

Opinnäytetyö YAMK

Terveys- ja hyvinvointi

Kliininen asiantuntija

2022

Anita Lehtisaari 2004596

# PALLIATIIVINEN KONSULTOIVA HOITAJA -TEHTÄVÄNKUVA PORIN PERUSTURVAKESKUKSEEN

Opinnäytetyö (YAMK) | Tiivistelmä

Turun ammattikorkeakoulu

Kliininen asiantuntija, syövän hoito

2022 | 113 sivua, 9 liitesivua

Anita Lehtisaari

## Palliativinen konsultoiva hoitaja -tehtäväkuva Porin perusturvakeskukseen

Porin perusturvakeskuksessa oli tarve kehittää palliativisen hoidon ja saattohoidon asiantuntija-avun saavutettavuutta luomalla matalan kynnyksen konsultaatiokanava palliativisen kotisairaalan ja perustason yksiköiden välille. Laajavastuisen konsultoivan hoitajan tehtäväkuvan avulla henkilökunnan oli mahdollisuus saada ohjausta palliativisen hoidon ja saattohoidon tuen tarpeissa. Lisäksi kehittämisprojekti mahdollisti henkilökunnan koulutuksen, verkostoitumisen ja moniammatillisen toiminnan kehittämisen palliativisen kotisairaalan ja verkostojen välillä.

Kehittämistoiminnan tavoitteena oli kehittää palliativisten ja saattohoitopotilaiden hoidon laatua ja henkilökunnan osaamista organisaatiossa sekä parantaa palliativisen hoidon ja saattohoidon asiantuntijaosaamisen saavutettavuutta. Toiminnan avulla mahdollistettiin potilaiden laadukas hoito sen hetkisessä hoito- tai asuinympäristössä ja ennaltaehkäistiin potilaiden siirtoja perusterveydenhuollon vuodeosastoille ja erikoissairaanhoidon.

Konsultoiva hoitaja -pilotin aikana kerättiin tietoa siitä, minkälaisia konsultaatiot olivat ja miten henkilökunta koki konsultoivan hoitajan palvelun. Tietoa kerättiin palliativisen konsultoivan hoitajan havainnointirungon avulla (N=83) ja palvelua käyttäneille osoitetun kyselytutkimuksen avulla. Kyselyyn vastasi 40 palvelua käyttänyttä ammattilaista. Tutkimusaineistojen avulla osoitettiin tehtäväkuvan tarpeellisuus Porin perusturvakeskuksessa.

Tutkimustulosten mukaan palvelu koettiin tarpeelliseksi ja yli yhdeksänkymmentä (97,5 %) prosenttia henkilökunnasta koki saamansa tuen erittäin suureksi tai melko suureksi. Konsultoivan hoitajan koettiin olevan avuksi muun muassa potilaan yksilökeskeisen ja kokonaisvaltaisen palliativisen hoidon ja saattohoidon toteutumisessa, hoitohenkilökunnan kollegiaalisena tukena sekä mahdollistaen kiireettömän vuorovaikutuksen potilaiden ja heidän läheistensä kanssa. Yli viidessäkymmenessä prosentissa konsultaatioista tilanne ratkesi palliativisen konsultoivan hoitajan asiantuntijaosaamisen avulla ilman lääkärikonsultaatiota.

Kehittämistoiminnan tuotoksena syntyi palliativisen konsultoivan hoitajan tehtäväkuva. Sen kehittämisessä hyödynnettiin kirjallisuuskatsausta, pilotointia, sekä sen aikana havainnointirungon ja kyselytutkimuksen avulla kerättyä tietoa. Kehittämistyön tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä laajavastuisen asiantuntijan työnkuvia ja palliativisen hoidon integroimisessa osaksi perusterveydenhuollon palveluita.

Asiasanat:

konsultoiva hoitaja, konsultaatio, palliativinen hoito, saattohoito

Bachelor's / Master's Thesis | Abstract

Turku University of Applied Sciences

Advanced Nursing Practice Degree programme

2022 | number of pages 113, number of pages in appendices 9

Anita Lehtisaari

## Palliative Nurse Consultant in primary health care

The need for palliative care is increasing as the population ages. Integrating palliative care and symptom relief in primary health services, improves accessibility of palliative care for all human beings. In this project palliative care was integrated in primary health care using the role of Advanced Practice Nurse. Palliative Nurse Consultant guides organizations healthcare professionals in palliative care and end-of-life care in Social Security Center of Pori. Consultation can be done without referral from a doctor.

The aim of this development project was to develop and improve the quality and accessibility of palliative care and end-of-life care in Social Security Center of Pori. The role of Palliative Nurse Consultant made patients' good quality of palliative care and end-of-life care in their primary residence possible. Also, development project enables healthcare professionals' education, networking, and the development of multidisciplinary teamwork.

In this study data was gathered using two different ways. A questionnaire was sent professionals to who used Palliative Nurse Consultant -services and consultations were inspected. Service was considered important, and professionals felt, that they got the needed support from Palliative Nurse Consultant. Reasons for consultations were pain, symptoms in airways and need to discuss changes of health condition with patient and their families. Over fifty percent of consultation were solved by Palliative Nurse Consultant.

The result of the developing project was role of the Palliative Nurse Consultant in primary health services. Implementation of the role will continue in organization. Results of this study will be used for integrating palliative care in primary health services using role of the Advanced Practice Nurse.

### Keywords:

Nurse consultant, consultation, palliative care, end-of-life care, Advanced Practice Nurse

# Sisältö

<b>Käytetyt lyhenteet tai sanasto</b>	<b>8</b>
<b>1 Johdanto</b>	<b>9</b>
<b>2 Kehittämisen lähtökohdat</b>	<b>10</b>
2.1 Kehittämisprojektin tausta ja tarve	10
2.2 Projektin kohdeorganisaatio ja toimintaympäristö	11
2.3 Projektiorganisaatio	12
2.4 Kehittämisprojektin tavoite, tarkoitus ja tuotos	13
<b>3 Palliatiivinen hoito ja saattohoito</b>	<b>15</b>
3.1 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suositukset	15
3.2 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon edellyttämä osaaminen	19
3.3 Yleisemmät oireet ja niiden hallinta palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa	21
3.3.1 Kipu	22
3.3.2 Pahoinvointi ja oksentelu	24
3.3.3 Ummetus ja ripuli	25
3.3.4 Virtsateiden oireet	26
3.3.5 Hengitysteiden oireet	27
3.3.6 Suun oireet	29
3.3.7 Väsymys, ruokahaluttomuus ja kakeksia	30
3.3.8 Nestehoito ja verituotteiden antaminen	31
3.3.9 Psykososiaalisen tuen tarve	32
3.3.10 Eksistentiaalinen kärsimys	33
3.4 Hoitosuunnitelma, hoitolinjaus ja hoidonrajaus	34
3.5 Hyvän hoidon edellytykset erilaisissa ympäristöissä	36
<b>4 Konsultoivan hoitajan rooli palliatiivisessa hoidossa</b>	<b>39</b>
4.1 Kliinisen asiantuntijan laajavastuiset työnkuvat	39
4.2 Konsultoiva hoitaja	41
4.3 Konsultaatio moniammatillisessa yhteistyössä	45

<b>5 Kehittämiprojektin toteutus</b>	<b>49</b>
5.1 Kehittämiprojektin eteneminen	49
5.2 Palliatiivisen konsultoivan hoitajan pilotti	51
5.3 Eettisyys ja luotettavuus	53
<b>6 Kehittämiprojektin tutkimuksellisen osion toteuttaminen</b>	<b>56</b>
6.1 Tutkimuksen tavoite, tarkoitus sekä tutkimuskysymykset	56
6.2 Mittarit ja aineistonkeruun toteutus	56
6.2.1 Kyselytutkimus Palliatiivinen konsultoituva hoitaja -palvelua käyttäneille Porin perusturvakeskuksessa	57
6.2.2 Konsultaatioiden seuranta pilotin aikana	58
6.3 Aineiston analysointi	58
6.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	59
<b>7 Tutkimustulokset</b>	<b>62</b>
7.1 Henkilökunnan kokemukset palliatiivisen konsultoivan hoitajan palvelusta pilotin aikana	62
7.1.1 Kyselyyn vastanneiden taustatiedot	62
7.1.2 Yhteydenoton syy konsultoitavaan hoitajaan	63
7.1.3 Palvelua käyttäneiden arviointi palliatiivisen konsultoivan hoitajan toiminnasta, saatavuudesta ja tarpeellisuudesta	66
7.1.4 Palvelua käyttäneiden avoin palaute	69
7.2 Pilotin aikana tehdyt konsultaatiot havainnointirungon mukaan	73
7.2.1 Konsultointeja koskevat taustatiedot	73
7.2.2 Konsultaatioiden sisällöt	74
7.2.3 Lääkäreiden konsultaatiotarve ja jatkohoito konsultaatioissa	79
7.2.4 Konsultaatioihin käytetty aika	83
7.3 Johtopäätökset ja pohdinta	84
7.3.1 Kyselytutkimuksesta tehtävät johtopäätökset ja pohdinta	84
7.3.2 Havainnointirungosta tehtävät johtopäätökset ja pohdinta	90
<b>8 Kehittämiprojektin arviointi ja pohdinta</b>	<b>95</b>
8.1 Kehittämiprojektin tavoitteiden saavuttaminen	95
8.2 Kehittämiprojektin eteneminen	96

8.3 Palliatiivisen konsultoivan hoitajan tehtäväkuva	97
8.4 Kehittämiprojektin pohdinta	99
8.5 Toiminnan kehittäminen tulevaisuudessa	105
<b>Lähteet</b>	<b>107</b>

## Liitteet

Liite 1. Aineistonkeruuväline palliatiivinen konsultoiva hoitaja -palvelua käyttäneille

Liite 2. Palliatiivisen konsultoivan hoitajan havainnointirunko

Liite 3. Tutkimuksen saatekirje

Liite 4. Palliatiivisen konsultoivan hoitajan tehtäväkuva

## Kuviot

Kuvio 1. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämismalli (STM 2019b, 16.)	17
Kuvio 2. Konsultaatiota käyttäneiden työyksikkö (N=40)	63
Kuvio 3. Mikä on ammattinimikkeesi? (N=40)	<b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b>
Kuvio 4. Miksi otitte yhteyttä palliatiiviseen konsultoivaan hoitajaan?	<b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b>
Kuvio 5. Terveys- ja sairaalapalveluiden ohjauksen tarve (N=16)	65
Kuvio 6. Vanhuspalveluiden ohjauksen tarve (N=13)	65
Kuvio 7. Yksityisten palveluntuottajien ohjauksen tarve (N=11)	66
Kuvio 8. Mistä yksiköstä otettiin yhteyttä (N=83)	74
Kuvio 9. Miksi konsultoivaan hoitajaan otettiin yhteyttä? (N=83)	75
Kuvio 10. Syy yhteydenottoon Terveys- ja sairaalapalveluista? (N=20)	76
Kuvio 11. Syy yhteydenottoon Vanhuspalveluista (N=11)	77
Kuvio 12. Syy yhteydenottoon yksityisiltä palveluntuottajilta (N=52)	78

Kuvio 13. Pilotin aikana tehtyt elämän loppuvaiheen suunnitelmat,  
hoidonlinjaukset ja -rajaukset (N=18)

83

## **Taulukot**

Taulukko 1. Konsultaatioon käytetty aika.

84

## **Käytetyt lyhenteet tai sanasto**

ACP eli Advanced Care Planning

APN eli Advanced Practice Nurse

CNC eli Clinical Nurse Consultant

CNS eli Clinical Nurse Specialist

ICN eli International Council of Nurses

NC eli Nurse Consultant

NP eli Nurse Practitioner

NS eli Nurse Specialist

STM eli Sosiaali- ja terveysministeriö

THL eli Terveyden ja hyvinvoinninlaitos

WHO eli World Health Organization

WHPCA eli Worldwide hospice Palliative Care



# 1 Johdanto

Sosiaali- ja terveysministeriön (2019a, 14–15) mukaan väestörakenteen muutos vaikuttaa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon lisääntyneeseen tarpeeseen Suomessa. Potilaat ovat hyvin monisairaita ja heidän hoitonsa vaatii laaja-alaista osaamista terveydenhuollon henkilökunnalta. Suurin osa palliatiivista hoitoa tarvitsevista potilaista kuuluu perusterveydenhuollon hoitovastuun piiriin. Laadukkaan palliatiivisen hoidon tarjoaminen kaikille sitä tarvitseville vaatii terveydenhuollon henkilökunnan koulutusta, suositusten sijaan lakeja sekä halua ja rohkeutta tehdä asioita uudella tavalla.

World Health Organization määrittelee palliatiivisten hoidon kuuluvan ihmisoikeuksiin, mutta onko meillä tulevaisuudessa riittävästi resursseja tarjota potilaille laadukasta hoitoa? Resurssien puute vaarantaa ajatuksen potilaiden tasa-arvoisesta oikeudesta hoitoon, sillä hiipuva vanhus on hyvin erilaisessa asemassa verrattuna loppuvaiheen syöpäpotilaaseen laadukkaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon saatavuudessa. Palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat enemmän kuin hoidonrajaus tai hoitolinjaus. Niiden avulla voidaan nähdä ihminen kokonaisuutena fyysisten oireiden takana.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon saavutettavuutta on mahdollisuus parantaa integroimalla se osaksi perusterveydenhuollon palveluita. Lisäämällä tietoisuutta palliatiivisesta hoidosta ja kouluttamalla henkilökuntaa mahdollistetaan hyvä elämän loppuvaiheen hoito mahdollisimman monelle hoitopaikasta riippumatta. Suosituksessa palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa kehittämistoimiksi on ehdotettu konsultaatiokäytäntöjen kehittämistä huomioiden myös sosiaalitoimen yksiköille tarjottavat palvelut. (STM 2019a, 14–15, 25–26, 96–97; STM 2019b, 16–17.)

Tämän kehittämisprojektin avulla luotiin konsultaatiokanava palliatiivisesta kotisairaalan perustason yksiköihin hyödyntäen kliinisen asiantuntijan asiantuntijaosaamista tämän potilasryhmän hoidossa. Palliatiivinen konsultoiva hoitaja ohjasi henkilökuntaa palliatiivisten potilaiden ja saattohoitopotilaiden hoidossa. Matalan kynnyksen palvelun avulla parannettiin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon asiantuntijaosaamisen saavutettavuutta mahdollistaen laadukkaan elämän loppuvaiheen hoito palliatiivisen kotisairaalan konsultaatiotuen avulla vuodeosastoilla, tehostetuissa palveluyksiköissä ja kotihoitossa.

## 2 Kehittämisen lähtökohdat

Projekti on tarkkaan suunniteltua toimintaa, jonka seurauksena syntyy uusi asia tai muutos toiminnassa. Projektilla on alku ja loppu ja sen tavoite on tarkkaan määritelty. Se on ryhmätoimintaa, jossa määrätty työntekijät toteuttavat projektin. Projektin etuna on suunnitelmallisuus. Jokin asia tehdään tietyssä ajassa määriteltyjen resurssien puitteissa. Projektin avulla voidaan saavuttaa pitkäaikainen hyöty, vaikka itse projekti on ajallisesti rajattu. (Viirakorpi 2000, 7–9.) Kehittämisosaamisella on keskeinen merkitys työelämässä nyt ja tulevaisuudessa. Ammattikorkeakoulujen innovaatiopedagogiikan avulla voidaan vastata työelämän haasteisiin ja vahvistetaan tulevaisuuden työntekijöiden osaamista. (Salonen ym. 2017, 10.)

### 2.1 Kehittämisprojektin tausta ja tarve

Porin perusturvalautakunta päätti 29.10.2020 saattohoidon järjestämisestä omana toimintana (Satakunnan kansa 19.9.2020; Pori 2.11.2020). Jo aiemmin syksyn aikana Satakunnan sairaanhoitopiiri ja Porin perusturvakeskus olivat luopuneet erityistason saattohoidon palveluiden ostamisesta Diakon palvelut Oy:ltä (Satakunnan kansa 4.9.2020). Porin kaupungin tiedotteessa kerrottiin, että perusturvassa panostetaan saattohoidon kehittämiseen ja keskittämiseen. Toimintaa kehitetään niin, että se parhaalla mahdollisella tavalla tukee potilasta ja hänen läheisiään (Pori 2.11.2020).

Kehittämisprojektin aihe Palliatiivinen konsultoiva hoitaja -tehtäväkuva Porin perusturvakeskukseen muotoutui kotisairaалassa työskentelyn aikana. Organisaatiossa on ammattitaitoista henkilökuntaa, mutta usein on tarpeen ohjata, miten toimia palliatiivisen- ja saattohoitopotilaan hoidossa laadukkaan hoidon toteutumiseksi. Henkilökunta kaipaa apua keskustelussa hoidonrajauksissa ja keskusteluissa, jotka koskettavat lähestyvää kuolemaa. Erimielisyydet hoidonrajauksista ja siitä, miten potilasta tulisi hoitaa aiheuttavat kärsimystä potilaalle, omaisille ja henkilökunnalle. Usein on ollut tarpeen olla keskustelun avaajana ja ohjaajana tällaisissa tilanteissa.

Kotisairaalan potilaaksi vaaditaan lääkärin lähete. Organisaation henkilökunta toivoo tappaa ottaa yhteyttä palliatiivisen ja saattohoidon asiantuntijoihin matalammalla kynnyksellä. Palliatiivisen- ja saattohoitopotilaan oireiden seuranta onnistuu organisaation henkilökunnalta, kun he ovat saaneet ohjausta aiheesta. Ennakoiva oireiden hoito parantaa

potilaan elämänlaatua. Ohjauksen avulla organisaation henkilökunta osaa ottaa ajoissa yhteyttä potilasta hoitavaan lääkäriin tai mobiilitoimintaan oirehoidon ongelmatilanteissa. Hyvällä ennakoinnilla ongelmatilanteet vältetään. Palliatiivisen konsultoivan hoitajan toiminnalla madalletaan kynnystä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon asiantuntijaosaamisen tavoittamiseen sitä tarvittaessa.

Akuuttikotikeskuksessa yhdistettiin alkuvuodesta 2019 lähtien mobiilitoiminta, combilanssi (ikäntyneille potilaille suunnattu ensihoidon palvelumalli), kotisairaala, turvahuelpalvelu sekä kotiuttamistiimi Akuuttikotikeskuksen toiminnan alle. Se on uusi toimintamuoto ja Akuuttikotikeskuksessa on jatkuvaa kehittämistoimintaa. Vuonna 2018 kotisairaalassa tehtiin kehittämisprojekti, jonka avulla kehitettiin moniammatillista yhteistyötä Porin kotisairaalan ja Länsi-Suomen Diakonialaitoksen saattohoitokodin välillä (Korkeakoski 2018). Combilanssi hankkeessa yhdistyivät koti- ja laitoshoidon geriatrinen osaaminen sekä hoitotasoinen ensihoito. Kokeilu oli maakunnallinen hanke ja toteutus tapahtui yhteistyössä Satasairaalan, Porin perusturvakeskuksen ja Satakunnan pelastuslaitoksen kesken. (Satasairaala n.d.)

Palliatiivinen konsultoiva hoitaja -tehtävänkuva Porin perusturvakeskukseen -kehittämiprojektin avulla luotiin uusi tehtävänkuva selkeyttämään palliatiivisen potilaan hoitopolkua ja parantamaan hoidon saatavuutta. Sairaanhoidajien uusien työnkuvien avulla on mahdollisuus nopeuttaa potilaitten hoitoon pääsyä, kaventaa väestön hyvinvointieroja, varmistaa potilaiden oikea-aikainen hoitoon pääsy sekä toteuttaa väestökeskeisiä sote-palveluja (Kotila ym. 2016, 5).

## 2.2 Projektin kohdeorganisaatio ja toimintaympäristö

Porin perusturva edistää ja tukee kokonaisvaltaista hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta Porin, Ulvilan ja Merikarvian alueella. Toimintamalli perustuu väestön palvelutarpeeseen, ennaltaehkäisyyn ja moniammatilliseen työskentelyyn. Porin Perusturvakeskuksen keskeiset arvot ovat luottamus, kumppanuus, ihmisistä välittäminen ja osaaminen ja sen visio on: ”Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja asiantuntemuksella, lähellä Sinua.” Alueen väestön ja yhteisön katsotaan huolehtivan itsestään joustavien, oikea-aikaisten ja asiantuntevien peruspalveluiden avulla. (Pori – Perusturva n.d.) Porin Perusturvakeskus jakaantuu hallinnollisesti Yhteisiin palveluihin, Terveys- ja sairaalapalveluihin, Sosiaali- ja perhepalveluihin ja Vanhuspalveluihin. Työntekijöitä Porin Perusturvakeskuksen palveluksessa on 2751. Akuuttikotikeskus on osa Terveys- ja

sairaalapalveluita (Perusturvan organisaatiokaavio 2020). Akuuttikotikeskuksessa on yhdistetty akuuttitoiminnot kotisairaalaan, mobiilitoiminnasta ja turvapuhelinpalvelusta. (Pori, Akuuttikotikeskus.) Hoitohenkilökuntaa Akuuttikotikeskuksessa on 37 ja lääkäreitä on seitsemän. Palliatiivisia hoitajia kotisairaalaan on kahdeksan. (Akuuttikotikeskuksen osastonhoitajan henkilökohtainen tiedonanto).

Kotisairaala tarjoaa palliatiivista hoitoa sekä saattohoitoa huomioiden potilaiden ja heidän läheistensä fyysiset, psykososiaaliset ja hengelliset tarpeet. Se tukee kansalaisten itsenäistä suoriutumista. Kotisairaalan avulla potilaan on mahdollista säilyttää sosiaalinen verkostonsa ja motivoitua itsenäiseen suoriutumiseen päivittäisistä toiminnoista. Kotisairaala mahdollistaa potilaalle hyvän elämän ja hyvän kuoleman. Kotisairaalan arvot ovat turvallisuus, yksilöllisyys, kokonaishoito ja itsehoidon periaate. Kotisairaalan henkilökunta työskentelee tiiviissä yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa edesauttaen turvallisuuden tunteen ja luottamuksen syntymistä sekä edesauttaa vastuunottamista omasta tai läheisen hoidosta. Potilasohjaus ja potilaan läheisten hoitoon osallistuminen tukevat hoidon jatkuvuutta ja auttavat potilasta ja hänen läheisiään löytämään voimavaroja sairauden keskellä. Tukiosastona kotisairaalle toimii oire- ja saattohoitosasto. (Kotisairaala 2018, omavalvontasuunnitelma.)

Kotisairaalan potilaaksi tulon edellytyksenä on lääkärin lähete, varmistettu diagnoosi ja sairaalahoidon tarve hoitoon tullessa tai lähitulevaisuudessa. Toiminta on moniammatillista. Kotisairaalan toiminta-aika on maanantaista sunnuntaihin klo 7–23. (Pori – Akuuttikotikeskus.)

### 2.3 Projektorganisaatio

Kehittämiprojektin ohjausryhmään kuuluivat Sairaalapalveluiden hoitotyön suunnittelija, Akuuttikotikeskuksen ylilääkäri, Akuuttikotikeskuksen mobiililääkäri, Akuuttikotikeskuksen osastonhoitaja, projektipäällikön työelämämentori ja Turun ammattikorkeakoulun ohjaava opettaja. Ohjausryhmä ohjasi projektin suuntaa ja sille kuuluivat tärkeimmät taloudelliset ja sisäiset päätökset. Ohjausryhmässä oli osallistujia toteuttajaorganisaatiosta ja se oli projektipäällikön tärkein tuki. Tärkein edellytys ohjausryhmälle on kiinnostus projektista ja sen edistymisestä. Ohjausryhmä edistää projektin suhteita toimintaympäristössä. (Viirkorpi 2000, 28–30.)

Kehittämiprojektin projektiryhmään kuuluivat Akuuttikotikeskuksen lääkäri ja Sairaala-palveluiden lääkäri, joilla on palliatiivisen hoidon erikoistumisosaamista sekä Akuuttikotikeskuksen palliatiivinen sairaanhoitaja, joka opiskeli kliiniseksi asiantuntijaksi. Kehittämiprojektin aikana Akuuttikotikeskuksen ylilääkäri siirtyi toisiin tehtäviin. Tehtäviä valittiin hoitamaan projektiryhmän Akuuttikotikeskuksessa työskentelevä lääkäri. Näin ollen hän jatkoi sekä projektilääkärinä että Akuuttikotikeskuksen ylilääkärinä ohjausryhmässä. Projektiryhmä sitoutuu projektin tavoitteisiin ja siihen osallistujat tukevat toisiaan tavoitteiden saavuttamisessa. Se on projektin asiantuntijaryhmä, joka organisoituu väliaikaisesti projektin tavoitteiden saavuttamiseksi sitouttamalla ja motivoimalla. (Mäntyneva 2016, 24–26.) Projektiryhmä on apuna reflektoinnissa kehittämiprojektin eri vaiheissa. Projektiryhmä pysähtyy keskustelemaan, arvioimaan ja suuntaa uudelleen toimintaa tasavertaisen ja vuorovaikutteisen keskustelun avulla. (Salonen 2013, 16.)

Palliatiivinen konsultoiva hoitaja - tehtävänkuva -kehittämiprojektin projektipäällikkönä toimi Akuuttikotikeskuksen sairaanhoitaja, opinnäytetyön tekijä, joka opiskeli Turun ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa, kliiniseksi asiantuntijaksi. Projektipäällikkö on projektiryhmän vastuullinen vetäjä. Hän valjastaa oman asiantuntijaosaamisensa projektin työkaluksi. Hänen tehtävänä on projektin toteuttamisen osat alueet. Projektipäällikkö on vastuussa projektin tiedottamisesta, projektin ongelmien havainnoimisesta ja projektisuunnitelman suunnanmuutoksista sekä riskien arvioinnista ja seurannasta. (Viirakorpi 2000, 30–31.)

## 2.4 Kehittämiprojektin tavoite, tarkoitus ja tuotos

Kehittämiprojektin tavoitteena oli kehittää palliatiivisten ja saattohoitopotilaiden hoidon laatua ja henkilökunnan osaamista organisaatiossa sekä parantaa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon asiantuntijaosaamisen saavutettavuutta Porin Perusturvakeskuksessa. Kehittämiprojektin avulla tavoiteltiin myös kliinisen asiantuntijan roolin tunnettuuden edistämistä organisaatiossa. Ennakoivalla toiminnalla on mahdollisuus vähentää lääkärikontaktien määrää sekä potilaiden siirtoja yhteispäivystykseen ja sairaalan vuodepaikoille. Uuden toiminnan avulla on myös mahdollisuus hillitä kotisairaalan palliatiivisten potilaiden määrää hallitulla oirehoidolla organisaation omissa yksiköissä. Kehittämiprojektin avulla lisättiin tietoisuutta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta sekä kannustettiin henkilökuntaa uuden oppimiselle potilaiden laadukkaamman hoidon toteuttamiseksi.

Kehittämiprojektin tarkoitus oli palliatiivisen konsultoivan hoitajan tehtäväkuvaan kehittäminen Porin Perusturvakeskukseen. Kehittämiprojektin tuotos oli palliatiivisen konsultoivan hoitajan tehtäväkuva. Kehittämiprojektin aikana palliatiivinen konsultoi hoitaja oli konsultaatiokanava palliatiivisen kotisairaalan, osastojen, tehostettujen palveluyksiköiden sekä kotihoidon välillä.

### 3 Palliatiivinen hoito ja saattohoito

World Health Organizationin (World Health Organization, jatkossa WHO) mukaan palliatiivisen hoidon avulla voidaan parantaa potilaiden ja heidän läheistensä elämänlaatua tilanteessa, jossa potilas sairastaa parantumatonta tai henkeä uhkaavaa sairautta. Oikeus palliatiiviseen hoitoon kuuluu kaikille, jotka sairastavat kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta ilman diagnoosirajausta. Sen avulla huomioidaan potilaan ja hänen läheistensä fyysiset, psykososiaaliset ja hengelliset tarpeet. Palliatiivisen hoidon avulla voidaan nähdä ihminen kokonaisuutena fyysisten oireiden takana. Palliatiivinen hoito on aktiivinen hoidon tapa, jossa varhaisella oireiden huomioimisella, asianmukaisella arvioinnilla ja hoidolla on mahdollisuus ehkäistä ja lievittää potilaan kärsimystä. Laadukkaan palliatiivisen hoidon ja moniammatillisen yhteistyön ja tuen avulla potilas voi elää mahdollisimman aktiivista elämää kuolemaansa asti. (WHO 2020b, 13.)

WHO:n mukaan palliatiivinen hoito tulisi aloittaa mahdollisimman pian jo diagnosoitaessa parantumaton sairaus (WHO 2020b, 13). Sen tarve lisääntyy merkittävästi elämän loppuvaiheessa, mutta palliatiivista hoitoa ei ole määritelty suhteessa kuoleman ajankohtaan toisin kuin saattohoito. Potilaan oireita lievittävä hoito kuuluu kaikkiin sairauden vaiheisiin riippumatta hoitolinjasta. Sen avulla voidaan myös vaikuttaa positiivisesti sairauden kulkuun (WHO 2020b, 13).

Saattohoito on kuolemaa lähestyvän potilaan hoitamista ja on osa palliatiivista hoitoa. Saattohoito ajoittuu ajallisesti oletetun kuolinhetken välittömään läheisyyteen toisin kuin palliatiivinen hoito, joka voi jatkua vuosia. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypähoitosuositus 2019; Saarto ym. 2015.) Saattohoidossa olevan potilaan toimintakyky on merkittävästi laskenut ja lähestyvän kuoleman merkit ovat jo nähtävissä. Toisaalta osa potilaista saattaa säilyttää toimintakykynsä myös saattohoidon aikana. Kuolema voi kohdata potilasta taudin tasaisen etenemisen kautta tai äkillisten sairautten liittyvien komplikaatioiden kautta. Kuolevan potilaan tunnistaminen on tärkeää, jotta potilas saa tarvitsevana avun mahdollisimman nopeasti. (Saarto ym. 2015.)

#### 3.1 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suositukset

Ihmisen oikeus palliatiiviseen hoitoon on kirjattu ihmisoikeuksiin. Kuitenkin vain neljällätoista prosentilla palliatiivista hoitoa tarvitsevista potilaista on mahdollisuus saada

palliativista hoitoa. Erityisen vaikeaa palliativisen hoidon saavutettavuus on maissa, joissa väestön elintaso on matala tai keskiluokkaa. Vain kolmekymmentäneljä prosenttia palliativista hoitoa saavista sairastaa syöpää. Suurin osa palliativista hoitoa saavista potilaista sairastaa kroonista pitkäaikaissairautta kuten sydän- ja verisuonisairauksia. Palliativisen hoidon tarve koskee monia kuolemaan johtavia sairauksia. (WHO 2020a; WHO 2020b, 15.)

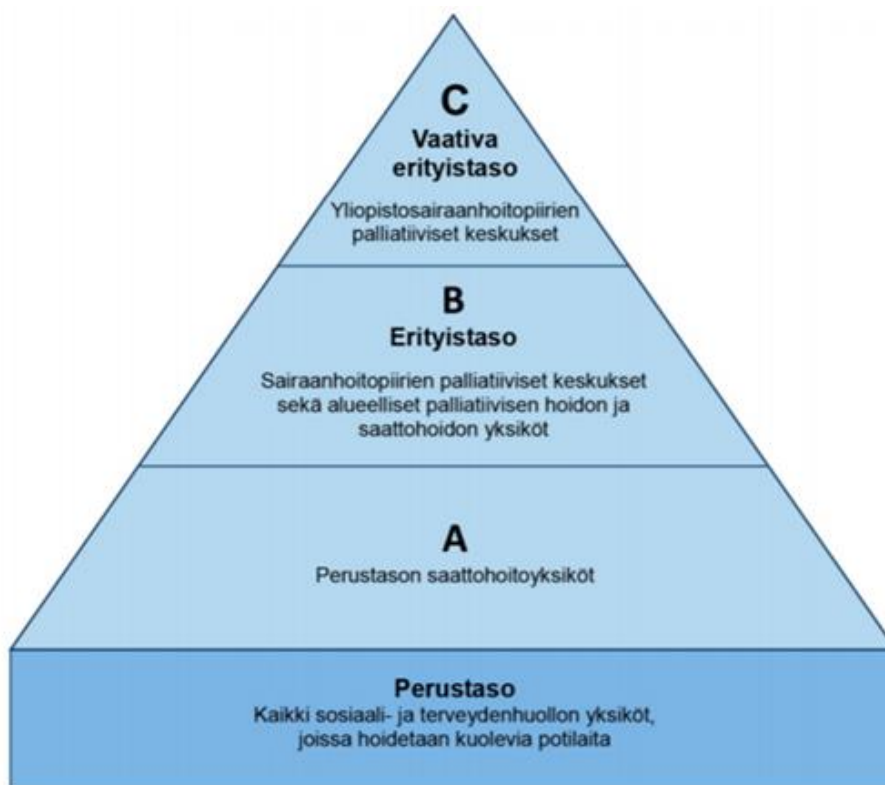
Tutkimusten mukaan maailmanlaajuisesti yhä useampi ihminen haluaa kuolla omassa kodissaan. Tämä edellyttää palliativisen hoidon ja saattohoidon integroimista osaksi perusterveydenhuoltoa. Monimutkaisissa tai epätavallisissa tilanteissa perusterveydenhuollon henkilökunnalla tulee olla mahdollisuus konsultaatiotukeen palliativisen hoidon asiantuntijalta. Potilaiden kärsimyksen ennaltaehkäisemiseksi ja lievittämiseksi potilaan siirto perustasolta asiantuntijapalveluihin tulisi mahdollistaa joustavasti. Integroimalla palliativinen hoito osaksi perusterveydenhuoltoa mahdollistetaan tasavertainen oikeus palliativiseen hoitoon. Lisäksi integroinnilla ja tehtävien siirroilla voidaan saavuttaa kustannussäästöjä. (WHO 2018, 14–16.)

Suomessa väestörakenteen ikääntyminen vaikuttaa palliativisen hoidon ja saattohoidon lisääntyneeseen tarpeeseen. Suomalaiset kuolevat yhä vanhempina ja valtaosa kuolemaan johtuvista syistä ovat verenkiertoelinten sairaudet sekä kasvaimet. Dementiaan kuolevien suomalaisten osuus kasvaa merkittävästi ikääntyessä. Suomessa yksin-asuvien osuus ikääntyneistä luo merkittävän haasteen elämän loppuvaiheen hoidolle. Ikääntyneen ei ole tarkoituksenmukaista kuolla sairaalahoidossa. Suomessa palliativista- ja saattohoitoa ei ole integroitu osaksi terveydenhuollon järjestelmää, minkä vuoksi sen saatavuus on epätasa-arvoista. Erityistason yksikön konsultaatiotuen avulla elämän loppuvaiheen hoidon on mahdollista onnistua myös sosiaali- ja terveydenhuollon perustason yksiköissä. Tavoitteeksi on asetettu, että palliativista- ja saattohoitoa olisi tarjolla kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon eritasoisissa palveluissa. (STM 2019a, 14–15.)

STM julkaisi 2019 Suosituksen palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestämismallin mukaan Suomeen järjestetään kolmiportainen palliativisen hoidon palveluketju. Sen avulla turvataan tasa-arvoinen ja tarvelähtöinen hoitoon pääsy kaikkialla maassa. Kolmiportaisen mallin lähtökohtana on yhdenvertainen oikeus sairautensa ja hoidon tarpeensa edellyttämään palliativiseen hoitoon kotona tai sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. Palliativinen hoito ja saattohoito on järjestämismallissa (kuvio 1) jaettu perusosaamisen tasoon lisäksi A-perustason saattohoidon yksiköihin, B- erityistason palliativisen hoidon ja



saattohoidon yksiköihin ja keskuksiin sekä C- vaativan erityistason palliatiivisiin keskuksiin. (STM 2019b, 15.)



Kuvio 1. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämismalli (STM 2019b, 16.)

Perustasolle kuuluvat kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, jotka hoitavat kuolevia potilaita. Henkilökunnan osaamisessa painottuu palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusteiden hallinta, ennakoivan elämän loppuvaiheen suunnitelman tekemisen hallinta ja osaaminen saattohoitopäätöksen tekoon. A-tasolla ovat terveydenhuollon yksiköt, kuten terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastot. Saattohoitoa on kehitetty muun toiminnan ohessa, saattohoito on huomioitu mitoituksessa, koulutuksessa ja toimintaympäristössä. (STM 2019b, 16.)

Erityistason B muodostavat sairaanhoitopiirien palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon erikoistuneet yksiköt. Näissä yksiköissä palliatiivinen hoito ja saattohoito on päätehtävä ja henkilökunta on erikoiskoulutettua. Tällaisia yksiköitä ovat palliatiiviset kotisairaalat tukiosastoineen, palliatiiviset osastot, saattohoito-osastot ja -kodit sekä sairaaloiden konsultaatiotiimit ja palliatiiviset poliklinikat sekä päiväsaairaalat. Erityistason yksiköt tarjoavat

ammattimaista psykososiaalista, henkistä ja eksistentiaalista tukea potilaille. Nämä yksiköt antavat konsultaatiotukea perustason yksiköille. (STM 2019b, 16–17.)

Vaativa erityistaso C koostuu yliopistosairaaloiden palliatiivisista keskuksista. Ne koordinoivat palliatiivista hoitoa erityisvastuualueella sekä vastaavat tutkimuksesta ja opetuksesta yhteistyössä yliopistojen ja muiden oppilaitosten kanssa. (STM 2019b, 17.)

Sairaanhoitopiireillä tulee olla palliatiivisen hoidon suunnitelma. Suunnitelmassa tulee olla kuvattuna palveluketju. Palveluketjun keskiössä ovat palliatiiviset erityistason kotisairaalat, jotka tukevat perustason yksiköitä ja ovat siltana perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Heillä on vastuu kotisaattohoidosta. Kotisairaala verkoston avulla turvataan potilaiden osaava hoito kotona. Suositus korostaa ajantasaisten hoitosuunnitelmien ja hoitolinjauksien olemassaoloa ja niiden oltava koko palveluketjun käytettävissä. Niillä perustason yksiköillä, jotka hoitavat elämän loppuvaiheen potilaita tulee olla mahdollisuus konsultaatioon kaikkina vuorokauden aikoina esimerkiksi kotisairaala tai konsultaatiotiimistä. (STM 2019b, 18.)

Palliatiivinen hoito ja saattohoito tulee turvata myös poikkeusolosuhteissa, kuten Covid-19-pandemian aikana. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tutkimuksen mukaan Suomessa elämän loppuvaiheen hoitoon liittyvät käytännöt eivät ole merkittävästi muuttuneet iäkkäiden ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä. Lääkärin konsultaatiot ja käynnit ovat lisääntyneet hieman yli kolmanneksella sekä julkisten että yksityisten palveluntarjoajien yksiköissä. Asukkaiden siirrot päivystykseen tai sairaalaan ovat vähentyneet 22 prosentilla yksiköistä. Covid-19 pandemian aikana elämänloppuvaiheen ennakoivia hoitosuunnitelmia päivitettiin ja laadittiin enemmän kuin aikaisemmin. Sen sijaan hoito- ja hoitotoimenpiteiden päivittämiseen tai laatimiseen Covid-19 pandemia ei aiheuttanut muutosta. Tutkimuksen mukaan saattohoidon järjestämisestä annettiin erityisohjeita lähes kaikkialla Suomessa samoin kuin asukkaiden hoidon rajausten päivittämisestä. (Forsius ym. 2021, 1–5.) Erityisesti ikääntyneet ovat olleet psyykkisesti kuormittuneita yksinäisyydestä johtuen. Pandemia on pakottanut vähentämään kontakteja ja edellyttänyt ikääntyneiden eristäytymistä koteihinsa (THL 2020, 4–7). Läheisten vierailuja sosiaalihoitoon toimintayksiköihin rajoitettiin Covid-19-pandemian aikana. Oireettomilla läheisillä tuli olla mahdollisuus vierailla saattohoidossa tai kriittisessä tilassa olevan asukkaan luona myös pandemian aikana edellyttäen turvallisia järjestelyjä tapaamiseen. Vanhuspalveluiden yksiköiden esihenkilöiden mielestä vierailut saattohoidossa olevien asukkaiden luona onnistuivat hyvin. Käytännön järjestelyt vaihtelivat suuresti yksiköiden välillä. (Forsius ym. 2021, 1–5.) Tutkittaessa sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kasautuvaa

koronakuormaa, tutkimuksesta käy ilmi, että kolmannes henkilöstöstä on kokenut työmääränsä kasvaneen ja lisäksi he ovat pelänneet oman terveytensä puolesta. Covid-19 pandemia on pakottanut opettelemaan uusia tietoja ja taitoja sekä käyttämään suojava-rusteita. (Laitinen ym. 2020, 30–37.)

### 3.2 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon edellyttämä osaaminen

Opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittamassa EduPal-hankkeessa on kehitetty moniammatillisessa yhteistyössä palliatiivisen hoidon koulutusta. Sen tavoitteita ovat olleet laatia palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen nykytilan kuvaus, luoda palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen osaamiskuvaukset ja fasilitoida moniammatillista koulutusta, opettajien osaamista sekä tutkimus-, kehitys-, ja innovaatiotoimintaa. Varmistamalla sairaanhoitajien ja lääkäreiden tarvittava osaaminen, turvataan palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden ja heidän läheistensä saama laadukas tarvelähtöinen hoito perus- ja erityistason yksiköissä. EduPal-hankkeen myötä sairaanhoitajan tutkintoon kehitettiin palliatiivisen hoidon valtakunnallinen opetussuunnitelmasuositus ja lääkärinkoulutukseen lääketieteellisten tiedekuntien palliatiivisen lääketieteen opetussuunnitelmasuositus. Lisäksi palliatiivisen hoidon ja palveluiden kehittämisen avuksi luotiin urapolku, jotta voidaan varmistua palliatiivisessa hoidossa työskentelevien asiantuntijoiden saatavuus myös tulevaisuudessa. Palliatiivisen hoidon asiantuntija -erikoistumiskoulutus ja kliininen asiantuntija (ylempi AMK) – palliatiivisen hoidon asiantuntijuus koulutus pilotoitiin EduPal-hankkeen aikana. (Hökkä ym. 2021, 3,9, 45.)

Hökän, Kaatilaisen ja Vihelän (2020a, 275–284) tutkimuksessa on kartoitettu millaista palliatiivisen ja saattohoidon osaamista potilaat ja omaiset toivovat sairaanhoitajilta. Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa sairaanhoitajat tarvitsevat potilaan ja läheisten monimuotoisia kohtaamis- ja vuorovaikutusosaamiseen liittyviä taitoja, jotka ilmenevät sairaanhoitajan kykynä kohdata potilas ja läheiset kunnioittavasti, empaattisesti ja kii-reettömästi. Sairaanhoitajan vuorovaikutusosaaminen ilmenee taitona kuunnella, keskustella ja toimia asioiden tulkitsijana. Tutkittaessa lähihoitajien kokemuksia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta myös lähihoitajat kokivat tarvitsevansa vuorovaikutusosaamista, joka ilmeni taitona kommunikoida potilaan ja läheisten kanssa keskustellen, aidosti kohdaten, kuunnellen ja huomioiden potilaan ja hänen läheistensä tarpeita. (Hökkä ym. 2020b, 128–131).

Sairaanhoitajan tulee hallita tiedot palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusteista, kuntouttavasta hoitotyöstä, somaattisten oireiden hoidosta ja kivun hoidosta. Kivun hoidossa sairaanhoitajan on tärkeää osata tunnistaa, arvioida ja hoitaa kipua. Näin käy ilmi myös tutkimuksessa lähihoitajien osaamistarpeista palliatiivisten ja saattohoitopotilaiden hoidossa. Lähihoitajat tarvitsivat kivun hoidossa osaamista potilaan kivun seurantaan ja kivun arviointiin mittareiden avulla. (Hökkä ym. 2020a, 275–284; Hökkä ym. 2020b, 128–131.) Ohjausosaaminen on tärkeää ohjattaessa potilasta ja hänen läheisiään. Sairaanhoitajalla tulee olla tietoa ja kykyä ohjata palliatiivisen hoidon eri prosesseissa, kivun- ja oirehoidon lääkityksistä sekä erilaisten hoitovaihtoehtojen ja kotisaattohoidon mahdollisuuksista (Hökkä ym. 2020a, 280.) Lähihoitajat kokivat tarvitsevansa tietoa kokonaisvaltaisen oirehoidon ja yksilöllisen palliatiivisen hoidonosaamisesta (Hökkä ym. 2020b, 128–131). Sairaanhoitajalla tulee olla taitoa tukea potilasta ja hänen läheisiään psykosisaalaisesti ja eksistentiaalisissa kysymyksissä. Potilaat ja heidän tarpeensa palliatiivisessa ja saattohoidossa ovat yksilöllisiä. Sairaanhoitajalla tulee olla taito tunnistaa heidän yksilölliset hoidon tarpeensa kunnioittamalla heidän toiveitaan ja huomioimalla potilaan elämänhistoria osana nykyhetkeä ja huomioimalla potilas ja läheiset osana yhteisöä. (Hökkä ym. 2020a, 280–281.) Juridista ja eettistä osaamista sairaanhoitaja ja lähihoitaja tarvitsee eettisten arvojen ja toiminnan periaatteiden sekä ohjeiden tunnistamiseen potilaan hoidossa, joka kävi ilmi molemmissa tutkimuksissa. Lisäksi tutkimuksissa ilmeni, että sairaanhoitajalla ja lähihoitajalla tulee olla kyky kohdata omat kuolemaan liittyvät tunteet ja taito hoitaa potilasta arvoja kunnioittaen. Lähihoitajat kokivat tärkeäksi osata toimia moniammatillisissa tiimeissä ja kykyä kommunikoida rohkeasti (Hökkä ym. 2020b, 128–131).

