

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveys ja hyvinvointi

Kliininen asiantuntijuus, palliatiivinen hoito

2021

Reetta Suomi

**HOITAJAKONSULTAATIOMALLIN
KEHITTÄMINEN
PERUSTERVEYDENHUOLLON
PALLIATIIVISELLE
POLIKLINIKALLE**

Reetta Suomi

HOITAJAKONSULTAATIOMALLIN KEHITTÄMINEN PERUSTERVEYDENHUOLLON PALLIATIIVISELLE POLIKLINIKALLE

Palliatiivisen hoidon tarve on muuttunut viime vuosina, sillä ihmiset kuolevat yhä vanhempina ja kuolemansyyt ovat aiempaa erilaisempia. Korkeatasoinen palliatiivinen hoito on ihmisoikeus. Saumattomien hoitoketjujen kehittäminen, kotisaattohoidon mahdollisuuksien parantaminen sekä konsultaatiotoiminnan kehittäminen ovat välttämättömiä Suomessa lisääntyvään palliatiivisen hoidon tarpeeseen vastaamiseksi. Tämä kehittämisprojektina toteutettu ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö vastaa tähän kehittämistarpeeseen yhden sairaanhoitopiirin alueella kehittämällä konsultaatiotoimintaa B-tason palliatiivisessa yksikössä.

Projektin tavoitteena on kehittää palliatiivista hoidon toteuttamista sekä lisätä sen yhdenmukaisuutta VSSHP:n itäisellä alueella. Tarkoituksena oli luoda Salon kaupungin terveyspalveluiden palliatiiviselle poliklinikalle hoitajakonsultaatiomalli, joka on osa laajavastuuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtäväkuvaa. Kehittämisprojektin tuotos, hoitajajohtoinen palliatiivisen hoidon konsultaatiomalli, on tavoitteena integroida osaksi Salon palliatiivisen yksikön palveluita. Kehittämisprojektin tutkimuksellinen osa tuotti tietoa hoitajakonsultaation tarpeesta sairaanhoitopiirin itäisellä alueella, projektissa laadittavan konsultaatiomallin pohjaksi. Tutkimukselliseen osuuteen osallistui 23 perus- ja A-tasolla työskentelevää hoitajaa, Salosta ja naapurikunnista. Aineistonkeruu toteutettiin avoimena kyselytutkimuksena ja analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmällä. Tulosten perusteella hoitajat kaipaavat tukea palliatiivisen hoidon tarpeen arvioinnissa, toteutuksessa ja oirehoitoon liittyvissä haasteissa konsultoivalta asiantuntijalta.

Kirjallisuuskatsauksen ja tutkimuksellisen osan tulosten pohjalta laadittiin alustava hoitajakonsultaatiomalli, joka viimeisteltiin sidosryhmäkeskustelua hyödyntäen. Keskusteluun osallistui terveyspalveluiden johtavia henkilöitä. Keskustelu vahvisti palliatiivisen hoidon konsultaatiomallin rakenteen ja sen hyödynnettävyyden. Konsultaatiomallin käyttöönottoa edistäviksi tekijöiksi tunnistettiin hyvä tavoite, yhteinen tahtotila ja useat edunsaajat. Käyttöönoton haasteena voivat olla eri roolien sekoittuminen, yhdyspintoimijoiden tasavahvuuteen liittyvät tekijät, resurssit ja taloudellisiin seikkoihin liittyvät tekijät. Laajavastuuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtäväkuvasta tarvitaan vielä lisää tietoa ja tehtäväkuvan selkiyttämistä, jotta se pystytään viemään osaksi organisaation rakenteita. Tehtäväkuvan kehittäminen olisi hyvä huomioida osana hyvintoinialueen laajempaa kehitystyötä.

Kehittämisprojektin tuotoksena luotu palliatiivisen hoidon konsultaatiomalli on kehitetty yhteen perusterveydenhuollon B-tason palliatiiviseen yksikköön, mutta soveltuvien osien sitä voidaan hyödyntää muissa perusterveydenhuollon yksiköissä ja erikoisaloilla. Lisää tutkimusta tarvitaan tulevaisuudessa laajavastuisten hoitotyön tehtäväkuvien käyttöönottamisesta ja vaikutuksista hoitoon, hoidon tuloksiin ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään.

ASIASANAT:

Palliatiivinen hoito, laajavastuinen asiantuntijasairaanhoitaja, laajavastuinen hoitotyö, konsultaatio

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health Care/Advanced Practice palliative care

2021 | number of pages 65, number of pages in appendices 6

Reetta Suomi

DEVELOPMENT OF NURSE CONSULTATION MODEL TO PALLIATIVE CARE CLINIC IN PRIMARY CARE

The demand for palliative care has changed in recent years, because people are dying older than before and causes of death vary more than before. High quality palliative care is a human right. Developing seamless chains of palliative care, improving the possibilities of home health care and improving the developing consultation activities are essential to fulfill the increasing need of palliative care in Finland. This thesis of a higher polytechnic implemented as a development project will respond to development needs in a single hospital district by developing consultation activities in a B-level palliative unit.

The goal of development project was to improve the palliative care implementation and increase consistency and timing for eastern parts of VSSHP. The aim of development project was to create a palliative care consultation model, which is part of the work description for a broad responsibility specialist nurse. The throughput of development project, the palliative care consultation model managed by a nurse, is to be integrated as part of a palliative care unit in Salo in the future. The research part of the development project produced information about the need of palliative care nurse consultation for eastern hospital district area consultation model base. The participants for the research were 23 nurses working in basic level and level A from Salo and surrounding municipalities. The collection of material for research was implemented as an open survey and analyzed as a data-driven content analysis. Based on the analysis results the nurses need more support in assessing the need for palliative care, implementation and in challenges with symptomatic treatment from a consulting specialist

Based on the literature review and the results of research section, a preliminary nurse consultation model was developed and finalized using a stakeholder discussion. The participants of the discussion were people in management positions in health services. Discussion confirmed the structure of the palliative care consultation model and its usability. Contributing factors of the model implementation were good goal, common willingness and common beneficiary. Challenges could be mixing the roles, factors related to equal strength interface operators, resources and factors related to economic issues. More information and clarification is needed for broad responsibility specialist palliative care nurse consultation work description, so it can be implemented as part of structure of organization.

The development of work description would be good to recognize as a part of a wider development of the welfare area. The palliative care consultation model was created as a throughput of development project and it has been developed for one specific level B palliative care unit, but it can be implemented for other basic health care units and other specialties where applicable. More research needed for broad responsibility health care work description in the future for implementation and impacts on treatment, treatment results and the health care service system.

KEYWORDS:

Palliative care, Nurse practitioner, Advanced nursing practice, Consultant

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO	6
1 JOHDANTO	7
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS	9
2.1 Kehittämiprojektin tausta ja tarve	9
2.2 Kehittämiprojektin tavoite ja tarkoitus	10
2.3 Toimintaympäristön kuvaus	10
2.4 Kehittämiprojektin eteneminen	12
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	19
3.1 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa	19
3.2 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Varsinais-Suomessa	20
3.3 Laajavastuisen hoitotyön tehtäväkuvat	21
3.4 Laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan osaaminen	25
3.5 Terveystuollon konsultaatiotoiminta	27
3.6 Hoitajakonsultaatio palliatiivisessa hoidossa	28
4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS	31
4.1 Tutkimuksellisen osuuden tavoite ja tarkoitus	31
4.2 Tutkimusmenetelmät, kohderyhmä ja aineiston keruu	31
4.3 Aineiston analyysi	33
5 TUTKIMUKSELLISEN OSUUDEN TULOKSET	37
5.1 Hoitajien kohtaamat yleisimmät haasteet palliatiivisessa hoidossa	37
5.2 Hoitajien kokema tuki palliatiivisessa hoidossa	40
5.3 Palliatiivisen hoidon konsultaatiotuki	41
5.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	43
6 KEHITTÄMISPROJEKTIN TULOKSET	46
6.1 Sidosryhmäkeskustelu	46
6.2 Palliatiivisen hoidon hoitajakonsultaatiomalli	48
6.3 Palliatiivisen hoidon konsultaatiomallin implementointisuunnitelma	50
6.4 Kehittämiprojektin eettisyys ja luotettavuus	52

6.5 Kehittämiprojektin arviointia	53
7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	55
LÄHTEET	60

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake
Liite 2. Sidosryhmän saatekirje
Liite 3. Alustava konsultaatiomalli
Liite 4. Esimerkki kustannuksista

KUVAT

Kuva 1 Kehittämiprojektin eteneminen	12
Kuva 2 PEPPA-viitekehys palliatiivisessa hoitajakonsultaatiomallissa	16
Kuva 3 Palliatiivisen hoidon valtakunnallinen organisointi	21
Kuva 4 Esimerkki alaluokan muodostumisesta	36
Kuva 5 Esimerkki yläluokan muodostumisesta	36
Kuva 6 Palliatiivisen hoidon konsultaatiomallia edistävät ja estävät tekijät.....	47
Kuva 7 Palliatiivisen hoidon hoitajakonsultaatiomalli Salon terveystalveissa	50

TAULUKOT

Taulukko 1 Esimerkki tiedonhauista.....	13
Taulukko 2 Esimerkki yhteenvedoista, kirjallisuuskatsaukset	14
Taulukko 3 Laajavastuuden hoitotyön käsitteet	22
Taulukko 4 Esimerkki opinnäytetyön aineiston pelkistämisestä.....	34
Taulukko 5 Esimerkki aineiston ryhmittelystä värien avulla	35

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO

ICN	International Council of Nurses
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
TYKS	Turun yliopistollinen keskussairaala
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
VSSHP	Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri
WHO	World Health Organization
TVA	Työnvaativuuden arviointi

1 JOHDANTO

Palliativinen hoito kuuluu kaikille kuolemaan johtavaan sairauteen sairastuneille, ilman diagnoosirajausta (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypähoito-suositus 2019). Jokaisella ihmisellä on tasavertainen oikeus oman sairauden vaikeusasteen mukaiseen palliativiseen hoitoon ja saattohoitoon (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 22). Saattohoito on osa palliativista hoitoa ja se ajoittuu viimeisille elinviikoille tai -päiville. Saattohoito on kuolevan potilaan hoitoa. Maailman terveysjärjestön (WHO) arvion mukaan joka kolmas kuoleva potilas, tulee tarvitsemaan palliativista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa. (Saarto, Hänninen, Vainio, Antikainen 2018, 2, 8.)

Palliativista hoitoa ja saattohoitoa toteutetaan monissa sosiaali- ja terveysalan yksiköissä. Palliativiseen hoitoon ja saattohoitoon liittyy useita erityiskysymyksiä ja sen toteuttaminen voi olla haastavaa yksiköissä, joissa se ei ole osa päivittäistä toimintaa. (STM 2019, 13-18.) Väestön ikääntyessä palliativisen hoidon toteutukseen liittyy enemmän haasteita. Palliativisen hoidon parantamiseksi, olisi ymmärrettävä ne tekijät, jotka edistävät tai estävät sen toteuttamista. (Rhee ym. 2020.) Hoitopaikkasiirtoja tulisi elämän loppuvaiheessa välttää, erityisesti dementiapotilaiden kohdalla. Hoitopaikkasiirrot lisäävät sekavuutta ja altistavat turhille tutkimuksille ja toimenpiteille. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypähoito-suositus 2019.) Suomessa tavoitteena on se, että iäkkäät ihmiset voisivat asua kotona ja saada tarvitsemansa hoidon sekä palvelut loppuelämänsä ajaksi riippumatta siitä missä asuvat. Onnistunut palliativinen hoito ja saattohoito omassa yksikössä edellyttää kuitenkin palveluketjujen ja -polkujen yhdenmukaistamista, sekä riittävää osaamista. (STM 2019, 87-132.)

Onnistunut palliativinen hoito edellyttää henkilöstön oman perusosaamisen lisäksi myös asiantuntijan tavoitettavuutta virka-aikaan sekä selkeästi sovitut käytänteet virka-ajan ulkopuolisissa yhteydenotoissa. Omassa organisaatiossa olevan palliativiseen hoitoon ja saattohoitoon erikoistuneen sairaanhoitajan tai asiantuntijan konsultaatiomahdollisuus on turvaamassa palliativisen hoidon ja saattohoidon onnistumista. Tavoitteena olisi tunnistaa etukäteen sellaisten potilaiden/asiakkaiden tilanteet, joiden palliativinen hoito ja saattohoito voisi vaatia kotisairaalan tai erikoissairaanhoidon kytkemisen mukaan loppuvaiheen hoitoon. (STM 2019, 87-132.)

Palliativinen hoito vaatii palliativisen hoidon asiantuntijoita. Laajavastuiset hoitotyön asiantuntijat, jotka ovat erikoistuneet palliativiseen hoitoon, voivat olla keskeisessä roolissa

palliativisen hoidon toteutuksessa ja kehittämisessä. Oirehoidon hyvä hallinta ja elämänlaatuun panostaminen sekä palliativisen potilaan ja hänen omaistensa myötätuntoinen kohtaaminen, ovat laajavastuisten hoitotyön asiantuntijoiden vahvuuksia. (George 2016, 137-140.)

Laajavastuiset hoitotyön asiantuntijat ovat osa palliativisen hoidon moniammatillista tiimiä ja toimivat hoidon koordinoijina potilaan sairauden ajan (George 2016, 137-140). Osaaminen ja tehtäväkuva tulisivat olla paremmin tunnistettuja, jotta saataisiin parannettua parantumattomasti sairaan potilaan ja omaisten tukemista (O'Connor, Chapman 2008, 151-157). Laajavastuiset hoitotyön asiantuntijat tarjoavat kokonaisvaltaista palliativista hoitoa ja hallitsevat hoito- ja diagnoosiosaamisen sekä pystyvät arvioimaan resurssien tehokasta käyttöä (George 2016, 137-140). Palliativisen hoidon konsultin rooli laajentaa perinteisiä hoitotyön rajoja. Palliativisen hoidon konsulttina toimiminen vaatii laajan kokemuksen sekä erityisosaamisen palliativisesta hoidosta ja vahvan kliinisen hoitotyön osaamisen. (O'Connor, Chapman 2008, 151-157.) Suomessa on vielä vähän tietoa ja toimintamalleja laajavastuisten asiantuntijasairaanhoidajan tehtävistä (Jokiniemi 2014, 8.) ja hoitajajohtoisesta konsultaatiosta (Holpainen 2012, 32-33).

Tämän kehittämisprojektina toteutettavan ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön tavoitteena on kehittää palliativista hoitoa ja lisätä hoidon yhdenmukaisuutta ja oikea-aikaisuutta Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin itäisellä alueella. Kehittämisprojektin tarkoituksena on luoda palliativisen konsultaation hoitajajohtoinen malli Salon kaupungin terveyspalveluihin, jonka toiminta on osa Salon terveyskeskussairaalan palliativisen yksikön toimintaa.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS

2.1 Kehittämiprojektin tausta ja tarve

Tämä kehittämisprojekti on työelämälähtöinen. Palliatiivisen hoidon tarve on muuttunut viime vuosina, ihmiset kuolevat yhä vanhempina ja kuolemansyyt ovat aiempaa erilaisempia. (Saarto, Saarnio, Mäkitie 2017, 1201.) Vaikka palliatiivinen hoito ei ole ajallisesti rajattu erityisesti mihinkään tiettyyn sairauden vaiheeseen, nousee sen tarve kroonisten sairauksien edetessä ja kuoleman lähestyessä (STM 2019, 13). Hyvin organisoitu ja resursoitu palliatiivinen hoito on kustannustehokasta. Rakentamalla palliatiivisen hoidon saumattomat hoitoketjut, parantamalla kotisaattohoidon mahdollisuuksia ja kehittämällä konsultaatiotoimintaa, voidaan vähentää tarpeettomia kustannuksia. (Saarto, Saarnio, Mäkitie 2017, 1201.)

Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa toteutetaan monissa sosiaali- ja terveysalan yksiköissä. Palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon liittyy useita erityiskysymyksiä ja sen toteuttaminen voi olla haastavaa yksiköissä, jossa se ei ole osa päivittäistä toimintaa. (STM 2019, 13-18.) Palliatiivisen hoidon konsultointitoiminnan avulla tarjotaan kokeneemman hoitajan osaamista palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa vähemmän toteuttaneen, mutta siihen koulututtuneen hoitohenkilökunnan tueksi (Holpainen 2012, 27-30). Kokeneempi hoitaja on suorittanut erikoistumisopinnot sekä ylemmän ammattikorkeakoulun kliinisen asiantuntijakoulutuksen. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2019 palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta loppuraportin, jossa yhtenä kehitettävänä asiana on ollut palliatiivisen konsultaatiotoiminnan järjestäminen. (STM 2019, 176).

Kehittämisprojekti on itsenäinen osa EduPal-hanketta, jonka tarkoituksena on kehittää palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksia. EduPal hanke on opetus ja kulttuuriministeriön rahoittama korkeakoulukoulutuksen kehittämiseen perustuva kärkihanke. Hankkeen tarkoituksena on luoda hoitotyön osaamisen kuvaukset palliatiivisen hoidon perustasolle sekä erityistasolle. EduPal-hankkeen avulla on myös tarkoitus lisätä ja vahvistaa palliatiivisen hoidon osaamista, mihin myös tässä kehittämisprojektissa vastattiin. Hanke on työelämälähtöinen kehittämishanke. (EduPal 2019.)

2.2 Kehittämiprojektin tavoite ja tarkoitus

Kehittämiprojektin tavoitteena on kehittää palliatiivista hoitoa ja lisätä hoidon yhdenmukaisuutta ja oikea-aikaisuutta sairaanhoitopiirin itäisellä alueella. Sairaanhoitopiirin itäisellä osalla tarkoitetaan Salon kaupungin sosiaali- ja terveysterveystoimintaa sekä Kemiönsaaren, Someron, Paimion ja Sauvon alueita.

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli luoda Salon kaupungin terveysterveystoimintoihin palliatiivinen hoitajajohtoinen konsultaatiotoiminnan malli.

Kehittämiprojektin tutkimuksellinen osa tuotti tietoa palliatiivisen hoidon hoitajakonsultaation tarpeesta sairaanhoitopiirin itäisellä alueella. Tarkoituksena oli selvittää Salon kaupungin ja lähikuntien sosiaali- ja terveysalan toimijoiden näkökulmasta palliatiivisen hoidon toteutumisen nykytilannetta ja minkälaista konsultaatiotoimintaa kaivataan toteutuksen tueksi.

Kehittämiprojektin tuotos, hoitajajohtoinen konsultaatiotoiminnan mallin kuvaus, on tavoitteena integroida osaksi Salon palliatiivisen yksikön palveluja tulevaisuudessa.

2.3 Toimintaympäristön kuvaus

Salon kaupunki on n. 52 000 asukkaan kaupunki Varsinais-Suomessa, hyvien kulkuyhteyksien päässä pääkaupunkiseudusta ja Turun kaupungista. Salon terveysterveystoimintaa ohjaa sosiaali- ja terveysterveystoimintalautakunta. Tämä kehittämissuunnitelma tehtiin Salon kaupungin terveysterveystoimintoihin. Kehittämissuunnitelmassa laadittava toimintamalli viedään osaksi Salon kaupungin terveysterveystoimintojen strategiaa. Salon kaupungissa sairaalatoimintat tuottavat TYKS Salon sairaala ja kaupungin alaisuudessa toimiva terveysterveystoimintakeskus sairaala, jossa on kolme osastoa. Salon terveysterveystoimintakeskuksen palliatiivinen yksikkö muodostuu terveysterveystoimintakeskuksen osastolla 2 sijaitsevasta palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osastosta sekä palliatiivisesta poliklinikasta. Yksikkö on B-tason toimija. (Salon/sosiaali- ja terveysterveystoimintat.)

Palliativinen poliklinikka toimii arkisin, viitenä päivänä viikossa. Poliklinikalla on sairaanhoitaja ja osa-aikainen lääkäri. Poliklinikan toimintaan kuuluvat hoitopuhelut, osastokäynnit ja konsultaatiot. Lisäksi hoitaja pitää itsenäistä vastaanottoa sekä yhteisvastaanottoja lääkärin kanssa. Palliativiselle poliklinikalle tullaan lähetteellä. Läheteiden perusteella hoidon arvio ja jatkohoito tapahtuvat joko poliklinikalla tai kotisairaalassa. (Salo/sosiaali- ja terveyspalvelut.)

Salon terveyskeskussairaalassa osastolla kaksi oleva palliativisen hoidon ja saattohoidon osasto on 12-paikkainen. Osastolle tulee palliativisia potilaita myös erikoissairaanhoidosta suoraan lähetekäytännöllä. Palliativisen yksikön lääkärillä on palliativisen hoidon erityispätevyys. Potilaille luodaan yksilölliset 24/7-osastolle tuloluvat. Potilashuoneet ovat 1-2 hengen huoneita. Omaiset saavat yöpyä osastolla. Vuonna 2019 osastolla kuoli 181 potilasta. Palliativinen yksikkö tekee läheistä yhteistyötä Salon kotisairaalan kanssa. Kotisairaala toteuttaa salolaisten palliativisten potilaiden kotisaattohoitoa sekä tarjoaa sairaala taseisia palveluita kotiin tarvittaessa. (Salo/sosiaali- ja terveyspalvelut.)

