



Tanja Tarvonen

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Monialainen ja yhteensovittava johtaminen

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto (YAMK)

Opinnäytetyö, 2023

PALLIATIIVISEN HOIDON KONSULTAATIOT

**kyselytutkimus palliatiivista hoitoa koskevista konsultaatiosta erään
hyvinvointialueen kotisairaaloille**



TIIVISTELMÄ

Tanja Tarvonen

Palliativisen hoidon konsultaatiot: kyselytutkimus palliativista hoitoa koskevista konsultaatioista erään hyvinvointialueen kotisairaaloille

52 sivua ja 2 liitettä

Syksy, 2023

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Monialainen ja yhteensovittava johtaminen

Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto (YAMK)

Palliativisen hoidon laatuun ja seurantaan on kiinnitetty Suomessa viime vuosina erityistä huomiota ja Suomeen on luotu palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Suosituksen tarkoituksena on yhdenmukaistaa palliativisten potilaiden hoitoa koko Suomessa. Yhtenä osana suosituksessa esitetään palliativisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen järjestämismalli, jota tulisi toteuttaa Suomessa. Suositus sisältää muun muassa ohjeistuksen palliativisen hoidon konsultaatiotiimien perustamiseksi. Tämä suositus konsultaatiotiimien perustamisesta parantaa potilaiden palliativista hoitoa ja tarkoituksenmukaista jatkohoitoon ohjaamista. Yhtenä osana palliativisen potilaan palveluketjua ovat kotisairaalat, jotka tuottavat yhtenä osana palveluaan kotiin annettavaa sairaalatasoista hoitoa palliativisille potilaille. Kotisairaaloiminnan roolia halutaan vahvistaa osana palliativisten potilaiden konsultaatiotiimejä. Yhtenä osana roolin vahvistamista on, että kotisairaalat toimivat kaikkina vuorokauden aikoina ja ylitse aluerajojen.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten eräällä hyvinvointialueella on järjestetty palliativisten potilaiden konsultaatiotoiminta sosiaalihuollon toimintayksiköiden ja kotisairaaloitten välillä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa hyvinvointialueen palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestämisen kehittämistä varten.

Tutkimuksessa keskeisimpinä kohtina nousi esille, että kotisairaalat toivat hyvässä yhteistyössä sosiaalihuollon toimintayksiköiden kanssa ja antavat heille konsultaatiotukea palliativiseen hoitoon liittyen. Kotisairaaloitten toiminta on kuitenkin vielä hyvin eritavoin järjestäytynyttä, ja tämän vuoksi konsultaatio mahdollisuus ei ole vielä mahdollista joka alueella vuorokauden jokaisena aikana. Kyselyyn vastanneet kotisairaaloitten työntekijät toivat esille, että yhteistyön sosiaalihuollon toimintayksiköiden kanssa pitäisi olla vahvempaa ja palliativisen hoidon koulutusta olisi syytä lisätä perustasolle.

Tutkimustuloksista voidaan luoda johtopäätös, että palliativisen hoidon konsultaatiotoiminnan kehitystyö on vielä kesken ja kotisairaaloitten muodostamat palvelukokonaisuudet ovat erilaisia tutkimuksessa olevalla hyvinvointialueella. Palliativisen potilaan palveluiden ja monialaisen yhteistyön kehittämistä on syytä jatkaa hyvinvointialueella, jonne tutkimus on tuotettu.

Asiasanat: Palliativinen hoito, kotisairaalat, sosiaalihuolto, konsultointi

ABSTRACT

Tanja Tarvonen

Palliative care consultation: survey of requests for home hospitals in one well-being service county.

52 pages and 2 appendices

Autumn, 2023

Diaconia University of Applied Sciences

Master's Degree Program in Social and Health Services

Master's Degree (MA) in Interdisciplinary and Collaborative Leadership

In recent years, has been paid special attention to the quality and quality control of palliative care in Finland, and a national quality recommendation for palliative care has been created in Finland. The purpose of the quality recommendation is to harmonize the care of palliative patients throughout Finland. One part of the recommendation is a three-step organizational model for palliative care and hospice care, which should be implemented in Finland. The recommendation includes guidelines for establishing palliative care consultation teams. The recommendation to start consultation teams improves palliative care of patients and their referral to further care. Part of the palliative patient therapeutic protocol are home hospitals, which produce as one part of their service, hospital-level care given at home for palliative patients. The aim is to strengthen the home hospital service as part of the treatment of palliative patients and in consultations related to treatment.

The purpose of this thesis was to find out how consultation activities for palliative patients between social welfare units and home hospitals has been organized in a wellbeing services county. The aim of the thesis was to produce information for the development of palliative care and terminal care in the wellbeing services county.

The key points of the study were that home hospitals provided good cooperation with social care units and provide them with consultation support related to palliative care. However, the operations of home hospitals are still organized in quite different ways, which is why consultation is not yet possible in every area at every time of the day. Home hospital employees who responded to the survey pointed out that cooperation with social welfare units should be stronger and palliative care training should be increased to the basic level. From the results of the study, it can be concluded that the development of palliative care consultation activities is still ongoing, and the service packages formed by home hospitals are different in the wellbeing services county under study. The development of palliative patient services and multidisciplinary cooperation should continue in the wellbeing services county, where the research has been produced.

Keywords: Palliative care, home hospitals, social care, consultations

Sisällys

1 JOHDANTO	6
2 PALLIATIIVINEN HOITO	9
2.1 Palliatiivinen hoito	9
2.2 Palliatiivisen hoidon toteutusta ohjaavat linjaukset	10
2.3 Palliatiivisen hoidon kehittämistoimia Suomessa	11
3 PALLIATIIVISEN HOIDON PALVELUKETJUMALLI	13
3.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluintegraatio	13
3.2 Palliatiivisen hoidon palveluketjun kolmeportainen malli	14
3 KOTISAIRAALA OSANA PALLIATIIVISTA HOITOA	18
3.1 Kotisairaala	18
3.2 Kotisairaala palliatiivisen potilaan palveluketjussa	20
3.3 Palliatiivisen potilaan hoitoon liittyvät konsultaatiot	23
3.4 Erilaisia konsultaatio käytänteitä	24
3.5 Kotisairaalatoiminnan seuranta tilastojen valossa	25
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	26
5 YHTEISTYÖKUMPPANI JA OPINNÄYTETYÖN PROSESSI	27
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	28
6.1 Laadullinen tutkimus	28
6.2 Kysely aineistonkeruumenetelmänä	30
6.3 Aineiston analysointi	30
7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	33
7.1 Kotisairaaloiden toiminta ja henkilöstörakenne	33
7.2 Kotisairaalaan saapuvat konsultaatiot	34
7.3 Konsultaatioiden aiheet ja niistä syntyvät jatkohoidon tarpeet	35
7.3.1 Henkilöstön esiin tuomia ajatuksia liittyen konsultaatioihin	37
7.4 Yhteenveto tuloksista	37

8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	39
9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	42
LÄHTEET.....	45
LIITE 1. Motivaatiokirje	53
LIITE 2. Webropol kyselyn kysymykset.....	54

1 JOHDANTO

“Kun ei ole enää mitään tehtävissä, on vielä paljon tekemistä” (St Christopher’s Hospice, i.a). Palliatiivinen hoito on hoitomuoto, jota käytetään silloin kuin sairaus ei ole enää parannettavissa. Sen tarkoitus on parantaa potilaan elämänlaatua, lievittää kärsimystä ja tukea potilasta ja hänen läheisiään. Kaiken kaikkiaan palliatiivinen hoito on inhimillistä, hoitavaa ja lohduttavaa hoitoa, joka pyrkii parantamaan potilaan elämänlaatua ja antamaan tukea sairauden edetessä. Palliatiivisen hoidon linjaus tehdään, kun hoidolla ei voida enää vaikuttavasti ratkaisevasti elämän pituuteen. Palliatiivinen hoito kuuluu siis kaikille potilaille, jotka kärsivät parantumattomasta sairaudesta tai vakavasta taudista, joka vaikuttaa heidän elämänlaatuunsa ja -kestoonsa. Palliatiivista hoitoa toteutetaan eri tasoilla sosiaali- ja terveydenhuollossa. Palliatiivisen potilaan hoitoa voidaan toteuttaa esimerkiksi sairaalassa, kotihoidossa, kotisairaalassa ja palveluasumisessa. Palliatiivinen hoito voidaan toteuttaa missä tahansa hoitopaikassa. Tärkeintä on tarjota potilaalle yksilöllistä, kokonaisvaltaista ja arvostavaa hoitoa, joka vastaa hänen tarpeitaan ja toiveitaan. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019; Saarto & Finne-Soveri, 2019b; Saarto ym, 2022. St Christopher’s Hospice i.a.)

Suomessa kuolee vuosittain noin 55 000 ihmistä, valtaosa näistä henkilöistä kuolee vanhuuteen liittyvän pitkäaikaisen kroonisen sairauden seurauksena. Maailman terveysjärjestön (WHO) arvion mukaan näistä 55 000 ihmisestä noin 30 000 henkilöä Suomessa tarvitsee palliatiivista hoitoa elämänsä loppupuolella. (Saarto ym, 2022; World Health Organization [WHO] 2018; WHO 2020.) Suomen sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestelmässä kehittämisen kärki on monipuolisessa ja yhteistyöhön perustuvassa palvelujärjestelmässä, joka tarjoaa asiakaslähtöiset ja yhtenäiset palvelut kaikille Suomen kansalaisille. Tavoitteena on parantaa palvelujen laatua, saatavuutta, saavutettavuutta ja kustannustehokkuutta. (Soteuudistus, i.a; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2023.)

Yhtenä osana palvelujärjestelmän kehittämistyötä Suomessa on keskitytty viime vuosina palliatiivisen hoitotyön kehittämiseen erittäin määrätietoisesti. Kehittäminen pohjautuu vahvasti Sosiaali- ja Terveysministeriön (STM) vuonna 2019 julkaisemaan suositukseen palliatiivisen hoidon ja laadun parantamisesta Suomessa (Saarto & Finne-Soveri, 2019b). Suosituksessa esitetään palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen järjestämismalli, jota tulisi toteuttaa Suomessa. Yhtenä osana suositusta on ohjeistus palliatiivisen hoidon konsultaatiotiimien perustamiseksi. Konsultaatiotiimien tehtävänä on tukea palliatiivista hoitoa tuottavien yksiköiden henkilöstöä palliatiivisen hoidon toteutuksessa ja tarjota tukea omissa kodeissaan asuville potilaille ja heidän läheisilleen. Ohjeistus konsultaatiotiimien perustamisesta parantaa potilaiden palliatiivista hoitoa ja tarkoituksenmukaista jatkohoitoon ohjaamista. (Saarto & Finne-Soveri, 2019b; Saarto ym, 2022.)

Osana palliatiivisen potilaan palveluketjua toimivat kotisairaalat, jotka tuottavat palliatiivisen potilaan hoitoa heidän koteihinsa ja konsultaatiotukea sosiaalihuollon toimintayksiköille, kuten kotihoito, palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen. Lisäksi kotisairaalat antavat suoraa konsultaatiotukea potilailleen ja heidän omaisilleen (Ollila 2018; Saarto ym, 2022, s.11). Palliatiivisen ja saattohoidon laatusuosituksista tehdessä huomattiin, ettei kotisairaaloitten tuki sosiaalitoimen alaisille yksiköille ole systemaattista ja hyvinvointialueet järjestävät erityistason kotisairaala palveluita vaihtelevasti (Saarto ym, 2022, s.11). Kehittämistöimissä on myös huomioitu, että palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta tarvitaan yhtenäistä ja vertailukelpoista tietoa, jotta hoidon laatua, vaikuttavuutta ja saatavuutta voidaan seurata. (Sosiaali- ja terveysministeriö [STM], 2022.)

Palliatiivisen hoidon kehittämistyö ollut jo pitkään käynnissä hyvinvointialueella johon opinnäytetyö on suunnattu ja tälläkin hetkellä STM rahoittaa FinPall-hanketta, jossa hyvinvointialue on mukana ja alueen Yliopistollinen sairaala ja sen erityisvastuualue. Hankkeessa kehitetään palliatiivista hoitoa valtakunnallisesti yhteistyö- ja hyvinvointialue tasoisina osa- projekteina. Hanke pohjautuu aiemmin mainittuun STM:n vuonna 2019 julkaisemaan suositukseen. (FinPall-hankekoordinaattori, henkilökohtainen tiedonanto 10.2.2023.) Opinnäytetyön

aihe on rakentunut yhdessä FinPall-hankekoordinaattorina työskentelevän henkilön kanssa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten eräällä hyvinvointialueella on järjestetty palliatiivisten potilaiden konsultaatiotoiminta sosiaalihuollon toimintayksiköiden ja kotisairaaloiden välillä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa hyvinvointialueen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisen kehittämistyötä varten.

2 PALLIATIIVINEN HOITO

2.1 Palliatiivinen hoito

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon juuret juontavat 1967 vuoteen jolloin saattohoidon pioneeri Cicely Saunders perusti Lontooseen St. Christopher's Hospicen. Saunders oli palliatiivisen potilaan ja saattohoitopotilaan kivunhoidon edelläkävijä, joka korosti potilaan kokonaisvaltaista huomioimista kivunhoidossa. Hän katsoi, että potilaan kivun kokemukseen vaikuttavat fyysiset, psyykkiset, hengelliset ja sosiaaliset tarpeet, jotka tulee ottaa huomioon hyvässä hoidossa. Fyysinen kipu liittyy sairauteen ja sen oireisiin, psyykinen kipu suruun ja kuoleman lähestymisen aiheuttamaan levottomuuteen, hengellinen kipu elämäntarkoituksellisiin kysymyksiin ja epävarmuuteen sekä sosiaalinen kipu huoleen läheisistä. Saundersin mukaan kokonaisvaltainen ja myötätuntoinen hoito auttaa potilasta elämään jäljellä olevan ajan mahdollisimman hyvin. (St Christopher's Hospice i.a.)

Maailman terveysjärjestön (WHO, 2022) määritelmän mukaan palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan ja hänen läheistensä aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa. Palliatiivisen hoidon tarkoitus on vaalia elämänlaatua, ehkäistä ja lievittää kärsimystä. Palliatiivisen potilaan kärsimyksellä tarkoitetaan fyysistä ja psykososiaalista sekä eksistentiaalista kärsimystä. Palliatiivisen hoitoon kuuluu saattohoito. Saattohoito on kuolemaa lähestyvän ihmisen hoitamista. Saattohoitoa on elämän viimeiset päivät tai viikot, kun palliatiivisen potilaan kuolema on lähellä. (Saarto 2015, luku palliatiivisen hoidon määritelmä.)

Kuoleva potilas mielletään usein toimintakyvyltään merkittävästi heikentyneeksi, jonka elintoimintojen hiipuminen on lähestyvän kuoleman merkki. Kaikki potilaat eivät kuitenkaan menetä toimintakykyään niin merkittävästi kuin usein mielletään, ja osa potilaista säilyttää toimintakykynsä kohtalaisena aina kuolemaansa saakka. (Hänninen, 2015, luku saattohoito.) Palliatiivinen hoito on käsitteenä huomattavasti laajempi, kuin saattohoito, palliatiivisella hoidolla ei ole ajallista

määrettä suhteessa kuolemaan kuten saattohoidolla on. (Saarto 2015, luku palliatiivisen hoidon määritelmä).