Saattohoidossa korostuu läsnäolon ja vuorovaikutuksen merkitys. Anttosen (2016) mukaan hyvä kuolema toteutuu potilaan ja hänen läheistensä sekä ammattitaitoisen henkilökunnan vuorovaikutteisen yhteistyön avulla. Saattohoitoon osallistuva henkilökunta, heidän osaamisensa ja käsitykset saattohoidosta muodostavat saattohoidolle turvalliset rakenteet. Henkilökunnalla tulee olla rohkeutta keskustella saattohoitoon liittyvistä asioista potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Aihetta ei tulisi ohittaa, vaikka henkilökunta olisi epävarma omasta osaamisestaan tai asiaan liittyy itsellä käsittelemättömiä tunteita. (Anttonen 2016, 7–8, 123.) Saattohoito antaa potilaalle ja läheisille mahdollisuuden hyvästien jättöön. Laadukkaasti toteutuessaan saattohoito ei pääty potilaan kuolemaan, vaan jatkuu läheisten tukemisessa surussa potilaan kuoleman jälkeen. (Saarto ym. 2015.)

Piilin (2019, 9–10, 67–72) tutkimuksen mukaan Suomessa lääkäreiden elämän loppuvaiheeseen liittyvät mielipiteet ja arvot ovat muuttuneet kuudentoista vuoden aikana. Merkittävästi päätöksentekoon tutkimuksessa todettiin vaikuttavan valmistumisvuosi, palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys ja kliininen kokemus. Päätöksenteon tulisi olla yhdenmukaista riippumatta taustatekijöistä ja palliatiivisen hoidon tarve tulisi tunnistaa riippumatta potilasta hoitavasta asiantuntijasta. Tutkimuksessa todetaan, että edellytys yhdenmukaiselle ja korkealaatuiselle saattohoidon toteutumiselle on pakolliset elämänloppuvaiheen päätöksenteon opetus lääketieteen opiskelijoille sisältäen myös eettiset ja juridiset näkökohdat. EduPal-hankkeessa on yhdenmukaistettu lääketieteellisten tiedekuntien palliatiivisen lääketieteen perusopintoja, jotta parantumattomasti sairaiden potilaiden ja heidän läheistensä tuki voidaan turvata tulevaisuudessa. Opetussuunnitelman jalkauttamisen avulla varmistetaan jokaisen suomalaisen lääkärin palliatiivisen hoidon perusosaaminen tulevaisuudessa. (Hökkä ym. 2021, 18, 25.)

### 3.3 Yleisemmät oireet ja niiden hallinta palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa

Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan oirekuva on vaihteleva diagnoosiryhmittäin. Tärkeää on potilaan kokemus oireiden olemassaolosta ja niiden häiritsevyydestä potilaan toimintakyvyille. Oire, johon hoitohenkilökunta kiinnittää huomiota, ei ole välttämättä potilaan mielestä häiritsevä oire. Suunnitelmallinen ja ennakoiva oirehoito ehkäisee potilaan tarvetta hakeutua kiireelliseen hoitoon päivystysaikaan. Potilaan elämänlaatua ja elämänhalua on mahdollista lisätä suunnitelmallisella ja ennakoivalla oirehoidolla. (Saarto ym. 2015.) Potilaan oireiden tunnistamiseen ja sanoittamiseen on käytössä mittareita, jotta potilaan oma oirekuvaus ja oirehoidon teho tulee näkyväksi myös hoitohenkilökunnalle. Mittareiden avulla on mahdollisuus arvioida kärsimystä aiheuttavia oireita systemaattisesti. Yleisemmin käytettäviä mittareita ovat visuaalinen analogi asteikko (visual analogy scale, VAS), numeerinen asteikko 0–10 ja verbaalinen asteikko (ei lainkaan, vähän, jonkin verran, melko paljon, hyvin paljon), jotka mittavat yksittäisen oireen esiintyvyyttä ja intensiteettiä. ESAS, Edmonton symptom assessment scale-mittariin on yhdistetty useita samalla numeerisella asteikolla esitetyistä oirejanoista. Käytettävä mittari tulee valita potilaan toimintakyvyn mukaan. Potilaan havainnointia tulee käyttää tilanteissa, joissa potilas on kykenemätön kertomaan itse kivustaan. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoitosuositus 2019; Saarto ym. 2015.)

### 3.3.1 Kipu

Palliativisen hoidon piiriin kuuluvissa sairauksissa kipu on hyvin yleinen oire. Kipu on ensimmäinen tutkimuksiin ohjaava oire noin kahdellakymmenelläviidellä prosentilla syöpäpotilaista. Kipu on eniten pelätty oire kuolemaan johtavissa sairauksissa. Levinnyttä syöpää sairastavista elämän loppuvaiheen potilaista 50–90 prosentilla on kipuja. Kivunhoidon suunnittelua varten tulee tietää kivun syntymekanismi. Syöpäsairauksissa tavallisimmin syöpäkasvain tai sen etäpesäkkeet aiheuttavat kipua. Lisäksi syövän hoito voi aiheuttaa kipua. Fyysistä kipua on helpompi ilmaista. Kipu on häiritsevämpää ahdistuneena, pelokkaana tai katkerana. Psykososiaalinen tuki on tärkeää huomioida kipua hoidettaessa. (Kalso ym. 2015, 546–547.)

Nosiseptiivinen eli kudsvauriosta johtuva kipu johtuu kudsvaurion aiheuttamasta ihon, luuston ja lihaksiston nosiseptoreiden aktivaatiosta ja nosiseptisessä viskeraalisessa kivussa aktivoituvat sisäelinten ja niitä ympäröivien kalvojen nosiseptorit. Hermovauriosta johtuvan eli neuropaattisen kivun syy on vaurio tai sairaus somatosensorisessa radastossa, joko ääreis- tai keskushermostossa tai vaihtoehtoisesti molemmissa. Idiopaattinen kipu on pitkäaikainen kipu, jonka taustalla ei ole voitu osoittaa olevan kudsvauriota. Potilaalla voi esiintyä myös sekatyypistä kipua, jossa on mukana sekä kudsvauriota että hermovauriokipua. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoitosuositus 2019; Kalso ym. 2015, 554–556; Saarto ym. 2015.) Myös muihin palliativisen hoidon piirissä oleviin sairauksiin liittyy kipua yli puolella tutkituista (Saarto ym. 2015). Lämpilyöntikipua esiintyy myös muilla kuin syöpää sairastavilla loppuvaiheen potilailla 63 prosentilla (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2019). Potilaan hyvä kivunhoito edellyttää kivun huolellista kirjaamista ja kivun jatkuvaa seurantaa mittausmenetelmin. Luonteva tapa seurata peruskipulääkityksen riittävyttä on seurata kivun voimakkuutta ja lämpilyöntikipuun tarkoitetun lääkkeen kulutusta vuorokaudessa. Kivun kirjaamisessa on tärkeää kuvata sanallisesti ja numeerisesti kivun voimakkuus, miten kipu vaikuttaa toimintakykyyn, mielialaan, liikkumiseen ja nukkumiseen. Lisäksi tulee kuvata kivun luonne, mahdolliset tuntohäiriöt, sijainti, esiintymisaika ja lämpilyöntikivun esiintyminen. Potilaalle tulisi antaa myös mahdollisuus itsenäiseen kivunseurantaan esimerkiksi kipupäiväkirjan avulla. Kipulääkityksestä on hyvä antaa potilaalle kirjallista materiaalia luettavaksi sekä kipupäiväkirja kotona tai osastolla täyttämistä varten. Palliativisen potilaan kivun hoidossa kipulääke valitaan kivun voimakkuuden mukaan noudattamalla WHO:n kivun portaatt-mallia. Lääkkeettömiä kivunhallintakeinoja tulee käyttää

lääkehoidon rinnalla. Näitä ovat asento- ja liikehoito, rentoutus jne. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2019; Saarto ym. 2015.)

Hyvällä kivun hoidolla on mahdollisuus lisätä syöpää sairastavan potilaan ja hänen läheisensä fyysistä, psyykkistä ja hengellistä elämänlaatua. Terveystenhuollon henkilöstö on avainasemassa potilaan ja hänen läheisensä kivun hoidon ohjauksessa. Sen tulee olla suunniteltua ja yhdenmukaista riippumatta siitä, kuka kivunhoidon ohjausta toteuttaa. Potilas kaipaa hoitohenkilökunnalta ja läheisiltään tukea lääkehoidon toteuttamiseen. Syöpää sairastavat potilaat ja heidän omaisensa toivovat suunnitelmallista kivunhoidon ohjausta osana potilaan kokonaishoitoa jo heti diagnosointivaiheesta lähtien. Sillä on mahdollisuus vähentää potilaiden ja heidän läheistensä pelkoja kipulääkitystä kohtaan. Potilaat ja heidän läheisensä toivovat myös tietoa kipulääkityksen lisäksi lääkkeettömistä hoidoista. (Pelto ym. 2019.) Hökän ym. (2020a, 240) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajan kivun hoidon osaaminen on taitoa arvioida, tunnistaa ja hoitaa potilaan kipua. Sairanhoitajan kyky ohjata potilaalle ja hänen läheisilleen kipulääkityksen käyttöä ja annostelua koettiin tärkeäksi. Hökän ym. (2020b, 129) tutkimuksen mukaan lähihoitajilta edellytettiin osaamista sekä lääkkeellisistä ja lääkkeettömistä kivunlievityksen menetelmistä. Osana kokonaisvaltaista oirehoitoa lähihoitajalla tulee olla taitoa seurata ja arvioida kipua mittareita hyödyntäen.

Hahon (2017) tutkimuksessa palliativisessa hoidossa olevat potilaat pelkäsivät menettävänsä kivun vuoksi elämänsä hallinnan. Pelko tilanteesta, jossa tutkitut eivät kykene ilmaisemaan kipuaan lisäsi eksistentiaalista kärsimystä. Tutkitut kokivat syyllisyyttäkin vaatiessaan hyvää kivunhoitoa. Hoitohenkilökunnan ottaessa potilaan kivun kokemisen todesta, ennakoiva hoidon aloittaminen ja hyvä vaste kivunhoidolle lisäsivät tutkittujen turvallisuudentunnetta ja vähensivät syyllisyyttä ja pelkoa. (Haho 2017.)

Elämän loppuvaiheen hoidossa potilaan lääkehoidon tulee sisältää jatkuvaa arviointia lääkehoidon vaikuttavuudesta ja toisaalta tarpeellisuudesta. Oirehoidon lääkehoidon tavoite on lievittää sairaudesta johtuvia oireita ja ylläpitää toimintakykyä. Elämän loppuvaiheen hiipuminen, kakeksia, liitännäissairaudet ja monilääkitys lisäävät lääkehaittojen riskiä. Potilaan voinnin muuttuessa lääkitys tulee aina tarkistaa. Yksittäisen lääkkeen aiheuttama haitta voi olla minimaalinen, mutta yhdessä samalla tavalla vaikuttavien lääkkeiden kanssa haitta voi olla merkittävä potilaan voinnille ja toimintakyvyille. Lääkemuu- tokset tehdään aina haitat ja hyödyt punniten. Uuden lääkityksen aloitus tehdään asteittain ja aloituksesta tehdään kirjallinen suunnitelma ja huolehditaan potilaan ja omaisen

riittävästä lääkehoidon ohjauksesta. Potilasta kotona hoidettaessa kotoa tulee löytyä ajantasainen lääkelista. Lääkeannostelijan avulla voidaan seurata helposti lääkehoidon toteutumista ja lisätä lääketurvallisuutta. Kuoleman lähestyessä potilaan tablettien nieleminen vaikeutuu. Tällöin voidaan luopua kaikista muista säännöllisesti otettavista lääkkeistä paitsi opiaateista. Oirehoidossa käytettävien lisälääkkeiden käytöstä annetaan erilliset ohjeet. Lisälääkitystä potilas voi tarvita kipuun, kuumeeseen, pahoinvointiin, hengenahdistukseen, limaisuuteen, ahdistuneisuuteen tai kouristuksiin. Palliatiivisella se-daatiolla ei voi korvata hyvää kivunhoitoa. Mikäli potilaalla on vaikeasti hallittavia oireita, tulee aina konsultoida palliatiiviseen hoitoon erikoistunutta lääkäriä potilaan lääkehoidon suhteen. (Kiljunen 2017, 20.)

### 3.3.2 Pahoinvointi ja oksentelu

Palliatiivisessa hoidossa olevilla potilailla pahoinvointi on yleinen oire. Loppuvaiheessa oksentelua esiintyy 60 prosentilla potilaista ja pahoinvointia 30 prosentilla potilaista. Pahoinvointi voi heikentää merkittävästi potilaan elämänlaatua. Pahoinvoinnin ja oksentelun syynä voi olla opiaateista johtuva ummetus. Maha- ja suolikanavaa ahtauttavat kasvaimet voivat aiheuttaa motiliteettihäiriöitä ja hankalaa pahoinvointia. Pahoinvointia ja oksentelua voidaan ehkäistä ja hillitä hoitamalla pahoinvointia aiheuttavaa syytä, kuten opiaateista johtuvaa ummetusta, limaisuutta, infektiota, kohonnuttua kallonsisäistä painetta, runsasta asciteksen muodostusta, mahaärsytystä tai haavaumaa, kipua tai ahdistuneisuutta. Pahoinvointiin on tehokkaita lääkkeitä. Eri tavoin vaikuttavia lääkkeitä voi olla tarpeen käyttää samanaikaisesti, mutta saman vaikutusmekanismin lääkkeitä ei tule yhdistää. (Hänninen 2013; Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoitosuositus 2019; Saarto ym. 2015.) Pahoinvoivan ja oksentelevan potilaan ravitsemuksesta ja nesteiden saannista tulee huolehtia. Potilasta ohjataan nauttimaan nesteitä vain pieni määrä kerrallaan, eikä mielellään ruokailujen yhteydessä liiallisen täyteläisyyden tunteen välttämiseksi. Potilaan tulisi suosia hiilihappopitoisia ja kylmiä juomia. Täydennysravinteet on hyvä tarjota kylminä. Ravitsemusasiantuntijat suosittelevat välttämään rasvaisia, voimakkaasti maustettuja tai vahvasti tuoksuvia ruokia. (Saarto ym. 2015.)



### 3.3.3 Ummetus ja ripuli

Palliativisessa hoidossa olevista potilaista puolet kärsii ummetuksesta. Potilaat, jotka sairastavat edennyttä syöpää ja käyttävät opiaatteja kärsivät lähes kaikki ummetuksesta. Heti opioidien aloittamisen yhteydessä potilaalle tulee ohjata ummetuksen ennaltaehkäisy ja hoito. Ummetuksella tarkoitetaan, kun ulostuskertoja on alle kolme viikossa, ulostemassa on kovaa ja ulostaminen vaatii kovia ponnisteluja. Potilas voi kärsiä ummetuksesta, vaikka hänen ravitsemusmääränsä olisivat hyvin pieniä. Suolisto muodostaa ulostetta suoliston ja mahasuolikanavan eritteistä, suolen epiteelisoluista ja bakteerimassasta. Ummetus heikentää potilaan elämänlaatua merkittävästi. Ummetus tulee hoitaa huolellisesti, jotta potilas välttyy komplikaatioilta, kuten suolen tukkeumalta ja perforaatiolta. Potilaan virtsaummen ja sekavuuden taustalla saattaa olla ummetus. Palliativisen potilaan heikentynyt nesteiden saanti, heikentynyt toimintakyky, pahoinvointiin liittyvä kuivumistila sekä elektrolyyttihäiriöt lisäävät ummetuksen riskiä. Potilaan toimintakyvyn heiketessä potilaan yksityisyyden puute avuntarpeen lisääntyessä lisää ummetuksen riskiä. Palliativisen potilaan syöpäkasvaimen leviäminen voi estää ruuansulatuskanavan normaalin toiminnan. Opiaattien haittavaikutuksen aiheuttama ummetus palliativisella potilaalla on hyvin yleinen. Ummetuksen ehkäisyssä on tärkeää huolehtia riittävästä nesteen ja kuitujen saannista sekä liikkumisesta voinnin mukaan. Yhtä tärkeää on huolehtia potilaan yksityisyydestä ulostamisen aikana ja antaa hänelle siihen riittävästi aikaa. (Hänninen 2013; Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoitosuositus 2019; Saarto ym. 2015.)

Palliativisessa hoidossa ummetuksen aiheuttajia on usein useita, jolloin lääkitys on tarpeen. Sopiva annos laksatiiville tai niiden yhdistelmille haetaan potilaalle yksilöllisesti vasteen mukaan. Makrogoli on hyvin siedetty. Pehmittävän laksatiivin lisäksi on suositeltavaa käyttää suolta stimuloivaa laksatiivia yhdistelmänä. Bulkilaksatiiveja ei suositella vähäisen nesteiden käytön ja mahdollisten suolenvetovaikeuksien vuoksi. Opioidireseptorien vastavaikuttajaa voidaan käyttää opiaattiummetuksen hoidossa. Mikäli suun kautta annosteltavilla laksatiiveilla ei saada riittävää vastetta, voidaan hoidon tukena käyttää peräpuikkoja tai ruiskeita. Elämän viimeisinä päivinä, kun potilaan yleistila ja tajunta heikkenee, laksatiivit lopetetaan muiden suun kautta otettavien lääkkeiden ohella. Vatsan toimimattomuus ei ole viimeisinä päivinä potilaalle yleensä merkittävä ongelma. (Hänninen 2013; Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoitosuositus 2019; Saarto ym. 2015.)

Palliativisen potilaan ripuli on huomattavasti harvinaisempi oire kuin ummetus. Ripulin syy on hyvä selvittää mahdollisuuksien mukaan ja hoitaa sen mukaan. Potilaan ripulioire voi johtua laksatiivien käytöstä, osittaisesta suolitukoksesta aiheutuvasta ulosteen ohi-vuodosta, imeytymishäiriöstä, aiemmin annetusta syöpähoidosta tai suolistoinfektiosta. Ripuli voi olla seurausta myös esimerkiksi haimaan kohdistuneesta leikkauksesta, jolloin potilaalla on rasvaripulia. Oirekuvaa voi helpottaa haimaentsyymivalmisteen käytöllä. Maksan vajaatoiminta kirroosissa saattaa aiheuttaa potilaalle ripulia. Sappihappoja si-tova kolestyramiini voi helpottaa potilaan oireita. Ripulin hoidossa yleisemmin käytetty lääke on loperamidi, joka vähentää suolen peristaltiikkaa ja eritystä sekä lisää peräaukon sulkijalihasten jänneyttä ja ulosteenpidätyskykyä. Oktreotidia käytetään kroonisessa ripu-lissa. Se pidentää läpikulkuaikaa ja vähentää nesteiden erittymistä jejunumissa ja ileumissa. (Hänninen 2013; Joensuu ym. 2013, 929–930; Palliativinen hoito ja saatto-hoito: Käypä hoitosuositus 2019; Saarto ym. 2015.)

### 3.3.4 Virtsateiden oireet

Virtsankarkailuun vaikuttavat yleiset tekijät kuten toimintakyvyn heikkeneminen. Rakon tyhjentäminen riittävän usein saattaa auttaa vaivaan. Potilaalla saattaa olla virtsankar-kailua lisäävä lääkitys tai potilas kärsii ummetuksesta tai infektiosta. (Saarto ym. 2015.) Hoitotyön keinoin potilasta voi auttaa hoidonohjauksella. Potilaalle ohjataan ummetuk-sen ehkäisy ja hoito sekä toimitetaan tarvittaessa suoli. Mikäli potilas kärsii infektiosta, infektion hoidon aloituksen ohessa ohjataan potilaalle keinot virtsatietulehduksen ennal-taehkäisyyn tulevaisuudessa. Potilaan kanssa tulee keskustella, miten vaikeaksi potilas kokee oireen. Potilaalle kerrotaan inkontinenssituotteista ja ohjataan niiden hankkimi- sessa itsenäisesti tuotteita myyvistä liikkeistä tai hoitotarvikejakelun kautta. Palliativisen potilaan toimintakyvyn ollessa heikentynyt merkittävästi potilaan kanssa tulee keskus- tella hänen toiveistaan inkontinenssin hoidon suhteen. Toivooko potilas käytettävän in- kontinenssituotteita vai toivooko potilas hänelle asetettavan virtsarakkoon kestkateetri. (Virtsankarkailu (naiset): Käypä hoitosuositus 2017; Duodecim Terveysportti 2020; Virtsatieinfektiot: Käypä hoitosuositus 2020.)

Palliativisen potilaan virtsaumpi voi olla krooninen tai akuutti. Virtsauksen taustalla on rakenteellinen tai toiminnallinen syy, jonka laukaisee ulkoinen tekijä. Naisilla virt-sauksen yleisin syy on rakkolihaksen heikentynyt supistumisvoima, rakon tulehdus, ulosvirtauseste ja gynekologiset syyt. Miehillä yleisin syy on ahtausta virtsaputkessa.

Palliatiivisen potilaan virtsaummen voi aiheuttaa esimerkiksi ummetus ja lääkeaineet. Ensisijaisesti rakko tyhjennetään virtsaputken kautta katetroimalla. läkkään potilaan rakko tyhjennetään hitaasti, jotta sydän ei kuormitu liikaa. Tilanteen toistuessa potilas voi itse tehdä toistokatetrointeja, mikäli toimintakyky sen sallii. (Saarto ym. 2015.)

Rakon hemotamponaatio eli hyytymätukos on urologinen hätätilanne, jossa rakko täyttyy verihyytymistä. Edeltävästi potilaalla on voinut olla verivirtsaisuutta. Oire on potilaalle kivulias ja vaatii välitöntä hoitoa. (Saarto ym. 2015.)

### 3.3.5 Hengitysteiden oireet

Hengenahdistus on potilaan elämänlaatua haittaava epämiellyttävä oire, joka vaikuttaa potilaan toimintakykyyn ja uneen. Potilas voi kuvailla tunnetta sanoin: ilma loppuu, hengittäminen on raskasta, rintakehällä tuntuu kireyttä tai potilas kertoo tukehtumisen tunteesta. Elämän loppuvaiheessa hengenahdistus on yleinen oire. Hoitoon huonosti reagoiva hengenahdistus on merkki heikentyneestä ennusteesta pitkälle edenneessä taudissa. Hengenahdistuksesta kärsivällä potilaalla on usein myös muita samanaikaisia oireita, kuten kipua, ahdistuneisuutta, depressiota ja uupumusta. Potilaan hengenahdistukseen voivat vaikuttaa samanaikaisesti fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja henkiset tekijät. (Saarto ym. 2015.)

Hengenahdistuksen syitä ovat hengitystieobstruktio, esimerkiksi ahtauttava kasvain tai keuhkohtaumatauti, hengitystilavuuden pienentyminen pleuranesteen, ascitesnesteiden tai tuumorikompression vuoksi, keuhkokudoksen ongelma, kuten fibroosi tai keuhkoödeema, verenkierron ongelma, kuten vaikea sydänsairaus, keuhkoveritulppa tai yläontolaskimon ahtaus, hengityslihasheikkous, kuten ALS:a sairastavalla potilaalla, psyykkiset tekijät sekä anemia tai asidoosi. Pleura- ja ascitesnesteiden kerääntymisessä oireita voi helpottaa punktoimalla tai drenillä. Ahtauttavaa kasvainta voidaan hoitaa sädehoidolla. Opiateista saattaa olla apua hengenahdistuksen hoidossa. Tärkeää on potilaan subjektiivinen kokemus lääkkeen avusta. Morfiinista on eniten tutkimusnäyttöä hengenahdistuksen hoidossa. Bentsodiatsepiinit lievittävät henkistä ahdistuneisuutta, millä on taas positiivinen vaikutus hengenahdistuksen helpottamiseen. Bentsodiatsepiinit lievittävät potilaan oirekokonaisuutta. Potilaan kasvoihin suunnattu ilmavirta tuulettimella voi lievittää hengenahdistusta. Samoin happihoito saattaa lievittää potilaan oireita, mikäli potilaalla on hypoksiaa happisaturaation ollessa alle 90 prosenttia. Noninvasiivista ventilaatiohoitoa käytetään motoneuronitaudissa (ALS). Sen avulla potilaan elinajan ennuste

pitenee, hengitysvajauksen oireet helpottavat ja potilaiden elämänlaatu paranee. Äkillisessä palliatiivisen potilaan hengitysvajauksessa noninvasiivinen ventilaatiohoito voi auttaa potilasta pääsemään pahenemisvaiheen ohi. Mikäli potilaan hengenahdistus ei reagoi hoitoon, on syytä olla yhteydessä palliatiivisen hoidon erikoislääkäriin, joka voi harkita palliatiivista sedaatiota potilaalle. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoitosuositus 2019; Saarto ym. 2015.)

Yskää esiintyy yli puolella pitkälle edenneissä sairauksissa, kuten keuhkohtauma-, keuhkosityöpä- ja keuhkofibroosipotilailla. Se on potilaan elämänlaatua heikentävä oire. Yskä vaikeuttaa potilaan nukkumista, oksentelua, uupumista, kipua rintakehällä, päässä ja ylävatsalla, virtsankarkailua ja sosiaalista eristäytyneisyyttä. Yskä voidaan hoitaa tehokkaimmin hoitamalla sen aiheuttajaa, kuten hengitystieinfektio, obstruktio tai kasvain hengitysteissä, aspiraatio, refluksi, keuhkopöhö tai pleuran ärsytys. Yskäoiretta voidaan helpottaa muun muassa opioidilääkityksellä, inhaloitavalla lääkityksellä (natriumkromoglikaatti) tai sädehoidolla hengitysteiden kasvaimen aiheuttamassa yskässä. Veriyiskän lääkehoito on traneksaanihappo. Mikäli potilaalla on riski massiiviseen verenvuotoon hengitysteistä kuolemassa olevalle potilaalle, suositellaan palliatiivista sedaatiota. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoitosuositus 2019; Saarto ym. 2015.)

Palliatiivisen potilaan hengitystie-eritteet aiheuttavat potilaalle yskää, hengenahdistusta ja hengityksen korinaa. Puhalluspulloharjoittelu, jossa hyödynnetään uloshengityksen vastapainetta, on potilaille hyödyllistä. Menetelmä tehostaa keuhkojen tuulettumista ja irrottaa limaa keuhkoputkista. Limaa voi imeä pois potilaan suusta, mutta alempaa hengitysteistä liman imemistä tulee välttää. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoitosuositus 2019.) Liman imeminen imulaitteella on potilaalle epämiellyttävää. Suun alueen puhdistamisessa imulaitteella imuletkun voi antaa toimintakykyiselle potilaalle itselleen, jolloin potilas itse säätelee toimenpidettä. Puoli-istuva asento helpottaa potilaan hengittämistä ja lievittää hengenahdistusta ja kylkiasento ohjaa limaeritteen pois potilaan suusta saattohoitovaiheessa olevalla potilaalla.

Juoksevan liman ja syljen eritykseen voidaan vaikuttaa lääkehoidolla. Eritystä voi vähentää antikolinergisillä lääkkeillä, kuten scopolamiinilaastareilla tai kielen alle annettavilla atropiinisilmätipoilla tai inhaloitavilla lääkkeillä (ipra- tai tiotropiumbromidi). Saattohoitovaiheessa hengitysteiden limaisuuteen ja hengitysänten korinaan voidaan käyttää limaisuutta vähentävää lääkitystä pistoksena (glykopyrroni). Mikäli antikolinergilääkitys aiheuttaa liman sitkistymistä ja vaikeuttaa liman yskimistä pois, antikolinergit tulee lopettaa. Sitkeän liman irrottamiseen voi kokeilla mukolyyttejä tai keittosuolainhalaatioita.

Palliativisella potilaalla voi kokeilla antibioottihoitoa hengitysteiden limaisuuden hoitoon. Antibiootihoidon mahdollisen hyödyn voi nähdä muutaman päivän aikana potilaan oirekuvassa ja potilaan subjektiivisena kokemuksena. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoitosuositus 2019; Saarto ym. 2015.)

### 3.3.6 Suun oireet

Palliativisessa hoidossa olevalla potilaalla suun kuivuminen on hyvin yleinen oire. Oire heikentää elämänlaatua ja on toiminnallinen haitta arkielämässä. Sylki mahdollistaa nielemisen ja puhumisen voitelemalla suun limakalvoja. Kuiva suu on infektioille altis. Suun limakalvojen kuivumiselle altistavat lääkkeet, kuten opioidit ja antikolinergit, ruuan pureskelukyvyn heikkeneminen, happihoito ja suun kautta hengittäminen. Potilaalle ohjataan päivittäinen suun hoito. Hampaat tulee harjata kaksi kertaa päivässä fluorihammastahalla, kielen pinnan peitteet tulee puhdistaa hampaiden harjauksen yhteydessä, huulet rasvataan ja mahdollinen proteesi puhdistetaan huolellisesti. Suuta voi kostuttaa vedellä ja käyttää suun kostutukseen apteekista saatavia kostutustuotteita. Suun purskuttelu ruokaöljyllä tuo pitkäaikaisemman hyödyn. Ksylitoli-purukumista saattaa olla hyötyä suun kuivuuden hoidossa. (Saarto ym. 2015.)

Kuolevan potilaan suunhoito on tärkeää. Suu puhdistetaan kaksi kertaa päivässä keitto-suolaliuokseen kastetulla pumpulitikulla tai harsotaitoksella. Potilaan suuta tulee kostuttaa vähintään 1–2 tunnin välein puhtaalla veteen tai öljyyn kostutetulla pumpulitikulla tai harsotaitoksella. Huulet ja suupielet rasvataan. Potilaan kyetessä itse nielemään ja toimomaan suun kostuttamista, toimitaan hänen mieltymystensä ja toivomustensa mukaan. Suun kostuttamiseen käy mikä tahansa neste, jääpalat tai esimerkiksi sorbetti. (Saarto ym. 2015.)

Palliativisen potilaan nielemisongelmat voivat johtua neurologisista häiriöistä, limakalvovaurioista tai pään ja kaulan alueen, ruokatorven, kardian ja mediastinum alueen kasvaimista. Nielemisvaikeuksissa potilaan oireen syy tulee mahdollisuuksien mukaan selvittää ja suhteuttaa hoitosuunnitelma potilaan toimintakykyyn ja vointiin. Ruuan koostumuksen muuttaminen sosemaiseksi ja suun hyvä yleishoito sekä potilaan ruokailuasennon huomioimisella voi helpottaa nielemisongelmista kärsivän potilaan ruokailua. Potilaan toimintakyky huomioon ottaen potilaalle voi harkita ravitsemuksen turvaamiseksi perkutaanista endoskooppista gastroomaa (PEG). Mikäli nielemisvaikeuden aiheuttaa ruokatorven kasvain, voidaan nielemisvaikeutta helpottaa ruokatorveen

asennettavalla stentillä, muulla endoskooppisella hoidolla tai sädehoidolla. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoitosuositus 2019.)

Palliativisen potilaan suun kiputilat vaikuttavat potilaan elämänlaatuun heikentävästi vähäisinäkin. Ensisijaisesti kivun syy tulee selvittää ja tarpeen mukaan tulee harkita suun alueen hoidon ammattilaisen konsultaatiota. Suun alueen voimakkaammissa kiputiloissa voidaan kipua hoitaa morfiinisuuvedellä, jotta potilaan nesteiden ja ravitsemuksen saanti voidaan turvata. Lisäksi suun kivunhoitoon ja infektioprofylaksiaan on käyttöön vakiintunut kaksi ex-tempore valmistetta Nelosgeeli ja kolmosgeeli. Kolmosgeeli ei sovellu potilaille, joilla on antikoagulanttihoitona varfariini. (Saarto ym. 2015.)

### 3.3.7 Väsymys, ruokahaluttomuus ja kakeksia

Väsymys on hyvin yleinen oire syöpää, keuhkohtaumatautia, sydämen vajaatoimintaa, munuaisten vajaatoimintaa, AIDS:a ja MS-tautia sairastavilla potilailla. Tila, johon liittyvät suorituskyvyn heikkeneminen, energian vähyys, heikkous, väsyneisyys, uneliaisuus, motivaation puute, kyllästyneisyys ja apatia kutsutaan poikkeavaksi uupumukseksi, fatiikiksi. Fatiikki ei lievyt levolla. Näyttöön perustuvia suosituksia minkään lääkkeen vaikutuksesta fatiikkiin ei ole. Potilas ei välttämättä kerro väsymyksestään, koska kokee sen osaksi sairautta. Selkeää yhteyttä väsymyksen ja psyykkisten häiriöiden välillä ei ole voitu osoittaa. Palliativisessa hoidossa olevan potilaan väsymyksen syynä on usein lääkitys, kuten opioidit ja psyykkisten oireiden hoitoon käytetyt psykoosilääkkeet, anksiolyytit sekä unilääkkeet. Liian pieni kipulääkitys voi haitata potilaan unta ja toisaalta opioidit voivat aiheuttaa potilaalle päivisin tokkuraisuutta, väsymystä ja voimattomuutta ja samalla haitata potilaan normaalia vuorokausirytmää. Väsymys vähentää potilaan liikunnan harrastamista. Liikunnan on havaittu vähentävän syövän hoitojen aikana väsymystä. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoitosuositus 2019; Saarto ym. 2015.)

Palliativisessa hoidossa olevan potilaan ruokahaluttomuus on yleistä. Ruokahaluttomuuden syyt ovat moninaiset. Ensisijaisesti potilaan ruokahaluttomuus liittyy kakeksiaan eli solujen jatkuvaan ravinnon puutteeseen. Sen oireisiin kuuluvat tahaton painon lasku, luurankolihasen kiihtynyt kato, rasvakudoksen väheneminen, ruokahaluttomuus ja laajat aineenvaihdunnan muutokset ja on yleistä ikääntymisessä sekä monien sairauksien loppuvaiheessa. Kakeksiaan ei ole hoitoa, mutta sen sijaan vuorovaikutus ja keskustelu potilaan ja omaisten kanssa on tärkeää kakektisen potilaan hoidossa. Keskustelun ja asiallisen tiedon antamisen avulla hoitohenkilökunta voi helpottaa omaisten henkistä

kuormaa vaikeassa tilanteessa. Ruokailu on sosiaalinen tapahtuma ja ruuan avulla ihmiset osoittavat toisilleen välittämistä ja hellyyttä. Palliatiivisessa hoidossa tärkeintä potilaan ravitsemuksessa on kaloreiden saanti ja potilaan elämänlaatu. Läheiset saattavat luulla, että potilaan heikentynyt yleisvointi ja sairauden eteneminen johtuu heikosta ravitsemuksesta. Ruokaa kannattaa nauttia pieninä annoksina usein. Potilaalle voi tarjota ruokaa hänen mielihalujensa mukaan. Ohjauksen keinoin potilaan läheisiä tulee keskustelun keinoin muistuttaa siitä, että potilaalla on oikeus päättää itse nauttimastaan ravinnon määrästä. Potilas syö juuri sen verran kuin hänestä hyvältä tuntuu. Poikkeuksena on tilanne, jossa potilas itse kokee ruokahaluttomuuden häiritsevänä oireena. Tällöin potilaalle voi kokeilla esimerkiksi kortikosteroidihoitoa, mikä voi auttaa myös pahoinvointiin ja väsymykseen. (Saarto 2015.)

### 3.3.8 Nestehoito ja verituotteiden antaminen

Potilaan kuivuminen johtuu potilaan nesteiden menettämisestä eritteiden kautta tai nesteiden riittämättömästä saannista. Saattohoitopotilaalla kiertävä neste siirtyy interstiaaliin, jolloin nesteytys ei paranna potilaan yleistilaa. Saattohoitopotilaan suun kautta nauttima nestemäärä on riittävä. Janontunnetta voi hoitaa kostuttamalla suuta usein ja hyvällä suun perushoidolla. Saattohoitopotilaan nesteytyksellä (max 1000–1500 ml/vrk) ei ole vaikutusta elinajan ennusteeseen, mutta sen haittavaikutukset ovat merkittäviä. Saattohoitopotilaan nesteytys voi aiheuttaa turvotuksia, hengenahdistusta, asciteksen ja pleuranesteen kertymistä ja nesteytys rajoittaa potilaan liikkumista. Kuolevan potilaan nesteytys ei vähennä deliriumia, heikkoutta tai hallusinaatioita. Hoitohenkilökunnan on tärkeää osata keskustella nesteytyksen hyödyistä ja haitoista potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Kanylointi, kanyyli-infektiot ja liikkumisen rajoittuminen aiheuttavat kärsimystä potilaalle. Yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa potilaalle voi kokeilla 2–3 vuorokautta nestehoittoa. Mikäli potilaan oireet eivät lieviy tai pahenevat kokeilu lopetetaan. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoitosuositus 2019; Saarto ym. 2015.)

Saattohoitopotilaan hemoglobiinitasolla ei ole välttämättä todettu olevan vaikutusta potilaan yleiseen väsymykseen. Jos vaikutusta on, niin se on lyhytkestoista (15 vrk). Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan verensiirrot perustuvat matalasta hemoglobiinista johtuviin oireisiin. Verensiirtojen vastetta oirekuvaan tulee seurata. Verituotteiden antaminen saattaa helpottaa räsitusahdistusta ja rasituksessa ilmenevää rintakipua.

Potilaalle verensiirto voi olla keino saada hieman lisääikää saavuttaakseen pienen osatavoitteen esimerkiksi nähdäkseen lapsenlapsen syntymän. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoitosuositus 2019; Saarto ym. 2015.)

### 3.3.9 Psykososiaalisen tuen tarve

Psykososiaalinen tuki ja sen palvelut muodostuvat psyykkisestä tuesta, sosiaalityöstä ja palveluista sekä evankelisluterilaisen kirkon ja muiden uskonnollisten yhteisöjen tarjoamasta hengellisestä tuesta (STM 2009, 12). Tuella on psyykinen, sosiaalinen ja informatiivinen ulottuvuus. Siihen kuuluu myös vertaisen antama tuki. Psykososiaalisen tukea käsittää toimia, joiden tarkoitus on parantaa potilaan psyykkistä ja sosiaalista selviytymistä sairauden eri vaiheissa ja lievittää sairastumisen aiheuttamaa pelkoa ja ahdistusta. Tuen antaminen edellyttää henkilökunnalta vuorovaikutustaitoja ja arviota potilaan tuen tarpeesta. (Harju 2020, 193; Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoitosuositus 2019.) Palliativisessa hoidossa kuunteleminen, keskustelu ja vuorovaikutus ovat keskeisessä asemassa. Hyvä oirehoito ja luottamuksellinen hoitosuhde auttavat potilasta elämään elämänsä oman toimintakykynsä ja mahdollisuuksiensa mukaan. Tällöin potilas ei vetäydy normaalin elämänsä rooleista. Palliativinen potilas tarvitsee hoitohenkilökunnan ohjausta omahoitoonsa ja oireiden seurantaan. (Saarto ym. 2015.)

Palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa on tärkeää pyrkiä tarjoamaan potilaalle laadukasta psykososiaalista tukea potilaan yksilöllisten tarpeiden ja toiveiden mukaan. Asianmukainen palliativinen hoito ja potilaan, hänen läheistensä sekä henkilökunnan hyvä vuorovaikutus vähentävät erillisen psykososiaaliseen tuen tarvetta potilaan hoidossa. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoitosuositus 2019.)

Kaikilla potilailla ei ole sosiaalista verkostoa, joka antaisi heille tukea ja turvaa palliativisen hoidon ja saattohoidon aikana. Psykososiaalisen tuen lisääntynyt tarve koskettaa erityisesti nuoria syöpäpotilaita, potilaita, joiden kivunhoito on haasteellista, korkeasti koulutettuja sekä itse asian puheeksi ottavia potilaita. (Schuurhuizen 2019, 1–10.) Osa potilaista ei myöskään saa tarvitsemaansa tukea läheisiltään. Hoitohenkilökunnalla on tärkeä rooli tällaisten potilaiden tunnistamisessa, tuen antamisessa ja ulkopuolisen tuen hankkijana. (Saarto ym. 2015.) Tuen antaminen ei edellytä psykoterapeuttista koulutusta, mutta henkilökunnalla tulisi olla mahdollisuus konsultoida psykiatrista hoitoyksikköä potilaan tilanteen sitä vaatiessa (Antikainen ym. 2018 104). Palliativisen hoidon laatuksitekijöissä erityistason (B) yksiköissä, joihin alueelliset kotisairaalat kuuluvat,



moniammatilliseen tiimiin tulisi suositusten mukaan kuulua psykososiaalisen tuen ammattilaisia (STM 2019b, 190).

Psykososiaalisen tuen antaminen koetaan tärkeänä, mutta terveydenhuollon henkilökunta kokee sen vaativan erityistä ammattitaitoa ja nykyistä enemmän resursseja. Tuen toteutumista vaikeuttavat epävarmuus omasta ja toisten osaamisesta. Tällaisissa tilanteissa epävarmuutta herättävät asiat jätettiin keskustelematta tai tiedon puute vaikeutti potilaan ohjaamista. Eri toimijoiden tietämättömyys toistensa työnkuvista vaikeuttaa potilaiden psykososiaalisen tuen toteutumista. Erityistä tuen tarvetta on tilanteissa, joissa aktiiviset hoidot lopetetaan, saattohoito alkaa tai vanhemmat sairastuvat. Toimintakäytäntöjen yhtenäistäminen ja yhteistyön lisääminen edistää syöpäpotilaiden tuen saamista. (Harju ym. 2020, 3–9.)

Potilaan masennus on keskeistä erottaa sairauden aiheuttamasta väsymyksestä ja huonovointisuudesta sekä nähdä ero masennuksen ja surun välillä. Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan masennusta saattaa helpottaa aloitettu debressiolääkitys. Saattohoidossa lääkitystä ei ole syytä aloittaa, koska vasteen saamista lääkitykselle ei aina ehditä saamaan. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoitosuositus 2019; Saarto 2015.)

### 3.3.10 Eksistentiaalinen kärsimys

Kuoleminen merkitsee ihmisen olemisen päättymistä. Potilas ei voi käsitellä kuoleman olemusta rationaalisesti, mikä aiheuttaa hänelle kärsimystä. Sitä ei voi parantaa lääketehtäellisin keinoin. Potilas tunnistaa kehossaan fyysisiä muutoksia, jotka ovat merkki kaiken päättymisestä ja kuolevaisuudesta, mutta hän ei halua kadota jäljettämiin. Hahon (2017) tutkimuksen mukaan potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen esiintymiseen vaikuttavat sairas keho ja ruumis, tulevaisuuden puuttuminen, hyvästien jättäminen ja itsensä liittäminen universaaliin yhteyteen. Tutkimuksessa todettiin, että sairaus lamaanutti ja muutti potilaiden suunnitelmia ja elämän rytmin. Potilaat halusivat yksityiskohdista tietoa muutoksista kehostaan liittyen elämän loppuvaiheeseen. Kuolema ei potilaita pelottanut, vaan tutkitut olivat pohtineet kuoleman jälkeistä olotilaa. Sen sijaan pelko kivun määrästä ja siitä, ettei tule kuulluksi pelotti tutkittuja. Oman elämänhallinnan ja itsemääräämisoikeuden menettäminen pelotti tutkittuja sekä se että heidän toiveitaan ja hoitotahtoaan ei noudateta. Potilaat jättivät jäähyväisiä läheisilleen, mutta lisäksi järjestelivät käytännön asioitaan samalla helpottaen läheisten taakkaa kuoleman jälkeen. Osa tutkituista koki itsensä yhteiskunnalle ja läheisilleen taakaksi. Suhdettaan universaaliin

yhteyteen potilaat käsittelivät hautaustavan ja -paikan toivomusten kautta ja lisäksi he näkivät itsensä jälkipolvissaan. Tutkittujen luottamus siihen, että he saavat mahdollisimman hyvän hoidon hoitosuunnitelman mukaan, mitä he itse ovat olleet suunnittelemassa lievensi tutkittujen eksistentiaalista kärsimystä. Valitsemalla oman hoitopaikkansa he lievittivät myös läheistensä taakkaa ja säästivät heitä. Hoitohenkilökunnalla tulee olla taitoa ja halua helpottaa potilaiden eksistentiaalista kärsimystä keskustelun ja vuorovaikutuksen avulla. Hoitohenkilökunnan tuki käytännön asioiden järjestelyssä helpotti tutkittujen eksistentiaalista kärsimystä. (Haho 2017.)

