

Opinnäytetyö YAMK

Kliininen asiantuntijuus, palliativinen hoitotyö

YSOTES19

Kevät 2022

Milla Lintula, 1902946

**KOTIKANSIO  
SAATTOHOITOKOORDINAAT-  
TORIN SEURANNASSA  
OLEVILLE TURUN KAUPUNGIN  
KOTIHOIDON ASIAKKAILLE**

Milla Lintula

## KOTIKANSIO SAATTOHOITOKOORDINAATTORIN SEURANNASSA OLEVILLE TURUN KAUPUNGIN KOTIHOIDON ASIAKKAILLE

Kotihoidon asiakasmäärä lisääntyy jatkuvasti ja eliniän odote kasvaa. Korkea ikä altistaa erilaisille sairauksille ja saattohoitopäätösten määrä kotihoidon asiakkailla on hiljalleen kasvanut. Kotihoidon saattohoitoprosessin ja saattohoitotyön tuntemus on vielä vähäistä. Saattohoidossa olevan kotihoidon asiakkaan toive kuolla kotona kohtaa haasteita saattohoitotyön toteutuksen kannalta.

Tämän kehittämisprojektina toteutettavan opinnäytetyön tavoitteena on kehittää kotisaattohoidossa olevan kotihoidon asiakkaan moniammatillista hoitotyötä yhtenäistämällä käytäntöjä sekä parantaa asiakasturvallisuutta. Tarkoituksena oli tutkia kotihoidon työntekijöiden tietoa saattohoitoprosessista ja luoda saatujen tulosten pohjalta kotisaattohoitoasiakkaan kotikansio.

Kehittämisprojektin ensimmäisessä vaiheessa toteutettiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Toinen vaihe käsitti tutkimuksellisen osion, jossa selvitettiin Turun kaupungin kotihoidon työntekijöiden saattohoidon tuntemus ja saattohoitotyön osaaminen kyselylomakkeella (n=50). Saatu aineisto analysoitiin kvantitatiiviselle tutkimukselle ominaisin menetelmin.

Tulosten mukaan saattohoitoprosessi kokonaisuudessaan tarvitsee lisää näkyvyyttä. Yhteistyön tiivistämistä kaivattiin erityisesti saattohoitokoordinaattoreiden ja saattohoitotiimin kanssa. Tuotoksena syntyneen kotikansion sisältö muodostui kyselyssä esiin tulleista saattohoidon ongelmakohdista kotisaattohoidon suhteen, sekä kotihoidon työntekijöiden ehdotuksista yhteistyön parantamiseksi. Moniammatillisen näkökulman saamiseksi kehittämisprojektin tuotos lähetettiin kommenttikierrokselle Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ensihoitoon sekä Turun kaupungin saattohoitokoordinaattoreille. Kehittämisprojektin kautta kotihoidon ja saattohoitotiimin yhteistyötä tiivistettiin ja kotihoidolle annetaan saattohoidon lisäkoulutusta. Tuotoksen avulla kotihoidon ja saattohoitotiimin hoitotyö saattohoidossa olevan asiakkaan luona on yhtenäistä ja entistä asiakaslähtoisempää.

### ASIASANAT:

kotihoito, kotisaattohoito, ammatillinen osaaminen, kotikansio

Master's Thesis | Abstract

Turku University of Applied Sciences

Master of Health Care / Advanced Nursing Practise, palliative care

2022 | 57 pages, 11 pages in appendices

Milla Lintula

## HOME FOLDER FOR THE CLIENTS MONITORED BY HOSPICE CARE COORDINATOR IN HOME CARE OF THE CITY OF TURKU

The number of home care clients is constantly growing and life expectancy is increasing. High age predisposes to various diseases and the number of hospice care decisions for home care clients has gradually increased. The knowledge and expertise in hospice care among the home care workers is still low. The home care clients wish to die at home faces challenges when it comes to executing hospice care.

The aim of this development project is to enhance the multidisciplinary care of a home hospice client by unifying standards and to improve client safety. The purpose was to find out the knowledge of hospice care in home care workers in the city of Turku and, based on the results obtained, create a home folder for the home hospice care client.

In the first phase of this development project, a descriptive literature review was conducted. The second phase consisted of a research section, in which the knowledge and skills of hospice care in home care workers in the city of Turku was surveyed with a questionnaire (n=50). The obtained data were analyzed by methods specific to quantitative research.

According to the results, the entire hospice care process needs more visibility. More intense co-operation between home care and hospice care coordinator was needed. The content of the resulting home folder consisted of the problematic areas in providing home hospice care and the suggestions of home care workers to improve co-operation that emerged from the survey. In order to gain multidisciplinary perspective, the output of this development project was sent on a round of commentaries to first response unit and the hospice care coordinators in the city of Turku. Through this development project, the co-operation between the home care and the home hospice team was intensified and the home care is receiving additional education in hospice care. With this projects output the caregiving between home care and home hospice team in hospice care clients home is more unified and more client-centered.

Keywords:

home care, home hospice care, professional competence, home folder

# SISÄLTÖ

<b>KÄYTETYT LYHENTEET</b>	<b>7</b>
<b>1 JOHDANTO</b>	<b>8</b>
<b>2 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS</b>	<b>9</b>
2.1 Tausta ja tarve	9
2.2 Tarkoitus ja tavoite	11
2.3 Toimintaympäristö ja projektiorganisaatio	11
<b>3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT</b>	<b>13</b>
3.1 Palliatiivinen hoitotyö	13
3.2 Asiakas	15
3.3 Kotihoito	16
3.4 Kotikansio	17
3.5 Saattohoito ja kotisaattohoito	17
3.6 Saattohoitopäätös ja saattohoitokoordinaattori	19
3.7 Hoitotahto	21
3.8 Ennakoiva hoitosuunnitelma	23
<b>4 KEHITTÄMISPROJEKTIN PROSESSI JA TOTEUTUS</b>	<b>26</b>
4.1 Kirjallisuuskatsaus	26
4.2 Asiantuntijapaneeli	28
<b>5 TUTKIMUKSELLINEN OSIO</b>	<b>31</b>
5.1 Tutkimuksellisen osion tarkoitus ja tavoite	31
5.2 Tutkimusmenetelmä ja kohderyhmä	31
5.3 Kyselylomake aineistonkeruun välineenä	32
5.4 Aineiston analyysi	33
<b>6 TUTKIMUSTULOKSET</b>	<b>34</b>
6.1 Kotihoidon työntekijöiden kokemukset kotisaattohoidosta	35
6.2 Yhteistyö saattohoitokoordinaattoreiden kanssa	35
6.2.1 Yhteistyön toimivuuden kehittäminen	36
6.3 Saattohoitoprosessi	37

6.4 Kuolevan hoitotyö kotona	41
6.4.1 Kotikansion sisältö	42
<b>7 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUOTOS</b>	<b>43</b>
7.1 Saattohoitoprosessin ja saattohoitotyön tuntemus kotihoidossa	43
7.2 Saattohoitoasiakkaan kotikansio kotihoidon käyttöön	44
7.3 Tuotoksen käyttöönotto	46
<b>8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET</b>	<b>47</b>
8.1 Tutkimuksellisen osion eettisyys ja luotettavuus	47
8.2 Tutkimuksellisen osion pohdinta ja johtopäätökset	49
8.3 Kehittämiprojektin eettisyys ja luotettavuus	50
8.4 Kehittämiprojektin pohdinta ja johtopäätökset	51
8.4.1 Jatkotutkimusehdotukset	52
<b>LÄHTEET</b>	<b>53</b>

## LIITTEET

- Liite 1. Kirjallisuushaku
- Liite 2. Tutkimustiedote
- Liite 3. Kyselylomake
- Liite 4. Kotikansio

## KUVAT

- Kuva 1. Palliativisen hoidon kolmiportainen malli (STM 2019, muok. Lintula 2022)  
**Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.**3
- Kuva 2. Saattohoitokoordinaattorin linkittyminen saattohoitopäätöksen jälkeen **Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.**0
- Kuva 3. Hoitolinjaukset sairauden eri vaiheissa 24
- Kuva 4. Asiantuntijapaneeli 29
- Kuva 5. Tuotos verrattuna THL:n laatuksiteereihin (THL 2022b, muok. Lintula 2022) 44
- Kuva 6. Tuotoksen käyttöönoton edellytykset 45

## TAULUKOT

Taulukko 1. Esimerkki kirjallisuuskatsauksen hausta	26
Taulukko 2. Kyselyyn vastanneiden ikäjakauma	33
Taulukko 3. Yhteistyö saattohoitokoordinaattorin kanssa	34
Taulukko 4. Kotihoidon työntekijöiden kokemuksia	35
Taulukko 5. Saattohoitokoordinaattorin toimenkuva	37
Taulukko 6. Asiakkaan osallistuminen saattohoitosuunnitelman laatimiseen	38
Taulukko 7. Kotihoidon näkökulma saattohoitosuunnitelmassa	38
Taulukko 8. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma	39
Taulukko 9. Kotisaattohoitotiimin toiminta	40
Taulukko 10. Kotihoidon työntekijöiden vastauksia liittyen kuolevan hoitotyöhön	40

# KÄYTETYT LYHENTEET

ETENE Valtakunnallinen Sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta

STM Sosiaali- ja terveysministeriö

THL Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

TENK Tutkimuseettinen lautakunta

VSSHV Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

WHO Maailman terveysjärjestö

YK Yhdistyneet kansakunnat

# 1 JOHDANTO

Palliativinen hoitotyö on vaikeiden ja pitkäaikaisten sairauksien kokonaisvaltaista hoitoa. Se on oma kokonainen hoitoprosessinsa, jolla lievitetään sairauden aiheuttamaa kärsimystä niin fyysisellä, psyykkisellä, sosiaalisella kuin hengelliselläkin tasolla sekä parannetaan ja ylläpidetään elämänlaatua (Myller 2007, 7; Ollila 2018, 62). Saattohoito on osa tätä palliativista hoitoprosessia. Se on hoidon loppuvaihetta, kuolevan ihmisen hoitoa ja hänen kipunsa ja kärsimyksensä lievittämistä (STM 2020). Toive saada kuolla kotona on vielä tänä päivänä suurempaa kuin sen toteutuminen. Kotisaattohoitoa on kehitetty jatkuvasti ja se on hiljalleen vakiinnuttanut paikkansa osana kunnallista terveystalouden toimintaa. (Ahtiluoto & Ollila 2018, 64.)

Turun kaupungissa saattohoitopäätöksen saaneet asiakkaat jäävät saattohoitokoordinaattorin seurantaan ja heille tehdään hoitosuunnitelma lääkärin ja saattohoitokoordinaattorin avustamana. Kotihoidolla on keskeinen rooli järjestettäessä saattohoitoa kotiin. Kotihoito turvaa saattohoidettavan perushoidolliset tarpeet huolehtien samalla myös omaisten jaksamisesta. Saattohoitopäätöksen saaneet kotihoidon asiakkaat tarvitsevat runsaasti moniammatillista tukea. Moniammatillisen yhteistyön lisäämiseksi ja kotisaattohoidossa olevan asiakkaan hoidon turvaamiseksi luotiin tämän kehittämisprojektin tuotoksena kotikansio. Kotikansio on asiakkaan luona oleva hoitokansio, joka sisältää saattohoidossa olevan asiakkaan hoitosuunnitelman, tiedot sairauksista ja lääkityksestä, tärkeät yhteystiedot sekä muut saattohoitoasiakkaan kotona tehtävään hoitoon olennaisesti liittyvät asiat. Saattohoito-osastolla on käytössä vastaavanlainen potilashoitokansio, mutta kotisaattohoidossa olevalle asiakkaalle hoitokansiota ei ole.

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli selvittää Turun kaupungin kotihoidon työntekijöiden saattohoitoprosessin tuntemus ja saattohoitotyön osaamisen taso. Tavoitteena on kehittää kotisaattohoitoa moniammatillisen yhteistyön kautta ja parantaa asiakasturvallisuutta. Kehittämisprojekti toteutettiin Turun kaupungin kotihoidon näkökulmasta. Kotihoidon työntekijöille lähetettiin kyselytutkimus, josta saatujen tulosten perusteella luotiin sisällysluettelo kotikansiolle, sekä ohjeet kansion sisällön tuottamiseen. Kotikansion avulla pyritään jatkossa tiivistämään moniammatillista yhteistyötä sekä vähentämään esimerkiksi kotihoidon mahdollisesti puutteellisista tiedoista johtuvia ensihoidon kontakteja. Kotikansiosta löytyvät ajantasaiset tiedot lisäävät asiakasturvallisuutta sekä helpottavat hoitohenkilökunnan työtä.

## 2 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS

### 2.1 Tausta ja tarve

Saattohoidon piirissä olevista asiakkaista noin puolet hoidetaan kotona, tilanteen vaatiessa kotihoidon turvin. Noin kolme neljästä haluaisi tulla hoidetuksi loppuun asti kotona. (Ikonen 2015, 262.) Euroopan maista Norjassa kotona kuolee vähiten saattohoidossa olevia. Suomessa kotisaattohoitoa saavista 4-16 % kuolee kotona, ilman tarvetta viime hetken saattohoitoa tukevalle osastojaksolle. Optimaalisen kotisaattohoidon toteutuminen riippuu potilaan, omaisten, kotihoidon hoitajien sekä lääkärin välisestä yhteistyöstä ja dialogista. Käytäntöihin tarvitaan ennen kaikkea säännönmukaisuutta sekä siirryttäessä sairaalasta kotisaattohoitoon, että kotona tapahtuviin hoitokokouksiin. (Danielsen, Sand, Rosland & Odvar 2018; Ahtiluoto & Ollila 2018, 64.) Turussa kotisaattohoitoon siirtymisen jälkeen ei järjestetä hoitokokouksia säännönmukaisesti, ellei niitä erikseen pyydetä.

Kotioloja voidaan muokata helpommin saattohoidossa olevan asiakkaan mieltymyksien mukaiseksi saattohoito-osaston rutiineista välittämättä. Myös vuorokausirytmii voi pysyä mieleisenä ja näin edesauttaa jaksamista. Kotisaattohoidon kokonaisvaltaisen ja hyvän hoitomallin tulee pohjautua eri toimijoiden hyvään yhteistyöhön, hoidon jatkuvaan arviointiin sekä hoitotyöntekijöiden koulutukseen (Ikonen 2015, 269). Kunnat järjestävät eri tavoin työntekijöiden koulutuksia saattohoidosta. Koulutuksen vähyyt ja tiedon puute saattavat herkästi johtaa kotisaattohoidon asiakkaan kohdalla ensihoidon kuormittamiseen, ylimääräisiin päivystys- ja osastokäynteihin sekä saattohoitoasiakkaan ja hänen omaistensa psyykkiseen kuormittumiseen. Saattohoidettavan ja hänen läheistensä saama ammattimainen, taidokas ja läsnäoleva hoito voi kuitenkin huomattavasti parantaa jäljellä olevan elämän laatua. (Joseph, Brown-Manhertz, Ikwuazom & Singleton, 2016; Sanghee, Kyunghwa & Sookyung 2020.)

Elämän loppuvaiheen hoidon tulisi tapahtua kotona ja potilaan oireita tulisi lievittää mahdollisimman vähän kajoavilla hoitomenetelmillä. Kotisaattohoidossa olevaa potilasta tulisi välttää lähettämästä akuuttihoitoon tarkoituksena tällä tavoin pidentää hieman elinai-  
kaa erilaisilla tutkimuksilla ja toimenpiteillä. Käytäntöjen välillä voi olla huomattavan suuria eroavaisuuksia siinä, milloin potilaan annetaan kuolla rauhassa kotona ja milloin hä-

net lähetetään sairaalaan saamaan lievitystä ja hoitoa oireisiin. (Lamont 2018.) Saattohoitovaiheessa potilas lähetetään sairaalaan useimmiten kodin epäsuotuisten olosuhteiden, läheisten voimien loppumisen tai hoitohenkilöstön riittämättömän osaamisen takia. Syyt ovat usein moninaisia ja ymmärrystä saattohoitopotilaan, hänen läheistensä ja hoitohenkilöstön kohtaamia haasteita kohtaan ei pidä vähätellä. Potilaan lähettäminen edestakaisin sairaalan ja kodin välillä saattohoitovaiheessa on kuitenkin paitsi turhauttavaa ja tuskallista potilaalle ja hänen läheisilleen, myös kallista. (Hoare, Kelly & Barclay 2019; Phongtankuel, Scherban, Reid, Finley, Martin, Dennis & Adelman, 2016.)

Potilastyytyväisyys on tärkeä ja laajalti käytetty indikaattori terveydenhoidon laadun mittaamiseksi. Aikuisten kotisaattohoitopotilaiden tyytyväisyys saamaansa hoitoon sairaalakäyntien ja sieltä kotiutumisen suhteen, potilastyytyväisyys on tutkimusten mukaan suoraan yhteydessä hoidon siirtymiseen kotiin sekä kotiutumisen sujuvuuteen. Tehokas moniammatillinen kommunikaatio kotiutumisen yhteydessä vähentää kotisaattohoidon aikaisia sairaalajaksoja. (Joseph ym. 2016.) Eri potilastietojärjestelmien käyttö hankaloittaa ajantasaisen tiedon kulkeutumista eri hoitotahojen välillä. Kommunikaation tueksi ja informaatiokatkosten välttämiseksi olisi tärkeää, että asiakkaalla itsellään olisi ajantasainen tieto saatavilla ja tarvittaessa annettavissa eri yhteistyötahoille.

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM 2020) suosituksen mukaisesti kotisaattohoidon lääkäreiden ja hoitajien tulee olla koulutettu saattohoitoon, muun henkilökunnan täydentäessä osaltaan moniammatillista työryhmää. Tämän kehittämisprojektin tuotoksena syntynyt kotikansio edesauttaa oikean ja ajantasaisen tiedon löytymistä asiakkaan luota ja paitsi edistää moniammatillista yhteistyötä, myös antaa tukea arvokkaan loppuelämän ja hyvän kuoleman mahdollistamiseen saattohoidossa olevalle kotihoidon asiakkaalle. Saattohoidon osaamisen tueksi on Turun kaupunki järjestänyt kotihoidon työntekijöille mahdollisuuden osallistua maksuttomaan saattohoitokoulutukseen vuonna 2017. Kaikkien Turun kaupungin kotihoidon työntekijöiden ei ole kuitenkaan ollut mahdollista osallistua koulutukseen esimerkiksi työnjärjestelyllisistä syistä. Saattohoitokoulutusten materiaali on osittain työntekijöiden saatavilla, mutta kotihoidon alueille puhelimitse tehtyjen alustavien kyselyiden mukaan materiaalia ei käytetä alueilla, eikä siihen perehdytä oma-toimisesti. Saattohoitokoulutuksen annin jalkauttamiseksi kotihoidon eri alueille ei ole tehty suunnitelmaa. Kehittämisprojektin tuotoksena syntynyt kotisaattohoitokansion runko on itsenäinen tuotoksensa, eikä liity mihinkään aikaisempaan tutkimukseen.

## 2.2 Tarkoitus ja tavoite

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli selvittää Turun kaupungin kotihoidon työntekijöiden osaamistasoa ja tietoa saattoprosessista ja saattohoitotyöstä, sekä ehdotuksia ja toiveita kotisaattohoitopotilaan hoitoon ja moniammatilliseen yhteistyöhön liittyen. Selvitystyöhön pohjautuen luotiin kotisaattohoitoasiakkaan kotikansio Turun kaupungin kotihoidon käyttöön.

Tämän kehittämiprojektin tavoitteena oli kehittää kotisaattohoidossa olevan kotihoidon asiakkaan moniammatillista hoitotyötä sekä parantaa asiakasturvallisuutta. Uuden toimintamallin luominen, tässä tapauksessa kotikansion käyttöönotto, edesauttaa ja yhteenäistää eri hoitotahojen toimintaa kotisaattohoidossa. Saattohoitoasiakkaan oireiden tunnistamisella sekä olemalla yhteydessä oikeaan hoitotahoon voidaan edistää asiakkaan turvallisuutta ja vähentää päivystyskontakteja ja ensihoidon konsultaatioita.

## 2.3 Toimintaympäristö ja projektiorganisaatio

Työelämä liitettiin osaksi kehittämiprojektia kolmikantamallin mukaisesti; opiskelija yhdessä opettajatuutorin ja työelämämentorin kanssa toimivat yhteistyössä ja tätä yhteistyötä tukemaan luotiin ohjausryhmä (ks. Ahonen 2015, 14-16). Kehittämiprojektin kohdeorganisaationa ja työelämäedustajana oli Turun kaupungin kotihoito. Kehittämiprojekti ja sen tuotos on vahvasti sidoksissa kotihoitoon ja tuotos rakentui ennen kaikkea kotihoidon henkilöstön tarpeiden mukaan. Kotihoitoa pyritään kehittämään ja ikääntyneiden kasvavaan määrään ja avun tarpeeseen pyritään vastaamaan muuttamalla tarvittaessa toimintatapoja ja innovoimalla kotihoitotyötä. Kotihoidossa tapahtuvat mahdolliset muutokset esimerkiksi esimiestasolla tai käytetyn teknologian kehityksessä eivät vaikuta kehittämiprojektiin tai sen tuotokseen. Kehittämiprojektiin tai sen tuotokseen eivät myöskään vaikuta mitkään poliittiset tai lainsäädännölliset tekijät.

Kehittämiprojektin ohjausryhmään kuuluivat kaksi mentoria, joilla on molemmilla vahva tausta Turun kaupungin kotihoidossa. Mentorit ovat pohjakoulutukseltaan terveydenhoitajia ja toimivat tällä hetkellä kotihoidon hallinnossa asiantuntijatehtävissä hoitotyön koordinaattorina ja mentorihoitajana. Ohjausryhmän tarkoituksena oli ohjata kehittämis-

projektia oikeaan suuntaan antamalla palautetta ja seuraamalla kehittämissuunnan etenemistä. Parhaimmillaan ohjausryhmä toimi luovana ympäristönä, jossa tuotiin esille kehittämistarpeita ja -ideoita.

