

Palliativiset potilaat ja ennakoivat hoitosuunnitelmat erikoissairaanhoidon päivystyksessä

Minna Vataja¹, Anne Kuusisto^{2,3}

¹ Helsingin kaupunki, Helsinki; ² Satakunnan hyvinvointialue, Pori; ³ Turun yliopisto, Turku

Minna Vataja, osastonhoitaja, TtM, Helsingin kaupunki, 00099 Helsingin kaupunki. Sähköposti: minna.vataja@hel.fi

Tiivistelmä

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa palliativisen hoidon piirissä olevista potilaista ja ennakoivista hoitosuunnitelmista. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä ymmärrystä rekisteritietojen hyödyntämisestä erikoissairaanhoidon päivystyskäyntien ja ennakoivien hoitosuunnitelmien seurannassa. Tutkimus toteutettiin rekisteridataan perustuvana poikittaistutkimuksena yhden suomalaisen hyvinvointialueen erikoissairaanhoidon päivystyksessä poimimalla retrospektiivisesti data hyvinvointialueen rekisteristä ajanjaksolta 01/2018–08/2023. Aineisto sisälsi potilasmäärän, diagnoosit, päivystykseen tulotavan, ICPC2-luokituksen mukaisen käyntisyyn, sekä ennakoivat palliativisen hoidon hoitosuunnitelmat, jotka oli kirjattu järjestelmään toimenpidekoodi WPA10 avulla. Aineisto analysoitiin kuvailevalla analyysimenetelmällä.

01/2018–08/2023 välisenä aikana yhteensä 178 619 potilasta kävi erikoissairaanhoidon päivystyksessä ja käyntejä kirjattiin yhteensä 292 093. Tutkimusjakson aikana 161 palliativista potilasta kävi päivystyksessä yhteensä 177 kertaa. Näiden potilaiden mediaani-ikä oli 75 vuotta. Yli puolet palliativisista potilaista saapui päivystykseen ambulanssilla. Palliativisten potilaiden yleisimmät päädiagnoosit olivat kasvaimiin liittyvät (C-diagnoosit) ja verenkiertoelimestön sairaudet (I-diagnoosit). Yleisimpiä päivystyskäynnin syitä palliativisilla potilailla olivat yleinen heikkous (A04) ja hengenahdistus (R02). Ennakoivan palliativisen hoidon hoitosuunnitelman (WPA10) osalta 180 henkilöllä oli sekä Z51.5-diagnoosi että ennakoiva hoitosuunnitelma kirjattu missä tahansa hyvinvointialueen yksikössä. Näistä henkilöistä noin joka viides vieraili tarkastelujakson aikana päivystyksessä.

Tämä tutkimus korostaa ennakoivan hoitosuunnitelman dokumentoinnin tärkeyttä, sillä huolellisella ja yhtenäisellä dokumentoinnilla voidaan vähentää tarpeettomia päivystyskäyntejä ja parantaa hoitoa. Vaikka dokumentoitujen ennakoivien hoitosuunnitelmien määrä on kasvanut, monet palliativiset potilaat käyvät edelleen päivystyksessä. Tämä osoittaa tarpeen kehittää tehokkaita palliativisen hoidon strategioita. Ennakoivien hoitosuunnitelmien järjestelmällinen dokumentointi toimenpidekoodin avulla on keskeinen palliativisten potilaiden hoidon hallinnassa ja päivystyspalveluiden tarpeen vähentämisessä. Tämä tutkimus korostaa kehitystyön tarvetta ennakoivien hoitosuunnitelmien toteuttamiseksi kliinisessä käytännössä.

Published under a CC BY 4.0 license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Avainsanat: palliatiivinen hoito, hoitosuunnitelmat, luokitus, kirjaaminen, erikoissairaanhoido, rekisterit

Abstract

The purpose of this study is to generate new information about patients in palliative care and ACPs. The aim of this study is to increase understanding of the use of registry data in monitoring specialized health care emergency visits and ACP. A data-based cross-sectional descriptive study design study was conducted in a Finnish well-being region in emergency department. Data were retrospectively collected from the region's reporting system between 01/2018-08/2023. The data included patient demographics, diagnoses coded under ICD-10 Z51.5 (palliative care), modes of arrival at the ED, reasons for visits, and the existence of ACPs using the procedure code WPA10. Data was analyzed using descriptive analysis method.

Between 01/2018-08/2023, a total of 178,619 patients visited the specialized emergency services in the health region, with 292,093 visits recorded. During the study period, 161 palliative patients visited the ED 177 times. The median age of these patients was 75 years. Over half of the patients arrived by ambulance. The most common primary diagnoses for palliative patients were cancer-related (C-diagnoses), and circulatory system diseases (I-diagnoses). The most common reasons for emergency visits among palliative patients included general weakness (A04) and shortness of breath (R02), with 103 visits lacking a recorded reason. Regarding advanced care planning (WPA10 code), 180 individuals had both a Z51.5 diagnosis and an advanced care plan during the study period. Of these, approximately 21% visited the emergency department.

This study emphasizes the importance of timely ACP documentation to potentially reduce unnecessary ED visits and improve patient-centered care. Despite an increase in documented ACPs, many palliative patients still visited the ED, indicating a need for further development in implementing effective palliative care strategies. Future research should focus on the long-term effects of ACP documentation on patient outcomes and ED utilization. The systematic documentation and utilization of ACPs are crucial in managing palliative patients' care and reducing their reliance on emergency services. This study underscores the need for continued efforts to enhance the implementation of ACPs in clinical practice.

Keywords: palliative care, advanced care planning, classification, medical records, emergency room visits, registries

Johdanto

Väestö ikääntyy ja elämän loppuvaiheeseen painotuvien kroonisten sairauksien lisääntymisen myötä palliatiivisen hoidon tarve kasvaa. Palliatiivinen hoito on määritelty ihmisoikeudeksi, ja sen tavoitteena on tarjota mahdollisimman hyvä elämänlaatu potilaalle ja hänen läheisilleen [1]. Suomessa laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää, että

potilaalle tulee tarjota laadukasta hoitoa ja hoidon suunnittelua, ja että hänellä on oikeus tulla kuul-
luksi hoitoonsa liittyvissä seikoissa [2]. Palliatiivisen hoidon tarkoituksena on ehkäistä ja lievittää kipua ja kärsimystä tunnistamalla ja arvioimalla kivun lisäksi muita fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia ongelmia [1]. Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan palliatiivinen hoito tavoittaa maailmanlaajuisesti

vain joka kymmenennen sitä tarvitsevan potilaan [3].

Suomessa sosiaali- ja terveysministeriön (STM) toimenpidesuosituksissa todetaan, että palliatiivinen hoito on pystyttävä toteuttamaan terveydenhuollon eri tasoilla ja sosiaalihuollon yksiköissä. Lisäksi kaikille palliatiivisen hoidon piirissä oleville potilaille (jatkossa palliatiivinen potilas) tulee laatia elämän loppuvaiheen ennakoihoitossuunnitelma, jota päivitetään säännöllisesti. Ilman sitä elämän loppuvaiheessa olevat kroonisia sairauksia sairastavat potilaat ohjautuvat akuuttihoitotilanteessa herkästi esimerkiksi päivystys- tai ensihoitopalveluiden piiriin [4].

