilaan ohjautuessa palliatiiviselle poliklinikalle, kartoitetaan potilaan henkisen tuen tarvetta. Kokemuksena on, että potilaat usein kokevat henkisen tuen

tarpeen vähäisenä, erityisesti ensireaktiona. Potilaat eivät välttämättä halua myöntyä tai koe tarvitsevansa henkistä tukea.

Haasteena hoitajat kokevatkin, että resurssia alueella olisi saatavilla, mutta tuen tarve on vähäistä. Resurssit ovat alueella hyvät ja niiden puitteissa henkistä tukea olisi hyvin saatavilla. Haasteena onkin, miten potilaita saataisiin ohjattua alueella paremmin henkisen tuen piiriin. Potilaita ohjautuu tarvittaessa teologille, jolla on myös kriisityöntekijän pätevyys. Lisäksi potilaita ohjautuu alueella psykiatriselle sairaanhoitajalle, psykologille ja psykiatrille.

Potilaat ohjautuvat puhelinoiton perusteella muuhun yksikköön tarvittaessa. Potilastiedot siirtyvät tarvittaessa yksiköstä toiseen. Käytössä on yhteinen potilastietojärjestelmä, jonka avulla tietoa saadaan tarvittaessa siirtymään yksiköiden välillä. Yksikössä ei ole kuvattu henkisen tuen mallia palliativisen poliklinikan potilaille, eikä yksikössä ole tehty prosessikuvausta aiheeseen liittyen. Benchmarking tuloksista tehtiin yhteenvetona taulukko ( Liite 5).

### 5.3 Työpajatoiminta

Kunkin työpajan kesto oli 2 tuntia. Työpajatoiminnalla kartoitettiin henkilöstön näkemystä palliativisen hoidon piiriin kuuluvien potilaiden henkisen tuen saannin nykytilasta ja henkisen tuen saamisen haasteista. Selvitettiin kuvaus siitä, ketkä potilaat hyötyisivät mielenterveys ja päihdepalveluihin ohjaamisesta. Tavoitteena työpajoilla oli kehittää yksiköiden yhteistyötä ja kuvata yhteistoimintamalli.

#### 5.3.1 Nykytila henkisen tuen toteutumisesta palliativisella poliklinikalla ja sen haasteet

Ensimmäinen työpaja järjestettiin 31.1.2023. Työpajassa kartoitettiin henkisen tuen saamisen nykytilaa ja tuen saamisen haasteita henkilöstön näkemyksen mukaan. Työpajaan osallistui 4 sairaanhoitajaa palliativiselta poliklinikalta ja 1 sairaanhoitaja mielenterveys- ja päihdepalveluista sekä projektipäällikkö. Ensin kartoitettiin henkisen tuen saamisen nykytilaa. Osallistujat jaettiin 2 ja 3 hengen ryhmiin. Osallistujat saivat ryhmittäin lomakkeen, joka ohjasi kysymyksiä

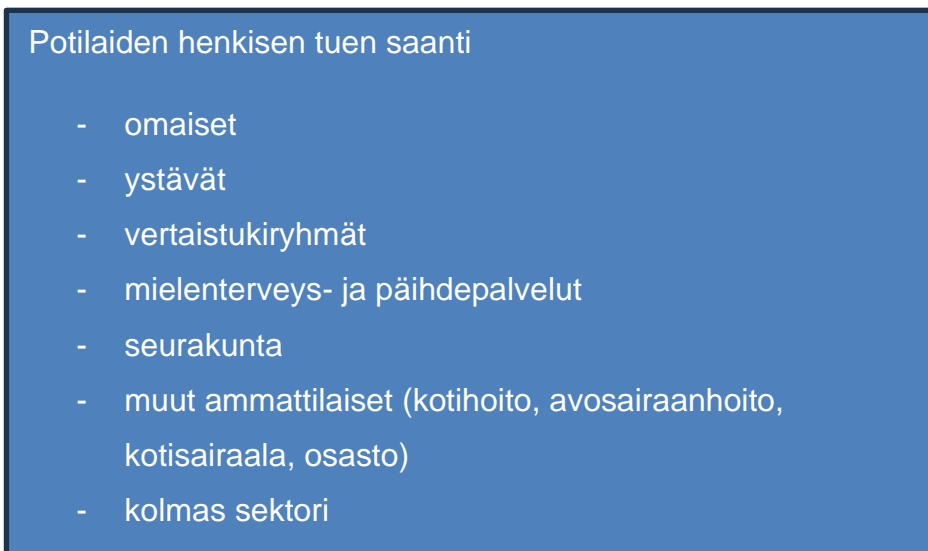
henkisen tuen nykytilan toteutumisesta (Liite 2). Lomakkeiden täytön jälkeen käytiin vielä yhteistä keskustelua nykytilan toteutumisesta.

Tulosten pohjalta henkisen tuen saanti on tällä hetkellä vaihtelevaa yksikössä. Potilaan kokonaistilanteen hahmottamisen osaamisessa voi olla haastetta. Henkilöstöä mietityttää, osaako potilaalta kysyä oikeat kysymykset hetkessä. Potilaat monesti pyytävät lääkinnällistä apua oireiluun. Oireiluna voi olla ahdistusta, levottomuutta ja unettomuutta. Potilaat saavatkin herkästi myös tarvittaessa lääkinnällistä apua oireisiinsa. Potilaille voisi kuitenkin tarjota myös muuta apua. Vapaaehtoistoiminnan kautta apua ei ole tällä hetkellä tarjottu vaihtoehtoisena. Keskusteluja on käyty syöpäyhdistyksen kanssa asiasta.

Tällä hetkellä potilaita on alkanut ohjautua mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Potilaat ovat ohjautuneet yksikköön tiedoksi-viestinä. Koetaan, että puhelinsoitolla ei ole saatu yhteyttä tai vastausta yksiköstä. Myös tiedon siirtyminen yksiköstä toiseen on ollut tällä hetkellä haastavaa. Osan potilaista kohdalla mielenterveys- ja päihdepalveluiden kontaktia ei ole tullut, vaikka yksiköstä on luvattu olla yhteydessä. Yhteistyön ja kommunikaation koettiin olevan haastavaa.

Potilaat tuovat itse henkisen tuen tarvetta ilmi palliatiivisen poliklinikan vastaanotto käynneillä. Potilaat ovat tuoneet ilmi tarvetta keskustella ahdistuksesta ja mieltä painavista asioista ammattilaisen kanssa. Joskus voi olla tilanne, että ei haluta kuormittaa omia lähiomaisia jaksamiseen liittyvillä asioilla. Hoitosuhteen luominen kestää jonkin aikaa. Potilaat eivät välttämättä halua keskustella henkisen tuen tarpeen asioista ensimmäisellä hoitokontaktilla. Keskustelu yhteys ja luottamus muodostuu pikkuhiljaa. Henkisen tuen tarvetta kartoitetaan vastaanotolla ESAS-kyselyllä. ESAS-kysely kaavakkeessa on oma osionsa, jossa kartoitetaan psyykkistä jaksamista. Haastetta aiheuttaa se, mitä mikäkin asia tarkoittaa potilaalle itselleen. Masennus voi sanana tarkoittaa toiselle potilaalle ihan eri asiaa kuin toiselle. Unettomuuden kartoittaminen vastaanotolla koetaan hyvänä mittarina kartoitettaessa jaksamista.