Ohjausryhmän lisäksi ei muodostettu erikseen projektiryhmää, vaan projektipäällikkönä toimi kehittämissuunnan tekijä. Projektipäällikön vastuu on hallita koko kehittämissuunnitusta; sen alullepanoa, projektiorganisaation ja ohjausryhmän muodostamista ja toimimista, prosessin etenemistä sekä saavutettujen tulosten julkaisua. Projektipäällikkö kantaa vastuun myös kehittämissuunnan aikana tapahtuvasta muutosjohtamisesta – ohjaamista lähtötilanteesta kohti ennalta asetettua tavoitetta. (Ahonen 2015, 15.)

## 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

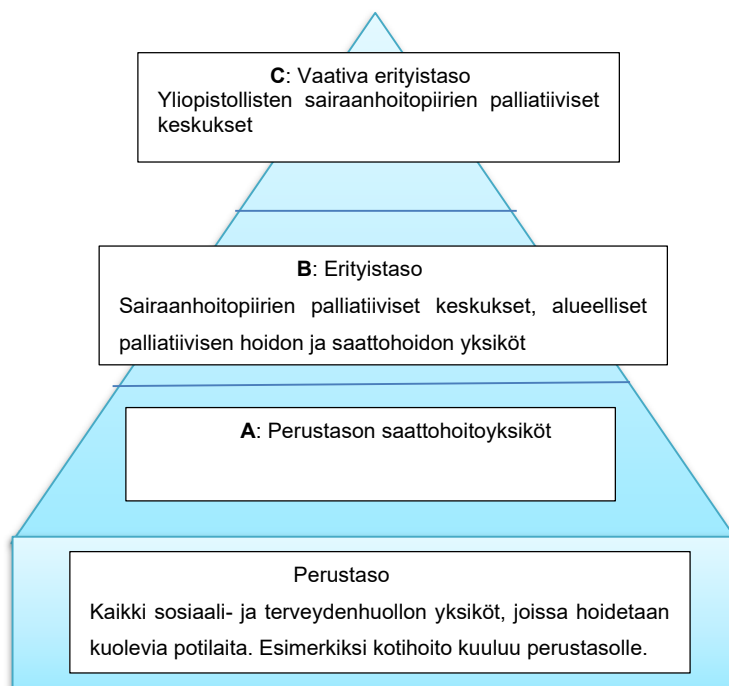
### 3.1 Palliatiivinen hoitotyö

Palliatiivisen hoidon lähtökohtana voidaan pitää tietoisuutta siitä, että kuolema on lähestymässä ja elämän pitkittämiseksi ei enää tehdä toimenpiteitä. Palliatiivisen hoidon tavoitteeksi voidaan puolestaan ajatella jäljellä olevan elämän laadullisuuden sekä arvokkaan kuoleman varmistaminen. Potilaan ja hänen läheistensä kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista huolehtiminen on jatkuvasti läsnä, läheisten tukeminen jatkuu myös potilaan kuoleman jälkeen. Jäljellä olevaa elämää tuetaan ja kuolemaa pidetään luonnollisena osana hoitoprosessia. (ETENE 2003, 6.) Palliatiivinen hoito voidaan nähdä jatkumona, jossa kuolema on normaali ja luonnollinen lopputulema. Jäljellä olevan elämän laatu on korkeampi hyve kuin elämän kesto. Näin ollen päämääränä on tarjota hoivaa ja hoitotoimenpiteitä niin, ettei hoito ole missään vaiheessa eettisesti kyseenalaista. Jokaisella ihmisellä on oikeus elämään ja henkilökohtaiseen turvallisuuteen (ks. esim. YK:n ihmisoikeuksien yleismaailmallinen julistus, 2022). Palliatiivisessa hoitotyössä pohditaan väistämättä myös ihmisen oikeutta kuolla, erityisesti sairauden tuomien kipujen ja kärsimyksen heikentäessä jäljellä olevan elämän laatua. Palliatiivisessa hoitotyössä on tärkeää järjestää hoito siten, ettei se aiheuta eettisiä epäilyksiä suoritetuista toimenpiteistä tai niiden mahdollisesti aiheuttamasta hyödystä niin potilaalle itselleen kuin hänen läheisilleen. (Keles 2019.) Erityisesti saattohoidon tapahtuessa kotioloissa, on toimenpiteet suoritettava huolellisesti ja tarkkuudella. Toiminta ja toiminnan seuranta voi olla haastavampaa kuin osasto-olosuhteissa, sillä kotihoidon ja kotisaattohoitotiimin käyntien välissä voi kulua useampi tunti.

Palliatiivisen hoidon järjestämistä ja kehittämistä ohjaavat sekä kansalliset että kansainväliset ohjeet ja säännöt, joiden perustana ovat ihmisen perusoikeudet. Hoitoa tulee toteuttaa ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. Palliatiiviseen hoitoon siirtyminen on aina lääketieteellinen päätös, joka täytyy voida perustella ja sitten kirjata huolellisesti (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2017, 366).

Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on julkaissut asiantuntijatyöryhmän suosituksen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisen osaamis- ja laatukriteereistä. Suositus perustuu kolmiportaiseen malliin, jossa palvelut järjestetään perusosaamisen tason lisäksi perustasolla (A), erityistasolla (B) ja vaativalla erityistasolla (C). (Saarto &

Finne-Soveri 2019, 9.) STM:n selvitysten mukaan erityistason palveluissa on merkittävää osaamisvajetta, eikä henkilöstön moniammatillisuuden taso vastaa laatukriteereitä, jotka ovat jokaisella tasolla erikseen määritellyt. (Saarto & Finne-Soveri 2019, 93.) Perustasolla hoitohenkilöstön tulisi hallita palliatiivisen ja saattohoidon perusteiden lisäksi ennakoivan hoitosuunnitelman ja saattohoitopäätöksen tekoon liittyvät asiat. Lisäksi perustasolla, johon siis esimerkiksi kotihoito kuuluu, huolehditaan palliatiivisen hoidon ja myöhemmin saattohoitovaiheen hoito sellaisille henkilöille, joiden oirekuva on vakaa ja elämän loppuvaihe on ennustettavissa. (Terveyskylä, palliatiivinen talo 2019.)



Kuva 1. 2019. Palliatiivisen hoidon kolmiportainen malli. (STM 2019 muok. Lintula 2022.)

Kotona toteutettava palliatiivinen hoitotyö voi edesauttaa monin eri tavoin asiakkaan mahdollisimman hyvän elämänlaadun toteutumista hänen omilla ehdoillaan. Kotihoidossa on valmiudet elämänlaatua tukevaan hyvään perustarpeista huolehtimiseen aina laadukkaasta ja monipuolisesta ravinnosta optimaaliseen kivunhoitoon ja sosiaalisten tarpeiden tyydyttämiseen. (Myller 2007, 21.)

### 3.2 Asiakas

Tässä kehittämissuunnitelmassa, kuten kotihoidossa yleensäkin puhutaan asiakkaista. Kotihoito pitää sisällään sosiaalihoitolakiin perustuvaa kotipalvelua ja terveydenhuoltolakiin perustuvaa kotisairaanhoidoa (STM 2020a). Sosiaalihoitolain alaisia palveluita käyttävät henkilöt mielletään yleisimmin asiakkaiksi, mutta nimitys on vakiintunut käytännöksi koko kotihoidon saralla. Puhuttaessa asiakkaan ja potilaan oikeuksista STM (2020b) tekee jaon potilaisiin ja sosiaalihoollon asiakkaisiin. Nämä eivät kuitenkaan ole yleisiä suosituksia tai termejä. Asiakas hankkii ja ostaa itselleen tarvitsemansa palvelun, potilas puolestaan tavallisesti hakeutuu hoidon piiriin tietämättä välttämättä lainkaan, minkälaista apua tai palvelua kaipaa. Asiakkaan kanssa yhdessä räätälöidään hänelle parhaiten sopiva palvelupaketti, kun taas potilaalle tarjotaan vain se palvelu, joka hänen katsotaan tarvitsevan. Samankaltaiseen päätelmään on pro gradu-tutkielmassaan tullut Karppinen (2018, 11). Hänen mukaansa potilas lähinnä hakeutuu saamaan tarvitsemaansa hoitoa, eikä osallistu yhtä aktiivisesti oman hoitonsa suunnitteluun kuin asiakkaan voidaan katsoa osallistuvan. Kasevan (2011) mukaan Laitinen & Pohjola (2010) mieltävät asiakkaan olevan osuva käsite vallalla olevan muutoksen aikana, jolloin hoitotyön toimintamallit, vuorovaikutus ja työtavat ylipäätään pyrkivät olemaan entistä asiakaslähtöisempiä ja tukemaan ihmistä yksilönä.

Termiä asiakas vierastetaan terveydenhuollossa mahdollisesti siksi, että sen kautta lääketieteelliset palvelut voidaan nähdä hyödykkeinä ja siten helpostikin hallittavina kokonaisuuksina. Karkeammin sanottuna terveydenhuollon asiakas nähdään yksin tarpeidensa päättäjänä ja määrittäjänä, jolloin kauppiaan, eli tässä tapauksessa palveluntarjoajan rooli on ainoastaan tyydyttää nämä tarpeet. (Deber, Kraetschmer, Urowitz & Sharpe 2005.) Kotihoidossa asiakas saa valita itselleen tiettyjä palveluita maksua vastaan, vaikka ne eivät olisi hänelle hoidon kannalta välttämättömiä ja siten kotihoidon tarjottavissa. Tällaisia ovat esimerkiksi kauppapalvelu, ateriapalvelu sekä turvallisuuteen liittyvät palvelut. Tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin termien potilas, asiakas ja kuluttaja käyttöä terveydenhuollossa sekä terminologiaa niiden takana, todettiin suurimman osan terveydenhuollon käyttäjistä suosivan itsestään käytettävän sanaa potilas. Vain harva piti termistä kuluttaja. Asiakas oli terminä suosituin avohuollon puolella, erityisesti psyykkisen hoidon sekä sosiaalitoimen piirissä olevilla. (Costa, Mercieca-Bebber, Tesson, Seidler, Lopez 2019; McLaughlin 2008.) Tässä kirjallisessa työssä käytetyt lähteet ja asiayhteydet määrittelevät myös pitkälti sen, käytetäänkö sanaa *potilas* vai *asiakas*.

### 3.3 Kotihoito

Kotihoito on koti- ja tukipalvelujen sekä sairaanhoitopalvelujen palvelukokonaisuus (Ikonen 2015, 15). WHO:n alueellinen osasto Euroopassa näkee kotihoidon palvelukokonaisuuden puolestaan ihmisten terveydelliset ja sosiaaliset tarpeet tyydyttävänä kokonaisvaltaisena hoitona, jossa hyödynnetään muun muassa teknologiaa ja varmistetaan palveluiden saatavuus kaikille sekä tarvittaessa hoidon jatkuminen (Tarricone & Tsouros, 2008). Kotihoidon tarkoitus on auttaa kotona asuvia, eri-ikäisiä avun tarvisijoita, joiden toimintakyvyssä on tapahtunut tilapäinen tai pysyvä muutos. Kotihoito tukee, kun asiakas tarvitsee apua kotiin selviytyäkseen arkipäivän askareista ja henkilökohtaisista toiminnoista kuten hygienian hoitamisesta tai lääkehoidon turvaamisessa. Ihmisen elämän perustarpeiden tyydyttäminen sekä asuminen omassa kodissaan – tai kodinomaisessa ympäristössä loppuun saakka, voidaan nähdä tavoitteena, jonka täyttymisessä kotihoidolla on olennainen rooli. Kotihoito pitää sisällään kotipalvelua ja kotisairaanhoitoa. Lisäksi kokonaisuuteen voidaan lisätä tarpeen mukaan eri julkisten ja yksityisten toimitsijoiden sekä järjestöjen tarjoamista ja tuottamista palveluista. (THL 2022a.)

Kotihoidon voidaan ajatella olevan mitä tahansa pitkäaikaista hoivaa, jonka tavoitteena on turvata iäkkäiden, vammaisten tai vammautuneiden, pitkäaikaissairaiden tai muutoin toimintakyvyltään heikentyneiden pärjääminen omassa kodissa tai kodin kaltaisessa paikassa, pois lukien palvelutalot ja vanhainkodit. Tämä hoiva pitää sisällään lääkehoidon ja sairaanhoidollisten tehtävien lisäksi myös muita palveluita, kuten ruoka- ja pyykkiapu, kauppa- ja muu asiointiapu sekä luonnollisesti sosiaalisen tuen ja sen turvaamisen. (Feasley 1996, 10.) Kotihoito tukee asiakkaan omia voimavaroja ja pyrkii hyödyntämään niitä, ylläpitäen ja jopa parantaen asiakkaan toimintakykyä (Aalto & Marjakangas 2008, 69). Voimavarojen tunnistaminen on kotihoidon työntekijöiden ammattitaidon varassa ja eri toimintakykymittareiden käytön hallitsemisessa. Vähimmillään kotona selviytyminen edellyttää mahdollisuutta päästä vuoteeseen ja sieltä pois, tehdä tarpeensa asianmukaisesti ja esteettömästi sekä saada riittävästi ravintoa (Finne-Soveri 2006, 130). Näissä edellä mainituissa toimissa kotihoito luonnollisesti auttaa sekä pyrkii muokkaamaan asiakkaan elinoloja siten, että kotona eläminen ja toimiminen on mielekästä. Kotihoito on monipuolista ja kokonaisvaltaista hoivaa, mutta yhtä lailla on tärkeää huomioida myös omaisten ja muiden läheisten henkilöiden merkitys asiakkaan elämänlaadun parantamisessa.

### 3.4 Kotikansio

Kotikansio tarkoittaa tässä kehittämissuunnitelmassa nimensä mukaisesti saattohoitopäätöksen saaneen kotihoidon asiakkaan kotona olevaa hoitokansiota. Se sisältää kaiken ajankohtaisen tiedon ja tärkeät yhteystiedot liittyen asiakkaan sairauteen ja kotona tapahtuvaan saattohoitoon. Kotikansion sisältö rakentui tämän kehittämissuunnitelman myötä sen mukaan, mitä tarpeita tuli esille aineistonkeruun perusteella ja sen aikana. Kotikansion runkoon liitetään lähtökohtaisesti asiakkaan hoitosuunnitelma sekä kotihoidon, saattohoitokoordinaattorin ja kotihoitoa tukevan saattohoito-osaston yhteystiedot. Myös lääkitystiedot tulee olla saatavilla. Grönlund & Huhtinen (2011, 100) muistuttavat kirjallisten ohjeiden antamisesta omaisille kuolinhetkeä varten. Kuoleman tullessa – erityisesti sen tullessa kotona, on tärkeää, ettei läheisten tarvitse etsiä eri tahojen yhteystietoja, vaan ne löytyisivät kotoa samasta paikasta.

Hoitokansion sijaan tämän kehittämissuunnitelman tuotoksena on kotikansio, sillä tuotos on suunnattu ensisijaisesti kotihoidon työntekijöille kotisaattoasiakkaan hoitoa varten. Sana koti haluttiin säilyttää myös tuotoksessa, sillä sen koettiin omalta osaltaan olevan terminä maanläheinen ja koti mielletään usein paikkana turvalliseksi.

### 3.5 Saattohoito ja kotisaattohoito

Kun sairaan ihmisen hoito on edennyt vaiheeseen, jossa sairauden eteneminen on väistämätöntä eikä parantavaa hoitoa ole tai siitä on luovuttu, siirrytään saattohoitovaiheeseen. Saattohoito antaa kuolevalle potilaalle ja hänen läheisilleen tarvittavan tuen paitsi sairauden oireista selviämiseksi, myös kuolemaan liittyvien tunteiden käsittelemiseksi (Joensuu 2013, 77). Saattohoito ajoittuu lähelle kuolemaa, vaikka ajallisen ennusteen määrittäminen onkin vaikeaa, ellei mahdotonta (Grönlund & Huhtinen 2011, 78). Saattohoito keskittyy välittämiseen ja läsnäoloon, ei sairauden hoitamiseen. Saattohoidon keskiössä on ajatus siitä, että jokainen on oikeutettu kuolemaan kivuttomana ja arvokkaasti. (Doherty 2009, 234; Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 111.) Yksinkertaisimmillaan muotoiltuna saattohoito on kuolevan potilaan hoitamista.

Elämän loppuvaiheen hoitoa Suomessa ohjaavat useat eri lait, muun muassa asetus kuolemansyyntä selvittämisestä 948/1973, laki potilaan asemasta ja oikeudesta 758/1992, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2009, laki terveydenhuollon

ammattihenkilöistä 559/1994, sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta 27/2004 sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 99/2001. Saattohoidon eettinen arvo muodostuu itsemääräämisoikeudesta, hyvästä hoidosta, ihmisarvon kunnioittamisesta sekä oikeudenmukaisuudesta. (Ollila 2018, 62.) Laadukas saattohoito on olennainen osa hyvää kuolemaa. Siihen sisältyy potilaan kivuttomuus, arvokkuuden säilyminen, pelon ja ahdistuksen hallinta, kirjallisesti laadittu hoitotahto, hengellinen tuki sekä omaisten huomiointi. Laadukkaasti järjestetty saattohoito valmistaa kuolemaan ja antaa aikaa järjestää asiat kuntoon. Erityisesti omaisten näkökulmasta jäähyväisten jättäminen ja rauhallinen kuolema ja kuoleman tapahtumisympäristö ovat merkittäviä asioita. (Jäntti-Leivo 2018, 24.) Tiivistettynä saattohoidon tavoitteena on potilaan ja hänen omaistensa paras mahdollinen elämänlaatu (Hänninen 2012, 184).

Kotisaattohoidossa olevan hoito tapahtuu yhteistyössä eri tahojen kanssa, esimerkiksi palliatiivisen hoidon osasto, kotihoito ja kotisairaala. Kotisaattohoidossa olevan potilaan hoitavan lääkärin tulisi aina olla palliatiivisen hoidon osaston lääkäri tai saattohoitokodin lääkäri. Keskinäisen tiedon kulku ja selkeä työnjako luovat turvallisuuden tunnetta kotisaattohoidossa olevalle potilaalle ja helpottavat myös ammattilaisten työtä (Grönlund & Huhtinen 2011, 97). Kotisaattohoitoon siirtyminen on haasteellista paitsi potilaalle ja hänen omaisilleen, myös hoitoalan ammattilaisille. Palliatiivisen hoitosuhteen luomisessa painottuu hyvin usein hoitajien psykologiset taidot ja piirteet. Tällaisia ovat esimerkiksi kuuntelutaito ja läsnäolo. Kotona tapahtuva palliatiivinen hoitotyö ja myöhemmin kotisaattohoito korostavat paitsi hoitajan kliinisiä taitoja, myös hoitajan roolia asiakkaan ja hänen läheistensä sosiaalisten suhteiden tukijana. Kotisaattohoidossa hoitaja toimii usein yksin ja itsenäisesti asiakkaan luona, jolloin hoitaja tekee sen mitä vaaditaan ja pyrkii pidättäytymään mahdollisista konflikteista. Tällöin hoitaja herkästi muuttuu kokonaisvaltaisesta hoitajasta suorittajaksi. Nykyisen palliatiivisen hoidon mallia tulisi uudistaa ja palliatiivista osaamista tukea, jotta kotona tapahtuvasta palliatiivisesta hoitotyöstä ja erityisesti kotisaattohoidosta tulisi tunnistettua ja vakaata. Huomion arvoista on myös työpaikan käytäntöjen ja työn kuormittavuuden vaikuttaminen hoitajien palliatiivisen ja saattohoidon osaamiseen sekä taitotasoon ja hoitosuhteiden luomiseen. (Ward-Griffin, McWilliam & Oudshoorn, 2012, 97-98, 103; Radbruch ym. 2020) Edellytyksenä kotisaattohoidolle voidaan katsoa kuolevan tahto kuolla kotona, sekä riittävät puitteet hoitotoimenpiteiden suorittamiseen ja perustarpeiden tyydyttämiseen kotioloissa. Kotisaattohoidossa olevalla potilaalla tulee olla tukiosasto, johon hän voi siirtyä yhteydenoton perusteella suoraan, mikäli hoito kotona ei enää onnistu. (Terveyskylä, Palliatiivinen talo,

2021.) Kotona järjestettävä saattohoito on suunniteltava yksilön tarpeiden mukaan ja erityisesti tulee huolehtia mahdollisuudesta saada tukea, neuvoja ja rohkaisuja vaikeassa tilanteessa.

### 3.6 Saattohoitopäätös ja saattohoitokoordinaattori

Saattohoitopäätös on hoidon linjaamista. Potilaan tulee olla tietoinen saattohoitopäätöksen perusteista ja seuraamuksista. Tärkeää on, että potilas saisi olla mukana päätöksenteossa. Saattohoitopäätös tehdään useimmiten erikoissairaanhoidon piirissä, sen toteutus voi kuitenkin tapahtua muuallakin, esimerkiksi kotona. Saattohoitopäätös tulee olla tehtynä ennen asiakkaan siirtymistä saattohoitoon. (Grönlund & Huhtinen 2011, 78; Hänninen & Anttonen 2008, 23.) Päätös siirtyä saattohoitoon on vähintään yhtä tärkeä, kuin päätös siirtyä palliatiiviseen hoitoon. Käypä hoito-suosituksen mukaisesti saattohoitopäätös tulisi tehdä yhdessä potilaan kanssa hyvissä ajoin. Mikäli saattohoitopäätöksen teko jää liian myöhäiseksi, voi se merkittävästi haitata potilaan autonomian toteutumista. Potilaalla ja hänen läheisillään tulee olla mahdollisuus valmistautua lähestyvään kuolemaan. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito, Käypä hoito-suosituksen potilasversio 2019.)