Palliatiivisen hoidon tarve on kasvanut lähivuosina paljon, koska hoidon painopisteitä on määritetty ja todettu, että potilaalle on tärkeää tarjota kokonaisvaltaista, oiretta tukevaa hoitoa. Perheiden ja läheisten merkitys on nostettu osaksi palliatiivisen hoidon kokonaisuutta. Palliatiivisessa hoidossa tärkeää on hoidon ennakkosuunnittelu ja hoidon koordinointi. (National Hospice and palliative care organization, 2020.)

2.2 Palliatiivisen hoidon toteutusta ohjaavat linjaukset

Palliatiivinen hoito kuuluu WHO:n (2020) määritelmän mukaan ”kaikille kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastaville ilman diagnoosirajauksia”. WHO (2018) korostaa, että palliatiivinen hoito ei ole vain kuolevalle, vaan kaikille potilaille jotka kärsivät vakavasta sairaudesta tai hengenvaarallisista terveysongelmista. Maailman terveystieteiden kokouksessa (WHO 2018) on päätetty, että jäsenvaltioiden terveysjärjestelmillä on eettinen vastuu toteuttaa hyvää palliatiivista hoitoa. Edellytys hyvän elämän loppuvaiheen hoitoon on palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen. Ajoissa tehdyt hoitolinjaukset ja hoitosuunnitelma mahdollistavat hyvän palliatiivisen hoidon ja elämän loppuvaiheen hoidon. Palliatiivisessa hoidossa tulee keskittyä potilaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja eksistentiaalisiin tarpeisiin. Oireita ja niiden vaikeusastetta ja haittaavuutta tulee arvioida systemaattisesti, ja annettavan hoidon hoitovastetta seurata aktiivisesti. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019; WHO 2020.)

Erilaiset väärinkäsitykset ja esteet ovat estäneet palliatiivisen hoidon palvelujen kehittämistä ja saatavuutta. Väärinkäsitykset ovat liittyneet muun muassa palliatiivisen hoidon määritelmään. (WHO 2018; WHO 2020.) Palliatiivinen hoito ei ole vaihtoehto sairauksien ehkäisylle ja hoidolle vaan sen pitäisi olla integroitu sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Tällöin palliatiivisen potilaan hoito ei ainoastaan lievitä kärsimystä vaan ennakoi ja ehkäisee tarpeetonta kärsimyksen taak-

kaa, jota sairaus tai hengenvaarallinen terveysongelma voi aiheuttaa. Oireiden hoitamiseen on eettinen velvollisuus ja se on yksilön arvokkuuden kunnioittamista. Palliatiivinen hoito tukee potilasta elämään mahdollisimman hyvää elämää kuolemaansa saakka. Hyvään palliatiiviseen hoitoon kuuluu myös omaisten tukeminen. Hyvin suunniteltu, ennakoitu ja toteutettu palliatiivinen hoito on myös yhteiskunnallisesti merkittävää taloudellisuuden näkökulmasta, se tekee säästöjä. (WHO, 2018; WHO 2020; Sleeman ym, 2019, s. e883.)

2.3 Palliatiivisen hoidon kehittämistoimia Suomessa

STM antoi helmikuussa 2016 Tiina Saarron johtamalle asiantuntijaryhmälle tehtävän laatia ehdotus palliatiivisen ja saattohoidon järjestämisestä siten, että valmistelussa olleessa valtioneuvoston asetuksessa erikoissairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä (A 582/2017) määritellyt toimijat huolehtivat yhteistyössä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yhdenvertaisesta ja vaikuttavasta toteuttamisesta koko Suomessa. Syksyllä 2017 eduskunta myönsi miljoonan euron määrärahan palliatiivisen ja saattohoidon kehittämiseen käytettäväksi vuoteen 2020 mennessä. (Saarto, 2017, s.6.)

Asiantuntija työryhmien väliraportissa (Saarto, 2017, s. 12–21) on kuvattu palliatiivisen hoidon kolmiportainen järjestämismalli ja laatuksiteerit. Järjestämismallin mukaan Suomeen tulisi rakentaa kolmiportainen palliatiivisen hoidon palveluketju turvaamaan tarvelähtöinen ja tasa-arvoinen hoitoon pääsy kaikkialla Suomessa. Järjestämismallin lähtökohtana on, että jokaisella ihmisellä on yhdenvertainen oikeus sairautensa ja hoidon tarpeensa edellyttämään palliatiiviseen hoitoon kotona tai sosiaalihuollon ja terveydenhuollon yksiköissä.

Valtioneuvosto julkaisi vuonna 2019 asiantuntijaryhmän tekemän suosituksen palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa missä todetaan, että kaikilla on oikeus tarpeen mukaiseen palliatiiviseen hoitoon. Suosituksessa kuvataan terveyden- ja sosiaalihuollon palliatiivisen hoidon nykytila, sen kehittämistarpeet, valtakunnallinen palveluketjumalli ja anne-

taan suosituksia palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta. (Saarto & Finne-Soveri, 2019b.)

Vuonna 2022 Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (THL) julkaisi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallisen laatusuosituksen. Se laadittiin osana THL:n palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatutieto- projektia. Projektin tehtävänä oli määritellä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laadun seurantaan tarvittavat tiedot, tietolähteet ja tehdä ehdotuksia tarvittavasta tiedonkeruusta ja rakenteellisesta kirjaamisesta. Projektin kuluessa todettiin, että seurantatiedon määrittely helpottaa, jos palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatu on kuvattuna kattavasti valmiina palliatiivisen ja saattohoidon asiantuntijoiden toimesta. (Saarto ym. 2022.)

Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa varten julkaistiin Käypä hoito- suositus vuonna 2019. Käypä hoito- suositukset ovat riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia suosituksia. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019.)

Vuonna 2020 perustettiin Suomen palliatiivisen hoidon ja lääketieteen tutkimusverkosto ry. Sen tarkoituksena on edistää suomalaista palliatiivista lääketiedettä ja sitä sivuavien tieteenalojen akateemista tutkimusta ja tutkijoiden verkostoitumista. Yhdistys toteuttaa tarkoitustaan ylläpitämällä tutkijoiden verkostoa ja verkkosivustoa. Verkkosivustolle kootaan Suomessa toimivia alan tutkimusryhmiä ja meneillään olevia tutkimuksia. Yhteistyössä muiden yhdistysten, potilasjärjestöjen, viranomaisten ja korkeakoulujen kanssa yhdistys pyrkii vaikuttamaan palliatiivisen hoidon tutkimuksen edistämiseen ja kehittämiseen. (Suomen palliatiivisen hoidon ja lääketieteen tutkimusverkosto ry, i.a.)

Opetus- ja kulttuuriministeriö rahoitti vuosien 2018-2021 välillä EduPal- hanketta jonka tavoitteena oli hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen monialainen ja työelämälähtöinen kehittäminen. Hankkeen tavoitteina oli mm. Laatia moniammatillisesti työelämän asiantuntijoiden kanssa hoitotyön ja lääketieteen osaamisen kuvaukset palliatiivisen hoidon perustasolle ja erityistasoille. (EduPal, i.a.) Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön kartoituksen mukaan yksi keskeisimmistä haas-

teista Suomessa palliatiivisen ja saattohoidon parissa on ollut osaamisvaje. Osaamisvajeen vuoksi koulutusta on lisätty ja koulutuksia kehitetty. (Saarto & Finne-Soveri, 2019b). Edupal-hankeen myötä Suomessa käynnistyi palliatiivisen hoidon asiantuntija -erikoistumiskoulutus sekä kliininen asiantuntija– palliatiivisen hoidon asiantuntijuus -koulutus (YAMK). (Edupal i.a; Sunikka ym. 2021, s. 45.) Koulutuksien tavoitteena on vastata palliatiivisen hoidon erityistasoisten osaamistarpeisiin. (Hökkä ym. 2020; Saarto, 2017.)

Kehittämistoimien tarkoituksena on yhdenmukaistaa palliatiivisen potilaan hoitoa ja palveluketjua potilaan asuinalueesta riippumatta. Asiantuntijoiden näkemyksiä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämis- ja tutkimustarpeista (Salin ym, 2021.) artikkelissa tuodaan esille etähoidon kehittämisen merkitys haja-asutusalueille, jotta valtakunnallinen yhtenäinen hoito voidaan tarjota palliatiivisille potilaille. Tutkimukseen vastanneet pitivät tärkeänä myös, että olisi valtakunnallisesti yhtenäinen potilastietojärjestelmä sekä toivat esille, että paikallisten toimintaympäristöiden toiminnan kehittäminen kotisaattohoidon ja yleisen kotisairaaloiminnan suhteen on tärkeää. Näin toteutuisi moniammatillinen yhteistyö palliatiivisen potilaan parhaaksi.

3 PALLIATIIVISEN HOIDON PALVELUKETJUMALLI

3.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluintegraatio

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja uudistaessa yksi keskeisimpiä uudistamiskohteita on ollut palveluiden yhteensovittaminen eli integraatio (Sinervo & Keskimäki, 2019, s. 425). Integraatiolla tarkoitetaan, että sosiaali- ja terveystalvelujen järjestäjä tai tuottaja muodostaa asiakkaalle kokonaisuuden hänen tarvitsemistaan palveluista (THL 2023). Asiakkaan näkökulmasta palveluintegraatiolla tarkoitetaan asiakkaan palveluiden eri osien sujuvoittamista tai yhdistämistä (Sinervo & Keskimäki, 2019, s. 425).

Palvelut sovitetaan yhteen muodostamalla tarkoituksenmukaisia, asiakasryhmien palvelutarpeisiin vastaavia palvelukokonaisuuksia ja palveluketjuja. Palveluketju on palvelukokonaisuus, joka muodostuu tietyille asiakasryhmälle tarkoitettuista perättäisistä tai osin yhtäaikaisesti toteutuvista palveluista. Asiakkaiden segmentointia hyödynnetään usein työkaluna palvelukokonaisuuksien ja palveluketjujen yhteensovittamiseen. Segmentoinnissa ryhmitellään asiakkuuksia ja väestöä samankaltaisten palvelutarpeiden perusteella ja palveluprosessi muokataan asiakasryhmän kannalta optimaalisimmaksi. (Sinervo & Keskimäki, 2019, s. 425; THL, 2023.)

Palvelujen yhteensovittamisesta hyötyvät asiakkaat jotka käyttävät monialaisesti ja paljon palveluja. Toimiva palveluintegraatio säästää kustannuksissa. Vertikaalisesta palveluintegraatiosta puhuttaessa tarkoitetaan, että perustason ja erityistason palvelujen tuottajat tekevät yhteistyötä tai heillä on yhdessä sovitut asiakasprosesseja. (THL, 2023.) Esimerkkinä vertikaalisessa integraatiossa voisi olla palliatiivinen potilas, jonka palvelupolusta on sovittu erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon peruspalveluihin kuten ikääntyvien asumisyksikkö tai kotihoito.

Palveluintegraation keskeinen tarkoitus on parantaa hoidon laatua, hoitoon pääsyä, hoidon tehokkuutta ja asiakkaiden tyytyväisyyttä saamaansa palveluun. Palveluprosessin ollessa sujuva ja asiakaslähtöinen, se vähentää asiakkaan palveluntarvetta ja asiakkaan ongelmat ratkeavat nopeammin. Kun palveluprosessi on sujuva asiakkaiden toistuvat käynnit vähenevät ja asiakas voidaan suoraan ohjata oikean palvelun pariin. (Sinervo & Keskimäki, 2019, s. 425.)

3.2 Palliatiivisen hoidon palveluketjun kolmeportainen malli

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992), määrittää, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata. Potilaalla on oikeus ilman syrjintää hä-

nen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä.

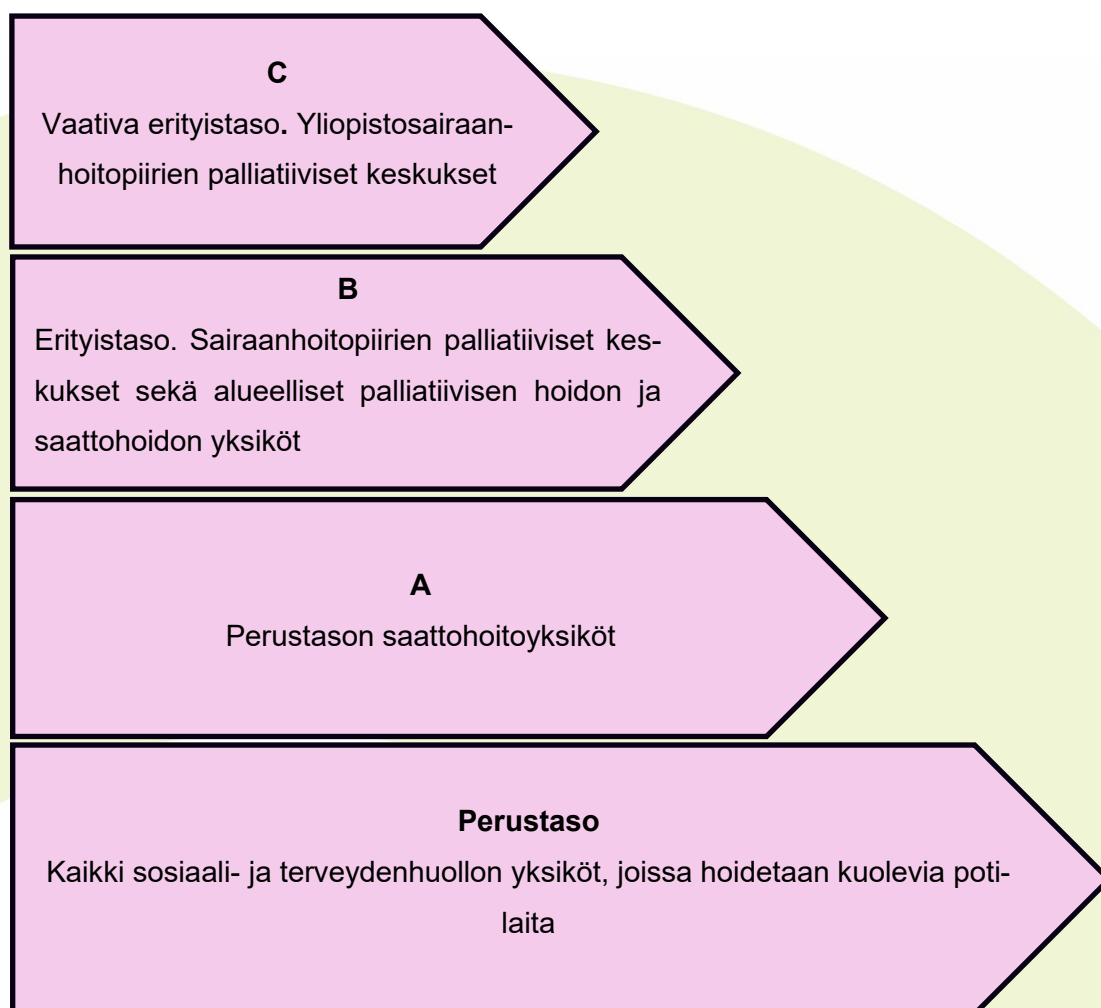
Palliativinen hoito koskettaa eniten ikääntyvää väestöä, koska ikääntyminen ja sen mukanaan tuomat mahdolliset liitännäissairaudet johtavat aina lopulta kuolemaan. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä sosiaali- ja terveystalvueluista (L980/2012 14.§) määrää, että kunnan on toteutettava iäkkään henkilön arvokasta, elämää tukevaa pitkäaikaista hoito- ja huolenpitoa ensisijaisesti häneen kotiinsa annettavilla sosiaali- ja terveydenhuolto avopalveluilla. Palvelut on sovitettava määrältään ja sisällöltään niin, että ne vastaavat iäkkään henkilön palveluntarpeita ja iäkäs henkilö kokee elämänsä arvokkaaksi, turvalliseksi ja merkitykselliseksi.

Vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä siirtyi vuoden 2023 alussa 21 hyvinvointialueelle ja Helsingin kaupungille. Erityisvastuualueet muuttuivat yhteistyöalueiksi. Uudellamaalla uudistus toteutuu muusta maasta poikkeavasti (L615/2021.) Hyvinvointialueiden palliativisen hoidon tuottamiseen vaikuttaa Terveydenhuoltolaki (L1326/2010 43. §), joka määrittelee, että erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien ja kuntayhtymien on tehtävä erikoissairaanhoidon järjestämissopimus jossa sovitaan alueellisesta työnajosta. Saarron (2017, s. 13) mukaan tätä lakia täytyy tulkita nykyisten hyvinvointialueiden mukaisesti. Perustelumuistiossa järjestämissopimus mainitaan keinona yhtenäistää alueiden käytäntöjä saattohoidossa sekä selkiinnyttää kuolevien potilaiden hoitoa ja saattohoitopolkua.

Uusien hyvinvointialueiden välitön vaikutus palliativista hoitoa ja saattohoitoa tuottaviin yksiköihin on pieni, mutta selkiyttää kuitenkin palliativisen hoidon kokonaisuuden johtamista ja palveluketjun koordinoimtia. Yliopistollisten sairaaloiden vastuita lukuun ottamatta koko palliativinen palveluketju toimii hyvinvointialueen johdon alaisuudessa. Hyvinvointialueet joissa sijaitsee yliopistollinen sairaala, vastaavat koko hyvinvointialueen palliativisesta palveluketjusta ja vaaativasta erityistasosta yhteistyöalueella. Yliopistollisten sairaaloiden palliativiset keskuskeset koordinoivat nykyiseen tapaan (erityisvastuualueet) palliativista hoitoa yhteistyöalueella. Palveluketjuihin tulee sitoutua kaikki hyvinvointialueiden

sosiaalitoimen ja terveydenhuollon yksiköt jotka ovat vastuussa palliatiivisesta hoidosta. (Saarto & Finne-Soveri, 2019b; Saarto ym, 2022.)

Palliatiivisen hoidon järjestämismallissa palliatiivinen hoito ja saattohoito on jaettu neljään eri tasoon joka on kuvattu seuraavalla sivulla (KUVIO 1, s. 14). Alimpana kuviossa on perustaso joita ovat kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt joissa hoidetaan kuolevia potilaita, toisena kuviossa on A-taso, joita ovat perustason saattohoidon yksiköt. Kolmantena kuviossa on B-taso, joka ovat erityistason palliatiivisen hoidon ja saattohoidon keskuskeskukset ja yksiköt. Neljäntenä kuvataan C-taso, joka on vaativan erityistason palliatiiviset keskuskeskukset. (Saarto & Finne-Soveri, 2019b, s.15–17.)



KUVIO 1. Saarto & Finne-Soveri, 2019b, s.16.

Perustaso muodostuu kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköistä, joissa hoidetaan kuolevia potilaita ja jotka eivät kuulu ABC-tasoille. Perustasoon kuuluvat yksiköt joissa potilaita hoidetaan heidän elämänsä loppuun saakka: Terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastot, sosiaalihuollon toimintayksiköiden tehostettu palveluasuminen (palveluasumisen muoto jossa potilailla on ympärivuorokautinen hoidontarve ja hoitohenkilökunta on paikalla vuorokauden ympäri), muut ympärivuorokautisen hoidon yksiköt sekä kotihoito. (Saarto & Finne-Soveri, 2019b, s.15–17.)

A-tasoa ovat terveydenhuollon yksiköt, joissa saattohoitoa on kehitetty yhtenä perustehtävänä muun terveydenhuollon toiminnan ohessa. Näitä ovat terveyskeskusten vuodeosastot ja sairaaloiden vuodeosastot. Näissä yksiköissä saattohoitotyö on huomioitu henkilöstömitoituksessa ja henkilöstön koulutuksessa. Yksiköistä löytyy erilliset saattohoitovuodepaikat. Suurin osa potilaista hoidetaan perus- ja A-tasolla. Hoitoon tulee olla mahdollisuus kaikilla potilailla asuinpaikastaan riippumatta. (Saarto & Finne-Soveri, 2019b, s.15–17.)

B-tason eli erityistason palveluverkko on muodostettu sairaanhoitopiirien palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon erikoistuneista yksiköistä. Erityistason yksiköissä pääasiallinen tehtävä on palliatiivinen hoito ja sen henkilökunta on erikoiskoulutuetta, eli heillä on palliatiivisen hoidon koulutus omalta osaamisalaltaan. Erityistason palliatiiviset yksiköt sisältävät palliatiiviset kotisairaalat ja niiden tukiosastot, palliatiiviset osastot, saattohoito-osastot, saattohoitokodit, sairaaloiden konsultaatiotiimit ja palliatiiviset poliklinikat sekä päiväsairaalat. Näissä yksiköissä tarjotaan korkeatasoista psykososiaalista, henkistä ja eksistentiaalista tukea vakavasti sairaille potilaille ja heidän perheilleen. (Saarto & Finne-Soveri, 2019b, s.15–17.)

C-tason, eli vaativan erityistason, muodostavat palliatiiviset keskuksset jotka ovat osa yliopistosairaaloiden palliatiivisen hoidon verkostoa. Keskukseseen kuuluu palliatiivisen hoidon poliklinikka, jossa potilaita arvioidaan ja hoidetaan avohoidon puitteissa. Lisäksi keskuksessa toimii palliatiivisen hoidon konsultaatiotiimi, joka tarjoaa asiantuntija-apua muille hoitoyksiköille potilaiden palliatiivisen hoidon tarpeisiin. Keskukseseen voi myös sisältyä palliatiivinen osasto tai vuodepaik-

koja ja päiväsairaala, jonne potilaat voivat tulla saamaan hoitoa ja tukea, jos heidän tilansa vaatii sairaalahoitoa. Lisäksi keskukseseen voi kuulua kotisairaala, psykososiaalisen tuen yksikkö, saattohoitokoti tai vastaavasta saattohoito-osastosta. Yliopistosairaaloiden keskuksat koordinoivat erityisvastuualueen palliatiivista hoitoa ja vastaavat tutkimuksesta sekä opetuksesta yhteistyössä yliopistojen ja muiden oppilaitosten kanssa. Arviolta kolmannes potilaista tarvitsee B-tason tai C-tason hoitoa. (Saarto & Finne-Soveri, 2019b, s.15–17.)

3 KOTISAIRAALA OSANA PALLIATIIVISTA HOITOA

3.1 Kotisairaala

Kotisairaala tuottaa kotiin sairaalatasoista hoitoa vaihtoehtona osastohoidolle. Kotisairaalatoiminta on saanut alkunsa Ranskassa vuonna 1961, jolloin Euroopan ensimmäinen kotisairaala perustettiin Pariisiin. Yhdysvalloissa toiminta käynnistyi 1970-luvulla, samoin Britanniassa. Pohjoismaissa kotisairaalatoiminta käynnistyi pienimuotoisena Ruotsissa vuonna 1962 ja vakiintui 1970-luvulla jolloin Ruotsin Motalassa aloitettiin kotisairaalatoiminta. Suomen ensimmäinen kotisairaala aloitti toimintansa Tammissaarella vuonna 1995, tämän jälkeen kotisairaalatoiminta on laajennut vilkkaasti Suomessa. (Corrado 2001; Ollila, 2018; Saarelma, 2005.) Kotisairaalatoiminta on yleistynyt myös maailmanlaajuisesti. Esimerkiksi Yhdysvalloissa kotisairaalatoiminta on kasvanut merkittävästi viime vuosina. (Grand view recerch, 2023).

Kotisairaaloiden palveluihin kuuluu kaiken ikäisten potilaiden hoito ja potilaiden tarpeet ovat hyvin erilaisia. Kotisairaalat toteuttavat mm. infektioiden ja ravitsemuksen hoitoa suonensisäisesti sekä verensiirtoja potilaille. (Ohvanainen 2018; Tuomioja & Niemi, 2018). Kotisairaalat hoitavat erilaisten kirurgistenleikkausten jälkeisiä potilaita, joilla voi olla lääkehoidon lisäksi esimerkiksi erilaisia haavahoidintoja (Lehtola & Jääskeläinen, 2018). Nykyään maamme kotisairaaloidessa hoidetaan kuitenkin lisääntyvästi erikoissairaanhoidon osaamista vaativia poti-

laita. Suurin osa Suomessa toimivista kotisairaaloista kuuluu julkiseen terveydenhuoltoon, mutta myös monet yksityiset toimijat ovat perustaneet kotisairaaloita. (Pöyhiä ym, 2018; Saarto ym, 2022.)

Kotisairaalatoimintaa säätelevä terveydenhuoltolaki (1326/2010) määrittelee kotisairaalatoiminnan eräänlaiseksi määräaikaiseksi ja tehostetuksi kotisairaanhoidoksi, joka toteutetaan potilaan omassa kodissa. Tämä toiminta voi olla järjestetty joko perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon taholta, ja sen voidaan myös toteuttaa näiden kahden toimijan yhteistyössä. Lain mukaan kotisairaalahoidon yhteydessä potilaalle annettavat lääkkeet ja hoidossa tarvittavat välineet sisältyvät hoitoon. Tämä tarkoittaa, että potilaan ei tarvitse itse hankkia hoitoon tarvittavia lääkkeitä tai välineitä, vaan ne toimitetaan ja annetaan hoidon yhteydessä kotisairaalahoidon ammattilaisten toimesta.

Kotisairaalatoiminnan tavoite on vähentää sairaalahoitoa. Hoitaa erilaisia infektiosairauksia sekä kroonisia sairauksia kotona tai kotiin rinnastettavissa oloissa (esimerkiksi palveluasuminen). On tutkittu, että jos käyntejä on kolme tai vähemmän vuorokaudessa ne pienentävät terveydenhuollon kustannuksia jolloin yhteiskunnalle kohdistuvat menot vähenevät. (Hägg ym, 2007, s. 140–141; Ollila, 2018; Shepperd ym, 2016.)

Kotisairaala on lääkärijohtoista moniammatillista toimintaa. Yleisimmittäin kotisairaalan henkilöstöön kuuluu lääkäri ja sairaanhoitajat, mutta henkilöstöön voi kuulua myös muita hoitoalan ammattilaisia kuten lähihoitajia ja fysioterapeutteja. Esimerkiksi eräällä hyvinvointialueella kotisairaala toimii yhteistyössä kotihoidon henkilöstön kanssa. Kotihoidosta voidaan palliatiivisen potilaan hoidon tueksi pyytää vaikkapa fysioterapeutin kotikäynti. (Güldogan, 2018; Jani Harinen, henkilökohtainen tiedonanto 26.4.2023.) Kansallisesti tai kansainvälisesti yhtenäisiä rakenteita kotisairaalatoiminnalle ei ole ja nimikkeistö on vaihtelevaa. On todettu, että hyvinvointialueiden kotisairaaloitten tuottamien palveluiden välillä on eroja. (Pöyhiä ym, 2018; Saarto ym, 2022.)

Hyvä kotisairaala vastaa potilaan tarpeisiin ja yksi kotisairaalan tehtävä on tuottaa palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. Palliatiivisen hoidon lähtökohtana on ai-

na potilaan hyvä hoito, ja palliatiivinen potilas voi kaivata kotiin tuotetun sairaanhoidon lisäksi myös muita sairaalatasoisia palveluita. Kotisairaalan palveluun kuuluvat myös erilaiset varusteet ja niiden käytön valvonta, joita kotisairaala voi toimittaa potilaan vointia kohentamaan. Tällaisia varusteita ovat esimerkiksi sairaalasänky, tavanomaiset kotihoidon apuvälineet, imu ja kivunhoitoon tarkoitettu kipulääkepumppu. Kotona voidaan toteuttaa teknisesti hyvin monimutkaisiakin lääkehoitoja. Kaikki tuotettu palvelu ja toimenpiteet edellyttävät hyvän yhteistyön perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. (Saarelma, 2005.)

3.2 Kotisairaala palliatiivisen potilaan palveluketjussa

Kotisairaalan perustehtävä ja rooli palveluketjussa on oltava selkeä ja toiminnan tavoitteet on oltava kaikkien työntekijöiden tiedossa. Laadukkaassa kotisairaala-toiminnassa hoitokäytännöt perustuvat näyttöön- ja tutkittuun tietoon perustuvaan hoito- ja toimintakäytäntöihin. Sosiaali- ja terveysministeriö on myöntänyt noin 5.6 miljoonaa euroa valtionavustusta viidelle yliopistollisen sairaalan yhteistyöalueille palliatiivisen hoidon kehittämiseen. Valtionavustushankkeiden toimenpidekokonaisuuksiin kuuluu mm. kotisairaala-toiminnan kehittäminen hyvinvointialueilla ja palliatiivisen hoidon palvelujen tuottaminen sekä laadunparantaminen. (Skarp, 2018; STM, i.a.) Hyvinvointialueiden palliatiivisen hoidon suunnitelmissa tulee kuvata palveluohjaus, konsultaatio- ja lähetekäytännöt, henkilöstön täydennyskoulutussuunnitelma ja niiden toteutuksen seuranta. (Saarto & Finne-Soveri, 2019b; Saarto ym, 2022.)

Kotisairaala vastaa kotiin vietävästä palliatiivisesta hoidosta. Tämä mahdollistaa palliatiivisen potilaan turvallisen, korkeatasoisen ja yksilöllisen hoidon kotona kun sairaus on edennyt palliatiivisen hoidon vaiheeseen, kotisairaala mahdollistaa myös potilaan kuoleman kotona mikäli potilas näin tahtoo olevan. Palliatiivinen lääkehoito on hyvin samanlaista kotona ja sairaan vuodeosastoilla. Kotisairaaloilla on käytettävissä samanlaiset lääkitykset ja lääkkeiden antovälineet kuin sairaaloissa. Samoin muiden hoitoon liittyvien välineiden ja menetelmien kanssa (ks. luku 4). Kotisairaalan kotiin annettavassa palliatiivisessä hoidossa koros-

tuvat inhimilliset, eettiset ja psykososiaaliset ulottuvuudet jotka näyttäytyvät koti- ympäristössä eritavoin kuin sairaala hoidossa. (Saarelna, 2005; Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistys, i.a.)

Kattava kotisairaalaverkosto ja palliatiivinen kotisairaala on merkittävä osa kokonaisvaltaista palliatiivista hoitoketjua, joka ulottuu eri yksiköiden ja kuntien yli. Sen keskeisenä tarkoituksena on tuoda erityisosaamista sosiaali- ja perusterveydenhuoltoon, toimien sillanrakentajana perustason sosiaali- ja terveystalveluiden sekä erikoissairaanhoidon välillä. Palliatiivinen kotisairaala mahdollistaa suuren osan elämänsä viimeisistä vaiheista oleville, erityisesti iäkkäille ihmisille, laadukkaan hoidon omassa kotiympäristössään välttämien tarpeettomia siirtoja sairaalaan sekä vähentää palliatiivisen potilaan päivystyskäyntejä. (Saarto & Finne-Soveri, 2019b; Saarto ym, 2022; THL, i.a.)