Anttosen (2016, 82–83) tutkimuksessa todettiin, että potilaan auttaminen henkisessä tuskassa on vaativaa hoitotyöntekijöille ja se edellyttää hyviä vuorovaikutusvalmiuksia. Ammatillisen osaamisen kehittymisen myötä aktiivinen puheeksi ottaminen ja rohkeus keskustella asioista mahdollistuu ja samalla mahdollistuu potilaan hoito yhteistyössä eri toimijoiden kanssa.

### 3.4 Hoitosuunnitelma, hoitolinjaus ja hoidonrajaus

Potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatua palliatiivisessa hoidossa parantaa varhain aloitettu palliatiivinen hoito ja ennalta laadittu ennakoiva hoitosuunnitelma. Lisäksi voidaan ehkäistä potilaan tarpeettomia hoitotoimenpiteitä ja sairaalajaksoja. Ennakoivan hoitosuunnitelman laatii lääkäri yhdessä potilaan ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa. Tutkimustiedon mukaan ennakoivan hoitosuunnitelman avulla (Advanced Care Planning, jatkossa ACP) voidaan lisätä potilaiden toiveiden toteutumista ja lisätä hoitotyytyväisyyttä, vähentää potilaan läheisten henkistä kuormittuneisuutta, lisätä hoitotahdon ja hoidonrajausten kirjaamista terveydenhuollossa, vähentää elämänloppuvaiheen tarpeettomia ja kärsimystä lisääviä elvytyksiä sekä tehohoito- ja sairaalajaksoja, lisätä potilaan todennäköisyyttä kuolla omassa hoivayksikössä ja lisätä määrällisesti palliatiivista hoitoa ja hoitoa saattohoitoyksiköissä. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoitosuositus 2019; Lehto ym. 2019.) Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen mukaan ennakoivan elämän loppuvaiheen suunnitelman tekemisen hallinta ja osaaminen saattohoitopäätöksen teosta kuuluu kaikille perustason sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköille, jotka hoitavat kuolevia potilaita (STM 2019b, 16).

ACP on jatkuva prosessi, jonka aikana hoitohenkilökunta yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa asettavat hoidon tavoitteet yhdessä keskustellen. Potilaan toiveita tarkennetaan toistuvien keskustelujen avulla. Hoitosuunnitelma päivitetään sen

muuttuessa. Keskiössä on elämän loppuvaiheen suunnitteleminen eikä pelkästään hoidon rajausten ja potilaan toiveiden kirjaaminen. Keskustelua aiheesta tulee avata potilaan kanssa silloin kun hoidon vaste sairauteen on hiipumassa tai hoidon vasteen ollessa epävarmaa tulevaisuudessa. Erityisen tärkeää keskustelun avaus on potilaille, joiden kommunikaatiokyky heikkenee sairauden edetessä tai sairauteen liittyä äkillisiä pahenemisvaiheita. (Lehto ym. 2019, 335–336.)

ACP:n elementtejä ovat keskustelut sairauden luonteesta, hoitomenetelmistä, hoidon tavoitteista ja hoidon rajauksista. Tärkeää on avoin keskustelu potilaan ja hänen läheistensä kanssa potilaan toiveista ja millaisia pelkoja potilaalla on sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä. Hoitosuunnitelman tulisi sisältää konkreettista ennakoivaa oireiden hoidon suunnittelua. Suunnitelmassa tulee huomioida myös potilaan ja hänen läheistensä psyykkiset, sosiaaliset ja henkiset tarpeet ja tukimuodot. Hoitosuunnitelmaan kirjataan kuka hoidosta vastaa arkena ja päivystysaikana, missä potilas haluaa tulla hoidetuksi sairauden eri vaiheissa ja mikä on potilaan tukiosasto akuuttitilanteessa tai kuolemaan johtavan pahenemisvaiheen varalle? Mikäli hoito aiotaan toteuttaa omassa hoitoyksikössä, se edellyttää suunnitelmaa hoidon toteuttamisesta. Akuuteissa tilanteissa ratkaisu perustuu ennakoiviin päätöksiin ja henkilökohtaiseen hoitosuunnitelmaan. Tarve palliatiivisen hoidon asiantuntijoiden konsultaatioon tulee osata tunnistaa. Lähetepalliatiiviseen kotisairaalaan tulisi tehdä ajoissa, jotta palliatiivisen konsultaation mahdollisuus on myös iltaisin ja viikonloppuisin. (Forsius ym. 2020, 5.) Potilas voi laatia myös hoitotahdon hoitosuunnitelman tueksi ja nimetä itselleen henkilön, joka valvoo hänen toiveidensa toteutumista, mikäli hän itse ei kykene kommunikoimaan. Hoitolinjaus ja hoidonrajaukset kirjataan osaksi suunnitelmaa. Olennaista on, että elämän loppuvaiheen suunnitelma on kirjattu potilaan sairaskertomukseen ja se on potilasta hoitavien ammattilaisten saatavilla. (Lehto ym. 2019; STM 2017, 14.)

Hoitolinjaus määrittelee hoidontavoitteen: parantava, taudin etenemistä hidastava, palliatiivinen hoitolinja ja saattohoito. Se turvaa potilaalle lääketieteellisesti perustellun ja potilaan omien toiveiden mukaisen hoidon. Hoidonrajaus sen sijaan määrittelee hoitomuodot, joista tulee potilaan hoidossa pidättäytyä. Hoidonrajaukset ovat osa ennakoivaa hoitosuunnitelmaa. Hoidon rajauksia tehdään asteittain potilaan sairauden edetessä. DNR eli Do not resuscitate -hoidonrajaus rajaa pois vain elvytyksen. DNR-päätös on yleinen pitkälle edenneissä sairauksissa. DNR-päätös tehdään tilanteessa, jossa potilaan sairaus on edennyt niin vaikeaksi, että potilas ei palautuisi sydänpysähdyksestä elvyttämisen jälkeen tai elvytys ja siihen liittyvät toimenpiteet lisäisivät potilaan

kärsimystä. Saattohoitopäätös pitää sisällään DNR-päätöksen. Palliatiivinen hoitolinja ei sisällä DNR-päätöstä, eikä tarkoita, että potilaalla olisi saattohoitopäätös. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoitosuositus 2019; Lehto ym. 2019, 338.)

Potilaan ennakoivan elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma vaatii hoitohenkilökunnalta hyviä vuorovaikutustaitoja ja kykyä kommunikoida potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Onnistuneet keskustelut parantavat hoitotyytyväisyyttä ja läheisten selviytymistä. (Lehto ym. 2019.) Tärkeä taito on keskustella potilaan ja omaisten kanssa kuoleman läheisyyteen liittyvistä asioista ymmärrettävästi. Lääketieteelliset termit aiheuttavat hämmennystä ja jopa väärinkäsityksiä. Hoitohenkilökunnan tehtävä on sanoittaa nämä termit niin, että potilaan ja hänen läheistensä on helpompi ymmärtää esimerkiksi, miksi hoitolinja tai hoidonrajaus on tehty, miksi potilas ei saa nestehoitoa tai verensiirtoja tai miksi potilaan siirto erikoissairaanhoidon päivystykseen lisäisi potilaan kärsimystä. Mikäli hoitohenkilökunta kokee epävarmuutta kuoleman läheisyyteen liittyvissä keskusteluissa, tukea voi saada palliatiiviseen- ja saattohoitoon perehtyneeltä hoitohenkilökunnalta, joita työskentelee kotisairaaloissa ja palliatiivisissa yksiköissä. Tukea saa myös sairaalateologeilta ja Syöpäyhdistyksen työntekijöiltä.

### 3.5 Hyvän hoidon edellytykset erilaisissa ympäristöissä

Anttosen (2016, 123–125, 130) tutkimuksessa saattohoidon tavoite kuvataan mahdollisuutena yksilölliseen ja perhekeskeiseen prosessiin kuoleman merkityksellisyyttä haakien. Hyvä kuolema tarkoittaa, että lohdutuksen ja toivon avulla potilas ja hänen läheistensä kokevat, että kuolemasta huolimatta ketään ei hylätä eikä jätetä yksin. Potilas- ja perhelähtöisellä hoidolla hyvän kuoleman mahdollisuus lisääntyy. Tilanteessa, jossa saattohoidossa oleva potilaan ajautuu kuolemaan, puuttuu ihmisen kohtaaminen. Ajautumista kuolemaan voidaan ehkäistä varhaisella palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tunnistamisella. Rehellinen ja ajantasainen tieto luo pohjaa henkilökunnan työlle ja helpottaa yhteistyötä kaikkien osapuolien välillä. Tieto antaa potilaalle ja hänen läheisilleen mahdollisuuden käsitellä asiaa, suunnitella elämäänsä eteenpäin ja lisäksi tieto auttaa elämänhallinnan tunteeseen. Riippumatta potilaan hoitopaikasta ja siitä, onko henkilökunta valinnut kuolemaan saattamisen ammatikseen, hoitohenkilökunnan keskeinen tehtävä on tukea potilasta ja hänen läheisiään tarjoamalla oikea-aikaista, rehellistä ja totuudenmukaista tietoa sekä reagoimalla herkästi heidän tarpeisiinsa. Saattohoidon aikana henkilökunnan antama tuki potilaalle ja hänen läheisilleen on erittäin tärkeää.

Kuolevan potilaan hyvän hoidon toteutumista sairaalan vuodeosastolla heikentää potilaan yksityisyyden puute, henkilökunnan ajan puute kuolevan potilaan hoidossa, kuolemasta vaikeneminen ja kuolemasta keskustelun vastuun siirtäminen eri yksikölle potilas-siirtojen yhteydessä. Vuodeosastolla potilaan hyvä kuolema tulisi olla hyväksyttävä hoidon tavoite, jolle henkilökunta on asettanut yhteisesti sovitut kriteerit ja laatuvaatimukset. Vuodeosastolla kuoleman tunnistamisessa ja tunnustamisessa on vaikeutta. Kun potilaan kuolema tapahtuu valmistelematta potilas ja hänen läheisensä jäävät kuolemaa ja hoitoa koskevan tiedon ja päätöksenteon ulkopuolelle. Samoin myös hoitajille valmistelematta jäänyt potilaan kuolema on kuormittava. Osastoille tulisi luoda rakenteita ja toimintakulttuuria, joka tukee hoitajien hyvinvointia ja jaksamista. Osastoilla tulisi tukea spontaania keskustelua kollegoiden kanssa ja työnohjauksellisia keskusteluja kuolevien potilaiden hoitamisesta. Kuoleman tunnistamattomuus johtuu tutkimuksen mukaan kuolemasta vaikenemisen kulttuurista, palvelujärjestelmän ja osastojen resurssikysymyksistä sekä pyrkimyksestä pitäytyä parantavassa ja kuntouttavassa hoidon tavoitteissa. (Sarivaara ym. 2018, 15–16.)

THL:n Vanhuspalvelujen tila – seurannan vuoden 2020 kuntakyselyssä selvitettiin muun muassa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämiseen liittyviä kysymyksiä. Ikään-tyneiden kuoleminen kotona ja tehostetussa palveluasumisessa on hieman lisääntynyt, mutta yhä yleisin ikääntyneen kuolinpaikka on terveyskeskuksen vuodeosasto tai sairaala. (Forsius ym. 2020, 1–2.) STM:n (2019b) suosituksen mukaan palliatiivisten kotisairaaloitten tuki on edellytys laadukkaaseen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutumiseen ikääntyneiden ympärivuorokautisessa hoidossa ja kotihoidossa. Kotisairaaloitoiminta on heikosti säädeltyä. Terveystieteiden tutkimusten mukaan kotisairaala on määrärajoista tehostettua kotisairaanhoidoa, joka vie sairaalatasoisen hoidon potilaan kotiin. Kotisairaaloitoiminnan yhdenvertaisuus ei toteudu Suomessa, sillä kotisairaaloitten toiminta ei kata koko maata, ja alueiden väliset erot ovat hyvin suuria. Kotisairaaloitoiminnan toteuttaminen vaatii edelleen kehittämistä. Hoidon saavutettavuuden takaamiseksi kotisairaalan tulisi olla kohtuullisella etäisyydellä. Apua saavutettavuuteen voitaisiin saada uudesta teknologiasta ja toimintamalleista. Kotihoito ja ympärivuorokautiset yksiköt hyödyntävät paljon kotisairaalan palveluita. Kotisairaalan henkilökunta tukee vanhuspalveluiden henkilökunnan omaa palliatiivista osaamista ja konsultaatiotuen avulla tukee henkilökuntaa myös akuuteissa palliatiivisen hoidon avun tarpeissa. Toimiva kotisairaaloitoiminta vähentää laitoshoidon tarvetta ja on inhimillistä tarjota potilaalle palliatiivinen hoito ja saattohoito kotiin, jos hän sitä itse toivoo. Kotisairaalan toiminnan kustannusvaikutuksia on tutkittu

vain vähän, mutta tuottavuuden lisäksi tulee huomioida inhimillinen näkökulma palliativisen hoidon ja saattohoidon saatavuudessa ihmisten koteihin. (Forsius ym. 2020, 4–5.)

Elämän loppuvaiheen hoito kotiympäristössä edellyttää potilaan toivetta tulla hoidetuksi kotona. Ennakoinnilla ja hyvällä tukipalveluiden suunnittelulla on suuri merkitys elämän loppuvaiheen onnistumisessa kotona. Koti on hoitoympäristönä haastava monin tavoin ja edellyttää myös hoitohenkilökunnalta taitoa ottaa hoitoympäristö huomioon ja myös oman arvomaailman selkeyttämistä. Kotiympäristössä sosiaali- ja terveysalan henkilökunnan hyvät vuorovaikutustaidot sekä potilaan ja hänen läheisensä fyysisen ja psykososiaalisen hyvinvoinnin huomioiminen korostuu. (Tervala 2014, 3, 52–54.)

Kotihoidossa palliativisen potilaan ja saattohoitopotilaan hoidossa on haasteita, joita voidaan korjata verkostoitumalla ja moniammatillisella yhteistyöllä. Kotihoidon mahdollisuutta auttaa potilaita äkillisissä palliativisen ja saattohoidon tilanteissa voidaan helpottaa palliativisen kotisairaalan konsultaatiotuella. (Jänikselä 2014, 29.) Jänikselän tutkimuksen (2014) mukaan hoitohenkilökunta koki vaikeaksi hoidon järjestämisen haja-asutusalueilla riittävän nopeasti, epätietoisuuden potilaan mahdollisuudesta siirtyä sairaalaan ja potilaiden edestakaisen siirtelyn kodin ja sairaalan välillä. Hoitohenkilökunta koki käytännön hankaluutta apuvälineiden ja lääkkeiden hankinnassa potilaille. Potilaiden palatessa kotiin kotiutussuunnitelmissa oli puutteita eikä saattohoitopäätöksiä ja -suunnitelmia ollut tehty ennen kotiutusta. Kuolevan potilaan hoitoa häiritsi kiire sekä riittämätön tieto potilaan sairauksista ja lääkityksestä. (Jänikselä 2014, 30; Sarivaara ym. 2018, 14–15.) Työntekijät kaipasivat työyhteisön tukea kuolevan potilaan hoitamisessa ja työohjausta. Tutkimuksessa esiintyi myös terveyskeskuksen henkilökunnan epäluottamusta kotihoidon työntekijöiden ammattitaitoa kohtaan. Tutkimukseen osallistuneet tiedostivat, että kotihoidon eri ammattiryhmien valmiudet kuolevan potilaan hoitoon ovat erilaisia ja erityisesti työntekijät, joilla ei ole lähihoitajan tai sairaanhoitajan koulutusta tarvitsevat lisäkoulutusta kyetäkseen hoitamaan kuolevia potilaita. Vaativissa vuorovaikutustilanteissa potilaan ja läheisten kanssa koettiin haasteita. Potilaat ja heidän läheisensä eivät saaneet riittävästi tietoa sairauden vakavuudesta. Tutkimuksessa yksinasuvien kotihoidon asiakkailla oli lisääntyvästi psyykkisiä ongelmia. Kuoleman lähestyessä he kokivat turvattomuutta, kuolemanpelkoa ja ahdistuneisuutta. Kotihoidon henkilökunta tarvitsi tukea kuolevaa omaistaan hoitavien läheisten tukemisessa. Tutkimuksessa kaikki kotihoidon asiakkaat eivät kyenneet olemaan kotonaan kuolemaan asti. Syynä sairaalan vuodeosastolle siirtymiseen oli läheisten väsyminen hoitamiseen, potilaan kivut, voinnin heikkeneminen ja tuskaisuus. (Jänikselä 2014, 26–30.)

## 4 Konsultoivan hoitajan rooli palliatiivisessa hoidossa

Nurse Consultant (Nurse Consultant, jatkossa NC) on yksi Advanced Practice Nursing (Advanced Practice Nursing, jatkossa APN) rooleista. Konsultoivan hoitajan laajavastuinen tehtäväkuva on johdettavissa laajavastuisen sairaanhoitajan tehtäväkuvasta, joka edellyttää vaativan tason kliinisen osaamisen hallintaa. Konsultovalla hoitajalla tulee olla koulutus ja osaaminen potilaiden hoidontarpeen arviointiin ja hoitosuunnitelman tekoon huomioiden potilas ja hänen läheisensä kokonaisvaltaisesti. Hoidontarpeen arvioinnissa ja parhaan mahdollisen hoidon valinnassa konsultoiva hoitaja perustaa toimintansa näyttöön perustuvaan toimintaan. Koulutuksen lisäksi konsultoiva hoitaja omaa pitkän työkokemuksen omalta alaltaan sekä kattavat tiedot myös muiden toimijoiden tehtäväkuvista ja hoitopoluista. Työ on itsenäistä, mutta myös toimimista osana moniammatillista työryhmää. Työssä korostuvat terveyden edistäminen ja konsultointiosaaminen. (Sulosaari ym. 2020.) Osana konsultaatiotehtäviä laajavastuiset hoitotyön asiantuntijat ovat asiantuntijaneuvojen ja ohjauksen lähteitä. He toimivat alueellaan ongelmanratkaisijoina. Heiltä saa tukea ja konsultaatioapua ammatilliseen kehittymiseen. Laajavastuisen hoitotyön asiantuntijan tehtäviin kuuluvat konsultoinnin koordinointi ja organisaation kehittämiseen liittyvä konsultointi. (Jokiniemi ym. 2012.)

### 4.1 Kliinisen asiantuntijan laajavastuiset työnkuvat

Laajavastuisen hoitotyön asiantuntijuuteen liittyvässä kehittämistyössä ollaan kansainvälisesti hyvin eri vaiheissa. Suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuoltoalan muutokset ovat luoneet tarpeen vahvistaa työelämässä ja organisaatioissa kliinistä asiantuntijaosaamista, jonka lähtökohtana on potilas- ja asiakaslähtöinen työ. Ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavan kliinisen asiantuntijan koulutuksen taustalla on kansainvälisen International Council of Nurses:n (Council of Nurses, jatkossa ICN) määritelmä, jonka mukaan Nurse Practitioner (Nurse Practitioner, jatkossa NP) ja Advanced Practice Nurse (Advanced Practice Nurse, jatkossa APN) on rekisteröity sairaanhoitaja, jolla on vaadittavaa erityisosaamista omalta alaltaan, kyky monimutkaiseen ja vaativaan päätöksentekoon sekä kliininen pätevyys laajennetulle työnkuvalle. Laajennettua työnkuvaa muokkaavat asiayhteydet ja maa, jossa asiantuntijalla on lupa toimia. (Ahonen 2012, 10–11, 14.)

Advanced Practicing Nursing on sateenvarjokäsite. Se sisältää eri ammattikäsitteitä terveydenhuollossa hoitotyön eri tehtävissä toimivista henkilöistä. Laajavastuisen hoitotyön kaksi erilaista työnkuvaa ovat asiantuntijasairaanhoitaja (Nurse Practitioner) ja kliinisen hoitotyön asiantuntija (Clinical Nurse Specialist). Nämä ovat kaksi pisimmälle kehitettyä laajavastuisen hoitotyön tehtävää. (Ahonen 2012; Kotila ym. 2016, 9.)

Suomessa Advanced Practice Nursing vastaa laajavastuinen hoitotyö -käsitettä. Kansainvälisen sairaanhoitajaliiton mukaan: ”Laajavastuisen hoitotyön asiantuntija (Advanced Practice Nurse) on rekisteröity sairaanhoitaja, joka omaa maisteritasoiset tiedot, taidot sekä pätevyyden toimia terveydenhuollon vaativissa työtehtävissä. Toimintaympäristö ja tehtävälle asetetut vaatimukset määrittelevät työn sisältöä. Ylempi korkeakoulu-tutkinto on suositeltava koulutuksellinen lähtötaso.” (Kotila ym. 2016, 7–10.) Kliinisen hoitotyön asiantuntijan tehtäviin kuuluu laadukkaan, näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisen ja juurruttamisen. He tekevät työtään osana moniammatillisia tiimejä, kehittävät monipuolisesti hoitotyötä ja organisaation toimintaa, sekä tekevät tutkimusta. He tuottavat myös uudenlaisia palveluita, parantavat niiden laatua ja täydentävät palvelurakennetta. (Kotila ym. 2016; Viholainen 2012, 21–27.) Kliinisillä asiantuntijoilla on tärkeä rooli väestön pitkäaikaissairauksien ja akuuttien sairauksien hoidossa. He vastaavat näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisestä ja mahdollistavat terveystalouden saatavuuden sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Fagerström & Glasberg 2011.) Clinical Nurse Specialist (CNS)-roolilla on osoitettu olevan positiivisia vaikutuksia potilaiden hoidon tuloksiin ja näyttöön perustuvan hoidon edistämiseen (LaSala ym. 2007).

Terveystalouden kysyntä tulee kasvamaan ja samalla kestävyysvaje aiheuttaa painetta terveystalouden tuottamiseen yhä tehokkaammin ja tuottavammin. Sairaanhoitajien uusien työnkuvien avulla on mahdollisuus nopeuttaa potilaitten hoitoon pääsyä, kaventaa väestön hyvinvointieroja, varmistaa potilaiden oikea-aikainen hoitoon pääsy sekä toteuttaa väestökeskeisiä sotepalveluja. (Fagerström & Glasberg 2011; Flinkman 2014, 24; Kotila ym. 2016, 5, 16–19; Lindblad ym. 2010.) Laajavastuisten työnkuvien avulla on mahdollisuus lisätä näyttöön perustuvien toimintatapojen jalkauttamista perusterveydenhuoltoon, mikä edistää laadukkaan hoidon toteutumista toimintaa tehostamalla asuinpaikasta riippumatta (Flinkman 2018; Kotila ym. 2016, 20).

Toiminnan tehostamisen ja hoitoon pääsyn nopeutumisen lisäksi tutkimusten mukaan laajennetuilla työnkuvilla on yhteys parantuneeseen potilastyytyväisyyteen sekä Suomessa että muualla maailmassa. Potilaat kokevat saavansa enemmän tietoa sairaudestaan, hoitaja käyttää enemmän aikaa potilaan kanssa keskusteluun ja hänen



potilasohjaukseensa. (Delaware & Lafortune 2010; Flinkman 2018, 16–21; Kotila ym. 2016, 9; Maier ym. 2018.) Kustannusvaikutusten laskeminen on vaikeaa, mutta sitä voidaan arvioida lääkärien palkkakustannusten säästymisellä ja lääkärien mahdollisuudella käyttää työaikansa vaativimpien potilaiden hoitoon. Laajennettujen työnkuvien kustannusvaikutukset ovat nähtävissä vasta tulevaisuudessa esimerkiksi pitkäaikaissairauksien hoidon ja seurannan suhteen. (Delaware & Lafortune 2010; Flinkman 2018, 17.)

Jokiniemi (2014) kuvaa väitöskirjassaan asiantuntijatehtävien toimeenpanoprosessia, joka koostuu tarveanalyysivaiheesta, suunnitteluvaiheesta, toimeenpanovaiheesta ja arviointivaiheesta. Keskeistä prosessissa on ydintoimijoiden välinen tiivis yhteistyö. Haasteita uusien laajavastuisten työkuvien asettamiselle asettaa yhdenmukaisten asiantuntijanimikkeiden puuttuminen, puutteet työkuvien valmistelussa sekä kuntien niukat taloudelliset resurssit. Työkuvien suunnittelussa tulisi huomioida mahdollisuus kehittää jo olemassa olevista työnkuvista tehokkaampia, vaikuttavampia terveydenhuollon toimintatapoja ja palveluja. Resurssit työkuvien juurruttamiseen tulee huomioida jo suunnitteluvaiheessa. Jokiniemen tutkimuksen mukaan esimerkiksi kliiniset asiantuntijat kohtaavat runsaasti haasteita toimenkuvan kehittämisessä. Lisäksi uusien tehtävänkuvien juurtuminen ei ole itsestäänselvyys. (Jokiniemi 2014, 38–39; Kotila ym. 2016, 35–39.) Kliinisen asiantuntijuuden tehtävänkuvan onnistumisen estäviä tekijöitä ovat organisaation tietämättömyys kliinisen asiantuntijan roolista, heikko tehtävänkuvan suunnittelu ja kliinisen asiantuntijan itseluottamuksen puute uuden roolin omaksumisessa (Wisur-Hokkanen ym. 2015, 799). Kliinisen asiantuntijan roolissa on tärkeää myös tiedottaa kliinisen asiantuntijan roolista, tehtävänkuvasta ja vastuualueista potilaille ja terveydenhuoltoalan henkilökunnalle. Roolia on syytä tarkastella myös suhteessa muihin sosiaali- ja terveysalan työntekijöihin organisaatiossa. (Fagerström & Glasberg 2011; Lindblad ym. 2010.)

## 4.2 Konsultoiva hoitaja

Suomessa konsultoivan hoitajan tehtäväkuva ei ole yleinen ja asiasta löytyy hyvin vähän tutkimustietoa. Australiassa Clinical Nurse Consultants (CNC) ja Nurse Consultants (NC) työskentelevät laaja-alaisesti erityisalojen asiantuntijoina. Yhteistyön ja konsultaatiotuen avulla heidän osaamisensa saadaan osaksi myös perusterveydenhuollon palveluita. Potilaiden monitahoisiin ongelmiin pystytään vastaamaan paremmin CNC:n tuen avulla parantaen potilaiden hoidon tuloksia ja heidän terveydentilaansa. (Almer ym. 2010.) Kliinisten konsultoitavien hoitajien työskentely syövänhoidon koordinaattoreina on

integroitu osaksi terveydenhuoltoa alueellisesti yksilöllisten tarpeiden mukaan (Bulsara 2016). Hollannissa palliatiivinen hoito on integroitu osaksi terveydenhuoltoa. Lisääntyvässä määrin sairaaloissa on moniammatillisia palliatiivisia tiimejä, jotka vastaavat palliatiivisen hoidon erityisasiantuntijaosaamisesta. Tiimeissä sairaanhoitajien ja NC:n työajassa on huomioitu palliatiivisten konsultaatioiden tekeminen itsenäisenä työskentelynä, ei osana muuta työtä. Palliatiivisilla tiimeillä on osoitettu olevan yhteys lisääntyneeseen potilastyytyväisyyteen, parantuneeseen elämänlaatuun elämän loppuvaiheessa sekä niiden avulla voidaan säästää terveydenhuollon kustannuksia. Tiimien menettelytavoissa, kokoonpanoissa sekä ammatillisessa osaamisessa on huomattavia eroja, joita pyritään jatkossa standardoimaan laadukkaamman palliatiivisen hoidon takaamiseksi. (Brinkman-Stoppelenburg ym. 2016.)

Suomessa palliatiivisia hoitajakonsultteja, jotka toimivat lääkärin työparina on muun muassa Tampereen, Kuopion ja Oulun yliopistollisissa sairaaloissa, Seinäjoen keskussairaalassa ja Päijät-Hämeen keskussairaalassa. (STM 2019b, 38–92.) Tampereen yliopistollisessa sairaalassa hoitajakonsultin tehtäviin kuuluvat sovitut potilas- ja läheistapaamiset, lääkityksen seuranta ja ohjeistus, jatkohoidon järjestelyt ja lupapaikkojen sopiminen, apuvälineiden hankinta, jatkohoitokontaktin muodostumisen varmistaminen ja lääkinefuusioiden aloitus. Hoitajakonsultin tehtävään kuuluu myös koulutus, opetus, ohjaus ja tuki. (Mikkonen & Rajala 2020, 4.)

Eteläisessä syöpäkeskuksessa Palliatiivinen hoitajakonsultti HYKS-ERVA erikoissairaanhoitoon -hankkeessa 2020 luotiin erikoissairaanhoidon tarpeita palveleva palliatiivisen hoitajakonsultin toimenkuva. ”Projektin tavoitteena oli parantaa erikoissairaanhoidossa palliatiivista hoitoa tarvitsevien potilaiden kokonaisvaltaista ja oikea-aikaista hoitoa sekä tukea erikoissairaanhoidon toimijoita palliatiivisen hoidon toteuttamisessa ja jatkohoidon järjestelyissä. Tavoitteena oli sekä parantaa hoidon laatua, että mahdollistaa käytettävissä olevien resurssien asianmukainen ja tehokas käyttö.” Hoitajakonsultti toimi arkin klo 8–16 ja lisäksi tarpeen mukaan myös alkuiltaan sijoittuvat läheistapaamiset vaativat toiminnalta joustamista. Hoitajakonsultti toimi palliatiivisen lääkärikonsultin parina osallistuen potilas- ja läheistapaamisiin ja teki itsenäisesti lääkäri- tai yhteiskäyntien jälkeisiä seurantakäyntejä. Lisäksi hoitajakonsultti kävi ohjaamassa lääkärikonsultin ohjeistuksella potilashoitoon liittyen yksiköiden henkilökuntaa palliatiivisen hoidon, saattohoidon ja oirehoidon toteutuksessa. Palliatiivisen hoitajakonsultin tehtävän kuvan teemoiksi muodostuivat potilaiden ja läheisten tukeminen, konsultointi ja yksiköiden tukeminen. Hoitajakonsultin osallistuminen varsinaiseen potilastoimintaan, kuten oirehoidon

ohjaukseen tai lääkinnällisten laitteiden käytön perehdytykseen ei noussut toiminnassa keskeisesti esille ehkä siksi, että toiminta painottui osastoille, joissa oirehoidolliset asiat olivat jo tuttuja perustoiminnasta. Hankkeessa tehdyssä tutkimuksessa vastaajat kokivat yhteistyön palliatiivisen hoitajan kanssa hyödylliseksi (95 %). Vastaajat kokivat hoitajakonsultin keskeisimmiksi rooleiksi potilas- ja läheiskeskustelun toteuttamisen, konsultaatiot ja henkilökunnan ohjauksen ja tuen. Tutkimuksessa vastaajat kokivat, että toimintaa voisi kehittää tehostamalla tiedottamista ja pitämällä yhteydenottokynnyksen matalana myös tulevaisuudessa. Vastaajat toivoivat toiminnalle jatkoa. Toiminnan pilotoinnin aikana tuli esiin tarve varhaiselle palliatiiviselle hoidolle erityisesti psykososiaalisen tuen muodossa. Hoitajakonsultti tuki potilaita hoidon eri vaiheissa riippumatta sairauden enusteesta. Palliatiivisen hoitajakonsultin itsenäinen toiminta ja omat käynnit yksiköissä mahdollistivat potilaiden varhaisen psykososiaalisen tuen ja hoidon ohjauksen. Erikoissairaanhoidon yksiköissä voi olla tarpeen priorisoida toimintaa työn hektisyyden vuoksi hoidon käytännön toteutukseen, jolloin palliatiivinen hoitajakonsultti -toiminnalla mahdollistettiin potilaille kiireetön kohtaaminen ja keskustelutuki osana erikoissairaanhoidon hoitoa. (Mikkonen & Rajala 2020, 1–21.)

Australialainen tutkimus osoittaa, että Clinical Nurse Consultantin tehtäväkuvassa painottuvat vahvasti kliininen käytännön hoitotyö ja siihen liittyvät konsultaatiotehtävät. Vastaajat kokivat, että kliininen työ ja konsultointi, kuten potilaan, läheisten ja henkilökunnan ohjaus ja neuvonta kuuluvat yleisesti heidän työnkuvaansa. Kliinisen johtamisen alueella CNC:t toimivat roolimallina sekä kliinisen hoidon kehittämisen johtamisessa. Koulutuksen alueella he toimivat kouluttajina ja laativat koulutusohjelmia. Palveluiden kehittämisen alueella he osallistuvat strategiseen ja operationaaliseen toimintaan ja kehittämiseen. Tutkimuksen alueella he hyödyntävät ja tuottavat tutkimustietoa. (Wilkes ym. 2015.)

Australiassa on hyödynnetty Generalist Community Nurse:n (GCN) ja CNC:n yhteistyötä perusterveydenhuollossa. GCN:n oli mahdollisuus konsultoida tai tehdä yhteiskäynti potilaan luokse CNC:n kanssa. Yhteiskäynnin aikana GCN:n oli mahdollisuus saada ohjausta ja seurata CNC:n toimintaa potilaiden kanssa. Yhteistyön avulla pystytään paremmin vastaamaan potilaiden yhä monitahoisempiin haasteisiin hoidettaessa muun muassa syöpäpotilaita kotona. (Almer ym. 2010.)

Australiassa kliinisten konsultoitavien hoitajien työskentely syövänhoidon koordinaattoreina on integroitu osaksi terveydenhuoltoa alueellisesti yksilöllisten tarpeiden mukaan. Metropoleissa syöpähoidon koordinaattorit (mCNC) ovat erikoistuneet eri syöpiin, ja potilaiden yksilölliseen hoitoon ja tuen antoon. Maaseudulla, missä etäisyydet ovat

suuremmat syöpähoidon koordinaattorit (rCNC) omaavat laaja-alaisemmin osaamista eri syöpäsairauksista, joka mahdollistaa alueen asukkaiden yksilöllisen ja monipuolisen tukemisen. Sekä metropoleissa että maaseudulla toimivien syövänhoidon koordinaattoreiden yhteistyö tukee potilaiden moniammatillista ja vaikuttavaa hoitoa. Tutkimuksen mukaan CNC:t käyttivät aikaa 11–26 tuntiin viikossa konsultaatioihin, kirjaamiseen, moniammatilliseen viestintään ja potilaan hoidon järjestämiseen ja ajanvarausten tekemiseen. Yhteydenottoja ja lähetteitä CNC:t saivat järjestyksessä eniten lääkäreiltä (19 %), toisilta CNC:lta (17 %), asiantuntijatapaamisissa (14 %) ja muulta sairaalan henkilökunnalta (12 %). Harvemmin asutulla alueella oli yleisempää lähettää potilas rCNC:n vastaanotolle yleislääkärin toimesta. Potilaista päivittäin tarvitsi apua oirehoidossa (59 %), psykososiaalisen tuen alueella (53 %), hoidon tarpeen arviointia (47 %) ja fyysisen tilan arviointia (47 %). Päivittäin hoitajien työhön kuului lähes puolella keskustelua potilaan terveydentilan muutoksista potilaan ja heidän omaistensa (53 %) kanssa. Viikoittain hoitajat (53 %) seurasivat sellaisten potilaiden vointia aktiivisesti, jotka vaativat enemmän huomioita komplisoituneen sairauden oireiden vuoksi. Potilasohjausta (53 %) ja läheisten ohjausta (47 %) kuului viikoittain työtehtäviin. Hoitajat tekivät päivittäin hoitosuunnitelmia, keskustelivat niistä moniammatillisesti sekä ohjasivat potilaita niiden noudattamisen tärkeydestä (35 %). Hoitajat toimivat päivittäin potilaan vuorovaikutuksen tukena tulkiten viestintää potilaalle ja heidän omaisilleen johtuen kulttuurieroista (41 %). Viikoittain CNC:t auttoivat potilasta ja hänen läheisiään esittämään kysymyksiä hoidosta hoitohenkilökunnalle (59 %) ja huolehtivat potilaan hoidon jatkuvuudesta (65 %). Lähes puolet (47 %) hoitajista kertoi osallistuvansa hoitokokouksiin viikoittain. Hoitajista 71 % kertoi potilailla olevan lähetteen saapumishetkellä monimutkaisia tuen tarpeita. Monimutkaisilla oireilla he tarkoittivat tilannetta, jossa potilaan tilanne vaatii jatkotoimenpiteitä, kuten ”merkittävä psyykinen ahdistus”, ”merkittävä fyysinen vamma” tai ”vakavat fyysiset oireet”. Tutkimus osoittaa, että CNC:t ovat avainasemassa parantamassa potilaiden ja heidän läheistensä kokemuksia ja selviytymistä syöpähoitojen raskaiden ja monimutkaisten hoitoprosessien aikana ja sen jälkeen. Hoitajilla oli erilaisia näkemyksiä rooleistaan, mutta kaikkia näitä roolien elementtejä käytettiin potilaan laadukkaan hoidon toteuttamiseksi. (Bulsara 2016.)

Australiassa tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin palliatiivisen konsultoivan hoitajan roolia kahdessatoista akuutissa sairaalassa Melbournessa, Australiassa. Heidän työnsä on hyvin moniulotteista. Maligneja sairauksia sairastavat potilaat muodostivat pääosan Palliative Care Nurse Consultants (jatkossa PCNC) potilaista. PCNC:t ovat monelle (73 %) palliatiivisen hoidon potilaille ja heidän omaisilleen ensimmäinen kontakti palliatiiviseen

hoidon asiantuntijaan. Eniten hoitajien kliininen työ sisälsi oirehoidon ohjausta, potilaiden ja heidän läheistensä psykososiaalisen tuen antamista, kotiuttamisen suunnittelua ja kotihoitoa, jossa kliininen työ sisälsi koulutusta ja ohjausta. Vähiten työ sisälsi saattohoitoa. Kuusikymmentäkaksi prosenttia malignia sairautta sairastavista potilaista kotiutettiin PCNC:n tuella. Lähes kuusikymmentä prosenttia ei-malignia sairautta sairastavista potilaista menehtyi sairaalassa. Tutkimus osoitti kuitenkin, että ihmiset ovat yhä tietoisempia siitä, että palliatiivinen hoito koskee myös muita kuin maligneja syöpäsairauksia. (O'Connor ym. 2008, 350–354.)

Iso-Britanniassa on saatu positiivisia tuloksia palliatiivisen hoitajan konsultaatiomahdollisuuden laajentamisesta viidestä seitsemään päivään viikossa. Kaksi syöpäkeskuksen kliinistä asiantuntijaa päivystää viikonloppuisin, toinen puhelimitse kotoa käsin ja toinen sairaalan tiloissa tehden käyntejä klo 9–17. Tutkimuksessa yhteydenottoja oli viikonloppuisin yhtä paljon kuin arkisin. Neljäsosa konsultaatioiden kokonaismäärästä hoidettiin viikonloppupäivystysten aikana, joista lähes kaksikymmentä prosentti koski uusia potilaita. Yli kaksikymmentä prosenttia uusista palliatiivisen konsultaation potilaista kuoli viikonlopun aikana. Konsultaatioiden aiheet koskivat hallitsematonta kipua (46 %), muita oireita (27,5 %), kuolevaa potilasta toisessa yksikössä (17 %), potilassiirron suunnittelua (4 %), voimien heikkenemistä (3 %), psyykkisen tuen tarvetta (2 %) ja uuden potilaan selkäytimen kompressioon liittyviä oireita (0,5 %). Yli puolessa (60 %) konsultaatioista kliininen asiantuntija havaitsi konsultaation aikana oireen, jota ei hoitava henkilökunta ollut havainnut. Yleisin näistä oli hallitsematon kipu ja muut oireet. Tutkimuksessa todetaan, että toiminnan lisääminen on osoittautunut tarpeelliseksi ja palvelu on saanut positiivista palautetta potilailta, omaishoitajilta ja hoitohenkilökunnalta. (Hall ym. 2013, 148–151.)

#### 4.3 Konsultaatio moniammatillisessa yhteistyössä

Sosiaali- ja terveydenhuollossa neuvon kysyminen toiselta ammattilaiselta on nopein tapa saada tukea ratkaistavaan ongelmaan ja on osa jokapäiväistä työskentelyä. Tutkimustietoa löytyy lääkäreiden välisistä konsultaatioista, mutta sairaanhoitajien konsultaatiokäytäntöjä on tutkittu hyvin vähän. Konsultaation perusedellytyksiä ovat tuen tarpeen tunnistaminen, tiedonkulku ja oikean tiedon välittyminen. Sähköiset potilastietojärjestelmät mahdollistavat kattavan tiedon saannin edellyttäen potilaan lupaa potilastietojen käsittelyyn. Konsultaatiosta hoitovastuussa olevan tahon tulee tehdä merkintä

potilasasiakirjoihin tekemästään konsultaatiosta. Konsultin on hyödyllistä tehdä konsultaatiosta kirjallinen vastaus, jotta hoito-ohjeet tai päätökset kirjautuvat oikein. Konsultaation tavoite ei yleensä ole hoitovastuun siirtäminen toiselle taholle. Konsultaatiossa ensimmäiseksi määritellään ongelma ja konsultaation kiireellisyys. Konsultti kouluttaa ja opettaa konsultoivaa tahoa ja se on parhaimmillaan oppimistilanne. Konsultaatiossa tulee ottaa huomioon konsultin ja konsultin erilaiset työympäristöt ja erilainen kliininen kokemus, mistä johtuen kysymyksen vaikeus ja kiireellisyys koetaan eri tavalla. Konsultointiin ei tulisi olla korkea kynnyks, sillä se on olennainen osa potilaiden hoitoa. Vuorovaikutuksessa tulee olla ammatillinen ja kollegiaalinen. Neuvon kysymiseen on aina perusteltu syy. (Louhimo 2019, 486–488.)

Olennaista hyvässä konsultaatiossa on hyvä valmistautuminen ja potilaan ja hänen tilanteensa tunteminen sekä selkeä kysymys, johon halutaan vastaus. Tärkeää on, että konsultti on itse tavannut ja tutkinut potilaan sekä tietää potilaan viimeisimmät parametrit ja tutkimukset. Konsultaatio aloitetaan kysymyksenasettelulla, jotta konsultin on helpompi etsiä ratkaisua ongelmaan jo puhelun aikana. Potilaan toimintakyky on olennaisempi tieto kuin hänen ikänsä. Erityisesti puhelimitse tapahtuvan konsultaation tulisi olla hyvin johdonmukainen. Konsultoinnin apuna voi käyttää esimerkiksi strukturoitua ja standardoitua kommunikaatiotyökalua (ISBAR). Sen avulla voi parantaa toimijoiden välistä kommunikaatiota, vähentää haittatapahtumia ja lisätä potilasturvallisuutta. Toimivien konsultaatiokäytäntöjen tavoite on potilaan hyvä hoito. (Louhimo 2019, 488–490.)

Moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan asiakaslähtöistä ja yhteisöllistä asiantuntijatyötä. Yhteistyöhön kuuluu jaettu vastuu ja päätöksenteko, yhteiset arvot ja jaettu tieto. Työskentely moniammatillisessa tiimissä on keskeinen tapa tehdä potilaslähtöistä työtä ja siihen liittyy rehellinen kommunikaatio, keskinäinen luottamus, toisten osaamisen kunnioitus ja yhteiset tavoitteet potilaan laadukkaan hoidon toteutumiseksi. Moniammatillisessa yhteistyössä työntekijöiden roolien tulisi olla joustavia, jotta kaikkien jäsenten resurssit saadaan käyttöön yli ammattilaisten roolirajojen. Moniammatillinen yhteistyö on yhä tarpeellisempaa ihmisten odotetun eliniän kasvaessa ja potilaiden ollessa yhä monisairaampia. Tiimissä työskentelyllä on myös merkitys työhyvinvoinnille. Se toimii turvaverkkona ja työnohjauksen paikkana. Moniammatillinen hyvin toimiva tiimityö mahdollistaa työyhteisön toimimisen myös sosiaalisen tuen muotona työntekijöille. Tiimissä on mahdollisuus jakaa moraalisesti, eettisesti sekä tunnetasolla vaikeita asioita. Tällaisessa moniammatillisessa työyhteisössä viihdytään ja jaksetaan tehdä työtä paremmin. (Isoherranen 2012, 19–20, 141, 146–147.)