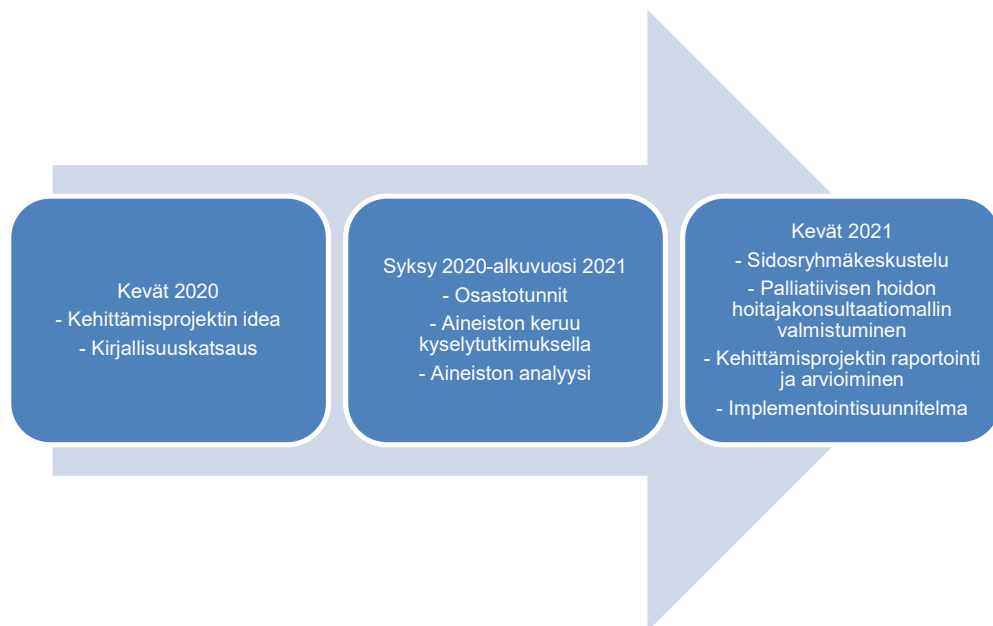
Vuonna 2019 julkaistusta sosiaali- ja terveysministeriön (STM 2019) raportista käy ilmi, että Salon naapurikunnista perustason saattohoitoa tarjoavat vuodeosastot ovat Paimiossa, Somerolla ja Kemiönsaarella. Nämä yksiköt eivät täytä erityistason kriteereitä, eikä näissä kaupungeissa ole kotisairaala palveluita tarjolla. (STM 2019, 86.) Kemiönsaari, Paimio-Sauvo ja Somero hankkivat palliativisen poliklinikan palvelut TYKS:n palliativiselta poliklinikalta. Paimio-Sauvo tarjoaa asukkaalleen muuta kotisaattohoitopalvelua, Kemiönsaarella ja Somerolla ei ole tällaista palvelua järjestettynä. Kuntakohtaisissa palveluissa on määritetty tavoite aika palliativisen hoidon keskukseen, jossa ajo-matka olisi < 50km ja ajoaika < 60min. Paimio-Sauvon osalta matkat/aika ovat lähes samat Turkuun ja Saloon. Kemiönsaaresta Turkuun on n. tunti ja matka on n. 60km. Kemiönsaaresta Saloon kestää n. 45min ja matka n. 50km. Somerolta Turkuun on n. 85km ja aika hieman yli 1 tunti, Saloon 58km ja matka-aika n. 38min. (STM 2019, 143-144.)

Yhteistyö Salon palliativisen yksikön ja naapurikuntien välillä on ollut vähäistä. Muutamia konsultaatioita on tullut lääkehoitoon ja toimenpiteisiin liittyen palliativisen yksikön lääkärille. Salon hoivakotien osalta palliativisen hoidon kontakti on ollut kotisairaallalla, sitä kautta on lähinnä toteutettu oirehoitoa, esimerkiksi lääkeannostelijan kautta tapahtuvaa oireiden lääkitystä. Salossa ei ole omaa palliativisen ja saattohoidon yhteistyöver-

kostoa eri toimijoiden kesken, eikä säännöllisiä koulutuksia järjestetä. Palliatiivinen poliklinikka ja kotisairaala ovat pyrkineet vastaamaan palliatiivisen hoidon konsultaatioihin mutta toiminta ei ole organisoitua tai ajanmukaisiin vaatimuksiin vastaavaa.

2.4 Kehittämisprojektin eteneminen

Kehittämistoiminta muodostuu eri vaiheista ja menetelmistä. Eri toiminnan vaiheet lomituvat yleensä toisiinsa. Kehittämistoiminta voidaan jakaa seitsemään eri vaiheeseen. Vaiheet alkavat kehittämistarpeen tunnistamisesta. Sitä seuraa ideointivaihe, suunnitteluvaihe, toteutusvaihe ja lopuksi saadaan näiden perusteella tuotos tai tulos. Tämän jälkeen kehittämistoimintaa arvioidaan ja lopuksi kehittämistoiminta päätetään ja implementoidaan. (Salonen 2017, 52.) Tämän kehittämisprojektin eteneminen on esitetty kuvan 1. mukaisesti.



Kuva 1 Kehittämisprojektin eteneminen

Tämä kehittämisprojekti koostui kolmesta eri vaiheesta. Ensimmäisessä vaiheessa toteutettiin kirjallisuuskatsaus, aikaisemman tiedon ja tutkimuksen kartoittamiseksi. Suunnitelmallinen kuvaileva kirjallisuuskatsaus toteutettiin tiedonhaulla eri tietokannoista ja tietolähteistä. Tietokantahauista löydettyjen artikkelien lähdeluetteloihin tehtiin manuaalinen haku, lisäksi haettiin manuaalisesti tietoa muun muassa International Council of Nurses ja Sairaanhoidtajaliiton sekä sosiaali- ja terveysministeriön sivuilta. Hauista koostettiin taulukko, johon koottiin hakusanat, hakutulokset ja osumien määrät, taulukon 1 mukaisesti.

Taulukko 1 Esimerkki tiedonhauista

Tietokanta/tietolähde	Hakusanat	Rajaukset	”Osumien” määrä/hyödynnetty
Medic	Palliativinen hoito AND consult* Palliativinen hoito AND hoitotyö	Ei rajausta	1 (0) 64(4)
Joanna Briggs Institute	Palliative Care AND Advanced practise Nurse led service AND Palliative care	systemaattiset katsaukset	21 (1) 16 (1)
PubMed	(nurse consultant) OR (nurse practitioner) AND (palliative care)	10 vuotta	257 + 157 (10)

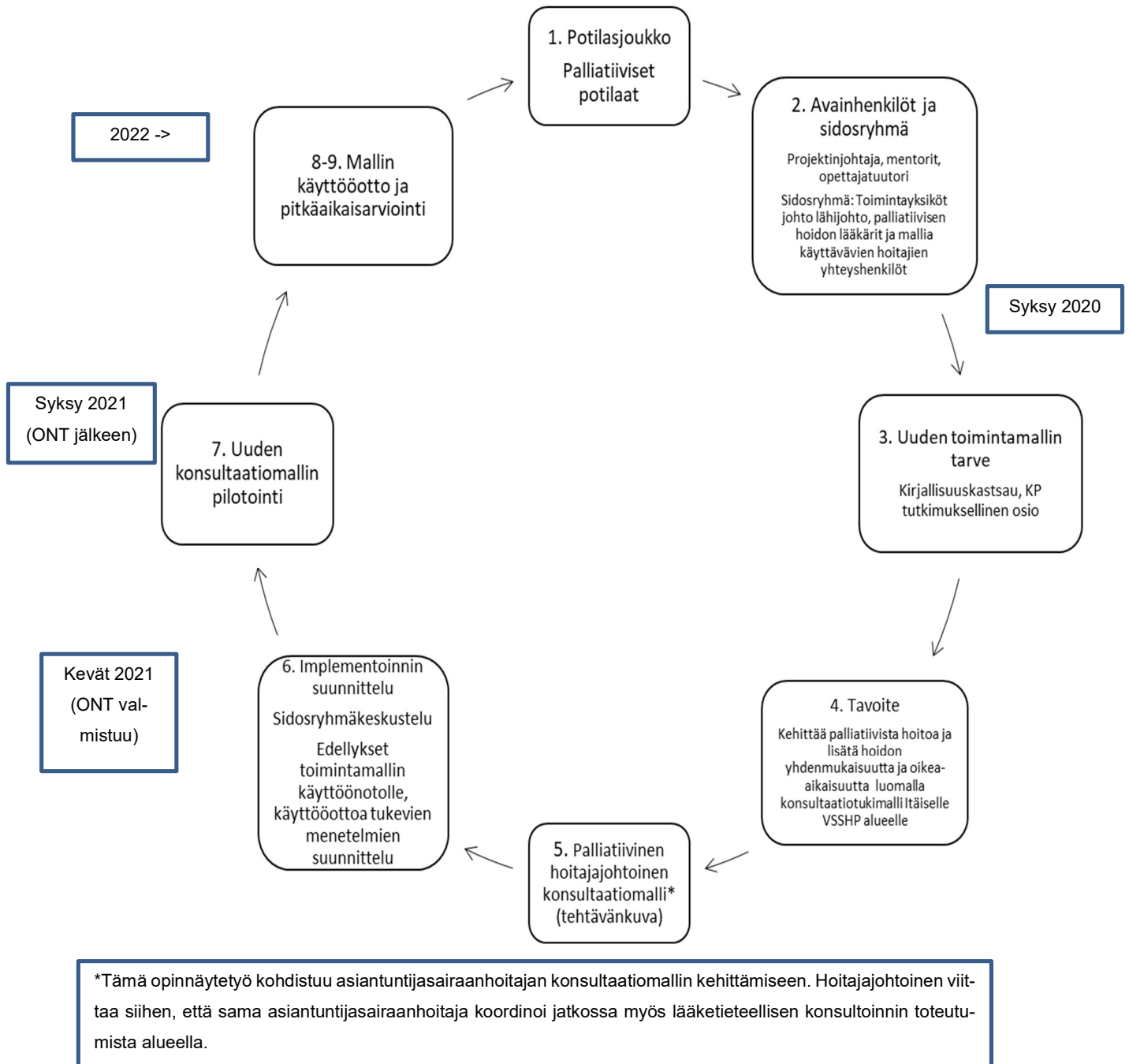
Tiedonhaussa hyödynnetyt tutkimukset koottiin taulukkoon, jossa kuvattiin tutkimuksen tarkoitus, aineistonkeruumenetelmä ja keskeiset tulokset. Käytetyt tutkimukset toivat lisätietoa esimerkiksi konsultaatioiminnasta, asiantuntijasairaanhoidajan roolista ja miten laajavastuista hoitotyötä on kansainvälisesti ja kotimaassa kehitetty taulukon 2 esimerkin mukaisesti.

Taulukko 2 Esimerkki yhteenvedoista, kirjallisuuskatsaukset

Tekijät, vuosi	Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus	Aineisto (montako artikkelia)	Keskeiset tulokset
Rhee, J.; Grant, M.; Seior, H.; Monterosso, L.; McVey, P. ym. 2020	Palliativisen hoidon erikoislääkärit ja asiantuntijasairaanhoidajat kohtaavat lisääntyviä haasteita palliativisessa hoidossa väestön ikääntyessä. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää palliativisen hoidon estäviä ja edistäviä tekijöitä	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. 6209 artikkelia joista 62 täytti vaaditut perusteet	Vaikka perusterveydenhuollon ammattilaisilla on luonnollinen rooli palliativisen hoidon toteuttajina, on olemassa merkittäviä rakenteellisia esteitä palliativisen lääkärin ja asiantuntijasairaanhoidajan palliativiseen hoitoon osallistumiselle.
Soikkeli-Jalonen, A.; Stolt, M.; Hupli, M.; Lementti, T.; Kennedy, C.; Kydd, A.; Haavisto, E. 2020	Välineet sairaanhoidajien palliativisen hoidon tietämyksen ja taitojen arvioimiseksi erikoissairaanhoidossa.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. 5,413 tutkimusta, joista 23 täytti vaaditut perusteet. Tiedot analysoitiin sisällysanalyysin avulla. PRISMA-ohjeita oli noudatettu raportoinnin varmistamiseksi.	Hoitajilla tulee olla riittävä tietotaito käsiteltäessä kuolemaa potilaan ja hänen perheensä kanssa.

Jess, M.; Timm, H.; Dieperink, KB. 2019.	Palliatiivisen hoidon saatavuus on riittävä. Videovälitteiset konsultaatiot ovat lupaava kehittämismenetelmä, jolla voidaan vastata tähän haasteeseen.	Systemaattinen integroiva kirjallisuuskatsaus. Artikkelit valittiin PRISMA 2009- ohjeiden mukaisesti. 813 artikkelia, joista katsaukseen valikoitui 39 artikkelia, jotka analysoitiin monimenetelmällisesti: 14 kvalitatiivista, 10 kvantitatiivista ja 5 tapaustutkimusta.	Videotekniikan käytöllä palliatiivisessa hoidossa on sekä hyötyjä ja haittoja. Tuloksista nousi kuusi teema jonka ympäriltä oli selvitetty videovälitteisten konsultaatioiden hyötyjä ja haittoja. Nämä liittyivät esimerkiksi tekniikkaan, yksityisyyden suojaan ja hoidon suunnitteluun. Aiheesta on vielä vähän tutkittua tietoa.
Sekse, RJT.; Hunskaar, I.; Ellingsen, S. 2018.	Sairaanhoidajan rooli palliatiivisessa hoidossa. Vaikka sairaanhoitajat muodostavat yhden suurimmista terveydenhuollon ammattilaisten ryhmien, tiedetään heidän roolistaan palliatiivisesta hoidosta vähän.	Laadullinen systemaattinen kirjallisuuskatsaus. 28 valittua artikkelia analysoitiin teemaattisella analyysillä.	Sairaanhoidaja toimii linkkinä eri terveydenhuollon tasojen, ammattilasten, potilaan ja hänen perheensä välillä. Sairaanhoidajat voivat tarjota yksilöllistä palliatiivista hoitoa potilaille ja hänen perheelleen.

Toisessa vaiheessa kehittämisen viitekehikseksi valittiin Bryant-Lucosiuksen ym. (2004) PEPPA (Participatory, Evidence-based, Patient-focused Process for Advanced practise nursing (APN) role development, implementation and evaluation) malli konsultoivan asiantuntijasairaanhoidajan tehtävänkuvan kehittämiseksi. PEPPA-prosessin avulla laadittiin ja toteutettiin laajavastuuisen asiantuntijasairaanhoidajan tehtävänkuvan kuvaaminen osana hoitajajohtoista konsultaatiomallia palliatiiviseen hoitoon kuvan 2 mukaisesti. (Ahonen ym. 2012, 38-39.)



Kuva 2 PEPPA-viitekehys palliativisessa hoitajakonsultaatiomallissa

PEPPA-viitekehysten avulla pystytään luomaan ja kehittämään laajavastuisten asiantuntijasairaanhoidajan tehtävänkuvia myös suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään, kuten palliatiivisen hoidon hoitajakonsultaatiomalli. PEPPA-mallin tarkoitus on tunnistaa laajavastuisten asiantuntijasairaanhoidajan tehtävänkuvan selkeät tavoitteet ja tukea potilaskeskeistä, kokonaisvaltaista hoitotyötä. PEPPA-viitekehys tukee kliinisen asiantuntijan roolin kehittämistä, roolin käyttöönottoa sekä sen arviointia. (Ahonen ym. 2012, 38-39.)

PEPPA-viitekehys koostuu yhdeksänvaiheisesta prosessista, Salossa laajavastuisten asiantuntijasairaanhoidajan tehtävänkuvan kehittäminen on edennyt seuraavalla tavalla: Ensimmäin määritettiin potilasjoukko eli palliatiiviset potilaat (1). Seuraavaksi määritettiin avainhenkilöt, joita olivat projektinjohtaja, mentorit ja opettajatuutorit. Myös sidosryhmä (2) määritettiin ja siihen kuuluivat Salon terveystalouden johto, terveyskeskussairaalan lähihoito, palliatiivisen hoidon lääkäri, ja mallia käyttävät hoitajat ja heidän yhteystyöntekijät. Uuden toimintamallin tarve määritettiin kirjallisuuskatsauksen ja kehittämisprojektin tutkimuksellisen osan avulla (3). Toimintamallin keskeisimmät ongelmat ja tavoitteet (4) määritettiin myös hoitotyön kehittämiseksi. Tavoitteena oli kehittää palliatiivista hoitoa ja lisätä sen yhdenmukaisuutta ja oikea-aikaisuutta luomalla palliatiivisen hoidon konsultaatiomalli VSSHP:n itäiselle alueelle. Tämän jälkeen määritettiin uusi toimintamalli ja laajavastuisten asiantuntijasairaanhoidajan tehtävänkuvan (5). Mallin kehittämisen jälkeen on suunniteltu implementaatiota (6) ja sen käyttöönottoa (7) sekä asiantuntijasairaanhoidajan tehtävänkuvan ja mallin arviointia (8). Viimeisessä (9) kohdassa määritellään tulevaisuuden tarpeet ja pitkäaikaisarviointi. Näitä on käsitelty tarkemmin kappaleessa kuusi.

Toisessa vaiheessa toteutettiin myös kehittämisprojektin tutkimuksellinen osuus. Tutkimuksellisessa osuudessa selvitettiin kyselytutkimuksena hoitajien kokemuksia ja tarpeita niistä palliatiiviseen hoitoon liittyvistä tilanteista, joissa hoitaja olisi tarvinnut/tarvitsee konsultaatiotukea toteuttaessaan palliatiivista hoitoa. Kysely toteutettiin osastotunteina, jotka järjestettiin Salon kaupungin sosiaali- ja terveystalouksissa toimiville hoitajille sekä yhteistyökuntien palliatiivisen hoidon yhteystyöntekijöille. Osastotunnit toimivat samalla myös yhtenä kehittämisen menetelmänä projektissa.

Kolmannessa vaiheessa tutkimustulokset analysoitiin ja niiden pohjalta kehitettiin palliatiivisen hoidon hoitajakonsultaatiomalli Salon terveystalouksiin, joka on tavoitteena liittää osaksi Salon terveyskeskussairaalan palliatiivista yksikköä. Konsultaatiomalli käy-

tiin läpi ja viimeisteltiin sidosryhmäkeskustelun avulla. Sidosryhmään kuuluivat terveyspalveluiden johtavassa asemassa olevia henkilöitä ja työelämämentorit. Kehittämiprojektista raportoidaan kirjallinen opinnäytetyönä keväällä 2021.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa

Palliativisella hoidolla tarkoitetaan oireenmukaista hoitoa ja se on potilaan aktiivista, kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun potilas sairastaa henkeä uhkaavaa tai kuolemaan johtavaa sairautta (Saarto ym. 2018, 8, Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypähoito-suositus 2019). Palliativisen hoidon tarkoituksena on lievittää sairaudesta aiheutuvaa kärsimystä, sekä vaalia elämänlaatua ja tukea läheisiä. Palliativisen hoidon tarkoituksena ei ole pidentää tai lyhentää elämää, vaan pitkälle edennyttä sairautta sairastavan henkilön kuolemaa pidetään normaalina tapahtumana. Palliativisen hoidon tarkoituksena on auttaa potilasta elämään aktiivista elämää ja tukea läheisiä sopeutumaan sairauteen sekä tukea heidän surussaan. (Saarto ym. 2018, 8, Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypähoito-suositus 2019.) Potilas ja hänen omaisensa pystyvät säilyttämään hallintuntun ja luottamuksen, kun he ymmärtävät sairauden ja sen hoidonprosessiin liittyvät asiat. Potilaiden ja heidän omaistensa kanssa yhdessä tehdyt hoitolinjaukset – ja päätökset muodostavat pohjan selviytymiselle palliativisen hoidon vaiheessa. (Hävölä, Kylmä, Rantanen 2015, 145, Saukkonen ym. 2017, 196.)

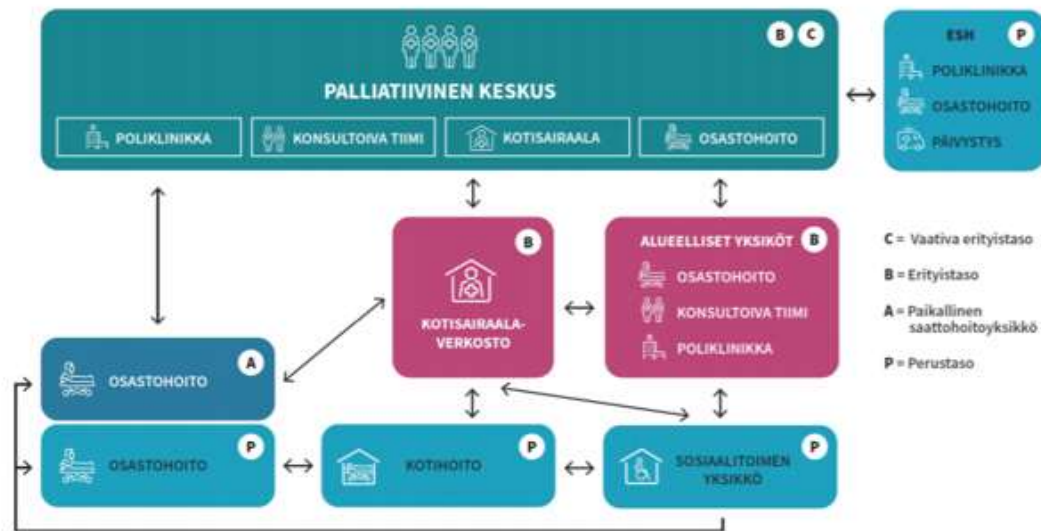
STM:n mukaan (2019) Suomeen rakennetaan palliativisen hoidon kolmiportainen malli. Tämän mallin on tarkoitus turvata tasa-arvoinen ja tarvelähtöinen hoitoon pääsy koko maassa. Keskeisimpänä edellytyksenä on, että jokaisella henkilöllä on yhdenvertainen oikeus päästä palliativiseen hoitoon oman sairauden tai hoidon tarpeensa mukaan joko kotona tai sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. (STM 2019, 15.) Palliativisen hoidon kolmiportaisessa mallissa perustason lisäksi palliativinen hoito ja saattohoito on jaettu kolmeen eri tasoon. Näitä ovat A-taso, johon kuuluvat perustason saattohoidon yksiköt. B-taso eli erityistason palliativisen hoidon ja saattohoidon keskuskeskukset. C-tason muodostavat vaativan erityistason palliativiset keskuskeskukset. (STM 2019, 15-16.) Sairaanhoidopiireihin on tavoitteena rakentaa valtakunnalliset palliativisen hoidon keskuskeskukset, jotta kaikkien potilaiden hoidon tasa-arvoisuus toteutuu. Nämä palliativiset keskuskeskukset koordinoivat palliativisen hoidon palveluketjuja. Näihin palveluketjuihin sitoutuvat kaikki terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yksiköt, jotka ovat vastuussa palliativisesta hoidosta omissa sairaanhoidopiirissään. (STM 2019, 17.)