Suosituksessa palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa kuvataan asetetut osaamisvaatimukset kotisairaaloille. Osaamisvaatimuksissa kuvataan, että kotisairaaloitten tulisi asettua erityistasolle B, jokaisella B-tason kotisairaalla olisi tulevaisuudessa erityistason osaaminen, eli palliatiivisen hoitoon koulutettu henkilöstö. (Saarto & Finne-Soveri, 2019b, s. 16–17.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (i.a) mukaan olemassa olevat kotisairaalapalvelut muodostavat vahvan perustan palliatiiviselle kotisairaalaverkostolle. THL:n ohjeistuksen mukaan on tärkeää nyt kehittää tätä verkostoa eteenpäin seuraavin painopistein:

Kotisairaalatoimintaa koordinoivien keskuksien perustaminen sairaanhoitopiireittäin: keskuksien tehtävänä on varmistaa saumaton yhteistyö ja palliatiivinen konsultaatio tuki alueilla toimiville kotisairaaloille. Tärkeää on perustaa palliatiivisia kotisairaaloita paikkakunnille joissa niitä vielä ei ole. Ympäri vuorokautiseen palveluun panostamisella varmistetaan, että kotisairaaloilla on kyky palvella potilaita vuorokauden jokaisena aikana, jotta hoito on saatavilla nopeasti ja joustavasti. Huolehtimalla siitä, että kotisairaalatoiminta on verkostomaista ja kattaa laajasti maakunnan alueen ja ylittäen kuntarajat. Kaikkien maakunnan asukkaiden tulee kuulua ja saada jonkin kotisairaalan palvelua. Palliatiivisen hoidon osaamista on vahvistettava ja varmistettava kotisairaloitten henkilökunnan riit-

tävä palliatiivisen hoidon osaaminen tarjoamalla koulutusta ja täydennyskoulutusta koko kotisairaalan henkilökunnalle. Digitaalisia palveluita tulee kehittää ja ottaa käyttöön aktiivisesti jota kotisairaaloitten toimintaa voidaan tukea ja helpottaa hoidon saatavuutta ja seurantaa. Näillä edellä mainituilla toimenpiteillä vahvistetaan palliatiivista hoitoa tarjoavien kotisairaaloitten verkostoa, parannetaan hoidon saatavuutta ja laatua sekä varmistetaan kotisairaala palveluiden kattavuus kaikkialla maakunnissa. (THL, i.a.)

Kotisairaalatoiminnalla voidaan vaikuttaa palliatiivisen hoidon laatuun ja tukea potilaan itsemääräämisen mahdollisuuksia ja oikeutta. Palliatiivinen hoito kotisairaaloitten kautta mahdollistaa parantumattomasti sairaalle potilaalle yksilöllisen, turvallisen ja korkeatasoisen hoidon elämän loppuvaiheessa. Hoito mahdollistaa hyvän kuoleman kotona, potilaan niin tahtoessa. Kotiin hoidettaessa korostuvat palliatiivisen hoidon inhimilliset, eettiset ja psykososiaaliset ulottuvuudet, jotka tulevat esiin eri tavalla kuin osastohoidossa. (Saarelma, 2005: Saarto 2022.) Buurmanin (2022) tutkimuksen mukaan ikääntyvä väestö koki kotiin annettavan hoidon mielekkääksi ja tutkimuksessa nousi esille, että ikääntyvät pysyivät paremmin toimintakuntoisina omissa kodeissaan ja kokivat mm. vähemmän sekavuutta verraten palveluasumisen ikääntyviin potilaisiin. Tutkimuksesta voi päätellä kotisairaala hoidon tukevan kotona asuvan potilaan toimintakykyä.

Palliatiivisen potilaan hoidon kannalta tärkeitä seikkoja ovat kotisairaalatoiminnan saatavuus ympärivuorokautisesti, toiminnan joustavuus, lääkäripalvelun saatavuus ja vastaavan lääkärin sitoutuminen sekä kotisairaana henkilöstön osaaminen ja kiinnostus palliatiivisen hoidon alueella. Kotiin annettavissa palveluissa on mahdollisuus käyttää myös muita tukipalveluita. Näitä ovat mm. palliatiivinen poliklinikka, päiväsairaalat, psykososiaaliset palvelut ja fysioterapia (Ollila, 2018; Saarto ym, 2022.)

Palliatiivisen hoidon suunnittelu ja toteuttaminen (WHO, 2016) oppaassa tuodaan esiin, että kotona perustuvalla palliatiivisella hoidolla on monia etuja monissa tilanteissa. Monet potilaat tuntevat olonsa turvallisemmaksi ja mukavamaksi kotonaan kuin terveydenhuollon yksiköissä. Kotiin annettavalla palliatiivi-

sella hoidolla ja saattohoidolla voidaan potilaan läheiset ihmiset integroida mukaan osaksi hoitoa ja he saavat tukea ja neuvoja. Kotiin annettava hoito helpottaa perhettä säilyttämään yksityisyytensä ja luottamuksellisuutensa herkän aiheen keskiössä. (Saarelma 2005; Saarto ym, 2022; WHO 2016.)

Kotisairaaloiminnan laatua kuvaa palvelun kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja odotukset erilaisten asiakkaiden näkökulmasta (Lindbom, 2018). Kosonen (2018) tuo kirjallisuuskatsauksessaan esiin Lehtolaan (2018) viitaten, että kotisairaalan potilaista suuri osa on syöpää sairastavia palliatiivista hoitoa saavia potilaita. Kososen (2018) katsauksessa nousee esille, että ”toive kuolla kotona on suurempi kuin kotona kuoleminen toteutuminen”. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suosituksessa (Saarto, 2017) tulee esille, että kaikki (hyvinvointialueiden) kotisairaalat tuottavat palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa kotona, josta voi tehdä johtopäätöksen, että kotisairaaloilla on keskeinen rooli turvaamassa palliatiivisen hoidon toteutumista.

3.3 Palliatiivisen potilaan hoitoon liittyvät konsultaatiot

Onnistuneen, kotiin annetun palliatiivisen hoidon ja saattohoidon edellytyksenä on potilaan ja häntä hoitavien työntekijöiden ja läheisten mahdollisuus saada tukea terveydenhuollon ammattilaisilta vuorokauden kaikkina aikoina. Sosiaali- ja terveydenhuollossa konsultaatiolla tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön pyynnöstä antamaa neuvontaa toiselle ammattihenkilölle terveydenhuollon asiakasta tai potilasta koskevassa asiassa (Lappalainen 2016; Louhimo 2019.). Konsultaatio ja konsultointi ovat olennainen osa asiakkaiden laadukasta hoitoa. Hyvin toimiva konsultaatio on toimivan terveydenhuoltojärjestelmän perusta. (Lappalainen 2016; Louhimo 2019.)

Kotisairaaloiminen konsultoiminen palliatiivisten potilaiden hoitotyössä tarkoittaa sitä, että esimerkiksi sosiaalihuollon toimintayksiköiden on mahdollista kysyä tukea ja neuvoa kotisairaaloilta, liittyen palliatiivisen potilaan hoitoon, vointiin ja kaikkeen mikä liittyy potilaan hyvään ja arvokkaaseen hoitoon. Palliatiivinen hoi-

to vaatii osittain erityisosaamista, jota kotisairaaloilla tulee olla ja heidän tulee tarjota osaamistaan perustason yksiköille, kuten sosiaalihuollon yksiköt. Tarvittaessa kotisairaalan tehtävä on mennä paikan päälle arvioimaan potilaan tilaa ja jatkohoidon tarvetta. Kotisairaaloiden sairaanhoitajien tehtäviin kuuluu tukea ja neuvoa sekä toteuttaa hyvää oireenmukaista hoitoa sosiaalihuollon toimintayksiköiden potilaille, yhteistyössä yksiköiden kanssa. Tarvittaessa kotisairaalan sairaanhoitajan velvollisuus on konsultoida lääkäriä liittyen palliatiivisen potilaan hoitoon. (Saarto & Finne-Soveri; 2019b, Saarto ym 2022; WHO 2016.)

Palliatiivisen potilaan hoitoon liittyvä konsultaatio mahdollisuus sosiaalihuollon yksiköiden ja kotisairaalan välillä mahdollistaa potilaan laadukkaan ja paremman hoidon. Kun palliatiivinen hoito on hyvin toimivaa, järjestäytyntä ja tehokasta se vähentää myös palliatiivisen potilaan hoitoon liittyviä sairaalasiirtoja, kuten päivystyskäynnit ja erikoissairaanhoidon ohjautuminen. (Salin ym, 2021.) Kotisairaaloiminnassa konsultaatiotuki on suunnattu myös potilasta hoitaville läheisille ja potilaalle itselleen. Konsultaatio voidaan tehdä monin eritavoin. Konsultaatio ja konsultointi ovat olennainen osa asiakkaiden laadukasta hoitoa. Hyvin toimiva konsultaatio on toimivan terveydenhuoltojärjestelmän perusta. (Lappalainen 2016; Louhimo 2019; Saarto & Finne-Soveri, 2019b.)

3.4 Erilaisia konsultaatio käytänteitä

Konsultaatio voidaan suorittaa monin eri tavoin. Kasvotusten tehty konsultaatio eli konsultaatiokäynti tarkoittaa ajanvarauskäyntiä terveydenhuollon ammattilaisen (asiantuntijan) luona. Tällöin asiantuntija voi ottaa kantaa potilaan ongelmaan, ilman että hoito vastuu siirtyy. Konsultaatio voidaan tehdä paperisena (sähköiset potilastietojärjestelmät), etäkonsultaationa kuten video välitteisesti reaaliajassa. Jalkautuvassa konsultaatiossa työntekijä jalkautuu fyysisesti toimintaympäristöön konsultaatiota pyytävän työntekijän tueksi. Useimmiten tällä tarkoitetaan tilannetta, jossa konsultin lisäksi paikalla ovat asiakas/potilas ja hänen oma työntekijänsä. Verkostoneuvottelut ja asiantuntijahoitajien jalkautuminen, kuten jalkautuva erikoissairaanhoidon luetaan jalkautuvaan konsultaation. Näissä tilanteissa kuitenkin hoitovastuu ei siirry erityistason jalkautuvalle työn-

tekijälle, vaan hän on vain konsultoivassa roolissa. (Lappalainen 2016; Louhimo 2019.)

3.5 Kotisairaaloiminnan seuranta tilastojen valossa

Kotisairaaloiminnan toiminnan tilastointi ja mittaus on ollut vähäistä viimeaikaisten tutkimusten valossa. Vuonna 2018 valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusjärjestelmän Hilmo tietoihin saatiin oma palvelumuoto T43 Kotisairaala. Jolla saadaan kerättyä tilastoa lääkärijohtoisesta, kotisairaalan hoitotiimin antamasta ympärivuorokautisesta kotona annettavasta hoidosta joka korvaa sairaalahoidon. Osana Hilmo järjestelmää on AvoHilmo rekisteri, johon kerätään tietoa perusterveydenhuollon avohoidon ja esimerkiksi kotihoidosta. Tällä hetkellä kotisairaalan tilastoja on kerätty AvoHilmo rekisteriin ja ne löytyvät kotihoitotilaston alta. Kotihoitotilasto tuotettiin ensimmäisen kerran näkyväksi vuonna 2020 vuosien 2018-2019 aineistosta jotka perustuvat Hoitoilmoitusrekisterin tiedonkeruun mukaisiin Avohilmo-rekisterin kotihoidon tietoihin. (Lindbom, 2018; THL 2021.)

Vuodelta 2019 Avohilmo-rekisteristä löytyy tietoa kotisairaaloiminnan konsultaatioista ammattihenkilöiden välisestä konsultaatiosta tutkitulla hyvinvointialueella 9 kappaletta, hakua ei kuitenkaan voi rajata esimerkiksi koskemaan yhtä erillistä ammattikuntaa (kuten hoitajalta hoitajalle konsultaatio) koska silloin tuloksia ei löydy ollenkaan, vaikka vaihtoehto tällaiselle rajaukselle tilastoista löytyy. Vuodelta 2020 määrä alueella 988, vuodelta 2021 määrä on 1169 kappaletta mutta edelleenkin rajausta ammattikuntien välille ei voi tehdä. Vuonna 2022 määrä on ollut 1724 kappaletta ilman rajauksia. (Lindbom, 2018; THL, 2021.) Kaikkien hyvinvointialueen kuntien kotisairaaloiminnan tietoja ei siis rekisterissä ole, tämä voi johtua esimerkiksi erilaisista tilastointi menetelmistä ja potilastietojärjestelmistä mitä eri kuntien alueilla on. Tilastoja tutkiessa ei esille tule spesifiä tietoa palliatiivisten potilaiden hoitoa koskevista konsultaatio määristä, jota tätä tutkimusta tehdessä tarvitaan.

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

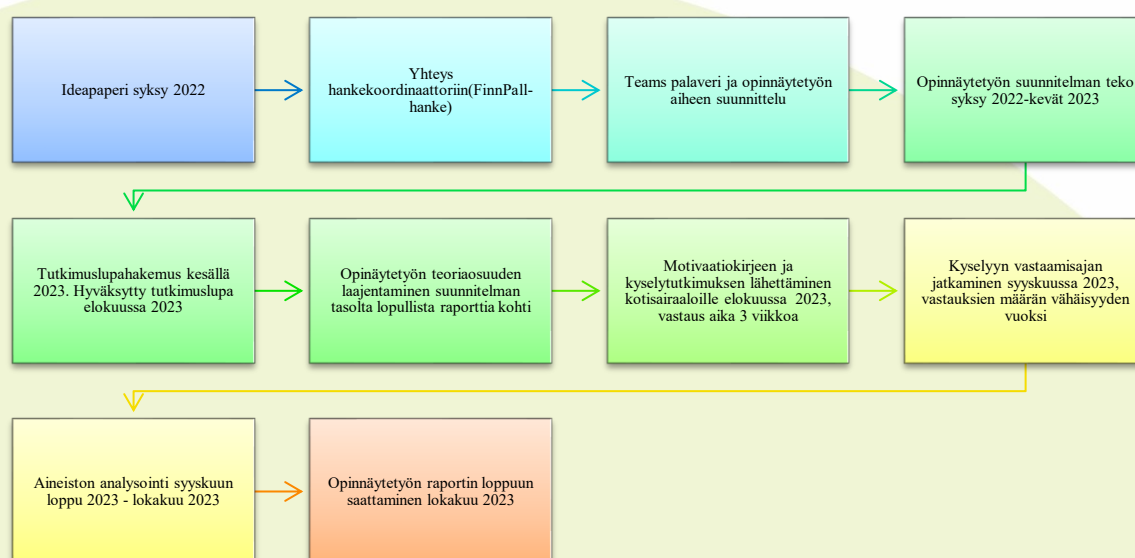
Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten eräällä hyvinvointialueella on järjestetty palliativisten potilaiden konsultaatiotoiminta sosiaalihuollon toimintayksiköiden ja kotisairaaloiden välillä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa hyvinvointialueen palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestämisen kehittämistä varten.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Miten kotisairaaloiminta on järjestetty?
2. Millaisia konsultaatiopyyntöjä sosiaalihuollon toimintayksiköistä tulee kotisairaaloihin liittyen palliativisen potilaan hoitotyöhön?
3. Millaisia määriä konsultaatioita saapuu kotisairaaloihin päivä-, viikko- ja kuukausitasolla?