Ennakoihoitossuunnitelma tulisi tehdä hyvissä ajoin ja sitä tarkennetaan tarvittaessa [5,6]. Ennakoihoitossuunnitelma laaditaan hoitoneuvottelussa potilaan, häntä hoitavien ammattilaisten ja potilaan läheisten kesken. Keskustelun pohjalta pyritään konkreettiseen hoitossuunnitelmaan, jossa ennakoidaan potilaan kivun ja oireiden hoito, sekä psyykkiset, sosiaaliset ja henkiset tarpeet. Suunnitelmassa määritellään, toteutetaanko hoito kotona vai palveluasumisessa tai mille tukiosastolle potilas voi tarvittaessa siirtyä. Lisäksi tulee miettiä, miten toimitaan, mikäli pahenemisvaihe ei väisty hoidosta huolimatta [7]. Ennakoihoitossuunnitelman käyttö liittyy muun muassa tukipalveluiden käytön lisääntymiseen, ja potilaan sekä hänen perheensä stressin vähenemiseen [8]. Vaikka ennakoihoitossuunnitelma tulisi laatia jo sairauden varhaisessa vaiheessa [9], se laaditaan useimmiten vasta sairauden loppuvaiheessa, jos lainkaan [10,11].

Tutkimusten mukaan elämän loppuvaiheessa tulisi välttää sairaalasiirtoja [12] ja osa palliatiivisten potilaiden päivystyskäynneistä voisi olla estettävissä tehokkaammalla hoidon suunnittelulla ja ennakoinnilla. [13,14] Monet ikääntyneet hakeutuvat erikoissairaanhoidon päivystykseen elämän viimeisinä

hetkinä ilman ennakoihoitossuunnitelmaa, vaikka elämän loppuvaiheen raskailla hoidoilla on havaittu olevan vain vähän vaikutusta kipuun tai kärsimykseen [15,16]. Lisäksi potilaiden siirtäminen päivystykseen elämän loppuvaiheessa ei välttämättä ole eettisesti kestävä ratkaisu. [17] Palliatiivisten potilaiden kokemukset erikoissairaanhoidon päivystykseen heikossa voinnissa hakeutumisesta ovat yleensä huonoja [18], eikä hoito tällöin välttämättä vastaa potilaan ja hänen läheistensä toiveita ja odotuksia [15].

Terveydenhuollon ammattilaiset pitävät ennakoihoitossuunnitelman laatimista keskeisenä tekijänä vähentämään erikoissairaanhoidon päivystyksen kuormitusta [19], ja sen on havaittu olevan yksi tärkeimmistä moniammatillisen osaamisen alueista [20]. Päivystyksen palveluiden epätarkoituksenmukaista käyttöä elämän loppuvaiheessa näyttäisi olevan mahdollista vähentää tehokkaalla ja saavutettavalla perusterveydenhuollolla [21], sekä kiinnittämällä huomiota palveluiden suunnitteluun ja tuottamiseen. Lisäksi oikea-aikaisempaan ja tehokkaampaan kivunhoitoon [13,16,22,23] tai esimerkiksi hengitysvaikeuksista aiheutuvien oireiden hallintaan [24] tulisi panostaa entistä tehokkaammin. Vaikka hyvin vähäisillä investoinneilla olisi mahdollista saavuttaa tehokkaampaa resurssien käyttöä, sekä parantaa elämän loppuvaiheen hoidon laatua, on organisaatioilla edelleen vaikeuksia panna täytäntöön vaikuttavia keinoja ennakoihoitossuunnitelman tehokkaaseen käyttöönottoon [8,25].

Ennakoihoitossuunnitelman loppuvaiheen hoito on mahdollista kirjata rakenteisesti potilastietojärjestelmään THL- Toimenpideluokituksen toimenpidekoodilla WPA10. "Elämän loppuvaiheen ennakoihoitossuunnitelma, joka tehdään potilaan sairauden varhaisessa vaiheessa tulevia hoitotarpeita varten. Suunnitelmaa varten tehdään laaja

kokonaisvaltainen selvitys potilaan palliatiivisen hoidon tarpeesta ja toiveista. Selvityksessä käydään läpi mm. nykyisen hoitolinjan sisältö ja potilaan ymmärrys hoitolinjasta, oireiden hoito sekä kartoitetaan potilaan psykososiaalisen ja eksistentiaalisen tuen tarve, myös läheisten osalta, ja suunnitellaan, miten ja missä elämän loppuvaiheen hoito tullaan toteuttamaan.” [26]. Toimenpidekoodien käyttö auttaa arvioimaan potilaan hoidon laatua, mahdollistaa yhtenäisen laadun tarkkailun yksiköissä ja auttaa laatukriteerien seurannassa [27,28]. Lisäksi hyvinvointialueiden rahoitus lasketaan vuosittain uusimmilla tilastotiedoilla vastaamaan muutoksia kunkin alueen palveluntarpeessa. Jotta tietoaineistot mahdollisimman hyvin tukisivat johtamista, reaaliaikaista päätöksentekoa, sekä innovaatio- ja tutkimustoimintaa, tulisi kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistämiseen ja tehokkaampaan jalkauttamiseen kiinnittää erityistä huomiota [29].

Hyvinvointialueita veloitetaan keräämään tietoa väestön terveydestä, palveluiden saatavuudesta, kustannuksesta ja vaikuttavuudesta. Tietoa tulee verrata muiden hyvinvointialueiden vastaavaan tietoon [30]. Tiedon laadulla on merkitystä ja laadukkaasti tiedon tuottaminen on jokaisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen vastuulla [31] ja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa syntyviä asiakas- ja potilastietoja hyödynnetään palvelututannon, yhteiskunnan ja sen asukkaiden hyväksi [32]. Laadukkaalla tiedolla voidaan parantaa hoidon ja palveluiden vaikuttavuutta, tehostaa työtä sekä saada aikaan suoria kustannussäästöjä [33].

Potilastietojärjestelmään rakenteisesti kirjattavien toimenpidekoodien avulla voidaan hakea luotettavemmin yhtenäistä rekisteritietoa, jota on mahdollista hyödyntää terveydenhuollon yksiköiden toiminnan ja laadun kehittämisessä [27,28,34]. STM:n linjauksen mukaisesti ennakoiva hoitosuunnitelma tulee laatia kaikille palliatiivisen hoidon piirissä

oleville potilaille ja se tulisi kirjata toimenpidekoodia käyttäen [4]. Tiedossamme ei ole vastaavaa tutkimusta aiheesta.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa palliatiivisen hoidon piirissä olevista potilaista ja ennakoivista hoitosuunnitelmista. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä ymmärrystä rekisteritietojen hyödyntämisestä erikoissairaanhoidon päivystyskäyntien ja ennakoivien hoitosuunnitelmien seurannassa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Kuinka monta päivystyskäyntiä oli kirjattu ja kuinka monta potilasta oli vieraillut kyseisen hyvinvointialueen erikoissairaanhoidon päivystyksessä 01/2018–08/2023 välisenä aikana?
2. Kuinka monelle potilaalle oli käynnillä kirjattu palliatiivinen hoito (ICD-10 koodi Z51.5) ja minkä ikäisiä kyseiset potilaat olivat, sekä mikä tai mitkä olivat potilaiden päädiagnoosit ja mahdolliset sivudiagnoosit 01/2018–08/2023 välisenä aikana?
3. Miten ja minkä syiden vuoksi palliatiiviset potilaat ovat hakeutuneet erikoissairaanhoidon päivystykseen 01/2018–08/2023 välisenä aikana?
4. Kuinka moni palliatiivinen potilas, joilla oli potilastietoihin kirjattuna ennakoiva palliatiivisen hoidon hoitosuunnitelma (koodilla WPA10), vieraili erikoissairaanhoidon päivystyksessä 01/2018–08/2023 välisenä aikana?