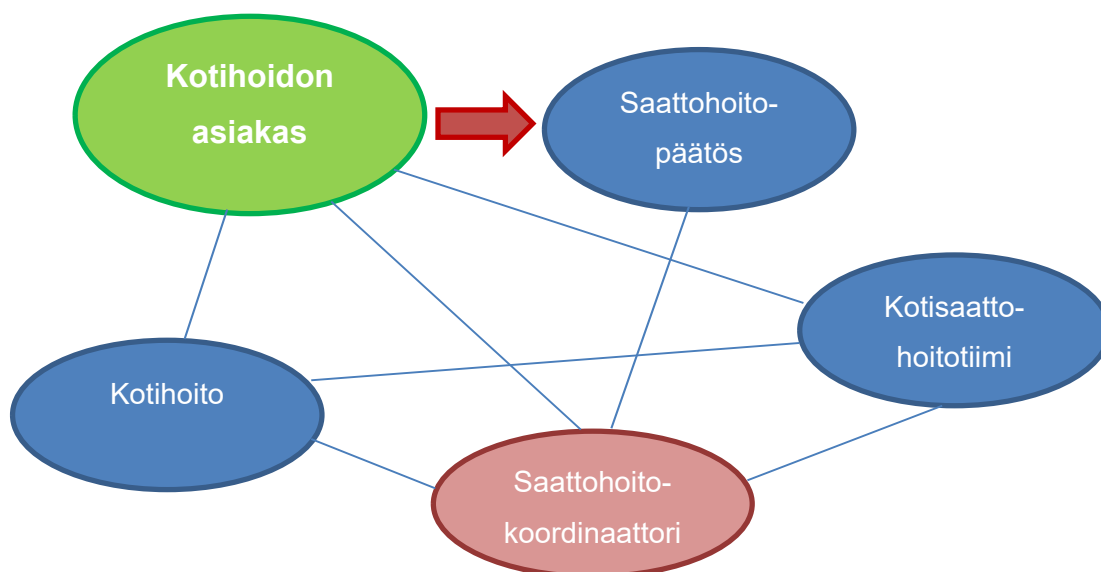
Saattohoito voidaan yhtä lailla muun hoidon tavoin nähdä tavoitteellisena hoitona. Saattohoitopäätöksen tarkoituksena onkin tarjota kuolevalle hyvää hoitoa ja hoidon uudelleen linjausta sekä välttää hylkäämisen kokemusta. Päätös saattohoitoon siirtymisestä antaa kuolevalle mahdollisuuden kohdata ja surra omaa kärsimystään, myös läheiset voivat aloittaa oman luopumistyönsä. (Hänninen & Anttonen 2008, 25.) Saattohoitopäätös ja sen tekeminen on saanut osakseen arvostelua, sillä se korvataan usein ei elvytetä-päätöksellä (DNR tai ER) tai päätöksellä antaa vain oireenmukaista hoitoa. Kaksi edellä mainittua koetaan helpommaksi tehdä. Saattohoitopäätöksen tulisi perustua oikeudenmukaisuuteen ja tasa-arvoon, sekä ennen kaikkea inhimillisyyteen ja kärsimyksen lievittämiseen. Oireiden määrä ja lähestyvän kuoleman ajallinen arviointi ovat itsessään huonoja kriteereitä, sillä potilas voi olla fyysisesti vähäoireinen, mutta tarvitsee ja hyötyy saattohoitopäätöksen suomasta psyykkisestä avusta ja turvasta, samoin kuin hänen omaisensa. (Hänninen 2003, 16.) Saattohoitopäätös kuitenkin itsessään sisältää aina ER-päätöksen. Omaiset voidaan ottaa mukaan saattohoitopäätöksen tekoprosessiin hoitokokouksen muodossa, mutta omaisia ei voida asettaa vastuuseen lääketieteellisen päätöksen tekemisestä, jollainen saattohoitopäätös siis on. (Hynninen 2021.)

Saattohoitokoordinaattori on saattohoidon asiantuntija ja hänellä tulee olla työhön sopiva koulutus, esimerkiksi sairaanhoitaja tai muu terveydenhoitoalan koulutus. Yhteyshenkilönä toimiminen saattohoitopäätöksen saaneen henkilön hoitoverkostossa on yksi olennainen osa saattohoitokoordinaattorin toimenkuvaa. ([www.turku.fi](http://www.turku.fi) 2022, n.d.) Hoitoverkosto sisältää kaikki saattohoitopäätöksen saaneen asiakkaan hoitotahot sekä myös omaiset ja muut läheiset.

Saattohoitokoordinaattoriin otetaan yhteys yleisimmin palliatiiviselta poliklinikalta, mutta myös muun lääkärin lähetteellä, kun asiakas on palliatiivisen hoidon piirissä. Saattohoitopäätös on yhteydenoton hetkellä tehty tai tekeillä. Asiakkaan luo sovitaan ensimmäinen kotikäynti, jossa käydään läpi muun muassa asiakkaan toiveet loppuelämän hoidon suhteen. Ensimmäiselle kotikäynnille toivotaan myös omaisten tai muiden saattohoitoasiakkaalle läheisten henkilöiden osallistuvan. Saattohoitokoordinaattori kirjaa potilastietojärjestelmään kotikäynnillä keskustellut asiat, joihin kuuluu muun muassa elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman laatiminen. Tätä hoitosuunnitelmaa tarkennetaan tarpeen vaatiessa ja se toimii ennen kaikkea suunnitelmana ja ohjeistuksena asiakkaan omille toiveille, ei niinkään hoitoa rajaavana potilaskirjauksena (ks. esim. Lehto, Marjamäki & Saarto 2019).

Asiakkaalle ja hänen läheisilleen on myös annettava tieto siitä, miten toimitaan kuoleman kohdatessa ja sen jälkeen; keneen otetaan yhteys, mitä toimenpiteitä tarvitaan. Saattohoitokoordinaattori luo pohjan hoitosuunnitelmalle, jonka mukaan kotisaattohoitotiimi jatkossa asiakkaan luona toimii. Saattohoitokoordinaattorin toimenkuvaa on tutkittu tai edes avattu melko vähäisesti, joten käsitteen määrittely perustuu lyhyeen kuvaukseen Turun kaupungin verkkosivustolta, sekä projektipäällikön omakohtaiseen kokemukseen saattohoitokoordinaattorin kanssa työskentelystä. Lisäksi tuotoksen lähdettyä kommenttikierrokselle asiantuntijapaneeliin, saattohoitokoordinaattorin toimenkuva tarkentui esimerkiksi saattohoitotiimin hoitosuunnitelman laatimisen osalta. Asiantuntijapaneelistä lisää luvussa 4.

Kuva 2. Saattohoitokoordinaattorin linkittyminen saattohoitopäätöksen jälkeen



### 3.7 Hoitotahto

Potilaslain 6 § käsittelee potilaan itsemääräämisoikeutta. Lain mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan kieltäytyessä tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä tulee hoitaa jollain muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla yhteistyössä potilaan kanssa. Mikäli potilas ei pysty päättämään itse omasta hoidostaan, tulee ennen tärkeää hoitopäätöstä kuulla potilaan laillista edustajaa tai lähiomaista. Mikäli tämäkään ei ole mahdollista tai lähiomaisten kuulemisesta syntyy riitantilanteita, tulee potilasta hoitaa tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 2020.) Hoitotahto on dokumentti, jonka on tarkoitus suojella yksilöä elämän epäsuotuisalta ja turhalta pitkittämiseltä sellaisissa tilanteissa, joissa hän ei voi itse ilmaista tahtoaan. Hoitotahdon avulla voidaan ilmaista omat toiveet muun muassa hyväksymällä tai hylkäämällä tietyt elämää ylläpitävät hoidot erilaisissa tilanteissa, esimerkiksi sairastuessa parantumattomasti. (Dobbins 2007.)

Osa saattohoitopäätöksen saaneista haluaa siirtyä palliativiseen hoitoon hyvin pian saatuaan diagnoosin parantumattomasta sairaudesta. Toiset taas valitsevat hyvin aggressiivisen hoitolinjan. Nämä eri hoitolinjaukset on hyvä kirjata ylös jo aikaisessa vaiheessa.

On myös hyvä pohtia jo ennen varsinaista saattohoitovaihetta, halutaanko esimerkiksi sedaatio eli tajunnantason alentaminen lääkkeillä, vai halutaanko siitä ehdottomasti kieltäytyä senkin uhalla, että kivut olisivat suuremmat. (Loomis 2009, 223; Pöyhiä 2018, 117.) Hoitotyön ammattilaisten tulee tiedottaa saattohoitopäätöksen saanutta potilasta kaikista eri vaihtoehdoista ja mahdollisuuksista totuudenmukaisesti, jotta potilas voi tehdä oikean ja oikeutetun päätöksen hoidostaan.

Hoitotahdon olemassaoloa ja sen tekemistä on tutkittu erityisesti muistisairaiden kohdalla. Tutkimusten päätelmät ovat rinnastettavissa hoitotahdon tekemiseen myös saattohoidon osalta. Hoitotahdon kirjallista tekemistä esimerkiksi Alzheimerin tautia sairastaville suositellaan jo ensimmäisten muistioireiden ilmaannuttua tai viimeistään diagnoosin varmistuttua. Hoitotahdon puuttuminen voi altistaa konflikteille potilaan läheisten ja hoitoalan ammattilaisten kanssa. (Burlá, Rego & Nunes 2014, 385.) Hoitotahdon tekemisestä ja kirjaamisesta tulisi käydä avointa keskustelua potilaan ja tämän omaisten sekä hoitohenkilökunnan kesken. Saattohoitopotilaiden on hyvä viimeistään saattohoitopäätöksen jälkeen kirjata hoitotahto, sekä keskustella asiasta läheisten kanssa. Hoitotahdosta puhuminen ja keskusteleminen voi olla haastavaa vaikeassa tilanteessa, siksi hoitohenkilökunnan on hyvä olla tukena tässä asiassa. Saattohoitovaiheessa hoidon linjaukset tekee aina lääkäri, mutta päätökset on tehtävä aina yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa (Kokkonen ym. 2004, 113).

Hoitotahto, tai myös hoitotestamentti, on yleinen toivomus halutusta hoitolinjasta sairastuessa vakavasti. Hoitotahtoa voidaan pitää myös kielteisenä tahdonilmaisuna saattohoitovaiheen hoitotoimiin, joilla pyrittäisiin ylläpitämään elintoimintoja (Grönlund & Huhminen 2011, 22). Hoitotahto ilmaisee, millaista hoitoa ihminen haluaa elämän loppuvaiheessa. Erilaiset syyt, kuten tajuttomuus, onnettomuus tai vakava sairaus voivat estää henkilön osallistumisen oman hoitonsa päätöksiin. Hoitotahdon avulla hoitohenkilökunta ja myös omaiset kykenevät tekemään ratkaisuja hoidon suhteen. Hoitotahto on juridisesti pätevä. (THL 2019.) Se sitoo hoitohenkilökuntaa ja omaisia, eikä sitä vastoin saa toimia. Mikäli hoitotahto on laadittu kauan sitten aikana, jolloin kaikkia uusia hoitomahdollisuuksia ei ole ollut tiedossa, voidaan harkiten toimia hoitotahdon vastaisesti. Näiden toimien on kuitenkin oltava aina perusteltavissa, mikäli on syytä olettaa, että tahto ja toiveet ovat alkuperäisestä muuttuneet. Hoitotahto on hyvä laatia kirjallisesti ja sitä kannattaa päivittää. (Terveyskylä, palliatiivinen talo 2019; Kokkonen ym. 2004, 114.) Hoitotahto rajaa, kuinka mittaviin toimenpiteisiin halutaan ryhtyttävän. Hoitotahdolla voidaan myös rajata

hoitoja, joita ei halua itseensä käytettävän, esimerkiksi hengityskonehoito tai letkuravitsemus.

### 3.8 Ennakoiva hoitosuunnitelma

Ihmisellä on toive siitä, miten hän haluaa kuolla ja todellisuus siitä, miten hän kuolee. Kuoleman lähestyessä toiveena on pääosin tehdä omia päätöksiä mahdollisimman pitkään, eikä kuolemaa haluta pitkitettävän. Läheisille ei haluta ylimääräistä huolta ja kuoleman toivotaan olevan kivuton. Vielä 2000-luvun alussa keskustelut kuolevan, tämän omaisten ja hoitotyön ammattilaisten välillä olivat vähäisiä. Tietoisuus ennakoivan hoitosuunnitelman laatimisesta sekä hoitotyön ammattilaisten että potilaiden keskuudessa alkoi hiljalleen lisääntyä. Kuolevalla on oikeuksia oman hoitonsa ja sen järjestämisen suhteen. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma on kuolevan oman tahdon kunnioittamista ja sen mukaan toimimista. (Dobbins 2007.)

Ennakoiva hoitosuunnitelma voidaan jakaa osioihin, jotka sisältävät potilaan toiveet hoidosta tällä hetkellä, sairauden edetessä sekä aivan elämän loppuvaiheessa. Hoitosuunnitelma voi sisältää myös tarvittaessa yksityiskohtaisestikin missä ja millä tavoin hoito toteutetaan elämän loppuvaiheessa. (Lehto 2018, 10.) Kokonaisvaltaisen, yksilöllisen ja laadukkaan hoidon takaamiseksi potilaalla tulisi olla asianmukainen ja ajantasainen hoitosuunnitelma aina, kun hän saa pidempiaikaista hoitoa. Hoitosuunnitelmaan kirjataan potilaan hoitoa koskevat linjaukset, miten hoito järjestetään ja kuka vastaa hoidon seurannasta. Kotihoidossa esimerkiksi asiakkaan jokaiselle tarpeelle luodaan tavoite ja toiminnot, joilla tavoitteeseen päästään.

Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma on hyvä laatia yhteistyössä potilaan, tämän läheisten sekä hoitotyön ammattilaisten kanssa, jotta siitä saadaan paitsi potilasta, mutta myös muita tahoja palveleva. Hoitokokoukset ovat hyviä paikkoja hoitosuunnitelman laadintaan, koska niihin voidaan kutsua kaikki tarvittavat osapuolet paikalle ja eri ammattiryhmät, esimerkiksi fysio- ja toimintaterapeutit voivat tarvittaessa tehdä omat lisäyksensä. (Aejmelaeus & Liedenpohja, 2015.)

Ennakoiva hoitosuunnitelma vaatii erityisesti hoitotyön ammattilaisilta sensitiivisyyttä, mutta myös ehdotonta avoimuutta ja rehellisyyttä. Kotisaattohoidossa olevan asiakkaan kanssa tilanteessa ollaan läsnä eri tavalla, kuin ehkä hektisemmäksi miellettyissä osastolosuhteissa. Kotisaattohoidossa hoitotyöntekijöiden valmiudet avoimeen keskusteluun

asiakkaan kanssa kulminoituvat kolmeen asiaan; rehellisyyden tarkoitukseen, syyhyyn olla rehellinen sekä rehellisyyden moraaliseen konfliktiin. Laadittaessa elämän loppuvaiheen ennakoivaa hoitosuunnitelmaa tietous saattohoidosta ja kyky avoimeen keskusteluun voidaan nostaa tavoiteltaviksi arvoiksi. Hoitotyöntekijällä tulee yhtä lailla olla paitsi käsitys saattohoitoprosessista ja saattohoitotyöstä, myös kaikki saatavilla oleva tieto asiakkaasta, jotta hän voi tarjota saman tiedon asiakkaalle itselleen. (Erichsen, Danielsson & Friedrichsen, 2010.) Vaikeistakin asioista tulee voida puhua avoimesti, selkeästi ja suoraan.

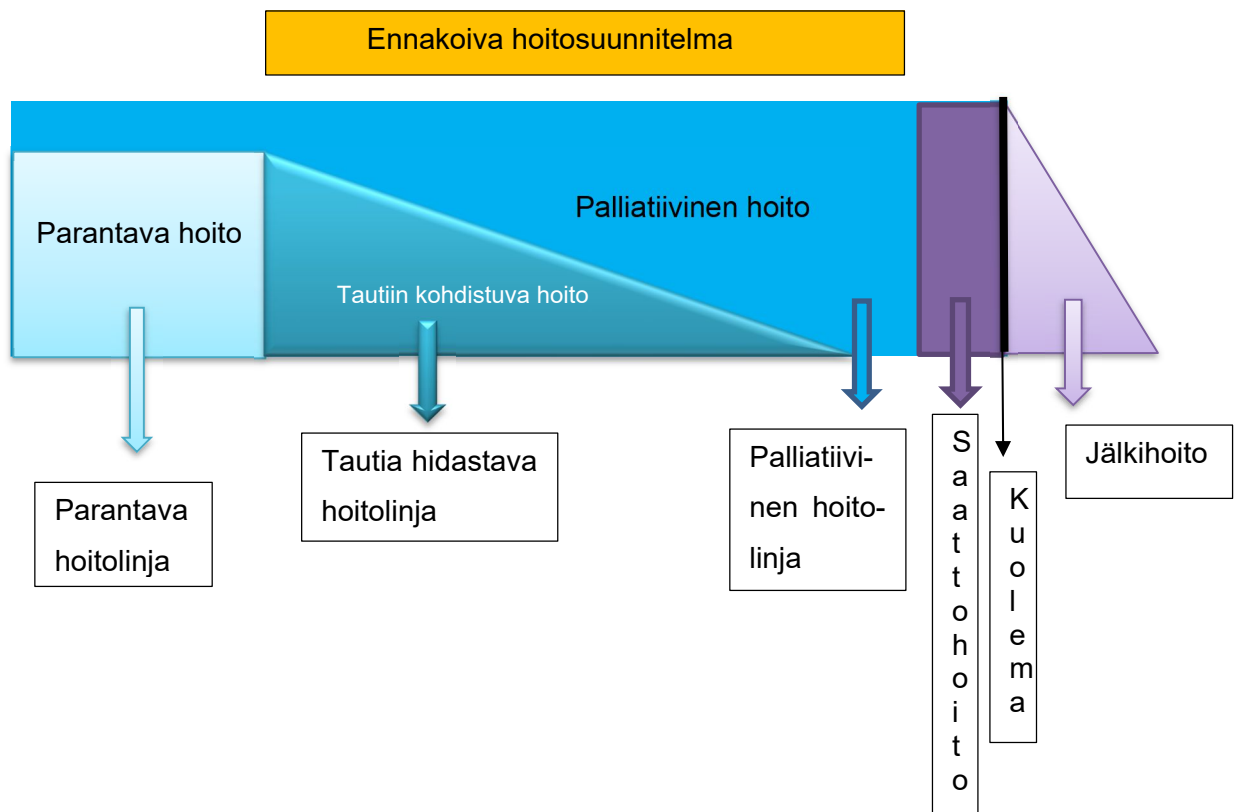
Hoitosuunnitelmasta yleensäkin, mutta erityisesti elämän loppuvaiheen tarpeisiin luodusta ennakoivasta hoitosuunnitelmasta on hyvä tehdä yksityiskohtainen ja informatiivinen. Siihen voi kirjata asiakkaan omia mieltymyksiä, odotuksia ja toiveita, sekä omat voimavarat ja kärsimystä lieventävät asiat. Hoitosuunnitelma on aina hoidon tarpeen ja tavoitteiden määrittelyä ja kuvaamista. Hoitosuunnitelma tehdään yhdessä potilaan kanssa ja lähtökohtana ovat aina potilaan omat tarpeet ja tavoitteet. Hoitosuunnitelma tulee laatia erityisesti pitkäaikaissairaille potilaille. (Korhonen 2017, 8.)

Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma kannattaa tehdä hyvissä ajoin kuolevan potilaan vielä kyetessä osallistumaan sen tekoon ja se voidaan tehdä yhdessä hoitavan lääkärin ja läheisten kanssa. Ennakoiva hoitosuunnitelma kulkee käsi kädessä hoitotahdon kanssa ja se sisältää potilaan toiveen häntä koskevasta hoidosta sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä. Hoitotahto voidaan sisällyttää ennakoivaan hoitosuunnitelmaan. Se sisältää myös keskustelut potilaan kanssa ja kirjaukset sairauden vaiheista. (Kuolevan potilaan oireiden hoito, Käypä hoito-suosituksen potilasversio, 2019.)

Elämän loppuvaiheen ennakoivaa hoitosuunnitelmaa tehdessä on paitsi potilaalla itsellään, myös osallistuvilla omaisilla ja läheisillä oltava kaikki oikea, ajankohtainen ja saatavilla oleva tieto potilaan tilasta ja ennusteesta. Tällöin voidaan tehdä tietoinen, potilaan etujen mukainen suunnitelma ja luoda realistiset tavoitteet hoidon ja hoitotoimien suhteen. Hoitohenkilökunnalla on tässä tärkeä rooli, sillä useinkaan potilaalla tai hänen omaisillaan ei ole lääke- tai hoitotieteellistä asiantuntemusta, joihin he voisivat näkemyksensä perustaa. (O'Mahony 2016, 180.)

Ennakoivan hoitosuunnitelman sisällöstä on hyvä keskustella useammin kuin kerran. Keskustelut voi ajoittaa asteittain hoitolinjausten rinnalle. Viimeistään siinä kohtaa, kun vaikean taudin etenemiseen ei voida enää vaikuttaa, on syytä järjestää keskustelu elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmasta. Omaisten mukaan ottaminen keskusteluun on tärkeää myös jälkihoidon kannalta – millaista tukea omaiset kaipaavat läheisen kuoleman jälkeen, mitä tietoa he tarvitsevat. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019.)

Kuva 3. Hoitolinjaukset sairauden eri vaiheissa. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019. Muok. Lintula 2022)



## 4 KEHITTÄMISPROJEKTIN PROSESSI JA TOTEUTUS

### 4.1 Kirjallisuuskatsaus

Kehittämiprojektiin liittyi aluksi taustatyötä, johon sisältyi tiedonhakua ja kirjallisuuteen perustuvia selvityksiä. Tästä tiedonhausta muodostettiin kirjallisuuskatsaus (liite 1). Tämän kehittämiprojektin kannalta oleellista tietoa löytyi erilaisista selvityksistä, tutkimuksista ja toiminnan dokumentaatioista. Mentoreilta ja ohjausryhmältä saatiin hiljaista tietoa ja tiedon haku sekä dokumentointi jatkuivat koko kehittämiprojektin ajan. Tärkein tieto onkin usein hiljaista, kokemusperäistä tietoa, jota saadaan kehittämiprojektin kannalta keskeisiltä henkilöiltä. (Kymäläinen, Lakkala, Carver & Kamppari 2016, 16.)