3.2 Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Varsinais-Suomessa

Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) erityisvastuualue muodostuu kolmesta sairaanhoitopiiristä eli Varsinais-Suomen, Vaasan ja Satakunnan sairaanhoitopiireistä. Alueella on yhteensä yli 860 000 asukasta. (STM 2017, 85.) Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin (VSSHP) muodostaa 27 kuntaa ja palvelualueita on 15 koska osa kunnista on yhdistänyt terveydenhuoltopalvelunsa. VSSHP:n alueella erityistason saattohoitoa vuodeosastolla tarjoavat Kaskenlinnan osasto (Turun kaupunginsairaala) sekä Salon palliativinen yksikkö (Salon terveyskeskussairaala), lisäksi saattohoidon tukiosastopaikkoja on tarjolla Naantalin ja Kaarinan vuodeosastoilla. Karinakoti lakkautettiin 2019, jossa oli tarjolla erityistason saattohoitoa. Karinakodin toiminta käynnistyi uudelleen tammikuussa 2020 B-tason yksikkönä. Erityistason kotisairaaloimintaa tarjoaa Turun kotisaattotiimi, Salon kotisairaala ja Kaarinan kotisairaala. Palliativiset poliklinikat ovat TYKS:ssa sekä Salon terveyskeskussairaalassa. (STM 2017, 87, STM 2019, 47-50.)

TYKS:n palliativinen keskus on aloittanut toimintansa syyskuussa 2020. Palliativinen keskus tarjoaa erityistason polikliinisia palveluita, kehittää elämän loppuvaiheen hoitoa yhdessä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kanssa. Palliativinen keskus toimii konsultoimalla ja tarjoaa apua hoitolinjausten tekemisessä, oirehoidon kysymyksissä ja jatkohoidon suunnittelussa. (TYKS/Palliativinen keskus, Kaupunkimedia Aamuset 2020.)

Sairaanhoitopiiriin palliativinen keskus on koordinoimassa palveluketjuja ja erityistason yksiköitä, kuva 1. Se myös vastaa potilasohjauksesta erityistasoille. Vaativan erityistason yksiköiden lisäksi, myös erityistason yksiköt (B-taso) tarjoavat konsultaatiotukea perustason ja A-tason yksiköille. Kaikilla sosiaalityön ja terveydenhuollon yksiköillä, joissa hoidetaan elämän loppuvaiheen potilaita, tulee olla erikseen nimettynä erityistason yksikkö konsultaatiotuen järjestämistä varten. Konsultaatiotukeen tulee olla mahdollisuus ympärivuorokauden, viikon jokaisena päivänä. (STM 2019,17-18.)



Kuva 3 Palliatiivisen hoidon valtakunnallinen organisointi

Palliatiivisen hoidon valtakunnallisen organisoinnin kuvassa Salon palliatiivinen yksikkö sijoittuu B-tason alueelliseksi yksiköksi. Salon palliatiivisessa yksikössä on 12- paikkainen osasto, joka toimii palliatiivisen poliklinikan ja kotisairaalan tukiosastona. Salon palliatiivisen poliklinikan toiminta käynnistettiin 2019 maaliskuussa. Palliatiivisen hoidon valtakunnallisen organisaation kaavion mukainen konsultoivan tiimin toiminta puuttuu vielä Salon B- tason alueellisesta yksiköstä.

3.3 Laajavastuisen hoitotyön tehtäväkuvat

Termi Advanced Practise Nursing (APN) on ICN:n mukaan määritetty yläkäsitteeksi ja sen alle sijoittuu erilaisia työnkuvia eri maissa. (ICN 2020.) Kansainvälisesti tehtävänkuvissa ja työnimikkeissä on paljon kirjavuutta. Yleisimmin käytettyjä ovat advanced practise nurse APN (laajavastuinen hoitotyön asiantuntija), nurse practitioner NP (asiantuntijasairaanhoitaja) ja clinical nurse specialist CNS (kliininen hoitotyön asiantuntija) (Kotila ym. 2016, 11-12.) ICN on suositellut, että molemmat nimikkeet tulisi olla virallisesti rekisteröityjä ja tunnustettuja. (ICN 2002.) Sairaanhoitajaliitto on laatinut sairaanhoitajien uusien tehtävänkuvien suosituksia, joita ovat mm. sairaanhoitajien asiantuntijanimikkeiden yhtenäistäminen ja työnkuvien määrittäminen. Koulutusta

tulee myös kehittää asiantuntijatehtävissä vaadittavaan osaamiseen perustuen. (Kotila ym. 2016, 6.) Ylesimmät käsitteet, joita tässä kehittämisprojektin raportissa käsitellään, on koottu taulukkoon 3 sairaanhoitajaliiton määräyksen mukaisesti.

Taulukko 3 Laajavastuisen hoitotyön käsitteet

<i>APN voi viitata toimintaan tai ammattihenkilöön</i>	
Advanced Practice Nursing (APN)	Laajavastuinen hoitotyö
Advanced Practice Nurse (APN)	Laajavastuinen hoitotyön asiantuntija
Nurse Practitioner (NP)	Asiantuntijasairaanhoitaja
Clinical Nurse Specialist (CNS)	Kliininen hoitotyönasiantuntija
	Kotila ym. 2016, 10

East ym. (2015) ovat tutkimuksessaan selvittäneet laajavastuisten asiantuntijasairaanhoitajien työkokemusta ja koulutustaustaa sekä nykyistä tehtävänkuvaa ja kehittämistarpeita Englannissa. Englannissa ei ole ollut kansallisia vaatimuksia laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan hoitotyölle ja tämän vuoksi tehtävänkuvisa on ollut huomattavia vaihteluita. Myös nimikkeissä, koulutuksessa ja tehtävänkuvisa on huomattavia eroja. Nimikkeet pitäisi saada kansallisesti yhtenäiseksi, tämä helpottaisi johtamista, kohdentaisi tehtävät oikein ja edesauttaisi laajavastuisten asiantuntijasairaanhoitajien rekisteröitymistä. (East ym. 2015, 1011-1019.)

Tulos vahvistui Cooper ym. (2015) kirjallisuuskatsauksessa laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan ja kliinisen hoitotyön asiantuntijan roolien eroavaisuuksia ja samankaltaisuuksista. Tutkimus sai alkunsa, koska näitä rooleja ei ole riittävän selkeästi eroteltu ja se voi vaikeuttaa tehtävänkuvien kehittämistä. Molemmat roolit ovat arvokkaita ja vaikuttavia. Laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan rooli on Englannissa toisin kuin Suomessa selkeämpi, koska se on paremmin määritelty ja jäsennelty. Laajavastuiset asiantuntijasairaanhoitajat ovat Iso-Britannian kansallisen terveydenhuollon urakehityksen kehitystasoissa yleensä innovatiivisia kehittäjiä, jotka muuttavat palveluita monimutkaisissa ja haastavissa ympäristöissä. He tarkastelevat kriittisesti alan tietoon liittyviä kysymyksiä ja niiden välisiä rajapintoja. (Cooper ym. 2019, 1308-1309.)

Suomessa Viholainen (2018) tutki sairaanhoitajien laajavastuisten hoitotyön asiantuntijuutta erikoissairaanhoidossa. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata klinisen hoitotyön asiantuntijan tehtävänkuvaa, sen merkityksellisyyttä ja kehittämiskohteita. Tutkimustuloksina selvisi, että klinisen hoitotyön asiantuntijan rooli on monipuolinen ja itsenäinen, mutta erikoissairaanhoidossa se on irti välittömästä hoitotyöstä. Tehtävänkuva piti sisällään tutkimustoimintaa, yhteistyötä eri yhteistyötahojen kanssa, hoitotyön kehittämistä, henkilökunnan koulutusta sekä heidän klinisen osaamisen kartoitusta. (Viholainen 2018, 1-35.)

Suomessa terveydenhuoltopalveluiden uudelleenorganisointi on vaatinut toiminta-alueiden uudelleenorganisointia eri terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Tämä työnjako vaatii uudenlaista ajattelutapaa, jotta uudet mallit toteutuisivat. (Kangasniemi ym. 2017, 18-19.) Suomessa ei ole tehty kansallisella tasolla tehty ohjeistuksia laajavastuisten tehtävänkuvien toimeenpanoa tai vähimmäisvaatimuksia koskien lukuun ottamatta sairaanhoitajien rajattua lääkkeenmääräämisoikeutta, koska hoitotyön asiantuntijatehtävät ovat uusia. (Jokiniemi 2014, 8.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä (2010/1088) pitää sisällään määrityksen rajatusta lääkkeen määräämisestä. Laillistetulla sairaanhoitajalla, terveydenhoitajalla tai kättilöllä (sairaanhoitajana laillistetut), jotka ovat suorittaneet valtioneuvoksen asetuksella säädetyn lisäkoulutuksen ja joilla on riittävä käytännön kokemus, on tietyin edellytyksin oikeus määrätä hoitamalleen potilaalle apteekista hoidossa käytettäviä lääkkeitä. (STM 2010, Valvira 2019.) Sairaanhoitajan lääkkeen määräämisoikeus on laajennettujen työnkuvien selkeä seuraus ja siinä toimitaan asiantuntijasairaanhoitajan tehtävissä. (Liipo 2019, 10). Lääkkeen määräämisoikeuden saaneet sairaanhoitajat voi jatkaa lääkitystä lääkärin tekemän taudinmäärityksen perusteella tai määrätä lääkkeitä toteamaansa hoidon tarpeeseen tietyissä taudeissa ja tilanteissa (Gröhn 2017,21).

Laajavastuisten asiantuntijasairaanhoitajan (**NP**) tehtävänkuvaaan kuulu kokonaisvaltainen ja laaja-alainen hoitotyö, potilaiden tutkiminen ja hoidon tarpeen arviointi (ICN 2020, 17-18). Asiantuntijasairaanhoitaja hallitsee hoidon tarpeen arvioinnin lisäksi akuuttien ja kroonisten terveysongelmien oireenmukaisen hoidon aloittamisen ja seurannan (Kotila ym. 2016, 9). Asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvassa painottuvat myös potilaan ohjaaminen omahoidossa ja sen toteuttamisessa (Westerback 2018, 9). Asiantuntijasairaanhoitajan antamaan hoitoon sisältyy potilaiden yksilöllistä ohjausta sairauteen, sen hyväksymiseen ja akuuttivaiheen hoitoon (Fuller ym. 2019, 575-579).

Asiantuntijasairaanhoidaja pystyy panostamaan myös ajallisesti enemmän hoidon ohjaukseen ja antamaan enemmän tietoa sairaudesta ohjauksen aikana ja myös tämän on todettu lisäävän potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon (Sekse, Hunskaar, Ellingsen 2017, 21). Oikeaan aikaan ja hoidon keskeisissä kohdissa saatu asiantuntijasairaanhoidajan hoidon ohjaus- ja seuranta, parantavat esimerkiksi syöpäpotilaan hoidon laatua ja sitoutuvuutta (Cook ym. 2017, 2087-2112). Kroonisia sairauksia sairastavien potilaiden hoidon seuranta ja ohjausta voitaisiin siirtää soveltuvin osin lääkäriltä sairaanhoitajalle ikääntyvien väestömäärien kasvun myötä (Lovink ym. 2019, 282-290). Näin saataisiin lääkäreiden ja sairaanhoitajien resursseja paremmin hyödynnettyä ja työnkuvien muutoksella hoidon laatu, potilaslähtöisyys ja hoidon konsultointi vastaisivat paremmin hoidon tarpeeseen (Mares, McNally, Ritin 2018, 2304-2305).

Asiantuntijasairaanhoidajan toteuttama yksilöllinen hoidon seuranta lääkärin ohjeistuksien mukaan auttaa selvittämään potilaan voinnissa ilmeneviä ongelmia aikaisemmassa vaiheessa ja puuttamaan niihin herkemmin. Tämä on myös lisännyt potilaiden kokemaa luottamusta asiantuntijasairaanhoidajan ammattitaitoon ja kokemukseen. (Fuller ym. 2019, 575-579.) Asiantuntijasairaanhoidajan antaman hoidon on todettu lisäävän potilastyytyväisyyttä (Sekse ym. 2017 21). Yksilöllinen hoidon ohjaus, seuranta ja parempi ajankäytön mahdollisuus lisäävät potilaiden kokemaa luottamusta, sitoutumista ja tyytyväisyyttä laajavastuiseen asiantuntijasairaanhoidajan antamaan hoitoon (Cook, McIntyre, Recoche, Lee 2017, 2087-2112). Potilaan hoitoa koordinoiva laajavastuinen asiantuntijasairaanhoidaja parantaa potilaan ja hoitoon liittyvien eri yksiköiden yhteistyötä (Fuller ym. 2019, 575-579). Asiantuntijasairaanhoidajat tulevat vastaamaan tarpeeseen, jossa palvelutuotannon kannalta on selkeä tarve muuttaa työtehtäviä ja vakansseja vaativammaksi. Tämä turvaa organisaatioiden korkeatasoisen hoitotyönlaadun, toiminnan sekä henkilöstön kehittämisen. (Vestman 2013, 7.)

Laajavastuiseen hoitotyön tehtävänkuvien kehittämisessä on huomioitava myös urakehitys. Kliininen asiantuntija tarkoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön sellaista urapolkua, jossa kliininen työ säilyy vahvasti mukana (Kotila ym. 2016, 28.) STM (2020) on ehdottanut osaamisen johtamisessa käytettäväksi osaamisen kehittämisprosessia ja urakehitysmallia. Uramalli tarjoaa osaamisen johtamiseen työvälineen osaamisen tavoitteelliseen kehittämiseen ja tekee näkyväksi työntekijöille mahdollisuuden kehittyä ja edetä omalla alallaan. Sairaanhoidopiireillä on olemassa erilaisia uramalleja, kuten Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiirin AURA-malli (STM 2020, 27.) tai Keski-Suomen sairaanhoidopiirin kliinisen hoitotyön uramalli ja asiantuntijarakenne. (STM 2020, 28.)

Näistä jälkimmäisessä konsultoivan laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävä sijoittuu TVA tasolle 5.

3.4 Laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan osaaminen

Kliinisen asiantuntijan (YAMK) ydinkompetenseissa on kuvattu sairaanhoitajan kliinisen asiantuntijuuden ydinkompetensseja. Laajavastuinen sairaanhoitaja suunnittelee laajennetun tehtävänkuvansa mukaisesti potilaan/asiakkaan hoitoa. Hän suunnittelee jatkohoidon, hoidonohjauksen lähete käytännön mukaisesti sekä konsultoi moniammatillista tiimiä. Laajavastuinen sairaanhoitaja konsultoi ja toimii konsulttina laajennetun tehtäväkuvansa mukaan ja osaa hyödyntää erilaisia konsultaatio- ja kommunikaatiomenetelmiä, esimerkiksi etäkonsultaatiota. Näiden kompetenssikuvausten tavoitteena on lisätä kliinisen asiantuntijan (YAMK) koulutuksen näkyvyyttä ja kehittää tasalaatuisuutta ja laatua. (Sulosaari ym. 2020, 6-8.) Hoitajilla tulee olla riittävä tietotaito käsiteltäessä kuolemaa potilaan ja hänen perheensä kanssa. Palliatiivisen hoidon tuntemus ja eri ulottuvuuksien hallinta vaatii myös vahvaa osaamista. (Soikeli-Jalonen ym. 2020, 736-757.)

Laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan edellyttämä osaaminen:

1. **Ammattitaito ja osaaminen.** Asiantuntijasairaanhoitajalla on työkokemuksen lisäksi jatkokoulutusta, kuten ylempi ammattikorkeakoulututkinto (Kotila ym. 2016, 27). Asiantuntijasairaanhoitajalla on kliinisestä hoitotyöstä vahva osaaminen (STM 2009, 59-60). Ammattiosaaminen on laaja-alaista ja sen syvällistä hallintaa (Saarela 2013, 12-18, Kotila ym. 2016, 9).

2. **Hoidonohjaus.** Asiantuntijasairaanhoitajat antavat hoito-ohjeita näyttöön perustuvan hoitotyön ja tutkitun tiedon pohjalta, perustuen voimassa oleviin hoitosuosituksiin. Hoitotyössä he huomioivat potilaan kokonaisuuden, eivätkä hoida pelkkää sairautta. (ICN 2020, 18.) Asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvassa painottuvat potilaan omahoidon ohjaus ja sen toteutuksen seuranta (Westerback 2018, 9).

3. **Hoidon tarpeen arviointi.** Asiantuntijasairaanhoitaja hallitsee akuuttien ja kroonisten terveysongelmien oireenmukaisen hoidon aloittamisen ja seurannan. Asiantuntijasairaanhoitaja käyttää kattavasti diagnostiikkaperusteita tunnistaaakseen potilaan/asiakkaan terveystarpeet, ongelmat ja määrittäläkseen oireenmukaisen hoidon tarpeen (diagnoosit). (ICN 2020, 18.)

4. Hoidon koordinointi ja konsultointi. Asiantuntijasairaanhoidajan laaja ammattiosaaminen ja syvempi vuorovaikutusosaaminen mahdollistaa konsultointitehtävissä toimimisen (Kennedy ym. 2015, 3296-3305). Asiantuntijasairaanhoidaja kouluttaa, konsultoi ja välittää kokemuksellista oppimista (Saarela 2013, 12-18). Asiantuntijasairaanhoidaja antaa konsultaatioapua, kouluttaa henkilöstöä ja tukee tarpeen mukaan oman alueensa yksiköitä ja organisaatioita omalla erityisosaamisellaan (Flinkman 2013, 11-13).

Kliinisen asiantuntija (YAMK) koulutuksen keskeiset ydinkompetenssit on määritelty alkuvuodesta 2020. Ydinkompetensseilla saadaan koulutusta kehitettyä ja sen näkyvyyttä lisättyä. Keskeiset ydinkompetenssit ovat: tutkimus ja palveluiden kehittäminen, potilasohjaus ja henkilöstön osaamisen kehittäminen, asiantuntijuuden johtaminen sekä välitön laajavastuinen kliininen työ. Kliininen asiantuntija koulutus (YAMK) mahdollistaa työskentelyn laajavastuisen asiantuntijan vaativissa työtehtävissä. (Suloaari ym. 2020, 1-5.)

Hökkä ym. (2020) ovat määrittäneet hoitotyön kompetensseja palliatiivisen hoidon perus- ja erityistasoille. Määritettyjä kompetensseja on kuusi: yhteistyöosaaminen potilaan, perheen ja tiimin välillä, viestintä ja kulttuurilliset osa-alueet, kliininen osaaminen ja eettinen päätöksenteko, psykososiaalinen ja hengellinen sekä sairaanhoidajan asiantuntijuuden ja johtajuuden kompetenssi. Hoitotyön määritetyt kompetenssit auttavat parantamaan palliatiivista hoitoa, siihen liittyvää koulutusta ja käytännön työtä huomioiden eri tasojen määrittämät vaatimukset. Sairaanhoidajat tarvitsevat laaja-alaista osaamista tarjotakseen laadukasta palliatiivista hoitoa. Näiden määritettyjen kompetenssien avulla pystytään paremmin vastaamaan tähän tarpeeseen. (Hökkä ym. 2020, 851-870.)

Asiantuntijasairaanhoidajien osaamisvaatimukset kasvavat laajennettujen tehtävänkuvien myötä, esimerkiksi hoidon tarpeen arvioinnissa, hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimisessa sekä hoidon ja neuvonnan osalta (Rainesalo ym. 2016, 2280-2281). Palliatiivisen hoidon tuntemus ja osaaminen hoitotyötä tehdessä, on välttämätöntä. Sairaanhoidajien pätevyyden arviointia on tärkeää tehdä, jotta voidaan parantaa palliatiivisen potilaan ja hänen perheensä kokemaa hoitoa. Sairaanhoidajien tiedot ja taidot ovat vaikuttamassa potilaan ja hänen perheensä kokemaan palliatiiviseen hoitoon. (Soikkeli-Jalonen ym. 2020, 736-757.)

3.5 Terveysthuollon konsultaatiotoiminta

Konsultaatiolla tarkoitetaan yhteistoiminnan muotoa, jossa jonkin ongelman ratkaisemista vahvistetaan käyttämällä asiantuntijan erikoisosaamista. Aiemmin ulkopuolinen asiantuntija eli konsultti on edustanut neutraalia tahoja, joka tuottaa objektiivista tietoa päätöksentekoa varten. Konsultaatiotilanteiden vuorovaikutusnäkökulma on avannut uudenlaista näkökulmaa konsultaatiotoimintaan ja tehnyt samalla ymmärrettäväksi konsultaatiotoiminnan erityislaatuisuuden. (Puutio, Kykyri 2017.)

Terveysthuollon konsultaatiotoiminta korostuu etenkin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajapintojen toiminnan varmistajana (Louhimo 2019, 86-90). Konsultaatiotoiminta hoitotyössä tarkoittaa yleensä organisaation sisäistä konsultaatiota ja se kohdistuu yleensä potilaaseen tai hoitotyön toimintaan (Holpainen 2012, 31). Useiden potilasryhmien seuranta ja hoitoa on siirretty erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, kustannusten hillitsemiseksi. Näistä esimerkkeinä ovat muun muassa diabetes – ja syöpäpotilaat. Heidän hoitonsa pystytään järjestämään perusterveydenhuollossa hyvin, kunhan konsultaatiotoiminta on erikoissairaanhoidon hyvin järjestettyä mahdollisten ongelmien tai kysymysten vuoksi. (Louhimo 2019, 86-90.)

Hyvä moniammatillinen yhteistyö on hyvien konsultaatiokäytänteiden perusta. Esimerkiksi paletti-hankkeessa 2013 kehitettiin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon konsultaatiokäytäntöjä. Useat perusterveydenhuollon yksiköt olivat toivoneet lääketieteellistä ja ammatillista konsultaatiotukea 24/7. Konsultaatiokäytänteiden kehittämisessä nousivat selkeät hoitolinjaukset ja niiden kirjaamisesta avainasemaan. Helppo konsultaatioyhteys ja ennalta sovitut käytänteet toisivat helpotusta arjen pulmatilanteisiin, esimerkiksi hoivakotien osalta. (Myller 2015, 21-23.) Konsultaatiossa on tärkeää huolellinen kirjaus ja hyvän tiedonkulun välittyminen. Konsultaation ydinasioina korostuvat suunnitelmallisuus, huolellinen perehtyminen potilaan tilanteeseen ja taustoihin. Konsultaation tarpeeseen liittyvä ongelma esitetään napakasti ja siihen vastataan asiallisesti. (Louhimo 2019, 86-90.) Konsultointitehtäviin voi sisältyä esimerkiksi koordinoitua, organisaation ja ammatillisen tuen kehittämistä, asiantuntijana ja ongelmanratkaisijana toimimista (Jokiniemi ym 2014, 946-954).

