

Heidi Keronen

Parantumattomasti sairaan potilaan palliativisen hoidon tarpeen tunnistaminen

Opinnäytetyö
Sairaanhoitaja (YAMK)
Palliativisen hoidon
kliininen asiantuntija
Kevät 2022



KAMK • University
of Applied Sciences

Tiivistelmä

Tekijä(t): Keronen Heidi

Työn nimi: Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen

Tutkintonimike: Palliatiivisen hoidon kliininen asiantuntija YAMK

Asiasanat: palliatiivinen hoito, palliatiivisen hoidon tarve, palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen, moniammatillinen yhteistyö, palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen prosessi

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän eli Kainuun soten parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen prosessia moniammatillisen yhteistyön avulla. Opinnäytetyön toteutettiin toimintatutkimuksen metodologian syklien mukaisesti. Toimintatutkimus valikoitui metodologiaksi, koska siinä tuotetaan tietoa käytäntöjen kehittämiseksi yhteisessä ammatillisessa oppimisprosessissa.

Ensimmäisen syklin tarkoitus oli kartoittaa palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen nykytila Kainuun sotessa. Tutkimuskysymys oli, miten tällä hetkellä Kainuun sotessa palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistaminen toteutuu. Kartoitus toteutettiin eläytymismenetelmän avulla (N=10). Vastauksia saatiin kahdeksalta vastaajalta (n=8). Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, jonka tuloksena muodostui kuusi luokkaa, joiden mukaisesti tulokset raportoitiin. Luokat nimettiin: potilaan kokemukset hoidosta ja jatkohoidon järjestämisestä terveydenhuollossa, terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutus asiakaslähtöisessä hoidon tarpeen arvioinnissa, potilaan hoitosuunnitelma, potilaan oirehoito, potilaan hoidon rajaukset ja potilaan jatkohoidon suunnittelemisen ja toteuttamisen. Jokaisen luokan sisällöt koostuivat tärkeistä asioista, joiden avulla voitiin kehittää palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamista.

Toisen syklin tarkoitus oli kartoittaa aikaisempaan tutkittuun tietoon perustuva palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen sisältö terveydenhuollossa. Tutkimuskysymys oli, mitä palliatiivisen hoidon potilaan tarpeen tunnistaminen sisältää aikaisempien tutkimusten perusteella. Kartoitus toteutettiin integroivalla kirjallisuuskatsauksen avulla Finna, Medic, CINALH ja PubMed tietokannoista sekä lisäksi tehtiin manuaalista hakua. Hyväksytyjä artikkeleita saatiin 13, joista saatu aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tuloksiksi muodostuivat yläluokat palliatiivisen potilaan hoidon tunnistamista edistävät tekijät ja palliatiivisen hoidon tunnistamisen yhteistyö ja koulutus.

Opinnäytetyön 3. syklin tarkoitus oli kuvata palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen kokonaissuunnitelma. Tutkimustehtävä oli, minkälainen on palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen työohjeen kokonaissuunnitelma. Syklissä kehitettiin palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen työohje Kainuun soten henkilöstön käytettäväksi. Kehittäminen tapahtui moniammatillisessa yhteistyössä lääketieteen ja hoitotyön asiantuntijoiden kanssa. Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen -työohjetta pilotoitiin erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Pilotoinnin arvioinnin perusteella pilotoijat kokivat työohjeen tarpeelliseksi, sillä se mahdollisti parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen. Pilotoinnin tuloksissa tuli esille, että palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen edistää potilaan hoitosuunnitelman laatimista. Opinnäytetyön 4. sykli käsitteli parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen -työohjeen implementointisuunnitelmaa Kainuun sotessa. Implementointisuunnitelma laadittiin Hotuksen yhtenäisten käytäntöjen toimintamallin (YHKÄ-mallin) mukaisesti.

Teoreettinen perusta, Lean - ajattelu ja reflektoinnit ohjasivat opinnäytetyön etenemistä. Opinnäytetyön raportti koostettiin sykleinä toimintatutkimuksen metodologian mukaisesti. Opinnäytetyön lopuksi esitettiin jatkotutkimusaiheet.

Abstract

Author(s): Keronen Heidi

Title of the Publication: Identifying the palliative care needs of terminally ill patients

Degree Title: Clinical Specialist in Palliative Care YAMK

Keywords: palliative care, palliative care needs, palliative care needs identification, multidisciplinary cooperation, palliative care needs identification process

The aim of the thesis was to develop the process of identifying the need for palliative care of terminally ill patients in Kainuu Social and Health Care Association (Kainuu Sote) through multidisciplinary cooperation. The thesis was carried out in cycles of action research methodology. Action research was selected as the methodology because it produces information for the development of practices in a joint ammatil learning process.

The purpose of the first cycle was to map the current status of identifying the need for palliative patient care in the Kainuu SOTE. The research question was, how is the identification of palliative patient's care needs currently implemented in Kainuu Sote? The mapping was carried out with the help of the empathy method. Responses were obtained from eight respondents, and the material was analysed using a data-driven content analysis. The analysis of the data resulted in six categories, according to which the results were reported. The categories were patient experience of care and follow-up in health care, interaction of health professionals in client-centred assessment of care needs, patient care plan, patient symptom management, patient care boundaries and patient follow-up planning and implementation. The content of each class consisted of key issues to help develop the identification of palliative care needs.

The aim of the second cycle was to identify the content of identifying the care needs of palliative patients in healthcare, based on previous research. The research question was, based on previous research, what does the identification of patient need for palliative care include? The mapping was carried out through an integrative literature review of the Finna, Medic, CINALH and PubMed databases, as well as a manual search. Thirteen accepted articles were identified and the resulting data were analysed using a data-driven content analysis. The results were categorised into the top categories of factors contributing to palliative care recognition and palliative care recognition collaboration and education. The contents of both categories consisted of important issues that can be used in Kainuu Sote to promote the development of the palliative care identification process.

The purpose of cycle 3 of the thesis was to describe the overall plan for identifying the care needs of palliative patients. The research question was, what is the overall plan of the work plan for identifying the care needs of a palliative patient. The cycle developed a working guideline for identifying the care needs of palliative patients for use by the staff of Kainuu Sote, based on multidisciplinary cooperation, with the participation of medical and nursing staff. Identifying the palliative care needs of terminally ill patients - a workbook was piloted in special care and primary care. Based on the results of the piloting, the pilots felt that the toolkit was useful in identifying the palliative care needs of terminally ill patients, and the results showed that identifying palliative care needs contributes to the development of a care plan for the patient. The 4th cycle of the thesis dealt with the implementation plan of the work guideline "Recognizing the need for palliative care of terminally ill patients" in Kainuu Sote. The implementation plan was developed in accordance with the Model for Uniform Practices in Health Care (YHKÄ-model).

The theoretical basis, Lean thinking and reflections guided the progress of the thesis. The thesis report was compiled in cycles according to the methodology of action research. All the annexes to the thesis were presented at the end of the thesis.

Alkusanat

Palliatiivisen hoidon kehittäminen on ollut minulle tärkeää jo useamman vuoden ajan. Työskennellessäni sairaanhoitajana sisätautien vuodeosastolla koin, että saattohoitoon varauduttiin huonosti. Potilaille ei laadittu hoitosuunnitelmia elämän loppuvaiheeseen. Siirryttyäni palliatiiviselle poliklinikalle asiantuntijasairaanhoitajaksi, on ollut ilo toteuttaa ja kehittää palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa niin alueellisesti kuin kansallisesti.

Sairaanhoitajan ylemmän (AMK) opinnot palliatiivisen hoidon kliinisen asiantuntijaksi tulivat eteeni kuitenkin yllättäen. Olin samaan aikaan suorittamassa palliatiivisen hoidon erikoistumisopintoja (AMK), mutta jokin sisälläni sanoi, että myös tähän tilaisuuteen tuli tarttua. Ja onneksi tartuin tähän haasteeseen. Opintojen myötä olen havainnut itsessäni osaamisen kehittymisen, jota pystyn hyödyntämään eri hoitotyön tehtävissä.

Opiskelujen kaksi vuotta ovat menneet nopeasti, mutta ovat olleet haastavia terveydenhuollon kuormittuneisuuden vuoksi. Olen kiitollinen, että ympärilläni on ollut ihmisiä, jotka ovat tukeneet minua eteenpäin näiden kahden vuoden aikana. Isoin kiitos perheelleni ja ystäväilleni kannustuksesta ja ymmärryksestä, kun olen viettänyt tietokoneen äärellä opiskelujen parissa paljon aikaa. Kiitos ohjaavalle opettajalleni Raunille, joka on määrätietoisesti kannustanut minua läpi opinnäytetyöprosessin ja uskonut työhöni, kun olen itse sen toteutumista epäillyt. Suuret kiitokset myös opiskelijakollegoilleni, jotka ovat kulkeneet rinnallani opiskelujen aikana ja joilta olen saanut vertaistukea opintojen suorittamiseen. Lisäksi kiitos yhteistyössä olleille Kainuun sotessa työskenteleville ammattilaisille.

”Katselin kun astelit tien päähän, laskit laukun, seisoi siinä vaan. Riisuit jaloistasi pölyttyneet kengät, laitoit takin pilvenreunaan riippumaan. Ja astuit sisään toiseen kotiin. Astuit sisään. Tänään maasta sataa taivaaseen, kauniimmin kuin koskaan ikuisuuteen haihtuen. En voi sua täällä pitää. Et voi mukaan ottaa mua. Mut sydämessä viivyt, tiedän sen.” – Suvi Teräsniska

Yhdessä olemme enemmän.

18.6.2022 Kajaani

Heidi

Sisällys

1	Opinnäytetyön taustaa.....	1
1.1	Johdanto.....	1
1.2	Opinnäytetyön metodologia	3
1.3	Projektiorganisaation kuvaus	5
1.4	Lean – ajattelu johtamisen välineenä.....	7
1.5	Lähteet	10
2	Palliativisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen nykytila Kainuun sotessa (1.sykli) ..	16
2.1	Palliativisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen tietoperusta (suunnittelu)...	17
2.1.1	Palliativisen hoidon tarve	17
2.1.2	Palliativisen potilaan hoidon tunnistamisen vaikeus sosiaali- ja terveydenhuollossa	18
2.1.3	Palliativisen hoidon tarpeen tunnistamisen hyödyt	21
2.2	Palliativisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen nykytilan kartoitus eläytymismenetelmän avulla (toiminta).....	22
2.2.1	Eläytymismenetelmä ja kehyskertomukset.....	23
2.2.2	Aineistonkeruu eläytymismenetelmällä	24
2.3	Aineiston analyysi ja tulokset	25
2.3.1	Kehyskertomusten analysointi	26
2.3.2	Tulokset.....	28
2.4	Johtopäätökset ja pohdinta (reflektointi).....	33
2.5	Lähteet	36
3	Palliativisen hoidon tunnistaminen - kirjallisuuskatsaus (2. sykli)	40
3.1	Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus ja tutkimuskysymys (suunnittelu).....	41
3.2	Aineiston hankinta (toiminta).....	42
3.3	Aineiston analyysi ja tulokset (havainnointi).....	45
3.3.1	Aineistolähtöinen sisällön analyysi.....	46
3.3.2	Tulokset.....	48
3.4	Johtopäätökset (reflektointi).....	52
3.5	Lähteet	54
4	Palliativisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen kokonaissuunnitelma (3.sykli)	59
4.1	Palliativisen potilaan hoidon tarpeen tunnistaminen asiakaslähtöisenä ja moniammatillisena prosessina (suunnittelu).....	59

4.2	Palliativisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen suunnitelma (toiminta ja havainnointi).....	63
4.2.1	Palliativisen potilaan hoidon tarpeen tunnistaminen – työohje vaihe I (toiminta ja havainnointi).....	64
4.2.2	Palliativisen potilaan hoidon tarpeen tunnistaminen – työohje vaihe II (toiminta ja havainnointi).....	68
4.2.3	Palliativisen potilaan hoidon tarpeen tunnistaminen – työohje vaihe III (toiminta ja havainnointi).....	71
4.2.4	Työohje (havainnointi)	73
4.3	Parantumattomasti sairaan potilaan palliativisen hoidon tarpeen tunnistaminen - työohjeen pilotointi (toiminta)	75
4.3.1	Työohjeen pilotointi erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa ..	75
4.3.2	Pilotoinnin – testauksen tulokset (havainnointi).....	78
4.4	Johtopäätökset (reflektio).....	81
4.5	Lähteet	83
5	Implementointisuunnitelma yhtenäisen käytännön kehittämisen mallilla (YHKÄ-malli) (4.sykli).....	90
5.1	Yhtenäisen käytännön toimintamallin (YHKÄ-malli) kehittäminen (suunnittelu)....	90
5.2	Yhtenäisen käytännön toimintamallin (YHKÄ-malli) käyttöönotto (toiminta).....	94
5.2.1	Yhtenäisen käytännön toimintamallin käyttöönotto (toiminta).....	94
5.2.2	Nykykäytännön kehittämistarpeiden tunnistaminen (Plan-Do-Check-Act). 98	
5.2.3	Suunnitelma käytännön yhtenäistämisestä (Plan-Do-Check-Act)	98
5.2.4	Yhtenäinen käytäntö (Plan-Do-Check-Act).....	103
5.2.5	Yhtenäisen käytännön seuranta ja arviointi (Plan-Do-Check-Act).....	105
5.3	Lähteet	109
6	Pohdinta	114
6.1	Luotettavuus	114
6.2	Eettisyys	116
6.3	Jatkokehittämisaiheet	119
6.4	Kliinisen asiantuntijuuden osaamisen kehittyminen	121
6.5	Lähteet	124

Liitteet

Keskeiset käsitteet:

Elämän loppuvaiheen hoito

Tässä opinnäytetyössä elämän loppuvaiheella tarkoitetaan suunnilleen potilaan viimeistä elinvuotta (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019).

Ennakoiva hoitosuunnitelma (ACP: Advance Care Planning)

Hoitosuunnitelma, jonka hoitava lääkäri laatii parantumattomasta sairaudesta sairastavan potilaan ja tarvittaessa hänen läheisten kanssa. Ennakoiva hoitosuunnitelmaan kuuluu sisältää keskustelut potilaan ja hänen läheistensä kanssa sairauden vaiheesta, hoitomenetelmistä ja niiden tavoitteista, hoitolinjauksesta, hoidon rajoituksista, hoidosta vastaa-vasta tahosta sekä potilaan toiveista, tarpeista ja peloista sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä. Hoitosuunnitelma tulee kirjata huolellisesti potilastietoihin. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019.)

Palliativinen hoito

Palliativisella hoidolla tarkoitetaan potilaan aktiivista kokonaisuhoitoa silloin, kun kuolemaan johtava sairaus aiheuttaa potilaalle ja hänen läheisilleen kärsimystä ja heikentää heidän elämänlaatuaan. Palliativinen hoito ei ole sidoksissa aikaan, ja palliativisen hoidon kesto voi olla vuosia. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.)

Palliativinen hoitolinja

Palliativisella hoitolinjalla tarkoitetaan parantumattoman sairauden vaihetta, jossa parantumattoman ja kuolemaan johtuvan sairauden kulkuun ei enää voida vaikuttaa. Palliativisen hoidon tavoitteena on lievittää potilaan kärsimystä ja vaalia hänen elämänlaatuansa. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.)

Palliativinen hoitolinjaus: Z51.5

Lääketieteellinen päätös siirtymisestä palliativiseen hoitolinjaan. Palliativista hoitolinjaa tai saattohoitopäätöstä suositellaan kuvattavan lisäämällä potilaan diagnooseihin ICD-10 koodi Z51.5 - Palliativinen hoito tai saattohoito. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.)

Saattohoito

Saattohoito on osa potilaan palliativista hoitoa, ja se ajoittuu potilaan viimeisille elinviikoille tai -päiville (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019).

1 Opinnäytetyön taustaa

1.1 Johdanto

Maailman terveysjärjestön (WHO 2020) mukaan palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan tai etenevää sairautta sairastavan potilaan aktiivista kokonaishoitoa. Hoidon tavoitteena on vähentää potilaan kärsimystä ja vaalia elämänlaatua. Palliatiivisen hoidon maailmanlaajuinen tarve lisääntyy tulevaisuudessa väestön ikääntymisen ja tartuntatautien seurauksena. Jossain elämänvaiheessa palliatiivinen hoito koskettaa jokaista ihmisiä. Sen vuoksi tarvitaan yhdenmukaista palliatiivista hoitoa riippumatta asuinpaikasta.

Pitkälle edenneenä useat sairaudet kuten syöpä, neurologinen sairaus tai muistisairaus, sydän-, keuhko-, maksa- tai munuaissairaudet, aiheuttavat palliatiivisen hoidon tarvetta (WHO 2020). Palliatiivinen hoito kuuluu kaikille iästä ja sairausdiagnoosista riippumatta. Potilaan läheisten huomioiminen ja tukeminen kuuluvat palliatiiviseen hoitoon. Palliatiivinen hoito ei ole sidoksissa aikaan, ja hoidon kesto voi olla vuosia. Saattohoito on palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe, ja ajallisesti se ajoittuu potilaan viimeisiin elinviikkoihin tai -päiviin. (WHO 2021.)

Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa säätelevät kansalliset ja kansainväliset lait, sopimukset ja suositukset. Kaiken perustana ovat ihmisen perusoikeudet ja itsemääräämisoikeus sekä yksilön koskemattomuus ja ihmisarvon kunnioittaminen. Suomessa keskeisimmät lait, jotka ohjaavat palliatiivista hoitoa ja elämän loppuvaiheen hoitoa ovat: Suomen perustuslaki 731/1999 (L 731/1999), valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 582/2017 (A 582/2017), sosiaalihuoltolaki 1301/2014 (L 1301/2014), terveydenhuoltolaki 1326/2010 (L 1326/2010), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 (L 559/1994) ja laki potilaan asemasta ja oikeudesta 785/1992 (L 785/1992). Näiden edellä mainittujen lakien tavoitteena on turvata kaikille yhdenvertainen pääsy hyvään sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja, että terveydenhuollon ammattilaisten tekemä työ on laadukasta ja lain mukaista. Liitteessä 1. on esitetty Suomen keskeisimmät lait palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kannalta.

Suomessa ensimmäisen kerran elämän loppuvaiheesta annettiin ohjeistuksia vuonna 1982, jotka koskivat potilaan terminaalihoidon (ETENE 2003, 15). Ohjeen tarkoituksena oli, että elämän loppuvaiheessa potilas voisi elää ilman kipuja tai vaikeita oireita haluamassaan ympäristössä läheistensä kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriössä toimivan Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan

eettinen neuvottelukunta (ETENE) antoi suositukset saattohoidosta vuonna 2003 (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2003).

Euroopan neuvosto on antanut suosituksen palliatiivisen hoidon järjestämisestä 2003. Neuvoston suosituksen mukaan jokaisella jäsenvaltiolla tulisi olla kansallinen palliatiivisen hoidon suunnitelma ja palliatiivisen hoidon tulisi olla integroituna osaksi terveydenhuoltojärjestelmää tasa-arvoisen hoitoon pääsyn turvaamiseksi. Suosituksessa korostetaan, että jokaisella elämän loppuvaiheen potilaalla tulisi olla ennakoiva hoitosuunnitelma (advance care plan, ACP). Lisäksi suosituksessa kiinnitetään huomiota, että elämän loppuvaiheen potilaita hoitavan henkilökunnan pitäisi olla koulutettua ja heidän vuorovaikutusosaamisensa tulee olla korkeatasoista (Council of Europe 2003).

Uusimmat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämistä koskevat suositukset ovat vuosilta 2017 ja 2019 (Saarto 2017; Saarto & Finne-Soveri 2019a; Saarto & Finne-Soveri 2019b), joissa korostetaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä potilaan hoidon järjestämisessä sekä palliatiivisen hoidon riittävää tarjontaa ja hoidon hyvää laatua. Palliatiivisen ja saattohoidon työnjaoksi ehdotettiin kolmiportaista hoitojärjestelmää, johon kuuluvat perus- ja erityistaso sekä vaativa erityistaso (Saarto 2017, 15). Muistisairauksien käypä hoito -suosituksessa (2017) kuvataan hyvän ympärivuorokautisen hoidon järjestämistä (Muistipotilaan hoitoketju 2017).

Hoitosuunnitelman puute saattaa johtaa potilaan toistuviin terveydenhuollon vastaanotolla käynteihin (Saarto 2017, 7). Kroonisissa ei-maligneissa sairauksissa on usein sairauden pahe-nemisvaiheita ja siksi on vaikeaa havaita, milloin potilaan hoidossa tulisi siirtyä palliatiiviseen hoitoon. Terveydenhuollon ammattihenkilöillä tulisi olla osaamista ja auttamismenetelmiä tunnistaa potilaat, joilla on palliatiivisen hoidon tarve. Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen jälkeen potilaalle tulee järjestää saumaton hoitopolku. (EIMokhallalati ym. 2020.) Näyttöön perustuvan toiminnan vaatimuksena hoitotyössä on väestön oikeus hyvään hoitoon. Palvelujärjestelmän hoitomenetelmien tulee olla vaikuttavaksi tunnettuja ja potilaille merkityksellisiä. Palveluiden saatavuuden ja hoitokäytäntöjen vaihtelut aiheuttavat hoidon laadun vaihtelua ja lisää epätasa-arvoa. Lisäksi ne lisäävät riskiä erilaisille haittatapahtumille ja aiheuttavat ylimääräisiä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 7.)

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää Kainuun sotessa palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen prosessia moniammatillisen yhteistyön avulla. Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen vaatii yhteistyötä eri ammattiryhmien henkilöiden välillä yhteisten tavoitteiden ja

päämäärien mukaisesti. Moniammatillisissa hoito- ja palveluketjuissa toimiminen vaatii ammattilaisten tiivistä yhteistyötä (Mönkkönen ym. 2019, 9).

Palliatiivinen hoidossa pelkästään potilasta ei käsitetä hoidon kohteeksi vaan sekä potilas että hänen läheisensä ovat mukana osallistumassa päätöksentekoon. Parantumaton sairaus vaikuttaa potilaan ja perheen elämään. Elämän vastapainoksi tulee kuoleman läheisyys väistämättömänä asiana, ja muuttaa siten samalla perheenjäsenten tulevaisuutta. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon aikana potilas tarvitsee kokonaishoitoa, ja perheenjäsenet tarvitsevat tukea pystyäkseen luopumaan läheisestään. (Anttonen 2016, 4.)

Palliatiivisessa hoidossa moniammatilliseen työhön osallistuu potilaan ja omaisten lisäksi toimijoita useista eri sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmistä. Hoitotyön ja lääketieteen toimijoiden lisäksi moniammatilliseen työryhmään kuuluvat erityistyöntekijät fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä ja psykiatrisen hoitotyön asiantuntijat.

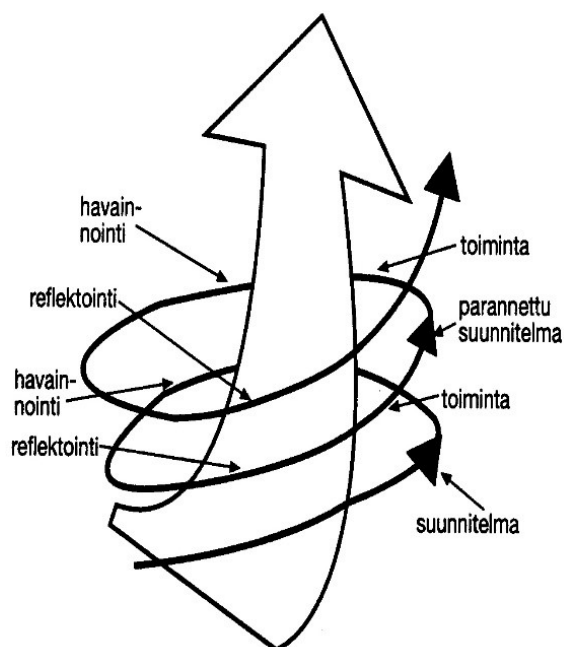
1.2 Opinnäytetyön metodologia

Opinnäytetyön metodologisena lähestymistapana oli toimintatutkimus. Kyseisen metodologian tavoitteena on kehittämiskohteen muutos, minkä avulla pyritään tuottamaan soveltuvaa tietoa palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen kehittämiseksi. Toimintatutkimus valikoitui opinnäytetyön metodologiaksi, koska keskeistä siinä on toiminnan aikana tukea toisia yhteisessä ammatillisessa oppimisprosessissa ja kehittää yhteistä asiaa. Toimintatutkimuksessa tarkoitus on tuottaa tietoa käytännön kehittämiseksi. (Heikkinen 2008, 16.) Toimintatutkimuksen etuna on, että osallistujat, joita ongelma koskee, etsivät siihen yhdessä ratkaisua ja sitoutuvat samalla muutokseen. Toiminnan muuttaminen edellyttää osallistujien toiminnan reflektointia, jossa tutkija pyrkii esittämään erilaisia näkökulmia organisaation uudistavan toiminnan ja kehittymisen perustaksi. (Kananen 2014, 11–12.)

Opinnäytetyössä asiantuntijuus kehittyy yhdessä toimimalla eli moniammatillisessa yhteistyössä. Yhteistyöhön liittyy osaamista, jossa pyritään toteuttamaan uutta toimintaa yhdessä toisten ammattilaisten kanssa. Toiminnassa pyritään hyödyntämään toisten asiantuntijoiden osaamista, moninaisuutta ja täydennetään toisen osaamista. (Isoherranen 2012, 19.)

Toimintatutkimuksen tavoitteena on aikaansaada muutos tai muutoksia tutkimuskohteessa. Lisäksi siinä pyritään tuottamaan uutta tietoa käytännön kehittämiseksi. Muutos edellyttää muutettavan ilmiön tuntemista ja muutokseen vaikuttavien tekijöiden selvittämistä. (Kananen 2014, 12.) Toimintatutkimus ei ole vain tutkijoiden työtä vaan siihen ovat osallisina henkilöitä työelämästä, johon kehittäminen kohdentuu (Kananen 2014, 11). Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen organisaatiossa vaatii määrätietoista kehittämistä, koska potilaat ja heidän tarpeensa muuttuvat sekä uusia toimintatapoja tulee hoitotyöhön näyttöön perustuvan tiedon ja tutkimustulosten perusteella.

Toimintatutkimus on siis yhteisöllinen prosessi. Tutkijan positio on osallistua tutkittavan yhteisön toimintaan ja pyrkiä yhdessä yhteisön toimijoiden kanssa ratkaisemaan tutkimusongelma. (Kananen 2014, 14.) Lähestymistapa edellyttää valmiutta muutokseen ja itsensä kehittämiseen (Huovinen & Rovio 2008, 94). Toimintatutkimuksen avulla kehitetään uusia toimintatapoja käytäntöön, joten se on kehittämisprojekti. Opinnäytetyön tekijä on tutkija, ja hän osallistuu itse tutkimukseen käynnistämällä muutoksen sekä rohkaisemalla ihmisiä muutokseen ja, että heidän kannaltaan asioita kehitetään aiemmasta. Toimintatutkimuksen ensisijainen tarkoitus onkin tutkia ja kehittää ihmisten yhteistoimintaa (Kananen 2014, 11; Heikkinen 2008, 16). Opinnäytetyötekijän asiantuntemus, osaaminen ja kokemus ovat keskeisiä kehitykseen vaikuttavia tekijöitä. Kuviossa 1. on esitetty toimintatutkimuksen eteneminen vaiheittain.



Kuvio 1. Toimintatutkimuksen spiraali (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2008, 81)

Toimintatutkimus perustuu sykliin, joka sisältää suunnittelun, toteutuksen, havainnoinnin ja reflektoinnin (Heikkinen 2008, 35). Tutkimus alkaa valitun asian tai toiminnan ajattelusta, johon haetaan vastausta. Suunnittelu vaatii syventymistä kehittämistyön teoreettiseen perustaan. Sitä seuraa toiminta, jossa toimintaa havainnoidaan ja kehitettävästä asiasta kerätään havaintoaineistoa. Tämän jälkeen toimintaa reflektoidaan ja reflektion perusteella kehittyneet asiat ovat uuden kokeilun perustana. (Heikkinen, Kiilakoski & Rovio 2010, 78–79.) Toimintatutkimuksessa keskeistä on sen reflektiivinen luonne ja reflektion kautta voi ihminen tulla tietoiseksi omasta toiminnastaan (Heikkinen, Kiilakoski & Rovio 2010, 80). Toimintatutkimus voidaan toteuttaa vain kaikkien osallistujien yhteistyön avulla. Toimintatutkimus etenee sykleittäin ja kun syklejä on aseteltu peräkkäin, muodostuu niistä etenevä spiraali. (Heikkinen 2008, 19, 35.) Ilman tulosten arviointia ja mittausmahdollisuutta on kehitettävän asian onnistumisen arviointi vaikeaa (Kananen 2014, 34; Heikkinen & Syrjälä 2008, 143–161). Seuraavissa luvuissa tuodaan esille toimintatutkimuksen sykllisyys ja spiraalimaisuus tässä opinnäytetyössä.

1.3 Projektiorganisaation kuvaus

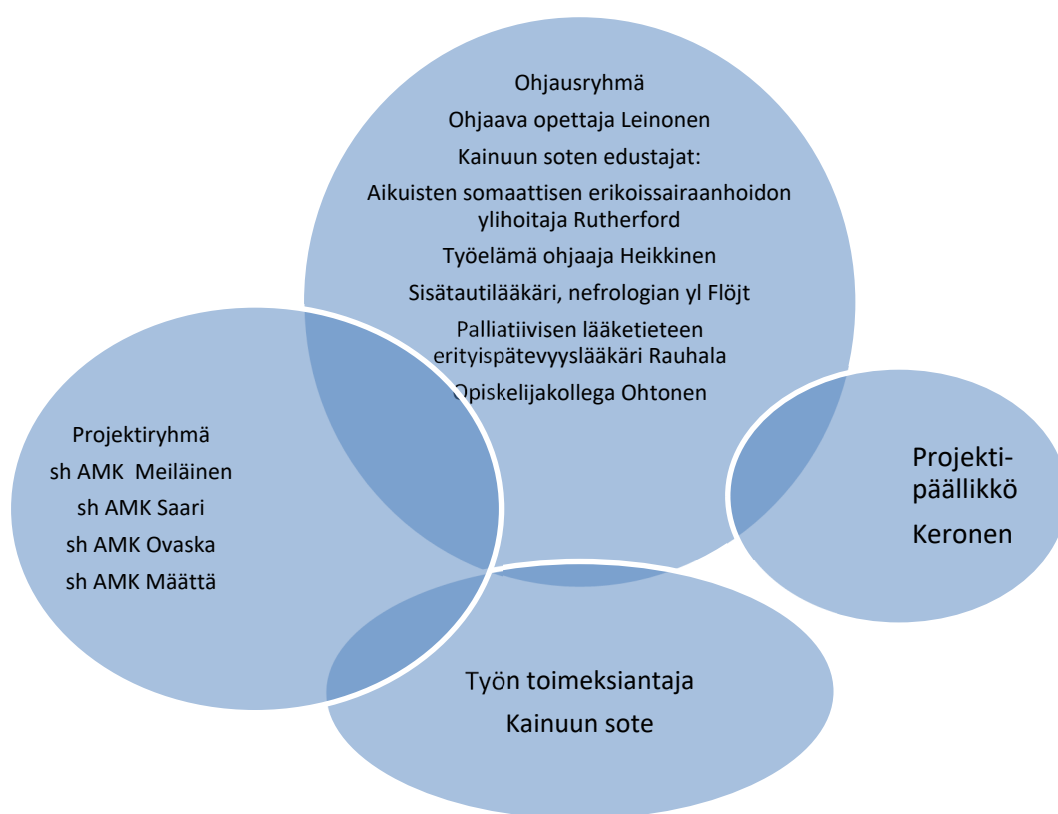
Opinnäytetyön tavoitteen saavuttamiseksi perustettiin projektiorganisaatio. Jotta palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen prosessi kehittyi, vaati se toteuttamiseen eri puolilta ammattilaisia projektityöskentelyyn. Näillä ihmisillä oli erilaista osaamista palliatiivisesta hoidosta.

Opinnäytetyön johtaminen tarkoittaa sitä, että opiskelija suunnittelee ja organisoii opinnäytetyöhön projektiorganisaation, jossa opinnäytetyöhön liittyvä ohjaus ja kehittäminen toteutuvat. Projektin toteuttamista seuraa ja tukee toimeksiantaja tai organisaation johto eli Kainuun sote (ks. Lööw 2002, 29). Kun työskennellään tietyn projektin edistämiseksi, silloin voidaan puhua projektiorganisaatiosta (Lööw 2002, 16). Toimeksianto tulee organisaatiolta, joka huolehtii projektin resurssoinnista. Projektitoimintaa ohjaa tavoite ja sen tarkoitus on kehittää toimintaa organisaatiossa (Pelin 2004, 25).

Projektit ovat erilaisia riippuen niiden tavoitteesta. Tavoite on määrittävä tekijä projektille. Tämän opinnäytetyön projektityyppi on organisaation sisäinen kehitysprojekti. Tällainen yrityksen sisäinen kehitysprojekti lähtee liikkeelle kehitysideasta tai johdon antamasta toimeksiannosta. Tavoitteena on kehittää toimintaa joko sisäisesti tai ulkoisesti. (Kettunen 2009, 17–18.) Opinnäy-

tetyö toteutetaan Kainuun sotessa sisäisesti tehtävänä projektina eli projektiorganisaatio on tukemassa opinnäytetyöprosessin onnistumista. Jokainen projektiryhmään tai projektin sidosryhmään kuuluva tukee projektin toteutusta omalla osaamisellaan.

Opinnäytetyön onnistuminen vaatii, että se on selkeästi jäsennelty, mukana on innostuneita työntekijöitä, tiedottaminen on jatkuvaa ja tuloksia seurataan. Lisäksi toimintaan tulee varata riittävästi aikaa ja resursseja. Tärkeää on, että työtä ohjataan ja johdetaan ammattimaisesti. (Löow 2002, 18–19.) Ohjausryhmä nimitettiin opinnäytetyön alussa. Ohjausryhmä määritteli opinnäytetyön kokonaistavoitteen, määritteli lähtökohdat opinnäytetyölle sekä päätti mahdollisista muutoksista (ks. Löow 2002, 29). Projektipäällikkö kokosi ohjaus- ja projektiryhmät opinnäytetyön tavoitteen perusteella. Kuviossa 2. on esitetty opinnäytetyön projektiorganisaation eri toimijat.



Kuvio 2. Opinnäytetyön projektiorganisaatio

Projektiorganisaatio koostui ihmisistä, jotka esittivät mielipiteitä, kykenivät tekemään päätöksiä ja olivat sitoutuneita projektiin. Edellä mainitut tekijät ovat merkityksellisiä edellytyksiä projektin onnistumiselle, mutta lisäksi se vaatii hyvää suunnittelua ja johtajuutta (ks. Löow 2002, 76). Projektipäällikkönä pyrin jatkuvaan keskusteluun ja selkeään tiedottamiseen eri ryhmien välillä.

Opinnäytetyön taustalla oli Lean - ajattelu, joka perustuu prosessien parantumiseen hukkaa poistamalla ja ihmisten kunnioitukseen ja henkilöstön kyvykkyyteen ratkaista prosesseihin liittyviä ongelmia (Modig & Åhlström 2013, 123–124). Projektiryhmä koostui asiantuntijoista, joilla jokaisella on oma asiantuntijuus projektiryhmässä (ks. Löow 2002, 31). Projektiryhmässä olleet henkilöt olivat kaikki sairaanhoitajia erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla, mikä mahdollisti opinnäytetyöhön vahvaa substanssiosaamista.

1.4 Lean – ajattelu johtamisen välineenä

Lean on alkuperältään 1920-luvulta autoteollisuuden tuotantoon kehitetty ajattelutapa, mutta Lean -käsite syntyi 1970-luvulla, kun alkoi Toyotan nousu sen nykyiseen asemaansa automarkkinoilla (Suneja & Suneja 2017, 187). Lean tuo esille tasalaatuisuutta, työntekijöiden asiantuntijuutta ja vastuullisuutta sekä tiimien moniosaamista organisaation jokaisella tasolla ja työn mielekkyyttä. Näiden lisäksi siihen kuuluu tuotteen jatkuva kehittäminen. (Suneja & Suneja 2010, 15–16, 190–191.)

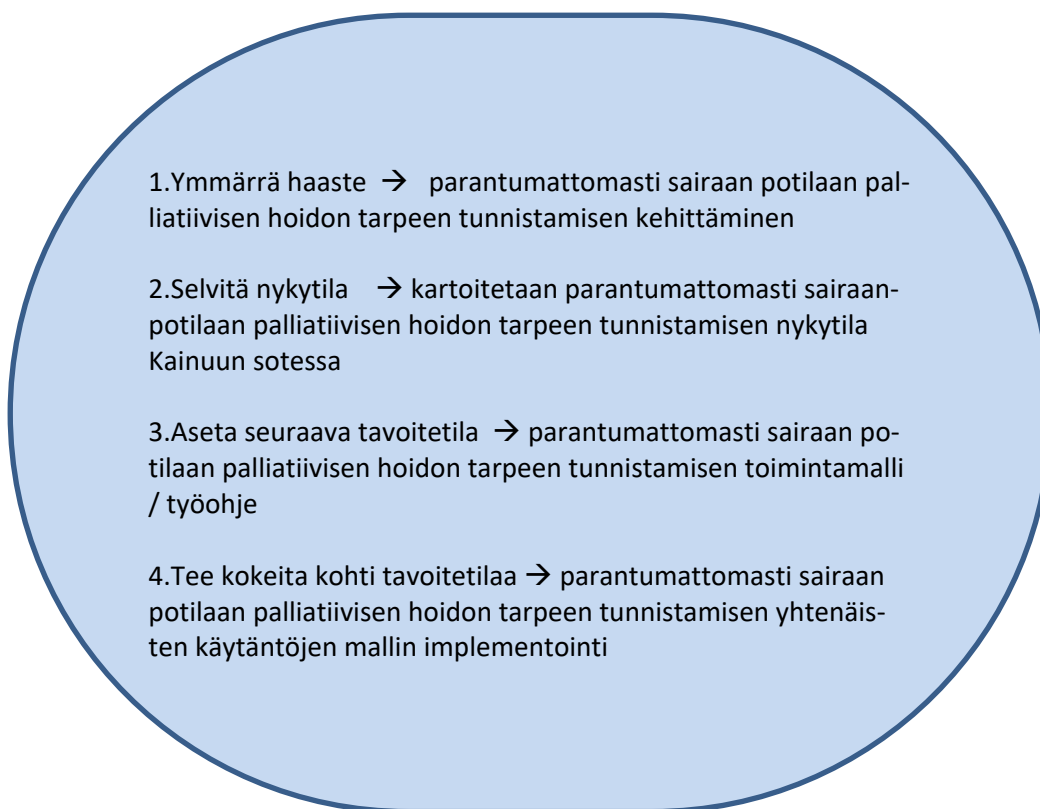
Lean - ajattelu on Kainuun soten strateginen johtamisen näkökulma (ks. Talousarvio 2021 ja taloussuunnitelma 2022–2024 2020, 19), ja siksi se valittiin johtamisen näkökulmaksi myös tähän opinnäytetyöhön. Kainuun sote määrittelee, että hyvän palvelun sote edellyttää toimivia hoitoja ja palveluketjuja ja tämä edellyttää sitä, että hoito- ja palvelu prosesseja ja -ketjuja johdetaan kokonaisesti yli tulosaluerajojen asiakkaalle arvoa tuoden. Kainuun soten prosessien- ja ketjujen kehittämisen tarkoitus on hoito- ja palvelutoiminnan tehostaminen, toiminnan laadun ja palvelutason kehittäminen, ongelmatilanteiden hallinta ja kustannussäästön aikaansaaminen.

Johtamisen näkökulmasta katsottuna Lean - ajattelu on organisaation työtä ohjaava periaate tai ajattelutapa ja toimintatutkimus on tutkimustyössä käytettävä lähestymistapa. Näille molemmille kuitenkin yhteistä on käytännön työelämän ja toiminnan kehittäminen (Modig & Åhlström 2013, 123–124, 127; Heikkinen 2008, 16, 27). Sekä Lean - ajattelussa että toimintatutkimuksessa tavoitteena on saavuttaa muutos sekä molemmissa yhteistä on kehittämisen syklisyys.

Lean tavoitteena on parantaa asiakkaille koituvaa arvoa ja vähentää prosesseissa olevaa hukkaa, tehostaa palvelun ja potilasvirtojen sujuvuutta sekä voimaannuttaa henkilöstöä laadun parantamisen myötä (Andersen, Rovik & Ingebrigtsen 2014; DeSouza 2009). Lean tuo esille tasalaatuisuutta, työntekijöiden asiantuntijuutta ja vastuullisuutta sekä tiimien moniosaamista organisaa-

tion jokaisella tasolla ja työn mielekkyyttä (Kortejärvi 2018, 16). Näiden lisäksi siihen kuuluu tuotteen jatkuva kehittäminen. Onnistuessaan Lean vaikuttaa sekä työtapoihin että -kulttuuriin. (Suneja & Suneja 2010, 15–16, 190–191.)

Prosessin kannalta tärkeä osa-alue Lean - ajattelussa on virtaus. Se tarkoittaa tilaa, jolloin valmistettavat tuotteet kulkevat prosessin läpi pysähtymättä. (Johnson, Smith & Mastro 2012.) Jos tuotteiden eteneminen pysähtyy, niitä kertyy kasoiksi. Virtaustehokas organisaatio pyrkii, ettei samaa tehtävää jouduta aloittamaan yhä uudelleen ja keskitytään asiakkaan tarpeisiin, jotta lisätyötä ei tule. (Suneja & Suneja 2010, 192.) Resurssien kapasiteettia, osaamista ja toiminnallisuutta kyetään sopeuttamaan välittömästi asiakkaan tarpeiden mukaan (Modig & Åhlström 2013, 104). Kuviossa 3. on esitetty Lean - prosessia mukaillen, miten tämä opinnäytetyö toteutettiin Kainuun sotessa.

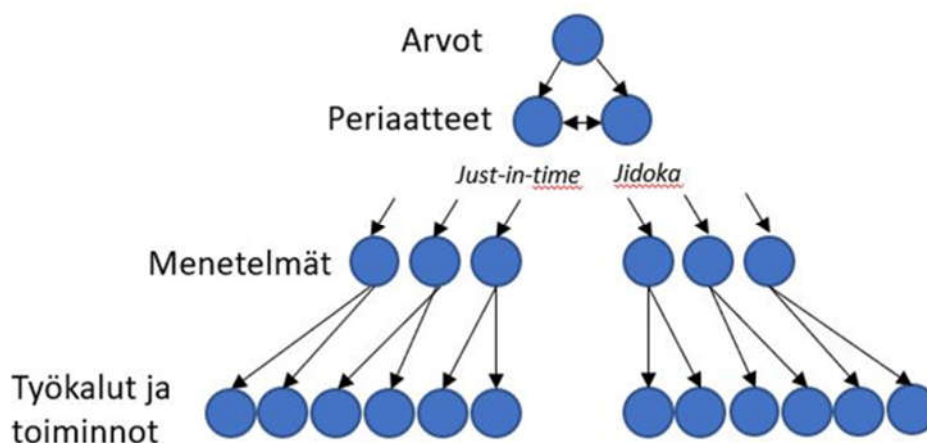


Kuvio 3. Lean-ajattelun prosessi parantumattomasti sairaan potilaan palliativisen hoidon tarpeen tunnistamisessa (mukaillen Torkkola 2015, 114)

Lean - ajattelun mukaisesti prosessi lähtee liikkeelle, kun ymmärretään haaste muutokselle. Tässä opinnäytetyössä palliativisen hoidon tarpeen tunnistamisen kehittäminen on muutoksen kohde.

Sen jälkeen on selvitettävä nykytila, eli kartoitetaan parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen nykytila Kainuun sotessa. Kolmanneksi Lean - ajattelun prosessin mukaisesti asetetaan tavoitetila eli työohje parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisesta. Neljäntenä on kokeilu kohti tavoitetilaa eli työohjeen pilotointi ja työohjeen implementointi työohjeen vakiinnuttamiseksi.

Terveydenhuollossa täydelliseen virtaukseen on mahdotonta päästä, koska ihmiset tekevät työtä eikä koneet, ja siksi organisaation määrittää minkä tasoista virtaustehokkuutta se tavoittelee. (Modig & Åhlström 2013, 104.) Lean - ajattelun käyttöönotolla terveydenhuollossa on ollut merkitystä työntekijöiden rooleihin, vastuuseen ja työominaisuuksiin. Painopiste on siirtynyt terveydenhuollon ammattilaisilta, joissa välitön potilastyö ja osaaminen ovat olleet potilaan hoidon periaatteita, prosessin kehittämiseen ja ryhmätyöhön. Ryhmätyö ja auktoriteettien hajauttaminen ovat esimerkkejä Lean- ajattelusta, joita voidaan pitää kulttuurien vastakulttuureina vahvan ammattikulttuurin ja epätasaisen vallanjaon vuoksi, jossa lääkärit ovat olleet hallitsevia päätöksentekijöitä. (Drotz & Poksinka 2014, 177.) Kehittämisen riittävä resurssointi, kuten jatkuva koulutus, myönteinen palaute ja tiedon jakaminen, vähentävät kuormitusta ja vahvistavat henkilöstön työhön sitoutumista (Cullinane ym. 2014; Ahonen ym. 2016). Kuviossa 4. on kuvattu Lean - ajattelu toiminnaksi.



Kuvio 4. Lean-ajattelu toiminnaksi (Modig & Åhlström 2013, 129–140)

Arvot ohjaavat, miten tilanteissa toimitaan, ja ne ovat olemassaolon perusta (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän Strategiakartta 2021–2028 2020, 1; ETENE 2001, 4–5). Ne mää-

rittelevät millainen organisaatio on ja siten mihin toiminnalla pyritään. Terveystieteissä tärkein arvo on asiakaslähtöisyys eli asiakkaan tarpeet (Lehmuskoski & Kuusisto-Niemi 2019, 22–23). Periaatteet ohjaavat tekemistä. Tavoitteena on siis arvon tuottaminen asiakkaalle, virtaustehokkuus ja arvoa tuottamattomien toimintojen minimointi. (Andersen, Rovik & Ingebrigtsen 2014; DeSouza 2009.) Tarkoituksena on, että kaikki ovat organisaatiossa tietoisia, miten toiminnot tapahtuvat ja virtaustehokkuutta haittaavat tai estävät toiminnot huomataan ja minimoidaan. (Modig & Åhlström 2014, 23–25, 74–75.)

Lean - ajattelun soveltuvuutta sosiaali- ja terveydenhuoltoon on tutkittu paljon. Lean- ajattelun soveltaminen on parantanut potilasvirran hallintaa tehokkuuden, vaikuttavuuden ja laadun suhteen, mutta myös sisäisen muutoksen kohti Lean- ajattelua. (Prado-Prado ym. 2020.) Palliatiivisessa hoidossa keskiössä on potilas ja hänen läheisensä. Hoidon tavoitteena on järjestää potilaalle yksilöllisesti tarvitsemansa hoito ja palvelut, jolloin tarpeettomat ja potilaalle hyödyttömät hoito- ja palvelut jäävät pois, kuten Lean - ajattelun tarkoitus on poistaa hukkaa.

1.5 Lähteet

A 582/2017. Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskitämisestä. 1.1.2018. Viitattu 25.11.2021. <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170582>

Ahonen, O., Kouri, P., Kinnunen, U., Junntila, K., Liljamo, P., Arifulla, D. & Saranto, K. (2016). The Development Process of eHealth Strategy for Nurses in Finland. *Studies in health technology and informatics* 225, 203–207. Viitattu: 15.4.2022. DOI: 10.3233/978-1-61499-658-3-203

Andersen, H., Rovik, K. A. & Ingebrigtsen, T. (2014). Lean thinking in hospitals: is there a cure for the absence of evidence? A systematic review of reviews. *BMJ Open* 4(1), e003873-2013-003873. Viitattu: 14.4.2022. <https://bmjopen.bmj.com/content/4/1/e003873>

Anttonen, M. S. (2016). Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja 2148. Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö. Tampere. Viitattu 25.11.2021. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98745/978-952-03-0066-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Council of Europe. (2003). Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care. Viitattu 11.8.2021.

[https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf)

Cullinane, S., Bosak, J., Flood, P.C. & Demerouti, E. (2014). Job design under lean manufacturing and the quality of working life: a job demands and resources perspective. *The International Journal of Human Resource Management* 25(21), 2996-3015. Viitattu: 15.4.2022. DOI:

<https://doi.org/10.1080/09585192.2014.948899>

DeSouza, L. B. (2009). Trends and approaches in lean healthcare. *Leadership in Health Services* 22(2), 121–139. Viitattu: 14.4.2022. DOI: 10.1108/17511870910953788/

Drotz, E. & Poksinska, B. (2014). Lean in healthcare from employees' perspectives. *Journal of Health Organization and Management: Lean in healthcare* 28(2), 177-196. Viitattu 10.4.2022.

DOI: <https://doi.org/10.1108/JHOM-03-2013-0066>

ElMokhallalati, Y., Bradley, S. & Chapman E., Zieegler, L., Murtaugh, F. EM., Johnson, M. J. & Bennettu, M. I. (2020). Identification of patients with potential palliative care needs: a systematic review of screening tools in primary care. *Palliative Medicine* 24(89), 989–1005. Viitattu 11.8.2021.

<https://doi.org/10.1177/0269216320929552>

ETENE. (2001). Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE – julkaisuja I. Viitattu: 14.4.2022.

<https://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>

ETENE. (2003). Saattohoito – valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. Viitattu: 27.5.2022.

<https://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a>

Heikkinen, H. (2008). Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) *Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat*. Helsinki: Kansanvalistusseura, 16–38.

Heikkinen, H., Kiilakoski, T. & Rovio, E. (2008). Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) *Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat*. Helsinki: Kansanvalistusseura, 78–113.

Heikkinen, H. & Syrjälä, L. (2008). Tutkimuksen arviointi. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 143–161.

Huovinen, T. & Rovio, E. (2008). Toimintatutkija kentällä. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 94–113.

Isoherranen, K. (2012). Uhka vai mahdollisuus - moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akaateeminen väitöskirja 18. Sosiaalitieteiden laitos, Helsingin yliopisto. Helsinki. Viitattu 20.8.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-7664-0>

Johnson, J. E., Smith, A. L. & Mastro, K. A. (2012). From Toyota to the bedside: nurses can lead the lean way in health care reform. *Nursing Adm Q* 36(3), 234–242. Viitattu: 14.4.2022. DOI: 10.1097/NAQ.0b013e318258c3d5

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän Strategiakartta 2021–2028. (2020). Viitattu: 13.4.2022. <https://sote.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2020-09/Liite%20%20BSC%20ja%20mittarit%20koko%20ky%20TA2021%20%28ID%2096219%29.pdf>

Kananen, J. (2014). Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja – sarja.

Kettunen, S. (2009). Onnistu projektissa. Helsinki: WSOY

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. (2018). Näyttöön perustuva toiminta. Tarpeesta tuloksiin. Helsinki: BoD – Books on Demand.