Kehittämiprojektin teoreettinen viitekehys rakentui systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan, joka on tiivistelmä tiettyyn aiheeseen liittyvistä aikaisemmista tutkimuksista (Salminen, A. 2011, 9). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kokoaa tietoa valitusta aiheesta mahdollisimman kattavasti aikaisemmin tehtyjen tutkimusten perusteella, arvioi tiedon laatua ja yhdistää tuloksia rajatuista ilmiöistä. Kirjallisuuskatsauksen avulla pyrittiin selvittämään kotihoidon työntekijöiden valmiuksia ja osaamista kotisaattohoidossa olevan asiakkaan hoitamiseen. Tietoa haettiin lisäksi kotisaattohoidon järjestämisestä ja kotisaattohoidossa olevan asiakkaan hoidon tarpeista. Kehittämiprojektin kirjallisuuskatsauksessa käytetyt hakusanat pohjautuivat nimenomaan kotihoitoon ja kotisaattohoitoon. Hakusanat olivat; home care, home-based care, home health, home care service, palliative care, hospice (care), end of life care, terminal care, nurse, nursing, employee, multidisciplinary, living will, kotihoito, kotisaattohoito, palliatiivinen hoito, hoitotahto sekä kaikkien edellä mainittujen yhdistelmät.

Kirjallisuuskatsauksen haun toteuttamiseen oli käytettävissä suuri määrä erilaisia sähköisiä tietokantoja. Näistä tietokannoista parhaiten kehittämiprojektia palveleviksi tietokannoiksi osoittautui: EBSCO, Arto, Medic, Google Scholar, UtuPub, JBI, Biomed Central Journals, Julkari, Cochrane ja Nursing Core Journals. Hakuvaiheessa käytettiin taivassanaa vaihtelevien hakutulosten saamiseksi, mutta näiden hakujen tulokset eivät vastanneet aihetta. Palliatiivisesta hoitotyöstä tai saattohoidosta löytyi runsaasti tutkimuksia, mutta kotihoidon asiakkaan kotisaattohoitoa koskevia artikkeleita ja tutkimuksia löytyi lopulta vasta vaihtamalla tai-sanalla tilalle ja-sana. Tällöinkin tuloksia löytyi ainoastaan maksumuurin takaa, tai ne eivät olleet lainkaan saatavilla. Hakutuloksissa löytyi myös

paljon spesifejä tutkimuksia, esimerkiksi lasten tai kehitysvammaisten saattohoidosta, joita ei sinällään voinut hyödyntää tämän kehittämisprojektin taustatyössä.

Taulukko 1. Esimerkki kirjallisuuskatsauksen hausta

TIETOKANTA	HAKUSANAT	HAKUTULOKSET	SOPIVAT TULOKSET	KÄYTETYT LÄHTEET
EBSCO	homecare or home care or home health or homehealth AND employee AND hospice or palliative care or end of life care or terminal care	531	2	- Erichsen, ym 2010. A phenomenological study of.. <i>Nursing Ethics</i> , 17(1), p 39–50 - Dobbins, E., 2007. End-of-Life Decisions.. <i>Journal of Gerontological Nursing</i> , October 2007, 33 p 50-56.
	living will and advanced directives AND care plan AND hospice or palliative care or end of life care or terminal care	16	1	Burlá, C. ym 2014. Alzheimer, Dementia and the living will.. <i>Medical Health Care and Philosophy</i> , 17: 389-395. 2014.
COCHRANE	home care + hospice + nursing	9072		
	home hospice + home care + nursing + multidisciplinary	2865	2	- Ward-Griffin, ym. 2012. Negotiating Relational Practice Patterns in.. <i>Journal of Palliative Care</i> 28:2, p 97-104 - Daniels ym. 2018. Experiences and challenges of home care.. <i>BMC Palliative Care</i> 17, 95.

Kiinnostavia artikkeleita ja tutkimuksia haettaessa hakukenttää kavennettiin valitsemalla vain saatavilla olevat kokonaiset tekstit. Osasta aiheeseen sopivia artikkeleita oli saatavilla vain tiivistelmä ja jotkin tutkimukset olivat muulla kuin suomen, ruotsin tai englannin kielellä. Omat haasteensa toi myös löydettyjen tutkimusten kriittinen tarkastelu ja tutkimusten valinta tämän tarkastelun perusteella. Valittua aihetta oli tutkittu kovin vähän, tai ne sijoituivat varsin eri kulttuuriin ja toimintatavat sinällään olivat niissä jo äärimmäisen poikkeukselliset totuttuun verrattuna. Tutkimuksia valittuun aiheeseen liittyen löytyi myös siitä, miten kotisaattohoitoa ylipäätään on tutkittu. Näistä tutkimuksista oli hyötyä kysely-

lomaketta tehdessä ja pohtiessa kysymysten asettelua tutkittaessa kotihoidon työntekijöiden kotisaattohoidon kokemuksia ja osaamista. Ne eivät kuitenkaan tarjonneet uusia näkökulmia teoriapohjalta hoitajien osaamiseen ja käytäntöihin. Kaiken kaikkiaan tässä kehittämisprojektissa tutkittavasta ilmiöstä oli haasteellista luoda kuvaa olemassa olevien tutkimusten tai raporttien perusteella, sillä niitä ei ollut. Osa tämän työn kirjallisuuskatsauksessa tiedoltaan arvokkaiksi osoittautuneista tutkimuksista ja artikkeleista saatiin käyttöön olemalla sähköpostitse yhteydessä suoraan tekijään tai tekijöihin.

#### 4.2 Asiantuntijapaneeli

Kyselytutkimuksesta saatuun aineistoon tutustumisen jälkeen raakaversio tuotoksesta esiteltiin ohjausryhmässä. Tämän jälkeen tiivistelmä kehittämisprojektin ideasta yhdessä tuotoksen luonnostelman kanssa lähetettiin kommentointikierrokselle Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin (VSSH) ensihoitoon. Kommentointikierroksen perusteella kotisaattohoitoon liittyvät tehtävät näkyvät hyvin marginaalisesti. Todennäköisin syy ensihoidon hälyttämiseksi saattohoitoasiakkaan kotiin on voinnin huonontuminen niin paljon, ettei voida enää itse hakeutua sairaalaan. Saattohoitoasiakas on yleensä jo itse, tai hänen omaisensa soittaneet saattohoitoa tukevalle osastolle, jonne ensihoito asiakkaan siirtää.

Ensihoidon näkemyksen mukaan kotisaattohoitoasiakkaan luota löytyvä kotikansio selkeyttäisi tilannetta entisestään. Heidän kokemuksensa mukaan tärkeät hoitoon liittyvät paperit eivät ole koskaan yhdessä paikassa vaan esimerkiksi omaisen yhteystiedot ja lääkelista ovat usein eri paikoissa ja niiden etsimiseen menee aikaa. Ensihoidon mukaan kotikansiosta olisi hyvä löytyä; ajantasainen lääkelista, jokin lääkärin teksti mistä selviää saattohoitoasiakkaan taustaa ja nykytilanne, elvytyskielto sekä yhteystiedot kotisaattohoitoa tukevalle osastolle ja omaiselle sekä tieto kotihoidon käynneistä. Ensihoito korosti kommentissaan lääkityksen osalta erityisesti tietoa lääkeaineallergioista, jotka asiakkaan perustiedoissa näkyvät riskitietoina.

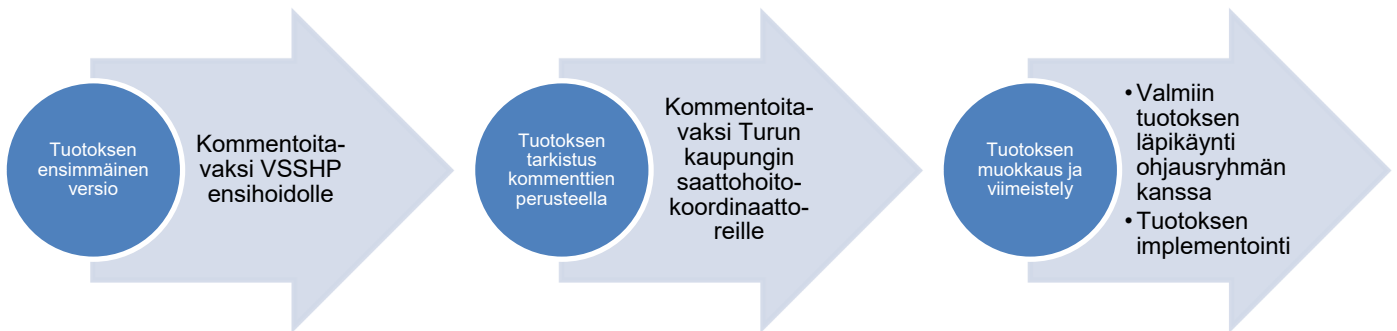
VSSH:n ensihoidolta saatujen kommenttien jälkeen tuotos lähti kommentoitavaksi Turun saattohoitokoordinaattoreille. Saattohoitokoordinaattorit toivat kommentissaan esille lähtökohdat kotisaattohoidolle ja yhteistyölle kotihoidon kanssa – ammattilaiset työskentelevät omilla tahoillaan yhteisen tavoitteen eteen. Työnjaon selkeys nähtiin ennen kaikkea perushoidollisissa tehtävissä; kotihoito huolehtii hygieniasta, suun kautta annettavasta lääkityksestä, ravitsemuksesta ja asentohoidosta. Saattohoitotiimillä puo-

lestaan on valmiudet käyttää esimerkiksi kipupumppua ja tarjota henkistä tukea omaisille. On kuitenkin hyvä huomioida, että sensitiivisyys kuolevan hoidossa koskee kaikkia hoitotahoja, sillä niin asiakkaalla kuin tämän omaisella voi tulla huolia ja kysymyksiä silloin, kun kotihoito on käynnillä ja tukea on tarjottava heti. Käytännössä saattohoitokoordinaattorit näkivät asian niin, että ne asiakkaat, jotka ovat jo pitkään olleet kotihoidon asiakkaina hoidetaan kuten ennenkin, mutta huomioiden muutokset voinnissa ja oireita seuraten. Voinnin muuttuessa ja erityisesti oirehoidossa saattohoitotiimi on konsultoitavissa. Yksinkertaisimmillaan kotisaattohoidossa asiakkaan kokemat oireet tulisi aina huomioida ja pyrkiä hoitamaan niitä, sekä tukemaan ja arvostamaan hänen läheisiään. Saattohoitokoordinaattorit halusivat myös tuoda esille seikan, ettei kotihoidon aloitus saattohoitopäätöksen jälkeen ole automaatio, vaan saattohoitotiimi huolehtii tarvittaessa myös kodinhoidollisista tarpeista.

Saattohoitokoordinaattorien mukaan yleisin syy, miksi kotihoito on saattohoitotiimiin yhteydessä, on osastopaikan tarve. Tämä tarve ilmenee usein käyntien aikana tai omainen on voinut hälyttää kotihoidon ylimääräiselle käynnille. Nykyisien resurssien takia arviokäyntiä osastopaikan tarpeesta ei tässä kohtaa voida toteuttaa, vaan osastopaikka annetaan puhelimitse saatujen tietojen perusteella. Kotikansio nähtiin hyödyllisenä, sillä se sisältää kaiken tarvittavan perustiedon asiakkaasta, lisäksi voidaan kysyä tarkentavia kysymyksiä oireista, voinnista ja ensisijaisesta syystä osastopaikan tarpeeseen. Osastopaikkoja on tällä hetkellä (maaliskuu 2022) Turussa hieman alle 50 ja kotisaattohoidossa on 180 asiakasta.

Saattohoitokoordinaattorit kokevat kotikansion käyttöönoton hyvänä asiana ja sen sisällön palvelevan tarkoitustaan. Lisäyksenä kotikansioon ehdotettiin saattohoitolinjauksen päivämäärää ja missä se on tehty. Tämä ehdotus lisättiin tuotokseen. Tämän jälkeen tuotos viimeisteltiin ja se esiteltiin ohjausryhmälle. Ohjausryhmässä todettiin tuotoksen saaneen kommentteja niiltä tahoilta, jotka kotisaattohoidossa olevan asiakkaan luona eniten käyvät tai ovat mahdollisesti muutoin kontaktissa, joten tarvetta useammalle kommenttikierrokselle ei nähty. Kotikansion käyttöönoton ohjeistusta muokattiin vielä siten, että se on kotihoidon työntekijän näkökulmasta mahdollisimman selkeä ja tarvittava sisältö kansioon on helposti löydettävissä.

Kuva 4. Asiantuntijapaneeli



Tuotoksen lähettämistä Turun yliopistollisen keskussairaalan päivystyspoliklinikalle pohdittiin aluksi joko VSSHP:n ensihoidon sijasta tai sen ohessa. Mahdollisten päivystyksellisten käyntien pohdittiin kuitenkin tapahtuvan ensisijaisesti ambulanssikyödein ensihoidon kautta, joten päivystyspoliklinikka päätettiin jättää kommentointikierroksen ulkopuolelle. Kommentointikierroksella vahvistettiin, että ensihoidon kautta tapahtuvat siirrot kotoa suuntautuvat lähes yksinomaan kotisaattohoitoa tukeville osastoille.

## 5 TUTKIMUKSELLINEN OSIO

### 5.1 Tutkimuksellisen osion tarkoitus ja tavoite

Kehittämisprojektin tutkimuksellisen osion tarkoituksena oli tuottaa tietoa Turun kaupungin kotihoidon työntekijöiden kotisaattohoitotyön osaamisesta ja saattohoitoprosessin tuntemisesta sekä tietoa siitä, millä tavoin kotisaattohoitoasiakkaan turvallisuuden tunnetta voitaisiin lisätä. Tavoitteena oli kyselytutkimuksesta saatujen tietojen perusteella luoda toimiva ja yhteistyötä kehittävä kotikansion malli.

Tutkimuskysymykset olivat

1. Millaiset tiedot ja taidot saattohoidosta ja siihen johtavasta prosessista kotihoidon työntekijöillä on?
2. Miten toimivaa yhteistyö on kotisaattohoidossa olevan asiakkaan eri hoitotahojen kanssa kotihoidon työntekijöiden kokemana?

### 5.2 Tutkimusmenetelmä ja kohderyhmä

Tutkimusmenetelmäksi valikoitui kyselytutkimus ajankäytöllisistä syistä. Kotihoidon työntekijöiden arki on hektistä ja irrottautuminen erillisiin haastatteluihin olisi tuonut suuria haasteita riittävän aineiston saamiseen. Lomakemuotoiseen kyselyyn sen sijaan jokainen voisi vastata itse parhaaksi katsomallaan ajalla. Kehittämisprojektin aineistoa kerättiin webropol-kyselyllä, joka lähetettiin saatekirjeineen (liite 2) kohderyhmäksi valikoituille Turun kaupungin kotihoidon sairaanhoitajille ja lähihoitajille syksyllä 2020. Kotihoidon alueita on 22 kappaletta ja jokaisella alueella on 3 sairaanhoitajaa. Kotihoidon työntekijöitä on yhteensä hieman yli 600 henkilöä, joista enemmistö lähihoitajia. Kehittämisprojektin tutkimuksellinen menetelmä on kvantitatiivinen.

Kehittämisprojektissa täyttyivät kvantitatiivisen tutkimuksen ominaispiirteet; otanta oli ennalta määritelty, käytetyt menetelmät olivat tilastollisia, tutkimus oli objektiivinen, tutkijan ja tutkittavan suhde pysyi etäisenä ja tutkimusasetelma oli strukturoitu (Kankkunen &

Vehviläinen-Julkunen 2010, 46). Kehittämiprojektissa oli jonkin verran toimintatutkimuksen piirteitä – esimerkiksi todettiin selkeä kehittämistarve ja siihen pyrittiin kyselytutkimuksella selvittämään kehittämismahdollisuuksia ja -keinoja (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 44). On kuitenkin tärkeää huomioida, ettei kyse tästä huolimatta ole toimintatutkimuksesta.

### 5.3 Kyselylomake aineistonkeruun välineenä

Kyselylomake lähetettiin Turun kaupungin kotihoidon työntekijöille webropol-muodossa. Kehittämiprojektin tavoitteena oli yhtenäistää toimintatapoja kotisaattohoitoasiakkaan luona ja tiivistää yhteistyötä hoitotahojen kesken. Tällä tavoin saattohoitotyö asiakkaan kotona selkeytyy ja luo näin turvallisuutta kuolevalle ja hänen läheisilleen. Kysymykset muotoiltiin tutkimuksen tavoitteen mukaisesti ja kysymysten asettelu oli tarkkaan harkittu. Kysymysten huolellinen suunnittelu ja laatiminen toimii perustana koko tutkimuksen onnistumiselle (Vehkalahti 2014, 20; Valli & Aarnos 2018, 54). Ennen kyselylomakkeen suunnittelua tuli teoreettinen viitekehys ja keskeiset käsitteet olla päätettynä, jotta aineisto vastaa sisällöltään tutkimuskysymyksiin. Aikaisemmat aiheeseen liittyvät tutkimukset aineistonkeruumenetelmien tuli myös olla selvitettyinä. (ks. Vilka 2005, 81.) Kysymykset muodostettiin siten, että niissä oli mahdollisimman vähän tai ei lainkaan tulkinnanvaraa. Näin pyrittiin estämään yli- ja alitulkinnat sekä näkemuserot kysymysten ja vastausvaihtoehtojen välillä. (Cohen, Manion, Morrison 2018, 339.)

Kyselylomaketta käytettäessä siihen vastaava on itse vastuussa kysymyksen lukemisesta ja siihen vastaamisesta. Tämän vuoksi se soveltuu hyvin suurelle ja hajallaan olevalle joukolle ihmisiä. Vastaaja jää tuntemattomaksi, mikä on etuna erityisesti silloin, kun tutkitaan arkaluontoisia asioita. Joku voisi kokea tässä kehittämissuhteissa oman osaamisen tai sen vähyyden tunnistamisen ja tunnustamisen arkaluontoiseksi. Kyselylomakkeen riskinä on, että vastausprosentti jää pieneksi huolimatta suuresta otannasta (Vilka 2005, 74). Mahdollisimman suuren vastausprosentin saavuttamiseksi kyselylomakkeesta tehtiin lyhyt ja tiivis, mutta sisällöltään monipuolinen. Aineistonkeruu webropol-kyselyllä edellytti sähköpostiosoitteiden hankkimista organisaatiolta, sekä lupaa niiden käyttöön. Tämän luvan myönsi kotihoidon hoitotyön koordinaattori yhdessä hallinnon sihteerin kanssa, jotka kotihoidon osalta vastaavat eri sähköpostiryhmissä esiintyvien henkilöiden ja heidän sähköpostiosoitteidensa oikeellisuudesta. Lupa saatiin sähköpostikeskustelun perusteella.

## 5.4 Aineiston analyysi

Käytettäessä kyselytutkimusta tiedon keruun välineenä, aineisto voidaan analysoida aluksi havainnoimalla saatua aineistoa (Vehkalahti 2014, 51). Tämän tutkimuksen kohdalla kaikki avoimien kysymysten vastaukset koottiin erilliseksi taulukoksi, jolloin vastausten samankaltaisuus ja toistuminen voitiin helposti jaotella omiksi kokonaisuuksikseen. Näin saatiin jo heti hyvä kuva siitä, mihin asioihin toivottiin paneutumista ja millaista tietoa kaivattiin optimaaliseen kotisaattohoitotyöhön. Aineiston tarkasteluun ja jatkokäsittelyyn käytettiin SPSS-ohjelmistoa (Statistical Package for Social Sciences), jonka käytön Turun ammattikorkeakoulu mahdollisti tarjoamalla lisenssin. SPSS-ohjelman avulla saaduista tuloksista voidaan muodostaa monipuolisia tilastoja ja analysoida niitä eri tavoin (Mamia 2005, 6). Tutkimuksesta saadut tulokset muutettiin pylväsdiagrammeiksi, sillä ne soveltuvat hyvin prosentti- ja frekvenssijakaumien kuvaamiseen. Pylväsdiagrammit voidaan myös nähdä visuaalisesti raskaina, joten ne pyrittiin pitämään yksinkertaisina ja elävöittämään tuloksien kerrontaa myös satunnaisilla taulukoilla ja ympyräkaavioilla. (Vehkalahti 2014, 63.) Avoimista vastauksista tehtiin oma excel-taulukonsa, johon virkkeistä koottiin ydinasiat. Esimerkiksi vastauksesta kysymykseen, mitä kotikansiossa toivottiin löytyvän:

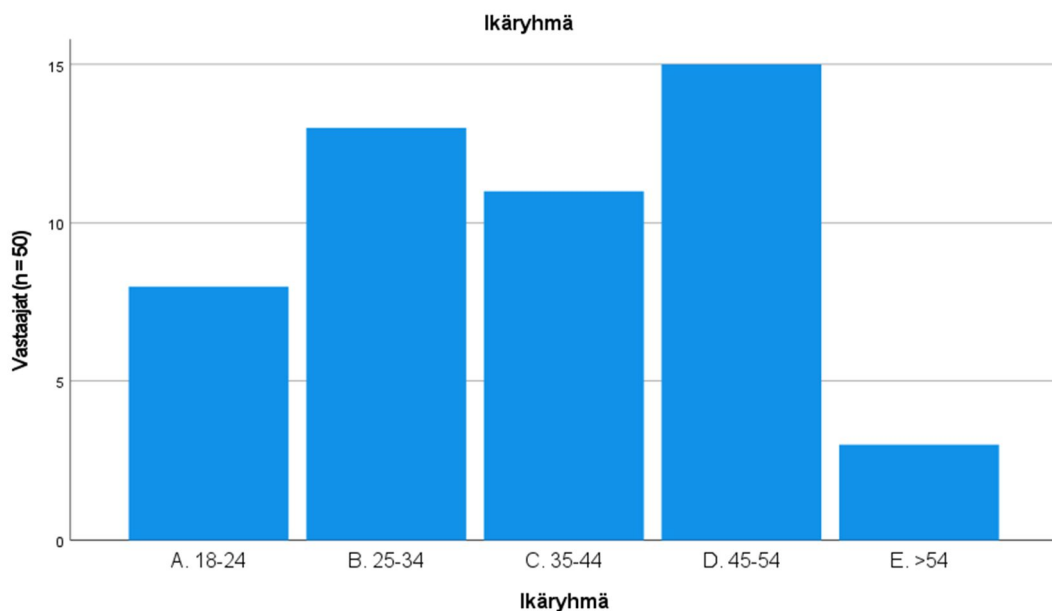
*”Kaikki yhteystiedot ja milloin voi mihinkin soittaa. Lääkitystiedot ja myös kipulääkitys. Asiakkaan oma tahto ja toiveet.”*

saatiin poimittua yhteystiedot, lääkitystiedot sekä hoitotahto. Avoimiin kysymyksiin oli vastattu lyhyesti luettelomaisesti tai kokonaisuin, mutta lyhyin virkkein, joten niiden koonti ja analysointi oli verrattain nopeaa.