Konsultoinnissa vuorovaikutustekijöiden moninaisuus vaatii konsultilta tilanneherkkyyttä (Puutio, Kykyri 2017). Hyvän ja toimivan vuorovaikutuksen edellytyksinä on toisen kuunteleminen, havainnointi, dialogi, ilmaisun selkeys ja positiivinen asenne. Kyky tehdä

kompromisseja, vastavuoroisuus, luotettavuus ja luottamus ovat myös osa hyvää vuorovaikutusta. (Työturvallisuuskeskus 2018.) Konsultoinnissa korostuvat tarkan kuuntelun, yksityiskohtien havaitsemisen ja ”rivien välissä” olevan tiedon tunnistamisen tärkeys (Puutio, Kykyri 2017). Konsultilla on oltava riittävä asiantuntemus, jotta hän voi auttaa asiakasta ongelmien jäsentämisessä ja tarjota keinoja sen ratkaisemiseksi (Setälä, Tuominen 2007, 50-55). Konsultin ei tarvitse tuoda korostamalla esille omaa asiantuntijuuttaan, vaan se tulee näkyväksi vuorovaikutuksen aikana. Osaamisen tunteen ja asiantuntijuuden näkyminen potilaalle on osa konsultin ammattitaitoa. (Holpainen 2012, 27-30.)

3.6 Hoitajakonsultaatio palliatiivisessa hoidossa

Konsultaatio ja hoitoon liittyvä päätöksenteko sekä hoidon seuranta vaativat hoitajalta aiempaa laajempaa osaamista (Koskinen 2018, 16-17). Lääkärin ja sairaanhoitajan välisen konsultoimisen onnistumisessa on suuri merkitys molemminpuolisessa kunnioituksessa, luottamuksessa ja toisen taitojen tunnistamisessa. Lääkärin ja sairaanhoitajan yhteistyö on vastuun ja tiedon jakamista, jaettua päätöksentekoa ja omien ammatillisten näkökulmien esittämistä. (Holpainen 2012, 24-25.) Konsultaatiokäytänteiden kehittämisessä nousevat selkeät hoitolinjaukset ja niiden kirjaamiset avainasemaan. Yhteistyön aikana on hyvä huomioida jo olemassa olevat mahdollisuudet videovälitteisiin konsultaatioihin. (Myller 2015, 21-23.) Videovälitteisillä konsultaatioilla voidaan vastata palliatiivisen hoidon lisääntyneeseen tarpeeseen. Videovälitteisten konsultaatioiden etuna on se, että potilaan olisi mahdollista tavata esimerkiksi sairaanhoitaja videovälitteisesti. (Jess, Timm, Dieperink 2020, 942-958.) Näin turhia käyntejä päivystykseen saataisiin karsittua vähemmäksi. Helppo konsultaatioyhteys ja ennalta sovitut käytänteet toisivat helpotusta arjen pulmatilanteisiin, esimerkiksi hoivakotien osalta. Selkeät käytänteet olisivat apuna palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon liittyvissä erityiskysymyksissä. Hyvä moniammatillinen yhteistyö on hyvien konsultaatiokäytänteiden perusta. (Myller 2015, 21-23.)

Palliatiivisen hoidon konsultti toimii työyhteisön sisäisenä konsulttina eli kouluttaa ja jakaa tietoa muille hoitajille. Palliatiivisen hoidon konsultin tehtäväkuva tulee olla selkeä, jolloin työyhteisön ja potilaiden näkökulmasta palliatiivisen hoidon asiantuntijuus ja osaaminen ovat näkyviä ja sitä osataan hyödyntää. Palliatiivisen hoidon konsultin tulee työskennellä läheisesti kliinisessä työssä, jolloin hyvän hoitosuhteen luominen parantumattomasti sairaan potilaan ja hänen omaistensa kanssa helpottuu. (O'Connor, Chapman

2008, 151-157.) Konsultointitehtävissä työskentelyä on myös tukemassa laajavastuisten asiantuntijasairaanhoitajan kehittynyt kliininen tieto ja työkokemus. Asiantuntijuuden kautta hän ymmärtää potilaan sairaskokemuksen sekä pystyy vastaamaan siihen jo hankitun kokemuksen kautta. (Holpainen 2012, 27-30.)

Hoitotyön konsulttina toimimisen edellytyksenä on laaja hoitotyön asiantuntemus, jonka avulla pystytään muodostamaan ratkaisuja, jotka hyödyttävät potilasta (Holpainen 2012, 27-30). Palliatiivisessa hoidossa konsultoivan hoitajan tehtävänkuvalle luoteenomaista on perinteisten hoitotyön rajojen laajentuminen (Kennedy ym. 2015, 3296-3305). Siinä korostuvat laajat kliiniset taidot sekä syvempi vuorovaikutusosaaminen. Omien tietojen ja taitojen ylläpitäminen sekä palliatiivisen hoidon tutkimusten tunteminen on tärkeä osa palliatiivisessa hoidossa toimivan konsultoivan hoitajan roolia. (Kennedy ym. 2015, 3296-3305.)

Konsultoivan sairaanhoitajan mallin kehittämisen esteenä voivat olla resurssien puute, sekä kyvyttömyys ymmärtää konsultoivan sairaanhoitajan roolia, työnkuvaa ja sen vaativaa työaika ja -määrää. Konsultoivan sairaanhoitajan työnkuva vaihtelee paljon sen mukaan, miten heidän työnkuvansa jakautuu. Tietämättömyys konsultoivan sairaanhoitajan työnkuvasta terveydenhuoltoalalla voi aiheuttaa sen hyödyntämättä jättämisen. (Fernandez, Sheppard-Law, Manning 2017, 302-312.)

Ammattikorkeakoulujen yhteistyönä on laadittu ydinkompetenssit kliininen asiantuntija (YAMK) koulutuksen kehittämiseksi ja sen tunnettavuuden lisäämiseksi. Sairaanhoitajan alakohtaisessa ydinkompetenssissa keskeisimpinä asioina painottuvat itsenäinen tehtävänkuvaa, kliinisen hoitotyön asiantuntijuus, hoitotyön kehittäminen, suunnitelmallinen ja systemaattinen työskentely. Työnkuva sisältää asiakkaan/potilaan terveydentilan kokonaisarvioinnin ja hoitamisen, yhdessä moniammatillisen työryhmän kanssa. Laajavastuisten tehtäväkuvan edellytyksenä on vaativan tason kliininen arviointiosaaminen, kykyä tehdä itsenäisiä päätöksiä, näyttöön perustuvaa tietoa käyttäen ja ottaen huomioon asiakkaan/potilaan lisäksi myös läheiset. Terveiden edistäminen ja konsultointiosaaminen ovat myös osa laajavastuisten tehtäväkuvan edellytyksiä. (Sulosaari ym. 2020, 1-5.)

Tulevaisuudessa sairaanhoitaja työskentelee itsenäisesti esimerkiksi hoitajajohtoisilla terveysasemilla, ohjaten ja tukien potilaan/asiakkaan omahoitoa ja terveyden ylläpitoa (Koskinen 2018, 16-17). Hoitajajohtoisella terveysasemalla sairaanhoitajien roolia on lisätty potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa, moniammatillisen hoidon konsultoinnissa ja

koordinoimisessa sekä pitkäaikaissairauksien hoidossa. Nämä asiantuntijasairaanhoitajat pystyvät tukemaan useita organisaatioita ja yksiköitä omalla alueellaan. Alueellisesti toimivat asiantuntijasairaanhoitajat voivat antaa myös konsultaatioapua erityisosaamisalueeltaan ja järjestää henkilökoulutusta. (Flinkman 2013,11-13.)

4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS

4.1 Tutkimuksellisen osuuden tavoite ja tarkoitus

Kehittämiprojektin tutkimuksellisen osan tavoitteena oli tuottaa tietoa palliatiivisen hoidon hoitajakonsultaation tarpeesta sairaanhoitopiirin itäisellä alueella projektissa laadittavan konsultaatiomallin pohjaksi. Sairaanhoitopiirin itäisellä alueella tarkoitetaan Salon lisäksi Kemiönsaarta, Paimiota, Sauvoa ja Someroa. Tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia palliatiivisen hoidon toteutuksesta ja millaista tukea he siinä tarvitsevat.

Kehittämiprojektin tutkimuksellisen osan tutkimuskysymykset olivat:

1. Mitkä ovat yleisimmät ongelmat ja tilanteet palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa, joissa konsultoivan hoitajan tuki on tarpeellista?
2. Mitä tukea hoitajat tarvitsevat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteuttamisessa?
3. Miten palliatiivisen hoidon asiantuntijasairaanhoitajan konsultaatiotuki olisi järjestettävä?

4.2 Tutkimusmenetelmät, kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimusmenetelmät

Tutkimuksellinen osa opinnäytetyöstä toteutettiin laadullisena kyselytutkimuksena. Laadullista tutkimusta kutsutaan ymmärtäväksi, pehmeäksi tavaksi tehdä tutkimusta. (Tuomi, Sarajärvi 2018.) Laadullinen tutkimusote soveltui tähän tutkimukseen, koska tavoitteena oli ymmärtää hoitajakonsultaation tarpeen lisäksi niitä tilanteita, joissa konsultaatiota tarvitaan, perehtyen aiheeseen syvällisesti ja sen haasteet ymmärtäen. (ks. Pitkäranta 2014, 17.)

Kohderyhmä

Tutkimuksellisen osan kohderyhmä oli perus- ja A-tasolla työskentelevät hoitajat (N=23) kolmesta ymäristökunnasta. Hoitajat työskentelevät perus- ja A-tason yksiköissä kuten kotihoidossa tai ympäri-vuorokautisissa hoivakodeissa. Tutkimuksesta tiedotettiin osallistujille samalla, kun lähetettiin sähköpostitse tietoa koulutuksesta ja sen ohjelmasta.

Aineistonkeruu

Tutkimuksellisessa osassa aineistonkeruussa käytettiin kyselylomaketta, joka sisälsi avoimia kysymyksiä. Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiä tyypillisimmin ovat haastattelu, havainnointi ja erilaisista dokumenteista koottu tieto, mutta myös kysely sen avoimessa muodossa. (Valli 2018.) Avointen kysymysten etuna on, että samalla voidaan saada hyviä ideoita tutkimukseen liittyvistä asioista ja vastaajien mielipide voi tulla esitettyksi perusteellisesti. Huonona puolena avoimissa kysymyksissä on vastausten ylimalkaisuus tai niihin jätetään kokonaan vastaamatta. Avoimet kysymykset ovat myös työläitä analysoida. (Valli 2018.) Tutkija voi olla itse paikalla aineiston keruu tilanteessa. Näissä tilanteissa etuna on, että tutkija voi arvioida vastaajien käyttäytymistä ja tarkentaa tarvittaessa kysymyksiä. (Valli 2018.) Kysymyslomake tulisi aina testata ennen varsinaista tutkimusta. (Vilkka 2015.) Tämän tutkimuksen kyselylomake testattiin tutkimuksen tekijän omassa työyksikössä kolmella hoitajalla, ennen varsinaista aineistonkeruuta.

Vastaajat vastasivat neljään eri kysymykseen omin sanoin. Lisäksi lomakkeessa oli taustakysymyksiä työkokemuksesta, ammattiryhmästä ja yksiköstä, jossa työskentelee. Tutkimukseen osallistui hoitajia Salon kotihoidosta, hoivakodeista ja naapurikuntien terveyskeskussairaaloista. Hoivapäälliköt antoivat omien yksikköjensä yhteystiedot. Kotihoidon sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia lähestyttiin yhteissähköpostilla, jossa annettiin informaatiota tutkimuksesta ja sovittiin tapaamiset. Neljän eri hoivakodin osastovastaavien kanssa sovittiin tapaamiset hoivakoteihin. Naapurikunnista tutkimukseen osallistui Kemionsaari, Somero ja Paimio. Tutkimukseen osallistujat olivat terveyskeskussairaaloista 2-3 hoitajaa. Osallistujat tavattiin eri työpisteissä, heille annettiin suullisesti lisätietoa tutkimuksesta ja samalla he antoivat kyselylomakkeeseen suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimukseen vastaaminen oli mahdollista keskeyttää koko sen keston ajan.

4.3 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin käyttäen aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Menetelmällä saadaan vastaus tutkimustehtävään yhdistelemällä aineistosta esille tulevia käsitteitä ja teemoja. Yhdisteleminen perustuu tulkintaan ja päättelyyn. Siinä edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi, Sarajärvi 2018.) Laadullinen eli induktiivinen aineistolähtöinen analyysi voidaan jakaa kolmivaiheiseksi prosessiksi, johon kuuluvat 1.aineiston pelkistäminen (reduointi), 2.aineiston ryhmittely (klusterointi) ja 3.teoreettisten käsitteiden luominen (abstrahointi). Aineiston pelkistämässä analysoitava tieto voi olla asiakirja, haastattelu tai dokumentti, josta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. (Tuomi, Sarajärvi 2018.)

Pelkistetyistä vastauksista haettiin ilmaisuja, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. Aineiston abstrahointia tulee jo pelkistämisen- ja ryhmittelyvaiheessa. Aineiston ryhmittelyssä etsittiin eroavaisuuksia ja yhteneväisyyksiä. Nämä vaiheet limittyvät keskenään ja vähitellen pelkistäminen, ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen antaa vastauksen tehdyn tutkimuksen tarkoitukseen ja tehtäviin. (Kylmä, Juvakka 2007, 119.) Aineiston analyysi kirjattiin omaan Word-tilaukkoon. Vastauksista tuli 18 tekstisivua. Kyselylomakkeen vastaukset kirjoitettiin puhtaaksi sanataarkasti. Jokainen kyselylomakkeessa oleva avoin kysymys muodosti oman taulukkonsa. Taulukoissa oli alkuperäisilmausten lisäksi neljä erillistä saraketta, joiden avulla aineistoa pelkistettiin ja ryhmiteltiin.

Pelkistäminen

Pelkistämistä voidaan kutsua myös tiivistämiseksi. Merkitykselliset ilmaisut tiivistetään sellaiseen muotoon, että niiden olennainen sisältö säilyy. Välillä ilmaisut ovat samoja, kuin alkuperäisilmaus. (Kylmä, Juvakka 2007, 117.) Aineiston analyysissä taulukoiden ensimmäisiin sarakkeisiin kirjoitettiin alkuperäiset ilmaukset sanataarkasti. Toiseen sarakkeeseen kirjattiin pelkistetyt ilmaisut. Pelkistettyjä ilmaisuja saatiin tiivistämällä ja yksinkertaistamalla alkuperäisiä ilmaisuja. Niistä nostettiin esille pääkohtia ja lauseita lyhennettiin. Alkuperäisiä ilmaisuja tiivistettiin ja pelkistettiin alla olevan taulukon 4 mukaisesti.

Taulukko 4 Esimerkki opinnäytetyön aineiston pelkistämisestä

<p>Asiakkaiden ymmärtämättömyys palvelurakenteesta. Kivunhoito. Hoitajien tukeminen. Yksinäiset kotikuolemat.</p> <hr/> <p>Kotiolot saattavat olla alkeellisia. Muutostöitä ei haluta. Avuntarvetta olisi mutta asiakas ei itse sitä koe tai ei halua.</p> <hr/> <p>Liian vähäinen kivunhoito, ei aloiteta tarpeeksi aikaisin riittävää kipulääkitystä. Omaisten kohtaaminen. Saada omaiset ymmärtämään missä mennään. Lääkärillä vaikeuksia tehdä saattohoitopäätöstä tarpeeksi ajoissa.</p> <hr/> <p>Ennakoivat hoitosuunnitelmat puuttuu. Saattohoito aloitetaan liian myöhään. Käytössä kipulääkkeenä vain oxanest, joka ei ole aina ollut sopiva/riittävä.</p> <hr/>	<p>Asiakkaiden ymmärtämättömyys palvelurakenteesta. Kivunhoito.</p> <p>Hoitajien tukeminen.</p> <p>kotikuolemat. kotiolut alkeellisia. Muutostöitä ei haluta.</p> <p>Avuntarvetta olisi mutta asiakas ei itse sitä koe tai ei halua</p> <p>vähäinen kivunhoito, ei aloiteta tarpeeksi aikaisin riittävää kipulääkitystä.</p> <p>Omaisten kohtaaminen Saada omaiset ymmärtämään missä mennään</p> <p>Ennakoivat hoitosuunnitelmat puuttuu. Saattohoito aloitetaan liian myöhään</p> <p>kipulääkkeenä vain oxanest, ei ole sopiva/riittävä</p>
---	--

Ryhmittely

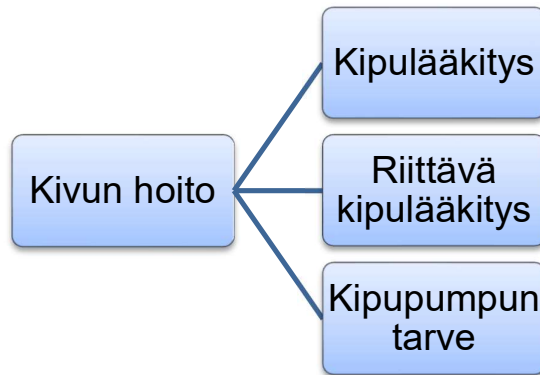
Klusteroinnissa eli ryhmittelyssä on kyse pelkistettyjen ilmausten yhtäläisyyksien ja erilaisuuksien etsimisestä. Ryhmittelyssä voi olla useampia vaiheita. (Kylmä, Juvakka 2007,118.) Aineiston ryhmittelyssä etsitään aineistosta samankaltaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Ne ryhmitellään ja yhdistetään luokiksi sekä nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi, Sarajärvi 2018.) Aineiston analyysissä ryhmittelyä selkiyttämään otettiin käyttöön eri värit, taulukko 5 esimerkin mukaisesti. Pelkistetyistä ilmaisuista hahmoteltiin eri ryhmiä värien avulla esimerkiksi kivunhoitoon tai omaisten kohtaamiseen liittyvistä asioista. Eri käsitteissä saattoi olla useampaan ryhmään kuuluvia ilmaisuja. Osassa ilmaisuista oli tämän vuoksi käytetty useampaa väriä. Värikoodien avulla saatiin aineistosta paremmin poimitua käsitteitä, joista muodostuivat aineiston analyysin pohjalta alaluokat.

Taulukko 5 Esimerkki aineiston ryhmittelystä värien avulla

<p>Kivunhoito.</p> <p>Hoitajan tuen puute</p> <p>Kodin olosuhteet</p> <p>Apua ei oteta vastaan</p> <p>Kivunhoidon aloitus</p> <p>omaisten kohtaaminen</p> <p>hoitolinjaukset</p> <p>saattohoitopäätös</p> <p>kipulääkitys</p> <p>tietty taho</p> <p>puhelinyhteys</p> <p>päivystysnumero virka-aikana</p> <p>koulutukset</p> <p>tiedottaminen</p> <p>koulutusta</p> <p>hoitotilanteiden tunnistaminen</p> <p>oirehoidon konsultointi</p>	<p>1. Kivunhoito</p> <p>2.hoitosuunitelmat/hoitolinjaukset</p> <p>3. hoitajan kokemus palliatiivisesta/saattohoidosta</p> <p>4. hoitajan tuki</p> <p>5. olosuhteet</p> <p>6. hoitomyönteisyys</p> <p>7. omaisen kohtaaminen</p> <p>8.hoitotilanteiden tunnistaminen</p> <p>9.yhteydenotto puhelimitse/ viestillä</p> <p>10. yhteistyö ja tiedottaminen</p>
--	--

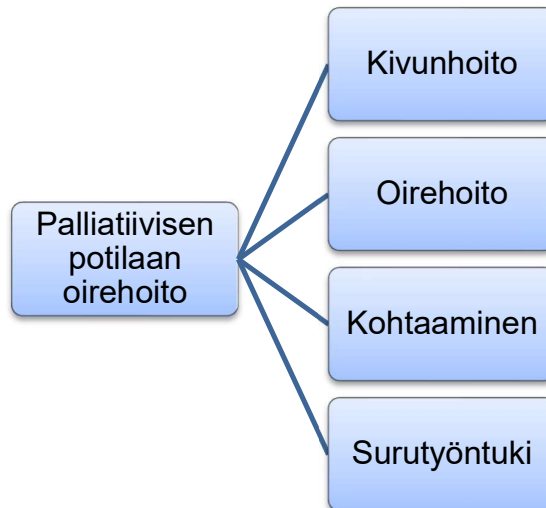
Luokittelu

Pelkistetyt ilmaisut, jotka ovat sisällöllisesti samanlaisia, voidaan siis yhdistää samaan luokkaan. Alkuun muodostuu alaluokkia ja toisessa vaiheessa luokille yläluokkia. Eri luokkia vertaillaan keskenään ja sisällöllisesti samankaltaisia luokkia yhdistellään. Alaluokat muodostuivat pelkistettyjen ilmaisujen avulla eri värejä käyttäen. Pelkistettyjen ilmaisujen värejä oli useita. Aineistoa luettiin useita kertoja ja näin saatiin hahmoteltua alaluokkia ja tiivistettyä käsitteitä. (Kylmä, Juvakka 2007, 118.) Alaluokat muodostuivat eri pelkistettyjen ilmaisuryhmien yhdistelemisestä kuvan 2 mukaisesti.



Kuva 4 Esimerkki alaluokan muodostumisesta

Samankaltaisia alaluokkia yhdistetään ja näin muodostuvat yläluokat, jotka tutkija nimeää kategorian sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Yläluokan nimi kattaa sen alle tulevien luokkien sisällöt. (Kylmä, Juvakka 2007,118.) Luokkien muodostamista yhdistelemällä jatketaan niin kauan, kuin se on mahdollista aineiston sisällön pohjalta. Analyysin jokainen vaihe ja muodostettu luokka on apuna vastaamassa tutkimuskysymyksiin. (Puusa, Juuti 2020, 147.) Yläluokkia muodostettiin tunnistetuista alaluokista kuvan 3 esimerkin mukaisesti. Aineiston analyysin avulla saatiin vastaukset tutkimuksen tarkoitukseen ja tehtäviin sekä luotiin palliatiivisen hoidon hoitajakonsultaatiomallin luonnos.