5 YHTEISTYÖKUMPPANI JA OPINNÄYTETYÖN PROSESSI

Opinnäytetyön prosessi käynnistyi syksyllä 2022 otettuani yhteyttä hankekoordinaattoriin joka on mukana valtakunnallisessa FinPall-hankkeessa ja tällä hetkellä työskentelee eräällä hyvinvointialueella. Järjestimme palaverin johon osallistui alueen yliopistollisen sairaalan syövänhoito keskuksen kehittämiskoordinaattori ja erään kotisairaalan esihenkilö joka on toiminut Posote20 hankkeessa hankekoordinaattorina alueelle kotihoitoon ja kotisairaalamallin käyttöönoton laajentamiseksi harvaan asutuille alueille. Hankekoordinaattori otti aiheeni yhdessä muiden kanssa käsiteltäväksi ja kertoi, että olisi tarve tuottaa tietoa kotisairaaloiden konsultaatioista jotka tulevat sosiaalihuollon toimintayksiköistä kotisairaaloihin hyvinvointialueella jossa he työskentelevät.



KUVIO 2. Opinnäytetyön prosessi

Syksyllä 2022 hyväksyttiin ideapaperi opinnäytetyön aiheesta ja toukokuussa 2023 opinnäytetyönsuunnitelma. Tutkimuslupa hyvinvointialueelta opinnäytetyölle tuli elokuussa 2023 jonka jälkeen aloin kerätä kyselyllä aineistoa tutkimustani varten.

Tutkimusympäristönä toimi erään hyvinvointialueen kotisairaalat. Hyvinvointialueella kotisairaala toimintaa on järjestetty kuuden kunnan alueella, kotisairaalaverkosto ei tällä hetkellä kata vielä koko hyvinvointialuetta. Tutkimukseen osallistuivat kotisairaaloitten sairaanhoitajat.

Aineiston keruu toteutettiin elo-syyskuussa 2023. Kotisairaaloitten esihenkilöitä pyydettiin jakamaan henkilöstölleen motivaatiokirje ja linkki kyselyyn. Kysely oli auki 24.8.2023-17.9.2023 ja tänä aikana matalan vastausprosentin vuoksi esihenkilöitä pyydettiin välittämään henkilökunnalleen uudelleen heräte vastata kyselyyn, uudelleen herätteellä tarkoitetaan, että esihenkilöitä pyydettiin muistuttamaan ja motivoimaan henkilökuntaa vastaamaan kyselyyn. Vähäisten vastausmäärien takia kysely avattiin uudestaan ajalle 25.9.23-29.9.23 ja esihenkilöitä pyydettiin jakamaan kysely uudestaan henkilöstölleen ja motivaatiokirje, johon korostin osiota jossa perustellaan kotisairaaloitten merkitys palliatiivisen potilaan hoidossa. Vastausmäärä kyselyn avauskertoihin ja aloitettuihin vastaamisiin pysyi kuitenkin koko aineiston keruun aikana matalana. Kyselyn avasi 52 vastaajaa, 14 oli jättänyt vastaamisen kesken ja yhdeksän vastasi loppuun. Tämän yhdeksän vastauksen perusteella aineisto analysoitiin ja kirjoitettiin opinnäytetyön raportti. Liitteenä olevassa motivaatiokirjeessä on mainittu, että työni on luettavissa Theseuksesta kesällä 2024. Tämä johtuu siitä, että motivaatiokirje on jaettu alkuperäisen valmistumisaikatauluni mukaan, joka oli kesäksi 2024.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus jossa aineistonkeruumenetelmänä oli kysely verkkopohjaisella Webropol alustalla. Kyselyssä kerättiin tietoa kotisairaalan henkilöstön toiminnasta, käsityksistä ja kokemuksista liittyen palliatiivisen

potilaan konsultaatioihin joita sosiaalihuollon toimintayksiköt esittävät. Kyselyn tavoitteena oli tuottaa tietoa tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi.

Laadulliselle tutkimukselle ei ole yhtä ainoaa määritelmää, koska erilaisia lähestymis- ja analyysitapoja on paljon. Mahdollista on kuitenkin listata ominaispiirteitä, jotka ovat yleensä läsnä laadullisessa tutkimuksessa. Tässä käsittelemme kokonaisuuksia jotka ovat tämän opinnäytteen kannalta merkityksellisiä. (Juhila, 2021, luku: Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet)

Usein laadullisen tutkimuksen kohteena on joku yhteiskunnallisesti ajankohtainen kysymys johon pureudutaan. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista kvalitatiivisen aineiston suosiminen: Tutkimuksen aineistoina käytetään empiirisiä aineistoja, jotka voivat olla tekstejä, keskusteluja, haastatteluja, havainnointipäiväkirjoja tai kuvia/tiloja, joissa jokin toiminta tapahtuu. Joskus myös numeerinen aineisto, esimerkiksi erilaiset tilastot, voi olla laadullisen tutkimuksen mielenkiinnon kohde. Laadullisen aineiston hyödyntäminen ei siis sulje pois määrällisyyttä. (Juhila, 2021, luku: Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet; Hirsjärvi ym, 1997, 156–159.)

Laadullisen tutkimuksen aineistoja ei irroteta kontekstistaan, vaan niitä päinvastoin tulkitaan osana kontekstia, eli suositaan strukturoimatonta aineistoa. Laadulliselle tutkimukselle ominaista on sitoutuminen lähelle menevään tarkasteluun: Tämä tarkoittaa sitä, että tutkija on suorassa kontaktissa niihin ihmisiin, käytäntöihin, tekoihin ja asioihin, joita tutkija yrittää tutkimuksessaan ymmärtää. Mitä- ja miten kysymysten painottaminen on ominaista laadulliselle tutkimukselle, mutta pois suljettua ei ole käyttää myöskään miksi-kysymyksiä, vaikka miksi kysymyksiä käytetäänkin enemmän kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Aineistoon perustuva miten- ja miksi- kysymyksiin vastaaminen tuottaa merkityksellisiä miksi-kysymyksiä pohdittavaksi ja jatkotutkimuksen aiheiksi. (Juhila, 2021, luku: Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet.)

6.2 Kysely aineistonkeruumenetelmänä

Tämä laadullinen tutkimus toteutettiin kotisairaaloiden henkilöstölle sähköisellä kyselylomakkeella, näin henkilöstö sai itse vapauden valita milloin kyselyn kysymyksiin vastaavat ja toisaalta tällä keinoin ajateltiin saada nopeammin tutkimukseen vastaukset kuin esimerkiksi paikan päälle menemällä tai puhelinhaastatteluin. Tutkimus sisältää kyselytutkimuksen sekä haastattelun ominaispiirteitä. Vehkalahden (2014, s. 11–12) mukaan kysely ja haastattelututkimus eivät oikeastaan eroa toisistaan. Kyselytutkimuksessa haastattelija esittää kysymykset lomakkeella haastateltavalle, eli vastaajan pitää pärjätä ilman haastattelija apua (Vehkalahti, 2014, s.11).

Henkilöstö johdateltiin aiheeseen motivaatiokirjeessä (LIITE 1) joka heille lähetettiin sähköpostitse, henkilöstöä motivoitiin kirjeessä aiheen tärkeydellä ja esiin nostettiin heidän keskeinen roolinsa palliatiivisen potilaan hoitotyössä ja heidän antamassaan tuessa sosiaalihuollon toimintayksiköille. Motivaatiokirjeessä avattiin myös konsultaation käsite tässä tutkimuksessa.

Kyselytutkimuksen kysymykset rakentuivat palliatiivisen hoidon aihepiiriin ympärille ja liittyen STM:n (2019:68) laatimaan suositukseen kotisairaaloiden roolista palliatiivisen potilaan hoidossa (Hyvärinen ym. 2021, luku haastattelu.) Kyselytutkimusta laadittaessa ja kysymyksiä muotoiltaessa oli käytetty kolmea muotoa: Avoimia kysymyksiä, jolloin esitetään vain kysymys ja vastaukselle jätetään tyhjätila. Monivalintakysymyksiä, joissa on laadittu valmiit vastausvaihtoehdot ja vastaaja merkitsee kaavakkeeseen valmiin vastausvaihtoehdon tai useampia vaihtoehtoja. Lisäksi kyselyssä kerättiin määrällistä tietoa liittyen konsultaatioiden määrään. (Hirsjärvi ym. 1997, s. 193–195; Eskola & Suoranta, 1998, luku haastattelu.)

6.3 Aineiston analysointi

Tutkimuksesta analysointiin määrälliset vastaukset erillisinä ja laadulliset vastaukset erillisinä. Saadut määrälliset vastaukset syötettiin tietokoneen ohjelmis-

toon ja niistä tehtiin kuviot opinnäytetyöhön näkyville, määrällisten vastausten esittämiseen käytettiin yksinkertaisuudessaan Word ohjelmiston SmartArt-työkalua. Diagrammin esitysmuotona valitsin sen selkeyden vuoksi. Määrällisistä vastauksista tuotettiin Excelin avulla mediaanit ja niistä piirrettiin Word ohjelmistolla kuvio raporttiin.

Kyselyn vastaukset joihin oli vastattu omin sanoin, koodasin Word tekstinkäsittely ohjelmistossa käyttäen eri värejä sisällöltään samankaltaisissa käsitteissä ja vastauksissa. Koodaaminen on yksi sisällönanalyysin työväline, mutta ennen kaikkea se on työvaihe, jolla minkä tahansa laadullisen tutkimuksen aineiston käsittely alkaa. Kyse on aineiston ensivaiheen järjestämisestä ja luokittelusta, josta edetään varsinaiseen analyysiin. Koodaamisen vaiheessa kävin tutkimusaineisto läpi samanlaisia käsitteitä ja aiheita, kuten sanoja tai lauseita, jotka kuuluivat samojen käsitteiden alle. (Juhila, 2021, luku koodaaminen.)

Koodaamisen vaihe oli mielestäni helppo, koska kysely oli tehty tiettyjen aihe kokonaisuuksien alle jo ajatellen analyysi vaihetta. Lisäksi vastausten vähäisyys nopeutti koodaamisen vaiheita. Kun koodauksen työvaihe oli tehty, siirryin seuraavaan työvaiheeseen, koska koodaus ei pelkästään riitä analyysiksi. Aineistosta etsin mikä sisällössä on kiinnostavaa, mikä sisällöissä on eroavaa, mikä yhdistävää? Saanko yksityiskohdistettua kokonaiskuvan ja miten sen saa muodostettua? (Vuori, 2021, luku Laadullinen sisällön analyysi.) Sisällönanalyysin tarkoituksena on tuottaa selkeä, sanallinen kuvaus analyysistä (Tuomi & Sarajärvi, 2018 luku 4.)

Luokittelin samankaltaisuuksia vastauksissa yhteen ja luokalle annoin ominaisuuden mukaan nimen (KUVIO 3.) Tässäkin työvaiheessa työtä helpotti kyselyn valmiiksi tehdyt kysymysasettelut. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, luku: Yleinen kuvaus analyysin toteuttamisesta).

Esimerkkejä alkuperäisilmaisuista	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>Miten kotisairaaloimintanne on järjestetty?</p> <p><i>"Kotisairaala toimii kotihoidon alla omana yksikkönä."</i></p> <p><i>"Kotisairaala 24/7 h omana toimintana"</i></p>	<p>Kotisairaaloiminnan järjestäminen omalla alueella</p>	<p>Kotisairaalan palveluaika</p>	<p>Konsultaatio mahdollisuus järjestetty moninaisesti hyvinvointialueella</p>
<p>Millainen on työyksikkönne mahdollisuus konsultoida lääkäriä palliatiivisen potilaan hoidosta eri vuorokauden aikoina?</p> <p><i>"Ympäri vuorokauden vuoden jokaisena päivänä tapahtuvaa toimintaa."</i></p> <p><i>"Oma lääkäri päivisin. Tarvittaessa päivystävää lääkäriä voi konsultoida."</i></p> <p><i>"Arkena päivävuoron aikana kotisairaalan oma lääkäri käytettävissä puhelimitse. Ilta-aikaan ja viikonloppuisin tarvittaessa käytetään päivystävää lääkäriä jolla ei ole palliatiivisen potilaan hoidosta koulutusta."</i></p>	<p>Kotisairaalan mahdollisuus konsultoida lääkäriä palliatiivisesta hoidosta</p>	<p>Konsultaatiot lääkärille</p>	
<p>Millaista palveluaikaa kotisairaallanne noudattaa?</p> <p><i>"Joka päivä auki 8-21."</i></p> <p><i>"Ympäri vuorokauden vuoden jokaisena päivänä tapahtuvaa toimintaa."</i></p>	<p>Kotisairaaloiminnan kattavuus vuorokauden eri aikoina</p>	<p>Konsultaatiot kotisairaalan hoitajille</p>	

KUVIO 3. Esimerkki luokittelusta Word-taulukkotyökalun avulla

Kirjallisista vastauksista korjasin kirjoitusvirheitä, ja osia vastauksia oli mm. kirjoitettu käyttäen paljon lyhenteitä, lyhenteet korjasin normaaliin sanamuotoonsa. Murre sanoja vastauksista ei tarvinnut siistiä. Kun luokittelu oli tehty, kokosin niistä syntyneet aiheet omaksi kuviokseen ja laadin kuviot PowerPoint-ohjelmistolla, käyttäen PowerPointissa olevia piirtotyökaluja ja tekstiruutuja. Ku-

viot auttoivat hahmottamaan kyselyn tuloksia ja vastaamaan esitettyihin tutkimuskysymyksiin.

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Kyselyyn vastasi 9 kotisairaaloiden työntekijää. Kyselylomakkeessa kysymyksiä oli 12 kappaletta. Vastauksia kyselyyn tuli hyvinvointialueen kolmesta eri kotisairaalaista. Kysymykset oli suunnattu palliatiivisen hoidon konsultaatioiden ympärille jotka tulevat kotisairaaloille.

7.1 Kotisairaaloiden toiminta ja henkilöstörakenne

Kotisairaaloiden toiminta on suunniteltu hyvinvointialueella organisaatiokaaviossa ikääntyneiden palveluiden alle. Ikääntyneiden palveluihin kuuluvat iäkkäiden asiakas- ja palveluohjaus, asumispalvelut ja kotiin annettavat palvelut. Kotisairaalat siis asettuvat organisaatiokaaviossa kotiin annettaviin palveluihin. Vastauksissa tuli ilmi kuitenkin, että kotisairaalat voivat olla esimerkiksi kotihoidon alla omana yksikkönään, ikääntyvien palveluiden alla itsenäisenä yksikkönä tai yhdistettynä niin, että päivystystoiminnan kanssa on yhteistä henkilökuntaa ja yhteinen esihenkilö.

Omana toimintana, organisaatiossa kuulumme kotiin annettaviin palveluihin

Kotisairaala erillisenä toimintana. Päivystyksen kanssa yhteinen esihenkilö. Osa työntekijöistä päivystyksen kanssa yhteisiä. Fyysisesti kotisairaala sijaitsee osaston yhteydessä, mutta yhteistyötä ei juurikaan osastojen kanssa ole.