Perusterveydenhuollon potilaat ovat yhä iäkkäämpiä ja monisairaampia. Useat pitkäaikaissairaudet ja useat rinnakkaiset lääkitykset vaativat usean eri erikoisalan osaamista. Konsultaatio on tärkeä työkalu potilaiden oikean hoidon varmistamiseksi. Perusterveydenhuollossa konsultaatiot ovat tärkeitä palvelujärjestelmän toimivuuden kannalta. Konsultaatiolla voidaan ehkäistä potilaiden turhaa siirtelyä yksiköiden välillä. Perusterveydenhuollon tehtävät ovat lisääntyneet ja potilaat pyritään hoitamaan yhä kustannustehokkaammin. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajapinnoilla on merkitystä laadukkaan hoidon takaamisessa potilaalle. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisellä hyvällä kommunikaatiolla on yhteys vähentyneisiin sairaalajaksoihin, jolloin saadaan kustannussäästöjä. (Louhimo 2019, 486; Parhiala ym. 2016.)

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kontaktipintoja on laajennettu uudella konsultaatiokäytännöllä. Helsingissä terveysasemilla ja Helsingin sairaalan yksiköissä kävi HYKS:n keuhkosairauksien erikoislääkäri paikan päällä tarpeen mukaan. Hän toimi pitkäaikaisti kontaktihenkilönä. Lisäksi perusterveydenhuoltoon avattiin puhe- ja kiireettömille konsultaatioille. Näiden rinnalla pidettiin perusterveydenhuollon henkilökunnan toiveiden mukaan tietoisuustyypinen räätälöity koulutusmalli perusterveydenhuoltoon. Tuloksena perusterveydenhuollon osaaminen keuhkosairauksien hoidossa vahvistui, potilaiden hoito toteutui nopeammin ja kynnys konsultaatioille madaltui. Konsultaatiokynnystä madalsi saman erikoislääkärin vastaaminen konsultaatiopuheluihin ja paikan päällä. Potilaiden siirtoa toiseen yksikköön tai lähetettä poliklinikalle ei enää tarvittu. Perusterveydenhuollon yksiköissä pystyttiin erikoislääkärin tuella ottamaan kantaa pitkälle edenneiden sairauksien hoidonlinjauksiin ja hoitoon sekä järkevöittämään lääkityksiä ilman erillistä käyntiä erikoissairaanhoidossa. Syksyllä 2020 toimintaa tehostettiin reaaliaikaisilla etäkonsultaatioilla ja digitaalisella palvelualustalla, jossa tietoisuuden ja konsultaatioiden toteuttaminen on mahdollista myös etänä. (Mattila ym. 2020, 2226–2228.)

Sulkakosken (2016, 40–42) tutkimuksessa konsultointi tapahtui ammattiryhmien välillä molemminpuolisesti sekä puhelimitse että kasvotusten. Yhteinen ammatillinen kieli ja äidinkieli vaikutti viestien välittymiseen toivotulla tavalla. Tutkimuksen mukaan myös lääkäri saattoi pyytää sairaanhoitajan näkemystä potilaan asiaan tai apua potilaan ohjaamiseen. Sairaanhoitajat konsultoivat lääkäriä hoitolinjoihin liittyen ja klinisen statuksen tutkimisen täydentämiseen. Potilaan lääkitykseen liittyvät konsultaatiot olivat hyvin tavallisia. Tutkittavat lääkärit ja lääkkeenmäääämis-oikeuden omaavat hoitajat kokivat

yhteisneuvottelun tärkeäksi keskinäisessä viestinvälityksessä. Yhteisneuvottelu sisälsi keskustelua ja siinä korostui yhdessä pohtimisen näkökulma.

Nurse Specialists (NS) tukevat Kanadassa kotihoidon työntekijöitä palliatiivisten potilaiden hoidossa. He osallistuvat potilaiden hoitoon kotona sekä jakavat asiantuntemustaan ja kokemustaan kotihoidon työntekijöiden kanssa jalkauttaen laadukkaan palliatiivisen hoidon toteutumisesta potilaiden kotona. Moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta NS:t mahdollistavat laadukkaan palliatiivisen hoidon potilaalle ja hänen läheisilleen yhteistyössä kotihoidon työntekijöiden kanssa. Potilaan hoitoa suunnitellaan yhdessä neuvotellen ja tietoa jaetaan puolin ja toisin. NS:t ohjaavat kotihoidon työntekijöitä potilaan hoitoon liittyvissä asioissa ja toimenpiteissä. Tärkeää on, että NS ei ole tuomitseva, vaan hyväksyy erilaiset ihmiset, uskomukset, käytöksen ja erilaiset näkökulmat. Tutkimuksessa kotihoidon työntekijät saattoivat torjua asiantuntija-avun, koska kokivat selviävänsä itsenäisesti ja kokivat oman ammattitaitonsa riittävän potilaan auttamiseen. (Arnaert 2009, 357–364.)



## 5 Kehittämiprojektin toteutus

### 5.1 Kehittämiprojektin eteneminen

Kehittämiprojektin etenemisen suunnitelma esitetään kuviossa 1. Kehittämiprojekti alkoi aiheen valikoitumisella syksyllä 2020. Teoreettinen viitekehys valmistui maaliskuussa 2021. Maalis-huhtikuussa 2021 muodostettiin kehittämiprojektin ohjausryhmä ja projektiryhmä. Ohjausryhmän kanssa sovittiin kehys projektin resursseille ja toiminnalle. Projektiryhmää informoitiin alustavasti projektin tavoitteista, keinoista ja käytännön toteutuksesta. Pilotitava palliatiivisen hoitajan tehtäväkuva (ks. tarkemmin kpl 5.2) suunniteltiin kirjallisuuskatsausta hyödyntäen kevään 2021 aikana. Pilotin aikana tehdyn tutkimuksen tarkoitus oli arvioida konsultoivan palliatiivisen hoitajan pilottia sekä todentaa sen perusteella palliatiivisen konsultoivan hoitajan tarpeellisuus Porin perusturvakeskuksessa. Arviointi tapahtui sekä konsultoivan hoitajan että hänen palveluaan käyttäneiden näkökulmasta. Projektisuunnitelma ja tutkimussuunnitelma valmistuivat huhtikuun aikana. Projektin tutkimukselliselle osalle haettiin tutkimuslupaa organisaatiosta projektisuunnitelman ja tutkimussuunnitelman hyväksynnän jälkeen. Tutkimuslupa myönnettiin Porin perusturvakeskuksesta kesäkuussa ja ostopalveluysiköistä elo-syyskuun aikana. Tutkimuslupien saaminen osalta ostopalveluysiköitä vaati useita sähköposteja asiasta muistuttamiseksi.

Projektista tiedotettiin elokuusta alkaen organisaatiossa sähköpostin ja projektia kuvaavan posterin avulla sekä organisaation henkilökunnan palaverissa. Tiedottaminen jatkui koko pilotin ajan. Pilotista tiedotettiin yksiköissä PowerPoint-esityksen avulla. Esittely sisälsi myös tietoa palliatiivisesta hoidosta sekä saattohoidosta. Esitys koettiin itsessään hyvin informatiivisena. Niiden avulla henkilökunta tunnisti potilastapauksia, joiden suhteen he halusivat konsultoida konsultoivaa hoitajaa. Projektille tehtiin julkaisu- ja viestintäsuunnitelma. Pilotti toteutui aikavälillä 22.9.2021-31.12.2021. Käynnistymisen viivästyminen aiheutui henkilöstön resurssipulasta. Joulukuun alussa 2021 pidettiin väliraportointi ohjausryhmälle. Väliraportointi sijoittuu myöhemmin kuin puoliväliin, jotta ohjausryhmälle olisi enemmän osoittaa tuloksia pilotin toiminnasta ja tutkimustuloksista. Tutkimusaineiston analysointi aloitettiin pilotin päätyttyä joulukuun lopussa 2021.

Kehittämiprojektin tulokset esitetään ohjausryhmälle ja projektiryhmälle keväällä 2022 toukokuussa. Lisäksi kehittämiprojektiin liittyy palliatiivisen hoidon koulutuspäivän

järjestäminen keväällä 2022, mikäli COVID-19 tilanne sen sallii. Koulutuspäivä keskittyy palliatiivisen hoidon osaamisen tunnistamiseen Porin perusturvakeskuksessa. Koulutussisällöt muodostuvat tutkimustulosten pohjalta sen mukaan, mistä aiheista tutkittavat ovat kaivanneet eniten ohjausta. Kehittämisprojektin tulokset esitetään organisaation henkilökunnalle osana koulutuspäivää, joka toimii myös palliatiivisen konsultoivan hoitajan roolin jalkauttamisessa organisaatioon. Mikäli palliatiivisen hoidon koulutuspäivä ei toteudu, niin valmis työ julkaistaan keväällä 2022 toukokuun aikana tallenteena organisaation henkilökunnalle.



Kuvio 1. Kehittämisprojektin etenemisen suunnitelma

Kehittämisprojektin kustannuksia olivat tietokone, puhelin ja puhelinliittymä konsultointeja tekeväälle projektipäällikölle. Lisäksi kustannuksia muodostui kyselyiden postituskustannuksista, jotka järjestyivät organisaatiosta. Ohjausryhmälle esitettiin kotisairaalan palliatiivisiin hoitajiin (kahdeksan henkilöä) viidenkymmenen prosentin työajan resurssin hankintaa kehittämisprojektin ajaksi, jolloin projektipäällikkö on sitoutunut kehittämisprojektin konsultaatioiden tekemiseen. Kotisairaalan henkilöstömäärä, kahdeksan palliatiivista hoitajaa on hyvin haavoittuva ulkoisille ja sisäisille uhkatekijöille, kuten pilotin ajanjaksona kävi ilmi. Kehittämisprojektille myönnettiin rahoitus Porin perusturvan tuottavuusohjelmasta elokuusta alkaen. Projektipäällikön palkkakustannukset (100 prosenttia) maksettiin tuottavuusohjelmasta elokuusta lähtien joulukuun loppuun. Käytännössä pilotin aloitus onnistui vasta 22.9.2021 Akuuttikotikeskuksen henkilöstöresurssien puutteen

vuoksi. Pilotin aikana projektipäällikkö oli toistuvasti estynyt tekemästä pilottiin liittyvää työtä Akuuttikotikeskuksen henkilöstöresurssien puutteen vuoksi. Lisäksi projektipäällikön toiveena oli vuosiloman siirto pidettäväksi myöhemmän ajankohtana, jotta pilotin ajanjakso ei olisi rikkonainen, eikä aktiivisen tiedottamisen hyötyä menetettäisi vuosiloman aikana. Toivetta ei voitu toteuttaa. Pilotin alaisesta työstä on aiheutunut ylityökustannuksia. Palliatiivisen konsultoivan hoitajan konsultaatiot ovat aikaa vieviä ja ongelmana on, että työtä ei jatka toinen hoitaja. Lisäksi pilottiin on liittynyt runsaasti koulutusmateriaalien laadintaa, tiedottamista sekä verkostoitumista yhteistyötahojen kanssa.

## 5.2 Palliatiivisen konsultoivan hoitajan pilotti

Palliatiivinen konsultoiva hoitaja ohjasi organisaation henkilökuntaa palliatiivisten- ja saattohoitopotilaiden hoidossa. Konsultoivan hoitajan tehtävänkuvan kehittäminen Porin perusturvakeskuksessa aloitettiin pilotointivaiheella, jossa kirjallisuuskatsaukseen sekä projektiryhmän ja ohjausryhmän jäsenten alustavaan ideointiin perustuvaa konsultoivan hoitajan tehtävänkuvaa kokeiltiin noin kolmen kuukauden ajan. Projektiryhmä tuki projektipäällikköä hänen suunnitellessaan ja toteuttaessaan konsultoivan hoitajan tehtävänkuvaa. Toimintaa oli tarpeen arvioida myös pilotin aikana ja pohtia toimintatapoja uudelleen yhdessä projektiryhmän kanssa. Projektiryhmän kollegiaalinen tuki oli projektipäällikölle hyvin tärkeä itsenäisen työnkuvan vuoksi. Yhdessä pohtiminen helpotti ratkaisujen tekemistä ja toiminnan uudelleen suuntaamista. Projektiryhmässä oli edustettuna sekä hoitotyön että lääketieteen edustajat, joka tuki moniammatillista työskentelyä.

Toimintamalli muodostui lopulliseen muotoonsa projektin toteutusvaiheen aikana. Palliatiivisen konsultoivan hoitajan toiminnan periaatteena oli, ettei ole niin pientä asiaa, mitä ei voisi kysyä potilaan hoidon suhteen. Toiminta oli ennaltaehkäisevää, joten konsultaatiot eivät voineet koskea akuutteja, potilaan tilan äkillistä heikkenemistä tai henkeä uhkaavia tilanteita. Konsultoiva hoitaja ohjasi potilaan tällaisessa tilanteessa oikealle hoitopolulle eli esimerkiksi ohjasi hoitohenkilökuntaa ottamaan yhteyttä mobiilitoimintaan tai hätäkeskukseen. Akuuteissa tilanteissa konsultoiva hoitaja otti potilaan hoitaakseen, mikäli se oli ajallisesti mahdollista.

Konsultointi tehtiin puhelimitse tai jalkautumalla eli käyntinä potilaan luokse. Potilaan asioista keskustelemiseen vaadittiin potilaan lupa. Omaisen lupa pyydettiin, jos potilas ei itse kyennyt ilmaisemaan itseään tai antamaan suostumustaan. Konsultaatio saattoi koskea myös esimerkiksi palliatiivisen tai saattohoitopotilaan oirehoitoon liittyvää tiedon

tarvetta ilman potilaan nimeämistä. Tällöin potilaan tai lähiomaisen lupaa ei ollut tarpeen pyytää. Konsultointi edellytti aina henkilökunnan paikalla oloa tilanteessa. Kyseessä oli ohjaustilanne, josta oli tarkoitus oppia. Ohjaustilanteessa oli paikalla 1–5 henkilökuntaan kuuluvaa kerrallaan. Konsultoivaan hoitajaan otettiin yhteyttä palliatiivisten- ja saattohoitopotilaiden oirehoitoa koskevissa tilanteissa. Konsultaatiot koskivat myös toimenpiteisiin liittyvää ohjausta paikan päällä, ohjausta hoidonrajausten ja hoitolinjauksien suhteen potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan kesken. Palliatiivinen konsultoiva hoitaja ohjasi ja avusti henkilökuntaa haastavissa keskusteluissa hoitolinjasta tai lähestyvistä kuolemista sekä oli apuna hoitokokouksissa ja potilaan jatkohoitosuunnitelmiin liittyvissä keskusteluissa. Konsultoiva hoitaja toimi myös saattaen tilanteissa, joissa potilaalle oli tehty palliatiivisen hoidon päätös ja hän oli siirtymässä tehostettuun palveluasumisen yksikköön. Palliatiivinen konsultoiva hoitaja ohjasi myös hoitopoluissa, tunnisti potilaita, jotka olivat pudonneet hoitopolulta ja konsultoi palliatiiviseen hoitoon erikoistunutta lääkäriä tarpeen sitä vaatiessa. Etänä toimivien lääkäripalveluiden lääkärit lähettivät konsultaatiopyyntöjä palliatiiviselle konsultoivalle hoitajalle potilaan fyysisen tilan arvioimiseksi paikan päällä ja esimerkiksi ascitespunktion tarpeen arvioimista varten.

Konsultaatioille varattiin kolme päivää viikosta projektipäällikön työajasta. Konsultaatiot ajoitettiin tiistaille, keskiviikolle ja torstaille. Pilotin loppuvaiheessa konsultaatiopäiviä varattiin myös muille päiville johtuen projektipäällikön vuosilomista sekä mahdollistaen koulutusten ja yhteistyöpalaverien pitämisen organisaation henkilökunnalle ja verkostoille pilotin aikana. Konsultaatioille varattiin ajanvarauskirja, johon Akuuttikotikeskuksen henkilökunta, organisaation muu henkilökunta sekä ostopalveluyksiköiden henkilökunta varasivat etukäteen konsultaatioaikoja muinakin viikon päivinä. Konsultaatioita varten projektipäälliköllä oli puhelin ja puhelinnumero puheluiden vastaanottamista varten sekä kannettava tietokone työskentelyä varten. Life Care potilastietojärjestelmään konsultaatiokäynnit kirjattiin PKL-HOI lehdelle Palliatiivinen konsultoiva hoitaja, hoitotyön konsultaation alle. Konsultaatiopuhelu tai -käynti oli potilaalle maksuton. Konsultaatioihin vastasi pääsääntöisesti projektipäällikkö. Sijaisen järjestäminen projektipäällikön vuosiloman ajaksi koettiin hankalana, koska projektipäällikön palkkakustannukset maksettiin tuottavuusohjelmasta.

Kehittämistoiminnan tarkoituksena oli, että sen seurauksena syntyy uusi toimintatapa, tässä tapauksessa palliatiivisen konsultoivan hoitajan tehtäväkuva. Kehittämisprojektin aikana palliatiivinen konsultoiva hoitaja toimi palliatiivisen kotisairaalan konsultaatiokanavana osastoille, tehostettuihin palveluyksiköihin sekä kotihoitoon.

Kehittämistoiminnan menetelmä noudatti konstruktivistista mallia, joka sisältää kehittämishankkeen huolellisen suunnittelun, hankkeen vaiheistuksen, toiminnasta oppimisen, osallisuuden, tutkimuksellisen kehittämisotteen ja menetelmäosaamisen. (Salonen 2013, 7,13.)

### 5.3 Eettisyys ja luotettavuus

Kehittämiprojektissa noudatetaan samoja eettisiä periaatteita kuten tutkimuksessakin (Hirsjärvi 2018, 23–27). Kehittämiprojektin aihe valikoitui potilaiden tasavertaisuuden näkökulmasta. Kaikilla potilailla tulisi olla tasavertainen oikeus laadukkaaseen palliatiiviseen hoitoon hoitopaikasta tai asuinpaikasta riippumatta. Hoidon laatuun ja saatavuuteen ei tulisi myöskään vaikuttaa se, onko potilas hoidettavana perusterveydenhuollossa vai erikoissairaanhoidossa. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämistyöstä huolimatta kaikille ei voi vielä taata oikea-aikaista, yksilöllistä ja kokonaisvaltaista palliatiivista hoitoa. Henkilökunnalla tulee olla myös mahdollisuus tukeen ja ohjaukseen potilaiden palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeissa. Kokemus siitä, että pystyy helpottamaan potilaan ja hänen läheistensä kärsimystä lisää henkilökunnan työhyvinvointia.

Kehittämiprojektin pilotissa varmistettiin potilaiden tai heidän edustajansa lupa palliatiivisen konsultoivan hoitajan -palvelun käyttämiseen. Lupaa kysyttiin, jotta potilaalla tai hänen edustajallaan oli tieto konsultoivan hoitajan käytöstä sekä myös mahdollisuus kieltäytyä siitä. Lisäksi konsultaatiossa käsiteltiin potilaan terveystietoja, joka edellyttää potilaan tai hänen edustajansa lupaa tietojen käsittelyyn. Kehittämiprojektissa oli haastavaa potilaan ja hänen läheistensä sekä henkilökunnan tiedonsaanti mahdollisuudesta käyttää asiantuntijapalvelua apuna potilaan hoidossa. Laajasta tiedottamisesta huolimatta henkilökunta ei ollut tietoinen pilotista tai tietoa ei käytetty hyödyksi, joka heikentää tasavertaisen asiantuntija-avun saatavuutta. Tulevaisuudessa tulisi harkita myös potilaiden ja heidän läheistensä tiedottamista maksuttoman asiantuntijapalvelun käyttämisen mahdollisuudesta.

Kehittämiprojektin luotettavuutta edistettiin muun muassa riskeihin varautumalla. Riskeihin varaudutaan ennakoimalla ja suorittamalla jatkuvaa arviointia. Projektille tyypilliset riskit tunnistetaan etukäteen ja niihin varaudutaan. Mahdolliset toimenpiteet riskin toteutuessa suunnitellaan etukäteen. (Mäntyneva 2016, 131–137; Viirkorpi 2000, 35–37.) Kehittämiprojektin yksi keskeinen riski oli resurssin riittämättömyys eli projektipäällikön ajan puute, mikäli kehittämiprojekti olisi pitänyt tehdä oman työn ohella. Ohjausryhmälle

ehdotettiin lisäresurssin hankkimista kehittämisprojektin ajaksi perustuen projekti- ja tutkimussuunnitelmaan. Ratkaisu rahoitusongelmaan löytyi Porin perusturvan tuottavuusohjelmasta.

Riskinä oli myös, että palliatiiviseen konsultoivaan hoitajaan ei oteta yhteyttä. Tämä riski ei toteutunut, vaan projektipäällikkö sai yhteydenottoja. Kokemus, että kehittämisprojekti oli alkanut tarpeesta, osoittautui oikeaksi. Mikäli konsultaatiopyyntöjä ei niille varattuina päivinä ollut, projektipäällikkö työskenteli palliatiivisena hoitajana omassa työpisteessään muiden apuna. Konsultaatiopyyntöjen määrä oli osoitus tehtävänkuvan tarpeellisuudesta.

Kehittämisprojektista tiedottamisen toteutuminen oli yksi riskeistä. Projektista tiedotettiin usealla tavalla: posterin avulla, sähköpostilla ohjausryhmän välityksellä sekä organisaation palaverissa sekä työpisteissä. Useasta tiedottamiskanavasta huolimatta tietoisuus pilotista oli vähäisempää kuin aiemmin oli oletettu. Syynä oli henkilökunnan kiire ja riittämätön tutustuminen sähköpostin sisältöön. Pilotin esittelyjen ja konsultaatioiden aikana kävi ilmi, että henkilökunnalla on vaikeuksia tunnistaa palliatiivinen potilas ja ongelmat hänen oirehoidossaan.

Konsultaatioiden lisäksi henkilökunta toivoi palliatiivisen hoidon koulutuksia ja uudenlaisia tiiviimpiä yhteistyön muotoja palliatiivisen kotisairaalan kanssa. Projektissa työmäärä vaihteli runsaasti projektin eri osissa. Projekti oli kuitenkin ajallisesti rajattu. Tämän tiedostaminen helpotti selviytymään suuresta työmäärästä. Projektipäällikön mahdolliset osaamispuutteet koettiin riskinä, mutta kehittämisprojektin ympärille koottu ohjausryhmä ja projektiryhmä mahdollisti avun saamisen tarvittaessa.

Kehittämistoiminnan yhteydessä tuotettu tieto tulee olla hyödyllistä, mikä on edellytys kehittämistoiminnan luotettavuudelle (Toikko & Rantanen 2009, 121–123). Kehittämisprojekti oli hyvin tarkkaan etukäteen suunniteltu ja toteutettu, mikä lisää projektin luotettavuutta. Projektin aikana noudatettiin etukäteen tehtyä suunnitelmaa, mutta lisäksi koko projektin ajan arvioitiin, tuleeko toimintatapaa muuttaa tavoitteen saavuttamiseksi. Kehittämisprojektin arviointi on tehty näkyväksi lukijalle kuvaamalla, miten arviointia on toteutettu ja millaisia tuloksia kehittämisprojektin arvioinnista on saatu. Kehittämisprojektin tuloksista tiedotetaan avoimesti ja rehellisesti. Kehittämisprojektissa tuotettu tietoa voidaan käytännössä hyödyntää kehitettäessä laajavastuisia sairaanhoitajan työnkuvia ja integroitaessa palliatiivista hoitoa osaksi perusterveydenhuoltoa. Palliatiivisen

konsultoivan hoitajan tehtäväkuva on siirrettävissä käytettäväksi myös muihin palliativisiin kotisairaaloihin.

Mikäli kehittämistoimintaan liittyy tutkimuksellisia asetelmia, luotettavuuden kriteerit noudattavat tieteellisen luotettavuuden kriteerejä (Toikko & Rantanen 2009, 121). On tärkeää arvioida kehittämisprojektin tutkimuksellisen osion validiteettia eli mitataanko tutkimuksessa sitä, mitä tutkimuksen oli tarkoitus mitata. Tutkimus tulisi myös voida toistaa ja saada samanlaisia tuloksia. Kehittämisprojektin toimijoiden sitoutuneisuudella toimintaan on myös merkitystä luotettavuudelle. Kehittämistoiminnassa toistettavuuteen liittyy ongelmia, koska täysin samanlaista alkuperäisasetelmaa ei ole mahdollista luoda uudelleen. (Toikko & Rantanen 2009, 121–124.) Kehittämisprojektin tutkimuksellisen osio mitarit on kehitetty projektipäällikön toimesta harkiten, mutta ilman aiempaa kokemusta vastaavasta tutkimustyöstä. Kehittämistoiminnan tuloksena on syntynyt muutos, jolloin myöskin toistettu tutkimus tuottaisi erilaisia tuloksia. Projektipäällikkö oli sitoutunut toimintaan ja osallistui kaikkiin kehittämisprojektin vaiheisiin, joka edistää kehittämisprojektin luotettavuutta.

## 6 Kehittämiprojektin tutkimuksellisen osion toteuttaminen

### 6.1 Tutkimuksen tavoite, tarkoitus sekä tutkimuskysymykset

Kyselytutkimuksen palliatiivisen konsultoivan hoitajan palvelua käyttäneille tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, miten henkilökunta on kokenut palliatiivisen konsultoivan hoitajan palvelun pilotin aikana. Palliatiivisen konsultoivan hoitajan havainnointirungon tavoitteena taas oli tuottaa tietoa siitä, minkälaisia konsultaatiot ovat olleet pilotin aikana.

Tutkimuksen tarkoitus oli arvioida konsultoivan palliatiivisen hoitajan pilottia sekä todentaa sen perusteella palliatiivisen konsultoivan hoitajan tarpeellisuus Porin perusturvakeskuksessa. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää myös palliatiivisen koulutuspäivän suunnittelussa.

Kehittämiprojektin tutkimuksellisen osan tutkimuskysymykset pilotin aikana toteutuneiden konsultaatioiden osalta sekä palliatiivisen konsultoivan hoitajan -palvelua käyttäneiden hoitajien näkökulmasta:

1. Minkälaisia pilotin aikana tehdyt konsultaatiot olivat?
2. Miten henkilökunta on kokenut palliatiivisen konsultoivan hoitajan palvelun pilotin aikana?

### 6.2 Mittarit ja aineistonkeruun toteutus

Kyselytutkimus oli valikoitunut tutkimusmenetelmäksi, jotta kerätty tutkimusaineisto olisi mahdollisimman laaja sekä tarpeesta kysyä tutkittavien mielipidettä kaikilta vastaajilta samalla tavalla (Hirsjärvi ym. 2018, 193–193). Sähköisen kyselyn etuja ovat lisäksi taloudellisuus, nopeus, helppous ja ympäristön säästäminen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 120). Tutkimuksessa käytettiin kahta eri aineistonkeruuvälinettä, joiden tavoitteena oli tuoda tutkittavasta aiheesta esiin erilaisia näkökulmia keräämällä aineistot eri tasoilla palliatiivinen konsultoi hoitaja -palvelua käyttäneiden sekä palliatiivisen konsultoivan hoitajan näkökulmasta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 76–77).



### 6.2.1 Kyselytutkimus Palliatiivinen konsultoiva hoitaja -palvelua käyttäneille Porin perusturvakeskuksessa

Kyselytutkimuksen kohderyhmä oli Porin perusturvakeskuksessa palliatiivinen konsultoiva hoitaja -palvelua käyttäneet. Projektipäällikkö arveli, että palvelua todennäköisimmin käyttää Akuuttihoitokeskuksen henkilökunta (n = 37), Terveys- ja Sairaalapalveluiden henkilökunta (n=757), Vanhuspalveluiden henkilökunta (n =903) sekä yksityisten palveluntuottajien henkilökunta, joilta Porin perusturvakeskus ostaa ikääntyneille tuotettua palveluasumista. (Porin Perusturvan toimintakertomus 2017). Porin Perusturvakeskuksen ja ostopalveluyksiköiden henkilökunnalla oli mahdollisuus ottaa yhteyttä palliatiiviseen konsultoivaan hoitajaan. Kysely toteutettiin kontrolloituna, informoituna kyselynä eli konsultoinnin jälkeen kyselytutkimuksen linkki lähetettiin asianomaiselle hoitajalle (Hirsjärvi ym. 2018, 196). Konsultaatiotilanteessa tavattaessa hoitajalle annettiin vaihtoehtoisesti paperinen versio vastaamista varten. Sähköinen kysely toteutettiin Webropol-online työkalulla. Paperisesta versiosta vastaukset siirrettiin identtisinä Webropol-online työkaluohjelmistoon. Kyselylinkki lähetettiin tai vaihtoehtoisesti paperinen versio kyselystä annettiin kaikille palvelua käyttäneille eli kyseessä oli kokonaistutkimus (Hirsjärvi ym. 2018,179). Aineistoa kerättiin näin koko pilotin ajan eli alkaen syyskuun 22.9.2021 jatkuen joulukuun 2021 loppuun.

Tutkimuksen aineistonkeruuväline, Webropol-online kyselylomake (Liite 1) sisälsi vastaajia koskevia taustakysymyksiä, monivalintakysymyksiä, teoreettisista lähtökohdista johdettuja väittämiä ja yhden avoimen kysymyksen, joka antoi vastaajille mahdollisuuden ilmaista itseään omin sanoin. Teoreettisista lähtökohdista johdetut väittämien vastausvaihtoehdot oli muodostettu Likertin asteikkoa hyödyntäen, jotta vastaaja voi valita vaihtoehtoista sen, mikä kuvasi parhaiten hänen mielipidettään. (Hirsjärvi ym. 2018, 198–201.) Lomakkeen esitestauksen avulla voidaan arvioida ja parantaa kyselylomakkeen muotoa, järjestystä ja ymmärtävyyttä, joten lomakkeen esitestaus tehdään ennen tutkimuksen alkamista (Tähtinen ym. 2020, 29). Aineistonkeruuväline palliatiivisen konsultoitavan hoitajan palvelua käyttäneille esitettiin projektiryhmään kuuluvan kotisairaalan lääkärin ja mobiililääkärin valitsemilla kahdesta-neljään potilastapauksilla.

## 6.2.2 Konsultaatioiden seuranta pilotin aikana

Palliativinen konsultoiva hoitaja seurasi konsultaatioiden toteutumista havainnointirungon (Liite 2.) avulla koko pilotin ajan eli alkaen syyskuun 22.9.2021 jatkuen joulukuuhun 2021. Havainnointirungon avulla projektipäällikkö havainnoi konsultaatioiden ajankäyttöä, asiasisältöjä, konsultaatioiden toteutusta (puhelu ja/tai käynti), jaettuja materiaaleja ja lääkärin konsultointitarvetta. Palliativisen konsultoivan hoitajan havainnointirunko esitettiin projektiryhmään kuuluvan kotisairaalan lääkärin ja mobiililääkärin valitsemilla kahdesta-neljään potilastapauksilla

## 6.3 Aineiston analysointi

Molemmat aineistot oli tarkoitus analysoida SPSS (Statistical Package for Social Sciences) tilasto-ohjelmistoa hyödyntäen. Tilasto-ohjelman saatavuusongelman vuoksi suunnitelmasta jouduttiin luopumaan. Lisäksi tilasto-ohjelman käyttö olisi vaatinut projektipäälliköltä uuden taidon opettelua, mikä ei ollut ajallisesti mahdollista. Aineistot analysoitiin Webropol-Online ohjelmistoa ja Excel-ohjelmistoa apuna käyttäen. Tutkimuksessa käytetään kuvailevaa tilastollista analyysiä ja ristiintaulukointeja. Tuloksia havainnollistetaan pylväskuvioin. (Tähtinen ym. 2020, 36–37,165.)

Avoimet vastaukset teemoiteltiin sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysi avulla on mahdollista analysoida erilaisia aineistoja ja samalla kuvata niitä. Menetelmän avulla tiivistetään aineistoa, jolloin tutkittavia aineistoja kuvataan yleistävästi. Sisällönanalyysin vahvuuksia ovat sisällön sensitiivisyys ja tutkimusasetelman joustavuus. Sen avulla tavoitetaan merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 167–169.) Aineistosta paikannettiin tutkimusongelman kannalta olennaiset teemat. Teemojen käsittelyn yhteydessä esitettiin katkelmia aineistosta eli vastaajien avoimista vastauksista, jotta teemoittelu havainnollistuu lukijalle. (Menetelmäopintojen tietovaranto) Tutkimustulosten avulla todennettiin, oliko palliativisen konsultoivan hoitajan tehtävänkuvalle tarvetta Porin Perusturvakeskuksessa ja millaisena pilotoitu toimintamalli koettiin.

#### 6.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Kehittämiprojektin tutkimuksellisessa osuudessa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimus suunniteltiin ja dokumentoitiin huolellisesti sekä tutkimuksen tulokset raportoitiin avoimesti, huolellisesti ja rehellisesti. Tutkimukseen käytettiin tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Muiden tutkijoiden työ ja saavutukset on osoitettu ja tunnustettu aiemmista tutkimuksista. Tutkimukseen osallistuminen oli tutkittaville vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistujille annettiin riittävä määrä tietoa, jotta heillä oli mahdollisuus arvioida tutkimukseen osallistumishalukkuuttaan. Tutkimus sisälsi saatekirjeen (Liite 3.) sekä tietosuojaselosteen, joiden perusteella tutkittava arvioi halukkuuttaan osallistua tutkimukseen. (Hirsjärvi 2018, 24–27; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 219; Menetelmäopin tojen tietovaranto.) Tutkimustietoja ei luovutettu kenellekään ulkopuoliselle ja aineisto säilytettiin salasanalla suojattuna lukitulla tietokoneella. Kehittämiprojektin päätyttyä valmiin työn esittämisen jälkeen tutkimusaineisto hävitettiin. Tutkittavat eivät ole tunnistettavissa kehittämiprojektin loppuraportista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 221.) Tutkimukseen osallistuneita ostopalveluyksiköitä ei yksilöity aineiston analysoinnissa, koska projektipäällikkö lupasi tutkimukseen osallistujille mahdollisuuden osallistua anonymisti. Näin ollen mikään organisaation omista yksiköistä tai ostopalveluyksiköistä ei erotu aineiston analyysissa sille vahingollisella tavalla. Kaikki tutkimukseen pyydetty yksiköt eivät osallistuneet tutkimukseen tai eivät käyttäneet mahdollisuutta palliatiivinen konsultoiva hoitaja -palvelun käyttöön. Tutkimukselle haettiin tutkimuslupaa Porin perusturvakeskuksen ohjeiden mukaisesti toukokuussa ja elo-syyskuussa ostopalveluyksiköistä heidän ohjeidensa mukaisesti.

Tutkimusprosessi on selkeästi avattava lukijoille. Tutkijan on kuvattava analyysinsä mahdollisimman tarkasti ja lisäksi on hyvä käyttää apuna taulukointeja, liitteitä, joiden avulla analyysin etenemistä kuvataan alkuperäistekstistä alkaen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 197–198.) Tutkimuspolun seuraaminen tehtiin lukijalle helpoksi dokumentoimalla ja havainnollistamalla tutkimuksen vaiheet. Aineiston analyysimenetelmät on selostettu hyvin tarkkaan. Aineistonanalyysimenetelmän tarkka kuvaaminen liittyy olennaisesti tutkimuksen luotettavuuteen. Kuvaamalla menetelmät ja apuvälineet, tutkija osoittaa, miten hän on analyysinsa tehnyt ja miten hän perustelee valintojaan. Analyysin avaamisen avulla lukija pystyy seuraamaan analyysia ja arvioimaan, onko analyysi perusteltu, uskottava ja mahdollisemman luotettava. (Menetelmäopintojen tietovaranto)

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan tutkimuksen mittarin kautta. Mitä taako tutkimuksessa käytetty mittari sitä, mitä sen oli tarkoitus mitata ja onko teoreettiset käsitteet pystytty luotettavasti operationalisoimaan muuttujiksi? Jokaiselle mittareissa käytettävälle muuttujalle löytyivät perustelut kirjallisuudesta, joka on esitetty teoreettisessa viitekehyksessä. Molemmat mittarit olivat hyvin laajoja ja sisälsivät turhan monta kysyttävää asiaa. Kyselytutkimuksessa palvelua käyttäneille käsitteitä ei avattu vastaajille riittävästi, mikä on johtanut siihen, että vastaaminen on vaatinut vastaajilta tulkintaa. Havainnointirungon suunnittelussa mittaria olisi pitänyt yksinkertaistaa. Laajuuden vuoksi sen käyttö havainnoinnin apuna oli työlästä. Mittareiden laadintavaiheessa jäi huomaamatta käsitteiden tulkintaongelma ja päällekkäisyys. Päällekkäisyyttä oli vastausvaihtoehdoissa j. Fyysisen tilan arviointi (voinnin heikkeneminen) ja p. Palliatiivisen ja saattohoidon tunnistamisen tarve sekä m. Hoitosuunnitelma (sisältää kotiutuksen suunnittelun), o. Ennakoiva elämän loppuvaiheen suunnitelma ja Hoidonrajaus ja hoidonlinjaus- käsitteissä. Lisäksi psykososiaalinen tuki-käsite ei ollut henkilökunnalle tuttu, vaan vastaajat valitsivat vaihtoehdon k. Keskustelu terveydentilan muutoksista potilaan tai hänen läheistensä kanssa. Kysymyksen 3 vastausvaihtoehtoja karsimalla ja/tai sen vaihtoehtojen käsitteitä selkeyttämällä se olisi kyennyt vastaamaan tutkimuskysymyksiin yksiselitteisemmin.

Lomakkeen tulee olla riittävän kattava, jotta tutkimusilmiön osa-alueet eivät jää mittaamatta. Kuitenkin sen tulee olla myös yksiselitteinen ja selkeä, jotta kysymykset merkitsevät samaa kaikille vastaajille, mikä ei tässä tutkimuksessa täysin toteutunut. Mittarit esiteltiin, millä varmistetaan niiden luotettavuutta ja toimivuutta ennen varsinaista tutkimusta. Erityisen tärkeää se on, kun käytetään tutkimusta varten kehitettyjä mittareita, kuten tässä tutkimuksessa. Esitestauksessa ongelmia ei vielä havaittu, vaan vasta pilotin aikana. Aineistotriangulaation avulla tutkimuksessa kerätään useita aineistoja saman ongelman ratkaisemiksi. Tämä on keino lisätä tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi 2018, 198–204, 233; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 189–195.) Tämän tutkimuksen kaksi aineistoa todensivat kumpikin omista näkökulmistaan palliatiivisen konsultoivan hoitajan tarpeellisuutta.

Tutkimus on sitä luotettavampi, mitä suurempi vastanneiden määrä on ja mitä parempi vastausprosentti on (Vilkkä 2007, 149–150). Kyselytutkimuksen vastausprosentti oli kolmekymmentäkolme (33 %) prosenttia. Vastaajien joukko oli hyvin laaja ja hajallaan, joten vastausten karhuaminen olisi ollut hyvin työlästä ja aikaa vievää. Suurelle joukolle lähetetyn lomakkeen vastausprosentti voi olla parhaimmillaan 30–40 prosenttia (Hirsjärvi

2018, 196). Avoimella ja monipuolisella tiedottamisella pyrittiin lisäämään tutkimukseen osallistumista. Projektista tiedotettiin organisaatiossa sähköpostin ja projektia kuvaavan posterin avulla sekä organisaation henkilökunnan palaverissa. Tiedottaminen jatkui koko pilotin ajan. Palliatiivisen konsultoivan hoitajan toiminnalla vastattiin henkilökunnan tarpeeseen saavuttaa palliatiivisen hoidon asiantuntijat aikaisempaa matalammalla kynnyksellä, jonka olisi toivonut edistävän kyselyyn vastaamista. Vallitseva Covid-19 tilanne ja työn hektisyys vaikuttavat kyselytutkimukseen vastaamiseen.

Tutkimusaineiston tarkastaminen ennen analysoinnin aloittamista lisää aineiston analyysin luotettavuutta (Vilkka 2007, 106). Tutkimusaineiston käsittelyssä saatu aineisto tarkistettiin kyselytutkimuksen määräajan umpeuduttua. Projektipäällikkö tarkasti lomakkeiden tiedot sekä arvioi vastausten laadun. Yhtään lomaketta ei ollut tarpeen poistaa, mutta havainnointirungon lomakkeita oli tarpeen täydentää. Tutkimusprosessi, aineiston analyysimenetelmät ja aineiston analyysi tulee avata lukijoille. Tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 197–198; Menetelmäopintojen tietovaranto). Analyysin tulokset tulee esittää mahdollisimman puolueettomasti (Vilkka 2007, 16, 160). Kehittämishankkeen raportoinnissa nämä on avattu lukijalle hyödyntäen kuvia, taulukointeja ja liitteitä, joiden avulla analyysin etenemistä kuvataan alkuperäistekstistä alkaen. Objektiivisen raportoinnin edistämiseksi raportoinnissa on esitetty numerotietoja.

Tutkimuksessa käytetyt mittarit sisälsivät vastanneiden avoimia vastauksia sekä konsultoivan hoitajan kuvauksia konsultaatioista. Avoimet vastaukset teemoiteltiin sisällönanalyysin avulla. Teemoittelu on avattu tekstissä tutkimuksessa tehtyjen valintojen perustelemiseksi lukijalle. Vastaajien autenttisia ilmaisuja on esitetty tekstissä, jotta lukijalla olisi mahdollisuus nähdä, mistä yleisemmästä käsitteestä ne ovat esimerkkejä. Autenttiset ilmaisut myös rikastavat tekstiä. Projektipäälliköllä ei ole aikaisempaa kokemusta sisällönanalyysin tekemisestä. Analyysivaiheen teemoittelussa ei ole alun perin huomioitu esimerkiksi, sitä että konsultaatiot sisälsivät useita asiasisältöjä, mikä heikentää analyysin luotettavuutta erityisesti havainnointirungon avoimien vastausten osalta.

## 7 Tutkimustulokset

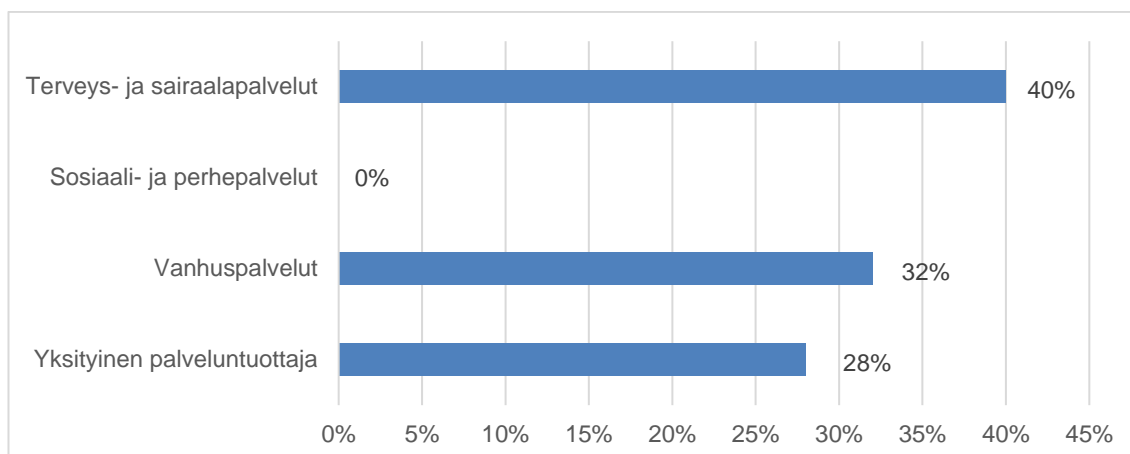
### 7.1 Henkilökunnan kokemukset palliatiivisen konsultoivan hoitajan palvelusta pilotin aikana

Kyselytutkimuksen palliatiivisen konsultoivan hoitajan palvelua käyttäneille tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, miten henkilökunta on kokenut palliatiivisen konsultoivan hoitajan palvelun pilotin aikana. Tutkimuksen tarkoitus oli arvioida konsultoivan palliatiivisen hoitajan pilottia sekä todentaa sen perusteella palliatiivisen konsultoivan hoitajan tarpeellisuus Porin perusturvakeskuksessa.

Konsultaation jälkeen kyselytutkimuksen linkki lähetettiin konsultaatioon osallistuneille hoitajille tai konsultaation jälkeen hoitajille annettiin vaihtoehtoisesti paperinen versio vastaamista varten. Palliatiivinen konsultoiva hoitaja seurasi konsultaatioiden toteutumisesta havainnointirungon (Liite 2.) avulla koko pilotin ajan. Havainnointirungon mukaan konsultaatioita oli kahdeksankymmentäkolme (N=83). Konsultaatioihin osallistuneen henkilökunnan määrää ei havainnointirungon seurannassa kirjattu. Projektipäällikön arvioon mukaan konsultaatioihin osallistui yhdestä viiteen henkilökunnan jäsentä. Yleisimmin konsultaatioon osallistui yhdestä kahteen henkilökunnan jäsentä. Kyselytutkimukseen palliatiivisen konsultoivan hoitajan palvelua käyttäneille vastasi neljäkymmentä (N=40) henkilökunnan jäsentä.