Kortejärvi, P. (2018). Lean Safety –työkirja. Työturvallisuuskeskus, teknologia-alojen työalatoimikunta. Viitattu: 15.4.2022. https://ttk.fi/files/6395/Lean_Safety_Tyokirja_201804.pdf

L 1301/2014. Sosiaalihuoltolaki. 1.4.2015. Viitattu 25.11.2021. <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>

L 1326/2010. Terveystuoltolaki. 1.5.2011. Viitattu 25.11.2021. <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326>

L 559/1994). Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 1.7.1994. Viitattu 25.11.2021. <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940559>

L 731/1999. Suomen perustuslaki. 1.3.2000. Viitattu 25.11.2021. <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990731>

L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeudesta. 1.3.1993. Viitattu 25.11.2021. <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>

Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa. (N.d). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 8.10.2021. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/lait-ja-suositukset-koskien-elaman-loppuvaiheen-hoitoa>

Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. (2019). Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Duodecim 135(4), 335–342. Viitattu: 27.5.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14788>

Lehmuskoski, A. & Kuusisto-Niemi, S. (2012). Asiakaslähtöiset ja vaikuttavat sosiaalipalvelut. Opas sosiaalihuollon käsitteelliseen tarkasteluun. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. Viitattu: 13.4.2022. https://www.thl.fi/attachments/tiedonhallinta/asiakaslaitoiset_ja_vaikuttavat_sosiaalipalvelut_opas_sosiaalihuollon_kasitteelliseen_tarkasteluun.pdf

Lööw, M. (2002). Onnistunut projekti. Projektijohtamisen ja -suunnittelun käsikirja. Helsinki: WS Bookwell Oy

Modig N. & Åhlström P. (2013). Tätä on lean. Ratkaisu tehokkuusparadoksiin. Tukholma: Rheologica publishing

Muistipotilaan hoitoketju. (2017). Käypä hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 8.10.2021. <https://www.kaypahoito.fi/xmedia/hoi/hoi50044s.pdf>

Mönkkönen, K., Kekoni, T. & Pehkonen, A. (2019). Moniammatillinen yhteistyö – vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Gaudeamus.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. (2019). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 21.9.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#K1>

Prado-Prado, J. C., Garcia-Arca, J., Fernandez-Gonzales, A. J. & Mosteiro-Anon, M. (2020). Increasing Competitiveness through the Implementation of Lean Management in Healthcare. *Int J Environ Res Public Health* 27(14), 4981–4991. Viitattu: 10.4.2022. DOI: 10.3390/ijerph17144981

Pelin, R. (2004). Projektihallinnan käsikirja. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy

Saarto, T. (2017). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen: Työryhmän suositus osaa-
mis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysmi-
nisteriön raportteja ja muistioita 44. Helsinki. Viitattu 19.4.2021. [https://julkaisut.valtioneu-
vosto.fi/handle/10024/160392](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160392)

Saarto, T. & Finne-Soveri, H. (2019a). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa: Alueel-
linen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveys-
ministeriö 14. Helsinki. Viitattu 25.11. 2021. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/han-
dle/10024/161396](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161396)

Saarto, T. & Finne-Soveri, H. (2019b). Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja
laadun parantamisesta Suomessa: Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti 68. So-
siaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 29.8.2021. [http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-
7](http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7)

Suneja, A. & Suneja, C. (2010). Lean ja terveydenhuolto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Talousarvio 2021 ja taloussuunnitelma 2022–2024. (2020). Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon
kuntayhtymä. Viitattu: 13.4.2022. [https://sote.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/docu-
ments/library/2021-10/Talousarvio%202021%20ja%20taloussuunnitelma%202022-2024.pdf.pdf](https://sote.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2021-10/Talousarvio%202021%20ja%20taloussuunnitelma%202022-2024.pdf.pdf)

Torkkola, S. (2015). Lean asiantuntijatyön johtamisessa. Helsinki: Talentum Pro.

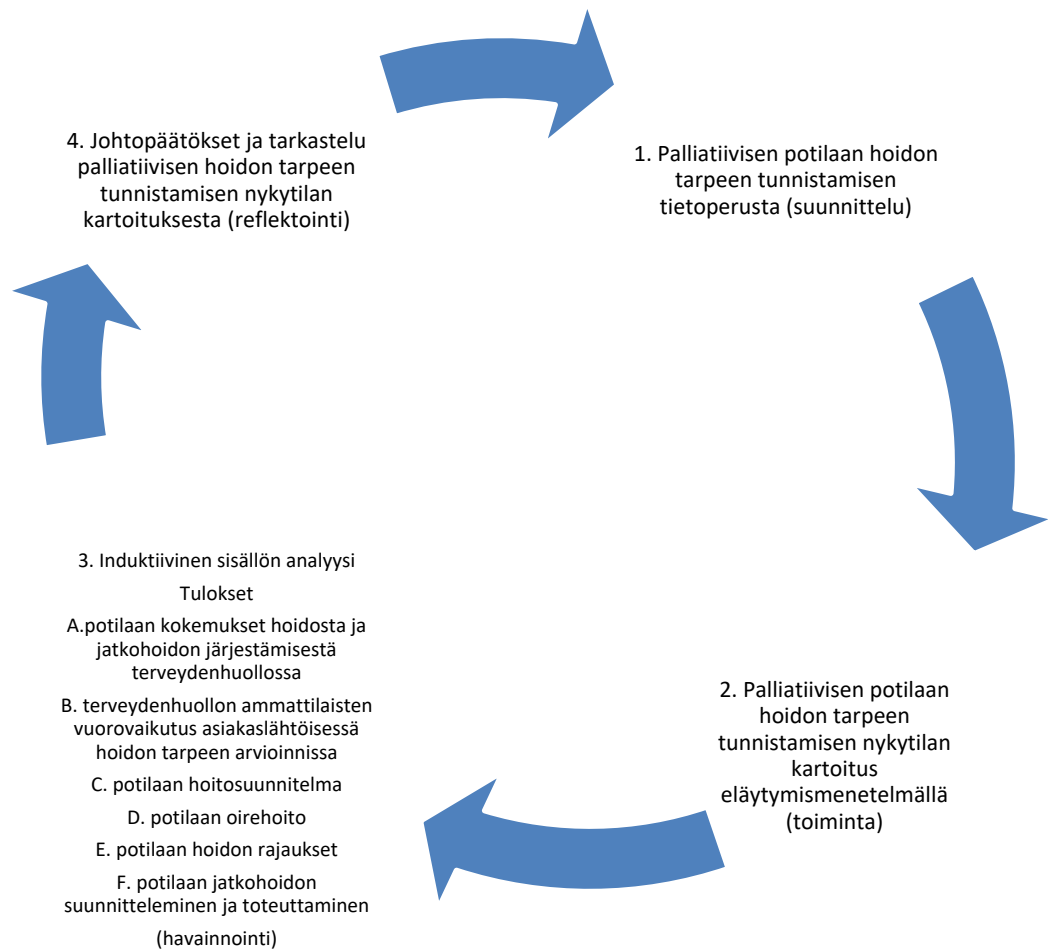
Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. (2003). Saattohoito – valtakunnal-
lisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. ETENE julkaisuja 5. Helsinki. Viitattu
25.11.2021. [https://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+ra-
portti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-
4e1bcfa2d75a/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf](https://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+ra-
portti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-
4e1bcfa2d75a/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf)

WHO. (2020). World Health Organization. Palliative care. Viitattu 17.8.2021.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

WHO. (2021). World Health Organization. Palliative care. Viitattu 19.8.2021.
<https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

2 Palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen nykytila Kainuun sotessa (1.sykli)

Palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen nykytilan kartoituksesta muodostui opinnäytetyön ensimmäinen sykli. Nykytilan selvityksen tarkoitus oli kartoittaa, miten palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistaminen toteutuu tällä hetkellä Kainuun sotessa. Kuviossa 1. on kuvattu opinnäytetyön ensimmäinen sykli toimintatutkimuksen mukaisesti.



Kuvio 1. Toimintatutkimuksen 1. sykli

Ensimmäisen syklin tuloksia hyödynnettiin, ja ne olivat perusta opinnäytetyön toiselle syklille.

2.1 Palliativisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen tietoperusta (suunnittelu)

Teoreettinen tieto palliativisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisesta oli toimintatutkimuksen 1.syklin mukaista suunnittelua. Teoreettinen tieto käsittelee palliativisen hoidon tarvetta, palliativisen potilaan tunnistamisen tarvetta ja sitä, mitä hyötyjä saadaan, kun palliativisen hoidon tarpeessa oleva potilas tunnistetaan terveydenhuollossa. Tavoitteena oli tiivistää aikaisemmin tuotettu tieto palliativisen hoidon tarpeen tunnistamisesta.

2.1.1 Palliativisen hoidon tarve

Palliativinen hoito on potilaan moniammatillista ja aktiivista kokonaisuhoitoa. Hoidon tavoitteena on vaalia potilaan elämänlaatua ja lievittää potilaan sekä hänen läheistensä fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja elämän merkityksellisyyteen liittyvää kärsimystä. (WHO 2021.) Palliativinen hoitolinjaus on tarpeen tehdä, kun potilaan jäljellä olevan elämän pituuteen ei voida enää vaikuttaa ja hoidon tavoite on oireiden lievittäminen ja mahdollisimman hyvä elämänlaatu (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019). Se on ajankohtaista, kun sairauden etenemistä hidastavista hoidoista ei ole enää odotettavissa hyötyä, ja sairaus aiheuttaa kipua tai muuta fyysistä, psyykkistä tai henkistä kärsimystä. Tämä ei ole hoidosta luopumista vaan hoidon toteuttamista toisenlaisin tavoittein. Päätöksen palliativisesta hoitolinjauksesta tekee aina lääkäri lääketieteellisin perustein, mutta hoitolinjaus on sovittava yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen läheisten kanssa lain potilaan asemasta ja oikeudesta (L 785/1992) mukaisesti.

Vuosittain arviolta 40 miljoonaa ihmistä tarvitsee palliativista hoitoa, joista 78 % asuu matalan ja keskitulotason maissa. Maailmanlaajuisesti vain noin 14 % palliativista hoitoa tarvitsevistä ihmisistä saa tarvitsemaansa palliativista hoitoa. Terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa tarvitaan kiireesti asianmukaista kansallista politiikkaa, ohjelmia, resursseja ja palliativista hoitoa käsittelevää koulutusta. Palliativisen hoidon maailmanlaajuinen tarve lisääntyy edelleen väestön ikääntymisen sekä joidenkin tartuntatautien seurauksena. (WHO 2020.)

Palliativista hoitoa ja saattohoitoa tulee kehittää huomioimalla potilas kokonaisesti, jolloin potilaan yksilöllistä tarpeista lähtevä hoito voi toteutua. Tämä on haaste sosiaali- ja terveydenhuollonjärjestelmälle, jossa hoidon lisäksi tulisi turvata ihmisarvoinen kuolema parantumattomasti sairaalle potilaalle ja tukea hänen perheenjäseniään luopumisessa ja surussa. Jotta tavoitteen voi

saavuttaa, niin sosiaali- ja terveydenhuollossa tulee olla selkeitä ja joustavia hoitopolkuja parantumattomasti sairaille potilaille. (Anttonen 2016, 5.)

Sairauden etenemistä jarruttavan hoidon ja palliatiivisen hoitolinjauksen ero ei ole potilaan kroonisissa, ei-maligneissa, sairauksissa yhtä selkeä kuin syöpäsairauksissa. Kroonisissa ei-maligneissa sairauksissa sairaus saattaa edetä hitaasti, jolloin potilas ja läheiset voivat sopeutua tilanteeseen niin, että lääkärin havainnot lääketieteellisen tilanteen heikkenemisestä ja keskustelu palliatiivisesta hoidosta tulevat yllätyksenä potilaalle ja läheisille. Näissä tilanteissa lääkärin tulee kyetä kertomaan ymmärrettävästi, miten potilaan sairauden eteneminen on muuttunut aiemmasta tai jos aikaisemmista hoidoista ei enää arvioida olevan hyötyä. (Lehto 2015, 11, 13–14.)

Parantumattoman sairauden tarkan ennusteen laatiminen on hankalaa, mutta potilaalla on oikeus saada tietoa tulevaisuudestaan ja suuntaa antavasta sairauden etenemisen ennusteesta. Näin potilas voi varautua elämän loppuvaiheeseen, esittää toiveita hoidon järjestämisestä ja keskittyä itselleen merkityksellisiin asioihin (Hietanen 2018, 245–246). Mikäli potilaalle kerrotut arviot toimintakyvyn säilymisestä tai odotettavissa olevasta elinajasta ovat osoittautuneet liian varovaisiksi, voi uusien, elämänloppuvaiheeseen liittyvien ennusteiden hyväksyminen olla vaikeaa. Potilaalle lääkäreiden viestit voivat olla ristiriitaisia, jos hoitokontakteja on useille eri lääketieteen erikoisaloille samanaikaisesti tai jos lääkärit sekä hoitopaikat vaihtuvat.

Palliatiivisessa hoidossa kärsimys ei tarkoita pelkästään fyysistä kipua, vaan vaikeaa epämukavuutta, johon voi liittyä pelkoa tulevaisuudesta, jatkuvaa luopumista ja kuolinhetken pelkoa (Hänninen 2001, 125). Palliatiivisessa hoidossa potilaan elämänlaatu on yksi tärkeimmistä oirearvioinnin muuttujista. Elämänlaadun mittaamisella pyritään tutkimaan hoidon hyödyllisyyttä potilaalle. Koska elämänlaatu on subjektiivinen ja moniulotteinen käsite, on sen mittaaminen haastavaa. Fyysisen toimintakyvyn tai terveyden perusteella ei voida määritellä potilaan elämänlaatua, mutta kipu on yhteydessä potilaan huonoon elämänlaatuun. Potilas tai läheinen voivat käsittää elämänlaadun esimerkiksi kiitollisuutena, oireiden poissaolona tai merkityksellisyyden tunteena. (Davis & Hui 2017.)

2.1.2 Palliatiivisen potilaan hoidon tunnistamisen vaikeus sosiaali- ja terveydenhuollossa

STM:n Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon (Saarto & Finne-Soveri 2019b, 103) selvityksen mukaan iäkkäät eli yli 65-vuotiaat ihmiset käyttävät runsaasti akuuttipalveluja ennen kuolemaa. läk-

kään ihmisen lähestyvää kuolemaa ei tunnisteta ajoissa. Alminojan (2019, 12) tutkimuksen mukaan yleislääkärit olivat yleensä halukkaampia pidättäytymään mahdollisista elämää pitkittävästä hoidosta kuin lääketieteen opiskelijat. Kuitenkin suurin osa kuolevien potilaiden hoidosta tapahtuu perustasolla kotihoidossa tai ympärivuorokautisissa hoitoyksiköissä tai terveyskeskusten vuodeosastoilla, joissa hoidosta vastaavat yleislääkärit, ja juuri niissä hoitopaikoissa valmistuneen nuoren lääkärin odotetaan työskentelevän yleislääkärinä (Alminoja 2019, 14). Yleislääkäri kohtaa vastaanotolla useimmiten monisairaapotilaan, mutta tämä on yleistä myös erikoissairaanhoidon vastaanotoilla ja hoitoarvioissa, joissa kokonaisuhoitoon tarpeen arvion ja hoitolinjan määrittäminen on vaikeaa lyhyiden potilaskontaktien ja lääketieteellisen syväosaamisen kaventaessa käsitystä potilaan hoidosta. (Rahko 2021, 141.)

Lisäksi kotihoitoa tai ympärivuorokautista hoitoa saavaa iäkästä asiakasta yritetään hoitaa parantavasti silloinkin, kun olisi pitänyt siirtyä oireenmukaiseen hoitoon eli ei tunnisteta potilaan palliatiivisen hoidon tarvetta. Hoitohenkilöstön saattohoidon osaamisvajetta vaihtelee alueittain, mutta osaamisvajetta on eniten kotihoidon työntekijöillä. Asumispalveluiden hoitohenkilöstön osaamisen kehittämistarpeet kohdentuvat potilaan oirehoidon osaamiseen ja vuorovaikutusosaamisen kehittämiseen. (Saarto & Finne-Soveri 2019b, 109–110.)

Lääkärin koulutuksen ja kliinisen kokemuksen on osoitettu vaikuttavan päätöksentekoon potilaan elämän loppuvaiheen hoidossa (Alminoja 2019, 7). Verrattaessa elämän loppuvaihetta koskevaa päätöksentekoa ja asenteita lääketieteellisen opiskelijoiden ja kokeneiden yleislääkäreiden välillä, niin opiskelijat olivat vähemmän halukkaita lopettamaan tai pidättäytymään hoidosta, kuten elvytyksestä (Alminoja 2019, 12; Hinkka 2001, 50). Lisäksi he olivat epäröivimpiä lisäämään kivunhoidossa morfiiniannosta, koska olemassa oli tappavan yliannostuksen riski. (Alminoja 2019, 12.) Myös lääkärin erityispätevyyden ja erikoisalalan vaikutus hoitopäätöksiin vaihtelee hoidosta riippuen (Hinkka 2001, 54–55).

Lääketieteen opiskelijat ovat epävarmoja ja kokevat olevansa huonosti valmistautuneita keskustelemaan elämän loppuvaiheen hoidosta potilaan kanssa. Lisäksi heidän tietämyksensä DNR-määräyksistä, ja osaamisen palliatiivisesta lääketieteestä tiedetään olevan vähäisiä. (Romotzky ym. 2015.)

Koska toiminnanvajaus ja erilaiset iäkkäiden ihmisten käyttämät sosiaalilainsäädännön alaiset palvelut yleistyvät 75 ikävuoden jälkeen, on sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstön yhteistyö välttämätöntä palveluketjuja suunniteltaessa. Yhteistyö koskee myös palliatiivisessa ja saattohoi-

dossa työskenteleviä työntekijöitä. (Saarto & Finne-Soveri 2019b, 14.) Lisäksi lääketieteen peruskoulutuksessa tulisi opiskella nykyistä enemmän päätöksentekoa ja eettisiä kysymyksiä, jotka liittyvät elämän loppuvaiheen hoitoon (Alminoja 2019, 3; Hinkka 2001, 60–61). Kotisairaalan ja lääkärinkonsultaation puute sekä viikonloppuaikainen sairaanhoitajien vähäisyys todennäköisesti ohjaavat iäkkäitä asiakkaita, mukaan lukien palliativisen hoidon ja saattohoidon potilaat, päivystyspalveluiden käyttöön (Saarto & Finne-Soveri 2019b, 102).

Sairaalapalveluiden käyttö oli erittäin yleistä kaikilla vanhuspalveluiden asiakkailla elämän viimeisen kolmen kuukauden aikana, ja erityisen yleistä se oli kotihoidon asiakkailla (89 %). Ympäri vuorokautisen hoidon asiakkaista sairaalapalveluja käytti joka toinen asiakas. Tarkasteltaessa kotihoidon asiakkaan elämän viimeistä viikkoa sairaalapalveluiden käyttöä oli 69 % asiakkaalla, mutta ympärivuorokautisen hoidon osalta sairaalapalvelujen käyttö oli kotihoitoa vähäisempää. (Saarto & Finne-Soveri 2019b, 109–110.)

Päivystyspoliklinikan palveluiden käyttö oli myös yleistä kaikilla vanhuspalveluiden asiakkailla elämän viimeisen kolmen kuukauden aikana. Kotihoidon asiakkailla se oli yleisempää (70 %) kuin ympärivuorokautisen hoidon asiakkailla (43 %). Päivystyspoliklinikan palveluiden käyttö oli kotihoidon asiakkailla elämän viimeisen viikon aikana vähäisempää kuin sairaalapalvelujen käyttö. (Saarto & Finne-Soveri 2019b, 109–110.)

Kokonaisuudeksi muodostuu kotihoidon asiakkaiden runsas päivystys- ja sairaalapalveluiden käyttö ja toisaalta ympärivuorokautisen hoidon asukkaiden maakunnasta riippuvainen päivystys- ja sairaalapalveluiden käyttö. Koska kahdella kolmesta henkilöstä oli kuolemaa edeltäneen kolmen kuukauden aikana ollut hoitosuhde vanhuspalveluihin, kehittämällä näiden palveluiden hoidon laatua ja vahvistamalla henkilöstön osaamista voidaan vähentää sekä päivystyspoliklinikan että akuuttisairaansijojen tarpeetonta käyttöä. (Saarto & Finne-Soveri 2019b, 109–110.)

Potilaan sairauden ennusteen arvioiminen voi olla haastavaa, mutta sen ei pitäisi estää keskustelua hoitotoimien tavoitteista ja rajallisuudesta silloin, kun taudin hallintaan ei ole laadukkaita menetelmiä. Lisäksi potilas ja omainen saattavat ovat lääkäriä valmiimpia keskustelemaan elämän rajallisuudesta ja kuoleman väistämättömyydestä, mutta he odottavat, että lääkäri tekee keskustelussa aloitteen. (Rahko 2021, 141.)

2.1.3 Palliativisen hoidon tarpeen tunnistamisen hyödyt

Nykyisin väestö elää pidempään, mutta samaan aikaan yhä useampi ihminen kuolee vuosien sairastamisen ja pitkällisten hoitojen jälkeen. Parhaimmillaan erikoissairaanhoido edistää potilaan elämänlaatua ja usein myös lisää elinaikaa. Sairauteen kohdistuvien hoitojen aikana lääkärin tulee havaita potilaan pitkälle edennyt sairaus ja heikenevä ennuste. Pahimmillaan erikoissairanhoidossa toteutetaan potilaalle hyödyttömiä interventioita, aiheutetaan siten kärsimystä. (Rahko 2021, 141).

Usein erikoissairanhoidossa potilaan hoitoketju on kehitetty yksittäisten toimenpiteiden mahdollisimman tehokkaaseen toteuttamiseen, eikä eri organisaation hajautunut palvelujärjestelmä tunnista monisairaana potilaan ongelmia. Silloin korostuu terveydenhuollon ammattilaisten kyky poimia potilasvirrasta ne potilaat, joilla toimintakyky on joka tapauksessa heikkenemässä, ja jotka hyötyisivät ohjauksesta palliativisen hoitoketjun piiriin. (Rahko 2021, 141.) Tällöin on tarpeen keskustella potilaan ja hänen läheistensä kanssa palliativiseen hoitoon siirtymisestä, ja laatia elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Tähän kuuluvat keskustelut potilaan toiveista ja tarpeista sekä päätökset hoidon linjauksista ja rajauksista. Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma parantaa potilaan saamaa hoitoa ja elämänlaatua, auttaa läheisten jaksamista sekä kohdentaa hoidon resurssit oikealla tavalla. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019.) Potilasta tuetaan mahdollisimman aktiiviseen elämään hänen voimavarojensa ja toiveidensa mukaisesti. Sairauteen ja elämästä luopumiseen liittyy tunteita, joiden käsittelyyn potilas ja hänen läheisensä tarvitsevat tukea. Lähtökohtana on ymmärtää potilaan ja perheen tilanne, jotta henkilökunta voi tukea potilasta ja perhettä hoitopäätösten suuntaisesti. (Anttonen 2016, 60.)

Vaikka lääketieteessä sairauskohtaisia hoitovaihtoehtoja on tarjolla enemmän kuin aikaisemmin, ne eivät aina palvele potilaan elämän loppuvaiheen hoitoa. Potilaan palliativisen hoidon puuttuminen tai viivästyminen johtavat epätarkoituksenmukaiseen ja huonotasoiseen hoitoon. Usein potilaalla ja hänen läheisillään on ollut potilaan sairastamisesta huolta ja epävarmuutta, jolloin hoitosuunnitelmasta sopiminen ja hoidon tavoitteiden ääneen sanominen on helpottavaa ja lisää luottamusta hoitoon. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019.) Anttonen (2016, 90) mukaan, kun tieto siirtyy potilaan hoitoon osallistuvien välillä, niin hoitovastuu selkiytyy, ja siten hoitoon liittyvä epämääräisyys myös vähenee.

Näissäkin vaativissa tilanteissa oirehoidolla sekä potilaan ja läheisten tukemisella on tärkeä merkitys. Palliativisen hoidon päätöksenteolla voidaan edistää potilaan toiveiden huomioimista

(Brinkman-Stoppelenburg, Rietjens & van der Heide 2014). Kun tavoitteena on potilaan mahdollisimman hyvä oireiden hoito ja rauhallinen kuolema, oirehoitoon vaikuttamattomat lääkitykset voidaan lopettaa, ja luopua esimerkiksi kipua aiheuttavista toimenpiteistä ja tutkimuksista. (Rahko 2021, 142.) Palliatiivinen hoito ja sitä tukeva hoitosuunnitelma (ACP) edistävät potilaiden ja heidän läheistensä elämänlaatua ja vähentävät potilaalle epätarkoituksenmukaisia hoitoja ja sairaalajaksoja elämän loppuvaiheessa (Brinkman-Stoppelenburg, Rietjens & van der Heide 2014).

Osa potilaista hyötyy terveydenhuollon erikoissairaanhoidosta, mutta kaikki potilaat tarvitsevat arvostavaa kohtaamista ja kuulluksi tulemistä. Kollegiaalisuuden ja moniammatillisuuden arvostus korostuu luontaisesti niin palliatiivisen hoidon työryhmässä kuin tiimityössä ammattilaisten kesken toimiessa. (Rahko 2021, 143.)

Palliatiivisen hoidosta keskustelu potilaan kanssa tulisi aloittaa asteittain sairauden aktiivihoidojen rinnalla ja erityisesti hoitovasteen hiipuessä tai ollessa epävarma. Riittävän varhaisessa vaiheessa tehty hoitosuunnitelma on tärkeä potilaille, joiden sairaus pahenee toistuvasti (esimerkiksi keuhkohtaumatauti tai sydämen vajaatoiminta) tai jotka voivat menettää kykynsä luotettavaan kommunikaatioon sairauden vuoksi (esimerkiksi muistisairaudet ja motoneuronitauti). (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019.) Hyvällä palliatiivisella hoidolla voidaan edistää parantumattomasti sairaiden potilaiden sekä heidän läheistensä kokemuksia hyvästä kuolemasta (Kendzerska ym. 2019). Schichtelin, Ween, Pereran ja Onakpoyan (2019) tutkimuksen mukaan ennakoiva hoitosuunnitelmalla (ACP) voidaan parantaa potilaan elämänlaatua, potilastyytyväisyyttä loppuelämän hoitoon ja elämän loppuvaiheen kommunikaation laatua sydämen vajaatoiminnasta kärsivillä potilailla, kun hoitosuunnitelma tehdään oikea-aikaisesti, potilaan jatkoseuranta on huomioitu ja läheiset on otettu mukaan hoitoon.

Opinnäytetyön ensimmäisen syklin tarkoitus oli kartoittaa, miten palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistaminen toteutuu tällä hetkellä Kainuun sotessa. Tutkimuskysymys oli, miten palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistaminen toteutuu tällä hetkellä Kainuun sotessa.

2.2 Palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen nykytilan kartoitus eläytymismenetelmän avulla (toiminta)

Eläytymismenetelmä on tutkimusmenetelmä, jota on käytetty usein sosiaali- ja terveysalalla. Vastaajille annetaan kehyskertomukseksi kutsuttu johdatus aiheeseen, jonka mielikuvien mukaan he

kirjoittavat vastaukseksi tarinan. (Eskola 1997, 5–6; 70.) Olennaista eläytymismenetelmässä on, että kehyskertomuksia on vähintään kaksi erilaista (Eskola & Suoranta 1998, 113).

2.2.1 Eläytymismenetelmä ja kehyskertomukset

Tutkimusaineiston keräämisen menetelmänä eläytymismenetelmä tarkoittaa esseen tai lyhyehkön tarinan kirjoittamista tutkijan antamien ohjeiden mukaan. Tarinan kirjoittamista perustellaan sillä, että kaikki vastaajat saavat rauhassa tuottaa oman mielikuvituksensa avulla tarinan. Vastajille annetaan vapaus määritellä itse, mitä he kirjoittavat aiheesta.

Aluksi vastaajille annetaan kehyskertomus, jonka antamien mielikuvien mukaan heidän tulee kirjoittaa tarina. Vastaja vie vastauksessaan kehyskertomuksessa esitettyä tilannetta eteenpäin tai kuvaa, mitä kehyskertomuksessa esitettyä tilannetta ennen on täytynyt tai voinut tapahtua. (Eskola 1997, 5–6; Eskola & Suoranta 1998, 110.) Eläytymismenetelmä sopii tutkittavaan aiheeseen, kun ei haluta vaikuttaa valmiiksi määritellyillä kysymyksillä aineiston laatuun (Eskola & Suoranta 1998, 112).

Keskeistä eläytymismenetelmän käytössä on variointi eli vaihtelu. Samasta peruskehyskertomuksesta on kaksi tai useampia versioita, jotka poikkeavat jonkin keskeisen seikan suhteen toistaan. Näin menetelmän käytössä on keskeistä juuri variaation vaihtelun selvittäminen: mikä vastauksissa muuttuu, kun kehyskertomuksessa muuttuu jokin keskeinen asia. (Eskola 1997, 6; Eskola & Suoranta 1998, 112.)

Kuten muissakin tiedonkeruumenetelmissä, niin myös eläytymismenetelmässä kehyskertomukset on testattava ennakkoon (Eskola 1997, 19; Eskola & Suoranta 1998, 115). Kehyskertomukset testattiin neljällä palliatiivisessa hoitotyössä työskentelevällä henkilöllä, jotta varmistuttiin kertomusten soveltavuudesta. Saatujen palautteiden perusteella pystyttiin muokkaamaan kehyskertomuksia niin, että saadaan vastauksia tutkimuskysymykseen.

Tutkimuskysymyksen perusteella laadittiin kaksi kehyskertomusta (liite 3). Toinen kertomuksista oli sävyiltään myönteinen, ja toinen kertomus oli kielteinen. Tällä varioinnilla haluttiin selvittää vastaajien ajattelun logiikkaa, ei niinkään todistaa oletuksia oikeaksi, vaan keksiä niitä. Kehyskertomuksilla haluttiin kartoittaa palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen nykytilaa ja löytää uusia näkökulmia aiheeseen. (ks. Eskola 1997, 28.)

Kehyskertomukset

1. Liisa on 57-vuotias nainen, ja hän sairastaa parantumattomaa etenevää sairautta. Hän on saanut erilaisia lääkehoitoja, joiden vuoksi hän on usein todella väsynyt ja hänen toimintakykynsä on heikentynyt. Liisa tarvitsee päivittäisiin toimintoihin läheistensä apua. Liisa kertoo hoitajalle olevansa väsynyt. Hänellä on erilaisia oireita ja päivät kuluvat sisällä, kun ei ole voimia kodin ulkopuolisiin käynteihin. Hoitaja järjestää Liisalle hoitavan lääkärin vastaanottoajan. Nyt Liisa kävi lääkärin vastaanotolla, ja tuli takaisin helpottuneena. ”Sinne minä menen kyllä uudestaan”. Mitä vastaanotolla tapahtui? Mitä sellaisia asioita vastaanotolla tapahtui tai oli, jotka saivat Liisan tyytyväiseksi? Kuvittele, mitä vastaanotolla tapahtui, ja kirjoita siitä tarina.
2. Liisa on 57-vuotias nainen, ja hän sairastaa parantumattomaa etenevää sairautta. Hän on saanut erilaisia lääkehoitoja, joiden vuoksi hän on usein todella väsynyt ja hänen toimintakykynsä on heikentynyt. Liisa tarvitsee päivittäisiin toimintoihin läheistensä apua. Liisa kertoo hoitajalle olevansa väsynyt. Hänellä on erilaisia oireita ja päivät kuluvat sisällä, kun ei ole voimia kodin ulkopuolisiin käynteihin. Hoitaja järjestää Liisalle hoitavan lääkärin vastaanottoajan. Nyt Liisa kävi lääkärin vastaanotolla, ja hän tuli takaisin tuhtuneena. ”Sinne minä en mene enää ikinä!” Mitä vastaanotolla tapahtui? Mitä sellaisia asioita vastaanotolla tapahtui tai oli, jotka saivat Liisan tuhtumaan? Kuvittele, mitä vastaanotolla tapahtui, ja kirjoita siitä tarina.

2.2.2 Aineistonkeruu eläytymismenetelmällä

Aineistonkeruun eläytymismenetelmällä toteutettiin Eskolan (1997) ohjeiden mukaisesti. Eläytymismenetelmä toteutettiin kahden kehyskertomuksen avulla, ja vastaajat saivat kirjoittamalla tuottaa vastauksen yhteen tarinaan.

Vastaajien valinnassa on muistettava, mitä asiaa ollaan tutkimassa. Tutkittavasta asiasta riippuen on mielekästä valita vastaajat tutkittavan asiaa koskevan asiantuntemuksen tai kokemuksen perusteella. (Vilkka 2015, 135.) Vastaajiksi haluttiin erikoissairaanhoidossa parantumattomasti sairastavien potilaiden kanssa työskenteleviä hoitajia ja lääkäreitä, mutta heillä ei saanut olla palliatiivisen hoidon erikoispätevyyttä (lääkäri) tai erikoistumiskoulutusta palliatiivisesta hoidosta (hoitajat). Vastaajia haluttiin myös erikoissairaanhoidon eri yksiköistä, joissa parantumattomasti

sairaita potilaita hoidetaan, ja siksi yksiköiksi valittiin sisätautisten potilaiden vuodeosastot, kirurgisten potilaiden vuodeosastot ja teho-/valvontaosasto.

Vastaajat valikoituivat vapaaehtoisuuden mukaan. Osastonhoitajat esittelivät opinnäytetyön omissa työyksiköissään ja toimittivat laaditun saatekirjeen (liite 2) vastaajien luettavaksi. Osastonhoitajat ilmoittivat vastaajahalukkaat opinnäytetyön tekijälle sähköpostitse. Lääkäreiltä osallistumista kysyttiin sähköpostitse. Yhteensä kymmenen henkilöä ilmoittautui halukkuutensa osallistua aineistonkeruuseen. Lopulta vastauksia saatiin kahdeksalta vastaajalta. Aineistonkeruu toteutettiin niin, että vastaajille aiheutui mahdollisimman vähän haittaa osallistumisesta, ja siksi kehyskertomukset lähetettiin heille sähköpostitse, johon he saivat vastata tietyinä työaikana.

Vastaajille kerrottiin, että kyseessä on kirjoittajan ylempi (AMK) opinnäytetyö, jolla on tarkoitus kehittää Kainuun sotessa palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen prosessia. Heille kerrottiin myös siitä, millainen tiedonkeruumenetelmä eläytymismenetelmä on. Vastaaja sai itse valita, vastaako myönteiseen vai kielteiseen kehyskertomukseen. Vastaajille tuotiin esille, että he voivat käyttää mielikuvitusta, ja siksi tarinan ei tarvitse perustua aitoihin potilaan kohtaamis- ja hoitotilanteisiin. Vastaajilta ei kerätty taustatietoja. Eläytymismenetelmää käytettäessä tällaiset tiedot eivät ole tarpeen, ja näin myös suojattiin vastaajien anonymiteetti (Eskola 1997, 28). Kehyskertomuksilla ei haluttu ohjata vastaajien tarinaa, joten niissä ei mainittu palliatiivista hoitoa.

Aineisto kerättiin Kainuun sotien erikoissairaanhoidon työyksiköissä lokakuussa 2021. Tarinoita kirjoittivat kaksi vastaajaryhmää: sairaanhoitajat ja lääkärit. Naisia oli seitsemän ja miehiä yksi. Vastaajista sairaanhoitajat työskentelivät sisätautien, kirurgisen ja tehovalvonnan yksiköissä. Lääkärit työskentelivät erikoislääkäreinä osastoilla ja poliklinikoilla.

2.3 Aineiston analyysi ja tulokset

Hyvä kehyskertomus tuottaa tutkijalle tarinoita siitä, mikä saattaa toteutua tai siitä, mitä eri asiat merkitsevät (Eskola & Suoranta 1998, 116). Näin haluttiin saada selville, miten vastaajat mieltävät palliatiivisen hoidon osaksi potilaan hoitoprosessia. Analyysi toteutettiin aineistolähtöisen analyysin avulla.

2.3.1 Kehyskertomusten analysointi

Kahteen erilaiseen kehyskertomukseen vastauksia saatiin yhteensä kahdeksan, joista myönteiseen kehyskertomukseen viisi vastausta ja kielteiseen kertomukseen kolme. Tarinat olivat pituudeltaan puoli A4-arkin mittaisia tai hieman lyhyempiä. Lyhyin kertomus oli ainoastaan kolmen lauseen mittainen. Listamuotoa, kuten ranskalaisia viivoja, ei kukaan vastaajista käyttänyt.

Aineiston käsittely ja tulkinta riippuu tutkijan valinnoista jo tutkimusprosessin alusta lähtien. Tutkimuskysymys ohjaa analyysien ja menetelmien valintaa. Aineiston analysointi, tulkinta ja johtopäätösten teko ovat tutkimuksen ydinasia, johon tähdätään jo tutkimusta aloitettaessa. Analyysi kertoo tutkijalle, mitä vastauksia hän tutkimuskysymykseen saa (Tuomi & Sarjärvi 2018, 104; Eskola & Suoranta 1998, 137.) Analysointimenetelmät ovat aina sidoksissa tiedonkeruu- ja tutkimusmenetelmiin (Eskola & Suoranta 1997, 84; Vilka 2015, 150). Eläytymismenetelmä vaatii tutkijan omia ratkaisuja, joten tiettyä kaavaa aineiston käsittelystä ja analysoinnista ei ole saatavilla (Eskola & Suoranta 1997, 81–84; 86; 89; 93).

Kun tutkimusaineisto on kerätty, se kirjoitetaan muotoon, missä sitä voidaan tutkia ja analysoida. Litterointi on aineistonanalyysissa työvaihe, jossa tutkija ratkaisee, mitä hän aineistosta litteroi (Vilka 2015, 137). Teksteistä pyritään löytämään tutkimuskysymyksen kannalta olennaiset aiheet ja sen jälkeen erottelamaan ne (Eskola & Suoranta 1997, 84–86; 89; 93–96; Vilka 2015, 137–138). Vastaukset kirjoitettiin sähköiseen muotoon Word-ohjelmalla. Litteroitua tekstiä tuli yhteensä 3 A4-kokoista sivua. Teksti kirjoitettiin Arial-fontilla ja fonttikoko oli 11. Rivivälinä käytettiin 1 ½.

Aineiston analysointi aloitettiin syventymällä ensin vastaajien tuottamiin kertomuksiin. Aineistoa tarkasteltiin lukukertojen jälkeen yhä tarkemmin ja johdonmukaisemmin. Lisäksi kiinnitettiin huomiota vastausten pituuksiin. Saadut tarinat vaikuttivat asianmukaisilta, ja vastaajat olivat käyttänyt aikaa tarinan kirjoittamiseen.

Seuraavaksi valittiin analyysiyksikkö, jonka määrittelyn ratkaisi aineiston laatu ja tutkimuskysymys. Yleisimmin käytetty analyysiyksikkö on sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. (Tuomi & Sarjärvi 2018, 122.) Analyysiyksiköksi valittiin sanapari ja lause, koska aineisto oli monipuolinen ja samalla varmistettiin, ettei siitä jäänyt pois mitään oleellista asiaa. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, jota ohjasi tutkimuskysymys (ks. Tuomi & Sarjärvi 2018, 123).

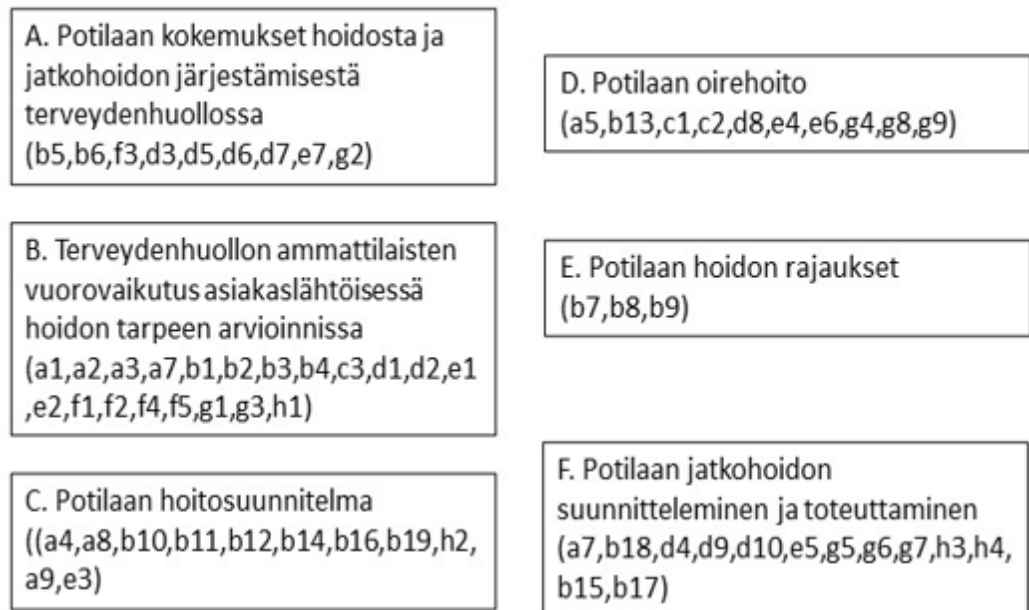
Litteroitu aineisto koodattiin analyysiyksiköittäin etenevästi aakkosittain ja 1. numerosta alkaen. Vastaajat saivat koodin etenevästi aakkosittain (a-h). Koodausta ohjasi tutkimuskysymys. Koodeja tuli yhteensä 66 kappaletta. Koodauksen jälkeen alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin, mutta alkuperäisten ilmausten merkitys säilytettiin. Aineiston redusoinnin eli pelkistämisen yhteydessä aineistosta karsitaan pois epäolennainen asia. Pelkistäminen on tiedon tiivistämistä tai sen pilkkomista osiin. Näin pelkistetään tutkimuskysymykselle olennaiset ilmaukset. (Eskola & Suoranta 1998, 125; Tuomi & Sarajärvi 2018, 123.) Seuraavaksi analyysissä saman sisältöiset pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin aineistolähtöisen analyysin mukaisesti, ja ryhmälle annettiin ryhmän sisältöä kuvaava nimi (luokka) (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124,127). Ryhmittelyn tuloksena muodostui kahdeksan luokkaa, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Taulukossa 1. on esimerkki aineiston analyysistä ja luokittelusta.

TAULUKKO 1. Esimerkki aineiston analyysistä

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Luokka
b7. keskustelussa päätettiin hoidon tulevasta intensiteetistä b8. päätettiin nuorehkosta iästä huolimatta pidättäytyä elvytystoimista b9. rajattiin Liisa raskaan tehohoidon ulkopuolelle	b7.päätettiin hoidon tulevasta intensiteetistä b8. päätettiin pidättäytyä elvytystoimista b9. rajattiin tehohoidon ulkopuolelle	E. Potilaan hoidon rajaukset (b7, b8, b9)
b13. samalla tehostettiin kipu- ja oireenmukaista lääkitystä c1. vastaanotolla lääkäri määräsi potilaalle oireita helpottavia lääkkeitä c2. ja tehosti jo olemassa olevaa lääkitystä	b13. tehostettiin kipu- ja oireenmukaista lääkitystä c1. määräsi oireita helpottavia lääkkeitä c2. tehosti olemassa olevaa lääkitystä	D. Potilaan oirehoito (b13, c1, c2)
b18. seuraava kontrolliaika varattiin kolmen kuukauden päähän g5. jatkohoitoa suunniteltiin yhdessä Liisan kanssa g6.lääkäri sopi soittoajan seuraavalle viikolle	b18.seuraava kontrolliaika varattiin g5.jatkohoitoa suunniteltiin yhdessä g6.lääkäri sopi soittoajan	F. Potilaan jatkohoidon suunnittelemisen ja toteuttamisen (b18, g5, g6)

Ryhmittelyä jatketaan niin pitkälle, kuin se on mahdollista aineiston sisällön näkökulmasta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 125). Kuviossa 2. on esitetty aineistosta muodostetut luokat.

Luokat



Kuvio 2. Palliativisen hoidon tarpeen tunnistamisen nykytilan sisältö

Luokat vastasivat tutkimuskysymykseen, miten tällä hetkellä Kainuun sotessa palliativisen hoidon tarpeen tunnistaminen toteutuu.

Sekä myönteiseen kehyskertomukseen eläytyvät että kielteiseen kehyskertomukseen eläytyvät tarinat kuvataan samanaikaisesti. Sitaatin jälkeen merkintä (M = myönteinen) tarkoittaa myönteiseen kehyskertomukseen eläytyvää tarinaa ja merkintä (K = kielteinen) tarkoittaa kielteiseen kehyskertomukseen eläytyvää tarinaa. Sitaatit ovat autenttisia lainauksia vastaajien tarinoista.

2.3.2 Tulokset

Aineiston analyysin tuloksena muodostui kuusi luokkaa (kuvio 2), joiden mukaisesti tulokset raportoitiin. Luokat muodostuivat *potilaan kokemukset hoidosta ja jatkohoidon järjestämisestä terveydenhuollossa*, *terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutus asiakaslähtöisessä hoidon tarpeen arvioinnissa*, *potilaan hoitosuunnitelma*, *potilaan oirehoito*, *potilaan hoidon rajaukset* ja *potilaan jatkohoidon suunnitleminen ja toteuttaminen*. Jokaisen luokan sisällöt koostuivat tärkeistä asioista, joiden avulla voidaan kehittää palliativisen hoidon tarpeen tunnistamista.

Potilaan kokemukset hoidosta ja jatkohoidon järjestämisestä terveydenhuollossa koostuu potilaan kokemuksista ja toiveista hoidon suhteen asioidessaan terveydenhuollon yksiköissä. Potilaan kokemukset terveydenhuollossa asioinnista voivat olla joko myönteisiä ja kielteisiä kokemuksia.

”Hänelle jäi käynnin jälkeen tunne, että vaikka hänen sairautensa on vaikea, parantumaton, hänen ihmisarvonsa ei ole kadonnut, hän pystyy päättämään häntä koskevista asioista.” (M)

”Liisasta tuntui parhaimmalta, kun häneltä kerrankin kysyttiin miltä tilanne hänestä itseltään tuntui ja mitä hän odotti sekä tulevaisuudelta että häntä hoitavalta henkilökunnalta.” (M)

Potilaalla tulisi olla riittävästi aikaa ja tilaa kertoa oireistaan hoitavalle henkilökunnalle. Potilaan omia odotuksia tulevaisuudelta ja toiveita häntä hoitavalta henkilökunnalta tulisi kuunnella. Potilaan mielipiteen kysyminen, miltä tilanne hänestä tuntuu, voi olla potilaalle merkityksellistä. Sen avulla potilas kokee tullessa kuulluksi, ja että hänen kokemuksensa otetaan huomioon. Kokonaistilanteen huomiointi ja potilaan tarpeista lähtevä hoidon arviointi, voi potilaan näkökulmasta tuntua, että hänen asioitaan hoidetaan.

Potilaalla on kuulluksi tulemisen toive. Kuulluksi tulemisen avulla potilas voi kokea, että hän on yksi työryhmän jäsen hoitoa koskevissa asioissa, kun hän pystyy päättämään itseään koskevissa asioissa. Tällä voi olla merkitystä potilaan elämänlaatuun.

Potilaan kokemukset asioinnista terveydenhuollossa voivat olla myös kielteisiä. Potilas voi toivoa lääkäriltä empaattista suhtautumista potilaalle merkityksellisiin asioihin. Lisäksi potilas toivoisi, että lääkäri johdattelisi keskustelua, jos potilaan on vaikea kertoa asioistaan. Kielteinen kohtaaminen voi saada potilaan vaikenemaan tilanteestaan.

”Liisa on hyvin toiveikas, että hän saisi nyt apua oireisiinsa sekä alentuneeseen toimintakykyynsä -- Ajat ovat jo puoli tuntia myöhässä ja pyörätuoliussa istuskelu alkaa turhauttaa Liisaa.” (K)

Vastaanottoajan odottelu terveydenhuollon ammattilaisten myöhästymisten vuoksi vaikuttaa potilaan kokemuksiin. Potilaalla voi olla korkeat odotukset vastaanottokäynnille, mutta terveydenhuollon ammattilaisen kylmä suhtautuminen voi turhauttaa potilasta. Jos potilaan mieliala vastaanotolle tullessa on jo matala, voi potilas pitää merkitykselliset asiat itsellään eikä kerro niitä hoitavalle henkilökunnalle.

”Liisan mieliala on jo muutenkin matala eikä lääkärin suhtautuminen tunnu hyvältä vaan turhauttaa Liisaa. Lääkärikäynti alkaa tuntua hyvin vaikealta ja lääkärin suhtautuminen kylmältä. -- Liisa ei halua kertoa lääkärille enempää päivittäisistä avuntarpeistansa tai muista oireistaan. Hän päättää sulkea ne sisäänsä vielä kerran.” (K)

Kiire vastaanotolla ja lääkärin puutteelliset taidot edetä keskustelussa, voivat saada potilaan vaikeanemaan päivittäisistä avuntarpeistaan tai muista oireistaan. Potilas olisi ollut halukas kotihoiton arviokäyntiin, mutta asian mahdollistumiseksi toivotaan terveydenhuollon henkilön puheeksi ottoa. Potilaalle merkityksellisten asioiden sivuuttaminen, kuten verikokeiden ottaminen tai infektio-oireesta mainitseminen, voivat aiheuttaa kielteisyyttä hoitosuhteeseen.

Terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutus asiakaslähtöisessä hoidon tarpeen arvioinnissa koostuu lääkärin ja hoitajan vuorovaikutuksen merkityksestä kartoittaessa potilaan hoidon tarvetta. Terveydenhuollon ammattilaisten kiireettömyys, empaattisuus ja potilaan tilanteeseen perehtyneisyys ovat olennaisia asioita hoitosuhteelle ja vuorovaikutukselle.

Lääkärin kyky esittää täsmentäviä kysymyksiä saa potilaan kertomaan syvällisesti omasta tilanteestaan. Jos lääkäriltä puuttuu empatia, ja hän ei ole perehtynyt potilaan asioihin, voi potilaan olla vaikea kertoa asioistaan. Sanaton viestintä kohtaamisessa on tärkeää, koska esimerkiksi potilaan kuvatessa oireitaan, lääkärin vilkaisu kulmiensa alta edes muutaman kerran, voi vaikuttaa kielteisesti kohtaamiseen. Myös puhutun kielen merkitys korostuu vuorovaikutuksessa, kun viestimme potilaalle ymmärrettävää kieltä, emmekä puhu vain ammattikieltä tai käytä latinalaisia ilmauksia. Toiminta perustuu työntekijän ammatilliseen ja eettiseen vastuuseen.

”Lääkäri kuunteli potilaan huolia, oli aidosti kiinnostunut potilaan asioista ja oli henkisesti läsnä.” (M)

”Vastaanotolla lääkäri tervehtii Liisaa hyvin lyhyesti ja hieman töykeästi. Hän tokaisee Liisaa kertomaan asiansa.” (K)

Terveydenhuollon ammattilaisen toiminta voi saada potilaan avautumaan vaikeistakin asioista ja yhdessä voidaan keskustella, mitkä asiat auttaisivat kotona selviytymistä, ja minkälaista elämää potilas haluaisi elää. Potilaan kuunteleminen ja tiedonkulun varmistaminen ovat oleellisia asioita potilaan hoidon tarpeen tunnistamisessa. Tulosten mukaan myös hoitajan roolia voidaan tulevaisuudessa korostaa potilasohjauksessa ja potilaan tilannetta kartoittaessa.