Tällä hetkellä potilaat saavat henkistä tukea omilta omaisiltaan, ystäviltä, palliatiivisen poliklinikan hoitajilta, lääkäriltä, vertaistukiryhmistä, mielenterveys- ja päihdepalveluista, seurakunnasta, kotihoidosta, avosairaanhoidosta, muulta hoitohenkilökunnalta sekä kolmannelta sektorilta.



Kuvio 2. Potilaiden henkisen tuen saanti

SWOT-analyysiin pohjautuen kartoitettiin henkisen tuen toteutumisen haasteita. Kartoitettiin vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia. Jokainen työpajaan osallistunut täytti itse SWOT-analyysi kaavakkeen paperille (Liite 3). Vahvuuksina henkisen tuen saantiin palliatiivisen potilaan potilailla koettiin laadukas palliatiivinen hoito, potilaan kotona pärjäämisen turvaaminen, potilaan oiretaakan minimointi, moniammatillisen yhteistyö, sama tietokonejärjestelmä, ammattitaitoiset työntekijät, pieni yksikkö, tiheät yhteydenottovälit potilaaseen, kiireettömyys, erikoisosaaminen mieleen liittyvissä tekijöissä, henkilöstöresurssi, mahdollisuus reagoida nopeastikin tilanteeseen, mielenterveys- ja päihdeyksiköllä sivutoimipisteet Taivassalossa ja Vehmaalla, vastaanottoajan pituus 45min-1,5h, kiireetön työskentely sekä tilanteesta tehdään kiireetön potilaalle.

Heikkouksina nähtiin, ettei potilaan henkisen tuen saannin jatkohoitoa ole välttämättä tarjota laajemmin. Hoito on erikoisalaa. Tietokoneohjelman käyttö yksiköiden välillä vaihtelee. Potilaat eivät aina välttämättä tiedosta henkisen tuen tarvetta. Joskus heikkoutena voi olla ajan puute ja ajan käyttäminen. Sairauden eteneminen ja perussairaudet vaikuttavat jaksamiseen ja yleisvointiin.

Mahdollisuuksina koettiin potilaan avun saaminen omassa tilanteessa. Moniammatillinen yhteistyö ja työnantajan tuki toiminnan kehittämiseksi koettiin mahdollisuuksina. Potilasta voidaan auttaa voimaan paremmin ja helpottaa oloa. Kehittämistyöllä on rajattomat mahdollisuudet, henkilöstö pääsee syventymään niin paljon kuin haluaa. Perheen ja läheisten tuen tarve jatkohoitoon mahdollistuu. Lisäksi on mahdollisuus luoda hyvä kokemus, ennaltaehkäistä ongelmia ja mahdollistaa kunniallinen kuolema.

Uhkina koettiin aika- ja resurssipula, hoidon hajaantuminen sekä informaation siirtymättä jääminen. Luottamus- ja hoitosuhde ei ehdi aina syventyä. Resurssien käyttö voi jäädä tehottomaksi. Uhkana koettiin myös se, saavatko potilaat oikean tuen, saavatko apua tarvitsevat potilaat tuen, henkisen tuen huomioiminen voi jäädä toteutumatta ja yhteistoiminta sekä moniammatillisuus ei toimi.

Taulukko 1. SWOT-analyysin tulokset henkisen tuen antamisen haasteista

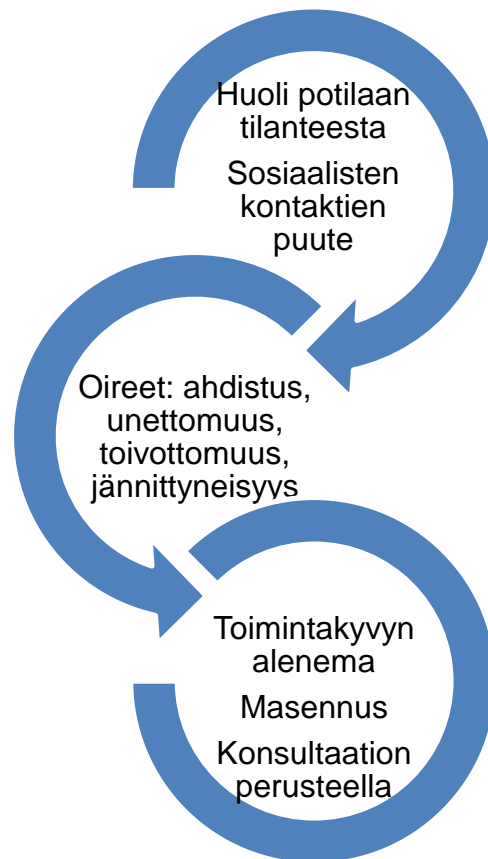
Vahvuudet	Heikkoudet
<ul style="list-style-type: none"> <li>- erikoisosaaminen ihmisen mieleen liittyvissä asioissa</li> <li>- henkilöstöresurssi ja aika</li> <li>- kiireettömyys</li> <li>- nopea reagointi mahdollista</li> <li>- pieni yksikkö</li> <li>- tiheät yhteydenottovälit</li> <li>- yhteinen tietokoneohjelma</li> <li>- ammattitaitoiset työntekijät</li> <li>- potilaan kotona pärjäämisen turvaaminen</li> <li>- laadukas palliatiivinen hoito</li> <li>- potilaan oiretaakan minimointi</li> <li>- moniammatillinen yhteistyö</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aina ei tiedosteta henkisen tuen tarvetta</li> <li>- ajan puute</li> <li>- erikoisalaa</li> <li>- sanat eivät aina riitä</li> <li>- jatkohoitoa ei ole aina tarjota laajemmin</li> <li>- pieni yksikkö</li> <li>- hoidon hitaus</li> <li>- sairauden nopea eteneminen</li> <li>- perussairauden vaikutus jaksamiseen ja yleisvointiin</li> </ul>
Mahdollisuudet	Uhat
<ul style="list-style-type: none"> <li>- potilas saa avun ja tuen tilanteeseen</li> <li>- perheen ja läheisten tuen tarpeen huomiointi</li> <li>- kehittämistyöllä rajattomat mahdollisuudet</li> <li>- pääsee syventymään niin paljon kuin haluaa</li> <li>- auttaa potilasta jaksamaan paremmin ja helpottaa oloa</li> <li>- moniammatillinen yhteistyö</li> <li>- työnantajan tuki toiminnan kehittämiselle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- henkisen tuen tarve jää huomioimatta</li> <li>- yhteistoiminta ja moniammatillisuus ei toimi</li> <li>- resurssipula</li> <li>- aikapula</li> <li>- hoidon hajaantuminen</li> <li>- luottamus- ja hoitosuhde ei ehdi syventyä</li> <li>- resurssien tehokas käyttö</li> <li>- saavatko oikeat potilaat henkisen tuen</li> </ul>

### 5.3.2 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden piiriin ohjaus

Työpajassa kartoitettiin, ketkä potilaat hyötyisivät mielenterveys- ja päihdepalveluihin ohjaamisesta sekä kuvattiin potilas ”CASE”. Työpaja 2 järjestettiin 14.2.2023. Työpajaan osallistui 2 sairaanhoitajaa palliativiselta poliklinikalta ja 1 sairaanhoitaja mielenterveys- ja päihdepalveluista sekä projektipäällikkö. Dialogisella keskustelulla kartoitettiin potilaita, jotka voisivat hyötyä henkisen tuen osalta mielenterveys- ja päihdepalveluihin ohjaamisesta. Potilas ”CASE” kuvaamista helpottamaan annettiin täytettäväksi kuvaus kysymykset (Liite 4).