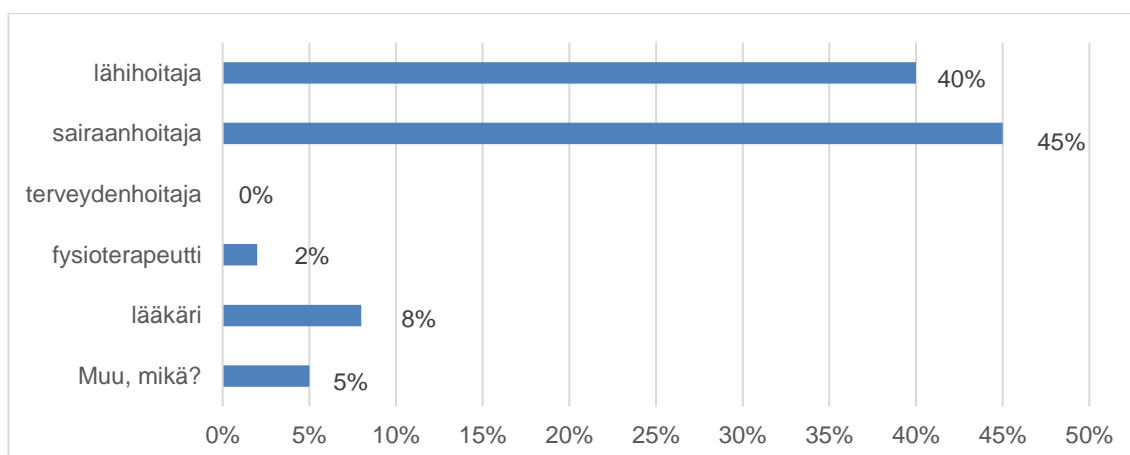
#### 7.1.1 Kyselyyn vastanneiden taustatiedot

Taustatietoja oli kaksi. Ne koskivat työyksikköä (Kuvio 2.) ja ammattinimikettä (Kuvio 3.). Kyselyyn vastanneista työskenteli terveys- ja sairaalapalveluissa neljäkymmentä prosenttia (40 %), vanhuspalveluissa kolmekymmentäkaksi prosenttia (32 %) ja yksityisellä palveluntuottajalla työskenteli lähes kolmannes vastaajista (28 %). Sosiaali- ja perhepalveluiden henkilökunta ei käyttänyt palliatiivisen konsultoivan hoitaja -palvelua.



Kuvio 2. Konsultaatiota käyttäneiden työyksikkö (N=40)

Vastaajista sairaanhoitajia oli neljäkymmentäviisi prosenttia (45 %), lähihoitajia oli neljäkymmentä prosenttia (40 %), lääkäreitä kahdeksan prosenttia (8 %), muu, mikä (kuntoutusohjaaja ja sairaanhoidon opiskelija) viisi prosenttia (5 %) ja fysioterapeutteja kaksi prosenttia (2 %).

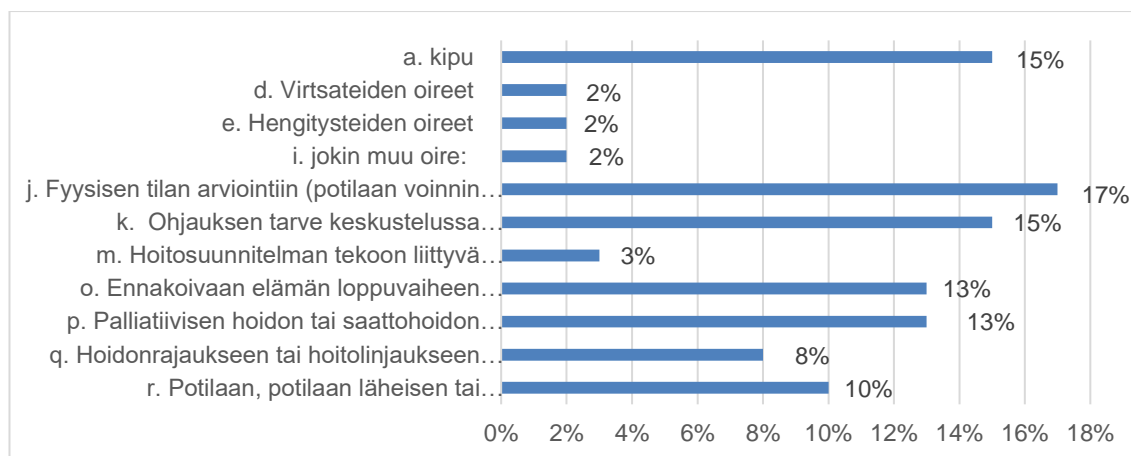


Kuvio 3. Konsultaatiota käyttäneiden ammattinimike (N=40)

### 7.1.2 Yhteydenoton syy konsultoivaan hoitajaan

Kyselytutkimuksessa palvelua käyttäneille Webropol-online kyselylomakkeessa (Liite 1) kolmannessa kysymyksessä kartoitetaan vastaajien syytä ottaa yhteyttä konsultoivaan hoitajaan. Vastaajia pyydettiin valitsemaan vain yksi vaihtoehto. Yleisimmät syyt olivat seuraavan kuvion mukaan (Kuvio 4.) j. fyysisen tilan arviointiin (potilaan voinnin heikkeneminen) liittyvä ohjauksen tarve seitsemäntoista prosenttia (17 %), a. kipu sekä k.

ohjauksen tarve keskustelussa terveydentilan muutoksista potilaan tai hänen läheistensä kanssa molemmat viisitoista prosenttia (15 %), o. ennakoivaan elämän loppuvaiheen suunnitelmaan liittyvä ohjauksen tarve sekä p. palliatiivisen hoidon tai saattohoidon tunnistamiseen liittyvä ohjauksen tarve molemmat kolmetoista prosenttia (13 %), r. potilaan, potilaan läheisen tai henkilökunnan ohjaukseen toimenpiteessä liittyvä ohjauksen tarve kymmenen prosenttia (10 %), q. hoidonrajaukseen tai hoitolinjaukseen liittyvä ohjauksen tarve kahdeksan prosenttia (8 %), m. hoitosuunnitelman tekoon liittyvä ohjauksen tarve (sisältää kotiutuksen suunnittelun) kolme prosenttia (3 %) ja d. virtsateiden oireet, e. hengitysteiden oireet ja i. muut oireet jokainen kaksi prosenttia (2 %). Vastaajat eivät määritelleet muita oireita vastatessaan kyselyyn.

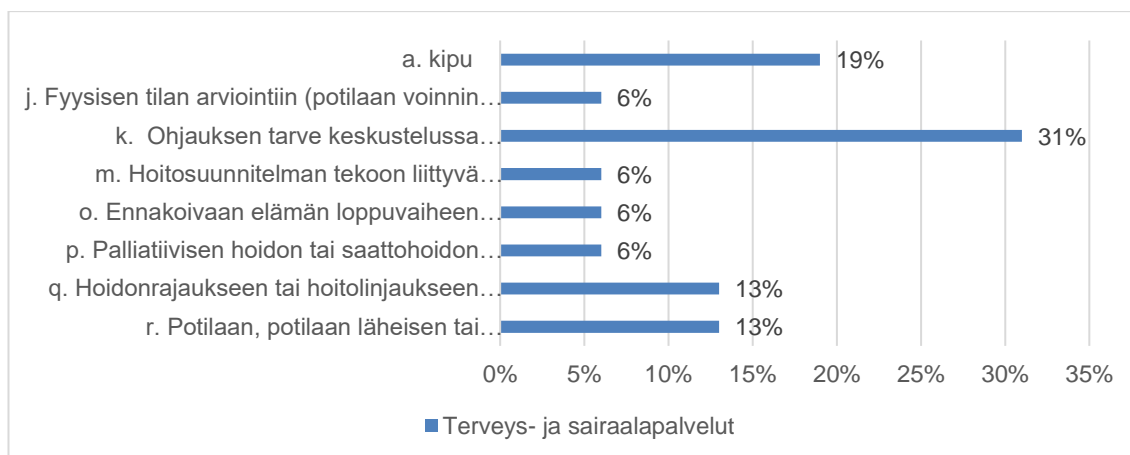


Kuvio 4. Yhteydenoton syy konsultoivaan hoitajaan (N=40)

Kyselytutkimuksen tulosten analyysissä on kuvattu seuraavien kolmen kuvion avulla (Kuviot 5,6 ja 7) palvelua käyttäneiden terveys- ja sairaalapalveluiden, vanhushuolteen ja yksityisen palvelutuottajien ohjauksen tarpeita. Kuvion viisi (Kuvio 5.) mukaan terveys- ja sairaalapalvelut ovat tarvinneet ohjausta keskusteluissa terveydentilan muutoksista potilaan tai hänen läheistensä kanssa kolmanneksessa konsultaatioista (31 %), kipuun liittyvissä asioissa lähes viidesosassa konsultaatiosta (19 %), hoidonrajaukseen tai hoitolinjaukseen liittyvissä tuen tarpeissa sekä potilaan läheisen tai henkilökunnan ohjaukseen toimenpiteessä liittyvässä tuen tarpeessa hieman yli kymmenessä prosentissa (13 %) molempien aiheiden osalta. Lisäksi henkilökunta on kaivannut ohjausta hoitosuunnitelmaan liittyvissä tilanteissa (6 %), ennakoivaan elämän loppuvaiheen suunnitelmaan liittyen (6 %) ja palliatiivisen tai saattohoidon tunnistamiseen liittyvissä tilanteissa

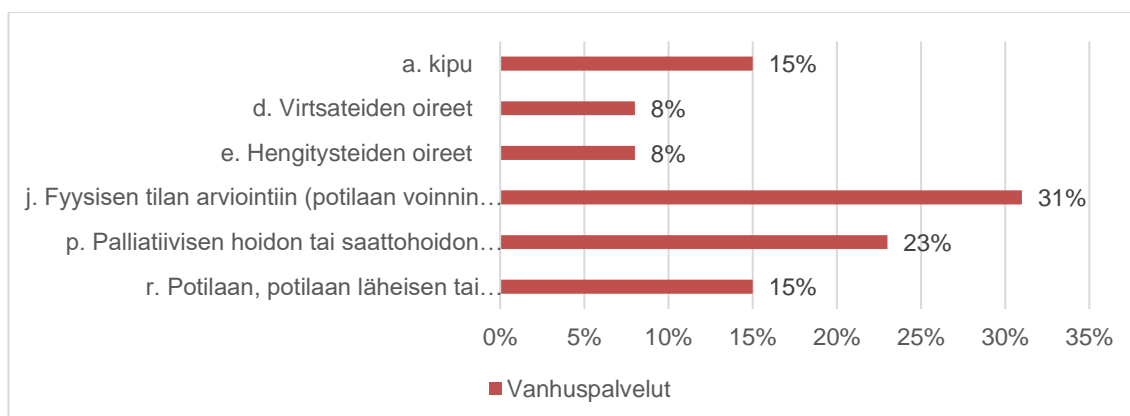


(6 %) ja fyysisen tilan arviointiin liittyvissä tilanteissa noin kuudessa (6 %) prosentissa konsultaatioista.



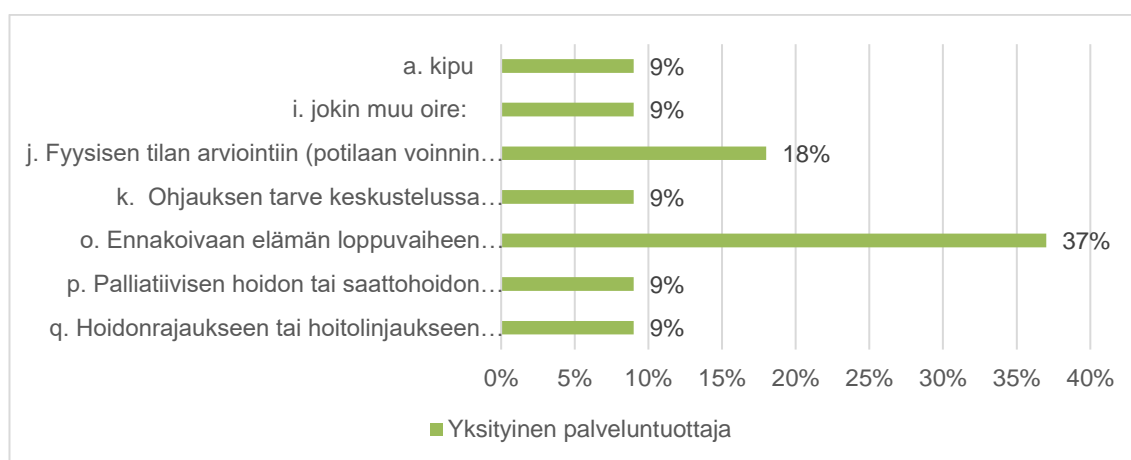
Kuvio 5. Terveys- ja sairaalapalveluiden ohjauksen tarve (N=16)

Kuviossa kuusi (Kuvio 6.) on esitetty vanhushpalveluiden ohjauksen tarve. Vanhushpalvelut tarvitsivat ohjausta fyysisen tilan arvioinnissa kolmanneksessa konsultaatioista (31 %) ja palliativisen hoidon ja saattohoidon tunnistamiseen liittyvissä tarpeissa runsaassa viidesosassa konsultaatioista (23 %). Konsultoivaan hoitajaan otettiin yhteyttä kipuun liittyvässä ohjauksen tarpeessa viidessätoista prosentissa (15 %), virtsateiden oireisiin ja hengitysteiden oireisiin liittyvissä ohjauksen tarpeissa molemmissa kahdeksassa prosentissa (8 %).



Kuvio 6. Vanhushpalveluiden ohjauksen tarve (N=13)

Kuviossa seitsemän (Kuvio 7.) on esitetty yksityisten palveluntuottajien ohjauksen tarpeet. Yksityiset palveluntuottajat tarvitsivat ohjausta ennakoivissa elämän loppuvaiheen suunnitelmissa yli kolmanneksessa konsultaatioista (37 %), potilaiden fyysisen tilan arvioinnissa lähes viidesosassa (18 %) konsultaatioista ja yhdeksässä prosentissa kivun hoidon ohjauksessa (9 %), muiden oireiden (9 %) ohjauksessa, keskusteluissa terveydentilan muutoksista potilaan tai hänen läheistensä kanssa (9 %), palliatiivisen hoidon tai saattohoidon tunnistamisessa (9 %) ja hoidonrajaukseen tai hoitolinjaukseen (9 %) liittyvissä tilanteissa. Vastaajat eivät määritelleet muita oireita vastatessaan kyselyyn.



Kuvio 7. Yksityisten palveluntuottajien ohjauksen tarve (N=11)

### 7.1.3 Palvelua käyttäneiden arviointi palliatiivisen konsultoivan hoitajan toiminnasta, saatavuudesta ja tarpeellisuudesta

Vastaajilta kysyttiin, miten hyvin ongelma ratkesi konsultaation avulla. Seitsemänkymmentä prosenttia (70 %) vastaajista koki, että ongelma ratkesi konsultaation avulla erittäin hyvin tai täysin, kolmannes (27,5 %) vastaajista koki ongelman ratkenneen konsultaation avulla melko hyvin ja kaksi ja puoli prosenttia (2,5 %) koki ongelman ratkenneen keskinkertaisesti. Vastaajilta kysyttiin, mikä oli syynä siihen, että ongelma ei ratkennut konsultaation avulla. Avoimeen kysymykseen tuli vastaajilta kaksi vastausta.

”hoitaja keskusteli muun henkilöstön kanssa”

”En nähnyt tarvetta konsultaatiolle, emme tiedeet konsultaatiosta. Meille ilmoitettiin että tullaan ohjaamaan miten teemme työtämme.”

Vastaajilta kysyttiin, miten selkeästi palliatiivinen konsultoiva hoitaja ohjasi/toimi. Lähes yhdeksäsäskyymmenessä prosentissa (87,5 %) vastauksista konsultoivan hoitajan koettiin ohjanneen/toimineen erittäin selkeästi, kymmenessä prosentissa (10 %) kohtalaisen selkeästi ja kahdessa ja puolessa prosentissa (2,5 %) jonkin verran epäselvästi. Selkeiden ohjeiden antamisen tärkeys kävi ilmi myös palvelua käyttäneiden avoimissa vastauksissa.

”Hyvin kattava ja selkokielineen selvitys omaiselle ja hoitajalle miten toimitaan, mitä tapahtuu, mitä tulevaisuudessa toimitaan. Sai kysellä ja vastaukset omaiselle hyvin tärkeitä ja ymmärrys kaikkeen helpotti ja lääkeasiat ja lääkärinkonsultaatio hoituvat sujuvasti. Käynti kaiken kaikkiaan erittäin taroituksenmukainen ja tarvittava. Helpottaa työskentelyä hoitajana, löytää ja saa tukea kun sitä eri loppuelämän vaiheissa tarvitsee.”

”Palvelu asiallista ja ammattitaitoista. Otti myös hoitajan keskustelussa huomioon. Ohjeistus selkeää. Tarttui asiakkaan asioihin ja huomioi asiakkaan tämänhetkisen tilanteen ja tulevan. Palvelu lämmintä.”

Vastaajilta kysyttiin, mistä he olivat saaneet tiedon palliatiivisen hoitajan palvelusta ensimmäisenä. Kysymykseen oli vastannut kolmekymmentäseitsemän (37) vastaajaa neljästäkymmenestä (N=40). Neljännes (24 %) vastaajista oli kuullut palvelusta esihenkilöltään, kolmannes (30 %) sähköpostin välityksellä ja vain kolme prosenttia (3 %) pilotin e-posterin välityksellä. Yli neljäkymmentäprosenttia vastaajista oli kuullut pilotista muista lähteistä, joita olivat konsultoiva hoitaja itse sekä hänen esittäytymisensä osastotunneilla. Lisäksi palvelusta oli saatu tieto Akuuttikotikeskuksen mobiilitoiminnan välityksellä. Avoimessa vastauksessa toivottiin palvelun markkinointia esihenkilöille ja esittelyä paikan päällä.

”Tätä palvelua olisi pitänyt olla jo aikoja sitten. Lisäksi palliatiivinen hoitaja voisi markkinoida hoivakotien johtajille sitä, että voisi ihan paikan päälle tulla esittelemään toimintaa, mikä varmasti edesauttaisi yhteydenottoa ja näin ollen edistäisi laadukkaampaa palliatiivista/saattohoitoa potilaille.”

Vastaajia pyydettiin arvioimaan, millaiseksi he kokivat konsultoivalta hoitajalta saamansa tuen. Lähes seitsemänkymmentä (67,5 %) prosenttia koki saamansa tuen erittäin suureksi, kolmannes (30 %) melko suureksi ja kaksi ja puoli (2,5 %) prosenttia erittäin vähäiseksi. Avoimissa vastauksissa konsultoivalta hoitajalta saatu tuki koettiin tarpeelliseksi. Avoimessa vastauksessa vastaaja koki myös, ettei konsultaatio ollut tarpeellinen sillä hetkellä.

”Palliatiivinen hoitaja oli avuksi monessa asiassa niin koko yksikölle, kuin kyseiselle hoidettavalle. Hoidettavalle mm. omien hoitolinjausten

ymmärtämisen selkiyttämisessä. Me hoitajat saimme hyviä neuvoja ja konkreettistakin apua asukkaan hoidossa, ja mihin pitäisi tulevaisuudessa kiinnittää huomiota. Olemme tyytyväisiä palliatiivisen hoitajan käyntiin.”

”Tuli tunne ettei sh (konsultoiva hoitaja) ollut hoitanut asukasta itse ollenkaan. Asukas on reipas ja toimi huomattavasti itsenäisemmin monessa asiassa, miten sh (konsultoiva hoitaja) ohjasi. Näkisin palliatiivisen konsultation olevan tarpeellinen kun asukas on heikommassa kunnossa. Ennen saattohoitovaihetta. Siinä kohden on toisinaan tuen tarvetta.”

Vastaajia pyydettiin arvioimaan väittämää: Sain tarvitsemani tuen palliatiivisen konsultoivan hoitajan avulla kohtuullisessa ajassa. Yli kahdeksankymmentä (82,5 %) prosenttia vastaajista koki olevansa täysin samaa mieltä ja viidesosa (17,5 %) vastaajista koki olevansa melko samaa mieltä väittämän kanssa. Avoimissa vastauksissa palvelun saavutettavuus kohtuullisessa ajassa koettiin tärkeänä erityisesti akuutissa tilanteessa.

”Palvelu on todella hyvä ja tarpeellinen. Tätä kautta saa avun nopeammin ja kohdennetummin kuin esim. yhteydenotto mobiiliin. Konsultoiva hoitaja ”tuntee” jo asiakkaan, ei tarvitse kaikkea kertoa aina alusta.”

”Koimme palvelun meille erittäin hyödylliseksi todella haastavassa kiputilanteessa. Hoitaja saapui paikalle nopeasti ja erityisosaamisellaan sai hienosti hoidettua tilanteen niin, että asiakkaan kivut saatiin hallintaan ja asiakas valmisteltiin siirrettäväksi sairaalaan. Palliatiivinen hoitaja ohjasi ja huomioi todella hienosti potilaan omaiset ja yksikön hoitohenkilökunnan, sekä järjesti potilaalle jatkohoitopaikan. Erityisen hienoa oli, että palliatiivinen hoitaja pysyi potilaan luona koko tilanteen ajan aina ambulanssin tulloon asti. Lisäksi siirtyi potilaan mukana sairaalaosastolle ja hoidon jatkuvuus saatiin todella hienosti turvattua. Yksikön hoitohenkilökunta ja omaiset olivat erittäin tyytyväisiä tähän palveluun.”

Vastaajilta kysyttiin, miten tarpeellisena vastaajat pitävät palliatiivisen konsultoivan hoitajan palvelua. Yli yhdeksänkymmentä (92,5 %) koki palvelun erittäin tarpeellisena ja noin kymmenen (7,5 %) prosenttia melko tarpeellisena. Vastaajien kokemus palvelun tarpeellisuudesta kävi ilmi myös vastaajien avoimista vastauksista.

”On tarpeellinen. Konsultoivalla hoitajalla on enemmän aikaa käydä rauhallisesti potilaan tilanne läpi omaisten kanssa jotka eivät oikein ymmärrä saattohoitoa ja miksi potilaan tila on mennyt huonoksi. Konsultaatio on asiantuntevaa.”

”Asiantuntijan erittäin tarpeellinen palvelu! Omassa konsultaatiotilanteessani palliatiivinen konsultoiva hoitaja käytti runsaasti aikaa hoitaakseen asian parhaalla mahdollisella tavalla.”

#### 7.1.4 Palvelua käyttäneiden avoin palaute

Vastaajia pyydettiin kertomaan omin sanoin kokemuksestaan konsultaatiotilanteesta ja/tai yleisemmin ajatuksia palliatiivinen konsultoiva hoitaja -palvelusta. Kaksikymmentäviisi (25) vastaajaa neljästäkymmenestä (N=40) vastasi avoimeen kysymykseen. Vastaukset teemoiteltiin sisällönanalyysin avulla. Aineistosta paikannettiin tutkimusongelman kannalta olennaiset teemat. Alla olevan esimerkin avulla sisällönanalyysi ja teemoittelu on avattu lukijalle.

”Myös hoitajalle on hyvä olla olemassa kontakti, mistä voi saada kollegiaalista neuvoa tarvittaessa.”

Mahdollisuus kysyä neuvoa ja saada ohjausta

Hoitohenkilökunnan kollegiaalinen tuki

Teemoiksi muodostuivat 1) yksilökeskeinen ja kokonaisvaltainen palliatiivinen hoito ja saattohoito, 2) konsultaatioiden asiantuntijaosaaminen, 3) konsultoivan hoitajan ohjausosaaminen, 4) vuorovaikutusosaaminen potilaan läheisten kanssa, 5) hoitohenkilökunnan kollegiaalinen tuki, 6) palvelun tarpeellisuus ja laadun arviointi ja 7) konsultaatioiden resurssointi.

Kyselytutkimuksen avoimissa vastauksissa **yksilökeskeinen ja kokonaisvaltainen palliatiivinen hoito ja saattohoito** koettiin tärkeänä osana konsultoivan hoitajan -palvelua. Hoitohenkilökunta piti tärkeänä, että konsultoiva hoitaja oli tutustunut potilaan potilastietoihin ja huomioi potilaan tilanteen kokonaisvaltaisesti sekä huolehti myös potilaan jatkohoidon järjestämisestä.

”Palliatiivinen hoitaja on erikoistunut saattohoitotilanteisiin ja osaa huomioida kaikki asiat potilaan hoidossa kokonaisvaltaisesti”

Palvelun kautta henkilökunta koki saavansa apua potilaan hoidossa oleviin haasteisiin kohdennetusti. Lisäksi henkilökunta koki helpottavana sen, ettei potilaan koko sairaushistoriaa tarvinnut kertoa yhä uudelleen koska, konsultoiva hoitaja oli tutustunut potilastietoihin etukäteen.

”Tätä kautta saa avun nopeammin ja kohdennetummin kuin esim. yhteydenotto mobiiliin. Konsultoiva hoitaja ”tuntee” jo asiakkaan, ei tarvitse kaikkea kertoa aina alusta.”

Hoidon jatkuvuus koettiin myös tärkeänä henkilökunnan vastauksissa. Henkilökunnalla oli mahdollisuus ottaa yhteyttä tarvittaessa. Potilaan saattaen vaihto jatkohoitopaikkaan koettiin tärkeänä.

"Erityisen hienoa oli, että palliatiivinen hoitaja pysyi potilaan luona koko tilanteen ajan aina ambulanssin tuloon asti. Lisäksi siirtyi potilaan mukana sairaalaosastolle ja hoidon jatkuvuus saatiin todella hienosti turvattua."

"..saimme yhteystiedot, johon tarpeen vaatiessa saa soittaa jos tulee kysyttävää."

Yksi vastaajista koki, ettei konsultoiva hoitaja ollut riittävästi tutustunut potilaan kokonaistilanteeseen.

"Tuli tunne ettei sh (konsultoiva hoitaja) ollut hoitanut asukasta itse ollenkaan. Asukas on reipas ja toimi huomattavasti itsenäisemmin monessa asiassa, miten sh (konsultoiva hoitaja) ohjasi."

Kyselytutkimuksen avoimissa vastauksissa toiseksi teemaksi muodostui **konsultaatioiden asiantuntijaosaaminen**. Vastaajat kokivat, että konsultoivalla hoitajalla oli tehtävänkuvaan vaadittava ammattitaito ja erikoisosaaminen.

"Konsultaatio on asiantuntevaa."

Apua sai myös akuutissa tilanteessa.

"Hoitaja saapui paikalle nopeasti ja erityisosaamisellaan sai hienosti hoidettua tilanteen niin, että asiakkaan kivut saatiin hallintaan"

Hoitohenkilökunta kertoi konsultoivan hoitajan -palvelusta välittyvän "hyvä ja välittävä" kuva. Tärkeää oli, että palvelu oli suomenkielistä, koska hoitohenkilökunta koki heikon suomen kielen taidon hankaloittavan vuorovaikutusta potilaiden ja omaisten kanssa.

"Erityisen tärkeää palliatiivisen hoitajan rooli on nyt tällä hetkellä, koska lääkäreiden suomen kielen taito ei ole ymmärrettävää potilaalle ja omaisille."

Kyselytutkimuksen avoimissa vastauksissa kolmanneksi teemaksi muodostui **konsultoivan hoitajan ohjausosaaminen**. Ohjauksen koettiin olevan selkeää, selkokielistä sekä hoitohenkilökunnalle että potilaan läheisille. Henkilökunta oli saanut ohjausta potilaan sen hetkiseen tilanteeseen ja toimintaohjeita, miten tulevaisuudessa toimitaan. Ohjeiden kertaaminen ja konsultoivan hoitajan kärsivällisyys koettiin myös tärkeänä.

"Me hoitajat saimme hyviä neuvoja ja konkreettistakin apua asukkaan hoidossa, ja mihin pitäisi tulevaisuudessa kiinnittää huomiota."

"Hyvin kattava ja selkokielineen selvitys omaiselle ja hoitajalle miten toimitaan, mitä tapahtuu, mitä tulevaisuudessa toimitaan."

"Hoidettavalle mm. omien hoitolinjausten ymmärtämisen selkiyttämisessä."

Kyselytutkimuksen avoimissa vastauksissa neljänneksi teemaksi muodostui **vuorovaikutusosaaminen** potilaan läheisten kanssa. Hoitohenkilökunta koki tärkeänä, että konsultoiva hoitaja huomioi potilaan läheiset ja kohtaamiseen oli varattu riittävästi aikaa.

"Omaisten kanssa vaikea tilanne, eivät olleet kunnolla tietoisia potilaan tilanteesta. Palliatiivinen hoitaja keskusteli rauhassa ajan kanssa omaisten kanssa ja sai tilanteen rauhoitettua."

Asioiden sanoittaminen potilaan läheisille ja rehellisyys keskusteluissa läheisten kanssa koettiin tärkeänä.

"Konsultoivalla hoitajalla on enemmän aikaa käydä rauhallisesti potilaan tilanne läpi omaisten kanssa jotka eivät oikein ymmärrä saattohoitoa ja miksi potilaan tila on mennyt huonoksi."

"Kertoi rehellisesti omaiselle miten asiat ovat."

Kyselytutkimuksen avoimissa vastauksissa viidenneksi teemaksi muodostui **hoitohenkilökunnan kollegiaalinen tuki**. Hoitohenkilökunta koki tärkeänä, että heillä on taho, jonne ottaa yhteyttä ja saada apua palliatiivisen hoidon ja saattohoidon haasteissa. Hoitohenkilökunta haki tukea omille näkemyksilleen palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta konsultoivalta hoitajalta. Lisäksi konsultoivan hoitajan koettiin tukevan erityisosaamisellaan hyvän hoidon toteutumista. Hoitohenkilökunnan kuunteleminen ja heidän näkökulmansa huomioiminen koettiin tärkeänä.

"Myös hoitajalle on hyvä olla olemassa kontakti, mistä voi saada kollegiaalista neuvoa tarvittaessa."

"Lisäksi nuorena hoitajana oli helpottavaa ja turvallista, kun oli mahdollisuus saada tukea ja uutta näkökulmaa potilaan hoitoon liittyen hoitajalta, joka oli perehtynyt juuri tähän palliatiivisen hoidon rajaukseen."

Konsultoivan hoitaja koettiin olevan myös yksikön ulkopuolinen taho, jonka apu oli tarpeen haastavissa vuorovaikutustilanteissa.

"On hyvä saada osaston ulkopuolinen henkilö selvittämään tilannetta."

Kyselytutkimuksen avoimissa vastauksissa kuudenneksi teemaksi muodostui **palvelun tarpeellisuus ja laadun arviointi**. Hoitohenkilökunta koki palvelun tarpeelliseksi. Hoitohenkilökunnan konsultaatiotuen tarve palliativisten- ja saattohoitopotilaiden hoidossa oli tiedostettu jo pitkään. Palvelun koettiin olevan tarkoituksenmukainen ja avuksi potilaille. Palvelun toivottiin myös saavan jatkoa pilotin jälkeen.

”Palvelu on todella hyvä ja tarpeellinen.”

”Tätä palvelua olisi pitänyt olla jo aikoja sitten.”

”Toivottavasti homma jatkuisi. Positiivinen kokemus.”

Yksi vastaajista koki, että palvelua tulisi kohdentaa hetkeen, jolloin potilas on saattohoitovaiheessa.

”Näkisin palliativisen konsultaation olevan tarpeellinen kun asukas on heikommassa kunnossa. Ennen saattohoitovaihetta. Siinä kohden on toisinaan tuen tarvetta.”

Kyselytutkimuksen avoimissa vastauksissa seitsemänneksi teemaksi muodostui **konsultaatioiden resurssointi**. Hoitohenkilökunta koki tärkeäksi konsultoivan hoitajan kiireettömän työskentelyn ja mahdollisuuden käyttää riittävästi aikaa konsultaatioon. Asioiden ripeä hoitaminen, kuten lääkitysasioiden ja lääkärikonsultaatioiden sujuminen nopeasti sai hoitohenkilökunnalta kiitosta. Tarvittaessa konsultoiva hoitaja tuli käynnille myös pienellä varoitusajalla. Tärkeänä hoitohenkilökunta koki kiireettömän kohtaamisen potilaan ja hänen läheistensä kanssa.

”Palvelu toimi hyvin, siihen oli varattu riittävästi aikaa. Plussaa varsinkin siitä, että hoitajalla oli runsaasti aikaa varattuna asukkaan tapaamiseen ja hänen kuuntelemiseensa.”

”Tätä kautta saa avun nopeammin.”

Henkilökunta toivoi toiminnan esittelyä yksiköissä, jotta henkilökunnalla olisi mahdollisuus hyödyntää palvelua laadukkaamman palliativisen hoidon ja saattohoidon edistämiseksi yksiköissä.

”Lisäksi, palliativinen hoitaja voisi markkinoida hoivakotien johtajille sitä, että voisi ihan paikan päälle tulla esittelemään toimintaa, mikä varmasti edesauttaisi yhteydenottoa ja näin ollen edistäisi laadukkaampaa palliativista/saattohoitoa potilaille.”



## 7.2 Pilotin aikana tehdyt konsultaatiot havainnointirungon mukaan

Pilotin aikana palliatiivinen konsultoiva hoitaja seurasi konsultaatioiden toteutumista havainnointirungon (Liite 2.) avulla. Havainnointirungon avulla projektipäällikkö havainnoi konsultaatioiden ajankäyttöä, asiasisältöjä, konsultaatioiden toteutusta (puhelu ja/tai käynti), jaettuja materiaaleja ja lääkärin konsultointitarvetta. Palliatiivisen konsultoivan hoitajan havainnointirungon tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, minkälaisia konsultaatiot olivat pilotin aikana. Pilotin aikana konsultoiva hoitaja käytti havainnointirunkoa seurantaan kahdeksankymmentäkolme (N=83) kertaa. Projektipäällikkö toteutti havainnointirungon käytön Webropol-onlineohjelmiston avulla havainnointirungon käytön ja aineiston käsittelyn helpottamiseksi.

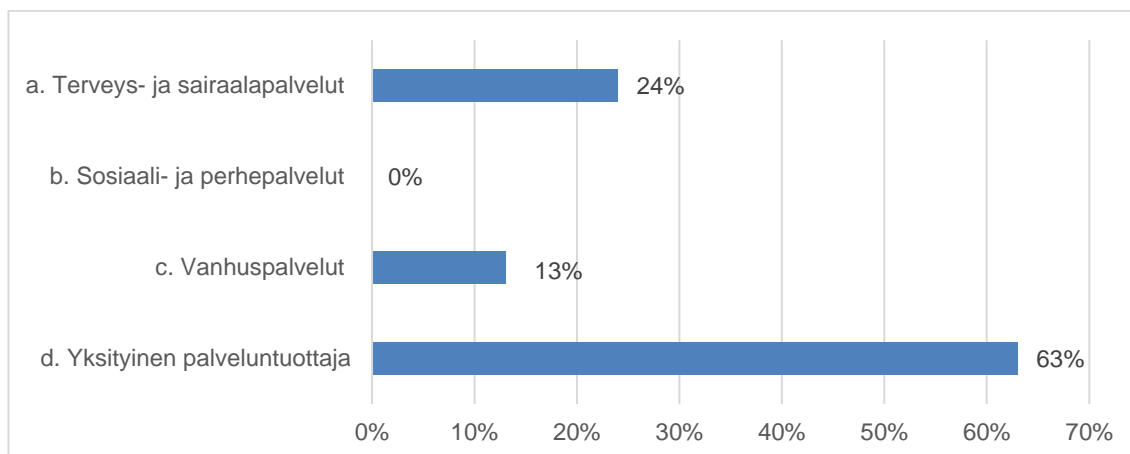
### 7.2.1 Konsultointeja koskevat taustatiedot

Havainnointirunko sisälsi kolme taustatietoa, jotka koskivat konsultaatiotapaa, potilaan tai omaisen suostumuksen hankintaa konsultaatioon ja työyksikköä. Havainnointirungon (Liite 2.) ensimmäisessä kysymyksessä konsultoiva hoitaja havainnoi, millä tavoin konsultaatio toteutui. Noin puolessa (51 %) konsultaatioista se järjestyi puhelimitse. Konsultoiva hoitaja teki käynnin potilaan luokse puhelun lisäksi vajaassa puolessa (49 %) konsultaatioista.

Potilaan tai omaisen suostumus konsultaatioon oli kysytty yli puolessa (55 %) konsultaatioista. Neljässäkymmenessäviidessä (45 %) prosentissa konsultaatioista potilaan tai omaisen lupaa ei tarvittu. Omaisen lupa pyydettiin, jos potilas ei itse kyennyt ilmaisemaan itseään tai antamaan suostumustaan. Konsultaatio saattoi koskea myös esimerkiksi palliatiivisen tai saattohoitopotilaan oirehoitoon liittyvää tiedon tarvetta ilman potilaan nimeämistä. Tällöin potilaan tai lähiomaisen lupaa ei ollut tarpeen pyytää. Palliatiivisen hoitajan konsultaatio oli myös osassa kontakteista osa potilaan hoidonsuunnittelua ja hoitoa, jolloin suostumuksen kysyminen potilaalta tai hänen omaiseltaan ei ollut välttämätöntä.

Palliatiivinen konsultoiva hoitaja havainnoi kolmannessa kysymyksessä, mistä Porin perusturvan yksiköistä otettiin yhteyttä konsultoivaan hoitajaan. (Kuvio 8.) Yksityisten palveluntuottajien osuus konsultaatioista oli kuusikymmentäkolme (63 %) prosenttia, terveys- ja sairaalapalveluiden henkilökunnan kaksikymmentäneljä (24 %) prosenttia ja

vanhuspalveluiden kolmesta (13 %) prosenttia. Sosiaali- ja perhepalvelut eivät käyttäneet palvelua lainkaan.



Kuvio 8. Mistä yksiköstä otettiin yhteyttä (N=83)

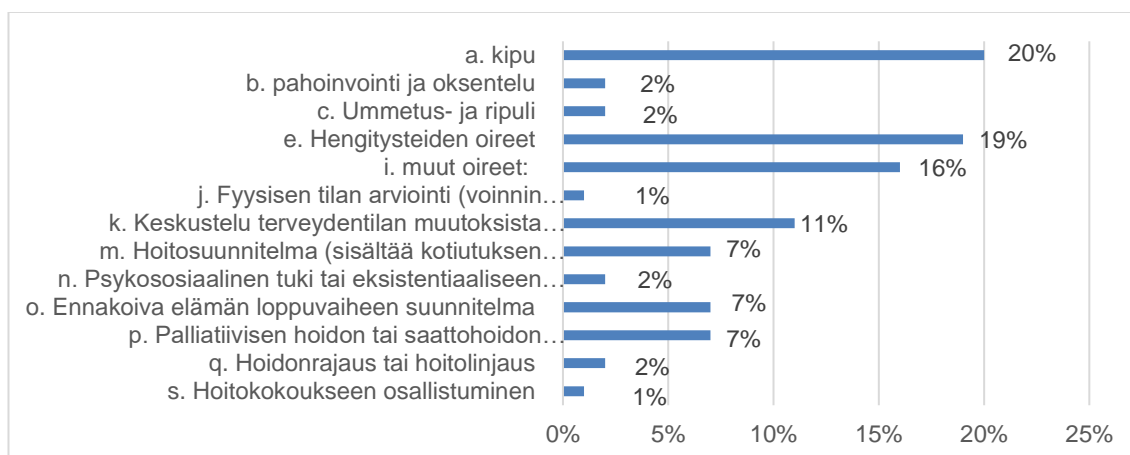
### 7.2.2 Konsultaatioiden sisällöt

Palliativinen konsultoiva hoitaja havainnoi neljännessä kysymyksessä, miksi hoitohenkilökunta otti yhteyttä konsultoivaan hoitajaan? Konsultoiva hoitaja merkitsi yhteydenoton syyksi sen asian, joka tuli esiin ensimmäisen yhteydenoton aikana. Yleisimmät syyt olivat seuraavan kuvion mukaan (Kuvio 9.) a. kipu neljänneksessä (20 %) konsultaatioista, e. hengitysteiden oireet yhdeksäsatoista (19 %) prosentissa, i. muut oireet: kuudessaatoista (16 %) prosentissa, k. keskustelu terveydentilan muutoksista potilaan ja hänen läheistensä kanssa yhdessätoista (11 %) prosentissa, m. hoitosuunnitelma (sisältää kotiutuksen suunnittelun), o. ennakoiva elämän loppuvaiheen suunnitelma ja palliativisen hoidon tai saattohoidon tarpeen tunnistaminen jokainen seitsemässä (7 %) prosentissa, b. pahoinvointi, c. ummetus, n. psykososiaalinen tuki tai eksistentiaaliseen kärsimykseseen liittyvä tuki ja hoidonrajaus tai hoitolinjaus jokainen kahdessa (2 %) prosentissa ja j. fyysisen tilan heikkeneminen ja s. hoitokokoukseen osallistuminen yhdessä (1 %) prosentissa konsultaatioista. Muut oireet luokiteltiin aihealueisiin neurologiset oireet: huijaus, päänsärky ja kaksoiskuvat kolmekymmentäkahdeksan (38 %) prosenttia, potilaan kuolema palliativisessa hoidossa tai saattohoidossa kolmekymmentäkahdeksan (38 %) prosenttia sekä diabeteksen hoito, oirehoidon kokonaishallinta ja kasvojen alueen turvotus jokainen kahdeksan (8 %) prosenttia muiden oireiden kokonaismäärästä.

Konsultoitavien aiheiden sisältöä kuvaavat seuraavat autenttiset esimerkit havainnointirunkoon merkityistä potilastapauksista. Ensimmäinen kuvaa kipulääkkeen vaihtoon liittyntä ongelmaa ja toinen hengitysteiden limaisuuteen liittyvää ongelmaa.

”Tehostetun palveluyksikön asukas, jonka perussairautena oli aivokasvain. Palliatiivisen hoidon linjaus ja E.R-päätös. Asukas ollut levoton, kivulias ja ahdistunut. Norspan vaihdettu mobiililääkärin toimesta Fentanyl laastariin. Ohjattu antamaan tehostetusti lyhytvaikutteista kipulääkettä, koska kivut voivat lisääntyä hetkellisesti vaihdon yhteydessä. Oirehoidon ohjaus puhelimitse ja lisäksi sovittu käynti potilaan luokse.”

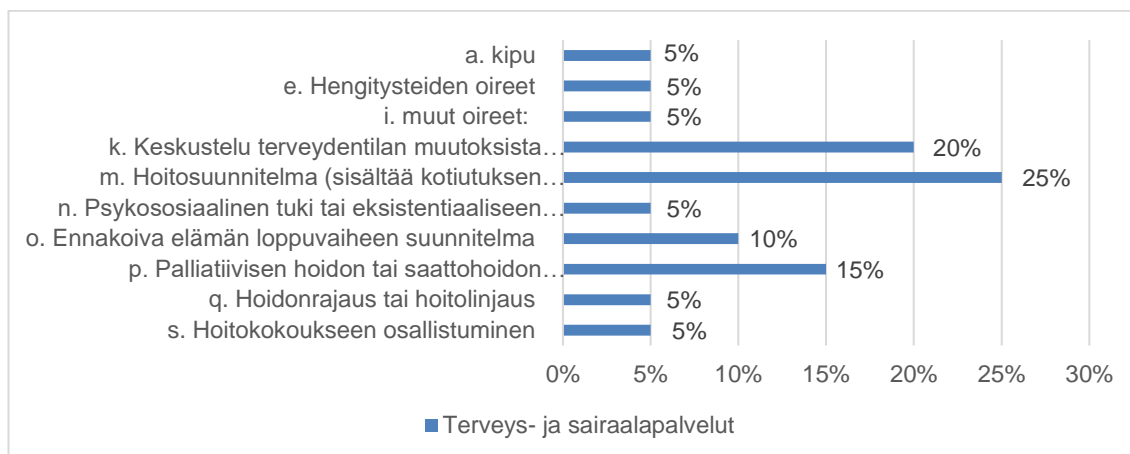
”Yksikön hoitajat olivat huolissaan potilaan limaisuudesta. Potilas on ollut pitkään vuodepotilaana ja kokeiltu antibioottihoitoakin. Vointi on hiipuva, potilaaseen ei saada mielekästä kontaktia. Lisäksi potilas on kivulias. Lähetetty viestiä potilaan etälääkärille. Etälääkäri päätyi saattohoidon hoidonlinjaukseen.”