”Vastaanotolla hoitaja ensin haastatteli Liisaa. Heille oli varattu rauhallinen huone, ja Liisalle jäi tunne, että hoitajalla ei ollut kiirettä. Aluksi oli vaikeaa puhua kaikista asioista mitä hän oli viime aikoina pohtinut loppu elämästään. Mutta rauhallinen tilanne ja hoitajan ammattimainen, empaattinen toiminta sai Liisan avautumaan vaikeistakin asioista.”
(M)

Potilaan hoitosuunnitelma koostuu ennakoivan hoitosuunnitelman sisällöstä. Potilaan ennakoiva hoitosuunnitelma perustuu potilaan yksilöllisiin tarpeisiin ja hoitosuunnitelmassa huomioidaan potilaan ja hänen omaistensa, lääkärin ja terveydenhuollon henkilöstön välinen yhteistyö. Omaisten huomiointi potilaan hoidossa on osa potilaan hoitosuunnitelmaa niin, että otetaan omaiset mukaan hoitoon ja vastaanotolla huomioidaan myös heidät. Potilaiden ja omaisten osallistaminen on osa hoitoprosessia ja hoitoa.

”Liisalle tehtiin myös suunnitelma elämän loppuvaiheen varalta eli konkreettinen ohje, millä hänen oireitaan missäkin tilanteessa helpotettaisiin.” (M)

”Lääkäri myös tarjosi tukikeinoja psyykkiseen jaksamiseen ja mahdollisuuden ottaa myös omaiset mukaan hoitoon.” (M)

Moniammatillisen yhteistyön tarkoitus on hyödyntää kaikkien osallistujien asiantuntemus potilaan hoidon optimoimiseksi, jonka avulla potilaalle voidaan järjestää turvallinen hoito. Moniammatillinen yhteistyö edellyttää siihen osallistuvilta henkilöiltä hoitoprosessin merkityksen ymmärtämisen ja hallinnan. Vuorovaikutuksellinen hoitoprosessi alkaa, kun prosessin alussa potilas kutsutaan lääkärin vastaanotolle. Potilaan kanssa käydyn keskustelun perusteella laaditaan hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelman tavoitteena on saada potilaalle mahdollisimman saumaton hoitoketju ja se, että potilas saa hoitoa tarpeitaan vastaavassa hoitopaikassa. Näin vältetään turhia siirtoja, tutkimuksia ja toimenpiteitä.

”Yhdessä sosiaalityöntekijän kanssa varmistettiin kaikkien taloudellisten tukiasioiden olevan kunnossa ja kotisairaanhoidon kanssa tehostettiin seurantaa.” (M)

Avoin ilmapiiri ja moniammatillinen työskentely on tärkeä osa potilaslähtöistä toimintaa. Moniammatillinen yhteistyö edellyttää vuorovaikutus-, viestintä-, ja neuvotteluosaamista. Yhteistyöosaaminen tulee olla jokaisen sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla työskentelevän ihmisen perusosaamista.

Potilaan oirehoito koostuu potilaan oirehoidon suunnittelusta ja toteuttamisesta. Oirehoidossa tulee huomioida potilaan oireet ja aloittaa potilaalle oireenmukainen lääkitys. Tulokset toivat esille, että jokaisen potilaan kohdalla tulisi oirehoitoon liittyvistä asioista keskustella. Hoitotyöntekijöiden tulee olla tietoisia siitä, miten oireita voidaan arvioida ja työyksiköillä tulisi olla oirehoidon suunnitelma.

”Tehostettiin kipu- ja oireenmukaista lääkitystä.” (M)

”Lääkäri ottaa kuitenkin kantaa Liisan lääkitykseen ja tekevät muutoksia kipulääkitykseen.” (K)

Oirehoidossa korostui nimenomaan kipulääkitys oireiden hoidossa. Oirehoidon vaikuttavuutta on seurattava ja arvioitava suhteessa oirehoidon tarpeeseen. Kun oirehoito on vaikuttavaa, se on edellytys kyseisen potilaan hoidon jatkamiselle.

”Lääkäri sopi soittoajan seuraavalle viikolle, jossa kontrolloisi muutetun lääkityksen vaikutusta Liisan vointiin.” (M)

Oireita voidaan arvioida myös erilaisin mittarein, kuten Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) avulla. ESAS-mittari on oireidenkartoitusmittari. Laaja-alaisella oirekartoituksella voidaan parantaa hoidon laatua sekä estää oireiden paheneminen.

”Lääkärin suosituksesta hoitaja teki vielä Liisalle ESAS-selvityksen, johon vielä palataan seuraavalla käynnillä uudelleen lääkärin toimesta.” (M)

Potilaan hoidon rajaukset koostuu päätöksistä pidättäytyä hyödyttömästä tai haitallisesta hoidosta. Potilaalle hyödyttöä tai kärsimystä lisäävää hoitoa ei tulisi toteuttaa. Lääkärin ja potilaan välisissä keskusteluissa voidaan sopia, millaisista hoidoista ja tutkimuksista on aiheellista pidättäytyä. Tätä kutsutaan hoidon rajaamiseksi.

”Keskustelussa päätettiin hoidon tulevasta intensiteetistä ja päätettiin nuorehkosta iästä huolimatta pidättäytyä elvytystoimista.” (M)

”rajattiin Liisa raskaan tehohoidon ulkopuolelle” (M)

Potilaan jatkohoidon suunnitleminen ja toteuttaminen koostuu potilaan jatkohoidon suunnittelemisesta ja siitä, kuinka ja missä potilaan jatkohoito toteutuu. Potilaan jatkohoidon lähtökohtana ovat potilaan tarpeet. Lisäksi tulee ottaa huomioon mahdollinen potilaan omaisen osallistuminen

hoitoon sekä terveydenhuollon ammattilaisten välinen tiedon siirtyminen. Jatkohoidon suunnittelussa ja toteutuksessa huomioidaan oikea-aikaisuus, mutta myös tarvittavan tiedon siirtyminen jatkohoitoon. Yhteystiedot hoitavaan tahoon tai nimetty hoitaja ovat myös potilaan jatkohoidon toteuttamiseen merkittäviä asioita. Näin potilas voi olla yhteydessä, jos jokin voinnissa askarruttaa.

”ja otti Liisan mielipiteet ja toiveet huomioon jatkohoitoa ja seurantoja suunnitellessaan”
(M)

”jatkohoitoa suunniteltiin yhdessä Liisan kanssa” (M)

Jatkohoidon suunnitteleminen ja toteuttaminen voi olla kuitenkin epäselvää tai riittämätöntä potilaan tarpeisiin nähden. Lääkärin kontrolliajan puuttuminen voi olla harmillista potilaan näkökulmasta.

”Hän olisi ollut halukas kotihoidon arviokäyntiin.” (K)

”Jatkoon he sopivat kontrolliajan hoitajan luokse.” (K)

2.4 Johtopäätökset ja pohdinta (reflektointi)

Opinnäytetyön ensimmäisen syklin tarkoitus oli kartoittaa, miten palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistaminen toteutuu tällä hetkellä Kainuun sotessa. Eläytymismenetelmän tulokset toivat esille, kuinka tällä hetkellä Kainuun sotessa tunnistetaan palliatiivisen hoidon tarpeessa oleva potilas. Tulokset tuovat esille asiakaslähtöisen hoidon tarpeen arvioinnin edellytykset potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisten arvioimana ja potilaan kokonaishoidon merkityksen, jotta potilaan palliatiivisen hoidon prosessi voi toteutua.

Potilas on oman sairautensa asiantuntija. Potilaan toiveiden ja kokemusten huomioiminen voi avata keskustelua, mitä potilas odottaa. Keskusteluissa voidaan arvioida, mitkä asiat auttavat kotona selviämässä, ja millaista elämää potilas haluaa elää. Tämän avulla voidaan aloittaa keskustelu potilaan kanssa palliatiivisesta hoidosta.

Ihmisellä on tarve tulla kuulluksi. Asiakaslähtöinen toiminta perustuu asiakkaan tarpeeseen. Asiakkaan itsemääräämisen kunnioittaminen ja hänen tarpeidensa huomioiminen ja ymmärtäminen liittyvät vuorovaikutukseen, mikä tulee huomioida hoitosuhteessa. Potilasta tulee kuunnella, ja

osallistuttaa häntä oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen (Lehto 2015, 11–12; Pekurinen, Räikkönen & Leinonen 2008, 20). Moniammatillisen tiimin toimintaan osallistuvat terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi myös potilas sekä mahdollisesti hänen omaisensa. Avoin keskustelu potilaan kanssa ja sujuva tiedonkulku terveydenhuollon ammattilaisten välillä edistävät palliatiivisen hoidon kehittämistä. Palliatiivisen hoidon tulee olla osa terveydenhuoltojärjestelmää tarvelähtöisesti porrastettuna (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019).

Tarvitaan osaamista, jotta voidaan saada aikaan laatua. Ammatilliseen osaamiseen sisältyy toiminnassa tarvittava osaaminen, ihmisen kohtaamisosaaminen, arvot ja etiikka. Toiminnan tulisi olla näyttöön perustuvaa. Työohjeet varmistavat toiminnan laatua ja hoidon tarkoituksenmukaisuutta (Pekurinen, Räikkönen & Leinonen 2008, 21.) Hoitohenkilöstön osaaminen vaatii jatkuvaa kehittämistä. Lähestyvän kuoleman ja palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen on edellytys hyvälle elämän loppuvaiheen hoidolle (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Tulokset tuovat esille toimintaan liittyviä osaamisen edellytyksiä, mutta myös vuorovaikutuksen merkityksen, jotta palliatiivisen hoidon tunnistamisen prosessi toteutuu.

Lääketieteen ja hoitotyön koulutusten tulee edistää vuorovaikutukseen ja kohtaamiseen liittyvää osaamista ja koulutuksen tulee antaa valmiudet tunnistaa ja tukea kommunikaatiossa tapahtuvia muutoksia. Potilaan ja hänen läheistensä kohtaaminen sekä vuorovaikutusosaaminen ovat hoitajan ja lääkärin ydinosaamista, kun toteutetaan potilaan palliatiivista kokonaisuhoitoa ja saattohoitoa. (Kekäläinen ym. 2021, 86.)

Terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutuksella on tärkeä merkitys asioidessa potilaan kanssa. Sanallinen ja sanaton viestintä ovat menetelmiä saada aikaan luottamusta ja hyväksyntää hoitosuhteessa. Jos hoitohenkilökunta ei vaikuta empaattiselta tai läsnä olevalta, saadaan potilaassa aikaan kielteisiä tuntemuksia. Kiireettömyys ja rauhallinen toiminta herättävät luottamusta ja voi lievittää potilaan ahdistusta. (Hietanen 2015, 244.)

Vastauksissa tuotiin esille potilaan jatkohoidon järjestämistä ja oirehoidon toteuttamista erityisesti, jos potilaalla oli kipuja. Palliatiivisen hoidon tunnistaminen tapahtuu tulosten mukaan puutteellisesti tällä hetkellä Kainuun sotessa. Vastaajat toivat esille oirehoidon menetelmiä potilaan hoidossa, mutta päätöksenteko palliatiivisesta hoidosta puuttui. Vastaajat eivät tuoneet vastauksissaan esille palliatiiviseen hoitoon siirtymistä tai palliatiivisen hoidon linjausta (ICD Z51.5). Vastauksissa sivuttiin palliatiivisen hoidon osa-alueita, kuten hoitosuunnitelmaa, hoidon rajauksia ja oirehoitoa. Jos palliatiivisen hoidon tarpeessa olevaa potilasta ei tunnisteta ensin, niin tällöin po-

tilaan palliatiivisen hoidon oikea-aikaisuus ei toteudu. Tarvetta palliatiiviseen hoitoon ei läheskään aina tunnisteta. Sairauden parantamiseen tähtäävä ja aktiivinen tautiin kohdistuva hoito vie huomion potilaasta ja hänen oireistaan. (Holli 2009, 705.) Palliatiivinen hoito tulee integroida osaksi potilaan sairauden hoitoa riittävän aikaisessa vaiheessa. Palliatiivisen hoito perustuu hyvissä ajoin tehtyyn ennakoivaan hoitosuunnitelmaan ja saattohoitopäätökseen. (Saarto 2017, 7.)

Kainuun sotien terveydenhuollon toimintoja tulee kehittää, koska elämän loppuvaiheessa olevia potilaita ei tunnisteta. Palliatiivisen hoidon tunnistaminen ja hoidon järjestäminen potilaan tarpeisiin perustuen antaa heille mahdollisuuden reflektoida elettyä elämää ja sen merkityksellisyttä yhdessä läheisten kanssa. Näin myös potilaan toiveet hoidolle voidaan huomioida. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Schichtel, Wee, Perera & Onakpoya 2019; Brinkman-Stoppenburg, Rietjens & van der Heide 2014). Hoidon keskiössä on aina potilas, mutta läheisten merkittävää roolia potilaan elämässä ei voi unohtaa (Hirvonen 2021, 127).

Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamiselle on merkittävää, että keskustelu aloitetaan potilaan, kuten sydämen vajaatoiminta ja COPD-potilaiden kohdalla, sairauden pahenemisvaiheen jälkeen esimerkiksi kotiutusvaiheessa tai potilaan terveydentilan heikennettyä. Potilaalle tulee järjestää kontrollikäynti, jolloin asiaan palaaminen on mahdollista ja samalla täsmennetään hoitosuunnitelman sisältöä. Palliatiivisen hoidon tunnistamisessa nousee esille terveydenhuollon koordinoitujen sekavuus. Kenen kuuluu ottaa puheeksi palliatiivinen hoito, ja kuka tekee hoidon linjaukset? Tämä vaatii vuorovaikutusherkkyttä ja tiettyä asennemuutosta kuoleman puhumisen vaikeuden myytin rikkomista niin hoitohenkilökunnalta kuin potilailta.

Oirehoidossa korostui nimenomaan kipulääkityksen osuus. Palliatiivisessa hoidossa kipu on kuitenkin vain yksi universaaleista oireista, ja muiden oireiden osalta tarvitaan myös arviointia. Kivun seuranta ja arviointi on vakiintunut työtapo potilaiden oireiden seurannassa, mutta muiden oireiden seurannassa ja arvioinnissa tarvitaan erilaisten oiremittareiden vakiinnuttamista hoitotyöhön. Oireita tulee arvioida systemaattisesti ja käytettävän oiremittarin tulee sopia potilaalle (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; van der Willik 2019). Oireiden arvioinnilla voidaan edistää potilaiden oireiden tehokasta hoitoa. Oiremittarin käytöstä tulee olla yhteneväiset ohjeet työyksiköissä (Diplock ym. 2018). Tarvitaan siis luotettava ja kyseiselle potilasryhmälle sopiva oiremittari.

Terveydenhuollon kaikilla hoidon tasoilla tulee olla työntekijöillä osaamista kroonisten sairauksien seurauksena heikentyneestä yleisilasta kärsivän hauraan potilaan tunnistamiseen, oireiden tunnistamiseen, systemaattiseen arviointiin ja oireiden lievittämiseen oirehoidon menetelmin ja

elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman laatimiseen (Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019, 297). Tästä näkökulmasta arvioituna toimivan ja laadukkaan palveluketjun myötä palliatiivista hoitoa tarvitsevan potilaan elämän laatuun voidaan vaikuttaa merkittävästi. Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen kehittämiseksi tarvittiin seuraavaksi tietoa palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisesta tutkimustiedon perusteella, ja siitä koostui sykli 2.

2.5 Lähteet

Alminoja, A. (2019). Lääketieteen opiskelijoiden ja yleislääkäreiden päätöksenteko elämän loppuvaiheen hoidossa. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Tampereen yliopisto, Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta. Tampere. Viitattu 25.11.2021. <http://www.kamk.fi/kirjasto>, Finna.

Anttonen, M. S. (2016). Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja 2148. Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö. Tampere. Viitattu 25.11.2021. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98745/978-952-03-0066-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Brinkman-Stoppelenburg, A., Rietjens, J. AC. & van der Heide, A. (2014). The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliative Medicine* 28(8), 1000-1025. Viitattu 25.11.2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216314526272>

Davis, M.P. & Hui, D. (2017). Quality of life in palliative care. Expert review of quality of life in cancer care 2(6), 293–302. Viitattu 8.10.2021. DOI: 10.1080/23809000.2017.1400911

Diplock, B.D., McGarragle, K.M.C., Mueller, W.A., Haddad, S. & Ehrlich, R., Yoon, D-H.A., Cao, X. & Al-Allaq, Y., Karanicolas, P., Fitch, M.I., Myers, J., Mitchell, A.J. & Ellis, J.W.M. (2018). The impact of automated screening with Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) on health-related quality of life, supportive care needs, and patient satisfaction with care in 268 ambulatory cancer patients. *Supportive Care in Cancer* 27, 209–218. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4304-0>

Eskola, J. (1997). Eläytymismenetelmä tiedonhankintamenetelmänä. Teoksessa J. Eskola (toim.) *Eläytymismenetelmäopas*. Tampere: Tampereen yliopiston julkaisuja, 5–40.

Eskola, J. & Suoranta, J. (1997). Tarinoita ja taulukoita tarinoista -esimerkki eläytymismenetelmäaineiston analysoinnista. Teoksessa J. Eskola (toim.) Eläytymismenetelmäopas. Tampere: Tampereen yliopiston julkaisuja, 81–99.

Eskola, J. & Suoranta, J. (1998). Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hietanen, P. (2015). Vuorovaikutus palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio. (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 245–252.

Hinkka, H. (2001). Decision-making in End-of-life care. Väitöskirja 839. Yleislääketieteen ja onkologian lääketieteen tiedekunta, Tampereen yliopisto. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print.

Hirvonen, O. (2021). Kohti parempaa elämän loppuvaiheen hoitoa. Finnanest 54(2), 126–129. <http://www.kamk.fi/kirjasto>, Medic.

Holli, K. (2009). Tarvetta ei tunnusteta eikä hoitoa osata antaa: Jokaisella on oikeus hyvään palliatiiviseen hoitoon. Duodecim 125(7), 705–706. <http://www.kamk.fi/kirjasto>, Medic.

Hänninen, J. (2001). Kuolevan kipu ja kärsimys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hänninen, J. (2015). Ennusteen arviointi palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio. (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 37–38.

Kekäläinen, P., Joutsia, K., Niemitalo-Haapola, E., Vihelä, M., Minna Hökkä, M., Lamminmäki, A., Valtonen, M. & Turunen, E. (2021). Vuorovaikutuksen ja kohtaamisen osaaminen sairaanhoitajien ja lääkäreiden palliatiivisen hoidon ja saattohoidon koulutuksessa. Kajaanin ammattikorkeakoulun julkaisusarja B 125. Viitattu 26.11.2021. <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2021101450974>

Kenzerska, T., Nickerson, J. W., Hsu, A. T., Gershon, A. S., Talarico, R., Mulpuru, S. Pakhale, S. & Tanuseputro, P. (2019). End-of-life care in individuals with respiratory diseases: a population study comparing the dying experience between those with chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer. DOI: 10.2147/COPD.S210916

L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeudesta. 1.3.1993. Viitattu 25.11.2021. <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>

Lehto, J. (2015). Hoitolinjauksen teko ja sen merkitys. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio. (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 11–12.

Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. (2019). Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 135(4), 335–342. Viitattu 8.10.2021. <https://www.duo-decimlehti.fi/duo14788>

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. (2019). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 21.9.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#K1>

Pekurinen, M. & Räikkönen, O. & Leinonen, T. (2008). Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollonlaatuun vuonna 2008. Stakesin raportteja 38. Helsinki. Viitattu 4.11.2021. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76850/R38-2008-VERKKO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rahko, E. (2021). Palliatiivisen hoidon periaatteista. Finnanest 54(2), 140–143. Viitattu 25.11.2021. <http://www.kamk.fi/kirjasto> , Medic.

Romotzky, V., Galushko, M., Düsterdiek, A., Obliers, R., Albus, C., Ostgathe, C. & Voltz, R. (2015). "It's not that easy." Medical students' fears and barriers in end-of-life communication. Journal of Cancer Education 30, 333–339. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13187-014-0712-0>

Saarto, T. (2017). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen: Työryhmän suositus osaa- mis- ja laatu- kriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysmi- nisteriön raportteja ja muistioita 44. Helsinki. Viitattu 19.4.2021. <https://julkaisut.valtioneu- vosto.fi/handle/10024/160392>

Saarto, T. & Finne-Soveri, H. (2019b). Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti 68. So- siaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 29.8.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7>

Schichtel, M., Wee, B., Perera, R. & Onakpoya, I. (2019). The Effect of Advance Care Planning on Heart Failure: a Systematic Review and Meta-analysis. Journal of General Internal Medicine 35 (8), 874–884. Viitattu 8.10.2021. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-019-05482-w>

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

van der Willik, E., Meuleman, Y., Prantl, K., van Rijn, G., Bos, W.J.W., van Ittersum, F.J., Bart, H.A.J., Hemmelder, M.H. & Dekker, F.W. (2019). Patient-reported outcome measures: selection of a valid questionnaire for routine symptom assessment in patients with advanced chronic kidney disease – a four-phase mixed methods study. *BMC Nephrology* 19(20), 152–169. DOI: 10.1186/s12882-019-1521-9

Vilkka, H. (2015). *Tutki ja kehitä*. Juva: Bookwell Oy

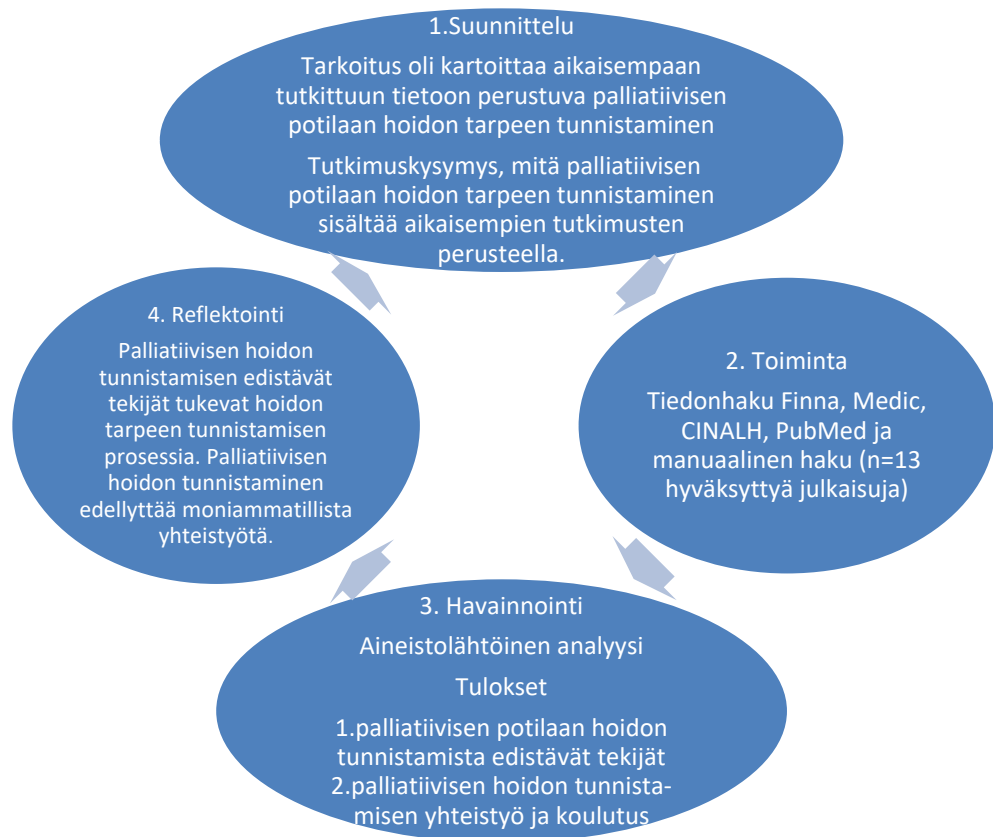
WHO. (2020). World Health Organization. Palliative care. Viitattu 17.8.2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

WHO. (2021). World Health Organization. Palliative care. Viitattu 12.9.2021. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. (2019). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 20.11.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4036-9>

3 Palliatiivisen hoidon tunnistaminen - kirjallisuuskatsaus (2. sykli)

Opinnäytetyön toinen sykli toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsauksen aihe käsittelee palliatiivisen hoidon tunnistamista aikaisempien tutkimusten perusteella. Kirjallisuuskatsauksen kokonaisuus on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1. Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus oli kartoittaa aikaisemmin tutkittu tieto potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisesta. Tulosten avulla kehitettiin Kainuun sotien palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen prosessia.

3.1 Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus ja tutkimuskysymys (suunnittelu)

Kirjallisuuskatsauksen tärkeimpänä tehtävänä on arvioida olemassa olevaa teoriaa. Kirjallisuuskatsauksia on erilaisia, mutta niitä kaikkia yhdistää systemaattinen prosessimainen toiminta. Kirjallisuuskatsaus on oltava toistettavissa, ja sen avulla voidaan saada selkeä käsitys valitusta aiheesta tai asiakokonaisuudesta. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 7.)

Integroiva kirjallisuuskatsaus on hyvä tapa tuottaa uutta tietoa aiemmin tutkitusta aiheesta (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 13; Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016, 107). Integroivassa kirjallisuuskatsauksessa keskeisin piirre on erilaisin menetelmin tehtyjen tutkimusten tulosten yhdistäminen. Näin saadaan mahdollisimman monipuolinen kuva tutkittavasta aiheesta. Integroivassa katsauksessa voidaan myös yhdistää sekä empiiristä että teoreettista aineistoa. (Suhonen, Axelin, Stolt 2016, 13.)

Tutkimusmetodiksi valittiin integroiva kirjallisuuskatsaus, koska haluttiin kokonaisnäkemys tutkittavasta aiheesta. Tarkoitus oli kartoittaa aikaisempi tutkimustieto aiheesta käyttäen laajasti ja monipuolisesti eri kansainvälisiä tietolähteitä. Näin mahdollistettiin, että mukaan voitiin ottaa kaikki aiheeseen sopiva oleellinen aineisto ja saatiin kattava kuva tutkittavasta ilmiöstä. Integroitu kirjallisuuskatsaus mahdollistaa myös kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimusten tuottamien tulosten yhdistämisen. (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016, 108.)

Integroidun kirjallisuuskatsauksen vaiheet ovat tutkimusongelman asettaminen, tutkimusaineiston haku ja hankkiminen, aineiston keruu, tutkimusaineiston laadun arviointi ja aineiston analysointi (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016, 110). Ensimmäiseksi määriteltiin kirjallisuuskatsauksen tarkoitus ja tutkimuskysymys, jotka antavat suunnan prosessille (ks. Niela-Vilén & Hamari 2016, 24). Kirjallisuushaun onnistumisen kannalta on tärkeää selkeästi määritelty tutkimuskysymys (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016, 111).

- Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus oli kartoittaa aikaisempaan tutkittuun tietoon perustuva palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistaminen.
- Kirjallisuuskatsauksen avulla haettiin vastausta tutkimuskysymykseen, mitä palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistaminen sisältää aikaisempien tutkimusten perusteella.

3.2 Aineiston hankinta (toiminta)

Kun tutkittavasta aiheesta on muodostettu tutkimuskysymys, on valittava käytettävät tietokannat (Lehtiö & Johansson 2016, 42). Alustavat kirjallisuushaut toteutettiin Kajaanin ammattikorkeakoulun informaation avustuksella syksyllä 2021. Haut tehtiin Finnaan, PubMediin ja Cinahliin. Kirjallisuuskatsaukseen haettiin tietoa hoitotieteellisistä, kotimaisista ja kansainvälisistä sähköisistä tietokannoista.

Hakusanojen muodostamisessa käytettiin apuna PICO-menetelmää (P=potilasryhmä, I= mielenkiinnon kohde, Co= konteksti) (Tutkimustiedon hakeminen n.d). Hakulausekkeen muodostamisessa käytettiin Boolean operaattoreita AND ja OR (Lehtiö & Johansson 2016, 38–39). Esimerkkinä AND ja OR- operaattoreiden hakulauseke CINALH tietokantahaussa “palliative care OR end of life care OR hospice care” AND” recognition OR identification” AND ”healthcare”.

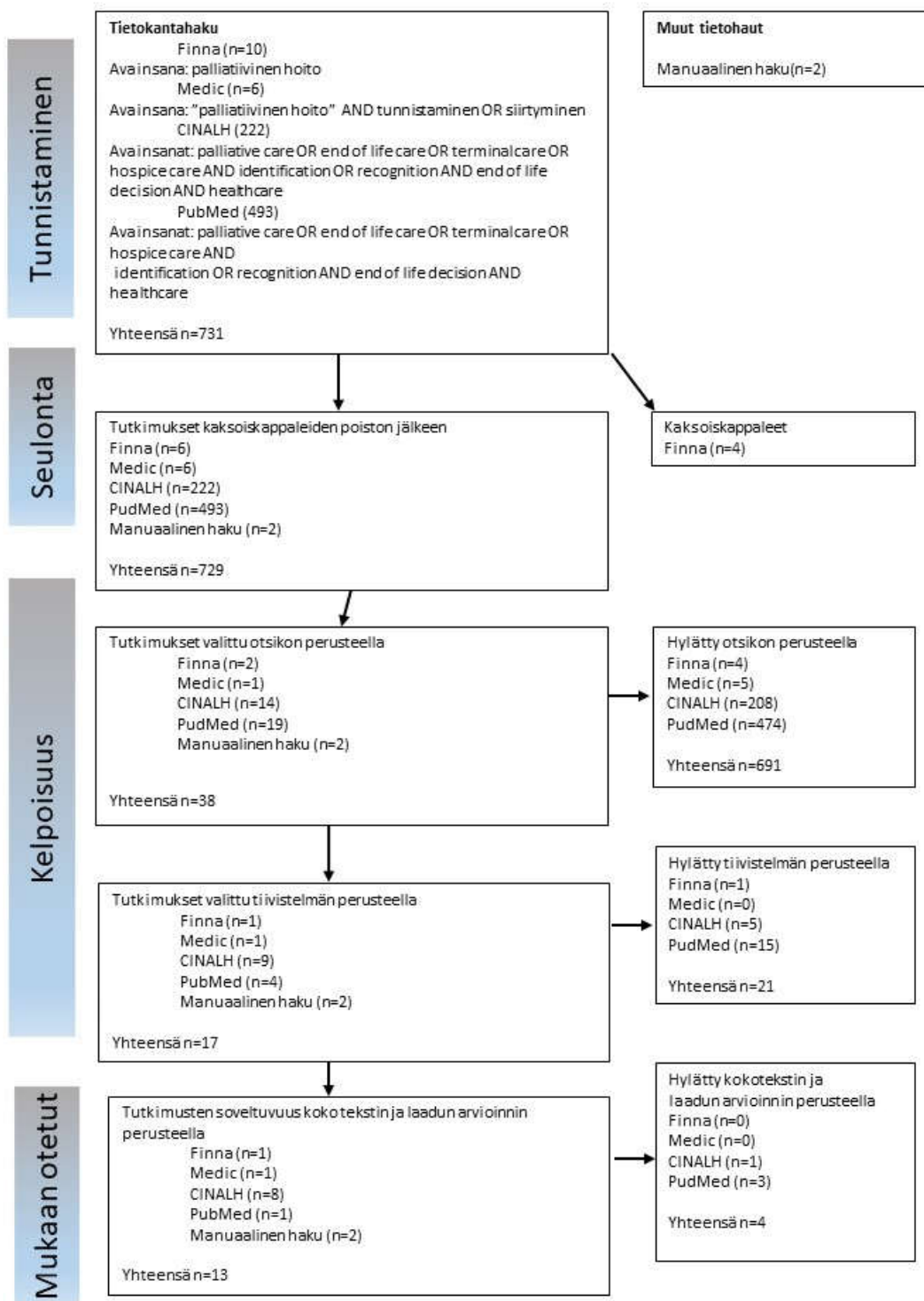
Hakustrategiaan kuului sisäänotto- ja poissulkukriteerien laatiminen. Pätevät sisäänotto- ja poissulkukriteerit ohjaavat tutkimusten valintaa ja varmistavat, että katsaus pysyy tutkittavassa aiheessa ja vähentävät virheellisen katsauksen mahdollisuutta (Niela-Vilén & Hamari 2016, 26). Näillä sisäänotto- ja poissulkukriteereillä pyrittiin löytämään uusimmat tutkimukset katsaukseen ja, että tutkimukset ovat laadukkaita. Taulukossa 1. on esitetty kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

TAULUKKO 1. Kirjallisuuskatsauksen aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tutkimus on julkaistu vuosina 2011–2021	Julkaisu vuosi on ennen vuotta 2011
Väitöskirja, alkuperäistutkimus, tieteellinen tutkimus (englanninkieliset tutkimukset); vertaisarvioitu	Opinnäytetyö, pro gradu- tutkielma, ei tieteellinen tutkimus
Julkaisukieli on suomi tai englanti	Muu kieli kuin suomi tai englanti
Julkaisu on saatavilla sähköisesti	Julkaisua ei saatavilla sähköisesti tai julkaisu on maksullinen
Julkaisu on saatavilla kokotekstinä	Julkaisu on vain osittain saatavilla

Asiahakusanoiksi muodostuivat palliatiivinen hoito AND tunnistaminen OR siirtyminen AND terveydenhuolto, palliatiivinen hoito AND tunnistaminen AND päätös elämän loppuvaiheesta, palliative care OR end of life care OR terminal care OR hospice care AND identification OR recognition

AND healthcare ja palliative care OR end of life care OR terminal care OR hospice care AND identification OR recognition AND end of life decision. Tietokantahaun sisäänotto- ja poissulkukriteerien rajausten jälkeen aineisto käytiin läpi otsikkotasolla. Otsikoista osuvimmat artikkelit valittiin, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Otsikkotasolla valituista artikkeleista luettiin tiivistelmät, joista edelleen valittiin tutkimuskysymykseen sopivimmat artikkelit. Kuviossa 2. on kuvattu tutkimusaineiston valintojen eteneminen tietokannoista Prisma - kuvion avulla.



Kuvio 2. Tutkimusten valinta tietokannoista (mukailten PRISMA Flow Diagram 2015)

Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui yhteensä kaksi suomalaista väitöskirjaa ja yhdeksän englanninkielistä tieteellistä artikkelia. Lisäksi kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttiin manuaalisen haun perusteella kaksi tieteellistä artikkelia (Ermers ym. 2021; Ament ym. 2021). Kyseiset tieteelliset artikkelit tulivat esille harjoitushakujen yhteydessä löydettyjen lähteiden perusteella hakutuloksissa ja molempien julkaisujen taustalla oli tutkimustietoa, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen, ja sen vuoksi ne hyväksyttiin osaksi kirjallisuuskatsausta (ks. Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016, 111). Liitteessä 4 on esitetty katsaukseen valikoituneet viitteet tekijöiden, julkaisun nimen, julkaisuvuoden, maan, tavoitteen, tarkoituksen, aineiston ja aineistonkeruumenetelmän sekä keskeisten tulosten mukaisesti.

Kaikki kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimusartikkelit (n=13) ovat tieteellisiä ja vertaisarvioituja. Valittujen tutkimusartikkelien laadun arviointi toteutettiin noudattaen Hoitotyön tutkimussäätiön suomeksi kääntämiä Joanna Briggs instituutin kriittisen arvioinnin JBI-kriteerejä. Eri menetelmin tehdyille tutkimuksille on laadittu omat JBI - kriteeristönsä, joiden avulla artikkelit pisteytettiin. Artikkeleista arvioitiin pätevyyttä ja merkittävyttä sekä tarkasteltiin katsausten prosessin eettisyyttä ja yhdenmukaisuutta. (Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI) n.d). Tarkistuslistan käyttö edellyttää tutkijalta erilaisten näkökulmien huomioimista, kun arvioidaan kriittisesti tiedonhaun tuloksena valikoituneita tutkimuksia tarkistuslistaan laadittujen kysymysten perusteella.

Lisäksi katsaukseen valittujen artikkelien näytön aste eli vahvuus arvioitiin Käypä Hoito-suositusten näytön asteen luokituksen mukaisesti. Näytön asteessa arvioidaan tulosten yhdenmukaisuutta, näytön vahvuutta ja sovellettavuutta. (Näytön asteen luokitus Käypähoito suosituksissa 2014.) Artikkeleiden pääasiallinen vahvuus oli Käypä hoito- luokituksen mukaisesti A, B ja C luokkaa, jolloin tutkimusnäyttö oli vahvaa, kohtalaista tai niukkaa. Tutkimusartikkelien laadun ja näytön asteen arvioinnin perusteella kaikki valitut artikkelit arvioitiin riittävän laadukkaiksi, ja ne valittiin mukaan kirjallisuuskatsaukseen.

3.3 Aineiston analyysi ja tulokset (havainnointi)

Integroivilla katsauksilla pyritään tuottamaan tai tarkentamaan teoriaa, yhdistämään empiiristä ja teoreettista tutkimusta tai tarkastelemaan tiettyä terveysilmiötä koskevaa tutkimusta (Integ-

rative Review 2021). Integroitu kirjallisuuskatsaus tarjoaa laajan kuvan tutkittavaa aihetta käsittelevästä kirjallisuudesta ja tutkimuksesta mahdollistaen vastaamisen tutkimuskysymykseen (Evans 2008, 137–138).

3.3.1 Aineistolähtöinen sisällön analyysi

Aineiston analyysissa tavoitteena on huolellinen ja tasapuolinen katsaukseen valittujen artikkelien tulosten synteesi (Whitemore & Knafel 2005). Aineiston käsittelymenetelmän valintaan vaikuttaa valittu aineisto ja se, millaista tietoa katsauksella halutaan tuottaa (Kangasniemi & Pölkki 2016, 81–82). Aineiston analyysi toteutettiin aineistolähtöisen sisällön analyysin avulla, koska kyseisessä analyysissä pyrittiin luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus ja analyysi perustui aineistoon (Tuomi & Sarajärvi 2002, 122–123; Eskola & Suoranta 2000, 186–187).

Tulosten analysoinnissa käytettiin laadullista, aineistolähtöistä, sisällönanalyysia. Aineiston analysointi, tulkinta ja johtopäätösten teko ovat tutkimuksen ydinasia, johon pyritään jo tutkimusta aloitettaessa. Analyysi kertoo tutkijalle, millaisia vastauksia hän saa tutkimuskysymykseen (Tuomi & Sarajärvi 2018, 104.) Analysointivaiheen aluksi katsaukseen valittujen tutkimusten tulokset - osiot luettiin useaan kertaan. Tämän avulla saatiin selville, mikä asia tutkimusten sisällöstä vastasi parhaiten tutkimuskysymykseen.

Kun tutkimusaineisto on kerätty, se kirjoitetaan muotoon, missä sitä voidaan tutkia ja analysoida. Litterointi on aineistonanalyysissa työvaihe, jossa tutkija ratkaisee, mitä hän aineistosta litteroi (Vilka 2015, 137). Teksteistä pyritään löytämään tutkimuskysymyksen kannalta olennaiset aiheet ja sen jälkeen erottelamaan ne (Eskola & Suoranta 1998, 84–86; 89; 93–96; Vilka 2015, 137–138). Artikkeleiden tulokset -osiot litteroitiin. Litteroinnissa säilytettiin artikkelin alkuperäiskieli, jotta litterointi vaiheessa asioiden merkitys säilyi. Litteroitua tekstiä tuli yhteensä 26 sivua. Teksti kirjoitettiin fontilla Arial ja fonttikoko oli 11. Rivivälinä oli 1 ½.

Seuraavaksi valittiin analyysiyksikkö, jonka määrittelyn ratkaisi aineiston laatu ja tutkimuskysymys. Yleisimmin käytetty analyysiyksikkö on sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122.) Analyysiyksiköksi valittiin sanapari ja lause, koska aineisto oli monipuolinen ja samalla varmistettiin, ettei siitä jäänyt pois oleellista sisältöä. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, jota ohjasi tutkimuskysymys (ks. Tuomi & Sarajärvi 2018, 123).

Litteroitu aineisto koodattiin analyysiyksiköittäin etenevästi 1. numerosta alkaen. Koodausta ohjasi tutkimuskysymys. Aineistosta etsittiin kaikki tutkimuskysymystä kuvaavat ilmaukset. (ks Tuomi & Sarajärvi 2018, 123.) Ne listattiin allekkain Excel ohjelman avulla. Koodauksessa englanninkielisistä tutkimuksista valitut aineistot suomennettiin sanatarkasti alkuperäisilmaisun mukaisesti mitään sanaa poisjättämättä. Suomentamisen apuna käytettiin DeepL – kääntäjää. Suomentaminen tehtiin tässä vaiheessa, koska se edisti valittujen aineistojen jatkokäsittelyä. Taulukossa 2. on esimerkki aineiston kääntämisestä.

TAULUKKO 2. Esimerkki aineiston kääntämisestä englannin kielestä suomen kieleen

Englanninkielinen alkuperäinen ilmaus	Alkuperäinen ilmaus suomennettuna
43. nurses and physicians feel insecure about how to define the palliative phase	43. sairaanhoitajat ja lääkärit ovat epävarmoja siitä, miten palliatiivinen vaihe määritellään
55. delays in goals of care discussions with seriously ill patients to persistent cultural taboos around death and dying	55. vakavasti sairaiden potilaiden kanssa käytävien hoitotavoitteita koskevien keskustelujen viivästyminen kuolemaan ja kuolemiseen liittyvien kulttuuristen tabujen vuoksi

Koodeja tuli yhteensä 71 kappaletta. Koodauksen jälkeen alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin, mutta alkuperäisten ilmausten merkitys säilytettiin. Aineiston redusoinnin eli pelkistämisen yhteydessä aineistosta karsitaan pois epäolennainen asia. Pelkistäminen on tiedon tiivistämistä tai sen pilkkomista osiin. Näin pelkistetään koodaamalla tutkimuskysymykselle olennaiset ilmaukset. (Eskola & Suoranta 2000, 186–187; Tuomi & Sarajärvi 2018, 123.)

Aineiston redusoinnin jälkeen oli aineiston klusterointi eli ryhmittely, jonka avulla samaa sisältöä kuvaavat ilmaukset ryhmitellään niiden samankaltaisuuden perusteella ja näistä muodostuu alaluokat. Aineiston ryhmittelyä seuraa aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen, jonka avulla muodostetaan kuvaus tutkimuskohteesta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123–126.) Saman sisältöiset pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin, ja ryhmille annettiin niiden sisältöä kuvaavat nimet (alaluokka), ja jotka koodattiin pienaakkosin. Ryhmittelyn tuloksena muodostui yhdeksän alaluokkaa, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Ryhmittelyä jatkettiin niin pitkälle, kuin se oli mahdollista aineiston sisällön näkökulmasta (ks. Tuomi & Sarajärvi 2018, 125), ja muodostettiin kaksi yläluokkaa. Taulukossa 3 on esitetty esimerkki aineiston luokittelusta sekä muodostetut ala- ja yläluokat.

TAULUKKO 3. Palliatiivisen hoidon tunnistaminen kirjallisuuskatsauksen sisältönä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokat	Yläluokat
2. vastaajan kliininen kokemus 5. valmistuvat lääketieteen opiskelijat olivat haluttomampia lopettamaan hoitoja	2. kliininen kokemus 5. valmistuvat lääketieteen opiskelijat haluttomampia lopettamaan hoitoja	a. Terveydenhuollon ammattilaisen rooli (1,2,3,5,6,11,50)	
12. kivunhoidon lisäkoulutus 13. palliatiivisen hoidon perusteiden lisäkoulutus	12. Kivunhoidon lisäkoulutus 13. Palliatiivisen hoidon perusteiden lisäkoulutus	b. Palliatiivisen hoidon päätöksenteko (4, 7, 8, 9, 10, 37)	A. Palliatiivisen potilaan hoidon tunnistamista edistävät tekijät (a, b, d, e, g)
17. muiden kuin pahanlaatuisten potilaiden tunnistaminen elämän loppuvaiheessa oli haastavaa 20. yleislääkärit kertoivat myös haasteista, jotka liittyivät potilaiden kanssa puhumiseen elämän loppuvaiheen hoidosta	17. muiden kuin pahanlaatuisten potilaiden tunnistaminen haastavaa 20. yleislääkärit kertoivat haasteista, jotka liittyivät potilaiden kanssa puhumiseen elämän loppuvaiheen hoidosta	c. Palliatiivisen hoidon edistävä koulutus (12, 13,14) d. Haasteet tunnistaa palliatiivisen hoidon tarpeessa oleva potilas (17,20,21,22,25,29,31,32,35,41,42, 43,44,49,51,52,53,55)	B. Palliatiivisen hoidon tunnistamiseen liittyvä yhteistyö ja koulutus (c, f)
38. Omaisten mukaanotto kaikilla hoitotasolla 56. Sairauteen liittyvien haasteiden vähätteleminen	38. Omaisten mukaanotto 56. Sairauteen liittyvien haasteiden vähätteleminen	e. Palliatiivisen hoidon tunnistamisen mittarit (15,16,18,23,24,26,33,34,61,62, 63,64,65,66,67,68,69,70,71)	
		f. Terveydenhuollon moniammatillinen ja -alainen yhteistyö (19,27,28,36,39,40,46,48,49,50,54)	
		g. Potilaan ja omaisen rooli (38,45,47,56,57,58,59,60)	

Luokat vastasivat tutkimuskysymykseen, mitä palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistaminen sisältää aikaisempien tutkimusten perusteella. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset on esitetty taulukossa 4 (liite 4).

3.3.2 Tulokset

Kirjallisuuskatsauksen tuloksena muodostui kaksi yläluokkaa (taulukko 3), joiden mukaisesti tulokset raportoitiin. Yläluokiksi muodostuivat *palliatiivisen potilaan hoidon tunnistamista edistävät tekijät* ja *palliatiivisen hoidon tunnistamisen yhteistyö ja koulutus*. Molempien luokkien sisällöt koostuivat tärkeistä asioista, joiden avulla Kainuun sotessa voidaan edistää palliatiivisen potilaan hoidon tunnistamisprosessin kehittämistä.

Palliativisen potilaan hoidon tunnistamista edistävät tekijät

Palliativisen potilaan hoidon tunnistamista edistävät tekijät muodostuivat alaluokista terveydenhuollon ammattilaisen rooli, palliativisen hoidon päätöksenteko, haasteet tunnistaa palliativisen hoidon tarpeessa oleva potilas, palliativisen hoidon tunnistamisen mittarit ja potilaan sekä omaisen rooli palliativisen hoidon tunnistamisessa.

Palliativisen hoidon tunnistamisen edistävät tekijät ovat moninaisia. Palliativisen hoidon tarpeen tunnistaminen on ensisijaisen tärkeää ja tässä terveydenhuollon ammattilaisen rooli on merkittävä. Terveydenhuollon ammattilaisen kliinisellä kokemuksella, koulutuksella ja erityispätevyydellä oli merkitystä palliativisen hoidon tunnistamisessa. Palliativisen lääketieteen erityispätevyyttä lääkärit tekivät myös vähemmän aggressiivisia hoitopäätöksiä elämän loppuvaiheessa kuin yleislääkärit.

Valmistuvat lääketieteenopiskelijat olivat vastaavasti haluttomampia lopettamaan hoitoja tai haluttomampia aloittamatta hyödyttömiksi ajateltuja hoitoja verrattuna kokeneisiin yleislääkäreihin. Ammatillisen kokemuksen puute tai se, ettei ole aiempaa kokemusta hoitaa vakavasti sairasta potilasta on yhteydessä myös terveydenhuollon ammattilaisen palliativisen hoidon tunnistamiseen.

Palliativisen hoidon päätöksentekoon terveydenhuollon ammattilaisen erityispätevyys ja erikoisalan merkitys vaihteli hoidosta riippuen. Terveydenhuollon ammattilaisen päätöksentekoon näyttää olevan yhteydessä enemmän potilaan ja vähemmän perheen etu palliativisen hoidon päätöksenteossa. Kuitenkin perheen mielipiteillä on merkitystä lääkäreiden päätöksentekoon.

Lääkärin kokemuksilla ja asenteilla on merkitystä palliativisen hoidon päätöksentekoon. Lääkärit kokivat epävarmuutta elämän loppuvaiheen kysymysten käsittelyssä, ja epävarmuus ilmenee palliativisen hoidon päätöksenteossa. Inhimillisyyden ja empatian lääkäriin ja potilaan arvioitiin olevan erittäin tärkeää päätöksentekoon liittyvissä asioissa.

Haasteet tunnistaa palliativisen hoidon tarpeessa oleva potilas liittyvät ennusteeseen, viestintään ja määritelmien epävarmuuteen. Muiden kuin ei-malignia sairautta sairastavan potilaan palliativisen hoidon tunnistaminen on haastavaa, ja lääkäreillä oli vaikeuksia tunnistaa ei-malignia sairautta sairastavan potilaan palliativisen hoidon tarve, koska näiden potilaiden ja elämän loppuvaiheen hoidon tarpeella ei ollut vastaavaa yhteyttä kuin malignia sairautta sairastavalla poti-

laalla. Ei-malignien sairauksien ennuste oli haastavaa, ja se luo siten viivettä tunnistaa palliatiivisen hoidon tarpeessa oleva potilas. Ei-malignit sairaudet koettiin lääkäreiden arvioimana, että niistä on mahdotonta antaa ennustetta potilaan sairauden etenemisestä.

Lääkärit olivat myös haluttomia tekemään palliatiivisen hoidon päätöstä, koska he pelkäsivät, että se aiheuttaisi lisätyötä. Lääkärit kokivat myös palliatiivisen hoidon tunnistamisen aikaa vieväksi päivittäisissä hoitorutiineissa. Palliatiivisen hoidon tunnistamisen vaikeudet johtuivat palliatiivisen hoidon määritelmien vaihtelusta. Terveystieteiden ammattilaiset, niin hoitajat kuin lääkärit, kokivat epävarmuutta siitä, mitä pidetään elämän loppuvaiheena, ja miten palliatiivinen hoitokausi määritellään. Potilaan toimintakyvyn heikentyminen ja hoidollisen tarpeen lisääntyminen tunnistettiin tärkeimpänä tekijänä palliatiivisen hoidon keskustelujen aloittamiselle.

Lääkäreiden ja potilaiden välinen viestintä ja kommunikaatio vaikuttavat haasteisiin tunnistaa palliatiivisen hoidon tarpeessa oleva potilas. Lääkärit kuvailivat haasteita keskustellessaan potilaidensa kanssa elämän loppuvaiheesta erityisesti silloin, jos lääkäri ei tuntenut potilasta tai jos lääkäri ei tavannut potilasta säännöllisesti. Lääkärit pelkäsivät, että he saattavat ottaa elämän loppuvaiheen kysymykset keskusteluun väärään aikaan, mikä aiheuttaisi henkistä ahdistusta niin potilaalle kuin perheelle. Lääkärit olivat myös haluttomia keskustelemaan elämän loppuvaiheesta, koska pelkäsivät pakottavansa potilaan kohtamaan kuolevaisuutensa ennen kuin potilas on siihen valmis.

Kulttuurisilla asenteilla ja kuoleminen terveydenhuollon hoitopaikoissa on johtanut siihen, että potilaat ja heidän omaisensa eivät ole enää tyytyväisiä kuolemanprosessiin, ja tämä voi osittain johtaa keskustelujen aktiiviseen välttelemiseen. Lääkärit kokivat, että palliatiivisen hoidon tunnistamisen viiveet ja keskustelujen aloittaminen johtuivat kulttuurisista tabuista kuolemaan ja kuolemiseen.