On vaikeaa suoraan profiloida henkilöitä, jotka hyötyisivät mielenterveys ja päihdepalveluihin ohjaamisesta. Potilaan oireiluna voi olla ahdistuneisuutta, unettomuutta, alavireisyyttä, toivottomuutta, jännittyneisyyttä, juttu voi pyöriä sairauden ympärillä. Joskus tilanne voi olla sellainen, että henkilö ei pysty ajattelemaan muuta kuin sairauttaan. Toimintakyky voi olla alentunut. Sosiaaliset kontaktit voivat puuttua. Joskus on tilanne, että potilas ei halua kuormittaa omia lähiomaisia, ja kaipaa sitten ammattiapua keskusteluun.

Hyvänä mittarina hoitoon ohjaamisessa on huolen herääminen potilaan tilanteesta. Joskus somaattiset oireet voivat myös lisätä psyykkistä kuormitusta. Kun potilaan oireet eivät ole ohimeneviä voi tulla kriisi tilanne. Kriisiin on luonnollista reagoida. Kuitenkin jos stressireaktio jää päälle kriisitilanteessa, voi olla hyvä saada keskusteluapua. Joskus ajattelu voi jäädä pyörimään tietynlaista kehää ja ajattelu kapeutua. Potilaalla ei ole välttämättä ketään, jonka kanssa keskustella. Terapeuttinen keskustelu ja lääkitys on tehokkaampaa yhdessä, kuin yksinään. Hyvänä mittarina potilaan tilanteesta on konsultoida mielenterveys- ja päihdepalveluiden ammattilaista, jos on epävarma, miten tilanteessa tulisi edetä.



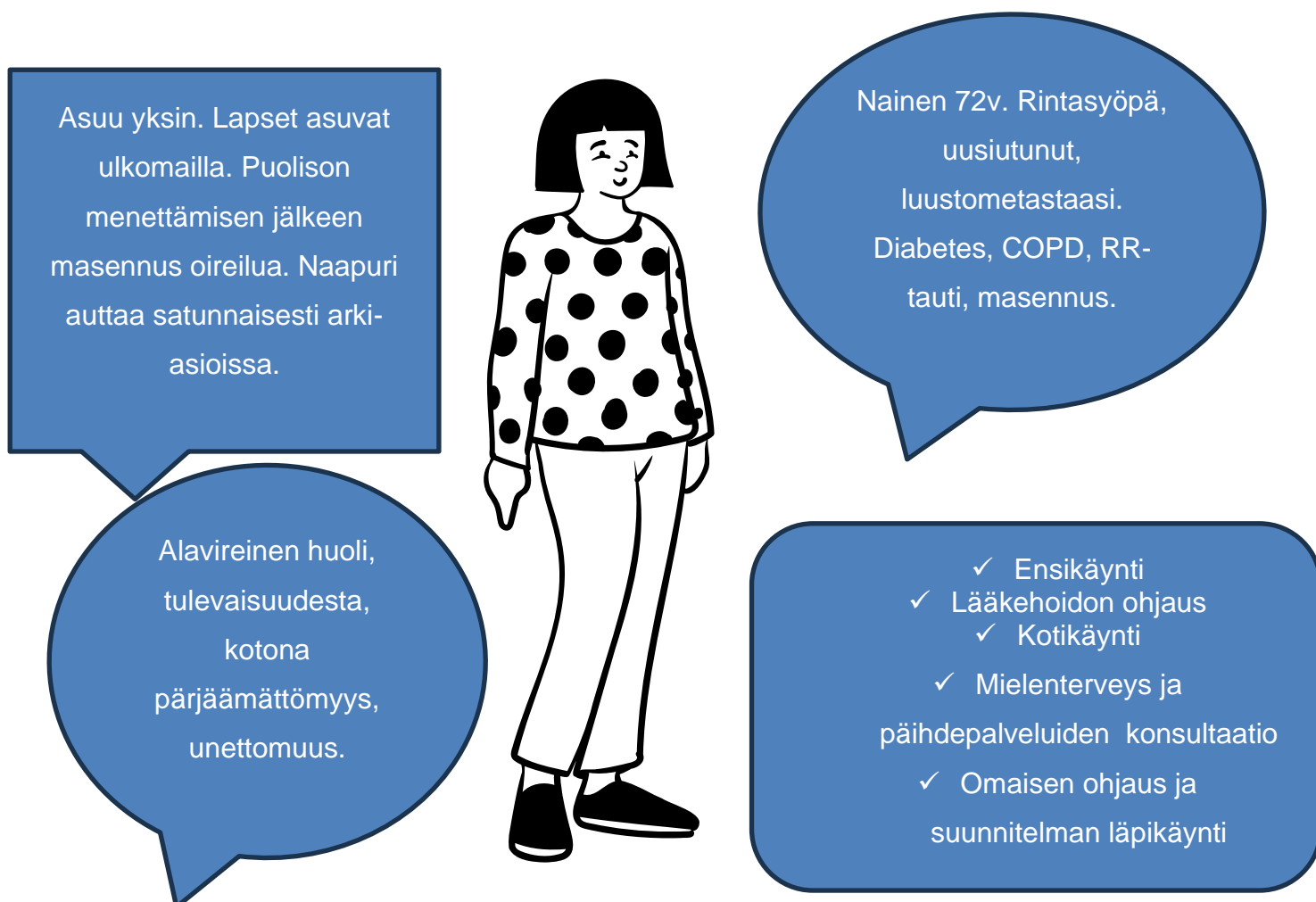
Kuvio 3. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden piiriin ohjattavan mahdollinen oirekuva

Konkreettisina mittareina potilaan henkisen kokemuksen kartoittamiseksi toimii jo käytössä oleva ESAS-mittari. Mittari tehdään ensi käynnillä. Sen jälkeen mittaus toteutetaan 3 kuukauden välein. Masennusseulan voisi tehdä ESAS-mittauksen rinnalla jatkossa. Palliativisen poliklinikan lääkäri tekee myös arviota potilaan tilanteesta. Potilaasta on hyvä tarvittaessa konsultoida mielenterveys- ja päihdepalvelua. Konsultaation voi tehdä tiedoksi viestinä tietokonejärjestelmän kautta tai konsultoimalla suoraan puhelimitse yksikköä. Konsultaatio menee yksikössä suoraan psykiatrille. Myös lääkekonsultaatiota voi erikseen tehdä. Tärkeää potilaan siirtymisessä on potilaan oma halu ja motivaatio saada apua toisesta yksiköstä. Jatkossa hyvänä käytänteenä on lähettää jo ennen palliativisen poliklinikan vastaanottoa käyntiä ESAS-mittari ja



muut tarvittavat mittarit kotiin täytettäväksi. Näin potilaalla olisi jo mietittynä myös henkistä tukea vaativat asiat.