Kuvio 9. Miksi konsultoivaan hoitajaan otettiin yhteyttä? (N=83)

Kuvioissa 10, 11, ja 12 havainnointirungon tulosten analyysissä on kuvattu, miksi henkilökunta otti yhteyttä konsultoivaan hoitajaan terveys- ja sairaalapalveluiden, vanhushuonepalveluiden ja yksityisen palvelutuottajien yksiköissä. Havainnointirunkoon on kirjattu oire tai tuen tarve, jonka vuoksi henkilökunta otti yhteyttä konsultoivaan hoitajaan ennen henkilökunnan ohjausta. Terveys- ja sairaalapalveluiden konsultaatioiden aiheet olivat: m. hoitosuunnitelma neljännes (25 %), k. keskustelu terveydentilan muutoksista potilaan tai hänen läheistensä kanssa viidesosa (20 %), p. palliatiivisen ja saattohoidon tunnistamisen tarve viisitoista (15 %) prosenttia, o. ennakoiva elämän loppuvaiheen suunnitelma kymmenen (10 %) prosenttia. a. kipu, e. hengitysteiden oireet ja i. muut oireet, n. psykososiaalinen tuki tai eksistentiaaliseen kärsimykseen liittyvä tuki, q. hoidonrajaus tai

hoidonlinjaus ja s. hoitokokoukseen osallistuminen jokainen viisi (5 %) prosenttia konsultaatioista.



Kuvio 10. Syy yhteydenottoon Terveys- ja sairaalapalveluista? (N=20)

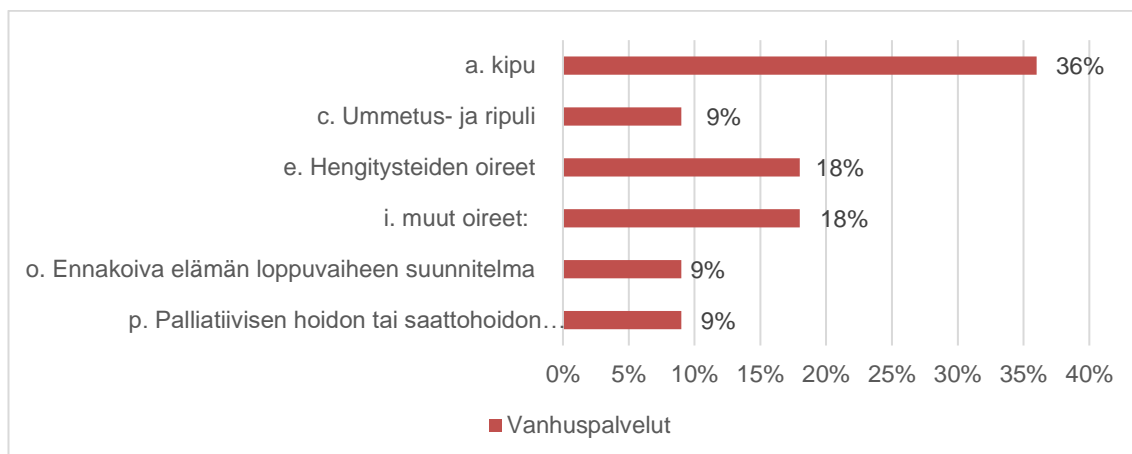
Konsultoitavien aiheiden sisältöä kuvaavat seuraavat autenttiset esimerkit havainnointirunkoon merkityistä potilastapauksista. Ensimmäinen kuvaa hoidonrajaukseen ja hoidonlinjaukseen liittyvää ongelmaa potilaan hoidossa sekä toinen kuvaa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tunnistamiseen liittyvää ongelmaa potilaan hoidossa.

”Potilas ohjautunut päivystyksestä saattohoitoon vuodeosastolle. Omaiset eivät ymmärtäneet potilaan tilannetta, eivätkä sitä että potilas on kuolemassa. Hoitohenkilökunta ja omaiset olivat hyvin eri linjoilla siitä, mikä potilaan hoidossa on järkevää. Keskusteltu potilaan omaisten kanssa siitä, että potilas on kuolemassa, mikä nyt on tärkeintä hoidossa ja käyty läpi E.R-päätös ja saattohoito käsitteinä. Keskusteltu omaisten toiveista saattohoidon suhteen.”

”Osastolta pyydetty keskusteluapua potilaan omaisten tukemiseksi ja asioiden sanoittamiseksi. Tavattu osastolla omaisia, osastolääkäri sekä sairaanhoitaja. Potilaan tajunta oli alentunut. Reagoi vain kivulle. Käynnillä lääkäri kertoi potilaan sairauden edenneen ja että potilaan kuolemaan on enää vain vähän aikaa. Potilaan kohdalla toteutetaan mahdollisimman hyvää oirehoitoa potilaan kärsimyksen lievittämiseksi. Nestehoidosta ja verikokeiden otosta luovuttiin. Lääkäri teki potilaalle saattohoitopäätöksen ja kivunhoitoa tehostettiin. Keskustelun avulla potilaan omaiset ymmärsivät tilanteen paremmin ja olivat potilaan luona tukena saattohoidon aikana jakamisensa mukaan. Potilaan nesteytys lopetettiin konsultoivan hoitajan toimesta käynnin aikana. Hoitohenkilökunnalla oli mahdollisuus ottaa yhteyttä konsultoivaan hoitajaan jos omaiset tarvitsevat tukea.”

Vanhuspalveluiden konsultaatioiden aiheet olivat a. kipu yli kolmanneksessa (36 %), e. hengitysteiden oireet ja i. muut oireet lähes kaksikymmentä (18 %) prosenttia, o.

ennakoiva elämän loppuvaiheen suunnitelma ja p. palliatiivisen ja saattohoidon tarpeen tunnistaminen yhdeksän (9 %) prosenttia.



Kuvio 11. Syy yhteydenottoon Vanhuspalveluista (N=11)

Alla konsultoitavien aiheiden sisältöä kuvaava autenttinen esimerkki havainnointirunkoon merkitystä potilastapauksesta. Esimerkki kuvaa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tunnistamiseen liittyvää ongelmaa.

”Potilas oli joutunut verivirtsaisuuden vuoksi usein päivystykseen ja sairaalajaksole tehostetusta palveluasumisesta. Potilaalle tehtiin palliatiivisen hoidon linjaus. Potilaan prostatasyöpään liittyvät tutkimukset peruttiin ja keskityttiin hyvään ennakoivaan oirehoitoon omassa yksikössä. Ohjattu henkilökuntaa ja sovittu tapaaminen omaisten kanssa keskustelua varten.”

Yksityisten palveluntuottajien konsultaatioiden aiheet olivat e. hengitysteiden oireet neljänneksessä (25 %), a. kipu yli kaksikymmentä (23 %) prosenttia, i. muut oireet lähes viidennes (19 %), k. keskustelu terveydentilan muutoksista potilaan ja hänen läheistensä kanssa kymmenen (10 %) prosenttia, o. ennakoiva elämän loppuvaiheen suunnitelma kuusi (6 %) prosenttia, b. pahoinvointi ja oksentelu sekä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistaminen neljä (4 %) prosenttia, c ummetus ja ripuli, j. fyysisen tilan arviointi, m. hoitosuunnitelma, psykososiaalinen tuki ja eksistentiaalisen tuen tarve ja hoidonrajaus tai hoidonlinjaus jokainen kaksi (2 %) prosenttia konsultaatioista.



Kuvio 12. Syy yhteydenottoon yksityisiltä palveluntuottajilta (N=52)

Konsultoitavien aiheiden sisältöä kuvaavat seuraavat autenttiset esimerkit havainnointirunkoon merkityistä potilastapauksista. Ensimmäinen kuvaa hengitysteiden oireisiin liittyvää ongelmaa ja toinen keskustelua terveydentilan muutoksista potilaan tai hänen läheistensä kanssa. Molemmissa esimerkeissä oli tarve myös palliatiivisen lääkärin konsultaatiolle.

”Potilas muistisairas tehostetussa palveluasumisessa. Potilaalla oli vaikeaa hengenahdistusta, limaisuutta ja rohinaa sekä Covid infektiota. Konsultoitu palliatiivista lääkärinä. Tehostetut oirehoidon lääkitystä, ohjattu henkilökuntaa ja lääkäri teki potilaalle saattohoitopäätöksen.”

”Tehostetun palveluasumisen asukas, jonka perussairautena syöpäsairaus, jonka johdosta päädytty palliatiivisen hoidon linjaukseen. Henkilökunnan ja omaisten välillä on vuorovaikutuksen haasteita. Hoitoneuvottelussa käyty läpi potilaan hoitopolku, fyysinen tila, oireet ja keinot helpottaa potilaan oloa. Keskusteltu myös kivun arvioinnista PAINAD mittarin avulla ja jätetty saattohoito-opas luettavaksi omaisille. Palliatiivinen lääkäri tarkistaa, onko mahdollista helpottaa potilaan kutinaoireita.”

Muut oireet luokiteltiin aihealueisiin neurologiset oireet: huimaus, päänsärky ja kaksoiskuvat, potilaan kuolema palliatiivisessa hoidossa tai saattohoidossa, diabeteksen hoito, oirehoidon kokonaishallinta ja kasvojen alueen turvotus. Alla autenttinen esimerkki, joka kuvaa tilannetta, jossa muu oire on kasvojen alueen turvotus

”Etälääkäri pyysi konsultoivan hoitajan käyntiä potilaan luokse mahdollisen vena cava syndrooman poissulkemiseksi.”

Havainnointirungon viidennessä kysymyksessä kartoitettiin, havaitsiko palliatiivinen konsultoiva hoitaja konsultaation aikana oireen, jota henkilökunta ei ollut havainnut. Konsultoiva hoitaja huomasi konsultaation aikana yli neljässäkymmenessä (44 %) prosentissa oireen, jota henkilökunta ei ollut huomannut. Konsultoiva hoitaja ei havainnut muita oireita viidessäkymmenessäkuudessa (56 %) prosentissa konsultaatioista. Yleisimmät oireet, joita henkilökunta ei ollut havainnut oli neljässäkymmenessäseitsemässä (47 %) prosentissa a. kipu, lähes kahdessakymmenessä (17 %) prosentissa n. psykososiaaliseen tukeen tai eksistentiaaliseen tukeen liittyvä oire, neljässätoista (14 %) prosentissa e. hengitysteiden oire ja kuudessa (6 %) prosentissa b. pahoinvointiin tai oksenteluun, c. ummetukseen tai ripuliin tai g. väsymykseen, ruokahaluttomuuteen ja kakeksiaan liittyvä oire.

Havainnointirungon kuudennessa kohdassa havainnointiin, oliko konsultaation yhteydessä jaettu ohjausmateriaalia potilaalle, läheiselle tai henkilökunnalle. Ohjausmateriaalina käytettiin muun muassa Saattohoito-opasta (Hänninen 2015.), Palliatiivinentalo.fi:ssä sijaitsevia ammattilaisten jaettavia materiaaleja (Terveyskylä.) sekä organisaation omia esitteitä toiminnasta. Yli kahdeksassakymmenessä (81 %) prosentissa ohjausmateriaalia ei jaettu. Ohjausmateriaalia jaettiin konsultaation yhteydessä alle viidenneksessä (19 %) konsultaatiosta. Ohjausmateriaalia jaettiin kuusitoista kertaa (N=16). Lähes kuudessakymmenessä (56 %) prosentissa jaettu ohjausmateriaali oli Saattohoito-opas (Hänninen 2015.), kaksikymmenviisi (25 %) prosenttia jaetusta ohjausmateriaalista koski potilaan hoitopolkua, kuten kotisairaalan esite, neurologisen potilaan hoitopolku palliatiiviseen kotisairaalaan ja muistisairaalan potilaan tai hänen läheisensä ohjaus muistihoitajalle. Lähes viidesosa (19 %) ohjausmateriaalista koski oirehoitoa, kuten ummetusta, ravitsemusta ja kivun arviointia.

### 7.2.3 Lääkäreiden konsultaatiotarve ja jatkohoito konsultaatioissa

Havainnointirungon seitsemännessä kohdassa havainnointiin oliko tarpeen konsultoida projektiryhmän lääkäreitä potilaan asioiden suhteen. Projektilääkäreihin otettiin yhteyttä potilaan asioiden suhteen kolmessakymmenessäseitsemässä (37 %) prosentissa konsultaatioista. Konsultaatio sisälsi yhden tai useamman asian, jota kysyttiin projektilääkäriltä potilaan hoidon suhteen. Konsultaation aihe oli lääkitys yli puolessa (57 %) tapauksissa. Lääkehoidon konsultaatiot käsittelivät potilaan lääkelistan tarkistusta ja karsimista, kipulääkityksen optimointia sekä PCA-lääkeaineannostelijan aloitusta ja sedaatiota.

"Potilaalla edennyt muistisairaus ja MCC. Oireena ahdistusta ja paniikki-kohtauksia, jotka tulkittu rintakivuiksi. Potilaalla lääkityksenä toisensa kumoavat kipulääkkeet ja yli 15 lääkettä lääkelistalla. Omainen toivoi lääkelistan karsimista ja pidättäytymistä päivystykseen lähtemisestä. Projektilääkäri optimoi ja karsi potilaan lääkityksen."

Konsultaatio liittyi potilaan oirehoidon hallintaan yli kymmenessä (13,5 %) prosentissa konsultaatioista.

"Palliativinen lääkäri tarkistaa, onko potilaan kutinalle vielä tehtävissä enemmän jotain."

"Potilaalla on aivokasvain. Potilaan vointi on edennyt saattohoitovaiheeseen. Tehostetussa palveluyksikössä on lisäksi hankaluuksia lääkkeiden saamisessa. Potilas on hyvin limainen, joten konsultoitu lääkäriä lääkityksen suhteen. Ohjattu hoitohenkilökunnalle Neria kanyylin käyttö ja oirehoidon lääkkeiden annostelu. Lääkäri tehnyt saattohoitopäätöksen potilaalle. Toimitettu lisäksi lääkkeitä potilaan käyttöön. Kerrottu, että mikäli omaiset haluavat keskustella tilanteesta, hoitohenkilökunta voi sopia konsultoivan hoitajan käynnin yksikköön."

Konsultaatio liittyi potilaan palliativisen hoidon tai saattohoidon tarpeeseen hieman yli kymmenessä (11 %) prosentissa konsultaatioista.

"Potilas oli palliativisessa hoidossa metastasoituineen syöpäsairauden vuoksi. Potilaalle tehty saattohoitopäätös, aloitettu PCA-lääkeaineannostelija ja tiedotettu omaisia ja yhteistyötahoja sekä ohjattu hoitohenkilökuntaa hoitokodissa."

Konsultaatio liittyi potilaan hoitopolkuun yli kymmenessä (13,5 %) prosentissa konsultaatioista.

"Potilas oli kotiutumassa osastolta. Hoitaja huomasi potilaalla palliativisen hoidon päätöksen. Potilas pudonnut hoitopolulta ja potilas ei ollut itse tietoinen syövän levinneisyydestä. Tavattu potilas palliativisen lääkärin kanssa osastolla. Potilas ohjautui kotisairaalan potilaaksi."

Konsultaatio liittyi potilaan tarvitsemaan toimenpiteeseen tai tutkimukseen viidessä (5 %) prosentissa konsultaatioista. Alla kuvatussa esimerkissä potilaan tarvitsema toimenpide järjestyi konsultoimalla projektilääkäriä. Hänen avullaan toimenpide järjestyi organisaation omassa yksikössä.

"Tehostetun palveluasumisen etälääkäri pyysi hoitajan konsultaatiota ascitespunktion tarpeesta. Punktio järjestyi Perusturvan omassa yksikössä seuraavana päivänä ilman, että potilas lähetettiin päivystykseen."



Havainnointirungon kahdeksannessa kohdassa havainnointiin oliko tarpeen konsultoida mobiilitoiminnan lääkäreitä potilaan asioiden suhteen. Mobiilitoiminnan lääkäreitä konsultoitui, jos he olivat hoitovastuussa potilaasta, jos projektilääkärit eivät olleet käytettävissä tai jos konsultaatio oli tehty mobiililääkäriin pyynnöstä. Mobiilitoiminnan lääkärin lähettyvät konsultoivat tilanteissa, joissa he kokivat potilaan hyötyvän palliatiivisen hoitajan käynnistä. Mobiilitoiminnan lääkäreitä konsultoitui alle viidesosassa (17 %) konsultaatioista. Mobiililääkäriin konsultaatio koski yli viidessäkymmenessä (51 %) prosentissa potilaan lääkitystä, neljässätoista (14 %) prosentissa infektion hoitoa, yli viidenneksessä (21 %) potilaan siirtoa vuodeosastolle, kuolintodistusta ja happirikastimen tarvetta sekä neljässätoista (14 %) prosentissa palliatiivisen hoidon tai saattohoidon tunnistamisen tarvetta.

Tarkasteltaessa havainnointirungon kohtia seitsemän ja kahdeksan yhdessä voidaan todeta, että yli viidessäkymmenessä (54 %) prosentissa konsultaatioista tilanne ratkesi palliatiivisen konsultoivan hoitajan asiantuntijaosaamisen avulla ilman lääkärinkonsultaatiota.

Potilas ohjautui palliatiivisen kotisairaalan potilaaksi alle kymmenessä (8 %) prosentissa konsultaatioista. Yli yhdeksässäkymmenessä (92 %) prosentissa potilaan siirtoa palliatiivisen kotisairaalan potilaaksi ei tarvittu. Syynä potilaan siirtoon olivat esimerkiksi vaativa saattohoito, jossa oireiden seuranta vaati jatkuvaa seurantaa, PCA-lääkeaineannostelijan aloitus tai sedaation tarve.

”Potilaan vointi romahtanut ja kivut lisääntyneet. Potilas ei jaksanut nousta vuoteesta ylös eikä halua enää syödä. Kipulääkitys oli riittämätön tavattaessa potilas. Irvistää kivusta ennakoivasta kipulääkityksestä huolimatta. Lääkäri aloitti potilaalle kipulääkityksen PCA-lääkeaineannostelijalla ja potilas siirtyi palliatiivisen kotisairaalan potilaaksi.”

Potilas ohjautui konsultaation seurauksena mobiilitoiminnan potilaaksi vain viidessä (5 %) prosentissa konsultaatioista. Yli yhdeksässäkymmenessä (95 %) prosentissa konsultaatioista siirtoa mobiilitoiminnan potilaaksi ei tarvittu. Potilaan ohjautuminen mobiilitoiminnan potilaaksi johtui esimerkiksi infektion hoidosta.

Vain kahdessa (2 %) prosentissa konsultaatioista potilas ohjautui ensihoidon piiriin. Yhdeksässäkymmenessä kahdeksassa (98 %) prosentissa konsultaatioista potilaan hoidossa ei tarvittu ensihoitoa.

”Potilas halusi itse, että hänet siirretään yhteispäivystykseen. Potilas pe-loissaan ja hätäantynyt. Potilaan asioita oli hoitanut mobiilitoiminta,

palliativisen tiimin lääkäri ja konsultoiva hoitaja. Konsultoivalla ei ollut aikaa lähteä potilaan luokse.”

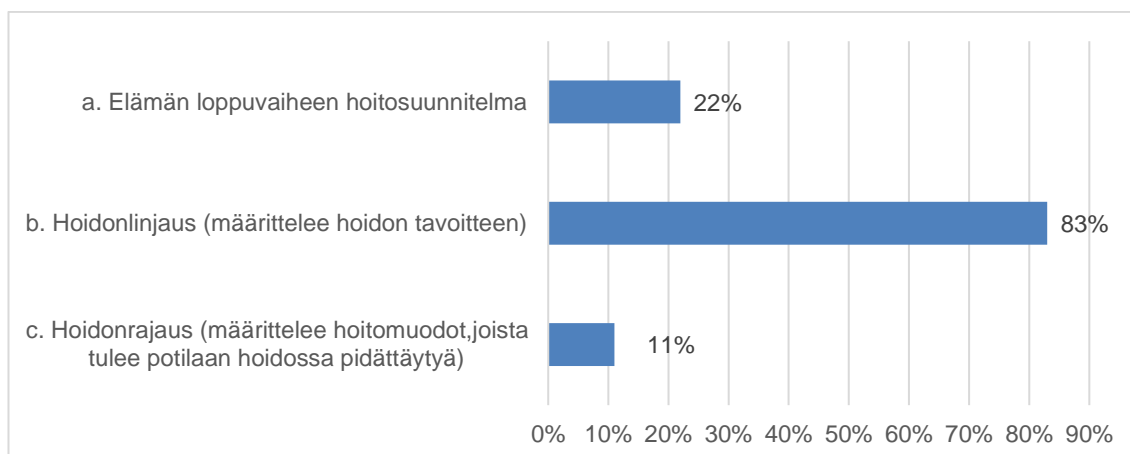
Palliativinen konsultoiva hoitaja oli potilaan ensimmäinen kontakti palliativisen hoidon asiantuntijaan noin viidenneksessä (22 %) konsultaatioista. Lähes kahdeksassakymmenessä (78 %) prosentissa potilaalla oli aiempi kontakti palliativisen hoidon asiantuntijaan, esimerkiksi palliativiseen poliklinikkaan erikoissairaanhoidossa, projektipäälliköön tai projektilääkäreihin.

Kuviossa kolmesta (Kuvio 13.) on nähtävissä, että pilotoinnin aikana potilaille tehtiin lääkärin toimesta kaksikymmentäyksi (21) erillistä elämän loppuvaiheen suunnitelmaa, hoidonlinjausta tai hoidonrajausta. Potilastapausten määrä havainnoinnissa oli kahdeksantoista (18), joten osalle potilaista tehtiin sekä hoidonrajaus että hoidonlinjaus. Yli kahdeksassakymmenessä (83 %) prosentissa potilaalle tehtiin hoidonlinjaus, noin viidesosassa (22 %) elämän loppuvaiheen suunnitelma ja noin kymmenessä (11 %) prosentissa hoidonrajaus.

Konsultoitavien aiheiden sisältöä kuvaavat seuraavat autenttiset esimerkit havainnointirunkoon merkityistä potilastapauksista. Ensimmäinen kuvaa tilannetta, jossa potilaalle on aiemmin tehty saattohoitopäätös, mutta potilaan kokonaistilanne on jäänyt huomiomatta. Palliativinen lääkäri teki potilaalle elämänloppuvaiheen hoitosuunnitelman huomioiden potilaan ja hänen läheisensä toiveet kokonaisvaltaisesti. Toinen esimerkki kuvaa tilannetta, jossa potilaalle on tehty saattohoitopäätös eli hoidonlinjaus.

”99-vuotias rouva, jonka yleisvointi oli hiipunut viimeisen kolmen kuukauden aikana. Potilas ollut vuoteenomana jo pari kuukautta. Yksikön oma vastuulääkäri tehnyt saattohoitopäätöksen, mutta ei ollut karsinut lääkelistää. Omaisten toive oli, että potilaalle ei enää aloiteta antibiootteja, ei siirretä omasta yksiköstä esimerkiksi päivystykseen. Palliativinen lääkäri kirjasi potilaan omaisten toiveet, optimoi potilaan lääkityksen ja antoi ohjeet potilaan oirehoidosta ja lääkityksestä tulevaisuudessa.”

”Potilas menehtyi lyhyen saattohoitojakson jälkeen rauhallisesti. Soitettu omaiselle ja keskusteltu tilanteeseen liittyvistä tunteista ja ohjattu käytännön asioissa.”



Kuvio 13. Pilotin aikana tehdyt elämän loppuvaiheen suunnitelmat, hoidonlinjaukset ja -rajaukset (N=18)

#### 7.2.4 Konsultaatioihin käytetty aika

Havainnointirungon (Liite 2) avulla projektipäällikkö seurasi konsultaatioiden ajan käyttöä pilotin aikana. Konsultaatio ratkaistiin puhelimitse tai puhelun ja käynnin avulla. Puhelussa ajankäyttöön sisältyvät valmistautuminen, puhelun kirjaaminen, moniammatillinen yhteistyö, yhteistyö potilaan ja läheisten kanssa ja potilaan jatkohoidon järjestely. Puhelussa ja käynnissä ajankäyttöön sisältyvät edeltävien lisäksi matkat potilaan luokse. Alla olevassa taulukossa yksi (Taulukko 1.) on havainnollistettu konsultaatioiden ajankäyttöä. Puheluiden ajankäyttö vaihteli viidestätoista (15) minuutista sataan kahteenkymmeneen (120) minuuttiin keskiarvon ollen lähes neljäkymmentä (38) minuuttia. Aineistosta erotuvat kaksi keskiarvosta poikkeavaa arvoa. Yksi konsultaatiopuhelu sisältöineen (valmistautuminen, puhelun kirjaaminen, moniammatillinen yhteistyö, yhteistyö potilaan ja läheisten kanssa ja potilaan jatkohoidon järjestely) kesti poikkeuksellisesti yhdeksänkymmentä (90) minuuttia ja toinen sata kaksikymmentä (120) minuuttia. Poikkeavat arvot selittyvät konsultaatiotilanteilla, jossa potilaan asioiden hoito on vaatinut useita yhteydenottoja eri tahoihin. Käytettäessä mediaania, johon poikkeavat arvot eivät vaikuta niin voimakkaasti kuten keskiarvossa puheluiden ajankäytöksi muodostui kolmekymmentä minuuttia.

Puhelun ja käynnin ajankäyttö vaihteli neljästäkymmenestä (40) minuutista viiteen ja puoleen tuntiin (330) keskiarvon ollen sata kolmekymmentä (130) minuuttia. Aineistossa erottuu yksi voimakkaasti keskiarvosta poikkeava arvo, joka on

kolmesataakolmekymmentä. Poikkeava arvo selittyy tilanteella, jossa potilaan asioiden hoito sisälsi yhteydenottoja useisiin eri tahoihin, vaati jatkuvaa läsnäoloa potilaan luona, saattaen vaihdon ja potilaan kuoleman vuodeosastolle siirron jälkeen. Käytettäessä mediaania, johon poikkeavat arvot eivät vaikuta niin voimakkaasti kuten keskiarvossa puhelun ja käynnin ajankäytöksi muodostui sata kaksikymmentä minuuttia.

Noin kolmen kuukauden ajanjakson aikana konsultoiva hoitaja käytti aikaa konsultaatiopuheluihin 1625 minuuttia ja puhelun ja käynnin yhdistelmiin 5255 minuuttia. Palliativisen konsultoivan hoitajan työ sisälsi ajanjakson aikana 6880 minuuttia eli noin 115 tuntia välitöntä potilastyötä. Arvioitu aika voi vaihdella todellisesta ajasta sen vuoksi, että konsultaation osakokonaisuudet muodostuivat useasta osasta työpäivän aikana, mikä hankaloittaa konsultaatioiden tarkkaa kellottamista. Pilotin aikana konsultoivan hoitajan työtunteja muodostui kokonaisuudessaan 334 tuntia ja 28 minuuttia. Näin ollen konsultoivan hoitajan työajasta oli pilotin aikana yli kolmannes (34,5 %) välitöntä potilastyötä. Yli kuusikymmentä (65,5 %) prosenttia työajasta muodostui koulutusten suunnittelusta ja toteutuksesta, verkostoitumisesta ja kehittämistoiminnasta. Lisäksi pilotin aikana työaika kului myös pilotista tiedottamiseen, toiminnan jalkauttamiseen sekä tutkimuksen tekemiseen.

Taulukko 1. Konsultaatioon käytetty aika.

	minimiarvo	maksimiarvo	keskiarvo	mediaani	summa	keskihajonta
Puhelu	15	120	38	30	1625	21
Puhelu ja käynti	40	330	131	120	5255	54

## 7.3 Johtopäätökset ja pohdinta

### 7.3.1 Kyselytutkimuksesta tehtävät johtopäätökset ja pohdinta

Palliativinen konsultoiva hoitaja -palvelua käyttäneet ja kyselyyn vastanneet edustivat laajasti eri terveydenhuollon ammattilaisia. Matalankynnyksen palvelun avulla

mahdollistettiin palvelun käyttö laajasti eri alojen ammattilaisille. Myös Bulsaran (2016) tutkimuksessa CNC:t saivat yhteydenottoja ja lähetteitä muilta terveydenhuollon ammattilaisilta. Australiassa CNC:n ja NC:n laaja-alaista erityisalojen asiantuntemusta hyödynnetään yhteistyön ja konsultaatiotuen avulla, jolloin heidän osaamisensa saadaan osaksi myös perusterveydenhuollon palveluita (Almer ym. 2010).

Terveys- ja sairaalapalveluiden henkilökunta vastasi aktiivisimmin kyselytutkimukseen. Positiivisesti vastausprosenttiin vaikutti heidän kohdallaan mahdollisuus lähettää vastaus sisäisessä postissa tai vastata kyselytutkimuksen linkkiin sähköpostitse. Työntekijöillä on pääsääntöisesti työ sähköposti työasioita varten. Henkilökunnalla, joka työskentelee yksityisellä palveluntuottajalla ei läheskään aina ole työ sähköpostiosoitetta tai se on yksikön yhteiskäytössä. Lisäksi kyselykaavakkeen toimittaminen postiin aiheutti vastaajille lisävaivaa. Havaintoja puoltaa se että, konsultaatioiden kokonaismäärästä (N=83) viisikymmentäkaksi prosenttia (52 %) koski yksityisten palveluntuottajien yksiköitä. Sen sijaan kyselytutkimukseen vastanneiden kokonaismäärästä (N=40) vain yksitoista (11) vastaajaa eli kaksikymmentäkahdeksan prosenttia (28 %) yksityisten palveluntuottajien henkilökunnasta oli vastannut kyselyyn. Kiire työssä on saattanut aiheuttaa sen, että sen, että vaikka konsultaatiosta on koettu olevan apua, niin kiireen vuoksi kyselyyn ei ole ehditty vastata.

Kyselyn vastauksista ja havainnointirungon tuloksista kävi ilmi, että konsultoivan hoitajan näkemys tuen tarpeesta tai siitä, miksi yksiköistä otettiin yhteyttä, poikkesi usein vastaajien näkemyksistä. Tämä saattaa johtua siitä, että vastaajat eivät ole tulkinneet konsultaatiopyyntönsä syytä yhtä tarkasti kuin konsultoiva hoitaja. Konsultoivan hoitajan näkemys tuen tarpeesta tai siitä, miksi yksiköistä otettiin yhteyttä voi poiketa vastaajien näkemyksistä. Vastaajat ovat saaneet ohjausta jo ennen kyselytutkimukseen vastaamista, mikä on saattanut muuttaa vastaajien näkemystä ohjauksen tarpeesta. Esimerkiksi hoitohenkilökunnan jäsen ottaa yhteyttä konsultoivaan hoitajaan potilaan fyysisen tilan arvioinnin vuoksi. Potilaan toimintakyky on laskenut. Ohjauksen jälkeen vastaaja valitsee vaihtoehdon Palliatiivisen hoidon tai saattohoidon tunnistamiseen liittyvä ohjauksen tarve.

Henkilökunnalla oli vaikeuksia tunnistaa potilaan kipua, kivun arviointi ja tieto kivun hoidosta oli puutteellista, ja he tarvitsivat tukea ja ohjausta kokonaisvaltaisesti potilaan kivun hoidon hallinnassa. Henkilökunnan ohjauksen, palliatiivisen hoidon lääkärin asiantuntemuksen avulla ja jäämällä seuraamaan potilaan kivun hoitoa kirjausten ja soittojen avulla lisättiin henkilökunnan osaamista kivun hoidossa sekä vähennettiin potilaiden

kärsimystä. Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa henkilökunnan on tärkeää hallita tietoa kivunhoidosta sekä tietoa ja kykyä ohjata potilasta ja hänen läheisiään kivun- ja oirehoidon lääkityksissä (Hökkä ym. 2020a, 276, 278–283; Hökkä ym. 2020b, 128–131). Myös Hallin ym. tutkimuksessa konsultaatioiden aiheet koskivat hallitsematonta kipua hieman alle puolessa tapauksista. Lisäksi yleisin oire, jota hoitohenkilökunta ei ollut huomannut oli hallitsematon kipu, kuten se oli myös konsultoivan hoitajan havainnointirungon analyysissä havaittavissa. (Hall ym. 2013, 148–151.)

Henkilökunta tarvitsi ohjausta hengitysteiden oireiden tunnistamisessa, hallinnassa, lääkittämisessä ja seurannassa. Tilanteissa, joissa potilaalla oli kuoleman läheisyyteen liittyvää hengitysteiden oireita, oli tarpeen rauhoittaa asianmukaisella tiedolla myös potilaan läheisiä. Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa hengitysteiden oireet ovat yleisiä (Saarto 2015). Ohjauksen avulla lisättiin henkilökunnan tietoa hengitysteiden oireista, vähennettiin potilaiden kärsimystä ja parannettiin potilaiden elämänlaatua ennakoivalla oirehoidolla.

Konsultoiva hoitaja arvioi potilaan fyysistä tilaa yhdessä henkilökunnan kanssa. Henkilökunta kaipasi tukea ja ohjausta tilanteissa, joissa yleisvoinnin lasku liittyi palliatiivisen sairauden etenemiseen ja saattohoitovaiheen tunnistamiseen. Potilaan voimien heikessä keskusteltiin yhdessä myös potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Tutkimusten mukaan henkilökunta tarvitsee palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa osaamista palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusteista, kokonaisvaltaisesta oirehoidosta ja yksilöllisestä palliatiivisen hoidonosaamisesta sekä kykyä ohjata potilasta ja hänen läheisiään palliatiivisen hoidon eri prosesseissa (Hökkä ym. 2020a, 276, 278–283; Hökkä ym. 2020b, 128–131).

Psykososiaalinen tuki ja eksistentiaalinen tuki käsitteinä olivat hoitohenkilökunnalle vieraista, eikä niitä ei käytetty valittaessa kyselytutkimuksessa vastausvaihtoehtoa tuen tarpeista. Sen sijaan konsultaatiopyynnöissä hoitohenkilökunta kaipasi tukea keskusteluissa potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Mittarin käsitteeksi olisi ollut mielekkäämpää alun perin valita edellä mainittu käsite. Potilaan läheisten huomiointi, kiireetön kohtaaminen, asioiden sanoittaminen potilaan läheisille ja rehellisyys keskusteluissa läheisten kanssa koettiin tärkeänä. Hökän ym. (2020a;2020b) tutkimusten mukaan henkilökunnalla tulee olla vuorovaikutus- ja kohtaamisosaamiseen liittyviä taitoja, jotka ilmenevät kykynä kohdata potilas ja läheiset kunnioittavasti, empaattisesti ja kiireettömästi. Bulsaran (2016) ja O`Connorin ym. (2008) tutkimuksissa potilailla oli monimutkaisia tuen tarpeita, kuten merkittävää psyykkistä ahdistusta. Palliatiivisen konsultoivan hoitajan työ

sisälsi muun muassa paljon potilaiden ja heidän läheistensä psykososiaalisen tuen antamista.

Pilotin aikana konsultoiva hoitaja osallistui henkilökunnan kanssa yhdessä potilaan hoitosuunnitelman laatimiseen. Tilanteet liittyivät potilaan hoitopolulla ohjaukseen, potilaan kotiutukseen tai saattaen vaihtoon tehostettuun palveluysikköön tai palliatiivisen kotisairaalan potilaaksi. Kehittämiprojektin avulla mahdollistettiin potilaiden hoidonrajausten ja hoidonlinjausten tekeminen sekä hoitosuunnitelmien päivittäminen yhteistyössä palliatiivisten lääkärin ja mobiilitoiminnan lääkärin avulla. STM:n (2019b, 18) suosituksessa korostetaan ajantasaisten hoitosuunnitelmien ja hoidonlinjausten olemassaoloa.

Henkilökunta tarvitsi ohjausta ennakoivaan elämän loppuvaiheen suunnitelmaan liittyvissä sekä palliatiivisen hoidon tai saattohoidon tunnistamiseen liittyvissä tilanteissa kaikissa tutkimukseen osallistuneissa yksiköissä. STM:n (2019b, 16) suosituksen mukaan perustasolla henkilökunnan osaamisessa painottuvat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusteiden hallinta, ennakoivan elämän loppuvaiheen suunnitelman tekemisen hallinta ja osaamista saattohoitopäätöksen tekoon. Päätöksenteon tulisi olla yhdenmukaista riippumatta taustatekijöistä ja palliatiivisen hoidon tarve tulisi tunnistaa riippumatta potilasta hoitavasta asiantuntijasta. (Piilin 2019, 9–10, 67–72; STM 2019b, 16.) ACP:n avulla voidaan ehkäistä muun muassa potilaan tarpeettomia hoitotoimenpiteitä ja sairaalajaksoja, kuten tässä pilotissa konsultoivan hoitajan toiminnalla ehkäistiin. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoitosuositus 2019; Lehto ym. 2019.)

Henkilökunta tarvitsi ohjausta hoidonrajaukseen tai hoitolinjaukseen liittyvissä tilanteissa. Tärkeä taito on keskustella potilaan ja omaisten kanssa kuoleman läheisyyteen liittyvistä asioista ymmärrettävästi. Keskustelut näistä aiheista vaatii hoitohenkilökunnalta hyviä vuorovaikutustaitoja ja kykyä kommunikoida potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Avoimen keskustelun avulla on mahdollisuus parantaa hoitotyytyväisyyttä ja läheisten selviytymistä. (Lehto ym. 2019.) Konsultoiva hoitaja osallistui yhdessä henkilökunnan kanssa hoidonrajaukseen ja hoidonlinjauksiin liittyviin keskusteluihin. Elämänlaadun säilyttäminen ja kärsimyksen vähentäminen palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa tulee sanoittaa heille selkeästi, jotta väärinkäsityksiltä ja haastavilta vuorovaikutustilanteilta vältetään.

Konsultoivan hoitajan palvelu koettiin kyselytutkimukseen vastanneiden mielestä erittäin tarpeelliseksi ja vastaavaa palvelua oli kaivattu jo pitkään Porin perusturvakeskuksessa. Yli yhdeksänkymmentä prosenttia vastaajista arvioi palvelun erittäin tarpeelliseksi.

Henkilökunnan tyytyväisyyteen vaikuttivat palvelun helppo saatavuus ilman lääkärin lähetystä, konsultaatioon vastaaminen kohtuullisessa ajassa sekä konsultoivan hoitajan kyky vastata henkilökunnan ohjauksen tarpeisiin. Samanlaisia tuloksia saatiin Palliatiivinen hoitajakonsultti HYKS-ERVA erikoissairaanhoidon -hankkeessa tehdyssä tutkimuksessa.

Suurin osa kyselytutkimukseen vastanneista koki, että ongelma ratkesi konsultaation avulla erittäin hyvin tai täysin, mutta osa vastaajista (2,5 %), koki ettei ongelma ratkennut konsultaation avulla tai että konsultoiva hoitaja ohjasi henkilökuntaa tarpeettomasti työssään. Arnaertin (2009) tutkimuksessa ilmeni samoin, että työntekijät saattoivat torjua asiantuntija-avun, koska kokivat selviävänsä itsenäisesti ja kokivat oman ammattitaitonsa riittävän potilaan auttamiseen. Konsultaation saattoi myös tehdä lähettävä yksikkö, kuten esimerkiksi sairaalan vuodeosaston lääkäri tai henkilökunta potilaan siirtyessä tehostettuun palveluyksikköön. Saattaen vaihto sai kiitosta potilaiden läheisiltä ja henkilökunnalta erityisesti akuuteissa tilanteissa. Toimintatapaa suositellaan STM:n suosituksessa (STM 2019b), mutta se saattoi aiheuttaa myös epäluuloa henkilökunnan keskuudessa.

”En nähnyt tarvetta konsultaatiolle, emme tienneet konsultaatiosta. Meille ilmoitettiin että tullaan ohjaamaan miten teemme työtämme.”

Myös konsultoivan hoitajan toiminnassa on tärkeää, että asiantuntija ei käyttäydy tuomitsevasti, vaan hyväksyy erilaiset ihmiset, uskomukset, käytöksen ja erilaiset näkökulmat (Arnaert 2009, 357–364). Palliatiivisen konsultoivan hoitajan palvelu ja saattaen vaihto ovat uusia toimintatapoja, jotka vaativat aikaa jalkautuakseen osaksi normaalia hoitokulttuuria.

Kyselytutkimukseen vastanneista suurin osa koki konsultoivan hoitajan ohjanneen/toimineen erittäin selkeästi. Konsultoivan hoitajan ohjausosaamisen avulla tavoiteltiin henkilökunnan ohjausosaamisen kehittymistä seuraamalla konsultoivan hoitajan toimintaa. Hökän ym. (2020b, 128–131) tutkimuksessa on todettu ohjausosaamisen olevan erityisen tärkeää ohjattaessa potilasta ja hänen läheisiään.

Pilotista tiedotettiin laajasti sähköpostin välityksellä koko Perusturvakeskuksen henkilökuntaa, jotta kaikilla olisi mahdollisuus käyttää palvelua. Projektipäällikkö tiedotti yksityisiä palvelutuottajia heidän esihenkilöidensä välityksellä. Yli neljäkymmentä prosenttia vastaajista oli kuullut pilotista kuitenkin muista lähteistä kuin esihenkilöltään, sähköpostitse tai e-posterin välityksellä. Tehokkain tapa pilotista tiedottamiseen vaikuttaa olleen projektipäällikön tekemät esittelykäynnit yksiköissä. Palvelun henkilökohtainen esittely



yksikössä vei aikaa, mutta antoi henkilökunnalle myös mahdollisuuden kysyä ja pohtia, miten he voisivat hyödyntää palvelua parhaiten. Lisäksi esittely itsessään sisälsi tietoa palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Tieto potilaan oirehoidon mahdollista haasteista jo palliatiiviseen hoitoon siirryttäessä mahdollistaa hoitohenkilökunnan ennakoivan oirehoidon potilaan hoidossa joka päivä. Konsultoivan hoitajan tuki vain potilaan siirtyessä saattohoitoon edellyttää henkilökunnalta palliatiivisen hoidon koulutusta ja erityisosaamista, jota ei ole saatavilla vielä riittävän laajasti perustason yksiköissä, jotka hoitavat kuolevia potilaita.

Hoitohenkilökunta koki tärkeänä konsultoivan hoitajan työskentelyssä yksilökeskeisen ja kokonaisvaltaisen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon sekä potilaan hoidon jatkuvuuden. Myös Palliatiivinen hoitajakonsultti-hankkeessa toiminnan koettiin tukevan potilaiden kokonaisvaltaista ja oikea-aikaista hoitoa tukien potilaiden hoidon jatkuvuutta. Vastaajat kokivat hoitajakonsultin keskeisimmiksi rooleiksi potilas- ja läheiskeskustelujen toteuttamisen, konsultaatiot ja henkilökunnan ohjauksen ja tuen. (Mikkonen & Rajala 2020, 1–21.) Bulsaran (2016) tutkimuksessa syöpähoidon koordinaattorit (rCNC) mahdollistivat asiantuntijuudellaan alueen asukkaiden yksilöllisen ja monipuolisen tukemisen. Tämän pilotin kyselytutkimuksen vastaajien mukaan konsultoivan hoitajan roolissa oli tärkeää konsultoivan hoitajan tehtäväkuvaan vaadittava ammattitaito ja erikoisosaaminen sekä hyvä suomen kielen taito. Konsultoivan hoitajan kollegiaalinen tuki henkilökunnalle muodostui erittäin tärkeäksi osaksi konsultoivan hoitajan työtä. Myös Wilkesin ym. (2015) tutkimuksessa osoittautui, että CNS:t kokivat potilaan, läheisten ja henkilökunnan ohjauksen ja neuvonnan kuuluvan yleisesti heidän työnkuvaansa.

Palvelun tuoma kollegiaalinen tuki osoittautui tutkimuksessa tärkeäksi osaksi konsultoivan hoitajan tehtäväkuvaa. Konsultoi-va hoitaja koki tärkeänä hoitohenkilökunnan näkemyksen potilaan oireista, koska hoitava henkilökunta tuntee potilaan ja viettää hänen kanssaan eniten aikaa. Hoitohenkilökunnalla oli myös näkemys potilaan läheisten tuen tarpeista. Hoitohenkilökunta koki saavansa tukea ajatuksilleen ja näkemyksilleen palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta sekä tukea vuorovaikutustilanteisiin potilaiden ja heidän omaistensa kanssa.

Kehittämistoiminnassa resursointi tulee huomioida jo uutta toimintaa suunniteltaessa. Konsultoivan hoitajan ajankäyttö henkilökunnan, potilaiden ja heidän läheistensä kanssa sai kiitosta. Kiireetön keskustelu, pysähtyminen ja aito kiinnostus palliatiivisessa hoidossa tai saattohoidossa olevan potilaan ja hänen läheistensä kanssa lisää tyytyväisyyttä potilaan hoitoon ja lievittää sekä potilaan että läheisten pelkoa tulevasta.