Palliatiiviseen hoidon tunnistamiseen on kehitetty erilaisia seulontatyökaluja. Mittareista EORTC QLQ-C30, GFS-PIG, RADPAC, SPICT, TW-PCST, PAST ja NECPAL ovat yleisiä mittareita palliatiivista hoitoa tarvitsevien potilaiden tunnistamiseksi. Nämä mittarit kattavat yleisimmät parantumattoman sairauden universaaleista oireista. Mittareiden käyttö näyttää edistävän palliatiivisen potilaan tunnistamista terveydenhuollossa.

Spesifistä sairauskohtaisista mittareista NAT: PD-HF osoittautui sopivimmaksi palliatiivisen hoidon tarpeiden mittariksi käytettäväksi sydämen vajaatoimintaa sairastavilla potilailla. Lisäksi kyseinen mittari osoittautui validoiduimmaksi terveydenhuollon ammattilaisten käyttämäksi mitta-

riksi. IPOS - mittari on potilaiden käytössä oleva palliatiivisen hoidon tarpeen mittari, ja se osoitautui kehittyneimmäksi potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen mittariksi. BDI - mittari on validoitu mittari potilaan emotionaalisen ahdingon arvioimiseen.

Yleislääkärit käyttivät kuitenkin harvoin mittareita ennusteiden tai palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamiseen. Osa lääkäreistä käytti ”yllätyskysymystä” ”Olisinko yllättynyt, jos tämä potilas kuolisi seuraavien 12 kuukauden aikana?”, kun he arvioivat, onko potilas palliatiivisen hoidon tarpeessa. Kaksoisyllätyskysymyksellä ”Olisinko yllättynyt, jos tämä potilas kuolisi seuraavien 12 kuukauden aikana?” ja ”Olisinko yllättynyt, jos tämä potilas olisi vielä elossa 12 kuukauden kuluttua?” palliatiivisen hoidon tunnistaminen ja hoidon suunnittelu toteutuivat useammin kuin alkuperäisellä yllätyskysymyksellä. Yleislääkärit toivoivat sairauskohtaisia ”merkkejä”, jotka ohjaavat arviointiin, onko potilas palliatiivisen hoidon tarpeessa.

Potilaan ja omaisen rooli palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisessa on tärkeää. Lääkärit toivovat, että potilaat itse ilmaisevat toiveensa ja lääkärit kunnioittavat yleisesti potilaan hoitotahtoa. Omaisten mukaanottoa palliatiivisen hoidon tunnistamiseen ja päätöksentekoon pidettiin tärkeänä.

Potilaan oma arvio palliatiivisen hoidon tarpeesta voi olla vähättelevä. Potilas vähättelee sairautteen liittyviä haasteita ja pyrkii olemaan myönteinen elämässään. Potilaat ajattelivat elämän loppua väistämättömänä, mutta kokivat ettei heillä ole kontrollia siihen, ja siksi he ajattelivat, ettei elämän loppuvaiheen keskusteluille ole merkitystä. Potilaat kokivat myös epämukavuutta elämän päättymisen keskusteluista.

Palliatiivisen hoidon tunnistamisen yhteistyö ja koulutus

Palliatiivisen hoidon tunnistamisen yhteistyö ja koulutus koostuvat alaluokista palliatiivisen hoidon tunnistamista edistävä koulutus ja terveydenhuollon moniammatillinen ja -alainen yhteistyö. Terveydenhuollossa toimintaohjeet selkeyttävät ammattihenkilöstön toimintaa. Avoin ilmapiiri ja moniammatillinen työskentely on tärkeä osa potilaan palliatiivisen hoidon tunnistamista.

Palliatiivisen hoidon tunnistamista edistävä tekijä on terveydenhuollon ammattilaisen koulutus. Palliatiivisen hoidon tunnistamiseen tarvitaan palliatiivisen hoidon perusteista ja kivunhoidosta lisäkoulutusta. Vuorovaikutuksen ja kommunikaation lisäkoulutusta pidettiin palliatiivisen hoidon tunnistamista edistävänä tekijänä.

Terveydenhuollon moniammatillinen ja -alainen yhteistyö on tärkeää palliatiivisen hoidon tunnistamisessa, mutta heikko tiedonkulku terveydenhuollon eri hoidon tasojen välillä vaikeutti potilaan toimimista. Lääkärit pitivät kommunikaation puutetta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ongelmana palliatiivisen potilaan varhaisessa tunnistamisessa. Usein perusterveydenhuollon lääkäreille oli epäselvää, mitä erikoissairaanhoidossa potilaalle oli kerrottu hänen diagnoosistaan ja/tai ennusteestaan. Siksi perusterveydenhuollossa lääkärin oli myös vaikea keskustella potilaan kanssa.

Palliatiivisen hoidon tunnistamiseen kuului terveydenhuollossa yhteistyö eri toimijoiden kesken ja hoidon koordinoinnin merkitys eri toimijoiden välillä. Palliatiivisen hoidon saavutettavuus ja saatavuus vaikutti tunnistamiseen ja ammattilaisten väliseen yhteistyöhön. Terveydenhuollon ammattilaiset luottavat ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön palliatiivisen hoidon tunnistamisessa, mutta heillä ei ole varmuutta hoidon tunnistamisen vastuista.

Terveydenhuollon työskentelyyn vaikuttaa keskittyminen aktiivihoitoon. Terveydenhuollon ammattilaisten mukaan terveydenhuollossa vallitsee käytäntö, jonka mukaan ”potilaalle tehdään kaikki mahdollinen”. Palliatiivisen hoidon tunnistamista vaikeuttaa terveydenhuollossa toimintatapojen puute ja pelko potilasvalituksista.

3.4 Johtopäätökset (reflektointi)

Kun jotain asiaa tutkitaan, tutkimus vaikuttaa tutkittavaan kohteeseen ja mahdollisesti muuttaa sitä. Saadun tuloksen avulla yritetään ymmärtää tutkittavan asian kuvaamaa merkityskokonaisuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2008, 102, 110.) Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus oli kartoittaa aikaisempaan tutkittuun tietoon perustuva palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistaminen terveydenhuollossa. Tuloksissa korostui yksilöllisyys. Jokainen potilas tulisi kohdata yksilönä hänen hoitonsa tarvetta arvioitaessa ja hoitoa suunniteltaessa. Palliatiivinen hoito kuuluu ihmisen perusoikeuksiin, joka tulisi kaikilla ihmisillä olla saatavilla, ja jota tulee järjestää tarvelähtöisesti kaikissa terveyden- ja sosiaalihuollon yksiköissä (Saarto & Finne-Soveri 2019, 182). Jotta voimme tarjota palliatiivista hoitoa potilaille, se vaatii ensin palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen.

Tulokset toivat esille monipuolisen asiakirjon palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen sisällöstä. Tulokset toivat esille palliatiivisen hoidon tunnistamista edistäviä tekijöitä ja palliatiivisen hoidon tunnistamisen yhteistyöstä ja koulutuksesta terveydenhuollossa.

Terveydenhuollon ammattilaisten tulee tuntea lainmukaiset määräykset ja säädökset työssään ja toimia potilaan edun mukaisesti päätöksissään. Palliatiivisen hoidon tunnistaminen edellyttää palliatiivisen hoidon määritelmien hallintaa. Palliatiivisen hoidon kehittäminen noudattaa WHO:n kehittämää kansanterveysmallia, jossa korostetaan poliittisia päätöksiä palliatiivisen hoidon edistämiseksi, koulutusta, lääkkeiden saatavuutta ja täytäntöönpanoa (Clearly ym. 2020, 33). Jokaisen näistä osatekijöistä saavuttamiselle on useita esteitä. Palliatiivinen hoito on laaja kokonaisuus, johon liittyy moniammatillinen toiminta. Kun siihen liitetään potilasturvallisuusnäkökulma, kokonaisuus laajenee entisestään. Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen on edellytys hyvälle elämän loppuvaiheen hoidolle. Ajoissa tehdyt hoitolinjaukset ja hoitosuunnitelma mahdollistavat hyvän palliatiivisen ja elämän loppuvaiheen hoidon. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Tuloksissa kävi ilmi, että kliininen osaaminen, moniammatillinen yhteistyö ja viestintä ovat merkittäviä asioiksi palliatiivisen hoidon tunnistamisessa. Kaikkien nykyisten terveydenhuollon ammattihenkilöt olisi koulutettava keskeisiin palliatiivisen hoidon osa-alueisiin (Morris & Davies 2020, 93). Näin terveydenhuollon ammattilaisilla olisi palliatiivisen hoidon perusteiden hallinta kaikilla hoidon tasoilla. Tuloksissa tuli esille, että palliatiivisen hoidon tunnistaminen on prosessi. Tätä prosessia edistää yhtenäiset toimintatavat, palliatiivisen hoidon tunnistamisen mittarit, terveydenhuollon moniammatillinen ja -alainen yhteistyö ja koulutus, jotta palliatiivinen hoidon tunnistaminen toimii jouhevasti ja tarkasti. Näin potilas saa tarpeitansa vastaavaa hoitoa.

Moniammatillinen yhteistyö, taito kommunikoida ja viestintä potilaan sekä hänen omaistensa kanssa korostuvat. Empatia ja inhimillisuus terveydenhuollon ammattilaisen käyttäytymisessä on keskeistä kohtaamisessa. Potilas ja hänen läheisensä ovat osa potilaan kokonaishoitoa. Potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan huomioiden yksilölliset tarpeet ja toiveet. Potilas osallistuu oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Häntä tuetaan kertomaan tilanteestaan, tarpeistaan, toiveistaan ja huolistaan. (Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021 2017, 13; Korhonen ym. 2018, 37–38.) Potilas ja omaiset ovat osa palliatiivisen hoidon tunnistamisen moniammatillista tiimiä. Jotta kyseinen tiimi potilaan ja omaisten kanssa toimii mahdollisimman tehokkaasti, vaatii se vastavuoroista kuuntelua, empatiaa ja arvostusta. Palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistaminen varhaisessa vaiheessa edesauttaa elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman laatimisen riittävän ajoissa. Tällä on merkitystä potilaan ja hänen omaistensa elämänlaatuun. (Saarto & Finne-Soveri 2019, 187; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Avoin keskustelu edistää toiminnan kehittämistä. Tulosten mukaan palliatiivisen hoidon tunnistamisen mittareiden avulla palliatiivisen hoidon tarpeessa oleva potilas voidaan tunnistaa. Mitta-

rin käytön kannalta on merkitystä, että kyseistä mittaria osataan käyttää oikein ja kaikki organisaatioissa työskentelevät ymmärtävät sen oikean merkityksen (Korhonen ym. 2018, 103–104). Eri-laisia auttamismenetelmiä ja mittareita potilaan hoidon arviointiin ja hoidon laadun arviointiin tulee kehittää, jotta hoidon laatu säilyy. Lisäksi ongelmakohdat hoidon laadussa tulee pyrkiä ratkaisemaan ja hoidon laatua sekä hoitohenkilöstön osaamista voidaan edelleen kehittää. Haasteet, tunnistaa palliatiivisen hoidon tarpeessa oleva potilas, tulee tunnistaa ja reagoida niihin toiminnan muutoksella.

3.5 Lähteet

Cleary, J., Hasti, B., Harding, R., Jaramillo, E., Connor, S. & Krakauer, E. (2020). What are the main barriers to palliative care development? Teoksessa S. R. Connor (toim.) Global Atlas of Palliative Care, 33-44. Viitattu 18.1.2022: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>

Eskola, J. & Suoranta, J. (1998). Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Eskola, J. & Suoranta, J. (2000). Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Evans, D. (2008). Integrative reviews of quantitative and qualitative research. Overview of Methods. Teoksessa C. Webb & B. Roe (toim.) Reviewing Research Evidence for Nursing Practise: Systematic Reviews. Oxford: Blackwell Publishing, 137-148. <http://www.kamk.fi/kirjasto> , Ebook Central.

Integrative Review. (2021). Duquesne university. Viitattu 7.1.2022. <https://guides.library.duq.edu/c.php?g=1055475&p=7725920>

Kangasniemi, M. & Pölkki, T. (2016). Aineistonkäsittely: kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A73. Turun yliopisto, 80–93.

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. (2018). Näyttöön perustuva toiminta. Tarpeesta tuloksiin. Helsinki: Bod – Books on Demand.

Lehtiö, L. & Johansson, E. (2016). Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A73. Turun yliopisto, 35–55.

Morris, C. & Davies, H. (2020). What is the way forward? Teoksessa S. R. Connor (toim.) Global Atlas of Palliative Care, 92–95. Viitattu 18.1.2022. <http://www.thewhpca.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>

Niela-Vilén, H. & Hamari, L. (2016). Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A73. Turun yliopisto, 23–34.

Näytön asteen luokitus Käypähoito suosituksissa. (2014). Terveysportti. Viitattu 13.2.2022 <https://www.kaypahoito.fi/nix02087>

Palliativinen hoito ja saattohoito. (2019). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 1.1.2022. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#K1>

Pocock, L. V., Wye, L., French, L. R. M. & Purdy, S. (2019). Barriers to GPs identifying patients at the end-of-life and discussions about their care: a qualitative study. Family Practice 36(5), 639–643. Viitattu: 11.2.2022. DOI: 10.1093/fampra/cmy135

Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021. (2017). Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. Viitattu 10.1.2022. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1

PRISMA flow Diagram. (2015). Viitattu 6.1.2021. <http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx>

Saarto, T. & Finne-Soveri, H. (2019). Suositus palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliativisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti 2019:68. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 12.2.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7>

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (2016). Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A73. Turun yliopisto, 7–17.

Sulosaari, V. & Kajander-Unkuri, S. (2016). Integroitu kirjallisuuskatsaus. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A73. Turun yliopisto, 107–117.

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

Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI). (N.d). Viitattu 5.1.2021. <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/>

Tutkimustiedon hakeminen. (N.d). Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 10.1.2021. <https://www.hotus.fi/tutkimustiedon-hakeminen/>

Vilkka, H. (2015). Tutki ja kehitä. Juva: Bookwell Oy

Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing* 52(5), 546–553. Viitattu: 19.2.2022. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x

Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt lähteet

Ament, S. MC., Couwenberg, I. ME., Boyne, J. JJ., Kleijnen, J., Stoffers, H. E., van der Beuken, M. HJ., Engels, Y., Bellersen, L. & Janssen, D. JA. (2021). Tools to help healthcare professionals recognize palliative care needs in patients with advanced heart failure: a systematic review. *Palliative Medicine* 35(1), 45–58. Viitattu: 12.2.2022. DOI: 0.1177/0269216320963941

Ermers, D. JM., Kuip, E. JM., Veldhoven, CMM., Schers, H. J., Perry, M., Bronkhorst, E. M., Vissers, K. CP. & Engels, Y. (2021). Timely identification of patients in need of palliative care using the Double Surprise Question: A prospective study on outpatients with cancer. *Palliative Medicine* 35(3), 592-602. Viitattu: 12.2.2022. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216320986720>

Flaherty, C., Fox, K., McDonah, D. & Murphy, J. (2018). Palliative Care Screening Appraisal of a tool to identify patients' symptom management and advance care planning needs. *Clinical Journal of Onkology Nursing* 22(4), 92–96. Viitattu: 12.2.2022. DOI: 10.1188/18.CJON.E92-E96

Flierman, I., Nugteren, I. C., van Saben, R. Buurman, B. C. & Willems, D. L. (2019). How do hospital-based nurses and physicians identify the palliative phase in their patients and what difficulties exist? A qualitative interview study. *BMC Palliative Care* 18(1). Viitattu: 12.2.2022. DOI: 10.1186/s12904-019-0439-0

Im, J., Mak, S., Upshur, R., Steinberg, L. & Kuluski, K. (2019). "Whatever happens, happens" challenges of end-of-life communication from the perspective of older adults and family caregivers: a Qualitative study. *BMC Palliative Care* 18(1), 1–9. Viitattu: 12.2.2022. DOI: 10.1186/s12904-019-0493-7

Lazenby, S., Edwards, A., Samuriwo, R., Riley, S., Murray, M. A. & Carson-Stevens, A. (2017). End-of-life care decisions for hemodialysis patients - 'We only tend to have that discussion with them when they start deteriorating'. *Health Expectations* 20(2), 260–273. Viitattu: 12.2.2022. DOI: 10.1111/hex.12454

Nouvet, E., Strachan, P. H., Kryworuchko, J., Downar, J. & You, J. J. (2016). Waiting for the body to fail: limits to end-of-life communication in Canadian hospitals. *Mortality* 21(4), 340–356. Viitattu: 12.2.2022. DOI: 10.1080/13576275.2016.1140133

Piili, R. (2019). End-of-life decision-making in cancer patients. Attitudes, ethics and background factors among Finnish physicians and medical students. *Lääketieteen ja biotieteiden tohtoriohjelma*, Tampereen yliopisto. Viitattu 12.2.2022. <http://www.urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-1268-8>

Pocock, L. V., Wye, L., French, L. R. M. & Purdy, S. (2019). Barriers to GPs identifying patients at the end-of-life and discussions about their care: a qualitative study. *Family Practice* 36(5), 639–643. Viitattu: 11.2.2022. DOI: 10.1093/fampra/cmy135

Remawi, B. N., Gadoud, A., Murphy, I. M. J. & Perston, N. (2020). Palliative care needs-assessment and measurement tools used in patients with heart failure: a systematic mixed-studies review with narrative synthesis. *Heart Fail Reviews* 26(1), 137–155. Viitattu: 21.2.2022. DOI: 10.1007/s10741-020-10011-7

Silvoniemi, M. (2018). Physicians' views on palliative care and assessment of symptoms of non-small cell lung cancer patients. Väitöskirja. *Lääketieteen tiedekunta*, Turun yliopisto. Turun yliopiston julkaisuja – sarja D osa 1389. Viitattu 11.12.2021. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-7427-6>

van Baal, K., Schrader, S., Wiese, B., Geyer, S., Stiel, S., Schneider, N., Müller-Mundt, G. & Afshar, K. (2020). GPs' perspective on End-of-Life Care - an evaluation based on the German version of the General Practice End of Life Care Index. *GMS German Medical Science* 18(16), 1–13. Viitattu: 21.2.2022. DOI: 10.3205/000286

Wang, S. S-C., Huang, C-M., Feng, R-C., Wu, Y-L. & Huang, S-J. (2019). Validation of a concise screening tool for the identification of palliative care needs among inpatients: A prospective study in hospital setting. *Journal of the Formosan Medical Association* 118(5), 883–890. Viitattu: 21.2.2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.10.004>

4 Palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen kokonaissuunnitelma (3.sykli)

Kolmas sykli käsitteli palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen toimintakokonaisuutta. Syklissä kehitettiin palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen kokonaissuunnitelma, jonka taustalla oli moniammatillinen yhteistyö, ja johon osallistui lääketieteen ja hoitotyön henkilökuntaa. Kokonaissuunnitelman laatiminen perustui aikaisemmin opinnäytetyössä saatuihin tuloksiin palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen nykytilasta ja kirjallisuuskatsauksen tuloksiin palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisesta sekä keskusteluihin eri sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa.

4.1 Palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistaminen asiakaslähtöisenä ja moniammatillisena prosessina (suunnittelu)

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen tapahtuu lääketieteen ja hoitotyön toimijoiden toimesta. Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen vaihtelee muun muassa potilaan diagnoosin perusteella, vaikka palliatiivinen hoito kuuluu kaikille kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastaville ilman diagnoosirajauksia (ks. Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Kroonisiin sairauksiin kuolleiden potilaiden elämän loppuvaiheen hoidon laadun seurannan - pilotin tulosten perusteella potilaan tautiryhmien välillä on eroja palliatiiviseen hoitoon siirtymisen tunnistamisessa ja dokumentoinnissa (Saarto ym. 2022, 25). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon nykytilanteessa osa potilaista ei pääse palliatiiviseen hoitoon ja osa ohjautuu sinne liian myöhäisessä vaiheessa (Saarto ym. 2022, 21).

Edelleen potilaskuolemat sairaalaympäristössä ovat yleisiä kaikissa diagnoosiryhmissä. Palliatiivisen hoidon tarvetta ja palveluita ei kaikkien potilasryhmien hoidossa vielä tunnisteta. Lisäksi palveluiden saatavuudessa, laadussa ja osaamisessa on alueellista vaihtelua. (Saarto ym. 2019a; Saarto ym. 2019b; Vanhuspalvelujen tila 2020.) Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen tilanteet ovat tärkeitä, joissa pitää olla aikaa perehtyä potilaan yksilölliseen tilanteeseen. Hoidon tarpeen arviointi on ohjaustilanne, jossa potilas on oman elämänsä asiantuntija ja hoitaja ohjauksen asiantuntija. Tilanteessa potilas ottaa keskusteluun asioita, jotka ovat tärkeitä hänen terveydelleen, hyvinvoinnilleen ja toimintakyvyilleen. Hoitajan tehtävänä on tunnistaa ja arvioida potilaan tarpeita yhdessä hänen kanssaan. Jotta potilaan tarpeisiin voidaan vastata, on välttämätöntä selvittää ne hänen kanssaan. (Kyngäs 2007, 26–27.)

Laadukas perushoito ja potilaan ohjaaminen ovat turvallisen hoidon perusedellytyksiä. Johdon tehtävänä on huolehtia siitä, että hoitohenkilöstön osaaminen ja määrä sekä työskentelyolosuhteet vastaavat perustehtävän ja potilasturvallisuuden vaatimuksia, jotta hoitotyötä voidaan toteuttaa hyvälle hoidolle asetettujen laatuvaatimusten mukaisesti ja turvallisesti (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetoa hoitotyöhön 2009, 45; Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 2022, 27). Jos terveydenhuollon ammattilaisella on kiire, vaikuttaa se heikentävästi hoidon tarpeen tunnistamiseen ja vuorovaikutukseen potilaan kanssa. Ammatilliseen pätevyyteen ja kompetenssiin kuuluvat kokemustieto, soveltava tieto ja taito ja käytännönläheinen osaaminen. (Hökkä ym. 2020.)

Hoidon tarpeen arviointi tapahtuu terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa, jonka tarkoitus on tuottaa arvoa potilaalle. Potilas osallistuu saamansa hoidon ja hoidolle asetettavien tavoitteiden määrittelyyn. Potilas ei ole toiminnan kohde, vaan hän on aktiivisena osallistuja tässä toiminnassa. Asiakslähtöisyys tarkoittaa sitä, että asiakkaan ja potilaan yksilöllinen palvelutarve on toiminnan lähtökohtana. Asiakslähtöinen palvelu alkaa palvelutarpeen tunnistamisesta. (Lehmuskoski & Kuusisto-Niemi 2019, 22–23; Duggan ym. 2006; Koivunen 2017; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020.)

Sosiaali- ja terveydenhuolto on olemassa asiakkaita ja potilaita varten. Toiminnan päämäärä on varmistaa asiakkaiden ja potilaiden turvallinen ja laadukas hoito ja palvelu. Turvallisuus syntyy yhteistyössä asiakkaiden, potilaiden ja heidän lähteistensä kanssa. Asiakkaat ja potilaat otetaan mukaan kansallisen tason suunnittelu- ja kehittämistoimintaan sekä palvelunjärjestäjien, -tuottajien ja palveluyksiköiden toiminnan suunnitteluun ja näin edistetään asiakkaiden ja potilaiden osallisuutta. Asiakkailta ja potilailta on yleensä ammattilaisia laajempi kuva eri palveluyksiköiden yhteistyöstä ja yhteensovittamisen haasteista. Heidän kokemuksensa paljastavat ne tilanteet, jotka aiheuttavat turvattomuuden tai epätietoisuuden tunnetta. (Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 2022, 22.)

Asiakslähtöisen hoidon avaintekijöitä ovat hoidon järjestäminen potilaan tarpeiden, mieltymysten, arvojen ja voimavarojen mukaisesti, potilaan ja hänen läheisensä ottaminen mukaan hoitoprosessien suunnitteluun ja toteuttamiseen, omahoidon tukeminen sekä hoidon koordinointi ja integrointi yli sektori-, organisaatio- ja ammattirajojen (Ristolainen, Roivas, Mustonen & Hujala 2020, 244). Potilaan tarpeet voivat olla fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia, psyykkisiä, kognitiivisia tai taloudellisia, ja ne voivat johtua joko potilaasta itsestään, tai ne voivat liittyä hänen elinympäristöönsä. (Lehmuskoski & Kuusisto-Niemi 2019, 22–23.) Jos palvelutarpeen arvioinnissa ei huomi-

oida potilaan omia mielipiteitä riittävästi, johtaa se väärin perustein laadittuun palvelu- ja hoitosuunnitelmaan, mikä voi estää toivottujen tavoitteiden tai muutosten saavuttamisen potilaan tilanteessa, terveydessä ja hyvinvoinnissa. (Ristolainen ym. 2020, 250.) Pitkälle edenneen parantumattoman sairauden hoitosuunnitelma (ACP, advanced care planning) sisältää hoitolinjauksien teon sairauden etenemisen varalta, mutta myös suunnitelman hoitomenetelmistä ja niiden tavoitteista sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019).

Elämän loppuvaiheen hoidossa korostuu yksilön tarpeiden ja hoidon lisäksi kokonaishoito ja perhekeskeisyys. Parantumaton ja etenevä sairaus koskettaa koko perhettä, silloin kun potilaalla on perhe ja muita läheisiä. On hyvä huomioida, että läheisillä on omat sairastuneeseen henkilöön liittyvät ja liittymättömät tarpeet. (Finne-Soveri ym. 2022, 10.) Parantumattomasti sairas ei ole ainoa, joka joutuu miettimään sairauden ja lähestyvän kuoleman aiheuttamia muutoksia, vaan myös hänen läheisensä ovat mukana tässä hetkessä. Erityisenä haasteena on, kuinka läheinen kykenee hahmottamaan ja toteuttamaan perheensisäisen tilanteen aiheuttamia tarvittavia muutoksia. (Juhela 2015, 280.) Myös perheenjäsenten tarpeet hoidolle on otettava huomioon, erityisesti potilaan kuoleman jälkeen (Pringle, Johnston & Buchanan 2015).

Haastetta asiakaslähtöisen hoidon toteuttamiseen tuo myös potilaan motivaation puute, epärealistiset tai hyvinvointia ja terveyttä vaarantavat tavoitteet ja potilaan vaikeudet olla osallisena hoitoprosessissa (Ristolainen ym. 2020, 251; Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 2022, 25–26). Motivaation puute tai haluttomuus voivat liittyä esimerkiksi turhautumiseen, joka johtuu aikaisemmista kokemuksista. Potilaan hoidon tarpeita on ehkä selvitetty jo useaan kertaan, ja arviointeja sekä hoitosuunnitelmia on tehty useita. Toisaalta potilasta voi pelottaa tulevaisuus ja selviytyminen, minkä vuoksi hoitosuunnitelmien laatiminen voi olla pelottava ajatus. Potilaan omien toiveiden selvittämiseen liittyviä vaikeuksia voi aiheuttaa myös erilaiset toimintakyvyn rajoitteet, kuten kommunikoinnin haasteet tai muistiongelmät. (Ristolainen ym. 2020, 251.)

Palliatiivisen hoidon moniammatillisen luonteen vuoksi on merkityksellistä, että potilaan hoidossa hyödynnetään sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön erityisosaamista (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; WHO 2020.) Tämä edellyttää ammattilaisilta moniammatillisuus- ja konsultointiosaamista (Hökkä ym. 2020). Moniammatillinen yhteistyö voidaan kuvata sosiaali- ja terveydenhuollossa eri asiantuntijoiden työskentelynä, jossa pyritään huomioimaan potilaan kokonaisuus. Yhteisessä prosessoinnissa eri asiantuntijoiden osaaminen integroidaan asiakaslähtöisen hoidon varmistamiseksi. (vrt. Isoherranen 2005, 14.) Terveydenhuollon tehtävien kompleksisuuden lisääntyessä moniammatillinen työskentely on potilaslähtöistä kokonaishoitoa (Collin

ym. 2012, 31). Moniammatillisuutta on nimitetty myös yhteisölliseksi ja jaetuksi asiantuntijuudeksi. Potilaiden hoitaminen on moniammatillisessa yhteistyössä toimivien yhteinen tehtävä, joka edellyttää tehtävien ja yhteistyön synkronointia (Baker, Day & Salas 2006).

Moniammatillinen yhteistyö voidaan hahmottaa osallistavana, kehittävänä ja kommunikatiivisena toimintana, jossa työryhmä pohtii reflektion avulla oman toimintansa sekä käytännöllisiä, teoreettisia että tilannekohtaisia lähtökohtia. Moniammatillisen yhteistyökulttuurin kehittyminen voi olla voimaannuttava ja kriittinen vuorovaikutusprosessi, jossa eri toimijat tutkivat yhteisesti organisaation toimintakulttuuria sekä eri ammattiryhmien sisältämää asiantuntijuutta suhteessa tiettyyn päämäärään ja toimintaan. (Pärnä 2012, 65.)

Isoherrasen (2012, 5) mukaan keskeisiksi haasteiksi moniammatillisessa työskentelyssä osoittautuivat sovitusti joustavat roolit, vastuukysymysten määrittely, yhteisen tiedon muodostamisen käytännöt sekä organisaation rakenteet, jotka eivät aina mahdollista yhteisen toimintamallin kehittämistä. Nykyajan tekniikan tarjoamista mahdollisuuksista huolimatta sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot ovat osoittautuneet vaikeasti ylitettäväksi rajoiksi pyrittäessä asiakaslähtöiseen työskentelyyn.

Organisaatiossa ja sen johdossa tarvitaan yhteistä käsitystä ja tavoitetta sekä jatkuvaa tukea muutokseen, jossa asiakaslähtöisyys rikkoo organisaation vanhaa toimintakulttuuria, rakenteita ja rajoja. Yksilötasolla tulee esiin haasteita asiantuntijoiden valmiudessa yhteisölliseen työtapaan ja puutteita vuorovaikutusosaamisessa. Moniammatillisen yhteistyön kehitymisprosessit ovat mahdollisuuksia kehittyä organisaatiokeskeisyydestä asiakaslähtöisyyteen ja yksintyöskentelystä tavoitteelliseen yhteisölliseen toimintaan. (Pärnä 2012, 205; Isoherranen 2012, 140.) Asiakaslähtöisesti toimiva työntekijä saa työnsä työyhteisönsä ja organisaationsa tuen (Sorsa 2002, 74).

Palliativinen hoito on moniammatillista toimintaa, johon osallistuu eri sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä, seurakunnan työntekijöitä ja vapaaehtoistyöntekijöitä (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019). Potilaiden ja heidän perheidensä erilaiset tarpeet vaativat palliativisen hoidossa moniammatillista lähestymistä. Tällainen tiimilähtöinen toiminta on laajasti hyväksytty optimaaliseksi toimintamuodoksi palliativisessa hoidossa. Moniammatillinen työskentely palliativisessa hoidossa vaikuttaa potilaslähtöisen hoidon aikaansaamiseksi ja hoidon laadun kehittämiseen. (Firth-Cozens 2001.)

Moniammatillisessa yhteistyössä pyritään kehittämään toimintatapoja kaikkien osaamista nykyistä tehokkaammin hyödyntävään ja tasa-arvoisempaan keskustelukulttuuriin (Isoherranen 2012, 141). Moniammatillisen työskentelyn keskiössä on ymmärrys eri ammattilaisten toisistaan

poikkeavista rooleista ja toisaalta siitä, millaista lisäarvoa kukin ammattiala tuo yhteiseen työskentelyyn (Mönkkönen & Kekoni 2020, 221). Palliatiivisen potilaan palvelun ja hoidon kehittämisen kannalta on tärkeä pohtia, miten tieto muotoutuu yksittäisen potilaan palveluprosessissa, miten eri toimijat hyödyntävät toistensa asiantuntemusta ja miten palveluprosessi etenee sujuvasti vaiheesta toiseen siten, että potilaan palvelu on saumaton kokonaisuus. (vrt. Mönkkönen & Kekoni 2020, 217.)

Opinnäytetyö aloitettiin palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen nykytilan kartoittamisella Kainuun sotessa. Tämän jälkeen toteutettiin kirjallisuuskatsaus palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisesta terveydenhuollossa. Opinnäytetyön 3. syklissä laadittiin kokonaissuunnitelma palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamiseksi. 3. syklin *tarkoitus* oli kuvata palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen kokonaissuunnitelma. Tutkimustehtävä oli, minkälainen on palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen työohjeen kokonaissuunnitelma.

Kokonaissuunnitelman asiantuntijoina toimivat opinnäytetyön projektiorganisaation ohjaus- ja projektiryhmä. Heillä kaikilla on asiantuntijuutta siitä, kuinka palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen työ on mahdollista toteuttaa yhteistyössä. Moniammatillisuuden myötä on mahdollista kehittyä potilaslähtöisyyteen ja yhteisölliseen työskentelyyn. Näyttöön perustuvassa toiminnassa keskeistä on, kuinka sitä hyödynnetään hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Lisäksi näyttöön perustuvat toimintaohjeet auttavat arvioimaan, mitä kaikkea potilaan hoidossa tulee ottaa huomioon. (Korhonen ym. 2018a, 108.)

4.2 Palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen suunnitelma (toiminta ja havainnointi)

Kokonaissuunnitelman laatiminen perustui aikaisemmin opinnäytetyössä saatuihin tuloksiin palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen nykytilasta ja kirjallisuuskatsauksen tuloksiin palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisesta. Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen – työohje laadittiin vaiheittain, ja eri vaiheet on kuvattu seuraavissa luvuissa. Työohje kehitettiin moniammatillisena yhteistyönä, johon kuului lääketieteen ja hoitotyön työntekijöitä.

4.2.1 Palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistaminen – työohje vaihe I (toiminta ja havainnointi)

Ennen palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen kokonaissuunnitelman tekoa, opinnäytetyöntekijä kokosi yhteen palliatiivisen hoidon tunnistamisen indikaattorit. Liitteessä 6 taulukossa 1. on kuvattu nämä palliatiivisen hoidon tunnistamisen indikaattorit. Palliatiivisen hoidon tunnistamisen indikaattorit olivat toisen syklin tuloksissa esille saadut palliatiivisen hoidon arvioinnin mittarit (TW-PCST, PAST, NAT: PD-HF, IPOS, GFS-PIG, RADPAC, SPICT, NECPAL). Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen indikaattorit kirjoitettiin sähköiseen muotoon Word-ohjelmalla. Tekstiä tuli yhteensä 4 A4-kokoista sivua. Teksti kirjoitettiin Arial-fontilla ja fonttikoko oli 11. Rivivälinä käytettiin 1 ½.

Alkumallinnuksen laadinta oli tärkeä, koska sen avulla pystyttiin havainnoimaan palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen arvioinnin lähtökohdat, joita lähdettiin kehittämään työohjeen suunnittelussa. Palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen alkumallinnus on kuvattu liitteessä 5 taulukossa 5. Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen indikaattoreista erityisesti ne, jotka mittaavat kärsimystä aiheuttavien oireiden lisääntymistä, toimivat tukena myös palliatiivisen hoidon ja lähestyvän saattohoidon ennusmerkkeinä (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Finne-Soveri ym. 2022).

Työohjeen laatimisprosessi alkoi projektiryhmän tapaamisella tammikuussa 2022. Aluksi opinnäytetyöntekijä esitteli opinnäytetyön toisen syklin tulokset ja opinnäytetyön kolmannen syklin tarkoituksen. Seuraavaksi projektiryhmään kuuluville annettiin viisi minuuttia aikaa miettiä itsenäisesti ja vastata kirjallisesti esitetyistä palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen indikaattoreista (liite 5). Projektiryhmään kuuluvia pyydettiin arvioimaan merkityksellisiä palliatiivisen hoidon indikaattoreita. Sen jälkeen keskustelimme projektiryhmäläisten kanssa palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen indikaattoreista. Keskustelussa tuli esille, että palliatiivisen potilaan tunnistamista varten tarvitaan terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön ohje. Projektiryhmään kuuluvat toivat esille, että usein potilaan hoitolinjauksia koskeva toiminta, on enemmänkin hoidonrajaus, kuten ei elvytetä – päätös. Terveydenhuollossa on totuttu jo pohtimaan sitä, jos tulisi elvytystilanne, niin jäisikö potilas eloon elvytyksen ansiosta, vai tulisiko potilaalle tehdä elvyttämättäjäättämisspätös.

Projektiryhmäläiset kertoivat käytännön kokemuksia siitä, että terveydenhuollossa tunnetaan vielä huonosti palliatiivisen hoidon ja saattohoidon käsitteiden ero. He toivat esille myös tiedot-

tamisen merkitystä, sillä vuodeosastoilla henkilökunnassa on ollut vaihtuvuutta ja uudet työntekijät eivät tunne hoito- ja palveluprosesseja, koska perehdyttäminen on ollut puutteellista. He kokivat, että hoitotyö on ollut viime aikoina päivystystyyppistä, kun vain potilaan akuutit ongelmat hoidetaan. Tällöin potilas saattaa olla pian uudestaan terveydenhuollon yksikössä saman ongelman vuoksi. Projektiryhmään kuuluvat toivat esille, että sisätautiosastoilla on ehkä totuttu siihen, että yhteistyötahoja potilaan hoitoon on useita ja eri ammattilaisten osaamista hyödynnetään potilaan hoidon tarpeiden mukaisesti. Ohjeeseen toivottiin kuvausta, mitä palliatiivinen hoito on. Keskustelussa pohdittiin myös sitä, mitä tapahtuu seuraavaksi, kun terveydenhuollon ammattilainen tunnistaa palliatiivisen hoidon tarpeen potilaalle.

Seuraavaksi projektiryhmän kanssa koottiin yhteisesti opinnäytetyöntekijän johdolla esille nousseita asioita palliatiivisen potilaan tunnistamisen työohjeen luonnos. Jotta työohje olisi toimiva ja helposti luettava, niin keskustelussa pohdittiin ohjeen pituutta, joka voi olla korkeintaan kaksi sivua. Liian pitkä ja monivaiheinen palliatiivisen hoidon tarpeen arviointi koettiin työlääksi ja siten, ettei ohjetta käytetä.

Kaikkien projektiryhmäläisten mielestä yllätyskysymys ”Olisitko yllättynyt, jos tämä potilas olisi kuollut/elossa 12 kuukauden kuluttua” (Lynne 2005; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Zeng, Eugene, Supino 2020; Downar ym. 2017; Ermers ym. 2021) tulisi olla työohjeessa, koska jos hoitava henkilökunta arvioi potilaan elinajan olevan alle 12 kuukautta, niin potilas on ennakoivan hoitosuunnitelman tarpeessa. Näin potilaan kanssa voidaan käydä keskustelut hoidonrajauksista ja -linjauksista sekä laatia oirehoidon suunnitelma sairauden pahenemista varten. Kolmen projektiryhmäläisen mielestä yllätyskysymys olisi vaikuttavampi muotoiluna, että potilas olisi *kuollut* 12 kuukauden kuluttua, kuin että potilas olisi elossa 12 kuukauden kuluttua. Yhden projektiryhmäläisen mielestä taas, jos hoitava taho olisi yllättynyt, että tämä potilas olisi *elossa* 12 kuukauden kuluttua, niin kuolemaa pidetään todennäköisenä ja sen pitäisi toimia herätteenä palliatiivisen hoidon tarpeen arvioinnissa ja hoitosuunnitelman teossa.

Käypä hoito - suositus määrittelee yhtenä palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen indikaattorina sen, jos parantumattomasti sairaalla potilaalla on ollut jatkuvaa suorituskyvyn heikkenemistä ja potilaan yleistilan heikkenemistä ja toimintakykyä enää saada hoitotoimilla palautetuksi (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Potilaan toimintakyvyn kuvauksesta työohjeessa oltiin eriäviä mieltä. Kaikki oli samaa mieltä, että sairauden vaikutus toimintakykyyn vaihteli sairaudesta riippuen. Keskustelussa tuotiin esille, että esimerkiksi syöpäpotilas voi olla saattohoidossakin lähes täysin toimintakykyinen, ja siten palliatiivisen hoidon tarpeen arviointi syöpäpotilaan kohdalla

voi olla harhaanjohtavaa. Osa projektiryhmäläisistä toi esille, että parantumattomiin ei-maligneihin sairauksiin, kuten keuhkohtaumatautia tai sydämen vajaatoimintaa sairastava potilas, liittyy toimintakyvyn laskua ja sairaus saattaa aiheuttaa oireilua jo minimaalisessa rasituksessa. Siksi toimintakyvyn laskua pidettiin merkittävänä indikaattorina ei-malignia sairastavan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisessa.

Kaikki olivat samaa mieltä, että ohjeessa tulisi kuvata sairauskohtaisesti, milloin palliatiivisen potilaan hoidon tarvetta tulee arvioida. Parantumattomat sairaudet, kuten levinnyt syöpä, edennyt keuhkohtaumasairaus tai sydämen vajaatoiminta, edennyt maksasairaus tai erilaiset neurologiset sairaudet, koettiin keskustelussa sairauksina, jolloin potilaan palliatiivisen hoidon tarvetta tulee arvioida. Nämä sairaudet johtavat usein sairauden edetessä potilaan toimintakyvyn laskuun. Jos potilaalla on samaan aikaan jokin toinen parantumaton sairaus (co-morbiliteetti), niin oirehoidon ja hoitosuunnitelman tekoa pidettiin projektiryhmäläisten mielestä hyvin tärkeänä asiana.

Oirearvioinnissa ja oireiden esiintyvyydessä palliatiivisen hoidon tarvetta arvioitaessa todettiin, ettei oireiden esiintyvyys tai oireettomuus ole indikaattori palliatiiviselle hoidolle. Potilaiden kokemat oireet ovat yksilöllisiä ja oireiden esiintyvyys on usein myös sairauskohtaista. Projektiryhmäläisten kokemuksen mukaan erityisesti syöpäpotilaat kärsivät usein kivusta, mutta myös muut ei-malignia sairautta sairastavat potilaat kärsivät kivusta. Keskustelussa kuitenkin nimettiin elämänlaatua ja toimintakykyä heikentäviksi oireiksi kipu, hengenhdistus, pahoinvointi, väsymys ja ahdistuneisuus.

Kipu on yleinen oire monissa parantumattomissa ja etenevissä sairauksissa (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Kipua esiintyy edenneissä syövissä 35–96 %:lla, sydänsairauksissa 41–77 %:lla, keuhkohtaumataudissa 34–77 %:lla ja munuaissairauksissa 47–50 %:lla (Solano, Gomes & Higginson 2006).

Myös hengenhdistus on parantumattomissa sairauksissa yleinen oire (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Sitä esiintyy keuhkohtaumataudissa noin 90–95 %:lla, sydämen vajaatoiminnassa 60 %:lla, keuhkosyövässä 45–90 %:lla ja muissa syövissä 30–70 %:lla potilaista (Solano, Gomes & Higginson 2006; Cachia & Ahmedzai 2008). Hengenhdistuksen lisäksi yskän oireesta kärsii noin 50–60 % keuhkohtaumatautipotilaista sekä noin 60–80 % keuhkosyöpä- ja keuhkofibroosipotilaista (Cachia & Ahmedzai 2008; Brown 2006; Blinderman ym. 2009).

Parantumatonta sairautta sairastavilla potilailla 30 %:lla esiintyy elämän loppuvaiheessa oksentelua ja jopa 60 %:lla pahoinvointia (Davis & Walsh 2000). Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa yli 80 % potilaista kärsii kakeksiasta, jolla tarkoitetaan metabolista oireyhtymää, jota kuvastaa

etenevä tahaton laihtuminen (primaari kakeksia) tai ravinnon vähydestä johtuva laihtuminen (sekundaari kakeksia) (Berenstein & Ortiz 2005).

Väsymyksen oire on yleistä parantumatonta sairautta sairastavilla potilailla (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019). Poikkeavalla uupumuksella tarkoitetaan tilaa, johon liittyvät suorituskyvyn heikkeneminen, energian vähyys, heikkous, väsyneisyys, uneliaisuus, motivaation puute, kyllästyneisyys ja apatia ja poikkeava uupumus ei lieivity levolla. Edennyttä syöpää sairastavista 60–90 % kärsii poikkeavasta uupumuksesta. (Mücke ym. 2015.) Edennyttä sydämen vajaatoimintaa sairastavista potilaista 50 % kärsii poikkeavasta väsymyksestä (Polikandrioti ym. 2019). Se on myös yksi vähiten raportoiduista ja alihoidetuista oireista näillä potilailla sekä muilla palliativisen hoidon potilasryhmillä (Bruera & Yennurajalingam 2021).

Palliativisessa hoidossa olevista potilaista masennustiloja on noin 25 %:lla, ahdistuneisuushäiriöitä noin 10 %:lla ja sopeutumishäiriöitä noin 15 %:lla. Depressio- ja ahdistusoireita, myös eksistentiaalista kärsimystä, esiintyy enemmän kuin diagnosoituja häiriöitä. Kuolevista potilaista noin joka kolmas kärsii ahdistuneisuudesta. (Hotopf ym. 2002.) Psykkisten oireiden tunnistaminen ja huomioiminen on keskeinen osa palliativista hoitoa, koska ne heikentävät merkittävästi potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatua (Uitterhoeve ym. 2004; Bužgová ym. 2014).

Lisäksi projektiryhmän keskustelussa pohdittiin parantumattomasti sairaan potilaan palliativisen hoidon tarpeen arviointia, mikäli potilaalla oli useita terveydenhuollon palveluiden käyntejä päivystyksellisesti /akuutisti. Projektiryhmäläisten mukaan potilaalla saattaa olla useita osastojaksoja saman tulossyyn vuoksi, kuten esimerkiksi ”hengenahdistus” (potilaan sairaus keuhkoah-
taumatauti) tai ”keuhkopöhö” (potilaan sairaus sydämen vajaatoiminta). Siksi keskustelussa pohdittiin työohjeeseen indikaattoreiksi väittämiä ”*Onko potilaalla useampi kuin yksi sairaalahoitajakso saman diagnoosin vuoksi viimeisten 30 päivän aikana?*” (Wang ym. 2019; Flaherty ym. 2018) tai ”*Onko potilas otettu takaisin hoitoon 3 kuukauden kuluessa pitkälle edenneen sairauden vuoksi?*” (Flaherty ym. 2018).

Projektiryhmäläiset toivat esille, että joskus hoidon tavoite voi muuttua, jos potilaan hoito sairaalahoitossa pitkittyy. Sen vuoksi keskustelussa koettiin käytännönläheiseksi palliativisen hoidon tarpeen indikaattori: ”*Onko potilaalla pitkäkestoinen sairaalassaoloaika (>30 päivää) ilman, että hoitotoimilla olisi ollut vaikutusta potilaan toimintakykyyn?*” (Wang ym. 2019; Flaherty ym. 2018).

Luonnokseen suunniteltiin alustavasti lääketieteen ja hoitotyön välistä työnjakoa, kun palliatiivisen hoidon tarpeessa potilas on tunnistettu ja kirjattiin yhteystiedot palliatiivisen hoidon yksiköihin poliklinikalle ja osastolle. Keskustelussa luonnoksen koettiin olevan soveltuva. Potilaslähtöisyyden näkökulmaa tuli kuitenkin ohjeeseen vielä selkeyttää.

Työohje tulee terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön, joten siksi haluttiin kehittää ohjeesta helppolukuinen ja yhtenäistä toimintaa ohjaava. Asiakaslähtöinen ja laadukas työohje on ymmärrettävä ja selkeä. Siitä tulee ilmetä, kenelle ohje on suunnattu, ja mikä on sen tarkoitus. Henkilöstölle suunnatussa työohjeessa on selkeästi luettava kirjasintyyppi, riittävä kirjasinkoko ja selkeä tekstin jaottelu ja asettelu. Ohjeen tekstistä tulee saada jo yhdellä silmäyksellä käsitys siitä, mitä se sisältää. (Kynäs ym. 2007, 126–127.) Työohjeeseen tulee sisällyttää ohjeen laatimispäivä ja yhteystiedot lisätietojen saamiseksi (Korhonen ym. 2018, 106).

4.2.2 Palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistaminen – työohje vaihe II (toiminta ja havainnointi)

Projektiryhmään kuuluvien kanssa sovittiin, että opinnäytetyöntekijä laatii työohjeesta ensimmäisen luonnoksen, ja lähettää sen sähköpostitse heille kommentoitavaksi niin sisällön kuin soveltuvuuden arvioinnin osalta. Työohjeen ensimmäinen luonnos tehtiin ja lähetettiin 20.1.2022 sähköpostitse projektiryhmäläisten työ sähköpostiin. Luonnos työohjeesta on liitteessä 7. Sähköpostitse palautteita työohjeen luonnokseen saatiin kaikilta projektiryhmään kuuluvilta henkilöiltä. Projektiryhmäläisten palautteissa korostui, että työohje oli liian pitkä kaksisivuisena, työohjeen sisältö ei korostunut tarpeeksi ohjeen käyttäjälle ja työohjeen alussa oleva palliatiivista hoitoa käsittelevä asiateksti oli liian pitkä. Lisäksi työohjeesta ei käynyt esille projektiryhmäläisten mielestä se, kenelle ohje oli suunnattu.

Palautteiden perusteella työohjetta muokattiin, niin että palautteissa tuodut asiat otettiin huomioon ohjeen edelleen suunnittelussa. Päivitetty toinen työohjeen luonnos lähetettiin sähköpostitse uudelleen projektiryhmäläisille arvioitavaksi erityisesti sisällöstä ja soveltuvuuden arvioinnin osalta. Luonnokseen saatiin vielä kaikilta projektiryhmään kuuluvilta kommentit sähköpostitse, ja he hyväksyivät työohjeen korjausten jälkeen. Korjausehdotukset liittyivät tarkennuksiin, jotka koskivat potilaan munuais- ja sydänsairauksia, jos potilasta ei ollut mahdollista hoitaa enää elinsiirrolla. Lisäksi työohjeen loppuun ehdotettiin linkkiä Kainuun sotien palliatiivisen hoidon konsultaatio-ohjeeseen ja Käypä hoito -suositukseen palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta.

Työohjeen arviointi tapahtui SWOT-analyysillä projektiryhmän kanssa. SWOT-analyysi on Kainuun sotessa käytössä oleva arviointimenetelmä erilaisten arviointien yhteydessä. Näin SWOT-analyysin käyttäminen on tuttua hoitotyöntekijöille. SWOT-analyysi on kehitetty Yhdysvalloissa 1960-luvulla, ja sitä on sovellettu johtamisen lisäksi myös muilla tieteenaloilla. SWOT-analyysissä strategista asemaa tarkastellaan vertailemalla vahvuuksia ja heikkouksia uhkiin ja mahdollisuuksiin. Lyhenne SWOT muodostuu englanninkielisistä sanoista Strengths (vahvuudet), Weaknesses (heikkouden), Opportunities (mahdollisuudet) sekä Threats (uhat). (Vuorinen 2013, 90.) Analyysimenetelmänä SWOT:n vahvuus on sen helppokäyttöisyys ja muunneltavuus. Se mahdollistaa nykytilanteen analyysin systemaattisesti (Virtanen 2013, 91–92).

Tässä opinnäytetyössä SWOT-analyysissä käsiteltiin työohjeen vahvuuksia, mahdollisuuksia, heikkouksia ja uhkia kuvion 1. mukaisesti. SWOT-analyysin tekemistä ohjasi kysymys, mikä on parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen työohjeen merkitys.