Kuva 5 Esimerkki yläluokan muodostumisesta

5 TUTKIMUKSELLISEN OSUUDEN TULOKSET

Tutkimukseen vastasi 23 hoitajaa. Ikäjakauma oli 24 - 60 vuotta. Ammattiryhmittäin vastanneista oli eniten sairaanhoitajia 15, lähihoitajia oli 4. Muut ammattinimikkeet olivat perushoitaja, apuhoitaja ja terveydenhoitaja. Vastanneiden keskimääräinen työkokemus vuosina on 20,3 vuotta. Vastaajat työskentelivät perus- ja A-tason yksiköissä. Tutkimuksen tulokset muodostuvat avoimen kyselylomakkeen vastauksista. Tulokset raportoidaan tutkimuskysymysten mukaisesti.

5.1 Hoitajien kohtaamat yleisimmät haasteet palliatiivisessa hoidossa

Hoitosuhteen aloitusvaiheeseen liittyvät haasteet ja tiedonkulun ongelmat luovat hoitajille haastavia tilanteita kohdatessaan palliatiivisen hoidon potilaita. Hoidon jatkuvuutta ei ole saatu oikealla tavalla varmistettua tiedonkulun kannalta ja tämä saattaa herättää kysymyksiä hoidon laatuun liittyen potilaan ja omaisen suunnalta.

Kotihoidon asiakkaaksi tulee saattohoitoasiakas. Kotona ei ole asianmukaisia apuvälineitä. Asiakas on halunnut kotiin mutta hoidon järjestäminen jäänyt tekemättä

Välistä asiakas ei ole tässä vaiheessa edes palliatiivisen asiakas.. omaiset pettyvät jos asiakas joudutaan laittamaan lääkärin arvioon päivystykseen jonkin akuutin asian vuoksi.

Myös kodin alkeelliset olot, apuvälineiden puute ja asiakkaan hoitomyönteisyys vaikuttivat palliatiivisen hoidon järjestämiseen. Ne loivat hoitajille tilanteita, joissa potilaan tarvitsemaa hoitoa oli haastavaa toteuttaa. Kotiin yritettiin järjestää apuvälineitä tai kodin olosuhteita yritettiin parantaa, mutta asiakas ei olekaan valmis ottamaan apua vastaan.

”alkeelliset” kotiolot, epäkäytännölliset tilat. Asiakas haluton ottamaan apua vastaan

Palliatiiviseen hoidon ja saattohoidon tarpeen arviointiin ja tunnistamiseen liittyvissä tilanteissa hoitajat kokivat haasteita, palliatiivista potilasta tai saattohoitopotilasta hoitaessaan. Hoitajalla voi olla vähäinen kokemus palliatiivisesta hoidosta ja hoitoon liittyvien tilanteiden tunnistaminen voi olla ongelmallista. Ei välttämättä osata arvioida palliatiiviseen hoitoon liittyviä erityistilanteita ja potilaan kokonaistilanteeseen liittyviä jatkohoidon tarpeita.

Palliatiivisen potilaan hoito kotihoidossa suhteellisen ”harvinainen” eli hoitajien mahdollinen epätietoisuus

Tietoa siitä, että missä vaiheessa asiakas tulisi lähettää sairaalahoitoon

Potilaan hoitoon liittyvät toimenpiteet ja niiden jatkoseuranta voi olla vierasta. Potilaan hoidossa käytettävät laitteet, dreenit tai oirehoidon seurantaan käytettävät välineet voivat olla harvoin käytössä ja näiden käyttö ei ole tuttua. Esimerkiksi lääkenannostelijoiden toiminta saattaa olla vierasta, ne ovat harvoin käytössä ja lääkeannostelijan vaikutusta oirehoidon hallintaan voi olla haastavaa arvioida vähäisen kokemuksen vuoksi. Palliativisessa hoidossa olevan potilaan vointi voi muuttua äkillisesti huonommaksi, mutta voinnin muutokseen liittyvä ennakointi on jäänyt tekemättä. Hoitajalla ei ole välttämättä muuta tahoja kuin päivystys, josta saada tukea potilaan oirehoidon tehostukseen. Päivystyksestä ei välttämättä aina saa palliativisen hoidon tai saattohoidon asiantuntijan tukea päätöksentekoon.

Sairaanhoidollisissa asioissa tarvitsee myös tukea jos asiat eivät tuttuja, esim. dreenien huuhtelut/kipupumput

Olisi hyvä jos esim. lääkäri ja hoitaja voisi konsultoida jotenkin saattohoitoyksikköä esim. Salossa tai Turussa virka-aikana ainakin. Esim. lääkeasioissa kun ns ”normi lääkäri” siellä päivystyksessä ei omaa kokemusta välttämättä lainkaan saattohoidosta

Palliativisen potilaan tai saattohoitopotilaan hoidossa ei ole välttämättä käytössä ennakoivia hoitosuunnitelmia, joiden avulla pystyttäisiin ennakoimaan voinnissa tapahtuvia muutoksia. Ennakoivien hoitosuunnitelmien puutteen vuoksi potilaan oirehoidon toteutus ei onnistu riittävällä tavalla, jos voinnissa tulee äkillisiä muutoksia. Hoito-ohjeet ovat saattaneet olla jatkohoidon suunnittelun kannalta olla myös puutteelliset ja ajankohdasta riippuen hoitajalla ei välttämättä ole mahdollisuutta saada tukea päätöksentekoon potilaan voinnin huonontuessa.

Äkillisen voinnin muuttuminen huonommaksi, jos oma lääkäri ei ole määrittänyt ”katastrofilääkkeitä”

lääkäri kirjaa esim. perjantaisin, että jos potilaan vointi romahtaa, niin sitten potilas asetetaan saattohoitoon. Hoitajan hyvin vaikea osata ajatella missä kohtaa tämä tapahtuisi ja mitä se sitten käytännössä tarkoittaa, ellei lääkäri ole sitä tarkemmin kirjannut

Kivunhoitoon ja sen riittävyyteen liittyy haasteita, joita hoitaja kokee toteuttaessaan palliativista hoitoa tai saattohoitoa. Potilaiden kipulääkityksen ei koettu olevan riittävää tai sitä ei aloitettu tarpeeksi ajoissa. Potilaan kivunhoidon arviointi ja kivuista keskusteleminen

nen ovat olennainen osa kivunhoitoa. Hoitajat arvioivat potilaan kivunhoitoa ja tunniste-
taan ettei kipulääkitys ole riittävällä tasolla, mutta kipulääkityksen tehostusta voi olla vai-
keaa saada toteutettua erilaisista syistä johtuen.

*Kun kipulääkkeet ei vaikuta auttavan. Että kaikilla olisi yhteinen linja koskien kipulääkityksestä
antaa tarpeeksi*

Kipulääkityksen eri antomuodot luovat tilanteita, joissa saattohoidossa olevan potilaan
kivunhoitoa oli haastavaa toteuttaa. Hoitavassa yksikössä ei esimerkiksi ollut tarvittavaa
lääkeluvallista hoitajaa, joka voisi toteuttaa saattohoitopotilaan kivunhoitoa muuten kuin
suun kautta tapahtuvana lääkityksenä. Kivunhoidon konsultointiin liittyvät tilanteet toivat
myös haasteita kivun hoidon toteutuksessa. Potilaan vointi on esimerkiksi viikonlopun
aikana huonontunut ja potilasta hoitavaa tahoja ei saada kiinni kipulääkityksen tehosta-
mista varten.

*kipupumppu joka on käytössä, sen ruiskun saa vaihtaa vain sairaanhoitaja ja talossa ei ole vält-
tämättä ollenkaan sh:ta. Tämä on selvästi huonoasia kivunhoidossa*

*Viikonloppuisin lääkäriä ei ole saatavissa muuta kuin soitto päivystykseen ja heiltä konsultoida
apua, yleensä liittyy lisääntyneisiin kipuihin*

Palliativisen potilaan tai saattohoitopotilaan oirehoidon hallinta aiheutti haastavia tilan-
teita, joita hoitajat kohtaavat työssään. Ongelmatilanteita olivat ne tilanteet, joissa poti-
laan erilaisia oireita ei saada hallintaan ja potilas voi psyykkisesti huonosti. Potilaan koh-
taaminen ja psyykkisen tuen tarve koettiin tärkeäksi, mutta siihen ei pystytty tarjoamaan
niin paljon aikaa kuin haluttaisiin. Potilaan kohtaamiseen haluttaisiin panostaa enemmän
mutta hoitajasta riippumista syistä aikaa ei ollut käytössä niin paljon kuin sille olisi ollut
tarvetta.

Ehkä tapauksissa jossa potilas ei ole hyväksynyt sairautensa ja voi psyykkisesti hyvin huonosti

*Suurin haaste on henkilökuntamitoitus joka on juuri ja juuri lakisääteinen. Niin että saattohoitovai-
heessa oleva asukas saisi aikaa henkilökunnalta. Myös omaisten kohtaamiseen pitäisi saada
enemmän aikaa*

Potilaan ja omaisen kohtaamisessa tulee tilanteita, jotka koettiin vaikeiksi. Potilaan ja
omaisen kanssa keskusteleminen elämän loppuvaiheen hoidosta ja heidän tukeminen
kuoleman käsittelyssä haastoivat hoitajia. Tukea kaivattiin myös keskusteluihin hoitoon
liittyvissä asioissa niin, ettei syntyisi ristiriitaa omaisen ja hoitohenkilökunnan välille. Hoi-

tajat kokivat, että omaisten kanssa keskustelu ja yhteisymmärryksen saavuttaminen vaikuttaisi myös potilaan oirehoitoon myönteisesti. Potilaan oirehoidosta keskustelu omaisten kanssa sekä surussa tukeminen koettiin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon vaiheessa tärkeäksi. Palliatiivisessa hoidossa tai saattohoidossa olevan potilaan pienet lapset ja asioista keskustelu ikätason mukaisesti koettiin omaa ammattitaitoa haastavaksi asiaksi. Omaiselle potilaan hoitoon liittyvien päätösten perustelu, kuten nesteytyksen lopettaminen, koettiin myös vaikeaksi. Keskusteluun omaisten kanssa toivottiin tukea lääkäriltä.

Omaisten kohtaaminen, saada heidät ymmärtämään esim. miksi potilasta ei enää loppuvaiheessa nesteytetä, tukea heitä surussa

Hoitajan tehtävänä on usein/aina omaisten kanssa keskustelu. Joskus kun omaiset eivät ymmärrä asukkaan tilannetta, olisi parempi jos lääkäri itse selvittäisi asiat omaisten kanssa

Potilaan kanssa keskustelu elämänloppuvaiheen asioista ja vointiin liittyvistä asioista voidaan kokea vaikeaksi tilanteeksi. Haasteena voi olla saada potilas ymmärtämään, mitä hoidossa kulloinkin tapahtuu.

Saada potilasta ymmärtämään mitä hänen ympärillään tapahtuu.

5.2 Hoitajien kokema tuki palliatiivisessa hoidossa

Hoitajat kaipaavat tukea keskustellessaan potilaan ja omaisten kanssa hoitolinjauksiin liittyvistä asioista. Omaisten voi olla vaikeaa käsitellä esimerkiksi saattohoitoon siirtymistä. Oman läheisen voinnin muutokset voivat tulla yllätyksenä ja he tarvitsevat paljon tukea hoitajalta käsitellessään asiaa. Hoitaja voi kokea, ettei pysty vastaamaan riittävästi tähän tarpeeseen, vaan toivoo tukea keskusteluun esimerkiksi lääkäriltä. Päätökset hoitolinjauksista koettiin myös tulevan liian myöhään ja niiden läpikäyminen omaisten kanssa koettiin vaikeiksi. Lääkärin toivottiin keskustelevan enemmän omaisten kanssa hoitolinjauksista niin, että omaiset ymmärtäisivät niiden merkitykset.

Omaisten kohtaamisessa, olisi hyvä olla jokin opas, jossa konkreettisesti kerrotaan mitä saattohoitoon siirtyminen tarkoittaa. Joskus saattohoitoon siirtyminen on shokki omaisille ja eivät väistämättä sisäistä hoitajien kertomaa

Kun omainen ei ole ymmärtänyt hoitolinjausta. Lääkäri ei ole selventänyt asiaa tarpeeksi/ymmärrettävästi

Lääkärin ja hoitajan yhteistyö koettiin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteuttamisessa tärkeäksi. Lääkärin tuella on hoitajalle suuri merkitys toteuttaessaan palliatiivista hoitoa tai saattohoitoa. Aina näkemykset eivät kuitenkaan kohtaa ja tämä luo tilanteita, jotka haastavat hoitajaa. Lääkärille tai kollegalle voi olla vaikeaa perustella esimerkiksi riittävän kipulääkityksen merkitystä, jos näkemys potilaan voinnista on erilainen. Kollegalta saatu tuki auttoi jaksamaan potilaiden palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. Tunteita, joita potilaan hoito, kohtaaminen ja omaisten tukeminen aiheuttaa, pystyttiin jakamaan kollegoiden kanssa ja näin työn mukanaan tuoma psyykkinen rasitus väheni.

Lääkärin tuki on tärkeää, lääkärin yhteyden ottaminen omaiseen. Yleensä lääkärin tavoittaminen

Yhteistyössä sairaanhoitajan kanssa, kun itse toteaa että potilas tarvitsee kipulääkitys tai rauhoittava mutta vastaava hoitaja ei ole samaa mieltä

Hoitajat kaipaavat tukea myös palliatiivisen potilaan oirehoidon toteutuksessa. Jos potilaan saama oirehoito ei ole tasapainossa, se aiheuttaa hoitajille riittämättömyyden tunteita ja lisääntyneen tuen tarvetta. Kivunhoitoon liittyvissä tilanteissa tuen tarve on erityisen suuri. Palliatiivisen hoidon asiantuntijan tuki oirehoidon toteutuksessa ja voinnin muutoksissa helpottaisi hoitajan toteuttamaa palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. Tämä auttaisi myös yksinäisten potilaiden oirehoidon arviointia ja toteutusta, kun palliatiivisen hoidon asiantuntijan kanssa voisi käydä läpi potilaan hoitoon liittyviä asioita, joista muuten tulisi keskustelua omaisten kanssa.

Riittämättömyyden tunne, kun ei voi enää auttaa muuten kuin olemalla läsnä

Voinnin huonontuessa helppo keino saada pall.poliklinikkaan yhteys (puhelimitse/viestipiikin kautta

5.3 Palliatiivisen hoidon konsultaatiotuki

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon konsultointi on eri yksiköissä järjestetty hyvin monella eri tavalla. Naapurikunnissa pääasiassa lääkäri konsultoi TYKS:n palliatiivisen hoidon erityispätevyuden suorittanutta lääkäriä palliatiivisesta keskuksesta. Hoitajien konsultointi on vähäistä tai sitä ei ole ollenkaan. Salossa pääasiassa kotihoidon hoitajat konsultoivat palliatiivisten ja -saattohoitopotilaiden osalta Salon palliatiivista poliklinikkaa, kotisairaala tai terveyskeskusairaalan osasto 2 palliatiivinen ja saattohoito-osasto.

Hoivakodit konsultoivat omia lääkäreitään saattohoitopotilaan hoidosta. Konsultoinnit hoidetaan pääasiallisesti LifeCare-viestillä ja soittamalla. Hoitajat konsultoivat työvuoroissa myös toisiaan, kokeneemmalta hoitajalta kysytään apua.

Osastolla konsultointia aluesairaalaan saattohoitoyksiköön. "Arkipäiväisessä" toiminnassa kokeneemmalta saadaan kysyttyä neuvoa

Tiedonkulun ongelmat vaikeuttivat saattohoidon prosessin ymmärtämistä. Potilaan hoitoon osallistuu eri tahoja, yhteistyö ja tiedottaminen eivät ole toimineet riittävän hyvin ja tämä on aiheuttanut epävarmuutta potilaan hoidon toteutuksessa. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon konsultaatiotuesta ei ole riittävästi tietoa, eikä sitä osata vielä käyttää. Palliatiivisen hoidon asiantuntijoiden avulle olisi tarvetta mutta vanhat periaatteet yksiköissä ovat vielä yleisiä ja on totuttu siihen, että ilman tukea pärjätään.

Mielestäni asiantuntijaan ei juuri olla yhteydessä. Eli on järjestetty huonosti hoivakodin puolelta ainakin. Hoivakodilla on vanha periaate että kyllä pärjätään

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon konsultointi tulisi järjestää niin, että olisi yksi tietty taho jota konsultoida. Yksi puhelinnumero, johon hoitaja voisi soittaa ja keskustella hoitoon liittyvistä haasteista ja saada asiantuntevaa apua. Yhteistyötä toivottiin selkeämmäksi. Kuuntelun merkitys korostui ja yhteistyön tulisi olla avointa. Yhteistyötä parannettaisiin yhteisillä palavereilla ja kotikäynneillä. Yhteinen potilastietojärjestelmä parantaisi myös yhteistyötä ja tiedonkulkua. Konsultaatiot asiantuntijaan Salossa hoidettaisiin LifeCare-viesteillä tai puhelinsoitoilla. Konsultoivana tahona olisi palliatiivisen hoidon tai saattohoidon erikoisyksikkö, jota hoitaja tai lääkäri voisi konsultoida virka-aikaan. Viikonlopun konsultaatiotuen toivottiin järjestyvän muuten kuin päivystyksestä.

Olisi kiva saada asiantuntevaa apua. Numero, johon soittaa ja keskustella esim. sairaanhoitajan kanssa, jolla erikoisosaamista tältä alueelta

Mahdollisesti kotihoidon ja palliatiivisen poliklinikan yhteiset palaverit. Työtä helpottaisi jos tiedon-saanti asiakkaan papereista (TYKS) näkyisi meille.

Potilaiden ennakoivat hoitosuunnitelmat helpottaisivat palliatiivisen hoidon ja oirehoidon toteutusta. Jossain yksiköissä nämä olivat jo käytössä ja ne koettiin hyväksi. Ennakoi-vassa hoitosuunnitelmassa olisi hyvä olla tarvittava lääkitys oireiden hankaloitumisen varalta. Ennakoivat hoitosuunnitelmat vähentävät myös hoitajan tarvetta konsultoida päivystystä.

Jokaisella pitäisi olla voimassa ennakoiva hoitosuunnitelma, jossa olisi selvät hoidonjatkot, kun/jos on saattohoitovaihe. Kipulääkkeet mitä annetaan, emme turhaan kuormita päivystystä.

Palliativisen hoidon asiantuntijan toivottiin myös osallistuvan yhteisiin palavereihin, joissa käytäisiin läpi mitä palliativinen hoito ja saattohoito tarkoittaa ja miten niitä käytännössä toteutetaan. Samalla saataisiin kirjattua hoitosuunnitelmaan keskusteltuja asioita ja tiedonkulku paranisi omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä. Palliativisen hoidon ja saattohoidon hoidon arviointiin ja toteutukseen kaivattiin säännöllisiä koulutuksia. Mahdollisuudesta palliativisen hoidon konsultointiin kaivattiin enemmän tietoa ja toivottiin, että toimintaa tehtäisiin tutummaksi.

Kun uusi asiakas tulee, toivoisin jotakin ”palaveria jossa lääkäri/asiantuntija olisi kertomassa miten hoito käytännössä” toteutetaan, jolloin olisi selkeä ohje miten eri tilanteissa toimitaan ettei tulisi omaisten kanssa väärinkäsityksiä

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että yleisimmät ongelmat ja haasteet palliativisessa hoidossa, jossa hoitajat kaipaavat tukea, liittyvät hoidon tarpeen arviointiin ja tunnistamiseen sekä oirehoitoon liittyviin haasteisiin. Hoitajien yhteys palliativisen hoidon asiantuntijaan, yhteistyön ja tiedonkulun parantaminen, auttaisivat palliativisen potilaan hoidon toteutuksessa. Palliativisen hoidon ja saattohoidon konsultaatiotuki tulisi tulevaisuudessa järjestää paremmalla palliativisen hoidon ja saattohoidon koordinoimisella, mahdollisuudella saada konsultointitukea ja yhteistyön kehittämällä. Palliativisen hoidon asiantuntijan tarjoaman koulutuksen merkitys nousi myös tutkimustuloksissa esille.

5.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tässä tutkimuksessa noudatettiin tieteellisen tutkimuksen eettisiä periaatteita. Tutkittavien henkilöiden ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin tutkimusta tehdessä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 7-8.) Salossa vanhuspäalvelujohtajalta saatiin lupa toteuttaa tutkimus kotihoidon ja hoivakotien hoitajille. Paimiosta anottiin tutkimuslupa johtavalta lääkäriltä, muihin yksiköihin luvan tutkimuksen toteuttamiseen antoivat johtavat hoitajat sähköpostitse.

Tutkimuslupa haettiin sähköisesti Salon kaupungilta ja sen hyväksyi terveystalouden johtaja. Tutkimus toteutettiin niin, ettei tutkimuksesta aiheutunut haittaa tutkimuskohteille tai tutkittaville ihmisille. Tutkittavalla henkilöllä oli oikeus keskeyttää osallistumisensa tutkimukseen ja tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Tutkittavalla henkilöllä, tässä tutkimuksessa hoitajilla, oli oikeus keskeyttää osallistumisensa tutkimukseen ja tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Tutkittavalla henkilöllä on myös oikeus perua suostumuksensa ja saada tietoa tutkimuksen sisällöstä, käytännön toteutuksesta ja siitä, mitä tutkimukseen osallistuminen käytännössä tarkoittaa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 7-8.)

Tutkimukseen osallistuminen oli henkilöille vapaaehtoista. Osallistujille annettiin ennen osallistumista tietoa tutkimuksesta. Tutkittavat antoivat tietoisesti suostumuksensa osallistumisestaan tutkimuksen kyselylomakkeessa. Tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden yksityisyyttä tulee suojella ja tietoja käsitellä niin, ettei tutkimukseen osallistujia pystytä tunnistamaan. (ks. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 13.) Tutkimukseen osallistuneiden yksityisyyttä suojeltiin ja aineistoa käsiteltiin niin, ettei yksityisyys vaarantunut. Aineistoa säilytettiin tutkijan salasanoin suojatulla tietokoneella ja aineistoa käsiteltiin vain tutkija. Tutkimuksessa ei kerätty henkilötietoja ja siihen osallistuneita ei pystytä jälkikäteen vastausten perusteella tunnistamaan.

Tieteellisen tutkimuksen tavoite on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Siksi tutkimuksen luotettavuuden arviointi on tärkeää. Luotettavuuden arvioinnissa selvitetään, miten totuudenmukaista tietoa tutkimus on tuottanut. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointia voidaan tehdä esimerkiksi näillä seuraavilla kriteereillä: Uskottavuus, refleksiivisyys, vahvistettavuus ja siirrettävyys. Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen sekä sen tulosten uskottavuutta ja näiden osoittamista tehdyssä tutkimuksessa. (Kylmä, Juvakka 2007, 127-129.)