Aineisto ja menetelmät

Kohdealueen kuvaus

Tutkimus toteutettiin Suomessa hieman yli 200 000 asukkaan hyvinvointialueella. Hyvinvointialueen erikoissairaanhoidon aikuisten päivystys sijaitsee hyvinvointialueen suurimmassa kaupungissa, jonka alueella asuu noin 130 000 ihmistä. Kyseisessä kaupungissa sijaitsee alueen yhteispäivystys, jonka yhteydessä toimii erikoissairaanhoidon päivystys.

Aineistonkeruu

Tämän poikkileikkaustutkimuksen data poimittiin hyvinvointialueen rekisteristä tutkimusryhmän ulkopuolisen palveluntuottajan toimesta. Datan poimintaa varten laadittiin kirjallinen datan poimintasuunnitelma. Suunnitelma lähetettiin datan poiminnasta vastaavalle henkilölle, jonka kanssa poimintaehtoja tarkennettiin. Henkilörekisterin käyttö tulee perustua asianmukaiseen tutkimussuunnitelmaan, jonka vuoksi tätä tutkimusta varten haettiin tutkimuslupa kyseiseltä hyvinvointialueelta (lupapäätösnumero xx/2023/xxxx/xxxx/xx.xx/2023). Tutkimuksen aineisto kerättiin hyvinvointialueen raportointijärjestelmästä ajanjaksolta 01/2018-08/2023. Testihakujen avulla poimintaehtoja tarkennettiin ja saatiin alustava käsitys kohderyhmästä.

Palliativisten potilaiden osuuden ymmärtämiseksi rekistereistä poimittiin lukumääräinen tieto kaikista hyvinvointialueen erikoissairaanhoidon päivystykseen hakeutuneista potilaista. Tämän lisäksi poimittiin tieto THL ICD-10 tautiluokituksen [35] mukaisesti kirjatusta diagnooseista Z51.5 (Palliativinen hoito). Rekisteristä poimittiin tieto millä keinoin (ambulanssi/poliisi/omatoiminen), ja millaisten syiden (käyntisyys) vuoksi palliativiset potilaat (joilla

päivystyskäynnillä on kirjattu diagnoosi Z51.5) olivat hakeutuneet päivystykseen. Käyntisyys kirjataan ICPC2- luokituksen mukaisesti [36]. ICD-10 tautiluokituksen mukaisen diagnoosin määrittää lääkäri ja muu terveydenhuollon ammattilainen kirjaa ensisijaisen käyntisyyn sen perusteella. Yhdessä hoitajaksossa tai käynnissä voi olla vain yksi päädiagnoosi, mutta useita sivudiagnooseja. [35,37] Rekisteristä poimittiin lukumääräinen tieto potilaista, joille on kirjattu ennakoiva palliativisen hoidon hoitosuunnitelma rakenteisesti käyttäen THL - Toimenpideluokituksen toimenpidekoodia WPA10. Rakenteinen kirjaus toimenpidekoodilla WPA10 on ollut mahdollista kyseisellä hyvinvointialueella 05/2022 alkaen.

Tutkimusaineisto anonymisoitiin aineistonkeruuvaiheessa palveluntuottajan toimesta. Anonymisoitu aineisto luovutettiin Microsoft Excel-tiedostoina tutkijalle. Aineisto analysoitiin kuvailevan analyysin avulla tunnuslukuina (n) ja/tai prosentteina (%) ja tuloksia visualisoitiin taulukoissa ja kuvioissa. Kyseisen analyysimenetelmän ajateltiin kuvaavan tämän tutkimuksen ilmiöitä parhaiten, koska aineisto on kerätty rekisteristä numeerisina tunnuslukuina. Kuvailevat tunnusluvut auttavat hahmottamaan, millainen aineisto on keskimäärin ja kuinka paljon se esimerkiksi vaihtelee [38].

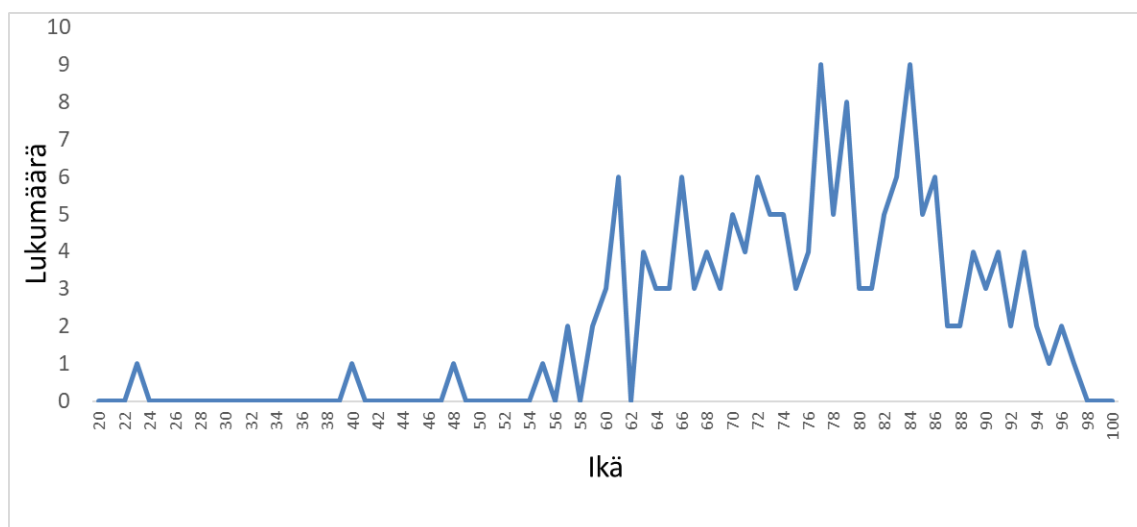
Tulokset

Kaikki erikoissairaanhoidon päivystyskäynnit

Kyseisen hyvinvointialueen erikoissairaanhoidon päivystyksen palveluja käytti yhteensä 178 619 potilasta ja erikoissairaanhoidon päivystyskäyntejä kirjattiin 292 093 (Taulukko 1). Tarkasteluajanjakson 01/2018–08/2023 kuluessa sekä potilas- että käyntimäärät lisääntyivät.

Taulukko 1. Erikoissairaanhoidon päivystys: Potilas- ja käyntimäärät 01/2018*–08/2023** välisenä aikana.

	2018*	2019	2020	2021	2022	2023**	Yhteensä
Potilaat (n=)	29 530	28 495	29 770	33 049	34 527	23 248	178 619
Käynnit (n=)	49 142	46 718	47 641	54 886	58 815	34 891	292 093



Kuvio 1. Erikoissairaanhoidon päivystyksessä 01/2018–08/2023 välisenä aikana hoidettujen palliatiivisten potilaiden lukumäärä ikävuosittain.