Kuvio 1. SWOT-analyysi Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen terveydenhuollon ammattilaisen arvioimana – työohjeesta (mukaiillen Virtanen 2013, 90)

Projektiryhmä koosti SWOT-analyysin käsin kirjoitettuna paperille. SWOT-analyysissä projektiryhmä korosti työohjeen vahvuuksiin projektiryhmässä esiin tulleen moniammatillisen yhteistyön, jolla tarkoitettiin lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan sekä lähijohdon näkökulmien yhdistämistä tämän työohjeen tekemisessä. Lääkäreiden osallistuminen työohjeen suunnitteluun ja hyväksymiseen lisäsi työohjeen uskottavuutta sekä selkeytti lääkäreiden välistä työnjakoa. Työohjeen vahvuutena on myös käytännöstä noussut tarve, johon pystyttiin vastaamaan näyttöön perustuvalla työohjeella. Työohjeen hyödynnettävyyden kannalta suurin vahvuus on sen käytännön läheisyys, sillä ohje on tiivis, selkeä ja helppolukuinen. Työohje lisää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten osaamista ja varmuutta palliatiivisesta hoidosta ja sen avulla he voi myös perustella palliatiivisen hoidon tarpeen arvioinnin julkituomista.

Työohjeen mahdollisuuksiksi SWOT-analyysissä nousi palliatiivisen hoidon tunnistamisen helpotuminen työohjeen avulla. Työohjeen avulla mahdollistetaan toiminnan selkeytyminen Kainuun soten eri yksiköissä ja sen seurauksena asiakkaiden ja potilaiden hoidosta saadaan yhdenmukaista. Työohjeen käytännölläheisyys mahdollistaa sen hyödynnettävyyden myös yksityisissä sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Toiminnaltaan opinnäytetyön työohje on kuitenkin suunnattu pelkästään Kainuun soten työyksiköihin, joten sellaisenaan sen käyttöönotto ei onnistu esimerkiksi yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä.

Työohjeen käyttäminen arvioitiin työllistäväksi menetelmäksi, ja siksi se arvioitiin heikkoutena työohjeen käyttämiselle. Sosiaali- ja terveydenhuollon resurssipula on todellinen, ja kiireessä on arvioitava työtehtävien kiireellisyys ja tarpeellisuus. Työohje on kuitenkin helppokäyttöinen ja sen voi tehdä jokainen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen, joten se ei työllistä vain yhtä ammattiryhmää vaan on kaikkien käytettävissä. Projektiryhmään osallistuvat pohtivat myös työohjeen vahvuudeksi nimettyä tiiviyyttä mahdollisena heikkoutena, koska riskinä voi olla liian kompakti kokonaisuus. Tällöin on mahdollista, että ohjeesta on voinut jäädä jotain potilaan hoidon suunnittelun kannalta olennaista pois. Toisaalta projektiryhmä on työohjeen tarkistanut ja näin ollen varmistanut ohjeen olevan käyttökelpoinen. Työohjeen heikkoudeksi voi muodostua sen sähköinen muoto Kainuun soten sisäisessä intranetissä. Vaikka nykyisin organisaatiossa pyrkimyksenä on luopua kaikista paperiohjeista ja siirtyä käyttämään sähköisiä ohjepankkeja, on koko henkilökunnan ohjaaminen sähköisten ohjeiden hyödyntämiseen haastavaa ja hidasta, ja tiedonkulku työohjeesta on aikaa vievää. Palliatiiviseen hoitoon on saatu nimettyä Kainuun sotessa viestintävastaavat, joiden kautta eri työyksiköihin voidaan viestiä työohjeesta, koska se otetaan käyttöön.

Työohjetta on päivitettävä tarpeen mukaan, joten ohjeen päivitystarve voidaan kokea heikkoutena. Työohjeen uhkakuvina arvioitiin, ettei Kainuun sote pidä työohjetta ajan tasalla eikä henkilökunta käytä ohjetta apuvälineenään tarpeesta huolimatta. Ohjeen mahdollinen epäonnistunut vakiinnuttaminen voivat olla uhkana työohjeen käyttöönotolle. Kainuun soten organisaatiossa on runsaasti ohjeita, joten uhkana pidettiin, että tämä työohje häviää ohjepankin joukkoon. Toisaalta tarve ohjeelle on noussut käytännöstä, joten on todennäköistä, että työohjeen käyttöarvo on merkittävä. Työohjeen vakiinnuttamiseksi ohjetta pilotoitiin kahdessa eri työyksikössä, jotta voitiin arvioida työohjeen käyttökelpoisuutta ennen työohjeen implementointia. Lisäksi lähijohtajien tuki ja osallisuus on merkittävä tekijä työohjeen vakiinnuttamiselle. Lähijohtajat osallistuivat työohjeen kehittämiseen alusta alkaen, jotta ohjeen tarpeellisuus, hyväksyntä ja vakiinnuttaminen oli yhteinen asia.

Kokonaisuudessaan kun tarkasteltiin strategista asemaa vertailemalla työohjeen vahvuuksia ja heikkouksia uhkiin ja mahdollisuuksiin, niin todettiin, että työohje on käyttökelpoinen (ks. Vuorinen 2013, 90). Työohje on kehitetty moniammatillisena yhteistyönä ja Kainuun soten johto ja lähijohtajat osallistuivat kehittämiseen alusta alkaen. Työohje on havaittu tarpeelliseksi terveydenhuollon ammattilaisten kanssa käydyissä keskusteluissa, ja sille on organisaatiossa hyväksyntä, mikä tukee ohjeen käyttöönottoa ja vakiinnuttamista.

4.2.3 Palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistaminen – työohje vaihe III (toiminta ja havainnointi)

Kun projektiryhmä oli hyväksynyt työohjeen luonnoksen kaksi (liite 8), niin ohjeen käyttökelpoisuus ja asianmukaisuus haluttiin arvioida eri terveydenhuollon ammattilaisten toimesta. Työohje lähetettiin sähköpostitse 12 lääkärille kommentoitavaksi työohjeen käytettävyydestä ja asianmukaisuudesta. Lääkärit valittiin erikoissairaanhoidosta ja perusterveydenhuollosta, koska heillä oli oman asiantuntijuutensa vuoksi kokemusta parantumattomasti sairaiden potilaiden hoidosta. Näin ollen opinnäytetyöntekijä arvioi, että he olivat soveltuvia kommentoimaan työohjetta. Lisäksi työohje lähetettiin sähköpostitse lähijohtajien kautta kommentoitavaksi sisällön osalta hoitotyön ammattilaisille eri työyksiköihin. Nämä hoitotyön työyksiköt olivat erikoissairaanhoidossa akuuttipalvelut (päivystys), sisätautien- ja operatiivisen vuodeosastojen työyksiköt sekä tehoavunnon työyksikkö ja perusterveydenhuollossa terveyskeskussairaalan vuodeosaston työyksikkö.

Lääkäreistä kahdeksan kommentoi sähköpostitse työohjeen sisältöä ja käyttöönottoa. Lääkärit pitivät työohjeen rakennetta hyvänä ja selkeänä. Kaikki lääkärit kokivat että, ohje on tarpeellinen Kainuun sotien organisaatiossa. Osa lääkäreistä (neurologia ja onkologia) koki, että kyseisellä erikoisalalla palliatiivisen hoidon tarve tunnustetaan melko hyvin tai hyvin. Vastaajat kuitenkin toivat esille, että työohje voi toimia herätteenä palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen arvioinnille. Vastaaja toi esille, että työohjeen ohjaava ajatus on ”jos mietit, olisiko potilaasi palliatiivisen hoidon arvion tarpeessa, voit käyttää apuna seuraavia kysymyksiä”.

Lääkärit toivoivat työohjeeseen vielä tarkennuksia eri sairausryhmän nimityksestä ja sairauden vaikeusasteesta, kuten neurologisten sairauksien kohdalla motoneuronisairauksien mainitsemisen parantumattomissa sairauksissa ja munuaissairauksien yhteydessä, ettei potilaalle ole elinsiirto mahdollinen. Lääkärit arvioivat ohjeen muokkaamista vielä siltä osin, kuinka monen kriteerin täytyessä palliatiivisen hoidon tarpeen suunnittelu tulee potilaan hoidossa aloittaa. Lääkärit perustelivat tätä siten, että kaikissa kysymyksissä vastaus ”kyllä” esitettyyn kysymykseen ei ole se seikka, joka laukaisee palliatiivisen hoidon arviotarpeen. Lisäksi vastaajat toivoivat työohjeeseen tarkennusta, miten toimia sen jälkeen, kun palliatiivisen hoidon tarpeessa potilas on tunnistettu.

Hoitotyön työyksiköistä kaikki kommentoivat lähijohtajien toimesta sähköpostitse työohjeen sisältöä ja soveltuvuutta. Työyksiköiden henkilökunta koki, että organisaatiossa palliatiivisen hoidon tarpeessa oleva potilas tunnustetaan vaihtelevasti, ja työohjeen avulla palliatiivisen hoidon tarve tunnustetaan aikaisempaa systemaattisemmin sekä varhaisemmassa vaiheessa kuin tällä hetkellä. Työohjetta pidettiin hyvänä, koska ohjeessa on johdanto, mitä palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan, ja mitä saattohoito käsite tarkoittaa. Vastaajien kokemuksen mukaan joskus nämä ajatellaan olevan yksi ja sama asia, ja siksi oli hyvä kuvata molemmat käsitteet työohjeessa.

Potilaan toimintakykyyn toivottiin tarkennuksia Lifecare- potilastietojärjestelmän mukaisesti: täysin tai lähes omatoiminen, ajoittainen hoivan tarve, toistuva hoivan tarve, lähes jatkuva hoivan tarve tai jatkuva ympärikäutisen hoivan tarve. Näin ohje olisi yhdenmukainen käytössä olevan potilastietojärjestelmän kanssa, ja vastaajat toivat esille, että tällainen otsikointi auttaa arvioimaan potilaan toimintakykyä.

Myös hoitotyön ammattilaiset toivoivat työohjeeseen tarkennusta, jos on tunnistanut palliatiivisen hoidon tarpeen potilaalle. Vastaajat kokivat, että ohjeen lopuksi pitää olla selkeä toimintaohje, kuinka toimia tilanteessa, kun palliatiivisen hoidon tarve on tunnistettu. Lisäksi hoitotyön ammattilaiset pohtivat, kuka tekee potilaalle palliatiivisen hoidon ennakoivan hoitosuunnitelman

hoidon eri tasoilla. Tähän toivottiin työohjeessa selkeää ohjeistusta. Työohjeeseen tehtiin korjausehdotuksien mukaiset muutokset, ja työohje on liitteessä 9.

4.2.4 Työohje (havainnointi)

Sykliden 1 ja 2 tulokset aiheesta tukivat työohjeen sisältöön tehtyjä valintoja. Työohjeen sisältö määriteltiin yhteistyössä projektiryhmään kuuluvien henkilöiden kanssa ja sisältö koostui merkityksellisistä indikaattoreista palliatiivisen hoidon tarpeen arviointia varten. Sen jälkeen työohje arvioitiin terveydenhuollon ammattilaisten toimesta, ja työohje laadittiin lopulliseen muotoonsa. Tuotoksena syntyi työohje (liite 9) parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen terveydenhuollon ammattilaisen toimesta. Hoitohenkilökunnalle suunnatut työohjeet ja toimintamallit auttavat hoitokäytäntöjä ja päätöksentekoa yhdenmukaiseksi ja näin ollen turvaamaan asiakkaiden tasavertaisen hoidon ja palvelun (Korhonen ym. 2008, 106).

Työohje laadittiin sen hetkisten säädösten ja Kainuun soten organisaation ohjeiden mukaisesti. Asiakirjapohjana käytettiin Kainuun soten asiakirja – word mallipohjaa. Asiakirjapohjaa käytettiin hyväksymisvaiheessa, koska Kainuun soten työohje mallipohjalle ei ollut vielä käyttö lupaa. Opin näytetyöntekijä muokkasi työohjeen viralliseen muotoon saatuaan käyttöönsä Kainuun soten asiakirjapohjan. Työohje on liitteessä 9. Työohjeessa käytettiin johdonmukaisesti otsikoissa ja leipätekstissä fonttina Arial, joka on helppolukuista ja selkeää. Otsikot on erotettu leipätekstistä käyttämällä rivivälejä, isoja kirjaimia ja lihavoitua tehostekeinoja asiakokonaisuuksien erottumista toisistaan. (vrt. Kyngäs ym. 2007, 126–127.)

Työohjeessa on aluksi kuvattu työohjeen nimi ja se, kenelle työohje on suunnattu (ks. Kyngäs ym. 2007, 126–127). Johdannossa on lyhyesti kuvattu, mitä palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan, ja mitä se käsittää (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; WHO 2020). Työohjeen sisältö koostui seitsemästä eri osiosta, jotka kaikki viittaavat parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon arviointiin.

Työohjeen pääindikaattorit oli ”**Olisinko yllättynyt, jos tämä potilas kuolisi seuraavien 12 kuukauden aikana?**” (Lynne 2005; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Zeng, Eugene, Supino 2020; Downar ym. 2017; Ermers ym. 2021) ja ”**Onko potilaalla parantumaton sairaus, joka heikentää potilaan elämänlaatua ja toimintakykyä** kuten edennyt syöpä / vaikea sydänsairaus / vaikea keuhkosairaus (COPD, keuhkofibroosi) /vaikea munuaisten vajaatoiminta tai dialyysipotilas (ikä yli 65 vuotta, dialyysien kesto yli 2 vuotta, ei elinsiirron mahdollisuutta) / vaikea maksasairaus

tai vaikea neurologinen sairaus (motoneuronisairaudet, muistisairaudet) (Cómez-Batiste ym. 2021; Wang ym. 2019).

Toiseksi työohjeessa alaindikaattoriksi määriteltiin **”Onko potilaalla useampi kuin yksi sairaalahoitojakso parantumattoman sairauden vuoksi viimeisten 30 päivän aikana?”** (Wang ym. 2019; Flaherty ym. 2018; Cómez-Batiste ym. 2021), **”Onko potilaalla pitkäkestoinen sairaalassaoloaika (>30 päivää) ilman, että hoitotoimilla olisi ollut vaikutusta potilaan toimintakykyyn?”** (Wang ym. 2019; Flaherty ym. 2018; Ament ym. 2021; Remawi ym. 2020), **” Onko potilaalla parantumattoman sairauden lisäksi jokin muu parantumaton sairaus?”** (Remawi ym. 2020; Wang ym. 2019; Flaherty ym. 2018) **” Millainen potilaan toimintakyky on tällä hetkellä?”** (Flaherty ym. 2018; Remawi ym. 2020; Wang ym. 2019) ja **”Onko potilaalla parantumattomasta sairaudesta johtuvia oireita, jotka heikentävät potilaan elämänlaatua tai toimintakykyä, kuten kipu, hengenhädistys, pahoinvointi, uupumus, ahdistuneisuus tai masentuneisuus?”** (Remawi ym. 2020; Wang ym. 2019).

Palliativisen hoidon tarpeen tunnistamisen arvioinnin jälkeen työohjeeseen on kirjattu, kuinka tulee toimia palliativisen hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen, jos pääkriteeri ja alakriteeri täyttyy potilaan palliativisen hoidon tarvetta arvioitaessa. Työohjeessa ohjataan seuraavaa. Kun terveydenhuollon ammattilainen arvioi, että parantumattomasti sairaan potilaan kohdalla palliativisen hoidon tarpeen arvio täyttyy, tulee potilaalle järjestää hänen tarpeensa mukaiset palliativisen hoidon palvelut ja laatia potilaalle ennakoiva hoitosuunnitelma.

Työohjeessa määritellään, että ennakoivan hoitosuunnitelman laatii hoitava lääkäri riippumatta erikoisalasta yhdessä pitkälle edennyttä sairautta sairastavan potilaan ja hänen läheisten kanssa. Ennakoiva hoitosuunnitelmaan kuuluu sisältää keskustelut potilaan ja hänen läheistensä kanssa sairauden vaiheesta, hoitomenetelmistä ja niiden tavoitteista, hoitolinjauksesta, hoidon rajauksista, hoidosta vastaa-vasta tahosta sekä potilaan toiveista, tarpeista ja peloista sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä. Hoitosuunnitelma tulee kirjata huolellisesti potilastietoihin. (ks. Lehto, Marjamäki & Saarto 2019.) Lisäksi on ohjeistettu, että potilaan palliativisesta hoidosta voi konsultoida palliativiseen hoitoon erikoistuneita asiantuntijasairaanhoitajia tai lääkäreitä (osasto ja poliklinikka).

Työohjeen lopuksi palliativisen hoidon tarkkaa arviointia varten työohjeeseen on linkitetty Palliativisen hoidon ja saattohoidon – käypä hoito -suositus, jossa on tarkat sairauskohtaiset indi-

kaattorit palliatiivisen hoidon tarpeen arviointia varten. Työohjeessa on palliatiivisen yksikön yhteystiedot (poliklinikka ja osasto) ja palliatiivisen hoidon konsultaation sekä asiantuntijasairaanhoitaja konsultaation tekemistä varten oleva työohjelinkki Kainuun soten intranettiin.

Työohje on suunniteltu ja tarkoitettu Kainuun soten hoitohenkilökunnan käyttöön organisaation kaikissa työyksiköissä. Työohje on löydettävissä organisaation intranet-sivuilta ja näin ollen työohjeen hyödynnettävyys myös muissa työyksiköissä mahdollistuu.

Näyttöön perustuva työohje on osa näytön levittämistä. Työohjeen laadinta ja käyttöönotto on prosessi, joka sisältää ohjeen laatimisen, levittämisen ja hyödyntämisen käytännössä. Viimeisenä vaiheena työohjeen vaikutusta on arvioitava. Näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön kehittäminen ja työohjeen laatiminen edellyttää suunnitelmaa, jossa määritellään sen tarve, tavoitteet, kohderyhmä sekä aikataulu ja tarvittavat resurssit, ja se miten ohjeen vaikutuksia arvioidaan. (Korhonen ym. 2018, 106)

4.3 Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen - työohjeen pilotointi (toiminta)

Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen -työohjeen laatimisen jälkeen suunniteltiin työohjeen pilotointi. Pilotoinnin avulla haluttiin selvittää, minkälainen valmius Kainuun sote organisaation työntekijöillä on uuden työohjeen käyttöönottamiselle, ja mitä muutoksia työohjeen mahdollisesti tarvitaan ennen sen käyttöönottoa.

4.3.1 Työohjeen pilotointi erikoissairanhoidossa ja perusterveydenhuollossa

Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen - työohjeen pilotoinnin *tarkoitus* oli kartoittaa, miten työohjeen avulla voidaan edistää parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamista? Pilotoinnin avulla varmistetaan, onko organisaatio valmis uuden työohjeen käyttöönottoon. Kainuun soten palveluprosessien uudistaminen pyrkii edistämään palvelujen asiakslähtöisyyttä (Talousarvio 2021 ja taloussuunnitelma 2022–2024 2020, 19). Asiakslähtöiset prosessit lähtevät asiakkaan tarpeiden huomioimisesta (Koivunen 2017; Lehmuskoski & Kuusisto-Niemi 2012). Prosessien kehittämisen lähtökohtana

ovat organisaation toimintaa ohjaavat arvot, visiot, strategiat ja toimintapolitiikka, joilla toimintaa ohjataan (Korhonen 2018a, 31).

Pilotoinnissa uutta työohjetta testataan ja selvitetään, tarvitaanko mahdollisia muutoksia työohjeen implementointisuunnitelmaan. Pilotointi antaa mahdollisuuden testata työohjetta kohderyhmällä. Oli tärkeää valita sopiva kohderyhmä pilotoimaan työohjetta, koska tämä auttaa selvittämään, onko ohje oikeasti hyödyllinen tarkoitettulle kohderyhmälle. Pilotoinnin avulla organisaatio voi tehdä päätöksen siitä, onko uusi käyttöön otettava työohjeen käyttö ja toimintatapa sellainen, johon kannattaa sijoittaa resursseja. Pilotointi auttaa myös selvittämään pitääkö resursseja lisätä johonkin tiettyyn asiaan kuten koulutukseen. (Boyd 2014.)

Pilotoinnissa pilotoitiin ”Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen” – työohjetta Kainuun soten eri työyksiköissä. Tähän pilotointiin valittiin erikoissairaanhoidosta Kainuun keskussairaalan sisätautien vuodeosasto A ja operatiivinen vuodeosasto B sekä perusterveydenhuollosta Suomussalmen terveyskeskussairaalan vuodeosasto. Näiltä erikoissairaanhoidon osastoilta pilotointiin osallistuivat vastaavat sairaanhoitajat, kaksi osasto A:n erikoistuvat lääkärit ja perusterveydenhuollon osastolta vastaavat sairaanhoitajat. Pilotoivat yksiköt valittiin sen perusteella, kun yksiköissä hoidetaan usein parantumattomasti sairaita potilaita. Pilotointiin haluttiin osallistuttaa niin hoitotyöntekijöitä kuin lääkäreitä, koska palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen osaamista tulee olla kaikilla terveydenhuollon ammattilaisilla. Ennen pilotointia opinnäytetyöntekijä koosti ajatuskartan mukaisesti pilotoinnin tarkoituksen, pilotoinnin toteutuksen ja sen mitä pilotoinnilla tavoitellaan. Pilotoinnista laadittiin kuvaus, joka on koottu taulukkoon 1. Laadittu kuvaus ohjasi pilotoinnin suunnittelua.

TAULUKKO 1. Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen – työohjeen pilotointikuvaus (mukaiillen Meyers ym. 2012)

Lähtötilanne parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisesta
Nykytila: Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen vaihtelee; arviointia ei tehdä systemaattisesti
Kokeilu: Terveysthuollon yksiköissä terveydenhuollon ammattilaiset arvioivat työohjeen avulla, onko parantumattomasti sairas potilas palliatiivisen hoidon tarpeessa.
Kokeilun toteutus Kajaanin keskussairaalan osasto A (vastaavat sairaanhoitajat, erikoistuvat lääkärit) ja osasto B (vastaavat sairaanhoitajat) n= 6 (hoitajat) n= 2 (lääkärit) Suomussalmen terveyskeskussairaalan vuodeosasto (vastaavat sairaanhoitajat) n =4

<p>Kirjallinen työohjeen käyttö parantumattomasti sairaiden potilaiden palliatiivisen hoidon tarpeen arvioinnissa</p> <p>Kirjallinen arviointi ja palaute työohjeen käytöstä</p> <p>Huhtikuu 2022</p>
<p>Tavoitetila / Hypoteesi - mitä palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen työohjeella tavoitellaan?</p>
<p>Asiakas:</p> <p>Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen myötä potilailla on aiempaa useammin mahdollisuus laadukkaaseen elämän loppuvaiheen hoitoon. Potilas pääsee oikea-aikaisesti tarpeenmukaiseen hoitoon ja yhdenvertaisen hoidon saatavuus mahdollistuu.</p>
<p>Henkilökunta:</p> <p>Palliatiivisen hoidon osaamisen kehittyminen. Edistää potilaan hoito- ja palveluketjujen yhdenmukaisuutta ja tasa-arvoisuutta. Parantunut asiakastyytyväisyys oikea-aikaiseen hoitoon pääsyn myötä. Edistynyt tiedonsiirto terveydenhuollon ammattilaisilla eri hoidon tasoilla. Resurssien käytön tehokkuus.</p>
<p>Muut toimijat:</p> <p>Terveydenhuollon hoito- ja palvelujen monipuolistuu; kolmas sektori, vapaaehtoiset.</p>
<p>Sisäiset prosessit:</p> <p>Toimintamallin muutos -> parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarve tunnustetaan, potilaalle järjestetään yksilölliset palliatiivisen hoidon palvelut ja laaditaan ennakoiva hoitosuunnitelma. Potilasta hoidetaan hänelle parhaassa mahdollisessa hoitopaikassa.</p> <p>Potilaan hoitovastuu määritellään -> laadukas palvelukokemus.</p> <p>Ammattilaisille prosessi -> miten yhteys otetaan muihin ammattilaisiin konsultaatiota varten, miten taataan saumaton hoito- ja palveluketju potilaalle.</p>
<p>Talous:</p> <p>Resurssien käytön tehokkuus. Vähentyneet sairaala- ja tehohoitojaksot potilaalle. Potilaalla vähentynyt matkustusaike terveydenhuollon yksiköihin. Tarpeettomia tai potilaalle hyödyttömiä hoidon vaiheita poistuu. Kustannukset alenevat terveydenhuollossa.</p>

Työohjeen pilotointi kesti ajallisesti kaksi viikkoa, koska näin nopealla aikataululla ei saatu järjestettyä niin hoitotyöntekijöille kuin lääketieteen tekijöille enempää aikaa työohjeen käytölle. Myös vaikea koronaviruspandemia tilanne ja hoitotyön etujärjestöjen työtaistelutoimet (ylityö- ja vuorovaihtokielto) vaikuttivat pilotoinnin toteutukseen, koska resurssitilanne terveydenhuollon ammattilaisilla oli haastava pilotoinnin aikana. Pilotoinnin alussa opinnäytetekijä ohjasi pilotoijat työohjeen käyttöä varten joko henkilökohtaisesti tai välillisesti sähköisesti.

Opinnäytetyön tekijä tapasi ennen pilotointia kaikki pilotoijat erikoissairaanhoidossa henkilökohtaisesti. Perusterveydenhuollon pilotoijille pilotointi esiteltiin sähköisesti työsähköpostin kautta. Pilotoijille esiteltiin ”Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen” -työohje ja pilotoinnin tarkoitus taulukon 1 avulla, ja se miten pilotointi toteutetaan. Pilotoijille annettiin ohjeet kirjallisesti pilotoinnin toteutuksesta ja pilotoinnin arvioinnista. Pilotoinnin päätteeksi erikoissairaanhoidossa opinnäytetyöntekijä keräsi pilotoinnin tulokset kirjallisesti

ja palautteet henkilökohtaisesti. Palautteet saatiin kaikilta kirjallisena. Perusterveydenhuollosta tulokset ja palautteet saatiin sähköpostitse.

Palaute työohjeesta ohjeistettiin antamaan kirjallisesti, jotta opinnäytetyöntekijä pystyi käsittelemään pilotoinnin jälkeen pilotoinnin arvioinnin. Pilotoinnin palaute arvioinnissa käytettiin apuna seuraavia avoimia kysymyksiä

1. Mitkä työohjeen kriteereistä ovat merkityksellisiä ja tärkeitä?
2. Mitkä työohjeen kriteerit ovat sellaisia, joita et ymmärrä?
3. Mitkä työohjeen kriteerit ovat vaikeasti tulkittavissa tai ovat liian tulkinnanvaraisia ja miksi?

4.3.2 Pilotoinnin – testauksen tulokset (havainnointi)

Pilotoinnin aikana ja sen jälkeen on tärkeää, että laaditaan tarkka raportti siitä, mitä tapahtui pilotoinnissa (Boyd 2014). Työohjeen pilotoinnissa oli mukana Kajaanin keskussairaalan erikoissairaanhoidon vuodeosastoilta (osasto A ja B) yhteensä kuusi vastaavaa sairaanhoitajaa ja Suomussalmen terveyskeskussairaalan vuodeosastolta neljä vastaavaa sairaanhoitajaa. Lisäksi Kajaanin keskussairaalan erikoissairaanhoidon osasto A:n kaksi erikoistuvaa lääkäriä oli mukana pilotoinnissa. Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen – työohjetta pilotoitiin huhtikuussa 2022. Pilotoinnin aikana palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen arvioitiin 35 potilaan kohdalla. Palliatiivisen hoidon tarve tunnistettiin työohjeen arvioinnin mukaan yhdeksällä potilaalla, joista neljä potilasta oli hoidossa erikoissairaanhoidossa ja viisi potilasta perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyön tekijä vertaisarvioi niiden yhdeksän potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen arvion. Opinnäytetyön tekijän arvion mukaan yhdeksästä vertaisarvioidusta potilaasta kahdeksalla oli palliatiivisen hoidon tarve.

Pilotoijien vastaukset käytiin huolellisesti läpi systemaattisesti ja samalla reflektoiden vastauksia. Pilotoinnin tuloksissa huomattiin, että Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen – työohjeen tehokas hyödyntäminen edellyttää muutoksia tiedonkulussa, työtehtävien organisoinnissa ja työyhteisöjen toimintatavoissa. Terveystieteiden ammattilaiset työskentelevät eri työyhteisöissä, joten prosessikuvaus ja ohjeistukset, joiden mukaisesti toimitaan, ovat välttämättömiä työohjeen laadun ja toteutumisen varmistamiseksi. Erikoissairaan-

hoidossa pilotoijat kokivat työohjeen tarpeelliseksi, sillä se mahdollisti parantumattomasti saaraan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen. Erikoissairaanhoidossa vastauksissa tuotiin esille, että palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen edistää potilaan hoitosuunnitelman laatimista.

Perusterveydenhuollon pilotoijista osa oli sitä mieltä, että työohje on turha heidän työyksikönsänsä, ja lääkäri määrittelee siirtymisestä palliatiiviseen hoitoon. Näiden pilotoijien vastausten perusteella työohje ei edistä palliatiivisen hoidon prosessia. Pilotoijien mukaan jokaiselle potilaalle laaditaan yksilöllinen suunnitelma potilaan ja omaisten toivomusten mukaan. Suunnitelmaa on sitoutunut toteuttamaan hoitohenkilöstö ja kaikki potilaan hoitoon osallistuvat. Kuitenkin pilotoijat tunnistavat samaan aikaan muutamia potilaita, jotka olisivat palliatiivisen hoidon tarpeessa. Näille potilaille ei ollut kuitenkaan tehty palliatiivisen hoidon linjauksista eikä ennakoivaa hoitosuunnitelmaa hoitavan lääkärin toimesta.

Pilotoinnin päätyttyä työohjetta arviointiin pilotoijien palautteiden avulla. Pilotoinnin aikana ei ollut mahdollista toteuttaa välipalaveria, mutta pilotointiin oli suunniteltu toteutettavaksi loppupalaveri, jossa olisi koostettu kokemuksia työohjeen käytettävyydestä. Loppupalaverissa työohjetta olisi arvioitu reflektoiden. Kuitenkin vaikea koronaviruspandemia tilanne ja hoitotyön etujärjestöjen työtaistelutoimet (ylityö- ja vuoronvaihtokielto) vaikuttivat pilotoinnin arvioinnin toteutumiseen ja loppupalaveria pilotoijien kanssa ei voitu toteuttaa puuttuvan resurssitilanteen vuoksi. Opinnäytetyöntekijä sai kuitenkin kaikilta pilotoijilta kirjallisen palautteen. Kaikki palautteet luettiin huolellisesti läpi ja niitä analysoitiin reflektoiden. Palautteet arvioitiin systemaattisesti reflektoiden. Reflektion perusteella opinnäytetyöntekijä kokosi pilotin jälkeen kirjallisen yhteenvedon terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksista ja huomioista työohjeen käytöstä. Tärkeintä oli arvioida, miten pilotoitava toiminta saadaan pysyväksi toiminnaksi tulevaisuudessa. Työohjeen pilotoinnin arvioinnissa haluttiin selvittää, todettiinkö työohje käytettäväksi palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisessa. Lisäksi arvioinnissa haluttiin selvittää, miten työohje laajentaa yleiseksi ohjeeksi Kainuun sotien eri työyksiköissä. (ks. Boyd 2014.) Taulukossa 2. on koottu pilotoinnin arviointi.

TAULUKKO 2. Pilotoinnin arviointi

Pilotoinnin arviointi
huhtikuu 2022
Systemaattinen reflektio

Mitkä työohjeen kriteereistä ovat merkityksellisiä ja tärkeitä? : ohjeen selkeys palliatiivisen hoidon tarpeessa olevan potilaan tunnistamiseen, pääkriteereitä pidettiin toimivina herätteinä, työohje avaa palliatiivisen hoidon käsitteitä, palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen kriteerit olivat selkeitä ja vastaajien mielestä kriteereistä erityisesti potilaan toistuvat sairaalahoitajaksot, potilaan toimintakyky ja potilaan oireet koettiin merkityksellisinä hoidon tarpeen arvioinnin kannalta, työohje koettiin toimivaksi, hoitosuunnitelman teon merkityksellisyys korostui, lääkäri ja sairaanhoitaja voivat yhdessä tunnistaa palliatiivista hoitoa tarvitsevan potilaan sekä suunnitella potilaan hoitoa

Mitkä työohjeen kriteerit ovat sellaisia, joita et ymmärrä? Mitkä työohjeen kriteerit ovat vaikeasti tulkittavissa tai ovat liian tulkinnanvaraisia ja miksi?: puhuttaessa ”vaikeasta” tai ”pitkälle edenneestä sairaudesta” koettiin tulkinnanvaraisiksi, ei systemaattisesti kaikille potilaille, työohjeen vakiinnuttaminen koettiin haasteena, jos palliatiivisesta hoidosta ei ole kokemusta, määritelmä ”olisinko yllätynyt, jos potilas on kuollut 12 kk kuluttua” koettiin vieraaksi ja, että on erittäin vaikea sanoa, kuoleeko juuri tämä potilas 12 kk:n kuluessa

Korjausehdotukset

määritelmien tarkennukset; ohjeissa vaihdellut määritelmät ”pitkälle edennyt sairaus” ja ”parantumaton sairaus”, toiminnan ohjeistusten tarkennus, mikäli tunnistaa palliatiivisen hoidon tarpeen, ohjeen tarkennus toimintaohjeista täyttykö kriteerit palliatiivisesta hoidosta, jos kahdesta ensimmäisestä kohdasta täyttyy vain toinen

Muita huomioita

Koulutusta palliatiivisesta hoidosta toivottiin lisää. Työohjetta pidettiin toimivana. Työohjeella ei koettu lisähyötyä potilaan hoidossa yksikössä. Kenen vastuulla on ennakoivan hoitosuunnitelman teko potilaalle ja kuinka hoitoketju toimii saumattomasti potilaan hoidossa?

Pilotoinnista saatujen tulosten avulla selvisi, työohjeella tunnistettiin palliatiivisen hoidon tarpeessa oleva potilas. Tulosten perusteella kuitenkin havainnoitiin, että työohjetta on hyvä jatkokehittää korjausehdotusten perusteella ennen sen käyttöön ottamista koko Kainuun soten yksiköissä. Pilotoinnin arvioinnin jälkeen työohjeelle kehitetään implementointisuunnitelma, jonka avulla työohje saadaan vakiinnutettua kaikissa Kainuun soten työyksiköissä. Pilotoinnin arvioinnin jälkeen Kainuun sotessa tehtiin hallinnollinen päätös siitä, että työohje laajennetaan käyttöön koko Kainuu soten työyksiköihin. Työohjeen jatkokehittämistä on jatkettu pilotoinnista saatujen tulosten arvioinnin avulla Kainuun sotien johdon, tulosyksikköpäälliköiden, ylilääkäreiden ja lähijohtajien kanssa.

Organisaatiossa tulee olla selkeä toimintamalli kehittämistyön ja johtamisen välillä. On oleellista, että organisaatiossa johto sitoutuu kehittämistyöhön. (Korhonen ym. 2018b, 148–149.) Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakaslähtöisyys edellyttää muutosta sekä organisaatiotasolla että työntekijätasolla (Baker, Day & Salas 2006; Ristolainen, Roivas, Mustonen & Hujala 2020, 251; Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 2022, 25–26). Muutokselle mahdollistavan ilmapiirin saavuttamisessa ja muutoksen eteenpäin viemisessä korostuu johdon

ja lähijohtajien yhteistyö henkilöstön kanssa (Erämetsä 2002, 152–153; Holopainen ym.2014, 44–45).

4.4 Johtopäätökset (reflektio)

Syklissä 3. laadittiin kokonaissuunnitelma palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamiseksi. Syklin tarkoitus oli kuvata palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen kokonaissuunnitelma. Tutkimustehtävä oli, minkälainen on palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen työohjeen kokonaissuunnitelma. Syklin aikana kehitettiin ”Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen” -työohje, jonka avulla voidaan edistää parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamista terveydenhuollossa.

Suurin osa pilotoijista koki työohjeen tarpeelliseksi, sillä se mahdollisti parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tunnistamisen, ja sitä kautta edisti ennakoivan hoitosuunnitelman laatimista potilaalle. Työohjeen pilotoinnin palautteista ilmeni, että työohjeeseen tyytymättömät palautteet johtuvat usein palliatiivisen hoidon osaamisen puutteesta. Suurimmat hyödyt työohjeesta saadaan, kun tehdään yhteistyötä parantumattomasti sairaan palliatiivisen hoidon hoito- ja palveluiden järjestämisessä yli yksikön ja jopa yli tulosaluerajojen. Näin työohje voi edistää asiakslähtöisyyttä palliatiivisessa hoidossa. Pilotoinnin arvioinnin jälkeen työohjeen käyttöönotto laajennetaan koko Kainuun sotien työyksiköihin. Työohjeen käyttöönotto edellyttää työntekijöiden perehdyttämistä uuteen toimintaan.

Vuorovaikutteinen ryhmässä työskentelyn avulla voidaan saavuttaa syvällistä ja moniulotteisempaa tietoa kuin yksittäisen hoitotyöntekijän tuottama tieto toiminnasta (Upola 2019, 30). Opin- näytetyön projektiryhmään osallistuneet henkilöt olivat kiinnostuneita parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen kehittämisestä ja osallistuivat projektiryhmän toimintaan ja työohjeen suunnitteluun innostuneesti. Ryhmässä työskentelevien palliatiivisen hoidon osaaminen kehittyy sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Ryhmätyöskentelyyn osallistujat tuntevat jaettua vastuuta aikataulutetusta projektin toteutuksesta ja prosessissa tulevia työ- vaiheita ratkaistaan yhdessä luovaa ongelmanratkaisua soveltaen. Ryhmässä työskentelevä on motivoitunut ja sitoutunut työskentelemään projektissa, jonka resurssit vaativat häneltä sinnik- kyyttä ja toisinaan myös mukavuusalueen ylittämistä. (vrt. Upola 2019, 168–170.)

Suunnitelmallisesti toteutuva projekti- ja ohjausryhmässä työskentely kehittää hoitotyöntekijöiden osaamista ja sitouttaa osallistujat kehittämistoimintaan sekä uuteen tapaan tuottaa palveluja. Projektiryhmätyöskentely voi myös vähentää muutosvastarintaa. Projektiryhmään kuuluvat kokivat projektiryhmässä työskentelyn lisäävän heidän osaamistaan palliatiivisesta hoidosta, ja se todennäköisesti sitoutti heitä palliatiivisen hoidon varhaiseen tunnistamiseen työskentelyssään, koska he konsultoivat palliatiivisen hoidon asiantuntijasairaanhoitajia tai lääkäreitä (poliklinikka ja osasto) aiempaa enemmän potilaan mahdollisesta palliatiivisesta hoidosta.

Pilotoinnissa ja sen arvioinnissa huomattiin, että työohjeen tehokas hyödyntäminen Kainuun soten eri työyksiköissä edellyttää muutoksia työtehtävien organisoinnissa ja työyhteisöjen toimintatavoissa. Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen kuuluu kaikille terveydenhuollon ammattilaisille, vaikka lääkärin vastuulla on lääketieteelliset päätökset. Parantumattomasti sairaita potilaita, jotka ovat palliatiivisen hoidon tarpeessa, hoidetaan monilla hoidon tasoilla eri yksiköissä. Terveydenhuollon ammattilaisten osaaminen palliatiivisesta hoidosta vaihtelee hoidon eri tasoilla näissä eri työyhteisöissä, joten prosessikuvaus ja ohjeistukset, joiden mukaisesti toimitaan, ovat välttämättömiä työohjeen laadun varmistamiseksi (ks. Vuokko, Mäkelä, Komulainen & Meriläinen 2011, 27–30).

Organisaatiossa yhtenäiset suositukset ja toimintaohjeet ovat menetelmä levittää uusia käytäntöjä. Yhtenäiset ohjeet myös edistävät hoitotyön laatua ja vähentävät vaihtelevuutta hoitokäytännöissä. (Holopainen ym. 2014, 44–45; Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön 2009, 56.) Asiakaslähtöiset prosessit lähtevät asiakkaan palvelun tarpeiden huomioon ottamisesta (Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 2022, 25–26; Linnanmäki 2017). Leväsluodon ja Kivisaaren (2012, 23–24) mukaan keskeiset esteet asiakaslähtöisten palvelumallien käyttöönotolle johtuivat asenteista ja resursseista. Tärkeänä esteitä ylittävänä tekijänä pidettiin sitä, että otettaessa käyttöön uusia toimintamalleja puretaan samalla vanhoja käytäntöjä. Asenteiden muutosta tarvitaan niin asiakkaiden kuin ammattilaisten keskuudessa. Asiakaslähtöisten palvelumallien hyödyt hahmotettiin lähinnä asiakkaiden kautta, ja ammattilaisille koituvia hyötyjä ei laajasti tunnistettu. Tämä oli tärkeä havainto, koska jos hyötyjä ei tunnisteta organisaatiossa ammattilaisten näkökulmasta, on muutoksen toteuttaminen vaikeaa.

Organisaatiossa tulee olla selkeä toimintamalli johtamisen ja kehittämistyön välillä. Kehittämissä on oleellista johdon sitoutuminen kehittämistyöhön. Johtajat näyttävät mallia esimerkiksi. Prosessien kehittämisen lähtökohtana ovat organisaation toimintaa ohjaavat visio, arvot,

strategiat ja toimintapolitiikka, joilla toimintaa ohjataan. Hoito- ja palveluprosesseja kehitettäessä arvioidaan niihin liittyvät riskit potilasturvallisuuden näkökulmasta, ja huomioiden erityisesti tiedonkulku eri yksiköiden välillä. (Korhonen 2018a, 31.)

Kainuun soten johto vastaa siitä, että työyksikössä on laadittu ja käytettävissä ajantasaiset ja tarpeen mukaiset prosessikuvaukset eli hoito- ja palveluketjut. Prosessien laatu näkyy asiakkaalle hoidon sujuvuutena niin, että hän saa asianmukaisen hoidon ilman tarpeettomia viivytyksiä. Laatu on käsitteenä monitahoinen. Hoidon ja palvelun laadussa painotetaan näyttöön perustuvaa ammatillista osaamista ja palvelujen universaalia kattavuutta. Jotta nämä tavoitteet saavutetaan, terveydenhuollon tulee olla yksilökeskeistä, vaikuttavaa, turvallista, oikeudenmukaista, oikea-aikaista, saumatonta ja tehokasta. (Korhonen ym. 2018a, 31)

Henkilöstöä tulee kouluttaa palliatiivisesta hoidosta. Sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä tulee kiinnittää huomiota potilaiden tietoisuuden lisäämiseen ja ammattilaisten ohjaamiseen sekä kouluttamiseen, koska sen avulla voidaan lisätä sekä potilaiden että ammattilaisten tietoisuutta palliatiivisesta hoidosta ja edistää siten potilaan ohjautumista hoitoon oikea-aikaisesti (ks. Saarto ym. 2022, 18).

4.5 Lähteet

Ament, S. MC., Couwenberg, I. ME., Boyne, J. JJ., Kleijnen, J., Stoffers, H. E., van der Beuken, M. HJ., Engels, Y., Bellersen, L. & Janssen, D. JA. (2021). Tools to help healthcare professionals recognize palliative care needs in patients with advanced heart failure: a systematic review. *Palliative Medicine* 35(1), 45–58. Viitattu: 2.3.2022. DOI: 0.1177/0269216320963941

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026. (2022). Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisu 2. Helsinki. Viitattu: 13.3.2022. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8464-6>

Baker, D. P., Day, R. & Salas, E. (2006). Teamwork as an Essential Component of High-Reliability Organizations. *Health Services Research* 41(4), 1576–1598. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2006.00566.x

Berenstein, E. G. & Ortiz, Z. (2005). Megestrol acetate for the treatment of anorexia-cachexia syndrome. *The Cochrane Database System Review* 18(2), CD004310. Viitattu: 20.3.2022. DOI: 10.1002/14651858.CD004310.pub2

Blinderman, G. D., Homel, P., Billings, J. A., Tennstedt, S. & Portenoy, R. K. (2009). Symptom distress and quality of life in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Pain and Symptom Management* 38(1), 115-123. Viitattu: 20.3.2022. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2008.07.006

Boyd, D. (2014). How to Run an Innovation Pilot Program. Viitattu: 15.4.2022. <https://www.industryweek.com/innovation/product-development/article/21962308/how-to-run-an-innovation-pilot-program>

Brown, K. K. (2006). Chronic cough due to chronic interstitial pulmonary diseases: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 129(1), 180-185. DOI: 10.1378/chest.129.1_suppl.180S

Bruera, E. & Yennurajalingam, S. (2021). Overview of fatigue, weakness, and asthenia in palliative care. Viitattu: 20.3.2022. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-fatigue-weakness-and-asthenia-in-palliative-care>

Bužgová, R., Hajnová, E., Sikorová, L. & Jarošová, D. (2014). Association between unmet needs and quality of life in hospitalised cancer patients no longer receiving anti-cancer treatment. *European Journal of Cancer* 23(5), 685-694. Viitattu: 20.3.2022. DOI: 10.1111/ecc.12181

Cachia, E. & Ahmedzal, S. H. (2008). Breathlessness in cancer patients. *European Journal of Cancer* 44(8), 116-1123. Viitattu: 20.3.2022. DOI: 10.1016/j.ejca.2008.03.004.

Collin, K., Valleala, U. M., Herranen, S., Paloniemi, S. & Pyhälä-Liljeström, P. (2012). Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49(1), 31–43. Viitattu: 13.3.2022. <https://journal.fi/sla/issue/view/759>

Comez-Batiste, X., Turrillas, P., Penafiel, J., Tebe, C. & Amblas-Novellas, J. (2021). NECPAL prognostic tool: a palliative medicine retrospective cohort study. *BMJ Supportive & Palliative Care* 16; bmjspcare-2020-002567. Viitattu: 4.3.2022. DOI: 10.1136/bmjspcare-2020-002567

Davis, M. P. & Walsh, D. (2000). Treatment of nausea and vomiting in advanced cancer. *Supportive care in cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 8(6), 444-452. Viitattu: 20.3.2022. DOI: 10.1007/s005200000151

Downar, J., Goldman, R., Pinto, R., Englesakis, M. & Adhikari, N. K.J. (2017). The “surprise question” for predicting death in seriously ill patients: a systematic review and meta-analysis. *National Library of Medicine* 189(13), 484-493. Viitattu: 25.3.2022. DOI: 10.1503/cmaj.160775

Duggan, P. S., Geller, G., Cooper, L. A. & Beach, M. C. (2006). The moral nature of patient-centeredness: Is it “just the right thing to do”? *Patient Education and Counseling* 62 (2), 271–276. Viitattu: 21.3.2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.08.001>

Ermers, D. JM., Kuip, E., Veldhoven, CMM., Schers, H. J., Perry, M., Bronkhorst, E. M., Vissers, K. CP. & Engels, Y. (2021). Timely identification of patients in need of palliative care using the Double Surprise Question: A prospective study on outpatients with cancer. *Palliative Medicine* 35(3), 592–602. Viitattu: 25.3.2022. DOI: 10.1177/0269216320986720

Erämetsä, T. (2002). *Myönteinen muutos*. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Finne-Soveri, H., Forsius, P., Hökkä, M., Maula, S., Surakka, T. & Hammer, T. (2022). *Laatukäsikirja elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ihmisten palveluissa*. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Viitattu: 3.3.2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-834-7>

Firth-Cozens, J. (2001). Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork. *Quality Health Care* 10 (2), 26–31. Viitattu: 21.3.2022. DOI: 10.1136/qhc.0100026.

Flaherty, C., Fox, K., McDonah, D. & Murphy, J. (2018.) Palliative Care Screening Appraisal of a tool to identify patients’ symptom management and advance care planning needs. *Clinical Journal of Onkology Nursing* 22(4), 92–96. Viitattu: 26.3.2022. DOI: 10.1188/18.CJON.E92-E96

Holopainen, A., Junntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. (2014). *Johda näyttö käyttöön hoitotyössä*. Porvoo: Bookwell Oy.

Hotopf, M., Chidgey, J., Addington-Hall, J. & Lan Ly, K. (2002). Depression in advanced disease: a systematic review Part 1. Prevalence and case finding. *Palliative Medicine* 16(2), 81–97. Viitattu: 20.3.2022. DOI: 10.1191/02169216302pm507oa.

Hökkä, M., Martins Pereira, S., Pölkki, T. & Hernández-Marrero, P. (2020). Nursing competencies across different levels of palliative care provision: A systematic integrative review with thematic synthesis. *Palliative Medicine* 34, 851–870.

Isoherranen, K. (2005). *Moniammatillinen yhteistyö*. Vantaa: WSOY

Isoherranen, K. (2012). *Uhka vai mahdollisuus - moniammatillista yhteistyötä kehittämässä*. Akateeminen väitöskirja 18. Sosiaalitieteiden laitos, Helsingin yliopisto. Helsinki. Viitattu 3.3.2022. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-7664-0>

Juhela, P. (2015). Perheen haasteet palliativisessa hoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliativinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 280–284.

Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. (2009). Sosiaali- ja terveysministeriö. Toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 18. Helsinki. Viitattu: 3.3.2022. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74335/URN:NBN:fi-fe201504226780.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Korhonen, V. (2018a). Laatukäsikirja. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Viitattu: 28.4.2022. Kainuun soten sisäinen intranet, <https://kaima.kainuu.fi/sote/laadunhallintajarjestelma>

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. (2018b). Näyttöön perustuva toiminta – tarpeesta tuloksiin. Helsinki: BoD.

Koivunen, K. (2017). Asiakas- tai ihmislähtöisyys – tasavertaisuutta ja vastavuoroisuutta ammatilaitaisten ja palvelun käyttäjien kanssa. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 62. Oulu. Viitattu: 21.3.2022. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-597-141-8>

Kyngäs, H. (2007). Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Lehmuskoski, A. & Kuusisto-Niemi, S. (2012). Asiakslähtöiset ja vaikuttavat sosiaalipalvelut. Opas sosiaalihuollon käsitteelliseen tarkasteluun. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. Viitattu: 3.3.2022. https://www.thl.fi/attachments/tiedonhallinta/asiakslahtoiset_ja_vaikuttavat_sosiaalipalvelut_opas_sosiaalihuollon_kasitteelliseen_tarkasteluun.pdf

Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. (2019). Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Duodecim 135(4), 335–342. Viitattu: 3.3.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14788>

Leväsluoto, J. & Kivisaari, S. (2012). Kohti asiakslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja. VTT technology 62. Viitattu: 1.5.2022. <https://www.vttresearch.com/sites/default/files/pdf/technology/2012/T62.pdf>

Linnanmäki, E. (2017). Asiakkaan ääni kuuluviin sote-palveluissa. Duodecim 133(1), 1623–1625. Viitattu 1.5.2022. <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo13914.pdf>

Lynne, J. (2005). Living Long in Fragile Health: The New Demographics Shape End of Life Care. Improving End of Life Care: Why Has It Been So Difficult? Hastings Center Report Special Report

35(6), 14–18. Viitattu: 25.3.2022. <https://www.wnswphn.org.au/uploads/documents/ePAF/31%20-%20Lynn%202005%20Living-long-in-fragile-health.pdf>

Meyers, D., Durlak, J. A. & Wandersman, A. (2012). The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. *American Journal of Community Psychology* 50(3–4), 462–480. Viitattu: 14.4.2022. DOI: 10.1007/s10464-012-9522-x

Mücke, M., Cuchls, H., Peuckmann-Post, V., Minton, O., Stone, P. & Radbruch, L. (2015). Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care. *Cochrane Database Systematic Review* 30(5), CD006788. Viitattu: 20.3.2022. DOI: 10.1002/14651858.CD006788.pub3.