Vahvistettavuus liittyy tutkimusprosessiin kokonaisuudessaan ja se edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tutkija pystyy seuraamaan prosessin kulkua pääpiirteissään. Tässä tutkimuksessa tutkimusprosessin eri vaiheet on kirjattu huolellisesti, jotta tutkimuksen kulkua pystyisi toinen tutkija seuraamaan. Reflektiivisyydessä tutkimuksen tekijän tulee olla tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tutkijan on arvioitava, miten hän vaikuttaa tutkimusprosessiinsa ja aineistoonsa. Tutkija on perehtynyt kirjallisuuskatsauksen avulla kansainvälisiin julkaisuihin ja aiempaan tutkittuun tietoon kartoittaakseen tutkittavaa aihetta laaja-alaisesti. Tämän avulla saatiin tutkijan omien näkemysten ja valintojen vaikutuksia tuloksiin vähennettyä.

Siirrettävyys tarkoittaa sitä, että tutkimustulokset ovat siirrettävissä muihin samankaltaisiin tilanteisiin. Tämä tutkimuksen tulokset ovat harkintaa käyttäen hyödynnettävissä myös toiseen sairaanhoitopiiriin perusterveydenhuollon B-tason palliatiivisen hoidon ja saattohoidon erikoisyksikköön. Tutkimuslomakkeen taustakysymykset ja raportissa esitetty toimintaympäristön kuvaus ovat vahvistamassa myös tutkimuksen siirrettävyyttä. Lisäksi tutkija on kuvannut tiedon ympäristöstä ja tutkimukseen osallistujista mahdollisimman selkeästi, näin tutkimuksen lukija pystyy arvioimaan tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä, Juvakka 2007, 127-129.)

Tutkimuksen aineistonkeruussa käytettiin kyselyä, joka sisälsi avoimia kysymyksiä. Kysymysten perustana olivat tutkimuksen tavoitteet ja tarkoitus. Tutkimuskysymykset ja kyselylomake suunniteltiin huolellisesti, perustuen jo olemaassa olevaan tutkittuun tietoon tutkittavasta aiheesta. Vastausprosentin parantamiseksi tutkimus toteutettiin osastotunteina eri yksiköissä. Osastotunnit toimivat samalla yhtenä kehittämisen menetelmänä projektissa. Tutkimuksen toteuttamista ja sen luotettavuutta ei voida pitää laadullisessa tutkimuksessa toisistaan erillisinä tapahtumina. Luotettavuuden keskeisin kriteeri on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä suhteessa tutkimuksessa tehtyihin tekoihin, valintoihin ja ratkaisuihin. (Vilkkä 2015.) Tässä tutkimuksessa tutkija toimi rehellisesti, puolueettomasti ja niin ettei vastauksista aiheudu haittaa tutkimukseen osallistujille.

6 KEHITTÄMISPROJEKTIN TULOKSET

6.1 Sidosryhmäkeskustelu

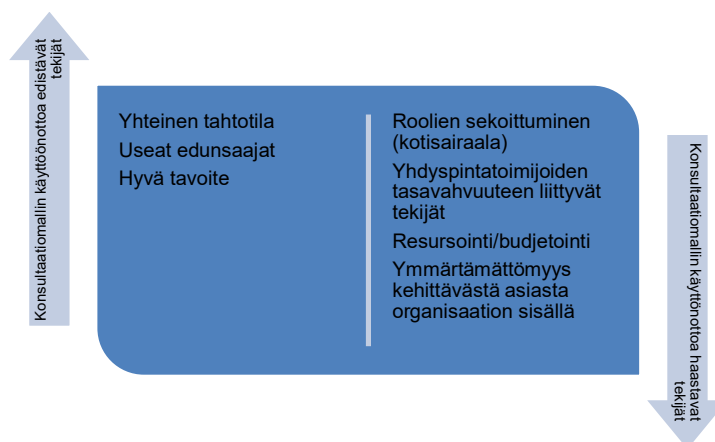
Sidosryhmäkeskustelussa tarkoituksena oli keskustella organisaation johtotehtäviin kuuluvien henkilöiden kanssa siitä, minkälainen palliatiivisen hoidon hoitajakonsultaatiomalli pitäisi olla sekä välillisesti edistää mallin käyttöönottoa tulevaisuudessa. Sidosryhmäkeskustelussa käytiin läpi, mitkä tekijät edistäisivät tai estäisivät palliatiivisen hoidon hoitajakonsultaatiomallin käyttöönottoa, laajavastuisen asiantuntijasairaanhoitajan toteuttamana Salon kaupungin terveystalveissa, osana palliatiivisen yksikön toimintaa. Sidosryhmäkeskusteluun osallistui Salon terveystalveiden esimieshenkilöstöä. Keskusteluun osallistuville lähetettiin sähköpostia. (Liite 2.)

Sidosryhmäkeskustelun kehittämisosuus toteutettiin soveltaen teemahaastattelumenetelmää. Yksi tiedonhankinnan perusmuotoja on haastattelu ja se onkin yksi tiedonhankinnan käytetyimpiä menetelmiä. Joustavana menetelmänä haastattelua voidaan käyttää monenlaisiin tarkoituksiin ja sen avulla voidaan saada syvällistä tietoa. Teemahaastattelussa haastattelu, tässä kehittämisprojektissa keskustelu, kohdennetaan tiettyihin teemoihin, joista keskustelua käydään. Haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen mukaan ja antaa paremmin tutkittavien mielipiteet ja äänen kuuluville. (Hirsjärvi, Hurme 2015, 11, 47-48.)

Sidosryhmäkeskustelun kehittämisosuus toteutettiin ryhmähaastatteluna. Ryhmähaastattelua voidaan pitää vapaamuotoisena keskusteluna, jossa osanottajat kommentoivat asioita suhteellisen spontaanisti, tekevät huomioita ja antavat monipuolista tietoa tutkitavasta ilmiöstä. (ks. Hirsjärvi, Hurme 2015, 61.) Sidosryhmäkeskustelu ja kehittämisosuuden haastattelu toteutettiin sähköisesti, Teams-ohjelman avulla. Keskustelu ja siinä käytetty ryhmähaastatteluosuus nauhoitettiin ja ennen nauhoituksen alkua, nauhoituksen aloituksesta tiedotettiin ja varmistettiin ettei sille ole estettä. Sidosryhmäkeskustelun ja siinä kehittämisosuutena toteutetun ryhmähaastattelun pohjaksi tehtiin palliatiivisen hoidon hoitajakonsultaatiomallista luonnos. (Liite 3.)

Sidosryhmäkeskustelussa esiteltiin alkuun tutkimuksellinen osuus ja siitä saadut tulokset. Lisäksi keskusteluun oli etukäteen pohdittuna kysymyksiä liittyen palliatiivisen hoidon hoitajakonsultaatiomalliin. Kysymykset liittyivät siihen millainen malli Salossa voisi olla, mitkä tekijät edistävät tai haastavat mallin käyttöönottoa. Loput kysymykset liittyivät laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajan tehtävänkuvaan palliatiivisen hoidon hoitajakonsulttina toimimiseen liittyen. Nauhoitettua keskustelua analysoitiin kuuntelemalla se läpi useita kertoja. Aineistosta haettiin vastauksia mallin käyttöön ottoon liittyen, konsultaatiomallia edistäviä tai estäviä tekijöitä. Lisäksi haettiin vastauksia laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajan tehtävänkuvan käyttöönottoon ja sen viemisestä organisaation rakenteisiin. Keskustelua ei litteroitu ja nauhoite hävitettiin, kun vastaukset kysymyksiin oli saatu.

Sidosryhmäkeskustelussa koettiin luonnoksen olevan soveltuva ja tutkimustulosten pohjalta tehty palliatiivisen hoidon hoitajakonsultaatiomalli voisi olla esitetyn luonnoksen mukainen. Potilaslähtöisyyden näkökulmaa tulisi lopullisessa mallissa kuitenkin selkeyttää. Palliatiivisen hoidon hoitajakonsultaatiomallin käyttöönottoa edistäviksi tekijöiksi alla olevan kuva 3 mukaisesti, tuotiin esille seuraavat asiat: yhteinen tahtotila, useat edunsaajat sekä mallin hyvä tavoite. Palliatiivisen hoidon hoitajakonsultaatiomallin käyttöönoton haasteena voivat olla eri roolien sekoittuminen, erityisesti Salon kotisairaalan kanssa. Lisäksi yhdyspintoimijoiden tasavahvuuteen liittyvät tekijät, ymmärtämättömyys kehittävästä mallista organisaation sisällä sekä resursseihin ja taloudellisiin seikkoihin liittyvät tekijät voivat niinkään olla mallin käyttöönoton haasteena.



Kuva 6 Palliatiivisen hoidon konsultaatiomallia edistävät ja estävät tekijät

Laajavastuisten asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvaa vaatii Salon terveystalveissa vielä lisää tietoa ja tehtävänkuvan selkeyttämistä organisaation sisällä, jotta sitä pystytään viemään osaksi organisaation rakenteita. Tehtävänkuvan kehittäminen olisi hyvä huomioida laajemmin, osana hyvinvointialueen laajempaa tehtävänkuvien kehitystyötä. Laajavastuisten asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan käyttöönottoa on parantamassa yhteinen kehitystyö ja tehtävänkuvaa tulisi valmistella niin, että se palvelee eri toimijoita terveystalveissa.

6.2 Palliatiivisen hoidon hoitajakonsultaatiomalli

Palliatiivisen hoidon hoitajakonsultaatiomalli muodostuu kolmesta pääkohdasta, kuva 4. Nämä ovat palliatiivisen hoidon koordinointi, palliatiivisen hoidon konsultaatiotuki ja palliatiivisessa hoidossa kouluttaminen.

Palliatiivisen hoidon koordinointi

Palliatiivisen hoidon koordinointia voidaan kehittää vahvistamalla sairaanhoitajien roolia potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa, moniammatillisessa hoidon konsultaatiossa ja koordinoimisessa sekä pitkäaikaissairauksien hoidossa. Näin sairaanhoitajat voivat tukea useita organisaatioita ja yksiköitä omalla alueellaan. Kokeneet ja pitkälle koulutetut sairaanhoitajat voivat toteuttaa tehostettua palveluiden koordinointia ja kliinistä hoitoa. Nämä alueellisesti toimivat sairaanhoitajat voivat antaa myös konsultaatioapua erityisosaamisalueeltaan ja järjestää henkilökoulutusta. (Flinkman 2013, 11-13.)

Kehittämiprojektissa laaditussa konsultaatiomallissa palliatiivisen hoidon koordinoinnilla parannetaan yhteistyötä eri hoitoon osallistuvien tahojen kesken. Tiedonkulkua parannetaan osallistumalla esimerkiksi hoitoneuvotteluihin. Lisäksi toimimalla yhteistyötahona perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on mahdollista lisätä yhteistyötä ja tiedonkulkua. Tämän kehittämistoiminnan osana olisivat myös ennakoivat hoitosuunnitelmat. Näitä varten tulisi laatia oma fraasipohja, jota käyttäen hoitaja kirjaisi ennakoivan hoitosuunnitelman yhteistyössä potilaan, omaisten ja lääkärin kanssa. Ennakoivaa hoitosuunnitelmaa on päivitettävä tasaisin väliajoin ja lisäksi kirjaustiedot vietään omakantaan, josta tiedot ovat eri yksiköiden ja potilaan itsensä nähtävillä.

Palliativisen hoidon konsultaatiotuki

Asiantuntijasairaanhoitajat ovat avainroolissa Arnaert ja Wainwright (2009) mukaan toimiessaan kaksoisroolissa palliativisen kotihoidon hoitajina, välittäessään tietoa palliativisesta hoidosta ja toimiessaan palliativisen hoidon asiantuntijoina kollegoilleen. Palliativisen hoidon asiantuntijasairaanhoitajat parantavat palliativisen hoidon laatua ja potilaiden elämänlaatua. Lisäksi he toimivat hoidon järjestämisen eri tasojen ja moniammatillisten tiimien yhdistäjänä. (Arnaert, Wainwright 2009, 357-364.)

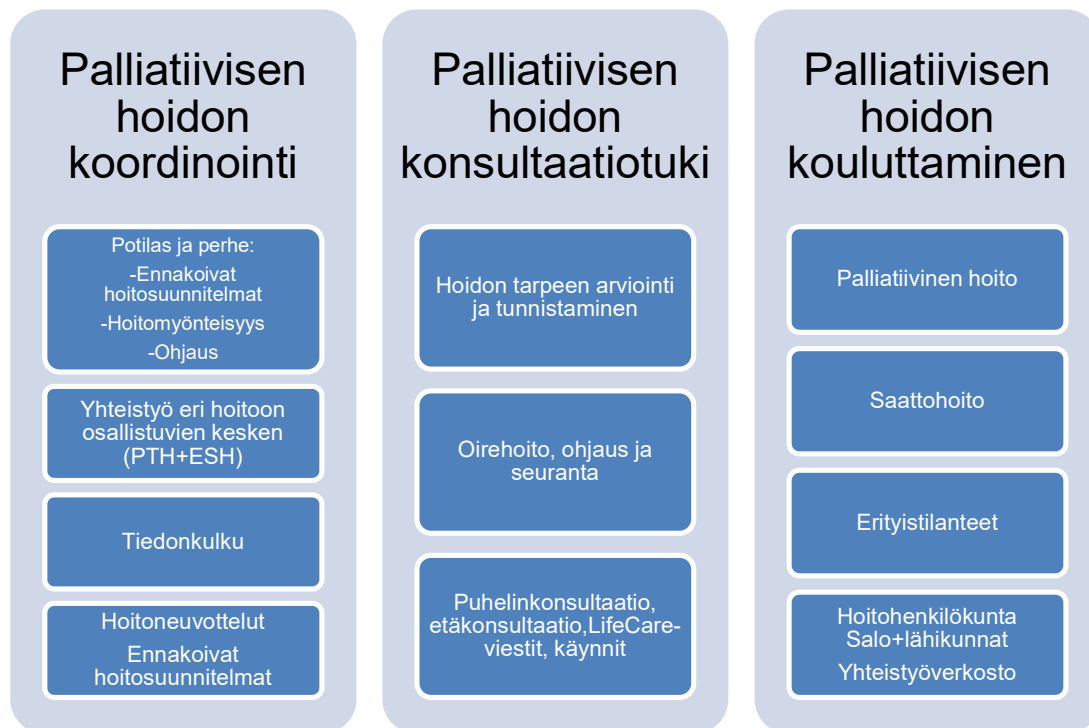
Palliativisen hoidon konsultaatiotukea tarjotaan Salon ja naapurikuntien kunnallisille ja yksityisille toimijoille. Konsultaatiot hoidetaan käynteinä, viestipiikkinä, puheluina tai videovälitteisinä konsultointeina. Konsultaatiotukea tarjotaan perus- ja A-tasolla toimiville hoitajille, liittyen potilaan palliativisen hoidon ja saattohoidon tarpeen arvioimiseen ja tunnistamiseen. Konsultaatiotukea annetaan myös oirehoitoon ja sen seurantaan sekä annetun hoidon vasteen arvioimiseen. Tulevaisuudessa selvitetään myös mahdollisuus lääkärikonsultaatioihin.

Palliativisen hoidon koulutus

Palliativisen hoidon asiantuntijasairaanhoitajan tulisi toimia käytännönhoitotyön asiantuntijana sekä uusien hoitotyön käytäntöjen välittäjänä. Omalla asiantuntijuudellaan hän kouluttaa, konsultoi ja välittää kokemuksellista oppimista. Asiantuntijasairaanhoitajalta odotetaan taitoa, joka pitää sisällään vankan työkokemuksen sekä tietoa, johon kuuluu asianmukainen koulutustausta. (Saarela 2013, 12-18.)

Palliativisen hoidon konsultaatiomallissa koulutusta tarjotaan erityisesti Saloon ja lähikunnille perus- ja A-tasolla toimiville hoitajille. Tarkoituksena on käynnistää oman alueen yhteistyöverkosto toiminta, jonka avulla järjestetään säännöllisesti koulutuksia ja tapauksia. Koulutukset toimivat eri oppilaitosten tarjoamien koulutusten lisänä sekä myös päivitetyn tiedon ja uusimpien tutkimustulosten yhtenä tiedotusväylänä.

Palliativisen hoidon hoitajakonsultaatiomalliin on koottu läpikäytyt keskeiset tiedot seuraavan kuvan 5 mukaisesti.



Laajavastuuden asiantuntijasairaanhoitajan osaamisvaatimukset: Palliativisen hoidon erikoistumisopinnot ja kliininen asiantuntija (YAMK)

Kuva 7 Palliativisen hoidon hoitajakonsultaatiomalli Salon terveystalveissa

6.3 Palliativisen hoidon konsultaatiomallin implementointisuunnitelma

PEPPA-malli ohjasi tässä kehittämissuunnitelmassa laajavastuuden asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan kehittämistä. Sen avulla on mahdollista toteuttaa käyttöönotto suunnitelmallisesti huomioiden uuden tehtävänkuvan arviointi. Malli auttaa myös saamaan optimaalisimman hyödyn tehtävänkuvan kehittämisestä. (ks. Ahonen 2012, 39-40.)

PEPPA-mallissa on neljä eri suositusta, jotka ohjaavat laajavastuuden asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvan kehitystyötä. Näitä ovat 1) kehittämistarve lähtee potilaan tarpeista, 2) kehittämistyö pitää sisällään hoitotyön suositukset ja käytännöntyön laaju-

den roolin määrittelyssä, 3) tehtäväkuvaa kehitetään koulutuksen avulla, joka on määritelmien mukaista ja 4) kehittämistyötä tulee arvioida huolellisesti koko kehittämisprosessin ajan. (McNamara ym. 2009, 318-325.)

PEPPAn tarkoituksena on edistää sidosryhmien sitoutumista kehittämisprojektiin. Sidosryhmät auttavat tunnistamaan laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajan tehtäväkuvaa ja tavoitteita. PEPPA-malliin kuuluu myös jatkuvan arvioinnin osuus, jolla pystytään kehittämään laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajan työtä sekä kehittää palveluja terveydenhuollossa paremmaksi. PEPPA-viitekehyksen avulla kehitetään näyttöön perustuen tietyn potilasryhmän hoitotyötä hoitotyön kliinisen asiantuntijan toimesta. (Ahonen 2012, 39-42, Dicenso, Bryant-Lukosius 2010, 45-47.)

Tässä kehittämisprojektissa keskeiset sidosryhmät olivat palliatiivista hoitoa toteuttava henkilökunta ja Salon terveyspalvelujen johto. Tuotoksena luodun konsultaatiomallin osalta implementoinnin suunnittelussa laadittu konsultaatiomalli esiteltiin terveyspalveluiden ylemmälle johdolle ja alustavasti sovittiin pilotointijakson mahdollistamisesta. Pilotointijakso olisi tarkoitus järjestää vuoden 2021 aikana. Pilotointijakson käsittely on terveyspalveluiden ylemmän johdon käsittelyssä.

Pilotointijakso aloitetaan ohjausryhmän tapaamisella, jossa määritetään jaksolle tavoitteet ja miten seurataan pilotin sekä tavoitteiden toteutumista. Tehtäväkuvaa kehitetään pilotointijakson aikana yhteistyössä eri organisaatioon kuuluvien yhteistyötahojen kanssa. Pilotointijaksolla konsultaatiotoiminta suunnitellaan käynnistettäväksi alkuun yhtenä päivänä viikossa Salon terveyspalveluissa, osana terveyskeskussairaalan palliatiivisen yksikön toimintaa. Konsultaatiomallia ja tehtäväkuvaa tulee arvioida säännöllisesti myös pilotoinnin ohjausryhmän tapaamisilla ja kehittämällä sitä esille tulleiden ehdotusten mukaisesti. Keskeiset arviointikohteet konsultaatiomallin ja tehtäväkuvan arvioimisessa voivat olla esimerkiksi hoitohenkilökunnan tuottama tieto konsultoinnin hyödyllisyydestä, konsultaatioiden ja yhteydenottojen määrä, hoitoon lähetettyjen asukkaiden määrä, palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutuminen potilaan kotona loppuun asti ja kustannukset (mm. siirtokustannukset, hoitopäiväkustannukset).

6.4 Kehittämiprojektin eettisyys ja luotettavuus

Kehittämiprojektin luotettavuuteen liittyy sen taustalla oleva tietoperusta, projektin huolellinen suunnittelu, jatkuva arviointi ja prosessin raportointi. Kehittämiprojektin tulee antaa vastaukset seuraaviin kolmeen kysymykseen: Miksi projekti toteutetaan, mitä tuotoksia saadaan aikaiseksi ja miten projekti toteutetaan. (Silfverberg 2007, 36.) Tiedonhankinnassa tutkija pohjaa tietonsa muun muassa oman alansa tieteellisen kirjallisuuden tuntemiseen ja muihin asianmukaisiin tietolähteisiin, kuten ammattikirjallisuuteen (Vilka 2015). Tässä kehittämiprojektissa on perehdytty kirjallisuuskatsauksen avulla jo olemassa olevaan tutkittuun tietoon ja julkaisuihin kehitettävästä asiasta. Lisäksi on perehdytty kehittämiprojektin ja sen toteutukseen liittyviin julkaisuihin ja kirjallisuuteen.

Projektisuunnitelman yksi keskeisistä osista on projektin raportointi, seuranta- ja arviointimenetelmien kuvaaminen luovuuden osoittamiseksi (ks. Silfverberg 2007, 49). Kehittämisprosessin aikana tarvitaan tietoa projektin etenemisestä, jonka avulla voidaan ohjata projektin etenemistä ja parantaa toimintaa. Arviointi on erityisen tärkeää kehittämissuunnitelmissa, joissa luodaan uutta esimerkiksi uutta palvelukonseptia. Ilman toteuttamisprosessiin liittyvää arviointia ja seuranta- ja arviointia voi olla hankalaa esittää, miten kehittämiprojektin innovaatio syntyi ja miten se viedään käytäntöön. (Seppänen-Järvelä 2004, 21-22.) Työelämämentoreiden kanssa käytiin kehittämiprojektin osalta aktiivista vuoropuhelua ja he arvioivat, yhdessä opettajatuutorin kanssa kehittämiprojektin etenemistä. Ohjausryhmän tarkoituksena on ohjata ja valvoa kehittämiprojektia. Tässä kehittämiprojektissa ohjausryhmää on ollut haastavaa saada kokoon johtuen vallitsevasta Covid-19 pandemiatilanteesta sekä johdon osalta tapahtuneiden henkilöstö muutosten vuoksi. Ohjausryhmälle tiedotettiin sähköisesti kehittämiprojektin etenemisestä.

