



PEG-letkun vaihtaminen

Video-ohjausmateriaali hoitohenkilökunnalle

Terhi Peltosaari

Opinnäytetyö, ylempi AMK

Elokuu 2022

Terveys- ja hyvinvointialat

Sairaanhoitaja (ylempi AMK), Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK

Kliininen asiantuntija

Peltosaari Terhi

PEG-letkun vaihtaminen – Video-ohjausmateriaali hoitohenkilökunnalle

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Elokuu 2022, 69 sivua.

Terveys- ja hyvinvointialat. Kliininen asiantuntija. Opinnäytetyö, ylempi AMK.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

Tiivistelmä

Potilaan, jolle on asennettu ravinnon saannin turvaamiseksi PEG-letku (perkutaaninen endoskooppinen gastrostooma), hoitokäytännöissä on eri sairaanhoitopiireissä suuria eroja. Käypä hoito- suosituksia ja kansallisia yhtenäisiä linjauksia hoitokäytäntöihin ei ole tehty. Ensivaiheen PEG-letkun asentaminen ja vaihtaminen tapahtuu erikoissairaanhoidossa, jonka jälkeen potilaan hoito siirtyy perusterveydenhuoltoon. Jotta PEG-potilaan hoito olisi jokaisessa hoitopolun vaiheessa laadukasta, oikea-aikaista ja turvallista, tulisi PEG-potilaan hoitokäytänteet ja hoidon porrastus olla selkeät jokaiselle potilasta hoitavalle taholle. PEG-potilaan hoidon siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon on myös tärkeää huomioida perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan kliininen osaaminen PEG-potilaan hoidossa.

Opinnäytetyön aihe nousi työelämälähtöisestä tarpeesta tuottaa PEG-potilaan hoitoon liittyvää ohjausmateriaalia terveydenhuollon hoitohenkilökunnalle sekä kehittää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä PEG-potilaiden osalta. Keski-Suomen Sairaala Novan kirurgian poliklinikalla ei ole ollut tarjota perusterveydenhuollon käyttöön tarvittavaa ohjausmateriaalia PEG-potilaiden hoidon osalta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa yhteistyössä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kanssa video-ohjausmateriaalia PEG-letkun vaihtamisesta perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan käyttöön. Opinnäytetyön tavoitteena oli parantaa PEG-potilaan hoidon jatkuvuutta ja sujuvuutta kehittämällä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä. Tavoitteena oli myös vahvistaa perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan kliinistä osaamista sekä edistää potilasturvallisuutta ja hoidon laatua PEG-letkun vaihtamisessa.

Opinnäytetyö toteutui kehittämistyönä, jossa hyödynnettiin palvelumuotoilun menetelmää. Kehittämistä tehtiin yhdessä perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan kanssa yhteiskehittämisen työpajoissa. Työpajojen tuotoksena syntyi video-ohjausmateriaali PEG-letkun vaihtamisesta. Video tallennettiin ja julkaistiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkisille internetsivuille, josta se on kaikkien katsottavissa ja jaettavissa koko hyvinvointialueelle. Työpajoissa saatiin myös tietoa perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan tiedoista, taidoista, tarpeista ja toiveista PEG-potilaiden hoitoon liittyen ja koottiin yhteenveto PEG-potilaan hoidossa ja toiminnassa huomioitavista tekijöistä. Työpajojen tuloksena kootun yhteenvedon avulla voidaan jatkossa jäsentää ja kehittää toimintaa missä tahansa yksikössä, jossa hoidetaan PEG-potilaita.

Avainsanat (asiasanat)

PEG, ohjausvideo, hoidon jatkuvuus, potilasturvallisuus, palvelumuotoilu, yhteiskehittäminen

Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)

Liite 5. Bolusletkun ja PEG-napin vaihtaminen – Ohjausvideo

Peltosaari Terhi

PEG hose replacement – Video control material for nursing staff

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, August 2022, 69 pages.

Health Care and Social Services. Master's Degree Programme in Advanced Nursing Practice

Permission for open access publication: Yes

Language of publication: Finnish

Abstract

There are large differences in the treatment practices of a patient who is fitted with a PEG tube (percutaneous endoscopic gastrostomy) to secure food intake. No current treatment recommendations for treatment practices have been made. The installation and replacement of the initial PEG tube takes place in special health care, after which the patient's treatment is transferred to primary health care. In order to take a high quality, timely and safe care of a PEG patient at every stage of the treatment pathway, the care practices and staggering of a PEG patient should be clear to each care giver. When transferring the care of a PEG patient from special health care to primary health care, it is also important to consider the clinical competence of the primary care nursing staff in the care of a PEG patient.

The topic of this thesis arose from the need to produce guidance material related to the care of PEG patients for healthcare providers, and to develop co-operation between special health care and primary health care in relation to PEG patients. The purpose of the thesis was to produce video guidance material on the replacement of a PEG tube for use by primary health care personnel in collaboration with special health care and primary health care.

The aim of the thesis was to improve the continuity and smoothness of the care of a PEG patient by developing co-operation between special health care and primary health care. The aim was also to strengthen the clinical competence of primary health care staff and to promote patient safety and quality of care when replacing a PEG tube.

The thesis was a development work that utilizes the method of service design. The development was done together with primary healthcare nursing staff in co-development workshops. The product of the workshops was video guidance material about the replacement of bolus tubes and PEG buttons. The video was recorded and published on the public website of the Central Finland Hospital District, where it can be viewed and distributed to the entire wellbeing services counties. Information and understanding of primary health care needs and wishes related to the care of a PEG patient were obtained and a summary of the factors to be considered in the care and functioning of a PEG patient was compiled during the workshops. Going forward, the summary generated as a result of the co-development workshops can be used to structure and develop activities in any unit where PEG patients are treated.

Keywords/tags (subjects)

Percutaneous endoscopy gastrostomy, guidance video, continuity of care, service design, co-creation

Miscellaneous (Confidential information)

Appendix 5. PEG hose replacement - Guidance Video

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö.....	5
2.1	Hoidon jatkuvuus	6
2.2	Potilasturvallisuuden ja hoidon laadun edistäminen.....	8
3	PEG-potilaan hoitokäytännöt.....	10
3.1	PEG-letkun asentaminen.....	11
3.2	PEG-letkun vaihtaminen ja hoidon porrastus	13
4	Hoitohenkilökunnan kliininen osaaminen	14
4.1	Osaamisen vahvistaminen PEG-letkun vaihtamisessa	16
4.2	Potilasturvallisuuden ja hoidon laadun edistäminen.....	17
4.3	Videon käyttö ohjausmenetelmänä	18
5	Kehittämistyön tausta, tarkoitus ja tavoitteet	20
6	Kehittämistyön menetelmälliset lähtökohdat.....	20
6.1	Opinnäytetyöprosessi	21
6.2	Palvelumuotoilu kehittämistyön menetelmänä	21
6.3	Palvelumuotoiluprosessi	25
6.4	Yhteiskehittäminen palvelumuotoilun menetelmänä	28
7	Kehittämisprosessi.....	29
7.1	Yhteiskehittämisen työpajat	31
7.1.1	Työpaja 1.....	31
7.1.2	Työpaja 2.....	36
7.1.3	Työpaja 3.....	45
8	Tulokset.....	47
8.1	Video-ohjausmateriaali PEG-letkun vaihtamisesta.....	47
8.2	Yhteenvedo huomioitavista tekijöistä	49
9	Pohdinta.....	51
9.1	Eettisyys.....	51
9.2	Luotettavuus	53
10	Johtopäätökset.....	56
10.1	Tulosten hyödynnettävyys, levittäminen ja vaikuttavuus	57
10.2	Jatkokehittämistarpeet	58

Lähteet	60
Liitteet	65
Liite 1. Tiedote.....	65
Liite 2. Suostumuslomake	66
Liite 3. Osaamisympyrä	67
Liite 4. SWOT-nelikenttäänalyysi	68
Liite 5. Bolusletkun ja PEG-napin vaihto	69

Kuviot

Kuvio 1. Opinnäytetyöprosessi	21
Kuvio 2. Palvelumuotoilun lähtökohdat (mukaillen Ahonen 2017, 36).....	25
Kuvio 3. Palvelumuotoiluprosessi (mukaillen Ahonen 2017, 72—74; Design Council 2019; Tuulaniemi 2011, 126—131).....	26
Kuvio 4. Yhteiskehittämisen työpajat	31
Kuvio 5. PEG-potilaan hoidon porrastus erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä	32
Kuvio 6. Osaamisympyrästä tehty yhteenveto	39
Kuvio 7. SWOT-nelikenttäänalyysistä tehty yhteenveto	42
Kuvio 8. PEG yhteystiedot- lomake.....	45
Kuvio 9. Kehittämistyön tarkoitus ja tarvetta palveleva ratkaisu	48
Kuvio 10. Yhteenveto ja malli PEG-potilaan hoidossa ja toiminnassa huomioitavista tekijöistä	50

Taulukot

Taulukko 1. Kehittämisprosessin visio, tarkoitus, tavoitteet, arvolupaus, prosessista saatu hyöty, aikataulu ja raamit, resurssit ja onnistumisen kriteerit (mukaillen Ahonen 2017, 80)	33
Taulukko 2. Liiketoimintamalli (Business Model Canvas) (mukaillen Ahonen 2017, 120)	44
Taulukko 3. Kehittämisprosessin arviointi	46

1 Johdanto

Hallitusohjelmaan kuuluvan Sote-uudistuksen (Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus) yksi pääpainoalue Tulevaisuuden sosiaali- ja terveysterveyskeskus -ohjelmassa on peruspalveluiden kehittäminen. Ohjelman päätavoitteena on turvata kaikille laadukkaat ja tasavertaiset sosiaali- ja terveysterveyspalvelut parantamalla palveluiden saatavuutta, oikea-aikaisuutta ja jatkuvuutta. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveysterveyskeskus -ohjelman tavoitteena on myös sujuvoittaa palveluita parantamalla palveluiden laatua ja vaikuttavuutta. Hallitusohjelma korostaa palveluiden yhteentoimivuutta sekä perus- ja erityistasonpalveluja palveluiden yhteensovittamista. Sote-uudistuksessa toteutetaan integraatio, jossa perus- ja erikoissairaanhoidon palvelut sovitetään paremmin yhteen sekä perustason palveluja vahvistetaan. Myös eri ammattiryhmien välistä saumatonta yhteistyötä korostetaan. (Sote-uudistus 2021; Tulevaisuuden sosiaali- ja terveysterveyskeskus -ohjelma 2021, 15–16.)

Terveydenhuoltolain mukaan perusterveydenhuollolla tarkoitetaan muun muassa kunnan järjestämää väestön terveydentilan seurantaa, avosairaanhoidon, kotisairaanhoidon, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, joiden tuottamisesta vastaavat pääasiassa kunnan terveysterveyskeskus (terveydenhoidon perusyksikkö) ja sen osana toimivat terveysterveysasemat. Erityistason eli erikoissairaanhoidon järjestämisestä vastaavat sairaanhoitopiirit ja palvelut tuotetaan pääsääntöisesti keskussairaaloissa. (Palvelujen tuottaminen 2021.) Terveydenhuollon järjestämisestä vastaa vuoden 2023 alusta alkaen hyvinvointialueet.

Sote-uudistuksen tavoitteena on siirtää palvelujen tarjoamisen painopistettä yhä enemmän erikoissairaanhoidosta perustason palveluihin. Saumaton yhteistyö ja hoidon porrastus erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ei tutkimusten mukaan aina toteudu ilman haasteita. Kuusisto (2018) tuo tutkimuksessaan esiin Sote-uudistuksen keskeisen lähtökohdan, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palvelujen integraation, jota pyritään uudistamaan yhä paremmaksi hoidon jatkuvuuden parantamiseksi. Kuusisto (2018) toteaa haasteita olevan juuri hoidon jatkuvuudessa eri hoitotahojen rajapinnoilla ja organisaatioiden välisissä saumakohdissa. Lehtosen (2019) tutkimuksen mukaan ongelmia olivat vajavaiset jatkohoidon ohjeet, varsinkin kirjallisten ohjeiden puute erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynnin jälkeen ja epäselvyydet jatkohoidon toteuttamisessa. (Sote-uudistus 2021; Kuusisto 2018, 76–77; Lehtonen 2019, 31, 33.)

Perusterveydenhuollossa on nähtävissä muuttuneet palvelutarpeet sekä niihin liittyvät osaamisva-
jeet, kuten myös perustason palveluiden pirstaleinen järjestäminen. (Sote-uudistus 2021.) Potilaan
hoidon siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon on myös vastattava perustervey-
denhuollon hoitohenkilökunnan tarpeisiin osaamisen vahvistamisesta. Laadukkaan ja turvallisen
hoidon edellytys on henkilöstön perehdyttäminen, koulutus ja ohjaaminen (A 341/2011, 1§).

PEG-letku (perkutaaninen endoskooppinen gastrostooma) asennetaan potilaalle enteraalisen ra-
vitsemuksen ylläpitämiseksi silloin, kun nieleminen on vaikeutunut ja suun kautta saatu ravinto-
määrä ei ole riittävää. Ensivaiheen PEG-letkun asentaminen ja vaihtaminen vesipallolliseen PEG-
letkuun tapahtuu erikoissairaanhoidossa, jonka jälkeen vesipallollisen PEG-letkun vaihdot tapahtu-
vat perusterveydenhuollossa. Hoidonporrastuksen vuoksi saumaton ja sujuva yhteistyö erikoissai-
raanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä on tärkeää PEG-potilaan hoidon jatkuvuuden turvaa-
miseksi ja hoidon laadun parantamiseksi (Molander & Udd 2018, 3). PEG-potilaan hoito ja PEG-
letkun vaihtaminen ei ole hoitotyöntekijöiden perusosaamista, vaan heidän on saatava koulutusta
ja ohjausta, jotta PEG-letkun vaihtaminen on turvallista ja hoito laadukasta.

Opinnäytetyön aihe nousi työelämälähtöisestä sekä kirurgian poliklinikan että perusterveyden-
huollon yhteisestä tarpeesta tuottaa PEG-potilaan hoitoon liittyvää ohjausmateriaalia ja kehittää
erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä PEG-potilaisiin liittyen. Opinnäy-
tetyön tavoitteena oli hoidon jatkuvuuden ja sujuvuuden parantaminen erikoissairaanhoidon ja
perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä kehittämällä PEG-potilaan hoidon siirtyessä erikoissai-
raanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Opinnäytetyön tavoitteena oli vahvistaa perusterveyden-
huollon kliinistä osaamista PEG-letkun vaihtamisessa. Tarkoituksena oli tuottaa video-ohjausmate-
riaalia PEG-letkun vaihtamisesta perusterveydenhuollon käyttöön. Tavoitteena oli
potilasturvallisuuden ja hoidon laadun edistäminen PEG-letkun vaihtamisessa. Opinnäytetyön toi-
meksiantajana toimi Keski-Suomen Sairaala Novan kirurgian poliklinikka. Kirurgian poliklinikalla
asennetaan pääsääntöisesti koko Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueelta kaikkien yli 16-vuotiai-
den PEG-letkut.

Opinnäytetyö oli kehittämistyö, jossa hyödynnettiin palvelumuotoilun menetelmää. Kehittämistä
tehtiin yhdessä perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan kanssa yhteiskehittämisen työpa-

joissa. Yhteiskehittämiseen rekrytoitiin Jyväskylän kaupunginsairaalan vuodeosastoilta ja hoitokeskuksesta kuusi hoitotyöntekijää. Työpajoissa yhdessä ideoitiin ja suunniteltiin video-ohjausmateriaali PEG-letkun vaihtamisesta. Tuotettu video on tallennettu Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin (KSSHP) henkilöstön sisäiseen käyttöön tarkoitettuun Hoito- ja potilasohjearkistoon (Hopo), josta se julkaistiin Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin julkisille internetsivuille, josta se on kaikkien katsottavissa. Video-ohjausmateriaalia voidaan jakaa internetin välityksellä koko Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin alueelle. Työpajoissa saatiin myös tietoa ja koottiin yhteenveto PEG-potilaan hoidossa ja toiminnassa perusterveydenhuollossa huomioitavista tekijöistä. Yhteenvetoa voidaan hyödyntää koko Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin alueella jokaisessa yksikössä, missä hoidetaan PEG-potilaita.

2 Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö

Peruspalvelujen kehittäminen on pääministeri Sanna Marinin hallitusohjelmaan kuuluvan Sote-uudistuksen (Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus) yksi pääpainoalue Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman päätavoitteina on erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteen toimivuuden varmistaminen, jolla pyritään turvaamaan kaikille laadukkaat ja tasavertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut parantaen palveluiden saatavuutta, oikea-aikaisuutta ja jatkuvuutta. Tavoitteena on kyetä vastaamaan yksiköllisiin tarpeisiin tuottaen perustason palvelut lähellä ihmistä ja siten, että asiakas aidosti saa avun, joka vastaa tarpeeseen. Ohjelman tavoitteena on myös palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen palveluita sujuvoittamalla. Hallitusohjelma korostaa palveluiden yhteentoimivuutta sekä perus- ja erityistason palveluiden yhteensovittamista ja eri ammattiryhmien välistä saumatonta yhteistyötä. Mikäli tavoitteet toteutuvat, voidaan tällä saada hillittyä kustannusten kasvua sekä kustannusvaikuttavuutta. (Sote-uudistus 2021; Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma 2021, 15–16.)

Palvelujen tarjoamisen painopistettä siirretään yhä enemmän erikoissairaanhoidosta perustason palveluihin. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman tarkoituksena on tukea hyvinvointialueita valmistelevaan ja ottamaan käyttöön uudenlaisia ja laaja-alaisia terveyskeskuksia. Sote-uudistuksessa toteutetaan integraatio, jossa perus- ja erikoissairaanhoito sovitetaan paremmin yhteen sekä perustason palveluja vahvistetaan. Tarkoituksena on uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden työnjakoa ja toimintatapoja sekä kehittää moniammatillisten tiimien

käyttöä ja työnjakoa. Kehittäminen takaa hoidon jatkuvuuden, palvelujen sujuvuuden ja kustannusten hallinnan. Perusterveydenhuollossa on nähtävissä muuttuneet palvelutarpeet sekä niihin liittyvät osaamisvajeet, kuten myös perustason palveluiden pirstaleinen järjestäminen ja riittämätön resursointi. (Sote-uudistus 2021; Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma 2021, 18; Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenneuudistus n.d.; Oikeudenmukainen, yhdenvertainen ja mukaan ottava Suomi n.d..)

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymät ovat myös terveydenhuoltolain mukaan velvollisia suunnittelemaan ja kehittämään erikoissairaanhoitoa niin, että erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto muodostaisivat toiminnallisen kokonaisuuden. Lain mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on vastattava erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamisesta väestön ja perusterveydenhuollon tarpeiden mukaisesti. (L 1326/2010, 33§.) Jotta palveluiden tarjoamisen painopisteen siirtäminen erikoissairaanhoidosta perustason palveluihin ja yhteistyö eri toimijoiden välillä olisi sujuvaa, kuuluu Sote-uudistuksen tavoitteisiin myös ammattitaitoisen työvoiman turvaaminen. Terveydenhuoltolain mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on vastattava tehtäväalansa kehittämis- ja koulutustoiminnasta. (Sote-uudistus 2021; L 1326/2010, 33§.)

Myös Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on kyettävä vastaamaan Sote-uudistuksen tavoitteisiin ja terveydenhuoltolain kehittämis- ja koulutustoiminnan tuomiin velvoitteisiin. Potilaan hoito, joka ei vaadi enää erikoissairaanhoitoa, pyritään siirtämään perustason palveluihin. Potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidon palveluista perusterveydenhuollon palvelujen käyttäjäksi, on varmistettava, että perusterveydenhuollossa on osaamista, tietoa ja taitoa, vastata potilaan hoitoon turvallisesti ja laadukkaasti potilaan hoidon vaatiessa tiettyä erityisosaamista. Lisäksi on pyrittävä turvaamaan potilaan hoidon saumaton jatkuvuus ja sujuvuus.

2.1 Hoidon jatkuvuus

Hoidon jatkuvuutta voidaan määrittää usealla eri tavalla. Tässä opinnäytetyössä hoidon jatkuvuudella tarkoitetaan saumatonta potilaan hoidon siirtymistä, sujuvaa tiedonkulkua ja vuorovaikutusta eri organisaatioiden, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon, välillä. Sujuvalla hoidon jatkuvuudella on merkitystä niin potilaan kuin koko terveydenhuoltojärjestelmänkin kannalta. Hoidon sujuva jatkuvuus lisää potilaan turvallisuuden tunnetta ja luottamusta hoitosuhteeseen. Hyvä

hoidon saatavuus ja jatkuvuus muodostaa onnistuneen kokonaisuuden sekä pienentää terveydenhuollon kustannuksia muun muassa vähentämällä potilaiden lähettämisen tarvetta erikoissairaanhoidon hoitoon. Hoidon jatkuvuudesta hyötyvät kaikki. Perusterveydenhuollon vastaanottopalveluiden onnistumista on arvioitu ainoastaan hoidon saatavuutta seuraamalla, mutta varsinaista seurantatapaa ei ole ollut hoidon jatkuvuuden näkökulmasta. THL (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) onkin nostanut esille hoidon jatkuvuuden mittaamiseen soveltuvaksi mittariksi Continuity of Care Indexin (COCI). THL jatkaa edelleen kehittämistyötä mittarin käytettävyyden suhteen. Mittarista on tehty ehdotus kansalliseen sosiaali- ja terveydenhuollon KUVA-mittaristoon (kustannusvaikuttavuusmittaristo). (Kansallinen seuranta perusterveydenhuollon... 2021.) KUVA-mittaristo on sosiaali- ja terveystieteiden ja laajan asiantuntijajoukon luoma yhtenäinen 540 indikaattorin kokonaisuus (KUVA-mittaristo 2021). THL:n pääjohtajan nimeämänä on vuonna 2021 perustettu Perusterveydenhuollon laatu ja vaikuttavuus- asiantuntijaryhmä, joka on lausunnossaan suositellut mittarin kansallista käyttöönottoa (Kansallinen seuranta perusterveydenhuollon... 2021).

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen yhteistyö ja hoidon jatkuvuus on kiinnostanut kansallisella tasolla myös tutkijoita. Kuusisto (2018) onkin tehnyt laajan kirjallisuuskatsauksen ja väitöstutkimuksen hoidon jatkuvuudesta potilaan siirtyessä hoitolaitoksesta toiseen. Tutkimuksessaan Kuusisto tuo esiin Sote-uudistuksen keskeisen lähtökohdan, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palvelujen integraation eli yhteensovittamisen, jota pyritään uudistamaan yhä nykyistä paremmaksi. Kuusiston (2018) mukaan haasteena hoidon jatkuvuudelle ovat organisaatioiden väliset saumakohdat. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön ongelmia on esiin tuonut myös Lehtonen (2019) pro gradu -tutkielmassaan, jossa hän kertoo haasteita olevan juuri hoidon jatkuvuudessa eri hoitotahojen rajapinnoilla. Lehtosen (2019) mukaan ongelmia olivat vajavaiset jatkohoito-ohjeet, varsinkin kirjallisten ohjeiden puute erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynnin jälkeen ja epäselvyydet jatkohoidon toteuttamisessa. (Kuusisto 2018, 76—77, 86; Lehtonen 2019, 31, 33.)

Kuusisto (2018) nostaa esiin hoidon jatkuvuuden kannalta tärkeäksi muun muassa laadukkaan ja yhtenäisen tiedon, sujuvan tiedonkulun sekä riittävän yhteistyön. Hänen mukaansa potilaan tarpeita on arvioitava kokonaisuutena. Kuusisto toteaaakin, että potilaan hoitoa koskevien oleellisten tietojen kirjaaminen ja kirjattujen tietojen hyödyntäminen ei varsinaisesti paranna hoidon tuloksia, mutta mahdollistaa sujuvamman yhteistyön. Sekä Kuusisto (2018) että Lehtonen (2019) tuovat

esiin potilaan hoitoprosessissa tai hoitoketjun toimivuudessa olevan haasteita ja hoitoketjuja pitäisikin päivittää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Lehtosen (2019) tutkimuksen johtopäätösten mukaan tutkimus antaa tietoa niistä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön välisistä haasteista, joita voitaisiin kehittää ja yhteistyötä parantaa. Kuusiston (2018) mukaan harvoin yksi terveydenhuollon ammattilainen pystyy vastaamaan potilaan eri hoidon tarpeisiin, vaan koko hoitoprosessiin osallistuu monia eri ammattilaisia eri organisaatioista. (Kuusisto 2018, 78, 86; Lehtonen 2019, 44—45.)

Kuusiston (2018) ja Lehtosen (2019) esiin nostamia haasteita potilaan hoidon sujuvassa jatkuvuudessa voidaan osin nähdä myös erikoissairaanhoidon edustavan Keski-Suomen Sairaala Novan ja perusterveydenhuollon välillä. Sekä potilailta että potilaiden jatkohoitopaikoista tulleiden palautteiden perusteella puutteita on ollut muun muassa riittämättömien kirjallisten jatkohoito-ohjeiden saamisessa. Riittämättömät ohjeet ja tiedonkulku voivat heikentää potilaan hoidon saumatonta jatkuvuutta ja täten myös hoidon laatua. Jotta hoidon jatkuvuus olisi mahdollisimman sujuvaa, kuten Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman tavoitteissa sanotaan, perusterveydenhuollossa työskentelevillä on oltava mahdollisuus erikoistason konsultaatioon ja digitalisaation hyödyntämiseen. Konsultaation mahdollisuus parantaa hallittua ja sujuvaa hoidon jatkuvuutta sekä edistää potilasturvallisuutta ja näin ollen myös hoidon laatua. (Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma 2021, 15–16.)