Mönkkönen, K. & Kekoni, T. (2020). Monitoimijaisuus työntekijän voimavarana ja haasteena. Teoksessa A. Hujala & H. Taskinen (toim.) *Uudistuva sosiaali- ja terveysala*. Tampere, Tampere University Press. 215–240. Viitattu: 2.3.2022. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/123995/978-952-359-022-9.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. (2019). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 21.3.2022. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#K1>

Polikandrioti, M., Kalafatakis, F., Koutetekos, I. & Kokoularis, D. (2019). Fatigue in heart failure outpatients: levels, associated factors, and the impact on quality of life. *Archives of Medical Science Atherosclerotic diseases* 28(4), 103–112. Viitattu 20.3.2022. DOI: 10.5114/amsad.2019.85406

Pringle, J., Johnston, B. & Buchanan, D. (2015). Dignity and patient-centred care for people with palliative care needs in the acute hospital setting: A systematic review. *Palliative Medicine* 29(8), 675–694. Viitattu 21.3.2022. DOI: 10.1177/0269216315575681

Pärnä, K. (2012). Kehittyvä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Turun yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja – sarja C, osa 341. Turku. Viitattu: 3.3.2022. <https://www.utu-pub.fi/bitstream/handle/10024/77506/AnnalesC341Parna.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Remawi, B. N., Gadoud, A., Murphy, I. M. J. & Perston, N. (2020). Palliative care needs-assessment and measurement tools used in patients with heart failure: a systematic mixed-studies review with narrative synthesis. *Heart Fail Reviews* 26(1), 137–155. Viitattu: 2.3.2022. DOI: 10.1007/s10741-020-10011-7

Ristolainen, H., Roivas, P., Mustonen, E. & Hujala, A. (2020). Asiakaslähtöinen palveluohjaus. Teoksessa A. Hujala & H. Taskinen (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere, Tampere University Press, 267–294. Viitattu: 2.3.2022. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/123995/978-952-359-022-9.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Saarto, T., Finne-Soveri, H. ja asiantuntijatyöryhmät. (2019a). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön muistioita ja raportteja 14. Helsinki. Viitattu: 13.3.2022. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4041-3>

Saarto, T., Finne-Soveri, H. ja asiantuntijatyöryhmä. (2019b). Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 68. Helsinki. Viitattu: 13.3.2022. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7>

Saarto, T., Lyytikäinen, M. Ahtiluoto, S., Junttila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T. & Forsius, P. (2022). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu: 15.4.2022. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144065/OHJ2022_004_08042022.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Solano, J. P., Gomes, B. & Higginson, I. J. (2006). A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *Journal of Pain and Symptom Management* 31(1), 58–69. Viitattu: 20.3.2022. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2005.06.007.

Sorsa, M. (2002). Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Pro gradu – tutkielma. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto. Viitattu: 21.3.2022. <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/90054>

Talousarvio 2021 ja taloussuunnitelma 2022–2024. (2020). Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Viitattu: 20.3.2022. <https://sote.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2021-10/Talousarvio%202021%20ja%20taloussuunnitelma%202022-2024.pdf.pdf>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2020). Asiakaslähtöisyys. Viitattu: 21.3.2022. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/sosku/sosiaalisen-kuntoutuksen-opas/palvelun-sisallot/yksilotyoskentely/asiakaslahtoisuus>

Uitterhoeve, R. J. Vernooy, M., Litjens, M., Potting, K., Bensing, J., De Mulder, P. & van Achterberg, t. (2004). Psychosocial interventions for patients with advanced cancer - a systematic review of the literature. *British Journal of Cancer* 91(6), 1050–1052. Viitattu: 20.3.2022. DOI: 10.1038/sj.bjc.6602103.

Upola, S. (2019). Työelämäorientoitunut projektioppiminen ammatillisen koulutuksen kontekstissa. Akateeminen väitöskirja. Lapin yliopisto, kasvatustieteiden tiedekunta. Viitattu: 1.4.2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-337-120-0>

Vanhuspalveluiden tila. (2020). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 29. Helsinki. Viitattu: 14.3.2022. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5457-1>

Virtanen, T. (2013). Strategiakirja – 20 työkalua. Viitattu: 14.3.2022. www.kamk.fi/kirjasto, Alma Talent Bisneskirjasto.

Vuorinen, T. (2013). Strategiakirja: 20 työkalua. Viitattu: 14.3.2022. www.kamk.fi/kirjasto, Alma Talent Bisneskirjasto.

Vuokko, R., Mäkelä, M., Komulainen, J. & Meriläinen, O. (2011). Terveysthuollon toimintaprosessit. Terveysthuollon yleiset prosessit ja niiden tarkennukset. Terveysthuollon ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Viitattu: 1.5.2012. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80351/f2fd2a43-4e91-42e7-b7fe-5607f86e4d79.pdf?sequence=>

Wang, S. S-C., Huang, C-M., Feng, R-C., Wu, Y-L. & Huang, S-J. (2019). Validation of a concise screening tool for the identification of palliative care needs among inpatients: A prospective study in hospital setting. *Journal of the Formosan Medical Association* 118(5), 883–890. Viitattu: 25.3.2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.10.004>

WHO. (2020). Palliative care. Viitattu: 3.3.2022. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/palliative-care>

Zeng, H., Eugene, P. & Supino M. (2020). Would You Be Surprised if This Patient Died in the Next 12 Months? Using the Surprise Question to Increase Palliative Care Consults from the Emergency Department. *Journal of Palliative Care* 35(4), 221-225. Viitattu: 25.3.2022. DOI: 10.1177/0825859719866698

5 Implementointisuunnitelma yhtenäisen käytännön kehittämisen mallilla (YHKÄ-malli) (4.sykli)

Opinnäytetyön 4. sykli käsittelee Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen - työohjeen implementointisuunnitelmaa Kainuun sotessa. Tässä luvussa esitetään implementointisuunnitelma, jonka taustalla on moniammatillinen yhteistyö, johon osallistuvat Kainuun soten eri työyksiköiden terveydenhuollon ammattilaiset niin erikoissairaanhoidosta kuin perusterveydenhuollosta. Implementointisuunnitelman laatiminen perustui opinnäytetyössä aiemmin kehitettyyn työohjeeseen, työohjeen pilotoinnin kautta saatuihin tuloksiin ja keskusteluihin eri terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen kehittäminen jatkuu edelleen Kainuun sotessa, mutta opinnäytetyössä kehittämisen kuvaus päättyi implementointisuunnitelman laatimiseen.

5.1 Yhtenäisen käytännön toimintamallin (YHKÄ-malli) kehittäminen (suunnittelu)

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Kainuun soten parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen prosessia moniammatillisen yhteistyön avulla. Palliatiivisen hoidon toteutuminen vaatii jatkuvaa kehittämistä, mikä mahdollistuu parhaiten eri ammattiryhmien toimijoiden moniammatillisen yhteistyössä.

Opinnäytetyö aloitettiin palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen nykytilan kartoittamisesta Kainuun sotessa. Tämän jälkeen toteutettiin integroiva kirjallisuuskatsaus palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisesta. Kirjallisuuskatsauksen jälkeen laadittiin parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen kokonaissuunnitelma. Tutkimustehtävä oli, minkälainen on palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen työohjeen kokonaissuunnitelma. Työohjetta pilotoitiin Kainuun soten eri työyksiköissä huhtikuussa 2022. Pilotointiin osallistui Kainuun soten erikoissairaanhoidosta sairaanhoitajia ja lääkäreitä sekä perusterveydenhuollosta sairaanhoitajia. Pilotoinnista kerättiin palautetta kaikilta pilotointiin osallistuvilta henkilöiltä.

Tulosten perusteella todettiin, että Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen – työohje on tarpeellinen ja se koettiin hyödylliseksi työohjeeksi. Lisäksi tulokset osoittivat, että työohje lisäsi terveydenhuollon ammattilaisten osaamista ja tietoisuutta potilaan palliatiivisesta hoidosta.

Opinnäytetyön 4. syklissä laadittiin suunnitelma työohjeen implementoimiseksi käytäntöön. 4. syklin tarkoitus oli kuvata Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen – työohjeen implementointisuunnitelma. Toimintaa ohjasi tutkimustehtävä, minkälainen on Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen – työohjeen implementointisuunnitelma.

Näyttöön perustuvien hoitotyön käytäntöjen vakiinnuttaminen edellyttää tutkimuksen, koulutuksen ja hoitotyön asiantuntijoiden tukea, mutta lisäksi myös tarvitaan rakenteita kansallisella, alueellisella ja toimintayksikön tasolla käytäntöjen vakiinnuttamiseksi (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön 2009, 57; Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 2022, 11,13; Holopainen ym. 2014, 111). Tutkimusnäytön siirtyminen käytännön toiminnaksi saattaa kestää pitkään, ja siksi on kehitetty erilaisia toimintamalleja näyttöön perustuvan toiminnan edistämiseksi käytäntöön. Kaikissa toimintamalleissa korostetaan, että tutkimusnäytön on oltava mahdollisimman luotettavaa ja vahvaa toiminnan kehittämiseksi. Lisäksi toimintamalleissa kiinnitetään huomiota henkilöstön osaamiseen ja sen kehittämiseen. Osana osaamisen johtamista on kehitettävä yhtenäiset käytännöt hoitohenkilöstön ammatillisen osaamisen varmistamiseen. Henkilöstön pysyvyys tukee osaltaan hoidon turvallisuutta. Terveystieteiden ammattilaiset perehdytetään ja koulutetaan uusiin tehtäviin ja varmistetaan, että heillä on käytössään toiminta- ja hoito-ohjeet (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön 2009, 45; Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 2022, 28–29.)

Näyttöön perustuvien hoitotyön käytäntöjen vakiinnuttamisen toimintamallit ovat prosessimaisesti eteneviä, jossa nykytilan arviointi ja kehittämistarpeiden tunnistamista seuraa muutosta vaativan toiminnan suunnittelu, uuden toimintamallin käyttöönotto sekä toiminnan vaikutusten arviointi. (Holopainen ym. 2014, 97). Kun näyttöön perustuva toiminta yhtenäistää henkilöstön toimintaa, niin samassa tilanteessa olevat potilaat saavat samantasoista hoitoa ja palvelua. Näyttöön perustuvan toiminnan tavoitteena on, että potilas saa potilaalle parasta mahdollista hoitoa, mutta lisäksi, että hoito on vaikuttavaa. (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön 2009, 53, 58.)

Moniammatillisessa yhteistyössä eri ammattilaiset tekevät yhteistyötä ja tavoitteena on yhdistää kyseiseen yhteistyöhön toimijoiden ammattiosaaminen potilaan hyvinvoinnin edistämiseksi (Isoherranen 2005, 22; Rekola 2008, 145). Hoidon laadun kehittämiseen tarvitaan rakenteet, kuten tilat, välineet ja henkilöstö. Henkilöstön omaksumat ja yhtenäiset näyttöön perustuvat hoitoprosessit, joilla osaamista, tiloja ja välineitä hyödynnetään, johtavat toivottuihin lopputuloksiin.

(Saarto ym. 2022, 27.) Jotta moniammatillinen yhteistyö on joustavaa ja asiakaslähtöistä toimintaa, edellyttää se osallistujien ammattiroolien ja vastuualueiden määritykset. Moniammatillisessa yhteistyössä niiden roolien ja vastuiden kehittäminen ja arvioiminen tulee olla jatkuvaa. (Isoheranen 2012, 58,151.)

Potilaalla on oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon (L 785/1992). Potilasta on informoitava eri hoitovaihtoehtoista ja niiden hyödyistä ja haitoista. Keskusteleva ja potilasta kuunteleva suhtautuminen antaa potilaalle merkityksellisen tunteen itseään koskevaan päätöksentekoon. (Holopainen ym. 2014, 27.) Ihmisen perustarve on tulla hyväksytyksi ja arvostetuksi (Holopainen ym. 2014, 23; Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 2022, 22). Asiakaslähtöinen toiminta perustuu kyseisen tarpeen toteuttamiseen ja huomiointiin (Ristolainen, Roivas, Mustonen & Hujala 2020, 251; Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 2022, 25–26). Asiakaslähtöisessä toiminnassa on tärkeää tunnistaa ja havainnoida asiakkaiden erilaisia sosiaali- ja terveysalaan liittyviä tarpeita ja pyrkiä vastaamaan kyseisiin tarpeisiin laadukkaammin kuin aikaisemmin (Kyngäs ym. 2007, 26–27; Lehmuskoski & Kuusisto-Niemi 2012, 22–23). Asiakaslähtöisessä toiminnassa palvelut toimivat potilaan kannalta tarkoituksenmukaisesti, jolloin hoito- ja palveluketju muodostaa organisaattiorajoista riippumattoman ja saumattoman kokonaisuuden (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetoa hoitotyöhön 2009, 40).

Muutokset vaativat aina aikaa. Muutokseen valmistautuessa on tärkeää mahdollistaa onnistumisten kehittymiset muutoksen aikana. (Holopainen ym. 2014, 33; Erämetsä 2003, 153–154). Muutoksen edistämiseksi jokainen työntekijä voi vaikuttaa myönteisesti työilmapiiriin, toteuttamalla oman työnsä hyvin ja refleктоimalla tunteitaan muutosta kohtaan (Schaupp, Koli, Kurki & Alalaurinaho 2013 37,52,70; Tarkkonen 2012, 151–152). Palliatiivisen hoidon tarpeen varhaisemalle tunnistamiselle yksi tärkeimpiä lähtökohtia oli, että asiasta keskustellaan laaja-alaisesti eri ammattilaisten kanssa. Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen tärkeyden esilletuominen ja asiasta keskustelu havahdutti ihmisiä pohtimaan ja miettimään muutokseen liittyviä myönteisiä asioita. Palliatiivisen hoidon yksiköt toivat, esille juuri parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen vaihtelevuutta hoitoon pääsystä. Palliatiivista hoitoa ei voida tarjota potilaalle, jos ei ensin tunnisteta, kuka potilas on palliatiivisen hoidon tarpeessa (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Saarto ym. 2022 11,18,21).

Muutokset ovat organisaatioissa ja työyhteisöissä arkipäivää, mutta ihmiset reagoivat muutoksiin eri tavoin tunne- ja toimintatasolla. Sen vuoksi muutoksen toteuttamisessa on pyrittävä laaja-alaiseen lähestymistapaan, jossa huomioidaan muutoksen kohteen ja työyhteisön erityispiirteet.

(Tarkkonen 2012, 151; Holopainen ym. 2014, 38.) Muutoksessa erilaiset vaiheet seuraavat toisiinsa, ja sen toteuttaminen vaatii yhteistyötä (Holopainen ym. 2014, 41; Schaupp ym. 2014 86–89).

Usein muutoksissa kohdataan muutosvastarintaan jossain vaiheessa (Mattila 2007, 21). Muutosvastarinta ei ole aina kielteinen asia, vaan silloin muutokseen liittyviä asioita on ryhdytty käsittelemään eli muutos on käynnistynyt. Organisaation tukirakenteet ja toimivat prosessit auttavat muutoksien toteutumisessa. Organisaatiokulttuurilla ja strategisilla linjauksilla organisaatio varmistaa perustehtävänsä toteuttamisen ja siten tavoitteisiin pääsyn. (Holopainen ym. 2014, 41.) Kun muutosvastarintaa havaitaan niin, on tärkeää perustella muutoksen tarkeys sekä motivoida ja ohjata muutokseen osallistuvia toimijoita, jotta muutoksen on mahdollista edetä (Mattila 2007, 21).

Muutoksia on arvioitava. Yhtenä näkökulmana muutosten arviointiin on niiden kustannusvaikutavuuden arviointi. Jotta kustannusvaikutavuutta voidaan analysoida, se edellyttää kehitettävän toiminnan alkutilanteen arviointia, jota arvioidaan, havainnoidaan ja verrataan myöhemmässä vaiheessa uudistettuun toimintaan. (Korhonen ym. 2018, 174.) Palliatiivisen hoidon kehittämisen tavoitteena on, että potilaalle toteutetaan korkealaatuista palvelua ja hoitoa tehokkaasti potilaan yksilölliset tarpeet huomioiden (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Saarto & Finne-Soveri 2019b, 7). Jotta tämä on mahdollista, hoito- ja palveluprosessin on oltava asiakaslähtöinen, monipuolinen ja tehokas. Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisella ja potilaalle laaditulla ennakkoivalla hoitosuunnitelmalla on myös kustannusvaikutusta terveydenhuollon palveluihin, kun ne ovat vähentäneet potilaalle tarpeettomia sairaala- ja tehohoitojaksot elämän loppuvaiheessa. Lisäksi palliatiivisen hoidon kehittämisen myötä potilaan kuoleminen on ollut todennäköisempää omassa hoivayksikössä kuin sairaalassa. (Brinkman-Stoppelenburg, Rietjens & van der Heide 2014; Martin, Hayes, Gregorevic & Lim 2016; Detering, Hancock, Reade & Silvester 2010.)

Yksi kustannusvaikuttavan toiminnan edellytys on terveydenhuollon ammattilaisten osaaminen. Osaamisen avulla voidaan saada tietoa arjen kustannusvaikutavuuden edistymisestä, kun arvioidaan, missä määrin kehittämistoimenpiteillä on onnistuttu kehittämään terveydenhuollon ammattilaisten osaamista. (Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 2022, 27; Malmivaara & Linnosmaa 2012, 39.) Riittävä ja osaava sekä toisiaan kunnioittava henkilökunta ja johto on menestyvän organisaation ominaisuus (Mäntyranta, Roine & Mäkinen 2007, 158–159; Talousarvio 2021 ja taloussuunnitelma 2022–2024 2020, 5; Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän Strategiakartta 2021–2028 2020, 2–3; Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 2022, 27–28). Opinnäytetyössä ei ole huomioitu kustannusten rahallista arvoa, mutta on hyvä tiedostaa, että kustannuksilla on

merkitystä, kun kehitetään uusia palveluja ja toimintaa. Vaikka kustannus toteutuu menoeränä joissakin hoito- ja palveluissa, se voi säästää ja tuottaa tuloja toisessa hoito- ja palveluketjussa. (ks. Korhonen ym. 2018, 174–175.)

5.2 Yhtenäisen käytännön toimintamallin (YHKÄ-malli) käyttöönotto (toiminta)

Opinnäytetyössä implementointisuunnitelma laadittiin Hotuksen yhtenäisten käytäntöjen (YHKÄ) toimintamallia mukaillen. YHKÄ-malli valittiin siksi, koska sen mukaisesti edettäessä, voidaan huomioida laaja-alaisesti parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen implementointiin liittyvät merkitykselliset asiat.

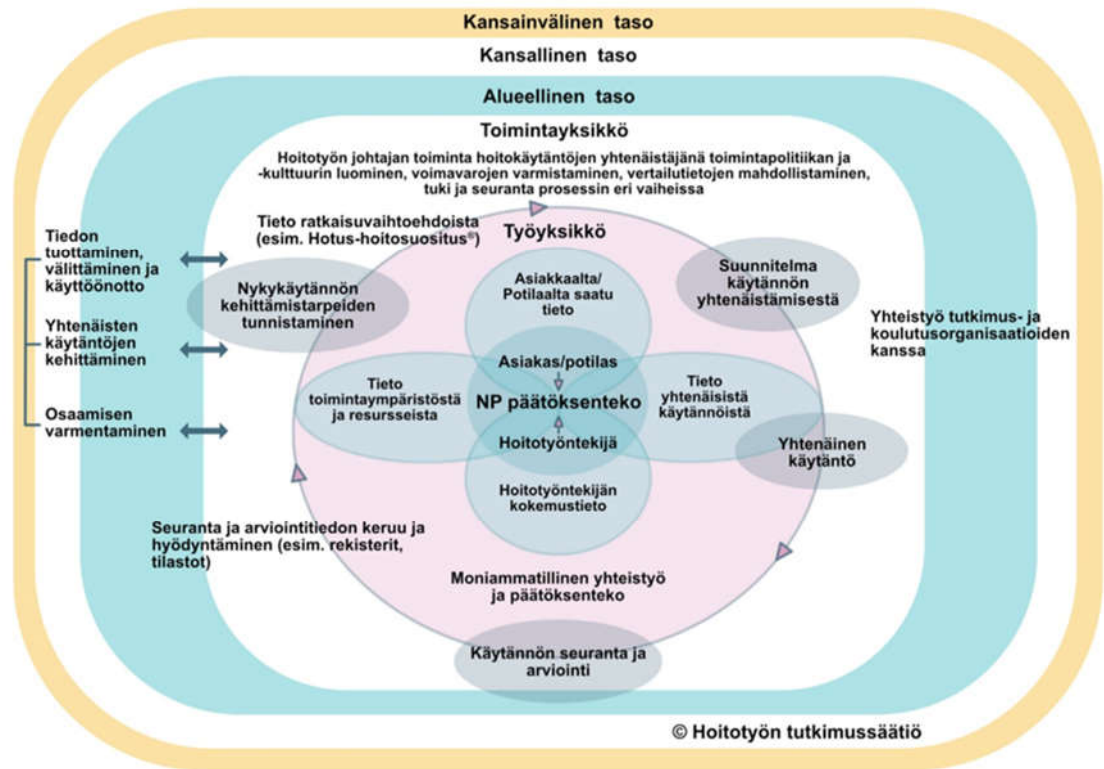
5.2.1 Yhtenäisen käytännön toimintamallin käyttöönotto (toiminta)

Parantumattomasti sairaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen - työohjeen implementointisuunnitelma laadittiin Hotuksen näyttöön perustavien yhtenäisten käytäntöjen toimintamallia mukaillen. Mallin mukaisesti toteutettu Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen - työohje on valmis kokonaisuus implementoitavaksi käytäntöön, ja sen avulla tuodaan esille, miten implementointi konkreettisesti tapahtuu. Yhtenäisten käytäntöjen toimintamallin mukaisesti yhtenäisen käytännön toiminta on laaja-alainen prosessi, joka alkaa uuden toimintamallin laatimisesta ja toiminta jatkuu vielä seurannan ja arviointitiedon keruun jälkeen vielä (Korhonen ym. 2018, 126–128; Hotus 2010; Holopainen ym. 2014, 92–93.)

Tavoitteena on saada pysyviä muutoksia aikaan toiminnassa. Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen kokonaissuunnitelma perustui hoidon tarpeen tunnistamisen tuloksiin edellisten syklien avulla sekä keskusteluihin eri asiantuntijoiden kanssa. Kokonaissuunnitelman taustalla oleva tieto perustui monipuoliseen lähdekirjallisuuteen. Lähteinä olivat tutkimustieto, kuten väitöskirjat, kansainväliset tutkimukset ja palliatiivisen hoidon seulontatyökalut, ja terveydenhuollon ammattilaisten asiantuntijuus.

Työohjeen pilotoinnin avulla tuotiin esille niin lääketieteen kuin hoitotyön ammattilaisten kokemustieto ja mielipiteet työohjeen käytettävyydestä. Lisäksi keskustelut eri ammattilaisten kanssa toivat tiedon yhtenäisistä käytännöistä, toimintaympäristöstä ja mahdollisesta käytettävissä ole-

vista resursseista, jotka mahdollistivat moniammatillisen yhteistyön ja päätöksen teon (ks. Yhtenäisten käytäntöjen kehittämisen malli 2010.) Jotta tietoa voidaan käyttää näyttöön perustuvassa toiminnassa, sen tulee olla ajantasaista, hyvälaatuista ja merkityksellistä (Korhonen ym. 2018, 64). Kuviossa 1. on esitetty Hotuksen yhtenäisten käytäntöjen kehittämisen malli.



Kuvio 1. Yhtenäisten käytäntöjen kehittämisen malli (Hotus 2010)

Yhtenäisten käytäntöjen toimintamallin tavoitteena on kuvata hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämistä näyttöön perustuvaksi (Hotus 2010; Holopainen ym. 2013, 92). Lähtökohtana mallissa ovat näyttöön perustuvat kansainväliset, kansalliset ja alueelliset vaatimukset (Holopainen ym. 2013, 92; Hotus 2010). Kansalliseen tasoon sisältyy esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriö, Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos, Työterveyslaitos ja Hoitotyön Tutkimussäätiö. Alueelliseen tasoon sisältyy erityisvastuualueiden terveydenhuollon toimijat, ja näin ollen Kainuun sote kuuluu OYS erityisvastuualueeseen.

Toiminta- ja työyksikkötaso voi tarkoittaa koko organisaation, yksittäisen työyksikön tai vain tietyn vastuualueen toimintaa. Yhtenäisten käytäntöjen mallin kehittämisen edellytyksenä on ensin näiden eri tasojen vastuiden määrittely (Holopainen ym. 2014, 92–93,95). Vastuu käsitteenä määritellään, että on velvollisuus vastata jostakin, kuten asiasta, toiminnasta tai teosta (Sivistyssanakirja n.d). Tässä implementointisuunnitelmassa on kuvattu eri ammattilaisten vastuiden lisäksi

myös eri ammattilaisten tehtäviä mallin eri toimintavaiheissa. Tehtävä käsitteenä määritellään suoritettavaksi saatu, otettu tai annettu työ tai toimitettava tekeminen (Kielitoimiston sanakirja 2021). Malliin liittyvien eri tasojen vastuuden kuvaus on kuvattu taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Eri tasojen vastuut yhtenäisen käytännön kehittämisessä (Holopainen ym. 2014, 96)

Sisällöt	Kansallinen taso	Alueellinen taso	Toiminta- ja työyksikön taso	Hoitotyöntekijä	
Tiedon tuottaminen, välittäminen ja käyttöönotto	<i>Sovitaan:</i> <ul style="list-style-type: none"> • tiivistetyn tiedon tuottamisesta (suositukset ym.) • tutkimuksen painopistealueista • hyvien käytäntöjen tunnistamisesta ja arvioimisesta • tietokantojen, portaalien käytöstä ja ylläpidosta • asiantuntijapankin perustamisesta ja ylläpidosta 	<i>Sovitaan:</i> <ul style="list-style-type: none"> • menettelyistä tiivistetyn tiedon saamiseksi ja hyödyntämiseksi, kehittämissaasteiden tunnistamiseksi ja hyvien käytäntöjen kehittämiseksi • alueellisesta verkostoitumisesta • tiedon välittämisen kanavista 	<i>Osallistutaan:</i> <ul style="list-style-type: none"> • asiantuntijaverkostoihin <i>Varmistetaan:</i> <ul style="list-style-type: none"> • tiedon välittämisen toimivuus <i>Tuetaan:</i> <ul style="list-style-type: none"> • tiivistetyn tiedon saatavuus • tiivistetyn tiedon ja hyvien käytäntöjen käyttöä ja levittämistä 	<ul style="list-style-type: none"> • tiedon välittämiseen luotujen kanavien seuranta • yhtenäisten käytäntöjen sisäistäminen • tiedon hyödyntäminen 	V a i k u t a v a t
Käytäntöjen yhtenäistäminen	<i>Tuetaan:</i> <ul style="list-style-type: none"> • tiedon tiivistämistä (esim. suositukset, katsaukset) • tutkimusta ja koulutusta • kehittämishankkeita • käytäntöjen yhtenäisyyden seurantaa ja arviointia 	<i>Sovitaan:</i> <ul style="list-style-type: none"> • käytäntöjen yhtenäistämisen menettelyistä ja vastuista • suositusten käyttöönotosta • hoitoketjujen kehittämisestä • käytäntöjen yhtenäisyyden seurannasta ja arvioinnista 	<i>Sovitaan:</i> <ul style="list-style-type: none"> • yhtenäisistä käytännöistä ja niiden kehittämisestä • käytäntöjen yhtenäisyyden seurannasta ja arvioinnista <i>Osallistutaan:</i> <ul style="list-style-type: none"> • kehittämishankkeisiin • vertailutiedon hyödyntämiseen 	<ul style="list-style-type: none"> • toiminta yhtenäisten käytäntöjen mukaan • hoidon vaikutusten arviointi (esim. rakenteinen kirjaaminen) • osallistuminen käytäntöjen yhtenäisyyden arviointiin 	y h t e n ä i s e t
Osaamisen varmentaminen	<i>Sovitaan:</i> <ul style="list-style-type: none"> • näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisvaatimuksista • kansallisista tukirakenteista osaamisen vahvistamiseksi • asiantuntijarakenteista 	<i>Sovitaan:</i> <ul style="list-style-type: none"> • näyttöön perustuvan hoitotyön edellyttämän asiantuntijuuden vahvistamisesta • täydennyskoulutuskäytännöistä alueen koulutus- ja tutkimusorganisaatioiden kanssa 	<i>Sovitaan:</i> <ul style="list-style-type: none"> • henkilöstön osaamisen arviointikäytännöistä • asiantuntijuuden vahvistamisesta • perehdytys- ja täydennyskoulutuskäytännöistä paikallisten koulutusorganisaatioiden kanssa 	<ul style="list-style-type: none"> • oman asiantuntijuuden ylläpitäminen ja kehittäminen • oman osaamisen arviointi 	k ä y t ä n n ö t

Kansainvälisen tason vastuu on edistää tutkitun tiedon käyttöä terveydenhuollossa ja siten mahdollistaa kansainvälisen tiedon hyödyntämisen suomalaisissa hoitosuosituksissa. Palliatiivista hoitoa on tutkittu kansainvälisesti, ja siihen liittyen on paljon kansainvälisiä suosituksia ja näyttöön perustuvaa tutkimustietoa tuotettu, kuten EAPC (European Association for Palliative Care) ja THEWHPCA (The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance). Kansallisella tasolla toimivien vastuulla on puolestaan kehittää ja varmistaa hoito- ja hoitotyön suositusten mukaiset tukirakenteet ja käytännöt. Tästä on vastannut Suomessa Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Sosiaali- ja terveysministeriössä laadittiin suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle (Saarto ym. 2017). Lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriön nimittämän asiantuntijaryhmän toimesta on laadittu palliatiivisen hoidon kartoitus, nykytilan kuvaus ja kehittämissuosituksia sairaanhoitopiireittäin (Saarto & Finne-Soveri 2019a; Saarto & Finne-Soveri 2019b). Lisäksi vuonna 2019 julkaistiin Palliatiivinen hoito ja saattohoito – käypä hoito -suositus, joka on riippumaton ja tutkimusnäyttöön perustuva ja kansallinen hoitosuositus (Käypä hoito 2020).

Alueellisen tason vastuulla on näyttöön perustuvien käytäntöjen koordinointi alueellisesti, kuten verkostojen hyödyntämisen saumattomaksi hoito- ja palvelukokonaisuuksien toteuttamiseksi. OYS:in erityisvastuualueella on neljä muuta sairaanhoitopiiriä (Keski-Pohjanmaa, Kainuu, Länsi-Pohja ja Lappi) keskussairaaloineen Pohjois-Pohjanmaan yliopistosairaanhoitopiirin lisäksi. OYS hallinnoi siis yliopistosairaalan roolissa palliativisen hoidon kehittämistä, mutta alueellinen toimija on Kainuun sote. Kainuun soten vastuu on omalla alueellaan vastata palliativisen hoidon ja saattohoidon kehittämisestä ja toteuttamisesta.

Yhtenäisen käytännön kehittämisen vaatimuksena on, että toiminta- ja työyksiköissä on tutkimusnäyttöä käytettävissä tiivistetyssä muodossa. Hoitotyön johtaja vastaa menettelytavoista, joiden avulla hoitotyön käytäntöjä yhtenäistetään ja kuinka käytäntöjen toteutumista seurataan ja arvioidaan. Toimintayksikössä toimivien hoitotyöntekijöiden vastuulla ovat yhtenäiset käytännöt sekä niiden kehittäminen organisaation sisällä ja työntekijän vastuulla on toimia näiden yhtenäisen käytännön mukaisesti. Hoitotyöntekijän vastuulla on lisäksi yhtenäisten käytännön arviointi eli miten yhtenäiset käytännöt toteutuvat, ja ovatko ne toimivia potilaiden hoidossa. Hoitotyöntekijän vastuuseen kuuluu myös arvioida omaa osaamistaan ja oman ammattitaidon ylläpitäminen. (Holopainen ym. 2013, 95.)

YHKÄ-toimintamalli perustuu nykykäytännön kehittämistarpeiden tunnistamiseen (Holopainen ym. 2013, 93). Mallissa toiminnan kehittämisen vaiheet toteutuvat **PDCA-mallin (Plan-Do-Check-Act)** mukaisesti. Toiminnassa ovat potilas ja terveydenhuollon ammattilainen, jotka tekevät yhteistyössä päätöksiä potilaan hoidosta. Terveydenhuollon ammattilainen hyödyntää päätöksenteossaan tutkimusnäytön mukaan kehitettyä yhtenäistä käytäntöä sekä tietoa potilaan kokonaistilanteesta. (Holopainen ym. 2013, 92.)

Toimintayksikkötasolla on neljä erillistä vaihetta, joiden mukaisesti parantumattomasti sairaan potilaan palliativisen hoidon tarpeen tunnistamisen implementointisuunnitelma laadittiin. Nämä vaiheet ovat nykykäytännön kehittämistarpeiden tunnistaminen, suunnitelma käytännön yhtenäistämistä, yhtenäinen käytäntö sekä käytännön seuranta ja arviointi. (Hotus 2010; Holopainen ym. 2014, 93; Korhonen ym. 2018, 124–125.) Seuraavaksi on kuvattu eri vaiheet Parantumattomasti sairaan potilaan palliativisen hoidon tarpeen tunnistamisen – työohjeen implementointia varten.

5.2.2 Nykykäytännön kehittämistarpeiden tunnistaminen (**Plan-Do-Check-Act**)

Ensimmäinen vaihe on kokonaiskuvan hahmottaminen kehitettävästä toiminnasta eli parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisesta. Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen nykytilan kartoitus Kainuun sotessa toteutettiin opinnäytetyön 1. syklissä. Tästä havaittujen kehittämiskohteiden sekä 2.syklin kirjallisuuskatsauksella saadun tutkimustiedon perusteella kehitettiin 3. syklissä työohje parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamiseksi. 4.syklin tarkoitus oli kuvata Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen – työohjeen implementointisuunnitelma.

Opinnäytetyön kokonaistavoitteena oli kehittää Kainuun sotien parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen prosessia moniammatillisen yhteistyön avulla. Palliatiivisen hoidon toteutuminen vaatii jatkuvaa kehittämistä, mikä mahdollistuu parhaiten eri ammattiryhmien toimijoiden moniammatillisen yhteistyössä. Palliatiivisen hoidon tarpeen varhainen tunnistaminen ja moniammatillinen yhteistyö nousi esille integroivan kirjallisuuskatsauksen tuloksista, jonka tarkoituksena oli kartoittaa aikaisempaan tutkimustietoon perustuva palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen terveydenhuollossa. Työohjeen implementointisuunnitelman tarkoituksena oli edistää ja mahdollistaa parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen Kainuun sotien eri työyksiköissä.

Toimintajärjestelmä muotoutuu asiakohteen ympärille. Toiminnan kohteen taustalla on aina tarve, mikä motivoi toimintaan osallistuvia. Työn kohde on asia, johon halutaan vaikuttaa työprosessissa, ja jota muokataan sekä työskentään toiminnan avulla. Toiminnan tavoitteen määrittelyminen on tarpeellista, koska se tekee toiminnasta merkityksellistä ja tavoitteellista (Schaupp 2013, 74–75.) Opinnäytteen tekijä keskusteli toiminnan tavoitteen määrittelemisestä Kainuun sotien erikoissairaanhoidon hoitotyön ylihoitajan kanssa. Yhteiseksi tavoitteeksi määriteltiin, että Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen – työohje otetaan käyttöön Kainuun sotien organisaatiossa.

5.2.3 Suunnitelma käytännön yhtenäistämistä (**Plan-Do-Check-Act**)

Jotta yhtenäinen käytäntö saadaan käytäntöön, koostetaan yhteinen käsitys yhteisestä käytännöstä ja siihen liittyvistä implementointimenetelmistä (Korhonen ym. 2018, 76). Yhteiseksi tavoit-

teeksi oli määritetty, että Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen – työohje otetaan käyttöön Kainuun soten organisaatiossa. Yhteinen tavoite ohjaa toimimaan suunnitelman mukaisesti (Schaupp ym. 2013, 75). Kun suunnitelmaa laaditaan, niin on toiminnalle hahmoteltava välitavoitteet ja kohdistetaan niihin tarvittavat toimenpiteet ja resurssit, jotta nuo välitavoitteet saavutetaan. Toimintasuunnitelmassa kuvataan, kuka on vastuussa mistäkin toimenpiteestä ja sen toimeenpanosta (Löow 2002, 66–67; Mattila 2007, 175). Toimintasuunnitelmassa tärkeää on selkeys. Kun suunnitelma on selkeä, niin kaikki toimintaan osallistujat tietävät toiminnan sisällön, ja kuinka toiminta etenee (Löow 2002, 67). Toimintasuunnitelma kuvataan niin, että sen avulla voidaan tarkastella ja arvioida työohjeen implementoinnin prosessia (Korhonen ym. 2018, 123). Taulukossa 2. on kuvattu toimintasuunnitelma (vrt. Löow 2002, 157).

TAULUKKO 2. Toimintasuunnitelma Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen- työohjeen implementointiin (mukaillen Löow 2002, 157)

Toimintasuunnitelman vaihe	Toimintavaiheen sisältö	Toimenpiteet	Vastuuhenkilöt	Tiedottaminen	Aikataulu
Päätös työohjeen toiminnan aloituksesta	Työohje saataan käyttöön Kainuun soten intranettiin ohjekisteriin	Työohjeen valmiiksi tekeminen ja ohjekisteriin lisääminen.	Ylihoitaja, yli lääkäri, klinikasihteeri ja opinnäytetyön tekijä	Kainuun soten intranetin etusivulla tiedottaminen, työyksiköissä tiedottaminen	Toukokuu 2022
Resursointi	Henkilöstöresurssit, taloudelliset resurssit, henkilöstön palliatiivisen hoidon osaamisen varmistaminen, aika resurssi, johdon ja lähijohtajien tuki	Palliatiivisen hoitoon liittyvät koulutukset ja osastotunnit, konsultaatiotuki, saattohoitopassikoulutukset, sisäinen auditointi, johdon katselmuks	Ylihoitajat, tulosyksiköpäälliköt, yli lääkärit, lähijohtajat	Kainuun soten työyksiköiden henkilöstölle palaverien ja osastokokouksien yhteydessä, muistiot, Kainuun soten intranetissa ilmoitus	Toukokuu 2022
Muutosagenttien valinta ja tiedottaminen työohjeen käyttöön-otosta	Muutosagentit ovat jokaisessa Kainuun soten työyksikössä työohjeen viestinviejiä ja vastuuhenkilöitä työohjeen toiminnan implementoinnissa	Tiedonvälityminen hoitotyön, lääketieteen ja potilaiden sekä omaisten välillä	Opinnäytetyön tekijä ja Kainuun soten työyksiköiden eli verkostovastaavat	Muutosagentteille eli verkostovastaville tiedottaminen henkilökohtaisesti sähköpostitse. Ilmoitus Kainuun soten intranetissa.	Touko-kesäkuu 2022

	käytäntöön. Muutosagentteille tiedotetaan, mikä on työohjeen tarkoitus ja mitä työohjeella tavoitellaan			Potilaille tiedottaminen terveydenhoidon yksiköissä ja OLKA-pisteillä palliativisen hoidon oppaat ja mahdollisuus kirjautua tietokoneella Terveyskylän palliativisen hoidon sivuille	
Toiminnan ohjaus henkilöstölle	Työohjeen sisällön ohjaus osastonhoitajille ja ylilääkäreille sekä työohjeen sisällön ohjaus Kainuun soten eri työyksiköiden henkilökunnalle muutosagenttien avulla	Parantumattomasti sairaan potilaan palliativisen hoidon tarpeen tunnistaminen toteutuu työohjeen mukaisesti	Opinnäyte-työntekijä ja muutosagentit eli verkostovastaavat Kainuun soten eri työyksiköissä	Henkilökunnalle tehokkaat suulliset "tietoiskut", työohjeen esittely Kainuun soten ohjekisteristä, sähköinen viesti sähköpostiin	Elokuu 2022
Toiminnan aloitus	Parantumattomasti sairaan potilaan palliativisen hoidon tarpeen tunnistaminen toteutuu Kainuun soten eri työyksiköissä	Työohjeen säännöllinen seuranta muutosagenttien avulla eri työyksiköissä ja työohjetoiminnan kehittämisen	Muutosagentit eli verkostovastaavat, lähihoitajat, hoitotyöntekijät, hoitavat lääkärit,	Tiedottaminen Kainuun soten eri työyksiköille	Elokuu 2022
Toiminnan arviointi	Työohjeen väliarviointi ja päivittäminen	Väliarviointi SWOT – analyysin avulla, työyksiköissä työohjeen arviointi muutosagenttien johdolla	Ylihoitaja, tulosyksiköpäälliköt, osastonhoitajat, muutosagentit eli verkostovastaavat	Kainuun soten eri työyksiköiden henkilöstö	Väliarviointi lokakuussa 2022

Ensimmäisenä toimintasuunnitelmassa tehdään päätös toiminnan aloittamisesta. Työohje on kehitetty tarpeeseen perustuen eli kyseisellä toiminnalla vastataan eli kehitetään parantumattomasti sairaan potilaan palliativisen hoidon tarpeen tunnistamista. Toisena vaiheena toiminta-

suunnitelmassa määritellään resurssointiin liittyvät asiat. Työohjeen käyttöön otossa on huomioitava, että resurssit on määritelty oikein, jotta voidaan edistää mahdollisimman hyvää hyödyn ja tulosten kehittymisen unohtamatta kuitenkaan asiakaslähtöisyyttä (Korhonen ym. 2018, 182).

Yhtenä tärkeimmistä resursseista on henkilöstöresurssit, jotta työohjeen käyttöönotto saadaan toteutettua tehokkaasti ja järkevästi. Resursseissa tulee myös huomioida henkilöstön osaamisen varmistaminen, jotta palliatiivisen hoidon osaaminen ja palliatiivisen hoidon tarpeen arviointi on laadukasta (Crawley & Koffman 2015, 89; Laird 2015, 105–106). Henkilöstön osaamisen varmistaminen ja kehittäminen liittyvät organisaation henkilöstöstrategiaan (Talousarvio 2021 ja taloussuunnitelma 2022–2024 2020, 26). Esimerkiksi henkilöstön koulutuksia suunniteltaessa kartoitetaan muun muassa, miten osaamista voidaan kehittää osaamista jakamalla ja työssä oppimalla (Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 2020, 27–28; Talousarvio 2021 ja taloussuunnitelma 2022–2024 2020, 37–38).

Ajallisten resurssien näkökulma tuli esille asiantuntijakeskusteluissa, kun mietittiin palliatiivisen hoidon yksiköiden asiantuntijasairaanhoidajien konsultaatiotuen mahdollistamista Kainuun keskussairaalassa palliatiivisen hoidon potilaan tunnistamista varten tai koko Kainuun konsultaatiotukena olemisen mahdollistamista. Tilaresurssit ovat haastavat keskussairaالاتasolla, koska omia huoneita ei ole käytössä vaan huoneet varataan tarpeen mukaan, ja siten työhön liittyvien näyttöpäätteiden käyttö eli laiteresurssit vaativat ainakin keskussairaالاتasolla henkilöstöltä joustavuutta. Tärkeänä myönteisenä resurssina on johdon tuki, jonka avulla tuetaan moniammatillisen yhteistyön toteuttamista ja toiminnassa huomioidaan sen tuomat mahdollisuudet.

Kun toimintasuunnitelmaan on määritelty resurssit, niin valitaan parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen muutosagentit eli vastuuhenkilöt eri työyksiköistä. Muutosagenttien merkitys on oleellista, jotta työohje saadaan implementoitua käytäntöön. Muutosagentit ovat tietoisia työohjeen hyödyistä ja heidän avullaan saadaan tämä viesti vietyä eteenpäin ja samalla huomioida muun henkilöstön mielipiteet koskien uutta työohjetta ja toimintaa, mitä he ajattelevat siitä ja miten pelkoa muutoksesta voidaan lievittää. (Holopainen ym. 2014, 115–116; Erämetsä 2003 225–228; Tarkkonen 2012, 153, 160.)

Muutosagenttien tärkein tehtävä on kehittää luottamusta toiminnan muutoksen myönteisistä tekijöistä, sillä tieto vähentää aina pelkoa ja muutosvastarintaa tulevasta muutoksesta (Erämetsä 2003, 201). Muutosagenttien valinnasta keskusteltiin ylihoitajan ja meneillään olevan Yhdessä ihmisen parhaaksi - palliatiivisen hoidon hankkeen hanketyöntekijöiden kanssa. Näin ollen alustavana ehdotuksena oli, että muutosagentteina toimisivat palliatiivisen hoidon verkostovastaavat.

Nämä verkostovastaavat on nimetty Yhdessä ihmisen parhaaksi – hankkeen myötä, ja he työskentelevät eri Kainuun sotien työyksiköissä ja verkostovastaajien vastuualueina työyksiköissä on juuri palliatiivinen hoito ja saattohoito. Lopullinen päätös muutosagenteista tehdään yhdessä keskustelemalla verkostovastaavina toimivien henkilöiden kanssa.

Seuraavaksi toimintasuunnitelmassa tiedotetaan toiminnan aloituksesta Kainuun sotien henkilöstöä. Tiedottaminen on tärkeä osa toiminnan aloitusta ja muutoksen implementointia. Hyvällä tiedonkululla lisätään ymmärrystä, miksi kyseinen muutos tehdään. Lisäksi tiedottaminen edesauttaa epävarmuuden ja turvattomuuden vähentämistä muutokseen liittyvissä asioissa. (Erämetsä 2003, 65.) Muutokseen liittyvää viestintää tulee toteuttaa säännöllisesti ja usein, koska esimerkiksi yhdessä tiedottamistilaisuudessa henkilö ei pysty sisäistämään monta uutta muutoskokonaisuutta (Mattila 2007, 188).

Lisäksi Kainuun sotien työyksiköt ovat resursseiltaan vaihtelevia ja työ on vuorotyötä, joten yksittäiselle työntekijälle tiedonkulku työohjeesta vaatii säännöllistä tiedottamista, jotta työntekijällä on mahdollisuus osallistua työaikana tiedottamistilauksiin. Osastonhoitajille ja ylilääkäreille järjestetään palaverit, joissa asia käsitellään sekä asiasta tiedotetaan myös sähköpostitse. Lisäksi työohjeen toiminnasta tiedotetaan Kainuun sotien intranetissa. Palliatiivisesta hoidosta tiedotetaan potilaille terveydenhuollon yksiköissä ja OLKA-pisteillä asiaa käsittelevien oppaiden avulla ja mahdollisuudella kirjautua potilaskäytössä olevilla tietokoneilla Terveyskylän palliatiivisen hoidon sivuille.

Tiedottamisen jälkeen toteutetaan toiminnan ohjaus henkilökunnalle ja toiminnan aloitus sovituna ajankohtana (ks. taulukko 2). Toiminnan muutoksessa tarvitaan vahvaa henkilöstöjohtamista ja aktiivista viestintää muutoksesta. Kun muutoksia tapahtuu, on uskottava työnsä merkityksellisyyteen sekä muutoksen onnistuneeseen lopputulokseen. Muutoksen keskellä tarvitaan kannustavaa ilmapiiriä ja uskoa muutoksen merkityksellisyyteen. Lähijohtaja edistää toiminnan aloitusta avoimella vuorovaikutuksella. Uuden toimintatavan käyttöönotto vie aikaa. Toimintatavan vakiinnuttamisesta siihen, että toimintatapa on vakiintunut pysyväksi käytännöksi, on pitkäkestoinen prosessi. Kyseisen prosessin aikana varmistuu, onko toiminta tehokas, turvallinen ja vaikuttava. (Korhonen ym. 2018, 121.)

Työohjetta on myös arvioitava. Toiminnan arvioinnissa keskitytään täsmällisyyden arviointiin. Arvioinnissa arvioidaan, kuinka uuden toimintatavan keskeiset asiat on otettu käyttöön, ja kuinka ne toteutuvat tai miten uusi toimintatapa on otettu kokonaisuudessaan käyttöön (Korhonen ym.

2018, 131). Toimintasuunnitelmassa jokaisessa toimintavaiheessa tulee olla määritelty toimenpiteet ja toiminnan arviointimittarit (Löow 2002, 67). Kyseiset arviointimittarit voivat perustua organisaation strategian seuranta- ja arviointimittarit (Mattila 2007, 176). Oikeanlaisilla mittareilla voidaan selvittää, miten organisaatio tai työyksikkö perustelee oppimisen ja jatkuvan kehittämisen toimenpiteensä. Arviointimittarit ohjaavat toiminnan laadun kehittämistä, tekevät toiminnasta läpinäkyvää potilaille ja toimintaan osallistuville henkilöille. (Korhonen ym. 2018, 181.)

Toimintasuunnitelmassa on aikataulutettava muutoksen asiat ja aikataulun avulla pystytään seuraamaan ja hallinnoimaan toimintoja. Yleensä toiminnat ovat riippuvaisia toisistaan. Aikataulutuksen avulla pystytään hallitsemaan myös aikaisempaa paremmin resurssien käyttöä ja niiden jakamista tasaisesti muutoksen implementoinnin aikana. (Löow 2002, 69.) Toimintasuunnitelmaan laadittiin alustava aikataulusuunnitelma. Opinnäytetyön implementointisuunnitelmalle voi asettaa haasteita meneillään oleva hoitotyön etujärjestöjen työtaistelutoimet ja koronaviruspandemia. Asia on tiedostettu, ja tämä mahdollistaa tilanteen, että implementointisuunnitelmaa pystytään vielä suunnittelemaan ja tarvittaessa muokkaamaan ennen suunnitelman toteutusta, mikä edistää työohjeen implementointia käytäntöön.

5.2.4 Yhtenäinen käytäntö (Plan-Do-**Check**-Act)

Yhteistä käytäntöä toteutetaan siten, että Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen - työohje otetaan käyttöön palliatiivisen hoidon arvioinnin työohjeeksi kaikissa Kainuun sotien eri työyksiköissä. Työohjeen käyttöönoton onnistuminen edellyttää, että toiminta on yhteisvastuullista, jossa toimintaan osallistuva henkilökunta huolehtii ja ottaa vastuuta omasta osuudestaan. Muutoksen johtaminen vaatii useita toimenpiteitä samanaikaisesti eikä mitään käytäntöä voida muuttaa erillään toimintaympäristöstä. (Holopainen ym. 2014, 117.) Jokaisella työntekijällä on velvollisuus ja samalla oikeus tuoda esille osaamisensa moniammatilliseen työskentelyyn kuuluvien henkilöiden käyttöön ja myös seurata prosessin etenemistä (ks. Isoherranen 2012, 120).

Hoitotyön lähijohtajat ja muutosagentit eli verkostovastaavat ohjaavat henkilöstöä ymmärtämään, miten tutkimusnäyttöä eli työohjetta sovelletaan yksittäisen potilaan hoitopäätöksiin (ks. Holopainen ym. 2014, 117). Jotta työohje saadaan aloitettua ja osaksi Kainuun sotien työyksiköiden arkea, se edellyttää toiminnan johtamista ja suunnitelmallisuutta (Korhonen ym. 2018, 121). Eri toimintojen systemaattinen ja selkeä työnjako sitouttaa henkilöstöä tavoitteiden mukaiseen

toimintaan. Toiminnan aloituksesta vastaavat muutosagentit eri työyksiköissä, jotka tukevat käytännössä työohjeen käyttöönotossa lähijohtajia, hoitotyöntekijöitä ja hoitavia lääkäreitä.