### 7.3.2 Havainnointirungosta tehtävät johtopäätökset ja pohdinta

Havainnointirungon avulla todennettiin, että konsultoivan hoitajan palvelua hyödynnettiin henkilökunnan toimesta kahdeksankymmentä (83) kertaa kolmen kuukauden aikana. Konsultaatiot toteutuivat hyvin tasaisesti sekä puhelimitse että puhelun ja käynnin yhdistelmänä. Yksiköiden henkilökunnalla oli tärkeä rooli ajantasaisen tiedon välittämisessä konsultoivalle hoitajalle potilaan voinnin ja oireiden suhteen.

Konsultoiva hoitaja edellytti potilaan tai omaisen lupaa konsultaatioon, jotta tutustuminen potilaan tilanteeseen ennakoon oli mahdollista. Erityisesti tilanteissa, joissa henkilökunta tarvitsi konsultoivan hoitajan tukea esimerkiksi keskusteluun potilaan terveydentilan muutoksista potilaan ja omaisten kanssa oli tärkeää, että kaikki osapuolet olivat tietoisia konsultoivan hoitajan osallistumisesta keskusteluun. Potilaat ja omaiset kokivat palliatiivinen konsultoiva hoitaja -palvelun tervetulleena mahdollisuutena keskustella palliatiivisen hoidon asiantuntijan kanssa. Yksikön ulkopuolisen henkilön kutsuminen paikalle ja hänen läsnäolonsa helpotti vaikeita vuorovaikutustilanteita.

Yksityisten palveluntuottajat hyödynsivät palvelua tehokkaasti yksiköidensä potilaiden tuen tarpeissa. Myös yksityisten palveluntuottajien etälääkärit löysivät palvelun ja hyödynsivät sitä työssään. Konsultoivalla hoitajalla on laaja tietotaito ja verkosto omalta alaltaan, mikä on hyödynnettävissä potilaan hoitosuunnitelmaa laadittaessa sekä koordinoitaessa potilaan hoitoa. Tärkeä näkökulma oli myös, että konsultoivan hoitajan palvelu oli potilaalle ilmaista.

Terveys- ja sairaalapalveluiden ja vanhuspalveluiden henkilökunnan vähäinen palvelun käyttö oli yllättävää. Näissä yksiköissä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisessa on vielä kehitettävää. Osastojen ja vanhuspalveluiden hierarkkisuus on myös estävä tekijä. Pilotin esittelytilaisuuksiin osallistui vain hyvin vähän lääkäreitä. Matalan kynnyksen palvelusta huolimatta, henkilökunnan on edelleen hyvin vaikeaa ottaa yhteyttä palliatiiviseen konsultoivaan hoitajaan ilman lääkärin tai esihenkilön suostumusta, vaikka se ei ollut tarpeen. Palvelun avulla potilasta voidaan auttaa monipuolisemmin moniammatillisen työskentelyn avulla. Projektipäällikkö suunnitteli ja toteutti vanhuspalveluiden henkilökunnalle koulutuksia palliatiivisesta hoidosta pilotin aikana. Tämä on voinut lisätä henkilökunnan osaamista palliatiivisten potilaiden hoidosta ja vähentää konsultaatioiden tarvetta. Edellytys palvelun käytölle on tieto mahdollisuudesta käyttää

konsultoivan hoitajan palvelua. Yllättävän pieni osa henkilökunnasta oli tietoisia pilotista tiedottamisesta huolimatta.

Yleisimmät aihealueet, joista henkilökunta otti yhteyttä, olivat kipu, hengitysteiden oireet, muut oireet (neurologiset oireet, potilaan kuolema palliatiivisessa hoidossa tai saattohoidossa, diabeteksen hoito, oirehoidon kokonaishallinta ja kasvojen alueen turvotus) ja keskustelu terveydentilan muutoksista potilaan ja omaisten kanssa. Havaintorungon tulokset puoltavat projektipäällikön aiempaa näkemystä henkilökunnan ohjauksen tarpeista tämän potilasryhmän hoidossa. Tiedusteltaessa ohjauksen jälkeen henkilökunnalta, miksi he ottivat yhteyttä konsultoivaan hoitajaan, vastauksissa oli valittu laajempia käsitteitä yksittäisten oireiden sijaan. Palliatiivisen potilaan hoidon näkeminen laajempaa kokonaisuutena on askel parempaan. Kipu oli poikkeuksellisesti valittu yksittäisenä oireena. Tämä on hyvä asia, koska kivun tunnistamisessa, mittaamisessa ja kivun hoidossa henkilökunta kaipaa tukea ja ohjausta, kuten kirjallisuuskatsauksestakin käy ilmi. (Hökkä ym. 2020a, 240; Hökkä ym. 2020b, 129.)

Terveys- ja sairaalapalveluiden, vanhuspalvelujen ja yksityisten palveluntuottajien ohjauksen tarpeet olivat erilaisia. Terveys- ja sairaalapalveluissa konsultaatioiden aiheet liittyivät potilaan hoitopolkuun ja jatkohoitosuunnitelmaan. Henkilökunnalla oli tiedonpuutetta palliatiivisen potilaan hoitopolusta. Lisäksi konsultaatiot sisälsivät saattaen vaihtoa tehostettuihin palveluasumisen yksiköihin. Terveys- ja sairaalapalveluissa vuodeosastoilla toiminta on hektistä, mikä vaikeuttaa psykososiaalisen tuen antamista potilaille ja heidän läheisilleen. Sen vuoksi näissä yksiköissä oli ohjauksen tarvetta keskusteluun terveydentilan muutoksista potilaan ja hänen läheistensä kanssa enemmän kuin muissa yksiköissä. Sairaalan vuodeosastoille oli palliatiivisen ja saattohoidon tunnistamisen tarvetta, koska organisaatiossa on vain kaksi palliatiiviseen hoitoon erikoistunutta lääkäriä. Vanhuspalveluissa ja yksityisten palveluntuottajien yksiköissä yleisimmät ohjauksen tarpeet olivat samoja eli kipu, hengitysteiden oireet sekä muut oireet. Yksiköiden toiminta ja asukkaat ovat samankaltaisia, mikä selittää tulosten samankaltaisuuden. Yksiköistä otettiin yhteyttä akuutisti alkaneiden yksittäisten oireiden vuoksi. Ei organisaation omissa vanhuspalveluiden yksiköissä eikä yksityisillä palveluntuottajilla ole lääkäreitä käytettävissä päivittäin, vaan tiettyinä päivinä tai tarvittaessa etäkonsultaationa. Osalla yksiköistä ei ole omaa lääkäreitä lainkaan, vaan he käyttävät oman alueen terveystalouksia tai akuuteissa tilanteissa Akuutitietokeskuksen palveluita. Tämän vuoksi he hyödynsivät konsultoivan hoitajan palvelua tehokkaasti oirehoidossa. Tarvetta keskusteluun terveydentilan muutoksista oli vähemmän kuin sairaala- ja terveystalouksissa. Tämä saattaa johtua

siitä, että vanhuspalveluissa ja yksityisten palveluntuottajien yksiköissä asukkaat ja heidän läheisensä ovat henkilökunnalle tuttuja pitkältä ajalta. Yhteydenpito, oma hoitajakäytännöt ja keskustelut ovat osa päivittäistä toimintaa.

Konsultoiva hoitaja huomasi konsultaation aikana yli neljässäkymmenessä (44 %) prosentissa oireen, jota henkilökunta ei ollut huomannut. Yleisimmät havaitsematta jääneet oireet henkilökunnalla olivat kipu ja psykososiaaliseen tukeen tai eksistentiaaliseen tukeen liittyvä oire. Kivun kokemus ja tapa, jolla se meissä kaikissa ilmenee, on hyvin yksilöllistä. Kipu voi ilmetä potilaalla myös muina oireina, kuten sekavuutena, levottomuutena tai kokonaisvaltaisena pahana olona. Kivun hoidon hallinta kokonaisuutena edellyttää hoitohenkilökunnan koulutusta aiheesta. Potilaan tukeminen psykososiaalisen tuen tarpeissa tai eksistentiaalisen tuen tarpeissa on haastavaa kiireen keskellä. Lisäksi tuen tarpeen tunnistaminen vaatii pysähtymistä ja kiireetöntä keskustelua potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Avun hankkiminen potilaalle tällaisissa tilanteissa on riittävä interventio jos henkilökunnan aika ei muuhun riitä.

Terveyskylän Palliatiivinen talo (Terveyskylä nd.) sisältää runsaasti ohjausmateriaalia henkilökunnalle, potilaille ja läheisille. Konkreettisen ohjausmateriaalin antaminen henkilökunnalle on vähentynyt, mutta sen sijaan projektipäällikkö ohjasi henkilökuntaa tiedon lähteille. Juha Hännisen (2015) laatima Saattohoito-opas potilaille ja omaisille on hyödyllinen myös henkilökunnalle erityisesti yksiköissä, joissa saattohoito ei ole osa tavanomaista toimintaa. Saattohoito-opas on ollut käytössä pitkään palliatiivisessa kotisairaalassa.

Palliatiivinen konsultoiva hoitaja -palvelu oli hoitajavetoista asiantuntijapalvelua. Konsultoivan hoitajan koulutus, laaja-alainen työkokemus omalta alalta ja kattavat tiedot omasta organisaatiosta ja verkostojen toiminnasta mahdollistavat konsultoivan hoitajan itsenäisen työskentelyn. Yleisimmät syyt projektilääkäreiden konsultoimiseen olivat potilaan lääkitykseen, oirehoitoon, palliatiivisen ja saattohoidon tarpeeseen sekä potilaan hoitopolkuun liittyvät asiat. Myös Sulkakosken (2016, 40–42) tutkimuksessa lääkärin konsultaatiot liittyivät hoidonlinjauksiin ja erityisesti lääkitykseen liittyvät konsultaatiot olivat hyvin tavallisia. Tämän kehittämisprojektin toiminnan edellytys oli projektilääkäreiden ja mobiililääkäreiden tuki toiminnalle ja joustava moniammatillinen yhteistyö, jolla mahdollistetaan palliatiivisten potilaiden laadukas hoito organisaatiossa myös osastoilla, kotihoidossa ja tehostetuissa palveluyksiköissä. Moniammatillisessa yhteistyössä oli tärkeää jaettu yhteinen näkemys potilaiden laadukkaasta palliatiivisesta hoidosta ja sen kehittämisestä. Osa konsultaatioista oli tehty projektilääkäreiden tai mobiililääkäreiden

pyynnöstä. Pilotin aikana palvelua käyttäneet osoittivat tyytyväisyytensä lääkärikonsultaatioon ja lääkitykseen liittyvien asioiden järjestymiseen nopeasti. Potilaat ja heidän läheisensä kertoivat kokevansa hoidon turvalliseksi, koska hoidosta olivat vastuussa palliatiiviseen hoitoon erikoistuneet projektilääkärit ja asiantuntevat mobiililääkärit. Lääkäreiden ja konsultoivan hoitajan yhteistyön avulla hoidonlinjaukseen liittyvissä keskusteluissa potilailla ja heidän läheisillään oli mahdollisuus keskustella asioista kasvotusten konsultoivan hoitajan kanssa. Tämä lisäsi ymmärrystä tilanteissa, joissa lääkärin toimesta oli tarpeen tehdä hoidonrajaus tai hoidonlinjaus, muttei mahdollisuutta lääkärin tavata potilasta ja hänen läheisiään.

Konsultaatio johti potilaan hoitovastuun siirron ensihoidolle vain kahdessa (2 %) prosentissa konsultaatioista. Palliatiivisen kotisairaalan potilaiksi ohjautui alle kymmenen (8 %) prosenttia. Hoitovastuun siirtyminen oli edellytys potilaiden hoidon jatkuvuudelle ja turvallisuudelle, koska konsultoivan hoitajan saavutettavuus oli pilotin aikana työajan puitteissa rajoitettu. Potilaan hoitovastuun siirto ensihoidolle olisi voitu todennäköisesti ehkäistä konsultoivan hoitajan käynnin avulla, mikäli se olisi ollut ajallisesti mahdollista. Mahdollisuus lähteä myös nopeasti akuutille käynneille lisää todennäköisyyttä potilaan hoidon jatkumiselle sen hetkessä hoitopaikassa. Konsultaatiotuen avulla voidaan ehkäistä potilaiden turhaa siirtelyä yksiköiden välillä ja perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon sekä ehkäistä sairaalahoitajaksoja (Louhimo 2019, 486; Parhiala ym. 2016). Ympäri vuorokautiseen tukeen perustason yksiköille kotisairaalaan kehittämiprojektin avulla ei saatu apua, koska kotisairaalan toiminta-aika on klo 7–23. Kehittämiprojektin aikana projektilääkäri ja projektipäällikkö kuitenkin kouluttivat ensihoidon henkilökuntaa saattohoitopotilaiden yöturvan lisäämiseksi.

Poiketen aiemmista tutkimuksista palliatiivinen konsultoiva hoitaja oli potilaan ensimmäinen kontakti palliatiivisen hoidon asiantuntijaan vain noin viidenneksessä (22 %) konsultaatioista toisin kuin O'Connorin ym. (2008, 350–354) tutkimuksessa, jossa hoitaja oli suurimmalle osalle (73 %) palliatiivisen hoidon potilaille ja heidän omaisilleen ensimmäinen kontakti palliatiiviseen hoidon asiantuntijaan. Syynä voi olla, että pilotissa konsultaatio saattoi koskea useammin kuin kerran saman potilaan hoitoa, jolloin konsultoiva hoitaja ei enää ollut ensimmäinen kontakti palliatiivisen hoidon asiantuntijaan.

Pilotin aikana projektilääkärit ja mobiililääkärit tekivät kaksikymmentäyksi (21) erillistä elämän loppuvaiheen suunnitelmaa, hoidonlinjausta tai hoidonrajausta. Oikea-aikaisten hoidonlinjausten tekeminen potilaille oli tärkeä osa pilotin toimintaa. Keskusteluissa potilaiden ja heidän läheistensä kanssa hyvin usein läheiset kertoivat toiveensa

hoidonlinjauksista ja läheisensä hyvästä hoidosta sen hetkisessä asuinpaikassa. Kun hoitosuunnitelmaan on kirjattu potilaan elämän loppuvaiheen suunnitelma, hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus tukeutua suunnitelmaan potilaan voinnin muuttuessa. Tieto ja suunnitelmallisuus helpottavat myös läheisten kokemaa ahdistusta heille rakkaan ihmisen kuoleman läheisyydessä.

Konsultoivan hoitajan ajankäyttö ja kiireetön kohtaaminen sai positiivista palautetta pilotin aikana henkilökunnalta, potilailta ja heidän läheisiltään. Konsultoivan hoitajan ajankäyttö vaihteli sen mukaan, oliko potilas konsultoivalle aiemmin tuttu vai oliko kyseessä ensimmäinen puhelu tai käynti potilaan luokse. Konsultaatiot olivat sisällöltään laajoja ja aikaa vieviä, mutta konsultaatioiden avulla lisättiin palliatiivisten potilaiden ja saattohoitopotilaiden sekä heidän läheistensä elämän laatua ja vähennettiin kärsimystä. Henkilökunta sai paljon kaipaamaansa tukea ja ohjausta palliatiivisten potilaiden ja saattohoitopotilaiden hoidossa.

## 8 Kehittämishankkeen arviointi ja pohdinta

Kehittämishankkeen avulla Porin Perusturvakeskukseen kehitettiin palliatiivisen konsultoivan hoitajan tehtäväkuva. Kehittämishankkeen aikana palliatiivinen konsultoiva hoitaja oli konsultaatiokanava palliatiivisen kotisairaalan, osastojen, tehostettujen palveluyksiköiden sekä kotihoidon välillä. Konsultaatiot olivat hoitajavetoista, matalan kynnyksen palvelua, johon ei tarvittu lääkärin lähetettä. Pilotoinnin jälkeen palliatiivisen konsultoivan hoitajan tehtäväkuva jatkuu hankerahoituksen avulla vuoden 2022 loppuun.

Palliatiivisen konsultoivan hoitajan tehtäväkuva perustui kirjallisuuskatsaukseen sekä projektiryhmän ja ohjausryhmän jäsenten alustavaan ideointiin. Toimintamalli muodostui lopulliseen muotoonsa hankkeen toteutusvaiheen aikana käytännön työn osoittaessa, mistä pilotin aikainen työskentely muodostui. Kehittämishankkeen arvioinnin projektipäällikkö toteutti itsearviointina. Projektipäällikön oman toiminnan peilaamisen apuna toimivat kehittämishankkeessa toteutetut tutkimukset. (Viirkorpi 2000, 39–40.) Kehittämishankkeen aikana tehdyissä tutkimuksissa arvioitiin konsultoivan hoitajan pilotin sekä todettiin tutkimuksen avulla palliatiivisen hoitajan tarpeellisuus Porin perusturvakeskuksessa. Kehittämishankkeen arvioinnin kannalta oli tärkeää tietää, miten henkilökunta koki palliatiivisen konsultoivan hoitajan palvelun pilotin aikana ja, minkälaisia konsultaatiot olivat. Tuloksia hyödynnetään myös palliatiivisen hoidon ja saattohoidon koulutusten suunnittelussa projektipäällikön jatkaessa työskentelyä palliatiivisena konsultorina.

### 8.1 Kehittämishankkeen tavoitteiden saavuttaminen

Kehittämishankkeen avulla kehitettiin palliatiivisten ja saattohoitopotilaiden hoidon laatua ja henkilökunnan osaamista Porin perusturvakeskuksessa parantamalla palliatiivisen ja saattohoidon asiantuntijaosaamisen saavutettavuutta. Projektipäällikkö ohjasi henkilökuntaa sekä suunnitteli ja toteutti henkilökunnan tarpeita vastaavia palliatiivisen ja saattohoidon koulutuksia pilotin aikana. Projektipäällikkö lisäsi tietoisuutta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta verkostoitumisen, ohjauksen ja henkilökunnalle suunniteltujen koulutusten avulla kannustaen henkilökuntaa uuden oppimiselle potilaiden laadukkaamman hoidon toteuttamiseksi. Palliatiivisen konsultoivan hoitaja -palvelun avulla edistettiin ennakoivan oirehoidon merkitystä palliatiivisten potilaiden hoidossa. Omalla toiminnallaan projektipäällikkö lisäsi myös klinisen asiantuntijan roolin tunnettavuutta Porin

perusturvakeskuksessa. Asiantuntijuuteen johtavan koulutuksen ja osaamisperusteiden merkitys asiantuntijan tehtävänkuvan edellytyksenä vaativat edelleen muutosta organisaatiotasolla.

Konsultoivan hoitajan palvelun avulla vähennettiin lääkärikontaktien määrää ja potilaiden siirtoja sairaalan vuodepaikoille ja yhteispäivystykseen. Konsultoivan hoitajan palvelun avulla potilaat hoidettiin pääsääntöisesti omissa yksiköissään. Tulevaisuudessa STM:n suosituksen mukaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen tulisi varmistaa kaikissa kuolevia potilaita hoitavissa yksiköissä, koska jokaisella potilaalla on yhdenvertainen oikeus laadukkaaseen palliatiiviseen hoitoon (STM 2019b, 16). Rajallisten resursien vuoksi kaikkien palliatiivisten potilaiden hoitosuhde palliatiiviseen kotisairaalaan ei ole mahdollinen. Konsultoivan hoitajan tehtävänkuvalla turvattiin laadukas palliatiivinen hoito ja saattohoito myös vuodeosastoilla, kotihoidossa ja tehostetuissa palveluyksiköissä.

## 8.2 Kehittämiprojektin eteneminen

Kehittämiprojekti eteni suunnitelman mukaan aikataulua lukuun ottamatta. Organisaation johdon ja hankerahoituksen avulla kehittämiprojekti alkoi 22.9.2021. Kehittämiprojektin aloittamisen viivästyminen johtui akuuttikotikeskuksen resurssipulasta ja vallitsevasta Covid-19 pandemiasta. Myös pilotin aikana projektipäällikkö estyi tekemästä konsultoivaa hoitajaa vallitsevasta tilanteesta johtuen. Palliatiivisen konsultoivan hoitajan palvelua tarvitsevat potilaan hoidettiin näissä tapauksissa projektipäällikön oman työn ohella palliatiivisessa kotisairaalaan tai mobiilitoiminnan toimesta.

Projektiorganisaatio mahdollisti kehittämiprojektin toteutumisen ja erityisesti terveys- ja sairaalapalveluiden johtaja suhtautui kehittämistyöhön myönteisesti. Pilotista tiedottaminen ja tarvittavat resurssit ovat onnistuneet projektiorganisaation yhteistyöllä. Akuuttikotikeskuksen toiminta on ollut muutoksessa kehittämiprojektin aikana. Suunnitelmavaiheessa projektin toteutumista heikensivät ohjausryhmän henkilöstömuutokset, jotka heijastuivat epävarmuutena pilotin toteutumisesta. Terveys- ja sairaalapalveluiden johtajan tuella ja ohjausryhmän uudella kokoonpanolla saavutettiin kehittämiprojektille vielä vahvempi tuki kuin se oli ollut aiemmin. Kehittämiprojektin hankerahoituksen järjestyminen mahdollisti palliatiivisten konsultaatioiden tekemisen itsenäisenä työskentelynä, ei osana muuta projektipäällikön työtä.



Projektipäällikkö aloitti pilotista tiedottamisen elokuussa 2021. Tiedottaminen jatkui koko pilotin ajan sähköpostitse, e-posterin ja esittelyjen avulla. Pilotista tiedottaminen osoittautui haastavaksi. Esihenkilöiden kautta tiedottaminen tai laajasti sähköpostin avulla tiedottaminen ei tavoittanut henkilökuntaa riittävästi. Tehokkaimmaksi tiedottamisen menetelmäksi osoittautuivat esittelykäynnit yksiköissä, joissa projektipäällikkö esitteli palvelua Powerpoint esityksen avulla. Esittelyt antoivat yksiköiden henkilökunnalle mahdollisuuden miettiä yhdessä projektipäällikön kanssa, miten toimintaa voisi parhaiten hyödyntää. Esittelyt olivat myös informatiivisia eli niiden avulla henkilökunnan oli mahdollisuus oppia tunnistamaan palliatiivisen hoidon tarpeessa oleva potilas. Pilotin ajanjakson rikkonaisuuden vuoksi osa tiedottamishyödyistä menetettiin. Tiedottaminen jatkui myös pilotin jälkeen palvelun jatkuessa.

Väliraportoinnissa projektipäällikkö esitteli, millaiseksi toiminta oli muodostunut, konsultaatioiden sisältöjä ja alustavia tutkimustuloksia pilotin aikana tehdyistä tutkimuksista. Väliraportointi oli tärkeä tapahtuma kehittämisprojektin toiminnan jatkumisen kannalta. Väliraportoinnin jälkeen varmistui palvelun jatkuminen myös pilotin loppumisen jälkeen.

### 8.3 Palliatiivisen konsultoivan hoitajan tehtäväkuva

Kehittämisprojektin tuotos oli palliatiivisen konsultoivan hoitajan tehtäväkuva Porin perusturvakeskukseen (Liite 4. Palliatiivisen konsultoivan hoitajan tehtäväkuva). Pilotin aikana tehtäväkuva ja palvelu muodostuivat kirjallisuuskatsauksen ja projektiorganisaation suunnitelmien lisäksi palvelua käyttäneiden toiveiden ja tarpeiden mukaan. Pilotin alkaessa henkilökunnalta tuli muun muassa toivomus koulutusten järjestämisestä. Konsultoivan hoitajan työaika mahdollisti myös koulutusten toteuttamisen.

Konsultaatiopäivät olivat pilotin käynnistyessä tiistai, keskiviikko ja torstai eli kaksikymmentäneljä (24) tuntia projektipäällikön viikkotyöajasta. Ajallisesti pilotin edetessä konsultaatiopäiviä oli tarpeen lisätä pilotin ajanjakson rikkonaisuuden ja suuren työmäärän vuoksi. Pilotoinnin loppupuolella projektipäällikön työaika muodostui lähes kokonaan konsultaatiotyöstä. Lisäksi projektipäällikkö työskenteli palliatiivisessa kotisairaalaissa sairaanhoitajana.

Projektipäällikkö sai käyttää koulutustaan, kokemustaan ja asiantuntemustaan hyvin laajasti konsultaatiotehtävissä. Konsultaatiot käynnistyivät hoitohenkilökunnan konsultaatiopyynnöllä ottamalla yhteyttä palliatiiviseen konsultoivaan hoitajaan. Projektipäällikkö

tutustui potilaan terveystietoihin Life Care-potilastietojärjestelmän avulla. Sen jälkeen hän ohjasi hoitohenkilökuntaa puhelimitse tai sopi käynnin potilaan luokse yksikköön. Konsultaatiokäynnin aikana projektipäällikkö havainnoi ja haastatteli potilasta sekä suoritti potilaan kliinisen tutkimuksen. Käynnillä hän keskusteli hoitohenkilökunnan kanssa konsultaation tarpeesta ja tarkisti potilaan lääkelistan paikkansa pitävyyden. Käynnillä oli usein tarpeen keskustella potilaan ja potilaan läheisten kanssa. Läheisiä oli etukäteen tiedotettu konsultoivan hoitajan saapumisesta tapaamaan potilasta ja läheisiä. Konsultaatiokäyntiin kuului hoitosuunnitelman tekeminen ja henkilökunnan ohjaus potilaan hoidon suhteen nyt ja tulevaisuudessa. Toiminta oli hoitajavetoista, mutta projektipäällikkö konsultoi lääkäreitä tarvittaessa. Konsultoiva hoitaja toimi myös etänä toimivien lääkäreiden kanssa yhteistyössä tehden arvion potilaan tilanteesta paikan päällä ja teki alustavan hoitosuunnitelman, jota lääkäri tarpeen mukaan täydensi. Lääkärin konsultaation jälkeen oli tarpeen ottaa vielä yhteyttä hoitavan yksikön henkilökuntaan, omaisiin ja muihin hoitaviin tahoihin. Projektipäällikkö keskusteli henkilökunnan ja potilaan läheisen kanssa myös potilaan kuoleman jälkeen. Konsultaatioiden ajankäyttöön kuuluivat myös matkat, kirjaaminen potilastietojärjestelmään ja käyntien tilastointi. Pilotin aikana lisäksi projektipäällikkö lähetti lisäksi kyselylinkit ohjaukseen osallistuneille henkilökunnan jäsenille ja täytti konsultaatiokäyntien osalta palliatiivisen konsultoivan hoitajan havainnointirungon.

Konsultoivan hoitajan työajasta noin puolet koostui muusta kuin suorasta potilastyöstä. Opiskelu kliinisen asiantuntijuuden koulutusohjelmassa loi mahdollisuuden hyödyntää opintoja monipuolisesti palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämistyössä. Palliatiivisen konsultoivan hoitajan työ sisälsi muun muassa koulutusmateriaalien laadintaa ja koulutusten toteuttamista henkilökunnalle, verkostoitumista ja kehittämistoimintaa. Pilotin aikana projektipäällikkö kehitti yhteistyötä kotisairaalan, psykososiaalisten palveluiden ja oire- ja saattohoito-osaston kanssa potilaiden ja heidän läheistensä psykososiaalisen tuen lisäämiseksi. Yhteistyön avulla psykiatrinen sairaanhoitaja, kriisityöntekijä ja psykologi ovat käytettävissä tarvittaessa psykososiaalista asiantuntija-apua potilaille tai heidän läheisilleen. Palliatiivisella hoidolla hyvää elämää elämän loppuun asti -koulutukseen osallistui noin satakaksikymmentä perustason yksiköiden henkilökuntaan kuuluvaa. Koulutukset jatkuvat myös kevään 2022 aikana. Yhdessä saattaen-koulutus oli suunnattu kotihoidolle ja kotiuttamistiimille huomioiden yhteistyön palliatiivisen kotisairaalan kanssa hoidettaessa saattohoitopotilaita. Lisäksi projektipäällikkö ja projektilääkäri suunnittelivat ja toteuttivat yhdessä ensihoidon henkilökunnalle koulutuksen tavoitteena saattohoitopotilaiden yöturvan lisääminen Porin perusturvakeskuksen alueella.

Konsultaatioihin liittyvät keskustelut potilaiden ja omaisten kanssa olivat hyvin aikaa vieviä erityisesti jos tilanteisiin liittyi vaikeita vuorovaikutustilanteita, väärinkäsityksiä ja suuria. Matalan kynnyksen psykososiaalinen tuki potilaille ja heidän läheisilleen oli tärkeä osa konsultoivan hoitajan työskentelyä. Henkilökunnalla ei ole riittävästi aikaa eikä soveltuvaa koulutusta tilanteiden selvittämiseen keskustelemalla. Yksikön ulkopuolisen henkilön ohjatessa keskustelua, tilanteissa saavutettiin yhteisymmärrys potilaan, läheisten ja henkilökunnan kesken. Konsultoivan hoitajan palvelun avulla vaikeista vuorovaikutustilanteista johtuva henkilökunnan työn kuormitus väheni ja resurssia vapautui muuhun potilastyöhön. Potilaat ja heidän läheisensä ilmaisivat tyytyväisyytensä konsultoivan hoitajan palveluun. Erityisesti hoitajan ajankäyttö ja asioiden sanoittaminen sai kiitosta.

Palliativisen konsultoivan hoitajan tehtäväkuva sisälsi myös potilaiden hoidon koordinoitua. Pilotin aikana potilaiden toimenpiteet, tutkimukset, apuvälineiden tarpeet ja siirrot yksiköiden välillä toteutuivat niin, että potilaille aiheutui mahdollisimman vähän kärsimystä ja organisaation näkökulmasta kustannustehokkaasti. Esimerkiksi palliativista punktiota varten potilaalle järjestyi projektilääkärin tuella osastopaikka vuorokaudeksi suunniteltua palliativista punktiota varten. Omaishoidon kontakteissa mahdollistettiin saattohoito ja kotikuolema palvelun avulla. Potilaiden siirto tilanteen vaatiessa palliativisen kotisairaalan potilaaksi tai tukiosastolle onnistuivat joustavasti. Toiminnalla ehkäistiin potilaiden siirtoja yhteispäivystykseen. Konsultoivan hoitajan oli tarpeen myös sanoittaa potilaille ja heidän läheisilleen, miksi tutkimuksia, toimenpiteitä tai siirtoa erikoissairaanhoidon ei tehdä. Potilaiden hoitotarvikkeiden ja lääkinnällisten apuvälineiden hankkiminen tai niiden hankkimisessa ohjaaminen oli myös tärkeä osa konsultoivan hoitajan työtä. Projektipäällikkö varmisti toiminnallaan, että potilaat saivat tarvitsemansa avun viemällä puuttuvia lääkkeitä, hoitotarvikkeita ja lääkinnällisiä apuvälineitä.

#### 8.4 Kehittämiprojektin pohdinta

Kehittämiprojektin tavoitteena oli lisätä henkilökunnan osaamista palliativisten potilaiden ja saattohoitopotilaiden hoidossa. Osaamisen edellytys on halu oppia uutta. Kehittämiprojektin suunnittelussa hyödynnettiin EduPal-hankkeen edustamaa tutkittua tietoa ja ajatusmallia, jonka mukaan varmistamalla hoitohenkilökunnan osaaminen, turvataan palliativisessa hoidossa olevien potilaiden ja heidän läheistensä saama laadukas tarvelähtöinen hoito perustason yksiköissä (Hökkä ym. 2021, 3,9, 45).

Kehittämiprojektissa luotiin STM:n suosituksen mukainen konsultaatiokanava perustason yksiköihin. Myös hiipuva vanhus tulisi olla tasavertainen palliatiivisen hoidon saatavuuden suhteen loppuvaiheen syöpäpotilaan rinnalla. Konsultaatiokäytännöt edellyttävät edelleen kehittämistä Porin perusturvakeskuksessa, jotta konsultaatio olisi mahdollista toteuttaa myös erityistilanteissa ja päivystysaikaan. (STM 2019a, 14–15, 25–26, 96–97.) Potilaat ovat yhä iäkkäämpiä ja monisairaampia ja myös kehittämiprojektin aikana potilaiden hoidossa oli syytä konsultoida eri erikoisalojen ammattilaisia. Konsultaation avulla on mahdollisuus varmistaa potilaan oikea hoito ilman merkittäviä lisäkustannuksia myös erikoissairaanhoidon ja perussairaanhoidon rajapinnoilla, kuten Louhimon (2019, 486) ja Mattilan ym. (2020, 2226–2228) artikkelit ja Parhialan ym. (2016) tutkimus osoittavat. Kehittämiprojektin aikana muun muassa palliatiivisen hoidon ja geriatrian erikoislääkärit ottivat kantaa sairauksien hoitoon ja hoidonlinjauksiin sekä järkevöittivät lääkityksiä.

Kehittämiprojektin tuotoksen, palliatiivisen konsultoiva hoitajan tehtävänkuvan, avulla mahdollistettiin varhainen palliatiivinen hoito yhä useammalle potilaalle riippumatta hoitopaikasta ilman diagnoosirajauksia, kuten WHO:n suosituksissa ja kotimaisessa kirjallisuudessa suositellaan (WHO 2020a; WHO 2020b, 13–15; Saarto ym. 2015). Kehittämiprojektin avulla matalan kynnyksen asiantuntijapalvelu integroitiin osaksi perusterveydenhuoltoa, kuten WHO (2018, 14–16) ja STM (2019a, 14–15) suosittelevat tehtävän. Kehittämiprojektin suunnittelussa hyödynnettiin kolmiportaisen palliatiivisen hoidon palveluketjua osaamisvajeen tunnistamiseksi perustason yksiköissä. Erityistasolta palliatiivisesta kotisairaalaan luotiin konsultaatiokanava perustason yksiköihin. (STM 2019b, 15–17.) Palvelun avulla vältettiin potilaiden siirtoja vuodeosastoille ja yhteispäivystykseen sekä säästettiin lääkäreiden resursseja käytettäväksi toisaalla. WHO (2018, 14–16) suosittelee palliatiivisen hoidon palveluiden integroimista osaksi perusterveydenhuoltoa, sillä sen avulla ja tehtävien siirroilla voidaan saavuttaa kustannussäästöjä. Konsultoivan hoitajan palvelun avulla lääkäreiden oli mahdollista käyttää työaikansa vaativimpien potilaiden hoitoon, mikä on osoitus kustannussäästöstä, kuten käy ilmi myös Delawaren & Lafortunen (2010) ja Flinkmanin (2018, 17) tutkimuksista.

Kehittämiprojektin *Palliatiivinen konsultoiva hoitaja -tehtävänkuva Porin perusturvakeskukseen* tuotoksena syntyi palliatiivisen konsultoivan hoitajan tehtävänkuva. Palliatiivisen konsultoivan hoitajan työ edellyttää tekijältään vaativan tason kliinistä osaamista, osaamista hoidontarpeen arviointiin ja hoitosuunnitelman tekoon huomioiden potilas ja hänen läheisensä kokonaisvaltaisesti. Kliinisen asiantuntijan koulutus antaa valmiudet

työskennellä palliatiivisena konsultoivana hoitajana, jonka lisäksi työ edellyttää pitkää työkokemusta omalta alalta sekä kattavat tiedot myös muiden toimijoiden tehtävänkuvista ja hoitopoluista. Työ on itsenäistä, mutta myös edellyttää kykyä toimia osana moniammatillista työryhmää. Palliatiivinen konsultoiva hoitaja on asiantuntijaneuvojen ja ohjauksen lähde. Työssä korostuvat konsultaatio- ja ohjausosaaminen, kuten osoittaa myös Wilkesin ym. (2015) tutkimus. Laajavastuisena hoitotyön asiantuntijana palliatiivisen konsultoivan hoitajan tehtäviin kuuluu laadukkaan, näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen ja juurruttaminen. Laajavastuisen hoitotyön asiantuntijana projektipäällikkö toimi roolimallina sekä sisäisenä kehittäjänä palveluiden kehittämisen alueella osallistuen strategiseen ja operatiiviseen toimintaan ja kehittämiseen. Yhteneväsyyksiä on myös Wilkesin ym. (2015) tutkimukseen CNC:n tehtävänkuvassa myös koulutuksen alueella. Projektipäällikkö toimi kouluttajana ja laati koulutusohjelmia hyödyntäen tutkimustietoa. Vaadittava osaaminen ja tehtävänkuvasta on yhteneväinen laajavastuisen hoitotyön asiantuntijan kuvaukseen, jonka ovat määritelleet muun muassa ICN ja kansainvälinen sairaanhoitajaliitto. (Ahonen 2012, 10–11, 14; Jokiniemi ym. 2012; Kotila ym. 2016; Sulosaari ym. 2020; Viholainen 2012, 21–27.)

Projektipäällikön opiskelu kliiniseksi asiantuntijaksi mahdollisti näyttöön perustuvan hoidon edistämisen ja osaamisellaan projektipäälliköllä oli mahdollisuus edistää potilaiden ja heidän läheistensä hyvää hoitoa, kuten myös LaSala:n ym. (2007) tutkimuksessa on osoitettu. Kehittämiprojektin idea ja tarve ovat nousseet projektipäällikön kokemuksista pitkän työhistorian aikana eri työtehtävissä. Opinnot kliiniseksi asiantuntijaksi antoivat valmiuksia suunnitella ja toteuttaa kehittämisprojekti organisaatiossa. Opintojen avulla projektipäällikkö oppi tunnistamaan omat vahvuutensa ja vahvistamaan niitä osa-alueita, jotka edellyttivät kehittämistä, kuten kansallisen ja kansainvälisen näyttöön perustuvan tiedon haku ja hyödyntäminen, innovatiivisuus, esiintymistaidot, ohjaus- ja opetusosaaminen ja asiantuntijuuden osaamisen johtaminen. Vuorovaikutustaitojen kehittäminen ja kyky verkostoitua ovat osoittautuneet tärkeiksi osa-alueiksi. Tärkeää on, miten palliatiivinen konsultoiva hoitaja -pilotti jää elämään kehittämisprojektin päättymisen jälkeen. Moni kehittämisen osa-alueista vaatii edelleen pitkäjänteistä jalkauttamista organisaatiossa. Lisäksi palliatiivisen hoidossa on vielä paljon kehitettävää organisaatiossa, jotta laadukas hoito olisi tasavertaisesti kaikkien potilaiden ja heidän läheistensä saatavilla. Kehittyminen asiantuntijana on vahvistanut ajatusta siitä, että potilaan yksilöllisen ja kokonaisvaltaisen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon turvaaminen ja hänen läheistensä tukeminen on projektipäällikön toiminnan kulmakivi, jota opiskelu kliiniseksi asiantuntijaksi on voimakkaasti vahvistanut. Koulutus on antanut projektipäällikölle

mahdollisuuden suunnitella ja toteuttaa innovatiivisesti keinoja palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laadun parantamiseksi Porin perusturvakeskuksessa.

Projektipäällikkö edisti klinisen asiantuntijan roolin tunnettavuutta Porin Perusturvakeskuksessa tiedottamalla omasta asiantuntijan roolista ja tehtäväkuvastaan potilaille, heidän läheisilleen ja henkilökunnalle, mikä on todettu tärkeäksi Fagerströmin & Glasbergin (2011) tutkimuksessa. Haasteita aiheutti kehittämisprojektin aikana projektipäällikön suhde muihin työntekijöihin, sillä konsultaatiotoiminta ja henkilökunnan ohjaus kohtasi myös vastarintaa henkilökunnan taholta. Jokiniemen (2014) ja Kotilan (2017) tutkimuksissa on myös käynyt ilmi, että asiantuntijat kohtaavat haasteita toimenkuvan kehittämisessä ja juurruttamisessa. Kehittämisprojektin eteneminen on edellyttänyt määrätietoisuutta, huolellista suunnittelua ja tiedottamista klinisen asiantuntijan roolista, jotka ovat epäonnistuessaan estäviä tekijöitä tehtäväkuvan onnistumiselle Wisur-Hokkasen ym. (2015, 799) tutkimuksen mukaan. Kehittämisprojektin resursointi huomioitiin jo suunnitteluvaiheessa, mikä helpotti tehtäväkuvan onnistumista ja juurruttamista tulevaisuudessa. Lisäksi palliatiivisen hoitajan tehtäväkuva on osa jo olemassa olevia resursseja, joka on resurssoinnin lisäksi edistävää tekijä kehitettäessä uudenlaisia työnkuvia Jokiniemen (2014, 38–39) ja Kotilan ym. (2017, 35–39) mukaan.

Potilasta hoitavalla henkilökunnalla oli mahdollisuus konsultoida projektipäällikköä riippumatta ammattinimikkeestä. Tärkein asia oli, että potilaan avun tarve asiantuntija-avulle oli tunnistettu hoitohenkilökunnan, potilaan tai läheisten toiveesta. Sähköisen potilastietojärjestelmän, potilaan tai hänen läheisensä luvalla ja henkilökunnan tarjoaman oikea-aikaisen tiedon avulla projektipäälliköllä oli mahdollisuus tutustua potilaan terveystietoihin ja laatia hoitosuunnitelma näiden tietojen pohjalta. Konsultaativastaus kirjattiin Life Care -potilastietojärjestelmään hoitotyö-lehdelle hoitotyön konsultaatio -otsikon alle. Projektipäällikön konsultoidessa lääkäriä tai toimiessa etälääkärin apuna, hän viittasi ajanvaraustekstissä hoitotyön lehteen, josta alustava hoitosuunnitelma ja ongelman asettelu oli nähtävissä. LifeCare-viestiä käytettiin myös viestinnässä projektipäällikön, lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan välillä. Projektipäällikkö ei saanut yhtään turhaa tai väärää konsultaatiopyyntöä, vaan kaikkiin konsultaatioihin oli hyvä syy. Projektipäällikkö piti ammatillisuuden ja kollegiaalisuuden avulla konsultaatiokynnyksen mahdollisimman matalana. Louhimo (2019, 486–488) on kuvannut artikkelissaan hyvän konsultaation ominaisuuksia, joita noudatettiin kehittämisprojektin aikana.

Kehittämiprojektissa projektipäällikkö ohjasi henkilökuntaa huomioimaan potilaan ennakoidun oirehoidon jo hoidon suunnittelussa. Projektipäällikkö ohjasi henkilökuntaa näkemään palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kokonaisuutena, eikä niinkään yksittäisten oireiden hoitamisena. Palliatiivinen hoito tulee olla yksilökeskeistä eli potilaan oma subjektiivinen kokemus oireen häiritsevyydestä tai hoidon vaikuttavuudesta on merkittävä, kuten kotimainen palliatiivisesta hoidosta kertova kirjallisuus ja suositukset osoittavat. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoitosuositus 2019; Saarto ym. 2015.) Oireiden ja kivun mittaamisessa ja havainnoinnissa henkilökunnan tulisi käyttää siihen tarkoitettuja mittareita (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoitosuositus 2019, Saarto ym. 2015), mikä osoittautui kehittämiprojektin aikana puutteelliseksi. Projektipäällikkö ohjasi ja rohkaisti henkilökuntaa mittareiden käyttöön.

Covid-19 virusta sairastavien asukkaiden siirtoja vältettiin pilotin aikana. Ohjauksen avulla turvattiin palliatiivinen hoito ja saattohoito omissa yksiköissä. Myös Forsiuksen ym. (2021b, 1–5) tutkimuksen mukaan Covid-pandemian aikana asukkaiden siirrot päivystykseen tai sairaalaan vähenivät 22 prosentilla tehostetuissa palveluyksiköistä. Konsultoivan hoitajan kokemuksen mukaan tämä potilasryhmä ei erityisesti näyttäytynyt konsultaatiotehtävissä. Henkilökunnalla on todennäköisesti palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeen tunnistamisen puutteita tämän potilasryhmän suhteen. Myös terveysalan ammattilaisten kasautuva koronakuorma ja kiire voivat aiheuttaa sen, ettei konsultaatio-apua pyydetä (Laitinen ym. 2020, 30–37). Projektipäällikkö ohjasi henkilökuntaa puhelimitse Covid-19 positiivisten potilaiden hoidossa muiden potilaiden turvallisuuden takaamiseksi. Ikääntyneiden psyykkinen kuormittaneisuus Covid-19 pandemian aikana näyttyi kehittämiprojektin aikana psykososiaalisen tuen tarpeena konsultaatiotehtävissä. Lisäksi psyykkistä kuormitusta lisäsi läheiskontaktien rajoittaminen tehostetussa palveluasumisessa. Samoin THL:n ja Forsiuksen ym. tutkimukset myös osoittavat samanlaisia tuloksia. (Forsius ym. 2021 1–5; THL 2020, 4–7.)