2.2 Potilasturvallisuuden ja hoidon laadun edistäminen

Potilasturvallisuus on peruseriaate terveydenhuollossa ja potilasturvallisuudesta huolehtiminen kuuluu jokaisen terveydenhuollon henkilön ydinosamiseen. Potilasturvallisuus ei ole pelkästään osaamista ja ammattitaitoa, vaan perustuu tutkittuun tietoon. Muun muassa Ikonen ja Welling (2020) tuovat katsauksessaan esiin sen, että potilasturvallisuus ei ole pelkästään pyrkimystä vältettävissä olevien haittojen ja virheiden mahdollisuuden ehkäisemiseen tai haitan vaikutuksen vähentämiseen, jos haitta on tapahtunut. Potilasturvallisuus on myös sitä, että potilas saa laadukasta, oikea-aikaista ja turvallista hoitoa, josta on mahdollisimman vähän haittaa potilaalle. (Ikonen & Welling 2020; Global patient safety... 2021.)

Lee, Scott, Dahinten, Vincent, Lopez ja Park (2017) ovat kirjallisuuskatsauksessaan tutkineet potilasturvallisuuden ja hoidon laadun välistä yhteyttä. Leen ja muiden (2017) mukaan hoidon laadun

käsite saatetaan sekoittaa potilasturvallisuuden käsitteeseen. Leen ja muiden (2017) mukaan hoidon laatu tarkoittaa kuitenkin paljon laajempaa käsitettä kuin pelkästään potilasturvallisuus, joka on vain yksi hoidon laadun osatekijä. Lee ja muut (2017) tuovatkin katsauksessaan esille määrittelyn hoidon laatuun vaikuttavista tekijöistä, joita katsauksen mukaan ovat muun muassa hoidon luotettavuus, tehokkuus, empatia, turvallisuus ja tarkkuus. Kuten Ikosen ja Wellingin (2020) ja Leen ja muiden (2017) katsauksien, kuten myös WHO:n (World Health Organization) julkaiseman Global patient safety action plan 2021—2030 mukaan laadukkaan hoidon tulee olla turvallista, tehokasta, potilaskeskeistä, oikea-aikaista ja tasapuolista. (Lee, Scott, Dahinten, Vincent, Lopez ja Park 2017; Ikonen & Welling 2020; Global patient safety...2021.)

World Health Organizationin (WHO) mukaan terveydenhuollon suurimpia potilasturvallisuuden haasteita ovat nopeasti vaihtuvat tilanteet ja kiireestä johtuvat paineet, jolloin tapahtuu eniten vahinkoja. Suurin haaste potilasturvallisuudessa on, kuinka haittoja voidaan estää potilaan hoidon aikana. Kaikkia estettävissä olevia virheitä pitäisi kyetä välttämään, sillä jokaisella potilaalla on oikeus saada turvallista ja laadukasta hoitoa. (Patient Safety: Making... 2017.)

Potilasturvallisuuteen kiinnitetään yhä enemmän huomiota niin kansainvälisesti kuin kansallisella tasollakin. Tämä näkyy muun muassa erilaisten strategioiden ja yhtenäisten käytäntöjen kehittämisen (kuten Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017—2021 2020), lakien ja asetusten (kuten A 341/2011) ja erilaisten hoitosuositusten myötä. Potilasturvallisuutta on edistetty Suomessa jo yli kymmenen vuotta (Ikonen & Welling 2020). Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on päivittänyt kansallisen potilasturvallisuusstrategian vuosille 2017—2021 (2020), jonka tarkoituksena on auttaa terveydenhuoltoa kehittämään yhtenäistä turvallisuuskulttuuria, joka palvelee terveydenhuollon henkilöstöä turvallisen ja laadukkaan hoidon toteuttamisessa. Potilasturvallisuusstrategia auttaa yhtenäisen turvallisuuskulttuurin kehittämisessä, mutta jokaisen palvelua tarjoavan terveyskeskuksen ja hoitohenkilökunnan on kuitenkin itse vastattava potilasturvallisuuden varmistamisesta käytännössä. (Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017—2021 2020, 11.) Laadukkaan ja turvallisen hoidon edellytyksiä ovat myös turvallisuusriskien tunnistaminen ja hallinta sekä tarvittava yhteistyö muiden terveydenhuollon toimintayksiköiden kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut asetuksen laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta, jonka mukaan laadukkaan ja turvallisen hoidon edellytys on henkilöstön perehdyttäminen, koulutus ja ohjaaminen. (A 341/2011, 1§.)

Sote-uudistuksen tavoitteiden saavuttamiseksi pyrittiin tämän kehittämistyön avulla kehittämään Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä. Kehittämistä pyrittiin tekemään hoitokäytänteiden sekä sujuvan hoidon jatkuvuuden osalta niiden potilaiden kohdalla, joille on asennettu PEG-letku (perkutaaninen endoskooppinen gastrostooma). Kehittämistyön avulla pyrittiin siihen, että potilaan hoidon siirtyminen eri organisaatioiden välillä olisi saumatonta ja hoito laadukasta, osaavaa ja turvallista. Seuraavissa kappaleissa käsitellään tarkemmin PEG-potilaan hoitokäytänteitä, PEG-letkun asentamista ja vaihtamista sekä hoidon porrastusta.

3 PEG-potilaan hoitokäytännöt

Potilaalle voidaan ravinnonsaannin turvaamiseksi asentaa niin kutsuttu PEG-letku eli perkutaaninen endoskooppinen gastrostooma. PEG-letku tarkoittaa enteraalisesti eli mahasuolikanavaan annosteltua nestemäisen ravitsemuksen annon reittiä, joka on ensisijainen ruokinta- ja ravitsemusreitti potilaille, jotka tarvitsevat pitkäaikaista enteraalista ravintoa ja heillä on toimiva ruoansulatuskanava. (Molander & Udd 2018, 1; Rahnemai-Azar, A., Rahnemaiazar, A., Naghshizadian, R., Kurtz, A. & Farkas, D. 2014.) PEG-letkusta voidaan käyttää useampaa eri ilmaisua, kuten ravitsemusletku, ravitsemusavanne, syöttöletku, ruokintaletku, ravintoportti ja gastrostooma. Eri tietokannoissa, esimerkiksi Pubmed, Chinahl Plus with full text (EBSCO), SAGE journals, PEG-letkusta käytetään muun muassa englanninkielistä termiä PEG tube tai gastrostomy. Varsinaista yhteneväistä ilmaisua PEG-letkulle ei kansallisesti tai kansainvälisesti ole määritelty. Tässä opinnäytetyössä käytetään yhteneväisyyden vuoksi ilmaisua PEG-letku.

PEG-potilaalla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä potilasta, jolle on asennettu ravitsemusletku vatsanpeitteiden läpi ravinnon saannin turvaamiseksi. Opinnäytetyön aikana pohdittiin useita eri vaihtoehtoja, millä kutsua PEG-potilasta. Vaihtoehtona käytettiin ilmaisua letkuravittu potilas, mutta ilmaisu herätti sekaannusta muihin letkuravittuihin potilaisiin, kuten nenämahaletkun kautta ravittuihin tai parenteraalista ravitsemushoitoa saavien potilaiden kanssa. Sekaannusten välttämiseksi päädyttiin käyttämään pelkästään ilmaisua PEG-potilas.

Molander ja Udd (2018) ovat todenneet katsauksessaan PEG-potilaan hoitokäytännöissä olevan suuria eroja eri sairaanhoitopiireissä. Käypä hoito- suositukset ja kansallisia yhtenäisiä linjauksia PEG-potilaan hoitokäytäntöihin ei ole tehty, vaan jokaisella sairaanhoitopiirillä tai sairaalalla voi

olla omat määritellyt ohjeistuksensa tai protokollansa PEG-potilaan hoitokäytäntöihin. (Molander ja Udd 2018, 3.) Yhtenäisten hoitolinjausten puute on nähtävissä myös kansainvälisesti (Simons & Remington 2013, 7). Koska Suomessa ei ole laadittu yhtenäistä kansallista suositusta PEG-potilaan hoitokäytänteisiin, kuten enteraalisen letkuruokinnan toteuttamiseen, PEG-letkun asentamiseen tai potilaan ohjeistamiseen, on opinnäytetyön tekijä tästä johtuen tehnyt keväällä 2021 Hoitotyön tutkimussäätiölle (Hotus) aihe-ehdotuksen hoidon yhtenäistämiseksi ja kansallisten hoitosuositusten tekemiseen potilaille, joille on asennettu PEG-letku. Aihe-ehdotus käsiteltiin Suositusten koordinoitiryhmän (Suko) kokouksessa ja aihe hyväksyttiin hoitosuositukseksi, jonka tekeminen aloitetaan vuorollaan. Vuonna 2021 ehdotetut hoitosuositusaiheet ja toimenpiteet löytyvät Hotuksen verkkosivuilta. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2021.)

Jotta PEG-potilaan hoito olisi jokaisessa hoitopolun vaiheessa selkeää, laadukasta, oikea-aikaista ja turvallista, tulisi PEG-potilaan hoitokäytännöt ja hoidon porrastus olla selkeät jokaiselle potilasta hoitavalle taholle, niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa. Molander ja Udd (2018) tuovat katsauksessaan esille, että selkeä hoitopolku ja hoitokäytännöt sekä asiaan perehtynyt sairaanhoitaja parantavat PEG-potilaan hoidon laatua. Heidän mukaansa hoidon laadun parantamiseksi tulisi jokaisessa sairaalassa olla asiaan perehtynyt sairaanhoitaja, jotta PEG-potilaille voitaisiin antaa parasta mahdollista hoitoa, mutta sairaanhoitajilta puuttuvat asianmukaiset ja näyttöön perustuvat oppaat ja hoito-ohjeet. Molanderin ja Uddin (2018) mukaan jokaisessa sairaalassa, jossa PEG-letkuja asennetaan, tulisi olla PEG-potilaan hoitopolku, joka alkaa potilaan lähettestä PEG-letkun asentamiseen, jatkuen ajan varaamiseen toimenpiteeseen, potilaan ohjeistuksen, ravitsemusterapeutin konsultaatioon ja jatkohoito-ohjeiden antamiseen PEG-letkun asentamisen jälkeen. Keski-Suomen Sairaala Novassa PEG-potilaan hoitopolku ja hoitokäytännöt ovat melko yhteneväiset Molanderin ja Uddin (2018) katsauksessa esiin tuodun ehdotuksen kanssa PEG-potilaan hoitopoluksi. (Molander ja Udd 2018, 4–5.)

3.1 PEG-letkun asentaminen

Molanderin ja Uddin (2018) katsauksessa kerrotaan Suomessa keskussairaالاتasolla PEG-letkuja asennettavan keskimääräisesti vuosittain noin 20–60 asennusta sairaalaa kohden. Vuoden 2016 tilastojen mukaan Keski-Suomen Sairaala Novassa PEG-letkuja asennetaan vuosittain noin 40. Molanderin ja Uddin (2018) esiin tuomien hoitokäytänteiden mukaisesti potilaan, jolle on asennettava

PEG-letku, niin kutsuttu ensivaiheen letku asennetaan aina erikoissairaanhoidossa. (Molander ja Udd 2018, 3, 7.)

PEG-letkun asentaminen on kansainvälisesti, kuten myös kansallisesti, yksi yleisimmistä endoskooppisista eli tähystämällä tehdyistä toimenpiteistä. PEG on enteraalisen ravitsemuksen ylläpitämisen menetelmänä laajasti hyväksytty ja käytetty. Enteraalisen ravitsemuksen antotapana PEG-letkuun turvaudutaan yleensä silloin, kun potilaan nielemisvaikeuden takia tarvitaan pidempiaikaista, ainakin yli 2–3 viikkoa kestäväää ravinnon antamisen reittiä. Yleisin syy potilaan nielemisvaikeuksiin ja indikaatio PEG-letkun asentamiselle on neurologinen, kuten ALS (amyotrofinen lateraaliskleroosi), MS-tauti (multippeliskleroosi), Parkinsonin tauti, myastenia ja lihasdystrofiat, aivoinfarkti, aivoverenvuoto tai pään vammat. Syynä voi olla myös nielun alueen tukos, joka voi johtua ruokatorven kasvaimesta tai ahtaumasta. PEG-letku voidaan asentaa myös profylaktisesti eli ennaltaehkäisevästi ennen suun, nielun tai kaulan alueen kemosädehoitoa tai kaulan alueen kirurgiaa. (Molander & Udd 2018, 2; Pih, Na, Ahn, Jung, Kim, Lee, Choi, Song, Lee & Jung 2018; Rahnemai-Azar ym. 2014.)

Vaikka PEG-letkun asentaminen on yleinen toimenpide, joka on yleisesti ottaen potilaalle turvallinen mini-invasiivinen toimenpide, PEG-letkun asentamisessa on pienen tai suuren komplikaation vaara. Asentamiseen liittyy myös kuolleisuutta. Akuutteja komplikaatioita ovat verenvuoto, pneumoperitoneum (ilman kertyminen vapaaseen vatsaonteloon), aspiraatiokeuhkokuume, suolitukos (ileus), haavatulehdus ja Mallory-Weissin repeämä. Kroonisten komplikaatioiden, joiden mahdollisuus on myös perusterveydenhuollossa tiedostettava, ovat toistuva aspiraatiokeuhkokuume, haavatulehdus, spontaani letkun irtoaminen, letkun tukkeutuminen tai vuoto sekä hautautuneen puskurin oireyhtymä (buried bumper syndrome eli BBS, letkun hattuosa liukuu liian korkealle avannekanavaan). (Molander & Udd 2018, 4; Pih ym. 2018; Rahnemai-Azar ym. 2014; Ahtola, Pohju & Saarnio 2014). Myöhemmän vaiheen lieviä komplikaatioita ovat muun muassa granulooman eli sidekudoksen liikakasvu, haavainfektiot, PEG-avanteen vuoto sekä letkun tukkeuma. (Pih ym. 2018; Rahnemai-Azar ym. 2014.)

Ensivaiheen PEG-letku, jossa letkun pitää mahalaukussa paikoillaan silikoninen sisästoppari, vaihdetaan noin puolen vuoden päästä vesipallotäytteiseen PEG-letkuun, josta käytetään yleisesti kansanomaisesti termiä bolusletku. Koska bolusletku on yleisesti käytetty ilmaisu vesipallolliselle PEG-

letkulle, käytetään tässä opinnäytetyössä ilmaisua bolusletku. Kuten ensivaiheen letkun asentaminen, myös ensivaiheen letkun vaihtaminen bolusletkuun tapahtuu aina erikoissairaanhoidossa tähystysvalmiudessa. Sairaala Novan käytänteiden mukaisesti ensivaiheen letkun vaihtaminen bolusletkuun tapahtuu noin 5–6 kuukauden kuluttua ensivaiheen letkun asentamisesta. Ensivaiheen letkun bolusletkuun vaihtamisen ajankohdan suhteen on erilaisia käytäntöjä eri sairaanhoitopiirien välillä. PEG-letkun ja bolusletkun vaihtovälillä ei myöskään kansallisesti ole yhtenäistä linjausta eri sairaaloiden välillä. Vaihtoväli vaihtelee sairaalakohtaisesti alle puolesta vuodesta yhteen vuoteen. Mahalaukkuavanteen eli kanavan on täytynyt muodostua ja parantua kunnolla ennen kuin ensivaiheen PEG-letku voidaan vaihtaa bolusletkuun (Simons & Remington 2013, 6). Vaihdon tekee Keski-Suomen Sairaala Novassa ensimmäisellä kerralla aina lääkäri, mutta joissain sairaaloissa ensimmäisen vaihdon voi tehdä myös asiaan koulutettu sairaanhoitaja.

Indikaatiosta riippuen, PEG-letku voidaan asentaa lähtökohtaisesti myös vain väliaikaiseksi ravinnonsaannin turvaamisen reitiksi, esimerkiksi suusyöpäpotilaille sädehoitojakson ajaksi. Sädehoidon aikana suun alue yleensä kipeytyy niin paljon, että potilas ei kykene syömään suun kautta. Ensivaiheen PEG-letku voidaan poistaa myös kokonaan, kunnes sädehoidot ovat päättyneet ja potilas kykenee syömään jälleen suun kautta. (Suusyöpä 2019.) Ensivaiheen letkun poisto tapahtuu myös erikoissairaanhoidossa tähystysvalmiudessa.

3.2 PEG-letkun vaihtaminen ja hoidon porrastus

Ensivaiheen letkun asentaminen sekä ensivaiheen letkun vaihtaminen bolusletkuun tapahtuvat erikoissairaanhoidossa. Ensivaiheen letkun asentamisen jälkeen, jos potilaan PEG-letkun tarve jatkuu kauemmin kuin puoli vuotta, vaihdetaan ensivaiheen PEG-letku vesipallotäytteiseen bolusletkuun. Bolusletkun vaihtaminen taas uuteen bolusletkuun, niin Molanderin ja Uddin (2018) esiintuomien käytänteiden kuin Sairaala Novan käytänteiden mukaisesti, tapahtuu perusterveydenhuollossa.

Simonsin ja Remingtonin (2013) artikkelin mukaan bolusletku olisi suositeltavaa vaihtaa uuteen bolusletkuun noin kuuden kuukauden välein. Bolusletkun vaihto uuteen bolusletkuun on vähemmän invasiivinen toimenpide, jonka vuoksi vaihdon ei tarvitse enää tapahtua sairaalassa. (Simons & Remington 2013, 6.) Molanderin ja Uddin (2018) mukaan Suomessa, ainoastaan yksittäisiä sai-

raaloita tai erityistapauksia lukuun ottamatta, bolusletkun vaihtaminen uuteen bolusletkuun tehdään perusterveydenhuollossa. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä bolusletkun vaihto uuteen bolusletkuun tapahtuu pääsääntöisesti perusterveydenhuollossa. (Molander ja Udd 2018, 4.)

PEG-potilaan hoidon siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, Molanderin ja Uddin (2018) mukaan tärkeässä roolissa on erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen saumaton yhteistyö PEG-potilaan hoidon laadun parantamiseksi, hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi ja kokonaishoidon koordinoinnin vuoksi. Bolusletkun vaihdon tapahtuessa perusterveydenhuollossa, on potilaalla mahdollisuus saada palvelu lähellä omaa asuinalueaan. (Molander ja Udd 2018, 5.) Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman 2021 (2021) yhtenä tavoitteena on myös kustannusten kasvun hillitseminen, jonka palvelujen tarjoamisen painopisteen siirtymisen yhä enemmän erikoissairaanhoidosta perustason palveluihin voi mahdollistaa (Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma 2021, 15, 20).

PEG-potilaan hoidon siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, on huomioitava myös perusterveydenhuollossa riittävä kliininen osaaminen PEG-potilaan hoidossa. PEG-letkun vaihtaminen on erityisosaamista, jota ei välttämättä ole potilaan hoidosta vastaavalla taholla. Seuraavissa kappaleissa käsitellään, mikä määritellään sairaanhoitajien kliiniseksi perusosaamiseksi ja kuinka kliinistä osaamista voidaan vahvistaa, kun tarvitaan erityisosaamista.

4 Hoitohenkilökunnan kliininen osaaminen

Sairaanhoitajien kliininen osaaminen määriteltiin Metropolia ammattikorkeakoulun ja Suomen Sairaanhoitajaliitto ry:n Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hankkeessa (2015), jossa huomioitiin EU-direktiivin edellyttämät yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen vähimmäisvaatimukset. Kliinisen osaamisen alueeseen määriteltiin tuolloin muun muassa hoitotyön prosessin osaaminen, toimenpiteet, aseptinen osaaminen ja kliinistä osaamista tukevien anatomian ja fysiologian tunteminen ja näyttöön perustuvien yhtenäisten käytänteiden osaaminen. Sairaanhoitajan osaamisalueisiin Erikssonin, Korhosen, Meraston ja Moisio (2015) kirjoittaman julkaisun, Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen, mukaan kuuluvat myös ohjausosaaminen, potilasturvallisuus ja laadun varmistus, ongelmanratkaisutaito, akuutti- ja polikliininen hoitotyö ja oman osaamisen jatkuva arviointi ja kehittäminen. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 38—41.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on julkaissut uudet Terveystieteiden ammattihenkilöiden neuvottelukunnan hoitotyön jaoston valmistelemat ehdotukset hoitotyön erikoisosaamisen hyödyntämisestä työelämässä sekä tarpeiden ennakoinnista. Julkaisussa Ensimmäiset ehdotukset kliinisen hoitotyön erikoisaloista ovat valmistuneet (2021) sanotaan, että tutkimusten mukaan kliinisellä hoitotyön kehittämisellä on yhteyttä muun muassa näyttöön perustuvaan hoitoon ja haattatapahtumien ehkäisyyn. Julkaisun mukaan ammattikorkeakouluissa järjestettävät koulutukset eivät kuitenkaan kata kaikkea kliinistä hoitotyön erikoisosaamista ja sen kehittämistä, jota työelämässä ja muuttuvissa terveydenhuollon tarpeissa tarvitaan, vaan sairaalat vastaavat pääosin henkilöstöltään vaadittavan osaamisen kehittämisestä ja syventämisestä. Myös lain mukaan kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tehtävä huolehtia terveydenhuollon henkilöstön riittävästä täydennyskoulutuksesta, jotta toiminta on näyttöön perustuvaa, laadukasta ja turvallista ja asianmukaisesti hoidettua. (Ensimmäiset ehdotukset kliinisen... 2021; L 1326/2010, 8§; L 1326/2010, 5§.)

Gunawan, Aunguroch, Fisher, Marzilli ja Liu (2020) tuovat tekemässään systemaattisessa katsauksessaan kansainvälistä näkökulmaa nykypäivänä nopeasti muuttuvan terveydenhuollon tarpeiden muutoksiin ja niiden syihin. Gunawan ja muiden (2020) mukaan terveydenhuollon tarpeiden muutosten yhtenä tekijänä on ihmisten erilaiset tarpeet, joihin pyritään myös kansallisella tasolla vastaamaan ja johon Sote-uudistus pyrkii tavoitteissaan. (Gunawan, Aunguroch, Fisher, Marzilli & Liu 2020; Sote-uudistus 2021.) Gunawan ja muiden (2020) tekemän katsauksen mukaan on tärkeää ymmärtää hoitajien kliiniseen pätevyyteen liittyvät tekijät. Muuttuviin tarpeisiin on kyettävä vastaamaan tulevaisuudessa, joten Gunawan ja muiden (2020) mukaan hoitajien odotetaan lisäävän hoitotyön osaamistaan varmistaakseen potilasturvallisuuden ja potilaan laadukkaan hoidon ylläpitäminen. (Gunawan ym. 2020.)

Gunawan ja muut (2020) ovat esitelleet katsauksessaan johtopäätökset hoitajien kliinisen pätevyyden merkityksestä potilaiden laadukkaassa hoidossa. Kaikkea erikoisosaamista ei opeteta kouluissa, vaan osaamista kehitetään ja syvennetään työelämässä tarpeita vastaaviksi (Ensimmäiset ehdotukset kliinisen... 2021). STM:n julkaisussa, Ensimmäiset ehdotukset kliinisen hoitotyön erikoisaloista ovat valmistuneet (2021), esille tuodut hoitotyön jaoston valmistelemat ehdotukset hoitotyön erikoisosaamisen hyödyntämisestä, tarpeiden ennakoinnista, hoitotyön kehittämisestä näyttöön perustuvassa työssä ja haattatapahtumien ehkäisyssä kuten myös COVID-19-pandemian

vaikutuksista osaamisen tarpeissa, tukevat tarvetta vahvistaa myös perusterveydenhuollon erikoisosaamista liittyen PEG-potilaan hoitoon ja PEG-letkun vaihtamiseen.

4.1 Osaamisen vahvistaminen PEG-letkun vaihtamisessa

PEG-potilaan hoito ja PEG-letkuihin liittyvä osaaminen ei ole lähtökohtaisesti erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuollon hoitotyöntekijöiden perusosaamista. Työntekijöille on tarvittaessa järjestettävä koulutusta ja klinisen osaamisen syventämistä työpaikan järjestämissä tai muissa erillisissä koulutuksissa. Osaamisen ja näyttöön perustuvan tiedon syventämisellä on vaikutusta myös PEG-potilaan hoitoon liittyvien haittatapahtumien ehkäisyyn kuin myös hoitotyöntekijöiden, työpaikan sekä potilaiden tarpeiden ennakointiin. Perusterveydenhuollon hoitotyöntekijöiden koulutusta ja klinisen osaamisen vahvistamista PEG-letkun ja PEG-potilaan hoidon osalta voidaan kehittää yhä tehokkaammin myös COVID-19-pandemian vuoksi, jotta potilaiden eri hoitoyksiköiden väliset käynnit voitaisiin vähentää mahdollisimman vähäisiksi ja potilas voisi saada hoitoa lähellä omaa hoitopaikkaansa tai asuinkuntaansa.