Työpajassa 2. kuvattiin potilas ”CASE”. Kuvaus potilaasta, joka voisi hyötyä malliesimerkkinä mielenterveys- ja päihdepalveluihin ohjaamisesta. Kuvaus tehtiin ryhmässä. Ohjaavana kuvauksessa oli lomake, johon kirjattiin tarvittavia tietoja tapausta varten (Liite 3 ).



Kuva 1. Potilas ”CASE”

### 5.3.3 Ohjaamisen keinot mielenterveys- ja päihdepalveluihin

Kolmannessa työpajassa pohdittiin keskustelemalla, miten potilaat ohjautuvat mielenterveys- ja päihdepalveluihin palliatiiviselta poliklinikalta. Työpaja järjestettiin 28.2.2023. Työpajaan osallistui 4 sairaanhoitajaa palliatiiviselta poliklinikalta ja osastonhoitaja kotisairaalaista sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden sairaanhoitaja. Työpajan menetelmänä käytettiin aivorihtä.

Potilaat ohjataan mielenterveys- ja päihdepalveluiden piiriin tiedoksi viestein. Tiedoksi viestillä pystytään nimeämään henkilö tai yksikkö kirjauksen yhteyteen. Henkilö tai yksikkö, joka on tiedoksi viestillä nimetty, saa omalle työlistalle viestin tulleesta viestistä tietokoneohjelman sisällä. Työlistalta poimitaan hoidettavat asiat. Tiedoksi viestit ohjautuvat mielenterveys- ja päihdepalveluiden lääkärille suoraan, josta lääkäri ohjaa tehtävät eteenpäin. Tilanteesta riippuen viesti siirretään jollekin yksikön hoitajista. Tällä hetkellä tehtävät siirtyvät kaikille yksikön hoitajille. Erityisosaamista palliatiivisen hoidon piiristä ei tällä hetkellä ole. Yhteydenottoon vastataan viikon sisällä siitä, kun viesti on saapunut yksikköön. Palliatiiviselle poliklinikalle on mahdollista lähettää oma tiedoksi viesti ja myös mielenterveys- ja päihdepalveluiden piiriin on oma tiedoksi viesti listansa.

Toisena vaihtoehtona on soittaa suoraan VIP-numeroon mielenterveys- ja päihdepalveluihin, jolloin voidaan suoraan keskustella tilanteesta ja sopia jatkoista. VIP-puhelimen kautta voi tehdä myös konsultaatiota kyselyä potilaan tilanteesta ja hoidon tarpeesta. Tarvittaessa voi keskustella lääkityksestä ja saada siihen ohjausta ja neuvontaa. Käynnit mielenterveys- ja päihdepalveluihin piiriin voivat tapahtua vastaanotolla, mutta myös kotikäynteinä mahdollisuuksien mukaan. Puhelinvastaanottoja tehdään. Videovastaanotot ovat myös mahdollisia. Korona-aikana on videovälitteisiä tapaamisia mielenterveys- ja päihdepalveluiden piiriin toteutettu paljonkin.

Potilaat eivät aina halua, että tiedot siirtyvät yksiköiden välillä. Usein potilaat ovat kuitenkin avoimia tilanteestaan. Yksiköiden välillä tiedot siirtyvät ja on

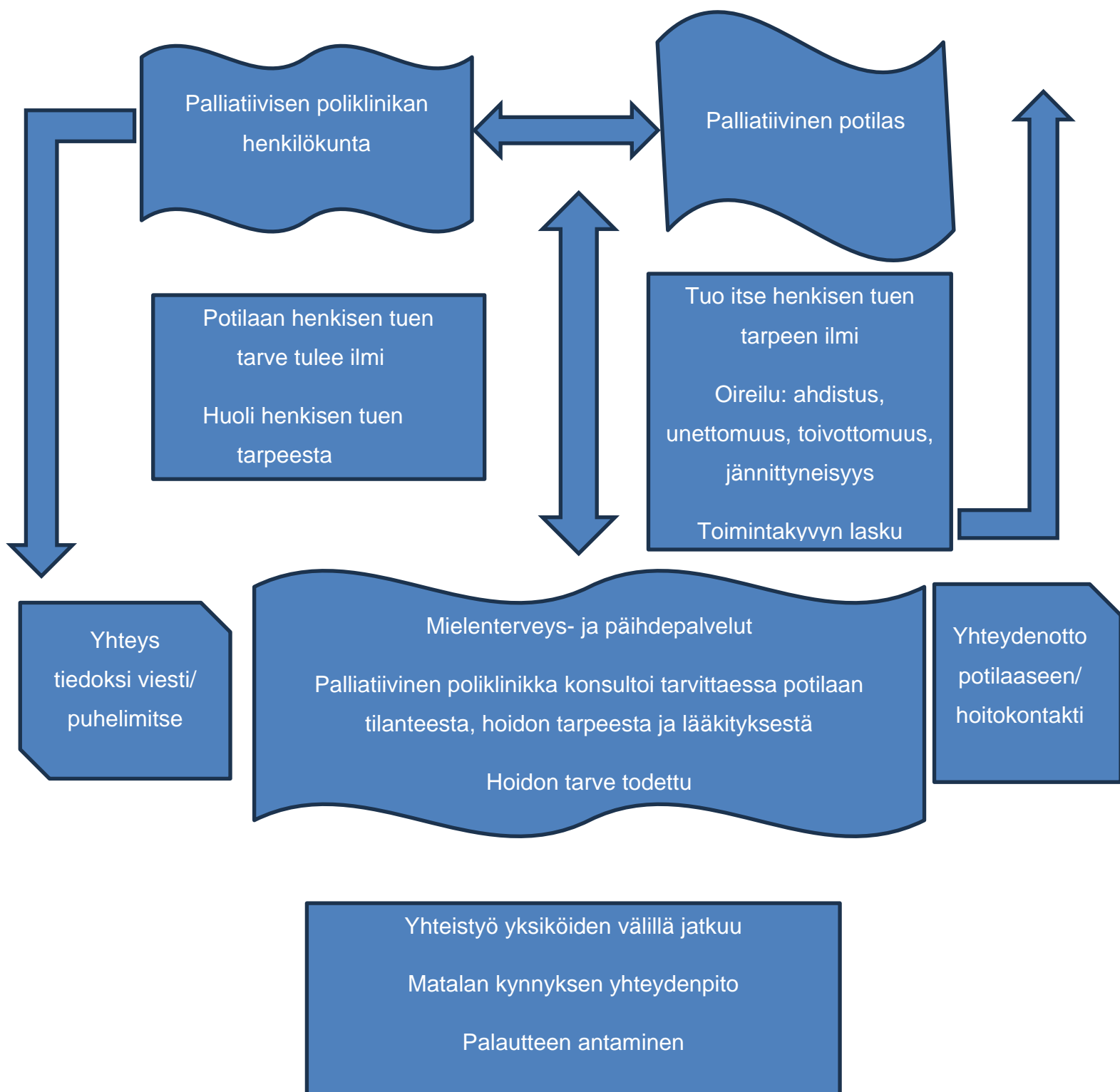
mahdollista nähdä toisen yksikön tiedot. Sovittiin, että matalalla kynnyksellä pidetään puolin ja toisin yhteydenpitoa palliatiivisen poliklinikan ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden välillä. Annetaan palautetta puolin ja toisin, jos asiat eivät suju. Tarvittaessa voidaan miettiä muita ratkaisuja tilanteiden ratkaisemiseksi ja toimintakäytäntöjen kehittämiseksi.