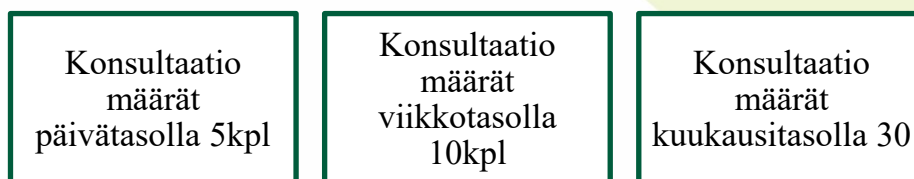
Kotihoidon alla toimivana

Kotisairaaloiden aukioloajat olivat kyselyn tuloksien mukaan erilaisia. Ympäri-vuorokautista toimintaa tarjosi kaksi vastanneista yksiköistä ja yhdessä yksikös-sä toiminta painottui 8-21 välille joka päivä.

Henkilöstömäärä kotisairaaloissa oli vaihteleva, vastauksista pystyi päättelemään, että kahdessa kotisairaalassa henkilöstömäärä oli yli 15 ja hoitajia oli useampia vuorossaan työssä, mutta yhden kotisairaalan henkilöstömääräksi oli vain määritelty yksi sairaanhoitaja vuorossaan. Jossakin kotisairaalassa toimi kaksi sairaanhoitajaa joka vuorossa ympäri vuorokauden. Yksi vastaaja kertoi, että heidän kotisairaalassaan on yksi sairaanhoitaja vuorossaan, mutta toiminta oli painottunut aamu- ja iltavuoroon ja yövuoroa ei ollut.

7.2 Kotisairaalaan saapuvat konsultaatiot

Kyselyn vastauksista tulee ilmi, ettei hyvinvointialueella kerätä tilastointitietoja potilastietojärjestelmien kautta liittyen kotisairaaloihin tulevista konsultaatiopyynnöistä. Joten kaikki vastaukset, jotka kyselyyn tulivat, olivat arvioita konsultaatiomääristä. Seuraavassa kuviossa (KUVIO 4) on mediaani kotisairaaloiden sairaanhoitajien vastauksista palliatiivisen potilaan hoitoon liittyvissä konsultaatiomäärissä, jotka tulevat sosiaalihuollon toimintayksiköistä heille. Määrät on esitetty kuviossa kappale määrinä, esimerkiksi ensimmäinen laatikko ”Konsultaatiomäärä päivätasolla 5kpl” kuvaa mediaania vastauksissa. Mediaani on laskettu vastauksista jotka kotisairaaloiden työntekijät olivat kirjanneet kyselyn vastauksiin. Mediaani on tuotettu, Excel- mediaanin laskenta ohjelmalla.



KUVIO 4. Kotisairaalaan tulevat konsultaatiomäärien mediaanit

Vastaukset olivat hyvin tasaisia arvioiden suhteen, kuitenkin vastauksista erottui selkeästi yhden kotisairaalan vastaukset, jossa arviot määristä olivat hieman pienemmät päivä, viikko ja kuukausi tasolla. Vastauksissa nousi yhtenäisesti esille, että konsultaatio määrät vaihtelevat paljon, välillä on ruuhkaisempaa aikaa ja välillä hiljaisempaa aikaa tulevien konsultaatioiden suhteen.

Kyselyyn vastanneet kotisairaalat toimivat hyvin laaja-alaisessa yhteistyössä eri sosiaalihuollon toimintayksiköiden kanssa. Jokainen vastanneista nosti esille yhteistyön kotihoidon ja palveluasumisen yksiköiden kanssa. Suurin osa vastanneista nosti myös esiin kehitysvammayksiköt ja yksityiset palveluntuottajat sekä mielenterveys- ja päihdeyksiköt joissa on tuetun asumisen muodot. Kehitysvammayksiköistä eräs vastaaja koki tulevan vähemmän konsultaatiopyyntöjä kuin muista yksiköistä. Lisäksi vastauksista nousi esille, että sairaalan osastot käyttävät kotisairaalan osaamista palliatiivisen hoidon saralla sekä kotona asuvat yksityiset ihmiset jotka käyttävät kotisairaalan palveluita palliatiivisen hoidon suhteen kysyvät suoraan neuvoa kotisairaalan henkilökunnalta.

7.3 Konsultaatioiden aiheet ja niistä syntyvät jatkohoidon tarpeet

Palliatiivisen potilaan laaja-alainen oireiden hoito nousi keskeisimmäksi aiheeksi kyselyn vastauksissa kysyttäessä tulevien konsultaatioiden aiheista. Alla olevissa lainauksissa kyselyn vastauksista tulee esille moninaiset tarpeet, joita konsultaatiot koskevat ja millaista oireiden hoitoa konsultaatiot koskevat.

Kivunhoitoa, limaisuuden hoitoa, hengenahdistusta, ahdistusta ja levottomuutta

Pyynnöt moninaisia, kipuun, infekioon, punasolutankkauksiin, perushoitoon

Yleisin on kivun hoito, eksistentiaalisen ahdistuksen hoitoa, perushoitoa

Jokaisella kotisairaallalla oli oman lääkärin työpanosta eli kotisairaaloiminnalle on nimetty oma lääkäri, joka vastaa kotisairaalahoidossa olevista potilaista.

Vastauksista tuli ilmi, että mahdollisuus käyttää myös muiden yksiköiden lääkäriä oli järjestetty. Muiden yksiköiden lääkäreitä käytetään kotisairaalan potilaiden hoidossa kun kotisairaalan oma lääkäri ei ole työssä. Vastauksien perusteella oli vaihtelevaa, millä tavalla mahdollisuus konsultoida lääkäriä palliatiivisen potilaan hoidosta oli eri aikaan vuorokaudesta järjestetty. Yhdellä vastanneista kotisairaaloista oli lääkärin työpanos etänä ja tarvittaessa kerran viikossa mahdollisuus saada lääkäri paikan päälle. Kahdessa kotisairaalassa päiväaikaan oli oma lääkäri, mutta vuorokauden muina aikoina lääkärin työpanos oli järjestetty eritavoin. Alla olevat sitaatit selkeyttävät yllä mainittua vaihtelevaa käytäntöä.

Arkena päivävuoron aikana kotisairaalan oma lääkäri käytettävissä puhelimitse. Ilta-aikaan ja viikonloppuisin tarvittaessa käytetään päivystävää lääkäriä jolla ei ole palliatiivisen potilaan hoidosta koulutusta

klo 8-15, kotisairaalan oma lääkäri, klo 15-21 geriatripoolin päivystäjä, klo 21-08 päivystyksen yleislääkäri

Palliatiivinen erikoislääkäri arkena 8-16, muuna aikana päivystyksen yleislääkäriä

Kotisairaalat vastaavat sosiaalihuollon toimintayksiköiden jatkohoidon tarpeisiin laaja-alaisesti. Kotisairaalat vastaavat juuri siihen tarpeeseen mikä sillä hetkellä on, henkilöstö tekee hoidontarpeen arvion esimerkiksi puhelimitse tai käyvät paikan päällä sosiaalihuollon toimintayksiköissä ja potilaiden kotona. Vastauksissa ilmenee, että paikan päälle mennään herkästi tekemään hoidontarpeen arvio tilanteen niin vaatiessa. Tarvittaessa kotisairaalan henkilökunta tekee jatkokonsultaation lääkärille ja jalkautuvat lääkärin kanssa kotikäynnille tilanteen niin vaatiessa. Usein tilanne mennään arvioimaan ensin paikan päälle ja siellä tehtyjen havaintojen perusteella konsultoidaan hoidosta vastaavaa lääkäriä.

Tilanteen mukaan jatkokonsultaatio esim. lääkärin kotikäynnille, kivunhoitoon, sedaatioon jne.

Arviointikäynti tehdään lähes aina, tarvittaessa konsultoidaan lääkäriä

Tilanteen mukaan tarvittaessa mennään paikan päälle: konsultoidaan tarvittaessa lääkäreitä ja tarvittaessa mahdollisuuksien mukaan lääkäri tekee arkena kotikäynnin jopa saman päivän aikana

7.3.1 Henkilöstön esiin tuomia ajatuksia liittyen konsultaatioihin

Henkilöstön ajatuksissa korostuu palliatiivisen hoidon merkitys ja ajatus siitä, että jokaisella palliatiivista potilasta hoitavalla henkilöllä pitää olla laajempaa osaamista palliatiivisesta hoidosta ja kyselyn vastauksissa nostetaan esille perusosaaminen palliatiivisen potilaan hoidossa. Tällä vastauksella oletan, että tarkoitetaan palliatiivisen hoidon tietämyksen ja osaamisen lisäämistä eli palliatiivisen hoitotyön kouluttautumista.

Kehitysvammaisten tai muuten vammaishuollon hoitokodit tarvitsivat paljon perusohjausta palliatiivisen potilaan hoitoon. Kotisairaalat pystyvät heitä siinä tukemaan, mutta perusosaamisen lisääminen helpottaisi sekä työntekijöiden ymmärrystä ja parantaisi asukkaiden hoitoa.

Konsultaatiopyyntöjä pitäisi enemmän tehdä ja palliatiivista hoitotyön koulutusta lisätä entisestään, jotta saattohoito onnistuisi paremmin

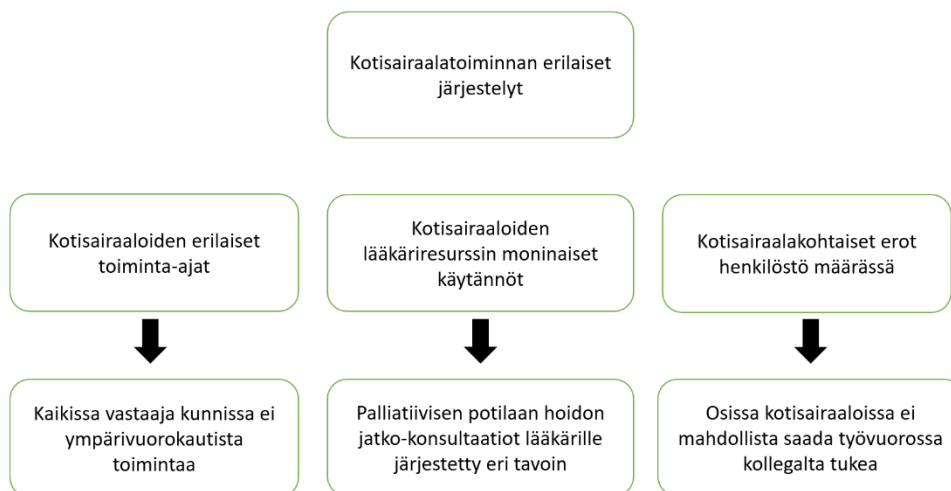
Yksiköiden pitäisi herkemmin ottaa yhteyttä kotisairaalaan.

Kotisairaaloitten henkilöstön vastauksissa nousee esiin toive, että sosiaalihuollon toimintayksiköt ovat heihin herkemmin yhteydessä palliatiivisen potilaan hoitoon liittyvissä kysymyksissä.

7.4 Yhteenveto tuloksista

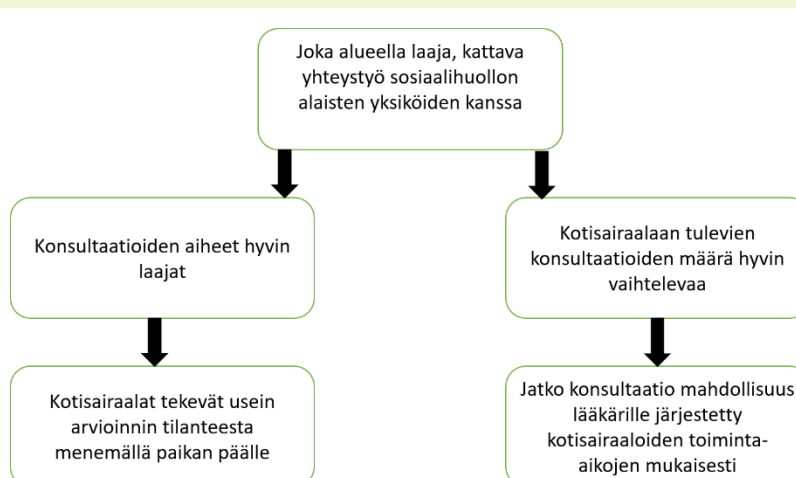
Kyselylomakkeen vastauksista keskeisimpinä kohtina nousi esille, ettei palliatiivisen hoidon konsultaatioista pidetä tilastoa, kotisairaaloitten toiminta on järjestetty hyvin eritavoin eri alueen mukaan ja kotisairaalat antavat erittäin laaja-alaista tukea sosiaalihuollon toimintayksiköille palliatiivisen potilaan hoidossa. Seuraa-

vassa kuviossa (KUVIO 5) on kuvattu kyselystä esille nousseet keskeisimmät kohdat liittyen kotisairaaloiminnan järjestelyihin.



KUVIO 5. Kotisairaaloiminnan järjestelyt.

Jokainen vastanneista yksiköistä toimi hyvin laaja-alaisessa yhteistyössä sosiaalihuollon toimintayksiköiden kanssa. Kyselyyn vastanneet toivat esille, että yhteistyön sosiaalihuollon toimintayksiköiden kanssa pitäisi olla vahvempaa ja palliativisen hoidon koulutusta olisi syytä lisätä perustasolle, eli sosiaalihuollon yksiköihin. Seuraavassa kuviossa (KUVIO 6) on kuvattuna kyselystä esiin nousseet pääkohdat kuinka yhteistyö toimii sosiaalihuollon toimintayksiköiden kanssa.



KUVIO 6. Yhteistyö sosiaalihuollon toimintayksiköiden kanssa

8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksen teossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuksessa tulee noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, eli rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä. Tarkkuus koskee myös tutkimuksen tallentamista, esittämistä ja tutkimuksen sekä sen tulosten arviointia. Tutkimukseen sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia, eettisesti kestäviä tutkimus-, tiedonhankinta- ja arviointimenetelmiä. Tutkimuksessa toteutetaan tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta ja vastuullista tiedeviestintää tutkimuksen tuloksia julkaisessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2023.)

Ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöprosessi tulee kiinnittää huomiota henkilötietojen käsittelyyn ja tutkimuksen kohteina olevien henkilöiden tietosuojan toteutumiseen. (Arene, 2019.) Lähtökohtana tutkimuksen tekemisessä pitää olla ihmisarvon kunnioittaminen, tämä tarkoittaa sitä, että kotisairaaloiden työntekijöillä oli mahdollisuus päättää, osallistuivatko he tutkimukseen vai eivät. Tutkimukseen osallistujille selvitettiin motivaatiokirjeellä (LIITE 1), miksi tutkimus tehdään ja mitä tutkimukseen osallistuminen heiltä edellyttää. (Arene, 2019.)

Olen kiinnittänyt huomioni koko opinnäytetyö prosessini ajan eettisyyden ja luotettavuuden toteutumiseen. Tukea tähän on antanut ohjaajat ja opinnäytetyöryhmäni. Kyselyn kysymyksiä käytiin useaan otteeseen läpi opinnäytetyön ohjaajan kanssa. Arvioitin kyselyn myös hankekoordinaattorilla, keneltä opinnäytetyön aiheen sain. Kyselyn kysymykset testasin kahdella ulkopuolisella ihmisellä joista toisella oli kotisairaala osaaminen, ja toinen ei ollut hoitoalan ammattilainen ollenkaan. Testaamisen jälkeen korjasin muutamia kysymyksiä selkeämmiksi saadun palautteen perusteella.