Aineistojen ja tulkinnan riittävä dokumentaatio on edellytys luotettavaan arviointiin. Riittävän tarkasti tehty dokumentaatio kehittämiprojektin eri vaiheissa lisää sen luotettavuutta (Kananen 2012, 112-115.) Sidosryhmäkeskustelussa saatu tutkimustieto käsiteltiin luottamuksellisesti. Osallistuminen oli vapaaehtoista ja aineistoa on käsitelty niin, ettei keskusteluun osallistuneita pystytä tunnistamaan tai ettei vastanneiden yksityisyys vaarannu.

6.5 Kehittämiprojektin arviointia

Kehittämiprojekti toteutettiin Salon kaupungin terveystaloihin ja se kohdennettiin vahvasti osaksi Salon terveyskeskussairaalan palliatiivisen yksikön toimintaa. Salossa saattohoitoa on kehitetty vahvasti kotisairaalan ja terveyskeskussairaalan osalta jo useiden vuosien ajan. Saattohoidon kehittämisestä on vahva kokemus ja palliatiivisen hoidon toteuttamista vahvennettiin 2019 avatulla palliatiivisella poliklinikalla. Salon terveyskeskussairaalan palliatiivinen yksikkö on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin itäisen alueen B-tason toimija. Toiminnan kehitystyötä on ohjannut STM:n laatimat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suositukset, jotka julkaistiin 2019. Palliatiivisen yksikön kehittämistoiminta pyrkii vastaamaan näihin asetettuihin suosituksiin ja palliatiivisen hoidon valtakunnalliseen organisointiin, jossa konsultoiva toiminta on osa alueellisen yksikön toimintaa, palliatiivisen poliklinikan ja osastohoidon lisäksi. (STM 2019, 17-18.)

Salon kaupungin kuntastrategiassa on määritetty perustehtävä, jonka tarkoituksena on kehittää alueen elinvoimaa, edistää salolaisten asukkaiden hyvinvointia, vahvistaa osallistumista ja yhteisöllisyyttä. Perustehtävän lisäksi keskeinen merkitys on Salon kaupungin määrittelemillä arvoilla. Määritetyt arvot luovat perustan, jolle toiminta rakentuu. Salon kaupungin arvot ovat asiakaslähtöisyys, rohkeus, vastuullisuus ja oikeudenmukaisuus. (Salon kaupunkistrategia 2026, 8-10.)

Palliatiivisen hoidon konsultaatiomalli pohjautuu asiakaslähtöiseen hoitotyöhön, jossa potilas on hoidon keskiössä. Parantamalla hoitajien valmiuksia palliatiivisen ja saattohoidon tarpeen arvioimisessa ja tunnistamisessa, osaavat hoitajat paremmin reagoida palliatiivisen potilaan hoidon tarpeisiin. Lisäksi valmiudet keskustella potilaan vointiin liittyvistä asioista potilaan ja omaisten kanssa lisääntyvät ja näin oirehoidon laatu paranee. Kehittämiprojektin haasteena on ollut kehitettävän projektin näkyväksi tekeminen Salon kaupungin terveystalouksissa ja sen vieminen osaksi Salon terveyskeskussairaalan palliatiivisen yksikön toimintaa.

Salon kaupungin arvojen mukaan henkilökunta vastaa omista työtehtävistä, kehittää toimintaa ja jakaa osaamistaan. Oikeudenmukaisuus antaa kaikille tasavertaiset mahdollisuudet tulla kuulluksi ja jokaista kohdellaan arvostavasti, koskien niin asiakassuhteita ja yhteistyökumppaneita. Näiden arvojen mukaisesti on kehitetty palliatiivista hoitoa Salossa ja turvattu hoidon tasalaatuisuutta kaikille Salolaisille palliatiivista hoitoa tai saattohoitoa tarvitseville asukkaille.

Kehittämisprojekti on ollut laaja ja sen toteuttaminen tapahtui aikaan, jossa maailmassa levisi Covid-19 pandemia. Projektin tutkimuksellinen osuus piti suunnitella lyhyen ajan sisällä kokonaan uusiksi ja ottaa huomioon, ettei aiheuta turhia riskejä eri yksiköissä työskenteleville hoitajille tapaamisten aikana. Kehittämisprojektin teoreettiseen viitekehysten tekemiseen liittyi tekijälle haasteita. Kehittämisprojektin idea sai lopullisen muotonsa vasta teoreettisen viitekehysten muodostamisen aikana. Teoreettinen viitekehys on palvellut hyvin seuraavien vaiheiden toteutuksessa.

Kehittämisprojektin päällikönä toimimiseen on liittynyt myös haasteita. Covid-19 pandemia on vaikuttanut mahdollisuuksiin saada työnantajan tukea omalle kehittämisprojektille koska pandemian hoito on vienyt niin paljon aikaa ja resursseja muulta esimiestyöltä. Haasteita terveyspalveluissa on tuonut myös se, että terveyspalveluiden johdossa on tapahtunut jatkuvasti muutoksia. Tämän vuoksi kehittämisprojektiin on ollut vaikeaa saada sitoutettua kehittämisen kannalta keskeisiä organisaatiossa työskenteleviä henkilöitä. Kehittämisprojekti on ollut kaikista haasteista huolimatta mielenkiintoinen prosessi. Se on tuonut paljon arvokasta lisätietoa sairaanhoitajan eri rooleista, laajavastuisesta hoitotyöstä, sen kehittämisestä maailmalla ja Suomessa. Palliatiivisen hoidon konsultatiomalli on todettu hyväksi, vaikka sen käyttöönottoon liittyviä esteitä tunnistettiin. Kehittämistyö jatkuu Salon terveyspalveluissa myös opintojen jälkeen.

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Palliativista hoitoa ja saattohoitoa tulee olla tarjolla kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Näiden toimintaa ohjaavat kansainväliset säädökset ja kriteerit palliativisesta hoidosta sekä saattohoidosta. (STM 2019, 15.) Kehittämiprojektin tutkimuksellisen osuuden tulokset toivat esille, että Salon seudulla on panostettava palliativisen hoidon ja saattohoidon laadun ja tasa-arvoisuuden kehittämiseen, jotta ne toteutuvat riippumatta siitä saako potilas hoitoa kotona vai hoitolaitoksessa.

Palliativinen hoito kuuluu kaikille ja kaikenikäisille, riippumatta siitä mitä kuolemaan johtavaa sairautta hän sairastaa. Palliativisen potilaan ja hänen läheisensä tarvitsema laadukas palliativinen hoito ja saattohoito tulee olla tasa-arvoisesti toteutettuna, aluerajoista riippumatta. (STM 2019, 15.) 2019 julkaistussa sosiaali- ja terveysministeriön (STM 2019) raportissa on annettu tavoitematkat/aika potilaan lähimpään palliativisen hoidon keskuksen. Saloon välimatkat ovat Kemiönsaaresta ja Somerolta lyhyemmät, kuin Turkuun. Näin ollen Salo pystyisi vastaamaan Kemiönsaaren ja Someron mahdolliseen konsultaatiotarpeeseen tarjoamalla tätä ostopalveluna. (STM 2019, 143-144.)

Onnistunut palliativinen hoito edellyttäisi henkilöstön oman perusosaamisen lisäksi myös asiantuntijan tavoitettavuutta virka-aikaan sekä selkeästi sovitut käytänteet virkajan ulkopuolisissa yhteydenotoissa. Omassa organisaatiossa olevan palliativisen hoidon ja saattohoitoon erikoistuneen sairaanhoitajan tai asiantuntijan konsultaatiomahdollisuus ovat turvaamassa palliativisen hoidon ja saattohoidon onnistumista. Tavoitteena olisi tunnistaa etukäteen sellaisten potilaiden/asiakkaiden tilanteet, joiden palliativinen hoito ja saattohoito voisi vaatia kotisairaalan tai erikoissairaanhoidon kytkemisen mukaan loppuvaiheen hoitoon. (STM 2019, 87-132.)

International Council of Nurses (ICN) on kuvannut kansainvälisesti laajavastuuisen asiantuntijasairaanhoitajan määritelmän ja roolin ominaisuudet. Laajavastuinen hoitotyön asiantuntija pystyy määrityksen mukaan muun muassa vaatimaan ja itsenäiseen päätöksentekoon, omaa maisteritasoiset tiedot ja taidot sekä pätevyyden toimia terveydenhuollon vaativissa työtehtävissä. (ICN 2019.) Suomessa sairaanhoitajien työkuvia on kehitetty, jotta potilaiden hoitoon pääsy nopeutuu ja terveyserot kaventuvat (Kotila ym. 2016, 18-20). Tammikuussa 2020 on määritetyt kliinisen asiantuntijuuden (YAMK) koulutuksen ydinkompetenssit, jotka on laadittu yhteistyössä eri ammattikorkeakoulujen kesken. Ydinkompetenssien tavoitteena on yhtenäistää koulutusta ja lisätä kliinisen asiantuntijan

(YAMK) koulutuksen näkyvyyttä. (Sulosaari ym. 2020, 6-8.) Hoitotyön asiantuntijoiden yhtenäiset kompetenssit ovat edellytyksenä osaamisen arvioinnille sekä sen vertaamiselle kansalliselle tasolle (Vestman 2013, 52).

Tämän kehittämisprojektin palliatiivisen hoidon konsultaatiomalli on esimerkki on laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajan tehtävänkuvasta sillä se edellyttää vaativaa erityistason osaamista. Salon terveystalveissa laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajan tehtäväkuva vaatii vielä selkeyttämistä ja lisää tietoa, jotta se voitaisiin viedä paremmin organisaation rakenteisiin. Laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajan tehtäväkuva tulisi huomioida Salon alueella laajemmin, osana hyvinvointialueen kehitystyötä. Lisäksi tehtäväkuva tulisi valmistella niin, että se palvelisi eri toimijoita terveystalveissa. Tutkimustulosten mukaan hoitajilla on tarve saada palliatiiviseen hoitoon liittyen konsultaatiotukea palliatiivisen hoidon asiantuntijasairaanhoidajalta. Asiantuntijasairaanhoidajan erityisosaamista tarvitaan myös palliatiivisen hoidon koordinoimisessa ja koulutuksessa.

Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmissä on käynnissä huomattavia rakenteellisia sekä toiminnallisia uudistuksia (Kotila ym. 2016, 18-20). Uudet työtehtävät ja tehtävänkuvien laajentamiset vaativat paitsi vankkaa perusosaamista, myös jatkuvaa tiedon päivittämistä, sekä uuden tiedon oppimista. Entistä laajempaa osaamista tarvitaan kliinisessä työssä, kuten hoidon tarpeen arvioinnissa, kliinisessä tutkimisessa, konsultoinnissa ja sairaushistorian selvittämisessä. (Kotila ym. 2016, 18-20.) Työnjaon kehittäminen ja sairaanhoitajien tehtävänkuvien laajentaminen ovat merkittäviä keinoja parantaa terveydenhuoltojärjestelmien tuottamien palveluiden saatavuutta. Ne auttavat turvaamaan työvoiman riittävyyden, vastaten samalla palveluiden laatuun ja potilasturvallisuuden vaatimuksiin. (Vestman 2013, 7.)

Yksi tällaisista uusista työtehtävistä on konsultaatiotoiminta laajavastuisen hoitotyön asiantuntijan toteuttamana. Konsultointityö vaatii vahvaa kliinistä hoitotyön osaamista ja riittävää työkokemusta. Suomessa palliatiivisen hoidon konsultaatiotoiminnasta on vielä vähän tietoa. (Imhof ym. 2012, 2223-2231, Holpainen 2012, 32-33.) Kuitenkin tämän kehittämisprojektin tutkimuksellisen osan tulosten perusteella palliatiivisen hoidon ja saattohoidon konsultaatiolle on tarvetta. Konsultaatiotukea kaivattaisiin erityisesti palliatiivisen potilaan ja saattohoitopotilaan kivunhoitoon ja muuhun oirehoitoon liittyen. Myös potilaan ja omaisen kohtaamiseen kaivattaisiin tukea. Asiantuntijaan tulisi olla helppo yhteys, esimerkiksi puhelinnumero, josta saisi apua potilaan oirehoitoon tai hoidon tarpeen arviointiin ja tunnistamiseen liittyvissä haasteissa. Myös etäkonsultaatiot,

LifeCare-viesteillä tehdyt konsultaatiot olisivat helpottamassa palliatiivisen hoidon toteutusta. Palliatiivisen hoidon konsultin toivottaisiin osallistuvan myös tarpeen mukaan hoitoneuvotteluihin.

Terveydenhuoltojärjestelmien hyvän hoidon edellytyksenä on moniammatillinen yhteistyö, jonka ominaisuuksissa korostuvat yhteinen tavoite ja jaettu päätöksenteko (Holpainen 2012 27). Moniammatillinen yhteistyö ja oman asiantuntemuksen tuominen moniammatillisen tiimin käyttöön, muodostaa tärkeän osan asiantuntijasairaanhoidajan työstä (Westerback 2018, 9-10). Erilaista asiantuntijuutta tulisi osata hyödyntää, jotta toiminta olisi laadukasta ja lähtisi potilaiden tarpeesta. Viime vuosina terveydenhuoltoon onkin perustettu erilaisten nimikkeiden alle asiantuntijatoimia. (Vestman 2013, 7.) Asiantuntijan koetaan pystyvän arvioimaan toimintaa, sen heikkouksia ja vahvuuksia, hahmottamaan kokonaisuuksia ja näkemään asioiden laajempi merkitys (Holpainen 2012, 27). Tämän kehittämisprojektin tutkimuksellisen osuuden tuloksissa kävi ilmi, että hoitajan ja lääkärin välinen yhteistyö ja lääkäriltä saatu tuki on tärkeää. Lääkäriltä toivottiin enemmän keskustelua potilaan ja omaisten kanssa hoitolinjauksiin liittyen. Ennakoivat hoitosuunnitelmat ja niiden merkitys potilaan hoidossa koettiin tärkeäksi ja merkittäväksi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon onnistumisen kannalta.

Kehittämisprojektin suunnitelmavaiheeseen vaikutti eniten vallitseva Covid-19 pandemiatilanne. Tutkimuksellisen osuuden aineistonkeruu piti alun perin järjestää niin, että Salossa perus- ja A- tasolla toimiville hoitajille, kohdentuen kotihoitoon ja hoivakotien hoitajiin, oli tarkoitus järjestää koulutusiltapäivä. Koulutusiltapäivässä osallistujat olisivat vastanneet tutkimukseen koulutukseen osallistumisen ohessa. Vastaava iltapäivä koulutus oli tarkoituksena järjestää Salon naapurikuntien terveyskeskussairaaloiden palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yhteistyökumppaneille. Koulutusiltapäivien suunnittelun aikaan voimaan astuivat kokoontumisrajoitukset. Koulutuksen olisi voinut järjestää myös etäyhteydellä mutta vastausten saaminen haluttiin varmistaa ja näin projektinjohtaja jalkautui eri yksiköihin. Tämä oli koko kehittämisprojektin miellyttävien osuus. Oli palkitsevaa tavata palliatiivisesta ja saattohoidosta innostuneita hoitajia, jotka vastasivat erittäin kiinnostavasti kyselyn avoimiin kysymyksiin. Tapaamisissa syntyi myös erittäin hyvää keskustelua palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta.

Konsultaatiomallin käyttöönottoa on vahvistamassa taloudelliset seikat. Kehittämisprojektin aikana selvitettiin mitä kustannuksia kuntalaskutuksen muodossa syntyy, kun esimerkiksi kotihoidon hoitaja lähettää palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan kotoa päivystykseen yleistilanlaskun tai lisääntyneiden kipujen vuoksi. (Liite 4.) Kun ambulanssi saa

hälytyksen ja lähtee kohteeseen potilaan luokse ja tuo hänet päivystykseen, syntyy kuntalaskuna kustannuksia n. 500 euroa. Päivystyksessä tehdyt tutkimukset ja saatu hoito kustantaa eristystarpeesta riippuen n. 350 – 590 euroa kuntalaskutuksena. Jos jatko-hoito tapahtuu terveyskeskussairaalassa osastolla, on keskimääräinen vuorokausimaksu kaupungille n. 300 euroa vuorokaudessa. Hoitajakonsultaatiomallin mukaisesti kotihoidon hoitaja voisi konsultoida potilaan tilanteesta laajavastuista asiantuntijasairaanhoidajaa, joka antaisi ohjeet, konsultoisi lääkäriä ja sopisi mahdollisuuksien mukaan kotikäynnin oirehoidon arvioimiseksi potilaan luokse. Tämän esimerkin mukaisesti konsultaatiomallin kustannustehokkuutta saadaan perusteltua organisaation sisällä ja sen käyttöönottoa pystytään paremmin perustelemaan.

Johtopäätökset

Kehittämisprojektin tutkimuksellinen osuuden johtopäätöksenä on, että palliatiivisen hoidon hoitajakonsultaatiolle on selkeä tarve Salossa ja lähikunnissa. Salossa ja naapurikunnissa konsultaatiotoiminnan tarve näyttäytyi eritavoilla. Naapurikunnissa tarve konsultoinnille liittyy selkeästi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon erityistilanteisiin. Salossa konsultaatiotuelle on laajempi tarve palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osalta. Salossa konsultaatiomallin kehittäminen huomioisi laajemman tarpeen ja mahdollisuuden osallistua palliatiivisten potilaiden hoitoon paremmin.

Kehittämisprojektin johtopäätöksenä on, että kehitetylle palliatiivisen hoidon hoitajakonsultaatiomallille on selkeä tarve. Laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajan toteuttama konsultaatio tukee Salossa ja lähikunnissa työskenteleviä perus- ja A-tasolla työskenteleviä hoitajia toteuttaessaan palliatiivista hoitoa tai saattohoitoa.

Kehittämisprojektina laadittu palliatiivisen hoidon hoitajakonsultaatiomallia viimeisteltiin sidosryhmäkeskustelun pohjalta. Keskustelussa esitettiin, että konsultaatiomalli irrotettaisiin kokonaan palliatiivisen hoidon kontekstista, omaksi konsultaatiomallikseen. Laaja-alaisempi konsultaatiomalli olisi näin palvellut myös muita erikoisaloja. Näin laajan mallin luominen, olisi vaatinut koko kehittämisprojektin tarkastelun muusta, kuin palliatiivisen hoidon näkökulmasta. Konsultaatiomalli on rakennettu niin, että se vahvistaa Salon terveyskeskussairaalan palliatiivisen yksikön toimintaa. Tutkimuksellinen osuus, jonka pohjalta malli muodostui, käsitteli hoitajien palliatiivisen hoidon hoitajakonsultaatiotarpeita.

Esitetty laaja-alaisempi konsultaatiomalli voi olla tulevaisuuden kehittämiskohde, kun Salon kaupungin terveystaloihin on muodostettu erialojen laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajien tehtävänkuvia. Näin saataisiin laajempaan malliin koottua tutkittu tieto

tehtävänkuvista, yhdistettynä käytännön työ ja sen mukanaan tuomat haasteet. Nyt luotu palliatiivisen hoidon hoitajakonsultaatiomalli on soveltuvin osin vietävissä myös muiden erikoisalojen, kuin palliatiivisen hoidon käyttöön. Laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajan tehtävänkuvan kehittämistä ja käyttöönottoa perusterveydenhuollossa on tarpeellista tutkia lisää myös tulevaisuudessa.

LÄHTEET

- Arnaert, A. & Wainwright, M. 2009. Providing care and sharing expertise: Reflections of nurse-specialists in palliative home care. *Palliative and Supportive Care* 7(3), 357-364.
- Ahonen, P. (toim.) 2012. Kliininen asiantuntija. Uutta osaamista ylemmästä ammattikorkeakoulututkinnosta. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 130. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162588.pdf> (Viitattu 29.5.20)
- Ahonen, P. (toim.) 2015. Ylemmän ammattikorkeakoulutuksen opettajuus tutkimuksen, kehittämisen ja uudistamisen sillanrakentajana. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 222.
- Brinkman-Stoppelenburg,; Polinder, S.; Olif, F.; Berg, B.; Gunnik, N.; Hendriks, M.; Linden, Y.; Nieboer, D.; Padt-Pruijsten, A.; Peters, L.; Roggeveen, B.; Terheggen, F.; Verhage, S.; Vorst, M.; Willemen, I.; Vergouve, Y. & Heide, A. 2019. The association between palliative care team consultation and hospital costs for patients with advanced cancer; An observational study in 12 Dutch hospitals. *European Journal of Cancer Care* 29(3), 1-11.
- Cook, O.; McIntyre, M.; Recoche, K. & Lee, S. 2017. Experiences of gynecological cancer patients receiving care from specialist nurses: a qualitative systematic review. *JBI Database System Review Implement Rep.* 15(8), 2087-2112.
- Cooper, M.; McDovell, J.; Raeside L. and ANP-CNS Group. 2019. The similarities and differences between advanced nurse practitioners and clinical nurse specialists. *British Journal of Nursing* 28(20), 1308-1309.
- Dicenso, A. & Bryant-Lukosius, D. 2010. Clinical nurse specialists and nurse practitioners in Canada. A decision support synthesis. https://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Commissioned_Research_Reports/Dicenso_EN_Final.sflb.ashx (Viitattu 29.5.20)
- EduPal. Palliativisen koulutuksen kehittäminen. 2019. <https://www.palliativisenkoulutuksenkehittaminen.fi/>
- East, L.; Knowles, K.; Pettman, M.; Fisher, L. 2015. Advanced level nursing in England: Organisational challenges and opportunities. *Journal of Nursing Management* 23(8), 1011-1019.
- Fuller, A.; Jenkins, W.; Doherty, M. & Abhishek, A. 2020. Nurse-led care is preferred over GP-led care of gout and improves gout outcomes: results of Nottingham Gout Treatment Trial follow-up study. *Rheumatology* 59(3), 575-579
- Fernandez, RS.; Sheppard-Law, S. & Manning, V. 2017. Determining the key drivers and mitigating factors that influence the role of the Nurse and/or Midwife Consultant: a cross-sectional survey. *Contemporary Nurse* 53(3), 302-312
- Flinkman M. Osaaminen käyttöön, laatua ja tuloksellisuutta työnjakoa kehittämällä. Tehyn julkaisusarja B: 3/2014.
- George, T. 2016. Role of the advanced practice nurse in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing* 22(3), 137-140.
- Gröhn T. 2017. Kliininen tutkiminen ja lääkkeenmääräminen laajavastuisella sairaanhoitajavastuutaanotolla -Työkalun kehittäminen vastaanottotyön tueksi. YAMK opinnäytetyö, Turun ammattikorkeakoulu. <https://www.theseus.fi/handle/10024/132544> (Viitattu 8.4.2020.)