Jotta moniammatillinen yhteistyö on tehokasta, se perustuu ammattilaisten hyvään ja selkeään kommunikointiin. Isoherrasen (2012, 121) mukaan keskinäisen luottamuksen näkökulma korostui moniammatillisen yhteistyön toteutumisessa. Jotta moniammatillinen yhteistyö kehittyy ja perustuu luottamukseen, se edellyttää yhteisiä kokemuksia. Ihanteellista on, että parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen arvioinnista voidaan konsultoida palliatiivisen hoidon asiantuntijasairaanhoitajia tai lääkäriä (osasto ja poliklinikka) matalalla kynnyksellä ja joustavasti, jotta tämä luottamuksellinen työsuhte kehittyy ammattilaisten kesken ja osaaminen palliatiivisesta hoidosta kehittyy.

Potilaan hoidosta vastaavat ammattilaiset kirjaavat potilaan hoitoon liittyvät merkinnät sähköiseen potilastietojärjestelmään. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietoja käsitellään sähköisen tietojärjestelmän avulla, ja Kainuun sotessa on käytössä potilastietojärjestelmä nimeltään Lifecare. Kirjaaminen tapahtuu rakenteellisesti ja siinä käytetään valtakunnallisesti määriteltyjä keskeisiä hoito- eli ydintietoja. (ks. Komulainen, Vuokko & Mäkelä 2011, 12.) Hoito- eli ydintiedot koostuvat potilaan hoidon tarpeesta, hoitotyön erilaisista toiminnoista, hoitotyön tuloksista ja hoitotyöstä laaditusta yhteenvedosta. Potilaasta laadittujen kirjaamisten avulla tulee selvitä, millä perusteella esimerkiksi hoitopäätökset on tehty. (Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas 2018.)

Muutoksissa tulee aina huomioida muutoksen laajuus, keitä henkilöitä muutos koskee ja, mitä kyseinen muutos edellyttää. Mitä laajempi muutos on, sitä enemmän erilaisia menetelmiä muutoksen onnistuminen edellyttää. (Korhonen ym. 2018, 120; Holopainen ym. 2014, 124–125.) Laadukkaasti hoidon järjestämiseksi ammattilaisilta edellytetään palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista. Osaamisvaje oli kuitenkin yksi keskeisimmistä haasteista palliatiivisen hoidon järjestelmän kehittämisessä (Saarto & Finne-Soveri 2019a, 7). Palliatiivisen hoidon vähimmäisosaamisvaatimukseen eli perustason osaamiseen kuuluu perustason oirehoidon osaaminen, parantumattomasti sairaan potilaan kuolemaan johtavan sairaustilanteen tunnistaminen, elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman ja saattohoitopäätöksen tekeminen, erityistason tuen tarpeessa olevan potilaan tunnistaminen ja potilaan sekä hänen läheistensä psykososiaalisen ja eksistentiaalisen tuen tarpeen tunnistaminen ja huomioiminen hoidossa. (Saarto & Finne-Soveri 2019b, 176–177.)

Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen - työohjeen tavoitteena on ohjata toimintaa tavoitteellisen integroidun mallin suuntaan, jossa palliatiivinen

hoito aloitetaan jo perussairauteen kohdistuvan hoidon ohessa sairauden varhaisemmassa vaiheessa (vrt. Saarto ym. 2022, 18). Palliatiivisen hoidon systemaattisen perehdytyksen pitäisi kuulua kaikissa ammattiryhmissä palliatiivista hoitoa toteuttavien yksiköiden perehdytysuunnitelmiin (Saarto & Finne-Soveri 2019b, 165). Perustason yksiköissä on tunnettava palliatiivisen hoidon mahdollisuudet ja hoito- ja palveluketju, jotta ammattilaiset voivat ohjata potilaat palliatiiviseen hoitoon oikeaan aikaan. Jotta laadittu työohjemalli ohjaa toimintaa Kainuun sotessa, niin siitä on riittävästi ohjattava ja tiedotettava henkilöstölle. Muutosagentit jokaisessa työyksikössä tukevat lisäksi toimintaa.

5.2.5 Yhtenäisen käytännön seuranta ja arviointi (Plan-Do-Check-Act)

Kun näyttöön perustuva toiminta otetaan käyttöön, saattaa sen myötä kehittyä uusia kehittämistarpeita tai alkuperäistä käyttöönottoa on muokattava jollain tavalla. Pelkkä toiminnan kehittäminen niin, että saadaan uusi toimintamalli käytäntöön, ei ole riittävää, vaan toiminnan vakiintumista tulee seurata säännöllisesti. (Holopainen ym. 2014, 119; Kaila, Mäntyranta & Lampe 2007, 167.) Siksi näyttöön perustuvan toiminnan arvioinnissa tarkastellaan ensinnäkin sitä, miten täsmällisesti käyttöön otettu toimintatapa on vakiintunut. Toiseksi arvioidaan toiminnan tuloksia. (Holopainen ym. 2014, 120). Toiminnan tuloksia tulee pystyä arvioimaan, jotta saadaan tietoa, tekeekö organisaatio oikeita asioita (Holopainen ym. 2014, 117). Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen - työohjeen arvioinnin tavoitteena on selvittää, miten työohje on otettu käyttöön Kainuun sotessa. Pidempiaikaisena tavoitteena on selvittää, miten työohjeen käyttö on kehittänyt parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamista ja palliatiivisen hoidon järjestämistä potilaalle.

Mikäli seuranta ja arviointi eivät kohdistu toiminnan toteutumiseen, on todennäköistä, että työntekijät sitoutuvat siihen huonosti. Organisaatiossa tulee olla näyttöön perustuvan toiminnan jatkuvan seurannan malli, jota varten yksiköistä kerätään tietoa. Yksittäisen työntekijän sitoutuminen on koko näyttöön perustuvan toiminnan ydin, joten arvioinnin ja arviointimittareiden avulla tulee osoittaa toiminnan tuloksellisuus ja käydä henkilöstön kanssa rakentavaa keskustelua toiminnan edellytyksistä ja esteistä. Esimerkiksi koulutus ja vastuu lisäävät motivaatiota. (Holopainen ym. 2014, 116.)

Kun arviointimenetelmää mietitään, tulee huomioida, minkälaista tietoa halutaan arvioitavasta kohteesta, ja minkälaisella tiedolla on merkitystä. Käytettävän arviointimittarin tulee olla pätevä

(validiteetti), luotettava (realibiteetti), helposti mittavissa arkityövälineillä, herkkä eli reagoida toiminnan muutokseen, hyväksyttävä, vankka eli tulosta ei voi manipuloida ja relevantti eli siihen voidaan vaikuttaa arvioitavan toiminnan keinoin. (Kaila, Mäntyranta & Lampe 2007, 168.) Kun toteutetaan valittua arviointimenetelmää, niin on muistettava arvioinnin kolme eettistä näkökulmaa: oikeudenmukaisuus, kritiikki ja huolenpito. Jokaisen arvioinnissa olevan henkilön tulee toimia oikeudenmukaisesti toisia kohtaan. Arviointi ei ole myöskään tarkoituksenmukaista, mikäli se ei muodosta erilaisia mielipiteitä arvioitavasta asiasta. Lisäksi arviointiin osallistuvien henkilöiden välillä vuorovaikutuksen tulee olla tukea antava ja avointa. Kun arvioinnista saatuja tuloksia käsitellään, on tärkeää tuoda esille nämä kolme näkökulmaa ja avoin vuorovaikutus arviointikeskusteluissa. (Atjonen 2007, 26–27.)

Arviointisuunnitelmassa määritellään toiminnalle tavoitteet ja arvioinnissa tavoitteita tarkastellaan, kuinka tavoitteet ovat toteutuneet (Kaila, Mäntyranta & Lampe 2007, 169). Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen – työohjeen implementoinnille laadittiin arviointisuunnitelma. Arviointisuunnitelma on kuvattu taulukoissa 3 ja 4.

TAULUKKO 3. Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen – työohjeen implementoinnin arviointisuunnitelma

Päätavoite 1.	Menetelmät	Arviointikysymykset
Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen -työohje on kuvattu prosessina niin, että se ohjaa parantumattomasti sairaiden potilaiden palliatiivisen hoidon tarpeen arviointia.	Työohjeen prosessi on kuvattu kaikkien siihen osallistuvien ammattilaisten näkökulmista.	Miten työohjeen prosessikuvaus ohjaa parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen arvioinnin toimintaa?
Päätavoite 2	Menetelmät	Arviointikysymykset
Työohje mahdollistaa parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tunnistamisen ja sitä kautta palliatiivisen hoidon järjestämisen.	Työohje on laadittu yhteistyössä opinnäytetyön projektiryhmän ja eri asiantuntijoiden palautteiden perusteella. Työohjetta pilotoitiin Kainuun sotien eri työyksiköissä ja pilotoinnista saatujen palautteiden perusteella työohjetta jatkokehitettiin.	Kuinka työohje on edistänyt palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamista ja toiminnan vakiinnuttamista? Miten työohje ohjaa parantumattomasti sairaan palliatiivisen potilaan hoitoa ja palveluita?

TAULUKKO 4. Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen – työohjeen implementoinnin arviointisuunnitelma

Miksi arvioimme	Kenelle	Mitä arvioidaan	Milloin arvioidaan	Miten arvioidaan	Miten arvioinnin tuloksia hyödynnetään
Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen ja palliatiivisen hoidon kehittämiseksi	Kaikki terveydenhuollon yksiköt yksikkökohtaisesti	Työohjeen prosessia	2 kuukauden päästä työohjeen aloituksesta	<p>SWOT – analyysillä ”Parantumattomasti sairaan potilaan tunnistamisen -työohjeen käyttäminen” ja sitä tukevilla indikaattoreilla</p> <p>Tietojen analysointi Asiakirjojen analysointi Kyselylomake Haastattelu</p> <p>Indikaattorit: Työohjetta käytetään palliatiivisen hoidon tarpeen arvioinnissa, työohje tunnetaan, työohjetta käytetään päätöksentekoprosessissa, päätökset perustellaan työohjeen arvioinnin avulla, tarkastellaan toiminnan muutoksia, rekisteritiedot (palliatiivisen hoidon linjaus Dg Z51.5)</p>	Lähijohtajat kokoavat koosteen SWOT – analyysistä ja tarvittaessa työohjetta jatkokehitetään

Arviointi toteutetaan SWOT- analyysin avulla. SWOT-analyysia on Kainuun sotessa käytössä oleva arviointimenetelmä erilaisten arviointien yhteydessä. Näin SWOT-analyysin käyttäminen on tuttua hoitotyöntekijöille. SWOT-analyysi on kehitetty Yhdys-valloissa 1960-luvulla, ja SWOT-analyysia on sovellettu johtamisen lisäksi usein myös muilla tieteenaloilla, ja se on edelleen yksi suosituin yksittäinen strategiatyökalu. SWOT-analyysissä strategista asemaa tarkastellaan vertailemalla vahvuuksia ja heikkouksia uhkiin ja mahdollisuuksiin. Lyhenne SWOT muodostuu englanninkielisistä sanoista Strengths (vahvuudet), Weaknesses (heikkouden), Opportunities (mahdollisuudet) sekä Threats (uhat). (Vuorinen 2013, 90.)

Analyysimenetelmänä SWOT:n vahvuus on sen helppokäyttöisyys ja muunneltavuus, ja se mahdollistaa nykytilanteen analyysin systemaattisesti (Virtanen 2013, 91–92). Arviointi tehdään kahden kuukauden kuluttua työohje toiminnan käyttöönotosta kaikilla Kainuun soten työyksiköissä yksikkökohtaisesti. Työntekijät arvioivat työohjetta SWOT-analyysin avulla ja lähijohtajat keräävät

ja koostavat tulokset työyksiköittäin. Arvioinnin kuvataan mahdollisimman avoimesti, myös kileteinen palaute tai epäonnistumiset, sillä niiden pohdinnan kautta arviointi tuottaa merkittävää tietoa toiminnan kehittämisen kannalta (Suopajarvi 2013, 28). Tulosten perusteella työohjeeseen tehdään tarvittavat muutostoimenpiteet.

Hoitokokonaisuuden näyttöön perustuva mahdollistaa potilaan siirtymisen palvelujen välillä saumattomasti (Korhonen ym. 2018, 11). Kehittämistyön seurannassa otetaan huomioon täsmällisyys ja yhdenmukaisuus eli vastaako käytäntö sovittua tapaa, toimintatavan sujuvuus sekä hoitohenkilökunnan kokemukset toimintatavasta ja esteistä, jotka hidastavat käyttöönottoa organisaatio- ja työntekijätasolla. (Korhonen ym. 2018, 129.) On muistettava huomioida mukaan muutoksen tukena käytettävien tiedonvälitys- tai implementaatio toimien viemä aika. Jos tiedonvälityksen nopeus yliarvioidaan ja arviointi tehdään liian varhain, voi tulos näyttää heikolta, vaikka todellisuudessa toivottu muutos on jo käynnissä. Lisäksi vaikutuksia voi olla hyvä mitata toistuvasti. (Lampe, Mäkelä & Saalasti-Koskinen 2017.) Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen työohjeen implementointia seurataan kehittämistyön jälkeen.

Kun pohditaan työohjeen kustannuksia, on johdonmukaista arvioida myös tiedonvälityksen tehokkuutta ja vaikutuksia. Itävaltalainen Boltzmann -instituutti (LBI-HTA) on kuvannut viitekehyyksen terveydenhuollon menetelmien vaikutusten arviointiin. Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen -työohjeen käytölle laadittiin tavoitteet, jotka on kuvattu kuviossa 2. (vrt. Lampe, Mäkelä & Saalasti-Koskinen 2017).

Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen hyödyt	Terveystyö, potilaiden hoitotahtojen toteutuminen, budjettisäästöt, potilaiden toimintakyky ja elämänlaatu, järkevä resurssien käyttö, resurssien uudelleenjakko	Tietoisuuden lisääminen palliatiivisesta hoidosta	lisääntynyt tietoisuus ja osaaminen palliatiivisesta hoidosta
--	--	--	---

Kuvio 2. Työohjeen käytön tavoitteet

Kun toiminnan käyttö on riittävän kattavaa, voidaan odottaa sen vaikutuksia potilaiden hoitotuloksiin (Korhonen ym. 2018, 106). Seurannassa arvioidaan, kuinka palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen toteutuu työyksiköissä ja kuinka se ohjaa työntekijän päätöksentekoa. Arvioitaessa kehittämistyön vaikutuksia, tarkastellaan käytön tuottamia muutoksia hoitohenkilökunnan käyttäytymiseen ja päätöksentekoon sekä potilaiden hoitoon sitoutumiseen (Korhonen ym. 2018, 107).

On tärkeää, että parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarve tunnustetaan ja potilaasta konsultoidaan tai potilas ohjataan yksikköön, jossa potilaan palliatiivista hoitoa voidaan toteuttaa. Palliatiivisessa hoidossa usein potilaan hoitoon osallistuu useita eri tahoja ja hoitoa toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä. Tämän vuoksi koko palliatiivisen palveluketjun kordinointiin tulee kiinnittää erityistä huomiota. Yhteinen strategia, selkeästi määritellyt tavoitteet ja vastuut sekä työnjaosta mahdollistavat hoidon laadukkuuden ja sujuvuuden. (Saarto ym. 2022, 35.)

5.3 Lähteet

Atjonen, P. (2007). Hyvä, paha arviointi. Viitattu: 24.4.2022. <https://wiki.uef.fi/pages/viewpage.action?pageId=33656978>

Brinkman-Stoppelenburg, A., Rietjens, JA. & van der Heide A. (2014). The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliative Medicine* 28(8), 1000–1025. Viitattu: 9.5.2022. DOI: 10.1177/0269216314526272

Crawley, L. & Koffman, J. (2015). Ethnic and cultural aspects of palliative care. Teoksessa N. I. Cherny, M. T. Fallon, S. Kaasa, R. K. Portenoy & D. C. Currow (toim.) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 84–92. Viitattu: 21.4.2022. <http://www.spcf.ir/wp-content/uploads/2019/09/Oxford-Textbook-of-Palliative-Medicine-N-Cherny-M-Fallon-S-Kaasa-R-K-Portenoy-D-C-Currow-eds.-Oxford-Textbook-of-Palliative-Medicine-2015-Oxford-University-Press.pdf>

Detering, K.M., Hancock, A.D., Reade, M.C. & Silvester, W. (2010). The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ* 340:c1345. Viitattu: 9.5.2022. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.c1345>

Erämetsä, T. (2003). *Myönteinen muutos*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Holopainen, A., Junntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. (2014). *Johda näyttö käyttöön hoitotyössä*. Porvoo: Bookwell Oy

Hotus. (2010). *Yhtenäisten käytäntöjen kehittämisen malli (FinYHKÄ.)* Viitattu: 21.4.2022. <https://www.hotus.fi/yhtenaisten-kaytantojen-kehittamisen-malli-yhka/>

Isoherranen, K. (2012). Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Väitöskirja 18. Helsinki. Viitattu: 23.4.2022. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. (2009). Sosiaali- ja terveysministeriö. Toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 18. Viitattu: 15.4.2022. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74335/URN%3aNBN%3afi-fe201504226780.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kaila, M., Mäntyranta, T. & Lampe, K. (2007). Arviointitiedon mittaaminen. Teoksessa M. Mäkelä, M. Kaila, K. Lampe & M. Teikari. (toim.): Menetelmien arviointi. Helsinki: Duodecim, 167–172.

Kettunen, S. (2009). Onnistu projektissa. Helsinki: WSOY

Kielitoimiston sanakirja. (2021). *Tehtävä*. Viitattu: 21.4.2022. <https://www.kielitoimistonsanakirja.fi/#/teht%C3%A4v%C3%A4?searchMode=all>

Komulainen, J., Vuokko, R. & Mäkelä, M. (2011). Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu: 24.4.2022. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085285>

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. (2018). Näyttöön perustuva toiminta. Tarpeesta tuloksiin. Helsinki: BoD – Books on Demand

Käypä hoito. (2020). Duodecim. Viitattu: 8.5.2022. <https://www.kaypahoito.fi/kaypa-hoito>

Kyngäs, H. (2007). Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY

L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeudesta. 1.3.1993. Viitattu 2.5.2022. <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>

Laird, B. JA. (2015). Barriers to the delivery of palliative care. Teoksessa N. I. Cherny, M. T. Fallon, S. Kaasa, R. K. Portenoy & D. C. Currow (toim.) Oxford Textbook of Palliative Medicine, 84–92. Viitattu: 21.4.2022. <http://www.spcf.ir/wp-content/uploads/2019/09/Oxford-Textbook-of-Palliative-Medicine-N-Cherny-M-Fallon-S-Kaasa-R-K-Portenoy-D-C-Currow-eds.-Oxford-Textbook-of-Palliative-Medicine-2015-Oxford-University-Press.pdf>

Lampe, K., Mäkelä, M. & Saalasti-Koskinen, U. (2017). Vaikutusten arvioinnin aikataulu. Teoksessa M. Mäkelä & J. Isojärvi (toim.) HTA-opas. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu: 1.5.2022. <https://www.terveysportti.fi/dtk/hta/koti>

Lehmuskoski, A. & Kuusisto-Niemi, S. (2012). Asiakaslähtöiset ja vaikuttavat sosiaalipalvelut. Opas sosiaalihuollon käsitteelliseen tarkasteluun. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, Itä-Suomen yliopisto. Viitattu: 3.5.2022. https://www.thl.fi/attachments/tiedonhallinta/asiakaslaitoiset_ja_vaikuttavat_sosiaalipalvelut_opas_sosiaalihuollon_kasitteelliseen_tarkasteluun.pdf

Malmivaara, A. & Linnosmaa, I. (2012). Kustannusvaikuttavuuden arviointi. Teoksessa M. Kivipelto, M. Larivaara, S. Andersson, L. Heinämäki, P. M. Jonsson, T. Kotiranta & M. Vuorenmaa (toim.) Näkökulmia arviointiin. Kaste-ohjelman valtionavustushankkeet. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Viitattu: 16.4.2022. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90811/URN_ISBN_978-952-245-649-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Martin, R. S., Hayes, B., Gregorevic, K. & Lim, W. K. (2016). The Effects of Advance Care Planning Interventions on Nursing Home Residents: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association* 17(4), 284–293. Viitattu: 9.5.2022. DOI: 10.1016/j.jamda.2015.12.017

Mattila, P. (2007). Johdettu muutos. Avaimet organisaation hallittuun uudistumiseen. Helsinki: Talentum Media Oy.

Mäntyranta, T., Roine, R. P. & Mäkinen, R. (2007). Käytäntöjen muuttaminen. Teoksessa M. Mäkelä, M. Kaila, K. Lampe & M. Teikari (toim.) Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino, 156–161.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. (2019). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki. Viitattu 21.4.2022. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#K1>

Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas. (2018). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Viitattu: 24.4.2021. https://thl.fi/documents/920442/6763036/Potilastiedon+kirjaaminen_ohjeita+valtakunnallisesti+yhten%C3%A4iseen+kirjaamiseen_1811_2020.pdf/91ec7ec1-0b5e-c436-d6d3-05954c227147?t=1605784014354

Rekola, L. (2008). Asiantuntijoiden yhteistyön johtaminen. Teoksessa K. Isoherranen, L. Rekola & R. Nurminen (toim.) Enemmän yhdessä: moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

Ristolainen, H., Roivas, P., Mustonen, E. & Hujala, A. (2020). Asiakaslähtöinen palveluohjaus. Teoksessa A. Hujala & H. Taskinen (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere: Tampere University Press, 241–266. Viitattu: 8.5.2022. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9>

Saarto, T. & asiantuntijatyöryhmä. (2017). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen: Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 44. Helsinki. Viitattu: 8.5.2022. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3896-0>

Saarto, T. & Finne-Soveri, H. (2019a). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa: Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö 14. Helsinki. Viitattu: 24.4.2022. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161396>

Saarto, T. & Finne-Soveri, H. (2019b). Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti 68. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 24.4.2022. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7>

Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junntila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammer, T. & Forsius, T. (2022). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Viitattu: 8.5.2022. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144065/OHJ2022_004_08042022.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Schaupp, M., Koli, A., Kurki, A-L. & Ala-Laurinaho, A. (2013). Yhteinen muutos. Työhyvinvointia työtä kehittämällä. Helsinki: Työterveyslaitos

Sivistyssanakirja. (N.d). *Vastuu*. Viitattu: 21.4.2022. <https://www.suomisanakirja.fi/vastuu>

Suopajarvi, L. (2013). Opas projektiarviointiin. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnan julkaisuja C. Työpapereita 55. Viitattu: 1.5.2022. <https://www.ulapland.fi/loader.aspx?id=a6d01dd9-baad-408a-a6fb-5e131cf74ef5>

Talousarvio 2021 ja taloussuunnitelma 2022–2024. (2020). Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Viitattu: 29.4.2022. <https://sote.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2021-10/Talousarvio%202021%20ja%20taloussuunnitelma%202022-2024.pdf.pdf>

Tarkkonen, J. (2012). Työhyvinvointi johtamistehtävänä: periaatteet, rakenteet ja käytännöt. Helsinki: UNIPress.

Yhtenäisten käytäntöjen kehittämisen malli. (2010). Hotus. Viitattu: 1.5.2022. <https://www.hotus.fi/yhtenaisten-kaytantojen-kehittamisen-malli-yhka/>

6 Pohdinta

On tärkeää reflektoida opittua ja tehtyjä valintoja. Seuraavissa luvuissa arvioin opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä sekä osaamisen kehittymisen arviointia. Toimintatutkimuksen arvioimiseksi käytettiin viittä periaatetta: historiallinen jatkuvuus, reflektiivisyys, dialektisuus, toimivuus ja havahduttavuus (Heikkinen & Syrjälä 2008, 147–148). Lopuksi on esitetty opinnäytetyön jatkokehittämisaiheita.

6.1 Luotettavuus

Tutkimusprosessi eli tässä tapauksessa opinnäytetyö sijoittui tiettyyn historialliseen yhteyteen. Raportointi toteutettiin ajallisesti etenevä sarjana, ja siten lukijalla on mahdollisuus seurata prosessin syy-seuraussuhteita lukiessaan. (ks. Heikkinen & Syrjälä 2008, 149–150.) Opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen. Opinnäytetyö oli työelämälähtöinen ja sen tilaajana oli Kainuun sote. Siksi koko opinnäytetyön teon aikana on huomioitu tilaajan näkökulma. Se ei kuitenkaan ole vaikuttanut opinnäytetyön raportointiin tai ohjannut sen tekemistä, vaan prosessin aikana esille tulleet asiat on kuvattu mahdollisimman tarkasti ja rehellisesti. *Historiallisen jatkuvuuden* kannalta on merkityksellistä, että palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamista kehitetään, jotta potilas saa tarvitsemansa hoidon oikea-aikaisesti. Valinnat työssä perustuivat tutkittavan asian historiaan eli kaikella on jokin perusta opinnäytetyössä.

Opinnäytetyössä on tärkeää sen kokonaisuus, loogisuus ja johdonmukaisuus. (Sarajärvi & Tuomi 2018, 163.) Toimintatutkimuksen laatua arvioidaan aina kokonaisuutena (Heikkinen & Syrjälä 2008, 147; Kananen 2014, 127). Opinnäytetyön eri syklien on tärkeä kuulua ja nivoutua yhteen. (Sarajärvi & Tuomi 2018, 163.) Opinnäytetyön luotettavuuden ja eettisyyden näkökulmien esittäminen osana opinnäytetyönprosessia on tärkeää, jotta voidaan arvioida, onko työ tehty eettisesti ja luotettavasti (Kananen 2014, 125).

Opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään uusinta tutkimus- ja teorian tietoa. Tietolähteinä käytettiin Kajaanin ammattikorkeakoulun käytössä olevia eri tietokantoja, kuten Ebsco, PubMed ja Cinalh. Valittu aineisto oli suomen- ja englanninkielisiä julkaisuja. Aineiston suomennuksessa käytettiin DeepL – kääntäjää, jotta varmistuttiin ettei käännoistyön aikana asioiden merkitys muuttunut.

Opinnäytetyötä ohjasi työn tavoite. Opinnäytetyössä pyrittiin tuomaan esille tehdyt valinnat perusteluineen (ks. Kananen 2017, 77). Esimerkiksi toimintatutkimuksen 1.syklinä nykytilan kartoitus perusteltiin. Eläytymismenetelmä saattaa vaikuttaa vastaajaan, mutta tuo vaikutus pyrittiin minimoimaan (ks. Eskola 1997, 13). Olisi voinut käydä niin, ettei vastaaja tuota vastausta. Toisaalta se ei pakota vastaajaa ilmaisemaan vastaustaan tietyistä vaihtoehdoista ja vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Kirjoittaessa ei joudu kertomaan vastauksestaan toisin kuin haastattelutilanteessa eikä siinä kannusteta kesken kaiken kertomaan kuten haastattelussa (Eskola 1997, 14). Lisäksi kirjallisuuskatsauksessa tehdyt valinnat esiteltiin ja perusteltiin. Kirjallisuuskatsauksen valinnat hyväksyi opinnäytetyöntekijä Hotuksen kriittisen arvioinnin tarkistuslistan mukaisesti (ks. Hotus n.d.).

Raportointi työssä esitetään ajallisesti etenevä sarjana. Toiminnan kehittymistä tarkastellaan organisaatiossa koko opinnäytetyön ajan. *Reflektointi* on yksi toimintatutkimuksen peruskäsitteistä syklin vaiheissa. Reflektointi on aina toimintatutkimuksessa uuden toiminnan kehittämisen vaatimus. (Kananen 2014, 63.) Opinnäytetyöntekijän tutkijana oli tärkeä reflektoida omaa rooliaan tutkimuksessa. Reflektiivisyyden mukaisesti lukijalle avattiin kirjoittamisen prosessin havainnollistamalla, miten teksti on tuotettu raporttiin. Uuden kehittäminen vaati aiemman toiminnan reflektoinnin.

Havahduttavuudella tarkoitetaan tehdä tutkimus eläväksi. Hyvä tutkimus havahduttaa tuntemaan ja ajattelemaan asioita uudella tavalla. Raportoinnilla haluttiin tuoda lukijalle uutta näkökulmaa. Raportoinnissa pyrittiin selkeyteen. Esimerkiksi parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tunnistaminen – työohjeen kehittäminen kuvattiin eri vaiheina, jotta lukijalla olisi helppo ymmärtää, kuinka työohjeen prosessi eteni useana syklinä. Näin pyrittiin lisäämään opinnäytetyön toimivuutta, koska työohjeen kehittämisessä otettiin huomioon niin projektiryhmän kuin eri asiantuntijoiden mielipiteet ja lisäksi työohjetta pilotoitiin, jonka avulla tehtiin vielä tarvittavat muutokset. (ks. Heikkinen & Syrjälä 2008, 149–160.)

Luotettavuudessa huomioidaan myös opinnäytetyön analyysien toistettavuus (ks. Kananen 2014, 125). Näin ollen toinen tutkija voi niitä käyttämällä saada samat tulokset aineistosta. Esimerkiksi kirjallisuuskatsauksessa tehdyt valinnat esiteltiin ja perusteltiin. Kaikki integroivan kirjallisuuskatsauksen vaiheet kuvattiin mahdollisimman tarkasti toistettavuuden näkökulmasta. Opinnäytetyön kaikissa sykleissä, ja syklien eri vaiheissa perusteltiin, miksi kyseinen toimintamenetelmä oli valittu, kuinka toteutus oli tehty, miten aineiston analyysi oli toteutettu, ja miten tulokset oli muodostettu. Tuloksia ei vääristelty. Jokaisen syklin viimeisenä vaiheena oli johtopäätökset, jossa opinnäytetyöntekijä reflektoi syklin tuloksia.

Dialektisuus tarkoittaa totuuden rakentumista väitteiden ja vastaväitteiden tuloksena, niin että tuloksena on synteesi. Opinnäytetyö sisälsi useita näkökulmia ja raportoinnissa pyrittiin tuomaan esiin käsiteltävien asioiden kerroksellisuutta. Opinnäytetyö toteutettiin monivaiheisesti, ja moniammatillisesti lääketieteen ja hoitotyön asiantuntijoiden kanssa. Toimivuuden näkökulmasta arvioidaan sen käytännön vaikutusten kannalta. Työn toimivuutta arvioitiin, mutta lisäksi pohdittiin työn käytännöllisiä seurauksia.

Toimivuuden näkökulmasta arvioidaan opinnäytetyön käytännön merkitystä. Opinnäytetyön toimivuutta arvioidaan, mutta lisäksi pohditaan sen käytännöllisiä seurauksia. Esimerkiksi opinnäytetyössä työohjeen pilotointi toi esille, että ennen kuin se voidaan pilotoida, se edellyttää vielä jatkokehittelyä. On tärkeää eettisesti tuoda esille mahdolliset epäonnistumiset tai heikkoukset, koska niitä refleктоimalla voidaan syventää toimivuutta. (ks. Heikkinen & Syrjälä 2008, 149–160.)

Opinnäytetyön kirjallisuus pyrittiin pitämään mahdollisimman uutena. Kuitenkin osa käytetystä kirjallisuudesta on vanhempaa kuin 10 vuotta. Opinnäytetyöntekijän arvion mukaan vanhemman kirjallisuuden tieto oli laadultaan hyvää, ja siksi ne on valittu mukaan opinnäytetyöhön. Aineiston merkitys ei ollut opinnäytetyön tekijän arvion mukaan muuttunut oleellisesti, joten siksi 10 vuotta vanhempi kirjallisuus oli perusteltua valita mukaan.

6.2 Eettisyys

Sana ”etiikka” on peräisin kreikan sanasta ”ethos” ja moraali tulee latinan sanoista ”mos, moyses”. Molempien sanojen merkitys tarkoittaa tapaa, tapoja koskevaa, henkeä, traditiota. Etiikassa ja moraalissa on siis kyse ihmisten ja sosiaalisten yhteisöjen toiminnasta ja säännöistä, joita toiminta noudattaa, ja hengestä, jossa toimitaan. Eettiset tai moraaliset arvot koskevat sitä, mikä on hyvää, ja mikä on paha, mikä on oikein ja mikä on väärin. Näiden arvojen perusteella yhteisöt ja ihmiset luovat käsitykset siitä mihin pitäisi pyrkiä ja mitä tulee välttää, eli luodaan eettisiä ja moraalisia periaatteita. (Sarvimäki 2000, 12–13.) Tutkijan ammattietiikka tarkoittaa eettisiä arvoja, periaatteita ja sääntöjä, joita tutkijan on noudatettava tutkijana (Pietarinen 1998, 6). Eettinen pohdinta kulki koko opinnäytetyöprosessin ajan, koska eettisiä valintoja pohdittiin työn toteuttamisesta ja tutkimustuloksia muodostaessa (ks. Tuomi & Sarajärvi 2018, 125)

Opinnäytetyön aiheen valinta on opinnäytetyön tekijän eettinen valinta. Tutkijalta odotetaan uuden ja tutkittavan alan edistävän informaation tuottamista (Pietarinen 1998, 7). Opinnäytetyön

aihe oli ajankohtainen. Väestön ikääntyessä palliatiivisen hoidon tarve lisääntyy ja terveydenhuollossamme palliatiivinen hoito tulee integroida jo varhain sairauden hoitoon. Sen vuoksi oli tärkeää tutkia esimerkiksi, miten palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamista voidaan edistää sosiaali- ja terveydenhuollossa. Opinnäytetyön aihe oli opinnäytetyön tekijälle henkilökohtaisesti hyvin kiinnostava ja opiskeltavaan tematiikkaan sopiva. Lisäksi opinnäytetyön aihevalinta oli merkityksellinen Kainuun sotelle, koska organisaatio saa uutta tietoa parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisesta.

Tieteellisen tekstin etiikkaan kuuluu, että tiedon on oltava objektiivista. Eettisyys voi näkyä myös siinä, mitä valintoja kirjoittaja tekee tekstissään. Opinnäytetyön prosessia ohjaa tekijän oma moraalinen ja etiikka, mikä on havaittavissa opinnäyteprosessin aikana tehdyissä valinnoissa. Osaan opinnäytetyöhön liittyviin valintoihin vaikutti ympäristötekijät, kuten ajalliset haasteet sekä työhön ja perhesuhteisiin liittyvät tilanteet, mutta nämä seikat on hyvä tiedostaa prosessin alussa. Tutkimustuloksista viestitään avoimesti ja vastuullisesti sekä tarvittavat tutkimusluvut hankittiin ohjeen mukaisesti. Tutkimuslupa anottiin Kainuun sotelta toteuttaa opinnäytetyö tutkimus- ja kehittämissuunnitelman mukaisesti. Tutkimusluvassa esiteltiin työn tavoitteen ja tarkoituksen lisäksi opinnäytetyöhön liittyvät tiedonkeruumenetelmät, ja niihin liittyvät eettiset näkökulmat.

Eettisesti luotettavaa tutkimus on silloin, kun tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti (Kalkas 2000, 105). Tutkimuksessa tulee noudattaa tiedeyhteisön hyväksytyjä toimintatapoja eli rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä. Tutkimuksessa tulee toteuttaa avoimuutta koko prosessin ajan. Tutkija ei saa ottaa kunniaa muiden tutkijoiden tekemästä työstä ja muiden tekemiin tutkimuksiin tulee viitata oikeanmukaisesti. Tutkimus on tärkeä suunnitella ja toteuttaa huolellisesti. Tutkimuksen aikana muodostuneet tietoaineistot tulee säilyttää turvallisesti vaaditulla tavalla. (Hyvä tieteellinen käytäntö n.d.)

Kun toiminta, teoreettinen tieto, tilannetieto ja henkilökohtainen tieto nivoutuvat yhteen ja osoittavat samaa, voidaan puhua moraalista eheydestä (Sarvimäki 2000, 34). Opinnäytetyön aikana projekti- ja ohjausryhmään kuuluville informoitiin avoimesti opinnäytetyön etenemisestä ja sisällöstä. Projektiryhmään osallistuville kerrottiin, että heidän osallistumisensa on vapaaehtoista ja, että nimensä kerrotaan opinnäytetyössä ja projektiryhmän toimintaa kuvataan asianmukaisesti. Heillä oli myös mahdollisuus keskeyttää osallistumisensa projektiryhmän toimintaan koko opinnäytetyönprosessin aikana. Kukaan projektiryhmäläisistä ei kuitenkaan keskeyttänyt osallistumistaan, ja tämä lisäsi ryhmän työskentelyn luotettavuutta. Salassa pidettäviä tietoja, kuten eläytymismenetelmällä vastaajien henkilötietoja, ei tässä opinnäytetyössä käsitellä. Lisäksi

opinnäytetyössä eettisyys tulee esiin tietojen käsittelyn luottamuksellisuutena ja anonymiteetina, kuten eläytymismenetelmien vastaajien ja työohjeen pilotoijien osalta. Pilotointiin osallistuneet saivat tiedon, että he pysyvät anonymineina eikä heistä kerätty henkilö- tai tunnistetietoja.

Vaatii myös eettistä pohdintaa, kun raportoidaan tutkimuksen etenemisestä tai kun lainataan tai hyödynnetään aiempia tutkimuksia. Opinnäytetyössä lähdemerkinnät merkittiin huolellisesti, ja totuudenmukaisesti. Raportoinnissa kiinnitettiin huomiota siihen, että lukijan on helppo lukea, mikä on lainattua tekstiä ja mikä opinnäytetyön tekijän omaa. Näin varmistettiin, ettei oteta kunnia muiden tekemistä tutkimuksista. (ks. Hyvä tieteellinen käytäntö n.d.)

Opinnäytetyöprosessin aikana opinnäytetyöntekijä pohti erilaisia asioita eettisyyteen liittyen, kuten työohjeen pilotointiin liittyvissä lupa-asioissa, jotta asiat tehtiin oikein. Opinnäytetyöprosessin aikana opinnäytetyön aikana on toiminut rehellisesti ja opinnäytetyöprosessin sääntöjä noudattaen (liite 5). (ks. Hyvä tieteellinen käytäntö n.d.) Opinnäytetyön tutkimusaineisto säilytettiin opinnäytetyön tekijän toimesta, ja opinnäytetyön tekijä huolehti, ettei muilla ole pääsyä tutkimusaineistoon. Opinnäytetyön teon jälkeen kaikki tutkimusaineisto tuhottiin, esimerkiksi paperiset palautteet työohjeen arvioinnista poltettiin. Kaikki valinnat opinnäytetyön aikana perusteltiin, ja toimintaan saatiin lähijohtajien tuki. Näin eettinen omatunto ja moraalinen eheys säilyi. (ks. Atjonen 2007, 15–16; Sarvimäki 2000, 34.)

Palliativinen hoito toteutuu ihmiselämän peruskysymysten äärellä. Eettisten kysymysten pohtiminen auttaa päätöksenteossa, mutta lisäksi syventää käsitystä oman työn merkityksestä. Terveydenhuollon ammattilaisten etiikan peruseriaatteita ovat elämän kunnioittaminen, potilaan ihmisarvo, potilaan itsemääräämisoikeus, hoitamisen periaate, oikeudenmukaisuus ja hyötyjen maksimointi sekä haittojen minimointi. (Saarni 2015, 602–605.) Potilaan on aina oltava päätöksentekoprosessin keskiössä (Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations 2014, 15).

Ennen päätöksentekoprosessin kuvaamista on tärkeää, että määritellä eri ammattilaiset osana päätöksentekoa ja heidän roolinsa tuossa prosessissa. Päätöksentekoprosessin analyysi osoittaa, että potilaan ja lääkärin lisäksi on muitakin osapuolia, jotka ovat päätöksentekoprosessissa eriasteisesti, kuten potilaan läheiset ja kaikki hoitotiimin toimijat. Päätöksentekoprosessin olisi itsessään oltava aiheena terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksessa. Elämän loppuvaiheeseen liittyvien erityiskysymysten lisäksi kysymysten lisäksi tarvitaan osaamisen kehittymistä yksilöllisten ajatteluprosessien rakentamisesta. Näin ollen jokainen terveydenhuollon ammattilainen pys-

tyy käsittelemään monimutkaisia tilanteita, joihin liittyy yhä useammin monia eettisiä kysymyksiä. (Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations 2014, 15,29.)

Teoriaperustasta huolimatta etiikka on kokoelma työvälineitä vaikeiden päätösten tekemiseen. Etiikan ytimessä on terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan kohtaaminen, jossa muodostuu hoitavan henkilön vastuu toisesta ihmisestä. Etiikka ei poista eettisiä ongelmia, mutta se auttaa ratkaisemaan niitä. (Saarni 2015, 605; Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations 2014, 24.)

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Kainuun soten parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen prosessia moniammatillisen yhteistyön avulla. Sosiaali- ja terveydenalan eettisissä suosituksissa (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011, 5) mainitaan, että hoidon ja palvelun keskeisenä tavoitteena on hyvän tekeminen. Opinnäytetyön tavoite ohjasi opinnäytetyön toimintaa. Siinä huomioitiin palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen toiminta, joiden avulla palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamista pyritään edelleen kehittämään. Tämä vaatii vastuullisia päätöksentekoa, yhteisten periaatteiden ja eettisten arvojen noudattamista, joilla pyritään edistämään potilaiden terveyttä ja hyvinvointia (Kalkas 2000, 115; Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011, 7).

6.3 Jatkokehittämisaiheet

Opinnäytetyön toteuttaminen työelämälähtöisesti oli opettavainen kokemus. Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen kehittämisen aihe nousi työyhteisön tarpeista. Opinnäytetyön edessä kehittämisen aiheeksi muodostui ”Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen” -työohjeen kehittäminen Kainuun soten yhtenäisen käytännön kehittämiseksi.

Ensimmäisen syklin *tarkoitus* oli kartoittaa palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen nykytila Kainuun sotessa. Tutkimuskysymys oli, miten tällä hetkellä Kainuun sotessa palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistaminen toteutuu. Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen nykytilan kartoitus toteutettiin eläytymismenetelmän avulla. Aineiston analyysin tuloksena muodostui kuusi luokkaa, jotka olivat potilaan kokemukset hoidosta ja jatkohoidon järjestämisestä terveydenhuollossa, terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutus asiakaslähtöisessä hoidon tarpeen arvioinnissa, potilaan hoitosuunnitelma, potilaan oirehoito, potilaan hoidon rajaukset ja

potilaan jatkohoidon suunnitteleminen ja toteuttaminen. Jokaisen luokan sisällöt koostuivat tärkeistä asioista, joiden avulla voitiin kehittää palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamista.

Toisen syklin *tarkoitus* oli kartoittaa aikaisempaan tutkittuun tietoon perustuva palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen sisältö terveydenhuollossa. Tutkimuskysymys oli, mitä palliatiivisen hoidon potilaan tarpeen tunnistaminen sisältää aikaisempien tutkimusten perusteella. Tuloksiksi muodostuivat yläluokat palliatiivisen potilaan hoidon tunnistamista edistävät tekijät ja palliatiivisen hoidon tunnistamisen yhteistyö ja koulutus. Molempien luokkien sisällöt koostuivat tärkeistä asioista, joiden avulla Kainuun sotessa voidaan edistää palliatiivisen potilaan hoidon tunnistamisprosessin kehittymistä.

Kolmannen syklin *tarkoitus* oli kuvata palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen kokonaissuunnitelma. Tutkimustehtävä oli, minkälainen on palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen työohjeen kokonaissuunnitelma. Syklissä kehitettiin palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen työohje Kainuun soten henkilöstön käytettäväksi, jonka taustalla oli moniammatillinen yhteistyö, ja johon osallistui lääketieteen ja hoitotyön henkilökuntaa. Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen – työohjetta pilotoitiin erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Pilotoinnin tarkoituksena oli selvittää, miten työohjeen avulla voidaan edistää parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamista. Pilotoinnin tulosten perusteella pilotoijat kokivat työohjeen tarpeelliseksi, sillä se mahdollisti parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen ja vastauksissa tuotiin esille, että palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen edistää potilaan hoitosuunnitelman laatimista.

Neljännän syklin *tarkoitus* oli kuvata Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen – työohjeen implementointisuunnitelma. Toimintaa ohjasi tutkimustehtävä, minkälainen on Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen – työohjeen implementointisuunnitelma. Implementointisuunnitelma laadittiin Hotuksen yhteinäisten käytäntöjen toimintamallin (YHKÄ-malli) mukaisesti. Implementointisuunnitelma niin, että se ohjaa työohjeen implementointia, mutta suunnitelmassa tuotiin esille myös arvioinnin tärkeys, koska arvioinnin avulla havaitaan mahdollisia uusia kehittämistarpeita.

Opinnäytetyön jatkokehittämisaiheiksi muodostuivat seuraavat:

1. Miten parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen toteutuminen on kehittynyt, kun palliatiivisen hoidon tarpeen arvioinnissa on käytettyä työohjetta?

2. Moniammatillisen yhteistyön vahvistaminen ja kehittäminen potilaan palliatiivisessa hoidossa.
3. Ennakoivan hoitosuunnitelman laatiminen ja potilaan hoidon jatkuvuus, kun palliatiivisen hoidon tarve on tunnistettu.
4. Miten työohje ja sen käyttö ovat kehittyneet parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisessa ja palliatiivisen hoidon järjestämisessä.

6.4 Kliinisen asiantuntijuuden osaamisen kehittyminen

Tutkinnon ja muun osaamisen kansallinen viitekehys National Qualifications Framework (NQF) määrittelee ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon viitekehysten tasolle seitsemän. Tason seitsemän osaamisvaatimukseen kuuluu, että ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittanut hallitsee oman alansa laaja-alaiset ja pitkälle erikoistuneet tiedot ja menetelmät ja erityisosaamista vastaavat käsitteet, joita tarvitaan itsenäisen ajattelun ja tutkimuksen perustana. Lisäksi osaamisvaatimuksena on, että tutkinnon suorittaneen tulee osata tarkastella uutta tietoa kriittisesti, pystyä ratkaisemaan vaativia ongelmia tutkimus- ja innovaatiotoiminnassa, olla valmiutta jatkuvaan oppimiseen, olla kykyä itsenäiseen työskentelyyn alan vaativissa asiantuntijatehtävissä ja olla kykyä johtaa asioita tai ihmisiä ja vastata heidän kehittymisestään. (Auvinen ym. 2010, 4–5.)

Asiantuntijuuden kehittyminen on pitkä ja monimutkainen prosessi, johon vaikuttavat yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet, toimintatavat, kyvyt, osaaminen ja motivaatio (Hotulainen 2010, 1; Tarkkonen 2012, 153). Motivaatio on avainasemassa ammatilliselle kehitymiselle ja etenemiselle alalla. Kehittyminen edellyttää myös työyhteisön, lähijohdon ja organisaation tukea. (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön 2009, 45; Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 2022, 27; Tarkkonen 2012, 160.)

Kliinisen asiantuntijan alakohtaisessa ydinkompetenssissa painottuu kliinisen hoitotyön asiantuntijuus, systemaattinen työskentely ja hoitotyön kehittäminen. Sairaanhoitajan tehtäväkuva on itsenäinen, ja siihen kuuluu asiakkaan/potilaan terveydentilan kokonaisarviointi ja hoitaminen. Laajavastuinen tehtäväkuva edellyttää vaativan tason kliinistä arviointiosaamista, mutta sen lisäksi myös kykyä tehdä itsenäisiä päätöksiä näyttöön perustuen. Asiakkaan/potilaan tulee saada

paras mahdollinen hoito, ja samalla tulee huomioida asiakkaan/potilaan läheiset. Lisäksi tehtävänkuvaa edellyttää terveyden edistämistä ja konsultointiosaamista. Vaikka tehtävänkuvaa on itsenäisen, niin laajavastuinen asiantuntijasairaanhoitaja toimii aina osana moniammatillista työryhmää. (Sulosaari ym. 2020, 5.)

Asiantuntijuuden johtamisen kompetenssivaatimukseen kuuluu, että kliininen asiantuntija osaa kehittää organisaatiossa toimintatapoja, jotka tukevat asiakaslähtöistä ja turvallista palvelua, moniammatillista yhteistoimintaa ja henkilöstön työhyvinvointia sekä osaamisen kehittymistä (Kamk n.d). Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Kainuun soten parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen prosessia moniammatillisen yhteistyön avulla. Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen kehittäminen on pitkäkeskoista toimintaa, jonka onnistuminen vaatii henkilöstön osaamista palliatiivisesta hoidosta (Saarto ym. 2022, 18).

Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksena, johon organisaation lääketieteen ja hoitotyön henkilöstö osallistui aktiivisesti muun muassa tuottamalla aineistoa. Opinnäytetyön tekijä sai käytännön kokemusta sykleittäin etenevän kehittämistyön toteuttamisesta sekä ajan käytön suunnittelusta ja hallinnasta, jotta se toteutuu aikataulun mukaisesti. Opinnäytetyön tuotoksena kehittyi ”Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen” -työohje, jonka avulla kehitetään palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamista, mutta myös terveydenhuollon ammattilaisten osaamista ja potilaiden hoidon laatua kehittämällä palliatiiviseen hoitoon liittyviä toimintatapoja.

Tutkimuksen ja palveluiden kehittämisen kompetenssivaatimukset edellyttävät, että kliinisen asiantuntijan tulee toimia näyttöön perustuvien toimintatapojen mukaisesti ja toteuttaa asiakaslähtöisen hoidon ja palveluiden laatua edistävää tutkimusta ja toimintaa (Kamk n.d). Opinnäytetyssä kartoitettiin Kainuun soten terveydenhuollon ammattilaisten palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen nykytila ja sen jälkeen kehitettiin menetelmiä palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamiseksi. Opinnäytetyön toteutuksessa hyödynnettiin monipuolisesti kansallista ja kansainvälistä tutkimusnäyttöä, jonka etsiminen ja hyödyntäminen kehitti opinnäytetyön tekijän tiedonhaku- ja kriittistä arviointikykyä. Opinnäytetyöprosessissa hyödynnettiin monipuolisesti tiedonhankinta-menetelmiä. Tiedonkeruu ja tutkimusten lukutaito kehittyivät opinnäytetyöprosessin aikana, ja siten opinnäytetyön tekijän osaaminen kehittyi.

Potilasohjauksen ja henkilöstön osaamisen kehittämisen kompetenssivaatimukseen kuuluu, että kliininen asiantuntija osaa suunnitella, edistää, tukea, toteuttaa ja arvioida henkilöstön osaamisen kehittymistä sekä motivoida henkilöstöä elinikäiseen oppimiseen (Kamk n.d). Aihe opinnäytetyölle muodostui hoitohenkilöstön kehittämisajatuksista. Yhteistyössä terveydenhuollon ammattilaisten ja lähijohdon kanssa laadittiin työohje parantumattomasti sairaan potilaan palliativisen hoidon tarpeen tunnistamiseksi. Opinnäytetyöprosessin aikana pilotoitiin kehitettyä työohjetta. Pilotointi osoitti, että palliativisen hoidon tarpeen tunnistamisen työohjeelle on tarvetta ja, että se lisää osaamista palliativisesta hoidosta. Neljännessä syklissä laadittiin työohjeen implementointisuunnitelma, jotta työohjeen käyttöönotto vakiintuu organisaation käyttöön. Opinnäytetyön tekijän työyhteisön, lähijohdon ja eri terveydenhuollon ammattilaisten ohjaamiseen liittyvä osaaminen kehittyi prosessin aikana.