Palliatiivisten potilaiden lukumäärä ja ikäjakauma

Erikoissairaanhoidon päivystykseen hakeutui 161 palliatiivista potilasta (0.09 % kaikista hyvinvointialueen erikoissairaanhoidon päivystykseen hakeutuneista potilaista) käyntidiagnoosilla Z51.5. Kyseiset henkilöt käyttivät hyvinvointialueen erikoissairaanhoidon päivystyksen palveluja yhteensä 177 kertaa (0,06 % kaikista hyvinvointialueen erikoissairaanhoidon päivystyskäynneistä). Hyvinvointialueen erikoissairaanhoidon päivystykseen hakeutuneiden palliatiivisen hoidon piirissä olevien potilaiden (n=161) mediaani-ikä oli 75 vuotta ja keski-ikä 76,2 vuotta. Ikäjakauma kyseisillä potilailla oli 23–97 vuotta (Kuvio 1).

Palliatiivisten potilaiden ICD-10 tautiluokituksen mukaiset pää- ja sivudiagnoosit

Erikoissairaanhoidon päivystykseen hakeutuneista palliatiivisista potilaista (käyntidiagnoosi Z51.5) diagnoosi Z51.5 oli kirjattu päädiagnoosiksi 35 potilaalle ja ainoana diagnoosina se oli viidellätoista potilaalla. Kahdellakymmenellä potilaalla löytyi päädiagnoosi Z51.5 lisäksi ainakin yksi toinen diagnoosi. Kaikista palliatiivisista potilaista yhteensä 126 potilaalla Z51.5 oli sivudiagnoosi.

Palliatiivisella potilaalla (Z51.5) yleisin päivystyskäynnin päädiagnoosi oli jokin C-diagnoosi (n=46) (kasvaimet), yleisimpänä C22.0 maksan tai sappiteiden syöpä (n=5). Toiseksi yleisin päädiagnoosi oli jokin I-diagnooseista (n=38) (verenkiertoelimistön

sairaudet) joista yleisimmät olivat I61.9 (n=3) (aivojensisäinen verenvuoto) ja I46.0 (n=3) (sydämen pysähdys + tuloksekas elvytys).

Palliativisten potilaiden erikoissairaanhoidon päivystykseen tulotavat

Hyvinvointialueen erikoissairaanhoidon päivystykseen hakeutuneiden palliativisten potilaiden (potilaat, joilla käyntidiagnoosi Z51.5) mahdollisia päivystykseen tulotapoja olivat ”ambulanssi”, ”poliisi” tai ”omatoiminen”. Yli puolet palliativisista potilaista oli tullut ambulanssilla erikoissairaanhoidon päivystykseen ja noin joka viides omatoimisesti. Palliativisista potilaista yksikään ei tullut poliisin

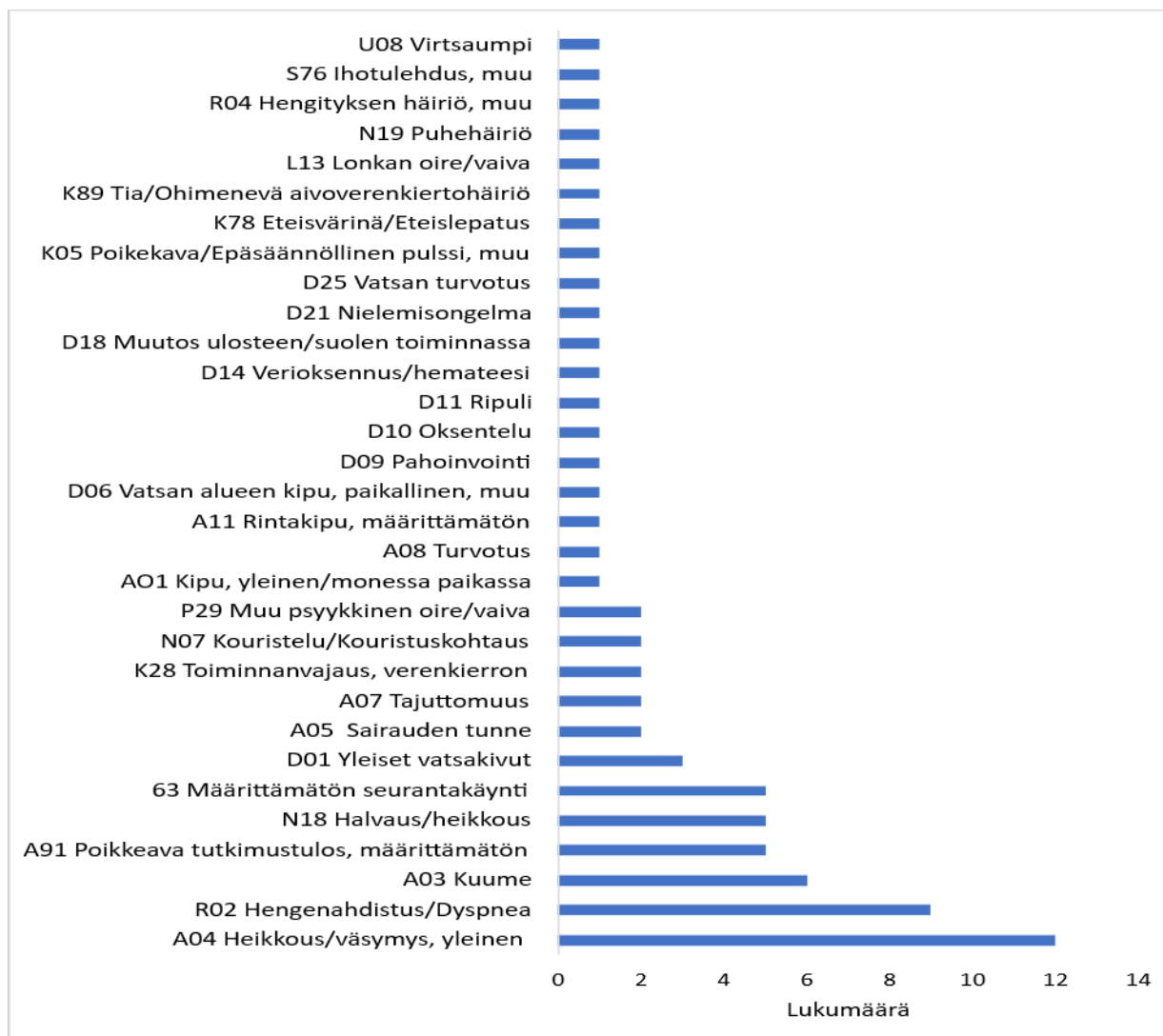
tuomana ja noin alle viidenneksen kohdalla tulotapa oli jäänyt kirjaamatta (Taulukko 2).

Palliativisten potilaiden ICPC2-koodiston mukaiset käyntisyyt erikoissairaanhoidon päivystyksessä.

Tulotavan lisäksi erikoissairaanhoidon päivystyksessä kirjataan ICPC2-koodiston mukainen käyntisyy. Käyntisyy kirjataan Triagessa, eli hoidon tarpeen arviossa hoitajan toimesta. Käyntisyy oli kirjattu 74/177 päivystyskäynnin kohdalla. Yleisin käyntisyy oli A04/heikkous, väsymys, yleinen (n=12) ja R02/hengenahdistus, dyspnea (n=9). Käyntisyytä ei ollut kirjattu 103 käynnin kohdalla (Kuvio 2).