Kuva 2. Potilaiden ohjaaminen yksiköiden välillä

#### 5.4 Yhteistyömalli palliatiivinen poliklinikka ja mielenterveys- ja päihdepalvelut

Mielenterveys- ja päihdepalveluihin ohjataan potilaat, jotka ovat itse tai yhdessä palliatiivisen poliklinikan henkilöstön kanssa tulleet tulokseen tarpeellisesta kontaktista. Palliatiiviselta poliklinikalta voidaan myös tarvittaessa konsultoida potilaan asioissa. Yhteydenotto palliatiiviselta poliklinikalta toteutuu tiedoksi viestillä potilastietojärjestelmän sisällä tai puhelin kontaktilla. Yhteydenotto palliatiiviselta poliklinikalta saadaan viikon sisällä yhteydenotosta. Kun potilas on asiakkaana mielenterveys- ja päihdepalveluissa, tehdään yhteistyötä yksiköiden kesken. Potilaan tilanne on hyvä olla tiedossa molemmissa yksiköissä.



Kuvio 4. Yhteistyömalli

## 6 Kehittämiprojektin pohdinta ja arviointi

### 6.1 Kehittämiprojektin pohdinta

Tämän kehittämiprojektin mukaan potilaat olivat tuoneet palliatiivisen poliklinikan henkilöstölle ilmi henkisen tuen tarpeen. Myös aiemmat tutkimustulokset olivat hyvin samankaltaisia. Henkisen tuen puute tuli ilmi potilaiden kokemuksena. Potilailla ei ollut tietoa keskustelumahdollisuudesta ammattihenkilöiden kanssa. (Syväjärvi 2019, 51-54.)

Palliatiivisen poliklinikan toiminta on kehittynyt jatkuvasti sen aloituksen jälkeen. Kehittämiprojektin aikana oli jo saatu kontakti mielenterveys ja päihdepalveluihin ja joitain potilaita ohjattua sinne. Työpajojen avulla saatiin kehitettyä yksiköiden välistä yhteistyötä sekä käynnistettyä moniammatillinen yhteistyö. Palliatiivisen potilaan hoitoa oli tutkittu moniammatillisen tiimin työskentelyn osalta. Moniammatillisen tiimin toimiessa yhdessä, yhteisen asian eteen on tiimin jäsenten mahdollista saada uusia näkökulmia toimintakäytäntöihin. Myös potilas voi hyötyä enemmän palveluista. Moniammatillinen tiimi pyrkii aina toimimaan potilaslähtöisesti. (Mönkkönen ym. 2019.)

Kehittämiprojekti antaa välineitä siihen, keitä potilaita olisi hyvä ohjata toiseen yksikköön. Kehittämiskohteiksi työssä nousi henkilöstön palliatiivisen osaamisen jatkuva kehittäminen. Tutkimustulosten mukaan palliatiivisen hoidon koulutus nousi kehitettäväksi kohteeksi henkilöstön osaamisen kehittämiseksi (Borba ym. 2020).

Hoitajien palliatiivisen hoidon kehittämisen tarvetta tunnistettiin myös tutkimuksessa. Kehittämiskohteiksi nousi vuorovaikutusosaaminen, sairaustilanteen tunnistus, konsultaatio osaaminen ja yhteisestä tehtävänjaosta sopiminen moniammatillisessa tiimissä. (Leppälä 2021, 51-57.) Tässä kehittämiprojektissa mielenterveys- ja päihdepalveluissa erityisosaamista palliatiivisen potilaan hoitoon ei ollut. Myös palliatiivisen hoitopäätöksen saaneen potilaan hoidon osaamista voisi jatkossa lisätä mielenterveys- ja

päihdepalveluissa. Yksikössä voisi myös miettiä jatkossa, olisiko siellä tietyt henkilöt, jotka voisivat halutessaan palliatiivisen hoidon erityisosajiksi. Tällä hetkellä potilaat ohjautuvat vielä kaikille yksikössä työskenteleville ammattilaisille.

Jatkossa seuraavan kehittämisprojektin aiheena voisi olla yhteistyön kehittäminen kolmanteen sektoriin. Tällä hetkellä palliatiivisella poliklinikalla ei ollut vielä yhteistyötä Lounais-Suomen syöpäyhdistyksen kanssa, ja tähän kaivattaisiinkin selkeästi työkaluja.

Projektipäällikön oma asiantuntijuus kehittyi kehittämisprojektin aikana. Projektipäällikkönä toimiessa on saanut hyvää kokemusta työelämän kehittämistarpeen kehittämisestä ja erilaisista kehittämismenetelmistä. Benchmarking ja työpajat olivat hyvin antoisia ja antoivat hyvää näkökulmaa kehittämismenetelmistä. Oma asiantuntijuutta kehittää vahvasti perehtyminen kehittämisprojektin taustatietoon ja se tuki myös kehittämisprojektin tuloksia.

## 6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Kehittämisprojektissa noudatettiin hyvän tieteellisen käytännön tapoja. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu tarkkuus, rehellisyys ja huolellisuus.

Tiedonhankinnan tulee olla eettisesti kestävä. (Koppa 2021.)

Terveystieteiden tutkimuskeskuksella pyritään kehittämistoiminnassa tuottamaan potilaille hyvää ja kehittämään päämäärällisesti palveluita (Heikkilä ym. 2008, 44). Tämä kehittämisprojekti toteutettiin eettisten näkökulmien mukaan. Taustalla oli työelämän tarve kehittämiseen. Aiheen valinta oli itsessään eettinen ratkaisu. Tiedonhankintaa kehittämisprojektissa ohjasi eettinen kestävyys. Käytettyjä hakusanoja arvioitiin ja käytetyt tietokannat valittiin huolellisesti. Löydettyä tietoa arvioitiin kriittisesti kehittämisprojektiin soveltuvaksi. Aineiston keruu toteutettiin eri tietokannoista koko kehittämisprojektin aikana.