Projektipäällikkö koki itsenäisen työskentelyn turvallisena. Turvallisuuden tunnetta lisäsivät koulutus, kokemus omasta asiantuntijaosaamisesta ja projektilääkäreiden ja muiden toimintaa tukevien lääkäreiden tuki. Kuten Sulkakosken (2016, 40–42) tutkimuksessa projektipäällikkö sai apua lääkäreiltä tarpeen mukaan. Työskentelyä helpotti asiantuntijoiden helppo tavoitettavuus puhelimitse tai kasvotusten. Kehittämiprojektin aikana kollegiaalinen tuki oli molemmin puolta eli projektipäällikkö konsultoi lääkäreitä ja lääkärit projektipäällikköä. Yhdessä pohtiminen ja keskustelu oli tärkeä osa viestintää projektin

aikana. Myös Arnaertin (2009, 357–364) tutkimuksessa on saatu yhteneviä tuloksia kehittämiprojektin toiminnan kanssa. Projektipäällikkö tuki perustason henkilökuntaa palliatiivisessa hoidossa jakaen asiantuntemustaan ja kokemustaan tämän potilasryhmän hoidossa. Toiminnan avulla projektipäällikkö mahdollisti potilaiden hoidon omassa kodissaan ja jalkautti laadukkaan palliatiivisen hoidon toteutumista yhteistyössä perustason työntekijöiden kanssa. Yhteistyössä oli tärkeää tiedon jakaminen, yhdessä keskustelu ja neuvottelu potilaan hoidosta sekä ohjaaminen hoitotoimenpiteissä tarpeen mukaan. Myös projektipäällikön työskentelyssä tärkeäksi osoittautui kollegiaalisuus, tuomitsemattomuus ja erilaisten näkökulmien hyväksyminen. (Arnaert 2009, 357–364.)

Kehittämiprojektin tuloksissa oli sekä yhteneväisyyksiä että eroavaisuuksia verrattaessa sitä Palliatiivinen hoitajakonsultti HYKS-ERVA erikoissairaanhoidon -hankkeen tuloksiin. Erot johtuvat kehittämiprojektin sijoittumisesta perusterveydenhuoltoon, projektipäällikön mahdollisuudesta jalkautua perustason yksiköihin ja projektipäällikön itsenäisemmästä työnkuvasta hoitajavetoisessa toiminnassa. Kehittämiprojektissa konsultoivan hoitajan tehtävänkuvaan eivät kuuluneet yhteiskäynnit tai vastaanottotoiminta lääkärin kanssa, vaan yhteistyö lääkäreiden kanssa oli konsultointia. Palliatiivisen kotisairaalan ydinosaamisessa korostuu itsenäinen työskentely, mutta lääkärin tuki on henkilökunnan saatavilla. Tässä projektissa projektipäällikölle osoitetut konsultaatiopyynnöt olivat usein lähtöisin lääkäreiltä. Heidän toivomuksenaan oli, että projektipäällikkö varmistaa hoitohenkilökunnan osaamisen palliatiivisen potilaan tai saattohoitopotilaan oirehoidossa. Henkilökunta oli tyytyväinen yhteistyöhön palliatiivisen hoitajan kanssa sekä tässä kehittämiprojektissa että hankkeessa. Kehittämiprojektin tutkimuksellisen osion vastaajien avoimista vastauksista muodostuneet teemat ovat samankaltaisia kuin hoitajakonsultin. Keskeisimmiksi rooleiksi koettiin hoitajakonsultti-hankkeessa potilas- ja läheiskeskustelun toteuttaminen, konsultaatiot ja henkilökunnan ohjaus ja tuki. (Mikkonen & Rajala 2020, 1–21.) Varhaisen psykososiaalisen tuen tarve näyttäytyi sekä tässä kehittämiprojektissa että hoitajakonsultti-hankkeessa osana konsultoivan hoitajan työtä. Myös O'Connorin ym. (2008, 350–354) tutkimuksessa PCNC:n kliininen työ sisälsi oirehoidon ohjausta, potilaiden ja heidän läheistensä psykososiaalisen tuen antamista, kotiuttamisen suunnittelua ja kotihoitoa, jossa kliininen työ sisälsi koulutusta ja ohjausta

Kehittämiprojekti on osoitus siitä, että työnkuvia uudistamalla on mahdollisuus tarjota laadukkaita ja kustannustehokkaita palveluita. Ikääntyvän väestön lisääntyviin tarpeisiin vastaaminen edellyttää uudenlaisia tapoja toimia. Tutkimuksissa on osoitettu, että työnkuvia uudistamalla voidaan nopeuttaa potilaitten hoitoon pääsyä, kaventaa väestön



hyvinvointieroja, varmistaa potilaiden oikea-aikainen hoitoon pääsy sekä toteuttaa väestökeskeisiä sotepalveluja. (Fagerström & Glasberg 2011; Flinkman 2014, 24; Kotila ym. 2016, 5, 16–19; Lindblad ym. 2010.) Projektipäälliköllä oli mahdollisuus keskittyä yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti potilaiden ja heidän läheistensä tilanteeseen, jonka on osoitettu tutkimuksissa olevan yhteydessä parantuneeseen potilastyytyväisyyteen (Delaware & Lafortune 2010; Flinkman 2018, 16–21; Kotila ym. 9; Maier ym. 2018).

## 8.5 Toiminnan kehittäminen tulevaisuudessa

Palliativisen konsultoivan hoitajan palvelu on jatkunut hankerahoituksen avulla pilotin päättymisen jälkeen. Palvelusta tiedottaminen ja jalkauttaminen jatkuvat keskeytymättä sekä yhteydenottokynnys pidetään matalana myös jatkossa. Tulevaisuudessa konsultoinnin apuna voisi käyttää esimerkiksi strukturoitua ja standardoitua kommunikaatiotyökalua (ISBAR). Sen avulla voi parantaa toimijoiden välistä kommunikaatiota, vähentää haittatapahtumia ja lisätä potilasturvallisuutta. (Louhimo 2019, 488–490.) Life Care viestien hyödyntäminen konsultoivan hoitajan ja hoitohenkilökunnan välillä helpottaa tiedonkulkua mahdollistamalla yhteydenoton myös virka-ajan ulkopuolella. Digitaalisen alustan hyödyntäminen ja kehittäminen konsultaatioiden tueksi voisi helpottaa osassa konsultaatioissa. Digitaalisen palvelun avulla henkilökunta voisi löytää ratkaisun kysymysten ja malliratkaisujen avulla sekä palvelu avustaisi henkilökuntaa potilaan oikean hoitopolun löytämisessä.

Palliativisen potilaan hoitopolun tuntemisessa on puutteita sekä omassa organisaatiossa että erikoissairaanhoidossa. Tiedon puute aiheuttaa potilaan putoamista hoitopolulta sekä vaarantaa tasavertaisen oikeuden palliativiseen hoitoon ilman diagnoosirajauksia. Tulevaisuudessa tietoisuutta tulisi lisätä aktiivisella tiedottamisella. Konsultaatiotoiminta ja päivystysaikainen tuki palliativisen hoidon ja saattohoitopotilaille on puutteellisesti järjestetty Porin perusturvakeskuksen alueella ja edellyttää edelleen kehittämistä. Palliativisen kotisairaalan ja ensihoidon yhteistyötä tehostettiin koulutuksen avulla kehittämisprojektin aikana, mutta toiminta edellyttää jatkossakin tiedottamista ja toiminnan aktiivista jalkauttamista sekä akuuttikotikeskuksessa, palliativisen kotisairaalan tukiosastolla että ensihoidossa.

Integroimalla palliativinen hoito ja saattohoito osaksi perusterveydenhuollon palveluita mahdollistetaan oikea-aikainen ja tasavertaisen oikeus palliativiseen hoitoon ilman diagnoosirajauksia mahdollisimman monelle. Tämä edellyttää kuitenkin laajavastuisten

asiantuntijan tehtäväkuvan hyödyntämistä ja sen tunnustamista osaksi organisaation toimintaa. Palliatiivisen konsultoivan hoitajan tehtäväkuvan jatkuessa tehtäväkuvan osaamisperusteiden, koulutuksen ja työkokemuksen määrittelemine on tärkeää, jotta palvelu olisi tulevaisuudessakin mahdollisuus toteuttaa hyödyntämällä kliinisen asiantuntijuuden asiantuntijaosaamista. Tehtäväkuvassa edellytetään koulutus- ja kehittämisosaamista, joiden avulla kehitetään organisaation toimintaa kustannustehokkaammaksi. Tämä tulisi olla nähtävissä myös kliinisen asiantuntijan osaamisperusteisessa palkkauksessa. Työ edellyttää myös asiantuntijatehtävissä toimivalta jatkuvaa itsensä kehittämistä ja uusien asioiden opettelemista, jotta asiantuntijatehtävien avulla voidaan varmistaa organisaation kehittyminen ja tulevaisuuden haasteisiin varautuminen.

## Lähteet

- Ahonen, P (toim.) 2012 Kliininen asiantuntija Uutta osaamista ylemmästä ammattikorkeakoulututkinnosta. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 130. Tampereen yliopistopaino – Juvenes Print Oy. Tampere Viitattu 10.2.2021 <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162588.pdf>
- Almer, M., Jannings, W., Luxford, B. & Underwood, E. 2010. How useful is the expert practitioner role of the clinical nurse consultant to the generalist community nurse? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 33. Luettu 24.3.2021
- Anttonen, M. S. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 6.3.2021 <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98745/978-952-03-0066-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 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. Luettu 16.2.2022
- Brinkman-Stoppelenburg, A., Boddaert, M., Douma, J. & van der Heide, A. 2016. Palliative care in Dutch hospitals: a rapid increase in the number of expert teams, a limited number of referrals. *Health Services Research* (2016) 16:518. Luettu 20.3.2021.
- Bulsara, C., Krishnasamy, M., Monterosso, L., Platt, V., & Yates, P. 2016. The cancer nurse coordinator service in Western Australia: Perspectives of specialist cancer nurse coordinators. *Australian Journal of Advanced Nursing*, The, 34(2), 16–26. Luettu 24.3.2021
- Delamaire, M. and G. Lafortune 2010. Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD Health Working Papers, No. 54, OECD Publishing, Paris Viitattu 13.2.2021 <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5kmbrcfms5g7-en.pdf?expires=1613222748&id=id&accname=guest&checksum=516A62BC5E9E330DA3A53C426B80CFCB>
- Duodecim Terveyskirjasto. Virtsankarkailu, virtsainkontinenssi(miehet). 2020. Viitattu 19.3.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00344>
- Fagerström, L. & Glasberg, A. L. 2011. The first evaluation of the advanced practice nurse role in Finland—the perspective of nurse leaders. *Journal of Nursing Management*, 19(7), 925–932. Luettu 14.2.2021
- Flinkman, M. 2014. Osaaminen käyttöön. Laatua ja tuloksellisuutta työnjakoa kehittämällä. TE-HYN JULKAISUSARJA B: SELVITYKSIÄ 3/14. Viitattu 13.2.2021 [https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2014/2014\\_b3\\_netiti\\_osaaminen\\_kayttoon\\_laatua\\_ja\\_tuloksellisuutta\\_tyonjakoa\\_kehittamalla\\_id\\_3025.pdf](https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2014/2014_b3_netiti_osaaminen_kayttoon_laatua_ja_tuloksellisuutta_tyonjakoa_kehittamalla_id_3025.pdf)
- Flinkman, M. 2018. Itsenäiset hoitajavastaanotot sosiaali- ja terveydenhuollon julkisissa organisaatioissa. Tehyn julkaisusarja B:2/18 Viitattu 13.2.2021 [https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2018/2018\\_b2\\_itsenaiset\\_hoitajavastaanotot\\_id\\_11830.pdf](https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2018/2018_b2_itsenaiset_hoitajavastaanotot_id_11830.pdf)
- Forsius, P., Hammar, T. & Alastalo, H. 2021. Muuttuivatko elämän loppuvaiheen hoitoon liittyvät käytännöt koronan aikana iäkkäiden ympärivuorokautisessa hoidossa? Tutkimuksesta tiiviisti 61/2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Viitattu 22.1.2022 [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143193/URN\\_ISBN\\_978-952-343-748-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143193/URN_ISBN_978-952-343-748-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Forsius, P., Hammar, T., & Alastalo, H. 2020. Laadukas elämän loppuvaiheen hoito iäkkäiden palveluissa edellyttää kotisairaalan vahvistamista. Viitattu 9.2.2021 [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140832/URN\\_ISBN\\_978-952-343-600-8.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140832/URN_ISBN_978-952-343-600-8.pdf?sequence=1)

Haho, A. 2017. Palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys. Lääkärilehti. 33/2017 vsk 72 s. 1704–1709 Viitattu 7.2.2021 <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/palliatiivisen-vaiheen-syopapotilaiden-eksistentiaalinen-karsimys/>

Hall, S., Thompson, J. & Davies, A. 2013. An evaluation of the activity of a 7-day, nurse-led specialist palliative care service in an acute district general hospital. International Journal of Palliative Nursing 2013, Vol. 19, No 3. Luettu 20.3.2021

Harju, J., Jones, M., Laitinen, K., Ojala, H. & Pietilä, I. 2020. Sairaanhoidajan kokemuksia syöpäpotilaiden psykososiaalisen tuen toteuttamisen ongelmakohdista. Tutkiva hoitotyö 18(2), (3–9).

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2018. 22. painos. Tutki ja kirjoita. Porvoo. Bookwell Oy

Hänninen, J. & Rahko, E. 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. *Duodecim*, 129(4), 433–439. viitattu 2.2.2021 <https://www.duodecimlehti.fi/duo10798>

Hänninen, J. 2015. Saattohoito-opas. Potilaan ja omaisen opas. 14. uudistettu painos. T.A. Sahalan Kirjapaino Oy. Viitattu 27.1.2022 <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/frantic/syopa-kaik-kisyovasta/Saattohoito-opas-14.-uudistettu-painos-2015.pdf>

Hökkä, M., Kaakinen P. & Vihelä, M. 2020a. Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoidajan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta **Hoitotiede**, 2020; 32(4): 275–284. Luettu 15.2.2021

Hökkä, M., Kaakinen P., Kuivila, H., Rajala, M. & Vattula, K. 2020b. Lähihoitajien kokemukset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. *Hoitotiede* 2020, 32 (2), 122–133. Luettu 15.2.2021.

Hökkä, M., Lehto, J., Heinonen, S. & Suikkala, A. 2021. EduPal-Koulutusta kehittämällä parempaa palliatiivista hoitoa. Kajaanin ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Raportteja ja selvityksiä B1255/202. Viitattu 14.1.2022 <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/505019/EduPal%20-%20koulutusta%20kehitt%C3%A4m%C3%A4ll%C3%A4%20parempaa%20palliatiivista%20hoitoa.pdf?sequence=2>

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus - moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Viitattu 6.1.2022. [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen\\_vaitoskirja.pdf](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf)

Jokiniemi et al. 2012. Advanced nursing roles: A systematic review. *Nursing and Health Sciences* 14, 421–431. Luettu 16.1.2022

Jokiniemi K. 2014. Clinical Nurse Specialist role in Finnish health care. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos. Viitattu 28.1.2021

Jänikselä, T. 2014. Työntekijöiden kokemuksia kuolevan potilaan kotihoidossa esiintyvistä ongelmista. Pro Gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Viitattu 8.2.2021

Palliatiivinen konsultoiva hoitaja -tehtäväkuva Porin perusturvakeskukseen Anita Lehtisaari

<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/95715/GRADU-1402997182b.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kalso, E., Haanpää, M., Kontinen, V. & Vainio A. 2018. Kipu. Helsinki. 4. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim.

Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen, K. 2018. 3.–6. painos. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kiljunen, M. 2010. Lääkehoidon arviointi elämän loppuvaiheessa. *Lääkärilehti* 19/2017, vsk 72. Viitattu 2.2.2021 <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/0/13/92/270/sll192017-1231.pdf>

Korkeakoski, H. 2018. Kotisairaalan ja saattohoitokodin moniammatillisen yhteistyön kehittäminen suullisen viestinnän näkökulmasta. Opinnäytetyö (YAMK). Hoitotyön kliininen asiantuntija. Turku. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 17.3.2021. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/149504/Korkeakoski%20Heli.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kotila, J., Axelin, A., Fagerström, L., Flinkman, M., Heikkinen, K., Jokiniemi, K., Korhonen, A., Meretoja, R., & Suutarla, A. 2017. Sairaanhoidajien uudet työnkuvat – laatua tulevaisuuden sote-palveluihin. Sairaanhoidajaliitto. Viitattu 2.2.2022 <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Laajavastuinen-sairaanhoitaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf>

Laitinen, J., Niemi, M., Nikunlaakso, R., Olin, N., Selander, K. & Sipponen, J. 2020. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kasautuva koronakuorma: kyselytutkimus Suomen tilanteesta syksyllä 2020. *Tutkiva Hoitotyö* 19(2), 30–37. Viitattu 7.1.2022

LaSala CA, Connors PM, Pedro JT, et all. 2007. The role of the clinical nurse specialist in promoting evidence-based practice and effecting positive patient outcomes. *J Contin Educ Nurs* 2007; 38(6): 262–270. Luettu 2.2.2022

Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. *Duodecim*. 2019; 135:335–42 Viitattu 2.2.2021 <https://www.duodecimlehti.fi/duo14788>

Lindblad, E., Hallman, E. B., Gillsjö, C., Lindblad, U. & Fagerström, L. 2010. Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary health care—a qualitative study. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1), 69–74. Luettu 14.2.2021

Louhimo, J. 2019. Onnistunut konsultaatio potilaan parhaaksi!. *Duodecim*. 2019; 135:486–90. Viitattu 10.2.2021 <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/314515/duo14802.pdf?sequence=1>

Maier, C.B. & Aiken, L.H. 2016 Task Shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *European Journal of Public Health Advance Access* 3. Viitattu 11.2.2021 <https://human-resources-health.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12960-018-0285-9.pdf>

Mattila, T., Buch Lund, M., Saarenheimo, J., & Mazur, W. (2020). Keuhkolääkärin konsultaatiot perusterveydenhuollossa-onnistunut toimintamalli. *Suomen lääkäri* 42/2020 vsk 75. Viitattu

Palliativinen konsultoiva hoitaja -tehtäväkuva Porin perusturvakeskukseen Anita Lehtisaari

10.2.2021 [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/321402/SLL422020\\_2226.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/321402/SLL422020_2226.pdf?sequence=1)

Menetelmäopintojen tietovaranto (yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto) <https://www.fsd.tuni.fi/metelmaopetus/index.html>

Metodix <https://metodix.fi/2014/05/17/anttila-pirkko-tutkimisen-taito-ja-tiedon-hankinta/>

Mikkonen, H. & Rajala, R. 2020. Loppuraportti Eteläinen syöpäkeskus. Palliatiivinen hoitajakonsultti HYKS – ERVA erikoissairaanhoidon. Luettu 25.1.2022

Mäntyneva, M. 2016. Hallittu projekti – Jäntevästä suunnittelusta hallittuun toteutukseen. E-kirja. Printon

Nordic Health Group 2019. Porin perusturvan tuottavuusohjelman tiivistelmä raportista 22.11.2019. Luettu 17.3.2021

O'Connor, M., Peters, L. & Walsh, K. 2008. Palliative care nurse consultants in Melbourne: A snapshot of their clinical role. International Journal of Palliative Nursing 2008, Vol. 14, No 7. Luettu 19.3.2021

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. Viitattu 21.1.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>

Parhiala, K., Hetemaa, T., Sinervo, T., Nuorteva, L., Luoto, E., & Krohn, M. 2016. Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt-Kyselytutkimuksen tuloksia 4: Erikoislääkärikonsultaatiot ja tutkimukset. Viitattu 10.2.2021 [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131694/URN\\_ISBN\\_978-952-302-807-4.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131694/URN_ISBN_978-952-302-807-4.pdf?sequence=1)

Pelto A-K, Hökkä M, Kajula O, Kaakinen P. 2019. Kivunhoidon ohjaus syöpää sairastavan potilaan ja hänen läheisensä kuvaamana palliatiivisessa hoidossa – integroitu kirjallisuuskatsaus. Tutkiva Hoitotyö 17(2), 22–29 viitattu 2.2.2021 <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfi-fe2019082124966.pdf>

Perusturvan organisaatiokaavio 2020. luettu 17.3.2021.

Piili, R. 2019. End-of-Life Decision-Making in Cancer Patients: Attitudes, ethics and background factors among Finnish physicians and medical students. Tampere University, Faculty of Medicine and Health Technology. Tampere 2019. Viitattu 14.2.2021 <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/117580/978-952-03-1268-8.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Pori. Akuutti kotikeskus. Viitattu 17.3.2021. <https://www.pori.fi/sosiaali-ja-terveys/terveys-ja-sairaalapalvelut/sairaalapalvelut/akuutti-kotikeskus>

Pori. Perusturva. Viitattu 17.3.2021. <https://www.pori.fi/organisaatio/toimialat/perusturva>

Palliatiivinen konsultoiva hoitaja -tehtäväkuva Porin perusturvakeskukseen Anita Lehtisaari

Pori: Saattohoidon lähtökohtana potilaan yksilöllisyys- Saattohoito järjestetään jatkossa Perusturvan omana toimintana. Viitattu 3.11.2020 [https://www.pori.fi/uutinen/2020-11-02\\_saattohoidon-lahtokohtana-potilaan-yksilollisyys-saattohoito-jarjestetaan](https://www.pori.fi/uutinen/2020-11-02_saattohoidon-lahtokohtana-potilaan-yksilollisyys-saattohoito-jarjestetaan)

Porin perusturvakeskus Oma- ja avustajien suunnitelma. 2018. Kuntoutus- ja sairaalapalvelut. Kotisairaala. Viitattu 31.3.2021. [https://www.pori.fi/sites/default/files/atoms/files/2018\\_omavalvontasuunnitelma\\_kotisairaala.pdf](https://www.pori.fi/sites/default/files/atoms/files/2018_omavalvontasuunnitelma_kotisairaala.pdf)

Porin Perusturvan toimintakertomus 2017 – Hyvinvoinnin kehittäjä. Viitattu 21.3.2021. [https://www.pori.fi/sites/default/files/atoms/files/petu\\_toimintakertomus2017\\_nettiin\\_2.pdf](https://www.pori.fi/sites/default/files/atoms/files/petu_toimintakertomus2017_nettiin_2.pdf)

Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A. & Aaltonen, M. 2015. *Palliativinen hoito*. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Salonen, K. 2013. Näkemyksiä tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 72. Tampere. Juvenes Print Oy. Viitattu 21.3.2021. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Sarivaara, S., Lämsä, R. & Seppälä, U. 2018. Kuolema vuodeosastolla. Kuolevan potilaan hyvän hoidon edellytykset. Gerontologia. Vuosikerta 32, nro 1. s 4–20 Viitattu 8.2.2021 [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/303448/67817\\_Artikkelin\\_teksti\\_88682\\_1\\_10\\_20180315.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/303448/67817_Artikkelin_teksti_88682_1_10_20180315.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Satakunnan kansa 19.9.2020. Esitys: Palveluita karsitaan miljoonilla. Luettu 19.9.2020 <https://na-koislehti.satakunnankansa.fi/02461640-b7e6-4b55-a256-b810acd47c68/2>

Satakunnan kansa 4.9.2020. Saattohoitokotia ei koettu tarpeelliseksi. Luettu 4.9.2020 <https://na-koislehti.satakunnankansa.fi/b1f70ca0-4323-40e1-b369-36967ddd9fdb/2>

Satasairaala. Käynnissä olevat hankkeet. Combilanssi. Viitattu 17.3.2021. <https://www.satasairaala.fi/tutkimus/kaynnissa-olevat-hankkeet/combilanssi>

Schuurhuizen, C. S., Braamse, A. M., Konings, I. R., Verheul, H. M., & Dekker, J. 2019. Predictors for use of psychosocial services in patients with metastatic colorectal cancer receiving first line systemic treatment. *BMC cancer*, 19(1), 1–10.

STM 2009. Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. Opas kunnille ja kuntayhtymille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:16. Helsinki. Viitattu 19.9.2021 <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72736/Julka200916.pdf?sequence=1>

STM 2017. Helsinki. Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44. Helsinki. Viitattu 8.2.2012 [https://stm.fi/documents/1271139/5933711/RAPORTTI\\_Palliativisen+hoidon+ja+saattohoidon+j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1c0](https://stm.fi/documents/1271139/5933711/RAPORTTI_Palliativisen+hoidon+ja+saattohoidon+j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1c0)

STM 2019a. Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Palliativisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja julkaisuja 2019:14. Helsinki. Viitattu 22.1.2021. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R\\_14\\_19\\_Palliativisen\\_hoidon\\_ja\\_saattohoidon\\_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliativisen_hoidon_ja_saattohoidon_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Palliativinen konsultointi hoitaja -tehtäväkuva Porin perusturvakeskukseen Anita Lehtisaari

STM 2019b. Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68 Helsinki. Viitattu 23.1.2021 [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM\\_2019\\_68\\_Rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM_2019_68_Rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

STM 2020. Uusia käytäntöjä ja rakenteita näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen kehittämiseen – Ehdotukset työelämälle ja koulutukselle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020:3. Helsinki. Viitattu 27.1.2021. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162120/STM\\_2020\\_3\\_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162120/STM_2020_3_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sulosaari, V., Elomaa-Krapu, M., Hopia, H., Koivunen, K., Leinonen, R., Liikanen, E., Penttinen, U., Törmänen, O., Walta, L. & Heikkilä, J. (2020) Ydinkompetenssit kliinisen asiantuntijan (ylempi AMK) koulutuksessa. AMK lehti/UAS Journal, 2020:1. Viitattu 16.1.2022 <https://uasjournal.fi/1-2020/kliinisen-asiantuntijan-ydinkompetenssit/#1458134585005-b3f22396-5506>

Tervala, J. 2014. Palliatiivinen hoito kotiympäristössä. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 15.2.2021 <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201406061689.pdf>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2020. Covid-19 epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Raportti 14/20. Tampere. PunaMusta Oy. Viitattu 6.1.2022 [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140661/URN\\_ISBN\\_978-952-343-578-0.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140661/URN_ISBN_978-952-343-578-0.pdf?sequence=1)

Terveyskylä.fi. palliatiivinen talo. Ammattilaiset. Jaettavat materiaalit. Viitattu 28.1.2022 <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/ammattilaiset/jaettavat-materiaalit>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisssessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. 3. korjattu painos. Tampere. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print [https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko\\_Rantanen\\_Tutkimuksellinen\\_kehittamistoiminta.pdf](https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko_Rantanen_Tutkimuksellinen_kehittamistoiminta.pdf)

Viholainen, K. 2018 Sairaanhoidajan laajavastuinen hoitotyön asiantuntijuus erikoissairaanhoidossa. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Viitattu 13.2.2021 [https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/19097/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20180268.pdf?sequence=-1&isAllowed=y](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/19097/urn_nbn_fi_uef-20180268.pdf?sequence=-1&isAllowed=y)

Viirakorpi, P. 2000. Onnistunut projektiopas kunta-alan projektityöskentelyyn. Helsinki. Suomen kuntaliitto. <https://docplayer.fi/17722382-Paavo-viirakorpi-onnistunut-projekti-opas-kunta-alan-projektityoskentelyyn.html>

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Viitattu 23.1.2022 [https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98723/Tutki-ja-mittaa\\_2007.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98723/Tutki-ja-mittaa_2007.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Virtsankarkailu (naiset): Käypä hoitosuositus 2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Viitattu 19.3.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50050>

Palliatiivinen konsultoiva hoitaja -tehtäväkuva Porin perusturvakeskukseen Anita Lehtisaari



Virtsatieinfektiot. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Nefrologiyhdistys ry:n, Kliiniset mikrobiologit ry:n, Suomen Infektiolääkärit ry:n, Suomen Kliinisen Kemian Erikoislääkäriyhdistys ry:n, Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n, Suomen Urologiyhdistyksen ja Suomen yleislääketieteen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim, 2019. Viitattu 19.3.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi10050>

WHO, 2018. Integrating palliative care and symptom relief into primary care. AWHO guide for planners, implementers and managers. Viitattu 6.2.2022 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?ua=1>

WHO, 2020a. Palliative care. 2020. World Health Organization. Viitattu 13.1.2021 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

WHO, 2020b. Global Atlas of Palliative Care, second edition 2020. Worldwide hospice palliative care alliance. London, UK 2020. Viitattu 21.1 2021 <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>

Wilkes L, Luck L & O’Baugh J. 2015. The role of a clinical nurse consultant in an Australian Health District: a quantitative survey. BMC Nursing 14. Viitattu 3.1.2022 <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-015-0075-9>

Wisur-Hokkanen, C., Glasberg, A. L., Mäkelä, C., & Fagerström, L. 2015. Experiences of working as an advanced practice nurse in Finland–The substance of advanced nursing practice and promoting and inhibiting factors. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 29(4), 793–802. Luettu 14.2.2021

1. Missä Porin perusturvakeskuksen yksikössä työskentelet: Vastausvaihtoehdot: Terveys- ja sairaalapalvelut, Sosiaali- ja perhepalvelut, Vanhuspalvelut, Yksityinen palveluntuottaja
2. Mikä on ammattinimikkeesi?  
Lähihoitaja, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, fysioterapeutti, lääkäri, muu mikä
3. Miksi otit yhteyttä palliatiiviseen konsultointivahojajaan? Valitse kohdista a-s **vain** yksi. Ohjauksen tarve potilaan oireisiin ja niiden hallintaan liittyen:
  - a. kipu
  - b. pahoinvointi ja oksentelu
  - c. Ummetus- ja ripuli
  - d. Virtsateiden oireet
  - e. Hengitysteiden oireet
  - f. Suun oireet
  - g. Väsymys, ruokahaluttomuus ja kakeksia
  - h. Nestehoito- ja verituotteiden antaminen
  - i. jokin muu oire:
  - j. Fyysisen tilan arviointiin (potilaan voimien heikkeneminen) liittyvä ohjauksen tarve.
  - k. Ohjauksen tarve keskustelussa terveydentilan muutoksista potilaan tai hänen läheistensä kanssa.
  - l. Kulttuurieroista johtuvan vuorovaikutuksen tukemiseen liittyvä ohjauksen tarve
  - m. Hoitosuunnitelman tekoon liittyvä ohjauksen tarve (sisältää kotiutuksen suunnittelun)
  - n. Psykososiaaliseen tai eksistentiaaliseen kärsimykseen liittyvä ohjauksen tarve (Eksistentiaalinen kärsimys eli tuskaisuuden ja ahdistuksen monimuotoisesti ilmenevä kokemus.)
  - o. Ennakoivaan elämän loppuvaiheen suunnitelmaan liittyvä ohjauksen tarve.
  - p. Palliatiivisen hoidon tai saattohoidon tunnistamiseen liittyvä ohjauksen tarve
  - q. Hoidonrajaukseen tai hoitolinjaukseen liittyvä ohjauksen tarve
  - r. Potilaan, potilaan läheisen tai henkilökunnan ohjaukseen toimenpiteessä liittyvä ohjauksen tarve.

s. Hoitokokoukseen osallistumiseen liittyvä ohjauksen tarve.

4. Miten hyvin ongelmasi ratkesi konsultaation avulla? (1 = Erittäin huonosti / ei ollenkaan, 2 = Melko huonosti, 3 = Keskinkertaisesti, 4 = Melko hyvin, 5 = Erittäin hyvin / täysin)

5. Jos konsultaatio ei ratkaissut ongelmaa, niin miksi ei?

6. Miten selkeästi palliatiivinen konsultoiva hoitaja ohjasi/toimi? (1 = Erittäin epäselvästi, 2 = jonkin verran epäselvästi, 3 = Keskinkertaisesti, 4 = Kohtalaisen selkeästi, 5 = Erittäin selkeästi)

7. Mistä sait tiedon Palliatiivisen konsultoivan hoitajan palvelusta ensimmäiseksi? Valitse vain **yksi** vaihtoehto. Esihenkilöltä, sähköposti, posteri, muu mikä

8. Minkälaiseksi arvioisit konsultoivalta hoitajalta saamasi tuen tässä tilanteessa? (1 = Erittäin vähäinen, 2 = Melko vähäinen, 3 = Keskinkertainen 4 = Melko suuri, 5 = Erittäin suuri)

9. Arvioi, miten samaa mieltä olet seuraavan väittämän kanssa: Sain tarvitsemani tuen palliatiivisen konsultoivan hoitajan avulla kohtuullisessa ajassa. (1 = Täysin eri mieltä, 2 = Melko eri mieltä, 3 = Siltä väliltä, 4 = Melko samaa mieltä, 5 = Täysin samaa mieltä)

10. Miten tarpeellisena pidät palliatiivisen konsultoivan hoitajan palvelua? (1 = Täysin tarpeeton, 2 = Melko tarpeeton, 3 = Siltä väliltä, 4 = Melko tarpeellinen, 5 = Erittäin tarpeellinen)

¶.....Osan vaihto (seuraava sivu).....

1. Millä tavoin konsultaatio toteutui?

- a. puhelu
- b. puhelu ja käynti

2. Onko konsultaatioon potilaan tai lähiomaisen suostumus?

- a. Kyllä
- b. Ei
- c. Ei tarvita

3. Mistä Porin perusturvan yksiköstä otettiin yhteyttä?

- a. Terveys- ja sairaalapalvelut
- b. Sosiaali- ja perhepalvelut
- c. Vanhuspalvelut
- d. Yksityinen palveluntuottaja

4. Mitä konsultaatio koski yhteyttä ottaneen tahon näkökulmasta?

Oireet ja niiden hallinta:

- a. kipu
- b. pahoinvointi ja oksentelu
- c. Ummetus- ja ripuli
- d. Virtsateiden oireet
- e. Hengitysteiden oireet
- f. Suun oireet
- g. Väsymys, ruokahaluttomuus ja kakeksia
- h. Nestehoito- ja verituotteiden antaminen
- i. muut oireet:
- j. Fyysisen tilan arviointi (voinnin heikkeneminen)
- k. Keskustelu terveydentilan muutoksista potilaan tai hänen läheistensä kanssa.
- l. Vuorovaikutuksen tukeminen johtuen kulttuurieroista
- m. Hoitosuunnitelma (sisältää kotiutuksen suunnittelun)
- n. Psykososiaalinen tuki tai eksistentiaaliseen kärsimykseen liittyvä tuki
- o. Ennakoiva elämän loppuvaiheen suunnitelma
- p. Palliatiivisen hoidon tai saattohoidon tunnistamisen tarve
- q. Hoidonrajaus tai hoitolinjaus
- r. Potilaan, potilaan läheisen tai henkilökunnan ohjaus toimenpiteessä
- s. Hoitokokoukseen osallistuminen

5. Havaitisiko palliatiivinen konsultoiava hoitaja konsultaation aikana oireen, jota ei hoidava henkilökunta ollut havainnut?

- a. Kyllä, mikä?
- b. Ei

6. Konsultaation yhteydessä potilaalle, läheiselle tai henkilökunnalle jaettu ohjausmateriaali?

- a. Ei tarpeen
- b. Kyllä, ohjausmateriaalin aihe?

7. Konsultoituinko projektiryhmän lääkäreitä potilaan asioiden suhteen?
  - a. Kyllä, miksi?
  - b. Ei
8. Konsultoituinko mobiilitoiminnan lääkäreitä potilaan asioiden suhteen?
  - a. Kyllä, miksi?
  - b. Ei
9. Ohjautuiko potilas konsultaation seurauksena palliatiivisen kotisairaalan potilaaksi?
  - a. Kyllä
  - b. Ei
10. Ohjautuiko potilas konsultaation seurauksena mobiilitoimintaan?
  - a. Kyllä
  - b. Ei
11. Ohjautuiko potilas konsultaation seurauksena ensihoidon piiriin?
  - a. Kyllä
  - b. Ei
12. Oliko palliatiivinen konsultoiwa hoitaja potilaan ensimmäinen kontakti palliatiivisen hoidon asiantuntijaan?
  - a. Kyllä
  - b. Ei
  - c. en osaa sanoa
13. Tehtiinkö potilaalle lääkärin toimesta
  - a. Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma
  - b. Hoidonlinjaus
  - c. Hoidonrajaus
14. Konsultaatioon käytetty aika kokonaisuudessaan sisältäen: puhelun, käynnin, valmistautumisen, matkat, kirjaamisen, moniammatillisen yhteistyön ja yhteistyön potilaan läheisten kanssa sekä potilaan jatkohoidon järjestelyn (puhelut)
  - a. Puhelu (yhteensä käytetty aika minuutteina)
  - b. Puhelu ja käynti (sisältää puhelun, valmistautumisen, matkat, käynnin kirjaamisen, moniammatillisen yhteistyön ja yhteistyön potilaan läheisten kanssa sekä potilaan jatkohoidon järjestelyn (puhelut). Yhteensä käytetty aika minuutteina.
15. Konsultaation sisältö omin sanoin, mikäli koet sen sisällöllisesti sisältäneen jotain erityisen merkittävää tutkimukselle.

## Kyselyn saatekirje

1.7.2021

Opinnäytetyön nimi: Palliatiivinen konsultoiva hoitaja -tehtävänkuvan

kehittäminen Porin perusturvakeskukseen

### Hyvä vastaaja

Kohteliaimmin pyydän Sinua vastaamaan liitteenä olevaan kyselyyn, jonka tavoitteena on tuottaa tietoa, siitä miten henkilökunta on kokenut palliatiivisen konsultoivan hoitajan palvelun pilotin aikana. Tarkoituksena on arvioida konsultoivan palliatiivisen hoitajan piilottia sekä todentaa sen perusteella palliatiivisen konsultoivan hoitajan tarpeellisuus Porin perusturvakeskuksessa. Tämä aineiston keruu liittyy itsenäisenä osana Palliatiivinen konsultoiva hoitaja -kehittämiprojektiin. Lupa aineiston keruuseen on saatu 15.6.2021 Porin perusturvakeskuksen Terveys- ja sairaalapalveluiden palvelujohtaja Anna-Liisa Koivistolta sekä ostopalveluyksiköiden esihenkilöiltä elokuun sekä syyskuun 2021 aikana.

Sinun vastauksesi ovat arvokasta tietoa palliatiivisen konsultoivan hoitajan pilotista. Vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista, ja Sinulla on täysi oikeus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen milloin tahansa seuraamuksitta ja syytä ilmoittamatta. Kyselyyn vastaaminen kestää noin 5 minuuttia. Tutkimuksen tekijä huolehtii aineiston tietoturvallisesta säilyttämisestä, ja pääsy aineistoon on ainoastaan hänellä. Tutkimuksen valmistuttua aineisto hävitetään, ellei sen jatkokäytöstä ole sovittu. Kyselyn tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa tuloksista. Ole ystävällinen ja vastaa kyselyyn mahdollisimman pian konsultaation jälkeen sähköpostiisi lähetetyn linkin kautta tai palauta kyselyn paperinen versio annetussa palautuskuoressa.

Tämä kysely liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on Salmela Marjo, Yliopettaja, Turun amk/Terveys ja hyvinvointi.

Palliatiivinen konsultoiva hoitaja -tehtävänkuva Porin perusturvakeskukseen Anita Lehtisaari

Liitteenä/linkkinä tietosuojaseloste, jossa on tarkemmat tiedot henkilötietojenne/henkilötietojesi käsittelystä.

Vastaan mielelläni mahdollisiin lisäkysymyksiin.

Vastauksistasi kiittäen

Lehtisaari Anita

Sairaanhoitaja, yamk-opiskelija

[anita.lehtisaari@edu.turkuamk.fi](mailto:anita.lehtisaari@edu.turkuamk.fi) tai [anita.lehtisaari@porinperusturva.fi](mailto:anita.lehtisaari@porinperusturva.fi)

Toiminnan käytännön organisointi organisaatiossa

- Palliatiivinen konsultoi hoitaja työskentelee Porin perusturvakeskuksen Akuuttikotikeskuksessa, palliatiivisessa kotisairaалassa. Toiminta on osa Akuuttikotikeskuksen moniammatillista toimintaa.

Kenelle palvelu on tarkoitettu

- Porin perusturvakeskuksen ja ostopalveluyksiköiden hoitohenkilökunnalle, jotka osallistuvat hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Hoitohenkilökunnan ammattinimike ei rajoita oikeutta ottaa yhteyttä konsultoivaan hoitajaan.

Miten konsultaatiopyyntö tehdään

- Konsultaatio ei edellytä lääkärin lähetettä tai yksikön esihenkilön lupaa konsultaation tekemiseen.
- Soittamalla konsultoilvalle hoitajalle Akuuttikotikeskukseen puh:044 701 1566 tai palliatiiviseen kotisairaalaan puh: 044 701 3917. Soittopyynnön voi vastaanottaa myös Akuuttikotikeskuksen vuorovastaava
- Hoitohenkilökunta voi jättää soittopyynnön konsultoivan hoitajan ajanvarauskirjalle (Palliatiivinen konsul. hoitaja *2palkh*) potilaan henkilötiedoilla tai yksikön yhteystiedoilla tai lähettämällä Life Care-viestin potilastietojärjestelmän kautta.

Edellytys konsultaation tekemiseen

- Henkilökuntaa tunnistaa tuen tai ohjauksen tarpeen.
- Potilaan lupa konsultaatioon. Lupa kysytään ensisijaisesti potilaalta, mutta jos hän ei kykene suostumusta antamaan, lupa kysytään lähiomaiselta. Tämä on edellytys potilaan tietojen tarkasteluun potilastietojärjestelmän kautta.
- Konsultointi edellyttää henkilökunnan paikalla oloa ohjaustilanteessa ellei toisin sovita. Kyseessä on ohjaustilanne, josta on tarkoitus oppia.

Mitä konsultaatio voi koskea

- Oirehoitoon liittyvä ohjaus (kipu, pahoinvointi, ummetus, jne.)
- Toimenpiteisiin liittyvä ohjaus myös paikan päällä (PCA-lääkeaineannostelija, infuusioportti, PEG-letkun vaihto, erilaiset drenit ja niiden hoito, jne.)
- Ohjauksen tarve hoidonrajausten tai hoitolinjauksien suhteen potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan kesken



- Konsultoiva hoitaja voi olla henkilökunnan apuna keskusteluissa hoitolinjasta, lähestyvistä kuolemasta, hoitokokouksissa ja potilaan jatkohoitosuunnitelmiin liittyvissä keskusteluissa
- Potilaan ohjaus oikealle hoitopolulle
- Konsultaatio voi liittyä myös hoidolliseen ongelmaan tai tiedon tarpeeseen ilman potilaan nimeämistä. (hoitopolulla ohjaus, ohjauksen tai koulutuksen tarve yksikössä)

**Mitä konsultaatio sisältää**

- Potilaan terveystietoihin tutustuminen Life Caresta
- Soitto yksikköön ja konsultaatio puhelimitse tai käynnin sopiminen
- Potilaan havainnointi, kliininen tutkiminen ja haastattelu
- Hoitohenkilökunnan kanssa keskustelu, lääkelistan tarkistus
- Keskustelu(t) potilaan omaisten kanssa
- Hoitosuunnitelma ja hoitohenkilökunnan ohjaus
- Tarvittaessa lääkärin konsultaatio
- Yhteydenotot konsultaation jälkeen potilasta hoitavaan yksikköön, omaisiin ja tarvittaessa muihin tahoihin
- Keskustelu omaisen ja henkilökunnan kanssa potilaan kuoleman jälkeen
- Matkat, kirjaaminen ja tilastointi

**Palliatiivisen konsultoivan hoitajan tehtäväkuvaan vaadittava osaaminen**

- Palliatiivisen konsultoivan hoitajan tehtäväkuva on laajavastuinen sairaanhoitajan tehtäväkuva. Edellyttää vaativan tason kliinisen osaamisen hallintaa. Kliininen asiantuntija, ylempi korkeakoulututkinto on koulutuksellinen lähtötaso.
- Koulutus ja osaaminen potilaan kokonaisvaltaiseen ja potilaslähtöiseen hoidontarpeen arviointiin ja hoitosuunnitelman tekoon.
- Kyky perustaa toimintansa näyttöön perustuvaan toimintaan.
- Pitkä työkokemus omalta alalta sekä kattavat tiedot myös muiden toimijoiden tehtäväkuvista ja hoitopoluista.
- Kyky toimia itsenäisesti, mutta myös osana moniammatillista työryhmää.
- Ohjausosaaminen sekä kyky suunnitella ja toteuttaa henkilökunnan tarpeita vastaavia koulutuskokonaisuuksia
- Konsultointiosaamisen hallinta sekä hyvät vuorovaikutustaidot.

- Potilaiden hoidon koordinointiin liittyvä osaamisen hallinta.
- Kehittämisoosaaminen. Osaaminen ja halu kehittää hoitotyötä ja organisaation toimintaa.