Taulukko 2. Triagessa kirjattuja päivystykseen tulotapoja potilaille, joilla dg Z51.5 (01/2018–08/2023 välisenä aikana).

Tulotapa	Päivystyskäyntejä (n/%)
Ambulanssi	113/63,8 %
Omatoiminen	36/20,3 %
Poliisi	0/0,0 %
Ei kirjattu	28/15,8 %
Yhteensä	177/100,0 %



Kuvio 2. 01/2018–08/2023 välisenä aikana kirjatut palliatiivisten potilaiden ICPC-2-luokituksen mukaiset käyntisyyt erikoissairaanhoidon päivystyksessä (n=74).

Ennakoivat palliatiivisen hoidon hoitosuunnitelmat (toimenpidekoodi WPA10) hyvinvointialueella

Kun tarkastellaan palliatiivisia potilaita hyvinvointialueen tasolla, rekisteristä löytyi 180 eri henkilöä, joille oli tarkastelujakson aikana kirjattu sekä diagnoosi Z51.5, että ennakoiva palliatiivisen hoidon hoitosuunnitelma toimenpidekoodilla WPA10. Kyseiset diagnoosi- tai toimenpidekoodin kirjaukset

oli voitu tehdä missä tahansa hyvinvointialueen yksikössä.

Erikoissairaanhoidon päivystyskäynnillä ei välttämättä kirjattu diagnoosia Z51.5 tai ennakoivaa palliatiivisen hoidon hoitosuunnitelmaa toimenpidekoodin (WPA10) avulla, mutta tieto kummastakin löytyy potilaan aiemmasta sairaushistoriasta. Kyseisistä 180 henkilöstä, joilla historiasta löytyi diagnoosi Z51.5 ja ennakoiva hoitosuunnitelma toimenpidekoodilla kirjattuna keskimäärin joka viides

(21,11 %) vieraili päivystyksessä. Keskimääräinen aika ennakoidun palliatiivisen hoidon hoitosuunnitelman toimenpidekoodin (WPA10) asettamisesta henkilön seuraavaan päivystyskäyntiin oli 70 vuorokautta. Diagnoosi Z51.5 ja toimenpidekoodi WPA 10 oli kirjattu samana päivänä kolmelletoista eri henkilölle. Keskimääräinen aika palliatiivisen hoidon diagnoosin Z51.5 asettamisesta ennakoidun palliatiivisen hoidon hoitosuunnitelman toimenpidekoodin (WPA10) kirjaamiseen oli reilu kuukausi. Potilaat, joilla oli historiassa kirjattuna sekä ennakoidun palliatiivisen hoidon hoitosuunnitelman toimenpidekoodi WPA 10 ja diagnoosi Z51.5 vierailivat päivystyksessä 05/2022–12/2022 välisenä aikana kymmenen ja 01/2023–08/2023 välisenä aikana 37 kertaa.

Pohdinta

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa palliatiivisen hoidon piirissä olevista potilaista ja ennakoiduista hoitosuunnitelmista.

Tämän tutkimuksen perusteella palliatiivisten potilaiden osuus kaikista hyvinvointialueen erikoissairaanhoidon päivystyksessä vierailleista potilaista oli vähäinen. Potilaiden ikä vaihteli varhaisaikuisesta lähes sataan keski-ikänsä ollessa korkeahko. Yleisimmät diagnoosit olivat kasvaimet tai verenkiertoelimestön sairaudet. Viidellätoista potilaalla palliatiivinen hoito (Z51.5) oli kirjattu ainoaksi diagnoosiksi. Potilaista yli puolet tuli päivystykseen ambulanssilla. Yleisimmät ICPC2-luokituksen mukaiset käyntisytyt olivat heikkous, hengenahdistus tai kuume. Yli puolessa käynneistä oli käyntisyty jäänyt kirjaimatta. Joka viides palliatiivinen potilas (jolle oli laadittu ennakoidun palliatiivisen hoidon hoitosuunnitelma toimenpidekoodia WPA10 käyttäen) vieraili tarkasteluajanjaksolla päivystyksessä.

Seurantajaksolla sekä erikoissairaanhoidon potilas- että käyntimäärät lisääntyivät. Vaikka palliatiivisten

potilaiden osuus kaikista päivystyksessä vierailleista potilaista oli vähäinen, vieraili osa heistä päivystyksessä useammin kuin kerran. Tämä siitäkin huolimatta, että STM:n suositusten mukaisesti palliatiivinen hoito tulisi pystyä järjestämään myös muualla kuin sairaalaympäristössä [4]. Aiemman Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan palliatiivisten potilaiden kokemukset erikoissairaanhoidon päivystykseen heikossa voinnissa hakeutumisesta ovat huonoja [18]. Mikäli palliatiivisten potilaiden kotona selviytyminen heikentyy, eikä heillä ole muita keinoja käytettävissä, he voivat joutua hakeutumaan erikoissairaanhoidon päivystykseen avun tarpeensa. Potilas- ja käyntimäärien lisääntyminen erikoissairaanhoidon päivystyksessä kertoo palvelujärjestelmän toimimattomuudesta ja kuormittaa erikoissairaanhoidon päivystystä.

Tässä tutkimuksessa palliatiivisen hoidon piirissä olevat erikoissairaanhoidon päivystykseen hakeutuneet potilaat olivat iäkkäitä, potilaiden keski-ikänsä ollessa 76,2 vuotta. Tämä poikkeaa hieman aiemmasta Irlannissa toteutetusta tutkimuksesta, jossa palliatiivisten potilaiden keski-ikä oli vain 69 vuotta [9]. Suomessa palliatiivisen hoidon tarve keski-ikäisillä ja sitä nuoremmilla on vähäinen ja toisaalta suomalaisten odotettavissa oleva elinikä on keskimäärin 82,2 vuotta [21], mikä selittää ikäkaumaa.

Tässä tutkimuksessa päädiagnoosin ollessa Z51.5 (palliatiivinen hoito), yleisin sivudiagnoosi oli jokin C-diagnoosi (kasvaimet). Vastaavaan kasvaimiin liittyvään havaintoon päätyivät Nordt ym. (2023) tutkimuksessaan, jossa päivystykseen hakeutuneiden palliatiivisten potilaiden yleisimmät diagnoosit olivat keuhko- ja rintasyöpä [9]. Tässä tutkimuksessa viidessätoista käynnissä kaikista 177 käynnistä palliatiivinen hoito (Z51.5) oli kirjattu ainoaksi diagnoosiksi. Palliatiivisen hoidon taustalla on kuitenkin aina jokin parantumaton, etenevä sairaus. Näiden

viidentoista potilaan kohdalla on todennäköistä, että kyseinen palliatiiviseen hoitoon johtanut diagnoosi on jäänyt asettamatta, eikä tule esille tilastoissa. Tämä tutkimus kohdentuu erikoissairaanhoidon päivystykseen, jossa puutteellisten kirjausten taustalla voi olla aiemmissakin tutkimuksissa esiintuotu kiire ja ajan puute [5] tai uuden toimintavan vakiintumattomuus [10,19].

Tässä tutkimuksessa valtaosaan päivystyskäynneistä oli järjestelmään kirjattu tulotapa. Selkeästi yleisin tulotapa oli ambulanssi. Myös aiemmassa tutkimuksessa palliatiivisten potilaiden on havaittu saapuvan päivystykseen pääosin ambulanssilla [14].