Palliatiivisen poliklinikan aloittaessa toimintansa vuoden 2022 keväällä, todettiin tarve henkisen tuen kehittämiseen. Yhteistyöhön työpajoihin saatiin henkilöstöä niin palliatiiviselta poliklinikalta kuin mielenterveys- ja päihdepalveluista. Osallistuminen työpajoihin oli aktiivista. Työpajoihin osallistuminen perustui

vapaaehtoisuuteen, mikä lisää kehittämisprojektin luotettavuutta. Työpajoihin osallistuneet henkilöt olivat oman alansa ammattilaisia.

Kehittämisprojektissa käytetyt menetelmät antoivat hyvin vastauksia kehittämistehtäviin. Kehittämisprojektin aikana saatiin tukea ja neuvoja ohjausryhmältä. Projektin etenemisestä raportoitiin ohjausryhmälle. Luotettavuutta kehittämisprojektissa osoittaa, miten hyvin valitut tutkimusmenetelmät vastaavat siihen, mitä on ollut tarkoitus selvittää. Koko kehittämisprojektin ajan tehdään arviointia luotettavuudesta ja työn etenemistä viedään eteenpäin yhteneväisesti ja järjestelmällisesti. (Hyväri & Vuokila-Oikkonen 2020.)

### 6.3 Kehittämisprojektin arviointi

Kehittämisprojekti aloitettiin vuoden 2022 alussa ideoimalla aihealuetta. Kehittämisprojektin tekijällä ei ollut aikaisempaa kokemusta kehittämistyöstä. Kaikki oli opeteltava alusta. Kehittämisprojektin mielenkiintoisuutta lisäsi tekijän omat kokemukset henkisen tuen antamisesta potilastyössä. Sairaanhoidajana pitkään toimineena omana kokemuksena oli riittämättömyys tarjota henkistä tukea palliatiivisen hoidon piirissä oleville potilaille. Omien kokemusten perusteella ja kirjallisuuskatsausta tehdessä vahvistui käsitys siitä, että potilaiden henkisen tuen saamisessa oli haasteita ja kehitettävää. Kehittämisprojektin mielenkiintoisuutta lisäsi työelämän tarve kehittämisprojektille. Kehittämisprojektin mielenkiintoa lisäsi ohjaus- ja projektiryhmien innostuneisuus ja kehittämismyönteisyys aihealuetta kohtaan sekä sitoutuminen kehittämiseen.

Palliatiiviselta poliklinikalta saatiin hyvin motivoitunutta henkilöstöä mukaan kehittämistyöhön työpajoihin. Saimme mielenterveys- ja päihdepalveluista hyvin sitoutuneen, oman alansa asiantuntijan mukaan työpajoihin. Työpajoihin kutsut lähetettiin sähköpostilla, Sähköposti tavoitti osallistujat ja työpajojen ajankohdat olivat kaikilla selvillä. Myös työnantaja mahdollisti työpajoihin osallistumisen sekä niiden vetäjältä, että myös työpajoihin osallistuville.

Työpajat sujuivat suunnitellun aikataulun mukaisesti. Apuna työpajoissa oli jokaiseen työpajaan tehty Powerpoint esitys, joka muokkasi ”rungon” tehtäviin. Työpajoissa keskustelu oli hyvin aktiivista ja avointa. Jokaisen työpajan tavoitteet saavutettiin. Ohjausryhmän kanssa käytiin välikeskustelua työpajojen välillä niiden onnistumisesta. Työpajojen jälkeen kerättiin myös palautetta, jotta seuraaviin työpajoihin saatiin mahdollisia kehittämissuhteita.

Benchmarking toimi hyvänä tukena kehittämissuhteissa. Oli hyvin suuntaa antavaa saada tietoa siitä, miten muissa kahdessa yksikössä palliatiivisten potilaiden henkinen tuki toteutui ja oliko henkilöstö havainnut puutteita tai kehittämistarpeita aihealueesta. Alkuun hyvinvointialueille siirtyminen aiheutti haasteita. Benchmarking tapaamiset sovittiin sähköpostilla. Hyvinvointialueille siirryttäessä sähköpostiosoitteet vaihtuivat henkilöstöltä ja piti hankkia uudet sähköpostiosoitteet, jotta alustavasti sovitut tutustumiset yksiköihin saatiin sovittua. Vastuuhenkilöt kuitenkin saatiin tavoitettua alkuhaasteista huolimatta ja itse tutustuminen toteutui suunnitellusti toisiin yksiköihin. Toteutus tapahtui Teamsin välityksellä ongelmitta. Tapaamiset onnistuivat hyvin aihealueisiin perehtyneiden asiantuntijoiden kertomana. Tapaamisten jälkikäsitteilyä helpotti se, että tapaamiset sai tallentaa Teamsiin.

Kehittämissuhteiden aikana saavutettiin asetetut tavoitteet. Kartoitettiin nykytila potilaiden henkisen tuen saamiseen ja sen haasteisiin palliatiivisen poliklinikan henkilökunnan mukaan. Selvitettiin kuvaus siitä, ketkä potilaat hyötyvät toiseen yksikköön ohjaamisesta sekä saatiin kuvattua yhteistoimintamalli.

Kehittämissuhteiden tulokset vastasivat myös aiempia tutkimustuloksia.

Aiempien tutkimustulosten mukaan palliatiivisen hoidon piirissä olevilla potilailla on henkisen tuen tarve. Myös kehittämissuhteissa tuli ilmi henkilöstön näkemys siitä, että potilaat olivat tuoneet esiin henkisen tuen tarpeen.

Henkisellä tuella voidaan saada parannettua potilaan elämänlaatua.

Henkilöstön osaaminen on tärkeää palliatiivisen hoidon piirissä työskenneltäessä ja henkilöstön vuorovaikutus osaaminen korostuu. Aiemmissa tutkimuksissa tuli esiin resurssien puute toteutettaessa palliatiivista hoitoa ja myös tämän kehittämissuhteiden taustalla oli resurssien puute.



Tuotoksen ja työpajoissa yhdessä työskentelyn avulla on saatu käynnistettyä yhteistyö palliatiivisen poliklinikan ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden välille. Yhteistyömalli on kuvattu tuotoksena ja sitä voidaan käyttää ohjaamaan yhteistyötä näiden kahden yksikön välillä. Kehittämiprojektin tuloksia on jo pystytty hyödyntämään palliatiivisen poliklinikan toiminnassa. Jatkossa voisi suunnitella pidettävän yhteistyöpalavereita palliatiivisen poliklinikan ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden välillä, jotta yhteistyötä pystytään jatkossakin kehittämään.