Suomessa kaikilla tieteenaloilla tutkijaa ohjaavat seuraavat yleiset eettiset periaatteet: Tutkijan tulee kunnioittaa tutkittavien henkilöiden ihmisarvoa, itsemääräämisoikeutta, Perustuslain (1999/731, 6–23 §) mukaiset oikeudet kuuluvat kaikille. Niitä ovat esimerkiksi oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen ja

koskemattomuuteen, liikkumisvapaus, uskonnonvapaus, sananvapaus, omaisuuden suoja sekä oikeus yksityisyyteen. Tutkijan tulee kunnioittaa aineellista ja aineetonta kulttuuriperintöä. Tutkijan tulee toteuttaa tutkimus niin, että tutkimuksesta ei aiheudu tutkittavana oleville, ihmisille, yhteisöille tai muille tutkimuskohteille merkittäviä vahinkoja, haittoja tai riskejä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019.)

Kyselyn toteutin anonymiini ja huolehdin siitä, että missään vaiheessa vastaaja tietoa ei tullut missään muotoa tietooni. Kyselyalusta jota käytin laitettiin asetuksiltaan niin, että se ei kerännyt mitään tietoa vastaajista. Kysely jaettiin esihenkilöiden kautta vastaajille. Opinnäytetyön raportista on häivytetty tunnistettavuustietoja liittyen hyvinvointialueeseen. Huolehdin, että kyselyn kysymykset on suunnattu tutkimukseni aihealueisiin ja kyselyn vastauksista ei synny haittoja tai riskejä. Kyselyn vastaukset tallennettiin tietokoneelleni ja muistitikulle, jota vastaukset pysyvät tallessa koko opinnäytetyön prosessin ajan. Kyselyn aineisto hävitetään kun opinnäytetyö on viimeistelty, julkaistu, ja palautettu ohjeistuksen mukaisesti sekä kypsyysoäyte on hyväksytty ja työstä on annettu arvosana.

Laadullisen tutkimuksen olennaisin osa on arvioida tutkimuksen uskottavuutta ja luotettavuutta. Tutkimuksen tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia ja tutkimuksessa käytetyillä menetelmillä on pystyttävä tutkimaan sitä, mitä on tarkoitus tutkia. Käytettyjen käsitteiden pitää soveltua aineistoon (Jyväskylän yliopisto, tutkimuksen toteuttaminen, 2021.) Opinnäytetyö prosessini on tehty mahdollisimman läpinäkyvästi ja tutkimuskysymykset mielessä pitäen. Tulokset on muodostettu aineiston analyysin perusteella ja olen pyrkinyt analysoimaan tulokset neutraalisti. Tutkijan on myös tärkeää seurata lähestymistapansa ja metodinsa omia luotettavuuden kriteerejä. Koska opinnäytetyöni on tehty yksin, on syytä tarkastella analysoituja tuloksia kriittisesti: Toinen analyysin tekijä olisi vahvistanut tuloksien luotettavuutta. Lisäksi vastaaja joukko tutkimuksessa oli pieni, suurempi vastausten määrä olisi lisännyt tutkimuksen luotettavuutta. (Jyväskylän yliopisto, tutkimuksen toteuttaminen, 2021; Osallistavan ja tutkivan kehittämisen opas 2.0, luku Kvalitatiivisen menetelmän luotettavuuden arviointi; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Olen koko prosessin ajan muistuttanut itseäni siitä, että teen tutkimusta yksin ja että olen entinen kotisairaalan työntekijä ja minulla on vahva oma näkemys asioihin joita käsittelem analysoidessani saatua aineistoa. Aineiston tulee olla kerätty kohteessa, jossa ilmiö esiintyy ja perustuttava edustavuuden periaatteisiin sekä raportoida tutkimuksen suorittamisen vaiheet. Raportissa tulee käyttää suoria lainauksia kvalitatiivisesta aineistosta, jotta lukija voi seurata analyysia ja arvioida sen perusteita. Kyselytutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa keskeisiä käsitteitä ovat reliabiliteetti jolla tarkoitetaan mittauksen luotettavuutta ja validiteetti millä tarkoitetaan mittauksen pätevyyttä eli sitä miten hyvin mittauksella todetaan mitä on tarkoitus mitata. Analyysin luotettavuus edellyttää tutkijan kykyä abstraktiin ajatteluun ja raportoinnin luotettavuutta taitoa ilmaista analyysin selkeydessä ja täsmällisyydessä. (Jyväskylän yliopisto, tutkimuksen toteuttaminen, 2021; Osallistavan ja tutkivan kehittämisen opas 2.0, luku Kvalitatiivisen menetelmän luotettavuuden arviointi; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Opinnäytetyössäni käytetty kysely oli suunnattu kotisairaaloille, jotka toimivat osana palliativisten potilaiden hoitoa ja tuottavat konsultaatiotukea sosiaalihuollon toimintayksiköille, joten kysely oli suunnattu oikeaan ilmiöön. Raportissa on käytetty suoria lainauksia tarkoituksen mukaisesti paljon. Kyselytutkimukseni vastaajamäärä jäi pieneksi, mutta vastaukset kattoivat tutkimuskysymysteni tarpeet.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytetyössäni olen pyrkinyt vastaamaan tutkimuskysymyksiini ja luomaan niiden pohjalta kuvan tutkitun hyvinvointialueen kotisairaaloiden palliatiivisten potilaiden konsultaatioista, niiden määrästä, laadusta ja miten toiminta konsultaatioiden suhteen on järjestetty hyvinvointialueen sisällä.

Tutkimuksen vastanneet ilmaisivat ettei konsultaatio määrästä pidetä tilastoa ja toivat esille, että palliatiivisen hoidon määrä ja siihen liittyvät konsultaatiot eivät ole ennakoitavissa. Itse konsultaatioissa, jotka liittyivät palliatiivisen potilaan hoitoon, ei tullut esiin eroja kyselyyn vastanneiden kesken, mutta niistä syntyvien jatkokonsultaatioiden suhteen tuli. Tutkimukseen vastanneiden mukaan heillä ei ole aina joka tilanteessa mahdollista tehdä jatko konsultaatiota sellaiselle lääkärille jolla on palliatiivisen hoidon osaaminen. Lisäksi kaikki kotisairaalat eivät toimineet vuorokauden ympäri, jolloin myöskään sosiaalihuollon toimintayksiköillä ei ole mahdollisuutta konsultoida kotisairaalaan jokaisen vuorokauden aikana. Tutkimuksessani nousee esille myös sama asia kuin Tiina Saarron ja hänen työryhmänsä selvityksessä: kotisairaaloiden toiminnan järjestelyt on järjestetty vaihtelevasti. Tutkimukseni tuo erityisesti esille sen seikan, että jopa saman hyvinvointialueen sisällä on monenlaista tapaa järjestää kotisairaaloimintaa (Saarto ym, 2022, s.11). Jää seurattavaksi, kuinka hyvinvointialueella tähän asiaan pureudutaan, kun toiminnot järjestäytyvät enemmän.

Tutkimukseni tuloksista voidaan päätellä, että kotisairaaloiden toiminta on järjestettävä kattavasti, jotta joka alueella pystytään vastaamaan vaihtelevaan konsultaatio tarpeeseen tilanteen mukaan. Mikäli tulevaisuudessa pidetään tilastoa konsultaatioiden määrästä päivittäin, viikoittain ja kuukausittain saadaan todellista tietoa siitä, kuinka paljon kotisairaalat antavat konsultaatiotukea sosiaalihuollon toimintayksiköille.

Opinnäytetyö prosessi itsessään oli vaiherikas ja osittain hankala. Kyselyni ei tuottanut haluttua määrää vastauksia. Kyselyn uudelleen avaaminen ja kotisairaalan henkilöstön motivointi kirjeellä uudestaan, ei tuottanut haluttua määrää

tuloksia. Kyselyn uudelleen avaamisvaiheessa ohjaajat neuvoivat minua muuttamaan kyselyä niin, että kaikki vastaukset eivät ole pakollisia sekä poistamaan kyselystä ”tallenna ja jatka myöhemmin” kohdan. Ajatuksenani oli saada vastauksia enemmän. Kysely avattiin uudelleen viikoksi ja tämän aikana vastauksia tuli yksi lisää. Tässä vaiheessa opinnäytetyötäni minun täytyi käyttää vahvaa harkintaa riittävätkö vastaukset kattamaan tutkimuskysymysteni tarpeet. Luetuani vastaajien vastaukset, tulin kuitenkin lopputulokseen, että opinnäytetyön voi saattaa loppuun hyvällä tuloksella.

Työskentelen itse hyvinvointialueella, ja tiedän omakohtaisesta kokemuksesta henkilöstölle saapuvan paljon erilaisia kyselyitä, joten henkilöstön motivaatio vastaamiseen voi olla tämän vuoksi huono. Toisaalta voi olla, että kysely tutkimus jäi esihenkilöiden sähköposti määräen alle ja ei koskaan lähtenyt eteenpäin. Nyt jos lähtisin toteuttamaan tutkimusta, toteuttaisin sen keräämällä kotisairaaloiden yhteystiedot ja pyrkisin haastattelemaan henkilöstöä ihan kasvokkain tai esimerkiksi Teams-palaverina.

Aineisto analysoidessa huomasin, että kyselyyn olisi pitänyt liittää vastaus vaihtoehtot niin, että kysymyksistä tulee esille mistä kotisairaalaista vastaukset ovat tulleet, tällä tavalla olisin saanut enemmän tietoa raporttiini, millä alueella toiminnot on mitenkään järjestetty. Lisäksi kyselytutkimus olisi ollut hyvä toteuttaa niin, että kotisairaaloilla olisi mahdollisuus pitää esimerkiksi tukkimiehen kirjantäyttöä muutaman viikon aikana etukäteen, jossa kerätään todellista määrää ja aiheita heille tulevista konsultaatiomääristä.

Tutkijana prosessi oli opettava, tutkimus oli elämäni ensimmäinen. Opinnäytetyön prosessi käynnistyi opintojen alussa, ja alussa minulla oli aivan erilainen idea, kuinka ja millaisen opinnäytetyön toteutan. Opinnäytetyön aihe kuitenkin selkeytyi, kuin pidimme palaverin henkilöiden kanssa hyvinvointialueella, ketkä rakensivat minulle opinnäytetyön aiheen hyvinvointialueen tarpeita ajatellen. Yhteiset tapaamiset opinnäytetyöryhmän kanssa auttoivat rakentamaan omaa opinnäytetyön raporttiani ja sain paljon hyvää tukea, kuinka työtäni edistän eteenpäin. Haasteellisin osuus oli itselleni aineiston analyysi ja sen ymmärtäminen kuinka se tehdään. Asiaan auttoi kuitenkin se, että luin useita ylemmän

ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä. Opinnäytetyön prosessin aikana kuitenkin totesin, että tullakseen hyväksi tutkijaksi täytyisi tutkimusta tehdä paljon enemmän ja sukeltaa vielä syvemmälle erilaisten tutkimusmenetelmien maailmaan.

Kaiken kaikkiaan olen tyytyväinen opinnäytetyön prosessiin ja raporttiini. Teoriaosuus raportissani on kattava ja työni pohjautuukin vahvasti Tiina Saarron ja hänen työryhmänsä julkaisuihin ja tuloksiin palliatiivisen hoidon tilasta Suomessa. Diakonia ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulun tutkinnon tavoitteena on ollut kouluttaa minusta asiakaslähtöisen ja palvelujen johtamisen sekä kehittämisen asiantuntija. Opinnäytetyöprosessi on syventänyt laajasti osaamistani ja ymmärtämystäni kotisairaalan palvelujen toiminnasta ja niiden kehittämisestä. Tutkimusta tehdessäni ja eri teorianäkökulmiin tutustuessani ymmärsin, miten merkityksellistä se on, että palliatiivisen potilaan oirehoitoon saadaan konsultaatiotukea vuorokauden jokaisen aikana ja potilaan hoitoon ottaisi kantaa palliatiiviseen hoitoon erikoistunut lääkäri. Kotisairaaloiminnan kannalta hyvinvointialueen tasoisesti näkisin tärkeäksi, että kotisairaaloimintaa koordinoitaisiin selkeästi ja hyvinvointialueella kaikille kotisairaaloille olisi palliatiivisen potilaan hoidossa osoitettu virka-aikaisen toiminnan ulkopuolella yksi yksikkö josta saada konsultaatiotukea palliatiivisen potilaan hoidossa.

Jotta palliatiivisen hoidon laatua voidaan seurata, olisi tärkeää kerätä tilastotietoa kotisairaaloiminnan antamasta konsultaatiotuesta. Samaisella tilastolla voitaisiin seurata myös kotisairaaloiminnan laatua. On tärkeää jatkaa palliatiivisen potilaan hoidon palveluketjujen kehittämistyötä ja yhteistoimintojen kehittämistä eritoimijoiden kesken. Opinnäytetyöni prosessin aikana hyvinvointialueelle jolle tutkimus on tehty, on luotu palliatiivisen potilaan palveluketjun kuvaus ja se julkaistaan lähiaikoina Käypä Hoidossa. Jään innolla seuraamaan, kuinka palveluketjun kuvauksen avaaminen alkaa yhdenmukaistamaan kyseisen hyvinvointialueiden kotisairaaloiminnan tarjoamaa palvelua palliatiivisille potilaille ja heitä hoitaville sosiaalihuollon toimintayksiköille.

LÄHTEET

- A 582/2017 Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 24.8.2017/582.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170582>
- Arene (2019). Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset.
<https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPIINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>
- Buurman, B. (2022). Home sweet hospital at home. Saatavilla 1.10.2023 [[Home sweat hospital-at-home](#)] - PubMed (nih.gov)
- Corrado, O. (2001). *Hospital-at-home*. Age and Ageing 30 (S3), 11–14. British Geriatrics Society.
- Edupal. (i.a). Palliatiivisen koulutuksen kehittäminen. Saatavilla 16.5.2023
<https://www.palliatiivisenkoulutuksenkehittaminen.fi/organisaatio/>
- Eskola, J., & Suoranta, J. (1998). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. [E-kirja]. Vastapaino.
- Grand view research. (2023). Home Healthcare Market Size, Share & Trends Analysis Report By Component (Equipment, Services), By Indication (Cardiovascular Disorder & Hypertension, Diabetes & Kidney Disorders), By Region, And Segment Forecasts, 2023 – 2030. Saatavilla 15.10.2023 <https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/home-healthcare-industry>
- Güldogan, E. (2018). Helsingin kotisairaala – suuren kaupungin kunnallinen organisaatio. Teoksessa R. Pöyhiä, E. Güldogan, A. Vanhanen, L. Aalto & H. Schmidt (toim.), *Kotisairaala*. Kustannus Oy Duodecim.
<https://www.oppiportti.fi/op/kts00162/do>
- Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. (1997). Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hyvärinen M., Suoninen E., & Vuori, J. (2021). Haastattelu. Teoksessa T. Kallinen & T. Kinnunen, K. Juhila (toim.) Laadullisen tutkimuksen

verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.
Saatavilla 8.5.2023

<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/laadullisen-tutkimuksen-aineistot/haastattelut/>

Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A., & Ivanoff-Lahtela, P. (2007). *Hoitotyö kotona*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hänninen, J. (30.11.2015). Saattohoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito*. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/pli00263/do>

Hökkä, M., Pereira, S., Pölkki, T., Kyngäs, H., & Hernández-Marrero, P. (2020). Nursing competencies across different levels of palliative care provision: A systematic integrative review with thematic synthesis. *Palliative Medicine*. Saatavilla 22.10.2023

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216320918798>

Juhila, K. (2021). Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet. Teoksessa T. Kallinen & T. Kinnunen, K. Juhila (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.
Saatavilla 7.1.2023

<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/mita-on-laadullinen-tutkimus/laadullisen-tutkimuksen-ominaispiirteet/>

Juhila, K. (2021). Koodaminen. Teoksessa T. Kallinen & T. Kinnunen, K. Juhila (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Saatavilla 8.5.2023

<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitav-an-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/koodaminen/>

Jyväskylän yliopisto. (2021). Tutkimuksen toteuttaminen.