Osalle palliatiivisista potilaista käyntisyyksi oli kirjattu jokin yleisoire kuten rintakipu tai heikkous/väsymys. Tämä yhdessä yleisimmän tulotavan (ambulanssi) kanssa voi kertoa palliatiivisten potilaiden heikosta yleisvoinnista. Aiemmassa tutkimuksessa [14] on huomattu, ettei esimerkiksi ensihoito aina tunnista palliatiivisen hoidon piirissä olevia potilaita palliatiivisiksi potilaiksi, eikä ennakoivia hoitosuunnitelmia ole aina ensihoidon saatavilla. Tällöin esimerkiksi hengitysvaikeuksista kärsivä palliatiivinen potilas saatetaan kuljettaa herkästi päivystykseen, vaikka hänen sairauden oireitaan voitaisiin lievittää kotihoidossa oirehoidolla päivystystä kuormittamatta, mikäli ennakoiva hoitosuunnitelma olisi saatavilla [16]. Myös tutkimusnäyttö Ruotsista tukee palliatiivisen potilaan kotihoitoa elämänlaadun kannalta [12].

Palliatiivisten potilaiden yleisimmät ICPC2-luokituksen mukaiset käyntisyyt olivat heikkous tai hengenahdistus. Aiemmissakin tutkimuksissa hengitysvaikeuksien on havaittu olevan yleisimpiä palliatiivisten potilaiden päivystyksellisen avun hakemisen syitä [9,16,22]. Hengenahdistus saattaa aiheuttaa palliatiiviselle potilaalle ahdistusta ja pelkoa, sekä hoitamattomana johtaa

päivystyskäyntiin. [9,24] Palliatiivisten potilaiden hengitysvaikeuksien hoito olisi kuitenkin mahdollista toteuttaa esimerkiksi potilaan kotona. Palliatiivisen hoidon piirissä olevan potilaan hengitysvaikeuksia tulisi hoitaa aina samalla tavalla riippumatta sen aiheuttajasta välttämällä raskaita, kajoavia hoitomuotoja [17]. Ennakoivalla hoitosuunnitelmalla saattaisi olla mahdollista välttää osa päivystyskäynneistä [12] esimerkiksi laatimalla selkeät kivun- ja hengenahdistuksen oire- ja lääkehoidon suunnitelmat. Tarkasteluajanjaksolla tässä tutkimuksessa oli käyntisyy kirjattu huomattavasti tulotapaa harvemmin. Yli puolessa palliatiivisten potilaiden erikoissairaanhoidon päivystyskäynneistä oli käyntisyy jäänyt kokonaan kirjaamatta. Alhainen kirjaamisprosentti saattaa johtua esimerkiksi siitä, että kirjaamista ei aina tunnisteta osaksi omaa työtä [19] tai uusista kirjaamiskäytänteistä, jotka eivät ole vielä ammattilaisten tiedossa ja täysin vakiintuneet [10,19].

Hyvinvointialueen rekisteristä löytyi tarkastelujaksolla yhteensä 180 henkilöä, joille oli kirjattu ennakoiva palliatiivisen hoidon hoitosuunnitelma toimenpidekoodin WPA10 avulla, sekä palliatiivisen hoidon diagnoosi Z51.5. Näistä potilaista joka viides vieraili tarkasteluajanjaksolla päivystyksessä. Potilaat, joilla oli historiassa kirjattuna sekä ennakoivan palliatiivisen hoidon hoitosuunnitelman toimenpidekoodi WPA 10 avulla, että diagnoosi Z51.5 vierailivat päivystyksessä 05/2022–12/2022 välisenä aikana kymmenen ja 01/2023–08/2023 37 kertaa. Lyhyessä ajassa kyseisten potilaiden määrä oli yli kolminkertaistunut, mikä saattaa selittyä hiljattain käyttöönotetun rakenteisen toimenpidekoodin WPA10 kirjaamisen vakiintumisella. Aiempi Scoping-katsaus osoittaa, että ennakoivan hoitosuunnitelman käytäntöjen vakiintuminen vie aikaa [10]. Toisaalta ennakoivan hoitosuunnitelman laatiminen ei ole pelkkää kirjaamista vaan siihen liittyy myös elämän loppuvaiheen asioiden puheeksiotto,

joka voidaan kokea epämiellyttäväksi ja vaikeaksi [11].

Tässä tutkimuksessa osa tutkimuksen kohteena olevasta rakenteisesta tiedosta oli jäänyt kirjaamatta, jolloin osa tutkimuksen kannalta oleellisesta datasta on jäänyt puuttumaan. Tietoja puuttui diagnoosien, tulotapojen ja käyntisyiden osalta. Tietojen puuttuminen antaa kuvan tutkimuksen kohteena olevan tiedon heikosta laadusta. Lisäksi ennakoivia hoitosuunnitelmia on todennäköisesti kirjattu vapaalla tekstillä potilastietojärjestelmään enemmän kuin tämän tutkimuksen avulla on saatu selville. Osa tiedoista on voitu kirjata paperille [19] tai eri potilastietojärjestelmiin [31], jolloin tieto ei välttämättä ole siirtynyt. Scoping-katsauksella osoitettu, että ennakoivaa hoitosuunnitelmaa koskeva dokumentaatio on ollut ennenkin hajallaan potilastietojärjestelmässä ja sitä on ollut vaikea löytää ja käyttää [10]. Ilman toimenpidekoodin rakenteista kirjaamista tietoa ei ole mahdollista saada luotettavasti poimittua rekisteristä.

Rakenteisen kirjaamisen ja yhtenäisten koodistojen käyttö tuo etuja, kuten helpottaa ennakoivan hoitosuunnitelman kirjaamista ja tietojen löytämistä [19]. Se antaa oman toiminnan arvioinnin lisäksi mahdollisuuden kansalliseen ja kansainväliseen vertailuun. Vaatimuksena on kuitenkin huolellinen ja systemaattinen potilastietojen kirjaaminen, joka on myös yhtenä perusteena hyvinvointialueiden valtionrahoituksessa [28]. Mikäli tietoa on mahdollisuus hyödyntää paremmin, voidaan sen avulla parantaa hoitoa ja tuottaa vaikuttavampia palveluita [33]

Tutkimuksen eettisyys

Rekistereitä käyttämällä on mahdollista hyödyntää jo olemassa olevia tietovarantoja [39]. Toisiolaki [40] ja tietosuojalaki [41] ohjaavat henkilö – tai muiden asiakastietojen luovuttamisesta tieteelliseen

tutkimukseen niin, että tieteellisen tutkimuksen vapaus turvataan.

Yksityisyyden suoja huomioitiin tässä tutkimuksessa niin, ettei potilastietoihin kajottu tutkijoiden toimesta, eikä heillä ollut potilaiden tunnistetietoja käytössä. Henkilötietolain perusteella puhtaasti rekisteritietoihin perustuvissa tutkimuksissa tutkittavien tietoon perustuvaa suostumusta heitä koskevien rekisteritietojen käsittelyyn tutkimusta varten ei yleensä vaadita [42], eikä se tässä tutkimuksessa olisi ollut edes mahdollista. Henkilötietolain mukaan rekisteröityjä ei tällöin myöskään tarvitse informoida tietojen käsittelystä, kun tiedot kerätään muualta kuin rekisteröidyltä itseltään ja tietojen keräämisestä, tallettamisesta tai luovuttamisesta on nimenomaisesti säädetty [42].