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

Puolistrukturoitu kyselylomake (liite 3) koostui 21 väittämästä ja kahdesta avoimesta kysymyisestä. Lisäksi kyselyn alussa oli neljä vastaajan taustatietoja anonymisti kartoittavaa kysymystä. Kyselytutkimukseen vastasi 50 hoitajaa. Vastausprosenttia ei tässä kohdassa voida selvittää, sillä ei voida luotettavasti ja varmasti tietää, kuinka moni kotihoidon työntekijä on saanut kyselylomakkeen. Vastaajien ikäryhmät jaoteltiin 18-24-vuotiaisiin, 25-34-vuotiaisiin, 35-44-vuotiaisiin, 45-54-vuotiaisiin sekä yli 54-vuotiaisiin.

Taulukko 2 Kyselyyn vastanneiden ikäjakauma



Ikäryhmittäin vastausprosentit sijoittuivat tasaisesti kaikkien ikäryhmien välille, yli 54-vuotiaiden vastausprosentin jääden pienimmäksi (6 %). Lähi- ja perushoitajia oli vastaajista 53,1 % ja terveyden- tai sairaanhoitajia 42,8 %. Kodinhoitajia tai kotiavustajia oli vastaajista 4,1 %. Työkokemusta kotihoidossa oli kertynyt yli 10 vuotta 30 %:lle vastaajista ja alle kaksi vuotta kotihoidossa olleita oli 16 % vastaajista.

### 6.1 Kotihoidon työntekijöiden kokemukset kotisaattohoidosta

Vastaajista 92 % (n=46) on osallistunut saattohoitopäätöksen saaneen kotihoidon asiakkaan hoitoon. Neljällä vastaajalla ei ollut omakohtaista kokemusta kotisaattohoitoasiakkaan hoidosta, mutta kotihoidon alueella oli ollut tai oli parhaillaan saattohoitopäätöksen saanut kotihoidon asiakas.

### 6.2 Yhteistyö saattohoitokoordinaattoreiden kanssa

Vastaajista 42 % koki yhteistyön saattohoitokoordinaattoreiden kanssa erittäin toimivaksi. Yhteistyön toimivuus oli jokseenkin hyvää 28 % mielestä vastaajista, 24 % ei osannut sanoa yhteistyön laadusta. Kukaan vastaajista ei ollut täysin eri mieltä väittämän kanssa, jokseenkin eri mieltä oli 6 % vastaajista.

Taulukko 3. Yhteistyö saattohoitokoordinaattoreiden kanssa

#### Yhteistyö saattohoitokoordinaattoreiden kanssa on toimivaa

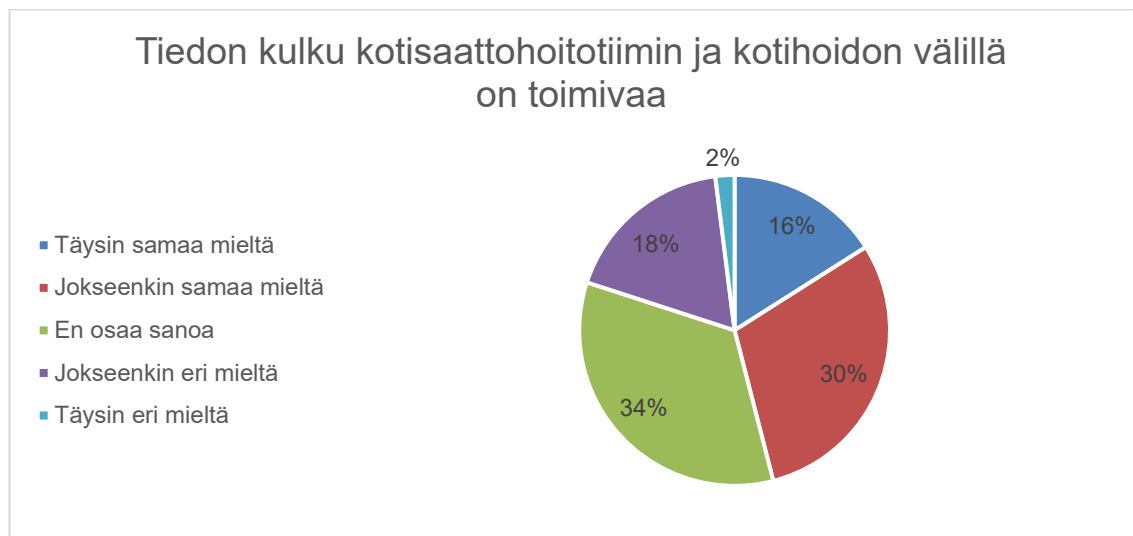
	Vastaajien määrä	Prosentuaalinen osuus
Jokseenkin eri mieltä	3	6,0
En osaa sanoa	12	24,0
Jokseenkin samaa mieltä	14	28,0
Täysin samaa mieltä	21	42,0
Total	50	100,0

Kotihoidon asiakkaan luona käyvän saattohoitotiimin kanssa 40 % vastaajista koki yhteistyön erittäin toimivaksi ja 22 % jokseenkin toimivaksi. Vastaajista 32 % ei osannut arvioida yhteistyön toimivuutta ja 6 % oli jokseenkin eri mieltä toimivasta yhteistyöstä saattohoitotiimin kanssa. Kukaan vastaajista ei ollut täysin eri mieltä väittämän kanssa.

Yhteistyön olennaisena osana on kotihoidon osallistuminen kotisaattohoitoasiakkaan hoidon suunnitteluun yhdessä kotisaattohoitotiimin kanssa. Suurin prosentuaalinen osuus vastaajista (34 %) ei osannut sanoa, onko osallistunut tai olisiko halutessaan voinut osallistua hoidon suunnitteluun. Vastaajista 24 % ei ole saanut osallistua asiakkaan hoidon suunnitteluun ja 20 % on mielestään osallistunut vähäisesti. Kotihoidon työntekijöistä 16 % on osallistunut jonkin verran ja 10 % on osallistunut aina kotisaattohoitoasiakkaan hoidon suunnitteluun yhdessä kotisaattohoitotiimin kanssa.

Tiedon kulkemisessa kotihoidon ja kotisaattohoitotiimin välillä oli vastauksissa jonkin verran hajontaa. Kaksi prosenttia vastaajista oli sitä mieltä, ettei tieto kulkenut eri hoitotiimien välillä lainkaan ja vastaajista 18 % koki tiedon kulkevan huonosti. Tieto kulkeutui hyvin 30 % mielestä ja erittäin hyvin 16 % mukaan vastaajista. Suurin osa vastaajista (34 %) ei osannut arvioida tiedon kulkeutumista.

Taulukko 4. Kotihoidon työntekijöiden kokemus tiedon kulkemisesta tiimien välillä



Kotisaattohoitoasiakkaan hoitotyön eri vastualueet jakautuvat saattohoitotiimin ja kotihoidon kesken. Vastaajista 10 % oli täysin tietoisia siitä, mitkä asiat ovat kotihoidon ja mitkä saattohoitotiimin vastuulla. 55 % vastaajista oli jokseenkin tietoisia vastualueiden jakautumisesta ja 23 % ei osannut sanoa, mitkä hoidon osa-alueet olivat kotihoidon ja mitkä saattohoitotiimin vastuulla. Kotihoidon työntekijöistä 12 % ei tiennyt lainkaan, miten vastualueet jakautuivat.

### 6.2.1 Yhteistyön toimivuuden kehittäminen

Kyselylomakkeessa oli mahdollisuus kirjoittaa avoimille riveille kehittämistoiveita ja -ideoita liittyen yhteistyön kehittämiseen kotihoidon ja saattohoitotiimin välillä. Vastaajista (n=14) kahden mielestä yhteistyö on aina toiminut hyvin, eikä nähty tarvetta sen kehittämiseksi. Yksi vastaajista ilmoitti, ettei ole tehnyt saattohoitotiimin kanssa yhteistyötä koko kotihoidossa työskentelynsä, eli viidentoista vuoden aikana. Tällöin vastaaja ei osannut

myöskään ehdottaa toimia yhteistyön sujuvuudelle. Neljä vastaajista ehdotti ja toivoi yhteisiä hoitokokouksia aina uuden asiakkuuden alkaessa, sekä myös kotisaattohoidon aikana. Hoitokokouksia toivottiin selkiyttämään asiakkaan eri hoitotahojen vastuualueita ja toimia esimerkiksi lääkehoidon suhteen. Toivottiin myös ajatusten vaihdon ja kotihoidon ja saattohoitotiimin toimintatapojen selkiyttämisen kannalta:

*”Jos tieto tulee sairaalasta tms, niin olisi kiva jutella ajatuksista ja toimintatavoista, kun kotisaattohoitotiimi on tehnyt ensimmäisen käynnin asiakkaan luo tms.”*

Vastaajista kolme panostaisi tiedon kulkuun. Informaation määrää ja laatua haluttiin kehittää niin yleisellä tasolla kuin konkreettisesti saattohoitoasiakkaan luona tehtävien käyntien suhteen. Eräs vastaajista kirjoitti:

*”Voisi ottaa matalalla kynnyksellä yhteyttä, ehkä jonkun oman kanavan kautta”*

Myös tiedonkulkuun liittyviä ongelmakohtiin haluttiin puuttua:

*”Yhteisiä tapaamisia asiakkaan luona, hoidon muutoksista yhteys kotihoitoon. Ei lupailta asiakkaalle sellaista mitä kotihoito ei voi toteuttaa. Tällä hetkellä yhteistyö hyvin vähäistä.”*

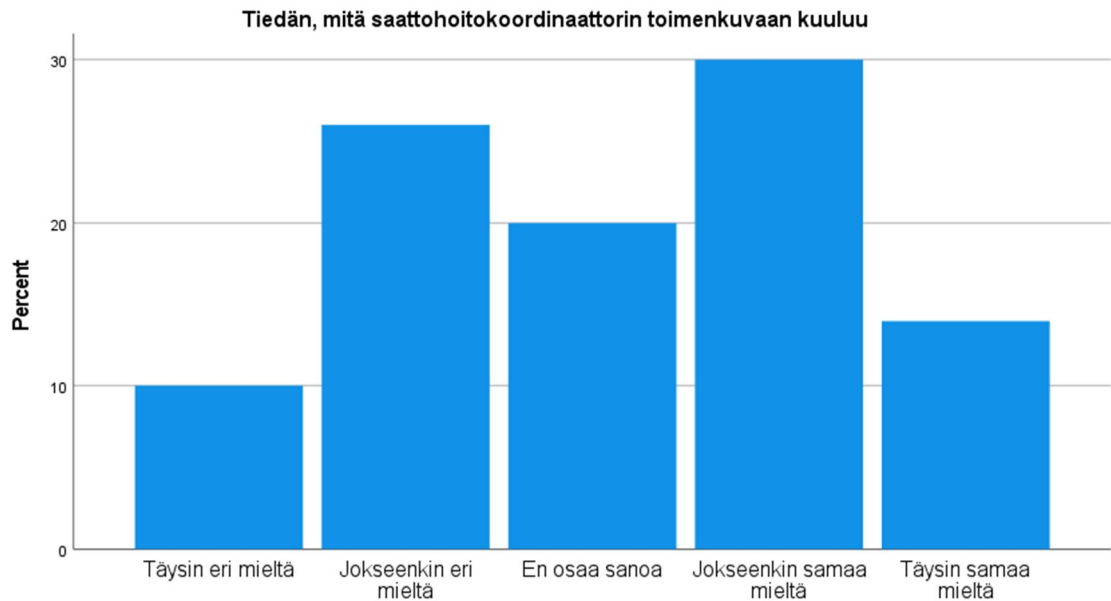
Vastaajista kaksi (n=14) painotti yhteistyön kehittämisessä kotihoidon perehdytystä ja henkilökunnan osaamista ja tietoa niin saattohoidon kuin kotisaattohoidonkin suhteen:

*”perehdytys kotihoidon työntekijöille mitä kotisaattohoito on ja miten sitä toteutetaan ja kenen kanssa”*

### 6.3 Saattohoitoprosessi

Kyselyn perusteella saattohoito on prosessina jokseenkin tuttu kotihoidon työntekijöille, mutta eroavaisuuksia eri osa-alueiden tuntemuksessa kuitenkin on. Saattohoitokoordinaattorin toimenkuva on täysin tuttu 14 % vastaajista ja 30:lle % jokseenkin tuttu. Kuitenkin 10 % vastaajista ei tiedä lainkaan, mitä saattohoitokoordinaattorin toimenkuvaan kuuluu ja 26 % ei tiedä juurikaan, mitä toimenkuva pitää sisällään.

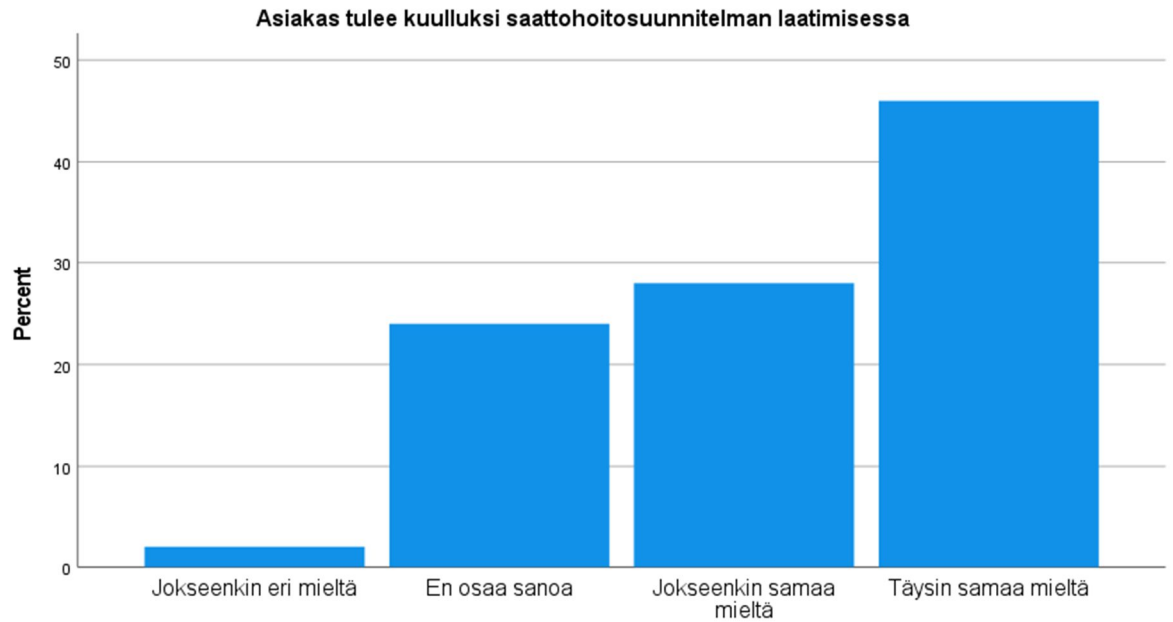
Taulukko 5. Saattohoitokoordinaattorin toimenkuva



Kyselylomakkeessa oli yhdistetty kysymys saattohoitopäätöksen tekemisestä; kuka tekee saattohoitopäätöksen ja missä tilanteessa se tehdään. Kyselyyn vastanneista 40 % tietää varmasti ja 32 % jokseenkin varmasti, kuka tekee saattohoitopäätöksen ja mihin se perustuu. Vastaajista 2 % ei tiedä lainkaan ja 16 % ei koe tietävänsä täysin kuka saattohoitopäätöksen tekee ja milloin se tehdään.

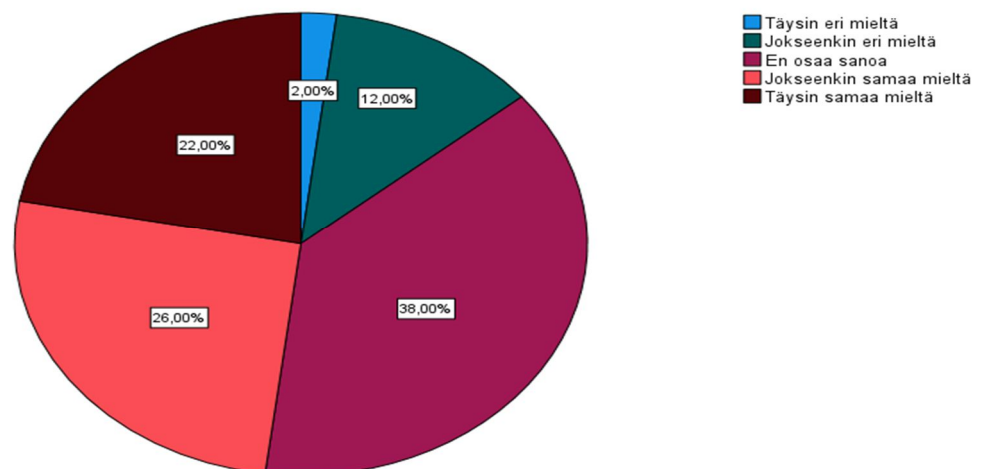
Saattohoitosuunnitelma laaditaan yleensä samalla kun tehdään saattohoitopäätös, tai hyvin pian sen jälkeen. Vastaajista 46 % oli täysin samaa mieltä siitä, että asiakas tulee kuulluksi saattohoitosuunnitelman laatimisessa. Jokseenkin samaa mieltä oli 28 % vastaajista ja jokseenkin erimieltä 2 %. Kukaan vastaajista ei ollut täysin eri mieltä väittämän kanssa, että asiakas tulee kuulluksi saattohoitosuunnitelmaa laatiessa.

Taulukko 6. Asiakkaan osallistuminen saattohoitosuunnitelman laatimiseen



Kotisaattohoitoa koskevan hoitosuunnitelman laatimisessa 48 prosenttia vastaajista koki, että kotihoidon näkökulma huomioidaan. Kuitenkin 14 % oli sitä mieltä, ettei kotihoidon osuus näy hoitosuunnitelmassa lainkaan. Vastaajista 38 % ei osannut sanoa, tuleeko kotihoidon näkökulma huomioiduksi kotisaattohoitosuunnitelmassa.

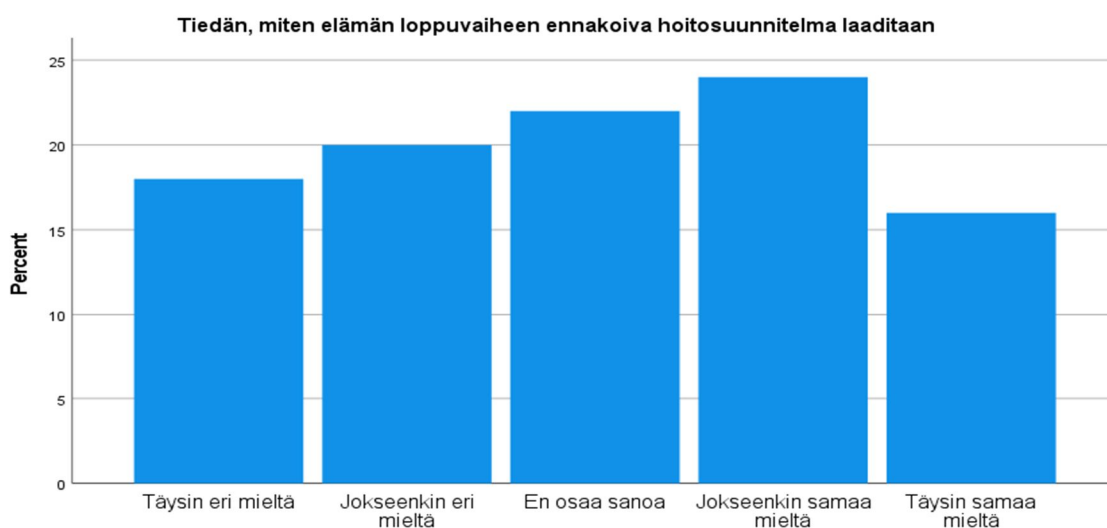
Taulukko 7. Kotihoidon näkökulma kotisaattohoitosuunnitelmassa

**Kotihoidon näkökulma tulee huomioiduksi kotisaattohoitoa koskevan hoitosuunnitelman laatimisessa**

Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma oli tuttu 57:lle % vastaajista, kun taas 27 % ei tiennyt, mikä se on. Vastaajista 16 % ei osannut sanoa, onko ennakoiva hoitosuunnitelma tuttu.

Kyselyyn vastanneista 16 % tietää ja 24 % on jokseenkin tietoinen siitä, kuinka ennakoiva hoitosuunnitelma laaditaan, kun taas 22 % vastasi, ettei osaa sanoa. Vastaajista 18 % ei tiedä lainkaan, kuinka laatia ennakoiva hoitosuunnitelma ja 20 % on jokseenkin epävarma asiasta.

Taulukko 8. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma



Kotisaattohoitoasiakkaan luona käyvän kotisaattohoitotiimin toimenkuva on erittäin tai jokseenkin tuttu 44 % vastaajista. Lievä enemmistö, 56 % vastaajista, ei tiedä tai ei osaa sanoa, mitä kotisaattohoitotiimi tekee. Vastaajista 1 (2 %) ei tiedä lainkaan, millaisia toimia tai tehtäviä kotisaattohoitotiimi asiakkaan luona tekee. Kyselyyn vastanneista 7 (14 %) tietää täysin, mitä toimenkuvaan kuuluu.

Taulukko 9. Kotisaattohoitotiimin toiminta

	Vastaajien määrä	Prosentuaalinen osuus
Täysin eri mieltä	1	2,0
Jokseenkin eri mieltä	12	24,0
En osaa sanoa	15	30,0
Jokseenkin samaa mieltä	15	30,0
Täysin samaa mieltä	7	14,0
Total	50	100,0

#### 6.4 Kuolevan hoitotyö kotona

Vastaajista suurin osa (90 %) tietää, keneen tulee olla yhteydessä kotisaattohoidossa olevan asiakkaan voinnin huonontuessa virka-aikana sekä iltaisin ja viikonloppuisin (91,9 %). Kotisaattohoitoasiakkaan hoitotahdon olemassaolosta tietää varmasti 50 % ja sen sisällön tietää varmasti 32 %. Kaikilla vastanneilla on kuitenkin jonkinlainen käsitys hoitotahdon olemassaolosta.