Muutokset sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteessa vaikuttavat sairaanhoitajan toimintaympäristöön, osaamisvaatimuksiin ja tehtäväkuviin (Eriksson ym. 2015, 10–11). STM:n julkaisussa, Ensimmäiset ehdotukset klinisen hoitotyön erikoisaloista ovat valmistuneet (2021), esitetyn hoitotyön jaoston ehdotuksen osaamisen kehittämisestä ja syventämisestä, on hoitohenkilökunnan osaamisen vahvistaminen myös yksi Sairaala Novan ohjaavista arvoista. Tärkeimpänä Sairaala Novan arvomaailmassa on potilas ensin -ajattelu. (KSSH strategia 2021.) Ajattelumallin mukaisesti tarkoituksena on tarjota myös PEG-potilaalle parasta mahdollista hoitoa, jossa ymmärretään potilaan tarpeita ja tarjotaan potilaslähtöistä ja sujuvaa palvelua.

Hoitohenkilökunnalla, jotka osallistuvat PEG-letkun vaihtamiseen, on oltava klinisen osaamisen lisäksi riittävä näyttöön perustuva tietoperusta PEG-letkun vaihtamisesta, vaihtamiseen liittyvien komplikaatioiden mahdollisuudesta sekä niiden hoidosta ja kuinka vaihtamisen liittyviä riskejä voidaan minimoida. PEG-letkun vaihtamiseen osallistuvan hoitohenkilökunnan on saatava koulutusta ja ohjausta, jotta letkun vaihtaminen on turvallista ja haittatapahtumia voitaisiin ehkäistä. Komplikaatioiden tunnistaminen ja niiden hoito on ensisijaisen tärkeää, jotta PEG-potilaan hoito olisi mahdollisimman turvallista ja laadukasta. Opinnäytetyön aiemmissa kappaleissa on käsitelty muun

muassa PEG-letkun asentamiseen liittyviä komplikaatioita. PEG-letkun vaihtamiseen liittyviä mahdollisia komplikaatioita käsitellään seuraavassa kappaleessa.

4.2 Potilasturvallisuuden ja hoidon laadun edistäminen

Hoitohenkilökunnan näyttöön perustuvan tiedon ja kliinisen osaamisen vahvistaminen PEG-letkun vaihtamisessa lisää potilasturvallisuutta ja hoidon laatua. Vesipallollisen PEG-letkun eli bolusletkun vaihtamiseen osallistuvan hoitotyöntekijän on tiedostettava yleisimmät komplikaatiot, joita PEG-letkua vaihtaessa voi esiintyä. Yleisimpiä komplikaatioita ovat muun muassa letkua sisään vietäessä verenvuoto limakalvorepeytymän vuoksi ja letkun liukuminen peritoneumiin eli vatsakalvon alle, jolloin on suuri peritoniitin eli vatsakalvon tulehduksen riski laitettaessa PEG-letkuun ravitusliuosta tai muuta nestettä. (Molander & Udd 2018, 4; Pih ym. 2018; Suksamanapun, Mauritz, Franken, van der Zee & van Herwaarden-Lindeboom 2017.) PEG-letkua vaihtavan henkilön on tiedettävä se, että siinä tapauksessa, jos nesteen laittaminen letkuun tekee potilaalle kipeää, on nesteen laittaminen lopetettava välittömästi, jolloin syynä voi olla letkun liukuminen peritoneumiin eli vatsakalvon alle. Jos komplikaatiota epäillään, on potilaalle syytä tehdä tietokonetomografiakuvaus, jolla voidaan tarkistaa PEG-letkun oikea sijainti. (Suksamanapun ym. 2017.) Perusterveydenhuollossa on kyettävä tunnistamaan mahdollinen komplikaatio, arvioitava tilanne ja tarvittaessa konsultoitava erikoissairaanhoidoa, jotta komplikaatioiden tunnistaminen ja hoitoon pääsy nopeutuisi (Molander & Udd 2018, 5).

Potilasturvallisuuden edistämällä pyritään myös PEG-potilaan kohdalla siihen, että hoidosta aiheutuisi mahdollisimman vähän haittaa potilaalle. PEG-potilaan hoidon laadun parantamisella pyritään siihen, että potilas saa oikeaa ja osaavaa hoitoa, oikeaan aikaan, oikealla tavalla ja oikeiden toimijoiden toimesta. Perusterveydenhuollossa on koettu haasteeksi riittämätön tieto ja osaaminen PEG-letkun vaihtamisessa. Riittämätön tietoperusta ja kliininen osaaminen PEG-letkun vaihtamisessa on heikentävä tekijä potilaan hoidon turvallisuudelle ja hoidon laadulle.

Opinnäytetyön aiemmissa luvuissa esiteltiin Lehtosen (2019) pro gradu -tutkielmassaan esille tuottuja erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen yhteistyön haasteita. Lehtosen mukaan haasteina ovat olleet myös vaikeudet informaation hankkimisessa (riittämättömät yhteystiedot, tietämättömyys siitä ketä tulisi konsultoida), informaation vajavaisuus potilaan hoidosta eri hoito-

tahoilla (tieto ei liiku saumattomasti hoitotahojen välillä), erilaiset potilastietojärjestelmät eri hoitotahojen välillä, jäsentymättömyys työn allokoinnissa potilasta hoitavien tahojen kesken (epäselvä työnjako, epätietoisuus hoitovastuusta), ei tunneta tarpeeksi verkostoa, jossa potilaan hoito tapahtuu (tietämättömyys toisen hoitavan tahon resursseista ja osaamisesta), hoidon jatkumattomuus hoitotahojen rajapinnoilla (vajavaiset jatkohoito-ohjeet ja epäselvyydet jatkohoidon toteuttamisessa). (Lehtonen 2019, 41—44.)

Lehtosen (2019) tutkielmassa esille tuotuja haasteita on esiintynyt myös Sairaala Novan kirurgian poliklinikan ja PEG-potilaan jatkohoitopaikan välisessä yhteistyössä. Haasteena on toisinaan ollut informaation vajavaisuus eri hoitotahoilla PEG-potilaan hoidosta, johtuen osin potilastietojärjestelmien erilaisuudesta. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella kaikissa terveystieteissä ei ole sama potilastietojärjestelmä kuin Sairaala Novassa, jolloin potilaan tiedot eivät liiku saumattomasti eri hoitotahojen välillä. Tällöin PEG-potilaan hoito-ohjeiden saattaminen suoraan sähköisessä muodossa potilaan hoitopaikkaan ei onnistu, vaan yksilölliset ohjeet on annettava sekä suullisesti että kirjallisesti. Haasteena on ollut myös potilaan jatkohoitopaikan riittämättömät tiedot yhteystiedoissa, keneltä PEG-potilaan hoitoon liittyvistä asioista voi kysyä ja ketä konsultoida. Nämä haasteet heikentävät osaltaan potilaan hoidon laatua ja joista saattaa aiheutua potilaalle myös haittaa.

Kuten aiemmissa kappaleissa todettiin, PEG-letkun vaihtamisen hallitsemisen ei katsota kuuluvan hoitotyöntekijän perusosaamiseen, vaan letkun vaihtaminen vaatii tietoa, opetusta ja opettelua, jotta letku voidaan vaihtaa turvallisesti ja hallitusti. Aina ei ole mahdollisuutta vierellä tapahtuvaan ohjaukseen ja opetukseen, vaan opetuksen on tapahduttava muulla tavoin. Jos vierellä tapahtuvaa ohjausta ei ole mahdollista saada, tällöin opetusvideon katsominen voi olla hyvä keino ohjaamisen sekä osaamisen tueksi.

4.3 Videon käyttö ohjausmenetelmänä

Videoiden eli audiovisuaalisten ohjausmenetelmien käyttö terveydenhuollossa on kasvussa, koska ohjausvideon avulla voidaan opettaa ohjattava asia mahdollisimman tarkasti havainnollistaen ja samalla selittäen. Jotta ohjausvideosta saataisiin mahdollisimman suuri hyöty, on mietittävä tarkoin kohderyhmän tarve ja tavoitteet, mitä he tarvitsevat ja mitä heidän on tarkoitus oppia videon

avulla. (Kuokkanen 2019; Lipponen 2014, 17, 19–20.) Videoiden avulla tapahtuva ohjaus ja sen kehittäminen on katsottu olevan terveydenhuollossa tärkeää. Terveydenhuollossa palveluiden digitalisointi on ollut käynnissä pidemmän aikaa, mutta myös COVID-19-pandemia on lisännyt digitaalisten palveluiden ja välineiden tarvetta. Digitaalisten palveluiden tarve, kysyntä ja käyttö ovatkin lisääntyneet paljon lyhyessä ajassa. (Suomi terveydenhuollon digitalisaation eturintamassa 2020.)

Opetusvideoiden käyttöä ohjauksessa ja sen vaikutuksista oppimiseen on tehty myös tutkimuksia. Opetusvideon käyttö ohjausmenetelmä on tutkimusten mukaan havaittu hyväksi keinoksi lisätä tietoutta. Wolfin, Maneron, Berdingin, Chojnackin, Kaczmarekin, Kiguorin ja Arthurin (2019) tekemässä pilottitutkimuksessa tutkittiin sairaalan henkilökunnan tietämystä ja omien kykyjensä arviointia omalla erikoisalueellaan ennen ja jälkeen opetusvideon katselemisen. Tutkimuksen tulosten mukaan lyhyen opetusvideon katseleminen vaikutti myönteisesti henkilökunnan tiedon lisääntymiseen ja omien kykyjensä arviointiin parantaen näin myös henkilön itseluottamusta opetusvideossa esitetyn aiheen hallitsemiseen. (Wolf, Manero, Berding, Chojnack, Kaczmarek, Kiguori & Arthur 2019.) Akhulin, Kusin, Mustafaoglu ja Karaborlku (2018) tekemässä systemaattisessa katsauksessa tuodaan puolestaan esille videon käytön etuja koulutuksessa. Katsaukseen otetuissa useissa tutkimuksissa oli tuotu esille videon käytön koulutuksessa olevan parempi kuin perinteinen koulutus. Katsauksen mukaan videon katsominen lyhentää toimenpiteen harjoitteluaikaa, nopeuttaa oppimista ja parantaa toimenpiteen turvallista suorittamista. Videon käytön etuna ovat sekä näön että kuulon avulla tapahtuva oppiminen, joka on oppimisen tapana tutkimusten mukaan havaittu paremmin jäävän muistiin kuin pelkkä luettu tieto. Videon käytön etuna on myös sen maantieteellinen riippumattomuus ja videota voidaankin käyttää oppimisen tukena maantieteellisesti missä tahansa. Opetusvideota voi katsoa vain yksi henkilö kerrallaan tai sitä on mahdollista käyttää laajemmin henkilökunnan koulutuksissa. (Akhul, Kus, Mustafaoglu & Karaborlku 2018.)

Videon käyttämistä ohjausvälineenä voidaan hyödyntää myös PEG-letkun vaihtamisessa. PEG-letkun vaihtamisesta tehdyn video-ohjausmateriaalin avulla perusterveydenhuollon hoitohenkilökunta voi saada opetusta, ohjausta ja tukea PEG-letkun vaihtamiseen paikasta ja ajasta riippumatta ja potilaan ei tarvitse matkustaa erikoissairaanhoidon letkun vaihtamisen vuoksi.

5 Kehittämistyön tausta, tarkoitus ja tavoitteet

PEG-potilaan hoidon siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, koettiin PEG-potilaan hoidon osalta jaettava ohjausmateriaali puutteelliseksi. Sairaala Novan kirurgian poliklinikalla ei ole ollut tarjota perusterveydenhuollon käyttöön PEG-letkun vaihtamiseen liittyvää kirjallista tai video-ohjausmateriaalia. Opinnäytetyön aihe nousi työelämälähtöisestä tarpeesta tuottaa PEG-potilaan hoitoon liittyvää ohjausmateriaalia perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan käyttöön ja kehittää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä PEG-potilaiden hoidon jatkuvuuden sujuvoittamiseksi ja potilasturvallisuuden edistämiseksi. Kehittämistyön toimeksiantajana toimi Keski-Suomen Sairaala Novan kirurgian poliklinikka.

Kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa yhteistyössä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kanssa video-ohjausmateriaalia PEG-letkun vaihtamisesta perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan käyttöön.

Kehittämistyön tavoitteena oli

1. PEG-potilaan hoidon jatkuvuuden ja sujuvuuden parantaminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä kehittämällä.
2. perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan klinisen osaamisen vahvistaminen PEG-letkun vaihtamisessa.
3. potilasturvallisuuden ja hoidon laadun edistäminen PEG-letkun vaihtamisessa.

6 Kehittämistyön menetelmälliset lähtökohdat

Toikko ja Rantanen (2019) kuvaavat kirjassaan kehittämisen usein nähtävän konkreettisena toimintana, jossa on selkeästi määritellyt tavoitteet, joita pyritään saavuttamaan. Kehittämisellä voidaan pyrkiä myös toimintatavan kehittämiseen niin yksilötasolla kuin koko organisaation tasolla. Kehittämisen lähtökohtana nähdään jonkin nykyisen tilanteen tai toiminnan ongelma, johon tavoitellaan muutosta. Kehittäminen on tavoitteellista toimintaa, jossa pyritään kohti parempaa. (Toikko & Rantanen 2009, 14, 16.) Kehittämistä voidaan toteuttaa myös käyttäjälähtöisesti, tämä

tarkoittaa sitä, että käyttäjät osallistuvat itse suunnitteluprosessiin, jolloin pyritään varmistamaan, että tuote tai palvelu on sitä mitä käyttäjä tarvitsee (Toikko & Rantanen 2019, 95).

6.1 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyö oli kehittämistyö, jonka aihe on noussut työelämän tarpeista. Kehittämistyön aihe-ehdotus hyväksyttiin keväällä 2021, jonka jälkeen syksyllä aloitettiin teorian tietoon perehtyminen, käsitteiden määrittäminen ja yhteiskehittämisen työpajojen suunnittelu. Työpajat pidettiin keväällä 2022. Opinnäytetyön prosessi on kuvattu alla olevassa kuviossa (kuvio 1).



Kuvio 1. Opinnäytetyöprosessi

6.2 Palvelumuotoilu kehittämistyön menetelmänä

Opinnäytetyö oli kehittämistyö, jossa hyödynnettiin palvelumuotoilun menetelmää. Palvelumuotoilulla (service design) tarkoitetaan palveluiden kehittämistä ja suunnittelua muotoilun menetelmin. Palvelumuotoilun juuret ovat tuotteiden teollisessa muotoilussa. Palvelumuotoilu on muotoiluperusteita ja sitä on sovellettu laajasti myös julkisissa organisaatioissa. (Saarijärvi & Puustinen 2020, 219; Tuulaniemi 2011, 62–63.) Muotoilu perustuu design-ajatteluun (design thinking), jonka

lähtökohtana on palvelun käyttäjän ymmärtäminen (Maula & Maula 2019, 20). Muotoilun ja muotoilijoiden ajattelumallia on alettu tuomaan myös palveluiden kehittämiseen. Tuotanto- ja teknologia- lähtöisen muotoilun rinnalle on kehittynyt palveludesign, jonka käsitteinä ovat kehittämisprosessi, ajattelutapa ja joukko erilaisia työkaluja. (Saarijärvi & Puustinen 2020, 219.)

Palvelumuotoilussa suunnitteluprosessin ajattelutapa ja työnkulku on aktiivinen ja iteratiivinen eli jatkuva. Palvelumuotoilu on palvelun suunnittelua käyttäjän tarpeisiin, jossa hyödynnetään muotoiluajattelua ja muotoilussa käytettäviä työkaluja. Palvelumuotoilussa hyödynnettävät suhteellisen kevyet ja joustavat työkalut on lainattu liikemaailman puolelta, muun muassa markkinoinnista ja brändäyksestä. (Tuulaniemi 2011, 62–63; Stickdorn 2018, 14–15.)

Tuulaniemi (2011) tuo esiin palvelumuotoilun määrittelyn haastavuuden. Tuulaniemi kuvailee palvelumuotoilun olevan osaamisala, jossa yhdistyvät perinteiset palvelun kehittämisen menetelmät muotoilun toimintatapoihin. (Tuulaniemi 2011, 59.) Kristine Rise Fry (2016) kuvailee artikkelissaan palvelumuotoilun voitavan nähdä toimintana, jossa suunnitellaan ja toteutetaan muutoksia palvelun laadun parantamiseksi useiden eri alojen menetelmiä hyödyntäen. Palvelumuotoilussa on asiakaslähtöinen lähestymistapa, joka keskittyy kokonaisvaltaisiin palvelukokemuksiin ja jossa kohde-ryhmän, loppukäyttäjän ja koko kontekstin mahdollisimman täydellinen ymmärtäminen on olennaista muutoksen kannalta. (Rise Fry 2016.) Altmanin, Huangin ja Brelandin (2018) mukaan muotoiluajattelu on lähestymistapa, jossa etusijalle asetetaan empatia käyttäjiä kohtaan.

Palvelumuotoilua on jo pitkään käytetty liiketoiminnan puolella, mutta palvelumuotoilun ajattelumallia on ruvettu hyödyntämään yhä enemmän myös sosiaali- ja terveysalalla (Ahonen 2017, 26). Muotoiluajattelun soveltaminen terveydenhuoltoon lisää innovaatioita, tehokkuutta ja vaikuttavuutta, kun keskitytään sekä asiakkaiden että palveluntarjoajien tarpeisiin. Usein terveydenhuollossa kehittäminen on ollut perinteisesti lineaarista, ylhäältä alaspäin suuntaavaa, mutta muotoiluajattelussa kehittämisprosessi on iteratiivinen. (Altman ym. 2018.)

On tarkoin harkittava, tuoko muotoiluajattelu terveydenhuollon palveluja kehittäessä lisäetua terveydenhuollolle perinteisiin kehittämismenetelmiin verrattuna (Altman ym. 2018). Palveluja kehitettäessä on ensisijaisesti ymmärrettävä, miksi asiakas tarvitsee jotain palvelua ja mikä on paras tapa, jolla voidaan tuottaa eniten lisäarvoa kyseisellä palvelulla. (Ahonen 2017, 49.) Palvelumuotoilu-

toilussa on olennaista arvolupaus, joka määrittelee, kenelle palvelu on tarkoitettu ja kertoo palvelusta tulevan hyödyn (Storey & Larbig 2017). Arvolupausta mietittäessä on pohdittava, mitä arvoa prosessista on asiakkaalle, mitä asiakkaan ongelmaa ollaan ratkaisemassa ja mihin tarpeeseen ollaan vastaamassa ja mitä ollaan tarjoamassa asiakkaalle (Tuulaniemi 2011, 176). Arvo syntyy palveluntarjoajan ja asiakkaan vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutuksessa on tarkoitus saada tietoa asiakaskaiden tarpeista, koska asiakkaalla itsellään on enemmän tietoa ongelmasta, johon asiakas haluaa ratkaisua, kun taas palveluntarjoajalla on enemmän tietoa siitä, millä keinoin ongelma voidaan saada ratkaistua. Näin asiakas ja palveluntarjoaja voivat yhdessä ruveta kehittämään ongelmaan ratkaisua. (Storey & Larbig 2017.)

Palvelumuotoilun lähtökohtina on asiakasymmärrys, yhteiskehittäminen, iteratiivisuus ja visuaalisuus. Palvelumuotoilun ydin on asiakasymmärrys ja lähtökohtana on luoda palveluita, jossa ymmärretään asiakkaan tarpeita, toiveita ja tavoitteita, jotta saatua tietoa voidaan hyödyntää palvelun kehittämisessä (Ahonen 2017, 36—37). Palvelumuotoilussa asiakasymmärryksen luominen on tärkeää, jotta palvelujen kehittäminen olisi asiakaslähtöistä. Asiakasymmärrystä tarvitaan, jotta voidaan todella ymmärtää ja määritellä asiakkaan tarpeet, toiveet ja tavoitteet, jotka ovat asiakkaalle todellisuutta. (Ahonen 2017, 50—52; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 71—72.) Tieto asiakkaan tarpeista ja miten niihin tarpeisiin parhaiten vastataan, saadaan asiakkailta itseltään (Storey & Larbig 2017). Palvelumuotoilussa asiakkaan voi määritellä vapaasti. Sosiaali- ja terveysalalla asiakkaista voidaan puhua myös palvelun käyttäjinä tai kohderyhmänä, jolle palvelua on tarkoitus kehittää (Ahonen 2017, 26). On myös ymmärrettävää, mitä arvoa palvelusta muodostuu asiakkaalle. Tuotetuille palveluille ei arvoa tuo pelkästään palvelun ominaisuudet, vaan se hyöty mitä palvelusta saadaan ja miten palvelu vaikuttaa asiakkaaseen. (Tuulaniemi 2011, 71—72.)

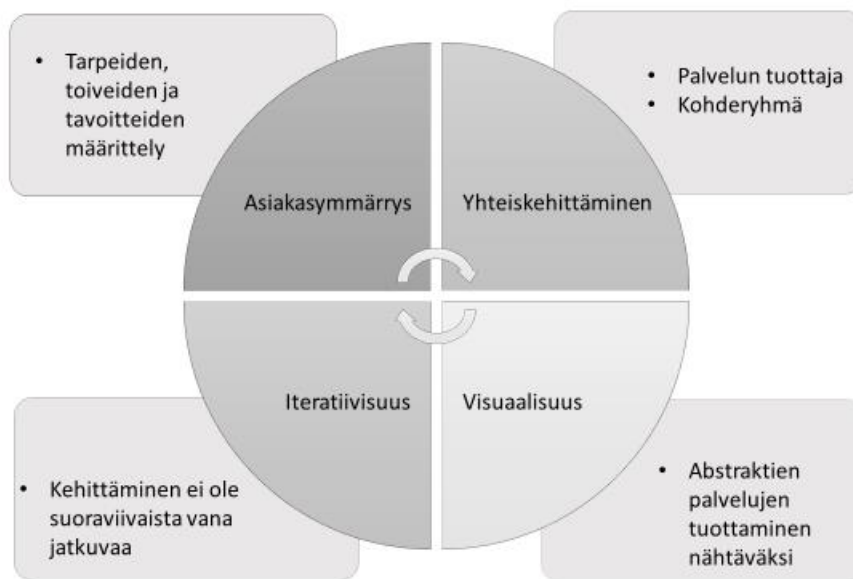
Palvelumuotoilun ajattelumallissa on tarkoitus kehittää ja suunnitella palveluita käyttäjälähtöisesti ja eri osapuolten osallistaminen kehittämistyöhön on palvelumuotoilussa oleellisessa osassa. Yhteiskehittämien on prosessi, jossa kaikki osapuolet, palvelun tuottaja ja kohderyhmä, ovat mukana ratkaisun suunnittelussa, sen tuottamisessa ja kehittämisessä. Yhteiskehittämisessä kaikilla osapuolilla on mahdollisuus tuoda näkemyksensä ja kokemuksensa esille. Osapuolten kokoontuessa yhteen suunnittelu helpottuu ja sitouttaa osallistujia kehittämiseen. Sitoutuminen ja motivaatio

ovat ratkaisevan tärkeitä palvelua kehitettäessä. (Rise Fry 2016.) Palvelumuotoiluprosessin on oltava avoin kaikille, joita kehittäminen koskee. Etenkin sosiaali- ja terveyspuolella myös eettisen vastuun ottaminen kehittämisessä on tärkeää. (Ahonen 2017, 52—53.)

Design-ajattelussa eli muotoiluajattelussa on tärkeää suunnitteluprosessin ajattelutapa ja työnkulku, joka on aktiivinen ja iteratiivinen eli jatkuva (Stickdorn, Hormess, Lawrence & Schneider 2018, 13). Iteratiivisuus tarkoittaa palvelumuotoilussa sitä, että kehittäminen ei ole suoraviivaista, vaan kehittämistä tapahtuu niin kauan, että palveluun ollaan tyytyväisiä. (Ahonen 2017, 52—53, 57.) Palvelumuotoilu on prosessi, jossa palvelu ei ole koskaan valmis, vaan palvelua kehitetään jatkuvasti. Palvelua mitataan ja arvioidaan jatkuvasti, jotta voidaan ymmärtää, mitä oikeasti tarvitaan ja palvelulta odotetaan. (Tuulaniemi 2011, 243.)

Palvelumuotoilussa menetelmät voi olla toisinaan vaikea hahmottaa, jonka vuoksi visuaalisuuden eli nähtävien työmenetelmien avulla kehittäminen on hallitumpaa ja helpompaa (Ahonen 2017, 36). Selkeä eri osapuolten välinen viestintä, visuaalisten työkalujen käyttö, ehkä vielä hahmottuvan, abstraktin prosessin aikana on välttämätöntä (Rise Fry 2016). Toisinaan visualisointi on helpompaa kommunikoida ja konkretisoida abstrakti prosessin vaihe kuin kirjoittaa tai puhua vaihe auki (Tuulaniemi 2011, 115).

Tuulaniemen (2011) mukaan palvelumuotoilun ajattelumallin vahvuuksia ovat prosessi- ja menetelmäosaaminen, kontekstin ymmärrys ja keinot asiakasymmärryksen lisäämiseen sekä visualisointi ja prototypointi eli tyhjän tekeminen näkyväksi (Tuulaniemi 2011, 63). Seuraavassa kuviossa on esitelty palvelumuotoilun lähtökohdat (kuvio 2).