## Lähteet

Aivorihi. N.d. Innokylä. Viitattu 4.11.2023. [Aivorihi | Innokylä \(innokyla.fi\)](#)

Borba, J.; Zaccara, A.; Andare, F.; Marinho, H.; Costa, S.& Fernandes, M. 2020. Patients at the end of Life Receiving Palliative Care: Experiences of a Multiprofessional Team. Viitattu 2.10.2022. [PATIENTS AT THE END OF LIFE RECEIVING PALLIATIVE CARE: EXPERIENCES OF A MUL...: EBSCOhost \(turkuamk.fi\)](#)

Chowdhury, R.; Brennan, F.& Gardiner, M. 2020. Cancer Rehabilitation and Palliative Care-Exploring the Synergies. Viitattu 2.10.2022. [Cancer Rehabilitation and Palliative Care—Exploring the Synergies - PMC \(nih.gov\)](#)

Chung, V.; Sun, V.; Ruel, N.; Smith, T.&Ferrel B. 2022. Improving Palliative Care and Quality of Life in Pancreatic Cancer Patient. J Palliat Med. 25, 720-727. Viitattu 8.10.2022. [Improving Palliative Care and Quality of Life in Pancreatic Cancer Patients - PMC \(nih.gov\)](#)

Community Tool Box. Section 4: Conducting a Workshop. N.d. Viitattu 21.10.2022. [Chapter 12. Providing Training and Technical Assistance | Section 4. Conducting a Workshop | Main Section | Community Tool Box \(ku.edu\)](#)

Erätauko- dialoginen keskustelu. N.d. Innokylä.Viitattu 4.11.2023. [Erätauko - dialoginen keskustelu | Innokylä \(innokyla.fi\)](#)

Greer, J.; Jacobs, J.; El-Jawahri, A.; Nipp, R.; Gallagher, E.; Pirl, W.; Puisto, E.; Muzikansky, A.; Jacobsen, J.; Jackson, V.& Temel, J. 2017. Role of Patient Coping Strategies in Understanding the Effects of Early Palliative Care on Quality of Life and Mood. Journal of Clinical Oncology 36, no1, 53-60. Viitattu 7.10.2022. [Role of Patient Coping Strategies in Understanding the Effects of Early Palliative Care on Quality of Life and Mood | Journal of Clinical Oncology \(ascopubs.org\)](#)

Harju, E.; Jones, M.; Laitinen, K.; Ojala, H.& Pietilä, I. 2020. Sairaanhoidajien kokemuksia syöpäpotilaiden psykososiaalisen tuen toteuttamisen ongelmakohdista. Tutkiva Hoitotyö. 18 (2), 3-9. Viitattu 1.10.2022.

[1-247702\\_39a0bfadedf0b768aa38988c68d5286c-0-1599582310-98ea9b5f756f3964c3b95408a64e7019-1-3.jfif \(tuni.fi\)](https://1-247702_39a0bfadedf0b768aa38988c68d5286c-0-1599582310-98ea9b5f756f3964c3b95408a64e7019-1-3.jfif)

Heikkilä, A.; Jokinen, P. & Nurmela T. 2008. Tutkiva kehittäminen: avaimia tutkimus ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Helsingin kaupunki. 2023. Projektin ydinroolit ja vastuut. Viitattu 20.10.2023. [Projektin ydinroolit - Digitaalinen Helsinki](#)

Hughes, D.; Yardley, S.; Greenfield, P.& Rolph, M. 2023. Delivering mental healthcare to patients with depressive disorder alongside a life-limiting illness. BJPsych Bull 47 (1): Feb 43-48. Viitattu 20.8.2023. [Delivering mental healthcare to patients with a depressive disorder alongside a life-limiting illness - PMC \(nih.gov\)](#)

Hyväri, S.& Vuokila-Oikkonen, P. 2020. Tutkimus- ja kehittämistyön luotettavuus. Osallistavan ja tutkivan kehittämisen opas 2.0. Diakin kirjasto. Viitattu 26.10.2023. [Tutkimus- ja kehittämistyön luotettavuus - Osallistavan ja tutkivan kehittämisen opas 2.0 - Tiedonhaun oppaat: Resource Guides at Diaconia University of Applied Sciences \(diak.fi\)](#)

Häggström, M. 2022. Vo Palliatiivinen polikliininen hoito. Prosessikartta. Uudenkaupungin kaupunki, sosiaali- ja terveyskeskus.

Kanniainen, M.; Nylund, J.& Kupias, P. 2017. Mentoroinnin työkirja. Helsingin yliopisto. Viitattu 6.11.2022. [Mentoroinnin-tyokirja\\_A4.pdf \(helsinki.fi\)](#)

Koppa. 2021. Etiikka ja tietosuoja. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 22.10.2022. [Etiikka ja tietosuoja — Jyväskylän yliopiston Koppa \(ju.fi\)](#)

Leppälä, M. 2021. Lähellä ja läsnä. Hoitohenkilökunnan osaamisen kehittäminen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittäminen perus- ja A-tasolla. Opinnäytetyö, ylempi AMK. Terveys ja hyvinvointialat. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 1.10.2022. [Opinnaytetyo Leppala Maria.pdf \(theseus.fi\)](#)

Louheranta, O.; Lähteenvuo, M. & Kangasniemi, M. 2016. Henkinen ja hengellinen tuki terveydenhuollossa-kenen vastuulla? Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti. Vol 53, Nro 4, 234-241.

Maher, M.& Mohammad, M. 2022. Rehabilitation interventions for depression symptoms among cancer patients in Palestine: A systematic review. Viitattu 6.7.2023. [Rehabilitation interventions for depression symptoms among cancer patients in Palestine: A systematic review - PMC \(nih.gov\)](#)

Mönkkönen, K.; Kekoni, T. & Pehkonen, A. 2019. Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Tallinna: Gaudeamus.

Nurain, T.; Andrijono, A.; Irawaty, D.; Umar, J.& Gayatri, D. 2018. Spirituality-Focused Palliative Care to Improve Indonesian Breast Cancer Patient Comfort. Indian Journal of Palliative Care. Viitattu 7.10.2022. [Spirituality-focused palliative care to improve indonesian breast cancer pa...: EBSCOhost \(turkuamk.fi\)](#)

Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypähoito-suositus 2019. Psykososiaalinen ja eksistentiaaliseen kärsimykseen liittyvä tuki. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä Viitattu 27.9.2022. [Palliativinen hoito ja saattohoito \(kaypahoito.fi\)](#)

Punainen Risti. 2014. Henkinen tuki. Viitattu 26.8.2023. [starttipaketti henkinen tuki.pdf \(punainenristi.fi\)](#)

Saarto, T. & asiantuntijaryhmä. 2017. Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 27.9.2022. [Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmänmuistio 20011:x \(valtioneuvosto.fi\)](#)

Saarto, T.; Hänninen, J.; Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.).2015. Palliativinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Saarto, T.; Lyytikäinen, M.; Ahtiluoto, S.; Junttila, K.; Lehto, J.; Finne-Soveri, H.; Hammar, T. & Forsius, P. 2022. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 24.9.2022. [Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus \(julkari.fi\)](#)

Salonen, K.; Eloranta, S.; Hautala, T.& Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 16.10.2022. [isbn9789522166494.pdf \(turkuamk.fi\)](#)

Sauristo, H.& Parikka, E. 2014. Benchmarking-menetelmä työyhteisön kehittämisesssä. Uudistuva sosiaalialan osaaminen. Sosiaalialan opiskelijoiden ja opettajien yhteisblogi. Metropolia ammattikorkeakoulu. Viitattu 29.10.2022.