Taulukko 10. Kotihoidon työntekijöiden vastauksia liittyen kuolevan hoitotyöhön

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Keskiarvo	Mediaani
Tiedän, onko asiakkaalla hoitotahtoa	50 %	34 %	10 %	6 %	0 %	4,3	4,5
Tiedän, mitä asiakkaan hoitotahto sisältää	32 %	36 %	14 %	16 %	2 %	3,8	4
Tiedän, kuka on asiakkaan hoitava lääkäri	40,8 %	26,6 %	20,4 %	6,1 %	6,1 %	3,9	4
Asiakkaalla on aina kotonaan ajantasainen lääkelista	64 %	22 %	8 %	6 %	0 %	4,4	5

Vastaajista 40,8 % tietää, kuka on asiakkaan hoitava lääkäri ja 64 % mukaan asiakkaan luota löytyy ajantasainen lääkelista. Kotisaattohoitoasiakkaan vastuulääkärinä ei tiedä

lainkaan 6,1 % vastaajista. Selkeä työnjako kotihoidon ja kotisaattohoitotiimin välillä hajautti vastauksia: 10 % mielestä työnjako ei ollut selkeä, kun taas 42 % mielestä työnjako oli toimiva. Lähes puolet vastaajista (48%) ei osannut arvioida työnjaon selkeyttä. Kotihoidon omahoitajuus ei toteudu 8 % mielestä tai se toteutuu huonosti (24 %). Suurimman osan (44 %) mielestä omahoitajuus toteutuu hyvin. Enemmistö vastaajista (98 %) arvioisi kotisaattohoidossa olevan asiakkaan tärkeiden hoito- ja yhteystietojen löytymisen kotoa yhdestä paikasta edesauttavan hyvää saattohoitotyötä.

#### 6.4.1 Kotikansion sisältö

Kyselylomakkeen toinen avoin kysymys koski vastaajien toiveita siitä, mitä saattohoitoasiakkaan kotikansiosta toivottiin löytyvän. Kysymykseen vastasi 24 kotihoidon työntekijää. Vastauksissa toistuivat pitkälti samat asiat ja vastausten perusteella olikin helppo luoda pääotsikot, joiden alta löytyvät toivotut asiat: yhteystiedot, lääkitys, perussairaudet, hoitotahto sekä kotihoidon ja kotisaattohoitotiimin vastuualueet.

Yhteystietojen alta toivottiin löytyvän jokaisen kotisaattohoitoasiakkaan luona käyvän hoitotahon puhelinnumerot sekä virka- että iltaja viikonloppuajankautta, omaisten yhteystiedot ja myös tieto siitä, keneen omaiseen ensisijaisesti yhteys ja millaisissa asioissa. Lääkitykseen liittyen toivottiin ajantasaisia lääkelistaa sekä erityisesti tietoa tarvittavasta kipulääkityksestä annostusohjeineen. Myös selkeät anto-ohjeet poikkeavien lääkkeenantotapojen kohdalla.

*”Tarkat yhteystiedot, kuka hoitaa ja mitä. Hoitosuunnitelma / -linjaus. Asiakkaan oma tahto ja toiveet, mielekkäät asiat.”*

*”Tiedot sairauksista, oirehoidosta ja lääkityksestä.”*

Asiakkaan perussairaudet toivottiin löytyvän kokonaisuudessaan erityisesti voimien arvioinnin ja tarkkailun takia. Kotikansioon haluttiin asiakkaan oma hoitotahto sekä ennakkoiva hoitosuunnitelma. Myös kotihoidon ja kotisaattohoitotiimin omat, asiakkaalle hänen tarpeidensa mukaan luodut hoitosuunnitelmat haluttiin helposti saataville, jolloin myös vastuualueet olisi kaikkien asiakasta hoitavien tiedossa.

*”Selkeä Työn jako ja yhteystiedot ja mitä tehdä mahdollisissa ongelma tilanteissa.”*

Yhteystiedot olivat eniten toivottu (n =23) ja seuraavina lääkitys (n=22) ja hoitotahto (n =21).

## 7 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUOTOS

### 7.1 Saattohoitoprosessin ja saattohoitotyön tuntemus kotihoidossa

Kyselyyn vastanneista kotihoidon työntekijöistä enemmistö tiesi, keneen otetaan yhteys kotisaattohoidossa olevan asiakkaan voimien muutoksissa – kotisaattohoitoa tukeva osasto, lääkäri, saattohoitokoordinaattori tai esimerkiksi ensihoito. Epäselvää vastaajille tuntui kuitenkin olevan, miten edellä mainitut tahot tavoittaa, eli yhteystietoja ei ollut tai niitä ei osattu etsiä. Tiedot asiakkaan sairaudesta ja siihen liittyvät oireet tulisi olla nopeasti saatavilla, sillä oirearviointi ja niiden lievittäminen ovat olennainen osa kuolevan kipujen ja kärsimyksen lievittämistä (Korhonen & Poukka 2013). Kotisaattohoidossa olevan asiakkaan ja hänen läheistensä ongelmatilanteet tulisi optimaalisesti olla ratkaistavissa hoitokäynnin aikana hoitajan tietoihin ja taitoihin perustuen tai esimerkiksi puhelimitse konsultoiden. Lääkehoidon ajantasaisuus ja myös lääkkeiden vaikuttavuuden tunteminen on ensiarvoisen tärkeää. Lääkehoito kokonaisuutena näkyi myös työntekijöiden toiveissa kotikansion sisällöstä. Kyselyyn vastanneiden kotihoidon työntekijöiden saattohoidon osaaminen ja tuntemus on tulosten perusteella esimerkiksi saattohoitokoordinaattoreihin ja kotisaattohoitotiimiin nähden vähäistä, mutta oppimiselle ja yhteistyön kehittämiseksi on halukkuutta. Näiden tulosten perusteella kotikansioon otsikoksi nostettiin *yhteystiedot, lääkehoito sekä asiakkaan perustiedot* sairauksineen ja riskitietoineen,

Kyselytutkimuksesta saatujen tulosten mukaan saattohoidon aloitus on tuttua yli puolelle vastaajista. Saattohoitopäätöksen tekeminen ja saattohoitokoordinaattorin toimenkuva on kotihoidon työntekijöillä tiedossa, sitä vastoin kotisaattohoitotiimin tehtävät olivat vieraampia. Työtehtävien jakautuminen ja tiedon puute näkyikin selvästi myös kyselyn avoimissa kysymyksissä, joiden vastauksissa toivottiin työnjaon selkiyttämistä kotisaattohoitotiimin ja kotihoidon välillä. Kotihoidon työntekijät nostivat tärkeäksi asiakkaaksi myös kotisaattohoidossa olevan asiakkaan kuulemisen ja hänen tahtonsa ja toiveidensa kunnioittamisen. Näistä syistä kotikansion pääotsikoiksi laitettiin sekä kotihoidon, saattohoitotiimin että saattohoidossa olevan asiakkaan oma ennakoiva *hoitosuunnitelma* sekä *hoitotahto*.

## 7.2 Saattohoitoasiakkaan kotikansio kotihoidon käyttöön

Tämän kehittämisprojektin tuotoksena laadittiin kotikansio saattohoitokoordinaattorin seurannassa oleville Turun kaupungin kotihoidon asiakkaille. Tuotos on kokonaisuus, joka sisältää kotikansion kansilehden otsikoineen ja ohjeistuksen kotihoidon työntekijälleen käyttöönottoon. Lisäksi tuotokseen kuuluu taulukkomuotoinen seurantalomake, minkä avulla kotikansio pysyy ajan tasalla, sekä yhteystietolomake. Ajantasaisuus on tärkeää erityisesti lääkityksen ja oikeiden yhteystietojen takia. Jokaiselle saattohoitopäätöksen saaneelle kotihoidon asiakkaalle luodaan tämän kehittämisprojektin tuotoksen avulla yksilöllinen kotikansio, joka sisältää kaikki turvalliseen ja inhimilliseen hoitoon sekä asiakkaan saattohoitoon tarvittavat tiedot. Kotikansio kokonaisuudessaan on kulttuuriin tai sosiaalisiin tekijöihin sitoutumaton, kansion asiasisältö kuitenkin rakentuu jokaiselle kotisaattohoidossa olevalle asiakkaalle yksilöllisesti asiakkaan omien tarpeiden ja arvojen mukaisesti. Kotikansion sisällysluettelo – ja kansio valmiina kokonaisuutena, mukailee THL:n vuoden 2022 palliatiivisen ja saattohoidon laatukriteerejä ja sisältää kotihoidon työntekijöille tehdyssä kyselyssä esille tulleet toiveet ja ehdotukset (kuva 5).

Tuotos julkaistaan tekstimuotoisena tiedostona. Se löytyy jatkossa Turun kaupungin kotihoidon intranetistä, sillä sen tarkoituksena on helpottaa ennen kaikkea kotihoidon työtä kotisaattohoidossa olevan asiakkaan luona. Tiedosto voidaan tallentaa omalle työkooneelle, mutta tarkoitus on luoda asiakkaan luo konkreettinen kansio. Kotihoidossa kaikki kirjaaminen tapahtuu käyntien aikana mobiiliin tai tabletin avulla, mutta kotikansion on oltava myös esimerkiksi ensihoidon käytettävissä. Eri potilastietojärjestelmien käytön takia ei tällä hetkellä ole mahdollista luoda kotikansiota sähköiseen muotoon. Valmis kotikansio on saattohoitotiimin käytettävissä sekä muiden asiakkaan luona akuutisti käyvien hoitotahojen ja tarvittaessa lähiomaisten luettavissa.

Tuotos palvelee ennen kaikkea kotisaattohoidossa olevaa asiakasta, mutta sen on tarkoitus myös tiivistää yhteistyötä kotihoidon ja saattohoitotiimin välillä. Saattohoitokoordinaattoreilla ja kotisaattohoitotiimillä on erityisosaamista saattohoidosta. Tämän kehittämisprojektin tausta-ajatuksena on perushoidon taakan jakautuminen enemmän kotihoitolle ja samalla kotihoidon saattohoidon osaamisen lisääntyminen helpommin hallittavan kokonaisuuden avulla, jonka siis tämä tuotos mahdollistaa. Tuotos löytyy tämän työn liitteenä (liite 4).

Kuva 5. Tuotos verrattuna kansallisiin laatukriteereihin (THL 2022b, muok. Lintula 2022).

<b>LAATUKRITEERI 1</b>
Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen kaikilla hoidon tasoilla, oikea-aikainen ja tarpeenmukainen hoito.
<b>PERUSTELU</b>
Palliatiivisen hoidon tarve tulee tunnistaa jo sairauden varhaisemmassa vaiheessa kaikilla tasoilla yhdenvertaisen hoidon saatavuuden ja tarpeenmukaisuuden varmistamiseksi ilman diagnoosirajausta.
<b>LAATUKRITEERI 2</b>
Hoitovastuun siirtyessä yksiköstä toiseen huolehditaan hoidon jatkuvuudesta. Potilaalla ja läheisillä on aina tiedossa hoidosta vastaava taho ja päivystysaikaiset yhteystiedot.
<b>PERUSTELU</b>
Kun potilas siirtyy palliatiiviseen hoitoon tai hoitovastuu siirtyy palliatiivisen hoidon yksiköstä toiseen, varmistetaan, että potilaan hoito jatkuu potilaan näkökulmasta saumattomasti. Potilaalle ja läheiselle kerrotaan aina hoitovastuussa olevan yksikön nimi ja yhteystiedot.
<b>LAATUKRITEERI 3</b>
Mikäli hoitoa toteuttavia tahoja on useita ja potilaalla on vaikeuksia hallita hoitokokonaisuutta, potilaalle nimetään vastuuyöntekijä, joka auttaa potilasta ja hänen läheisiään hoitokokonaisuuden yhteensovittamisessa. Hoidon koordinointi on helpompaa terveydenhuollon ammattilaiselle, kuin sairaalle potilaalle tai hänen läheiselleen.
<b>PERUSTELU</b>
Palliatiivisen hoidon vaiheessa potilaan hoitoon osallistuvia tahoja voi olla useita, jolloin potilaan voi olla vaikeaa hahmottaa kokonaisuutta tai sitä, kuka vastaa mistäkin.
<b>LAATUKRITEERI 4</b>
Saattohoitovaiheessa potilaalla on mahdollisuus olla yhteydessä hoitavaan yksikköön kaikkina vuorokauden aikoina ja potilas voi siirtyä viiveettä saattohoito-osastolle omasta pyynnöstään.
<b>PERUSTELU</b>
Saattohoidossa olevalla potilaalla ja hänen läheisillään tulee olla tiedossa hoidosta vastaava taho sekä ympärivuorokautiset yhteystiedot voinnin muuttumisen varalta. Tieto mahdollisuudesta siirtyä osastolle tarpeen vaatiessa lisää turvallisuutta ja mahdollistaa hoidon kotona pidempään.
<b>LAATUKRITEERI 5</b>
Potilas saa asianmukaisen palliatiivisen hoidon omaan asuin- ja hoitopaikkaansa.
<b>PERUSTELU</b>
Potilaan hoitotahto ja toiveet ohjaavat palliatiivisen hoidon toteutusta sekä myös hoito- ja kuolinpaikkaa. Suomessa kuolee sairaaloissa 60 %, sosiaalihuollon yksiköissä 19 % ja omassa kodissa 17 %. Potilaan toiveiden mukaisten kotona tapahtuvien kuolemien määrää voitaisiin lisätä, mikäli palliatiivista hoitoa olisi enemmän tarjolla kotiin, asuin- tai hoitopaikkaan. Tämä edellyttää, että ammattilaiset liikkuvat ja erityistason konsultaatiotuki on saatavilla kattavasti ja viiveettä perus- ja A-tason yksiköihin.

1. Kotihoito käyttää erilaisia mittareita hoidon tarpeen tunnistamiseen ja lääkäreitä koulutetaan näiden hyödyntämiseen. Moniammatillisuutta arvostetaan ja työnantajan koulutusmyönteisyys edesauttaa tunnistamaan palliatiivisen hoidon tarpeen nykyistä aikaisemmin.

2. Kotikansioista löytyvät kaikki tarvittavat yhteystiedot niin mahdollisissa siirtotilanteissa, kuin myöhemmin eri hoitotahojen ja läheisten välillä. Kotikansiota on helppo kuljettaa mukana ja päivittää ajantasaiset tiedot heti muutosten tai lisäysten tullessa.

3. Kotikansioista löytyvät kaikkien kotisaattohoitoasiakkaan sairauteen ja hoitotyöhön liittyvien tahojen asiat, jotka edesauttavat saumatonta yhteistyötä ja hoitokokonaisuuden koordinoimista. Päävastuu kotikansion ajantasaisuudesta huolehtimisesta on kotihoidolla.

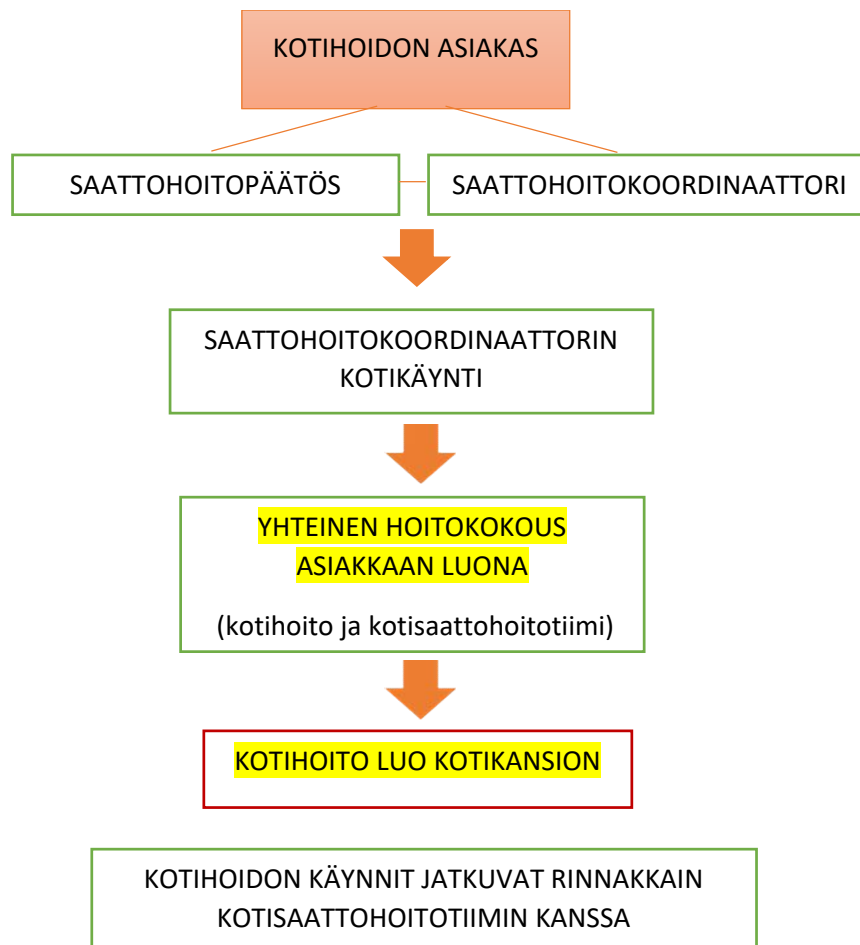
4. Kotikansioista löytyvät saattohoitokoordinaattorin ja saattohoitoa tukevan osaston yhteystiedot kaikkina vuorokaudenaikoina, samoin kotihoidon virka- ja päivystysaikaiset numerot.

5. Kotihoito kuuluu perustason yksiköihin ja onnistuneen kotisaattohoidon tueksi tarvitaan moniammatillista yhteistyötä. Yhteistyön helpottamiseksi ja toimimista edesauttamaan luotu kotikansio mahdollistaa osaltaan asianmukaisen palliatiivisen ja saattohoidon saamista kotiin.

### 7.3 Tuotoksen käyttöönotto

Tuotoksen käyttöönotto on kotihoidon vastuulla, mutta sen mielekäs käyttö ja hyöty perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön. Kotihoidon asiakkaan saadessa saattohoitopäätöksen ja saattohoitokoordinaattorin tehtyä kotikäynnin asiakkaan luo, olisi optimaalista järjestää mahdollisimman pian palaveri yhdessä kotihoidon, kotisaattohoitotiimin ja omaisten kesken asiakkaan luona. Yhteinen kotikäynti kotihoidon kanssa nähtiin asiantuntijapaneelissa hyvänä ajatuksena ja voimavarana kaikille osapuolille. Työnjaon selkiyttäminen ja oirehoidon ohjaus kuvattiin yhteisellä kotikäynnillä käsiteltäviksi aiheiksi. Tällä hetkellä yhteispalaverien järjestäminen Turun kaupungin kotihoidon ja kotisaattohoitotiimin välillä ei ole systemaattista. Palaverin tarkoituksena olisi luoda pohja kotikansiolle, selkiyttää työnjakoa ja antaa kotisaattohoidossa olevalle asiakkaalle ja hänen läheisilleen mahdollisuus tulla kuulluksi. Samalla arvokas tieto liikkuisi puolin ja toisin ja kotikansion sisältö palvelisi kaikkia osapuolia.

Kuva 6. Tuotoksen käyttöönoton edellytykset



## 8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 8.1 Tutkimuksellisen osion eettisyys ja luotettavuus

Kehittämiprojektin tutkimuksellisessa osiossa kunnioitettiin yleisesti hyväksytyjä, hyviä tieteellisiä käytäntöjä (TENK 2021). Tutkimusetiikka voidaan rajat koskemaan vain tieteen sisäistä asioita, mutta useimmin sillä tarkoitetaan tutkijan omaa ammattietiikkaa – eettiset periaatteet, arvot, normit ja hyveet, joita tutkijan tulee noudattaa ja kunnioittaa tutkimusta tehdessään (Kuula 2006, 23). Tutkimusetiikan mielletään ensisijaisesti vastaamaan kysymykseen siitä, mitkä ovat oikeat ja siten myös noudatettavat säännöt tutkimusta tehdessä. Tutkijan eettisyydessä oleellista on tutkittavien yksityisyyden suojaaminen sekä turvallisen ympäristön ja turvallisuuden tunteen luominen (Forester & Laws 2009, 179). Etiikassa yleisesti puolestaan heijastuvat yhteiskunnalliset arvot, jotka usein eroavat paikallisesti ja kulttuurisesti (Molander 2014, 20). Saattohoito ja sen johtaminen väistämättä kuolemaan on tutkimusaiheena aina ajatuksia herättävä. Tässä kehittämiprojektissa ei haastateltu tai muulla tavoin tutkittu kotisaattohoidossa olevia kotihoidon asiakkaita. Tällöin ei ollut tarvetta pohtia eettisesti oikeita tapoja osallistaa kuoleva potilas mukaan kehittämiprojektiin. Kehittämiprojektin aineisto kerättiin webropol-kyselyllä anonymisti kotihoidon työntekijöiltä. Kyselyn saatekirjeeseen liitettiin kirjallinen tieto siitä, mikä tai mitkä tahot ovat vastuussa tutkimuksesta ja keneen voi tarvittaessa olla yhteydessä. Jokainen kyselyyn vastannut sai tehdä kyselyn juuri silloin ja sellaisessa ympäristössä kuin itse koki mielekkääksi.

Tutkimuslupa anottiin ja sen myönsi Turun kaupungin vanhus- ja vammaispalveluiden avopalvelujohtaja. Kehittämiprojektin aineistonkeruussa ei henkilötiedoilla tai muilla tiettyyn henkilöön yhdistettävillä asioilla ollut merkitystä. Tutkittavien koulutustausta oli merkityksellinen, myös kokemus kotisaattohoitotyöstä. Tutkittavien motivoimiseksi on tärkeää kertoa, millaista uutta tietoa kehittämiprojektilla pyritään saavuttamaan ja miten sitä tullaan hyödyntämään (Kuula 2006, 105). Tutkimuksen kerrottiin edistävän yhteistyötä saattohoitotiimin kanssa ja kehittävän kotihoidon osaamista kotisaattohoitoasiakkaan kanssa.