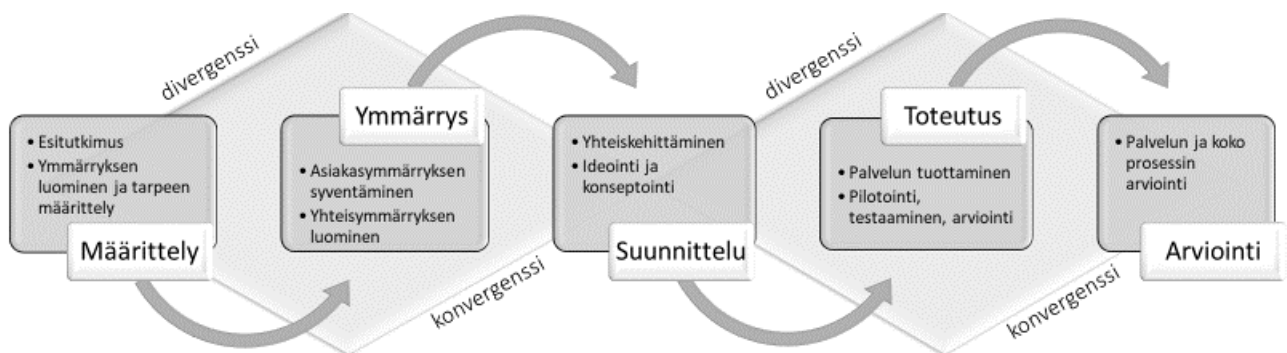
Kuvio 2. Palvelumuotoilun lähtökohdat (mukaillen Ahonen 2017, 36)

6.3 Palvelumuotoiluprosessi

Palvelumuotoiluprosessi noudattaa luovaa ongelmanratkaisua, jonka vuoksi palvelumuotoiluprosessin määrittäminen ja kuvaaminen selkeästi ja tietyn kaavan mukaisesti ei ole mahdollista. Palvelumuotoilun prosesseja on erilaisia, mutta pääpiirteet niissä on samat. Palveluiden kehittämisessä luodaan aina jotain uutta ja on täten ainutkertaista. Palvelumuotoilussa voidaan luoda kokonaan uutta, mutta palvelumuotoilu auttaa myös kehittämään jo olemassa olevia palveluita. (Tuulaniemi 2011, 126.) Koska kehittämisen prosessi voi olla hankala käsittää, on palvelumuotoiluprosessin visualisointi nähtäväksi erilaisilla kuvioilla tärkeä tekijä kehittämistyön etenemisen havainnollistamisessa. Visualisoinnin avulla toiminnasta tulee läpinäkyvä ja koko prosessi on helpommin hahmotettavissa, jolloin myös prosessin mahdolliset haastekohdat voidaan huomata nopeammin ja tehdä tarvittavia korjausliikkeitä. Prosessin mallintaminen on tärkeää. (Ahonen 2017, 36, 46, 58.)

Palvelumuotoilun toteuttamiselle annetaan melko vapaat kädet ja prosessi koostuu kunkin palvelun tarjoajan ja palvelun käyttäjän omista lähtökohdista. Tarkkaa määritelmää ja yhteneväistä kaavaa ei palvelumuotoilussa ole, vaan jokainen voi muodostaa palvelumuotoilusta oman tarkoitukseensa sopivan määritelmän ja soveltaa mallia omien tarpeiden mukaisesti. (Tuulaniemi 2011,

126.) Palvelumuotoiluprosessi koostuu niin Ahosen (2017) kuin Tuulaniemen (2011) mukaan lähtökohtaisesti samoista tekijöistä, kuten tarpeen määrittelystä, ymmärryksestä, muotoilusta ja toteutuksesta sekä arvioinnista (Ahonen 2017, 72—73; Tuulaniemi 2011, 126). Prosessin taustalla on Design Councilin kehittämä suunnittelumetodologia, Double Diamond (tuplatimanttimalli), joka antaa selkeän ja visuaalisen kuvauksen suunnitteluprosessista. Tuplatimanttimallissa kaksi timanttia kuvaa prosessia, jossa ongelmaan perehdytään ja tutkitaan laajemmin ja syvemmin (divergentti ajattelu), jonka jälkeen aletaan kohdentamaan toimintaa (konvergentti ajattelu) (kuvio 3). (What is the framework... 2019.)



Kuvio 3. Palvelumuotoiluprosessi (mukaillen Ahonen 2017, 72—74; Design Council 2019; Tuulaniemi 2011, 126—131)

Palvelumuotoiluprosessi alkaa **määrittelyvaiheella**. Määrittelyvaiheessa tehdään esitutkimusta, mihin ongelmaan tai asiakastarpeeseen ollaan hakemassa ratkaisua. Määrittelyllä tarkoitetaan organisaation projektille asettaman vision, tavoitteet ja tarkoituksen sekä raamien määrittelyä. Sekä asiakas tai organisaatio sekä palvelun tuottaja määrittelevät omat tarpeensa ja tavoitteensa prosessille, aikataulun ja resurssit. Yhdessä lyödään lukkoon projektin perusasiat, joita ovat visio, tarkoitus ja tavoitteet, arvolupaus ja projektista saatu hyöty, aikataulu ja resurssit sekä onnistumisen kriteerit. (Ahonen 2017, 80; Tuulaniemi 2011, 128.)

Ymmärrysvaiheessa syvennetään asiakasymmärrystä erilaisin menetelmin, esimerkiksi haastattelulla ja havainnoinnilla, keskusteluilla ja kyselyillä. Luodaan yhteisymmärrystä kehittämiskohteesta

ja tarkennetaan asiakkaan ja palveluntuottajan tarpeita, tavoitteita sekä niin tiedostettuja kuin tiedostamattomia toiveita projektille. Tässä vaiheessa määritellään yhdessä ne tavoitteet, mitä pyritään saavuttamaan kehittämisprosessin aikana. (Tuulaniemi 2011, 128.) Asiakasymmärryksen kasvattaminen on palvelumuotoilun kriittisimpiä vaiheita, sillä tässä vaiheessa on tarkoitus luoda kokonaiskatsaus kaikkien osapuolten tarpeisiin, toiveisiin ja tavoitteisiin ja keskittyä keräämään ja analysoimaan asiakastietoa, jotta palvelua voidaan suunnitella vastaamaan käyttäjän tarpeita ja toiveita. Kokonaiskatsaus ja kokonaisvaltainen näkemys auttavat syvällisemmän ymmärryksen luomisessa. (Tuulaniemi 2011, 142; Ahonen 2017, 78, 82.)

Suunnitteluvaiheessa ideoidaan ja konseptoidaan vaihtoehtoisia ratkaisuja ongelmaan. Suunnitteluvaiheessa voidaan pitää yhteiskehittämisen työpajoja, joissa voidaan yhdessä etsiä ratkaisuja ongelmaan. Ideoinnin tavoitteena tuottaa mahdollisimman paljon ideoita kehittämisen kohteena olevaan ongelmaan. Lähestytään ongelmaa kaukaa ja kritiikittömästi. Prosessin edetessä ideoinnin kohdetta tarkennetaan. Vapaan ideoinnin jälkeen toteuttamiskelpoisia ideoita arvioidaan. (Tuulaniemi 2011, 130, 182.) Konseptointi tarkoittaa idean jalostamista toteuttamiskelpoiseksi malliksi, joka sisältää palvelun keskeisimmät ominaisuudet. Tarkoituksena on kuvata ideaa tai asiaa selkeästi, jotta kaikki ymmärtäisivät, mihin pyritään ja mitä ollaan tekemässä. Konseptointi tarkoittaa yksityiskohtaista sisällön ja prosessin määrittelyä. (Ahonen 2017, 92.)

Toteutusvaiheessa palvelu toteutetaan ja tuotetaan. Tämä vaihe on erittäin kriittinen vaihe, jolloin on tärkeää, että asiakasymmärryksessä saatu tieto, ratkaisevat ideat pysyvät ehjinä kokonaisuuksina koko prosessin ajan ja konkretisoituvat asiakkaalle. Tuotteet eli palvelut eivät ole koskaan valmiit, vaan palvelu on jatkuvaa kehittämistä. Kehittäminen on prosessi, ei projekti. Palvelu tai tuote pilotoidaan, testataan ja arvioidaan ennalta määriteltyjen mittareiden avulla. Palvelua tai tuotetta kehitetään ja jalostetaan annetun palautteen perusteella. (Tuulaniemi 2011, 230, 232—233.)

Arviointivaiheessa arvioidaan koko prosessia ja kehittämisen vaikutusta asiakaskokemukseen saadun palautteen perusteella. Arvioinnilla on suuri merkitys palvelumuotoilussa. Arviointia tehdään koko prosessin ajan kehittämisen iteratiivisuuden vuoksi. Projektille asetetut visiot ja tavoitteet määrittelevät sen, millaisia menetelmiä arviointiin käytetään. Menetelmät voivat olla luoviakin.

Arvioinnista saadun tiedon tulee olla projektia hyödyttävää, ei yleishyödyllistä tietoa. (Ahonen 2017, 100.)

6.4 Yhteiskehittäminen palvelumuotoilun menetelmänä

Yhteiskehittäminen on palvelumuotoilun työtapana, jossa kaikki osapuolet, sekä palvelun tarjoaja että palvelun käyttäjä, ovat mukana palvelun ja toimintojen kehittämisessä, suunnitteluissa, toteutuksessa ja arvioinnissa alusta loppuun saakka. Kaikilla osapuolilla on mahdollisuus saada äänensä kuuluviin ja päästä vaikuttamaan palvelun suunnitteluun ja ideointiin. (Ahonen 2017, 52–53; Yhteiskehittäminen, n.d.) Kehittämistä tehdään useimmiten työpajoissa eli workshoppeissa, jossa palvelumuotoilijan eli fasilitaattorin tehtävänä on valita sopivat kehittämisen työmenetelmät ja ohjata kehittämistä niiden mukaisesti (Tuulaniemi 2011, 118). Kuten jo aiemmin mainittiin, palvelumuotoilussa hyödynnetään erilaisia työkaluja ja menetelmiä, joita on lainattu liikemaidista, markkinoinnista ja brändäyksestä (Stickdorn 2018, 14). Fasilitaattori voi helpottaa prosessia antamalla tietoa, valitsemalla toimintoja ja yhdistämällä tuloksia saadakseen ohjatuksi työn onnistuneesti päätökseen. Fasilitaattori voi myös helpottaa ryhmän toimintaa pitämällä heidät motivoituneina, sitoutuneina ja tuottavina. Fasilitaattorin tehtävä voi olla monimutkainen, sillä hän voi työskennellä työpajassa samanaikaisesti kolmella tasolla – prosessissa, ryhmässä ja yksilönä. (Stickdorn 2018, 392.)

Sosiaali- ja terveysalalla yhteiskehittäminen on tärkeä menetelmä, jossa palvelumuotoiluprosessin tulee olla avoin kaikille, jota kehittäminen koskee. Yhteiskehittämisen etuna on, että kaikki osapuolet ovat sitoutuneita kehittämiseen ja palvelun tuottamiseen. (Ahonen 2017, 52; Tuulaniemi

2011, 117.) Yhteiskehittämisen etuja on tutkittu myös monissa eri yhteyksissä. Halvorsrudin, Kucharskan, Adlingtonin, Rudellin, Hajdukovan, Nazroon, Haarmansin, Rhodesin ja Bhui (2021) tekemän systemaattisen katsauksen ja meta-analyysin mukaan yhteiskehittäminen parantaa tuloksia, olipa kehittämisessä kyse niin yksilö- kuin järjestelmän tasolla tapahtuvasta kehittämisestä. Halvorsrud, Kucharska, Adlington, Rudell, Hajdukova, Nazroo, Haarmans, Rhodes & Bhui (2021).

7 Kehittämisprosessi

Kehittämistyön tavoitteena oli PEG-potilaan hoidon jatkuvuuden ja sujuvuuden parantaminen kehittämällä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä. Tavoitteina oli perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan klinisen osaamisen vahvistaminen ja potilasturvallisuuden ja hoidon laadun edistäminen PEG-letkun vaihtamisessa. Kehittämistyön tarkoituksena oli yhteistyössä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kanssa tuottaa video-ohjausmateriaalia PEG-letkun vaihtamisesta hoitohenkilökunnan käyttöön. Palvelumuotoilu valikoitui kehittämistyön menetelmäksi palvelumuotoilun asiakaslähtöisen lähestymistavan vuoksi. Palvelumuotoilussa yhtenä oleellisena lähtökohtana on luoda mahdollisimman hyvä asiakasymmärrys, jotta asiakasymmärryksessä saatua tietoa asiakkaan tarpeista, toiveista ja tavoitteista voidaan hyödyntää palvelun kehittämisessä. Lähtökohtana on luoda tarpeita vastaavaa asiakaslähtöistä palvelua. Koska asiakkaalla itsellään on enemmän tietoa ongelmasta, johon asiakas haluaa ratkaisua ja palveluntarjoajalla on enemmän tietoa siitä, millä keinoin ongelma voidaan saada ratkaistua, voivat asiakas ja palveluntarjoaja yhdessä ruveta kehittämään ongelmaan. Palvelumuotoilussa käytetään yhteiskehittämisen työtapaa, jossa asiakas otetaan mukaan aktiivisesti kehittämistyöhön. Yhteiskehittäminen on prosessi, jossa kaikilla osapuolilla on mahdollisuus tuoda näkemyksensä ja kokemuksensa esille. Yhteiskehittämistä tehdään työpajoissa. Palvelumuotoilijan eli fasilitaattorin tehtävänä on valita työpajoissa käytetyt sopivat kehittämisen työmenetelmät ja ohjata kehittämistä niiden mukaisesti.

Kehittämisprosessi eteni palvelumuotoilulle tyypillisten vaiheiden mukaisesti, joita ovat määrittelyvaihe, ymmärrysvaihe, suunnitteluvaihe, toteutusvaihe ja arviointivaihe. Kehittämisprosessi oli iteratiivinen eli kehittämistä tapahtui jatkuvasti palaten edelliseen vaiheeseen ja edeten jälleen seuraavaan.

Määrittelyvaiheessa eli kehittämisprosessin ensimmäisessä vaiheessa määriteltiin, mitä ongelmaa tai ongelmia oltiin ratkaisemassa. Ongelmien määrittelemiseksi oli jo aiemmin tehty esitutkimusta havainnoiden ja kyselyin PEG-potilasta hoitavilta tahoilta. Esitutkimuksen avulla luotiin ymmärrystä ongelmista. Keskeisimpinä ongelmoina nähtiin sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon puolelta riittävän ohjausmateriaalin puuttuminen ja riittämätön yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä PEG-potilaiden hoidon osalta.

Ymmärrysvaiheessa syvennettiin asiakasymmärrystä kyselyin ja keskusteluin sekä itse PEG-potilaan että perusterveydenhuollon eri yksiköiden ja muiden PEG-potilaan jatkohoitopaikkojen kanssa. Luotiin yhteisymmärrystä kehittämiskohteesta ja tarpeista, tavoitteista ja toiveista kehittämisprosessille. Kehittämisprosessiin ja yhteiskehittämiseen haluttiin mukaan perusterveydenhuollon hoitohenkilökuntaa, jotta kaikilla osapuolilla oli mahdollisuus tuoda näkemyksensä ja kokemuksensa esille.

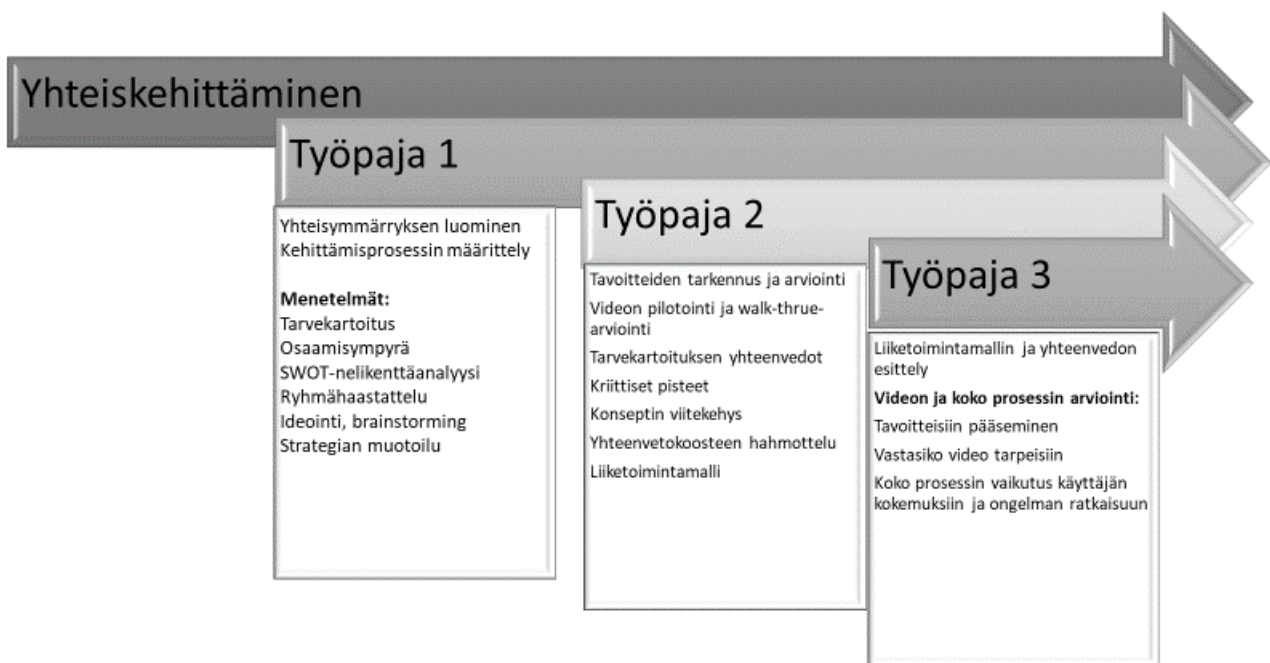
Suunnitteluvaiheessa alkoi varsinainen yhteiskehittämisen vaihe. Yhteiskehittämiseen valikoitui Jyväskylän kaupunginsairaalan vuodeosastot. Kaupunginsairaalan vuodeosastot ovat perusterveydenhuollon osastoja ja vuodeosastot sijaitsevat samassa Sairaala Novan rakennuksessa, jossa myös opinnäytetyön tekijä työskentelee. Palvelujohtajan ehdotuksesta myös hoitokeskuksen sairaanhoitaja pyydettiin mukaan yhteiskehittämiseen. Yhteiskehittämiseen valikoitujen osastojen täytyi olla perusterveydenhuollon osastoja tai muita yksiköitä. Muita kriteereitä ei yhteiskehittämiseen osallistujien valinnalle ollut, sillä millä tahansa perusterveydenhuollon osastolla tai yksikössä voi olla potilaita, joilla on PEG-letku.

Tässä kehittämistyössä asiakas oli perusterveydenhuollon hoitohenkilökunta, jota edusti Jyväskylän kaupunginsairaalan vuodeosastojen ja hoitokeskuksen hoitohenkilökunta. Palvelun tarjoajana oli Sairaala Novan kirurgian poliklinikka. Opinnäytetyön tekijä itse työskentelee erikoissairaanhoidossa Sairaala Novassa kirurgian poliklinikalla PEG-vastaavana ja edustaa kehittämistyössä erikoissairaanhoitoa ja kirurgian poliklinikkaa sekä toimii kehittämisprosessissa fasilitaattorina.

Yhteiskehittämiseen rekrytoitiin vuodeosastoilta ja hoitokeskuksesta yhteensä kuusi hoitotyöntekijää. Rekrytointi tapahtui vuodeosastojen osastonhoitajien toimesta. Yhteiskehittämiseen ja työpajoihin osallistujien valinnalle ei oltu määritelty tarkempia perusteita, koska esimerkiksi osallistujien iällä, työssäolovuosilla tai aiemmalla työkokemuksella, ei katsottu olevan merkitystä. Jokaisen osallistujan tarpeilla ja toiveilla oli merkitystä kehitettäessä asiakaslähtöistä palvelua aiempaan kokemukseen tai muihin taustatekijöihin katsomatta. Rekrytoituille osallistujille lähetettiin sähköpostitse tiedote (liite 1) opinnäytetyöstä sekä suostumuslomake (liite 2) allekirjoitettavaksi. Osallistujille kerrottiin, että heiltä ei kerätä missään vaiheessa esitietoja tai henkilötietoja ja heidän henkilöllisyytensä ei tule ilmi missään kehittämisprosessin vaiheessa. Heille kerrottiin myös, että heiltä odotetaan sitoutumista ja motivaatiota yhteiskehittämisen jokaisessa vaiheessa.

7.1 Yhteiskehittämisen työpajat

Työpajoissa fasilitaattorina eli toiminnan ja prosessin suunnittelijana ja toteuttajana toiminut opin-
näytetyön tekijä oli ennalta määritellyt jokaiselle kolmelle yhteiskehittämisen työpajalle tarkoituk-
sen ja tavoitteet, mitä työpajassa on tarkoitus tehdä, mitkä ovat käytetyt menetelmät ja tavoit-
teet, mihin työpajassa pyritään. Työpajojen kestoksi oli ennalta määritelty kaksi tuntia. Työpajoissa
käytetyt menetelmät valittiin Ahosen (2017) ja Tuulaniemen (2011) kirjoissa sekä Innokylän verk-
kosivuilla esiteltujen menetelmien valikosta. Valittuja menetelmiä sovellettiin kehittämisprosessin
tarkoitukseen ja tavoitteisiin sopiviksi (kuvio 4).



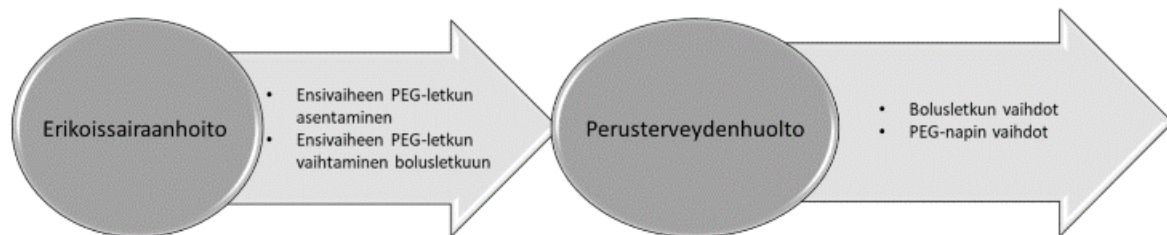
Kuvio 4. Yhteiskehittämisen työpajat

7.1.1 Työpaja 1

Ensimmäinen työpaja pidettiin 25. maaliskuuta 2022. Osallistujia paikalla oli fasilitaattorin lisäksi neljä. Ensimmäisen työpajan tavoitteiksi oli asetettu yhteisymmärryksen luominen tarpeista, kehittämisprosessin määrittely, raamien, tarkoituksen ja tavoitteiden asettaminen.

Fasilitaattori kertoi kehittämistyön taustoista ja lähtökohdista, mikä on yhteiskehittämisen tarkoitus ja mitä kehittämisellä tavoitellaan. Jotta osallistujat saatiin lämmitettyä ja aktivoitua keskuste-

luun, fasilitaattori esitteli yleisellä tasolla PEG-potilaan hoidon porrastusta ymmärtyksen lisäämiseksi, missä vaiheessa potilas on erikoissairaanhoidossa hoidettavana ja missä vaiheessa hoito siirtyy perusterveydenhuoltoon (kuvio 5). Hoidon porrastuksesta ja PEG-letkusta keskustelu viritti aktiivista ja osallistuvaa keskustelua. Osallistujat halusivat keskustella vielä yleisesti PEG-letkusta ja sen käsittelystä. Fasilitaattorilla oli mukana bolusletku havainnollistamiseksi.



Kuvio 5. PEG-potilaan hoidon porrastus erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä

Työpajassa määriteltiin yhteisen kehittämisprosessin visio, tarkoitus, tavoitteet, arvolutaus ja prosessista saatu hyöty, aikataulu ja raamit, resurssit ja onnistumisen kriteerit. Visioksi määriteltiin yhteinen halu ja pyrkimys saavuttaa sujuva yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä, saumaton PEG-potilaan hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuuden edistäminen PEG-potilaan hoitoon liittyen. Tarkoituksena oli kartoittaa perusterveydenhuollon tarpeita ja toiveita PEG-potilaan hoitoon liittyen ja mitä toiveita perusterveydenhuollolla on video-ohjausmateriaaliin liittyen. Tarkoituksena oli myös sujuvoittaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä. Tavoitteina oli saada tietoa perusterveydenhuollon tarpeista ja toiveista PEG-potilaan hoitoon liittyen, yhteisymmärryksen luominen mitä video-ohjausmateriaalilta halutaan ja suunnitelman teko jatkokehittämistarpeiden toteuttamiseksi. Arvolutauksena ja prosessista saatuna hyötynä perusterveydenhuollon kliininen osaaminen vahvistuu bolusletkun ja PEG-napin vaihdossa, PEG-potilaan hoidon sujuvuus ja jatkuvuus ja potilasturvallisuus paranee, terveydenhuollon resursseja vapautuu, kustannukset vähenevät ja yhteydenotot vähenevät. Työpajojen aikataulut ja raamit määriteltiin. Kehittämistyöhön määriteltiin tarvittaviksi resursseiksi kaupunginsairaalan vuodeosastoilta ja hoitokeskuksesta rekrytoidut hoitajat, työpajoihin tarvittavat tilat ja työpajoissa käytettävät materiaalit. Kehittämisprosessin onnistumisen kriteereiksi määriteltiin, että kaikilla

osapuolilla on selkeä käsitys kehittämisprosessin tarkoituksesta ja tavoitteista sekä sitoutuminen prosessiin, aktiivinen osallistuminen kehittämiseen ja halu kehittää toimintaa (taulukko 1).