Tutkimuksen luotettavuus

Tässä tutkimuksessa data on poimittu rakenteisten kirjausten perusteella. Kaikkia tietoja ei välttämättä ole kirjattu rekisteriin huolellisesti. Lisäksi mahdolliset järjestelmien kohtaamat ongelmat saattavat vaikeuttaa datan keräämistä. Rekisteritietojen käyttökelpoisuuden kannalta on oleellista, että niiden laatu ja kattavuus olisi mahdollisimman hyvä. Puutteellinen, virheellinen tai epätäydellinen tieto saattaa tehdä tiedoista epäluotettavia [43].

Datan poiminnasta vastaavaa henkilöä informoitiin tarkasti mitä aineistoa haluttiin ja millä aikavälillä. Hänelle toimitettiin hyvissä ajoin datan poimintasuunnitelma, joka käytiin tutkijan kanssa yhdessä läpi. Huolellinen suunnittelu mahdollisti tutkimuskysymyksiä vastaavien tietojen poimimisen, joka lisää tutkimuksen luotettavuutta. Datan tarkastelussa ja analysoinnissa noudatettiin tarkkuutta ja huolellisuutta. Huolellisesti suunniteltu datan keruu ja analysointi lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimusryhmän ulkopuolinen palveluntarjoaja oli erittäin kokenut ja suorittanut

vastaavanlaisia datan poimintoja aiemminkin. Hän oli aineiston analysoinnin aikana tavoitettavissa ja vastasi tutkijoiden esittämiin kysymyksiin. Aineiston raportoinnin kohdalla seurattiin organisaation raportointikäytäntöjä. Tarkasti ja huolellisesti suoritettu raportointi mahdollistaa tutkimustulosten paremman hyödynnettävyyden.

Luotettavuutta arvioitaessa on huomioitava, että datan keruu tätä poikkileikkaustutkimusta varten tapahtui vain yhden hyvinvointialueen rekisteristä, otannan ollessa suhteellisen pieni. Tutkimus antaa kuvan yhden hyvinvointialueen tilanteesta, mutta on kuitenkin sovellettavissa samankaltaisten hyvinvointialueiden päivystyksiin. Tutkimus nostaa esiin palliatiivisen potilaan hoidon toteutumisen näkökulman, tuottaa tietoa kliniseen hoitotyöhön, tiedolla johtamiseen, sekä tietojärjestelmien kehittämiseen.

Johtopäätökset

Tutkimus tuo esille vähän tutkitun aiheen palliatiivisten potilaiden hoidon ja oikeuksien toteutumisen näkökulmasta. Se tuottaa uutta tietoa palliatiivisten potilaiden erikoissairaanhoidon päivystyskäynneistä ja ennakoivista hoitosuunnitelmista.

Lähteet

- [1] Sosiaali- ja terveysministeriö. Palliatiivinen hoito ja saattohoito [internet]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2023 [viitattu 1.11.2024]. Saatavilla: <https://stm.fi/saattohoito>
- [2] Finlex. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Helsinki: Finlex; 1992 [viitattu 3.7.2025]. Saatavilla: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Tämän tutkimuksen johtopäätöksenä todetaan palliatiivisten potilaiden käyttävän ensihoidon palveluita (ambulanssi, erikoissairaanhoidon päivystys) voinnin heikentyessä, mikä aiheuttaa inhimillistä kärsimystä ja kuormittaa palvelujärjestelmää. Ennakoivia hoitosuunnitelmia puuttuu, niitä ei osata hyödyntää, tieto ei ole rakenteistettu tai se on hajallaan järjestelmässä. Tämä haastaa hoidon jatkuvuuden. Tutkimus tuo esille näkökulman tiedon heikosta laadusta, joka on mahdollisesti seurausta uusista tai vakiintumattomista käytänteistä. Tutkimuksen avulla saavutettua tietoa on mahdollista hyödyntää tiedolla johtamisen tukena, sekä klinisen työn, että tietojärjestelmien kehittämiseen.

Jatkossa olisi kiinnostavaa hyödyntää tätä tutkimusta varten kerättyä aineistoa tutkimuksen toistamiseen kyseisellä hyvinvointialueella. Tällöin olisi mahdollisuus seurata ennakoivien hoitosuunnitelmien kirjaamiskäytäntöjen kehittymistä. Lisäksi tulevaisuudessa olisi arvokasta vertailla sekä palliatiivisten potilaiden erikoissairaanhoidon päivystyskäynnejä, että ennakoivien hoitosuunnitelmien kirjaamista useamman hyvinvointialueen kesken.

Sidonnaisuudet

Ei sidonnaisuuksia.

- [3] World Health Organization. Palliative care [internet]. Geneva: WHO; 2024 [viitattu 20.12.2024]. Saatavilla: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

- [4] Saarto T, Finne-Soveri H. Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2019. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7>

- [5] Dinescu A. Advance Care Planning. Clin Geriatr Med. 2021 Nov;37(4):605-610. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2021.06.001>
- [6] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Quality statement 2: Advance care planning [internet]. NICE; 2020 [viitattu 20.7.2025]. Saata-villa: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs13/chapter/Quality-statement-2-Advance-care-planning>
- [7] Lehto J, Marjamäki E, Saarto T. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2019;135(4):335-342.
- [8] Vannes C, Parrish L, El-Rady R, Patterson D, Mason TM. "What Matters Most" to Older Adults With Cancer: Advance Care Planning. J Hosp Palliat Nurs. 2022 Aug 1;24(4):240-246. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000877>
- [9] Nordt SP, Ryan JM, Kelly D, Kutubi A, Saleh R, Quinn C, Al Kharusi T, Tiernan EJ. Palliative care patient emergency department visits at tertiary university-based emergency department in Ireland. Am J Emerg Med. 2023 Apr;66:76-80. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2023.01.035>
- [10] Kuusisto A, Santavirta J, Saranto K, Korhonen P, Haavisto E. Advance care planning for patients with cancer in palliative care: A scoping review from a professional perspective. J Clin Nurs. 2020 Jul;29(13-14):2069-2082. <https://doi.org/10.1111/jocn.15216>
- [11] Senior H, Grant M, Rhee JJ, Aubin M, McVey P, Johnson C, Monterosso L, Nwachukwu H, Fallon-Ferguson J, Yates P, Williams B, Mitchell G. General practice physicians' and nurses' self-reported multi-disciplinary end-of-life care: a systematic review. BMJ Support Palliat Care. 2019 Aug 29;bmjspcare-2019-001852. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001852>
- [12] Martinsson L, Lundström S, Sundelöf J. Better quality of end-of-life care for persons with advanced dementia in nursing homes compared to hospitals: a Swedish national register study. BMC Palliat Care. 2020 Aug 26;19(1):135. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00639-5>
- [13] Alishahi Tabriz A, Turner K, Hong YR, Gheyatasvand S, Powers BD, Elston Lafata J. Trends and Characteristics of Potentially Preventable Emergency Department Visits Among Patients With Cancer in the US. JAMA Netw Open. 2023 Jan 3;6(1):e2250423. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.50423>
- [14] Taylor P, Stone T, Simpson R, Kyeremateng S, Mason S. Emergency department presentations in palliative care patients: a retrospective cohort study. BMJ Support Palliat Care. 2022 Mar 29;bmjspcare-2022-003563. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2022-003563>
- [15] Rubin BR, Chung M, Hasdianda MA, Gray TF, Aaronson EL, Dundin A, Egorova NA, Revette AC, Berry D, Ouchi K. Refinement of an Emergency Department-Based, Advance Care Planning Intervention for Nurses. J Palliat Med. 2022 Apr;25(4):650-655. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0398>
- [16] Konttila T, Finne-Soveri UH, Leskinen R, Niemelä K, Antikainen R. Progress in advance care planning among nursing home residents dying with advanced dementia-Does it make any difference in end-of-life care? Arch Gerontol Geriatr. 2020 Jan-Feb;86:103955. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103955>
- [17] Pesonen E, Vuorinen P, Surakka L, Lehto JT, Hoppu S. Palliative care patients in the emergency medical service: a retrospective cohort study from Finland. BMC Health Serv Res. 2024 Apr 29;24(1):543. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10905-4>
- [18] Kuusisto A, Saranto K, Lähteenmäki K, Soikkeli-Jalonen A, Haavisto E. Patients' Experiences With Advance Care Planning and Decision-Making: An