Kvantitatiivisen kehittämiprojektin luotettavuutta arvioidaan validiteetin ja reliabiliteetin kautta. Mittarin validiteetti tarkoittaa, että se mittaa juuri sitä kuin on tarkoituskin mitata.

Reliabiliteetti tarkoittaa, että käytetyllä mittarilla on mahdollista saada samat tulokset tutkijasta riippumatta. Tulosten tulisi siis olla yleistettävissä, joten on tärkeää arvioida, kuinka hyvin valittu tutkimusotos edustaa perusjoukkoa. Luotettavuutta arvioidaan tulosten pysyvyydellä. Otannan kyselyyn tulisi olla kattava ja eri osa-alueet tulisi huomioida mahdollisimman laajasti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2010, 152.)

Tässä kehittämissuunnitelmassa mittausvälineenä toimi kyselylomake. Mittarin validiteettia tarkasteltiin ja arvioitiin jo suunnitelmavaiheessa. Kyselylomakkeen kysymysten tuli olla mahdollisimman yksiselitteisiä, ettei vastaajille jäänyt tilaa tulkinnoille. Käsitteet, perusjoukko ja muuttujat oli tarkkaan määritelty ja aineiston keruu oli huolellista (ks. esim. Vilka 2005, 161). Kyselylomake testattiin etukäteen kolmella kotihoidon sairaanhoitajalla, jotta mahdolliset ongelmat kysymyksissä tai niiden asettelussa voitiin muokata ennen tutkimusta. Esitestauksessa ei kuitenkaan tullut esille muutoksia vaativia asioita.

Anonyymi kyselylomake oli tähän tutkimukseen oikea mittari ja asetetut kysymykset toivat tietoa haluttuihin asioihin. Mittari oli siis validi, mikä usein takaa itsessään myös tutkimuksen reliabiliteetin (Kananen 2008, 81; Mäkinen 2006, 93). Reliabiliteettia heikentävänä asiana voidaan nähdä kyselyyn vastanneiden työntekijöiden määrä. Turun kaupungin kotihoidossa on kaiken kaikkiaan noin 600 työntekijää, joten mahdollisuus saada eräviä tuloksia on olemassa, mikäli kyselytutkimus suoritettaisiin uudestaan ja siihen ottaisi osaa eri joukko kuin ensimmäisellä kerralla. Tutkittava ilmiö voi myös ajan saatossa muuttua, jolloin puhutaan mittarin stabiliteetista. (Kananen 2008, 80.) Stabiliteettia voitaisiin mitata uusimalla tutkimus samoille henkilöille, mutta tämän toteuttaminen ei ole mahdollista jo yksistään tutkimuksen anonymiteetin takia.

Kyselylomakkeen vastausprosenttia ei voitu laskea, sillä varmaa tietoa lomakkeen saaneiden työntekijöiden lukumäärästä ei voitu selvittää. Tämä voidaan nähdä luotettavuutta heikentävänä tekijänä huolimatta suurehkoista määrästä palautettuja lomakkeita (n = 50). Tiedonkeruu sähköisellä lomakkeella myös estää haastattelutilanteissa mahdollisesti huomattavat pienet nyanssit ja poistaa samalla mahdollisuuden kysyä lisäkysymyksiä tai tarkentavia tietoja esimerkiksi avointen kysymysten kohdalla. Tässä kohtaa kysymysten huolellinen asettelu ja esitestaus kuitenkin edesauttoivat mahdollisimman luotettavan tiedon saantia.

Kvantitatiivisissa tutkimuksissa tulokset esitellään yleensä objektiivisesti ja tilastoihin perustuen, jolloin vältetään tutkijan omalta tulkinnalta ja sen vaikutuksesta tuloksiin. Tulosten – ja samalla koko prosessin luotettavuus ei kuitenkaan voi perustua yksittäisten osioiden arviointiin, vaan arvioinnin on oltava kokonaisvaltaista. (Maltby 2010, 245.) Kehittämiprojektin tuotos lähetettiin kommentoitavaksi eri asiantuntijoista koostuvaan paneeliin, mikä lisäsi luotettavuutta ja mahdollisti tuotoksen kehittämisen moniammatillisesti ja laajalti palvelevaksi. Asiantuntijapaneelin kommentit myös täydensivät toisiaan sekä itse tuotosta, jolloin tuotoksen arviointi ei ollut yksipuolista.

## 8.2 Tutkimuksellisen osion pohdinta ja johtopäätökset

Kehittämiprojektin aihe on ajankohtainen, sillä väestö ikääntyy ja palliatiivisen hoidon tarve kasvaa. Kotihoidossa on tunnistettu tarve palliatiivisen hoidon osaamisen tehostamiselle, mutta saattohoidon osaaminen on vielä vähäistä. Vallitsevia toimintatapoja on muutettava ja kehitettävä, jotta kotihoito voi omalta osaltaan tarjota laadukasta kotisaattohoitoa yhdessä saattohoitotiimin kanssa. Kehittämiprojektin tutkimuksellisesta osiosta saadun tiedon pohjalta luotu kotikansion sisällysluettelo ja moniammatillisen yhteistyön tiivistäminen on askel oikeaan suuntaan kotihoidon työntekijöiden saattohoidon osaamisen kehittämisessä.

Tutkimuksellinen osio vastasi asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Kyselytutkimuksesta saadut tulokset osoittivat kotihoidon työntekijöiden saattohoitoprosessin tuntemuksessa ja käytännön saattohoitotyössä olevan vielä paljon kehitettävää. Samalla tulokset kuitenkin ilmensivät myös halua ja tarvetta kehittää kotisaattohoitotyötä. Kyselytutkimuksesta saaduissa tuloksissa oli mahdollisuus tehdä ristivertailuja esimerkiksi työkokemuksen (esimerkiksi yli tai alle 10 vuotta) tai ammattinimikkeen (sairaanhoitaja tai lähihoitaja) välillä. Nämä ristivertailut eivät olisi kuitenkaan tuottaneen merkittävää tai poikkeavaa tietoa saadussa määrässä vastauksia (n=50), joten ne päätettiin jättää tekemättä.

Kyselytutkimukseen vastanneiden kotihoidon työntekijöiden kokemukset moniammatillisen yhteistyön vähyydestä ja tiedon puute saattohoitoprosessista ja siihen liittyvistä seikoista vahvistivat tämän tutkimuksen tärkeyttä. Avoimiin kysymyksiin saadut vastaukset olivat linjassa keskenään ja selkeyttivät tuotoksen rakennetta. Valmis tuotos vastaa kyselyssä esiin tulleisiin kotisaattohoitotyön haasteisiin ja kotihoidon henkilöstön tiedon tarpeeseen.

### 8.3 Kehittämiprojektin eettisyys ja luotettavuus

Eriksson ym. (2011, 102) toteavat kehittämiprojektin olevan toimintamuoto, jonka avulla tarkastellaan nykyisiä toimintoja ja kehitetään uusia. Kehittämiprojektin suunnitelma, toteutus ja raportointi on toteutettava laadukkaasti luotettavien tulosten saavuttamiseksi. Kyselylomakkeilla kerätty aineisto analysoitiin ja esitettiin niin, ettei se palvellut mitään tiettyä ryhmää, eikä myöskään tällöin ole eri ammattialojen tai sidosryhmien haitaksi. Kehittämiprojektin tuotoksena syntyneitä kotikansion runkoa koskevassa omistajuuskysymyksessä on tärkeää muistaa, että kehittämiprojektin tekijä ei välttämättä omista täysin syntyneitä tuotteita. Yhä useammin tänä päivänä omistajaksi sovitaan kirjallisesti kehittämiprojektin osapuolina toimivat organisaatiot, yhteisöt tai instituutit, jotka mahdollisesti rahoittavat kehittämiprojektia. (Vilka 2005, 34.) Tässäkin kehittämiprojektissa Turun kaupungin kotihoito mahdollisti aineistonkeruun ja huolehtii myös organisaationa sen jalkauttamisesta, joten selkeää omistajuutta tuotokselle ei ole syytä määritellä.

Kehittämiprojektin luotettavuutta tarkastellessa on syytä huomioida projektipäällikön rooli eri tutkimus- ja toteuttamisvaiheissa. Tausta-aineiston keruu kirjallisuuskatsauksen muodossa toteutettiin yksin, joten projektipäällikkö oli vastuussa valitun aineiston sopivuudesta sekä käännöstyöstä englannista suomen kieleen. Tämä voidaan nähdä luotettavuutta laskevana tekijänä. Toisaalta projektiryhmä toimi projektipäällikön tukena ja kävi läpi ja tarkasteli kriittisesti sitä tietoa, joka kirjallisuuskatsauksesta saatiin. Työelämämentoreiden kokemus auttoi muun muassa arvioimaan kriittisesti tiedonhaun tuloksia, niiden luotettavuutta ja hyödynnettävyyttä juuri kotihoidon näkökulmasta. Teoreettinen viitekehys rakentui ja vahvistui kuitenkin koko kehittämiprojektin ajan, eikä teoriapohja rakentunut ainoastaan alussa tehdyn kirjallisuuskatsauksen varaan.

Kehittämiprojektin aikataulu venyi suunniteltua pidemmälle muun muassa maailmanlaajuisen Covid-19- pandemian takia, mikä loi haasteita ohjausryhmän tapaamisille kasvokkain. Lisäksi projektipäällikkö piti perhesyistä välivuoden. Osaltaan jo näistäkin syistä aluksi tehtyä kirjallisuuskatsausta tarkasteltiin uudelleen ja teoriapohjaa vahvistettiin lisää. Aikataulun venyminen itsessään ei kuitenkaan vaikuttanut saatuihin tuloksiin tai tuotokseen mitenkään.

#### 8.4 Kehittämiprojektin pohdinta ja johtopäätökset

Kehittämiprojektin tavoitteeksi voidaan katsoa jokin tietty tila, toimintatapa tai suorituskyky, jolla ratkaistaan asiakkaan ongelma. Asiakas voi olla yksittäinen henkilö tai esimerkiksi kokonainen organisaatio. (Kymäläinen ym. 2016, 26.) Lähtökohtana tälle kehittämisprojektille toimi omassa työssä kotihoidon sairaanhoitajana nähty ja koettu riittä-mättömyys kotisaattohoidossa olevan asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon ja hyvän kuoleman turvaamiseen. Keskustelu sekä kotihoidon erityisasiantuntijan, että saattohoitokoordinaattoreiden kanssa vahvisti tarvetta parantaa yhteistyötä ja informaation kulkua kotisaattohoitoasiakkaan kohdalla. Saattohoitotiimillä on osasto-olosuhteisiin luotu oma hoitokansionsa, joten kotikansion luominen kotihoidon näkökulmasta palveli niin kotihoi-toa kuin kotikäyntejä tekevää saattohoitotiimiä.

Kehittämiprojekti eteni suunnitelmallisesti eri vaiheiden kautta. Ensimmäisenä tunnis-tettiin tarve, tässä tapauksessa kotihoitopainotteinen kotikansio kotisaattohoitoasiak-kaan ja hänen hoitoverkostonsa käyttöön. Tämän jälkeen ideoitiin ja suunniteltiin toimin-taa, sisältäen esimerkiksi kirjallisuuskatsauksen tekemisen ja kyselylomakkeen laatimi-sen ja kyselyn toteuttamisen. Toteutusvaiheen jälkeen saatiin tuotos ja arvioitiin sekä tuotosta että kehittämisprojektin kulkua ja vaiheita. (Salonen, Eloranta, Hautala & Kinos 2017, 51.) Tätä kehittämisprojektia varten tehty kirjallisuuskatsaus osoitti, miten vähän kotihoidon roolia ja osaamista kotisaattohoidossa on tutkittu. Asiantuntijuutta saattohoi-dossa löytyy saattohoitokoordinaattoreilta ja kotihoidon erityisosaamista on monipuoli-sen perushoidon hallinta kotiolosuhteissa. Lisäämällä yhtälöön palliatiivisen hoitotyön kliinistä asiantuntijuutta pystytään paremmin vastaamaan lisääntyneeseen kotisaattohoi-don tarpeeseen (ks. Ahtiluoto & Ollila 2018, 64).

Kehittämiprojekti on merkityksellinen sekä projektipäällikölle itselleen, että kotihoidolle. Palliatiivisen hoitotyön kliinisen asiantuntijuuden tarve myös hoidon perustasolla todentui projektin aikana. Kotihoito on organisaationa ja työyhteisönä projektipäällikölle entuu-destaan tuttu. Tämän kehittämisprojektin aikana oli opettavaista tarkastella kotihoitoa eri tavalla, yhteisön ulkopuolelta. Tätä kautta avautuivat myös kehittämiskohteet ja tarpeet kliiniselle asiantuntijuudelle, lähtien jo käytännön hoitotyöstä asiakkaiden kotona. Koti-hoidolle tämän kehittämisprojektin merkityksellisyys näyttäytyy kotihoidolle suunnattuna tuotoksena sekä kotisaattohoitotyön käytäntöjen yhtenäistymisenä. Tuotoksena synty-neen kotikansion käyttöönottoa varten kotihoidon puolelta toivottiin tiiviimpää yhteistyötä ja yhteisiä hoitokokouksia saattohoitopäätöksen saaneen kotihoidon asiakkaan luona.

Tämä tieto otettiin saattohoitotiimissä positiivisesti vastaan ja käytännön asioista ja toimintamallista sovitaan yhteisesti kotihoidon ja saattohoitokoordinaattoreiden kesken vielä vuoden 2022 aikana. Lisäksi Turun kaupungin kotihoito saa lisää saattohoidon koulutusta, jonka antamisesta saattohoitokoordinaattorit vastaavat.

Tämän kehittämisprojektin johtopäätöksenä voidaan todeta, että palliatiivisen hoitotyön ja erityisesti saattohoitotyön kehittäminen jo aivan palliatiivisen hoidon kolmiportaisen mallin perustasolla on äärimmäisen tärkeää ja hoitohenkilöstön puolelta kaivattua. Perustason hoitajien omakohtaisten kokemusten määrittely ja tutkiminen myös jatkossa edesauttaa optimaalisen kotisaattohoidon tarjoamista ja turvaamista.

#### 8.4.1 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkossa voisi tehdä seurantatutkimuksen kotikansion käyttöönotosta sekä kotihoidon ja saattohoitotiimin yhteistyön tiivistämisestä. Tärkeää olisi myös tutkia saattohoitopäätöksen saaneiden kotihoidon asiakkaiden kokemuksia saattohoidosta. Turun kaupunki on myös järjestämässä koulutuskierrosta saattohoidosta kotihoidon työntekijöille, joka toteutuu mahdollisesti jo syksyllä 2022. Tämän koulutuskierron antia ja sen konkreettista hyötyä kotihoidossa ja kotisaattohoitoasiakkaiden kohdalla olisi mielenkiintoista selvittää. Kotisaattohoidosta taustatietoa haettaessa esiin nousi lähes poikkeuksetta myös perheen ja muiden läheisten tuki. Heidän äänensä tuominen esille olisi myös tutkimuksen arvoinen aihe.

## LÄHTEET

- Aejmelaeus, R., Liedenpohja, A-M. 2015. Potilasta palveleva hoitosuunnitelma tehdään yhteistyössä. Valvira. Viitattu 3.3.2022. <https://www.valvira.fi/-/potilasta-palveleva-hoitosuunnitelma-tehdaan-yhteistyossa>
- Aalto, S. & Marjakangas, S. 2008. Ikääntymisen resurssikeskusopas. Helsinki: Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto.
- Ahtiluoto S. & Ollila M. 2018. Kotikuolema meillä ja muualla. Teoksessa: Pöyhiä, R., Guldogan, E. & Vanhanen, A. Kotisairaala. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Ahtiluoto, S., Ollila, M. & Vanhanen, A. 2018. Tiimityö ja henkilöstön tukeminen. Teoksessa: Pöyhiä, R., Guldogan, E. & Vanhanen, A. Kotisairaala. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L & Vihunen, R. 2017. Hoitamalla hyvää oloa. 22. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Burlá, C., Rego, G., Nunes, R. 2014. Alzheimer, Dementia and the living will: a proposal. *Medical Health Care and Philosophy*, 17: 389-395. Viitattu 12.4.2020. [\(PDF\) Alzheimer, dementia and the living will: A proposal \(researchgate.net\)](#)
- Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. 2018. *Research Methods in Education*. 8.painos.London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Costa, D., Mercieca-Bebber R., Tesson S., Seidler, Z., Lopez, A-L. 2019. Patient, client, consumer, survivor or other alternatives? A scoping review of preferred terms for labelling individuals who access healthcare across settings. *British Medical Journal Open* 9: 1-15. Viitattu 19.3.2022. [e025166.full.pdf \(bmj.com\)](#)
- Danielsen, B.V., Sand, A.M., Rosland, J.H., Oddvar, F. 2018. Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study. *BMC Palliative Care* 17, 95. Viitattu 18.2.2020. [\(PDF\) Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care - A qualitative study \(researchgate.net\)](#)
- Deber, R.B., Kraetschmer, N., Urowitz, S. and Sharpe, N. 2005. Patient, consumer, client, or customer: what do people want to be called?. *Health Expectations*, 8: 345-351. Viitattu 19.3.2022. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2005.00352.x>
- Doherty, Mary E. 2009. Hospice – Organizational perspectives. *Nursing Clinics* 44 (2), 233-238. Viitattu 18.2.2020. [Hospice—Organizational Perspectives - ScienceDirect](#)
- Dobbins, E. 2007. End-of-Life Decisions. Influence of Advance Directives on Patient Care. *Journal of Gerontological Nursing* 33 (10), 50-56. Viitattu 17.3.2022. <https://europepmc.org/article/med/17955738>
- Dumas, L. G. & Prevost, S. S. 2009. *Long-term care*. Philadelphia: Saunders.
- Erichsen, E., Danielsson, E. H., & Friedrichsen, M. 2010. A phenomenological study of nurses' understanding of honesty in palliative care. *Nursing Ethics*, 17(1), p 39–50. Viitattu 20.4.2020. <https://doi.org/10.1177/0969733009350952>
- Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen E., Pietilä A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Åstedt-Kurki, P. *Hoitotiede*. 1.-3.painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

- ETENE. 2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. Viitattu 11.9.2021. <https://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/>
- Feasley, J. C. 1996. Best at home: Assuring quality long-term care in home and community-based settings. Washington D.C.: National Academy Press.
- Finne-Soveri, H. 2006. Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes.
- Forester, J. & Laws, D. 2009. Toward a Naturalistic Research Ethic: Or how Mediators must Act Well to Learn, if They are to Practice Effectively. Teoksessa: Piccolo, F. Ethics and Planning. Viitattu 22.3.2022. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/turkuamk-ebooks/detail.action?docID=446422>
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. 1. p. Helsinki: Edita
- Hoare, S., Kelly, M. & Barclay, S. 2019. Home care and end-of-life hospital admissions: a retrospective interview study in English primary and secondary care. British Journal of General Practice 2019; 69 (685): 561-569. Viitattu 30.4.2022. <https://bjgp.org/content/69/685/e561>
- Hynninen, M. 2021. Tehohoidosta luopuminen. Finnanest: Vuosikerta 54(5), 348-351. Viitattu 30.4.2022. [hynninen\\_tehohoidosta\\_luopuminen.pdf\(helsinki.fi\)](hynninen_tehohoidosta_luopuminen.pdf(helsinki.fi))
- Hänninen, J. 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Hänninen, J. 2012. Saattohoito hyvän elämän edistäjänä. Teoksessa: Näslindh-Ylisparang A. Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. Porvoo: Bookwell Oy
- Hänninen, J. & Anttonen M. 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa: Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S. & Agge, E. 2008. Sairaanhoidtaja ja kuolevan hoito. Espoo: Silverprint Oy
- Ikonen, E. & Holm, P. 2015. Kehittyvä kotihoito. 4., uud. p. Helsinki: Edita.
- Joensuu, T. 2013. Onnistuneen saattohoidon pohjana hyvä keskustelu. Teoksessa Hänninen, J. & Luomala, M. 2013. Elämän puu: Kirjoituksia saattohoidosta. Helsinki: Otava.
- Joseph, R., Brown-Manhertz, D., Ikwuazom, S., Singleton, J. 2016. The effectiveness of structured interdisciplinary collaboration for adult home hospice patients on patient satisfaction and hospital admissions and re-admissions: a systematic review. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. Volume 14(1), January 2016, p 108-139 Viitattu 14.4.2020. [The effectiveness of structured interdisciplinary collaborat... : JBI Evidence Synthesis \(lww.com\)](The%20effectiveness%20of%20structured%20interdisciplinary%20collaborat...%3A%20JBI%20Evidence%20Synthesis%20(lww.com))
- Jäntti-Leivo, M. 2018. Kansalaisten käsitys kuolemasta ja hyvästä kuolemasta. Pro gradu- tutkielma. Preventiivinen hoitotiede. Itä- Suomen yliopiston terveystieteiden tiedekunta. Viitattu 22.3.2022 [eRepo - Kansalaisten käsityksiä kuolemasta ja hyvästä kuolemasta \(uef.fi\)](eRepo%20-%20Kansalaisten%20käsityksiä%20kuolemasta%20ja%20hyvästä%20kuolemasta%20(uef.fi))
- Kananen, J. 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. 2008. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopistopaino
- Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2.painos. Helsinki: WSOYpro Oy
- Karppinen, K. 2018. Potilas- ja asiakas-sanojen käyttö terveydenhuollon organisaatioiden verkkosivuilla. Semanttisia rooleja, tyypillisiä piirteitä ja vertailua. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopiston terveystieteen ja hallintotieteen tutkimusyksikkö. Viitattu 5.2.2020. <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201806022422.pdf>

- Kaseva, K. 2011. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä – Integroitu kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011.
- Keles, S. 2019. Palliative Care Ethics: Medicine's Duty to Help In Palliative Care. London: IntechOpen, Viitattu 16.3.2022. [Palliative Care Ethics: Medicine's Duty to Help | IntechOpen](#)
- Kokkonen, P., Holi, T. & Vasantola, S. 2004. Hoitotahto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Korhonen, M. 2017. Terveys- ja hoitosuunnitelman toiminnalliset vaatimukset. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 26.2.2020. [https://thl.fi/documents/920442/3850406/Terveys-+ja+hoito-suunnitelman+toiminnalliset+vaatimukset\\_v1.1\\_20171030.pdf/8be0a7bf-70e0-48bd-a31e-e7796bd16a74](https://thl.fi/documents/920442/3850406/Terveys-+ja+hoito-suunnitelman+toiminnalliset+vaatimukset_v1.1_20171030.pdf/8be0a7bf-70e0-48bd-a31e-e7796bd16a74)
- Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliativinen hoito ja saattohoito). 2019. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
- Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2013; 129(4):440-445. Viitattu 30.4.2022 [Kuolevan potilaan hoito \(duodecimlehti.fi\)](#)
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka: Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino
- Laitinen, M. & Pohjola, A. 2010. Asiakkuus sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Potilaan itsemääräämisoikeus. Finlex. Viitattu: 17.3.2022. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P6>
- Lamont, E.B., 2005. A Demographic and Prognostic Approach to Defining the End of Life. Journal of Palliative Medicine 8, NO. 1, 12. Viitattu 18.2.2020. <https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.s-12>
- Lehto, J. 2018. Hoitosuunnitelma. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio A. Palliativisen hoidon hyvät käytännöt. 2018. Kustannus Oy Duodecim. Tallinna: Printon
- Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2019; 135(4): 335-42. Viitattu 27.3.2022 [Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma \(duodecimlehti.fi\)](#)
- Loomis, B. End-of-Life Issues: Difficult Decisions and Dealing with Grief. 2009. Nursing Clinics of North America, Volume 44, number 2, p 223-231. Viitattu 15.2.2020. [End-of-Life Issues: Difficult Decisions and Dealing with Grief | Loomis, Beth | download \(booksc.me\)](#)
- Maltby, J. 2010. Research Methods for Nursing and Healthcare. New York: Pearson Education. Viitattu 20.3.2022. <https://www.dawsonera.com/abstract/9780273739678>
- Mamia, T. 2005. SPSS-Alkeisopas. Statistical Package for Social Sciences. Tampereen yliopisto. Viitattu 19.4.2022. [http://groups.jyu.fi/sporticus/lahteet/LAHDE24\\_spss.pdf](http://groups.jyu.fi/sporticus/lahteet/LAHDE24_spss.pdf)
- McLaughlin, H. 2009 What's in a Name: 'Client', 'Patient', 'Customer', 'Consumer', 'Expert by Experience', 'Service User'—What's Next?, The British Journal of Social Work, Volume 39: (6), September 2009, 1101–1117. Viitattu 19.3.2022. [What's in a Name: 'Client', 'Patient', 'Customer', 'Consumer', 'Expert by Experience', 'Service User'—What's Next? | The British Journal of Social Work | Oxford Academic \(oup.com\)](#)
- Molander, G. 2014. Hoidanko oikein? Eettinen kuormitus hoito- ja hoivatyössä. 2014. Juva: PS-Kustannus.
- Myller, H. 2008. Palliativinen hoito. Elämänlaatua parantumattomasti sairaille potilaille. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Palliativisen hoidon kehittämishanke 2005-2007. 2.painos. Joensuu: Yliopistopaino

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy

O'Mahony, S. 2016. The Way We Die Now. London: Head of Zeus.