Taulukko 1. Kehittämisprosessin visio, tarkoitus, tavoitteet, arvolupaus, prosessista saatu hyöty, aikataulu ja raamit, resurssit ja onnistumisen kriteerit (mukaillen Ahonen 2017, 80)

Visio	Sujuva yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. PEG-potilaan hoidon saumaton jatkuvuus ja potilasturvallisuuden edistäminen.
Tarkoitus	Perusterveydenhuollon tarpeiden ja toiveiden kartoitus PEG-potilaan hoitoon liittyen.
Tavoitteet	Saada tietoa perusterveydenhuollon tarpeista ja toiveista PEG-potilaan hoitoon liittyen. Yhteisymmärryksen luominen.
Arvolupaus, prosessista saatu hyöty	Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan kliininen osaaminen vahvistuu. PEG-potilaan hoidon sujuvuus ja jatkuvuus ja potilasturvallisuus paranee. Terveystenhuollon resursseja vapautuu. Kustannukset ja yhteydenotot vähenevät.
Aikataulu ja raamit	Kolmen työpajan pitäminen kahden viikon välein. Työpajoissa käsitellään ennalta määritellyt asiat. Opinnäytetyön osalta kehittämisprosessi päättyy opinnäytetyön valmistuttua.
Resurssit	Ennalta rekrytoidut hoitohenkilökunnan jäsenet. Työpajan pitämiseen tarvittavat tilat ja materiaalit.
Onnistumisen kriteerit	Selkeä käsitys kehittämisprosessin tarkoituksesta ja tavoitteista. Sitoutuminen kehittämisprosessiin, aktiivinen osallistuminen kehittämiseen ja halu kehittää toimintaa.

Osallistujat saivat täytettäväkseen osaamisympyrän ja SWOT-nelikenttäanalyysin. Osaamisympyrän ja SWOT-nelikenttäanalyysin täyttämisen ohessa käytiin keskusteluja ja tehtiin vapaamuotoista ryhmähaastattelua. Haastattelulle ei oltu luotu mitään tiettyä runkoa, vaan haastattelu eteni osaamisympyrän ja SWOT-nelikenttäanalyysin aiheita käsitellen. Haastattelun ja keskustelun avulla pyrittiin saamaan syvempää tietoa ja ymmärrystä sekä osallistujien että heidän työyhteisönsä kokemuksista, tiedoista ja taidoista PEG-potilaan hoitamiseen ja PEG-letkun vaihtamiseen liittyen.

Osaamispyyrää voidaan käyttää työntekijöiden osaamisen kartoituksessa ja arvioinnissa ja tulevaisuuden osaamistarpeiden määrittelyssä (Osaamispyörä -työkalu 2010). Osallistujat täyttivät osaamispyyrän, johon kuuluivat kolme osa-aluetta, tiedot, taidot ja tarpeet (liite 3). Osaamispyyrän avulla osallistujia ohjattiin pohtimaan, minkälaiset ovat heidän omat ja työyhteisönsä tiedot PEG-potilaan hoidosta ja PEG-letkusta sekä minkälaiset ovat heidän taitonsa ja kliininen osaamisensa PEG-potilaan hoidossa, PEG-letkun käsittelyssä ja vaihtamisessa. Lisäksi osallistujia pyydettiin pohtimaan, minkälaisia tarpeita heillä itsellään tai heidän työyhteisössään on PEG-letkun käsittelyyn ja PEG-potilaan hoitoon liittyen. Osallistujat kirjoittivat ylös kaikki PEG-potilaisiin liittyvät asiat, mistä he henkilökohtaisesti kokivat tarvitsevansa tai heidän työyhteisönsä tarvitsee lisää tietoa tai koulutusta. Osaamispyyrän avulla pyrittiin saamaan tietoa, mitä osallistujat ja heidän työyhteisönsä tietävät PEG-potilaan hoidosta, mitkä ovat heidän taitonsa, kliininen osaamisensa ja mitä he kokevat tarvitsevansa PEG-potilaan hoitoon ja PEG-letkun vaihtamiseen liittyen.

Osallistujat täyttivät myös SWOT-nelikenttäanalyysin, jonka avulla pyrittiin kartoittamaan, mitkä ovat heidän henkilökohtaiset ja heidän työyhteisönsä sisäiset vahvuudet ja heikkoudet sekä ulkoiset mahdollisuudet ja uhat PEG-potilaan hoitoon liittyen (liite 4). Osallistujia ohjattiin pohtimaan nelikentän osa-alueita PEG-potilaan hoitoon yleisesti liittyen ja PEG-letkun vaihtamisen näkökulmasta. Mitkä ovat heidän henkilökohtaiset ja heidän työyhteisönsä sisäiset vahvuudet ja heikkoudet PEG-potilaan hoidon näkökulmasta ja mitkä ovat mahdolliset ulkoapäin tulevat uhat ja haasteet PEG-potilaan hoitoon ja PEG-letkun vaihtamiseen liittyen ja mitkä mahdollisuudet ovat uhkien ja epävarmuuksien välttämiseksi.

SWOT-nelikenttäanalyysi on yksinkertainen ja hyödyllinen menetelmä, jota voidaan käyttää koko organisaation tai jonkin toiminnan osan tai henkilöstön tarkastelussa. SWOT lyhenne tulee sanoista Strengths, Weaknesses, Opportunities ja Threats (vahvuudet, heikkoudet mahdollisuudet ja uhat). (Nelikenttäanalyysi – SWOT n.d..) Nelikenttäanalyysia voidaan hyödyntää ongelmien tunnistamisessa, strategian laatimisessa, kehittämisessä, arvioinnissa ja toimintaprosessin suunnittelussa. (Ahonen 2017, 89.) Nelikenttäanalyysin avulla voidaan tunnistaa omat sisäiset vahvuudet, joihin voi itse vaikuttaa ja joita voidaan vahvistaa ja hyödyntää. Nelikenttäanalyysin avulla voidaan myös tunnistaa omat sisäiset heikkoudet, joihin voi itse vaikuttaa pyrkimällä välttämään tai lieventämään heikkouksia tai poistamaan heikkoudet, jotta voitaisiin toimia tehokkaasti. Sisäiset vahvu-

det ja heikkoudet kuvaavat nykytilannetta. Nelikenttäanalyysissä esille tulleita ulkoisia mahdollisuuksia pyritään tulevaisuudessa hyödyntämään ja uhkia poistamaan tai kääntämään ne mahdollisuuksiksi. On tärkeää tunnistaa ulkoiset, tulevaisuudessa haasteita aiheuttavat uhat ja epävarmuudet ja mahdollisuudet, jotka edesauttavat kehittämistä ja kehittymistä. Nelikenttäanalyysin pohjalta voidaan tehdä suunnitelmia ja päätöksiä, miten vahvuuksia voidaan vahvistaa ja hyödyntää, miten heikkouksia voidaan korjata ja parantaa ja muuttaa vahvuuksiksi, miten tulevaisuuden mahdollisuuksia hyödynnetään resurssien mukaisesti ja miten uhat vältetään muun muassa varautumalla uhkiin. (Hyppänen 2020; Nelikenttäanalyysi – SWOT n.d.) SWOT-nelikenttäanalyysin avulla voi löytää uusia mahdollisuuksia ja ratkaisuja ongelmiin. Analyysin avulla voidaan selvittää, missä muutos on mahdollista ja selkiyttää, mitä valintoja ja mihin suuntaan kannattaa pyrkiä välttääkseen toimintaa haittaavia tekijöitä. (SWOT Analysis n.d.) Nelikenttäanalyysi voidaan toteuttaa siten, että jokainen tekee analyysin ensin yksin ja kirjaa nelikentän ruutuihin omia, työyhteisön tai organisaation vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia, jonka jälkeen ajatukset kootaan yhteen. SWOT-nelikenttäanalyysin pohjalta voidaan tehdä toimintasuunnitelma, mitä millekin asialle pitää tehdä. (Nelikenttäanalyysi – SWOT n.d.)

Vapaamuotoisen ryhmähaastattelun, osaamisympyrän ja SWOT-nelikenttäanalyysin avulla saatiin tehtyä tarvekartoitusta ja syvennettyä tietoa ja ymmärrystä niistä tarpeista ja toiveista, vahvuuksista ja heikkouksista, uhista ja mahdollisuuksista, jotka tulivat esiin osaamisympyrästä ja SWOT-nelikenttäanalyysistä saadun aineiston tuloksista. Haastattelun ja keskustelun avulla saatiin myös helpommin esiin osallistujien ja heidän työyhteisönsä piilotarpeita ja toiveita, joita he eivät välttämättä osanneet suoraan sanoittaa tai kirjoittaa. Tarvekartoituksen avulla voidaan selvittää, onko olemassa ongelma, onko ongelman ratkaisemiselle ja kehittämiseksi tarvetta, millaista tarve on ja miten siihen voitaisiin parhaiten vastata (Ahonen 2017, 81).

Keskusteluissa esiin tulleita tarpeita ja toiveita vielä tarkennettiin ja niitä pohdittiin yhdessä. Yhdessä pohtimista, brainstormingia eli aivoriieä voidaan käyttää luovana ongelmanratkaisumenetelmänä, jonka tavoitteena on ensin vapaasti ideoida, mitä ja miten esille tullessiin tarpeisiin voitaisiin vastata (Innokylä n.d.). Brainstormingin avulla ideoitiin, miten PEG-potilaan hoitoon liittyviin tarpeisiin ja toiveisiin voitaisiin vastata sekä mitä video-ohjausmateriaalin PEG-letkun vaihtamisesta täytyisi sisältää, jotta video vastaisi tarpeita ja toiveita ja saatu hyöty olisi mahdollisimman suuri.

Osallistujat toivoivat videon sisältävän selkeän ja napakan ohjauksen bolusletkun vaihtamisesta. Osallistujat toivoivat, että video sisältäisi myös jatkohoito-ohjeita PEG-potilaan hoitoon liittyen, tarvittavia yhteystietoja ja tietoa erilaisista ongelmatilanteista ja komplikaatioista. Toiveista keskusteltiin yhdessä työpajan aikana. Toiveita videon sisällön suhteen rajattiin ja tultiin tulokseen, että video rajataan käsittelemään vain bolusletkun vaihtamista, jotta video säilyisi selkeänä ja napakkana ohjausvideona.

Brainstormingissa ja ideoinnissa esiin tulleiden ideoiden ja ajatusten pohjalta voitiin alkaa muotoilemaan strategiaa, jossa lähtökohtana oli luoda suunnitelma palvelulle ja toiminnalle. Strategian muotoilu tarkoittaa myös tarvekartoituksessa saadun aineiston yhteenvetoa ja jatkosuunnitelman hahmottelua. Opinnäytetyön aiemmissa kappaleissa käytiin läpi kehittämisprossin määrittely-, ymmärrys- ja suunnitteluvaiheita. Kehittämisprosessissa, kun ongelma on määritelty, asiakasymmärrystä luotu ja suunnitteluvaihe on käynnissä, siirrytään seuraavaksi toteutusvaiheeseen. Tämä tarkoittaa tässä kehittämisprosessissa vaihetta, jolloin suunnitteluvaiheessa ideoitu video-ohjausmateriaali tuotetaan, jonka jälkeen video pilotoidaan eli testataan loppukäyttäjillä ja tehdään arviointia, kuinka video-ohjausmateriaalin sisältö ja toteutus onnistui ja tarvitaanko vielä uudelleensuunnittelua ja -toteutusta.

7.1.2 Työpaja 2

Toinen työpaja pidettiin 8. huhtikuuta 2022. Osallistujia toisessa työpajassa fasilitaattorin lisäksi oli kaksi. Työpajan tavoitteena oli kehittämisprosessille ensimmäisessä työpajassa asetettujen tavoitteiden läpikäyminen, niiden tarkennus ja arviointi. Ensimmäisen työpajan jälkeen opinnäytetyön tekijä oli kuvannut yhteistyössä Sairaala Novan koulutusyksikön kanssa videon PEG-letkun vaihtamisesta. Työpajassa oli tarkoituksena video-ohjausmateriaalin pilotointi ja arviointi walk-thru-menetelmällä. Pilotoinnilla tarkoitetaan keskeneräisen tuotoksen testaamista loppukäyttäjillä (Aho-nen 2017, 98). Walk-thru- arviointimenetelmää käytetään palvelun tai tuotoksen käytettävyyden testauksessa, jonka avulla saadaan tietoa loppukäyttäjän kokemuksista ja tuntemuksista (Ahonen

2017, 99). Tarkoituksena oli myös osaamispyyrästä ja SWOT-nelikenttäänalyysistä tehtyjen yhteenvetojen läpikäynti, yksiköiden toiminnan kriittisten pisteiden löytäminen PEG-potilaiden hoitoon liittyen ja niiden pohjalta viitekehyksen konseptointi ja liiketoimintamallin hahmottelu.

Osallistujat katsoivat video-ohjausmateriaalin bolusletkun vaihtamisesta. Osallistujia pyydettiin antamaan videosta arviota ja palautetta sekä suullisesti että kirjallisesti, oliko video sitä, mitä he olivat toivoneet ja kokevat tarvitsevansa. Kokevatko he saavansa hyötyä videosta ja mitä parannettavaa videossa voisi olla ja täytyivätkö kaikki videolle asetetut tavoitteet. Osallistujat pitivät videon käsikirjoitusta hyvänä, johon oli palautteen mukaan selkeästi panostettu. Myös videon visuaaliseen ilmeeseen, kuvaan ja selkeään puheeseen oltiin tyytyväisiä. Osallistujilta saadun palautteen perusteella videota pidettiin hyvänä ja selkeänä videona, jonka avulla kokemattomampikin hoitaja osaisi vaihtaa itsenäisesti bolusletkun uuteen. Fasilitaattori korosti vielä sitä, että videon on tarkoitus olla apuna ja tukena bolusletkun vaihtamisessa, mutta kokematon henkilö, joka ei ole koskaan ennen vaihtanut bolusletkua itsenäisesti, olisi hyvä ensimmäisellä kerralla tehdä vaihto kokeneemman henkilön kanssa. Jokaisen, joka vaihtaa itsenäisesti bolusletkun, on vastattava riittävästä osaamisesta ja potilasturvallisuudesta. Palautteen mukaan videota voitaisiin käyttää myös potilaan ja omaisen ohjaustilanteessa kertoessa ja opetettaessa heille bolusletkun vaihtamista. Se, mitä videossa jäätiin vielä kaipaamaan, oli tietoa iho-ongelmista, pitääkö letkua pyöritellä, kuinka usein letkun vaihto kuuluisi tehdä ja kuinka nopeasti kanava sulkeutuu letkun irrotessa. Työpajassa käytiin yhdessä läpi sitä, että videon kesto ei voisi olla kovin pitkä, jotta videon sisältö pysyy sille asetettujen raamien sisällä. Tuotettuun video-ohjausmateriaaliin oltiin tyytyväisiä ja sen katsottiin palvelevan tarkoitustaan juuri bolusletkun vaihtamisessa.

Tarvekartoituksessa, osaamispyyrässä ja SWOT-nelikenttäänalyysissä, tuotetusta aineistosta opinnäytetyöntekijä oli poiminut samaa tarkoittavia sanoja, jotka koottiin yhteen ja teemoiteltiin aihealueittain. Teemoittelua eli keskeisten aihealueiden muodostamista voidaan käyttää sisällytönalyysissä silloin, kun aineistosta erotellaan tietoa. Aihealueiden muodostamisen apuna voidaan käyttää taulukointia, jonka avulla voidaan visualisoida sitä, mitkä teemat aineistosta ovat keskeisiä. (Saarinen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Opinnäytetyön tekijä teki aineistosta yhteenvedot. Työpajassa keskusteltiin yhteenvetojen pääkohdista ja yhteenvetojen perusteella esiin tulleista toiminnan kriittisistä pisteistä. Toiminnan kriittisiksi pisteiksi nousivat ne tekijät, joihin PEG-potilaan hoidossa ja hoidon sujuvuuden parantamiseksi tulisi kiinnittää huomiota, jotta PEG-

potilaan hoito olisi laadukasta. Kriittisiä pisteitä ja toiminnassa huomioitavia tekijöitä voidaan yhdessä kehittää ja ideoida toimintaa kehittäviä ja parantavia ratkaisuja. Osallistujat kokivat yhteenvedojen olevan linjassa yleisesti heidän kokemukseensa heidän koko työyhteisönsä tiedoista, taidoista ja tarpeista ja vastaavan heidän omia ja työyhteisönsä näkemyksiä.

Osaamisympyrästä koottu yhteenvedo

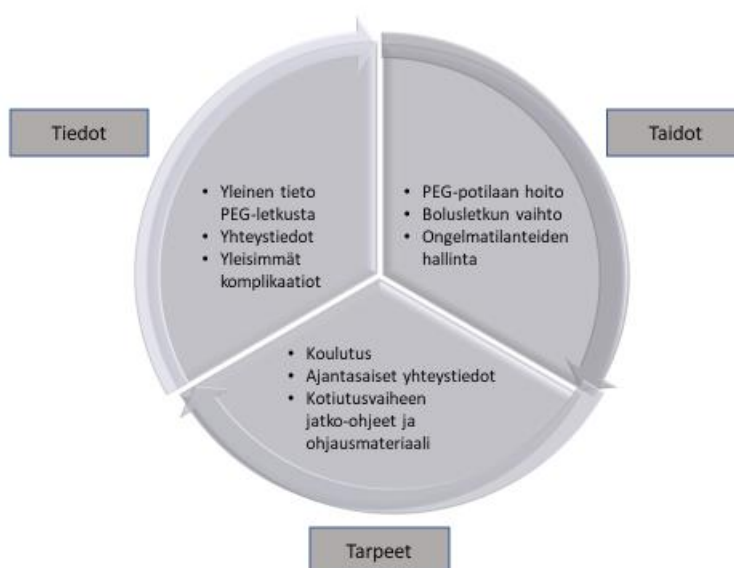
Tiedot osa-alueessa vastaukset teemoiteltiin kolmeen aihealueeseen, jotka nousivat aineistosta esiin. Isoimmiksi teemoiksi nousivat PEG-letku, yhteystiedot ja yleisimmät komplikaatiot. Vastauksen perusteella tiedettiin, mikä PEG-letku yleisesti ottaen on ja miksi PEG-letku asennetaan potilaalle. Yhteystiedot aihealue nousi esille siksi, että lähtökohtaisesti tiedettiin, minne otetaan yhteyttä PEG-letkuun tai PEG-potilaan liittyvissä kysymyksissä, mutta tiedoissa koettiin olevan puutteita sen suhteen. Ei tiedetty tarkkoja puhelinnumeroita, tarkalleen, mihin soitetaan ja minkälaisiin kellonaikoihin voi soittaa. Komplikaatiot aihealue nousi esiin jokaisen osallistujan vastauksissa. Pääsääntöisesti tiedettiin, mitä komplikaatioita voi tulla PEG-letkuun liittyen, mutta tietojen koettiin olevan puutteellisia.

Taidot osa-alueessa isoimmiksi teemoiksi nousivat PEG-potilaan hoito, bolusletkun vaihto ja ongelmatilanteiden hallinta. Vastauksen perusteella yleisesti tiedettiin, kuinka PEG-potilasta hoidetaan ja PEG-letkua käsitellään, mutta bolusletkun vaihtamiseen tarvitaan osaamisen vahvistamista. Bolusletkun ballongin veden tarkistaminen ei vastauksen perusteella tuottanut ongelmaa. PEG-letkuun liittyvissä ongelmatilanteiden ja komplikaatioiden hoitamisessa ja toimintatavoissa kaivattiin eniten vahvistamista. Yhteenvetona voitiin todeta, että kertausta ja opetusta tarvittiin yleisesti bolusletkun poistossa ja vaihdossa, ballongin veden tarkistamisessa, kuinka paljon vettä laitetaan, mistä tarvittavat tiedot löytyvät, mitä kirjataan ja minne otetaan yhteyttä, milloin ja missä tilanteissa.

Tarpeet osa-alueessa esille nousivat selkeimmin tarpeet tiedon ja taidon suhteen, yhteystietojen ja kotiutusvaiheen jatko-ohjeiden ja ohjausmateriaalin saaminen. PEG-potilaisiin liittyvässä tiedossa ja hoitoon liittyvässä osaamisessa toivottiin kertausta. Toivottiin suppeampia ja täsmällisempiä koulutuksia sekä laajempaa, moniammatillista koulutuskokonaisuutta, johon voisivat osallistua kirurgian poliklinikka (PEG-letkun laitto ja huoltaminen, ihon ongelmat), operatiivinen vuodeosasto

(jatkohoito ja ravitsemusletkut ja pumput) ja ravitsemusterapeutti (ravintoliuokset). Toivottiin myös kunnollisia, helposti löydettäviä yhteystietoja, täsmennystä ja ohjeita mihin ja milloin ja missä asioissa otetaan yhteyttä mihinkin tahoon. Haluttiin täsmennystä ja ohjeita potilaan hoito-
ketjun suhteen, miten ohjata potilasta jatkossa, kun potilas lähtee pois osastolta, milloin potilas voi ottaa yhteyttä kirurgian poliklinikalle, milloin operatiiviselle vuodeosastolle ja milloin hoitotarvikejakeluun ja kuka tekee lähetteen hoitotarvikejakeluun. Suurin tarve oli kotiutusvaiheen jatko-
ohjeille ja ohjausmateriaalille. Materiaalia toivottiin erikseen sekä potilaiden ja omaisten ohjaamiseen että ammattilaisille, miten letkua tarkkaillaan ja hoidetaan, mitä ongelmia voi tulla itse letkuun (esim. tukkeutuminen ja sen esto), miten komplikaatioita voitaisiin ehkäistä ja hoitaa ja kuinka PEG-letkua ympäröivää ihoa hoidetaan. Toivottiin myös ohjeita, kuinka potilasta ja omaisia voitaisiin kannustaa omatoimiseen letkun vaihtamiseen.

Seuraavassa kuviossa on esitetty pääkohdat tiedot, taidot ja tarpeet osa-alueesta (kuvio 6).



Kuvio 6. Osaamisympyrästä tehty yhteenveto

Osallistujat kokivat, että heillä ja heidän työyhteisöllään on tietoa ja taitoa PEG-potilaan hoitoon ja PEG-letkun käsittelyyn liittyen, mutta he tarvitsevat vielä lisää tietoa, ohjausta ja koulutusta. Osallistujat olivat yhtä mieltä siitä, että he tietävät ja hallitsevat yleisimmät PEG-letkuihin liittyvät ongelmatilanteet ja komplikaatiot, mutta tarvitsevat myös niihin liittyen lisää koulutusta. Tarvekar-
toituksessa tarpeista ja toiveista selkeimmin esiin nousi koulutuksen tarve ja yhteistyön

kehittäminen eri toimijoiden välillä, kuten kirurgian poliklinikan, operatiivisen vuodeosaston, hoitotarvikejakelun ja ravitsemusterapeutin kanssa. Tarpeista nousivat esille myös ajantasaisten yhteystietojen puute ja tarve selkeistä ohjausmateriaaleista sekä potilaille että ammattilaisille. Osallistujat kertoivat keskustelleensa PEG-potilaiden hoitoon liittyvistä asioista muiden työyhteisön jäsenten kanssa ja saaneet sitä kautta vahvistusta omiin kokemuksiinsa ja näkemyksiinsä työyhteisön tarpeista ja toiveista PEG-potilaan hoitoon liittyen.

SWOT-nelikenttäanalyysistä koottu yhteenveto

Sisäiset vahvuudet

Osallistujien henkilökohtaisista ja työyhteisön vahvuuksista nousi esiin neljä teemaa, jotka olivat osaaminen, mielenkiinto PEG-potilaiden hoitoon, työyhteisö ja tilat ja välineet. Työyhteisön vahvuutena koettiin olevan yhteistyöosaaminen esimerkiksi ravitsemusterapeuttien kanssa sekä osaamisen selvittää epäselviä asioita. Vahvuudeksi koettiin myös yleisesti osaaminen PEG-potilaan hoitoon. Osallistujat kokivat heidän työyksiköissään olevan kiinnostusta PEG-potilaan hoitoon ja hoitopolun kehittämiseen sekä halu oppia ja saada ajankohtaista tietoa PEG-potilaan hoidosta. Vahvuuksiksi koettiin ammattitaitoinen työyhteisö, jossa tiedon jakaminen on avointa, esihenkilöt kannustavia ja hyvät tilat ja välineet PEG-potilaan hoidon toteutukseen. Sisäiseksi vahvuudeksi koettiin hyvät tilat ja välineet hoitaa PEG-potilaita.