[BENCHMARKING-MENETELMÄ TYÖYHTEISÖN KEHITTÄMISESSÄ - Uudistuva sosiaalialan osaaminen - Metropolian blogit](#)

Silfverberg, P. 2013. Ideasta projektiksi, projektivetäjän käsikirja. Viitattu 16.10.2022. [Ideasta projektiksi, projektivetäjän käsikirja \(slideshare.net\)](#)

Steel, J.; Geller, D.; Kim, K.; Butterfield, L.; Spring, M; Grady, J.; Sun, W.; Marsh, W.; Antoni, M.; Dew, M.; Helgeson, V.; Schulz, R.& Tsung, A. 2016. Web-based collaborative care intervention to manage cancer-related symptoms in the palliative care setting. Cancer. Viitattu 9.10.2022. [A Web-based Collaborative Care Intervention to Manage Cancer-Related Symptoms in the Palliative Care Setting - PMC \(nih.gov\)](#)

Surakka, T.; Mattila, K.; Åstedt-Kurki, P.; Kylmä, J.& Kaunonen, M. 2015. Palliatiivinen hoitotyö. Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Helsinki: Fioca Oy.

Syväjärvi, A. 2019. Myeloomapotilaan hoitopolun kehittäminen Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:ssä. Opinnäytetyö, ylempi AMK. Terveysten edistäminen. Lapin ammattikorkeakoulu.

Terveyskylä. 2021. Palliatiivinen hoito. Henkinen ja hengellinen tuki. Viitattu 26.8.2023. [Henkinen ja hengellinen tuki palliatiivisessa hoidossa | Palliatiivinen talo | Terveyskylä.fi \(terveyskyla.fi\)](#)

Toikkanen, T. & Pohjolainen, T. Saattohoidon sielu ja mieli. Saattohoitopotilaan henkinen ja hengellinen tukeminen. 2015. Lahti: Lahden Diakoniasäätiön julkaisuja 2/2015.

Vihelä, M.; Hökkä, M. & Kaakinen, P. 2020. Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoitajan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. Hoitotiede. 32 (4), 275-284.

## Benchmarking kysymykset

- Miten paljon potilaita on keskimäärin yksikössänne? Miten poliklinikka toimii (kerran viikossa, päivittäin, jne.?)
- Miten palliativisen poliklinikan potilaan henkisen tuen saanti toteutuu tällä hetkellä yksikössänne (henkilöstön näkemys nykytilasta)?
- Miten henkisen tuen tarve tulee ilmi yksikössä? Potilaskokemus?
- Onko henkisen tuen antamisessa haasteita yksikössänne?
- Mistä potilaat saavat henkistä tukea yksikössänne?
- Ohjautuuko potilaita muihin yksiköihin, esim. mielenterveys- ja päihdeyksikköön?
- Miten potilaat ohjautuvat muihin yksiköihin, jos henkisen tuen tarjontaa on myös muissa yksiköissä?
- Keitä potilaita yksiköissänne voitaisiin ohjata/ohjautuu mielenterveys- ja päihdeyksikköön?
- Miten jatkoyhteistyö toteutuu, jos potilas saa henkistä tukea mielenterveys- ja päihdeyksiköstä? Välittykö tieto hoidosta palliativiselle poliklinikalle?
- Onko yksikössänne kuvattu yhteistyömallia tai prosessikuvausta potilaan henkisen tuen toteuttamiseen liittyen?

## **Palliatiivisen potilaan henkisen tuen toteutumisen nykytila**

**TURKU AMK** 

**31.1.2023**

- Kuvaa nykytilaa palliatiivisen poliklinikan potilaan henkisen tuen saannista
- Miten henkisen tuen saanti toteutuu tällä hetkellä?
- Miten henkisen tuen tarve tulee ilmi yksikössä? Potilaskokemus?
- Mistä potilaat saavat henkistä tukea?
- Miten potilaat ohjautuvat, jos henkisen tuen saantia on muissa yksiköissä?
- Mihin toisiin yksiköihin potilaat ohjautuva

Henkisen tuen haasteet palliativisen poliklinikan hoidon piiriin kuuluvalle potilaalle?

<b>Nykyisyys</b>	– Heikkoudet –	– Uhkat –	
	+ Vahvuudet +		
		+ Mahdollisuudet +	
			<b>Tulevaisuus</b>



## Potilas ”CASE”

Palliativisen potilaan henkinen tuki

Työpaja 2/ 14.2.2023

1. Potilaan tulosyy ja esitiedot
2. Nykytila
3. Lääkehoito
4. Kokonaishoidon hoitotyön suunnitelma
5. Potilaan ja omaisten ohjaus

## Benchmarking tulokset

	Salon sairaalan palliativinen poliklinikka	Kanta-Hämeen keskussairaalan palliativinen poliklinikka
<b>Poliklinikan toiminta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Toimii 5 arkipäivänä viikossa</li> <li>➤ Sairaanhoitaja + lääkäriresurssia saatavilla</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Toimii 5 arkipäivänä viikossa</li> <li>➤ Sairaanhoitaja + lääkäri käytettävissä</li> </ul>
<b>Henkisen tuen tarve</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Potilaat tuoneet henkisen tuen tarpeen ilmi hoitajille</li> <li>➤ Joskus pelkästä lähetteestä tulee henkisen tuen tarve ilmi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Potilaat kokevat usein henkisen tuen tarpeen vähäisenä (erityisesti ensireaktiona)</li> </ul>
<b>Potilaiden henkisen tuen toteutumisen haasteet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Oirekeskustelu ajoittain hankalaa</li> <li>➤ Luottamuksen syntyminen vie aikaa</li> <li>➤ Henkisen tuen toteuttaminen haastavaa</li> <li>➤ Resurssit aiheuttavat haasteita</li> <li>➤ Henkisen tuen tarjoaminen vaatii erityisosaamista (koulutusta huonosti saatavilla)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Resurssia on hyvin saatavilla, mutta henkisen tuen tarve vähäistä</li> <li>➤ Haasteena, miten saada potilaat ohjattua paremmin henkisen tuen piiriin</li> </ul>

<b>Potilaiden henkisen tuen saaminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Psykiatrinen sairaanhoitaja aloittanut vuoden alussa (osastojen ja palliatiivisen poliklinikan käytettävissä)</li> <li>➤ Kriisikeskus Etappi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Teologi (kriisiyöntekijän pätevyys)</li> <li>➤ Psykiatrinen sairaanhoitaja</li> <li>➤ Psykiatri</li> <li>➤ Psykologi</li> </ul>
<b>Potilaiden ohjautuminen toisiin yksiköihin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Puhelimitse soittamalla</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Puhelimitse soittamalla</li> </ul>
<b>Yhteistyömalli/prosessikuvaus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ei ole kuvattu yhteistyömallia/henkisen tuen prosessikuvausta</li> <li>➤ Saattohoitopotilaan prosessikuvaus on tehty</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ei ole kuvattu yhteistyömallia/henkisen tuen prosessikuvausta</li> </ul>