Interview Study in Finnish Hospital Palliative Care Wards. *Nurs Open*. 2025 Feb;12(2):e70158. <https://doi.org/10.1002/nop2.70158>

[19] Kuusisto A, Santavirta J, Saranto K, Haavisto E. Healthcare professionals' perceptions of advance care planning in palliative care unit: a qualitative descriptive study. *J Clin Nurs*. 2021 Mar;30(5-6):633-644. <https://doi.org/10.1111/jocn.15578>

[20] Suikkala A, Salin S, Rahko E, Hökkä A. The three main competencies of every healthcare professional within palliative care: a descriptive study. *Cent Eur J Nurs Midw*. 2023;14(2):877-886. <https://doi.org/10.15452/cejnm.2023.14.0002>

[21] European Observatory on Health Systems and Policies (OECD). Suomi: Maan terveysprofiili 2023. Paris: OECD Publishing; 2024. <https://doi.org/10.1787/dcbda54d-fi>

[22] Wallace EM, Cooney MC, Walsh J, Conroy M, Twomey F. Why do palliative care patients present to the emergency department? Avoidable or unavoidable? *Am J Hosp Palliat Care*. 2013 May;30(3):253-6. <https://doi.org/10.1177/1049909112447285>

[23] Lord B, Andrew E, Henderson A, Anderson DJ, Smith K, Bernard S. Palliative care in paramedic practice: A retrospective cohort study. *Palliat Med*. 2019 Apr;33(4):445-451. <https://doi.org/10.1177/0269216319828278>

[24] Crombeen AM, Lilly EJ. Management of dyspnea in palliative care. *Curr Oncol*. 2020 Jun;27(3):142-145. <https://doi.org/10.3747/co.27.6413>

[25] Hirvonen OM, Alalahti JE, Syrjänen KJ, Jyrkkiö SM. End-of-life decisions guiding the palliative care of cancer patients visiting emergency department in South Western Finland: a retrospective cohort study. *BMC Palliat Care*. 2018 Dec 17;17(1):128. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0383-4>

[26] Kela, THL. THL Kansallinen koodistopalvelin v8.7.1. Elisa Oyj; 2024 [viitattu 21.9.2025] Saatavilla: <https://koodistopalvelu.kanta.fi/codeserver/>

[27] Saarto T, Lyytikäinen M, Ahtiluoto S, Juntila K, Lehto J, Finne-Soveri H, Hammar T, Forsiusp. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Helsinki: THL; 2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-824-8>

[28] Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). Palliativisen hoidon kehittäminen [internet]. THL; 2024 [viitattu 1.10.2024]. Saatavilla: <https://thl.fi/aiheet/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/palliativisen-hoidon-kehittaminen>

[29] Valtiovarainministeriö. Hyvinvointialueen rahoituksen määräytyminen [internet]. Valtiovarainministeriö; 2024 [viitattu 1.11.2024]. Saatavilla: <https://vm.fi/hyvinvointialueiden-rahoitus>

[30] Finlex. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021). Helsinki: Finlex; 2021 [viitattu 24.7.2025]. Saatavilla: <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210612>

[31] Kuusisto A, Saranto K, Korhonen P, Haavisto E. Quality of information transferred to palliative care. *J Clin Nurs*. 2023 Jul;32(13-14):3421-3433. <https://doi.org/10.1111/jocn.16453>

[32] Seppälä A, Puranen K. Sote-tieto hyötykäyttöön 2020 strategian väliarviointi: Loppuraportti 14.11.2018. Raportteja ja muistioita 2019:1. Sosiaali- ja terveysministeriö; 2019. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4023-9>

[33] Kinnunen UM, Mykkänen M, Ukkola T, Liljamo P. Kirjaamisen laadulla vaikuttavuutta hoidon laatuun ja turvallisuuteen. *FinJeHeW*. 2025;17(2):247-254. <https://doi.org/10.23996/fjhw.159773>

[34] Sosiaali- ja terveysministeriö. Asiantuntijaryhmä haluaa elämän loppuvaiheen hoidon laaturekisteriin – uusilla suosituksilla ja toimenpidekoodilla yhtenäistetään palliativisen hoidon laatua ja kirjaamista [internet]. Helsinki: Sosiaali- ja

terveysministeriö; 2022 [viitattu 13.10.2024]. Saatavilla: <https://stm.fi/-/palliativisen-hoidon-laatu-rekisteri>

[35] Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Tautiluokitus ICD-10. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 5/2011. THL; 2011. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085423>

[36] Ålander A. ICPC-2 lyhennelmä v. 2.1. Helsinki: THL; 2023. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023061354481>

[37] Hartzell J, Järvelin J, Kyrölä A, Lahesmaa-Korpi-nen AM, Leivonen A, Marttila T, Peltola P, Pyrhönen K, Tolonen E, Tuominen P. Hoitoilmoitusopas terveydenhuollolle ja kotihoidolle 2025. Helsinki: THL; 11/2025 [viitattu 15.12.2025]. Saatavilla: <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULHI22/Hoitoilmoitusopas+terveydenhuol-lolle+ja+kotihoidolle+2025>

[38] Vetter TR. Descriptive Statistics: Reporting the Answers to the 5 Basic Questions of Who, What, Why, When, Where, and a Sixth, So What? *Anesth*

Analg. 2017 Nov;125(5):1797-1802. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002471>

[39] Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa [internet]. TENK; 2023 [viitattu 4.11.2024]. Saatavilla: https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf

[40] Finlex. Laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä 552/2019. Helsinki: Finlex; 2019 [viitattu 3.7.2025]. Saatavilla: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2019/20190552>

[41] Finlex. Tietosuojalaki 1050/2018. Helsinki: Finlex; 2018 [viitattu 3.7.2025]. Saatavilla: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050>

[42] Finlex. Henkilötietolaki 523/1999. Helsinki: Finlex; 1999 [viitattu 3.7.2025]. Saatavilla: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

[43] Räisänen S, Heinonen S, Sund R, Gissler M. Rekisteritietojen hyödyntämisen haasteet ja mahdollisuudet. *Suomen Lääkärilehti*. 2013;68(47):3075–82