Sisäiset heikkoudet

Sisäisistä heikkouksista nousi esiin neljä teemaa, jotka olivat riittämätön tieto ja taito PEG-potilaan hoitoon liittyvissä tekijöissä, resurssit, PEG-potilaan hoitoon liittyvän tuen saaminen ja PEG-potilaan hoitoon liittyvien vastuuhenkilöiden puuttuminen. Heikkoudeksi koettiin, ettei työyhteisössä kaikilla ole tietoa ja osaamista tai kokemusta PEG-letkun vaihdosta tai tieto on jo unohtunut tai vanhentunut, koska välillä on pitkiäkin aikoja, jolloin osastolla ei ole PEG-potilaita hoidettavana. Heikkoudeksi koettiin myös resurssien puute. Osastoilla on välillä puutetta ammattitaitoisesta henkilökunnasta, työparina saattaa olla uusi ja kokematon hoitaja. Työyhteisössä kaikilla ei ole myöskään tietoa, mistä PEG-letkuja on saatavilla. PEG-letkujen puute ja hankala saatavuus koettiin huonoksi. Joillakin oli käsitys, että PEG-letkun vaihdot kuuluvat ainoastaan erikoissairaanhoidon puolelle. Heikkoudeksi koettiin myös puutteellisen tuen saamisen PEG-potilaan hoitoon liittyen.

Aina ei ole saatavilla nopeasti apua ja tukea, jos tarve tulee esimerkiksi ilta tai yöaikaan tai viikonloppuisin. Osastoilla ei välttämättä ole määritelty hoitajaa, joka vastaisi PEG-potilaan hoitoon liittyvistä asioista, välineiden hankinnasta, ohjaamisesta ja tiedottamisesta.

Lähemmässä tarkastelussa osa vahvuuksista saattaa olla myös heikkouksia. Vastauksissa sisäisiksi vahvuuksiksi nousi yleinen osaaminen PEG-potilaan hoitoon liittyvissä tekijöissä, mutta samalla osaamisessa koettiin olevan vajausta, joka koettiin heikkoudeksi. Samoin vahvuudeksi koettiin ammattitaitoinen työyhteisö, mutta samalla heikkoutena on ammattitaitoisen henkilökunnan puute, jolloin työparina saattaa olla kokematon ja uusi hoitaja.

Ulkoiset mahdollisuudet

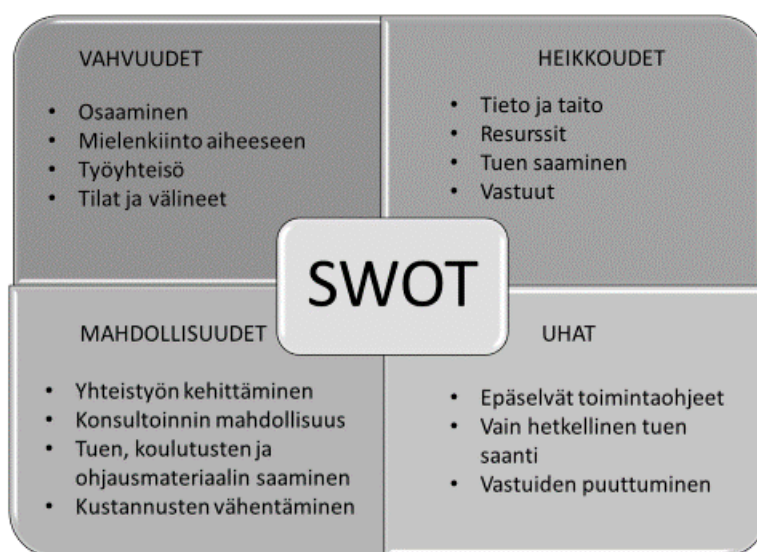
Ulkoisiksi mahdollisuuksiksi nousivat yhteistyön kehittäminen, konsultoinnin mahdollisuus ja tuen, koulutusten ja ohjausmateriaalin saaminen ja kustannusten vähentäminen. Yhteistyön kehittäminen PEG-potilasta hoitavien eri tahojen välillä koettiin mahdollisuudeksi kehittää PEG-potilaan hoitoa paremmaksi ja sujuvammaksi. Ajantasaisten yhteystietojen saaminen ja tieto, mihin ja missä asioissa ja minkälaisiin aikoihin voi olla yhteydessä eri tahoihin, esimerkiksi kirurgian poliklinikkaan tai hoitotarvikejakeluun, koettiin mahdollisuudeksi saada helpommin ja nopeammin tukea ja apua eri tahoilta. Näin heikkoutena pidetty tuen saamisen vaikeus voidaan muuttaa vahvuudeksi, kun yksikössä on tieto, mistä ja milloin tukea ja apua voi saada. Koulutusten ja tarvittavan ohjausmateriaalin järjestäminen ja saaminen eri tahoilta PEG-potilaan hoitoon liittyen mahdollistaisi osaamisen vahvistamisen ja sujuvamman hoidon jatkuvuuden. Koulutuksen myötä osaamisen vahvuus edelleen vahvistuu. Vastausten mukaan potilaat ja omaiset ovat motivoituneita ohjaukselle ja jos osastolla olisi antaa potilaalle ja omaisille tarvittavaa ohjausmateriaalia potilaan kotiutusvaiheessa, yhteydenotot ja kysymykset todennäköisesti vähentyisivät. Myös kustannukset vähentyisivät, kun potilaan terveydenhuollon käynnit ja matkustaminen vähentyisivät.

Ulkoiset uhat

Jokaisessa työyksikössä ja yhteisössä voi olla niin yleiseksi uhiksi koettuja tekijöitä kuin myös omaan yksikköön ja tilanteeseen kohdistuvia uhkia. Uhkia tulisi miettiä jokaisesta näkökulmasta. Vastausten perusteella ulkoisiksi uhiksi koettiin epäselvät toimintaohjeet, vain hetkellinen tuen saanti ja puuttuvat vastuut osastolla. Uhkana pidettiin epäselviä toimintaohjeita ja kirjallisen materiaalin ja jatkohoito-ohjeiden puute potilaan kotiutusvaiheessa niin ammattilaisille kuin potilaille.

jaettavassa materiaalissa PEG-potilaan hoitoon liittyen. Uhkana koettiin myös, ettei apua ja tukea ole helposti saatavilla ympäri vuorokauden, esimerkiksi kirurgian poliklinikka on auki vain virka-aikana. Uhkana toiminnalle pidettiin myös sitä, ettei yksiköissä oltu nimetty PEG-hoidosta vastaavaa hoitajaa.

Koska PEG-potilaan hoitoon liittyvää mielenkiintoa löytyy työyhteisöstä, voisi tulevaisuudessa osastot jakaa vastuita tietyille hoitajille, jotka huolehtisivat työyksikkönsä PEG-potilaan hoitoon liittyvistä asioista, kuten PEG-letkujen tilauksista, koulutusten organisoimisesta, ohjausmateriaalin riittävydestä, ajantasaisen tiedon jakamisesta ja yhteystietojen päivittämisestä. Näin myös uhaksi koetut epäselvät toimintaohjeet selkiytyisivät, jos yksikössä olisi PEG-potilaiden hoitoon liittyvien asioiden hoitamisesta vastaava hoitaja. Seuraavassa kuviossa on esitetty tiivistetysti SWOT-nelikenttäanalyysin yhteenveto (kuvio 7).



Kuvio 7. SWOT-nelikenttäanalyysistä tehty yhteenveto

SWOT-nelikenttäanalyysissä esille nousseet aiheet eivät aina sovi yksiselitteisesti pelkästään vain tiettyyn osa-alueeseen. Osa-alueissa olevat aiheet saattavat esiintyä myös toisessa osa-alueessa. Mahdollisuudet ja uhat voivat mennä ristiin ja vahvuudet voivat olla myös osin heikkouksia ja päinvastoin. Heikkouudet voidaan kääntää mahdollisuuksiksi ja vahvuudet kohdennetaan mahdollisuuksien toteuttamiseen. (Miten teen SWOT-analyysin? n.d..) SWOT-nelikenttäanalyysia voidaan käyttää jatkokehittämiseen ja ideointiin. Analyysin pohjalta voidaan tehdä päätelmiä, mitä vahvuuksia

voidaan vahvistaa ja hyödyntää ja miten heikkouksia voidaan pyrkiä välttämään, lieventämään tai poistamaan ja kuinka heikkoudet voidaan muuttaa vahvuuksiksi. Analyysin pohjalta voidaan tehdä myös päätelmiä, miten mahdollisuuksia voidaan tulevaisuudessa hyödyntää ja miten uhkia ja epävarmuuksia voidaan välttää. SWOT-nelikenttäanalyysistä saatujen tulosten perusteella tehtiin toimintasuunnitelmaa ja yhteenvetoa. Työpajassa nousseita ideoita alettiin konseptoida ja luotiin viitekehys liiketoimintamallille.

Liiketoimintamalli (Business Model Canvas) on konseptoinnin väline, jota voidaan soveltaa erityisesti ideointivaiheeseen soveltuvana viitekehyyksenä ja rakenteena. Liiketoimintamallin keskiössä on arvon tuottaminen asiakkaalle, arvolupaus, eli mitä hyötyä palvelusta on asiakkaalle. (Business Model Canvas n.d.) Liiketoimintamalli muodostuu alun perin kaiken kaikkiaan yhdeksästä osiosta, mutta Ahosen (2017) esittelemää, valmista suunnittelupohjaa ja mallia muokattiin enemmän kehittämistyön tarpeita vastaavaksi. Liiketoimintamallin avulla voitiin visualisoida määritelmät; kohderyhmä, ongelma, arvolupaus, ratkaisut, ratkaisun hyödyt, avainresurssit, verkostot ja vuorovaikutuksen kanavat (taulukko 2) ja jonka avulla voitiin hahmottaa toiminnan suunnittelulle viitekehys ja rakenne ja aloittaa ideoiden jalostaminen. Liiketoimintamallin kohtia läpikäydessä vielä yhdessä pohdittiin ja tarkennettiin jokaista kohtaa, jotta ne ovat kuvattu hyväksyttävästi jokaisen osapuolen näkökulmasta.

Taulukko 2. Liiketoimintamalli (Business Model Canvas) (mukaillen Ahonen 2017, 120)

Kohderyhmä	<ul style="list-style-type: none"> Perusterveydenhuollon henkilökunta
Ongelma	<ul style="list-style-type: none"> Osaamisen vaje PEG-letkun vaihtamisessa ja PEG-potilaan hoitoon liittyvissä tekijöissä
Arvolupaus	<ul style="list-style-type: none"> Kliinisen osaamisen vahvistuminen edistää hoidon laatua ja potilasturvallisuutta PEG-potilaan hoidon jatkuvuuden ja sujuvuuden parantuminen
Ratkaisut	<ul style="list-style-type: none"> Video-ohjausmateriaali PEG-letkun vaihtamisesta PEG-potilaan hoitoon liittyvä tarvekartoitus perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan osalta Suunnitelma tarpeiden vastaamiseksi
Ratkaisun hyödyt	<ul style="list-style-type: none"> Hoitohenkilökunnan osaaminen vahvistuu PEG-potilas saa hoidon lähempänä kotia Kustannukset ja yhteydenotot vähenevät
Avainresurssit	<ul style="list-style-type: none"> Osaava hoitohenkilöstö PEG-potilaan hoitoon sopivat tilat ja välineet
Verkostot	<ul style="list-style-type: none"> Kirurgian poliklinikka, operatiivinen vuodeosasto (gastrokirurgia), ravitsemusterapeutti, hoitotarvikejakelu
Vuorovaikutuksen kanavat	<ul style="list-style-type: none"> Puhelin, sähköposti, viestipiikki, Teams

Kehittämisen prosessin viimeisessä vaiheessa eli **arviointivaiheessa** tehtiin vielä videon ja koko kehittämisprosessin lopullinen arviointi. Prosessin lopussa tehtiin arviota, kuinka suunniteltu ja tuotettu palvelu, eli video-ohjausmateriaali, onnistui ja päästiinkö kehittämisprosessissa asetettuihin tavoitteisiin. Arviointia ei kuitenkaan tehty ainoastaan prosessin lopussa, vaan arviointia tehtiin koko prosessin ajan sen jokaisessa vaiheessa muun muassa minuuttikierron menetelmällä. Minuuttikierron on nopea ja helppo arviointi tapa, jossa jokainen saa puheenvuoron ja mahdollisuuden esittää omat ajatuksensa ja mielipiteensä ennalta määrätystä asiasta (Minuuttikierron n.d.). Jokainen osallistuja sai aina jokaisen työpajan lopussa tuoda oman näkemyksensä ja mielipiteensä työpajan kuluksi, tavoitteista, menetelmistä ja saaduista tuloksista, jonka perusteella kyettiin arvioimaan, oliko työpajan sisältö ja työpajassa työskentely onnistunut.

7.1.3 Työpaja 3

Kolmas eli viimeinen työpaja pidettiin 22. huhtikuuta 2022. Työpajassa oli fasilitaattorin lisäksi kaksi osallistujaa. Viimeisen työpajan tavoitteena oli käydä yhdessä läpi yhteenvetoa PEG-potilaan hoidossa ja toiminnassa huomioitavista tekijöistä ja tehdä lopullinen arviointi koko yhteiskehittämisprosessista ja tuotetusta videosta. Yhteenvetoon koottiin työpajojen aikana käytyjen keskusteluiden ja tarvekartoituksesta esille nousseiden aiheiden perusteella PEG-potilaan hoidon ja toiminnan kannalta oleelliset tekijät, joihin jokaisen yksikön, jossa hoidetaan PEG-potilasta, tulisi kiinnittää huomiota, jotta PEG-potilaan hoito olisi laadukasta ja sujuvaa.

Toisessa työpajassa osallistujat esittivät vielä toiveen, että saatavilla olisi valmis lomake, johon olisi koottu yhteen PEG-potilaan hoitoon liittyvät tarvittavat yhteistyötahot. Lomakkeeseen voisi jokainen kirjata itse ylös oman alueensa tai yksikkönsä tarvittavat puhelinnumerot ja yhteystiedot. Yhteystietolomaketta voidaan jakaa eri tahoille sähköisesti tai potilaalle jaettavana tulosteena potilaan siirto- tai kotiutusvaiheessa. Jotta lomakkeen voisi jokainen taho tulostaa itse, täytyy lomake ensin hyväksyttää Sairaala Novan Hoito- ja potilas ohje- arkiston (Hopon) pääkäyttäjällä, ennen kuin lomake saadaan sisällytettyä arkistoon. Fasilitaattori esittää jatkossa lomakkeen sisällyttämistä Hopoon samalla, kun video-ohjausmateriaali tallennetaan Hopoon. PEG yhteystiedot- lomake on esitetty alla (kuvio 8).

PEG

Yhteystiedot

PEG-letkut Kirurgian poliklinikka, Sairaala Nova Gastroenterologia sihteeri 014 269 1873 (ma-pe klo 9-11, 12-15) PEG-hoitaja 014 269 1537 / 014 269 1230
PEG-ravitoliuosletkut Operatiivinen vuodeosasto, gastrokirurgia, Sairaala Nova 014 269 1037
Ravitsemusterapeutti Puh. ----- Soittoaika -----
Hoitotarvikejakelu Puh. ----- Soittoaika -----

Kuvio 8. PEG yhteystiedot- lomake

Työpajan lopussa arvioitiin kehittämisprosessin tarpeet, tavoitteet, osallisuus, ratkaisun kuvaus, vastasiko ratkaisu tavoitteisiin, resurssit ja toteuttaminen. Yhdessä keskusteltiin ja arvioitiin, oliko kehittämisprosessin tarve oikea, oliko kehittämistarpeiden ratkaisut oikeat ja vastasivatko ratkaisut asetettuihin tavoitteisiin. Arviota tehtiin myös, oliko yhteiskehittäminen, työpajat ja valitut menetelmät oikeat ja hyvä tapa toteuttaa kehittämisprosessi ja mitkä olivat rekrytoitujen hoitajien osallisuuden vaikutukset prosessiin. Keskustelua käytiin myös siitä, miten työpajat ja koko kehittämisprosessi onnistui ja olisiko jotain voitu tehdä toisin. Arviota tehtiin, mitä mahdollisia vaikutuksia yleisesti kehittämisellä saatiin aikaan. Arvioinnista koottiin yhteenveto, joka on esitetty alla (taulukko 3).

Taulukko 3. Kehittämisprosessin arviointi

Tarpeet	Tarpeet oli määritelty selkeästi ja perustellusti.
Tavoitteet	Tavoitteet olivat yhdistettävissä tarpeisiin. Tavoitteista ilmeni, mitä muutoksia haluttiin saavuttaa.
Osallisuus	Yhteiskehittämiseen rekrytoituja hoitajia oli alun perin kuusi, mutta osallistujia työpajoissa oli 2–4. Osallistujien vähyys ei haitannut ideointia ja kehittämistä. Kehittäminen oli innostunutta ja aktiivista.
Ratkaisut ja vastasivatko ratkaisut tavoitteisiin	Ohjausmateriaalin puute vesipallollisen PEG-letkun vaihdon osalta ratkaistiin tuottamalla video-ohjausmateriaali PEG-letkun vaihtamisesta. Luotiin yhteenveto PEG-potilaan hoidossa ja toiminnassa huomioitavista tekijöistä. Yhteenvetoa voi hyödyntää ja soveltaa jokaisen yksikön omaan toimintaan sopivaksi. Tuotettu video ja yhteenveto vastasivat tavoitteisiin.
Kehittämisen vaikutus ja vaikuttavuus	Osallistujat kokivat, että kehittämisen avulla toimintaa saadaan parannettua ja sujuvoitettua. Kehittämistyön varsinaisen vaikuttavuuden arviointia voidaan tehdä vasta myöhemmin.
Toteutus: yhteiskehittäminen, työpajat, menetelmät	Yhteiskehittämistä ja työpajoja pidettiin hyvänä keinona kehittää toimintaa. Kestoltaan pidemmät työpajat eivät olisi onnistuneet osaston vuoronvaihdon takia. Kolme työpajaa koettiin riittäväksi kehittämisprosessille. Työpajoihin valitut menetelmät olivat tarkoituksenmukaiset. Menetelmien avulla saadut tulokset palvelivat tavoitteita.

Kehittämisprosessi koettiin kokonaisuudessaan tarpeelliseksi ja onnistuneeksi. Yhteiskehittämisen työpajat koettiin hyväksi tavaksi kehittää toimintaa yhdessä, jolloin jokaisen tahon näkemys ja tarpeet pääsevät esille ja tulevat huomioiduiksi. Valituilla menetelmillä saatiin kartoitettua perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan PEG-potilaan hoidon osaamista sekä tiedon että taidon osalta ja saatiin tietoa perusterveydenhuollon tarpeista ja toiveista PEG-potilaan hoitoon liittyen. Tietoa saatiin myös siitä, mitkä tekijät perusterveydenhuollossa tarvitsevat vahvistusta, jotta PEG-potilaan hoito olisi sujuvaa ja laadukasta. Kokonaisuudessaan koko kehittämisprosessia pidettiin onnistuneena ja että päästiin asetettuihin tavoitteisiin. Kehittämisestä saadun hyödyn koettiin palvelevan jokaista PEG-potilaan hoitoon osallistuvaa tahoa. Kehittämistyön vaikuttavuuden arviointia voidaan tehdä vasta myöhemmin.

8 Tulokset

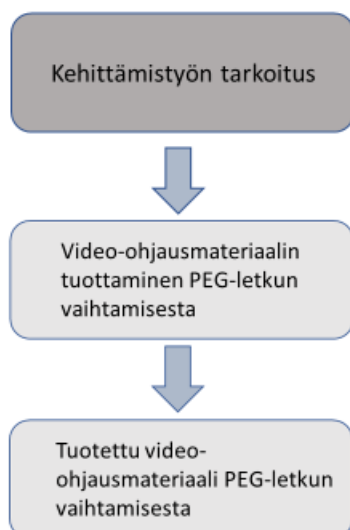
8.1 Video-ohjausmateriaali PEG-letkun vaihtamisesta

Video-ohjausmateriaalin tarve PEG-letkun vaihtamisesta nousi PEG-potilaan hoidon siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Perusterveydenhuollossa oli tarve saada ohjausta ja tukea bolusletkun vaihtamiseen ja kirurgian poliklinikalla tarve tuottaa jaettavaa ohjausmateriaalia. Tarve oli molemminpuolinen. Tarpeeseen vastaamiseksi yhteiskehittämisen tuotoksena tuotettiin video-ohjausmateriaali bolusletkun vaihtamisesta. Video-ohjausmateriaali ideoitiin ja suunniteltiin yhteiskehittämisen työpajoissa kaikkien osallistujien toimesta. Jokainen osallistuja toi oman näkemyksensä siitä, mitä video-ohjausmateriaalin tulisi sisältää. Videon sisältöön nousi paljon ideoita ja toiveita.

Opinnäytetyön tekijä kuvasi videon yhteistyössä Sairaala Novan koulutusyksikön kanssa. Videon alussa pyörii Sairaala Novan intro, joka on oltava jokaisessa Sairaala Novan internetsivuille julkaitavassa videossa. Videon alussa käytiin läpi, mitä tarvikkeita tarvitaan vesipallollisen PEG-letkun, eli bolusletkun vaihtamiseen ja kerrottiin bolusletkun rakenteesta. Tämän jälkeen kuvattiin, kuinka vanha letku poistetaan ja kuinka uusi letku asennetaan paikoilleen. Videossa kerrottiin yksityiskohdista, mitä uuden letkun asentamisessa on huomioitava, jotta letkun paikoilleen asentaminen sujuisi oikeaoppisesti ja turvallisesti ja kuinka letkun asentaminen ja asettuminen oikein voidaan varmistaa. Videossa myös käytiin läpi, mistä tunnistaa ja miten on toimittava, jos uuden letkun

asentaminen ei onnistu. Videoon päätettiin ottaa mukaan myös PEG-napin vaihtaminen ja vaihtamisessa huomioitavat tekijät, koska PEG-nappi on yksi malli ravintoportista, jonka vaihtaminen kuuluu bolusletkun tavoin perusterveydenhuoltoon. Videossa käytiin läpi PEG-napin rakenne ja opastettiin PEG-nappiin liitettävän syöttöletkun merkitys ja kiinnittäminen. Videon kesto on kokonaisuudessaan 6:40 minuuttia.

Video-ohjausmateriaali arvioitiin sekä yhteiskehittämiseen osallistujien että Sairaala Novan PEG-letkujen asennuksesta vastaavan erikoislääkärin toimesta. Erikoislääkärin palauteen saaminen oli oleellista, jotta voitiin varmistaa, ettei videon sisällössä ole asiavirheitä. Erikoislääkärin on myös hyväksyttävä kaikki ohjausvideot, jotka julkaistaan Sairaala Novan hoito- ja potilasohjearkistossa ja Sairaala Novan julkisilla internetsivuilla. Yhteiskehittämiseen osallistujat antoivat palautetta ja arvioivat videota käyttäjän näkökulmasta. Osallistujat pitivät videota napakkana, selkeänä, yksinkertaisena ja hyvänä video-ohjausmateriaalina, jossa on käyty kaikki tärkeimmät ja tarvittavat asiat läpi. Videota muokattiin annetun palautteen perusteella, jonka jälkeen video-ohjausmateriaali hyväksyttiin valmiiksi. Alla on kuvattu kehittämistyön tarkoitus ja tarvetta palveleva ratkaisu eli tuotettu video-ohjausmateriaali (kuvio 9).



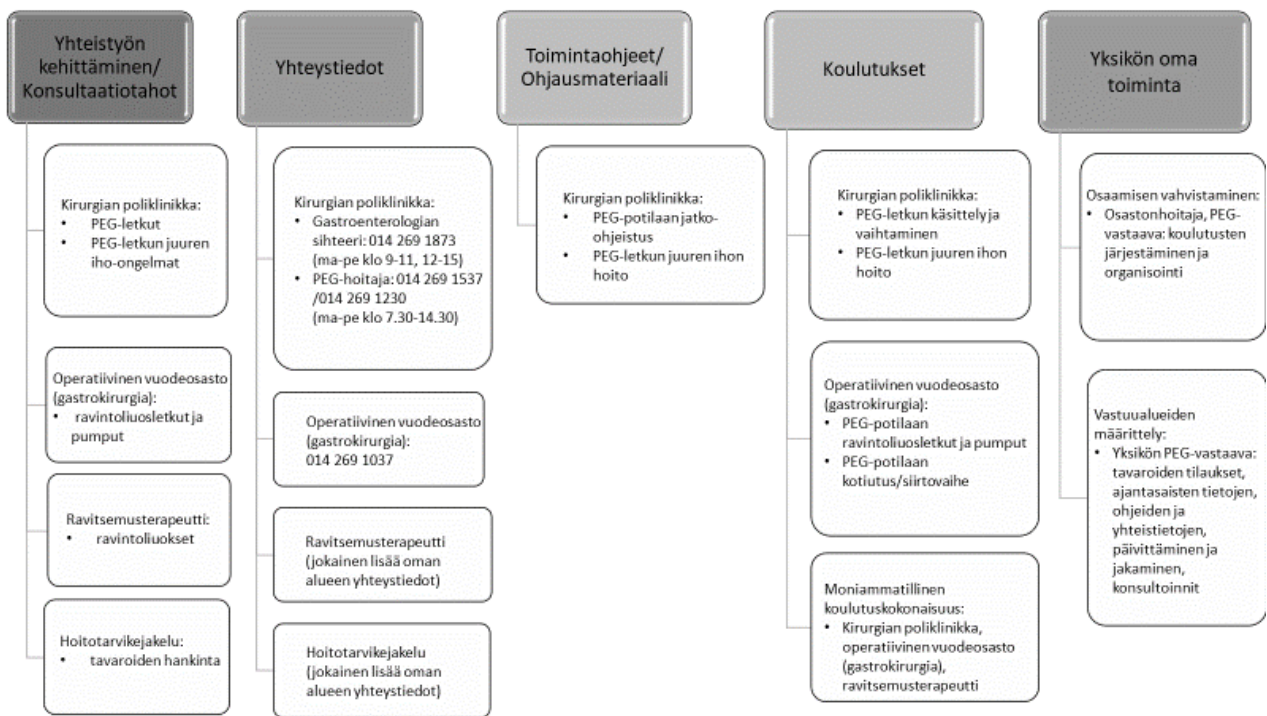
Kuvio 9. Kehittämistyön tarkoitus ja tarvetta palveleva ratkaisu

Yhteyskehittämisen tuotoksena tuotettu video-ohjausmateriaali PEG-letkun vaihtamisesta palvelee tarkoitustaan ja toimii perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan tukena ja apuna vaihdettaessa PEG-letkua perusterveydenhuollossa. Video-ohjausmateriaali on helppo tapa saada audiovisuaalista ohjausta, vaikka vieressä opettavaa ja ohjaavaa henkilöä tai hoitajaa ei olisi käytettävissä.