Ollila, M. 2018. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Teoksessa: Pöyhiä, R., Güldogan, E. & Vanhanen, A. Kotisairaala. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. 2019. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

Phongtankuel, V., Scherban, B. A., Reid, M. C., Finley, A., Martin, A., Dennis, J., & Adelman, R. D. 2016. Why Do Home Hospice Patients Return to the Hospital? A Study of Hospice Provider Perspectives. *Journal of Palliative Medicine*: 19(1). Viitattu 29.4.2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692121/>

Pöyhiä, R. 2018. Palliatiivinen sedaatio. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Kustannus Oy Duodecim. Tallinna: Printon

Radbruch, L., De Lima, L., Knaut, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Cege Munyoro, E., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., Gomez-Garcia, W., Harding, R., Khan, Q., Larkin, P., Leng, M., Luyirika, E., Marston, J., Moine, S., Osman, H., Pettus, K., Puchalski, C., Rajagopal, M., Spence, D., Spruijt, O., Venkateswaran, C., Wee, B., Woodruff, R., Yong, J., Pastrana, T. 2020. Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, Volume 60: (4), 754-764. Viitattu 20.3.2022. [Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition - ScienceDirect](#)

Saarto, T. & Finne-Soveri, H. 2019. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:14. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 10.9.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4041-3>

Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T., Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 108. Viitattu 4.3.2020. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>

Sanghee, K., Kyunghwa, L. & Sookyung, K. 2020. Knowledge, Attitude, Confidence and Educational Needs of Palliative Care in Nurses Caring for non-cancer Patients: a Cross-sectional, Descriptive study. *BMC Palliative Care* 2020; 19:105. Viitattu 30.4.2022. [Knowledge, attitude, confidence, and educational needs of palliative care in nurses caring for non-cancer patients: a cross-sectional, descriptive study - PMC \(nih.gov\)](#)

Sijabat, M., Dahlia, D., Waluyo, A. 2019. Experiences of palliative care nurses in providing home-based care for patient with advanced cancer. *Enfermeria Clinica*, 2019 Supplement 2; 29: 413-417. (5p). Viitattu 18.2.2020. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.060>

STM. 2019. Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68. Viitattu 18.3.2022. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7>

STM. 2020. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. 2020. Viitattu 6.4.2020. <https://stm.fi/saattohoito>

STM 2020a. Kotihoito ja kotipalvelut. Viitattu 23.3.2022. [Kotihoito - Sosiaali- ja terveysministeriö \(stm.fi\)](#)

STM 2020b. Asiakkaan ja potilaan oikeudet. Viitattu 22.3.2022. [Asiakkaan ja potilaan oikeudet - Sosiaali- ja terveysministeriö \(stm.fi\)](#)

- Tarnanen, K., Saarto, T., Laukkala, T. Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliativinen hoito ja saattohoito). Duodecim, Käypä hoito. Julkaistu 04.10.2019. Viitattu 11.2.2020. <https://www.kaypahoito.fi/khp00072>
- Tarricone, R., & Tsouros, A. 2008. Home Care in Europe. The Solid Facts. WHO Europe. Viitattu 30.4.2022. [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/96467/E91884.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf)
- TENK. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 30.3.2022. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)
- Terveyskylä. Palliativinen talo. Hoitotahto. 2019. Viitattu 18.2.2020 <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/hoitotahto>
- Terveyskylä. Palliativinen talo. Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. 2019. Viitattu 20.3.2022 [Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen | Palliativinentalo.fi | Terveyskylä \(terveyskyla.fi\)](https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/hoitotahto)
- Terveyskylä. Palliativinen talo. Kotisaattohoito. 2021. Viitattu 21.3.2022. [Kotisaattohoito | Palliativinentalo.fi | Terveyskylä \(terveyskyla.fi\)](https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/hoitotahto)
- THL 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ikääntyminen. 2019. Viitattu 18.2.2020. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/hoitotahto>
- THL 2022a. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kotihoito. 2022. Viitattu 17.3.2022. [Kotihoito - THL](https://thl.fi/fi/web/kotihoito)
- THL 2022b. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junttila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T., Forsius, P. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen suositus. 2022. Viitattu 8.4.2022. [Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus \(julkari.fi\)](https://thl.fi/fi/web/palliativinen-hoito)
- [www.turku.fi](https://www.turku.fi) n.d. Saattohoitokoordinaattori. Verkkosivu. Viitattu 18.3.2022 <https://www.turku.fi/toimipaikat/saattohoitokoordinaattori>
- Valli, R. & Aarnos, E. 2018. Ikkunoita tutkimusmetodeihin: 1, Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Oy Finn Lectura Ab.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Ward-Griffin, C., McWilliam, C., Oudshoorn, A. 2012. Negotiating Relational Practice Patterns in Palliative Home Care. Journal of Palliative Care 28:2, p 97-104
- YK:n ihmisoikeuksien yleismaailmallinen julistus. 2022. Ihmisoikeusliitto. Viitattu 30.4.2022. <https://ihmisoikeusliitto.fi/ihmisoikeudet/ihmisoikeuksien-julistus/>

TIETOKANTA	HAKUSANAT	HAKUTULOKSET	SOPIVAT TULOKSET	KÄYTETYT LÄHTEET	PÄÄPIIRTEET
EBSCO	homecare or home care or home health or homehealth AND employee AND hospice or palliative care or end of life care or terminal care	531	2	<p>- Erichsen, ym 2010. A phenomenologica l study of.. <i>Nursing Ethics</i>, 17(1), p 39–50</p> <p>- Dobbins, E., 2007. End-of-Life Decisions.. <i>Journal of Gerontological Nursing</i>, October 2007, 33 p 50-56.</p>	<p>- Tietouden ja avoimuuden edistäminen kotisaattohoito potilaan hoitokeskustelu issa</p> <p>- Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitel ma ja hoitotahto</p>
	living will and advanced directives AND care plan AND hospice or palliative care or end of life care or terminal care	16	2	<p>- Burlá, C. ym 2014. Alzheimer, Dementia and the living will.. <i>Medical Health Care and Philosophy</i>, 17: 389-395. 2014.</p> <p>- Radbruch, L. ym. 2020 Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i>, Volume 60: (4), 754-764.</p>	<p>- Hoitotahto (Alzheimerin tauti) myös yleisellä tasolla</p> <p>- Palliativisen hoidon osaamisen tukeminen, palliativisen hoidon mallin uudistaminen</p>
COCHRANE	home care + hospice + nursing	9072	-	Ei sopivia tai ei saatavilla	
	home hospice + home care + nursing + multidisciplinary	2865	2	<p>- Ward-Griffin, ym. 2012. Negotiating Relational Practice Patterns in.. <i>Journal of Palliative Care</i> 28:2, p 97-104</p> <p>- Danielsén ym. 2018. Experiences and challenges of home care.. <i>BMC Palliative Care</i> 17, 95.</p>	<p>Palliativinen hoito kotona ja sen haasteet (hoitajien näkökulma), syvähaastattelu.</p> <p>- mm. mitä optimaaliseen kotisaattohoito on tarvitaan. Laadullinen tutkimus.</p>

ARTO	Kotihoito, palliatiivinen hoito	51	-	Ei aiheeseen sopivia	
	Hoitotahto, hoitosuunnitelma	0			
Medic	Home care AND home hospice AND nursing	561	-	Ei aiheeseen sopivia tai ei saatavilla	
UTUPUB	Kotisaattohoito	1		Ei sopiva	
JULKARI	Kotihoito	655	-	Eivät sopivia tai eivät saatavilla.	
	Home hospice	44	-		
	Home care	1844	-		
	Palliative home care	76	-		
NURSING CORE JOURNALS	Home hospice	351	-		
	Home care AND hospice AND palliative care	121	1	- Sanghee, K., Kyunghwa, L. & Sookyung, K. 2020. Knowledge, Attitude, Confidence and Educational Needs of Palliative Care in Nurses Caring for non-cancer Patients..	- Hoitajien palliatiivisen ja saattohoidon osaaminen ja sen vaikutus mm. saattohoidettavien ja hänen läheisiinsä.
JBI	Home care AND hospice AND nurse	24	-		
	Home care or home health care AND palliative care or terminal care AND nurse or nursing	53	1	Joseph, R. ym 2016. The effectiveness of structured interdisciplinary collaboration for adult home hospice... JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. Volume 14(1), January 2016, p 108-139.	Moniammatillisuus ja kommunikointi, vaikutus osastojaksojen vähenemiseen ja kotisaattohoitoon.
	Home care	311			
	Home hospice	1715			

BIOMED CENTRAL JOURNALS	Home care + hospice + nursing	1033	1	Lamont, E.B., 2005. A Demographic and Prognostic Approach to Defining.. Journal of Palliative Medicine 8, NO. 1, 12.	- Elämän loppuvaiheen hoito – käytännöt milloin hoidetaan kotona.
	Palliative home care + multidisciplinary	784	-		
	Home hospice + nursing	1048	-	Loomis, B. End-of- Life Issues:Difficult Decisions and.. 2009. Nursing Clinics of North America, Volume 44, number 2, p 223-231.	Saattohoitopäät ös ja hoitolinjaukset
	Home care + hospice + nursing + multidisciplinary	310	1		

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
MASTER-tutkinnot /Terhy



Opinnäytetyön nimi: Kotikansio saattohoitokoordinaattorin seurannassa oleville Turun kaupungin kotihoiton asiakkaille

08.10.2020

#### Hyvä kotihoiton työntekijä

**Kohteliaimmin pyydän Sinua vastaamaan liitteenä olevaan lyhyeen kyselyyn.** Kyselyn tavoitteena on kehittää kotisaattohoidossa olevan kotihoiton asiakkaan moniammatillista hoitotyötä sekä parantaa asiakasturvallisuutta. Tarkoituksena on selvittää Turun kaupungin kotihoiton työntekijöiden saattohoitotyön osaamista sekä mahdollisia toiveita kotisaattohoitopotilaan hoitoon ja moniammatilliseen yhteistyöhön liittyen. Lupa aineiston keruuseen on saatu Turun kaupungin hyvinvointitoimialan avopalveluiden johtajalta Anne Vuoriselta.

Sinun vastauksesi antavat arvokasta tietoa kotisaattohoidossa olevan kotihoiton asiakkaan hoidon tukemiseksi ja kehittämiseksi. Vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista, ja Sinulla on täysi oikeus keskeyttää osallistuminen kyselytutkimukseen milloin tahansa. Kyselyyn vastaaminen kestää noin 10 minuuttia. Tutkimuksen tekijä huolehtii aineiston tietoturvallisesta säilyttämisestä, ja pääsy aineistoon on ainoastaan hänellä. Tutkimuksen valmistuttua aineisto hävitetään, ellei sen jatkokäytöstä ole erikseen sovittu. Kyselyn tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa tuloksista. **Olethan ystävällinen ja vastaat 15.11.2020 mennessä.**

Tämä kysely liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyön tuotoksena on kotikansio saattohoitopäätöksen saaneille kotihoiton potilaille. Kotikansio tukee saattohoitopotilaan kotihoitoa ja edistää yhteistyötä saattohoitotiimin kanssa. Opinnäytetyöni ohjaaja on lehtori Johanna Berg, Turun amk/Terveys ja hyvinvointi.

Liitteenä/linkkinä tietosuojaseloste, jossa on tarkemmat tiedot henkilötietojesi käsittelystä. Vastaan mielelläni mahdollisiin lisäkysymyksiin.

Vastauksistasi kiittäen

Milla Lintula  
Sairaanhoitaja / yamk-opiskelija, palliativisen hoitotyön klininen asiantuntijuus  
044 376 4444  
milla.lintula@edu.turkuamk.fi

ONT\_Aineiston keruu\_2020

## Kotisaattohoito

### 1. Ikäryhmä

- A. 18-24
- B. 25-34
- C. 35-44
- D. 45-54
- E. >54

### 2. Ammatti

- Sairaanhoitaja/terveydenhoitaja
- Lähihoitaja/perushoitaja
- Kotiavustaja/kodinhoitaja
- muu

### 3. Työkokemus kotihoidossa

- alle 2 vuotta
- 2-5 vuotta
- 5-10 vuotta
- yli 10 vuotta

### 4. Olen osallistunut saattohoitopäätöksen saaneen kotihoidon asiakkaan hoitoon

- Kyllä
- Ei

### 5. Yhteistyön toimivuus

1 Täysin eri mieltä - 5 Täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5
Yhteistyö saattohoitokoordinaattoreiden kanssa on toimivaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yhteistyö kotisaattohoitotiimin kanssa on toimivaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen saanut halutessani osallistua kotisaattohoitoasiakkaan hoidon suunnitteluun yhdessä saattohoitotiimin kanssa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedon kulku kotisaattohoitotiimin ja kotihoidon välillä on toimivaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minulla on riittävästi tietoa, mitkä asiat ovat kotisaattohoitotiimin vastuulla ja mitkä asiat kotihoidon vastuulla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 6. Saattohoitoprosessi

1 Täysin eri mieltä - 5 Täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5
Tiedän, mitä saattohoitokoordinaattorin toimenkuvaan kuuluu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedän, kuka tekee saattohoitopäätöksen ja mihin se perustuu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakas tulee kuulluksi saattohoitosuunnitelman laatimisessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kotihoidon näkökulma tulee huomioiduksi kotisaattohoitoa koskevan hoitosuunnitelman laatimisessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedän, mitä kotisaattohoitoasiakkaan luona käyvän kotisaattohoitotiimin toimenkuvaan kuuluu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedän, mikä on elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedän, miten elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma laaditaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 7. Hoitotyö kotisaattohoitoasiakkaan luona

1 Täysin eri mieltä - 5 Täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5
Asiakkaan hoitotyössä on selkeä työnjako kotihoidon ja kotisaattohoitotiimin välillä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedän, keneen otan yhteyttä asiakkaan huonontuessa (virka-aikana)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedän, keneen otan yhteyttä asiakkaan voinnin huonontuessa (iltaisin ja viikonloppuisin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedän, onko asiakkaalla hoitotahtoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedän, mitä asiakkaan hoitotahto sisältää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedän, kuka on asiakkaan hoitava lääkäri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaalla on aina kotonaan ajantasainen lääkelista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kotihoidon omahoitajuus toteutuu kotisaattohoitoasiakkaan kohdalla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kotisaattohoidossa olevien asiakkaiden tärkeiden hoito- ja yhteystietojen löytyminen kotoa yhdestä paikasta edesauttaisi hyvää saattohoitotyötä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 8. Mitä asioita/tietoa toivot kotisaattohoitoasiakkaan kotikansiossa löytyvän?

---



---



---



---



---

#### 9. Miten kehittäisit/parantaisit yhteistyötä kotihoidon ja kotisaattohoitotiimin välillä?

---



---



---



---



---

Kotikansio saattohoitokoordinaattorin seurannassa oleville kotihoidon asiakkaille

Tämä on ohjeistus kotihoidon ylläpitämälle kotikansiolle, joka toimii kotisaattohoidossa olevan asiakkaan ja hänen hoitoverkostonsa tukena ja informatiivisena hoitokansiona. Kotihoidon sh/th aloittaa kotikansion jokaiselle asiakkaalleen, jolle on tehty saattohoitopäätös ja joka on saattohoitokoordinaattorin seurannassa. Kansio voi olla asiakkaan oma tai voit pyytää esimieheltäsi tarkoitukseen sopivan kansion.

Tulosta kansioon lomakkeet:

- **viikoittainen tarkistuslista**, johon kotihoidon työntekijä kuittaa kerran viikossa tarkistaneensa tietojen ajantasaisuuden potilastietojärjestelmästä ja päivittäneensä kotikansion muutosten varalta.

- **kotikansion sisällysluettelo**, joka toimii runkona saattohoitoasiakkaan kotikansiolle. Tämä sisällysluettelo toimii apunasi kootessasi asiakkaan yksilöllistä kotikansiota.

- **yhteystietopohja**, johon voit pyytää asiakkaalta/asiakkaan omaiselta ja saattohoitokoordinaattorilta tarvittavat yhteystiedot, lisäksi kotihoidon omat yhteystiedot. Lähiomaisen/yhteyshenkilön tiedot tulisi löytyä myös potilastietojärjestelmästä.

Yhteystiedot: Asiakkaan luota tulee löytyä kaikki sellaiset yhteystiedot, joita asiakkaan luona käyvät hoitotahot (huom. myös ensihoito) ja asiakas/lähiomainen voisivat tarvita, kotihoito mukaan lukien. Huomioi eri vuorokaudenajat sekä viikonloppu- ja pyhäajat. Jokaiselle asiakkaalle luodaan oma yksilöllinen yhteystietopohjansa.

Lääkehoito: Lääkelistan tulee olla ajantasainen ja lääkkeenantoajat tulee olla selkeästi merkitty. Mikäli asiakkaan lääkkeellä on poikkeava antotapa, tarvittavat ohjeet tulee olla saatavilla. Kotikansiossa on oltava potilastietojärjestelmästä tulostettu lääkelista. Huomioithan, että asiakkaalla on oltava kotona KAKSI lääkelistaa; yksi kansioon ja yksi lääkekaappiin.

Hoitotiedot: Asiakkaan perussairaudet on hyvä olla listattuna, esimerkiksi viimeisimmässä kattavassa epikriisissä. HUOM! Tulosta myös asiakkaan mahdolliset riskitiedot, esimerkiksi lääkeaineallergiat.

Hoitosuunnitelma: Kotihoidon hoitosuunnitelman tulee olla kattava noudattaen hyvää kirjaamiskäytäntöä. Hoitosuunnitelmassa tulee näkyä mm. kivun hoito sekä oirehoito. HUOM! Saattohoitotiimin hoitosuunnitelmana toimii saattohoitokoordinaattorin kartoituskäynnin kirjaus sisältäen mm. elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman, joka tulostetaan kotikansioon.

Hoitotahto: Tieto asiakkaan hoitotahdon olemassaolosta ja sisällöstä on hyvä löytyä kotikansiosta. Erityisesti hoitoa rajaavat kannanotot. Hoitotahtoa itsessään ei tarvitse olla kansiossa, mikäli asiakas ei niin halua. **Saattohoitopäätöksen päivämäärä on oltava tiedossa ja/tai ER-päätöksen päivämäärä**



## Kotikansion sisällysluettelo

Nimi: \_\_\_\_\_

- Yhteystiedot
- Lääkehoito
- Hoitotiedot
- Hoitosuunnitelmat
- Hoitotahto

## YHTEYSTIETOPOHJA

Lähiomainen tai muu yhteyshenkilö (nimi ja puh. numero)	Huomioitavaa (esim. asuuko asiakkaan kanssa ja jos ei, ote- taanko yhteyttä mihin vuorokaudenaikaan tahansa, suku- laisuussuhde tv., onko työnumero erikseen..)

Kotihoidon yhteystiedot (sh/th, tiimi, palvelu- esimies)	Kellonajat/viikonpäivät, milloin numerosta tavoit- taa

Saattohoitokoordinaattorin ja saattohoitotiimin yhteystiedot	Kellonajat/viikonpäivät, milloin numerosta tavoit- taa

Kotisaattohoitoa tukeva osasto	Yhteystiedot

Muu yhteystieto (esim. vapaaehtoisapu, turvapal- velu..)	Yhteystiedot