Kliinisen hoitotyön asiantuntijuus muodostuu koulutuksesta, osaamisesta ja kokemuksesta (Sulo-saari ym. 2020, 5–7; Kamk n.d). Asiantuntijuuteen kehittyminen etenee yksilölliseen tahtiin ja vaatii kehittymistä ja kasvamista. (Hotulainen 2010, 3–4.) Opinnäytetyön tekijänä voin todeta, että asiantuntijuus on kehittynyt opintojen ja opinnäyteprosessin myötä. Johtamisen näkökulmasta katsottuna Lean - ajattelu on organisaation työtä ohjaava periaate tai ajattelutapa ja toimintatutkimus on tutkimustyössä käytettävä lähestymistapa. Näille molemmille kuitenkin yhteistä on käytännön työelämän ja toiminnan kehittäminen (Modig & Åhlström 2013, 123–124, 127; Heikkinen 2008, 16, 27). Kainuun sote määrittelee, että hyvän palvelun sote edellyttää toimivia hoito- ja palveluketjuja, mikä edellyttää sitä, että hoito- ja palveluprosesseja sekä -ketjuja johdetaan kokonaisesti yli tulosaluerajojen asiakkaalle arvoa tuoden. (Talousarvio 2021 ja taloussuunnitelma 2022–2024 2020, 19.)

Lean tuo esille tasalaatuisuutta, työntekijöiden asiantuntijuutta ja vastuullisuutta sekä tiimien moniosaamista organisaation jokaisella tasolla ja työn mielekkyyttä (Kortejärvi 2018, 16). Palliativisen hoidon lisääntyvä tarve on yksi terveydenhuollon haasteista, ja palliativinen hoito tulee integroida jo varhaisessa vaiheessa osaksi sairauden hoitoa. Näin voimme edistää potilaille koituvaa arvoa ja vähentää prosesseissa olevaa hukkaa – aivan Lean – ajattelun mukaisesti. (ks. Andersen, Rovik & Ingebrigtsen 2014; DeSouza 2009.)

6.5 Lähteet

Andersen, H., Rovik, K. A. & Ingebrigtsen, T. (2014). Lean thinking in hospitals: is there a cure for the absence of evidence? A systematic review of reviews. *BMJ Open* 4(1), e003873-2013-003873.

Viitattu: 28.5.2022. <https://bmjopen.bmj.com/content/4/1/e003873>

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026. (2022). Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2. Helsinki. Viitattu: 28.5.2022.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8464-6>

Atjonen, P. (2007). Hyvä, paha arviointi. Viitattu: 1.5.2022. <https://wiki.uef.fi/pages/viewpage.action?pageId=33656978>

<https://wiki.uef.fi/pages/viewpage.action?pageId=33656978>

Auvinen, P., Heikkilä, J., Ilola, H., Kallioinen, O., Luopajarvi, T., Raij, K. & Roslöf, J. (2010). Suositus tutkintojen kansallisen viitekehysten (NQF) ja tutkintojen yhteisten kompetenssien soveltamisesta ammattikorkeakouluissa. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto. Viitattu: 28.5.2022.

http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene_nqf.pdf

DeSouza, L. B. (2009). Trends and approaches in lean healthcare. *Leadership in Health Services* 22(2), 121–139. Viitattu: 28.5.2022. DOI: 10.1108/17511870910953788/

Eskola, J. (1997). Eläytymismenetelmä tiedonhankintamenetelmänä. Teoksessa J. Eskola (toim.) Eläytymismenetelmäopas. Tampere: Tampereen yliopiston julkaisuja, 5–40.

Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations.

(2014). Euroopan neuvosto. Viitattu: 28.5.2022. <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168039e8c5>

<https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168039e8c5>

Heikkinen, H. (2008). Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 16–38.

Heikkinen, H. & Syrjälä, L. (2008). Tutkimuksen arviointi. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio, L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 144–162.

Hotulainen, R. (2010). Asiantuntijuuden ja huippusuoritusten kehittymisestä. Opetushallitus. Viitattu: 28.5.2022. https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/181774_sivu_6a_asiantuntijuuden_ja_huippusuoritusten_kehittamisesta_1.pdf

Hyvä tieteellinen käytäntö. (N.d). Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 1.5.2022. <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>

Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. (2009). Sosiaali- ja terveysministeriö. Toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 18. Viitattu: 28.5.2022. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74335/URN:NBN:fi-fe201504226780.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kalkas, H. (2000). Hoitotyön ammattietiikka. Teoksessa H. Kalkas & A. Sarvimäki. Hoitotyön etiikan perusteet. Helsinki: WSOY, 108–133.

Kalkas, H. (2000). Hoitotyön etiikan perustekijät. Teoksessa H. Kalkas & A. Sarvimäki. Hoitotyön etiikan perusteet. Helsinki: WSOY, 97–107.

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

Kamk. (Nd). Kliininen asiantuntija ylempi (AMK) koulutuksen kompetenssit. Viitattu: 28.5.2022. www.kamk.fi/devmoodle , DevMoodle.

Kortejärvi, P. (2018.) Lean Safety –työkirja. Työturvallisuuskeskus, teknologia-alojen työalatoimikunta. Viitattu: 28.5.2022. https://ttk.fi/files/6395/Lean_Safety_Tyokirja_201804.pdf

Modig N. & Åhlström P. (2013). Tätä on lean. Ratkaisu tehokkuusparadoksiin. Tukholma: Rheologica publishing

Pietarinen, J. (1998). Tutkijan ammattietiikan perusta. Teoksessa S. Lötjönen (toim.) Tutkijan ammattietiikka. Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 6–12. Viitattu: 9.5.2022. <https://docplayer.fi/5449177-Tutkijan-ammattietiikka.html>

Saarni, S. (2015). Lääketieteellinen etiikka – periaatteita ja työkaluja. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 602–605.

Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junttila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammer, T. & Forsius, T. (2022). Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Viitattu: 28.5.2022. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144065/OHJ2022_004_08042022.pdf?sequence=4&isAllowed=y

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

Sarvimäki, A. (2000). Johdanto etiikkaan. Teoksessa H. Kalkas & A. Sarvimäki. Hoitotyön etiikan perusteet. Helsinki: WSOY, 12–36.

Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. (2011). Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. ETENE-julkaisuja 32. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu: 1.5.2022. <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf.pdf>

Sulosaari, V., Hopia, H., Elomaa-Krapu, M. & Koivunen, K. (2020). Ydinkompetenssit kliinisen asiantuntijan (ylempi AMK) koulutuksessa. Viitattu: 28.5.2022. https://www.researchgate.net/publication/343385771_Ydinkompetenssit_kliinisen_asiantuntijan_ylempi_AMK_koulutuksessa

Talousarvio 2021 ja taloussuunnitelma 2022–2024. (2020). Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Kajaani. Viitattu: 28.5.2022. <https://sote.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2021-10/Talousarvio%202021%20ja%20taloussuunnitelma%202022-2024.pdf.pdf>

Tarkkonen, J. (2012). Työhyvinvointi johtamistehtävänä: periaatteet, rakenteet ja käytännöt. Helsinki: UNIpress.

Suomen lait, jotka koskevat palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa

- Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 582/2017 (A 582/2017). Asetuksessa säädetään erikoissairaanhoidon työnjaosta ja niiden tutkimusten, toimienpiteiden ja hoitojen keskittämisestä, jotka vaativina tai harvoin esiintyvinä edellyttävät toistettavuutta tai monialaisesti erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja ylläpitämiseksi, tai jotka edellyttävät merkittäviä voimavaroja laitteistoihin ja välineisiin terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi. Sen lisäksi, on viiden yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiirin huolehdittava seuraavista erikoissairaanhoidontehtävistä, niiden suunnittelusta ja yhteen sovittamisesta alueellisesti, johon kuuluu vaativa palliatiivinen ja saattohoito.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 (L 1301/2014) edistää ja ylläpitää hyvinvointia sekä osallisuutta ja sosiaalista turvallisuutta, vähentää eriarvoisuutta, turvata yhdenvertaiset ja tarpeenmukaiset sosiaalipalvelut ja edistää asiakaskeskeisyyttä sekä asiakkaan oikeutta hyvään palveluun sosiaalihuollossa.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010 (L 1326/2010). Lain mukaan hoitoa antavassa yksikössä tulee olla riittävä asiantuntemus ja kokemus sekä osaaminen, jolla turvataan hoidon korkea taso, laatu ja potilasturvallisuus. Hoitoa järjestävien yksiköiden tulee toimia yhteistyössä muiden terveydenhuollon yksiköiden henkilöstön kanssa palveluiden laadun ja yhdenvertaisen saatavuuden turvaamiseksi.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 (L 559/1994). Lain tarkoitus on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua varmistamalla, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammatin edellyttämät muut valmiudet toiminnalle.
- Suomen perustuslaki 731/1999 (L 731/1999). Tämän lain mukaan kaikilla on yhdenvertaisuus, oikeus elämään ja koskemattomuuteen sekä henkilökohtaiseen vapauteen, yksityiselämän suoja, uskonnon ja omantunnon vapaus, oikeus sosiaaliturvaan ja oikeus omaan kieleen ja kulttuuriin.
- Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 785/1992 (L 785/1992) määrittelee potilaan oikeudet. Nämä oikeudet ovat oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja kohteluun, pääsy hoitoon, oikeus hoitoa koskevaan suunnitelmaan, potilaan tiedon-saantioikeus ja potilaan itsemääräämisoikeus.

SAATEKIRJE

X.XX.XXXX

Arvoisa vastaaja,

Olen Heidi Keronen sh (AMK) ja Kajaanin ammattikorkeakoulun YAMK opiskelija Palliatiivisen hoidon kliininen asiantuntija -koulutusohjelmasta. Opinnäytetyön aihe on parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen prosessia Kainuun sotessa.

Aineisto kerätään eläytymismenetelmän avulla. Eläytymismenetelmässä tarinan kirjoittaja jatkaa tarinan kuvausta siitä, mitä taustaksi on kuvattu. Tarinassa voi käyttää mielikuvitusta, ja siksi tarinan ei tarvitse perustua aitoihin potilaan kohtaamis-/hoitotilanteisiin.

Toivon, että haluat osallistua opinnäytetyön aineiston tuottamiseen. Aineisto kerätään vain tätä opinnäytetyötä varten, ja sen valmistuttua keväällä 2022 aineisto tuhotaan. Opinnäytetyössä ei tule esille vastaajien nimiä. Tarinan yhteydessä on ohjeet tarinan kirjoittamiseksi. Älä kirjoita tarinaan nimiä. Osallistuminen on vapaaehtoista, mutta olen kiitollinen kaikista tarinoista.

Yhteistyöstä kiittäen

Heidi Keronen, sairaanhoitaja (AMK)

Ylempi (AMK) - opiskelija
Kajaanin ammattikorkeakoulu
sähköposti

Kehyskertomukset

1. Liisa on 57-vuotias, ja hän sairastaa parantumatonta sairautta. Hän on saanut erilaisia lääkkeitä, joiden vuoksi hän on usein todella väsynyt ja hänen toimintakykynsä on heikentynyt. Liisa tarvitsee päivittäisiin toimintoihin läheistensä apua. Liisa kertoo hoitajalle olevansa väsynyt. Hänellä on erilaisia oireita ja päivät kuluvat sisällä, kun ei ole voimia kodin ulkopuolisiin käynteihin. Hoitaja järjestää Liisalle hoitavan lääkärin vastaanottoajan. Nyt Liisa kävi lääkärin vastaanotolla, ja tuli takaisin helpottuneena. ”Sinne minä menen kyllä uudestaan”. Mitä vastaanotolla tapahtui? Mitä sellaisia asioita vastaanotolla tapahtui tai oli, jotka saivat Liisan tyytyväiseksi? Kuvittele, mitä vastaanotolla tapahtui, ja kirjoita siitä tarina.

2. Liisa on 57-vuotias, ja hän sairastaa parantumatonta sairautta. Hän on saanut erilaisia lääkkeitä, joiden vuoksi hän on usein todella väsynyt ja hänen toimintakykynsä on heikentynyt. Liisa tarvitsee päivittäisiin toimintoihin läheistensä apua. Liisa kertoo hoitajalle olevansa väsynyt. Hänellä on erilaisia oireita ja päivät kuluvat sisällä, kun ei ole voimia kodin ulkopuolisiin käynteihin. Hoitaja järjestää Liisalle hoitavan lääkärin vastaanottoajan. Nyt Liisa kävi lääkärin vastaanotolla, ja hän tuli takaisin tuhtuneena. ”Sinne minä en mene enää ikinä!” Mitä vastaanotolla tapahtui? Mitä sellaisia asioita vastaanotolla tapahtui tai oli, jotka saivat Liisan tuhtumaan? Kuvittele, mitä vastaanotolla tapahtui, ja kirjoita siitä tarina.

TAULUKKO 4. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Tutkimuksen tekijät, vuosiluku, maa, julkaisun nimi	Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus	Tutkimuksen aineisto, tutkimusmenetelmä ja tutkimuskohde	Keskeiset tulokset	Laadun arviointi (JBI) ja näytön aste (A-D)
<p>Piili, R. 2019. End-of-Life Decision-Making in Cancer Patients: Attitudes, ethics and background factors among Finnish physicians and medical students.</p> <p>Suomi, väitöskirja</p>	<p>Tavoitteena oli tutkia lääkäreiden ja lääketieteen opiskelijoiden elämän loppuvaiheen päätöksentekoa ja suhtautumista syöpäpotilaiden elämän loppuvaiheen hoitoon.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli I tutkia, onko palliatiivisen hoidon lääketieteellinen erikoisala tai erityispätevyys lääketieteen erikoisosaaminen vaikutusta saattohoitopäätöksentekoon, II arvioida onko asenteet ja arvot eri näkökohtia kohtaan, jotka koskevat elämän loppuvaiheen hoitoon tai kuoleman nopeuttamiseen ovat muuttuneet viimeisten 16 vuoden aikana, III tutkia, onko päätöksenteossa tapahtunut muutoksia saattohoitoon liittyvässä päätöksenteossa vuosien 1999 ja 2015 välillä, IV arvioida, ovatko asenteet ja arvot elämän loppuvaiheen hoidossa eroavat lääketieteen opiskelijoiden ja kokeneiden yleislääkärin ja kokeneiden lääkäreiden välillä ja V tutkia eroja lääketieteen opiskelijoiden ja kokeneiden yleislääkäreiden välillä elämän loppuvaiheen hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja tekijöissä.</p>	<p>Poikkileikkaustutkimus</p> <p>kyselytutkimus</p> <p>n= 1 327, n=639</p> <p>Lääkärit ja valmistuvat lääketieteen opiskelijat</p>	<p>Päätöksentekoon vaikutti merkittävästi lääkärin palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys ja vastaajan kliininen kokemus.</p> <p>Valmistuvat lääketieteen opiskelijat olivat halluuttomampia lopettamaan ja olemaan aloittamatta hyödyttömiksi ajateltuja hoitoja elämän loppuvaiheessa.</p>	<p>JBI 6/8</p> <p>Näytön aste b</p>
<p>Silvoniemi, M. 2018. Physicians' views on palliative care and assessment of symptoms of non-small cell lung cancer patients.</p> <p>Suomi, väitöskirja</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena kartoittaa lääkäreiden näkemyksiä palliatiivisesta hoidosta ja eutanasiasta. Lisäksi tutkia ei-pienisoluisia keuhkosyöpää sairastavien potilaiden oireita ja elämänlaatua solunsalpaajahoidon aikana.</p> <p>tutkimuksen tavoitteena oli I arvioida palliatiiviseen hoitoon JA eutanasiaan ja liittyviä näkemyksiä ja pelkoja, II arvioida syöpäpotilaiden hoitoon liittyviä taitoja ja kartoittaa mahdollista koulutusta palliatiivisen hoidon koulutustarpeita ja III arvioida pitkälle edenneen NSCLC-potilaan oireita ja elämänlaatua ennen, aikana,</p>	<p>Poikkileikkaustutkimus</p> <p>I ja II Kyselytutkimus n=2184 n=129</p> <p>III ja IV kyselytutkimus n=154</p> <p>I ja II lääkärit ja onkologiaan erikoistuvat lääkärit</p>	<p>Lääkärit kokivat epävarmuutta syöpään liittyvien oireiden hoidossa ja elämän loppuvaiheen kysymysten käsittelemisessä. Oirehoidon toteuttamiseen toivottiin lisäkoulutusta.</p> <p>Kipu, yskä, hengenahdistus, väsymys ja unettomuus olivat potilaiden merkittävimmät oireet.</p>	<p>JBI 6/8</p> <p>Näytön aste b</p>

	ja solunsalpaajahoidon jälkeen heidän omien tallenteidensa perusteella käyttäen erilaisia arviointivälineitä, ja verrata näitä tuloksia potilaiden arvioihin ja taudin vaiheeseen.	III ja IV potilaat TYKS keuhkosairauksien osastolla		
Pocock, L. V., Wye, L., French, L. R. M. & Purdy, S. 2019. Barriers to GPs identifying patients at the end-of-life and discussions about their care: a qualitative study. Englanti, alkuperäistutkimus	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia esteitä, jotka estävät yleislääkäreitä tunnistamasta ja rekisteröimästä potilaita palliatiivisen hoidon rekistereihin. Tutkimuksen tavoitteena oli tunnistaa nuo esteet palliatiivisen hoidon tunnistamiselle, jotta tunnistaminen jatkossa olisi helpompaa ja potilaat kirjattaisiin palliatiivisen hoidon rekisteriin.	Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus Puolistrukturoidut haastattelut n=12 yleislääkärit eri vastaanotoista	Ei-malignien potilaiden tunnistaminen oli haastavaa. He käyttivät harvoin ennustevälineitä potilaiden tunnistamiseen. Huono viestintä vaikeutti ennusteiden laatimista.	JBI 7/10 Näytön aste c
Wang, S. S-C., Huang, C-M., Feng, R-C., Wu, Y-L. & Huang, S-J. 2019. Validation of a concise screening tool for the identification of palliative care needs among inpatients: A prospective study in hospital setting. Taiwan, alkuperäistutkimus	Tutkimuksen tarkoituksena oli validoida palliatiivisen hoidon tunnistamisen seulontatyökalu (TW-PCST) sellaisten sairaalapotilaiden seulontaan, joilla on mahdollinen palliatiivisen hoidon tarve. Tavoitteena oli tutkia osoittaako TW-PCST spesifisyyden palliatiivista hoitoa tarvitsevien sairaalapotilaiden tunnistamisessa.	Tapaussarja n=21 596 Hoitohenkilökunta täytti seulontatyökalun avulla arvioin potilaan palliatiivisen hoidon tarpeesta.	TW-PCST osoitti hyvän herkkyuden ja spesifisyyden palliatiivista hoitoa tarvitsevien sairaalapotilaiden tunnistamisessa.	JBI 7/10 Näytön aste b
Flaherty, C., Fox, K., McDonah, D. & Murphy, J. 2018. Palliative Care Screening Appraisal of a tool to identify patients' symptom management and advance care planning needs. Yhdysvallat, alkuperäistutkimus	Tutkimuksen tarkoituksena oli validoida PAST sairaalapotilaiden palliatiivisen hoidon tarpeen seulontaan. Tavoitteena oli selvittää auttaako PAST (Palliatiivisen arvioinnin seulontatyökalu) tunnistamaan sairaalahoidossa olevat potilaat, joilla on palliatiivisen hoidon tarpeita.	Tapaussarja Pilottitutkimus n=437 Hoitaja arvioi potilaat mahdollisten palliatiivisten tarpeiden osalta.	PASTin käyttö näyttää edistävän tunnistaa potilaat, joilla on palliatiivisia tarpeita. Tämä johtaa oireiden parempaan hoitoon.	JBI 7/10 Näytön aste b
van Baal, K., Schrader, S., Wiese, B., Geyer, S., Stiel, S., Schneider, N., Müller-Mundt, G. & Afshar, K. 2020. GPs' perspective on End-of-Life Care - an evaluation based on the German version of the General Practice End of Life Care Index. Saksa, alkuperäistutkimus	Tavoitteena oli arvioida elämän loppuvaiheen laatua yleislääkärien näkökulmasta käyttäen saksankielistä versiota yleislääkärien elämän loppuvaiheen mittarista (GP-EoLC-I)	Poikkileikkaustutkimus kyselytutkimus n=52 Yleislääkärit	Palliatiivisen hoidon tunnistamisen kehittämisen edellyttää lisäkoulutusta ja standardoitujen mittareiden käyttöä. Terveystieteiden yhteistyö ja koordinaatio sekä omaisten osallistuminen ovat osa palliatiivisen hoidon tunnistamista.	JBI 7/10 näytön aste b

<p>Flierman, I., Nugteren, I. C., van Saben, R. Buurman, B. C. & Willem, D. L. 2019. How do hospital-based nurses and physicians identify the palliative phase in their patients and what difficulties exist? A qualitative interview study.</p> <p>Alankomaat, alkuperäistutkimus</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli arvioida palliatiivisen hoidon ja elämän loppuvaiheen hoidon laatua yleislääkärin vastaanotolla hoitajan ja yleislääkärin näkökulmasta.</p> <p>Tavoitteena oli arvioida, miten hoitajat ja lääkärit määrittelevät palliatiivisen vaiheen, miten he tunnistavat palliatiivisen vaiheen ja mitä vaikeuksia he kohtaavat.</p>	<p>Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus</p> <p>Puolistrukturoidut haastattelut</p> <p>hoitajat n=10 lääkärit n=18</p> <p>Hoitajat ja lääkärit</p>	<p>Hoitajat ja lääkärit tuntevat epävarmuutta, miten määritellä palliatiivinen vaihe.</p> <p>Keskustelun aloittaminen potilaan palliatiivisen hoidon tarpeista todettiin vaikeaksi. Tunnistamisen vaikeutena ovat ei-malignien sairauksien ennakoimattomuus, keskittyminen hoitoon sekä kommunikaation ja yhteistyön vaikeudet.</p>	<p>JBI 8/10 Näytön aste c</p>
<p>Lazenby, S., Edwards, A., Samurri, R., Riley, S., Murray, M. A. & Carson-Stevens, A. 2017. End-of-life care decisions for haemodialysis patients - 'We only tend to have that discussion with them when they start deteriorating'.</p> <p>Iso-Britannia, alkuperäistutkimus</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää nefrologian alan lääkäreiden ja sairaanhoitajien kokemuksia ja käsityksiä hemodialyysipotilaiden osallistumisesta elämän loppuvaiheen päätöksiin.</p>	<p>Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus</p> <p>Puolistrukturoitu laadullinen haastattelututkimus</p> <p>hoitajat n=5, lääkärit n=10</p> <p>hoitajat ja nefrologit</p>	<p>Hoidon ennakkosuunnittelua tehdään harvoin, ja elämän loppuvaiheen hoitokeskusteluja aloitetaan harvoin ennen kuin ennen potilaan tilan heikkenemistä. Elämän loppuvaiheen käytännöt vaihtelevat.</p>	<p>JBI 8/10 Näytön aste c</p>
<p>Nouvet, E., Strachan, P. H., Kryworuchko, J., Downar, J. & You, J. J. 2016. Waiting for the body to fail: limits to end-of-life communication in Canadian hospitals.</p> <p>Kanada, alkuperäistutkimus</p>	<p>Tarkoitus oli kartoittaa esteitä ja ideoita elämän loppuvaiheen viestinnän ja päätöksenteon parantamiseksi vakavasti sairaiden potilaiden kanssa.</p> <p>Tavoitteena oli saada tietoa elämän loppuvaiheessa käytävien keskustelujen monimutkaisuudesta ja esteistä, jotka haittaavat parempien loppuvaiheen keskustelujen saavuttamista ja viestimisestä.</p>	<p>Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus</p> <p>Haastattelututkimus</p> <p>hoitajat n=12 lääkärit n=18</p> <p>Hoitajat ja lääkärit</p>	<p>Elämän loppuvaiheesta keskustelemisesta on ihanteellista, mutta keskustelut harvoin toteutuvat käytännössä. Oli tavallista, että potilaskertomukseen ei ole kirjoitettu mitään hoitotavoitteista, mikä tarkoittaa aktiivista hoitoa.</p>	<p>JBI 7/10 Näytön aste c</p>
<p>Im, J., Mak, S., Upshur, R., Steinberg, L. & Kuluski, K. 2019. "Whatever happens, happens" challenges of end-of-life communication from the perspective of older adults and family caregivers: a Qualitative study.</p> <p>Kanada, alkuperäistutkimus</p>	<p>Tarkoitus oli tarkastella haasteita, joita liittyy elämän loppuvaiheen viestinnän sisällyttämiseen sydämen vajaatoiminnan hoitoon iäkkäiden aikuisten ja omaishoitajien näkökulmasta.</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena oli saada tutkimuksen avulla tietoa lähestymistavoista, joilla elämän loppuvaiheen viestintä voidaan integroida vakavaa sairautta sairastavien ikääntyneiden aikuisten ja heidän omaishoitajiensa kanssa.</p>	<p>Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus</p> <p>Puolistrukturoidut haastattelut</p> <p>n=19</p> <p>Sydämen vajaatoimintaa sairastavat potilaat ja heidän omaishoitajansa.</p>	<p>Tunntamisen esteitä olivat osallistujien sairauksien yhteydessä: sairauteen liittyvien haasteiden vähättely, myönteisyys elämässä, epävarmuus elämän loppuvaiheessa käytävissä keskusteluissa ja haluttomuus osallistua tarpeesta huolimatta. Useimmat eivät olleet käyneet elämän loppuvaiheen keskusteluja perheenjäsentensä kanssa.</p>	<p>JBI 8/10 Näytön aste c</p>

<p>Remawi, B. N., Gadoud, A., Murphy, I. M. J. & Perston, N. 2020. Palliative care needs-assessment and measurement tools used in patients with heart failure: a systematic mixed-studies review with narrative synthesis.</p> <p>Iso-Britannia, alkuperäistutkimus</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa sopivimmat palliatiivisen hoidon tarpeiden arviointi- ja mittausvälineet sydämen vajaatoimintaa sairastaville potilaille.</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena oli määrittää sopivimmat palliatiivisen hoidon tarpeiden arviointi-/mittausvälineet käytettäväksi sydämen vajaatoiminnassa.</p>	<p>Järjestelmällinen katsaus</p> <p>systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p> <p>tutkimusten määrä n=27</p> <p>Palliatiivisen hoidon seulontatyökalut</p>	<p>6 mittaria tunnistettiin ja niitä verrattiin sisälön ja käyttöyhteyden, kehityksen, psykometrian ja kliinisten sovellusten perusteella palliatiivista hoitoa tarvitsevien potilaiden tunnistamisessa. Needs Assessment Tool: Progressive Disease - Heart Failure (NAT:PD-HF) oli sopivin palliatiivisen hoidon tarpeiden arviointityökalu käytettäväksi sydämen vajaatoimintapotilailla.</p>	<p>JBI 10/11 Näytön aste a</p>
<p>Ament, S. MC., Couwenberg, I. ME., Boyne, J. JJ., Kleijnen, J., Stoffers, H. E., van der Beuken, M. HJ., Engels, Y., Bellersen, L. & Janssen, D. JA. 2021. Tools to help healthcare professionals recognize palliative care needs in patients with advanced heart failure: a systematic review.</p> <p>Alankomaat, alkuperäistutkimus</p>	<p>Tarkoituksena oli tunnistaa mittareita, joiden avulla terveydenhuollon ammattilaiset voivat tunnistaa palliatiivisen hoidon tarpeet potilailla, joilla on pitkälle edennyt krooninen sydämen vajaatoiminta.</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena oli määrittää sopivimmat palliatiivisen hoidon tarpeiden arviointi-/mittausvälineet käytettäväksi sydämen vajaatoiminnassa.</p>	<p>Järjestelmällinen katsaus</p> <p>systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p> <p>tutkimuksien määrä n=19</p> <p>Palliatiivisen hoidon seulontatyökalut</p>	<p>Katsauksessa 7 mittaria tunnistettiin. Mittareiden tarkoitus, käyttötarkoitus ja ominaisuudet vaihtelivat. Työkalut on validoitu rajoitetusti kroonisen sydämen vajaatoiminnan ja palliatiivisen hoidon yhteydessä. Eri terveydenhuollon ammattilaiset käyttivät työkaluja eri ympäristöissä hoitoprosessin eri vaiheissa.</p>	<p>JBI 10/11 Näytön aste a</p>
<p>Ermers, D. JM., Kuip, E. JM., Veldhoven, CMM., Schers, H. J., Perry, M., Bronkhorst, E. M., Vissers, K. CP. & Engels, Y. 2021. Timely identification of patients in need of palliative care using the Double Surprise Question: A prospective study on outpatients with cancer.</p> <p>Alankomaat, alkuperäistutkimus</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia kaksoisyllätyskysymyksen ennustetarkkuutta avohoidossa olevilla syöpäpotilailla.</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia kaksoisyllätys – kysymyksen spesifisyyttä palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisessa.</p>	<p>kohorttitutkimus</p> <p>n=379</p> <p>Lääkärit arvioivat potilaan tilaa kaksois-yllätyskysymyksellä</p>	<p>Ryhmässä 1 (alkuperäinen yllätyskysymys "kyllä": yllättynyt, jos kuollut) 92,1 % (176/191) potilaista oli edelleen elossa vuoden kuluttua. Ryhmässä 2a (alkuperäinen ja ylimääräinen yllätyskysymys "ei": ei yllättynyt, jos kuollut ja ei yllättynyt, jos elossa) 60,0 % (63/105). Ryhmässä 2b (alkuperäinen yllätyskysymys "ei", ylimääräinen yllätyskysymys "kyllä": yllättynyt, jos elossa) 26,5 % (22/83) (p < 0,0001). Positiivinen ennustearvo nousi kaksinkertaista yllätyskysymystä käytettäessä; 74 % (61/83) vs. 55 % (103/188).</p>	<p>JBI 10/11 Näytön aste a</p>

Opinnäytetyön aineistonhallintasuunnitelma

1. Aineistojen yleinen kuvaus

Opinnäytetyössä käytetään 1. syklissä aineistonkeruumenetelmänä eläytymismenetelmää, jossa on kaksi erilaista kehyskertomusta, joista vastaajaa (5) pyydetään kirjoittamaan tarinan vain toiseen kehyskertomukseen. Seuraavaksi saatuja tuloksia syvennetään tekemällä järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Sen jälkeen implementoidaan palliatiivisen hoidon tunnistamisen malli Kainuun sotessa.

2. Aineiston dokumentaatio ja laatu

Tutkimusaineisto dokumentoidaan huolellisesti alkuperäisten kehyskertomusten mukaisesti 1. syklissä. Mitään henkilötietoja ei kerätä vastaajista. Aineistot raportoidaan hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Kirjallisuuskatsaus toteutetaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaisesti, ja siten että se olisi toistettavissa. Ennen kuin kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ja artikkelit hyväksytään osaksi kirjallisuuskatsauksen aineistoa, niiden laadun arvioinnissa käytettiin kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa.

3. Säilytys ja varmuuskopiointi

Kerätty aineisto kirjoitetaan puhtaaksi Word-ohjelmalla. Aineiston säilytys on omalla koneella, johon muilla ei ole pääsyä ja kone aukenee vain salasanan avulla. Alkuperäiset kertomukset säilytetään tietokonekaapissa, joka toimii lukolla. Aineistoa käsittelee vain opinnäytetyöntekijä.

4. Säilyttämiseen liittyvät eettiset ja laillisuuskytymykset

Aineisto säilytetään huolellisesti ja erikseen omalla koneella. Aineistoon liittyen ei liity arkaluontoista henkilöihin liittyviä tietoja.

5. Aineiston avaaminen ja pitkäaikaissäilytys

Aineistoa ei ole mahdollista käyttää myöhemmin, koska aineisto on tarinoiden kirjoittamisen muodossa kerätty aineisto ja siihen liittyi kehyskertomukset. Kirjallisuuskatsaus kuvataan raportoinnissa tarkasti siten, että se olisi toistettavissa. Aineisto hävitetään opinnäytetyöprosessin jälkeen: alkuperäiset tarinat silputaan ja tietokoneella oleva aineisto poistetaan.

TAULUKKO 1. Palliatiivisen potilaan hoidon tarpeen tunnistamisen alkumallinnus (mukaillen Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon käypähoitosuosituksista ja TW-PCST, PAST, NAT: PD-HF, IPOS, GFS-PIG, RADPAC, SPICT, NECPAL palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisen seulontatyökaluja)

Palliatiivisen potilaan tunnistaminen:	
Yllätyskysymys: (NECPAL, SPICT, NAT:PD-HF, IPOS, GFS-PIG) ” Olisinko yllättynyt, jos tämä potilas kuolisi seuraavien 12 kuukauden aikana?” ”Olisinko yllättynyt, jos tämä potilas olisi elossa 12 kuukauden kuluttua?”	
Väsymys (NECPAL, IPOS, RADPAC) pahoinvointi, oksentaminen kipu hengenhädistys unettomuus ruokahaluttomuus ummetus / ripuli	yskä verenpaineen lasku / nousu suun kuivuminen kognitiiviset vaikeudet perifeerinen neuropatia toimintakyvyn lasku emotionaalinen jaksaminen
Potilaan taustasairaus (TW PAST, NECPAL, GFS:PIG, SPICT, RADPAC) 1. levinnyt syöpä 2. edennyt COPD 3. loppuvaiheen maksasairaus 4. dialyysi potilas 5. edennyt sydänsairaus 6. neurologinen sairaus, jossa toimintakyky on vakavasti heikentynyt (esim. aivohalvaus, kooma, dementia, joka johtaa vuoteessa olemiseen)	
Onko potilaalla samaan aikaan (TW PAST NECPAL, SPICT, RADPAC) - kohtalainen COPD - maksakirroosi	- kohtalainen munuaisten vajaatoiminta / dialyysi - kohtalainen sydämen vajaatoiminta - muu hoitoa vaikeuttava tila
Potilaan toimintakyky tällä hetkellä: (TW PAST, NECPAL, IPOS, SPICT) Täysin aktiivinen, pystyy harjoittamaan kaikkia sairautta edeltäviä toimintoja rajoituksetta. Rajoittunut fyysisesti rasittavassa toiminnassa, mutta liikkuva ja kykenevä tekemään kevyttä tai istumatyötä, esim. kevyitä kotitöitä, toimistotöitä. Kävelykykyinen ja kykenevä kaikkeen itsestään huolehtimiseen, mutta ei kykene mihinkään työtehtäviin. Pystyy huolehtimaan itsestään vain rajoitetusti; on osittain vuodepotilas tai pyörätuolissa. Täysin vuodepotilas. Ei pysty huolehtimaan itsestään.	
Potilaan hoidossa: (TW PAST, PAST, NECPAL, NAT:PD-HF, IPOS, GFS:PIG, SPICT, RADPAC) 1. potilas/perhe tarvitsee apua monimutkaisessa päätöksenteossa ja hoitotavoitteiden määrittelyssä. 2. kipu on kohtuuttoman voimakasta 3. hänellä on hallitsemattomia psykososiaalisia tai hengellisiä ongelmia 4. Hän käy usein päivystyspoliklinikalla (>1 x kk saman diagnoosin vuoksi). 5. hänellä on useampi kuin yksi sairaalahoitajakso saman diagnoosin vuoksi viimeisten 30 päivän aikana. 6. Hän on ollut pitkään teho-osastolla ilman, että hoitotoimenpiteillä on saatu palautettua potilaan toimintakykyä.	

<p>7. Potilas on teho-osastolla, jonka ennuste on dokumentoidusti huono.</p> <p>8. Potilaalla on pitkäkestoinen sairaalassaoloaika (>30 päivää) ilman hoitotoimenpiteiden vaikutusta potilaan toimintakykyyn.</p>
<p>Toimintakyky ja terveydentila: (NAT:PD-HF, IPOS, RADPAC)</p> <p>1. Tuntuvatko rasittavat työt kuten painavan ostokassin tai matkalaukun kantaminen teistä työläiltä?</p> <p>2. Tuntuvatko pitkät kävelymatkat työläiltä?</p> <p>3. Tuntuvatko lyhyet kävelymatkat kotinne ulkopuolella työläiltä?</p> <p>4. Pitääkö teidän pysytellä levossa tai istumassa päivän mittaan?</p> <p>5. Tarvitsetteko apua ruokaillessanne, pukeutuessanne, peseytyessänne tai WC:n käytössä?</p> <p>6. Häiritsikö kipu päivittäisiä toimianne?</p> <p>7. Oliko teillä keskittymisvaikeuksia esim. sanomalehteä lukiessanne tai televisiota katsellessanne?</p> <p>8. Olitteko jännittynyt?</p> <p>9. Olitteko huolestunut?</p> <p>10. Olitteko ärtynyt?</p> <p>11. Olitteko masentunut?</p> <p>12. Oliko teidän vaikea muistaa asioita?</p> <p>13. Häiritsikö hoito tai fyysinen kuntonne perhe-elämäänne?</p> <p>14. Häiritsikö hoito tai fyysinen kuntonne sosiaalista kanssakäymistä?</p> <p>15. Millainen yleinen terveydentilanne oli kuluneella viikolla?</p> <p>16. Miten paljon yskitte?</p> <p>17. Yskittekö verta?</p> <p>18. Olitteko hengästynyt, kun lepäsitte?</p> <p>19. Olitteko hengästynyt, kun kävelitte?</p> <p>20. Olitteko hengästynyt, kun nousitte portaita?</p> <p>21. Onko kielenne tai suunne ollut kipeää?</p> <p>22. Onko teillä ollut nielemisvaikeuksia?</p> <p>23. Onko käsiänne tai jalkojanne kihelmöinyt?</p> <p>24. Onko teiltä lähtenyt hiuksia?</p> <p>25. Oletteko tuntenut rintakipuja?</p> <p>26. Oletteko tuntenut kipua käsivarsissanne tai hartioissanne?</p> <p>27. Onko teillä ollut kipuja muualla vartalossanne?</p>
<p>-Onko palliatiivisen hoidon konsultaatio potilaasta tehty jo aiemmin? (PAST, NAT:PD-HF, IPOS, SPICT, RADPAC)</p> <p>- Onko potilas otettu uudelleen hoitoon 30 päivän kuluessa saman tai samankaltaisen sairauden vuoksi?</p> <p>-Onko potilas otettu takaisin hoitoon 3 kuukauden kuluessa pitkälle edenneen sairauden vuoksi?</p> <p>-Tarvitseeko potilas apua oireiden hallinnassa?</p> <p>-Onko potilas joutunut useammin kuin kerran teho-osastolle?</p> <p>-Tarvitseeko potilas edunvalvontaa?</p> <p>-Onko potilaalla psykososiaalisia, hengellisiä tai kulttuurisia huolenaiheita?</p> <p>-Tarvitseeko potilas apua sairauden tavoitteiden suunnittelussa?</p> <p>-Suosittelee moniammatillinen työryhmä, että potilaan palliatiivisen hoidon tarpeita arvioidaan?</p> <p>-Onko potilas tehohoitoyksikössä ja täyttääkö potilas edellä mainitut kriteerit?</p>

Työohjeluonnos 1.

Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tunnistaminen

Palliatiivisella eli oireenmukaisella hoidolla tarkoitetaan kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan ja hänen läheistensä aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa, jolla pyritään ehkäisemään ja lievittämään kärsimystä ja vaalimaan elämänlaatua.

Palliatiivista hoitoa ei ole määritelty suhteessa kuoleman ajankohtaan. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, ja se ajoittuu oletetun kuolinhetken välittömään läheisyyteen (viimeisiin päiviin tai viikkoihin).

Palliatiivisella hoitolinjalla tarkoitetaan sairauden vaihetta, jossa taudin kulkuun ei enää voida olennaisesti vaikuttaa ja hoidon ensisijainen päämäärä on lievittää kärsimystä ja vaalia elämänlaatua.

Palliatiivisen hoidon tarpeessa olevan potilaan tunnistaminen:

1. Olisinko yllättynyt, jos tämä potilas kuolisi seuraavien 12 kuukauden aikana?
2. Onko potilaalla parantumaton sairaus, joka heikentää elämänlaatua ja toimintakykyä kuten
 - edennyt syöpä
 - vaikea sydänsairaus
 - vaikea keuhkosairaus (COPD, keuhkofibroosi)
 - vaikea munuaisten vajaatoiminta / dialyysipotilas (ikä yli 65 vuotta, dialyysien kesto yli 2 vuotta, ei elinsiirron mahdollisuutta)
 - vaikea maksasairaus
 - vaikea neurologinen sairaus
 - edennyt muistisairaus
3. Onko potilaalla samaan aikaan
 - keuhkosairaus (COPD, keuhkofibroosi)
 - maksakirroosi
 - sydänsairaus
 - muu hoitoa vaikeuttava tila
4. Millainen potilaan toimintakyky on tällä hetkellä? (Kaikissa etenevissä sairauksissa ei ole toimintakyvyn laskua.)
 - täysin aktiivinen, parantumaton sairaus ei rajoita potilaan toimintakykyä
 - rajoittunut rasittavassa toiminnassa, mutta liikkuva ja kykenevä tekemään kevyitä askareita
 - kävelykykyinen ja kykenevä itsestään huolehtimiseen, mutta tarvitsee ulkopuolista apua hieman
 - pystyy huolehtimaan itsestään vain rajoitetusti; on osittain vuodepotilas ja tarvitsee apua
 - täysin vuodepotilas, ei kykene huolehtimaan itsestään
5. Onko potilaalla sairaudesta oireita, jotka heikentävät elämänlaatua tai toimintakykyä, kuten
 - kipu
 - hengenahdistus

- pahoinvointi
 - uupumus
 - ahdistuneisuus tai masentuneisuus
6. Onko potilaalla useampi kuin yksi sairaalahoitajakso saman diagnoosin vuoksi viimeisten 30 päivän aikana tai onko potilaalla pitkäkestoinen sairaalassaoloaika (>30 päivää) ilman, että hoitotoimilla olisi ollut vaikutusta potilaan toimintakykyyn?

Mikäli kaksi tai enemmän vastausvaihtoehtoista täyttyi, tulee potilaalle järjestää hänen tarpeensa mukaiset palliatiivisen hoidon palvelut ja palliatiivinen hoitosuunnitelma.

Palliatiivisen hoidon konsultaatio- ohjeen löydät tästä.

Palliatiivinen osasto, osasto A, palliatiivinen hoitaja puh. 044 774 0485

Palliatiivinen poliklinikka, palliatiivinen hoitaja puh. 044 797 5212

Työohjeluonnos 2.

Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen

Palliatiivisella eli oireenmukaisella hoidolla tarkoitetaan kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan ja hänen läheistensä aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa.

Palliatiivisella hoitolinjalla tarkoitetaan sairauden vaihetta, jossa taudin kulkuun ei enää voida olennaisesti vaikuttaa ja hoidon ensisijainen päämäärä on lievittää kärsimystä ja vaalia elämänlaatua.

Palliatiivista hoitoa ei ole määritelty suhteessa kuoleman ajankohtaan.

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, ja se ajoittuu oletetun kuolinhetken välittömään läheisyyteen (viimeisiin päiviin tai viikkoihin). ⁽¹⁾

Palliatiivisen hoidon tarpeessa olevan potilaan tunnistaminen:

1. Olisinko yllättynyt, jos tämä potilas kuolisi seuraavien 12 kuukauden aikana?
2. Onko potilaalla useampi kuin yksi sairaalahoitajakso saman diagnoosin vuoksi viimeisten 30 päivän aikana?
3. Onko potilaalla pitkäkestoinen sairaalassaoloaika (>30 päivää) ilman, että hoitotoimilla olisi ollut vaikutusta potilaan toimintakykyyn?
4. Onko potilaalla pitkälle edennyt sairaus, joka heikentää elämänlaatua ja toimintakykyä, kuten
 - edennyt syöpäsairaus
 - vaikea sydänsairaus
 - vaikea keuhkosairaus (COPD, keuhkofibroosi)
 - vaikea munuaisten vajaatoiminta / dialyysipotilas (ikä yli 65 vuotta, dialyysien kesto yli 2 vuotta, ei elinsiirron mahdollisuutta)
 - vaikea maksasairaus (ei elinsiirron mahdollisuutta)
 - vaikea neurologinen sairaus (motoneuronisairaudet, aivohalvaus, muistisairaudet)
5. Onko potilaalla samaan aikaan
 - keuhkosairaus (COPD, keuhkofibroosi)
 - maksakirroosi
 - sydänsairaus
 - muu hoitoa vaikeuttava tila
6. Millainen potilaan toimintakyky on tällä hetkellä? (Kaikissa etenevissä sairauksissa ei ole toimintakyvyn laskua.)
 - täysin aktiivinen, parantumaton sairaus ei rajoita potilaan toimintakykyä
 - rajoittunut rasittavassa toiminnassa, mutta liikkuva ja kykenevä tekemään kevyitä askareita
 - kävelykykyinen ja kykenevä itsestään huolehtimiseen, mutta tarvitsee ulkopuolista apua hieman
 - pystyy huolehtimaan itsestään vain rajoitetusti; on osittain vuodepotilas ja tarvitsee apua
 - täysin vuodepotilas, ei kykene huolehtimaan itsestään

7. Onko potilaalla sairaudesta oireita, jotka heikentävät elämänlaatua tai toimintakykyä, kuten
- kipu
 - hengenahdistus
 - pahoinvointi
 - uupumus
 - ahdistuneisuus tai masentuneisuus

Toimintaohje;

Mikäli kaksi tai enemmän vastausvaihtoehtoista täyttyi, tulee potilaalle järjestää hänen tarpeensa mukaiset palliatiivisen hoidon palvelut ja palliatiivinen hoitosuunnitelma.

Ennakoivan hoitosuunnitelman (advance care planning, ACP) laatii hoitava lääkäri yhdessä pitkälle edennyttä ja kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan ja tarvittaessa tämän läheisten kanssa.

Tarvittaessa voi konsultoida palliatiiviseen hoitoon erikoistuneita yksiköitä.

Sairauskohtaiset indikaattorit palliatiivisen hoidon tarpeen arviointia varten löydät tästä:

Palliatiivinen hoito ja saattohoito – käypä hoito suositus. ⁽¹⁾

Palliatiivisen hoidon konsultaatio- ohjeen löydät tästä.

Palliatiivisen asiantuntijasairaanhoitajan konsultaatio-ohjeen löydät tästä.

Palliatiivinen osasto, osasto A, palliatiivinen hoitaja puh. 044 774 0485

Palliatiivinen poliklinikka, palliatiivinen hoitaja puh. 044 797 5212

Työohjeluonnos 3.

Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen

Palliatiivisella eli oireenmukaisella hoidolla tarkoitetaan kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan ja hänen läheistensä aktiivista kokonaishoitoa.

Palliatiivisella hoitolinjalla tarkoitetaan sairauden vaihetta, jossa taudin kulkuun ei enää voida olennaisesti vaikuttaa ja hoidon ensisijainen päämäärä on lievittää kärsimystä ja vaalia elämänlaatua.

Palliatiivista hoitoa ei ole määritelty suhteessa kuoleman ajankohtaan.

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, ja se ajoittuu oletetun kuolinhetken välittömään läheisyyteen (viimeisiin päiviin tai viikkoihin). ⁽¹⁾

Palliatiivisen hoidon tarpeessa olevan potilaan tunnistamisen pääkriteerit:

1. **Olisinko yllättynyt, jos tämä potilas kuolisi seuraavien 12 kuukauden aikana?**
2. **Onko potilaalla pitkälle edennyt sairaus, parantumaton sairaus, joka heikentää elämänlaatua ja toimintakykyä, kuten**
 - **levinnyt, edennyt syöpäsairaus**
 - **vaikea sydänsairaus**
 - **vaikea keuhkosairaus (COPD, keuhkofibroosi)**
 - **vaikea munuaisten vajaatoiminta / dialyysipotilas (ikä yli 65 vuotta, dialyysien kesto yli 2 vuotta, ei elinsiirron mahdollisuutta)**
 - **vaikea maksasairaus (ei elinsiirron mahdollisuutta)**
 - **vaikea neurologinen sairaus (motoneuronisairaudet, aivohalvaus, muistisairaudet)**

Palliatiivisen hoidon tarpeen arvioinnissa voit pääkriteerien lisäksi käyttää seuraavia alakriteereitä:

1. Onko potilaalla useampi kuin yksi sairaalahoitajakso saman parantumattoman sairauden vuoksi viimeisten 30 päivän aikana?
2. Onko potilaalla pitkäkestoinen sairaalassaoloaika (>30 päivää) ilman, että hoitotoimilla olisi ollut vaikutusta potilaan toimintakykyyn?
3. Onko potilaalla parantumattoman sairauden lisäksi jokin muu parantumaton sairaus/sairaus/ muu toimintakykyä heikentävä sairaus?
4. Minkälainen potilaan fyysinen toimintakyky on tällä hetkellä? (Kaikissa parantumattomissa sairauksissa ei ole toimintakyvyn laskua.)
 - täysin tai lähes omatoiminen, parantumaton sairaus ei rajoita potilaan toimintakykyä
 - ajoittainen hoivan tarve, mutta liikkuva ja kykenevä tekemään kevyitä askareita
 - toistuva hoivan tarve, mutta kävelykykyinen ja kykenevä osittain itsestään huolehtimaan
 - lähes jatkuva hoivan tarve, pystyy huolehtimaan itsestään vain rajoitetusti ja tarvitsee apua
 - jatkuva ympärikäutisen hoivan tarve, ei kykene huolehtimaan itsestään
5. Onko potilaalla parantumattomasta sairaudesta oireita, jotka heikentävät elämänlaatua tai toimintakykyä, kuten

- kipu
- hengenahdistus
- pahoinvointi
- uupumus
- ahdistuneisuus tai masentuneisuus

Palliativisen hoidon tarpeen tunnistamisen jälkeen:

Mikäli parantumattomasti sairaan potilaan kohdalla molemmat pääkriteerit täyttyivät ja samalla yksi tai useampi alakriteeri täyttyi, tulee potilaalle arvioida yksilöllisesti potilaan tarve palliativiselle hoidolle. Mikäli potilaan hoito on palliativista hoitoa, tulee potilaalle tehdä palliativisen hoidon linjaus (Dg Z51.5).

Palliativisessa hoidossa potilaalle tulee järjestää hänen tarpeensa mukaiset palliativisen hoidon palvelut ja suunnitella potilaalle ennakoiva hoitosuunnitelma.

Ennakoivan hoitosuunnitelman laatii hoitava lääkäri riippumatta erikoisalasta yhdessä pitkälle edennyttä sairautta sairastavan potilaan ja hänen läheisten kanssa. Hoitosuunnitelman tulee sisältää keskustelut ja kirjaukset sairauden vaiheesta, hoitomenetelmistä ja niiden tavoitteista, hoitolinjauksesta, hoidon rajauksista, hoidosta vastaavasta tahosta sekä potilaan toiveista ja pe-loista sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä. Sairauden edetessä tulee tarkentaa hoitosuunnitelmaa.

Tarvittaessa voi konsultoida palliativiseen hoitoon erikoistuneita yksiköitä.

Sairauskohtaiset indikaattorit palliativisen hoidon tarpeen arviointia varten löydät tästä:

Palliativinen hoito ja saattohoito – käypä hoito suositus. ⁽¹⁾

Palliativisen hoidon konsultaatio- ohjeen löydät tästä.

Palliativisen asiantuntijasairaanhoitajan konsultaatio-ohjeen löydät tästä.

Palliativinen osasto, osasto A, palliativinen asiantuntijasairaanhoitaja puh. 044 774 0485

Palliativinen poliklinikka, palliativinen asiantuntijasairaanhoitaja puh. 044 797 5212