8.2 Yhteenveto huomioitavista tekijöistä

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä ja parantaa PEG-potilaan hoidon jatkuvuutta ja sujuvuutta. Tavoitteena oli myös perusterveydenhuollon klinisen osaamisen vahvistaminen ja potilasturvallisuuden ja hoidon laadun edistäminen PEG-letkun vaihtamisessa. Osaamisen vahvistamisen tavoitteeseen voitiin osin vastata tuottamalla video-ohjausmateriaalia PEG-letkun vaihtamisesta. Työpajoissa tehtiin kehittämissä työtä yhdessä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ja työpajoissa tuotetun materiaalin ja käytyjen keskustelujen avulla saatiin tietoa perusterveydenhuollon tiedoista, taidoista ja tarpeista PEG-potilaan hoitoon liittyen.

Työpajoissa tuotetusta materiaalista koottiin yhteenveto ja malli PEG-potilaan hoidossa ja toiminnassa huomioitavista tekijöistä. Yhteenvetoon koottiin työpajojen aikana keskusteluista ja tarvetskartoituksesta esille nousseet PEG-potilaan hoidon ja toiminnan kannalta oleellimmat tekijät, joihin jokaisen yksikön, jossa hoidetaan PEG-potilasta, tulisi kiinnittää huomiota, jotta PEG-potilaan hoidon jatkuvuus olisi sujuvaa ja hoito laadukasta. Alla yhteenveto ja malli PEG-potilaan hoidossa ja toiminnassa huomioitavista tekijöistä (kuvio 10).



Kuvio 10. Yhteenvedo ja malli PEG-potilaan hoidossa ja toiminnassa huomioitavista tekijöistä

Yhteenvedon avulla jokainen PEG-potilasta hoitava yksikkö voi jäsentää ja kehittää toimintaa huomioimalla yhteenvedossa mainitut tekijät. Yhtenä tärkeänä tekijänä olisi jokaisessa yksikössä oltava PEG-potilaiden hoidosta vastaava vastuhenkilö, jolla olisi ajankohtainen tieto PEG-potilaiden hoitoon liittyvistä tekijöistä. Kaikissa yksiköissä ei välttämättä ole koskaan hoidettu tai hoidetaan harvoin PEG-potilaita, mutta yksikköön voi tulla hoidettavaksi PEG-potilas, jolloin olisi hyvä olla joku vastuhenkilö, joka voisi toimia tiedon vastaanottajana ja välittäjänä eteenpäin yksikköön ja hoitohenkilökunnalle. Yhteenvedo vastaa osaltaan opinnäytetyön tavoitteeseen kehittää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä ja tavoitteisiin sujuvoittaa PEG-potilaan hoidon jatkuvuutta, edistää hoidon laatua ja potilasturvallisuutta.

9 Pohdinta

9.1 Eettisyys

Kehittämistyössä tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä, johon kuuluu yleisen huolellisuuden ja tarkkuuden noudattaminen tuotosten tallentamisessa ja niiden esittämisessä sekä arvioinnissa. Kehittämistyön suunnittelu, toteutus ja raportointi tulee kuvata yksityiskohtaisesti. Raportoinnissa tulee noudattaa tieteelliselle tiedolle asetettuja vaatimuksia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23–24.) Kehittämistyössä tulee kunnioittaa muiden tutkijoiden tekemää työtä viittaamalla asianmukaisesti heidän julkaisuihinsa. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012, 6). Tässä kehittämistyössä noudatettiin tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) hyvään tieteelliseen käytäntöön laatimia ohjeita kehittämistyön jokaisessa vaiheessa alkaen työn ideoinnista aina työn valmistumiseen asti.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös huolellinen kehittämissuunnitelma ja joka on toteutettava ja raportoitava laadukkaasti. Niin tutkimustyössä kuin kehittämistyössä on varjeltava ja kunnioitettava koko prosessin ajan osallistujia ja toimeksiantajaa ja hyvänä tapana on ilmoittaa opiskelijan, toimeksiantajan ja osallistujien suhde toisiinsa. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012.) Hyviin tutkimuseettisiin käytäntöihin tutustuttiin jo opinnäytetyön alkuvaiheessa kehittämistyön suunnitelmaa tehtäessä. Tässä kehittämistyössä noudatettiin tutkimuseettisiä käytäntöjä alusta saakka.

Kehittämistyöhön tarkoituksena oli osallistaa perusterveydenhuollon hoitohenkilökuntaa yhteiskehittämiseen. Ennen kehittämistyön suunnitelman valmistumista opinnäytetyön tekijä otti yhteyttä Jyväskylän kaupunginsairaalan osastojen 5 ja 6 osastonhoitajiin ja kysyttiin mahdollisuutta rekrytoida osastojen hoitohenkilökuntaa yhteiskehittämisen työpajoihin. Keskustelua käytiin sähköpostitse, jossa opinnäytetyön tekijä kertoi kehittämistyön suunnitelmasta ja tarpeesta kehittää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä PEG-potilaiden hoidon sujuvuuden parantamiseksi ja kliinisen osaamisen vahvistamiseksi. Osastonhoitajat esittivät tarkentavia kysymyksiä, joihin opinnäytetyön tekijä vastasi mahdollisimman avoimesti. Osastonhoitajien hyväksyttyä yhteiskehittämisen prosessin ja työpajatyöskentelyn menetelmän, opinnäytetyön tekijä kävi vielä keskustelua palvelujohtajan kanssa kehittämistyöstä ja opinnäytetyön lupa-asioista. Palvelujohtaja hyväksyi kehittämistyön kohdentamisen kaupunginsairaalan vuodeosastoille. Työpajoihin

osallistujien rekrytointi tapahtui osastonhoitajien toimesta. Sekä osastonhoitajille, että osallistujille kerrottiin etukäteen, ettei osallistujien henkilötietoja käsitellä tai tuoda esiin missään opinnäytetyön vaiheessa.

Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja arviointimenetelmiä (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012, 6). Oli tärkeää, että opinnäytetyön tekijä kykeni selvittämään osallistujille kehittämistyön tarkoituksen, tavoitteet ja menetelmät riittävällä tasolla. Työpajoihin valitut menetelmät olivat yleisesti palvelumuotoilussa käytettyjä menetelmiä myös sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla. Kaikki osallistujat pyrittiin sitouttamaan yhteiskehittämiseen, jotta kehittämistä voitaisiin tehdä yhdessä ideoiden ja päätöksiä tehden. Päätöksiä ei voida ennalta tehdä vain jonkin osapuolen toimesta, vaan päätöksille pyrittiin saamaan kaikkien hyväksyntä. Osallistujille kerrottiin, että yhteiskehittämisen työpajoissa käytyjen keskustelujen ja annetun palautteen toivottiin olevan mahdollisimman avointa ja rehellistä ja kaiken palautteen olevan arvokasta, jotta voitiin kehittää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä ja tuottaa laadukasta video-ohjausmateriaalia juuri hoitohenkilökunnan tarpeita vastaaviksi.

Tutkimusetiikka edellyttää ennalta ratkaisemaan tutkimusaineistojen säilyttämiseen liittyvät tekijät. On varmistettava, että aineistot tallennetaan, käsitellään ja hävitetään oikealla tavalla ja aineistot eivät joudu väärin käsiin missään vaiheessa. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012, 6.) Tässä kehittämistyössä ei ollut varsinaista tutkimuksellista osuutta ja tutkimusaineistoa ei kerätty. Työpajojen aikana tuotettu materiaali tallennettiin, säilytettiin ja käsiteltiin tutkimuseettisesti oikein. Työpajoihin osallistujille kerrottiin etukäteen, kuinka heidän allekirjoittamansa suostumuslomakkeet sekä yhteiskehittämisen työpajojen aikana tuotettu materiaali tallennettiin, käsiteltiin ja hävitettiin. Opinnäytetyön tekijä otti työpajojen päätyttyä valokuvat materiaalista, loi kuville oman suojatun kansion tiedostoihin ja tallensi ne salasanalla suojattuun korkeakoulun tarjoamaan pilvipalveluun (jpg -muodossa). Osallistujilta saadut suostumuslomakkeet ja työpajoissa syntynyt materiaali oli ainoastaan kehittämistyön tekijän hallussa, mutta myös opinnäytetyön ohjaajan nähtävillä, jotta analyysivaiheessa oli mahdollista ohjata opinnäytetyön tekijää. Sekä suostumuslomakkeet että materiaali hävitettiin laittamalla ne sairaalan tietosuojaroskikseen ja valokuvat poistettiin heti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Kehittämistyön ja yhteiskehittämisen työpajojen aikana ei syntynyt sellaista materiaalia, jolla voisi olla missään yhteydessä vaikutusta osallistujien asemaan.

Työpajoista saatu materiaali ja osallistujien näkemykset pyrittiin analysoimaan huolellisesti, totuudenmukaisesti ja avoimesti hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Työpajojen aikana tuotettujen materiaalien yhteenvedot ja analysoinnit esiteltiin osallistujille toisessa ja kolmannessa työpajassa. Yhteenvedoista ja analysoinneista keskusteltiin yhdessä jokaisen osallistujan näkemys ja mielipide huomioiden. Analysointeja ja yhteenvetoja pidettiin oikeana ja vastasivat työpajojen aikana tuotettua materiaalia ja käytyjä keskusteluja.

9.2 Luotettavuus

Kehittämistyön luotettavuuden arviointi ja tarkastelu on haasteellista. Luotettavuutta tulee arvioida kehittämistyössä käytettyjen menetelmien avulla. Luotettavuustarkastelussa arvioidaan kehittämisprosessin vaiheet ja onko kaikki vaiheet tehty oikein. (Kananen 2015, 111.) Koko kehittämisprosessin jokaisessa vaiheessa on tehtävä arviointia ja on oltava avoin niin menetelmien valinnasta, asetetuista tavoitteista kuin mahdollisista muista eteen tulevista asioista, joilla voi olla merkitystä prosessin onnistumiselle. Tarvittavia korjausliikkeitä voidaan ja on toivottavaa tehdä koko prosessin ajan. (Palvelumuotoilun perusteet n.d..)

Opinnäytetyön aihe

Opinnäytetyön aihe nousi työelämälähtöisestä tarpeesta tuottaa PEG-potilaan hoitoon liittyvää ohjausmateriaalia ja kehittää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä PEG-potilaisiin liittyen. Aiheen valinta koettiin kaikkien osapuolten, niin opinnäytetyön tekijän, yhteiskehittämiseen rekrytoitujen kuin toimeksiantajan mielestä ajankohtaiseksi ja tarpeelliseksi aiheeksi. PEG-potilaan hoitokäytänteistä ei ole luotu kansallisia yhteneväisiä linjauksia, jonka vuoksi hoitokäytänteissä on ollut paljon epäselvyyksiä. Opinnäytetyön toivotaan jatkossa tuovan selkeyttä PEG-potilaan hoidon jatkuvuuteen ja sujuvuuteen sekä antaa viitettä jatkokehittämistä tarvitseviin aiheisiin PEG-potilaan hoitoon liittyen. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen yhteistyön kehittäminen ja perusterveydenhuollon osaamisen vahvistaminen tukee myös Sote-uudistuksen tavoitteita.

Palvelumuotoilu kehittämistyön menetelmänä

Palvelumuotoilu valikoitui kehittämistyön menetelmäksi sen käyttäjälähtöisen lähestymistavan vuoksi. Palvelumuotoilu oli ennestään opinnäytetyön tekijälle vieras ja tutustuminen itsenäisesti palvelumuotoiluun ja palvelumuotoiluprosessin hahmottamiseen oli jonkin verran työlästä. Palvelumuotoiluprosessin avautuessa opinnäytetyön tekijälle, palvelumuotoilu tarjosi menetelmänä juuri sen lähestymistavan, jolla opinnäytetyön tekijä koki saavansa parhaan mahdollisen tavan kehittää perusterveydenhuollon hoitotyöntekijöiden kanssa yhdessä toimintaa. Palvelumuotoilu sopii käytettäväksi sosiaali- ja terveysalan toiminnan kehittämiseen. Palvelumuotoilu sopii myös arvopohjaltaan sen tasa-arvoisen toiminnan ja yhteistyöhön vuoksi.

Tuulaniemen (2011) mukaan palvelumuotoilun laatu voidaan varmistaa toteuttamalla prosessi parhaalla mahdollisella osaamisella ja resursseilla (Tuulaniemi, 2011, 242). Palvelumuotoilussa on myös tärkeää jo prosessin alussa määritellä tavoitteet, joita kohti prosessissa edetään. Yhtenä kompastuskivenä kehittämisprosessille voi olla, että tavoitteet määritellään liian suuriksi tai tavoitteet ovat epärealistiset, jolloin tavoitteiden saavuttaminen on hankalaa prosessille määriteltyjen resurssien ja aikataulun puitteissa. Kehittämistyöprosessin alussa yhteiskehittämisen prosessin ja työpajojen tarkoitus ja tavoitteet määriteltiin tarkasti ja niihin palattiin aina uudestaan, jos työpajojen aikana meinattiin luisua pohtimaan asioita liian laajasti. Opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteista pidettiin kiinni ja aihe pysyi niille asetetuissa raameissa, vaikka kehittämisprosessin aikana kehittämisen tarpeita nousi useita. Kehittäminen on prosessi, joka jatkuu, vaikka opinnäytetyöprosessi päättyy. Jatkokehittämistarpeisiin pyritään osaltaan vastaamaan opinnäytetyön valmistuttua opinnäytetyön tekijän oman työn puolesta kirurgian poliklinikalla.

Osallisuus yhteiskehittämiseen

Palveluiden kehittämisessä palvelun käyttäjien osallistuminen ja vaikuttaminen palveluiden ideointiin, suunnitteluun, kehittämiseen, toteuttamiseen ja arviointiin mahdollistaa ketterän reagoinnin tarpeiden muutoksiin ja lisää prosessin läpinäkyvyyttä ja edistää toimijoiden välistä yhteisymmärrystä ja vuoropuhelua. Palvelun käyttäjien osallisuudella kehittämiseen on useita hyötyjä. Osallisuus lisää palvelun laatua ja kohdentamista, oikea-aikaisuutta, saatavuutta ja saavutettavuutta,

yhdenvertaisuutta, kustannustehokkuutta ja tyytyväisyyttä. (Asiakasosallisuus palvelujärjestelmässä 2018.) Tässä kehittämistyössä asiakasymmärrys oli keskeisessä roolissa ja asiakasymmärryksen syventämiseen panostettiin. Osallistamalla perusterveydenhuollon hoitotyöntekijöitä yhteistyön ja palvelun kehittämiseen ja heidän tarpeiden esille tuomiseen, huomioitiin palvelun käyttäjän oikeus tulla kuulluksi ja olla osallisia heihin kohdistuvan palvelun kehittämiseen ja vaikuttamiseen. Opinnäytetyöntekijällä oli työpajoissa kaksoisrooli. Opinnäytetyön tekijä toimi työpajoissa fasilitaattorina ja erikoissairaanhoidon ja Sairaala Novan kirurgian poliklinikan edustajana ja PEG-vastaavana. Kuten Stickdorn (2018, 392) on tuonut esiin kirjassaan, fasilitaattori voi toimia työpajoissa monella eri tasolla — prosessissa, ryhmässä ja yksilönä. Opinnäytetyön tekijä itse tai muut työpajoihin osallistuneet eivät kokeneet tästä monimuotoisesta roolista olleen haittaa, vaan päinvastoin se auttoi tuomaan erikoissairaanhoidon ja kirurgian poliklinikan näkökulmaa perusterveydenhuollon edustajien kokemusten ja näkemysten rinnalle, jolloin nimenomaan yhteiskehittäminen toteutui.

Työpajoihin osallistujia oli rekrytoitu kuusi hoitajaa, mutta kaikki eivät päässeet osallistumaan jokaiseen työpajaan. Tämä ei kuitenkaan haitannut prosessin ja yhteiskehittämisen etenemistä, sillä kaikki työpajoihin osallistuneet olivat erittäin aktiivisia ja osoittivat halua ja mielenkiintoa kehittää PEG-potilaan hoitoon liittyviä tekijöitä sujuvammaksi. Työpajoissa käsitellyt aiheet eivät olleet sidottu vain määrätyissä työpajoissa käsiteltäviksi, vaan kehittäminen kulki iteratiivisesti ja aiheisiin palattiin uudestaan, asioita tarkennettiin ja niistä keskusteltiin jatkuvasti jokaisessa työpajassa. Näin ei haitannut, vaikka jokin osallistuja ei ollut päässyt jokaiseen työpajaan.

Työpajat ja valitut menetelmät

Palvelumuotoilussa on tärkeää valita oikeanlaiset kuhunkin tilanteeseen ja vaiheeseen sopivat menetelmät. Jos menetelmät on valittu väärin, voi luottamus koko prosessin etenemiseen ja onnistumiseen horjua. Työpajojen pitäminen valikoitui yhteiskehittämisen kannalta tarkoituksenmukaisimmaksi tavaksi tuottaa tietoa ja yhteisymmärrystä kehittämisen kannalta. Tavoitteena oli luoda työpajoihin rento ja avoin ilmapiiri, jotta osallistujat saataisiin aktivoitua ja osallistumaan keskusteluun vapaasti ilman jännitteitä. Työpajojen ilmapiiri saatiin luotua alusta asti rennoksi ja puhe sujui luontevasti. Opinnäytetyön tekijä halusi ilmaista alusta saakka sen, että jokainen osallistuja ja nä-

kemys on tärkeä kehittämistyön kannalta. Työpajojen aikana jokainen sai äänensä kuuluviin, joista kuunneltiin ja mielipide ja näkemys otettiin huomioon. Työpajojen aikana tuotettu materiaali ja saatu tieto palveli ja palvelee myös tulevaisuudessa opinnäytetyön tekijää opinnäytetyön lisäksi myös opinnäytetyön tekijän omassa työssä kirurgian poliklinikan PEG-vastaavana toiminnan jatkokehittämisen kannalta.

Työpajoissa käytetyt menetelmät valikoituivat niiden soveltuvuuden vuoksi sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla. Osaamisympyrän ja SWOT-nelikenttäanalyysin täyttämiseen opinnäytetyön tekijä oli ennalta miettinyt tarvittaessa suuntaa antavaa pohjustusta, minkälaisia asioita osallistujat voisivat miettiä oman työyhteisönsä toiminnan näkökulmasta, mutta osaamisympyrän ja SWOT-nelikenttäanalyysin täyttäminen osoittautui yllättävän helpoksi osallistujien täyttää. Menetelmät olivat osallistujille entuudestaan tuttuja, joten menetelmien esittelyyn ei tarvinnut käyttää aikaa. Valitut menetelmät osoittautuivat oikeiksi, sillä osaamisympyrän avulla saatiin tietoa ja luotua ymmärrystä, minkälaista osaamista, tietoa ja taitoa sekä tarpeita perusterveydenhuollossa on PEG-potilaiden hoitoon liittyen. SWOT-nelikenttäanalyysin avulla osallistujat haastettiin pohtimaan heidän työyhteisönsä vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia PEG-potilaan hoitoon liittyen. Analyysin avulla saatiin luotua ymmärrystä, mitkä tekijät ovat vahvuuksia ja mitkä tekijät tarvitsevat vahvistusta tai muutosta.

10 Johtopäätökset

Sote-uudistuksen tavoitteena on varmistaa ja kehittää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteen toimivuutta, jolla pyritään turvaamaan kaikille tasavertaiset ja laadukkaat palvelut ja parantamaan palveluiden saatavuutta, oikea-aikaisuutta ja jatkuvuutta. Sote-uudistuksen tavoitteina on siirtää palveluiden tarjoamisen painopistettä yhä enemmän erikoissairaanhoidosta perustason palveluihin ja palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen palveluita sujuvoittamalla. Hallitusohjelma myös korostaa eri tahojen saumatonta yhteistyötä. Sote-uudistus ja kehittäminen takaa hoidon jatkuvuuden, palveluiden sujuvuuden ja kustannusten hallinnan. (Sote-uudistus 2021.)

Opinnäytetyö vastaa osaltaan edellä mainittuihin Sote-uudistuksen tavoitteisiin. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä ja sujuvoittaa PEG-potilaan hoidon jatkuvuutta, hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Tavoitteena oli

myös perusterveydenhuollon osaamisen vahvistaminen PEG-potilaan hoidon osalta. Opinnäytetyön tuotoksena syntynyt video-ohjausmateriaali PEG-letkun vaihtamisesta vahvistaa perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan osaamista. Osaamisen vahvistaminen parantaa PEG-potilaan saaman hoidon sujuvuutta ja laatua ja edistää potilasturvallisuutta. Opinnäytetyön tavoitteet katsottiin saavutetuiksi.

10.1 Tulosten hyödynnettävyys, levittäminen ja vaikuttavuus

Hyödynnettävyys

Yhteiskehittämisen työpajojen tuotoksena syntynyt yhteenvetoa PEG-potilaan hoidossa ja toiminnassa huomioitavista tekijöistä voidaan hyödyntää toiminnan jäsentämiseen ja kehittämiseen missä tahansa yksikössä, jossa hoidetaan PEG-potilaita. Yhteenvetoa voidaan myös pitää yleisenä mallina myös muiden potilasryhmien osalta, kuten esimerkiksi avanneleikatuilla potilailla. Yhteenvedon mallia voi hyödyntää ja soveltaa monen eri potilasryhmän kohdalla, joiden hoito siirtyy erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon ja joiden hoito vaatii perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan osaamisen vahvistamista, yhteistyön sujuvoittamista hoidon jatkuvuuden ja laadukkaan hoidon turvaamiseksi.

Levittäminen

Kehittämistyön tuotoksena syntynyt video-ohjausmateriaali PEG-letkun vaihtamisesta tallennettiin Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin (KSSHP) henkilöstön sisäiseen käyttöön tarkoitettuun Hoito- ja potilasohjearkistoon (Hopop), josta se julkaistiin Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin julkisille internet-sivuille, josta se on kaikkien katsottavissa. Video-ohjausmateriaalia voidaan jakaa internetin välityksellä koko Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin alueelle. Video-ohjausmateriaalia voidaan käyttää apuna ja tukena PEG-letkun vaihtamisessa. Videosta hyötyvät myös kaikki, jotka osallistuvat PEG-letkun vaihtamiseen, kuten letkuravitut potilaat itse, heidän omaisensa ja läheisensä, avoterveydenhuolto, kotisairaanhoito ja palvelutalot.

Tietoa yhteenvedosta voidaan jakaa sekä suullisesti että kirjallisesti toiminnassa huomioitavista tekijöistä PEG-potilaan hoitoon liittyen kirurgian poliklinikalta ja operatiiviselta osastolta PEG-

potilaan siirtyessä jatkohoitopaikkaan. Samoin voidaan jakaa myös informaatiota mahdollisuudesta katsoa ja hyödyntää videota bolusletkun ja PEG-napin vaihtamisen tukena.

Vaikuttavuus

Palvelumuotoilun mittaaminen on vaikeaa, sillä palvelumuotoilun tai kehittämisen kohteena olleen palvelun vaikutuksia ei voida mitata perinteisillä liiketoiminnan johtamisen mittareilla. Eri palveluiden mitattavuudessa on vaihteluita hyvin paljon. Palvelumuotoilun vaikuttavuutta voidaan arvioida suhteessa palveluprosessin parantumiseen ja saatuun hyötyyn nähden. Palvelun varsinaisen vaikuttavuuden näkee vasta myöhemmin, kun palvelua on käytetty jo jonkin aikaa. (Tuulaniemi 2011, 242.)

Tämän kehittämistyön vaikuttavuus erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen yhteistyön parantumiseen, PEG-potilaan hoidon jatkuvuuteen, saumattomuuteen ja sujuvuuteen ja PEG-potilaan hoitoon osallistuvien yksiköiden toiminnan jäsentymiseen ja kehittymiseen nähdään vasta myöhemmin.