Hirsjärvi, S.& Hurme, H. 2015. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudemus Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus.

Holpainen, M. 2010. Konsultaatiohoitajatoiminnan kehittäminen Länsi-Pohjan keskussairaalaassa. Opinnäytetyö YAMK. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/44234/Holpainen%20_Marika.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Viitattu 25.5.20)

Hävölä, H.; Kylmä, J.; Rantanen, A. 2015. Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina. Hoitotiede 27(2), 132-147.

Hökkä, M; Martins 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 34(7), 851-870.

Imhof, L.; Naefh, R.; Wallhagen, M.; Schwarz, J. & Mahrer-Imhof, R. 2012. Effects of an Advanced Practice Nurse In-Home Health Consultation Program for Community-Dwelling Persons Aged 80 and Older. Journal of the American Geriatrics Society 60(12), 2223-2231.

International Council of Nurses (ICN) Nurse practitioner/Advanced practice nursing network. 2002. Definition and Characteristics of the role. <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles> (Viitattu 1.8.2020)

ICN NP/APN Network Research Subgroup Publications. 2019. Mapping of Advanced Practice Nursing Competencies from Nineteen Respondent Countries against the Strong Model of Advanced Practice Nursing (2000) and the International Council of Nurses (2008) Advanced Practice Competencies (2013-2017). <https://international.aanp.org/Research/SG> (Viitattu 5.7.2020)

ICN Guidelines on advanced practice nursing 2020. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf (Viitattu 16.5.20)

Jokiniemi, K. 2014. Clinical Nurse Specialist Role in Finnish Health Care. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto.

Jess, M.; Timm, H.; Dieperink, KB. 2019. Video consultations in palliative care.: A systematic integrative review. Palliative medicine 33 (8), 942-958.

Kananen J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä: Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 134. Tampereen yliopistopaino-Juvenes Print.

Kangasniemi, M.; Voutilainen, A.; Kapanen, S.; Tolmala, A.; Koponen, J.; Hämäläinen, M.; Elovainio, E. 2017. Työn uusjako- Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien työnkuvien ja keskinäisen työnjaon kohdistaminen ja tehostaminen SOTE-reformissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisuja 66/2017. https://tietokayttoon.fi/documents/10616/334527/66_Ty%C3%B6n+uusjako.pdf/f905b1a7-d3db-4be4-adb8-62cd7f98a5a0/66_Ty%C3%B6n+uusjako.pdf?version=1.0 (Viitattu 30.8.20)

Kaupunkimedia Aamuset. Palliatiivinen keskus aloitti Tyksissä, elämän loppuvaiheen hoitoa kehitetään 2020 <https://aamuset.fi/artikkeli/5084767/Palliatiivinen+keskus+aloitti+Tyksissa+elaman+loppuvaiheen+hoitoa+kehitetaan> (Viitattu 6.2.2021)

Kennedy, C.; Brooks Young, P.; Nicol, J.; Campbell, K. & Gray Brunton, C. 2015. Fluid Role Boundaries: Exploring the Contribution of the Advanced Nurse Practitioner to Multi-Professional Palliative Care. Journal of Clinical Nursing 24(21-22), 3296-3305.

Kotila, J.; Axelin, A.; Fagerström, L.; Flinkman, M.; Heikkinen, K.; Jokiniemi, K.; Korhonen, A.; Meretoja, R. & Suutarla, A. 2016. Sairaanhoidajien uudet työnkuvat – laatua tulevaisuuden sote-palveluihin.

- Koskinen, H. 2018. Laajavastuuden sairaanhoitajan työnkuvan kehittäminen. YAMK opinnäytetyö-Turun ammattikorkeakoulu. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/156202/Koskinen_Heidi.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Viitattu 30.11.20)
- Kylmä J.& Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy.
- Kymäläinen, HR.; Lakkala, M.; Carver, E.; Kamppari, K. 2016. Opas projektityöskentelyyn. Tieteestä toimintaa- verkoston julkaisu. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/160099/Opas_projektity%C3%B6skentelyyn_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Viitattu 28.2.2021)
- Leino-Kilpi, H.& Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. SanomaPro.
- Liipo T. 2019. Lääkkeenmäärämissairaanhoitajan vastaanotto toiminnan tuki, ohjaus ja omavalvonnan malli. Opinnäytetyö YAMK. Turun ammattikorkeakoulu. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/226436/Liipo_TuulaNsPdf.PDF?sequence=2&isAllowed=y (Viitattu 30.10.20)
- Louhimo, J. 2019. Onnistunut konsultaatio- Potilaan parhaaksi! Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 135 (5): 489-490. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14802> (Viitattu 28.2.2021)
- Lovink, M.; Van Vught, A.; Persoon, A.; Koopmans, R.; Laurant, M.; Schoonhoven, L. 2019. Skill mix change between physicians, nurse practitioners, physician assistants, and nurses in nursing homes: A qualitative study. Nursing & Health Sciences 21(3), 282-290.
- Mares, M.; McNally, S.; Fernandez, R. 2018. Effectiveness of nurse-led cardiac rehabilitation programs following coronary artery bypass graft surgery: a systematic review. Joanna Briggs Institute, Database System 16(12), 2304-2329.
- McNamara, S.; Giguere, V.; St-Louis, L. & Boileau, J. 2009. Development and implementation of the specialized nurse practitioner role: Use of the PEPPA framework to achieve success. Nursing and Health Sciences 11(3), 318-325.
- Myller H. (toim) 2015. Palliatiivinen hoito Pohjois-Karjalassa – Inhimillisesti potilaan parhaaksi. Peake M. Lääkäri – hoitaja konsultaatiokäytänteiden kehittäminen. Sivut: 21-23.
- Mäntyneva, M. 2016. Hallittu projekti, Jäntevästä suunnittelusta menestykselliseen toteutukseen. Helsingin seudun kaupunkimari.
- O'Connor & Chapman. 2008. The palliative care clinic nurse consultant: An essential link. Collegian 15(4), 151-157.
- Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. 2019. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#s31> (viitattu 25.2.2021)
- Palliatiivinen keskus/TYKS. <https://www.vsshp.fi/fi/toimipaikat/tyks/to6/Sivut/palliatiivinen-keskus.aspx> (Viitattu 6.2.2021)
- Puusa, A& Juuti, P. 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus Oy.
- Puutio R.; Kykyri V-L 2017. Konsultointi keskusteluna: Vuorovaikutuksen vivahteita ja tilanneherkkää tasapainoilua. Metanoia instituutti
- Pitkäranta A. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Työkirja ammattikorkeakouluun. e-Oppi Oy.
- Tuomi J.& Sarajärvi A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Kustannusosakeyhtiö Tammi

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarviointin_ohje_2019.pdf (Viitattu 23.8.2020)

Rainesalo, S.; Hietala, S.; Alanen, S.; Numminen, H.; Peltola, J. & Liimatainen, S. 2016. Sairaanhoidajan vastaanotolle on kysyntää neurologian poliklinikalla. Lääkärilehti 37(71), 2280-2281. <https://www.laakarilehti.fi/tyossa/raportit-ja-kaytannot/sairaanhoidajan-vastaanotolle-on-ky-syntaa-neurologian-poliklinikalla/?public=c9320382cda552c92ce8de37a37cea7d#reference-1> (Viitattu 27.5.20)

Rhee, J.; Grant, M.; Seior, H.; Monterosso, L.; McVey, P.; Johnson, C.; Aubin, M.; NWachukwu, H.; Bailey, C.; Fallon-Ferguson, J.; Yates, P.; Williams, B.; Mitchell, G. 2020. Facilitators and barriers to general practitioner and general practice nurse participation in end-of-life care: systematic review. *BMJ Supportive & palliative care* 6/2020.

Saarela K. 2013 Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoidajan kokemana. Pro gradu tutkielma Tampereen yliopisto. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/84528/gradu06701.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Viitattu 9.7.2020)

Saarto, T.; Saarnio, J. & Mäkitie, A. 2017. Tavoitteena laadukas palliatiivinen hoito oikeassa paikassa, oikea aikaisesti. Lääkärilehti 19(72), 1201.

Saarto, T. Hänninen, J. Antikainen R. Vainio A. (toim). 2018. Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Duodecim 2018.

Salon kaupunki. Sosiaali – ja terveyspalvelut. <https://salo.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyspalvelut/sairaalapalvelut/> (Viitattu 28.2.2021)

Salonen, K.; Eloranta, S.; Hautala, T.; Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 108.

Salon kaupunkistrategia 2026. https://salo.fi/wp-content/uploads/2020/09/strategia_2026.pdf (Viitattu 27.2.2021)

Salon kaupunki työnantajana. <https://salo.fi/kaupunki-ja-paatoksenteke/organisaatio/salon-kaupunki-tyonantajana/> (Viitattu 28.2.2021)

Saukkonen, M.; Lehto, J.; Viitala, A.; Åstedt-Kurki, P. Syöpäpotilaan ja hänen läheisensä selviytymistä edistävät tekijät palliatiivisen hoidon aikana- Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 29(3), 195-206

Silfverberg P, 2007. Ideasta projektiksi, projektinvetäjän käsikirja. http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materiaalit/liitetiedostot/ideasta_projektiksi.pdf (Viitattu 29.5.20)

Sekse, R.J.T.; Hunskaar, I. & Ellingsen, S. 2018. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing* 27(1-2), 21-38

Seppänen-Järvelä R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa Opas käytäntöihin. STAKES. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75862/Arviointiraportteja4_04.pdf?sequence=1 (Viitattu 22.7.20)

Setälä ML, Tuominen P. 2007. Kehity kehittäjänä- Työterveyshuolto konsulttina. *Duodecim. Työterveyslääkäri* 25(1) 50-55. https://www.ebm-guidelines.com/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ttl00414&p_haku=ercp (Viitattu 3.1.21)

Soikkeli-Jalonen, A.; Stolt, M.; Hupli, M.; Lementti, T.; Kennedy, C.; Kydd, A.; Haavisto, E. 2020. Instruments for assessing nurses' palliative care knowledge and skills in specialised care setting: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing* 29(5-6), 736-757.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. 18.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2019. Suositus palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa : Palliativisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68

Sosiaali- ja terveysministeriö 2019. Palliativisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa: Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:14

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2020. Uusia käytäntöjä ja rakenteita näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen kehittämiseen. Ehdotukset työelämälle ja koulutukselle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020:3.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä. 1088/2010. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101088#a19.9.2019-992> (Viitattu 24.10.20)

Sulosaari, V.; Elomaa-Krapu, M.; Hopia, H.; Koivunen, K.; Leinonen, R.; Liikanen, E.; Penttinen, U.; Törmänen, O.; Walta, L. & Heikkilä, J. 2020. Ydinkompetenssit klinisen asiantuntijan (ylempi AMK) koulutuksessa. *Journal of Finnish Universities of Applied Sciences* 1/2020. <https://uasjournal.fi/1-2020/kliinisen-asiantuntijan-ydinkompetenssit/> (Viitattu 27.6.20)

Työturvallisuuskeskus. 2018. Keinoja työn kuormittavuuden hallintaan. https://ttk.fi/koulutus_ja_kehittaminen/julkaisut/digijulkaisut/keinoja_tyon_kuormittavuuden_hallintaan#lisatie-toa_8 (Viitattu 5.1.21)

TYKS/Tiedotteet 2019. <https://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/tiedotteet/Sivut/Tyksiin-liittyvassa-Turunmaan-sairaalassa-toiminta-jatkuu-suurelta-osin-ennallaan.aspx> (Viitattu 16.8.2020)

Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2019. Sairaanhoitajan rajattu lääkkeen määrääsoikeus. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakkehoito/sairaanhoitajan_rajattu_laakkeenmaaramisoikeus (Viitattu 24.5.20)

Valli R. 2018. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. PS-kustannus.

Vestman J. 2013. Asiantuntijahoitajaksi nimityksen kriteerit ja perustelut kliinisessä hoitotyössä. Pro gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/84834/gradu06917.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Viitattu 20.5.2020)

Viholainen K. 2018. Sairaanhoitajien laajavastuinen hoitotyönasiantuntijuus erikoissairaanhoitossa. Pro gradu tutkielma. Hoitotiede. Itä-Suomen yliopisto. https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20180268/urn_nbn_fi_uef-20180268.pdf (Viitattu 20.3.20)

Vilka H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. PS-Kustannus.

Vuorinen T. 2013. Strategiakirja - 20 työkalua. Talentum.

Westerback L. 2018. Paraisten terveyskeskuksen päivystysvastaanoton uusi toimintamalli. Opin- näytetyö YAMK Opinnäytetyö Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/152842/Westerback%20Lenina.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Viitattu 6.3.20)



Hoitajien palliatiivisen hoidon konsultaatiotarpeet

Pyydän sinua osallistumaan tutkimukseen, jossa selvitetään Salon kaupungin sosiaali- ja terveysalan hoitajien näkemyksiä palliatiivisen hoidon toteutumisen nykytilanteesta VSSHP:n itäisellä alueella. Lisäksi selvitetään, minkälaista konsultaatiotoimintaa kaivataan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutuksen tueksi. Tutkimus on osa kehittämisprojektina toteutettavaa ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä, jossa luodaan malli palliatiivisen hoidon hoitajakonsultaatiosta Salon kaupungin terveystaloihin. Toimeksiantajana on Salon kaupungin terveystalot. Opinnäytetyö julkaistaan Theseus-tietokannassa kesällä 2021. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, siihen vastataan nimettömästi, osallistuvien tietoja käytetään luottamuksellisesti, kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua. Kerättyä aineistoa käsitellään niin, ettei niistä pysty tunnistamaan vastaajaa.

Lisätietoja antaa: Reetta Suomi

reetta.suomi@edu.turkuamk.fi

Taustakysymykset:

Ikä: _____ Ammattiryhmä: Sairaanhoidtaja Lähihoitaja Muu, mikä?

Työkokemus hoitoalalta: _____ vuotta

Työyksikkö: palveluasuminen kotihoito terveyskeskussairaala

Olen saanut tutkimuksesta riittävästi tietoa ja annan tietoisesti suostumukseni tutkimukseen osallistumisesta: Kyllä _____ En _____

1. Mitkä ovat yleisimpiä ongelmia tai haasteita palliativisessa ja/tai saattohoidossa, joita kohtaat työssäsi?

2. Kuvaile omin sanoin minkälaisissa tilanteissa kaipaat eniten tukea ja millaista tukea, kun toteutat palliativista hoitoa ja/tai saattohoitoa?

3. Miten palliativisen hoidon ja saattohoidon konsultointi on työyksikössäsi järjestetty nykyisin? *Tässä tutkimuksessa konsultoinnilla tarkoitetaan sitä yhteistoiminnan muotoa, jossa palliativiseen hoitoon tai saattohoitoon liittyvän ongelman ratkaisemista vahvistetaan käyttämällä asiantuntijan erikoisosaamista.*

4. Miten palliativisen hoidon ja saattohoidon konsultointi pitäisi mielestäsi tulevaisuudessa järjestää?

Kiitos vastauksestasi!



Sidosryhmäkeskustelun saatekirje 16.2.21

Hyvä vastaanottaja

Kohteliaimmin pyydän Sinua osallistumaan keskusteluun, jonka tarkoituksena on keskustella, miten palliatiivisen hoitajakonsultaatiomalli voitaisiin toteuttaa ja sen käyttöönottoa edistää sekä mitä toimenpiteitä se edellyttäisi Salon terveyskeskussairaalassa. Olette saaneet sähköpostitse Teams-kutsun 23.2.21 klo 12 sidosryhmäkeskusteluun.

Keskustelun tukena käytetään palliatiivisen hoidon hoitajakonsultaatiomallin luonnosta, joka on ohessa liitteenä. Konsultaatiomallin luonnos pohjautuu Salon kotihoidon ja neljän hoivakodin sekä naapurikuntien palliatiivisen hoidon yhteyshenkilöille tehdyn kyselytutkimuksen tuloksista. Tutkimukseen osallistui perus- ja A-tasolla työskenteleviä sairaanhoitajia ja lähihoitajia.

Keskustelu on osa YAMK-opinnäytetyötä, jonka tavoitteena on kehittää palliatiivista hoitoa, lisätä sen yhdenmukaisuutta Salossa ja naapurikunnissa.

Osallistumisesi haastatteluun on vapaaehtoista. Keskustelu nauhoitetaan ja aineisto analysoidaan osana opinnäytetyön aineistoja. Tulokset raportoidaan opinnäytetyön raportissa. Aineistoa käsitellään luottamuksellisesti ja sinulla on täysi oikeus keskeyttää haastattelu ja kieltää sinuun liittyvä aineisto, niin halutessasi. Haastatteluun osallistuminen olisi erittäin tärkeää palliatiivisen hoidon kehittämisen kannalta Salon terveyspalveluissa.

Opinnäytetyöni ohjaaja on Virpi Sulosaari, TtT, yliopettaja. Turun ammattikorkeakoulu/Terveys ja hyvinvointi

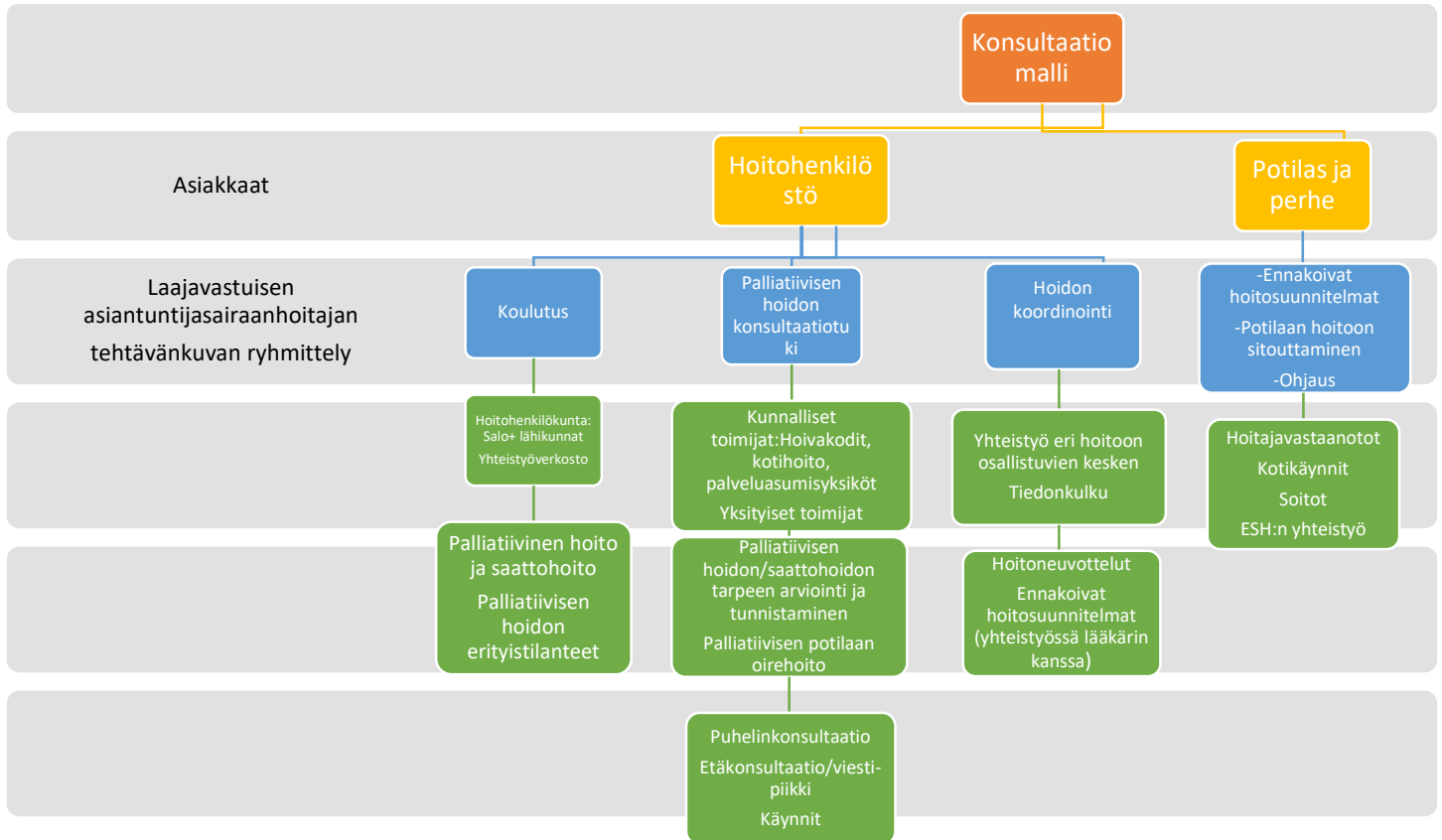
Ystävällisin terveisin ja osallistumisestasi kiittäen

Reetta Suomi

Sairaanhoitaja/YAMK-opiskelija

reetta.suomi@edu.turkuamk.fi

Alustava konsultaatiomalli joka esiteltiin sidosryhmäkeskustelussa



Esimerkki kaupungille syntyvistä kustannuksista, kun potilas lähetetään päivystykseen ja siitä terveyskeskussairaalaan jatkohoitoon:

Potilaan kuljetus ambulanssilla
päivystykseen: n. 500e
kuntalaskutuksena

Hoito päivystyksessä: Eristystarpeesta
riippuen n. 355-590e kuntalaskutuksena

Jatkohoito Salon terveyskeskussairaalan
osastolla: Osastohoidon
vuorokausimaksu kaupungille n.
300e/vuorokaudessa

Yhteensä: 1155e. Eristystarve:1390e.

Tiedot saatu TYKS Salonsairaalan päivystyksen esimieheltä ja Salon kaupungin terveyspalveluista. 20.1.2021