<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/tutkimusprosessi/tutkimuksen-toteuttaminen>

Kosonen, J. (2018). Kotisairaala ikäihmisen kotona asumisen tukena kansallisesti ja kansainvälisesti tarkasteltuna, Integroiva kirjallisuuskatsaus. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/158044/Kosonen%20Johanna.pdf?sequence=1>

- L 785/1992 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- L 980/2012 Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista.
28.12.2012/980.<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- L 615/2021 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla. 29.6.2021.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210615>
- L 1326/2010 Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>
- L 731/1999 Perustuslaki. 11.6.1999/731.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Lappalainen, J. (2016). Konsultaatiotoiminnan kehittämissuunnitelma Etelä-Savon sote-kuntayhtymässä. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri Ky. Saatavilla 4.1.2023 <https://www.essote.fi/wp-content/uploads/sites/2/2016/12/liite-40-konsultaatiotoiminnan-kehittamissuunnitelma.pdf>
- Lehtola, L., & Jääskeläinen, I. (26.3.2018). Kotisairaalaan soveltuvat infektiopotilaat. Teoksessa R. Pöyhiä, E. Güldogan, A. Vanhanen, L. Aalto & H. Schmidt (toim.), *Kotisairaala*. Kustannus Oy Duodecim.
<https://www.oppiportti.fi/op/kts00079/do>
- Lindbom, T. (3.4.2018). Kotisairaaloiminnan tilastointi. Teoksessa R. Pöyhiä, E. Güldogan, A. Vanhanen, L. Aalto & H. Schmidt (toim.), *Kotisairaala*. Kustannus Oy Duodecim.
<https://www.oppiportti.fi/op/kts00181/do>
- Louhimo, J. (2019). Onnistunut konsultaatio- potilaan parhaaksi! *Lääketieteellinen aikakauskirja*. Duodecim, 135(5), 486-490.
<https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo14802>
- National Hospice and palliative care organization. (2020). NHPCO Palliative Care Needs Survey Results Summary. Saatavilla 2.10.2023.
https://www.nhpc.org/wp-content/uploads/Palliative_Care_Needs_Survey_2020.pdf

- Ohvanainen, A. (12.3.2018). Verivalmisteiden antaminen kotisairaalassa. Teoksessa R. Pöyhiä, E. Güldogan, A. Vanhanen, L. Aalto & H. Schmidt (toim.), *Kotisairaala*. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/kts00008/do>
- Ollila, M. (15.3.2018). Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Teoksessa R. Pöyhiä, E. Güldogan, A. Vanhanen, L. Aalto & H. Schmidt (toim.), *Kotisairaala*. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/kts00016/do>
- Osallistavan ja tutkittavan kehittämisen opas 2.0 (i.a). Kvalitatiivisen menetelmän luotettavuuden arviointi. Saatavilla 10.4.2023 <https://libguides.diak.fi/c.php?g=670543&p=4760642#s-lg-box-15268726>
- Pöyhiä, R., Güldogan, E., & Vanhanen, A. Lukijalle. Teoksessa R. Pöyhiä, E. Güldogan, A. Vanhanen, L. Aalto & H. Schmidt (toim.), *Kotisairaala*. Kustannus Oy Duodecim <https://www.oppiportti.fi/op/kts00182/do>
- Saarelma, K. (2005). Palliatiivinen hoito kotisairaalassa. *Lääketieteellinen aikakauskirja*. Duodecim, 121(2):205-11. <https://www.duodecimlehti.fi/duo94746>
- Saarto, T., (2015). Palliatiivisen hoidon määritelmä. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.), *Palliatiivinen hoito*. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/pli00263/do>
- Saarto, T. (2017). *Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen*. (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44). https://stm.fi/documents/1271139/5933711/RAPORTTI_Palliatiivisen_hoidon_ja_saattohoidon_jarjestaminen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1c0
- Saarto, T. & Finne-Soveri, H. (2019a). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa: *Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi*. (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:14). <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4041-3>
- Saarto, T. & Finne-Soveri, H. (2019b). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa: *Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi*. (Sosiaali- ja terveysministeriön ra-

portteja ja muistioita 2019:68). <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4041-3>

Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Juntila, K., Lehto, J., Finne-Soveri H., Hammar, T., & Forsius, P. (2022). *Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus*. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, ohjaus 4/2022).

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144065/OHJ2022_004_08042022.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Saaranen-Kauppinen, A., & Puusniekka, A. (2006). KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Saatavilla 19.10.2023

https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3.html

Salin, S., Melender, H.-L., Lehto, J. T., & Hökkä, M. (2021). Asiantuntijoiden näkemyksiä palliativisen hoidon ja saattohoidon kehittämis- ja tutkimustarpeista. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 58(2).

<https://doi.org/10.23990/sa.94374>

Shepperd, S., Iliffe S., Doll H-A., Clarke M-J., Kalra L., Wilson A-D., & Gonçalves-Bradley D-C. (2016). Admission avoidance hospital at home (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 9. Art. No.: CD007491. DOI: 10.1002/14651858.CD007491.pub2. Saatavilla 22.10.23

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007491.pub2/epdf/full>

Sinervo, T. & Keskimäki, I. (2019). *Palveluintegraatiota käytännössä:*

Mikä edistää ja mikä estää integraatiota? (Yhteiskuntapolitiikka 84(2019):4.)

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138583/YP1904_Sinervo%26Keskim%c3%a4ki.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Skarp, T. (26.3.2018). Laatu kotisairaaloiminnassa. Teoksessa R. Pöyhiä, E. Guldogan, A. Vanhanen, L. Aalto & H. Schmidt (toim.), *Kotisairaala*. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/kts00095/do>

Sleeman, K., de Brito, M., Etkind, S., Nkhoma, K., Guo, P., Higginson, I., Gomes, B. & Hardigan R. (2019). The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world re-

- gions, age groups, and health conditions. Vol 7. The Lancet Global Health. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(19\)30172-x](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(19)30172-x)
- Sosiaali- ja terveysministeriö [STM]. (2022). Asiantuntijaryhmä haluaa elämän loppuvaiheen hoidon laaturekisteriin – uusilla suosituksilla ja toimenpidekoodeilla yhtenäistetään palliatiivisen hoidon laatua ja kirjaamista. Saatavilla 4.2.2023 <https://stm.fi/-/palliatiivisen-hoidon-laaturekisteri>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2023). Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus (sote-uudistus). Saatavilla 16.10.2023 <https://stm.fi/soteuudistus>
- Soteuudistus. (i.a). Tiedolla johtaminen on avain toimiviin ja laadukkaisiin sote-palveluihin. Saatavilla 16.10.2023 <https://soteuudistus.fi/tiedolla-johtaminen>
- Suomen palliatiivisen hoidon ja lääketieteen tutkimusverkosto ry (i.a). Yhdistys. Saatavilla 4.2.2023 <https://finpallresearchnet.fi/yhdistys/>
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. (2019). *Palliatiivinen hoito ja saattohoito*. Käypä hoito -suositus. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (i.a). Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Saatavilla 8.2.2023 <https://stm.fi/saattohoito>
- St Christopher's Hospice. (i.a). Cicely Saunders International. Dame Cicely Biography. Saatavilla 6.10.2023 <http://www.cicelysaundersfoundation.org/about-us/dame-cicely->
- Sunikka, T., Kaakinen, P., Kesänen, J., Leinonen, R., Mikkonen, H., Muurinen, K., Niemelä, E., Suikkala, A., Tuomi, S., Öhberg, I., Ylinen, E-R., & Sulosaari, V. (2021). 6. Palliatiivisen hoitotyön erityisosaaminen ja urakehitys. Saatavilla 7.10.2023. <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfi-fe2021092146736.pdf>
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. [THL] (i.a). Elämän loppuvaiheen laadukas hoito turvataan palliatiivisella kotisairaalaverkostolla. Saatavilla 1.10.2023 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139325/TT_Kotisairaala%20WEB.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. (2021). Kotihoito. Saatavilla 8.2.2023
<https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneet/kotihoito>
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. (2023). Palveluintegraatio. Saatavilla 5.2.2023
<https://thl.fi/fi/web/sote-palvelujen-johtaminen/kehittyva-palvelujarjestelma/palveluintegraatio>
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. (2023). AvoHilmo, kotihoidon käynnit palvelutuottajittain.
https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/avo/perus10/fact_ahil_perus10
- Tuomi J., & Sarajarvi, A. (2009). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5.uudistettu painos. Tammi, Helsinki.
- Tuomioja P., & Niemi H. (26.3.2018). Avannepotilaan hoito kotisairaalassa. Teoksessa R. Pöyhiä, E. Güldogan, A. Vanhanen, L. Aalto & H. Schmidt (toim.), *Kotisairaala*. Kustannus Oy Duodecim.
<https://www.oppiportti.fi/op/kts00116/do>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2023). Hyvä tieteellinen käytäntö.
<https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>
- Vehkalahti K. (2014). *Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät*. Helsingin yliopisto. Saatavilla 9.1.2023
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/305021/Kyselytutkimuksen-mittarit-ja-menetelmat-2019-Vehkalahti.pdf>
- Vuori J. (2021). Johdatus laadulliseen tutkimukseen ja verkkokäsikirjaan. Teoksessa T. Kallinen & T. Kinnunen, J. Vuori (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaristo. Saatavilla 7.1.2023
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/mita-on-laadullinen-tutkimus/johdatus-laadulliseen-tutkimukseen-ja-verkkokasikirjaan/>
- Vuori J. (2021). Laadullinen sisällön analyysi. Johdatus laadulliseen tutkimukseen ja verkkokäsikirjaan. Teoksessa T. Kallinen & T. Kinnunen, J. Vuori (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaristo. Saatavilla 8.5.2023
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/laadullinen-sisallonanalyysi/>

- Vuori J. (2021). Tutkimusetiikka ihmistieteissä. Johdatus laadulliseen tutkimukseen ja verkkokäsikirjaan. Teoksessa T. Kallinen & T. Kinnunen, J. Vuori (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Saatavilla 7.1.2023
[https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/tutkimuseiikka/tutkimuseiikka-ihmistieteissa/](https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/tutkimusetiikka/tutkimuseiikka-ihmistieteissa/)
- Vuori J. (2021). Yleiset analyysi tavat. Teoksessa T. Kallinen & T. Kinnunen, J. Vuori (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Saatavilla 3.4.2023
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/yleiset-analyysitavat/>
- Webropol. (i.a). Kysely- ja raportointityökalu. <https://webropol.fi/>
- World Health Organization. (2016). Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2018). Integrating palliative care and symptom relief into primary health care. *a WHO guide for planners, implementers and managers*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2020). Palliative care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

LIITE 1. Motivaatiokirje

Kyselytutkimus palliatiivisen potilaan hoitotyöhön liittyvistä konsultaatioista

Hei,

Olette saanut tämän viestin, koska työskentelette hyvinvointialueella kotisairaalassa.

Teen tutkimusta palliatiivisen potilaan hoitoon liittyvistä konsultaatioista, jotka tulevat kotisairaaloille sosiaalihuollon alaisista yksiköistä (kotihoito, palveluasuminen, tehostettu palveluasuminen ja muut asumisyksiköt). Kyselyssä kerätään teidän arvioitanne palliatiivisen potilaan hoitoon liittyvissä konsultaatioista, jotka saapuvat yksikköönne.

Konsultaatio käsitteenä tarkoittaa niitä kysymyksiä, joita teille esitetään liittyen palliatiivisen potilaan hoitoon ja joihin te ammattilaisena vastaatte ja annatte tukeanne sosiaalihuoltoyksiköille, kun he sitä tarvitsevat.

Kotisairaalat ovat keskeisessä roolissa palliatiivisen potilaan palveluketjussa ja juuri teidän toimintanne kotisairaaloissa on merkittävää ja tärkeää, osana potilaan kokonaisvaltaista ja hyvää palliatiivista hoitoa.

Nyt pyydänkin, että osallistuisitte tutkimukseeni ja vastaisitte kyselyyni. Kyselyn tuloksia tullaan tarvittaessa käyttämään hyvinvointialueen palliatiivisen potilaan hoidon kehittämistyössä. Kyselyn vastaukset annetaan anonymisti. Kysely ei sisällä mitään, mikä toisi tutkijalle ilmi potilastietoja.

Tutkimukseni tulokset ovat luettavissa Theseuksesta (opinnäytetöiden tietokanta) kesäkuun 2024.

Kyselyssä liitteenä on kyselyyn vastausohje.

Ystävällisin terveisin, Tanja Tarvonen, Diakonia-ammattikorkeakoulu (YAMK)

LIITE 2. Webropol kyselyn kysymykset

- 1. Kotisairaala jossa työskentelette?**
- 2. Montako henkilöä yksikössänne työskentelee (hoitajat, lääkärit, muut työntekijät)?**
- 3. Miten kotisairaaloimintanne on järjestetty? (Joissakin kunnissa kotisairaaloimintaa järjestetään esimerkiksi terveyskeskusten vuodeosastojen yhteistoimintana)**
- 4. Millaista palveluaikaa kotisairaallanne noudattaa? (Esimerkiksi toimintaa ympärivuorokauden vuoden jokaisena päivänä)**
- 5. Millainen on työyksikkönne mahdollisuus konsultoida lääkäriä palliatiivisen potilaan hoidosta eri vuorokauden aikoina? Onko mahdollisuus, esimerkiksi vuorokauden jokaisena ajankohta, vai vaikka arkena päivävuoron aikana?**
- 6. Arvioikaa päivätasolla, paljonko konsultaatiopyyntöjä saapuu yksikköönne liittyen palliatiivisen potilaan hoitotyöhön**
- 7. Arvioikaa viikkotasolla, paljonko konsultaatiopyyntöjä saapuu yksikköönne liittyen palliatiivisen potilaan hoitotyöhön**
- 8. Arvioikaa kuukausitasolla, paljonko konsultaatiopyyntöjä saapuu yksikköönne liittyen palliatiivisen potilaan hoitotyöhön**
- 9. Millaisista yksiköistä konsultaatiopyyntöjä teille saapuu? Esimerkkeinä, kotihoito, tehostettu palveluasuminen, kehitysvammayksiköt jne.**

- 10. Millaisia aiheita konsultaatiopyynnöt koskevat? Kuvailkaa laajasti, kuten koskevatko aiheet perushoitoa, eksistentiaalisen ahdistuksen hoitoa, kivun hoitoa jne.**
- 11. Millaisia jatkohoidon tarpeita saapuneet konsultaatiopyynnöt aiheuttavat? Kuten menettekö paikan päälle arvioimaan tilannetta, teettekö jatko konsultaation hoidosta vastaavalle lääkärille?**
- 12. Mitä muuta haluaisitte kertoa konsultaatiopyyntöihin liittyen palliatiivisen potilaan hoitotyössä?**