10.2 Jatkokehittämisehdotukset

Työpajoissa osallistujilta nousi useita jatkokehittämisehdotuksia PEG-potilaan hoitoon liittyen. Osallistujat toivat työpajoissa esiin tarpeen saada tietoa PEG-letkun juuren iho-ongelmissa. Jatkokehittämisehdotukseksi nousi kirjallisen tai sähköisessä muodossa olevan materiaalin tuottaminen PEG-letkun juuren iho-ongelmista. Kehittämisehdotukseksi nousi myös koulutusten suunnittelu ja järjestäminen PEG-potilaan hoitoon liittyen. Toivottiin niin suppeampia koulutuksia tai osastotunteja PEG-potilaan hoitoon liittyen kuin myös laajempia moniammatillisia koulutuksia, joihin osallistuisi kirurgian poliklinikan ja operatiivisen vuodeosaston edustajat ja ravitsemusterapeutti.

Yhteenveto

Arvioinnin yhteenvetona voitiin todeta kehittämisprosessin olleen tarpeellinen PEG-potilaan hoidon jatkuvuuden sujuvoittamiseksi ja erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyön

kehittämiseksi. Kehittäminen koettiin tarpeelliseksi, jotta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliseen yhteistyöhön kiinnitettäisiin enemmän huomiota ja sitä pyrittäisiin kehittämään työyksiköissä niin PEG-potilaiden osalta kuin myös muiden potilasryhmien osalta.

Opinnäytetyön tekeminen on usein aikaa vievä ja pitkä prosessi ja tämäkin kehittämistyö vaati aikaa reilun vuoden verran. Jotta kehittämistyö olisi luotettava ja uskottava, vaatii prosessi oman aikansa. Opinnäytetyön tekijän oma kiinnostus niin työelämän kuin PEG-potilaisiin liittyvien hoitokäytäntöjen ja hoidon sujuvuuden kehittämiseen saivat opinnäytetyössä muodon toteutua. Opinnäytetyön tekijä oli jo pitkään työelämässä pohtinut tarvetta ja keinoja kehittää PEG-potilaiden hoitokäytänteitä, joten opinnäytetyön aihe oli luonteva valinta. Opinnäytetyön tekijänä haluan myös lämpimästi kiittää yhteiskehittämiseen osallistuneita hoitajia, jotka osallistuivat kehittämiseen aktiivisesti ja sitoutuen. Kaikilla oli yhteinen päämäärä parantaa PEG-potilaan hoidon sujuvuutta ja kehittää toimintaa, ja ilman vapaaehtoisesti osallistuvia työntekijöitä kehittämistyötä ei olisi ollut mahdollista toteuttaa niin, että jokaisen osapuolen toiveet ja tarpeet olisi tullut huomioituksi ja kuulluksi.

Lähteet

A 6.4.2011/341. Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa asetuksessa laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavassa suunnitelmassa. Viitattu 25.11.2021.

<https://www.finlex.fi/>, ajantasainen lainsäädäntö.

Ahonen, T. 2017. Palvelumuotoilu sotessa. 2. painos. Nummela: Painokiila Oy.

Ahtola, H, Pohju, A. & Saarnio, J. 2014. Enteraalisen ravitsemuksen aiheet ja toteuttaminen. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim, 130, 21, 2239—44. Viitattu 21.11.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo11943>.

Akhul, A., Kus, G., Mustafaoglu, R. & Karaborklu, A. 2018. Is Video-Based Education an Effective Method in Surgical Education? A systematic Review. Journal of Surgical Education, 75, 5, 1150—1158. Viitattu 2.12.2021. <https://janet.finna.fi/>, Google Scholar.

Altman, M., Huang, T. & Breland, J. 2018. Design Thinking in Health Care. Preventing Chronic Disease, 15, E117. Viitattu 4.4.2022. <https://janet.finna.fi/>, Pubmed.

Asiakasosallisuus palvelujärjestelmässä. 2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 5.5.2022. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137297/TT_Asiakasosallisuus_26112018_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Business Model Canvas. N.d. Innokylä. Työkalut. Viitattu 24.4.2022. <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/business-model-canvas>.

Ensimmäiset ehdotukset kliinisen hoitotyön erikoisaloista ovat valmistuneet. 2021. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaistu 27.12.2021. Viitattu 6.1.2022. <https://stm.fi/-/ensimmaiset-ehdotukset-kliinisen-hoitotyon-erikoisaloista-ovat-valmistuneet>.

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto, Suomen sairaanhoidajaliitto ry ja kirjoittajat. Porvoo: Bookwell Oy. Viitattu 22.11.2021. <https://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>.

Global patient safety action plan 2021—2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. 2021. World Health Organization. Geneva. Viitattu 23.11.2021. <file:///C:/Users/terhi/Downloads/9789240032705-eng.pdf>.

Gunawan, J., Aunguroch, Y., Fisher, M., Marzilli, C. & Liu Y. 2020. Factors Related to the Clinical Competence of Registered Nurses: Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Nursing Scholarship, 52, 6, 623—633. Viitattu 9.1.2022. <https://janet.finna.fi/>, ProQuest Central.

Halvorsrud, K., Kucharska, J., Adlington, K., Rudell, K., Hajdukova, E., Nazroo, J., Haarmans, M., Rhodes, J. & Bhui, K. 2021. Identifying evidence of effectiveness in the co-creation of research: a

systematic review and meta-analysis of the international healthcare literature. Journal of Public Health, 43, 1, 197–208. Viitattu 3.12.2021. <https://janet.finna.fi/>, Pubmed.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hoitotyön tutkimussäätiö 2021. Aihe-ehdotukset. Viitattu 24.10.2021. <https://www.hotus.fi/aihe-ehdotukset/>.

Holvi. N.d. Miten teen SWOT-analyysin? Viitattu 25.4.2022. <https://www.holvi.com/fi/holvipe-dia/swot-analyysi/>.

Hyppänen, T.-M. 2020. Nelikenttäanalyysi. Suomen Mentorit. Viitattu 20.4.2022. https://www.sttk.fi/wp-content/uploads/sites/2/2020/11/mentorointiohjelma_2020-2021_nelikenttaanalyysi.pdf.

Hyvä tieteellinen käytäntö. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 24.10.2021. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Ikonen, T. & Welling, M. 2020. Parempaa potilasturvallisuutta. Katsausartikkeli. Lääkärilehti, 75, 20, 1211–1219. Julkaistu 15.5.2020. Viitattu 23.11.2021. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/parempaa-potilasturvallisuutta/?pub-lic=5eb6def3c3467941558e15533d0d3fe9>.

Kananen, J. 2015. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas - Miten kirjoitan kehittämistutkimuksen vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kansallinen seuranta perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuudesta on alkamassa. 2021. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaistu 3.5.2021. Viitattu 4.4.2022. <https://soteuudistus.fi/-/kansallinen-seuranta-perusterveydenhuollon-hoidon-jatkuvuudesta-on-alkamassa->.

Kirurgian poliklinikka. 2021. Keski-Suomen Sairaala Nova verkkosivut. Viitattu 12.9.2021. [https://www.ksshp.fi/fi-FI/Yhteystiedot/Poliklinikat/Kirurgian_poliklinikka\(34935\)](https://www.ksshp.fi/fi-FI/Yhteystiedot/Poliklinikat/Kirurgian_poliklinikka(34935)).

KSSHHP strategia 2021. Keski-Suomen Sairaala Novan verkkosivut. Julkaistu 1.3.2021. Päivitetty 29.6.2021. Viitattu 14.9.2021. <https://www.sairaanhoitopiiri.fi/fi-FI/Sairaanhoidopiiri/Strategia>.

Kuokkanen, A. 2019. Kuinka tehdä vaikuttavia opetusvideoita? Mediamasteri. Julkaistu 30.10.2019. Viitattu 23.10.2021. <https://www.mediamasteri.com/blog/kuinka-tehda-vaikuttavia-opetusvideoita>.

Kuusisto, A. 2018. Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen sähköisen hoitotyön yhteenvedon avulla. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 9.1.2022. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2707-1>.

KUVA-mittaristo. 2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 11.8.2021. Viitattu 4.4.2022. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/sote-arviointi-ja-tietopohja/tietopohja/kuva-mittaristo>.

L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 20.11.2022. <https://www.finlex.fi/>, ajantasainen lainsäädäntö.

L 559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Viitattu 20.11.2021. <https://www.finlex.fi/>, ajantasainen lainsäädäntö.

L 1326/2010. Terveydenhuoltolaki. Viitattu 20.11.2021. <https://www.finlex.fi/>, ajantasainen lainsäädäntö.

Lee, S., Scott, L., Dahinten, S., Vincent, C., Lopez, K. & Park, C. 2017. Safety Culture, Patient safety, and Quality of Care Outcomes: A Literature Review. Western Journal of Nursing Research, 41, 2, 279—304. Viitattu 22.11.2021. <https://janet.finna.fi/>, SAGE journals.

Lehtonen, S. 2019. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön ongelmia. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 20.11.2021. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/105800/1558336873.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen edellytykset. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto. Viitattu 11.11.2021. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>.

Maula, H. & Maula, J. 2019. Design ja johtaminen. Helsinki: Alma Talent.

Minuuttikierros. N.d. Innokylä. Työkalut. Viitattu 26.4.2022. <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/minuuttikierros>.

Molander, P. & Udd, M. 2018. Perkutaaniseen endoskooppiseen gastrostomiaan tarvitaan paikallisia hoitopolkuja. Katsaus. Lääkärilehti, 73, 20, 1211—1219. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/304129/SLL222018_1424.pdf?sequence=1.

Nelikenttäanalyysi – SWOT. N.d. PK-RH-riskienhallinta. Suomen riskienhallintayhdistys. Viitattu 20.4.2022. <https://pk-rh.fi/tools/swot.html>.

Oikeudenmukainen, yhdenvertainen ja mukaan ottava Suomi. Suomi on entistä tasa-arvoisempi ja yhdenvertaisempi maa, jossa luottamus lisääntyy ja jokainen ihminen on arvokas. N.d. Valtioneuvosto. Viitattu 3.4.2022. <https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma/oikeudenmukainen-yhdenvertainen-ja-mukaan-ottava-suomi>.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Osaamispörä -työkalu. 2010. Diversa Consulting. Viitattu 15.4.2022. <https://blogs.helsinki.fi/mo-niverkko/files/2009/02/Ty%C3%B6kalu-Osaamisp%C3%B6r%C3%A4-Ty%C3%B6kalu-19-10-10.pdf>.

Palvelujen tuottaminen. 2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 5.5.2022. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen>.

Palvelumuotoilu. 2021. SOSTE 2021. Järjestöopas. Viitattu 26.9.2021. <https://www.soste.fi/jarjestoipas/palvelumuotoilu/>.

Palvelumuotoilun perusteet. N.d. eOppiva -verkkosivut. Viitattu 16.1.2022. <https://www.eoppiva.fi/koulutukset/palvelumuotoilun-perusteet/>.

Patient Safety: Making health care safer. 2017. World Health Organization. Geneva. Julkaistu marraskuun 2017. Viitattu 23.11.2021. <file:///C:/Users/terhi/Downloads/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf>.

Pih, G., Na, H., Ahn, J., Jung, K., Kim, D., Lee, J., Choi, K., Song, H., Lee, G. & Jung, H-Y. 2018. Risk factors for complications and mortality of percutaneous endoscopic gastrostomy insertion. BMC Gastroenterology, 18, 101. Viitattu 6.11.2021. <https://janet.finna.fi/>, Pubmed.

Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017—2021. Toimeenpanosuunnitelma. 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:1. Helsinki. Viitattu 23.11.2021. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162019/STM_2020_1_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Rahnemai-Azar, A., Rahnemaiazar, A., Naghshizadian, R., Kurtz, A. & Farkas, D. 2014. Percutaneous endoscopic gastrostomy: Indications, technique, Compilications and management. World Journal of Gastroenterology, 20, 24, 7739–7751. Viitattu 2.10.2021. <https://janet.finna.fi/>, Pubmed.

Rise Fry, K. 2016. Why Hospitals Need Service Design: Challenges and methods for successful implementation of change in hospitals. Viitattu 5.4.2022. <https://janet.finna.fi/>, Google Scholar.

Saarijärvi, H. & Puustinen, P. 2020. Strategiana asiakaskokemus. Jyväskylä: Docendo Oy.

Saarin-Kauppinen, A. & Puusniekka, A, 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskunnallinen tietovarasto. Viitattu 23.4.2022. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/viittausohje.html>.

Simons, S.& Remington R. 2013. The Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Tube: A Nurse`s Guide to PEG Tubes. MEDSURG Nursing, 22, 2, 82. Viitattu 21.11.2021. <https://janet.finna.fi/>, CINAHL Plus with full text (EBSCO).

Sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenneuudistus. N.d. Valtioneuvosto. Viitattu 3.4.2022. <https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma/sosiaali-ja-terveyspalveluiden-rakenneuudistus>.

Sote-uudistus. 2021. Valtioneuvosto. Viitattu 3.4.2022. <https://soteuudistus.fi/mika-sote-uudistus->

Stickdorn, M., Hormess, M., Lawrence, A. & Schneider, J. 2018. This Is Service Design Doing. Sebastopol: O`Reilly Media Inc.

Storey, C. & Larbig, C. 2017. Absorbing Customer Knowledge: How Customer Involvement Enables Service Design Success. Journal of Service Research, 21, 1, 101–118. Viitattu 3.12.2021. <https://janet.finna.fi/>, SAGE journals.

Suksamanapun, N., Mauritz, F., Franken, J., van der Zee, D. & Herwaarden-Lindeboom, M. 2017. Laparoscopic versus percutaneous endoscopic gastrostomy placement in children: Results of a systematic review and meta-analysis. *Journal of Minimal Access Surgery*, 13, 2, 81–88. Viitattu 3.12.2021. <https://janet.finna.fi/>, Pubmed.

Suomi terveydenhuollon digitalisaation eturintamassa. 2020. Tiedote 5.10.2020. Suomen Telelääketieteen ja e-Health seura. Viitattu 20.9.2021. <https://www.telemedicine.fi/fi/uutiset/tiedote-suomi-terveydenhuollon-digitalisaation-eturintamassa>.

Suusyöpä. 2019. Käypä hoito -suositus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 22.5.2019. Viitattu 7.11.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi07025>.

SWOT Analysis: Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats. N.d. Viitattu 20.4.2022. <https://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/assessment/assessing-community-needs-and-resources/swot-analysis/main>.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy — Juvenes Print.

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma. 2020. Sote- uudistus. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022: Ohjelma ja hankeopas, STM:n julkaisu 2020:3. Viitattu 3.4.2022. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162004/STM_2020_3_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Tuulaniemi, J. 2011. Palvelumuotoilu. Hämeenlinna: Talentum Media Oy.

What is the framework for innovation? Design Council's evolved Double Diamond. 2019. Design Council. Viitattu 20.4.2022. <https://www.designcouncil.org.uk/news-opinion/what-framework-innovation-design-councils-evolved-double-diamond>.

Wolf, P., Manero, J., Berding, K., Chojnacki, M., Kaczmarek, J., Kiguori, C. & Arthur, A. 2019. Educational video intervention improves knowledge and self-efficacy in identifying malnutrition among healthcare providers in a cancer center: a pilot study. *Supportive Care in Cancer*, 28, 2, 683–689. Viitattu 2.12.2021. <https://janet.finna.fi/>, ProQuest Central.

Yhteiskehittäminen. N.d. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 7.4.2022. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/sosku/sosiaalisen-kuntoutuksen-opas/yhteiskehittaminen>.

Liitteet

Liite 1. Tiedote

TIEDOTE

Arvoisa kollega

Opiskelen Jyväskylän ammattikorkeakoulussa (kliininen asiantuntija sairaanhoitaja, YAMK) ja opiskeluuni liittyy opinnäytetyö. Opinnäytetyöni on kehittämistyö, jonka tarkoituksena on yhteiskehittämisen keinoin suunnitella video-ohjausmateriaali PEG-letkun vaihtamisesta perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan käyttöön. Kehittämistyön tavoitteena on perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan kliinisen osaamisen vahvistaminen PEG-letkun vaihtamisessa, potilasturvallisuuden ja hoidon laadun edistäminen PEG-letkun vaihtamisessa ja letkuravitus potilaan hoidon jatkuvuuden ja sujuvuuden parantaminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä kehittämällä.

Video-ohjausmateriaali on tarkoitus tallentaa Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin (KSSHP) henkilöstön sisäiseen käyttöön tarkoitettuun arkistoon Hoito- ja potilasohjeisiin, josta se julkaistaan Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin julkisille internetsivuille, josta se on kaikkien katsottavissa.

Toivon, että Sinulla olisi mahdollisuus osallistua yhteiskehittämiseen. Osallistujia yhteiskehittämiseen toivotaan osallistuvan kolme (3) kaupunginsairaalan osastolta 5 ja kolme (3) osastolta 6. Yhteiskehittäminen tapahtuu kolmessa erillisessä työpajassa, jotka on tarkoitus toteuttaa talven ja kevään aikana 2022. Yhteiskehittämisessä kaikki kehittämisen osapuolet voivat osallistua ja vaikuttaa palvelun kehittämiseen, ideointiin ja suunnitteluun. Työpajojen aikana määritellään tarpeet ja toiveet letkuravitus potilaan hoitoon liittyvään ohjausmateriaaliin sekä arvioidaan yhteiskehittämisen tuotoksena syntyneitä video-ohjausmateriaaleja. Varsinainen videon tekeminen tapahtuu kehittämistyön tekijän toimesta. Työpajoissa saadun palautteen perusteella kehittämistyöntekijän on tarkoitus tehdä mahdolliset parannukset ja muutokset video-ohjausmateriaaliin ennen sen julkaisemista internet sivuilla. Työpajojen tavoitteena on myös nostaa esille mahdollisia muita tarpeita ja toiveita letkuravitus potilaan hoitoon liittyen, joita voidaan jatkossa kehittää. Työpajojen aikana käytetään erilaisia menetelmiä, joissa jokainen osallistuja tuottaa paperille tietoa mm. tarpeista ja toiveista ohjausvideon sisältöön ja letkuravitus potilaan hoitoon ja hoidon osaamiseen liittyen. Työpajojen aikana tuotettu aineisto on työpajojen jälkeen ainoastaan kehittämistyön tekijän käytössä, mutta on myös opinnäytetyön ohjaajan nähtävillä. Kehittämistyöntekijä ottaa valokuvat aineistosta ja luo kuville oman suojatun kansion tiedostoihin. Aineisto hävitetään laittamalla aineisto sairaalan tietosuojaroskikseen ja valokuvat poistetaan kehittämistyön valmistuttua.

Osallistumisesi ja antamasi tieto ja arviointi on arvokasta, jotta voimme kehittää letkuravitus potilaan hoitoon liittyvää ohjausmateriaalia hoitohenkilökunnan käyttöön ja tarpeita vastaaviksi. Osallistuminen yhteiskehittämiseen on vapaaehtoista. Osallistujista ei kerätä missään vaiheessa henkilötietoja tai muita tietoja.

Kiitos osallistumisestasi!

Terhi Peltosaari, sairaanhoitaja AMK

Jyväskylän ammattikorkeakoulu,

Opinnäytetyötäni ohjaavat:

Hanna Hopia

Yliopettaja, TtT ja dosentti

Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Heli Karhinen

Kliininen asiantuntija, YAMK

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Liite 2. Suostumuslomake

SUOSTUMUS OSALLISTUA YHTEISKEHITTÄMISEN TYÖPAJOIHIN

PEG-letkun vaihtaminen, video-ohjausmateriaali hoitohenkilökunnalle

Minua on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun opinnäytetyöhön, jonka tarkoituksena on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteiskehittämisen tuotoksena tuottaa video-ohjausmateriaalia PEG- letkun vaihtamisesta perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan käyttöön. Opinnäytetyön tavoitteena on perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan kliinisen osaamisen vahvistaminen PEG- letkun vaihtamisessa, potilasturvallisuuden edistäminen PEG- letkun vaihtamisessa ja PEG- potilaan hoidon laadun ja sujuvuuden parantaminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä kehittämällä.

Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani kirjallisen tiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen opinnäytetyöstä, yhteiskehittämisestä ja palvelutuokioista. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin opinnäytetyötä koskeviin kysymyksiini.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista. Olen selvillä siitä, että voin keskeyttää osallistumiseni koska tahansa syytä ilmoittamatta. Tiedän, että antamani tietoja käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta sivullisille. Olen tietoinen siitä, että jos keskeytän tutkimuksen, siihen mennessä antamani tiedot hävitetään välittömästi.

Allekirjoituksella vahvistan osallistumiseni tähän opinnäytetyöhön ja suostun vapaaehtoisesti yhteiskehittämiseen ja osallistumaan palvelutuokioihin.

Osallistujan nimi

Päivämäärä

Allekirjoitus

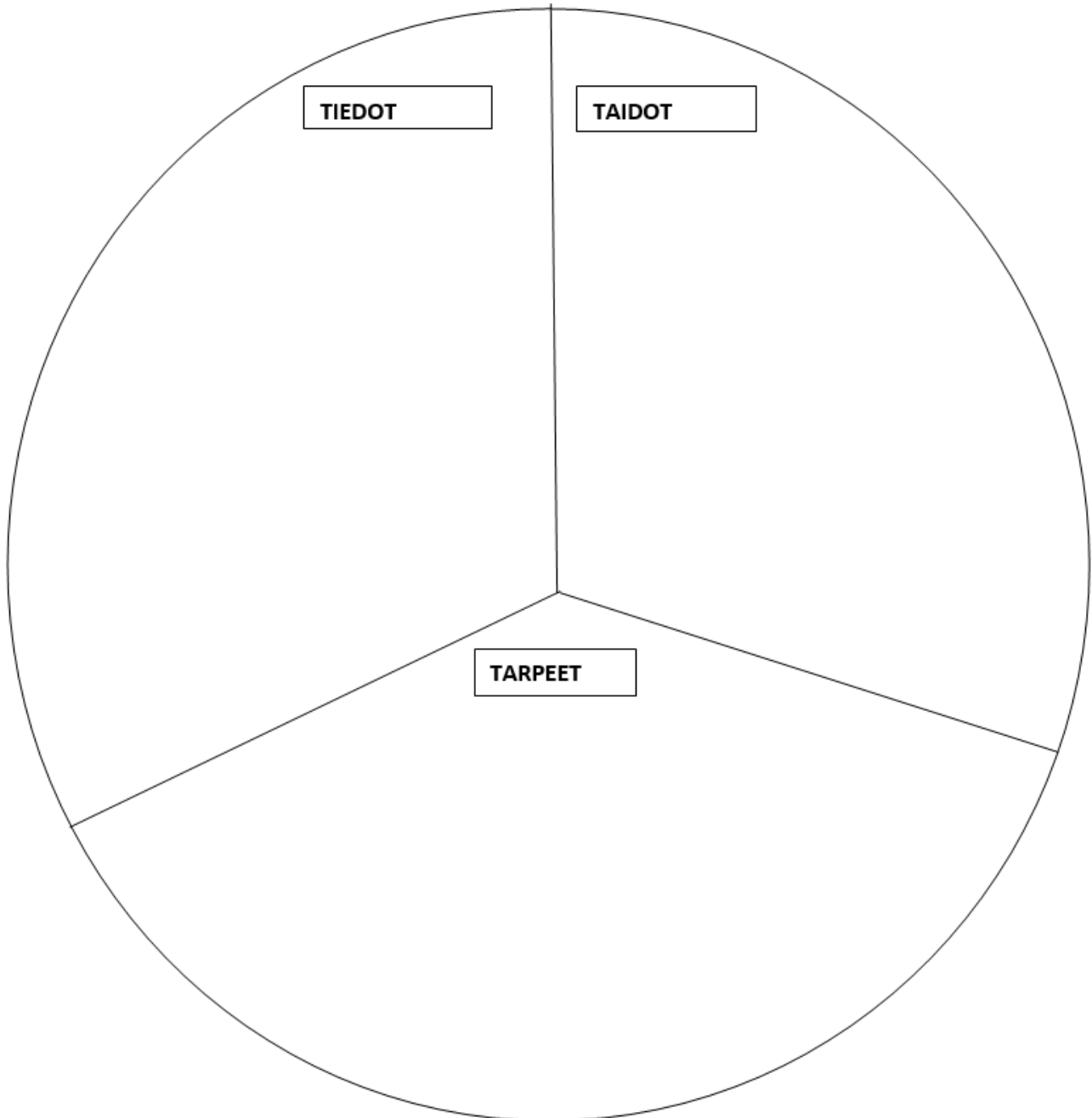
Suostumus vastaanotettu

Opinnäytetyön tekijän nimi

Päivämäärä

Allekirjoitus

(Suostumuksen vastaanottaja)

Liite 3. Osaamisympyrä

Liite 4. SWOT-nelikenttöanalyysi

SWOT – NELIKENTTÖANALYYSI (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats)

VAHVUUDET – SISÄISET	HEIKKOUEDET – SISÄISET
MAHDOLLISUUDET – ULKOISET	UHAT – ULKOISET

Liite 5. Bolusletkun ja PEG-napin vaihto – ohjausvideo